

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΘΕΜΑ:

**“ΤΟ STRESS ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΩΝ ΤΕΠ ΠΟΥ
ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ”**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ
ΚΑΚΑΓΙΑΝΝΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑΣ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΓΚΟΒΙΝΑ ΟΥΡΑΝΙΑ**



ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας Κακαγιάννη Ευαγγελίας

Εξεταστική Επιτροπή:

- Γκοβίνα Ουρανία (Επιβλέπουσα)
- Κελέση-Σταυροπούλου Μάρθα
- Δοκουτσίδου Ελένη

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή, η οποία ορίστηκε από τη Γ.Σ.Ε.Σ. της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση της για την αξιολόγηση και εξέταση της υποψήφιας Κακαγιάννη Ευαγγελίας, συνεδρίασε σήμερα// 201.....

Η Επιτροπή διαπίστωσε ότι η διπλωματική εργασία της Κακαγιάννη Ευαγγελίας, με τίτλο «ΤΟ STRESS ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ», είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπεριστατωμένη.

Η Εξεταστική Επιτροπή, αφού έλαβε υπό όψιν της το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη με ψήφους, προτείνει την απονομή στην παραπάνω Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για τη βαθμολογία η υποψήφια έλαβε για το βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους, για το βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους και για το βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «.....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής:

1. Γκοβίνα Ουρανία (Επιβλέπουσα) (υπογραφή) _____
2. Κελέση-Σταυροπούλου Μάρθα (υπογραφή) _____
3. Δοκουτσίδου Ελένη (υπογραφή) _____

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
----------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Η ΦΥΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	8
-------------------------	---

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	11
1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΑΓΧΟΣ.....	13
1.3 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ.....	16
<i>1.3.1 Ορμόνες και νευροδιαβιβαστές που εμπλέκονται στην εκδήλωση άγχους.....</i>	<i>18</i>
<i>1.3.2 Παράγοντες αιτιοπαθογένειας του άγχους.....</i>	<i>19</i>
1.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	21
1.5 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ.....	25
<i>1.5.1 Φαρμακευτική αντιμετώπιση του άγχους.....</i>	<i>28</i>
<i>1.5.2 Εναλλακτικές και συμπληρωματικές θεραπείες του άγχους.</i>	<i>31</i>
<i>1.5.3 Συμπεριφορές αντιμετώπισης του άγχους.....</i>	<i>32</i>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ.....	35
------------------------------------	----

2.1 ΣΥΝΩΣΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΛΟΓΗ	38
-----------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΑΓΧΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΣΤΑ

ΤΕΠ.....	42
----------	----

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	49
------------------	----

4.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	49
----------------------------------	----

4.2 ΣΚΟΠΟΣ.....	49
4.3 ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	49
4.4 ΔΕΙΓΜΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	50
4.5 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	50
4.6 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	54
---------------------------	-----------

5.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	54
5.2 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΡΟ ΤΗΣ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ...58	
5.2.1 Μονοπαραγοντική ανάλυση μεταβλητών των ασθενών σε σχέση με το άγχος τη δεδομένη στιγμή	65
5.2.2 Μονοπαραγοντική ανάλυση μεταβλητών των ασθενών σε σχέση με την ύπαρξη άγχους γενικά	71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	77
------------------------------------	-----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	89
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	90
ABSTRACT	91
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	92

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ τη μητέρα μου που πίστεψε σε εμένα και στην δύναμη που εκείνη μου έμαθε να έχω και να ξεπερνάω ότι μπορεί να αντιμετωπιστεί σε αυτή την ζωή.

Χωρίς την δική της πολύπλευρη συμπαράσταση και διαρκή υποστήριξη δεν θα είχα καταφέρει να ολοκληρώσω αυτή μου την προσπάθεια.

Θα ήταν παράλειψη να μην ευχαριστήσω τον σύζυγο μου για την αδιάκοπη ενθάρρυνση, υποστήριξη και καθοδήγηση ώστε να ανταπεξέλθω στις δυσκολίες και στις απαιτήσεις που προέκυψαν λόγω που οι σπουδές μου έπρεπε να συνδυαστούν με το πρόγραμμα μου στη δουλειά.

Επίσης ευχαριστώ όλους μου τους συναδέλφους που μου συμπαραστάθηκαν και με βοήθησαν με όποιο τρόπο μπορούσαν και στην δουλειά αλλά και στις σπουδές.

Για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας οφείλω από καρδιάς να ευχαριστήσω την καθηγήτρια μου Κα Γκοβίνα Ουρανία για την επιστημονική της καθοδήγηση και την υπομονή και κατανόηση που έδειξε σε όλα τα στάδια μέχρι την ολοκλήρωση της.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εισαγωγή ασθενούς στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) αποτελεί για αυτόν μια στρεσογόνο εμπειρία, για την οποία είναι δυνατό να ευθύνονται πολλοί παράγοντες, ανεξάρτητα από το εν δυνάμει πρόβλημα.¹

Από την άλλη πλευρά, σε ένα γενικό νοσοκομείο, οι ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές είναι συνήθως ένας στους έξι με επιπολασμό που κυμαίνεται από 30% έως 60%. Οι αγχώδεις διαταραχές αναμένεται να είναι περισσότερο συχνές σε τμήματα επειγόντων περιστατικών.²

Το ΤΕΠ συχνά χαρακτηρίζεται ως “νευραλγικό” τμήμα όπου επικρατούν ποικίλλες εντάσεις, ανάλογα με τον αριθμό των ατόμων που προσέρχονται σε αυτό λόγω του προβλήματος της υγείας τους. Αποτελεί εξειδικευμένο χώρο που στελεχώνεται από έμπειρους νοσηλευτές και σχεδόν στην πλειοψηφία των περιπτώσεων παρέχει φροντίδα σε πολλά άτομα ταυτόχρονα, με ποικίλα προβλήματα υγείας, διαφορετικής βαρύτητας. Τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται σε παγκόσμιο επίπεδο μεγάλη εισροή ατόμων για φροντίδα στα ΤΕΠ, συχνά αποκαλούμενη ως “συνωστισμός”.³⁻⁵

Πιθανόν, λόγω του αυξημένου αριθμού συγγενών και ασθενών στον ίδιο χώρο σε συνδυασμό με το προσωπικό τους πρόβλημα υγείας, την αγωνία για την επιτυχή έκβαση της κατάστασης και τον άγνωστο και γρήγορο κόσμο των ΤΕΠ, τα άτομα βιώνουν συναισθήματα άγχους.

Η λέξη άγχος προέρχεται, όπως και η αγχώνη, από το ρήμα άγχω, σφίγγω πιεστικά στο λαιμό και λειτουργεί ως σήμα που προειδοποιεί τον οργανισμό για έναν επερχόμενο κίνδυνο και τον προετοιμάζει να ανασυνταχθεί και να κινητοποιήσει τις άμυνές του για να αντιμετωπίσει την απειλή, να διαφύγει από αυτή ή να μειώσει τις επιπτώσεις της. Ο άνθρωπος αισθάνεται άγχος όταν αντιλαμβάνεται την ύπαρξη μιας ανισορροπίας ανάμεσα στις απαιτήσεις που πρέπει να ικανοποιήσει και τους πόρους που διαθέτει. Το άγχος κάποιες φορές μπορεί να έχει ευεργετικό χαρακτήρα, διότι βοηθά το άτομο να αντιδράσει αποτελεσματικά απέναντι σε άγνωστες καταστάσεις, όταν όμως είναι παθολογικό μπορεί να είναι επιζήμιο για τον ασθενή.⁶

Η αξονική τομογραφία (CT) είναι μια μη επεμβατική διαγνωστική

απεικονιστική εξέταση που χρησιμοποιεί ακτίνες X και παρέχει ευκρινείς εικόνες του σώματος. Μια αξονική τομογραφία μπορεί να δώσει λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με πολλά μέρη του σώματος, όπως τους πνεύμονες, τα οστά, τα μαλακά μόρια, την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία. Συνεπώς, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση και την παρακολούθηση πολλών περιπτώσεων. Η διεξαγωγή της εξέτασης δε χρειάζεται προετοιμασία. Κάποιες φορές, αναλόγως της περίπτωσης μπορεί να χορηγηθεί ενδοφλεβίως σκιαγραφική ουσία και συνεπώς ο ασθενής πρέπει να είναι νηστικός.¹

Τα άτομα που υποβάλλονται σε εξέταση στον αξονικό τομογράφο, βιώνουν άγχος, το οποίο αποδίδεται σε διάφορους λόγους. Παρόλα αυτά, επικρατεί ευρέως η υποτίμηση του άγχους διότι δίδεται προτεραιότητα στην αντιμετώπιση του βασικού αιτίου εισαγωγής στα ΤΕΠ.¹

Η παρούσα ερευνητική εργασία αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αναφέρεται στην έννοια του άγχους και στη σχέση άγχους με την εξέταση της αξονικής τομογραφίας και του τμήματος των ΤΕΠ. Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στον ερευνητικό σχεδιασμό, στη μεθοδολογία, στα αποτελέσματα, στη συζήτηση των αποτελεσμάτων και τέλος στα συμπεράσματα.

Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η διερεύνηση του άγχους των ασθενών που υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Η ΦΥΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Το άγχος αποτελεί την πλέον συνηθισμένη λέξη στη καθημερινή ζωή του σύγχρονου ατόμου σε παγκόσμια κλίμακα. Η λέξη άγχος προέρχεται από το ρήμα "άγχω" που σημαίνει πιέζω κυρίως γύρω από το λαιμό, αποπνίγω ή στραγγαλίζω. Παράγωγα του ρήματος είναι η αγχόνη, η στηθάγχη, κ.ά.

Το άγχος ακολουθεί τον άνθρωπο από την εποχή του homo sapiens μέχρι τη σημερινή εποχή, αλλά όμως με διαφορετικό τρόπο έκφρασης που εξυπηρετεί διαφορετικούς σκοπούς. Αναλυτικότερα, στον πρωτόγονο άνθρωπο το άγχος αποτελούσε μια αντίδραση σε αντιλαμβανόμενη απειλή η οποία τον προετοίμαζε να την αντιμετωπίσει, όπως για παράδειγμα να αντιμετωπίσει τους φυσικούς κινδύνους ή τα άγρια ζώα. ⁶⁻¹⁰

Από εκείνη την εποχή έως σήμερα, το άγχος συνέχισε να ακολουθεί το άτομο αλλά όμως ελάμβανε διαφορετικές και ποικίλες αποχρώσεις, μορφές, εντάσεις, εκδηλώσεις και λειτουργίες μέσα από τις εκάστοτε κοινωνίες στο πέρασμα των αιώνων. Είναι εύκολα κατανοητό ότι το άγχος αποτελούσε εν μέρει την έκφραση της κάθε εποχής. Πιο συγκεκριμένα, το άγχος αναδύονταν μέσα από τα προβλήματα και τις ανάγκες του ατόμου όπως αυτά σχετίζονταν με την κοινωνία ή τις συνθήκες στις οποίες διαβίωνε όπως για παράδειγμα καθεστώς ειρήνης, πολέμου ή επανάστασης, κ.α. ⁶⁻¹⁰

Εν αντιθέσει με τον πρωτόγονο άνθρωπο, ο σύγχρονος άνθρωπος δε διακατέχεται από φόβο για τα άγρια ζώα ωστόσο βιώνει πλήθος απειλών σε καθημερινή βάση σε ατομικό, οικογενειακό, κοινωνικό, πολιτισμικό ακόμα και εθνικό επίπεδο. Συνεπώς, ο σύγχρονος άνθρωπος βιώνει το άγχος ως αναπόφευκτο στοιχείο της καθημερινής του ζωής. Το άγχος ποικίλει σε ένταση ανάλογα με την προσωπικότητα του ατόμου και των εμπειριών ή γεγονότων που βιώνει εκείνη τη χρονική στιγμή ή σε βάθος χρόνου (αιφνίδια, ψυχοπιεστικά, κ.ά). Για παράδειγμα, στη σύγχρονη εποχή είναι έκδηλο το άγχος της οικονομικής κρίσης με ποικίλες προεκτάσεις και επιπτώσεις στη ψυχολογία του ατόμου οι οποίες κάποιες φορές μπορεί να είναι επικίνδυνες για τη ψυχική υγεία. ⁶⁻¹⁰

Αποδίδοντας τον ορισμό του άγχους, αυτό αποτελεί αντίδραση σε μια απειλή που όμως είναι αόριστη και προέρχεται από εσωτερικές ή εξωτερικές πηγές. Συχνά χαρακτηρίζεται ως διεγερτικό σήμα το οποίο προειδοποιεί για επικείμενο κίνδυνο και ωθεί το άτομο, να λάβει τα μέτρα του για την αντιμετώπιση της απειλής.⁶⁻¹⁰

Πριν το στάδιο της εγρήγορσης, προηγείται μια προσαρμοστική, σωματική και ψυχολογική αντίδραση, η οποία δεν έχει παθολογικό χαρακτήρα αλλά αντιθέτως συντελεί στη μεγιστοποίηση της λειτουργικότητας προκειμένου το άτομο να αντιμετωπίσει την επερχόμενη απειλή.⁶⁻¹⁰

Αυτές οι αντιδράσεις που εκδηλώνονται αυτόματα και χωρίς λογική επεξεργασία έχουν ως σκοπό να προετοιμάσουν το άτομο, είτε να παλέψει είτε να απομακρυνθεί από τον αντίπαλο (flight or fight). Για παράδειγμα, στη θέα ενός επικίνδυνου ζώου, εκδηλώνεται ταχυκαρδία η οποία έχει ως σκοπό να αυξήσει την αιματική παροχή στην καρδιά, στον εγκέφαλο, το πρόσωπο και τους μύες. Η αύξηση της παροχής αίματος στον εγκέφαλο, θα βοηθήσει στη λήψη ταχύτερων αποφάσεων, οι μύες θα μπορέσουν να αποδώσουν περισσότερο στη μάχη με την απειλή ή την απομάκρυνση από αυτήν. Τέλος, η ερυθρότητα του προσώπου και το ανατρίχιασμα στο σώμα συντελούν στην αλλαγή της μορφής του ατόμου δηλ., να φαίνεται περισσότερο απειλητικό στον αντίπαλο. Επικρατέστερο παράδειγμα αποτελούν οι γάτες όταν «σηκώνεται το τρίχωμά τους», στην επερχόμενη απειλή προκειμένου να φαίνονται περισσότερο άγριες. Όταν δοθεί το διεγερτικό σήμα, τότε πλέον η κατάσταση δεν είναι δυνατόν να ελεγχθεί από τη λογική. Συνεπώς, η προκαλούμενη ταχυκαρδία και ο βαθμός έντασης της είναι πλέον πραγματικές, μη ελέγξιμες καταστάσεις, που μάλλον είναι επιζήμιες για την υγεία του ατόμου, εφόσον εγκατασταθούν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Άλλες αντιδράσεις αφορούν το γαστρεντερικό σύστημα, όπως σύσπαση του στομάχου, περισταλτισμός του εντέρου, το ουροποιητικό όπως συχνουρία, και το αναπνευστικό, όπως ταχύπνοια και η σύσπαση των μυών του λάρυγγα.⁶⁻¹⁰

Όταν εμφανιστούν αυτές οι εκδηλώσεις από άλλα συστήματα, τότε ο σύγχρονος άνθρωπος τις βιώνει ως απειλή με αποτέλεσμα να επιβαρύνει τη ψυχική υγεία, επανατροφοδοτώντας συνεχώς τη διαδικασία του άγχους. Σταδιακά, το άγχος αποκτά παθολογικό χαρακτήρα, ενώ παραμένει αυξημένη η

δραστηριότητα του αυτόνομου συστήματος. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε αυτή τη φάση, η λογική σκέψη αδυνατεί να επαναφέρει την τάξη, παρότι αρχικά ήταν εκείνη που έδωσε την εντολή για την έναρξη της διαδικασίας "πάλης-φυγής", αντιλαμβανόμενη τον κίνδυνο.⁶⁻¹⁰

Το άγχος και ο φόβος δεν είναι ίδιες έννοιες παρότι μοιράζονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά. Ο φόβος αποτελεί αντίδραση σε ένα γνωστό ή ορατό κίνδυνο, όπως για παράδειγμα η θέα ενός φιδιού, ενώ το άγχος σε μια απροσδιόριστη απειλή. Κοινό υπόστρωμα του άγχους και του φόβου είναι ο διεγερτικός τους χαρακτήρας, ενώ σημαντική διαφορά ανάμεσα τους θεωρείται η χρονική διάρκεια και η οξύτητα του φόβου. Συγκεκριμένα, ο φόβος μπορεί μεν να προετοιμάζει το άτομο για δράση απέναντι σε ένα ορατό και άμεσο κίνδυνο ωστόσο υποχωρεί όταν αυτός εξαφανιστεί. Αντιθέτως, το άγχος κινητοποιείται σε αναγνώριση ενός κινδύνου, του οποίου η αιτία δεν είναι γνωστή.⁶⁻¹⁰

Το άγχος θα πρέπει να διαφοροποιείται και από το stress, το οποίο είναι η ένταση ή η πίεση που βιώνει το άτομο καθημερινά και μπορεί να είναι ψυχική, σωματική, συναισθηματική. Ο όρος 'stress' δηλώνει την κατάσταση εκείνη, κατά την οποία απειλείται ή διαταράσσεται η ψύχο-σωματική ισορροπία του ανθρώπου.⁷ Αναλυτικότερα, ο Selye, το 1936, εισήγαγε για πρώτη φορά τον όρο stress. Όρισε το stress ως 'μη ειδική απόκριση του σώματος έναντι κάποιας πραγματικής ή φανταστικής «απειλής». Αν επιχειρήσουμε να διακρίνουμε όμως τους δύο όρους (άγχος-στρες), τότε ο όρος στρες (ο οποίος προέρχεται από τον λατινικό όρο *districtus*) συνίσταται στην φυσική και πνευματική αντίδραση του οργανισμού σε πιέσεις και απαιτήσεις του περιβάλλοντος, ενώ ο όρος άγχος αναφέρεται στη διαδικασία που περιλαμβάνει τόσο τα στρεσογόνα ερεθίσματα, όσο και τις ψυχικές, σωματικές και κοινωνικές αντιδράσεις του ατόμου. Ο όρος άγχος αναφέρεται στη σχετική ψυχική διάθεση και μόνο, στην αντίδραση του ατόμου σε εξωτερικούς ή εσωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες.¹¹ Το άγχος είναι μια κατάσταση ανησυχίας, έντασης και στεναχώριας και είναι δυνατόν να εκφράζεται με Σκέψεις, Συναισθήματα, Σωματικές αναδράσεις, Συμπεριφορές (4Σ), τα οποία επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου.^{8,11}

1.1 Ιστορική αναδρομή του άγχους

Το άγχος στην αρχή ήταν ατομικό και σημαντικό για την επιβίωση του ατόμου όπως για παράδειγμα την αναζήτηση τροφής, την αντιμετώπιση κινδύνων, κ.ά. Αργότερα, άρχισε να εκδηλώνεται το συλλογικό άγχος μέσα από τις πρώτες θρησκευτικές επιρροές, όπου ο Θεός ήταν τιμωρός και απαιτούνταν συμπεριφορές εξαγνισμού. Με το πέρασμα των χρόνων, το άγχος ελάμβανε διάφορες μορφές μέσα από το ευρύτερο κοινωνικό, πολιτικό, θρησκευτικό και πολιτισμικό πλαίσιο της κάθε εποχής.⁹

Όσον αφορά την Ελλάδα, το άγχος ήταν γνωστό από την εποχή του Ιπποκράτη, ο οποίος είχε περιγράψει περιπτώσεις φοβίας και ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος που περιέγραψε τις βασικές ψυχικές διαταραχές του ανθρώπου και υποστήριξε ότι δεν πρέπει να επιχειρείται διάκριση μεταξύ σωματικής και ψυχικής νόσου. Ειδικότερα, υποστήριξε ότι, η ασθένεια δεν εντοπίζεται στα όργανα αλλά είναι το αποτέλεσμα δυσλειτουργίας του οργανισμού με το περιβάλλον. Θεωρούσε πως ο άρρωστος αποτελεί ενιαία ψυχοσωματική οντότητα και ότι η αρρώστια διέπεται από φυσικούς νόμους.⁹

Για ασθένειες της ψυχής κάνουν λόγο ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης. Οι περισσότερες αιτίες ασθενειών είναι οι εσωτερικές συγκρούσεις και γενικά τα αρνητικά συναισθήματα όπως άγχος, φόβος, θυμός, οργή, γκρίνια, ενοχή, θλίψη, εγωισμός, κ.ά.⁹

Ο Επίκτητος (55 -135 μ.Χ.) τόνισε ότι για το άγχος δεν ευθύνονται τα πράγματα, αλλά οι γνώμες που σχηματίζουν τα άτομα για τα πράγματα. Αν αλλάξουμε τις εντυπώσεις μας, θα αλλάξουν και τα συναισθήματά μας.

Η πρώτη αναγνώριση του παθολογικού άγχους έγινε το 17^ο αιώνα από τον Robert Burton (1577-1640) στο βιβλίο του 'Η Ανατομία της Μελαγχολίας' που έγραψε στα τέλη της Αναγέννησης.⁹

Ο A. Lewis, υποστήριξε ότι το άγχος αποτελεί συναισθηματική κατάσταση η οποία εμπεριέχει υποκειμενική εμπειρία φόβου με κατεύθυνση στο μέλλον.

Το 1844 άρχισε να γίνεται αντιληπτή διαφορά του άγχους από το φόβο

από τον Δανό υπαρκτιστή Soren Kiekegaard, ο οποίος καθόρισε το άγχος ως μια αόριστη διάχυτη ανησυχία που δεν επιτρέπει διαφυγή, ξεχωρίζοντας το έτσι από το φόβο. Επιπλέον, τόνισε ότι το φυσιολογικό άγχος επιτρέπει την ανάπτυξη του ατόμου, ενώ το παθολογικό άγχος δεν προωθεί το άτομο να προχωρήσει σε νέους ορίζοντες. Τέλος, επεσήμανε ότι το άγχος αποτελεί μια εκπαιδευτική διαδικασία προκειμένου το άτομο να αντιμετωπίζει το θάνατο.

Η θρησκεία συμμετείχε επίσης στον προσδιορισμό του άγχους με τον Niebuhr ο οποίος υποστήριξε ότι, αποτελεί έκφραση του πειρασμού.

Ο Sigmund Freud (1856-1939) ήταν αυτός που αναφέρθηκε στη σχέση άγχους και καθημερινότητας. Η θεωρία του ψυχαναλυτή Freud δεν περιελάμβανε ιδέες για τη χημεία του εγκεφάλου αλλά θεώρησε ότι, το άγχος είναι ένα «σήμα κινδύνου» το οποίο βάζει σε λειτουργία το αμυντικό σύστημα του οργανισμού για να αντιδράσει εν όψει επικείμενου κινδύνου.⁹

Ο Freud διατύπωσε δυο θεωρίες σχετικά με το άγχος. Στη μεν πρώτη τόνισε ότι, το άγχος οφείλεται σε απωθημένες σεξουαλικές ενορμήσεις ή είναι το αποτέλεσμα της προσπάθειας του ατόμου να ελέγξει τη λίμπιντο. Όταν δεν υπάρχει σεξουαλική επαφή, και συνεπώς δεν εκτονώνεται η λίμπιντο, τότε οι ενορμήσεις που καθίστανται περισσότερο δυνατές συγκριτικά με το μηχανισμό της απώθησης, κυριαρχούν στη συνείδηση με τη μορφή άγχους.⁹

Αργότερα, επανήλθε στο θέμα του άγχους μέσα από το μοντέλο του «Εγώ και του Υπεργώ», υποστηρίζοντας ότι το άγχος είναι αποτέλεσμα επιτυχούς ή ανεπιτυχούς παρέμβασης των μηχανισμών άμυνας του Εγώ προ των εσωτερικών καταστάσεων κινδύνου. Αποτελεί ένα σήμα που εκπέμπει το Υπερεγώ όταν κάποια στοιχεία απειλούν να εισβάλουν στο Συνειδητό πεδίο, προερχόμενα από τη δομική υπόσταση «Εκείνο».⁹

Ο Seyle, το 1930 περιέγραψε το άγχος ως μια αυτόματη βιολογική αντίδραση του οργανισμού σε διάφορα εξωγενή ερεθίσματα δηλ., με κριτήριο αν το άγχος επέρχεται ως αποτέλεσμα σε καταστάσεις προκαλούμενες από το περιβάλλον. Επίσης, τόνισε ότι εάν το άτομο αντιληφθεί αδυναμία να αντιπαρέλθει των απαιτήσεων μιας κατάστασης, τότε βιώνει άγχος.⁹

Ο Cannon, το 1939 ήταν ο πρώτος που έδειξε την αντίδραση της «πάλης ή φυγής» ('fight-or-flight'), την οποία ακολουθούν τα άτομα όταν βρίσκονται σε απειλή. Ο Cannon τόνισε ότι αυτές οι αντιδράσεις προέρχονται από την

απελευθέρωση ισχυρών νευροδιαβιβαστών από τα επινεφρίδια, όπως της επινεφρίνης και της νοραδρεναλίνης.

Το 1950 προστέθηκε στον ορισμό του άγχους και το χαρακτηριστικό της «αβοηθητότητας»(helplessness). Σύμφωνα με τους Sorensen και Luckman (1979) ως άγχος ορίζεται ως ένα πραγματικό και συγκεκριμένο βίωμα που συνδέει προσωπικότητες, πολιτισμούς και εποχές. Οι Lazarus και Folkman, το 1984 τόνισαν ότι, το άτομο αξιολογεί εάν ο αγχωτικός παράγοντας ή το γεγονός το θέτει σε κίνδυνο (the primary appraisal), και εάν είναι ικανό να αντιμετωπίσει αυτόν τον κίνδυνο (the secondary appraisal). Ο Sarafino, το 1994 καθόρισε το άγχος ως αποτέλεσμα της συνειδητοποίησης του ατόμου μιας διαφοράς μεταξύ των απαιτήσεων μίας κατάστασης και των υπαρκτών πόρων των βιολογικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικών συστημάτων.⁹

1.2 Φυσιολογικό και παθολογικό άγχος

Το άγχος ταξινομείται σε φυσιολογικό και παθολογικό και συνεπώς έχει άλλοτε δημιουργικό και εποικοδομητικό χαρακτήρα και άλλοτε είναι καταστροφικό για την υγεία. Το θετικό άγχος αντιπροσωπεύει τις προκλήσεις που διεγείρουν το ενδιαφέρον για την ζωή εν αντιθέσει με το αρνητικό - παθολογικό άγχος που απειλεί την ομοιόσταση του οργανισμού, δηλαδή την κατάσταση αρμονίας και ισορροπίας του πνεύματος και του σώματος.⁶⁻¹⁰

Αναλυτικότερα, το φυσιολογικό άγχος χαρακτηρίζεται ως μια φυσιολογική αντίδραση που συνοδεύει την ανάπτυξη και την αλλαγή, τη μετάβαση από ένα στάδιο σε άλλο, την αναζήτηση ταυτότητας αλλά και του νοήματος της ίδιας της ζωής. Παραδείγματα φυσιολογικού άγχους αποτελούν η αντίδραση ενός βρέφους που απειλείται με χωρισμό από τους γονείς του, η πρώτη μέρα των μαθητών στο σχολείο, η σκέψη του γήρατος ή του θανάτου για τους ενήλικες και τέλος η αντιμετώπιση μιας χρόνιας ή αιφνίδιας σωματικής νόσου.⁶⁻¹⁰

Επιπλέον, το άγχος μπορεί να έχει ευεργετικό χαρακτήρα και να βοηθά τα άτομα να ανταπεξέλθουν στις δύσκολες στιγμές, καθώς τα κινητοποιεί να αντιδράσουν. Για παράδειγμα, όσον αφορά τις σωματικές παθήσεις, το άγχος

κινητοποιεί τα άτομα για έγκαιρη αναζήτηση ιατρικής φροντίδας και άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ή ακόμα σε συμμόρφωση προς τις θεραπευτικές οδηγίες για γρήγορη αποκατάσταση ενός χρόνιου νοσήματος.

Επιπροσθέτως, το άγχος θεωρείται συνδετικός κρίκος ανάμεσα στο κοινωνικό περιβάλλον και στα ανώτερα επίπεδα οργάνωσης του Εγώ. Το άγχος εποπτεύει την εναρμόνιση του ατόμου με το περιβάλλον και συμβάλλει σημαντικά στη κοινωνική προσαρμογή.⁶

Όταν το άγχος αυξάνεται σε ένταση ή σε χρονική διάρκεια, τότε χαρακτηρίζεται ως παθολογικό και πολλές φορές προκαλεί ποικίλου βαθμού εξασθένιση της καθημερινής λειτουργικότητας του ατόμου ή ακόμα και αποδιοργάνωση του.⁶⁻¹⁰

Ως αποτέλεσμα, το άτομο βιώνει πλήθος συμπτωμάτων τα οποία μπορεί να επιδεινώσουν τη σωματική και ψυχική του υγεία, να επιβαρύνουν την εν δυνάμει νόσο ή ακόμα και να πυροδοτήσουν μια σωματική νόσο. Για παράδειγμα, έντονο και παρατεταμένο άγχος μπορεί να πυροδοτήσει ένα οξύ υπερτασικό επεισόδιο σε κάποιον που έχει φυσιολογική αρτηριακή πίεση.

Η χρόνια έκθεση στο παθολογικό άγχος είναι επιβλαβής λόγω της υπερδραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος (αύξηση της καρδιακής συχνότητας, ηλεκτρική αστάθεια, αρρυθμίες και αιφνίδιος θάνατος) και της αύξησης των κατεχολαμινών (σύσπαση των στεφανιαίων αγγείων, αύξηση της δραστηριότητας των αιμοπεταλίων, αρτηριοσκλήρυνση). Το γαστρεντερικό σύστημα και κυρίως το παχύ έντερο αποτελεί το όργανο που πλήττεται περισσότερο από το άγχος. Το 'σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου' που χαρακτηρίζεται κυρίως από αύξηση του περισταλτισμού του εντέρου και της αιμάτωσης του βλεννογόνου αποδίδεται σε ψυχολογική διαταραχή ή ψυχοφυσιολογικό φαινόμενο. Το έντερο δηλαδή διαθέτει το δικό του νευρικό σύστημα που μπορεί να ρυθμίσει τις εντερικές λειτουργίες (γαστρεντερική έκκριση, κινητικότητα, διαπερατότητα του επιθηλίου), ανεξαρτήτως κεντρικού ελέγχου. Τέλος, το παθολογικό άγχος έχει συσχετιστεί με αυξημένη ευαισθησία στην πρόκληση λοιμωδών και αυτοάνοσων νοσημάτων, καθώς και με καρκινογένεση.⁶⁻¹⁰

Ο παθολογικός χαρακτήρας του άγχους περιλαμβάνει συμπτώματα από τη σωματική και τη ψυχική διάσταση τα οποία συχνά περιπλέκονται. Η ένταση

και το σύνολο των συμπτωμάτων που συνοδεύουν το άγχος διαφέρει από άτομο σε άτομο.

Το συναίσθημα του άγχους αποτυπώνεται στον άνθρωπο, με συμπτώματα που ομαδοποιούνται σε δύο κύριες κατηγορίες: α) Τις εκδηλώσεις ιατρικού ενδιαφέροντος και β) Τις εκδηλώσεις της συμπεριφοράς.

Τα κυριότερα συμπτώματα που εκφράζουν την ύπαρξη παθολογικού άγχους είναι τα εξής : ⁶⁻¹⁰

Ψυχολογικά συμπτώματα του παθολογικού άγχους :

- ο ανησυχία και ανυπομονησία,
- ο αίσθημα αόριστου φόβου και αγωνίας,
- ο διάσπαση της προσοχής, δυσκολία στην συγκέντρωση,
- ο αίσθημα μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας

Σωματικά συμπτώματα του παθολογικού άγχους :

- ο Δύσπνοια,
- ο αίσθημα πνιγμού,
- ο αίσθημα κόμβου στο λαιμό,
- ο πόνος στο στήθος,
- ο δυσκαταποσία, αίσθημα παλμών, λιποθυμική τάση, ξηροστομία,
- ο ανορεξία, ζάλη, ναυτία, ίλιγγος,
- ο κοιλιακά άλγη, μυϊκή τάση, παραισθησίες, κόπωση,
- ο κινητική ανησυχία, αδυναμία, εφιδρώσεις, συχνουρία, κεφαλαλγία

Συμπτώματα στην αλλαγή της συμπεριφοράς του παθολογικού άγχους :

- ο Ανησυχία και ανυπομονησία,
- ο Εκνευρισμός ή επιθετική συμπεριφορά,
- ο Αίσθημα ακαθόριστου φόβου για ανύπαρκτους κινδύνους,
- ο Επιλεκτική προσοχή κι αδυναμία στη συγκέντρωση,
- ο Έντονη κινητικότητα,
- ο Ανικανότητα χαλάρωσης
- ο Αυξημένα αντανακλαστικά,
- ο Εύκολη κόπωση.

Όπως προαναφέρθηκε, η κατάσταση όταν εκδηλωθούν τα συμπτώματα φαίνεται να αποτελεί φαύλο κύκλο, καθώς αυξάνουν την ανησυχία του ατόμου

το οποίο τα αντιλαμβάνεται ως απειλή, με αποτέλεσμα τη συνεχή επέκταση του άγχους (επανατροφοδότηση του στρες).

Όταν το άτομο, αντιληφθεί ότι οι αλλαγές αυτές οφείλονται στο άγχος ή έχει ήδη αναγνωρίσει τον εαυτό του ως αγχώδη, είναι δυνατόν να καταφύγει σε διάφορες θεραπευτικές μεθόδους όπως λήψη αγχολυτικών, ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων και άλλα.⁶⁻¹⁰

Σε αντίθετη περίπτωση, το παθολογικό άγχος θα πρέπει να ανιχνεύεται και να θεραπεύεται διότι τα άτομα που βιώνουν άγχος καταφεύγουν περισσότερο συχνά στη χρήση των υπηρεσιών παροχής φροντίδας. Επιπλέον, έχει και οικονομικές συνέπειες καθώς σχετίζεται με συνταγογραφούμενα φάρμακα, γενικά μειωμένη παραγωγικότητα και απουσίες από την εργασία.²

1.3 Αιτιοπαθογένεια του άγχους

Παρότι η αιτιοπαθογένεια του άγχους δεν έχει πλήρως κατανοηθεί, ωστόσο πλήθος παραγόντων ενοχοποιούνται για την εκδήλωσή του.

Υπάρχουν οι εξής τρεις σημαντικές σχολές, που αναλύουν τα πιθανά αίτια στις εκδηλώσεις αγχωτικών διαταραχών: οι βιολογικές, οι οργανικές και οι ψυχοδυναμικές θεωρίες.⁶⁻¹⁰

Οι βιολογικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι είτε οι βιολογικές μεταβολές είναι αποτέλεσμα των ψυχολογικών συγκρούσεων, είτε οι βιολογικές μεταβολές προηγούνται των ψυχολογικών συγκρούσεων. Επίσης, τονίζουν την αυξημένη δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, όπου παρατηρείται αύξηση του τόνου του συμπαθητικού, ακόμα και σε μέτρια ερεθίσματα.⁶⁻¹⁰

Αναλυτικότερα, ως προς το βιολογικό υπόστρωμα, το άγχος φαίνεται ότι πηγάζει από το μεταιχμιακό σύστημα το οποίο αποτελείται από το θάλαμο, την αμυγδαλή, τον ιππόκαμπο και τον υποθάλαμο. Η αμυγδαλή έχει κεντρική θέση στις περισσότερες συναισθηματικές καταστάσεις και αποτελείται από ξεχωριστούς πυρήνες. Ο πλάγιος πυρήνας αποτελεί το σύστημα εισόδου στην αμυγδαλή και λαμβάνει τα μηνύματα που προειδοποιούν για κίνδυνο, είτε από το θάλαμο (γρήγορη οδός), είτε από τον φλοιό (αργή οδός). Ο κεντρικός

πυρήνας αποτελεί το σύστημα εξόδου της αμυγδαλής. Οι υπόλοιποι πυρήνες επηρεάζουν τον τρόπο μετάβασης της πληροφορίας από τον πλάγιο στον κεντρικό πυρήνα. Η δραστηριότητα των πυρήνων αυτών επηρεάζεται από άλλες περιοχές του εγκεφάλου (ιππόκαμπο, μετωπιαίο λοβό και υποθάλαμο).

Το μεταιχμιακό σύστημα μεταβιβάζει τα ερεθίσματα στο αυτόνομο νευρικό σύστημα. Η διέγερση του συμπαθητικού (τμήμα του αυτόνομου νευρικού συστήματος) παράγει συμπτώματα που γίνονται αντιληπτά ως άγχος. Από το μεταιχμιακό σύστημα, τα νευρικά σήματα μεταβιβάζονται στον εγκεφαλικό φλοιό, όπου εκεί στις συνειρμικές περιοχές σχηματοποιούνται οι σκέψεις άγχους.⁷⁻¹⁰

Οι οργανικές αιτίες υποστηρίζουν ότι τα σωματικά νοσήματα δύναται να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν στρεσογόνα συμπτώματα.

Οι ψυχολογικές θεωρίες λειτουργούν συμπληρωματικά μεταξύ τους και είναι οι εξής: Ψυχαναλυτικές Θεωρίες, Θεωρίες της Συμπεριφοράς και Υπαρξιακές Θεωρίες. Στην ψυχαναλυτική θεωρία το άγχος κατηγοριοποιείται ως : α) ενστικτώδες άγχος, β) άγχος αποχωρισμού, γ) άγχος ευνουχισμού και δ) άγχος υπερεγώ. Το ενστικτώδες άγχος αφορά τα βρέφη, το άγχος αποχωρισμού τα παιδιά στο προ-οιδιπόδειο στάδιο ανάπτυξης, το άγχος ευνουχισμού αφορά τις φαντασιώσεις του παιδιού στο Οιδιπόδειο στάδιο ανάπτυξης και τέλος το άγχος υπερεγώ είναι αποτέλεσμα της ανάπτυξης του υπερεγώ που σηματοδοτεί τη λύση του Οιδιπόδειου συμπλέγματος και την είσοδο στην προεφηβική λανθάνουσα περίοδο.

Στις θεωρίες της Συμπεριφοράς το άγχος θεωρείται η απάντηση σε ερεθίσματα του περιβάλλοντος ενώ στην υπαρξιακή θεωρία, το άγχος πυροδοτείται λόγω του κενού της ύπαρξης και την έλλειψη νοήματος, όπως βέβαια αυτό το αντιλαμβάνεται το άτομο.^{8,9}

Σύμφωνα με τις γενετικές μελέτες υπάρχει στο ιστορικό ασθενών με διαταραχή πανικού ένας προσβεβλημένος συγγενής 1ου βαθμού. Απεικονιστικές μελέτες του εγκεφάλου δείχνουν δομικές μεταβολές στον εγκέφαλο σε άτομα με αγχώδεις διαταραχές.^{8,9}

Μελέτες διδύμων και οικογενειών, καθώς και γενετικές μελέτες στον άνθρωπο επιβεβαιώνουν ότι οι αγχώδεις διαταραχές έχουν γενετικό υπόστρωμα. Η κληρονομικότητα δεν αποτελεί τη μόνη αιτιολογία των αγχωδών

διαταραχών αλλά σημαντικό μερίδιο έχουν και οι εμπειρίες.^{7,8,9}

Σε μοριακό επίπεδο, κομβικό σημείο αποτελούν οι υποδοχείς γλυκοκορτικοειδών στον ιππόκαμπο, η έκφραση των οποίων ελέγχεται τόσο από γονιδιακούς παράγοντες όσο και από έκθεση σε βιογενείς αμίνες. Γεγονότα κατά την παιδική ηλικία σε διαστήματα κρίσιμα για την ανάπτυξη του εγκεφάλου μπορούν να επηρεάσουν το βαθμό έκφρασης των υποδοχέων αυτών, γεγονός που μπορεί να καθιστά τα άτομα ικανότερα στη διαχείριση του άγχους στην ενήλικη ζωή ή περισσότερο ευαίσθητα στην ανάπτυξη διαταραχών που σχετίζονται με το άγχος. Σύμφωνα με το μοντέλο προδιάθεσης-άγχους, γενετικοί παράγοντες σε συνδυασμό με τραυματικές εμπειρίες ευαισθητοποιούν τα ανωτέρω συστήματα στην παιδική ηλικία, με αποτέλεσμα ελαττωμένη ικανότητα διαχείρισης άγχους.¹²

1.3.1 Ορμόνες και νευροδιαβιβαστές που εμπλέκονται στην εκδήλωση άγχους

Ο παράγοντας απελευθέρωσης της κορτικοτροπίνης (CRF corticotrophin-releasing-hormon) αποτελεί την πιο σημαντική ορμόνη στην ρύθμιση της απάντησης στο stress. Ο παράγοντας CRF βρίσκεται σε κυτταρικά σώματα σε διάφορα σημεία του εγκεφάλου, αλλά κυρίως στον παρακοιλιακό πυρήνα. Το σύστημα του CRF είναι υπεύθυνο για τη ρύθμιση της απάντησης σε αγχογόνα ερεθίσματα σε επίπεδο νευρικό, ενδοκρινικό και ανοσιακό. Το σύστημα του CRF εμπλέκεται σε πολλές φυσιολογικές λειτουργίες στον εγκέφαλο αλλά και σε περιφερικά συστήματα, εκτός από τη ρύθμιση του άξονα Υποθαλάμου-Υπόφυσης-Επινεφριδίων (ΥΥΕ), όπως στη φλεγμονή, στο γαστρεντερικό σύστημα, στην αναπαραγωγή, στο κυκλοφορικό κ.ά., φαίνεται να συμμετέχει σε πολλές παθογενετικές διαδικασίες όπως σε σύνδρομα που σχετίζονται έμμεσα ή άμεσα με το stress.¹²

Όταν το άτομο εκτίθεται σε οξύ φόβο ή άγχος, απελευθερώνεται ο παράγοντας CRF από τα κυτταρικά σώματα και μέσω του υποθαλαμο-υποφυσιακού πυλαίου συστήματος μεταφέρεται στην πρόσθια υπόφυση όπου συνδέεται με τους αντίστοιχους υποδοχείς. Με αυτόν τον τρόπο διεγείρεται η

σύνθεση και απελευθέρωση πολύ σημαντικών ορμονών, όπως η POMC (προοπιομελανοκορτίνη), ACTH (αδενοκορτικοτροπίνη) και η β-ενδορφίνη. Η ACTH δρα στον φλοιό των επινεφριδίων και απελευθερώνει κορτιζόλη. Επιπλέον, ο παράγοντας CRF δρα και ως νευρομεταβιβαστής, διαμεσολαβώντας στις αυτονομικές και συμπεριφορικές απαντήσεις του οργανισμού στο stress.^{7,9,12}

Η νορεπινεφρίνη, η σεροτονίνη και το γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA) αποτελούν τους περισσότερο συχνά εμπλεκόμενους νευροδιαβιβαστές στο άγχος.⁷⁻¹⁰

Η επιβίωση του ατόμου και η εξέλιξή του απαιτούσε τη συνεργασία διαφορετικών νευρικών συστημάτων με την αντίληψη και την ψυχοσωματική αντίδραση του οργανισμού ώστε να οργανωθεί η απάντηση στο stress, εκ των οποίων τα πιο σημαντικά είναι το Νοραδρενεργικό και το Σεροτονινεργικό σύστημα.⁷⁻¹⁰

Το Νοραδρενεργικό σύστημα, δηλαδή οι νευρικές συνάψεις που λειτουργούν με νοραδρεναλίνη αποτελεί το 'νευρωνικό υπόστρωμα' της αντίδρασης ετοιμότητας στο φόβο-άγχος. Ο ρόλος του συστήματος είναι να αυξάνει την προσοχή, ενώ όταν υπολειτουργεί οδηγεί σε αποδιοργάνωση. Το σεροτονινεργικό σύστημα λειτουργεί ως 'νευροχημική τροχοπέδη' στην συμπεριφορά. Η σεροτονίνη μέσω της δράσης της σταθεροποιεί την εγρήγορση και προλαβαίνει το μη ελεγχόμενο άγχος ή τον πανικό.⁹

Τέλος, το ντοπαμινεργικό σύστημα αυξάνει την κινητικότητα και παίζει ρόλο στις αντιδράσεις αποκατάστασης ενώ το ισταμινεργικό σύστημα συμβάλει στην διαδικασία της εγρήγορσης.

1.3.2 Παράγοντες αιτιοπαθογένειας του άγχους

Εκτός από τους ανωτέρω παράγοντες, άλλοι εξίσου σημαντικοί στη αιτιοπαθογένεια του άγχους είναι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, το προσωπικό νόημα που αποδίδει το άτομο σε πράγματα και καταστάσεις και οι τρόποι διαχείρισης του άγχους, κυρίως όταν είναι ανεπιτυχείς.⁶⁻¹⁰

Το προσωπικό νόημα και η ερμηνεία που προσδίδει ο ασθενής στη νόσο

ευθύνεται σε σημαντικό βαθμό για την εκδήλωση άγχους. Το κάθε άτομο αποδίδει διαφορετική σημασία στα γεγονότα με αποτέλεσμα ο βαθμός άγχους να ποικίλλει από μηδέν έως υπερβολικό.⁹

Στρεσογόνα γεγονότα χρόνιας ή αιφνίδιας έναρξης τα οποία τα άτομα δυσκολεύονται να επιλύσουν, συχνά αποτελούν τα αίτια για την εκδήλωση του άγχους. Επίσης, η χρονική στιγμή της εμφάνισης ενός ψυχο-πιεστικού παράγοντα σε σχέση με την υπόλοιπη ζωή εκείνη τη συγκεκριμένη στιγμή αποτελεί αίτιο άγχους. Για παράδειγμα, διαφορετικός ο αντίκτυπος διάγνωσης μιας λοιμώδους μονοπυρήνωσης, σε σχέση με το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή ενός προχωρημένου σταδίου κακοήθειας. Άλλο παράδειγμα αποτελεί η πρόσφατη οικονομική κρίση σε σχέση με άλλα γεγονότα ζωής του ατόμου, όπως οι αυξημένες ανάγκες της οικογένειας διότι προστέθηκε κάποιο μέλος ή αυξήθηκαν οι υποχρεώσεις λόγω σπουδών ενός παιδιού. Όλα αυτά, το άτομο τα εισπράττει ως απειλή και συνεπώς βιώνει άγχος, προσπαθώντας να αποφύγει την αποδιοργάνωση και να επιστρέψει στην ομοιοστασία.⁶⁻¹⁰

Η αντίδραση του κάθε ατόμου σε ένα ψυχοπιεστικό παράγοντα εξαρτάται από τη φύση και την έντασή του, το κοινωνικό πλαίσιο και την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει τα γεγονότα σύμφωνα με τη δική του 'ευαλωτότητα'. Ο βαθμός 'ευαλωτότητας' του κάθε ατόμου στο stress δείχνει την προδιάθεση του ατόμου να αναπτύξει μη προσαρμοστικούς μηχανισμούς ή να εκδηλώσει άγχος.⁷⁻¹⁰

Κοινωνικές παράμετροι, όπως η κοινωνική στήριξη και οι κοινωνικές σχέσεις σχετίζονται σημαντικά με την εκδήλωση και διαχείριση του άγχους. Η κοινωνική απομόνωση προάγει το θάνατο, ενώ η κοινωνική στήριξη προάγει την υγεία. Άλλα χαρακτηριστικά της κοινωνικής στήριξης αφορούν στη διάρκεια της, την ποσότητα ή την συχνότητα, την αμοιβαιότητα της υποστηρικτικής αλληλεπίδρασης και τις υποστηρικτικές ενέργειες.⁶⁻¹⁰

Επιπλέον, η προσωπικότητα του ατόμου αποτελεί αιτία για την εκδήλωση άγχους, όπως για παράδειγμα η προσωπικότητα τύπου Α η οποία χαρακτηρίζεται από ανταγωνιστικότητα, φιλοδοξία και επιθυμία για γρήγορη κοινωνική άνοδο και επαγγελματική επιτυχία με συνεχή αίσθηση έλλειψης χρόνου.⁶⁻¹⁰

Η ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει τα γεγονότα αφορά τους

τρόπους διαχείρισης:

Οι κυριότερες στρατηγικές διαχείρισης συνοψίζονται ως εξής:

Το άτομο: ⁷⁻¹⁰

- Ζητά πληροφορίες ή καθοδήγηση
- Συζητά το πρόβλημα και τις ανησυχίες του με άλλα άτομα
- Αστειεύεται ή περιγελά ή ακόμα υποτιμά το πρόβλημα
- Κατηγορεί κάποιον ή κάτι
- Φέρνει κάποιον σε δύσκολη θέση
- Προσπαθεί να ξεχάσει το πρόβλημα
- Ασχολείται με άλλα πράγματα για να αποτρέψει την προσοχή του
- Δραστηριοποιείται με σθένος για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα
- Αποδέχεται το πρόβλημα αλλά βρίσκει και κάποια θετική πλευρά
- Υποτάσσεται στο αναπόφευκτο – μοιρολατρία
- Εφαρμόζει πρακτικές πιθανώς χωρίς σωστή κρίση
- Εκτονώνει την ένταση με επικίνδυνες συμπεριφορές (ποτό, ναρκωτικά)
- Συμβιβάζεται, συμμορφώνεται
- Ξεθυμαίνει, έχει συναισθηματικά ξεσπάσματα
- Αρνείται την κατάσταση ή τις συνέπειές της όσο το δυνατόν περισσότερο.

Εξίσου σημαντικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εκδήλωση άγχους είναι: η ιδιοσυγκρασία, ο τρόπος ανατροφής, οι προηγούμενες εμπειρίες (αποτυχίες, κίνδυνοι και δυσκολίες), οι ενοχές και τα διλλήματα, η υπεραπασχόληση και διάφορες εσωτερικές συγκρούσεις⁶.

1.4 Ταξινόμηση του άγχους

Υπάρχουν διαφορετικά είδη διαταραχών άγχους: ⁷⁻¹⁰

Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή. Χαρακτηρίζεται από υπερβολική, ανεξέλεγκτη και μη πραγματική ανησυχία για πολλαπλά καθημερινά θέματα της ζωής, η οποία είναι δυσανάλογη προς τις αντικειμενικές διαστάσεις αυτών των θεμάτων. Το άγχος αποτελεί διαρκές βίωμα το οποίο δεν πυροδοτείται από ορισμένες συνθήκες και ούτε βελτιώνεται.

Λόγω της διαρκούς υπερεγρήγορης, τα συμπτώματα είναι χρόνια και έντονα συμπτώματα από το αυτόνομο συμπαθητικό (μείωση συγκέντρωσης, ανησυχία, αϋπνία), μυϊκής έντασης (τρόμος, μυϊκή τάση, κινητική ανησυχία, εύκολη κόπωση). Τα συμπτώματα διαρκούν τουλάχιστον 6 μήνες με σημαντική εξασθένηση της λειτουργικότητας στις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου.

Διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία. Τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή βιώνουν επεισόδια έντονου άγχους και αυτονομικών εκδηλώσεων, σε καταστάσεις όπου τα περισσότερα άτομα δεν θα αισθάνονταν φόβο. Τα επεισόδια εκλύονται αυθόρμητα και αιφνίδια και διαρκούν συνήθως λιγότερο από μία ώρα, ωστόσο μπορεί να είναι και επαναλαμβανόμενα και να συνοδεύονται από μια σειρά ψυχολογικών, γνωσιακών και σωματικών συμπτωμάτων. Τα άτομα διακατέχονται από φόβο πιθανής επανάλληψης των κρίσεων οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν στην αγοραφοβία. Η κρίση πανικού συνοδεύεται από:

- Πόνο στο στήθος, αίσθημα πνιγμού, υπεραερισμός
- Ζάλη, αίσθημα παλμών, αίσθημα λιποθυμίας
- Τρόμο, εφίδρωση, παραισθήσεις, εξάψεις ή ρίγη
- Ναυτία, επιγαστρική δυσφορία
- Οξύ φόβο ότι πεθαίνουν
- Έντονο φόβο ότι τρελαίνονται ή ότι χάνουν τον έλεγχο

Αγοραφοβία. Η αγοραφοβία είναι στοιχείο της αγχώδους διαταραχής που χαρακτηρίζεται από το φόβο του ατόμου να βρεθεί σε κάποιο τόπο ή κατάσταση από όπου θα είναι δύσκολο να ξεφύγει, ή δε θα υπάρχει βοήθεια αν τη χρειαστεί. Ο φόβος είναι έντονος όταν το άτομο βρεθεί σε πολυσύχναστα μέρη ή περιορισμένους χώρους, όπως σε μέσα μαζικής συγκοινωνίας, σε ανελκυστήρες και σε αυτοκινητόδρομους ταχείας κυκλοφορίας. Τέλος, βιώνει έως ένα βαθμό ανακούφιση όταν βρίσκεται με κάποιο οικείο άτομο, όπως ο/η σύζυγός τους, ένας φίλος ή και κάποιο οικιακό ζώο, ή έχουν μαζί τους κάποιο οικείο αντικείμενο. Η αντιμετώπιση της αγοραφοβίας περιλαμβάνει συμπεριφορική θεραπεία και αγχολυτικά και σεροτονινεργικά φάρμακα

Συγκεκριμένες φοβίες. Είναι έντονοι φόβοι σχετικά με συγκεκριμένα αντικείμενα ή καταστάσεις, όπως το φόβο για το νερό, τους σκύλους, τους

κλειστούς χώρους, τα φίδια ή τις αράχνες. Υπερβολικό άγχος εκλύεται όταν το άτομο έρθει σε επαφή με το αντικείμενο ή την κατάσταση που προκαλεί το φόβο, ο οποίος όμως υποχωρεί όταν δεν υπάρχει το συγκεκριμένο αίτιο. Τα άτομα που πάσχουν από φοβίες προσπαθούν να αποφύγουν τις καταστάσεις που θα τους ανάγκαζαν να αντιμετωπίσουν το αντικείμενο ή την κατάσταση που τους φοβίζει.

Κοινωνική φοβία. Είναι ένας ισχυρός και επίμονος φόβος για τις κοινωνικές συναναστροφές. Το άτομο φοβάται ότι θα υποβληθεί σε λεπτομερή εξέταση και αρνητική εκτίμηση από τους άλλους με αποτέλεσμα, να αποφεύγει ή να περιορίζει τις κοινωνικές συναναστροφές και να βιώνει κοινωνική απομόνωση. Πολλές φορές κατά τη διάρκεια των κοινωνικών επαφών είναι δυνατόν να περιορίζει τις δραστηριότητές του (ιδιαίτερα το να τρώνε, να πίνουν ή να γράφουν), αποφεύγοντας έτσι την έκθεση σε άλλους ανθρώπους.

Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή. Χαρακτηρίζεται είτε από ιδεοληψίες (obsessions) είτε από ψυχαναγκασμούς (compulsions) είτε και από τα δύο.

Οι ιδεοληψίες περιλαμβάνουν ιδέες, σκέψεις, εικόνες ή παρορμήσεις αιφνίδιας εισβολής, επίμονες και επαναλαμβανόμενες που βιώνονται από τον ασθενή ως ανεπιθύμητες, παράλογες ή απαράδεκτες. Οι ψυχαναγκασμοί περιλαμβάνουν επαναλαμβανόμενες σκόπιμες συμπεριφορές ή νοητικές δραστηριότητες με τελετουργικό χαρακτήρα που αποσκοπούν στην ακύρωση των ιδεοληψιών και στη μείωση του άγχους που προκαλούν οι ιδεοληψίες.

Οι ψυχοπαθολογικές αυτές εκδηλώσεις που συνιστούν πηγή δυσφορίας για το άτομο και απασχολούν σημαντικό μέρος από το χρόνο του και από την επαγγελματική, κοινωνική και την συναισθηματική του ζωή. Όπως προαναφέρθηκε, το άτομο επαναλαμβάνει ενέργειες στην προσπάθειά του να ελέγξει ή να απομακρύνει τις επίμονες σκέψεις. Για παράδειγμα, συνεχή επανάληψη του πλυσίματος των χεριών, έλεγχος ξανά και ξανά αν έχουν κλειδώσει την πόρτα ή αν έχουν κλείσει τον φούρνο, κ.ά. Τα άτομα που πάσχουν από ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή αισθάνονται συνήθως έντονη ντροπή και κρατάνε μυστικές αυτές τις επαναληπτικές ενέργειες, ακόμα και από την οικογένειά τους.

Μετατραυματική αγχώδης διαταραχή. Η διαταραχή αυτή, η οποία έπεται κάποιου ψυχο-τραυματικού γεγονότος, αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά

σε βετεράνους πολέμου. Το τραυματικό γεγονός μπορεί να είναι κάποιο συμβάν όπου υπήρξε κίνδυνος θανάτου, σοβαρού τραυματισμού ή απειλή για την αξιοπρέπεια του ασθενή. Επίσης, είναι δυνατόν το άτομο να πληροφορήθηκε αυτό το συμβάν, όπως ο βίαιος θάνατος ή ο σοβαρός τραυματισμός κάποιου μέλους της οικογένειας ή του συντρόφου του. Συνοπτικά, τα γεγονότα που είναι δυνατόν να προκαλέσουν μετατραυματική αγχώδη διαταραχή είναι κυρίως, η βίαιη προσωπική επίθεση (σεξουαλική επίθεση, σωματική βία, ληστεία), η ομηρία, η τρομοκρατική επίθεση, τα βασανιστήρια, η κράτηση ως αιχμάλωτος πολέμου ή σε στρατόπεδο συγκέντρωσης, διάφορες καταστροφές, τα τροχαία ατυχήματα ή διάγνωση απειλητικής για τη ζωή νόσου.

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής τα οποία πρέπει να επιμένουν για παραπάνω από ένα μήνα, συμπεριλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του τραυματικού γεγονότος
- Αποφυγή των ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός
- Άμβλυνση της απαντητικότητας
- Υπερδιέγερση (Δυσκολία επέλευσης ύπνου, εφιάλτες, υπέρμετρη αντίδραση στο ξάφνιασμα, υπερεπαγρύπνηση)

Συχνά, το άτομο έχει επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις ή όνειρα για το τραυματικό γεγονός. Μερικοί παρουσιάζουν επεισόδια αναβίωσης του συμβάντος (flashback), πιστεύοντας ότι συμβαίνει στην πραγματικότητα, τα οποία περιλαμβάνουν εικόνες, ήχους, οσμές ή συναισθήματα από το τραυματικό γεγονός. Οι ασθενείς αισθάνονται δυσφορία όταν βρίσκονται σε καταστάσεις που τους υπενθυμίζουν το γεγονός και τις αποφεύγουν.

Συνήθως, η διαταραχή αυτή εκδηλώνεται εντός τριών μηνών από το τραυματικό συμβάν αλλά όμως είναι δυνατόν να εκδηλωθεί και μετά από χρόνια. Επίσης, μπορεί να αναπτυχθεί σε κάθε ηλικία ενώ η βαρύτητα του τραυματικού γεγονότος, η διάρκειά του και η απόσταση από το χώρο και το χρόνο της έκθεσης αποτελούν αιτιολογικούς παράγοντες για την εκδήλωση μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τη επεξεργασία των σκέψεων και των πεποιθήσεων που συνδέονται με την ψυχοτραυματική εμπειρία. Οι

ψυχολογικές θεραπευτικές αγωγές εστιάζουν στο ψυχικό τραύμα προκειμένου να μειώσουν τα συμπτώματα της διαταραχής και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής του ατόμου. Δε συνιστάται η χορήγηση φαρμακευτικής μεθόδου στις τέσσερις εβδομάδες από την εμφάνιση των συμπτωμάτων, εκτός αν η σοβαρότητα της κατάστασης δε μπορεί να αντιμετωπιστεί αποκλειστικά με ψυχολογικές μεθόδους.

Σε όλες σχεδόν τις αγχώδεις διαταραχές, οι ασθενείς ενδέχεται να καταφύγουν στη χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών για να αντιμετωπίσουν το άγχος τους⁷⁻¹⁰.

1.5 Αντιμετώπιση του άγχους

Η συστηματική προσέγγιση του άγχους μη ψυχιατρικών ασθενών βοηθά στην αποτελεσματικότερη διάγνωση και αντιμετώπισή του και θα πρέπει να μην υποτιμάται στην καθημερινή κλινική πρακτική.⁶

Η διερεύνηση του άγχους περιλαμβάνει : α) διερεύνηση των οργανικών αιτίων του άγχους, β) διερεύνηση ψυχιατρικών αιτίων του άγχους και γ) ανίχνευση κάποιας ειδικής αγχώδους διαταραχής.^{6,16}

Είναι ουσιαστικό να διερευνηθούν τα αίτια του άγχους, π.χ. βιολογικά ή μη-βιολογικά. Το οργανικό άγχος αντιμετωπίζεται με τη διόρθωση του αιτιολογικού παράγοντα (π.χ. αρρυθμίες, αιχμές στο ΗΚΓ, υπογλυκαιμία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ενδοκρινοπάθεια, κλπ). Η φαρμακευτική αντιμετώπιση συνιστάται όταν παραμένει ο αιτιολογικός παράγων ή παραμένει υπολειμματικό άγχος. Επιπλέον, θα πρέπει να διερευνάται εάν το άγχος υποδηλώνει ψυχιατρική διαταραχή (π.χ. κατάθλιψη).⁷⁻¹⁰

Παρότι, η κατάθλιψη και το άγχος είναι δύο διαφορετικές ψυχικές διαταραχές, συχνά μπορούν να υπάρχουν ταυτόχρονα, στον ίδιο ασθενή. Το άγχος μπορεί να είναι και σύμπτωμα μιας σοβαρής μορφής κατάθλιψης. Είναι επίσης σύνηθες, η κατάθλιψη να διαδέχεται μια αγχώδη διαταραχή, όπως τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, τις κρίσεις πανικού ή την ψυχαναγκαστική διαταραχή. Συχνά, σε πολλούς ασθενείς υπάρχει ταυτόχρονα η διάγνωση της αγχώδους διαταραχής και της κατάθλιψης.⁷⁻¹⁰

Εάν το άγχος οφείλεται σε ένα ψυχοπιεστικό παράγοντα (π.χ αντίδραση του ασθενούς στη νόσο) πρέπει να διερευνηθούν πλήθος άλλων παραμέτρων που μπορεί να επιδρούν αρνητικά στην πορεία και αντιμετώπισή του, όπως ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ασθενούς, το δίκτυο στήριξης, η προσωπικότητα και οι μηχανισμοί διαχείρισης. Στη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση είναι προϋπόθεση η προσπάθεια να βοηθηθεί συνολικά ο ασθενής.⁶⁻¹⁰

Ανεξαρτήτως αιτίου, η ψυχολογική αντιμετώπιση του άγχους είναι πάντα απαραίτητη και πρέπει να παρέχεται από όλη τη θεραπευτική ομάδα.

Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ενθαρρύνουν την έκφραση των συναισθημάτων των ασθενών και γενικότερα να τους παρέχουν την ευκαιρία να συζητούν τις ανησυχίες τους.

Εφόσον, αποκλεισθούν τα βιολογικά αίτια και διαγνωσθεί, ότι το άγχος είναι μέρος της προσαρμογής του ασθενούς σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα, απαιτείται ενημέρωση και καθοδήγηση του ασθενή. Η λεπτομερής και σαφής πληροφόρηση μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να κατανοήσει βαθύτερα τα αίτια που πυροδοτούν το άγχος, να συμμετέχει ενεργά στην αντιμετώπισή του, αποκτώντας έτσι ένα αίσθημα ελέγχου της κατάστασης, το οποίο δευτερογενώς θα συντελέσει στην ανακούφιση του άγχους. Από την άλλη πλευρά πριν από κάθε ενημέρωση, θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να αξιολογούν το άτομο και γενικότερα την προσωπικότητά του. Για παράδειγμα, ένα άτομο που ήδη βιώνει άγχος είναι δυνατόν τη δεδομένη στιγμή να μην είναι σε θέση να κατανοεί ή να αφομοιώσει την παρεχόμενη πληροφόρηση ή ακόμα και να μην μπορεί να την αποδεχθεί.⁶

Η νόσηση ξυπνάει συχνά φόβους απόρριψης από την οικογένεια και τους φίλους και απομόνωσης από το κοινωνικό περιβάλλον.⁷⁻¹⁰

Οι Mayne και Bagaoisa¹⁷ ανέπτυξαν ένα παρεμβατικό πρόγραμμα στήριξης σε ασθενείς που επρόκειτο να κάνουν χειρουργείο καρδιάς προκειμένου να διερευνήσουν την αποτελεσματικότητα της κοινωνικής στήριξης. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες στην πρώτη διέμεναν σε θάλαμο με ασθενή που ετοιμαζόταν για χειρουργείο καρδιάς (προεγχειρητική συνθήκη), στην δεύτερη ομάδα με συγγάτοικο ασθενή που είχε ήδη υποβληθεί σε ίδιο χειρουργείο και στη τρίτη ομάδα με ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε χειρουργείο ίδιο ή διαφορετικό με το δικό τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι,

περισσότερο ωφελήθηκαν οι ασθενείς που είχαν ως συγγάτοικο στον ίδιο θάλαμο μετεγχειρητικό ασθενή που είχε υποβληθεί στο ίδιο χειρουργείο. Πιο συγκεκριμένα, εκδήλωσαν λιγότερο συχνά άγχος, ήταν περισσότερο περιπατητικοί και πήραν γρηγορότερα εξιτήριο από το νοσοκομείο.

Πιθανόν, οι μετεγχειρητικοί ασθενείς λειτούργησαν ως πρότυπα που με τις συμβουλές τους ή τις παροτρύνσεις όσον αφορά την μετεγχειρητική περίοδο βοήθησαν στην ευκολότερη μετάβαση των συγκατοίκων τους προς την αποκατάσταση.

Η παροχή υποστήριξης μπορεί επίσης να συμβάλλει στην επίλυση του προβλήματος, όταν για παράδειγμα, η ίδια ασθενής ζητά από κάποιον συγγενή να αναλάβει τις μητρικές υποχρεώσεις της κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο.¹⁸

Η υποστήριξη μπορεί να είναι ηθική όπως η συναισθηματική συμπαράσταση και η φροντίδα, ή πρακτική όπως η ανάλυση ρόλων και διευθέτηση εκκρεμών υποθέσεων. Μπορεί να παρέχεται από πρωτίστως από συγγενείς και φίλους, από επαγγελματίες της υγείας ή ακόμη και από αγνώστους.

Η παροχή υποστήριξης συνοψίζεται ως εξής :⁸

- **Συναισθηματική υποστήριξη**, που προέρχεται κυρίως από συγγενείς και φίλους, και είναι η πιο γνωστή μορφή στήριξης. Περιλαμβάνει κατανόηση, ενδιαφέρον, φροντίδα, αγάπη και εμπιστοσύνη.
- **Αξιολογική υποστήριξη**, που αφορά μετάδοση πληροφοριών που παρέχουν μια εκτίμηση του από τους άλλους, π.χ. οικογένεια, φίλους, συναδέλφους, ιατρούς κλπ, με τη μορφή επιβεβαίωσης, αξιολόγησης της απόδοσης ή της θεραπευτικής πορείας του, κοινωνικής σύγκρισης κλπ.
- **Πληροφοριακή υποστήριξη**, που σχετίζεται με παροχή πληροφοριών για την ασθένεια, συμβουλών, ιατρικών οδηγιών, κατεύθυνσης, κλπ.
- **Υλική υποστήριξη**, με τη μορφή χρημάτων, χρόνου, βοήθειας σε είδος, και άλλες συγκεκριμένες παρεμβάσεις υπέρ του ατόμου.

1.5.1 Φαρμακευτική αντιμετώπιση του άγχους

Η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής αποτελεί την επικρατέστερη μέθοδο αντιμετώπισης του παθολογικού άγχους και ποικίλει ανάλογα με τη νόσο και τις συνέργειες με την υπόλοιπη αγωγή του ασθενούς.^{6-10,16}

Οι κύριες κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του άγχους είναι, οι βενζοδιαζεπίνες, τα αντικαταθλιπτικά και οι β-αναστολείς. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν επίσης και άλλα μη-βενζοδιαζεπινικά αγχολυτικά (βουσπιρόνη, νευροληπτικά, αντισταμινικά κ.α.).

Αναλυτικότερα:^{6-10,16}

Βενζοδιαζεπίνες: Οι βενζοδιαζεπίνες μπορούν να χρησιμοποιηθούν και εφάπαξ εκτάκτως αλλά και ως συστηματική αγωγή. Τα συμπτώματα-στόχος των αγχολυτικών είναι η νευρική τάση, η εφίδρωση, η αυξημένη καρδιακή συχνότητα, το αίσθημα επικείμενης καταστροφής, οι φόβοι, οι φοβίες, οι καταναγκασμοί, η ναυτία, ο έμετος, η διάρροια, η ζάλη, η ευερεθιστότητα, ο πονοκέφαλος και η ξηροστομία. Δεδομένου ότι το άγχος μπορεί να είναι σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι δυνατόν να συνχορηγηθούν αντικαταθλιπτικά.

Η θεραπεία με βενζοδιαζεπίνες είναι ανάλογη με :

τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς

- την ηλικία, το φύλο και το κάπνισμα
- την ηπατική λειτουργία, και
- τα φαρμακοκινητικά χαρακτηριστικά.

Η δόση και η συχνότητα καθορίζεται με βάση το φάρμακο αλλά και την κλινική ανταπόκριση του ασθενούς.

Η εξάρτηση από βενζοδιαζεπίνες, δεν είναι συχνή και ο κίνδυνος εθισμού πολύ μικρότερος από εκείνον για το αλκοόλ. Είναι ιδιαίτερα αυξημένος, φυσικά σε ασθενείς που κάνουν ήδη κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών. Το στερητικό σύνδρομο από βενζοδιαζεπίνες μπορεί να περιλαμβάνει άγχος, αϋπνία, ζάλη, κεφαλαλγία, ανορεξία, υπόταση, υπερθερμία, νευρομυϊκή ευερεθιστότητα, εμβοές, θόλωση οράσεως, τρόμος και ψύχωση. Μπορεί να ξεκινήσει μέσα σε 5-7 μέρες από την διακοπή των βενζοδιαζεπινών και να κρατήσει μέχρι και δύο

βδομάδες. Συνιστάται σταδιακή διακοπή, εφόσον λαμβάνονται για περισσότερες από 2-3 εβδομάδες συστηματικά, καθώς και ανακούφιση των εκδηλώσεων του συμπαθητικού με β-αναστολείς. Η αντικατάσταση από βενζοδιαζεπίνες μακράς δράσης μπορεί να διευκολύνει την ομαλότερη απόσυρση.¹⁰

Η διδασκαλία του ασθενή περιλαμβάνει υπόδειξη να αποφεύγουν το αλκοόλ όταν παίρνουν βενζοδιαζεπίνες. Τα αντιόξινα και η παρουσία τροφής στο στομάχι προκαλούν βραδύτερη απορρόφηση των βενζοδιαζεπινών στο αίμα. Οι παρενέργειες μειώνονται με τη πάροδο του χρόνου. Οι ασθενείς πρέπει να αποφεύγουν την οδήγηση ή καταστάσεις που απαιτούν μυϊκό συντονισμό, ως μέτρο ασφαλείας, μέχρι να διαπιστώσουν πως επιδρούν αυτά τα φάρμακα πάνω τους. Η λήψη αυτών των φαρμάκων αντενδείκνυται στην εγκυμοσύνη. Η διακοπή της χορήγησης θα πρέπει να είναι σταδιακή και όχι απότομη για την πρόληψη εκδήλωσης στερητικών συμπτωμάτων.

Αντικαταθλιπτικά: Έχουν ένδειξη σε εγκατεστημένη αγχώδη διαταραχή. Οι επιλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης είναι φάρμακα που χορηγούνται κατά κανόνα για τις αγχώδεις διαταραχές.

Ασθενείς με άγχος, και ειδικά με κρίσεις πανικού, εμφανίζουν εύκολα μια "αντίδραση υπερευαισθησίας" με νευρικότητα, αϋπνία και αυξημένη ανησυχία στην αρχή της θεραπείας τους με αντικαταθλιπτικά στα οποία αναπτύσσουν ανοχή μέσα σε 7-10 ημέρες.

Συνιστάται έναρξη θεραπείας με χαμηλές δόσεις και σταδιακή αργή αύξηση της δόσης. Η θεραπευτική δράση των αντικαταθλιπτικών δεν είναι άμεση παρά μόνο αφού περάσουν 2-4 εβδομάδες. Για το λόγο αυτό, ένα από τα συνηθέστερα προβλήματα των αντικαταθλιπτικών είναι ότι οι ασθενείς τα διακόπτουν ύστερα από μια εβδομάδα χορήγησης, θεωρώντας ότι δεν είναι αποτελεσματικά. Όταν συνταγογραφείται ένα αντικαταθλιπτικό φάρμακο, το άτομο θα πρέπει να μην εγκαταλείψει τη θεραπεία πριν από το ενδεδειγμένο χρονικό διάστημα. Μετά την πρώτη χορήγηση ενός αντικαταθλιπτικού, ενδέχεται σε ορισμένα άτομα να επιδεινωθούν τα συμπτώματα άγχους για λίγες ημέρες πριν αρχίσουν να βελτιώνονται.

Τα νεότερα σεροτονινεργικά φάρμακα συχνά επίσης προκαλούν ένα ενοχλητικό αίσθημα ναυτίας για την ίδια αρχική περίοδο που και αυτό περνάει μετά από 7-10 μέρες. Συχνά, προκαλούν στο αρχικό στάδιο σεξουαλική

ανεπάρκεια συνήθως αναστρέψιμη μέσα σε 1-2 μήνες, χωρίς να χρειασθεί να διακοπεί η θεραπεία η οποία ούτως ή άλλως πρέπει να είναι μακρόχρονη (τουλάχιστον 6-12 μήνες) προκειμένου για αγχώδεις διαταραχές^{6-10,16}.

Β-αναστολείς: Είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικοί στην θεραπεία του περιστασιακού άγχους που συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα. Λέγεται ότι πολλοί μουσικοί χρωστούν το σταθερό τους χέρι κατά τη συναυλία σε 10-20mg προπρανόλης (Inderal) που λαμβάνουν μισή ώρα πριν την παράσταση. Είναι λιγότερο αποτελεσματικά φάρμακα από τις βενζοδιαζεπίνες και τα αντικαταθλιπτικά ως μονοθεραπεία πανικού και γενικευμένου άγχους αλλά μπορεί να είναι χρήσιμα επικουρικά. Μπορεί όμως να προκαλέσουν βραδυκαρδία, υπόταση, βρογχόσπασμο και υπογλυκαιμία, ενώ σε ηλικιωμένους ενοχοποιούνται για σοβαρότερες καρδιακές παρενέργειες, όπως πνευμονικό οίδημα και καρδιακό αποκλεισμό.

Άλλα μη βενζοδιαζεπινικά αγχολυτικά: Μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως αγχολυτικά σε καταστάσεις άγχους σε ασθενείς με κατακράτηση CO₂, ασθενείς με οργανική αγχώδη διαταραχή με αποδιοργανωμένη σκέψη ή συμπεριφορά, και ασθενείς που το άγχος τους αποτελεί εκδήλωση ψυχωσικής αποδιοργάνωσης. Αντισταμινικά όπως η υδροξυζίνη (Atarax) χρησιμοποιούνται μερικές φορές για ανακούφιση του άγχους παρότι δεν έχουν ειδικές αγχολυτικές ιδιότητες. Η μόνη ειδική ένδειξή τους είναι εκεί όπου το άγχος συνοδεύει αλλεργική αντίδραση.

Η βουσπιρόνη (Bespar): είναι ένα μη βενζοδιαζεπινικό αγχολυτικό (αζασπιρονεδιόνη) που οι αγχολυτικές του ιδιότητες επέρχονται με καθυστερημένη έναρξη μετά τη συστηματική μόνο χορήγηση. Δεν προκαλεί ανοχή και εθισμό, δεν καλύπτει το στερητικό σύνδρομο των βενζοδιαζεπινών και έχει κυρίως χρήση για γενικευμένη διαταραχή άγχους. Δεν είναι αποτελεσματικό στον πανικό. Παρότι ο μηχανισμός λειτουργίας του φαρμάκου δεν έχει καταστεί σαφής, θεωρείται ότι επηρεάζει τη σεροτονίνη, δηλαδή τη χημική ουσία του εγκεφάλου που προφανώς εμπλέκεται στην πρόκληση των συμπτωμάτων άγχους.

Η θεραπευτική δράση της βουσπιρόνης παρουσιάζεται σε 7-10 ημέρες, αλλά μπορεί να χρειαστεί μέχρι και 6 εβδομάδες. Πριν την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής απαιτείται διδασκαλία ασθενών να αποφεύγουν την απότομη έγερση για την πρόληψη της ορθοστατικής υπότασης.

1.5.2 Εναλλακτικές και συμπληρωματικές θεραπείες του άγχους.

Οι συμπληρωματικές θεραπείες χρησιμοποιούνται ως επικουρικό μέσο στη φαρμακευτική θεραπεία, εκ των οποίων οι κυριότερες συνοψίζονται ως εξής: ⁹

Κατανόηση: Η κατανόηση των αιτιών των συμπτωμάτων και η συζήτηση με φίλους, μέλη της οικογένειας ή επαγγελματίες υγείας συνήθως λειτουργούν ενισχυτικά. Μπορεί μεν η κατανόηση να μην αποτελεί θεραπεία, ωστόσο, είναι ένα ουσιαστικό βήμα για την στήριξη του ατόμου από τον ίδιο του τον εαυτό.

Συμβουλευτική: παρέχει συμβουλές για την επίλυση των προβλημάτων.

Μαθήματα διαχείρισης άγχους: περιλαμβάνουν την εκμάθηση τεχνικών χαλάρωσης και δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, στρατηγικές αντιμετώπισης άγχους, καθώς και ομαδικά προγράμματα στήριξης.

Γνωστική και συμπεριφορική θεραπεία, η οποία διακρίνεται σε :

- Γνωστική θεραπεία: βασίζεται στην ιδέα ότι συγκεκριμένοι τρόποι σκέψης προκαλούν ή πυροδοτούν προβλήματα ψυχικής υγείας. Το άτομο με τη βοήθεια του ειδικού προσπαθεί να αναγνωρίσει τις εσφαλμένες ιδέες ή σκέψεις, οι οποίες ευθύνονται για τη συναισθηματική επιβάρυνση και να αλλάξει το συγκεκριμένο τρόπο σκέψης.
- Συμπεριφορική θεραπεία: θέτει ως στόχο την αλλαγή κάθε συμπεριφοράς, που είναι επιβλαβής ή μη ωφέλιμη.
- Γνωστική-Συμπεριφορική θεραπεία: αποτελεί συνδυασμό των δύο, και στοχεύουν στην αλλαγή σκέψεων και συμπεριφορών. Επιπλέον, εστιάζονται στην αλλαγή του τρέχοντος τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς.

Αυτοβοήθεια: Το άτομο μπορεί να αντιμετωπίσει το άγχος του μόνος του καθώς διατίθενται πλήθος φυλλαδίων, βιβλίων, ταινιών, βίντεο κ.λπ., τα οποία παρουσιάζουν διάφορους τρόπους χαλάρωσης όπως για παράδειγμα τεχνικές αναπνοής.

Μουσικοθεραπεία: Αποτελεί εναλλακτικό τρόπο έκφρασης και επικοινωνίας και τα ευεργετικά της αποτελέσματα διαδίδονται ταχύτατα παγκοσμίως. Ως

μουσικοθεραπεία ορίζεται το υποστηρικτικό εκείνο επάγγελμα υγείας, που κάνει χρήση της μουσικής και του ήχου σε όλες τους τις εκφάνσεις, με στόχο τη διατήρηση ή τη βελτίωση της υγείας του θεραπευόμενου.

Η εναλλακτική αυτή μέθοδος τοποθετεί το άτομο σε ένα πλαίσιο όπου η συμπεριφορά στο μέλλον να διαμορφώνεται από στοιχεία της μουσικής και όχι από την προσωπική του εμπειρία με το περιβάλλον. Για την επιτυχή καλλιέργεια θετικών συναισθημάτων, η μουσική εμπειρία δεν πρέπει να είναι συνεχής ή εντατική αλλά μεθοδική.

Άλλες εναλλακτικές θεραπείες στην καταπολέμηση του άγχους είναι η αρωματοθεραπεία, οι τεχνικές ελέγχου της αναπνοής, η προοδευτική νευρομυϊκή χαλάρωση, η ύπνωση και η σωματική άσκηση.

1.5.3 Συμπεριφορές αντιμετώπισης του άγχους

Τα άτομα αναπτύσσουν ορισμένα πρότυπα συμπεριφορών προκειμένου να διαχειριστούν το άγχος τους. Οι συμπεριφορές αυτές μπορεί να είναι προσαρμοστικές ή δυσλειτουργικές.

Ο βαθμός προσαρμοστικότητας στο στρες διαφέρει από άτομο σε άτομο. Για παράδειγμα, κάποια άτομα φαίνεται προσαρμόζονται πιο εύκολα, ή μπορούν ανταπεξέλθουν καλύτερα στο στρες ενώ αντιθέτως άλλα άτομα δεν αντέχουν να αντιμετωπίσουν τέτοιες καταστάσεις. Κάποια παιδιά που ζουν σε συνθήκες φαινομενικά αβάσταχτης φτώχειας μεγαλώνοντας αδυνατούν να λειτουργήσουν στην κοινωνία, ενώ άλλα καταφέρνουν να γίνουν δημιουργικοί και καλά προσαρμοσμένοι ενήλικες.¹⁰

Τα δέκα σημαντικά χαρακτηριστικά των προσαρμοστικών 750 παλαίμαχων στρατιωτικών που πιάστηκαν αιχμάλωτοι κατά τη διάρκεια του πολέμου στο Βιετνάμ και παρέμειναν αιχμάλωτοι για 6 έως 8 χρόνια ήταν:¹⁰

Αισιοδοξία: Οι εξαιρετικά αισιόδοξοι φάνηκε να έχουν μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα, κάτι το οποίο έχει εφαρμογή στις γνωστικές ψυχοθεραπείες

Αλτρουισμός: Τα προσαρμοστικά άτομα συχνά έβρισκαν το ότι να βοηθούν τους άλλους ήταν ένας καλός τρόπος να αντιμετωπίσουν το έντονο στρες. Αυτό

μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως θεραπευτικό εργαλείο για την ανάκαμψη μετά το στρες.

Ηθικές αξίες: Είναι σημαντικό για ένα άτομο να έχει κάποιες ακλόνητες πεποιθήσεις.

Πίστη και πνευματικότητα: Μερικοί προσεύχονταν σε καθημερινή βάση, αν και κάποιοι άλλοι αιχμάλωτοι με προσαρμοστικότητα δεν πίστευαν ή δεν έδειχναν ενδιαφέρον για κάποια θρησκεία.

Χιούμορ: Η αίσθηση του χιούμορ βοηθάει στην ανακούφιση από το στρες και προσφέρει μια διαφορετική θεώρηση των πραγμάτων.

Ύπαρξη προτύπων: Πολλά άτομα που έχουν άλλους ως πρότυπα αντλούν δύναμη από αυτούς.

Κοινωνική στήριξη: Η επικοινωνία με άλλα έμπιστα άτομα, είτε μέλη της οικογένειας είτε φίλους, η ύπαρξη κάποιου με τον οποίο μπορεί να μοιραστεί σκέψεις και συναισθήματα ήταν σημαντική για την ανάκαμψη.

Υπερνίκηση του φόβου: Η ικανότητα να μπορεί κάποιος να έρχεται αντιμέτωπος με τους φόβους του, δημιουργεί αίσθημα προσωπικής δύναμης.

Ύπαρξη αποστολής: Το να έχει κανείς την αίσθηση ότι η ζωή του έχει ένα νόημα μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να ανακάμψουν,

Εξάσκηση: Η προσαρμοστικότητα μπορεί να καλλιεργηθεί μέσω εμπειριών στην αντιμετώπιση και υπερνίκηση προκλήσεων, μέσω εξάσκησης ή εκμάθησης.

Συνειδητές μέθοδοι αντιμετώπισης του στρες: Πρόκειται για τους μηχανισμούς άμυνας.

- **Ενεργός επίλυση προβλημάτων:** Αναφέρεται στην προσπάθεια να ξεπεραστούν τα εμπόδια μέσω της επίλυσης προβλημάτων, λαμβάνοντας υπ' όψη τα δικαιώματα των άλλων. Η δυσλειτουργική επίλυση προβλημάτων περιλαμβάνει θυμό και εχθρικότητα.
- **Συμπεριφορά απόσυρσης:** Η συμπεριφορά απόσυρσης περιλαμβάνει τη σωματική ή συναισθηματική απομάκρυνση από μία στρεσογόνο κατάσταση.
- **Συμβιβασμός:** Ο συμβιβασμός αναφέρεται στην από κοινού επίλυση προβλημάτων, η οποία συμπεριλαμβάνει την παραίτηση από κάτι το οποίο επιθυμεί ένα άτομο ή το να παίρνει λιγότερα από ό,τι αρχικά ήθελε,

ώστε να επιτευχθεί εν μέρει κάποιος στόχος, ο οποίος παραμένει αποδεκτός.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Στο παρόν κεφάλαιο επιχειρείται προσπάθεια να περιγραφθεί το κλίμα και γενικότερα η κατάσταση που επικρατεί στο τμήμα επειγόντων περιστατικών ώστε να κατανοηθεί καλύτερα, η ψυχολογική επιβάρυνση που βιώνει ένας ασθενής που προσέρχεται στο συγκεκριμένο τμήμα.

Η επείγουσα νοσηλευτική αφορά τη φροντίδα ατόμων που δεν έχουν διαγνωσθεί με κάποια πάθηση ή έχουν ήδη διαγνωσθεί αλλά χρειάζονται περαιτέρω ιατρική βοήθεια όπως για παράδειγμα λόγω επιδείνωσης της κατάστασης. Η επείγουσα νοσηλευτική περίθαλψη έχει χαρακτήρα οξύ ή εντατικό.¹⁹

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) αποτελεί τμήμα του νοσοκομείου, εύκολα προσβάσιμο το οποίο έχει ως στόχο "την υποδοχή, αναζωογόνηση, διάγνωση και την αντιμετώπιση ασθενών με επείγοντα και οξέα προβλήματα, που καλύπτουν το πλήρες φάσμα των νόσων, κακώσεων και διαταραχών της συμπεριφοράς, καθώς και τη διαχείριση τους ως τη στιγμή του εξιτηρίου ή της ανάληψης περαιτέρω φροντίδων από άλλο γιατρό".¹⁹

Η Florence Nightingale ήταν η πρώτη που ασχολήθηκε με την ταχεία αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών όταν φρόντιζε τραυματισμένους στρατιώτες στο πεδίο της μάχης. Αργότερα, με την ανάπτυξη των συστημάτων υγείας η φροντίδα που μέχρι τότε παρέχονταν στο σπίτι άρχισαν οι ασθενείς να κατευθύνονται προς τα νοσοκομεία. Αρχικά το ΤΕΠ ήταν απλά ένα δωμάτιο χωρίς υποδομή. Από τότε έως σήμερα, η επείγουσα νοσηλευτική έχει κάνει τεράστια άλματα στην παροχή ολοκληρωμένης και υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας.¹⁹

Στη σημερινή εποχή, το ΤΕΠ έχει κατάλληλη υποδομή, οργάνωση και διοίκηση, όπως επίσης κατάλληλο εξοπλισμό και εξειδικευμένο προσωπικό για την παροχή Επείγουσας Φροντίδας. Αποτελεί την αλυσίδα σύνδεσης μεταξύ προνοσοκομειακής και ενδονοσοκομειακής φροντίδας των ασθενών. Ταυτόχρονα, έχει υψηλό αίσθημα ευθύνης ως προς την αναγκαιότητα και τον αριθμό των εισαγωγών, καθώς πρέπει να επαγρυπνεί για εκείνες τις εισαγωγές

που θεωρούνται ως μη αναγκαίες, προασπίζοντας έτσι κάθε επιβάρυνση του νοσοκομείου και συντελώντας στην εύρυθμη λειτουργία του.¹⁹

Στα ΤΕΠ, ο ρόλος των νοσηλευτών είναι πολυδιάστατος. Οι νοσηλευτές προσπαθούν να παρέχουν περίθαλψη σε διάφορες ασθένειες και σε διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών ως προς την εθνικότητα, το κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο, κ.ά. Δεδομένου ότι η επείγουσα νοσηλευτική, περιλαμβάνει όλους τις κλινικές ειδικότητες όπως παιδιατρική, γηριατρική, παθολογική, χειρουργική, θα πρέπει οι νοσηλευτές εκτός από το υψηλό επιστημονικό υπόβαθρο να έχουν εξοπλιστεί με δεξιότητες, όπως ικανότητα αναγνώρισης των βαριά ασθενών, κριτική σκέψη και διενέργεια λεπτομερούς εξέτασης. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις, όπου οι νοσηλευτές στα ΤΕΠ έρχονται αντιμέτωποι με ηθικά διλήμματα ή παρέχουν περίθαλψη σε άτομα με κοινωνικά ζητήματα όπως οι άστεγοι. Ταυτόχρονα, έχουν αποκτήσει την εμπειρία να παρέχουν φροντίδα όχι μόνο σε πολλαπλά επίπεδα ασθενειών αλλά επίσης σε πολλά περιστατικά ταυτόχρονα. Τέλος, πολύ συχνά συρρέουν και οι συνοδοί, γεγονός, το οποίο περιπλέκει το έργο των νοσηλευτών ακόμα περισσότερο.¹⁹

Σύμφωνα με την εφημερίδα της κυβέρνησης (Αρ. Φύλλου 874/20-3-2012), στο Τ.Ε.Π. προΐσταται νοσηλευτής/τρια κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα νοσηλευτική η οποία τεκμηριώνεται από τη θητεία σε μέχρι σήμερα λειτουργούντα τμήματα επειγόντων περιστατικών της Ελλάδας ή της αλλοδαπής, τη θητεία σε ΜΕΘ, ΜΑΦ, Μονάδα Ανάνηψης της Ελλάδας ή του εξωτερικού καθώς και την εκπαίδευση σε προγράμματα επείγουσας προ-νοσοκομειακής φροντίδας. Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού που στελεχώνουν το Τ.Ε.Π. καθορίζεται ανάλογα με τη δυναμικότητα σε κλίνες, τις εφημερίες του νοσοκομείου, τις ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου και το μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών. Η κατανομή και η εναλλαγή του προσωπικού πρέπει να γίνεται από τον προϊστάμενο νοσηλευτή ΤΕΠ σύμφωνα με τις ανάγκες του Τμήματος και τις ιδιαιτερότητες του χώρου αλλά και σύμφωνα με τις ανάγκες του προσωπικού. Σε κάθε περίπτωση ο αριθμός των εργαζομένων στα Τ.Ε.Π. Ιατρών, Νοσηλευτών και Διοικητικών θα πρέπει να είναι ανάλογος του αριθμού των προσερχομένων, ανά ώρα, ασθενών.²⁰

Παρότι, το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών έχει αυξημένες απαιτήσεις και γρήγορη ροή των ασθενών, εντούτοις θα πρέπει να διασφαλίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.²¹

Καθοριστικοί παράγοντες για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελούν η σταθερότητα της φροντίδας, η συνέπεια εφαρμογής των παρεχόμενων υπηρεσιών, η ετοιμότητα του προσωπικού να εξυπηρετήσουν το χρήστη σε εύλογο χρονικό διάστημα, η ευγένεια, η κατανόηση και επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας σε συνάφεια με τον επαγγελματισμό τους, την ασφάλεια, και το περιβάλλον εργασίας.²¹

Αντιθέτως, παράγοντες που υποθάλπουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο χώρο του ΤΕΠ είναι η ανυπαρξία ηλεκτρονικών συστημάτων διαχείρισης του ασθενή, η ανεπαρκής στελέχωση, τα προβλήματα επικοινωνίας ή σύγκρουσης ρόλων που δυσχεραίνουν την ενδο-υπηρεσιακή συνεργασία, η απουσία οργάνωσης σε θέσεις εργασίας και καθηκοντολογίου, τα ιατρικά και νοσηλευτικά λάθη, η βία στον εργασιακό χώρο και η μη ικανοποίηση του προσωπικού. Όλοι αυτοί οι παράγοντες ευθύνονται έως ένα βαθμό μόνοι τους ή συνεργικά για την αδυναμία παρακολούθησης και μέτρησης των επιδιωκόμενων αποτελεσμάτων, όπως επίσης και την αδυναμία αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.²¹

Στην Ελλάδα μπορούν να γίνουν παρεμβάσεις που θα οδηγήσουν στην συνεχή βελτίωση της ποιότητας φροντίδας στα ΤΕΠ, όπως η επιμόρφωση του προσωπικού σχετικά με την έννοια της ποιότητας, η ενίσχυση των στάσεων, των απόψεων και των συμπεριφορών που θα στοχεύουν στο σεβασμό των δικαιωμάτων των ασθενών, η παροχή κινήτρων στο προσωπικό, η προώθηση διοικητικών αλλαγών, η καθιέρωση συναντήσεων με όλο το προσωπικό για τη θέσπιση κοινών στόχων ή οράματος.²¹

Επιπρόσθετα, επιβάλλεται επαρκή στελέχωση με εκπαιδευμένο προσωπικό όλων των βαθμίδων σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα, εφαρμογή διεθνών πρωτοκόλλων ή κατευθυντήριων γραμμών για την διαχείριση των περιστατικών, προώθηση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού ανεξαρτήτου ειδικότητας και βαθμίδας. Η ευαισθητοποίηση της ηγεσίας σε θέματα ποιότητας καθώς και η ενσωμάτωση της ποιοτικής διοίκησης στην καθημερινή λειτουργία των νοσοκομείων αποτελεί εφαλτήριο για την επίτευξη

ποιότητας υπηρεσιών στα ΤΕΠ.²¹

Εξίσου σημαντική θεωρείται η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έτσι ώστε οι ασθενείς με λιγότερο σοβαρά προβλήματα να μην καταφεύγουν σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο προκαλώντας συμφόρηση στη λειτουργία του. Τέλος, η αλλαγή κουλτούρας του ασθενή και η αναζήτηση φροντίδας σε άλλους φορείς, όπως στα κέντρα υγείας, προκειμένου να επιτύχουν αξιόπιστη διάγνωση και λύση του προβλήματος του.²¹

2.1 Συνωστισμός και Διαλογή

Στη σημερινή εποχή, πραγματοποιούνται πλήθος επισκέψεων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών με αποτέλεσμα να παρατηρείται συνωστισμός. Ο όρος συνωστισμός (“crowding” ή “overcrowding”) σημαίνει την κατάσταση κατά την οποία «οι καθορισμένες ανάγκες για παροχή επειγουσών υπηρεσιών υγείας υπερβαίνουν τους διαθέσιμους πόρους αναφορικά με την κάλυψη των ασθενών στα ΤΕΠ».¹⁹

Σε παγκόσμια κλίμακα, ο συνωστισμός στα ΤΕΠ απασχολεί όλα τα κράτη ενώ η λύση του ζητήματος δεν είναι απλή. Πολυάριθμα σχέδια και στρατηγικές έχουν εφαρμοστεί κατά καιρούς για την αντιμετώπιση των πολύπλοκων αιτιών του συνωστισμού στα ΤΕΠ.^{3,4,5} Στην Ελλάδα, αυτό το φαινόμενο αποτελεί την πλέον συνήθη εικόνα στη σύγχρονη πραγματικότητα του νοσοκομείου.

Τα αίτια για τον ολοένα αυξανόμενο συνωστισμό είναι πολλαπλά, εκ των οποίων τα κυριότερα συνοψίζονται ως εξής: α) ανεπάρκεια δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας, β) έλλειψη οργανωμένων ΤΕΠ κατά τα διεθνή πρότυπα (με λειτουργία ιατρείου διαλογής (triage) και γ) αύξηση της προσέλευσης ασθενών (με ή χωρίς ασφάλιση) κυρίως λόγω της οικονομικής κρίσης και της μετακίνησής τους από τον ιδιωτικό προς το δημόσιο τομέα.

Επιπλέον, παρατηρείται ποικιλομορφία ως προς τα άτομα που προσέρχονται όπως για παράδειγμα, άστεγοι, λαθρομετανάστες, οι φυλακισμένοι και ανασφάλιστοι ασθενείς με αποτέλεσμα αύξηση των αναγκών και απαιτήσεων οι οποίες μάλιστα είναι διαφορετικές ανά περίπτωση.¹

Πολύ συχνά επίσης προσέρχονται άτομα με προβλήματα υγείας τα οποία δεν έχουν πάντα το χαρακτήρα του επείγοντος. Για παράδειγμα, μη επείγων

χαρακτήρα είχε το 78,1% του συνόλου των προσερχόμενων περιστατικών στο ΤΕΠ του Νοσοκομείου Ρεθύμνου όπου λειτουργεί ιατρείο διαλογής με ηλεκτρονικό σύστημα καθορισμού του βαθμού προτεραιότητας. Αντίθετα, το ποσοστό αυτό ανέρχεται μόλις το 12,6%, στα νοσοκομεία της Αμερικής, όπως καταγράφεται στους επίσημους στατιστικούς πίνακες για το 2010.²²

Το φαινόμενο του συνωστισμού σχετίζεται με πολλές αρνητικές επιπτώσεις, όπως απογοήτευση για τους ασθενείς και το προσωπικό, μικρότερη ικανοποίηση των ασθενών, αυξημένη πιθανότητα ιατρικών λαθών, ανισότητα στην κατανομή των διατιθέμενων πόρων, καθυστερημένη αντιμετώπιση των αμιγώς επειγόντων περιστατικών (έμφραγμα μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο κ.λπ.), καταστρατήγηση του δικαιώματος των ασθενών για αξιοπρεπή διαχείριση του προβλήματος υγείας τους και το σημαντικότερο όλων μεγαλύτερο κίνδυνο για κακή έκβαση.⁵

Επιπροσθέτως, όταν στα ΤΕΠ επικρατεί συνωστισμός, τότε τα εισερχόμενα ασθενοφόρα αναγκάζονται σε διακομιδή του αρρώστου σε άλλα νοσοκομεία, με αποτέλεσμα την απώλεια πολύτιμου χρόνου μεταφοράς, καθυστερήσεις στη φροντίδα και αυξημένη θνησιμότητα. Πολλές προσπάθειες έχουν θεσπιστεί για τη μείωση του φαινομένου όπως η διαλογή των ασθενών, η υιοθέτηση πρωτοκόλλων ή ακόμα και σε περιφερειακό επίπεδο, διάφορες στρατηγικές που περιλαμβάνουν πολιτικές για τον περιορισμό του χρόνου μεταφοράς.²³⁻²⁵

Μετά την άφιξη του ασθενή στα ΤΕΠ πραγματοποιείται διαλογή (triage) από υπεύθυνη ιατρο-νοσηλευτική ομάδα, η οποία διαθέτει κλινική εμπειρία. Αναλυτικότερα, πρόκειται για διαδικασία καθορισμού της προτεραιότητας στη θεραπευτική αντιμετώπιση πολλών ατόμων που προσέρχονται στα επείγοντα την ίδια χρονική στιγμή.^{19,26,27}

Η εφαρμογή αυτής της διαδικασίας ξεκίνησε πολλούς αιώνες πριν όταν η Florence Nightingale στο πεδίο της μάχης αναζητούσε στρατιώτες με μεγαλύτερη πιθανότητα επιβίωσης.^{19,26,27} Η πρακτική της διαλογής χρονολογείται από τον 18ο αιώνα. Στο Β 'Παγκόσμιο Πόλεμο, ιδίως, οι στρατιωτικοί χειρουργοί εφάρμοζαν τη διαλογή για να αξιολογηθούν άμεσα και να κατηγοριοποιηθούν οι τραυματίες στρατιώτες. Η διαλογή των ασθενών, έχει ως στόχο να φέρει το μεγαλύτερο όφελος για τον μεγαλύτερο δυνατό αριθμό

ασθενών ύστερα από την ιεράρχηση τους. Από τότε, η φροντίδα έκτακτης ανάγκης ήταν ένα από τα πιο αδύναμα σημεία των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.²⁷

Η λέξη Διαλογή ή διεθνώς Triage προέρχεται από το γαλλικό ρήμα Trier που σημαίνει διαλέγω - ταξινομώ. Στη σύγχρονη εποχή, κατά τη διαδικασία της διαλογής στα ΤΕΠ, ταξινομούνται οι ασθενείς, ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασής τους από έμπειρο ή ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό του Τ.Ε.Π., σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο (Triage), βάσει πρωτοκόλλων διαλογής (Triage protocols).¹⁹

Η διαδικασία περιλαμβάνει αρχικά την λήψη ιστορικού διαλογής από τον ίδιο τον ασθενή ή τον συνοδό του και την λήψη και εκτίμηση των Ζωτικών Σημείων. Τα στοιχεία αυτά καταγράφονται σε ειδικό έντυπο δελτίο διαλογής του ασθενούς (Triage Record) και ο ασθενής κατατάσσεται ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασής του σε επίπεδα προτεραιότητας (priority levels). Η διαδικασία της διαλογής δεν έχει πάντα τον ίδιο χαρακτήρα καθώς εξαρτάται αποκλειστικά από τον αριθμό των προσερχόμενων ατόμων στα επείγοντα. Συνεπώς αποτελεί διαδικασία που άλλοτε βρίσκει εφαρμογή και άλλοτε όχι.¹⁹

Συνοπτικά, οι κύριοι στόχοι της διαλογής είναι η έγκαιρη αξιολόγηση όλων των ασθενών, ο καθορισμός της προτεραιότητας του κάθε περιστατικού ξεχωριστά, η παραπομπή στους αντίστοιχους τομείς περίθαλψης, η έναρξη της θεραπείας και η καταγραφή όλων των παραμέτρων που αφορούν τον ασθενή.

Το πιο σημαντικό όμως και αναπόσπαστο κομμάτι της διαλογής είναι η «διαισθητικότητα» που πρέπει να διαθέτει ο νοσηλευτής των επειγόντων για την αναγνώριση της βαρύτητας ή επικινδυνότητας των περιστατικών. Εξίσου σημαντική παράμετρος θεωρείται, η βαθιά αναγνώριση ότι ακόμα και εάν ένα περιστατικό έχει χαρακτηριστεί ως μη οξύ, αυτό δύναται να τροποποιηθεί ή να αλλάξει η σοβαρότητα της κατάστασης. Για το λόγο αυτό, θεωρείται απαραίτητη η τακτική επαναξιολόγηση των ασθενών και η καταγραφή των δεδομένων του (μετρήσεις, συμπεριφορά, κ.ά).¹⁹

Το Ιατρείο Ταχείας Διακίνησης Περιστατικών Χαμηλής Επικινδυνότητας ή αλλιώς "fast track" προτείνεται ως μια λύση για το πρόβλημα του συνωστισμού και της καλύτερης ροής των ασθενών. Τα ιατρεία αυτά που ήδη λειτουργούν ως θεσμός εδώ και μία δεκαετία στις ΗΠΑ, στην Αυστραλία και στο

Ηνωμένο Βασίλειο, αποτελούν μια πολλά υποσχόμενη προοπτική για τη διαχείριση της συνεχώς αυξανόμενης εισροής ασθενών στα ΤΕΠ στην Ελληνική πραγματικότητα. Η λειτουργία των ιατρείων σχετίζεται με μείωση του χρόνου παραμονής των ασθενών, μείωση του αριθμού των εξετάσεων και του κόστους και αύξηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών και βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.^{22,29}

Ωστόσο, μετά την έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενή, η φροντίδα δεν ολοκληρώνεται καθώς είναι αναγκαία η παροχή πληροφοριών στο ασθενή για την μετέπειτα πορεία του.¹⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΑΓΧΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΣΤΑ ΤΕΠ

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία στα επείγοντα είναι δυνατόν να βιώνουν άγχος για πολλούς λόγους. Παρόλα αυτά, ο αριθμός των ερευνών όσον αφορά στη διερεύνηση του άγχους που βιώνουν αυτοί οι ασθενείς είναι ελάχιστος.

Εξαίρεση αποτελεί η ομάδα των ογκολογικών ασθενών οι οποίοι υποβάλλονται συχνά σε εξετάσεις για την πορεία της νόσου όπως η αξονική τομογραφία και αποτελούν το συχνότερο πληθυσμό υπό μελέτη.

Οι Heyer et al.,²⁹ μελέτησαν το άγχος ασθενών μέσης ηλικίας 54 ± 17 έτη που υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία με τη συμπλήρωση της κλίμακας STAI-S. Τα αποτελέσματα έδειξαν, βαθμολογία STAI 42 ± 10 με τους ασθενείς που δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία σε αξονική τομογραφία να έχουν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία STAI-S. Επιπλέον, οι γυναίκες και οι ασθενείς που έλαβαν ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκου είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους. Αναλυτικότερα, οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερους φόβους σχετικά με τα αποτελέσματα των εξετάσεων, την έκθεση σε ακτινοβολία και την κλειστοφοβία. Οι ασθενείς με γνωστές κακοήθειες είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους που αφορούν τα αποτελέσματα της εξέτασης. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το άγχος πριν την αξονική θα πρέπει να εκτιμάται και να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα μείωσης του. Τόνισαν δε ότι λόγω του φόρτου εργασίας και των απαιτητικών συνθηκών στο νοσοκομείο, η διερεύνηση του άγχους που βιώνουν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία αποτελεί σημαντικό θέμα το οποίο όμως δυστυχώς υποτιμάται.

Οι Bastiaannet et al.,³⁰ υποστήριξαν ότι η διενέργεια αξονικής τομογραφίας προκαλεί αμηχανία, δυσφορία και άγχος στους ασθενείς και γενικότερα συμβάλλει σε αύξηση της συνολικής ψυχολογικής επιβάρυνσης. Η έλλειψη κατανόησης της διαδικασίας όπως επίσης οι αντιλήψεις των ασθενών σε σχέση με τις ακτινολογικές διαδικασίες μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τη

ψυχολογία των ασθενών. Επιπλέον, οι ασθενείς που αγνοούν τη διάγνωσή τους μπορεί να υποστούν μεγαλύτερη δυσφορία κατά τη διάρκεια της απεικόνισης από τους ασθενείς οι οποίοι γνωρίζουν τη διάγνωσή τους.

Οι Shortman et al.,³¹ έδειξαν ότι άλλοι παράγοντες που αυξάνουν στο άγχος των ασθενών αφορούν την προηγούμενη εμπειρία του ασθενούς, την ανεπαρκή προετοιμασία, τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος της απεικόνισης, την εμπειρία από την άφιξη στο νοσοκομείο, τη δυσφορία στο χώρο αναμονής, τις αλληλεπιδράσεις με το προσωπικό, τη δυσφορία κατά τη διάρκεια της εξέτασης, τα συμπτώματα της κλειστοφοβίας, την ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων και τέλος το χρόνο διενέργειας της απεικόνισης.

Οι Mueller et al.,³² υποστήριξαν ότι η διαγνωστική εξέταση με τομογραφία σχετίζεται με υψηλά επίπεδα άγχους, τα οποία είναι ακόμη υψηλότερα από εκείνα των ασθενών που υποβάλλονται σε πιο περίπλοκες θεραπείες. Το υψηλό άγχος του ασθενούς δεν έχει επιπτώσεις μόνο στον ίδιο αλλά μπορεί να επηρεάσει τη ροή εργασίας του νοσοκομείου (π.χ. επιπλέον χρόνο που χρειάζεται για να ηρεμήσει ο ασθενής, αντιμετώπιση της μη συμμόρφωσης των ασθενών και άλλα θέματα). Επιπλέον, το υψηλό άγχος του ασθενούς μπορεί να περιπλέξει την ιατρική διάγνωση ή να παρεμποδίσει την ακρίβεια της διαγνωστικής διαδικασίας στη λήψη αποφάσεων.^{32,33}

Οι Acuuiff και συν.,³⁵ δήλωσαν ότι οι ασθενείς βιώνουν άγχος κατά τη διάρκεια της των απεικονιστικών διαδικασιών λόγω του περιορισμένου χώρου, της αβεβαιότητας σχετικά με τη διαδικασία ή της ανησυχίας σχετικά με την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων. Η ποζιτρονική τομογραφία υπό αξονικό τομογράφο (PET/CT) είναι η πιο σύγχρονη απεικονιστική διαγνωστική μέθοδος της Πυρηνικής Ιατρικής με εφαρμογές στην Ογκολογία, την Παθολογία την Καρδιολογία και τη Νευρολογία. Το κυριότερο ραδιοφάρμακο που χρησιμοποιείται είναι το 18F-FDG (ραδιενεργή γλυκόζη) και χορηγείται ενδοφλέβια. Η ραδιενεργή γλυκόζη ακολουθεί τη μεταβολική οδό της γλυκόζης στους ιστούς και τα όργανα του ανθρώπινου σώματος. Περιοχές με μη φυσιολογική πρόσληψη γλυκόζης υποδεικνύουν παθολογία. Εν αντιθέσει με υπόλοιπες απεικονιστικές μεθόδους δεν παρέχει πληροφορίες μόνο για τις ανατομικές λεπτομέρειες των οργάνων αλλά και για τη μεταβολική δραστηριότητα των μελετώμενων ιστών και οργάνων. Η όλη διαδικασία απαιτεί

συνεργασία με τον ασθενή προκειμένου να ολοκληρωθεί επιτυχώς.

Όταν ένας ασθενής εμφανίσει άγχος κατά τη διάρκεια της PET/CT απεικόνισης τότε, η ποιότητα της απεικόνισης μπορεί να επηρεαστεί με διάφορους τρόπους, κυρίως με τη κίνηση του ατόμου που υποβάλλεται σε εξέταση. Επιπλέον, το αυξημένο άγχος μπορεί να μειώσει τη συμμόρφωση προς τις οδηγίες κατά τη διαδικασία και να μειώσει το βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Τέλος, το άγχος μπορεί να οδηγήσει σε διακυμάνσεις στα επίπεδα γλυκόζης του αίματος, το οποίο συνεπάγεται μια έμμεση σύνδεση μεταξύ άγχους και της ποιότητας της διαγνωστικής εικόνας. Η υπόθεση αυτή σε συνδυασμό με το ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται PET/CT απεικόνιση, θα πρέπει να μη τρώνε τίποτα για τουλάχιστον 4-6 ώρες πριν από την εξέταση απεικόνισης πιθανώς εμμέσως να αυξάνει το άγχος τους.

Η επικοινωνία του ασθενή με τον τεχνολόγο περιορίζεται στην PET/CT απεικόνιση επειδή ο τεχνολόγος πρέπει να διαχωριστεί από τον ασθενή κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Επί του παρόντος, η επικοινωνία ασθενή-τεχνολόγου σε PET/CT επιτυγχάνεται κυρίως με συσκευή που αποτελείται από ενσωματωμένο σύστημα με μικρόφωνο. Ωστόσο, ο ασθενής δεν είναι εξοικειωμένος με αυτή τη μέθοδο και επιπλέον δεν μπορεί να γνωρίζει ή να είναι σίγουρος εάν χρησιμοποιείται στην πραγματικότητα.

Μια άλλη ανησυχία με τη χρήση του ενσωματωμένου αυτού συστήματος ως τη μόνη πηγή της επικοινωνίας είναι ότι μερικοί ασθενείς έχουν περιορισμένη ικανότητα να μιλήσουν και να ακούσουν εξαιτίας της νόσου τους και συνεπώς είναι δυνατόν να εκδηλώσουν υψηλότερα επίπεδα άγχους.

Μια συσκευή επικοινωνίας με κλήση χειρός είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για να επικοινωνούν κατά τη διάρκεια της απεικόνισης διότι επιτρέπει τη βελτίωση της άνεσης των ασθενών, τη μείωση του άγχους και τη βελτίωση των συνθηκών απεικόνισης PET/ CT.

Μια από τις πολλές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας είναι ο ασθενής να αισθάνεται πιο άνετα και χαλαρά σε όλη τη διαδικασία απεικόνισης.³⁶ Μια καλή προσέγγιση θα ήταν η αξιολόγηση του άγχους πριν και μετά τη διαδικασία προκειμένου να σχεδιασθούν και να οργανωθούν παρεμβατικά προγράμματα παρέμβασης που θα ωφελήσουν τους ασθενείς. Η ενημέρωση και η εκπαίδευση είναι σημαντική στην ανακούφιση του

άγχους.^{1,35,36}

Στο σημερινό κλίμα της υγείας, το άγχος μπορεί να σημαίνει απώλεια εσόδων από τους μηχανισμούς ασφάλισης που αρχίζουν να έχουν μια αυξημένη εστίαση στις μετρήσεις της ποιότητας της φροντίδας.³⁷

Οι ογκολογικοί ασθενείς αποτελούν την πλέον μελετώμενη ομάδα στις απεικονιστικές εξετάσεις η οποία βιώνει εντονότερο ψυχολογικό φορτίο καθότι μετά τη θεραπεία παραμένουν πολλές αβεβαιότητες, συμπεριλαμβανομένων του φόβου της υποτροπής και της αποτελεσματικότητας της θεραπείας, οι οποίες έρχονται στην επιφάνεια κατά τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή.³⁸

Σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι χρήσιμο να διερευνηθεί η σημασία που οι ασθενείς αποδίδουν στα γεγονότα ή τους φόβους που αναζωπυρώνονται κατά τη διάρκεια της εξέτασης και αποτελούν τη βάση της δυνητικής απειλής για το άτομο.

Οι Abreu et al.,³⁹ που διερεύνησαν την αντίληψη του άγχους πριν και μετά τη διαδικασία, τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων/αξονική τομογραφία (PET / CT) σε 232 ογκολογικούς έδειξαν σημαντική διαφορά μεταξύ του άγχους προ και μετά της διαδικασίας, με το άγχος να έχει σημαντικά υψηλότερες τιμές πριν τη διαδικασία. Καμία σημαντική συσχέτιση δεν βρέθηκε μεταξύ άγχους και ηλικίας των ασθενών, μορφωτικού επιπέδου, επάρκειας των πληροφοριών ή ικανοποίησης με την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Τα επίπεδα άγχους σε ογκολογικούς ασθενείς, αυξάνονται πριν από τη διαδικασία. Οι ερευνητές κατάληξαν ότι, προσοχή πρέπει να επικεντρωθεί στις αποτελεσματικές στρατηγικές παρεμβάσεις που βοηθούν τους ασθενείς να μειώσουν το άγχος.

Διαφορές παρατηρούνται και στα επίπεδα του άγχους ανάμεσα στα είδη της τομογραφίας. Οι Shortman et al.,⁴⁰ που συνέκριναν το επίπεδο της ψυχολογικής επιβάρυνσης που βιώνουν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων υπό μαγνητική τομογραφία PET/MRI σε σύγκριση με PET/CT έδειξαν αύξηση της ψυχολογικής επιβάρυνσης κατά τη διάρκεια της PET/MRI σε σύγκριση με την PET / CT απεικόνιση.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν πρόθυμοι να υποβληθούν σε PET/CT χωρίς όμως αυτό το εύρημα να είναι στατιστικά σημαντικό. Οι προηγούμενες εμπειρίες του ασθενούς σχετικά με την εξέταση μπορεί να επηρεάσουν το επίπεδο της ψυχολογικής επιβάρυνσης που προκαλείται από μεταγενέστερους

ελέγχους. Επίσης, άλλοι παράγοντες όπως το περιβάλλον και η αλληλεπίδραση με το προσωπικό μπορεί να βελτιώσουν την ψυχολογική ενόχληση.

Οι Vogel et al.,³⁴ τόνισαν ότι οι παρεμβάσεις για τη μείωση του άγχους είναι σημαντικές για τη καλύτερη διεξαγωγή της απεικονιστικής εξέτασης και των αποτελεσμάτων. Επίσης, έδειξαν ότι η παρέμβαση με οπτικοακουστικά ερεθίσματα μειώνει το άγχος και συνεπώς ωφελεί την ποιότητα της απεικόνισης. Τέλος, ανέφεραν ότι, υπάρχουν διάφορες μη φαρμακολογικές τεχνικές για τη μείωση του άγχους, συμπεριλαμβανομένων των οπτικοακουστικών εικόνων, της μουσικής, των σωματικών ασκήσεων, της διανοητικής απόσπασης της προσοχής, του διαλογισμού, της προοδευτικής μυϊκής χαλάρωσης και των ασκήσεων αναπνοής. Μερικές από αυτές τις τεχνικές μπορεί να αποδειχθούν ευεργετικές όσον αφορά τη μείωση του άγχους του ασθενούς που υποβάλλεται σε αξονική τομογραφία.

Εκτός από τις μη φαρμακολογικές θεραπείες, οι Sheldon et al.,⁴⁰ πρότειναν τη χορήγηση αγχολυτικής θεραπείας ως την πλέον αποτελεσματική στη μείωση του άγχους του ασθενούς.

Οι Miyasaka et al.,⁴¹ έδειξαν ότι το άγχος μειώθηκε μετά τη λήψη διαζεπάμης σύμφωνα με μετρήσεις από τα ερωτηματολόγια άγχους τους. Οι Helmus et al.,⁴² ανέφεραν ότι 10 mg διαζεπάμης είχαν αγχολυτική επίδραση μόνο σε εξαιρετικά ανήσυχα άτομα.

Ωστόσο, απαιτείται συστηματική διερεύνηση του θέματος της χορήγησης φαρμακευτική αγωγής πριν αξονική τομογραφία. Είναι σπουδαίο να σημειωθεί ότι εκτός από τα θεραπευτικά αποτελέσματα, η χορήγηση παραγόντων, όπως η διαζεπάμη σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αξονική μπορεί να επιφέρει μειονεκτήματα, όπως αδυναμία των εξωτερικών ασθενών να οδηγήσουν στο σπίτι και άλλων ανεπιθύμητων αλληλεπιδράσεων με άλλα φάρμακα.

Τέλος, η επικοινωνία μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη σε ασθενείς που βιώνουν άγχος πριν υποβληθούν στην εξέταση. Η σχέση επαγγελματιών υγείας -ασθενή που περιλαμβάνει την αμοιβαία εμπιστοσύνη, το σεβασμό και την αφοσίωση συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του άγχους.⁴³

Τέλος, το άγχος που βιώνουν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία θα μπορούσε να αποδοθεί όχι στην εξέταση αλλά στο γενικότερο περιβάλλον του τμήματος των Επειγόντων, όπου επικρατούν έντονες και

απαιτητικές συνθήκες για τους ασθενείς. Δυστυχώς όμως το άγχος των ασθενών συχνά υποτιμάται.

Οι Craven et al.,⁴⁴ που μελέτησαν 10.664 ασθενείς που προσέρχονταν στα εξωτερικά ιατρεία λόγω πόνου έδειξαν ότι το 26,1%, βίωνε ήπιο άγχος, το 23,7%, μέτριο και 24,5%, σοβαρό. Παρά το γεγονός ότι 48% των ασθενών που βίωναν μέτρια έως σοβαρή ανησυχία ήταν πρόθυμοι να λάβουν ένα φάρμακο για το άγχος, μόνο το 1% έλαβαν θεραπεία του άγχους. Το 35% των ασθενών εξακολουθούσε να αναφέρει μέτρια/σοβαρή ανησυχία στην έξοδο.

Οι Ekwall et al.,⁴⁵ υποστήριξαν ότι οι ίδιοι οι ασθενείς που γνωρίζουν τις ιατρικές τους ανάγκες μπορεί να κατευθύνουν τους νοσηλευτές στην απόφαση διαλογής (triage) των ασθενών και να περιγράψουν τα επίπεδα του άγχους που βιώνουν. Οι ερευνητές έδειξαν ότι η επικοινωνία σχετικά με τη διαλογή ήταν σπάνια, εύρημα που μπορεί να έχει συνέπειες για την ασφάλεια των ασθενών. Η επικοινωνία μεταξύ του νοσηλευτή και ασθενή κατά τη διάρκεια του χρόνου αναμονής στο τμήμα επειγόντων περιστατικών είναι πολύ σημαντική, για τη μείωση των επιπέδων άγχους του ασθενούς.

Συνεπώς, το άγχος που βιώνουν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία στα ΤΕΠ θα πρέπει πιθανώς να εκτιμάται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο το οποίο περιλαμβάνει τις επικρατούσες συνθήκες στο τμήμα των επειγόντων, στην ίδια την εξέταση, στα αναμενόμενα αποτελέσματα, στις προηγούμενες εμπειρίες του ασθενή και ακόμα περισσότερο στην προσωπικότητα του.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Ερευνητικός σχεδιασμός

Η παρούσα μελέτη είναι ποσοτική και περιγραφική, μη τυχαιοποιημένη (δείγμα ευκολίας), στην οποία χρησιμοποιήθηκαν κλίμακες μέτρησης και διάφορες μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων.

4.2 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του άγχους των ασθενών που υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία κατά την είσοδό τους στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

Επιμέρους στόχοι της μελέτης αποτέλεσαν:

- Η διερεύνηση των δημογραφικών και κοινωνικών παραγόντων σε σχέση με το άγχος των ασθενών που υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία.
- Η διερεύνηση συγκεκριμένων παραγόντων (κατάσταση ασθενή, αιτία διαγνωστικής εξέτασης) σε σχέση με το άγχος των ασθενών που υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία.
- Η διερεύνηση του άγχους που αισθάνονται γενικά οι ασθενείς.

4.3 Μεταβλητές της έρευνας

Οι εξαρτημένες μεταβλητές της έρευνας είναι το άγχος των ασθενών (κατά τη στιγμή της εξέτασης και γενικά). Ως ανεξάρτητες μεταβλητές έχουν οριστεί οι δημογραφικοί παράγοντες του ασθενή όπως φύλο, ηλικία, το ιστορικό αξονικής τομογραφίας, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη τέκνων, το μορφωτικό επίπεδο, το είδος του επαγγέλματος, το λόγο διενέργειας της εξέτασης, το είδος

της αξονικής τομογραφίας που υποβάλλονται, η ύπαρξη πόνου, η ύπαρξη αλλεργιών και η ύπαρξη συνοδού.

4.4 Δείγμα μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 150 άτομα, που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ" για την αντιμετώπιση επείγοντος συμβάντος και παραπέμφθηκαν προκειμένου να υποβληθούν σε αξονική τομογραφία. Πρωτίστως εξασφαλίστηκε άδεια για τη διεξαγωγή της μελέτης και για την πρόσβαση στους ασθενείς από την Επιτροπή Δεοντολογίας και Έρευνας του νοσοκομείου. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου για κάθε ασθενή διαρκούσε περίπου 15 λεπτά. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά το διάστημα μεταξύ Μάη έως Σεπτέμβρη 2016.

Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν οι ασθενείς που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με σκοπό να υποβληθούν σε αξονική τομογραφία και συμφώνησαν να συμμετέχουν στη μελέτη. Αποκλείστηκαν ασθενείς με γνωστικές διαταραχές και διαταραχές του επιπέδου συνείδησης, καθώς και όσοι δε γνώριζαν την ελληνική γλώσσα.

Από όλους τους συμμετέχοντες στη μελέτη ελήφθη η συναίνεση για τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Οι συμμετέχοντες πληροφορήθηκαν το σκοπό της μελέτης, την εμπιστευτικότητα των δεδομένων και την εθελοντική φύση της συμμετοχής. Κατά τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης τηρήθηκαν όλες οι βασικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας.

4.5 Εργαλεία μέτρησης

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελούταν από δύο μέρη.

Το **πρώτο** μέρος του ερωτηματολογίου περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά, κοινωνικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη, όπως το φύλο, την ηλικία, το ιστορικό αξονικής τομογραφίας, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη τέκνων, το μορφωτικό επίπεδο, το είδος του επαγγέλματος, το λόγο διενέργειας της εξέτασης, το είδος της αξονικής τομογραφίας που υποβάλλονται, η ύπαρξη πόνου, η ύπαρξη αλλεργιών και η ύπαρξη συνοδού.

Το **δεύτερο** μέρος του ερωτηματολογίου περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν το άγχος και το στρες των συμμετεχόντων της μελέτης. Χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο άγχους-αυτοεκτίμησης (State – Trait Anxiety Inventory (STAI) το οποίο είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφορών που οδηγεί στον υπολογισμό δύο υποκλίμακων, η κάθε μια από τις οποίες αποτελείται από 20 προτάσεις.

Στην πρώτη υποκλίμακα (State) περιλαμβάνονται ερωτήσεις που αφορούν την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς εκείνη τη στιγμή. Οι βαθμολόγηση των ερωτήσεων είναι βασισμένη στη κλίμακα τύπου Likert (1= Καθόλου, 2= Κάπως, 3= Μέτρια, 4= Πάρα πολύ). Στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο υπήρξαν αρκετές ερωτήσεις (1,2,5,8,10,11,13,15,16,20) που υποδήλωναν απουσία άγχους. Αφού αντιστραφούν οι βαθμολογίες που αποδίδονται σε αυτές τις ερωτήσεις (δηλαδή θα αποδοθούν βαθμοί 4= Καθόλου, 3= Κάπως, 2= Μέτρια, 1= Πάρα πολύ) υπολογίζεται το συνολικό σκορ αθροίζοντας τους βαθμούς που έχουν αποδοθεί σε όλες τις ερωτήσεις της υποκλίμακας.

Στη δεύτερη υποκλίμακα (Trait) οι ερωτήσεις αφορούν την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς γενικά. Οι βαθμολόγηση των ερωτήσεων είναι βασισμένη στη κλίμακα τύπου Likert (1= Σχεδόν ποτέ, 2= Μερικές φορές, 3= Συχνά, 4= Σχεδόν πάντοτε). Αρκετές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου (1,6,7,13,14,16,19) υποδήλωναν απουσία άγχους. Αφού αντιστραφούν οι βαθμολογίες που αποδίδονται σε αυτές τις ερωτήσεις (δηλαδή θα αποδοθούν βαθμοί 4= Σχεδόν ποτέ, 3= Μερικές φορές, 2= Συχνά, 1= Σχεδόν πάντοτε) υπολογίζεται το συνολικό σκορ αθροίζοντας τους.

Τέλος, υπολογίστηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's α για κάθε υποκλίμακα (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Δείκτες αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων

	Cronbach's alpha
Τωρινό Άγχος	0,902
Γενικό Άγχος	0,902

Παρατηρείται επομένως αρκετά ικανοποιητικός δείκτης εσωτερικής συνέφειας και για τα δύο ερωτηματολόγια.

4.6 Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές περιγράφονται με τη μορφή απόλυτων και σχετικών (%) συχνοτήτων. Για να ελεγχθεί η εσωτερική συνοχή κάθε υποκλίμακας του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's α . Για να διερευνηθεί η συσχέτιση των δημογραφικών, των κοινωνικών και των κλινικών χαρακτηριστικών σε κάθε υποκλίμακα του ερωτηματολογίου έγινε μονοπαραγοντική ανάλυση. Παραμετρικά ,για τη σύγκριση κατηγορικών μεταβλητών με δύο επίπεδα χρησιμοποιήθηκε το Student t-test ενώ για κατηγορικές μεταβλητές με τρία επίπεδα και άνω πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης με ένα παράγοντα (ANOVA) για περισσότερες μεταβλητές), μη παραμετρικά χρησιμοποιήθηκαν αντίστοιχα οι έλεγχοι Mann-Whitney και Kruskal-Wallis. Τέλος, για τη συσχέτιση ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής r του Spearman. Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το $p \leq 0,05$. Για την επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences (SPSS) ver.22.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Γενικά η διαδικασία συλλογής του δείγματος κύλισε ομαλά. Οι περισσότεροι ασθενείς ανταποκρίθηκαν στην έρευνα (μόλις 20 από τους ερωτηθέντες αρνήθηκαν), αφού έλαβαν τη διαβεβαίωση της τήρησης του ιατρικού απορρήτου, καθώς και της μη δημοσιοποίησης των προσωπικών τους δεδομένων. Η διευκρίνηση ότι η έρευνα λαμβάνει χώρα υπό την αιγίδα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, ενίσχυσε τη διάθεση των περισσότερων για συμμετοχή στη διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, παρόλο που η ανησυχία για την έκβαση του διαγνωστικού ελέγχου ήταν εμφανής.

5.1 Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά δείγματος

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 150 άτομα. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2: Κατανομή των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος

Μεταβλητές	% (n/N)
Ηλικία	
Έως 40 ετών	22 (33/150)
41-50 ετών	23,3 (35/150)
51-60 ετών	18,7 (28/150)
61-70 ετών	18 (27/150)
άνω των 71 ετών	18 (27/150)
Φύλο	
Άρρεν	53,3 (80/150)

Θήλυ	46,7 (70/150)
Οικογενειακή κατάσταση	
Έγγαμος/ Έγγαμη	49,3 (74/150)
Άγαμος/ Άγαμη	28,7 (43/150)
Διαζευγμένος/ Διαζευγμένη	8 (12/150)
Χήρος/ Χήρα	14 (21/150)
Παιδιά	
Ναι	68 (102/150)
Όχι	32 (48/150)
Επίπεδο εκπαίδευσης	
Αγράμματος	1,3 (2/150)
Δημοτικό	19,3 (29/150)
Γυμνάσιο	17,3 (26/150)
Λύκειο	32,7 (49/150)
ΑΕΙ	29,3 (44/150)
Επάγγελμα	
Ελεύθερος επαγγελματίας	21,3 (32/150)
Δημόσιος υπάλληλος	10 (15/150)
Ιδιωτικός υπάλληλος	26 (39/150)
Συνταξιούχος	16,7 (25/150)
Οικιακά	15,3 (23/150)

Ανεργος	10,7 (16/150)
---------	---------------

Από τους 150 ασθενείς οι 80 (53,3%) ήταν άνδρες και οι 70 (46,7%) γυναίκες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (23,3%, n=35) ήταν ηλικίας 41-50 ετών. Σχετικά με τη σύνθεση των ασθενών ως προς την οικογενειακή κατάσταση, το 49,3% (n=74) ήταν έγγαμοι, το 28,7% (n=43) άγαμοι, το 14% (n=21) εν χηρεία ενώ διαζευγμένοι το 8% (n=12). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (68%, n=102) είχε παιδιά. Σχετικά με το επίπεδο μόρφωσης των ασθενών, το 32,7% (n=49) ήταν απόφοιτοι Λυκείου, το 29,3% (n=44) απόφοιτοι ΑΕΙ, το 19,3% (n=29) απόφοιτοι Δημοτικού, το 17,3% (n=26) απόφοιτοι Γυμνασίου και μόλις το 1,3% (n=2) αγράμματοι. Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών 26% (n=39) ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 21,3% (n=32) ελεύθεροι επαγγελματίες, το 16,7% (n=25) συνταξιούχοι, το 15,3% (n=23) ασχολούνταν με τα οικιακά, το 10,7% (n=16) ήταν άνεργοι ενώ δημόσιοι υπάλληλοι το 10% (n=15).

Τα ποσοστά που αφορούν τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών παρουσιάζονται στο Πίνακα 3.

Πίνακας 3: Κατανομή κλινικών χαρακτηριστικών του δείγματος

Μεταβλητές	% (n/N)
Αξονική τομογραφία	
Ναι	24,7 (37/150)
Όχι	75,3 (113/150)
Λόγος διενέργειας της εξέτασης	
Παθολογικό αίτιο	53,3 (80/150)
Χειρουργικό αίτιο/Τραύμα/Τροχαίο	46,7 (70/150)
Είδος CT	

Θώρακα	8 (12/150)
Κοιλιάς	26,7 (40/150)
Εγκεφάλου	48,7 (73/150)
ΑΜΣΣ	3,3 (5/150)
Ολόσωμη	6,7 (10/150)
Άλλο	6,7 (10/150)
Πόνος	
Ναι	81,3 (122/150)
Όχι	18,7 (28/150)
Αλλεργίες	
Ναι	8 (12/150)
Όχι	92 (138/150)
Συνοδεία	
Ναι	90,7 (136/150)
Όχι	9,3 (14/150)

Το 24,7% (n=37) του δείγματος είχε υποβληθεί στο παρελθόν ξανά σε αξονική τομογραφία. Το 53,3% (n=80) των ασθενών προσήλθαν για αξονική τομογραφία από παθολογικό αίτιο ενώ το 46,7% (n=70) από Χειρουργικό αίτιο/Τραύμα/Τροχαίο. Ως προς το είδος της αξονικής τομογραφίας, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 48,7% (n=73) του δείγματος προσήλθε για αξονική τομογραφία εγκεφάλου, το 26,7% (n=40) για κοιλιάς, το 8% (n=12) για θώρακα, το 6,7% (n=10) για ολόσωμη, όπως επίσης και για άλλου είδους αξονική τομογραφία ενώ για αυχενική μοίρα σπονδυλικής στήλης (ΑΜΣΣ) το 3,3% (n=5). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (81,3%, n=122) ανέφερε πόνο, δεν είχε αλλεργίες (92%, n=138) και συνοδεύονταν από κάποιον δικό του άνθρωπο (90,7%, n=136).

5.2 Εκτίμηση του άγχους των ασθενών προ της διενέργειας της Αξονικής Τομογραφίας

Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των υποκλιμάκων της Κλίμακας STAI φαίνονται στον Πίνακα 4, όπου παρατηρείται ότι το τωρινό άγχος των ασθενών είναι μεγαλύτερο από το γενικό τους άγχος. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 4: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των υποκλιμάκων της κλίμακας STAI			
	M.T	T.A	<i>Spearman</i>
Τωρινό Άγχος (State Anxiety Inventory)	58,70	7,32	r = 0.493 p-value < 0.001
Γενικό Άγχος (Trait Anxiety Inventory)	39,77	7,37	

*M.T: Μέση τιμή, T.A.: Τυπική απόκλιση

Οι απαντήσεις που δόθηκαν για κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου αυτοεκτίμησης του άγχους των ασθενών πριν τη διενέργεια της αξονικής τομογραφίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5: Ποσοστά απαντήσεων για κάθε ερώτηση που ερωτηματολογίου αυτοεκτίμησης άγχους (αυτή τη στιγμή).

		Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ
1. Αισθάνομαι ήρεμος	N	67	65	15	3
	%	44,7%	43,3%	10%	2%
2. Αισθάνομαι ασφαλής	N	32	97	17	4
	%	21,3%	64,7%	11,3%	2,7%
3. Νιώθω μια εσωτερική ένταση	N	16	93	34	7
	%	10,7%	62%	22,7%	4,7%
4. Έχω αγωνία	N	5	59	55	31
	%	3,3%	39,3%	36,7%	20,7%
5. Αισθάνομαι άνετα	N	103	44	2	1
	%	68,7%	29,3%	1,3%	0,7%
6. Αισθάνομαι αναστατωμένος	N	11	89	39	11
	%	7,3%	59,3%	26%	7,3%
7. Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες	N	78	67	4	1
	%	52%	44,7%	2,7%	0,7%
8. Αισθάνομαι αναπαυμένος	N	124	22	3	1
	%	82,7%	14,7%	2%	0,7%
9. Αισθάνομαι άγχος	N	1	18	58	73
	%	0,7%	12%	38,7%	48,7%
10. Αισθάνομαι βολικά	N	128	19	3	0

	%	85,3%	12,7%	2%	0
11.Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση	N	76	67	6	1
	%	50,7%	44,7%	4%	0,7%
12.Αισθάνομαι νευρική	N	27	80	34	9
	%	18%	53,3%	22,7%	6%
13.Αισθάνομαι ήσυχος	N	118	28	4	0
	%	78,7%	18,7%	2,7%	0
14.Βρίσκομαι σε διέγερση	N	102	41	7	0
	%	68%	27,3%	4,7%	0
15.Είμαι χαλαρωμένος	N	142	6	2	0
	%	94,7%	4%	1,3%	0
16.Αισθάνομαι ικανοποιημένος	N	36	109	5	0
	%	24%	72,7%	3,3%	0
17.Ανησυχώ	N	2	17	50	81
	%	1,3%	11,3%	33,3%	54%
18.Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	N	58	73	18	1
	%	38,7%	48,7%	12%	0,7%
19.Αισθάνομαι υπερένταση	N	45	82	19	4
	%	30%	54,7%	12,7%	2,7%
20.Αισθάνομαι ευχάριστα	N	148	1	1	0
	%	98,7%	0,7%	0,7%	0

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 5, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (78%) δεν αισθάνονται ήρεμοι πριν τη διενέργεια της αξονικής τομογραφίας ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό (12%) απάντησαν ότι αισθάνονται

ήρεμοι. Σχετικά με το αν αισθάνονται ασφαλείς, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (72,7%) δεν αισθάνονται ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό (27,4%) απάντησαν ότι αισθάνονται ασφαλής. Οι περισσότεροι ασθενείς (72,7%) απάντησαν πως δεν νιώθουν μια εσωτερική ένταση πριν τη διενέργεια της αξονικής τομογραφίας. Σχετικά με την αγωνία των ασθενών το μεγαλύτερο ποσοστό (57,4%) απάντησε πως νιώθουν αγωνία ενώ οι υπόλοιποι (42,6%) δεν νιώθουν καθόλου αγωνία. Οι περισσότεροι ασθενείς δεν αισθάνονταν άνετα (98%), δεν αισθάνονταν αναστατωμένοι (66,6%), δεν ανησυχούσαν για ενδεχόμενες ατυχίες (96,7%) και δεν αισθάνονταν αναπαυμένοι (97,4%). Στην ερώτηση που αφορά το άγχος των ασθενών πριν τη διενέργεια της αξονικής τομογραφίας παρατηρούμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (87,3%) απάντησαν πως έχουν πολύ άγχος ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό (12,7%) απάντησε πως δεν έχουν. Εντυπωσιακά είναι τα ποσοστά των ασθενών που απάντησαν πως δεν αισθάνονται βολικά (98%) και ήσυχοι (97,4%). Επίσης, πάρα πολλοί ασθενείς (95,4%) δεν αισθάνονται αυτοπεποίθηση. Ακόμη 71,3% δεν αισθάνονται νευρικότητα και 95,3% δεν βρίσκονται σε διέγερση. Το 98,7% των ασθενών δεν είναι χαλαρωμένοι και το 96,7% δεν αισθάνονται ικανοποιημένοι. Οι περισσότεροι ασθενείς (87,3%) ανησυχούν πριν κάνουν την εξέταση όμως δεν αισθάνονται έξαψη και ταραχή (87,4%) ούτε και υπερένταση (84,7%). Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων (99,3%) απάντησε πως δεν αισθάνονταν ευχάριστα πριν τη διενέργεια της αξονικής τομογραφίας και μόλις ένα πολύ μικρό ποσοστό (0,7%) απάντησε πως αισθανόταν ευχάριστα.

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται οι απαντήσεις που δόθηκαν για κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση του γενικού άγχους των ασθενών.

Πίνακας 6: Ποσοστά απαντήσεων για κάθε ερώτηση που ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση του γενικού άγχους.

		Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντοτε
1. Αισθάνομαι ευχάριστα	N	6	82	62	0
	%	4%	54,7%	41,3%	0
2. Κουράζομαι εύκολα	N	39	78	31	2
	%	26%	52%	20,7%	1,3%
3. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία	N	102	40	8	0
	%	68%	26,7%	5,3%	0
4. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι	N	52	86	11	1
	%	34,7%	57,3%	7,3%	0,7%
5. Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα	N	95	43	9	3
	%	63,3%	28,7%	6%	2%
6. Αισθάνομαι αναπαυμένος	N	57	81	10	2
	%	38%	54%	6,7%	1,3%
7. Είμαι ήρεμος, ψύχραιμος και συγκεντρωμένος	N	7	73	61	9
	%	4,7%	48,7%	40,7%	6%
8. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω	N	68	75	7	0

	%	45,3%	50%	4,7%	0%
9. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία	N	101	37	11	1
	%	67,3%	24,7%	7,3%	0,7%
10. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση	N	119	27	4	0
	%	79,3%	18%	2,7%	0
11. Έχω τη τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα	N	54	88	7	1
	%	36%	58,7%	4,7%	0,7%
12. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση	N	71	71	8	0
	%	47,3%	47,3%	5,3%	0
13. Αισθάνομαι ασφαλής	N	20	85	43	2
	%	13,3%	56,7%	28,7%	1,3%
14. Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση της κρίσεως ή δυσκολίας	N	68	78	3	1
	%	45,3%	52%	2%	0,7%
15. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση	N	123	24	3	0
	%	82%	16%	2%	0
16. Είμαι ικανοποιημένος	N	23	96	31	0
	%	15,3%	64%	20,7%	0
17. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί	N	52	85	12	1
	%	34,7%	56,7%	8%	0,7%
18. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από την σκέψη μου	N	92	40	16	2

	%	61,3%	26,7%	10,7%	1,3%
19. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας	N	2	14	75	59
	%	1,3%	9,3%	50%	39,3%
20. Έρχομαι σε μια κατάσταση εντάσεως όταν σκέπτομαι τις τρέχουσες ασχολίες μου	N	37	95	16	2
	%	24,7%	63,3%	10,7%	1,3%

Σχετικά με το γενικό άγχος που νιώθουν οι ασθενείς το μεγαλύτερο ποσοστό (58,7%) απάντησαν πως γενικά στην ζωή τους δεν νιώθουν ευχάριστα ενώ οι υπόλοιποι (41,3%) πως νιώθουν ευχάριστα. Οι περισσότεροι ασθενείς (78%) δεν κουράζονται εύκολα ενώ λίγοι ήταν αυτοί (22%) που απάντησαν ότι κουράζονται εύκολα. Εντυπωσιακά είναι τα ποσοστά των ασθενών που απάντησαν πως δεν βρίσκονται γενικά σε συνεχή αγωνία (92%). Ακόμη, οι περισσότεροι ερωτώμενοι (92%) δεν εύχονται να μπορούσαν να είναι τόσο ευτυχισμένοι όσο φαίνονται οι άλλοι γύρω τους, δεν μένουν πίσω στις δουλειές τους γιατί δεν μπορούν να αποφασίσουν αρκετά γρήγορα και δεν αισθάνονται αναπαυμένοι. Το 53,3% των ασθενών είναι ήρεμοι, ψύχραιμοι και συγκεντρωμένοι ενώ το 46,7% δεν είναι. Επίσης, ένα μικρό ποσοστό (4,7%) των ασθενών αισθάνονται πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορούν να τις ξεπεράσουν ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (95,3%) πιστεύει πως αυτό δεν ισχύει. Μόνο το 8% των ασθενών πιστεύει πως ανησυχεί πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία. Το 97,3% των ασθενών απάντησαν ότι δεν βρίσκονται σε συνεχή υπερένταση, το 94,7% απάντησαν πως δεν έχουν την τάση να βλέπουν τα πράγματα δύσκολα και πως δεν τους λείπει η αυτοπεποίθηση. Γενικά στη ζωή τους οι ασθενείς (70%) απάντησαν πως δεν νιώθουν ασφαλείς. Επίσης, οι περισσότεροι (97,3%) δεν προσπαθούν να αποφεύγουν την αντιμετώπιση της κρίσεως ή δυσκολίας και δεν τους περνούν ασήμαντες σκέψεις από το μυαλό (91,3%). Οι περισσότεροι ασθενείς (98%) δεν βρίσκονται σε υπερδιέγερση στην καθημερινότητά τους και δεν είναι ικανοποιημένοι (79,3%). Μόνο ένα μικρό ποσοστό (10,7%) των ασθενών

απάντησε ότι δεν είναι σταθερός χαρακτήρας ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (89,3%) απάντησε ότι γενικά είναι. Τέλος, το 88% των ασθενών δεν παίρνουν τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά ώστε να μην μπορούν να τις διώξουν από την σκέψη τους και δεν έρχονται σε καταστάσεις εντάσεως όταν σκέφτονται τις τρέχουσες ασχολίες τους.

5.2.1 Μονοπαραγοντική ανάλυση μεταβλητών των ασθενών σε σχέση με το άγχος τη δεδομένη στιγμή

Κατά την ανάλυση των μεταβλητών του φύλου, της ύπαρξης παιδιών, της αιτίας διενέργειας της εξέτασης, της ύπαρξης αλλεργιών και της ύπαρξης συνοδού φάνηκε ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο των ασθενών, την ύπαρξη τέκνων, την ύπαρξη αλλεργιών και την ύπαρξη συνοδού σε σχέση με την ύπαρξη άγχους. Επομένως, όλοι οι παραπάνω παράγοντες δεν επηρεάζουν το άγχος των ασθενών που προσέρχονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Πίνακας 7).

Αντίθετα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών που είχαν υποβληθεί σε αξονική τομογραφία στο παρελθόν και του άγχους ($p < 0,05$) όπως επίσης και ως προς την αιτία διενέργειας της εξέτασης. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς που δεν είχαν υποβληθεί σε αξονική τομογραφία στο παρελθόν φαίνεται να έχουν περισσότερο άγχος. Επίσης οι ασθενείς που παραπέμφθηκαν από Χειρουργικό/Τραύμα/Τροχαίο αίτιο φαίνεται να έχουν περισσότερο άγχος από τους ασθενείς που προσήλθαν από παθολογικό αίτιο (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Εκτίμηση άγχους και χαρακτηριστικά ασθενών.

	M.T±T.A	t	p-value
Αξονική τομογραφία			
		2,037	0,043
Ναι	56,60±8,72		
Όχι	59,39±6,70		
Φύλο		0,379	0,705
Άρρεν	58,91±6,87		
Θήλυ	58,46±7,84		
Παιδιά		1,353	0,178
Ναι	58,15±7,34		
Όχι	59,87±7,19		
Λόγος διενέργειας εξέτασης		-2,574	0,011
Παθολογικό αίτιο	57,29±7,00		
Χειρουργικό/Τραύμα/Τροχαίο	60,31±7,38		
Αλλεργίες		-1,012	0,313
Ναι	60,75±6,41		
Όχι	58,52±7,39		
Συνοδεία		-0,377	0,712
Ναι	58,79±7,06		

Όχι	57,78±9,75		
-----	------------	--	--

Κατά την ανάλυση των μεταβλητών μεταξύ του άγχους και της οικογενειακής κατάστασης των ασθενών, καθώς και του είδους του επαγγέλματος των ερωτηθέντων, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Δηλαδή, το επάγγελμα των ασθενών δεν επηρεάζει το άγχος αυτών που προσέρχονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Αντίθετα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης των ασθενών και στο άγχος ($p<0,05$). Από τις πολλαπλές συγκρίσεις προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για τους ασθενείς που είναι εν χηρεία σε σχέση με αυτούς που είναι έγγαμοι και άγαμοι αντίστοιχα. Οι ασθενείς που είναι εν χηρεία έχουν λιγότερο άγχος σε σχέση με τους ασθενείς που είναι έγγαμοι ή άγαμοι (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: Μονοπαραγοντική ανάλυση του άγχους, της οικογενειακής κατάστασης των ασθενών και του είδους του επαγγέλματος.

		M.T±T.A	F	p-value
	Οικογενειακή κατάσταση		4,105	0,008
ΑΓΧΟΣ	Έγγαμος/ Έγγαμη	59,23±6,84		
	Άγαμος/ Άγαμη	59,91±7,40		
	Διαζευγμένος/ Διαζευγμένη	59,83±6,31		
	Χήρος/ Χήρα	53,71±7,75		
	Επάγγελμα		1,296	0,269
	Ελεύθερος επαγγελματίας	59,28±7,49		
	Δημόσιος υπάλληλος	59,13±7,22		
	Ιδιωτικός υπάλληλος	60,00±5,50		
	Συνταξιούχος	57,68±8,52		
	Οικιακά	55,65±8,06		
	Άνεργος	59,94±7,50		

Από την ανάλυση σε σχέση με το είδος της αξονικής τομογραφίας και στο άγχος, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Δηλαδή, το είδος της αξονικής τομογραφίας που υποβάλλονται οι ασθενείς δε φάνηκε να επηρεάζει το άγχος των ασθενών που προσέρχονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

Αντιθέτως, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και του άγχους ($p < 0,05$) καθώς και στο επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών. Από τις πολλαπλές συγκρίσεις προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για τους ασθενείς που είναι άνω των 71 σε σχέση με αυτούς που είναι έως 40 και με αυτούς που η ηλικία τους κυμαίνεται από 67 έως 70. Οι

ασθενείς με ηλικία άνω των 71 χρόνων φαίνεται να έχουν λιγότερο άγχος από τους ασθενείς των οποίων η ηλικία είναι έως 40 ετών, καθώς επίσης και από τους ασθενείς που η ηλικία τους κυμαίνεται από 61 έως 70 χρόνια. Για το επίπεδο της εκπαίδευσης από τις πολλαπλές συγκρίσεις προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους ασθενείς που ήταν αναλφάβητοι και στους ασθενείς με απολυτήριο Γυμνασίου, Λυκείου και εκπαίδευσης ΑΕΙ. Επίσης, προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών με απολυτήριο Δημοτικού και στους ασθενείς με απολυτήριο Λυκείου και εκπαίδευσης ΑΕΙ. Πιο συγκεκριμένα, οι αναλφάβητοι ασθενείς έχουν λιγότερο άγχος από ασθενείς με απολυτήριο Γυμνασίου, Λυκείου και ασθενείς με πτυχίο ΑΕΙ. Αντίστοιχα, ασθενείς με εκπαίδευση Δημοτικού φαίνεται να έχουν λιγότερο άγχος από ασθενείς με απολυτήριο Λυκείου και με πτυχίο ΑΕΙ (Πίνακας 9).

Πίνακας 9: Συσχέτιση μεταξύ του άγχους και της ηλικίας, του επιπέδου εκπαίδευσης και του είδους της αξονικής τομογραφίας.

		M.T±T.A	X²	p-value
	Ηλικία		16,341	0,003
ΑΓΧΟΣ	Έως 40 ετών	60,91±7,19		
	41-50 ετών	58,48±6,55		
	51-60 ετών	60,82±7,46		
	61-70 ετών	58,00±6,79		
	άνω των 71 ετών	54,78±7,46		
	Επίπεδο εκπαίδευσης		10,990	0,027
	Αγράμματος	45,50±4,95		
	Δημοτικό	56,17±8,37		
	Γυμνάσιο	59,77±7,63		
	Λύκειο	59,51±6,54		
	ΑΕΙ	59,43±6,60		
	Είδος CT		6,310	0,277
	Θώρακα	61,08±8,67		
	Κοιλιάς	59,67±7,06		
	Εγκεφάλου	57,26±6,98		
	ΑΜΣΣ	57,40±4,61		
	Ολόσωμη	61,60±10,43		
	Άλλο	60,20±5,35		

Τέλος, διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της ύπαρξης πόνου και της ύπαρξης άγχους, όπου φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του πόνου των ασθενών και του άγχους ($p < 0,05$). Οι ασθενείς που νιώθουν πόνο φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο άγχος από τους ασθενείς που δε νιώθουν καθόλου πόνο (Πίνακας 10).

Πίνακας 10: Σύγκριση μεταξύ του άγχους και ύπαρξης πόνου				
		M.T±T.A	Mann-Whitney	p-value
	Πόνος		897,5	<0,001
ΑΓΧΟΣ	Ναι	59,67±7,44		
	Όχι	54,46±4,98		

5.2.2 Μονοπαραγοντική ανάλυση μεταβλητών των ασθενών σε σχέση με την ύπαρξη άγχους γενικά

Στη συνέχεια επιχειρείται σύγκριση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών με την ύπαρξη άγχους γενικά στην καθημερινότητά τους. Στον Πίνακα 11, παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ του στρες και του φύλου, με το ιστορικό προηγούμενης αξονικής τομογραφίας, με την ύπαρξη τέκνων, με την αιτία διενέργειας της εξέτασης, με την ύπαρξη πόνου και την ύπαρξη αλλεργιών και συνοδού.

Πίνακας 11: Μονοπαραγοντική ανάλυση μεταβλητών των ασθενών σε σχέση με το γενικό άγχος

		M.T±T.A	Mann-Whitney	p-value
Γενικό άγχος	Αξονική τομογραφία		1817,5	0,233
	Ναι	41,24±8,03		
	Όχι	39,29±7,11		
	Φύλο		2139,5	0,013
	Άρρεν	38,56±7,22		
	Θήλυ	41,16±7,34		
	Παιδιά		1911,5	0,030
	Ναι	38,81±6,83		
	Όχι	41,81±8,11		
	Λόγος διενέργειας εξέτασης		2643,0	0,554
	Παθολογικό αίτιο	39,83±8,05		
	Χειρουργικό/Τραύμα/Τροχαίο	39,71±6,55		
	Πόνος		1023,0	0,001
	Ναι	40,66±7,45		

	Όχι	35,89±5,64		
	Αλλεργίες		782,0	0,750
	Ναι	39,17±7,85		
	Όχι	39,83±7,35		
	Συνοδεία		617,0	0,030
	Ναι	39,28±6,96		
	Όχι	44,57±9,55		

Από τη μονοπαραγοντική ανάλυση, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε αξονική τομογραφία στο παρελθόν και στο στρες, στο λόγο διενέργειας της εξέτασης, όπως επίσης και στην ύπαρξη αλλεργιών. Δηλαδή, το αν οι ασθενείς είχαν υποβληθεί σε αξονική τομογραφία στο παρελθόν, ο λόγος διενέργειας της εξέτασης και αν έχουν αλλεργίες δεν επηρεάζει το άγχος τους γενικά.

Ωστόσο, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ως προς το γενικό άγχος, μεταξύ του φύλου των ασθενών, της ύπαρξης τέκνων και πόνου, καθώς επίσης και της ύπαρξης συνοδού ($p < 0,05$), όπως επίσης και στην αιτία διενέργειας της εξέτασης. Οι γυναίκες φαίνεται να έχουν γενικά περισσότερο άγχος από τους άνδρες. Επίσης, όσοι δεν έχουν αποκτήσει παιδιά έχουν μεγαλύτερο άγχος. Όσοι νιώθουν πόνο έχουν την τάση να βιώνουν μεγαλύτερο άγχος, καθώς επίσης και ασθενείς που δεν τους συνοδεύει κάποιος (Πίνακας 11).

Ακολούθως, διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ του γενικού άγχους και της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, του επιπέδου εκπαίδευσης, του είδους του επαγγέλματος και του είδους της αξονικής τομογραφίας που υποβλήθηκαν οι ασθενείς. Από τον έλεγχο, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών, στο άγχος και στο είδος της αξονικής τομογραφίας. Δηλαδή, το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών και το είδος της αξονικής τομογραφίας δεν επηρεάζει το γενικό άγχος που αισθάνονται (Πίνακας 11).

Αντίθετα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και στο γενικό άγχος ($p<0,05$), όπως επίσης και της οικογενειακής κατάστασης και του επαγγέλματος των ασθενών.

Από τις πολλαπλές συγκρίσεις προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για τους ασθενείς που είναι άνω των 71 σε σχέση με αυτούς που είναι η ηλικία τους κυμαίνεται από 41 έως 50 καθώς επίσης και με αυτούς που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 51-60. Οι ασθενείς με ηλικία άνω των 71 χρόνων φαίνεται να παρουσιάζουν λιγότερο άγχος γενικά στη ζωή τους από τους ασθενείς των οποίων η ηλικία είναι από 41 έως 50 ετών καθώς επίσης και από τους ασθενείς που η ηλικία τους κυμαίνεται από 51 έως 60 χρόνια. Για την οικογενειακή κατάσταση προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για τους ασθενείς που είναι εν χηρεία σε σχέση με αυτούς που είναι έγγαμοι, άγαμοι και διαζευγμένοι. Οι ασθενείς που είναι εν χηρεία έχουν λιγότερο άγχος γενικά στη ζωή τους σε σχέση με τους ασθενείς που είναι έγγαμοι, άγαμοι ή διαζευγμένοι.

Τέλος, σε σχέση με το επάγγελμα των ασθενών από τις πολλαπλές συγκρίσεις προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους ασθενείς που ήταν συνταξιούχοι και στους ασθενείς που ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες, και άνεργοι. Οι συνταξιούχοι ασθενείς φαίνεται να έχουν λιγότερο άγχος γενικά στη ζωή τους από τους ελεύθερους επαγγελματίες και τους άνεργους (Πίνακας 12)

Πίνακας 12: Μονοπαραγοντική ανάλυση μεταβλητών των ασθενών σε σχέση με το γενικό άγχος

		M.T±T.A	X ²	p-value
	Ηλικία		9,958	0,041
Γενικό άγχος	Έως 40 ετών	41,21±6,84		
	41-50 ετών	40,91±6,81		
	51-60 ετών	40,68±9,27		
	61-70 ετών	38,93±8,08		
	άνω των 71 ετών	36,44±4,57		
	Οικογενειακή κατάσταση		9,585	0,022
	Έγγαμος/ Έγγαμη	38,76±7,12		
	Άγαμος/ Άγαμη	42,12±8,27		
	Διαζευγμένος/ Διαζευγμένη	42,33±6,76		
	Χήρος/ Χήρα	37,10±4,87		
	Επίπεδο εκπαίδευσης		5,670	0,225
	Αγράμματος	36,50±0,71		
	Δημοτικό	38,59±7,52		
	Γυμνάσιο	39,85±9,39		
	Λύκειο	41,08±6,76		
	ΑΕΙ	39,20±6,73		
	Επάγγελμα		11,185	0,048
	Ελεύθερος επαγγελματίας	40,31±6,70		

Δημόσιος υπάλληλος	41,13±9,97		
Ιδιωτικός υπάλληλος	39,77±6,78		
Συνταξιούχος	37,24±7,89		
Οικιακά	38,04±5,00		
Άνεργος	43,88±8,09		
Είδος CT		4,324	0,504
Θώρακα	41,33±8,61		
Κοιλιάς	39,78±7,11		
Εγκεφάλου	39,68±7,71		
ΑΜΣΣ	37,40±6,23		
Ολόσωμη	42,20±5,90		
Άλλο	37,30±6,45		

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι δεν υπάρχει καμιά ερευνητική μελέτη με ίδιο ή τουλάχιστον παρόμοιο θέμα στον ελληνικό και διεθνή χώρο.

Η εκτίμηση του άγχους στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του Ερωτηματολογίου του Spielberger (STAI), το οποίο αποτελείται από δύο υποκλίμακες, όπου η μια εξετάζει το άγχος ως οξεία κατάσταση (state) και η άλλη ως μόνιμο χαρακτηριστικό (trait).

Το περιστασιακό άγχος (state anxiety) χαρακτηρίζεται από "υποκειμενικά, συνειδητά αντιλαμβανόμενα αισθήματα ανησυχίας και έντασης, συνοδευόμενα ή σχετιζόμενα με ενεργοποίηση ή διέγερση του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος".^{46,47}

Το μόνιμο άγχος (trait anxiety) χαρακτηρίζεται από μια "αποκτημένη συμπεριφορική προδιάθεση" κατά την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται ως απειλητικές τις καταστάσεις που είναι αντικειμενικά μη-απειλητικές. Ως αποτέλεσμα, παρατηρούνται αντιδράσεις περιστασιακού άγχους δυσανάλογες σε μέγεθος με το μέγεθος του αντικειμενικού κινδύνου.^{46,47}

Από τα ευρήματα φάνηκε, υψηλή συχνότητα διενέργειας της αξονικής τομογραφίας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Συγκεκριμένα, το 53,3% των ασθενών υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία από παθολογικό αίτιο και το 46,7% από Χειρουργικό αίτιο/Τραύμα/Τροχαίο, ενώ το 75,3% του δείγματος δεν είχε υποβληθεί στο παρελθόν σε αξονική τομογραφία. Όπως προαναφέρθηκε δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα για το συγκριμένο θέμα.

Η αξονική τομογραφία που αποτελεί την πλέον συνηθισμένη διαγνωστική απεικονιστική εξέταση στον κλινικό χώρο, εισήχθη στη διαγνωστική μόλις το 1970.^{48,49,50}

Ως προς το είδος της αξονικής τομογραφίας, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, το 48,7% του δείγματος προσήλθε για αξονική τομογραφία εγκεφάλου και το 26,7% για αξονική κοιλίας. Ο εγκεφαλος συνεχίζει να αποτελεί το κατεξοχήν υπό μελέτη όργανο, όπως επίσης τα αιμοφόρα αγγεία του εγκεφάλου, τα μάτια, το έσω ους και τα ιγμόρεια, καθώς η

αξονική τομογραφία μπορεί να παρέχει λεπτομερείς απαντήσεις για αυτές τις περιοχές. Παρόλο που η αξονική τομογραφία είναι ένα πολύτιμο διαγνωστικό εργαλείο, παρατηρείται υψηλή συχνότητα διενέργειάς της η οποία σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να μην είναι αναγκαία. Οι Melnick και συν.⁵¹ αναφέρουν κατάχρηση της αξονικής τομογραφίας σε περιπτώσεις ήσσονος σημασίας τραυματισμών στο κεφάλι, παρόλο που έχουν συσταθεί ειδικές κατευθυντήριες οδηγίες ή κλινικοί κανόνες λήψης αποφάσεων.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο κανόνας "Canadian Computed Tomography Head Rule" (CCHR-Canadian CT Head Rule), ο οποίος σύμφωνα με τους Harnan και συν.,⁵² έχει μελετηθεί λεπτομερώς στη βιβλιογραφία και η εφαρμογή του στην κλινική πράξη συμβάλλει στην καλύτερη διαχείριση της ροής των ασθενών στο τμήμα των επειγόντων. Οι Curran και συν.,⁵³ τονίζουν ότι ο κανόνας αυτός δημιουργήθηκε προκειμένου να βοηθήσει τους κλινικούς ιατρούς και νοσηλευτές όσον αφορά την απόφαση διενέργειας αξονικής τομογραφίας εγκεφάλου σε ενήλικες ασθενείς με μικρό τραυματισμό στο κεφάλι και έχει ευρεία εφαρμογή σε περιβάλλοντα έκτακτης ανάγκης, όπως το τμήμα των επειγόντων. Αναλυτικότερα, ο κανόνας CCHR προέρχεται από αξιολόγηση 3121 ενηλίκων με μικρό τραυματισμό στο κεφάλι και αποτελείται από πέντε κριτήρια για υψηλού κινδύνου άτομα και δύο κριτήρια για άτομα μέσου κινδύνου.⁵¹⁻⁵³

Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου για μικρούς τραυματισμούς στο κεφάλι επιβάλλεται όταν ο ασθενής έχει ένα από τα παρακάτω συμπτώματα:^{54,55,56}

Υψηλού κινδύνου άτομα :

1. GCS score <15 στις 2 ώρες μετά τον τραυματισμό
2. Υποψία κατάγματος σε ανοικτό ή κλειστό κρανίο
3. Οποιοδήποτε κάταγμα στη βάση του κρανίου
4. Εμετός ≥ 2 επεισόδια
5. Ηλικία ≥ 65 ετών

Μεσαίου κινδύνου άτομα :

6. Αμνησία πριν από την πρόσκρουση ≥ 30 λεπτά
7. Επικίνδυνες μηχανισμός (πεζός, επιβαίνων που εκτινάσσεται, πτώση από ύψος)

Οι Melnick και συν.,⁵¹ αναφέρουν ότι, στην κλινική πράξη παρατηρείται αδυναμία εφαρμογής του κανόνα CCHR και συνεπώς αποτυχία στη μείωση της συχνότητας πραγματοποίησης αξονικής τομογραφίας στα τμήματα επειγόντων περιστατικών στον Καναδά. Επιπλέον, τόνισαν ότι, η συμμόρφωση προς την τήρηση του συγκεκριμένου κανόνα θα μπορούσε να επιτύχει μείωση του αριθμού των ατόμων που υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία στο κεφάλι κατά 35%. Οι συγκεκριμένοι ερευνητές προσπάθησαν να εντοπίσουν τους μη κλινικούς, ανθρώπινους παράγοντες που προάγουν ή αναστέλλουν την κατάλληλη χρήση της αξονικής τομογραφίας σε ασθενείς που προσέρχονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με μικρό τραυματισμό στο κεφάλι. Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους έδειξαν ως υπεύθυνους τους εξής παράγοντες : τη συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων, την εμπειρία του κλινικού και την ικανότητά του να αξιολογεί και να διαχειρίζεται το άγχος του ασθενούς, τους χρονικούς περιορισμούς, το κενό γνώσης όσον αφορά την εγκεφαλική διάσχιση και τις προσδοκίες των ασθενών. Ομοίως οι Cabana και συν.,⁵⁷ υποστηρίζουν ότι πολλοί παράγοντες εμπλέκονται στη συμμόρφωση των ιατρών με τις κατευθυντήριες γραμμές, όπως η έλλειψη ευαισθητοποίησης, η

έλλειψη εξοικείωσης με τις νέες οδηγίες, η ικανότητα να ξεπεραστεί η προηγούμενη πρακτική και η απουσία ελέγχου για την τήρηση των οδηγιών.

Τέλος, οι Stiell και συν.,^{54,55} τόνισαν ότι, λόγω της υψηλής χρήσης της απεικόνισης αυξάνεται το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, ο κίνδυνος της ακτινοβολίας και σε γενικές γραμμές, η άσκοπη χρήση του εργαστηρίου της αξονικής τομογραφίας επιτείνει τα προβλήματα υπερπληθυσμού του τμήματος των επειγόντων περιστατικών.

Όσον αφορά τη συχνή διενέργεια αξονικής τομογραφίας εγκεφάλου, η οποία φαίνεται και από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, οι Pandor και συν.,⁵⁸ τόνισαν ότι, από τη μια πλευρά, η επιλεκτική χρήση της αξονικής τομογραφίας βοηθά στην ελαχιστοποίηση της περιττής έκθεσης σε ακτινοβολία και της αλόγιστης χρήσης των πόρων, αλλά από την άλλη πλευρά, μπορεί να οδηγήσει σε χαμένες ευκαιρίες έγκαιρης θεραπείας, κυρίως σε περιπτώσεις ενδοκρανιακής αιμορραγίας.

Αξιολογώντας τα ευρήματα της σύγχρονης βιβλιογραφίας συμπεραίνεται ότι, είναι σημαντικό να διερευνηθεί η επαγγελματική συμπεριφορά των

κλινικών επαγγελματιών υγείας και να σχεδιαστούν παρεμβάσεις τροποποίησης της συμπεριφοράς αυτής. Οι Cugran και συν.,⁵³ τόνισαν ότι η εκπαίδευση ήταν επιτυχής στη μείωση των ποσοστών απεικόνισης της σπονδυλικής στήλης και του τραχήλου στα τμήματα επειγόντων περιστατικών.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι το τωρινό άγχος των ασθενών ήταν μεγαλύτερο από το γενικό τους άγχος, με στατιστικά σημαντική διαφορά. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε η μοναδική παρόμοια έρευνα σχετικά με την εκτίμηση του άγχους των ασθενών προ της διενέργειας της Αξονικής Τομογραφίας με τη χρήση της κλίμακας STAI-S. Από τους 6122 ασθενείς, που προσέρχονταν στα επείγοντα, συμπεριλήφθηκαν οι 825 ασθενείς που υποβάλλονταν σε αξονική τομογραφία (14%), εκ των οποίων το 67% ήταν άνδρες με μέση ηλικία 54 ± 17 ετών. Η μέση βαθμολογία της STAI ήταν 42 ± 10 με τις γυναίκες (45 ± 11 έναντι 41 ± 10) και τους ασθενείς που έλαβαν ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκου (43 ± 10 έναντι 42 ± 11) να έχουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους. Αντιθέτως, είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία με την κλίμακα STAI, οι ασθενείς με προβλήματα των άκρων (41 ± 11 έναντι 43 ± 10) και οι ασθενείς με τραύμα (41 ± 11 έναντι 43 ± 10)²⁹.

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία στα επείγοντα πιθανόν να βιώνουν άγχος εξαιτίας του αιφνίδιου χαρακτήρα του συμβάντος ή εξαιτίας της αιφνίδιας μετάβασης από μια υγιή κατάσταση σε παθολογική. Η χρονική περίοδος που ο ασθενής αναμένει την πραγματοποίηση της αξονικής τομογραφίας είναι σημαντική, δεδομένου ότι σε αυτή τη φάση είναι απαραίτητες οι παρεμβάσεις για τη μείωση του άγχους ώστε να διευκολυνθεί η έκβαση της εξέτασης.

Οι Flory και Lang⁵⁹ έδειξαν ότι οι ασθενείς στην αίθουσα αναμονής πριν από την απεικονιστική διαγνωστική εξέταση έχουν υψηλά επίπεδα άγχους, τα οποία είναι ακόμη υψηλότερα συγκριτικά με εκείνα των ασθενών που υποβάλλονται σε περισσότερο περίπλοκες και επικίνδυνες θεραπείες. Το υψηλό άγχος του ασθενούς, τόσο κατά τη διάρκεια της αναμονής όσο και της εξέτασης θα πρέπει να αξιολογείται συστηματικά διότι μπορεί να επηρεάσει την εμπειρία και το βαθμό ικανοποίησης του ασθενούς ή ακόμα χειρότερα να οδηγήσει σε ψευδή αποτελέσματα που είναι δυνατόν να περιπλέξουν την ιατρική διάγνωση.

Κατά τη διάρκεια της αναμονής, οι νοσηλευτές θα πρέπει να παρέχουν

την απαιτούμενη πληροφόρηση με ευκρίνεια χωρίς ιατρικούς όρους, διότι συχνά δημιουργείται σύγχυση και επίταση του άγχους, όπως επίσης να διαθέτουν χρόνο στον ασθενή να αντιδράσει και να εκφράσει ελεύθερα τα συναισθήματά του. Σε αυτή τη φάση, η εκτίμηση και αντιμετώπιση του άγχους είναι καθοριστική προκειμένου να καταστεί δυνατή η βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.⁶⁰ Παράλληλα, απαιτείται ανάπτυξη επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών η οποία αποτελεί θεμέλιο λίθο για τη δημιουργία μιας θεραπευτικής σχέσης που δεν υπαγορεύεται μόνο από ανθρωπιστικό ή δεοντολογικό καθήκον και στοχεύει στην επιτυχή θεραπεία.

Στη σύγχρονη εποχή, όπου είναι πλέον γνωστή η σημασία της ενημέρωσης των ασθενών για τη μείωση του άγχους και την ενεργό συμμετοχή στη θεραπευτική διαδικασία, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να κατέχουν δεξιότητες επικοινωνίας που αφορούν τον τρόπο πληροφόρησης.

Σχετικά με την επίδραση της πληροφόρησης στα επίπεδα άγχους, ο Selim⁶¹ διερεύνησε τις διαφορές στο επίπεδο του άγχους με την κλίμακα STAI σε 60 ασθενείς που υποβάλλονταν σε απεικονιστική διαγνωστική εξέταση σε σύγκριση με μια ομάδα ελέγχου. Οι ασθενείς στην ομάδα μελέτης είχαν λάβει : α) ειδικές οδηγίες που σχεδιάστηκαν από τον ερευνητή και αφορούσαν την εξέταση και β) τις συνήθεις οδηγίες του νοσοκομείου (η ομάδα ελέγχου έλαβε μόνο τις συνήθεις οδηγίες του νοσοκομείου). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, οι ασθενείς που έλαβαν τις ειδικές προσχεδιασμένες οδηγίες ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα άγχους σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Τα ευρήματα έδειξαν επίσης ότι το 60% του συνολικού δείγματος χρησιμοποίησε την προσευχή για τη μείωση του άγχους. Η μελέτη υπογραμμίζει την ανάγκη για παροχή λεπτομερούς πληροφόρησης σχετικά με τη διαδικασία και την κατάρτιση σε τεχνικές χαλάρωσης.

Ομοίως, όσον αφορά τη σχέση πληροφόρησης και επιπέδων άγχους, οι Törnqvist και συν.,⁶² διερεύνησαν κατά πόσον οι γραπτές πληροφορίες πριν από την απεικονιστική εξέταση μειώνουν τον άγχος των ασθενών. Από τους 242 ασθενείς, οι 118 έλαβαν βασικές γραπτές πληροφορίες (ομάδα ελέγχου) ενώ οι 124 έλαβαν λεπτομερέστερες γραπτές πληροφορίες (ομάδα παρέμβασης). Για τη μέτρηση του άγχους των ασθενών πριν και κατά τη διάρκεια της απεικόνισης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα STAI. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρξε

καμία σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας ελέγχου και της ομάδας παρέμβασης, όσον αφορά το άγχος του ασθενή. Ωστόσο και στις δύο ομάδες οι γυναίκες είχαν υψηλό ποσοστό άγχους.

Πολλές φορές, τίθεται το ερώτημα επιλογής μαγνητικής ή αξονικής τομογραφίας το οποίο όμως εξαρτάται από το μέρος του σώματος που θα εξεταστεί και από το λόγο για τον οποίο θα γίνει η εξέταση.

Οι Shortman και συν.,³¹ έδειξαν προτιμήσεις ασθενών όσον αφορά τις διαγνωστικές απεικονιστικές εξετάσεις με την πλειοψηφία να προτιμά την αξονική τομογραφία έναντι της μαγνητικής τομογραφίας. Επιπλέον, αναφέρουν ότι κατά τη διενέργεια της μαγνητικής τομογραφίας, το άγχος είχε ως αποτέλεσμα συχνή μετακίνηση του σώματος και σε ορισμένες περιπτώσεις οδήγησε σε διακοπή και εγκατάλειψη της εξέτασης. Συγκρίνοντας τη μαγνητική με την αξονική τομογραφία, οι Goyen και συν.,⁶⁰ αναφέρουν ότι στη μαγνητική τομογραφία, λόγω των τεχνικών ιδιομορφιών, έως και 40% των ασθενών παρουσιάζουν αγχώδεις αντιδράσεις που περιλαμβάνουν από μικρή ενόχληση μέχρι κλειστοφοβία, αγχώδεις αντιδράσεις και κρίσεις πανικού. Επίσης, οι Goyen και συν.⁶⁰ συνιστούν μουσική, ηρεμιστικά και ασκήσεις χαλάρωσης για την προετοιμασία των ασθενών και την επιτυχή έκβαση της μαγνητικής. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι η αξιολόγηση και μείωση του άγχους των ασθενών, σε συνδυασμό με τις μεθόδους που αναφέρθηκαν παραπάνω, θα συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση των περιττών δαπανών στην κλινική διάγνωση.

Τα αποτελέσματα από την ανάλυση των μεταβλητών σε σχέση με το άγχος των ασθενών τη δεδομένη στιγμή έδειξαν ότι περισσότερο άγχος είχαν όσοι υποβάλλονταν στην εξέταση για πρώτη φορά και όσοι ασθενείς παραπέμφθηκαν λόγω χειρουργικού αιτίου (Χειρουργικό/Τραύμα/Τροχαίο).

Η ερμηνεία του ευρήματος είναι απλή καθώς όσοι δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία ήταν αναμενόμενο να εκδηλώσουν άγχος, κυρίως λόγω του φόβου του αγνώστου. Το εύρημα αυτό της μελέτης μας συμφωνεί με τα αποτελέσματα των Heyer και συν.,²⁹ που έδειξαν σημαντικά μεγαλύτερες τιμές STAI-S σε ασθενείς που δεν υποβλήθει ποτέ σε αξονική τομογραφία, συγκρινόμενοι με αυτούς που είχαν προηγούμενη παρόμοια εμπειρία (42 ± 10 έναντι 41 ± 11).

Οι Shortman και συν.³¹ έδειξαν ότι οι προηγούμενες εμπειρίες απεικόνισης του ασθενούς, όπως επίσης η αλληλεπίδραση με το περιβάλλον της διαγνωστικής εξέτασης (αίθουσα αναμονής, χώρος του εργαστηρίου, επαφή με ιατρούς-νοσηλευτές) πριν και κατά τη διαδικασία της απεικόνισης μπορεί να επηρεάσουν το επίπεδο της ψυχολογικής επιβάρυνσης. Αναλυτικότερα, οι ερευνητές τονίζουν ότι οι αρνητικές εμπειρίες κατά τη διάρκεια της απεικόνισης επηρεάζουν την αντίληψη του ασθενούς σχετικά με την κατάσταση της υγείας του και επιδρούν δυσμενώς στις μελλοντικές εξετάσεις απεικόνισης διότι αυξάνουν την προδιάθεση των ασθενών στην εκδήλωση άγχους και κατ' επέκταση το φόρτο εργασίας στο νοσοκομείο. Έτσι, απαιτείται επιπλέον χρόνος από τον νοσηλευτή για να ηρεμήσει και να καθησυχάσει ένα ασθενή που βιώνει άγχος. Επίσης, οι ίδιοι ερευνητές έδειξαν μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ψυχολογικής επιβάρυνσης των ασθενών που υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία (PET/CT) και της αρχικής τους κατάστασης, γεγονός που σημαίνει ότι απαιτείται κατάλληλη παρέμβαση στο αρχικό στάδιο.

Το εύρημα της έρευνάς μας ότι όσοι είχαν παραπεμφθεί για αξονική τομογραφία λόγω χειρουργικού αιτίου είχαν αυξημένο άγχος, πιθανά εξηγείται από τον αιφνίδιο χαρακτήρα του γεγονότος. Η αιφνίδια είσοδος ενός ατόμου σε νοσοκομείο αποτελεί ένα ψυχοπιεστικό γεγονός, καθώς το άτομο είναι ήδη επιβαρυνμένο από τα σωματικά του προβλήματα και ελπίζει στην αποκατάσταση της νόσου. Παράλληλα, ανησυχεί για τη ζωή του, την ακεραιότητά του και τις αλλαγές (προσωπικές, οικογενειακές, επαγγελματικές και οικονομικές) που επιφέρει η νέα κατάσταση. Επιπλέον, διακατέχεται από το φόβο του αγνώστου και το φόβο απώλειας του ελέγχου σημαντικών λειτουργιών ή κινητικότητας. Πολύ περισσότερο, τα χειρουργικά περιστατικά πυροδοτούν φόβους αναπηρίας ή παραμόρφωσης. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις όπου ο πόνος επιτείνει το ήδη εγκατεστημένο άγχος.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι ασθενείς που ήταν εν χηρεία είχαν λιγότερο άγχος (περιστασιακό και μόνιμο άγχος) σε σχέση με τους ασθενείς που ήταν έγγαμοι. Πιθανά τα άτομα που είναι έγγαμα έχουν πλήθος υποχρεώσεων τις οποίες διακόπτουν ξαφνικά λόγω της εισόδου στο νοσοκομείο, με συνέπεια την εκδήλωση του άγχους. Τονίζεται ότι ο ρόλος της οικογένειας και γενικότερα οι επιδράσεις της σε ένα μέλος που πάσχει ποικίλλει,

καθώς άλλοτε μπορεί να δρα υποστηρικτικά στον ασθενή, ενώ άλλοτε να αποτελεί αιτία επιπρόσθετων προβλημάτων, καθώς ο πάσχων προσπαθεί να διαχειρισθεί την εισαγωγή του στο νοσοκομείο ή ακόμα και μια νέα πραγματικότητα μετά την έξοδο. Η οικογένεια αποτελεί ένα ενιαίο σύστημα (ασθενής-οικογένεια) όπου το κάθε εμπλεκόμενο μέλος μεταφέρει συνειδητά ή ασυνείδητα άγχος στα άλλα μέλη. Δημιουργείται έτσι ένας φαύλος κύκλος όπου η αναζωπύρωση του άγχους είναι διαρκής με πυρήνα βέβαια τον ασθενή.

Η Γιούρντα και συν.,⁶³ αναφέρουν ότι η οικογένεια αποτελεί ένα σύστημα ατόμων που λειτουργούν ως ομάδα και αλληλοσυνδέονται μέσα σε έναν προβλέψιμο τρόπο επικοινωνίας. Η εισαγωγή ατόμου στο νοσοκομείο αλλάζει τη 'δυναμική' της οικογένειας, καθώς δημιουργεί νέες ανάγκες, ανάλογες με τις αιτίες και συνέπειες της εισαγωγής. Στο νοσοκομείο, η ανάγκη εγγύτητας με το άρρωστο μέλος της οικογένειας αποτελεί κύρια ανάγκη των μελών.

Ωστόσο, η εικόνα που επικρατεί σήμερα στα δημόσια νοσοκομεία είναι δυσλειτουργική, καθώς συρρέουν εκεί μέλη των οικογενειών, τα οποία δημιουργούν δύσκολες συνθήκες εργασίας στο χώρο των ΤΕΠ και ένα κλίμα πανικού που επηρεάζει τη θεραπευτική αντιμετώπιση των αγαπημένων τους προσώπων.

Τα αποτελέσματα επίσης έδειξαν ότι, λιγότερο άγχος είχαν οι ασθενείς με ηλικία άνω των 71 χρόνων και οι αναλφάβητοι ασθενείς. Μια πιθανή ερμηνεία του ευρήματος είναι ότι οι ασθενείς άνω των 71 ετών έχουν εκπληρώσει στόχους και οράματα και πιθανόν να μην αισθάνονται άγχος για επακόλουθη πορεία της ζωής τους. Επιπλέον οι αναλφάβητοι ασθενείς πιθανόν να μην κατανοούν τις θεραπευτικές οδηγίες ή να μην αντιλαμβάνονται την βαρύτητα του προβλήματος. Δεν υπάρχει σχετική βιβλιογραφία για όσον αφορά αυτά τα ευρήματα.

Τέλος, διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ του άγχους και της ύπαρξης πόνου, όπου φάνηκε ότι οι ασθενείς που βίωναν πόνο είχαν μεγαλύτερο παροδικό και μόνιμο άγχος, συγκρινόμενοι με τους ασθενείς που δε βίωναν καθόλου πόνο.

Ο πόνος αποτελεί το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα για την εισαγωγή ασθενούς στο τμήμα των Επειγόντων. Οι Karoor και συν.,⁶⁴ έδειξαν ότι, η ένταση του πόνου σχετίζονταν σημαντικά με το άγχος των ασθενών. (State Anxiety) Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ο πόνος σχετίζεται με το άγχος,

είτε λόγω συνωστισμού στα επείγοντα είτε λόγω καθυστερήσεων. Αναλυτικότερα, οι Pines και συν.⁶⁵ αναφέρουν ότι η είσοδος ατόμων στο νοσοκομείο είναι δυνατόν να επιτείνει έναν ήδη εγκατεστημένο πόνο, με επικρατέστερο παράδειγμα τους καρδιολογικούς ασθενείς, οποίοι δεν υποβάλλονται πάντα σε αξονική τομογραφία, αλλά προσέρχονται με έντονο προκάρδιο άλγος. Ο συνωστισμός στα ΤΕΠ αποτελεί κρίσιμο πρόβλημα για τη δημόσια υγεία σε παγκόσμια κλίμακα και σχετίζεται με καθυστερήσεις των εργαστηριακών εξετάσεων και της θεραπείας, όπως επίσης και με μειωμένη ικανοποίηση των ασθενών.

Επιπλέον, όταν παρατηρείται συνωστισμός στα επείγοντα, καθυστερούν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αφορούν την αντιμετώπιση του πόνου και εμμέσως αυξάνεται το άγχος των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, οι Pines και συν.⁶⁶ τόνισαν ότι, όσο αυξάνεται ο συνωστισμός, τόσο υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα καθυστερήσεων στην χορήγηση της αναλγητικής αγωγής για την αντιμετώπιση του πόνου.

Οι Mills και συν.,⁶⁷ διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ συνωστισμού στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και των καθυστερήσεων στην περίθαλψη ασθενών με κοιλιακό άλγος που επρόκειτο να υποβληθούν σε αξονική τομογραφία. Στην έρευνα συμμετείχαν 767 ασθενείς με μέση ηλικία, 44+/-17 χρόνια, εκ των οποίων το 61% ήταν γυναίκες. Ο διάμεσος χρόνος από τη διαλογή (triage) έως την πραγματοποίηση της αξονικής τομογραφίας ήταν 375 λεπτά. Η καθυστέρηση αυτή πιθανώς αποτελεί ένα επιπλέον παράγοντα που πυροδοτεί το άγχος.

Οι Mills και συν.⁶⁸ σε άλλη τους μελέτη διερεύνησαν 976 ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος που προσήλθαν στα επείγοντα, από τους οποίους οι 649 (67%) έλαβαν αναλγητική θεραπεία. Από αυτούς, 457 ασθενείς (70%) παρουσίασαν καθυστέρηση στην αναλγησία μετά τη διαλογή (triage).

Επίσης, τα θέματα συναισθηματικής φύσεως δεν πρέπει να παραμένουν άλυτα κατά την αξιολόγηση και τη θεραπεία του πόνου διότι επιδεινώνονται. Η κατανόηση της σχέσης πόνου και άγχους μπορεί να βοηθήσει σημαντικά τους επαγγελματίες υγείας να αντιμετωπίσουν περισσότερο αποτελεσματικά τον οξύ πόνο. Τονίζεται ότι τα ψυχολογικά προβλήματα είναι ιδιαιτέρως εμφανή στο

χρόνιο πόνο, όπου οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να βοηθήσουν με την κατάλληλη ψυχολογική διεπιστημονική στήριξη.

Η μονοπαραγοντική ανάλυση μεταβλητών των ασθενών σε σχέση με την ύπαρξη άγχους γενικά (μόνιμο άγχος) έδειξε ότι οι γυναίκες, όσοι δεν είχαν αποκτήσει παιδιά και όσοι ασθενείς ήταν ασυνόδευτοι είχαν μεγαλύτερο άγχος. Οι διαφορές που παρατηρούνται ως προς το φύλο και τη σωματική ασθένεια, με τις γυναίκες να βιώνουν υψηλότερο άγχος ε σχέση με τους άνδρες, αποδίδονται κυρίως στους ρόλους που έχουν εκείνες στη σύγχρονη ελληνική οικογένεια, όπως η φροντίδα συντρόφου, παιδιών, ηλικιωμένων γονέων κ.ά. Επιπλέον, μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι εκφράζουν ευκολότερα τα συναισθήματά τους ή παραδέχονται τα ψυχολογικά τους προβλήματα, εν αντιθέσει με τους άνδρες που δείχνουν απροθυμία να εκφραστούν.⁷⁰

Οι Heyer και συν.,²⁹ τόνισαν ότι οι γυναίκες που υποβάλλονταν σε αξονική τομογραφία είχαν μεγαλύτερο φόβο σχετικά με τα αποτελέσματα της εξέτασης, την έκθεση στην ακτινοβολία και την κλειστοφοβία.

Οι Leithner και συν.⁷¹ διερεύνησαν τις ψυχολογικές αντιδράσεις 62 γυναικών που υποβάλλονταν σε απεικονιστική διαγνωστική εξέταση (μαγνητική τομογραφία) και έδειξαν ότι τα επίπεδα άγχους ήταν 8,8 μονάδες υψηλότερα από εκείνα του γυναικείου γενικού πληθυσμού. Η σοβαρότητα της διάγνωσης έδειξε μια γραμμικά αυξανόμενη επίδραση στο επίπεδο του άγχους πριν από την απεικονιστική διαγνωστική εξέταση. Το 33,9% του δείγματος χαρακτήρισε την εξέταση με μαγνητική τομογραφία ως δυσάρεστη εμπειρία και το 4,8% ως δύσκολα υποφερτή. Επιπλέον, το 49,9% ανέφερε ως ενοχλητική τη θέση, το 53,2% το επίπεδο θορύβου και το 51,6% τη χρονική διάρκεια της εξέτασης.

Το εύρημα ότι όσοι δεν είχαν αποκτήσει παιδιά και όσοι ασθενείς ήταν ασυνόδευτοι είχαν μεγαλύτερο γενικό (μόνιμο) άγχος πιθανά να δικαιολογείται από την έλλειψη υποστήριξης όπως την αντιλαμβάνονται τα άτομα. Η ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου στις μέρες μας αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο, καθώς φαίνεται να επηρεάζει θετικά την έκβαση μιας νόσου.

Η κοινωνική υποστήριξη, παρέχεται από την οικογένεια, τους φίλους, τους συναδέλφους, τους πνευματικούς συμβούλους, τους επαγγελματίες υγείας, κ.ά. Τα χαρακτηριστικά της υποστήριξης, όπως ποσότητα, ποιότητα και

αμοιβαιότητα του υποστηρικτικού δικτύου διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στον τρόπο που οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την υποστήριξη. Οι ασθενείς χωρίς κοινωνική υποστήριξη, όταν αντιμετωπίζουν μια δύσκολη κατάσταση, εμφανίζουν μεγαλύτερη καρδιαγγειακή αντιδραστικότητα (αρτηριακή πίεση και καρδιακή συχνότητα), σε σχέση με τους ασθενείς που έχουν υποστηρικτικό δίκτυο. Η κοινωνική υποστήριξη χαρακτηρίζεται ως αναγνωρισμένο «αντίδοτο» για το στρες, είτε αντισταθμίζοντας την πίεση, είτε τροποποιώντας το βίωμά της.⁷²

Τέλος, σε σχέση με το επάγγελμα των ασθενών βρέθηκε ότι οι συνταξιούχοι ασθενείς είχαν λιγότερο άγχος γενικά στη ζωή τους από τους ελεύθερους επαγγελματίες και τους άνεργους. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι στη σημερινή εποχή της οικονομικής κρίσης οι συνταξιούχοι δεν κινδυνεύουν να χάσουν τις δουλειές τους, ούτε έχουν αυξημένες υποχρεώσεις σε σχέση με τους νέους, με αποτέλεσμα να αισθάνονται πιο ασφαλείς στον οικονομικό τομέα.

Οι Nightingale και συν.⁷³ διερεύνησαν την εμπειρία είκοσι δύο ασθενών που υποβάλλονταν σε εξετάσεις απεικόνισης, εκ των οποίων οι 13 ήταν γυναίκες και οι 9 ήταν άνδρες με μέση ηλικία τα 63,9 χρόνια. Οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν πριν και μετά τη διαδικασία για την προηγούμενη εμπειρία όσον αφορά την εξέταση, τις ανησυχίες, τις προσδοκίες και τις εμπειρίες τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ένα κενό γνώσης μεταξύ των προσδοκιών από την εξέταση και της πραγματικότητας. Οι ερευνητές τόνισαν ότι λόγω αυτού του χάσματος, είναι δυνατόν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε διαγνωστικές εξετάσεις απεικόνισης να είναι συχνά ανεπαρκώς ενημερωμένοι και να εκδηλώνουν ανησυχίες που μπορεί τελικά να επηρεάσουν την ποιότητα εξέτασης ή να εκδηλώσουν άγχος, με αποτέλεσμα μειωμένη ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα. Η συνειδητοποίηση των πιθανών διαφορών μεταξύ της πραγματικότητας και των αντιλήψεων των ασθενών για την εξέταση πρέπει να διερευνάται, καθώς, σύμφωνα με τους ερευνητές, κάποιοι ασθενείς θεωρούσαν την απεικονιστική εξέταση ως ένα είδος ακτινογραφίας.

Περιορισμοί της μελέτης

Οι περιορισμοί της μελέτης βασίζονται στο συγχρονικό της χαρακτήρα, στη δειγματοληπτική μεθοδολογία και στο μέγεθος του δείγματος. Το δείγμα

ήταν σχετικά μικρό και συλλέχθηκε μόνο από ένα νοσοκομείο (δείγμα ευκολίας). Η επιλογή δείγματος μη πιθανότητας περιορίζει ωστόσο τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Ένας επιπλέον περιορισμός αφορά στην προκατάληψη της πληροφόρησης. Τα εργαλεία συλλογής δεδομένων βασίστηκαν σε αυτοαναφορές και καμιά συμπεριφορά δεν μπορούσε να επαληθευτεί αντικειμενικά. Επιπλέον, τα αίτια του άγχους δε μπορούν να διαχωριστούν στη δεδομένη στιγμή, καθόσον αυτό μπορεί να οφείλεται στην ίδια την εξέταση, αλλά και στα αποτελέσματά της. Άλλοι παράγοντες που δεν συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη πιθανά να επηρεάζουν την ύπαρξη άγχους, γεγονός που δημιουργεί την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος.

Επίσης στο δείγμα δεν συμπεριελήφθησαν ασθενείς με γνωστικές διαταραχές και διαταραχές του επιπέδου συνείδησης, καθώς και όσοι δε γνώριζαν την ελληνική γλώσσα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το παροδικό άγχος των ασθενών ήταν μεγαλύτερο από το γενικό τους άγχος. Το παροδικό (στιγμιαίο) άγχος επέφερε στους ασθενείς ανασφάλεια, ανησυχία, αγωνία, αμηχανία και έλλειψη άνεσης. Οι παράγοντες που επηρέαζαν το τωρινό (στιγμιαίο) άγχος ήταν το ιστορικό προηγούμενης αξονικής τομογραφίας, η αιτία της εξέτασης, η οικογενειακή κατάσταση, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών και η ύπαρξη πόνου.

Πιο συγκεκριμένα, περισσότερο άγχος είχαν οι ασθενείς χωρίς προηγούμενο ιστορικό CT, όσοι προσήλθαν λόγω χειρουργικού προβλήματος/ τραύματος, οι ασθενείς μικρότερης ηλικίας (<70 ετών), εκείνοι που ήταν μέτριου ή υψηλού μορφωτικού επιπέδου, καθώς και εκείνοι που βίωναν πόνο.

Η αναγνώριση της σημασίας ανίχνευσης του άγχους σε ασθενείς που προσέρχονται στο τμήμα των επειγόντων και πρόκειται να υποβληθούν σε αξονική τομογραφία, όπως επίσης και η βαθύτερη κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν το άγχος είναι σημαντικά εργαλεία κατά τον χειρισμό ατόμων στο ΤΕΠ, καθώς εκεί παρατηρείται υψηλός φόρτος εργασίας κυρίως σε ημέρες εφημερίας του γενικού νοσοκομείου.

Η επιστημονική κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, η ενσυναίσθηση και η ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση του άγχους. Επιπλέον, η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας ως προς το άγχος που βιώνουν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία είναι σημαντικές παράμετροι για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και τη μείωση του κόστους στον τομέα της διάγνωσης στο πλαίσιο της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας.

Περίληψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διενέργεια αξονικής τομογραφίας προκαλεί άγχος και δυσφορία στους ασθενείς, συμβάλλοντας στην αύξηση της συνολικής ψυχολογικής τους επιβάρυνσης.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του άγχους των ασθενών που υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία κατά την είσοδό τους στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Για την επίτευξη των στόχων της έρευνας διεξήχθη πρωτογενής έρευνα στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών. Η έρευνα βασίστηκε στην δειγματοληψία της διαθεσιμότητας και η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της αυτοσυμπλήρωσης κατά την περίοδο Μάιο έως Σεπτέμβρη 2016. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 150 άτομα. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο συντελεστής Cronbach του α βρέθηκε αρκετά αξιόπιστος (0,902). Η μέση τιμή του άγχους κατά τη στιγμή διενέργειας της εξέτασης ήταν $58,70(\pm 7,32)$, ενώ του γενικού άγχους ήταν $39,77(\pm 7,32)$, με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0.001$). Οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους ήταν ιδιαίτερα αγχωμένοι πριν την διενέργεια της αξονικής τομογραφίας, παρόλο που δεν είχαν ιδιαίτερο άγχος και αγωνία στην ζωή τους γενικά. Οι παράγοντες που φάνηκε να επηρεάζουν το τωρινό άγχος των ασθενών που προσέρχονται στο τμήμα των επειγόντων και πρόκειται να υποβληθούν σε αξονική τομογραφία ήταν: η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση, η προηγούμενη εμπειρία αξονικής τομογραφίας, η αιτία της εξέτασης και η ύπαρξη πόνου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Μια από τις πολλές προκλήσεις που πρέπει αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας είναι η διαχείριση τους άγχους του ασθενή σε όλη τη διαδικασία της απεικόνισης. Η οργάνωση παρεμβατικών προγραμμάτων ενημέρωσης θα μπορούσε να συμβάλλει θετικά στην διαχείριση τους άγχους των ασθενών, καθώς και σε περισσότερα αξιόπιστα αποτελέσματα.

Λέξεις κλειδιά: Άγχος, ασθενείς, αξονική τομογραφία, ΤΕΠ

Abstract

INTRODUCTION: The performance of Computed Tomography (CT) causes anxiety and discomfort to patients and increases the overall psychological burden.

PURPOSE: The aim of this study was to investigate the anxiety of patients undergoing CT when entering in the Emergency Department (ED).

METHODS: To achieve the research objectives was conducted primary research in the ED of the General Hospital of Athens. The research was based on convenience sampling and the data collected by a self-completed questionnaire during the period May to September 2016. The study sample consisted of 150 people. The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) was the questionnaire of this study.

RESULTS: The Cronbach's alpha is 0.902, which indicates a high level of internal consistency for the questionnaire. The mean value of the current anxiety was $58.70(\pm 7.32)$, while the general anxiety was $39.77 (\pm 7.32)$, with statistically significant difference ($p < 0.001$). The majority of patients were very anxious prior to performing the CT. In contrast, patients do not feel special stress and anxiety in their lives in general. The factors affecting the current anxiety of patients attending ED and are to undergo CT were: age, education level, marital status, previous experience, cause of examination and presence of pain.

CONCLUSION: One of the many challenges to be faced by health professionals is the stress management of the patient prior of the CT. The organization of intervention programs will positively contribute to the patients' stress management and outcomes of patients.

Key words: anxiety, patients, computed tomography, emergency department

Βιβλιογραφία

1. Διαδικτυακή σελίδα : <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE>. Πρόσβαση : 1/8/2016
2. Marchesi C, Brusamonti E, Borghi C, Giannini A, Di Ruvo R, Minneo E, Quarantelli C, Maggini C. Anxiety and depressive disorders in an emergency department ward of a general hospital: a control study. *Emerg Med J*. 2004;21(2):175-9.
3. Crawford K, Morphet J, Jones T, Innes K, Griffiths D, Williams A. Initiatives to reduce overcrowding and access block in Australian emergency departments: a literature review. *Collegian*. 2014;21(4):359-66.
4. Olshaker JS, Rathlev NK. Emergency department overcrowding and ambulance diversion: the impact and potential solutions of extended boarding of admitted patients in the emergency department. *J Emerg Med*. 2006;30(3):351-356.
5. Olshaker JS. *Emerg Med Clin North Am*. Managing emergency department overcrowding. 2009;27(4):593-603.
6. Πολυκανδριώτη Μ, Κουτσοπούλου Β. Άγχος σε μη-ψυχιατρικούς ασθενείς. Το βήμα του ασκληπιού. 2014;13 (1): 54-65
7. Λυκούρας Λ, Σολδάτος Κ, Ζέρβας Γ. Διασυνδεδετική Ψυχιατρική. Εκδ., Βήττα, Αθήνα, 2009.
8. Σολδάτος Κ. Άγχος και κατάθλιψη : εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική. 25^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο, 2005.
9. Αλεβίζος Β. Άγχος. Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις. Εκδ., Βήττα, Αθήνα, 2008.
10. Brown E. Η Νοσηλευτική στη ψυχική Υγεία. Επιμέλεια: Κυρίτση Ελένη, Εκδ., Λαγός, Αθήνα, 2009.
11. Καλαντζή-Αζίζι Α, Καραδήμας Ε.Χ. Ερμηνευτικά Μοντέλα της Μετατραυματικής Διαταραχής Άγχους: Η Γνωστική-Συμπεριφοριστική Κατεύθυνση. *Ψυχιατρική*. 2005;16: 137-153.

12. Χατζάκη Α. Σύγχρονη βιολογική θεώρηση της κατάθλιψης Νευροπεπτίδια και νέες θεραπευτικές προοπτικές. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2008; 25(4):456-462
13. Kennerley H. Managing anxiety. A training manual. Eds., Oxford University Press, Oxford,1995.
14. Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Εκδ., University Studio Press, Θεσσαλονίκη,1997.
15. Ουλής Π. Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχοπαθολογίας. Εκδ., Βήτα, Αθήνα, 2006.
16. Πολυκανδριώτη Μ, Ολύμπιος Χ. Άγχος και στεφανιαία νόσος. 2014; 31(4)403-411.
17. Mayne I, Bagaoisan C. Social support during anaesthesia induction in an adult surgical population. AORN 2009;89(2):307-310.
18. Lee D, Lee S. Pre-operative teaching: how does a group of nurses do it? Contemp Nurse 2000;9(1):80-88.
19. Δαδυκτιακή σελίδα :http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/13/4/399.pdf. Πρόσβαση : 1-5-2016.
20. Δαδυκτιακή σελίδα :http://enne.gr/nomothesia/ya/2012_874.pdf Πρόσβαση : 1-5-2016.
21. Μαλλιαρού Μ, Σαράφης Π, Ζυγά Σ. Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων. Το Βήμα του Ασκληπιοίου.2009; 8(1) :25-40.
22. Λυδάκης Χ, Πατραμάνης Ι, Λαυρεντάκη Κ, Καραβιτάκη Μ, Νεοφώτιστος Γ. Συνωστισμός στα τμήματα επειγόντων περιστατικών Ο ρόλος του «Ιατρείου Ταχείας Διακίνησης Περιστατικών Χαμηλής Επικινδυνότητας». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.2014;31(3):336-341.
23. Delgado MK, Meng LJ, Mercer MP, Pines JM, Owens DK, Zaric GS. Reducing ambulance diversion at hospital and regional levels: systemic review of insights from simulation models. West J Emerg Med. 2013;14(5):489-98.
24. Cooney DR, Millin MG, Carter A, Lawner BJ, Nable JV, Wallus HJ. Ambulance diversion and emergency department offload delay: resource document for the National Association of EMS Physicians position statement. Prehosp Emerg Care. 2011;15(4):555-61.

25. Pham JC, Patel R, Millin MG, Kirsch TD, Chanmugam A. The effects of ambulance diversion: a comprehensive review. *Acad Emerg Med.* 2006;13(11):1220-7.
26. Ebrahimi M, Mirhaghi A, Mazlom R, Heydari A, Nassehi A, Jafari M. The Role Descriptions of Triage Nurse in Emergency Department: A Delphi Study. *Scientifica (Cairo).* 2016;2016:5269815.
27. Mulindwa F, Blitz J. Perceptions of doctors and nurses at a Ugandan hospital regarding the introduction and use of the South African Triage Scale. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2016;8(1):e1-7. d
28. Hwang CE, Lipman GS, Kane M. Effect of an emergency department fast track on Press-Ganey patient satisfaction scores. *West J Emerg Med.* 2015;16(1):34-8
29. Heyer CM, Thüring J, Lemburg SP, Kreddig N, Hasenbring M, Dohna M, Nicolas V. Anxiety of patients undergoing CT imaging—an underestimated problem? *Acad Radiol.* 2015;22(1):105-12.
30. Bastiaannet E, Hoekstra-Weebers JE, Francken AB, Jager PL, van der Jagt EJ, Hoekstra HJ.. Perception of psychological burden experienced during diagnostic tests by melanoma patients with lymph node metastases. *Melanoma Res.* 2009; 19: 36–41.
31. Shortman RI, Neriman D, Hoath J, Millner L, Endozo R, Azzopardi G, O'Meara C, Bomanji J, Groves AM. A comparison of the psychological burden of PET/MRI and PET/CT scans and association to initial state anxiety and previous imaging experiences. *The British Journal of Radiology.* 2015;88(1052):20150121.
32. Mueller PR, Biswal S, Halpern EF, Kaufman JA, Lee MJ. Interventional radiologic procedures: patient anxiety, perception of pain, understanding of procedure, and satisfaction with medication—a prospective study. *Radiology* 2000;215(3):684–688
33. Lory N, Lang EV. Distress in the radiology waiting room. *Radiology.* 2011;260:166–173.
34. Vogel WV, Valdés Olmos RA, Tijs TJW, Gillies MF, van Elswijk G, Vogt J. Intervention to lower anxiety of 18F-FDG PET/CT patients by use of

- audiovisual imagery during the uptake phase before imaging. *J Nucl Med Technol.* 2012; 40: 92–8.
35. Acuff SN, Bradley YC, Barlow P, Osborne DR.Reduction of patient anxiety in PET/CT imaging by improving communication between patient and technologist. *J Nucl Med Technol.* 2014;42(3):211-7.
 36. Rosenfeld G, Fu YT, Quiney B, Qian H, Krygier D, Brown J, Vos P, Tiwari P, Telford J, Bressler B, Enns R. Does training and experience influence the accuracy of computed tomography colonography interpretation? *World J Gastroenterol.* 2014;20(6):1574-81
 37. Gorospe L, Raman S, Echeveste J, Avril N, Herrero Y, Hernandez S.Whole-body PET/CT: spectrum of physiological variants, artifacts and interpretative pitfalls in cancer patients. *Nucl Med Commun.*2005;26:671–687.
 38. Thompson CA, Charlson ME, Schenkein E, Wells MT, Furman RR, Elstrom R, Ruan J, Martin P, Leonard JP. Surveillance CT scans are a source of anxiety and fear of recurrence in long term lymphoma survivors. *Ann Oncol.* 2010;21(11):2262-6.
 39. Abreu C, Grilo A, Lucena F, Carolino E.Oncological Patient Anxiety in Imaging Studies: the PET/CT Example. *J Cancer Educ.* 2016 Jul 2. [Epub ahead of print]
 40. Sheldon LK, Swanson S, Dolce A, Marsh K, Summers J. Putting evidence into practice: evidence-based interventions for anxiety. *Clin J Oncol Nurs.*2008;12:789–797
 41. Miyasaka LS, Atallah AN, Soares BG.. Valerian for anxiety disorders.Cochrane Database Syst Rev. 2006; (4):CD004515.
 42. Helmus TC, Tancer M, Johanson CE.. Reinforcing effects of diazepam under anxiogenic conditions in individuals with social anxiety. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2005;13:348–356.
 43. Pifarré P, Simó M, Gispert JD, Pallarés MD, Plaza P, Martínez-Miralles E. Diagnostic imaging studies: do they create anxiety? *Rev Esp Med Nucl.* 2011;30(6):346-50.
 44. Craven P, Cinar O, Madsen T.Patient anxiety may influence the efficacy of E D pain management. *Am J Emerg Med.* 2013;31(2):313-8.

45. Ekwai A. Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2013;39(6):534-8.
46. Spielberger CD . Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press,1983.
47. Liakos A, Giannitsi S. Reliability and validity of the Greek translation of the Spielberger's Anxiety Inventory. *Engefalos* 1984; 21:71-76.
48. Αλειφερόπουλος Δ. "Ακτινογραφική απεικόνιση". Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2000.
49. Βλάχος Λ. "Σύγχρονη διαγνωστική απεικόνιση". τόμος 1ος. Εκδ., Χρ. Βασιλειάδης, Αθήνα, 2000.
50. Brenner DJ, Hall EJ. Computed tomography — an increasing source of radiation exposure. *N Engl J Med*. 2007;357:2277-84.
51. Melnick ER, Shafer K, Rodulfo N, Shi J, Hess EP, Wears RL, Qureshi RA, Post LA. Understanding Overuse of Computed Tomography for Minor Head Injury in the Emergency Department: A Triangulated Qualitative Study. *Acad Emerg Med*. 2015;22(12):1474-83.
52. Harnan SE, Pickering A, Pandor A, Goodacre SW Clinical decision rules for adults with minor head injury: a systematic review. *J Trauma*. 2011;71(1):245-51.
53. Curran JA, Brehaut J, Patey AM, Osmond M, Stiell I, Grimshaw JM. Understanding the Canadian adult CT head rule trial: use of the theoretical domains framework for process evaluation. *Implement Sci*. 2013;8:25.
54. Stiell IG, Clement CM, Grimshaw JM, Brison RJ, Rowe BH, Lee JS, et al. A prospective cluster-randomized trial to implement the Canadian CT head rule in emergency departments. *CMAJ*. 2010;182(14):1527-1532.
55. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, Clement C, Lesiuk H, Laupacis A, et al. The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. *Lancet*. 2001;357:1391-6.
56. Διαδικτυακή σελίδα : www.cmaj.ca/cgi/content/full/cmaj.091974/DC1. Πρόσβαση :1/10/2016.
57. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*. 1999;282(15):1458-65.

58. Pandor A, Goodacre S, Harnan S, Holmes M, Pickering A, Fitzgerald P, Rees A, Stevenson M. Diagnostic management strategies for adults and children with minor head injury: a systematic review and an economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2011;15(27):1-202.
59. Flory N, Lang EV. Distress in the radiology waiting room. *Radiology.* 2011;260:166-173.
60. Goyen M, Klewer J. The anxious patient during magnetic resonance tomography (MRI) examination. Health care economic aspects of patient education. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich.* 1997;91(4):319-22.
61. Selim MA. Effect of pre-instruction on anxiety levels of patients undergoing magnetic resonance imaging examination. *East Mediterr Health J.* 2001;7(3):519-25.
62. Törnqvist E, Månsson A, Larsson EM, Hallström I. Impact of extended written information on patient anxiety and image motion artifacts during magnetic resonance imaging. *Acta Radiol.* 2006;47(5):474-80.
63. Γιούρντα Άννα-Μ, Τουλιά Γ. Ανάγκες συγγενών νοσηλευόμενων ασθενών σε μονάδα εντατικής θεραπείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού.* 2015;14 (1):4-18.
64. Kapoor S, White J, Thorn BE, Block P. Patients Presenting to the Emergency Department with Acute Pain: The Significant Role of Pain Catastrophizing and State Anxiety. *Pain Med.* 2016;17(6):1069-78.
65. Pines JM, Pollack CV Jr, Diercks DB, Chang AM, Shofer FS, Hollander JE. The association between emergency department crowding and adverse cardiovascular outcomes in patients with chest pain. *Acad Emerg Med.* 2009;16(7):617-25.
66. Pines JM, Shofer FS, Isserman JA, Abbuhl SB, Mills AM. The effect of emergency department crowding on analgesia in patients with back pain in two hospitals. *Acad Emerg Med.* 2010;17(3):276-83.
67. Mills AM, Baumann BM, Chen EH, Zhang KY, Glaspey LJ, Hollander JE, Pines JM. The impact of crowding on time until abdominal CT interpretation in emergency department patients with acute abdominal pain. *Postgrad Med.* 2010;122(1):75-81.

68. Mills AM, Shofer FS, Chen EH, Hollander JE, Pines JM. The association between emergency department crowding and analgesia administration in acute abdominal pain patients. *Acad Emerg Med*. 2009;16(7):603-8.
69. Hansen GR, Streltzer J. The psychology of pain. *Emerg Med Clin North Am*. 2005;23(2):339-48.
70. Πολυκανδριώτη Μ, Γουδέβενος Ι, Μιχάλης Α, Πατσιλινάκος Σ, Νικολάου Β, Ολύμπιος Χ, και συν. Επίπτωση του άγχους και της κατάθλιψης στις ανάγκες νοσηλευομένων ασθενών με στεφανιαία νόσο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2012; 29(1):33-4.
71. Leithner K, Pörnbacher S, Assem-Hilger E, Krampfl E, Ponocny-Seliger E, Prayer D. Psychological reactions in women undergoing fetal magnetic resonance imaging. *Obstet Gynecol*. 2008;111(2 Pt 1):396-402.
72. Ποντισίδης Γ, Μπελλάλη Θ. Η Έννοια της Κοινωνικής Υποστήριξης και η Επίδρασή της στη Διαχείριση των Χρόνιων Νόσων. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 2015; 8(4):6-16.
73. Nightingale JM, Murphy FJ, Blakeley C. 'I thought it was just an x-ray': a qualitative investigation of patient experiences in cardiac SPECT-CT imaging. *Nucl Med Commun*. 2012;33(3):246-54.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Δελτίο Συγκατάθεσης των συμμετεχόντων ασθενών για την έρευνα με θέμα:

«Το stress των ασθενών του τμήματος επειγόντων περιστατικών που υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία.»

Ερευνήτρια: Κακαγιάννη Ευαγγελία, Νοσηλεύτρια, Τμήμα Νεοτέρων

Απεικονιστικών Μεθόδων Γ.Ν.Α "Γ. Γεννηματάς"

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Γκοβίνα Ουρανία

Κατανοώ ότι θα πάρω μέρος στην ερευνητική μελέτη η οποία θα εστιαστεί στο stress των ασθενών του τμήματος επειγόντων περιστατικών που υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία.

Υπογράφοντας αυτό το έγγραφο εγώ ο/η ασθενής.....

.....
δίνω τη συγκατάθεσή μου στην ερευνήτρια να μου χορηγήσει προς συμπλήρωση τα σχετικό ερωτηματολόγιο και να διαβάσει το φάκελο μου. Η έρευνα διεξάγεται από το Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και φιλοδοξεί να εκτιμήσει το stress των ασθενών του τμήματος επειγόντων περιστατικών που υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα διαρκέσει περίπου 15 λεπτά.

Ενημερώθηκα ότι η συμπλήρωση είναι εντελώς εθελοντική και επίσης ότι οι απαντήσεις μου στις ερωτήσεις δεν θα δοθούν σε κανέναν που δεν σχετίζεται άμεσα με τη μελέτη και ότι δε θα γίνει γνωστή η ταυτότητά μου με κανέναν τρόπο. Η ατομικότητα και η εχεμύθεια θα προστατεύονται κάθε στιγμή. Επίσης πληροφορήθηκα ότι η συμμετοχή μου ή μη ή η άρνησή μου να απαντήσω στις ερωτήσεις δεν θα έχουν επιπτώσεις στις υπηρεσίες τις οποίες εγώ ή οποιοδήποτε μέλος της οικογένειάς μου μπορούμε να λάβουμε από κάθε επαγγελματία υγείας.

Από τη συμμετοχή αυτή δεν υπάρχουν παρενέργειες, αν και ορισμένα άτομα ίσως βρίσκουν κουραστική τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων σχετικά με πρόβλημα της υγείας τους. Τα πιθανά οφέλη αυτής της έρευνας είναι ότι έχω μια ευκαιρία να εκφράσω τα προβλήματά μου σε έναν αντικειμενικό ερευνητή και ότι οι πληροφορίες που μοιραζόμαστε ίσως βοηθήσουν άλλους ανθρώπους με παρόμοια προβλήματα ή καταστάσεις στο μέλλον.

Το τηλέφωνο επικοινωνίας με την Κακαγιάννη Ευαγγελία είναι το 6932416332.

.....

Υπογραφή του ασθενή

.....

Υπογραφή του ατόμου που παίρνει τη συνέντευξη

Ημερομηνία:.....

«Το stress των ασθενών του τμήματος επειγόντων περιστατικών που υποβάλλονται σε αξονική τομογραφία.»

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

***Παρακαλώ βάλτε σε κύκλο την αντίστοιχη απάντηση**

1.ΕΧΕΤΕ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΣΕ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ;

α. Ναι

β. Όχι

2.ΗΛΙΚΙΑ:

α. έως 40

β. 41-50

γ. 51-60

δ. 61-70

ε. άνω των 71

3. ΦΥΛΟ:

α. Άρρεν

β. Θήλυ

4.ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

α. Έγγαμος / Έγγαμη

β. Άγαμος / Άγαμη

γ. Διαζευγμένος / Διαζευγμένη

δ. Χήρος / Χήρα

5. ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;

α. Ναι

β. Όχι

6. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:

α. Αγράμματος

β. Δημοτικό

γ. Γυμνάσιο

δ. Λύκειο

ε. ΑΕΙ

7. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

α. Ελεύθερος επαγγελματίας

β. Δημόσιος υπάλληλος

γ. Ιδιωτικός υπάλληλος

δ. Συνταξιούχος

ε. Οικιακά

στ. Άνεργος

8. ΛΟΓΟΣ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ:

α. Παθολογικό αίτιο

β. Χειρουργικό αίτιο / Τραύμα / Τροχαίο

9. ΝΙΩΘΕΤΕ ΠΟΝΟ;

α. Ναι

β. Όχι

10. ΕΑΝ ΝΙΩΘΕΤΕ ΠΟΝΟ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕ ΤΗΝ ΕΝΤΑΣΗ

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. ΕΧΕΤΕ ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ;

α. Ναι

β. Όχι

12. ΣΑΣ ΣΥΝΟΔΕΥΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ;

α. Ναι

β. Όχι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΓΧΟΣ

Οδηγίες: ακολουθεί ένας αριθμός φράσεων που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσης για να δείξετε πως αισθάνεστε **τώρα**, δηλαδή **αυτή τη στιγμή**. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε μία φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει πιο καλά το πως αισθάνεστε **τώρα**.

		ΚΑΘΟΛΟΥ	ΚΑΠΩΣ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1.	Αισθάνομαι ήρεμος	1	2	3	4
2.	Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
3.	Νιώθω μια εσωτερική ένταση	1	2	3	4
4.	Έχω αγωνία	1	2	3	4
5.	Αισθάνομαι άνετα	1	2	3	4
6.	Αισθάνομαι αναστατωμένος	1	2	3	4
7.	Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες	1	2	3	4
8.	Αισθάνομαι αναπαυμένος	1	2	3	4
9.	Αισθάνομαι άγχος	1	2	3	4
10.	Αισθάνομαι βολικά	1	2	3	4
11.	Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
12.	Αισθάνομαι νευρικότητα	1	2	3	4
13.	Αισθάνομαι ήσυχος	1	2	3	4
14.	Βρίσκομαι σε διέγερση	1	2	3	4
15.	Είμαι χαλαρωμένος	1	2	3	4
16.	Αισθάνομαι ικανοποιημένος	1	2	3	4
17.	Ανησυχώ	1	2	3	4
18.	Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	1	2	3	4
19.	Αισθάνομαι υπερένταση	1	2	3	4
20.	Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ (Λιάκου & SPIELBEGE, STAI-Gr.X-1)

ΟΔΗΓΙΕΣ: Πιο κάτω υπάρχει ένας αριθμός φράσεων που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσεως για να δείξετε πως αισθάνεστε **συνήθως**. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε μία φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει πως αισθάνεστε **γενικά**.

1=Σχεδόν ποτέ

2=Μερικές φορές

3=Συχνά

4=Σχεδόν πάντοτε

1. Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4
2. Κουράζομαι εύκολα				
3. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία				
4. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι				
5. Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα				
6. Αισθάνομαι αναπαισμένος				
7. Είμαι ήρεμος, ψύχραιμος και συγκεντρωμένος				
8. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω				
9. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία				
10. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση				
11. Έχω τη τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα				
12. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση				
13. Αισθάνομαι ασφαλής				
14. Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση της κρίσεως ή δυσκολίας				
15. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση				

16. Είμαι ικανοποιημένος				
17. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνάει από το μυαλό και με ενοχλεί				
18. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από την σκέψη μου				
19. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας				
20. Έρχομαι σε μια κατάσταση εντάσεως όταν σκέπτομαι τις τρέχουσες ασχολίες μου				

State– Trait Anxiety Inventory (STAI)

References

Spielberger CD, *State – Trait Anxiety Inventory: A Comprehensive Bibliography*,
Consultant Psychologists Press: Palo Alto, CA, 1984.

Copyright

Charles D
Spielberger, PhD
Mind Garden, Inc
1690 woodside
Road #202
Redwood City, CA
94061 Tel: (650)
251-3500