

Меѓународен Славјански Универзитет

Гаврило Романович Державин – Св. Николе

Факултет за Психологија

Психологија на Социјална Заштита

Теодора Димовска

“Улогата на_Когнитивно Бихевиорална Терапија во третманот на анксиозноста во

јавната администрација во Р. Северна Македонија и Обединетите Арапски Емирати”

Магистерски Труд



International Slavic University

Gavrilo Romanovic Derzavin – Sveti Nikole

Faculty of Psychology

Social Psychology

Teodora Dimovska

"The role of Cognitive Behavioral Therapy in the treatment of anxiety in public administration in R. North Macedonia and UAE"

Master Thesis

Комисија за оценка и одбрана

Претседател: Проф. Д-р

Член:

Член, Ментор: Проф. Д-р. Слаѓана Анѓелкоска

СОДРЖИНА

КРАТОК ИЗВАДОК 6

ВОВЕД 8

1. МЕТОДОЛОШКИ ДЕЛ 10

АНКСИОЗНИ НАРУШУВАЊА 10

ТЕРАПИИ БАЗИРАНИ НА ДОКАЗИ 14

КОМПЛИМЕНТАРНИ И АЛТЕРНАТИВНИ ТЕРАПИИ 17

КОГНИТИВНА БИХЕВИОРАЛНА ТЕРАПИЈА (КБТ) 19

ЕФИКАСНОСТ/ ЕФЕКТИВНОСТ НА КБТ ЗА АНКСИОЗНИ НАРУШУВАЊА 27

2. АНКСИОЗНИТЕ НАРУШУВАЊА ВО ЈАВНАТА АДМИНИСТРАЦИЈА 34

3. ИСТРАЖУВАЊЕ 43

ПРЕДМЕТ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО 43

ЦЕЛИ И КАРАКТЕР НА ИСТРАЖУВАЊЕТО 44

ИСПИТАНИЦИ 44

ХИПОТЕЗИ 50

ВАРИЈАБЛИ 50

МЕТОДИ, ТЕХНИКИ И ИНСТРУМЕНТИ 51

4. АНАЛИЗА НА ПОДАТОЦИТЕ ОД Р.С. МАКЕДОНИЈА 54

ДИСТРИБУЦИЈА НА ПОДАТОЦИ ВРЗ ОСНОВА НА ПОЛ И ЖИВОТНА СИТУАЦИЈА 54

ДИСТРИБУЦИЈА НА ПОДАТОЦИ ПО ОСНОВА НА ПОЛ И СТЕПЕН НА ОБРАЗОВАНИЕ 56

ДИСТРИБУЦИЈА НА ПОДАТОЦИ ПО ОСНОВА НА ПОЛ И РАБОТЕН СТАЖ 58

ДИСТРИБУЦИЈА НА ПОДАТОЦИ ПО ОСНОВА НА ПОЛ И ВОЗРАСТ 60

5. АНАЛИЗА НА ПОДАТОЦИТЕ ОД ОАЕ 63

ДИСТРИБУЦИЈА НА ПОДАТОЦИ ПО ОСНОВА НА ПОЛ И ЖИВОТНА СИТУАЦИЈА 63

ДИСТРИБУЦИЈА НА ПОДАТОЦИ ПО ОСНОВА НА ПОЛ И ОБРАЗОВАНИЕ 64

ДИСТРИБУЦИЈА НА ПОДАТОЦИ ПО ОСНОВА НА ПОЛ И РАБОТЕН СТАЖ 65

ДИСТРИБУЦИЈА НА ПОДАТОЦИ ПО ОСНОВА НА ПОЛ И ВОЗРАСТ 66

ДИСТРИБУЦИЈА НА ПОДАТОЦИ ПО ОСНОВА НА ПОЛ И РАБОТЕН СТАЖ 68

РЕЗУЛТАТИ ОД ПРАШАЛНИКОТ ЗА УЛОГАТА НА ОДД. ЗА ЧОВЕЧКИ РЕСУРСИ 68

РЕЗУЛТАТИ И КОМЕНТАРИ ОД СПРОВЕДЕНОТО ИСТРАЖУВАЊЕ 70

6. ДИСКУСИИ ЗА МЕНАЏИРАЊЕ НА НИВОТО НА АНКСИОЗНОСТ 72

АВС МОДЕЛОТ ЗА СПРАВУВАЊЕ СО АНКСИОЗНОСТ 73
ТИМСКА РАБОТА 74
7. ЗАКЛУЧОК 76
КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА 78

КРАТОК ИЗВАДОК

Светската здравствена организација карактеризира дека пропорцијата на глобалната популација со анксиозни пореметувања е 3.6%. Како и со другите пореметувања, кај жените пропорционално се појавува многу повеќе отколку кај мажите. Од естимацијата на светската здравствена организација бројот на луѓе кои патат од анксиозни пореметувања се 264 милиони. Потребата да се направат истражувања за нивото на анксиозност во јавната администрација и влијанието на менталното здравје и продуктивноста во работењето е неопходна.

Во првиот дел од трудот фокусот е ставен на опширно објаснување и дефинирање на анксиозните пореметувања како и влијанието на работното место, факторите кои допринесуваат за зголемување или намалување на анксиозноста кај вработените во јавна администрација и последиците од занемарувањето на факторите кои придонесуваат за зоглемување на анксиозноста на работното место во државната администрација.

Емпириското истражување, односно анкетата која е искористена во овој труд е спроведена во различни гранки на државната јавна администрација во двете земји, со цел да се направи споредба помеѓу два различни система и да се извлечат позитивни заклучоци кои ќе поттикнат разговор и понатамошни истражувања и мерки кои ќе придонесат за општото подобрување на условите на работното место и подобрување на менталната состојба на вработените во јавната администрација. Во анкетата учествуваа 106 испитаници по случаен избор од двете земји од различни гранки на државната јавна администрација. Обработените резултати од истражувањето укажуваат на воочлива разлика помеѓу вработените во јавната администрација во двете земји како и разликите во полот и степенот на стаж. Кај двете групи постои големо ниво на свесност за анксиозните нарушувања и нивниот ефект на долгорочен план во приватниот и професионалниот живот.

ABSTRACT

The world health organization states that portion of the global population worldwide suffers from anxiety disorders, to be precise 3.6% of the population. As with any disorder, women are proportionally more affected than men. From the total estimation according to the world health organization, the number of people affected with anxiety disorders is around 264 million people worldwide. It comes as a no surprise that the need for more research into the level of anxiety in public administration and the effect on mental health and overall productivity in the workplace is necessary for further development.

In the first part of this thesis the focus is on the broad description and definition of anxiety disorders and their influence on the professional life of individuals, the factors contributing for increasing or lowering the anxiety among the employees in the public administration and the consequences of neglecting these factors that are contributing to increased anxiety on bot personal and professional life.

ВОВЕД

Анксиозност е реакција на умот и телото на стресни, опасни или непознати ситуации. Тоа е чувството на непријатност, вознемиреност или страв што се чувствува пред некој значаен настан. Одредено ниво на вознемиреност помага да се постигне будност и свест, но за оние кои страдаат од анксиозно растројство, се чувствува далеку од нормално - може да биде целосно изнемоштено.Постојат многу нарушувања поврзани со анксиозност, и тие се поделени во три главни категории:

Анксиозни нарушувања: Анксиозните нарушувања се карактеризираат со општа карактеристика на прекумерен страв (т.е. емоционален одговор на согледана или реална закана) и / или вознемиреност (т.е. загриженост за идна закана) и може да имаат негативни последици во однесувањето и емоцијата.

Опсесивно-компулсивно нарушување и сродни нарушувања: Опсесивно-компулсивните и сродните нарушувања се карактеризираат со опсесивни, нападни мисли (на пр., Постојана грижа за да се остане чист или за големината на телото) кои предизвикуваат поврзани, компулсивно однесување (на пр., Повторливо миење раце, или прекумерно вежбање). Овие однесувања се изведуваат за да се ублажи вознемиреноста поврзана со опсесивните мисли.

Нарушувања поврзани со траума и стрес: Анксиозни нарушувања поврзани со траума и стрес се поврзани со искуство на траума (на пр., Неочекувана смрт на некој близок, сообраќајна несреќа или насилен инцидент како војна или сексуален напад) или стрес (на пример, развод, почеток на студии, преселување).

Анксиозното растројство може да биде специфична фобија, ако има постојан и прекумерен страв од специфичен предмет или ситуација, како што се летање, висина, животни, тоалети или гледање крв. Стравот се означува со присуство или исчекување на објектот / ситуацијата и изложеноста на фобичен стимул резултира со непосреден одговор на страв или напад на паника. Стравот е непропорционален со реалната опасност што ја носи предметот или ситуацијата. Вообичаено, возрасните со специфични фобии ќе препознаат дека нивниот страв е претеран или неразумен.

Прекумерниот страв од посрамотеност или пониженост во социјални ситуации, што често доведува до значително однесување на избегнување, може да биде показател

за нарушување на социјалната анксиозност. Посттрауматско нарушување на стресот е најпознато нарушување поврзано со траума и стрес. Ова се нарушувања кои се поврзани со доживување на траума (на пример, неочекувана смрт на некој близок, сообраќајна несреќа, борба или насилен инцидент) или стрес (на пример, развод, почеток на факултет, движење). Оваа категорија исто така вклучува нарушување на акутниот стрес и нарушување на прилагодувањето. Општо нарушување на анксиозноста се карактеризира со прекумерна, неконтролирана грижа за настани и активности и потенцијални негативни исходи. Анксиозноста и грижата мора да предизвикаат значителна вознемиреност или да се мешаат во секојдневниот живот, професионалното, академското или социјалното функционирање на индивидуата за да се исполни дијагнозата. Симптомите не можат подобро да се сметаат од друго ментално нарушување или да бидат предизвикани од супстанции, лекови или медицинска болест.

Нарушувањето на паника го рефлектира искуството на ненадејни симптоми на паника (генерално необично, без специфични активирачи) во комбинација со постојана, долготрајна грижа дека симптомите на паника ќе се вратат и страв од тие симптоми на паника. Симптомите вклучуваат повторливи очекувани или неочекувани напади на паника кои можат да траат од неколку минути до еден час.

Опсесивно-компулсивно нарушување е едно од низата поврзани нарушувања кои имаат одредени карактеристики. Повторувани и упорни мисли („опсесии“) кои обично предизвикуваат вознемиреност и кои индивидуа се обидуваат да ги ублажат со повеќекратно извршување на специфични активности („присила“). Примери за вообичаени опсесии вклучуваат: страв дека тоа да не се направат работи на одреден начин ќе резултираат со штета на себе или на други лица, екстремна вознемиреност да се биде нечист или контаминиран од микроби, загриженост за заборавање да се направи нешто важно што може да резултира со лоши резултати опсесии околу прецизноста или симетријата. Примери за вообичаени принуди вклучуваат: проверка (на пример, вратата е заклучена или за грешка), броење или нарачување (на пример, пари или предмети за домаќинството) и извршување на умствено дејство (на пример, молење). Други нарушувања вклучуваат екскоријација (подигање на кожата), складирање, дисморфно нарушување на телото и трикотиломанија (влечење коса).

1. МЕТОДОЛОШКИ ДЕЛ

1.1 АНКСИОЗНИ НАРУШУВАЊА

Класичните категории на анксиозни нарушувања вклучуваат: Нарушување на анксиозност при одвојување, селективен мутизам и агорафобија, како и нарушувања кои се предизвикани од супстанции или се резултат на други медицински состојби.

Причини и фактори на ризик се (Paunovic N, Öst L-G. 2001):

- Коморбидитети
- Генетика
- Фактори на животната средина
- Здравствена состојба
- Бихевиорални избори
- Демографија

Важно е да се напомене дека секој чувствува вознемиреност одреден степен редовно во текот на нивниот живот. Стравот и вознемиреноста се корисни емоции кои можат да функционираат за да помогнат да се забележи опасност или закани што ги чуваат безбедни луѓето и да им помогнат да се прилагодат на нивното опкружување. Анксиозни нарушувања се јавуваат кога значителна вознемиреност ја нарушува способноста да се функционира во важни аспекти на животот, како што се работата, училиштето или врските. Постојат многу потенцијални фактори на ризик за анксиозни нарушувања и повеќето луѓе веројатно доживуваат повеќе различни комбинации на фактори на ризик, како што се невробиолошки фактори, генетски маркери, фактори на животната средина и животни искуства. Сепак, сè уште не е разјаснето целосно што предизвикува некои луѓе да имаат анксиозни нарушувања.

Коморбидитетот е почест кај нарушувања на анксиозноста, што значи дека повеќето лица кои доживуваат значителна анксиозност доживуваат повеќе различни видови на анксиозност. Со оглед на овој коморбидитет, не е изненадувачки што многу фактори на ризик се споделени низ анксиозни нарушувања или ги имаат истите основни причини. Постојат многу истражувања кои ги идентификуваат факторите на ризик за анксиозни нарушувања и сугерираат дека и природата и негувањето се многу релевантни. Важно е да се напомене дека ниту еден фактор на ризик не е дефинитивен.

Многу луѓе може да имаат фактор на ризик за нарушување и никогаш да не го развијат тоа нарушување. Сепак, корисно е за истражување да се идентификуваат факторите на ризик и луѓето да бидат свесни за нив. Да се биде свесен за тоа кој може да биде изложен на ризик, може потенцијално да им помогне на луѓето да добијат поддршка или помош за да спречат развој на нарушување.

Генетските фактори на ризик се документирани за сите анксиозни нарушувања. Клиничките генетски студии (Chambless D, Ollendick TH. 2001) покажуваат дека проценките на наследноста за нарушувања на анксиозноста се движат од 30-67%. Многу студии (Hans E, Hiller W. 2013), во минатото и сегашноста, се фокусираа на идентификување на специфични генетски фактори кои го зголемуваат ризикот од анксиозно растројство. До денес, откриена е низа единечни полиморфизми на нуклеотиди (СНП) или мали варијации во генетскиот код, кои даваат зголемен ризик за вознемиреност. Во најголем дел, варијантите кои се поврзани со ризик од анксиозност се наоѓаат во гените кои се клучни за изразување и регулирање на невротрансмитерните системи или стресните хормони.

Важно е да се напомене дека генетските фактори исто така можат да дадат еластичност на анксиозните нарушувања, а полето продолжува да се истражува во голем број на студии за геномика (Hofmann SG, Smits JAJ, 2008) за да идентификува нови генетски фактори кои се поврзани со анксиозни нарушувања со надеж за подобро разбирање на биолошките патеки кои:

1) придонесуваат за развој и одржување на анксиозност; и

2) може да доведат до подобар третман на овие нарушувања.

Повеќето луѓе не се свесни за какви специфични генетски маркери можат да имаат ризик за нарушувања на анксиозноста, па затоа директен начин за приближување на генетскиот ризик е ако некое лице има историја на анксиозни нарушувања во нивното семејство. Додека и природата и негувањето можат да бидат во игра со семејната историја, ако неколку луѓе имаат анксиозни нарушувања, веројатно постои генетска ранливост на анксиозност во тоа семејство.

Што се однесува до ***факторите на животната средина*** во семејството, однесувањето на родителите исто така може да влијае на ризикот од анксиозни нарушувања. Родителите кои демонстрираат високо ниво на контрола (наспроти давање автономија на децата) додека комуницираат со своите деца се поврзани со развој на анксиозни нарушувања. Исто така, се покажа (Norton PJ, Price EC, 2007) дека

родителското моделирање на вознемирено однесување и родителското отфрлање на детето се однесува на поголем потенцијал за вознемиреност. Доживување на стресни животни настани или хроничен стрес е исто така поврзано со развој на анксиозни нарушувања. Стресни животни настани во детството, вклучително и доживувања на неволји, сексуално, физичко или емоционално злоставување, или родителска загуба или разделба може да го зголемат ризикот од доживување на анксиозно растројство подоцна во животот. Доживеан трауматски настан или многу стресен настан може да биде фактор на ризик за развој на анксиозност во различни возрасни групи. Во согласност со поимот хроничен животен стрес што резултира со зголемен ризик од вознемиреност, имаат помал пристап до социоекономски ресурси или да се биде член на малцинска група, исто така се предлага да се однесува на поголем ризик.

Доживувајќи хронична ***медицинска состојба*** или тешка или честа болест, исто така може да го зголеми ризикот од анксиозни нарушувања, како и справување со значителна болест на член на семејство или близок. Со оглед на тоа што неколку медицински состојби се поврзани со значителна вознемиреност, во некои случаи лекарот може да изврши медицински тестови за да се исклучи основната здравствена состојба. На пример, болеста на тироидната жлезда често се карактеризира со доживување на значителни симптоми на вознемиреност. Менопаузата, срцевите заболувања и дијабетисот исто така се поврзани со симптоми на вознемиреност. Дополнително, злоупотребата на дрога или откажувањето за многу супстанции се карактеризира со акутна анксиозност, а хроничното злоупотреба на супстанции може да го зголеми ризикот од развој на анксиозно растројство. Анксиозноста може да биде и несакан ефект на одредени лекови. Доживувајќи значителни нарушувања на спиењето, како што се тешкотии да се заспие, исто така може да биде фактор на ризик за развој на анксиозно растројство.

Бихевиоралните избори исто така можат значително да влијаат на ризикот, бидејќи прекумерната употреба на тутун или кофеин може да ја зголеми анксиозноста, додека редовното вежбање може да ја намали анксиозноста. Специфичниот темперамент и карактеристики на личноста исто така може да дадат ризик за анксиозно растројство. Што се однесува до темпераментот, срамежливоста и инхибицијата на однесувањето во детството може да го зголемат ризикот од развој на анксиозно растројство подоцна во животот. За карактеристиките на личноста, Пет-факторскиот модел на личност (Olatunji BO, et al. 2010)се состои од пет широки домени на особини, вклучувајќи невротизам,

екстраверзија, отвореност за искуство, договореност и совесност. Индивидуа со повисока особина на невротизам или ниска совесност е со поголем ризик за сите анксиозни нарушувања, а индивидуата со ниска карактеристика Екстраверзијата е со поголем ризик од развој на социјална фобија и агорафобија. Исто така откриено е дека некои потесни карактеристики на личноста се однесуваат на ризик од анксиозност, вклучувајќи чувствителност на вознемиреност, негативен или непријателски атрибутен стил и самокритичност. Исто така докажано е дека нарушувањата на личноста се однесуваат на зголемен ризик од анксиозни нарушувања.

Демографските фактори влијаат и на ризикот од анксиозни нарушувања. Иако не постои силен консензус, истражувањата сугерираат дека ризикот од анксиозни нарушувања се намалува во текот на целиот животен век, а помалиот ризик се демонстрира подоцна во животот. Жените значително се соочуваат со анксиозни нарушувања. Друг робустен биолошки и социодемографски фактор на ризик за анксиозни нарушувања е полот, бидејќи жените имаат двојно поголема веројатност од мажите да страдаат од анксиозност. Се покажа дека севкупната сериозност на симптомите е потешка кај жените во споредба со мажите, а жените со анксиозни нарушувања обично пријавуваат понизок квалитет на живот отколку мажите. Оваа разлика во половите во преваленцата и сериозноста на анксиозните нарушувања што ги стават жените во неповолна положба во однос на мажите, не е специфична за анксиозните нарушувања, но исто така се наоѓа во депресија и други несакани здравствени исходи поврзани со стресот (т.е. дебелината и кардиометаболичката болест). Основните науки и клиничките студии (Watts SE, et al 2015) сугерираат дека хормоните на јајниците, како што се естрогенот и прогестеронот и нивните флуктуации може да играат важна улога во оваа сексуална разлика во преваленцата и сериозноста на анксиозно растројство. Додека промените во естрогенот и прогестеронот, во текот на месецот, како и во текот на целиот живот, се поврзани со промена на сериозноста на симптомите на анксиозност и се покажа дека влијаат на системите вмешани во етиологијата на анксиозните нарушувања (т.е. стресната оска), сепак останува нејасно како овие хормони и нивните флуктуации ја зголемуваат ранливоста на жените кон анксиозност. Анксиозните нарушувања ги зголемуваат шансите за страдање од други физички медицински болести, како што се кардиоваскуларни нарушувања, вклучувајќи дебелина, срцеви заболувања и дијабетес. Поконкретно, зголемената телесна тежина и абдоминалните масти, високиот крвен притисок и поголемо ниво на холестерол,

триглицериди и гликоза се поврзани со анксиозност. Иако сè уште е нејасно што предизвикува висок ко-морбидитет помеѓу анксиозноста и лошите физички здравствени резултати, истражувањата (Hofmann SG, et al, 2014) сугерираат дека промените во основната биологија што е карактеристична за анксиозноста, исто така, може да го олесни појавувањето на овие други физички здравствени резултати со текот на времето на пример, промените во хормоните на стресот, автономните одговори, како и зголеменото системско воспаление, се поврзани со нарушувања на анксиозноста и негативни здравствени резултати. Овие заеднички физиолошки состојби сугерираат дека тие ја делеле основната биологија и дека вознемиреноста може да биде состојба на целото тело.

Постојат многу високо ефективни опции за третман на анксиозност и нарушувања поврзани со анксиозност. Овие третмани можат да бидат категоризирани како:

1) Психотерапија;

2) Лекови; и

3) Комплементарни и алтернативни терапии.

Пациентите дијагностицирани со вознемиреност можат да имаат корист од една или комбинација од овие различни терапии. Вклучени се и дискусии за нови терапии и видови на даватели на нега.

ТЕРАПИИ БАЗИРАНИ НА ДОКАЗИ

Советување

Советувањето е форма на терапија со разговор во која давателот на ментална здравствена заштита им помага на пациентите да развијат стратегии и справување со вештини за решавање на специфични проблеми како управување со стресот или меѓучовечки проблеми. Советувањето обично е дизајнирано да биде краткорочна терапија.

Психотерапија

Постојат многу видови на психотерапија кои се користат за лекување на анксиозност. За разлика од советувањето, психотерапијата е подолгорочна и насочува

кон поширок спектар на прашања како што се моделите на однесување (Simos G, Hofmann SG, 2013). Конкретната дијагноза на вознемиреност и личните склоности на пациентот водат какви терапии ќе бидат најсоодветни за нивно лекување. Крајната цел со кој било вид психотерапија е да му се помогне на пациентот да ги регулира своите емоции, да управува со стресот, да ги разбира моделите на однесување што влијаат на нивните меѓучовечки односи. Терапии базирани на докази, како когнитивна бихевиорална терапија (КБТ), терапија со продолжено изложување (ПЕ) и дијалектичка бихејвиорална терапија (ДБТ) се едни од најефикасните во лекувањето на анксиозноста.

Когнитивна бихевиорална терапија (КБТ)

КБТ е краткорочен третман дизајниран да им помогне на пациентите да идентификуваат неточно и негативно размислување во ситуации што предизвикуваат вознемиреност како напади на паника. КБТ може да се користи во терапија еден на еден или во групна сесија на терапија со луѓе кои се соочуваат со слични проблеми. КБТ првенствено се фокусира на тековните проблеми во животот на пациентот и им помага да развијат нови начини за обработка на нивните чувства, мисли и однесување за да развијат поефикасни начини на справување со нивниот живот. Кај пациенти кои страдаат од ПТСН, КБТ може да се превземе пристап фокусиран на траума, каде целта е дасе процесуира и преформулира трауматското искуство што доведува до симптоми. Во просек, должината на третманот е околу 10-15 неделни едночасовни сесии во зависност од видот и сериозноста на симптомите (Barlow DH, 2014).

Терапија со продолжено изложување (ПЕ)

Продолжената терапија со изложеност е специфичен вид КБТ што се користи за лекување на ПТСН и фобии. Целта на оваа терапија е да им помогне на пациентите да ја надминат огромната вознемиреност што ја доживуваат кога ќе се потсетат на траумите во минатото или се соочуваат со нивните стравови. Со водство на лиценциран терапевт, пациентот внимателно се воведува во трауматските спомени или потсетници. За време на изложеноста, терапевтот го води пациентот да користи техники на справување, како што се вниманието или терапијата / сликите за релаксација. Целта на оваа терапија е да им помогне на пациентите да сфатат дека спомените (или фобиите) поврзани со траумата веќе не се опасни и не треба да се избегнуваат. Овој тип на третман обично трае 8-16 неделни сесии (Foa EB, Kozak, M, 2016).

Терапија за обработка на десензибилизација на движењето на очите (ЕМДР)

ЕМДР е психотерапија која ги ублажува вознемиреноста и емоционалните нарушувања што се извлекуваат од сеќавањата на трауматските настани. Првенствено се администрира за третман на ПТСН и е многу сличен на терапијата со изложеност. Оваа терапија им помага на пациентите да ја процесираат траумата за да можат да заздрават. За време на терапијата, пациентите обрнуваат внимание на движење напред и назад или звук додека ги раскажуваат своите трауматски спомени. Пациентите ги продолжуваат овие сесии сè додека меморијата не стане помалку вознемирувачка. Сесиите на ЕМДР обично траат 50-90 минути и се администрираат неделно 1-3 месеци, иако многу пациенти пријавуваат дека доживеале намалување на симптомите по неколку сесии на ЕМДР.

Дијалектичка бихевиорална терапија (ДБТ)

ДБТ користи пристап базиран на вештини за да им помогне на пациентите да ги регулираат своите емоции. Тој е најпосакуван третман за гранично нарушување на личноста, но исто така повикајте да биде ефикасен за анксиозни нарушувања како што е ПТСН. Овој третман ги учи пациентите како да развиваат вештини за тоа како да ги регулираат своите емоции, управување со стресот, внимателност и меѓучовечка ефикасност. Беше развиено за да се користи или во сесии за терапија еден на еден или во групни сесии. Овој тип на терапија е типично долготраен, а пациентите обично се на третман една година или повеќе.

Терапија за прифаќање и посветеност (АСТ)

АСТ е вид на СВТ кој ги охрабрува пациентите да стекнуваат позитивно однесување дури и во присуство на негативни мисли и однесувања. Целта е да се подобри секојдневното функционирање и покрај нарушувањето. Особено е корисно за нарушување на генерализирана анксиозност и депресија отпорна на третман. Должината на третманот варира во зависност од тежината на симптомите (Foa EB, et al, 2007).

Семејна терапија

Семејната терапија е вид на групна терапија која го вклучува семејството на пациентот за да им помогне да ја подобрат комуникацијата и да развијат подобри

вештини за решавање конфликти. Оваа терапија е корисна ако семејството придонесува за вознемиреност на пациентот. За време на оваа краткорочна терапија семејството на пациентот учи како да не ги влошува симптомите на вознемиреност и подобро да го разбере пациентот. Должината на третманот варира во зависност од тежината на симптомите.

КОМПЛИМЕНТАРНИ И АЛТЕРНАТИВНИ ТЕРАПИИ

Комплементарни и алтернативни терапии може да се користат заедно со конвенционални терапии за да се намалат симптомите на вознемиреност. Постои зголемен интерес за овие типови на алтернативни терапии, бидејќи тие не се инвазивни и можат да бидат корисни за пациентите. Тие обично не се наменети да ги заменуваат конвенционалните терапии, туку можат да бидат дополнителна терапија што може да го подобри целокупниот квалитет на животот на пациентите.

Управување со стресот

Збирка активности насочени во кои индивидуа свесно произведува одговор на релаксација во своето тело. Овој одговор се состои во побавно дишење, што резултира во понизок крвен притисок и целокупно чувство на благосостојба. Овие активности вклучуваат: прогресивна релаксација, водени слики, биофидбек и само-хипноза и вежби за длабоко дишење (Powers MB, et al, 2010).

Медитација

Практика на умот и телото во која на поединците им се укажува да внимаваат на мислите, чувствата и сензациите на несуден начин. Се покажа дека е корисно за намалување на симптомите на психолошки стрес кај пациенти со вознемиреност.

Јога

Практика на внимателност која комбинира медитација, физички пози, вежби за дишење и посебна филозофија. Се покажа дека е корисно при намалување на некои симптоми на анксиозност и депресија.

Појавувачки терапии

Исто така, постојат голем број експериментални третмани кои покажале ветување во лекувањето на симптомите на вознемиреност. Тука се вклучува краток опис на неколку од нив, вклучувајќи стимулација на мозок (невростимулација), акупунктураи психоактивни лекови (марихуана и екстаза).

Невростимулација

Анксиозноста е поврзана со абнормални модели на активност во мозокот. Еден начин за лекување на анксиозност е директно насочување кон абнормална активност на нервните клетки. Невромодулација или терапија за стимулација на мозок е неинвазивна и безболна терапија која го стимулира човечкиот мозок. Во некои неодамнешни клинички испитувања, пациентите кои не реагирале на повеќе традиционални форми на третман (т.е. лекови) покажале (Rapee RM, Heimberg RG, 2017) намалување на симптомите на депресија и анксиозност. Постојат два главни типа на невромодулација:

Повторувачка транскранијална магнетна стимулација (rTMS)

Голема кратка струја поминува низ жичен калем што е поставен на предниот дел на главата, што е во близина на областите што го регулираат расположението. Минливата струја создава магнетно поле кое произведува електрична струја во мозокот и ги стимулира нервните клетки во целната област. Струјата обично влијае само на мозочните региони кои се длабоки 5 сантиметри во мозокот, што им овозможува на лекарите да наведат кои мозочни региони треба да ги третираат селективно. Типичните сесии траат 30-60 минути и не бараат анестезија. Сесиите се администрираат 4-5 пати неделно, околу шест недели. Иако постапката е безболна, пациентите може да доживеат нежно тропање во областа на главата каде што се спроведува струја. Невромодулацијата има многу малку несакани ефекти, но тие можат да вклучуваат главоболки, мало трнење или непријатност во областа во која е поставена серпентина. гTMS може да се администрира сам или во комбинација со лекови и / или психотерапија.

Длабока транскранијална магнетна стимулација (dTMS)

Специјализирани калеми кои се насочени кон подлабоките региони на мозокот отколку rTMS. Пациент носи амортизиран шлем (сличен на типот на кацига што се носи за време на ФМРИ). Намотката што се користи во dTMS беше одобрена од ФДА во 2013 година за лекување на депресија, но во моментов се изучува за третман на анксиозни

нарушувања како што е ОЦД. Постапката се администрира 20 минути за 4-6 недели. Пациентите можат да го продолжат својот секојдневен живот веднаш по секој третман (Resick P,et al, 2008).

Акупунктура

Акупунктурата е третман добиен од традиционалната кинеска медицина. Се состои од вметнување тенки игли во телото во насочени области. До денес има многу малку докази дека акупунктурата може значително да ја третира генерализираната вознемиреност, иако во моментов се во тек истражувачки испитувања за ПТСН. Една студија (Rosa-Alcázar AI et al, 2008) открила дека акупунктурата може да ја намали пред-оперативната вознемиреност.

Психоактивни лекови

Неодамна се појави интерес за употреба на психоактивни супстанции заедно со психотерапија; двајцата кои добиле поголемо внимание се канабис (марихуана) и метилендиоксиметамфетамин (МДМА, познат како екстази или моли). Овие лекови се донекаде контроверзни, имајќи предвид дека тие исто така имаат психоактивни ефекти, т.е. „чувство на висок“ ефект. Сепак, со зголемената легализација на марихуаната, важно е да се реши дали овие супстанции може да се користат за ублажување на клиничките симптоми на вознемиреност. Додека имало само неколку рандомизирани клинички испитувања за овие лекови, одредени форми на канабис покажале позитивни ефекти врз анксиозноста. Поточно, канабидиол, компонента на канабис е ефикасен за нарушување на социјалната анксиозност, а тетрахидроканабинолот (ТХЦ) им помогна на пациентите со ПТСН. Сепак, растителната форма на канабис не покажа голема ефикасност и има потенцијал да ги влоши симптомите, затоа треба да се користи со претпазливост и само под надзор на давател. MDMA покажа некои позитивни ефекти за ПТСН, но треба да се користи само како додаток на психотерапија, повторно под клиничка нега.

КОГНИТИВНА БИХЕВИОРАЛНА ТЕРАПИЈА (КБТ)

Когнитивната бихевиорална терапија (КБТ) се покажа (Resick P, et al, 2008) како ефикасна за широк спектар на нарушувања во менталното здравје, вклучително и

анксиозни нарушувања. КБТ исто така е поврзана со подобрувања во квалитетот на животот кај пациенти со анксиозност.

КБТ е обично идејно-идицирана како краткорочен третман насочен кон вештини, насочен кон промена на лошо прилагодливи емоционални одговори со промена на мислите, однесувањето на пациентот или и двете. Потеклото на КБТ може да се пронајде делумно во теориите на раните истражувачи како што се Б. Ф. Скинер и Јозеф Волпе, кои биле пионери во движењето за бихејвиорална терапија во 1950-тите. Бихејвиоралната терапија претпоставува дека промената на однесувањето доведува до промена во емоциите и сознанијата како што се проценките. Од нејзиното воведување, бихејвиоралната терапија еволуирала вклучително и когнитивна психотерапија, спроведена од раната работа на психолози како Алберт Елис и Арон Т. Бек (Powers MB, et al, 2010). Когнитивната терапија се фокусира на менување на когнициите, што е предложено за промена на емоциите и однесувањето. Последователно, се појавија поимите когнитивна терапија, бихејвиорална терапија и когнитивно-бихевиорална терапија. За целите на парници и да се олесни дискусијата за овој разновиден сет на третмани, во овој дел се групираат когнитивните и бихеолошките терапии под чадор терминот „КБТ“, притоа признавајќи дека релативниот акцент на когнитивните наспроти бихејвиоралните техники се разликуваат во програмите за третман.

Со текот на годините, се создадоа голем број разновидни протоколи за обезбедување КБТ на пациенти со посттрауматско стресно нарушување (ПТСН), генерализирано анксиозно растројство (ГАД), опсесивно-компулсивно нарушување (ОЦД), панично растројство (ПД), специфични фобии и социјално анксиозно растројство, како и оние со неспецифични симптоми на анксиозност. Постојат многу информации во врска со овие третмани и нивната употреба, а цели книги се посветени на опишување на терапии базирани на КБТ за секое специфично анксиозно растројство. Сепак, и покрај големиот број разновидни протоколи КБТ за лекување на анксиозни нарушувања, важни сличности постојат помеѓу овие различни третмани кои даваат основа за дискусија.

Целта на овој дел е да обезбеди преглед на две категории на методи на КБТ кои проникнуваат во широк спектар на третмани специфични за анксиозно растројство и да обезбеди преглед на тековните емпириски истражувања поврзани со овие техники. Делот започнува со опишување на два од најчесто користените методи на третман КБТ (изложеност и когнитивна терапија) проследени со преглед на емпириската литература

за испитување на ефикасноста и ефективноста на овие методи во лекувањето на секое анксиозно нарушување. При структурирање на прегледот на методите на КБТ, треба да се знае дека овие техники често се меѓусебно поврзани и не мора да се применуваат изолирани едни од други. За клиничарите кои сакаат да дознаат повеќе за карактеристиките на примена на протоколите на КБТ во пракса, се охрабруваат да бараат една од многуте достапни книги за специфични анксиозно растројство што се достапни за КБТ, како книга, изменета од Грегорис Симос и Стефан Г. Хофман, или Клинички прирачник за психолошки нарушувања, изменета од Дејвид Х. Барлоу (Taylor S et al 2003). Покрај тоа овој труд треба да биде вовед во КБТ за вознемиреност, па затоа оваа дискусија за методите на КБТ не треба ниту да биде исцрпна ниту статичка и се очекува да бидат прилагодени и ревидирани како што диктираат идните истражувања.

Техниките засновани на изложеност се некои од најчесто користените методи на КБТ што се користат при лекување на анксиозни нарушувања. Една теоретска рамка за разбирање на образложението за третман базирана на изложеност доаѓа од теоријата на емоционална обработка (Foa EB et al, 2005). Според теоријата на емоционална обработка, стравот е претставен од асоцијативни мрежи (когнитивни структури на страв) кои одржуваат информации за стравувачкиот стимул, одговори на страв (на пример, бегство, избегнување, психофизиолошки одговори) и значењето на дразбите и одговорите (на пр. Тигар = опасност, зголемен пулс = срцев удар). Кога ќе се сретне стимул во околината што го повторува стравуваниот стимул, овие асоцијативни мрежи ја активираат структурата на стравот. Структурата на стравот е патологична кога врската помеѓу стимулите, одговорите и нивното значење не се совпаѓаат со реалноста, како на пример кога е активирана за безбедни стимули или одговори што личат на стравуваните. Понатаму, структурата на стравот се одржува со однесување на избегнување кое не дозволува да се појави ново учење.

Изложеноста се предлага да се измени патолошката структура на страв со тоа што прво се активира, а потоа се обезбедуваат нови информации што ги потврдуваат патолошките, нереални асоцијации во структурите (на пример, тахикардија не доведува до срцев удар, преполни трговски центри не доведуваат до насилен напад). Соочувајќи се со стравуваниот стимул или одговори и интегрирајќи ги корективните информации во меморијата за страв, стравот се очекува да се намали. Изложеноста може да има неколку форми, вклучително имагинарна, ин виво (во реалниот живот) и интерпоцептивна. Измислената изложеност се јавува кога пациентот сликовито ја замислува стравуваната

ситуација / последици и не ја избегнува нивната последователна вознемиреност. Ин виво изложеноста вклучува постепен пристап кон местата, објектите, луѓето или ситуациите што претходно биле избегнувани, иако тие се безбедни. Интероцептивната изложеност, која најмногу се користи во лекувањето на панично растројство, вклучува делимично предизвикување на физички сензации од кои стравува пациентот е индикатор на паничен напад. Овие техники на изложеност се слични по нивната функција, бидејќи му овозможуваат на пациентот да стекне ново учење со цел да ја измени структурата на стравот. Општо, терапијата со изложеност е со ограничено времетраење и обично завршува за околу 10 сесии.

Експозиционите терапии (Marks IM et al, 2018) за секое анксиозно растројство имаат тенденција да имаат слични форми, со разлики што се појавуваат најчесто во нагласувањето на содржината на изложеност, што е специфично за постоењето на загриженост на пациентот. Експор-сигурните терапии, исто така, се разликуваат во нивниот релативен акцент на различните техники на изложеност (in vivo, имагинарна и / или интероцептивна). Ефикасноста и ефективноста на терапијата со изложеност е добро документирана за анксиозните нарушувања, а терапијата со изложеност се смета за третман по избор за многу форми на патолошка анксиозност.

Пост-трауматско стресно нарушување

ПТСН често се третира со продолжена терапија на изложеност (ПЕ) која вклучува и имагинарна и ин виво изложеност. ПЕ подразбира дека пациентот постојано ја прегледува трауматската меморија визуелизирајќи ги трауматските настани во нивната имагинација додека ги раскажува настаните на глас во сесија со терапевт. Повторното прегледување се следи со обработка и варење на содржината на имагинарната изложеност со цел стекнување нови перспективи за себе, за другите и за светот и префрлување на негативните сфаќања во позитивни или неутрални. Наративот за време на измислена изложеност е снимен и пациентите продолжуваат да добиваат изложеност помеѓу сесиите со слушање на снимката, што дополнително дава можности за обработка на трауматската меморија. Исто така, се бара од пациентите со ПТСН да користат ин виво вежби како домашна задача, што обично вклучува постепено изложување на безбедни активности, предмети или места кои претходно биле избегнувани. Други форми на психотерапија за ПТСН во корпорации, се некои елементи на изложеност. На пример, оригиналниот протокол (Foa EB et al, 2012) за когнитивна терапија за обработка

(КПТ) ги тера пациентите да ја обработуваат својата траума со тоа што ќе напишат детален извештај за настанот и ќе го прочитаат на глас.

Мета-анализа на пролонгирани студии за изложеност на терапија (Rosa-Alcázar AI, et al, 2008) откри дека ПЕ резултирала со значително подобрување на симптомите на ПТСН и мерките на секундарниот исход и по третманот и следењето во споредба со контролните состојби. Сепак, оваа студија исто така открила дека ПЕ не беше значително различна во споредба со когнитивната терапија за обработка (КПТ), десензибилизацијата на движењето на очите и преработката (ЕМДР), когнитивната терапија (КТ) и обуката за инокулација на стрес (СИТ), што според авторите може да се должи на различните, но подеднакво ефикасни терапевтски механизми или поради заедничкото спроведување на техниките на изложеност во секој од компаративните третмани. И обратно, другите откриле (Greist JH, et al, 2002) дека ПЕ резултирало со подобри резултати во однос на намалување на симптомите, стапка на подобрување и процентот на учесници кои повеќе не ги исполнуваат критериумите за ПТСН во споредба со тренингот за релаксација и ЕМДР. Во однос на комбинацијата на третман, неколку студии (Olatunji BO et al, 2013) откриле дека додавањето на когнитивна терапија во ПЕ не даде супериорни резултати, додека додавањето на техники на изложеност на когнитивната терапија го подобри резултатот од последното.

Опсесивно компулсивно пореметување

Терапијата со експозиција и превенција на одговор (EX / RP) за лица со OCD исто така користи и имагинарна и ин виво изложеност. Воздржувањето од ангажирање на принудно однесување (спречување на одговор) е важен аспект на третманот, бидејќи присилувањето функционира како безбедносно однесување кое ја зачувува поврзаноста помеѓу опсесиите и стравувачките последици. За ситуации кога би било тешко или невозможно да се спроведе in vivo изложеност (на пример, страв од последици од заразување со ХИВ), имагинарната експозиција се користи со иста цел да се изложи на пациентот пред стравуваната замислена ситуација и да се остави вознемиреноста да се намали самостојно без да се потпира на присила. Замислената експозиција со тоа го потврдува очекувањето на пациентот дека ако размислува за опсесивната мисла и се впушти во присила ќе доведе до очекувана штета.

Мета-анализата (Abramowitz JS, 2016) покажа дека EX / RP резултираше со супериорни резултати во споредба со плацебо и / или список на чекање. Се покажа дека

терапијата со експозиција е супериорна во споредба со прогресивната мускулна релаксација кај пациенти со OCD. Сепак, EX / RP исто така, покажа слични проценки на ефектите кога се споредуваат само со когнитивно реструктуирање и EX / RP со когнитивно преструктуирање. Поновата мета-анализа (Mitte K., 2005) исто така не утврди разлики помеѓу когнитивната терапија и EX / RP во резултатите од третманот со OCD. Сепак, овие резултати беа засновани на споредба на значителен број на студии EX / RP, со само три студии кои ја испитуваат само когнитивната терапија. Дополнителна компликација се јавува во тоа што многу студии за когнитивна терапија за OCD (Gould RA, et al, 2015) вклучуваат изложености, честопати наречени експерименти во однесувањето, во нивниот протокол за третман. Исто така, постојат докази дека карактеристиките на третманот со изложеност се важни. Мета-анализа на варијанти на EX / RP откри дека терапијата со изложеност за OCD е најефикасна кога вклучува експозиција водена од терапевт, отколку изложеност на самостојност, кога е потребна целосна превенција на одговор за разлика од делумна или без спречување на одговор и кога ин виво и имагинарната изложеност се комбинираат во споредба со употребата само на ин виво изложеност.

.

Панично растројство

Како што се спомена претходно, белег на изложеноста на територијата на панично растројство вклучува изложеност на интероцепција (на пример, зголемување на отчукувањата на срцето со трчање или хипервентилирање) што има за цел да ја потврди идејата дека физичките сензации ќе доведат до штетни настани како што е срцев удар или засраменост во јавноста. Мета-анализа на студии (Craske MG et al, 2003) за панично растројство покажа дека КБТ, која првенствено се состоеше од изложеност терапија со или без компоненти на когнитивна терапија, се вршеше подобро отколку без третман или плацебо контрола. Покрај тоа, друга студија (Craske MG, et al, 2006) покажа дека КБТ со интероцептивниот третман со изложеност дава најголеми големини на ефекти кај пациенти со панично растројство; сепак, овие интервенции исто така вклучија и когнитивно преструктуирање покрај експозицијата. Иако интероцептивната изложеност најчесто се користи со панично растројство, има помала поддршка за корисноста на

дополнување на интероцептивната изложеност со изложеност на ин виво изложеност во третманот на панично растројство во овој момент.

Генерализирано анксиозно растројство

Третманот со ГАД може да вклучува и замислена изложеност (на пр., Замислување на најлошото сценарио поврзано со нивните грижи) и поретко, ин виво изложеност. На пример, протокол за третман на GAD од Краске и Барлоу ги тера пациентите во самостојни изложби каде пациентите постојано ги раскажуваат своите грижи користејќи замислена изложеност за да се намали интензитетот на грижата. Постојат релативно малку студии кои испитуваат третман базиран на изложеност кај пациенти со ГАД. Истражувањето (Borkovec TD, Costello E. 2013) покажа дека КБТ, вклучително и замислена изложеност, резултира во поголемо функционирање кај пациенти со ГАД по 12-месечно следење во споредба со применетата релаксација и недирективната терапија. Една неодамнешна студија (Borkovec T, et al, 2002) во споредба со когнитивната терапија, примени релаксација со форма на имагинална изложеност (десензибилизација на самоконтролата), па комбинацијата на овие третмани не најде никакви разлики помеѓу нив во однос на резултатите од лекувањето на пациентите со ГАД.

Социјално анксиозно растројство

Ин виво изложеноста најчесто се користи за социјално анксиозно растројство (на пр., Учество во социјални ситуации без користење на однесување за избегнување или безбедност). Според моделот на вознемиреност на Рапе и Хајмберг (Rapee RM, Heimberg RG 2017), оние со социјална анксиозност покажуваат изобличувања и пристрасности во начинот на кој ги обработуваат социјалните / евалуативните информации што доведува до зголемување на анксиозноста, што пак се користи за да се обезбеди непотврдна евиденција во врска со когнитивните нарушувања поврзани со социјалните очекувања. Изложеноста со или без когнитивна територија се покажа како ефикасна во намалувањето на симптомите на социјална анксиозност. Сепак, во споредба на едни со други карактеристики во истата студија, когнитивната терапија се покажала подобра од изложеноста плус применетата релаксација. Покрај тоа, мета-аналитичките резултати покажаа дека и когнитивните и изложените терапии имаа подобри резултати отколку

применетата релаксација или контролата на списокот на чекање при лекување на пациенти со социјално анксиозно растројство.

Специфични фобии

Ин виво изложеноста се смета за третман по избор за специфична фобија. Ин виво изложеноста може да вклучува поплавување (изложеност на најинтензивен стравувачки стимул) или постепено изложување (систематско изложување на постепено зголемување на интензитетот). Мета-аналитичките студии (Feske U, Chambless DL, 2015) покажаа дека in vivo терапијата со изложеност е многу ефикасна за специфични фобии во споредба со нетретирање, плацебо третман и активни терапии кои не се базираат на изложеност. Иако се покажа дека релаксацијата има некаква корист за оние со специфични фобија, не беше пронајдена да биде поефикасна од изложеноста. Покрај тоа, една студија (Gould RAet al, 2017) ги спореди пациентите кои примаат единечна 3-часовна сесија на изложеност, пет сесии на изложеност или пет сесии на когнитивна терапија и откри дека сите три третмани имаат подобри резултати од состојба на контрола на чекање, но сепак, не беа пронајдени никакви разлики помеѓу изложеноста и когнитивните терапии.

Когнитивна терапија

Когнитивната терапија е уште еден широко користен метод за лекување на анксиозни нарушувања. Когнитивната терапија се заснова на триделниот модел на емоции на Бек, кој предлага мислите, чувствата и однесувањето меѓусебно да се поврзани. Според оваа теорија, се предлага промена на несоодветни мисли за промена на лошо прилагодливото влијание и однесување на пациентот. Когнитивната терапија има за цел искривени мисли користејќи низа техники како што се идентификување на неточно размислување, испитување на докази за и против автоматски мисли, предизвикување и промена на несоодветни мисли, промена на проблематично однесување и поврзаност со други луѓе на поадаптивни начини. Психоедукацијата за триделниот модел на емоции, различните форми на искривено размислување (на пр., Размислување „сè или ништо“, избрзување до заклучоци, дисквалификација на позитивното, итн.) И когнитивно преструктуирање е составен дел на когнитивната терапија. Домашната задача обично е доделена да им даде на пациентите можности да ги практикуваат овие вештини во нивниот секојдневен живот, овозможувајќи им да

совладаат техники за да можат да го применат наученото по завршувањето на третманот. При лекување на анксиозни нарушувања когнитивната терапија најчесто се користи заедно со техниките на однесување, што може да вклучува вежби за изложеност. Когнитивната терапија е типично временски ограничена на околу 20 сесии или помалку е фокусирана на проблемите за прашањата што ги идентификува пациентот како примарна грижа.

ЕФИКАСНОСТ/ ЕФЕКТИВНОСТ НА КБТ ЗА АНКСИОЗНИ НАРУШУВАЊА

Употребата на когнитивни техники во лекувањето на анксиозните нарушувања е широко имплементирана. Сепак, истражувањето (Taylor S, 2016) за ефикасноста и ефективноста на когнитивните техники само за анксиозни нарушувања покажа варијабилни резултати. Така, студијата, споредувајќи ја трансдијагностичката КБТ терапија со тренинг за релаксација кај пациенти со анксиозно растројство, покажа дека и двата третмани се подеднакво корисни, иако обуката за релаксација беше поврзана со повисока стапка на напуштање. Резултатите во врска со ефикасноста и ефективноста на когнитивната терапија за анксиозни нарушувања се исто така ограничени од малиот број на студии кои ги испитуваат когнитивните методи изолирани од изложеност. Многу од протоколите за третман истражени во студиите за исходот на третманот комбинираат и техники на изложеност и когнитивна терапија, правејќи заклучоци за релативните придонеси на секој метод тешко да се разделат (Clark DMet al, 2006).

Неколку техники на когнитивна терапија се предложени за лекување на ПТСН. На пример, когнитивната терапија за процесирање (КПТ) за ПТСН тврди дека погрешните верувања за причините и последиците од трауматскиот настан го

спречуваат пациентот да ги процесира емоциите околу трауматската меморија. Во КПТ терапевтот му помага на пациентот да ги идентификува своите „заглавени точки“, да научи нови начини за справување со вознемирувачките мисли и да стекне подобро разбирање за промените во говорите што се јавуваат откако доживеале трауматски настан. КПТ започнува со тоа што терапевтот обезбедува психоедукација за симптомите на ПТСН и образложението за овој третман. Од пациентите се бара да напишат „изјава за влијание“ или опис на една страница за тоа зошто пациентот смета дека им се случил трауматскиот настан и како настанот го сменил погледот кон себе и кон светот. Изјавата за влијанието се користи за да се започне идентификување на заглавените точки на пациентот или когнитивните нарушувања на настанот (на пр., „Јас сум слаба личност“). Пациентите потоа учат да ги идентификуваат своите мисли и чувства со цел да ја разберат меѓусебната врска помеѓу нив. Следно, две сесии на третман вклучуваат пациентот да ги напише деталите за најтешкиот трауматски инцидент кои потоа му се читаат на глас на терапевтот. Поголемиот дел од следните сесии се користат за предизвикување на заглавените точки на пациентот со користење на сократско испрашување (нежно оспорување на точноста на мислите на пациентот за извлекување алтернативни и поизбалансирани начини на размислување). Пациентите исто така се учат на когнитивно-бихевиорални вештини, а третманот може да се фокусира на специфични проблематични области за пациентот, како што се доверба, самодоверба и моќ / контрола. Други форми на когнитивна терапија за ПТСН може да вклучуваат имагинарно и ин виво изложување (когнитивна терапија за ПТСН) или може да не вклучува никакви вежби за изложеност.

Истражувањата покажаа дека КПТ е ефикасна во намалувањето на симптомите на ПТСН и кај ветерани и кај неветеранти. На пример, Ресик и неговите колеги (Resick Pet al, 2008) откриј дека КПТ доведува до поголеми подобрувања на симптомите на ПТСН во споредба со минималната група за контрола на вниманието.Исто така беше пронајдено во истата студија дека КПТ е подеднакво корисна во споредба со продолжената терапија со изложеност. Понатаму, когнитивната терапија (КТ) за ПТСН исто така се покажа како поефикасна од списокот на чекање, само-следењето или контролата на брошури за самопомош. Сепак, како што се спомена претходно, КПТ и КТ за ПТСН не се исклучиво когнитивни терапии, бидејќи и двете вклучуваат варијации на вежби за изложеност исто така. Другите студии (Abramowitz JS, 2016) откриле слични исходи само за когнитивната терапија во споредба со измислената

изложеност

EX / RP, исто така, примарно-базирана на терпија на изложеност ја интегрира когнитивната обработка следејќи ја за да им овозможи на пациентите со OCD да добијат увид во однос на нивните стравувани последици. Сепак, EX / RP не налага употреба на какви било специфични когнитивни техники. Протоколите за когнитивна терапија за OCD често вклучуваат идентификување и менување на искривени когнитивни совети за значењето на наметливите мисли (на пр., Наметливите мисли значат дека пациентот е лоша личност). На пример, протокол за когнитивна терапија тестиран од Меклин и неговите колеги започнува со психоедукација за симптомите на OCD и вовед во образложението на лекувањето. Пациентите потоа се занимаваат со дискусија за односот помеѓу предизвикувачите што доведуваат до нападни мисли и неисправни проценки на пациентите за овие мисли што доведува до вознемиреност и пориви за извршување присила. Потоа, на пациентите им се предава да ги препознаваат различните видови на искривени проценки, вклучувајќи преголемо значење на мислите, преценување на опасноста, инфлација на одговорност, преценување на последиците од опасност, преценување на последиците од одговорноста и потребата за контрола на сигурноста - перфекционизам. Пациентите потоа започнаа да ги оспоруваат овие погрешни проценки со спроведување на експерименти во однесувањето за да ги тестираат доказите за и против нивните верувања.

Како што се спомена претходно, мета-аналитичката истрага на резултатите од третманот кај пациенти со OCD не најде значителни разлики помеѓу когнитивната терапија само и EX / RP, но само релативно мал број на студии ја испитале когнитивната терапија само во OCD.

Понатаму, како што може да се види во описот на постапките за третман на McLean et al, опишани претходно (Borkovec T et al, 2002), многу протоколи за когнитивна терапија за OCD вклучуваат експерименти во однесувањето. За време на овие бивиорални експерименти, пациентите се соочуваат со своите стравувани стимули / верувања, што предизвикува пациентот да се вклучи во форма на изложеност. Затоа, тешко е да се утврдат релативните придонеси на когнитивните аспекти на овие третмани од овие експерименти во однесувањето. И покрај ова, истражувањето покажа дека групата EX / RP за пациенти со OCD е поврзана со подобри резултати отколку групната когнитивна терапија со компонента на хавиорален експеримент. Поради релативно малку студии кои ја испитуваат корисноста само на когнитивната терапија (без

компонента на однесувањето), тешко е да се извлечат заклучоци за релативната ефикасност на когнитивната терапија во споредба со изложеноста во третманот на OCD.

Интероцептивната изложеност на панично растројство често се комбинира со когнитивни вештини, како што е учење дека физичките сензации не се секогаш штетни и учење да се изврши повторна проценка на значењето на физичките симптоми наместо катастрофализирање. Учењата не наоѓаат разлика во ефективноста без оглед дали биле вклучени техники на когнитивна терапија или не, со терапија базирана на изложеност, но учењата откриле подобри резултати со додавање на когнитивни компоненти кај пациенти со истовремени депресивни симптоми. Понатаму, друга студија (Barlow DH, 2014) открила дека примената на релаксација, изложеност и когнитивна терапија е подеднакво ефикасна во лекувањето на пациенти со панично растројство со агорафобија.

Третманот со ГАД исто така вклучува значителен когнитивен аспект, како што е користење на когнитивни техники за да се намали прекумерната грижа. На пример, прирачникот за третман на ГАД на Краске и Барлоу(Craske MG, et al, 2006) ги учи пациентите да научат да ги менуваат моделите на размислување што доведува до анксиозност, предизвикувачки мисли кои го преценуваат ризикот и да го идентификуваат и менуваат катастрофалното размислување. Когнитивната терапија се покажа како ефикасна во третманот на пациенти со ГАД. Резултатите од мета-анализата сугерираат дека когнитивно-бихевиоралната терапија покажала подобри долгорочни резултати отколку применетата релаксација кај пациенти со ГАД. Дополнително, иако Дугас и колегите (Borkovec TD et al, 2013) откриле дека третманот со КБТ, кој вклучувал и когнитивна терапија и изложеност, генерално може да се спореди со ГАД, авторите забележаа дека кога се споредува со контролната група за чекање, когнитивната терапија плус експозицијата е супериорна во однос на применетата релаксација. Овие резултати се ограничени од комбинацијата на когнитивни и техники на изложеност во групата КБТ. Спротивно на тоа, други истражувања (Chambless D, Ollendick TH, 2001) сугерираат дека релаксацијата е подеднакво ефикасна како и когнитивната терапија во однос на подобрувањето на симптомите кај пациенти со ГАД на пост-третман и на следење.

Когнитивните техники рутински се користат во лекувањето на социјалното нарушување на анксиозноста за да му се помогне на пациентот да ги идентификува и менува когнитивните фактори кои ја одржуваат социјалната анксиозност. На пример, во моделот на социјална анксиозност на Хофман (Clark DM et al, 2006) пациентите учат

дека социјалната анксиозност се одржува делумно со одржување на негативни сфаќања за себе, преценување на цената на социјалната несреќа, согледување дека некој има мала контрола врз емоционалните одговори и верувајќи дека нечии социјални вештини се несоодветни. Во однос на ефективноста, мета-анализата покажа дека индивидуалната КБТ е ефикасна во лекувањето на социјалната анксиозност во споредба со контролата на листа на чекање. Дополнително, друга мета-анализа на третмани за социјално анксиозно растројство, вклучително и изложеност, когнитивно преструктуирање и изложување плус когнитивно преструктуирање не најде никакви разлики во резултатите помеѓу овие третмани што сугерираат еднаква ефективност само на интервенциите на когнитивната терапија.

Иако терапијата со изложеност се смета за најефикасна терапија за специфични фобии, изложеноста може да се надополни и со стратегии за когнитивно реструктуирање. На пример, протоколите за третман на специфична фобија може да вклучуваат помагање на пациентот во идентификување на нереални очекувања и нивно заменување со попрецизни предвидувања и толкувања. Истражувањата за ефективноста на когнитивната терапија за специфична фобија покажуваат мешани резултати. На пример, една студија (Craske MG, et al, 2006) покажа дека една сесија на когнитивна терапија е подеднакво ефикасна како и една сесија на терапија со изложеност на фобија кај мали животни; покрај тоа, учесниците ја разгледувале когнитивната терапија како помалку нападна во оваа студија. Сепак, мета-аналитичките резултати во врска со зголемувањето на изложеноста на терапија со когнитивни техники за пациенти со специфични фобии не покажаа придобивки за комбиниран третман во споредба со изложеноста, па само ја поддржуваат општата препорака за терапија на изложеност како прва линија на третман за специфични фобии.

Резултатите од овој преглед ја демонстрираат ефикасноста и ефективноста на користењето на методите КБТ за лекување на анксиозни нарушувања, како и откривање на области на кои им се потребни дополнителни истражувања. Изложеноста и когнитивните методи ги претставуваат најчесто спроведуваните и широко проучуваните техники на КБТ. Посебно честопати се сметаат методите на експозиција како прва линија на третман за многу анксиозни нарушувања. Ефективноста на експозицијата останува релативно неприкосновена за некои анксиозни нарушувања, како што се специфични фобии и OCD. Сепак, и покрај истражувањата што ги покажуваат супериорните придобивки од техниките на изложување во споредба со нетретирањето,

колективното истражување не покажува постојано дека техниките на изложување се значително подобри од когнитивната терапија. На пример, претходно е споменато откритие на Пауерс и колегите (Craske MG, et al, 2003) дека не е утврдено дека ПЕ е значително различен од десензибилизацијата и преработката на движењето на очите (ЕМДР), когнитивната терапија (КТ) или обуката за инокулација на стрес (СИТ). Дополнително, иако EX / RP за OCD покажа големи димензии на ефекти во споредба со контролните услови и покажаа подобри резултати од когнитивната терапија во неколку индивидуални студии, две одделни мета-аналитички студии утврдија дека EX / RP е сличен на когнитивната терапија. Сепак, мета-анализите за третман на ОЦД се засноваа на само три студии кои анализираа само когнитивна терапија. Дополнително, многу когнитивни третмани за OCD вклучуваат експерименти со однесување, форма на изложеност. Постојат непропорционално поголем број на студии кои ја испитуваат терапијата со изложеност отколку когнитивните третмани кај пациенти со OCD, што сугерира дека е потребно дополнително истражување во оваа област пред да се извлечат заклучоци за ефикасноста на когнитивната терапија за OCD.

Комплексности се појавуваат при обидот да се расклопат овие резултати заради честото преклопување во техниките што се користат во многу од овие терапии. На пример, ПЕ кај пациенти со ПТСН првенствено се заснова на изложеност, но исто така вклучува и обработка на имагиналната изложеност каде што пациентот разговара за неговите перцепции и чувства поврзани со трауматската меморија, воведувајќи когнитивен елемент во третманот (иако нема официјален начин - се користат нитивни техники). Исто така, иако КПТ за ПТСН се фокусира на когнитивните убедувања за причините и последиците поврзани со траумата, компонента на КПТ вклучува пишување детален извештај за трауматскиот настан и читање на терапевтот, со што се опфаќа пациентот во изложеност покрај когнитивната терапија. Преклопувањето во техниките помеѓу терапиите со КБТ може да објасни зошто различните активни терапии не мора да резултираат во супериорни резултати. Доколку експозицијата и когнитивните терапии влегуваат во засебни, но подеднакво ефикасни терапевтски механизми, тогаш се очекува комбинацијата на терапии да покаже супериорни резултати. Сепак, на пример, студиите за демонтирање обично не наоѓаат разлика помеѓу ПЕ терапијата и комбинираното ПЕ плус когнитивно преструктуирање, што сугерира дека ПЕ не се подобрува со додавање на когнитивна терапија. Дополнително разгледување е дека има поголем број на студии за изложеност на терапија и релативно помалку студии само за

когнитивна терапија без компонента на изложеност. Потребни се дополнителни студии кои ја испитуваат само когнитивната терапија за да се споредат соодветно експонативните и когнитивните техники.

Сумирајќи, истражувањето на КБТ кај нарушувања на анксиозноста ја поддржува ефикасноста и ефективноста на овие методи, при што повеќето тековни истражувања ја демонстрираат корисноста на терапија со изложеност во третманот на анксиозни нарушувања. Сепак, овие резултати може да се променат, бидејќи се спроведуваат дополнителни истражувања само за когнитивна терапија и когнитивна терапија во комбинација со изложеност. Во однос на идните насоки, од ова прегледување е потребно да се направат дополнителни студии кои можат да расклопат ефективни третмани за вознемиреност за да утврдат кои специфични компоненти се одговорни за корисни резултати. Во исто време, повтореното откривање на еднаква или скоро еднаква ефикасност во текот на терапиите со КБТ сугерира дека заедничките карактеристики на овие третмани можат да бидат поважни од какви било специфични разлики помеѓу техниките. Студиите насочени кон идентификување на овие заеднички карактеристики се ретки и претставуваат важна, но релативно неразвиена област на истражување на клинички третман. Покрај утврдувањето на тоа како функционираат третманите, подеднакво е важно да се разбере кои пациенти најверојатно имаат корист од даден третман или од дадени компоненти. Студиите насочени кон идентификување на предиктори за корисен исход од третманот се непроценливи во утврдувањето на факторите и карактеристиките на пациентот, најверојатно, може да доведат до подобрувања. И на крај, постои зголемен интерес за трансдијагностички КБТ-техники кои ги надминуваат специфичните дијагнози, признавајќи го фактот дека анксиозните нарушувања често се морбидни едни со други и со други нарушувања како депресија и како препознавање на значителното преклопување на симптомите помеѓу анксиозните нарушувања. Истражувањето (Feske U, Chambless DL, 2015) ја поддржува идејата дека пациентите со анксиозно растројство имаат заеднички психолошки и биолошки ранливости, што сугерира дека ефективните третмани за анксиозност се прилагодуваат на овие заеднички механизми. Идните насоки во истражувањето на третманот би имале корист од подобро разбирање на заедничките механизми за основните ефективни третмани со КБТ.

2. АНКСИОЗНИТЕ НАРУШУВАЊА ВО ЈАВНАТА АДМИНИСТРАЦИЈА

Анксиозните нарушувања се поврзани со хроничен животен стрес. Непредвидливите, неуморни, нерешливи стресори хронично го стимулираат системот на стрес-хормон и кардиоваскуларниот систем и доведуваат до состојби на постојана зголемена активност. Биолошки, телото еволуираше за да се справи со непосредната и конкретна опасност во околината, наместо со постојаните стресни фактори. Во нормални услови каде што хроничниот стрес е мал, изложеноста на ненадејна закана го активира автономниот нервен систем, т.е. зголемено ниво на адреналин и побрзо дишење и ритам на срцето. Овие реакции, за возврат, активираат стресни хормони, како што е кортизолот. Едно од ефектите на овие стресни хормони е да се зголемат нивоата на гликоза во крвотокот за да се одговори на непосредната закана за да можат мускулите да се активираат за реакција на летот или борбата. Друг ефект на хормоните на стресот е сузбивање на имунолошкиот систем, бидејќи процесите како што се заздравување и поправка можат да чекаат додека не се смири заканата. Меѓутоа, кај некој со анксиозно растројство, каде што има постојано активирање на овие одговори на секојдневни стресови, системот на стрес-хормон ја губи својата способност да ја контролира имунолошката функција, со што придонесува за зголемено системско воспаление што го зголемува ризикот од кардиоваскуларни, па дури и автоимуни наредби. Неврологијата и клиничките истражувања (Foa EB et al, 2005) продолжуваат да истражуваат како анксиозните нарушувања го зголемуваат индивидуалниот ризик за развој на истовремени болести во физичкото здравје, со надеж дека ќе идентификуваат нови третмани што можат да го олеснат страдањето и да го спречат развојот на овие нарушувања на целото тело.

Наместо да се дискутира за стресорите во јавните услуги како целина, покорисно е да се разгледаат причините за стрес за индивидуалните кариери и сектори на јавната администрација.

Еве еден поблизок преглед на вообичаените стресни фактори за професионалци кои работат во популарни сектори на јавни услуги и администрација и решенија за подобрување на менталното здравје.

Кривична правда и домашна безбедност

Поединци од оваа област работат како: гранична полиција, полицаец и поправен службеник. Тие работат за полициски оддели; локални и државни агенции; компании за итни случаи; и непрофитни организации.

Предизвикувачи на стрес (Foa EB et al, 2007):

- Да бидат ставени во животни и смртни ситуации како што се пукања и домашни / меѓународни терористички напади;
- Работа со лица кои рутински се соочуваат со проблеми на напад и семејно насилство;
- Сведоци на деца кои биле физички, емоционално или сексуално злоставувани,
- Добивање разузнавачки информации во врска со потенцијалните закани и планираните напади,
- Никогаш не знаат кога ќе бидат повикани на сериозно злосторство или напад во тек,
- Загриженост за финансирање на работата / одделот.

Третман (Foa EB et al, 2016):

- Сфаќање дека и другите се соочуваат со истите тешкотии. Да се добие помош е најдоброто нешто што може да се направи за себе и за оние што треба да се заштитат,
- Враќање дома од долга и стресна смена, треба да се посегне по храна и пијалоци кои го поддржуваат менталното здравје, наместо да предизвикаат чувствство на вознемиреност или будност,
- Пронаоѓање советник специјализиран за работа со оние кои се поставуваат себе си во опасност секој ден,
- Искористување на ресурсите дадени според законот за спроведување на законот за ментално здравје.

Противпожарна заштита

Работењето во пожарна безбедност вклучува: пожарникар, истражител на пожар, специјалист за спречување пожар или специјалист за ублажување на шумски пожари. Многу од овие професионалци работат во огниште, но исто така можат да бидат вработени во локалните / државните влади или еколошките групи.

Предизвикувачи на стрес (Foa EB et al, 2012):

- Загриженост за спречување на пожар и зголемена стапка на инциденти со пожар поради загревање на планетата;
- Недостаток на соодветна обука дадена на поединци кога ќе избувнат пожари;
- Никогаш не знаат што може да бара следниот повик;
- Сведоци на загуба на живот и / или тешки изгореници на погодените од пожари;
- Гледање како поединци и семејства ги губат своите домови и целиот свој имот;
- Долги, интензивни смени;
- Подемотнапожаритеширумсветот.

Третман (Gould RA et al, 2017):

- Многу пожарникари сметаат дека мора да останат „на штрек“ дури и кога спијат. Важно е да се обидат да се исклучат кога одмараат за целосно полнење,
- Поминување што повеќе време со пријателите и семејството надвор од работа и по одмор,
- Пронаоѓање терапевт со кој може да се зборува за трауматските настани искусни на работа,
- Пожарникарскиот оддел да обезбеди ресурси, средства и специјалисти за ментално здравје потребни за да помогнат да се процесираат трауматски настани кога ќе се случат,
- Поврзаност на противпожарен оддел со Противпожарниот сојуз за однесување и учествување во нивните работилници.

Здравствена заштита

Медицински и здравствени работни места се движат од почетни позиции како што се медицински асистент и лиценцирана практична медицинска сестра до напредни улоги како што се фармацевт, лекар и регистрирана медицинска сестра за напредна пракса. Овие професионалци работат во болници, ординации на лекари, установи за долготрајна нега и локални и државни влади.

Предизвикувачи на стрес (Gould RA et al, 2015):

- Изложеност на заразни болести;
- Недостаток на потребни медицински материјали;
- Недоволно законодавство околу медицинските и / илифармацевтските услуги;
- Намалување на бројот на вработени и поголеми оптоварувања на пациентите,шторезултира со смени помалку од идеалните;
- Нереални очекувања од пациентите, нивните семејства и надзорници;
- Проблем да се надмине тежок ден на работа;
- Гледајќи како пациентите минуваат низ болни, понекогаш и искуства што го завршуваат животот;
- Недостаток на социјална и менаџерска поддршка при работа.

Третман (Greist JH et al, 2002):

- Зголемен пристап до лекарите за ментално здравје специјализирани за поддршка на болните;
- Дискутирање за опциите за попусти или стипендии за локални спортски сали, терапевти за масажа, јога студија и други велнес услуги;
- Можност за вработување повеќе персонал;
- Развој на протокол за цела установа за поддршка додека се справува со трауматски искуства, или во личниот живот или со пациент;
- Обука за справување со стресните / трауматски искуства поврзани со работата;
- Надворешен простор само за вработените каде што може да се прават паузите и да се јадат оброци на сончева светлина кога е можно.

Психологија и советување

Професионалци кои работат во оваа област се: психолог, советник за ментално здравје, терапевт за брак и семејство и училишен советник. Тие можат да работат во приватна пракса, во болница или клиника, во агенција за социјални услуги или во училишен амбиент, меѓу другите.

Предизвикувачи на стрес (Hans E, Hiller W, 2013):

- Огромна сума на осигурување и други видови документи за секој клиент;

- Помагање на другите секојдневно да се справуваат со трауматските, стресни или штетни животни искуства;
- Наоѓање на терапевт специјализиран за работа со други во професии по психологија и советување;
- Премногу голем товар;
- Чувство на изолација од другите практичари;
- Управување со лични проблеми на дворoдпрофесионалните;
- Одржување чекор со барањата за континуирано образование околу лиценцирањето кога животот станува зафатен.

Третман (Hofmann SG, Smits JAJ, 2008):

- Учество во професионално здружение за психолози и советници што нуди локални поглавја и можности за комуникација со други во слични области на работа;
- Наместо да се работи преку ручек за да се заврши документација и други административни задачи, треба да се одвои време за здрав оброк;
- Време да се излезе на сонце и да се придвижи телото на пријатни начини;
- Работа со советник или психолог кој првенствено им служи на поединците во оваа насока на работа;
- Одбивање нови клиенти или упати доколку има потреба.

Јавно здравство и администрација

Вработените во оваа област на работа се: администратор за јавно здравје, епидемиолог, специјалист за пандемија и имунолог. Тие често работат за агенции за јавно здравје како што се Центрите за контрола на болести или во болници, истражувачки установи, лаборатории, здравствени оддели и универзитети. За разлика од медицинските професионалци кои доживуваат акутен стрес од нивната работа, службениците за јавно здравје имаат тенденција да спаѓаат во категоријата хроничен стрес.

Предизвикувачи на стрес (Hofmann SG, et al, 2014):

- Ненадеен прилив на работа и притисок како резултат на неочекувани епидемии (на пример, коровавирус COVID-19);

- Чувства на безнадежност кога светот бара одговори што не можат да се дадат во овој момент;
- Соодветно финансирање од локалната и државната власт.

Третман (Marks IM et al, 2018):

- Потсетување дека се работи најдобрата работа што може под овие околности;
- Развивање мрежа со други од оваа област кои вршат слична работа и ги разбираат заедничките точки на стрес;
- Време за свеж воздух, здрава храна и каков било вид на вежба што помага да се ослободи стресот;
- Колку што може најдобро, да се балансираат работниот и домашниот живот;
- Развивање практика за медитација;
- Редовна и јасна комуникација со претпоставените за работата.

Социјална работа

Социјалните работници се специјализирани вомногуразлични области, вклучувајќи ментално здравје и злоупотреба на супстанции, деца и семејство, социјални ичовечкиуслуги и здравствена заштита.Тие работат во болници, училишта, центри за социјални услуги, болнички програми и во приватна пракса.

Предизвикувачи на стрес (Mitte K, 2005):

- Обезбедување на совет за клиенти кои се занимаваат со злоупотреба, занемарување, насилство, смрт и самоубиствена идеја;
- Голем број на работни места поради несоодветно екипирање;
- Недостаток на финансирање;
- Одржување на потребната документација и документација за секој случај;
- Наоѓање соодветни услуги и ресурси за поврзување на клиентите врз основа на нивните индивидуални потреби;
- Барање средства за неопходни услуги и програмирање;
- Постои во стреснoработноопкружување со голем промет како резултат на

исцрпеност.

- Третман (Norton PJ, Price EC, 2007):

.Ако одредени точки на траума (на пример, сексуална злоупотреба, домашен напад, тага) влијаат повеќе од другите, треба да се префрлат тие клиенти на социјални работници специјализирани во тие области и изградба своја ниша;

- Претпазливост за товарот и разговарање со претпоставен, ако бројот на клиенти на кои моментално им се служи доведува до замор од сочувство;
- Само затоа што повикот е да им се помага на другите, тоа не значи дека понекогаш не е потребна помош за себе си;
- Создавање некој вид ритуал при напуштање на канцеларијата или пристигнување дома што помага одделување од работата.

Настава и образование

Вработените во оваа област се: наставник, координатор за настава, директор и координатор за прием. Овие професионалци работат во училишта и универзитети, училишни одбори и оддели за образование, државни и локални влади.

Предизвикувачи на стрес (Olatunji BO et al, 2010):

- Планирањето на лекцијата;
- Подготовка на студенти за стандардизирани тестови, / осигурување дека покриваат доволно со држина;
- Ракување со тешки и / или машки родители или оние кои не се верени;
- Префрлување на образовните политики кои го менуваат обемот на работа;
- Оценување;
- Справување со прашања поврзани со управувањето;
- Преселба во различно одделение или предметна област;
- Ненајавени набљудувања;
- Прилагодување на нови наставни програми;
- Справување со конфликти или несогласувања со колеги наставници или училишни администратори;
- Одржување рамнотежа помеѓу работата и животот.

Третман (Olatunji BO, et al, 2013):

- Разбирање што спаѓа во кругот на грижа наспроти кругот на влијание.

- Наместо зафаќање со крајната цел, треба фокусирање на она што може да се прави секој ден за да создаде безбедна и ефективна средина за учење;
- Создавање список на мали активности за самопомагање (на пример, медитација, масажа, готвење) што може да се изберат кога треба пик-ми;
- Пронаоѓање силна мрежа на колеги едукатори или администратори кои можат да обезбедат инспирација, мудрост или слушачко уво;
- Разговор со претпоставените за потребите, говорејќи ја својата вистина, со што ќе се биде подобар учител / администратор на долг рок.

Правна јавна администрација

Вработените се: јавен правобранител, специјален обвинител, јавен обвинител и администратор за правна помош. Овие лица често работат во организации или канцеларии за правна помош, непрофитни организации, правни фирми и владини агенции.

Предизвикувачи на стрес (Paunovic N, Öst L-G, 2001):

- Правниците кои работат во семејно и кривично право често гледаат највисоки нивоа на сочувство поради тоа што биле сведоци на траумата поврзана со овие популации;
- Недостаток на ресурси и поддршка, поради што се чини тешко адекватно да се бранат или застапуваат клиентите;
- Континуирани чувства на презаситеност или емоционална исцрпеност;
- Чувства на цинизам и песимизам;
- Злоупотреба на алкохол или други актинасамо-лекување;
- Чувство на деморализираност кога случаите не одат по своја желба.

Третман (Powers MB et al, 2010):

- Одвојување време за активности што ќе помогнат за опуштеност после стресен ден, вклучувајќи вежбање, време со пријателите и семејството, медитација и забава;
- Развивање неколку активни методи за справување на кои може да се потпре доколку се чувствува стрес или секундарна траума што се прикрадува;

- Набаваква на миленичe, затоа што домашните миленици можат да им помогнат на луѓето да се релаксираат и да обезбедат емоционална поддршка во тешки периоди;
- Создавање мрежа на други адвокати кои можат да соработуваат едни со други со проблеми и да побараат помош / поддршка.

Постојат различни причини за стрес на кои се изложени работниците во јавниот сектор. Најчеста причина е прогресивното намалување на персоналот што влијае на сите сектори на јавни услуги. Политиките за штедење, догмата „приватниот е подобар“ и намалувањето на јавната потрошувачка драматично го намалија бројот на работници во сите јавни служби. Ова претставува притисок врз работниците кои треба да прават повеќе со помалку.

Идеологијата на приватизација и конкуренција е ставање акцент на квантитетот на испорака на услуги и буџетите, наместо на квалитетот, затоа ја прави иднината несигурна за многу работници. Политичарите и креаторите на политиките веќе треба да знаат дека пристапот ориентиран кон деловно работење и мантрата од 1 денар за правење 2 не работи за јавни услуги, кои треба да бидат квалитетни и универзални за сите.

Друга причина е што карактерот на најважните сектори, како што се здравството и социјалната заштита, образованието, службите за итни случаи и безбедноста, е многу трудовоинтензивен и вклучува лични односи, вклучително и физички контакт со корисниците. Ова е основен фактор на стрес, што честопати доведува до болести на менталното здравје и согорување на многу професии во јавните служби (на пример, медицински сестри, лекари, пожарникари, наставници, негователи, затворски чувари, исто така трудови и даночни инспектори). Одговорноста за човечки животи е исто така важна причина поврзана со стресот, честопати игнорирана од работодавците и корисниците, исто така.И за крај, но не и најмалку важно, насилството од трета страна на кое подлежат работниците во јавните служби повеќе отколку во другите индустриски сектори.

Најчестото влијание на стресот кај јавните услуги е недостаток на мотивација и гордост во нивната мисија за работниците и евидентно влијание врз квалитетот на услугите што им се даваат на луѓето и на заедницата. Во здравствената и социјалната заштита, како и во сите служби за итни случаи е прва реакција во случај на катастрофи

и епидемија, постојаниот контакт со страдањата и одговорноста за одговор на итноста честопати се причина за депресија и согорување. Покрај тоа, вработените во јавните служби честопати се погодени од опасни работни услови што ги стават во опасност нивните животи за да спасат животи на другите, а чувството на постојана несигурност е очигледен фактор на стрес.

3.ИСТРАЖУВАЊЕ

ПРЕДМЕТ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Когнитивната бихејвиорална терапија (КБТ) е најшироко користена терапија за анксиозни нарушувања. Истражувањата покажаа дека е ефикасен во третманот на панично растројство, фобии, социјално анксиозно растројство и генерали

анксиозно растројство, меѓу многу други состојби. КБТ се однесува на негативните обрасци и нарушувања во начинот на кој гледаме на светот и на себе. Како што сугерира името, ова вклучува две главни компоненти:

- Когнитивната терапија испитува како негативните мисли или сознанија придонесуваат за анксиозност;
- Терапијата за однесување испитува како се однесувате и реагирате во ситуации кои предизвикуваат анксиозност.

Предметот на истражувањето ќе помогне да се адресираат факторите поради кои јавната администрација на РС Македонија претрпе радикални трансформации како резултат на транзицијата на земјата кон економија на слободен пазар и нејзините амбиции за пристапување во ЕУ. Исто така ќе се адресираат факторите на анксиозност во и ОАЕ, каде сега се смета дека државните службеници се соочуваат со многу напорни и брзо променливи работни средини кои ги предизвикуваат и компетенциите и воспоставените политики за човечки ресурси (HR).

ЦЕЛИ И КАРАКТЕР НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Ова најново истражување во оваа област ќе цели кон јасно прикажување како стресот се јавува како растечки проблем во јавната администрација, со големи трошоци за поединците, организациите и општеството во РС Македонија и ОАЕ. Во овој поглед, карактерот на истражувањето ќе покаже дека е важно социјалните партнери на национално и организациско ниво да превземат заеднички активности за идентификување и спречување на стресот поврзан со работата.

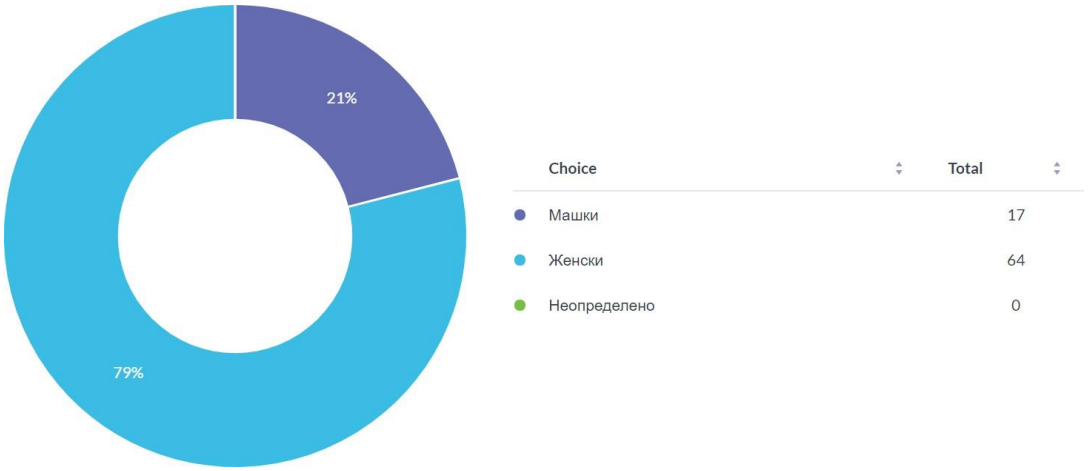
Основната премиса на КБТ е дека мислите - а не надворешни настани - влијаат на начинот на кој се чувствуваат луѓето. Со други зборови, не е ситуацијата во која луѓето се наоѓаат, таа што одредува како се чувствуваат, туку личната перцепција за ситуацијата.

ИСПИТАНИЦИ

Согласно потребите на истражувањето, во РС Македонија се опфатени 81 испитаник, од кои: 64 се женски, а 17 се машки пол; 54.3% се со високо образование, а останатите 50% се со друго пониско или повисоко образование; 42% имаат работен стаж подолг од 16 год., а останатите се со понизок стаж; 63% живеат со партнер/ка, а

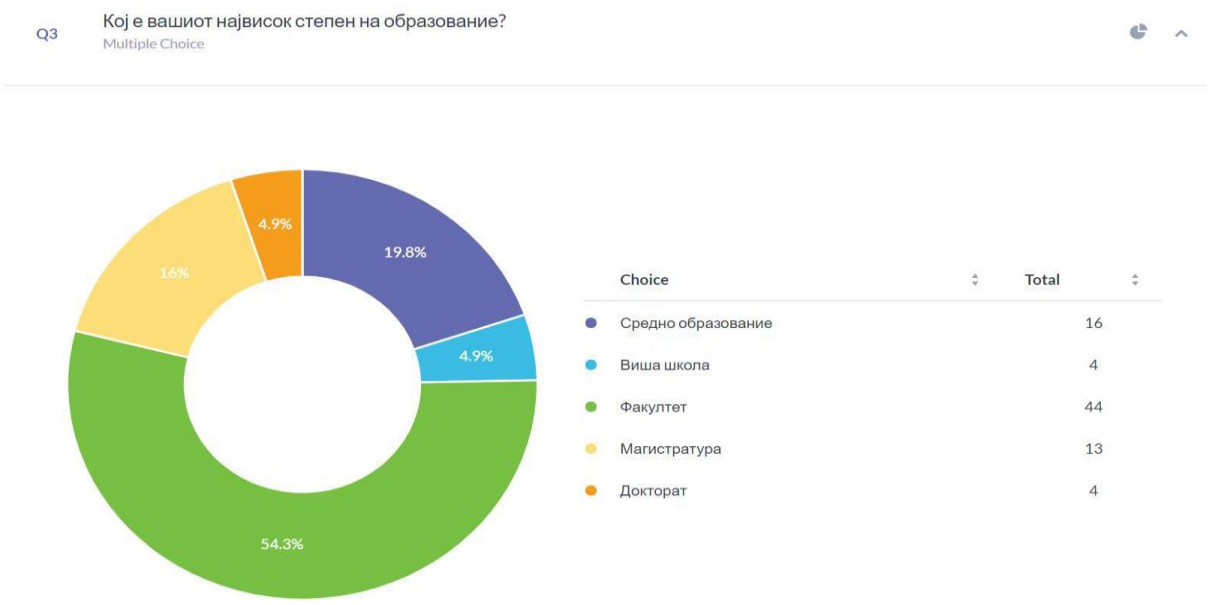
останатите имаат поинаков животен статус. Додека пак во ОАЕ се опфатени 24 испитаници, од кои: 19 се женски, а 5 се машки пол; по 41% се со високо образование и магистратура, а останатите се со пониско образование; 41.7% имаат работен стаж од 4 до 9 год., а останатите се со понизок, односно повисок стаж; 37.5% се сами, а останатите имаат поинаков животен статус. Демографијата на испитаниците детално е прикажана во следните дијаграми:

Графикон бр. 1 Испитаници во РС Македонија по пол



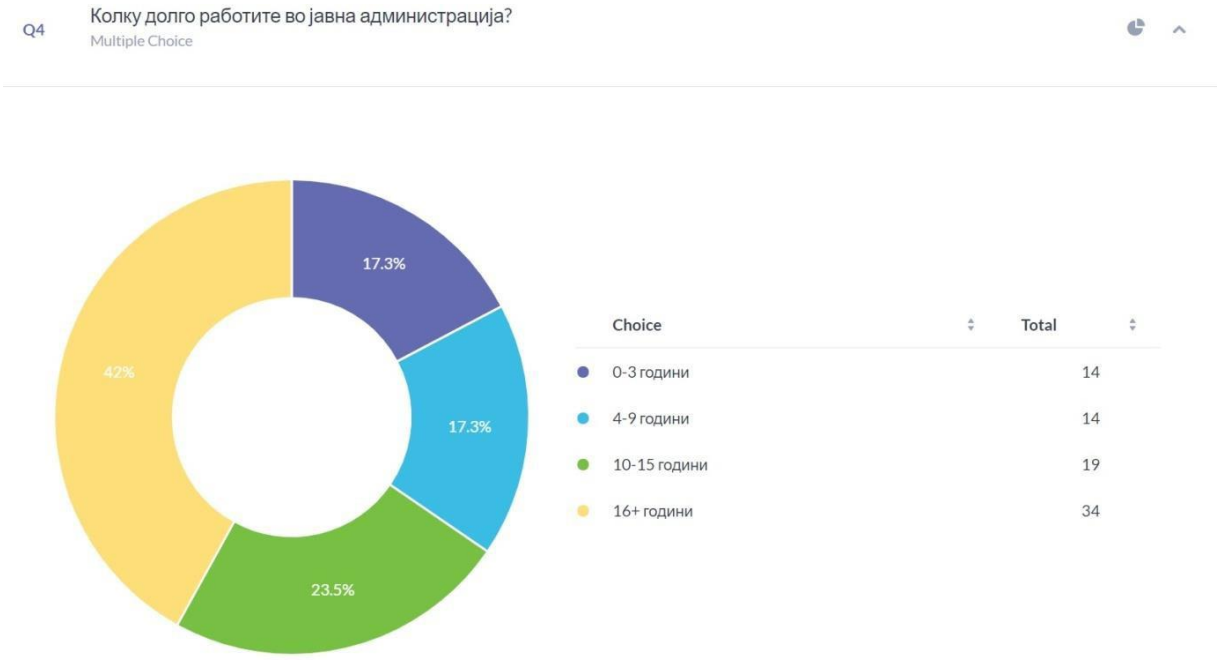
Извор: Сопствено истражување

Графикон бр. 2 Испитаници во РС Македонија по степен на образование



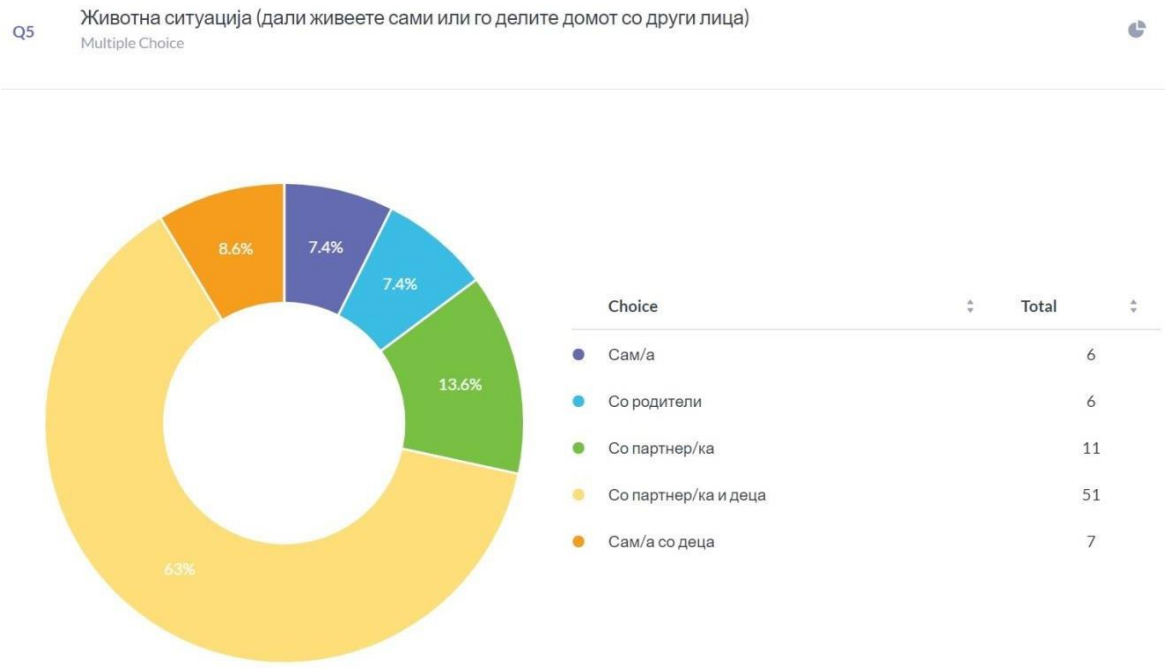
Извор: Сопствено истражување

Графикон бр. 3 Испитаници во РС Македонија по работен стаж



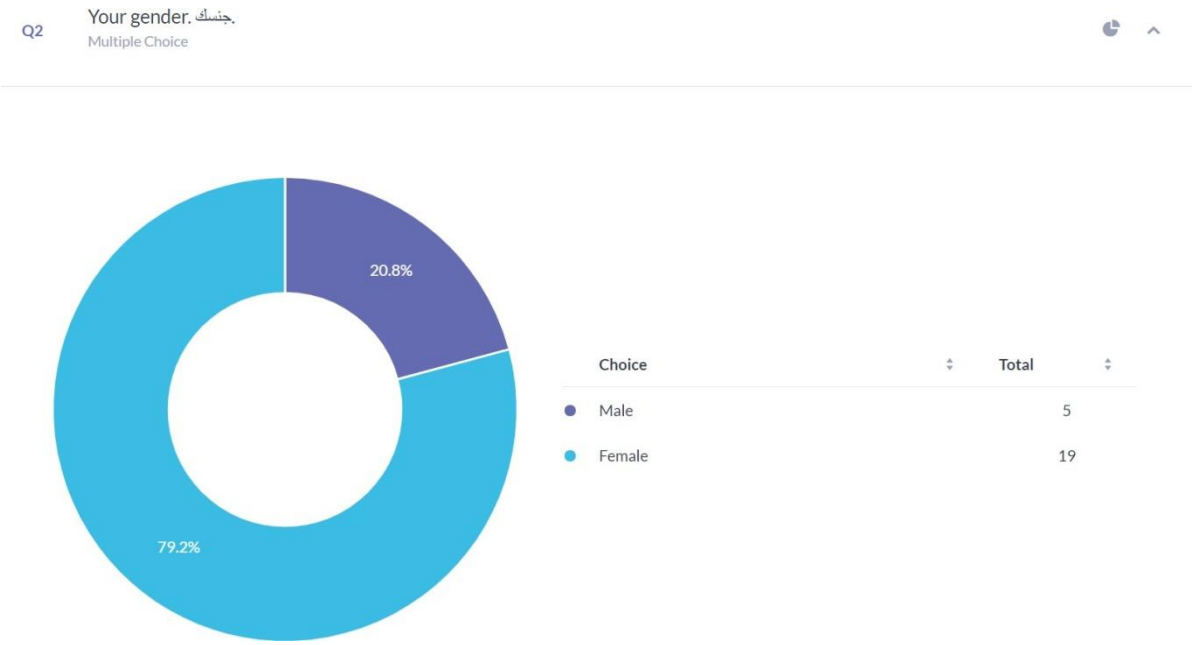
Извор: Сопствено истражување

Графикон бр. 4 Испитаници во РС Македонија по животна ситуација



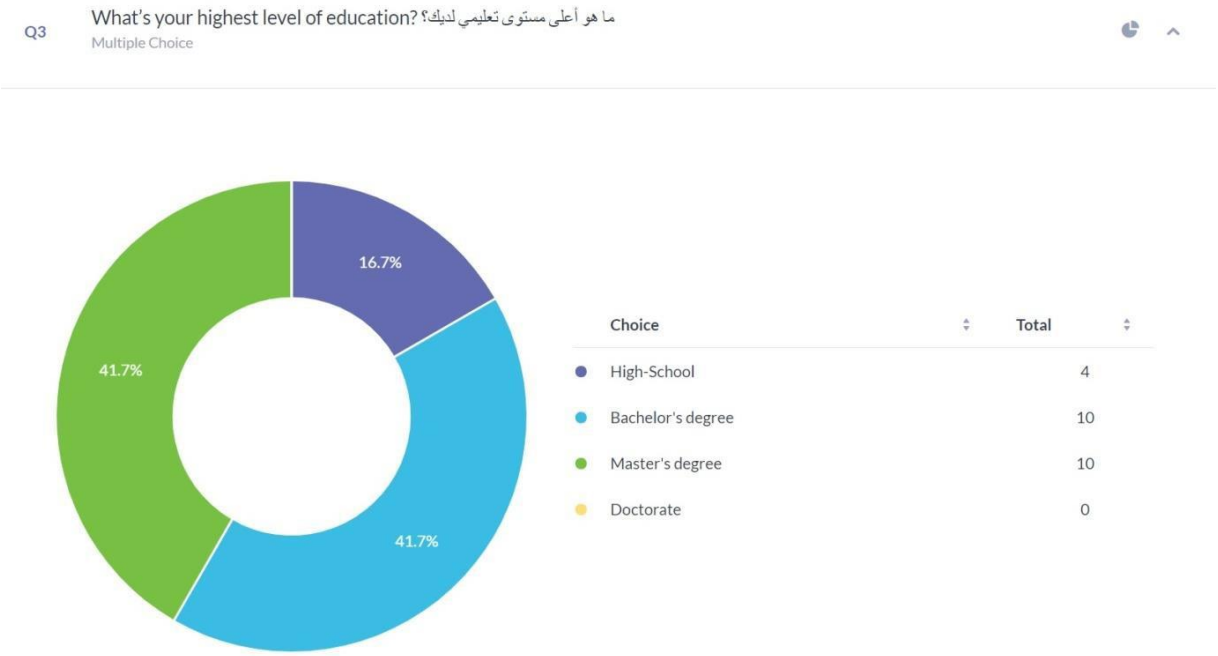
Извор: Сопствено истражување

Графикон бр. 5 Испитаници во ОАЕ по пол



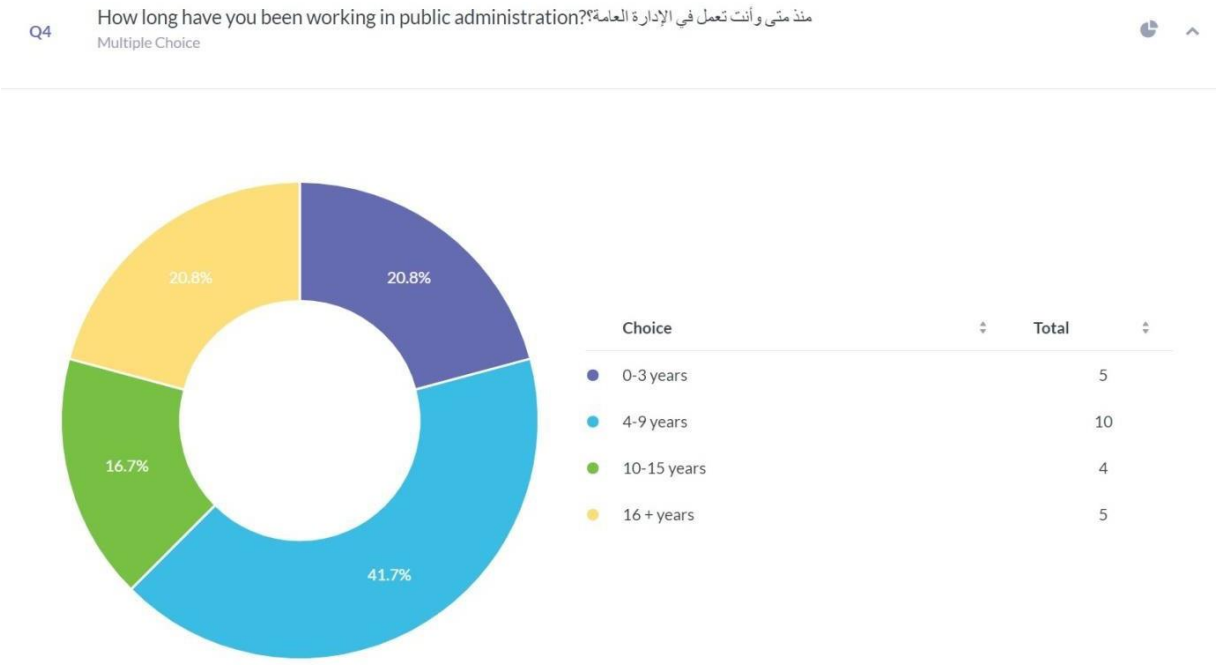
Извор: Сопствено истражување

Графикон бр. 6 Испитаници во ОАЕ по степен на образование



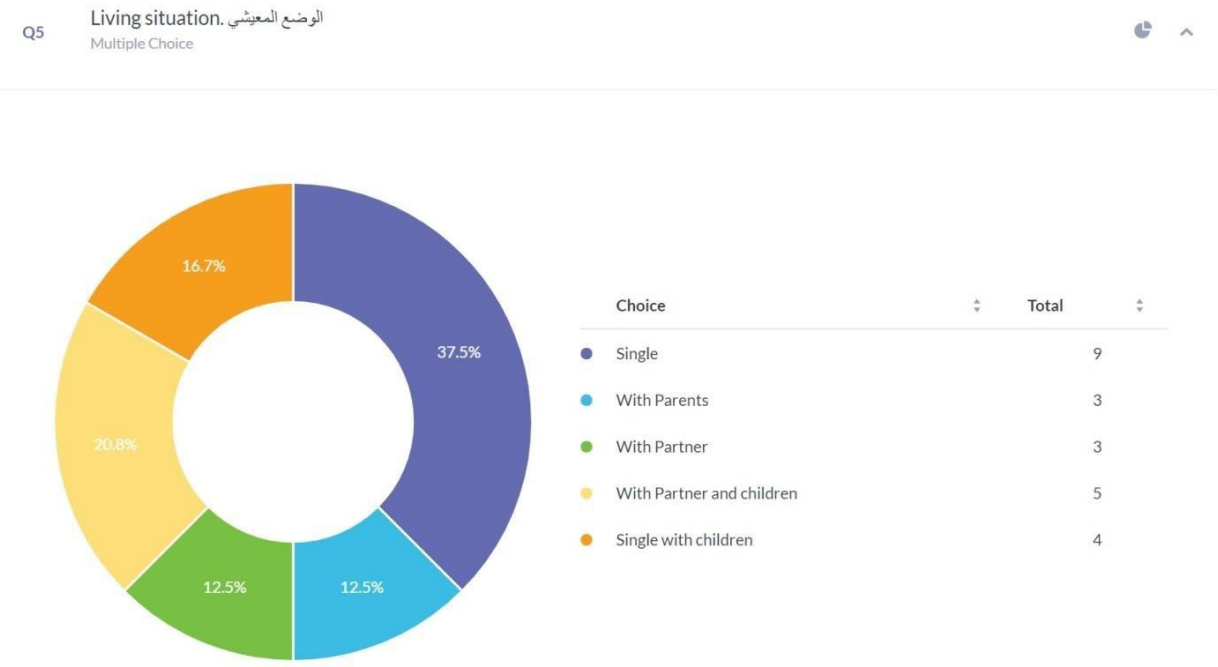
Извор: Сопствено истражување

Графикон бр. 7 Испитаници во ОАЕ по работен стаж



Извор: Сопствено истражување

Графикон бр. 8 Испитаници во ОАЕ по животна ситуација



Извор: Сопствено истражување

ХИПОТЕЗИ

Општа хипотеза - Статистички значајната разлика во степенот на анксиозност кај лица во јавната администрација во Република Северна Македонија и Обединетите Арапски Емирати во однос на полот и годините на стаж.

Помошни хипотези:

1. Присутна е статистички значајна разлика во степенот на анскиозност кај мажи и во степенот на анскиозност кај жени во јавната администрација во Република Северна Македонија;
2. Присутна е статистички значајна разлика во степенот на анскизоност кај мажи во однос на степенот на анскиозност кај жени во јавната администрација во Обединетите Арапски Емирати;
3. Вработените со повисок стаж имаат помал степен на анскизоност во однос со вработените со помал работен стаж во Република Северна Македонија и во Обединетите Арапски Емирати;
4. Дали има статистички значајна поврзаност помеѓу вработените во јавната администрација во Република Северна Македонија во однос со Обединетите Арапски Емирати.

ВАРИЈАБЛИ

Зависна варијабла – анскиозните нарушувања, укажува дека анксиозноста делумно ги посредува ефектите и на стресот и на самодовербата врз депресијата. Можно е променливоста на исходот за анксиозност да биде и категорична или номинално променлива; односно, истражувачот може да го класифицира секој учесник како 1 = вознемирен или 0 = невознемирен, врз основа на набљудувања на однесувања како што се брзината на говорот или нервозата. Анксиозноста прво е третирана како променлива на континуирано ниво, а потоа како категорична варијабла.

Независна варијабла – полот, образование, степенот на стаж, начинот на живеење (Р. Северна Македонија или Обединетите Арапски Емирати).

Полот се третира како бинарна променлива. Мажите/жените се недвосмислени, недиференцирани категории. Машкото ги изедначува мажите, а женското ги изедначува жените. Исто така, родот се третира како само една променлива меѓу бројните други варијабли, при што полот често не е фокусна точка на истражувањето. Полот е

категоричен податок, бидејќи може да се категоризира на машки и женски според некои уникатни квалитети што ги поседува секој пол. Иако полот се третира како независни променливи (на пр., фактори, сили, структури) и се повикуваат како причински објаснувања за различни исходи, овој труд им приоѓа на овие конструкции со покарактеристични, човечко ангажирани термини.

Нивото на образование (со можни вредности на средно училиште, додипломски и постдипломски студии) е редна варијабла. Може да се користат фреквенции, проценти и одредени непараметриски статистики со редни податоци за нејзиното мерење. Нивото на постигнување образование е мерено како интервална мерка, повисокиот резултат е показател за повисоко образовно достигнување.

Работниот стаж е демографска варијабла поврзана со фактори кои влијаат на учеството во работата на вработените со здравствени проблеми кои се важни. Тоа е независна променлива по дефиниција, бидејќи со неа не може да се манипулира.

Животната ситуација е номинална променлива. Доколку постои природно подредување на категориите, променливата се опишува како редна. Животната ситуација на едно лице е номинална квалитативна променлива на која не може да и се додели нумеричка вредност. Дискретната променлива е секогаш нумеричка.

МЕТОДИ, ТЕХНИКИ И ИНСТРУМЕНТИ

Генералната метода која е користена во ова истражување е мешана анкета на 81 испитаници од РС Македонија и 24 од ОАЕ, која користи комбинација од квантитативни стратегии за истражување (користење прашалници со нумерички оценети ставки) и квалитативни стратегии за истражување (користење отворени прашања).

Прашалникот, прикажан во табела бр. 1 е користен како истражувачки инструмент кој се состои од 29 прашања со цел да се соберат информации од испитаниците. Прашалникот може да се сфати како еден вид писмено интервју за потребите на ова истражување. Испрашувањето е извршено преку компјутер со користење на платформа за испитаниците.

Anxiety-Trait 29 (Tovilović & Novović, 2009) е ново развиен инструмент кој наводно ја мери анксиозноста на особини. Конечната верзија на инструментот беше создадена од поголем базен со артикли користејќи серија психометриски процедури.

Значителен број на ставки од почетниот збир на ставки беа избрани од постојните пописи кои беа сметани за најдобри показатели за анксиозност врз основа на нивните психометриски својства и рационална анализа на нивната содржина. Конечната верзија на инструментот има 29 ставки. Од испитаникот се бара да го оцени степенот до кој се согласува со секоја ставка на Ликертова скала од 4 точки.

Ова истражување ги има следните цели коирстејќи го овој инструмент: да се утврдат психометриските карактеристики на новиот инструмент кој има за цел да ја мери анксиозноста на особини - AT29, да ја истражи ефективноста на процедурата за индукција на расположение во предизвикувањето состојба на анксиозност и да ја одреди улогата на анксиозноста на особини, како што се мери со AT29, како одговор на индукција на расположение. AT29 беше администриран како дел од поголема тест батерија на 81 испитаник од РС Македонија и 24 од ОАЕ. Испитаниците беа избрани по случаен избор да учествуваат во втората експериментална фаза од истражувањето. Од различни гранки на државната јавна администрација на двете земји. Овие избрани учесници беа по случаен избор поделени во две групи: едната од РС Македонија, а другата од ОАЕ. Состојбата на анксиозност беше измерена во двете групи користејќи го прашалникот во табела бр. 1 непосредно пред и по индукцијата на расположението. Беше докажано дека постои значајна поврзаност помеѓу анксиозноста на особини како што се мери со AT29 и состојбата на анксиозност добиена во двете прилики на мерење - пред и по индукција на расположение. По индукцијата на страв, македонската група демонстрираше повисоки резултати на состојба на анксиозност. Сепак, интеракцијата помеѓу членството во групата и анксиозноста на особини не беше значајна. Беа дискутирани потенцијалните објаснувања во врска со недостатокот на ефектот на анксиозноста на особини врз состојба на анксиозност во овој експеримент за индукција на расположение, како и некои препораки за идни истражувања. Дополнително, резултатите сугерираат дека AT29 има многу добри психометриски карактеристики: висока внатрешна конзистентност и веродостојност на тест-повторно тестирање (0,96 и 0,86 соодветно), како и добра дивергентна и конвергентна валидност.

AT29 Скала

0 - Тоа воопшто не се однесува на мене

1- Тоа се однесува во мала мера

2- Тоа се однесува умерено

3- Тоа прилично се однесува на мене

4- Тоа во потполност се однесува на мене

Табела бр. 2 Опис на категории врз основа на вредностите Т-скорови на скалата АТ29 за општа популација.

Т- СКОР	КАТЕГОРИЈА
до 34	**Изразено ниско** исполнувачки црти на анксиозност
35-44	**Ниско** исполнувачки црти на анксиознсот
45-55	**Просечно** исполнувачки црти на анксиозност
56-65	**Високо** исполнувачки црти на анксиозност
66 и повеќе	**Изразено високо** исполнувачки црти на анксиозност

Од сето ова мора да се истакне фактот дека скалата АТ29 е наменета за испитување на степенот на анксиознсот и цртите на анксиозност меѓу испитаниците од одредена популација. Високите скорови означуваат присутност на слабост на анксиозните нарушувања или со други зборови присутност на суб клиничка или патолошка анксиозност. Сепак инструментот не може да биде користен како замена за клиничките инструменти кои се користат за оценување на анксиозноста.

4. АНАЛИЗА НА ПОДАТОЦИТЕ ОД Р.С. МАКЕДОНИЈА

ДИСТРИБУЦИЈА НА ПОДАТОЦИ ВРЗ ОСНОВА НА ПОЛ И ЖИВОТНА СИТУАЦИЈА

Состојбата на анксиозност беше измерена во двете групи користејќи го прашалникот во табела бр 1, со тоа што од 81 испитаници во Р.С.Македонија, 79% се жени додека 20.9 % беа мажи. Од 79% од женската популација, 46% укажаа на високо ниво на анксиозност при тоа нивната животна состојба е со партнер и деца. Додека од табела бр.3 забележуваме дека кога ќе ја земеме вистинската вредност од добиените податоци, земајќи го во предвит фактот дека 79% од испитаниците се жени, би било логично даго земеме тоа во обзир при анализирањето на податоците.

Во првата табела ги имаме испитаниците кои имаат изјавено дека живеат сами. Од нив 12% од женската популација е со изразено ниски црти на анксиозност, додека кај машката популација 3% е со изразено ниски црти на анксиозност а 12% со високи црти на анксиозност.

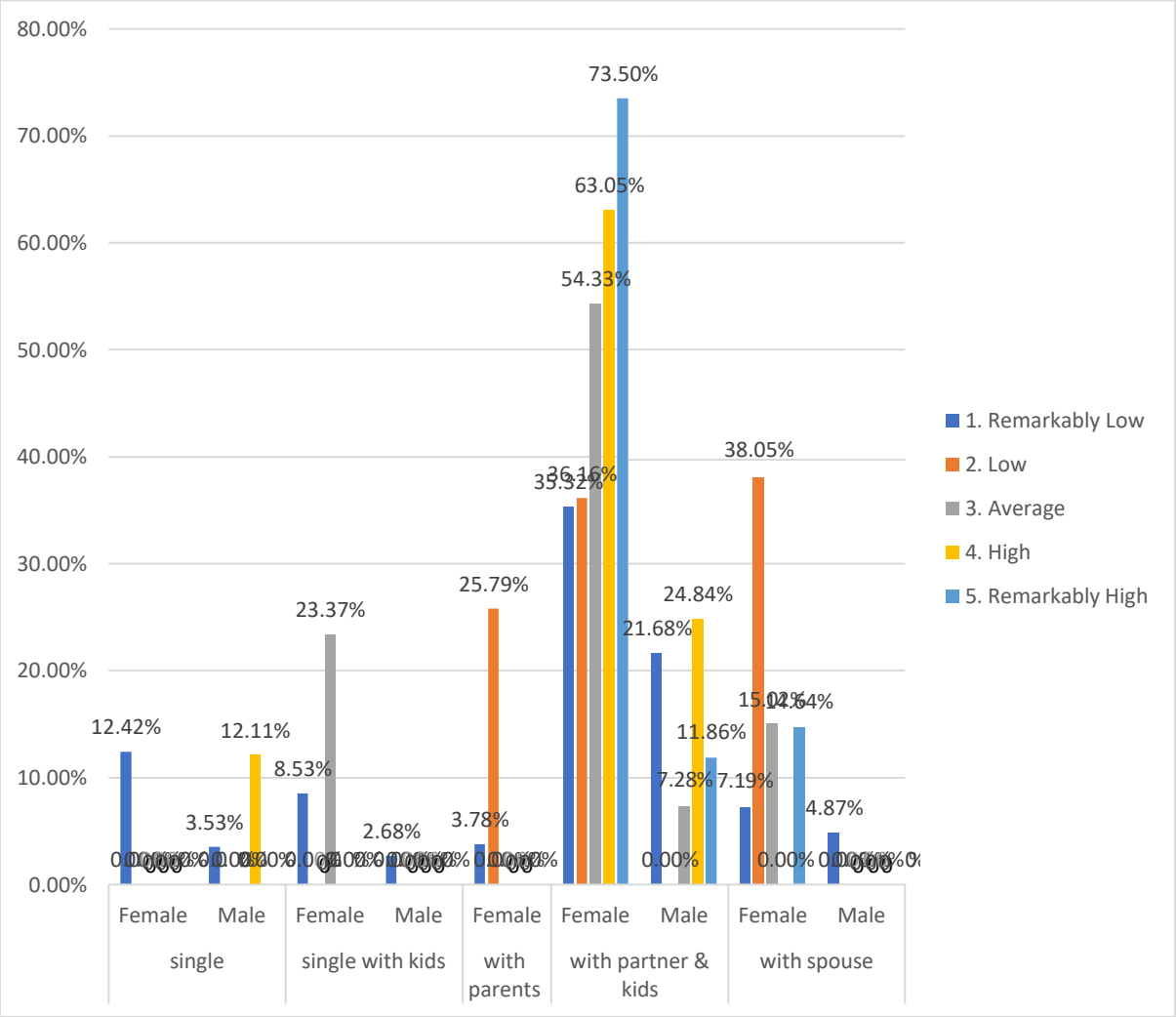
Ситуацијата значително се разликува кога ја обсервираме втората графа, односно лица кои живеат со деца, односно самохрани родители. Во оваа графа каде машката популација изразува ниски црти на анксиозност од 2.6% за разлика од женската популација каде 8.5% имаат изразено ниски црти на анксиозност, додека 23% од испитаниците имаат изјавено просечни црти на анксиозност. Од пријавените испитаници во третата графа 25% од женската популација покажува ниски црти на анксиозност, додека 3.7% од машката изразено ниски црти на анксиозност.

Од пријавените испитаници во четвртата графа гледаме значителен пораст на нивото на анксиозност, 35% од женската популација изјавиле изразено ниско ниво на анксиозност, 54 % просечни црти на анксиозност, 63 % високо ниво на анксиозност и 73% изразено високо ниво на анксиозност што вооедно е највисока вредност од сите обработени податоци. Кај машката популација сликата е сосема поинаква, 21 % од нив имаат изразено ниско ниво на анксиозност, 7% просечно, 24% високи црти на анксиозност и 18% изразено високи црти на анксиозност.

Петтата графа, односно графата каде испитаниците се изјасниле дека живеат само со партнер/ка, 38% од женската популација имаат ниски црти на анксиозност, 15% просечни црти и 14% изразено високи црти на анксиозност. Додека кај машката популација 4.7 % имаат изразено ниски црти на анксиозност, што доведува до заклучок дека машката популација во глобала има понизок степен на анксиозност кога е во заедница со партнер, со деца или со родители, во споредба со женската популација која врвот го достигнува во графата со лица кои живеат со партнер и деца. Тоа е дел од менталитетот во Р.С.Македонија каде жените завземаат потрадиционална улога на главен придонесувач на сите потреби во домаќинството така што одговорноста е двојно зголемена за разлика од машката популација која традиционално има помалку одговорност и помала вклученост во семејните секојдневни работи.

Овие резултати се доста интересни показатели кои отвараат можност за нови подетални истражувања од аспект колку менталитетот и социјалните норми придонесуваат за овие резултати.

Табела бр. 3 Опис на реална вредност на анксиозност по основа пол и животна ситуација



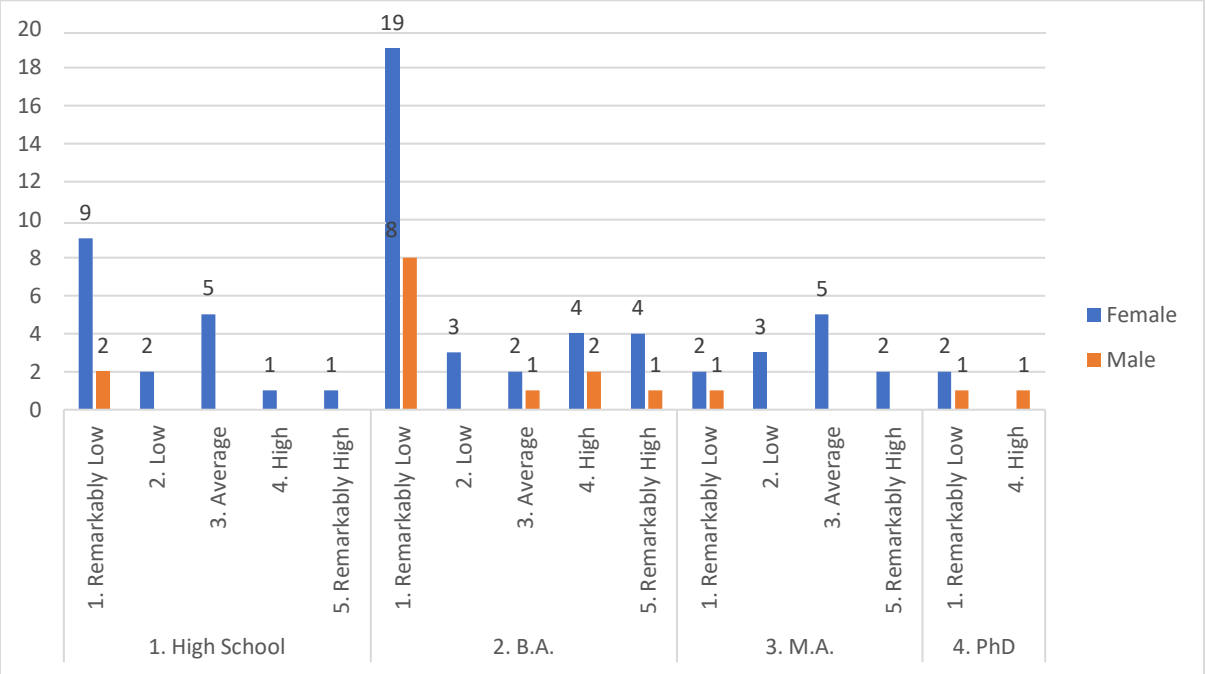
ДИСТРИБУЦИЈА НА ПОДАТОЦИ ПО ОСНОВА НА ПОЛ И СТЕПЕН НА ОБРАЗОВАНИЕ

Од 81 испитаници, состојбата на анксиозност беше измерена по основа на полот и степенот на образование. Од испитаниците во Р. С.Македонија, 18 лица од женската популација изјавија дека имаат средно образование. Во овој дел 9 од 18те испитаници изразија релативно ниско ниво на анксиозност, додека 5 испитаници се со просечно исполнувачки црти на анксиозност, додека 2 се со ниско исполнувачки црти на анксиозност. Од друга страна од машката популација 2 испитаници изјавија релативно ниски исполнувачки црти на анксиозност.

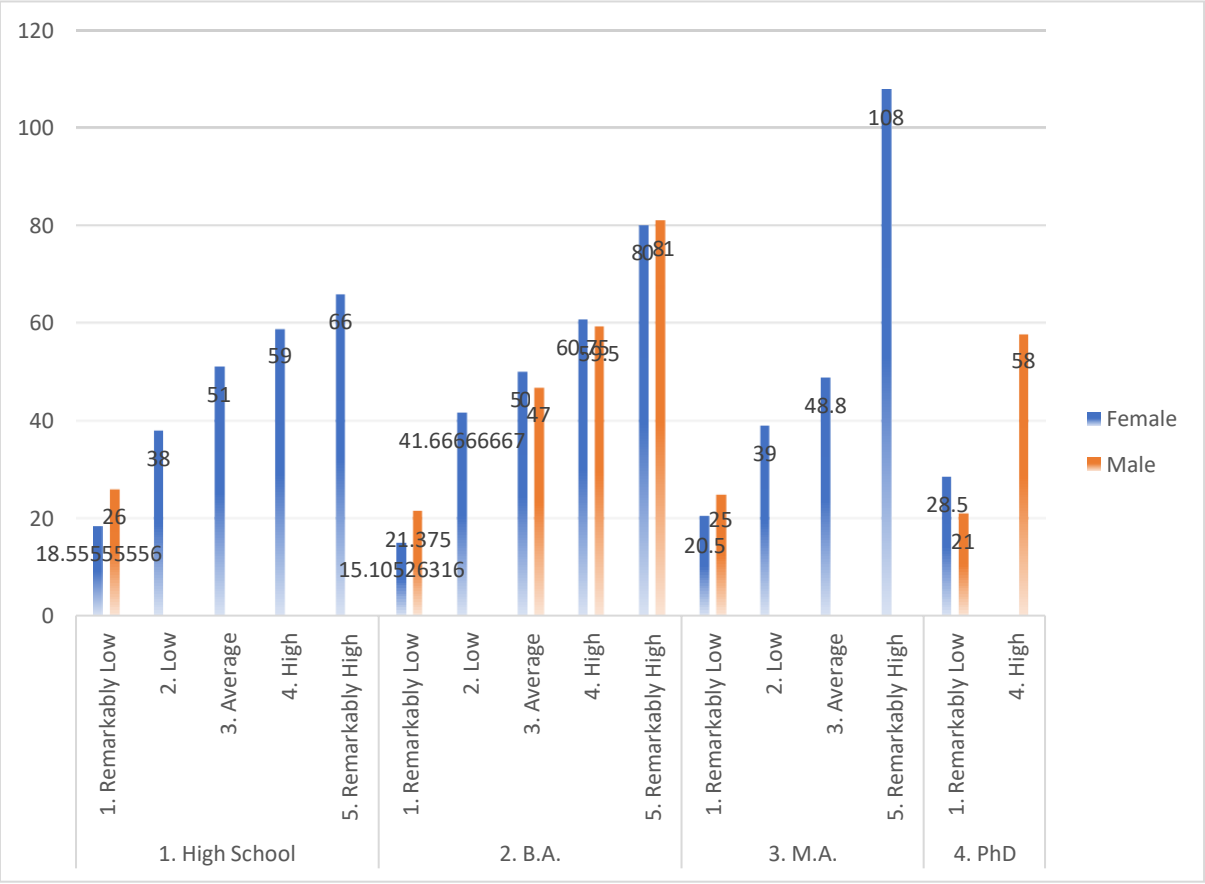
Ако продолжиме со втората графа каде испитаниците изјавија дека имаат универзитетска диплома, 32 женски испитаници и 12 машки испитаници спаѓаат под оваа категорија. Од тие 19 изјавија изразено ниски исполнувачки црти на анксиозност од женската популација, додека од машката , 8 испитаници изјавија изразено ниски исполнувачки црти на анксиозност. Иако во оваа графа сеуште доминира изразено ниско исполнувачки црти на анксиозност, забележуваме пораст во делот на просечно, високо и изразено високо исполнувачки црти на анксиозност кога станува збор за женските испитаници за разлика од машките испитаници кај кои од статискичката обработка на податоците не гледаме големо отстапување кога станува збор на степенот на анксиозност и корелацијата на степенот на образование.

Во третата графа ги имаме испитаниците со завршена магистратура каде од женската популација имаме 12 испитаници, а од машката само 1. Во овој дел 5 од тие женски испитаници изјавуваат изразено ниско и ниско исполнувачки црти на анксиозност, додека 7 се со просечно или изразено високо исполнувачки црти на анксиозност што е за степен поголемо од претходните две групи каде доминантна црта е ниско изразени црти на анксиозност. Кај машката популација имаме само еден испитаник со магистратура со изразено ниски црти на анксиозност. Во последната графа имаме испитаници 4 испитаници, односно по 2 од двата пола, каде женските испитаници пријавуваат изразено ниски црти на анксиозност, додека кај машките испитаници еден од испитаниците е со изразено ниски, додека другиот со високи црти на анксиозност. Од прикажаните податоци женските испитаници во просек имаат константно изразени црти на анксиозност со високо образование, за разлика од машките испитаници кои не даваат одредена црта дека степенот на образование е битен фактор за анксиозност, односно стрес на работното место.

Табела бр. 4 Опис на реална вредност на анксиозност по основа пол и степенот на образование



Табела бр. 5 Опис на реална вредност на анксиозност по основа пол и степенот на образование



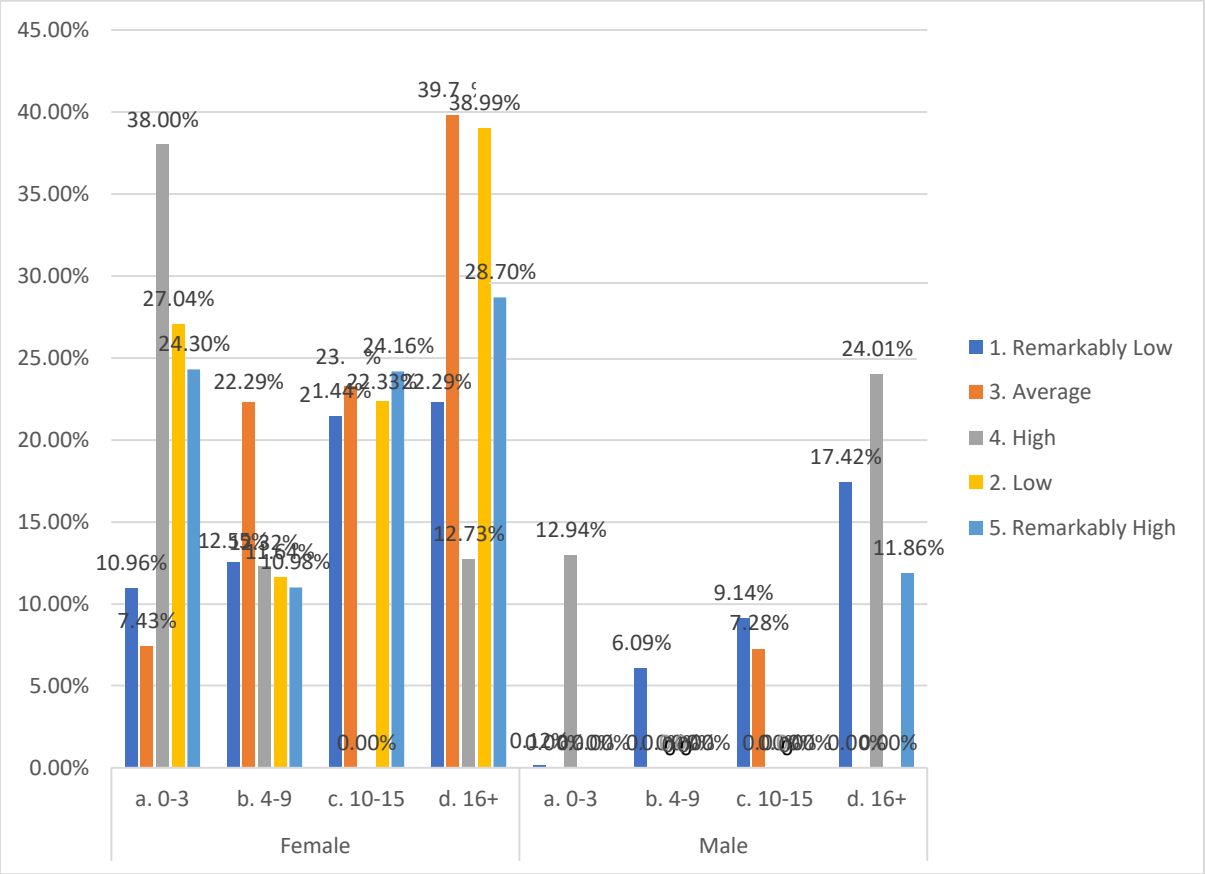
ДИСТРИБУЦИЈА НА ПОДАТОЦИ ПО ОСНОВА НА ПОЛ И РАБОТЕН СТАЖ

Состојбата на анксиозност по основа на полот и работниот стаж беше измерен степенот на анксиозност. Од добиените податоци приложени се неколку табели за полесно да ги илустрираат резултатите. Во оваа група ги разгледуваме полот и работниот стаж како варијабли кои би можеле да ни дадат повеќе податоци за тоа дали имаат одредено влијание врз степенот на анксиозност кај вработените во јавна администрација во Р. С. Македонија. Од приложените податоци од 81 испитаници, во првата графа каде работниот стаж е од 0 до 3 години, скоро половина и повеќе од испитаниците во оваа група се изјасниле со високо, или изразено високи црти на анксиозност, слично како и машката група на испитаници во овој дел, кои се имаат изјаснето со високо ниво на анксиозност. Факторот на новитет и недоволно искуство може да се земе како предвид кај овие испитаници доколку се гледаат засебно од другите испитаници со поголем број на работен стаж.

Во втората графа се испитаниците со работен стаж од 4-9 години кои се моментално дел од јавната администрација во Р. С.Македонија. Испитаниците беа одбрани по случаен избор од различни гранки на државната јавна администрација и нивните одговори се анонимни, така што веродостојноста на податоците кога станува збор за работен стаж може и да не отсликуваат реална слика. Во втората графа има постепено намалување на степенот на анксиозност кај женската популација од испитаниците, додека кај машката популација има значително намалување на степенот на анксиозност каде испитаниците кои во овој дел изјавиле дека имаат 4 до 9 години работен стаж, се имаат изјаснето со релативно ниски црти на анксиозност. Во третата графа имаме испитаници кои се со работно искуство од 10 до 15 години, моментално вработени во јавна администрација. Од оваа група во машката популација имаме релативно ниски црти на ансксиозност и просечни црти на анксиозност, додека кај женската популација забележуваме повторно зголемување на анксииозноста каде поголемиот дел од испитаниците се изјасниле со просечни црти на анксиозност како и изразено високи црти на анксиозност.

Во последната графа имаме преглед на испитаниците со над 16 години работен стаж, моментално вработени во државна јавна администрација во Р.С.Македонија каде имаме значително зголемување на анксиозноста кај машката и женската популација. Машката популација се има изјаснето со високо и изразено високи црти на анксиозност, додека женската популација има значително зголемување во делот на просечно, високи и изразено високи црти на анксиозност според скалата АТ29, односно прашалникот кој е користен во овој дел од истражувањето. Од приложените резултати по интер за додатно истражување би било поврзаноста меѓу работниот стаж и менаџирањето на одредени гранки на јавната администрација со цел добивање на јасна слика за нивото на задоволство/незадоволство од менаџерството и дирекцијата и како тоа влијае врз анксиозноста на вработените. Доколку имаме јавна администрација каде вработените се под постојани притисоци од надворешни фактори, тогаш резултатите од ова се добра основа да се превземат додатни чекори за изнаоѓање на решение.

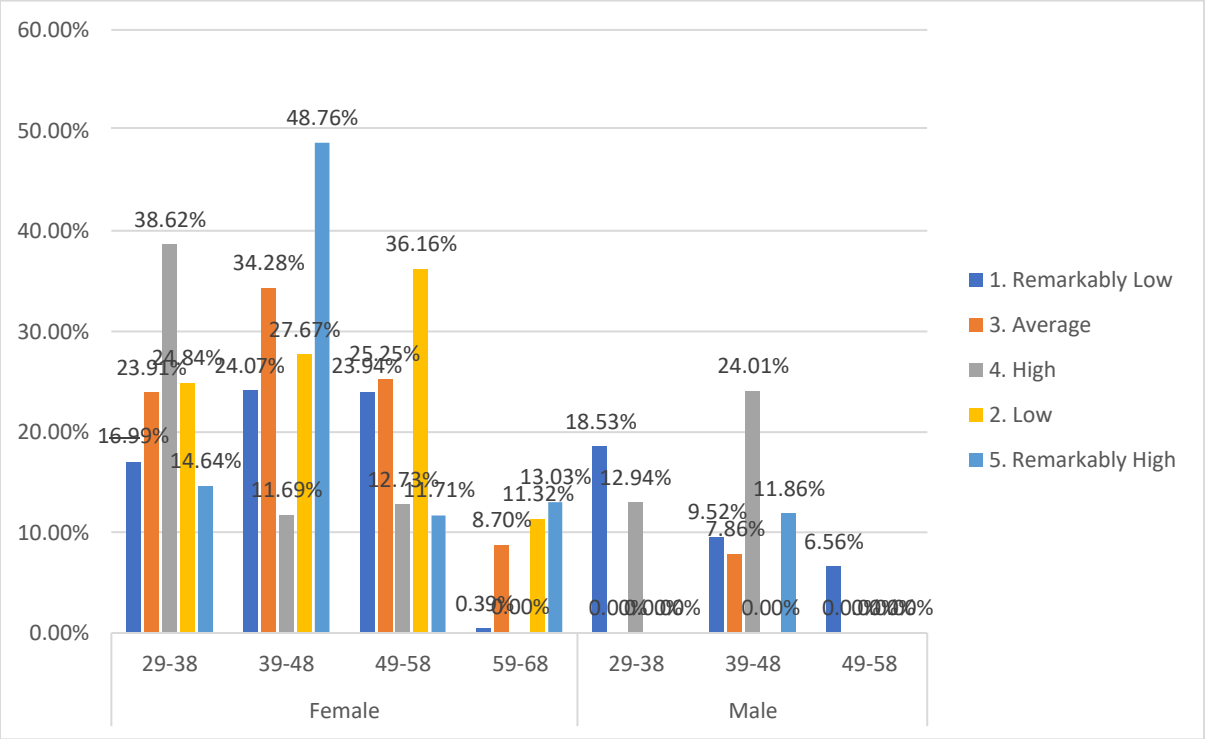
Табела бр. 7 Опис на реална вредност на анксиозност по основа пол и работниот стаж



ДИСТРИБУЦИЈА НА ПОДАТОЦИ ПО ОСНОВА НА ПОЛ И ВОЗРАСТ

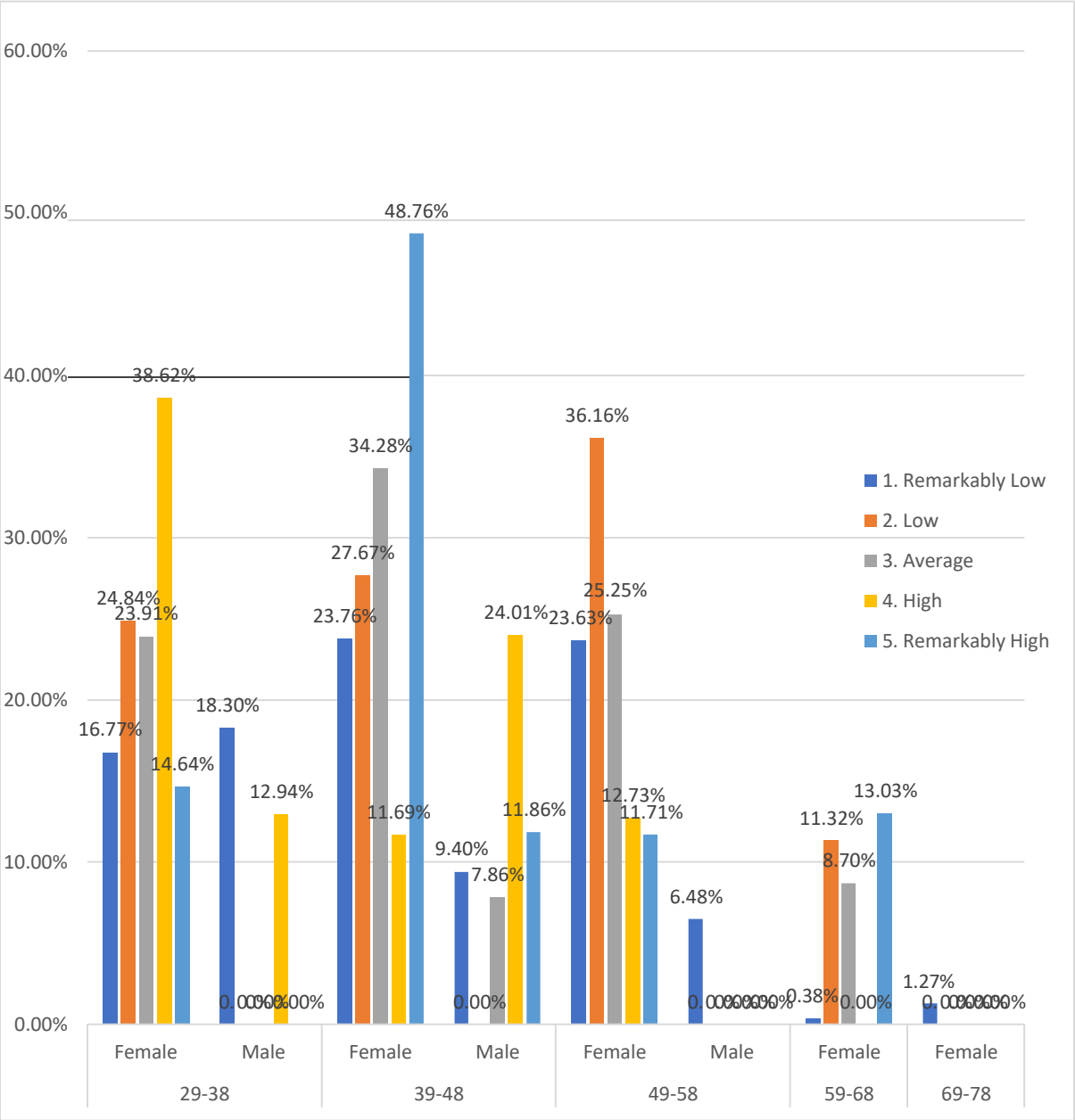
Од 81 испитаници во анкетата, 77 се имаа изјаснето со концизни податоци за нивната возраст, додека 4 од испитаниците имаа избрано датуми кои не се поистоветуваат така што нивните одговори не беа земени во предвид во оваа анализа со цел да се добие подобра и по реалистична слика од останатите испитаници. Најмладиот испитаник во оваа анонимна анкета која беше испратена и споделена со лица одбрани по случаен избор од различни гранки на државната јавна администрација беше 29 години, додека најстариот испитаник беше 62.

Табела бр. 8 Опис на реална вредност на анксиозност по основа пол и годишна возраст



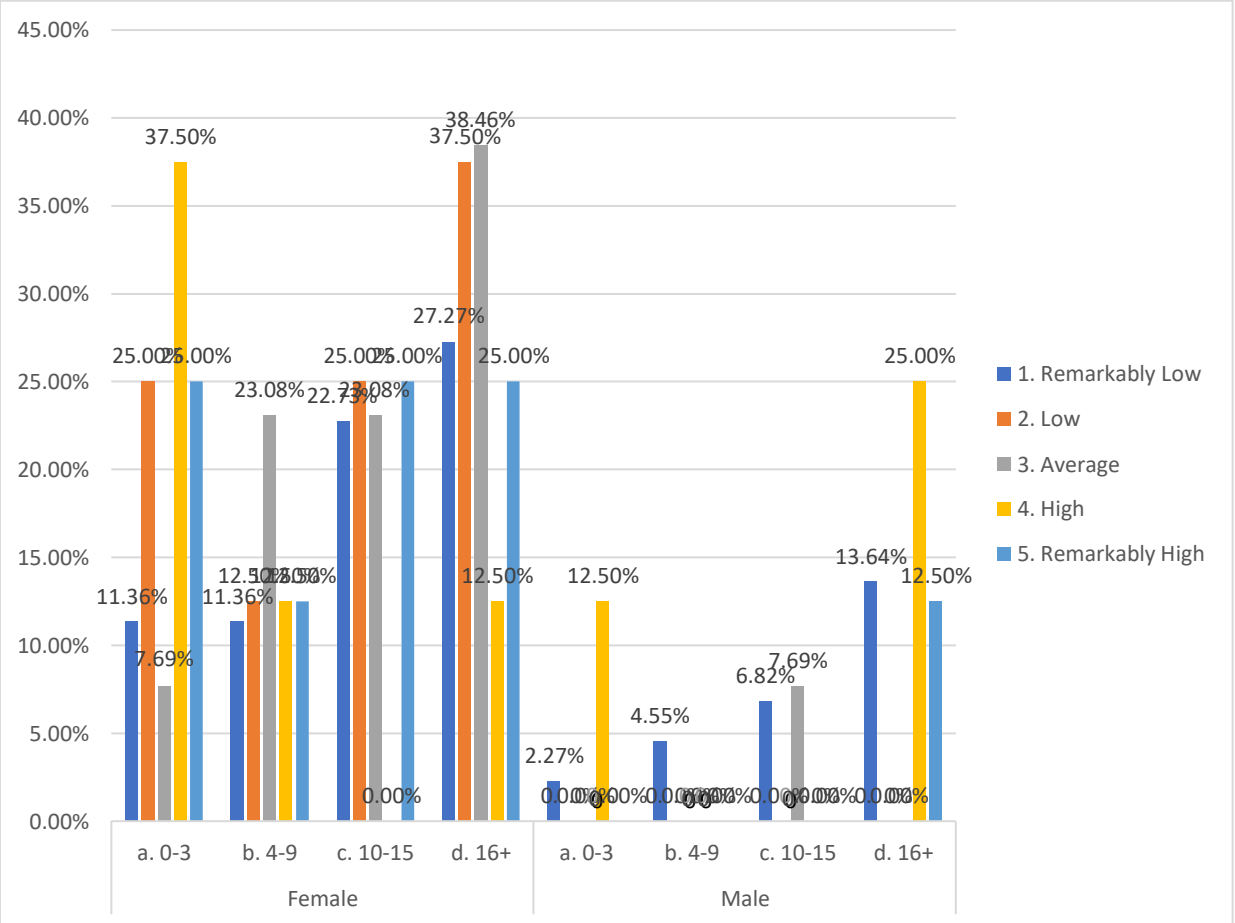
Од табела бр.9 можеме да забележиме дека од обработените податоци женската популација во сите различни годишни групи има зголемено ниво на анксиозност за разлика од машките испитаници кај кои во првата возрасна група, односно машки испитаници од 29 до 39 години, нивото на анксиозност е исто како и испитаниците од 49 до 59 годишна возраст. Од испитаниците во возрасната група од 39 до 49 годишна возраст, кај машката популација забележуваме одреден пораст на анксиозноста што е значително на исто ниво како и женската популација во таа возрасна група, односно за степен поголемо. Најголеми црти на анксиозност се појавуваат во последната возрасна група односно од 59 до 69 години, каде од машките испитаници немаме ниеден испитаник во таа возрасна група, додека кај женските испитаници беа 4 на број, сите од нив појавуват високи црти на анксиозност.

Табела бр. 9 Опис на реална вредност на анксиозност по основа на годишна возраст и работен стаж



Од табелата бр. 10 по обработените податоци, се забележува значајно видлива категорија на изразено високи црти на анксиозност во секоја возрасна група со тоа што првата група односно од 29 до 39 годишна возраст пријавуваат највисоки црти на анксиозност без оглед на пол. Во втората и третата графа резултатите се релативно идентични и говорат за тоа дека овие две возрасни групи од испитаниците се снаоѓаат релативно исто со анксиозноста. Во последната графа ги имаме испитаниците од возрасната група од 59 до 69 години. Со што во оваа група забележуваме дека испитаниците се изјасниле или со ниски и просечни црти на анксиозност, или со изразено високи црти на анксиозност. “”

Табела бр. 10 Опис на реална вредност на анксиозност по основа на пол и стаж



5. АНАЛИЗА НА ПОДАТОЦИТЕ ОД ОАЕ

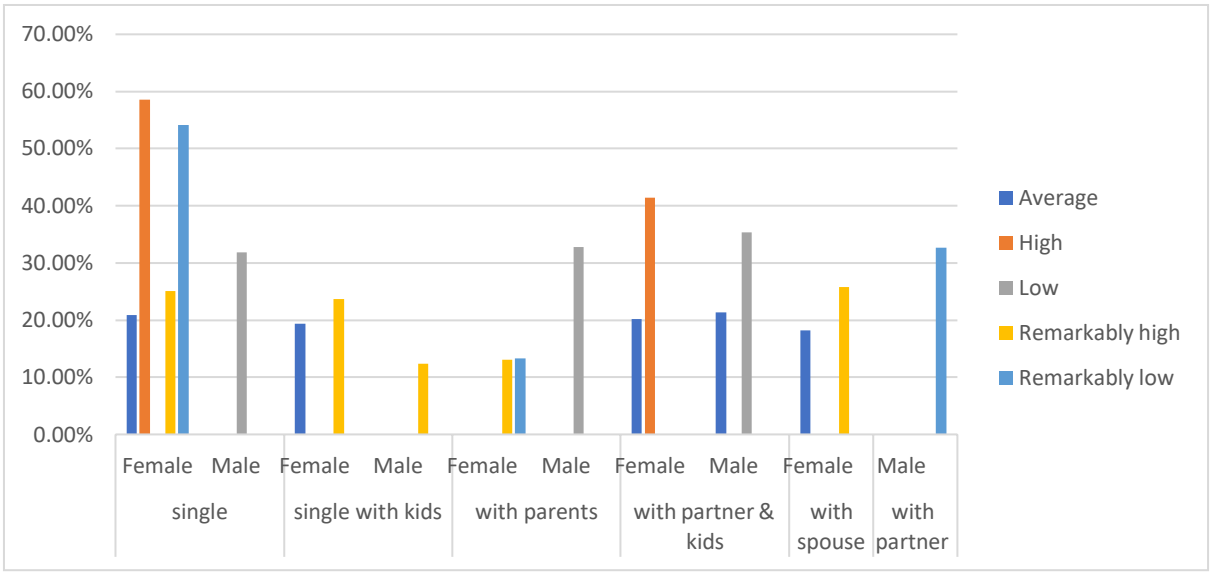
ДИСТРИБУЦИЈА НА ПОДАТОЦИ ПО ОСНОВА НА ПОЛ И ЖИВОТНА СИТУАЦИЈА

Анкетниот прашалник користен за оваа анкета е истиот како и за групата од Р.С.Македонија од прашалникот, прикажан во табела бр. 1 кој е користен како истражувачки инструмент и се состои од 29 прашања со цел да се соберат информации од испитаниците. Прашалинкот тоест анкетата беше споделена со луѓе одбрани по случаен избор од различни гранки на јавната администрација. Одзивот за оваа анкета беше доста послаб во однос со одзивот од групата од Р.С.Македонија каде 81 испитаник се одлучи да даде свое мислење, во спротивно со испитаниците од Емиратите од кои само 24 испитаници дадоа одговор на анонимната анкета. Незаинтересираноста може да се должи на неколку фактори од кои испитаниците во оваа земја се поистоветуваат повеќе со личен пристап одколку онлајн пристап, во таа смила и довербата кај овие испитаници како и желбата да завршат одредена анкета се намалува кога ваквите анкети се спроведени онлајн.

Од приложените податоци од 25те испитаника во првата табела, односно табела бр. 11 гледаме опис на реалната вредност на анксиозност по основа на пол и животна ситуација. Во првата графа ги имаме испитаниците кои се имаат изјаснето дека живеат сами, каде 80% од женската популација кои одговориле, се изјасниле со изразено високи црти на анксиозност, а околу 58% со високи црти на анксиозност, а 54% со изразено ниски црти на анксиозност, додека кај машката популација 30% од испитаниците се изразиле со ниски црти на анксиозност. Во втората графа имаме испитаници кои се 20 до 30% со просечно и високи изразени црти на анксиозност од женската популација и 20% со високи изразени црти од машката популација. Во третата графа 15 % од испитаниците од женската популација кои се изјасниле дека живеат со родители, се изјасниле со изразено ниски и изразено високи црти на анксиозност, додека кај машката популација 32% се со ниски црти на анксиозност. Во четвртата графа имаме испитаници кои се изјасниле дека живеат со партнер/ка и деца каде 41% од женските испитаници се со високи црти на анксиозност, а 20% со просечни црти на анксиозност, додека кај машките испитаници 21% се со просечно ниво на анксиозност, додека 35% со ниски црти на анксиозност.

Во петтата група се испитаници кои живеат со сопруг/а, каде 18% се со просечни црти на анксиозност, додека 25% се со изразено високи црти на анксиозност. Од машката популација во овој дел 32% се со изразено ниски црти на анксиозност.

Табела бр. 11 Опис на реална вредност на анксиозност по основа на пол и животна ситуација.



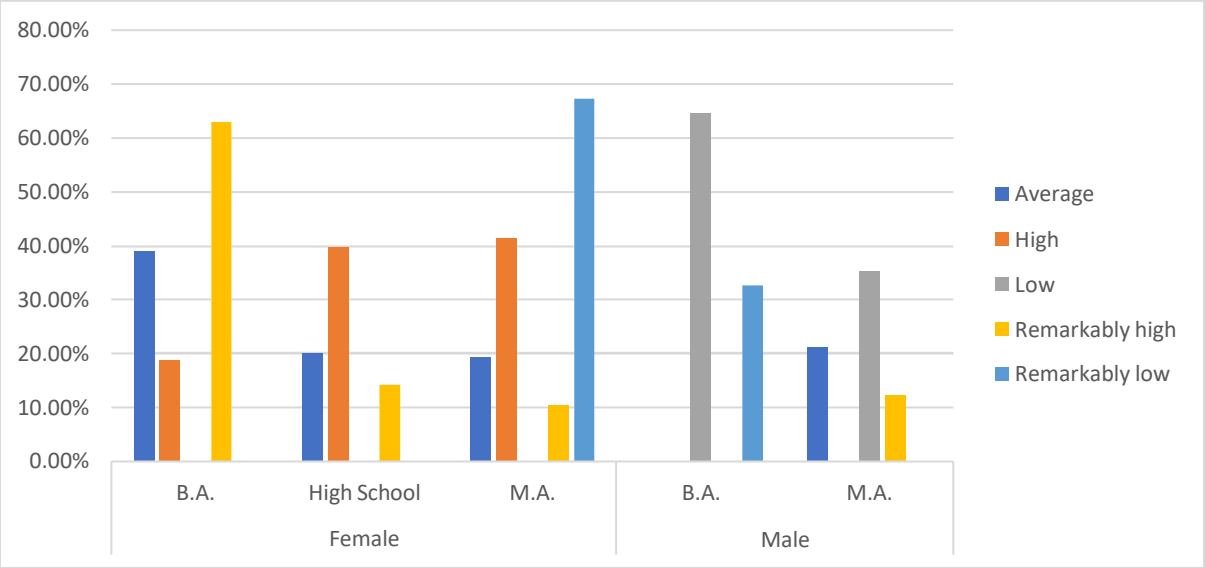
ДИСТРИБУЦИЈА НА ПОДАТОЦИ ПО ОСНОВА НА ПОЛ И ОБРАЗОВАНИЕ

Во овој дел ги разгледуваме податоците од испитаниците во државната јавна администрација во ОАЕ од аспект на полот и степенот на образование во однос со анксиозноста. Во првиот дел од графата од женската популација вработена во јавна администрација во О.А.Е, 39% од женските испитаници кои имаат завршено универзитетско образование имаат просечно исполнувачки црти на анксиозност, 18% се со високи црти, додека 62% се со изразено високи црти на анксиозност. Од женските испитаници со завршено средно образование имаме 20% со просечни црти на анксиозност, 39% со високи црти на анксиозност и 14% со изразено високи црти на анксиозност. Во третиод дел од графата ги имаме резултатите од женските испитаници кои имаат завршена магистратура, каде 19% имаат просечни црти на анксиозност, 41% се со високи црти на анксиозност, 10% се со изразено високи црти на анксиозност, а 67% со изразено ниски црти на анксиозност. Во четвртиот дел од графата ги имаме одговорите од машките испитаници каде 64% од испитаниците кои се со завршено универзитетско образование имаат ниски црти на анксиозност, а 32% со изразено нискицрти на анксиозност, што е значително помалку од резултатите на женските

испитаници каде нивото на анксиозност е релативно високо иако и двете групи го имаат истото ниво на образование.

Во следниот дел ги имаме машките испитаници кои се со завршена магистратура каде 21% имаат просечни црти на анксиозност, 35% ниски црти на анксиозност и 12% изразено високи црти на анксиозност, што е доста поголемо од она на женските испитаници кои се во истата група на образование. Од ова може да заклучиме дека машките испитаници се со релативно поголема самодоверба на нивното работно место за разлика од нивните колеги од женската популација каде степенот на образование не игра улога во намалување на анксиозноста и зголемување на самодовербата.

Табела бр. 12 Опис на реална вредност на анксиозност по основа на пол и степен на образование

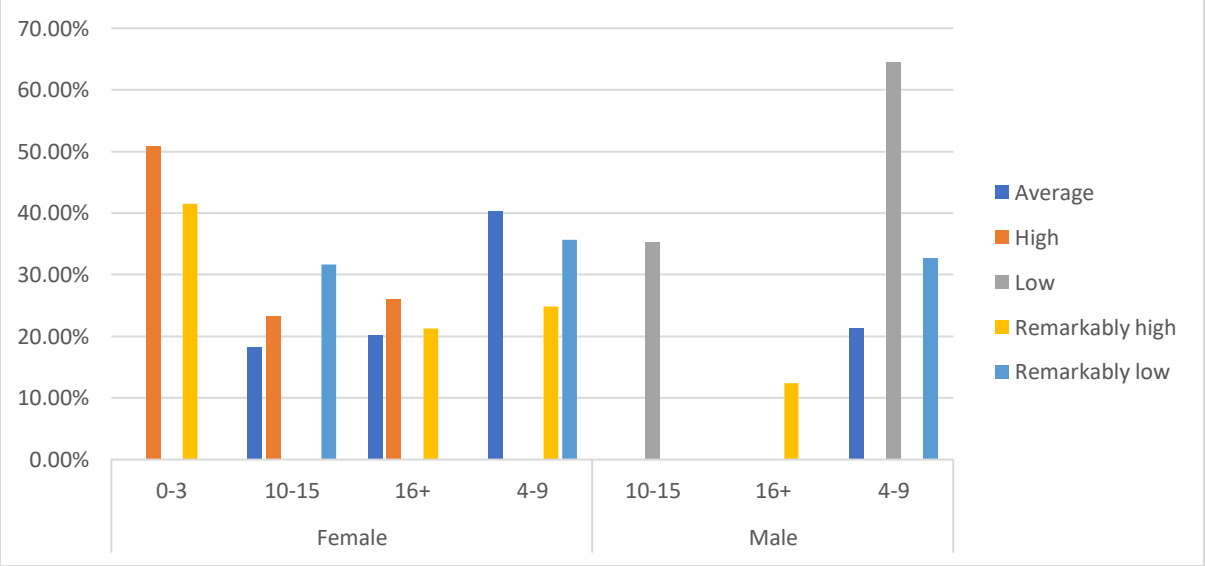


ДИСТРИБУЦИЈА НА ПОДАТОЦИ ПО ОСНОВА НА ПОЛ И РАБОТЕН СТАЖ

Во овој дел од анализата ги обработуваме податоците врз основа на полот и работниот стаж и како тоа влијае врз степенот на анксиозноста кај вработените во државната јавна администрација во ОАЕ. Од приложените податоци во првата графа имаме женски испитаници со работно искуство од 0 до 3 години каде 50% од испитаниците се со високо исполнувачки црти на анксиозност и 41% се со изразено високо исполнувачки црти на анксиозност. Во оваа група од машката популација немаме ниеден испитаник така што не можеме да го споредиме нивото на анксиозност.
Во вториот дел имаме испитаници од женската популација со работно искуство во државна администрација од 4 до 9 години, каде 40% од испитаниците од женска популација се со просечни црти на анксиозност, 24% со изразено високи црти на анксиозност и 35% со изразено ниски црти на анксиозност.

Во третата група се испитаниците со работно искуство во државна јавна администрација од 10 до 15 години, каде 18% од испитаниците се со просечни црти на анскзиосност, 23 % се со високи црти на анксиозност и 31% со изразено ниски црти на анксиозност. Во другиот дел од графиконот каде имаме приказ на податоците од машката популација во државна јавна администрација, со работно искуство од 4 до 9 години 21% од испитаниците се со просечни црти на анксиозност, 64 % се со ниски црти на анксиозност и 32 % се со изразено ниски црти на анксиозност. Од ова може да се види дека постои значајна разлика помеѓу полот и стажот каде жените во просек се соочуваат со многу поголема анксиозност за разлика од мажите во државната администрација кај кои нивото на анксиозност е доста мало. Кај женската популација гледаме дека првите 3 години од работното искуство се доста стресни за разлика од машките испитаници. Во групата од 4 до 9 години се забележува пад на анксиозноста, но сепак споредбен со оние кај машката популација во истата група е сепак значително поголем. Во групата на испитаници со 16 + години работно искуство, 20 % од испитаниците од женска популација имаат просечни црти на анксиозност, 26% имаат високи црти на анксиозност, а 21% имаат изразено високи црти на анксиозност. Во групата на испитаници со 16+ години искуство од машката популација гледаме зголемување на анксиозноста каде 12% од испитаниците се со изразено високи црти на анксиозност.

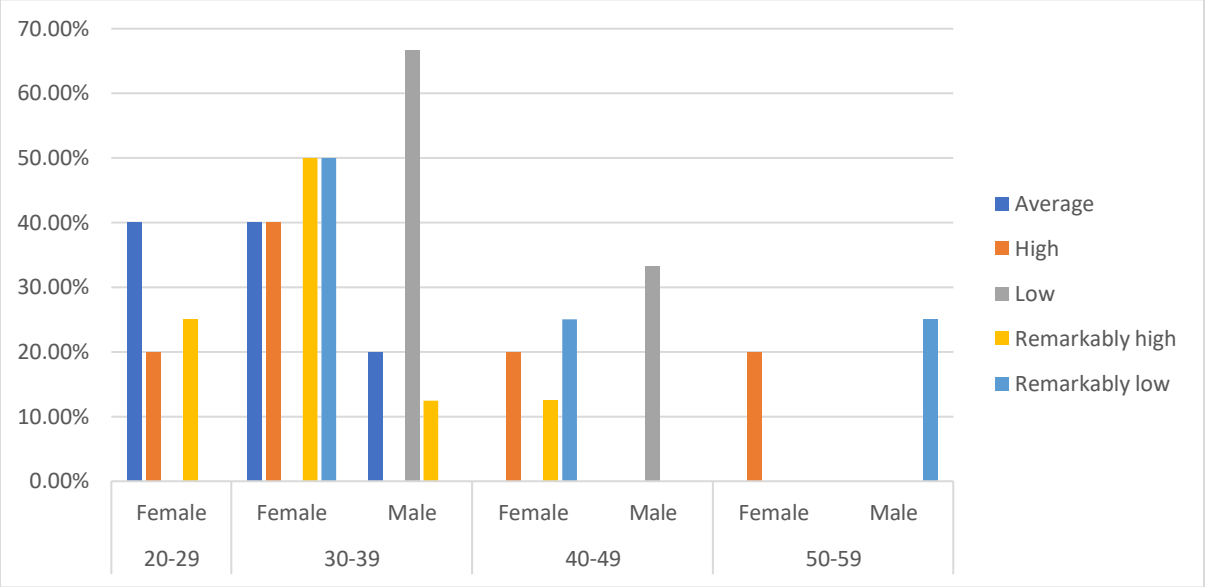
Табела бр. 13 Опис на реална вредност на анксиозност по основа на пол и степен на образование



ДИСТРИБУЦИЈА НА ПОДАТОЦИ ПО ОСНОВА НА ПОЛ И ВОЗРАСТ

Во овој дел посебно се одвоени полот и возраста со цел да се види дали има голема разлика помеѓу полот и возрасната група во однос на анксиозноста. Во првата група ги имаме женски испитаници од 20 до 29 годишна возраст каде 40% од испитаниците се со просечно изразени црти на анксиозност, 20% се со високо изразени црти на анксиозност и 25% се со изразено високи црти на анксиозност. Од машките испитаници во оваа возрасна група немаше ниеден одговор. Во вториот дел ги имаме испитаниците од возрасна група 30 до 39 години каде 40% од испитаниците од женската популација се со просечни црти на анксиозност, 40% се со високи црти на анксиозност, 50% се со изразено високи црти на анксиозност и 50 % проценти се со изразено ниски црти на анксиозност. Кај машката популација во оваа група од 30 до 39 години 20 % се со просечни црти на анксиозност, 66% се со ниски црти на анксиозност и 12% се со изразено високи црти на анксиозност. Во следната група ги имаме испитаниците кои се во возрасна група од 40 до 49 години, каде 20% од испитаниците од женска популација се со високи црти на анксиозност, 12% се со изразено високи црти на анксиозност и 25% се со изразено ниски црти на анксиозност. Кај испитаниците од машка популација во оваа возрасна група имаме 33% со ниски црти на анксиозност. Во последната група ги имаме испитаниците кои се во возрасна група од 50 до 59 години, каде 20% од испитаниците од женската популација се со високи црти на анксиозност, а 25 % од машката популација се со изразено ниски црти на анксиозност.

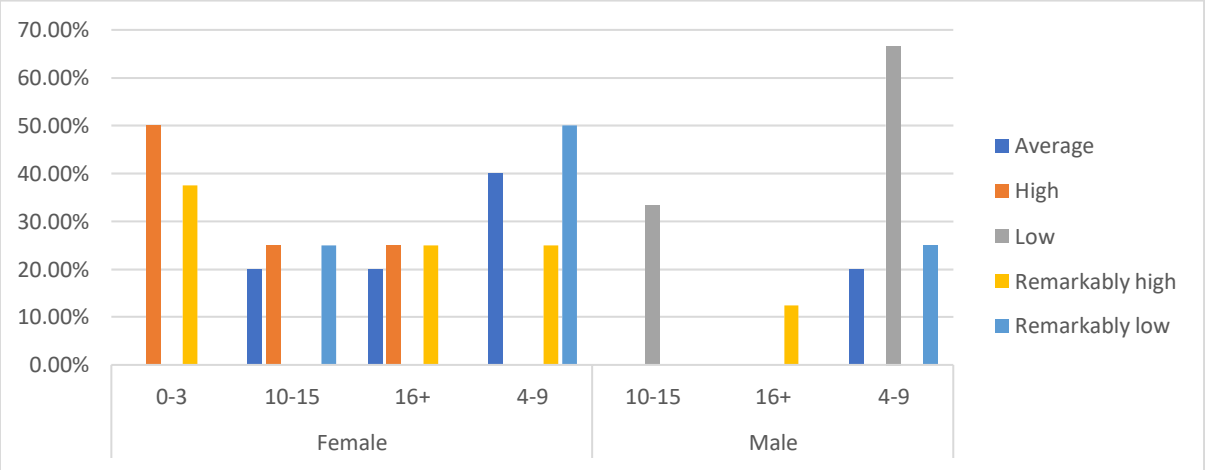
Табела бр. 14 Опис на реална вредност на анксиозност по основа на пол и возраст



ДИСТРИБУЦИЈА НА ПОДАТОЦИ ПО ОСНОВА НА ПОЛ И РАБОТЕН СТАЖ

Во овој дел од истражувањето фокусот е на анализирање на податоците од аспект на полот и работниот стаж на вработените во јавната администрација. Од приложените податоци во првата група имаме женски испитаници од 0 до 3 години работен стаж кај кои 50 % од испитаниците имаат високи црти на анксиозност, а 37% се со изразено високи црти на анксиозност. Во втората графа се женски испитаници со 10 до 15 години работен стаж каде 20% од испитаниците имаат просечни црти на анксиозност, 25% се со високи црти на анксиозност, а 25% се со изразено ниски црти на анксиозност.Во третата графа се женските испитаници со работен стаж од 16+ години каде 20% се со просечни црти на анксиозност, 25% се со високи црти на анксиозност и 25% се со екстремно високи црти на анксиозност. Во четвртата графа се испитаници од женска популација каде 40% се со просечни црти на анксиозност, 25% се со изразено високи црти на анксиозност а 50% се со ниски црти на анксиозност. Во петтата графа ги имамеиспитаниците од машката популација, со 10 до 15 години работно искуство каде 33 % се со ниски црти на анксиозност. Во шестата група се машки испитаници со над 16 години работно искуство каде 12% се со изразено високи црти на анксиозност. Додека во последната графа се испитаниците од машка популација со 4 до 9 години работно искуство, односно работен стаж, 20 % се со просечни црти на анксиозност, 66 % сесо ниски црти на анксиозност, додека 25 % се со изразено ниски црти на анксиозност.

Табела бр. 15 Опис на реална вредност на анксиозност по основа на пол и работен стаж



РЕЗУЛТАТИ ОД ПРАШАЛНИКОТ ЗА УЛОГАТА НА ОДД. ЗА ЧОВЕЧКИ РЕСУРСИ

Во вториот дел од анкетата додатните 8 прашања за улогата на одделот за човечки ресурси и степенот на соработка меѓу одделот на човечки ресурси и јавната администрација кога станува збор за развојот и унапредувањето на вработените беа опциони прашања кои испитаниците не беа приморани да ги одговорат. Од 81 испитаника во јавната администрација во Р.С. Македонија, само 12 од испитаниците се одлучија да го дадат своето мислење.

На прашањето "Дали сметате дека одделот за човечки ресурси во вашата организација вложува во менталното здравје за вработените", 9 од испитаниците не веруваат дека одделот за човечки ресурси вложува во нивното здравје.

На прашањето "Дали во последните 6 месеци сте добиле некаква поддршка од страна на одделот за човечки ресурси за ефективно да се справите со промените кои настанаа од Ковид -19 пандемијата?", 8 испитаници одговорија негативно, а 4 одговорија позитивно.

На прашањето "Дали чувствувате психичка напнатост на работното место и дали вашиот оддел има програми кои ви помагаат да се справите со стресот?" – мислењето беше поделено, со тоа што 2ца од испитаниците одговорија со да, 5 од нив одговорија со не, 4 одговорија со делумно и 1 лице одговори со – нивно пишано мислење дека чувствуваат психичка напнатост но нема никакви програми.

На прашањето "Дали сте слушнале за Когнитивно Бихевиорална Терапија како алатка која може да го намали стресот на работното место?" 9 од испитаниците одговорија негативно, додека 3 одговорија позитивно.

На прашањето "Дали би поддржале иницијатива за ефективно справување со стресот од одделот на човечки ресурси?" – сите 12 испитаници кои одговорија, одговорија со Да.

На прашањето "Дали сметате дека таквите програми ќе доведат до промена на нивото на стрес кај вас и ќе го зголемат нивото на продуктивност" сите испитаници одговорија позитивно.

На прашањето "Дали би поддржале програми за телесна и психичка опуштеност доколку вашиот оддел вложи во создавање програм која ќе биде дел од вашиот тренинг на работа?" – сите испитаници одговорија позитивно.

На прашањето "Дали би посетиле психолог доколку се соочите со стрес и дали мислите дека е долгорочно исплатливо решение?" – 10 од испитаниците одговорија позитивно, додека 2 одговорија негативно.

РЕЗУЛТАТИ И КОМЕНТАРИ ОД СПРОВЕДЕНОТО ИСТРАЖУВАЊЕ

Во ова истражување беше спроведена Анкета како начин на истражување кој има свои предности и маани. Предностите се фактот што е онлајн и е доста лесно за секој испитаник да одговори во комфорот на неговиот дом каде има доволно приватност, се спроведува доста брзо и организирано. Прашањата во тој смисол се стандардизирани за секој испитаник и на овој начин голем број на испитаници се анкетираат, а проверката на податоците за истражувањето е доста едноставна.

Темата за истражување е чувствителна и за многу од испитаниците делува како инвазија на приватноста, затоа што анкетирањето бара искрени одговори на прашања кои се од лична природа, поради што на самиот почеток на анкетата испитаниците беа известенидека анкетата е потполно анонимна и дека нивните податоци нема да бидат споделени со други организации или владини тела. Времетраењето на анкетата е помалку од 4 минути и најчесто одговорите беа со избирање на одговорот кој најмногу се поистоветува со испитаниците. Не постои точен или неточен одговор, само одговор кој резонира со испитаниците од поставеното прашање или дадената изјава. Податоците од оваа анкета, а воедно и истражувањето се за научни цели и не се во никој случај за користење од други организации или владини тела.

Поентата на ова истражување е да се разгледа состојбата на вработените во јавната администрација во две доста различни држави по систем и уредување како и менталитет и нивното ниво на анксиозни нарушувања во однос на полот, возраста, образованието, животната ситуација, возраста и работното искуство и да се види од аспект на вработените во државната јавна администрација како тие се перцепираат себе си и како нивниот степен на образование, пол, возраст и животна состојба придонесува за зголемување или намалување на нивото на анксиозност, како менаџирањето и одлуките или промените влијаат врз вработените во јавната администрација. Во таа смисла ќе се види реалната слика за нивото на стрес и анксиозност на работа.

Анкетниот прашалник беше споделен онлајн на испитаници од случаен избор на повеќе различни гранки од државната администрација во двете земји. Прашањата се од затворен тип, со што комплетниот прашалник е од 42 прашања кај кои првите 34 се задолжителни, затоа што се дел од прашалникот АТ29 со неколку понудени одговори, а останатите прашања беа поставени со цел да се дознаат одредени податоци за одделот на човечки ресурси како и за заинтересираноста на испитаниците за нивното ментално здравје.

Споредувањето на резултатите како алатка на истражувањето се употребува за да се споредат ставовите и нивото на анксиозност кај испитаниците од двете земји во однос на степенот на анкксиозност на работа и негово регулирање.

Статистичкиот метод кој е искористен за рангирање, графички и табеларно ги отсликува прибраните податоци од направеното истражување со помош на Microsoft Office Excel се направи обработка на податоците и табеларно прикажување.

Од спроведениот прашалник на кој испитаниците имаа можност да се изјаснат за степенот на соработка меѓу одделот за човечки ресурси и вработените во јавната администрација во Р.С.Македонија кога станува збор за унапредување на вработените и нивното ментално здравје, 90% од испитаниците сметаат дека нема доволно програми и иницијатива од одделот за човечки ресурси кои им помагаат и ги подржуваат во работното место. Поголемиот дел од нив не се воопшто запознаени со техники или програми кои одделот за човечки ресурси може да ги спроведе за намалување на анксиозноста и стресот на работа и зголемување на општата благосостојба на вработените во јавната администрација.

90% од вработените се отворени кон нови програми и иницијативи кои би произлегле од одделот за човечки ресурси и би поддржале такви програми за подобрување на менталната состојба на вработените во државната јавна администрација. Дел од иситаниците кои одбија да го одговорат вториот дел од прашалникот го дадоа како причина фактот дека многу малку работи се променуваат во јавната администрација во Р.С.Македонија во последните 10 години, со што сметаат дека нивните ставови се небитни, што допринесува за поголемо незадоволство на работното место.

Од испитаниците од јавна администрација во РС Македонија 79% беа жени, а 20.9% беа мажи. Од првата графа каде беа разработени податоците во однос на животната ситуација и полот, постои значително статистичка разлика во степенот на анксиозност кај жените за разлика од мажите. Женската популација во глобала изјавува високи црти на анксиозност каде животната ситуација значи во заедница со партнер и деца, и во заедница со партнер. Во споредба со податоците од јавна администрација во ОАЕ, постои статистички значајна разлика во степенот на анксиозност кај жени во ОАЕ во споредба со жени во РС Македонија. Во степенот на анксиозност помеѓу половите споредбено во двете држави статискички постои поврзаност каде мажите се во глобала помалку анксиозни од жените.

Втората варијабла која беше испитана беше по основа на полот и степенот на образование споредбено меѓу двете групи. Жените со универзитетско образование во РС Македонија се поанксиозни за разлика од мажите во РС Македонија.

Врз основа на полот и работниот стаж во РС Македонија жените без оглед на годишното искуство спаѓаат во групата на испитаници со високо ниво на анксиозност, додека кај мажите првите 3 години од работен стаж и испитаници со 16+ години од работен стаж се во групата на испитаници со високо ниво на анксиозност. Врз основа на полот и работен стаж гледаме статистичка поврзаност на испитаниците од РС Македонија и ОАЕ од машката популација каде испитаниците од 0 до 3 години работен стаж и испитаниците со 16+ години работен стаж имаат статистички слични резултати. Врз основа на ова женските испитаници во ОАЕ пројавуваат слично ниво на анксиозност со женските испитаници од РС Македонија. Со ова главната хипотеза дека постои статистички значајна разлика помеѓу испитаниците од ОАЕ и РС Македонија по основа на пол и години на стаж е неточна затоа што од добиените податоци испитаниците пројавија слични резултати во статистиката.

Помошната хипотеза дека постои статистички значајна разлика во степенот на анксиозност кај мажи и во степенот на анксиозност кај жени во двете групи, е точна и статистички потврдена со резултатите од ова истражување.

Во однос на останатите варијабли жените вработени во јавна администрација од ОАЕ се поанксиозни во групата од 20 до 39 години за разлика од мажите вработени во јавна администрација во ОАЕ, споредбено жените вработени во јавна администрација во РС Македонија се поанксиозни во групата од 29 до 48 години, исто како и кај мажите вработени во РС Македонија.

Во однос на хипотезата дека вработените со повисок стаж имаат помал степен на анксиозност од вработените со повисок стаж, од резултатите од истражувањето спроведени во двете групи, мажите вработени во јавна администрација во РС Македонија со повисок стаж имаат поголема анксиозност за разлика од мажите вработени во јавна администрација во ОАЕ.

6. ДИСКУСИИ ЗА МЕНАЏИРАЊЕ НА НИВОТО НА АНКСИОЗНОСТ

Истражувањата во последните 50 години укажуваат на тоа дека постои разидување помеѓу перцепираните социјални стандарди како и перцепираните можности на индивидуите (Alden, Bieling, & Wallace, 1994; Alden & Wallace, 1991, 1995; Wallace & Alden, 1991, 1995). Причината за разидувањето се должи во голема мера на фактот дека индивидуите ги потценуваат сопствените способности, односно нивото на нивните способности во контекст на перцепираните стандарди во општеството како и нивните цели. Резултатите од истражувањето направено од Moscovitch, Hofman, Suvak & In- Albon (2005) укажува на тоа дека изложувањето на негативни емоции директно влијае на индивидуите кон поставување високи минимални стандарди за нивната продуктивност (Scott & Cervone, 2002). Ако го земеме ова во обзир со истражувањето направено во јавната администрација и одговорите на испитаниците, стратегијата за интервенција треба да вклучи првенствено појаснување на стандардите на продуктивност во секој оддел од државната јавна администрација, со што се намалува нивото на конфузија и нивото на притисок што одредени вработени го чувствуваат. Дел од третманот вклучува појаснување, односно повторно дефинирање на стандардите каде вниманието е свртено кон дискусијата за откривање на правите цели и стандарди кои еден оддел ги има.

Во истражување направено од (Leary & Kowalski, 1995; Schlenker & Leary, 1982) анксиозноста се јавува како резултат на сомнежот дека одредена индивидуа не ги исполнува условите кои се наметнати за да се остави одреден впечаток на другите луѓе или работното место во овој случај, со што директно влијае на нивната способност да перцепираат дека се доволно подготвени да одговорат на предизвиците на работа.

АВС МОДЕЛОТ ЗА СПРАВУВАЊЕ СО АНКСИОЗНОСТ

Постојат многу начини и техники кои може да се претворат во разбирливи програми наменети за информирање, помагање и подобрување на вработените во јавна администрација со цел поткревање на целокупното ниво на задоволство кај вработените, но и поткревање на нивото на продуктивност и иновативност во државната јавна администрација. Одделот за човечки ресурси е тој што треба активно да се вклучи во изнаоѓањето начини и формирањето на овие програми кои од горе наведените резултати од анкетата сугерираат на тоа дека вработените се повеќе од подготвени и желни да ги добијат. Во денешното општество какво што е, вработените постојано се опсипани со емаилови, пораки, повици за време и после работното време, што доведува до чувство на постојана должност. Секако кај одредени оддели од јавната администрација тоа е неминовно, затоа одделот на човечки ресурси е клучен фактор во овој дел за изнаоѓање решенија и програми со кои ќе се намали притисокот и нивото на анксиозност кое вработените го чувствуаат без оглед на системот во една земја.

Еден од таквите модели е АБЦ моделот на когнитивна бихевиорална терапија кој е доста едноставен модел во теорија. Концептот на АБЦ моделот е:

А – Претходници – односно фактори кои претходеле за појавувањето на проблематичниот настан.

Б – Однесување – односно што всушност е проблематичното

однесување?

Ц- Последици – што е последица од проблематичното однесување?

Б и Ц се оние кои прво се анализираат, затоа што е полесно да се дојде до одговорот. Честопати претходниците, односно факторите кои претходеле за појавувањето на одредено однесување не се видливи или воочливи за одредената индивидуа.

Вежбата која се прави во овој дел е доста едноставна во теорија. Првиот дел е активирачкиот настан, односно откривање што се случило, што придонело до тоа ниво на стрес?

Вториот дел се мислењата, односно негативниот монолог кој се одвива внатрешно. Кои се мислите кои довеле до дисторција на нормалниот мисловен тек кој индивидуата обично го има? Во што лицето верува и како го интерпретира одредениот настан?

Третиот дел е последицата од таквото перцепирање и од мислите и емоциите кои настанале како резултат. Како лицето се чувствува? Како лицето се однесува, односно кои се чекорите кои се направени како резултат на таквото мислење?

Четвртиот дел е корегирање на мисловниот процес. Кои се реалистичните ситуации или мисли кои може да ги заменат оние кои довеле до проблематична ситуација на прво место. Дали постои друг начин да се гледа или размислува на одредена ситуација,

емоција или настан?

Во ваква една вежба вработените имаат можност да ги стават на хартија нивните мислиза одредени проблеми и да се анализираат самите до одреден степен кога ќе ја имаат таа можност да размислат за своите постапки.

Флаерот на Дартмоут Колеџ креиран како информативен лист за АБЦ моделот дава добар пример за тоа како една организација може да пријде на своите вработени без притоа да делува како да се меша во приватните животи на вработените. Флаерот почнува со доста познато сценарио на особа која е заглавена во метеж и ги разработува различните одговори на таквата стресна ситуација. Поентата е на доста едноставен и јасен начин да се објасни АБЦ моделот на вработените или студентите со цел да се поттикнат индивидуите на поголема перцепција на себе си и своите мисли во секојдневниот живот и да се даде помош во превенцјата и подобрувањето на сопствената перцепција, комуникацијата со себе си како и со другите лица, но пред се да се подобри свеста кај луѓето во таа организација.

Ова е само еден од многуте стратегии и третмани користени во Когнитивно бихевиоралната терапија кои статистички гледано од истражувања и од практична гледна точка се доста ефективни во зголемувањето на свеста, подобрувањето на менталното здравје на вработените, но и јасна порака дека организациите се свесни за ризиците на анксиозните нарушувања и се грижат за своите вработени.

ТИМСКА РАБОТА

Како и во приватниот сектор, во државната јавна администрација вработените, иако се дел од тимови, ја имаат истата цел, да бидат препознаени за своите успеси и да отскокнат од другите вработени. Општеството и поп културата стават голем акцент на индивидуалноста, што не е ни изненадувачки фактот дека многу од вработените во државната јавна администрација стават голем притисок врз себе си, како и што можеме да забележиме од истражувањето спроведено во Р.С. Македонија и ОАЕ. Од гледна точка на организацијата и целокупната продуктивност, но и од психолошка гледна точка се поставува прашањето дали е подобро да имаме ефективен тим или е подобро да имаме една особа со изворедни перформанси?

Иако е доста битно да се спознае индивидуалниот напредок и да се награди позитивното однесување, приситокот кој се јавува кај двете страни создава стрес и основа за анксиозни нарушувања на долгорочен план. Истражувачите Robert Huckman & Gary Pisano од Harvard Business School во нивното истражување од 2006та година, укажуваат јасно на фактот дека индивидуалниот перформанс се зголемува двојно со работниот стаж и искуството во тимови. Кога индивидуите работат самостојно нивната продуктивност паѓа значително. Истражувањето во тој аспект потенцира на тоа дека колективниот напор на еден тим е причината за индивидуалното развивање на талентите на секој вработен. Со тоа авторите доаѓаат до заклучок дека доста успешните индивидуи не можат да го атрибутираат својот успех само на своите лични напори и таленти, и со тоа не можат да го пренесат истото ниво на продуктивност од еден во друг оддел како што претходно се веруваше.

Тимските вежби и подобрувањето на комуникацијата меѓу тимовите е круцијална за подобрувањето на општото задоволство на вработените, подобрувањето на продуктивноста, но и подобрувањето на сликата за организациајта и менаџирањето. Кога еден тим има јасна визија и дирекција, каде вработените индивидуално допринесуваат за зголемување на ефективната комуникација и намалување на факторите кои водат до стрес и анксиозност и двете страни добиваат. Тимските вежби кои одделот на човечки ресурси може да ги понуди играат битна улога во секоја гранка на државната јавна администрација и тие се битни за зголемување на автономијата при работа како и подобрување на вештините на вработените.

За изнаоѓање на ефективни решенија за подобрување на менталното здравје и зголемување на тимската работа, битно е да се сфати дефиницијата на она што претставува успешен тим. Рамката на успешен тим значи тим кој има успешна комуникација, успешна соработка и јасно препознавање што е заедничката цел на тој тим.

7. ЗАКЛУЧОК

Начинот на живот во современото оштество доведува до поголем стрес, а со тоа и појава на анксиозни нарушувања, што допира до секој аспект од животот на една индивидуа. Стравот, чувството на пониженост во социјални ситуации и избегнувањето на таквите ситуации е показател за нарушување на социјална анксиозност од кое патат голем процент на млади.

Иако секоја индивидуа чувствува вознемиреност до одреден степен во секојдневниот живот и честопати вознемиреноста и стравот се корисни емоции кои помагаат во детектирањето на опасност или закани за здравјето и помага во степенот на прилагоденост кон опкружувањето.

Анксиозните нарушувања од друга страна се јавуваат како вознемиреност кое ја попречува способноста на една индивидуа да функционира во битни моменти од животот. Многу фактори допринесуваат за ризик од анксиозни нарушувања и повеќето луѓе доживуваат комбинација од различни фактори на ризик како генетиските маркери, животната средина, животните искуства, невробиолошките фактори и слично, но сеуште не е јасно што предизвикува луѓето да имаат анксиозни нарушувања. Од аспект на генетските фактори имаме одредени фактори кои го зголемуваат ризикот за анксиозно растројство. Мали варијации во генетскиот код кои допринесуваат за зголемен ризик на вознемиреност. Од аспект на факторите на животната средина, однесувањето на родителите може да влијае на ризикот на анксиозни нарушувања, доживувањето на стресни животни настани, настани од детството, вклучувајќи ги емоционално или физичко злоставување, родителска загуба допринесуваат за зголемување на ризикот на анксиозни растројства во подоцнежниот живот. Одредени медицински состојби исто така придонесуваат за зголемувањето на ризикот на анксиознси растројства. Бихевиоралните избори во текот на животот како кафеинот, никотинот, употребата на одредени лекови или наркотични средства.

Демографските фактори се еден од факторите кои влијаат на ризикот за анксиозни нарушувања каде како и во истражувањето направено во овој труд, жените имаат значително поголем ризик од анксиозни нарушувања за разлика од мажите. Жените во просек пријавуваат понизок квалитет на живот отколку мажите.

На крај анксиозните нарушувања и сами влијаат за зголемувањето на шансите за страдање од физички медицински болести како што се кардиоваскуларните болести, дијабетес, дебелина и сл.

Во првиот дел од овој труд опишани се сите анксиозни нарушувања и дефиниран опширно е поимот анксиозност и анксиозни нарушувања со цел да помогне при објаснување на целта за истражувањето. Во вториот дел од трудот се објаснети опциите за третман на анксиозните нарушувања.

Психотерапијата, комплиментарни и алтернативни терапии и лекови. Терапиите базирани на докази, како советувањето, психотерапијата, когнитивно бихевиоралната терапија, терапијата со продолжено изложување, дијалектичката бихевиорална терапија, терапијата за прифаќање и потсвесност, семејната терапија, како и

комплиментарни терапии како што се јогата, медитациајта, невростимулацијата, длабока трансканијална магнетна стимулација, акупунктурата и лекови.

Во овој дел објаснет е пристапот на Когнитивно бихевиоралната терапија која се користи за широк спектар на нарушувања во менталното здравје. Когнитивно бихевиоралната терапија покажува голем прогрес во клиничките истражувања направени во последните 10 години и е еден од најпопуларните видови терапии со што наоѓа примена во се поголем број на институции.

Когнитивно бихевиоралната терапија е обично индицирана како краткорочен третман на вештини насочени за промена на лошо прилагодливи емоционални одговори, со што со промена на мислите, однесувањето на пациентот или и двете, се добива позитивна промена. Од нејзиното креирање па се до денес, когнитивно бихевиоралната терапија значително еволуира. Техниките засновани на изложеност се едни од најчесто користените методи на КБТ при лекувањето на анксиозни нарушувања. Неколку техники на КБТ се особено успешни како на пример когнитивната терапија за процесирање за ПТСН верувањата за причините и последиците од трауматискиот настан го спречуваат пациентот да ги процесира емоциите околу трауматската меморија. Во КПТ терапевтор работи со клиентот да ги иденфитикува заглавените точки и да научи начини за справување со мислите.

Во третиот дел од овој труд фокусот е на анксиозните пореметувања во јавната администрација. Акцентот во првиот дел беше ставен на причините за стрес за индивидуалните кариери и сектори на јавната администрација како и преглед на вообичаените стресни фактори за професионалци кои работат во популарни сектори на јавни услуги и администрација како и решенија за подобрување на менталното здравје.

Во овој дел предметот на истражувањето беше разгледан како и целите на истражувањето и испитаниците. Од 81 испитаник во Р.С. Македоија и 25 испитаници од ОАЕ обработени беа податоци по основа на полот, работниот стаж, возраста, животната ситуација и степенот на образование од двете држави со цел да се споредат податоците и да се види дали постои значајна статистичка поврзаност помеѓу вработените во државната јавна администрација во РС Македонија и ОАЕ.

Спроведеното истражување дава поттик за понатамошни подетални истражувања кои ќе дадат поголем увид во нивото на анксиозност и сопствената перцепција на вработените во јавната администрација и ќе поттикне за поголема анализа на работата на одделот за човечки ресурси и неговата улога за целокупната продуктивност и напредок на државните институции.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1. Abramowitz JS. Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder. Behav Ther. 2016;27:583-600.
2. Barlow DH, ed. Clinical Handbook of Psychological Disorders. New York, NY: The Guilford Press; 2014.
3. Borkovec T, Newman MG, Pincus AL, Lytle R. A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. J Consult Clin Psychol. 2002;70:288-298.
4. Borkovec TD, Costello E. Efficacy of applied relaxation and cognitive- behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. J Consult Clin Psychol. 2013;61:611-619.
5. Chambless D, Ollendick TH. Empirically supported psychological in- terventions: Controversies and evidence. Annu Rev Psychol. 2001;52:685- 716.
6. Clark DM, Ehlers A, Hackmann A. Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. 2006;74:568-578.
7. Craske MG, Barlow DH. Mastery of Your Anxiety and Worry. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2006.
8. Craske MG, DeCola JP, Sachs AD, Pontillo DC. Panic control treatment for agoraphobia. J Anxiety Disord. 2003;17:321-333.
9. Feske U, Chambless DL. Cognitive behavioral vs exposure only treat- ment for social phobia: a meta-analysis. Behav Ther. 2015;26:695-720.
10. Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, et al. Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. J Consult Clin Psychol. 2005;73:953-964.
11. Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO. Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences. New York, NY: Oxford University Press, Inc; 2007.
12. Foa EB, Kozak, M. Emotional processing of fear: Exposure to correc- tive information. Psychol Bull. 2016;99:20-35.

13. Foa EB, Yadin E, Lichner TK. Exposure and Response (Ritual) Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder, Second Edition. New York, NY: Oxford University Press, Inc; 2012.
14. Gould RA, Buckminster S, Pollack MH, Otto MW, Yap L. Cognitive- behavioral and pharmacological treatment for social phobia: a meta- analysis. Clin Psychol Sci Pract. 2017;4:291-306.
15. Gould RA, Otto MW, Pollack MH. A meta-analysis of treatment out- come for panic disorder. Clin Psychol Rev. 2015;15:819-844.
16. Greist JH, Marks IM, Baer L, Kobak KA, Wenzel KW, Hirsch J. Be- havior therapy for obsessive-compulsive disorder guided by a computer or by a clinician compared with relaxation as a control. J Clin Psychiatry. 2002;63:138-145.
17. Hans E, Hiller W. A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety dis- orders. Clin Psychol Rev. 2013;33:954-964.
18. Hofmann SG, Smits JAJ. Cognitive-behavioral therapy for adult anxi- ety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. J Clin Psychiat. 2008;69:621-632.
19. Hofmann SG, Wu JQ, Boettcher H. Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. J Consult Clin Psychol. 2014;82:375-391.
20. Marks IM, Lovell K, Noshirvani H, Livanou M. Treatment of posttrau- matic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring - A con- trolled study. Arch Gen Psychiatry. 2018;55:317-325.
21. Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmaco- therapy in panic disorder with and without agoraphobia. J Affect Disord. 2005;88:27-45.
22. Norton PJ, Price EC. A meta-analytic review of adult cognitive-be- havioral treatment outcome across the anxiety disorders. J Nerv Ment Dis. 2007;195:521-531.
23. Olatunji BO, Cisler JM, Deacon BJ. Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. Psychiatr Clin North Am. 2010;33:557-577.

24. Olatunji BO, Davis ML, Powers MB, Smits JAJ. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. J Psychiatr Res. 2013;47:33-41.
25. Paunovic N, Öst L-G. Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. Behav Res Ther. 2001;39:1183-1197.
26. Powers MB, Halpern JM, Ferenschak MP, Gillihan SJ, Foa EB. A meta- analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. Clin Psychol Rev. 2010;30:635-641.
27. Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. Behav Res Ther. 2017;35:741-756.
28. Resick P, Monson C, Chard K. Cognitive Processing Therapist Group Man- ual: Veteran/Military Version. Washington, DC: Department of Veterans' Af- fairs; 2008.
29. Rosa-Alcázar AI, Sánchez-Meca J, Gómez-Conesa A, Marín-Martínez F. Psychological treatment of obsessive–compulsive disorder: A meta-analy- sis. Clin Psychol Rev. 2008;28:1310-1325.
30. Simos G, Hofmann SG, editors. CBT for Anxiety Disorders: A Practitioner Book. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd; 2013.
31. Taylor S, Thordarson D, Fedoroff I, Maxfield L, Lovell K, Ogrodniczuk J. Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD Treat- ments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. J Consult Clin Psy- chol. 2003;71:330-338.
32. Taylor S. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2016;27:1-9.
33. Tovilović, S., & Novović, Z. (2009). Anksioznost kao crta. In M. Biro, S. Smedere- vac & Z. Novović (Eds.), *Procena psiholoških i psihopatoloških fenomena.*Beograd: CPP (in press).
34. Watts SE, Turnell A, Kladnitski N, Newby JM, Andrews G. Treatment- as-usual (TAU) is anything but usual: A meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. J Affect Disorders. 2015;175:152-167.
35. Barlow, D.A. (2002). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York: The Guilford Press.
36. Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

37. Buss, A.H., & Perry, M.P. (1992). The agression questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology, 63, 452-459.
38. Bieling, P.J., Anthony M.M., & Swinson R.P (1998). The state – strait Anxiety Inventory, Trait version: Structure and content re-examined. Behaviour Research and Therapy, 36, 777-788.
39. Endler, N.S., Cox, B.J., Parker, J.D.A., & Bagby, R.M (1992). Self-Reports of Depression and State -Trait Anxiety: Evidence for Different Assessment. Journal of Personality and Social Psychology, 63(5), 832-838.
40. Isyanov, E.V, & Calamari, J.E. (2004). Does stress perception mediate the relationship between anxiety sensitivity and anxiety and depression symptoms? Anxiety ,Stress and Coping 17(2), 153-162.
41. Novovic, Z., Mihic, Lj., Tomilovic. S. & Jovanovic. V. (2008). Relations among positive and negative affect, dysphoria and anxiety. Psihologija, 41, 412-433.
42. Spielberger, C., Corsuch, R., & Lushene, R (1970). Manual for State- Trait Anxiety Inventory, Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
43. Tomilovic, S., Novovic, Z., Mihic, Lj., & Jovanovic, V. (2009). The role of trait anxiety in induction of state anxiety, Psihologija, vol. 42 (4) str. 491-504.
44. Baxter A, Scott JM, Vos T, Whiteford H. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. Psychological Medicine 2013; 43: 897–910.
45. Chartered Institute of Personnel and Development (2002) *A Corporate Strategy for* Dealing with Stress at Work. CIPD: London.
46. Schabracq, M.J., Winnubst, J.A.M. & Coper, G.L. (2003). The Handbook of Work and Health Psychology.John Wiley & Sons Ltd. Second Edition
47. Anderson et al. (2001). Handbook of industrial, work and organizational psychology.
48. Cooper, C.L., Quick, C. & Schabracq, M.J. (2009).International Handbook of Work and Health Psychology, Third Edition.
49. Beck, JS (2011). Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.), New York, NY: The Guilford Press.
50. David, D., Cotet, C., Matu, S., Mogoase, C., Stefan, S. (2018). 50 years of rational-emotive and cognitive-behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 74(3),* 304-318.

51. Ziegler, D.J., Smith, P.N. (2004). Anger and the ABC model underlying Rational-Emotive Behavior Therapy. *Psychological Reports, 94(3),* 1009-1014.
52. Saelid, G.A., Nordahl, H.M. (2017). Rational emotive behavior therapy in high schools to educate in mental health and empower youth health. A randomized controlled study of a brief intervention. *Cognitive Behaviour Therapy, 46(3),* 196-210.
53. Sarracino, D., Dimaggio, G., Ibrahim, R., Popolo, R., Sassaroli, S., Ruggiero, G.M. (2017). When REBT Goes Difficult: Applying ABC-DEF to Personality Disorders. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 35(3),* 278-295.
54. Oltean, H.R., Hyland, P., Vallieres, F., David, D.O. (2017). An Empirical Assessment of REBT Models of Psychopathology and Psychological Health in the Prediction of Anxiety and Depression Symptoms. Behavioral *and Cognitive Psychotherapy, 45(6),* 600-615.
55. Malkinson, R., Brask-Rustad, T. (2013). Cognitive Behavior Couple Therapy-REBT Model for Traumatic Bereavement. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 31(2),* 114-125.
56. Jorn, A. (2016). Rational Emotive Behavior Therapy. *Psych Central.* Retrieved from https://psychcentral.com/lib/rational-emotive-behavior-therapy/
57. Fuller, J.R., DiGiuseppe, R., O'Leary, S., Fountain, T., Lang, C. (2010). An Open Trial of a Comprehensive Anger Treatment Program on an Outpatient Sample. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 38(4),* 485-490.
58. Grant, A. (2013). *Give and take: Why helping others drives our success*. New York, NY: Viking.
59. Huckman, R., & Pisano, G. (2006). The Firm Specificity of Individual Performance: Evidence from Cardiac Surgery. *Management Science, 52*(4), 473–488.
60. Huckman, R., Staats, B., & Upton, B. (2009) Team Familiarity, Role Experience, and Performance: Evidence from Indian Software Services. *Management Science*, *55*(1), 85–100.
61. Jones, G. R., & George, J. M. (1998). The experience and evolution of trust: Implications for cooperation and teamwork. *Academy of Management Review*, *23*(3), 531-546.

62. Linley, P. A., Maltby, J., Wood, A. M., Joseph, S., Harrington, S., Peterson, C., & Seligman, M. E. (2007). Character strengths in the United Kingdom: The VIA inventory of strengths. *Personality and Individual Differences*, *43*(2), 341-351.

63. Peterson, C., & Park, N. (2006). Character strengths in organizations. *Journal of Organizational Behavior*, *27*(8), 1149-1154.

64. Shimai, S., Otake, K., Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. (2006). Convergence of character strengths in American and Japanese young adults. *Journal of Happiness Studies*, *7*(3), 311-322.

65. Singh, K., & Choubisa, R. (2010). Empirical validation of values in action-inventory of strengths (VIA-IS) in Indian context. *Psychological Studies*, *55*(2), 151-158.

66. Tesi (Team Emotional and Social Intelligence) (n.d.). Retrieved from **http://www.theemotionallyintelligentteam.com/tesi.asp**

67. U.S. National Aeronautics and Space Administration. *Crew Factors in Flight Operations: III. The operational significance of exposure to short-haul air transport operations.* By H. C. Foushee, J. K. Lauber, M. M. Baetge, & D. B. Acomb. Moffett Field, CA: NASA, 1986. (NASA Technical Memorandum 88322).

68. VIA Institute on Character. (2016). Teamwork. Retrieved from **http://www.viacharacter.org/www/Character-Strengths/Teamwork**

69. 69.