

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Διερεύνηση πληροφόρησης και προεγχειρητικού άγχους σε θωρακοχειρουργικούς ασθενείς Μια πιλοτική μελέτη

ΣΚΟΠΟΣ Διερεύνηση του επιπέδου προεγχειρητικής ενημέρωσης και προεγχειρητικού άγχους σε θωρακοχειρουργικούς ασθενείς. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Πρόκειται για συγχρονική μελέτη η οποία βασίστηκε στη συμπλήρωση δύο ερωτηματολογίων με τη μορφή προσωπικής συνέντευξης. Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger State Anxiety Inventory (STAI) και το ερωτηματολόγιο Information Satisfaction Questionnaire (ISQ) χρησιμοποιήθηκαν ως ερευνητικά εργαλεία. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 50 ασθενείς δύο θωρακοχειρουργικών κλινικών του Γενικού Νοσοκομείου Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία». **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες δήλωσαν ικανοποιημένοι έως πολύ ικανοποιημένοι με την πληροφόρηση που έλαβαν. Το 50% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι θα ήθελε να λάβει όλες τις διαθέσιμες πληροφορίες και να συμμετέχει στη λήψη κλινικών αποφάσεων. Λιγότερο ικανοποιημένοι δήλωσαν οι ασθενείς σχετικά με πληροφορίες που αφορούσαν στους τύπους και τις επιλογές των διαθέσιμων θεραπειών, καθώς και τις συμβουλές για τον τρόπο ζωής. Οι ασθενείς με περισσότερες από δύο προηγούμενες εγχειρήσεις είχαν χαμηλότερο βαθμό μόνιμου άγχους σε σύγκριση με ασθενείς που δεν είχαν χειρουργηθεί ποτέ στο παρελθόν ($p < 0,05$). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η κατάλληλη προεγχειρητική ενημέρωση και η ικανοποίηση των ασθενών συμβάλλουν στη μείωση του προεγχειρητικού άγχους και προάγουν την αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας. Συνεπώς, ο περιορισμός του προεγχειρητικού άγχους θα πρέπει να αποτελεί βασική προτεραιότητα κατά την περιεγχειρητική φροντίδα.

Η περιεγχειρητική περίοδος θεωρείται ιδιαίτερα στρεσογόνος τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς όσο και για το οικογενειακό περιβάλλον τους, οδηγώντας συχνά τους ασθενείς σε δυσχερή επικοινωνία και αναποτελεσματική συνεργασία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.¹ Η επικείμενη χειρουργική επέμβαση είναι από τα πλέον στρεσογόνα ερεθίσματα, καθώς συχνά αντιμετωπίζεται ως απειλή για την υγεία και τη ζωή. Συγκεκριμένα, κατά την προεγχειρητική περίοδο τα υψηλά επίπεδα άγχους αποδίδονται στο άγνωστο περιβάλλον, στην απώλεια της ανεξαρτησίας και του ελέγχου, καθώς και στο ενδεχόμενο πιθανών επιπλοκών.²

Προηγούμενες μελέτες υποστηρίζουν ότι η βαρύτητα της χειρουργικής επέμβασης,³ η διάγνωση καρκίνου,⁴ το νεαρό της ηλικίας,⁴ η δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά⁵ και

η χαμηλή αυτοεκτίμηση αποτελούν παράγοντες κινδύνου για προεγχειρητικό άγχος.⁶

Αποτελέσματα ερευνών υπογραμμίζουν ότι οι γυναίκες που πρόκειται να υποβληθούν σε θωρακοτομή είχαν προεγχειρητικά υψηλότερο βαθμό άγχους σε σχέση με τους άνδρες.^{3,7} Σε ασθενείς που επρόκειτο να υποβληθούν σε νευροχειρουργικές επεμβάσεις βρέθηκε ότι οι γυναίκες ήταν περισσότερο ευάλωτες στο προεγχειρητικό άγχος και ειδικότερα το άγχος τους σχετιζόταν περισσότερο με την επέμβαση παρά με την αναισθησία.⁸ Στην ίδια μελέτη, τα υψηλά επίπεδα του άγχους των ασθενών συνδέονταν με την αναμονή της επέμβασης, την πιθανότητα επιπλοκών, την έκβαση της επέμβασης και με μεγαλύτερη ανάγκη για πληροφόρηση.⁸

Επιπρόσθετα, παράγοντες κινδύνου για προεγχειρητικό

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2015, 32(1):45–53
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2015, 32(1):45–53

Α. Πατελάρου,¹
Π. Μπέλεση,²
Χ. Τσίου³

¹Αναισθησιολογικό Τμήμα,
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο
Ηρακλείου, Ηράκλειο
²Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων
Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», Αθήνα
³Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό
Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας, Αθήνα

Investigation of the level of
information and preoperative
anxiety in thoracosurgical patients
– A pilot study

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Ασθενής
Θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις
Πληροφόρηση
Προεγχειρητικό άγχος
Προεγχειρητικό stress

Υποβλήθηκε 12.7.2014

Εγκρίθηκε 22.7.2014

άγχος είναι οι προηγηθείσες αρνητικές χειρουργικές εμπειρίες, οι αρνητικές προσδοκίες από την επέμβαση^{9,10} και η ελλιπής ενημέρωση κατά την προεγχειρητική περίοδο.^{11,12} Το προεγχειρητικό άγχος αυξάνεται όταν υπάρχει έλλειψη ενημέρωσης και υποστήριξης και όταν δεν ενισχύεται η έκφραση θετικών συναισθημάτων.^{13,14}

Οι Hollaus et al μελέτησαν 103 ασθενείς που επρόκειτο να υποβληθούν σε θωρακοτομή για μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα. Οι ερευνητές υπογραμμίζουν ότι στις βασικές αιτίες προεγχειρητικού άγχους συγκαταλέγονται η ανάγκη προσαρμογής της οικογένειας στις νέες συνθήκες και η ανησυχία για το πώς τα μέλη της οικογένειας και κυρίως οι σύζυγοι θα χειριστούν τη νέα κατάσταση.¹⁵

Αξίζει να σημειωθεί ότι το άγχος κατά την προεγχειρητική περίοδο αποτελεί σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την έγκαιρη προσέλευση στο χειρουργείο, καθώς επίσης τη χειρουργική έκβαση.¹⁶ Τα αυξημένα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους εμπεριέχουν σημαντικό κίνδυνο νοσηρότητας και θνητότητας⁸ και σχετίζονται με τις αυξημένες αναισθητικές ανάγκες, το έντονο μετεγχειρητικό άλγος και κατ'επέκταση με υψηλές ανάγκες όσον αφορά στη μετεγχειρητική αναλγησία.^{9,11} Πιο συγκεκριμένα, ο βαθμός δυσαρέσκειας που αφορά στη μετεγχειρητική αναλγησία με τη μορφή PCA (patient-controlled analgesia) φαίνεται ότι σχετίζεται σημαντικά με το βαθμό του προεγχειρητικού άγχους.⁴ Επίσης, το προεγχειρητικό άγχος αυξάνει τη συχνότητα μετεγχειρητικής κεφαλαλγίας και μπορεί να αποτελέσει πιθανό παράγοντα κινδύνου μετεγχειρητικής ναυτίας.¹⁷

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η σχέση του προεγχειρητικού άγχους με την προεγχειρητική ενημέρωση περιγράφεται ως αμφίδρομη. Με άλλα λόγια, φαίνεται ότι η ελλιπής ενημέρωση αυξάνει το προεγχειρητικό άγχος, αλλά και αντίστροφα τα υψηλά επίπεδα άγχους προεγχειρητικά παρεμποδίζουν την αποτελεσματική ενημέρωση και την αφομοίωση της πληροφορίας.

Στη μελέτη των Hawighorst et al, οι ασθενείς που είχαν λάβει περιορισμένη πληροφόρηση εκδήλωσαν υψηλότερα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους και παρουσίασαν μεγάλη δυσκολία κατανόησης ιατρικών πληροφοριών και έντονο αίσθημα ανασφάλειας.¹⁸ Συχνά, οι ασθενείς λόγω συναισθηματικής φόρτισης δεν είναι σε θέση να διαβάσουν και να κατανοήσουν τις πληροφορίες που αναγράφονται στη συναίνεση την οποία καλούνται να υπογράψουν προεγχειρητικά.¹⁹ Ένα σημαντικό ποσοστό δεν μπορεί να ανακαλέσει τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την κατάσταση υγείας τους και αυτό οφείλεται εν μέρει στα υψηλά επίπεδα άγχους.^{19,20}

Βάσει των παραπάνω ευρημάτων κρίνεται επιτακτική η ανάγκη παρέμβασης με στόχο την επαρκή ενημέρωση των

ασθενών και τον περιορισμό του προεγχειρητικού άγχους.

Δεδομένου ότι η σχέση της προεγχειρητικής πληροφόρησης των ασθενών με το προεγχειρητικό άγχος δεν έχει μελετηθεί επαρκώς, σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του βαθμού προεγχειρητικής ενημέρωσης και του επιπέδου προεγχειρητικού άγχους σε θωρακοχειρουργικούς ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η δειγματοληψία διήρκεσε 6 μήνες, από τον Οκτώβριο του 2011 έως το Μάρτιο του 2012. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 50 ασθενείς της Α' και Β' Θωρακοχειρουργικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία». Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας και με τη συγκατάθεσή τους συμμετείχαν στη συμπλήρωση ερωτηματολογίου με τη μορφή προσωπικής συνέντευξης. Ειδικότερα, μία ημέρα πριν από την προγραμματισμένη θωρακοχειρουργική επέμβαση ζητήθηκε από αυτούς να απαντήσουν σε προκαθορισμένο ερωτηματολόγιο. Σύμφωνα με τα κριτήρια αποκλεισμού, από τη μελέτη εξαιρέθηκαν ασθενείς με άνοια, σύγχυση, αδυναμία ή ανικανότητα να κατανοήσουν πλήρως τις γραπτές ερωτήσεις.

Για τις ανάγκες της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερωτηματολόγια: (α) Το ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberg State Anxiety Inventory (STAI), που χρησιμοποιείται για να μετρήσει το άγχος και (β) το ερωτηματολόγιο Information Satisfaction Questionnaire (ISQ), κατασκευασμένο για τη μέτρηση της ικανοποίησης από την ενημέρωση.

Το ερωτηματολόγιο Άγχους του STAI, κατασκευασμένο από τον Spielberg (1970), διαχωρίζει το άγχος ως κατάσταση (A-State) από το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (A-Trait).²¹ Πρόκειται για ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο σταθμίστηκε σε ελληνικό πληθυσμό από τους Λιάκο και Γιαννίση.²² Αποτελείται από 40 ερωτήσεις, οι απαντήσεις των οποίων βασίζονται σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert (καθόλου – πάρα πολύ). Οι πρώτες 20 ερωτήσεις (A-State) αφορούν στο άγχος ως «κατάσταση» και δείχνουν πώς αισθάνεται ο ερωτώμενος τη στιγμή που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο. Οι υπόλοιπες 20 ερωτήσεις (A-Trait) αφορούν στο άγχος ως «χαρακτηριστικό της προσωπικότητας» και αναφέρονται στο πώς αισθάνεται γενικότερα ο ασθενής. Η τελική βαθμολογία αποτελείται από το άθροισμα όλων των ερωτήσεων. Στα ερωτήματα 26 («αισθάνομαι ξεκούραστος»), 28 («νιώθω άνετα»), 37 («αισθάνομαι χαρούμενος»), 38 («αισθάνομαι ευχαριστημένος») και 58 «με πιάνει ταραχή ή νιώθω ένταση καθώς σκέπτομαι τις τρέχουσες έγνοιες και τα θέματα», η μέγιστη τιμή ήταν το 3 («μέτρια») και όχι το 4. Στο ερώτημα 48 («είμαι ευτυχισμένος»), η ελάχιστη τιμή ήταν το 2 («μερικές φορές») και η μέγιστη τιμή ήταν το 4 («πάρα πολύ»).

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο, Information Satisfaction Questionnaire (ISQ), αποτελεί μια κλίμακα ικανοποίησης από την ενημέρωση/πληροφόρηση που βασίζεται σε κλίμακα Likert. Όλες οι απαντήσεις έχουν ελάχιστη τιμή 1 «πολύ ικανοποιημένος» και μέγιστη τιμή 4 «πολύ δυσαρεστημένος».

Η μελέτη διεξήχθη κατόπιν έγκρισης του ερευνητικού πρωτοκόλλου από την επιτροπή εκπαίδευσης και έρευνας του νοσοκομείου. Τηρήθηκαν οι κώδικες ηθικής και δεοντολογίας, όπως αυτές διατυπώνονται από τη Διεθνή Επιτροπή Εκδοτών Ιατρικών Επιστημονικών Περιοδικών και ακολουθήθηκε πιστά ο Κώδικας της Νυρεμβέργης και η Διακήρυξη του Helsinki σχετικά με τις βασικές ηθικές αρχές οι οποίες θα πρέπει να διέπουν την έρευνα για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνα με βάση τα δικαιώματα που έχει κάποιος.²³⁻²⁵

Στατιστική ανάλυση

Για την επεξεργασία των δεδομένων έγινε καταχώρησή τους στο Data Editor του στατιστικού προγράμματος Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 20 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA), το οποίο στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Για την περιγραφική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν αριθμητικά περιληπτικά μέτρα.

Για τη μονοπαράγοντική ανάλυση, δεδομένου ότι οι μεταβλητές ήταν μόνο ποιοτικές, χρησιμοποιήθηκαν: (α) Παραμετρικό χ^2 : Οι παραδοχές για τη χρήση του είναι τυχαίο δείγμα, ανεξαρτησία παρατηρήσεων, το 20% των κελιών στους πίνακες να έχουν αναμενόμενη συχνότητα >5 και ο αριθμός των παρατηρήσεων να είναι 25-250. (β) Μη παραμετρικό χ^2 και (γ) μοντέλα προσομοίωσης (simulation models), στο πλαίσιο των οποίων εφαρμόστηκε η μέθοδος MonteCarlo.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον πίνακα 1 εκτίθενται συνοπτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού. Ορισμένες από τις ιατρικές διαγνώσεις που έλαβαν οι συμμετέχοντες στη συγκεκριμένη μελέτη ήταν: Αδιάγνωστος καρκίνος του πνεύμονα (36%), μη μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα (NSCLC) (16%), διάμεση πνευμονοπάθεια (12%), εμπύημα ημιθωρακίου (12%). Αναλυτικά, οι ιατρικές διαγνώσεις των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών.

	n	%
Φύλο		
Άνδρες	36	72
Γυναίκες	14	28
Ηλικία (έτη)		
26-39	1	2
40-54	9	18
>55	40	80

n: Αριθμός ατόμων

Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών (26%) δεν είχε εμπειρία από προηγηθείσα χειρουργική επέμβαση, ενώ η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε ότι είχε υποβληθεί στη διαδικασία αυτή τουλάχιστον μία φορά στο παρελθόν. Συγκεκριμένα, το 22% ανέφερε μία προηγηθείσα χειρουργική επέμβαση, το 34% δύο και το 18% >2 χειρουργικές επεμβάσεις στο παρελθόν.

Οι τύποι χειρουργικής επέμβασης που δηλώθηκαν στο πρόγραμμα του χειρουργείου ήταν στην πλειοψηφία τους θωρακοτομές (66%) και σε ένα σημαντικό ποσοστό (14%) βιοψίες. Από το ιατρικό ιστορικό προέκυψε ότι η πλειοψηφία των ασθενών δεν έκανε χρήση ηρεμιστικών (88%).

Οι απαντήσεις των ασθενών που δόθηκαν προεγχειρητικά και αφορούσαν στο επιθυμητό είδος πληροφόρησης παρουσιάζονται στον πίνακα 3. Αξιοσημείωτο είναι το εύρημα σχετικά με το βαθμό και το είδος της πληροφόρησης που θα

Πίνακας 2. Επιπολασμός στον υπό μελέτη πληθυσμό.

	n	%
Καρκίνος πνεύμονα	18	36,0
NSCLC πνευμονία	8	16,0
Αδενοκαρκίνωμα	1	2,0
Διάμεση πνευμονοπάθεια	6	12,0
Διάχυτη πνευμονοπάθεια	1	2,0
Εμπύημα μεσοθωρακίου	6	12,0
Κύστη-πνευμονία (AP)	2	4,0
Μεσοθηλίωμα	1	2,0
Μόρφωμα πνεύμονα	1	2,0
Καλοήθης όγκος πνεύμονα	1	2,0
Όγκος υπεζωκότα	2	4,0
Πολλαπλοί πνευμονικοί όζοι	1	2,0
Πλευριτική συλλογή	1	2,0
Ξένο σώμα οισοφάγου	1	2,0

NSCLC: Μη μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα (non-small-cell lung carcinoma)

n: Αριθμός ατόμων

Πίνακας 3. Απαντήσεις ασθενών σχετικά με τον επιθυμητό βαθμό πληροφόρησης.

	n	%
Θα ήθελα όλες τις διαθέσιμες πληροφορίες και να συμμετέχω στις αποφάσεις για την ασθένειά μου	25	50,0
Θα ήθελα μόνο τις θετικές πληροφορίες για την ασθένειά μου	13	26,0
Θα ήθελα μόνο περιορισμένες πληροφορίες και θα προτιμούσα ο γιατρός να λαμβάνει τις αποφάσεις	12	24,0

n: Αριθμός ατόμων

επιθυμούσε να λάβει ο ασθενής (πίν. 3). Ποσοστό 50% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι θα ήθελε όλες τις διαθέσιμες πληροφορίες και θα επιθυμούσε να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων για την ασθένειά του. Ωστόσο, το 26% δήλωσε ότι θα ήθελε να λάβει μόνο τις θετικές πληροφορίες και το 24% μόνο περιορισμένες πληροφορίες τονίζοντας ότι θα προτιμούσε ο ιατρός να είναι υπεύθυνος για τη λήψη αποφάσεων.

Η διαβάθμιση των συναισθημάτων των ασθενών η οποία συνδέεται με το παροδικό άγχος φαίνεται συνοπτικά στον πίνακα 4. Σύμφωνα, λοιπόν, με τον πίνακα 4, οι απαντήσεις για το παροδικό άγχος δείχνουν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν αισθάνονταν ησυχασμένοι (70%), δεν αισθάνονταν αυτοπεποίθηση (90%) και δεν ένιωθαν άνετα (78%). Επίσης, το 96% δήλωσε ότι δεν ήταν ευχαριστημένοι και οι περισσότεροι από τους μισούς δήλωσαν ότι δεν ένιωθαν ασφαλείς.

Πίνακας 4. Συναισθήματα ασθενών σχετιζόμενα με παροδικό άγχος.

Συναισθήματα	Διαβάθμιση συναισθημάτων	
	Καθόλου/κάπως n (%)	Μέτρια/πάρα πολύ n (%)
Αισθάνομαι ήρεμος	23 (46,0)	27 (54,0)
Αισθάνομαι ασφαλής	27 (54,0)	23 (46,0)
Είμαι σε ένταση	23 (46,0)	27 (54,0)
Είμαι περίλυπος	22 (44,0)	28 (56,0)
Αισθάνομαι ησυχασμένος	35 (70,0)	15 (30,0)
Αισθάνομαι αναστατωμένος	20 (40,0)	30 (60,0)
Με απασχολούν πιθανές κακοτυχίες	15 (30,0)	35 (70,0)
Αισθάνομαι ξεκούρατος	42 (84,0)	8 (16,0)
Αισθάνομαι αγχώδης	12 (24,0)	38 (76,0)
Νιώθω άνετα	39 (78,0)	11 (22,0)
Αισθάνομαι να έχω αυτοπεποίθηση	45 (90,0)	5 (10,0)
Αισθάνομαι νευρικός	17 (34,0)	33 (66,0)
Είμαι φοβισμένος	17 (34,0)	33 (66,0)
Νιώθω να με πνίγει κάτι	40 (80,0)	10 (20,0)
Είμαι χαλαρωμένος	36 (72,0)	14 (28,0)
Αισθάνομαι ικανοποιημένος	15 (30,0)	35 (75,0)
Είμαι ανήσυχος	16 (32,0)	34 (68,0)
Αισθάνομαι σε διέγερση και με τεντωμένα νεύρα	16 (32,0)	34 (68,0)
Αισθάνομαι χαρούμενος	27 (54,0)	23 (46,0)
Αισθάνομαι ευχαριστημένος	48 (96,0)	2 (4,0)

n: Αριθμός ατόμων

Η διαβάθμιση των συναισθημάτων των ασθενών η οποία συνδέεται με το μόνιμο άγχος φαίνεται συνοπτικά στον πίνακα 5. Πιο συγκεκριμένα, οι απαντήσεις που συνδέονται με το μόνιμο άγχος έδειξαν ότι το 72% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι συχνά ή σχεδόν πάντα έχανε ευκαιρίες επειδή δεν μπορούσε να αποφασίσει γρήγορα, ενώ το 88% δήλωσε ότι «δεν έχω εμπιστοσύνη στον εαυτό μου». Το 68% αισθανόταν ότι «οι δυσκολίες μαζεύονται σε σημείο που δεν μπορώ να τις ξεπεράσω» και το 78% ανέφερε ότι «προσπαθώ να αποφύγω να αντιμετωπίσω δυσκολίες ή κρίσιμες καταστάσεις».

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την πληροφόρηση φαίνεται στον πίνακα 6, σύμφωνα με τον οποίο περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες δήλωσαν ικανοποιημένοι έως πολύ ικανοποιημένοι με την πληροφόρηση που έλαβαν. Λιγότερο ικανοποιημένοι δήλωσαν οι ασθενείς σχετικά με πληροφορίες που αφορούσαν στους τύπους και τις επιλογές των διαθέσιμων θεραπειών, καθώς και τις συμβουλές για τον τρόπο ζωής. Το 66% των ασθενών δήλωσαν ικανοποιημένοι έως πολύ ικανοποιημένοι από την ενημέρωση που έλαβαν για την «εξήγηση της συγκεκριμένης ασθένειας».

Περαιτέρω αναλύσεις έδειξαν ότι οι ασθενείς που είχαν >2 προηγούμενες εγχειρήσεις εμφάνιζαν χαμηλότερο βαθμό μόνιμου άγχους σε σύγκριση με ασθενείς που δεν είχαν χειρουργηθεί ποτέ στο παρελθόν ($p < 0,05$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το κύριο εύρημα της παρούσας μελέτης είναι ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε ικανοποίηση από την πληροφόρηση/ενημέρωση που έλαβε κατά τη νοσηλεία τους. Το εύρημα αυτό ενισχύεται από τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης των Falagas et al, σύμφωνα με τα οποία οι ασθενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι από την πληροφόρηση που έχουν, με το ποσοστό ικανοποίησης να κυμαίνεται στο 82–100%.¹⁹ Στην ίδια ανασκόπηση αναφέρεται ότι η κατανόηση της πληροφορίας από μέρους των ασθενών ήταν κατάλληλη και επαρκής σε δύο από τις έξι μελέτες και μέτρια σε τρεις από αυτές. Ομοίως, πρόσφατη ποιοτική έρευνα σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα που επρόκειτο να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση έδειξε ότι η πληροφόρησή τους ήταν ικανοποιητική.²⁶ Διαπιστώθηκε ότι το 50% των συμμετεχόντων δήλωσε στη συγκεκριμένη μελέτη ότι θα ήθελε όλες τις διαθέσιμες πληροφορίες και θα επιθυμούσε τη συμμετοχή του στη λήψη κλινικών αποφάσεων. Αντίθετα, ορισμένοι θα ήθελαν να λάβουν μόνο τις θετικές πληροφορίες (26%), ενώ μερικοί άλλοι επιθυμούσαν περιορισμένη πληροφόρηση και προτιμούσαν ο ιατρός να

Πίνακας 5. Συναισθήματα ασθενών σχετιζόμενα με μόνιμο άγχος.

Συναισθήματα	Διαβάθμιση συναισθημάτων	
	Σχεδόν ποτέ/ μερικές φορές n (%)	Συχνά/ σχεδόν πάντα n (%)
Αισθάνομαι ευχαριστημένος	9 (18,0)	41 (82,0)
Είμαι ικανοποιημένος	18 (36,0)	32 (64,0)
Κουράζομαι γρήγορα	40 (80,0)	10 (20,0)
Είμαι ένας σταθερός τύπος	28 (56,0)	22 (44,0)
Αισθάνομαι ασφαλής	28 (56,0)	22 (44,0)
Είμαι ήρεμος, ψύχραιμος και ξένοιαστος	28 (56,0)	22 (44,0)
Χάνω ευκαιρίες, γιατί δεν μπορώ να αποφασίζω γρήγορα	14 (28,0)	36 (72,0)
Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο στα σοβαρά που δεν μπορώ να τις βγάλω από το μυαλό μου	36 (72,0)	14 (28,0)
Θα ήθελα να ήμουν τόσο ευτυχισμένος, όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι	40 (80,0)	10 (20,0)
Μου λείπει η εμπιστοσύνη στον εαυτό μου	6 (12,0)	44 (88,0)
Αισθάνομαι ξεκούραστος	35 (70,0)	15 (30,0)
Έχω την τάση να παίρνω τα πράγματα κατάκαρδα	32 (64,0)	18 (36,0)
Αισθάνομαι ότι οι δυσκολίες μαζεύονται σε σημείο που να μην μπορώ να τις ξεπεράσω	16 (32,0)	34 (68,0)
Κάποιες όχι σημαντικές σκέψεις περνούν από το μυαλό μου και με απασχολούν	36 (72,0)	14 (28,0)
Αισθάνομαι άκεφος	36 (72,0)	14 (28,0)
Προσπαθώ να αποφεύγω να αντιμετωπίσω δυσκολίες ή κρίσιμες καταστάσεις	11 (22,0)	39 (78,0)
Με πιάνει ταραχή ή νιώθω ένταση καθώς σκέπτομαι τις τρέχουσες έγνοιες και τα θέματα	38 (76,0)	12 (24,0)
Με απασχολούν πολύ θέματα που στην πραγματικότητα δεν είναι σημαντικά για μένα	32 (64,0)	18 (36,0)
Αισθάνομαι ότι μου έρχεται να κλάψω	15 (30,0)	35 (70,0)

n: Αριθμός ατόμων

Πίνακας 6. Ικανοποίηση ασθενών από τα ληφθέντα είδη πληροφορίας.

Είδος πληροφορίας	A n (%)	B n (%)	Γ n (%)
Εξήγηση της ασθένειάς σας, π.χ. διάγνωση, αποτέλεσμα, επιθετικότητα, γενετικός κίνδυνος	33 (66,0)	11 (22,0)	6 (12,0)
Πληροφορίες για τις ανεπιθύμητες ενέργειες, π.χ. πώς θα σας επηρέαζε η θεραπεία, η επεξήγηση των πρώτων και των τελευταίων ανεπιθύμητων ενεργειών	32 (64,0)	11 (22,0)	7 (14,0)
Τύποι διαθέσιμων θεραπειών, π.χ. διαθέσιμες επιλογές, σχετικά οφέλη	27 (54,0)	18 (36,0)	5 (10,0)
Συμβουλές για τον τρόπο ζωής, π.χ. διατροφή, άσκηση, συμπληρωματικά φάρμακα, υποστηρικτικές ομάδες	27 (54,0)	15 (30,0)	8 (16,0)
Άλλα πρακτικά καθημερινά θέματα, π.χ. στάθμευση, μετακίνηση, σχέδια για τη συνέχεια	31 (62,0)	14 (28,0)	5 (10,0)
Γενικές πληροφορίες που παρέχονται (συνοψίζει όλες τις πληροφορίες που δόθηκαν)	32 (64,0)	14 (27,0)	4 (9,0)

A: Πολύ ικανοποιημένος/ικανοποιημένος, B: Κανένα από τα δύο, Γ: Δυσανεστημένος/πολύ δυσανεστημένος, n: Αριθμός ασθενών

είναι υπεύθυνος για τη λήψη αποφάσεων (24%). Τα αντίστοιχα με τα προαναφερόμενα ποσοστά στη μελέτη των Pollok et al, σε δείγμα ασθενών που έπασχαν από καρκίνο, ανέρχονται σε 66,7%, 20,8% και 12,5%.²⁷

Σχετικά με το αξιοσημείωτο ποσοστό των ασθενών που προτιμούν περιορισμένη πληροφόρηση, η διεθνής βιβλιογραφία τεκμηριώνει το εύρημα, υποστηρίζοντας ότι

οι ασθενείς προτιμούν να εμπιστεύονται τους επαγγελματίες υγείας που αναλαμβάνουν τη θεραπεία τους και ότι συχνά δεν είναι σε θέση οι ίδιοι να αναλάβουν ευθύνες και να λάβουν πρωτοβουλίες, γι' αυτό προτιμούν την ανάθεση του ρόλου αυτού στον επαγγελματία υγείας.^{28,29} Με αυτόν τον τρόπο, οι ασθενείς αποφεύγουν τη συμμετοχή τους σε σημαντικές αποφάσεις, ενώ, παράλληλα, εκμηδενίζονται οι

πιθανότητες να μετανιώσουν για την απόφαση που έλαβαν και μειώνονται οι πιθανότητες να κατηγορήσουν τον ίδιο τον εαυτό τους σε περίπτωση κακής έκβασης.³⁰

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα ευρήματα περί μη συμμετοχής του ασθενούς στην περιεγχειρητική φροντίδα έρχονται σε σύγκρουση με τις αρχές της τεκμηριωμένης πρακτικής. Σύμφωνα με τον Sackett, οι θεμέλιοι λίθοι για την εφαρμογή της τεκμηριωμένης πρακτικής είναι η γνώμη των ειδικών, οι καλύτερες διαθέσιμες πληροφορίες, καθώς και οι αξίες και οι προτιμήσεις των ασθενών.³¹ Με άλλα λόγια, ο ασθενής αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της φροντίδας και έχει ενεργό ρόλο παραθέτοντας τις απόψεις και τις προτιμήσεις του. Συνεπώς, ο ασθενής που δεν συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία λήψης κλινικής απόφασης και δεν εκφράζει τη γνώμη του, δεν συμβάλλει στην εφαρμογή της τεκμηριωμένης πρακτικής.^{32,33}

Αξίζει να σημειωθεί ότι η κατάλληλη προεγχειρητική ενημέρωση, ως δικαίωμα των ασθενών το οποίο θεσπίζεται και νομικά, έχει ιδιαίτερα ευεργετικά αποτελέσματα για τον ασθενή.³⁴ Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που παρακολουθούν δομημένα εκπαιδευτικά προγράμματα είναι πιθανότερο να συμμορφωθούν με τη μετέπειτα θεραπευτική αγωγή και τις ιατρικές οδηγίες συγκριτικά με όσους δεν έλαβαν κάποια δομημένη πληροφόρηση.³⁵ Οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν τη σημασία της παροχής πληροφορίας στους ασθενείς,³⁶ καθώς επίσης αναγνωρίζουν ότι η εκπαίδευση των χειρουργικών ασθενών και ιδιαίτερα των θωρακοχειρουργικών ασθενών έχει άμεση σχέση με τη μετεγχειρητική τους πορεία.

Η εκπαίδευση ως βασικό στοιχείο της περιεγχειρητικής φροντίδας μπορεί να λάβει χώρα σε τρεις φάσεις, προεγχειρητικά, μετεγχειρητικά και στο τέλος της νοσηλείας του ασθενούς, π.χ. με τη μορφή οδηγιών για τον τρόπο ζωής. Πολλαπλά οφέλη φαίνεται ότι έχουν από την εκπαίδευση οι θωρακοχειρουργικοί ασθενείς.^{37,38}

Ειδικότερα, η ενημέρωση σχετικά με το είδος και την τεχνική της επιλεγόμενης μεθόδου χορήγησης αναισθησίας φαίνεται ότι συμβάλλει αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του φόβου των ασθενών. Δεδομένου ότι ο φόβος που προξενεί η χορήγηση αναισθησίας είναι συχνά πιο έντονος απ' ό,τι ο φόβος για την επικείμενη νόσο, το μετεγχειρητικό άγχος ή τη χειρουργική επέμβαση,³⁹ η πληροφόρηση μπορεί να μειώσει ικανοποιητικά το προεγχειρητικό άγχος που σχετίζεται με τον εν λόγω παράγοντα. Ευρήματα προηγούμενων μελετών υπογραμμίζουν ότι η πληροφόρηση του ασθενούς ελαττώνει το άγχος και παράλληλα περιορίζει σημαντικά το χρόνο νοσηλείας και μειώνει τις ανάγκες για αναλγησία.^{40,41}

Παρά το γεγονός όμως ότι οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν τα οφέλη της επαρκούς πληροφόρησης, υπεισέρχεται ο παράγοντας που αναφέρεται στο τι ακριβώς επιθυμεί ο ασθενής να μάθει και τι πρέπει να γνωρίζει πραγματικά.⁴² Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η μελέτη του Van Weert σε δείγμα καρδιοχειρουργικών ασθενών, σύμφωνα με την οποία οι επαγγελματίες υγείας επικεντρώθηκαν στην ιατρική πληροφορία και αγνόησαν το μείζον θέμα των συναισθημάτων, του φόβου, των προσδοκιών των ασθενών και της στήριξης του ασθενούς.⁴³

Συμπερασματικά, λοιπόν, η προσέγγιση πρέπει να είναι ολιστική και η εκπαίδευση να διευρύνεται και σε άλλους τομείς εκτός από την παροχή ιατρικής πληροφορίας.

Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι ο ασθενής βασίζει την ενημέρωση σχετικά με την ασθένεια και την κατάσταση υγείας του στον επαγγελματία υγείας, αλλά, ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών καταφεύγει στην αναζήτηση πληροφορίας σε έντυπο υλικό.⁴⁴ Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαδικασία πληροφόρησης του ασθενούς είναι υποτιμημένος διεθνώς, γεγονός παράδοξο μιας και ο νοσηλευτής θα μπορούσε με κατάλληλη εκπαίδευση να προάγει τη σωστή ενημέρωση και να ενδυναμώνει το ρόλο των ασθενών στη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων.⁴⁵ Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η προφορική μετάδοση πληροφορίας από το νοσηλευτή ή τον ιατρό στον ασθενή είναι η πλέον διαδεδομένη και η επικρατέστερη όσον αφορά στην περιεγχειρητική φάση.⁴⁶

Μολονότι θεωρείται συνήθης και ιδιαίτερα βοηθητική η αναζήτηση έντυπου υλικού από τους ίδιους τους ασθενείς, αλλά και από το υποστηρικτικό τους περιβάλλον,^{47,48} τελικά φαίνεται ότι δεν είναι αυτή η βασική πηγή πληροφόρησής τους.⁴⁹ Συγκεκριμένα, τα τελευταία χρόνια, με την ευρεία χρήση της τεχνολογίας, ολοένα και αυξάνεται το ποσοστό των ασθενών που αναζητούν πληροφορία στο διαδίκτυο, καταφεύγοντας στην ανάγνωση άρθρων ή την παρακολούθηση video.^{50,51}

Αξιοσημείωτο είναι το εύρημα προγενέστερης μελέτης, σύμφωνα με την οποία οι ασθενείς που δεν αναζητούν πληροφορία από εξωτερικές πηγές, π.χ. διαδίκτυο, βιβλία, έχουν περισσότερο άγχος, το οποίο εστιάζεται στο φόβο της επιβίωσης ή μη και όχι στην ανάρρωση.⁴⁴ Συνεπώς, οι συγκεκριμένοι ασθενείς είναι αρκετά φορτισμένοι αρνητικά και δεν αντιμετωπίζουν με αισιοδοξία την ενδεχόμενη έκβαση.

Σύμφωνα με την Lowry, η γνώση μειώνει τα επίπεδα άγχους και για το λόγο αυτόν η ίδια έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στην πληροφόρηση του ασθενούς ως αναπόσπαστο τμήμα της παροχής φροντίδας.⁵² Επίσης, τόνισε τη σημασία της

διεπαγγελματικής επικοινωνίας και την ευθύνη όλων των μελών της ομάδας σχετικά με την ποιοτική ενημέρωση του ασθενούς, αναφέροντας μεταξύ άλλων ότι τα αποτελέσματα θα είναι ευεργετικά τόσο για τον ασθενή και την ομάδα των επαγγελματιών όσο και για το φορέα υγείας (οικονομικό όφελος).

Τα τελευταία χρόνια γίνονται ποικίλες προσπάθειες προαγωγής της κατάλληλης ενημέρωσης των ασθενών και ενδυνάμωσης του ρόλου τους στην παροχή φροντίδας. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της American Thoracic Society, η οποία έχει αναρτήσει στην ιστοσελίδα της πληροφορίες για ιατρικές παρεμβάσεις και άλλες χρήσιμες για τους ασθενείς πληροφορίες. Οι πληροφορίες αυτές, όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στην ιστοσελίδα, μπορούν να τυπωθούν από τους ασθενείς και το περιβάλλον τους και να αποτελούν οδηγό για περαιτέρω συζήτηση αναφορικά με το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας.

Επιπρόσθετα, το Νοσοκομείο Crouse της Νέας Υόρκης ήταν από τα πρώτα που οργάνωσαν ένα σύστημα βοήθειας ασθενών μέσω βιβλιοθήκης.⁵³ Όσοι ασθενείς είχαν ανάγκη για συμπληρωματική πληροφόρηση απευθύνονταν στο προσωπικό της βιβλιοθήκης του νοσοκομείου και αποκτούσαν πρόσβαση στην αιτούμενη πληροφορία.

Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται ευρέως στο πλαίσιο της ενημέρωσης του ασθενούς εκπαιδευτικά videos, τα οποία περιγράφουν τη διαδικασία που χρειάζεται να γνωρίζει ο ασθενής. Τα εν λόγω videos, είτε σχετίζονται με

τη χορήγηση αναισθησίας είτε με τη χειρουργική επέμβαση και τη μετεγχειρητική φάση, αποσκοπούν τελικά στον περιορισμό του άγχους των ασθενών. Για παράδειγμα, οι Mahler et al μείωσαν το προεγχειρητικό άγχος σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, όταν εφάρμοσαν μια μέθοδο ενημέρωσης με επίλεκτες βιντεοσκοπημένες εμπειρίες ασθενών.⁵⁴ Οι Eley et al σημείωσαν εντυπωσιακά αποτελέσματα όσον αφορά στην ικανοποίηση και τον περιορισμό του άγχους όταν εφάρμοσαν τη μέθοδο προβολής ενημερωτικού video σε γυναίκες που επρόκειτο να υποβληθούν σε καισαρική τομή.⁵⁵ Οι Jjala et al επέλεξαν ως μέθοδο αντιμετώπισης του προεγχειρητικού stress τη μέθοδο της προβολής ταινίας, στην οποία περιγράφονται οι τεχνικές περιοχικής αναισθησίας και παρέχονται λεπτομερώς σχετικές πληροφορίες.⁵⁶

Συμπερασματικά, η αξία της προεγχειρητικής ενημέρωσης και η ικανοποίηση των ασθενών συμβάλλει στη μείωση του προεγχειρητικού άγχους, την ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας, τη συμμόρφωση με τη θεραπεία, ενώ παράλληλα μειώνει τη χρονική διάρκεια και το κόστος νοσηλείας. Συνεπώς, ο περιορισμός του περιεγχειρητικού άγχους αποτελεί βασική προτεραιότητα κατά την περιεγχειρητική φροντίδα. Οι έρευνες προς αυτή την κατεύθυνση είναι απαραίτητο να συνεχιστούν, έτσι ώστε να καθιερωθεί η εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης των ασθενών με σύγχρονες μεθόδους και να ενδυναμωθεί ο ρόλος του ασθενούς στη διαδικασία λήψης κλινικής απόφασης και την τεκμηριωμένη πρακτική.

ABSTRACT

Investigation of the level of information and preoperative anxiety in thoracoscopic patients – A pilot study

A. PATELARO, ¹ P. BELESI, ² C. TSIU ³

¹Department of Anesthesiology, University Hospital of Heraklion, Heraklion, Crete, ²Operating Theater Department, "Sotiria" General Hospital of Chest Diseases, Athens, ³Department of Nursing, Technological Educational Institute of Athens, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2015, 32(1):45–53

OBJECTIVE Investigation of the level of preoperative information of thoracoscopic patients and their preoperative anxiety. **METHOD** A cross-sectional study was conducted based on the Spielberger State Anxiety Inventory (STAI) and the Information Satisfaction Questionnaire (ISQ). The questionnaires were administered by personal interview to 50 patients in two Thoracoscopic Departments in the "Sotiria" Hospital of Chest Diseases. **RESULTS** More than half of the participants stated that they were satisfied or very satisfied with the information they had been given, and 50% that they would like to receive all available information and participate in the clinical decision making. The patients stated that they were less satisfied with the information regarding the type and the choices of the available kinds of treatment and their way of life. Patients who had experienced more than two previous surgical procedures had lower levels of permanent anxiety than those who had never undergone a surgical procedure ($p < 0.05$). **CONCLUSIONS** Provision of appropriate preoperative information to patients and their satisfaction contribute to reduction of pre-

operative anxiety and promote effective communication between patients and health professional. Alleviation of preoperative anxiety should be a major priority in the field of perioperative care.

Key words: Information, Patient, Preoperative anxiety, Preoperative stress, Thoracosurgical procedures

Βιβλιογραφία

1. COE R, GOULD D. Disagreement and aggression in the operating theatre. *J Adv Nurs* 2008, 61:609–618
2. HÜPPE M, UHLIG T, HEINZE J, VOGELANG H, SCHMUCKER P. Management and methodological approaches for the assessment of emotional states in anesthesiology. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2000, 35:3–11
3. GRABOW L, BUSE R. Preoperative anxiety – anxiety about the operation, anxiety about anesthesia, anxiety about pain? *Psychother Psychosom Med Psychol* 1990, 40:255–263
4. OZALP G, SARIOGLU R, TUNCEL G, ASLAN K, KADIOGULLARI N. Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain. *Acta Anaesthesiol Scand* 2003, 47:26–29
5. GRANOT M, FERBE SG. The roles of pain catastrophizing and anxiety in the prediction of postoperative pain intensity: A prospective study. *Clin J Pain* 2005, 21:439–445
6. KOBAYASHI M, SUGIMOTO T, MATSUDA A, MATSUSHIMA E, KISHIMOTO S. Association between self-esteem and depression among patients with head and neck cancer: A pilot study. *Head Neck* 2008, 30:1303–1309
7. MÁLEK J, CTRNÁCTÁ E, KURZOVÁ A. Patients' perioperative worries and experiences. *Rozhl Chir* 2004, 83:406–410
8. PERKS A, CHAKRAVARTI S, MANNINEN P. Preoperative anxiety in neurosurgical patients. *J Neurosurg Anesthesiol* 2009, 21:127–130
9. ROSÉN S, SVENSSON M, NILSSON U. Calm or not calm: The question of anxiety in the perianesthesia patient. *J Perianesth Nurs* 2008, 23:237–246
10. MUGLALI M, KOMERIK N. Factors related to patients' anxiety before and after oral surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2008, 66:870–877
11. GARIP H, ABALI O, GÖKER K, GÖKTÜRK U, GARIP Y. Anxiety and extraction of third molars in Turkish patients. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2004, 42:551–554
12. NISHIMORI M, MOERMAN N, FUKUHARA S, VAN DAM FS, MULLER MJ, HANAOKA K ET AL. Translation and validation of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) for use in Japan. *Qual Life Res* 2002, 11:361–364
13. PANAGOPOULOU E, MAES S, RIMÉ B, MONTGOMERY A. Social sharing of emotion in anticipation of cardiac surgery: Effects on preoperative distress. *J Health Psychol* 2006, 11:809–820
14. EBERHARDT J, VAN WERSCH A, VAN SCHAİK, CANN P. Information, social support and anxiety before gastrointestinal endoscopy. *Br J Health Psychol* 2006, 11:551–559
15. HOLLAUS PH, PUCHER I, WILFING G, WURNING PN, PRIDUN NS. Preoperative attitudes, fears and expectations of non-small cell lung cancer patients. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2003, 2:206–209
16. LAVERNIA CJ, ALCERRO JC, ROSSI MD. Fear in arthroplasty surgery: The role of race. *Clin Orthop Res* 2010, 468:547–554
17. GAN TJ. Risk factors for postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg* 2006, 102:1884–1898
18. HAWIGHORST S, SCHOENEFUSS G, FUSSHOELLER C, FRANZ C, SEUFERT R, KELLEHER DK ET AL. The physician-patient relationship before cancer treatment: A prospective longitudinal study. *Gynecol Oncol* 2004, 94:93–97
19. FALAGAS ME, KORBILA IP, GIANOPOULOU KP, KONDILIS BK, PEPAS G. Informed consent: How much and what do patients understand? *Am J Surg* 2009, 198:420–435
20. CASSILETH BR, ZUPKIS RV, SUTTON-SMITH K, MARCH V. Informed consent – why are its goals imperfectly realized? *N Engl J Med* 1980, 302:896–900
21. SPIELBERGER CD, GORSUCH RL, LUSHENE RE. *The State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1970
22. ΛΙΑΚΟΣ Α, ΓΙΑΝΝΙΤΣΗ Σ. Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος* 1984, 21:71–76
23. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ ΙΝ. *Στατιστική – επαγωγική Στατιστική*. Τόμος Β', Ιδιωτική Έκδοση, Αθήνα, 1993
24. ΔΑΡΒΙΡΗ Χ. *Μεθοδολογία έρευνας στο χώρο της υγείας*. Εκδόσεις Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2009
25. BEAUCHAMP TL, WALTERS LR, KAHN JP, MASTROIANNI AC. *Contemporary issues in bioethics*. Wadsworth Publishing Inc, Belmont, CA, 2007
26. KING J, CHAMBERLAND P, RAWJI A, AGER A, LÉGER R, MICHAELS R ET AL. Patient educational needs of patients undergoing surgery for lung cancer. *J Cancer Educ* 2014 [Epub ahead of print]
27. POLLOCK K, MOGHADDAM N, COX K, WILSON E, HOWARD P. Exploring patients' experience of receiving information about cancer: A comparison of interview and questionnaire methods of data collection. *Health (London)* 2011, 15:153–172
28. WRIGHT EB, HOLCOMBE C, SALMON P. Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: Qualitative study. *Br Med J* 2004, 328:864
29. FELT U, BISTER MD, STRASSNIG M, WAGNER U. Refusing the information paradigm: Informed consent, medical research, and patient participation. *Health (London)* 2009, 13:87–106
30. BOTTI S, MCGILL AL. When choosing is not deciding: The effect of perceived responsibility on choice outcome satisfaction. *Adv Consum Res* 2006, 33:512–513
31. SACKETT DL, ROSENBERG WM, GRAY JA, HAYNES RB, RICHARDSON WS. Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *Br Med J* 1996, 312:71–72
32. MELNYK BM, FINEOUT-OVERHOLT E, STILLWELL SB, WILLIAMSON KM. Evidence-based practice: Step by step: Igniting a spirit of inquiry: An essential foundation for evidence-based practice.

- Am J Nurs* 2009, 109:49–52
33. BARKER J. *Evidence-based practice for nurses*. 2nd ed. SAGE Publications, London, 2013
 34. LEVENTAL H, JONSON JE. Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In: Wooldridge PJ, Schmitt MH, Schipper JK Jr, Leonard RC (eds) *Behavioral science and nursing theory*. Mosby CV, St Louis, 1983:189–262
 35. VALLEJO BC. Is structured pre-surgical education more effective than non-structured education? *Patient Educ Couns* 1987, 9:283–290
 36. TROMP F, DULMEN S, WEERT J. Interdisciplinary preoperative patient education in cardiac surgery. *J Adv Nurs* 2004, 47:212–222
 37. SHULDMAN CM. Pre-operative education for the patient having coronary artery bypass surgery. *Patient Educ Couns* 2001, 43:129–137
 38. SHULDMAN CM. Review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery. *Int J Nurs Stud* 1999, 36:171–177
 39. PATELAROOU A, MELIDONIOTIS E, SGOURAKI M, KARATZI M, SOUVATZIS X. The effect of visiting surgical patients in the postanesthesia care unit on family members' anxiety: A prospective quasi-experimental study. *J Perianesth Nurs* 2014, 29:221–229
 40. SEKINE Y, CHIYO M, IWATA T, YASUFUKU K, FURUKAWA S, AMADAY ET AL. Perioperative rehabilitation and physiotherapy for lung cancer patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg* 2005, 53:237–243
 41. REEVE J, DENEHY L, STILLER K. The physiotherapy management of patients undergoing thoracic surgery: A survey of current practice in Australia and New Zealand. *Physiother Res Int* 2007, 12:59–71
 42. REID JC, KLACHKO DM, KARDASH CA, ROBINSON RD, SCHOLLES R, HOWARD D. Why people don't learn from diabetes literature: Influence of text and reader characteristics. *Patient Educ Couns* 1995, 25:31–38
 43. VAN WEERT J, VAN DULMEN S, BÄR P, VENUS E. Interdisciplinary preoperative patient education in cardiac surgery. *Patient Educ Couns* 2003, 49:105–114
 44. PETERSON MW, FRETZ PC. Patient use of the internet for information in a lung cancer clinic. *Chest* 2003, 123:452–457
 45. ANONYMOUS. Information needs and sources of information for women with breast cancer: A follow-up study. *J Adv Nurs* 1996, 23:487–495
 46. MORDIFFI SZ, TAN SP, WONG MK. Information provided to surgical patients versus information needed. *AORN J* 2003, 77:546–549, 552–558, 561–562
 47. NAIR MG, HICKOK JT, ROSCOE JA, MORROW GR. Sources of information used by patients to learn about chemotherapy side effects. *J Cancer Educ* 2000, 15:19–22
 48. MILLS ME, SULLIVAN K. Patients with operable oesophageal cancer: Their experience of information-giving in a regional thoracic unit. *J Clin Nurs* 2000, 9:236–246
 49. SCALISE D. *The patient experience. Hospitals and health networks*. American Hospital Publishing, Chicago, 2003
 50. GREENWOOD J. Employing a range of methods to meet patient information needs. *Prof Nurse* 2002, 18:233–236
 51. MURRAY E, LO B, POLLACK L, DONELAN K, CATANIA J, WHITE M ET AL. The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship: Patient perceptions. *Arch Intern Med* 2003, 163:1727–1734
 52. LOWRY M. Knowledge that reduces anxiety. Creating patient information leaflets. *Prof Nurse* 1995, 10:318–320
 53. TARBWY W, HOGAN K. Hospital-based patient information services: A model for collaboration. *Bull Med Libr Assoc* 1997, 85:158–166
 54. MAHLER HI, KULIK JA, HILL MR. A preliminary report on the effects of videotape preparations for coronary bypass surgery on anxiety and self-efficacy: A simulation and validation with college students. *Basic Appl Soc Psych* 1993, 14:437–453
 55. JLALA HA, FRENCH JL, FOXALL GL, HARDMAN JG, BEDFORTH NM. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *Br J Anaesth* 2010, 104:369–374
 56. ELEY VA, SEARLES T, DONOVAN K, WALTERS E. Effect of an anaesthesia information video on preoperative maternal anxiety and postoperative satisfaction in elective caesarean section: A prospective randomised trial. *Anaesth Intensive Care* 2013, 41:774–781
- Corresponding author:*
- A. Patelarou, Department of Anesthesiology, University Hospital of Heraklion, Heraklion, Crete, Greece
e-mail: athina.patararou@gmail.com