ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

«Στρες, ψυχική υγεία και αυτοεκτίμηση»

Εισηγήτρια: Μαρία Γιαννάκη

Αριθμός Μητρώου: 2226

Επιβλέπων Καθηγητής: Ευάγγελος Καραδήμας

ΡΕΘΥΜΝΟ 2012

Στον παππού μου,

Όσο μπορείς

Κι αν δεν μπορείς να κάμεις την ζωή σου όπως την θέλεις,
τούτο προσπάθησε τουλάχιστον
όσο μπορείς: μην την εξευτελίζεις
μες στην πολλή συνάφεια του κόσμου,
μες στες πολλές κινήσεις κι ομιλίες.
Μην την εξευτελίζεις πηαίνοντάς την,
γυρίζοντας συχνά κ' εκθέτοντάς την
στων σχέσεων και των συναναστροφών
την καθημερινήν ανοησία,
ως που να γίνει σα μια ξένη φορτική.

Κ .Π. ΚΑΒΑΦΗΣ, 1913

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... Σελ 5

2. ΠΡΟΛΟΓΟΣ..... Σελ 6-7

Α. ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... Σελ 8-46

1.1 Ψυχική Υγεία **..... Σελ 8-11**
1.2 Το άγχος**..... Σελ11-12**
1.3 Το στρες **..... Σελ 12-19**
1.4 Στρες και Κατάθλιψη **..... Σελ 19-21**
1.5 Στρες και Υγεία**..... Σελ 21-24**
1.6 Η Αυτοεκτίμηση **..... Σελ 24-27**
1.6.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις της αυτοεκτίμησης**..... Σελ 28-29**
1.6.2 Θεωρίες της αυτοεκτίμησης**..... Σελ 30-39**
1.6.3 Η εξέλιξη της αυτοεκτίμησης **..... Σελ 39-40**
1.7 Στρες, ψυχική υγεία και αυτοεκτίμηση**..... Σελ 40-44**
1.8 Στόχοι και υποθέσεις της παρούσας έρευνας**.....Σελ 45-46**

Β. ΜΕΘΟΔΟΣ..... Σελ 47-50

2.1 Το δείγμα **.....Σελ 47**
2.2 Η Διαδικασία**.....Σελ 47-48**
2.3 Ψυχομετρικά Εργαλεία**.....Σελ 48-50**
2.3.1 Κλίμακες Μέτρησης**.....Σελ 48-49**

2.3.2 Μέθοδοι Στατιστικής Ανάλυσης Δεδομένων.....**Σελ 49-50**

Γ. ΕΥΡΗΜΑΤΑ..... Σελ 51-53

3.1 Τα αποτελέσματα **..... Σελ 51-53**

Δ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ..... Σελ 54-56

4.1 Συμπεράσματα **..... Σελ 54-56**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ..... Σελ 57-72

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....Σελ 73-75

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'- ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ…….Σελ 76-79

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην εποχή της παγκοσμιοποίησης οι γρήγοροι ρυθμοί και οι συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις αποτελούν κομμάτι της καθημερινότητας του σύγχρονου ανθρώπου. Σκοπός της παρούσας εκπόνησης είναι η μελέτη της επίδρασης του στρες στη ψυχική υγεία του ατόμου. Το στρες υπό υγιείς παραγόμενες συνθήκες συνδράμει στην επιβίωση του ατόμου, θέτοντάς το σε εγρήγορση με σκοπό την άμεση αντίδρασή του σε καταστάσεις κινδύνου. Στην περίπτωση όμως που το στρες παραμένει σε υψηλά επίπεδα για μεγάλες χρονικές περιόδους, παρουσιάζει αρνητικές επιδράσεις στην σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου.

Στα πλαίσια της εργασίας μας, πραγματοποιήθηκε μία έρευνα βάσει δειγματοληψίας σε ένα ποσοστό δείγματος ευρέως κοινού, προκειμένου να μελετηθεί η μεταβλητή της ύπαρξης του στρες και ο αντίκτυπός της στη ψυχική υγεία των ατόμων, παράλληλα με τη διαμόρφωση της αυτοεκτίμησής τους.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πραγματεύεται τη θεματική «Στρες, ψυχική υγεία και αυτοεκτίμηση», στα πλαίσια πτυχιακής μου εργασίας του Τμήματος Ψυχολογίας. Σκοπός του εκπονήματος τούτου, είναι η μελέτη της επίδρασης του στρες στη ψυχική υγεία του ατόμου.

Η εργασία αποτελείται από μέρη, που βασίζονται αφ' ενός στην κατάλληλη βιβλιογραφική ανασκόπηση και αφ' εταίρου στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε με σκοπό την παρατήρηση και την μελέτη των αποτελεσμάτων αναφορικά με την περίληψη του θέματος. Η διεξαγωγή της έρευνας υπό την αιγίδα του Πανεπιστημίου Κρήτης-Τμήματος Ψυχολογίας και υπό την επίβλεψη και την καθοδήγηση του καθηγητού μου Κου Ευ. Καραδήμα, Επίκουρου Καθηγητή της Ψυχολογίας Υγείας Πανεπιστημίου Κρήτης, επεδίωξε την κατανόηση της επίδρασης του στρες στην ψυχική υγεία των ατόμων καθώς συμπεριλαμβάνει και την πρόληψη των επιδράσεων αυτών από τους παράγοντες του στρες.

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για το θεωρητικό πλαίσιο, είναι η βιβλιογραφική αναζήτηση σε επιστημονικά συγγράμματα και άρθρα σχετικά με την θεματολογία. Για τη διεξαγωγή του ερευνητικού πλαισίου κατασκευάστηκε μία σειρά ερωτηματολόγιων, η οποία δόθηκε σε ένα δείγμα 216 ατόμων και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η επεξεργασία των απαντήσεων στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

Η εργασία χωρίζεται σε τέσσερα μέρη. Αναφορικά με το θεωρητικό κομμάτι του πρώτου κεφαλαίου, εξετάστηκαν οι θεματικές του στρες και οι επιδράσεις του στην αυτοεκτίμηση και στη ψυχική υγεία, ολοκληρώνοντας το κεφάλαιο με τους στόχους της έρευνας, τα ευρήματα και τις ερευνητικές υποθέσεις που θα ληφθούν ως βασικός άξονας δόμησης και ανάλυσης την έρευνας. Θα δοθούν οι ορισμοί της ψυχικής υγείας, του στρες και της αυτοεκτίμησης προσπαθώντας να συνδεθούν οι έννοιες αυτές αναλογικά με τις αρνητικές επιδράσεις του στρες στην ανθρώπινη σωματική και ψυχική υγεία. Παράλληλα, θα γίνει προσέγγιση και στην γενικότερη επίδραση του στρες στην κατάθλιψη.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, θα αναλυθεί η μεθοδολογία του ερευνητικού πλαισίου, αναφορικά με το δείγμα και τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και την

ανάλυση του SPSS. Επίσης, θα καταγραφούν οι πληροφορίες του δείγματος όσον αφορά τα χαρακτηριστικά τους.

Στο επόμενο κεφάλαιο, θα εκτεθούν τα ευρήματα βάσει της επεξεργασίας των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, θα παρατεθεί η επιστημονική συζήτηση, όπου θα περιλαμβάνει τους περιορισμούς της μελέτης, την ερμηνεία και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της έρευνας, θέτοντας προτάσεις για τη διεξαγωγή μελλοντικών σχετικών ερευνών

Τέλος, θα μελετηθούν οι αρνητικές επιδράσεις του παραγόμενου στρες στην σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου, όπως και η επίδραση του στρες στην αυτοεκτίμηση αυτού. Θα συζητηθούν ακόμη τα ευρήματα των αποτελεσμάτων της έρευνας αναφορικά με την σύνδεση του στρες και της αυτοεκτίμησης.

Α. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Ψυχική Υγεία

Η έννοια της ψυχικής υγείας είναι δύσκολο να δοθεί με έναν ορισμό, καθώς η διαχωριστική γραμμή μεταξύ της υγείας και της ασθένειας είναι εξαιρετικά περίπλοκη. Η ψυχική υγεία του ατόμου επηρεάζεται από ένα μεγάλο φάσμα παραγόντων και κυρίως από την καθημερινότητα και το περιβάλλον. Το καταστατικό του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (1946) αναφέρει πως ως «υγεία» ορίζεται η κατάσταση εκείνη, όπου το άτομο βιώνει πλήρη σωματική και ψυχική υγεία καθώς επίσης κοινωνική ευημερία και ευεξία. Το British Health Education Authority ορίζει τη ψυχική υγεία ως τη διανοητική και συναισθηματική κατάσταση, η οποία επιτρέπει στο άτομο να βιώνει θετικά και ευχάριστα τη ζωή του υπερνικώντας τις δυσκολίες. Η καλή ψυχική υγεία είναι η ψυχολογική και σωματική ευεξία και στηρίζεται στην υψηλή αυτοεκτίμηση του ατόμου.

Αναφορικά με τον ακριβή ορισμό της ψυχικής υγείας, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2001) ισχυρίζεται πως δεν μπορεί να υπάρξει ένας επίσημος ορισμός της ψυχικής υγείας, καθώς παράμετροι όπως πολιτισμικές και ανταγωνιστικές επαγγελματικές διαφορές του επιστημονικού κύκλου εμποδίζουν μία ενιαία παραδοχή.

Υγεία χωρίς ψυχική υγεία δεν μπορεί να υπάρξει, και η ψυχική υγεία παρέχει στο άτομο μία κατάσταση ευημερίας, όπου συνειδητοποιεί τις δυνατότητές του και το καθιστά ικανό να αντιμετωπίσει τα άγχη της καθημερινότητάς του, βοηθώντας το να εργάζεται με παραγωγικότητα και να δύναται να προσφέρει στο κοινωνικό του περιβάλλον (WorldHealthOrganization, 2005). Σε ένα ευρύ πλαίσιο, ως ψυχική υγεία, θα μπορούσε να θεωρηθεί η ισορροπημένη κατάσταση μεταξύ της σωματικής, συναισθηματικής, διανοητικής και πνευματικής πλευράς του ατόμου.

Σύμφωνα με τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου (1999), το βιοϊατρικό και βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας αποτελούνται από τις επικρατούσες σύγχρονες προσεγγίσεις αναφορικά με την υγεία. Το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας βασίζεται στη θεώρηση του Ντεκάρτ πως το ανθρώπινο σώμα αποτελεί μία οργανική μηχανή, η οποία αν δεν λειτουργεί σωστά, ο άνθρωπος αρρωσταίνει. Η εξέλιξη της βιολογίας και της

ιατρικής απέδειξαν πως η διδαχή του Καρτέσιου ισχύει στην πραγματικότητα. Από την άλλη, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας αντιμετωπίζει την υγεία και την ασθένεια ως αλληλοσυμπληρούμενες όψεις ενός ενιαίου συστήματος. Οι ασθένειες στο μοντέλο αυτό θεωρούνται ότι λειτουργούν ως αντίκτυπο κάποιας ψυχικής διαταραχής, είναι δηλαδή ψυχοσωματικές. Σύμφωνα με τον Dubos (1979), η σχέση ψυχής και σώματος είναι βαθιά αλληλένδετη, με αποτέλεσμα να είναι αδύνατο να γίνει διάκριση αιτιότητας μεταξύ τους αναφορικά με την ασθένεια. Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο αποτελεί ταυτοχρόνως πρακτικό οδηγό της κλινικής φροντίδας και το μέσο κατανόησης της αιτιολογίας της νόσου (Borrell-Carrio & Epstein, 2004). Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο αντιτίθεται με το βιοϊατρικό μοντέλο, καθώς προάγει την σφαιρική μελέτη της ψυχικής νόσου αναφορικά με τις κοινωνικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές συνθήκες που επιδρούν στην ανάπτυξή της νόσου(Λύκουρας, 2011).

Το ψυχοβιολογικό μοντέλο του Meyer προσδίδει την έμφασή του στο κοινωνικό πλαίσιο και στη διάγνωση-αντιμετώπιση του ασθενούς, αντιτασσόμενο με την βιολογική προσέγγιση του Emil Kraepelin, καθώς το μοντέλο αυτό υποστηρίζει πως η ψυχική νόσος είναι το άθροισμα των νοσογόνων αντιδράσεων του πάσχοντος στο περιβάλλον του. Επίσης, ο Meyer επέδειξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες με σκοπό την πρόγνωση του ψυχικά ασθενούς(Λύκουρας, 2011).

Θεωρείται πως στο πεδίο της ψυχικής υγείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο η συμπεριφορά του ατόμου (health behaviours). Οι Kasl&Cobb (1966), αναφέρουν πως όταν το άτομο βιώνει την πεποίθηση πως είναι υγιές, η πεποίθηση αυτή λειτουργεί σαν προληπτικός παράγοντας εμφάνισης ασθένειας σε πρώιμο στάδιο και το άτομο προβαίνει για παράδειγμα σε εμβολιασμό. Όταν το άτομο αισθάνεται άρρωστο, προβαίνει στη δράση για την αντιμετώπιση της ασθένειας (illness behaviours).

Η πρόληψη στο επίπεδο της υγείας είναι οι διαδικασίες και οι δράσεις εκείνες όπου επιφέρουν την προαγωγή της. Σύμφωνα με τον Μαδιανό (2000), η προαγωγή της υγείας επιδιώκει την ριζική θετική αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου και της κοινωνίας, μέσω της ενσυνείδητης επιλογής. Η αυτόνομη προώθηση της ψυχικής υγείας από το ίδιο το άτομο ενδυναμώνεται μέσω της προαγωγής της υγείας. Όταν το άτομο καταφέρει να διατηρήσει μία θετική στάση ζωής με φροντίδα προς την σωματική και ψυχολογική υγεία του, προωθεί αυτόνομα τη ψυχική του υγεία. Σημαντικό ρόλο

διαδραματίζει η υψηλή αυτοεκτίμηση και η θετική αυτοεικόνα του ατόμου, το οποίο νιώθοντας αυτό-αποδοτικό και αυτόνομο, βιώνει την 'θετική' ψυχική υγεία.

Η προαγωγή της ψυχικής υγείας και η πρόληψη της μη εμφάνισης ψυχασθένειας, είναι συνυφασμένες με την αποτελεσματική διαχείριση του στρες μέσω της ενδυνάμωσης μηχανισμών καταστολής του άγχους. Οι διαταραχές της ψυχικής υγείας και της συμπεριφοράς εμφανίζονται κάποια στιγμή στη ζωή του 25% των ανθρώπων και τους επηρεάζουν, επηρεάζοντας έτσι τόσο την ποιότητα ζωής τους όσο και του περιβάλλοντός τους. Οι πιθανότητες εμφάνισης ψυχικής νόσου σε κάποιο μέλος μίας οικογένειας αντιστοιχεί σε μία στις τέσσερις οικογένειες. Οι κοινωνικοί παράγοντες όπου είναι συνυφασμένοι με την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών είναι το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, η ηλικία, το φύλο, η βιολογική προδιάθεση και η ανέχεια (Γραμμάτη, 2009).

Σύμφωνα με τους Jane-Llopis και τους λοιπούς συνεργάτες (2005), η προαγωγή της υγείας έχει σκοπό την ενίσχυση της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής, με εργαλεία την προώθηση των ικανοτήτων και δεξιοτήτων των ατόμων, πλαισιώνοντας έτσι την ευρεία παραγοντοποίηση της ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τον WHO (2005), η προαγωγή της ψυχικής υγείας αφορά τη δημιουργία καταλλήλων περιβαλλοντικών, κοινωνικών και ατομικών συνθηκών με σκοπό την βέλτιστη ενδυνάμωση και ανάπτυξη της ψυχικής υγείας.

Ένα μεγάλο πλήθος εμπειρικών αποτελεσμάτων αποδεικνύουν πως η υψηλή αυτοεκτίμηση και το αίσθημα αυτοελέγχου έχουν θετική δράση στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Έτσι σε επίπεδο κοινότητας, οι παρεμβάσεις της προαγωγής υγείας συμβάλλουν στην κοινωνική συνοχή και στην ανεξαρτητοποίηση των ατόμων. Μία κοινότητα που έχει επιτύχει την συνοχή των μελών της, είναι ενδυναμωμένη και δύναται να προωθήσει τη δράση της αποτελεσματικότερα, αμβλύνοντας έτσι τις πιθανότητες στιγματισμού των ατόμων που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια. Η προαγωγή της ψυχικής υγείας μπορεί να γίνει πραγματοποιήσιμη στο ατομικό, στο κοινοτικό και στο κοινωνικό πλαίσιο (Καλλινικάκη, 1998).

Η προαγωγή της ψυχικής υγείας δύναται να αφορά λοιπόν, την ενδυνάμωση των εσωτερικών πόρων κάποιας ευπαθούς κοινωνικής ομάδας, όπως για παράδειγμα των εφήβων. Σύμφωνα με τους Durlak&Wells (1997), η ενδυνάμωση των προσωπικών

ικανοτήτων και δεξιοτήτων των ατόμων, σε συνδυασμό με την ενδυνάμωση των περιβαλλοντικών συνθηκών, λειτουργεί υποστηρικτικά στην προώθηση της ψυχικής τους υγείας.

Από την άλλη πλευρά, η διατήρηση της ψυχικής υγείας ορίζεται από το αυτόνομο, το κεντρικό νευρικό σύστημα και το ανοσοποιητικό σύστημα. Σε αντίθεση με τα προηγούμενα, οι μεταβολές επέρχονται από περιβαλλοντικά και κοινωνικά γεγονότα που επιφέρει οργανικές μεταβολές, όπως το χρόνιο στρες.

1.2 Το άγχος

Αποτελεί γεγονός πως το 80% του πληθυσμού του σύγχρονου ανθρώπου, ιδιαίτερα εκείνου που ζει σε μεγάλα αστικά κέντρα, πάσχει από κρίσεις άγχους και εμφανίζει ψυχοσωματικές ασθένειες. Το άγχος αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους εχθρούς του σύγχρονου ατόμου και μία από τις μάστιγες του σύγχρονου «πολιτισμένου» κόσμου. Το άγχος συνδέεται με το φόβο και είναι ένα ευρύτατα διαδεδομένο συναίσθημα που έχουν βιώσει όλοι οι άνθρωποι ανά περιόδους της ζωής τους. Το φαινόμενο του μηχανισμού του άγχους, αποσκοπεί στην προειδοποίηση του ανθρωπίνου οργανισμού εν όψει κάποιας απειλής. Τα επινεφρίδια παράγουν ποσότητες αδρεναλίνης, προκαλώντας ταχυκαρδία, ταχύπνοια, εφίδρωση και αύξηση της πίεσης του αίματος, κάτι που περιγράφεται ως κατάσταση «φυγής ή πάλης» (fight or flight condition) (Κάττουλας, 2011).

Η παθολογία του άγχους ορίζεται από τη δυσλειτουργία του μηχανισμού «προειδοποίησης», όταν αυτός εκφράζεται έντονα ή έχει παρατεταμένη διάρκεια και εμφανίζεται χωρίς να υπάρχει λόγος. Το άγχος βέβαια μπορεί να εκδηλωθεί στον ανθρώπινο οργανισμό ως συμπτωματολογία διαφόρων νόσων (ενδοκρινολογικές παθήσεις, νευρολογικές διαταραχές, αυτοάνοσα), ή στα πλαίσια χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών ή συνοδεύει διαταραχές της ψυχικής υγείας, όπως κατάθλιψη ή σχιζοφρένεια (Κάττουλας, 2011).

Ο Freud (1959) ισχυρίζεται πως υπάρχουν τρεις μορφές άγχους, το αντικειμενικό, το ενστικτώδες και το συνειδησιακό. Το αντικειμενικό άγχος θεωρείται φυσιολογικό, καθώς προκαλείται όταν ο ανθρώπινος εγκέφαλος εντοπίζει κάποια πληροφορία στο χώρο και την μεταφράζει ως κίνδυνο. Το ενστικτώδες άγχος προκαλείται από τον φόβο του εγώ για τα ένστικτα και το συνειδησιακό άγχος προκαλείται από τις απαγορεύσεις που θέτει το υπερεγώ συγκρουόμενο με το αυτό.

1.3 Το στρες

Ο όρος του «στρες» προέρχεται από την αγγλική λέξη «stress»και στην επιστημονική ορολογία μεταφράζεται ως «ψυχοκοινωνική πίεση», ενώ το άγχος, όπως προαναφέρθηκε, συνδέεται με το φόβο και αποτελεί ένα συναίσθημα. Η ορολογία του στρες έχει διαφορετικά νοήματα και για τον απλό άνθρωπο και για τον ερευνητή που μελετά το φαινόμενο (Βασιλάκη, Τρίλοβα και Μπεζεβέγκης, 2001). Λόγω του ότι το στρες έχει προσεγγιστεί από διάφορες επιστήμες, έχει προσδιοριστεί και με διαφορετικούς τρόπους, εκ των οποίων ο πρώτος θεωρεί ότι το στρες αποτελεί το στρεσσογόνο ερέθισμα που επιφέρει ψυχολογική ένταση. Ο δεύτερος τρόπος θεωρεί ότι το στρες αποτελεί τη σωματική και ψυχολογική αντίδραση σε ψυχοπιεστικούς παράγοντες. Έτσι, το στρες αποτελεί το υποκειμενικό συναίσθημα ή τη σωματική αντίδραση που προκαλείται ως απάντηση σε στρεσσογόνα γεγονότα-καταστάσεις (Coyne, 1994). Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση δεν έχουν σημασία αυτές καθαυτές οι καταστάσεις στη ζωή ενός ατόμου, αλλά ο τρόπος που τις αντιλαμβάνεται, τις βιώνει και αντιδρά σε αυτές (Robin&Leslie, 2006). Σύμφωνα με τον τρίτο τρόπο προσέγγισης, το στρες αποτελεί τη διεργασία που βασίζεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του (Lazarus&Folkman,1984, Lazarus, 1999). Η σύγχρονη ψυχολογία δίνει ιδιαίτερη έμφαση σε αυτή την αλληλεπίδραση, θεωρώντας ότι οι επιδράσεις των στρεσσογόνων παραγόντων τροποποιούνται από τον τρόπο που το άτομο ερμηνεύει και βιώνει τους παράγοντες αυτούς (Τούντας, 1999).

Ο Selye (1956) όρισε το στρες ως την σωματική αντίδραση του ανθρωπίνου οργανισμού σε μία πιεστική κατάσταση ή σε κάποιον περιβαλλοντικό στρεσογόνο παράγοντα. Όπως το κάπνισμα και η κατανάλωση λιπαρών, έτσι και μια ζωή γεμάτη στρες μπορεί να προκαλέσει ασθένειες. Η έννοια του στρες έγινε γνωστή από τις μελέτες του πάνω σε σχήματα απαντήσεων του σώματος, όταν ο οργανισμός εκτίθεται σε έναν παράγοντα που προκαλεί στρες, όπως η αφόρητη ζέστη ή μια μόλυνση(Selye,1956). Θέλοντας λοιπόν να μελετήσει την αντίδραση των ζώων σε ένα τέτοιο περιβάλλον, διεξήγαγε πειράματα σε αρουραίους, οι οποίοι εκτέθηκαν σε συνεχείς στρεσογόνες καταστάσεις και παρατήρησε πως η διαδικασία αυτή επέφερε φθορά του ανοσοποιητικού συστήματος των αρουραίων, με εκδήλωση έλκους και διόγκωσης των επινεφριδίων. Τις ιδέες αυτές τις υιοθέτησαν οι ψυχίατροι που άρχισαν να μελετούν τα στρεσσογόνα γεγονότα της ζωής ως παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη πολυάριθμων σωματικών και ψυχικών παθήσεων. Βασική ιδέα στη μελέτη αυτή ήταν η παραδοχή ότι το ψυχοκοινωνικό στρες που προκαλείται από τα κρίσιμα γεγονότα της ζωής, όπως η απώλεια του συντρόφου, η ανεργία και άλλα, οδηγεί στις ίδιες σωματικές αλλαγές που παρατηρήθηκαν από βλάβη του ιστού. Από τότε έχουν προταθεί πολυάριθμοι ορισμοί της έννοιας του στρες. Το κοινό στοιχείο τους είναι η έμφαση που δίνουν σε μια διεργασία στην οποία «οι περιβαλλοντικές απαιτήσεις επιβαρύνουν ή υπερβαίνουν την ικανότητα προσαρμογής του οργανισμού, με αποτέλεσμα ψυχολογικές και βιολογικές αλλαγές μπορεί να θέτουν το άτομο σε κίνδυνο ασθένειας» (Cohen, Kessler, & Gordon, 1995).

Ο Lazarus (1993) θεώρησε πως το στρες είναι το αποτέλεσμα μίας ενεργητικής δράσης-αντίδρασης του ανθρώπου με το περιβάλλον του, βάσει κοινωνικών και ψυχολογικών παραμέτρων. Σύμφωνα με τον Sarafino (1999), το άτομο αντιδρά με στρες μόλις αντιληφθεί πως οι ικανότητες του είναι δυσανάλογες με τις απαιτήσεις κάποιας συγκεκριμένης κατάστασης. Σύμφωνα με τους Cohen και τους συνεργάτες του (1998), το στρες μπορεί να οριστεί ως ο κίνδυνος που προκύπτει από τις βιολογικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στο άτομο, εξαιτίας των απαιτήσεων του περιβάλλοντος, όπου υπερβαίνουν τις προσαρμοστικές του ικανότητες.

Σύμφωνα με τον Chrousos (1999) «στρες είναι η αναγνώριση από το σώμα ενός στρεσογόνου ερεθίσματος (stressor) και της κατάστασης του κινδύνου διαταραχής της ομοιόστασης. «Stressors» είναι παράγοντες που βάζουν την ομοιόσταση σε κίνδυνο. Προσαρμοστικές αντιδράσεις στο στρες είναι οι προσπάθειες του σώματος να αντιδράσουν στο στρεσογόνο ερέθισμα και να επαναφέρουν την ισορροπία και την ομοιόσταση στον οργανισμό».

Όταν η αλληλεπίδραση του ατόμου με τις συνθήκες που τον περιβάλλουν δεν είναι ισορροπημένη, το άτομο εκλαμβάνει την ασυμφωνία μεταξύ των απαιτήσεων και των αποθεμάτων του βιώνοντας το στρες. Η έλλειψη αρμονίας μεταξύ του περιβάλλοντος και των δυνατοτήτων του ατόμου (βιολογικής, κοινωνικής, ψυχολογικής φύσεως), μεταφράζεται στο άτομο με την κατάσταση του στρες (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999). Μια σειρά πειραμάτων οδήγησαν τον Selye (1936) στο συμπέρασμα ότι η αντίδραση του σώματος σε εξωτερικές επιθέσεις ακολουθεί πάντα την ίδια διαδικασία. Το μοντέλο αυτό αποτελείται: α) από την αντίδραση συναγερμού, β) την φάση αντίστασης και γ) την φάση εξουθένωσης (Αντωνίου, 2008).

Πιο αναλυτικά, κατά την πρώτη φάση, κινητοποιούνται και επιστρατεύονται όλες οι διαθέσιμες δυνάμεις του ανθρώπινου οργανισμού. Ο ανθρώπινος οργανισμός δεν είναι σε θέση να βρίσκεται σε κατάσταση διέγερσης για ιδιαίτερα παρατεταμένο διάστημα. Η δεύτερη φάση, είναι η φάση όπου ο οργανισμός αγωνίζεται με κάθε δυνατή διαδικασία και διαθέσιμο μέσο, να προσαρμοστεί στη νέα απειλή που παρουσιάστηκε και να οδηγηθεί σε μια ισορροπία (ομοιόσταση) και αντικατάσταση της αντίδρασης συναγερμού (υποχώρηση συμπτωμάτων). Η τρίτη φάση, είναι η φάση της εξουθένωσης. Στις περιπτώσεις εκείνες που η αντίσταση δεν αποδειχθεί αποτελεσματική, οι στρεσογόνοι παράγοντες συνεχίζουν τη δράση τους. Έτσι ο οργανισμός οδηγείται προς το τελικό στάδιο της όλης πορείας, κατά το οποίο τα συμπτώματα κάνουν την επανεμφάνιση τους και όλες οι εφεδρείες του σώματος εξαντλούνται.

Το στρες στην ιατρική ορολογία, διαχωρίζεται σε θετικό (eustress)και σε αρνητικό (negative stress). Το θετικό στρες ορίζεται ως το παραγόμενο στρες που χρησιμεύει στην επιβίωση του ατόμου, καθώς το καθιστά σε εγρήγορση για να αντιμετωπίσει τυχόν κινδύνους. Η παρουσία του θετικού στρες στον ανθρώπινο οργανισμό μπορεί να αποδειχθεί υπό ιδανικές συνθήκες ευεργετικό.

Η φυσιολογική αντίδραση του ανθρώπινου οργανισμού στο ευεργετικό στρες επιφέρει αυξημένη πρόσληψη οξυγόνου, ελαττωμένη ροή αίματος, αυξημένη διαθεσιμότητα ενέργειας, αναστολή της διαδικασίας της πέψης, αισθητική όξυνση, όξυνση της μνήμης, αύξηση της ανοσοποιητικής λειτουργίας και τέλος αντίληψη του πόνου (Selye, 1950).

Το αρνητικό στρες, επιφέρει διάφορες σωματικές και ψυχολογικές βλάβες στο άτομο, ιδιαίτερα όταν παράγεται για μεγάλες χρονικές περιόδους. Το άτομο υπό την επίδραση του αρνητικού στρες, μπορεί να βιώσει αίσθημα κόπωσης, ταχυκαρδία, τρόμο, εφίδρωση, κόπωση, οσφυαλγία, ζάλη, δυσπεψία, συχνοουρία, υπερδιέγερση, μυϊκή σύσπαση του αυχένα και των ώμων, κοιλιακό άλγος, αίσθημα ανησυχίας, κλάμα, θυμό, νευρικότητα, αίσθημα μοναξιάς και απαισιοδοξίας, αίσθημα ματαιότητας και αρκετά συχνά καταθλιπτικές τάσεις (Selye, 1950). Ο Θελερίτης (2010), μας παραθέτει το σύνολο των νοσημάτων όπου σχετίζονται με το αρνητικό στρες. Αυτές μπορεί να είναι είτε αλλεργίες, δερματοπάθειες αλλεργικής φύσεως, αρθρίτιδα, νευρικότητα, λοιμώδεις νόσοι, διαβήτης, υπέρταση, καρδιοπάθειες, όπως αρρυθμία, στηθάγχη έως και ανακοπή, είτε έμετοι, προ-εμμηνορρυσιακό σύνδρομο, επιβράδυνση της επούλωσης των τραυμάτων, διαταραχές ύπνου, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, προβλήματα στην τεκνοποίηση, ανεπιθύμητες παρενέργειες στην χημειοθεραπεία των καρκινοπαθών, συμπτωματολογία εμμηνόπαυσης, δυσκοιλιότητα και άγχος.

Στην συμπεριφορά του ατόμου, το στρες παρουσιάζει μεταβολές όπως η υπερφαγία, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η αδυναμία ολοκλήρωσης δράσεων και δραστηριοτήτων και η υπερβολική ενασχόληση με στρεσογόνες καταστάσεις(Selye, 1950).

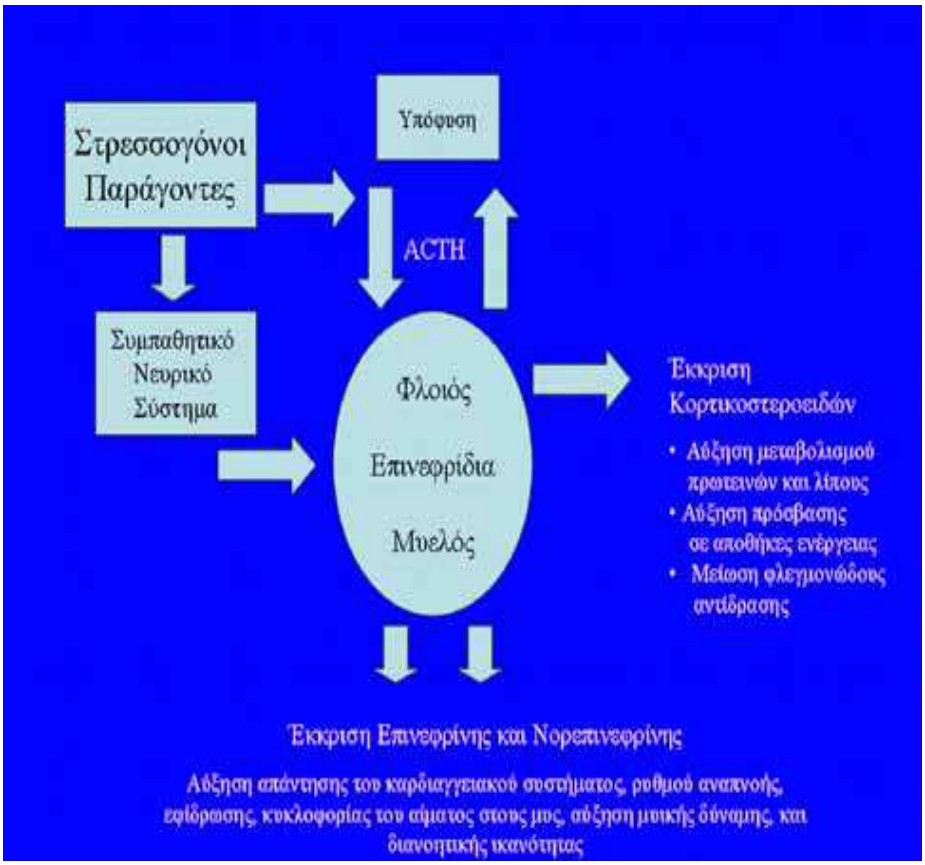
Τα άτομα που βρίσκονται υπό την επήρεια του στρες έχουν την τάση να εμφανίζουν επιζήμια για την υγεία συμπεριφορά, είτε για να μειώσουν την απειλή ή για να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα που τους προκάλεσε μια εν δυνάμει αντίξοη εμπειρία. Για παράδειγμα, όταν ο φόρτος εργασίας γίνεται τόσο ακραίος ώστε οι άνθρωποι να εγκαταλείπουν τα τακτικά γεύματα και απλώς «τσιμπάνε κάτι» όποτε έχουν χρόνο, όταν καταφεύγουν στα ηρεμιστικά, στα τσιγάρα ή στο ποτό για να ηρεμήσουν ή να κοιμηθούν, η συμπεριφορά της αντιμετώπισης μπορεί να γίνει επιζήμια ως προς την υγεία του ατόμου. Σύμφωνα με αυτό το σκεπτικό, μια επισκόπηση που ανέφεραν οι

Cohen και Williamson(1988) βρήκε μικρές αλλά στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του αντιληπτού στρες και των συντομότερων περιόδων ύπνου, σπάνιας πρωινής διατροφής, αυξημένης κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών και συχνότερης χρήσης παράνομων ουσιών. Μικρές σημαντικές σχέσεις βρέθηκαν επίσης μεταξύ στρες και καπνίσματος καθώς και έλλειψης σωματικής άσκησης. Ο Robert Hooke προσδιόρισε το στρες βάσει των αρχών της μηχανικής κατά τα τέλη του 17^{ου} αιώνα, έχοντας ως γνώμονα τις έννοιες της πίεσης, της καταπόνησης και του φορτίου (Hinkle, 1974). Ο Walter Cannon, ο οποίος ήταν φυσιολόγος ερευνητής στο Χάρβαρντ, στις αρχές του 20^{ου} αιώνα ασχολήθηκε με το στρες σε επίπεδο κλινικής μελέτης. Το κρίσιμο στρες όπως το ονόμασε, είναι η κατάσταση κατά την οποία ο ανθρώπινος οργανισμός τίθεται σε διαδικασία συναγερμού, εξαιτίας του ερεθίσματος κάποιας πληροφορίας κινδύνου. Σύμφωνα με τον Cannon (1929), το άμεσο αποτέλεσμα της δράσης του στρες λέγεται αντανακλαστικό της φυγής ή της μάχης, εξαιτίας της επίδρασης που έχει πάνω στην συμπεριφορά του ατόμου.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2001) μας ενημερώνει βάσει εκτιμήσεων πως οι διαταραχές της υγείας αποτελούν την κυρίαρχη αιτία πρόωρων θανάτων των Ευρωπαίων ενώ το στρες επιβαρύνει την ποιότητα ζωής. Το στρες πλην της επικινδυνότητας εμφάνισης ασθένειας, αυξάνει τα επίπεδα θνησιμότητας, αυξάνει τον κίνδυνο του κοινωνικού αποκλεισμού και επιβαρύνει αισθητά τις εθνικές οικονομίες σε παγκόσμιο επίπεδο.

Ο τρόπος ζωής των ατόμων καθορίζει εκτός της ποιότητας της υγείας τους και κατά πόσο και με ποιόν τρόπο το στρες ευθύνεται για μια σειρά ασθενειών (Καραδήμας, 1999). Η επιστήμη της υγείας που μελετά το στρες, έχει τοποθετήσει στο πλαίσιό της, βιολογικές, ψυχολογικές και περιβαλλοντικές εξηγήσεις, με σκοπό την μελέτη της παραγοντοποίησής του και της καταστολής του. Το στρες έχει συνδεθεί με το κεντρικό νευρικό σύστημα, όπου μόλις ληφθεί η στρεσογόνος πληροφορία από τον εγκέφαλο, αυτός απελευθερώνει νοραδρεναλίνη από τα επινεφρίδια, η οποία δημιουργεί συναισθήματα μουδιάσματος, εφίδρωση, ταχυκαρδία, αύξηση αρτηριακής πίεσης και αίσθημα φόβου (Contrada&Baum, 2011). Η ψυχονευροανοσολογία εξετάζει την αλληλεπίδραση μεταξύ των ψυχοκοινωνικών διεργασιών και της λειτουργίας του νευρικού, του ενδοκρινικού και του ανοσοποιητικού συστήματος (Ader & Cohen 1993,

Cohen & Herbert, 1996). Σήμερα υπάρχει η πεποίθηση ότι στην διαδικασία δυναμικής αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον του, εμπλέκεται το κεντρικό νευρικό σύστημα που δρα ρυθμιστικά ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον, καθώς και το ενδοκρινολογικό και το ανοσολογικό σύστημα που με τις ορμόνες και τους νευροδιαβιβαστές αλληλεπιδρούν με το νευρικό σύστημα (Τούντας, 1999). Η υπόφυση, τα επινεφρίδια και ο υποθάλαμος αποτελούν τον βασικό άξονα απάντησης στην πληροφορία του στρες. Όταν απελευθερώνονται ορμόνες, όπως η κορτιζόλη και η ACTH, ο άξονας αυτός προετοιμάζει το ανθρώπινο σώμα για να αντιδράσει στην πληροφορία του στρες. Η απελευθέρωση των κατεχολαμινών ερεθίζει την καρδιαγγειακή δραστηριότητα και αυξάνει την αρτηριακή πίεση. Η κορτιζόλη είναι σημαντική για την ενεργοποίηση του σώματος καθώς προάγει τη σύνθεση της γλυκόζης από το ήπαρ. Η κορτιζόλη ενεργοποιεί επίσης τα αποθέματα λίπους και αυξάνει το επίπεδο των λιπιδίων στο ορό του αίματος, δηλαδή λιπώδεις ουσίες του αίματος, όπως τα τριγλυκερίδια και η χοληστερίνη. Αυτές οι ορμόνες θεωρούνται υπεύθυνες για τη ρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος. Η έκθεση στο στρες οδηγεί επίσης σε αυξημένα επίπεδα κατεχολαμινών και κορτικοστεροειδών, αύξηση της πηκτικότητας του αίματος και ινωδόλυσης, ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, σπασμό των στεφανιαίων αρτηριών και φλεγμονώδεις δείκτες (Kop and Cohen, 2001).



Σύμφωνα με τους Peters και τους συνεργάτες του (1998), σε μία έρευνα, ανατέθηκε στους συμμετέχοντες ένα έργο το οποίο δεν μπορούσαν να ελέγξουν και να ανταπεξέλθουν, καθώς ξεπερνούσε τις ικανότητες τους και παρουσίασαν αύξηση των επιπέδων κορτιζόλης και του επιπέδου νορεπινεφρίνης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ανέλαβαν να φέρουν σε πέρας ένα έργο που ανταποκρινόταν στα όρια των δυνατοτήτων τους. Ορισμένοι ερευνητές, πιστεύουν ότι η αδρεναλίνη και η νοραδρεναλίνη βλάπτουν τα αιμοφόρα αγγεία και τους ιστούς στην καρδιά, κυρίως σε καταστάσεις διαρκούς και έντονου στρες, ενώ τα αυξημένα επίπεδα κορτιζόνης υπό κατάσταση στρες προκαλούν παθητικότητα και κατάθλιψη (Τούντας, 1999). Από έρευνες έχει φανεί η συσχέτιση μεταξύ της έντασης του στρες και των επιπέδων IgA ανοσοσφαιρίνης, καθώς και ότι το στρες θα μπορούσε να συνδυαστεί με μειωμένα επίπεδα ιντερφερόνης των περιφερειακών λευκοκυττάρων (Yang et al., 2002). Η μείωση αυτή του επιπέδου της ιντερφερόνης, θα μπορούσε να συνδυαστεί επίσης, με την μείωση της δραστηριότητας των φονικών κυττάρων (natural killers) που θα είχε σαν συνέπεια την εξασθένιση του ανοσοποιητικού συστήματος (Glaser, Speicher, Stout, Tarr & Kiecolt-Glaser, 1986).

Με δεδομένο λοιπόν, ότι το κεντρικό νευρικό σύστημα και το ανοσοποιητικό σύστημα έχουν στενές διασυνδέσεις, θα ήταν λογικό το συμπέρασμα ότι οι μείζονες λειτουργικές διαταραχές σε ένα από αυτά τα συστήματα θα αντανακλούνται και στο άλλο. Ορισμένες από αυτές τις διαταραχές μπορεί να έχουν επιδράσεις στη σωματική υγεία, πράγμα που υποδηλώνει το ενιαίο της ψυχικής και σωματικής υγείας. Όμως, η συνεισφορά των ανοσολογικών διεργασιών στην αιτιολογία των ψυχικών νόσων είναι ιδιαίτερα αμφιλεγόμενη.

Η χρόνια παρουσία του στρες στον ανθρώπινο οργανισμό οδηγεί σε μια άλλη κατηγορία του στρες, το οξύ στρες. Σύμφωνα με τον Sapolsky (1992), η χρόνια επίδραση του στρες στον οργανισμό προκαλεί διαβήτη, κόπωση, μυοπάθειες, υπέρταση, αύξηση αναλγησίας, ψυχοκοινωνικά προβλήματα, δυσλειτουργία ή μειωμένη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, ανικανότητα τεκνοποίησης, έλκος, νεοπλασίες καθώς και πρόωρη γήρανση.

Εν κατακλείδι, είναι θετικό να γνωρίζουμε και να αναγνωρίζουμε τα πρώιμα σημάδια του στρες κατηγοριοποιώντας τα Α) *Ως προς τα συναισθήματα*: Έντονη ανησυχία, συχνό κλάμα, θυμός, αίσθημα αδυναμίας να αλλάξει το άτομο τα πράγματα, νευρικότητα, απώλεια νοήματος στη ζωή αλλά και των στόχων που το άτομο είχε θέσει, αίσθημα πλήξης, μοναξιάς ή δυστυχίας χωρίς ξεκάθαρη αιτία, καταθλιπτικά συναισθήματα. Β) *Ως προς τις συμπεριφορικές εκδηλώσεις:* Αδυναμία ολοκλήρωσης δραστηριοτήτων, υπερκατανάλωση αλκοόλ, υπερφαγία, έναρξη καπνίσματος ή αύξηση των τσιγάρων που κάπνιζε το άτομο καθημερινώς, υπερβολική συζήτηση και ενασχόληση με στρεσογόνες καταστάσεις. Γ) *Ως προς τα σωματικά συμπτώματα*: Αυχένας και ώμοι πιασμένοι ή σε σύσπαση, οσφυαλγία, αίσθημα κόπωσης, ταχυπαλμία ή αίσθημα παλμών, τρόμος, εφίδρωση, ζάλη ή αίσθημα λιποθυμίας, δυσκολία στην κατάποση/αίσθημα πνιγμού, κοιλιακό άλγος, δυσπεψία, διάρροια ή δυσκοιλιότητα, συχνουρία, αδιαφορία για σεξουαλική δραστηριότητα, ακαθησία. Δ) *Ως προς την επίδραση στη γνωστική λειτουργία*: Συνεχής ανησυχία, μειωμένη συγκέντρωση, δυσκολία ανάκλησης αναμνήσεων, απώλεια της αίσθησης του χιούμορ, αναποφασιστικότητα, απώλεια δημιουργικότητας, αδυναμία του ανθρώπου να έχει καθαρή σκέψη (Θελερίτης, 2010).

1.4 Στρες και κατάθλιψη

Πολλοί επιστήμονες ισχυρίστηκαν πως υπάρχει σύνδεση μεταξύ του στρες και της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη βρίσκεται ανάμεσα στις βασικότερες αιτίες θνησιμότητας και έλλειψης παραγωγικότητας στον αναπτυσσόμενο κόσμο, σύμφωνα με την πρόσφατη μελέτη του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας σε 60 χώρες(WHO,2005). Μερικές φορές η κατάθλιψη προκαλεί πιο δυσμενείς παρενέργειες στην υγεία από τις χρόνιες ασθένειες, όπως ο διαβήτης, οι καρδιοπάθειες και το άσθμα (Moussavi και συν, 2007). Παρ' όλες τις σοβαρές επιρροές της στην δημόσια υγεία, η κατανόηση της παθοφυσιολογίας της είναι ακόμα περιορισμένη. Ακριβώς για το λόγο αυτό, χρήζει ιδιαίτερης σημασίας η

διερεύνηση των γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που συνθέτουν τις διαταραχές που σχετίζονται με το στρες. Μια από αυτές είναι και η κατάθλιψη.

Η σύνδεση της κατάθλιψης με το στρες αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός. Το στρες προκαλεί κατάπτωση στη ομοιόσταση του οργανισμού ενώ σε χρόνιο επίπεδο δημιουργεί διαταραχές τόσο στο σώμα όσο και στο πνεύμα. Όταν ο οργανισμός είναι γενετικά 'εύθραυστος', τότε το στρες οδηγεί συχνά στην κατάθλιψη, ενώ όταν ο οργανισμός δεν έχει γενετική προδιάθεση τότε δεν παρατηρείται η συμπτωματολογία της νόσου. Μάλιστα τα άτομα με κατάθλιψη, θεωρούνται μερικές φορές και αιώνιοι ασθενείς, γιατί ακόμα και όταν έχει αντιμετωπιστεί η ασθένεια, ένα τυχαίο στρεσογόνο γεγονός μπορεί να την επαναφέρει στην επιφάνεια. Μελέτες έχουν δείξει ότι το 30-40% του κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης έχει κληρονομικό υπόστρωμα, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό προκαλείται από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Μάλιστα έχει παρατηρηθεί, ότι η μια στις τρεις αιτίες πρόκλησης της κατάθλιψης είναι κατάσταση στρες. Η κατάσταση αυτή επιβαρύνεται από την πρώιμη εμφάνιση του στρες όπως στις περιπτώσεις παιδικής βίας και εγκατάλειψης (Melchior et al., 2007).

Το στρες, φαίνεται να προκαλεί άγχος και κατάθλιψη και σε νεαρές ηλικίες, άντρες και γυναίκες (Melchior et al., 2007). Μια σχέση αιτίας-αποτελέσματος έχει παρατηρηθεί μεταξύ στρεσογόνων γεγονότων και εμφάνισης κατάθλιψης. Για παράδειγμα, μέσα σε ένα μήνα που είχε καταγραφεί ένας έντονος στρεσογόνος τρόπος ζωής, τα επίπεδα της κατάθλιψης αυξήθηκαν 5 φορές (Kendler, Karkowski, & Prescott, 1999). Ωστόσο οι συγγραφείς της συγκεκριμένης έρευνας, επισήμαναν ότι πάνω από το ένα τρίτο της αλληλεπίδρασης είχε μη αιτιατή συσχέτιση, γιατί οι άνθρωποι που έχουν προδιάθεση στην κατάθλιψη, βάζουν συχνά τους εαυτούς τους σε στρεσογόνες σχέσεις.

Παρόλο που η κατάθλιψη έχει περιγραφεί σαν σύνδρομο, παρατηρούνται έντονες διαφοροποιήσεις στα κλινικά συμπτώματα και τη σοβαρότητα της νόσου μεταξύ του πληθυσμού των ασθενών. Η κλινική διάγνωση της κατάθλιψης γίνεται όταν καταγραφούν συνδυαστικά η παρουσία της καταθλιπτικής διάθεσης με την ανηδονία, την έλλειψη δηλαδή είσπραξης ικανοποίησης μαζί με πέντε ή εννιά άλλες ομάδες συμπτωματολογίας. Συγκεκριμένα, τα κριτήρια αξιολόγησης είναι εννιά και αποτελούνται πέρα από την καταθλιπτική διάθεση και την ανηδονία που παρουσιάζονται για δύο εβδομάδες, από αυξομειώσεις βάρους εντός ενός μηνός, από διαταραχές ύπνου

σχεδόν καθημερινά, ταραχή ή επιβράδυνση κάθε μέρα, κόπωση ή έλλειψη ενέργειας, συναισθήματα ενοχής ή αναξιότητας, διαταραχές στην αντίληψη ή έλλειψη συγκέντρωσης, επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονικές τάσεις. Σε μια άλλη έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι παραπάνω καταστάσεις-κριτήρια μπορούσαν να προβλεφθούν από το γεγονός που βίωνε ο ασθενής τη δεδομένη στιγμή. Η απώλεια λόγου χάρη ενός αγαπημένου προσώπου και ο χωρισμός μιας σχέσης σχετίστηκε με μεγάλο ποσοστό εμφάνισης ανηδονίας, θλίψης και διακοπή της όρεξης, ενώ ο χωρισμός συνδέθηκε και με συναισθήματα ενοχής. Αυτή η έρευνα έδειξε ότι πριν την εμφάνιση της κατάθλιψης, γίνεται έντονο το συναίσθημα της θλίψης, ενώ η κόπωση, η πρόσληψη βάρους και οι αυτοκαταστροφικές τάσεις εμφανίζονται αργότερα με την εγκαθίδρυση της νόσου.

Το χρόνιο στρες συνδέθηκε με την κόπωση και την υπερυπνία και όχι με την ανηδονία, τη θλίψη και την απώλεια όρεξης. Ένα άλλο σημείο που αξίζει να αναφερθεί, είναι ότι οι στρεσογόνοι λόγοι που πυροδοτούν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, δεν είναι συνήθως ίδιοι με τις αιτίες που ενεργοποιούν ένα άλλο καταθλιπτικό συμβάν (Keller, Zhuang, Chi, Vosshall & Matsunami, 2007). Από τα παραπάνω διαφαίνεται η εξαιρετική πολυπλοκότητα της κατάθλιψης, που πολλοί ψυχολόγοι και ψυχίατροι θεωρούν ότι είναι η αναμενόμενη κατάληξη της βίωσης του στρες στην καθημερινότητα μας.

Θεωρήθηκε λοιπόν επιτακτική η δημιουργία μίας στατιστικής έρευνας σε δείγμα, για να μελετήσουμε τα αποτελέσματα και να δούμε το κατά πόσο και σε τι βαθμό, το στρες αλληλεπιδρά και επηρεάζει παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχική υγεία σαν σύνολο και με την αυτοεκτίμηση μεμονωμένα.

1.5 Στρες και Υγεία

Ο ψυχισμός, σύμφωνα με την άποψη του Freud και Breuer, λειτουργεί ως ένα υδραυλικό μοντέλο, με το οποίο η πίεση που συσσωρεύεται εντός του ψυχισμού, να διαχέεται στην σωματική σφαίρα. Συνεχίζοντας το έργο του Freud και του Breuer, και άλλοι επιστήμονες υποστήριξαν, ότι ορισμένες συναισθηματικές καταστάσεις είναι

δυνατόν να προκαλέσουν πράγματι συγκεκριμένα σωματικά προβλήματα (Alexander, 1950). Οι συναισθηματικοί παράγοντες και το στρες μπορούν να επηρεάσουν την υγεία επειδή κάποιοι άνθρωποι αντιδρούν στις στρεσογόνες καταστάσεις, υιοθετώντας κατά αυτόν τον τρόπο το ρόλο του ασθενούς και καταφεύγοντας στην χρήση υπηρεσιών υγείας. Η αποδοχή της ασθένειας, δίνει στο άτομο μια δικαιολογία για την μειωμένη παραγωγικότητά του και μια εξήγηση για το αίσθημα προσωπικής δυσφορίας που στην ουσία προέρχεται λόγω του στρες. Μέσω αυτής της στάσης, το άτομο καταφέρνει να διατηρήσει μια θετική εικόνα του εαυτού του και να προσφέρει μια καλή δικαιολογία για την αποφυγή της αντιμετώπισης των στρεσογόνων γεγονότων (Mechanic, 1972).

Επιπλέον, οι σωματόμορφες διαταραχές είναι μια κατηγορία ψυχικών διαταραχών που παρουσιάζονται με την μορφή σωματικών συμπτωμάτων, τα οποία δεν είναι σκόπιμα ή προσποιητά, αλλά δεν μπορούν και να εξηγηθούν πλήρως από κάποια ιατρική κατάσταση (Robin & Leslie, 2006). Όπως είναι γνωστό κάποιοι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως οι σκέψεις, οι πεποιθήσεις και τα συναισθήματα, μπορούν να επηρεάσουν τις αντιλήψεις ενός ατόμου σχετικά με την σωματική του κατάσταση. Έτσι μια συναισθηματική δυσφορία που μπορεί να οφείλεται στο στρες, είναι δυνατόν να προκαλέσει εστίαση της προσοχής στα σωματικά συμπτώματα, σε βαθμό μεγαλύτερο από του συνηθισμένου. Για παράδειγμα συναισθηματικοί παράγοντες, μπορούν να προκαλέσουν την εστίαση της προσοχής στο βίωμα του πόνου και να μεγεθύνουν τις αντιληπτικές συνέπειες του (Robin & Leslie, 2006).

Τα αρνητικά συναισθήματα και η αποτυχία της στρατηγικής αντιμετώπισης των προβλημάτων έχουν συσχετιστεί με ταχύτερο ρυθμό προόδου της νόσου, τον αυξημένο βαθμό αναπηρίας και την φτωχότερη απόκριση στη θεραπεία ιδίως για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Όσον αφορά στις λιγότερο καλά μελετημένες περιπτώσεις αλλεργιών, του στρες, του άγχους και της κατάθλιψης, έχουν συσχετιστεί και με την όψιμη (Τ-κύτταρα) και με την άμεση (Β-κύτταρα) αντίδραση υπερευαισθησίας, όπως και με την ατοπική δερματίτιδα και το άσθμα (Paciante, Caprihiello, Rudas, Pilodu & Del Giaccio, 1997, Gil et al., 1987, Djuric, Overstreeet, Bienenstock & Perdue, 1995).

Ένα άλλο σημείο που κάνει επιτακτική την ανάγκη αποτελεσματικής διαχείρισης του στρες, είναι ότι το στρες είναι υπαρκτό και έντονο. Όπως μας δείχνουν ενδιαφέροντα στατιστικά στοιχεία, το 16% των ανδρών και το 22% των γυναικών στην ευρωπαϊκή ένωση που πάσχουν από καρδιαγγειακές παθήσεις, έχουν βιώσει έντονο στρες (Αντωνίου, 2008). Στις καρδιαγγειακές διαταραχές εντάσσονται και οι παθήσεις της καρδιάς και των αιμοφόρων αγγείων.

Το στρες ενοχοποιείται ως άμεση (Robin & Leslie, 2006) αλλά και ως έμμεση (Παναγιωτάκος και συν, 2001) αιτία τούτων. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, στους παράγοντες κινδύνου για την στεφανιαία νόσο αναφέρονται το ψυχοκοινωνικό στρες και η κατάθλιψη, αφού ήδη από τον προηγούμενο αιώνα έχει επισημανθεί η σχέση μεταξύ στρες και καρδιαγγειακών νοσημάτων όπως στεφανιαίας νόσου, εμφράγματος του μυοκαρδίου και υψηλής αρτηριακής πίεσης (Αντωνίου, 2008).

Είναι επίσης αρκετές οι έρευνες που εξέτασαν την σχέση του στρες με φυσιολογικούς μηχανισμούς εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Για παράδειγμα, έρευνα εξέτασε τη σχέση στρες και πρώιμης αθηροσκλήρωσης, μετρώντας στένωση στις καρωτιδικές αρτηρίες μέσω υπερήχων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι άνδρες με μεγαλύτερο στρες έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αθηροσκλήρωσης (Nordstrom, Dwyer, Merz, Shircore & Dwyer, 2001). Χαρακτηριστικό των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι η πολυπαραγοντικότητά τους, αφού έρευνες έχουν αναδείξει ένα αιτιολογικό σύμπλεγμα όπου, εκτός της κληρονομικότητας συμμετέχουν και διάφοροι άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με τον σύγχρονο τρόπο ζωής (Παναγιωτάκος και συν, 2001).

Με άλλα λόγια, οι περισσότεροι αιτιολογικοί παράγοντες αναφέρονται στην συμπεριφορά υγείας (Ogden, 2000) αφού πρόκειται για τον τρόπο διατροφής, άσκησης, καπνιστικής συνήθειας και κατανάλωσης αλκοόλ (Higgins, 1987), η σχέση των οποίων με το στρες έχει ήδη προαναφερθεί (Melamed, Kushnir, Strauss & Vigiser, 1997, Ogden & Mitandabari, 1997, Steptoe et al, 1998). Όσον αφορά στον ελλαδικό χώρο, η Cardio (2000), ήταν μελέτη ασθενών μαρτύρων που διεξήχθη υπό την αιγίδα του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας και είχε ως σκοπό να διερευνήσει την σχέση μεταξύ οξέος στεφανιαίου συνδρόμου και παραγόντων όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η

άσκηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν μια σχέση μεταξύ στεφανιαίου συνδρόμου με την κατανάλωση αλκοόλ, ενώ το κάπνισμα και η έλλειψη σωματικής άσκησης βρέθηκε να αυξάνουν τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο (Παναγιωτάκος και συν, 2001)

Ο αντίκτυπος του στρες στην εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου έχει αποδειχθεί και σε μελέτες οι οποίες χρησιμοποίησαν προδρομικό σχεδιασμό σε άτομα που βρίσκονταν ήδη σε υψηλό κίνδυνο. Για παράδειγμα, οι Byrne, Whyte και Butler (1981) εκτίμησαν τις εμπειρίες του στρες σε ένα δείγμα ανθρώπων που επέζησαν καρδιακής προσβολής με συνέντευξη που έγινε μια-δυο εβδομάδες μετά την προσβολή. Τα άτομα που είχαν μια μη θανατηφόρα ή θανατηφόρα υποτροπή της ασθένειας μέσα στους επόμενους οκτώ μήνες, ανέφεραν σημαντικά περισσότερες έγνοιες στην πρώτη συνέντευξη από τα άτομα στα οποία δεν παρουσιάστηκε υποτροπή. Αυτά τα ευρήματα επαναλήφθηκαν σε άλλες προδρομικές μελέτες ομάδων υψηλού κινδύνου (Ruberman, Weinblatt, Goldberg, & Chaudhary, 1984).

Συμπληρωματικά, ο αντίκτυπος του στρες σε λοιμώδη νοσήματα έχει αποδειχθεί και σε πειραματικές μελέτες. Για παράδειγμα, οι Cohen, Tyrell και Smith (1993) εξέθεσαν εθελοντές είτε σε ιό κρυολογήματος, είτε σε αλατούχο διάλυμα (ομάδα ελέγχου αδρανούς φαρμάκου). Το ψυχολογικό στρες μετρήθηκε πριν από τις αυτοχορηγούμενες μετρήσεις. Ενώ καθένα από τα άτομα της ομάδας ελέγχου δεν ανέπτυξε λοίμωξη, υπήρχε κάποια σαφής σχέση μεταξύ του επιπέδου του στρες και της έκβασης της υγείας για εκείνους που είχαν εκτεθεί στον ιό. Τα άτομα με υψηλό στρες είχαν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο λοίμωξης και ανάπτυξης ενός κρυολογήματος σε σύγκριση με τα άτομα που δεν υπέφεραν από μεγάλο στρες. Παρόμοια ευρήματα αναφέρουν ο Cohen και οι συνεργάτες του (1998).

1.6 Η αυτοεκτίμηση

Η αυτοεκτίμηση ως ψυχολογικός όρος έχει μελετηθεί επί δεκαετίες, ωστόσο είναι δύσκολα προσδιορίσιμη. Συγκεκριμένα, οι δυσκολίες αναφέρονται σε σχέση με τους

τρόπους μέτρησής της και στον ορισμό της (Wells and Marwell,1976, Wylie, 1974, Rosenberg, 1965, White,1963, Coopersmith, 1967, Braden,1969). Αντίστοιχες ορολογίες, όπως αυτοεικόνα, αυτοαντίληψη κ.λπ. χρησιμοποιήθηκαν κατά καιρούς με σκοπό να προσδιοριστεί η έννοια της αυτοεκτίμησης, κάτι που επέφερε δυσχέρειες στην ακριβή αποσαφήνιση και στον ακριβή ορισμό της. Διάφοροι επιστήμονες όπως ο Kernberg (1975), προσπάθησαν στο παρελθόν να προσδιορίσουν την αυτοεκτίμηση ορίζοντάς την ως ασυνείδητες παρορμήσεις ορμώμενες από την λίμπιντο. Οι Brown και McGill (1989) θεώρησαν πως η αυτοεκτίμηση βασίζεται στην αγάπη προς τον εαυτό. Σύμφωνα με τον Harter (1999), η αυτοεκτίμηση αφορά την συναισθηματική πλευρά του ατόμου αναφορικά με την ολοκληρωμένη άποψη που έχει κάποιος για την αξία του ως άτομο.

Η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωσή της, ενώ οι βιωματικές αρνητικές εμπειρίες του ατόμου, όπως για παράδειγμα η αποτυχία, έχουν αντίκτυπο αντιστροφής της και μείωσής της. Έχει παρατηρηθεί πως τα άτομα με ισχυρή αυτοεκτίμηση δύνανται να δημιουργούν δυνατούς μηχανισμούς άμυνας έναντι αρνητικών και ψυχοφθόρων καταστάσεων. Βάσει του γνωσιακού μοντέλου οι προσλαμβάνουσες εμπειρίες του περιβάλλοντος, ενεργοποιούν και ανάλογα συναισθήματα, συνεπώς το άτομο που πιστεύει πως είναι για παράδειγμα δημοφιλές και επιτυχημένο, τότε έχει αυτόματα υψηλή αυτοεκτίμηση (Crocker and Wolfe, 2001). Με την ίδια λογική, το άτομο που νιώθει αποτυχημένο έχει χαμηλή.

Σύμφωνα με τον Rosenberg(1979): «Αν ένα άτομο πιστεύει πως είναι έξυπνο, ελκυστικό και ενδιαφέρον, τότε έχει θετική γνώμη για τον εαυτό του. Όμως, είναι εμφανές ότι η γενική αυτοεκτίμηση του ανθρώπου δεν βασίζεται στις δεξιότητές του εν γένει, αλλά στα δυνατά σημεία που έχουν σημασία γι’ αυτόν. Δεν καθορίζουν την αυτοεκτίμηση τα επιμέρους γνωρίσματα, αλλά οι μεταξύ τους σχέσεις, η βαρύτητά τους και ο συνδυασμός τους».

Άνθρωποι που δεν καταφέρνουν να επιδείξουν αυτά τα δυνατά σημεία, τείνουν προς την κατάθλιψη καθώς και προς κάποιες μορφές ψυχικής ασθένειας (Tennen&Affleck,1993). Ωστόσο, μια εξαιρετικά διογκωμένη αίσθηση υπεροχής, φιλαρέσκειας και αυτοπροβολής του εαυτού, προκαλεί αποστροφή αλλά είναι και αμφισβητήσιμη, καθώς δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα.

Επιστημονικά, η έννοια της αυτοεκτίμησης διερευνήθηκε από τρεις διαφορετικές οπτικές. Από αυτή που θέτει την αυτοεκτίμηση ως αποτέλεσμα (Peterson and Rollins, 1987), ως κίνητρο (Kaplan, 1975) και ως αμυντικό μηχανισμό (Longmore and DeMaris, 1997). Αποτέλεσμα είναι το σύνολο των ενεργειών που χρησιμοποιούνται από το άτομο για να αυξηθούν τα επίπεδα της αυτοεκτίμησής του. Το κίνητρο ως έννοια, περιγράφει τις δράσεις των ατόμων με γνώμονα την διατήρηση ή την αύξηση της αυτοεκτίμησής τους. Ο μηχανισμός άμυνας είναι αυτός που λειτουργεί για την εξομάλυνση των αγχογόνων εμπειριών, ώστε να μην μειωθεί η αυτοεκτίμηση.

Οι πρώτες ολοκληρωμένες θεωρίες για την έννοια της αυτοεκτίμησης πραγματοποιήθηκαν από τη δεκαετία του ’40 και μετά. Ο White (1963) θεωρούσε πως η αυτοεκτίμηση δεν βρίσκεται σε σύνδεση και σε συνάρτηση με τους εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες, αλλά βρίσκεται στην ευχέρεια του ατόμου, το οποίο οφείλει να εκμεταλλεύεται στο μέγιστο βαθμό τις προερχόμενες από το περιβάλλον ευκαιρίες. Έτσι για τον White η αυτοεκτίμηση στηρίζεται στο βίωμα της επιτυχίας. Ο Rosenberg (1965) θεωρούσε πως η αυτοεκτίμηση αποτελεί την θετική ή την αρνητική στάση του ατόμου απέναντι στον ίδιο του τον εαυτό. Όταν το άτομο βιώνει υψηλά ποσοστά αυτοεκτίμησης βιώνει τον αυτοσεβασμό και αισθάνεται πως αξίζει, χωρίς όμως απαραίτητα να βιώνει την υπεροψία έναντι των υπολοίπων. Οι Wells and Marwell (1976) συνέδεσαν την αυτοαντίληψη και την αυτοεκτίμηση ως εξής: «αν θεωρήσουμε πως η αυτοαντίληψη απαρτίζεται από ένα σύνολο στάσεων προς τον εαυτό, η αυτοεκτίμηση θα μπορούσε να οριστεί ως η αξιολογική πτυχή καθεμιάς από τις στάσεις ή το σύνολο αυτών των επιμέρους αξιολογήσεων».

Σύμφωνα με έρευνες, οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί από τους Sassaroli&Rugiero (2005), η αυτοεκτίμηση έχει θετική αντίδραση εναντίον του άγχους. Η υψηλή αυτοεκτίμηση προωθεί τα ενθαρρυντικά συναισθήματα επιδρώντας θετικά στην συμπεριφορά του ατόμου. Σημειώνεται πως ακόμη δεν έχουν αποδειχθεί και τεκμηριωθεί με πρακτικό τρόπο τα διάφορα προγράμματα παρέμβασης για τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης (Baumeister, Campbell, Krueger & Vohs 2004).

Κατά τη διάρκεια του 1940-1950, ξεκίνησαν οι πρώτες ολοκληρωμένες πειραματικές κλινικές μελέτες για την αυτοεκτίμηση. Από τις πρώτες ήταν αυτή του Maslow(1942) για την κυριαρχία και το συναίσθημα. Στην έρευνα αυτή ο Maslow

συνέδεσε την αυτοεκτίμηση με κάποιους παράγοντες της ανθρώπινης σεξουαλικότητας, όπως την ομοφυλοφιλική συμπεριφορά και τον τύπο του οργασμού. Άλλος παράγοντας σύνδεσης με την αυτοεκτίμηση ήταν η οικογενειακή ευτυχία. Το συμπέρασμά του ήταν πως για να υπάρξει ένας ευτυχισμένος γάμος, θα πρέπει οι σύζυγοι να έχουν τα ίδια επίπεδα αυτοεκτίμησης (Maslow, 1942). Οι κλινικές μελέτες των Maslow(1942) και Raimy (1948) συνέδραμαν στο να ακολουθήσουν περαιτέρω κλινικές μελέτες αναφορικά με την αυτοεκτίμηση, οι οποίες στόχευαν στην σύνδεση της αυτοεικόνας με την σχιζοφρένεια, την οικογενειακή ευτυχία κλπ. Σταδιακά άρχισαν να δημοσιεύονται όλο και περισσότερα άρθρα για την αυτοεκτίμηση, έως ότου το 1960 υπήρξε μεγάλη επιστημονική πρόοδος σχετικά με το θέμα (Wells and Marwell, 1976).

Οι βασικές εσωτερικές ανάγκες που επιδρούν στην αυτοεκτίμηση είναι δύο (Παπάνης, 2011). Πρώτον η αναγκαιότητα να νιώθουμε πως οι άλλοι μας αγαπούν και μας αποδέχονται, η ανάγκη δηλαδή να μας συμπαθούν, να είμαστε αρεστοί και επιθυμητοί και δεύτερον το αίσθημα πως μπορούμε να τα καταφέρουμε, άρα ότι αξίζουμε, η ανάγκη δηλαδή να πετυχαίνουμε στη ζωή μας, να νιώθουμε ικανοί, επαρκείς, ψυχικά δυνατοί. Συνήθως όταν καλύπτεται μόνο η μία ανάγκη, δε νιώθουμε ολοκληρωμένοι. Η αυτοεκτίμηση για να είναι σταθερή πρέπει να ικανοποιεί και τους δύο προαναφερθέντες πόλους.

Προς την εξασφάλιση της θετικής αυτοεκτίμησης απαιτείται παροχή στοργής, επιβεβαίωσης, αποδοχής και αγάπης και παροχή σταθερών συνθηκών επιβίωσης από το περιβάλλον. Ακόμη χρειάζονται προστασία της ιδιαιτερότητας και της ατομικότητας από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον καθώς και επισήμανση των προσωπικών ιδιαίτερων χαρακτηριστικών κάθε ατόμου από το περιβάλλον. Επιπλέον, απαραίτητη φαίνεται να είναι η επιβράβευση προκειμένου να επιτύχουμε την αποφυγή απορριπτικής συμπεριφοράς και να στοχεύσουμε στην ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης και στην παροχή θετικών ενισχύσεων. Καλό θα ήταν να επιμείνουμε στον σεβασμό και την αποδοχή των βιωμάτων, των προσωπικών ονείρων και φιλοδοξιών, της προσωπικότητας και των ικανοτήτων του ατόμου (Παπάνης, 2011).

1.6.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις της αυτοεκτίμησης

Η αυτοεκτίμηση αντιστοιχεί στις γενικότερες λειτουργίες του ψυχισμού. Μελετήθηκε σαν έννοια ταυτόχρονα με την προσπάθεια μελέτης της συμπεριφοράς του εαυτού και τους παράγοντες όπου δημιουργούν τον εαυτό. Η πρώτη αναφορά στην αυτοεκτίμηση έγινε το 1950, από τον William James. Ο James (1950), εμπνευστής της θεωρίας του εαυτού και μίας συστηματικής θεωρίας για την αυτοεκτίμηση, ανέφερε πως η αυτοεκτίμηση ισούται με το πηλίκο των επιτυχιών του ατόμου ως προς τις προσδοκίες του. Έτσι, για να αυξηθεί η αυτοεκτίμηση, το άτομο θα πρέπει είτε να μειώσει τις προσδοκίες του είτε να αυξήσει τις επιτυχίες του.

Ο Cooley (1902), ισχυρίστηκε πως η αυτοεκτίμηση επέρχεται μέσω πολλαπλών δοκιμών, οι οποίες προσδίδουν στο άτομο ταυτότητα, αξίες, στάσεις και ρόλους. Ο ίδιος εισήγαγε τη θεωρία του καθρεπτιζόμενου εαυτού (looking glass self), όπου το άτομο αυτοπροσδιορίζεται σε μεγάλο βαθμό μέσω του ετεροπροσδιορισμού, της άποψης δηλαδή που έχουν οι τρίτοι γι’ αυτόν. Η αυτοεκτίμηση διαμορφώνεται βάσει τριών σταδίων. Στο πρώτο στάδιο, το άτομο αποχωρίζεται το σώμα του και ως απλός έξωθεν παρατηρητής ζυγίζει την παρουσία του εκτιμώντας την θέση που κατέχει στην ομάδα, στο δεύτερο στάδιο με τον ίδιο τρόπο προσπαθεί να εκτιμήσει την κρίση των άλλων για αυτόν, ενώ στο τρίτο στάδιο υπεισέρχεται το αυτοσυναίσθημα για να αποδώσει την αντικειμενική και οριστική θέση που κατέχει έναντι των τρίτων. Ωστόσο ο Cooley, τονίζει πως η διαδικασία αυτή δεν είναι μηχανική και πως εξαρτάται και από άλλους παράγοντες, όπως την παθητική κοινωνική ατομική εικόνα την οποία το άτομο αναγκάζεται να ανακαλύψει μέσω των άλλων. Ο Burns(1979) συμφώνησε πως η αυτοεκτίμηση βασίζεται και καθορίζεται (απόλυτα) από τις υποθέσεις του ατόμου για το πως τον αξιολογούν οι τρίτοι. Οι Cooley και Burns δηλαδή, θεωρούσαν πως η αυτοεκτίμηση κατασκευάζεται από την αλληλεπίδραση με τους άλλους και στηρίζεται καθαρά στην άποψη που έχουν αυτοί για το άτομο χωρίς να λάβουν υπόψη τις εσωτερικές διεργασίες, όπως την αυτοπεποίθηση ή την αυτοεικόνα και αυτοαντίληψη. Αναφορικά με την αυτοαντίληψη, οι Baumeister, Heatherton και Tice (1993), θεωρούν πως συγκροτείται ως ένα οργανωμένο γνωστικό σχήμα, αποτελούμενο από συμβολικές αναπαραστάσεις και είναι υπεύθυνο για την οργάνωση και αφομοίωση των πληροφοριών

αναφορικά με τον εαυτό. Ωστόσο η αυτοαντίληψη αφορά τη γνωστική διάσταση, ενώ η αυτοεκτίμηση την συναισθηματική πλευρά, αποτελώντας υποσύνολο της αυτοαντίληψης (Παπάνης, 2011).

Η φαινομενολογική προσέγγιση (Levis&Malloy, 1982, Raimy, 1948), υποστήριξε πως η αυτοαντίληψη και η αυτοεκτίμηση πηγάζουν όχι τόσο από τις βιωματικές εμπειρίες αλλά από το νόημα που προσδίδει το άτομο σε αυτές. Η θεωρία στηρίχθηκε σε αυτή του Rogers(1947), ο οποίος όριζε την αυτοαντίληψη ως την οργανωμένη εικόνα του εαυτού μαζί με τις θετικές και αρνητικές αξίες, εισάγοντας δύο νέους όρους: την αποδοχή του εαυτού (self acceptance) και την αυτοεκτίμηση (self regard). Ο Rogers θεωρούσε πως για την ύπαρξη υγιούς διαμόρφωσης της αυτοεκτίμησης, ο βασικότερος παράγοντας είναι το άτομο να μεγαλώσει σε ένα δημοκρατικό οικογενειακό περιβάλλον, όπου θα εκφράζει ελεύθερα τα συναισθήματά του, τις απόψεις του και θα νιώθει τις αξίες του σεβαστές. Ο Rogers θεώρησε πως για να προκύψει η ψυχική υγεία στο άτομο, θα πρέπει το άτομο να αποδεχθεί τον εαυτό του. Έρευνες στα πλαίσια της φαινομενολογικής προσέγγισης έδειξαν πως το άτομο με χαμηλή αυτοεκτίμηση τείνει στο να εξαρτάται από άλλους ανθρώπους, ορμώμενο από την χαμηλή αυτοπεποίθησή του. Το άτομο με χαμηλή αυτοεκτίμηση, παρουσιάζει παραβατικές τάσεις με ροπή στην εγκληματικότητα, έχει περιορισμένη δημιουργικότητα και μειωμένη λειτουργία της φαντασίας. Αντίθετα, το άτομο με υψηλή αυτοεκτίμηση σκέφτεται και δρα πιο δημιουργικά, έχει οξυμένη φαντασία, είναι δημιουργικό και κοινωνικό. Επιστήμονες της μεταφρουδικής περιόδου, σημείωσαν την σημαντικότητα της ύπαρξης υψηλής αυτοεκτίμησης στο άτομο (Fromm, 1959, Kohut, 1977).

Ο Kohut (1977), θεωρεί πως η βασικότερη πηγή του βιώματος δυσφορίας στο άτομο είναι η ανικανότητά του να ρυθμίσει τα επίπεδα της αυτοεκτίμησής του. Αποτέλεσμα αυτής της ψυχικής ανικανότητας διατήρησης της υγιούς αυτοεκτίμησης, είναι η εμφάνιση κατάθλιψης, ντροπής, μεγαλομανίας και υποχονδρίασης. Συνεπώς η αυτοεκτίμηση δείχνει πως το άτομο είναι ικανοποιημένο με τη ζωή του και η αίσθηση της ικανοποίησης αυτή, είναι σημάδι ύπαρξης ψυχικής υγείας.

1.6.2 Θεωρίες της αυτοεκτίμησης

Η θεωρία του William James

Ο James, συγχρονισμένος με το πνεύμα της εποχής του, όπου είχε ξεκινήσει έντονα η ενασχόληση με την έννοια του «εαυτού», ασχολήθηκε με την αυτοεκτίμηση. Οι ίδιος έγραψε: «Η αίσθηση της αξίας μας στον κόσμο είναι μια αναλογία ανάμεσα σε αυτό που πιστεύουμε ότι είμαστε και σε αυτά που πράττουμε. Είναι ο λόγος της πραγματικότητας προς τις δυνατότητές μας, ένα κλάσμα, όπου αριθμητής είναι οι προσποιητές μας πράξεις και παρονομαστής οι επιτυχίες μας» (James, 1890). Ο James θεωρούσε πως η αυτοεκτίμηση είναι ένα αγαθό το οποίο κατακτάται. Μέσω της αυτοεκτίμησης ικανοποιείται η ανάγκη της κοινωνικής προβολής του ατόμου, το οποίο πλην της ανάγκης ικανοποίησης των πρωτογενών αναγκών, αποζητά να δηλώσει τον εαυτό του στο κοινωνικό σύνολο. Η αυτοεκτίμηση ως έννοια δεν είναι στατική αλλά συνεχώς μεταβαλλόμενη και μπορεί ανά πάσα στιγμή να αυξομειωθεί. Ισορροπία επέρχεται στο άτομο όταν καταφέρει να φέρει σε αρμονία την καθημερινότητά του και τις δυνατότητές του. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, αυτό μπορεί να επιτευχθεί είτε με την υποβάθμιση των προσδοκιών του είτε με την αύξηση των επιτυχιών του. Εάν το άτομο επικεντρωθεί στους τομείς που είναι ικανότερο και ελαττώσει έτσι τις αποτυχίες του, θα μπορέσει να διατηρήσει υψηλή την αυτοεκτίμησή του. Ο James βλέπει μία άρρηκτη σχέση ανάμεσα στην αυτοαντίληψη, την ικανότητα, την επιτυχία και τις αξίες, την οποία όμως χαρακτηρίζει εύθραυστη και μπορεί να διαταραχθεί (Παπάνης, 2004).

Η θεωρία του Robert White

Ο White (1963) προσέδωσε ψυχαναλυτική σκοπιά στην έννοια της αυτοεκτίμησης και αντιμετωπίζει την αυτοεκτίμηση σαν αναπτυξιακό φαινόμενο, όπως και ο James. Θεωρεί πως η απαρχή της αυτοεκτίμησης είναι η επιτυχία, η οποία

εξαρτάται αποκλειστικά από το άτομο, το οποίο οφείλει να αδράξει οποιαδήποτε ευκαιρία προκύπτει από το περιβάλλον. Η ατομική επιτυχία προκύπτει από την μέγιστη εκμετάλλευση των προσφορών του περιβάλλοντος. Ο White (1963) θεώρησε πως η αυτοεκτίμηση αναπτύσσεται σταδιακά, χωρίζοντάς την σε τρεις επιμέρους συνιστώσες: τη βιολογική, την φυσική και την γνωστική. Η βιολογική και η φυσική αφορούν στην φυσική ώθηση προς επιβίωση μέσω της υπερπήδησης των διαφόρων καθημερινών εμποδίων και η γνωστική αφορά τη νοητική ανάπτυξη του ατόμου, η οποία του υπαγορεύει την αναζήτηση της ταυτότητάς του στο περιβάλλον.

Το άτομο από την βρεφική του ηλικία δεν αντιδρά σαν παθητικός αποδέκτης του περιβάλλοντός του, αλλά επενεργεί σε αυτό, όπως για παράδειγμα μέσω του κλάματος δίνοντας σήμα στο χώρο πως κάτι χρειάζεται. Κάθε κραυγή του νηπίου για να ικανοποιήσει μία ανάγκη του αποτελεί μία επιτυχία γι' αυτό, ή αντίστοιχα μία αποτυχία όταν η δράση του δεν έχει το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Οι συμπεριφορές αυτές εγκαθιδρύονται σταδιακά στο άτομο από τη νηπιακή του ηλικία, κατασκευάζοντας έτσι ένα σύνολο συναισθηματικών, νοητικών και πραξιακών αντιλήψεων του εαυτού του. Μέχρι το στάδιο της λανθασμένης σεξουαλικότητας θα πρέπει να έχει ολοκληρωθεί η πλήρης ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης, η οποία έχει κατακτηθεί από το άτομο (White, 1963).

Η θεωρία της Baumrind

Η Baumrind (1971) υποστήριξε πως υφίσταται σύνδεση μεταξύ της αυτοεκτίμησης και της γονεϊκής εξουσίας. Οι κατηγορίες που όρισε για τη διάκριση των γονέων είναι οι αυταρχικοί, οι δημοκρατικοί και οι ελαστικοί. Οι αυταρχικοί γονείς επιβάλλουν την τυφλή υπακοή και αποζητούν τον απόλυτο έλεγχο των ανεπιθύμητων συμπεριφορών. Οι δημοκρατικοί γονείς έχουν αρκετές προσδοκίες αλλά είναι ξεκάθαροι στις απαιτήσεις τους, ασκώντας μία σχετικά λογική εξουσία στα παιδιά τους, παρουσιάζουν δε αξιόλογες τεχνικές επικοινωνίας με τα παιδιά τους. Τέλος, οι ελαστικοί γονείς χαρακτηρίζονται από την ευκολία στην εκδήλωση των συναισθημάτων τους,

αποφεύγουν τον έλεγχο των παιδιών τους όντας μη απαιτητικοί και σπάνια χρησιμοποιούν τιμωρητικές διαδικασίες. Τα παιδιά που έχουν μεγαλώσει σε οικογενειακό περιβάλλον με δημοκρατικούς γονείς, κατά την Baumrind είναι πιο ανεξάρτητα, φιλόδοξα, αυτάρκη, με ικανότητα αυτοελέγχου και υψηλότερη αυτοεκτίμηση. Η θεωρία της Baumrind υποστηρίχθηκε και από τους Sears (1970) και Coopersmith (1967).

Ο Sears(1970) σε έρευνα του σε αγόρια, βρήκε σύνδεση μεταξύ της αυταρχικής πατρικής εξουσίας και της χαμηλής αυτοεκτίμησης, κάτι που δεν ίσχυε όμως στην περίπτωση των κοριτσιών. Ο Coopersmith, βάσει ερευνών, συμπέρανε πως σε αγόρια που προέρχονταν από οικογενειακό περιβάλλον με δημοκρατικούς γονείς, η αυτοεκτίμησή τους ήταν υψηλή, κάτι που δεν συνέβαινε εξίσου με τα κορίτσια. Σχετικές μελέτες έδειξαν πως τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι μη παραγωγικά, δεν έχουν αυτοέλεγχο, δεν θέτουν στόχους, δεν αναλαμβάνουν την ευθύνη των πράξεών τους και των λαθών τους και έχουν τάσεις εξάρτησης προς τους τρίτους. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση των αγοριών, συνδέθηκε με αυταρχικότητα του πατέρα και η χαμηλή αυτοεκτίμηση των κοριτσιών συνδέθηκε με την αυταρχικότητα της μητέρας. Τις πιο ανώδυνες επιπτώσεις τις έχει το δημοκρατικό οικογενειακό περιβάλλον. Ο Coopersmith(1967) θεωρεί πως μία από τις παραγοντοποιήσεις της ανευθυνότητας των παιδιών είναι ο αυταρχικός τύπος των γονέων. Τα παιδιά αυτά επιπλέον βιώνουν συναισθήματα κατωτερότητας και ασημαντότητας, παρουσιάζοντας τη ψυχολογία του φαινομένου του αποδιοπομπαίου τράγου.

Η θεωρία του Morris Rosenberg

Η συμβολή του Rosenberg (1965) ήταν σημαντική, καθώς όρισε την αυτοεκτίμηση ως ατομική στάση, η οποία είναι μετρήσιμη και εμπεριέχει το συναισθηματικό, το πραξιακό και το γνωστικό στοιχείο. Είχε γράψει: «Η αυτοεκτίμηση είναι μια θετική ή αρνητική στάση απέναντι σε ένα ιδιαίτερο αντικείμενο, δηλαδή , τον εαυτό...Η υψηλή αυτοεκτίμηση εκφράζει το αίσθημα ότι κάποιος ‘είναι αρκετά καλός’. Το άτομο απλά

αισθάνεται ότι αξίζει. Σέβεται τον εαυτό του για αυτό που είναι αλλά δεν κατέχεται από δέος ούτε περιμένει οι άλλοι να κάνουν το ίδιο. Δεν θεωρεί τον εαυτό του απαραίτητα ανώτερο από τους άλλους». Η θεωρία του Rosenberg για την αυτοεκτίμηση είναι κοινωνική, καθώς βασίζεται στην θεώρηση της κοινωνικοποίησης. Ο Rosenberg ασχολήθηκε επίσης με τη διαμόρφωση της αυτοεκτίμησης από την κοινωνική τάξη, τη θρησκεία, το έθνος, την οικογενειακή κατάσταση, το χαμηλό κίνητρο στην επαγγελματική εξέλιξη, την κοινωνική απομόνωση και την ικανότητα ηγεσίας (Rosenberg, 1965).

Η κλίμακα μέτρησης της αυτοεκτίμησης άνοιξε νέους δρόμους για τις ερευνητικές μελέτες που ακολούθησαν. Η κλίμακα ορίσθηκε από τον Rosenberg ως μέσο έκφρασης αξίας κι όχι ικανότητας και πρότεινε την ύπαρξη σύνδεσης μεταξύ της συμπεριφοράς ή της εμπειρίας και της αυτοεκτίμησης. Η αξιοπρέπεια και ο σεβασμός του ατόμου αποτέλεσαν αντικειμενικά κριτήρια αξιολόγησης, εφόσον συνδέθηκαν άρρηκτα με την εκδήλωση της αυτοεκτίμησης. Η αυτοεκτίμηση συνδέεται με τον εαυτό, ο οποίος είναι ένα κράμα προσωπικών αξιών και κοινωνικών, πολιτιστικών, οικογενειακών και διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων. Όσο μικρότερο είναι το χάσμα μεταξύ του πραγματικού και του ιδανικού εαυτού, τόσο πιο υψηλή είναι η αυτοεκτίμηση. Από αυτό παρατηρούμε πως η αυτοεκτίμηση προκύπτει από συγκριτικές διαδικασίες.

Στην κλίμακα για τη μέτρηση της εφηβικής αυτοεκτίμησης(Rosenberg, 1989) χρησιμοποίησε τα εξής στα ερωτηματολόγιά του:

Αισθάνομαι ότι έχω πολλά θετικά χαρακτηριστικά.
Αισθάνομαι ότι αξίζω.
Σε γενικές γραμμές έχω την τάση να θεωρώ τον εαυτό μου αποτυχημένο.
Μπορώ να κάνω πράγματα το ίδιο καλά όσο και οι άλλοι άνθρωποι.
Δεν είμαι περήφανος για τον εαυτό μου.
Έχω θετική στάση απέναντι στον εαυτό μου.
Είμαι ικανοποιημένος από τον εαυτό μου.
Θα ήθελα να σεβόμουν τον εαυτό μου περισσότερο.
Μερικές φορές νιώθω εντελώς άχρηστος

Η θεωρία του Stanley Coopersmith

Η συμπεριφοριστική προσέγγιση του Coopersmith (1967), προσπαθεί να ερμηνεύσει τις συνθήκες εκείνες όπου προάγουν ή μειώνουν την αυτοεκτίμηση. Ο Coopersmith έδωσε τον ορισμό της αυτοεκτίμησης ως εξής: «η αυτοεκτίμηση είναι μία προσωπική εκτίμηση αυτοαξίας που κάνει το άτομο, εκφραζόμενη ως στάση που κρατά προς τον εαυτό του».

Σύμφωνα με τον Coopersmith η ορολογία της αυτοεκτίμησης αναφέρεται στην εσωτερική αξιολόγηση του ατόμου, εκφράζοντας την αποδοχή ή την αποδοκιμασία. Αποτελεί μία προσωπική και υποκειμενική εμπειρία, μία αυτοαξιολόγηση και αυτοκριτική. Ο Coopersmith, εκπρόσωπος της συμπεριφοριστικής προσέγγισης, μελέτησε τις συνθήκες που είναι υπεύθυνες για την ελάττωση ή την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης. Είχε γράψει: «Με την αυτοεκτίμηση αναφερόμαστε στην ενδοπροσωπική αξιολόγηση ενός ανθρώπου, η οποία διατηρείται συνήθως αναλλοίωτη και εκφράζει μια πεποίθηση αποδοχής ή αποδοκιμασίας. Είναι μια εσωτερικευμένη κριτική για το κατά πόσο κάποιος θεωρείται ικανός, σημαντικός, επιτυχημένος και άξιος. Εν ολίγοις, η αυτοεκτίμηση είναι μια προσωπική πιστοποίηση της αξίας, που εκφράζεται με τις στάσεις για τον εαυτό . Είναι μια υποκειμενική εμπειρία, που το άτομο την μεταβιβάζει στους άλλους λεκτικά ή μέσω των συμπεριφορών και επιλογών του» (Coopersmith, 1967) .

Ο Coopersmith, θεωρώντας πως υπάρχει σύνδεση μεταξύ της συμπεριφοράς και της αυτοεκτίμησης, ακολούθησε το δρόμο του Rosenberg και ανέπτυξε μία κλίμακα μέτρησης της αυτοεκτίμησης, όπου ο κεντρικός της άξονας βασιζόταν στην σύνδεση μεταξύ των επιτυχιών και των αμοιβών που έχει συγκεντρώσει το άτομο στη ζωή του και στην προσπάθειά του να αποφύγει τις αρνητικές καταστάσεις. Παρ’ αυτά, οι μελέτες του βασίστηκαν κυρίως στις προσωπικές εμπειρίες του ατόμου. Έδωσε κύρια βάση στην ενίσχυση και τη τιμωρία στο πλαίσιο της κοινωνίας και των οικογενειακών αρχών, υποστηρίζοντας πως μέσω της γονικής ζεστασιάς, της αξιοπρεπούς μεταχείρισης και των καθορισμένων ορίων, διαπλάθεται η αυτοεκτίμηση που αντιστοιχεί στην παιδική ηλικία. Τα παιδιά μαθαίνουν πως αξίζουν, πως είναι αγαπητά και ικανά να πάρουν και να δώσουν αγάπη, «χτίζοντας» έτσι την αυτοεκτίμησή τους. Μέσω των αμοιβών, των αξιών

και των αρχών, των ορίων και της μίμησης προτύπων επέρχεται η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης. Ο Coopersmith (1967) είχε δηλώσει: «εάν η αυτοεκτίμηση μπορεί να διδαχθεί, τότε και η έλλειψή της μπορεί επίσης να διδαχθεί». Οι γονείς με υψηλή αυτοεκτίμηση αποτελούν το καλύτερο πρότυπο μίμησης για τα παιδιά τους. Αντίθετα, οι άνθρωποι με χαμηλή αυτοεκτίμηση υποκύπτουν στις πιέσεις, επιδεικνύοντας δυνατό χαρακτήρα στον περίγυρό τους, αλλά η συμπεριφορά τους διαφέρει κατά πολύ από ένα άτομο με υψηλή αυτοεκτίμηση, αντιδρώντας επιθετικά όταν θιχτεί η αξία τους.

Αναφέρεται επίσης σε δύο τύπους τέτοιων ατόμων. Ο πρώτος τύπος αναφέρεται σε άτομα με θετική αυτοαξία αλλά όχι και ικανοτήτων, με την εξήγηση πως στην παιδική τους ηλικία είχαν έντονη αυτοπεποίθηση αλλά δεν κατάφεραν να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις του κάθε αναπτυξιακού σταδίου. Όταν οι γονείς μεγαλώνουν τα παιδιά τους επιβραβεύοντάς τα για το καθετί επαναπαύονται και στην ενήλικη ζωή τους βιώνουν αποτυχίες καθώς δεν προσπαθούν όσο πρέπει. Τα άτομα που επιδεικνύουν την σπουδαιότητα της προσωπικότητάς τους συνεχώς και περιμένουν οι άλλοι να αναγνωρίζουν αμέσως την σπουδαιότητα αυτή ή που αντιδρούν υπερβολικά όταν κάποιος τους αμφισβητεί, παρουσιάζουν συμπτώματα ναρκισσιστικής προσωπικότητας. Τα άτομα αυτά συχνά δεν παρουσιάζουν γενικώς αποδοτικότητα με ό,τι καταπιάνονται και κατηγορούν συνεχώς τους άλλους (Coopersmith, 1967).

Ο δεύτερος τύπος αναφέρεται στο άτομο όπου έχει υψηλού επιπέδου ικανότητες αλλά χαμηλή αίσθηση της αυτοαξίας. Το άτομο αντιλαμβανόμενο επικείμενη κατάσταση άγχους και αμφιβολίας, φροντίζει να είναι μόνιμα πολυάσχολο και να κάνει διάφορες δραστηριότητες. Τέτοια άτομα ασχολούνται συνέχεια με την εργασία τους, με την καριέρα τους, με τον αθλητισμό, με χόμπι. Έτσι οι ικανότητες του ατόμου μεθοδεύονται για αντιπερισπασμό για να καλύπτουν την ανεπάρκειά τους. Συνηθίζουν να γίνονται εχθρικά αν νιώσουν ότι απειλούνται τα κεκτημένα και τα αγαθά τους. Κάποιες φορές έχουν εμμονές σχετικές με το να αποδεικνύουν την αξία τους σε κάθε περίσταση, μέσω της υπερβολικής δουλειάς ή με το να προσπαθούν να επηρεάσουν τους γύρω τους ακόμα και με λεκτική βία, ώστε να συμβιβαστούν με τις απαιτήσεις τους, Η πιο κοινή μορφή αμυντικής αυτοεκτίμησης εκδηλώνεται με υπερβάλλουσα ανησυχία για την επιτυχία και την αποτυχία. Αυτό είναι ένα πρόβλημα που παρουσιάζεται ως ανάγκη κάποιου ατόμου

να επιτύχει τους στόχους του ή στην χειρότερη των περιπτώσεων να αποφύγει την αποτυχία (Coopersmith, 1967).

Επιπλέον αναφέρεται στην μέση αυτοεκτίμηση, στην μέτρια προς χαμηλή αυτοεκτίμηση και στην υψηλή αυτοεκτίμηση. Στον τύπο της μέσης αυτοεκτίμησης ανήκει η πλειοψηφία των ανθρώπων. Το επίπεδο των ικανοτήτων και της αξίας αυτών των ανθρώπων είναι ικανοποιητικό και τους επιτρέπει να έχουν μια επαρκή απόδοση σε ότι κάνουν. Τα άτομα με μέση αυτοεκτίμηση μπορεί να βιώνουν κατά καιρούς αισθήματα άγχους ή ανασφάλειας , η ποιότητα της ζωής τους όμως σε γενικές γραμμές είναι καλή . Τα άτομα αυτά αποδίδουν ικανοποιητικά σε πολλούς τομείς της ζωής τους αλλά παράλληλα είναι λιγότερο αυτόνομα και ανοιχτά σε νέες εμπειρίες και περισσότερο ευάλωτα σε κάποιες καταστάσεις (Coopersmith, 1967).

Άτομα με μέτρια προς χαμηλή αίσθηση ικανότητας και αξίας εαυτού είναι ευάλωτα στην πρόκληση και την απώλεια .Αυτό δεν σημαίνει ότι μισούν τον εαυτό τους ή ότι δεν μπορούν να λειτουργήσουν στην καθημερινή τους ζωή. Είναι όμως υπέρ του δέοντος προσεχτικά και συντηρητικά , αποφεύγοντας να παίρνουν ρίσκα ή να εμπλέκονται σε πρωτόγνωρες για αυτούς καταστάσεις. Δεν είναι αισιόδοξα άτομα και συχνά τείνουν να εστιάζουν στις αδυναμίες τους και όχι στις δυνατότητές τους. Είναι αγχώδη και ανησυχούν μήπως οι άλλοι δείξουν κριτική διάθεση απέναντί τους. Παρ' όλα αυτά μπορούν και λειτουργούν σχετικά καλά μέσα στην οικογένεια και τις σχέσεις τους με τους άλλους ανθρώπους. Η υψηλή αυτοεκτίμηση είναι κάτι που κερδίζεται και δεν είναι εγγενές χαρακτηριστικό. Οι άνθρωποι με υψηλή αλλά αυθεντική αυτοεκτίμηση, είναι λιγότερο πιθανό να καταρρεύσουν μπροστά σε αντίξοες καταστάσεις. Μερικές φορές η υπερβολικά υψηλή αυτοεκτίμηση συσχετίζεται με το ναρκισσισμό και την ανικανότητα για κατανόηση και ανεκτικότητα.

Η θεωρία του Braden

Ο Braden (1969), ισχυρίζεται πως η αυτοεκτίμηση ορίζει το αίσθημα της προσωπικής αξίας και της προσωπικής αποτελεσματικότητας. Συγκεκριμένα, αναφέρει:

«Η αυτοεκτίμηση έχει δύο αλληλένδετες πτυχές: την αίσθηση προσωπικής αποτελεσματικότητας και την αίσθηση της προσωπικής αξίας. Είναι η πεποίθηση ότι όχι μόνο κάποιος είναι ικανός να ζει, αλλά ότι αξίζει να ζει» (Braden, 1969). Ο Braden εξέλιξε την θεωρία του πιο πέρα από τους Rosenberg και Coopersmith τονίζοντας ακόμη περισσότερο την σημαντικότητα της αυτοεκτίμησης ως ψυχολογική μεταβλητή. Θεώρησε πως η αυτοεκτίμηση αποτελεί την πιο θεμελιώδη ανάγκη που ορίζει, διαμορφώνει και καθοδηγεί την ανθρώπινη συμπεριφορά.

Γεννιόμαστε χωρίς τη γνώση της αυτοεκτίμησης και τι πραγματικά την ικανοποιεί, μαθαίνοντας μέσω της λογικής, της επιλογής και της υπευθυνότητας. Η αυτοεκτίμηση όμως είναι τόσο δυνατή, που ωθεί και παρακινεί το άτομο να επεξεργαστεί και μη δόκιμους τρόπους και τελικά η μακροετής έλλειψη της αυτοεκτίμησης οδηγεί το άτομο στην υιοθέτηση μίας παραίσθησης, που ο Braden χαρακτηρίζει ως «ψευδο-αυτοεκτίμηση» (Braden, 1969). Ο Braden προσδιόρισε τέσσερις στυλοβάτες της θετικής αυτοεκτίμησης: το βαθμό της αυτοσυνειδησίας ενός ατόμου, την ακεραιότητα του ως άτομο, την προθυμία να αναλαμβάνει την ευθύνη για τις αποφάσεις του και την αποδοχή του εαυτού του. Οι προϋποθέσεις αυτές είναι αλληλένδετες και δεν μπορούν να χωριστούν. Υπογράμμισε εμφατικά την ανάγκη να σεβαστούμε τον εαυτό μας.

Ο Braden εκδίδοντας το βιβλίο: «*Οι έξι πυλώνες της αυτοεκτίμησης*», και αναλύοντας πως η χαμηλή αυτοεκτίμηση δύναται να οδηγήσει σε αυτοκαταστροφικότητα, ακόμη και στον θάνατο καθόρισε ως πρώτο πυλώνα την εξάσκηση της συνειδητότητας όταν το συνειδητό κομμάτι του εαυτού βρίσκεται σε αρμονία με το εγώ, φέροντας κατ’ αυτό τον τρόπο την ευτυχία στο άτομο. Σκοπός του ατόμου είναι η ανάπτυξη της αυτογνωσίας. Εδώ ο Braden αναφέρεται στις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες του ατόμου, όπου αναπτύσσει την αυτογνωσία του και την κριτική του σκέψη, καθώς σταδιακά καταστέλλει τους έντονους μηχανισμούς άμυνας, άρνησης και εκλογίκευσης. Όσοι έχουν την τάση να αποφεύγουν δυσάρεστα γεγονότα και να βιώνουν τις πράξεις τους χωρίς έντονη κριτική σκέψη, συνήθως πάσχουν από έλλειψη της αίσθησης της προσωπικής τους αξίας ή από αμυντική αυτοεκτίμηση. Κάθε άνθρωπος αποφαίνεται καθημερινά για το βαθμό συνειδητότητας τον οποίο θα χρησιμοποιήσει. Σταδιακά σχηματίζει την αίσθηση του ποιός πραγματικά είναι, χρησιμοποιώντας ως καθοδηγητικές παραμέτρους τις μέχρι τώρα επιλογές του, καθώς

και τα ορθολογιστικά συμπεράσματα, που απορρέουν από τις επιλογές αυτές. Σκοπός κάθε θεραπευτικής μεθόδου είναι να τονώσει και να ενισχύσει την αυτογνωσία.

Ως δεύτερο πυλώνα ορίζει την εξάσκηση της αυτοαποδοχής, τη θετική στάση δηλαδή ως προς τον εαυτό. Το άτομο αποδέχεται τα προτερήματα και τα ελαττώματά του, χωρίς να προβάλλει δικαιολογίες, ενοχή ή άρνηση γι' αυτά. Η θεραπευτική άξια της αυτοαποδοχής έγκειται στο γεγονός ότι μέσω αυτής μπορεί κάποιος να εντοπίσει τα λάθη στη συμπεριφορά και στη σκέψη του και να τα αναγνωρίσει ως δικά του. Εντέλει, αυτό οδηγεί στη μεταβολή της αυτοεκτίμησης εφόσον το άτομο αντιλαμβάνεται ότι είναι υπαίτιο για τις πράξεις του, συμπέρασμα που το αναγκάζει να παραδεχτεί την παθολογική του κατάσταση και να αναζητήσει τρόπους για την ανασυγκρότηση της έννοιας του εαυτού. Η ολική αποδοχή είναι καθοριστική για την θεραπεία.

Τον τρίτο πυλώνα αποτελεί η εξάσκηση της υπευθυνότητας. Η παραδοχή υπευθυνότητας με την λεκτική έκφραση οδηγεί στην αυτογνωσία. Για παράδειγμα, «είμαι υπεύθυνος για την επίτευξη των στόχων μου, για τις επιλογές και τις πράξεις μου, για τους στόχους στον τομέα της εργασίας, για τις επιτυχίες ή αποτυχίες στον τομέα των διαπροσωπικών σχέσεων, για τη συμπεριφορά μου προς άλλους ανθρώπους, για το πώς προγραμματίζω τον χρόνο μου, για τον βαθμό της επικοινωνιακής δυνατότητάς μου, για την προσωπική μου ευτυχία, για τις αξίες τις οποίες θέτω στη ζωή μου και τέλος ορίζομαι υπεύθυνος για τη μεταβολή της αυτοεκτίμησής μου». Ο προσδιορισμός των στόχων και των σκοπών βοηθά στην οργάνωση της ζωής, στην εστίαση στα πραγματικά προβλήματα, στη συνοχή των αντιδράσεων και δίνει κατευθυντήριες γραμμές στη δράση του ανθρώπου.

Τέταρτος και εξίσου σημαντικός πυλώνας της αυτοεκτίμησης είναι η εξάσκηση της σκοπιμότητας. Ο προσδιορισμός των προσωπικών στόχων και σκοπών προάγει την οργανωτικότητα και προσδίδει κατευθυντήρια πλαίσια για το άτομο. Ο Braden στην προσπάθεια του να διδάξει την έννοια του σκοπού στους πελάτες του, συνήθως τους ζητά να φανταστούν πώς θα ήταν η ζωή τους, εάν αύξαναν κατά 5% την σκοπιμότητα στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Το ποσοστό του 5% σκοπίμως χρησιμοποιείται, γιατί είναι μια αλλαγή όπου όλοι μπορούν να επιφέρουν στη ζωή τους. Επιπλέον τους παρακινεί για τριάντα ημέρες να λειτουργήσουν έχοντας ως κεντρικό άξονα την έννοια

του σκοπού, με στόχο να πειραματισθούν και να ανακαλύψουν τι θα άλλαζε στη ζωή τους και κατά πόσο τελικά θα μπορούσαν να εναρμονισθούν με τις αλλαγές αυτές.

Η εξάσκηση της διεκδικητικότητας αποτελώντας τον πέμπτο πυλώνα, αναφέρεται στην υπεράσπιση των προσωπικών απόψεων με επιχειρηματολογία, των προσωπικών αξιών και των συναισθημάτων. Είναι αρετή και επιδρά θετικά στο άτομο σε αντίθεση με τη δειλία, την εσωστρέφεια και την συστολή ή την άρνηση. Το άτομο οφείλει να υπερβαίνει τις δυσκολίες και τα εμπόδια, όχι να φυγοπονεί και να αποχωρεί. Ο Braden αναφέρει (1969) ότι η πρόταση «εάν κάποιος μου είχε πει ότι οι επιθυμίες μου είναι σημαντικές....θα νοιαζόμουν περισσότερο γι' αυτές» ή «θα τις σκεφτόμουν πιο σοβαρά», είναι εξαιρετικά σημαντική στη διαδικασία αυτή.

Έκτο και τελευταίο πυλώνα αποτελεί η εξάσκηση της ακεραιότητας. Η ακεραιότητα αφορά στην σταθερότητα των απόψεων, στις προσωπικές αξίες και στους τρόπους δράσης του ατόμου. Η μη συνέπεια στην σταθερότητα του ατόμου για μεγάλο χρονικό διάστημα υπονομεύει την αυτοεκτίμησή του. Εάν κάποιος πιεζόμενος από εξωτερικές δυνάμεις ενεργήσει αντίθετα από τα ιδανικά ενός άλλου ατόμου, άσχετα εάν η ενέργεια είναι σωστή ή λάθος, δεν θα νιώθει ότι έχει προδώσει τις αξίες και τα πιστεύω του. Αντίθετα εάν ενεργήσει παραβιάζοντας τις προσωπικές του αξίες, προδίδοντας αυτό που ο ίδιος πιστεύει ότι είναι σωστό, τότε αντιδρά ενάντια στη δική του την κρίση. Η υποκρισία οδηγεί στην αφερεγγυότητα και την αναίρεση του εαυτού. Η έλλειψη ακεραιότητας υπονομεύει την προσωπικότητα βλάπτοντάς τη με τόση ισχύ, που και η πιο έντονη εξωτερική επίπληξη δεν θα μπορούσε ποτέ να την προκαλέσει (Braden, 1969).

1.6.3 Η εξέλιξη της αυτοεκτίμησης

Η διαμόρφωση της αυτοεκτίμησης ταυτίζεται με τη διαδικασία διαμόρφωσης της αυτοαντίληψης. Ερευνητές και επιστήμονες διαφόρων ρευμάτων και θεματικών ασχολήθηκαν εδώ και δεκαετίες με το φαινόμενο της αυτοεκτίμησης. Οι ανθρωπιστικοί ψυχολόγοι θεωρούν πως η αυτοεκτίμηση είναι η συμμετρία μεταξύ του ιδανικού εαυτού και του πραγματικού και αποτελεί τη δύναμη που αποζητά ανεξάρτητη δράση. Άλλοι

ερευνητές, θεωρούν ότι η αυτοεκτίμηση έχει να κάνει με την επίτευξη των προσωπικών στόχων. Οι Bednar, Wells και Peterson (1989) ισχυρίστηκαν πως η αυτοεκτίμηση αποτελεί την κρίση του ατόμου για τον εαυτό του, κάτι που δρα θετικά όταν το άτομο παρουσιάζει προσαρμοστικότητα στις καταστάσεις, ενώ παράλληλα έχει αρνητική ενίσχυση όταν το άτομο επιτρέπει στους φόβους του να τον ελέγχουν. Οι ηθολόγοι θεωρούσαν πως η αυτοεκτίμηση προέκυψε από την εξέλιξη των μηχανισμών της κοινωνικής ιεραρχίας, καθώς τα ιεραρχικά ανώτερα άτομα είναι αυτά τα οποία διαθέτουν υψηλή αυτοεκτίμηση (Barkow,1980).

Άλλοι πιο ακραίοι επιστήμονες, ισχυρίστηκαν πως η αυτοεκτίμηση λειτουργεί ως τρόπος άμυνας έναντι του υπαρξιακού δέους, αναφορικά με τον θάνατο(Solomon, Greenberg & Pyszczynski, 1991). Η κοινωνιολογική προσέγγιση θεωρεί πως η αυτοεκτίμηση είναι ένας δείκτης κοινωνικής αποδοχής. Υφίσταται για να αποφευχθούν κοινωνικές συμπεριφορές, οι οποίες μπορεί να παρουσιάζονται αντίθετες με τα κοινωνικά κατεστημένα (Baumeister and Leary,1995). Από την στιγμή λοιπόν που η αυτοεκτίμηση εξαρτάται από την σκοπιά που οι τρίτοι αντιλαμβάνονται το άτομο, τότε το άτομο δεν θα αφεθεί να παρεκκλίνει από τις πρότυπες κοινωνικές συμπεριφορές.

1.7 Στρες, ψυχική υγεία και αυτοεκτίμηση

Θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι η χρόνια συσσώρευση στρες δύναται να θεωρηθεί απάντηση στην αιτιολογία της κατάθλιψης. Σύμφωνα με τον Moussavi και τους συνεργάτες του (2007), η κατάθλιψη αποτελεί έναν από του κυριότερους παράγοντες ζημίας της δημόσιας υγείας αναλογικά με άλλες χρόνιες ασθένειες (διαβήτης, αρθρίτιδα κ.α.). Το στρες επιδρώντας στην φυσιολογική ομοιόσταση του οργανισμού παράλληλα με τη χρόνια συσσώρευσή του, επισπεύδει τις εγκεφαλικές φθορές, συνδεόμενο με ανωμαλίες της συμπεριφοράς όπως για παράδειγμα την κατάθλιψη.

Ως κλινική απάντηση θεωρείται η υπερπαραγωγή κορτιζόλης η οποία οδηγεί στην συρρίκνωση του ιπποκάμπου, κάνοντας τους ερευνητές να συνδέουν την μείζονα

κατάθλιψη με τη χρόνια παραγωγή του στρες. Η αναστάτωση του ανθρώπινου οργανισμού από την παραγωγή μακροχρόνιου στρες αυξάνει τα επίπεδα κορτιζόλης, κάτι που μπορεί να ρυθμιστεί με την καταστολή ή τον αποκλεισμό της δράσης της κορτιζόλης με τεχνητό τρόπο(ενδομυϊκή έγχυση). Ο ιππόκαμπος διαθέτει δύο είδη υποδοχέων κορτιζόλης, τον υψηλό και τον χαμηλό. Όταν τα επίπεδα κορτιζόλης αυξάνονται με το στρες, ενεργοποιείται ολοένα και περισσότερο ο υψηλός υποδοχέας. Κατά συνέπεια, το θετικό στρες σε ελεγχόμενα επίπεδα παραγωγής βοηθάει τον οργανισμό, ενώ η υπερπαραγωγή του οδηγεί σε κατάπτωση της υγείας (Moussavi et al., 2007).

Η κατάθλιψη προσδιορίζεται ως το διαρκές αίσθημα στενοχώριας για δύο τουλάχιστον εβδομάδες (συνήθως για μήνες), την αδυναμία άντλησης ευχαρίστησης, την ύπαρξη αρνητικών σκέψεων, το αίσθημα κόπωσης και τη μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης. Σε αυτά προστίθενται η αδυναμία λήψης αποφάσεων, η μειωμένη λειτουργικότητα και ενδιαφέροντα, η διαταραχή του ύπνου και της όρεξης, η μείωση της λίμπιντο, ο πιθανός αυτοκτονικός ιδεασμός καθώς και η αυτοκτονική απόπειρα, ενώ έχει διαπιστωθεί και υποτροπιάζουσα πορεία.

Η αυτοεκτίμηση των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη είναι αρκετά μειωμένη. Η κατάθλιψη, όπως έχει ήδη αναφερθεί, αντιπροσωπεύει την αντίδραση στην αντίληψη που έχει το άτομο για την ανικανότητά του να επιτύχει τους στόχους του. Μέρος του προβλήματος των ατόμων με κατάθλιψη εκτιμάται ότι είναι οι υπερβολικά αυστηρές τους προδιαγραφές επιβάλλοντας στον εαυτό τους υπερβολικά υψηλούς στόχους. Όταν δεν κατορθώνουν να τους προσεγγίσουν, οδηγούνται στο να κατηγορούν τον εαυτό τους και την έλλειψη ικανότητάς τους. Αποδεδειγμένα, η υπερβολική αυτοκριτική αποτελεί σημαντικό γνώρισμα της κατάθλιψης. Μολονότι δηλαδή η αντίληψη του ατόμου στην ανεπάρκειά του να εκπληρώσει τους επιθυμητούς στόχους είναι στην κατάθλιψη θεμελιώδης, μέρος του προβλήματος αποτελούν οι υπερβολικοί αυτοί καθαυτοί στόχοι. Επιπλέον, η χαμηλή αυτοεκτίμησή του ατόμου είναι πιθανό να συμβάλει σε μειωμένη απόδοση, η οποία λειτουργεί σαν συνάρτηση σε αυτή και οδηγεί σε πτώση ακόμα πιο χαμηλά από τις καθορισμένες προδιαγραφές και σε πρόσθετη αυτομομφή (Kavanagh,1992).

Σε ό,τι αφορά τη σχέση της αντίληψης του ατόμου για την αυτεπάρκειά του και τις σωματικές του λειτουργίες, υπάρχουν αποδείξεις ότι η αντίληψη για υψηλή

αυτοεκτίμηση αποσβένει την επίδραση του στρες και ενισχύει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος του σώματος. Υπάρχουν αποδείξεις ότι το υπερβολικό στρες μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος, ενώ η βελτίωση της ικανότητας μείωσης του στρες μπορεί να προαγάγει τη λειτουργία του(O'Leary,1990). Σε ένα πείραμα σχετικό με τον αντίκτυπο που έχει η αντίληψη ενός ατόμου για την αυτοεκτίμηση και την αυτεπάρκειά του στον έλεγχο των στρεσσογόνων παραγόντων επάνω στο ανοσοποιητικό σύστημα, ο Bandura και οι συνεργάτες του ανακάλυψαν ότι η αντίληψη αυτή ενδυνάμωνε πράγματι τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος (Wiedenfeld et al., 1990). Στο συγκεκριμένο πείραμα, υποκείμενα με φοβία για τα φίδια δοκιμάστηκαν σε τρεις συνθήκες: μια αρχική φάση ελέγχου χωρίς έκθεση στο αγχογόνο ερέθισμα (φίδι) και μια φάση κατά την οποία τα υποκείμενα ανέπτυξαν αντίληψη υψηλής αυτοεκτίμησης, απέκτησαν δηλαδή το αίσθημα απόλυτης ικανότητας για αντιμετώπιση καταστάσεων. Στη διάρκεια αυτών των φάσεων, μικρή ποσότητα αίματος από τα υποκείμενα αναλύθηκε για παρουσία κυττάρων που βοηθούν στη ρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος. Για παράδειγμα, μετρήθηκε ο αριθμός των βοηθητικών κυττάρων τύπου Τ, τα οποία συμβάλλουν κατά κάποιο τρόπο στην καταστροφή των καρκινογόνων κυττάρων και ιών. Οι αναλύσεις έδειξαν ότι η ενίσχυση της αντίληψης ενός ατόμου για την αυτοεκτίμησή του σχετιζόταν με την αύξηση της λειτουργικότητας του ανοσοποιητικού συστήματος, όπως αυτό αποδεικνύεται από τον αυξημένο αριθμό των βοηθητικών κυττάρων τύπου Τ. Έτσι, αν και τα αποτελέσματα του στρες μπορεί να είναι αρνητικά, η ανάπτυξη της αντίληψης του ατόμου για την αυτοεκτίμησή του πάνω στους στρεσσογόνους παράγοντες μπορεί να έχει πολύτιμες ιδιότητες προσαρμογής όσον αφορά το επίπεδο λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος.

Σύμφωνα με έρευνες, η μείωση των καταθλιπτικών τάσεων και η αύξηση της αυτοεκτίμησης, προκύπτει μέσω της φυσικής άσκησης η οποία βοηθά στην έκκριση ενδορφινών, με αποτέλεσμα την μείωση του στρες και την ισορρόπηση των νευροδιαβιβαστών. Ακόμη και το περπάτημα για αρκετή ώρα κατά τη διάρκεια της εβδομάδας δύναται να βοηθήσει. Εξίσου βοηθητική για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης μπορεί να προκύψει η γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, η οποία στηρίζεται στην αλλαγή του τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς. Αναλυτικότερα, οι

κλινικές εφαρμοσμένες συνέπειες της γνωστικής υπόθεσης επεξεργασίας πληροφοριών υπήρξαν πολύ σημαντικές και επηρέασαν σε πολύ μεγάλο βαθμό τα επαγγέλματα υγείας. Μέσα σε μια σχετικά σύντομη χρονική περίοδο (μια δεκαετία περίπου), έγινε ένα από τα κυρίαρχα θέματα στους κύκλους των ψυχολόγων που ενδιαφέρονταν να κατανοήσουν και να θεραπεύσουν διαταραχές σχετικές με το στρες και σοβαρές ψυχολογικές δυσκολίες όπως η κατάθλιψη που θεωρείται 'φλεγμονώδης νόσος'. Η επιτυχής θεραπεία της κατάθλιψης με οποιοδήποτε μέσο συνοδεύεται σχεδόν άμεσα από σταδιακή επαναφορά των ανοσολογικών λειτουργιών στο φυσιολογικό αν αυτές δεν προέρχονται από άλλη γενεσιουργό ή χρόνια αιτία.

Το έργο των γνωστικά προσανατολισμένων ψυχολόγων υπήρξε πολύ σημαντικό στον τομέα του στρες και της υγείας. Ο Lazarus, το έργο του οποίου άσκησε σημαντική επιρροή σε αυτόν τον τομέα, υποστηρίζει ότι το ψυχολογικό στρες εξαρτάται από γνωστικές λειτουργίες που σχετίζονται με το άτομο και το περιβάλλον (Lazarus,1990).

Σύμφωνα με τη γνωστική θεωρία για το ψυχολογικό στρες και τους τρόπους αντιμετώπισης, το στρες εμφανίζεται όταν το άτομο θεωρεί ότι οι περιστάσεις είναι φορτικές ή ότι υπερβαίνουν τα αποθέματά του και απειλούν την ευεξία του. Εδώ έχουμε δυο στάδια γνωστικής εκτίμησης. Στην *πρωτογενή εκτίμηση* (primary appraisal), το άτομο εκτιμά αν διακυβεύεται κάτι στη συνάντηση ή αν υπάρχει κάποια απειλή ή κίνδυνος. Εξετάζει, λόγου χάρη, την πιθανότητα να πληγωθεί ή να ωφεληθεί η αυτοεκτίμηση, αν κινδυνεύει η προσωπική υγεία ή η υγεία ενός αγαπημένου προσώπου.

Στη *δευτερογενή εκτίμηση* (secondary appraisal), το άτομο εκτιμά τι μπορεί, αν είναι δυνατόν να γίνει για να ξεπεράσει το πλήγμα, να το εμποδίσει ή να βελτιώσει τις προοπτικές για ωφέλεια. Με άλλα λόγια, η δευτερογενής εκτίμηση περιλαμβάνει την αξιολόγηση των δυνατοτήτων που διαθέτει το άτομο για να αντιμετωπίσει το ενδεχόμενο πλήγμα ή όφελος, έτσι όπως αυτό εκτιμήθηκε στο στάδιο της πρωτογενούς εκτίμησης.

Σε μια ψυχοπιεστική κατάσταση, ποικίλοι τρόποι αντιμετώπισης θεωρούνται δυνατοί προκειμένου το άτομο να χειριστεί, να διευθύνει ή να ανεχτεί τις περιστάσεις που εκτίμησε ως φορτικές ή υπεράνω των αποθεμάτων του ατόμου. Συγκεκριμένα, γίνεται μια διάκριση ανάμεσα στους τρόπους αντιμετώπισης οι οποίοι εστιάζονται στο πρόβλημα (π.χ. προσπάθειες τροποποίησης της κατάστασης) και τους τρόπους

αντιμετώπισης που εστιάζονται στο συναίσθημα (π.χ. συναισθηματική αποστασιοποίηση, διαφυγή-αποφυγή, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης).

Ο Aaron Beck διαμόρφωσε σταδιακά μια γνωστική προσέγγιση στη θεραπεία , που περιλαμβάνει προσπάθειες να αλλάξουν πιθανές γνωστικές στρεβλώσεις και να αντικατασταθούν από πιο ρεαλιστικές και προσαρμοστικές γνωστικές λειτουργίες. Η θεραπεία του είναι βέβαια γνωστή για τη συνάφειά της με τη θεραπεία της κατάθλιψης, αλλά και συναφής με έναν ευρύτερο αριθμό ψυχολογικών διαταραχών. Κατά την άποψη του Beck (1987), οι ψυχολογικές δυσκολίες οφείλονται σε αυτόματες σκέψεις, δυσλειτουργικές υποθέσεις και αρνητικές δηλώσεις για τον εαυτό μας.

Η γνωστική υπόθεση του Beck για την κατάθλιψη τονίζει ότι το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη συστηματικά εκτιμά με λαθεμένο τρόπο τρέχουσες και προηγούμενες εμπειρίες και φτάνει να θεωρεί τον εαυτό του αποτυχημένο, τον κόσμο απογοητευτικό και το μέλλον ζοφερό. Αυτές οι τρεις αρνητικές θεωρήσεις είναι γνωστές ως γνωστική τριάδα (cognitive triad) και περιλαμβάνουν αρνητικές απόψεις του ατόμου για τον εαυτό του όπως «είμαι ανεπαρκής, ανάξιος, ανεπιθύμητος», αρνητικές δε απόψεις και για το μέλλον. Πέρα από αυτό, το άτομο που έχει κατάθλιψη είναι επιρρεπές σε εσφαλμένη επεξεργασία των πληροφοριών, όπως η μεγιστοποίηση των καθημερινών δυσκολιών τις οποίες βλέπει σαν καταστροφές και η υπεργενίκευση από μια μεμονωμένη περίπτωση απόρριψης σε πεποιθήσεις. Αυτά είναι τα προβλήματα της σκέψης, τα αρνητικά σχήματα και τα γνωστικά λάθη τα οποία προκαλούν κατάθλιψη (Segal & Dobson,1992).

Συνοψίζοντας και λαμβάνοντας υπόψιν και την άποψη των Lewinsohn, Fenn, Stanton και Franklin (1986), το άτομο όταν καταφέρει να αναδιοργανώσει τη νοητική του λειτουργία και να παραμερίσει τις αρνητικές και ηττοπαθείς πεποιθήσεις του, θα παράγει κατά κύριο λόγο θετικά συναισθήματα, που αυτόματα θα συνεπάγεται τη μείωση του στρες και την αύξηση της αυτοπεποίθησης. Θεραπείες επίσης που δύνανται να βοηθήσουν στη μείωση ή ακόμα και στην εξάλειψη της κατάθλιψης. είναι η ψυχοδυναμική, η συστημική, η υποστηρικτική, η διαπροσωπική και η ομαδική ψυχοθεραπεία. Η αντιμετώπιση του κακού στρες με τους ανωτέρω τρόπους συμβάλει στην πρόληψη καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών.

1.8 Στόχοι και υποθέσεις της παρούσας έρευνας

Η μελέτη του κινδύνου του στρες ως γενικός και αόριστος όρος και η σχέση με την ψυχική υγεία επηρεαζόμενη από την αυτοεκτίμηση απαιτούν μια σε βάθος έρευνα για την καταπολέμησή του μέσα από την αναγνώριση των αιτιών και των παραγόντων που το προκαλούν. Ορίζει την ανάγκη της επιστημονικής διεργασίας για την εξαγωγή αποτελεσμάτων και την εύρεση λύσεων καταπολέμησής του μέσα από την αναγνώριση του προβλήματος. Η εργασία αυτή προσπάθησε να διερευνήσει τις αιτιώδεις σχέσεις του στρες, της ψυχικής υγείας και της αυτοεκτίμησης. Η σημασία της έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι μπορεί να αποτελέσει έναυσμα και μια ισχυρή βάση για: α) την προετοιμασία και διεξαγωγή περαιτέρω αιτιολογικών ερευνών για την ψυχική υγεία και β) την πρόληψη και αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας, που θα βρεθούν να σχετίζονται με το στρες. Επιπρόσθετα παρέχει επαρκείς πληροφορίες, προκειμένου να σχεδιαστεί ένα πρόγραμμα θεραπείας ή διαχείρισης του στρες μέσα από την διατήρηση της ψυχικής υγείας και την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης.

Η παρούσα μελέτη αποπειράθηκε να διερευνήσει τη συσχέτιση των παραγόντων του στρες και στα δύο φύλα, μέσα από έναν δείγμα 216 ατόμων, συνεκτιμώντας τις παραμέτρους της αυτοεκτίμησης και της ψυχικής υγείας, θεωρώντας πως υπάρχει σχέση ανάμεσα στο επίπεδο της ψυχικής υγείας των ανθρώπων και στο επίπεδο του στρες που αυτοί βιώνουν λόγω της καθημερινότητας.

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε παρουσιάζονται ερευνητικές υποθέσεις που προκύπτουν από τη μελέτη της σχέσης μεταξύ του στρες, της ψυχικής υγείας και της αυτοεκτίμησης. Μια πιθανή υπόθεση της έρευνας είναι ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο επίπεδο της ψυχικής υγείας και στο στρες. Όταν τα επίπεδα του στρες δηλαδή βρίσκονται σε φυσιολογικά επίπεδα, τότε και τα επίπεδα της ψυχικής υγείας θα είναι ανάλογα αυτού και το αντίστροφο. Μια δεύτερη υπόθεση είναι ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στα επίπεδα της ψυχικής υγείας και τα επίπεδα της αυτοεκτίμησης, όπως συμβαίνει και με το στρες. Μια τρίτη υπόθεση είναι ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στα επίπεδα του στρες και στα επίπεδα της αυτοεκτίμησης, δηλαδή όταν το στρες αυξάνεται εξαιτίας ορισμένων παραγόντων τότε και η αυτοεκτίμηση θα μεταβάλλεται αρνητικά. Τέλος, υπάρχουν

στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά στα επίπεδα του στρες, της ψυχικής υγείας και της αυτοεκτίμησης. Αν το άτομο δηλαδή είναι άντρας ή γυναίκα, κατά πόσο επηρεάζεται το επίπεδο μιας από τις παραπάνω μεταβλητές αν αυξηθεί ή αν μειωθεί.

Β. ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1 Το Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 216 άτομα από ένα ευρύ κοινό κατοίκων του νομού Ρεθύμνου. Οι 81(37,5%) ήταν άνδρες και οι 135(62,5%) γυναίκες. Το ηλικιακό εύρος κυμάνθηκε από 18 ως 70 ετών(Μ.Ο=32,96 χρόνια, Τ.Α.=12,35).

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων της έρευνας, 3 άτομα(1,4%) ανέφεραν ότι παρακολούθησαν κάποιες τάξεις του Δημοτικού, 4 άτομα(1,9%) ανέφεραν ότι ήταν απόφοιτοι Δημοτικού, 10 άτομα ανέφεραν ότι ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου με ποσοστό 4,6%, 42 άτομα ανέφεραν ότι ήταν απόφοιτοι Λυκείου με ποσοστό 19,4% και 17 άτομα(7,9%) απόφοιτοι αντιστοίχων επαγγελματικών Σχολών. Το δείγμα περιελάμβανε επίσης 37 αποφοίτους Τ.Ε.Ι με ποσοστό 17,1%, 92 αποφοίτους Α.Ε.Ι. με ποσοστό 42,6%, καθώς και 8 μεταπτυχιακούς αποφοίτους(5,1%).

Εξ' αυτών, 98 άτομα(45,4%) ήταν άγαμοι, 96 άτομα(44,4%) έγγαμοι, 1 άτομο(0,5%) ήταν σε διάσταση, 1 άτομο(0,5) ήταν διαζευγμένο, 2 άτομα(0,9) ήταν χήροι ενώ 18 άτομα (8, 3%) συγκατοικούσαν.

2.2 Η Διαδικασία

Η διαδικασία συλλογής των ερευνητικών δεδομένων είχε διάρκεια 1 περίπου χρόνου. Έγινε με τη χορήγηση ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από άτομα γενικού πληθυσμού, κατοίκων του νομού Ρεθύμνης.

Περιορισμοί που τέθηκαν για την έρευνα ήταν η ηλικία. Επιλέχθησαν ενήλικα άτομα που ήταν σε θέση να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο με σοβαρότητα, κριτική σκέψη και ευθύνη και δεν ανήκαν σε κάποια ιδιαίτερη κατηγορία, όπως άτομα με κάποια χρόνια πάθηση, προκειμένου τα αποτελέσματά μας να είναι ευκολότερα στην ανάλυση λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορές του εξεταζόμενου κοινού.

Τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες είναι αυτοαναφοράς. Περιέχουν ερωτήσεις που αναφέρονται στον κάθε ένα συμμετέχοντα ξεχωριστά. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι απαντήσεις να είναι καθαρά υποκειμενικές. Ωστόσο σε κάποιες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου μας δεν δόθηκαν απαντήσεις, είτε γιατί οι συμμετέχοντες αμέλησαν, είτε εσκεμμένως. Κατά τη διάρκεια χορήγησης των ερωτηματολογίων, πληροφορήσαμε τους συμμετέχοντες για την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών που κατέγραφαν αλλά και για τον σκοπό της έρευνας, τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας και για το δικαίωμα άρνησης συμμετοχής ή αποχώρησης από την έρευνα ανά πάσα στιγμή. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων έγινε παρουσία μας ούτως ώστε να επισημάνουμε τυχόν απορίες ή αμφισβητήσεις κατά την συμπλήρωσή τους αλλά και για να βεβαιωθούμε ότι τα άτομα παρέμεναν συγκεντρωμένα την ώρα της συμπλήρωσης και αντιλαμβάνονταν το περιεχόμενό τους. Παρόλα αυτά προσπαθήσαμε η παρουσία μας να ήταν όσο πιο διακριτική γίνεται για να μην επηρεάσουμε κανέναν από τους συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης.

Με τη λήξη της συμπλήρωσης και αφού η διαδικασία είχε ολοκληρωθεί, ευχαριστούσα τους συμμετέχοντες για την πολύτιμη βοήθειά τους. Η διαδικασία ήταν ολιγόλεπτη, και θεωρώ πως δεν δυσανασχέτησε κανέναν.

2.3 Ψυχομετρικά Εργαλεία

2.3.1. Κλίμακες Μέτρησης

Χορηγήθηκε το Ερωτηματολόγιο μέτρησης του Στρες(Ερωτηματολόγιο Δ'- Παράρτημα Α') και ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να βαθμολογήσουν το στρες βάσει οκτώ πιθανών πηγών όπως η εργασία, ο σύντροφος, η οικογένεια, η υγεία και η ευεξία στενών συγγενών ή συντρόφου, οι κοινωνικές σχέσεις με φίλους, το σπίτι και η γειτονιά και οικονομικά ζητήματα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 με 4 εβδομάδων. Οι συμμετέχοντες έπρεπε να συμπληρώσουν το βαθμό σύμφωνα με τον οποίο κάποια

από τις οκτώ πηγές τους προκάλεσε στρες βάσει μιας κλίμακας τύπου Likert από το «1»(=Καθόλου στρες) ως το «4»(=Πολύ έντονο στρες).

Η ψυχική υγεία αποτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας(ΕΓΥ) (Handbook of the General Health Questionnaire: Moutzoukis, Adamopoulou, Garyfallos &Karastergiou,1990)(Ερωτηματολόγιο Η'-Παράρτημα Α). Χρησιμοποιήθηκε η μορφή 28 ερωτήσεων όπως « Αισθάνεστε εντελώς καλά και απολύτως υγιής», «Έχετε αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;», στις οποίες οι συμμετέχοντες απάντησαν με βάση μια κλίμακα τύπου Likert από το «1»(=Καθόλου) ως το «4»(=Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως) και αποτελείται από προτάσεις στις οποίες μπορούν να δοθούν δυνατές απαντήσεις. Η κλίμακα Likert περιέχει διαβαθμίσεις συμφωνίας ή διαφωνίας κάνοντας τον ερωτώμενο να εκφράσει πιο εύκολα τις απόψεις του εξασφαλίζοντας μεγαλύτερη ακρίβεια των αποτελεσμάτων. Όταν οι τιμές στην κλίμακα αυτή είναι πιο υψηλές τότε και τα ψυχολογικά συμπτώματα θα είναι περισσότερα.

Τέλος, απαντήθηκαν ερωτήσεις που αφορούσαν στην αυτοεκτίμηση και τα συναισθήματα που έχουν τα άτομα για τον εαυτό τους, σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης της αυτοεκτίμησης κατά Rosenberg (Rosenberg,1989, Ερωτηματολόγιο Α'-Παράρτημα Α'). Η συγκεκριμένη κλίμακα χρησιμεύει στην αξιολόγηση και σκιαγράφηση της αντίληψης που έχει ένα άτομο για την αυτοεκτίμηση και το σύνολο της αυτοεικόνας του. Αποτελείται από δέκα ερωτήσεις, πέντε με θετική(π.χ. «Αισθάνομαι ότι έχω αρκετά καλά γνωρίσματα») και πέντε με αρνητική σημασία(π.χ. «Σίγουρα αισθάνομαι άχρηστος κατά καιρούς»), στις οποίες καλείται να απαντήσει ο/η ερωτώμενος χρησιμοποιώντας μια κλίμακα Likert από «1»(=συμφωνώ απόλυτα) ως «4»(=Διαφωνώ απολύτως).

2.3.2 Μέθοδοι Στατιστικής Ανάλυσης Δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 19. Στις αναλύσεις περιλαμβάνονται Δείκτες περιγραφικής στατιστικής (descriptive statistics) όπως Μέσος όρος (Mean) και Τυπική απόκλιση(Standard

Deviation) και συσχετίσεις των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων της έρευνας βάσει του δείκτη συνάφειας Pearson r (Pearson r correlation coefficient).

Γ. ΕΥΡΗΜΑΤΑ

3.1 Αποτελέσματα

Παρουσιάζονται τα βασικά περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τις μεταβλητές στρες, ψυχική υγεία και αυτοεκτίμηση. Παρατηρήθηκε ότι η μέση τιμή της ψυχικής υγείας είναι 47,5 και δεδομένου ότι η μέγιστη τιμή είναι 71, θεωρείται αρκετά υψηλή. Παρόλα αυτά παρατηρείται ότι η διακύμανση είναι πολύ μεγάλη και αυτό συνεπάγεται ότι το εύρος των τιμών της ψυχικής υγείας είναι πολύ μεγάλο. Παρόμοια αποτελέσματα ισχύουν και για τις άλλες δύο μεταβλητές με μόνη διαφορά ότι οι διακυμάνσεις είναι μικρότερες σε σχέση με την ψυχική υγεία(Παραρτημα Β'-Πίνακας 1).

Οι τρείς μεταβλητές συσχετίζονται ανά ζεύγη. Σε επίπεδο σημαντικότητας 5% οι τιμές p είναι πολύ μικρότερες από αυτό και συνεπώς όλες οι συσχετίσεις είναι σημαντικές(Παράρτημα Β'-Πίνακας 2). Συγκεκριμένα κάποιο άτομο που έχει υψηλά επίπεδα στρες, τείνει να έχει χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και ψυχικής υγείας. Επίσης ένα άτομο με χαμηλά επίπεδα ψυχικής υγείας, τείνει να έχει και χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης.

Υπολογίζοντας την παλινδρόμηση και θεωρώντας ως εξαρτημένη μεταβλητή την ψυχική υγεία και ως ερμηνευτικές μεταβλητές το στρες και την αυτοεκτίμηση, προέκυψε ότι ο συντελεστής προσαρμογής ισούται με 0,209(Παράρτημα Β'-Πίνακας 3). Αυτό συνεπάγεται ότι το μοντέλο είναι 'σχετικά' καλό. Ο έλεγχος της ισότητας των παραμέτρων με το 0 απορρίπτεται σε επίπεδο σημαντικότητας 5% καθώς η τιμή p είναι σχεδόν 0, δηλαδή πολύ μικρότερη του 5%(Παράρτημα Β'-Πίνακας 4). Η σταθερά παλινδρόμησης στο συγκεκριμένο μοντέλο δεν έχει νόημα καθώς οι ερμηνευτικές μεταβλητές δεν μπορούν να πάρουν την τιμή 0. Όσον αφορά το στρες παρατηρείται ότι αν αυτό αυξηθεί κατά 1, τότε η ψυχική υγεία θα μεταβληθεί κατά 5,529. Αντίστοιχα στην περίπτωση που η αυτοεκτίμηση αυξηθεί κατά 1, θα έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της ψυχικής υγείας κατά 0,615. Σύμφωνα με τα διαστήματα εμπιστοσύνης, μια μεταβολή του στρες κατά 1 θα επιφέρει μεταβολή από 3,378 ως 7,681 στην ψυχική υγεία, ενώ μια μεταβολή της αυτοεκτίμησης κατά 1 θα επιφέρει μεταβολή από -0,863 ως -0,368 με πιθανότητα 95%. Τέλος παρατηρείται ότι οι τιμές p για τον έλεγχο της ισότητας με το 0

κάθε παραμέτρου, είναι σχεδόν 0. Συμπερασματικά, κάθε παράμετρος είναι στατιστικά σημαντική.

Ο έλεγχος της ισότητας των μέσων τιμών ανά φύλο έγινε με παραμετρικές μεθόδους (t-test). Η μέση τιμή κάθε μεταβλητής έχει σχεδόν ίδια τιμή ανά φύλο(Παράρτημα Β'-Πίνακας 6). Συγκεκριμένα είναι ξεκάθαρο ότι η μέση τιμή της αυτοεκτίμησης για τους άντρες είναι ίση με 30,679 ενώ η μέση τιμή της αυτοεκτίμησης για τις γυναίκες είναι ίση με 29,8074. Παρατηρώντας τις τιμές έτσι απλά θα μπορούσε κάποιος να πει ότι όντως οι μέσες τιμές είναι ίδιες καθώς οι τιμές αυτές είναι πολύ κοντά η μία με την άλλη. Στην πραγματικότητα όμως αυτό είναι λάθος καθώς στην περίπτωση που οι διακυμάνσεις είναι πολύ μεγάλες και διαφορετικές τότε υπάρχει περίπτωση αυτές οι μέσες τιμές να μην είναι στατιστικά ίσες. Επειδή για την μεταβλητή «αυτοεκτίμηση» όμως παρατηρείται ότι οι τυπικές αποκλίσεις είναι πολύ κοντά μεταξύ τους, αυτό ίσως θα μπορούσε να πει κάποιος ότι σαν πρώτη εικόνα οι μέσες τιμές είναι ίσες. Παρόμοια αποτελέσματα ισχύουν και για τις άλλες δύο μεταβλητές. Σύμφωνα με το Levene's Test, παρατηρείται ότι η τιμή p είναι ίση με 0.650, κάτι το οποίο σημαίνει ότι σε κάθε σύνηθες επίπεδο σημαντικότητας γίνεται δεκτή η μηδενική υπόθεση. Η μηδενική υπόθεση όμως λέει ότι οι διακυμάνσεις της μεταβλητής αυτοεκτίμηση είναι ίσες σε στους άνδρες και στις γυναίκες. Έτσι λοιπόν ακολουθώντας την πρώτη γραμμή, θα γίνει και ο έλεγχος της ισότητας των μέσων τιμών της μεταβλητής αυτοεκτίμηση στους άντρες και τις γυναίκες. Η τιμή p για τον έλεγχο αυτό είναι ίση με 0.145 που σημαίνει ότι πάλι σε κάθε σύνηθες επίπεδο σημαντικότητας γίνεται δεκτή η μηδενική υπόθεση. Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η μέση τιμή της αυτοεκτίμησης για τους άντρες είναι ίση με την μέση τιμή της αυτοεκτίμησης για τις γυναίκες(Παράρτημα Β'-Πίνακας 7).

Σημειώνεται επίσης ότι και για τις άλλες δύο μεταβλητές τα αποτελέσματα είναι ακριβώς παρόμοια. Συγκεκριμένα ο έλεγχος της ισότητας των διασπορών γίνεται δεκτός σε κάθε μία από τις άλλες δύο μεταβλητές (οι τιμές p είναι ίσες με 0,736 και 0,578). Έτσι ακολουθώντας την ίδια διαδικασία με την πρώτη μεταβλητή, προκύπτει ότι η τιμή p για τον έλεγχο της ισότητας των μέσων τιμών του στρες για τους άνδρες και τις γυναίκες είναι ίση με 0,077. Αντίστοιχα η τιμή p για τον έλεγχο της ισότητας των μέσων τιμών της ψυχικής υγείας για τους άνδρες και τις γυναίκες είναι ίση με 0,290. Επομένως και στις

δύο αυτές περιπτώσεις ο έλεγχος της ισότητας γίνεται δεκτός σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, το οποίο μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι μέσες τιμές είναι ίσες.

Δ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1 Συμπεράσματα

Από την παρούσα έρευνα προκύπτει καταρχάς το συμπέρασμα ότι το στρες, η αυτοεκτίμηση και η ψυχική υγεία είναι τρεις μεταβλητές που σχετίζονται μεταξύ τους και ότι η ψυχική υγεία μεταβάλλεται από τους παράγοντες του στρες και της αυτοεκτίμησης. Με τη βοήθεια των ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς διερευνήθηκαν τα επίπεδα του στρες, της ψυχικής υγείας και της αυτοεκτίμησης στο δείγμα των 216 ατόμων. Συγκεκριμένα, διερευνήθηκε η επίπτωση της αύξησης των επιπέδων του στρες στην ψυχική υγεία του ατόμου και κατ' επέκταση στην αυτοεκτίμηση. Κατά πόσο δηλαδή τα άτομα σε στρεσσογόνες καταστάσεις διατηρούν ή μεταβάλλουν την ψυχική υγεία τους και κατά πόσο η αύξηση της αυτοεκτίμησης βελτιώνει την κατάσταση της ψυχικής τους υγείας σε συνάρτηση με το στρες.

Έχοντας ως βάση την μέχρι τώρα βιβλιογραφία που φαίνεται να στηρίζει τα ευρήματα της έρευνάς μας, παρατηρείται ότι το στρες έχει άμεσο αντίκτυπο τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία του ανθρώπου. Αδιαμφισβήτητα, το στρες κατέχει σημαντικό ρόλο στις ζωές όλων, πόσο μάλλον στους ανθρώπους που για υποκειμενικούς και ιατρικούς λόγους έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και εσφαλμένη αντίληψη των ικανοτήτων τους, προπάντων δε του εαυτού τους. Το γεγονός αυτό από μόνο του, παράγει περισσότερο στρες που με τη σειρά του προκαλεί μεγαλύτερη ψυχική κατάπτωση στον άνθρωπο. Με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης Pearson, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του στρες και της αυτοεκτίμησης($r=-0,151$) και ανάμεσα στο στρες και την ψυχική υγεία($r=0,357$). Η όλη κατάσταση μοιάζει με αλυσιδωτή αντίδραση, που τις περισσότερες φορές πυροδοτείται από τις αντίξοες συνθήκες της καθημερινής ζωής. Σίγουρα οι στόχοι, οι πολλές απαιτήσεις και οι ευθύνες στη ζωή ενός εκάστου, έχουν ιδιαιτέρως βαρύνουσα σημασία, με αποτέλεσμα να καταναλώνει μεγάλα χρονικά διαστήματα και πολλή ενέργεια. Σε επίπεδο σημαντικότητας 5% οι τιμές p είναι πολύ μικρότερες από αυτό και συνεπώς όλες οι συσχετίσεις είναι σημαντικές. Συγκεκριμένα κάποιο άτομο που έχει υψηλά επίπεδα

στρες, τείνει να έχει χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και ψυχικής υγείας. Επίσης ένα άτομο με χαμηλά επίπεδα ψυχικής υγείας, τείνει να έχει και χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης, όπως αποδεικνύεται μέσω του συντελεστή συσχέτισης ανάμεσα στην ψυχική υγεία και την αυτοεκτίμηση(r=-0,348). Θέσαμε τη ψυχική υγεία ως εξαρτημένη μεταβλητή και το στρες και την αυτοεκτίμηση ως προβλεπόμενες. Διαπιστώθηκε ότι η ψυχική υγεία προβλέπεται από τις δυο παραπάνω μεταβλητές σε ποσοστό 21%, με στατιστική σημαντικότητα. Οι δυο παράμετροι, δηλαδή το στρες και η αυτοεκτίμηση είναι σημαντικά διαφορετικές από το 0, αφού το στρες ισούται με -0.311 και η αυτοεκτίμηση είναι ίση με 0.301. Επομένως, η συνεισφορά τους στην πρόβλεψη της ψυχικής υγείας είναι σημαντική. Η αυτοεκτίμηση έχει θετική γραμμική συσχέτιση με την ψυχική υγεία, δηλαδή η αύξηση των επιπέδων της κατά 1 φορά, οδηγεί σε αντίστοιχη αύξηση ή καλυτέρευση της ψυχικής κατάσταση του ατόμου, κρατώντας τη μεταβλητή του στρες σταθερή. Αντίθετα, το στρες είχε αρνητικό πρόσημο, άρα αν αυξηθεί κατά μια μονάδα, η ψυχική υγεία μειώνεται, αν η αυτοεκτίμηση κρατηθεί σταθερή.

Φάνηκε επίσης μέσα από τις αναλύσεις ότι το φύλο των ατόμων δεν διαδραματίζει κάποιο ρόλο στα επίπεδα του στρες, της ψυχικής υγείας και της αυτοεκτίμησης. Ανεξάρτητα δηλαδή από το αν το άτομο είναι άντρας ή γυναίκα τα επίπεδα των μεταβλητών δεν παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές μεταξύ τους.

Στο σημείο αυτό, και αφού παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα της έρευνας είναι αναγκαίο να αναφερθούν και κάποιοι περιορισμοί που την χαρακτηρίζουν. Πρέπει να τονιστεί ότι το δείγμα της έρευνας ήταν σχετικά μικρό (N=216) με αναλογία αντρών και γυναικών 81 προς 135 αντίστοιχα. Παρά το γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος απαρτίζεται από γυναίκες, σε αντίθεση με τους άντρες, δεν ήταν τόσο προσιτές και δεκτικές σε σχέση με τη διαδικασία, γεγονός που θα οδηγήσει σε στατιστικά σφάλματα που ενδεχομένως να μην παρατηρήθηκαν. Η διεξαγωγή της ίδιας έρευνας σε μεγαλύτερο δείγμα θα μπορούσε να εξασφαλίσει πληρέστερα ερευνητικά δεδομένα προς μελέτη. Επιπλέον, τα αποτελέσματα της έρευνας βασίστηκαν στις υποκειμενικές αναφορές των συμμετεχόντων, δηλαδή σε υποκειμενικές εκτιμήσεις που αυτομάτως δεν χαρακτηρίζονται από αντικειμενικότητα, όπως σε περίπτωση που αξιολογούνταν από κάποιο άλλο πρόσωπο, με αποτέλεσμα τα υποκείμενα να απέφευγαν να εκφράσουν με

ειλικρίνεια τις πεποιθήσεις τους εν παρουσία μας. Τέλος αναφέρεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν συνήθως εργαζόμενοι, με αποτέλεσμα λόγω επαγγελματικών υποχρεώσεων και φόρτου εργασίας να μην έδειξαν την απαιτούμενη προσοχή στις ερωτήσεις, συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο με πεποίθηση πως αποτελεί μέρος της εργασίας τους, γεγονός που πιθανόν να έφερε δυσφορία.

Η ακολουθούμενη μέθοδος έρευνας με την χρήση των ερωτηματολογίων για τον προσδιορισμό και την εκτίμηση της ψυχολογίας του ατόμου είναι μεν επαρκής, αλλά όχι αρκετή για να ρίξει φως στην πολυπλοκότητα της ψυχοσύνθεσης και του μεγάλου αριθμού παραγόντων που παρεμβαίνουν και προκαλούν το στρες. Το ίδιο ακριβώς υφίσταται και για την συνολική αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό του, το επίπεδο της αυτοεκτίμησης του, όπως και για την πλήρη σύνθεση της ψυχικής του κατάστασης. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ποσοτική ανάλυση δεδομένων, μια μέθοδος που σχετίζεται τόσο με την μέτρηση όσο και με την ποσοτικοποίηση των κοινωνικών φαινομένων που επηρεάζουν το άτομο αλλά και με την μετατροπή επιλεγμένων ποιοτικών δεδομένων σε αριθμητικά μεγέθη, όπως στην παρούσα έρευνα μέσω ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς και ποσοτικοποίησης των μεταβλητών του στρες, της ψυχικής υγείας και της αυτοεκτίμησης. Προς βελτίωση της διαδικασίας θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί μια πιο ολοκληρωμένη μέθοδος που θα συμπεριλαμβάνει μεθόδους όπως συνεντεύξεις ή αφηγήσεις, ελέγχοντας με πιο έγκυρο τρόπο τα αποτελέσματα της ψυχικής υγείας και της αυτοεκτίμησης.

Θα ήταν χρήσιμο λοιπόν, σε μελλοντικές μελέτες, να κατασκευαστούν τέτοια ψυχομετρικά εργαλεία που να εστιάζουν στις αιτίες πρόκλησης των διαταραχών στην ψυχική υγεία, την αυτοεκτίμηση και το στρες του ατόμου αναφορικά με πιο προσωπικά δεδομένα και τις εμπειρίες του. Με αυτό τον τρόπο, θα εξεταστούν και οι εσωτερικοί μηχανισμοί που επιδρούν στην αυτοαντίληψη και την υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου για την διεξαγωγή πιο ασφαλών και λεπτομερειακών συμπερασμάτων. Να εξεταστεί δηλαδή, αν τα άτομα τα οποία είναι ψυχικά υγιή και με υψηλή αυτοεκτίμηση όντως επιτυγχάνουν να μειώνουν το στρες. Τέλος, κρίνεται αναγκαίο εφόσον γνωστοποιηθούν οι παράγοντες που κάνουν τα άτομα να είναι ψυχικά υγιή και με υψηλή αυτοεκτίμηση στους τομείς της ζωής τους, να παρέχονται κατάλληλες και αποτελεσματικές ψυχολογικές παρεμβάσεις προς διατήρηση και βελτίωση των παραγόντων αυτών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αντωνίου, Σ.Α. (2008). *Ψυχολογία της Υγείας.* Σειρά Εφαρμοσμένη Ψυχολογία. Αθήνα: Παπαζήση.

Ασημομύτη, Α. (2007). *Απουσία από την εργασία και επαγγελματική εξουθένωση του Προσωπικού.* Διπλωματική εργασία. Πάτρα: Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.

Ader, R. & Cohen, N.(1993). Psychoneuroimmunology: Conditioning and stress. *Annual Review of Psychology, 44,* 53-85.

Alexander, F,(1950). *Psychosomatic medicine*. New York: Norton.

American college of cardiology committee(2000). The redefinition of myocardial infarction. Myocardical infraction redefined- *A* consensus document. *The joint European Society of Cardiology 21,* 1502-1513.

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

Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp.335-394). Washington, D.C.: Hemisphere.

Barkow, J. (1980). Prestige and self-esteem*:* A biosocial interpretation. In D. R. Omark, F. F. Strayer, & D. G. Freedman (Eds*.), Dominance relations: An ethological view of human conflict and social interaction (pp. 319–332).* New York: Garland STPM Press.

Barlow, D.H. (1991). Disorders of emotion. *Psychological Inquiry, 2,* 58-71.

Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C. and Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38,* 813-822.

Baumeister, R.F., Heatherton, T.F., & Tice, D.M. (1993). When ego threats lead to self-regulation failure: Negative consequences of high self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 64,* 141-156.

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation, *Psychological Bulletin, 40,* 497-529.

Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., &Vohs, K. D. (2004). Does high self esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest, 4 (1),* 1-44.

Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph,* 1-103.

Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 1,* 2-27

Beck, A.T., Freeman, A. & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders.* New York: Guilford Press.

Beck, A.T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 194-198.

Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.D. & Liese, B.S. (1993). *Cognitive therapy of drug abuse.* New York: Guilford Press.

Bednar, R. L., Wells, M. G., & Peterson, S. R.(1989). *Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice.* Washington, DC: American Psychological Association.

Bentler, L.E,(1995). *Comprehensive textbook of psychotherapy.* New York: Oxford University Press.

Bhagat, R.S. (1983). Effects of Stressful Life Events on Individual Performance Effectiveness and Work Adjustment Processes within Organizational Settings: A Research Model. *Academy of Management Review, 8(4),* 660-671.

Borrell-Carrio, F., & Epstein, R. M.(2004). Preventing errors in clinical practice: A call for self-awareness. *Annuals of Family Medicine,2,* 310-316.

Braden, N.(1969). *The psychology of self-esteem, A new concept of man's psychological nature*. Los Angeles: Nash.

Brewin, C.R. (1996). Theoritical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression. *Annual review of Psychology, 47,* 33-57.

Brown, J.D. & McGill, K.L. (1989). The cost of good fortune: When positive life events produce negative health consequences. *Journal of Personality and Social Psychology, 57,* 1103-1110.

Burke, R. J &Richardsen, A. M. (1996). Stress, burn-out and health. *In Handbook of Stress, Medicine and Health* (ed. C.Cooper), pp. 101-117. London: CRC Press.

Burns, R. B.(1979). *The self-concept in theory, measurement, development and behavior*. London: Longman.

Byrne, D.G., Whyte, H.M., & Butler, K.L. (1981). Illness behavior and outcome following survived myocardial infarction: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research, 25,* 97-107.

Γραμμάτη, Α.(2009). Η προαγωγή της Ψυχικής Υγείας. *Άρθρο από την ιστοσελίδα* http://grammatiariadni.wordpress.com.

Cannon, W. B.(1929). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear, and Rage.* New York: Appleton.

Cannon, W.B.(1932). *The wisdom of the body*. New York: Norton.

Chrousos, G.P.(1999*).* Reproductive placental corticotropin-releasing hormone and its clinical implications. *Annals journal of Obstetrics and Gynecology,178,* 770-778.

Chrousos, G.P.(2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature Review Endocrinology 5(7),* 374-381.

Clark, D.A., Beck, A.T. & Brown, G. (1989). Cognitive mediation in general psychiatric outpatients: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology, 56,* 958-964.

Cohen, S. & Williamson, G.M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health* (pp.17-67). Newbury Park, CA: Sage.

Cohen, S., Tyrell, D., & Smith, A. (1993). Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *Journal of Personality and Social Psychology, 64,* 131-140.

Cohen, S., Kessler, R.C., & Gordon, L.U. (1995). Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. In S. Cohen, R.C. Kessler, & L.U. Gordon (Eds.), *Measuring stress* (pp. 3-26). New York: Oxford University Press.

Cohen, S. & Herbert, T.B.(1996). Health psychology: Psychosocial factors and physical disease from the perspective of human Psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology, 47,* 113-142.

Cohen, S.,Frank, E., Doyle, W.J., Skoner, D.P., Rabin, B.S., Gwaltney, J.M., (1998). Types of stressors that increase susceptibility to the common cold in healthy adults. *Health Psychology, 17,* 214-223.

Contrada, R.J., Baum, A.(2011). *The Handbook of Stress Science, Biology, Psychology and Health.* New York. Springer Publishing Company.

Cooley, C.H.(1902). The Looking-Glass Self, in Social Theory. *The multicultural Readings(pp.5-6)* edited by C. Lemert, Philadelphia: Westview Press.

Coopersmith, S.(1967). *The antecedents of self esteem*. San Francisco: W. H. Freeman & Co.

Coyne, J.C.(1994). Self-reported distress: Analog or ersatz depression? *Psychological Bulletin,116,* 29-45.

Craighead, W.E., Craighead, L.W. & Ilardi, S.S. (1995). Behavior therapies in historical perspective. In B. Bongar & L.E. Bentler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy (pp.64-83).* New York: Oxford University Press.

Crocker, J., & Wolfe, C.T.(2001). Contingencies of self- worth. *Psychological Review,108,* 593-623.

Δρακόπουλος, Β.(2005). *Υγιεινή και ασφάλεια στους χώρους εργασίας των νοσοκομείων*. Αθήνα: 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση τα οικονομικά και τις πολιτικές Υγείας.

Djuric, V.J., Overstreeet, D.H., Bienenstock, J., and Perdue, M.H., (1995). Immediate hypersensitivity in the Flinders rat: evidence for a possible link between susceptibility to allergies and depression. *Brain, Behavior, and Immunity, 9,* 196-206.

Dobson, K.S. & Shaw, B.F. (1995). Cognitive therapies in practice. In B.Bongar & L.E.
Dubos, R.(1979), *Adapting man adapting: curing, helping, consolin,(pp.532-545).*Yale J Biol Med.

Durlak, J. A. & Wells, A.M.(1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology, 25,* 115-152.

Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2007). *Εισαγωγή στις μυοσκελετικές παθήσεις που σχετίζονται με την εργασία, FACTS71,72,75.*

Epstein, N. & Baucom, N. (1988). *Cognitive-behavioral marital therapy.* New York: Springer.

Freud, S. (1959). Analysis of a phobia in a five-year-old boy. In *Standard edition,10,* 36. London: Hogarth Press.

Fromm, E.(1959). *Sigmund Freud's mission.* New York: Harper.

Gil, K.G., Keefe, F.J., Sampson, H.A., McCaskill, C.C., Rodin, J., and Crisson, J.E., (1987). The relation of stress and family environment to atopic dermatitis symptoms in children. *Journal of Phychosomatic Research, 31,* 673-684.

Glaser, R., J, Speicher, C, E, Stout, J, C, Tarr, K, L & Kiecolt-Glaser, J.K.(1986). Stress depresses interferon production by leucocytes concomitant with a decrease in natural killer cell activity. *Behavioral Neuroscience,100(5),* 675-678.

Goldberg D.(1978). *General Health Questionnaire (GHQ).*

Harter, S. (1999). *The construction of the self*. New York: Guilford.

Hay, D., Oken, D.(1972). *The* psychological stresses of intensive care unit nursing. *Psychosomatic Medicine, 34,* 109-118.

Higgins, E.T.(1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review, 94,* 319-340.

Hinkle, L. E.(1974). The concept of stress in the biological and social sciences. *Science, Medicine and Man,1,* 31-48.

Hollon, S.D., DeRubeis, R.J. & Evans, M.D. (1987). Causal mediation of change in treatment for depression: Discriminating between nonspecificity and noncausality. *Psychological Bulletin, 102,* 139-149.

Hollon, S.D., Shelton, R.C. & Davis, D.D. (1993). Cognitive therapy for depression: Conceptual issues and clinical efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 270-275.

Θελερίτης Χ.(2010). *Το στρες και η κατάθλιψη*, http://www.iatronet.gr .

James, W.(1950). *The principles of psychology*. New York: Henry Holt.

Jane-Llopis, E. et al.(2005). Mental health promotion works: a review. *Promotion & Education Supplement, 2,* 9-25, 61, 67.

Καλλινικάκη, Θ.(1998). *Κοινωνική εργασία: Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κάντας Α.(1995). *Οργανωτική – Βιομηχανική Ψυχολογία. Διεργασίες ομάδες – Σύγκρουση– Ανάπτυξη και αλλαγή– Κουλτούρα –Επαγγελματικό άγχος, 3*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Καραδήμας , Ε.Χ.(1999). *Ο ρόλος των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας ως ρυθμιστικού παράγοντα στη σχέση μεταξύ στρες και ψυχοσωματικής ασθένειας.* Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Ψυχολογίας.

Κάττουλας, Ε.,(2011). Αγχώδεις διαταραχές και διαταραχή πανικού. *Ψυχική Υγεία, Σύγχρονες προσεγγίσεις-Προβληματισμοί*. Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.

Κρεμαστινού, Τ. (2007). *Δημόσια υγεία.* Αθήνα: Τεχνόγραμμα,

Kaplan, H.B. (1975). *Self-attitudes and deviant behavior.* Palisades, CA: Goodyear Publications.

Kasl, S.A. & Cobb, S. (1966*).* Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health, 12*, 246-266.

Kavanagh, D. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp.177-194). Washington, D.C.: Hemisphere.

Keller, A., H. Zhuang, Q. Chi, L.B. Vosshall, H. Matsunami. (2007). *Genetic variation in a human odorant receptor alters odour perception. Nature. 449*, 468–472.

Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Fears and phobias: Reliability and heritability. *Psychological Medicine, 29*, 539-553

Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism.* New York: Jason Alexander.

Kessler, R.C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology, 48,* 191-214.

Kivimäki, M., Leino-Arjas P., Luukkonen, R., Riihimäki, H., Vahtera, J. and Kirjonen, J. (2002). Work stress and risk of coronary mortality: Prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal , 325,* 857-860.

Kop, W.J., Cohen, N. (2001), Psychological risk factors and immune system involvement in cardiovascular disease, In: Ader, R., Felten, D.L., Cohen, N. (Eds.), *Psychoneuroimmunology, 3rd ed(pp. 525-544).* Academic Press, San Diego.

Kohut, H.(1977). *The restoration of the self.* New York: International Universities Press.

Kuper, H., Marmot, M.(2003). Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *Epidemiology Community Health, 57(3),* 147-153.

Λύκουρας, Ε. (2011). *Ψυχική Υγεία: Σύγχρονες Προσεγγίσεις-Προβληματισμοί.* Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών,

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer.

Lazarus, R.S. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry, 1,* 3-13.

Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine, 55,* 234-247.

Lazarus, R.S.(1999). *Stress and emotions: A new synthesis.* New York: Springer.

Levine, S.(2000). Influence of psychological variables on the activity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *European Journal of Pharmacology, 405,* 149-160.

Levis, D.J. & Malloy, P.F. (1982). Research in infrahuman and human conditioning. In G.T. Wilson & C.M. Franks (Eds.), *Contemporary behavior therapy: Conceptual and empirical foundations* (pp.65-118). New York: Guilford Press.

Lewinsohn, P. M., Fenn, D. S., Stanton, A. K., & Franklin, J. (1986). Relation of age at onset to duration of episode in unipolar depression. *Journal of Psychology & Aging, 1,* 63-68.

Lewis, M. & Brooks-Gunn, J. (1979). *Social cognition and the acquisition of self.* New York: Plenum.

Longmore MA, DeMaris A. (1997). Perceived inequity and depression in intimate relationships: The moderating effect of self-esteem. *Social Psychology Quarterly, 60,* 172-184.

Μαδιανός, Γ. Μ. (2000). *Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτης.

Maslow, A.H., (1942). Self esteem (dominance-feeling) and women sexuality. *Journal of Social Psychology, 16,* 255-278.

Mechanic, D. (1972). Social psychological factors affecting the presentation of bodily complaints. *The New England Journal of Medicine, 286,* 1132-1139.

Melamed, S., Kushnir, T., Strauss, E., & Vigiser, D. (1997). Negative association between reported life events and cardiovascular disease risk factors in employed men: The Cordis study. *Journal of Psychosomatic Research,* 43, 247-258. Στο Robin M, Leslie RM., *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας,* Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 2006.

Melchior, M., Caspi, A., Milne, B.J., Danese, A., Poulton, R., & Moffitt, T.E. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young working women and men. *Psychological Medicine*, 37, 1119-1129.

Miller, A.H. (1989). Depressive disorders and immunity. *American Psychiatric Press,21,* 374-383. Washington, DC.

Moussavi S., Chatterji S., Verdes E., Tandon A., Patel V., Ustun B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys, *Lancet, 370,* 851-858.

Moutzoukis, C., Adamopoulou, A., Garyfallos, G. & Karastergiou, A.(1990). *Handbook of the General Health Questionnaire(GHQ).* Thessalonika: Psychiatric Hospital.

Nordstrom, C., Dwyer, K., Merz, N., Shircore, A., Dwyer, J. (2001). Work-Related Stress and Early Atherosclerosis. *Epidemiology, 12,(2),* 180-185.

Ogden, J., & Mitandabari, T. (1997*).* Examination stress and changes in mood and health related behaviours. *Psychology and Health, 12,* 288-299. Στο Robin M, Leslie RM., *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ogden, J. (2000). *Health Psychology: a textbook.* Buckingham, UK: Open University Press.

O'Leary, A. (1990). Stress, emotion and human immune function. *Psychological Bulletin, 108,* 363-382.

Παναγιωτάκος, Δ., Χρυσοχόου, Χ., Πίτσαβος, Χ., Μαρινάκης, Ν., Σκούμας, Ι., Στεφανίδης, Χ., Τούτουζας, Π.Κ. (2001). Σχέση μεταξύ στεφανιαίας νόσου και

παραγόντων κινδύνου που συνδέονται με τον τρόπο ζωής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18, (6),* 580-591.

Παπαδάτου, Δ. , Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παπάνης Ε. (2004). *Η αυτοεκτίμηση και η μέτρησή της*. Αθήνα: Ατραπός.

Παπάνης Ε. (2011). *Η αυτοεκτίμηση: Θεωρία και αξιολόγηση*. Αθήνα: Σιδέρης.

Paciante, C.M., Caprihiello, B., Rudas, N., Pilodu, G., and Del Giacco, G.S. (1997). Anxious symptoms influence delayed-type hypersensitivity skin test in subjects devoid of any psychiatric morbitidy. *International Journal of Neuroscience, 79,* 275-83.

Peterson, G. W., & Rollins, B. C. (1987). Parent-child socialization as symbolic interaction. In M. Sussmen& S.K. Steinmetz (Eds). *Handbook of Marriage and Family*, (pp. 471-508). N.Y. Plenum Press.

Peters, M.L., Godaert, G.L., Ballieux, R.E., van Vliet, M.(1998). Cardiovascular and endocrine responses to experimental stress: Effects of mental effort and controllability. *Psychoneuroendocrinology,23,* 1-17.

Quick, J.C., & Quick, J.D. (1984). *Organizational stress and preventive management.* New York: McGraw-Hill.

Raimy, V.C.(1948). Self-reference in counseling interviews. *Journal of Consulting Psychology, 12,* 153-163.

Robin M., Leslie R.M. (2006). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Robins, C.J. & Hayes, A.M. (1993). An appraisal of cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 205-214.

Rogers, C,R,(1947*).* Some observations on the organization of personality. *American Psychologist, 2,* 358-368.

Rosenberg, M.(1979). *Conceiving the Self.* New York: Basic Books.

Rosenberg, M.(1989). Society and the Adolescent Self-image. *Princeton University Press,32,* 347.

Ruberman, W., Weinblatt, E., Goldberg, J.D., & Chaudhary, B.S. (1984). Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine, 311,* 552-559.

Σουρτζή, Π., Βελονάκης, Ε. (2004). *Διεύρυνση αναγνώρισης και καταγραφής εργατικών ατυχημάτων στα Νοσοκομεία.* Αθήνα: Νοσηλευτική.

Στεφανίδου Α., Βάρβογλη Λ., Λειβαδίτης Μ., Αργυροπούλου-Πατάκα Π.(2010). Η Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση του Εργασιακού Stress στους Επαγγελματίες Υγείας. *Νοσηλευτική, 49,* 364-376.

Sapolsky, R.M.(1992). *Stress, the Aging Brain, and the Mechanisms of Neuron Death.* MIT Press: Cambridge, MA.

Sarafino, E.P.(1999). *Health psychology. Biopsychosocial interactions*. New York: Wiley.

Sassaroli, S., & Ruggiero, G.(2005). The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 37,* 135-141.

Sears, R. (1970). Relation of early socialization experiences to self-concepts and gender role in middle childhood. *Child Development, 41*, 267-289.

Segal, Z.V. & Dobson, K.S.(1992). Cognitive models of depression: Report from a consensus development conference. *Psychological Inquiry, 3,* 219-224.

Seyle, H. (1936*).* Syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature 138(32),* 230a-231.

Seyle, H.(1950). *Stress.* Montreal: Acta, Inc.

Selye, H.(1956). *The Stress of Life (rev. edn.).* New York: McGraw-Hill.

Siegrist, J.(1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psycology, 1,* 27-41.

Smith, L., Roman, A., Dollard, M., Winefield, A., Siegrist, J.(2005). Effort-reward imbalance at work: the effects of work stress on anger and cardiovascular disease symptoms in a community sample. *Stress and Health, 21(2),* 113-128.

Solomon, G.F. (1981). Emotional and personality factors in the onset and course of autoimmune disease, particularly rheumatoid arthritis. In *Psychoneuroimmunology* (ed. R.A. Ader, D.L. Feiten, and N. Cohen), pp 159-82. Academic Press: San Diego, CA.
Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (1991). A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. *Advances in Experimental Social Psychology, 24*, 93–159.

Steptoe, A., Lipsey, Z., & Wardle, J.(1998). Stress, hassles and variations in alcohol consumption, food choice and physical exercise: A diary study. *British Journal of Health Psychology, 3,* 51-63.

Τούντας, Γ.(1999). Οι επιπτώσεις του στρες στην υγεία. *Νέα Υγεία, 24*, 9-13.

Tehrani, N., Ayling, L.(2008), Work-related stress, CIPD *Stress at work.*
Wells, L. E., &Marwell, G.(1976), *Self-esteem: Its conceptualization and measurement, pp.42-63*. Beverly Hills, CA: Sage.

Tennen, H., & Affleck, G. (1993). The puzzles of self esteem: A clinical perspective. In R. F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard, pp. 37-54.* New York: Plenum.

White, R. W.(1963). Ego and reality in psychoanalytic theory: A proposal regarding independent ego energies. *Psychological Issues, 3 (3, Monograph 11),pp. 511-525.* New York: International Universities Press.

Wiedenfeld, S.A., Bandura, A., Levine, S., O'Leary, A., Brown, S & Raska, K. (1990). Impact of perceived self-efficacy in copying with stressors in components of the immune system. *Journal of Personality and Social Psychology, 59,* 1082-1094.

World Health Organisation(1946). New York: International Health Conference

World Health Report (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope.* World Health Organization.

World Health Organization(2005). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging evidence, Practice: A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. World Health Organization. Geneva.

Wylie, R.C.(1974). *The self-concept*. Lincoln: University of Nebraska Press.

Yang, Y., Koh, D., Ng, V., Lee, C.Y., Chan, G., Dong, F., Goh, S.H., Anantharaman, V., Chia, S.E.(2002). Self perceived work related stress and the relation with salivary IgA and lysozyme among emergency department nurses. *Occupational and Environmental Medicine*, *59*, 213-253.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α’

Ερωτηματολόγιο Α’

Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος «δηλώσεων» που αφορούν στα συναισθήματα που έχετε για τον εαυτό σας. Παρακαλώ, απαντήστε πόσο συμφωνείτε με κάθε δήλωση βάζοντας σε κύκλο στην απάντηση που σας ταιριάζει περισσότερο.

		Συμφωνώ απολύτως	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απολύτως
1.	Σε γενικές γραμμές είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου……	1	2	3	4
2.	Κατά καιρούς νομίζω ότι δεν είμαι καθόλου καλός...	1	2	3	4
3.	Αισθάνομαι ότι έχω αρκετά καλά γνωρίσματα..……	1	2	3	4
4.	Είμαι σε θέση να κάνω πράγματα τόσο καλά, όσο και οι περισσότεροι άλλοι άνθρωποι……..	1	2	3	4
5.	Νιώθω ότι δεν έχω πολλά για τα οποία να είμαι υπερήφανος……	1	2	3	4
6.	Σίγουρα αισθάνομαι άχρηστος κατά καιρούς……	1	2	3	4
7.	Αισθάνομαι ότι είμαι ένα πρόσωπο που αξίζει, τουλάχιστον όσο και οι άλλοι……	1	2	3	4
8.	Μακάρι να μπορούσα να έχω περισσότερο σεβασμό στον εαυτό μου……..	1	2	3	4
9.	Συνολικά, τείνω να αισθάνομαι ότι είμαι μια αποτυχία……..	1	2	3	4
10.	Έχω μια θετική στάση απέναντι στον εαυτό μου…...	1	2	3	4

Ερωτηματολόγιο Δ'

Παρακάτω υπάρχουν κάποιες «περιοχές ζωής», στις οποίες μπορεί να έχετε πρόσφατα αντιμετωπίσει κάποιο γεγονός ή κατάσταση που σας ανησύχησε, θύμωσε, ή πίεσε. Παρακαλώ, σημειώστε το βαθμό στον οποίο νιώσατε στρες σε κάθε 'περιοχή ζωής' κατά τις τελευταίες 3-4 εβδομάδες.

	Κατά τις τελευταίες 3-4 εβδομάδες, ένιωσα...			
	Καθόλου στρες	Λίγο στρες	Αρκετό στρες	Πολύ έντονο στρες
Εργασία/ επάγγελμα (π.χ., πολύ δουλειά, δυσάρεστες καταστάσεις, προβλήματα με συναδέλφους).....	1	2	3	4
Σύζυγος/ σύντροφος (διαπροσωπικά προβλήματα, όπως συγκρούσεις, διαφωνίες κλπ.)	1	2	3	4
Οικογένεια (διαπροσωπικά προβλήματα με στενούς συγγενείς, παιδιά ή γονείς)	1	2	3	4
Η υγεία και ευεξία στενών συγγενών ή συντρόφου (π.χ., ιατρικά προβλήματα, σοβαρές προσωπικές δυσκολίες)....	1	2	3	4
Φίλοι και κοινωνικές σχέσεις (π.χ., προβλήματα στις σχέσεις με φίλους, θέματα υγείας φίλων, δυσκολίες στους σημαντικούς κοινωνικούς ρόλους σας).....	1	2	3	4
Το σπίτι και η γειτονιά (π.χ., θέματα ποιότητας ζωής στην περιοχή σας, προβλήματα με την οικία σας κλπ.).....	1	2	3	4
Οικονομικά ζητήματα (π.χ., επάρκεια υλικών πόρων, οικονομικά προβλήματα, δάνεια κλπ.)	1	2	3	4

Ερωτηματολόγιο Η'

Σας παρακαλώ να απαντήσετε στις ακόλουθες ερωτήσεις υπογραμμίζοντας ή βάζοντας σε κύκλο την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα. Θα θέλαμε να ξέρουμε τα τωρινά και πρόσφατα ενοχλήματά σας και όχι εκείνα που είχατε στο παρελθόν.

ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

1) Αισθάνεστε εντελώς καλά και απολύτως υγιής;	Καλύτερα από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα από ό,τι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ό,τι συνήθως
2) Νιώθετε την ανάγκη για κάτι τονωτικό;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
3) Νιώθετε εξαντλημένος/η και κακοδιάθετος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
4) Έχετε αισθανθεί πως είστε άρρωστος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
5) Έχετε καθόλου πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
6) Νιώθετε σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
7) Έχετε περιόδους που να αισθάνεστε κρυάδες ή εξάψεις;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
8) Έχετε ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσαστε ανήσυχος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
9) Έχετε δυσκολία να συνεχίσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείτε;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
10) Έχετε αισθανθεί να βρίσκεστε συνεχώς κάτω από πίεση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
11) Είστε οξύθυμος και αρπάζεστε εύκολα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
12) Φοβάστε ή πανικοβάλλεστε χωρίς σοβαρό λόγο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
13) Αισθάνεστε πως δεν αντέχετε άλλο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
14) Αισθάνεστε συνεχώς νευρικός/ή και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
15) Έχετε καταφέρει να είστε δραστήριος/α και πάντα απασχολημένος/η;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
16) Σας παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας;	Γρηγορότερα από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
17) Έχετε αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνετε καλά;	Καλύτερα από ό,τι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Χειρότερα από ό,τι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ό,τι συνήθως
18) Είστε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκτελείτε τις δουλειές σας;	Περισσότερο ικανοποιημένος/η	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο ικανοποιημένος/η από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η
19) Έχετε αισθανθεί πως παίζετε χρήσιμο ρόλο σε ό,τι γίνεται γύρω σας;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο χρήσιμο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο χρήσιμο από ό,τι συνήθως
20) Έχετε αισθανθεί ικανός/η να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανός/η
21)Μπορείτε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σας;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
22) Σκέφτεστε πως δεν αξίζετε τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
23) Έχετε αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
24) Έχετε αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
25) Σας έχει περάσει από το μυαλό η πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	Σίγουρα όχι	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα μου έχει περάσει
26) Βρήκατε μερικές φορές ότι δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
27) Έχετε πιάσει τον εαυτό σας να εύχεται να ήσαστε πεθαμένος/η και να είχατε ξεμπερδέψει με όλα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
28) Βρίσκετε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωή σας έρχεται συνέχεια στο μυαλό σας;	Καθόλου	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα ναι

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β’

Πίνακας 1.

Περιγραφικά μέτρα για τις μεταβλητές ψυχική υγεία, στρες και αυτοεκτίμηση

	N	Μ.Ο	Τ.Α.	Ελάχιστο	Μέγιστο
Ψυχική Υγεία	216	47,5000	8,68412	25,00	71,00
Στρες	216	2,0159	0,48844	1,00	3,71
Αυτοεκτίμηση	216	30,1343	4,25201	18,00	40,00

Σημείωση. N= το δείγμα, Τ.Α.= τυπική απόκλιση, Μ.Ο.= μέσος όρος

Πίνακας 2.

Συντελεστής συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών ψυχική υγεία, στρες και αυτοεκτίμηση

		Στρες	Ψυχική Υγεία	Αυτοεκτίμηση
Στρες	Συντελεστής Pearson	1,000	0,357	-0,151
	Τιμή p		0,000	0,026
Ψυχική Υγεία	Συντελεστής Pearson	0,357	1,000	-0,348
	Τιμή p	0,000		0,000
Αυτοεκτίμηση	Συντελεστής Pearson	-0,151	-0,348	1,000
	Τιμή p	0,026	0,000	

Σημείωση: Η τιμή της ψυχικής υγείας ισοδυναμεί με χαμηλό επίπεδο

Πίνακας 3.

Συντελεστής Προσαρμογής

R	**Συντελεστής προσαρμογής**	**Προσαρμοσμένος συντελεστής**
,465[a]	,216	,209

α.Προβλεπόμενες: (Σταθερή), αυτοεκτίμηση, στρες

Πίνακας 4.

Ανάλυση διακύμανσης

	Άθροισμα τετραγώνων	Βαθμοί ελευθερίας	Μέσο τετραγωνικό σφάλμα	F	Τιμή p
Παλινδρόμηση	3500,015	2	1750,008	29,318	0,000
Κατάλοιπα	12713,985	213	59,690		
Τελικό	16214,000	215			

Πίνακας 5.

Παράμετροι παλινδρόμησης και διαστήματα εμπιστοσύνης

	Μη τυποποιημένοι συντελεστές		Τυποποιημένοι συντελεστές	t	Τιμή p	95,0% Διαστήματα εμπιστοσύνης για B	
	B	Τυπικό σφάλμα	Beta			Χαμηλότερο όριο	Υψηλότερο όριο
(Σταθερή)	54,901	4,679		11,732	,000	45,677	64,124
Στρες	5,529	1,091	0,311	5,067	,000	3,378	7,681
Αυτοεκτίμηση	-0,615	0,125	-0,301	-4,910	,000	-0,863	-0,368

Πίνακας 6.

Έλεγχοι μέσων ανά φύλο

	Φύλο	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Μέσος όρος τυπικού σφάλματος
Αυτοεκτίμηση	1,00	81	30,6790	4,20959	0,46773
	2,00	135	29,8074	4,25931	0,36658
Στρες	1,00	81	1,9400	0,48910	0,05434
	2,00	135	2,0614	0,48415	0,04167
Ψυχική Υγεία	1,00	81	46,6914	8,81000	0,97889
	2,00	135	47,9852	8,60405	0,74052

Σημείωση. 1. άνδρας 2 γυναίκα

Πίνακας 7.

Έλεγχοι ισότητας της μέσης τιμής κάθε μεταβλητής ανά φύλο

		F	Τιμή p	t	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή p	Μέση διαφο-ρά
Αυτοεκτίμη-ση	Υπόθεση ισότητας ίσων διασπορών	,207	,650	1,462	214	,145	,87160
	Υπόθεση μη ισότητας ίσων διασπορών	,114		1,467	170,140	,144	,87160
Στρες	Υπόθεση ισότητας ίσων διασπορών		,736	-1,776	214	,077	-,12134
	Υπόθεση μη ισότητας ίσων διασπορών			-1,772	167,214	,078	-,12134
Ψυχική Υγεία	Υπόθεση ισότητας ίσων διασπορών	,310	,578	-1.060	214	,290	-1,29383
	Υπόθεση μη ισότητας ίσων διασπορών			-1,054	165,421	,293	-1,29383