



ΜΠΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΥ ΑΡΤΕΜΙΣ

ΧΡΟΝΗ ΜΙΚΕΛΑ

Τίτλος Διπλωματικής Εργασίας:

Πιλοτική εφαρμογή προγράμματος διαχείρισης του στρες και προαγωγής της υγείας σε πρώην αλκοολικούς. Ημι-Πειραματική Μελέτη.

ΑΘΗΝΑ, 2016

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στον

ΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

που απονέμει η Ιατρική Σχολή του Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Εγκρίθηκε την 11^η Απριλίου 2016 από την εξεταστική επιτροπή:

| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ | ΒΑΘΜΙΑ | ΥΠΟΓΡΑΦΗ |
|--------------------------------------|--------------------------|-----------------|
| ΠΑΠΑΡΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ ΘΩΜΑΣ (επιβλέπων) | ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ | |
| ΤΖΑΒΕΛΛΑΣ ΗΛΙΑΣ | ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ | |
| ΔΑΡΒΙΡΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ | ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ | |

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|----|
| 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 5 |
| 1.1 Ορισμός Αλκοολισμού- Διαταραχής χρήσης αλκοόλ..... | 5 |
| 1.2 Επιδημιολογία της χρήσης αλκοόλ στην Ελλάδα | 6 |
| 1.3 Επιδημιολογία της χρήσης αλκοόλ παγκοσμίως | 7 |
| 1.4 Οργανικές συνέπειες του αλκοόλ | 8 |
| 1.4.1 Θρέψη..... | 8 |
| 1.4.2 Επίδραση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα..... | 8 |
| 1.4.3 Εγκεφαλικά επεισόδια..... | 8 |
| 1.4.4 Μυϊκό σύστημα | 8 |
| 1.4.5 Καρδιαγγειακά..... | 8 |
| 1.4.6 Καρκίνος | 9 |
| 1.4.7 Ήπαρ | 9 |
| 1.5 Ψυχικές νόσοι συνδεδεμένες με την κατάχρηση αλκοόλ..... | 9 |
| 1.6 Κοινωνικές συνέπειες | 10 |
| 1.7 Σχέση του στρες και της κατανάλωσης αλκοόλ | 10 |
| 1.7.1 Σχέση σε επίπεδο φυσιολογίας | 10 |
| 1.7.2 Σχέση σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο..... | 12 |
| 1.8 Προγράμματα αντιμετώπισης του αλκοόλ στην Ελλάδα | 13 |
| 1.8.1 Ανώνυμοι Αλκοολικοί..... | 13 |
| 1.8.2 ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ | 14 |
| 1.8.3 Πρόγραμμα “ΑΘΗΝΑ” | 14 |
| 1.9 Κυριότερα είδη ψυχοθεραπείας για τις διαταραχές στη χρήση αλκοόλ | 15 |
| 1.9.1 Συμπεριφοριστικές ψυχοθεραπείες | 15 |
| 1.9.2 Γνωσιακή Συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία..... | 15 |
| 1.9.3 Θεραπεία ενίσχυσης των κινήτρων..... | 15 |
| 1.9.4 Ψυχοδυναμική..... | 16 |
| 1.10 Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας | 16 |
| 2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ | 17 |
| 2.1 Τύπος και πλαίσια μελέτης | 17 |
| 2.2 Συμμετέχοντες στην έρευνα..... | 17 |
| 2.3 Μετρήσεις | 18 |
| 2.3.1 Κοινωνικο-Δημογραφικά Στοιχεία, Τρόπος Ζωής..... | 18 |

| | |
|--|----|
| 2.3.2 Μέτρηση αντιλαμβανόμενου στρες | 18 |
| 2.3.3 Μέτρηση κατάθλιψης, άγχους και στρες | 18 |
| 2.3.4 Μέτρηση πνευματικής ποιότητας ζωής | 19 |
| 2.3.5 Μέτρηση της Εστίας Ελέγχου Υγείας | 19 |
| 2.3.6 Μέτρηση της αυτοεκτίμησης | 20 |
| 2.4 Διαδικασία Παρέμβασης..... | 20 |
| 2.5 Στατιστική επεξεργασία..... | 21 |
| 3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ..... | 23 |
| 3.1 Σύγκριση δημογραφικών στοιχείων | 24 |
| 3.2 Σύγκριση αρχικών μέσων τιμών των ερωτηματολογίων..... | 26 |
| 3.3 Σύγκριση των μέσων τιμών των ερωτηματολογίων μετά το τέλος της παρέμβασης..... | 27 |
| 4. Συζήτηση..... | 36 |
| Συμβολή των συγγραφέων στην έρευνα..... | 41 |
| Περίληψη | 42 |
| Abstract..... | 43 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 44 |

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Ορισμός Αλκοολισμού- Διαταραχής χρήσης αλκοόλ

Στη σημερινή εποχή η κατάχρηση-εξάρτηση από το αλκοόλ είναι ένα σημαντικό και προοδευτικά αυξανόμενο πρόβλημα που αφορά τις περισσότερες χώρες.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας¹, ο αλκοολισμός είναι μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία αναφέρεται στη χρόνια και συνεχόμενη ή περιοδική κατανάλωση αλκοόλ παρά τις αρνητικές συνέπειες που επιφέρει στο άτομο και χαρακτηρίζεται από την απώλεια του ελέγχου σχετικά με τη χρήση του, από συχνά επεισόδια μέθης και γενικά την ενασχόληση με το αλκοόλ.

Σύμφωνα με το DSM-5 η διαταραχή χρήσης αλκοόλ ορίζεται ως ένα προβληματικό πρότυπο χρήσης αλκοόλ που οδηγεί σε κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση, όπως εκδηλώνεται από τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα που συμβαίνουν μέσα σε μια 12μηνη περίοδο:²

- Το αλκοόλ συχνά λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με την πρόθεση του ατόμου.
- Υπάρχει επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες για να μειώσει ή να ελέγξει τη χρήση αλκοόλ.
- Ένα μεγάλο μέρος του χρόνου δαπανάται σε δραστηριότητες για την απόκτηση αλκοόλ, τη χρήση αλκοόλ, ή την ανάρρωση από τις επιπτώσεις του.
- Σφοδρή επιθυμία, ή έντονη επιθυμία ή παρόρμηση για χρήση αλκοόλ.
- Υποτροπιάζουσα χρήση αλκοόλ η οποία έχει ως αποτέλεσμα αδυναμία εκπλήρωσης μειζόνων υποχρεώσεων στην εργασία, το σχολείο ή το σπίτι.
- Συνέχιση της χρήσης αλκοόλ παρά τα επίμονα ή επαναλαμβανόμενα κοινωνικά ή διαπροσωπικά προβλήματα που προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τις επιπτώσεις του αλκοόλ.
- Σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες εγκαταλείπονται ή μειώνονται από τις επιπτώσεις του αλκοόλ
- Υποτροπιάζουσα χρήση αλκοόλ σε καταστάσεις στις οποίες είναι σωματικά επικίνδυνη.
- Συνέχιση της χρήσης αλκοόλ παρά την επίγνωση της ύπαρξης επίμονου ή υποτροπιάζοντος σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος το οποίο προκλήθηκε ή επιδεινώθηκε από το αλκοόλ.
- Ανοχή, όπως ορίζεται από ένα από τα ακόλουθα:

- α. Ανάγκη για εμφανώς αυξημένες ποσότητες αλκοόλ ώστε να επιτευχθεί τοξίκωση ή το επιθυμητό αποτέλεσμα.
 - β. Αξιοσημείωτα μειωμένη επίδραση με συνεχιζόμενη χρήση της ίδιας ποσότητας αλκοόλ.
- Στέρηση, όπως εκδηλώνεται με ένα από τα ακόλουθα:
- α. Το χαρακτηριστικό σύνδρομο Στέρησης αλκοόλ.
 - β. Το αλκοόλ (ή μια στενά σχετιζόμενη ουσία, όπως η βενζοδιαζεπίνη) λαμβάνεται για ανακούφιση ή αποφυγή των συμπτωμάτων στέρησης.

1.2 Επιδημιολογία της χρήσης αλκοόλ στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα το 2010, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ετήσια κατανάλωση αλκοόλ στο γενικό πληθυσμό ήταν ίση με 15,6 λίτρα καθαρής αλκοόλης ανά άτομο ηλικίας 15 ετών και άνω. Η τιμή της καθαρής αλκοόλης για τους άνδρες ήταν στα 20,4 λίτρα και για τις γυναίκες στα 10,1 λίτρα. Το 34.9% του συνολικού ελληνικού πληθυσμού και το 52,8% των Ελλήνων που συνηθίζουν να πίνουν έχουν εμπλακεί σε βαρύ επεισόδιο κατανάλωσης αλκοόλ (κατανάλωση καθαρής αλκοόλης από 60 γραμμάρια και πάνω, τουλάχιστον μία φορά σε διάστημα 30 ημερών). Το 2010 οι διαταραχές στη χρήση αλκοόλ αφορούσαν το 5,1% των Ελλήνων, με τους άνδρες να υπερτερούν αριθμητικά στη διαταραχή αλκοόλ (7,9%), σε σχέση με τις γυναίκες (2.5%).³

Στην Ελλάδα τα χαρακτηριστικά των ατόμων που εντάσσονται σε θεραπεία είναι τα εξής: ως προς το φύλο, η πλειονότητα των ατόμων που αιτούνται θεραπεία είναι άνδρες, ως προς την ηλικία, η μέση ηλικία είναι τα 40,3 έτη στην αναζήτηση βοήθειας για πρώτη φορά και ως προς την εργασιακή απασχόληση, το 1/3 των αιτούντων να είναι άνεργοι. Η μέση ηλικία στην Ελλάδα που τα άτομα καθιερώνουν τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών ως καθημερινή συμπεριφορά είναι τα 30,6 έτη.⁴

Σύμφωνα με την έκθεση του ΕΠΠΨΥ παρατηρείται πτωτική τάση στα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ από το 2010 έως το 2014 στους έφηβους στην Ελλάδα, τόσο στο σύνολό τους, όσο και ανά φύλο. Αυτή η μείωση στην κατανάλωση θα μπορούσε να οφείλεται τόσο στην αύξηση των τιμών στα οινοπνευματώδη τα τελευταία χρόνια, όσο και στην μείωση του χρηματικού ποσού που δίνεται στους εφήβους ως χαρτζιλίκι εξαιτίας της οικονομικής κρίσης.⁴

Σύμφωνα με τη Διεύθυνση Τροχαίας του Αρχηγείου της Ελληνικής Αστυνομίας τόσο τα περιστατικά μέθης κατά τη διάρκεια της οδήγησης (1,6% ποσοστό μεθυσμένων επί των ελεγχθέντων το 2014), όσο και τα τροχαία θανατηφόρα ατυχήματα που οφείλονται στη μέθη καταγράφουν πτωτική τάση τα τελευταία χρόνια.⁵

1.3 Επιδημιολογία της χρήσης αλκοόλ παγκοσμίως

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η παγκόσμια ετήσια κατανάλωση αλκοόλ το 2010 ήταν ίση με 6,2 λίτρα καθαρής αλκοόλης ανά άτομο ηλικίας 15 ετών και άνω, η οποία μεταφράζεται σε 13,5 γραμμάρια καθαρής αλκοόλης την ημέρα. Παγκοσμίως οι γυναίκες απέχουν από τη χρήση και την κατάχρηση του αλκοόλ σε μεγαλύτερα ποσοστά σε σχέση με τους άνδρες. Διεθνώς, το 16% περίπου των ατόμων που πίνουν, ηλικίας 15 ετών και άνω, έχουν εμπλακεί σε κάποιο βαρύ επεισόδιο κατανάλωσης αλκοόλ. Σε γενικές γραμμές, όσο καλύτερη είναι η οικονομική κατάσταση μιας χώρας, τόσο περισσότερο αλκοόλ καταναλώνεται σε αυτήν και τόσο μικρότερος είναι ο αριθμός αυτών που απέχουν. Κατά κανόνα, οι χώρες υψηλού εισοδήματος έχουν υψηλότερη κατά κεφαλήν κατανάλωση αλκοόλ και υψηλότερο ποσοστό βαρέων επεισοδίων χρήσης αλκοόλ μεταξύ αυτών που πίνουν. Το 2012, περίπου 3,3 εκατομμύρια θάνατοι (το 5,9% του συνόλου των παγκοσμίων θανάτων) μπορούν να αποδοθούν στην κατανάλωση αλκοόλ. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων στο ποσοστό των παγκοσμίων θανάτων που αποδίδονται στο αλκοόλ: το 2012 το 7,6% των θανάτων αφορούσε τους άνδρες και το 4,0% των θανάτων αφορούσε τις γυναίκες. Επίσης, την ίδια χρονιά, το 5,1% της παγκόσμιας οικονομικής επιβάρυνσης για τις ασθένειες και τους τραυματισμούς οφειλόταν στη χρήση αλκοόλ.³

Αξίζει να σημειωθεί πως σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας, το 2014 η πλειοψηφία του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού απέχε από την κατανάλωση αλκοόλ. Συγκεκριμένα, το 61,7% δεν είχε καταναλώσει αλκοόλ σε διάστημα 12 μηνών, ενώ το 13,7% διέκοψε την κατανάλωση αλκοόλ στο διάστημα αυτό. Βέβαια, υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην επικράτηση της αποχής με βάση τη χώρα διαμονής. Τα ποσοστά αποχής είναι υψηλότερα σε χώρες με χαμηλή κατανάλωση αλκοόλ κατά κεφαλήν. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση

αλκοόλ είναι τόσο ατομικοί (φύλο, ηλικία, κοινωνικό-οικονομική κατάσταση), όσο και περιβαλλοντικοί, π.χ. η διαθεσιμότητα και η πολιτική της χώρας.³

1.4 Οργανικές συνέπειες του αλκοόλ

Οι συνέπειες της χρόνιας κατάχρησης αλκοόλ είναι πολλές και πλήττουν σε πολλά επίπεδα τον οργανισμό.

1.4.1 Θρέψη

Όπως είναι γνωστό, πολλοί αλκοολικοί δεν έχουν μια ισορροπημένη διατροφή. Το αλκοόλ συχνά αντικαθιστά άλλα θρεπτικά συστατικά (πχ. πρωτεΐνες) με αποτέλεσμα την ανεπαρκή πρόσληψή τους, κυρίως επειδή οι θερμίδες που παρέχει το αλκοόλ δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά από το σώμα. Επιπλέον, το αλκοόλ εμποδίζει τον οργανισμό να απορροφήσει τις θρεπτικές ουσίες των τροφών. Τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα την έλλειψη πρωτεϊνών και βιταμινών, κυρίως A, B, C, D.^{6,7} Ως εκ τούτου, είναι ευρέως αποδεκτό ότι η χρόνια κατάχρηση αλκοόλ επιφέρει βαριές επιπτώσεις στο γενικό μεταβολισμό του οργανισμού και προκαλεί μείωση του βάρους του σώματος.^{8,9}

1.4.2 Επίδραση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

Παρατηρούνται τα εξής νευρολογικά σύνδρομα: η συνδρομή Wernicke-Korsakoff¹⁰, η αλκοολική παρεγκεφαλιδική εκφύλιση, το σύνδρομο Machiafava-Bignami¹¹ και η αλκοολική αμβλυωπία.

1.4.3 Εγκεφαλικά επεισόδια

Οι αλκοολικοί έχουν αυξημένο κίνδυνο ισχαιμικού αλλά και αιμορραγικού εγκεφαλικού επεισοδίου.¹²

1.4.4 Μυϊκό σύστημα

Η κατάχρηση αλκοόλ συνδέεται με την αλκοολική μυοπάθεια, η οποία χαρακτηρίζεται από αδυναμία βάδισης, κράμπες, μυαλγίες, μυϊκή ατροφία και μείωση της μυϊκής μάζας σε ποσοστό 30-50% .¹³

1.4.5 Καρδιαγγειακά

Η εξάρτηση από το αλκοόλ μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση αλκοολικής μυοκαρδιοπάθειας¹⁴, την αύξηση των επιπέδων ομοκυστεΐνης¹⁵, με συνέπεια την πρόωρη βλάβη αγγείων, αρρυθμίες¹⁶, καθώς και την αύξηση του

κινδύνου θανάτου σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο¹⁷. Σύμφωνα με τις έρευνες, το οινόπνευμα μπορεί να προκαλέσει διατακτική μυοκαρδιοπάθεια¹⁸, αρρυθμίες με κίνδυνο εμφάνισης κολπικής ή και κοιλιακής μαρμαρυγής, που έχει συνέπεια τον αιφνίδιο θάνατο¹⁷.

1.4.6 Καρκίνος

Το αλκοόλ συνδέεται με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα, του οισοφάγου και του λάρυγγα¹⁹ και με καρκίνο στο κεφάλι.²⁰ Επίσης, συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του στομάχου, του παχέος εντέρου, του ορθού, του ήπατος, του μαστού και των ωοθηκών²¹.

1.4.7 Ηπαρ

Η μακροχρόνια κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί βλάβη στα ηπατικά κύτταρα οδηγώντας σε σοβαρές ηπατικές παθήσεις. Έτσι, προκαλείται το λιπώδες ήπαρ ή στεάτωση, η αλκοολική ηπατίτιδα και η κίρρωση του ήπατος.²²

Πέρα από αυτά, η κατάχρηση αλκοόλ σχετίζεται με τη χρόνια υπέρταση²³, με αιματολογικού τύπου διαταραχές, όπως βλάβες στο μυελό των οστών, με γαστρίτιδα, με παγκρεατίτιδα και μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για μόλυνση από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV).²¹ Επίσης, συνδέεται με σημαντικό βαθμό ανικανότητα και στέρωση στους άνδρες²⁴ και με διαταραχές της εμμήνου ρύσεως, καθώς και με αναστολή της ωορηξίας²⁵ στις γυναίκες.

1.5 Ψυχικές νόσοι συνδεόμενες με την κατάχρηση αλκοόλ

Η μακροχρόνια κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων ψυχικής υγείας. Οι έρευνες έχουν δείξει ότι συνδέεται με αυξημένες πιθανότητες για εμφάνιση κατάθλιψης^{26,27} και αγχωδών διαταραχών²⁶. Αυτά τα ψυχιατρικά συμπτώματα συνήθως αρχικά επιδεινώνονται κατά την διάρκεια της στέρησης από το αλκοόλ, αλλά συχνά βελτιώνονται με τη συνεχιζόμενη αποχή.²⁸

Αναφορικά με την κατάθλιψη, υπάρχει μια διάκριση ανάμεσα στις περιπτώσεις όπου τα καταθλιπτικά επεισόδια δεν παρουσιάζονται πλέον μετά την αποχή από το αλκοόλ και στις περιπτώσεις όπου τα καταθλιπτικά επεισόδια είναι πρωτογενή και δεν οφείλονται στην κατάχρηση αλκοόλ.

Σχετικά με τις αγχώδεις διαταραχές, υπάρχουν δυο κύριες οπτικές. Η πρώτη είναι ότι η ύπαρξη αγχώδους διαταραχής οδηγεί το άτομο στην κατάχρηση του αλκοόλ, ενώ η δεύτερη υποστηρίζει ότι η εξάρτηση από το αλκοόλ προηγείται της εμφάνισης της αγχώδους διαταραχής.²⁹ Επίσης, η διαταραχή πανικού μπορεί να προκληθεί ή να επιδεινωθεί (αν ήδη υπάρχει) από την μακροχρόνια κατάχρηση αλκοόλ.

Τέλος, η εξάρτηση από το οινόπνευμα συνδέεται με την εμφάνιση αλκοολικής ψύχωσης.³⁰

1.6 Κοινωνικές συνέπειες

Οι συνέπειες που προκύπτουν από τη χρόνια κατάχρηση αλκοόλ είναι πολλές και σοβαρές. Η εξάρτηση από το αλκοόλ σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο διάπραξης ποινικών αδικημάτων, όπως είναι η παιδική παραμέληση και η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση³¹, η ενδοοικογενειακή βία, οι βιασμοί³², η κλοπή και η επίθεση. Επίσης, συνδέεται με ποινικές διώξεις για οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ, καθώς και με τροχαία ατυχήματα.³³ Πέρα από αυτά, ο αλκοολισμός σχετίζεται με το διαζύγιο,³⁴ με αυξημένες πιθανότητες για απώλεια της εργασίας³⁵, η οποία με τη σειρά της μπορεί να οδηγήσει σε οικονομικά προβλήματα.

1.7 Σχέση του στρες και της κατανάλωσης αλκοόλ

Το στρες σχετίζεται με τη χρήση και την κατάχρηση του αλκοόλ. Η σχέση του στρες με τον αλκοολισμό αφορά τόσο την έναρξη του όσο και τη διατήρησή του.

1.7.1 Σχέση σε επίπεδο φυσιολογίας

Αν και το στρες είναι γνωστό ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην κατάχρηση αλκοόλ και στον αλκοολισμό, η αλληλεπίδραση μεταξύ του στρες και κατανάλωσης αλκοόλ, καθώς και οι μηχανισμοί που διέπουν αυτήν την αλληλεπίδραση στο πλαίσιο της εξάρτησης είναι πολύπλοκοι και όχι καλά κατανοητοί. Από τη μία πλευρά, το αλκοόλ είναι ένας αποτελεσματικός παράγοντας μείωσης του άγχους (δηλαδή, αγχολυτικός).³⁶ Ως εκ τούτου, το κίνητρο για κατανάλωση μπορεί να συνδέεται με την ικανότητά του αλκοόλ να ανακουφίζει το στρες, συμπεριλαμβανομένου του στρες που σχετίζεται με περιόδους αποχής από το αλκοόλ.³⁷ Από την άλλη πλευρά, το αλκοόλ από μόνο του μπορεί να λειτουργεί ως

ένας στρεσογόνος παράγοντας, ενεργοποιώντας τον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA), ο οποίος αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο της ορμονικής (δηλαδή, νευροενδοκρινικής) απόκριση στο στρες.³⁸

Σε επίπεδο φυσιολογίας τόσο η οξεία, όσο και η χρόνια έκθεση στο αλκοόλ επηρεάζει τον τρόπο που ο οργανισμός ανταποκρίνεται στους στρεσογόνους παράγοντες.³⁹ Η κατάχρηση αλκοόλ συσχετίζεται με μεταβολές στα συστήματα του στρες, δηλαδή στους παράγοντες απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης (CRH) και στον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA).⁴⁰ Οι μεταβολές στις αποκρίσεις του HPA άξονα έχουν παρατηρηθεί τόσο κατά την περίοδο ενεργούς κατανάλωσης αλκοόλ, αλλά και αμέσως μετά την διακοπή του αλκοόλ, μέχρι και 4 εβδομάδες μετά τη διακοπή.⁴¹⁻⁴³

Μία από τις πρωταρχικές θεωρίες των εθισμών και του στρες είναι ότι τα φάρμακα/αλκοόλ, με τα ψυχοτρόπα αποτελέσματά τους, χρησιμοποιούνται για να αντιμετωπίσουν την συναισθηματική δυσφορία και στρες. Το συναισθηματικό στρες και οι αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις αυξάνουν την επιθυμία κατανάλωσης ουσιών ή αλκοόλ στα εξαρτημένα άτομα. Με την αύξηση της σοβαρότητας του εθισμού, προκύπτουν νευρο-προσαρμογές στα κυκλώματα του στρες και της ανταμοιβής. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να κρύβονται πίσω από την αυξανόμενη συναισθηματική δυσφορία που συνδέεται συχνά με τις διαταραχές χρήσης ουσιών και αλκοόλ.⁴⁴⁻⁴⁶

Η σχέση αλκοόλ και στρες φαίνεται να είναι αμφίδρομη: το αλκοόλ αλλάζει τον τρόπο απόκρισης του οργανισμού στο στρες και το στρες αλλάζει τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζει η αλκοόλη τον οργανισμό. Η κατανάλωση αλκοόλ μετά από ένα στρεσογόνο γεγονός αυξάνεται και ταυτόχρονα παρατείνεται και εντείνεται το στρες. Όταν το άτομο είναι αντιμέτωπο με στρεσογόνα γεγονότα ενεργοποιούνται σωματικές και συναισθηματικές αντιδράσεις, αύξηση του καρδιακού παλμού, της αρτηριακής πίεσης, της παραγωγής κορτιζόλης και ανάπτυξη αισθημάτων έντασης και αρνητικής ψυχικής διάθεσης, οι οποίες συνεχίζονται και μετά το στρεσογόνο γεγονός. Το αλκοόλ μειώνει την παραγωγή της κορτιζόλης και παρατείνει τα αισθήματα έντασης, ενώ το στρες μειώνει τις ευχάριστες επιδράσεις του αλκοόλ ή αυξάνει την επιθυμία για περισσότερο.^{47,48}

1.7.2 Σχέση σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο

Σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο υπάρχει ένα μέρος ερευνών που πιστοποιεί το ρόλο του στρες και της αδυναμίας των ατόμων να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις περιβαλλοντικές προκλήσεις στην ανάπτυξη και διατήρηση όλων των εθισμών.³⁹

Το στρες οδηγεί σε αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ όταν είναι χρόνιο, αναπόφευκτο και ανεξέλεγκτο, είτε είναι σωματικό είτε κοινωνικό.

Η χρήση αλκοόλ συχνά έχει ως αιτία την αντιμετώπιση του στρες που βιώνει το άτομο. Τότε το αλκοόλ καταναλώνεται για ανακούφιση από την πίεση και το στρες.³⁹ Το αλκοόλ χρησιμοποιείται, δηλαδή, τόσο για να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις που έχει το στρες στη ζωή των ανθρώπων, όσο και για να αντισταθμιστεί η κατάσταση μετά το στρεσογόνο γεγονός. Υπάρχει μια πληθώρα από στοιχεία που συσχετίζουν την αύξηση της χρήσης αλκοόλ με την έκθεση του ατόμου σε τραυματικά ή ανεξέλεγκτα στρεσογόνα γεγονότα. Για παράδειγμα, μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει μια αύξηση στους κοινωνικούς δείκτες που μετρούν τη χρήση αλκοόλ (όπως είναι οι συλλήψεις για οδήγηση σε κατάσταση μέθης), μετά από καταστροφές. Επίσης, ένα υψηλό ποσοστό ατόμων που ζητούν θεραπεία για τον αλκοολισμό είναι επιζώντες κακοποίησης και/ή πάσχουν από διαταραχή μετατραυματικού στρες ή άλλες αγχώδεις διαταραχές. Τέλος, υπάρχει θετική συσχέτιση στη σοβαρότητα του τραυματικού γεγονότος με την κατανάλωση αλκοόλ και με τη σοβαρότητα των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ. Με άλλα λόγια, όσο πιο σοβαρό το τραυματικό στρεσογόνο γεγονός που βίωσε το άτομο, τόσο πιο μεγάλη η κατανάλωση αλκοόλ και τόσο πιο σοβαρά τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το άτομο από την κατανάλωση αυτή.⁴⁹

Εδώ και πολύ καιρό πιστεύεται ότι τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής παίζουν ρόλο στην επανέναρξη της χρήσης αλκοόλ μετά την παύση της προβληματικής συμπεριφοράς κατανάλωσης του. Ο ρόλος του στρες στην υποτροπή είναι στο επίκεντρο της προσοχής, με πρόσφατες μελέτες να καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το ψυχοκοινωνικό στρες μικρής σοβαρότητας και έντασης δεν μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα της υποτροπής, ενώ σοβαροί οξείς και χρόνιοι στρεσογόνοι παράγοντες θεωρούνται ιδιαίτερα απειλητικοί ως προς τη συμβολή τους στην αύξηση του κινδύνου υποτροπής.⁵⁰

1.8 Προγράμματα αντιμετώπισης του αλκοόλ στην Ελλάδα

Οι φορείς που ειδικεύονται στην απεξάρτηση από το αλκοόλ είναι : οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί, το ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ, το πρόγραμμα Αθηνά του Αιγινήτειου Νοσοκομείου και του ΟΚΑΝΑ, η Μονάδα Απεξάρτησης Αλκοολικών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου της Αθήνας-18 Άνω, οι Ανώνυμοι Αυτοθεραπευόμενοι Αλκοολικοί (ΚΕΘΕΑ), το πρόγραμμα ΜΕΘΕΞΙΣ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, η Γ΄ ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, το πρόγραμμα του αλκοόλ του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και το Αλκοολογικό Ιατρείο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Στη συνέχεια θα αναλυθούν κάποιοι από τους φορείς που ασχολούνται με τον αλκοολισμό.

1.8.1 Ανώνυμοι Αλκοολικοί

Οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (ΑΑ) είναι μια διεθνής αδελφότητα που ιδρύθηκε το 1935 από τον Bill Wilson και τον Δρ. Bob Smith στο Οχάιο, με πρωταρχικό σκοπό να βοηθήσουν τους αλκοολικούς να μείνουν νηφάλιοι και αυτοί με τη σειρά τους να βοηθήσουν κι άλλους αλκοολικούς να διακόψουν το αλκοόλ. Ο Bill Wilson και ο Bob Smith, μαζί και με άλλα μέλη, δημιούργησαν το πρόγραμμα Δώδεκα Βημάτων με σκοπό την προσωπική και πνευματική ανάπτυξη των ΑΑ. Τα 12 βήματα είναι ένα πρόγραμμα αυτο-βοήθειας και ανάρρωσης των ΑΑ και αποτελεί το προσχέδιο της δράσης τους. Αναλυτικότερα, στο πρώτο βήμα ο αλκοολικός αναγνωρίζει ότι είναι «ανίσχυρος μπροστά στο αλκοόλ», ενώ με τη βοήθεια του Θεού και τη συνδρομή του εαυτού του φτάνει ως το δωδέκατο βήμα, το οποίο αναθέτει στον αποθεραπευμένο αλκοολικό να «μεταφέρει το μήνυμα» και σε άλλους συνανθρώπους που το χρειάζονται.

Οι παραδόσεις των Ανώνυμων Αλκοολικών συστήνουν ότι τα μέλη θα πρέπει να παραμένουν ανώνυμα και να βοηθούν ανιδιοτελώς άλλους αλκοολικούς, αποφεύγοντας τις επίσημες συνεργασίες με άλλο οργανισμό. Επίσης, οι παραδόσεις τους συστήνουν ότι τα μέλη θα πρέπει να αποφεύγουν τα δόγματα και τις ιεραρχίες. Σε αντίθεση με τα περισσότερα μη-κερδοσκοπικά σωματεία, οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί δεν έχουν πρόεδρο. Τα μέλη δεν έχουν επίσημους ρόλους, ούτε πληρώνουν συνδρομές ή αμοιβές, ενώ η οργάνωση δεν συγκεντρώνει χρήματα. Η μόνη προϋπόθεση για να γίνει κάποιος μέλος είναι η θέλησή του να κόψει το ποτό.

Το κεντρικό γραφείο της οργάνωσης εδρεύει στη Νέα Υόρκη και ο ρόλος του είναι η επικοινωνία με τα παραρτήματα στα πέρατα του κόσμου.⁵¹

1.8.2 ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ

Το ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ απευθύνεται σε άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα με τις «νόμιμες» εξαρτήσεις, όπως είναι το αλκοόλ και τα τυχερά παιχνίδια. Στο πρόγραμμα αυτό γίνεται εξατομικευμένη θεραπεία σε εξωτερική βάση και ολιστική προσέγγιση σε συνάρτηση με το οικογενειακό, εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου. Αναλυτικότερα, παρέχονται ιατρικές υπηρεσίες, ψυχιατρική παρακολούθηση, ψυχολογικές υπηρεσίες, ατομική συμβουλευτική/υποστηρικτική καθώς και πρόληψη της υποτροπής. Αναφορικά με την ψυχοθεραπεία, πραγματοποιείται ατομική θεραπεία, ομαδική θεραπεία (Ανώνυμοι Αυτοθεραπευόμενοι Αλκοολικοί), ομάδες τύπου Alateen, θεραπεία ζεύγους και οικογενειακή θεραπεία (ομάδα αυτοβοήθειας συγγενών). Η μέση διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα είναι 12-18 μήνες.

Οι κύριοι στόχοι του ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ είναι ο περιορισμός ή πλήρης αποχή από το αλκοόλ και τα τυχερά παιχνίδια, η αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής και σωματικής υγείας, η αποχή από βίαιες ή παραβατικές μορφές συμπεριφοράς, η αποκατάσταση των οικογενειακών σχέσεων, η δημιουργική διαχείριση του ελεύθερου χρόνου και η πρόληψη της υποτροπής.⁵²

1.8.3 Πρόγραμμα "ΑΘΗΝΑ"

Το Πρόγραμμα 'ΑΘΗΝΑ' της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών του Αιγινήτειου Νοσοκομείου και του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) λειτουργεί σε εξωτερική βάση. Η κύρια θεραπευτική μέθοδος αυτού του προγράμματος είναι η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση του χρήστη σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο (γνωσιακή/ συμπεριφορική/ συστημική ψυχοθεραπεία). Σε περίπτωση που κριθεί αναγκαίο, το άτομο παραπέμπεται για σωματική απεξάρτηση στην ειδική μονάδα εσωτερικής νοσηλείας για εξαρτημένα από το οινόπνευμα άτομα, η οποία λειτουργεί στην Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.⁵³

1.9 Κυριότερα είδη ψυχοθεραπείας για τις διαταραχές στη χρήση αλκοόλ

1.9.1 Συμπεριφοριστικές ψυχοθεραπείες

Η συμπεριφοριστική θεραπεία αναφέρεται σε συγκεκριμένες θεραπευτικές τεχνικές που στοχεύουν στην τροποποίηση της κατάχρησης από το αλκοόλ. Βασίζεται στην αρχή ότι η κατάχρηση του αλκοόλ συνδέεται με την ύπαρξη προηγούμενων ερεθισμάτων και συνεπειών που δρουν ενισχυτικά προς την κατανάλωση. Αυτές οι προσεγγίσεις δεν ασχολούνται με εσωτερικές διεργασίες πχ. γνωσίες όπως γίνεται στη γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία, αλλά χρησιμοποιούν άμεσους ή έμμεσους χειρισμούς των εξωτερικών γεγονότων. Κάποιες θεραπευτικές τεχνικές είναι η έκθεση στο ερέθισμα, ο χειρισμός της σύνδεσης, η εκπαίδευση των ατόμων στην ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης ψυχοπνευματικών καταστάσεων, ώστε να βρίσκουν καλύτερες λύσεις σε όποιο πρόβλημα τους παρουσιαστεί και άλλες τεχνικές.^{54,55}

1.9.2 Γνωσιακή Συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία

Η γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία είναι πάρα πολύ διαδεδομένη και αποτελεσματική στη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ. Βασίζεται στην αρχή ότι η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι μια μαθημένη συμπεριφορά του ατόμου που έχει αποκτηθεί από λανθασμένα πρότυπα συμπεριφορών, αλληλοσυνδέσεων κι ενισχύσεων. Έτσι, αν το αλκοόλ οδηγεί σε ένα επιθυμητό αποτέλεσμα πχ. να μειώνει την ένταση, μπορεί τελικά να επιλέγεται από το άτομο ως λύση και ειδικά όταν δεν μπορεί να το επιτύχει με άλλους τρόπους. Οι αλκοολικοί μπορεί να έχουν ελλειπείς δεξιότητες για την αντιμετώπιση διαφόρων δυσκολιών και δεν μπορούν να κατανοήσουν στο βαθμό που θα έπρεπε, ότι οι μακροχρόνιες συνέπειες του αλκοόλ προκαλούν μεγαλύτερη βλάβη από τις άμεσες ανταμοιβές.

Ο στόχος της γνωσιακής συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας είναι να τροποποιήσει το λανθασμένο τρόπο σκέψης, τις γνωσίες, τα συναισθήματα του ατόμου και τις συνθήκες που διατηρούν την εξάρτηση.^{54,55}

1.9.3 Θεραπεία ενίσχυσης των κινήτρων

Αυτή η θεραπεία βασίζεται στο έργο του Carl Rogers (θεραπεία επικεντρωμένη στον πελάτη) και στις γνωσιακές συμπεριφοριστικές τεχνικές. Αξίζει να σημειωθεί, ότι δεν καθοδηγεί αναλυτικά σε κάθε στάδιο τον πελάτη κατά τη φάση της απεξάρτησης, αλλά προσπαθεί να τον παρακινήσει να βασιστεί στις δικές του δυνατότητες, ώστε να

αλλάξει τη λανθασμένη συμπεριφορά του. Η θεραπευτική διαδικασία επικεντρώνεται στη θετική αντίδραση, την υπευθυνότητα, τις συμβουλευτικές οδηγίες και την καταγραφή της κατανάλωσης του αλκοόλ. Ο στόχος της θεραπείας ενίσχυσης κινήτρων είναι να οι αλκοολικοί να διαχειριστούν την αμφιθυμία τους, να αναγνωρίσουν τη σοβαρότητα των προβλημάτων τους και να τους προετοιμάσει για μια θεραπευτική διαδικασία μακράς διάρκειας.

1.9.4 Ψυχοδυναμική

Σε αυτές τις προσεγγίσεις η κατάχρηση του αλκοόλ υποστηρίζεται ότι είναι ένα σύμπτωμα ή ένα σύμβολο μιας εσωτερικής σύγκρουσης του ατόμου. Αυτού του είδους οι ψυχοθεραπείες δεν είναι τόσο διαδεδομένες στον αλκοολισμό, καθώς σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα η γνωσιακή συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία επιφέρει τα καλύτερα αποτελέσματα.^{54,55}

1.10 Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της επίδρασης ενός προγράμματος διαχείρισης του στρες σε πρώην αλκοολικούς που ανήκουν σε ομάδες των Ανώνυμων Αλκοολικών και Ανώνυμων Αυτοθεραπευόμενων Αλκοολικών στη μείωση του στρες τους.

Το εν λόγω πρόγραμμα παρέμβασης έχει στόχο:

- τη μείωση του στρες (υπόθεση: αναμένουμε θετικά αποτελέσματα για τη μείωση του στρες),
- τη βελτίωση του τρόπου ζωής και των καθημερινών συνηθειών (υπόθεση: αναμένουμε θετικά αποτελέσματα για την αλλαγή του τρόπου ζωής προς ένα υγιεινότερο πρότυπο),
- την πιθανή αλλαγή της εστίας ελέγχου για την υγεία (υπόθεση: αναμένουμε μη θετικά αποτελέσματα γιατί είναι χαρακτηριστικό που δύσκολα αλλάζει),
- τη μείωση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης (υπόθεση: αναμένουμε θετικά αποτελέσματα για τη μείωση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης),
- την αύξηση της αυτοεκτίμησης (υπόθεση: αναμένουμε θετικά αποτελέσματα)

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 Τύπος και πλαίσια μελέτης

Ο σχεδιασμός της μελέτης είναι τύπου Ημι-Πειραματικής Μελέτης (Quasi-Experimental study). Η μελέτη διεξήχθη στους Ανώνυμους Αλκοολικούς (ΑΑ) της Αθήνας και στους Ανώνυμους Αυτοθεραπευόμενους Αλκοολικούς του Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων ΚΕΘΕΑ (Κεθεά Άλφα). Το δείγμα αποτέλεσαν 46 Ανώνυμοι Αλκοολικοί και 42 Ανώνυμοι Αυτοθεραπευόμενοι Αλκοολικοί. Η μελέτη διήρκησε από τον Οκτώβριο του 2014 έως τον Ιούλιο του 2015. Για τους σκοπούς της έρευνας παραχωρήθηκε χώρος από τον Ιερό Ναό Αγίου Γεωργίου στο Χαλάνδρι, όπου πραγματοποιούνταν εβδομαδιαία απογευματινά ραντεβού με τους Ανώνυμους Αλκοολικούς της Αθήνας. Το ΚΕΘΕΑ μας παραχώρησε, επίσης, χώρο στο κτίριό τους για τα εβδομαδιαία απογευματινά ραντεβού με τους Ανώνυμους Αυτοθεραπευόμενους Αλκοολικούς. Όλες οι προσωπικές πληροφορίες και τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν κατά τη διαδικασία της μελέτης είναι γνωστά μόνο στις ερευνήτριες. Όλα τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη είχαν ενημερωθεί πλήρως για τους σκοπούς και της διαδικασίες της έρευνας. Τα έξοδα που προέκυψαν από τη διενέργεια της έρευνας καλύφθηκαν από τις ερευνήτριες.

2.2 Συμμετέχοντες στην έρευνα

Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 88 άτομα, μέλη των Ανώνυμων Αλκοολικών Αθήνας και των Ανώνυμων Αυτοθεραπευόμενων Αλκοολικών του ΚΕΘΕΑ. Το δείγμα χωρίστηκε σε δυο ομάδες: την ομάδα παρέμβασης (44 άτομα) και την ομάδα ελέγχου (44 άτομα). Όλοι οι συμμετέχοντες σύμφωνα με τα κριτήρια εισαγωγής διέμεναν μόνιμα στην Αθήνα, ήταν ενήλικες ανεξαρτήτως φύλου, γνώριζαν γραφή και ανάγνωση στην ελληνική γλώσσα και ήταν μέλη είτε των Ανώνυμων Αλκοολικών, είτε των Ανώνυμων Αυτοθεραπευόμενων Αλκοολικών. Κριτήριο αποκλεισμού στη μελέτη αποτέλεσε η χρήση άλλης τεχνικής χαλάρωσης.

Ο τρόπος κατανομής των συμμετεχόντων στις ομάδες παρέμβασης και ελέγχου έγινε κυρίως έπειτα από επιλογή των συμμετεχόντων.

Τα άτομα της κάθε ομάδας ενημερώθηκαν για τους σκοπούς του προγράμματος με τον ίδιο τρόπο. Επίσης, γνώριζαν ότι η έρευνα αφορά το στρες και τον αλκοολισμό. Στην ομάδα παρέμβασης τονίστηκε ο ρόλος των τεχνικών μείωσης του στρες στη σωματική και ψυχική τους υγεία, ενώ στην ομάδα ελέγχου δεν δόθηκαν οδηγίες για τη μείωση του στρες.

2.3 Μετρήσεις

Οι μετρήσεις που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη περιελάμβαναν τα παρακάτω ερωτηματολόγια, τα οποία χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες δύο φορές. Την πρώτη φορά κατά την έναρξη του προγράμματος και τη δεύτερη φορά στο τέλος των 8 εβδομάδων παρακολούθησης.

2.3.1 Κοινωνικο-Δημογραφικά Στοιχεία, Τρόπος Ζωής

Ερωτηματολόγιο Καθημερινότητας, Τρόπου ζωής, Στρες και Υγείας του ΠΜΣ «Έλεγχος του Στρες και Προαγωγή της Υγείας» και της κυρίας Δαρβίρη Χριστίνας. Παρέχει πληροφορίες σχετικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά και ιατρικά δεδομένα, τη ρουτίνα, τον ύπνο, τη διατροφή, τις καθημερινές συνήθειες, την ικανοποίηση από τις διάφορες πλευρές της ζωής και το αυτοαξιολογούμενο στρες των ατόμων. Αποτελείται από 112 ερωτήματα.

2.3.2 Μέτρηση αντιλαμβανόμενου στρες

Κλίμακα Perceived Stress Scale (PSS 14), σταθμισμένη στα Ελληνικά⁵⁶. Η κλίμακα αντιλαμβανόμενου στρες (PSS) είναι ένα εργαλείο αυτο-αναφοράς με 14 στοιχεία, το οποίο μετρά τον βαθμό στον οποίο καταστάσεις στη ζωή ενός ατόμου εκτιμώνται ως στρεσογόνες. Βαθμολογείται η συχνότητα των συναισθημάτων και των σκέψεων μέσα στον προηγούμενο μήνα σε μια 5-βάθμια κλίμακα τύπου Likert (από 0=ποτέ έως 4=πολύ συχνά). Υπάρχουν επτά θετικά και επτά αρνητικά στοιχεία και η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται αθροίζοντας τη βαθμολογία κάθε στοιχείου, αφού πρώτα έχει γίνει αντιστροφή όλων των θετικών στοιχείων (ελάχιστη συνολική βαθμολογία=0, μέγιστη συνολική βαθμολογία=56). Υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν το υψηλότερο επίπεδο του αντιλαμβανόμενου στρες του ατόμου κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Έχουν καταγραφεί καλές ψυχομετρικές ιδιότητες αυτής της κλίμακας εντός του ελληνικού πληθυσμού⁵⁶.

2.3.3 Μέτρηση κατάθλιψης, άγχους και στρες

Ερωτηματολόγιο DASS 21 (Depression Anxiety Stress Scale)⁵⁷, σταθμισμένο στα Ελληνικά. Το ερωτηματολόγιο αυτό απαρτίζεται από τρεις αυτοχορηγούμενες κλίμακες που μετρούν αντίστοιχα την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες. Σε κάθε κλίμακα αντιστοιχούν 7 ερωτήσεις, δηλαδή το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 21 ερωτήσεις συνολικά. Η κλίμακα της κατάθλιψης αξιολογεί τη δυσφορία, την απελπισία, την υποτίμηση της ζωής, την αυτό-υποτίμηση, την έλλειψη

ενδιαφέροντος/συμμετοχής, την ανηδονία και την απάθεια. Η κλίμακα του άγχους αξιολογεί τη διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, την επίδραση στο μυοσκελετικό, το άγχος ως κατάσταση και το υποκειμενικό αίσθημα άγχους. Η κλίμακα στρες αξιολογεί την υπερδιέγερση, τη δυσκολία χαλάρωσης, την ευεξαπτότητα και την ανυπομονησία. Χρησιμοποιείται μια κλίμακα τύπου Likert (από 0=δεν ίσχυσε καθόλου για μένα, 1=ίσχυε για μένα σ' έναν ορισμένο βαθμό ή για μικρό χρονικό διάστημα, 2=ίσχυε για μένα σ' έναν ιδιαίτερο βαθμό ή για μεγάλο χρονικό διάστημα, 3=ίσχυε για μένα πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές). Ανάλογα με το τι θα επιλέξει κανείς αθροίζονται οι βαθμοί και υπολογίζεται η τιμή της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει καλή εγκυρότητα περιεχομένου και καλή εννοιολογική εγκυρότητα.

2.3.4 Μέτρηση πνευματικής ποιότητας ζωής

Ερωτηματολόγιο SWB (Spiritual Well Being)⁵⁸ που εξετάζει την πνευματική ποιότητα ζωής. Αποτελείται από 20 ρωτήσεις διατεταγμένων απαντήσεων έξι τιμών (συμφωνώ απόλυτα έως διαφωνώ απόλυτα). Τα 10 ερωτήματα αφορούν τη θρησκευτική ευεξία και τα υπόλοιπα 10 την υπαρξιακή-πνευματική ευεξία.

2.3.5 Μέτρηση της Εστίας Ελέγχου Υγείας

Κλίμακα Εστίας Ελέγχου Υγείας (HLC Scale)⁵⁹. Η εστία ελέγχου υγείας μετρήθηκε χρησιμοποιώντας την κλίμακα Εστίας Ελέγχου Υγείας η οποία αποτελείται από 18 λήμματα. Οι ερωτηθέντες εκφράζουν το επίπεδο της συμφωνίας στις 18 δηλώσεις σε μια 6-βάθμια κλίμακα τύπου Likert (από 1=διαφωνώ απόλυτα έως 6=συμφωνώ απόλυτα). Η κλίμακα είναι χτισμένη πάνω σε τρεις υποκλίμακες όπου η κάθε μια αποτελείται από 6 δηλώσεις, ονομαστικά είναι η “εσωτερική HLC” (HLC1), η “εξωτερική HLC” (HLC2), και η “τύχη” (HLC3). Η εσωτερική HLC (HLC1) μετρά το βαθμό στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι αυτός/αυτή είναι υπεύθυνη για την κατάσταση της υγείας του. Η εξωτερική HLC (HLC2) και η τύχη (HLC3) αντιπροσωπεύουν την έκταση κατά την οποία άλλοι άνθρωποι (όπως οι γιατροί) ή η τύχη, αντίστοιχα, γίνονται αντιληπτοί από τα άτομα ως οι κύριοι καθοριστικοί παράγοντες της υγείας. Αθροίζοντας τις απαντήσεις για κάθε υποκλίμακα, υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν υψηλότερη αντοχή του κάθε τύπου της πίστης για την υγεία (το συνολικό εύρος βαθμολογίας είναι 6-36 για κάθε υποκλίμακα).

2.3.6 Μέτρηση της αυτοεκτίμησης

Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg (Rosenberg's Self-esteem Scale, 1965).^{60,61} Καταγράφεται η σφαιρική αντίληψη που έχει το άτομο για την αυτοεικόνα του και την αυτοεκτίμησή του. Αποτελείται από 10 ερωτήσεις από τις οποίες οι 5 έχουν θετική και οι 5 αρνητική νοηματοδότηση. Οι ερωτηθέντες απαντούν χρησιμοποιώντας μια κλίμακα Likert (από 1= συμφωνώ απόλυτα, μέχρι 4=διαφωνώ απόλυτα).

2.4 Διαδικασία Παρέμβασης

Οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης παρακολούθησαν πρόγραμμα διαχείρισης του στρες 8 εβδομαδιαίων συναντήσεων σε ομαδικό επίπεδο. Οι ομάδες που δημιουργήθηκαν αποτελούνταν από 5-12 άτομα. Το περιεχόμενο των συναντήσεων συνοψίζεται στο ακόλουθο χρονοδιάγραμμα.

- *1^η εβδομάδα:* Συμπλήρωση ερωτηματολογίων, ενημέρωση για το στρες (μέσω power point), συμβουλές για άσκηση, συστηματικό περπάτημα με τη βοήθεια βηματομετρητή και τη σημασία της ρουτίνας στην καθημερινότητα. Δόθηκε βηματομέτρο και φυλλάδιο καταγραφής των βημάτων, καθώς και ένας πρακτικός οδηγός σε έντυπη μορφή, ο οποίος αφορά την διαχείριση του στρες και τη σχέση του με την κατάχρηση αλκοόλ. Προγραμματίστηκε το ραντεβού για την εκμάθηση των τεχνικών χαλάρωσης της επόμενης εβδομάδας (δόθηκε συγκεκριμένη ημερομηνία και ώρα συνάντησης).
- *2^η εβδομάδα:* Εκμάθηση και εφαρμογή της τεχνικής των διαφραγματικών αναπνοών μέσω του μηχανήματος του Biofeedback (Βιοανάδραση). Ενημέρωση με χρήση power point και σχετικής βιβλιογραφίας για τα οφέλη της διαφραγματικής αναπνοής. Δόθηκε ως οδηγία να πραγματοποιούνται οι διαφραγματικές αναπνοές δύο φορές την ημέρα (πρωί και βράδυ).
- *3^η εβδομάδα:* Εκμάθηση και εφαρμογή της τεχνικής της προοδευτικής μυϊκής χαλάρωσης με τη χρήση καθοδηγούμενου μηνύματος σε CD. Δόθηκε ως οδηγία να πραγματοποιούνται οι τεχνικές χαλάρωσης δύο φορές την ημέρα (πρωί και βράδυ). Παροχή CD και φυλλαδίου καταγραφής της τεχνικής προοδευτικής μυϊκής χαλάρωσης.
- *4^η εβδομάδα:* Παρουσίαση power point που αφορούσε τη Γνωσιακή Αναδόμηση, τη Θετική Σκέψη και την Ευγνωμοσύνη. Παροχή ασκήσεων με

θέμα τη γνωσιακή αναδόμηση (π.χ. καταγραφή θετικών και αρνητικών σκέψεων) και την ευγνωμοσύνη (π.χ. καταγραφή θετικών στοιχείων) σε έντυπη μορφή.

- *5^η εβδομάδα:* Συνάντηση με παρουσίαση power point που αφορούσε τη Διατροφή. Δόθηκαν διατροφικές συμβουλές, οδηγίες, ενημέρωση για τα οφέλη της μεσογειακής διατροφής και τη σημασία του νερού στον οργανισμό. Επίσης, έγινε έλεγχος της εφαρμογής των τεχνικών χαλάρωσης και συζήτηση για τη συνέχιση του προγράμματος.
- *6^η εβδομάδα:* Εκμάθηση και εφαρμογή της τεχνικής χαλάρωσης του καθοδηγούμενου οραματισμού μέσω CD, το οποίο δόθηκε στους συμμετέχοντες. Ενημέρωση για τα προσφερόμενα οφέλη της χρήσης της τεχνικής. Σύσταση ως οδηγία να πραγματοποιείται δύο φορές την ημέρα (πρωί και βράδυ).
- *7^η εβδομάδα:* Επανεέλεγχος των τεχνικών χαλάρωσης και ενθάρρυνση συνέχισης των υγιεινών συμπεριφορών. Καταγράφηκαν ποιοτικά στοιχεία. Προγραμματίστηκε το τελευταίο ραντεβού για την επόμενη εβδομάδα.
- *8^η εβδομάδα:* Κλείσιμο προγράμματος. Συμπλήρωση ξανά των αρχικών ερωτηματολογίων. Επιστροφή των καταγραφών των τεχνικών χαλάρωσης και του βηματομετρητή. Καταγραφή ποιοτικών στοιχείων.

2.5 Στατιστική επεξεργασία

Για την παρουσίαση των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων και των βασικών μετρήσεων της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν βασικά περιγραφικά μέσα όπως απόλυτες τιμές, συχνότητες, μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις. Για τον έλεγχο της διαφοράς των δύο ομάδων στην αρχή της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν τα τεστ chi-square για τις κατηγορικές μεταβλητές και Student's t-test για τις ποσοτικές. Για τον έλεγχο των βασικών αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε η στατιστική δοκιμασία ANCOVA με έλεγχο των αρχικών μετρήσεων και της κατάθλιψης όπως μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο DASS. Οι βασικές προϋποθέσεις της ANCOVA με κυριότερο της ομοιογένειας των γραμμών παλινδρόμησης ελέγχθηκαν σε κάθε τεστ. Σε περίπτωση παραβίασης της συνθήκης υπολογίστηκαν οι σταθμισμένες μέσες τιμές της μεταβλητής προς εξέταση για συγκεκριμένες τιμές του παράγοντα αλληλεπίδρασης. Σε κάθε έλεγχο υπολογίστηκε το μέγεθος επίδρασης (effect size,

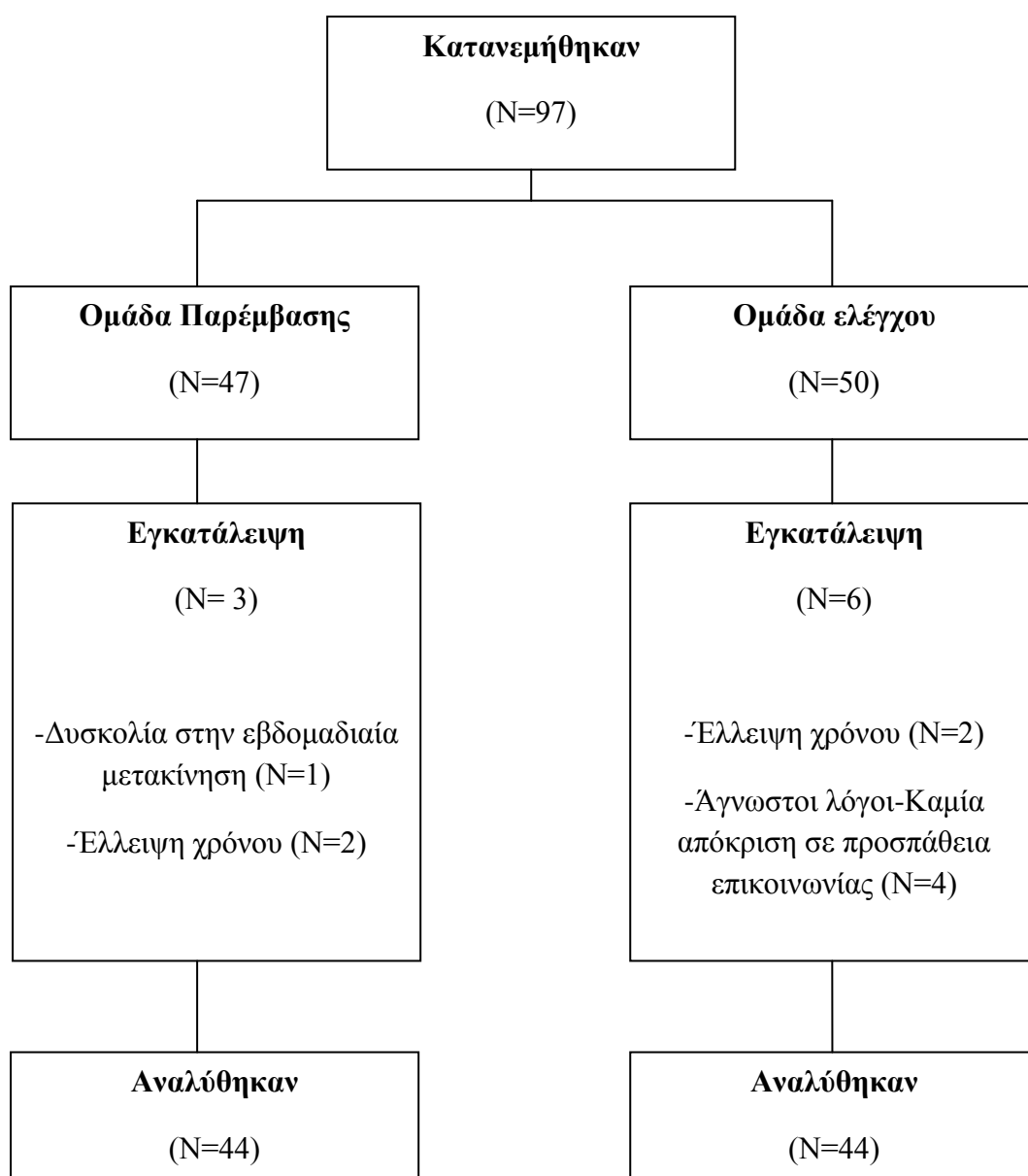
$r = \sqrt{\frac{t^2}{t^2 + df}}$), όπου τιμές 0.1-0.3 δήλωναν μικρή επίδραση, 0.3-0.5 μέτρια επίδραση και μεγαλύτερη του 0.5 μεγάλη επίδραση. Για τον έλεγχο σημαντικότητας χρησιμοποιήθηκε το επίπεδο 0.05. Για τη διενέργεια των στατιστικών ελέγχων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 22.0 (Chicago IL).

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το αρχικό δείγμα αποτέλεσαν 97 άτομα, εκ των οποίων οι 9 (3 από την ομάδα παρέμβασης και 6 από την ομάδα ελέγχου) αποχώρησαν στην πορεία από την ερευνητική διαδικασία, κυρίως λόγω έλλειψης χρόνου, όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 1.

Το τελικό μας δείγμα αποτελείται συνολικά από 88 άτομα. Τα άτομα αυτά χωρίζονται σε δύο ομάδες. Τα 44 από αυτά είναι στην ομάδα παρέμβασης και τα υπόλοιπα 44 στην ομάδα ελέγχου.

Διάγραμμα 1. Διάγραμμα ροής συμμετεχόντων στη διάρκεια της Ημι-Πειραματικής Μελέτης.



3.1 Σύγκριση δημογραφικών στοιχείων

Στον πίνακα 1 φαίνονται οι συγκρίσεις των κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών στις ομάδες μελέτης. Ως προς το φύλο παρατηρούμε πως στην ομάδα παρέμβασης υπερτερούν αριθμητικά οι γυναίκες με ποσοστό 59.6% έναντι του 40.4% των ανδρών. Αντίθετα, οι άνδρες είναι περισσότεροι στην ομάδα ελέγχου με ποσοστό 61% , σε σχέση με το 39% των γυναικών. Η μέση ηλικία των ατόμων στην ομάδα παρέμβασης είναι 47.34 έτη. Η αντίστοιχη μέση ηλικία της ομάδας ελέγχου είναι τα 46.95 έτη. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση παρατηρούμε πως οι άγαμοι αποτελούν ακριβώς το ίδιο ποσοστό (50%) και στις δύο ομάδες, ενώ οι έγγαμοι υπερέχουν αριθμητικά στην ομάδα παρέμβασης (55.6%) και οι διαζευγμένοι υπερέχουν στην ομάδα ελέγχου (57.7%). Σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο και στις δύο ομάδες τα περισσότερα άτομα έχουν ολοκληρώσει σπουδές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Στην ομάδα παρέμβασης το 62.5% έχει ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την ομάδα ελέγχου είναι 37.5%. Την τριτοβάθμια εκπαίδευση έχει ολοκληρώσει το 48.8% των ατόμων της ομάδας παρέμβασης και το 51.3% της ομάδας ελέγχου, αντίστοιχα. Επίσης και στις δύο ομάδες οι εργαζόμενοι/συνταξιούχοι είναι αριθμητικά περισσότεροι από τους άνεργους. Στην ομάδα παρέμβασης οι εργαζόμενοι αποτελούν το 46.2% και οι άνεργοι το 80%. Τα ποσοστά για την ομάδα ελέγχου είναι 53.8% και 20% αντίστοιχα. Τέλος, όσον αφορά το κάπνισμα οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι καπνιστές. Οι καπνιστές της ομάδας παρέμβασης είναι το 50.8% και της ομάδας ελέγχου το 49.2%. Μη καπνιστής υπάρχει μόνο 1 άτομο στο σύνολο του δείγματος, το οποίο συμμετείχε στην ομάδα παρέμβασης. Το 47.8% των πρώην καπνιστών ανήκει στην ομάδα παρέμβασης και το 52.2% στην ομάδα ελέγχου.

Στο σύνολο των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Πίνακας 1. Σύγκριση δημογραφικών στοιχείων συμμετεχόντων των δύο ομάδων του δείγματος και στατιστικός έλεγχος.

| Μεταβλητές | Ομάδα Παρέμβασης (N=44) | Ομάδα Ελέγχου (N=44) | p value |
|--|-------------------------|----------------------|---------|
| Φύλο | | | 0,087 |
| Άνδρες N=41 | 16 (39%) | 25 (61%) | |
| Γυναίκες N=47 | 28 (59.6%) | 19 (40.4%) | |
| Ηλικία (±SD) | 47.34 (±8.88) | 46.95 (±6.42) | 0.816 |
| Οικογενειακή Κατάσταση | | | 0.589 |
| Άγαμοι N=26 | 13 (50%) | 13 (50%) | |
| Έγγαμοι N=36 | 20 (55.6%) | 16 (44.4%) | |
| Διαζευγμένοι N=26 | 11 (42.3%) | 15 (57.7%) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | | | 0.711 |
| Πρωτοβάθμια/Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση N=8 | 5 (62.5%) | 3 (37.5%) | |
| Τριτοβάθμια Εκπαίδευση N=80 | 39 (48.8%) | 41 (51.3%) | |
| Εργασιακή Κατάσταση | | | 0.093 |
| Εργαζόμενοι/Συνταξιούχοι N=78 | 36 (46.2%) | 42 (53.8%) | |
| Άνεργοι N=10 | 8 (80%) | 2 (20%) | |
| Κάπνισμα | | | 0.592 |
| Καπνιστές N=63 | 32 (50.8%) | 31 (49.2%) | |
| Μη καπνιστές N=1 | 1 (100%) | 0 (0%) | |
| Πρώην καπνιστές N=23 | 11 (47.8%) | 12 (52.2%) | |

3.2 Σύγκριση αρχικών μέσων τιμών των ερωτηματολογίων

Εκτός από τη σύγκριση των τιμών αναφοράς των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων, έγινε σύγκριση αναφορικά με τις αρχικές τιμές όλων των μεταβλητών στο χρονικό σημείο αναφοράς, ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Πίνακας 2. Σύγκριση αρχικών μέσων τιμών, τυπικών αποκλίσεων και στατιστικός έλεγχος των δύο ομάδων του δείγματος.

| Μεταβλητές | Ομάδα Παρέμβασης | Ομάδα Ελέγχου | p value |
|---|----------------------|---------------------|---------|
| BMI (\pm SD) | 24.54 (\pm 3.79) | 25.22 (\pm 3.14) | 0.361 |
| Σκορ Ρουτίνας (\pm SD) | 29.23 (\pm 6.94) | 31.30 (\pm 6.16) | 0.143 |
| Σκορ Συνηθειών (\pm SD) | 60.30 (\pm 10.33) | 63.11 (\pm 9.46) | 0.186 |
| Σκορ Αντιλαμβανόμενου Στρες PSS (\pm SD) | 29.25 (\pm 8.69) | 24.75 (\pm 7.31) | 0.010* |
| Σκορ Εσωτερικής Εστίας Ελέγχου Υγείας(\pm SD) | 27.20 (\pm 3.81) | 27.68 (\pm 4.12) | 0.574 |
| Σκορ Εξωτερικής Εστίας Ελέγχου Υγείας (\pm SD) | 23.27 (\pm 6.15) | 23.23 (\pm 4.98) | 0.970 |
| Σκορ Εστίας Ελέγχου Υγείας- Τύχη (\pm SD) | 16.80 (\pm 7.08) | 16.89 (\pm 5.77) | 0.948 |
| Σκορ Κατάθλιψης DASS (\pm SD) | 7.95 (\pm 6.31) | 5.09 (\pm 4.89) | 0.020* |
| Σκορ Άγχους DASS (\pm SD) | 5.39 (\pm 4.76) | 4.30 (\pm 4.94) | 0.295 |
| Σκορ Στρες DASS (\pm SD) | 9.48 (\pm 5.41) | 7.50 (\pm 5.07) | 0.081 |
| Σκορ Αυτοεκτίμησης | 26.95 (\pm 5.18) | 30.59 (\pm 4.53) | 0.001* |

| | | | |
|--|---------------|---------------|-------|
| (±SD) | | | |
| Σκορ Θρησκευτικής πνευματικής ποιότητας ζωής (±SD) | 32.48 (±7.78) | 33.45 (±5.59) | 0.500 |
| Σκορ Υπαρξιακής πνευματικής ποιότητας ζωής (±SD) | 32.66 (±5.61) | 32.41 (±4.72) | 0.822 |

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 2, φάνηκε ότι ανάμεσα στις δύο ομάδες δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις τιμές αναφοράς των περισσότερων μεταβλητών, εκτός από τρεις μεταβλητές. Οι μεταβλητές αυτές είναι: το Αντιλαμβανόμενο Στρες-PSS ($p=0.010$), η υποκλίμακα του DASS που αφορά την κατάθλιψη ($p=0.020$) και η Αυτοεκτίμηση ($p=0.001$).

Οι διαφορές αυτές θα μπορούσαν να εξηγηθούν από το γεγονός ότι ένα μεγάλο μέρος του δείγματος αποφάσισε μόνο του σε ποια από τις δύο ομάδες επιθυμεί να ενταχθεί.

3.3 Σύγκριση των μέσων τιμών των ερωτηματολογίων μετά το τέλος της παρέμβασης.

Στον Πίνακα 3 φαίνονται οι συγκρίσεις των μέσων τιμών στις δύο ομάδες μετά το τέλος του προγράμματος διαχείρισης του στρες στην ομάδα παρέμβασης. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος ANCOVA.

Να σημειωθεί πως εφόσον στις τρεις μεταβλητές, στο Αντιλαμβανόμενο Στρες (PSS), στην Κατάθλιψη (DASS) και στην Αυτοεκτίμηση, υπήρχαν στατιστικά σημαντικά διαφορές στις αρχικές τιμές αναφοράς, ο έλεγχος των σκορ των υπολοίπων μεταβλητών έγινε σε σχέση με τις αρχικές τιμές του σκορ της κατάθλιψης. Ο λόγος για την επιλογή της κατάθλιψης ήταν πως και οι τρεις μεταβλητές έχουν να κάνουν με έννοιες που συνδέονται μεταξύ τους, γι' αυτό επιλέξαμε την κλίμακα με το υψηλότερο Cronbach, η οποία ήταν η κατάθλιψη (DASS).

Έτσι, μετά τον έλεγχο για τις αρχικές τιμές του σκορ κάθε ερωτηματολογίου και για τις αρχικές τιμές του σκορ της κατάθλιψης (DASS) προέκυψαν οι σταθμισμένες μέσες τιμές των σκορ του κάθε ερωτηματολογίου.

Πίνακας 3. Οι συγκρίσεις των μέσων τιμών ανάμεσα στις δύο ομάδες μετά το τέλος της παρέμβασης και στατιστικός έλεγχος.

| | Ομάδα Παρέμβασης (N=44) | Ομάδα ελέγχου (N=44) | p value | Effect size r^1 |
|--|-------------------------------|----------------------------|---------|----------------------|
| Μέση τιμή BMI (\pm SE) | 24.84 (\pm 0.11) | 25.02 (\pm 0.11) | 0.275 | 0.12 |
| Σκορ Ρουτίνας (\pm SE) | 33.47 (\pm 0.54) | 28.36 (\pm 0.54) | <0.001 | 0.58 |
| Σκορ Συνηθειών (\pm SE) ² | 71.35 (\pm 0.96) | 57.63 (\pm 0.98) | <0.001 | 0.71 |
| Σκορ Αντιλαμβανόμενου Στρεις PSS (\pm SE) | 19.45 (\pm 1.13) | 31.14 (\pm 1.13) | <0.001 | 0.60 |
| Σκορ Εσωτερικής Εστίας Ελέγχου Υγείας HLCint (\pm SE) ³ | 30.73 (\pm 0.46) | 25.83 (\pm 0.46) | <0.001 | 0.59 |
| Σκορ Εξωτερικής Εστίας Ελέγχου Υγείας HLCext (\pm SE) ⁴ | 21.01 (\pm 0.64) | 23.43 (\pm 0.64) | 0.013 | 0.27 |
| Σκορ Τύχης Εστίας Ελέγχου Υγείας HLCchance (\pm SE) | 12.92 (\pm 0.70) | 19.22 (\pm 0.70) | <0.001 | 0.56 |
| Σκορ Κατάθλιψης DASS ⁵ | 4.18 (\pm 0.55) | 8.75 (\pm 0.56) | 0.335 | 0.38 |
| Σκορ Άγχους DASS ⁶ | 2.39 (\pm 0.43) | 6.66 (\pm 0.43) | <0.001 | 0.61 |

| | | | | |
|---------------------------------|---------------|---------------|--------|------|
| Σκορ Στρες DASS ⁷ | 5.06 (±0.60) | 11.13 (±0.60) | <0.001 | 0.61 |
| Σκορ Αυτοεκτίμησης ⁸ | 31.42 (±0.60) | 26.74 (±0.60) | 0.002 | 0.34 |
| Σκορ Θρησκευτικής Ευεξίας SWB | 34.18 (±0.81) | 32.19 (±0.81) | 0.13 | 0.16 |
| Σκορ Υπαρξιακής Ευεξίας SWB | 34.46 (±0.75) | 31.86 (±0.75) | 0.018 | 0.07 |
| Λεπτά μέχρι να κοιμηθούν | 15.61 (±1.83) | 27.95 (±1.76) | <0.001 | 0.47 |
| Ώρες ύπνου ⁹ | 7.21 (±0.11) | 6.35 (±0.11) | <0.001 | 0.51 |

Προσαρμογή και έλεγχος αλληλεπίδρασης των ομάδων με βάση: αρχικές τιμές, κατάθλιψη DASS.

$$^1 r = \sqrt{\frac{t^2}{t^2 + df}}, \text{ 0.1-0.3=μικρή, 0.3-0.5=μέτρια, >0.5=μεγάλη}$$

² υπολογισμένο για τις συνήθειες πριν την παρέμβαση=61.71

³ υπολογισμένο για την εσωτερική εστία ελέγχου πριν την παρέμβαση=27.44

⁴ υπολογισμένο για την εξωτερική εστία ελέγχου πριν την παρέμβαση =23.25

⁵ έλεγχος για την αλληλεπίδραση των ομάδων με βάση την κατάθλιψη αναφοράς

⁶ υπολογισμένο για το άγχος αναφοράς=4.84

⁷ υπολογισμένο για το στρες (dass) αναφοράς=8.49

⁸ έλεγχος για την αλληλεπίδραση των ομάδων με βάση την αυτοεκτίμηση αναφοράς

⁹ υπολογισμένο για την κατάθλιψη αναφοράς=6.60

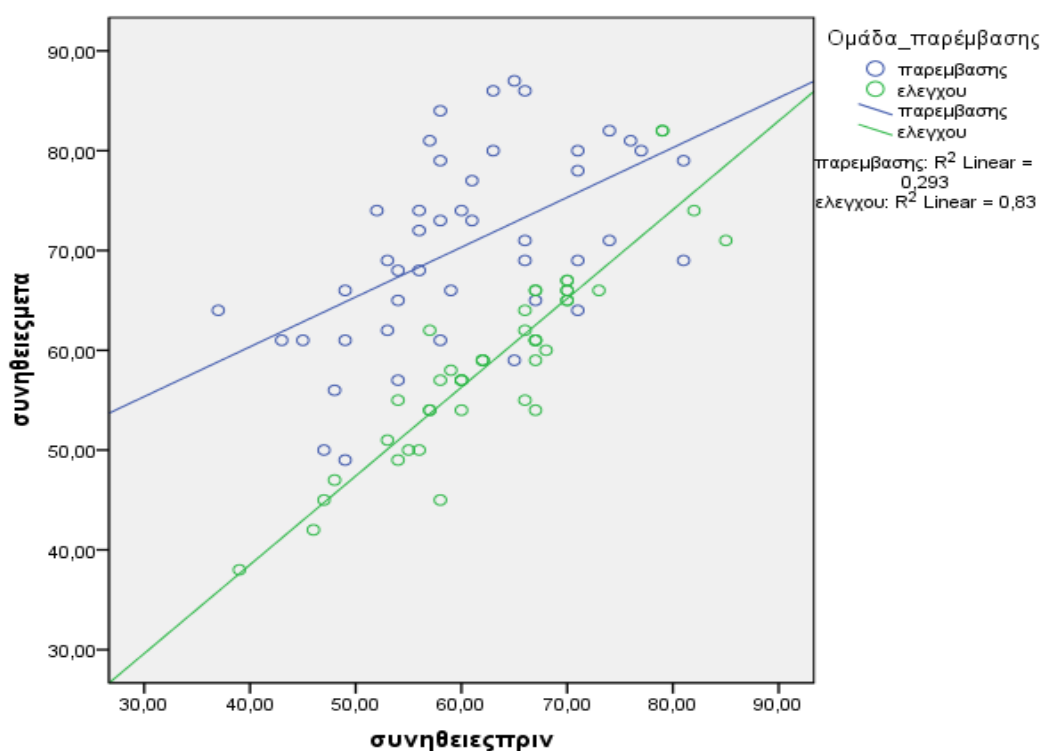
Με βάση τον Πίνακα 3 προκύπτει πως σε γενικές γραμμές το Πρόγραμμα Διαχείρισης του Στρες (σε σχέση με την ομάδα ελέγχου) φάνηκε να βελτιώνει σημαντικά τις περισσότερες μεταβλητές, οι οποίες είναι: η ρουτίνα, οι καθημερινές συνήθειες, το αντιλαμβανόμενο στρες, η εστία ελέγχου της υγείας, το άγχος και το στρες (DASS), η αυτοεκτίμηση, η υπαρξιακή ευεξία (SWB), τα λεπτά που χρειάζονται τα άτομα μέχρι να αποκοιμηθούν το βράδυ και οι ώρες του βραδινού ύπνου. Ειδικότερα, στις παραπάνω μεταβλητές οι σταθμισμένες μέσες τιμές μετά το χρόνο της παρακολούθησης ήταν υψηλότερες για την ομάδα παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ($p < 0.05$).

Οι μεταβλητές που δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά ($p > 0.05$) μετά το τέλος της δίμηνης διαχείρισης του στρες ήταν: το BMI, το σκορ της Κατάθλιψης (DASS) και η θρησκευτική ευεξία.

Σχετικά με την επίδραση που παρατηρήθηκε στις μεταβλητές (effect size), μεγάλη επίδραση φάνηκε στη ρουτίνα, στις καθημερινές συνήθειες, στο αντιλαμβανόμενο στρες, στην εσωτερική εστία ελέγχου της υγείας, στο σκορ της τύχης της εστίας ελέγχου της υγείας, στο άγχος και το στρες (DASS), καθώς και στις ώρες τους βραδινού ύπνου.

Μέτριο μέγεθος επίδρασης σημειώθηκε στις παρακάτω μεταβλητές: την εξωτερική εστία ελέγχου της υγείας, την κατάθλιψη (DASS), την αυτοεκτίμηση, τη θρησκευτική ευεξία και τον χρόνο που χρειάζονται τα άτομα μέχρι να αποκοιμηθούν. Μικρή επίδραση παρατηρήθηκε σε δύο μεταβλητές: στο BMI και στην υπαρξιακή ευεξία.

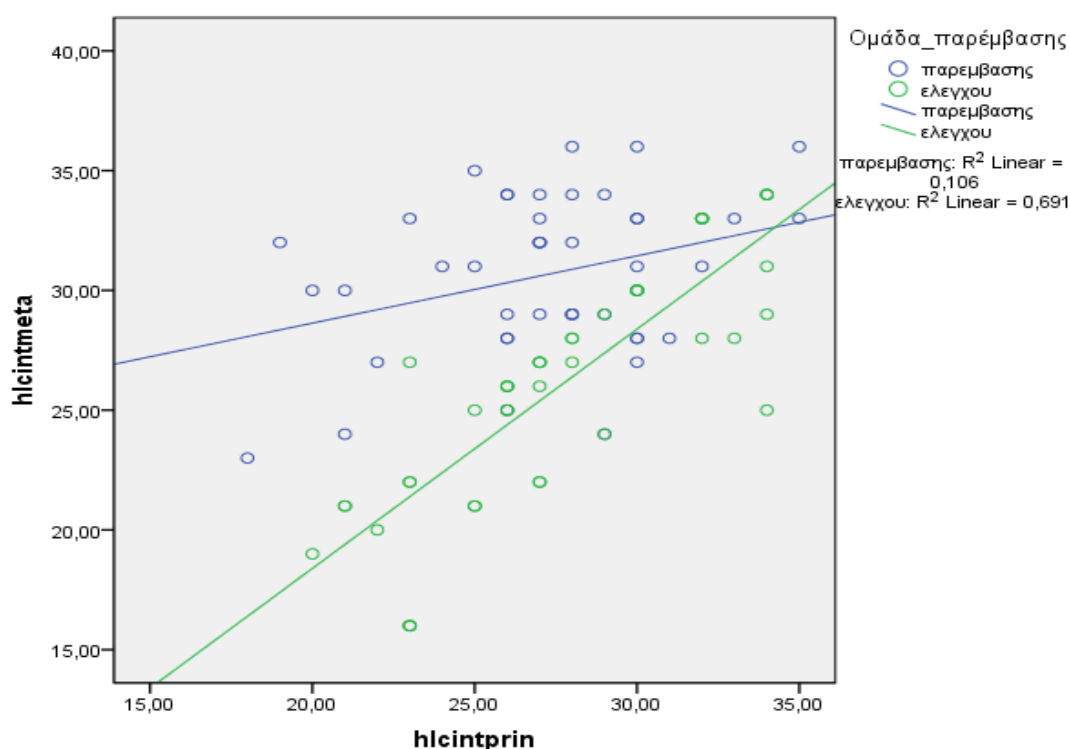
Γράφημα 1. Συνήθειες μετά σε σχέση με συνήθειες πριν ανάμεσα στις ομάδες μελέτης.



Στο γράφημα 1 φαίνεται πως οι διαφορές μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου στις καθημερινές συνήθειες αφορούν τα άτομα που στην αρχική μέτρηση παρουσίαζαν χαμηλότερες τιμές θετικών καθημερινών συνηθειών. Οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης με λιγότερες θετικές καθημερινές συνήθειες φάνηκαν να τις αυξάνουν στατιστικά σημαντικά σε σχέση με τους συμμετέχοντες της ομάδας

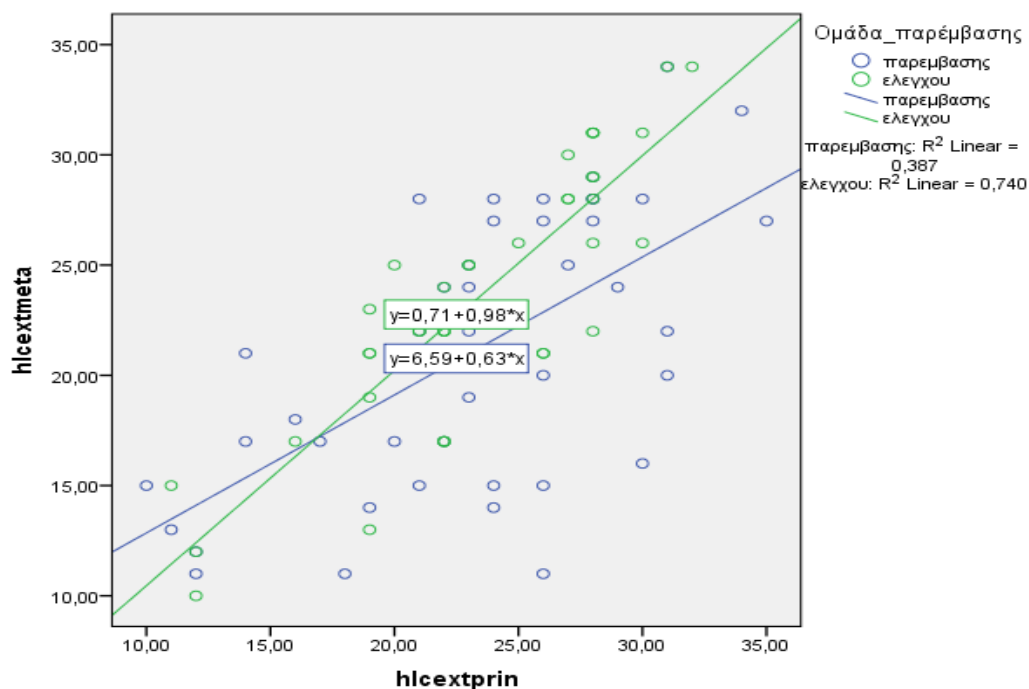
ελέγχου. Αντίθετα, τα άτομα που στις αρχικές μετρήσεις παρουσίαζαν υψηλότερη μέση τιμή θετικών συνηθειών δεν παρουσίασαν αλλαγή στις συνήθειές τους μετά το τέλος του προγράμματος, ανεξάρτητα σε ποια από τις δύο ομάδες άνηκαν.

Γράφημα 2. Εσωτερική εστία ελέγχου υγείας μετά σε σχέση με πριν ανάμεσα στις ομάδες μελέτης.



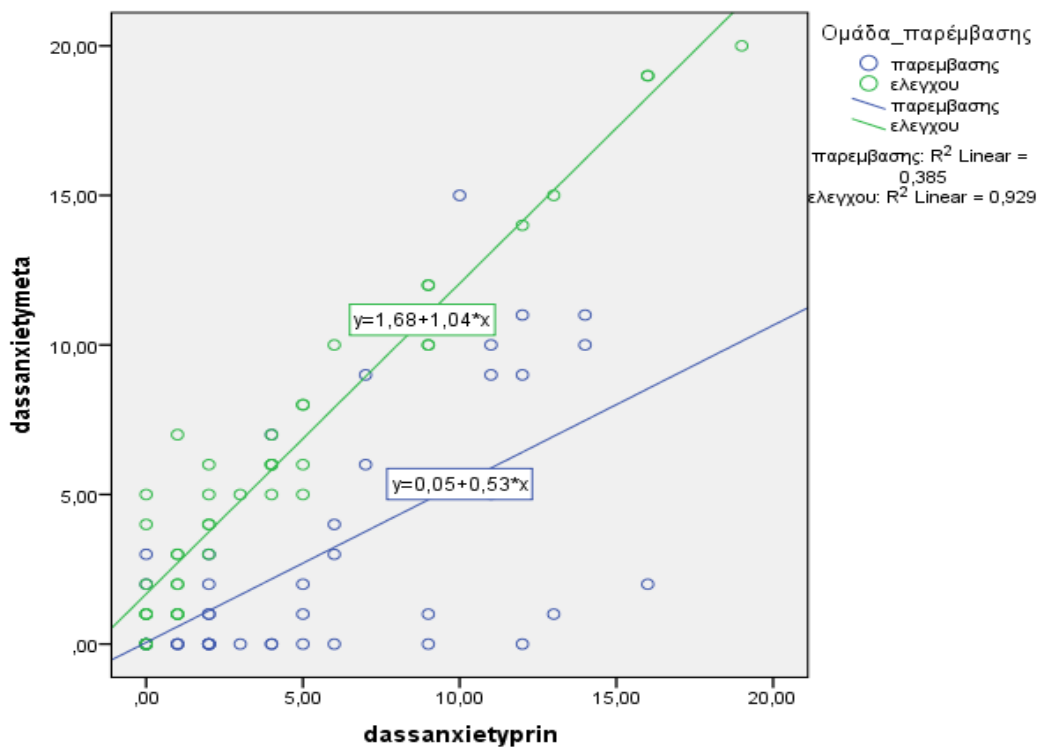
Σύμφωνα με το γράφημα 2, παρατηρούμε πως οι διαφορές των δύο ομάδων στην εσωτερική εστία ελέγχου της υγείας μετά την παρέμβαση είναι εμφανείς για τα άτομα που στην αρχική μέτρηση δεν παρουσίαζαν υψηλό σκορ εσωτερικής εστίας ελέγχου. Με άλλα λόγια από τους συμμετέχοντες στην παρέμβαση, τα άτομα που ανέφεραν αρχικά χαμηλότερη μέση τιμή εσωτερικής εστίας ελέγχου φάνηκε να ωφελούνται περισσότερο από την παρέμβαση, συγκριτικά με τα άτομα που στην αρχική μέτρηση παρουσίαζαν υψηλότερο σκορ εσωτερικής εστίας ελέγχου υγείας.

Γράφημα 3. Σύγκριση εξωτερικής εστίας ελέγχου υγείας πριν και μετά ανάμεσα στις ομάδες μελέτης.

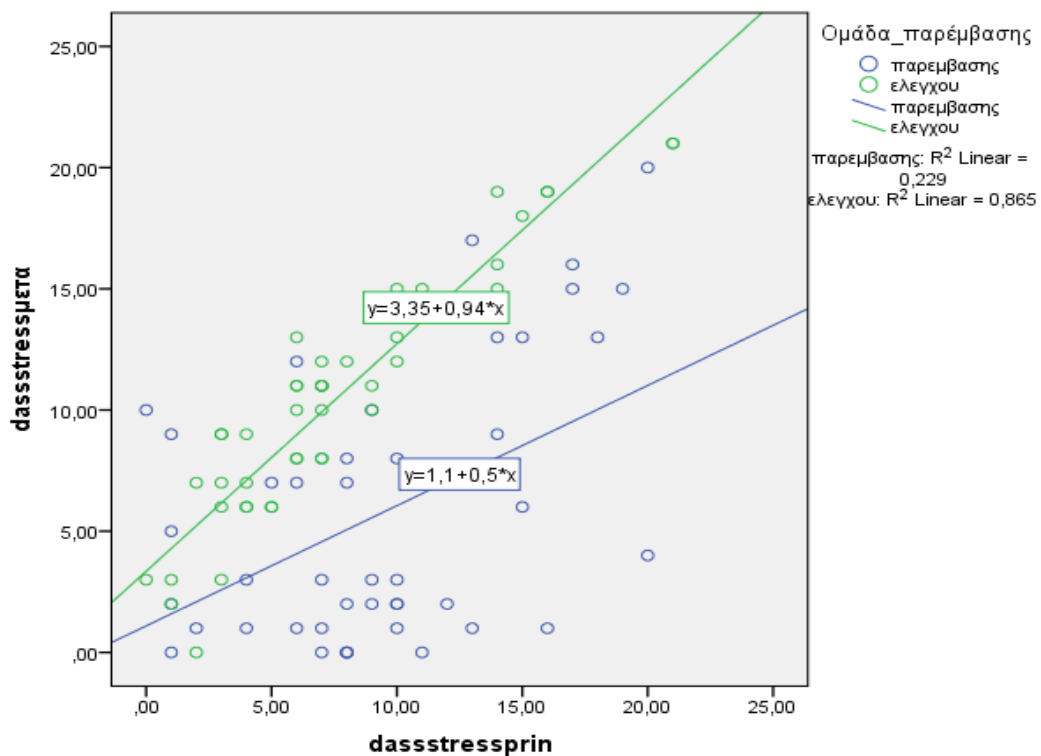


Στο γράφημα 3 φαίνεται πως όσο μεγαλύτερες ήταν οι αρχικές μέσες τιμές στην εξωτερική εστία ελέγχου της υγείας τόσο μεγαλύτερη ήταν και η διαφορά στην εξωτερική εστία ελέγχου μετά το πρόγραμμα διαχείρισης του στρες για την ομάδα παρέμβασης. Δηλαδή, από τους συμμετέχοντες στην έρευνα τα άτομα που αρχικά είχαν υψηλότερο σκορ εξωτερικής εστίας ελέγχου υγείας και πήραν μέρος στην παρέμβαση φάνηκε να μειώνουν τις τιμές αυτές μετά το δίμηνο σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Αντίθετα, στα άτομα που στις αρχικές μέσες τιμές είχαν χαμηλότερα σκορ εξωτερικής εστίας ελέγχου δεν παρατηρήθηκε αλλαγή μετά το πρόγραμμα παρέμβασης, ανεξάρτητα αν συμμετείχαν στην ομάδα παρέμβασης ή στην ομάδα ελέγχου.

Γράφημα 4. Σύγκριση κλίμακας άγχους (DASS) πριν και μετά ανάμεσα στις ομάδες μελέτης.

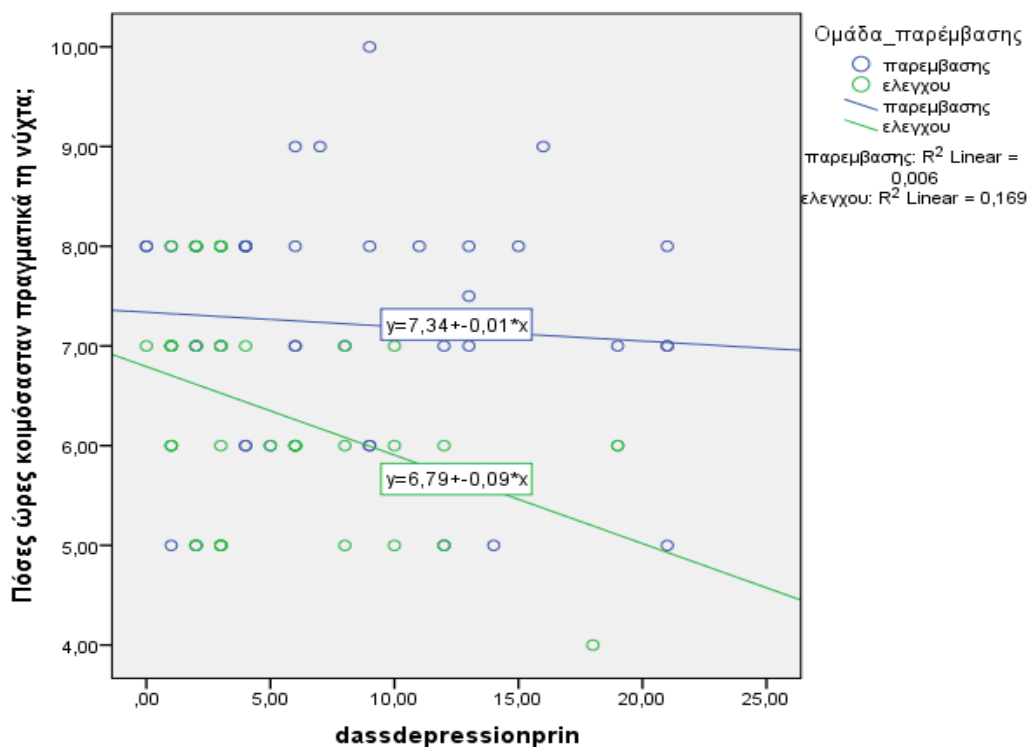


Γράφημα 5. Σύγκριση κλίμακας τους στρες (DASS) πριν και μετά ανάμεσα στις ομάδες μελέτης.



Τα γραφήματα 4 και 5 παρουσιάζουν τη σύγκριση των σκορ του άγχους και του στρες, αντίστοιχα, από το ερωτηματολόγιο DASS. Και στα δύο γραφήματα παρατηρούμε παρόμοια αποτελέσματα. Τόσο για την κλίμακα του άγχους, όσο και για του στρες, φαίνεται πως οι συμμετέχοντες, οι οποίοι στις αρχικές μετρήσεις παρουσίαζαν υψηλότερες τιμές άγχους και στρες μετά το τέλος του προγράμματος μείωσαν τις τιμές αυτές σε σχέση με την ομάδα ελέγχου και διέφεραν στατιστικά σημαντικά. Αντίθετα, οι συμμετέχοντες που στις αρχικές μετρήσεις ανέφεραν χαμηλότερες τιμές άγχους και στρες δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μετά το τέλος του προγράμματος.

Γράφημα 6. Σχέση ωρών βραδινού ύπνου με τις αρχικές τιμές κατάθλιψης ανάμεσα στις ομάδες μελέτης.



Στο γράφημα 6 παρατηρούμε τη σχέση των ωρών του βραδινού ύπνου με τις αρχικές τιμές κατάθλιψης (DASS). Φαίνεται πως οι ώρες του βραδινού ύπνου αυξήθηκαν σημαντικά για τα άτομα που είχαν υψηλότερες τιμές κατάθλιψης κατά την αρχική μέτρηση και πήραν μέρος στο πρόγραμμα διαχείρισης του στρες ως ομάδα παρέμβασης.

Σχετικά με τα ερωτήματα που αφορούσαν την ικανοποίηση από διάφορες πλευρές της ζωής δεν παρατηρήθηκαν σε γενικές γραμμές διαφορές μεταξύ των ομάδων. Η μεταβλητή της ικανοποίησης από τη ζωή ήταν η μοναδική που παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.034$) μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, καθώς το 36.4% των ατόμων που παρακολούθησε το πρόγραμμα ανέφερε περισσότερη ικανοποίηση από τη ζωή σε σχέση με το 13.6% της ομάδας ελέγχου.

4. Συζήτηση

Η Ημι-Πειραματική μελέτη πραγματοποιήθηκε με σκοπό τη διερεύνηση της επίδρασης του Παρεμβατικού Προγράμματος Διαχείρισης του Στρες και Προαγωγής της Υγείας σε πρώην αλκοολικούς των ομάδων Ανώνυμων Αλκοολικών και Ανώνυμων Αυτοθεραπευόμενων Αλκοολικών. Το πρόγραμμα είχε διάρκεια 8 εβδομάδων και περιελάμβανε οδηγίες και ενημέρωση σχετικά με το στρες, τη σημασία της ρουτίνας στην καθημερινότητα, τη διατροφή, τη φυσική άσκηση, της έννοια της γνωσιακής αναδόμησης και τη σημασία της ευγνωμοσύνης. Επίσης, περιελάμβανε την εκμάθηση και εφαρμογή τεχνικών χαλάρωσης: Διαφραγματική Αναπνοή, Καθοδηγούμενος Οραματισμός και Προοδευτική Μυϊκή Χαλάρωση.

Τα αποτελέσματα του παραπάνω προγράμματος συνοψίζονται ως εξής: μεγάλη επίδραση παρατηρήθηκε στη ρουτίνα, στις καθημερινές συνήθειες, στο αντιλαμβανόμενο στρες, στην εσωτερική εστία ελέγχου της υγείας, στο σκορ της τύχης της εστίας ελέγχου της υγείας, στο άγχος και το στρες, καθώς και στις ώρες του βραδινού ύπνου. Μέτρια επίδραση σημειώθηκε στην εξωτερική εστία ελέγχου της υγείας, την αυτοεκτίμηση και τον χρόνο που χρειάζονται τα άτομα μέχρι να αποκοιμηθούν. Μικρή επίδραση παρατηρήθηκε στην υπαρξιακή-πνευματική ευεξία. Επίσης, μετά το πέρας του προγράμματος προέκυψε αύξηση της ικανοποίησης από τη ζωή από τους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα διαχείρισης του στρες.

Εκτός από τις ποσοτικές μετρήσεις, στην έρευνα καταγράφηκαν και ορισμένα ποιοτικά στοιχεία. Τα ποιοτικά στοιχεία αφορούσαν τον τρόπο που οι συμμετέχοντες αντιμετωπίζουν το στρες τους και τους τρόπους με τους οποίους φροντίζουν την υγεία τους, μέσω ανοικτού τύπου ερωτημάτων. Μετά τη λήξη του προγράμματος παρέμβασης η πλειοψηφία των συμμετεχόντων κατέγραψε αλλαγές στον τρόπο που αντιμετωπίζει το στρες. Οι διαφραγματικές αναπνοές, η θετική σκέψη, οι τεχνικές χαλάρωσης και το περπάτημα κυριαρχούσαν ως τρόπος αντιμετώπισης του στρες στην ομάδα που συμμετείχε στο πρόγραμμα παρέμβασης. Ως προς τον τρόπο φροντίδας της υγείας, η υγιεινή διατροφή και η άθληση αποτέλεσαν τη συχνότερη απάντηση για τα άτομα της ομάδας παρέμβασης, μετά το πρόγραμμα.

Κατά την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας γίνεται αντιληπτό πως δεν υπάρχουν αρκετές έρευνες που να ερευνούν την επίδραση προγραμμάτων διαχείρισης του στρες σε άτομα με διαταραχή στη χρήση του αλκοόλ. Οι περισσότερες έρευνες αφορούν την επίδραση της ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας στην αντιμετώπιση

της κατάχρησης. Ορισμένες έρευνες περιορίζονται στη χρήση μεμονωμένων τεχνικών διαχείρισης του στρες, κυρίως ταυτόχρονα με την ψυχοθεραπεία.

Σχετικά με το συνδυασμό διαφόρων τεχνικών στη μείωση τους στρες, στη διεθνή βιβλιογραφία συναντήσαμε μια έρευνα⁶² που αφορούσε αποκλειστικά αλκοολικούς και μια ακόμα που αφορούσε άτομα με καταχρήσεις ουσιών.⁶³ Η πρώτη έρευνα που αφορούσε αλκοολικούς είχε κοινά στοιχεία στο πρόγραμμα με τη δική μας έρευνα, όπως τη μυϊκή χαλάρωση και τη γνωσιακή αναδόμηση, αλλά η διάρκεια του προγράμματος ήταν 6 μήνες. Μετά το τέλος του εξαμήνου προγράμματος παρατηρήθηκε μείωση του καθημερινού άγχους και αύξηση της εσωτερικής εστίας ελέγχου της υγείας, ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντικά στατιστική διαφορά στην κατάθλιψη. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τα δικά μας αποτελέσματα.⁶² Τα αποτελέσματα της δεύτερης έρευνας που προαναφέραμε⁶³, που πραγματοποιήθηκε σε πληθυσμό με κατάχρηση ουσιών, αναφέρουν επίσης μείωση τους άγχους μετά από πρόγραμμα 2 εβδομάδων.

Η βελτίωση που παρατηρήθηκε, αναφορικά με την κλίμακα του αντιλαμβανόμενου στρες, θεωρούμε ότι σχετίζεται κυρίως με την εφαρμογή των διαφόρων τεχνικών διαχείρισης του στρες, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη, καθώς και με την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας. Έχει προκύψει ότι οι τεχνικές που εφαρμόσαμε στο πρόγραμμα και η σωματική άσκηση μειώνουν το αντιλαμβανόμενο στρες. Συγκεκριμένα, οι τεχνικές μυϊκής χαλάρωσης σε τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες οδηγούν σε σημαντική μείωση του αντιλαμβανόμενου στρες ακόμα και σε προγράμματα 4 εβδομάδων.^{64,65} Επίσης, και σε πιλοτικές κλινικές μελέτες έχει προκύψει πως τα προγράμματα ενίσχυσης της φυσικής δραστηριότητας και άσκησης (10 εβδομάδων) επιδρούν θετικά στο αντιλαμβανόμενο στρες των ατόμων, μειώνοντάς το.^{66,67} Η σχέση αυτή, επιβεβαιώνεται και από συγχρονικές μελέτες, όπου παρατηρείται χαμηλότερο επίπεδο αντιλαμβανόμενου στρες στα άτομα που συμμετέχουν σε δραστηριότητες άθλησης.⁶⁸

Η σημαντική μείωση του άγχους και του στρες των συμμετεχόντων στην ομάδα παρέμβασης θεωρούμε πως προκύπτει τόσο από τη τεχνικές χαλάρωσης, όσο από την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας. Σχετικά με τις τεχνικές χαλάρωσης, ο καθοδηγούμενος οραματισμός φαίνεται να επιδρά σημαντικά στη μείωση του άγχους τόσο σε σύντομα προγράμματα 10 ημερών, όσο και σε προγράμματα 4 ή 12 εβδομάδων.⁶⁹⁻⁷² Η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση φαίνεται, επίσης, πως σχετίζεται με τη μείωση του άγχους και του στρες μέσα από αρκετές κλινικές μελέτες των

τελευταίων χρόνων, ακόμα και σε προγράμματα 10 ημερών, επιβεβαιώνοντας τα αποτελέσματά μας.⁷³⁻⁷⁹ Σχετικά με την άσκηση, υπάρχει πληθώρα ερευνών που επιβεβαιώνει τη σχέση της με τη μείωση του άγχους και του στρες.⁸⁰⁻⁸² Εκτός όμως από τις έρευνες στον γενικό πληθυσμό, υπάρχουν και τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες σε αλκοολικούς που συμφωνούν με τα ευρήματά μας ως προς τη μείωση του άγχους και μέσω της άσκησης.⁸³

Σημαντική βελτίωση υπήρξε και στην κλίμακα εστίας ελέγχου της υγείας, στην οποία παρατηρήθηκε μεγάλη επίδραση στην αύξηση της εσωτερικής εστίας ελέγχου και στη μείωση της τύχης, καθώς και μέτρια επίδραση στη μείωση της εξωτερικής εστίας ελέγχου. Οι μεταβολές αυτές είναι πιθανό να οφείλονται στις τεχνικές διαχείρισης του στρες, αλλά και στις συμβουλευτικές συνεδρίες για τη διατροφή και την άσκηση. Ως προς τις τεχνικές χαλάρωσης, η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση έχει πράγματι προκύψει πως αυξάνει την εσωτερική εστία ελέγχου της υγείας.⁸⁴ Η υιοθέτηση υγιεινότερων καθημερινών συμπεριφορών, ρουτίνας, άθλησης και χαλάρωσης οδηγούν στην εμπλοκή των συμμετεχόντων στον έλεγχο της υγείας τους. Το γεγονός αυτό πιθανολογούμε πως αιτιολογεί τις μεταβολές στην αντιλαμβανόμενη εστία ελέγχου της υγείας τους μετά το πρόγραμμα των 8 εβδομάδων. Άλλωστε οι υγιεινές συμπεριφορές σχετίζονται με την εσωτερική εστία ελέγχου.⁸⁵

Μετά το πρόγραμμα παρέμβασης, σημειώθηκαν επίσης σημαντικές αλλαγές στον ύπνο. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε μεγάλη επίδραση στην αύξηση των ωρών του βραδινού ύπνου και μέτρια επίδραση στη μείωση των λεπτών που απαιτούνται μέχρι να αποκοιμηθούν τα άτομα. Τα θετικά αυτά αποτελέσματα θεωρούμε πως οφείλονται στις τεχνικές διαχείρισης του στρες, στην άσκηση, αλλά και στην υιοθέτηση υγιεινότερων συμπεριφορών και καθημερινής ρουτίνας. Ειδικότερα, η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση⁸⁶ και η άσκηση⁸⁷ βελτιώνουν την ποιότητα του ύπνου και αυξάνουν τις ώρες του βραδινού ύπνου, όπως προκύπτει και από άλλες έρευνες. Επίσης, η σημαντική μείωση του στρες στα άτομα που συμμετείχαν στην ομάδα παρέμβασης θεωρούμε πως συνέβαλε στη βελτίωση του ύπνου. Η σχέση του στρες με την ποιότητα του ύπνου υποστηρίζεται από διάφορες έρευνες.^{88,89}

Η αυτοεκτίμηση της ομάδας παρέμβασης σημείωσε σημαντική αύξηση μετρίου μεγέθους μετά το τέλος του προγράμματος διαχείρισης του στρες. Οι τεχνικές χαλάρωσης, η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και η αύξηση της εσωτερικής εστίας ελέγχου της υγείας υποθέτουμε πως συνέβαλαν στην αύξηση της

αυτοεκτίμησης. Ως προς τις τεχνικές χαλάρωσης, ο καθοδηγούμενος οραματισμός⁷⁰ και η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση⁸⁴ υποστηρίζεται πως, πράγματι, αυξάνουν την αυτοεκτίμηση. Η σχέση της εστίας ελέγχου της υγείας με την αυτοεκτίμηση, επίσης, έχει υποστηριχθεί σε διάφορες έρευνες του παρελθόντος, με την εσωτερική εστία ελέγχου να συνδέεται με υψηλότερη αυτοεκτίμηση, ενώ την εξωτερική εστία ελέγχου με χαμηλότερη αυτοεκτίμηση.^{84,90} Και η άσκηση όμως επιδρά στην αύξηση της αυτοεκτίμησης όπως προκύπτει από έρευνες⁹¹⁻⁹³ στο γενικό πληθυσμό, αλλά και από μια έρευνα σε αλκοολικούς.⁸³

Τέλος, η υπαρξιακή-πνευματική ευεξία αυξήθηκε σημαντικά στα άτομα που συμμετείχαν στην παρέμβαση, σημειώνοντας όμως μικρή επίδραση. Η υπαρξιακή-πνευματική ευεξία αφορά τη γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή που νιώθει το άτομο, καθώς και το αίσθημα πως η ζωή του έχει κάποιον σκοπό. Συμπεραίνουμε πως η αύξηση αυτή σχετίζεται με την αύξηση της εσωτερικής εστίας ελέγχου της υγείας, με την αύξηση της αυτοεκτίμησης και με την υιοθέτηση υγιεινότερων καθημερινών συνηθειών.⁹⁴ Επίσης, ενδιαφέρον έχει το γεγονός πως από το Ερωτηματολόγιο Καθημερινότητας, Τρόπου Ζωής, Στρες και Υγείας του ΠΜΣ «Έλεγχος του Στρες και Προαγωγή της Υγείας», τα 18 ερωτήματα που αφορούσαν την ικανοποίηση των ατόμων από διάφορες πτυχές της ζωής τους (π.χ. εργασία, σχέσεις, ελεύθερο χρόνο κλπ), στατιστικά σημαντική διαφορά μετά την παρέμβαση σημείωσε μόνο το ερώτημα που αφορούσε την ικανοποίηση από τη ζωή. Το εύρημα αυτό σχετίζεται και υποστηρίζεται με την παρατηρούμενη αύξηση της υπαρξιακής ευεξίας.

Σχετικά με τις ερευνητικές υποθέσεις που δεν επιβεβαιώθηκαν τελικά στην έρευνα, ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) και η κατάθλιψη (DASS) δεν κατέγραψαν σημαντικά στατιστική διαφορά. Η μείωση τόσο του BMI, όσο και της κατάθλιψης πιθανολογούμε πως δεν επιτεύχθηκε εξαιτίας του σύντομου χρονικού διαστήματος της παρέμβασης. Η περίοδος των 8 εβδομάδων θεωρούμε πως δεν ήταν επαρκής για καταγραφή σημαντικών μεταβολών σε αυτά τα χαρακτηριστικά.

Το γενικό συμπέρασμα της παρούσας μελέτης είναι ότι η εφαρμογή του Παρεμβατικού Προγράμματος Διαχείρισης του Στρες και Προαγωγής τη Υγείας είναι δυνατόν να ωφελήσει σε πολλούς τομείς τα άτομα με διαταραχές στη χρήση αλκοόλ, καθώς και τα άτομα που βρίσκονται σε αποχή από το αλκοόλ. Αν και το πρόγραμμα είχε διάρκεια μόλις οκτώ εβδομάδων, τα αποτελέσματά του θεωρούνται ικανοποιητικά και ενδιαφέροντα. Πιο συγκεκριμένα, το πρόγραμμα αυτό δύναται να επιδράσει θετικά στην αύξηση των υγιεινών συνηθειών, της ρουτίνας, της εσωτερικής

εστίας ελέγχου της υγείας, της αυτοεκτίμησης, της υπαρξιακής-πνευματικής ευεξίας, της ικανοποίησης από τη ζωή, των ωρών του βραδινού ύπνου και ταυτόχρονα στη μείωση του αντιλαμβανόμενου στρες, του άγχους και στρες, της εξωτερικής εστίας ελέγχου της υγείας και του χρόνου που απαιτείται μέχρι να κοιμηθεί το άτομο.

Είναι γεγονός, όμως, πως η μελέτη έχει αρκετούς περιορισμούς. Αρχικά, ο τύπος της μελέτης: «Ημι-Πειραματική Μελέτη» (“Quasi-Experimental Study”) αποτελεί έναν σημαντικό περιορισμό, εφόσον δεν υπήρξε τυχαιοποίηση του δείγματος. Επίσης, η μελέτη ήταν μη τυφλή, γεγονός που ενδέχεται να επιφέρει σφάλματα λόγω μεροληψίας, τόσο εκ μέρους των υποκειμένων, όσο και των ερευνητών. Η απουσία βιολογικών μετρήσεων, το μικρό σε αριθμό δείγμα, η παρέμβαση σύντομης χρονικής διάρκειας αποτελούν επιπρόσθετους περιορισμούς των αποτελεσμάτων της έρευνας. Τέλος, εξαιτίας της απουσίας προγραμματισμού για “follow-up” συναντήσεις δεν μπορούν να επιβεβαιωθούν τα αποτελέσματα σε βάθος χρόνου.

Μελλοντικές μελέτες απαιτείται να επεκτείνουν αυτά τα ευρήματα σε μεγαλύτερο αριθμό δείγματος με χρήση αντικειμενικότερων εργαστηριακών μετρήσεων, όπως βιολογικών δεικτών και να τα συγκρίνουν με άλλες τεχνικές διαχείρισης του στρες. Κλείνοντας, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας θα μπορούσαν να ενθαρρύνουν τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, που ασχολούνται με τις διαταραχές στη χρήση αλκοόλ, να χρησιμοποιήσουν στο μέλλον παρεμβάσεις παρόμοιες με το πρόγραμμα που εφαρμόσαμε σε αυτήν τη μελέτη.

Συμβολή των συγγραφέων στην έρευνα

- 1) Αρχική ιδέα της έρευνας: Δαρβίρη Χριστίνα, Σταθοπούλου Άρτεμις, Χρόνη Μικέλα
- 2) Οργάνωση και Σχεδιασμός έρευνας: Δαρβίρη Χριστίνα, Σταθοπούλου Άρτεμις, Χρόνη Μικέλα
- 3) Ανάλυση των δεδομένων: Αρτεμιάδης Αρτέμιος, Σταθοπούλου Άρτεμις, Χρόνη Μικέλα
- 4) Ερμηνεία αποτελεσμάτων: Αρτεμιάδης Αρτέμιος, Σταθοπούλου Άρτεμις, Χρόνη Μικέλα
- 5) Συγγραφή: Σταθοπούλου Άρτεμις, Χρόνη Μικέλα
- 6) Διόρθωση κειμένου: Παπαρρηγόπουλος Θωμάς, Τζαβέλλας Ηλίας, Αρτεμιάδης Αρτέμιος
- 7) Τελική απόφαση για την έγκριση του κειμένου: Παπαρρηγόπουλος Θωμάς, Τζαβέλλας Ηλίας, Δαρβίρη Χριστίνα

Περίληψη

Σκοπός: Ο σκοπός αυτής της έρευνας είναι η διερεύνηση της επίδρασης του Παρεμβατικού Προγράμματος Διαχείρισης του Στρες και Προαγωγής της Υγείας στη μείωση του στρες των πρώην αλκοολικών που συμμετέχουν στις ομάδες των Ανώνυμων Αλκοολικών και Ανώνυμων Αυτοθεραπευόμενων Αλκοολικών (ΚΕΘΕΑ). Δευτερογενώς διερευνάται η επίδραση του προγράμματος στα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης, αυτοεκτίμησης, εστίας ελέγχου της υγείας, πνευματικής ποιότητας ζωής, καθώς και άλλων μεταβλητών που περιλαμβάνουν τη ρουτίνα, τις καθημερινές συνήθειες και την ικανοποίηση από διάφορες πτυχές της ζωής.

Μέθοδος: Ο σχεδιασμός του ερευνητικού προγράμματος είναι τύπου Ημι-Πειραματικής Μελέτης. Συμμετείχαν 88 άτομα, μέλη των Ανώνυμων Αλκοολικών Αθήνας και των Ανώνυμων Αυτοθεραπευόμενων Αλκοολικών του ΚΕΘΕΑ, τα οποία χωρίστηκαν σε δύο ομάδες (ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου). Στην ομάδα παρέμβασης πραγματοποιήθηκαν 8 εβδομαδιαίες συναντήσεις, οι οποίες περιελάμβαναν ενημέρωση σχετικά με το στρες και τον τρόπο ζωής, αλλά και εφαρμογή τεχνικών διαχείρισης του στρες: διαφραγματική αναπνοή, προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, καθοδηγούμενος οραματισμός, γνωσιακή αναδόμηση.

Αποτελέσματα: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < 0.05$) παρατηρήθηκαν μετά το τέλος του προγράμματος ανάμεσα στις δύο ομάδες. Η ομάδα παρέμβασης σημείωσε μείωση του αντιλαμβανόμενου στρες (PSS), του άγχους και του στρες (DASS), της εξωτερικής εστίας ελέγχου της υγείας και της τύχης (HLCext, HLCchance), των ωρών που απαιτούνται μέχρι να αποκοιμηθούν το βράδυ. Αύξηση σημειώθηκε στις τιμές της ρουτίνας, στην υιοθέτηση υγιεινότερων συνηθειών, στην αυτοεκτίμηση, στην εσωτερική εστία ελέγχου της υγείας (HLCint), στην υπαρξιακή-πνευματική ευεξία (SWB) στις ώρες του βραδινού ύπνου. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στο BMI, στην κατάθλιψη (DASS) και στη θρησκευτική ευεξία (SWB).

Συμπεράσματα: Από τα αποτελέσματα της μελέτης συμπεραίνουμε πως το Πρόγραμμα Διαχείρισης του Στρες και Προαγωγής της Υγείας βελτιώνει σημαντικά τον τρόπο ζωής, το άγχος, το στρες, την πνευματική ευεξία, τον ύπνο και την αυτοεκτίμηση των ατόμων με διαταραχές στη χρήση αλκοόλ.

Λέξεις-Κλειδιά: Διαταραχές στη χρήση αλκοόλ, Ανώνυμοι Αλκοολικοί, Διαχείριση Στρες, Άγχος, Προαγωγή Υγείας

Abstract

Objective: The basic purpose of the present study is the investigation of the effect of the intervention program of stress management and health promotion on stress reduction to former alcoholics who are members of the Alcoholics Anonymous and Self-Healing Alcoholics Anonymous Group (KETHEA-Therapy Center for Dependent Individuals). Secondary, the effect of the program on the levels of anxiety, depression, self-esteem, health-locus of control, spiritual well being, as well as other variables which concern the daily routine, the lifestyle and the satisfaction of various aspects of life.

Method: The planning of the research program was quasi-experimental type. A number of 88 people participated, all members of the Athens Anonymous Alcoholics and Self-Healing Alcoholics Anonymous Group (KETHEA), who were divided in two groups (intervention group and control group). In the intervention group were held 8 weekly meetings, in which information relevant to stress and lifestyle were included, as well as application of stress management techniques (abdominal respiration, progressive muscle relaxation, guided imagery, cognitive reconstruction).

Results: Statistically significant differences ($p < 0.05$) were noted after the end of the program between the two groups. The intervention group showed a decrease of the perceived stress (PSS), of anxiety and stress (DASS), of external and chance locus of control (HLCext, HLCchance) and of the hours required until they get asleep at night. An increase was showed in the routine score, in adopting healthier habits, in self esteem, in internal locus of control (HLCint), in existential well-being subscale (SWB) and in the hours of night sleep hours. No remarkable changes in the BMI, the depression (DASS) and the religious well-being subscale (SWB) were noted.

Conclusions: From the results of the present study we conclude that the Stress Management and Health Promotion Program, improves significantly the lifestyle, the anxiety, the stress, the existential well-being, the sleep and the self esteem of people with alcohol use disorders.

Key Words: Alcohol use disorder, Alcoholics Anonymous, Stress Management, Anxiety, Health Promotion

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. World Health Organization. Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization. Διαθέσιμο στο http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/ Τελευταία ενημέρωση πρόσβασης: 15.03.16
2. Alcohol dependence. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-5).
3. World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health. Διαθέσιμο στο www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/ Τελευταία ενημέρωση πρόσβασης: 15.03.16
4. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά ΕΚΤΕΠΝ (2015). Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οινοπνευματωδών στην Ελλάδα. Ετήσια Έκθεση 2014. Διαθέσιμο στο www.ektepn.gr/Documents/PDF/Cover.pdf. Τελευταία ενημέρωση πρόσβασης: 15.03.16
5. Ελληνική Αστυνομία. Στατιστικά στοιχεία τροχαίας. Διαθέσιμο στο www.astynomia.gr. Τελευταία ενημέρωση πρόσβασης: 15.03.16
6. Quintero-Platt G, González-Reimers E., Martín-González M.C., et al. (2015). Vitamin D, vascular calcification and mortality among alcoholics. *Alcohol Alcohol*, **50**(1):18-23.
7. Lieber C.S. (2003). Relationships Between Nutrition, Alcohol Use, and Liver Disease. *Alcohol Research and Health*, **27**(3).
8. Liangpunsakul S., Crabb D.W., Qi R. (2010). Relationship among alcohol intake, body fat, and physical activity: a population-based study. *Annals of Epidemiology*, **20**(9):670-675.
9. Addolorato G, Capristo E., et al. (1998). Influence of chronic alcohol abuse on body weight and energy metabolism: is excess ethanol consumption a risk factor for obesity or malnutrition? *Journal of Internal Medicine*, **244**(5): 387–395.
10. Thomson A.D. (2000). Mechanisms of Vitamin Deficiency in Chronic Alcohol Misusers and the Development of the Wernicke-Korsakoff Syndrome. *Alcohol and Alcoholism*, **35**(1).
11. Tuntiyatorn L., Laothamatas J. (2008). Acute Marchiafava-Bignami disease with callosal, cortical, and white matter involvement. *Emergency Radiology*, **15**(2):137-140

12. Reynolds K., Lewis B., Nolen J.D.L, Kinney G.L., Sathya B., He J. (2003). Alcohol Consumption and Risk of Stroke A Meta-analysis. *JAMA*, **289**(5).
13. Preedy V.R., Adachi J., Ueno Y., Ahmed S., Mantle D., Mullatti N., Rajendram R., Peters T.J. (2001). Alcoholic skeletal muscle myopathy: definitions, features, contribution of neuropathy, impact and diagnosis. *European Journal of Neurology*, **8**(6):677–687.
14. Piano M.R. (2002). Alcoholic Cardiomyopathy: Incidence, Clinical Characteristics, and Pathophysiology. *Chest*, **121**(5):1638-1650.
15. Bleich S., Carl M., Bayerlein K., Reulbach U., Biermann T., Hillemacher T., Bönsch D., Kornhuber J. (2005). Evidence of Increased Homocysteine Levels in Alcoholism: The Franconian Alcoholism Research Studies (FARS). *Alcohol Clin Exp Res*, **29**(3):334–336.
16. Rosenqvist M. (1998). Alcohol and Cardiac Arrhythmias. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, **22** (7):318s–322s.
17. Spies C.D., Sander M., Stangl K., Fernandez-Sola J., Preedy V.R., Rubin E., Andreasson S., Hanna E.Z., Kox W.J. (2001) Effects of alcohol on the heart. *Current Opinion in Critical Care*, **7**(5):337-343.
18. McKenna C.J., Codd M.B., McCann H.A., Sugrue D.D. (1998). Alcohol consumption and idiopathic dilated cardiomyopathy: A case control study. *American Heart Journal*, **135**(5): 833–837.
19. Bagnardi V., Blangiardo M., La Vecchia C., Corrao G. (2001). A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. *British Journal of Cancer*, **85**(11):1700–1705.
20. Hashibe M., Brennan P., Benhamou S., Castellsague X., et al. (2008). Alcohol Drinking in Never Users of Tobacco, Cigarette Smoking in Never Drinkers, and the Risk of Head and Neck Cancer: Pooled Analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *Journal of National Cancer Institute*, **99**(10): 777-789
21. Bagnardi V., Blangiardo M., La Vecchia C., and Corrao G. (2001). Alcohol consumption and the risk of cancer: A meta-analysis. *Alcohol Research & Health*:263.
22. Mann R.E., Smart R.G., Govoni R. (2003). The Epidemiology of Alcoholic Liver Disease. *Alcohol Research & Health*, **27**(3).
23. MacMahon S. (1987). Alcohol consumption and hypertension. *Hypertension*, **9**:111-121.

24. Emanuele M.A., Emanuele N. (2001). Alcohol and the Male Reproductive System. *Alcohol research and health*, **25**:281-287.
25. Emanuele M.A., Wezeman F., Emanuele N.V. (2002). Alcohol's Effects on Female Reproductive Function. *The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, **26**(4):274-281.
26. Swendsen J.D., Merikangasa K.R, Canino G.J. (1998). The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Compr Psychiatry*, **39**(4):176–184.
27. Fergusson D.M., Boden J.M., Horwood L.J. (2009). Tests of Causal Links Between Alcohol Abuse or Dependence and Major Depression. *Arch Gen Psychiatry*, **66**(3):260-266.
28. Wetterling T., Junghanns K., Junghanns K. (2000). Psychopathology of alcoholics during withdrawal and early abstinence. *Eur Psychiatry*, **15**(8): 483–8.
29. Kushnera M.G, Abramsa K., Borchardta C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: A review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, **20** (2):149–171.
30. Soyka M. (1994). Addiction and schizophrenia. Nosological, clinical and therapeutic questions. Alcoholism and schizophrenia. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, **62**(3):71-87.
31. Walsh C., Mac Millan H.L., Jamieson E. (2003). The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse & Neglect*, **27**(12):1409–1425.
32. Zilberman M.L., Blume S.B. (2005). Domestic violence, alcohol and substance abuse. *Rev Bras Psiquiatr*, **27**(2):S51-5.
33. Gifford Maria L. (2009). *Alcoholism (Biographies of Disease)*. Greenwood Press.
34. Amato P.R., Rogers S.J. (1997). A Longitudinal Study of Marital Problems and Subsequent Divorce. *Journal of Marriage and Family*, **59**(3): 612-624.
35. Mullahya J., Sindelar J. (1996). Employment, unemployment, and problem drinking. *Journal of Health Economics*, **15**(4):409–434.
36. Becker H.C. (2012). Effects of Alcohol Dependence and Withdrawal on Stress Responsiveness and Alcohol Consumption. *Alcohol Research: Current Reviews*, **34**(4).
37. Sayette M.A. (1999). Does drinking reduce stress? *Alcohol Research & Health*, **23**:250–255.

38. Smith S.M., Vale W.W. (2006). The role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in neuroendocrine responses to stress. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, **8**:383–395.
39. Taylor A.N., Pilati M.L. (2000). Alcohol, Alcoholism, and Stress: A Psychobiological Perspective. In *Encyclopedia of stress*. Academic Press.
40. Sinha R. (2005). Stress and drug abuse. In: Steckler T., Kalin N.H., Reul J.M.H.M. (eds), *Handbook of Stress and the Brain*. Elsevier: Amsterdam.
41. Wand G.S, Dobs A.S. (1991). Alterations in the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in actively drinking alcoholics. *J Clin Endocrinol Metab*, **72**: 1290–1295.
42. Koob G.F., Ahmed S.H., Boutrel B., Chen S.A., Kenny P.J., Markou A. *et al* (2004). Neurobiological mechanisms in the transition from drug use to drug dependence. *Neurosci Biobehav Rev*, **27**: 739–749.
43. Adinoff B., Junghanns K., Kiefer F., Krishnan-Sarin S. (2005). Suppression of the HPA axis stress-response: implications for relapse. *Alcohol Clin Exp Res*, **30**: 585.
44. Koob G.F, Le Moal M. (1997). Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. *Science.*, **278**:52–58.
45. Sinha R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*, **158**:343–359.
46. Sinha R., Fox H.C., Hong K.A., et al. (2009). Enhanced Negative Emotion and Alcohol Craving, and Altered Physiological Responses Following Stress and Cue Exposure in Alcohol Dependent Individuals. *Neuropsychopharmacology*, **34**:1198–1208.
47. Child E., O'Connor S., De Wit H. (2012). Bidirectional interactions between acute psychosocial stress and acute intravenous alcohol in healthy men. *Alcohol Clin Exp Res* **35**(10): 1794-1803.
48. Wit H., Söderpalm A., Nikolayev L., Young E., (2003). Effects of Acute Social Stress on Alcohol Consumption in Healthy Subjects. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, **27**(8): 1270–1277.
49. Stewart S.H. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review. *Psychol. Bull.* **120**: 83–112.
50. Brown S.A., Vik P.W., Patterson T.L., Grant I., Schuckit M.A. (1995). Stress, vulnerability, and adult alcohol relapse. *J. Stud. Alcohol* **56**:538–545.
51. Αλκοολικοί Ανώνυμοι. Historical Data: The Birth of A.A. and Its Growth in the U.S./Canada. Διαθέσιμο στο http://www.aa.org/pages/en_US/historical-data-the

- birth-of-aa-and-its-growth-in-the-uscanada. Τελευταία ενημέρωση πρόσβασης 15.03.16
52. Μονάδα Απεξάρτησης από το Αλκοόλ και τα Τυχερά Παιχνίδια Άλφα. Διαθέσιμο στο http://www.ektepn.gr/content/region_new/ATTIKI_PDF/p98.pdf. Τελευταία ενημέρωση πρόσβασης 15.03.16
53. Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Πρόγραμμα «Αθηνά». Διαθέσιμο στο <http://www.eginitio.gr/Clinic/Athina/>. Τελευταία ενημέρωση πρόσβασης 15.03.16
54. Hazlett Stevens Holly. (2002). Brief cognitive behavioral therapy: definition and scientific foundations. In Bond Frank W. and Dryden Windy (eds), *Handbook of brief cognitive behavioral therapy*. John Wiley & Sons, LTD.
55. Enoch M.A. (2002). Problem Drinking and Alcoholism: Diagnosis and Treatment. *American Family Physician*, **65**(3).
56. Andreou E., Alexopoulos E.C., Lionis C., Varvogli L., Gnardellis C., Chrousos G.P., Darviri C., (2011). Perceived Stress Scale: Reliability and Validity Study in Greece. *International Journal of Enviromental Research and Public Health*, **8**: 3287-3298.
57. Lyrakos N.G., Arvaniti C., Smyrnioti M., Kostopanagiotou G., (2011). Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry*, **26**:1731.
58. Ellison C.W., (1983). Spiritual well-being: Conseptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, **11**:330-340.
59. Wallston B.S., Wallston K.A., Kaplan G.D., Maides S.A., (1976). The development and validation of the health related locus of control (HLC) scale. *J Consult ClinPsych*, **44**:580-585.
60. Rosenberg, M., (1986). *Conceiving the Self*. Malabar, FL: Robert E. Krieger.
61. Γουβιάς Δ., (2003). Η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης σε μαθητές και ενήλικες. Αποσαφηνίσεις, εκπαιδευτικές πρακτικές και χρήσιμη βιβλιογραφία. *Επιστημονικό Βήμα*, **2**:79-94.
62. Rohsenow D.J. Smith R.E., Johnson S. (1985). Stress management training as a prevention program for heavy social drinkers: Cognitions, affect, drinking, and individual differences. *Addictive Behaviors*, **10** (1):45-54.

63. Charlesworth E.A., Dempsey G. (1982). Trait anxiety reductions in a substance abuse population trained in stress management. *Journal of Clinical Psychology*, **38**(4):764-768.
64. Bastani F., Hidarnia A., et al. (2010). A Randomized Controlled Trial of the Effects of Applied Relaxation Training on Reducing Anxiety and Perceived Stress in Pregnant Women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, **50**(4):e36-e40.
65. Nassiri M. (2005). The effects of regular relaxation on perceived stress in a group of London primary education teachers. *European Journal of Clinical Hypnosis*, **6**(1):21-29.
66. Norris R., Carroll D., Cochrane R. (1992). The effects of physical activity and exercise training on psychological stress and well-being in an adolescent population. *Journal of Psychosomatic Research*, **36**(1):55-65.
67. Starkweather A.R. (2007). The effects of exercise on perceived stress and IL-6 levels among other adults. *Biological Research for Nursing*, **8**(3):186-194.
68. Aldana S.G., Sutton L.D., Jacobson B.H., Quirk M.G. (1996). Relationships between leisure time physical activity and perceived stress. *Perceptual and Motor Skills*, **82**:315-321.
69. Apóstolo J.L.A., Kolcaba K. (2009). The Effects of Guided Imagery on Comfort, Depression, Anxiety, and Stress of Psychiatric Inpatients with Depressive Disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, **23**(6):403-411.
70. Rees B.L. (1995). Effect of Relaxation with Guided Imagery on Anxiety, Depression, and Self-Esteem in Primiparas. *Journal of Holistic Nursing*, **13**(3):255-267.
71. Jallo N., Bourguignon C., Taylor A.G., Ruiz J., Goehler L. (2009). The biobehavioral effects of relaxation guided imagery on maternal stress. *Advances in Mind-body Medicine*, **24**(4):12-22.
72. Lee M.H., Kim D.H., Yu H.S. (2013). The Effect of Guided Imagery on Stress and Fatigue in Patients with Thyroid Cancer Undergoing Radioactive Iodine Therapy. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, **2013**:1-8.
73. Singh V.P., Rao V., Prem V., Sahoo R.C., Keshav P.K. (2009). Comparison of the effectiveness of music and progressive muscle relaxation for anxiety in COPD—A randomized controlled pilot study. *Chronic Respiratory Disease*, **6**(4):209-216.
74. Conrad A., Roth W.T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of Anxiety Disorders*, **21**(3):243-264.

75. Holland J.C., Morrow G.R., et al. (1991). A randomized clinical trial of alprazolam versus progressive muscle relaxation in cancer patients with anxiety and depressive symptoms. *Journal of Clinical Oncology*, **9**(6):1004-1011.
76. Cheung Y.L., Malassiotis A., Chang A.M. (2003). The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life after stoma surgery in colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology*, **12**:254-266.
77. Chen W.C., Chu H., et al. (2009). Efficacy of progressive muscle relaxation training in reducing anxiety in patients with acute schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, **18**:2187-2196.
78. Rausch S.M., Gramling S.E., Auerbach S.M. (2006). Effects of a single session of large-group meditation and progressive muscle relaxation training on stress reduction, reactivity, and recovery. *International Journal of Stress Management*, **13**(3): 273-290.
79. Ghafari S., Ahmadi F., Nabavi M., Memarian R. (2008). Effects of applying progressive muscle relaxation technique on depression, anxiety and stress of Multiple Sclerosis. *Research in Medicine*, **32**(1):45-53.
80. Jayakody K., Gunadasa S., Hosker C. (2012). Exercise for anxiety disorders: systematic review. *British Journal of Sports Medicine*.
81. Broman-Fulks J.J., Berman M.E., Rabian B.A., Webster M.J. (2004). Effects of aerobic exercise on anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy*, **42**(2):125-136.
82. Tsatsoulis A., Fountoulakis S. (2006). The Protective Role of Exercise on Stress System Dysregulation and Comorbidities. *Annals of the New York Academy of Sciences*, **1083**:196-213.
83. Donaghy M.E. (1997). *The investigation of exercise as an adjunct to the treatment and rehabilitation of the problem drinker*. PhD thesis, University of Glasgow.
84. Pender N.J. (1985). Effects of progressive muscle relaxation training on anxiety and health locus of control among hypertensive adults. *Research in Nursing & Health*, **8**(1):67-72.
85. Norman P., Bennett P., Smith C., Murphy S. (1998). Health Locus of Control and Health Behaviour. *Journal of Health Psychology*, **3**(2):171-180.
86. Greeff A.P., Conradie W.S. (1998). Use of progressive relaxation training for chronic alcoholics with insomnia. *Psychological Reports*, **82**(2):407-412.
87. Driver H.S., Taylor S.R. (2000). Exercise and sleep. *Sleep Medicine Reviews*, **4**(4):387-402.

88. Hall M., Buysse, D.J., Nowell, P.D. (2000). Symptoms of Stress and Depression as Correlates of Sleep in Primary Insomnia. *Psychosomatic Medicine*, **62**(2):227-230.
89. Morin C.M., Rodrigue S., Ivers H. (2003). Role of Stress, Arousal, and Coping Skills in Primary Insomnia. *Psychosomatic Medicine*, **65**(2): 259-267.
90. Hunter K.I., Linn M.W, Harris R. (1981-1982). Characteristics of high and low self-esteem in the elderly. *The International Journal of Aging & Human Development*, **14**(2):117-126.
91. McAuley E., Blissmer B., Katula J., Duncan T.E., Mihalko S.L. (2000). Physical activity, self-esteem, and self-efficacy relationships in older adults: A randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, **22**:131.
92. Alfermann D., Stoll O. (2000). Effects of physical exercise on self-concept and well-being. *International Journal of Sport Psychology*, **31**(1):47-65.
93. McAuley E., Mihalko S.L., Bane S.M. (1997). Exercise and Self-Esteem in Middle-Aged Adults: Multidimensional Relationships and Physical Fitness and Self-Efficacy Influences. *Journal of Behavioral Medicine*, **20**(1):67-83.
94. Waite P.J., Hawks S.R, Gast J.A. (1999). The correlation between spiritual well-being and health behaviors. *American Journal of Health Promotion*, **13**(3):159-162.