

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

«Μελέτη άγχους των θεραπευτών του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων
Ατόμων ΚΕΘΕΑ»

ΦΟΥΣΙΕΚΗ ΕΛΕΝΗ

Κοινωνική Λειτουργός

Μάρτιος 2015

ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ

ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**«Μελέτη άγχους των θεραπευτών του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων
Ατόμων ΚΕΘΕΑ»**

ΦΟΥΣΙΕΚΗ ΕΛΕΝΗ

Κοινωνική Λειτουργός

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπων: Γεώργιος Πανουτσόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής

Μέλος: Αθηνά Λαζακίδου, Επίκουρος Καθηγήτρια

Μέλος: Παναγιώτης Πρεζεράκος, Αναπληρωτής Καθηγητής

Μάρτιος 2015

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © Φουσιέκη Ελένη, 2015

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Γεώργιος Πανουτσόπουλος

Αθηνά Λαζακίδου

Παναγιώτης Πρεζεράκος

Ευχαριστίες

Με την παράδοση αυτής της εργασίας αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες προς τους ανθρώπους οι οποίοι μου συμπαραστάθηκαν με όλες τις δυνάμεις στην διάρκεια των σπουδών μου.

Θέλω κατ' αρχάς να ευχαριστήσω την οικογένειά μου που στάθηκε στο πλευρό μου με υπομονή και ανιδιοτέλεια προσφέροντάς μου κάθε είδους υποστήριξη για την ολοκλήρωση των σπουδών μου.

Επιπλέον οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στους καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου με έδρα τη Σπάρτης, που με καθοδήγησαν με το προσωπικό τους ενδιαφέρον, τις γνώσεις και την εμπειρία τους στο διάστημα όλων αυτών των χρόνων, παρά τις πρακτικές δυσκολίες που βαραίνουν τα επαρχιακά τμήματα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Ιδιαίτερη μνεία οφείλουμε στον καθηγητή επόπτη της εργασίας αυτής κύριο Γεώργιο Πανουτσόπουλο για την γόνιμη συνεργασία μας και την πολύτιμη καθοδήγησή του.

Περίληψη

Θέμα της παρούσης εργασίας είναι η διερεύνηση του άγχους των εργαζόμενων στις δομές της υγείας, όσο και των παραγόντων, οι οποίοι επιδρούν στην ανάπτυξη του εργασιακού άγχους. Στόχος είναι να καταγραφούν οι παράγοντες αυτοί, προκειμένου να αξιοποιηθούν στο μέλλον για τη διατύπωση συγκεκριμένων προτάσεων που αφορούν στην διαμόρφωση στρατηγικών για την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους στους επαγγελματίες της υγείας.

Για τις ανάγκες της εργασίας πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα σε σκόπιμο δείγμα θεραπευτών που εργάζονται σε δομές του ΚΕΘΕΑ. Ως εργαλεία συλλογής και ανάλυσης δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν η κλίμακα μέτρησης άγχους Hamilton και το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0. Συμπερασματικά παρατηρήθηκε ότι οι ερωτώμενοι του δείγματος δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στα ψυχικά συμπτώματα άγχους σε αντίθεση με τα σωματικά, τα οποία δεν τα θεωρούν άξια λόγου συμπτώματα εκδήλωσης άγχους.

Λέξεις-κλειδιά: εργασιακό άγχος, ΚΕΘΕΑ, επαγγελματίες υγείας, επαγγελματικό φορτίο

Abstract

This paper seeks to investigate the anxiety stress of workers in health structures, and also the factors which affect the growth of work-related stress. The aim is to record these factors in order to be usefully applied in formulating concrete proposals relating to the configuration of strategies to deal with work stress of health professionals.

For the purposes of the essay, we applied quantitative research into appropriate sample therapists working in health facilities of KETHEA. As tools for collecting and analyzing data, the stress measurement scale we used Hamilton's statistical program SPSS 22.0. In conclusion it was observed that the sample of respondents place greater emphasis on mental anxiety symptoms as opposed to physical, which do not consider it worthwhile event anxiety symptoms.

Key-words: work-related stress, KETHEA, workers in health structures, work-related burden

Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	6
Περίληψη.....	7
Abstract.....	8
Πίνακας περιεχομένων.....	9
Περιεχόμενα Πινάκων.....	11
Περιεχόμενα Σχημάτων.....	13
Εισαγωγή.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Το άγχος.....	15
1.1 Ορίζοντας το άγχος.....	15
1.2 Είδη άγχους.....	16
1.3 Συμπτωματολογία.....	19
1.4 Αιτιολογία.....	20
1.5 Επιπτώσεις.....	22
1.6 Επίπεδα άγχους και προσωπικότητα.....	24
1.7 Θεραπείες του άγχους.....	27
1.7.1 Συμπεριφορική – γνωσιακή θεραπεία.....	27
1.7.2 Ψυχοδυναμική θεραπεία.....	29
1.7.3 Ανθρωποκεντρική θεραπεία.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Το εργασιακό άγχος.....	34
2.1 Ορίζοντας το εργασιακό άγχος.....	34
2.2 Αίτια του εργασιακού άγχους.....	35
2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν το εργασιακό άγχος.....	37
2.4 Εκδηλώσεις του εργασιακού άγχους.....	38
2.4.1 Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.....	39
2.5 Αντιμετώπιση εργασιακού άγχους.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Το εργασιακό άγχος στους επαγγελματίες υγείας.....	43

3.1	Το φορτίο του επαγγελματία υγείας.....	43
3.2	Ερευνητικά δεδομένα.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Μεθοδολογία της έρευνας.....		47
4.1	Εισαγωγή στην περίπτωση των εργαζομένων στο ΚΕΘΕΑ.....	47
4.2	Τεχνικές Ανάλυσης Δεδομένων.....	48
4.2.1	Ανάλυση του Δείγματος - Περιγραφική Ανάλυση των Δημογραφικών Στοιχείων.....	48
4.2.2	Μονομεταβλητή Ανάλυση Δεδομένων – Κλίμακα Άγχους Hamilton ..	57
4.2.3	Διμεταβλητή Ανάλυση Συσχέτισης.....	75
Συμπεράσματα.....		82
Βιβλιογραφία.....		85
Παράρτημα I: Ερωτηματολόγιο.....		88
Παράρτημα II: Πίνακες των μεταβλητών SPSS.....		90

Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 4.1 Κατανομή του Δείγματος ανά Φύλο	49
Πίνακας 4.2 Κατανομή του Δείγματος ανά Ηλικία	50
Πίνακας 4.3 Κατανομή του Δείγματος σύμφωνα με την Οικογενειακή Κατάσταση	51
Πίνακας 4.4 Κατανομή του Δείγματος ανά Μορφωτικό Επίπεδο	52
Πίνακας 4.5 Κατανομή του δείγματος ανά Θέση Απασχόλησης	53
Πίνακας 4.6 Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το Ωράριο	54
Πίνακας 4.7 Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με τη Βάρδια	55
Πίνακας 4.8 Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με τη Θέση Εργασίας	56
Πίνακας 4.9 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Αγχώδης Διάθεση"	57
Πίνακας 4.10 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Ένταση"	58
Πίνακας 4.11 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Φοβίες"	59
Πίνακας 4.12 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Αϋπνίες"	60
Πίνακας 4.13 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Γνωσιακά"	61
Πίνακας 4.14 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Καταθλιπτική Διάθεση"	62
Πίνακας 4.15 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Γενικά Σωματικά Μυϊκά Συμπτώματα"	63
Πίνακας 4.16 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Γενικά Συμπτώματα Αισθήσεων"	64
Πίνακας 4.17 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Καρδιοαγγειακά Συμπτώματα"	65
Πίνακας 4.18 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Αναπνευστικά Συμπτώματα"	66
Πίνακας 4.19 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Γαστρεντερικά Συμπτώματα"	67
Πίνακας 4.20 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Ουρογεννητικά Συμπτώματα"	68
Πίνακας 4.21 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Συμπτώματα Αυτόνομου Ν.Σ."	69
Πίνακας 4.22 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Συμπεριφορά κατά τη συνέντευξη"	70
Πίνακας 4.23 Συγκεντρωτικός Πίνακας Συμπτωμάτων Κλίμακας Άγχους Hamilton	72
Πίνακας 4.24 Συσχέτιση (α). Αγχώδης Διάθεση - Ένταση	76

Πίνακας 4.25 Συσχέτιση (β). Αγχώδης Διάθεση - Φοβίες.....	77
Πίνακας 4.26 Συσχέτιση (γ). Αγχώδης Διάθεση - Αϋπνίες.....	78
Πίνακας 4.27 Συσχέτιση (δ). Αγχώδης Διάθεση – Καταθλιπτική Διάθεση	79
Πίνακας 4.28 Συσχέτιση (ε). Αγχώδης Διάθεση – Συμπεριφορά κατά τη Συνέντευξη	80
Πίνακας 4.29 Συσχέτιση (στ). Ένταση - Αϋπνίες.....	81

Περιεχόμενα Σχημάτων

4.1 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος ανά Φύλο	49
4.2 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος ανά Ηλικία	50
4.3 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με την Οικογενειακή Κατάσταση	51
4.4 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος ανά Μορφωτικό Επίπεδο	52
4.5 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος ανά Θέση Απασχόλησης.....	53
4.6 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το Ωράριο.....	54
4.7 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με τη Βάρδια.....	55
4.8 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με τη Θέση Εργασίας.....	56
4.9 Αγχώδης Διάθεση	58
4.10 Ένταση	59
4.11 Φοβίες	60
4.12 Αϋπνίες.....	61
4.13 Γνωσιακά	62
4.14 Καταθλιπτική Διάθεση.....	63
4.15 Γενικά Σωματικά Μυϊκά Συμπτώματα	64
4.16 Γενικά Συμπτώματα Αισθήσεων	65
4.17 Καρδιαγγειακά Συμπτώματα	66
4.18 Αναπνευστικά Συμπτώματα.....	67
4.19 Γαστρεντερικά Συμπτώματα.....	68
4.20 Ουρογεννητικά Συμπτώματα	69
4.21 Συμπτώματα Αυτόνομου Ν.Σ.	70
4.22 Συμπεριφορά κατά τη συνέντευξη.....	71
4.23 Συγκεντρωτικό Διάγραμμα των Συμπτωμάτων της Κλίμακας Άγχους Hamilton	74

Εισαγωγή

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το άγχος που οφείλεται στην εργασία αποτελεί το δεύτερο σε συχνότητα πρόβλημα υγείας που συνδέεται με την εργασιακή απασχόληση και επηρεάζει περίπου το 28% των εργαζομένων. Το εργασιακό στρες αποτελεί έναν σημαντικό ψυχοκοινωνικό παράγοντα υψηλού κινδύνου στον εργασιακό χώρο και εκδηλώνεται, όταν οι απαιτήσεις που οφείλονται σε επαγγελματικούς παράγοντες ξεπερνούν την ικανότητα αντιμετώπισης ή ελέγχου της κατάστασης εκ μέρους του ατόμου.

Στην πραγματικότητα, έχει παρατηρηθεί ότι το αυξημένο άγχος μπορεί να αποβεί εξαιρετικά επικίνδυνο για την υγεία του ατόμου, αφού τείνει να επηρεάζει τόσο τη ψυχική, όσο και την οργανική του κατάσταση. Ιδιαίτερα στον χώρο της υγείας, οι επαγγελματίες παρουσιάζουν αυξημένο εργασιακό άγχος, το οποίο οφείλεται μάλλον στην υψηλή ευθύνη του επαγγέλματος, τις αυξημένες απαιτήσεις και την επαφή του εργαζομένου με την ασθένεια και τον θάνατο. Ωστόσο, η ανάγκη για έγκαιρη και πρόωπη παρέμβαση μπορεί να συμβάλει στην αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους σύμφωνα με τα σχετικά ερευνητικά δεδομένα.

Στην παρούσα εργασία διερευνώνται τόσο τα επίπεδα άγχους των εργαζομένων στις δομές της υγείας, όσο και οι παράγοντες οι οποίοι επιδρούν στην ανάπτυξη του εργασιακού άγχους. Στόχος είναι να καταγραφούν οι παράγοντες αυτοί, προκειμένου να αξιοποιηθούν στο μέλλον για τη διατύπωση συγκεκριμένων προτάσεων που αφορούν στην διαμόρφωση στρατηγικών για την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους στους επαγγελματίες της υγείας. Η παρούσα εργασία διακρίνεται σε δυο ευρέα μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό μέρος. Στο θεωρητικό μέρος για τη συλλογή και την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, προκειμένου να καταγραφούν οι βασικές θεωρητικές παραδοχές που αφορούν στο εργασιακό άγχος. Στο ερευνητικό μέρος παρουσιάζονται ενδελεχώς η μεθοδολογία, η διαδικασία και τα αποτελέσματα ποσοτικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε στο δίκτυο υπηρεσιών απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης ΚΕΘΕΑ σε δείγμα του προσωπικού υγείας που εργάζεται σ' αυτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Το άγχος

1.1 Ορίζοντας το άγχος

Το άγχος έχει κατά τα τελευταία χρόνια βρεθεί στο επίκεντρο του επιστημονικού ενδιαφέροντος, γεγονός που τεκμηριώνεται από την ύπαρξη ενός τεράστιου αριθμού επιστημονικών άρθρων, συγγραμμάτων και ερευνών γύρω από το ζήτημα. Ωστόσο, παρά το έντονο διεπιστημονικό ενδιαφέρον, η έννοια του άγχους έχει εγείρει τον προβληματισμό, καθώς δεν υπάρχει ένα γενικά αποδεκτό θεωρητικό πλαίσιο για το άγχος, με αποτέλεσμα ο ερευνητής να προτείνει τους δικούς του όρους για την κατανόηση του φαινομένου. Έτσι, προκειμένου να κατανοηθεί επαρκώς ο όρος «άγχος» χρειάζεται κανείς να ανατρέξει αρχικά στις διάφορες εννοιολογήσεις του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

Σύμφωνα με τον Οικονόμου (1994, σ. 86-87) το *«άγχος αποτελεί ένα ιδιότυπο βίωμα μεγάλης εσωτερικής δυσφορίας, που προκαλείται από μια αόριστη εσωτερική απειλή, η οποία με έχουσα συγκεκριμένο αντικείμενο δεν μπορεί να αποφευχθεί από το άτομο το οποίο και εξουθενώνεται»*. Παράλληλα, όπως συμπληρώνουν οι Βασιλάκη και συν. (2001, σ. 74) το άγχος *«αναφέρεται στις τρέχουσες αλλαγές που προκαλούν οι στρεσογόνες συνθήκες τόσο στην ψυχολογική λειτουργία των ρυθμιστικών μηχανισμών όσο και στη συμπεριφορά του ατόμου»*.

Άλλοι ορισμοί, πάλι, σημειώνουν ακόμη ότι το αίσθημα του άγχους αφορά κατά κανόνα συναισθηματικές καταστάσεις διέγερσης και έντασης, οι οποίες οδηγούν συνήθως σε μια βασανιστική κατάσταση απόγνωσης. Σ' αυτό το πλαίσιο το άτομο με άγχος διακατέχεται από την εντύπωση ότι διατρέχει έναν κίνδυνο λιγότερο ή περισσότερο πραγματικό, μπροστά στον οποίο νιώθει εκτεθειμένο και ανίσχυρο (Οργανοπούλου, 2013).

Βέβαια, κάθε άτομο δεν βιώνει με τον ίδιο τρόπο το άγχος, ούτε στην ίδια ένταση. Πλήθος επιστημονικών ερευνών καταδεικνύει ότι η υποκειμενική αντίληψη του συναισθήματος του άγχους εκδηλώνεται με διάφορους όρους όπως ο φόβος, η

αγωνία, η απειλή και το stress. Οι παρακάτω εκφάνσεις του άγχους έχουν απασχολήσει έντονα την επιστημονική μελέτη.

Το «στρες» έχει πολύ συχνά θεωρηθεί ως έννοια ταυτόσημη με το άγχος. Στην πραγματικότητα, ωστόσο, το στρες αναφέρεται στην ιδιαίτερη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον του, η οποία εκδηλώνεται μέσα από την εκτίμηση του ατόμου και η κατάσταση που αντιμετωπίζει υπερβαίνει τα ψυχικά αποθέματα του κι έτσι θέτει σε κίνδυνο την ψυχική του ισορροπία και την σωματική του υγεία (Βασιλάκη και συν., 2001).

Ως «φόβος» περιγράφεται το ενοχλητικό συναίσθημα που βιώνει κάποιος μπροστά στην απειλή ενός ορισμένου και λογικά κατανοητού κινδύνου, το οποίο συνήθως συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα και ψυχοσυναισθηματικά ενοχλήματα, αλλά και από την επιθυμία του ατόμου να αμυνθεί ή να αποφύγει με κάθε τρόπο τον επερχόμενο κίνδυνο (Πιάνος, 2000, σ. 147).

Ως «απειλή» αναφέρεται η επίγνωση μιας ευρύτατης και σημαντικής αλλαγής στην καθημερινότητα κάποιου. Κατά κανόνα, όταν οι άνθρωποι αναλαμβάνουν κάποια νέα δραστηριότητα, εκτίθενται στη σύγχυση και συχνά βιώνουν αίσθημα απειλής. Η σύγχυση αυτή μπορεί να εξελιχθεί σε σοβαρές ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές για το άτομο.

Η «αγωνία» αποτελεί επίσης μια εκδοχή του άγχους που μαρτυρά την ποικιλία στην υποκειμενική αντίληψη του συναισθήματος από τα διαφορετικά άτομα. Στην πραγματικότητα, η αγωνία είναι απλώς μια ακραία μορφή άγχους που εντείνει το αίσθημα του ευάλωτου στο άτομο (Οργανοπούλου, 2013).

1.2 Είδη άγχους

Όπως προαναφέρθηκε, κάθε άτομο είναι δυνατόν να βιώνει το άγχος του με διαφορετικό τρόπο και κατ' επέκταση ν' αντιδρά με διαφορετικούς τρόπους σ' αυτό. Οι αντιδράσεις κάθε ατόμου προς το άγχος μπορεί να είναι υγιείς και λογικές ή

υπερβάλλουσες και παθολογικές. Ως υγιείς και λογικές θεωρούνται οι συμπεριφορές, οι οποίες αποσκοπούν στην επίλυση του προβλήματος που προκαλεί το άγχος. Αντίθετα, ως υπερβάλλουσες και παθολογικές θεωρούνται οι συμπεριφορές που επιδιώκουν μια πρόσκαιρη εκτόνωση του συναισθήματος και συνδέονται με έντονο θυμό και εκρήξεις επιθετικότητας (Αντωνίου, 2006). Ανάλογα με τον τρόπο που βιώνει και εκφράζει ένα άτομο το άγχος του, έχει διαμορφωθεί και μια γενική τυπολογία του άγχους, που περιλαμβάνει:

- Το αρνητικό στρες,
- Το θετικό στρες
- Το ελαφρό, μέτριο και έντονο άγχος
- Τον πανικό
- Το νευρωτικό άγχος
- Το ψυχωτικό άγχος
- Το παθολογικό άγχος
- Το υπαρξιακό άγχος
- Το αντικειμενικό άγχος (Αντωνίου, 2006; Οργανοπούλου, 2013).

Το *αρνητικό στρες* (distress) θεωρείται κατά κανόνα ως ένας όρος συνώνυμος του άγχους, που φορτίζει αρνητικά το άτομο. Αντίθετα, το *θετικό στρες* (eustress) είναι γνωστό και ως «δημιουργικό άγχος» ακριβώς επειδή επί της ουσίας έχει θετικό αντίκτυπο στην ψυχολογία του ατόμου, ενεργοποιεί τις αντιδράσεις του και το ωθεί να βρει και να επιδιώξει δημιουργικές λύσεις στα διάφορα προβλήματα. Γενικά, το θετικό στρες κινητοποιεί τους ανθρώπους, ώστε να αντιδρούν άμεσα και γρήγορα, να αναπτύσσουν πιο δημιουργικές και αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων τους και να επιτυγχάνουν σε διάφορους τομείς της ζωής, αξιοποιώντας όλες τις δυνατότητές τους στο μέγιστο βαθμό. Επίσης, υπάρχει και το *ουδέτερο στρες*, το (neustress), το οποίο δεν αποτελεί έναν απαραίτητα βοηθητικό ή επιβλαβή τύπο στρες (Αντωνίου, 2006).

Το άγχος διακρίνεται επίσης σε τύπους ανάλογα με τις διαβαθμίσεις του σύμφωνα με την έντασή του. Στην περίπτωση αυτή γίνεται λόγος για *ήπιο*, *μέτριο* και *έντονο* άγχος. Αναλυτικότερα, ως ήπιο άγχος θεωρείται το φυσιολογικό άγχος, που προκύπτει από τις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής και το οποίο βοηθάει το άτομο

να δημιουργεί τα κατάλληλα κίνητρα για περαιτέρω προσπάθεια, ώστε να επιτύχει τους διαφόρους σκοπούς του. Το μέτριο άγχος, παρόλο που είναι συνήθως διαχειρίσιμο, εμποδίζει την συγκέντρωση, τη προσοχή και αφαιρεί από το άτομο την προσοχή, τη συγκέντρωση, την ικανότητα για διαυγή σκέψη, καθώς και την άμεση εκπλήρωση κάποιου έργου. Το έντονο άγχος είναι σοβαρότερο κι έχει οξύ χαρακτήρα. Κατά κανόνα επηρεάζει όλο το εύρος της δραστηριότητας του ατόμου, και ιδιαίτερα το πεδίο των κοινωνικών του σχέσεων, αφού το άτομο ωθείται στην απόσυρση, βιώνει αισθήματα ματαιώσης και ανισχυρότητας, ενώ η μάθηση και η εκπλήρωση δράσεων εκ μέρους του δυσχεραίνεται (Οικονόμου, 1994).

Στην συνέχεια, ο πανικός αποτελεί μια ακραία μορφή άγχους, η οποία έχει βραχυπρόθεσμη διάρκεια, αλλά ωστόσο είναι δυνατόν να επηρεάσει σοβαρά το άτομο. Πρόκειται για το άγχος εκείνο που έχει αυξημένη ένταση και επιφέρει ανικανότητα αντιμετώπισης οποιασδήποτε κατάστασης, λήψης οποιασδήποτε απόφασης, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητά τους, ενώ συχνά περιλαμβάνει ακόμη και ψυχωσικά συμπτώματα, όπως είναι οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρηματικές ιδέες (Βασιλάκη και συν., 2001; Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, το άγχος επιμένει, και επομένως αποτελεί στοιχείο της καθημερινότητας του ατόμου εμποδίζοντας τις καθημερινές συνήθειες δραστηριοτήτες του. Τότε γίνεται λόγος για νευρωσικό, ψυχωτικό ή παθολογικό άγχος. Πιο συγκεκριμένα, το νευρωσικό άγχος παρουσιάζεται σε άτομα με ιστορικό νεύρωσης και παρουσιάζεται σε υπερβολικό βαθμό με τη μορφή υπερχειλίσης συναισθήματος, με ακραία αισθήματα απελπισίας σε σχέση με το αίτιο που τη προκαλεί. Αποτέλεσμα του νευρωσικού άγχους είναι το άτομο να νιώθει ανασφαλές, να γίνεται άτολμο και να πέφτει σε τέλμα ως προς την προσωπική του ανάπτυξη. Από την άλλη πλευρά, το παθολογικό άγχος, αναφέρεται στη φόρτιση που προκαλείται στο άτομο και έχει ένταση ανάλογη προς το αίτιο που την προκαλεί. Παρόλο που το άτομο δείχνει να προσαρμόζεται στην αγχώδη κατάσταση, η προσαρμογή του δεν είναι πλήρης, με αποτέλεσμα να παρουσιάζει υποτροπή σε αγχώδεις διαταραχές και αντιδράσεις (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

Το υπαρξιακό άγχος αποτελεί μια σύνθετη και ιδιαίτερα συχνή μορφή άγχους. Πρόκειται επί της ουσίας για τον ανθρώπινο φόβο που δημιουργείται σε άγνωστες

καταστάσεις, με βασικά χαρακτηριστικά τις εσωτερικές συγκρούσεις, τη κυκλοθυμία και την έντονη ανησυχία. Σπανιότερα απαντάται στη σχετική βιβλιογραφία η κατηγορία του αντικειμενικού άγχους, που αναφέρεται στο άγχος το οποίο βιώνει κανείς απέναντι σε έναν πραγματικό και υπαρκτό κίνδυνο χωρίς ωστόσο να εμποδίζει το άτομο να είναι λειτουργικό και αποτελεσματικό στην καθημερινότητά του (Οικονόμου, 1994).

1.3 Συμπτωματολογία

Παρά το γεγονός ότι παρουσιάζει διάφορες εκφάνσεις, το άγχος αποτελεί ένα καθολικό σύμπτωμα, το οποίο περιγράφεται συνήθως από τα άτομα που το βιώνουν ως μια δυσάρεστη και εξαντλητική αναμονή μιας απροσδιόριστης αρνητικής κατάστασης. Αυτό το αίσθημα αγωνίας κι αναμονής βιώνεται σαν βάρος πάνω στο στήθος συνοδευόμενο από διαταραχές, όπως είναι η ταχυκαρδία, η συχνοουρία, η διάρροια, η ναυτία και η εφίδρωση (Πασχάλη & Παναγιωτοπούλου, 2012).

Πολύ συχνά οι ενδείξεις άγχους είναι γενικές και έμμεσες, ώστε δεν κινητοποιούν την προσοχή του περίγυρου και υποτιμώνται από το άτομο που βιώνει το άγχος. Κύρια συμπτώματα του άγχους είναι:

- Οι δυσκολίες στη συγκέντρωση
- Οι δυσκολίες στην μνήμη
- Το αίσθημα κόπωσης
- Οι εκρήξεις θυμού
- Η υπερχείλιση συναισθήματος
- Η γρήγορη ομιλία
- Η ανυπομονησία
- Ο εκνευρισμός
- Οι διαταραχές της διατροφής
- Οι διαταραχές του ύπνου
- Οι διαταραχές της διάθεσης (Αντωνίου, 2006; Οργανοπούλου, 2013; Nettleton, 2002).

Σε βιολογικό επίπεδο, η Ραγιά (1993, σ. 193) περιγράφει το άγχος ως «την υπερέκκριση φλοιοτρόπου ορμόνης, που με τη σειρά της επιδρά στο φλοιό των επινεφριδίων προκαλώντας την έκκριση γλυκορτικοειδών».

Άλλα σοβαρότερα συμπτώματα του άγχους μπορεί να είναι:

- Οι μυϊκοί πόνοι,
- Η θόλωση της όρασης
- Τα μουδιάσματα
- Η ατονία
- Η αναβλητικότητα
- Η έλλειψη ικανοποίησης
- Η δυσπεψία
- Ο εμετός
- Η απώλεια βάρους
- Οι σεξουαλικές διαταραχές
- Η αρτηριακή υπέρταση
- Το έλκος στομάχου
- Το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου
- Τα καρδιαγγειακά προβλήματα

1.4 Αιτιολογία

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, τα αίτια του άγχους έχουν μελετηθεί συστηματικά από την επιστημονική κοινότητα. Σε ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο, φαίνεται ότι το άγχος είναι δυνατόν να προέρχεται από μια εσωτερική σύγκρουση, αλλά και από την έλλειψη ικανοποίησης αναφορικά με την κοινωνική, την επαγγελματική και την προσωπική ζωή του ατόμου. Ακόμη και η μη ικανοποιητική σεξουαλική δραστηριότητα ενδέχεται να ενεργοποιήσει ένα παλιότερο συναίσθημα εγκατάλειψης οφειλόμενο σε προηγούμενες δυσάρεστες εμπειρίες και να πυροδοτήσει το αίσθημα άγχους (Οργανοπούλου, 2013).

Οι γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες φαίνεται πως παίζουν με τη σειρά τους κάποιον αιτιώδη ρόλο στην εμφάνιση του άγχους. Η κληρονομική προδιάθεση, μάλιστα, φαίνεται να αποτελεί την ισχυρότερη αιτία πρόκλησης άγχους, σε σχέση με την επιρροή του περιβάλλοντος, χωρίς ωστόσο αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν αντικειμενικά αγχογόνες συνθήκες (Πασχάλη & Παναγιωτοπούλου, 2012).

Η ψυχική και συναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου ευθύνεται επίσης αρκετά συχνά για την εμφάνιση άγχους. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η μη ολοκληρωμένη προσωπικότητα αποτελεί το κατάλληλο έδαφος για την αγχογόνο επίδραση του περιβάλλοντος, που συχνά φτάνει να φορτίζει αρνητικά και να βάζει παθολογικά το άτομο (Πασχάλη & Παναγιωτοπούλου, 2012).

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες διαμορφώνουν πρότυπα συμπεριφορών, αντιλήψεων, αλλά και αντιδράσεων απέναντι στο άγχος. Πράγματι, πολλές έρευνες έχουν καταδείξει την επίδραση του περιβάλλοντος στην ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, με την πλειοψηφία τους να υποστηρίζει ότι η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού, ψύχραιμου και δεκτικού περιγύρου συμβάλλει καθοριστικά στην μείωση του άγχους (Οργανοπούλου, 2013; Πασχάλη & Παναγιωτοπούλου, 2012).

Αναλυτικότερα, η σχετική βιβλιογραφία διακρίνει τις πηγές άγχους σε δύο ευρείες κατηγορίες, τις πρωτογενείς και τις δευτερογενείς. Στις πρωτογενείς πηγές ανήκουν επί της ουσίας τα αρνητικά βιώματα της παιδικής ηλικίας, όπως είναι η παραμέληση, ο αιφνίδιος απογαλακτισμός και η κακοποίηση, ενώ στις δευτερογενείς πηγές περιλαμβάνονται τα βιώματα που απορρέουν από την αλληλεπίδραση με τον κοινωνικό περίγυρο, όπως είναι οι αποδοκιμασίες, οι ηθικές στερήσεις, η απαξίωση κ.α. Βέβαια, δεν θα πρέπει να παραγνωριστεί το γεγονός ότι πολύ συχνά τα βιώματα αυτά αποτελούν προϊόντα της φαντασίας του ατόμου με άγχος. Πολλές φορές, πρόκειται για ασήμαντα περιστατικά, τα οποία το άτομο παρερμηνεύει και υπερεκτιμά και που έχουν σε κάθε περίπτωση την ικανότητα να επηρεάζουν την ψυχολογική του κατάσταση (Αντωνίου, 2006; Οικονόμου, 1994).

1.5 Επιπτώσεις

Σε όλο το μήκος της ιστορίας των επιστημών υγείας καταβάλλεται συστηματικά η προσπάθεια σαφούς ορισμού της ανθρώπινης ευεξίας, ή της «υγείας». Παρά το γεγονός ότι κατά διαστήματα έχουν διατυπωθεί πολλές και ποικίλες θεωρίες που επιδιώκουν την ακριβή εννοιολόγηση του όρου «υγεία», φαίνεται ότι οι διάφοροι ορισμοί συμφωνούν στην άποψη ότι εκείνη αφορά την φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού, όπως αυτή ορίζεται από τον βιοστατιστικό μέσο όρο. Με άλλα λόγια, η συντριπτική πλειοψηφία ή ο μέσος όρος ενός πληθυσμού καθορίζει το τι είναι «υγεία» και κατ' επέκταση τι είναι «ασθένεια». Βέβαια, κάτι τέτοιο θα μπορούσε να σημαίνει ότι ανάλογα με την γεωγραφική περιοχή που τίθεται κάθε φορά υπό μελέτη η υγεία μπορεί να διαφοροποιεί τα χαρακτηριστικά της και να ορίζεται διαφορετικά (Ραγιά, 1993; Σωτηριάδου και συν., 2005). Για τον λόγο αυτό, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, επιχείρησε στα μέσα του 20^{ου} αιώνα να περιγράψει με έναν πιο ακριβή και περιεκτικό ορισμό την «υγεία», την οποία τελικά όρισε ως «την κατάσταση της πλήρους ευεξίας και όχι απλώς την απουσία κάποιας ασθένειας ή νόσου» (Nettleton, 2002).

Ο ορισμός αυτός απεδείχθη καινοτόμος από την άποψη ότι έπαψε να ορίζει την υγεία ως τον αντίποδα μιας νοσηρής κατάστασης. Εντούτοις, σε κάθε περίπτωση, η αντίληψη ότι κάθε πιθανή παρέκκλιση από την φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού συνιστά ασθένεια παραμένει ως τις μέρες μας, γεγονός που υποδηλώνει ότι η υγεία συχνά νοείται ως η μη-ασθένεια και όχι ως η πλήρης ευεξία (Αγραφιώτης, 2003). Όταν όμως η επιστήμη αναφέρεται στην ευεξία του οργανισμού, τι ακριβώς εννοεί; Εννοεί τάχα τον οργανισμό ως το ανθρώπινο σώμα-σύστημα και το σύνολο των φυσικών του διεργασιών; Ή άραγε λαμβάνει υπόψη και την ψυχή με την δική της δραστηριότητα ως μέρος του οργανικού συνόλου; Το ερώτημα μοιάζει απλό, αλλά ενδέχεται να εγείρει μεγάλους προβληματισμούς, αφού ο τρόπος με τον οποίο η επιστήμη αντιλαμβάνεται τον οργανισμό καθορίζει και το πώς ερμηνεύει την υγεία ή την ασθένεια (Μαλικιώση-Λοϊζού, 2005).

Πράγματι, οι διαφορετικές αντιλήψεις για τον οργανισμό και το περιεχόμενό του καθιέρωσαν τις ιατρικές επιστήμες ήδη από την αρχαιότητα. Στην σύγχρονη εποχή

δύο διακριτά μοντέλα θεωρήθηκαν τα επικρατέστερα και συνάμα τα πλέον χαρακτηριστικά της αέναης διαμάχης των σχετικών αντιλήψεων (Nettleton, 2002). Το βιοϊατρικό μοντέλο έστρεψε την προσοχή του στο ανθρώπινο σώμα, το οποίο θεώρησε ως μια οργανική ολότητα ανεξάρτητη από τις επιδράσεις του κοινωνικού, επαγγελματικού και πολιτισμικού περιβάλλοντος. Όταν, λοιπόν, οι σωματικές διεργασίες ήταν φυσιολογικές, τότε ο άνθρωπος μπορούσε να θεωρηθεί υγιής. Συμπτώματα και ασθένειες αντιμετωπίζονταν με φαρμακευτικές αγωγές και θεραπείες που απευθύνονταν αποκλειστικά στο σώμα, δίχως να λαμβάνουν υπόψη τους διάφορους ψυχολογικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες οι οποίοι μπορούσαν να επιδράσουν επιβαρυντικά ή εξυγιαντικά στην φυσική λειτουργία του ατόμου. Η ψυχή παραγκωνίστηκε ως πεδίο που ενδιαφέρει μάλλον την φιλοσοφία και την θρησκεία, παρά τις επιστήμες υγείας. Κατά κανόνα η ίδια ταυτίστηκε με τα συναισθήματα τα οποία, κατά το βιοϊατρικό μοντέλο, διόλου δεν επηρέαζαν τις σωματικές λειτουργίες και σίγουρα δεν αφορούσαν τους πραγματικούς επιστήμονες (Καλλιτσουνάκη, 2007; Lupton, 2003; Σωτηριάδου και συν., 2005).

Όταν κατά τον 19ο αιώνα ο Sigmund Freud έκανε λόγο για «ψυχοσωματικές ασθένειες», δεν διατύπωνε κάποια ρηξικέλευθη θεωρία. Σπουδαίοι φιλόσοφοι και ιατροί της αρχαιότητας είχαν συνδέσει την ψυχική υγεία με την σωματική καθιστώντας έτσι τους εαυτούς πρωτεργάτες του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό ψυχή και σώμα αποτελούν διακριτά μέρη της ίδιας ολότητας, τα οποία, εντούτοις, βρίσκονται σε διαρκή μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Έτσι, η ψυχική κατάσταση ενός ανθρώπου μπορεί να επηρεάσει τις σωματικές του λειτουργίες και τανάπαλιν κατά τρόπο που μπορεί να εξηγηθεί επιστημονικά. Σ' αυτή την περίπτωση η θεραπεία θα πρέπει να τεθεί σε δυο άξονες: στην καταπολέμηση των σωματικών εκφάνσεων μιας ασθένειας και στην θεραπεία των ψυχικών της αιτιών, εφόσον κριθεί ότι η δυσλειτουργία έχει ψυχοκοινωνική προέλευση (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 2012; Ποταμιανός, 1998).

Η μελέτη περίπτωσης μπορεί να αποβεί, στο σημείο αυτό, εξαιρετικά διαφωτιστική προκειμένου να επιτευχθεί μια εμβριθέστερη κατανόηση των παραπάνω μοντέλων.

Στην προηγούμενη ενότητα παραδεχθήκαμε ότι το άγχος, μολονότι συνιστά κατ' αρχήν ψυχοσωματική κατάσταση, έχει την τάση να σωματοποιείται, να εκδηλώνεται

δηλαδή μέσα από μια μακρά συμπτωματολογία στον σωματικό οργανισμό. Τα άτομα που βιώνουν καταστάσεις έντονου στρες, ωστόσο, δεν παρουσιάζουν κατ' ανάγκην τα ίδια συμπτώματα, αλλά πρόκειται για μια εξ ολοκλήρου εξατομικευμένη συνθήκη, που εμφανίζει διαφορετικά χαρακτηριστικά και ένταση από άνθρωπο σε άνθρωπο. Η δύσπνοια ή το λαχάνιασμα, η κόπωση ή η εγρήγορση, η κρίση πανικού ή η υπερυπνηλία είναι μονάχα μερικά από τα αντιφατικά συμπτώματα στην πλούσια λίστα των συνεπειών του άγχους. Εντούτοις, η παρατεταμένη έκθεση του ανθρώπου σε στρεσογόνες καταστάσεις είναι δυνατόν να επιφέρει ακόμη σοβαρότερα προβλήματα στον οργανισμό του, που κυμαίνονται από καρδιοπάθειες μέχρι και το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012; Ιακωβίδης, 2010).

Συμπερασματικά, με βάση τα όσα προειπώθηκαν παρατηρείται η στενή σχέση του άγχους με τις διαταραχές υγείας και η συμβολή του έντονου στρες στην όξυνση των προβλημάτων υγείας. Πράγματι, η σύγχρονη βιβλιογραφία θεωρεί το συχνό άγχος ως το κατεξοχήν ένοχο για την εκδήλωση ψυχικών και σωματοποιημένων διαταραχών, αλλά και αυτοάνοσων νοσημάτων μεγαλύτερης ή μικρότερης σοβαρότητας (Allena et al, 2001). Σε κάθε περίπτωση έχει καταδειχθεί ότι ακόμη κι ένα αμιγώς οργανικό παθολογικό πρόβλημα ενδέχεται να οξυνθεί αισθητά όταν συνυπάρχει με υψηλά επίπεδα άγχους που φανερώνουν ένταση και διάρκεια.

Στο σημείο αυτό έχει σημασία να τονιστεί ότι τα υψηλά επίπεδα άγχους έχουν συχνά συνδεθεί με την ροπή των ατόμων σε εξαρτήσεις. Σε πολλές περιπτώσεις, τα αγχώδη άτομα αναζητούν στις εξαρτησιογόνες ουσίες, όπως το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, μια βραχυπρόθεσμη ανακούφιση από το άγχος και μια παροδική απαλλαγή από τις σκέψεις που το προκαλούν (Ραγιά, 1993; Σωτηριάδου και συν., 2005).

1.6 Επίπεδα άγχους και προσωπικότητα

Όπως μαρτυρά ένας μεγάλος αριθμός ερευνών, η προσωπικότητα αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες, που επηρεάζουν τον τρόπο αντίληψης μιας κατάστασης ως αγχώδους (Βασιλάκη και συν., 2001). Πολύ περισσότερο, έχει παρατηρηθεί ότι τα

αγχώδη άτομα τείνουν να αισθάνονται ευάλωτα και απασχολούνται έντονα με ενδεχόμενους κινδύνους, βρίσκονται σε διαρκή ετοιμότητα και επαγρύπνηση, εντοπίζουν, καταπονούν και σαρώνουν το περιβάλλον αναζητώντας ενδείξεις ύπαρξης μιας κατάστασης ενδεχόμενου κινδύνου. Αν υπάρχει κάποια ιδιαίτερη ευαισθησία, ένα ερέθισμα, που μπορεί, να είναι αρνητικό ή αντικειμενικά ουδέτερο για ένα υγιές άτομο, για τον αγχώδη τίθεται στο επίκεντρο της προσοχής του μόνο η απειλητική προοπτική (Αντωνίου, 2006; Βασιλάκη και συν., 2001).

Βέβαια, για τα άτομα με υψηλό επίπεδο διεγερσιμότητας τα ερεθίσματα μιας συγκεκριμένης έντασης ενδέχεται να προκαλούν υψηλά επίπεδα διέγερσης, ενώ, αντιθέτως, στα άτομα με χαμηλό επίπεδο διεγερσιμότητας το επίπεδο διέγερσης στα ίδια ερεθίσματα είναι χαμηλότερο και κατά συνέπεια βιώνουν λιγότερο άγχος. Η ιδιοσυγκρασία, ως βασικό χαρακτηριστικό της διεγερσιμότητας, λειτουργεί ως ρυθμιστής, ο οποίος αυξάνει το επίπεδο άγχους στα άτομα και σε ακραίες περιπτώσεις οδηγεί σε επίπεδα υπερβολικού άγχους (Βασιλάκη και συν., 2001).

Λαμβάνοντας υπόψη την κοινωνικογνωστική ψυχολογική θεωρία, οι άνθρωποι, οι οποίοι θεωρούν ότι έχουν χαμηλή αυτεπάρκεια σε διάφορους τομείς της ζωής τους, εκδηλώνουν εντονότερες αντιδράσεις άγχους και μεγαλύτερη δυσφορία, όταν έρχονται αντιμέτωποι με αγχογόνες καταστάσεις. Είναι ακόμη πιθανό να αναπτύξουν και πρόσθετες δυσλειτουργίες στις γνωστικές τους διεργασίες, καθώς και έντονη αγωνία για την έλευση ενός υποτιθέμενου κινδύνου. Στην περίπτωση αυτή, βασικό χαρακτηριστικό της αγχώδους κατάστασης, δεν είναι το στρεσογόνο ερέθισμα αλλά η σκέψη ότι η αντιμετώπιση του είναι αδύνατη. Ουσιαστικά, το υψηλό άγχος αποτελεί μια αντίδραση φόβου για το φόβο, η οποία μπορεί να οδηγήσει στον πανικό και την απόγνωση.

Οι ατομικές διαφορές και η σχέση τους με την ποικιλία των στρεσογόνων πηγών είναι τόσο μεγάλες, ώστε η διαφοροποίηση ανάλογα με το φύλο αποδεικνύεται αρκετά ασαφής και περίπλοκη. Ακόμη και η ηλικία φαίνεται να επηρεάζει τόσο την προσωπικότητα του ατόμου, όσο και τα επίπεδα άγχους και την αντίδρασή του σ' αυτό. Βέβαια, τα διάφορα κοινωνικά στερεότυπα για τους ρόλους των φύλων ενδέχεται συχνά να οδηγούν σε διαφορετικά είδη στρες αλλά και αντιδράσεις στο κάθε φύλο (Πασχάλη & Παναγιωτοπούλου, 2012).

Σύμφωνα με τις σχετικές στατιστικές έρευνες, φαίνεται ότι η επίπτωση των συναισθηματικών διαταραχών και του άγχους είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες. Επιπροσθέτως, οι γυναίκες εκδηλώνουν το στρες με κλάμα, απόσυρση, απουσίες από τη δουλειά και μια γενική αδυναμία. Το άγχος τους μπορεί να οφείλεται σε ζητήματα όπως η χαμηλή κοινωνική τους θέση, η αβεβαιότητα, η φυσική αδυναμία, τα σεξουαλικά στερεότυπα, η μονότονη ζωή, οι επαγγελματικές απαιτήσεις κ.α. Στις γυναίκες τρεις θεωρούνται ως οι πλέον σημαντικές ενδείξεις άγχους: η καταβολή, οι υπερβολικές αντιδράσεις και η εξάντληση (McLeod, 2005).

Καθώς ο γυναικείος ψυχισμός συχνά καταπιάνεται κυρίως με τον εσωτερικό υποκειμενικό κόσμο, προσπαθεί να μειώσει το άγχος κάνοντας αλλαγές στον ίδιο του τον εαυτό. Μια γυναίκα αισθάνεται συχνότερα ανάγκη να έρθει σε επαφή με τα συναισθήματά της, που τη βοηθούν να συγκεντρωθεί, να παρατηρήσει τις ενέργειες της και να κάνει τις απαραίτητες εσωτερικές αλλαγές, με σκοπό να μειώσει το άγχος (McLeod, 2005; Οργανοπούλου, 2013).

Αντιθέτως οι άνδρες παρουσιάζουν διαφορετική προσέγγιση και αντίδραση στο άγχος. Για παράδειγμα, ο άνδρας συνηθίζει να αντιδρά στο άγχος με το να αποτραβιέται στις σκέψεις του για να αποφασίσει τι πρέπει να κάνει για να το περιορίσει, επιχειρεί να συγκεντρωθεί για να έρθει ξανά σε επαφή με τον πραγματικό του εαυτό και να ισορροπήσει. Η ανδρική ιδιοσυγκρασία αντιδρά κατά κανόνα στο άγχος με τρόπο πιο αναλυτικό και επιχειρεί να μειώσει το άγχος κάνοντας αλλαγές στον εξωτερικό αντικειμενικό κόσμο. Ακόμη, σε καταστάσεις άγχους, οι άνδρες συνηθίζουν να εκφράζουν θυμό, επιθετικότητα και αυτο-επιβεβαιωτική συμπεριφορά. Εξάλλου, αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο θεωρείται ότι οι πρόωροι θάνατοι από οργανικές ασθένειες, που σχετίζονται με το στρες, όπως είναι η καρδιακή προσβολή και το εγκεφαλικό επεισόδιο, είναι συχνότεροι στους άντρες (McLeod, 2005).

Αναφορικά, με την εκδήλωση διαταραχών οι γυναίκες δείχνουν πιο επιρρεπείς στη διαταραχή γενικευμένου άγχους, όπως επίσης και στη διαταραχή της σωματοποίησης, η οποία συνήθως αρχίζει στην πρώτη ενήλικη ζωή. Επίσης, οι περισσότερες φοβικές διαταραχές και κυρίως η αγοραφοβία εμφανίζονται συνήθως σε αυτές (Πασχάλη & Παναγιωτοπούλου, 2012).

Οι προσβολές πανικού ενδέχεται, να είναι δευτερογενείς καταθλιπτικές διαταραχές, ιδιαίτερα στους άντρες. Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι εξίσου συνήθης και στα δύο φύλα. Στην προνοσηρή προσωπικότητα συχνά κυριαρχούν τα καταναγκαστικά στοιχεία (McLeod, 2005).

Σε κάθε περίπτωση, όπως προαναφέρθηκε, υπάρχουν διάφοροι τρόποι με τους οποίους κάθε άνθρωπος αντιδρά απέναντι στους στρεσογόνους παράγοντες. Οι διαφορετικές αυτές αντιδράσεις σχετίζονται στενά με την προσωπικότητα του ατόμου.

1.7 Θεραπείες του άγχους

Η ψυχοθεραπεία και η συμβουλευτική θεωρούνται ως οι πλέον έγκριτες και αποτελεσματικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση του άγχους. Πολύ περισσότερο, μέσω της φροντίδας ψυχικής υγείας το αγχώδες άτομο μπορεί να μάθει τεχνικές για να διαχειρίζεται, να εκλογικεύει και να αντιμετωπίζει το άγχος του. Κατά τη συμβουλευτική διαδικασία, ο σύμβουλος μπορεί να εφαρμόσει διαφορετικές στρατηγικές, που αντιστοιχούν σε διαφορετικά μοντέλα ψυχοθεραπείας. Ως κυρίαρχες προσεγγίσεις στη συμβουλευτική πράξη αναφέρονται ενδεικτικά η ψυχοδυναμική, η συστημική και η γνωσιακή προσέγγιση (Ivey, 1995).

1.7.1 Συμπεριφορική – γνωσιακή θεραπεία

Η γνωσιακή – συμπεριφορική προσέγγιση εμφανίστηκε στα μέσα του 20ου αιώνα με εισηγητή τον Albert Ellis και αποτελεί έναν συνδυασμό των θεωρητικών παραδοχών και των στρατηγικών της γνωστικής ψυχολογίας και του συμπεριφορισμού. Ωστόσο, η προσέγγιση αυτή θεμελιώνεται στην άποψη ότι ο άνθρωπος δεν αντιδρά απλώς παθητικά σε ερεθίσματα, αλλά η συμπεριφορά του καθορίζεται από το νόημα που αποδίδει στα διάφορα ερεθίσματα. Πολύ περισσότερο, η νοηματοδότηση που τους

αποδίδει είναι, μάλιστα, απότοκο των εμπειριών που αποκομίστηκαν στη διάρκεια της ανάπτυξης και γνωστικών διεργασιών του ατόμου (Ivey, 1995).

Υπό αυτό το πρίσμα, η γνωσιακή – συμπεριφορική προσέγγιση αποδίδει μεγάλη σημασία στις διαδικασίες της μάθησης, τις οποίες αξιοποιεί προκειμένου να αναπτύξει συμβουλευτικές μεθόδους για τη τροποποίηση μιας ακατάλληλης συμπεριφοράς και την αντιμετώπιση τυχόν διαταραχών της ψυχικής υγείας. Επίκεντρο της προσέγγισης αυτής είναι το ίδιο το άτομο, ενώ ως βασικός της στόχος τίθεται η επίλυση των διαφόρων προβλημάτων μέσα από την αναθεώρηση της ερμηνείας που έχει αποδοθεί από το άτομο σε συγκεκριμένα ερεθίσματα κι εμπειρίες, ούτως ώστε να απαλλαγεί ο ασθενής από τις παρανοήσεις που τον ταλανίζουν (Κοσμίδου-Hardy & Γαλανουδάκη-Ράπτη, 1996).

Ο βασικός εκπρόσωπός της, Albert Ellis, υποστήριξε ότι τα αίτια των ψυχολογικών δυσκολιών, που εδράζονται σε εσφαλμένες ή παράλογες πεποιθήσεις για τον εαυτό και τους άλλους, μπορούν να τροποποιηθούν με λογικο-θυμική θεραπεία, θεωρία που εμπλουτίστηκε αργότερα από τον A. Beck. Ο τελευταίος επεσήμανε ότι οι θεραπευόμενοι εκδηλώνουν έντονο άγχος επειδή συνηθίζουν να χρησιμοποιούν εσφαλμένες πληροφορίες και να καταλήγουν σε αδικαιολόγητα συμπεράσματα. (McLeod, 2005).

Κατά τη συμβουλευτική διαδικασία, ο σύμβουλος επιχειρεί να αναγνωρίσει και να κατανοήσει τη διαφορετικότητα της οπτικής και της νοηματοδότησης των ερεθισμάτων από τους συμβουλευόμενους, που προσλαμβάνουν και επεξεργάζονται διαφορετικά τις διάφορες εμπειρίες. Μέσω της ανάλυσης των παράλογων πεποιθήσεων, ο συμβουλευόμενος συμμετέχει ενεργά και αποτελεσματικά στη θεραπεία του, ενώ ο σύμβουλος επιδιώκει κυρίως να διευκολύνει την αποκωδικοποίηση αυτών των νοηματοδοτήσεων από το άτομο και παρεμβαίνει μονάχα για να λύσει ένα πρόβλημα (McLeod, 2005; Nelson-Jones, 2009).

Τα οφέλη της γνωσιακής – συμπεριφορικής προσέγγισης είναι πολλά. Κατά κανόνα θεωρείται ότι εκείνη δημιουργεί άμεσα, μετρήσιμα και ποικίλα αποτελέσματα, ενώ είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική ακόμη και στη περίπτωση χρόνιων διαταραχών με μεγάλη ένταση. Επιπλέον, σε αντίθεση με τις άλλες προσεγγίσεις, λαμβάνει υπόψη το

κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου, ως παράγοντα που επηρεάζει τη συμπεριφορά και τη θεραπεία του. Εντούτοις, αδυναμία της προσέγγισης αποτελεί το γεγονός ότι δίνει μεγάλη έμφαση στο σύμπτωμα, χωρίς να αναζητά τόσο τις αιτίες, καθώς τα εσωτερικά κίνητρα παραγκωνίζονται και η προσοχή στρέφεται στα εξωτερικά ερεθίσματα. Αποτέλεσμα αυτού είναι να μην καταφέρνει να λειτουργήσει προληπτικά στην επανεμφάνιση των δυσκολιών (Κοσμίδου-Hardy & Γαλανουδάκη-Ράπτη, 1996; McLeod, 2005).

1.7.2 Ψυχοδυναμική θεραπεία

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση επιχειρεί να ερμηνεύσει τις διάφορες ψυχικές δυσκολίες τις οποίες αντιμετωπίζει το άτομο ως απόρροια μιας σειράς ασυνείδητων εσωτερικών συγκρούσεων του ατόμου, που λαμβάνουν χώρα ήδη από τη παιδική ηλικία, επηρεάζουν τη ψυχοπαθολογία του και το φορτίζουν με αυξημένο άγχος. Παραδοσιακά, ως εισηγητής της προσέγγισης αυτής θεωρείται ο πατέρας της ψυχανάλυσης, Sigmund Freud (Nelson-Jones, 2009).

Ακριβώς, όπως η ψυχαναλυτική θεωρία του Freud, έτσι και η ψυχοδυναμική προσέγγιση θέτει το σύμπτωμα της διαταραχής στο περιθώριο της συμβουλευτικής πράξης και καταπιάνεται κυρίως με την αναγνώριση και τη συνειδητοποίηση των εσωτερικών συγκρούσεων που την προκαλούν. Η επίτευξη της επίγνωσης της σχέσης ανάμεσα στη διαταραχή και τις συγκρούσεις αυτές θεωρείται ότι αποτελεί την αφετηρία για την αλλαγή συμπεριφοράς και κατ' επέκταση τη θεραπεία του ατόμου (Ivey, 1995; McLeod, 2005).

Στην πραγματικότητα, ο τρόπος με τον οποίο η ψυχοδυναμική προσέγγιση αντιλαμβάνεται τη διαδικασία της διαμόρφωσης της συμπεριφοράς και την αιτιολογία της εκδήλωσης των διαταραχών είναι καθοριστικής σημασίας για την κατανόηση των θεραπευτικών στρατηγικών της. Σε γενικές γραμμές, η προσέγγιση αυτή αναπτύχθηκε στη βάση της φροϋδικής θεωρίας για τη δομή και την ανάπτυξη της προσωπικότητας (McLeod, 2005).

Αναλυτικότερα, ο Freud διέκρινε δύο αναπτυξιακά σχήματα, τα οποία κατά κάποιο τρόπο βρίσκονται σε σχέση συμπληρωματικής κατανομής. Το πρώτο σχήμα αφορά στη δομή και τα βασικά συστατικά της προσωπικότητας, ενώ το δεύτερο στα στάδια της ανάπτυξής της. Κατά την άποψη του Freud, ο ψυχικός κόσμος του ανθρώπου συνιστά μια ιδιάζουσα «ψυχική συσκευή», η οποία ενεργοποιείται και λειτουργεί υπό την ψυχική ενέργεια, η οποία απορρέει από αρχέγονα ένστικτα που ενυπάρχουν στην ανθρώπινη ψυχοσύνθεση (Nelson-Jones, 2009).

Ως προς τη δομή της, η προσωπικότητα διακρίνεται, σύμφωνα με τον Freud, σε τρία μέρη τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση μέσω της οποίας διαμορφώνουν την ανθρώπινη συμπεριφορά. Τα μέρη της προσωπικότητας είναι το Εγώ, το Υπερεγώ και το Εκείνο.

- Εγώ

Το Εγώ, μολονότι επιδιώκει να ικανοποιήσει τις ενδόμυχες επιθυμίες του Εκείνου, αντιπροσωπεύει τη λογική σκέψη. Στην πραγματικότητα, θεωρείται ότι λειτουργεί με βάση την «αρχή της πραγματικότητας», καθώς λαμβάνει υπόψη τους περιορισμούς και τις συμβάσεις της πραγματικής ζωής. Πρόκειται για τον συνειδητό νου, όπου εδράζονται οι αμυντικοί μηχανισμοί και που χαλιναγωγεί τις ορμές.

- Υπερεγώ

Πρόκειται για το μέρος εκείνο που έχει συστηματικά περιγραφεί ως η «ηθική συνείδηση» της ανθρώπινης προσωπικότητας, η οποία, όπως είναι φυσικό, υπακούει στην «αρχή της ηθικής». Το Υπερεγώ περιλαμβάνει ένα συνολικό σύνολο κοινωνικών και ηθικών κανόνων, βάσει των οποίων επιχειρεί να οργανώσει τις συμπεριφορές του ατόμου. Έτσι, όταν το άτομο συμπεριφέρεται κατά τρόπο μη αποδεκτό κοινωνικά, το Υπερεγώ θεωρείται ως το υπεύθυνο για τη πρόκληση αισθημάτων ντροπής και ενοχής.

- Εκείνο

Πρόκειται για το «μέρος» εκείνο όπου εδράζονται όλες οι ενορμήσεις και τα κίνητρα που πλαισιώνουν τη προσωπικότητα του ατόμου από τη μέρα της γέννησής του. Το Εκείνο λειτουργεί με γνώμονα της «αρχή της ευχαρίστησης» και αποτελεί στοιχείο του ασυνειδητού νου. Ως τέτοιο, το Εκείνο ενεργοποιεί όλες εκείνες τις

ενστικτώδεις και άλογες λειτουργίες που προωθούν την αποφυγή της οδύνης και την πλήρωση της ηδονής. Οι κληρονομικές επιδράσεις, οι ενστικτώδεις παρορμήσεις και οι εσωτερικευμένες εμπειρίες του ατόμου αποθηκεύονται επίσης σ' αυτό το κομμάτι της προσωπικότητας (Κοσμίδου-Hardy & Γαλανουδάκη-Ράπτη, 1996; McLeod, 2005).

Ως προς την ανάπτυξη της προσωπικότητας, ο Freud παρατήρησε ότι κάθε άτομο διέρχεται από μια σειρά σταδίων. Ο ίδιος επεσήμανε ότι η ομαλή διαδοχή των σταδίων οδηγεί σε υγιείς και λειτουργικές προσωπικότητες, ενώ τυχόν διαταραχές στη διέλευση του ατόμου από στάδιο σε στάδιο έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση δυσλειτουργιών και διαταραχών. Οι διαταραχές αυτές είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε παλινδρομήσεις, καθηλώσεις, καθώς και την ενεργοποίηση μηχανισμών άμυνας που εμποδίζουν το άτομο από την προσαρμογή και την αποτελεσματική του αλληλεπίδραση με το περιβάλλον (McLeod, 2005).

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, το άτομο κατά την ανάπτυξη της προσωπικότητάς του, το άτομο επιδιώκει κυρίως την ικανοποίηση βιολογικών ορμών, όπως είναι η ηδονή (libido). Υπό αυτό το πρίσμα, κάθε δραστηριότητα του ατόμου σχετίζεται με τη προσπάθεια του να ανακαλύψει αποδεκτούς τρόπους για την ικανοποίηση της libido του, μια προσπάθεια που φέρνει σε σύγκρουση τις εσωτερικές παρορμήσεις με τους κοινωνικούς κώδικες. Η ικανότητα του ατόμου να εξασφαλίζει τη τέρψη της libido σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο χωρίς να συγκρούεται έντονα με το κοινωνικό περιβάλλον σηματοδοτεί μια υγιή προσωπικότητα. Συνοπτικά, τα στάδια της ανάπτυξης της προσωπικότητας κατά Freud είναι τα εξής:

- Στοματικό στάδιο
- Πρωκτικό στάδιο
- Φαλλικό
- Στάδιο λανθάνουσας σεξουαλικότητας
- Γεννητικό στάδιο (Κοσμίδου-Hardy & Γαλανουδάκη-Ράπτη, 1996; McLeod, 2005).

Η παραπάνω θεώρηση εμπλουτίστηκε στα τέλη του 20ου αιώνα από την Melanie Klein, η οποία διατύπωσε τη θεωρία των αντικειμενοτρόπων σχέσεων. Πρόκειται για μια νέα θεραπευτική προσέγγιση που δίνει έμφαση στον τρόπο με τον οποίο δομείται ο ψυχισμός σε συνάρτηση με τις σχέσεις που αναπτύσσει το άτομο με το εξωτερικό περιβάλλον, όπως είναι η σχέση με τη μητέρα του. Η συμβολή της Klein είναι καθοριστικής σημασίας, αφού έστρεψε το επιστημονικό ενδιαφέρον από την έκφραση των ενστίκτων στη ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων (Κοσμίδου-Hardy & Γαλανουδάκη-Ράπτη, 1996).

Στη συμβουλευτική πράξη η ψυχοδυναμική προσέγγιση θεωρείται ως η μέθοδος που εστιάζει στον ελεύθερο συνειρμό, την ψυχολογία των ονείρων και την ερμηνεία της δραστηριότητας του ασυνειδήτου καταλαγιάζοντας τους μηχανισμούς άμυνας. Τα οφέλη της προσέγγισης αυτής είναι πολλά, αφού εκείνη επιτυγχάνει την αναγνώριση της πολυπλοκότητας της ανθρώπινης συμπεριφοράς και μπορεί να καλύψει ένα ευρύ φάσμα φαινομένων. Παράλληλα, η λεπτομερής παρατήρηση της συμπεριφοράς του συμβουλευόμενου μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη νέων και εξατομικευμένων στρατηγικών θεραπευτικής παρέμβασης (Nelson-Jones, 2009). Από την άλλη πλευρά, η ψυχοδυναμική προσέγγιση απαιτεί χρονοβόρες διαδικασίες και υψηλό κόστος. Επιπλέον, δεν είναι λίγες οι φορές που έχει κατηγορηθεί ότι βασίζεται σε ασαφείς θεωρητικές έννοιες που είναι δύσκολο να τεκμηριωθούν βάσει αντικειμενικών ευρημάτων. Ένα τελευταίο μειονέκτημα της προσέγγισης αποτελεί το γεγονός ότι εκείνη δεν λαμβάνει υπόψη το κοινωνικό πλαίσιο του ατόμου (McLeod, 2005).

1.7.3 Ανθρωποκεντρική θεραπεία

Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση εισήχθη από τον Carl Rogers και θέτει στο επίκεντρο της συμβουλευτικής διαδικασίας το άτομο ως ιδιαίτερο πρόσωπο. Στόχος της συμβουλευτικής παρέμβασης είναι εν προκειμένω η ενίσχυση των δυνάμεων του προσώπου, η αναδόμηση της προσωπικότητάς του και η καλλιέργεια των προσωπικών του ικανοτήτων. Πολύ περισσότερο, επιδίωξη της προσέγγισης είναι να μάθει το άτομο να αντιμετωπίζει κατάλληλα και αποτελεσματικά τις δυσκολίες. Χαρακτηριστικό της ανθρωποκεντρικής Συμβουλευτικής είναι η μη

κατευθυντικότητα από τον σύμβουλο και η ενεργός εμπλοκή του ατόμου στη διαδικασία της προσωπικής του ανάπτυξης (Αργυρακούλη & Ζαφειροπούλου, 2006).

Στο θεραπευτικό κομμάτι, η ανθρωποκεντρική προσέγγιση πλαισιώθηκε από τη Ψυχοθεραπεία Gestalt, που αναπτύχθηκε από τον Fritz Perls και βασίζεται στην Θεωρία του πεδίου, την αδιάλειπτη, δηλαδή, αλληλεπίδραση ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον. Με δεδομένο το γεγονός ότι το άτομο αποτελεί μέρος του πεδίου, η συμπεριφορά του μπορεί να κατανοηθεί μονάχα μέσα από τις διαδικασίες συνδιαλλαγής του με αυτό. Ως πεδίο εν προκειμένω μπορούν να νοηθούν το πολιτισμικό περιβάλλον, η οικογένεια, το εργασιακό περιβάλλον, το κοινωνικό πλαίσιο, η ερωτική σχέση κ.α. Η αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος λαμβάνει χώρα σ' ένα σημείο συνάντησης που αποκαλείται από τους μορφολογικούς ψυχοθεραπευτές «όριο επαφής». Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση, λοιπόν, οι άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με ψυχολογικές δυσκολίες, όταν αυτή η επαφή ανάμεσα στους ίδιους και το περιβάλλον εμποδίζεται ή διαταράσσεται, ή όταν δυσκολεύονται να ανακτήσουν την ισορροπία στο όριο επαφής (Σινανίδου, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Το εργασιακό άγχος

2.1 Ορίζοντας το εργασιακό άγχος

Όπως επισημάνθηκε στις προηγούμενες ενότητες, το άγχος αναγνωρίζεται σήμερα ως ένα από τα πιο σύνθετα και ύπουλα προβλήματα υγείας, το οποίο μπορεί να αποτελέσει την αιτία για μια σειρά ήπιων ή σοβαρότερων διαταραχών της υγείας. Τα τελευταία χρόνια έχει ακόμη παρατηρηθεί ότι πολύ συχνά το έντονο άγχος σχετίζεται με την εργασία κι αυτό γιατί η εργασία παραδοσιακά συνδέεται με διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και κινδύνους. Ο υπερβολικός φόρτος στην εργασία, η αίσθηση της ευθύνης, αλλά και το άγχος που δημιουργείται από την πίεση στον επαγγελματικό χώρο αποτελούν στοιχεία της καθημερινότητας του σύγχρονου ανθρώπου. Πολύ περισσότερο, καθώς η απασχόληση αποκτά όλο και μεγαλύτερη σημασία στη ζωή μας, παραμερίζοντας σε μεγάλο βαθμό την προσωπική ζωή, και το εργασιακό άγχος καταλαμβάνει ολοένα μεγαλύτερο χώρο στη ψυχοσύνθεση του ατόμου σήμερα (Αντωνίου, 2006; Μουστάκα και συν., 2010).

Έχει μεγάλη σημασία να τονιστεί ότι οι νέες αυτές συνθήκες, που συνιστούν απόρροια της βιομηχανοποίησης, της ραγδαίας τεχνολογικής ανάπτυξης και της παγκοσμιοποίησης, έχουν επιβάλλει εντονότερους ρυθμούς και υψηλότερες απαιτήσεις στο χώρο εργασίας από το εργατικό δυναμικό. Έτσι, λοιπόν, οι εργαζόμενοι αμφιβάλλοντας σε πολλές περιπτώσεις για την αυτεπάρκειά τους και τις ικανότητές τους στον τομέα της απασχόλησής τους, έρχονται αντιμέτωποι με ποικίλες δυσκολίες, τις οποίες πρέπει να ξεπεράσουν, προκειμένου να παραμείνουν στην επαγγελματική τους θέση και ρόλο και να εξασφαλίσουν τον βιοπορισμό τους (Βασιλάκη και συν., 2001).

Με βάση τα παραπάνω φαίνεται ότι στην περίπτωση του εργασιακού άγχους το στρες προκαλείται κυρίως μέσα από αλληλεπίδραση του ατόμου και του περιβάλλοντος σε σχέση με την εργασία του. Συγκεκριμένα, το εργασιακό άγχος προκύπτει από την κατάσταση εκείνη κατά την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται ότι δεν πετυχαίνει ή

νομίζει ότι δεν πετυχαίνει την επιδιωκόμενη ισορροπία ανάμεσα στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος ή του ίδιου και στις δυνατότητές του (Μουστάκα και συν., 2010).

Δεδομένου του γεγονότος ότι το άτομο τείνει να αντιλαμβάνεται υποκειμενικά το άγχος, τον κίνδυνο και τις αγχώδεις καταστάσεις, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ενδέχεται κάποιος που νιώθει ανεπαρκής στον χώρο εργασίας του, να κατακλύζεται από άγχος, και να στερείται όντως των απαραίτητων ικανοτήτων. Υπό αυτή την οπτική, οι ίδιες συνθήκες που για μερικούς ανθρώπους μπορούν να αποτελέσουν πηγές στρες, δεν έχουν την ίδια επίδραση σε άλλα άτομα. Εξάλλου, όπως σημειώθηκε παραπάνω η σημασία που αποδίδει το άτομο σε ένα γεγονός ή σε μία κατάσταση, καθώς και το μέγεθος των ικανοτήτων που διαθέτει για την αντιμετώπισή του αγχογόνου παράγοντα, αποτελούν παράγοντες που επιδρούν στο πως και πόσο βιώνει κανείς το άγχος. Κατά συνέπεια, ενδέχεται τα άτομα να αντιδρούν διαφορετικά σε παρόμοιες καταστάσεις, ενώ το ίδιο άτομο μπορεί να αντιδράσει διαφορετικά σε παρόμοιες καταστάσεις, που εντοπίζονται όμως σε διαφορετικές περιόδους της ζωής του (Αντωνίου, 2006; Οργανοπούλου, 2013).

Σε κάθε περίπτωση, το άγχος μπορεί να σημειωθεί σε οποιονδήποτε εργασιακό χώρο ανεξάρτητα από το μέγεθός του, τις απαιτήσεις και τον τομέα της δραστηριότητάς του, αλλά και σε οποιονδήποτε εργαζόμενο ανεξάρτητα από τη μορφή συμβολαίου, την εργασιακή θέση και τη σχέση εργασίας. Βέβαια, το εργασιακό άγχος δεν βάζει μόνο τους εργαζόμενους αλλά και τους εργοδότες, καθώς η λειτουργία και η πορεία της επιχείρησης, της εταιρείας ή της οργάνωσής τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από παράγοντες που ο ίδιος δεν μπορεί να ελέγξει και να διαχειριστεί πλήρως (Βασιλάκη και συν., 2001).

2.2 Αίτια του εργασιακού άγχους

Τα αίτια του εργασιακού άγχους έχουν σχέση, καθώς φαίνεται, τόσο με την προσωπικότητα του εργαζόμενου που το βιώνει, όσο και με τις γενικότερες συνθήκες εργασίας στις οποίες εμπλέκεται. Σε αντίθεση με το απλό άγχος, το εργασιακό άγχος

οφείλεται σπανιότερα σε εσωτερικές συγκρούσεις και άλλες ψυχοσυναισθηματικές καταστάσεις (Μουστάκα και συν., 2010).

Για παράδειγμα, όταν οι εργασιακές απαιτήσεις ξεπερνούν τα όρια των ικανοτήτων του εργαζόμενου, καλλιεργείται το κατάλληλο έδαφος για την εκδήλωση του εργασιακού άγχους. Επιπλέον, η ευμεταβλητότητα στη δομή, την οργάνωση, τους στόχους και την επιτυχία της επιχείρησης απαιτούν από τον εργαζόμενο μια ευρεία ευελιξία, που τον οδηγεί σε μια μόνιμη κατάσταση εγρήγορσης κι ετοιμότητας, γεγονός που τον επιφορτίζει με το πλεονάζον άγχος της επαγρύπνησης, αλλά και τον φόβο της νέας, άγνωστης κατάστασης (Παπαγεωργίου και συν., 2007).

Η αίσθηση της αδιαφορίας και της απαξίωσης, η έλλειψη ενημέρωσης, η ανάγκη για γρήγορη προσαρμογή στις διαρκώς μεταβαλλόμενες συνθήκες προκαλούν σύγχυση και απογοήτευση. Παράλληλα, ο ανταγωνισμός, η επιβουλή και οι τυχόν εχθρικές σχέσεις ανάμεσα στους εργαζόμενους προκαλούν συγκρούσεις, υπονομεύουν τη συνεργατικότητα και την αλληλεγγύη, επηρεάζουν την οργάνωση και την εύρυθμη λειτουργία της εργασίας. Καθώς αυτά τα στοιχεία αποτελούν παράγοντες που ο εργαζόμενος δεν μπορεί να ελέγξει επαρκώς, ο ίδιος καθίσταται ευάλωτος στο άγχος και την ανασφάλεια (Αντωνίου, 2006; Παπαγεωργίου και συν., 2007).

Ως μια ακόμη σημαντική αιτία του εργασιακού άγχους αναφέρεται η διαφορετική αντίληψη του εργαζομένου για τους σκοπούς και τον τρόπο λειτουργίας της επιχείρησης. Πολύ συχνά, η απαίτηση προς τον εργαζόμενο να υπηρετήσει ή να προωθήσει σκοπούς, ηθικές και ιδεολογικές αξίες, υπηρεσίες και προϊόντα που τα θεωρεί ξένα ή αντίθετα προς το δικό του σύστημα αξιών, καταπιέζει την προσωπικότητά του και πυροδοτεί μια σειρά από αγχογόνα διλήμματα και συνειδησιακές συγκρούσεις (Αντωνίου, 2006).

Η έλλειψη ίσων ευκαιριών και προοπτικών καθηλώνει και στερεί τα κίνητρα και την προσπάθεια του εργαζόμενου για βελτίωση και προώθηση, ιδιαίτερα σήμερα, οπότε η εργασία και το εργασιακό περιβάλλον αποτελούν για την πλειοψηφία των ανθρώπων πεδίο προόδου, κοινωνικού κύρους και καταξίωσης. Έτσι η ανάληψη υποχρεώσεων και η ανάθεση νέων καθηκόντων, για τις οποίες ο εργαζόμενος θεωρεί ότι δεν έχει εκπαιδευτεί ή ότι είναι πέρα από το δικό του αντικείμενο εργασίας, δημιουργούν

ανησυχία και αίσθηση ανεπάρκειας, ενώ τον φορτίζουν με το άγχος μιας πιθανής αποτυχίας.

Τα τελευταία χρόνια, η εμπλοκή σε βαριές κι ανθυγιεινές εργασιακές δραστηριότητες, που σημαίνουν την υπερέκθεση του ατόμου σε κινδύνους, θεωρείται επίσης ως μια σημαντική αιτία για την αίσθηση άγχους (Μουστάκα και συν., 2010).

2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν το εργασιακό άγχος

Με βάση τα παραπάνω, παρατηρήθηκε ότι η ανασφάλεια, η αμφιβολία για τις ικανότητες, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η περιθωριοποίηση αποτελούν ίσως τα κυριότερα αίτια του εργασιακού άγχους. Από την άλλη πλευρά, ορισμένα στοιχεία, αν και δεν αποτελούν τα κατεξοχήν αίτια του εργασιακού άγχους, μπορούν να το εντείνουν σημαντικά. Ενδεικτικά, παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά το εργασιακό άγχος, την ένταση, τη συχνότητα και τη σοβαρότητά του είναι οι παρακάτω:

- Φύλο
- Αντιλήψεις για την εργασία
- Αντιλήψεις για την υγεία
- Αυτοεκτίμηση
- Κακές συνθήκες εργασίας,
- Δομή κι οργάνωση εργασιακού χώρου
- Βάρδιες εργασίας
- Φόρτος εργασίας
- Υψηλή ευθύνη
- Εργασιακός ρόλος
- Εργασιακές σχέσεις
- Επαγγελματική ανάπτυξη
- Σύνδεση εργασιακής και προσωπικής ζωής (Μουστάκα και συν., 2010; Παπαγεωργίου και συν., 2007).

2.4 Εκδηλώσεις του εργασιακού άγχους

Αν και το άγχος αποτελεί ένα θέμα που απασχολεί έντονα τον σύγχρονο άνθρωπο στην καθημερινότητά του, παρόλα αυτά δεν είναι πάντα ξεκάθαρες οι περιπτώσεις οπότε το άτομο όντως υποφέρει από άγχος. Έτσι πολλές φορές τείνει κανείς να αποδίδει συμπτώματα και συμπεριφορές σ' άλλες αιτίες που στην πραγματικότητα οφείλονται σε μια σειρά από αγχώδεις καταστάσεις, τις οποίες αντιμετωπίζει το άτομο. Η αναγνώριση του άγχους καθίσταται ακόμη πιο δύσκολη όταν το άτομο κλείνεται στον εαυτό του και δεν εξωτερικεύει τα συναισθήματά του. Πάντως, η σχετική επιστημονική έρευνα έχει καταγράψει ορισμένα συμπτώματα με βάση τα οποία μπορεί κανείς να εντοπίσει πρώιμα εάν κάποιο άτομο υποφέρει από στρες (Οργανοπούλου, 2013; Παπαγεωργίου και συν., 2007).

Βέβαια, προτού προχωρήσουμε στην περιγραφή των ενδεικτικών κοινών συμπτωμάτων του εργασιακού άγχους, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι οι άνθρωποι δεν αντιδρούν όλοι με τον ίδιο τρόπο στο άγχος, ούτε επηρεάζονται από τις ίδιες πηγές. Τα συμπτώματα ενδέχεται να διαφέρουν ελαφρώς από άτομο σε άτομο, όπως επίσης και η ένταση του άγχους. Παράλληλα, οι ιδιαίτερες οργανικές ευαισθησίες που έχει ο καθένας, η σοβαρότητα και η επιμονή του προβλήματος, η χρονική διάρκεια της αγχώδους περιστασης και η γενικότερη κατάσταση της υγείας του, είναι μερικοί από τους παράγοντες που επηρεάζουν την ένταση με την οποία εκδηλώνονται τα συμπτώματα (Μουστάκα και συν., 2010).

Στον χώρο εργασίας το εργασιακό άγχος ενδέχεται να εκδηλωθεί με μια σειρά από συμπτωματικές ενδείξεις, όπως:

- Επαγγελματική δυσαρέσκεια
- Αυξημένο αριθμό αδειών λόγω ασθένειας
- Δυσφορία και κατάθλιψη

- Αυξημένα σφάλματα και ατυχήματα
- Συγκρουσιακά επεισόδια και εριστικότητα
- Ανταγωνιστική δράση
- Έλλειψη δημιουργικότητας
- Μειωμένη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα
- Πρόωρη εθελούσια αποχώρηση από την εργασία
- Οργανωτική κατάρρευση (Αντωνίου, 2006).

2.4.1 Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης

Μια από τις σοβαρότερες ψυχικές διαταραχές που σχετίζεται με την εργασία και το εργασιακό άγχος με το οποίο βρίσκεται σε σχέση συμπληρωματικής κατανομής, είναι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης γνωστό και ως «*burn-out syndrome*». Αν και το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης διερευνήθηκε αρχικά ως μια διαταραχή που εμφανίζεται στους επαγγελματίες της υγείας, τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί ότι εκείνο μπορεί να εκδηλωθεί σε όλους όσους φέρνουν εις πέρας την εργασία τους με αίσθημα ευθύνης προς τους συνεργάτες και τους αποδέκτες των υπηρεσιών τους. Υπό αυτήν την οπτική, οι εργαζόμενοι κάθε εργασιακού χώρου αποτελούν υποψήφια «θύματα» του συνδρόμου.

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί μία κατάσταση συναισθηματικής, διανοητικής και φυσικής εξάντλησης, η οποία εμφανίζεται ως αποτέλεσμα του υπερβολικού άγχους. Ιδιαίτερα όταν το άτομο νιώθει συστηματικά ότι δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του επαγγέλματος, τείνει να υπερβάλλει καθώς ασκεί κριτική αναφορικά με τις ικανότητες και την προσωπικότητά του. Όσο το άγχος αυξάνεται τόσο το άτομο, αισθάνεται να χάνει το ενδιαφέρον του για τη δουλειά του ή τη ζωή του. Έτσι, τείνει να αντιμετωπίζει τις καταστάσεις με κυνισμό, άρνηση και απαισιοδοξία. Πολύ συχνά το άτομο αυτό φαίνεται να αναπτύσσει αδικαιολόγητα αρνητικές σκέψεις γύρω από την ζωή και την

απασχόλησή του. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι επιπτώσεις του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης επεκτείνονται σταδιακά σε περιοχές δραστηριότητας του ατόμου που υπερβαίνουν τον χώρο εργασίας, όπως είναι η οικογένεια ή και η κοινωνική ζωή. Μάλιστα, το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης εκθέτει το σώμα σε τέτοια επίπεδα άγχους, ώστε πολλές φορές οδηγεί σε αλλαγές στο σώμα, καθιστώντας το πιο ευάλωτο σε ασθένειες. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης έχει επίσης συνδεθεί στενά με την κατάθλιψη.

Ενδεικτικά, ορισμένα συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι τα παρακάτω:

- Αδυναμία συγκέντρωσης
- Διαταραχές του ύπνου
- Μικρή παραγωγικότητα
- Χαμηλή αποδοτικότητα στην εργασία
- Συχνά σφάλματα και αβλεψίες
- Ενοχές
- Άρνηση
- Υπερβολική απαισιοδοξία
- Αποστροφή για τον χώρο εργασίας
- Απώλεια σεξουαλικής ενέργειας
- Κατάθλιψη

Τα παραπάνω συμπτώματα ενδέχεται σταδιακά να οδηγήσουν σε σοβαρότερες διαταραχές, όπως είναι τα κενά μνήμης, η κυκλοθυμία, η επιθετικότητα, η παράνοια, η κοινωνική απόσυρση, η υπερχειλίση συναισθήματος, η αλεξιθυμία, τα προβλήματα στη μνήμη, η χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών και οι επικίνδυνες συμπεριφορές.

Αξίζει να σημειωθεί ότι για την θεραπεία του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης απαιτείται μακρόχρονη, ειδική κι εξατομικευμένη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση (Αντωνίου, 2006).

2.5 Αντιμετώπιση εργασιακού άγχους

Στα προηγούμενα κεφάλαια παραδεχθήκαμε ότι το άγχος, μολονότι συνιστά κατ' αρχήν ψυχοσωματική κατάσταση, έχει την τάση να σωματοποιείται, να εκδηλώνεται δηλαδή μέσα από μια μακρά συμπτωματολογία στον σωματικό οργανισμό. Τα άτομα που βιώνουν καταστάσεις έντονου στρες, ωστόσο, δεν παρουσιάζουν κατ' ανάγκην τα ίδια συμπτώματα, αλλά πρόκειται για μια εξ ολοκλήρου εξατομικευμένη συνθήκη, που εμφανίζει διαφορετικά χαρακτηριστικά και ένταση από άνθρωπο σε άνθρωπο. Η δύσπνοια ή το λαχάνιασμα, η κόπωση ή η εγρήγορση, η κρίση πανικού ή η υπερυπνηλία είναι μονάχα μερικά από τα αντιφατικά συμπτώματα στην πλούσια λίστα των συνεπειών του εργασιακού άγχους. Εντούτοις, η παρατεταμένη έκθεση του ανθρώπου σε στρεσογόνες καταστάσεις είναι δυνατόν να επιφέρει ακόμη σοβαρότερα προβλήματα στον οργανισμό του, που κυμαίνονται από καρδιοπάθειες μέχρι και το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012; Ιακωβίδης, 2010).

Όπως σημειώθηκε προηγουμένως, η υπερβολική κόπωση, οι διαταραχές του ύπνου και της διατροφής σε συνδυασμό με την αυξομείωση βάρους, τους πονοκεφάλους και τους αυχενικούς πόνους μαρτυρούν την καταπόνηση στην οποία υποβάλλεται το άτομο από το συστηματικό εργασιακό άγχος. Θα ήταν, ωστόσο, αφελές να θεωρήσουμε ότι το εργασιακό άγχος προκαλεί πάντοτε άμεσα τέτοιες δυσλειτουργίες. Σε πολλές περιπτώσεις, το στρες οδηγεί κατ' αρχάς το άτομο σε συνήθειες και συμπεριφορές που ευνοούν την ανάπτυξη ασθενειών και διαταραχών στο σώμα του, όπως είναι για παράδειγμα η αφρόντιστη διατροφή, αλλά και η αποχή από την άσκηση και την προσωπική υγιεινή (Ιακωβίδης, 2010).

Καθώς λοιπόν το άτομο που εκτίθεται στο έντονο εργασιακό άγχος, καθιστά την υγεία του ευάλωτη σε διαταραχές, συνήθως προτείνεται η άμεση επικοινωνία του με έναν ειδικό ψυχολόγο ή ψυχοθεραπευτή. Είναι σημαντικό να αντιλαμβάνεται κανείς ότι οι σύγχρονες μέθοδοι της ψυχολογίας δεν στοχεύουν στην παροχή έτοιμων λύσεων, αλλά στην στήριξη και την καθοδήγηση του ατόμου, ώστε να εντοπίσει ο ίδιος τις κατάλληλες πρακτικές που θα συμβάλλουν στην επίλυση των προβληματισμών του (Καλαντζή-Αζίζι & Δεγλήρης, 1992).

Ο ειδικός της ψυχικής υγείας θα επιχειρήσει, λοιπόν, να διδάξει το άτομο πώς να διαχειρίζεται τις κρίσεις άγχους και να αντιμετωπίζει με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα την δύσκολη αυτή κατάσταση. Για να επιτευχθεί αυτό προτείνονται εν τωιαύτη περιπτώσει δυο διαφορετικές μέθοδοι συμπεριφορικής μάθησης, η κλασική εξαρτημένη μάθηση και η συντελεσμένη εξαρτημένη μάθηση (Καλαντζή-Αζίζι & Δεγλέρης, 1992).

Η συστηματική φροντίδα της υγείας του ατόμου είναι επίσης απαραίτητη για την άμβλυνση των συμπτωμάτων που βιώνει καθώς το άγχος τείνει να σωματοποιείται. Έχει παρατηρηθεί ότι σε ορισμένες περιπτώσεις η φαρμακευτική αγωγή με αγχολυτικά σκευάσματα, που βοηθούν στην μείωση των σωματικών συμπτωμάτων του άγχους (π.χ. ταχυκαρδία, γρήγορη αναπνοή), καθώς και η φυσική άσκηση συμβάλλουν σημαντικά στην αντιμετώπιση του στρες (Αντωνίου, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Το εργασιακό άγχος στους επαγγελματίες υγείας

3.1 Το φορτίο του επαγγελματία υγείας

Στη συντριπτική τους πλειοψηφία, οι διάφοροι ασθενείς φροντίζονται από τα μέλη των οικογενειών τους και τους επαγγελματίες υγείας. Στον ελληνικό χώρο, η οικογένεια εξακολουθεί να εμπλέκεται ενεργά στην θεραπευτική διαδικασία, αλλά και αναλαμβάνει σε μεγάλο βαθμό την ευθύνη της φροντίδας των ασθενών, γεγονός που επιφορτίζει τον επαγγελματία υγείας με επιπλέον άγχος, καθώς αισθάνεται ότι χρειάζεται να διαχειριστεί τις ανάγκες περισσότερων ατόμων από εκείνες που αφορούν τον ίδιο τον ασθενή (Κουλούρη & Περηφάνου, 2009).

Η σύγχρονη βιβλιογραφία επισημαίνει ότι οι υψηλές απαιτήσεις φροντίδας των ασθενών επιδρούν επίσης στην υγεία των νοσηλευτών και των λοιπών επαγγελματιών υγείας. Πράγματι, έχει παρατηρηθεί ότι ιδιαίτερα οι νοσηλευτές κάνουν αυξημένη χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων, ενώ διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές (Ραφτόπουλος και συν., 2003). Η συστηματική επαφή με τους ασθενείς και τις ασθένειες ενεργοποιεί τον φόβο θανάτου και το άγχος. Δεδομένου του γεγονότος ότι κάθε διαταραχή της υγείας είναι δυνατόν να επιφυλάσσει πολλά απρόοπτα, ο νοσηλευτής επιφορτίζεται με μια διαρκή αίσθηση άγχους για την ασφάλεια του ατόμου (Κουλούρη & Περηφάνου, 2009).

Επιπροσθέτως, εξαιτίας της επαφής με ασθένειες που έχουν εκφυλιστικό χαρακτήρα, ο βαθμός εξάρτησης ορισμένων ασθενών από τον νοσηλευτή και το προσωπικό υγείας αυξάνεται προοδευτικά με το πέρασμα του χρόνου. Η συνεχής φροντίδα που απαιτείται από τον νοσηλευτή δημιουργεί συχνά μεγάλα επίπεδα στρες, αγανάκτησης και κόπωσης. Για την περιγραφή της επίδρασης της φροντίδας του εκάστοτε ασθενούς στη ψυχική και τη σωματική κατάσταση του νοσηλευτή, περιγράφεται με τον όρο «burden», που σημαίνει «φορτίο» (Ραφτόπουλος και συν., 2003).

Τα αίτια της αίσθησης του φόρτου του νοσηλευτή έχουν αποτελέσει συχνά αντικείμενο μελετών και διερευνήσεων. Αρχικά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία θεωρούνται ως η κυριότερη πηγή άγχους για τους νοσηλευτές που τα φροντίζουν. Έπειτα, μια σειρά από άλλους λόγους μπορούν επίσης να συμβάλουν στην επιπλέον επιβάρυνση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς. Για παράδειγμα, καθώς ο νοσηλευτής μεγαλώνει ηλικιακά, αισθάνεται πιο εκτεθειμένος σε ασθένειες εκφυλιστικού τύπου, τις οποίες συναντά καθημερινά στο πλαίσιο της εργασίας του, με αποτέλεσμα να βιώνει αυξημένο άγχος. Έπειτα, εξαιτίας του ανιάτου χαρακτήρα ορισμένων ασθενειών, οι νοσηλευτές αισθάνονται συχνά ανεπαρκείς, ανίκανοι να βοηθήσουν αποτελεσματικά τον ασθενή και να του εξασφαλίσουν την επιβίωση και την καλύτερη ποιότητα ζωής. Σε γενικές γραμμές, ορισμένα από τα συναισθήματα που μπορεί να νιώσει ο νοσηλευτής σύμφωνα με τις σχετικές έρευνες είναι λύπη, ενοχή, θυμό, ντροπή και μοναξιά. Πρόκειται για μια σειρά από αντιδράσεις σε μια οδυνηρή πραγματικότητα. Η περαιτέρω ψυχοσυναισθηματική του υποστήριξη φαίνεται, πάντως, ότι μπορεί να διευκολύνει το δύσκολο έργο του (Ζύγα, 2006; Κουλούρη και Περηφάνου, 2009; Ραφτόπουλος και συν., 2003).

3.2 Ερευνητικά δεδομένα

Τα ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν την έντονη σχέση του εργασιακού άγχους με τα επαγγέλματα φροντίδας υγείας και τις πολλαπλές επιπτώσεις τους στους επαγγελματίες υγείας. Ενδεικτικά, η έρευνα των Παπαγεωργίου και συν. (2007) με θέμα τα επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα κατέδειξε ότι οι τελευταίοι στην μεγάλη τους πλειοψηφία βιώνουν τέτοια επίπεδα άγχους καθημερινά, ώστε η αυτοεκτίμησή τους να κλονίζεται μακροπρόθεσμα. Συγκεκριμένα, το 68,8% των νοσηλευτών που ερωτήθηκαν σχετικά, ανέφερε ότι ένιωθε έντονη ανασφάλεια, το 41,1% είχε άγχος, το 39,3% διακατεχόταν από εσωτερική ένταση και το 17,8% αισθανόταν αναστάτωση. Γενικότερα, οι ερωτηθέντες ανέφεραν ότι κουράζονται εύκολα (68,8%), ότι αισθάνονται πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται χωρίς να μπορούν να τις ξεπεράσουν (17,4%), ότι τους λείπει αυτοπεποίθηση (13,4%), ότι προσπαθούν να αποφύγουν την αντιμετώπιση μιας

δυσκολίας (10,7%), ότι σκέφτονται πως δεν αξίζουν τίποτε (9%) και, τέλος, ότι έχουν συχνά τάσεις αυτοκαταστροφής (0,9%). Η μέθοδος $\times 2$ (επίπεδο σημαντικότητας $P < 0,05$) ανέδειξε την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ τμήματος εργασίας των νοσηλευτών και της τωρινής συναισθηματικής κατάστασής τους, καθώς και μεταξύ της γενικότερης συναισθηματικής τους κατάστασης και του φύλου, της οικογενειακής κατάστασης, του τμήματος εργασίας τους, των ετών εργασίας και των ετών σπουδών τους.

Σε αντίστοιχη έρευνά της, η Οργανοπούλου (2013) μελέτησε τα χαρακτηριστικά της αυτοεκτίμησης, του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομεία της περιφέρειας. Η ερευνήτρια παρατήρησε ότι οι ιατροί και νοσηλευτές των νοσοκομείων διακατέχονται από μέτριο συναισθηματικό άγχος και αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση. Η αγχώδης κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να ερμηνεύεται κυρίως υπό το πρίσμα μίας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος εργασίας. Σύμφωνα με την ερευνήτρια, οι στρεσογόνες αλλά και γενικότερα οι δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες που χαρακτηρίζουν το χώρο της υγείας φαίνεται να εντείνουν το άγχος και να τους εξουθενώνουν έτσι συναισθηματικά και κατ' επέκταση επαγγελματικά. Συμπερασματικά, κατέληξε στη διαπίστωση ότι η επαγγελματική εξουθένωση των ιατρών, των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών που εργάζονται στα νοσοκομεία είναι αυξημένη και εκφράζεται με αισθήματα αποπροσωποποίησης και συναισθηματικής εξάντλησης. Για την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους των επαγγελματιών της υγείας προτάθηκε, μάλιστα, η διαμόρφωση ενός προγράμματος συναισθηματικής στήριξης και ενδυνάμωσης του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τα σχετικά ερευνητικά δεδομένα, η επαφή με την ασθένεια και τον θάνατο στο πλαίσιο του επαγγέλματος, αποτελεί παράγοντα ικανό να πυροδοτήσει το έντονο άγχος στον επαγγελματία. Σε σχετική τους έρευνα, μάλιστα, οι Πασχάλη και Παναγιωτοπούλου (2012) παρατήρησαν ότι ακόμη και φοιτητές της Νοσηλευτικής επιφορτίζονται με αξιοσημείωτο άγχος. Οι ίδιες μάλιστα διαπίστωσαν ότι η πρώιμη συμβουλευτική παρέμβαση ήταν δυνατόν να συμβάλει σημαντικά στην βελτίωση της ψυχικής υγείας των φοιτητών αυτών. Συγκεκριμένα, τα

αποτελέσματα αυτών των προγραμμάτων δείχνουν ότι οι παρεμβάσεις ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματικές τόσο στη μείωση του άγχους όσο και στη βελτίωση της διάθεσης των φοιτητών, αναδεικνύοντας έτσι τη σπουδαιότητα της πρωτογενούς πρόληψης στο ακαδημαϊκό πλαίσιο για τη διασφάλιση της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής των φοιτητών.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το άγχος που οφείλεται στην εργασία είναι το δεύτερο σε συχνότητα πρόβλημα υγείας που σχετίζεται με την εργασία και επηρεάζει το 28% των εργαζομένων. Το εργασιακό στρες αποτελεί ψυχοκοινωνικό παράγοντα κινδύνου στον εργασιακό χώρο και παρουσιάζεται όταν οι απαιτήσεις που οφείλονται σε παράγοντες εργασίας ξεπερνούν την ικανότητα αντιμετώπισης ή ελέγχου της κατάστασης.

Σε έρευνα των Μουστάκα και συν. (2010) που αφορούσε την διερεύνηση εργασιακού στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό με την συγκριτική μελέτη μεταξύ νοσοκομείων πρωτεύουσας και περιφέρειας, τα αποτελέσματα αποδεικνύονται χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι στα νοσοκομεία της περιφέρειας ο μέσος όρος της κλίμακας του εργασιακού στρες είναι 30,39 με τυπική απόκλιση 7,27 έχοντας μικρότερη τιμή το 12 και μεγαλύτερη το 47. Από την άλλη, στα νοσοκομεία της πρωτεύουσας ο μέσος όρος της κλίμακας του εργασιακού στρες είναι 31 με τυπική απόκλιση 7,29 ενώ η μικρότερη τιμή είναι το 15 και μεγαλύτερη το 53. Σύμφωνα με το σύνολο των ευρημάτων της έρευνας στην ύπαρξη του εργασιακού στρες συμβάλουν ο αυξημένος φόρτος εργασίας καθώς και η σύγκρουση μεταξύ επαγγελματικού και οικογενειακού ρόλου. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν και με ευρήματα άλλων ερευνών που κατατάσσουν το επάγγελμα του νοσηλευτή ως το πλέον στρεσογόνο συγκριτικά με άλλα επαγγέλματα υγείας (Μουστάκα και συν., 2010; Οργανοπούλου, 2013; Πασχάλη & Παναγιωτοπούλου, 2012).

Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι οι σχετικές έρευνες συμφωνούν στο συμπέρασμα ότι τα επαγγέλματα υγείας συνδέονται με το αυξημένο εργασιακό άγχος και απαιτούν την έγκαιρη και πρώιμη παρέμβαση για την πρόληψη και την αποτελεσματική αντιμετώπιση των αρνητικών συνεπειών του άγχους στον εργασιακό χώρο της υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Μεθοδολογία της έρευνας

4.1 Εισαγωγή στην περίπτωση των εργαζομένων στο ΚΕΘΕΑ

Το ΚΕΘΕΑ αποτελεί το μεγαλύτερο κι ευρύτερο δίκτυο υπηρεσιών απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης στην ελληνική επικράτεια. Ήδη από την ίδρυση της ΙΘΑΚΗΣ, της πρώτης ελληνικής Θεραπευτικής Κοινότητας, το 1983, το ΚΕΘΕΑ παρέχει συστηματικά υπηρεσίες θεραπείας και υποστήριξης σε άτομα με εξαρτήσεις και τις οικογένειές τους. Στο σύνολό τους, οι υπηρεσίες του ΚΕΘΕΑ προσφέρονται χωρίς οικονομική επιβάρυνση και χωρίς λίστες αναμονής. Προγράμματα του δικτύου εφαρμόζονται οπουδήποτε συναντά κανείς χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, στο δρόμο, στα σωφρονιστικά καταστήματα, σε ειδικές μονάδες σε όλη τη χώρα. Το ΚΕΘΕΑ απευθύνεται ακόμη σε όσους αντιμετωπίζουν προβλήματα με διαφορετικές μορφές εξάρτησης, πέραν των ναρκωτικών ουσιών, όπως το αλκοόλ, ο τζόγος και το διαδίκτυο.

Τα προγράμματα του ΚΕΘΕΑ αντιμετωπίζουν την εξάρτηση και τα προβλήματα που τη συνοδεύουν ολιστικά, προσφέροντας τόσο συμβουλευτική υποστήριξη, όσο και θεραπεία απεξάρτησης. Παράλληλα, παρέχουν συμβουλευτική υποστήριξη στην οικογένεια των θεραπευόμενων, ολιστική φροντίδα για θέματα υγείας των χρηστών, καθώς και υποστήριξη σχετική με τυχόν νομικές εκκρεμότητες, την εκπαίδευση και κατάρτιση των χρηστών, την κοινωνική και επαγγελματική τους επανένταξη. Στη διάρκεια της θεραπείας δεν χορηγούνται υποκατάστατα ή φάρμακα, καθώς στόχο της παρέμβασης αποτελεί η πλήρης και σταθερή αποχή από τις ουσίες και η επαρκής επανένταξη του ατόμου στην κοινωνία.

Εκτός από τα θεραπευτικά του προγράμματα, το ΚΕΘΕΑ εφαρμόζει επιπλέον προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας σε εκπαιδευτικές κοινότητες όλων των βαθμίδων, ομάδες υψηλού κινδύνου για χρήση ουσιών και τις τοπικές κοινωνίες. Σήμερα, μάλιστα, το δίκτυο αποτελεί τον κατεξοχήν δραστήριο οργανισμό εκπαίδευσης και έρευνας στον τομέα των εξαρτήσεων με προγράμματα και

δραστηριότητες που επιδιώκουν την καλύτερη κατανόηση του φαινομένου, την προώθηση της επιστημονικής γνώσης για τις εξαρτήσεις και τη διαρκή βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται στα εξαρτημένα άτομα και τις οικογένειές τους (ΚΕΘΕΑ, www.kethea.gr).

4.2 Τεχνικές Ανάλυσης Δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων ή στατιστική ανάλυση που στον κόσμο των ερευνών είθισται να αποκαλείται, αποτελεί ένα βασικό σύστημα υποστήριξης και είναι συνδυασμός των βασικών στατιστικών μεθόδων και των υπολογιστικών συστημάτων (Χαλικιάς, 2010).

Έτσι, λοιπόν, η στατιστική ανάλυση των δεδομένων θα υλοποιηθεί με τη χρήση του στατιστικού πακέτου Superior Performance Software System (SPSS) με την 21η έκδοση. Η χρήση του συγκεκριμένου στατιστικού προγράμματος παρέχει τη δυνατότητα να αξιολογηθεί η ψυχική υγεία των θεραπειών του ΚΕΘΕΑ. Σε γενικές γραμμές, η ερμηνεία των αποτελεσμάτων θα γίνει με μονομεταβλητή ανάλυση και τη βοήθεια της περιγραφικής στατιστικής. Ειδικότερα, για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας των θεραπειών του ΚΕΘΕΑ θα χρησιμοποιηθεί η κλίμακα Hamilton (1959). Η κλίμακα περιλαμβάνει 13 καταγραφές ψυχικών και σωματικών εκδηλώσεων του άγχους, όπου αν αθροιστούν οι απαντήσεις τους παρέχουν μια συνολική τιμή που αντιστοιχεί στα επίπεδα άγχους. Σε όλες τις αναλύσεις θα χρησιμοποιηθεί επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ($\alpha = 0.01$).

4.2.1 Ανάλυση του Δείγματος - Περιγραφική Ανάλυση των Δημογραφικών Στοιχείων

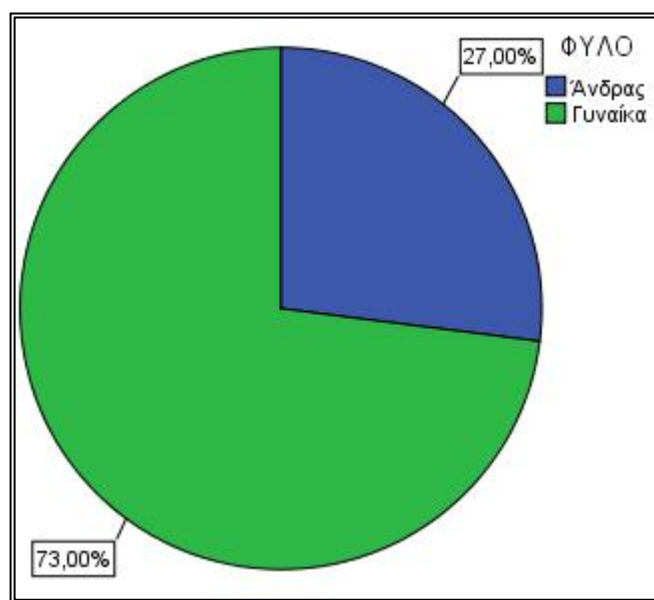
Τα δημογραφικά στοιχεία περιλαμβάνουν το Φύλο, την Ηλικία, την Οικογενειακή Κατάσταση, το Μορφωτικό Επίπεδο, τη Θέση Απασχόλησης, το Ωράριο, τη Βάρδια

και τη Θέση Εργασίας. Παρακάτω αναλύεται με Περιγραφική Ανάλυση κάθε μία μεταβλητή που αφορά τα Δημογραφικά Στοιχεία.

Μεταβλητή 1: Φύλο

Πίνακας 4.1 Κατανομή του Δείγματος ανά Φύλο

Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
<i>Άνδρας</i>	27	27%	27%
<i>Γυναίκα</i>	73	73%	100%
<i>Σύνολο</i>	100	100%	-



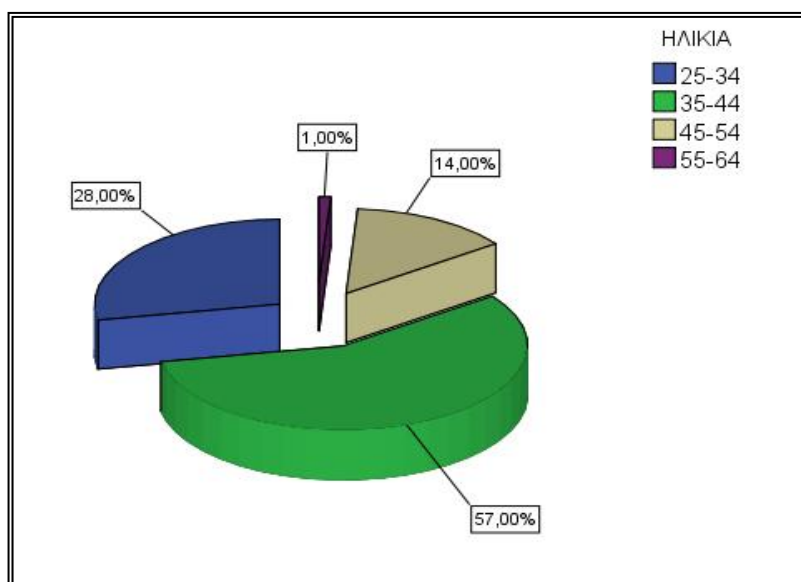
4.1 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος ανά Φύλο

Το δείγμα αποτελείται από 100 ερωτώμενους από τους οποίους οι 27 είναι άνδρες και οι 73 γυναίκες. Παρατηρείται ότι ο γυναικείος πληθυσμός του δείγματος είναι μεγαλύτερος από τον ανδρικό και ο λόγος είναι ότι γενικά το δίκτυο υπηρεσιών απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης απαρτίζεται κυρίως από εργαζομένους θηλυκού γένους, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι είναι ένας κλάδος που χαρακτηρίζεται γυναικοκρατούμενος.

Μεταβλητή 2: Ηλικία

Πίνακας 4.2 Κατανομή του Δείγματος ανά Ηλικία

Ηλικία	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
18 - 24	0	0%	0%
25 - 34	28	28%	28%
35 - 44	57	57%	85%
45 - 54	14	14%	99%
55 - 64	1	1%	100%
>= 65	0	0%	0%
Σύνολο	100	100	-



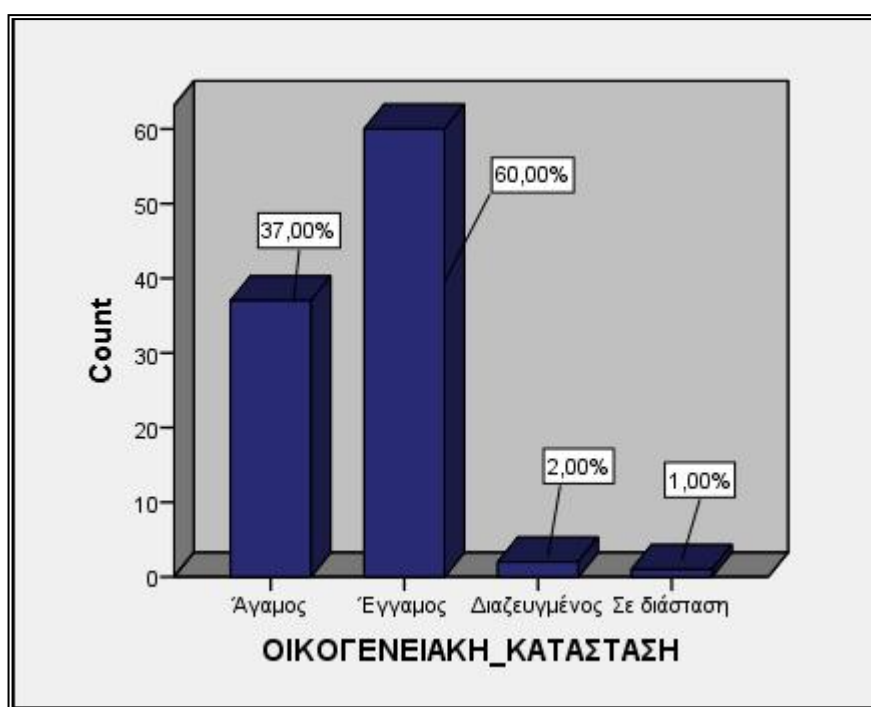
4.2 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος ανά Ηλικία

Η ηλικία του δείγματος μετρήθηκε με τη βοήθεια 6 ηλικιακών κατηγοριών, οι οποίες φαίνονται στον παραπάνω Πίνακα 4.2. Αναλυτικότερα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ανήκει στην ηλικιακή κατηγορία 35 – 44, αποκτώντας το 57%. Ακολουθεί η ηλικιακή κατηγορία 25 – 34 με ποσοστό 28% και στη συνέχεια η κατηγορία 45 – 54 με 14%. Μετρήθηκε ένας εργαζόμενος ο οποίος είναι από 55 μέχρι 64 ετών και αντιστοιχεί στο 1% του συνόλου του δείγματος, ενώ στις ηλικιακές κατηγορίες 18 – 24 και άνω των 65 δεν ανήκει κανείς από τους ερωτηθέντες.

Μεταβλητή 3: Οικογενειακή Κατάσταση

Πίνακας 4.3 Κατανομή του Δείγματος σύμφωνα με την Οικογενειακή Κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
Άγαμος	37	37%	37%
Έγγαμος	60	60%	97%
Διαζευγμένος	2	2%	99%
Χήρος	0	0%	0%
Σε Διάσταση	1	1%	100%
Σύνολο	100	100	-



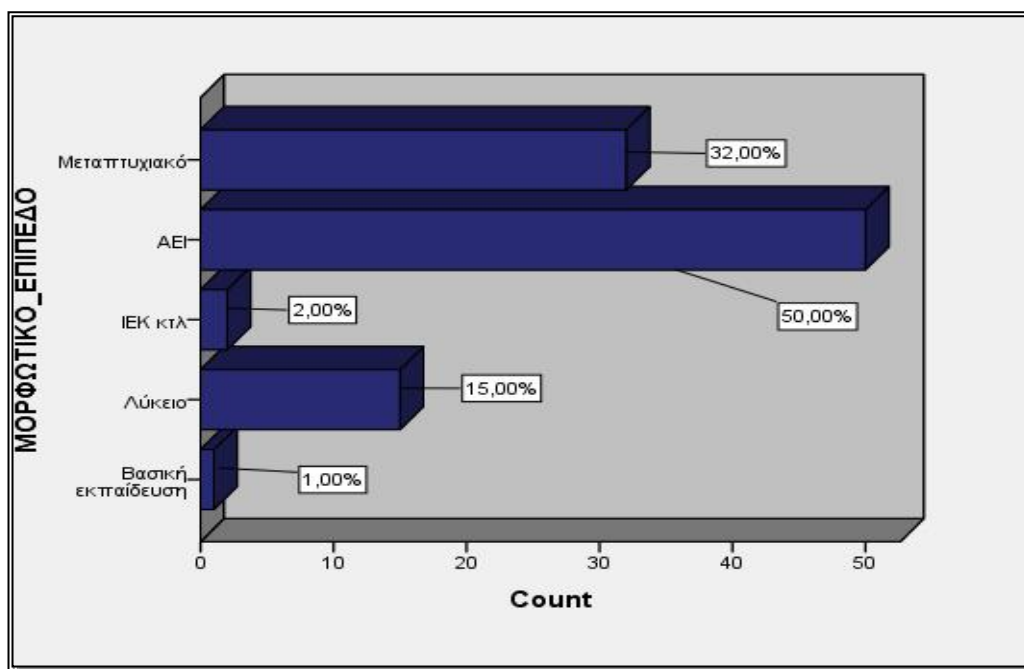
4.3 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με την Οικογενειακή Κατάσταση

Όσον αφορά την Οικογενειακή Κατάσταση των ερωτηθέντων εργαζομένων του ΚΕΘΕΑ, παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό, δηλαδή το 60%, δηλώνουν έγγαμοι και ακολουθούν οι άγαμοι με 37%. Διαζευγμένοι και σε διάσταση δηλώνουν το 2% και το 1% αντίστοιχα. Στο δείγμα δεν βρέθηκε κανείς ερωτώμενος ο οποίος να είναι χήρος.

Μεταβλητή 4: Μορφωτικό Επίπεδο

Πίνακας 4.4 Κατανομή του Δείγματος ανά Μορφωτικό Επίπεδο

Μορφωτικό Επίπεδο	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
Βασική Εκπαίδευση	1	1%	1%
Λύκειο	15	15%	16%
Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (ΙΕΚ)	2	2%	18%
ΑΕΙ	50	50%	68%
Μεταπτυχιακό	32	32%	100%
Διδακτορικό	0	0%	0%
Σύνολο	100	100	-



4.4 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος ανά Μορφωτικό Επίπεδο

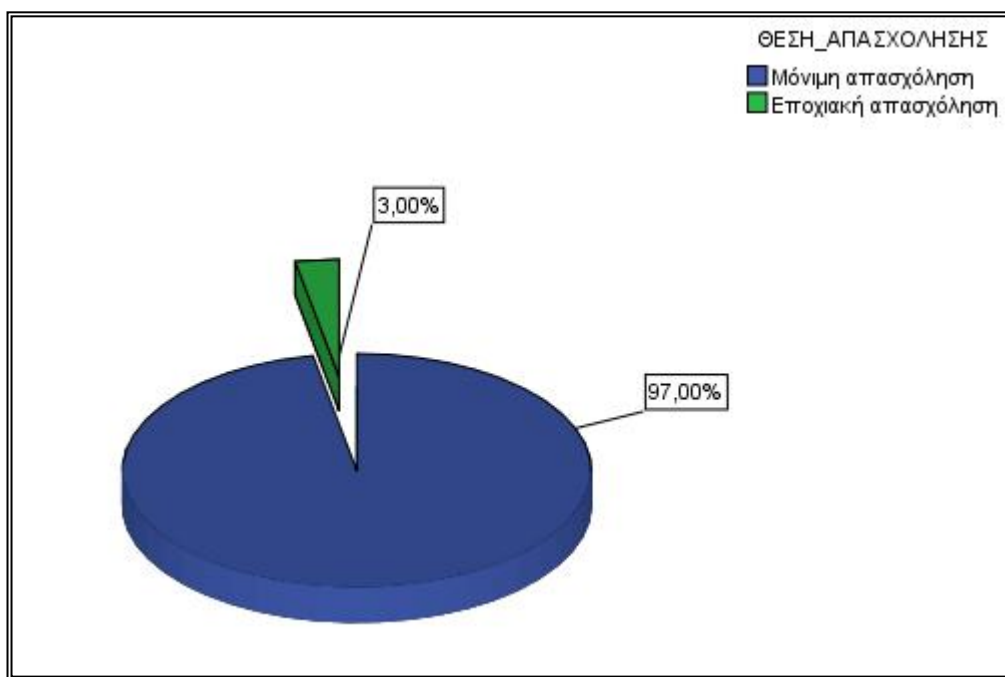
Παρατηρώντας την κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το Μορφωτικό Επίπεδο, παρατηρείται ότι το 50% των εργαζομένων είναι απόφοιτοι ΑΕΙ και το 32% κατέχει και Μεταπτυχιακό τίτλο. Ακολουθεί το 15% των ερωτηθέντων, οι οποίοι είναι

απόφοιτοι Λυκείου. Μεταλυκειακής εκπαίδευσης σε ΙΕΚ και Βασικής εκπαίδευσης είναι το 2% και το 1% αντίστοιχα.

Μεταβλητή 5: Θέση Απασχόλησης

Πίνακας 4.5 Κατανομή του δείγματος ανά Θέση Απασχόλησης

Θέση Απασχόλησης	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
<i>Μόνιμη</i>	97	97%	97%
<i>Εποχιακή</i>	3	3%	100%
<i>Σύνολο</i>	100	100	-



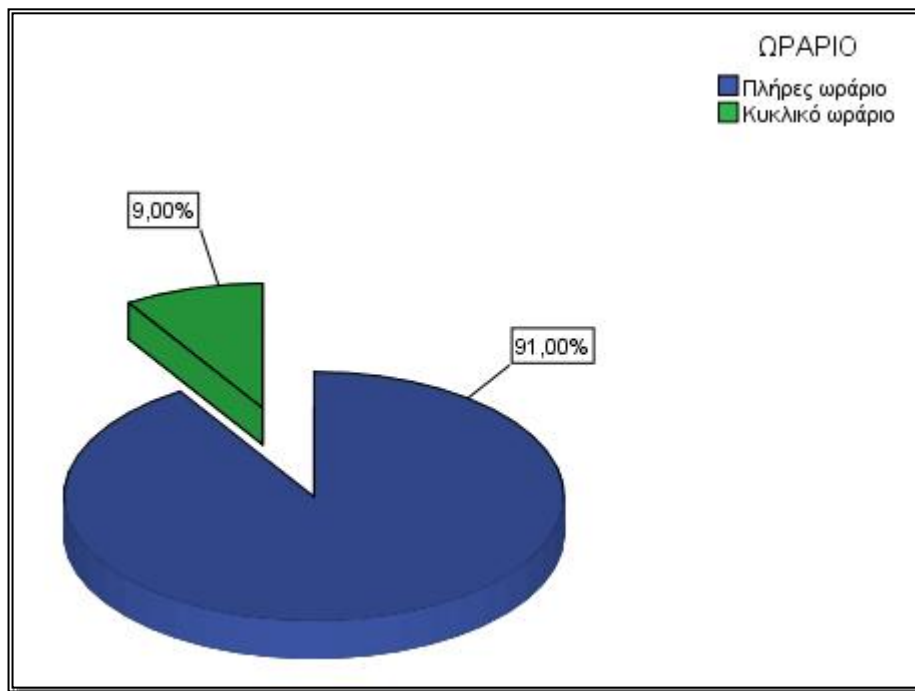
4.5 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος ανά Θέση Απασχόλησης

Σχετικά με τη Θέση Απασχόλησης, το 97% δηλώνει ότι είναι μόνιμη και μόλις το 3% εποχιακή απασχόληση.

Μεταβλητή 6: Ωράριο

Πίνακας 4.6 Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το Ωράριο

Ωράριο	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
<i>Πλήρες</i>	91	91%	91%
<i>Κυκλικό</i>	9	9%	100%
<i>Σύνολο</i>	100	100	-



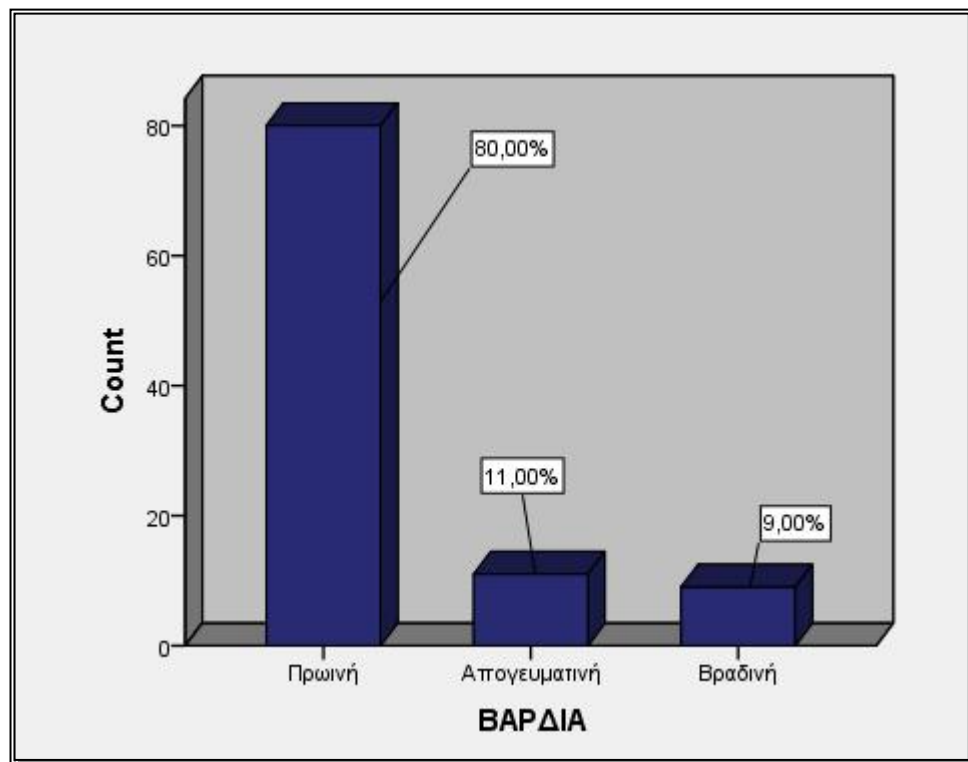
4.6 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το Ωράριο

Εξετάζοντας το δείγμα σύμφωνα με το ωράριο, το 91% δηλώνει ότι ακολουθεί Πλήρες ωράριο και το 9% Κυκλικό.

Μεταβλητή 7: Βάρδια

Πίνακας 4.7 Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με τη Βάρδια

Βάρδια	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
<i>Πρωινή</i>	80	80%	80%
<i>Απογευματινή</i>	11	11%	91%
<i>Βραδινή</i>	9	9%	100%
<i>Σύνολο</i>	100	100	-



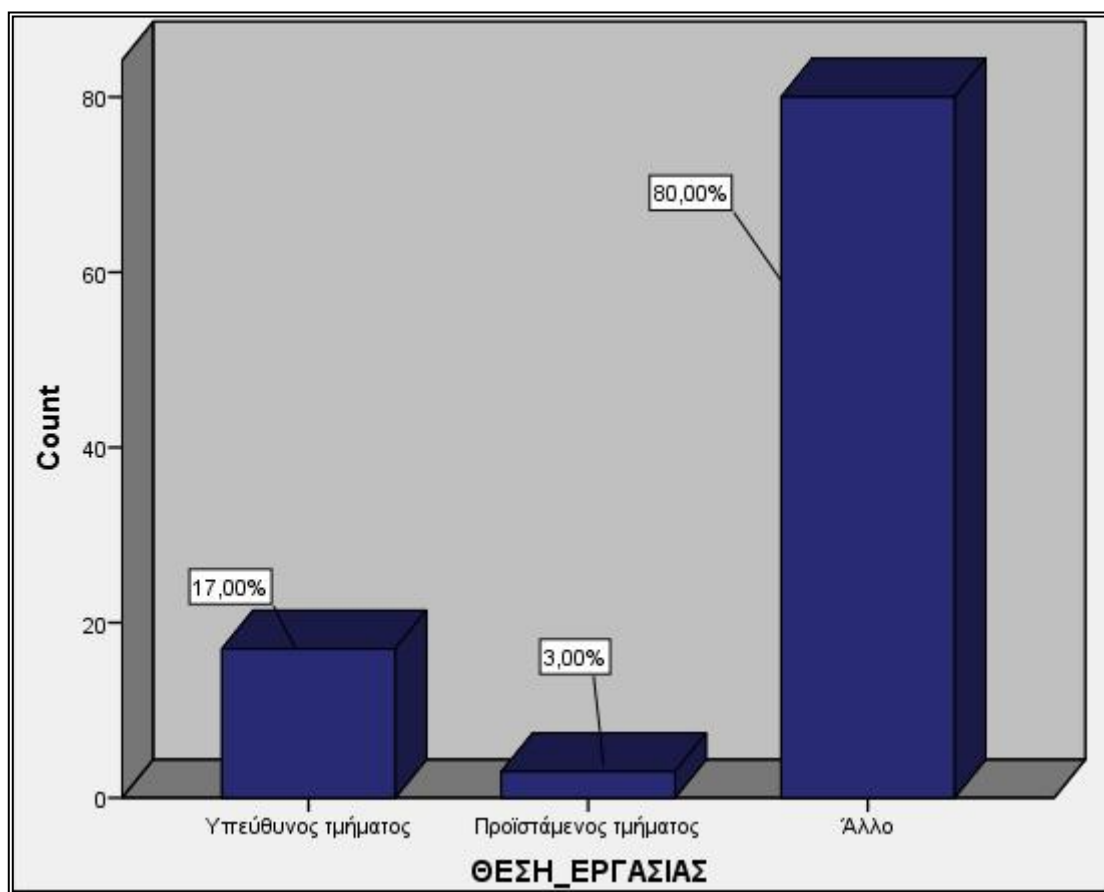
4.7 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με τη Βάρδια

Εξετάζοντας το δείγμα σύμφωνα με το βάρδια, το 80% δηλώνει ότι ακολουθεί πρωινή βάρδια, το 11% απογευματινή και το 9% βραδινή.

Μεταβλητή 8: Θέση Εργασίας

Πίνακας 4.8 Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με τη Θέση Εργασίας

Θέση Εργασίας	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
Υπεύθυνος τμήματος	17	17%	17%
Προϊστάμενος τμήματος	3	3%	20%
Άλλο	80	80%	100%
Σύνολο	100	100	-



4.8 Ποσοστιαία Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με τη Θέση Εργασίας

Ολοκληρώνοντας τα Δημογραφικά Στοιχεία του δείγματος, οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να δηλώσουν τη θέση που κατέχουν στο φορέα και οι απαντήσεις τους παρουσιάζονται αναλυτικά στον ανωτέρω Πίνακα 4.8. Αναλυτικότερα, το 17%

δήλωσε ότι εργάζεται σαν Υπεύθυνος κάποιου τμήματος και το 3% σαν Προϊστάμενος τμήματος. Το μεγαλύτερο ποσοστό, δηλαδή 80%, δήλωσε ότι κατέχει άλλες θέσεις.

4.2.2 Μονομεταβλητή Ανάλυση Δεδομένων – Κλίμακα Άγχους Hamilton

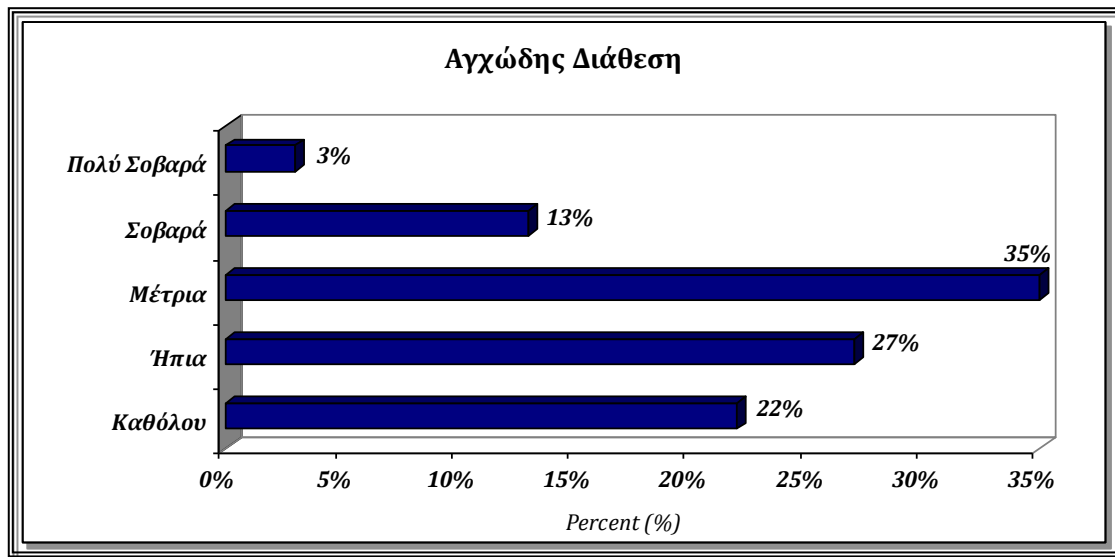
Με την Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση περιγράφονται οι μέθοδοι που ασχολούνται με τη συλλογή, παρουσίαση και χαρακτηρισμό (ταξινόμηση) των δεδομένων ανάλογα με το είδος των χαρακτηριστικών που περιγράφουν (μετρούν) (Χαλικιάς, 2010). Η περιγραφική ανάλυση κρίνεται αναγκαία καθώς η χρήση των περιγραφικών τεχνικών βοηθούν στην παρουσίαση και την κατανόηση τόσο των στοιχείων όσο και των χαρακτηριστικών του δείγματος, αλλά και στην εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων για την έρευνα.

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο αναλύονται μία προς μία οι εξεταζόμενες μεταβλητές με τη βοήθεια της περιγραφικής στατιστικής. Αναλυτικότερα, περιγράφονται τα αριθμητικά δεδομένα και παρουσιάζονται σε μορφή πινάκων και διαγραμμάτων.

Μεταβλητή 9: Αγχώδης Διάθεση

Πίνακας 4.9 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Αγχώδης Διάθεση"

<i>Α Γ Χ Ω Δ Η Σ Δ Ι Α Θ Ε Σ Η</i>			
	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
<i>Καθόλου</i>	22	22%	22%
<i>Ήπια</i>	27	27%	49%
<i>Μέτρια</i>	35	35%	84%
<i>Σοβαρά</i>	13	13%	97%
<i>Πολύ Σοβαρά</i>	3	3%	100%
<i>Σύνολο</i>	100	100	-



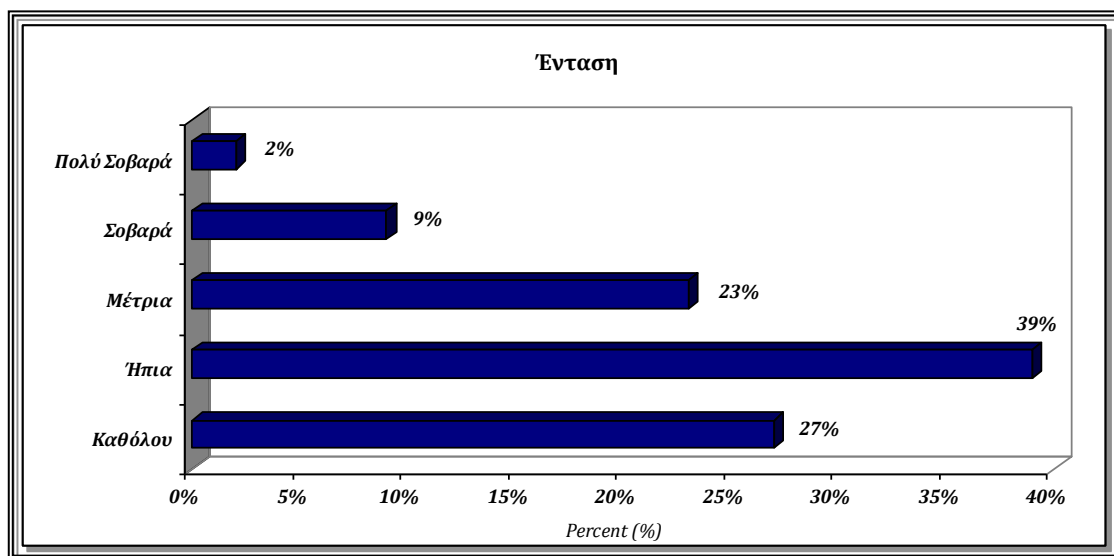
4.9 Αγχώδης Διάθεση

Η πρώτη μεταβλητή της Κλίμακας άγχους Hamilton, αφορά την *Αγχώδη Διάθεση*, την οποία σαν σύμπτωμα το 35% των ερωτηθέντων το χαρακτηρίζει μέτριας έντασης σύμπτωμα, το 27% ήπιας και το 22% δηλώνει απουσία του συμπτώματος. Το 13% το θεωρεί σοβαρά σύμπτωμα ενώ το 3% πολύ σοβαρό.

Μεταβλητή 10: Ένταση

Πίνακας 4.10 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής “Ένταση”

Ε Ν Τ Α Σ Η			
	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
<i>Καθόλου</i>	27	27%	27%
<i>Ήπια</i>	39	39%	66%
<i>Μέτρια</i>	23	23%	89%
<i>Σοβαρά</i>	9	9%	98%
<i>Πολύ Σοβαρά</i>	2	2%	100%
<i>Σύνολο</i>	100	100	-



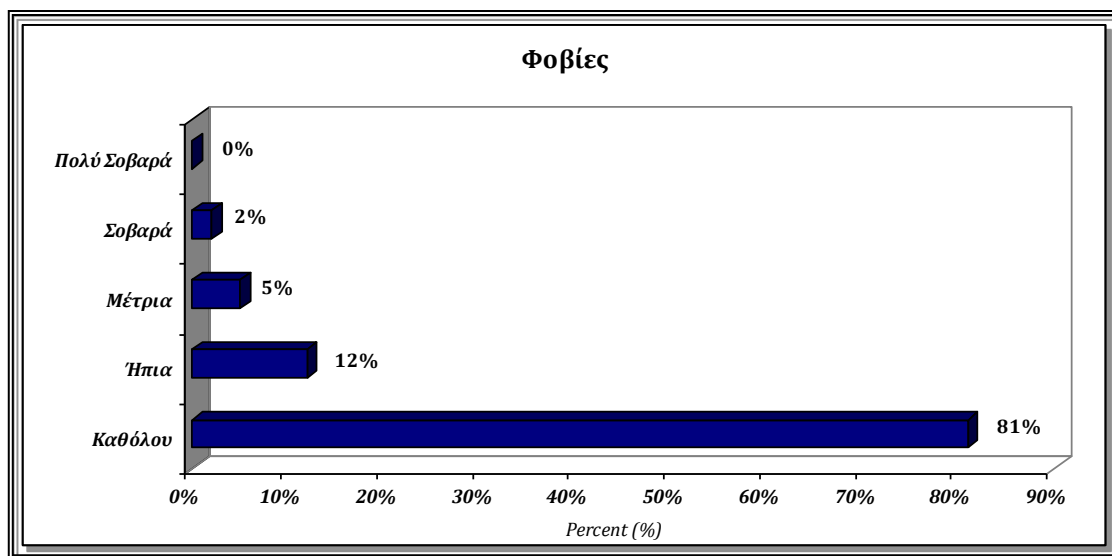
4.10 Ένταση

Το σύμπτωμα της **Έντασης** (με την έννοια της Υπερέντασης) θεωρείται από το 39% ήπιας έντασης, από το 27% ανύπαρκτο και από το 23% μέτριας έντασης. Σοβαρό και πολύ σοβαρό σύμπτωμα θεωρείται από το 9% και το 2% αντίστοιχα.

Μεταβλητή 11: Φοβίες

Πίνακας 4.11 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Φοβίες"

Φ Ο Β Ι Ε Σ			
	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
Καθόλου	81	81%	81%
Ήπια	12	12%	93%
Μέτρια	5	5%	98%
Σοβαρά	2	2%	100%
Πολύ Σοβαρά	0	0%	0%
Σύνολο	100	100	-



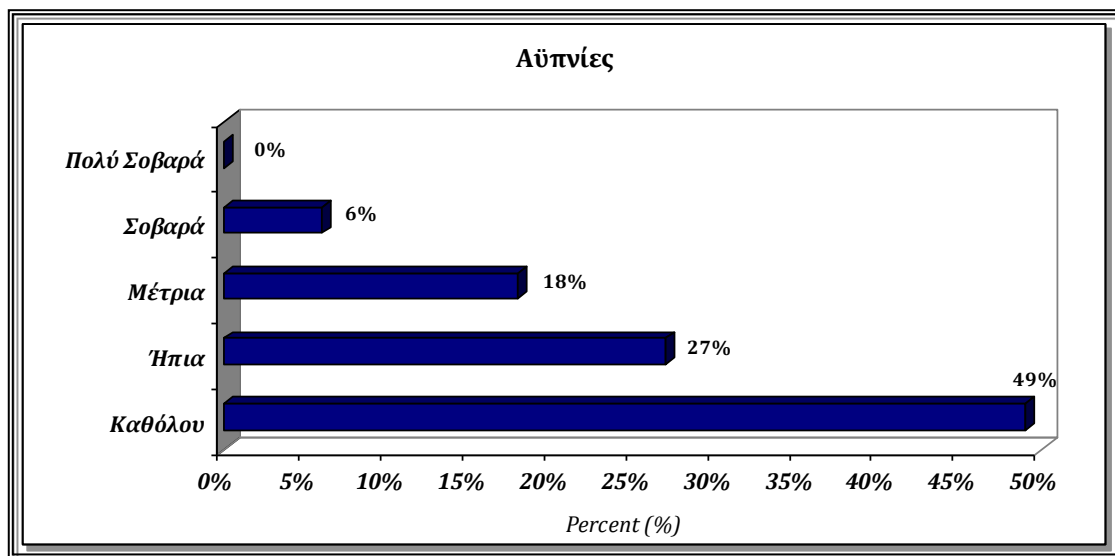
4.11 Φοβίες

Οι **Φοβίες** θεωρούνται από το 81% του δείγματος ανύπαρκτο σύμπτωμα, ενώ από το 12% ήπιας έντασης. Ακολουθεί το 5% που το θεωρεί μέτριας έντασης και το 2% σοβαρό σύμπτωμα, ενώ κανείς από τους ερωτώμενους δε θεωρεί ότι είναι πολύ σοβαρό.

Μεταβλητή 12: Αϋπνίες

Πίνακας 4.12 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Αϋπνίες"

Α Ψ Π Ν Ι Ε Σ			
	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
Καθόλου	49	49%	49%
Ήπια	27	27%	76%
Μέτρια	18	18%	94%
Σοβαρά	6	6%	100%
Πολύ Σοβαρά	0	0%	0%
Σύνολο	100	100	-



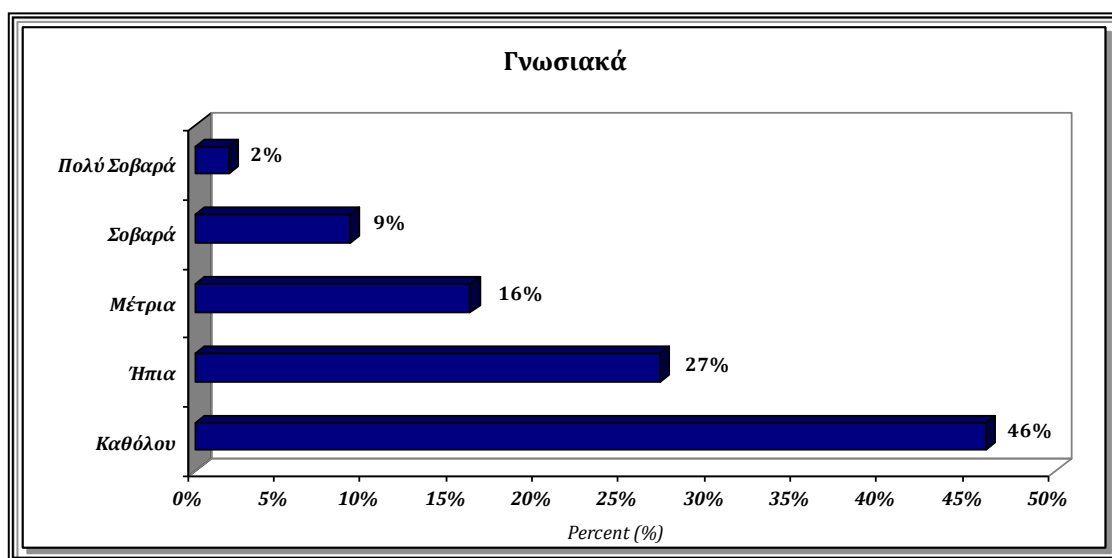
4.12 Αϋπνίες

Οι μισοί περίπου ερωτηθέντες (49%) του δείγματος θεωρούν ότι οι *Αϋπνίες* δεν αποτελούν σοβαρό σύμπτωμα άγχους ενώ το 27% το θεωρούν ήπιας έντασης. Ακολουθεί το 18% του δείγματος που το χαρακτηρίζει μέτριας έντασης σύμπτωμα άγχους και το 6% σοβαρό. Πολύ σοβαρό δεν χαρακτηρίστηκε από κανέναν ερωτώμενο.

Μεταβλητή 13: Γνωσιακά

Πίνακας 4.13 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Γνωσιακά"

Γ Ν Ω Σ Ι Α Κ Α			
	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
<i>Καθόλου</i>	46	46%	46%
<i>Ήπια</i>	27	27%	73%
<i>Μέτρια</i>	16	16%	89%
<i>Σοβαρά</i>	9	9%	98%
<i>Πολύ Σοβαρά</i>	2	2%	100%
<i>Σύνολο</i>	100	100	-



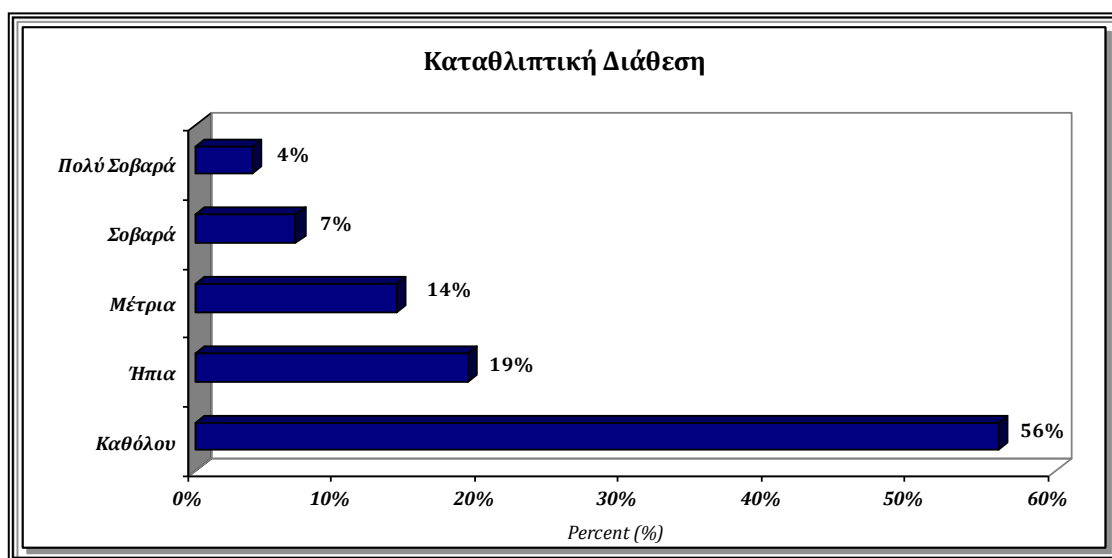
4.13 Γνωσιακά

Η δυσκολία στη συγκέντρωση και οι διαταραχές της μνήμης (*Γνωσιακά*) θεωρούνται από το 46% καθόλου σημαντικό σύμπτωμα, ενώ από το 27% ήπιας έντασης σύμπτωμα και από το 16% μέτριας. Σοβαρό και πολύ σοβαρό σύμπτωμα άγχους θεωρούνται από το 9% και το 2% αντίστοιχα.

Μεταβλητή 14: Καταθλιπτική Διάθεση

Πίνακας 4.14 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Καταθλιπτική Διάθεση"

ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ			
	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
<i>Καθόλου</i>	56	56%	56%
<i>Ήπια</i>	19	19%	75%
<i>Μέτρια</i>	14	14%	89%
<i>Σοβαρά</i>	7	7%	96%
<i>Πολύ Σοβαρά</i>	4	4%	100%
<i>Σύνολο</i>	100	100	-



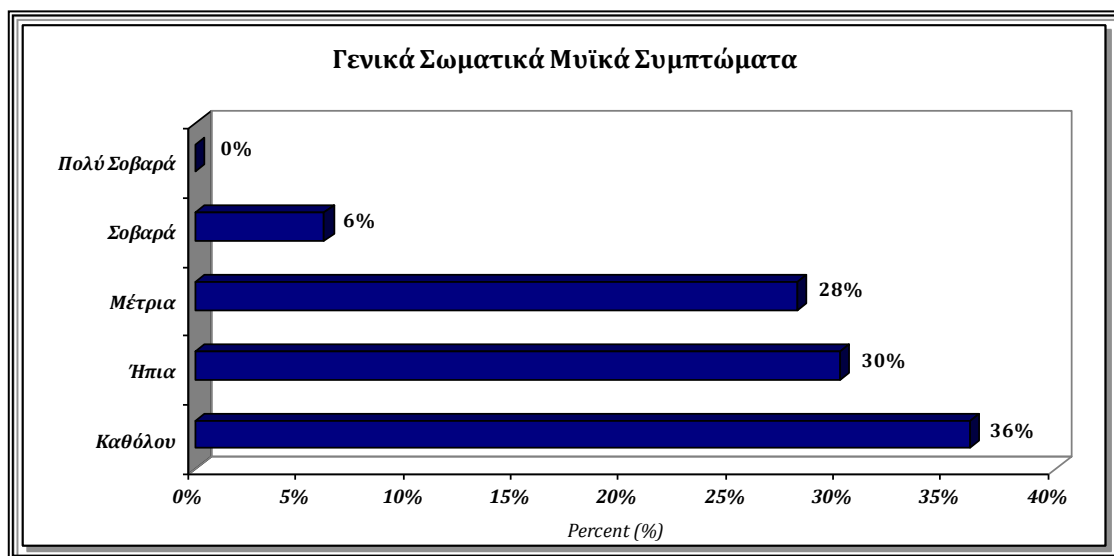
4.14 Καταθλιπτική Διάθεση

Το έκτο κατά σειρά σύμπτωμα, η *Καταθλιπτική Διάθεση* χαρακτηρίζεται από το 19% ήπιας έντασης και από το 14% μέτριας έντασης σύμπτωμα. Παραπάνω από τους μισούς εργαζομένους (56%) που απαρτίζουν το δείγμα θεωρούν ότι η Καταθλιπτική Διάθεση δεν είναι ιδιαίτερα σημαντικό σύμπτωμα τους άγχους τους τη στιγμή που το 7% το θεωρεί σοβαρό και το 4% πολύ σοβαρό.

Μεταβλητή 15: Γενικά Σωματικά Μυϊκά Συμπτώματα

Πίνακας 4.15 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Γενικά Σωματικά Μυϊκά Συμπτώματα"

ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΜΥΪΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ			
	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
<i>Καθόλου</i>	36	36%	36%
<i>Ήπια</i>	30	30%	66%
<i>Μέτρια</i>	28	28%	94%
<i>Σοβαρά</i>	6	6%	100%
<i>Πολύ Σοβαρά</i>	0	0%	0%
<i>Σύνολο</i>	100	100	-



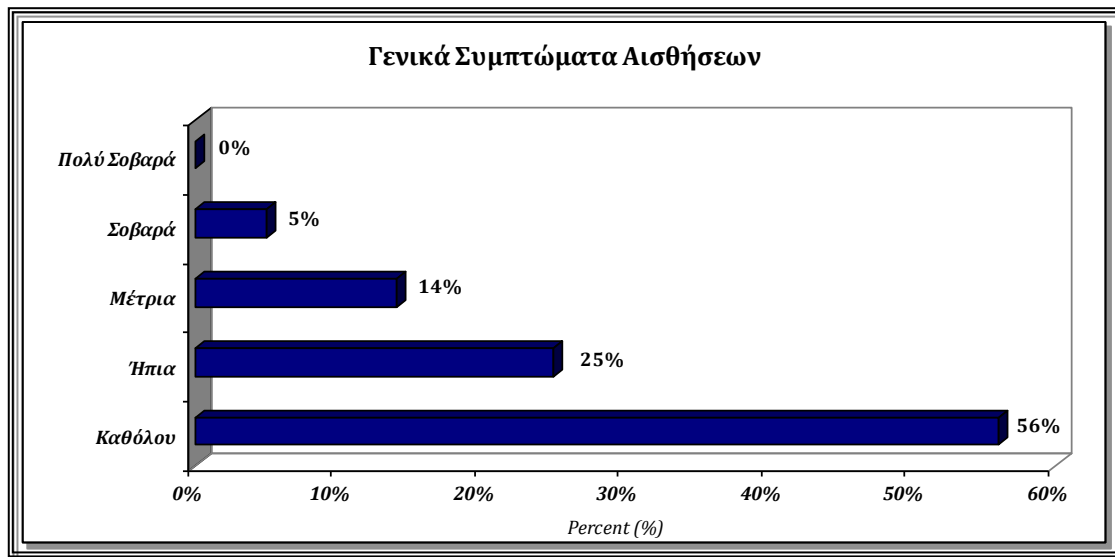
4.15 Γενικά Σωματικά Μυϊκά Συμπτώματα

Παρατηρώντας τα *Γενικά Σωματικά Μυϊκά Συμπτώματα*, γίνεται αντιληπτό ότι το 66% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι είναι ένα σύμπτωμα ήπιας έντασης (30%) αλλά και ότι δεν αποτελεί ουσιώδες σύμπτωμα άγχους (36%). Ταυτόχρονα, το 28% θεωρεί ότι είναι μέτριας έντασης, το 6% σοβαρής και κανείς δεν το θεωρεί πολύ σοβαρό.

Μεταβλητή 16: Γενικά Συμπτώματα Αισθήσεων

Πίνακας 4.16 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Γενικά Συμπτώματα Αισθήσεων"

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΙΣΘΗΣΕΩΝ			
	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
<i>Καθόλου</i>	56	56%	56%
<i>Ήπια</i>	25	25%	81%
<i>Μέτρια</i>	14	14%	95%
<i>Σοβαρά</i>	5	5%	100%
<i>Πολύ Σοβαρά</i>	0	0%	0%
<i>Σύνολο</i>	100	100	-



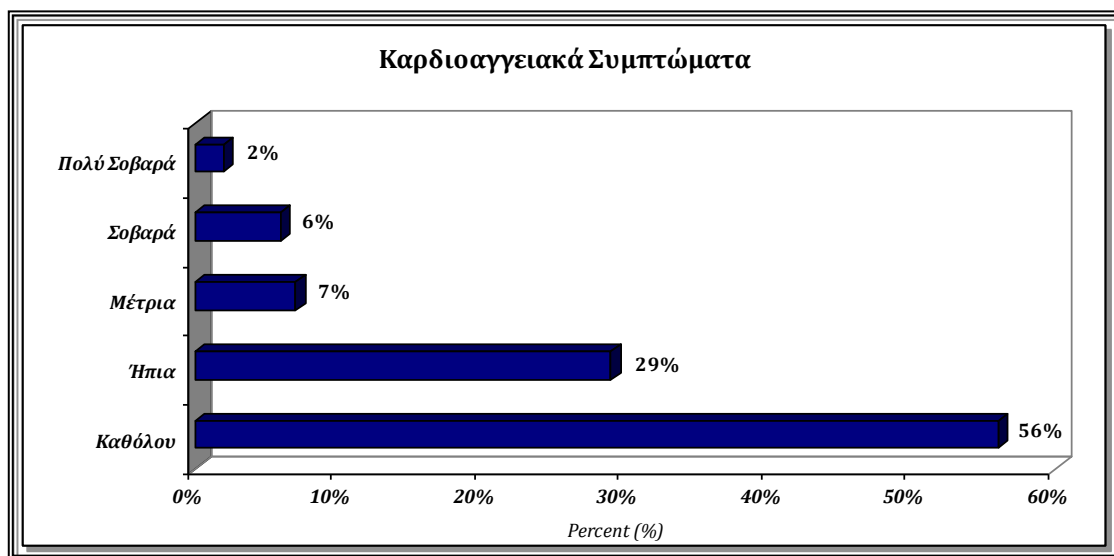
4.16 Γενικά Συμπτώματα Αισθήσεων

Σχετικά με τα *Γενικά Συμπτώματα Αισθήσεων*, το 56% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι απουσιάζει αυτό το σύμπτωμα από τα πιθανά για άγχος, ενώ το 25% αυτών το θεωρούν ήπιας, το 14% μέτριας έντασης σύμπτωμα και το 5% σοβαρό σύμπτωμα άγχους.

Μεταβλητή 17: Καρδιοαγγειακά Συμπτώματα

Πίνακας 4.17 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής “Καρδιοαγγειακά Συμπτώματα”

ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ			
	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
<i>Καθόλου</i>	56	56%	56%
<i>Ήπια</i>	29	29%	85%
<i>Μέτρια</i>	7	7%	92%
<i>Σοβαρά</i>	6	6%	98%
<i>Πολύ Σοβαρά</i>	2	2%	100%
<i>Σύνολο</i>	100	100	-



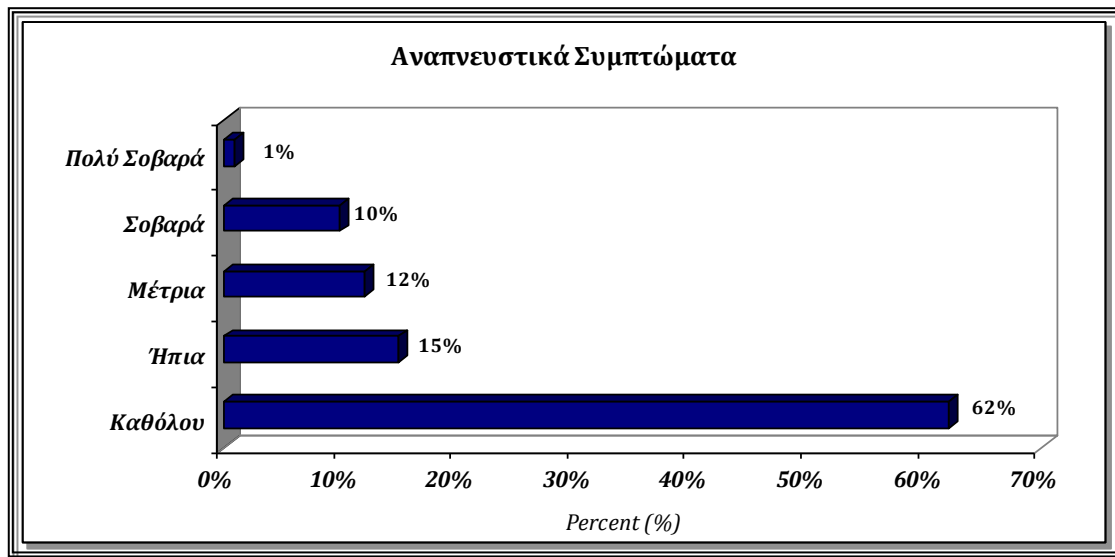
4.17 Καρδιοαγγειακά Συμπτώματα

Στη συνέχεια της Κλίμακας, εντοπίζονται τα *Καρδιοαγγειακά Συμπτώματα*, τα οποία το 56% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι δεν συμβάλλουν στο άγχος, το 29% τα θεωρούν ήπιας έντασης, το 7% μέτριας, το 6% σοβαρό σύμπτωμα άγχους και το 2% πολύ σοβαρό.

Μεταβλητή 18: Αναπνευστικά Συμπτώματα

Πίνακας 4.18 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Αναπνευστικά Συμπτώματα"

<i>ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</i>			
	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
<i>Καθόλου</i>	62	62%	62%
<i>Ήπια</i>	15	15%	77%
<i>Μέτρια</i>	12	12%	89%
<i>Σοβαρά</i>	10	10%	99%
<i>Πολύ Σοβαρά</i>	1	1%	100%
<i>Σύνολο</i>	100	100	-



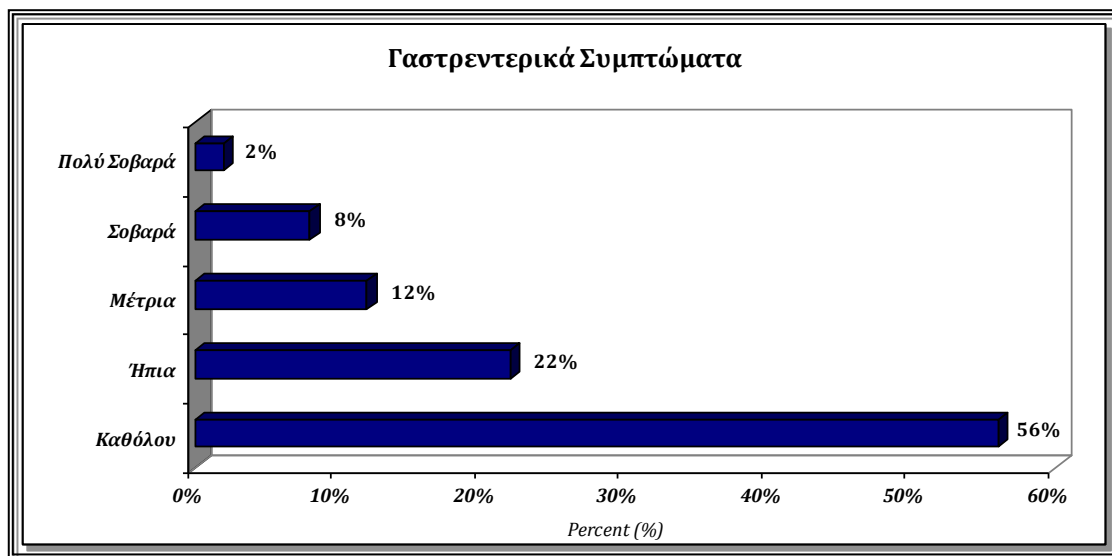
4.18 Αναπνευστικά Συμπτώματα

Σχετικά με τα *Αναπνευστικά Συμπτώματα*, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων (62%) θεωρεί ότι δεν είναι σημαντικά, το 15% ήπια, το 12% μέτρια, το 10% σοβαρά και το 1% πολύ σοβαρά.

Μεταβλητή 19: Γαστρεντερικά Συμπτώματα

Πίνακας 4.19 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Γαστρεντερικά Συμπτώματα"

<i>ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</i>			
	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
<i>Καθόλου</i>	56	56%	56%
<i>Ήπια</i>	22	22%	78%
<i>Μέτρια</i>	12	12%	90%
<i>Σοβαρά</i>	8	8%	98%
<i>Πολύ Σοβαρά</i>	2	2%	100%
<i>Σύνολο</i>	100	100	-



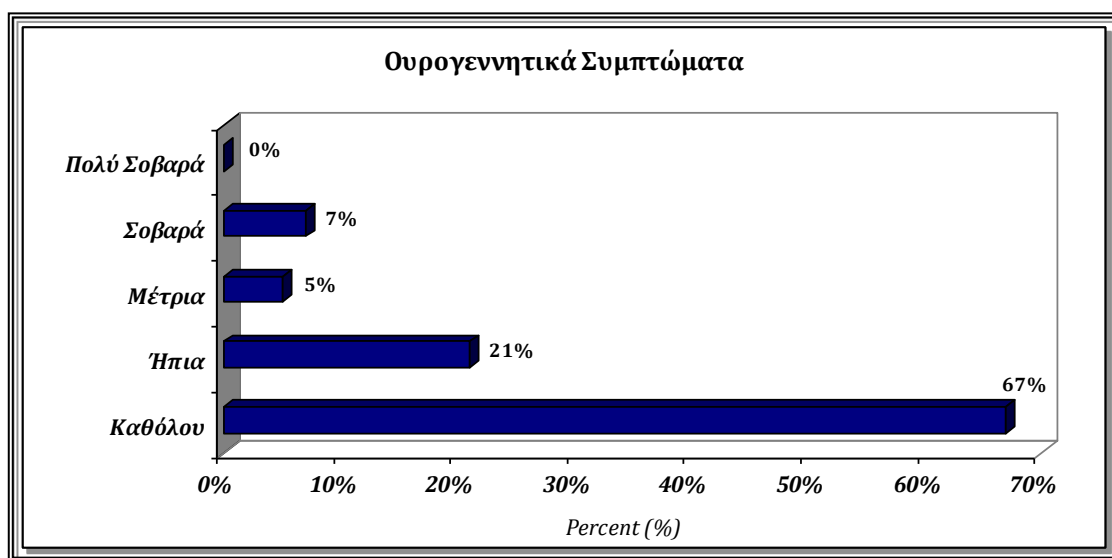
4.19 Γαστρεντερικά Συμπτώματα

Τα *Γαστρεντερικά Συμπτώματα* του άγχους, εντοπίζονται υψηλά ποσοστά στις 2 πρώτες κλίμακες, δηλαδή Καθόλου και Ήπια, 56% και 22% αντίστοιχα. Μέτριας έντασης συμπτώματα άγχους τα θεωρεί το 12% του δείγματος, σοβαρά το 8% και πολύ σοβαρά το 2%.

Μεταβλητή 20: Ουρογεννητικά Συμπτώματα

Πίνακας 4.20 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Ουρογεννητικά Συμπτώματα"

ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ			
	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
<i>Καθόλου</i>	67	67%	67%
<i>Ήπια</i>	21	21%	88%
<i>Μέτρια</i>	5	5%	93%
<i>Σοβαρά</i>	7	7%	100%
<i>Πολύ Σοβαρά</i>	0	0%	0%
<i>Σύνολο</i>	100	100	-



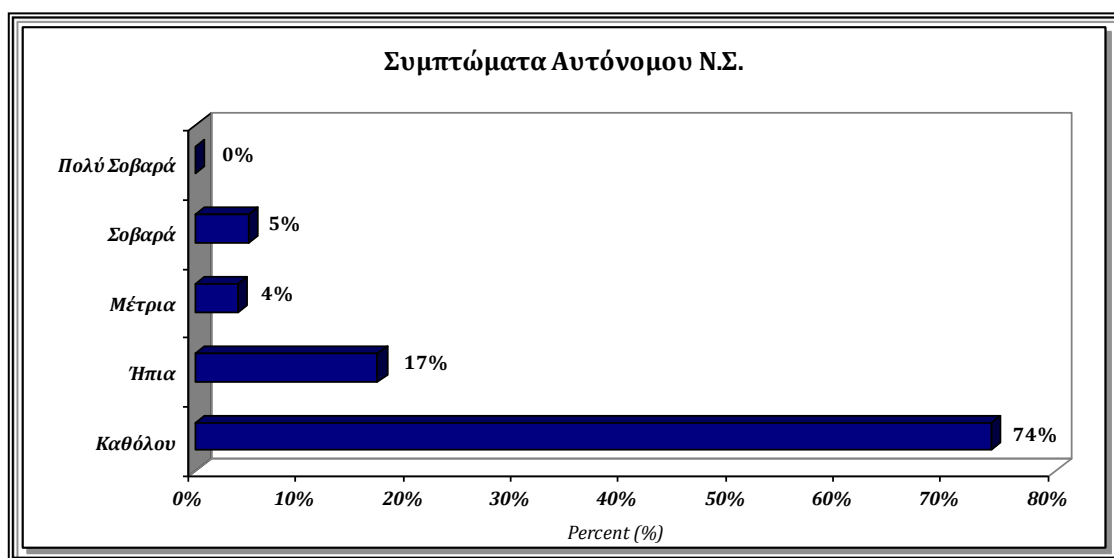
4.20 Ουρογεννητικά Συμπτώματα

Σχετικά με τα *Ουρογεννητικά Συμπτώματα*, μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (67%) θεωρεί ότι δεν αποτελούν τα ουρογεννητικά σοβαρό σύμπτωμα άγχους. Ακολουθούν το 21% του δείγματος που υποστηρίζει ότι πρόκειται για ήπιας έντασης σύμπτωμα, το 7% σοβαρό και το 5% μέτριας έντασης.

Μεταβλητή 21: Συμπτώματα Αυτόνομου Ν.Σ.

Πίνακας 4.21 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Συμπτώματα Αυτόνομου Ν.Σ."

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ Ν.Σ.			
	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
<i>Καθόλου</i>	74	74%	74%
<i>Ήπια</i>	17	17%	91%
<i>Μέτρια</i>	4	4%	95%
<i>Σοβαρά</i>	5	5%	100%
<i>Πολύ Σοβαρά</i>	0	0%	0%
<i>Σύνολο</i>	100	100	-



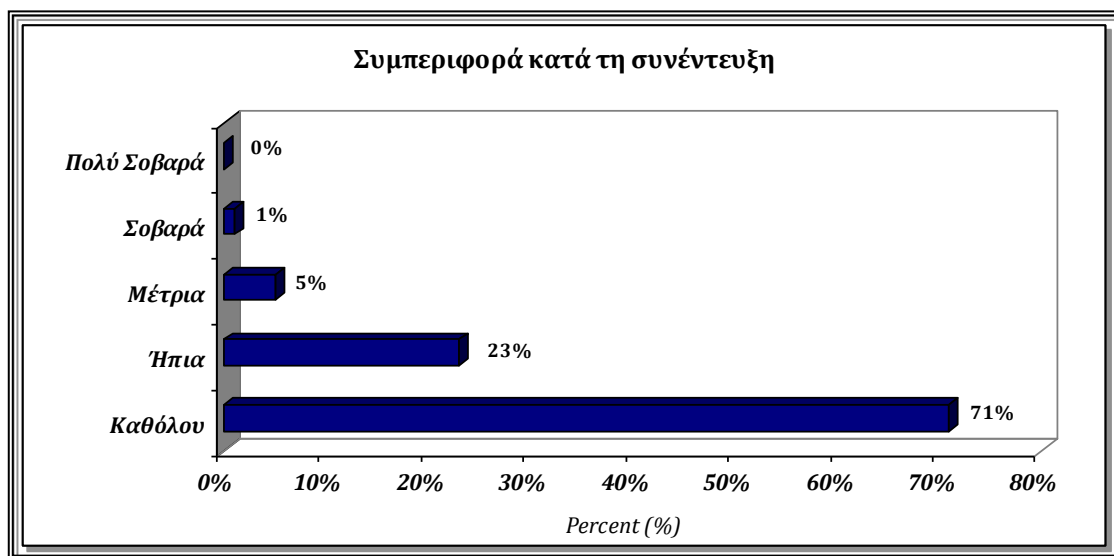
4.21 Συμπτώματα Αυτόνομου Ν.Σ.

Το προτελευταίο κατά σειρά στην Κλίμακα άγχους Hamilton σύμπτωμα, που αφορά το *Συμπτώματα Αυτόνομου Ν.Σ.*, παρατηρείται ότι από το 74% του δείγματος έχει χαρακτηριστεί μη ουσιώδες σύμπτωμα, από το 17% ήπιας έντασης, από το 5% σοβαρό και από το 4% μέτριας έντασης.

Μεταβλητή 22: Συμπεριφορά κατά τη συνέντευξη

Πίνακας 4.22 Περιγραφική Ανάλυση της μεταβλητής "Συμπεριφορά κατά τη συνέντευξη"

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ			
	Συχνότητα	Ποσοστιαία Συχνότητα	Αθροιστική Ποσοστιαία Συχνότητα
<i>Καθόλου</i>	71	71%	71%
<i>Ήπια</i>	23	23%	94%
<i>Μέτρια</i>	5	5%	99%
<i>Σοβαρά</i>	1	1%	100%
<i>Πολύ Σοβαρά</i>	0	0%	0%
<i>Σύνολο</i>	100	100	-



4.22 Συμπεριφορά κατά τη συνέντευξη

Τέλος, για τη *Συμπεριφορά κατά τη Συνέντευξη*, το 71% δεν εμφάνισε συμπτώματα άγχους και το 23% ήπιας έντασης άγχος. Χαμηλά ποσοστά εντοπίζονται στο μέτριας έντασης, σοβαρής και πολύ σοβαρής που είναι 5%, 1% και 0% αντίστοιχα.

Ακολουθεί ένας Συγκεντρωτικός Πίνακας των Συμπτωμάτων που εξετάστηκαν της Κλίμακας Άγχους Hamilton, στον οποίο διαφαίνονται οι ποσοστιαίες συχνότητες, ο μέσος όρος, η διακύμανση και η τυπική απόκλιση κάθε μιας μεταβλητής ξεχωριστά.

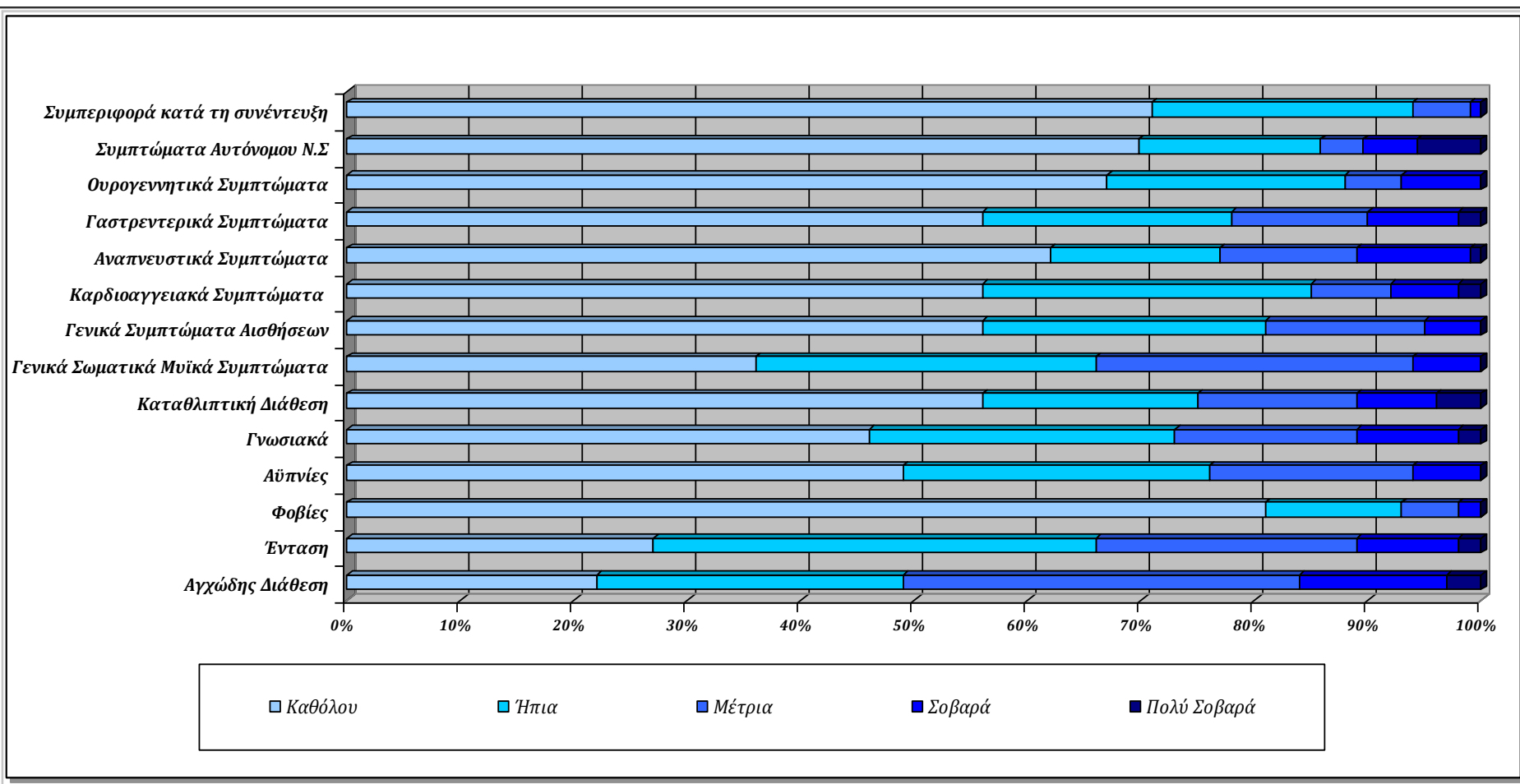
Πίνακας 4.23 Συγκεντρωτικός Πίνακας Συμπτωμάτων Κλίμακας Άγχους

Hamilton

Κλίμακα Άγχους Hamilton (Συμπτώματα)	Καθόλου (0)	Ήπια (1)	Μέτρια (2)	Σοβαρά (3)	Πολύ Σοβαρά (4)
	<i>Π ο σ ο σ τ ι α ί α Σ υ χ ν ό τ η τ α</i>				
1) Αγχώδης Διάθεση Μέσος Όρος: 1,48 Διακύμανση: 1,141 Τυπική Απόκλιση: 1,068	22	27	35	13	3
2) Ένταση Μέσος Όρος: 1,20 Διακύμανση: 1,010 Τυπική Απόκλιση: 1,005	27	39	23	9	2
3) Φοβίες Μέσος Όρος: 0,28 Διακύμανση: 0,426 Τυπική Απόκλιση: 0,653	81	12	5	2	0
4) Αϋπνίες Μέσος Όρος: 0,81 Διακύμανση: 0,883 Τυπική Απόκλιση: 0,940	49	27	18	6	0
5) Γνωσιακά Μέσος Όρος: 0,94 Διακύμανση: 1,168 Τυπική Απόκλιση: 1,081	46	27	16	9	2
6) Καταθλιπτική Διάθεση Μέσος Όρος: 0,84 Διακύμανση: 1,328 Τυπική Απόκλιση: 1,152	56	19	14	7	4
7) Γενικά Σωματικά Μυϊκά Συμπτώματα Μέσος Όρος: 1,04 Διακύμανση: 0,887 Τυπική Απόκλιση: 0,942	36	30	28	6	0
8) Γενικά Συμπτώματα Αισθήσεων Μέσος Όρος: 0,68 Διακύμανση: 0,806 Τυπική Απόκλιση: 0,898	56	25	14	5	0
9) Καρδιαγγειακά Συμπτώματα Μέσος Όρος: 0,69 Διακύμανση: 0,964 Τυπική Απόκλιση: 0,982	56	29	7	6	2
10) Αναπνευστικά Συμπτώματα Μέσος Όρος: 0,73 Διακύμανση: 1,169 Τυπική Απόκλιση: 1,081	62	15	12	10	1
11) Γαστρεντερικά Συμπτώματα Μέσος Όρος: 0,78 Διακύμανση: 1,143 Τυπική Απόκλιση: 1,069	56	22	12	8	2
12) Ουρογεννητικά Συμπτώματα	67	21	5	7	0

Μέσος Όρος: 0,52 Διακύμανση: 0,777 Τυπική Απόκλιση: 0,882					
13) Συμπτώματα Αυτόνομου Ν.Σ Μέσος Όρος: 0,40 Διακύμανση: 0,626 Τυπική Απόκλιση: 0,791	74	17	4	5	6
14) Συμπεριφορά κατά τη Συνέντευξη Μέσος Όρος: 0,36 Διακύμανση: 0,394 Τυπική Απόκλιση: 0,628	71	23	5	1	0

Στη συνέχεια, παρουσιάζεται ένα συγκεντρωτικό διάγραμμα των συμπτωμάτων που μελετήθηκαν της συγκεκριμένης κλίμακας στο οποίο παρουσιάζονται συλλογικά και καθιστούν ευκολότερη τη σύγκριση.



4.2.3 Διμεταβλητή Ανάλυση Συσχέτισης

Σκοπός της ανάλυσης συσχέτισης είναι η εξερεύνηση της σχέσης μεταξύ δύο ή και περισσότερων μεταβλητών, δηλαδή η ανάλυση συσχέτισης μετρά το βαθμό της αλληλεπίδρασης μεταξύ των μεταβλητών αυτών. Σε γενικές γραμμές, το αποτέλεσμα της ανάλυσης συσχέτισης παρέχει πληροφορίες για την κατεύθυνση και την ένταση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών. Αυτό γίνεται με τη βοήθεια κάποιων δεικτών που ονομάζονται συντελεστές συσχέτισης, και ουσιαστικά είναι αριθμοί που μετρούν το βαθμό εξάρτησης (ένταση εξάρτησης) της μιας μεταβλητής από την άλλη. Οι συντελεστές συσχέτισης υπολογίζουν επίσης και την κατεύθυνση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών, αν δηλαδή η σχέση μεταξύ των μεταβλητών είναι θετική, αρνητική ή ουδέτερη. Συγκεκριμένα, τα στοιχεία που έχουν έντονο ενδιαφέρον στην ανάλυση συσχέτισης είναι τα ακόλουθα:

α) *Κατεύθυνση Συσχέτισης:* αν δηλαδή υπάρχει θετική ή αρνητική συσχέτιση. Αυτό αποδεικνύεται από το πρόσημο του συντελεστή.

β) *Ένταση συσχέτισης:* πόσο πολύ ή λίγο συσχετίζονται οι μεταβλητές. Ο συντελεστής παίρνει τιμές από -1 μέχρι +1. Αναλυτικότερα:

- Όταν ο συντελεστής είναι +1 ($r=1$) σημαίνει ότι η μία μεταβλητή είναι απόλυτα προβλέψιμη από την άλλη και η συσχέτιση είναι απόλυτα θετική.

- Όταν ο συντελεστής είναι μεταξύ του 0 και του +1 ($0 < r < 1$) σημαίνει ότι όταν η μια μεταβλητή αυξάνεται τότε αυξάνεται και η άλλη και αντίθετα. Η συσχέτιση είναι θετική.

- Όταν ο συντελεστής είναι μεταξύ του -1 και του 0 ($-1 < r < 0$) σημαίνει ότι η μια μεταβλητή κινείται σε αντίθετη κατεύθυνση από την άλλη. Η αύξηση της μιας συνεπάγεται μείωση της άλλης και το αντίθετο. Η συσχέτιση είναι αρνητική.

- Όταν ο συντελεστής είναι -1 ($r=-1$) σημαίνει ότι υπάρχει πλήρης (τέλεια) συσχέτιση και οι τιμές της μιας μεταβλητής αυξάνουν, ενώ οι

τιμές της άλλης μεταβλητής μειώνονται. Η συσχέτιση είναι απόλυτα αρνητική.

γ) *Στατιστική σημαντικότητα του συντελεστή*: αν το εύρημα είναι στατιστικά σημαντικό και επιστημονικά τεκμηριωμένο και δεν οφείλεται στην τύχη. Αυτό ελέγχεται από το PV¹. Όταν $PV < 0,05$ ή $PV < 0,01$ ², τότε το εύρημα είναι στατιστικά σημαντικό.

Συσχέτιση (α). Αγχώδης Διάθεση – Ένταση

Πίνακας 4.24 Συσχέτιση (α). Αγχώδης Διάθεση - Ένταση

Correlations			ΑΓΧΩΔΗΣ_ΔΙΑ ΘΕΣΗ	ΕΝΤΑΣΗ
Spearman's rho	Correlation Coefficient		1,000	,704**
	ΑΓΧΩΔΗΣ_ΔΙΑΘΕΣΗ	Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	100	100
	Correlation Coefficient		,704**	1,000
	ΕΝΤΑΣΗ	Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	100	100

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Αφού υλοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας και παρατηρήθηκε ότι οι δύο μεταβλητές τείνουν να μην ακολουθούν Κανονική Κατανομή, υπολογίστηκε ο Συντελεστής Συσχέτισης Spearman, ο οποίος είναι 0,704 και είναι Στατιστικά Σημαντικός στο

¹ Η πιθανότητα να προκύψει μια δειγματική μέση τιμή τόσο όσο ή και περισσότερο ακραία όσο και η παρατηρούμενη μέση τιμή, δεδομένου ότι η μηδενική υπόθεση είναι αληθής.

² Για την εκπαίδευση και τις κοινωνικές επιστήμες χρησιμοποιούνται κυρίως δύο επίπεδα σημαντικότητας 0,05 (5%) και 0,01 (1%). Και τα δύο είναι γενικώς αποδεκτά αν και το δεύτερο είναι προτιμότερο. Το επίπεδο αυτό πιθανότητας ονομάζεται επίπεδο σημαντικότητας. Ονομάζεται επίπεδο σημαντικότητας, γιατί, αν η πιθανότητα να έχουμε βρει κάτι κατά τύχη είναι χαμηλότερη από αυτό, τότε απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση και συμπεραίνουμε ότι έχουμε στατιστικά σημαντική διαφορά επίδρασης.

επίπεδο $\alpha = 0,01$. Οι μεταβλητές Αγχώδης Διάθεση και Ένταση παρουσιάζουν θετική συσχέτιση, που σημαίνει όπως θα μεταβληθεί η μία, θα μεταβληθεί και η άλλη. Παρατηρείται σχετικά υψηλή συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών γιατί το 0,704 βρίσκεται κοντά στο 1.

Συσχέτιση (β). Αγχώδης Διάθεση – Φοβίες

Πίνακας 4.25 Συσχέτιση (β). Αγχώδης Διάθεση - Φοβίες

			Correlations	
			ΑΓΧΩΔΗΣ_ΔΙΑ ΘΕΣΗ	ΦΟΒΙΕΣ
	Correlation Coefficient		1,000	,410**
ΑΓΧΩΔΗΣ_ΔΙΑΘΕΣΗ	Sig. (2-tailed)		.	,000
	N		100	100
Spearman's rho	Correlation Coefficient		,410**	1,000
ΦΟΒΙΕΣ	Sig. (2-tailed)		,000	.
	N		100	100

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Αφού υλοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας και παρατηρήθηκε ότι οι μεταβλητές Αγχώδης Διάθεση και Φοβίες τείνουν να μην ακολουθούν Κανονική Κατανομή, υπολογίστηκε ο Συντελεστής Συσχέτισης Spearman, ο οποίος είναι 0,410 και είναι Στατιστικά Σημαντικός στο επίπεδο $\alpha = 0,01$. Οι μεταβλητές Αγχώδης Διάθεση και Φοβίες παρουσιάζουν θετική συσχέτιση, που σημαίνει όπως θα μεταβληθεί η μία, θα μεταβληθεί και η άλλη. Παρατηρείται ασθενής συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών γιατί το 0,410 βρίσκεται πιο κοντά στο 0 παρά στο 1.

Συσχέτιση (γ). Αγχώδης Διάθεση - Αϋπνίες

Πίνακας 4.26 Συσχέτιση (γ). Αγχώδης Διάθεση - Αϋπνίες

			ΑΓΧΩΔΗΣ_ΔΙΑ ΘΕΣΗ	ΑΥΠΝΙΕΣ
Spearman's rho	Correlation Coefficient		1,000	,437**
	ΑΓΧΩΔΗΣ_ΔΙΑΘΕΣΗ	Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	100	100
	Correlation Coefficient		,437**	1,000
	ΑΥΠΝΙΕΣ	Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	100	100

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Όπως σε όλες τις Συσχετίσεις, έτσι και στη συγκεκριμένη, αφού υλοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας και παρατηρήθηκε ότι οι μεταβλητές τείνουν να μην ακολουθούν Κανονική Κατανομή, υπολογίστηκε ο Συντελεστής Συσχέτισης Spearman, ο οποίος είναι 0,437 και είναι Στατιστικά Σημαντικός στο επίπεδο $\alpha = 0,01$. Οι μεταβλητές Αγχώδης Διάθεση και Αϋπνίες παρουσιάζουν θετική συσχέτιση, που σημαίνει όπως θα μεταβληθεί η μία, θα μεταβληθεί και η άλλη. Παρατηρείται ασθενής συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών γιατί το 0,437 βρίσκεται πιο κοντά στο 0 παρά στο 1.

Συσχέτιση (δ). Αγχώδης Διάθεση – Καταθλιπτική Διάθεση

Πίνακας 4.27 Συσχέτιση (δ). Αγχώδης Διάθεση – Καταθλιπτική Διάθεση

		ΑΓΧΩΔΗΣ_ΔΙΑΘΕΣΗ	ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ_ΔΙΑΘΕΣΗ
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,631**
	ΑΓΧΩΔΗΣ_ΔΙΑΘΕΣΗ		
	Sig. (2-tailed)	.	,000
	N	100	100
	Correlation Coefficient	,631**	1,000
	ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ_ΔΙΑΘΕΣΗ		
	Sig. (2-tailed)	,000	.
	N	100	100

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Ο έλεγχος κανονικότητας έδειξε ότι οι μεταβλητές τείνουν να μην ακολουθούν Κανονική Κατανομή. Για το λόγο αυτό υπολογίστηκε ο Συντελεστής Συσχέτισης Spearman, ο οποίος είναι 0,631 και είναι Στατιστικά Σημαντικός στο επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 0,01$. Οι μεταβλητές Αγχώδης Διάθεση και Καταθλιπτική Διάθεση παρουσιάζουν θετική συσχέτιση, που σημαίνει όπως θα μεταβληθεί η μία, θα μεταβληθεί και η άλλη. Παρατηρείται σχετικά υψηλή συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών γιατί το 0,631 βρίσκεται κοντά στο 1.

Συσχέτιση (ε). Αγχώδης Διάθεση – Συμπεριφορά κατά τη Συνέντευξη

Πίνακας 4.28 Συσχέτιση (ε). Αγχώδης Διάθεση – Συμπεριφορά κατά τη Συνέντευξη

		ΑΓΧΩΔΗΣ_ΔΙΑ ΘΕΣΗ	ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡ Α_ΚΑΤΑ_ΤΗ_Σ ΥΝΕΝΤΕΥΞΗ
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,460**
	ΑΓΧΩΔΗΣ_ΔΙΑΘΕΣΗ		
	Sig. (2-tailed)	.	,000
	N	100	100
	Correlation Coefficient	,460**	1,000
	ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ_ΚΑΤΑ_ΤΗ _ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ		
	Sig. (2-tailed)	,000	.
	N	100	100

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Όπως φαίνεται και στον παραπάνω Πίνακα, ο Συντελεστής Συσχέτισης Spearman υπολογίστηκε 0,460 και είναι Στατιστικά Σημαντικός στο επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,01$. Οι μεταβλητές Αγχώδης Διάθεση και Συμπεριφορά κατά τη Συνέντευξη παρουσιάζουν θετική συσχέτιση, που σημαίνει όπως θα μεταβληθεί η μία, θα μεταβληθεί και η άλλη. Παρατηρείται ασθενής συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών γιατί το 0,460 βρίσκεται πιο κοντά στο 0 παρά στο 1.

Συσχέτιση (στ). Ένταση - Αϋπνίες

Πίνακας 4.29 Συσχέτιση (στ). Ένταση - Αϋπνίες

			ΕΝΤΑΣΗ	ΑΥΠΝΙΕΣ
			1,000	,447**
Spearman's rho	ΕΝΤΑΣΗ	Correlation Coefficient	.	,000
		Sig. (2-tailed)	100	100
		N	,447**	1,000
	ΑΥΠΝΙΕΣ	Correlation Coefficient	,000	.
		Sig. (2-tailed)	100	100
		N		

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Σύμφωνα με το Συντελεστή Συσχέτισης Spearman, ο οποίος υπολογίστηκε 0,447 και είναι Στατιστικά Σημαντικός στο επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 0,01$, οι μεταβλητές Ένταση και Αϋπνίες παρουσιάζουν θετική συσχέτιση, που σημαίνει όπως θα μεταβληθεί η μία, θα μεταβληθεί και η άλλη. Παρατηρείται ασθενής συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών γιατί το 0,447 βρίσκεται πιο κοντά στο 0 παρά στο 1.

Συμπεράσματα

Το θέμα του εργασιακού άγχους είναι πιο επίκαιρο από ποτέ καθώς η φύση της εργασιακής ζωής έχει αλλάξει σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Όσο παράδοξο κι αν ακούγεται, το άγχος αρχικά αποτελεί έναν προσαρμοστικό και χρήσιμο μηχανισμό για την επιβίωση του ανθρώπου. Όταν όμως, επικρατεί σε υψηλά ποσοστά μπορεί αυτομάτως να μετατραπεί σε μια μεγάλη απειλή τόσο για τη σωματική όσο και για την ψυχική υγεία του ανθρώπου. Ο βασικός ερευνητικός στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να μετρηθεί το εργασιακό άγχος των θεραπειών του ΚΕΘΕΑ. Τα ευρήματα της έρευνας είναι αρκετά από τα οποία προκύπτουν σημαντικά και άξια σχολιασμού συμπεράσματα.

Αρχικά, να επισημανθεί ότι το δείγμα της έρευνας ήταν 100 θεραπευτές – εργαζόμενοι του δικτύου υπηρεσιών απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης ΚΕΘΕΑ, εκ των οποίων οι 27 ήταν άνδρες και οι 73 γυναίκες. Οι μισοί περίπου εργαζόμενοι (57%) ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία 35 – 44, το 28% είναι από 25 έως 34 ετών. Το υπόλοιπο 15% των θεραπειών είναι 45 μέχρι 64 ετών. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων, οι πλειοψηφία με ποσοστό 60% είναι έγγαμοι και το 37% άγαμοι. Διαζευγμένοι και σε διάσταση δήλωσαν το 2% και το 1% αντίστοιχα. Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των εργαζομένων που απαρτίζουν το δείγμα, οι μισοί δήλωσαν πτυχιούχοι κάποιου Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος και το 32% είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού Διπλώματος. Το 18% κατανέμεται σε απόφοιτους Βασικής Εκπαίδευσης, Λυκείου και Μεταλυκειακής εκπαίδευσης. Σύμφωνα με τη Θέση Απασχόλησης, οι 97 θεραπευτές δήλωσαν ότι η εργασία τους είναι μόνιμη και μόλις οι 3 ότι είναι εποχιακής. Παράλληλα, σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, το 91% ακολουθεί πλήρες ωράριο και το 9% κυκλικό τη στιγμή που το 80% ακολουθεί την πρωινή βάρδια, το 11% την απογευματινή και το 9% τη βραδινή. Τέλος, οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να δηλώσουν τη Θέση Εργασίας την οποία κατέχουν στην εργασία τους και είχαν να επιλέξουν ανάμεσα σε Υπεύθυνος τμήματος, Προϊστάμενος τμήματος και κάποια άλλη θέση. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων (80%) δήλωσε ότι κατέχει κάποια άλλη θέση ευθύνης του ΚΕΘΕΑ, ενώ το 17% είναι Υπεύθυνοι τμημάτων και το 3% Προϊστάμενοι τμημάτων.

Για την αξιολόγηση του της ψυχικής υγείας των θεραπειών του ΚΕΘΕΑ, όπως έχει προαναφερθεί, χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα άγχους Hamilton, η οποία επιτρέπει ουσιαστικά την αξιολόγηση της έντασης 14 επιμέρους συμπτωμάτων άγχους. Πιο συγκεκριμένα, στην αξιολόγηση της Αγχώδους Διάθεσης, το 35% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι το θεωρεί μέτριας έντασης σύμπτωμα ενώ το 49% θεωρεί ότι δεν υπάρχει σαν σύμπτωμα ή εμφανίζεται με ήπια ένταση. Αντίθετα, το 16% θεωρεί ότι η Αγχώδης Διάθεση είναι ένα σύμπτωμα άγχους αρκετά σοβαρό. Σχετικά με την ένταση, το 39% θεωρεί ότι είναι ένα σύμπτωμα ήπιας έντασης, το 23% μέτριας ενώ το 27% θεωρεί ότι δεν υφίσταται σαν σύμπτωμα άγχους. Παράλληλα, το 11% δήλωσε πως τη θεωρεί σοβαρό σύμπτωμα. Οι φοβίες, σαν σύμπτωμα άγχους, δεν λαμβάνονται υπόψη από την πλειοψηφία του δείγματος, δηλαδή το 81%, τη στιγμή που το 17% θεωρεί ότι αποτελούν σύμπτωση ήπιας ή μέτριας έντασης. Μικρό ποσοστό της τάξης του 2% τις θεωρεί σοβαρό σύμπτωμα. Σχετικά με τις αϋπνίες, οι μισοί περίπου εργαζόμενοι του δείγματος δεν τις θεωρούν σοβαρό σύμπτωμα άγχους, ενώ το 6% τονίζει τη σοβαρότητά τους. Ταυτόχρονα, από το 45% οι δυσκολίες που αντιμετωπίζονται στον ύπνο θεωρούνται ήπιας και μέτριας έντασης σύμπτωμα άγχους. Σχετικά με τη δυσκολία συγκέντρωσης και τις διαταραχές της μνήμης (Γνωσιακά), το 46% δεν τις αντιλαμβάνεται σαν άγχος ενώ το 6% τις αντιλαμβάνεται και τις χαρακτηρίζει συμπτώματα σοβαρής εκδήλωσης άγχους. Το 43% αντιμετωπίζει τα γνωσιακά σαν ήπιας και μέτριας έντασης σύμπτωμα άγχους. Η καταθλιπτική διάθεση δεν αντιμετωπίζεται σαν σύμπτωμα άγχους από το 56% των ερωτώμενων, τη στιγμή που το 11% θεωρεί ότι αποτελεί σοβαρό σύμπτωμα. Το 33% των θεραπειών του ΚΕΘΕΑ εκφράζουν μια πιο ουδέτερη άποψη για την καταθλιπτική διάθεση καθώς θεωρούν ότι αποτελεί ήπιας ή μέτριας έντασης σύμπτωμα. Οι μυϊκοί πόνοι, τα πιασίματα και γενικά τα σωματικά μυϊκά συμπτώματα φαίνεται ότι αντιμετωπίζονται από τους εργαζομένους χαμηλής σημασίας συμπτώματα καθώς τον 36% δήλωσε ότι δεν θεωρεί ότι έχουν σχέση με το άγχος ενώ το 30% τα χαρακτηρίζουν ήπιας έντασης συμπτώματα και το 28% μέτριας. Μια σχετική σοβαρότητα σαν σύμπτωμα άγχους δηλώνει το 6%. Τα γενικά συμπτώματα των αισθήσεων, όπως εμβοές, θόλωση της όρασης εξάψεις κ.λπ. δεν θεωρούνται σοβαρές εκφράσεις άγχους από το 56%, ενώ το 25% τα θεωρεί ήπιας έντασης συμπτώματα. Το 19% εκφράζει την άποψη ότι αποτελούν μέτριας προς σοβαρής έντασης εκδηλώσεις άγχους. Σχετικά με τα καρδιαγγειακά συμπτώματα, δεν αντιμετωπίζονται σαν σοβαρά συμπτώματα άγχους

από τους μισούς περίπου, δηλαδή το 56%, ενώ το 29% και το 7% τα θεωρούν ήπιας και μέτριας έντασης συμπτώματα άγχους αντίστοιχα. Σοβαρή εκδήλωση άγχους θεωρούνται από το 8%. Οι δυσκολίες στο αναπνευστικό από το 62% δεν θεωρούνται σαν ένδειξη άγχους, τη στιγμή που το 27% τις θεωρούν ήπιας και μέτριας έντασης αντίστοιχα και το 11% σοβαρό. Σύμφωνα με τις μετρήσεις στα Γαστρεντερικά συμπτώματα, κατά το 56% δεν θεωρούνται σημαντική εκδήλωση άγχους, ενώ το 34% εκφράζει μια άποψη ότι αποτελούν ήπιας και μέτριας έντασης σύμπτωμα. Σοβαρή ένδειξη άγχους θεωρούνται από το 10%. Σχετικά με τα ουρογεννητικά συμπτώματα, θεωρούνται σοβαρό σύμπτωμα από το 7% και από το 26% ήπιας ή μέτριας έντασης εκδήλωση. Η πλειοψηφία του δείγματος, δηλαδή το 67% δεν θεωρούν ότι αποτελούν σοβαρό σύμπτωμα άγχους. Τα συμπτώματα από το αυτόνομο Ν.Σ. συγκεντρώνουν υψηλό ποσοστό (74%) από αυτούς που δεν τα θεωρούν συμπτώματα εκδήλωσης άγχους, ενώ το 17% και το 4% τα θεωρούν ήπιας και μέτριας έντασης. Σοβαρά συμπτώματα χαρακτηρίζονται από το 5%. Τέλος, στην αξιολόγηση της συμπεριφοράς κατά τη συνέντευξη, το 71% δεν ένιωσε κάποιο άγχος, το 28% εκδήλωσε άγχος ήπιας ή μέτριας έντασης και το 1% σοβαρής.

Ουσιαστικά, η εξεταζόμενη κλίμακα άγχους Hamilton, παραθέτει μια σειρά από ψυχοσωματικές εκδηλώσεις. Σε γενικές γραμμές, παρατηρείται ότι οι ερωτώμενοι του δείγματος μεγαλύτερη βαρύτητα δίνουν στα ψυχικά συμπτώματα άγχους σε αντίθεση με τα σωματικά, τα οποία δεν τα θεωρούν άξια λόγου συμπτώματα εκδήλωσης άγχους.

Βιβλιογραφία

Allena, L., Woolfolkb, R., Lehrera, M., Garaa, M., Escobara, A. (2001). Cognitive behavior therapy for somatization disorders. A preliminary investigation. *Journal for Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 32, 53-62.

Ivey, Allen E. (1995). *Συμβουλευτική*. Επ. Μ. Μαλικιώση-Λοΐζου. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Lupton, D. (2003). *Medicine as culture. Illness, disease and the body in western societies*. London: Sage Publishing.

McLeod, J. (2005). *Εισαγωγή στη Συμβουλευτική*. Αθήνα: Μεταίχμιο

Nelson-Jones, R. (2009). *Βασικές δεξιότητες συμβουλευτικής. Ένα εγχειρίδιο για βοηθούς*. Αθήνα: Πεδίο.

Netleton, S. (2002). *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Αγραφιώτης, Δ. (2003). *Υγεία, αρρώστια, κοινωνία, τόποι και τρόποι σύμπλεξης*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Αντωνίου, Α.Σ. (2006). *Εργασιακό στρες*. Αθήνα: Παρισιάνου.

Αργυρακούλη, Β. & Ζαφειροπούλου, Φ. (2006). Μια ανθρωποκεντρική παρέμβαση διεκδικητικής συμπεριφοράς σε ομάδες γυναικείου πληθυσμού. Ποσοτική και ποιοτική ανάλυση. *Ψυχολογία*, 13 (1), 56-77.

Βασιλάκη, Ε., Τρίλοβα, Σ. & Μπεζεβέγκης, Η. (2001). *Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Γναρδέλλης, Χ. (2003). *Εφαρμοσμένη Στατιστική*. Αθήνα: Παπαζήση.

Ζυγά, Σ. (2006). *Εισαγωγή στη Νοσηλευτική*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές εκδόσεις.

Ιακωβίδης, Δ.Ι. (2010). Η εξέλιξη της ψυχοσωματικής σκέψης: Από την ψυχαναλυτική προσέγγιση στις σύγχρονες θεωρίες. *Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία*, 21 (2), 103-121.

Καλαντζή-Αζίζι, Α. & Δέγλερης, Ν. (επ.) (1992). *Θέματα Γνωσιακής Συμπεριφοριστικής Θεραπείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καλλιτσουνάκη, Φ. (2007). *Βιοϊατρικό μοντέλο και η γενετική τεχνολογία. Η εμπειρία του ασθενή και η διαχείριση του ρίσκο*. Ηράκλειο: Πανεπιστήμιο Κρήτης.

ΚΕΘΕΑ (χ.χ.). Τι είναι το ΚΕΘΕΑ; Διατίθεται στο: www.kethea.gr

Κοσμίδου-Hardy, Χ., & Γαλανουδάκη-Ράπτη, Α. (1996). *Συμβουλευτική. Θεωρία και Πράξη*. Αθήνα: Ασημάκης.

Κουλούρη, Θ. & Περηφάνου, Ε. (2009). *Πτυχιακή εργασία. Μελέτη των αναγκών των φροντιστών με Alzheimer*. Ηράκλειο: Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Μαλικιώση-Λοίζου, Μ. (1999). *Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μουστάκα, Ε., Αντωνιάδου, Φ., Μαλλιάρου, Ι., Ζάντος, Ι., Κυριακή, Κ. & Κωνσταντινίδης, Θ. (2010). Διερεύνηση εργασιακού στρες νοσηλευτικού προσωπικού - συγκριτική μελέτη μεταξύ νοσοκομείων πρωτεύουσας και περιφέρειας. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 3 (3), 90-96. Διατίθεται στο: http://magazine.enne.gr/wp-content/uploads/2010/11/TOMOS3TEFXOS3_GREEK-dragged3.pdf

Οικονόμου, Φ. (1994). *Ψυχιατρική μετά στοιχείων ψυχολογίας*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις.

Οργανοπούλου, Μ. (2013). *Διπλωματική εργασία. Διερεύνηση αυτοεκτίμησης άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε νοσοκομεία της περιφέρειας*. Σπάρτη: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

Παπαγεωργίου, Δ., Καραμπέτσου, Μ., Νικολακάκου, Χ. & Παυλάτου, Ν. (2007). Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία. *Νοσηλευτική*, 46 (2), 237-245. Διατίθεται στο: http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=125

Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ. (2012). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.

Πασχάλη, Ι. & Παναγιωτοπούλου, Α. (2012). Άγχος και κατάθλιψη στους φοιτητές Νοσηλευτικής: εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης. *Ψυχολογία*, 19 (3), 281-295.

Πατεράκη, Α., Πανταζής, Ι., Ιακωβίδης, Α. & Ιεροδιακόνου, Χ. (1995). Επαγγελματική κόπωση νοσηλευτών: Αιτία, πρόληψη και αντιμετώπιση. *Νοσηλευτική*, 1, 28-39.

Πιάνος, Μ. (2000). *Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και η αντιμετώπισή τους*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ποταμιανός, Γ. (1998). *Δοκίμια στην ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα. Ελληνικά Γράμματα.

Ραγιά Α. (1993). *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ψυχιατρική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Ιδιωτική έκδοση.

Ραφτόπουλος, Β., Ραφτόπουλος, Α., Κοτρώτσιου, Ε. και Παραλίκας, Τ. (2003). Μια συμβουλευτική προσέγγιση του εκπαιδευτή νοσηλευτή. *Νοσηλευτική*, 42 (1), 97-109.

Σινανίδου, Μ. (2009). *Θεωρίες προσωπικότητας και σύγχρονες ψυχοθεραπείες. Αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών*. Αθήνα: Ίων.

Σωτηριάδου, Κ., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ. (2005). Πρότυπα οργάνωσης της κοινωνίας, πρόσληψης της αρρώστιας και εφαρμογής της πολιτικής. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4 (1), 34-40.

Χαλικιάς Ι. (2010), *Στατιστική, Μέθοδοι Ανάλυσης για Επιχειρηματικές Αποφάσεις*, Εκδόσεις Rosili, Αθήνα.

Παράρτημα Ι: Ερωτηματολόγιο

(Περιλαμβάνει το Ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση του Άγχους των εργαζομένων του ΚΕΘΕΑ)

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

ΕΡΩΤΗΣΗ 1: Φύλο (ΚΩΔ. 1,2) 1. Άνδρας 2. Γυναίκα

ΕΡΩΤΗΣΗ 2: Ηλικία (ΚΩΔ. 1,2,3,4,5,6)

1. 18-24 2. 25-34 3. 35-44 4. 45-54 5. 55-64
6. >=65

ΕΡΩΤΗΣΗ 3: Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση; (ΚΩΔ. 1,2,3,4,5)

1. Άγαμος 2. Έγγαμος 3. Διαζευγμένος 4. Χήρος 5. Σε Διάσταση

ΕΡΩΤΗΣΗ 4: Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο; (ΚΩΔ. 1,2,3,4,5,6)

1. Βασική Εκπαίδευση 2. Λύκειο 3. Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (ΙΕΚ κλπ) 4. ΑΕΙ
5. Μεταπτυχιακό 6. Διδακτορικό

ΕΡΩΤΗΣΗ 5: Ποια είναι η θέση απασχόλησης σας (Δώστε περιγραφή); (ΚΩΔ. 1,2)

1. Μόνιμη απασχόληση 2. Εποχιακή απασχόληση

ΕΡΩΤΗΣΗ 6: Ποιο ωράριο ακολουθείται; (ΚΩΔ. 1,2,)

1. Πλήρες ωράριο 2. Κυκλικό ωράριο

ΕΡΩΤΗΣΗ 7: Ποια βάρδια ακολουθείται; (ΚΩΔ. 1,2,)

1. Πρωινή 2. Απογευματινή 3. Βραδινή

ΕΡΩΤΗΣΗ 8: Κατέχεται θέση ευθύνης στο φορέα; (ΚΩΔ. 1,2,)

1. Υπεύθυνος τμήματος 2. Προϊστάμενος τμήματος 3. Άλλο

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ HAMILTON					
	Καθόλου	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρά	Πολύ Σοβαρά
1. ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ: Ανησυχία, Εγρήγορση, Αναμονή του χειρότερου, Ευερεθιστικότητα.	0	1	2	3	4
2. ΕΝΤΑΣΗ: Αίσθημα έντασης, εύκολη κόπωση, αδυναμία χαλάρωσης, τρομαγμένες αντιδράσεις, εύκολο κλάμα, τρόμος, αίσθημα ανησυχίας.	0	1	2	3	4
3. ΦΟΒΙΕΣ: Για σκοτάδι, ξένους, μεγάλα ζώα, κίνηση στους δρόμους, πλήθος, να μείνει μόνος.	0	1	2	3	4
4. ΑΥΠΝΙΑ:	0	1	2	3	4

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ HAMILTON					
	Καθόλου	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρά	Πολύ Σοβαρά
Δυσκολία επέλευσης ύπνου, διακοπτόμενος ύπνος, αίσθημα κόπωσης μετά την αφύπνιση, όνειρα εφάλτες, νυχτερινοί τρόμοι.					
5. ΓΝΩΣΙΑΚΑ: Δυσκολία συγκέντρωσης, διαταραχές της μνήμης.	0	1	2	3	4
6. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ: Απώλεια ενδιαφερόντων, έλλειψη ικανοποίησης από τα χόμπι, κατάθλιψη, πολύ πρωινή αφύπνιση, διακύμανση διάθεσης κατά τη διάρκεια της ημέρας.	0	1	2	3	4
7. ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ): Μυϊκοί πόνοι, πιασίματα, δυσκαμψία, μυοκλονίες, μυόσπασμοι, τρίξιμο δοντιών, αστάθεια φωνής.	0	1	2	3	4
8. ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΑ): Εμβοές, θόλωση της όρασης, ψυχρές – θερμές εξάψεις, αίσθημα αδυναμίας, μουδιάσματα.	0	1	2	3	4
9. ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Ταχυκαρδία, αίσθημα προκάρδιων παλμών, θωρακικό άλγος, παλλόμενη σφίξη αγγείων, αίσθημα λιποθυμίας, αρρυθμία.	0	1	2	3	4
10. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Αίσθημα πίεσης ή σύσφιξης στο θώρακα, αίσθημα πνιγμού, αναστεναγμοί, δύσπνοια.	0	1	2	3	4
11. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Δυσκαταποσία, ερυγές, δυσπεψία, πόνος πριν και μετά το γεύμα, αίσθημα καύσου, αίσθημα πληρότητας, ναυτία, εμετός, αίσθημα βύθισης, «κινητικότητα» των σπλάχνων, βορβορυγοί, χαλάρωση της κύστης, απώλεια βάρους, δυσκοιλιότητα.	0	1	2	3	4
12. ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Συχνουρία ή έπειξη προς ούρηση, αμηνόρροια, μηνορραγία, ψυχρότητα, πρόωρη εκσπερμάτωση, απώλεια της γενετήσιας επιθυμίας, ανικανότητα.	0	1	2	3	4
13. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΥΤΟΝΟΜΟ Ν.Σ. Ξηροστομία, εξάψεις, ωχρότητα, τάση για εφίδρωση, ίλιγγος, κεφαλαλγία τάσης, ανόρθωση τριχών.	0	1	2	3	4
14. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ: Ένταση, αδυναμία χαλάρωσης, ανήσυχη κίνηση των χεριών, σφίξιμο των χεριών, τράβηγμα δακτύλων, τικς, βηματισμοί, τρόμος χεριών, συνοφρύωση, πρόσωπο σε ένταση, αυξημένος μυϊκός τόνος, αναστεναγμός, ωχρότητα προσώπου.	0	1	2	3	4
	Συνολική Βαθμολογία:				

Παράρτημα II: Πίνακες των μεταβλητών SPSS

(Περιλαμβάνει τους Πίνακες των μεταβλητών, όπως προέκυψαν από το Στατιστικό Πακέτο SPSS)

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΦΥΛΟ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ανδρας	27	27,0	27,0	27,0
Valid Γυναίκα	73	73,0	73,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ΗΛΙΚΙΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 25-34	28	28,0	28,0	28,0
Valid 35-44	57	57,0	57,0	85,0
Valid 45-54	14	14,0	14,0	99,0
Valid 55-64	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Άγαμος	37	37,0	37,0	37,0
Έγγαμος	60	60,0	60,0	97,0
Valid Διαζευγμένος	2	2,0	2,0	99,0
Σε διάσταση	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ_ΕΠΙΠΕΔΟ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Βασική εκπαίδευση	1	1,0	1,0	1,0
Λύκειο	15	15,0	15,0	16,0
Valid ΙΕΚ κτλ	2	2,0	2,0	18,0
ΑΕΙ	50	50,0	50,0	68,0
Μεταπτυχιακό	32	32,0	32,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ΘΕΣΗ_ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Μόνιμη απασχόληση	97	97,0	97,0	97,0
Valid Εποχιακή απασχόληση	3	3,0	3,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ΩΡΑΡΙΟ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πλήρες ωράριο	91	91,0	91,0	91,0
Valid Κυκλικό ωράριο	9	9,0	9,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ΒΑΡΔΙΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πρωινή	80	80,0	80,0	80,0
Valid Απογευματινή	11	11,0	11,0	91,0
Valid Βραδυνή	9	9,0	9,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ΘΕΣΗ_ΕΡΓΑΣΙΑΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Υπεύθυνος τμήματος	17	17,0	17,0	17,0
Valid Προϊστάμενος τμήματος	3	3,0	3,0	20,0
Valid Άλλο	80	80,0	80,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ HAMILTON

ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	22	22,0	22,0	22,0
Ήπια	27	27,0	27,0	49,0
Μέτρια	35	35,0	35,0	84,0
Valid Σοβαρά	13	13,0	13,0	97,0
Πολύ σοβαρά	3	3,0	3,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ΕΝΤΑΣΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	27	27,0	27,0	27,0
Ήπια	39	39,0	39,0	66,0
Μέτρια	23	23,0	23,0	89,0
Valid Σοβαρά	9	9,0	9,0	98,0
Πολύ σοβαρά	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ΦΟΒΙΕΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	81	81,0	81,0
	Ήπια	12	12,0	93,0
	Μέτρια	5	5,0	98,0
	Σοβαρά	2	2,0	100,0
	Total	100	100,0	

ΑΥΠΝΙΕΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	49	49,0	49,0
	Ήπια	27	27,0	76,0
	Μέτρια	18	18,0	94,0
	Σοβαρά	6	6,0	100,0
	Total	100	100,0	

ΓΝΩΣΙΑΚΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	46	46,0	46,0	46,0
Ήπια	27	27,0	27,0	73,0
Μέτρια	16	16,0	16,0	89,0
Valid Σοβαρά	9	9,0	9,0	98,0
Πολύ σοβαρά	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ_ΔΙΑΘΕΣΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	56	56,0	56,0	56,0
Ήπια	19	19,0	19,0	75,0
Μέτρια	14	14,0	14,0	89,0
Valid Σοβαρά	7	7,0	7,0	96,0
Πολύ σοβαρά	4	4,0	4,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ΓΕΝΙΚΑ_ΣΩΜΑΤΙΚΑ_ΜΥΙΚΑ_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	36	36,0	36,0	36,0
Ήπια	30	30,0	30,0	66,0
Valid Μέτρια	28	28,0	28,0	94,0
Σοβαρά	6	6,0	6,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ΓΕΝΙΚΑ_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ_ΑΙΣΘΗΣΕΩΝ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	56	56,0	56,0	56,0
Ήπια	25	25,0	25,0	81,0
Valid Μέτρια	14	14,0	14,0	95,0
Σοβαρά	5	5,0	5,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	56	56,0	56,0	56,0
Ήπια	29	29,0	29,0	85,0
Μέτρια	7	7,0	7,0	92,0
Valid Σοβαρά	6	6,0	6,0	98,0
Πολύ σοβαρά	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	62	62,0	62,0	62,0
Ήπια	15	15,0	15,0	77,0
Μέτρια	12	12,0	12,0	89,0
Valid Σοβαρά	10	10,0	10,0	99,0
Πολύ σοβαρά	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	56	56,0	56,0	56,0
Ήπια	22	22,0	22,0	78,0
Μέτρια	12	12,0	12,0	90,0
Valid Σοβαρά	8	8,0	8,0	98,0
Πολύ σοβαρά	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ_ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	67	67,0	67,0	67,0
Ήπια	21	21,0	21,0	88,0
Valid Μέτρια	5	5,0	5,0	93,0
Σοβαρά	7	7,0	7,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ_ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ_ΝΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	74	74,0	74,0	74,0
Ήπια	17	17,0	17,0	91,0
Valid Μέτρια	4	4,0	4,0	95,0
Σοβαρά	5	5,0	5,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ_ΚΑΤΑ_ΤΗ_ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	71	71,0	71,0	71,0
Ήπια	23	23,0	23,0	94,0
Valid Μέτρια	5	5,0	5,0	99,0
Σοβαρά	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	