



**2011**

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ  
ΕΠΗΤΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ  
ΣΕ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ  
ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΑΡΓΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ, ΒΑΡΤΖΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ,  
ΠΑΤΟΥΛΑ ΜΑΡΙΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΡΟΒΙΘΗΣ ΜΙΧΑΗΛ**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Για τη διεκπεραίωση αυτής της πτυχιακής εργασίας χρειαστήκαμε την οικονομική και ηθική υποστήριξη των οικογενειών μας.

Τους ευχαριστούμε πολύ, που μας βοήθησαν να φέρουμε εις πέρας αυτή την τελική δοκιμασία για το πτυχίο μας.

Ευχαριστούμε επίσης το κύριο Μιχαήλ Ροβίθη για την υποστήριξη που μας παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας μας.

Τέλος θα θέλαμε να αφιερώσουμε την εργασίας μας στη μνήμη της συμφοιτήτριας και φίλης Μαρίας Βουλγαρίδη που άδικα χαθηκε πριν δύο χρόνια.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ</u>	ΣΕΛ. 9
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ</u>	ΣΕΛ.
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	11-12
1.2 ΒΙΟΨΥΧΩΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΓΕΙΑΣ	12
1.3 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	12-14
1.4 ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	14-15
1.4.1 Παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία ψυχικής ασθένειας	
1.5 ΤΥΠΟΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ	15-17
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> : ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ STRESS</u>	
2.1 ΟΡΙΣΜΟΙ	19-20
2.1.1 Stress	
2.1.2 Άγχος	
2.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ	20-22
2.2.1 Ψυχαναλυτικές θεωρίες	
2.2.2 Συμπεριφορολογικές θεωρίες	
2.2.3 Υπαρξιακές θεωρίες	
2.3 ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΦΡΟΙΝΤ	22
2.4 ΠΟΤΕ ΚΑΙ ΠΩΣ ΕΜΦΑΝΙΣΤΗΚΕ ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΜΕ ΤΗΝ «ΚΑΛΗ» ΚΑΙ «ΚΑΚΗ» ΤΟΥ «ΠΛΕΥΡΑ»	22-23
2.5 ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	23-24
2.6 ΣΤΑΔΙΑ ΣΕ ΜΙΑ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΟ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	24
2.7 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΟ STRESS	24-26
2.8 ΤΑ ΕΡΕΘΙΣΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ STRESS ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ	26
2.9 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	26-27
ΠΙΝΑΚΑΣ 1: φάρμακα που σχετίζονται με την εκδήλωση του άγχους.	
2.10 ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΥΝ STRESS	27-29
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: παθολογικά και νευρολογικά αίτια άγχους.	
2.11 ΣΧΕΣΕΙΣ STRESS, ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΕΓΕΡΣΗΣ	30
2.12 ΕΙΔΗ ΑΓΧΟΥΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ SPIELBERGER	30
2.13 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΓΧΟΥΣ	31-32
2.14 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΓΧΟΥΣ	32-34
2.14.1 Κλίμακες άγχους	
2.14.2 Ψυχολογικές δοκιμασίες	

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ</u>	ΣΕΛ.
3.1 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	36-37
3.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	37-38
3.3 ΟΙ ΚΥΡΙΟΙ ΛΟΓΟΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ	38-39
3.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	39
3.5 ΤΑ ΕΞΙ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΩΝ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	40
3.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	41-45
3.6.1 Εσωτερικοί παράγοντες άγχους στην εργασία	
3.6.2 Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη άγχους την εργασία	
3.7 ΕΥΘΥΝΕΣ ΕΡΓΟΔΟΤΩΝ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΩΝ	45-46

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: αγχώδη επαγγέλματα

3.8 ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ	46-51
3.8.1 Το μοντέλο των εργασιακών απαιτήσεων/ ελέγχου/ κοινωνικής στήριξης	
3.8.2 Το μοντέλο των βιταμινών	
3.8.3 Το μοντέλο της ισορροπίας μεταξύ προσπάθειας/ ανταπόδοσης	
3.8.4 Το μοντέλο της εναρμόνισης ατόμου- περιβάλλοντος	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΓΧΟΥΣ

4.1 ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ STRESS	53
4.2 ΕΜΜΕΣΗ ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ- ΛΥΣΕΙΣ	53-56
4.2.1 Ύπνος	
4.2.2 Κάπνισμα	
4.2.3 Αλκοόλ	
4.3 «Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ»	56

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: σωματικά νοσήματα που σχετίζονται με την εκδήλωση άγχους

4.4 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	57-61
4.4.1 Επιδημιολογικά δεδομένα	
4.4.2 Κλινικές εκφάνσεις της συννοσηρότητας	
4.4.3 Παράγοντες κινδύνου για συννοσηρότητα	
4.4.4 Επιπτώσεις της συννοσηρότητας	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>: ΛΥΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ

5.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΓΧΟΥΣ	63
5.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ SPIELBERGER	63-67
5.2.1 Αντιδράσεις απέναντι στην απειλή	
5.2.2 Συστηματική απευαισθητοποίηση	

5.2.3	Ανεκτιμώντας την απειλή	
5.3	ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ	ΣΕΛ. 68-69
5.3.1	Κυριότεροι μηχανισμοί άμυνας	
5.4	ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	70-74
5.4.1	Ατομική ψυχοθεραπεία	
5.4.2	Ομαδική ψυχοθεραπεία	
5.4.3	Θεραπεία της συμπεριφοράς	
5.4.4	Περιβάλλον και ψυχοθεραπεία	
5.4.5	Αναψυχή- ψυχόδραμα	
5.4.6	Σωματική άσκηση	
5.4.7	Εργοθεραπεία ή απασχολησιοθεραπεία	
5.5	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΗΣ	74-75
5.6	ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ	75-76
5.7	ΒΙΟΑΝΑΔΡΑΣΗ	76-77
5.8	ΨΥΧΟΝΕΥΡΟΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ	77-78
5.9	ΠΡΟΛΗΨΗ, ΕΞΑΛΕΙΨΗ Ή ΜΕΙΩΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	78-79
5.9.1	Εφαρμογή και παρακολούθηση	

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

6.1	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ- ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	81-82
6.2	Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	82
6.3	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΓΧΩΔΟΥΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	83
6.4	ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ	83-84

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ- ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΕΙΚΟΝΑ

7.1	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑ	86
7.2	Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	86-87
7.3	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΦΕΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ	87-88
7.4	ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	88-90
7.5	ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	90-92

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: οι μεταβολές του εργατικού δυναμικού στις περιφέρειες της χώρας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

8.1	ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	95
8.2	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	95
8.3	ΠΕΔΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	95
8.4	ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ	95-96

8.5 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ - ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	96
8.6 ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	96-97
8.7 ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	97-98
8.8 ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	98-100
8.9 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	100
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</u>	102-110
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup>: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ</u>	
10.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΝΟΨΗ	112-114
10.2 ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΜΕΛΕΤΕΣ	114- 119
10.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	119
<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1</u>	
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	121-125
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	127-132

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



# ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

## ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Η ποιότητα ζωής έχει απασχολήσει από αρχαιοτάτους χρόνους τους Έλληνες φιλοσόφους. Ο Αριστοτέλης, ο μεγαλύτερος στοχαστής της αρχαιότητας, φιλόσοφος, θεμελιωτής πολλών επιστημών και δημιουργός της λογικής, με τη λέξη «ευδαιμονία», όπως την ανέλυε στις φιλοσοφικές του μελέτες, απέδιδε προφανώς ό, τι και ο όρος «ποιότητα ζωής». Στο σύγγραμμα του «Ηθικά Νικομάχεια» αναπτύσσεται από τον Αριστοτέλη η φιλοσοφική ανάλυση της λέξης ευδαιμονία και ορίζεται ως «ένα είδος (λογικής) ψυχικής ενέργειας στα μέτρα της τέλει αρετής». Η ποιότητα ζωής έχει ερμηνευτεί από ορισμένους συγγραφείς ως η δυνατότητα διάθεσης πόρων προς κάλυψη των κοινωνικών αναγκών και ύπαρξη των παραμέτρων εκείνων που σχετίζονται με την κοινωνία και το περιβάλλον. Σε αυτή την κατηγορία των συγγραφέων ανήκει ο McCall (1975), που υποστηρίζει ότι «η ποιότητα ζωής συνίσταται στην ύπαρξη και στη δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μια δεδομένη κοινωνία ή περιοχή». Στην Ιατρική, ο όρος «ποιότητα ζωής» απευθύνεται σε όλες εκείνες τις ανθρώπινες ανάγκες που συχνά έχουν παραμεληθεί από το σύστημα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας.

Πολλοί έχουν προσπαθήσει να μορφώσουν διαφορετικούς ορισμούς τόσο για την έννοια της «ποιότητα ζωής», όσο για την έννοια της «υγείας» και για τον συγκερασμό τους, έχοντας ως επίκεντρο παραμέτρου όπως η ευτυχία και η ικανοποίηση από τη ζωή (health-related quality of life, HRQL).

Η έννοια της υγείας είναι γνωστή στον καθένα μας όμως τι ακριβώς είναι δύσκολο να καθοριστεί. Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «Υγεία είναι η πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου και όχι απλά η έλλειψη κάποιας νόσου ή αναπηρίας». Επομένως το άτομο πρέπει να μελετάται από βιο-ψυχο-κοινωνικής σκοπιάς δεδομένου ότι οι εκδηλώσεις του είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης αυτών των παραμέτρων μεταξύ τους και με το περιβάλλον (Σαββοπούλου, 2004) Σύμφωνα με τα παραπάνω λοιπόν θα μπορούσε κανείς εύκολα να αντιληφθεί πως το εργασιακό περιβάλλον και το άγχος που προκαλείται από αυτό είναι μεταβλητές για να καθοριστεί αν κάποιος εργαζόμενος είναι υγιής ή όχι.

Εργασιακό άγχος σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. ορίζεται ως:

*« η βλαβερή σωματική και συναισθηματική αντίδραση, που παρατηρείται όταν οι εργασιακές απαιτήσεις δεν ταιριάζουν με τις ικανότητες, τους πόρους ή τις ανάγκες του εργαζομένου».* (WHO, 2004, p.4)

Το εργασιακό άγχος μπορεί να οδηγήσει σε ασθένειες ή ακόμα και τραυματισμούς. Είναι μια αρνητική και δυσάρεστη κατάσταση, η οποία παρατηρείται όταν ένα άτομο αντιληφθεί ότι δεν μπορεί να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις ή τις πιέσεις που του έχουν επιβληθεί. Μη αποδεκτά επίπεδα άγχους μπορεί να συνδέονται με μια σειρά αρνητικών συνεπειών σωματικών και ψυχολογικών.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

### 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Στην αρχαιότητα κυριαρχούσε η πεποιθήση ότι ζωοποιά πνεύματα προκαλούσαν όλα όσα συνέβαιναν στον κόσμο. Αυτή η δοξασία, η οποία καλείται ανιμισμός αντικαταστάθηκε σταδιακά από τους νόμους της φυσικής που ισχύουν για τα άψυχα αντικείμενα, αλλά διατηρήθηκε η ιδέα ότι οι άνθρωποι και τα ζώα έχουν ή «ψυχή». Εφόσον έλλειπαν καλύτερες ερμηνείες, η ασθένεια και η νόσος αποδίδονται σε κακά πνεύματα ή σε δαίμονες. Οι αρχαίοι Έλληνες ήταν ανάμεσα στους πρώτους που αναφέρουν μια πιο βιολογική ερμηνεία της ασθένειας.

Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα η αρρώστια συχνά θεωρούνταν τιμωρία από το Θεό για κάποια κακή σκέψη ή πράξη και πολλές φορές βασανίζονταν σε μία προσπάθεια μεταμέλειας και εξιλέωσης των κακών πνευμάτων ή εκδίωξης των δαιμόνων που είχαν καταλάβει το σώμα τους. (Robin DiMatteo, 2006)

Στα 1600, ο Rene Descartes (Καρτέσιος) ο μεγάλος φιλόσοφος και μαθηματικός, υποστήριξε ότι η ψυχή και το σώμα είναι διαχωρισμένες οντότητες, δηλαδή ότι το σώμα ήταν υλικό και ότι το «πνεύμα» ή «ψυχή» ήταν ανεξάρτητη από αυτό. Πρόκειται για μια προσέγγιση που ονομάστηκε δυϊσμός (dualism). Ωστόσο, ο Καρτέσιος πίστευε ότι η ψυχή μπορούσε να αλληλεπιδράσει με το φυσικό σώμα. Έτσι, διαμόρφωσε ένα μοντέλο βάσει του οποίου θα μπορούσαν να ελεγχθούν με φυσιολογικές διεργασίες του σώματος από τον ψυχισμό- δηλαδή έναν τρόπο με τον οποίο θα μπορούσαν να αλληλεπιδρούν αυτές οι δύο ξεχωριστές οντότητες.

Στις μέρες μας, οι ψυχολόγοι της υγείας ασπάζονται μία άποψη που είναι περισσότερο μονιστική παρά δυϊστική. Θεωρούν ότι ο ψυχισμός και το σώμα δεν μπορούν να διαχωριστούν και η συνείδηση και η σκέψη αποτελούν μέρη των σωματικών διεργασιών. Παρά τις σύγχρονες φιλοσοφικές τάσεις, η ψυχολόγοι της υγείας δεν πιστεύουν ότι η ψυχή και το σώμα είναι το ίδιο πράγμα, αλλά μάλλον ότι αλληλεπιδρούν με πολύ σημαντικούς και περίπλοκους τρόπους. Ο νους και το σώμα είναι αλληλένδετα. Γι' αυτό το λόγο, η κατανόηση του νου απαιτεί ακριβή και λεπτομερή γνώση της δομής και της φυσιολογίας του σώματος. Αντίστροφα, η πληρέστερη κατανόηση του νου θα μας επιτρέψει να αντιληφθούμε καλύτερα τις ιδιότητες και τις δυνατότητες του φυσικού εγκεφάλου και της λειτουργίας του σώματος. (Robin DiMatteo, 2006)

Ο Καρτέσιος διατύπωσε την ιδέα του σώματος ως μια μηχανής και πολλοί άλλοι συνεισέφεραν επίσης στην εδραίωση της επιστημονικής προσέγγισης, όπως οι Vesalius και Morgani στην ανατομία, ο Leeuwenhoek στη μικροσκοπία και ο Huygens στη θερμομετρία.

Σημαντικό ήταν το έργο του Sigmund Freud για την υστερική διαταραχή μετατροπής (ψυχικά προβλήματα που με «μετατρέπονται» σε σωματικές δυσλειτουργίες). Ο Freud πίστευε ότι ασυνείδητες ψυχολογικές συγκρούσεις μπορούσαν να προκαλέσουν σωματικά συμπτώματα τα οποία συμβόλιζαν την υποβόσκουσα ψυχολογία

Η ιδέα ότι η ασθένεια και οι ψυχικές συγκρούσεις σχετίζονται μεταξύ τους διατηρήθηκε επίσης από των Dunbar και Alexander οι οποίοι συνέδεσαν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας με συγκεκριμένες ασθένειες. Το έργο τους έθεσε τα θεμέλια του πεδίου της ψυχοσωματικής ιατρικής (Alexander,1950-Dunbar,1943). Οι Dunbar και Alexander διαφοροποιήθηκαν σημαντικά από την διατύπωση την άποψη ότι οι ασυνείδητες συγκρούσεις προκαλούσαν αντιδράσεις σε επίπεδα φυσιολογίας στο αυτόνομο νευρικό σύστημα, οι οποίες οδηγούσαν τελικά σε σωματικές βλάβες.

Μία μετά- ανάλυση της ψυχοσωματικής μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1980 (Friedman και Boothman- Kewliu, 1987) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι φαίνεται να υπάρχει μία «προσωπικότητα» επιρρεπής στις ασθένειες, η οποία χαρακτηρίζεται από αρνητικά συναισθήματα, όπως η κατάθλιψη, η εχθρικότητα και το άγχος. Αυτά τα αρνητικά συναισθήματα συνδέθηκαν με την εκδήλωση αρκετών νοσημάτων, όπως για παράδειγμα, άσθμα, αρθρίτιδα, νόσος της στεφανιαίας αρτηρίας, κεφαλαλγίες και άγχος. Σήμερα, πλέον, δίνεται μικρότερη έμφαση στη σύνδεση ενός συγκεκριμένου και σταθερού χαρακτηριστικού προσωπικότητας με μία συγκεκριμένη νόσο απ' ο, τι στο παρελθόν. Αντί' αυτού, οι ερευνητές αναζητούν πρότυπα σχέσεων μεταξύ των χαρακτηριστικών προσωπικότητας, του τρόπου ζωής και των ποικίλων καταστάσεων υγείας και ασθένειας.

Η συμπεριφορική ιατρική διαφέρει από την ψυχοσωματική ιατρική στο ότι περιλαμβάνει την εφαρμογή των γνώσεων και των τεχνικών της συμπεριφοριστικής επιστήμης στην ιατρική φροντίδα με στόχο τη βελτίωση της σωματικής υγείας. Η έννοια της συμπεριφορικής ιατρικής αναδύθηκε τη δεκαετία του 1970 και επισημοποιήθηκε το 1977 και κατά τη διάρκεια ενός συνεδρίου το οποίο επιχορηγήθηκε από το πανεπιστήμιο του Γέιλ και τα Εθνικά Ινστιτούτα για τη Μελέτη της καρδιάς, των πνευμόνων και του αίματος (Robin DiMatteo, 2006).

## 1.2 ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, που παρουσιάστηκε για πρώτη φορά από τον ψυχίατρο George Engel (1977,1980), οι βιοϊατρικοί παράγοντες είναι αναγκαίοι και σημαντικοί, αλλά όχι επαρκείς, για τη κατανόηση της υγείας και της ασθένειας. Προφανώς, κάποιοι μικροοργανισμοί είναι δυνατό να προκαλέσουν ασθένειες, όπως επίσης οι διατροφικές ελλείψεις και οι διάφορες δυσλειτουργίες σε κρίσιμα σωματικά συστήματα. Εντούτοις, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αναγνωρίζει ότι οι ψυχολογικοί και οι κοινωνικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη νόσο, στην ασθένεια και στην υγεία. Το ίδιο το όνομά του «βιοψυχοκοινωνικό», τονίζει το γεγονός ότι τόσο οι βιολογικοί όσο και οι ψυχολογικοί και οι κοινωνικοί παράγοντες είναι όλο ουσιαστικοί συντελεστές της υγείας. Το μοντέλο αυτό απαιτεί από τους ερευνητές και τους κλινικούς να εξετάζουν προσεκτικά την αλληλεπίδραση μεταξύ ψυχισμού και σώματος έτσι ώστε να επιτύχουν την πλήρη κατανόηση του ατόμου, καθώς και της ψυχικής κατάστασης της υγείας και της ευεξίας του.

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι με τους οποίους συνδέονται οι ψυχολογικοί παράγοντες και η σωματική υγεία. Πρώτον, η κατάσταση της σωματικής υγείας είναι πιθανό να επηρεάσει έναν άνθρωπο σε ψυχολογικό επίπεδο. Δεύτερον, οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη σωματική υγεία μέσω της συμπεριφοράς. Τρίτον οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι δυνατόν να επηρεάσουν διάφορες διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα σε επίπεδο φυσιολογίας. Και τέταρτον, η σωματική υγεία και οι ψυχολογικοί παράγοντες ενδέχεται να συνδέονται μέσω μιας τρίτης μεταβλητής. Αυτό σημαίνει ότι η σωματική υγεία και οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να μη συνδέονται αιτιωδώς μεταξύ τους αλλά να συσχετίζονται επειδή ο καθένας ξεχωριστά επηρεάζεται από κάποιον άλλο παράγοντα (DiMatteo, 2006).

### 1.3 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η ψυχική υγεία μπορεί να ορισθεί ως η ανάπτυξη της υγιούς άποψης του ατόμου για τον εαυτό του και το περιβάλλον στο οποίο ζει, έτσι ώστε να μπορεί να επιτύχει το μεγαλύτερο βαθμό της αυτοπλήρωσης του. Η ψυχική υγεία είναι ένα φαινόμενο δυναμικό και όχι στατικό. Κανένας ορισμός δεν μπορεί να αποδώσει το νόημά της, γιατί κάθε ορισμός, αυτόματα την περιορίζει.

Στο χώρο της υγείας ο ευρύτερος δεδομένος ορισμός του φαινομένου ψυχικής υγείας είναι εκείνος της ΠΟΥ: Ψυχική υγεία είναι η ολοκληρωτική και αρμονική λειτουργία της όλης προσωπικότητας.

Η Rogers ορίζει τον άνθρωπο ως «ένα μοναδικό σύνολο με τα δικά του ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, το οποίο σύνολο τα υπερβαίνει και διαφέρει από το άθροισμα των μερών του». Σε μία τέτοια ολιστική θεώρηση του όλου ανθρώπου, η ψυχική υγεία αντιμετωπίζεται ως υπόθεση του όλου ανθρώπου ως ψυχοσωματικού συνόλου και όχι μονάχα του μέρους που ορίζεται ως ψυχή.

Η Dr. M. Jahoda υποστηρίζει ότι δεν είναι αρκετό να πούμε ότι ψυχική υγεία είναι απουσία ψυχικής ασθένειας. Ούτε μας βοηθάει το να ισοβαθμήσουμε την ψυχική υγεία με τον όρο «φυσιολογικός» είναι το ίδιο απροσδιόριστος. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία από τον ένα πολιτισμό στον άλλο ως προς τα οποία είδη παρεκκλίσεων από την φυσιολογική συμπεριφορά μπορούν να θεωρηθούν όχι φυσιολογικά. Ούτε πάλι το να πούμε ότι ψυχική υγεία είναι κατάσταση ευεξίας είναι ικανοποιητικό (Γιαννοπούλου, 2007).

Σύμφωνα με την Dr. M. Jahoda έξι έννοιες είναι στενά συνδεδεμένες με την ψυχική υγεία του ατόμου:

1. Οι απόψεις του ατόμου για τον ίδιο τον εαυτό του.
2. Ο τρόπος και ο βαθμός της ανάπτυξης του ατόμου.
3. Η προσωπικότητα του ατόμου.
4. Ο βαθμός της ανεξαρτητοποίησης του ατόμου από κοινωνικές επιδράσεις.
5. Η επάρκεια με την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα.
6. Η κυριαρχία του ατόμου στο περιβάλλον του (το εξουσιάζει ή εξουσιάζεται απ' αυτό).

Χρησιμοποιώντας το πλαίσιο αυτό για τις έννοιες που συνιστούν την ψυχική υγεία, μπορούμε να πούμε ότι το ψυχικά υγιές άτομο έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και μια ρεαλιστική άποψη για τις ικανότητές του, έχει περάσει τα διάφορα στάδια της ανάπτυξης του αποβάλλοντας τις απόψεις, τους τύπους της συμπεριφοράς του, που του φαίνονται ανάρμοστοι καθώς μεγαλώνει, έχει κάποιο σκοπό σταθμίζοντας τις δικές του ανάγκες και σκεπτόμενο τους άλλους. Η προσωπικότητα του είναι ολοκληρωμένη έχει κατορθώσει μια ικανοποιητική ισορροπία μεταξύ των συνειδητών δυνάμεων που το παρακινούν να κάνει κάτι. Είναι σε θέση να απολαύσει προσωρινές χαρές και απολαύσεις για κάποιο ανώτερο μελλοντικό καλό.

Έχει επιτύχει ένα βαθμό ανεξαρτητοποίησης, που σημαίνει ότι η συμπεριφορά του δεν προσδιορίζεται τόσο από εξωτερικά γεγονότα, όσο από εσωτερική διεύθυνση των αξιών, αναγκών, αντιλήψεων και επιθυμητών (Γιαννοπούλου, 2007).

Το ψυχικά υγιές άτομο είναι ικανό να δει τα γεγονότα γύρω του όπως πράγματι είναι και όχι όπως θα τα ήθελε να είναι. Είναι σε θέση να βάλει τον εαυτό του στη θέση του άλλου και έτσι να συμμετέχει στο τι οι άλλοι σκέφτονται και αισθάνονται.

Τέλος, η επικράτηση στο περιβάλλον σημαίνει ότι το ψυχικά υγιές άτομο έχει την ικανότητα να αγαπάει, είναι επαρκές στις σχέσεις του με τους άλλους, -όπως στην εργασία, στο παιχνίδι κ.α. -είναι σε θέση να εξασφαλίσει τα απαραίτητα για τη ζωή του στην κοινότητα, να προσαρμόζεται στις αλλαγές και να αντιμετωπίζει τα προβλήματα της καθημερινής ζωής.

Όσο αφορά στην υπεροχή του ατόμου στο περιβάλλον του, το άτομο με ικανοποιητική ψυχική υγεία μπορεί να αντέξει σε ένα βαθμό σύγκρουσης – εσωτερικής και εξωτερικής- και να αποκτήσει δύναμη στην υπερνίκηση των εμποδίων όπως αυτά συμβαίνουν σκοπών (Γιαννοπούλου, 2007).

## 1.4 ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Ψυχική ασθένεια θεωρείται εξαρχής μία λειτουργική ατέλεια, η οποία αντανακλάται κυρίως στους ψυχικούς μηχανισμούς και αποκλίνει σαφώς από τις απαιτήσεις και αντιλήψεις της ευρύτερης κοινωνικής πολιτιστικής ομάδας. Απλά ψυχική ασθένεια είναι η αποτυχία του ανθρώπου να προσαρμοσθεί ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της κοινωνίας που ζει. Ως γνωστό η κοινωνική προσαρμογή ενός ψυχικά υγιούς ανθρώπου περιλαμβάνει:

1. Τη φροντίδα του σώματος του.
2. Την προσαρμογή στην εργασία.
3. Τη χρησιμοποίηση του ελεύθερου χρόνου.
4. Την καλή προσαρμογή στις κοινωνικές επαφές.
5. Την προσαρμογή το στο άλλο φύλο.

Το άτομο που δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις αυτές, θεωρείται ψυχικά ασθενής και αποτελεί αντικείμενο μελέτης της ψυχιατρικής (Γιαννοπούλου, 2007).

### 1.4.1 Παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία ψυχικής ασθένειας.

1. Κληρονομικοί
2. Οργανικοί
3. Ενδοπροσωπικοί
4. Διαπροσωπικοί – Οικογενειακοί
5. Κοινωνικοί

## 6. Πολιτιστικοί

Όταν η ισορροπία αυτών των παραγόντων διαταραχθεί, έχουμε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση:

A. Stress στο άτομο, που προκαλεί «νευρικές» αντιδράσεις, όπως άγχος ή κατάθλιψη, που συνοδεύονται συχνά από διαταραχή των βιολογικών λειτουργιών, όπως του ύπνου και της όρεξης.

B. Stress στους γύρω από το άτομο, που προκαλείται από περίεργη συμπεριφορά – γνωστή συχνά ως «συναισθηματική εκφόρτωση» ή «αντικοινωνική συμπεριφορά» - και προκαλεί διάγνωση «διαταραχή προσωπικότητας», με την έννοια ότι το άτομο εμφανίζει ελάχιστα ή καθόλου άγχος, αν και ο τρόπος της ζωής του είναι άκαμπτος και απροσάρμοστος (Γιαννοπούλου, 2007).

### 1.5 ΤΥΠΟΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Ο Αριστοτέλης πίστευε ότι η καρδιά αποτελεί το κέντρο της νόησης και « των συναισθημάτων και υπήρξε ο κύριος εμπνευστής της καρδιοκεντρικής θεωρίας, ο η οποία επιβιώνει μέχρι και σήμερα στις συνειδήσεις των απλών ανθρώπων. Βεβαία, ενώ στη συνέχεια η επιστημονική έρευνα απέδειξε πως το κέντρο της νόησης και των συναισθημάτων είναι ο ανθρώπινος εγκέφαλος, η καρδιά και το κυκλοφορικό σύστημα εξακολουθούν να αποτελούν τον βασικό καθρέφτη των ψυχοσυναισθηματικών διεργασιών.

Τη δεκαετία του '50, οι καρδιολόγοι Meyer Friedman και Ray Rosenman περιέγραψαν ένα τύπο προσωπικότητας που, με βάση τις κλινικές παρατηρήσεις τους, θεώρησαν ότι συνδέεται συχνά με την εμφάνιση καρδιαγγειακών επεισοδίων. Αυτός ο τύπος ονομάστηκε προσωπικότητα τύπου A (TABP- type A behavioral pattern). Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας αυτής είναι α) η μεγάλη ανταγωνιστικότητα, β) η φιλοδοξία και η επιθυμία για γρήγορη κοινωνική άνοδο και γ) επαγγελματική επιτυχία με συνεχή αίσθηση έλλειψης χρόνου (Freidman, 1959). Το αντίθετο της προσωπικότητας τύπου A είναι η χαλαρή προσωπικότητα τύπου B (TBBP), που χαρακτηρίζεται από έλλειψη ανταγωνιστικότητας και φιλοδοξίας για ταχεία άνοδο, με κυρίαρχο το αίσθημα ήπιας προσπάθειας χωρίς πίεση. Μια πιο πρόσφατη θεώρηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας τύπου A έδειξε ότι όχι το σύνολο αλλά επιμέρους χαρακτηριστικά -όπως η επιθετική-εχθρική συμπεριφορά (hostility), τα οργίλα και θυμώδη αισθήματα (anger) και η κυνική συμπεριφορά (cynicism)- αποτελούν ισχυρούς ανεξάρτητους παράγοντες για την εκδήλωση στεφανιαίας νόσου. Κλινικές παρατηρήσεις (Williams, 1987) έχουν δείξει ότι η εχθρική συμπεριφορά συνδέεται με μεγαλύτερη αύξηση της αρτηριακής πίεσης, της καρδιακής συχνότητας και του επιπέδου ορμονών του στρες στο αίμα συγκριτικά με άτομα χαμηλής επιθετικότητας. Επίσης, οι Suarez και Richards και οι συνεργάτες τους (Suarez, 1998-Richards, 2000) έδειξαν ότι σε άτομα με επιθετική και ανταγωνιστική συμπεριφορά με αισθήματα θυμού η ολική χοληστερόλη και η LDL-χοληστερόλη αυξάνονται σημαντικά, όπως επίσης και η ομοκυστεΐνη του πλάσματος. Ακόμη, το χρόνιο στρες που βιώνουν αυτά τα άτομα μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια αιμοσυμπύκνωση και αυξημένη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων, παράγοντες που προδιαθέτουν ισχυρά τον σχηματισμό θρόμβων στο αίμα και επακόλουθα καρδιαγγειακά επεισόδια (Muldoon, 1995). Βέβαια, η επιθετική και κυνική συμπεριφορά δεν εξαρτάται μόνο



από την προσωπικότητα, την επαυξάνει όμως η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και παρατηρείται ιδιαίτερα σε περιθωριοποιημένα άτομα.

Σημαντικό είναι ότι το χρόνιο στρες, ιδιαίτερα όταν σχετίζεται με εχθρική συμπεριφορά, μπορεί να αλλάζει αρνητικά τις διατροφικές συνήθειες και να αυξάνει την κατανάλωση αλκοόλ, λιπαρών τροφών αλλά και γενικότερα την κατανάλωση γευμάτων πλουσίων σε θερμίδες (junk food & energy dense food).

Πιο πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι επιπρόσθετοι παράγοντες όπως το άγχος (anxiety) και η κατάθλιψη (depression) παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο στη στεφανιαία νόσο. Η παρουσία έντονης αγχωτικής συνδρομής μετά από οξύ έμφραγμα αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης νέων στηθαγγικών επεισοδίων σε βάση νέων οξέων στεφανιαίων συνδρόμων (Frasure - Smith, 1995). Αρχικά θεωρήθηκε ότι ο τύπος αυτός είναι ο ανυπόμονος και ανταγωνιστικός, με συνεχή αίσθηση πίεσης χρόνου και φιλοδοξίες που απαιτούν γρήγορη εκπλήρωση. Σήμερα θεωρείται ότι μεγαλύτερη προδιάθεση για την εκδήλωση αθηρωματικής νόσου έχει το άτομο με συνεχή αρνητισμό που εκδηλώνεται μέσα από εχθρικά αισθήματα, κυνισμό, θυμό και κατάθλιψη.

Ο μεγάλος καρδιολόγος Osler, στις αρχές του 20ού αιώνα, είχε διατυπώσει την άποψη ότι πιο συχνά προσβάλλονται από στεφανιαία νόσο άτομα των υψηλών κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων, όμως η άποψη αυτή ανατρέπεται στις μέρες μας. Το εργασιακό περιβάλλον και το προερχόμενο από την εργασία στρες έχει γίνει αντικείμενο πολλών μεγάλων κλινικών μελετών. Οι ερευνητές Johnson και Hall (Johnson, 1988) έδειξαν ότι μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου έχουν άτομα που εργάζονται σε επαγγέλματα όπου οι ίδιοι έχουν χαμηλό έλεγχο στο αποτέλεσμα της εργασίας τους (high demand-low decision control model). Γύρω από την ίδια βάση καταρτίστηκε το περίφημο μοντέλο Karasek,(1979), το οποίο συσχετίζει τα διάφορα επαγγέλματα με το εργασιακό στρες .

Οι πρόσφατες μεγάλες κλινικές μελέτες Whitehall II (συμμετοχή 10.000 ατόμων) και η σκανδιναβική μελέτη SHEEP (Stockholm Heart Epidemiology Program) έδειξαν ότι, ανεξάρτητα από τη συνύπαρξη των κλασικών παραγόντων κίνδυνου, η εργασία τύπου υψηλών απαιτήσεων-χαμηλού ελέγχου απόφασης (high demand-low decision control) όπως και η εργασία τύπου υψηλών απαιτήσεων-χαμηλής απολαβής (high demand-low reward) αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου (Hallqvist, 1998- Bosma, 1995). Η έννοια της εργασίας χαμηλής απολαβής (low reward) στις μελέτες αυτές δεν ορίζεται μόνο ως χαμηλή χρηματική αμοιβή αλλά επίσης και ως χαμηλή πιθανότητα προαγωγής και εξέλιξης. Τα ευρήματα των μελετών αυτών, που κατά περίεργο τρόπο δεν έχουν ευαισθητοποιήσει όσους ασχολούνται με τα καρδιαγγειακά νοσήματα, αντιστρέφουν πλήρως τα συμπεράσματα του Osler και δείχνουν ξεκάθαρα ότι τον μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης αθηρωματικής νόσου εμφανίζουν τα μεσαία και κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Ίσως ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας που προστίθεται σε αυτά τα κοινωνικά στρώματα είναι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η έλλειψη παιδείας που ελαχιστοποιεί τη δυνατότητα επαρκούς ενημέρωσης γύρω από τους παράγοντες κίνδυνου της στεφανιαίας νόσου. Επιπροσθέτως, είναι πιθανό ότι οι κορυφές της πυραμίδας, δηλαδή τα υψηλότερα οικονομικά στρώματα, μεταθέτουν το εργασιακό στρες προς τη βάση της πυραμίδας. Ιδιαίτερα στις μέρες μας, λόγω της ανταγωνιστικής αγοράς και της μεγάλης συχνότητας της ανεργίας μεταξύ των νέων (μεγάλη προσφορά-μικρή ζήτηση), αυξάνονται βαθμιαία οι εργασίες τύπου high demand-low reward και βάσει των πιθανοτήτων αναμένεται σημαντική αύξηση της επίπτωσης αθηρωματικής νόσου κατά τις επόμενες δεκαετίες.

Η συνεκτίμηση των ψυχοκοινωνικών και εργασιακών παραμέτρων αφήνει προς το παρόν αδιάφορη την πλειοψηφία των καρδιολόγων και των καρδιοχειρουργών που ασχολούνται στην πράξη με τον καρδιαγγειακό ασθενή. Αυτό βέβαια συμβαίνει επειδή το μέχρι σήμερα επικρατούν ιατρικό μοντέλο, βασισμένο στην καρτεσιανή λογική, δίνει έμφαση στη φαρμακευτική ή τη μηχανική παρέμβαση και θεραπεύει περισσότερο τη νόσο παρά τον ασθενή ως πρόσωπο συνολικά. Τα αποτελέσματα των μεγάλων κλινικών μελετών που προαναφέρθηκαν θα πρέπει να ευαισθητοποιήσουν τους γιατρούς που εμπλέκονται στην νοσηλεία και την παρακολούθηση του καρδιαγγειακού ασθενή, ώστε η ψυχο-κοινωνική εκτίμηση να αποτελέσει ουσιαστικό συστατικό της πρωτογενούς αλλά και της δευτερογενούς πρόληψης, που ουσιαστικά εκφράζει την καρδιακή αποκατάσταση.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ STRESS

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> : ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ STRESS

### 2.1 ΟΡΙΣΜΟΙ

#### 2.1.1 STRESS

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».

Έπειτα από την πρωτοποριακή εργασία του Selye η χρήση της λέξης stress έγινε ιδιαίτερα δημοφιλής. Δόθηκαν πολλές διαφορετικές έννοιες στον όρο stress, ώστε αυτός να συνδεθεί με αρνητικά γεγονότα και τις συνέπειες αυτών, δηλαδή να θεωρηθεί συνώνυμος με φυσικές και διανοητικές διαταραχές της υγείας. Δεν υπάρχει όμως κανένα στοιχείο που να δικαιολογεί αυτή την άποψη.

Ένας ορισμός του stress είναι και αυτός του Jones(1990) που ορίζει ως stress την κατάσταση στην οποία μια απαίτηση του περιβάλλοντος παρουσιάζεται στο άτομο, το οποίο πρέπει να αντιδράσει με ένα συγκεκριμένο τρόπο ώστε να ανταπεξέλθει στην συγκεκριμένη κατάσταση.

#### 2.1.2 ΑΓΧΟΣ

Το άγχος υπήρχε από την αρχή της εξέλιξης του είδους homo, όπως ήταν και ο καρκίνος. Το άγχος είχε θεωρηθεί απλώς σαν μια πλευρά του φόβου. Η ψυχολογία ήταν το «παιδί» δύο φαινομένων του 19<sup>ου</sup> αιώνα- το φαινόμενο ήταν η γοργή ανάπτυξη του πνεύματος της σκεπτικιστικής διανοητικής έρευνας και, οι κοινωνικές συνθήκες που ακολούθησαν τη βιομηχανοποίηση της δυτικής Ευρώπης. Όλα αυτά συνέβαλαν στο να αποσταθεροποιηθούν τις βάσεις, που πάνω τους είχε στηρίξει τον πνευματικό του προσανατολισμό ένας μεγάλος αγροτικός πληθυσμός κατά τους προηγούμενους αιώνες. Μια τέτοια «αλλοτρίωση» είναι ένα γόνιμο έδαφος για το άγχος, καθώς και για άλλες καταστάσεις, που σήμερα ονομάζουμε «ψυχολογικά προβλήματα» (Spielberger, 1980).

Το άγχος αποτελεί φυσιολογική εκδήλωση κάθε ζώντος οργανισμού, εφόσον συνδέεται άμεσα με την επιβίωση του. Ο άνθρωπος στις διάφορες στρεσογόνες καταστάσεις που βιώνει δεν μπορεί να προσφύγει στους φυσιολογικούς μηχανισμούς μείωσης του άγχους, με φυγή, επίθεση, ή με τον έλεγχο της αγχογόνου κατάστασης, - όπως αντιδρούν σε παρόμοιες καταστάσεις τα ζώα- εφόσον οι περισσότερες πηγές άγχους βρίσκονται έξω από τον έλεγχό μας ή η αντιμετώπιση τους συνεπάγεται τη δημιουργία νέων αγχογόνων καταστάσεων λόγω των κανόνων που ρυθμίζουν την κοινωνική μας ζωή. Το άγχος πηγάζει από την σχέση και από την αλληλεπίδραση του ανθρώπου με το περιβάλλον του. Μπορεί να οριστεί ως η πίεση που ασκεί το περιβάλλον στο άτομο. Ο βαθμός επίδρασης των συνθηκών αυτών που προκαλούν πηγές άγχους διαφοροποιείται από άτομο σε άτομο. Ο βαθμός αυτός επίδρασης τους καθορίζεται από τις υποκειμενικές αντιλήψεις του ατόμου τόσο ως προς την σοβαρότητα της κατάστασης, όσο και ως προς τις δυνατότητες που έχει για την αντιμετώπιση της (Κάντας Α. 1995).

Η λέξη άγχος χρησιμοποιείται για να δηλώσει μια σειρά από πολύπλοκες συναισθηματικές καταστάσεις που προκαλούνται από πραγματικές ή υποθετικές απειλές εξωτερικής ή εσωτερικής προέλευσης ( Beyer, 1987 ).

Σύμφωνα με τον Μάνο Ν. στο βιβλίο του Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής(1997), το άγχος αναφέρεται σε δυσάρεστες συναισθηματικές καταστάσεις που περιλαμβάνουν αισθήματα ανησυχίας-αναστάτωσης, φόβου, ή ακόμα και τρόμου ως αντίδραση σε ακαθόριστες μη αναγνωρίσιμες κατά το πλείστον απειλές.

Σύμφωνα με τον καθηγητή Γ. Μπαμπινιώτη στο έγκριτο Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας (1998), Άγχος σημαίνει: συγκινησιακή κατάσταση (φόβου , αγωνίας, ανασφάλειας κ.τ.λ.) είτε παροδική και χαμηλής έντασης (οπότε θεωρείται φυσιολογική), είτε επίμονη και μεγάλης έντασης (οπότε θεωρείται παθολογική, λ.χ. ως σύμπτωμα αγχώδους νευρώσεως), η οποία προκύπτει ως εναγώνια αναμονή επικείμενου κακού ή κινδύνου ή δυσάρεστης γενικά κατάστασης και έχει ιδιαίτερα σωματικά και συμπεριφερολογικά γνωρίσματα (λ.χ. οι μεταβολές στο αυτόνομο νευρικό σύστημα ή η μεγάλη νευρικότητα).

## 2.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Τρεις είναι οι κύριες θεωρητικές σχολές που έχουν συμβάλει στην κατανόηση των αιτιών του άγχους. Η ψυχαναλυτική, η συμπεριφερολογική και η υπαρξιακή. Κάθε μια από αυτές έχει τόσο θεωρητική, όσο και πρακτική χρησιμότητα στη θεραπεία ασθενών με διαταραχές του άγχους.

### 2.2.1 ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Κατά την ψυχαναλυτική θεωρία, υπάρχουν τέσσερις κατηγορίες άγχους, ανάλογα με τη φύση των φοβικών αποτελεσμάτων= id ή άγχος ενορμησιακό, άγχος αποχωρισμού, άγχος ευνουχισμού και υπερεγωγικό άγχος. Αυτές οι κατηγορίες άγχους υποτίθεται ότι εμφανίζονται στα διάφορα στάδια της ανάπτυξης. Το id ή ενορμησιακό άγχος σχετίζεται με την πρωτόγονη και διάχυτη δυσφορία του βρέφους, όταν νιώθει να κατακλύζεται από ανάγκες και ερεθίσματα τα οποία είναι ανήμπορο να ελέγξει. Τα άγχος αποχωρισμού συμβαίνει σε μεγαλύτερα, αλλά ακόμα στην προ-οιδιπόδεια φάση παιδιά, τα οποία φοβούνται ότι θα χάσουν την αγάπη ή ακόμα και θα εγκαταλειφθούν απ' τους γονείς τους εάν δεν κατορθώσουν να ελέγξουν και να κατευθύνουν τις ενορμήσεις τους, σύμφωνα με τα δεδομένα και τις απαιτήσεις των τελευταίων. Οι φαντασιώσεις ευνουχισμού που χαρακτηρίζουν το παιδί στην οιδιπόδεια φάση, ιδιαίτερα σε σχέση με τις αναπτυσσόμενες σεξουαλικές ενορμήσεις του, αντανακλώνονται στο άγχος ευνουχισμού του ενήλικος. Το υπερεγωγικό άγχος είναι το άμεσο αποτέλεσμα της τελικής ανάπτυξης του Υπερεγώ που συνοδεύει το

πέρας της οιδιπόδειας φάσης και την απαρχή της προεφηβικής περιόδου της λανθάνουσας κατάστασης. (Kaplan, 2000).

### 2.2.2 ΣΥΜΠΕΡΙΦΕΡΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Οι συμπεριφεριολογικές θεωρίες ή θεωρίες της μάθησης για το άγχος έχουν δώσει μερικές απ' τις πιο αποτελεσματικές θεραπείες των διαταραχών του άγχους. Οι θεωρίες της συμπεριφοράς υποστηρίζουν ότι το άγχος είναι μια εξαρτημένη απάντηση σε ειδικά περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Σύμφωνα με το μοντέλο της κλασικής εξάρτησης, ένα άτομο χωρίς τροφικές αλλεργίες, μπορεί να νιώσει αδιαθεσία όταν φάει δηλητηριασμένα θαλασσινά σε ένα εστιατόριο. Νέες εκθέσεις σε θαλασσινά μπορεί να το καταστήσουν άρρωστο. Με τη γενίκευση, το άτομο αυτό μπορεί να αρχίσει να μην εμπιστεύεται οποιαδήποτε τροφή προετοιμάζεται από άλλους. Σύμφωνα, τέλος, με μια άλλη εναλλακτική αιτιολογική δυνατότητα, κάποια άτομα μπορεί να μάθουν να έχουν μια εσωτερική αντίδραση άγχους, μιμούμενα τις αγχώδεις αντιδράσεις των γονέων τους (θεωρία της κοινωνικής μάθησης). Και στις δύο περιπτώσεις, κατά τη θεραπεία χρησιμοποιείται κάποια μορφή απευαισθητοποίησης με επαναλαμβανόμενη έκθεση στα αγχογόνα ερεθίσματα σε συνδυασμό με γνωσιακού τύπου ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις.

Τα τελευταία χρόνια, οι υποστηρικτές των θεωριών μάθησης έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους σε γνωσιακές προσεγγίσεις για την κατανόηση και θεραπεία των διαταραχών του άγχους, ενώ γνωσιακοί θεωρητικοί έχουν προτείνει εναλλακτικά αιτιολογικά μοντέλα άγχους σε σχέση με τα παραδοσιακά μαθησιακά. Η γνωσιακή θεώρηση των μη φοβικών αγχωδών καταστάσεων λέει ότι, λανθασμένοι, παραμορφωμένοι ή αντιπαραγωγικοί τρόποι σκέψης συνοδεύουν ή προηγούνται των δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών και των συναισθηματικών διαταραχών. Σύμφωνα με ένα μοντέλο, οι ασθενείς που πάσχουν από διαταραχές του άγχους τείνουν να υπερεκτιμούν τον κίνδυνο και την πιθανότητα βλάβης σε μια δεδομένη κατάσταση και αντίθετα, να υποτιμούν την ικανότητά τους να τα βγάλουν πέρα μπροστά σε θεωρητικούς κινδύνους που απειλούν τη σωματική ή ψυχολογική τους ακεραιότητα. Αυτό το μοντέλο υποστηρίζει ότι ασθενείς με διαταραχή πανικού συχνά έχουν σκέψεις απώλειας του ελέγχου και φόβους θανάτου που ακολουθούν ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα (όπως αίσθημα προκάρδιων παλμών, ταχυκαρδία και καρηβαρία), που προηγούνται και στη συνέχεια συνοδεύουν τις κρίσεις πανικού (Kaplan, 2000).

### 2.2.3 ΥΠΑΡΞΙΑΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Οι υπαρξιακές θεωρίες του άγχους παρέχουν μοντέλα για τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, κατά την οποία μπορεί να βρεθεί ένα ειδικό ερέθισμα πίσω από το χρόνιο συναίσθημα του άγχους. Η κεντρική ιδέα της υπαρξιακής θεωρίας είναι ότι το άτομο

αποκτούν επίγνωση της ολοφάνερης μηδαμινότητας της ζωής τους, αισθήματα που μπορεί να είναι ακόμα πιο ενοχλητικά και απ' την αποδοχή του αναπόφευκτου θανάτου. Το άγχος αποτελεί την αντίδραση του ατόμου σ' αυτό το τεράστιο κενό ύπαρξης και νοήματος. Πιθανότατα οι υπαρξιακές ανησυχίες έχουν αυξηθεί απ' την εποχή ανάπτυξης των πυρηνικών όπλων (Kaplan, 2000).

### 2.3 ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΦΡΟΙΝΤ

Στις πρώτες θεωρητικές του διατυπώσεις ο Φρόιντ είχε τη γνώμη, ότι το άγχος προέκυπτε από την εκφόρτιση απωθημένης σεξουαλικής ενέργειας, που ο ίδιος ονόμασε λίμπιντο. Όταν η σεξουαλική ενέργεια προκαλούσε νοητικές εικόνες (λάγνες ιδέες), που φαίνονταν απειλητικές, οι ιδέες αυτές αποδιώχονταν από το νου ή απωθούνταν. Επειδή παρεμποδιζόταν να εκφραστεί φυσιολογικά η λιμπιντική ενέργεια συσσωρευόταν και μεταμορφωνόταν σε «διάχυτο» άγχος ή σε συμπτώματα (μερικές φορές σωματικά) που ήταν τα αντίστοιχα του άγχους. Στη συνέχεια, ο Φρόιντ τροποποίησε τις απόψεις του και τόνισε τον κρίσιμο ρόλο του άγχους σαν μια απόκριση στην παρουσία κινδύνου. Η αντιληπτή παρουσία κινδύνου –είτε από το εξωτερικό περιβάλλον, είτε από εσωτερικά αισθήματα ή σκέψεις –προκαλούσε μια αγχωτική κατάσταση κι αυτή η δυσάρεστη συγκινησιακή αντίδραση χρησίμευε, για να προειδοποιήσει το άτομο, ότι κάποιο είδος προσαρμογής ήταν απαραίτητο. Έτσι, όπως και ο Δαρβίνος, ο Φρόιντ τόνισε τη χρησιμότητα του φόβου και του άγχους σαν φαινόμενα, που βοηθούν ένα άτομο να προσαρμοστεί στον κίνδυνο.

Μετέπειτα, ο Φρόιντ ξεχώρισε δύο δυνητικές πηγές κινδύνου –τον εξωτερικό κόσμο και τις εσωτερικές παρορμήσεις ενός ατόμου. Αν η πηγή του κινδύνου βρισκόταν στον εξωτερικό κόσμο, προκαλούσε μια αντίδραση αντικειμενικού άγχους. Οι αντιδράσεις άγχους, που προκαλούνταν από απαγορευμένες ή απαράδεκτες εσωτερικές παρορμήσεις χαρακτηρίζονταν σαν νευρωτικό άγχος (Spielberger, 1980).

### 2.4 ΠΟΤΕ ΚΑΙ ΠΩΣ ΕΜΦΑΝΙΣΤΗΚΕ ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΜΕ ΤΗΝ «ΚΑΛΗ» ΚΑΙ «ΚΑΚΗ» ΤΟΥ «ΠΛΕΥΡΑ»

Το άγχος είναι κάτι που βιώνουν όλοι κάποιες στιγμές. Παρόλο που ακούγεται παράξενο, το άγχος μπορεί να είναι καλό. Χωρίς αυτό, δεν θα μπορούσαμε να αντιδράσουμε αποτελεσματικά απέναντι σε άγνωστες καταστάσεις. Αλλά πρώτα, ας δούμε από πού πηγάζει το άγχος;

Για να καταλάβουμε από πού πηγάζει το άγχος πρέπει να γυρίσουμε πίσω μερικές χιλιάδες χρόνια. Στην πραγματικότητα, πρέπει να γυρίσουμε στην εποχή που οι πρόγονοι μας ζούσαν στα δάση. Εξαιτίας των τότε συνθηκών, υπήρχε πάντα η απειλή να τους επιτεθούν ή να τους σκοτώσουν τα άγρια ζώα. Προφανώς, κάτω από τέτοιες συνθήκες, χρειάζονταν κάποιον τρόπο για να μπορούν να αντιδράσουν και να επιζήσουν. Έπρεπε να βρεθεί κάποιος τρόπος για να μπορούν να διαισθάνονται τον

κίνδυνο και να ενεργούν με τον καλύτερο τρόπο - είτε να σκοτώσουν το ζώο και να το χρησιμοποιήσουν για τροφή, είτε να τραπούν σε φυγή. Αυτό λοιπόν που χρειαζόνταν ήταν το άγχος(Καλπάκογλου, 1997).!

Το άγχος βοηθούσε τους προγόνους μας να αντιμετωπίζουν τους κινδύνους. Προετοίμαζε το σώμα τους. Χωρίς αυτό, ίσως και να μην είχαν επιζήσει. Ευτυχώς, οι κίνδυνοι που αντιμετωπίζουμε σήμερα δεν είναι ίδιοι. Υπάρχουν ελάχιστες πιθανότητες να βρεθούμε απέναντι σε άγρια ζώα στην καθημερινή μας ζωή. Παρόλο όμως που δεν έχουμε τα ίδια προβλήματα με τους προγόνους μας, το σώμα μας δεν έχει αλλάξει από τότε. Ακόμα έχουμε τα ίδια συναισθήματα και ακόμα βιώνουμε άγχος. Τα προβλήματα μας μπορεί να είναι διαφορετικά, αλλά ακόμα και σήμερα είναι καλό να βιώνουμε κάποιο άγχος, ιδιαίτερα σε καινούργιες καταστάσεις.

Το λίγο άγχος μπορεί να είναι χρήσιμο. Μπορεί να μας βοηθήσει να έχουμε την απαραίτητη διέγερση για να ενεργήσουμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Κάποιοι άνθρωποι έχουν άγχος σε καταστάσεις που δεν είναι απειλητικές ή άγνωστες. Άλλοι βιώνουν υπερβολικό άγχος και δεν μπορούν να δραστηριοποιηθούν κανονικά. Σ' αυτή την περίπτωση, το υπερβολικό άγχος εμποδίζει την καθημερινή ζωή. Αν ξαναγυρίσουμε για λίγο στους προγόνους μας, είδαμε ότι αυτοί είχαν να αντιμετωπίσουν διαφορετικές απειλές από τις δικές μας. Λόγω της φύσης εκείνων των απειλών, έπρεπε να βιώσουν μεγάλο άγχος. Το σώμα μας, που δεν διαφέρει από το δικό τους, μπορεί επίσης να βιώσει μεγάλο άγχος. Αλλά αυτό δεν είναι απαραίτητο στις συνθήκες που επικρατούν σήμερα. Μάλιστα, όταν αυτό συμβαίνει, δεν είναι καθόλου χρήσιμο. Εάν έχουμε πολύ άγχος σε καταστάσεις που δεν είναι απειλητικές ή σε κάποιες συγκεκριμένες καταστάσεις, τότε είναι πολύ πιθανό το άγχος να είναι ένα σοβαρό πρόβλημα (Καλπάκογλου, 1997).

## 2.5 ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Υπάρχουν πολλά σημάδια και συμπτώματα του άγχους που ποικίλλουν από άτοκο σε άτομο. Μερικά από αυτά είναι τα εξής:

- ▶ υποκείμενο αίσθημα έντασης και εκνευρισμού
- ▶ υπερβολική ανησυχία
- ▶ ευερεθιστικότητα
- ▶ νευρικότητα
- ▶ δυσκολία στη συγκέντρωση
- ▶ διαταραχές ύπνου
- ▶ αίσθημα πνιγμονής, δύσπνοιας, υπεραερισμός
- ▶ τρόμος, μυϊκές συσπάσεις, αίσθημα αστάθειας
- ▶ ζάλη
- ▶ κόπωση
- ▶ Πόνος στο στήθος



- ▶ υπερδραστηριότητα του αυτόνομου: εφίδρωση, εξάψεις- ωχρότητα, ταχυκαρδία, αίσθημα παλμών, ψυχρότητα άκρων χειρών, διάρροια, ξηροστομία, συχνοουρία.
- ▶ ραχιαλγία, κεφαλαλγία
- ▶ συμπτώματα υπερδιέγερση: έντονη αντίδραση ξαφνιάσματος και αυξημένη εγρήγορση
- ▶ κάποια γνωστική δυσλειτουργία: έλλειψη προσοχής και προβλήματα συγκέντρωσης
- ▶ δυσκαταποσία
- ▶ ελάττωση της libido
- ▶ Ανακάτεμα και «σφίξιμο» στο στομάχι

Τα παραπάνω σίγουρα δεν είναι μια ολοκληρωμένη λίστα συμπτωμάτων του άγχους. Πολλά άτομα αναγνωρίζουν πως κάποια συμπτώματα επαναλαμβάνονται συνέχεια. Πολύ σπάνια κάποιο άτομο βιώνει όλα τα παραπάνω συμπτώματα. Πολλά από αυτά τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν κι από άλλες αιτίες, πέρα από το άγχος (Hollonder – Kaplan and Sadock's, 1996).

## 2.6 ΣΤΑΔΙΑ ΣΕ ΜΙΑ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΟ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο Hans Selye περιέγραψε τρία στάδια τα οποία προέρχονται από στρεσογόνες καταστάσεις:

1. Την αντίδραση συναγερμού, πρόκειται για μια φάση μειωμένης αντίστασης που ακολουθείται από ένα «αντί-σοκ», κατά την διάρκεια του οποίου δραστηριοποιούνται οι αμυντικοί μηχανισμοί του ατόμου.
2. Την αντίσταση, πρόκειται για το στάδιο της μέγιστης προσαρμογής μέχρι και της επιτυχούς επανόδου ισορροπίας του ατόμου. Σε περίπτωση που ο παράγοντας στρες συνεχίζει να υφίσταται και ο αμυντικός μηχανισμός δεν λειτουργεί, το άτομο θα συνεχίσει με το τρίτο στάδιο.
3. Την εξουθένωση, στο στάδιο αυτό οι μηχανισμοί προσαρμογής του ατόμου καταρρέουν (Selye, 1956).

## 2.7 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΟ STRESS

Η φυσιολογική απάντηση στο στρες περιγράφηκε αρχικά από τον Cannon το 1939, με βάση τις φυσιολογικές αντανakλαστικές αντιδράσεις των ζώων όταν αιφνίδια απειλείται η ζωή τους, και ονομάστηκε αντίδραση «πολέμα ή φύγε» (fight or flight response). Η φυσιολογική αυτή προσαρμοστική αντίδραση έχει χαθεί στις σύγχρονες κοινωνίες και η αντίληψη του στρες συνδέεται με γνωστικές διαδικασίες που οδηγούν σε διαφορετική απάντηση ανάλογη με τον τύπο της προσωπικότητας αλλά και το περιβάλλον. Η οξεία αντίδραση στο στρες οδηγεί κατά κανόνα σε ταχεία αύξηση της αρτηριακής πίεσης, του ρυθμού της αναπνοής και της καρδιακής συχνότητας, που απλώς εκφράζουν την ταχεία αύξηση των επιπέδων ορμονών του στρες (nor-epinephrine, Cortisol, ACTH) των οποίων η έκκριση ελέγχεται από τον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση (Cannon, 1939).

Πολύ συχνά οι λειτουργικές πτυχές και η ωφέλεια από το stress έχουν παραμεληθεί. Το παράδοξο του stress βρίσκεται στο δυτό της φύση του, δηλαδή της επωφελούς προσαρμογής αλλά και των πιθανών βλαβερών συνεπειών από μη επιτυχή προσαρμογή των ομοιοστατικών μηχανισμών. Πρόσφατα έχει αναπτυχθεί μια νέα προσέγγιση στην έννοια του stress, η «αλλόσταση» (allostasis), η οποία εισάγει νέα ορολογία προς αποφυγή της ασάφειας του όρου stress. Έτσι η αλλόσταση ορίζεται ως η προσαρμοστική διαδικασία για την ενεργό διατήρηση της σταθερότητας ή ομοιοστασία του οργανισμού, μέσω της μεταβολής της λειτουργίας διαφόρων οργανικών συστημάτων και της έκφρασης των μεσολαβητικών ουσιών της. Ο εγκέφαλος διαδραματίζει ένα κεντρικό ρόλο στην αλλόσταση. Με το να ελέγχει ταυτόχρονα όλους τους μηχανισμούς πορεί να επιβάλλει μια υψηλή επιστασία και να ενσωματώνει ισχυρούς παράγοντες, όπως η εμπειρία, οι μνήμες, η αναμονή και η επαναξιολόγηση των αναγκών, ώστε να ενορχηστρώνει τις κατάλληλες απαντήσεις. Οι μεσολαβητές της αλλόστασης (π.χ. ορμόνες επινεφριδίων, νευροδιαβιβαστικές ουσίες και κυτταροκίνες) δρουν επί των υποδοχέων διαφόρων ιστών, ώστε να παράγονται βραχυπρόθεσμα και επωφελή προσαρμοστικά αποτελέσματα. Εάν οι μεσολαβητές της αλλόστασης δεν σταματήσουν τη δραστηριότητα τους ή εάν ρυθμίζονται ανεπαρκώς, τότε παράγεται «αλλοστατική κατάσταση» (allostatic status), που μπορεί να έχει βλαπτικά επακόλουθα και η οποία αναφέρεται ως η χρόνια απόκλιση των ρυθμιστικών συστημάτων από το κανονικό μέσω επίπεδο λειτουργίας τους (McEwen, 1993-2003, Sterling, 1988, Koob, 2001)

Η κεντρική ιδέα είναι ότι μπορεί να προκύψει σωματικό ή ψυχικό κόστος εάν η αλλοστατική κατάσταση διατηρηθεί για ικανό διάστημα. Αυτό το κόστος αναφέρεται ως «αλλοστατικό φορτίο» και μπορεί να περιγράψει ως η συσσωρευτική φθορά του οργανισμού λόγω παρατεταμένης και μη επωφελούς χρήσης. Τελικά, η υγεία ή η εμφάνιση της ασθένειας θα καθοριστεί από τον συνυπολογισμό του οφέλους της αλλόστασης με το κόστος του αιμοστατικού φορτίου. Έχουν προσδιοριστεί τέσσερις τύποι αλλοστατικών καταστάσεων που οδηγούν σε αλλοστατικό φορτίο:

- (α) επαναλαμβανόμενες προκλήσεις,
- (β) αδυναμία εξοικείωσης με τις επαναλαμβανόμενες προκλήσεις,
- (γ) αποτυχία διακοπής της απάντησης μετά από την απομάκρυνση του ερεθίσματος
- (δ) αποτυχία δημιουργίας μια επαρκούς απάντησης (McEwen, 1998, 2003) .

Όλες οι αλλαγές δεν είναι απαραίτητα μη αντιστρεπτές, αφού ένας αυξανόμενος όγκος δεδομένων υποδηλώνει ότι το σώμα και ο εγκέφαλος έχουν τεράστια ικανότητα προσαρμοστικής πλαστικότητας.

Μέσω της αλλόστασης, το αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ), ο άξονας υποθαλάμου- υπόφυσης- επινεφριδίων (ΥΥΕ) και το σύστημα καρδιαγγειακού, ενδοκρινικό και ανοσοποιητικό προστατεύουν το σώμα, με την παραγωγή διαφόρων μεσολαβητικών μορίων, όπως τα κορτικοειδή, οι κατεχολαμίνες, οι κυτταροκίνες και

τα πρωτοογκογονίδια (protooncogenes) (McEwen, 1993). Τα περισσότερα πρωτοογκογονίδια λειτουργούν ως μεταγραφικοί παράγοντες, με αποτέλεσμα να επέρχεται σημαντική μεταβολή της έκφρασης αυτών κατά τη διάρκεια αλλαγών της συμπεριφοράς, έτσι ώστε να αυξάνεται η έκφραση πολλών μετεγγραφικών «στόχων» (Cirelli, 2002). Συμπεριφορές που μπορεί να προάγουν τα πρωτοογκογονίδια θεωρούνται η συμπεριφορά του τύπου A, η επιθετικότητα, η κατάθλιψη, το άγχος, οι υψηλές εργοδοτικές απαιτήσεις με χαμηλές αποδοχές και η μειωμένη υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον (Hemingway, 1999)

Εάν οι απαντήσεις έναντι κάποιου κινδύνου είναι επαρκής και αποτελεσματικές, τότε μηχανισμοί προσαρμογής επιτυγχάνουν το σκοπό τους και ο οργανισμός προστατεύεται από τυχόν βλάβη. Σε καταστάσεις όπου οι προσαρμοστικές απαντήσεις είναι παρατεταμένες, ανεπαρκείς ή τα ερεθίσματα stress είναι πολλαπλά και με συνεχές ώσεις εμφανίζεται απώλεια της προσαρμογής, με αντίκτυπο τη βλάβη διάφορων οργάνων, που συνήθως σχετίζεται με υπερδραστηριότητα των δύο θεμελιωδών συστημάτων άμυνας : του άξονα ΥΥΕ και ΣΝΣ. (Pacak, 2001- McEwen, 1998- Schulkin, 1994)

## 2.8 ΤΑ ΕΡΕΘΙΣΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ STRESS ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ

Τα ερεθίσματα που προκαλούν stress διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες:

- (α) φυσικά, π.χ. κρύο, ζέστη, θόρυβος, δόνηση, τα οποία συνήθως έχουν αρνητικό ψυχολογικό αντίκτυπο
- (β) ψυχολογικά, τα οποία προκαλούν μεταβολές της συμπεριφοράς, όπως άγχος και φόβο,
- (γ) κοινωνικά, τα οποία αντανακλούν μια διαταραγμένη σχέση μεταξύ των ατόμων, π.χ. ανεργία, διαζύγιο και
- (δ) αυτά που μεταβάλλουν την καρδιαγγειακή και μεταβολική ομοιόσταση, όπως άσκηση, ορθοστασία, υπογλυκαιμία και αιμορραγία. Από την άποψη της διάρκειας τα ερεθίσματα του stress διακρίνονται σε οξεία και χρόνια, ενώ, ακόμα, διαφέρουν και ως προς την ένταση τους (Pacak, 1998- Van Der Kar, 1999).

## 2.9 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

1. το άγχος χαρακτηρίζεται από διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος με αύξηση του τόνου συμπαθητικού.
2. αυξάνεται η απελευθέρωση κατεχολαμινών.

3. αυξάνεται η παραγωγή μεταβολιτών της νορεπινεφρίνης. Η πειραματική ενδοφλέβια έγχυση γαλακτικού οξέος αυξάνει τη συγκέντρωση της νορεπινεφρίνης και προκαλεί άγχος στους ασθενείς με διαταραχή πανικού.
4. μπορεί να είναι ελαττωμένος ο λανθάνων χρόνος επέλευσης του ύπνου REM και το στάδιο IV του ύπνου.
5. η ελάττωση των επιπέδων του γ- αμινοβουτυρικού οξέος προκαλεί αύξηση της δραστηριότητας τύπου ΚΝΣ.
6. η ελάττωση της σεροτονίνης προκαλεί το άγχος. Επίσης, η αύξηση της ντοπαμινεργικής δραστηριότητας συνδέεται με άγχος.
7. υπάρχει αυξημένη νευρωνική δραστηριότητα στον κροταφικό φλοιό.
8. ο υπομέλας τόπος, το κυριότερο νοραδρενεργικό εγκεφαλικό κέντρο, εμφανίζει υπερδραστηριότητα στις αγχώδεις καταστάσεις και ιδίως στις κρίσεις πανικού (Kaplan and Sadock's, 1996).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: φάρμακα που σχετίζονται με την εκδήλωση του άγχους (hollonder, σελ. 108, 2002)

- αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης
- καφεΐνη
- κορτικοστεροειδή
- L-dopa
- ενεργοποιητικά φάρμακα
- θεοφυλίνη
- θυροειδικές ορμόνες

## 2.10 ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΥΝ STRESS (Μαρίνος, 1981)

Παράγοντες	βαθμοί
Θάνατος ενός συζύγου	100
Διαζύγιο	73
Χωρισμός	65
Φυλάκιση	63
Θάνατος ενός από τους γονείς	63

Τραυματισμός ή αρρώστια	53
Γάμος	50
Απόλυση	47
Συμφιλίωση με το / τη σύζυγο	45
Σύνταξη	45
Αδιαθεσία γονιού	44
Εγκυμοσύνη	40
Σεξουαλικά προβλήματα	39
Ερχομός νέου μέλους στην οικογένεια	39
Αλλαγή της οικονομικής κατάστασης	38
Θάνατος αγαπητού φίλου	37
Αλλαγή σε μια κατάσταση	36
Πολλαπλασιασμός των συζυγικών καβγάδων	35
Υποθήκη ή χρέος πάνω από 500.000 δρχ	31
Κατάσχεση υποθήκης ή λήξη δανείου	30
Αλλαγή επαγγελματικών υπευθυνοτήτων	29
Γιός (ή κόρη) που εγκαταλείπει το σπίτι	29
Προβλήματα με την πεθερά	29
Η σύζυγος αρχίζει να δουλεύει ή σταματάει	26
Αρχή ή λήξη μαθητείας στο σχολείο	26
Αλλαγή των συνθηκών ζωής	25
Αλλαγή στις προσωπικές συνήθειες	24
Δυσκολίες με το διευθυντή	23
Αλλαγή ωραρίου ή συνθηκών εργασίας	20
Μετακόμιση	20
Αλλαγή σχολείου	20
Αλλαγή στις ασχολίες τον ελεύθερο χρόνο	19

Αλλαγή θρησκείας	19
Αλλαγή κοινωνικών δραστηριοτήτων	18
Υποθήκη ή δάνεια κάτω από 500.000 δρχ	17
Αλλαγή στο ρυθμό οικογενειακών συγκεντρώσεων	15
Αλλαγή στις συνθήκες διατροφής	15
Διακοπές	13
Χριστούγεννα	12
Πρόστιμα ή παραβάσεις	11

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2: παθολογικά και νευρολογικά αίτια άγχους**

Νευρολογικές παθήσεις: νεοπλάσματα του εγκεφάλου, εγκεφαλικές κακώσεις, αγγειακές εγκεφαλοπάθειες, υπαραχνοειδής αιμορραγία, ημικρανία, εγκεφαλίτιδα, σύφιλη του ΚΝΣ, σκλήρυνση κατά πλάκας, νόσος του Wilson, νόσος του Huntington, επιληψία

Συστηματικές καταστάσεις: υποξία, καρδιαγγειακά νοσήματα, αναπνευστική ανεπάρκεια, αναιμία

Ενδοκρινικές διαταραχές: δυσλειτουργία της υπόφυσης, του θυροειδούς, των παραθυροειδών, των επινεφριδίων, φαιοχρωμοκύττωμα, αρρενοποιητικές διαταραχές των γυναικών

Φλεγμονώδεις παθήσεις: ερυθματώδης λύκος, ρευματοειδής αρθρίτιδα, οζώδης πολυαρθρίτιδα, κροταφική αρτηρίτιδα

Διατροφικές ένδειες: ένδεια βιταμίνης Β12, πελλάγρα

Διάφορες διαταραχές: υπογλυκαιμία, καρκινοειδές σύνδρομο, συστηματικές νεοπλασίες, προεμμηνορυσιακό σύνδρομο, εμπύρετα νοσήματα και χρόνιες λοιμώξεις, πορφυρία, λοιμώδης μονοπυρήνωση μεθηπατιτιδικό σύνδρομο, ουραιμία

Τοξικές καταστάσεις: στέρηση οινόπνεύματος και άλλων ουσιών, αγγειοσυσπαστικές ουσίες, πενικιλίνη, σουλφοναμίδες, υδράργυρος, αρσενικό, φώσφορος, οργανοφωσφορικά, δισουλφιδικός άνθρακας, βενζόλιο, δυσανεξία στην ασπιρίνη

Προσαρμοσμένο από Cummings Neuropsychiatry. Orlando, FL: Grune & Stratton, 1985: 214 (Kaplan, 1996)

## 2.11 ΣΧΕΣΗ STRESS, ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΕΓΕΡΣΗΣ

Για να διευκρινίσουμε τη σχέση ανάμεσα στο στρες, το άγχος και τη διέγερση θα πρέπει να δεχτούμε κατ' αρχήν την άποψη του Spielberger (1979) ότι το στρες προκαλεί άγχος. Η ψυχοβιολογική αυτή διεργασία κατά τον Spielberger αποτελείται από τρία στοιχεία:

α) Ένα ερέθισμα (στρεσογόνο)

β) Μία ερμηνεία (από το άτομο)

γ) Μια αντίδραση άγχους.

Ο όρος στρεσογόνο περιέχει ένα βαθμό σωματικού ή ψυχολογικού κινδύνου πραγματικού ή φανταστικού. Η δε αντίδραση του άγχους εξαρτάται από την ερμηνεία που θα δώσει το άτομο. Έτσι ο ορισμός του στρες περιλαμβάνει όλη την παραπάνω διαδικασία ενώ ο ορισμός του άγχους περιλαμβάνει κυρίως την αντίδραση η οποία έχει άμεση σχέση με την προσωπικότητα του ατόμου.

## 2.12 ΕΙΔΗ ΑΓΧΟΥΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ SPIELBERGER

Αν δεχθούμε ότι το άγχος αποτελεί συναίσθημα, και ότι κάποιο επίπεδο γνωστικής επεξεργασίας απαραίτητα προηγείται πριν τα συναισθήματα, τότε είναι απαραίτητο να λάβουμε υπόψη τη γνωστική διαδικασία για να καταλάβουμε πλήρως τους μηχανισμούς του άγχους.

### **Περιστασιακό άγχος (State anxiety):**

Υποκειμενικά, συνειδητά αντιλαμβανόμενα αισθήματα έντασης και ανησυχίας, που σχετίζονται με την διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Έτσι το περιστασιακό άγχος αναφέρεται σε μια αντίδραση του ατόμου σε συγκεκριμένη απειλητική κατάσταση.

### **Χαρακτηριστικό άγχος (Trait anxiety)**

Μια αποκτημένη προδιάθεση του ατόμου να αντιλαμβάνεται και να αντιδρά σε ένα μεγάλο αριθμό αντικειμενικά μη απειλητικών καταστάσεων ως απειλητικές, με αρκετά υψηλά επίπεδα περιστασιακού άγχους. (Spielberger, 1966)

Κάποιοι ερευνητές θεώρησαν ότι το άγχος έχει τουλάχιστον δύο διαφορετικά συστατικά: ένα διανοητικό συστατικό που ονομάζεται γνωστικό άγχος (cognitive anxiety) ή ανησυχία, και ένα φυσιολογικό συστατικό που ονομάζεται σωματικό άγχος (somatic anxiety) ή φυσιολογική διέγερση (Davidson & Schwartz, 1976- Liebert & Morris, 1967).

## 2.13 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΓΧΟΥΣ

**1. Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία:** Η διαταραχή πανικού χαρακτηρίζεται από αυτόματες κρίσεις πανικού. Μπορεί να συνοδεύεται από αγοραφοβία. Ο πανικός μπορεί να εξελίσσεται σταδιακά. Η διαταραχή μπορεί να οδηγήσει σε κατάχρηση οινοπνεύματος ή άλλων ουσιών, σε κατάθλιψη, και σε περιορισμό του επαγγελματισμού, τα συμπτώματα της αναβίωσης του γεγονότος, της αποφευκτικής συμπεριφοράς και της υπερεγρήγορης διαρκούν περισσότερο από ένα μήνα. Όταν τα συμπτώματα υφίστανται για λιγότερο από ένα μήνα, θα πρέπει να τίθεται η διάγνωση της οξείας αντίδρασης στο stress.

**2. Αγχώδης διαταραχή που οφείλεται σε σωματική νόσο.**

**3. προκαλούμενη από ουσίες αγχώδης διαταραχή.**

**4. Μικτή αγχώδης- καταθλιπτική διαταραχή.**

Οι ασθενείς που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή έχουν συμπτώματα τόσο άγχους όσο και κατάθλιψης, αλλά δεν πληρούνται κριτήρια διάγνωσης ούτε κάποιας αγχώδους διαταραχής ούτε διαταραχής της διάθεσης. Η διαταραχή κάποιες φορές αναφέρεται και ως νευροπάθεια.

**5. Διαταραχή προσαρμογής με άγχος:** Υπέρμετρο άγχος που εμφανίζεται μέσα σε 3 μήνες από την έκθεση σε σαφή στρεσογόνο παράγοντα, και το οποίο δεν αναμένεται να διαρκέσει για περισσότερο από 6 μήνες.

**6. Άγχος απότοκο άλλης ψυχικής διαταραχής.**

**7. Περιστασιακό άγχος:** Οι συνέπειες μιας στεσογόνου καταστάσεως ξεπερνούν προσωρινά την ικανότητα του ατόμου να αντεπεξέρχεται. Αυτό μπορεί να συμβεί και σε καταστάσεις ήσσονος σημασίας, αν αυτές φέρνουν στο μυαλό του πάσχοντος εξαιρετικά ψυχοπιεστικά γεγονότα του παρελθόντος.

**8. Άγχος θανάτου:** Τυπικά χαρακτηρίζεται από φόβους αβοηθησίας, σωματικών μεταβολών, απώλειας του ελέγχου και απώλειας των άλλων, σε συνδυασμό με αισθήματα ενοχής και ντροπής.

**9. Άγχος αποχωρισμού και άγχος συνάντησης με αγνώστους:** Κάποιοι ενήλικες με ψυχολογικοί παλινδρόμηση μπορεί να εμφανίσουν άγχος που συνδέεται με αυτά τα φαινόμενα τους πρόσωπα ή όταν ως νοσηλεύόμενοι συναντούν μέλη του προσωπικού της κλινικής.

**10. Άγχος που συνδέεται με απώλεια αυτοεκτίμησης:** Αυτό μπορεί να αποτελεί αντίδραση του ατόμου με νοσηρή, απόρριψη ή απόλαυση από εργασία, ιδίως αν το άτομο βιώνει αυτά τα γεγονότα ως ήττα ή αποτυχία.



**11. Άγχος που συνδέεται με απώλεια αυτοελέγχου:** Ασθενείς που έχουν την ανάγκη να αισθάνονται ότι οι ίδιοι τον έλεγχο, μπορεί να αισθανθούν έντονη απειλή αν χρειαστεί να αφήσουν τον έλεγχο της κατάστασης τους σε άλλους.

**12. άγχος που συνδέεται με ενοχές και τιμωρία.**

**13. άγχος- σήμα:** Όρος του Sigmund Freud για την περιγραφή άγχους που δεν βιώνετε συνειδητά αλλά πυροδοτεί μηχανισμούς άμυνας τους οποίους το άτομο χρησιμοποιεί για να αντεπεξέρχεται σε δυνητικά απειλητικές καταστάσεις (Kaplan and Sadock's, 1996)

## 2.14 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΓΧΟΥΣ

### 2.14.1 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΓΧΟΥΣ

- **Ερωτηματολόγιο Άγχους Εξαρτώμενου από την Κατάσταση ή την Προσωπικότητα**

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- **Κλίμακες αμηχανίας**

Modigliani, a. (1996). Embarrassment and social influence. Unpublished doctoral dissertation. University of Michigan, Ann arbor

- **Κλίμακα Φόβου Αρνητικής Αξιολόγησης (ΦΑΑ)**

Αρχική κλίμακα 30 ερωτήσεων: Watson, d., & Friend ,R. (1969). Measurement of social-evaluation anxiety. Journal of Consulting and clinical Psychology, 33, 448-457

- **Αναθεωρημένη κλίμακα με 12 ερωτήσεις: Leary, M.R. (1983).**

A brief version of the Fear of Negative Evaluation scale. Personality and social psychology Bulletin, 9, 371-375

- **Κλίμακα Νοσοκομειακού Άγχους και Κατάθλιψης (HADS)**

Zigmund, A.S, & Snaith, R.P, (1983). The Hospital anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavia, 67 , 361-370.

- **Κλίμακα Άγχους Αλληλεπίδρασης**

Leary, M.R. (1983). Social anxiousness: the construct and its measurement. Journal of Personality Assessment, 47 , 66-75.

- **Προσωπική Αναφορά της αντίληψης της Επικοινωνίας (PRCA-24)**

McCroskey, J.C. (1982). An introduction to theoretical communication (4<sup>th</sup> ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- **Προσωπική Αναφορά της Αυτοπεποίθησης ως Ομιλητή**

Paul, F.L. (1966). Insight vs, desensitization in psychotherapy. Stanford, CA: Stanford University Press.

- **Κλίμακα Συστολής**

Cheek, J.M., & Buss, A.H. (1981). Shyness and sociability. Journal of Personality and social Psychology, 41 330-339.

- **Κλίμακα Παιδικού Κοινωνικού Άγχους**

La Greca, A.M., Dandes, S.K., Wick, P., Shaw, K., Stone, W.L. (1988). Development of the Social scale for children : Reliability and concurrent validity. Journal of clinical child Psychology, 17 , 84-91.

- **Υποκλίμακα του Κοινωνικού Άγχους της Κλίμακας Αυτεπίγνωσης**

Αρχική Κλίμακα: Renigstein , A., Scheier, M.F., & Buss, A.H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 522-527.

- **Αναθεωρημένη κλίμακα για μη κολεγιακούς πληθυσμούς: Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1985).**

The Self-Consciousness Scale: A revised version for use with general populations. Journal of Applied Social Psychology, 15 , 687-699.

- **Κλίμακα Κοινωνικής Αποφυγής και Δυσφορίας (ΚΑΔ)**

Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social evaluative anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33 , 448-457.

- **Κλίμακα Κοινωνικής Επιφυλακτικότητας**

Jones, W.H., & Briggs, S.R. (1986). Manual for the social Reticence Scale. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- **Κλίμακα Έκδηλου Άγχους**

Taylor, J.A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. Journal of Abnormal and Social Psychology, 48 , 285-290 (SDiMatteo, 2006).

#### 2.14.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ

**A. δοκιμασία Rorschach:** Οι αγχώδεις ασθενείς δίνουν απαντήσεις που σχετίζονται με κινήσεις ζώων, μορφές άνευ δομής και επίταση των χρωμάτων.

**B. δοκιμασία TAT.**

**Γ. Δοκιμασία Bender- Gestalt:** Τα σχήματα που σχεδιάζουν οι αγχώδεις ασθενείς μπορεί να απλώνονται σε όλη τη σελίδα.

**Δ. Σχεδίαση ανθρώπινης φιγούρας:** Οι αγχώδεις ασθενείς μπορεί να ζωγραφίσουν βιαστικά.

**Ε. Πολυφασικό ερωτηματολόγιο προσωπικότητας της Μινεσότα- II (MMPI- II):** Οι ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές παίρνουν υψηλές βαθμολογίες στις κλίμακες υποχονδρίας, ψυχασθένειας και υστερίας (Kaplan and Sadock's, 1996).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> : ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ

Το εργασιακό άγχος μπορεί να προκληθεί από την κακή οργάνωση της εργασίας. Τα ευρήματα των ερευνών απέδειξαν ότι περισσότερο αγχωτική είναι η εργασία που περιέχει υπερβολικές απαιτήσεις και επιβάλλει πιέσεις, οι οποίες δεν αντιστοιχούν στις γνώσεις και τις ικανότητες των εργαζομένων και για τις οποίες δεν υπάρχει δυνατότητα επιλογής ή ελέγχου ούτε στήριξης από άλλους (Leka, Griffiths & Cox, 2004).

Σύμφωνα με μελέτη της Ευρωπαϊκής Υπηρεσίας ΥΑΕ, το στρες στοιχίζει στην Ευρωπαϊκή Οικονομία πάνω από 20 δις ευρώ το χρόνο. Σ' αυτό οφείλεται πάνω από 25% των απουσιών από την εργασία. 8 στους 10 ευρωπαίους εργαζόμενους δηλώνουν αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση λόγω της εργασίας τους, 4 στους 10 δεν μπορούν να αποφασίσουν πότε και αν θα κάνουν διακοπές, αντίστοιχο ποσοστό αδυνατεί πλέον να συνδυάσει εργασία και ομαλή οικογενειακή ζωή, ενώ το 30. 50% των εργαζομένων δηλώνουν προβλήματα και ασθένειες συνδεδεμένες με το εργασιακό στρες, έχοντας 4πλάσιο ή 5πλάσιο κίνδυνο να πεθάνουν από καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι θάνατοι από υπερβολικό φόρτο και εντατικοποίηση της εργασίας (karoshi) στην Ιαπωνία ανήλθαν το 2005.06 σε 20.000.

Σύμφωνα με αναλύσεις φορέων όπως ο Βρετανικός ACAS3, στη μελέτη “Stress at Work”, σε συνεργασία με τον HEALTH & SAFETY EXECUTIVE της Βρετανίας το εργασιακό στρες είναι συνέπεια υπερβολικής πίεσης, ανασφάλειας και υπερβολικών απαιτήσεων στην εργασία, με συμπτώματα άγχος, κατάθλιψη, αδυναμία λήψης αποφάσεων, αδιαφορία, αδυναμία συγκέντρωσης, πτώση ποιοτικής και ποσοτικής απόδοσης και με σοβαρές συνέπειες στην υγεία, όπως καρδιοπάθειες, πονοκέφαλοι, γαστροεντερικές ενοχλήσεις, εξάρτηση από αλκοόλ, κάπνισμα, ακόμα και από нарκωτικά.

### 3.1 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η εργασία είναι βασική προϋπόθεση της ανθρώπινης ύπαρξης, διότι είναι η πηγή ικανοποίησης των αναγκών του αλλά και το μέσο με το οποίο διαφοροποιήθηκε από το ζωικό βασίλειο.

Δύο είναι οι βασικές φιλοσοφικές τοποθετήσεις που έχουν διαμορφωθεί πάνω στη σημασία της εργασίας, η μία από τον Marx και ή άλλη από τον Weber, που και οι δύο προσδίδουν στην εργασία στον καπιταλισμό ορισμένες χαρακτηριστικές αρνητικές και θετικές ιδιότητες. Ο Marx, παράλληλα με τη διατύπωση της θεωρίας της υπεραξίας της εργασίας του εργάτη και της συνεχούς ιδιοποίησής της από τον εργοδότη με τη μορφή του κέρδους της εργατικής παραγωγής και την αύξηση των απαιτήσεων του εργοδότη, αναφέρθηκε, στα οικονομικά και φιλοσοφικά του χειρόγραφα, στην αλλοτρίωση του εργάτη από τη σχέση του με τα μέσα παραγωγής. Ο Weber συνέδεσε το πνεύμα του προτεσταντισμού με την εργασία στη Δύση, επενδύοντάς την με την ευαγγελική ιερότητα. Στα προτεσταντικά δυτικά κράτη η ατομική αξία μετριέται με την παραγωγικότητα της εργασίας, ενώ η ικανότητα του ατόμου να κατέχει ένα καλό επάγγελμα είναι το μέσο για την κοινωνική αποδοχή (Μαδιανός, 1989).

Η συνεχής εργασία με ικανοποιητικό μισθό παρέχει στο άτομο προσωπική αυτονομία, αγοραστική ικανότητα και κοινωνικό γόητρο, μπορεί έτσι να αναπτύσσει τις ικανότητες της αυτοεκτίμησης που είναι μια προσωπική ανάγκη για να'ναι κανένας υπεύθυνος και αξιοσέβαστος πολίτης στο δυτικό κόσμο.

Χωρίς να έχει διαπραγματευτεί ιδιαίτερα το θέμα της εργασίας, ο Freud θεώρησε ότι η εργασία φέρνει το άτομο πλησιέστερα στην πραγματικότητα, όντας έτσι ένα κριτήριο υγιούς ατόμου.

Από τις απόψεις του Marx, κυρίως, και του Weber προκύπτουν χαρακτηριστικές ιδιότητες της εργασίας που είναι αμφίβολο ότι προσφέρουν στο άτομο εκείνη την προσωπική ικανοποίηση η οποία θεωρήθηκε αναγκαία, ανάμεσα σ' άλλα βασικά στοιχεία, για τη σύνθεση του ορισμού της ψυχικής υγείας, όπως τον έθεσε η Jahoda (1958). Η απώλεια μιας τέτοιας μορφής εργασίας, σαν εκείνης που περιγράφει ο Marx, δημιουργεί το ερώτημα κατά πόσο αυτή μπορεί να ενοχοποιηθεί για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών. Ο αλλοτριωμένος βιομηχανικός εργάτης ή εκείνο το μεσαίο επιχειρηματικό στέλεχος που αγωνίζεται σκληρά για την επαγγελματική του άνοδο υπόκεινται σε ψυχικές διαταραχές στην περίπτωση που απολυθούν από την εργασία τους που η ίδια η φύση είναι πηγή στρες (Μαδιανός, 1989);

### 3.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Ο άνθρωπος αισθάνεται άγχος όταν αντιλαμβάνεται την ύπαρξη μιας ανισορροπίας ανάμεσα στις απαιτήσεις που πρέπει να ικανοποιήσει και τους πόρους που διαθέτει για να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις αυτές (ευρωπαϊκός οργανισμός για την ασφάλεια και την υγεία στην εργασία).

Ένα από τα περιβάλλοντα τα οποία συναναστρέφεται μεγάλο χρονικό διάστημα της ζωής του ο άνθρωπος, είναι το επαγγελματικό. Στην σημερινή βιομηχανοποιημένη κοινωνία που ζούμε, το μεγαλύτερο ποσοστό ανθρώπων εργάζονται αφιερώνουν ένα σημαντικό κομμάτι του χρόνου τους στην εργασία και όχι στην οικογένεια τους, και κατά συνέπεια η εργασία να ασκεί αρκετή πίεση στον επαγγελματία. Είναι ένας χώρος επιβεβαίωσης τόσο των κοινωνικών του όσο και των επαγγελματικών του ικανοτήτων. Δυστυχώς όμως ζούμε σε μια εποχή που ο ένας τείνει να νικήσει και να υπερिσχύσει τον συνάδελφο του αναπτύσσοντας έτσι τον «ατομικιστικό ανταγωνισμό». Αποτέλεσμα αυτού του «ανταγωνισμού» είναι η διόγκωση του άγχους. Το άγχος δημιουργείται από την απρόσωπη εχθρότητα που είναι συνοδευτικό στοιχείο του ανταγωνιστικού μέρους (Ιωάννου Α., 2003).

Ο ρυθμός της ζωής γίνεται ακόμα γρηγορότερος και πιεστικός και κατά συνέπεια ο σύγχρονος άνθρωπος αγωνίζεται να επιβιώσει σε ιδιαίτερα δύσκολες και απαιτητικές συνθήκες, όπως οι προβληματικές διαπροσωπικές σχέσεις στην οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική ζωή οι οποίες συνθέτουν ένα πολύπλοκο πλαίσιο καταστάσεων. Το άτομο καλείται να αντεπεξέλθει με επιτυχία καταπολεμώντας το

στρες αρχικά, και στην συνέχεια ευρίσκοντας τις καταλληλότερες για αυτόν λύσεις. Το στρες που δημιουργείται από το σύνολο των διαστάσεων του ανθρωπίνου βίου καθίσταται σοβαρός ανασταλτικός παράγοντας για το σύνολο των δραστηριοτήτων του. Πάρα πολλές φορές το στρες κατέστη ικανό να διαταράξει την πνευματική ισορροπία και σωματική υγεία των ατόμων και να απειλήσει επίσης την ψυχική τους γαλήνη. Το στρες όμως δεν είναι κάποια σταθερή πραγματικότητα όπου δεν υπάρχει διαφυγή. Υπάρχει ένα αναγκαίο ποσοστό στρες που χρειάζεται για να μας βοηθήσει να δουλεύουμε ικανοποιητικά και αποτελεσματικά ώστε να αποφεύγεται η μείωση της αποδοτικότητας του ατόμου και να μην επηρεάζεται η σωματική και πνευματική του υγεία. Για να αντιμετωπιστούν οι τυχόν στρεσογόνες καταστάσεις που δημιουργούνται, θα πρέπει το άτομο να επιδείξει ψυχραιμία και υπομονή, να ενισχύσει την αυτοπεποίθηση του και να αναλάβει πρωτοβουλίες. Όλο το στρες της σύγχρονης ζωής, μας φέρνει σε μια κατάσταση υψηλής ετοιμότητας, που δεν μπορεί, όμως, να εκτονωθεί από την σωματική δράση. Έτσι, η ένταση και το στρες συσσωρεύονται μέσα μας και αρχίζουν να παίρνουν το πάνω χέρι στην υγεία μας, με μια όλο και μεγαλύτερη θνησιμότητα, από καρδιακά επεισόδια, διανοητικές διαταραχές, καρκίνο και μια στρατιά παθήσεις που καταλήγουν σε ανικανότητα ή σε εκφυλισμό. (Jones H,1999)

Το επαγγελματικό άγχος συγκεκριμένα θεωρείται η κατάσταση όπου συσσωρεύονται αγχογόνες καταστάσεις που σχετίζονται με την εργασία, ή αποτελεί το άγχος που εκδηλώνεται από μια επαγγελματική κατάσταση. Το επαγγελματικό άγχος προκαλεί κυρίως έμμεσες συνέπειες: όπως αλκοολισμό, ψυχικές ασθένειες, συχνές απουσίες, αργοπορημένες αφίξεις και πρόωρες αναχωρήσεις, αδικαιολόγητα λάθη, οικογενειακά προβλήματα, έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης κ.τ.λ.. Για πολλούς ανθρώπους η εργασία τους, αποτελεί μια από τις σημαντικότερες αιτίες στρες και δυστυχίας στην ζωή τους. Πάρα πολλοί νιώθουν αναγκασμένοι να δουλεύουν αφού έχουν να καλύψουν τα έξοδα τους. Μεταξύ των συναδέλφων και των προϊσταμένων υπάρχει μια εχθρότητα και μίσος. Δημιουργούνται συγκρούσεις ανάμεσα τους και κατά συνέπεια αυξάνονται τα επίπεδα του στρες.

Μερικά επαγγέλματα από την φύση τους τείνουν να παρουσιάζονται περισσότερο αγχογόνα από κάποια άλλα. Τα επαγγέλματα τα οποία αφορούν παροχή υπηρεσιών σε ανθρώπους, και αναπτύσσεται κάποιου είδους ανθρώπινη σχέση ανάμεσα στον επαγγελματία και στον εξυπηρετούμενο, καθώς και επαγγέλματα που αφορούν ταχύτητα στην λήψη αποφάσεων που έχουν σαν συνέπεια τους σοβαρές οικονομικές, κοινωνικές ή άλλου είδους συνέπειες, αποτελούν ιδιαίτερα αγχογόνα επαγγέλματα. Τα επαγγέλματα υγείας: οδοντίατροι, γιατροί (ιδιαίτερα χειρουργοί), νοσοκόμες καθώς και επαγγέλματα κοινωνικών υπηρεσιών: δάσκαλοι και κοινωνικοί λειτουργοί, αναφέρονται σύμφωνα με τους (Cooper & Eaker, 1988), ως επαγγέλματα που κατατάσσονται στα έξι πρώτα πιο στρεσογόνα.

### 3.3 ΟΙ ΚΥΡΙΟΙ ΛΟΓΟΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ

- οι υπέρμετρες απαιτήσεις της εργασίας (σε σχέση με αντοχή-δυνατότητες-υποστήριξη που έχει ο εργαζόμενος),
- η έλλειψη ελέγχου στο αποτέλεσμα ( ο εργαζόμενος δεν έχει λόγο ή/ και δεν μπορεί ουσιαστικά να επηρεάσει το αντικείμενο και το αποτέλεσμα της εργασίας του),

- η ελλιπής υλική, ψυχολογική και εκπαιδευτική υποστήριξη, για τη σωστή και επαρκή εκτέλεση της εργασίας
- οι προβληματικές σχέσεις στην εργασία ( ατομικισμός, έλλειψη εμπιστοσύνης, συναδελφικότητας, υγιούς άμιλλας, δυνατότητας προσφυγής και απόκρουσης αρνητικών-αυθαίρετων συμπεριφορών συναδέλφων και προϊσταμένων),
- η ασάφεια του εργασιακού ρόλου, σε συνδυασμό με την αδυναμία του εργαζόμενου να επηρεάσει αποφάσεις και εξελίξεις έξω από αυτόν, που ωστόσο καθορίζουν την απόδοσή του.
- η αβεβαιότητα και η ανασφάλεια που δημιουργούν για τον εργαζόμενο και το μέλλον του οι συνεχείς επιχειρησιακές, οργανωτικές και διοικητικές ανακατατάξεις. Ανασφάλεια και αβεβαιότητα που εντείνονται στη σημερινή συγκυρία της διεθνούς κρίσης, με τις πρόσφατες εικόνες των εργαζόμενων Χ/Π κολοσσών που φαλίσσαν, οι οποίοι απολύονται με ένα χαρτόκουτο και παίρνουν το δρόμο της ανεργίας, ενώ οι καλοπληρωμένοι managers που πήραν τις αποφάσεις και επέβαλαν τους ρισοκίνδυνους στόχους, φεύγουν με γερό κομπόδεμα από bonus, ακίνητα και πολυτελή αυτοκίνητα. Την ίδια στιγμή, χιλιάδες πελάτες εξαπατήθηκαν και έχασαν τις οικονομίες τους, ως αποτέλεσμα των επιθετικών εταιρικών στόχων και πολιτικών πώλησης (Ο.Τ.Ο.Ε – Γραμματεία Εργασιακών Σχέσεων & Συμβάσεων – Ομάδα Βερολίνου 2008).

### 3.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο βιώνει το άγχος μπορεί να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο αισθάνεται, σκέφτεται ή συμπεριφέρεται. Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται:

#### **Σε επίπεδο επιχείρησης:**

- απουσία από την εργασία, αναστάτωση προσωπικού, κακή τήρηση του ωραρίου, προβλήματα πειθαρχίας, παρενόχληση, μειωμένη παραγωγικότητα, ατυχήματα, σφάλματα και αυξημένες δαπάνες για αποζημίωση ή υγειονομική περίθαλψη.

#### **Σε επίπεδο ατόμου:**

- συναισθηματικές αντιδράσεις (οξυθυμία, ανησυχία, διαταραχές ύπνου, κατάθλιψη, υποχονδρία, αποξένωση, επαγγελματική εξουθένωση (burnout), προβλήματα στις οικογενειακές σχέσεις)·
- γνωστικές αντιδράσεις (δυσκολία στη συγκέντρωση, στην ανάκληση στη μνήμη, στην εκμάθηση νέων πραγμάτων, στη λήψη αποφάσεων)·
- συμπεριφορικές αντιδράσεις (κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, οιοπνευματωδών και καπνού· καταστροφική συμπεριφορά), και
- φυσιολογικές αντιδράσεις (προβλήματα στη σπονδυλική στήλη, εξασθενημένη ανοσία, πεπτικό έλκος, καρδιακά προβλήματα, υπέρταση) (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην εργασία).



### 3.5 ΤΑ ΕΞΙ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΩΝ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η εκτίμηση των κινδύνων μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω μιας διαδικασίας έξι σταδίων (Leka,et all,2003).

#### **ΣΤΑΔΙΟ 1: Εντοπισμός των κινδύνων**

Εντοπίστε προσεκτικά για μια συγκεκριμένη ομάδα εργαζομένων τους εργασιακούς παράγοντες που είναι ακατάλληλοι ή μη αποδεκτοί και αξιολογήστε το βαθμό έκθεσής τους σε αυτούς. Επειδή πολλά από τα προβλήματα που προκαλούν άγχος στην εργασία έχουν χρόνια φύση, το ποσοστό των εργαζομένων, οι οποίοι αναφέρουν κάποια συγκεκριμένη πτυχή της οργάνωσης της εργασίας ως προβληματική μπορεί να είναι ένα «αρκετά καλό» στατιστικό δείγμα. Υπάρχουν πολλοί τρόποι μέτρησης και παρουσίας μιας τέτοιας γνώμης της πλειοψηφίας.

#### **ΣΤΑΔΙΟ 2: Αξιολόγηση των βλαβών**

Συλλέξτε και αξιολογήστε αντικειμενικά στοιχεία, που δείχνουν ότι οι συγκεκριμένοι εργασιακοί παράγοντες σχετίζονται με το άγχος ή και με τη βλάβη της υγείας της υπό εξέταση ομάδας. Αυτή η άσκηση αξιολόγησης πρέπει να αφορά τις βλαβερές συνέπειες αυτών των παραγόντων όσον αφορά ένα ευρύ φάσμα επιπτώσεων για την υγεία, συμπεριλαμβανομένων συμπτωμάτων γενικής δυσφορίας και συγκεκριμένων διαταραχών, καθώς και συμπεριφορών που έχουν σχέση με την εταιρεία και την υγεία, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και οι απουσίες λόγω ασθένειας.

#### **ΣΤΑΔΙΟ 3: Εντοπισμός των πιθανών παραγόντων κινδύνου**

Μελετήστε λογικά ή στατιστικά τις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα στην έκθεση στους εργασιακούς παράγοντες που προσδιορίστηκαν ως απειλές και στις βλάβες για να εντοπίσετε τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου σε επίπεδο ομάδας και για να εκτιμήσετε το μέγεθος και τη σπουδαιότητά τους.

#### **ΣΤΑΔΙΟ 4: Περιγραφή των υποκείμενων μηχανισμών**

Κατανοήστε και περιγράψτε τους μηχανισμούς, μέσω των οποίων είναι πιθανό να συνδέεται η έκθεση στους εργασιακούς παράγοντες-απειλές με τις επιπτώσεις στην υγεία της υπό εξέτασιν ομάδας ή εταιρείας.

#### **ΣΤΑΔΙΟ 5: Επιθεώρηση του ισχύοντος οργανωτικού ελέγχου και των συστημάτων στήριξης των εργαζομένων**

Εντοπίστε και αξιολογήστε όλα τα συστήματα, που χρησιμοποιεί η διοίκηση και που αφορούν τον έλεγχο και τη διαχείριση των κινδύνων, τις περιπτώσεις του εργασιακού άγχους καθώς και την παροχή στήριξης στους υπαλλήλους, που υφίστανται προβλήματα.

#### **ΣΤΑΔΙΟ 6: Εξαγωγή αποτελεσμάτων όσον αφορά τους εναπομείναντες κινδύνους και τις προτεραιότητες**

Λαμβάνοντας υπόψη σας τα υπάρχοντα συστήματα διοικητικού ελέγχου και στήριξης των υπαλλήλων διατυπώστε προτάσεις σχετικά με τους εναπομείναντες κινδύνους, που σχετίζονται με τους παράγοντες που έχουν εντοπισθεί και που είναι πιθανό να προκαλέσουν εργασιακό άγχος κατά προτεραιότητα δράσης (Leka,et all,2003).

### 3.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Κάθε επάγγελμα που ασκείται υποκρύπτει όπως αναφέραμε τους δικούς του πιθανούς παράγοντες στρες. Οι παράγοντες που περιγράφονται παρακάτω, είναι κοινοί για όλα τα επαγγέλματα, αλλά ποικίλλει ο βαθμός αιτιακής σύνδεσης τους:

1. Οι εσωτερικοί παράγοντες στην εργασία
2. Ο ρόλος στον οργανισμό / εταιρεία.
3. Οι σχέσεις στην εργασία.
4. Η πρόωση της επαγγελματικής σταδιοδρομίας.
5. Η διάρθρωση και το κλίμα του οργανισμού / εταιρείας (Cooper et al., 2002)

#### 3.6.1 ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

Για να κατανοήσουμε όμως καλύτερα το εργασιακό στρες πρέπει πρώτα να λάβουμε υπόψη τους εξής εσωτερικούς παράγοντες:

##### **☉ Απαράδεκτες εργασιακές συνθήκες.**

Σε πάρα πολλές έρευνες αποδείχθηκε πως οι συνθήκες εργασίας συνδέονται άμεσα με την ψυχική υγεία του επαγγελματία. Το φυσικό περιβάλλον στο οποίο εργαζόμαστε και περνάμε ένα σημαντικό μέρος της ζωής μας μπορεί να επηρεάσει τόσο άμεσα όσο και έμμεσα την ψυχική και πνευματική μας κατάσταση. Επηρεάζονται οι διαθέσεις μας και καθημερινά πολιορκούνται οι αισθήσεις μας. Η θερμοκρασία, ο φωτισμός, ο θόρυβος των μηχανημάτων, οι οσμές, ο μη επαρκής εξοπλισμός, και πολλές φορές οι μη ικανοποιητικές κτηριακές εγκαταστάσεις στον χώρο εργασίας, σίγουρα επηρεάζουν δυσλειτουργικά τις διαθέσεις του επαγγελματία για να ασκεί την εργασία του. Τα κακοσχεδιασμένα γραφεία, τα μηχανήματα που τοποθετούνται τυχαία στον χώρο εργασίας χωρίς εργονομική πρόβλεψη και ίχνος αισθητικής, συμβάλουν στην διαμόρφωση ενός «εχθρικού» θα λέγαμε περιβάλλοντος για τον εργαζόμενο. Αν ένα γραφείο δεν διαθέτει κατάλληλο προσαρμοσμένο σχεδιασμό για τις ανάγκες του προσωπικού και δεν διευκολύνεται η σωστή επικοινωνία τότε ως αποτέλεσμα θα έχουμε τον περιορισμό του δικτύου επικοινωνίας και θα επιφέρει αμφισβήτηση των ρόλων και κατ' επέκταση δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις. Ανάλογα πάντα διαφοροποιούνται οι συνθήκες εργασίας, και οι πιθανές περιβαλλοντικές πηγές στρες από το είδος του επαγγέλματος που ασχολείται το άτομο. Όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν επίσης ένα εύρος επιβλαβών συνθηκών εργασίας. Για παράδειγμα ο φωτισμός των νοσοκομείων είναι συνήθως τεχνητός, μονότονος και εκτυφλωτικός. Στις Ηνωμένες Πολιτείες έγιναν κάποιες μελέτες όσον αφορά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλεύτριες σε μονάδες εντατικής θεραπείας και βρέθηκε ότι ένα καταθλιπτικό οπτικό περιβάλλον απέβη ιδιαίτερος στρεσογόνο για τις νοσηλεύτριες. Συνδυασμένος ο παράγοντας αυτός με την καθημερινή ρουτίνα οδήγησε σε αισθήματα αυτοπαγίδευσης και απανθρωποποίησης. Επίσης οι οσμές που συναντούμε πολλές φορές σε χώρους νοσοκομείων αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα δυσλειτουργίας στο εργασιακό περιβάλλον για τους επαγγελματίες υγείας αν και από τα χρόνια υπηρεσίας πολλές φορές παθαίνουν ανοσία. Όσον αφορά επίσης τον εξαερισμό στα νοσοκομεία επιδεινώνει επίσης το πρόβλημα καθώς και τα υψηλά επίπεδα θορύβου που σε μια νοσοκομειακή πτέρυγα

δημιουργούν πρόσθετο στρες στους επαγγελματίες. Συνολικά τα παραπάνω και συνυπολογίζοντας το στρες που βιώνουν καθημερινά στο χώρο του νοσοκομείου, με την αντιμετώπιση του πόνου και του θανάτου πολλές φορές, οι επαγγελματίες υγείας, βιώνουν έντονο άγχος. (Cooper C., Cooper R, Eaker L., 2002)

### ☉ **Δουλεία σε βάρδιες.**

Σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στον άνθρωπο έχουν και οι εναλλαγές των διαστημάτων εργασίας, ημέρας και νύχτας. Η ανάπτυξη της μεγάλης βιομηχανίας μας, μας κατέστησε ικανούς να διεξάγουμε τις δραστηριότητες μας 24 ώρες το 24ωρο. Αντίθετα όμως από τις μηχανές και τον εξοπλισμό, το ανθρώπινο σώμα δεν είναι προγραμματισμένο να εργάζεται όλο το 24ωρο και να ακολουθεί την ίδια απόδοση ή σε εργασία ακανόνιστου ή εκτεταμένου ωραρίου. Το ανθρώπινο σώμα είναι βιολογικά προγραμματισμένο να βρίσκεται σε επαγρύπνηση την ημέρα και να κοιμάται τις νυχτερινές ώρες, διότι ο κύκλος ύπνος/ ξύπνιος κατευθύνεται από το εσωτερικό βιολογικό μας «ρολόι» και οι περίοδοι φυσικής επαγρύπνησης και ύπνου συνδέονται με την εναλλαγή του φωτός και του σκοταδιού. Η εργασία με βάρδιες μπορεί να επηρεάσει τη θερμοκρασία του αίματος το ρυθμό μεταβολισμού, την πνευματική διαύγεια και τα κίνητρα για εργασία. Επίσης επηρεάζει τόσο τον ύπνο όσο και την οικογενειακή και κοινωνική ζωή. Η αλλαγή των βιορυθμών επηρεάζεται από την αποδοτικότητα του εργαζομένου και τον κάνει πιο επιρρεπή σε ατυχήματα. Μειώνεται σημαντικά η ικανότητα της απόδοσης του. Προβλήματα του πεπτικού συστήματος, καρδιακά προβλήματα και στρες από την αλληλεπίδραση από την οικογένεια και τη κοινωνική ζωή, έχει αποδειχθεί ότι σχετίζονται με την εργασία με βάρδιες. Οι αλλαγές βάρδιας έχουν κοινωνικές συνέπειες διότι διαταράσσουν την οικογενειακή και κοινωνική ζωή του εργαζομένου αφού διαταράσσονται οι φυσιολογικές λειτουργίες του ατόμου όπως η παρακολούθηση των παιδιών, οι κοινωνικές επαφές, οι επαφές με την σύντροφο, οι έξοδοι, η ψυχαγωγία, και άλλα. Το Ερευνητικό Ινστιτούτο του Stanford πραγματοποίησε μια μεγάλη μελέτη με Αμερικανίδες νοσηλεύτριες και συμπέρανε ότι η εργασία με βάρδιες αποτελεί μέγιστο πρόβλημα για την εργασία και τον εργαζόμενο. Βρέθηκε ότι νοσηλεύτριες με εναλλασσόμενες βάρδιες είχαν χειρότερα αποτελέσματα από αυτές που εργάζονταν με ένα καθορισμένο ωράριο. Οι νοσηλεύτριες με εναλλασσόμενες βάρδιες παρουσίασαν περισσότερα σωματικά συμπτώματα, όπως προβλήματα του πεπτικού συστήματος, ανωμαλίες στην περίοδο κ.α., καθώς επίσης ανέφεραν περισσότερη χρήση αλκοόλ, υψηλότερη συχνότητα προβλημάτων στην σεξουαλική ζωή, και διακατέχονται από μεγαλύτερη σύγχυση, αγωνία και κατάθλιψη. (Cooper et al., 2002) Το κυλιόμενο ωράριο είναι ιδιαίτερα δύσκολο και προβληματικό κυρίως όταν είναι ακατάστατο, καθώς το βιολογικό ρολόι δεν μπορεί να προσαρμοστεί σε αυτό.

### ☉ **Παρατεταμένο ωράριο.**

Ανάμεσα στον συνολικό εβδομαδιαίο χρόνο εργασίας και στην εκδήλωση του άγχους, έχει παρατηρηθεί πολλές φορές μια έκδηλη σημαντικότητα. Παρά την πρόοδο της νέας τεχνολογίας οι άνθρωποι σήμερα εργάζονται ολοένα και περισσότερες ώρες εργασίας. Τα ανώτερα στελέχη επιχειρήσεων και γενικά άτομα με υψηλότερες θέσεις εξουσίας στη εργασία, εργάζονται περισσότερες ώρες από ότι θα έπρεπε. Πολλές φορές το εβδομαδιαίο ωράριο ξεπερνά τις 48 ώρες και αυτό έχει το ανάλογο κόστος και στις ανθρώπινες σχέσεις. Είναι τόσο κουρασμένοι μετά από μια τόσο πολύωρη εργασία που επιστρέφουν στο σπίτι και δεν τους μένει όρεξη να ασχοληθούν ούτε με την σύντροφο τους, ούτε με τα παιδιά τους, ούτε με φίλους ή ακόμα και με κάποιο χόμπι τους. Μερικοί άνθρωποι όπως οι ειδικευόμενοι γιατροί

σε νοσοκομεία μπορεί να δουλεύουν ακόμα και εκατό ώρες την εβδομάδα, μένοντας μερικές φορές άγρυπνοι για τριάντα έξι ή και περισσότερες ώρες (Jones H.,1999). Πολλές φορές οι εργαζόμενοι επιδιώκουν με την πολύωρη εργασία είτε περισσότερες αμοιβές είτε περισσότερη εμπειρία, γεγονός που λειτουργεί σαν «μπούμερανγκ» στον άνθρωπο. Εκτός όμως από τις αρνητικές επιπτώσεις που αντιμετωπίζει το ίδιο το άτομο στην σωματική και ψυχική του υγεία, δουλεύοντας τόσες πολλές ώρες την εβδομάδα το άτομο γίνεται ολοένα και λιγότερο αποδοτικός στην εργασία του.

#### ☉ Ταξίδια.

Για άτομα που αναγκάζονται να ταξιδεύουν κάθε τόσο και να μετακινούνται λόγω της εργασίας του, μπορεί να αποδειχτούν ως σοβαρή πηγή στρες. Οι γάμοι και οικογένειες συνήθως αναστατώνονται αφού πρόκειται ο ένας εκ των δύο γονιών να απουσιάζει για κάποια χρονικά διαστήματα. Η ομαλή ζωή του σπιτιού διαταράσσεται σημαντικά αφού ο εργαζόμενος που ταξιδεύει αφιερώνει λιγότερο χρόνο στην οικογένεια του. Επιπλέον αφιερώνει λιγότερο χρόνο στους συναδέλφους του και ίσως χάνει ευκαιρίες, ή νιώθει αποκομμένος από τον χώρο εργασίας του (Cooper et al., 2002).

#### ☉ Κίνδυνος.

Όσα επαγγέλματα διακατέχονται από ένα ρίσκο επικινδυνότητας, κατά την φύση τους, τότε διατρέχουν τον κίνδυνο για υψηλότερη εκδήλωση άγχους. Σε μακροπρόθεσμη βάση, αυτή η καθημερινή πίεση για την εργασία λόγω των φυσικών κινδύνων που διατρέχουν οι εργαζόμενοι μπορεί να θεωρηθεί σαν ενδεχόμενη απειλή κατά της υγείας του.

#### ☉ Νέα τεχνολογία.

Η συνεχής ανάπτυξη της τεχνολογίας πιέζει συνεχώς τους εργαζόμενους να προσαρμοστούν στις ιδιαίτερες απαιτήσεις της, στους νέους εξοπλισμούς ή και στον τρόπο εργασίας τους. Μέχρι να μπορέσουν να ενημερωθούν και να καταφέρουν να αντεπεξέλθουν στα επίπεδα της ανάπτυξης της τεχνολογίας, οι εργαζόμενοι πιέζονται ολοένα και περισσότερο αφού εμπλέκονται και στον ανταγωνισμό μεταξύ των εταιριών και των συναδέλφων τους. Επίσης αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι με την συνεχή εισαγωγή της τεχνολογίας στο χώρο εργασίας, πολλοί εργαζόμενοι απομονώνονται.

#### ☉ Υπεραπασχόληση.

Η υπεραπασχόληση και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας είναι δυο έννοιες που τις χρησιμοποιούμε πολύ συχνά στις μέρες μας. Ο υπερβολικός φόρτος επηρεάζει τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά τον εργαζόμενο. Πιο συγκεκριμένα ποσοτικά: αφορά τον υπερβολικό φόρτο εργασίας σε δουλειά, και ποιοτικά: αναφέρεται στο κατά πόσον η εργασία είναι πολύ δύσκολη να πραγματοποιηθεί από ένα

άτομο. Καταλήγει δηλαδή ο εργαζόμενος σε παρατεταμένα ωράρια εργασίας και περιορίζεται ο χρόνος του για ένα φυσιολογικό τρόπο ζωής, γεγονός που συμβάλει στην εκδήλωση ασθενειών από την πίεση του εργαζόμενου ώστε να καταφέρει να ανταποκριθεί στις υψηλές απαιτήσεις της εργασίας του. Μια πολύ σκληρή εργασία έχει συνδεθεί επίσης με αυξημένο κάπνισμα (Cooper et al., 2002).

### ☉ **Υποαπασχόληση.**

Το αντίθετο της υπεραπασχόλησης, επίσης μπορεί να επιφέρει υψηλά επίπεδα άγχους. Όπως περιγράφει ο ψυχολόγος Tom Cox «Η υποαπασχόληση συνδέεται με την συνεχή ρουτίνα και η βαρετή, με μειωμένα κίνητρα εργασία έχει συνδεθεί με την κακή υγεία (Cooper C., Cooper R, Eaker L., 2002).

### 3.6.2 ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ.

Εκτός από τους εσωτερικούς παράγοντες που αναλύσαμε παραπάνω και συμβάλουν στην ανάπτυξη του αθέμιτου άγχους στον χώρο εργασίας, αναφέραμε την ύπαρξη άλλων τεσσάρων παραγόντων που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο: ο ρόλος στον οργανισμό/ εταιρεία, οι σχέσεις στην εργασία, η προώθηση της επαγγελματικής σταδιοδρομίας και τέλος η διάρθρωση και το κλίμα του οργανισμού/ εταιρείας.

#### **Ο ρόλος στον οργανισμό/ εταιρεία.**

Όσον αφορά την αμφισβήτηση ρόλου, ο επαγγελματίας δεν γνωρίζει με σαφήνεια το πεδίο δράσης του και τις υπευθυνότητες της δουλειάς του. Δεν αναγνωρίζει με σαφήνεια τους αντικειμενικούς του στόχους και τον εργασιακό του ρόλο. Πολλές φορές ο προϊστάμενος δεν εξηγεί στον εργαζόμενο τον ρόλο του σωστά. Επίσης μετά από μια αλλαγή του χώρου εργασίας, αλλαγή θέσης εξουσίας καθώς και αλλαγή προϊσταμένων μπορούν να προκαλέσουν ασάφεια ρολού του επαγγελματία. Με την σύγχυση αυτή ο επαγγελματίας αρχίζει να εμφανίζει υψηλά επίπεδα έντασης στην εργασία του, σωματική κόπωση, μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση, μειωμένη αυτοπεποίθηση, μειωμένα κίνητρα για εργασία, κατάθλιψη και άλλα.

Επίσης ένας άλλος παράγοντας ο οποίος επηρεάζει το επαγγελματικό άγχος είναι η σύγκρουση ρόλων ανάμεσα στους εργαζόμενους. Οι αντιμαχόμενες εργασιακές απαιτήσεις, η εργασία που δεν εμπίπτει στο μέρος της δουλειάς του καθώς και η εργασία που δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές του επιθυμίες προκαλεί την σύγκρουση ρόλων σε ένα εργασιακό πλαίσιο. Υπάρχουν εσωτερικές συγκρούσεις, συγκρούσεις μεταξύ φορέων που αφορούν το ίδιο το άτομο και κάποιον συνάδελφο του όπου αντιμετωπίζουν συγκρουόμενες απαιτήσεις, υπάρχουν συγκρούσεις ατομικών και γενικότερων ρόλων που αφορούν τις προσδοκίες και τις πεποιθήσεις του ατόμου που δεν καλύπτονται, υπάρχουν συγκρούσεις ατομικών ρόλων που αφορούν αλληλοσυγκρουόμενες απαιτήσεις και προσδοκίες περισσότερες των δύο, και υπερφόρτωση ρόλων όπου η σύγκρουση αυτή συμβαίνει σε περιπτώσεις που απαιτείται από το άτομο να αντεπεξέλθει σε υπερβολικό αριθμό συμπεριφορών. Οι συνέπειες που προκύπτουν από την σύγκρουση των ρόλων είναι η σωματική κόπωση των εργαζομένων, η μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση, και ανάπτυξη ανεπιθύμητης έντασης στον χώρο εργασίας. (Cooper et al., 2002).

#### **Οι σχέσεις στην εργασία**

Όσον αφορά επίσης τις σχέσεις που αναπτύσσονται στον χώρο εργασίας, μπορούν επίσης να προκαλέσουν την δημιουργία υπερβολικού άγχους. Οι σχέσεις αυτές περιλαμβάνουν τις σχέσεις με τους προϊσταμένους, σχέσεις με τους υφισταμένους και σχέσεις με τους συναδέλφους. Η διαφορετικότητα των προσωπικοτήτων των εργαζομένων, ο συναγωνισμός που δημιουργείται ανάμεσά τους, η μη ικανοποιητική κοινωνική συμπαράσταση, ο τρόπος με τον οποίο ο προϊστάμενος επιβλέπει τους εργαζόμενους και τους κριτικάρει, καθώς επίσης και ο τρόπος ο οποίος τους αναθέτει

πρωτοβουλίες πολλές φορές αποτελούν σημαντικούς λόγους που θα καθορίσουν την ποιότητα των σχέσεων που θα αναπτυχθούν. Σε περίπτωση που οι σχέσεις που αναπτύσσονται είναι δυσλειτουργικές προκαλούν την ανάπτυξη υψηλών επιπέδων στρες. Όσον αφορά την εκτενή ανάλυση των σχέσεων αναφερθήκαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο.

### **Η προώθηση της επαγγελματικής σταδιοδρομίας.**

Οι Ivancenich και Matteson ισχυρίζονται ότι τα άτομα που υποφέρουν από «στρες καριέρας» συχνά εμφανίζουν υψηλή εργασιακή δυσαρέσκεια, εργασιακή κινητικότητα, επαγγελματική εξουθένωση, μειωμένη εργασιακή απόδοση, περιορισμένη αποτελεσματικότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις στην εργασία και άλλα. (Cooper et al., 2002). Η απουσία ασφάλειας της εργασίας, ο ενδεχόμενος φόβος για απόλυση λόγω πλεονάζοντος προσωπικού, ή λόγω συνταξιοδότησης αποτελούν πολλές φορές αιτίες έντασης και πίεσης.

### **Η διάθρωση και το κλίμα του οργανισμού/ εταιρείας.**

Πολλοί εργαζόμενοι νιώθουν απειλούμενοι στον χώρο εργασίας τους, και νιώθουν πως δεν περιλαμβάνονται στο δίκτυο επικοινωνίας και στις συνελεύσεις τους. Νιώθουν πως απειλείται η αυτονομία τους, η ελευθερία τους και η ταυτότητα τους, αφού δεν συμμετέχουν πολλές φορές σε όλες τις αποφάσεις και αισθάνονται μη ενεργητικοί.

Περιορίζεται η συμπεριφορά τους και νιώθουν ότι μπαίνουν σε «καλούπια». Τέτοιου είδους αισθήματα οδηγούν στην εκδήλωση άσχημης σωματικής υγείας, κατάθλιψης, μειωμένης αυτοεκτίμησης, απουσία από την εργασία, κατανάλωση περισσότερου αλκοόλ, και άλλα.

## **3.7 ΕΥΘΥΝΕΣ ΕΡΓΟΔΟΤΩΝ ΚΑΙ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΩΝ**

Σύμφωνα με την Οδηγία - Πλαίσιο 89/391, όλοι οι εργοδότες έχουν νομική υποχρέωση να προστατεύσουν την επαγγελματική ασφάλεια και υγεία των εργοδοτούμενων. Το καθήκον αυτό ισχύει επίσης για τα προβλήματα εργασιακού άγχους στο βαθμό που εμπεριέχουν κίνδυνο για την ασφάλεια και υγεία. Όλοι οι εργοδοτούμενοι έχουν γενικό καθήκον να συμμορφώνονται με τα προστατευτικά μέτρα που καθορίζονται από τον εργοδότη.

Η προσέγγιση των προβλημάτων του εργασιακού άγχους μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα σε μια καθολική διαδικασία εκτίμησης επικινδυνότητας, μέσω μιας ξεχωριστής πολιτικής για το άγχος ή/και με συγκεκριμένα μέτρα που στοχεύουν στους παράγοντες πρόκλησης άγχους που έχουν εντοπιστεί ( UNICE, UEAPME, CEEP).

---

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 3: αγχώδη επαγγέλματα (Μαρίνος, σελ. 73, 1981)**

Η ταξινόμηση που δίνεται πιο κάτω με σειρά των κυριότερων από τα πιο αγχώδη επαγγέλματα, εξαρτάται από την ψυχολογία και τις ικανότητες προσαρμογής του καθένα με έμφαση κυρίως στην αποδοχή και την αγάπη για τη δουλειά του:

- ελεγκτής εναέριας κυκλοφορίας
- διευθυντής σε επιχείρηση

- χρηματιστής (αγορά και πώληση μετοχών)
  - υπουργός
  - άνεργος
  - εργάτης χαλυβουργίας
  - Μεταλλωρύχος
  - πιλότος
  - εργαζόμενος από τις 5 το πρωί ως τη 1 το μεσημέρι και από τις 9 το βράδυ ως τις 5 το πρωί
  - οδηγός μεγάλου οχήματος
  - εργάτης σε γραμμή παραγωγής σε εργοστάσιο με πολύπλοκα και δύσκολα μηχανήματα
  - εργάτης που εκτελεί μονότονη και αργή εργασία
  - καλλιτέχνης
  - ελεύθερος επαγγελματίας (γιατρός, δικηγόρος, δημοσιογράφος, μηχανικός)
  - στέλεχος σε επιχείρηση
  - Υπάλληλος γραφείου
  - γεωργός
  - τεχνίτης
  - δημόσιος υπάλληλος
- 

### 3.8 ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ

Ανατρέχοντας στη βιβλιογραφία σχετικά με τους παράγοντες που προκαλούν stress στον εργασιακό χώρο, συναντά κανείς μοντέλα τα οποία έχουν στόχο να περιγράψουν, να εξηγήσουν και να προβλέψουν αυτή τη σχέση. Απώτερος στόχος αυτών των μοντέλων είναι να αποτελέσουν το θεωρητικό πλαίσιο βάσει του οποίου θα καταρτίσουν αποτελεσματικά προγράμματα παρέμβασης.

Τα θεωρητικά αυτά μοντέλα μπορούν να χωριστούν σε δύο βασικές κατηγορίες:

1. Μοντέλα τα οποία εστιάζουν στις εργασιακές συνθήκες και στις επιπτώσεις που έχουν αυτές στην υγεία των εργαζομένων, και τα οποία μελετούν κυρίως τις συνθήκες εργασίας, όπως αυτές γίνονται αντιληπτές από τους ίδιους τους εργαζομένους (demand/control/social support model, Karasek & Theorell, 1979. Demands- Support- Constraints Model, Payne & Fletcher, 1983. Effort/Reward Imbalance Model, Siegrist, 1996. Vitamin Model, Warr, 1990).

2. Μοντέλα τα οποία εξετάζουν κυρίως την εναρμόνιση (fit) των εργασιακών συνθηκών και του εργαζομένου: αν δηλαδή και σε ποιο βαθμό το εργαζόμενο άτομο εκπληρώνει τις προσδοκίες του και καλύπτει τις ανάγκες του μέσα από τη δουλειά του, καθώς και κατά πόσο άτομο και εργασία συμβαδίζουν ως προς τις βασικές τους αρχές (Person- Environment Fit Model, French και συν., 1982. Van Harrison, 1978. Control Theory for Organization Stress, Edwards, 1993).

Παρακάτω παρουσιάζονται οι βασικές αρχές των σημαντικότερων μοντέλων.

### 3.8.1 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ/ ΕΛΕΓΧΟΥ/ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ (DEMAND/ CONTROL/ SOCIAL SUPPORT MODEL, KARASEK 1979)

Σύμφωνα με αυτό, οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν ουσιαστικά το εργαζόμενο είναι τρεις:

1. η ίδια η εργασία, το έργο που ο εργαζόμενος καλείται να επιτελέσει.
2. η ανεξαρτησία του εργαζομένου να ορίσει τις παραμέτρους της εργασίας του και το δικαίωμα του να παίρνει πρωτοβουλίες με άλλα λόγια, τα περιθώρια ελέγχου που έχει στη δουλειά του.
3. οι κοινωνικές σχέσεις με προϊστάμενους, συναδέλφους και υφιστάμενους.

Οι τρεις αυτοί παράγοντες, τόσο ο καθένας χωριστά όσο και όλοι μαζί σε αλληλεπίδραση, επηρεάζουν καθοριστικά τον εργαζόμενο. Ουσιαστικά, η ύπαρξη ενός μόνο από τους τρεις δεν είναι αρκετή για να προκαλέσει stress. Ο Karasek ανέφερε δύο βασικές υποθέσεις για την πρόκληση stress:

1. Η εργασία προκαλεί stress στον εργαζόμενο όταν οι απαιτήσεις είναι υψηλές, η δυνατότητα επιλογών και η πρόσβαση του στη λήψη αποφάσεων μικρή και οι κοινωνικές σχέσεις κακές. Μια συνθήκη με αυτά τα χαρακτηριστικά θεωρείται συνθήκη υψηλού άγχους.
2. Η εργασία προκαλεί stress στον εργαζόμενο όταν δεν του κεντρίζει το ενδιαφέρον, είναι βαρετή, μονότονη, και δεν τον βοηθά να αναπτύσσει και να αξιοποιεί τις κλίσεις και τις γνώσεις του, ή να αποκτήσει νέες γνώσεις και δεξιότητες.

Ο Karasek διεξήγαγε πλήθος ερευνών που αποσκοπούσαν στον έλεγχο της θεωρίας του, οι περισσότερες από τις οποίες υποστήριξαν τις υποθέσεις του ( Karasek, Baker, Marxer, Ahlbom, & Michela, 1988. Karasek, 1990). Δεκάδες ερευνητών επίσης σε ολόκληρο σχεδόν τον κόσμο έθεσαν υπό εξέταση το μοντέλο του (LaCroix & Haynes, 1987. Landsbergis, 1988. Larsson & Setterlind, 1990. Parkers, Mendham, & von Rabenau, 1994. Perrewe & Anthony, 1990. Spector, 1987). Όπως φάνηκε, ένα μικρό ποσοστό ερευνών δεν επικύρωσε τις ιδέες του στο σύνολο τους (Carayon, 1993. Hall, Johnson, & Tsou, 1993. van der Beek, Oort-Martburger, & Frings-Dresen, 1994).



Αρκετοί ερευνητές (Kristensen, 1995, 1996. Schnail, Landsbergis, & Baker, 1994) έχουν ασκήσει έντονη κριτική στο μοντέλο του Karasek. Η κριτική τους αυτή επικεντρώνεται στα εξής σημεία: (α) το μοντέλο είναι πολύ απλό και αγνοεί τις λεπτές πτυχές της εργασιακής συνθήκης (β) επειδή έχει επικυρωθεί κυρίως από μελέτες οι οποίες χρησιμοποίησαν δείγματα εργαζομένων από διάφορους επαγγελματικούς χώρους, ίσως δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε έναν ομοιογενή επαγγελματικό χώρο, κυρίως γιατί δεν έχει τη δυνατότητα να διαφοροποιηθεί ως προς τις ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούν σε αυτόν, (γ) οι διαφορές που εντοπίζει μεταξύ των εργαζομένων ίσως προκύπτουν από τη διαφοροποίηση τους σε κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Με άλλα λόγια, οι εργαζόμενοι που δουλεύουν υπό κακές συνθήκες εργασίας, όπως αυτές ορίζονται από το μοντέλο (π.χ. σε βαριές βιομηχανίες), βρίσκονται εκ των πραγμάτων σε δυσμενή θέση από άποψη υγείας λόγω του κοινωνικοοικονομικού τους επιπέδου, αφού έχει βρεθεί ότι τα ποσοστά εμφάνισης ασθενειών, και κυρίως καρδιαγγειακών νοσημάτων, είναι υψηλότερα στα χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα.

### 3.8.2. ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ ΒΙΤΑΜΙΝΩΝ (VITAMIN MODEL, WARR, 1990)

Σε ένα από τα βασικά του άρθρα ο Warr (1990) παρομοιάζει τις ποικίλες εργασιακές παραμέτρους με βιταμίνες. Πιστεύει ότι ο καθένας από τους εργασιακούς παράγοντες που προαναφερθήκαν πρέπει να υπάρχει στην κατάλληλη δοσολογία, προκειμένου να μην προκαλεί stress. Με άλλα λόγια, όσο στρεσογόνο είναι το να έχει ο εργαζόμενος πολύ μικρά περιθώρια για πρωτοβουλίες, άλλο τόσο είναι και το να έχει υπερβολικά μεγάλα. Για αυτό ο Warr υποστηρίζει ότι οι παράγοντες που συνθέτουν μια εργασιακή συνθήκη δεν συνδέονται γραμμικά με τις επιπτώσεις τους στην υγεία, όπως ισχυρίζεται ο Karasek.

Σύμφωνα με τον Warr (1994), οι βασικοί εργασιακοί παράγοντες που μπορεί να επιβαρύνουν την υγεία των εργαζομένων χωρίζονται σε εννιά κατηγορίες:

1. δυνατότητα λήψης αποφάσεων.
2. δυνατότητα αξιοποίησης των γνώσεων και των ικανοτήτων.
3. ικανοποιητική αμοιβή και υλικοτεχνική υποστήριξη.
4. εργασιακά καθήκοντα που χαρακτηρίζονται από ενδιαφέρον κα ποικιλία.
5. σαφήνεια ρόλου.
6. στόχοι που προέρχονται από το εργασιακό περιβάλλον (externally generated goals).
7. σωματική ασφάλεια.

8. δυνατότητα για διαπροσωπική επικοινωνία.

9. κοινωνική αναγνώριση.

Ο Warr έδωσε μια νέα διάσταση στη μελέτη των επιπτώσεων των εργασιακών συνθηκών. Μολονότι ο ίδιος δεν διεξήγαγε αρκετές μελέτες για να ελέγξει τις υποθέσεις, έθεσε ουσιαστικά ερωτήματα και αμφισβήτησε τις «αυτονόητες», σε μερικές περιπτώσεις, θέσεις του Karasek, ιδιαίτερα στο επίπεδο των γραμμικών σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών. Υπάρχουν ορισμένα ερευνητικά δεδομένα τα οποία επικυρώνουν τις θέσεις του Warr (de Jonge & Schaufeli, 1997) και άλλα που αδυνατούν να τις στηρίξουν εμπειρικά (Sevastos, Smith, & Cordery, 1992). Για αυτό και είναι απαραίτητο να διαξευχθούν περισσότερες έρευνες οι οποίες θα ελέγξουν τις βασικές υποθέσεις του μοντέλου.

### 3.8.3 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑΣ/ΑΝΤΑΠΟΔΟΣΗΣ (EFFORT/ REWARD IMBALANCE MODEL, SIEGRIST, 1996)

Το 1990 ο Siegrist πρότεινε ένα νέο μοντέλο για τη σχέση εργασιακών συνθηκών και υγείας των εργαζομένων. Η βασική υπόθεση είναι ότι πρέπει να υπάρχει ισορροπία ανάμεσα σε αυτό που ο εργαζόμενος «επενδύει» στη δουλειά του και σε αυτό που παίρνει πίσω ως ανταπόδοση, στην αντίθετη περίπτωση νιώθει πιεσμένος και δυσαρεστημένος, και αυτό μακροπρόθεσμα επιβαρύνει την κατάσταση της υγείας του.

Τι εννοεί ο Siegrist όταν μιλά για προσπάθεια και ανταπόδοση; Ο όρος προσπάθεια έχει δύο διαστάσεις:

(1) την εξωγενή προσπάθεια, δηλαδή το έργο που καταβάλλει ο εργαζόμενος προκειμένου να εκπληρώσει τα βασικά εργασιακά καθήκοντα (χρησιμοποιώντας την ορολογία του Karasek, τις απαιτήσεις της δουλειάς), και

(2) την ενδογενή προσπάθεια, δηλαδή τα εσωτερικά κίνητρα του εργαζόμενου που τον ωθούν να αποδώσει στον εργασιακό του χώρο. Τέτοια κίνητρα είναι ανάγκη του για λήψη πρωτοβουλιών, η ανάγκη του για κοινωνική αναγνώριση, η ανταγωνιστικότητά του, ο βαθμός ευερεθιστότητάς του και η ικανότητα του να αποσυνδέει την επαγγελματική από την προσωπική του ζωή.

Ως ανταπόδοση ο εργαζόμενος λαμβάνει από τη δουλειά του κοινωνική αναγνώριση, χρηματική ανταμοιβή, τη δυνατότητα διατήρησης της εργασιακής του θέσης και επαγγελματική/οικονομική ασφάλεια.

Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα, κυρίως από τον ίδιο τον Siegrist και τους συνεργάτες του (Siegrist, Peter, Junge, Cremer, & Seidel, 1990. Siegrist & Peter, 1994, 1996. Siegrist, Peter, Cremer, & Seidel, 1997. Siegrist, Klein, & Voigt, 1997), συμφωνούν με τις υποθέσεις του, ότι η έλλειψη ισορροπίας μεταξύ αυτών των παραγόντων συνδέεται συχνά με υψηλά ποσοστά καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Σε πρόσφατο άρθρο τους οι Thorell και Karasek (1996) προτείνουν τον εμπλουτισμό της θεωρίας τους με τις ιδέες που εμπεριέχονται στο μοντέλο του Siegrist. Το μοντέλο Ισορροπίας μεταξύ Προσπάθειας/ Ανταπόδοσης, αν και πολλά υποσχόμενο, χρήζει περαιτέρω διερεύνησης προκειμένου να διαπιστωθεί η ορθότητα των υποθέσεών του, αλλά και να βρεθούν τα όρια των εφαρμογών του.

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι τα τρία αυτά μοντέλα επιχειρούν να προβλέψουν τις επιπτώσεις που μπορεί να έχουν οι κοινές εργασιακές συνθήκες στη υγεία των εργαζομένων. Συχνά ωστόσο δεν λαμβάνουν υπόψη τις Ιδιαιτερότητες του κάθε εργαζόμενου, ούτε την ιδιομορφία της σχέσης του με το συγκεκριμένο επάγγελμα που εξασκεί.

#### 3.8.4 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΕΝΑΡΜΟΝΙΣΗΣ ΑΤΟΜΟΥ-ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ (PERSON- ENVIRONMENT FIT MODEL)

το μοντέλο αντιπροτάθηκε και στη συνέχεια μελετήθηκε εκτενώς από ερευνητές στο Ινστιτούτο Κοινωνικής Έρευνας του Πανεπιστημίου του Michigan. Η κεντρική του υπόθεση αφορά τη σχέση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του. Η εργασία μπορεί να αποτελέσει στρεσογόνο συνθήκη για τον εργαζόμενο όταν υπάρχει χάσμα:

(α) ανάμεσα στα κίνητρα και τις επιδιώξεις του, αφενός, και σε αυτά που το περιβάλλον του προσφέρει, αφετέρου, και

(β) ανάμεσα στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος και στην ικανότητά του να ανταποκριθεί σε αυτές (Baker, 1985).

Ο όρος «κίνητρα» περιγράφει τις δυνατότητες που προσφέρει το εργασιακό περιβάλλον και τις επιδιώξεις του ίδιου του εργαζόμενου από την άποψη της αμοιβής, της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων και της προσωπικής εξέλιξης του, ενώ ο όρος της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων και της προσωπικής εξέλιξης του, ενώ ο όρος «απαιτήσεις» περιγράφει το φόρτο και το βαθμό πολυπλοκότητας της εργασίας.

Όταν η σχέση ανάμεσα σε αυτά τα στοιχεία, όπως προαναφέρθηκε, δεν είναι αρμονική, αλλά αντίθετα προκύπτει χάσμα, τότε εργαζόμενος υφίσταται έντονο stress, ενώ μακροπρόθεσμα επιβαρύνεται η υγεία του, σωματική και ψυχική. Μερικές από τις επιπτώσεις που έχουν μελετηθεί στο πλαίσιο του συγκεκριμένου μοντέλου είναι η δυσαρέσκεια από την εργασία, το έντονο άγχος, η κατάθλιψη, η υπέρταση, η αυξημένη χοληστερίνη, το κάπνισμα κ.τ.λ. (Edwards & Van Harrison, 1993).

Το εν λόγω μοντέλο λαμβάνει υπόψη το ίδιο το άτομο και τον τρόπο με τον οποίον επεξεργάζεται το περιβάλλον του, συγκρίνοντας τις προσωπικές του απαιτήσεις με τις παροχές που προέρχονται από αυτό. Πρόκειται για στοιχείο που αγνοείται συχνά από άλλα μοντέλα, τα οποία δεν διαφοροποιούν τα άτομα ως προς τις διαφορετικές αντιδράσεις που μπορεί να έχουν απέναντι σε μια εργασιακή συνθήκη (Edwards, 1996).

Οι υποθέσεις του μοντέλου υποστηρίχθηκαν από τα αποτελέσματα μιας έρευνας που πραγματοποιήθηκε με 2010 εργαζομένους με πληθώρα επαγγελμάτων (French, Carlan, & Van Harrison, 1982). Επειδή όμως τα εργαλεία μετρήσεις των μεταβλητών παρουσιάζουν πολλά μεθοδολογικά προβλήματα, είναι δύσκολο να εξεταστεί το μοντέλο από άλλους ερευνητές, αυτός είναι και ο λόγος που σήμερα δεν υπάρχουν αρκετά ερευνητικά δεδομένα τα οποία να ελέγχουν ταυτόχρονα τις δύο βασικές υποθέσεις του μοντέλου (Βασιλάκη, Τρίλιβα, σελ. 265- 270, 2001).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

## 4ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΓΧΟΥΣ

### 4.1 ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ STRESS

1. Αυξάνονται τα επίπεδα κορτιζόλης με αποτέλεσμα να αναστέλλεται η δράση των φαγοκυττάρων και των λεμφοκυττάρων.
2. Αυξάνεται η αρτηριακή πίεση με συνέπεια την αύξηση της πίεσεως και της τριβής στα τοιχώματα των αρτηριών.
3. Αυξάνονται τα επίπεδα επινεφρίνης και έτσι μειώνονται τα επίπεδα των βοηθητικών T- κυττάρων και αυξάνονται τα επίπεδα των κατασταλτικών T- κυττάρων.
4. Μειώνονται τα επίπεδα ανοσοσφαιρίνης Α στο σάλιο και αυτό αποτελεί ένδειξη της μειωμένης ανοσοποιητικής λειτουργίας ( DiMatteo, 2006).

### 4.2 ΕΜΜΕΣΗ ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ- ΛΥΣΕΙΣ

#### 4.2.1 ΥΠΝΟΣ:

Αναμφισβήτα, υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που επηρεάζουν τον ύπνο. Λόγου χάρη, η υπερδιέγερση, το stress και το άγχος τα οποία αποτελούν αντιδράσεις σε αρνητικά και θετικά γεγονότα.

Ο ύπνος συγκαταλέγεται μεταξύ των πιο σημαντικών λειτουργιών που επηρεάζουν την υγεία ενώ παράλληλα αποτελεί έναν από τους στόχους της πρωτογενούς πρόληψης. Σύμφωνα με σχετικά ερευνητικά ευρήματα, έχει διαπιστωθεί ότι ικανοποιητικός ύπνος αποτελεί σημαντικό προγνωστικό δείκτη της μακροζωίας στον ίδιο ή ενδεχομένως σε μεγαλύτερο βαθμό από την υγιεινή διατροφή και την τακτική σωματική άσκηση. Αυτή είναι η άποψη του Δρ. William Dement, της μεγαλύτερης αυθεντίας σε θέματα που σχετίζονται με τον ύπνο. Στο βιβλίο του με τίτλο the promise of sleep (η απαγγελία του ύπνου) (Dement & Vaughn, 1999), τεκμηριώνει επιστημονικά τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει ο ύπνος σε ό, τι αφορά την υγεία των ανθρώπων. Σύμφωνα με τα ευρήματα περισσότερων από τεσσάρων δεκαετιών έρευνας, έχει καταστεί σαφές ότι η εξασφάλιση αρκετών ωρών για ύπνο είναι θεμελιώδης τόσο για τη μακροζωία όσο και για την αποφυγή πολλών νοσημάτων.

Οι άνθρωποι που κοιμούνται επαρκώς είναι πιο αισιόδοξοι, οι αισθήσεις τους είναι οξύτερες και ο νους τους είναι πιο δεκτικός σε εμπειρίες και ερεθίσματα. Επιπλέον, αισθάνονται μεγαλύτερη ευεξία σε σχέση με τα άτομα που στερούνται ύπνο. Σε ό, τι αφορά τη μακροβιότητα, ο ύπνος είναι πιο σημαντικός από όσο πιστεύουν οι περισσότεροι άνθρωποι. Για παράδειγμα, όπως διαπιστώθηκε από τα αποτελέσματα

μιας μελέτης, στην οποία έλαβαν μέρος περισσότεροι από ένα εκατομμύριο Αμερικάνοι, όσοι συμμετέχοντες κοιμούνταν κατά μέσο όρο οκτώ ώρες κάθε νύχτα ζούσαν περισσότερα χρόνια. Όσον αφορά αυτό το εύρημα, έχει αποδειχθεί ότι η εξασφάλιση πολλών ωρών ύπνου προάγει την αποδοτική λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Μάλιστα, η διάρκεια και η ποιότητα του ύπνου που έχει εξασφαλίσει ένα άτομο προτού βρεθεί σε κάποιο ιό ή λοίμωξη συνιστούν συστηματικούς παράγοντες, από τους οποίους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό το αν θα αρρωστήσει ή όχι. Αντίθετα, η εξαιρετική μικρή διάρκεια ύπνου φαίνεται ότι ενισχύει την αρνητική διάθεση, το αίσθημα απελπισίας, την κατάθλιψη, τη νοητική σύγχυση και την περιορισμένη δημιουργικότητα. Η έλλειψη ύπνου συγκαταλέγεται επίσης στα αίτια εκδήλωσης στοματικών διαταραχών και αύξησης της ευαισθησίας στον πόνο. Τέλος, όπως διαπιστώθηκε από αποτελέσματα σχετικών μελετών με υπερβολική στέρηση ύπνου μπορεί να προκαλέσει ολοκληρωτική κατάρρευση του ανοσοποιητικού συστήματος των επιμυών.

Η υπνηλία αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες ατυχημάτων στις Η.Π.Α. Πράγματι, εκτιμάται πως σχεδόν 24.000 άτομα χάνουν τη ζωή τους κάθε χρόνο σε τροχαία δυστυχήματα που προκαλούνται άμεσα ή έμμεσα από το γεγονός αποκοιμήθηκε στο «τιμόνι» (Dement & Vaughn, 1999).

Μια λύση για την αποφυγή αϋπνίας και κακής ποιότητας ύπνου είναι η χρήση φαρμάκων. Παραδείγματος χάρη το φάρμακο αζολπιδέμη, το οποίο είναι υπνωτικό βραχείας δράσεως, μεταβολίζεται πριν ολοκληρωθεί η νύχτα και έτσι δεν προκαλεί πρωινή υποτονικότητα. Διευκολύνει την έλευση του ύπνου επιφέροντας τις λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες.

Οι ειδικοί προτείνουν τις παρακάτω τεχνικές για την τήρηση της «υγιεινής του ύπνου», οι οποίες διευκολύνουν αυτή την τόσο σημαντική λειτουργία:

1. Οκτώ ώρες πριν κοιμηθείτε αποφύγετε τη λήψη καφεΐνης
2. Ορίστε ένα επαρκές χρονικό διάστημα, το οποίον σας εξασφαλίζει τον ύπνο που χρειάζεστε. Μείνετε συνεπής σε αυτό το πρόγραμμα 7 μέρες την εβδομάδα και αναπληρώστε τυχόν απώλεια ύπνου.
3. πριν κοιμηθείτε, ελέγξτε τα εξωτερικά ερεθίσματα : αποφύγετε γεγονότα και καταστάσεις που θα μπορούσαν να σας συναρπάσουν, να σας αναστατώσουν ή να σας προκαλέσουν άγχος ή θυμό.
4. Προτού κοιμηθείτε να ασχοληθείτε με κάτι ευχάριστο και χαλαρωτικό, αλλά όχι πολύ συναρπαστικό. Για παράδειγμα διαβάστε ένα βιβλίο ή περιοδικό που σας αρέσει.
5. Επωφεληθείτε από μια ανορθόδοξη τεχνική η οποία, ωστόσο, είναι αποτελεσματική. Προσπαθήστε να μην κοιμηθείτε! Σβήστε τα φώτα, ξαπλώστε άνετα στο κρεβάτι και προσπαθήστε να μείνετε σε εγρήγορση, επιχειρώντας να λύσετε ένα μαθηματικό γρίφο. Θα έχετε κοιμηθεί πριν το καταλάβετε.

#### 4.2.2 ΚΑΠΝΙΣΜΑ :

Για κάποιους, το κάπνισμα αποτελεί μια βαθιά ριζωμένη συνήθεια, την οποία ενδεχομένως δε συναισθάνονται ή ξεχνούν ότι τη έχουν. Άλλοι καπνίζουν για να μειώσουν τη δυσφορία, το άγχος και άλλα αρνητικά συναισθήματα. Κάποιοι καπνίζουν για να αυξήσουν το επίπεδο της διέγερσης τους για να χαλαρώσουν ή για να ικανοποιήσουν κάποιες αισθητηριακές και κινητικές ανάγκες τους (Lichtenstein & Glaskow, 1992).

Περισσότεροι από 50.000.000.000 δολάρια δαπανίζονται κάθε χρόνο σε ιατρικό κόστος για νοσήματα που προκαλούνται από το κάπνισμα, ενώ επίσης κάθε μέρα 1.200 άνθρωποι στις Η.Π.Α. πεθαίνουν νωρίτερα από το αναμενόμενο λόγω καπνίσματος ( NCGS, 1988). Είναι ίσως περιττό να αναφέρουμε ότι, κατά κανόνα, αυτοί οι θάνατοι προέρχονται μετά από παρατεταμένες και επώδυνες ασθένειες, όπως τα καρδιακά νοσήματα, το εγκεφαλικό επεισόδιο, το εμφύσημα και ο καρκίνος, οι οποίες καταβάλλουν τον οργανισμό. Οι καπνιστές αρρωσταίνουν πολύ συχνότερα σε σχέση με τους μη καπνιστές.

Ποιές μέθοδοι αποδεικνύονται αποτελεσματικές στην προσπάθεια ενός ατόμου που επιθυμεί να σταματήσει το κάπνισμα; Σε σχέση με αυτό το ερώτημα ακόμα τα αποτελέσματα των πρώτων ερευνών, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στα μέσα της δεκαετίας του 1970, έδειξαν ότι η θεραπεία με τη μέθοδο της αποστροφής (αποστροφική μάθηση) είχε σχετική επιτυχία.

Άλλες τεχνικές που βασίζονται στη μέθοδο της αποστροφής, όπως η σκέψεις για το τσιγάρο προκαλούν αηδία ή ο συνδυασμός καπνίσματος και ηλεκτρικής εκκένωσης (σοκ), σημειώνουν αρχικά ποσοστό επιτυχίας της τάξης του 60% έως 90 % (Leventhal & Cleary, 1980).

Σήμερα, διατίθεται στο εμπόριο μια ποικιλία προϊόντων, όπως τσιγλές που λειτουργούν ως υποκατάστατο της νικοτίνης, αυτοκόλλητα που εμπεριέχουν νικοτίνη και τοποθετούνται στην επιφάνεια του δέρματος, ακόμα και ψεύτικα τσιγάρα, έτσι ώστε ο καπνιστής να προσποιείται ότι καπνίζει λαμβάνοντας μια μικρή δόση νικοτίνης.

#### 4.2.3 ΑΛΚΟΟΛ:

Πολλοί άνθρωποι θεωρούν ότι το αλκοόλ ελαττώνει την ένταση τους και δρα ως ηρεμιστικό και αγχολυτικό, ιδιαίτερα όταν βρίσκονται σε έναν άνετο και ευχάριστο χώρο. Όταν οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν στην καθημερινή ζωή τους πολλά στρεσογόνα ερεθίσματα, τότε έχουν αυξημένη πιθανότητα να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ από ό, τι όταν διανύουν περιόδους ψυχικής ηρεμίας.

Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί μια επικίνδυνη πρακτική, η οποία είναι δυνατόν να απειλήσει τη ζωή και τη υγεία. Ειδικότερα, μπορεί να προκαλέσει



κίρρωση του ήπατος, αλκοολικό εμβρυικό σύνδρομο και αύξηση του κινδύνου εμφάνισης κάποιων μορφών καρκίνου ( Finney & Moos, 1991). Η πιο συχνή διαταραχή που προκαλείται από το αλκοόλ είναι η αλκοολική τοξίκωση (μέθη) που χαρακτηρίζεται από δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές, ευμετάβλητη διάθεση, έκπτωση της κρίσης, διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων, αστάθεια του βαδίσματος, δυσαθρική ομιλία, νυσταγμός. Δύο σημαντικότερες επιπλοκές της κατάχρησης αλκοόλ είναι η εγκεφαλοπάθεια του Wernicke (που χαρακτηρίζεται από θόλωση της συνείδησης, οφθαλμοπληγία, ανικανότητα του ατόμου να περπατήσει ή να σταθεί όρθιο) και το σύνδρομο Korsakoff (με κύρια χαρακτηριστικά την έκπτωση της βραχύχρονης και μακρόχρονης μνήμης). Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ είναι πιθανό να προκαλέσει υπογονιμότητα, διαταραχές της στύσης, ατροφία των όρχεων και γυναικομαστία ενώ το αλκοόλ ασκεί άμεση αρνητική επίδραση στην εγκυμοσύνη και στην ανάπτυξη του εμβρύου.

Σήμερα ακόμα διατίθενται φαρμακευτικές ουσίες όπως οι ανταγωνιστές των απιοειδών οι οποίοι δεσμεύουν τους νευροϋποδοχείς που ευθύνονται για την ανάπτυξη της εξάρτησης. Αυτά τα φάρμακα ελαττώνουν τη σφοδρή επιθυμία για αλκοόλ, ενώ ταυτόχρονα μειώνουν την ευχαρίστηση που προκαλεί, διευκολύνοντας έτσι την αποχή η οποία είναι εξαιρετικά δύσκολη χωρίς κάποια φαρμακευτική παρέμβαση (O' Brien, 1994- O' Malley, 1996- Tinsley et all, 1998) (DiMatteo, 2006).

#### 4.3 «Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ»

Κάποιοι άνθρωποι αντιδρούν στις στρεσογόνες συνθήκες της ζωής τους υιοθετώντας το «ρόλο του ασθενούς» και καταφεύγοντας στη χρήση υπηρεσιών υγείας (Mechanic, 1972). Ο ενστερνισμός και η αποδοχή της «ασθένειας» ως εξήγησης για το αίσθημα προσωπικής δυσφορίας παρέχει στο άτομο μια δικαιολογία για τη μειωμένη λειτουργικότητα του. Μέσω αυτής της στάσης, το άτομο μπορεί να διατηρήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό του, δεδομένου ότι η ασθένεια είναι ένας κοινωνικά αποδεκτός λόγος όσον αναφορά την αδυναμία εκπλήρωσης των εκάστοτε υποχρεώσεων. Η ασθένεια συνοδεύεται δευτερογενή οφέλη, τα οποία προσφέρουν μια θεμιτή δικαιολογία για την αποφυγή της αντιμετώπισης των γεγονότων που προκάλεσαν εξαρχής τόσο έντονο stress και για τη λήψη υποστήριξης και φροντίδας από τους άλλους (DiMatteo, 2006).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4:** σωματικά νοσήματα που σχετίζονται με την εκδήλωση άγχους (Hollonder, 2002)

- νόσος Alzheimer
- καρδιακές αρρυθμίες
- αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
- όγκοι εγκεφάλου πλησίον της τρίτης κοιλίας
- υπογλυκαιμία
- πρόπτωση μιτροειδούς βαλβίδας
- νόσος Parkinson
- φαιοχρωμοκύτωμα
- επιληπτική διαταραχή: κριτική και μετακριτική περίοδος
- υπαραχνοειδής αιμορραγία
- θυροειδική δυσλειτουργία
- ίλιγγος

#### 4.4 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Από τα επιδημιολογικά δεδομένα προκύπτει ότι πλην της υψηλής συχνότητας των αγχωδών και των καταθλιπτικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό, επιπλέον η συννοσηρότητα μεταξύ τους είναι ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο. Η κλινική εμφάνιση της συννοσηρότητας μπορεί να πάρει διάφορες μορφές, είτε με την εκδήλωση του πλήρους συνδρόμου συννοσηρότητας είτε με την εμφάνιση μερικών μόνο συμπτωμάτων από την καθεμία νοσηρή κατάσταση.

##### 4.4.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η συχνότητα τόσο των αγχωδών όσο και των καταθλιπτικών διαταραχών είναι ιδιαίτερα υψηλή στο γενικό πληθυσμό. Από τη μεγαλύτερη και πλέον εμπειριστατωμένη επιδημιολογική μελέτη που διαθέτουμε, προκύπτει ότι η συνολική επίπτωση της διαταραχής πανικού, της αγοραφοβίας, της κοινωνικής φοβίας, της απλής φοβίας και της διαταραχής του γενικευμένου άγχους είναι 24.9%, ενώ η αντίστοιχη ετήσια επίπτωση υπολογίζεται στο 17,2%. Τα στοιχεία αυτά αναδεικνύουν τις αγχώδεις διαταραχές ως τις πλέον συχνές ψυχιατρικές διαταραχές στο γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ, διαπίστωση που επιβεβαιώνεται και στις υπόλοιπες

ανεπτυγμένες δυτικού τύπου κοινωνίες. Ας σημειωθεί ότι στους υπολογισμούς αυτούς δεν συμπεριλαμβάνονται η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η διαταραχή stress μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία, η αγχώδης διαταραχή λόγω σωματικής νόσου και η μη αλλιώς προσδιοριζόμενη αγχώδης διαταραχή, που υποδηλώνει ότι το συνολικό ποσοστό αναμένεται ακόμα υψηλότερο. Οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι επίσης εξαιρετικά συχνές. Η συνολική επίπτωση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου προσεγγίζει το 17,3%, ενώ η επίπτωση 12μήνου κυμαίνεται περί το 10%. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τη μείζονο καταθλιπτική διαταραχή υπολογίζεται ότι είναι 14,9% και 8,6% (Kessler,1994).

Όλες οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η συννοσηρότητα των ψυχιατρικών διαταραχών είναι ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο, σε τέτοια μάλιστα έκταση ώστε να αποτελεί μάλλον τον κανόνα παρά της εξαίρεση, στις ΗΠΑ, για παράδειγμα, υπολογίζεται ότι σε ένα οποιοδήποτε χρονικό διάστημα 12 μηνών, από τους ενήλικες που εμφανίζουν κάποια ψυχική νόσο, σχεδόν ο ένας στους δύο αναφέρει επιπλέον και συμπτώματα από δύο ή περισσότερες άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (Kessler, 2005). Ειδικά στη περίπτωση της συννοσηρότητας μεταξύ αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών, προκύπτει ότι το 58% των ατόμων με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή εμφανίζει ταυτόχρονα και κάποια αγχώδη διαταραχή, ενώ το 67% των ασθενών με διαταραχή γενικευμένου άγχους αναφέρει στο ατομικό του ιστορικό μονοπολική κατάθλιψη. (Kessler, 1996 -Judd, 1998) Γενικά, η συννοσηρότητα αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών υπολογίζεται στο 60% και αυξάνει ακόμη περισσότερο όταν στις μελέτες συμπεριλαμβάνονται άτομα με σημαντικά κλινικά συμπτώματα, χωρίς όμως να συγκροτούν πλήρες σύνδρομο (Kaufman, 2000 -Gorman, 1996). Αδρά υπολογίζεται ότι, σε ένα οποιαδήποτε χρονικό διάστημα 12 μηνών, 5-9% του ενήλικου πληθυσμού εμφανίζει συννοσηρότητα άγχους- κατάθλιψης (Kessler, 2005). Στο πλαίσιο της συννοσηρότητας αυτής, καλύτερα μελετημένες είναι η διαταραχή πανικού και η διαταραχή γενικευμένου άγχους, παρόλο που κατά τα φαινόμενα το σύνολο σχεδόν των αγχωδών διαταραχών συνυπάρχει με κάποια καταθλιπτικά συμπτώματα, αν όχι με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.

Τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας έχουν ερμηνευθεί ποικιλοτρόπως. Καταρχήν, τα τρέχοντα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV τείνουν να αλληλεπικαλύπτονται, αυξάνοντας την πιθανότητα ένα άτομο που πληροί κριτήρια για μια ψυχιατρική διαταραχή να πληροί ταυτόχρονα κριτήρια και για κάποια άλλη. Για παράδειγμα, ο μηρυκασμός αρνητικών σκέψεων στην κατάθλιψη μοιάζει με τις ιδεοληπτικόμορφες σκέψεις που απαντώνται στη διαταραχή γενικευμένου άγχους. Επίσης, η κακή ποιότητα ύπνου και η δυσκολία συγκέντρωσης συναντώνται τόσο στην κατάθλιψη, όσο και στη διαταραχή stress μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία. Μια δεύτερη εκδοχή είναι ότι, ενώ οι δύο διαταραχές διαφέρουν αιτιολογικά, τα συμπτώματα εκλύονται από παρόμοια περιβαλλοντικά ερεθίσματα, όπως κάποια απειλή ή απώλεια (Finley Jones, 1981). Τέλος, υπάρχει η άποψη της κοινής ή παρόμοιας υποκείμενης αιτιολογίας για την παθογένεση των δύο αυτών ψυχιατρικών διαταραχών (Cameron, 2006).

#### 4.4.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΦΑΝΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ

Η εμφάνιση των αγχώδων και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, εφόσον συνυπάρχουν, συνήθως δεν είναι ταυτόχρονη. Οι αγχώδεις διαταραχές, είναι αυτές που συνήθως προηγούνται, χωρίς αυτό να υποδηλώνει και κάποια αιτιολογική συσχέτιση. Έτσι, στις περισσότερες περιπτώσεις ασθενών με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, αυτή εμφανίστηκε σε δεύτερο χρόνο μετά από μια άλλη ψυχιατρική διαταραχή, πιθανότερα (67,9%) κάποια αγχώδη διαταραχή. Επίσης, ο κίνδυνος για εμφάνιση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής μέσα σε χρονικό διάστημα ενός έτους αυξάνει, εάν μέσα στο διάστημα αυτό εκδηλωθεί κάποια αγχώδη διαταραχή: ο σχετικός κίνδυνος είναι 6,5 για κοινωνική φοβία και 62,0 για διαταραχή γενικευμένου άγχους. Ο κίνδυνος για την εκδήλωση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής παραμένει αυξημένος ακόμη και 10 χρόνια μετά την εμφάνιση της αγχώδους διαταραχής (Kessler, 1996).

Η κλινική έκφανση της συννοσηρότητας μπορεί να πάρει τέσσερις διαφορετικές μορφές. Ο ασθενής μπορεί να πληροί τα κριτήρια για μια αγχώδη διαταραχή και ταυτόχρονα να εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά όχι το πλήρες σύνδρομο της κατάθλιψης. Εναλλακτικά, μπορεί να εμφανίζει μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και αγχώδη συμπτώματα, όχι όμως μια συγκεκριμένη αγχώδη διαταραχή. Επίσης, μπορεί να υπάρχει μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και ταυτόχρονα μια σαφώς καθοριζόμενη αγχώδης διαταραχή (Hirschfeld, 2001). Τέλος, μπορεί να υπάρχουν αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα, όχι όμως τόσο σοβαρά ώστε να πληρούνται τα κριτήρια για συγκεκριμένες ψυχιατρικές παθήσεις. Στην τελευταία περίπτωση είναι αξιοσημείωτο ότι οι ασθενείς εμφανίζουν παρόμοια επίπεδα αναπηρίας με εκείνους που εμφανίζουν μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο ή κάποια αγχώδη διαταραχή (Roy Byrne, 1994). Η συχνότητα της υπολογίζεται μεταξύ 1- 5% και περίπου 20% αυτών των ασθενών θα εμφανίσουν πλήρες μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο μέσα στους επόμενους 12 μήνες. (Santorius, 1996 -Murphy, 1989 -Broadhead, 1990)

#### 4.4.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση συννοσηρότητας αγχώδων και καταθλιπτικών διαταραχών είναι λιγότερο μελετημένοι σε σχέση με αυτούς για την εμφάνιση κάθε διαταραχής ξεχωριστά, υπάρχει καταρχήν συμφωνία ότι η εμφάνιση των αγχώδων συμπτωμάτων προηγείται συνήθως των καταθλιπτικών. Σε προοπτική μελέτη 3000 εφήβων και νεαρών ενηλίκων επί 5 χρόνια διαπιστώθηκε ότι τα κλινικά χαρακτηριστικά που προδιέθεταν στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν η εμφάνιση περισσότερων των δύο αγχώδων διαταραχών (Wittchen, 2000). Επίσης, το γυναικείο φύλο, οι δυσκολίες στη σχολική επίδοση, ο πρώιμος γονεϊκός αποχωρισμός, οι περιγεννητικές επιπλοκές, το οικογενειακό ιστορικό ψυχικής νόσου και οι οικονομικές δυσκολίες αναγνωρίστηκαν ως προδιαθετικοί παράγοντες για την εμφάνιση συννοσηρότητας αγχώδων και καταθλιπτικών διαταραχών (Pollack, 2005).

Σε άλλη μελέτη, προτάθηκαν ως επιπρόσθετοι παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση κατάθλιψης, η βαρύτητα της αγοραφοβίας, η επιθετικότητα, η διαταραχή γενικευμένου άγχους, και το προηγούμενο ιστορικό μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου (Ball, 1994).

Η οικογενειακή- γενετική προδιάθεση αναγνωρίζεται επίσης ως σημαντική. έχει διαπιστωθεί ότι οι πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών με συννοσηρότητα αγχώδων και καταθλιπτικών διαταραχών παρουσίαζαν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και κρίσεις πανικού σε υψηλότερο ποσοστό από τους πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών χωρίς αυτές τις διαταραχές (Leckman, 1983- 1985). Εντούτοις, οι πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών με κατάθλιψη μόνο, είχαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, ενώ όσον αφορά τους συγγενείς ασθενών με αγχώδεις διαταραχές, το ποσοστό εμφάνισης αγχώδους διαταραχής σε αυτούς ήταν μικρότερο. Οι παρατηρήσεις αυτές συνηγορούν υπέρ της άποψης ότι οι παράγοντες κινδύνου για τις δύο οντότητες μπορεί να είναι ανεξάρτητοι.

Η επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων και η αλληλεπίδραση τους με τη γενετική προδιάθεση και τις εμπειρίες ζωής έχει επίσης αποτελέσει αντικειμενική διερεύνησης (Fyer, 1993). Οι Kendler et al που μελέτησαν πληθυσμό δίδυμων γυναικών με διαταραχή γενικευμένου άγχους, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η γενετική προδιάθεση για την εμφάνιση κατάθλιψης είναι κοινή, αλλά ότι η ανάπτυξη της κάθε μιας χωριστά ή και των δύο μαζί εξαρτάται από περιβαλλοντικούς παράγοντες (Kendler, 1992). Επίσης, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι για την ανάπτυξη κοινωνικής φοβίας, οι γενετικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι κατά το ένα τρίτο και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κατά τα δύο τρίτα, ενώ αυτό δεν ισχύει για την εμφάνιση κατάθλιψης και αγχώδων διαταραχών (Fyer, 1993).

Η άποψη της αλληλεπίδρασης γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων συνεπικουρείται και από τα ευρήματα σε οικογένειες θυμάτων βιασμού με ή χωρίς διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία, όπου οι συγγενείς ασθενών με μετατραυματικό σύνδρομο εμφάνισαν σε μεγαλύτερο ποσοστό μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, όχι όμως και αγχώδεις διαταραχές (Davidson, 1998). Τέλος, την άποψη ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται ως αντίδραση σε περιβαλλοντικούς ψυχο- πνευματικούς παράγοντες οι οποίοι συνεπιδρούν με τη γενετική ευαλωτότητα (Pollack, 2005), υποστηρίζουν και γενετικές μελέτες όπως αυτή των Caspi et al (Caspi, 2003), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι η παρουσία ενός ή δύο αντιγράφων του βραχέως αλληλίου της περιοχής παραγωγού (promoter region) του γονιδίου του μεταφορέα της σεροτονίνης σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού μετά από στρεσογόνα γεγονότα ζωής, σε σχέση με τη ομοζυγωτία για το μακρύ αλληλίο του γονιδίου.

#### 4.4.4. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ

Στις επιπτώσεις της συννοσηρότητας αγχώδων και καταθλιπτικών διαταραχών συγκαταλέγονται η μεγαλύτερη βαρύτητα της νόσου, η αυξημένη χρονιότητα, ο σημαντικός βαθμός δυσλειτουργικότητας στην εργασία και στις διαπροσωπικές σχέσεις, η χειρότερη ποιότητα ζωής, καθώς και ο μεγαλύτερος βαθμός αναπηρίας σε σχέση με τους ασθενείς που δεν εμφανίζουν συννοσηρότητα (Kessler, 1998 -Offson, 1997 -Sherbourne, 1996). Επίσης, οι ασθενείς με συννοσηρότητα μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και αγχώδους διαταραχής έχει διαπιστωθεί ότι απαντούν πτωχότερα στην αντικαταθλιπτική αγωγή με εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και ότι διακόπτουν τη φαρμακευτική αγωγή συχνότερα σε σχέση με τους ασθενείς που εμφανίζουν μόνο καταθλιπτική διαταραχή, γεγονός το οποίο έχει οδηγήσει στη γενική παραδοχή ότι η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή που συνυπάρχει με αγχώδεις διαταραχές είναι ανθεκτικότερη στη θεραπεία (Brown, 1996 -Ballenger, 1999 -Fava, 1997). Τέλος, η υποδιάγνωση της συννοσηρότητας της κατάθλιψης με τις αγχώδεις διαταραχές οδηγεί σε αυξημένο αριθμό ψυχιατρικών νοσηλειών και υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας. (Roy-Byrne, 2000- Lepine, 1993)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>:  
ΛΥΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ  
ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΤΙΣ  
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ

## 5<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΛΥΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ

Το άγχος είναι μία κατάσταση, η οποία συνοδεύεται από φυσικές, ψυχολογικές ή κοινωνικές επιπτώσεις ή δυσλειτουργίες και η οποία προκύπτει σε άτομα που αισθάνονται ανέκτα να γεφυρώσουν το κενό ανάμεσα στις απαιτήσεις ή τις προσδοκίες που τίθενται επ' αυτών.

Κάθε άτομο είναι καλά εφοδιασμένο για να αντεπεξέρχεται σε βραχυχρόνια έκθεση σε πίεση, κάτι που μπορεί να θεωρηθεί ως θετικό, αλλά έχει μεγαλύτερη δυσκολία στην αντιμετώπιση παρατεταμένης έκθεσης σε εντατική πίεση. Περαιτέρω, διαφορετικά άτομα μπορούν να αντιδράσουν διαφορετικά σε παρόμοιες καταστάσεις, ενώ το ίδιο άτομο μπορεί να αντιδράσει διαφορετικά σε παρόμοιες καταστάσεις σε διαφορετικές περιόδους της ζωής του.

Το άγχος δεν είναι ασθένεια, παρατεταμένη όμως έκθεση σε αυτό μπορεί να μειώσει την αποδοτικότητα του ατόμου στην εργασία και να επηρεάσει αρνητικά την υγεία του (ETUK, UNICE, UEARME, CEEP).

### 5.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΓΧΟΥΣ

Ο αγχώδης ασθενής μπορεί να βοηθηθεί με φαρμακοθεραπεία, που συνίσταται στα:

α. Ελάσσονα ηρεμιστικά, που είναι κατεξοχήν χρήσιμα για την καταστολή του άγχους.

β. Αντικαταθλιπτικά με αγχολυτικές ιδιότητες και

γ. Αντιψυχωτικά

Τα ψυχοφάρμακα αποτελούν συμπτωματική θεραπεία. Παράλληλα πρέπει να λυθούν τα προβλήματα του ασθενούς, ώστε να επανέλθει στη φυσιολογική κατάσταση του. Σ' αυτό βοηθάει η ψυχανάλυση και η θεραπεία συμπεριφοράς με την τεχνική της χαλάρωσης (Γιαννοπούλου, 2007).

### 5.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ SPIELBERGER

#### 5.2.1. ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΑΠΕΙΛΗ

Από τη στιγμή, που προκαλείται μια αγχωτική κατάσταση, μπορεί να εξαλειφθεί μ' έναν από τους τρεις ακόλουθους τρόπους: ενεργώντας κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να αποφευχθεί η πηγή του stress η το ίδιο το stress να μειωθεί επανεκτιμώντας το στρεσογόνο ερέθισμα σαν λιγότερο απειλητικό ή μειώνοντας απευθείας την ίδια αγχωτική κατάσταση.

**Εξαλειψτε ή αποφύγετε τον κίνδυνο**



Ένας από τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους μείωσης του άγχους είναι να εξαλείψουμε ή να αποφύγουμε ένα στρεσογόνο ερεθίσμα. Οι άνθρωποι που εργάζονται σε στρεσογόνα επαγγέλματα, μπορούν, γενικά, να μειώσουν το άγχος τους είτε παίρνοντας άδεια, είτε αλλάζοντας δουλειά. Και πραγματικά, οι γιατροί, συχνά συνιστούν θαλασσινά ταξίδια ή ξεκούραστες διακοπές σε ευχάριστα περιβάλλοντα σε ασθενείς, που η σωματική και συναισθηματική τους υγεία απειλείται από τις πιεστικές συνθήκες, που ζουν. Ωστόσο, η εξάλειψη ή η αποφυγή ενός στρεσογόνου ερεθίσματος δεν μειώνει πάντοτε το άγχος. Ο ταλαιπωρημένος υπάλληλος, που πάει σε διακοπές, μπορεί να συνεχίσει να στενοχωριέται για επαγγελματικά ζητήματα, μολονότι η πηγή των προβλημάτων του βρίσκεται χιλιάδες μίλια μακριά.

### **Ριξτε μια δεύτερη ματιά.**

Υπάρχουν, βέβαια, πολλές περιπτώσεις, που ένας κίνδυνος δεν μπορεί ούτε να εξαλειφθεί, ούτε να αποφευχθεί. Πάντως, μια αγχωτική κατάσταση μπορεί να μειωθεί, αν μια στρεσογόνα κατάσταση επανεκτιμηθεί σαν λιγότερο απειλητική. Είναι η εκτίμηση της απειλής, μάλλον, παρά ο αντικειμενικός κίνδυνος, που αποτελεί τον κρίσιμο κρίκο στην αλυσίδα stress –απειλή –άγχος.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι, για να διαφοροποιηθεί η εκτίμηση μιας απειλής. Αν μια κατάσταση αλλάξει ή ένα άτομο συνειδητοποιεί, ότι δεν είναι τόσο επικίνδυνη, όσο φάνηκε αρχικά, τότε θα πραγματοποιηθεί, γενικά, μια μείωση της αγχωτικής κατάστασης. Ακόμα, όμως και μια ακίνδυνη ή θετική κατάσταση μπορεί να προκαλέσει μια αγχωτική κατάσταση, αν θεωρηθεί απειλητική.

### **Προσποιηθείτε ότι δεν υπάρχει.**

Αν η πηγή του κινδύνου συνδέεται με απωθημένες σκέψεις ή αισθήματα, τότε η εξάλειψη ή η αποφυγή αυτών των απρόσιτων εσωτερικών ερεθισμάτων μπορεί να αποδειχτεί εξαιρετικά δύσκολη. Σε τέτοιες περιπτώσεις, συχνά, έρχονται «επί σκηνης» ψυχολογικοί αμυντικοί μηχανισμοί, για να μειώσουν την αγχωτική κατάσταση, που προξένησαν οι απωθημένες σκέψεις ή αισθήματα (Spielberger, 1980).

## **5.2.2 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΠΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ**

Η συστηματική απευαισθητοποίηση είναι μια μορφή ψυχολογικής θεραπείας, που είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη μείωση του άγχους, το οποίο σχετίζεται με παράλογους φόβους και φοβίες. Παράλογες αντιδράσεις σε ερεθίσματα ή καταστάσεις, που αντικειμενικά δεν είναι επικίνδυνες, δείχνουν μια βαθύτερη νευρωτική αγχωτική διεργασία.

Η συστηματική απευαισθητοποίηση και άλλες σχετικές τεχνικές ψυχολογικής θεραπείας, όπως η αμοιβαία αναστολή και η αντι-εξαρτοποίηση είχαν διαδοθεί από

τον Γιόζεφ Βόλπε. Οι θεραπείες αυτές βασίζονταν στο συγκερασμό μιας χαλαρωμένης σωματικής και ψυχικής κατάστασης μ' ένα αγχο-διεγερτικό ή με μια σκηνή, που φανταζόταν ο ασθενής. Το σκεπτικό της θεραπείας είναι ότι η χαλαρωμένη κατάσταση είναι ασυμβίβαστη με την ένταση και την ανησυχία, που βιώνονται σε έντονες καταστάσεις άγχους ( Spielberger, 1980).

### **προσέγγιση «βήμα» προς «βήμα»**

Το πρώτο βήμα στη συστηματική απευαισθητοποίηση είναι να αξιολογηθεί το πρόβλημα του αρρώστου έτσι, ώστε να επισημανθούν οι τρόποι συμπεριφοράς, που πρόκειται να τροποποιηθούν. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί, συνήθως, με μερικές εντατικές συνεντεύξεις, κατά τις οποίες ο θεραπευτής εντοπίζει τις συνθήκες, που προκαλούν άγχος στον άρρωστο. Οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να περιγράψουν ειδικές καταστάσεις, που νιώθουν έντονο άγχος και δυσφορία και παρόμοιες συνθήκες, κατά τις οποίες δοκιμάζουν ηπιότερες αντιδράσεις. Για παράδειγμα ένας αγχωτικός σπουδαστής, που αντιδρά στα τεστ, μπορεί να αναφέρει ότι αισθάνεται:

(1) ήπιο άγχος, όταν ανακοινώνεται στην τάξη, ότι ένα τεστ θα δοθεί σε δύο εβδομάδες

(2) ένα μέτριο βαθμού άγχους, ενώ μελετά στο σπίτι του την προηγούμενη μέρα του τεστ και

(3) εξαιρετικά υψηλό άγχος, όταν εξετάζεται το τεστ. Έτσι, με μια προσεκτική διερεύνηση ο θεραπευτής διαμορφώνει μια ιεραρχία του άγχους, που αποτελείται από μια διαβάθμιση περιστάσεων που προκαλούν, από ήπιες μέχρι έντονες, αντιδράσεις αγχωτικής κατάστασης.

Το δεύτερο βήμα στη συστηματική απευαισθητοποίηση είναι να εκπαιδευτεί ο ασθενής σε ασκήσεις βαθιάς μυϊκής χαλάρωσης. Ενώ κάθεται άνετα εφαρμόζει τις ασκήσεις, που τον βοηθούν να αποκτήσει μεγαλύτερη επίγνωση της μυϊκής έντασης, που, συνήθως, συνοδεύει τις υψηλές στάθμες της αγχωτικής κατάστασης, η οποία συνδέεται με τους παράλογους φόβους και φοβίες. Με τις ασκήσεις ασύστολης και χαλάρωσης των διαφόρων μυϊκών ομάδων, ο άρρωστος μαθαίνει πως να χαλαρώνει τους μύες σε όλα τα μέρη του σώματός του ( Spielberger, 1980).

### **Όλα βρίσκονται στη φαντασία**

Αφού ο ασθενής έχει μάθει τέλεια την τεχνική της μυϊκής χαλάρωσης, αρχίζει η καθαυτό απευαισθητοποίηση. Καθώς ο ασθενής χαλαρώνει, του ζητείται, να φανταστεί, όσο πιο ζωνηρά γίνεται, τη λιγότερο απειλητική στιγμή από την ιεραρχία του άγχους που έχει διαμορφωθεί. Αν ο ασθενής μας νιώσει οποιοδήποτε άγχος, του ζητείται να διακόψει τη φανταστική σκηνή και να συγκεντρωθεί στη χαλάρωση. Αν, όμως, δεν παρουσιαστεί καθόλου άγχος, ο ασθενής καθοδηγείται να φανταστεί μια κατάσταση μετρίου βαθμού άγχους. Η διαδικασία αυτή επαναλαμβάνεται, μέχρι που ο

ασθενής είναι σε θέση να χαλαρώσει ακόμα κι όταν φανταστεί κατάσταση που του προκαλεί το μεγαλύτερο stress.

Καθώς προπορεύει η συστηματική απευαισθητοποίηση, ο ασθενής πρέπει να είναι ικανός να φαντάζεται καταστάσεις, που προηγουμένως του προξενούσαν έντονες αγχωτικές αντιδράσεις, χωρίς να αισθάνεται καμιά δυσφορία- τελικά, ακόμα και την πιο απειλητική σκηνή στην ιεραρχία του άγχους. Όταν η θεραπεία φτάσει σε αυτό το σημείο, ο ασθενής έχει απευαισθητοποιηθεί από τους παράλογους φόβους του και πρέπει να έχει απαλλαγεί από το άγχος, όταν συναντά τα αντικείμενα ή τις καταστάσεις που του προκαλούν φόβο στην πραγματική ζωή. Το ποσοστό των ασθενών που έχει εφαρμοστεί η τεχνική απευαισθητοποίησης και έχουν θεραπευτεί ή έχουν παρουσιάσει αξιόλογη βελτίωση είναι 90% ( Spielberger, 1980)

### 5.2.3 ANEKTIMΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΑΠΕΙΛΗ

Η Ορθολογική Υποβλητική Θεραπεία (Ο.Υ.Θ.) βασίζεται στο ότι η εκτίμηση της απειλής είναι ο κρίσιμος κρίκος στην αλυσίδα stress –απειλή –άγχος. Βοηθέ τους ασθενείς να καταστέλλουν το άγχος διδάσκοντας τους να τροποποιήσουν τις εκτιμήσεις της απειλής, που βασίζονται σε παράλογες πεποιθήσεις. Αυτή η μορφή ψυχολογικής θεραπείας αναπτύχθηκε από τον Αμερικάνο ψυχολόγο Αλμπερτ Έλλις.

#### **Πώς λειτουργεί η ορθολογική υποβλητική θεραπεία;**

Ο στόχος του Ο.Υ.Θ. είναι να πείσει τον ασθενή, ότι το νευρωτικό άγχος προκαλείται από τις παράλογες πεποιθήσεις του ή από το γεγονός, ότι αντιλαμβάνεται, μάλλον, λανθασμένα ορισμένα στρεσογόνα περιστατικά, παρά από αυτά τα ίδια τα περιστατικά. Για να συνέλθει, ο ασθενής πρέπει να μάθει πώς να «αμφισβητεί» τις πεποιθήσεις του αυτές έτσι, ώστε να μπορέσει να τις αντικαταστήσει με πιο ρεαλιστικές και ορθολογικές εκτιμήσεις της απειλής, μπορεί να ανακουφιστεί η συγκινησιακή αναστάτωση, που προκύπτει από τους «τρελούς συλλογισμούς».

Θεραπεύοντας έναν σπουδαστή με άγχος των τεστ, ένας θεραπευτής της Ο.Υ.Θ. θα τόνιζε, ότι στην πραγματικότητα, οι φόβοι του σπουδαστή για τις συνέπειες της αποτυχίας είναι υπερβολικοί. Το άγχος του, συνεπώς, προκαλείται μάλλον από την παράλογη πίστη του, παρά από τον αντικειμενικό κίνδυνο. Επιπλέον, με το να θεωρεί ένα κακό βαθμό σαν καταστροφή, ή εκτίμηση της απειλής, που κάνει ο σπουδαστής, ενισχύει το άγχος του, που κι αυτό με τη σειρά του χειροτερεύει την απόδοση του (Spielberger, 1980)..

#### **Ο θρίαμβος της λογικής.**

Αμφισβητώντας την πίστη του σπουδαστή ότι θα «ήταν φοβερό» ή «καταστροφικό» το να αποδώσει μειονεκτικά σε ένα τεστ, ο θεραπευτής θα τόνιζε επίμονα, ότι ο σπουδαστής είχε μεγαλοποιήσει υπερβολικά τις πραγματικές συνέπειες της ακαδημαϊκής του απόδοσης. Ο θεραπευτής θα συμφωνούσε ότι, για το σπουδαστή,

ένας κακός βαθμός θα ήταν πραγματικά κακοτυχία και ότι ίσως θα χρειαζόταν να παρακολουθήσει πάλι το μάθημα αυτό, ή ακόμα και να αλλάξει τα σχέδια της σταδιοδρομίας του. Θα τόνιζε, όμως, ότι ένας κακός βαθμός δεν τον κάνει ένα ανάξιο άτομο και θα βοηθούσε το σπουδαστή να αξιολογήσει ρεαλιστικά τις συνέπειες της ακαδημαϊκής του απόδοσης. Μπορεί ακόμα να αναφερόταν στο γεγονός, ότι πολλοί σπουδαστές, που άλλαξαν σταδιοδρομία, ήταν πιο ικανοποιημένοι σε ένα διαφορετικό κλάδο από αυτόν, που είχαν διαλέξει αρχικά.

Αμφισβητώντας με δυναμικότητα τις παράλογες ιδέες ενός άρρωστου, ο θεραπευτής Ο.Υ.Θ. τον διδάσκει να παρατηρεί τις δικές του σκέψεις έτσι, ώστε να επισημαίνει, να αναλύει και να αμφισβητεί αυτές τις παράλογες πεποιθήσεις, που συμβάλλουν στα συγκινησιακά του προβλήματα. Η Ο.Υ.Θ. έχει επιτύχει, όταν έχουν εξαλειφθεί οι παράλογες σκέψεις και πεποιθήσεις. Ο ασθενής είναι πια ελεύθερος να συγκεντρώσει την προσοχή του σε λογικούς, αποτελεσματικούς τρόπους, για να αντιμετωπίσει τα στρεσογόνα περιστατικά της ζωής και να αντλήσει μεγαλύτερη ικανοποίηση από αυτήν(Spielberger, 1980)..

### **Ψυχανάλυση: το κλειδί των οδυνηρών αναμνήσεων.**

όπως και η Ο.Υ.Θ., η ψυχανάλυση και η ψυχαναλυτική θεραπεία αποβλέπουν στην αλλαγή των εκτιμησεων, της απειλής, που οδηγούν στις νευρωτικές αγχωτικές αντιδράσεις. Ωστόσο, σε αντίθεση με τη Ο.Υ.Θ. –η οποί εξετάζει τις έκδηλες παράλογες πεποιθήσεις του ασθενούς – ψυχανάλυση διερευνά τα βαθύτερα αίτια των συγκινησιακών του προβλημάτων. Χρησιμοποιώντας με τη μέθοδο του ελεύθερου συνειρμού, ο αναλυτής βοηθά τον ασθενή να εισχωρήσει στο υποσυνείδητο του, για να ανακαλύψει απωθημένες τραυματικές εμπειρίες από την παιδική του ηλικία, που συνεχίζουν να επηρεάζουν τις σκέψεις, τα αισθήματα και τη συμπεριφορά του. Ο στόχος της ψυχανάλυσης είναι να δώσει στον ασθενή μια βαθύτερη ενόραση για το πως , τα απωθημένα αισθήματα, που συνδέονται με αυτά τα πρώιμα περιστατικά, συμβάλλουν στα σύγχρονα προβλήματα του.

Ο τύπος της ψυχολογικής θεραπείας, που θα έχει τα καλύτερα αποτελέσματα, εξαρτάται από τη φύση και τη σοβαρότητα του προβλήματος, τη διανοητική ικανότητα του ατόμου και την προθυμία του να αφιερώσει το χρόνο και την ενέργεια, που χρειάζονται, για να επιτευχθεί μια ωφέλιμη αλλαγή. Κρίσιμος παράγοντας στην επιτυχία της θεραπείας είναι η ικανότητα και η πείρα του θεραπευτή. Συνεπώς, πριν κάποιος ζητήσει θεραπεία, θα πρέπει να κάνει μια προσεκτική έρευνα για τις διαθέσιμες μορφές θεραπείας (Spielberger, 1980).

## **5.3 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ**

Οι μηχανισμοί άμυνας είναι οι φύλακες της δυναμικότητας του εγώ. Οι φρουροί της ψυχικής υγείας. Με τους μηχανισμούς άμυνας σώζεται η υπόληψη του ατόμου και απέναντι του «εγώ» του και απέναντι των άλλων και μειώνεται η συναισθηματική

ένταση που δημιουργείται λόγω των ματαιώσεων. Σκοπός τους είναι η μείωση του άγχους και η προστασία του εγώ. Οι μηχανισμοί άμυνας είναι βασικά αποτελέσματα της ψυχαναλυτικής θεωρίας. Χαρακτηρίζονται ως επίκτητες αντιδράσεις, όχι συνειδητές, και αποβλέπουν στο να βοηθήσουν το άτομο όχι να λύσει, αλλά να αποφύγει τα προβλήματα εκείνα που δεν μπορεί να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά. Στους μηχανισμούς άμυνας μπορούμε να διακρίνουμε τα εξής χαρακτηριστικά:

- είναι ασυνείδητοι.
- λειτουργούν σε όλους τους ανθρώπους.
- αποτελούν καθολική απάντηση στα ενδογενή ερεθίσματα.
- επηρεάζονται από τις κοινωνικοπολιτιστικές συνθήκες.

Το φυσιολογικό ή μη της λειτουργίας τους εξαρτάται από ορισμένους παράγοντες, που είναι :

- α. η εξέλιξη του εγώ (οντολογική)
- β. η ένταση, η διάρκεια και η συχνότητα των συγκρούσεων.
- γ. οι συνθήκες που τους κινούν σε λειτουργία.
- δ. η αποτελεσματικότητα, εάν δηλαδή συντελούν σε προσαρμοστική συμπεριφορά ή όχι (Γιαννοπούλου, 2007)..

### 5.3.1 ΚΥΡΙΟΤΕΡΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ

#### **1. Μετουσίωση ή εξαΰλωση (transubstantiation).**

Με αυτήν η παρόρμηση στρέφεται σε άλλη διέξοδο, χρήσιμη και περισσότερο παραδεκτή.

#### **2. Απώθηση (repression).**

Με αυτήν ασυνείδητα, αλλά σκόπιμα, ξέχνιούνται γεγονότα τα οποία θα ήταν οδυνηρά, αν γινόταν συνειδητά.

#### **3. Προβολή (prosektion).**

Είναι το «κατηγόρω» που αποδίδουμε στους άλλους για δυσκολίες που αντιμετωπίζουμε και στους οποίους αποδίδουμε ευθύνη, ενώ στη ουσία αυτή ανήκει σε εμάς. Με αυτήν εμπειρίες του ατόμου, οδυνηρά συναισθήματα οι ιδέες προβάλλονται προς τα έξω σε ανθρώπους ή πράγματα του περιβάλλοντος και έτσι το άτομο αντιλαμβάνεται ότι βρίσκονται έξω από αυτό. (Γιαννοπούλου, 2007).

#### **4. Άρνηση (denial).**

Με το μηχανισμό αυτό το άτομο αρνείται επιθυμίες, συναισθήματα και ιδέες για τη ύπαρξη των οποίων υπάρχουν ενδείξεις ή αποδείξεις.

#### **5. Ενδοβολή (introjections).**

Είναι το αντίθετο της προβολής, δηλαδή ενώ στην προβολή αποδίδει δικά του συναισθήματα σε άλλους, εδώ ενσωματώνει το ίδιο το άτομο χαρακτήρες και συναισθήματα άλλων ατόμων.

#### **6. Επαναγωγή ή παλινδρόμηση (induction –vegression).**

Είναι η επιστροφή σε παιδικότερο επίπεδο λειτουργίας.

#### **7. Ματαίωση ή ανατροπή (frustcation).**

Με αυτή το άτομο προβαίνει σε δραστηριότητες που ματαιώνουν ή εξουδετερώνουν δυσάρεστα συμβάντα του παρελθόντος

#### **8. Αντίδραση ή υπεραναπλήρωση (replacing- substitution).**

Χρησιμεύει για να προλαβαίνει την ανάδυση μιας οδυνηρής σκέψης με άμεση αντικατάσταση της με ευχάριστη σκέψη.

#### **9. Απομόνωση (isolation).**

Είναι ο διαχωρισμός της αρχικής μνήμης από το αποτέλεσμα

#### **10. Μετάθεση (transposition –displacement).**

Είναι μια κατάσταση κατά την οποία η επίδραση ενός συγκεκριμένου ατόμου ή γεγονότος, όχι μόνο διαχωρίζεται από αυτό, αλλά προσκολλάται στη συνέχεια σε άλλο.

#### **11. Εκλογίκευση ή λογικοποίηση (rationalization).**

Είναι η αντικατάσταση ενός απαράδεκτου λόγου με παραδεκτό. Στην ελληνική μυθολογία η λογικοποίηση εκφράζεται με το μύθο του Αισώπου, που αναφέρεται στην αλεπού και στα σταφύλια.

#### **12. Ταυτοποίηση (identification).**

Είναι η προσπάθεια του ατόμου να ταυτιστεί με κάποιον που κατέχει εξέχουσα θέση ή με κάποια ευχάριστη κατάσταση (Γιαννοπούλου, 2007).

### **5.4 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Ψυχοθεραπεία είναι η χρησιμοποίηση και η εφαρμογή ψυχοφυσικών μεθόδων για την έμμεση επίδραση στην ψυχή, στο πνεύμα, στο συναίσθημα, στον ψυχισμό του ασθενούς με σκοπό την τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς.

Σαν μέθοδος θεραπευτικής αντιμετώπισης των ψυχικών ασθενειών χρησιμοποιήθηκε επίσημα η ψυχοθεραπεία από τον Freud στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα.

Η ψυχοθεραπεία στοχεύει στην προγραμματισμένη διευθέτηση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων κατά τρόπο που να ασκούν διορθωτική επίδραση στην παθολογική συμπεριφορά. Τη διευθέτηση των ερεθισμάτων αναλαμβάνει ένα άτομο, ομάδα ατόμων ή ένα ευρύ κοινωνικό σύνολο. Έτσι ψυχοθεραπεία ασκεί ο γιατρός, ο νοσηλεύτης, ο εργοθεραπευτής, η ψυχιατρική ομάδα, η οικογένεια, ακόμα και η κοινωνία, όταν παίρνει μέτρα που μεταβάλλουν τις συνθήκες ζωής του ατόμου.

Για την ψυχοθεραπεία ο Stoking γράφει ότι είναι μεθοδική και συγκεκριμένη επιστημονική προσπάθεια για θεραπεία του ψυχικά πάσχοντα, ο οποίος θεωρείται ψυχοσωματική ολότητα, προικισμένη με το αγαθό της ελευθερίας του πνεύματος.

Υπάρχουν διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας, που θεωρούνται σε παγκόσμια κλίμακα αποδεκτές και εφαρμόζονται σε ανάλογες περιπτώσεις. Μερικές από τις μορφές ψυχοθεραπείας είναι:

- ▶ ατομική
- ▶ ομαδική
- ▶ συμπεριφοράς
- ▶ περιβάλλον και ψυχοθεραπεία
- ▶ αναψυχή, ψυχόδραμα
- ▶ φυσική άσκηση
- ▶ εργοθεραπεία ή απασχολησιοθεραπεία
- ▶ γνωστική θεραπεία (Γιαννοπούλου, 2007)..

#### 5.4.1 ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι ένα είδος ανθρώπινης διαπροσωπικής σχέσης και επικοινωνίας που μέσα στα πλαίσια της και το κλίμα της, δημιουργούνται βελτιωμένες εμπειρίες και βιώματα που τροποποιούν ανεπιθύμητες εκδηλώσεις της προσωπικότητας.

Η ατομική ψυχοθεραπεία αποτελεί τη βάση κάθε μορφής ψυχοθεραπείας και σε αυτή υποβάλλεται η πλειονότητα των ασθενών.

Η ατομική ψυχοθεραπεία ασκείται μεταξύ δύο μόνο ατόμων, του ψυχοθεραπευτή και του ασθενούς. Αποτελεί σχέση εξατομικευμένη. Κανένας άλλος δε βρίσκεται στις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες. Η ατομική ψυχοθεραπεία βοηθάει τον ασθενή να λύσει τις προηγούμενες αγνώριστες διαμάχες και να επιτύχει μια καλύτερη προσαρμογή στις εντάσεις της ζωής.

Ο ρόλος του ψυχοθεραπευτή είναι βοηθητικός και σκοπός του είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει τις ψυχολογικές του επιπλοκές.

Η απόφαση για το είδος, που η ψυχοθεραπεία πρέπει να αναλάβει, εξαρτάται μέχρι ενός ορισμένου σημείου από τις ελπίδες και τους σκοπούς του ασθενούς που δεν παύουν να υπάρχουν. Είναι δυνατόν να θεραπευτεί ένας ασθενής με την ψυχοθεραπεία, μόνο αν ο ίδιος το αποφασίσει.

Η ατομική ψυχοθεραπεία διεξάγεται σε 2-3 συνεδρίες την εβδομάδα από 30-50 λεπτά κάθε φορά. Η διάρκεια είναι από δύο χρόνια μέχρι 25 χρόνια και μπορεί να προσφερθεί σαν μια σειρά εντατικής ψυχοθεραπείας ή σαν υποστηρικτική ψυχοθεραπεία.

### **Εντατική ψυχοθεραπεία**

Χρησιμοποιείται κυρίως σε περιόδους κρίσης των ασθενών. Ο σκοπός μιας τέτοιας θεραπείας είναι η βασική αναμόρφωση της προσωπικότητας του ασθενούς.

### **Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία**

Είναι ένα είδος θεραπείας της οποίας σκοπός είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων και η μείωση του stress.

Αποσκοπεί στην τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς με τη μεταβολή των συνθηκών του περιβάλλοντος που αιτιολογούν ή ευνοούν την παθολογική συμπεριφορά.

Δεν σκοπεύει να ξεσκεπάσει τις ασυνείδητες αντιφάσεις του ασθενούς. Αντίθετα σκοπεύει στο να επιτύχει καλλίτερα αναπτυγμένους μηχανισμούς άμυνας και μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση (Γιαννοπούλου, 2007).

## **5.4.2 ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Κατά τον Corsini (1957), ομαδική ψυχοθεραπεία είναι μια διαδικασία, που εφαρμόζεται σε προστατευμένες ομάδες, οργανωμένες σύμφωνα με ορισμένους κανόνες και που έχει προγραμματιστεί έτσι, ώστε να επιφέρει σύντομα βελτίωση στην προσωπικότητα και στην συμπεριφορά των ατόμων της ομάδας με αλληλοεπιδράσεις που προσδιορίζονται και ελέγχονται από πριν.

Στην ομαδική ψυχοθεραπεία ο ασθενής βλέπει ότι δεν είναι ο μόνος που υποφέρει σε αυτόν τον κόσμο. Δέχεται παραινέσεις από πολλές μεριές, δημιουργεί δεσμούς με τους συνασθενείς- συνομιλητές κτλ. Είναι κατάλληλη για αλκοολικούς, τοξικομανείς, ψυχονευρωτικούς, καταθλιπτικούς και μερικές περιπτώσεις σχιζοφρενών.

Η θεραπευτικές ομάδες (6-8 άτομα) είναι συνήθως «κλειστές». Όλοι οι ασθενείς αρχίζουν και τελειώνουν μαζί την θεραπεία. Καινούρια μέλη δε γίνονται δεκτά. Τα θέματα που διαπραγματεύεται η ομάδα σχετίζονται με την ιδιότητα του μέλους της ομάδας, όσο επίσης και με τα ειδικά προβλήματα μεμονωμένων μελών.



Ένα από τα πλεονεκτήματα της ομαδικής ψυχοθεραπείας βρίσκεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις θεραπευτικές επιρροές ο ένας στον άλλον (Γιαννοπούλου, 2007)..

#### 5.4.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η θεραπεία της συμπεριφοράς στηρίζεται στην ψυχολογία της μάθησης. Το πιο σπουδαίο μέσον, που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία είναι η ενίσχυση και η βράβευση, κατά τον Skinner (Γιαννοπούλου, 2007)..

#### 5.4.4 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην προσπάθεια να χρησιμοποιηθεί το περιβάλλον έτσι που να επιφέρει αλλαγή στη συμπεριφορά του ασθενούς, προσφέρεται η δυνατότητα να χρησιμοποιηθούν όσο το δυνατόν περισσότερο η θετική στάση του προσωπικού και των ασθενών στο θεραπευτικό σχέδιο.

Σε αυτήν τη μορφή της θεραπείας γίνεται χρήση του γεγονότος ότι καθένας – προσωπικό και ασθενείς- ενεργεί σαν παρατηρητής και μέτοχους στις διαδικασίες που συμβαίνουν. Όλοι μαζί συχνά μπορούν να καταλάβουν τι σημαίνει επικοινωνία.

Η συνεργασία με άλλους, η εξάσκηση εξουσίας και η πρακτική στην ανάληψη ευθυνών, ενθαρρύνει τον αυτοσεβασμό του ασθενούς. Συμμετοχή σε ομαδικές ενέργειες και συζήτηση με ασθενείς και προσωπικό βοηθάει στην ανάπτυξη ενόρασης και στην προώθηση της συναισθηματικής λειτουργίας (Γιαννοπούλου, 2007)..

#### 5.4.5 ΑΝΑΨΥΧΗ- ΨΥΧΟΔΡΑΜΑ

Έχουμε την οργανωμένη αναψυχή κατά την οποία οι ασθενείς όλοι μαζί ασχολούνται με παιχνίδια, θέατρο, χορούς, χορωδία, φυσικές ασκήσεις κλπ. Το ψυχόδραμα αναπτύχθηκε από τον Moreno και είναι μια μέθοδος ομαδικής ψυχοθεραπείας στην οποία η δομή της προσωπικότητας, οι διαπροσωπικές σχέσεις, συγκρούσεις και ψυχικά προβλήματα ανιχνεύονται μέσω κάποιων συγκεκριμένων δραματικών ρόλων. Όλα αυτά, όταν γίνονται, όχι μόνο προκαλούν ευχαρίστηση, αναψυχή, αλλά άνουν τον αντικοινωνικό και απομονωμένο ασθενή να έλθει σε επικοινωνία με τους συντρόφους του και στην πραγματικότητα. Για την οργανωμένη αναψυχή παίρνουμε υπόψη τις προτιμήσεις των ασθενών (Γιαννοπούλου, 2007)

#### 5.4.6 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

η σωματική άσκηση συμβάλλει στην καλύτερη ποιότητα ζωής. Πολλοί άνθρωποι αναφέρουν ότι ο ύπνος τους είναι πιο γαλήνιος όταν ασκούνται τακτικά, ενώ όσοι γυμνάζονται συστηματικά θεωρούν τα ψυχολογικά οφέλη της άσκησης εξίσου σημαντικά με αυτά που αποκομίζουν σε επίπεδο φυσιολογίας (Harris, 1981). Ειδικότερα, αναφέρουν ότι αισθάνονται χαμηλότερο επίπεδο άγχους και κατάθλιψης και αυξημένη αυτοεκτίμηση. Όπως φαίνεται ακόμα και σε αποτελέσματα προδρομικών μελετών, τόσο τα άτομα που επέλεξαν τα ίδια τη γυμναστική και εκείνα που εντάχθηκαν τυχαία στην ομάδα που θα ακολουθούσε ένα πρόγραμμα σωματικής άσκησης παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης από τα άτομα της ομάδας ελέγχου τα οποία δεν ασκήθηκαν (Brown et al., 1978- McCann & Holmes, 1984). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα άλλων μελετών, έχει διαπιστωθεί ότι η άσκηση συμβάλλει επίσης στη μείωση του άγχους που προκαλείται από περιστασιακά γεγονότα ζωής (Focht & Kotlyn, 1999- Harper, 1984- Long, 1984). Επιπλέον, η τακτική άσκηση φαίνεται πως σχετίζεται με ενισχυμένη αίσθηση αυτοεκτίμησης (Sonstroem, 1984). Πράγματι, από τα ευρήματα μιας ανασκόπησης της σχετικής βιβλιογραφίας αποδείχθηκε ότι η αεροβική άσκηση μειώνει σημαντικά την κατάθλιψη, το άγχος, τη συναισθηματική δυσφορία και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου, ενώ ταυτόχρονα βελτιώνει τη διάθεση, τη γνωστική λειτουργία και την αυτοεικόνα (Anthony, 1991).

Τα οφέλη σε ψυχολογικό επίπεδο, ενδέχεται να έχουν πολύ μεγάλη χρονική διάρκεια, ακόμα και όταν προέρχονται από κάποια βραχύχρονη παρέμβαση. Όπως φάνηκε από ένα πρόγραμμα διάρκειας 12 εβδομάδων, το οποίο στόχευε στη βελτίωση της φυσικής κατάστασης μέσω αεροβικής άσκησης, οι συμμετέχοντες όχι μόνο αισθάνονταν σωματική και ψυχική ευεξία όταν το πρόγραμμα ολοκληρώθηκε, αλλά αυτό το συναίσθημα διατηρούνταν ακόμα και μετά από δώδεκα μήνες (DiLorenzo et al., 1999) (DiMateo, 2006)!

#### 5.4.7 ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ Ή ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Εργοθεραπεία είναι η μετά από ιατρική σύσταση και κάτω από επαγγελματική καθοδήγηση δραστηριότητα, που αποσκοπεί στην προώθηση ή επιτάχυνση της ανάρρωσης από ασθένεια ψυχική ή τραυματισμό.

Αναγνωρίζεται σαν πολιτική βοηθητική θεραπεία της ψυχιατρικής, επειδή προσφέρει στον ασθενή παρακίνηση, διέξοδο ή κατάλληλο κοινωνικό περιβάλλον και επειδή με τα επιτεύγματά της δίνει μέσα δημιουργικής ικανοποίησης του ασθενούς.

Παρέχει επίσης μέσο απόκτησης ορθών πληροφοριών σχετικά ε τις αντιδράσεις, τις ικανότητες, της επιδεξιότητες, τις δυνατότητες και τα ενδιαφέροντα του ασθενούς (Γιαννοπούλου, 2007).

Η εργοθεραπεία αποβλέπει:

1. στο να βοηθήσει τον ασθενή να προσαρμοσθεί στα συναισθηματικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα.
2. στο να διατηρήσει, ξαναβρεί ή αναπτύξει καλές συνήθειες εργασίας.
3. στο να βοηθήσει στην αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας μετά από σωματικό ατύχημα ή ασθένεια στην περίπτωση των αναπήρων( Γιαννοπούλου, 2007).

## 5.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΜΟΥΣΙΚΗΣ

Η θεραπευτική δράση της μουσικής έχει τις ρίζες της στην αρχαία ελληνική παράδοση αλλά και σε παραδόσεις άλλων σπουδαίων λαών της ευρύτερης Ανατολής. Πρώτοι οι Πυθαγόρειοι εξέτασαν τη σχέση μουσικών ήχων και αριθμών και διαπίστωσαν ότι οι αριθμοί που διέπουν την αρμονία ενός διατεταγμένου υλικού κόσμου παίζουν τον ίδιο ρόλο και στην τέχνη της μουσικής. Υπάρχουν μαρτυρίες ότι η σχολή των Πυθαγορείων χρησιμοποιούσε μουσικούς ήχους για τη θεραπεία ασθενών στηριζόμενη στην άποψη ότι η αρμονία της μουσικής μπορεί να αποκαταστήσει τη διαταραγμένη ψυχοσωματική ισορροπία του ασθενούς. Η ιδιότητα της μουσικής να θεραπεύει τονίζεται επίσης από τον Πλάτωνα σε πολλά έργα του (*Τίμαιος, Πολιτεία, Νόμοι*). Ο Πλάτων θα μπορούσε μάλιστα να χαρακτηριστεί ο πρώτος επίσημος «συνταγογράφος» μουσικής στην αρχαιότητα, αφού προτείνει ως κατεξοχήν θεραπευτικό μουσικό τρόπο τον Δώρειο τρόπο (μια αρχαία μουσική κλίμακα που οι μουσικολόγοι σήμερα πιστεύουν πως αντιστοιχεί περίπου στον πρώτο ήχο της βυζαντινής μουσικής). Οι μύθοι λοιπόν και οι δοξασίες γύρω από τις θεραπευτικές ιδιότητες της μουσικής εμφανίζονται πριν από χιλιάδες χρόνια και παρουσιάζουν κοινά στοιχεία σε όλους τους αρχαίους πολιτισμούς. Μέχρι και τις αρχές του 20ού αιώνα οι επιστήμονες δεν είχαν συστηματικά παρατηρήσει και μελετήσει τις επιδράσεις της μουσικής σε παραμέτρους της λειτουργίας του ανθρώπινου σώματος.

Αρχικά στράφηκαν στη μουσικοθεραπεία επιστήμονες από τον μη-ιατρικό χώρο - όπως ψυχολόγοι, μουσικοπαιδαγωγοί, μουσικοί και νοσηλευτές- που διέθεταν απαραίτητα προχωρημένες γνώσεις μουσικής και είχαν ως κύριο αντικείμενο παιδιά ή ενήλικες με ειδικές ανάγκες. Όμως την τελευταία δεκαετία, με την πρόοδο της απεικονιστικής τεχνολογίας (fMRI, PET scan), έχει γίνει δυνατή η εξονυχιστική μελέτη των επιδράσεων της μουσικής στον ανθρώπινο εγκέφαλο. Τα συμπεράσματα της έρευνας αυτής έχουν κινητοποιήσει αισθητά πολλούς κλινικούς γιατρούς σε διάφορες ειδικότητες, οι οποίοι χρησιμοποιούν τη μουσική ως φάρμακο για την αντιμετώπιση του πόνου, του στρες, της κατάθλιψης αλλά και ως μέσο ενίσχυσης του ανοσοβιολογικού συστήματος σε πολλές κατηγορίες ασθενών.

Φαίνεται ότι η επίδραση της μουσικής, κυρίως μέσω του ρυθμού, αφορά ενστικτώδεις λειτουργίες που σχετίζονται με το οντολογικά αρχέγονο κομμάτι του ανθρώπινου εγκεφάλου. Νευροανατομικές παρατηρήσεις των Snell & Stratton έδειξαν ότι οι κοχλιακοί πυρήνες (cochlear nuclei), σημαντικός σταθμός στη διαδρομή του ακουστικού νεύρου στο επίπεδο γέφυρας-στελέχους, γειτονεύουν με σημαντικούς αυτόνομους πυρήνες (dorsal motor nucleus, vagal nucleus, nucleus ambiguus) που αποτελούν κέντρα ρύθμισης αναπνοής και κυκλοφορίας (Scarteli, 1991). Ενδεχομένως, λοιπόν, με τον μηχανισμό φαινομένου συντονισμού, δηλαδή της παράλληλης διέγερσης γειτονικών νευρώνων, εξηγείται η αύξηση της συχνότητας της αναπνοής και του καρδιακού παλμού κατά την ακρόαση ενός γρήγορου μουσικού τέμπο και αντίθετα την ελάττωση της καρδιακής και της αναπνευστικής συχνότητας κατά την ακρόαση ενός αργού τέμπο. Αυτή η πρωταρχική επίδραση της μουσικής, μέσω του ρυθμού (beat) συμβαίνει χωρίς τον έλεγχο της συνείδησης και αφορά όλους τους ανθρώπους ανεξάρτητα από φυλή και καταγωγή. Αποτελεί δηλαδή διαχρονικό και διαπολιτισμικό χαρακτηριστικό. Σε ένα δεύτερο επίπεδο, η κατανόηση από τον εγκέφαλο της διαδοχής των τόνων και της μουσικής αρχιτεκτονικής απαιτεί τη συμμετοχή υψηλής εξειδίκευσης ανώτερων κέντρων στο επίπεδο του φλοιού (cortex), όπου εδώ η λειτουργία αυτή είναι συνειδητή (δηλαδή στο σημείο αυτό χρησιμοποιείται η «ακουστική παιδεία» την οποία ο καθένας έχει αποκτήσει). Με Βάση την παραπάνω επιστημονική εξήγηση φαίνεται να ευσταθεί απόλυτα ο όρος «νιώσε τον ρυθμό» (feel the beat), γιατί όλοι οι άνθρωποι μπορούν να νιώσουν τον ρυθμό (Paretz, 1997- Blood et al., 1995).

## 5.6 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ

Δύο είδη χαλάρωσης λειτουργούν ιδιαίτερα αποτελεσματικά όσον αφορά την αντιμετώπιση του stress και του άγχους. Η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση αποτελεί μια τεχνική μέσω της οποίας το άτομο εστιάζει την προσοχή του σε συγκεκριμένες μυϊκές ομάδες και συσφίγγει και χαλαρώνει εναλλάξ τους μύες του. Μπορεί να ξεκινήσει αυτή τη διαδικασία από τούς μύες των ποδιών και σταδιακά να προχωρήσει από το θώρακα στο κεφάλι, στους ώμους και τα χέρια. Για κάθε μυϊκή ομάδα, απαιτείται, σύσφιξη των μυών για περίπου 10 δευτερόλεπτα, η οποία ακολουθείται από χαλάρωση της ίδιας χρονικής διάρκειας. Κατά τη διάρκεια της φάσης της χαλάρωσης, είναι δυνατόν να ζητηθεί από το άτομο να σκεφτεί κάτι ευχάριστο, όπως πόσο ωραία είναι αίσθηση της χαλάρωσης. Η εναλλαγή σύσφιξης και χαλάρωσης επιτρέπει στο άτομο να αποκτήσει επίγνωση της εμπειρίας της έντασης που προκαλείται σε κάθε ομάδα μυών και να την αντιπαραβάλει με την εμπειρία της χαλάρωσης. Συνήθως μετά από ένα χρονικό διάστημα εκπαίδευσης σε αυτή την τεχνική, το άτομο είναι σε θέση να επιτύχει να χαλαρώσει ενθουσιάζοντα τα συναισθήματα που το διακατείχαν και τις σκέψεις που έκανε κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης ( DiMatteo, 2006)..

Ο διαλογισμός περιλαμβάνει διάφορες τεχνικές, στόχος των οποίων είναι η εστίαση της προσοχής του ατόμου σε μία συγκεκριμένη σκέψη ή εικόνα, στο πλαίσιο της προσπάθειας να παραμείνει απερίσπαστο από άλλες σκέψεις ή εικόνες. Ο διαλογισμός μπορεί να περιλαμβάνει αμιγώς ψυχολογικές τεχνικές που αποσκοπούν στη συνειδητοποίηση των προσωπικών σκέψεων, όπως αυτές έρχονται και παρέρχονται. Η πρακτική του διαλογισμού έχει αποδειχθεί αποτελεσματική όσον αφορά τη μείωση του stress και του άγχους, την υπέρταση, ακόμα και εξάλειψη κάποιων φοβιών (Shapiro, 1985).

Ο καρδιολόγος Herbert Benson (1974) ανέπτυξε μια μέθοδο χαλάρωσης για τη διαχείριση του stress, η οποία παρουσιάζει ομοιότητες με το διαλογισμό. Η Αντίδραση χαλάρωσης είναι μια τεχνική που έγινε αρκετά δημοφιλής μεταξύ των διοικητικών στελεχών, επειδή εφαρμόζεται σχετικά εύκολα και μπορεί να ενταχθεί στο καθημερινό επαγγελματικό πρόγραμμα ενός εργαζομένου. Στη συγκεκριμένη τεχνική συνδυάζονται : η μυϊκή χαλάρωση, η αναπνευστική και παθητική στάση του σώματος, ένα ήσυχο περιβάλλον και ένας επαναλαμβανόμενος ήχος, ακριβώς όπως συμβαίνει και στην τεχνική του διαλογισμού. Πιο συγκεκριμένα, το άτομο παραμένει με τα μάτια κλειστά για περίπου 20 λεπτά και επαναλαμβάνει σιωπηλά τη λέξη «ένα» (ή οποιαδήποτε άλλη λέξη επιλέξει). Η επανάληψη αυτής της λέξης εμποδίζει την παρείσφρηση σκέψεων που αποσπούν την προσοχή και ενδεχομένως παρεμποδίζουν την χαλάρωση. Στην πραγματικότητα, στόχος του ατόμου είναι να αποδεσμευθεί από κάθε σκέψη που πιθανώς διασπά την προσοχή του και εισβάλλει στην συνείδηση, ενόσω βιώνει την εμπειρία της χαλάρωσης. Εν κατακλείδι, πρόκειται για μια εξαιρετικά αποτελεσματική τεχνική, η οποία βοηθά τους ανθρώπους που βιώνουν stress να το αντιμετωπίσουν και να προσλάβουν ή να ελέγξουν τις αρνητικές συνέπειες που το συνοδεύουν (Lavey & Taylor, 1985) ( DiMatteo, 2006).

## 5.7 ΒΙΟΑΝΑΔΡΑΣΗ

Η μέθοδος της βιοανάδρασης βασίζεται σε ένα μηχανικό σύστημα, μέσω του οποίου το άτομο λαμβάνει σήμα να εκδηλώσει μια συγκεκριμένη σωματική αντίδραση, συνήθως όχι άμεσα ορατή. Αυτή η αντίδραση στόχο έχει να μεταβάλει, για παράδειγμα, την ένταση των μυών του μετώπου, την ποσότητα του αίματος που ρέει προς τα άνω και κάτω άκρα ή τη θερμοκρασία του δέρματος, λειτουργίες που μπορούν να μετρηθούν με ηλεκτρόδια, τα οποία τοποθετούνται στα αντίστοιχα σημεία του σώματος. Υπάρχουν διαφορετικά είδη βιοανάδρασης ανάλογα με τη σωματική λειτουργία που μετράτε. Για παράδειγμα, η βιοανάδραση που μετρά τη μυϊκή ένταση που ονομάζεται ΗΜΓ Βιοανάδραση. Τα αρχικά ΗΜΓ σημειώνουν ηλεκτρομυογράφημα, το οποί αποτελεί ένα τρόπο μέτρησης της ηλεκτρικής δραστηριότητας των μυϊκών ινών, η οποία παράγεται από τους μύες όταν κινούνται ή συστέλλονται. Αντίστοιχα, η θερμική βιοανάδραση μετρά τη θερμοκρασία και τη ροή του αίματος. Στο σύνολο τους αυτές οι μέθοδοι βασίζονται στις αρχές της κλασικής εξαρτημένης μάθησης. Συγκεκριμένα, τα άτομα εκπαιδεύονται να αποκτούν

επίγνωση των σωματικών λειτουργιών τους και μαθαίνουν πως να τις τροποποιούν συνειδητά. Με αυτήν τη μέθοδο οι άνθρωποι μαθαίνουν να ενεργοποιούν το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα, το οποίο προκαλεί χαλάρωση, ως αντίδραση στην ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος κατά τη διάρκεια μιας κατάστασης που προκαλεί stress, φόβο ή άγχος (DiMatteo, 2006).

## 5.8 ΨΥΧΟΝΕΥΡΟΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ

Η ψυχονευροανοσολογία (ΨΝΑ) είναι ένα πεδίο μελέτης που εξετάζει την αλληλεπίδραση μεταξύ των ψυχοκοινωνικών διεργασιών και της λειτουργίας του νευρικού, του ενδοκρινικού και του ανοσοποιητικού συστήματος (Ader, 1981- Ader et al., 1991- Ader & Cohen, 1985- Cohen & Herbert, 1996). Από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 σημειώνονται θεαματικές πρόοδοι όσον αφορά την κατανόηση του ρόλου που διαδραματίζει η ψυχολογία στην ισορροπία του ανθρώπινου ανοσοποιητικού συστήματος.

Όπως φαίνεται από τα ευρήματα πολλών ερευνών, οι οποίες διεξάγονται στο πεδίο της ψυχονευροανοσολογίας, η εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων σχετίζεται στενά με ψυχολογικούς παράγοντες – στην προκειμένη περίπτωση, το stress και το άγχος. Για παράδειγμα, φαίνεται ότι τα άτομα που βρίσκονται υπό την επήρεια εντόνου, χρόνιου stress έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν σωματικά συμπτώματα μετά από την έκθεση τους στο ρινο- ιό, ο οποίος προκαλεί το κοινό κρυολόγημα (Cohen, 1996- Cohen et al., 1998). Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι τα άτομα που αναφέρουν υψηλό επίπεδο θετικής ψυχικής διάθεσης κατά τη διάρκεια ενός χρονικού διαστήματος δύο ημερών εμφανίζουν επίσης υψηλότερα επίπεδα δραστηριοποίησης των κυττάρων φυσικών φορέων (αυτό το επίπεδο αποτελεί μέτρο της καλής λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος) σε σύγκριση με άτομα που την ίδια χρονική περίοδο αναφέρουν ότι η διάθεση τους είναι κακή (Valdimarsdottir & Bonbjerg, 1997). Σε σχέση με το ίδιο θέμα, έχει διαπιστωθεί ότι το επίπεδο των αντισωμάτων στους άνδρες είναι υψηλότερο κατά τη διάρκεια των ημερών που αναφέρουν ότι η διάθεσή τους είναι καλή (Stone et al., 1994). Όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα μιας μελέτης, οι συμμετέχοντες που παρακολούθησαν μια χιουμοριστική ταινία εμφάνισαν υψηλότερο επίπεδο ανοσοσφαιρίνης -Α στο σάλιο (ένα ακόμα μέτρο της καλής λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος) σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που παρακολούθησαν μια μη χιουμοριστική ταινία (McClelland & Cherriff, 1997). Σε μια άλλη μελέτη διαπιστώθηκε ότι, ενώ οι φοιτητές ιατρικής βίωναν έντονο άγχος εξετάσεων, τα επίπεδα ανοσοσφαιρίνης -Α στο σάλιο ήταν πεσμένα για περισσότερες από έξι ημέρες μετά τη λήξη της εξεταστικής περιόδου! Ωστόσο, όσοι φοιτητές παρουσίαζαν καταστολή της ανοσοποιητικής λειτουργίας τους δεν εμφάνισαν απαραίτητα λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος (Deinzer & Schueller, 1998). Πιθανώς, απέφυγαν το κρυολόγημα λόγω του νεαρού της ηλικίας και της καλής γενικής κατάστασης της υγείας τους, παρότι η λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος τους βρισκόταν σε καταστολή, ή απλώς

ήταν τυχεροί και δεν είχαν εκτεθεί στον συγκεκριμένο ιό. Σε μια άλλη μελέτη, μια μικρή ομάδα ασθενών που υπέφεραν από υποτροπιάζοντα στοματικό έρπη (ο οποίος εκδηλώνεται με τη μορφή φουσκαλών στα χείλη ) βρισκόταν υπό παρακολούθηση για μια χρονική περίοδο μεγαλύτερη των τριών μηνών, ενώ οι ασθενείς αξιολογούσαν καθημερινά το stress και τις διακυμάνσεις της διάθεσης τους (Logan et al., 1998). Σύμφωνα με τα ευρήματα φάνηκε ότι οι υποτροπές της πάθησης εξαρτούνταν από το επίπεδο του stress και τις μεταβολές της ψυχικής διάθεσης. Αυτή η αλληλεξάρτηση υποδηλώνει ότι, ενόσω το άτομο βιώνει stress, το ανοσοποιητικό σύστημά του καταστέλλεται σε τέτοιο βαθμό που είναι δυνατόν να εκδηλωθεί μια δερματική πάθηση. Πράγματι, μία εβδομάδα πριν από την υποτροπή παρατηρούνται σημαντική μείωση στο επίπεδο της δραστηριότητας των κυττάρων φυσικών φορέων, όπως φάνηκε από τις αιματολογικές εξετάσεις των συμμετεχόντων. Σε μια άλλη ενδιαφέρουσα και καινοτόμο έρευνα , στην οποία συμμετείχαν φοιτητές οδοντιατρικής, εξετάστηκε η ταχύτητα με την οποία αυτοθεραπεύεται το σώμα, όταν το άτομο βιώνει stress σε διαφορετικά επίπεδα έντασης. Για τις ανάγκες αυτής της έρευνας, χρειάστηκε να προκληθούν τεχνητά δύο μικρά τραύματα στο πρόσθιο τμήμα του ουρανίσκου της στοματικής κοιλότητας των συμμετεχόντων, το ένα κατά την περίοδο των καλοκαιρινών διακοπών και το άλλο ακριβώς πριν την εξεταστική περίοδο. Όπως διαπιστώθηκε, πριν από την εξεταστική περίοδο ο ρυθμός επούλωσης των πληγών ήταν 40% πιο αργός. Η συγκεκριμένη περίοδος θεωρείται δικαιολογημένα εποχή υψηλού stress και άγχους ( Marucha et al., 1998) (DiMatteo, 2006).

## 5.9 ΠΡΟΛΗΨΗ, ΕΞΑΛΕΙΨΗ Ή ΜΕΙΩΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Η πρόληψη, η εξάλειψη ή η μείωση προβλημάτων εργασιακού άγχους μπορεί να περιλάβει ποικίλα μέτρα. Τα μέτρα αυτά μπορεί να είναι συλλογικά, ατομικά ή και τα δύο. Μπορούν να εισαχθούν υπό μορφή συγκεκριμένων μέτρων που στοχεύουν σε παράγοντες πρόκλησης άγχους που έχουν εντοπιστεί ή ως μέρος μιας ενιαίας πολιτικής για το άγχος που καλύπτει μέτρα πρόληψης και αντίδρασης.

Όπου η απαιτούμενη τεχνογνωσία μέσα στο χώρο εργασίας είναι ανεπαρκής, ικανοί εξωτερικοί εμπειρογνώμονες μπορούν να κληθούν, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή και Εθνική νομοθεσία, τις συλλογικές συμβάσεις εργασίας και την πρακτική. Εφόσον εφαρμοστούν μέτρα κατά του άγχους, πρέπει να αναθεωρούνται τακτικά για να αξιολογείται η αποτελεσματικότητά τους, εάν κάνουν βέλτιστη χρήση των πόρων και εάν είναι ακόμα κατάλληλα ή απαραίτητα.

Τέτοια μέτρα θα μπορούσαν να περιλάβουν, για παράδειγμα:

- μέτρα διοίκησης και επικοινωνίας όπως η διευκρίνιση των στόχων της επιχείρησης και του ρόλου του κάθε εργοδοτούμενου, η διασφάλιση επαρκούς υποστήριξης από τη διοίκηση σε άτομα και ομάδες, η σύνδεση των ευθυνών και αρμοδιοτήτων στην εργασία, η βελτίωση της οργάνωσης της εργασίας και των διαδικασιών, των συνθηκών και του περιβάλλοντος εργασίας
- εκπαίδευση διευθυντικών στελεχών και εργοδοτούμενων για να βελτιωθεί η επίγνωση και η κατανόηση του άγχους, των πιθανών αιτίων του και των τρόπων αντιμετώπισής του, καθώς και εκπαίδευση για προσαρμογή στην αλλαγή

- παροχή πληροφοριών και διαβουλεύσεις με τους εργοδοτούμενους ή/και τους αντιπροσώπους τους σύμφωνα με την Κοινοτική και την Εθνική νομοθεσία, τις συλλογικές συμβάσεις εργασίας και την πρακτική.

#### 5.9.1 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Μέσα στα πλαίσια του άρθρου 139 της Συνθήκης, αυτή η εθελοντική Ευρωπαϊκή Συμφωνία-Πλαίσιο δεσμεύει τα μέλη των UNICE/UEAPME, CEEP και της ETUC (και της συντονιστικής επιτροπής EUROCADRES/CEC) για να την εφαρμόσουν σύμφωνα με τις διαδικασίες και τις πρακτικές, τις σχετικές με θέματα διοίκησης και εργασίας στα Κράτη μέλη και στις Χώρες του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου. Τα συμβαλλόμενα μέρη καλούν επίσης τις Οργανώσεις – μέλη τους στις υπόλοιπες χώρες να εφαρμόσουν την παρούσα Συμφωνία.

Η εφαρμογή της Συμφωνίας αυτής θα υλοποιηθεί εντός τριών χρόνων από την ημερομηνία υπογραφής της. Οι Οργανώσεις - μέλη θα υποβάλουν έκθεση σχετικά με την εφαρμογή αυτής της Συμφωνίας στην Επιτροπή Κοινωνικού Διαλόγου. Κατά τη διάρκεια των πρώτων τριών ετών μετά από την ημερομηνία υπογραφής της Συμφωνίας, η Επιτροπή Κοινωνικού Διαλόγου θα ετοιμάζει ετήσιο πίνακα που θα συνοψίζει την πορεία εφαρμογής της Συμφωνίας. Πλήρης έκθεση με τα μέτρα που λαμβάνονται για εφαρμογή της Συμφωνίας, θα ετοιμαστεί από την Επιτροπή Κοινωνικού Διαλόγου κατά τη διάρκεια του τέταρτου έτους.

Τα συμβαλλόμενα μέρη θα αξιολογήσουν και θα αναθεωρήσουν τη Συμφωνία οποτεδήποτε μετά από την πάροδο πέντε ετών από την ημερομηνία υπογραφής, εάν αυτό ζητηθεί από ένα από τα συμβαλλόμενα μέρη.

Σε περίπτωση ερωτήσεων σχετικά με το περιεχόμενο της Συμφωνίας αυτής, οι εμπλεκόμενες Οργανώσεις-μέλη μπορούν από κοινού ή χωριστά να αναφερθούν στα συμβαλλόμενα μέρη, τα οποία από κοινού ή χωριστά θα απαντήσουν. Κατά την εφαρμογή της Συμφωνίας αυτής, τα μέλη των συμβαλλόμενων μερών αποφεύγουν την επιβολή αχρείαστου βάρους στις Μικρομεσαίες Επιχειρήσεις.

Η εφαρμογή της Συμφωνίας αυτής δεν αποτελεί έγκυρο λόγο για μείωση του γενικού επιπέδου προστασίας που απολαμβάνουν οι εργοδοτούμενοι στο πεδίο που καλύπτει η παρούσα Συμφωνία. Η Συμφωνία αυτή δεν περιορίζει το δικαίωμα των Κοινωνικών Εταίρων να συνομολογούν, στο κατάλληλο επίπεδο, συμπεριλαμβανομένου και του Ευρωπαϊκού επιπέδου, συμφωνίες που προσαρμόζουν ή συμπληρώνουν την παρούσα Συμφωνία με τρόπο που θα λαμβάνονται υπόψη οι συγκεκριμένες ανάγκες των επηρεαζόμενων Κοινωνικών Εταίρων.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>:  
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

### 6.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ- ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Η νοσηλευτική είναι μια επιστήμη - λειτουργήμα που εκτός από την αντιμετώπιση ασθενειών, τη συνεχή φροντίδα και την αποκατάσταση ασθενών μπορεί να προσφέρει σημαντικά και στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί διαμέσου της κοινοτικής νοσηλευτικής. Στην περίπτωση της αντιμετώπισης του άγχους είναι ακόμα πιο χρήσιμη η χρήση της κοινοτικής ψυχιατρικής νοσηλευτικής.

Η **κοινοτική νοσηλευτική** σημαίνει ψυχιατρική στην κοινότητα. Η κοινότητα ορίζεται ως ένα υποσύνολο του όρου κοινωνία, ως μια γεωγραφική περιφέρεια ή ακόμη και ως τρόπος ζωής.

Η κοινοτική ψυχιατρική νοσηλευτική είναι αποτέλεσμα της κοινωνικής ψυχιατρικής. **Κοινωνική ψυχιατρική** είναι ο κλάδος της ψυχιατρικής που μελετά την συμβολή των κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων στη γένεση και τις εκδηλώσεις των ψυχικών νόσων και χρησιμοποιεί κοινωνικούς παράγοντες και κοινωνικές δομές για τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.

Η Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή καλύπτει **τρία στάδια πρόληψης**:

1. **Πρωτογενής πρόληψη:** συνίσταται στην ανίχνευση και μείωση ή εξάλειψη όλων των παραγόντων που υποβοηθούν στην εκδήλωση μιας ψυχικής ασθένειας σε ένα πληθυσμό. Σε αυτό το στάδιο η πρόληψη έχει σαν συνέπεια να μειωθεί ο αριθμός των νέων περιπτώσεων των ψυχικών ασθενών.
2. **Δευτερογενής πρόληψη:** συνίσταται τη μείωση της επικράτησης των ψυχικών διαταραχών που ήδη έχουν εκδηλωθεί. Επιτυγχάνεται με την πρόωπη αναγνώριση, παραπομπή στο γιατρό, έγκαιρη διάγνωση και σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση.
3. **Τριτογενή πρόληψη:** συνίσταται στην πρόκληση τόσο των υποτροπών όσο και των συμπτωμάτων της ψυχικής διαταραχής και ακόμη στην ανάλογη προσπάθεια για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενούς.

Για την εφαρμογή ενός προληπτικού προγράμματος στην κοινότητα ακολουθείται η εξής διαδικασία:

A. ορίζεται η κοινότητα.

B. καθορίζονται τα χαρακτηριστικά της.

Γ. Εκτιμούνται τα προβλήματα και οι ανάγκες της κοινότητας.

Δ. Καθορίζεται και εκπαιδεύεται το ανάλογο προσωπικό (Γιαννοπούλου, 2007)..

Ε. Εκτιμούνται οι πόροι που θα διατεθούν.

Στ. Καθορίζονται τα θεραπευτικά και προληπτικά κέντρα που θα χρησιμοποιηθούν.

Η πορεία του προγράμματος πρόληψης είναι κυκλική, καθορίζονται οι σκοποί, εκτελούνται οι προγραμματισμένες ενέργειες, εκτιμούνται τα αποτελέσματα και επανελέγχονται οι σκοποί.

Η προσπάθεια παροχής ψυχιατρικής βοήθειας στην κοινότητα είναι βασικό τμήμα του γενικότερου προγράμματος της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και αποβλέπει στη δημιουργία μιας συνέχειας και αλληλεξάρτησης των διαφορών υπηρεσιών, που συμμετέχουν στην αντιμετώπιση όλου του φάσματος της ψυχικής ασθένειας. Εκφράζεται με τη δημιουργία ενός **Κέντρου Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής**.

**Σκοποί του Κέντρου είναι :**

1. η κάλυψη των τριών σταδίων της Ψυχιατρικής Πρόληψης.
2. η ευαισθητοποίηση των κατοίκων σε θέματα Ψυχικής Υγιεινής, με σκοπό τον περιορισμό της απόστασης μεταξύ κοινού και ψυχιατρικής υπηρεσίας.
3. η διερεύνηση της επικράτησης της ψυχικής ασθένειας στην κοινότητα.
4. η δημιουργία ενός βασικού κοινοτικού συστήματος για ψυχικά ευάλωτα άτομα.

Στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια λειτουργούν τέτοια κέντρα, ένα από αυτά είναι και το πρότυπο κέντρο στο Βύρωνα – Καισαριανής. Εντεταγμένο στο σύστημα παροχής μετανοσοκομειακών ψυχιατρικών υπηρεσιών (Γιαννοπούλου, 2007).

## 6.2 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Ο νοσηλευτής ως μέλος της Ομάδας Ψυχικής Υγείας εργάζεται σε συγκεκριμένα αντικείμενα στους ακόλουθους τομείς:

1. Στην κλινική/φαρμακευτική αγωγή του αρρώστου και την παρακολούθηση του ως προς την κανονική λήψη των φαρμάκων και τις τυχόν παρενέργειες.
2. Στον τομέα της γενικότερης κλινικής παρακολούθησης της κατάστασης υγείας ενός ψυχικά αρρώστου με την εγκατάσταση μιας θεραπευτικής συμμαχίας και την εκπαίδευσή του σε θέματα πρόληψης υποτροπών και μείωσης του στρες.
3. Στην παρέμβαση στο άτομο και την οικογένεια, όταν υπάρχει κρίση, με στόχο τη λύση της κρίσης και την τεχνική της επίλυσης προβλημάτων (problem solving).
4. Στη νοσηλευτική διεργασία-φροντίδα σε προγράμματα ημερησίας φροντίδας (Day care programs) που μπορεί να υπάρχει σε ένα ΚΚΨΥ (Μαδιανός, 2000).

### 6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΓΧΩΔΟΥΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Όταν ο αγχώδης ασθενής νοσηλεύεται στο νοσοκομείο, ο νοσηλευτής είναι το πλησιέστερο πρόσωπο που μπορεί να βοηθήσει άμεσα στην ανάρρωσή του.

Το ενδιαφέρον του για τον κάθε ασθενή τον οδηγεί να αξιολογήσει την παρουσία του άγχους, τη φύση του και την επίδραση του στη συμπεριφορά του ασθενούς, (βιαστική ομιλία, ανήσυχη έκφραση του προσώπου, ευερεθιστότητα κλπ.).

Βέβαια το πλησίασμα του αγχώδους ασθενούς είναι αρκετά δύσκολο, γιατί το άγχος δημιουργεί ψυχολογική απόσταση και απομονώνει τον ασθενή. Εάν όμως ο νοσηλευτής μείνει ήρεμος κοντά του και συναισθηματικά ανεπηρέαστος από την ανησυχία του, θα βοηθήσει στο αμοιβαίο πλησίασμα. Η απλή παρουσία ενός ήρεμου προσώπου, που γνωρίζει καλά, έχει καθησυχαστική επίδραση στον ασθενή.

Η ανησυχία του ασθενούς δεν έχει σχέση με καμιά επαρκή συνειδητή αιτία, αλλά αντιλαμβάνεται τα συμπτώματα από τα διάφορα συστήματα και πιστεύει ότι είναι ασθενής, πχ. ερμηνεύει τις διαταραχές του καρδιακού ρυθμού σαν μια σοβαρή καρδιοπάθεια ή τις γαστρεντερικές διαταραχές για καρκίνωμα του πεπτικού. Ίσως μετά εξηγήσει στον εαυτό του και στους άλλους ότι η ανησυχία του προκλήθηκε από την φυσική ασθένεια.

Εδώ επεμβαίνει ο νοσηλευτής και, παράλληλα με την ανακούφιση από τα συμπτώματα, ενθαρρύνει τον ασθενή να αναγνωρίσει και να παραδεχθεί ότι το άγχος ήταν η «γενεσιουργός» αιτία. Τον βοηθάει να επισημάνει τις περιστάσεις κάτω από τις οποίες προκαλείται και εκδηλώνεται αυτό, να εναρμονίσει τα συναισθήματα και την συμπεριφορά του για την αποφυγή του. Παράλληλα να βρει τρόπους με τους οποίους θα ανακουφιστεί από το άγχος

Ιδιαίτερη φροντίδα καταβάλλει ο νοσηλευτής για να δημιουργήσει θεραπευτικό περιβάλλον. Σε μια κατάλληλα τακτοποιημένη ατμόσφαιρα νοκομειακού θαλάμου, σ' ένα περιβάλλον με μειωμένη ένταση και λιγότερες απαιτήσεις, σε ένα περιβάλλον όπου κάθε παράγοντας πρόκλησης άγχους ματαιώνεται ή προλαμβάνεται, ο ασθενής χαλαρώνει, μειώνει την ανησυχία του και ζει σχετικά φυσική ζωή. Επαρκής ανάπαυση και ύπνος ξεκουράζουν τον ασθενή (Γιαννοπούλου, 2007).

### 6.4 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η Αγωγή υγείας παρεμβαίνει ακριβώς πάνω στη διαδικασία της ανάπτυξης της συμπεριφοράς γύρω από θέματα υγείας και ζωής

- 1) σε ήδη νοσούντες από χρόνιες αρρώστιες,
- 2) σε ευπαθείς πληθυσμούς, π.χ., μαθητές ή δασκάλους σχολείων, φοιτητές, νεοσύλλεκτους, προσωπικό νοσοκομείων, υπερήλικες,

3) σε ειδικές ομάδες, π.χ., νοικοκυρές μη εργαζόμενες, εφήβους που άφησαν το σχολείο, και

4) μεγάλες ομάδες πληθυσμού, χωρίς χαρακτηριστικά (Μαδιανός, 2000).

Εξαιτίας όλων των παραπάνω θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως παρεμβατική λύση κυρίως για την πρόληψη του εργασιακού άγχους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>:  
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ  
ΚΡΙΣΗ- ΣΗΜΕΡΙΝΗ  
ΕΙΚΟΝΑ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> : ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ- ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΕΙΚΟΝΑ

### 7.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΑΡΡΩΣΤΙΑ

Η επίδραση των κοινωνικών, οικονομικών, πολιτιστικών και οικολογικών παραγόντων πάνω στη διαμόρφωση της ψυχικής κατάστασης του ατόμου «που δε νοσεί» και δεν καταφεύγει σε ψυχιατρικές υπηρεσίες έχει ήδη αποδειχθεί μέσα από αρκετές δεκάδες κοινωνιοψυχιατρικές έρευνες σε αντιπροσωπευτικά δείγματα πληθυσμού σε διάφορες χώρες στις οποίες περιλαμβάνεται και η χώρα μας (Dohrenwend και Dohrenwend, 1969). Αντίθετα, η σχέση οικονομικών και κοινωνικών συντελεστών και επικράτησης (prevalence) της ψυχικής αρρώστιας, όπως αυτή προκύπτει από τα ποσοστά της νοσηλευτικής ψυχιατρικής νοσηρότητας, έχει διερευνηθεί μέσα από μικρό σχετικά αριθμό ερευνών με πιο γνωστή την κλασική μελέτη των Hollingshead και Redlich (1958).

Οι μελέτες που διερεύνησαν την επίδραση των οικονομικών και άλλων περιβαλλοντικών παραγόντων στις διαστάσεις της νοσηλευτικής ψυχιατρικής νοσηρότητας διακρίνονται σε δύο κατηγορίες. Στη πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται εκείνες οι έρευνες που συνέκριναν τα ποσοστά χρήσης και την ποιότητα της παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών σ' ένα σύστημα υγείας και την κοινωνικο-οικονομική θέση των καταναλωτών του συστήματος. Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι έρευνες που συσχέτισαν την αιτιολογική σχέση ψυχιατρικής νοσηλευτικής νοσηρότητας μιας περιοχής και της οικονομικής κατάστασης της περιοχής αυτής, όπως αυτή προκύπτει από δείκτες κοινωνικούς και οικονομικούς (Brenner, 1973).

Στη χώρα μας συσχετίστηκαν τα ποσοστά των αρρώστων που βγήκαν σ' ένα χρόνο από όλα τα ψυχιατρεία της χώρας με οικονομικούς και κοινωνικούς δείκτες του τόπου γέννησής τους. Συγκεκριμένα, η έρευνα αυτή αποτέλεσε μια παραπέρα διερεύνηση των επιδημιολογικών ευρημάτων που παρατηρήθηκαν κατά την πρώτη και δεύτερη φάση της ανάλυσης όλων των εξόδων των 19.579 ατόμων που νοσηλεύτηκαν σε ένα χρόνο (1978) σε όλα τα ψυχιατρικά ιδρύματα, δημόσια ιδιωτικά, της χώρας (Μαδιανός και συν., 1983).

### 7.2 Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Η οικονομική κρίση βαθαίνει στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης με αποτέλεσμα, εκτός των άλλων, να χαθούν 8,5 εκατ. Θέσεις εργασίας στην Ε.Ε τη διετία 2009-2010, σε αντίθεση με τα 9.5 εκατ. θέσεις εργασίας που δημιουργήθηκαν την περίοδο 2006-2008.

Μπροστά σε αυτές τις δυσμενείς εξελίξεις για το κόσμο της μισθωτής εργασίας, απουσιάζει παντελώς στην Ευρωπαϊκή Ένωση ένα σχέδιο ανάκαμψης της

ευρωπαϊκής οικονομίας. Το κάθε κράτος-μέλος εφαρμόζει, στο πλαίσιο των κριτηρίων του Συμφώνου Σταθερότητας και Ανάπτυξης, μία περιοριστική πολιτική δημοσιονομικής-εισοδηματικής πειθαρχίας, απορύθμισης των εργασιακών σχέσεων και του συστήματος κοινωνικής προστασίας, με άμεσα και απτά αποτελέσματα:

α) την πραγματική μείωση των εισοδημάτων, η οποία επιφέρει μείωση της ζήτησης, επιδεινώνοντας έτσι τις συνθήκες ύφεσης της ευρωπαϊκής οικονομίας, β) την αύξηση της φορολογικής επιβάρυνσης των μισθωτών και των συνταξιούχων (στην Ελλάδα το 2007 59% των αποδοχών αντιστοιχούσε σε φόρους πάσης φύσεως και ασφαλιστικές εισφορές, από 57% που ήταν το 2005), γ) την αμφισβήτηση και υπονόμηση των συλλογικών συμβάσεων εργασίας, δ) την σημαντική αύξηση της ανεργίας και την σοβαρή χρησιμοδοτική αποδυνάμωση της κοινωνικής ασφάλισης (στην Ελλάδα η επίσημη ανεργία τον Νοέμβριο του 2009 ήταν 10,6% ή 532.000 άτομα από 7.8% τον Νοέμβριο του 2008, ενώ η πραγματική ανεργία είναι 16.5% και 825.000 άτομα.

Είναι φανερό ότι οι πολιτικές αυτές της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας προσδοκούν την σταθεροποίηση της ευρωπαϊκής οικονομίας με μείωση των μισθών και των εισοδημάτων, καθώς και με αποδόμηση του συστήματος κοινωνικής προστασίας, με κατά μετώπη επίθεση όχι μόνο στα εργασιακά και κοινωνικά δικαιώματα αλλά και στους αρμούς των οργανωμένων Ευρωπαϊκών κοινωνιών που ως ένα βαθμό εξασφαλίζουν την κοινωνική συνοχή. Το αποτέλεσμα είναι ο κοινωνικός κατακερματισμός, η αβεβαιότητα και η συρρίκνωση των προσδοκιών (Παναγόπουλος, 2010).

### 7.3 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΦΕΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ

Η κατάσταση της ελληνικής οικονομίας σήμερα χαρακτηρίζεται ως αρκετά σοβαρή, με την έννοια ότι εκτός του υπερβολικού δημόσιου ελλείμματος και δημόσιου χρέους πλήττεται και από την έντονη ανισοκατανομή του εισοδήματος, την υψηλή ανεργία και την τεχνολογική και καινοτομική κατάρρευση της παραγωγικής βάσης. Επομένως, η οδός διάσωσης προϋποθέτει συνεκτικές, συγκεντρωμένες και στοχοθετημένες παρεμβάσεις βραχυπρόθεσμου και μέσο-μακροπρόθεσμου χαρακτήρα, προκειμένου κατά την περίοδο 2010-2015 να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις αποκατάστασης των προαναφερόμενων διαρθρωτικών ανισοροπιών. Το δυσάρεστο σε αυτή την αναγκαιότητα είναι ότι η έμπρακτη στήριξη της ελληνικής οικονομίας από την Ε.Ε., μονεταριστικής κατά κύριο λόγο έμπνευσης, κινείται στην κατεύθυνση της αυστηρής δημοσιονομικής πειθαρχίας για τον έλεγχο και την μείωση των δημοσίων ελλειμμάτων, με αποτέλεσμα η παντελής έλλειψη αναδιανεμητικών και αναπτυξιακών στοιχείων να παρατείνει τις συνθήκες της οικουμενικής κρίσης και ύφεσης της ελληνικής οικονομίας. Κατά τα επόμενα χρόνια και να δημιουργήσει, τόσο όρους στασιμοληθωρισμού όσο και όρους κραχ στην αγορά εργασίας με την αύξηση της ανεργίας (Παναγόπουλος, 2010).



Μια τέτοια προοπτική θα στερηθεί της αντοχής της ελληνικής κοινωνίας, με ό, τι αυτό συνεπάγεται για την διάβρωση της κοινωνικής συνοχής. Παράλληλα, μια τέτοια προοπτική προσδίδει στην Ελλάδα τον ρόλο ενός «κύβου» του πάζλ που συγκροτεί το ευρωπαϊκό εργαστήρι του κοινωνικού πειράματος της πλήρους αποδόμησης του κοινωνικού κράτους στην ευρωπαϊκή ήπειρο. Ε.Ε. στον τομέα αυτό είναι φανερό ότι έχει επιλέξει στη σφαίρα της επιστήμης οικονομίας τη στρατηγική μίμησης του κοινωνικού κράτους και του προτύπου εργασιακών σχέσεων των Η.Π.Α. και στο επίπεδο των κοινωνικών και εργασιακών δικαιωμάτων που επικρατούν στη σφαίρα της «μαύρης εργασίας» έχει επιλέξει τη στρατηγική μίμησης της Κίνας (Παναγόπουλος, 2010).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η αποτυχία της εφαρμοζόμενης οικονομικής πολιτικής, τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, να βελτίωση το επίπεδο ανταγωνιστικότητας της ελληνικής οικονομίας διαμέσου της μείωσης του μοναδιαίου κόστους εργασίας, των ιδιωτικοποιήσεων, της ενίσχυσης της κερδοφορίας του επιχειρηματικού τομέα, της διεύρυνσης της ευελιξίας των εργασιακών σχέσεων, της δημοσιονομικής πειθαρχίας με κύριο μέσο την πραγματική μείωση των κοινωνικών δαπανών και της απορύθμισης του συστήματος κοινωνικής προστασίας θα έπρεπε να έχει οδηγήσει τις εργοδοτικές οργανώσεις που υποστήριξαν αυτή την κατεύθυνση και αυτό το μείγμα της οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής, σε αναθεώρηση των απόψεων τους και σε αλλαγή των πολιτικών τους (Παναγόπουλος, 2010).

Παράλληλα, αξίζει ιδιαίτερης αναφοράς το γεγονός ότι η εφαρμοσμένη οικονομική πολιτική οδήγησε την ελληνική οικονομία και τους εργαζόμενους στη σημερινή δυσμενή κατάσταση, μετά από μια μακρά περίοδο (1994- 2008) αναδιανομής και αύξησης του ΑΕΠ, κατά την οποία θα έπρεπε να μειωθούν τα δημόσια ελλείμματα και το δημόσιο χρέος. Αντί αυτού, ιδιαίτερα την τελευταία δεκαετία, παρατηρείται μια μέση ετήσια αύξηση του δημόσιου ελλείμματος κατά 5 δις ευρώ και του δημόσιου χρέους κατά 6,2 δις ευρώ, χωρίς να έχει βελτιωθεί σημαντικά το βιοτικό επίπεδο των εργαζομένων, των συνταξιούχων και των ανέργων και να έχουν διευρυνθεί τα αναπτυξιακά αποθέματα της χώρας (Παναγόπουλος, 2010).

#### 7.4 ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

Η σημερινή διεθνής κρίση ξεκίνησε ως κρίση ενυπόθηκων δανείων υψηλού κινδύνου (χρηματοπιστωτική), μετεξελίχθηκε διεθνώς σε κρίση της πραγματικής οικονομίας (οικονομική κρίση και ύφεση) και εξελίσσεται σε κρίση απασχόλησης με την αρνητική τάση της ανεργίας η οποία διεθνώς αλλά και στην Ευρώπη και τη χώρα μας θα φτάσει κατά το 2010 σε υψηλά επίπεδα (Παναγόπουλος, 2010).

Η παρατήρηση αυτή αναδεικνύει έναν ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της πρόσφατης κρίσης, με την έννοια ότι ενώ στα επόμενα χρόνια (μετά το 2010) θα παρουσιάζεται

ένας σταδιακός ρυθμούς ανάκαμψης, εντούτοις αυτό θα συμβαίνει με την ύπαρξη υψηλού επιπέδου ανεργίας (άνεργη ανάκαμψη). Ακριβώς για αυτό το λόγο προβλέπεται, από ορισμένους αναλυτές ότι η κρίση απασχόλησης κατά την φάση της ανάκαμψης θα δημιουργήσει διεθνώς συνθήκες κοινωνικής κρίσης, με αποτέλεσμα η κυκλική εξέλιξη της ανεργίας να καταστεί μέσο- μακροπρόθεσμη, με αρνητικές συνέπειες στην αγορά εργασίας, στην παραγωγή και στην κοινωνική συνοχή.

Μια τέτοια προοπτική κρίσης της απασχόλησης θα πλήξει ιδιαίτερα τους νέους (ες), τους ανειδίκευτους, τους μετανάστες, και τους εργαζόμενους σε ευέλικτες και προσωρινές μορφές απασχόλησης, επιφυλάσσοντάς τους την ένταξη στην κατηγορία της μακροχρόνιας ανεργίας και της σταδιακής περιθωριοποίησης από το εργατικό δυναμικό, με αποτέλεσμα μακροχρόνια, εξαιτίας της απαξίωσης των ικανοτήτων και δεξιοτήτων τους, να μην αποτελούν ελκυστική επιλογή για τους εργοδότες (Παναγόπουλος, 2010).

Έτσι, με αυτά τα δεδομένα θα απαιτηθούν αρκετά χρόνια για να επανέλθει το επίπεδο της ανεργίας σε αυτό πριν την εκδηλώσει της οικονομικής κρίσης (φθινόπωρο 2008). Για παράδειγμα, για της Η.Π.Α. προβλέπεται ότι μια τέτοια προοπτική θα επέλθει μετά το 2018, ενώ για την Ελλάδα προβλέπεται ότι το 2015 το επίπεδο της ανεργίας δε θα είναι χαμηλότερο από αυτό τους έτους 2008 (7,8 %). Επιπλέον κατά την περίοδο 2015- 2020 η αύξηση της απασχόλησης προβλέπεται ότι θα κυμανθεί στα επίπεδα του 1,5 % το χρόνο, με αποτέλεσμα να επιβεβαιωθεί η πρόβλεψη ότι η ανάκαμψη της ελληνικής και ευρωπαϊκής κοινωνίας θα συνυπάρχει με υψηλό ποσοστό ανεργίας.

Η ανάσχεση αυτής της προοπτικής κρίσης της απασχόλησης, σε βραχυχρόνιο επίπεδο, προϋποθέτει την άμεση ένταξη των ανέργων στην απασχόληση, τόσο για την εξασφάλιση εισοδήματος, όσο για την διατήρηση των δεξιοτήτων τους που θα τους επιτρέψει μέσο- μακροπρόθεσμα να ενταχθούν σε επιπλέον καινοτομικές, παραγωγικές και τεχνολογικές θέσεις εργασίας ότι επιταχυνθεί η διαδικασία της ανάκαμψης (Παναγόπουλος, 2010).

Όμως κάτι τέτοιο για να συμβεί, απαιτείται να αποσαφηνισθεί κινητήρια δύναμη της διεθνούς οικονομικής ανάκαμψης. Για παράδειγμα, την περίοδο των τελευταίων δεκαετιών το ρόλο αυτό έπαιζαν καταναλωτές της αερικής. Σήμερα ακόμα και στο άμεσο μέλλον φαίνεται ότι η Κίνα επενδύει κατά κύριο λόγο σε πεδία και υποδομές, ενώ η Η.Π.Α. επενδύουν σε υψηλή τεχνολογία. Η Βραζιλία, η Ινδία και η κίνα εκτιμάται (D.Straus – Kan, 2009), ότι δε μπορούν να εξελιχθούν σε κινητήρια δύναμη της διεθνούς ανάκαμψης. Έτσι, φαίνεται ότι και στις σημερινές δυσμενείς διεθνείς οικονομικές συνθήκες η ισχυροποίηση του δολαρίου θα μπορούσε για ακόμη μια φορά να ενισχύσει την αγοραστική δύναμη των καταναλωτών στις Η.Π.Α. , προκειμένου να κινητοποιήσουν τις προϋποθέσεις ανάκαμψης της ευρωπαϊκής οικονομίας. Όμως, μια τέτοια επιλογή ενίσχυσης του δολαρίου δε φαίνεται να προβληματίζει την οικονομική πολιτική των Η.Π.Α. γιατί θα αποδυναμώσει τις αμερικάνικες εξαγωγές προς όλο τον κόσμο. Επομένως, απαιτείται να βρεθούν νέοι

θύλακες κινητήριας δύναμης της διεθνούς ανάκαμψης, προκειμένου να ανατραπούν οι χαμηλοί ρυθμοί ανάπτυξης που τροφοδοτούν διεθνώς υψηλά ποσοστά ανεργίας (Παναγόπουλος, 2010).

Ειδικότερα για την ευρωπαϊκή οικονομία αποτελεί επιλογή πρώτης προτεραιότητας η δημιουργία εσωτερικών προϋποθέσεων ανάκαμψης αφού οι εσωτερικές προϋποθέσεις είναι περιορισμένες.

Πιο συγκεκριμένα, είναι αναγκαίο για την ανάκαμψη και την αποτροπή της κρίσης απασχόλησης, να αντικατασταθεί ριζικά το διεθνές, ευρωπαϊκό και ελληνικό πρότυπο ανάπτυξης της ευελιξίας της εργασίας (μικρό- επίπεδο), της ενίσχυσης της προσφοράς (μακρό- επίπεδο) και της ιδιωτικοποίησης και κεφαλαιοποίησης του κοινωνικού κράτους (κοινωνικό επίπεδο), από το νέο αναπτυξιακό πρότυπο της ρύθμισης της εργασίας (μικρό- επίπεδο) της ενίσχυσης της καινοτομικής και παραγωγικής ανάπτυξης (μακρό- επίπεδο) και της ενδυνάμωσης της αναδιανομής του εισοδήματος και της αναδιανεμικότητας του κοινωνικού κράτους (κοινωνικό επίπεδο).

Στο πλαίσιο αυτού του νέου αναπτυξιακού προτύπου, η προτεραιότητα της οικονομικής πολιτικής και της πολιτικής απασχόλησης απαιτείται να επικεντρωθεί στη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας, με την αύξηση των δημόσιων και ιδιωτικών επενδύσεων και όχι με την διαχείριση της ανεργίας και τη διευθέτηση των ισορροπιών στην ελληνική αγορά εργασίας (Παναγόπουλος, 2010).

## 7.5 ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Στην Ελλάδα η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει αρνητικά την οικονομική κατάσταση της κοινωνικής ασφάλισης λόγω της αύξησης της ανεργίας (απώλεια ετήσιων εσόδων 3 δις. Ευρώ). Όμως στην Ελλάδα, πολύ περισσότερο έχει επηρεάσει αρνητικά τη μακροχρόνια οικονομική κατάσταση της κοινωνικής ασφάλισης η αύξηση της εισφοροδιαφυγής (8,3 δις ευρώ το 2009), η μη καταβολή των οφειλών του κράτους από το 1993 στα ασφαλιστικά ταμεία (12 δις. Ευρώ) και σταδιακή συρρίκνωση του κεφαλαιακού αποθέματος της κοινωνικής ασφάλισης.

Με βάση και τα δεδομένα, οι κοινωνικό-ασφαλιστικές επιλογές στην Ελλάδα και άλλα κράτη και μέλη της Ε.Ε., προσανατολίζονται κυρίως στην αλλαγή του τρόπου υπολογισμού των συντάξεων, στην αύξηση ηλικίας συνταξιοδότησης, στην αύξηση του χρόνου παραμονής στην εργασία και στην προώθηση στην εισαγωγή κεφαλαιοποιηθήκαν στοιχείων στην κοινωνική ασφάλιση με την συρρίκνωση του διανεμητικού τμήματος των συντάξεων και την διεύρυνση (περιορισμός της τριήμερης χρηματοδότησης) του κεφαλαιοποιητικού τμήματος (Παναγόπουλος, 2010).

Όμως, η δομική αυτή αντίφαση των στόχων και του περιεχομένου των περιοριστικών αυτών μέτρων, σε σχέση με της πραγματικές ανάγκες των ασφαλισμένων συνταξιούχων αλλά και των χρηματοδοτικών αναγκών του κοινωνικό- ασφαλιστικού συστήματος, που περιέχει, εκτός των άλλων και μακρό- κοινωνικό- οικονομικές διαστάσεις, αφού τόσο ο υπολογισμός των συντάξεων με βάση ολόκληρο το εργασιμό βίο, όσο και η αύξηση του χρόνου παραμονής στην εργασία, προϋποθέτουν από την πλευρά της οικονομικής και αναπτυξιακής πολιτικής συνεχή και σταθερή απασχόληση αλλά και δυναμική δημιουργία νέων θέσεων εργασίας.

Το ίδιο, η διεύρυνση των κεφαλαιοποιητικών στοιχείων στο συνταξιοδοτικό σύστημα προϋποθέτει ασφαλή και υψηλή απόδοση από τις επιλογές αξιοποίησης των αποθεμάτων και ασφαλιστικών ταμείων. Παράλληλα, η συνεχής αύξηση των ορίων ηλικίας συνταξιοδότησης δημιουργεί συνθήκες διεύρυνσης της ανεργίας και επιδείνωση του επιπέδου παραγωγικότητας των επιχειρήσεων και των οικονομιών από τη συμμετοχή στην παραγωγική διαδικασία ολοένα και μεγαλύτερου αριθμού ηλικιωμένων εργαζομένων.

Για αυτούς ακριβώς τους λόγους και με δεδομένη την αρνητική εμπειρία από την εφαρμογή αντίστοιχων μέτρων στην Ε.Ε. τις προηγούμενες δεκαετίες σε ορισμένα κράτη-μέλη, όπως και στην Ελλάδα, τίθεται πλέον με τη μορφή του επείγοντος η αναγκαιότητα ανεύρεσης νέων πόρων, εκτός του κρατικού προϋπολογισμού (αύξηση αντικειμενικών αξιών δημόσιας και εκκλησιαστικής περιουσίας, τυχερά παιχνίδια, κερδοφορία τραπεζών και δημόσιων επιχειρήσεων, καζίνο κτλ. ) για την ενίσχυση της χρηματοδότησης και την δημιουργία κεφαλαιακού αποθέματος του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης (ΙΝΕ/ΓΣ) (Παναγόπουλος, 2010).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5:** οι μεταβολές του εργατικού δυναμικού στις περιφέρειες της χώρας

Α' τριμήνου 2009- 2010 Περιφέρειας	Εργατικό δυναμικό			Εργατικό δυναμικό (%)		
	σύνολο	απασχολούμενοι	άνεργοι	σύνολο	Απασχολούμενοι	άνεργοι
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ</b>	64,3	-60,2	124,5	1,3%	-1,3%	26,9%
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	4,0	-5,8	9,9	1,5%	-2,5%	36,0%
Κεντρική Μακεδονία	13,4	-12,7	26,0	1,6%	-1,7%	33,1%
Δυτική Μακεδονία	-3,3	-3,8	0,5	-2,6%	-3,5%	2,8%
Ήπειρος	6,2	4,4	1,9	4,1%	3,3%	10,9%
Θεσσαλία	6,8	-2,0	8,9	2,1%	-0,7%	31,3%
Ιόνια νησιά	5,6	-1,8	7,4	5,6%	-2,1%	52,1%
Δυτική Ελλάδα	6,8	8,8	-2,0	2,2%	3,2%	-6,4%

Στερεά Ελλάδα	4,5	1,5	3,0	1,9%	0,7%	11,9%
Αττική	21,9	-37,2	59,2	1,2%	-2,2%	42,1%
Πελοπόννησος	-8,0	-8,7	0,7	-2,9%	-3,4%	3,1%
Βόρειο Αιγαίο	5,3	4,4	0,9	7,0%	6,3%	17,3%
Νότιο Αιγαίο	0,1	-2,6	2,7	0,1%	-2,3%	11,8%
Κρήτη	0,8	-4,7	5,5	0,3%	-1,9%	18,3%

Πηγή : Γ.Γ. ΕΛ.ΣΤΑΤ, ΕΕΔ 2009, 2010 (Α' τριμήνου)- Επεξεργασία ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ (Γ. Κρητικίδης)

Η οικονομική κρίση είναι κατάσταση που προκαλεί στο γενικό πληθυσμό εκρήξεις εργασιακού άγχους που οικουμενικός αναγνωρίζεται ως σημαντικός παράγοντας για την εκδήλωση ψυχοσωματικών προβλημάτων αλλά και ανασταλτικός παράγοντας αποδοτικότητας.

Μια βασική προϋπόθεση για την ικανοποιητική εξάλειψη των επιπτώσεων του εργασιακού άγχους στο γενικό πληθυσμό θεωρείται η εκπαίδευση των επιστημών υγείας σε υποστηρικτικές και συμβουλευτικές συμπεριφορές σε ασθενής που έχουν ήδη εκφράσει το άγχος σε ψυχοσωματικό πρόβλημα. Επιπλέον σημαντική είναι η εκμάθηση των νοσηλευτών για την σωστή χρήση της κοινοτικής νοσηλευτικής ψυχική υγείας ως «όπλο» πρόληψης.

Η ερευνά μας ωστόσο επικεντρώνεται στην καταγραφή του βαθμού και των επιπτώσεων του εργασιακού άγχους δημοσίων υπαλλήλων σε σύγκριση με τους υπαλλήλους του ιδιωτικού τομέα. Σκοπός της έρευνας είναι να καθοριστεί πιο μέρος του γενικού πληθυσμού των εργαζομένων έχει τη μεγαλύτερη ανάγκη για τη νοσηλευτική παρέμβαση ώστε να προληφθεί η έκβαση του άγχους σε ασθένεια.

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>:  
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ  
ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 8.1 ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το είδος της μελέτης που θα γίνει είναι περιγραφική συγκριτική μελέτη και θα χρησιμοποιηθεί ο τυπικός περιγραφικός σχεδιασμός (typical descriptive design). Σύμφωνα με το Μερκούρη (2008) ο σχεδιασμός αυτός περιλαμβάνει τη μέτρηση και περιγραφή ενός ή περισσότερων μεταβλητών σε ένα συγκεκριμένο δείγμα και οδηγεί σε αναγνώριση και ανάδειξη προβλημάτων ή/και δίνει υλικό που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για περαιτέρω έρευνα. Είναι ο συχνότερος τύπος σπάνια όμως μια έρευνα έχει αμιγώς περιγραφικό σχεδιασμό, αφού συχνά γίνεται διερεύνηση συσχετίσεων ή και συγκρίσεις ομάδων. Στην περίπτωση που διερευνώνται συσχέτισης ή γίνονται σύγκρισης, τότε οι έρευνες αυτές ονομάζονται περιγραφικές συσχέτιση (descriptive correlational) και συγκριτικές περιγραφικές (comparative descriptive design). Τονίζεται πάντως ότι η διερεύνηση της συσχέτισης ή της σύγκρισης δεν είναι το πρωταρχικό ερώτημα και δε γίνεται με σκοπό την ανάδειξη μιας σχέσεως αιτίου – αιτιατού.

### 8.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

1. Ποιος είναι ο βαθμός του εργασιακού άγχους σε υπαλλήλους στον ιδιωτικό τομέα;
2. Ποιος είναι ο βαθμός του εργασιακού άγχους σε υπαλλήλους του δημόσιου τομέα;
3. Ποιες οι επιπτώσεις του εργασιακού άγχους σε εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα;
4. Ποιες οι επιπτώσεις του εργασιακού άγχους σε εργαζόμενους του δημόσιου τομέα;
5. Υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά του βαθμού εργασιακού άγχους στους εργαζόμενους του ιδιωτικού τομέα σε σχέση με τους εργαζόμενους στο δημόσιο τομέα.

### 8.3 ΠΕΔΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στο Ηράκλειο Κρήτης, σε υπάλληλους και εργοδότες που εργάζονται σε ιδιωτικές επιχειρήσεις, σε υπάλληλους δημοσίων επιχειρήσεων και σε νοσηλευτές του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

### 8.4 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Θα εφαρμοστεί η μέθοδος της Δειγματοληψία ευκολίας. Η δειγματοληψία ευκολίας θεωρείται «φτωχή» ερευνητική μέθοδος προσέγγισης του δείγματος, διότι ο ερευνητής δεν είναι σε θέση να εξασφαλίσει την αντικειμενικότητα των επιλογών των



ατόμων και να εξαλείψει τις προκαταλήψεις με αποτέλεσμα να μειώνεται η αξιοπιστία της έρευνας και να υπάρχει η πιθανότητα το δείγμα να μην θεωρείται αντιπροσωπευτικό (Σαχίνη-Καρδάση, 1997)

Παρ' όλα αυτά η συγκεκριμένη μέθοδος επιλέχθηκε με βάση το σκοπό της μελέτης που αναφέρεται στην περιγραφή και καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης και όχι στην ανάλυση των αιτιάσεων που επιδρούν και καθορίζουν το εργασιακό άγχος .

Επίσης, σημαντικοί λόγοι που καθόρισαν την επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου για την συγκέντρωση των στοιχείων αποτέλεσαν η ευκολία πρόσβασης στο δείγμα, το χαμηλό οικονομικό κόστος κατά την διαδικασία συγκέντρωσης των πληροφοριών και η μειωμένη χρονική διάρκεια που απορρέει από αυτόν τον τύπο δειγματοληψίας

## 8.5 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ - ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για τη συλλογή των πληροφοριών, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς (Trait Anxiety) το οποίο αποτελείται από τρία μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου για τη μέτρηση του εργασιακού άγχους. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου για την καταγραφή των επιπτώσεων του εργασιακού άγχους και τέλος το τρίτο μέρος, περιλαμβάνει ερωτήσεις για συλλογή δημογραφικών δεδομένων (Spielberger, 1970- Λιάκος, Γιαννίτη, 1984).

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 40 ερωτήσεις, οι οποίες περιείχαν κάποιες φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Οι απαντήσεις ήταν διαβαθμισμένες και διαβάζοντας κάθε φράση, τσεκάρανε στο αντίστοιχο τετράγωνο. Οι 20 πρώτες ερωτήσεις αναφέρονταν στο πως αισθάνεται το δείγμα μας τη στιγμή ακριβώς που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο, ενώ οι 20 επόμενες ερωτήσεις εστιάζανε στο πως αισθάνονται γενικά.

Τα συνολικά άτομα που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο άγχους του Spielberger ήταν 104, εκ των οποίων 2 το συμπλήρωσαν ελλιπώς (14 ερωτήσεις) και αφαιρέθηκαν από την ανάλυση. Παρόμοια σχεδόν συνέβη με 11 άτομα που άφησαν κενή από μια ερώτηση. Στην περίπτωση αυτή έγινε αντικατάσταση τιμών (imputation) με την επικρατούσα τιμή (mode) των απαντήσεων της κάθε ερώτησης. Τελικά η εκτίμηση του άγχους και η ανάλυση των δεδομένων έγινε για 102 άτομα.

## 8.6 ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα διήρκεσε 20 ημέρες στο διάστημα Νοέμβριος, Δεκέμβριος του 2010. Το δείγμα αποτέλεσαν 102 εργαζομένους, εκ των οποίων 44 άνδρες και 58 γυναίκες. Η μέση ηλικία τους ήταν τα 34,2 χρόνια. Από το συνολικό δείγμα 49 εργαζόμενοι απασχολούνται στο δημόσιο και 53 στον ιδιωτικό τομέα. Το δείγμα των δημοσίων υπαλλήλων, αποτελείται από 25 νοσηλευτές που εργάζονται σε διάφορα τμήματα του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και 24 εργαζομένους σε διάφορες δημόσιες επιχειρήσεις του Ηρακλείου (Αγροτική Τράπεζα, Εθνική

Τράπεζα, Δημοτική Επιχείρηση Ύδρευσης Αποχέτευσης , Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών, Δημοτική Αστυνομία, Διεύθυνση Οικονομικών Υπηρεσιών).

Από το δείγμα των πενήντα τριών ιδιωτικών υπαλλήλων οι 25 είναι ελεύθεροι επαγγελματίες διαφόρων επιχειρήσεων, (εμπορικά καταστήματα, αλουμινοκατασκευές, χωματοουργικές εργασίες, πώληση γεωπονικών ειδών επαγγελματίες οδηγούς, αντιπροσωπεία και service αυτοκινήτων, Λογιστικά Γραφεία, θερμοκήπια, εστιατόρια, καφέ).Οι υπόλοιποι 28 εργαζόμενοι του δείγματος είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι που εργάζονται στις παραπάνω ιδιωτικές επιχειρήσεις.

## 8.7 ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Κατά την πορεία διεκπεραίωση ενός ερευνητικού σχεδίου είναι πιθανόν να παρουσιασθούν κάποιες αναπάντεχες δυσκολίες .

Ορισμένες φορές οι δυσκολίες αυτές πιθανόν να αναγκάσουν το άτομο που διεξάγει την έρευνα να την διακόψει ή να την τροποποιήσει εις βάρος της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της. Για να μην οδηγηθεί λοιπόν ο ερευνητής σε αυτό το σημείο είναι αναγκαίο πριν την εφαρμογή της μελέτης να ανακαλύψει και να διορθώσει τα αδύνατα επιστημονικά σημεία της.

Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητο να πραγματοποιήσει μιας μικρής κλίμακας πιλοτική μελέτη.

Με την πιλοτική μελέτη ο ερευνητής διαπιστώνει εάν οι ερωτήσεις και οι οδηγίες του ερωτηματολογίου που θα χρησιμοποιήσει είναι κατανοητές, αφαιρεί τις διαφορούμενες λέξεις και ελέγχει αν τα δεδομένα που συλλέγονται μπορούν να αναλυθούν. Ακόμη βεβαιώνεται ότι τα δεδομένα που συγκεντρώνονται ικανοποιούν τους σκοπούς της μελέτης και ότι είναι αξιόπιστα και έγκυρα επιστημονικά.

Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω θέσεις που αναφέρονται στην σχετική βιβλιογραφία που αφορά στη μεθοδολογία της έρευνας (Polit & Hungler 1995, Burns et al 1995), εφαρμόστηκε πιλοτική μελέτη σε αριθμό 10 νοσηλευτών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης που εργαζόταν σε χειρουργικά τμήματα. Τα άτομα αυτά επιλέχθηκαν τυχαία από το προσωπικό των χειρουργικών τμημάτων.

Από την πιλοτική μελέτη προέκυψαν χρήσιμα συμπεράσματα τα οποία βοήθησαν στον επανασχεδιασμό του ερωτηματολογίου σε σχέση με τον τύπο των ερωτήσεων, στη τελική διαμόρφωση της εμφάνισης του ερωτηματολογίου και στην ορθή και αντικειμενική διατύπωση των ερωτήσεων σε απλή και κατανοητή γλώσσα.

Στα ερωτηματολόγια που συγκεντρώθηκαν από την πιλοτική μελέτη βασίστηκαν οι αλλαγές που διαμόρφωσαν το ερωτηματολόγιο στην τελική του μορφή.

Οι παρατηρήσεις των νοσηλευτών επικεντρώθηκαν κυρίως στην δυσκολία καθορισμού του πόνου ως έννοια.

Δυσκολία που σύμφωνα με τους ίδιους οφειλόταν στην υποκειμενικότητα και στην πολυδιάστατη φύση του φαινομένου. Επίσης, αρκετές ήταν οι παρατηρήσεις τους σχετικά με την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ως εργαλείου συγκέντρωσης των πληροφοριών που καθορίζουν οι ερευνητικές ερωτήσεις της έρευνας.

Οι παρατηρήσεις, τα σχόλια καθώς και οι απορίες αυτές των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην πιλοτική μελέτη βοήθησαν σημαντικά στην αντικειμενική και ακριβή επαναδιατύπωση των ερωτήσεων, που συμπεριλήφθηκαν και αποτέλεσαν στο σύνολό τους την τελική, ολοκληρωμένη μορφή του ερωτηματολογίου, ενώ έδωσαν την ευκαιρία να διευκρινιστούν και να καθοριστούν με ακρίβεια οι έννοιες και οι ορισμοί που χρησιμοποιήθηκαν στο ερωτηματολόγιο ώστε να έχουν την ίδια μονοσήμαντη έννοια για όλους τους αποκρινόμενους.

## 8.8 ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο χώρο της νοσηλευτικής επιστήμης, η έρευνα εστιάζεται συνεχώς πάνω σε ανθρώπινα υποκείμενα: στα πιστεύω, στις θέσεις και στις εμπειρίες τους που συνοδεύονται με την αρρώστια, στις συμπεριφορές αντιμετώπισης, στα συστήματα υποστήριξης και στο περιβάλλον που μπορεί να δράσει ως παράγοντας ύπαρξης ή μη διαφόρου βαθμού άγχους. Η επιτυχία μιας τέτοιας έρευνας εξαρτάται από την αποτελεσματική εισχώρηση μέσα σε δραστηριότητες άλλων ατόμων, πράγμα που εγείρει ηθικά θέματα περί του τι είναι σωστό ή λαθεμένο, (Σαχίνη, 1997).

Σε κάθε επιστημονική μελέτη για να αποτραπεί κάθε πιθανότητα εμφάνισης χειρισμών που θα μπορούσαν να βλάψουν τα υποκείμενα που λαμβάνουν μέρος σε αυτή, θα πρέπει να εφαρμόζονται και να τηρούνται αυστηρά οι αρχές δεοντολογίας, οι οποίες διασφαλίζουν και καθορίζουν τους ηθικούς άξονες μέσα στους οποίους αναπτύσσεται και ολοκληρώνεται μια μελέτη.

Τρεις είναι οι αρχές που θεσπίστηκαν από την αναφορά του Belmont όπως αναφέρονται στο βιβλίο της Σαχίνη (1997), μεθοδολογία έρευνας, οι οποίες καθορίζουν τους ηθικούς άξονες πάνω στους οποίους βασίστηκε και σχεδιάστηκε η παρούσα μελέτη:

Η αρχή του οφέλους και μη βλάβης, η αρχή του σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και η αρχή της δικαιοσύνης. Πάνω σε αυτές τις αρχές στηρίζονται τα κριτήρια ηθικής συμπεριφοράς στην έρευνα, καθώς και τα βασικά δικαιώματα των υποκειμένων έρευνας.

Τα δικαιώματα των υποκειμένων έρευνας είναι τα εξής:

α. **Δικαίωμα να μην υποστεί βλάβη.** Στη συγκεκριμένη έρευνα ζητήθηκε από τους νοσηλευτές να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε χωρίς να ασκηθεί ψυχολογική πίεση στους νοσηλευτές. Επίσης ο χρόνος που απαιτήθηκε για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ελάχιστος ώστε να μην καταναλωθεί χρόνος εις βάρος του νοσηλευτικού τους έργου. Τέλος οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονταν στο ερωτηματολόγιο σε καμία περίπτωση δεν προσέβαλλαν την προσωπικότητα των νοσηλευτών.

β. **Δικαίωμα για πλήρη διαφάνεια.** « Η αρχή σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια περιλαμβάνει το δικαίωμα των ατόμων να λάβουν εκούσιες αποφάσεις μετά από ακριβή πληροφόρηση για τη συμμετοχή τους σε μια μελέτη» (Σαχίνη 1997).

Στην παρούσα έρευνα, πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, οι νοσηλευτές ενημερώθηκαν για το σκοπό της, τη μέθοδο και τη διαδικασία συλλογής πληροφοριών. Επίσης ενημερώθηκαν για τον τρόπο με τον οποίο τα αποτελέσματα της έρευνας θα αξιοποιούνταν και για τα οφέλη που θα μπορούσαν να προκύψουν από αυτή.

Επιπλέον τους δόθηκε η δυνατότητα εάν το επιθυμούσαν να μη συμμετέχουν στη συγκεκριμένη μελέτη και ενημερώθηκαν για την ταυτότητα μας σε περίπτωση που επιθυμούσαν να επικοινωνήσουν μαζί μας για να εκφράσουν απορίες ή να μάθουν για τα αποτελέσματα της έρευνας.

γ. **Δικαίωμα αυτοαπόφασης.** Στην παρούσα μελέτη αφού δόθηκαν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οι νοσηλευτές αφέθηκαν ελεύθεροι να αποφασίσουν, βασιζόμενοι στη δική τους κρίση, για την συμπλήρωσή του ή όχι.

δ. **Δικαίωμα για ιδιωτικότητα , ανωνυμία και εμπιστευτικότητα.** «Η ιδιωτικότητα καθιστά ικανό ένα άτομο να συμπεριφέρεται χωρίς παρεμβάσεις και χωρίς την πιθανότητα ότι η ιδιωτική συμπεριφορά ή οι σκέψεις του μπορεί να χρησιμοποιηθούν αργότερα για να εμβάλλουν σε αμηχανία ή να το μειώσουν» ( Σαχίνη, 1997)

Όπως σε όλες τις έρευνες, έτσι και σε αυτή, θεωρήθηκε απαραίτητο να εξασφαλισθεί η ανωνυμία των υποκειμένων . Αυτό επιτεύχθηκε με τη μη συμπλήρωση του ονόματός τους στα ερωτηματολόγια καθώς και με τη μη παραμονή μέλους της ομάδας έρευνας στο χώρο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Δόθηκε δε η διαβεβαίωση στο νοσηλευτικό προσωπικό ότι τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν από τα ερωτηματολόγια θα φυλαχτούν σε ασφαλές μέρος, ενώ πρόσβαση σε αυτά θα έχουν μόνο οι νοσηλευτές που διεξήγαγαν την έρευνα. Επίσης διαβεβαιώθηκαν ότι δεν θα δοθεί καμία

πληροφορία η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει στην αναγνώριση οποιουδήποτε ατόμου που αποτέλεσε υποκείμενο της συγκεκριμένης μελέτης και στην αναγνώριση οποιουδήποτε τμήματος του Νοσοκομείου στο οποίο έγινε η έρευνα (Σαχίνη, 1997).

## 8.9 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 19.0. Η σχηματική παρουσίαση των αποτελεσμάτων έγινε με το ίδιο πρόγραμμα ή και με το Excel 2003. Με τη χρήση των μεθόδων  $\chi^2$  και Student t ελέγχθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους ως προς το φύλο, ενώ με τις ίδιες μεθόδους, του συντελεστές συσχέτισης κατά Spearman και τις μη παραμετρικές μεθόδους Kruskal-Wallis & Mann-Whitney έγιναν οι απαιτούμενοι στατιστικοί έλεγχοι για τον καθορισμό της στατιστικώς σημαντικής διαφοράς στις κατανομές τους άγχους μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα εργασίας ή μεταξύ φύλων και κατηγοριών επαγγελμάτων. Υπολογίστηκαν ακόμη τα ποσοστά των εργαζομένων που είναι πάνω από το φυσιολογικό όριο του άγχους, το οποίο και στις δυο υποκλίμακες του ορίστηκε το 43 καθώς πρόκειται για το όριο υγιούς ελληνικού πληθυσμού (Albani et al, 2010). Τέλος, με τον έλεγχο one sample Student t έγινε σύγκριση των επιπέδων του άγχους της παρούσας μελέτης με όσα βρέθηκαν από άλλες ελληνικές μελέτες. Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίζεται το 0,05 (Σαχίνη, 1997).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από την ανάλυση των δεδομένων του ερωτηματολογίου άγχους του Spielberger, εκτιμήθηκαν για τα 102 άτομα, οι συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach's  $\alpha$ . Ο συνολικός συντελεστής και για τις 40 ερωτήσεις βρέθηκε  $\alpha=0,89$  ενώ για την ενότητα των 20 ερωτήσεων του παροδικού άγχους (State anxiety) ήταν  $\alpha=0,81$  και των υπολοίπων 20 του μόνιμου άγχους (Trait anxiety)  $\alpha=0,84$ , επίπεδα πολύ ικανοποιητικά.

Ο συνολικός αριθμός εργαζομένων που συμπλήρωσαν επαρκώς το ερωτηματολόγιο άγχους του Spielberger ήταν 102 (πίνακας 1), εκ των οποίων 44 άνδρες και 58 γυναίκες. Η μέση ηλικία τους ήταν 34,2 χρόνια ενώ διέφερε σημαντικά

**Πίνακας 1.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 102 εργαζομένων της μελέτης.

		Φύλο		
		Άνδρες	Γυναίκες	ΣΥΝΟΛΟ
<b>Πλήθος</b>	N (%)	44 (43,1%)	58 (56,9%)	102
<b>Ηλικία, χρόνια *</b>	μέση ηλικία ( $\pm$ τυπική απόκλιση)	36,4 $\pm$ 8,7 †	32,5 $\pm$ 8,1	34,2 $\pm$ 8,5
<b>Τομέας εργασίας **</b>	Δημόσιο	12 (27,3%) ‡	51 (82,3%)	49 (48,0%)
	Ιδιωτικός	32 (72,7%)	21 (36,2%)	53 (52,0%)
<b>Κατηγορία επαγγέλματος **</b>	Δημόσιος Υπάλληλος	5 (11,4%)	19 (32,8%)	24 (23,5%)
	Νοσηλεύτης/τρια	7 (15,9%)	18 (31,0%)	25 (24,5%)
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	20 (45,5%)	5 (8,6%)	25 (24,5%)
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	12 (27,3%)	16 (27,6%)	28 (27,5%)
<b>Προϋπηρεσία, χρόνια *</b>	<5	11 (25,0%)	36 (62,1%)	47 (46,1%)
	6-10	16 (36,4%)	11 (19,0%)	27 (26,5%)
	11-20	9 (20,5%)	7 (12,1%)	16 (15,7%)
	>20	8 (18,2%)	4 (6,9%)	12 (11,8%)

\*P-value<0,05, \*\*P-value<0,001

† Έλεγχος Student t, ‡ Έλεγχος  $\chi^2$

ως προς το φύλο ( $p<0,05$ ). Ως προς τον τομέα εργασίας τους, στο δημόσιο απασχολούνται το 27,3% των ανδρών έναντι 82,3% των γυναικών ( $p<0,001$ ) ενώ συνολικά απασχολούνται 49 εργαζόμενοι ή 48% του δείγματος μελέτης. Η κατηγοριοποίηση των επαγγελμάτων έδειξε επίσης σημαντική διαφορά στην κατανομή τους ως προς το φύλο καθώς είναι σημαντικά λιγότεροι οι άνδρες δημόσιοι

υπάλληλοι έναντι των γυναικών (11,4 και 32,8%, αντίστοιχα,  $p < 0,001$ ). Ωστόσο οι ιδιωτικοί υπάλληλοι άνδρες και γυναίκες είχαν την ίδια αναλογία στο δείγμα μελέτης. Επιπλέον, στην προϋπηρεσία οι άνδρες με λιγότερα χρόνια (<5) είναι σημαντικά λιγότεροι σε σχέση με τις γυναίκες της ίδιας κατηγορίας (25,0 και 62,1%, αντίστοιχα,  $p < 0,001$ ), δείχνοντας ότι σχεδόν 2 στις 3 γυναίκες της μελέτης έχουν λιγότερα χρόνια προϋπηρεσίας από τους άνδρες.

Στον πίνακα 2, παρουσιάζονται οι μέσες βαθμολογίες, οι τυπικές αποκλίσεις τους και οι διάμεσες τιμές των υποκλιμάκων του άγχους και του συνολικού. Η μέση βαθμολογία του παροδικού άγχους είναι 48,8, σημαντικά μεγαλύτερη από την αντίστοιχη 44,9 του μόνιμου άγχους ( $p < 0,05$ ) ενώ το συνολικό άγχος έχει μέση βαθμολογία 93,8. Παρόμοια οι διάμεσες τιμές που αντιπροσωπεύουν τις τιμές που έχει το 50% του δείγματος είναι αντίστοιχα 49,5, 45 και 94.

**Πίνακας 2.** Βαθμολογίες του ερωτηματολογίου άγχους του Spielberger στα 102 άτομα της μελέτης.

	<i>Μέση βαθμολογία</i>	<i>Τυπική απόκλιση</i>	<i>Διάμεσος</i>
<b>Παροδικό άγχος (State anxiety)</b>	48,8 *	8,8	49,5
<b>Μόνιμο άγχος (Trait anxiety)</b>	44,9	7,8	45,0
<b>Συνολικό άγχος</b>	93,8	14,9	94,0

\* $P$ -value=0,001 μεταξύ βαθμολογιών παροδικού και μόνιμου άγχους

Έλεγχος Student t

Στον πίνακα 3 δίνονται οι συσχετίσεις κατά Spearman του άγχους με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των 102 ατόμων της μελέτης. Η βαθμολογία του παροδικού άγχους διαπιστώνεται ότι δεν σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με κανένα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που καταγράφηκαν στη μελέτη ενώ η αντίστοιχη του μόνιμου άγχους σχετίζεται θετικά σημαντικά με το φύλο ( $r=0,344$ ,  $p < 0,001$ ) ερμηνεύοντας τη σχέση της βαθμολογίας των γυναικών με μεγαλύτερο άγχος σε σχέση με τους άνδρες. Με την ηλικία το μόνιμο άγχος σχετίζεται σημαντικά αντίστροφα ( $r=-0,221$ ,  $p=0,026$ ) υποδεικνύοντας ότι οι μικρότεροι σε ηλικία εργαζόμενοι έχουν υψηλότερο μόνιμο άγχος. Παρόμοια με την ηλικία, ισχύει και για την προϋπηρεσία ( $r=-0,288$ ,  $p=0,003$ ) όπου το μόνιμο άγχος έχουν εκείνοι με λίγα χρόνια προϋπηρεσίας.

**Πίνακας 3.** Συσχετίσεις κατά Spearman του άγχους με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των 102 ατόμων της μελέτης.

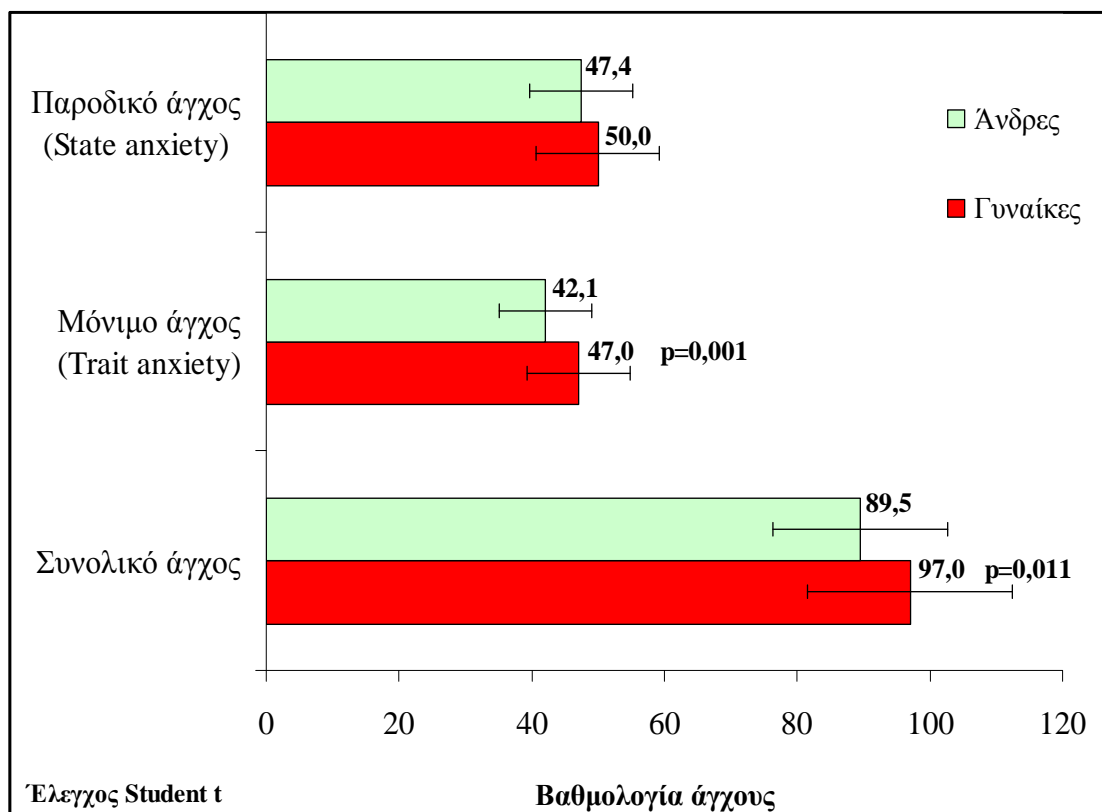
	<b>Παροδικό άγχος</b> (State anxiety)	<b>Μόνιμο άγχος</b> (Trait anxiety)	<b>Συνολικό</b> <b>άγχος</b>
--	--	--	---------------------------------



	r-Spearman (P-value)		
<b>Φύλο</b> (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	0,127	0,344 (<0,001)	0,254 (0,010)
<b>Ηλικία</b>	-0,090	-0,221 (0,026)	-0,186
<b>Τομέας Εργασίας</b> (1:δημόσιο, 2:ιδιωτικό)	-0,004	-0,145	-0,093
<b>Προϋπηρεσία</b> (1: <5 χρ, 2:6-10 χρ, 3:11-20 χρ, 4:>20 χρ)	-0,176	-0,288 (0,003)	-0,274 (0,005)

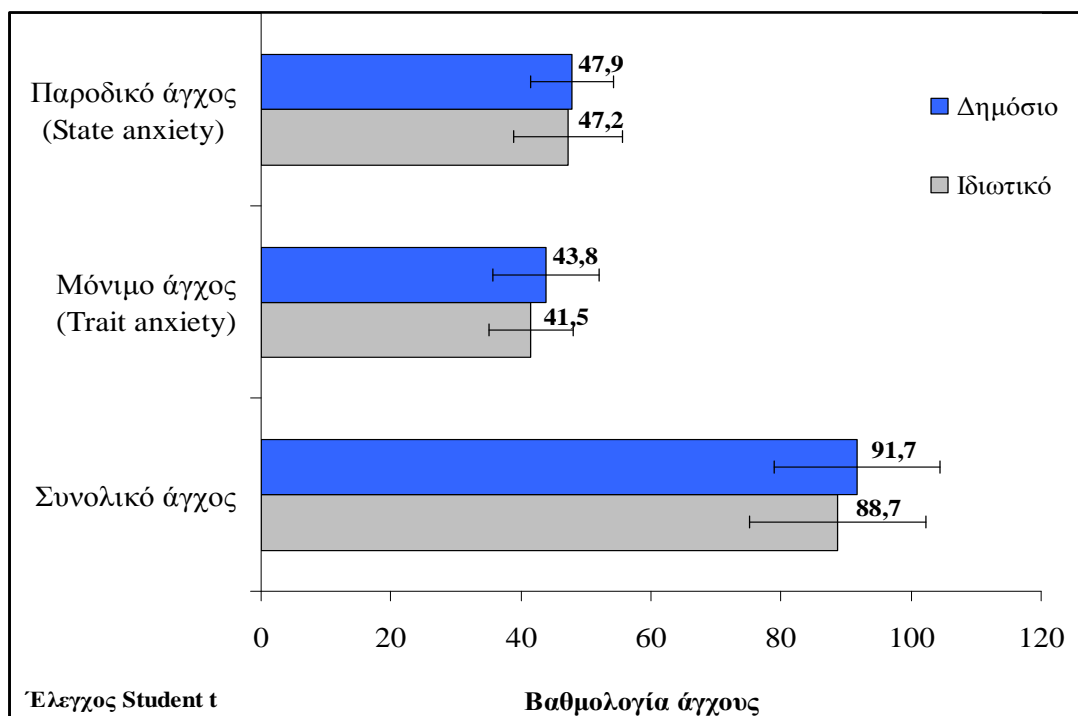
Από το σχήμα 1 όπου γίνεται σύγκριση της βαθμολογίας του άγχους μεταξύ των δύο φύλων, διαπιστώνεται ότι στατιστικώς σημαντικά υψηλότερο μόνιμο άγχος έχουν οι γυναίκες έναντι των αδρών (47,0 και 42,1, αντίστοιχα,  $p=0,001$ ) καθώς και συνολικό άγχος (97,0 και 89,5, αντίστοιχα,  $p=0,011$ ).

**Σχήμα 1.** Σύγκριση άγχους μεταξύ των δύο φύλων.

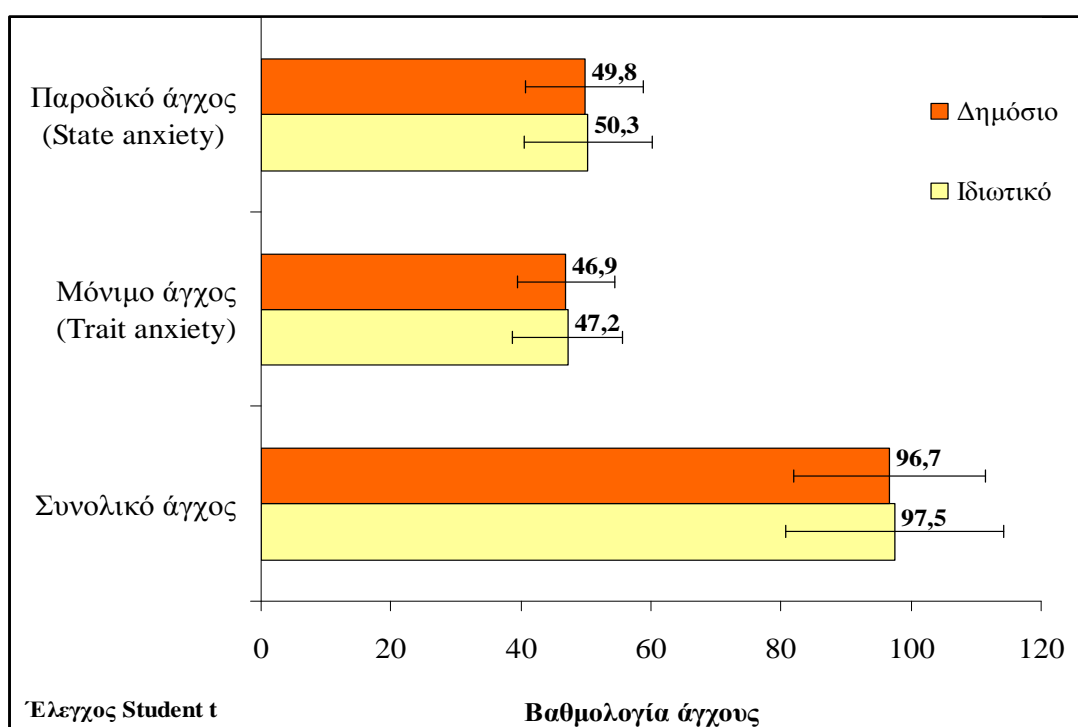


Όπως στο σχήμα 1, στο σχήμα 2 η σύγκριση αφορά τη βαθμολογία του άγχους ανδρών εργαζομένων στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Από την αδρή αυτή σύγκριση δεν προκύπτουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές. Το ίδιο ισχύει και για τις γυναίκες εργαζόμενες στο σχήμα 3, διαπιστώνοντας έτσι ότι και στα δύο φύλα οι εργαζόμενοι δεν έχουν διαφορετικό άγχος.

**Σχήμα 2.** Σύγκριση άγχους ανδρών εργαζομένων σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.

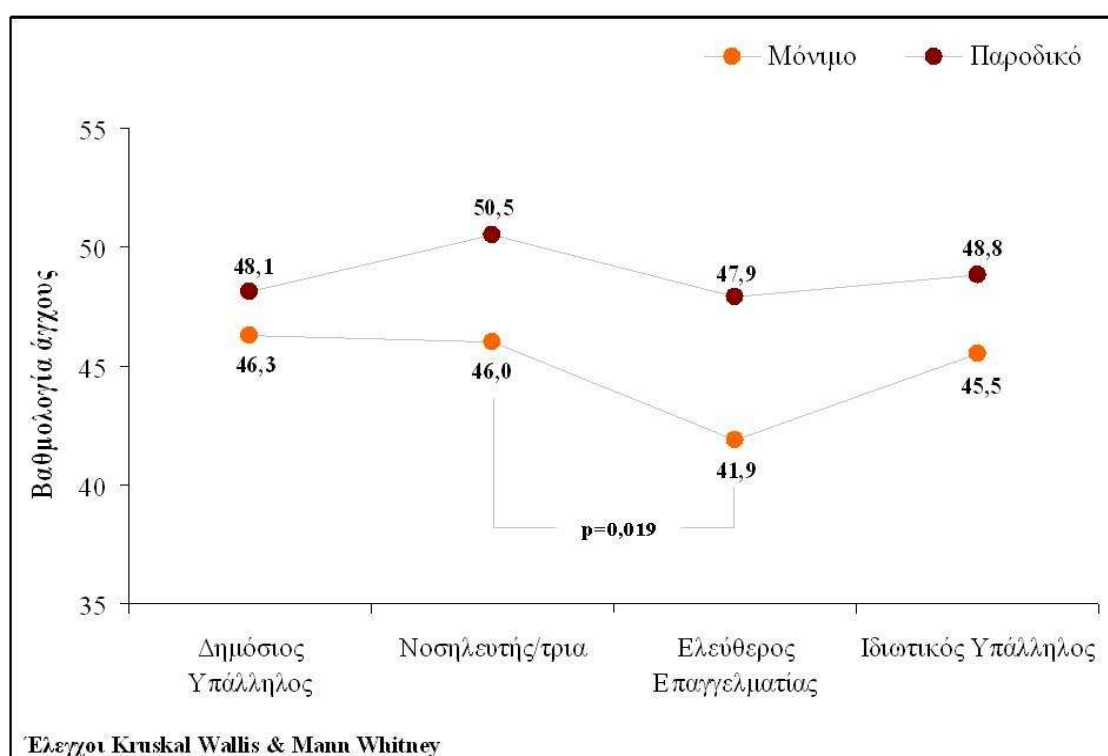


**Σχήμα 3.** Σύγκριση άγχους γυναικών εργαζομένων σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.



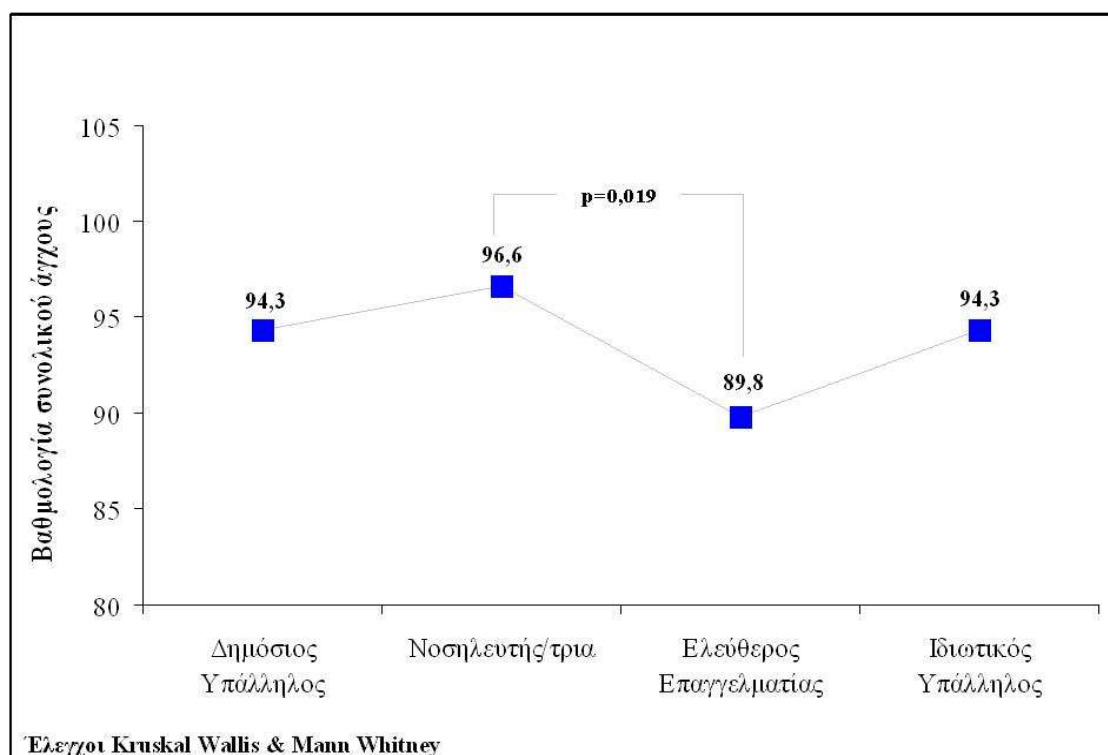
Στη σύγκριση του παροδικού και μόνιμου άγχους μεταξύ τεσσάρων επαγγελματικών κατηγοριών (σχήμα 4), των δημοσίων υπαλλήλων, των νοσηλευτών, των ελεύθερων επαγγελματιών και των ιδιωτικών υπαλλήλων, διαπιστώνεται ότι μεταξύ τους δεν υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές και στις δυο υποκλίμακες. Σημαντική διαφορά βρέθηκε στο μόνιμο άγχος που εκφράζουν οι νοσηλευτές έχοντας υψηλότερο άγχος έναντι των ελεύθερων επαγγελματιών (46 και 41,6, αντίστοιχα,  $p=0,019$ ). Σχηματικά ωστόσο, διαπιστώνεται εκ νέου ότι αναφέρθηκε και στον πίνακα 2, ότι δηλαδή το παροδικό άγχος είναι σε μεγαλύτερα επίπεδα από το μόνιμο, η διαφορά όμως αυτή ενισχύεται από τη σημαντική διαφορά στους νοσηλευτές ( $p=0,011$ ) και στους ελεύθερους επαγγελματίες ( $p=0,007$ ).

**Σχήμα 4.** Σύγκριση παροδικού και μόνιμου άγχους εργαζομένων σε τέσσερις επαγγελματικές κατηγορίες.



Και για το συνολικό άγχος (σχήμα 5), δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των τεσσάρων επαγγελματικών κατηγοριών, όμως στατιστικώς σημαντική διαφορά βρέθηκε στο συνολικό άγχος που εκφράζουν επίσης οι νοσηλευτές έχοντας υψηλότερο συνολικό άγχος έναντι των ελεύθερων επαγγελματιών (96,9 και 89,8, αντίστοιχα,  $p=0,019$ ). Οι νοσηλευτές ωστόσο εκφράζουν το υψηλότερο αριθμητικώς συνολικό άγχος από όλες τις επαγγελματικές κατηγορίες ενώ το χαμηλότερο εκφράζεται από τους ελεύθερους επαγγελματίες.

**Σχήμα 5.** Σύγκριση συνολικού άγχους εργαζομένων σε τέσσερις επαγγελματικές κατηγορίες.



Στον πίνακα 3 δίνονται οι ποσοστιαίες κατανομές των 102 εργαζομένων σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, ως προς τα φυσιολογικά όρια (βαθμολογία 43) του παροδικού άγχους, και όπως ορίζονται από τον υγιή ελληνικό πληθυσμό. Συγκεκριμένα, δεν διαπιστώνονται μεταξύ εργαζομένων σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα σημαντικές διαφορές στα παθολογικά όρια του παροδικού άγχους, τόσο σε άνδρες και γυναίκες όσο και στο σύνολο. Αξιοσημείωτο ωστόσο είναι ότι υψηλό ποσοστό εργαζομένων έχει επίπεδα πάνω από 43 (83,4% στο δημόσιο και 69,8% στον ιδιωτικό τομέα,  $p=0,099$ ).

**Πίνακας 3.** Σύγκριση ποσοστών παροδικού άγχους των 102 εργαζομένων της μελέτης ως προς τα φυσιολογικά όρια άγχους υγιούς πληθυσμού.

Φύλο	Βαθμολογία	Τομέας Εργασίας		P-value
		Δημόσιο	Ιδιωτικό	
		%		
Άνδρες	≤43	8,3	34,4	0,084
	>43	91,7	65,6	
Γυναίκες	≤43	18,9	23,8	0,659

	>43	81,1	76,2	
<b>Σύνολο</b>	≤43	16,3	30,2	
	>43	83,7	69,8	0,099

Έλεγχος  $\chi^2$

Παρόμοια, στον πίνακα 4 και για το μόνιμο άγχος δεν διαπιστώνονται μεταξύ εργαζομένων σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα σημαντικές διαφορές στα παθολογικά όρια του μόνιμου άγχους, σε άνδρες, γυναίκες και στο σύνολο. Στην περίπτωση αυτού του άγχους το ποσοστό των εργαζομένων που έχουν βαθμολογία πάνω από 43 εξακολουθεί να είναι υψηλό (65,3% στο δημόσιο και 56,6% στον ιδιωτικό τομέα,  $p=0,368$ ).

**Πίνακας 4.** Σύγκριση ποσοστών μόνιμου άγχους των 102 εργαζομένων της μελέτης ως προς τα φυσιολογικά όρια άγχους υγιούς πληθυσμού.

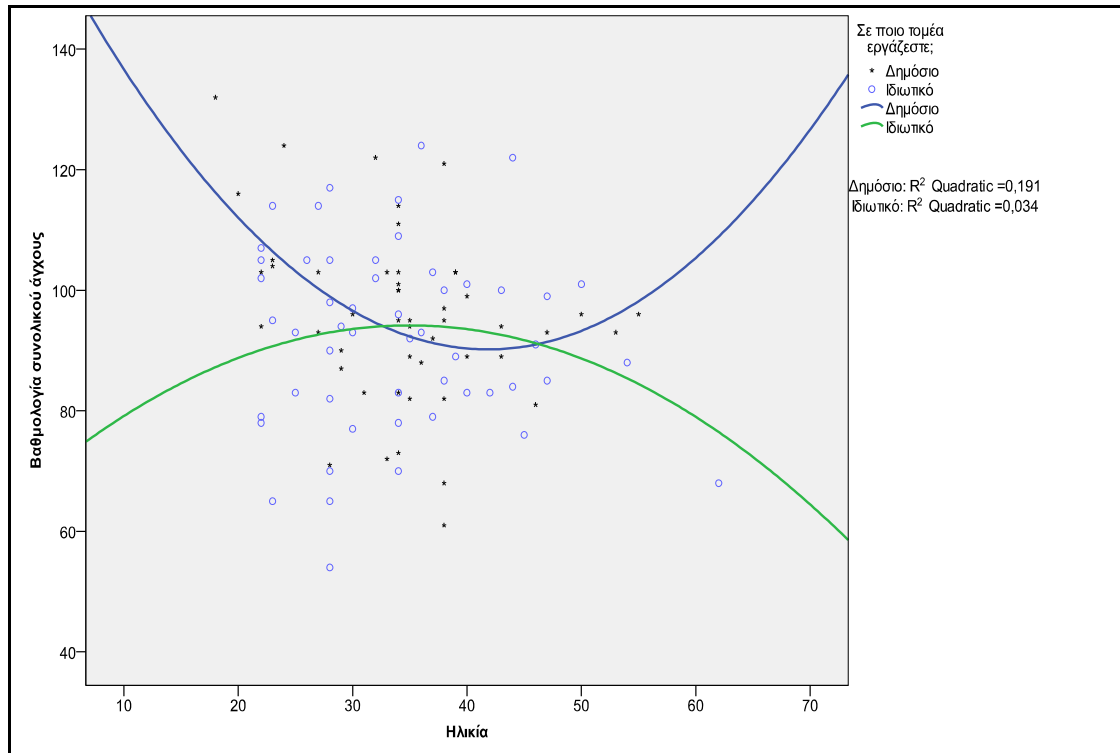
Φύλο	Βαθμολογία	Τομέας Εργασίας		P-value
		Δημόσιο	Ιδιωτικό	
		%		
Άνδρες	≤43	41,7	56,3	0,388
	>43	58,3	43,8	
Γυναίκες	≤43	32,4	23,8	0,488
	>43	67,6	76,2	
<b>Σύνολο</b>	≤43	34,7	43,4	0,368
	>43	65,3	56,6	

Έλεγχος  $\chi^2$

Από το σχήμα 6, διαπιστώνεται η τάση (μη σημαντική) που προκύπτει από τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου άγχους για το συνολικό άγχος και σε σχέση με την ηλικία. Από τους εργαζόμενους στο δημόσιο τομέα (μπλε γραμμή) και με προσαρμογή στη βαθμολογία τους μοντέλο 3ου βαθμού, φαίνεται ότι το άγχος μειώνεται και διατηρείται σε χαμηλότερα επίπεδα στις ηλικίες 30 έως 50 (συντελεστής προσαρμογής καμπύλης  $R^2=19,1\%$ ) ενώ στους εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα (κόκκινη γραμμή) ακολουθεί αντίθετη πορεία και αυξάνεται πολύ στις ηλικίες 30 έως 50(συντελεστής προσαρμογής καμπύλης  $R^2=3,4\%$ ). Τονίζεται σε κάθε

περίπτωση ότι οι προσαρμογές των καμπύλων στα δεδομένα είναι πολύ χαμηλές, και οφείλεται τόσο στο δείγμα μελέτης όσο και στις μεγάλες αποκλίσεις όπως φαίνονται και στο σχήμα 6, της βαθμολογίας του άγχους.

**Σχήμα 6.** Τάση βαθμολογίας συνολικού άγχους των εργαζομένων της μελέτης ως προς την ηλικία και τον τομέα εργασίας τους.



Τέλος στον πίνακα 5 έγινε σύγκριση της βαθμολογίας του άγχους που προέκυψε από την παρούσα μελέτη και εκείνες από άλλες που εντοπίστηκαν από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση για το άγχος. Σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους βρέθηκαν στην παρούσα μελέτη στις τρεις από τις τέσσερις μελέτες που περιλαμβάνουν Νοσηλευτές ΤΕ & ΔΕ (Faki et al, 2009), με τους υπαλλήλους καταστημάτων κράτησης (Κουλιεράκης & Αγραφιώτης, 2010), επίσης με Νοσηλευτές μελέτης των Μαρνέρας και συν. (2010), ενώ δεν διέφεραν με το άγχος που εκφράστηκε από γονείς παιδιών με ΣΔ1 (Albani et al, 2010).

**Πίνακας 5.** Σύγκριση επιπέδων άγχους που προέκυψαν από την τρέχουσα (παρούσα) μελέτη και όσων εντοπίστηκαν από την βιβλιογραφική ανασκόπηση ελληνικών ερευνών.

<b>Τρέχουσα μελέτη</b>	<b>Νοσηλευτές ΤΕ &amp; ΔΕ</b>	<b>Υπάλληλοι καταστημάτων κράτησης</b>	<b>Νοσηλευτές</b>	<b>Γονείς παιδιών με ΣΔ1</b>
	(Faki et al, 2009)	(Κουλιεράκης & Αγραφιώτης, 2010)	(Μαρνέρας και συν, 2010)	(Albani et al, 2010)

Άγχος	Μέση βαθμολογία άγχους (τυπική απόκλιση)				
<b>Παροδικό</b>	<b>48,8 (8,8)</b>	41,3 (14,3)**	45,5 (7,6)**	43,2**	45,2 (10,5)**
<b>Μόνιμο</b>	<b>44,9 (7,8)</b>	39,7 (11,3)**	40,4 (6,9)**	42,3*	44,2 (10,1)
<b>Συνολικό</b>	<b>93,8 (14,9)</b>	--	84,8 (14,3)*	86,0**	--

Έλεγχος one sample Student t

\*P-value<0,05, \*\*P-value<0,001

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>0</sup>:  
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ  
- ΣΥΖΗΤΗΣΗ



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>0</sup>: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### 10.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΝΟΨΗ

Από την έρευνα μας προέκυψαν χρήσιμα συμπεράσματα για το παροδικό και μόνιμο άγχος των εργαζομένων στον ιδιωτικό (ελεύθεροι επαγγελματίες και υπάλληλοι) και δημόσιο τομέα, καθώς όπως ορίστηκε στους στόχους της εργασίας για τις επιπτώσεις του εργασιακού άγχους στην υγεία του πληθυσμού που εργάζεται είναι σημαντικό το νοσηλευτικό προσωπικό να τους ενημερώνει και να τους παραπέμπει σε ειδικευμένο προσωπικό, για τη μείωση εμφάνισης ή την αντιμετώπιση των διαταραχών της υγείας τους.



Ήδη από την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν εκτιμήθηκε πολύ υψηλός συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach που μας επιτρέπει έτσι στο μέτρο του δυνατού να εξαγάγουμε ασφαλή συμπεράσματα τουλάχιστον για το δείγμα της μελέτης μας. Παρόμοια και για τις δύο υποκλίμακες, στο παροδικού άγχος (State anxiety) και για το μόνιμο άγχος (Trait anxiety). Γενικά λοιπόν ως κύριο εύρημα, ανεξαρτήτως επαγγελματικών ομάδων, αποτελεί το γεγονός ότι τα άτομα που επιλέχθηκαν και συμμετείχαν στην έρευνα της εργασίας μας, εξέφρασαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους από άλλα άτομα, άλλων δημοσιευμένων μελετών. Οι τέσσερις επαγγελματικές ομάδες δεν διέφεραν ουσιαστικά μεταξύ τους με εξαίρεση όμως την ομάδα των νοσηλευτών που εξέφρασαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα μόνιμου άγχους σε σχέση με μια άλλη ομάδα, τους ελεύθερους επαγγελματίες ή αριθμητικώς υψηλότερα επίπεδα συνολικού άγχους σε σχέση με τις υπόλοιπες τρεις επαγγελματικές ομάδες. Ακόμη, αξιόλογο εύρημα αποτελεί η μη σημαντική διαφορά στα επίπεδα άγχους των εργαζομένων που εργάζονται στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, είτε αφορά άνδρες και γυναίκες, είτε ηλικιακές ομάδες. Ωστόσο στο σύνολο των εργαζομένων, τόσο οι μικρότεροι σε ηλικία όσο εκείνοι με λίγα χρόνια προϋπηρεσίας και οι γυναίκες εργαζόμενες βρέθηκαν με υψηλότερα επίπεδα μόνιμου άγχους. Επίσης, η εκτίμηση του παροδικού άγχους έδειξε να βρίσκεται σε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα στους εργαζόμενους της έρευνας μας από ότι το μόνιμο άγχος.

Ειδικότερα, παρατηρήθηκαν τα εξής:

- ✚ από την επιλογή του δείγματος μελέτης διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες εργαζόμενες ήταν σημαντικά μικρότερες σε ηλικία από τους άνδρες και περισσότερες ως εργαζόμενες στο δημόσιο τομέα,
- ✚ οι γυναίκες βρέθηκαν ακόμη με σημαντικά λιγότερα χρόνια προϋπηρεσίας από τους άνδρες,
- ✚ οι υποκλίμακες του άγχους των εργαζομένων διαφέρουν μεταξύ τους, καθώς το παροδικό άγχος βρέθηκε σημαντικά υψηλότερο από το μόνιμο,

- ✚ η βαθμολογία του παροδικού άγχους δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων,
- ✚ το μόνιμο άγχος σχετίζεται θετικά σημαντικά με το φύλο θεωρώντας έτσι ότι οι γυναίκες εκφράζουν μεγαλύτερη βαθμολογία μόνιμου άγχους σε σχέση με τους άνδρες,
- ✚ με την ηλικία το μόνιμο άγχος σχετίζεται σημαντικά αντίστροφα θεωρώντας ότι οι μικρότεροι σε ηλικία εργαζόμενοι έχουν υψηλότερο μόνιμο άγχος,
- ✚ παρόμοια συμβαίνει με την προϋπηρεσία των εργαζομένων καθώς έχουν εκείνοι με λίγα χρόνια προϋπηρεσίας έχουν μεγαλύτερο μόνιμο άγχος,
- ✚ εκτός από το μόνιμο άγχος σημαντικά υψηλότερο συνολικό άγχος έχουν οι γυναίκες έναντι των ανδρών,
- ✚ οι άνδρες εργαζόμενοι σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα δεν εκφράζουν σημαντική διαφοροποίηση άγχους μεταξύ τους, όπως επίσης και οι γυναίκες στους δύο τομείς εργασίας,
- ✚ από τη σύγκριση του παροδικού και μόνιμου άγχους μεταξύ των τεσσάρων επαγγελματικών κατηγοριών της μελέτης μας, των δημοσίων υπαλλήλων, των νοσηλευτών, των ελευθέρων επαγγελματιών και των ιδιωτικών υπαλλήλων, διαπιστώνεται ότι μεταξύ τους δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις υποκλίμακες άγχους,
- ✚ σημαντική διαφορά όμως βρέθηκε στο μόνιμο άγχος που εκφράζουν οι εργαζόμενοι νοσηλευτές έχοντας σημαντικά υψηλότερο άγχος έναντι των ελεύθερων επαγγελματιών,
- ✚ στο συνολικό άγχος, δεν υπάρχουν επίσης σημαντικές διαφορές μεταξύ των τεσσάρων επαγγελματικών κατηγοριών, σημαντική όμως διαφορά έχουν πάλι οι νοσηλευτές εκφράζοντας υψηλότερο συνολικό άγχος έναντι των ελεύθερων επαγγελματιών, αλλά και αριθμητικώς υψηλότερο συνολικό άγχος από όλες τις επαγγελματικές κατηγορίες,
- ✚ δεν διαπιστώνονται στη συχνότητα μεταξύ εργαζομένων στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα, σημαντικές διαφορές στα παθολογικά επίπεδα του παροδικού άγχους όπως ορίζονται από τον υγιή ελληνικό πληθυσμό, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες ή στο σύνολο τους,
- ✚ γενικά όμως περίπου 8 στους 10 εργαζόμενους στο δημόσιο και 7 στους 10 στον ιδιωτικό τομέα έχει παροδικό άγχος πάνω από τα φυσιολογικά επίπεδα του υγιή ελληνικού πληθυσμού,
- ✚ παρόμοια και για το μόνιμο άγχος, δεν διαπιστώνονται μεταξύ εργαζομένων σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα σημαντικές διαφορές στη συχνότητα τους στα παθολογικά επίπεδα του μόνιμου άγχους, σε άνδρες, γυναίκες ή και στο σύνολο αλλά πάλι περίπου 7 στους 10 εργαζόμενους στο δημόσιο και 6 στους 10 στον ιδιωτικό τομέα έχει μόνιμο άγχος πάνω από τα φυσιολογικά επίπεδα του υγιή ελληνικού πληθυσμού,
- ✚ σχηματικά εκτιμήθηκε η τάση (μη σημαντική) του συνολικού άγχους με την ηλικία, όπου στους εργαζόμενους του δημόσιου τομέα φαίνεται ότι το άγχος μειώνεται και διατηρείται σε χαμηλότερα επίπεδα στις ηλικίες 30 έως 50 ετών

ενώ στους εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα ακολουθεί αντίθετη πορεία και αυξάνεται πολύ στις ηλικίες μεταξύ 30 έως 50 ετών,

- ✚ από την σύγκριση των βαθμολογιών άγχους της παρούσας εργασίας με άλλες παρόμοιες μελέτες της βιβλιογραφίας προέκυψε ότι τα άτομα της εργασίας μας εξέφρασαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους τόσο στις υποκλίμακες όσο και στο συνολικό άγχος.

## 10.2 ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΜΕΛΕΤΕΣ

- ✚ Στη γενικότερη έννοια του εργασιακού άγχους όπως έχει αναφερθεί μέχρι αυτό το σημείο, εντάσσονται εκτός του παροδικού ή μόνιμου και οι έννοιες του θετικού και αρνητικού άγχους (stress/distress). Η αναφορά τους γίνεται σε εργασία των Γεωργούλη & Ιακωβοπούλου (2010) όπου ελέγχεται η επίπτωση τους στην επιχειρηματικότητα. Η επίπτωση αυτή καθορίζεται σε διάφορα επίπεδα, ορισμένα εκ των οποίων αφορούν άμεσα τους εργαζόμενους και όχι τόσο την απόδοση τους, και σχετίζονται φυσικά με την κατάσταση της φυσικής (σωματικής) και ψυχικής τους υγείας και περιλαμβάνουν συνιστώσες όπως είναι:

- ✚ οι περιβαλλοντικές συνθήκες,
- ✚ οι εργασιακές,
- ✚ η προσωπικότητα του εργαζόμενου,
- ✚ η νέα τεχνολογία,
- ✚ ο φόρτος εργασίας,
- ✚ η σύγκρουση και ασάφεια ρόλων,
- ✚ η έλλειψη δυνατότητας για πρωτοβουλίες ή καινοτομίες,
- ✚ οι παράγοντες που αφορούν τις διαπροσωπικές τους σχέσεις.
- ✚ Παράλληλα, οι Γεωργούλη & Ιακωβοπούλου (2010) κάνουν σχετική αναφορά με τα σημαντικότερα προβλήματα σωματικής υγείας καθώς και τα προβλήματα ψυχολογικής φύσης (βλ. πίνακες παρακάτω).

Λίστα ασθενειών και ενοχλήσεων	Λίστα σωματικών συμπτωμάτων
❖ Υπέρταση	⇒ Ανορεξία
❖ Καρδιακή προσβολή	⇒ Δυσπεψία
❖ Ημικρανίες	⇒ Αϋπνία
❖ Πονοκέφαλοι έντασης	⇒ Δυσκοιλιότητα ή διάρροια
❖ Αλλεργίες	⇒ Πονοκέφαλοι
❖ Ασθμα	⇒ Ναυτία
❖ Καρκίνος	⇒ Ξηροστομία
❖ Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	⇒ Αυξημένη κατανάλωση φαγητού
❖ Δυσκοιλιότητα	⇒ Αυξημένη κατανάλωση φαρμακευτικών ουσιών
❖ Υψηλή πίεση αίματος	⇒ Αυξημένο κάπνισμα
❖ Δερματολογικές παθήσεις	
❖ Κρίσεις πανικού	
❖ Κατάθλιψη	

Πηγή: Γεωργούλη & Ιακωβοπούλου (2010)

Προβλήματα ψυχολογικής φύσης		
Επιθετικότητα	Αλλαγή συμπεριφοράς και διάθεσης	Έλλειψη αυτοεκτίμησης
Δυσχέρεια αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων	Απώλεια αίσθησης του χιούμορ	Ασθενής μνήμη
Αίσθημα αποτυχίας	Δυσκολία συγκέντρωσης	Μείωση αποδοτικότητας και παραγωγικότητας
Δυσκολία στη λήψη αποφάσεων	Αίσθημα μη καταλληλότητας	Απώλεια ενδιαφέροντος για άλλους ανθρώπους
Αδυναμία ολοκλήρωσης έργου	Άσχημα όνειρα και εφιάλτες	Αρνητικές σκέψεις
Απομόνωση	Καχυποψία	Σύγχυση

Πηγή: Γεωργούλη & Ιακωβοπούλου (2010)

Επιδημιολογικά, και σε συνδυασμό με τις παραπάνω παρενέργειες και επιπτώσεις του άγχους, διαπιστώνεται από την βιβλιογραφία ότι το στρες εκτιμάται με πολλούς διαφορετικούς τρόπους ένας εκ των οποίων είναι και η μέθοδος του Spielberger, όπως εφαρμόστηκε στην παρούσα εργασία (Spielberger et al, 1970). Γενικότερα όμως, με όσα διαφορετικά εργαλεία και αν αποτιμάται, όλες σχεδόν οι μελέτες δείχνουν τις ανησυχητικές του διαστάσεις ιδίως σε εργαζόμενους στην Ελλάδα. Από την παρούσα εργασία εκτιμήθηκε ότι πάνω από τα όρια του παροδικού και μόνιμου άγχους βρίσκονται πολύ περισσότεροι από τα 2/3 του δείγματος μελέτης. Από μελέτη σε διάφορες χώρες της Ευρώπης (European Agency for safe and health at work, 2009) επισημαίνεται ότι το άγχος αποτελεί το δεύτερο πιο συχνό νόσημα στο χώρο της εργασίας μετά τις μυοσκελετικές κακώσεις. Η συχνότητα του εκτιμήθηκε το 2005 στο

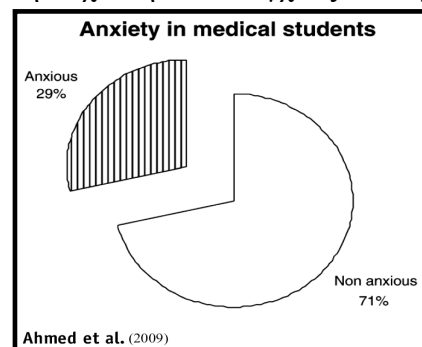
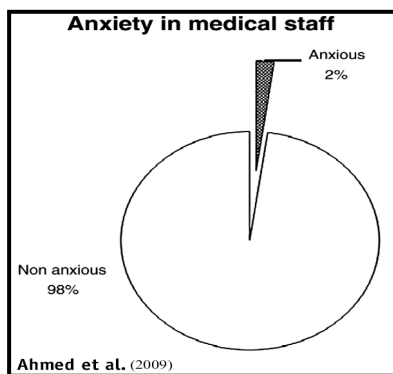


22% των Ευρωπαίων εργαζομένων, με την Ελλάδα να βρίσκεται στην υψηλότερη συχνότητα με 55%, και ακολουθούν Σλοβενία (38%), Σουηδία (38%) και Λετονία με 37%. Χαμηλότερη συχνότητα εργασιακού στρες διαπιστώθηκε στο Ηνωμένο βασίλειο (12%) και στη Γερμανία, Ιρλανδία και Ολλανδία (16%). Άλλη παρόμοια μελέτη της εταιρείας Grant Thornton (Grant Thornton International

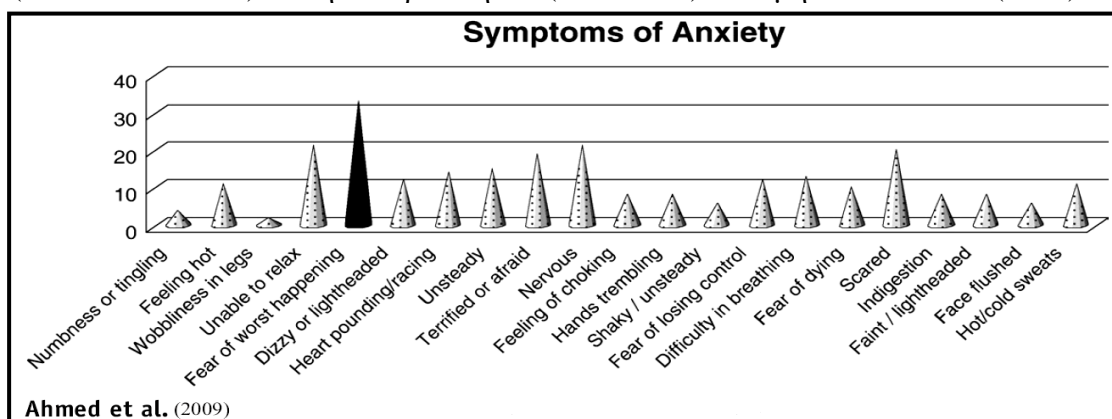
	Mainland China	76		Mexico	74
	Turkey	72		Vietnam	72
	Greece	68		Spain	65
	Japan	64		Malaysia	63
	Ireland	62		Taiwan	60
		<b>Global</b>			<b>56</b>
	France	51		United States	50
	Germany	39		Netherlands	38
	Denmark	25		Sweden	23

Business Report, 2010) με δείγμα 7400 εργαζόμενους κατέταξε τη συχνότητα του στρες σε 36 χώρες, όπου οι έλληνες κατέχουν την 5η θέση με 68%, των περισσότερο αγχωμένων εργαζομένων παγκοσμίως. Στην πρώτη θέση βρίσκονται οι κινέζοι εργαζόμενοι με 76% και στην τελευταία θέση οι σουηδοί με 23%. Το παραπάνω ποσοστό συμφωνεί με τα όρια που δόθηκαν από την παρούσα εργασία, καθώς όπως αναφέρθηκε ήδη η συχνότητα εκείνων που είναι πάνω από τα όρια του παροδικού και μόνιμου άγχους ξεπερνά τα 2/3 του δείγματος μελέτης.

Σε άλλη μελέτη των Ahmed et al (2009) σε νοσοκομεία, κέντρα υγείας και σε κολέγιο του Dubai το 2008, όπου περιλάμβανε διοικητικό και ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό, εκτιμήθηκε σε πολύ διαφορετικά επίπεδα η συχνότητα του άγχους καθώς στόχος της εργασίας τους ήταν να συσχετιστεί με τα επίπεδα κατάθλιψης σε κάθε κατηγορία προσωπικού. Συγκεκριμένα η συχνότητα άγχους στους φοιτητές ιατρικής βρέθηκε 29%, αρκετά υψηλότερη από την αντίστοιχη στο



ιατρικό/νοσηλευτικό ό προσωπικό που βρέθηκε μόλις στο 2%. Περισσότερο αξιοσημείωτο όμως στη μελέτη τους αποτελεί η παρουσίαση των διαφόρων συμπτωμάτων που βρέθηκαν να σχετίζονται με το άγχος, όπως διατυπώθηκαν από τους συμμετέχοντες. Όπως φαίνεται στο αμέσως παρακάτω σχήμα κυρίαρχο σύμπτωμα με τη μεγαλύτερη συχνότητα αποτελεί ο «φόβος για το χειρότερο που μπορεί να συμβεί» («fear of worst happening») ή η «αδυναμία για χαλάρωση» («unable to relax») και η «νευρικότητα» («nervous»). Ακόμη οι Saini et al (2010) σε



δείγμα 930 ειδικευόμενων γιατρών στην Ινδία κατέδειξαν το 2008 ότι το 17,7% είχαν ήπιο άγχος, το 12,2% μέτριο και το 2,9% σοβαρό άγχος, δικαιολογώντας ως γενεσιουργές αιτίες τις πολλές ώρες εργασίας, τις ακαδημαϊκές δραστηριότητες, τις οικονομικές απολαβές, τα οικογενειακά και συναισθηματικά προβλήματα. Οι παράγοντες όμως που σχετίζονταν σημαντικά με το άγχος ήταν τα χρόνια διαμονής σε συγκεκριμένη κατοικία, ο τύπος της κλινικής όπου ειδικεύονται, η απουσία ή παρουσία της ικανοποίησης από την εργασία, οι φιλίες, ο χρόνος που αφιέρωναν σε οικογένεια και φίλους και ο τρόπος της αποφοίτησής τους.



Ωστόσο όπως περιγράφηκε ήδη και στα αποτελέσματα της έρευνας, συγκρίνοντας τα επίπεδα άγχους της παρούσας εργασίας με άλλες ανάλογης μεθοδολογίας βρέθηκαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους στην παρούσα μελέτη, στις τρεις από τις τέσσερις μελέτες που περιλαμβάνουν Νοσηλευτές ΤΕ & ΔΕ (Faki et al, 2009), με τους υπαλλήλους καταστημάτων κράτησης (Κουλιεράκης & Αγραφιώτης, 2010) και επίσης με Νοσηλευτές της μελέτης των Μαρνέρας και συν. (2010). Εκείνο που είναι περισσότερο αξιοσημείωτο αποτελεί το γεγονός ότι στις μελέτες των Faki et al (2009) και Μαρνέρας και συν (2010) όπου περιλαμβάνονται νοσηλευτές, τα επίπεδα τους άγχους τους είναι χαμηλότερα από την παρούσα μελέτη, τονίζοντας όμως ότι η ομάδα των νοσηλευτών της παρούσας εργασίας είχε τα υψηλότερα επίπεδα μόνιμου άγχους από τους ελεύθερους επαγγελματίες ή γενικά αριθμητικώς υψηλότερα επίπεδα άγχους από κάθε άλλη ομάδα.

Η ερμηνεία του φαινομένου βρίσκεται φυσικά και σε άλλες μελέτες, που δεν αξιολογούν το άγχος με την μέθοδο του Spielberger αλλά περισσότερο εντάσσουν του νοσηλευτές στα πλαίσια μια ομάδας εργαζομένων με περισσότερους αγχωτικούς παράγοντες, που το ίδιο το επάγγελμα τους διαμορφώνει και καθορίζει. Από την εργασία των Μαρνέρας και συν (2010) που αφορούσε την ικανοποίηση νοσηλευτών σε νεφρολογικά κέντρα από την εργασία τους και συνεκτίμηση του εργασιακού τους άγχους, εκτιμήθηκε ότι οι μη ικανοποιημένοι νοσηλευτές από το αντικείμενο ή και τη θέση της εργασίας τους είχαν σημαντικά υψηλότερο παροδικό άγχος, συμπεραίνοντας ότι το άγχος σχετίζεται συνολικά με την χαμηλή ικανοποίηση. Από τους Sveinsdottir et al (2006) σε μελέτη τους για το εργασιακό άγχος 2234 Ισλανδών νοσηλευτών και σε τυχαίο δείγμα τους 209 με το 65% να εργάζεται σε νοσοκομεία, έγινε προσπάθεια να αποσαφηνιστεί ποιοι παράγοντες είναι δυνατόν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη ή στην αύξηση του εργασιακού άγχους τους, εντός ή εκτός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι οι συνθήκες που επικρατούν στο νοσηλευτικό επάγγελμα εντός του νοσοκομείου είναι εκείνες που καθορίζουν τα επίπεδα τους άγχους, προφανώς εξαιτίας της σύνθετης εργασίας, των ρόλων και του αναλαμβανόμενου έργου που έχουν οι νοσηλευτές. Παράλληλα όμως οι ίδιοι οι νοσηλευτές καλούνται να αντιμετωπίσουν την διττή έννοια του άγχους, εκείνου του προσωπικού τους, εκείνου δηλαδή που οι ίδιοι αντιμετωπίζουν ως μέλη μιας ομάδας εργασίας, αλλά και εκείνου που πρέπει μέσω της φροντίδας τους να

αντιμετωπίσουν στους ασθενείς. Σε άλλες επαγγελματικές ομάδες όπως είναι για παράδειγμα οι υπάλληλοι γραφείου, το άγχος το επωμίζεται ο ίδιος ο υπάλληλος σε όποια έκταση και αν αυτό συμβαίνει. Από την εργασία μας ωστόσο αποδείχτηκε ότι όλοι οι εργαζόμενοι με εξαίρεση τους ελεύθερους επαγγελματίες έχουν τα υψηλότερα επίπεδα άγχους, αλλά γενικότερα τα επίπεδα αυτά είναι πολύ υψηλά ακόμη και στους ελεύθερους επαγγελματίες, επιβεβαιώνοντας ότι οι έλληνες κατέχουν αν όχι τα υψηλότερα τουλάχιστον από τα πιο υψηλά ποσοστά άγχους παγκοσμίως. Ο ρόλος εδώ της νοσηλευτικής αφορά λοιπόν τον τρόπο της αντιμετώπισης όσων έχουν ανάγκη να βοηθηθούν, όσων νοσηλεύονται και η νοσηλεία τους ή η θεραπευτική τους δοκιμασία τους επιβαρύνει με στρες. Η κύρια επίπτωση του άγχους αφορά την ίδια την υγεία των νοσηλευτών, τις παθήσεις που συνδέονται με καρδιαγγειακά και άλλα χρόνια νοσήματα, το οξειδωτικό στρες ή την υπέρταση και τους συνοδούς παράγοντες όπως το κάπνισμα και η απουσία φυσικής άσκηση, που δυστυχώς δρουν συνεργατικά και ακούσια. Οι Moustaka & Constantinidis (2010) στην ανασκόπηση τους για τις πηγές και τις επιδράσεις του εργασιακού άγχους στους νοσηλευτές, διαπιστώνουν βιβλιογραφικά μεταξύ άλλων ότι την τελευταία δεκαετία έχει αναγνωριστεί η αύξηση του άγχους που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό εντός των νοσοκομείων. Το άγχος αυτό πολλές φορές, τονίζουν ότι είναι ιδιαίτερο και συγκεκριμένο, αφού προέρχεται από ανάλογες νοσηλευτικές μονάδες, με χαρακτηριστικά δηλαδή που αναπαραγάγουν στρεσογόνους συνθήκες. Άμεση συνέπεια είναι οι νοσηλευτές να υπόκεινται σε υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους, να εξουθενώνονται εργασιακά και να αποδίδουν λιγότερο και φυσικά να επηρεάζεται αρνητικά η φροντίδα των ασθενών. Εκτός από το φόρτο εργασίας, που αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα των ελληνικών νοσοκομείων, η μη ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους αποτελεί την πρώτη και πιο σημαντική συνιστώσα στην κατεύθυνση της κατανόησης του ρόλου που παίζουν οι διάφοροι στρεσογόνοι παράγοντες. Οι Moustaka & Constantinidis (2010) αναφέρουν ότι πρέπει σε αυτό το σημείο να γίνει προσπάθεια, στην κατανόηση δηλαδή των παραγόντων αυτών που αυξάνουν το άγχος και μειώνουν την ικανοποίηση (ή και αντίστροφα) ώστε να δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα στη γνώση για τον έλεγχο τους. Σημειώνουν ακόμη, ότι υφίσταται μια αλληλεπίδραση των εργασιακών παραγόντων με τα απόλυτα προσωπικά ή δημογραφικά/κοινωνικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων, όπως είναι το φύλο τους, η ηλικία τους, η εκπαίδευση, η πολιτισμική τους κουλτούρα κ.α. και που συνάδουν ή συνδράμουν στην ρύθμιση του άγχους με διαφορετικό φορτίο ή βαρύτητα. Οι έλληνες νοσηλευτές έτσι, θα πρέπει να ελεγχθούν και ως προς την εθνικότητα τους κυρίως δηλαδή γιατί εμφανίζουν υψηλότερους δείκτες άγχους από άλλες επαγγελματικές ομάδες άλλων χωρών. Αυτό φυσικά και αφού έχει διαπιστωθεί ότι αποτελεί πλέον ένα ευρύτατο κοινωνικό φαινόμενο των Ελλήνων εργαζομένων ή τείνει να εξελιχθεί σε μείζον πρόβλημα



δημόσιας υγείας, απαιτεί παρεμβάσεις στις εργασιακές σχέσεις, στην κατανομή της εργασίας, στη διαχείριση και στον έλεγχο της, χωρίς όμως να εξαιρείται και ο αυτοέλεγχος του. Θα πρέπει σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή ακόμη και με κατάλληλη εκπαίδευση των εργαζομένων να δίνονται βασικές οδηγίες χαλάρωσης, όπως η σωστή ρύθμιση της αναπνοής. Αυτό συμβαίνει σε στιγμές απόλυτης χαλάρωσης ή ακόμη με ασκήσεις που οδηγούν στη λεγόμενη προοδευτική μυϊκή χαλάρωση (Ελληνική Εταιρία Προαγωγής και Αγωγής της Υγείας, 2003).

Συμπερασματικά, ο γενικότερος διαχωρισμός του εργασιακού άγχους που τέθηκε στην παρούσα εργασία, σε υπαλλήλους δηλαδή του δημόσιου τομέα και του ιδιωτικού, δεν φαίνεται να έχει ουσιώδη διαφορά στο ήδη διογκούμενο πρόβλημα του εργασιακού άγχους του Έλληνα εργαζόμενου, όπως αναφέρθηκε παραπάνω.

### 10.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Εκείνο που κατέδειξε η έρευνα, αποτελεί ήδη διαπίστωση πολλών εργασιών και μελετών στην Ελλάδα αλλά και διεθνώς. Η πολύ υψηλή συχνότητα των εργαζομένων με εργασιακό άγχος, εκτιμάται να μεν με πολλούς και διαφορετικούς τρόπος, ωστόσο πάντοτε συνδυάζεται με άλλα πιθανά αιτιολογικά προβλήματα, όπως π.χ. αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα και αφορούν την ικανοποίηση από την εργασία. Ενδεχομένως, η παρούσα εργασία να χρειαζόταν μια ανάλογη κατεύθυνση ελέγχου, αλλά και σε βάση περισσότερο μιας τυχαίας επιλογής των εργαζομένων που προέρχονται από τις διάφορες επαγγελματικές ομάδες. Θα μπορούσε για παράδειγμα η ομάδα των νοσηλευτών να περιλαμβάνει και εκείνους του ιδιωτικού τομέα, όπου οι συνθήκες της ανασφαλούς εργασίας, ιδιαίτερα στην περίοδο της οικονομικής κρίσης που διέρχεται η χώρα μας, είναι περισσότερο αβέβαιες από ποτέ. Όλα τα παραπάνω βρίσκουν όμως σημαντικό περιορισμό στην πτυχιακή εργασία, καθώς η οργάνωση και ολοκλήρωση της απέχει πολύ από τις οργανωμένες και πλήρεις επιστημονικές μελέτες που χαρακτηρίζονται πρώτα από όλα από οικονομική αυτοτέλεια και διοικητική-εργασιακή πληρότητα.



# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### **ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ :**

Παρακάτω παραθέτουμε κάποιες φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά τσεκάρτε το αντίστοιχο τετράγωνο για να δείξετε πώς αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις.

#### **1. Αισθάνομαι ήρεμα**

Καθόλου    Σε κάποιο βαθμό    Μέτρια    Πάρα πολύ

#### **2. Αισθάνομαι ασφαλής**

Καθόλου    Σε κάποιο βαθμό    Μέτρια    Πάρα πολύ

#### **3. Νοιώθω μια εσωτερική ένταση**

Καθόλου    Σε κάποιο βαθμό    Μέτρια    Πάρα πολύ

#### **4. Έχω αγωνία**

Καθόλου    Σε κάποιο βαθμό    Μέτρια    Πάρα πολύ

#### **5. Αισθάνομαι άνετα**

Καθόλου    Σε κάποιο βαθμό    Μέτρια    Πάρα πολύ

#### **6. Αισθάνομαι αναστατωμένος**

Καθόλου    Σε κάποιο βαθμό    Μέτρια    Πάρα πολύ

#### **7. Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες**

Καθόλου    Σε κάποιο βαθμό    Μέτρια    Πάρα πολύ

#### **8. Αισθάνομαι αναπυμμένος**

Καθόλου    Σε κάποιο βαθμό    Μέτρια    Πάρα πολύ

#### **9. Αισθάνομαι άγχος**

Καθόλου  Σε κάποιο βαθμό  Μέτρια  Πάρα πολύ

**10. Αισθάνομαι βολικά**

Καθόλου  Σε κάποιο βαθμό  Μέτρια  Πάρα πολύ

**11. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση**

Καθόλου  Σε κάποιο βαθμό  Μέτρια  Πάρα πολύ

**12. Αισθάνομαι νευρική**

Καθόλου  Σε κάποιο βαθμό  Μέτρια  Πάρα πολύ

**13. Αισθάνομαι ήσυχος**

Καθόλου  Σε κάποιο βαθμό  Μέτρια  Πάρα πολύ

**14. Βρίσκομαι σε διέγερση**

Καθόλου  Σε κάποιο βαθμό  Μέτρια  Πάρα πολύ

**15. Είμαι χαλαρωμένος**

Καθόλου  Σε κάποιο βαθμό  Μέτρια  Πάρα πολύ

**16. Αισθάνομαι ικανοποιημένος**

Καθόλου  Σε κάποιο βαθμό  Μέτρια  Πάρα πολύ

**17. Ανησυχώ**

Καθόλου  Σε κάποιο βαθμό  Μέτρια  Πάρα πολύ

**18. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή**

Καθόλου  Σε κάποιο βαθμό  Μέτρια  Πάρα πολύ

**19. Αισθάνομαι υπερένταση**

Καθόλου  Σε κάποιο βαθμό  Μέτρια  Πάρα πολύ

## 20. Αισθάνομαι ευχάριστα

- Καθόλου  Σε κάποιο βαθμό  Μέτρια  Πάρα πολύ

### **ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ:**

Παρακάτω παραθέτουμε κάποιες φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά τσεκάρετε το αντίστοιχο τετράγωνο που φαίνεται να περιγράφει πώς αισθάνεστε γενικά. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις.

## 21. Αισθάνομαι ευχάριστα

- Σχεδόν ποτέ  Μερικές φορές  Συχνά  Σχεδόν πάντοτε

## 22. Κουράζομαι εύκολα

- Σχεδόν ποτέ  Μερικές φορές  Συχνά  Σχεδόν πάντοτε

## 23. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία

- Σχεδόν ποτέ  Μερικές φορές  Συχνά  Σχεδόν πάντοτε

## 24. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι

- Σχεδόν ποτέ  Μερικές φορές  Συχνά  Σχεδόν πάντοτε

## 25. Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα

- Σχεδόν ποτέ  Μερικές φορές  Συχνά  Σχεδόν πάντοτε

## 26. Αισθάνομαι αναπαυμένος

- Σχεδόν ποτέ  Μερικές φορές  Συχνά  Σχεδόν πάντοτε

## 27. Είμαι ήρεμος, ψύχραιμος και συγκεντρωμένος

- Σχεδόν ποτέ  Μερικές φορές  Συχνά  Σχεδόν πάντοτε

**28. Αισθάνομαι πώς οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω**

Σχεδόν ποτέ  Μερικές φορές  Συχνά  Σχεδόν πάντοτε

**29. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία**

Σχεδόν ποτέ  Μερικές φορές  Συχνά  Σχεδόν πάντοτε

**30. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση**

Σχεδόν ποτέ  Μερικές φορές  Συχνά  Σχεδόν πάντοτε

**31. Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα**

Σχεδόν ποτέ  Μερικές φορές  Συχνά  Σχεδόν πάντοτε

**32. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση**

Σχεδόν ποτέ  Μερικές φορές  Συχνά  Σχεδόν πάντοτε

**33. Αισθάνομαι ασφαλής**

Σχεδόν ποτέ  Μερικές φορές  Συχνά  Σχεδόν πάντοτε

**34. Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσεως**

Σχεδόν ποτέ  Μερικές φορές  Συχνά  Σχεδόν πάντοτε

**35. Βρίσκομαι σε υπερένταση**

Σχεδόν ποτέ  Μερικές φορές  Συχνά  Σχεδόν πάντοτε

**36. Είμαι ικανοποιημένος**

Σχεδόν ποτέ  Μερικές φορές  Συχνά  Σχεδόν πάντοτε

**37. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί**

Σχεδόν ποτέ  Μερικές φορές  Συχνά  Σχεδόν πάντοτε

**38. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από την σκέψη μου**

- Σχεδόν ποτέ    Μερικές φορές    Συχνά    Σχεδόν πάντοτε

**39. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας**

- Σχεδόν ποτέ    Μερικές φορές    Συχνά    Σχεδόν πάντοτε

**40. Έρχομαι σε μια κατάσταση εντάσεως ή αναστατώσεως όταν σκέπτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντά μου**

- Σχεδόν ποτέ    Μερικές φορές    Συχνά    Σχεδόν πάντοτε

<b>ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ</b>
-----------------------------

**Φύλο:** Άντρας  

Ηλικία: \_\_\_\_\_

Γυναίκα  

**Σε ποιο τομέα εργάζεστε;** Δημόσιο τομέα         Ιδιωτικό Τομέα  

Σε ποιο τμήμα εργάζεστε; \_\_\_\_\_

**Προϋπηρεσία :**

1 μήνας-5 έτη                         6-10 έτη                         11-15 έτη  

16-20 έτη                         21-25 έτη                         26-30 έτη  

31 και άνω

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ❖ Αριστοτέλης, (1993), Άπαντα-Ηθικά Νικομάχεια 1, Αθήνα, ΊΖ έκδοση, εκδόσεις «ΚΑΚΤΟΣ».
- ❖ Albani E, Gouva M, Marveras C, Theodorakopoulou G, Lalagianni G, Kotrotsiou E, (2010), State and Trait Anxiety in parents of children with diabetes mellitus type I. Hellenic Journal of Nursing Science, 3(2):31-35
- ❖ Ahmed I, Banu H, Al-Fageer R, Al-Suwaidi R. (2009), Cognitive emotions: depression and anxiety in medical students and staff. J Crit Care. 24(3):1-7
- ❖ Bosma H. et al., (1995), "Low job control and risk of coronary heart disease in the Whitehall II study", BM/314
- ❖ Beyer JE & LEVIN CR, (1987), Issues and advances in pain control in children. Nursing clinics of North America 22: 661-674.
- ❖ Blood A. et al., (1999), "Emotional responses to pleasant and unpleasant music correlate with activity in paralimbic brain regions. A PET scan study", *Nature Neuroscience*, 2382-387.
- ❖ Γεωργούλη Φρόσω & Ιακωβίδου Χρυσούλα, (2010), Η επίδραση του άγχους (θετικού ή αρνητικού) στην επιχειρηματικότητα. Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ Ηρακλείου, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/stef/mhx/2010/GeorgouliEufrosini,IakovopoulouChrisoula/document-1297842901-985722-8351.tkl> [προσπελάστηκε 1-3-2011]
- ❖ Γιαννοπούλου Χρ., (2007), Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Αθήνα, 6<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ.Α.
- ❖ Γιώργος Μαρίνος, (1981), στρες- νευρώσεις, οργανικό-βιολογικό ή ψυχοκοινωνικό φαινόμενο; Εποχιακή κοινωνική πληγή ή μόνιμο γνώρισμα του πολιτισμού μας; Πως θα προστατέψω την ψυχική μου υγεία; , Θεσσαλονίκη, ελληνικές Εκδόσεις.
- ❖ Cannon WB. organization for psychological homeostasis *physiol Rev* (1929) 9: 399- 431.
- ❖ Cirelli C., (2002), Functional genomics of sleep and circadian rhythm invited review: How sleep deprivation affects gene expression in the brain? A review of recent findings. *J Appl Physiol* 92: 394-400.



- ❖ Cooper C., Cooper R., Eaker L., (2002), Ζώντας με το στρες, Αθήνα, εκδόσεις «Παρισιανού».
- ❖ Δρ. Γεωργία Γ. Σαββοπούλου, 2004, Βασική Νοσηλευτική- Μια βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση, Αθήνα, Δ' Έκδοση, εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ.Α.
- ❖ Ελένη Βασιλάκη, Σοφία Τρίλιβα, Ηλίας Μπεζαβέγκης, (2001), , το στρες, το άγχος και η αντιμετώπιση τους, Αθήνα, εκδόσεις «ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ».
- ❖ Ελληνική Εταιρία Προαγωγής και Αγωγής της Υγείας, (2003), Τι είναι το άγχος και πως αντιμετωπίζεται, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=153](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=153) [προσπελάστηκε 3-3-2011]
- ❖ Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην εργασία, Ο.Τ.Ο.Ε – Γραμματεία Εργασιακών Σχέσεων & Συμβάσεων, Ομάδα Βερολίνου (2008), διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο <http://www.otoe.gr/GESS/MBO-STRESS.pdf> [προσπελάστηκε 15-10-2010]
- ❖ Eric Hollonder, MD., Cheryl M. Wong, (2002), οι συχνότερες ψυχικές διαταραχές, σύγχρονες τάσεις στη διάγνωση και αντιμετώπιση, Αθήνα, Β' έκδοση, εκδόσεις «ΒΑΓΙΑΝΑΚΗ».
- ❖ European Agency for safe and health at work, (2009), European risk observation report 9. OSH in figures. Stress at work.
- ❖ Faki M, Gouva M, Papathanasiou I, Prapa PM, Pasxou D, Prapa E, kotrotsiou E (2009). Stress in workers in primary health care structures. Interscientific Health Care 1: 9-15
- ❖ Friedman M., Rosenman R.H., (1959), "Association of specific overt behavior with blood and cardiovascular findings", ed. *JAMA*
- ❖ Frasure-Smith N., Prince R., (1985), "The ischemic heart disease life stress monitoring program: impact on mortality", *Psychosom Med.* 47
- ❖ Frasure-Smith N., Lesperance F., Talajic M, (1995), "Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction", *Circulation* 91.
- ❖ Ιωάννου Α., Άγχος στο χώρο της υγείας, Καλή ζωή, 24/10/2003, Φιλελεύθερος.
- ❖ Health-Related Quality of Life, HRQL), διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/239.pdf> [προσπελάστηκε 18-10-2010]

- ❖ Hemingway H, Marmot M., (1999), Evidence based cardiology: Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: Systematic review of prospective cohort studies. *Br Med J* 318: 1460-1467.
- ❖ Hallqvist J. et al., (1998), "Results from the Stockholm Heart Epidemiology Program SHEEP)", *Soc. Sei. Med.* 46
- ❖ Jones H., Υπεραπασχόληση και Άγχος, ΑΘΗΝΑ, εκδόσεις Θυμάρι.
- ❖ Jones, J.G. (1990). A cognitive perspective on the processes underlying the relationship between stress and performance in sports. Chichester, England: Wiley In J.G. Jones & L. Hardy (Eds.), *Stress and performance in sport* (pp. 17-42).
- ❖ Johnson J.V., Hall E.M., (1988), "Job strain, work place social support and cardiovascular disease: a cross sectional study of a random sample of the Swedish working population", *Am. J. Pub. Health* 78
- ❖ Καλπάκογλου Θωμάς, (1997), Άγχος και Πανικός: γνωσιακή θεωρία και θεραπεία, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- ❖ Κάντας Αριστοτέλης, (1995), Οργανωτική-Βιομηχανική ψυχολογία, Αθήνα εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- ❖ Κουλιεράκης Γ & Αγραφιώτης Δ (2010). Stress, επαγγελματική εξουθένωση, ψυχική υγεία και στρατηγικές αντιμετώπισης στο προσωπικό των ελληνικών καταστημάτων κράτησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(6):944-952
- ❖ Kaplan and Sadock's, (1996), εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής, Αθήνα, Γ' έκδοση, εκδόσεις «ΠΑΡΙΣΤΑΣΙΑΝΟΥ».
- ❖ Karasek R.A., (1979), "Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job design", *Admin. Sci. Q.* 24.
- ❖ Koob GF, Lemoal M., (2001), Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology* 24: 97-129.
- ❖ Leka, S., Griffiths A. & Cox T., (2003) *Work Organization and Stress*, Geneva: World Health Organization.
- ❖ Λιάκος, Α. & Γιαννίτση, Σ. (1984), η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος*, 21: 71-76.
- ❖ Μάνος Ν., (1997), Βασικά στοιχεία Κλινικής ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη, University Studio Press.

- ❖ Μαρνέρας Χ, Θεοδωρακοπούλου Γ, Αλμπάνη Ε, Γκούβα Μ, Δημοπούλου Ε, Κοτρώτσιου Ε (2010). Ικανοποίηση από την εργασία και επίπεδα άγχους σε νοσηλευτές που εργάζονται σε νεφρολογικά κέντρα. *Νοσηλευτική*, 49(1):83-90
- ❖ Μιχάλης Μαδιανός,(1983), Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Α τόμος, Αθήνα, Β έκδοση, εκδόσεις «ΝΑΣΤΑΝΙΩΤΗ Α.Ε.».
- ❖ Μιχάλης Μαδιανός, (2000), «κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή», Αθήνα, Γ Έκδοση, εκδόσεις: «ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ».
- ❖ Μπαμπινιώτης Γ., (1998), Λεξικό της Νέας Γλώσσας, ΑΘΗΝΑ, εκδόσεις Κέντρο Λεξικολογίας.
- ❖ M. Robin DiMatteo, Lesleie R. Martin, (2006), Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας, Αθήνα, Β Έκδοση, εκδόσεις «ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ».
- ❖ McCall S., (1975), Quality of life. *Social Indicators Research* 2: 229-248.
- ❖ McEwen BS., (2003), Interacting mediators of allostasis and allostatic load: Towards an understanding of resilience in aging. *Metabolism* 52:10-16.
- ❖ McEwen BS. (1998), Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med* 338: 171-179.
- ❖ McEwen BS, STELLAR E. (1993), Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Arch intern Med* 153: 2093-2101.
- ❖ McEwen BS,WINGFIELD JC., (2003), The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Horm Behav* 43: 2-15.
- ❖ McEwen B, LASLEY EN. , (2002), The end of stress as we know it. Joseph Henry Press, New York.
- ❖ Moustaka E & Constantinidis T (2010). Sources and effects of Work-related stress in nursing. *Health Science Journal*, 4(4):210-216
- ❖ Muldoon M.F., Herbert T.B., Patterson S.M., et al., (1995),"Effects of acute psychological stress on serum lipid levels, hemoconcentration, and blood viscosity", *Arch. Intern. Medicine* 155.
- ❖ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας , (2004), διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.pepen.gr/spa/gr/results\\_gr/SPA\\_HANDBOOK\\_2405006%20final\\_GR.pdf](http://www.pepen.gr/spa/gr/results_gr/SPA_HANDBOOK_2405006%20final_GR.pdf) [προσπελάστηκε 29-03-2010]
- ❖ Περιοδικό ψυχιατρική, Αθήνα, εκδόσεις « ΒΗΤΑ», τεύχος 2<sup>ο</sup>, 2010.
- ❖ Περιοδικό ενημέρωση, τεύχος 172<sup>ο</sup>, Μάιος 2010, Αθήνα, εκδότης Γιάννης

Παναγόπουλος, ΕΕ- ΑΔΕΔΥ.

- ❖ Pacak K, Palkovits M, Yadid G, Kvetnansky R, Kopin IJ, Gold-Stein DS. (1998), Heterogeneous neurochemical responses to different stressors: A test of Selye's doctrine of nonspecificity. *Am J Physiol* 275:R1247-R1255.
- ❖ Peretz I., (1997), "Dissociations between music and language function after cerebral resection: A new case of amusia without aphasia", *Can J Exp Psychol*, 51354-68.
- ❖ Richards J.C., Hof A., Marlies A., (2000), "Serum lipids and their relation with hostility and angry affect and behaviors in men", *Health Psychol.* 19
- ❖ Suarez E.C., Bates M.P., Harralson T.L., (1998), "The relation of hostility to lipids and lipoproteins in women: the role of antagonistic hostility", *Ann. Behav. Med.* 20.
- ❖ Williams R.B., (1987), "Refining the type A hypothesis: emergence of the hostility complex", *Am. J. Cardiol.* 6027J-32J.
- ❖ Α. Σαχίνη-Καρδάση, 2007, Μεθοδολογία της έρευνας-εφαρμογές στο χώρο της υγείας, Αθήνα, Γ' έκδοση, εκδόσεις BHTA MEDICAL ARTS
- ❖ Selye H. (1936), A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature* 138: 32-40.
- ❖ Selye H. (1956), What is stress? *Metabolism* 5:525-530.
- ❖ Spielberger, C.D. (1966). Theory and research on anxiety. In C.S. Spielberger (Ed), *Anxiety and Behavior* New York: Academic Press, 3-20.
- ❖ Sterling P, Eyer J. (1988), Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In : Fisher S, Reason J (eds) *Handbook of life stress, cognition and health*. Wiley, New York, 629-649.
- ❖ Saini NK, Agrawal S, Bhasim MS, Bhatia MS, Sharma AK (2010), Prevalence of stress among resident doctors working in medical colleges of Delhi. *Indian Journal of Public Health*, 54(4):219-223
- ❖ Schulkin J, McEwen BS, Gold PW. (1994), Allostasis, amygdala, and anticipatory angst. *Neurosci Biobehav Rev* 18: 385-396.
- ❖ Spielberger CD, Gorsuch RL & Lushere RE (1970), *The state-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press

- ❖ Sveinsdottir H., Biering P., Ramel A (2006). Occupational stress, job satisfaction and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 43: 875-889
- ❖ UNICE, UEAPME, CEEP, (2004), διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο [http://www.mlsi.gov.cy/mlsi/dli/dli.nsf/All/9E11E74DBB532465C22574880019CFC7/\\$file/stress\\_agreement\\_el.pdf](http://www.mlsi.gov.cy/mlsi/dli/dli.nsf/All/9E11E74DBB532465C22574880019CFC7/$file/stress_agreement_el.pdf) [προσπελάστηκε 10-12-2010]
- ❖ Van Der Kar LD, Blair ML. (1999), Forebrain pathways mediating stress-induced hormone secretion. *Front Neuroendocrinol* 20: 1-48.