

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**“Η ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ
ΚΑΙ ΑΣΘΜΑΤΟΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ”**

Μετέχουσες σπουδάστριες:

Ντίνη Μαρία

Οικονομοπούλου Λαμπρινή

Φωκίδη Μαρία

Εποπτεύων καθηγήτρια:

Θεοδωράτου Μαρία

Ph. D. Κλινικός Ψυχολόγος

Πάτρα, Σεπτέμβριος 2009

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Με την ευκαιρία της εκπόνησης της παρούσας εργασίας θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στην υπεύθυνη και συντονίστρια καθηγήτρια, που επόπτευε τη συγγραφή της παρούσας εργασίας και της εκπόνησης της έρευνας, προσφέροντάς μας καθοδήγηση και στήριξη, την Ph. D. Θεοδωράτου Μαρία. Επίσης, ευχαριστούμε θερμά τους πνευμονολόγους και αλλεργιολόγους που συμμετείχαν στην έρευνά μας και βοήθησαν την διεξαγωγή της. Τέλος, ευχαριστούμε τα μέλη της επιτροπής για τη συμμετοχή τους στην διαδικασία αξιολόγησης της πτυχιακής μας εργασίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ.....2

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ.....8

Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....10

ΟΡΙΣΜΟΙ.....12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ

1.1) Συναισθήματα.....14

1.1.1) Τι είναι συναισθήματα.....14

1.2) Τι είναι συναισθηματική νοημοσύνη.....15

1.2.1) Η θεωρία του H.Gardner.....15

1.2.2) Η θεωρία των Mayer & Salovey.....19

1.2.3) Η θεωρία του Goleman.....21

1.2.4) Η Θεωρία του Baron.....23

1.3) Είναι η συναισθηματική νοημοσύνη μετρήσιμη.....	25
1.4) Σε τι χρησιμεύει η συναισθηματική νοημοσύνη.....	26
1.5) Κοινωνική και συναισθηματική αγωγή.....	27
1.5.1) Ορισμός της Κοινωνικής και Συναισθηματικής Αγωγής.....	27
1.5.2) Ο ρόλος της οικογένειας.....	30
1.5.3) Τα αποτελέσματα της Συναισθηματικής αγωγής.....	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΑΣΘΜΑ.....	35
2.1) Τι είναι το άσθμα.....	35
2.1.1) Ορισμοί.....	36
2.1.2) Κατηγορίες άσθματος.....	37
2.1.3) Ειδικές μορφές άσθματος.....	38
2.2) Αίτια.....	40
2.3) Συμπτώματα – Διάγνωση.....	42
2.3.1) Συμπτώματα.....	42
2.3.2) Διάγνωση.....	42
2.4) Πρόληψη.....	43
2.5) Θεραπεία.....	44
2.5.1) Εναλλακτικές Θεραπείες.....	45
2.6) Εξέλιξη του άσθματος.....	46
2.7) Είναι επικίνδυνη ασθένεια το άσθμα.....	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

3.1) Ψυχολογία της υγείας.....	48
3.2) Προσωπικότητα.....	49
3.3) Ο ρόλος των συναισθημάτων.....	51
3.3.1) Αρνητικά συναισθήματα.....	52
3.3.2) Θετικά συναισθήματα.....	54
3.4) Στρες και ασθένεια.....	59
3.5) Ο ρόλος μετριασμού της συναισθηματικής νοημοσύνης.....	62
3.6) Συναισθηματική νοημοσύνη και σωματική υγεία.....	63
3.7) Συναισθηματική νοημοσύνη και ψυχολογική υγεία.....	64

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΑΣΘΜΑ ΣΕ

ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

4.1) Ψυχοσωματικά χαρακτηριστικά παιδιών και εφήβων.....	66
4.2) Επιθετικότητα.....	69
4.2.1) Οι ρίζες της επιθετικότητας.....	70
4.2.2) Μορφές παιδικής επιθετικότητας.....	72
4.2.3) Επιθετικότητα και άσθμα.....	75
4.3) Άγχος.....	76
4.3.1) Παιδικό άγχος.....	76
4.3.2) Άγχος – στρες και άσθμα.....	77
4.4) Κατάθλιψη.....	80
4.4.1) Τα συμπτώματα της κατάθλιψης.....	80

4.4.2) Κατάθλιψη και άσθμα.....	83
---------------------------------	----

Β΄ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1) Σκοπός της έρευνας.....	85
1.2) Επιμέρους στόχοι της έρευνας.....	85
1.3) Ερευνητικά Ερωτήματα.....	86
1.4) Μέθοδος	87
1.5) Ερευνητικό εργαλείο.....	87
1.6) Πληθυσμός.....	90
1.7) Δείγμα	90
1.8) Είδος δειγματοληψίας.....	91
1.9) Συλλογή δεδομένων.....	92
1.10) Δυσκολίες κατά την έρευνα.....	94
1.11) Περιορισμοί έρευνας.....	95

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	97
----------------------------------	-----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	137
-----------------------------------	------------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....142

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....145

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....159

ΚΕΙΜΕΝΟ ΓΙΑ ΓΟΝΕΙΣ.....162

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε με σκοπό να αναδειχθεί η σχέση που υπάρχει μεταξύ της συναισθηματικής νοημοσύνης και του άσθματος σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 7 έως 18 ετών. Παρακάτω περιγράφονται συνοπτικά τα κεφάλαια που απαρτίζουν τη συγκεκριμένη μελέτη.

Η εργασία μας αποτελείται από δύο (2) μέρη. Το Α΄ μέρος απαρτίζεται από τέσσερα (4) κεφάλαια και περιλαμβάνει το θεωρητικό κομμάτι της εργασίας. Το Β΄ μέρος περιλαμβάνει την έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 7 έως 18 ετών με άσθμα, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της έρευνας. Ακολουθεί η βιβλιογραφία και το παράρτημα.

Στο Α΄ μέρος, το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στη Συναισθηματική Νοημοσύνη. Αρχικά γίνεται αναφορά στην έννοια και τη δομή των συναισθημάτων. Ακολουθούν οι θεωρίες που αναπτύσσουν την έννοια και τις ιδιότητες της συναισθηματικής νοημοσύνης και στο τέλος του κεφαλαίου γίνεται αναφορά στον ορισμό της Κοινωνικής και Συναισθηματικής Αγωγής, στα αποτελέσματά της και στο ρόλο της οικογένειας κατά τη διάρκεια της κοινωνικής και συναισθηματικής αγωγής.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στο άσθμα. Πιο συγκεκριμένα, αναλύονται ο ορισμός του άσθματος, οι μορφές που αυτό έχει, η αιτιολογία, τα συμπτώματα, η διάγνωση, η πρόληψη και η θεραπεία. Επίσης γίνεται αναφορά στις εναλλακτικές θεραπείες του άσθματος και στην εξέλιξή του.

Το τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τη Συναισθηματική Νοημοσύνη και υγεία. Αρχικά αναφέρεται στην ψυχολογία της υγείας και στη συνέχεια γίνεται μια σύνδεση ανάμεσα στην προσωπικότητα και τις ασθένειες καθώς και στον ρόλο των αρνητικών και θετικών συναισθημάτων πάνω στην υγεία. Επίσης,

αναφέρεται στην επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης τόσο στην σωματική όσο και στην ψυχολογική υγεία.

Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στην Συναισθηματική νοημοσύνη και το άσθμα σε παιδιά και εφήβους. Το κεφάλαιο ξεκινάει με μια αναφορά στα ψυχοσωματικά χαρακτηριστικά των παιδιών και των εφήβων με χρόνιες ασθένειες. Στη συνέχεια αναλύονται οι έννοιες της επιθετικότητας, του άγχους και της κατάθλιψης καθώς και η σύνδεση που υπάρχει μεταξύ των τριών αυτών αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων και του άσθματος.

Το Β΄ μέρος περιλαμβάνει τέσσερα (4) κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζει τη μεθοδολογία της έρευνας. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρατίθενται τα αποτελέσματα της έρευνας, στο τρίτο κεφάλαιο ακολουθούν τα συμπεράσματα και η συζήτηση και το τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τις προτάσεις.

Τέλος, ακολουθεί η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε για το θεωρητικό μέρος της εργασίας και το παράρτημα το οποίο αποτελείται από το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας και το κείμενο με το οποίο απευθυνθήκαμε στους γονείς με σκοπό να δώσουν την άδειά τους για τη συμμετοχή των παιδιών τους.

Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στους περισσότερους από εμάς, ακούγοντας τον όρο Νοημοσύνη, μας έρχεται στο νου ο Δείκτης Διανοητικής Ευφυΐας I.Q (Intelligence Quotient). Υπήρχε μια εποχή που ο δείκτης I.Q αποτελούσε το βασικό συντελεστή για την επιτυχία στη ζωή των ανθρώπων, καθώς όσο πιο μεγάλος ήταν ο δείκτης I.Q τόσο πιο έξυπνος και πιο ικανός ήταν κάποιος.

Τα τελευταία χρόνια, όμως, έχει παρατηρηθεί μια απaráμιλλη έξαρση μελετών για τα συναισθήματα και έκανε την εμφάνιση του ένα άλλο είδος νοημοσύνης, γνωστό ως Συναισθηματική Νοημοσύνη E.I (Emotional Intelligence) ή E.Q (Emotional Quotient).

Με τον όρο συναισθηματική νοημοσύνη εννοούμε την ικανότητα να αντιλαμβάνεσαι με ακρίβεια, να εκτιμάς και να εκφράζεις το συναίσθημα, την ικανότητα να αναδύεις και να γεννάς τα συναισθήματα όταν αυτά βοηθούν τη σκέψη, την ικανότητα να καταλαβαίνεις το συναίσθημα και τη συναισθηματική γνώση και την ικανότητα να ελέγχεις τα συναισθήματα ώστε να προωθείς τη συναισθηματική και διανοητική ανάπτυξη. Με λίγα λόγια, η συναισθηματική νοημοσύνη είναι η συλλογή εκείνων των συναισθηματικών δεξιοτήτων, που θα μας επιτρέψουν να διαχειριζόμαστε αποτελεσματικά τις σχέσεις μας καθώς και τον ίδιο μας τον εαυτό.

Η συναισθηματική νοημοσύνη των ατόμων συνδέεται άμεσα με την σωματική και ψυχική τους υγεία, καθώς η μη σωστή διαχείριση των συναισθημάτων οδηγεί στην εμφάνιση ψυχοσωματικών ασθενειών.

Οι συγκινησιακές συγκρούσεις, οι διαταραγμένες προσωπικές σχέσεις, οι αρνητικές σκέψεις, το άγχος, η απώθηση των ενορμήσεων και η κοινωνική απομόνωση, μπορούν να προκαλέσουν χρόνια διαταραχή στη λειτουργία της φυσιολογίας του σώματος. Με αυτόν τον τρόπο προκαλούνται ψυχοσωματικές ασθένειες σε όλα τα συστήματα του οργανισμού, όπως για παράδειγμα βρογχικό άσθμα, υπέρταση, αλλεργίες και δερματοπάθειες.

Τα ψυχοσωματικά προβλήματα δεν μπορούν να βρουν διέξοδο σε υγιείς συμπεριφορές επικοινωνίας και έτσι σωματοποιούνται. Με αυτόν τον τρόπο μπορούμε να πούμε ότι ο ψυχοσωματικός ασθενής δεν κλαίει και ως αποτέλεσμα έχει μια ασθματική κρίση.

Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι η μη σωστή διαχείριση του θυμού και του άγχους όπως και η χρόνια κατάθλιψη, μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση άσθματος και αντίστροφα.

Βασιζόμενες, επομένως, στη θεωρία που υπάρχει για τη Συναισθηματική Νοημοσύνη και τις Ψυχοσωματικές ασθένειες, αυτό που επιθυμούμε να δείξουμε μέσω της συγκεκριμένης εργασίας, είναι η σχέση που υπάρχει μεταξύ της Συναισθηματικής Νοημοσύνης και του άσθματος, σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 7 – 18 ετών.

ΟΡΙΣΜΟΙ

1. ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑ

Η ανικανότητα του ατόμου να περιγράψει ή να διαφοροποιήσει τα συναισθήματά του ή να δημιουργήσει φαντασιώσεις. Συνήθως, μπροστά σε μια κατάσταση δεν ξέρουν τί πρέπει να κάνουν και ρωτούν: «Θα έπρεπε να κλάψω ή να γελάσω;» Δεν ξέρουν δηλαδή ποια συναισθηματική αντίδραση να δείξουν μπροστά σ' ένα γεγονός ή μια κατάσταση, κωμική ή τραγική. (Sifneos, 1973)

2. ΑΣΘΜΑ

Άσθμα είναι μια χρόνια φλεγμονώδης διαταραχή όπου πολλά κύτταρα και κυτταρικά στοιχεία παίζουν ρόλο. Η χρόνια φλεγμονή δημιουργεί αυξημένη βρογχική υπεραντιδραστικότητα που οδηγεί σε επαναλαμβανόμενα επεισόδια συρίττους αναπνοής, δύσπνοιας, βάρους στο στήθος και βήχα ιδιαίτερα τη νύχτα ή νωρίς το πρωί. Αυτά τα επεισόδια συνδυάζονται με εκτεταμένη μεταβαλλόμενη βρογχική απόφραξη που αναστρέφεται είτε αυτόματα ή με θεραπεία (Γκανάς Κ., Οικονομόδου Ερ. 2003).

3. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη ορίζεται ως μια διαταραχή της διάθεσης, που εκδηλώνεται ως θλίψη, αυτοκτονική τάση, έλλειψη ενδιαφέροντος ή χαράς, φτωχή αυτοσυγκέντρωση, κούραση, αϋπνία, ανορεξία, ευερεθιστότητα, αναποφασιστικότητα, απώλεια ενεργητικότητας και ψυχοκινητική επιβράδυνση (Μάνος, 1997).

4. ΣΤΡΕΣ

Σύμφωνα με το Sarafino (1999), το στρες είναι μια κατάσταση που προκύπτει, όταν οι συναλλαγές μεταξύ ατόμου-περιβάλλοντος οδηγούν το άτομο στην αντίληψη, ότι υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ των δυνατοτήτων του και των απαιτήσεων του περιβάλλοντος (Lazarus, 1991, 1993; Lazarus, Averill, & Opton, 1970; Lazarus & Folkman, 1984a, 1984b).

5. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ

Ως συναισθήματα θεωρούνται οι εσωτερικές, υποκειμενικές, ψυχολογικές και βιοφυσιολογικές διεγέρσεις, που οφείλονται σε διάφορους παράγοντες, προκαλούν πολύπλοκες σωματικές αλλαγές και μπορούν να ωθήσουν σε δράση (Παρασκευόπουλος, 2005).

6. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ

Σύμφωνα με τον Goleman (1998) Συναισθηματική Νοημοσύνη είναι η ικανότητα του ανθρώπου για αυτοεπίγνωση, αυτοκυριαρχία και αυτοέλεγχο, η ευσυνειδησία και η δυνατότητα να μπαίνει στη θέση των άλλων και να τους κατανοεί, να ακούει προσεχτικά και να ασκεί επιρροή, να επικοινωνεί ουσιαστικά και να συνεργάζεται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ

1.1) Συναισθήματα.

1.1.1) Τι είναι τα συναισθήματα.

Ως συναισθήματα θεωρούνται οι εσωτερικές, υποκειμενικές, ψυχολογικές και βιοφυσιολογικές διεγέρσεις, που οφείλονται σε διάφορους παράγοντες, προκαλούν πολύπλοκες σωματικές αλλαγές και μπορούν να ωθήσουν σε δράση (Παρασκευόπουλος, 2005).

Σύμφωνα με τον Κακαβούλη (1990), συναίσθημα είναι η ψυχική κατάσταση, θετική ή αρνητική, που βιώνει ο άνθρωπος σε μια δεδομένη στιγμή, ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ εσωτερικών ή εξωτερικών ερεθισμάτων και αντιστοίχων αντιδράσεων του ψυχοφυσικού του οργανισμού.

Στα συναισθήματα διακρίνουμε τρεις βασικές ιδιότητες:

- Την Ένταση: η ένταση του συναισθήματος προσδιορίζει το βαθμό στον οποίο βιώνουμε μια συναισθηματική κατάσταση.
- Την Διάρκεια: η διάρκεια του συναισθήματος αναφέρεται στο χρόνο που μια συναισθηματική κατάσταση βρίσκεται σε δράση.
- Την Ποιότητα: η ποιότητα του συναισθήματος εκφράζει το είδος της ψυχικής διάθεσης που προκαλεί στο άτομο (Κακαβούλης, 1990).

Τα συναισθήματα, ανάλογα με το κέντρο αναφοράς τους, διακρίνονται σε:

- Ατομικά: τα ατομικά συναισθήματα αναφέρονται στο «εγώ», στο τί δηλαδή το άτομο νιώθει για τον εαυτό του.
- Κοινωνικά: τα κοινωνικά συναισθήματα είναι οι ψυχικές διαθέσεις που προκαλούνται από τις σχέσεις του ατόμου με τα πρόσωπα του περιβάλλοντος.
- Κατώτερα: τα κατώτερα ή αισθησιακά συναισθήματα είναι οι καταστάσεις που έχουν σχέση με τις αισθήσεις και τις βιολογικές ανάγκες του ανθρώπου.
- Ανώτερα: τα ανώτερα συναισθήματα είναι βαθύτερες ψυχικές καταστάσεις που νιώθει ο άνθρωπος σε σχέση με τις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες και τις αξίες της ζωής (Κακαβούλης, 1990).

Η θέση του συναισθήματος στη ζωή μας παραμελήθηκε από τις επιστημονικές έρευνες για μεγάλο χρονικό διάστημα, αφήνοντας έτσι το χώρο των συναισθημάτων ανεξερεύνητο, σε μεγάλο βαθμό, για την επιστημονική ψυχολογία (Goleman, 1998).

1.2) Τί είναι η Συναισθηματική Νοημοσύνη.

1.2.1) Η θεωρία του H.Gardner.

Ο Howard Gardner, μέσα από το βιβλίο του «Frames of Mind» (1993), πρότεινε τη θεωρία της πολλαπλής νοημοσύνης. Σύμφωνα με αυτή, η νοημοσύνη δεν είναι μια ενιαία ολότητα αλλά αποτελείται από 8 διαφορετικά είδη:

1. Τη Γλωσσική Νοημοσύνη: επιτρέπει σε κάποιον να συλλάβει και να αποκωδικοποιήσει εύκολα τα γλωσσικά ερεθίσματα. Είναι ανεπτυγμένη σε άτομα με ικανότητα στον προφορικό και γραπτό λόγο και την

εκμάθηση ξένων γλωσσών. Συνδέει τη μορφή αυτή της νοημοσύνης με τις δεξιότητες της κατανόησης οδηγιών και σημασιών λέξεων, της πειθούς για δράση, της εξήγησης, της διδασκαλίας, της μάθησης του χιούμορ, της μνήμης και της ανάμνησης, της μετά-γλωσσικής ανάλυσης καθώς και των διαφορετικών χρήσεων της γλώσσας.

2. Τη Λογικομαθηματική Νοημοσύνη: αναφέρεται στην ικανότητα για αφηρημένους συλλογισμούς, επίλυση προβλημάτων και αποτελεσματικής χρήσης λογικών προτύπων και αριθμών. Συνδέει τη μορφή αυτή της νοημοσύνης με τις δεξιότητες της αναγνώρισης περιληπτικών σχεδίων, του επαγωγικού και απαγωγικού συλλογισμού, της οξυδέρκειας στις σχέσεις και στις συνδέσεις, της εκτέλεσης σύνθετων υπολογισμών, της επιστημονικής λογικής, της διευκρίνισης προβλημάτων που απαιτούν μια λογική λύση. Επίσης, η λογικομαθηματική νοημοσύνη συνδέεται με την ικανότητα κατανόησης των αριθμητικών σχέσεων και αρχών, συγκράτησης στη μνήμη σειρών από λεπτομέρειες, εκτέλεσης σύνθετων μαθηματικών υπολογισμών, αναζήτησης περιληπτικών σχεδίων και προτύπων αγάπης στον κανόνα και στην αρμονία.
3. Τη Μουσική Νοημοσύνη: αναφέρεται στην ικανότητα αντίληψης, διάκρισης, μετασχηματισμού και έκφρασης μουσικών μορφών. Συνδέει τη μορφή αυτή της νοημοσύνης με τις δεξιότητες της εκτίμησης της μουσικής δομής, της δημιουργίας ακουστικών και μουσικών εγκεφαλικών σχημάτων και πλαισίων, της ευαισθησίας στους ήχους, της αναγνώρισης, δημιουργίας και παραγωγής μελωδιών και ρυθμών, της αίσθησης ποιοτικών χαρακτηριστικών του τόνου, της επεξεργασίας σχημάτων βασισμένων στα ακούσματα και της μεθοδικής επεξεργασίας μουσικών γνωστικών συστημάτων.
4. Τη Χωρική Νοημοσύνη: αναφέρεται στην ικανότητα αίσθησης—αντίληψης του χώρου με ακρίβεια και την εκτέλεση μετασχηματισμών

για να τον αντιληφθούν και οι υπόλοιποι. Συνδέει τη μορφή αυτή της νοημοσύνης με τις δεξιότητες της δραστηκής φαντασίας, των νοερών συλλήψεων και αναπαραστάσεων, του προσανατολισμού στο χώρο, του χειρισμού αναπαραστάσεων και εικόνων, της δημιουργίας και ανάγνωσης γραφικών αναπαραστάσεων, της αναγνώρισης σχέσεων αντικειμένων και διαστημάτων. Επίσης η χωρική νοημοσύνη συνδέεται με τις δεξιότητες της θεώρησης των πραγμάτων από διαφορετική οπτική γωνία, του εντοπισμού ενός ενδιαφέροντος φυσικού αντικειμένου, της χρήσης ενορατικών λύσεων, της δημιουργίας φανταστικών εικόνων και αγγίγματος ανύπαρκτων αντικειμένων και της αναζήτησης ισορροπίας και αρμονίας.

5. Τη Σωματική – Κινησθητική Νοημοσύνη: αναφέρεται στη δυνατότητα ελέγχου των κινήσεων του σώματος και χειρισμού αντικειμένων με επιδεξιότητα. Συνδέει τη μορφή αυτή της νοημοσύνης με τις δεξιότητες του αβίαστου ελέγχου των κινήσεων, του ελέγχου των προσχεδιασμένων κινήσεων, της επέκτασης της γνώσης μέσω του σώματος, της αρμονίας σώματος και εγκεφάλου, των μιμητικών ικανοτήτων, της βελτίωσης των λειτουργιών του σώματος και της αντίληψης που είναι βασισμένη σε ένα μηχανισμό ανατροφοδότησης. Επίσης, η σωματική-κινησθητική νοημοσύνη συνδέεται με τις δεξιότητες της εκούσιας και επιδέξιας αλληλεπίδρασης αντίληψης-κίνησης, της προσχεδιασμένης δράσης με συνεχή κατασκευή νέας μάθησης και της γνώσης της χρήσης του σώματος και των μυών.
6. Την Ενδοπροσωπική Νοημοσύνη: αναφέρεται στην ικανότητα κάποιου να αποκτά πρόσβαση στα δικά του αισθήματα, την ικανότητα να τα διακρίνει μεταξύ τους και να αντλεί από αυτά στοιχεία για να προσδιορίζει τη συμπεριφορά του. Επίσης η ικανότητα για αυτογνωσία των ορίων των δυνατοτήτων, αδυναμιών, επιθυμιών και της αυτοπειθαρχίας. Συνδέει τη μορφή αυτή της νοημοσύνης με τις

δεξιότητες της αυτοσυγκέντρωσης, της επιμέλειας και της προσοχής, της μεταγνωστικής ικανότητας, της κατανόησης διαφορετικών αισθημάτων και ανάλογης συμπεριφοράς, της υπερατομικής αίσθησης του εαυτού και της υψηλής μεθοδικότητας στη σκέψη και στη λογική. Επίσης, η ενδοπροσωπική νοημοσύνη συνδέεται με τις ικανότητες της γνώσης της σχετικής με τη σημασία της ζωής, της κατανόησης του εαυτού ως μέρους της ευρύτερης πραγματικότητας, της υψηλής πειθαρχίας στη λογική και τη σκέψη και των συχνών αλλαγών σχετικών με τη συναίσθηση της πνευματικής διαίσθησης, της ενόρασης και της ενότητας.

7. Τη Διαπροσωπική Νοημοσύνη: αναφέρεται στην ικανότητα να καταλαβαίνει κάποιος τα κίνητρα, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές των άλλων και ταυτόχρονα να ανταποκρίνεται κατάλληλα σε αυτές τις διαθέσεις και τις επιθυμίες, με αποτελεσματική μετάδοση των συναισθημάτων του με εκφράσεις του προσώπου, φωνή και χειρονομίες. Επίσης αναφέρεται στις δεξιότητες της αποτελεσματικής και μη επικοινωνίας, της επισήμανσης και ανάλυσης των διαφορών μεταξύ των άλλων, του προσωπικού συμβούλου, της ευαισθησίας στις διαθέσεις, τα κίνητρα, τα συναισθήματα και την ψυχοσύνθεση των άλλων και της συνεργατικής δουλειάς σε ομάδες. Ακόμη, συνδέει τη μορφή αυτή της νοημοσύνης με τις ικανότητες διάκρισης των σημαντικών ενδιαφερόντων και συμπεριφορών των άλλων, της δημιουργίας και διατήρησης συνεργασίας, της ομαδικής δημιουργικής διαδικασίας, της ατομικής υπέρβασης στις κοινωνικές σχέσεις και της θετικής συσχέτισης με τους άλλους.
8. Τη Νατουραλιστική Νοημοσύνη: αναφέρεται στην ικανότητα κάποιου να αναγνωρίζει τις φυσικές μορφές, τα όντα, τα γεγονότα και τα φαινόμενα της φύσης.

Ο Gardner (1993), πρόσθεσε και ένα ένατο είδος νοημοσύνης, την υπαρξιακή νοημοσύνη η οποία αναφέρεται στην ικανότητα ορισμένων ατόμων να ενασχολούνται με υπαρξιακά ζητήματα.

Σύμφωνα με τη θεωρία της πολλαπλής νοημοσύνης του Gardner (1993), για να επιτύχει κανείς στη ζωή του, θεωρείται απαραίτητη η ανάπτυξη δεξιοτήτων από όλους τους τομείς της νοημοσύνης.

1.2.2) Η θεωρία των Mayer & Salovey.

Οι Mayer & Salovey (1997) μελετώντας την ενδοπροσωπική και διαπροσωπική νοημοσύνη ανέδειξαν το θεμελιώδη ρόλο των συναισθημάτων και εξέφρασαν τα δύο αυτά είδη νοημοσύνης με τον όρο συναισθηματική νοημοσύνη.

Για πρώτη φορά το 1989, οι Mayer & Salovey χρησιμοποίησαν τον όρο Συναισθηματική Νοημοσύνη, με τον οποίο, περιγράφουν ένα είδος νοημοσύνης που εμπεριέχει τις ικανότητες του ατόμου να αντιλαμβάνεται με ακρίβεια, να αξιολογεί και να εκφράζει τα συναισθήματά του, να χρησιμοποιεί τα συναισθήματα που βιώνει στη διευκόλυνση της διαδικασίας σκέψης, να κατανοεί τα συναισθήματά του και να τα ρυθμίζει για να προάγει τη συναισθηματική και νοητική του ανάπτυξη (Τριλίβα & Chimienti, 2002).

Σύμφωνα με τους Mayer & Salovey (1997), η συναισθηματική νοημοσύνη ορίζεται από δύο διαστάσεις:

- Την εμπειρική διάσταση: αφορά την αντίληψη και την έκφραση των συναισθημάτων και την συναισθηματική ολοκλήρωση.
- Τη στρατηγική διάσταση: αφορά την κατανόηση και τη διαχείριση των συναισθημάτων.

Οι Mayer & Salovey (1997), αναφέρουν τις εξής συναισθηματικές δεξιότητες:

- Οι δεξιότητες αντίληψης, αξιολόγησης και έκφρασης συναισθημάτων: περιλαμβάνουν αναλυτικά την ικανότητα αντίληψης των συναισθημάτων από τον τρόπο έκφρασης, τις σωματικές αλλαγές ή την αλλαγή σκέψης, την ικανότητα αντίληψης των συναισθημάτων στο λόγο, στις εκφράσεις και τη συμπεριφορά, την ικανότητα έκφρασης των συναισθημάτων και των σχετικά με αυτά αναγκών καθώς και την ικανότητα διάκρισης ανάμεσα στην ακριβή και μη ακριβή και την ειλικρινή ή όχι έκφραση των συναισθημάτων.
- Η δεξιότητα της διευκόλυνσης της σκέψης μέσω των συναισθημάτων: περιλαμβάνουν τις ικανότητες αναγνώρισης, ονομασίας και συσχέτισης των συναισθημάτων, την ικανότητα ερμηνείας των νοημάτων των συναισθημάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις, την ικανότητα κατανόησης περίπλοκων συναισθηματικών αντιδράσεων και την ικανότητα να αναγνωρίζει τις αλλαγές στα συναισθήματα.
- Η δεξιότητα της ρύθμισης των συναισθημάτων με στόχο τη συναισθηματική και νοητική ανάπτυξη: περιλαμβάνει την ικανότητα στην αποδοχή των ευχάριστων και μη συναισθημάτων, την ικανότητα συνειδητής ενασχόλησης με τα συναισθήματα, την ικανότητα αποσύνδεσης από τα συναισθήματα, την ικανότητα γνωστικής επεξεργασίας των συναισθημάτων και την ικανότητα ρύθμισης των δικών μας συναισθημάτων αλλά και των άλλων, μετριάζοντας τα αρνητικά συναισθήματα και καλλιεργώντας τα θετικά.

1.2.3) Η θεωρία του Goleman.

Ο Goleman (1998) μελετώντας τη διαπροσωπική και ενδοπροσωπική νοημοσύνη, υποστηρίζει ότι η διανοητική ζωή απαρτίζεται από την αλληλεπίδραση δύο διαφορετικών τρόπων γνώσης:

- Του λογικού νου: τρόπος κατανόησης που έχει ως βάση τη συνείδηση, το στοχασμό, την ικανότητα συλλογισμού και ανάλυσης δεδομένων.
- Του συγκινησιακού νου: αντιδρά άμεσα στα συναισθήματα, είναι παρορμητικός και ταχύτερος από το λογικό νου.

Η σχέση μεταξύ του λογικού και του συγκινησιακού νου είναι ισόρροπη. Ο συγκινησιακός νους δίνει το έναυσμα μέσω των συναισθημάτων και ο λογικός νους περιορίζει τη ροή των συναισθημάτων.

Πάνω σε αυτή τη σχέση ο Goleman τοποθετεί τη Συναισθηματική Νοημοσύνη ή Νοημοσύνη της Καρδιάς.

Σύμφωνα με τον Goleman (1998) Συναισθηματική Νοημοσύνη είναι η ικανότητα του ανθρώπου για αυτοεπίγνωση, αυτοκυριαρχία και αυτοέλεγχο, η ευσυνειδησία και η δυνατότητα να μπαίνει στη θέση των άλλων και να τους κατανοεί, να ακούει προσεχτικά και να ασκεί επιρροή, να επικοινωνεί ουσιαστικά και να συνεργάζεται.

Η Συναισθηματική Νοημοσύνη δεν αποτελεί ένα γενετικά καθορισμένο δείκτη όπως ο Δείκτης Νοημοσύνης. Σε αντίθεση με τον Δείκτη Νοημοσύνης ο οποίος δεν μεταβάλλεται, σε μεγάλο βαθμό, με την πάροδο των χρόνων, η Συναισθηματική Νοημοσύνη μαθαίνεται και αναπτύσσεται καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του ανθρώπου.

Μέσω της Συναισθηματικής Νοημοσύνης μπορούμε να αναπτύξουμε τις συναισθηματικές δεξιότητες οι οποίες βασίζονται στις διαστάσεις της Συναισθηματικής Νοημοσύνης: την αυτοεκτίμηση, την αυτορύθμιση, τα

κίνητρα συμπεριφοράς, την ενσυναίσθηση, την ικανότητα στις σχέσεις με τους άλλους.

Ο Goleman (2000) προσδιορίζει την ουσία και το περιεχόμενο της Συναισθηματικής Νοημοσύνης σε έναν άξονα τεσσάρων αρχών:

- Αυτοεπίγνωση: αναφέρεται στην ικανότητα της συναισθηματικής αυτοεπίγνωσης που ορίζεται ως η δυνατότητα να διαβάζουμε τα συναισθήματά μας και να αναγνωρίζουμε την επίδρασή τους καθώς και να χρησιμοποιούμε τη διαίσθησή μας κατά τη λήψη αποφάσεων. Επίσης αναφέρεται στις ικανότητες ακριβούς αυτοαξιολόγησης μέσω της γνώσης των δυνατών σημείων και των ορίων μας και αυτοπεποίθησης, που ορίζεται ως η σταθερή αίσθηση που έχουμε για την αξία και τις δυνατότητές μας.
- Αυτορύθμιση: αναφέρεται στις ικανότητες του αυτοελέγχου, της αξιοπιστίας, της ευσυνειδησίας, της προσαρμοστικότητας με την ευελιξία στο χειρισμό των αλλαγών, της επίτευξης που ορίζεται ως το εσωτερικό κίνητρο για τη βελτίωση της απόδοσής μας προκειμένου να φτάσουμε τα κριτήρια που θέτουμε εμείς για την επιτυχία, της πρωτοβουλίας και της αισιοδοξίας.

Οι παραπάνω δεξιότητες ανήκουν στις προσωπικές ικανότητες οι οποίες καθορίζουν το πόσο καλά χειριζόμαστε τον εαυτό μας.

- Κοινωνική επίγνωση: είναι η επίγνωση των συναισθημάτων, των αναγκών, και των ανησυχιών των άλλων ανθρώπων. Περιλαμβάνει τη δεξιότητα της ενσυναίσθησης, η οποία αναφέρεται στην ικανότητα να αντιλαμβανόμαστε τα συναισθήματα των άλλων, να κατανοούμε τη δική τους οπτική και να δείχνουμε ενεργά το ενδιαφέρον μας για τις ανησυχίες τους, τη δεξιότητα της οργανωτικής επίγνωσης που αναφέρεται στην ετοιμότητα να αντιλαμβανόμαστε τα τρέχοντα ζητήματα, τα δίκτυα των κέντρων λήψης αποφάσεων και τις στρατηγικές στο επίπεδο του οργανισμού και στη δεξιότητα της εξυπηρέτησης που ορίζεται ως η

ικανότητα να γνωρίζουμε και να καλύπτουμε τις ανάγκες υφισταμένων και πελατών.

- Διαχείριση σχέσεων: περιλαμβάνει την ικανότητα της έμπνευσης, την ικανότητα να καθοδηγούμε και να κινητοποιούμε τους άλλους προς προδιαγεγραμμένο όραμα, την ικανότητα της επιρροής των άλλων και της ανάπτυξης τους μέσω της ανατροφοδότησης και της καθοδήγησης. Επίσης περιλαμβάνει την ικανότητά μας να αναλαμβάνουμε πρωτοβουλίες και να καθοδηγούμε προς νέες κατευθύνσεις, την ικανότητα διαχείρισης των συγκρούσεων, την ικανότητα οικοδόμησης δεσμών, να καλλιεργούμε και να συντηρούμε, δηλαδή, ένα δίκτυο σχέσεων και τέλος περιλαμβάνει την ικανότητα για συνεργατικότητα και την ομαδικότητα.

Οι παραπάνω δεξιότητες ανήκουν στις κοινωνικές ικανότητες οι οποίες καθορίζουν το πόσο καλά χειριζόμαστε τις σχέσεις.

1.2.4) Η Θεωρία του Baron.

Ο Baron (2005) έχοντας ως βάση την πολλαπλή νοημοσύνη του Gardner, ορίζει τις ικανότητες σε ενδοπροσωπικό και διαπροσωπικό επίπεδο ως Συναισθηματική-Κοινωνική Νοημοσύνη (Emotional Social Intelligence).

Ο Baron (2005) χρησιμοποίησε αυτόν τον όρο αξιοποιώντας άρθρα και μελέτες των Gardner και Saarni, που περιέγραφαν τη συναισθηματική νοημοσύνη ως το αποτέλεσμα 9 ενδοσυσχετιζόμενων κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων. Η Carolyn Saarni (1990) ορίζει αυτές τις δεξιότητες ως:

1. Συναισθηματική αυτοεπίγνωση.
2. Ικανότητα διάκρισης των συναισθημάτων των άλλων.
3. Ικανότητα γλωσσικής περιγραφής των συναισθημάτων.

4. Ενσυναίσθηση.
5. Ικανότητα συνειδητοποίησης ότι μια συναισθηματική κατάσταση μπορεί να μην αντιστοιχεί στην εξωτερική της έκφραση.
6. Επίγνωση των πολιτιστικών κανόνων έκφρασης.
7. Ικανότητα να «μαθαίνει» κανείς τους άλλους όταν συμπεραίνει τη συναισθηματική τους κατάσταση.
8. Ικανότητα να κατανοεί ότι η δική του συναισθηματική έκφραση μπορεί να επηρεάσει ένα άλλο πρόσωπο.
9. Ικανότητα να χρησιμοποιεί αυτορρυθμιστικές στρατηγικές προκειμένου να τροποποιεί συναισθηματικές καταστάσεις.

Η θεωρία του Baron (2005) υποστηρίζει ότι η συναισθηματική κοινωνική νοημοσύνη είναι ένας τομέας διασταυρωμένων και ενδοσυσχετιζόμενων συναισθηματικών και κοινωνικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων που καθορίζουν το πόσο αποτελεσματικά καταλαβαίνουμε και εκφράζουμε τους εαυτούς μας, καταλαβαίνουμε τους άλλους και σχετιζόμαστε με αυτούς και αντιμετωπίζουμε τις απαιτήσεις της καθημερινότητας.

Η συναισθηματική κοινωνική νοημοσύνη αναφέρεται σε δεξιότητες που οδηγούν το άτομο σε κοινωνική και συναισθηματική επάρκεια. Πρόκειται για έναν όρο ευρύτερο σε σχέση με τον όρο «συναισθηματική νοημοσύνη» (Τριλίβα & Chimienti, 2002).

Ο Baron (2005) προτείνει τον όρο συναισθηματικό πηλίκιο (Emotional Quotient Intelligence) ως αντίστοιχο του νοητικού πηλίκου και το ορίζει ως ένα μέτρο εκτίμησης της συνολικής Συναισθηματικής Κοινωνικής Νοημοσύνης. Αποτελεί κομβικό σημείο στην εξέλιξη του μοντέλου του γιατί προσφέρει τη δυνατότητα αξιολόγησης και αξιοποίησής του.

1.3) Είναι η Συναισθηματική Νοημοσύνη μετρήσιμη;

Τα παραπάνω κυρίαρχα μοντέλα στη μελέτη της συναισθηματικής νοημοσύνης οδήγησαν στη δημιουργία αντίστοιχων εργαλείων μέτρησής της.

Τα εργαλεία μέτρησης της συναισθηματικής νοημοσύνης είναι τα εξής:

- EQ-I (Baron, 1997): Αξιολογεί 15 παράγοντες, συναισθηματικούς και κοινωνικούς, ομαδοποιημένους στις εξής κλίμακες: ενδοπροσωπική, διαπροσωπική, προσαρμοστικότητα, διαχείρισης άγχους, θετικής εντύπωσης, γενικής διάθεσης και συνολικής συναισθηματικής νοημοσύνης.
- EQ-I YV (Baron, 2000): Στηρίζεται στη λογική του παραπάνω ερωτηματολογίου με τη διαφορά ότι έχει προσαρμοστεί για να μετρά τη συναισθηματική και κοινωνική νοημοσύνη παιδιών και εφήβων, ηλικίας 7-18 ετών.
- Multifactor Emotional Intelligence scale (Mayer, Caruso, Salovey, 1998): Αποτελείται από 12 κλίμακες που αφορούν σε θέματα αναγνώρισης, έκφρασης και χειρισμού των συναισθημάτων, οι οποίες αντιστοιχούν στο μοντέλο των τεσσάρων παραγόντων των Mayer & Salovey.
- MSCEIT V2 (Mayer, Salovey, Caruso, Sitarenios, 2003): Αποτελεί εξέλιξη του παραπάνω εργαλείου αξιολόγησης βασισμένο στη θεωρία των τεσσάρων παραγόντων των Mayer & Salovey.
- Emotional Competence Inventory (ECI) (Goleman, 1998): Αξιολογεί κατά βάση τις οργανωτικές ικανότητες των ατόμων στο επαγγελματικό τους πλαίσιο, ικανότητες που σχετίζονται άμεσα με τη συναισθηματική τους νοημοσύνη.

1.4) Σε τί χρησιμεύει η Συναισθηματική Νοημοσύνη;

Διάφορες ερευνητικές μελέτες έχουν καταδείξει την αξία της ανάπτυξης της συναισθηματικής νοημοσύνης και των συναισθηματικών διοικητικών δεξιοτήτων (Graham Brown, x.x).

- Τουλάχιστον το 80% της «επιτυχίας» ενός ενήλικα προέρχεται από τη συναισθηματική νοημοσύνη.
- Οι άνθρωποι που αντιλαμβάνονται με ακρίβεια τα συναισθήματα των άλλων, είναι πιο ικανοί στη διαχείριση των αλλαγών και στη δόμηση ισχυρότερων κοινωνικών δικτύων (Graham Brown, x.x).

Οι κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες ήταν τέσσερις φορές σημαντικότερες από το διανοητικό δείκτη νοημοσύνης στον καθορισμό των επαγγελματικών επιτυχιών και του γοήτρου (Graham Brown, x.x)

Ο Baron (2005), αναφέρει τη σημασία της συναισθηματικής κοινωνικής νοημοσύνης. Το να διαθέτει κανείς συναισθηματική κοινωνική νοημοσύνη (ESI) σημαίνει, σε ενδοπροσωπικό επίπεδο, την ικανότητα να γνωρίζει τον εαυτό του, να καταλαβαίνει τα δυνατά και τα αδύνατά του σημεία, να εκφράζει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του εποικοδομητικά. Στο διαπροσωπικό επίπεδο, σημαίνει να γνωρίζει τα συναισθήματα και τις ανάγκες των άλλων, να δημιουργεί και να διατηρεί συνεργατικές, εποικοδομητικές και αμοιβαία αποδεκτές σχέσεις. Τέλος, σημαίνει να μπορεί να διαχειρίζεται αποτελεσματικά τις αλλαγές στο προσωπικό και κοινωνικό του περιβάλλον, να αντιμετωπίζει με ρεαλισμό και ευελιξία την άμεση κατάσταση, λύνοντας προβλήματα και παίρνοντας αποφάσεις.

1.5) Κοινωνική και Συναισθηματική Αγωγή.

1.5.1) Ορισμός της Κοινωνικής και Συναισθηματικής Αγωγής.

Κοινωνική και συναισθηματική αγωγή ή κοινωνική και συναισθηματική εκπαίδευση και διαπαιδαγώγηση, είναι η διαδικασία που στοχεύει την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου, με την καλλιέργεια και βελτίωση των κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων του. Είναι η διαδικασία μέσω της οποίας τα παιδιά οδηγούνται σε κοινωνική και συναισθηματική επάρκεια (Gottman, 2000).

Η απόκτηση της κοινωνικής και συναισθηματικής επάρκειας είναι μια διαδικασία που προκύπτει ως αποτέλεσμα της επιτυχούς ενδοπροσωπικής και διαπροσωπικής προσαρμογής και το περιεχόμενό της διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό και από κουλτούρα σε κουλτούρα (Γιαννικόπουλος, 1982).

Η ενδοπροσωπική προσαρμογή αφορά τις σχέσεις του ατόμου με τον εαυτό του. Αναφέρεται στα συναισθήματα ικανοποίησης, προσωπικής αξίας και αποδοχής που τρέφει το άτομο για τον εαυτό του και συνδέεται με την αυτοπραγμάτωση, που είναι η ανάπτυξη της προσωπικότητας στον υπέρτατο βαθμό, βάσει των κληρονομικών καταβολών και των επίκτητων δυνάμεων του ατόμου (Γιαννικόπουλος, 1982).

Η διαπροσωπική προσαρμογή προκύπτει όταν το άτομο: α) ζει αρμονικά με τους άλλους, β) διαθέτει κατάλληλες δεξιότητες ώστε να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της κοινωνικής ομάδας και των διαπροσωπικών του σχέσεων, γ) ελέγχει τις αψιθυμικές του αντιδράσεις και δ) διακατέχεται από συναισθήματα συναλληλίας (Γιαννικόπουλος, 1982).

Η κοινωνική και συναισθηματική αγωγή λοιπόν, αναφέρεται σε όλες εκείνες τις ικανότητες που απαρτίζουν τη συναισθηματική νοημοσύνη στα πλαίσια των συναισθηματικών αλληλεπιδράσεων των παιδιών με το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον. Δηλαδή, την ικανότητα αντίληψης,

έκφρασης και χειρισμού των συναισθημάτων, στον αυτοέλεγχο, στην ενσυναίσθηση, στην ποιοτική επικοινωνία, στη διαδικασία επίλυσης συγκρούσεων και προβλημάτων, στην διεκδικητική στάση, στην προσωπική υπευθυνότητα, στην αυτοεπίγνωση και αυτοαποδοχή (Gottman, 2000).

Η κοινωνική και συναισθηματική αγωγή αφορά όλα τα παιδιά και όλους τους ενήλικες που αλληλεπιδρούν με αυτά. Μπορεί να εφαρμοστεί από τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς αλλά και κάθε ενήλικο που σχετίζεται με την ανατροφή ενός παιδιού. Έχει τις ρίζες της στα βαθύτερα αισθήματα αγάπης των ενηλίκων για τα παιδιά και προϋποθέτει την ικανότητα ενσυναίσθησης από την πλευρά τους. Αποτελεί το σημαίνον και διαφορετικό στοιχείο που συμβάλλει στην επιτυχία, αλλά και την ευτυχία των παιδιών (Gottman, 2000).

Ο Gottman (2000) προτείνει τα ακόλουθα 5 στάδια όσον αφορά τη συναισθηματική αγωγή και διαπαιδαγώγηση των παιδιών:

- Επίγνωση των συναισθημάτων των παιδιών: στο πρώτο αυτό στάδιο οι γονείς βοηθούν τα παιδιά να κατανοήσουν και να αναγνωρίσουν ένα συναίσθημα τη στιγμή που το βιώνουν και να μπορούν να το ονομάσουν με ακρίβεια. Παράλληλα, είναι σημαντικό να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ικανότητας των παιδιών να αντιλαμβάνονται την εκδήλωση αντίστοιχων συναισθημάτων και στους άλλους. Για να μπορέσει ο γονέας να έχει επίγνωση των συναισθημάτων του παιδιού, θα πρέπει πρώτα να έχει ο ίδιος συναισθηματική αυτοεπίγνωση. Αυτή η ικανότητα θα τον οδηγήσει στην ικανότητα της ενσυναίσθησης και μέσω αυτής θα καταφέρει να είναι ευαίσθητος και στις συναισθηματικές εκδηλώσεις του παιδιού.
- Έκφραση των συναισθημάτων ως ευκαιρία για οικειότητα και διδασκαλία: στο δεύτερο στάδιο ο γονέας βοηθάει το παιδί να ηρεμεί τον εαυτό του, μαθαίνοντάς του να χειρίζεται τα συναισθήματά του, ενώ

παράλληλα του καλλιεργεί και άλλες δεξιότητες, όπως οι δεξιότητες προσεκτικής ακρόασης και επίλυσης προβλημάτων.

- Ακρόαση με ενσυναίσθηση και αναγνώριση των συναισθημάτων του παιδιού: το τρίτο στάδιο αποτελεί το σημαντικότερο βήμα στη διαδικασία της συναισθηματικής αγωγής. Οι γονείς, που έχουν το ρόλο του «ακροατή», δεν έχουν ως σκοπό να ακούσουν απλά το συναίσθημα που βιώνει το παιδί. Χρησιμοποιούν την ικανότητα της ενσυναίσθησης που αποτελεί τη βάση για συναισθηματική αγωγή. Προσπαθούν μέσω λεκτικών και μη λεκτικών διόδων να κατανοήσουν οι ίδιοι τα συναισθήματα των παιδιών τους, να τα βοηθήσουν να κατανοήσουν και να ονομάσουν τα ίδια τα παιδιά τα συναισθήματά τους και προσφέρουν τον εαυτό τους σαν στήριγμα, σε περίπτωση που τα συναισθήματα που εκφράζονται είναι δυσάρεστα και οδηγούν σε συγκρούσεις.
- Βοήθεια στο παιδί προκειμένου να εκφράσει λεκτικά και να προσδιορίσει τα συναισθήματά του: στο τέταρτο στάδιο ο γονέας βοηθάει το παιδί να εκφράσει με λόγια τα συναισθήματά του και να αναπτύξει ένα πλούσιο συναισθηματικά λεξιλόγιο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το παιδί να αναγνωρίζει ευκολότερα και με μεγαλύτερη ακρίβεια τα συναισθήματά του και στη συνέχεια να τα χειρίζεται.
- Καθορισμός ορίων και παροχή βοήθειας για επίλυση των προβλημάτων: η διαδικασία της επίλυσης προβλημάτων περιλαμβάνει 5 στάδια: α) θέσπιση ορίων, β) αναγνώριση του προβλήματος και καθορισμός των στόχων, γ) διατύπωση πιθανών λύσεων και εναλλακτικών επιλογών, δ) εκτίμηση των πιθανών λύσεων στο πλαίσιο των οικογενειακών αξιών, ε) παροχή βοήθειας στο παιδί για την επιλογή μιας λύσης.

Η ανάπτυξη αυτών των δεξιοτήτων οδηγούν το άτομο σε συναισθηματική επάρκεια. (Gottman, 2000)

Τα άτομα με συναισθηματική επάρκεια έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- Έχουν επίγνωση της συναισθηματικής κατάστασης ενός ατόμου, συνυπολογίζοντας την πιθανότητα το άτομο να βιώνει ποικίλα συναισθήματα.
- Αναγνωρίζουν και διαφοροποιούν τα συναισθήματα των άλλων με βάση το πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο αναπτύσσονται.
- Χρησιμοποιούν το συναισθηματικό λεξιλόγιο που ταιριάζει στην κουλτούρα του εκάστοτε ανθρώπου.
- Έχουν ενσυναίσθηση όσον αφορά στις συναισθηματικές εμπειρίες των άλλων.
- Αναγνωρίζουν ότι η εσωτερική συναισθηματική κατάσταση του ατόμου δε συμφωνεί πάντα με την εκδήλωσή της στο επίπεδο της συμπεριφοράς.
- Έχουν επίγνωση των πολιτιστικών κανόνων ρύθμισης της συμπεριφοράς.
- Κατανοούν ότι η συναισθηματική έκφραση επηρεάζεται και επηρεάζει τη συμπεριφορά των άλλων.
- Έχουν την ικανότητα να διαχειρίζονται τα δυσάρεστα συναισθήματα.
- Αποδέχονται τη συναισθηματική έκφραση των άλλων (Χατζηχρήστου, 2004).

1.5.2) Ο ρόλος της Οικογένειας.

Σύμφωνα με τον Goleman (2000) η κοινωνική και συναισθηματική αγωγή ξεκινάει από την οικογένεια και θεωρείται από τον ίδιο ως το πρώτο σχολείο της συναισθηματικής μάθησης. Σύμφωνα με τον Gottman (2000) μια απαραίτητη δεξιότητα που πρέπει να διαθέτουν οι γονείς προκειμένου να διδάξουν στα παιδιά τους επιτυχώς δεξιότητες που προσδιορίζουν τη

συναισθηματική νοημοσύνη, είναι η ενσυναίσθηση. Πρόκειται για την ικανότητα που τους επιτρέπει να καταλαβαίνουν τα συναισθήματα των παιδιών τους και να ανταποκρίνονται θετικά σε αυτά

Μελέτες έχουν δείξει ότι ο τρόπος με τον οποίο συμπεριφέρονται οι γονείς στα παιδιά τους, είτε πρόκειται για κατανόηση, για αδιαφορία ή ζεστασιά, έχουν βαθιά επίδραση στην κοινωνική και συναισθηματική ζωή του παιδιού (Παρασκευόπουλος, 2005).

Ο Gottman (2000) αναφέρει ότι υπάρχουν τέσσερις τύποι γονέων όσο αφορά τη συναισθηματική αγωγή των παιδιών:

Οι αποστασιοποιημένοι γονείς: είναι οι γονείς που αποστασιοποιούνται, αποφεύγουν και παραβλέπουν τα συναισθήματα των παιδιών τους. Αισθάνονται άβολα με τα αρνητικά αισθήματα των παιδιών τους και φοβούνται πως συνδέονται με άσχημες πλευρές του χαρακτήρα τους. Πιστεύουν πως δε χρειάζεται να ασχοληθεί κανείς με αυτά και είτε τα καταστέλλουν πριν εκδηλωθούν, είτε τα αφήνουν να περάσουν σαν να μην υπάρχουν. Αναλαμβάνουν πολλές ευθύνες προσπαθώντας να επουλώσουν κάθε τραύμα των παιδιών τους, με αποτέλεσμα, μετά από λίγο να μην έχουν άποψη για το τι πράγματι χρειάζονται τα παιδιά τους. Αντιμετωπίζουν όλες τις εκφράσεις λύπης ή θυμού των παιδιών τους ως αιτήματα που δεν μπορούν να ικανοποιηθούν. Θεωρούν τα συναισθήματα των παιδιών τους χειριστικά και αρχίζουν να παραβλέπουν ή να ελαχιστοποιούν την ανησυχία και την αγωνία των παιδιών τους. Προσπαθούν να μειώσουν τις διαστάσεις του προβλήματος και να το συγκαλύψουν έτσι ώστε να ξεχαστεί. Τα αποτελέσματα της **αποστασιοποιημένης** διαπαιδαγώγησης είναι ότι τα παιδιά μαθαίνουν πως τα συναισθήματά τους είναι λανθασμένα, ακατάλληλα, δίχως αξία. Μπορεί να καταλήξουν να πιστεύουν ότι από τη φύση τους κάτι «δεν πάει καλά» μόνο και μόνο επειδή νιώθουν έτσι. Είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν δυσκολίες στο χειρισμό των συναισθημάτων τους.

Οι **επικριτικοί-αποδοκιμαστικοί γονείς**: είναι οι γονείς που επικρίνουν και αποδοκιμάζουν τη συναισθηματική έκφραση των παιδιών τους. Είναι ιδιαίτερα προσβλητικοί, αρνούνται ή υποβαθμίζουν τα αρνητικά συναισθήματα των παιδιών και επιπλήττουν ή και τιμωρούν τα παιδιά τους όταν αυτά εκφράζουν λύπη, θυμό ή φόβο. Έχουν υπερβολική ανάγκη να θέτουν όρια και να συμμορφώνουν το παιδί τους προς κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές. Οι «επικριτικοί» γονείς έχουν την τάση να επικεντρώνονται στη συμπεριφορά που περιβάλλει τα συναισθήματα. Γι' αυτούς δεν έχει αξία η ανάλυση και η κατανόηση των συναισθημάτων. Τα αποτελέσματα της **επικριτικής-αποδοκιμαστικής** διαπαιδαγώγησης είναι περίπου τα ίδια με τα αποτελέσματα της **αποστασιοποιημένης** διαπαιδαγώγησης.

Οι **επιτρεπτικοί-παραχωρητικοί γονείς**: είναι οι γονείς που επιτρέπουν την έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων των παιδιών τους, συμπάσχουν μαζί τους, αλλά αδυνατούν να τους προσφέρουν καθοδήγηση ή να θέσουν όρια στη συμπεριφορά τους. Οι «επιτρεπτικοί» γονείς γνωρίζουν ελάχιστα για τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά τους να διδαχθούν από τις συναισθηματικές τους εμπειρίες. Αδυνατούν να διδάξουν μεθόδους επίλυσης των προβλημάτων. Τα αποτελέσματα της **επιτρεπτικής-παραχωρητικής** διαπαιδαγώγησης είναι ότι τα παιδιά δεν μαθαίνουν να χειρίζονται τα συναισθήματά τους, δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν, να κάνουν φίλους, να τα πάνε καλά με συνομηλίκους.

Οι **συναισθηματικοί μέντορες**: είναι οι γονείς που εφαρμόζουν τη συναισθηματική αγωγή σεβόμενοι τα συναισθήματα των παιδιών τους, ακόμη και τα αρνητικά. Χρησιμοποιούν τα συναισθήματα των παιδιών τους για να οικοδομήσουν μαζί τους στενότερες σχέσεις και να τα διδάξουν μεθόδους και τεχνικές που θα τα κάνουν ικανά να χειρίζονται τα συναισθήματά τους, να τα εκφράζουν με αποδεκτούς τρόπους και να κατανοούν τα συναισθήματα των άλλων. Τα αποτελέσματα της **συναισθηματικής αγωγής** στα παιδιά είναι ότι τα παιδιά μαθαίνουν να εμπιστεύονται και να χειρίζονται τα συναισθήματά τους,

αλλά και να λύνουν τα προβλήματά τους. Αποκτούν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση, αναπτύσσουν σημαντικές ικανότητες μάθησης και έχουν καλές σχέσεις με τους άλλους.

Η ψυχολόγος Baumrind προτείνει τρεις ακόμη τύπους γονεϊκής συμπεριφοράς που επηρεάζει την κοινωνική και συναισθηματική εξέλιξη του παιδιού. Είναι α) οι **αυταρχικοί** γονείς, οι οποίοι θέτουν αυστηρούς περιορισμούς στη συμπεριφορά των παιδιών τους, πολλές φορές με θυμό και τιμωρίες, β) οι **υποχωρητικοί** γονείς, οι οποίοι δε θέτουν καθόλου όρια και κανόνες και γ) οι **αυθεντικοί** γονείς, οι οποίοι από τη μια θέτουν όρια και κανόνες στη συμπεριφορά των παιδιών τους και από την άλλη τους παρέχουν στοργή και αγάπη (Κακαβούλης, 1997).

Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά των αυθεντικών γονέων έχουν υψηλότερο επίπεδο κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων από τα παιδιά των γονέων των άλλων τύπων (Κακαβούλης, 1997).

Όταν η οικογένεια παρέχει στο παιδί πρότυπα ή στοιχεία, τα οποία μπορεί το παιδί να εσωτερικεύσει και να είναι ασφαλή για τον εαυτό του, τότε οικοδομεί μια καλή συναισθηματική ανάπτυξη στην πορεία της ζωής του (Δεληκανάκη, 2005).

Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν, οι μορφές της οικογενειακής αλληλεπίδρασης και οι τρόποι με τους οποίους οι γονείς εξασκούν την πειθαρχία, μπορούν να διαδραματίσουν βασικό ρόλο στην ανάπτυξη ανυπάκουων ή επιθετικών συμπεριφορών. Όταν οι οικογενειακές αλληλεπιδράσεις χαρακτηρίζονται συχνά από συγκρούσεις, επιθετική και αντιδραστική συμπεριφορά, τα παιδιά μεταφέρουν αυτή τη συμπεριφορά και στις σχέσεις με τους συνομηλίκους τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα πολλές φορές να απορρίπτονται, γεγονός που επιδεινώνει την επιθετική συμπεριφορά τους (Παρασκευόπουλος, 2005).

1.5.3) Τα αποτελέσματα της Συναισθηματικής Αγωγής.

Σύμφωνα με τον Gottman (2000) τα παιδιά που διαπαιδαγωγούνται με συναισθηματική αγωγή είναι συναισθηματικά υγιέστερα άτομα. Έχουν καλύτερη υγεία και επιτυγχάνουν υψηλότερες επιδόσεις στο σχολείο απ' ότι τα παιδιά που στερούνται συναισθηματικής αγωγής. Οι σχέσεις που δημιουργούν είναι καλύτερες και σταθερότερες, εμφανίζουν λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς και είναι λιγότερο επιρρεπή σε πράξεις βίας. Επίσης, βιώνουν λιγότερα αρνητικά και περισσότερα θετικά συναισθήματα.

Τα παιδιά των οποίων οι γονείς εφαρμόζουν τη συναισθηματική αγωγή διαθέτουν περισσότερη συναισθηματική νοημοσύνη. Είναι περισσότερο ανθεκτικά και ευπροσάρμοστα και κάτω από δύσκολες καταστάσεις είναι ικανά να ηρεμούν και να χαλαρώνουν, να βγαίνουν από τη δύσκολη θέση και να συνεχίζουν τις παραγωγικές δραστηριότητες. (Gottman, 2000)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΑΣΘΜΑ

Το βρογχικό άσθμα είναι μια από τις πιο συχνές χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού. Περίπου 300 εκατομμύρια άτομα πάσχουν σε όλο τον κόσμο και η συχνότητά του έχει αυξηθεί τα τελευταία 20 χρόνια, ιδιαίτερα στα παιδιά. Στη χώρα μας υπολογίζεται ότι μισό εκατομμύριο παιδιά και ενήλικες έχουν άσθμα. Δικαιολογημένα, λοιπόν, το άσθμα χαρακτηρίζεται μία από τις σύγχρονες επιδημίες που έχουν εμφανιστεί στον κόσμο, με οδυνηρές συνέπειες σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο (Τσανάκας Ιωάννης, 1992).

Σε πρόσφατη μελέτη που έγινε στην Ελλάδα φάνηκε ότι το 43% των ασθενών θεωρούν ότι το άσθμα τους δεν ελέγχεται καλά, πάνω από το 50% δηλώνουν περιορισμούς στη φυσική τους δραστηριότητα, ενώ 20-30% δηλώνουν περιορισμούς στις κοινωνικές τους δραστηριότητες. Με την κατάλληλη ωστόσο φαρμακευτική αγωγή, το βρογχικό άσθμα μπορεί να ελεγχθεί, έτσι ώστε ο ασθενής να ζει μια φυσιολογική ζωή χωρίς συμπτώματα και χωρίς περιορισμό των δραστηριοτήτων του (Τσανάκας Ιωάννης, 1992).

2.1) Τι είναι το άσθμα.

Οι περισσότεροι άνθρωποι θα περιέγραφαν το άσθμα ως κρίσεις συρρίπτουσας δύσπνοιας, οι οποίες εκδηλώνονται είτε κατά τη διάρκεια της άσκησης, είτε κατά την ανάπαυση. Οι κρίσεις αυτές μπορεί να είναι ήπιες ή σοβαρές. Κάποιοι πιστεύουν ότι το άσθμα είναι μια παιδική ασθένεια και κάποιοι άλλοι ότι μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Συνεπώς το

άσθμα είναι μια πάθηση που καλύπτει ένα πλήθος προτύπων όπως ο καρκίνος. Η λέξη «άσθμα» χρησιμοποιείται ως γενικός όρος για την περιγραφή της νόσου που ως συμπτώματα έχει επεισόδια δύσπνοιας τα οποία προκαλούνται από περιοδική στένωση των αεροφόρων οδών των πνευμόνων (Γιον Έιρς, χ.χ.).

2.1.1) Ορισμοί.

Σύμφωνα με τον Ράπτη (1997) το άσθμα είναι νόσος γνωστή αρκετά χρόνια για αυτό και υπάρχουν αρκετοί ορισμοί που χρησιμοποιούνται για την περιγραφή της συγκεκριμένης ασθένειας. Κάποιοι από αυτούς αναφέρονται παρακάτω:

Το άσθμα είναι μία χρόνια φλεγμονώδης νόσος των αεραγωγών. Η φλεγμονή αυτή σε ευαίσθητα άτομα εκδηλώνεται με διάχυτη και διαφόρου βαθμού απόφραξη των αεραγωγών που συχνά είναι αναστρέψιμη αυτόματα ή μετά από φαρμακευτική αγωγή και προκαλεί αύξηση της βρογχικής υπεραντιδραστικότητας σε διάφορα και μη ειδικά ερεθίσματα (Ράπτης Σ., 1997).

Σύμφωνα με τον καθηγητή Γιον Έιρς (χ.χ.), το άσθμα είναι μια πάθηση στην οποία οι αεραγωγοί του πνεύμονα παρουσιάζουν φλεγμονή και κατά συνέπεια είναι πιο ευαίσθητοι σε συγκεκριμένους παράγοντες που προκαλούν στένωση των αεραγωγών, μείωση της ροής του αέρα μέσα από αυτούς, δύσπνοια ή και συριγμό.

Σύμφωνα με τον Ζημάλη Ευάγγελο (2002), το άσθμα ορίζεται ως η λειτουργική ανωμαλία, η οποία χαρακτηρίζεται από μερική απόφραξη των αεροφόρων οδών με κυμαινόμενη βαρύτητα. Η λειτουργική αυτή ανωμαλία είναι αναστρέψιμη αυτόματα ή μετά από θεραπεία και δεν οφείλεται σε καρδιαγγειακή αιτία.

Ως άσθμα ορίζεται η χρόνια φλεγμονώδης πάθηση των αεραγωγών που χαρακτηρίζεται από διάχυτη, ποικίλου βαθμού απόφραξη των βρόγχων. Κλινικά

προβάλλει συριγμό, βήχα, αναπνευστική δυσχέρεια, συσφικτικό αίσθημα στο στήθος τα οποία αναστρέφονται αυτόματα ή με θεραπεία (Πρίφτης, 2003).

2.1.2) Κατηγορίες άσθματος

Σύμφωνα με τον Martinez FD, 1998 το άσθμα διακρίνεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες :

- Το εξωγενές ή αλλεργικό άσθμα και,
- Το ενδογενές ή μη αλλεργικό άσθμα

Το εξωγενές άσθμα οφείλεται κυρίως στην αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων που προέρχονται από έξω, δηλαδή από το περιβάλλον και ονομάζονται αλλεργιογόνα. Η μορφή αυτή του άσθματος προσβάλλει συνήθως την παιδική ηλικία και οφείλεται κυρίως σε αλλεργική αντίδραση του οργανισμού προς τους εξωγενείς παράγοντες (Martinez FD, 1998).

Στο ενδογενές άσθμα, σε αντίθεση με ότι συμβαίνει στο εξωγενές, δεν ανευρίσκεται κανένας παράγοντας που να θεωρείται υπεύθυνος για την πρόκλησή του, για αυτό και η μορφή αυτού του άσθματος είναι γνωστή και σαν άσθμα αγνώστου αιτιολογίας (Martinez FD, 1998).

Το εξωγενές άσθμα έχει σημαντικά καλύτερη εξέλιξη από το ενδογενές, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών είτε απαλλάσσονται από την νόσο τους είτε βελτιώνονται σημαντικά σε βαθμό που να μην χρειάζονται περισσότερα από μερικά προληπτικά ή θεραπευτικά μέτρα για να ελέγχουν την πάθησή τους (Martinez FD, 1998).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του εξωγενούς άσθματος είναι συχνά ευκολότερη και πιο αποτελεσματική από αυτή του ενδογενούς άσθματος. Πολλές φορές η εντόπιση και η αποφυγή του υπεύθυνου αλλεργιογόνου, όπου αυτή είναι δυνατή, μπορεί να αποτελεί και την μόνη θεραπεία (Ρούσσο, χ.χ; Martinez FD, 1998).

2.1.3) Ειδικές μορφές άσθματος.

Εκτός από τις δύο μεγάλες κατηγορίες που προαναφέρθηκαν υπάρχουν και κάποιες άλλες μορφές εμφάνισης της νόσου με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Αυτές είναι :

- **Το αλλεργικό άσθμα**, το οποίο μπορεί να οφείλεται σε κάποιο συγκεκριμένο αλλεργιογόνο όπως για παράδειγμα τις γάτες, τη γύρη, τη σκόνη, το σπόρο κλπ. Η διάγνωση της συγκεκριμένης μορφής της νόσου γίνεται με εξετάσεις και η θεραπεία είναι φαρμακευτική (Ρούσσος, χ.χ). Το αλλεργικό άσθμα πολλές φορές συνυπάρχει με άλλους τύπους άσθματος, όπως το άσθμα που προκαλείται από ιούς. Εμφανίζει συχνά εποχιακή κατανομή, αλλά υπάρχουν και περιπτώσεις που τα αλλεργιογόνα επιδρούν όλο τον χρόνο όπως οι περιπτώσεις που οφείλονται σε πούπουλα, τρίχωμα ζώων, ακάρεα σκόνης, μύκητες. Εκδηλώνεται με παροξυσμική δύσπνοια, βήχα και συριγμό, που συνήθως εμφανίζονται κατά κρίσεις (Μοσχοβάκη, 2008; Martinez FD, 1998).
- **Το ασταθές άσθμα**, το οποίο είναι μια σπάνια μορφή άσθματος όπου ο ασθενής υποφέρει από ξαφνικές σοβαρές κρίσεις παρότι , μερικές φορές , το άσθμα του φαίνεται να είναι υπό πλήρη έλεγχο. Η θεραπεία του είναι ιδιαίτερα δύσκολη και οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται από ειδικούς πνευμονολόγους (Ρούσσος, χ.χ).
- **Το άσθμα λόγω ευαισθησίας στην ασπιρίνη** που προκαλείται σε αυτούς που έχουν αλλεργία στην ασπιρίνη. Η μορφή αυτή του άσθματος συναντάται πιο συχνά στους ενήλικους ανθρώπους παρά στους ανήλικους. Οι ασθενείς με δυσανεξία στην ασπιρίνη θα πρέπει να αποφεύγουν τη λήψη ασπιρίνης και των άλλων μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών για όλη τους τη ζωή (Γκανάς, 2003).
- **Το νυκτερινό άσθμα** που χαρακτηρίζεται από κρίσεις δύσπνοιας, οι οποίες επέρχονται κατά τη διάρκεια της νύχτας και παρουσιάζεται

ιδιαίτερα σε ασθματικούς που δεν θεραπεύουν επαρκώς το άσθμα τους κατά τη διάρκεια της μέρας (Πρίφτης, 2003). Ίσως να οφείλεται σε παράγοντες όπως η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση που πρέπει να καταπολεμηθούν. Η κατάλληλη θεραπεία αρκεί για να ξεπεραστεί το πρόβλημα (Ρούσσο, χ.χ).

- **Το επαγγελματικό άσθμα** που εμφανίζεται σε άτομα που έρχονται σε επαφή με διάφορες εισπνεόμενες ουσίες που σχετίζονται με το επαγγελματικό περιβάλλον (π.χ. αλεύρι σε αρτοποιούς, σκόνη ξύλου σε μαραγκούς, βαφές χρωμάτων σε βαφείς κλπ) (Πρίφτης, 2003). Ορίζεται ως το άσθμα που προκαλείται από την έκθεση σε κάποιον ερεθιστικό παράγοντα του εργασιακού χώρου. Η πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της μορφής αυτής είναι η μη έκθεση στον ερεθιστικό παράγοντα και η απομάκρυνση του ατόμου από τον συγκεκριμένο εργασιακό χώρο (Οικονομίδου, 2003). Μπορεί , επίσης , να είναι άμεσο, επιβραδυνόμενο ή διπλό. Το άμεσο επαγγελματικό άσθμα εμφανίζεται μετά από μερικά λεπτά έκθεσης, εκδηλώνεται μέσα σε λίγα λεπτά και αποδράμει έπειτα από δύο ώρες περίπου. Το επιβραδυνόμενο επαγγελματικό άσθμα εκδηλώνεται μερικές ώρες μετά την έκθεση και αποδράμει μία μέρα μετά. Το διπλό άσθμα αποτελείται από την παρουσία του άμεσου και του επιβραδυνόμενου άσθματος ταυτόχρονα (Ζημάλης, 2002; Martinez FD, 1998).
- **Το άσθμα μετά από άσκηση** , το οποίο εκδηλώνεται με τη μορφή δύσπνοιας, βήχα και υπερβολικής εξάντλησης μετά από κάποιο βαθμό άσκησης (Ρούσσο, χ.χ). Οι περισσότεροι άνθρωποι με άσθμα παρουσιάζουν κρίσεις άσθματος όταν ασκούνται σε κρύο ή ξηρό περιβάλλον. Κατά τη διάρκεια της ανάπαυσης (ξεκούρασης) ο αέρας που εισπνέουν αυτά τα άτομα μέσω της ρινικής κοιλότητας θερμαίνεται, υγραίνεται και φιλτράρεται καθώς διαχέεται σε ολόκληρο το σώμα. Κατά

τη διάρκεια της άσκησης το άτομο με άσθμα χρειάζεται περισσότερο οξυγόνο με αποτέλεσμα η αναπνοή να γίνεται πιο γρήγορη μέσω του στόματος. Οι αεροφόροι οδοί αντιδρούν στον κρύο και ξηρό αέρα και οι μύες γύρω από τις οδούς συσπώνται και σφίγγουν (Γκανάς, 2002; Martinez FD, 1998).

2.2) Αίτια.

Η εξήγηση της αιτιολογίας του άσθματος δεν είναι απλή και δεν οφείλεται σε έναν μόνο παράγοντα. Οι περισσότεροι άνθρωποι γνωρίζουν ότι το άσθμα μπορεί να είναι κληρονομικό, ενώ ο γενετικός παράγοντας τείνει να δραματίζει πολύ μικρότερο ρόλο. Ωστόσο η κληρονομικότητα δεν είναι απόλυτη. Ο ρόλος των περιβαλλοντικών παραγόντων είναι εξίσου σημαντικός στην εκδήλωση του άσθματος (Γιον Έιρς, χ.χ.).

Οι αιτίες του άσθματος που μέχρι σήμερα είναι γνωστές είναι οι εξής :

1. Αλλεργία : η αλλεργία είναι ιδιαίτερα συχνή στα νεαρά άτομα και αναγνωρίζεται ως ο πιο σπουδαίος παράγοντας πρόκλησης ασθματικής αντίδρασης στα παιδιά. Στις πιο γνωστές ουσίες που προκαλούν αλλεργία ανήκουν γύρεις διαφόρων δέντρων ή φυτών, μύκητες, οικιακή σκόνη, τρίχες ή λέπια ζώων, πούπουλα, φάρμακα και τροφές όπως: γαλακτοκομικά προϊόντα, αυγά, σιτάρι, καρύδια, σοκολάτα, ψάρι, οστρακοειδή κλπ. (Σπαντιδέας, χ.χ.; Πάνου, 1998).
2. Λοιμώξεις, κυρίως του αναπνευστικού συστήματος όπως κρυολόγημα, γρίπη, ιγμορίτιδα και άλλα (Σπαντιδέας, χ.χ.; Πάνου, 1998).
3. Ψυχολογικοί παράγοντες, όπως έντονη χαρά ή λύπη, συναισθηματική διέγερση ή στρες. Τα παιδιά εκδηλώνουν συχνά εντονότερο συριγμό στα πάρτι γενεθλίων, όπου ο συνδυασμός της υπερδιέγερσης και της υπερκινητικότητας κάνει το άσθμα πιο έκδηλο (Σπαντιδέας, χ.χ.; Πάνου, 1998; Γιον Έιρς, χ.χ.).

4. Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες, όπως εισπνοή καπνού και μολυσμένου ατμοσφαιρικού αέρα (Σπαντιδέας, χ.χ.; Πάνου, 1998).
5. Επαγγελματικοί παράγοντες, όπως η εισπνοή αερίων μπορούν να προκαλέσουν την εμφάνιση μια ειδικής μορφής άσθματος που λέγεται επαγγελματικό. Το αλεύρι, τα ρινίσματα ξύλου, οι αναθυμιάσεις χρωμάτων ή λιωμένων μετάλλων αποτελούν χαρακτηριστικά παραδείγματα ουσιών που συναντώνται στον εργασιακό χώρο και που πολλές φορές ευθύνονται για την πρόκληση επαγγελματικού άσθματος (Σπαντιδέας, χ.χ.; Πάνου, 1998).
6. Περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η ρύπανση της ατμόσφαιρας από το όζον και διάφορα φωτοχημικά οξειδωτικά. Στα ασθματικά άτομα προκαλείται βροχοσπασμός από την ύπαρξη διοξειδίου του θείου ακόμη και σε πολύ χαμηλές ποσότητες στον εισπνεόμενο αέρα. Επίσης τα παιδιά καπνιστών έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της ασθένειας, είτε αν είναι παθητικοί καπνιστές, είτε αν η μητέρα κάπνιζε κατά τη διάρκεια της κύησης (Σπαντιδέας, χ.χ.; Πάνου, 1998).
7. Κληρονομικοί παράγοντες. Όταν ο γονέας έχει άσθμα τότε το παιδί έχει τις διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσει άσθμα από ότι ένα άλλο παιδί (Σπαντιδέας, χ.χ.; Πάνου, 1998).

2.3) Συμπτώματα – Διάγνωση.

2.3.1) Συμπτώματα.

Τέσσερα είναι τα κύρια συμπτώματα του άσθματος : ο συριγμός, η δύσπνοια, ο βήχας και το σφίξιμο στο στήθος. Εκδηλώνονται είτε ξεχωριστά είτε μαζί. Τα πιο αναγνωρίσιμα συμπτώματα είναι τα δύο πρώτα, ο συριγμός και η δύσπνοια που εμφανίζονται συνήθως περιοδικά.

- Συριγμός: σε συνδυασμό ή όχι με δύσπνοια, μπορεί να εκδηλωθεί ως επακόλουθο της έκθεσης σε κάποιον εκλυτικό παράγοντα ή και άνευ προφανούς λόγου.
- Δύσπνοια: συχνά συνοδεύεται από συριγμό και βήχα. Πιθανόν, όμως να εκδηλωθεί και μεμονωμένα.
- Βήχας: είτε αυτός που παράγει φλέμα είτε ο ξερόβηχας ενδέχεται να είναι σημάδια άσθματος.
- Σφίξιμο στο στήθος: αν και αποτελεί συχνά σύμπτωμα άσθματος, στα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα ίσως παρερμηνευτεί ως καρδιακό πρόβλημα (Γιον Έιρς, χ.χ.; Πολυζωγόπουλος, Πολυχρονόπουλος, 1993).

2.3.2) Διάγνωση.

Το πρώτο βήμα για να καταλήξει ο γιατρός σε μια διάγνωση είναι η καταγραφή ενός λεπτομερούς ιστορικού του είδους των συμπτωμάτων, των εκλυτικών τους παραγόντων και της διάρκειάς τους. Έπειτα γίνονται και ορισμένες εξετάσεις. Η σημαντικότερη είναι το τεστ αναπνοής. Χρησιμοποιούνται δύο βασικά τεστ αναπνοής: α) η μέτρηση της κορυφαίας εκπνευστικής ροής και β) η σπειρομέτρηση. Και τα δύο τεστ εκτιμούν τη στένωση των αεραγωγών, διότι όσο πιο στενοί είναι οι αεραγωγοί τόσο πιο

αργή είναι η ροή του αέρα μέσα σε αυτούς και επομένως τόσο πιο χαμηλές είναι οι τιμές των μετρήσεων (Γαρδίκας, 1981; Γίτσιος, 1988).

α) Ο μετρητής της κορυφαίας εκπνευστικής ροής είναι μια μικρή και ανθεκτική συσκευή που εκτιμά τη στένωση των αεραγωγών μετρώντας την κορυφαία εκπνευστική ροή, η οποία σε ασθματικούς ασθενείς παρουσιάζει συνεχή ή περιοδική διακύμανση (Γαρδίκας, 1981; Γίτσιος, 1988).

β) Η σπειρομέτρηση χρησιμοποιείται κυρίως στις εξειδικευμένες κλινικές και στα νοσοκομεία. Εκτός από την κορυφαία εκπνευστική ροή, μετρά και τον όγκο αέρα που εκπνέεται κατά τη διάρκεια της εκπνοή (Γαρδίκας, 1981; Γίτσιος, 1988).

Ένα επιπλέον τεστ διάγνωσης του άσθματος είναι το τεστ αναστρεψιμότητας το οποίο πραγματοποιείται πριν και μετά την εισπνοή κάποιου βρογχοδιασταλτικού φαρμάκου που διαστέλλει τους αγωγούς. Η εξέταση αυτή είναι πολύ χρήσιμη για τα άτομα στα οποία υπάρχει υποψία άσθματος (Γιον Έιρς, χ.χ.).

2.4) Πρόληψη.

Σύμφωνα με τον Γιον Έιρς (χ.χ), ο κάθε άνθρωπος μπορεί να προστατέψει τον εαυτό του αλλά και τους γύρω του με την αποφυγή ορισμένων εκλυτικών παραγόντων της νόσου του άσθματος. Οι ασθματικοί άνθρωποι πρέπει να μην καπνίζουν και να αποφεύγουν την έκθεση στα αλλεργιογόνα. Θα μπορούσαν για παράδειγμα να χρησιμοποιούν ειδικά καλύμματα για τα στρώματα και τα μαξιλάρια. Επίσης, πρέπει να αποφεύγουν τα κρυολογήματα και τους αναγνωρισμένους εκλυτικούς παράγοντες. Οι γονείς πρέπει να ενημερώνουν τους δασκάλους για το άσθμα του παιδιού τους και για την ανάγκη χρησιμοποίησης εισπνευστήρων.

2.5) Θεραπεία.

Σύμφωνα με τον Ράπτη (1997), η θεραπεία του βρογχικού άσθματος έχει σκοπό :

- Την ελαχιστοποίηση και εξάλειψη των συμπτωμάτων (αποφυγή ξήρανσης βρογχικών εκκριμάτων, ενυδάτωση).
- Την πρόληψη των παροξυσμών (καθαρισμός περιβάλλοντος, τεχνητή αναπνοή, χορήγηση οξυγόνου).
- Την διατήρηση της αναπνευστικής λειτουργίας σε φυσιολογικά επίπεδα ή στο καλύτερο δυνατό στο συγκεκριμένο άρρωστο.
- Διατήρηση φυσιολογικής δραστηριότητας του ασθενή σε ηρεμία αλλά και σε σωματική άσκηση.
- Την λήψη φαρμάκων στην μικρότερη αποτελεσματική δοσολογία και την αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών.
- Την πρόληψη εκδήλωσης μη αναστρεψιμότητας των αεραγωγών.
- Τη μείωση της θνησιμότητας της νόσου.
- Ψυχιατρική αντιμετώπιση.
- Φυσιοθεραπεία για να αποβάλλει τα εκκρίματα.

Σύμφωνα με τον Ρούσσο (χ.χ.) σήμερα υπάρχουν αρκετά μέσα με τα οποία μπορούν οι ασθματικοί ασθενείς να επανέλθουν στον φυσιολογικό τρόπο ζωής. Οι τρόποι για αυτή την επίτευξη είναι δυο:

1. εφαρμογή γενικών μέτρων.
2. χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής.

Όσον αφορά την εφαρμογή γενικών μέτρων, οι ασθενείς πρέπει να αποφεύγουν αλλεργιογόνα που αποδεδειγμένα προκαλούν κρίσεις, να αντιμετωπίζουν έγκαιρα τα κρυολογήματα του αναπνευστικού και να αποφεύγουν να εισπνέουν ερεθιστικές ουσίες όπως π.χ. ο καπνός του τσιγάρου.

Πρέπει επίσης να αποφεύγουν την έντονη άσκηση και την έκθεση σε έντονες μεταβολές της θερμοκρασίας και ιδιαίτερα την εισπνοή ψυχρού αέρα. Τέλος πρέπει να αποφεύγουν τις έντονες συναισθηματικές φορτίσεις είτε χαράς είτε λύπης (Ρούσσο, χ.χ.).

Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να χωριστεί σε τρεις βασικές κατηγορίες : τα καταπραϋντικά φάρμακα, τα προληπτικά και τα φάρμακα έκτακτης ανάγκης. (Γιον Έιρς, χ.χ.; Ρασιδάκης, 1993).

Τα καταπραϋντικά φάρμακα δρουν χαλαρώνοντας τους μυς στα τοιχώματα των αεραγωγών, επιτρέποντας τους να διασταλούν με αποτέλεσμα ο αέρας να εισέρχεται και να εξέρχεται πιο εύκολα. Τα φάρμακα αυτά ονομάζονται βρογχοδιασταλτικά και λαμβάνονται συνήθως με εισπνοές (Γιον Έιρς, χ.χ.; Ρασιδάκης, 1993).

Τα προληπτικά φάρμακα δρουν μειώνοντας τη φλεγμονή στους αεραγωγούς. Πρέπει να λαμβάνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα με τη μορφή εισπνοών, συνήθως δύο με τρεις φορές την ημέρα. Υπάρχουν τρεις βασικοί τύποι προφυλακτικών φαρμάκων: α) τα εισπνεόμενα στεροειδή, β) χρωμογλυκικό νάτριο και γ) η νεδροκομίλη (Γιον Έιρς, χ.χ.; Ρασιδάκης, 1993).

Όσον αφορά την επείγουσα θεραπεία υπάρχουν δύο. Η πρώτη χορηγείται με υψηλές δόσεις καταπραϋντικού φαρμάκου (μέσω ψεκαστήρα) και η δεύτερη με υψηλές δόσεις αντιφλεγμονώδους φαρμάκου (με ένεση ή δισκία στεροειδών) (Γιον Έιρς, χ.χ.; Ρασιδάκης, 1993).

2.5.1) Εναλλακτικές Θεραπείες.

1. Βελονισμός : είναι η πιο διαδεδομένη από τις εναλλακτικές θεραπείες. Είναι μια από τις λίγες προσεγγίσεις που έχουν δοκιμαστεί μέσω κλινικών μελετών για το άσθμα. Στις ήπιες μορφές άσθματος έχει αποφέρει κάποια οφέλη, στις πιο σοβαρές όμως δεν βοηθά (Ιορδάνογλου, 1987).

2. Ομοιοπαθητική : Ιδρυτής της υπήρξε ο Samuel Hahnemann (1755-1843). Σύμφωνα με τον κύριο Μαρκάτο Μιλτιάδη (2008) η ομοιοπαθητική βασίζεται στην παραδοχή ότι η διάλυση μιας ουσίας, που μπορεί να προκαλέσει νόσο σε έναν υγιή άνθρωπο σε αδιάλυτη μορφή, μπορεί να θεραπεύσει τον πάσχοντα. Η διάλυση είναι εξ' ορισμού εξαιρετικά μεγάλη.
3. Ύπνωση : ορισμένοι ασθενείς υποστηρίζουν πως τους έχει βοηθήσει πολύ ιδιαίτερα στο χειρισμό των οξειών κρίσεων άσθματος. Όμως η θεραπεία αυτή δεν έχει εκτιμηθεί με κλινικές μελέτες (Γιον Έιρς, χ.χ.).
4. Βοτανοθεραπεία : ο σκοπός της είναι να μειώσει την εμφάνιση του κυρίαρχου συμπτώματος. Αν για παράδειγμα το κύριο σύμπτωμα είναι ο βήχας, τότε θα προσπαθήσουν να μειώσουν την παραγωγή πτυέλου (Μαρκάτος, 2008).
5. Σπηλαιοθεραπεία: η συγκεκριμένη συνίσταται στην παραμονή των ασθενών για μεγάλες χρονικές περιόδους μέσα σε σπήλαια. Φαίνεται να έχει αποτελέσματα διότι ο ασθενής απομακρύνεται από το σπίτι του και επομένως και από την έκθεση στα αλλεργιογόνα (Μαρκάτος, 2008).

2.6) Εξέλιξη του άσθματος.

Το άσθμα γενικά θεωρείται ότι έχει καλή εξέλιξη. Αυτό ισχύει περισσότερο για το παιδικό άσθμα και οφείλεται στο γεγονός ότι η αλλεργική αντίδραση των βρόγχων δεν προκαλεί μόνιμες βλάβες στους ιστούς (Πρίφτης, 2003).

Υπολογίζεται ότι πάνω από το 70% των παιδιών που πάσχουν από ήπιο άσθμα ή έχουν σποραδικές κρίσεις ή το άσθμα τους εμφανίστηκε σχετικά αργά απαλλάσσονται από κάθε σύμπτωμα μέχρι την ηλικία των 14 ετών. Αντίθετα

στα παιδιά με βαρύ άσθμα το ποσοστό που παραμένει ελεύθερο συμπτωμάτων στην ηλικία αυτή ανέρχεται στο 20% (Πρίφτης, 2003).

Αν και στην πλειονότητα των παιδιών τα συμπτώματά τους εξαφανίζονται με την ενηλικίωσή τους εντούτοις παραμένει συνήθως μία «ασθματική κρίση» και είναι δυνατόν αργότερα στη ζωή του το άτομο να επανεμφανίσει είτε μεμονωμένες κρίσεις είτε να ξαναγίνει ασθματικό. Σε πολλές περιπτώσεις το ξανακύλισμα της νόσου εξαρτάται από περιβαλλοντολογική ή επαγγελματική έκθεση σε αλλεργιογόνα ή σε άλλες ερεθιστικές ουσίες (Πρίφτης, 2003).

2.7) Είναι επικίνδυνη ασθένεια το άσθμα ;

Είναι γενικά παραδεκτό πως το άσθμα είναι μια ασθένεια που ταλαιπωρεί αλλά δεν σκοτώνει αφού η θνησιμότητά του δεν διαφέρει σημαντικά από την θνησιμότητα πολλών άλλων χρόνιων παθήσεων. Οι θάνατοι από άσθμα συνήθως οφείλονται είτε στην καθυστέρηση αναζήτησης βοήθειας από τον γιατρό, είτε σε μη σωστή εκτίμηση της βαρύτητας της νόσου, είτε σε ανεπαρκή θεραπευτική αντιμετώπισή της (Πρίφτης, 2003).

Το άσθμα εξελίσσεται σε σοβαρή και θανατηφόρο πάθηση όταν η αντιμετώπιση του δεν είναι επαρκής και σωστή. Η μη έγκαιρη και σωστή αντιμετώπιση του άσθματος οδηγεί σε βλάβες των βρόγχων οι οποίες όταν χρονίσουν γίνονται μόνιμες και μη επανορθώσιμες (Πρίφτης, 2003).

Κατά συνέπεια η έγκαιρη και σωστή αντιμετώπιση του άσθματος προφυλάσσει από την εγκατάσταση μόνιμων βλαβών στους πνεύμονες ενώ παράλληλα εξασφαλίζει στον ασθενή φυσιολογική ζωή (Πρίφτης, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

3.1) Ψυχολογία της υγείας.

Η υγεία από ψυχοσωματική άποψη έγκειται στη δημιουργική διαμάχη με τη ζωή, στο βίωμα της εσωτερικής ελευθερίας και αυτοεκτίμησης, πράγμα που συνδέεται πάντοτε και με αρμονικές σχέσεις με τους συνανθρώπους. Ο φόβος είναι η αίσθηση εσωτερικής ανελευθερίας και ελλιπούς αυτοεκτίμησης, που η καταστρεπτική του επίδραση μεταβιβάζεται από την ψυχή στο σώμα. Η επίδραση αυτή των ψυχικών συναισθημάτων δημιουργεί με το πέρασμα του χρόνου τις οργανικές βλάβες, που εμφανίζονται τελικά σαν αρρώστιες. Μ' αυτό φθάνουμε σε μια έννοια της αρρώστιας, όπου ρόλο παίζουν όχι μόνο υλικά συλλαμβανόμενες αιτίες: σημασία έχουν επίσης και ζητήματα ανθρώπινης ωριμότητας, ψυχικών συγκρούσεων ή της ταλαντευόμενης στάσης απέναντι στη ζωή (Γιόζεφ Ράτνερ, 1969).

Στην ψυχολογία της υγείας, οι ψυχολόγοι μελετούν τη σχέση μεταξύ του μυαλού και του σώματος, καθώς επίσης και τους τρόπους με τους οποίους αυτά τα δύο στοιχεία ανταποκρίνονται στις περιβαλλοντικές προκλήσεις για να παραγάγουν είτε την ασθένεια είτε την υγεία (Larsen & Buss, 2002).

Σύμφωνα με τους Guus L. van Heck and Brenda L. den Oudsten μερικοί ερευνητές εστιάζουν στην προσωπικότητα και τις μεμονωμένες διαφορές, στην ευαισθησία στην ασθένεια και στην αποκατάσταση από τις ασθένειες ή τις χειρουργικές επεμβάσεις. Πιο πρόσφατα, η συναισθηματική νοημοσύνη μελετάται προκειμένου να εξηγηθούν οι μεμονωμένες διαφορές μεταξύ των προσώπων στο στάδιο της ίασης της ασθένειας. Έτσι, εξετάζονται και

συζητούνται, αυτά τα δύο σημαντικά στοιχεία, η προσωπικότητα και η ΣΝ, και η επιρροή τους πάνω στην υγεία (Vingerhoets A. et al., 2008).

3.2) Προσωπικότητα.

Πρόσφατη έρευνα που συνδέει τους παράγοντες της προσωπικότητας με τις ασθενικές καταστάσεις εστίασε την προσοχή της στο κατά πόσο οι ασθενικές καταστάσεις συνδέονται με ένα πλήθος ασθενειών (γενικό μοντέλο) και κατά πόσο συγκεκριμένα κληρονομικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορούν να συνδεθούν με συγκεκριμένες ασθένειες (συγκεκριμένο μοντέλο) (Monat & Lazarus, R. S. 1991).

Ο Πιντέρης (1984) έκανε μια σκιαγράφηση του ψυχοσωματικού ανθρώπου, της διαδικασίας δηλαδή που οδηγεί μερικούς ανθρώπους στα ψυχοσωματικά συμπτώματα.

Τη διαδικασία αυτή, ο Πιντέρης (1984), την περιγράφει ως εξής: Ένας άνθρωπος έχει την τάση διαρκώς ν' ανησυχεί, οπότε ζεί σαν να βρισκόταν μόνιμα αντιμέτωπος με κάποια απειλή. Η βιοχημική του ισορροπία μεταβάλλεται και προετοιμάζεται έτσι, ώστε να μπορέσει το σώμα του ν' αντιδράσει με Φυγή ή Επίθεση. Μπλοκάρει την εκτόνωση του οργανισμού του, παρεμποδίζοντας την έκφραση ορισμένων ή όλων των συναισθημάτων του. Ο οργανισμός του δεν εκτονώνεται, με αποτέλεσμα να βρίσκεται σε χρόνια στρες. Το χρόνια στρες οδηγεί στα ψυχοσωματικά.

Αν παρατηρήσουμε προσεκτικά αυτή τη διαδικασία, θα διαπιστώσουμε ότι απαρτίζεται από τρεις φάσεις: Η πρώτη είναι η φάση της **Αντίληψης**, κι έχει να κάνει με το πώς αντιλαμβάνεται το άτομο την πραγματικότητα. Η δεύτερη είναι η φάση της **Εσωτερικής Διεργασίας**, και αφορά τους σωματικούς μηχανισμούς που μπαίνουν σε λειτουργία από τη στιγμή που το άτομο θα νιώσει απειλούμενο. Η τρίτη είναι η φάση της **Συμπεριφοράς** που ακολουθεί, δηλαδή

ο τρόπος με τον οποίο το άτομο ενεργεί και αντιδρά όταν βρεθεί σε στρες (Πιντέρης, 1984).

Πολλές ασθένειες στο παρελθόν έχουν συσχετιστεί με συγκεκριμένα μοντέλα προσωπικότητας (Α. Ξυπολυτά- Ζαχαριάδη, 2000; Monat & Lazarus, R. S. 1991). Μεταξύ αυτών των συσχετίσεων είναι και η εξερεύνηση της συμπεριφοράς με σύνδρομο Τύπου Α΄, η οποία χαρακτηρίζεται από ανταγωνιστική οδήγηση, ανυπομονησία, εχθρικότητα, γρήγορη ομιλία και μηχανικές κινήσεις, τα οποία οδηγούν στην πάθηση της στεφανιαίας νόσου (Monat & Lazarus, R. S. 1991). Επίσης, το άτομο με την πολύ φιλόδοξη προσωπικότητα και τη συγκαλυμμένη επιθετικότητα συνήθως λέγεται ότι παρουσιάζει πεπτικό έλκος. Δεν υπάρχουν όμως ενδείξεις από την έρευνα ότι αυτές οι υποθέσεις ευσταθούν (Α. Ξυπολυτά- Ζαχαριάδη, 2000).

Για πολλά χρόνια, οι ερευνητές υποψιάζονταν δεσμούς μεταξύ μιας παθητικής, συναινετικής ή καταπιεσμένης προσωπικότητας και την ανάπτυξη και την πρόοδο του καρκίνου. Αν και η ερευνητική συσχέτιση της ευμετάβλητης προσωπικότητας με την εξέλιξη του καρκίνου είναι ελλιπής σε μεγάλο μέρος, εξαιτίας του ότι αυτές οι έρευνες είναι δύσκολο να σχεδιαστούν, υπάρχουν αρκετές αποδείξεις για το ρόλο της συναινετικής, καταπιεσμένης συμπεριφοράς στη γρήγορη πρόοδο του καρκίνου (Monat & Lazarus, R. S. 1991).

Είναι γνωστό, ότι μερικά άτομα παρουσιάζουν μειωμένη ικανότητα έκφρασης των συναισθημάτων τους. Ο Sifneos (1973) επινόησε τον όρο «αλεξιθυμία» για να υποδηλώσει την κατάσταση σύμφωνα με την οποία ένα άτομο εμφανίζει αδυναμία να εκφράσει τα συναισθήματά του με λόγια. Είναι πολύ πιθανό τέτοια παιδιά να προέρχονται από οικογένειες που έχουν δυσκολία ή αναστολή να εκφραστούν συναισθηματικά, ενώ παρουσιάζουν την τάση να εκδηλώνουν το συναίσθημά τους με το σώμα, κοινοποιώντας με τον τρόπο αυτό την ανησυχία τους και την αγωνία τους (Α. Ξυπολυτά- Ζαχαριάδη, 2000).

Η προσωπικότητα είναι ένα από τα προϊόντα της διανοητικής σύνθεσης που συνδέεται με τις μεμονωμένες διαφορές που βρίσκονται στις διαδικασίες της ασθένειας, είτε στην πρόληψη είτε στην θεραπεία της. Υπάρχουν διάφορες ιδέες για τον τρόπο που η προσωπικότητα μπορεί να επηρεάσει την υγεία ενός προσώπου, δηλαδή (I) η προσωπικότητα μπορεί να έχει επιπτώσεις στον τρόπο που τα άτομα αντιμετωπίζουν τις αγχωτικές καταστάσεις, (II) η προσωπικότητα μπορεί να επηρεάσει πώς το πρόσωπο αξιολογεί ή ερμηνεύει τα γεγονότα, (III) βάση της προσωπικότητας τα άτομα μπορεί να αυτοεπηρεαστούν από στρεσογόνες καταστάσεις, (IV) η προσωπικότητα του ατόμου μπορεί να το επηρεάσει έμμεσα και να έχει επιπτώσεις στην υγεία, μέσω της προώθησης της υγείας ή δείχνοντας συμπεριφορά υποβίβασης των θεμάτων υγείας και, τέλος, (V) η προσωπικότητα μπορεί να επηρεάσει το βαθμό στον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται και δίνει προσοχή στα σωματικά συμπτώματα και το βαθμό στον οποίο το ίδιο ερμηνεύει και ονομάζει τα συμπτώματα σχετικά με την ασθένεια του. (Larsen & Buss, 2002). Κατά συνέπεια, η προσωπικότητα συνδέεται με τους παράγοντες που προκαλούν την ασθένεια, μπορεί να οδηγήσει σε συμπεριφορές που προστατεύουν ή ελαττώνουν την υγεία, ή μπορεί να σχετίζεται με την επιτυχή υλοποίηση των σχετικών με την υγεία προσπαθειών αντιμετώπισης και την προσκόλληση στις θεραπευτικές αγωγές (Caspi, Roberts, & Shiner, 2005; Contrada, Cather, & O'Leary, 1999; Ozer & Benet-Martínez, 2006; Van Heck, 1997).

3.3) Ο ρόλος των συναισθημάτων.

Ο Γιώσεφ Ράτνερ (1969) μέσα από τη θεωρία του για τις «αψιθυμίες» αναφέρει πως ο σκοπός του κάθε πάθους βρίσκεται στο ότι επιφέρει μία ορισμένη αλλαγή στην οργανική ζωή. Ο θυμός επιταχύνει την κυκλοφορία του αίματος και αυξάνει τη λειτουργία της καρδιάς σε αναλογία που δεν

ανταποκρίνεται συχνά στην αιτία. Προπάντων επιταχύνει την κυκλοφορία του αίματος. Επίσης και η χαρά επιδρά στην επιτάχυνση, αν και λιγότερο αισθητά. Ο φόβος έχει αντίθετη επίδραση και επιφέρει μία αδυναμία στο αγγειακό σύστημα, που εμποδίζει το αίμα να φτάσει στα τριχοειδή αγγεία. Η επίδραση της λύπης είναι όμοια με της θλίψης. Η επίδραση των παθών στην κυκλοφορία του αίματος είναι τόσο μεγάλη, ώστε μπορούν μάλιστα να επιφέρουν στασιμότητα στη συνεργασία των σχετικών οργάνων. Αν και αυτή η αδυναμία δεν οδηγεί σε ολοκληρωτικό και ξαφνικό σταμάτημα της κυκλοφορίας του αίματος, αφήνει συχνά ίχνη σε ξεχωριστά όργανα, που αυτά είναι στη συνέχεια ευπρόσβλητα από οργανικές βλάβες.

3.3.1) Αρνητικά συναισθήματα.

Έρευνες δείχνουν ότι η ταραχή και η σύγχυση κάνουν ως ένα βαθμό κακό στην υγεία. Άνθρωποι που βίωσαν χρόνιο άγχος, μακρές περιόδους θλίψης και απαισιοδοξίας, ανυποχώρητη υπερένταση ή αδιάκοπη εχθρότητα, ασίγαστο κυνισμό ή καχυποψία, βρέθηκαν ότι κινδύνευαν δύο φορές περισσότερο να νοσήσουν από κάποια ασθένεια όπως άσθμα, καρδιακές παθήσεις, αρθρίτιδα, πεπτικά έλκη (Monat & Lazarus, R. S. 1991). Τα καταθλιπτικά συναισθήματα θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι τόσο τοξικά όσο το κάπνισμα και η υψηλή χοληστερόλη. Αυτό δεν σημαίνει όμως ότι όλοι όσοι έχουν τέτοια συναισθήματα θα πέσουν ευκολότερα θύματα μιας ασθένειας (Goleman, 1998).

1. Θυμός

Ο Goleman (1998) αναφέρει τον θυμό ως αυτοκτονία. Έρευνες δείχνουν ότι ο θυμός αποτελεί το πρώτο συναίσθημα που προξενεί τη μεγαλύτερη βλάβη στην καρδιά και στην συνέχεια ακολουθούν τα άλλα καταθλιπτικά συναισθήματα όπως το άγχος και η σωματική κόπωση. Η εχθρότητα βάζει τους ανθρώπους σε κίνδυνο και όχι η αγχώδης υπερτασική προσωπικότητα «τύπου Α» που αποτελούσε την παλαιότερη άποψη.

Αυτά τα ευρήματα δεν σημαίνουν ότι οι άνθρωποι θα έπρεπε να καταπνίγουν τον θυμό τους όταν είναι δικαιολογημένος. Και πράγματι, υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η προσπάθεια απόλυτης καταστολής ενός τέτοιου συναισθήματος πάνω στην έξαρσή του στην πραγματικότητα μεγαλώνει την αναστάτωση του οργανισμού. Από την άλλη όταν εκδηλώνουμε τον θυμό κάθε φορά που τον νιώθουμε, τον τροφοδοτούμε ακόμη περισσότερο, καθιστώντας τον έτσι την πιθανότερη αντίδρασή μας σε κάθε κατάσταση που μας ενοχλεί. Δεν έχει τόση σημασία λοιπόν αν ο θυμός εκδηλώνεται ή όχι, όσο το κατά πόσο είναι χρόνιος. Μια συμπτωματική εκδήλωση θυμού δεν είναι επικίνδυνη για την υγεία. Το πρόβλημα δημιουργείται όταν η εχθρική διάθεση εμφανίζεται τόσο συχνά ώστε να προσδιορίζει ένα ανταγωνιστικό προσωπικό στιλ που χαρακτηρίζεται από διαρκή συναισθήματα δυσπιστίας και κυνισμού, από την τάση να εκφράζονται ταπεινωτικά σχόλια και προσβολές, καθώς και από τα φανερά ξεσπάσματα πάθους και οργής (Goleman, 1998).

Τα ελπιδοφόρα νέα είναι ότι η χρόνια οργή δε χρειάζεται να είναι και η θανατική μας καταδίκη: η εχθρότητα είναι μια συνήθεια που μπορεί να αλλάξει μέσω των τεχνικών απόκτησης συναισθηματικής νοημοσύνης που αναφέραμε στο πρώτο κεφάλαιο. Μέσω των τεχνικών αυτών όταν έχουμε δυσάρεστες συναντήσεις μαθαίνουμε να βλέπουμε τα πράγματα από την πλευρά του άλλου. Η ενσυναίσθηση είναι βάλσαμο για τον θυμό (Goleman, 1998).

2. Κατάθλιψη

Μία συλλογή από μελέτες υποδεικνύει το ρόλο της κατάθλιψης σε πολλές ιατρικές παθήσεις, ιδιαίτερα στην επιδείνωση μιας αρρώστιας από τη στιγμή που εκδηλώνεται. Τα στοιχεία ενισχύουν την άποψη ότι, για ασθενείς με σοβαρές παθήσεις, θα ήταν ιατρικά ενδεδειγμένο να υπάρξει αγωγή και για την κατάθλιψή τους (Goleman, 1998).

Μια επιπλοκή στην αγωγή της κατάθλιψης σε ασθενείς που πάσχουν από οργανικά νοσήματα είναι ότι τα συμπτώματα, στα οποία περιλαμβάνονται η

ανορεξία και η υπνηλία, εύκολα παρερμηνεύονται και θεωρούνται σημάδια άλλων ασθενειών, ιδιαίτερα από γιατρούς με λιγοστή εκπαίδευση στην ψυχιατρική διάγνωση. Η ανικανότητα να διαγνωστεί η κατάθλιψη ενδέχεται να διογκώσει το πρόβλημα, δεδομένου ότι η κατάθλιψη του ασθενούς δε γίνεται αντιληπτή και παραμένει αθεράπευτη. Και η αποτυχία της διάγνωσης και της χορήγησης της ενδεδειγμένης αγωγής σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο θανάτου (Goleman, 1998).

Η κατάθλιψη είναι ένας μείζων παράγοντας ψυχοσωματικής αποδιοργάνωσης και στα παιδιά. Μπορούμε να την αποκαλέσουμε και ψυχρή κατάθλιψη για να την αντιπαραβάλουμε με την εντυπωσιακή συμπτωματολογία της τυπικής ψυχοποιημένης κατάθλιψης. Με αυτόν τον τρόπο καταλήγουμε από την παιδική ηλικία σε ένα φαινόμενο που συγγενεύει με αυτό που έχει περιγραφεί στους ενήλικες με τον όρο θεμελιώδης κατάθλιψη, απειλητική ψυχοσωματική αποδιοργάνωση, η οποία πλήττει επιλεκτικά τις ευάλωτες ψυχικές δομές, όπως τη νεύρωση συμπεριφοράς και ορισμένες νευρώσεις χαρακτήρα (Κρέσλερ Λ., 2001).

Η κατάθλιψη επιδρά στην πορεία πολλών ιατρικών προβλημάτων όπως μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, καρκίνο, καρδιοπάθεια και κατάγματα λεκάνης. Αποδείχθηκε ότι αν αυτοί οι ασθενείς αντιμετωπίσουν επιτυχώς την κατάθλιψή τους βελτιώνουν το πρόβλημά τους και ζουν περισσότερα χρόνια (Goleman, 1998).

3.3.2) Θετικά συναισθήματα.

Οι συσσωρευμένες ενδείξεις των αρνητικών παθολογικών επιπτώσεων του θυμού, του άγχους και της κατάθλιψης είναι εντυπωσιακές. Και ο θυμός και το άγχος, όταν γίνονται χρόνια προβλήματα, μπορούν να κάνουν τους ανθρώπους πιο ευπρόσβλητους σε μια ποικιλία παθήσεων. Και ενώ η κατάθλιψη μπορεί να μην κάνει τους ανθρώπους πιο ευάλωτους στην αρρώστια,

φαίνεται ότι παρεμποδίζει την ανάρρωση και αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου, ιδιαίτερα στους πιο εύθραυστους ασθενείς που βρίσκονται σε σοβαρότερη κατάσταση (Goleman, 1998).

Αν η χρόνια συναισθηματική δυστυχία είναι σε πολλές μορφές της τοξική, η αντίθετη σφαίρα συναισθημάτων μπορεί -ως ένα βαθμό- να είναι τονωτική. Αυτό κατά κανένα τρόπο δεν σημαίνει ότι ένα θετικό συναίσθημα είναι θεραπευτικό, ή το γέλιο ή η ευτυχία μπορούν να αντιστρέψουν από μόνα τους την πορεία μιας σοβαρής ασθένειας. Το όφελος των θετικών συναισθημάτων φαίνεται ανεπαίσθητο, αλλά, με βάση τα αποτελέσματα ερευνών σε μεγάλο αριθμό ατόμων, μπορεί να ξεχωρίσει ανάμεσα στο πλήθος των πολύπλοκων μεταβλητών που επηρεάζουν την πορεία μιας ασθένειας (Goleman, 1998).

Πολλοί ερευνητές επικεντρώνονται στον ενδεχόμενο προστατευτικό ρόλο των θετικών συναισθηματικών καταστάσεων στην εξέλιξη της ασθένειας. Αρχηγός σε αυτήν την εξέλιξη είναι η αισιοδοξία και ο αισθητός έλεγχος. Οι αισιόδοξοι φαίνεται να παρουσιάζουν λιγότερα φυσικά συμπτώματα και ίσως δείξουν καλύτερη και γρηγορότερη ανάρρωση σε συγκεκριμένες ασθένειες (Monat & Lazarus, R. S. 1991).

1. Αισιοδοξία

Όπως και με την κατάθλιψη, υπάρχει παθολογικό κόστος από την απαισιοδοξία και αντίστοιχα οφέλη από την αισιοδοξία. Όπως η αισιοδοξία, έτσι και η στενή της συγγενής, η ελπίδα, έχει θεραπευτικές δυνάμεις. Οι άνθρωποι που ελπίζουν είναι, όπως είναι φυσικό, πολύ πιο ικανοί να αντέξουν σε δύσκολες καταστάσεις, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και τα προβλήματα υγείας. (Goleman, 1998).

Το γιατί μια αισιόδοξη ή μια απαισιόδοξη άποψη θα έπρεπε να έχει επιπτώσεις στην υγεία είναι ένα ζήτημα ανοιχτό σε πολλές και διάφορες ερμηνείες. Μια θεωρία υποστηρίζει ότι η απαισιοδοξία οδηγεί στην κατάθλιψη,

η οποία με τη σειρά της παρεμποδίζει την αντίσταση του ανοσοποιητικού συστήματος σε καρκίνους και μολύνσεις. Ή μπορεί να ευθύνεται το γεγονός ότι οι απαισιόδοξοι εγκαταλείπουν τους εαυτούς τους. Μερικές μελέτες έδειξαν ότι οι απαισιόδοξοι καπνίζουν και πίνουν περισσότερο, ασκούνται λιγότερο από ότι οι αισιόδοξοι, και δίνουν γενικά πολύ λιγότερη σημασία στις υγιεινιστικές τους συνήθειες. Μπορεί πάλι να αποδειχτεί μια μέρα ότι η φυσιολογία της ελπίδας από μόνη της βοηθάει με κάποιο βιολογικό τρόπο στη μάχη του οργανισμού απέναντι στην αρρώστια (Goleman, 1998).

2. Ανθρώπινες σχέσεις

Μελέτες που έγιναν επί περισσότερες από δύο δεκαετίες σε πάνω από τριάντα επτά χιλιάδες ανθρώπους δείχνουν ότι η κοινωνική απομόνωση, η αίσθηση δηλαδή ότι δεν έχει κανέναν με τον οποίο να μοιραστείς τα βαθύτερα συναισθήματά σου ή να έχεις μια στενή επαφή, διπλασιάζει τους κινδύνους ασθένειας ή θανάτου. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα μιας αναφοράς στο περιοδικό Science το 1987, από μόνη της η απομόνωση είναι τόσο καθοριστική για τα ποσοστά θνησιμότητας όσο είναι και το κάπνισμα, η υπέρταση, η αυξημένη χοληστερόλη, η παχυσαρκία και η έλλειψη σωματικής άσκησης. (Goleman, 1998).

Η απομόνωση είναι σκληρότερη στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Απομονωμένοι άνδρες είχαν δυο με τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από όσες είχαν εκείνοι που διατηρούσαν κοινωνικούς δεσμούς. Για τις απομονωμένες γυναίκες, ο κίνδυνος ήταν μιάμιση φορά μεγαλύτερος από ό,τι στις περισσότερο δραστήριες κοινωνικά γυναίκες. Η διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών στην επίδραση της απομόνωσης μπορεί να οφείλεται στο ότι οι γυναικείες σχέσεις τείνουν να είναι συναισθηματικά στενότερες από αυτές των ανδρών. Λίγα στοιχεία από αυτούς τους κοινωνικούς δεσμούς για μια γυναίκα μπορεί να είναι πιο παρήγορα από ό,τι ο ίδιος μικρός αριθμός φίλων για τον άνδρα. (Goleman, 1998).

Φυσικά, η μοναξιά δεν είναι το ίδιο με την απομόνωση. Πολλοί άνθρωποι οι οποίοι ζουν μόνοι ή έχουν λίγους φίλους είναι ευχαριστημένοι και υγιείς. Η αιτία ενός παθολογικού κινδύνου είναι η υποκειμενική αίσθηση ότι είσαι αποκομμένος από τους άλλους και δεν έχεις σε ποιον να στραφείς. (Goleman, 1998).

Έρευνες δείχνουν ότι άνδρες που έλεγαν ότι είχαν ένα σταθερό πλέγμα προσωπικών σχέσεων (σύζυγο, στενούς φίλους κλπ.) δεν υπήρχε καμία απολύτως σχέση μεταξύ υψηλών επιπέδων στρες και θνησιμότητας. Η ποιότητα αλλά και ο ικανός αριθμός αυτών των σχέσεων φαίνεται ότι είναι το κλειδί στην εξουδετέρωση του άγχους (Goleman, 1998).

3. Συναισθηματική στήριξη

Ένα μεγάλο μέρος της έρευνας αποδεικνύει τα ψυχολογικά και φυσικά οφέλη της κοινωνικής υποστήριξης και δείχνει πώς αυτοί που έχουν κοινωνική υποστήριξη αντιδρούν καλύτερα σε στρεσογόνα γεγονότα, αναρρώνουν γρηγορότερα από ασθένειες και μειώνουν τον κίνδυνο πάθησης από συγκεκριμένες ασθένειες (Monat & Lazarus, R. S. 1991).

Υπάρχουν διάφοροι τύποι κοινωνικής υποστήριξης όπως, συναισθηματική υποστήριξη, πληροφόρηση και συμβουλευτική, απτή βοήθεια και επαινετική υποστήριξη (Monat & Lazarus, R. S. 1991).

Πειράματα ζητούσαν από ανθρώπους να μιλήσουν για τα ζητήματα που απασχολούσαν τη σκέψη τους και αποκόμιζαν ένα ευεργετικό ιατρικό αποτέλεσμα. Τα αποτελέσματα αυτής της εξομολόγησης είναι εντυπωσιακά: ενίσχυση της ανοσοποιητικής λειτουργίας, σημαντική μείωση των επισκέψεων σε ιατρικά κέντρα για τους επόμενους έξι μήνες, λιγότερες απουσίες από τη δουλειά και ακόμα καλύτερη λειτουργία των ηπατικών ενζύμων. Επιπλέον, αυτοί οι οποίοι, γράφοντας τα γεγονότα, εμφάνισαν στο κείμενό τους περισσότερα στοιχεία διαταρακτικών συναισθημάτων παρουσίαζαν και τη μεγαλύτερη βελτίωση στην ανοσοποιητική τους λειτουργία (Goleman, 1998).

Αυτή η διαδικασία μοιάζει να συγγενεύει με αυτό που συμβαίνει όταν οι άνθρωποι εξερευνούν τέτοιου είδους προβλήματα κατά την ψυχοθεραπεία. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν και σε ψυχοθεραπεία μαζί με την ιατρική αγωγή ή τη χειρουργική επέμβαση εξελίσσονταν καλύτερα από παθολογική άποψη σε σύγκριση με εκείνους που υποβλήθηκαν μόνο σε βιοϊατρική θεραπεία (Goleman, 1998).

4. Αυτοπεποίθηση

Σύμφωνα με την Dr. Catharine R. Gale (χ.χ), τα παιδιά που πιστεύουν ότι έχουν τον έλεγχο της ζωής τους γίνονται ενδεχομένως υγιείς ενήλικες. Όσοι πιστεύουν ότι ελέγχουν τη ζωή τους έχουν ενδοπροσωπικό έλεγχο, σε αντίθεση με όσους νιώθουν ότι δεν την ελέγχουν (εξωπροσωπικός έλεγχος). Παράλληλα, είχαν λιγότερες πιθανότητες να περιγράψουν την κατάσταση της υγείας τους με αρνητικά χρώματα ή να εμφανίσουν υψηλά επίπεδα ψυχικού στρες.

Η Dr. Catharine R. Gale (χ.χ), θεωρεί πως είναι αρκετά πιθανό, η εξήγηση της αιτίας που παιδιά με ενδοπροσωπικό έλεγχο συμπεριφέρονται με πιο υγιεινό τρόπο ως ενήλικες να είναι ότι έχουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση στην ικανότητα να επηρεάζουν το αποτέλεσμα μέσω των δικών τους πράξεων. Μπορεί ενδεχομένως να έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση, που μπορεί πιθανόν να τα οδηγεί στην υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών. Παράλληλα τα παιδιά αυτής της ομάδας είχαν καλύτερες επιδόσεις στην αξιολόγηση της εικόνας της γενικής τους υγείας και καλύτερες επιδόσεις στην κλίμακα ψυχολογικού στρες.

Το επίπεδο ελέγχου που θεωρεί ότι έχει κάποιος στη ζωή του συχνά θεωρείται φυσικό συστατικό της προσωπικότητάς του. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι διαμορφώνεται από εμπειρίες στην παιδική ηλικία-περιλαμβανομένων και των σχέσεων με τους γονείς. Οι γονείς που ενθαρρύνουν την αυτονομία και βοηθούν τα παιδιά να μάθουν τη σχέση μεταξύ των πράξεων και των συνεπειών τους έχουν την τάση να έχουν παιδιά με περισσότερο ενδοπροσωπικό έλεγχο (Gale, K. χ.χ.)

3.4) Στρες και ασθένεια.

Τα τελευταία χρόνια διαπιστώνεται ένα όλο και αυξανόμενο ενδιαφέρον των ερευνητών το οποίο εστιάζεται στο ψυχολογικό στρες (Giacobbi, Tuccitto, & Frye, 2007).

Μετά από έρευνες που έχουν γίνει έχει διαπιστωθεί ότι το άγχος έχει επιπτώσεις στην ανοσοποιητική λειτουργία, στη μνήμη αλλά και στο καρδιαγγειακό σύστημα. Ενοχοποιείται, λοιπόν, για ένα πλήθος ασθενειών, όπως η καρδιακή νόσος, ο καρκίνος, η μειωμένη αντίσταση του ανοσοποιητικού συστήματος σε διάφορες παθογένειες και σχετίζεται με μια όχι και τόσο καλή ποιότητα ζωής, με αυξανόμενους ρυθμούς κατάθλιψης και αυτοκτονιών και με αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ (Giacobbi et al., 2007).

Το στρες γενικά ορίζεται σαν μια συγκεκριμένη σχέση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος, που εκτιμάται από το άτομο είτε ως επαχθής, είτε ως υπερβολική, είτε καταντά επικίνδυνη για την καλή ποιότητα της ζωής του (Kraag et al., 2006). Σε μια άλλη προσέγγιση, ως στρες νοείται η διαδικασία με την οποία ένα γεγονός οδηγεί σε μια εκτίμηση από το άτομο για το πώς θα αντιμετωπίσει την κατάσταση και στη συνέχεια αυτή η εκτίμηση επηρεάζει τη συμπεριφορά του (Παπαϊωάννου, Θεοδωράκης, & Γούδας, 2003).

Ο Goleman (1998) αναφέρει το στρες ως το άγχος εκτός τόπου και χρόνου. Το άγχος, η ταραχή που πηγάζει από τις πιέσεις της ζωής, είναι ίσως το συναίσθημα με τη μεγαλύτερη επιστημονική βαρύτητα σε ό,τι αφορά τη σύνδεσή του με την έναρξη της ασθένειας και την πορεία της ανάρρωσης. Όταν το άγχος μας βοηθάει να προετοιμαστούμε για να αντιμετωπίσουμε ένα κίνδυνο (και κατά συνέπεια μας είναι χρήσιμο), τότε καλά κάνουμε και το έχουμε. Όμως, στη σύγχρονη ζωή το άγχος συχνότερα δεν έχει ούτε μέτρο ούτε χρόνο, προέρχεται από καταστάσεις με τις οποίες πρέπει να ζήσουμε ή οι οποίες είναι αποκυήματα του μυαλού μας και όχι πραγματικοί κίνδυνοι που πρέπει να

αντιμετωπίσουμε. Επανειλημμένα ξεσπάσματα ανησυχίας σηματοδοτούν υψηλά επίπεδα άγχους.

Τα γεγονότα της ζωής κρίνονται ως θετικά, αρνητικά ή ουδέτερα όσο αφορά τις συνέπειές τους και αν κριθούν ως αρνητικά, τότε αποτιμούνται επιπλέον ως επιβλαβή, απειλητικά ή προκλητικά (Monat & Lazarus, R. S. 1991).

Πιο πρόσφατες και πολύπλοκες εργασίες διευκόλυναν τους ερευνητές να αναγνωρίσουν τα είδη των γεγονότων που είναι πιο πιθανά να παράγουν το στρες. Γεγονότα που αποτιμούνται ως αρνητικά, ανεξέλεγκτα, απρόβλεπτα ή αμφιλεγόμενα, θεωρούνται πιο στρεσογόνα από τα γεγονότα που δεν έχουν τα παραπάνω χαρακτηριστικά. Από τους παράγοντες που παίζουν ρόλο στο στρες η ελεγχσιμότητα θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική (Monat & Lazarus, R. S. 1991).

Το περιβάλλον δίνει το αρχικό ερέθισμα, αλλά ο καθοριστικός παράγοντας του στρες είναι το πώς το άτομο αντιλαμβάνεται το περιβάλλον και ποιοι είναι οι τρόποι που έχει για να το αντιμετωπίσει (Lazarus & Folkman, 1984a).

Για την αντιμετώπιση του στρες, τα άτομα χρησιμοποιούν στρατηγικές αντιμετώπισης και διάφορους τρόπους που θα τα βοηθήσουν να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Οι στρατηγικές αυτές παίζουν ένα πολύ μεγάλο και σημαντικό ρόλο στο να καθορίσουν τη φύση και το βαθμό του στρεσογόνου ερεθίσματος (Vigil, 2000).

Στη βιβλιογραφία, έχουμε δει διάφορα μοντέλα να προτείνονται για το ρόλο των διάφορων ξεχωριστών μεταβλητών στην σχέση άγχους-ασθένειας (Van Heck, 1997; Wiebe & Smith, 1997).

Το πρώτο μοντέλο δείχνει το βαθμό επίδρασης της προσωπικότητας στην υγεία. Παραδείγματος χάριν, η εξωστρέφεια συνδέεται με την τάση των ατόμων να καπνίζουν (Eysenck, 2000). Μεγάλη ομάδα μελετών (Tsaousis & Nikolaou, 2005) έχει περιγράψει την επίδραση, της αρνητικής διάθεσης ή

των δυσάρεστες συναισθηματικών εμπειριών σε διάφορες συνήθειες ή συμπεριφορές υγείας, όπως το κάπνισμα (Brandon, 1994; Trinidad & Johnson, 2002), την κατανάλωση αλκοόλ (Cooper, Frone, Russell, & Mudar, 1995; Trinidad & Johnson, 2002), και άλλες συμπεριφορές υγείας. Ο Goldman και λοιποί (1996) συμπέραναν ότι, σε κανονικές συνθήκες άγχους, τα άτομα με χαμηλή δυνατότητα συναισθηματικής ανάκαμψης ήταν πιθανότερο να επισκεφτούν ένα κέντρο υγείας όταν η πίεση ήταν μεγάλη. Εκτός από το μοντέλο αυτό, ένα άλλο μοντέλο φαίνεται να παίζει ρόλο. Όλα τα άτομα δεν έχουν τα ίδια επίπεδα άγχους. Υπάρχουν επίσης τεράστιες διαφορές στις απαιτήσεις ανάλογα με το περιβάλλον που ζει ο καθένας. Επιπλέον, οι άνθρωποι διαφέρουν όσον αφορά την επιλογή, τη δημιουργία, και το χειρισμό των καταστάσεων.

Όμως, ακόμα και στις περιπτώσεις που υπάρχει σαφής παρουσία ιού, όπως π.χ. στη φυματίωση, ο D. Mechanic (1976), υποστηρίζει ότι ο κρίκος ανάμεσα στην αρρώστια και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες είναι ιδιαίτερα πολύπλοκος και συμπεριλαμβάνει ένα σωρό πιθανότητες, όπως:

1. Ότι το στρες συνεισφέρει με κάποιο τρόπο στην εμφάνιση της μόλυνσης.
2. Ότι η ίδια η κατάσταση (δηλαδή η αρρώστια) είναι από μόνη της μια σημαντική πηγή υπερέντασης και αδυνατίζει την πρωτοβουλία του ατόμου.
3. Ότι η κατάσταση αυτή μπορεί να γίνει μια καλή δικαιολογία, ώστε να ανακουφιστεί το άτομο από φορτικές υποχρεώσεις και, ταυτόχρονα, το βοηθά ν' αποφύγει τις κοινωνικές συνέπειες που θα είχε αν αποτύχαινε να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις του.
4. Ότι η κατάσταση προσφέρει στο άτομο μια δικαιολογία για την αποτυχία του στις κοινωνικές ευθύνες.
5. Ότι η υπερένταση της αρρώστιας αναμιγνύεται και μπερδεύεται με άλλα συναισθήματα υπερέντασης, και έτσι το άτομο δεν μπορεί να

διαφοροποιήσει ξεκάθαρα την πηγή της υπερέντασής του, με αποτέλεσμα να την αποδίδει στην αρρώστια του. Και

6. Ότι μπορεί να συντρέχουν όλα τα προηγούμενα.

Επειδή από ιατρικής πλευράς, το τίμημα της στεναχώριας είναι τόσο μεγάλο, οι τεχνικές χαλάρωσης, που άμεσα εξισορροπούν τη βιοσωματική διέγερση του άγχους, χρησιμοποιούνται κλινικά για να ελαφρώσουν τα συμπτώματα μιας ευρείας ποικιλίας χρόνιων ασθενειών. Αυτές περιλαμβάνουν καρδιαγγειακές παθήσεις, μερικά είδη διαβήτη, αρθρίτιδα, άσθμα, γαστρεντερικές διαταραχές, χρόνιους πόνους κ.α. Στο βαθμό που οποιαδήποτε από τα συμπτώματα επιδεινώνονται από το άγχος και τη συναισθηματική στεναχώρια, το να βοηθηθούν οι ασθενείς να χαλαρώσουν και να είναι ικανοί να χειριστούν τα συναισθήματα που τους αναστατώνουν μπορεί συχνά να αναστείλει το πρόβλημα (Goleman, 1998).

3.5) Ο ρόλος μετριασμού της συναισθηματικής νοημοσύνης.

Μερικά ευρήματα έδειξαν ότι ιδιαίτερες όψεις της ΣΝ, παραδείγματος χάριν, δεξιότητες στη διαχείριση της συγκίνησης (Ciarrochi, Chan, & Caputi, 2000), προστατεύουν τους ανθρώπους από το άγχος και μπορούν να τους οδηγήσουν στην καλύτερη προσαρμογή στις καταστάσεις (Ciarrochi, Deane, & Anderson, 2002). Άλλη έρευνα, από τους Ciarrochi, Chan, και Bajgar (2001), δείχνει ότι άτομα που είναι καλά στο να αντιλαμβάνονται και να διαχειρίζονται τις συγκινησιακές καταστάσεις τείνουν να έχουν μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη και τείνουν να είναι αυτά που εισπράττουν τελικά περισσότερη υποστήριξη. Έτσι, φαίνεται λογικό να υποτεθεί ότι η υψηλή ΣΝ θα συνδεόταν με καλύτερη διαχείριση άγχους και με χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής καταπόνησης (Austin et al., 2005). Αφ' ετέρου, τα άτομα με χαμηλή αντίληψη και δυνατότητα διαχείρισης των συγκινήσεών τους μπορούν πραγματικά να

τείνουν να είναι λιγότερο ευπαθή σε στρεσογόνες καταστάσεις. (π.χ., Ciarrochi et Al, 2002).

Ο Gohm και οι άλλοι (2005) διαπίστωσαν ότι η ΣΝ προβλέπει την πίεση για τα άτομα των οποίων οι συγκινήσεις είναι έντονες και καλά κατανοητές και για τα άτομα που χαρακτηρίζονται για την χαμηλή ή ανεπαρκή κατανόηση, των μάλλον ήπιων συγκινήσεων. Αντίθετα, η ΣΝ δεν πρόβλεψε το βάρος και την πίεση που νιώθουν τα άτομα που γενικώς παίρνουν βαριά τις μη ξεκάθαρες έντονες συγκινήσεις, ή τους εγκεφαλικούς τύπους των οποίων οι συγκινήσεις είναι μάλλον ήπιες αλλά που εύκολα κατανοούνται. Αυτά τα αποτελέσματα μας δείχνουν ότι η προσωπικότητα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό εάν η ΣΝ κάτω από πίεση είναι χρήσιμη, περιττή, ή άσχετη.

3.6) Συναισθηματική νοημοσύνη και σωματική υγεία.

Οι Salovey, Bedell, Detweiler, and Mayer (1999), ισχυρίστηκαν ότι η ΣΝ μπορεί να επιδράσει στη σωματική υγεία μέσω της αποτυχίας της συναισθηματικής αυτοδιαχείρισης. Έχοντας χαμηλά επίπεδα ΣΝ θα μπορούσε να οδηγηθεί κάποιος, για παράδειγμα, στην υπερβολική καρδιαγγειακή λειτουργία (Salovey, 2001), αλλά και τα υψηλά επίπεδα ΣΝ έχουν συνδεθεί αρνητικά με αναφορές σε σωματικά συμπτώματα. (Salovey, Stroud, Woolery, & Epel, 2002).

Επιπλέον, οι Extremera και Fernández-Berrocal (2002) διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες μέσης ηλικίας με υψηλή νοημοσύνη είχαν καλύτερη φυσική κατάσταση. Είχαν, επίσης, τους λιγότερους περιορισμούς λόγω των σωματικών προβλημάτων υγείας. Η μεγάλη δυνατότητα συναισθηματικής αποκατάστασης συνδέθηκε, μεταξύ των άλλων, και με λιγότερο σωματικό πόνο. Ο Salovey και λοιποί (2002) διαπίστωσαν ότι οι άνθρωποι που ανέφεραν πως είχαν σκαμπανεβάσματα στη διάθεσή τους, παρουσίασαν μειωμένη ορμόνη

επινεφρίδιου φλοιού, συστολική πίεση αίματος, και διαστολική πίεση αίματος με άμεση αντίδραση στο άγχος. Σε μια άλλη μελέτη (Salovey και λοιποί., 1995), διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με υψηλή διαύγεια τείνουν να έχουν περισσότερες προσαρμόσιμες καρδιαγγειακές αντιδράσεις, όταν γράφουν για τα συναισθηματικά γεγονότα της ζωής τους. Σε μια πρόσφατη επισκόπηση αυτών των μελετών, οι Woolery και Salovey (2004) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αντίληψη της ΣΝ μπορεί να συνδεθεί με τα σωματικά προβλήματα υγείας μέσω της ψυχοφυσιολογικής ικανότητας αντίδρασης στο στρες.

Οι Brown και Schutte (2006) ανέφεραν ότι η υψηλότερη ΣΝ συνδέθηκε με τη λιγότερη βλαβερή κόπωση. Πρόσφατα, οι Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar, και Rooke (2007) δημοσίευσαν μια έρευνα που έδειξε ότι η υψηλότερη ΣΝ συνδέεται με καλύτερα επίπεδα υγείας.

3.7) Συναισθηματική νοημοσύνη και ψυχολογική υγεία.

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει θετική σχέση μεταξύ της Σ.Ν. και της ψυχολογικής υγείας (Dawda & Hart, 2000; Extremera & Fernández-Berrocal, 2002; Salovey et al., 2002; Slaski & Cartwright, 2002). Υποτίθεται ότι οι άνθρωποι με υψηλό βαθμό στην ΣΝ είναι ειδικευμένοι όσον αφορά την αντιμετώπιση των παραγόντων άγχους και των απαιτήσεων της καθημερινής ζωής (Bar-On, 1997; Taylor, 2001).

«Κάποιες συναισθηματικές διαταραχές είναι στην πραγματικότητα καταστάσεις στις οποίες ένα συναίσθημα έχει τεθεί εκτός ελέγχου. Οι αγχώδεις διαταραχές, όπως φοβίες και το κοινωνικό άγχος, είναι παραδείγματα του φόβου που προκαλείται με ένα φαινομενικά ανεξέλεγκτο τρόπο από γεγονότα τα οποία φυσιολογικά προκαλούν άγχος. Η μείζων κατάθλιψη είναι μια περίπτωση λύπης που έχει τεθεί εκτός ελέγχου. Ο θυμός εκτός ελέγχου μπορεί να οδηγήσει σε παθολογική αντικοινωνική συμπεριφορά» (Στάινερ, Κ. 2006).

Θεωρητικά, οι διάφοροι συντάκτες έχουν προτείνει ότι τα πρόσωπα που είναι σε θέση να καταλάβουν και να ρυθμίσουν τις συγκινήσεις τους θα έχουν πιο έντονα το αίσθημα της συναισθηματικής ευημερίας (Bar-On, 1997; Goleman, 1995; Salovey & Mayer, 1990). Εμπειρικά, πολλές μελέτες δείχνουν ότι η υψηλότερη ΣΝ συνδέεται με λιγότερη κατάθλιψη (Martinez-Pons, 1997; Schutte και λοιποί., 1998), με μεγαλύτερη αισιοδοξία (Schutte και λοιποί., 1998), και μεγαλύτερη ικανοποίηση ζωής (Austin et al., 2005; Bar-On, 1997; Ciarrochi et al., 2000; Martinez-Pons, 1997; Mayer et al., 2002).

Παρόλα αυτά, οι Spence, Oades, και Caruti (2004) ανέφεραν ότι το γενικό γνώρισμα της ΣΝ ήταν μάλλον φτωχός προάγγελος της γενικής καλής συναισθηματικής κατάστασης.

Η προηγούμενη έρευνα έχει αναφέρει ότι μερικές διαστάσεις της προσωπικότητας, συγκεκριμένες νευρώσεις, εξωστρέφεια, και οι θετικές και αρνητικές επιρροές, είναι ισχυροί προάγγελοι, εάν όχι οι σημαντικότεροι καθοριστικοί παράγοντες, της ικανοποίησης ζωής (Diener & Larsen, 1993; McCrae & Costa, 1991; Myers & Diener, 1995).

Εντούτοις, οι Gannon και Ranzijn (2005) κατέδειξαν ότι η ΣΝ ήταν προάγγελός σε πολύ μικρό βαθμό της ικανοποίησης ζωής, πέρα από την προσωπικότητα και τις δημογραφικές μεταβλητές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΑΣΘΜΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

4.1) Ψυχοσωματικά χαρακτηριστικά παιδιών και εφήβων.

Τα παιδιά που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια παρουσιάζουν λειτουργικές διαταραχές, με αποτέλεσμα να απομονώνονται από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν προβλήματα συμπεριφοράς σε σχέση με τους υγιείς συνομηλίκους τους (Τσιάντη, Ξυπολυτά – Ζαχαριάδη, 2001).

Σύμφωνα με τους Τσιάντη, Ξυπολυτά – Ζαχαριάδη (2001), η ομαλή συναισθηματική, νοητική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού με χρόνια νόσημα μπορεί να επηρεαστεί κυρίως από 2 βασικούς παράγοντες:

Αποχωρισμός του παιδιού από τους γονείς του: ο αποχωρισμός του παιδιού από τους γονείς του και τα άλλα σημαντικά πρόσωπα της ζωής του, για λόγους νοσοκομειακής περίθαλψης, θεωρείται βασικός παράγοντας που μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα ψυχοτραυματικός (Τσιάντης, Ξυπολυτά-Ζαχαριάδη, 2001).

Η σημασία της μητρικής αποστέρησης και των επιπτώσεων από αυτή διατυπώνεται μέσω της θεωρίας του Bowlby (1951). Σύμφωνα με τον Bowlby, αυτό που είναι απαραίτητο για την ψυχική υγεία του βρέφους και του παιδιού, είναι ότι πρέπει να βιώσει μια τρυφερή, αποκλειστική και χωρίς διακοπές σχέση με τη μητέρα του ή το μόνιμο υποκατάστατό της. Στη σχέση αυτή το βρέφος ή το παιδί πρέπει να βρίσκει ικανοποίηση και ευχαρίστηση.

Η θεωρία του Bowlby έχει επανεξεταστεί από τον Rutter (1972). Ο Rutter υποστηρίζει ότι, αν τα παιδιά έχουν «κακή φροντίδα» στα πρώιμα στάδια της

ζωής τους, αυτό θα έχει άμεσες και μακροχρόνιες συνέπειες στην προσωπικότητά τους. Θεωρεί όμως ότι είναι απαραίτητο να ορίζεται κάθε φορά με λεπτομέρεια τί εννοούμε με τον όρο «κακή φροντίδα», ποια είναι τα αποτελέσματά της στο παιδί και γιατί διαφορετικά παιδιά αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο στις ίδιες εμπειρίες. Επίσης υποστηρίζει, ότι εκείνο που έχει μεγάλη σημασία στην περίπτωση του αποχωρισμού του παιδιού από τη μητέρα του είναι το είδος αυτής της εμπειρίας.

Διακοπή της κανονικής σχολικής φοίτησης: είναι γνωστή η πολλαπλή επίδραση του σχολείου στην ομαλή ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού. Η σημασία του σχολείου είναι εξίσου σημαντική και για τα παιδιά με τις χρόνιες ασθένειες (Τσιάντης, Ξυπολυτά-Ζαχαριάδη, 2001).

Οι συχνές απουσίες του παιδιού από το σχολείο μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τις διαδικασίες της ψυχοκοινωνικής ωρίμανσής του. Η παρακολούθηση του σχολείου είναι καλός δείκτης της δραστηριότητας των παιδιών και επομένως η ομαλή σχολική φοίτηση αποτελεί έναν ουσιαστικό στόχο. Η περιοδική απομάκρυνση του παιδιού με χρόνια ασθένεια από το σχολείο, τους φίλους, την παρέα, διακόπτει τον ομαλό ρυθμό της ζωής του και επιτείνει την απομόνωσή του και το αίσθημα της μοναξιάς που συχνά τον διακατέχει. Όλο αυτό όμως μπορεί να μετριαστεί με μια θετική στάση του προσωπικού του σχολείου και των υπολοίπων μαθητών απέναντι στην ασθένεια ή την αναπηρία του παιδιού, που οπωσδήποτε θα επηρεάσει θετικά την προσαρμογή του στο σχολείο και συνακόλουθα την ομαλή ψυχοκοινωνική του εξέλιξη (Τσιάντης, Ξυπολυτά-Ζαχαριάδη, 2001).

Τα χρόνια νοσήματα αποτελούν πρόκληση για τα παιδιά που αντιμετωπίζουν το νόσημα αλλά και για τις οικογένειές τους (Perrin,& Gerrity, 1984). Τα κλινικά χαρακτηριστικά κάθε νοσήματος, οι κοινωνικοοικονομικοί, και οι ψυχολογικοί παράγοντες που προκύπτουν από την ασθένεια, καθορίζουν ένα μεγάλο εύρος αδυναμιών, συναισθηματικών επιφορτίσεων, συμπεριφορών

και στάσεων, που σχετίζονται με την καθημερινή ζωή. Ωστόσο, μέσα από μια διεθνή ταξινόμηση των χρόνιων νοσημάτων και αναπηριών, προκύπτει ότι η ψυχολογική και συμπεριφορική επίδραση μιας χρόνιας ασθένειας σ' ένα παιδί δεν είναι ακόμη επαρκώς γνωστή (Bullinger, Schmidt, Petersen & the Disabkids group, 2002).

Σύμφωνα με τους Τσιάντη και Ξυπολυτά-Ζαχαριάδη (2001), τα παιδιά με χρόνια νοσήματα εντάσσονται σε τρεις τύπους παθολογικής συμπεριφοράς.

Στην πρώτη ομάδα τα παιδιά και οι έφηβοι παρουσιάζουν τα εξής χαρακτηριστικά: αγωνία, παθητικότητα, έλλειψη ενδιαφέροντος για ατομικές και κοινωνικές δραστηριότητες και έντονη τάση για εξάρτηση από τους γονείς, κυρίως από τις μητέρες. Παρουσιάζουν την ψυχιατρική εικόνα των χρόνιων εξαρτητικών καταστάσεων, ενώ οι μητέρες τους βρίσκονται σε διαρκή αγωνία και είναι υπερπροστατευτικές απέναντί τους.

Στην δεύτερη ομάδα τα παιδιά και οι έφηβοι παρουσιάζουν τα εξής χαρακτηριστικά: υπερβολική τάση για ανεξαρτητοποίηση και ενασχόληση με επικίνδυνες δραστηριότητες, χρησιμοποιούν έντονα τους μηχανισμούς της άρνησης, συμπεριφέρονται σαν να έχουν απολέσει ως ένα βαθμό τον έλεγχο της πραγματικότητας και μοιάζει σαν να προκαλούν με τη συμπεριφορά τους τη πιθανότητα να τραυματιστούν. Οι μητέρες έχουν συνήθως έντονα συναισθήματα ενοχής και υπερασχολούνται με τα παιδιά τους. Οι έφηβοι επαναστατούν και συμπεριφέρονται στις μητέρες τους με έντονα ανταγωνιστικό και επιθετικό τρόπο.

Στην τρίτη ομάδα ανήκουν τα παιδιά και οι έφηβοι με συγγενείς ανωμαλίες και αναπηρίες και παρουσιάζουν τα εξής χαρακτηριστικά: είναι δειλοί και μοναχικοί, τρέφουν έντονα συναισθήματα αγανάκτησης και εχθρότητας προς τα φυσιολογικά άτομα. Έχουν μεγαλώσει μέσα σε οικογένειες που τόνιζαν την αναπηρία τους και προσπαθούσαν να τους κρύψουν από τον

κοινωνικό τους περίγυρο. Αυτά τα άτομα ταυτίζονται με τη στάση της οικογένειας και αισθάνονται σαν «περιθωριακοί» ανάπηροι.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η χρόνια ασθένεια αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την ψυχική υγεία των παιδιών. Τα παιδιά με χρόνιες ασθένειες μπορεί να παρουσιάσουν άγχος, κατάθλιψη, αντικοινωνική συμπεριφορά ή σχεδόν κάθε τύπο ψυχικής διαταραχής της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας (Τσιάντη και Ξυπολυτά-Ζαχαριάδη, 2001).

4.2) Επιθετικότητα.

Ο θυμός και η οργή αποτελούν τις πιο συνηθισμένες αντιδράσεις της παιδικής ηλικίας. Από τα πρώτα χρόνια της ζωής του το άτομο αρχίζει να αντιδρά βίαια σε καταστάσεις που του προκαλούν δυσαρέσκεια (Παρασκευόπουλος, χ.χ.).

Στα παιδιά μικρής ηλικίας οι εκδηλώσεις θυμού έχουν αυτοκαταστροφικό χαρακτήρα. Για παράδειγμα, πηδούν κλαίγοντας πάνω - κάτω, φωνάζουν και κρατούν την αναπνοή τους. Καθώς μεγαλώνουν εμφανίζουν εκδικητική συμπεριφορά η οποία απευθύνεται κυρίως σε άλλα άτομα. Για παράδειγμα, βρίζουν, χτυπάνε και πετάνε πράγματα (Παρασκευόπουλος, χ.χ.).

Τα παιδιά μικρής ηλικίας προβάλλουν έντονα την απαίτησή τους για άμεση ικανοποίηση των επιθυμιών τους. Αντίθετα, όσο μεγαλώνουν οι εκδηλώσεις θυμικής διέγερσης μειώνονται, ενώ η εκδικητική – εχθρική επιθετικότητα αυξάνεται (Παρασκευόπουλος, χ.χ.).

Η επιθετικότητα περιλαμβάνει τις συγκινησιακές παρορμήσεις του παιδιού εκείνου, που δεν μπόρεσε να αναπτύξει φυσική κοινωνική ορμή ή την ανέπτυξε ελλιπώς και φέρει πολλά ψυχολογικά τραύματα. Η κλινική θεώρηση της επιθετικότητας εστιάζει την προσοχή μας στο βασικό και πρωταρχικό άγχος

και στην ανεπιτυχή σχέση του παιδιού με τη μητέρα του (Παρασκευόπουλος, χ.χ.).

Κατά την Klein (1979), το βασικό άγχος δεν προέρχεται από το φόβο του ευνουχισμού αλλά από το φόβο της αυτοκαταστροφής. Το ένστικτο του θανάτου γίνεται η αιτία της επιθετικότητας και η επιθετικότητα γεννά το άγχος που με τη σειρά του την ενισχύει. Έτσι, το παιδί προσπαθώντας να ξεφύγει από τον κλοιό που του δημιουργεί το ένστικτο του θανάτου, προβάλλει την επιθετικότητά του στις σχέσεις του με τα «αντικείμενα».

Ο Καψάλης (1983), υποστηρίζει ότι η έλλειψη των αναγκαίων σχέσεων με τη μητέρα, αναστέλλει την κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου, εμποδίζει τη σύναψη μελλοντικών σχέσεων και οδηγεί στη βία και την επιθετικότητα.

Σύμφωνα με τον Adler (1974), το μεγαλύτερο μέρος του ανθρώπινου αισθήματος και κοινωνικότητας, το χρωστάμε στο μητρικό αίσθημα επαφής.

Το «παιχνίδι» σχέσεων μάνας – παιδιού δείχνει πως η ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού διαμορφώνεται από τη δυναμική ψυχολογία του ζεύγους μάνας – παιδιού. Η ψυχολογία του παιδιού ανταποκρίνεται στη συμπεριφορά της μητέρας. Στη μητρική στάση άρνησης το παιδί μπορεί να αντιδρά με απάθεια, αδράνεια και πολύ ύπνο. Στη μητρική απόρριψη μπορεί να αντιδρά με σωματικές ασθένειες και επιθετική συμπεριφορά. Στην αγχωτική υπερπροστατευτική στάση μπορεί να αντιδρά με υπερκινητικότητα, ένταση και υπερβολικές απαιτήσεις. Στην απουσία της μάνας το παιδί αντιδρά με την αναζήτηση υποκατάστατων (Γαλανός, 1975).

4.2.1) Οι ρίζες της επιθετικότητας.

Οι γνώμες των ειδικών για τις ρίζες της επιθετικότητας προσανατολίζονται σε δύο κατευθύνσεις:

- Η επιθετικότητα ως εγγενής βιολογική ορμή

- Η επιθετικότητα ως αποτέλεσμα της μάθησης (Stor, 1979).

Η επιθετικότητα ως εγγενής βιολογική ορμή

Ο Freud (1933), υποστήριξε ότι ο άνθρωπος είναι φύσει πλάσμα επιθετικό. Κάθε άνθρωπος έχει το «ένστικτο του θανάτου», το οποίο στραμμένο προς τα μέσα επιδιώκει την αυτοκαταστροφή, ενώ όταν εκδηλώνεται προς τα έξω παίρνει τη μορφή επιθετικότητας.

Ο K. Lorenz (1978), βλέπει την επιθετικότητα ως ένα εγγενές χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης αλλά και της φύσης πολλών κατοίκων του ζωικού βασιλείου. Αναφέρεται στο «πολεμικό ένστικτο» με το οποίο είναι προικισμένοι άνθρωποι και ζώα και το οποίο θεωρείται αναγκαίο για τη βιολογική επιβίωση καθώς και τη διατήρηση κάθε είδους. Τονίζει, όμως, ότι το ανθρώπινο είδος δεν διαθέτει τους ανασταλτικούς μηχανισμούς που έχουν τα άλλα ζώα, οι οποίοι περιορίζουν την εκδήλωση υπερβολικής επιθετικότητας.

Από βιολογικής άποψης, έρευνες έδειξαν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της επιθετικότητας και της φυσιολογίας του σώματος. Συγκεκριμένα, άτομα που εμφανίζουν υπογλυκαιμία, αλλεργίες και μερικά είδη εγκεφαλικών τραυμάτων, παρατηρήθηκαν να εμφανίζουν υψηλά επίπεδα επιθετικότητας (Bandura, 1973).

Ο J. Dollard (1989), διατύπωσε την υπόθεση «ματαίωση – επιθετικότητα». Σύμφωνα με αυτή την υπόθεση, η επιθετικότητα θεωρείται ως μια φυσική αντίδραση στην ένταση που προκαλούν στον άνθρωπο η ματαίωση και η παρεμπόδιση, με την ευρύτερή τους σημασία.

Τη ματαίωση ή παρεμπόδιση ενός στόχου διαδέχεται σε πολλές περιπτώσεις η επιθετικότητα. Ωστόσο δεν είναι επιστημονικά αποδεκτό ότι η ματαίωση ή παρεμπόδιση οδηγεί πάντα σε επιθετική συμπεριφορά, καθώς υπάρχουν διατομικές διαφορές ως προς το επίπεδο ανοχής της παρεμπόδισης και παράγοντες που καθορίζουν το βαθμό της ψυχολογικής έντασης (η ιδιοσυγκρασία του ατόμου) (Παπαδοπούλου, Μαρκουλής, 1986).

Η επιθετικότητα ως αποτέλεσμα μάθησης

Σε αντίθεση με τη παραπάνω ανάπτυξη της επιθετικότητας ως εγγενούς βιολογικής ορμής, εδώ η επιθετικότητα αναλύεται ως μια μορφή κοινωνικής συμπεριφοράς την οποία μπορεί να μάθει ο άνθρωπος. Αποτελεί μια συντελεστική αντίδραση την οποία επιδεικνύει κάποιος με στόχο να πετύχει ένα επιθυμητό αποτέλεσμα. Μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της μίμησης κάποιων προτύπων που επιδεικνύοντας επιθετικές συμπεριφορές καταφέρνουν να εξασφαλίσουν ορισμένα επιθυμητά αποτελέσματα (Bandura, 1973) .

Ο Fromm (1969), διεξάγοντας πειράματα με παιδιά, ανακάλυψε ότι όταν η επιθετική τους συμπεριφορά είχε θετικά αποτελέσματα, τότε έτειναν να επαναλαμβάνουν αυτή τη συμπεριφορά και να τη γενικεύουν σε διάφορα επίπεδα των διαπροσωπικών τους σχέσεων. Ο ψυχολόγος Bandura (1973), διαπίστωσε ότι δεν είναι απαραίτητο το παιδί να εκδηλώσει το ίδιο μια επιθετική συμπεριφορά και να βιώσει άμεσα θετικές συνέπειες, αλλά είναι αρκετό να παρατηρήσει ένα επιθετικό τρόπο, για να μάθει τη συμπεριφορά και να την εκδηλώσει αργότερα.

Οι κοινωνικοί ψυχολόγοι διαπίστωσαν ότι η επιθετικότητα αυξάνεται όταν το άτομο που εμφανίζει επιθετικότητα θεωρείται σημαντικό και έμπειρο (γονείς, δάσκαλοι). Επίσης το παιδί μιμείται και τους συνομηλίκους του, αν θεωρεί ότι α παιδιά αυτά επιτυγχάνουν με τις επιθετικές ενέργειές τους κάποια προνόμια (Bandura, 1973).

4.2.2) Μορφές παιδικής επιθετικότητας.

Η επιθετικότητα κατά την παιδική ηλικία λαμβάνει διάφορες μορφές. Το παιδί για να εκφράσει τις επιθετικές του τάσεις, χρησιμοποιεί τα διαθέσιμα μέσα που του είναι πιο εύκολα. Κάποια παιδιά χρησιμοποιούν το κλάμα και τα ξεφωνητά, ενώ κάποια άλλα χρησιμοποιούν τη σωματική βία και τις λεκτικές μορφές επιθετικότητας (Atkin, Auerbach, 1979).

Ο Martin Herbert (1998), στο βιβλίο του "Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας", αναφέρει 6 μορφές παιδικής επιθετικότητας.

1. Κρίσεις θυμού.

Οι κρίσεις θυμού περιλαμβάνουν ξεσπάσματα και φοβερές εκρήξεις οργής. Στις κρίσεις αυτές το παιδί χτυπάει τα πόδια του, βρίζει, φωνάζει, κρατάει την αναπνοή του, κοκαλώνει το σώμα του.

Οι κρίσεις θυμού εκδηλώνονται όταν ο γονέας «εκνευρίσει» το παιδί, γιατί δεν το αφήνει να κάνει κάτι που το ίδιο επιθυμεί.

Αν και κατά τη διάρκεια της κρίσης το παιδί φαίνεται να «μισεί» το γονέα, τις περισσότερες φορές, οι επιθετικές ενέργειες του παιδιού στρέφονται προς το ίδιο.

2. Το μίσος.

Το συναίσθημα του μίσους περιέχει πάντα το αίσθημα της εκδίκησης και εκδηλώνεται με απειλές και εκφοβισμούς ενάντια στον αντίπαλο ή τον ανταγωνιστή.

Ορισμένοι ψυχολόγοι της ψυχαναλυτικής κυρίως κατεύθυνσης, υποστηρίζουν ότι το μίσος και η επιθετικότητα καθώς και άλλα συναισθήματα, όπως η ζήλεια και ο φθόνος, είναι παράγωγα των πρωταρχικών εμπειριών εξάρτησης του παιδιού και των συγκρούσεων που συνδέονται με αυτή.

Όταν οι παρορμήσεις του παιδιού για σύναψη θετικών σχέσεων απειλούνται ή απορρίπτονται, τότε είναι δυνατό να νιώσει το παιδί ακραίες καταστάσεις ανησυχίας και πανικού ή αμυντικής στάσης, με αποτέλεσμα τις εκδηλώσεις εχθρότητας και μίσους.

3. Τα πειράγματα και οι λεονταρισμοί.

Τα πειράγματα και οι λεονταρισμοί είναι μια μορφή λεκτικής επιθετικότητας που έχει στόχο να «σπάσει τα νεύρα» του παιδιού στο οποίο απευθύνεται και συνήθως καταλήγει σε διαπληκτισμούς και βιαιοπραγίες.

Τα παιδιά που εμφανίζουν αυτή τη μορφή επιθετικότητας είναι παιδιά που κατακλύζονται από συναισθήματα ανεπάρκειας, κατωτερότητας και ανασφάλειας, παιδιά που βιώνουν συχνές εσωτερικές συγκρούσεις. Τα αγόρια είναι εκείνα που εμφανίζουν αυτή τη μορφή επιθετικότητας περισσότερο από τα κορίτσια.

Τα «θύματα» αυτής της επιθετικής συμπεριφοράς είναι παιδιά που δεν τα καταφέρνουν στα αντίποινα, παιδιά που δεν είναι αποτελεσματικά στην αντεκδίκηση.

4. Η παρανοϊκή εχθρότητα.

Η παρανοϊκή εχθρότητα είναι ένα σπάνιο φαινόμενο αλλά αποτελεί χαρακτηριστικό του επιθετικού παιδιού. Σε αυτή την περίπτωση το παιδί πιστεύει ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί μαζί του, κάτι που μπορεί να οδηγήσει και σε παραλήρημα καταδίωξης. Αυτά τα συναισθήματα μπορεί να δημιουργήσουν στο παιδί μια ακατανίκητη επιθυμία να προκαλέσει πόνο και βλάβη σε ανθρώπους και ζώα.

5. Η άσχημη γλώσσα.

Η άσχημη γλώσσα είναι μια μορφή λεκτικής επιθετικότητας που εμφανίζεται πολύ συχνά στους κύκλους των παιδιών.

Οι πρώτες άσχημες λέξεις που μαθαίνει ένα παιδί είναι συνήθως εκείνες που σχετίζονται με τα περιττώματα και λέξεις αναφερόμενες στο σεξ.

Ένας από τους λόγους που τα παιδιά χρησιμοποιούν άσχημη γλώσσα είναι η γοητεία που ασκεί το γεγονός ότι είναι απαγορευμένες. Επίσης, το παιδί που χρησιμοποιεί αισχρολογίες που δεν ξέρουν τα άλλα παιδιά αποκτά ιδιαίτερο γόητρο. Άλλος ένας λόγος είναι ότι στα παιδιά αρέσει να μιμούνται τους μεγάλους και η άσχημη γλώσσα θεωρείται κάτι αποκλειστικά για μεγάλους.

6. Η επιδεικτική διάθεση.

Η επιδεικτική διάθεση των παιδιών περιλαμβάνει τη μονοπώληση της προσοχής των άλλων, σε σημείο που γίνεται αρκετά υπερβολική.

Αυτός ο «ναρκισσισμός» μπορεί να προχωρήσει βαθύτερα, με αποτέλεσμα το παιδί να είναι γεμάτο έπαρση, να θέλει να το λατρεύει ο καθένας και να το επιδοκιμάζει και να ικανοποιεί τις ανάγκες του, ενώ αυτό αδιαφορεί τελείως για τους άλλους.

Ο λόγος στον οποίο οφείλεται η επίμονη και υπερβολική επιδεικτική διάθεση στα παιδιά είναι ότι με αυτόν τον τρόπο το παιδί έχει να μάθει να κρύβει ή να αναπληρώνει κάποιο συναίσθημα αμηχανίας, συστολής ή ανεπάρκειας που νιώθει.

4.2.3) Επιθετικότητα και άσθμα.

Οι διαταραχές που προκαλούνται από το θυμό και την επιθετικότητα επηρεάζουν το ανοσολογικό σύστημα λόγω νευρολογικών και ορμονικών αλλοιώσεων (Rait, 2006).

Η Dr. Rozalid Rait (2006) από τη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Χάρβαρντ στη Βοστώνη, αναφέρει ότι σε μελέτη που διενεργήθηκε σε δείγμα 670 ανδρών, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι άνδρες που είχαν σε υψηλότερα επίπεδα ένα μακροχρόνιο θυμό κατά την έναρξη ενός οκταετούς προγράμματος είχαν πιο εξασθενημένη την πνευμονική λειτουργία στο τέλος του προγράμματος. Η Rozalid Rait γράφει στη δημοσίευσή της στην ηλεκτρονική έκδοση της επιθεώρησης Thorax τα εξής: "Αυτή η μελέτη είναι από τις πρώτες που δείχνουν ότι το αίσθημα της εχθρότητας έχει σχέση με την πιο εξασθενημένη λειτουργία των πνευμόνων". Ο θυμός, η εχθρότητα και το στρες έχουν συσχετιστεί με τις καρδιοπάθειες, το άσθμα και άλλες ασθένειες. Η Dr. Rait και η ομάδα της υποδηλώνουν ότι τα αρνητικά συναισθήματα μπορεί

να αλλάξουν τη βιολογική διαδικασία διαταράσσοντας ενδεχομένως το ανοσοποιητικό σύστημα και προκαλώντας χρόνια φλεγμονή.

4.3) Άγχος.

4.3.1) Παιδικό άγχος.

Σύμφωνα με τον Herberl (1998), το άγχος είναι ένα δυσάρεστο συναίσθημα, το οποίο βιώνεται διαφορετικά από τον έναν άνθρωπο στον άλλο και από τη μια κατάσταση στην άλλη. Ο κάθε άνθρωπος και ιδιαίτερα τα παιδιά, βιώνουν το άγχος όταν αντιμετωπίζουν γεγονότα τα οποία θεωρούν απειλητικά για την ψυχική και τη σωματική τους υγεία και τα οποία δεν γνωρίζουν πώς να τα αντιμετωπίσουν.

Το παιδί, ήδη από τη βρεφική ηλικία, μπορεί να εμφανίσει συμπτώματα άγχους κυρίως όταν δεν ικανοποιούνται βασικές ανάγκες του, όπως με τη μητέρα του. Άλλες πηγές άγχους για το παιδί μπορεί να είναι οι πιέσεις που υφίσταται εξαιτίας εσφαλμένων τρόπων διαπαιδαγώγησης από τους γονείς, ο ερχομός ενός νέου μωρού στην οικογένεια, οι εντάσεις ή οι διαφωνίες μεταξύ των γονιών, η ατμόσφαιρα έντονης οικονομικής ανασφάλειας, το διαζύγιο, η σοβαρή ασθένεια ή ο θάνατος κοντινού προσώπου (Βασιλειάδης Γρηγόρης, 2004).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, το παιδί βιώνει το άγχος ως ένα δυσάρεστο συναίσθημα ενός επικείμενου κινδύνου και το εκφράζει γενικά και απροσδιόριστα. Κατέχεται από αβάσιμες ανησυχίες για τις ημέρες που ακολουθούν και για τις δραστηριότητες με τις οποίες έχει να ασχοληθεί. Είναι ευαίσθητο σε οποιαδήποτε κριτική, δεν έχει αυτοπεποίθηση και υποτιμά τον εαυτό του και τις δυνατότητες του σε σχέση με τους άλλους (Herberl, 1998).

Κατά τη διάρκεια του άγχους παρατηρείται μια αγωνιώδης αναμονή η οποία δημιουργεί έλλειψη προσοχής και συγκέντρωσης, παροδική αδυναμία της μνήμης, ευερεθιστότητα και νευρικότητα. Το παιδί νιώθει ψυχικά «σφιγμένο» και δεν ευχαριστείται το παιχνίδι. Έχει αγωνία πριν κοιμηθεί, παρουσιάζει αϋπνίες και συχνούς εφιάλτες (Κοϊνης Α, 2007).

Τα σωματικά προβλήματα που εμφανίζονται συχνότερα στα αγχώδη παιδιά είναι η δυσκολία στην αναπνοή, οι στομαχόπονοι, η συχνοουρία, η ναυτία και οι εμετοί (Κοϊνης Α., 2007).

Σύμφωνα με τους Cochrane και Clark (1990), το άγχος των παιδιών και κυρίως των ασθματικών παιδιών, μπορεί να ελαττωθεί μέσω των αθλητικών δραστηριοτήτων. Οι αθλητικές δραστηριότητες όχι μόνο δεν πρέπει να απαγορεύονται στα ασθματικά παιδιά, αλλά και επιβάλλονται, υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Οι λόγοι που συνιστούν την αθλητική συμμετοχή είναι ότι μέσω της άσκησης επιτυγχάνεται η ψυχολογική τόνωση του παιδιού και παράλληλα βελτιώνεται η φυσική του κατάσταση. Αναφέρουν ότι η συμμετοχή του ασθματικού παιδιού σε αθλητικές δραστηριότητες πρέπει να ενθαρρύνεται, γιατί αυξάνεται η αυτοπεποίθησή του, ελαττώνεται το άγχος του και αισθάνεται ότι μπορεί να συμμετέχει σε όλες τις δραστηριότητες που συμμετέχουν οι συνομήλικοί του.

4.3.2) Άγχος – στρες και άσθμα.

Το ψυχολογικό στρες αποδείχτηκε ότι επιδρά στις ξαφνικές κρίσεις άσθματος και οι περιοχές του εγκεφάλου που δείχνουν να ευθύνονται για την αλληλεπίδραση αυτή έχουν βρεθεί. Ο Dr. Richard Davidson (2005) του πανεπιστημίου του Ουισκόνσιν στο Μάντισον και οι συνεργάτες του, χρησιμοποίησαν λειτουργική μαγνητική τομογραφία (fMRI), με την οποία απεικονίζεται η εγκεφαλική δραστηριότητα και ανατομικές δομές σε πραγματικό χρόνο, προκειμένου να καθορίσουν τις περιοχές του εγκεφάλου που

δείχνουν σχέση μεταξύ συναισθημάτων και ξαφνικών κρίσεων άσθματος. Ιδιαίτερη εγκεφαλική δραστηριότητα διακρίνεται στην πρόσθια περιοχή του φλοιού του εγκεφάλου που έχει σχέση με συναισθηματικές αντιδράσεις και στη λεγόμενη νήσο του εγκεφάλου, που παίζει ρόλο στη λήψη πληροφοριών, όσον αφορά τη βιολογική κατάσταση του οργανισμού, όπως η συντομία της αναπνοής. Στη μελέτη τους, η οποία δημοσιεύεται στην επιθεώρηση Proceedings της Εθνικής Ακαδημίας Επιστημών των ΗΠΑ, αναφέρεται ότι οι εγκεφαλοί ασθενών με άσθμα ίσως υπεραντιδρούν σε συναισθηματικά και φυσιολογικά σήματα που έχουν σχέση με τη νόσο τους και ότι τα ευρήματα αυτά συμβάλλουν να διευκρινίσουν γιατί κρίσεις άσθματος εξαιτίας αλλεργιογόνων παραγόντων μπορεί να επιδεινωθούν σε περιόδους γεμάτες άγχος (Davidson, 2005).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε παιδιά με άσθμα έδειξε ότι τα αρνητικά γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή των ασθματικών παιδιών σε συνδυασμό με την χρόνια ύπαρξη άγχους αυξάνουν τον κίνδυνο ασθματικών κρίσεων. Οι ερευνητές παρακολούθησαν την ομάδα των ασθματικών παιδιών για 18 μήνες, μέσω της καταγραφής της συχνότητας των ασθματικών κρίσεων και μέσα από συνεντεύξεις που αφορούσαν στα διάφορα γεγονότα της ζωής τους. Σκοπός τους ήταν να μετρήσουν τη συχνότητα των ασθματικών κρίσεων, τα αρνητικά γεγονότα της ζωής τους και την ύπαρξη χρόνιου άγχους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όταν διάφορα αρνητικά γεγονότα συνέβαιναν σε συνδυασμό με την ύπαρξη άγχους, ο κίνδυνος ύπαρξης ασθματικών κρίσεων αυξάνονταν αμέσως. Όταν δεν υπήρχε άγχος υπήρχε καθυστέρηση τις 2 πρώτες εβδομάδες, αλλά οι ασθματικές κρίσεις αυξάνονταν τις επόμενες 4 εβδομάδες. Επίσης οι κρίσεις των ασθματικών παιδιών επηρεάζονταν και από άλλους παράγοντες, όπως το φύλο του παιδιού, την εποχή (χειμώνας – καλοκαίρι) και το κάπνισμα των γονιών (Sandberg Seija και συν., 2000)

Επιστήμονες από τον Καναδά ανακάλυψαν ότι το κλειδί για την επιδείνωση του άσθματος είναι η στρεσογόνο οικογενειακή ζωή, η οποία

μπορεί να επηρεάσει ορισμένες σημαντικές πρωτεΐνες της αεροφόρου οδού. Οι επιστήμονες πήραν συνεντεύξεις από 39 παιδιά και νέους ηλικίας 9 έως 18 ετών με άσθμα και από 38 υγιείς συνομηλίκους τους, καταγράφοντας το οξύ και το χρόνιο στρες που ένιωσαν το τελευταίο εξάμηνο. Επίσης τους πήραν δείγματα αίματος για να μετρήσουν τα επίπεδα δύο βασικών πρωτεϊνών, του γλυκοκορτεοειδούς υποδοχέα και βήτα-2-αδρενεργικού υποδοχέα. Αρχικά διαπιστώθηκε, ότι τα ασθματικά παιδιά έχουν υψηλότερα επίπεδα και από τις δύο πρωτεΐνες σε σύγκριση με τους υγιείς. Όταν οι πάσχοντες εθελοντές είχαν χρόνιο στρες εξαιτίας σοβαρών οικογενειακών προβλημάτων, τα επίπεδα του βήτα-2-αδρενεργικού υποδοχέα ήταν μειωμένα, ενώ στα υγιή παιδιά ήταν αυξημένα. Η μελέτη επίσης έδειξε ότι το χρόνιο στρες στα ασθματικά παιδιά επέφερε μείωση κατά 5,5 φορές του γλυκοκορτεοειδούς υποδοχέα και κατά 9,5 φορές του βήτα-2-αδρενεργικού υποδοχέα. Οι αντίστοιχες μειώσεις στα υγιή παιδιά ήταν αντίστροφες και πιο μικρές. Όπως εξηγούν οι ερευνητές στην επιθεώρηση Proceedings, οι δύο πρωτεΐνες βρίσκονται στην επιφάνεια των κυττάρων, τα οποία ρυθμίζουν τις αντιδράσεις και τη φλεγμονή της αεροφόρου οδού, που χαρακτηρίζουν το άσθμα. Όταν τα επίπεδα των πρωτεϊνών αυτών παρουσιάζουν διακυμάνσεις από το φυσιολογικό, πιθανότατα οδηγούν σε φλεγμονή και σπασμό της αεροφόρου οδού, ενώ ελαττώνουν την ευαισθησία των ασθενών στα φάρμακα που παίρνουν για να αντιμετωπίσουν το άσθμα τους. Οι Drs Gregory E. και Miller και Edith Tsen, από το πανεπιστήμιο της Βρετανικής Κολούμπια στο Βανκούβερ συμπεραίνουν τα εξής: Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι στα παιδιά και τους νέους με άσθμα, η ποιότητα της οικογενειακής ζωής και οι οικογενειακές σχέσεις αποτελούν παράγοντες που καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό την υγεία και την ευεξία τους (Gregory E., Miller, Edith Tsen, 2006) .

4.4) Κατάθλιψη.

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μια αύξηση του ενδιαφέροντος για την κατάθλιψη και τις άλλες διαταραχές της διάθεσης. Αυτή η αλλαγή ενδιαφέροντος τόσο των ειδικών και επαγγελματιών υγείας όσο και του κοινού αντανακλά ενδεχομένως μια ιστορική τάση, που ο Klerman (1978, 1987), αποκαλεί ανάδυση μιας νέας «εποχής της μελαγχολίας», σε αντίθεση με την «εποχή του άγχους», που όπως υποστηρίζει, ακολούθησε το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο.

Ο όρος «κατάθλιψη» χρησιμοποιείται για να καλύψει ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων που μπορεί να είναι είτε φυσιολογικές είτε παθολογικές (Robert & Lamontagne, 1977, Silverman, 1968). Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανίζεται ως α) μια φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα (απώλεια, πένθος), β) ένα σύμπτωμα (μορφή αντίδρασης στο στρες ή άλλα οργανικά προβλήματα, γ) μια ψυχολογική διαταραχή ή σύνδρομο (Μείζων καταθλιπτική διαταραχή) (Κλεφτάρας, 1998).

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα παγκόσμιο χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης, από την παροδική θλίψη που μπορεί να συμβεί στον καθένα έως και τη βαριά κατάθλιψη. Θα μπορούσε να οριστεί ως μια κατάσταση ψυχολογικής θλίψης, η οποία συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών (Robert & Lamontagne, 1977).

4.4.1) Τα συμπτώματα της κατάθλιψης.

Η κατάθλιψη ορίζεται από τα συμπτώματά της, που είναι ποικίλα και συχνά εκδηλώνονται τόσο με οργανικό όσο και με ψυχολογικό τρόπο.

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης, σύμφωνα με τον Κλεφτάρα (1998), μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

- Συμπτώματα σχετικά με το συναίσθημα: λύπη, θλίψη, άγχος, ενοχές, θυμός, εχθρότητα, εκνευρισμός, ευερεθιστότητα.
- Συμπτώματα συμπεριφοράς: διέγερση, καταθλιπτικό προσωπείο και στάση σώματος, ψυχοκινητική επιβράδυνση, αργή ομιλία και σκέψη, κλάμα και απόπειρες αυτοκτονίας.
- Συμπτώματα σχετικά με τις στάσεις απέναντι στον ίδιο τον εαυτό και στο περιβάλλον: αυτομομφή, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα ανημποριάς, απαισιοδοξίας και απελπισίας, σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας.
- Συμπτώματα γνωστικής εξασθένησης: μειωμένη ικανότητα σκέψης και αδυναμία συγκέντρωσης.
- Συμπτώματα σχετικά με οργανικές αλλαγές και ενοχλήσεις: αδυναμία να βιώσει κανείς ευχαρίστηση, απώλεια όρεξης, διαταραχές ύπνου, απώλεια ενέργειας και εξάντληση και παράπονα για οργανικά προβλήματα.

Ο Klerman (1988), συνέταξε έναν αναλυτικό κατάλογο των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, τα οποία είναι:

- Καταθλιπτική διάθεση: οι καταθλιπτικοί παρουσιάζουν το χαρακτηριστικό καταθλιπτικό προσωπείο: οι άκρες του στόματος βρίσκονται σε σχετική πτώση, τα μάτια είναι κόκκινα και πρησμένα από το κλάμα, το βλέμμα είναι απλανές και η έκφραση θλιμμένη.
- Ανηδονία ή απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης από συνήθεις δραστηριότητες: οι καταθλιπτικοί χάνουν την ικανότητα να αντλούν ικανοποίηση από δραστηριότητες που συνήθιζαν να θεωρούν ευχάριστες, βιώνουν μια ολοκληρωτική «παράλυση της βούλησης» και τίποτα πια δεν τους ικανοποιεί.
- Αίσθηση κόπωσης και απώλειας ενέργειας: οι καταθλιπτικοί συχνά αισθάνονται κουρασμένοι, παρουσιάζουν έλλειψη κινήτρων και

έλλειψη ενέργειας, παραπονιούνται για αδυναμία, πόνους και εξάντληση.

- Επιβράδυνση του λόγου, της σκέψης και της κίνησης: οι καταθλιπτικοί μιλούν αργά, αργούν να απαντήσουν και οι απαντήσεις τους είναι μονολεκτικές. Παρουσιάζουν αργή και χωρίς αυθορμητισμό σκέψη και δραστηριότητα, οι κινήσεις του σώματός τους είναι αργές και οι χειρονομίες ελάχιστες.
- Αλλαγές στην όρεξη: πολλοί καταθλιπτικοί αρνούνται να φάνε ή τρώνε ελάχιστα με αποτέλεσμα να χάνουν βάρος και κάποιοι από αυτούς να παρουσιάζουν νευρική ανορεξία.
- Διαταραχή του ύπνου: η αϋπνία αποτελεί ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των καταθλιπτικών. Διακρίνεται σε αρχική (το άτομο δεν μπορεί να κοιμηθεί), μέση (αφύπνιση κατά τη διάρκεια της νύχτας και αδυναμία να ξανακοιμηθεί), τελική (αφύπνιση νωρίς το πρωί). Υπάρχουν περιπτώσεις που η διαταραχή του ύπνου παίρνει τη μορφή υπερυπνίας.
- Σωματικά παράπονα και δυσφορία: οι καταθλιπτικοί παραπονιούνται για πόνους και διάφορα οργανικά προβλήματα. Τέτοια είναι πονοκέφαλοι, πόνοι ψηλά στην πλάτη, μυϊκές κράμπες, ναυτία, εμετοί, κόμπος στο λαιμό, ξηροστομία κ.α.
- Μειωμένη ικανότητα σκέψης και συγκέντρωσης: η νοητική διαδικασία και δραστηριότητα των καταθλιπτικών επιβραδύνεται, παρουσιάζουν προβλήματα μνήμης, είναι αναποφάσιστοι και έχουν δυσκολίες συγκέντρωσης.
- Συναισθήματα και σκέψεις αναξιότητας, χαμηλής αυτοεκτίμησης, αυτομομφής, ενοχών και ντροπής: οι καταθλιπτικοί μοιάζουν να παραιτούνται από τη ζωή, θεωρούν τον εαυτό τους προβληματικό και εκφράζουν ενοχές και τύψεις για τις αποτυχίες του παρόντος και του παρελθόντος.

- Άγχος: ένα ποσοστό καταθλιπτικών (60%-70%) αναφέρει ότι αισθάνεται έντονο άγχος και υπερβολική ανησυχία.
- Συναισθήματα ανικανότητας, απαισιοδοξίας και απελπισίας: οι καταθλιπτικοί αισθάνονται ανήμποροι και απελπισμένοι και θεωρούν ότι μόνο η αυτοκτονία μπορεί να τους γλιτώσει από τον «αποπνικτικό» και «ανυπόφορο» κόσμο μέσα στον οποίο ζουν.
- Σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας: πολλοί καταθλιπτικοί σκέφτονται το θάνατο και έχουν επαναλαμβανόμενες ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας.

4.4.2) Κατάθλιψη και άσθμα.

Οι έρευνες της Wood και του Miller έδειξαν ότι οι ασθματικές κρίσεις δεν οφείλονται τόσο στην ύπαρξη στρες στην οικογένεια, όσο στην ύπαρξη ενός χρόνιου κλίματος αβεβαιότητας σε συνδυασμό με καταθλιπτικά στοιχεία. Παρακάτω αναφέρεται η περίπτωση μιας κοπέλας 18 ετών, η οποία υπέφερε από κρίσεις άσθματος. Στην οικογένεια φαίνεται ότι υπήρχαν επιβαρυντικοί ψυχολογικοί παράγοντες οι οποίοι ευθύνονταν για την εμφάνιση και την επιδείνωση των ασθματικών κρίσεων. Δημιουργείται ένα είδος «ασθματικού παιχνιδιού», όπου η κόρη επωμίζεται το ρόλο του στυλοβάτη της οικογένειας, ενώ η ίδια είναι αδύναμη ψυχολογικά και μη μπορώντας να λεκτικοποιήσει τα συναισθήματα απόγνωσης και ψυχικής κόπωσης, ξεσπάει σε κρίσεις άσθματος. Η ασθενής έμαθε τη συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη και την απελπισία και στις κρίσεις άσθματος. Απαλλάχτηκε από το ρόλο του «γονεοποιημένου παιδιού» και προσδιόρισε τα προσωπικά της όρια (Θεοδωράτου Μ. και συν., 2007).

Σύμφωνα με τον James Blackman (2007), η έρευνα του University of Virginia Children's Hospital, η οποία δημοσιεύτηκε στο περιοδικό "Journal of

Development and Behavioral Pediatrics”, έδειξε ότι οι γονείς των ασθματικών παιδιών αναφέρουν περιστατικά κατάθλιψης και υπερκινητικότητας στα παιδιά τους. Οι γονείς ρωτήθηκαν για την ένταση των συμπτωμάτων άσθματος των παιδιών τους καθώς και για τυχόν προβλήματα συμπεριφοράς ή ανάπτυξης. Συγκεντρώθηκαν στοιχεία 102.253 παιδιών, ηλικίας 0 έως 17 ετών κατά το διάστημα 2003-2004. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα συνήθη προβλήματα στα παιδιά με άσθμα ήταν η κατάθλιψη, το άγχος, προβλήματα συμπεριφοράς και μαθησιακές δυσκολίες.

Ελβετοί ερευνητές στη μελέτη τους που πραγματοποιήθηκε σε 600 άνδρες και γυναίκες διαπίστωσαν ότι όσοι είχαν συμπτώματα άσθματος στην ηλικία των 20 ετών, διέτρεχαν τριπλάσιο κίνδυνο να γίνουν παχύσαρκοι έως τα 40 τους. Επίσης, η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας φάνηκε να αποτελεί ένα κοινό παράγοντα. Αναφέρουν, επίσης, ότι όλα αυτά υποδηλώνουν ότι η κατάθλιψη νωρίς στη ζωή ενδέχεται να συμβάλλει κατά κάποιο τρόπο στην εκδήλωση του άσθματος και στην απόκτηση πολλών περιττών κιλών (Hasler, 2006) .

Β΄ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1) Σκοπός της έρευνας.

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να καταγραφεί και να μελετηθεί η σχέση μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης και άσθματος σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 7-18 ετών ώστε μέσω της διαδικασίας διεξαγωγής της έρευνας να βοηθηθούν τα άτομα της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας να γνωρίσουν καλύτερα τα συναισθήματά τους και κατά συνέπεια να μάθουν να τα χειρίζονται ώστε να ελέγχουν καλύτερα την νόσο τους.

Επίσης στοχεύουμε, μέσω των αποτελεσμάτων, να τονίσουμε την αναγκαιότητα μιας διαφορετικής προσέγγισης των ατόμων αυτών που κατά τη διάρκεια της θεραπείας θα εστιάζει περισσότερο στα συναισθήματά τους.

1.2) Επιμέρους στόχοι της έρευνας.

1. Να καταγραφεί η συχνότητα εμφάνισης των επιμέρους στοιχείων της συναισθηματικής νοημοσύνης (αναγνώριση, έκφραση και χειρισμός συναισθημάτων, αισιοδοξία, ενσυναίσθηση, προσαρμοστικότητα, αυτοπεποίθηση) στα παιδιά και στους εφήβους του δείγματος.

2. Να καταγραφεί η συχνότητα ύπαρξης και χειρισμού του άγχους στο δείγμα.
3. Να καταγραφούν τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα των παιδιών και εφήβων του δείγματος.

1.3) Ερευνητικά ερωτήματα.

1. Ποια η συχνότητα αναγνώρισης των συναισθημάτων σε παιδιά και εφήβους/ες με άσθμα;
2. Ποια η συχνότητα έκφρασης των συναισθημάτων σε παιδιά και εφήβους/ες με άσθμα;
3. Ποια η συχνότητα χειρισμού των συναισθημάτων σε παιδιά και εφήβους/ες με άσθμα;
4. Ποια η συχνότητα αισιοδοξίας σε παιδιά και εφήβους/ες με άσθμα;
5. Ποια η συχνότητα ενσυναίσθησης σε παιδιά και εφήβους/ες με άσθμα;
6. Ποια η συχνότητα προσαρμοστικότητας σε παιδιά και εφήβους/ες με άσθμα;
7. Ποια η συχνότητα αυτοπεποίθησης σε παιδιά και εφήβους/ες με άσθμα;
8. Ποια η συχνότητα εμφάνισης άγχους σε παιδιά και εφήβους/ες με άσθμα;
9. Ποια η συχνότητα χειρισμού του άγχους σε παιδιά και εφήβους/ες με άσθμα;
10. Ποια η συχνότητα εμφάνισης θετικών συναισθημάτων σε παιδιά και εφήβους/ες με άσθμα;
11. Ποια η συχνότητα εμφάνισης αρνητικών συναισθημάτων σε παιδιά και εφήβους/ες με άσθμα;

1.4) Μέθοδος.

- **Μεταβλητές:** Α) Μεταβλητή: Συναισθηματική νοημοσύνη. Β) Μεταβλητή: Άσθμα.

Α) **Συναισθηματική νοημοσύνη.** Η μέτρησή της θα γίνει με βάση το ερωτηματολόγιο το οποίο δημιουργήσαμε που μετράει τη συχνότητα εμφάνισης των επιμέρους στοιχείων της που είναι: αναγνώριση-αποδοχή, έκφραση και χειρισμός συναισθημάτων, ενσυναίσθηση, προσαρμοστικότητα, αυτοπεποίθηση, αισιοδοξία και χειρισμός άγχους

Β) **Άσθμα.** Για την ύπαρξη άσθματος θα ληφθούν υπόψη οι γνωματεύσεις των γιατρών.

1.5) Ερευνητικό εργαλείο.

Ερωτηματολόγιο: Αποτελεί το μοναδικό μεθοδολογικό εργαλείο που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνά μας. Το ερωτηματολόγιο είναι μια ποσοτική μέθοδος που δίνει τη δυνατότητα για μια συστηματική και μεθοδική διαχείριση των απαντήσεων των ερωτηθέντων, αφού η δομή και η μορφή των ερωτήσεων έχει διαμορφωθεί για το σκοπό αυτό. Τα δεδομένα μπορούν εύκολα να επεξεργαστούν και παράλληλα η μέθοδος αυτή αποτρέπει την εμφάνιση περιττών πληροφοριών, που δυσχεραίνουν την έρευνα και τα συμπεράσματά της. Επίσης, δεν απαιτεί μεγάλο χρονικό διάστημα απασχόλησης του δείγματος στην έρευνα. Τέλος, το ερωτηματολόγιο είναι ιδανικό για ανώνυμη έρευνα καθώς δεν επιδιώκεται η συλλογή προσωπικών στοιχείων.

Το μειονέκτημά του είναι ότι δεν μπορεί να γίνει περαιτέρω διευκρίνιση και ανάλυση των απαντήσεων των ερωτηθέντων και έτσι να κατανοηθούν εις βάθος τα συναισθήματά τους.

Δημιουργία ερωτηματολογίου: Για τη δημιουργία του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκαν πέντε ερωτηματολόγια:

1. Το 'Baron Emotional Quotient Inventory Youth Version'.
2. Το 'Spence children' s anxiety scale'.
3. Το 'How fears and worries affect me' .
4. Το 'Τεστ συναισθηματικής αυτοεπίγνωσης - John Gottman' και
5. Το 'Τεστ συναισθηματικής νοημοσύνης ΤΕΣΥΝ' - Τσαούσης 2003.

Επιλέξαμε ερωτήσεις από τα παραπάνω ερωτηματολόγια οι οποίες προσαρμόστηκαν κατάλληλα για να απευθύνονται σε παιδιά ηλικίας 7-18 ετών και προσθέσαμε και ερωτήσεις στηριγμένες από τη θεωρία. Συμπεριλάβαμε ερωτήσεις από όλα τα στοιχεία που συνθέτουν την συναισθηματική νοημοσύνη σύμφωνα με τον Gottman και τον Goleman τα οποία είναι η αναγνώριση-αποδοχή, έκφραση και χειρισμός των συναισθημάτων, η αυτοπεποίθηση, η προσαρμοστικότητα, ο χειρισμός του άγχους, η αισιοδοξία, η ενσυναίσθηση, και προσθέσαμε ερωτήσεις για την ύπαρξη άγχους. Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, επομένως, χωρίζονται σε οκτώ υποκατηγορίες (Πίνακας 1):

Πίνακας 1. Οι οκτώ υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου	
A.	Αναγνώριση συναισθημάτων
B.	Έκφραση συναισθημάτων
Γ.	Χειρισμός συναισθημάτων
Δ.	Αισιοδοξία
E.	Ενσυναίσθηση
ΣΤ.	Προσαρμοστικότητα

Z.	Αυτοπεποίθηση
H.	Ύπαρξη-χειρισμός άγχους

Επίσης χρησιμοποιήσαμε μόνο καταφατικές ερωτήσεις για να μη μπερδέψουν τα παιδιά και αφαιρέσαμε τις αρνητικές (δεν, μην) καθώς διαπιστώσαμε στην πιλοτική έρευνα ότι τα μπερδεύουν.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου διαβάθμισης. Χρησιμοποιήσαμε την διαβάθμιση: Ποτέ, μερικές φορές, δεν είμαι σίγουρος /σίγουρη, συχνά, πάντα.

Προσπαθήσαμε οι ερωτήσεις να έχουν θετικό αλλά και αρνητικό περιεχόμενο και να μην είναι τοποθετημένες σε καμία λογική σειρά ώστε να προδιαθέτουν το παιδί προς μία συγκεκριμένη απάντηση. Αρχίσαμε με ερωτήσεις πιο θετικές και ουδέτερες ώστε να μην πανικοβάλλουν το παιδί, ενδιάμεσα προσθέσαμε και αρνητικές και τελειώσαμε πάλι με θετικές και πιο ουδέτερες ερωτήσεις. Συγχρόνως προσπαθήσαμε οι ερωτήσεις να φαίνονται ότι είναι με τυχαία σειρά, ούτε όλες οι θετικές μαζί και οι αρνητικές μαζί αλλά ούτε και οι ερωτήσεις της κάθε κατηγορίας της συναισθηματικής νοημοσύνης να είναι μαζί.

Στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου προσθέσαμε ένα κειμενάκι με το οποίο πληροφορούμε τα παιδιά και τους εφήβους για την έρευνά μας με απλά λόγια, τους δίνουμε οδηγίες πώς να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και τους τονίζουμε την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών που θα μας δώσουν.

Πριν την τελική διαμόρφωσή του, που αναφέραμε παραπάνω και την έναρξη της πιλοτικής δώσαμε το ερωτηματολόγιο σε πρωτοετείς φοιτητές να το συμπληρώσουν και να μας πουν τη γνώμη τους.

Στην συνέχεια, πραγματοποιήσαμε την πιλοτική έρευνα σε πέντε άτομα παιδικής και εφηβικής ηλικίας για να διαπιστώσουμε πως λειτουργεί. Διαπιστώσαμε ότι το ερωτηματολόγιο σε γενικές γραμμές λειτούργησε

ικανοποιητικά, χρειάζονταν όμως μερικές αλλαγές: τα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας το συμπλήρωναν με μεγαλύτερη ευκολία, ενώ τα παιδιά μικρότερης ηλικίας δυσκολεύονταν λίγο στις αρνητικές ερωτήσεις. Επίσης, ένα άλλο στοιχείο που παρατηρήσαμε όπως και το περιμέναμε άλλωστε, είναι ότι οι γονείς των μικρότερων παιδιών ήθελαν να επιβλέπουν τι γράφουν τα παιδιά τους και να τα διορθώνουν. Τέλος μετρήσαμε τη χρονική διάρκεια που έκανε το καθένα να τελειώσει το ερωτηματολόγιο και ήταν περίπου στα 10-15 λεπτά.

Μετά την πιλοτική και ύστερα από παρότρυνση των γιατρών αφαιρέσαμε τις αρνητικές ερωτήσεις για να μη δυσκολεύουν τα παιδιά. Επίσης μειώσαμε τις ερωτήσεις από τις 32 στις 30 για να μειώσουμε και την διάρκεια της συμπλήρωσης.

1.6) Πληθυσμός.

Γενικός πληθυσμός: Ο γενικός πληθυσμός της έρευνάς μας αντιστοιχεί σε παιδιά και εφήβους/ες ηλικίας 7 ως 18 ετών που παρουσιάζουν άσθμα.

Προσβάσιμος πληθυσμός: Ο προσβάσιμος πληθυσμός της έρευνάς μας αντιστοιχεί σε παιδιά και εφήβους/ες ηλικίας 7 ως 18 ετών που παρουσιάζουν άσθμα και επισκέπτονται τα ιατρεία πνευμονολόγων είτε ιδιωτών είτε εργαζομένων στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων.

1.7) Δείγμα.

Επειδή τα ασθματικά παιδιά είναι ένας δυσπρόσιτος πληθυσμός το δείγμα μας πάρθηκε από τον προσβάσιμο πληθυσμό. Επομένως αποφασίσαμε να

απευθυνθούμε σε ιατρούς πνευμονολόγους, είτε ιδιώτες, είτε εργαζόμενους σε νοσοκομεία, με απώτερο στόχο την προσέγγιση των ασθενών τους. Το δείγμα αποτελείται, λοιπόν, από 81 παιδιά και εφήβους με άσθμα και συλλέχθηκε σε ιδιωτικά ιατρεία πνευμονολόγων στην Πάτρα, το Βόλο και τα Ιωάννινα καθώς και στα εξωτερικά ιατρεία δύο δημόσιων νοσοκομείων της Πάτρας και της Αθήνας. Μοιράστηκαν συνολικά 182 ερωτηματολόγια εκ των οποίων τα 82 απαντήθηκαν (1 άκυρο).

1.8) Είδος δειγματοληψίας.

Χρησιμοποιήσαμε στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία πιθανότητας μη αναλογική. Η εξασφάλιση καταλόγων όλων των άρρωστων παιδιών με άσθμα, για να κάνουμε απλή τυχαία ή συστηματική δειγματοληψία, είναι αδύνατη. Αυτό μπορούμε να το πετύχουμε μόνο με τη δειγματοληψία σωρού ή πολυσταδιακή.

Σύμφωνα, λοιπόν, με την δειγματοληψία σωρού ή πολυσταδιακή αποκτήσαμε καταλόγους όλων των δημοσίων νοσοκομείων και των ιδιωτικών πνευμονολογικών ιατρείων των πόλεων που πραγματοποιήθηκε η έρευνα μας και στη συνέχεια απευθυνθήκαμε στους ιατρούς πνευμονολόγους και αλλεργιολόγους, οι οποίοι δέχτηκαν να συνεργαστούν μαζί μας για την προσέγγιση των ασθενών τους.

1.9) Συλλογή δεδομένων.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις πόλεις, την Αθήνα, το Βόλο, τα Ιωάννινα και την Πάτρα και διήρκεσε επτά μήνες, από τις 20 Δεκεμβρίου έως τις 20 Ιουλίου. Τα ερωτηματολόγια δίνονταν από τους ίδιους τους γιατρούς στο χώρο των ιατρείων τους ύστερα από συνεννόηση που είχαν μαζί μας.

Αρχικά, ξεκινήσαμε την έρευνα μας στην πόλη της Πάτρας. Για το λόγο αυτό εντοπίσαμε όλους τους ιατρούς πνευμονολόγους – φυματιολόγους και τους επισκεφθήκαμε στα ιατρεία τους ώστε να τους ενημερώσουμε για την ιδιότητά μας και την ερευνά μας, με απώτερο στόχο να διασφαλίσουμε τη συνεργασία τους. Οι ιδιώτες γιατροί που επισκεφθήκαμε ήταν στο σύνολο είκοσι επτά (27). Από αυτούς οι επτά (7) δέχτηκαν να μας βοηθήσουν. Αφού πρώτα κάναμε μια πιλοτική έρευνα με τρία - τέσσερα ερωτηματολόγια, δώσαμε από πέντε (5) έως είκοσι (20) ερωτηματολόγια στον καθένα ανάλογα με την επιθυμία και δυνατότητα τους.

Έπειτα, επικοινωνήσαμε με τα εξωτερικά πνευμονολογικά ιατρεία των νοσοκομείων της Πάτρας. Από τα τέσσερα νοσοκομεία της Πάτρας (Γενικό Νοσοκομείο Άγιος Ανδρέας, Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος, Νοσοκομείο παιδών ‘Καραμανδάνειο’ και Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών (Ρίο)) δέχτηκαν να μας βοηθήσουν δυο (2) παιδίατροι που εργάζονται στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών. Σε αυτούς δώσαμε δέκα ερωτηματολόγια.

Απευθυνθήκαμε, επίσης, στους πνευμονολόγους – φυματιολόγους ιατρούς του Βόλου και των Ιωαννίνων. Από τους επτά (7) ιατρούς ιδιώτες των Ιωαννίνων που απευθυνθήκαμε μία πνευμονολόγος δέχτηκε να συνεργαστεί μαζί μας στην οποία δώσαμε (δέκα) 10 ερωτηματολόγια. Στο Βόλο από τους πέντε (5) πνευμονολόγους – φυματιολόγους οι τέσσερις (4) δέχτηκαν και πήραν στο σύνολο σαράντα (40) ερωτηματολόγια.

Στη συνέχεια, τους τελευταίους τρεις μήνες της έρευνας επικοινωνήσαμε και με δύο νοσοκομεία παιδών στην Αθήνα, το Νοσοκομείο Παίδων ‘Αγία Σοφία’ και το Νοσοκομείο Παίδων ‘Αγλαΐα Κυριακού’. Εκεί δέχτηκαν να μας βοηθήσουν τρεις (3) γιατροί από το Νοσοκομείο Παίδων ‘Αγλαΐα Κυριακού’, δύο αλλεργιολόγοι και μία πνευμονολόγος, έπειτα από ειδική άδεια του διοικητικού συμβουλίου. Στο σύνολο και στους τρεις αφήσαμε πενήντα (50) ερωτηματολόγια.

Οι παραπάνω γιατροί έδιναν τα ερωτηματολόγια είτε κατά τη διάρκεια της επίσκεψης των παιδιών και των εφήβων στα ιατρεία τους, είτε ύστερα από τηλεφωνική επικοινωνία που είχαν με τους ασθενείς τους. Κάθε δύο βδομάδες επισκεπτόμασταν τα ιατρεία τους και ενημερωνόμασταν για την εξέλιξη της έρευνας. Κάθε Πέμπτη επισκεπτόμασταν το Νοσοκομείο ‘Αγλαΐα Κυριακού’ για να ενημερωνόμαστε για την πρόοδο της έρευνας αλλά και για να παραδίδουμε οι ίδιες τα ερωτηματολόγια στους ασθενείς του αλλεργιολογικού ιατρείου σε συνεργασία με τη γιατρό.

Στο διάστημα των επτά (7) μηνών που διήρκεσε η έρευνά μας από τα ογδόντα δύο (82) ερωτηματολόγια που δόθηκαν στους γιατρούς της Πάτρας μας επιστράφηκαν τα σαράντα έξι (46) συμπληρωμένα από τα οποία ένα ήταν ελλιπώς συμπληρωμένο (άκυρο). Δύο από τους γιατρούς επέστρεψαν όλα τα ερωτηματολόγια ασυμπλήρωτα. Στο Βόλο από τα σαράντα (40) επιστράφηκαν τα πέντε (5) συμπληρωμένα, στα Ιωάννινα από τα δέκα (10) επιστράφηκαν τα επτά (7) συμπληρωμένα και τέλος στην Αθήνα από τα πενήντα (50) επιστράφηκαν τα εικοσιπέντε (25).

1.10) Δυσκολίες κατά την έρευνα.

Ο κυριότερη δυσκολία όπως την εντοπίσαμε και στην πιλοτική έρευνα που πραγματοποιήσαμε ήταν ότι οι γονείς ήθελαν να ελέγχουν τι γράφουν τα παιδιά τους και να τα διορθώνουν καθώς, επίσης, παρατηρήσαμε ότι πολλοί από αυτούς ήθελαν να είναι από πάνω τους, κοιτάζοντας τις ερωτήσεις.

Κατά τη διάρκεια της έρευνας συναντήσαμε την άρνηση πολλών γονέων να συμμετάσχουν τα παιδιά τους στην έρευνα καθώς σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση πολλοί γονείς αρνούνται την ύπαρξη νόσου στα παιδιά τους.

Για να ελέγξουμε αυτές τις δυσκολίες δημιουργήσαμε ένα κείμενο το οποίο απευθυνόταν στους γονείς και θα τους δινόταν στα ιατρεία των πνευμονολόγων. Το κείμενο περιείχε πληροφορίες σχετικά με την έρευνά μας και τους σκοπούς της και τόνιζε στους γονείς ότι θα πρέπει να αφήνουν τα παιδιά τους να συμπληρώνουν μόνο τους το ερωτηματολόγιο για την καλύτερη διεξαγωγή της έρευνας και πως αν θέλουν μπορούν να επικοινωνήσουν μαζί μας για περισσότερες πληροφορίες για την έρευνά μας. Επίσης ζητήσαμε από τους γιατρούς να δίνουν οπωσδήποτε το κειμενάκι στους γονείς και να τους λένε πως αν θέλουν να κοιτάζουν τις ερωτήσεις να το κάνουν πριν το συμπληρώσουν τα παιδιά τους. Έτσι τους δίνουμε την δυνατότητα να έχουν επαρκή γνώση της έρευνάς μας αλλά και λόγο για το πώς θα αυτή εξελιχτεί. Μειώνουμε με αυτόν τον τρόπο την αρνητική αντίδρασή τους.

Μια άλλη δυσκολία ήταν η δυσπροσιτότητα του πληθυσμού. Είναι μία ασθένεια που δεν οδηγεί σε νοσηλεία στα νοσοκομεία τις περισσότερες φορές εκτός αν υπάρξει μια έντονη ασθματική κρίση. Επιπλέον δεν ασχολούνται όλοι οι γιατροί με παιδιά αυτών των ηλικιών. Αλλά ακόμα και αυτοί που ασχολούνται δεν μπορούσαν να προβλέψουν αν θα είχαν επισκέψεις από

ασθενείς αυτών των ηλικιών κατά το σύντομο χρονικό διάστημα διάρκειας της έρευνας.

Επιπλέον, οι γιατροί στην πλειοψηφία τους και ιδιαίτερα οι ιδιώτες ήταν διστακτικοί να μας βοηθήσουν από το φόβο μήπως συναντήσουν την άρνηση των ασθενών τους και έτσι χάσουν την πελατεία τους. Μας πήρε αρκετό διάστημα μέχρι να κερδίσουμε την εμπιστοσύνη τους και να δεχτούν να μας βοηθήσουν. Πολλοί ήταν, αυτοί, που τελικά αρνήθηκαν να μας βοηθήσουν. Άλλοι πάλι ενώ στην αρχή συμφώνησαν να συνεργαστούν μαζί μας τελικά δεν το έκαναν. Τέλος, και σε πολλά νοσοκομεία αρνήθηκαν να μας βοηθήσουν ενώ σε άλλα χρειαζόταν ειδική άδεια που θα εγκρινόταν μετά από ένα χρόνο.

1.11) Περιορισμοί έρευνας.

Στην παρούσα έρευνα η οποία μετράει μεταβλητές που είναι δύσκολο να μετρηθούν ποσοτικά όπως είναι η μέτρηση των συναισθημάτων είναι φυσικό να υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί.

Ένας πρώτος περιορισμός είναι ότι το δείγμα μας είναι πολύ μικρό σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό της έρευνάς μας και έτσι δεν μπορούν να γίνουν γενικεύσεις. Το δείγμα μας δεν είναι αντιπροσωπευτικό του συνόλου για το λόγο, επίσης, ότι αποτελείται από παιδιά και εφήβους που είναι πρόθυμοι να βοηθήσουν στην έρευνά μας και να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο που έχει σχέση με τα συναισθήματά τους. Αποκλείει τα παιδιά και τους εφήβους που δεν είναι πρόθυμοι να μιλήσουν για το πώς νιώθουν.

Ένας δεύτερος περιορισμός είναι ότι όλα τα παιδιά και οι έφηβοι αξιολογήθηκαν με βάση ένα σταθμισμένο ερωτηματολόγιο που δεν αφήνει περιθώρια για περισσότερη διευκρίνιση των απαντήσεων. Ιδεατό θα ήταν αν

συγχρόνως με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου να αξιολογούνταν περαιτέρω τα συναισθήματα των παιδιών μέσω μιας διευκρινιστικής συζήτησης.

Επίσης, οι πνευμονολόγοι δεν εκπαιδεύτηκαν αλλά ούτε εξειδικεύτηκαν για το πώς να χειρίζονται και να προσεγγίζουν τα παιδιά κατά τη διάρκεια της έρευνας αλλά ούτε και για το πώς να μοιράζουν τα ερωτηματολόγια. Είχαν μόνο κάποιες προφορικές υποδείξεις και κατευθύνσεις σχετικά με τα παραπάνω.

Η ερευνά μας δεν είναι δυνατό να μετρήσει βαθμό συναισθηματικής νοημοσύνης λόγω του περιορισμένου χρόνου που μπορεί ένα παιδί ή ένας έφηβος να αφιερώσει κατά τη διάρκεια επίσκεψης σε ένα ιατρείο. Τα περισσότερα ολοκληρωμένα τεστ συναισθηματικής νοημοσύνης απαιτούν ένα χρονικό διάστημα για να συμπληρωθούν γύρω στα 20 με 30 λεπτά. Η έρευνά μας, λοιπόν, αρκείται στη μέτρηση της συχνότητας εμφάνισης των επιμέρους στοιχείων της.

Τέλος, δεν είναι δυνατόν να προβλεφτεί η ανθρώπινη πολυπλοκότητα και συνεπώς όλοι οι παράγοντες που επηρεάζουν τα συναισθήματα των παιδιών. Οι απαντήσεις που δίνουν τα παιδιά και οι έφηβοι με άσθμα μπορεί να ποικίλουν ανάλογα με την προσωπικότητά τους, το κοινωνικό τους περιβάλλον, τις πνευματικές ικανότητές τους, τις αξίες, τον τρόπο ζωής τους αλλά και τη σοβαρότητα της κατάστασης τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

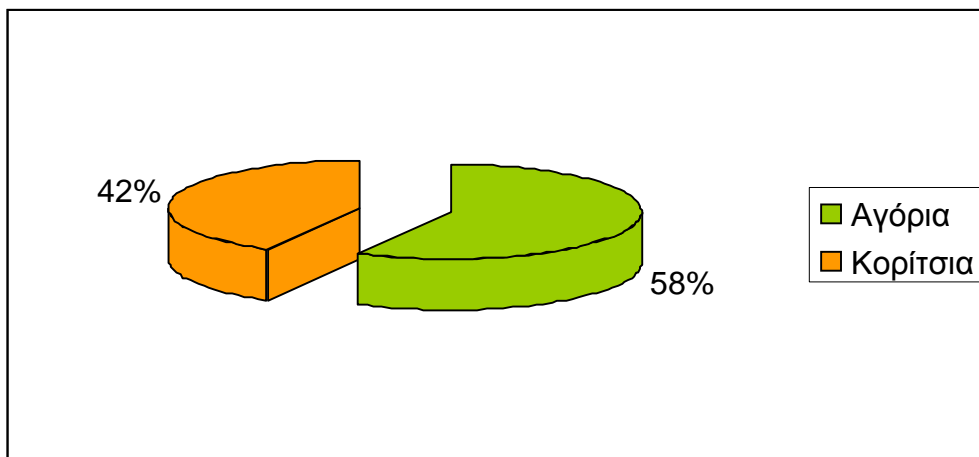
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Α. ΦΥΛΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Πίνακας Α: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το φύλο τους.

Φύλο	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Αγόρια	47	58	58
Κορίτσια	34	42	100,0
Σύνολο	81	100,0	

Σχ. Α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το φύλο τους.



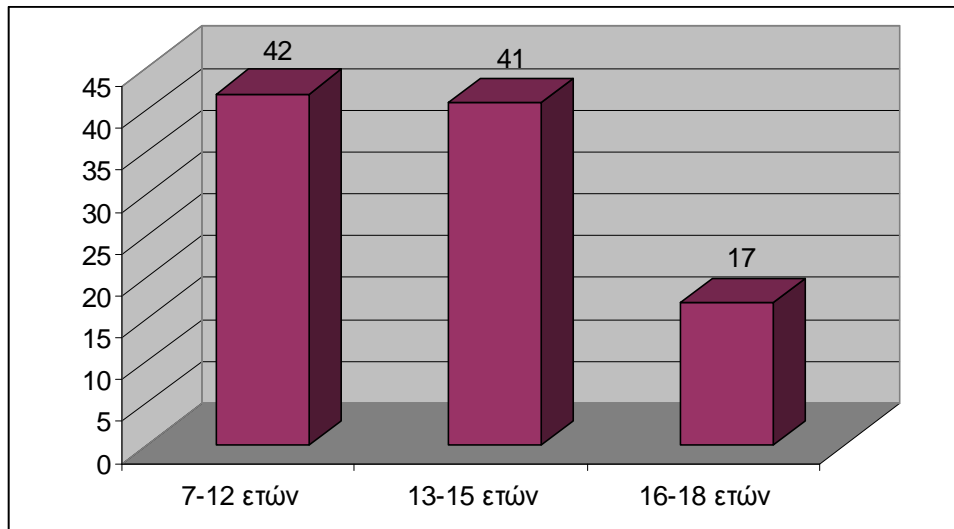
Στον πίν. Α και στο σχ. Α παρατηρούμε ότι το 58% του δείγματος είναι αγόρια ενώ το 42% κορίτσια.

Β. ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Πίνακας Β: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με την ηλικία τους.

Ηλικία	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
7-12 ετών	34	42	42
13-15 ετών	33	41	83
16-18 ετών	14	17	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. Β: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με την ηλικία τους.



Από τον πίν. Β και σχ. Β προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 42% των ερωτώμενων είναι παιδιά ηλικίας 7-12 ετών. Ακολουθούν με ποσοστό 41% οι ερωτώμενοι που βρίσκονται στην ηλικία μεταξύ 13-15 ετών. Τέλος το 17% αντιστοιχεί στις ηλικίες 15-18 ετών.

ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

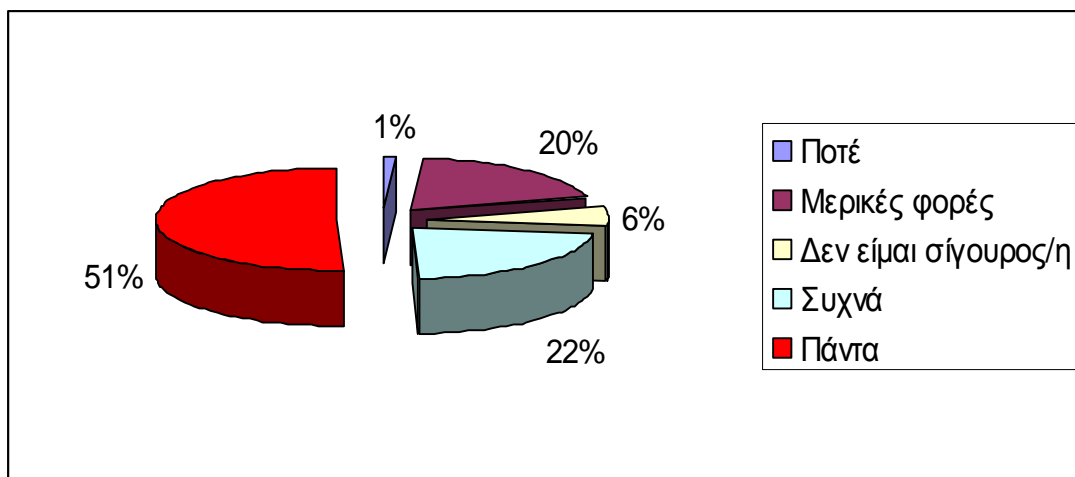
Α. ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

Ερώτηση 4: Μπορώ να καταλάβω πότε είμαι έστω και ελάχιστα λυπημένος/η.

Πίνακας 4: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά μπορούν να καταλάβουν πότε είναι έστω και ελάχιστα λυπημένοι/ες.

Μπορώ να καταλάβω πότε είμαι έστω και ελάχιστα λυπημένος/η.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	1	1	1
Μερικές φορές	16	20	21
Δεν είμαι σίγουρος/η	5	6	27
Συχνά	18	22	49
Πάντα	41	51	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά μπορούν να καταλάβουν πότε είναι έστω και ελάχιστα λυπημένοι/ες.



Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία (πίν. 4α, σχ 4α) λίγο περισσότερο από το μισό του δείγματος, 51%, απάντησε ότι πάντα μπορεί να καταλάβει πότε είναι έστω και ελάχιστα λυπημένο. Συχνά απάντησε το 22%, μερικές φορές το 20%,

ενώ ένα ποσοστό τις τάξεως του 6% πως δεν είναι σίγουρο. Ένα πολύ μικρό ποσοστό παιδιών, 1%, απάντησε πως ποτέ δεν μπορεί να καταλάβει πότε είναι έστω και ελάχιστα λυπημένο.

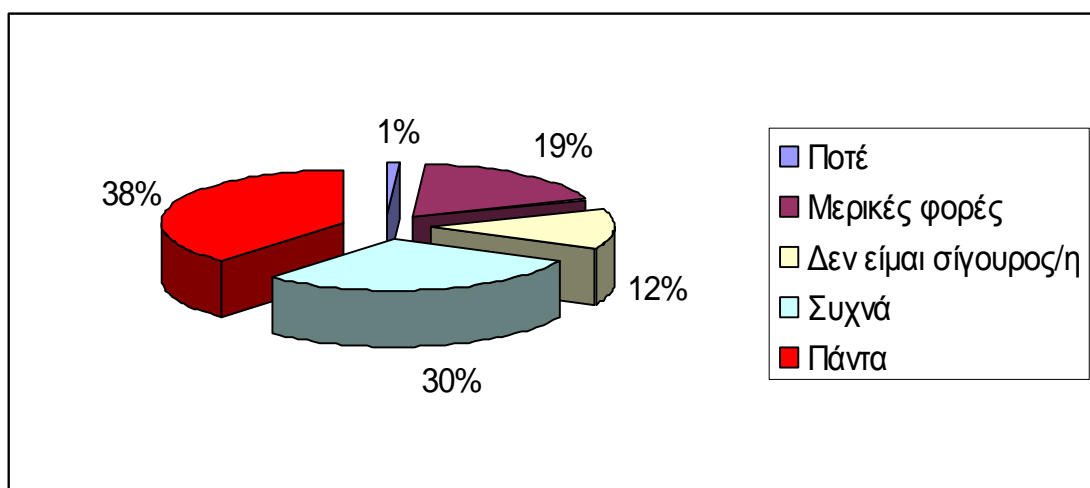
∅ Παρατηρούμε λοιπόν ότι πάνω από το μισό του δείγματος έχει πλήρη επίγνωση του συναισθήματος της λύπης σε αντίθεση με ένα πολύ μικρό ποσοστό που δεν αναγνωρίζει καθόλου το συναίσθημα αυτό ή δεν είναι σίγουρο.

Ερώτηση 18: Δίνω σημασία στα συναισθήματά μου.

Πίνακας 18: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά δίνουν σημασία στα συναισθήματά τους.

Δίνω σημασία στα συναισθήματά μου.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	1	1	1
Μερικές φορές	15	19	20
Δεν είμαι σίγουρος/η	10	12	32
Συχνά	24	30	62
Πάντα	31	38	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 18: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά δίνουν σημασία στα συναισθήματά τους.



Στον πίν. 18α και σχ. 18α παρατηρούμε ότι ένα 38% του δείγματος δίνει πάντα σημασία στα συναισθήματά του, ένα 30% συχνά και ένα 19% μερικές φορές. Ένα αξιοσημείωτο ποσοστό του 12% δεν είναι σίγουρο αν δίνει σημασία στα συναισθήματά του ενώ το μικρότερο ποσοστό, 1%, δεν προσέχει ποτέ τα συναισθήματά του.

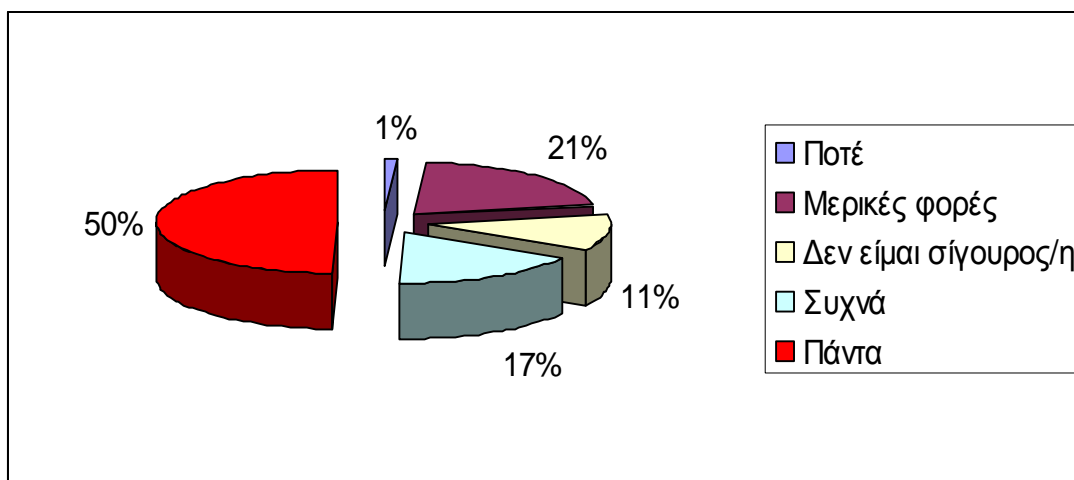
Ø Φαίνεται λοιπόν ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων προσέχει τα συναισθήματά του σε αντίθεση με ένα πολύ μικρό ποσοστό που δεν τους δίνει σημασία ποτέ.

Ερώτηση 22: Μπορώ να καταλάβω πότε είμαι έστω και ελάχιστα θυμωμένος/η.

Πίνακας 22: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά μπορούν να καταλάβουν πότε είναι έστω και ελάχιστα θυμωμένοι/ες.

Μπορώ να καταλάβω πότε είμαι έστω και ελάχιστα θυμωμένος/η.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	1	1	1
Μερικές φορές	17	21	22
Δεν είμαι σίγουρος/η	9	11	33
Συχνά	14	17	50
Πάντα	40	50	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 22: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά μπορούν να καταλάβουν πότε είναι έστω και ελάχιστα θυμωμένοι/ες.



Από τον πίν. 22α και σχ. 22α προκύπτει ότι το μισό του δείγματος (50%) μπορεί να καταλάβει πάντα πότε είναι έστω και ελάχιστα θυμωμένο. Ακολουθεί το 21% που απάντησε μερικές φορές και στη συνέχεια το 17% που απάντησε συχνά. Ένα 11% δεν είναι σίγουρο ενώ ένα 1% δεν μπορεί ποτέ να καταλάβει αν νιώθει θυμωμένο.

- Ø Γίνεται αντιληπτό από τα παραπάνω ότι το μισό του δείγματος έχει πλήρη επίγνωση του συναισθήματος του θυμού ενώ ένα ελάχιστο ποσοστό δεν έχει καθόλου.

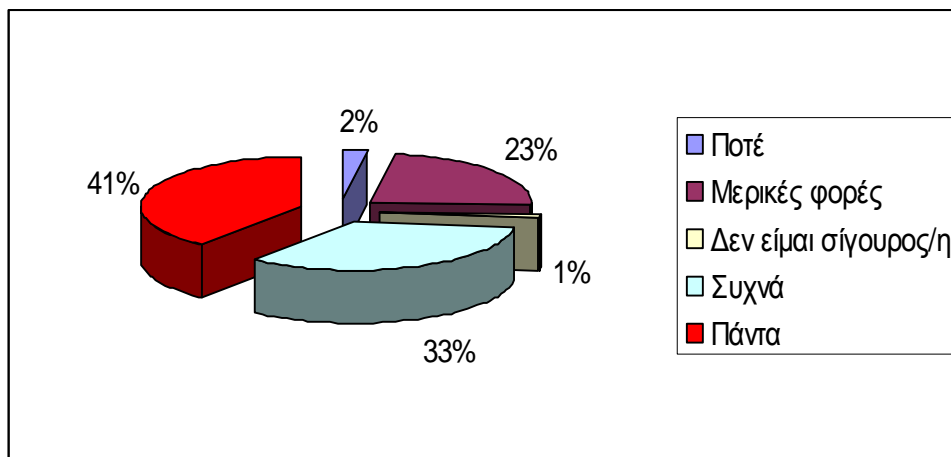
B. ΕΚΦΡΑΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

Ερώτηση 2: Ασχολούμαι με αθλήματα.

Πίνακας 2: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά ασχολούνται με αθλήματα.

Ασχολούμαι με αθλήματα.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	2	2	2
Μερικές φορές	19	23	25
Δεν είμαι σίγουρος/η	1	1	26
Συχνά	27	33	59
Πάντα	32	41	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά ασχολούνται με αθλήματα.



Από τον πίν. 2α και σχ. 2α γίνεται αντιληπτό ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών και των εφήβων που ρωτήθηκαν ασχολούνται πάντα με αθλήματα (41%) , το 33% συχνά και το 23% μερικές φορές. Ποτέ δεν ασχολείται το 2% και τέλος ένα μικρό ποσοστό δεν είναι σίγουρο.

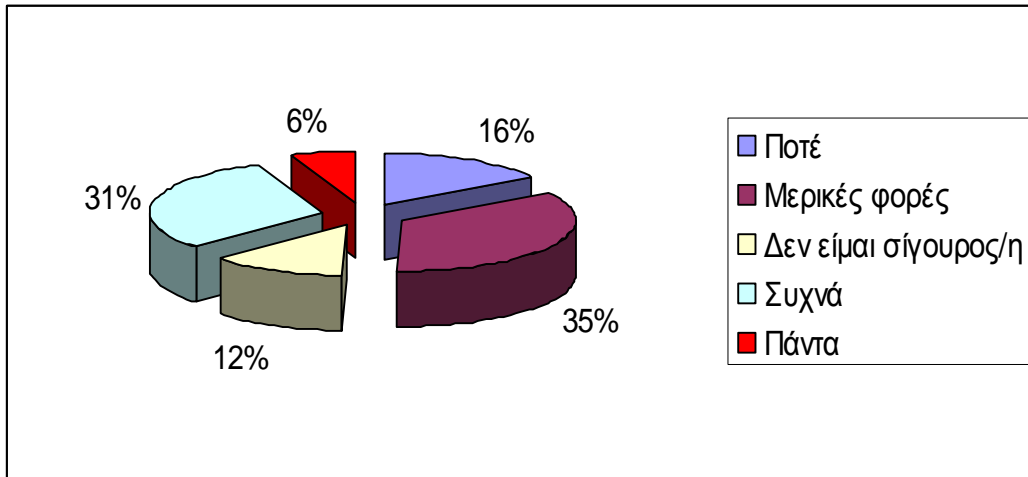
∅ Παρατηρείται εδώ ότι η πλειοψηφία του δείγματος ασχολείται με αθλήματα με μεγάλη συχνότητα ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό δεν αθλείται καθόλου.

Ερώτηση 11: Αφήνω τον εαυτό μου να κλάψει.

Πίνακας 11: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά αφήνουν τον εαυτό τους να κλάψει.

Αφήνω τον εαυτό μου να κλάψει.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	13	16	16
Μερικές φορές	28	35	51
Δεν είμαι σίγουρος/η	10	12	63
Συχνά	25	31	94
Πάντα	5	6	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 11: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά αφήνουν τον εαυτό τους να κλάψει.



Από τον πιν. 11α και το σχ. 11α προκύπτει ότι το 35% του δείγματος αφήνει μερικές φορές τον εαυτό του να κλάψει, ενώ συχνά τον αφήνει το 31%. Το 16% του δείγματος αποτελείται από τα παιδιά και τους εφήβους που δεν αφήνουν ποτέ τον εαυτό τους να κλάψει και ακολουθεί το 12 % όπου δεν είναι σίγουρο. Τέλος πάντα απάντησε το μικρότερο ποσοστό (6%).

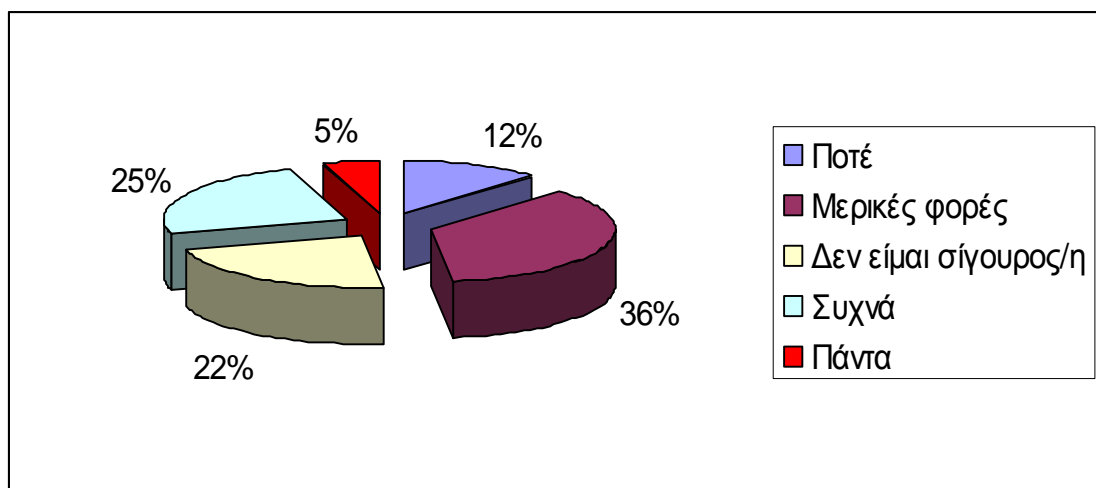
- Ø Προκύπτει λοιπόν ότι η πλειοψηφία του δείγματος αφήνει τον εαυτό του να κλάψει αλλά ένα μικρό ποσοστό τον αφήνει πάντα. Σημαντικό είναι επίσης το ποσοστό που δεν αφήνει τον εαυτό του να κλάψει ποτέ ή δεν είναι σίγουρο αν και πόσο συχνά εκδηλώνει τη λύπη του με κλάμα.

Ερώτηση 13: Οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να καταλάβουν τι αισθάνομαι.

Πίνακας 13: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να καταλάβουν τι αισθάνονται οι ερωτηθέντες.

Οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να καταλάβουν τι αισθάνομαι.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	10	12	12
Μερικές φορές	29	36	48
Δεν είμαι σίγουρος/η	18	22	70
Συχνά	20	25	95
Πάντα	4	5	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 13: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να καταλάβουν τι αισθάνονται οι ερωτηθέντες.



Σύμφωνα με τον πίν. 13α και το σχ. 13α το 36% του δείγματος πιστεύει πως μερικές φορές οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να καταλάβουν τι αισθάνεται, συχνά πιστεύει το 25% ενώ το 22% δηλώνει πως δεν είναι σίγουρο. Ποτέ πιστεύει το 12% και τέλος το 6% δηλώνει πως πάντα μπορούν να καταλάβουν τι αισθάνεται.

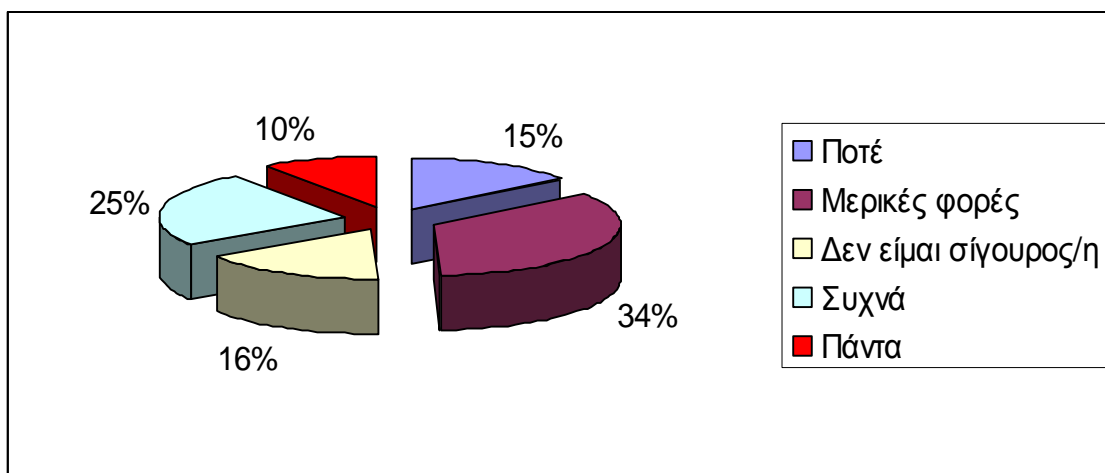
Ø Σύμφωνα με τα παραπάνω, η πλειοψηφία του δείγματος πιστεύει πως οι άλλοι καταλαβαίνουν τα συναισθήματά τους αλλά όχι πάντα. Ένα μεγάλο ποσοστό δεν μπορεί να αντιληφθεί αν οι άλλοι τους καταλαβαίνουν και σε ποιο βαθμό ενώ ένα σημαντικό ποσοστό δεν πιστεύει ότι καταλαβαίνουν τα συναισθήματά τους οι περισσότεροι άνθρωποι.

Ερώτηση 24: Δυσκολεύομαι να εκφράσω τα συναισθήματά μου στους άλλους.

Πίνακας 24: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά δυσκολεύονται να εκφράσουν το θυμό τους.

Δυσκολεύομαι να εκφράσω τα συναισθήματά μου στους άλλους.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	12	15	15
Μερικές φορές	28	34	49
Δεν είμαι σίγουρος/η	13	16	65
Συχνά	20	25	90
Πάντα	8	10	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 24: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά δυσκολεύονται να εκφράσουν το θυμό τους.



Από τον πιν. 24α και το σχ. 24α προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 34% δήλωσε ότι δυσκολεύεται μερικές φορές να εκφράσει τα συναισθήματά του στους άλλους. Το 25% δήλωσε ότι δυσκολεύεται συχνά, το 16% δεν είναι σίγουρο ενώ το 15% δεν δυσκολεύεται ποτέ. Τέλος το μικρότερο ποσοστό (10%) αναφέρει πως πάντα δυσκολεύεται να εκφράσει τα συναισθήματά του.

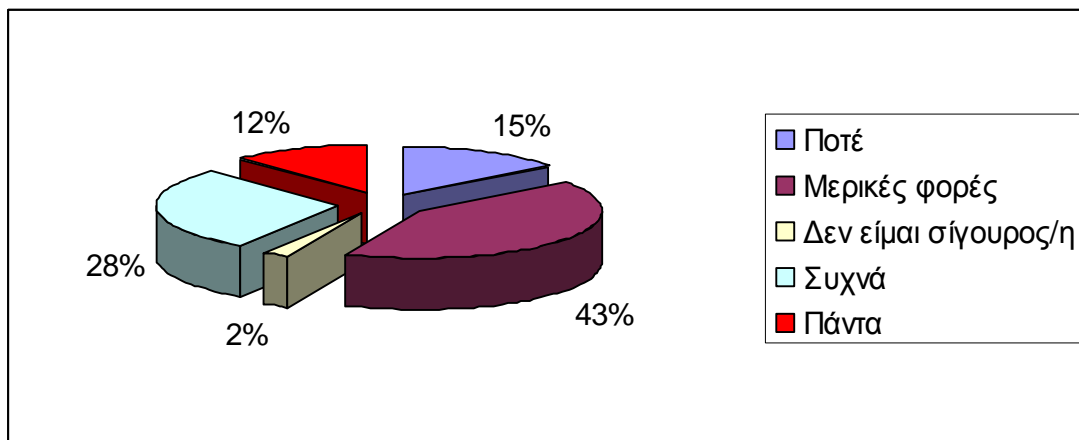
Ø Η πλειοψηφία του δείγματος, λοιπόν, έχει μια δυσκολία στην έκφραση των συναισθημάτων του. Παρ' όλα αυτά το ποσοστό των ερωτηθέντων που δεν δυσκολεύεται ποτέ κυμένεται περίπου στα ίδια επίπεδα με το ποσοστό των ερωτηθέντων που δυσκολεύονται πάντα.

Ερώτηση 28: Προσπαθώ να δείχνω τα συναισθήματά μου στους άλλους.

Πίνακας 28: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά προσπαθούν να δείχνουν τα συναισθήματά τους στους άλλους.

Προσπαθώ να δείχνω τα συναισθήματά μου στους άλλους.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	12	15	15
Μερικές φορές	34	43	58
Δεν είμαι σίγουρος/η	2	2	60
Συχνά	23	28	88
Πάντα	10	12	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 28: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά προσπαθούν να δείχνουν τα συναισθήματά τους στους άλλους.



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (43%) όπως φαίνεται και παραπάνω (πίν. 28α, σχ. 28α) προσπαθεί μερικές φορές να δείχνει τα συναισθήματά του στους άλλους. Συχνά προσπαθεί να τα δείχνει το 28% ενώ το 15 % δεν προσπαθεί ποτέ. Πάντα προσπαθεί να δείχνει τα συναισθήματά του το 12% και ακολουθεί το 2% που δεν είναι σίγουρο.

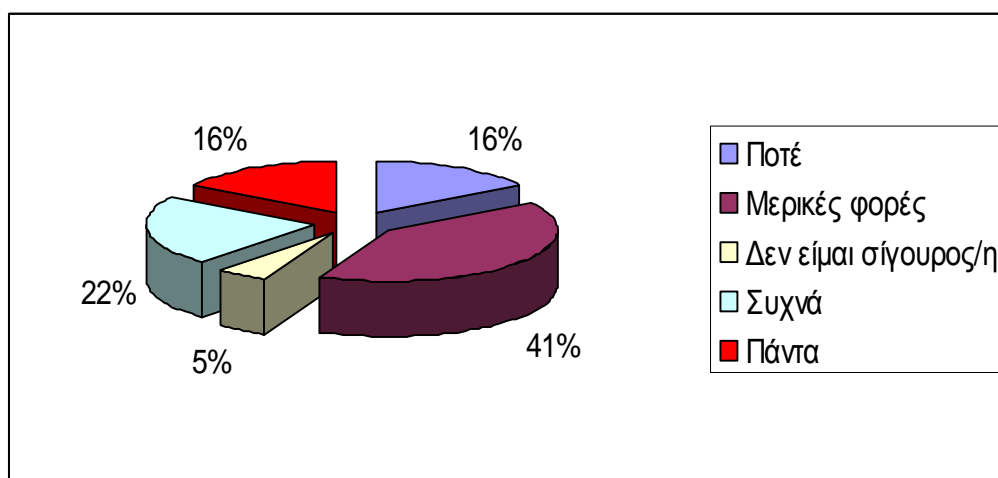
∅ Προκύπτει, λοιπόν, ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος προσπαθεί να δείχνει τα συναισθήματά του εκ του οποίου το μεγαλύτερο ποσοστό σε μερικό βαθμό. Παρ' όλα αυτά ένα σημαντικό ποσοστό δεν εκφράζεται ποτέ.

Ερώτηση 29: Όταν είμαι λυπημένος/η, θέλω να μένω μόνος/η.

Πίνακας 29: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά όταν είναι λυπημένοι/ες θέλουν να μένουν μόνου/ες.

Όταν είμαι λυπημένος/η, θέλω να μένω μόνος/η.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	13	16	16
Μερικές φορές	33	41	57
Δεν είμαι σίγουρος/η	4	5	62
Συχνά	18	22	84
Πάντα	13	16	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 29: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά όταν είναι λυπημένοι/ες θέλουν να μένουν μόνου/ες.



Ο πίν. 29α και το σχ. 29α δείχνει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, 41% δήλωσε ότι όταν είναι λυπημένο, θέλει να μένει μόνο μερικές φορές. Συχνά θέλει να μένει μόνο το 22%, πάντα θέλει το 16% και ποτέ πάλι το 16%. Το 5% δεν είναι σίγουρο.

Ø Παρατηρώντας τα παραπάνω, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος όταν είναι λυπημένο θέλει να μένει μόνο, εκ του οποίου το μεγαλύτερο ποσοστό σε μερικό βαθμό. Παρατηρείται επίσης ότι το ποσοστό αυτών

που απάντησαν ότι ποτέ δεν θέλουν να μένουν μόνοι είναι ίδιο με αυτών που απάντησαν πως θέλουν πάντα.

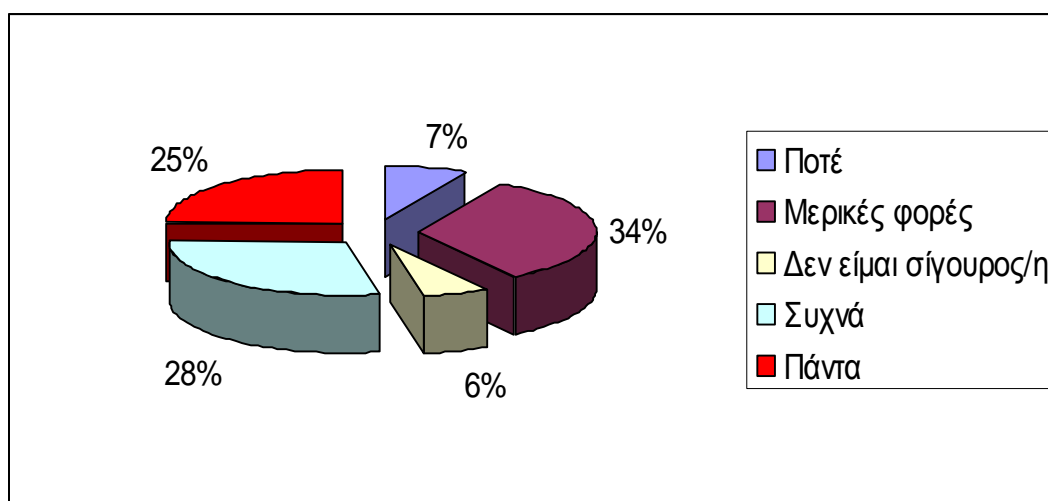
Γ. ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

Ερώτηση 6: Στεναχωριέμαι εύκολα όταν μου συμβαίνει κάτι δυσάρεστο.

Πίνακας 6: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά στεναχωριούνται εύκολα όταν τους συμβαίνει κάτι δυσάρεστο.

Στεναχωριέμαι εύκολα όταν μου συμβαίνει κάτι δυσάρεστο.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	6	7	7
Μερικές φορές	27	34	41
Δεν είμαι σίγουρος/η	5	6	47
Συχνά	23	28	75
Πάντα	20	25	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 6: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά στεναχωριούνται εύκολα όταν τους συμβαίνει κάτι δυσάρεστο.



Από τα παραπάνω ευρήματα πιν. βα και σχ. βα προκύπτει ότι η πλειονότητα του δείγματος 34% στεναχωριέται εύκολα όταν του συμβαίνει κάτι δυσάρεστο

μερικές φορές, το 28% στεναχωριέται συχνά ενώ το 25% πάντα. Ένα 7% δεν στεναχωριέται εύκολα ποτέ ενώ το 6% δεν είναι σίγουρο.

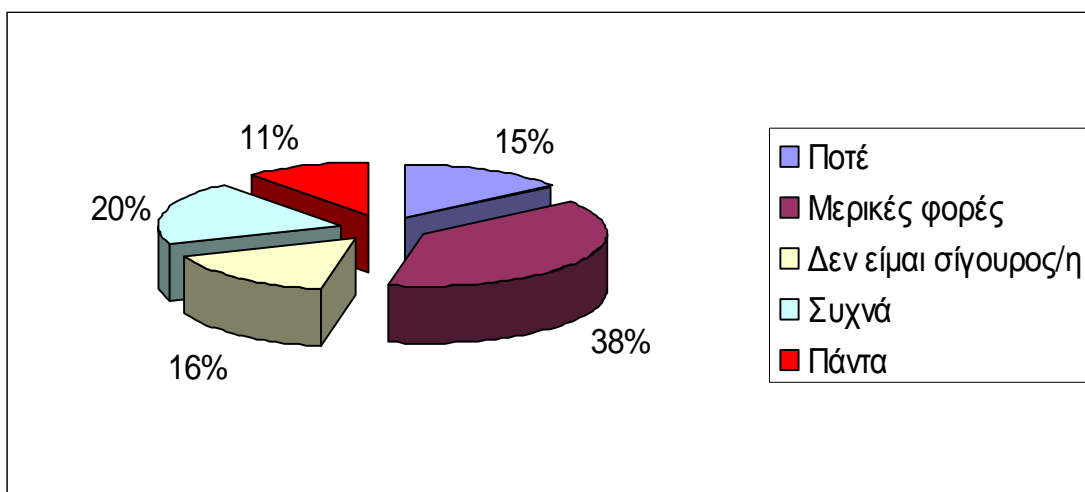
Ø Παρατηρείται ότι ένα μεγάλο ποσοστό, λίγο πάνω από το μισό του δείγματος δεν μπορεί να χειριστεί το συναίσθημα της λύπης του με μεγάλη συχνότητα και επηρεάζεται εύκολα από τα δυσάρεστα γεγονότα της ζωής του.

Ερώτηση 8: Δυσκολεύομαι να ελέγξω το θυμό μου.

Πίνακας 8: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά δυσκολεύονται να ελέγξουν τον θυμό τους.

Δυσκολεύομαι να ελέγξω το θυμό μου.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	12	15	15
Μερικές φορές	31	38	53
Δεν είμαι σίγουρος/η	13	16	69
Συχνά	16	20	89
Πάντα	9	11	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 8: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά δυσκολεύονται να ελέγξουν τον θυμό τους.



Στον πιν. 8α και στο σχ.8α παρατηρείται ότι το 38% δυσκολεύεται να ελέγξει τον θυμό του μερικές φορές και το 20% συχνά. Το 16% δεν είναι σίγουρο ενώ δεν μπορεί να ελέγξει τον θυμό του το 15%. Τέλος το 11% μπορεί πάντα να τον ελέγξει.

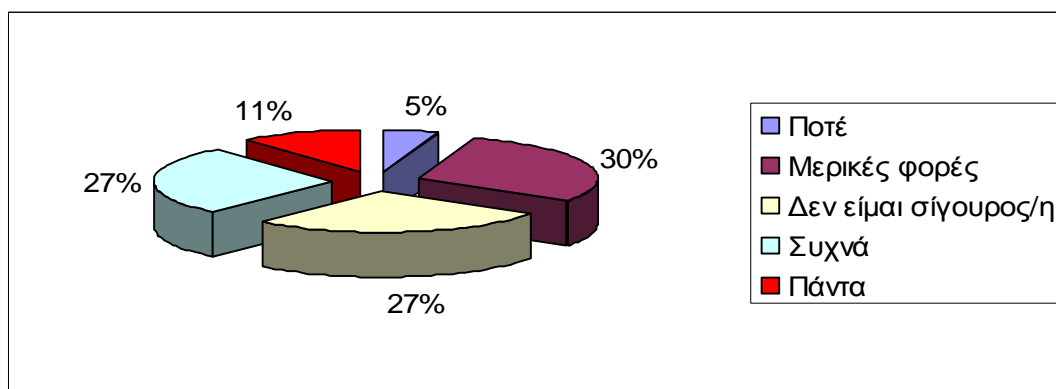
Ø Βλέπουμε, λοιπόν, αν και υπάρχει μεγάλη διασπορά των απαντήσεων εντούτοις η πλειοψηφία απαντά πως δεν ελέγχει τελείως το συναίσθημα του θυμού.

Ερώτηση 12: Μπορώ να σταματήσω να κάνω κακές ή ανόητες σκέψεις.

Πίνακας 12: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά μπορούν να σταματήσουν να κάνουν κακές οι ανόητες σκέψεις.

Μπορώ να σταματήσω να κάνω κακές ή ανόητες σκέψεις.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	4	5	5
Μερικές φορές	24	30	35
Δεν είμαι σίγουρος/η	22	27	62
Συχνά	22	27	89
Πάντα	9	11	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 12: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά μπορούν να σταματήσουν να κάνουν κακές οι ανόητες σκέψεις.



Στον πίνακα 12α και στο σχ. 12α φαίνεται ότι το 30% μπορεί μερικές φορές να σταματήσει να κάνει κακές ή ανόητες σκέψεις και ακολουθούν με ποσοστό 27% τα άτομα που μπορούν συχνά να σταματήσουν τις κακές και ανόητες σκέψεις τους καθώς επίσης και τα άτομα που δεν είναι σίγουρα, με ποσοστό 27% και αυτά. Το 11% δηλώνει πως πάντα μπορεί να τις σταματήσει και το 5% δεν μπορεί ποτέ.

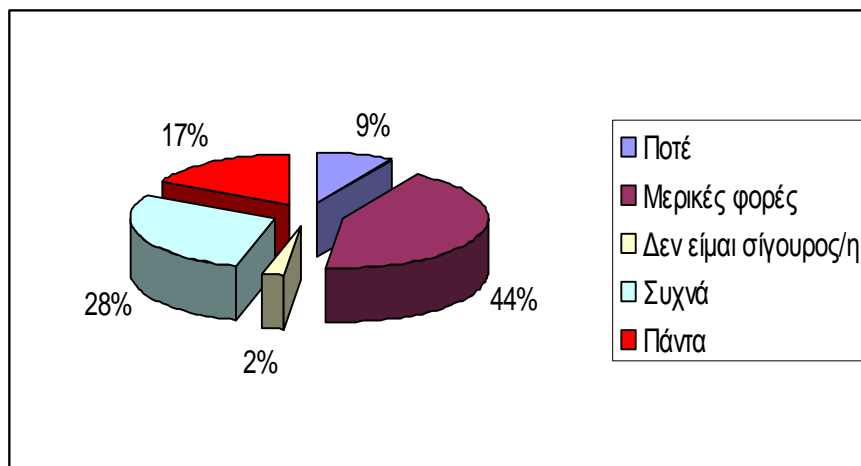
Ø Παρατηρείται ότι ένα μεγάλο ποσοστό αμφιβάλλει κατά πόσο μπορεί να ελέγξει τα αρνητικά του συναισθήματα ενώ η πλειοψηφία μπορεί να τα ελέγξει σε κάποιο βαθμό.

Ερώτηση 14: Θυμώνω εύκολα.

Πίνακας 14: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά θυμώνουν εύκολα.

Θυμώνω εύκολα.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	7	9	9
Μερικές φορές	35	44	53
Δεν είμαι σίγουρος/η	2	2	55
Συχνά	23	28	83
Πάντα	14	17	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 14: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά θυμώνουν εύκολα.



Από τα παραπάνω στοιχεία (πίν. 14α και σχ. 14α) προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 44% θυμώνει εύκολα μερικές φορές, το 28% συχνά και το 17% πάντα. Ακολουθεί το 9% που δεν θυμώνει εύκολα ποτέ και το 2% που δεν είναι σίγουρο.

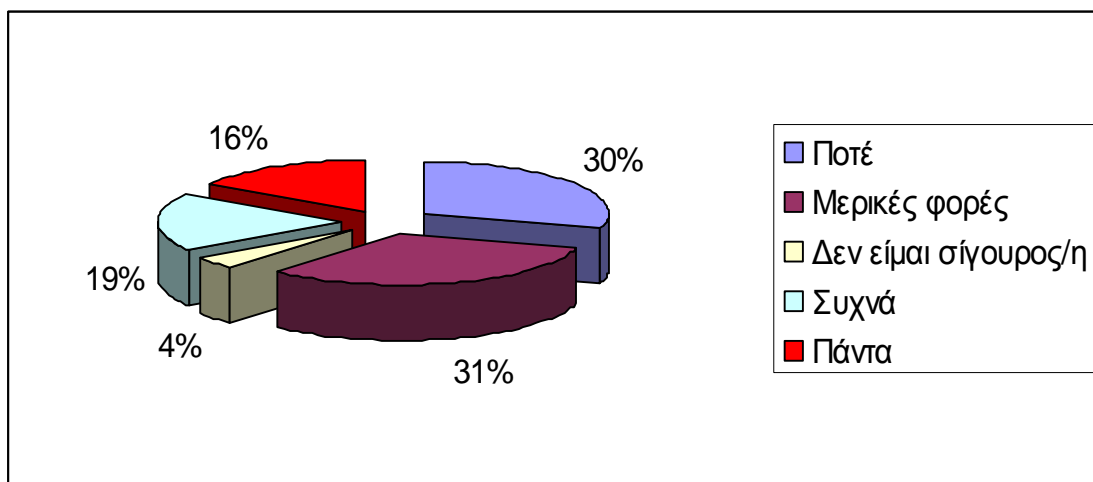
Ø Φαίνεται, λοιπόν, ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν μπορεί να ελέγξει το συναίσθημα του θυμού και επηρεάζεται εύκολα.

Ερώτηση 17: Όταν θυμώνω με έναν συμμαθητή μου μου έρχεται να τον χτυπήσω.

Πίνακας 17: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά όταν θυμώνουν με έναν συμμαθητή τους τους έρχεται να τον χτυπήσουν.

Όταν θυμώνω με έναν συμμαθητή μου μου έρχεται να τον χτυπήσω.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	24	30	30
Μερικές φορές	26	31	61
Δεν είμαι σίγουρος/η	3	4	65
Συχνά	15	19	84
Πάντα	13	16	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 17: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά όταν θυμώνουν με έναν συμμαθητή τους τούς έρχεται να τον χτυπήσουν.



Με βάση τον πίν. 17α και το σχ. 17α, το 31% των ερωτηθέντων όταν θυμώνει με ένα συμμαθητή του τού έρχεται μερικές φορές να τον χτυπήσει ενώ το 30% που ακολουθεί δεν του έρχεται ποτέ. Ακολουθούν με ποσοστό 19% τα άτομα που τους έρχεται συχνά να χτυπήσουν ένα συμμαθητή τους όταν θυμώνουν μαζί του και τα άτομα που τους έρχεται πάντα. Το 4% δεν είναι σίγουρο.

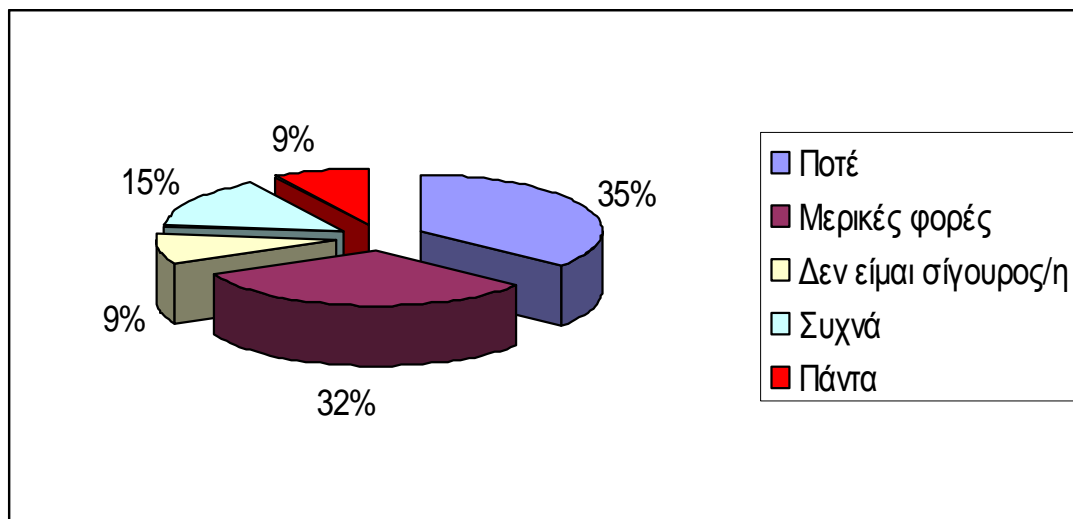
Ø Γίνεται αντιληπτό, λοιπόν, ότι παρ' όλο που η πλειοψηφία εκδηλώνει τον θυμό που αισθάνεται, οι περισσότεροι εκ των οποίων σε μερικό βαθμό εντούτοις ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό δεν τον εκφράζει με επιθετικότητα.

Ερώτηση 21: Όταν θυμώνω με κάποιον, του το κρατάω για πολύ καιρό.

Πίνακας 21: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά όταν θυμώνουν με κάποιον, του το κρατάνε για πολύ καιρό.

Όταν θυμώνω με κάποιον, του το κρατάω για πολύ καιρό.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	29	35	35
Μερικές φορές	26	32	67
Δεν είμαι σίγουρος/η	7	9	76
Συχνά	12	15	91
Πάντα	7	9	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 21: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά όταν θυμώνουν με κάποιον, του το κρατάνε για πολύ καιρό.



Από τα στοιχεία του πίν. 21α και του σχ. 21α φαίνεται ότι το 35% του δείγματος όταν θυμώνει με κάποιον δεν του το κρατάει ποτέ για πολύ καιρό ενώ το 32% μερικές φορές. Ακολουθεί το 15% που το κρατάει συχνά για πολύ καιρό, το 9% που το κρατάει πάντα και ένα 9% που δεν είναι σίγουρο.

Ø Παρατηρείται, επομένως, ότι ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό κρατάει το θυμό του με μια μέτρια συχνότητα ένα μεγάλο ποσοστό δεν τον κρατάει ποτέ.

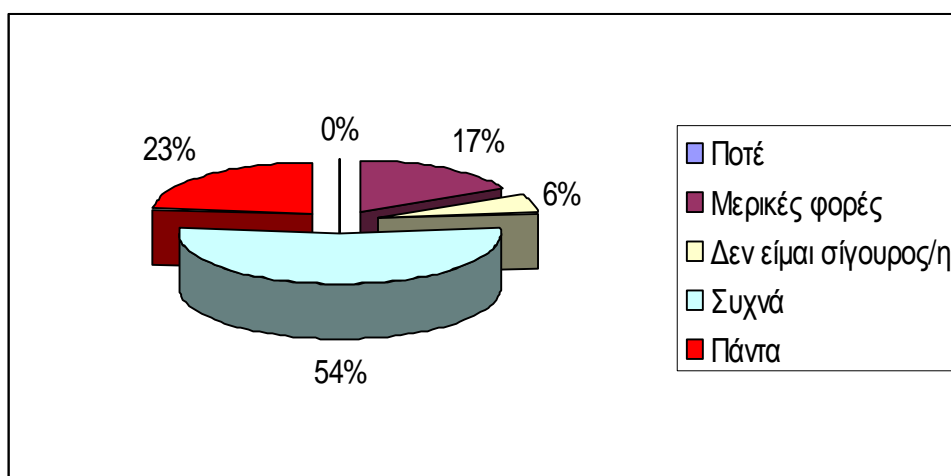
Δ. ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ

Ερώτηση 1: Αισθάνομαι χαρούμενος/η.

Πίνακας 1: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά αισθάνονται χαρούμενοι/ες.

Αισθάνομαι χαρούμενος/η.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	0	0	0
Μερικές φορές	14	17	17
Δεν είμαι σίγουρος/η	5	6	23
Συχνά	43	54	77
Πάντα	19	23	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά αισθάνονται χαρούμενοι/ες.



Στον πίν. 1α και στο σχ. 1α παρατηρείται ότι περισσότερο από το μισό του δείγματος 54% νιώθει συχνά χαρούμενο, το 23% νιώθει πάντα χαρούμενο και το 17% μερικές φορές. Ένα ποσοστό 6% δεν είναι σίγουρο ενώ δεν νιώθει ποτέ χαρούμενο το 0%.

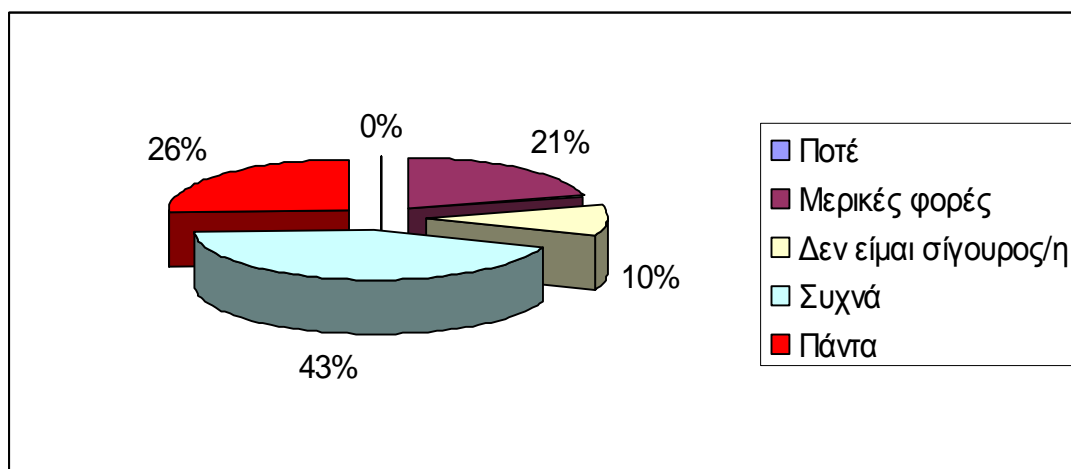
Ø Γίνεται, επομένως, κατανοητό ότι η πλειοψηφία του δείγματος αισθάνεται το θετικό συναίσθημα της χαράς σε πολύ μεγάλη συχνότητα ενώ ένα μηδαμινό ποσοστό δεν αισθάνεται ποτέ του αυτό το συναίσθημα.

Ερώτηση 9: Προσπαθώ να βλέπω τα πράγματα από την καλή τους πλευρά.

Πίνακας 9: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά προσπαθούν να βλέπουν τα πράγματα από την καλή τους πλευρά.

Προσπαθώ να βλέπω τα πράγματα από την καλή τους πλευρά.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	0	0	0
Μερικές φορές	17	21	21
Δεν είμαι σίγουρος/η	8	10	31
Συχνά	35	43	74
Πάντα	21	26	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 9: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά προσπαθούν να βλέπουν τα πράγματα από την καλή τους πλευρά.



Ο πίν. 9α και το σχ. 9α δείχνει ότι ένα μεγάλο ποσοστό 43% προσπαθεί να βλέπει τα πράγματα από την καλή τους πλευρά συχνά, ακολουθεί το 26% που δηλώνει πως προσπαθεί πάντα και στη συνέχεια το 21% που προσπαθεί μερικές φορές. Το 10% δεν είναι σίγουρο ενώ ποτέ δεν προσπαθεί να βλέπει τα πράγματα από την καλή τους πλευρά το 0%.

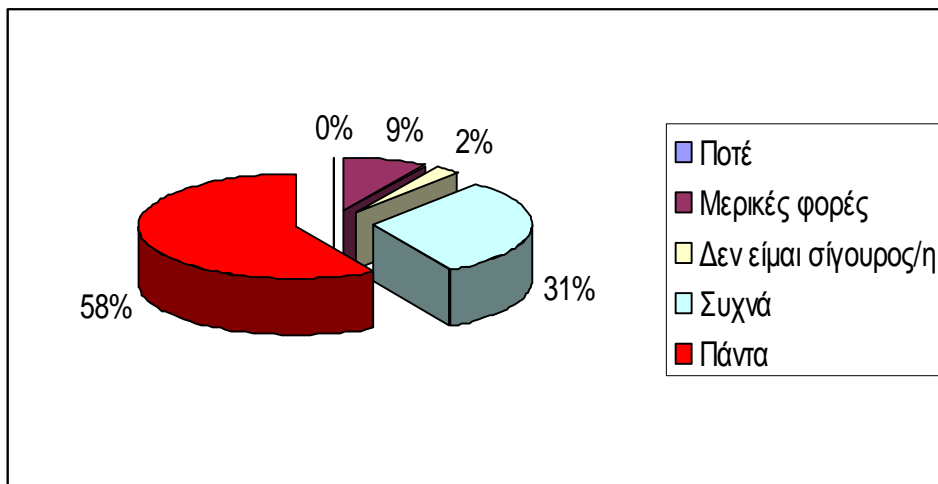
Ø Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι η πλειοψηφία του δείγματος είναι αισιόδοξοι σε πολύ μεγάλη συχνότητα ενώ ένα μηδενικό ποσοστό είναι απαισιόδοξοι.

Ερώτηση 20: Μ' αρέσει να χαμογελώ.

Πίνακας 20: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά τους αρέσει να χαμογελούν.

Μ' αρέσει να χαμογελώ.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	0	0	0
Μερικές φορές	7	9	9
Δεν είμαι σίγουρος/η	2	2	11
Συχνά	25	31	42
Πάντα	47	58	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 20: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά τους αρέσει να χαμογελούν.



Από τα στοιχεία του πίν. 20α και του σχ.20α προκύπτει ότι η πλειονότητα των παιδιών και των εφήβων που ερωτήθηκαν, 58%, τους αρέσει πάντα να χαμογελούν και ακολουθεί το 31% που τους αρέσει συχνά. Στο 9% ανήκουν τα παιδιά και οι έφηβοι που τους αρέσει μερικές φορές, το 2% δεν είναι σίγουρο και το 0% απάντησε πως ποτέ δεν του αρέσει να χαμογελά.

Ø Φαίνεται, λοιπόν, ότι η πλειοψηφία αισθάνεται χαρούμενη σε πολύ μεγάλη συχνότητα ενώ ένα μηδενικό ποσοστό δεν θέλει να αισθάνεται θετικά.

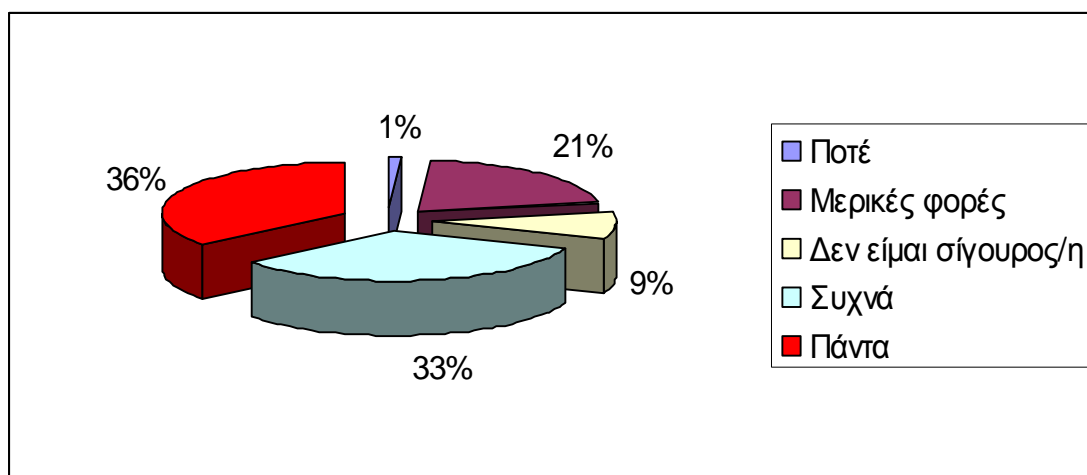
Ε. ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

Ερώτηση 15: Πιστεύω ότι είμαι άτομο που βοηθά και υπολογίζει τους άλλους.

Πίνακας 15: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά πιστεύουν ότι είναι άτομα που βοηθούν και υπολογίζουν τους άλλους.

Πιστεύω ότι είμαι άτομο που βοηθά και υπολογίζει τους άλλους.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	1	1	1
Μερικές φορές	17	21	22
Δεν είμαι σίγουρος/η	7	9	31
Συχνά	27	33	64
Πάντα	29	36	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 15: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά πιστεύουν ότι είναι άτομα που βοηθούν και υπολογίζουν τους άλλους.



Ο πίν. 15α και το σχ. 15α δείχνει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 36% πιστεύει ότι είναι άτομο που βοηθά και υπολογίζει τους άλλους πάντα. Συχνά πιστεύει το 33% και μερικές φορές το 21%. Στο 9% αντιστοιχούν αυτοί που δεν είναι σίγουροι και στο 1% οι ερωτηθέντες που ποτέ δεν πιστεύουν ότι είναι άτομα που βοηθούν και υπολογίζουν τους άλλους.

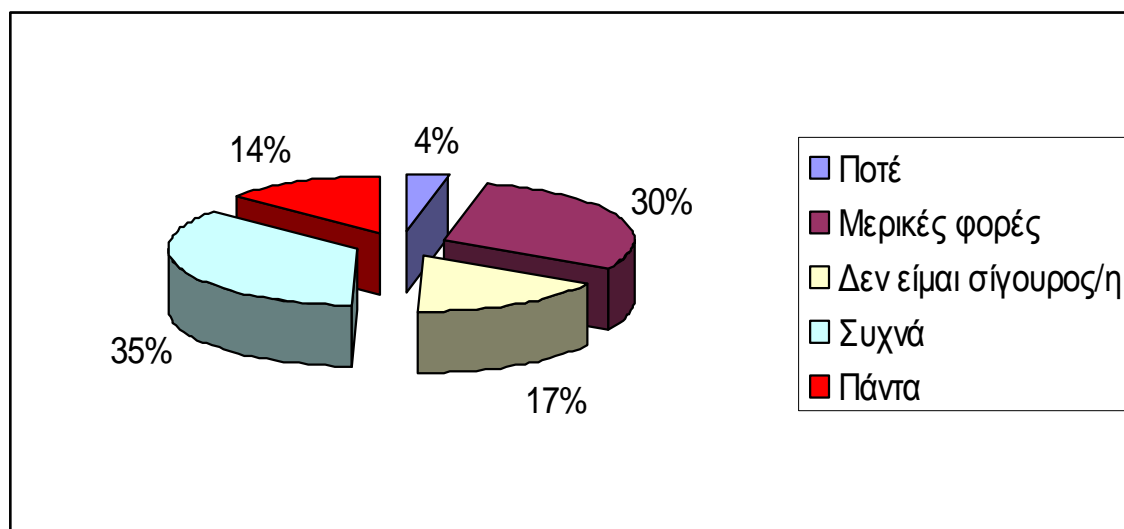
Ø Γίνεται αντιληπτό ότι η πλειοψηφία του δείγματος κατανοεί τα προβλήματα των άλλων σε πολύ μεγάλη συχνότητα και είναι πρόθυμη να τους βοηθήσει.

Ερώτηση 30: Καταλαβαίνω με ευκολία τι νιώθει ο άλλος μπαίνοντας στην θέση του.

Πίνακας 30: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά καταλαβαίνουν με ευκολία τι νιώθει ο άλλος μπαίνοντας στη θέση του.

Καταλαβαίνω με ευκολία τι νιώθει ο άλλος μπαίνοντας στην θέση του.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	3	4	4
Μερικές φορές	24	30	34
Δεν είμαι σίγουρος/η	14	17	51
Συχνά	29	35	86
Πάντα	11	14	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 30: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά καταλαβαίνουν με ευκολία τι νιώθει ο άλλος μπαίνοντας στη θέση του.



Από τα παραπάνω ευρήματα πίν. 30α και σχ. 30α προκύπτει ότι το 35% του δείγματος καταλαβαίνει με ευκολία τι νιώθει ο άλλος μπαίνοντας στην θέση του συχνά, το 30% μερικές φορές ενώ το 17% δεν είναι σίγουρο. Το 14% καταλαβαίνει πάντα τι νιώθει ο άλλος και το 4% ποτέ.

Ø Η πλειοψηφία του δείγματος, λοιπόν, κατανοεί τα συναισθήματα των άλλων σε κάποιο βαθμό ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό δεν έχει καθόλου ενσυναίσθηση. Ένα σημαντικό ποσοστό, πάντως, δεν είναι σίγουρο για την ικανότητά του να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα των άλλων.

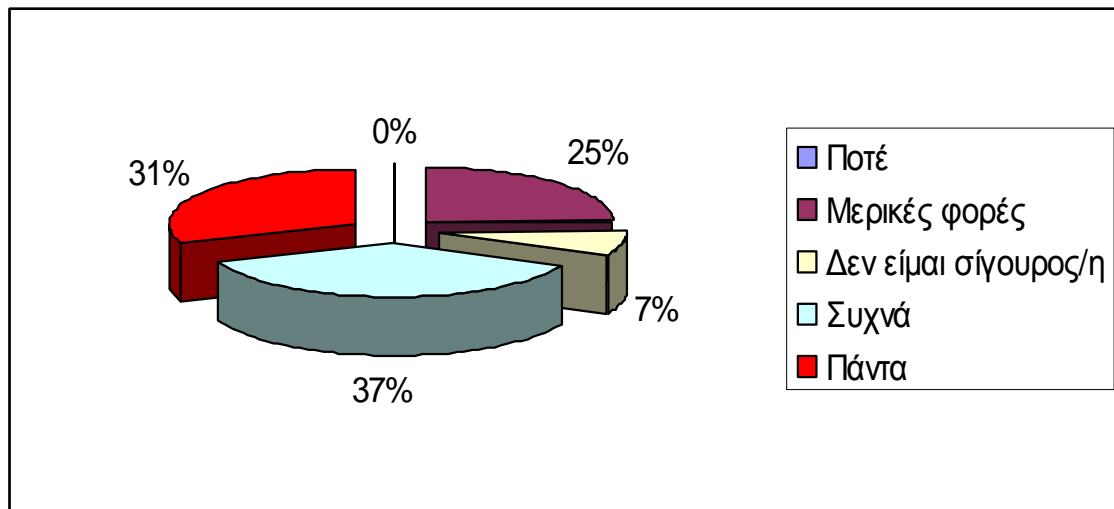
ΣΤ. ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ερώτηση 3: Όταν έχω μια αποτυχία δεν το βάζω κάτω, αλλά ξαναπροσπαθώ να τα καταφέρω.

Πίνακας 3: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά όταν έχουν μια αποτυχία δεν το βάζουν κάτω αλλά ξαναπροσπαθούν να τα καταφέρουν.

Όταν έχω μια αποτυχία δεν το βάζω κάτω, αλλά ξαναπροσπαθώ να τα καταφέρω.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	0	0	0
Μερικές φορές	20	25	25
Δεν είμαι σίγουρος/η	6	7	32
Συχνά	30	37	69
Πάντα	25	31	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά όταν έχουν μια αποτυχία δεν το βάζουν κάτω αλλά ξαναπροσπαθούν να τα καταφέρουν.



Παρατηρώντας τον πίν. 3α και σχ. 3α γίνεται αντιληπτό ότι το 37% όταν έχει μια αποτυχία δεν το βάζει κάτω, αλλά ξαναπροσπαθεί να τα καταφέρει συχνά, το 31% πάντα και ακολουθεί το 25% που δηλώνει μερικές φορές. Όπως βλέπουμε το 7% δεν είναι σίγουρο ενώ ποτέ απάντησε το 0%.

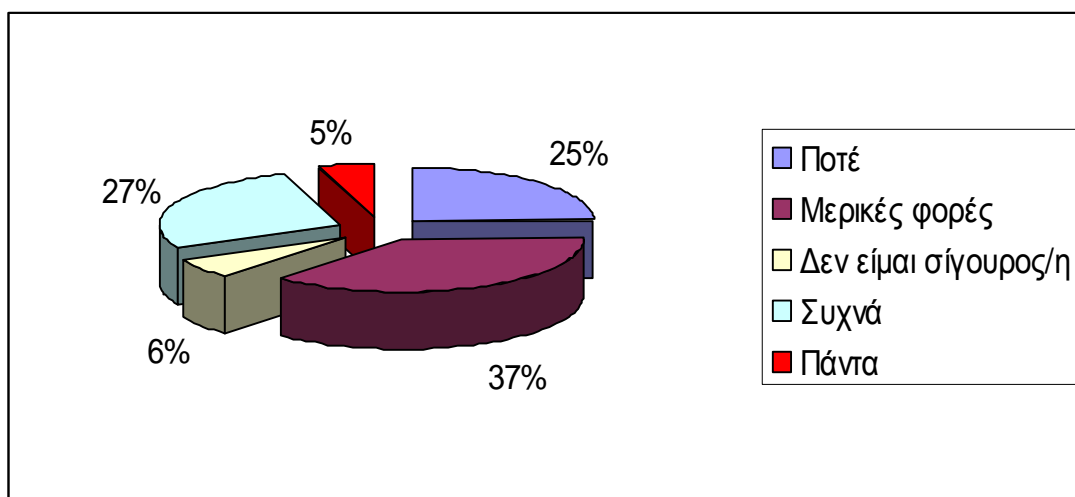
Ø Βλέπουμε, λοιπόν, ότι η πλειοψηφία προσαρμόζεται εύκολα στα καθημερινά προβλήματα σε μεγάλη συχνότητα ενώ ένα μηδαμινό ποσοστό δεν έχει καθόλου προσαρμοστικότητα.

Ερώτηση 19: Τα προσωπικά μου προβλήματα επηρεάζουν την απόδοσή μου στο σχολείο.

Πίνακας 19: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά τα προσωπικά τους προβλήματα επηρεάζουν την απόδοσή τους στο σχολείο.

Τα προσωπικά μου προβλήματα επηρεάζουν την απόδοσή μου στο σχολείο.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	20	25	25
Μερικές φορές	30	37	62
Δεν είμαι σίγουρος/η	5	6	68
Συχνά	22	27	95
Πάντα	4	5	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 19: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά τα προσωπικά τους προβλήματα επηρεάζουν την απόδοσή τους στο σχολείο.



Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι στο 37% μερικές φορές τα προσωπικά του προβλήματα επηρεάζουν την απόδοσή του στο σχολείο, στο 27% συχνά ενώ στο 25% ποτέ. Το 6% δεν είναι σίγουρο και το 5% τον επηρεάζουν πάντα.

Ø Φαίνεται, επομένως, από τα παραπάνω ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δεν προσαρμόζεται εύκολα και αφήνει να επηρεάζουν τα

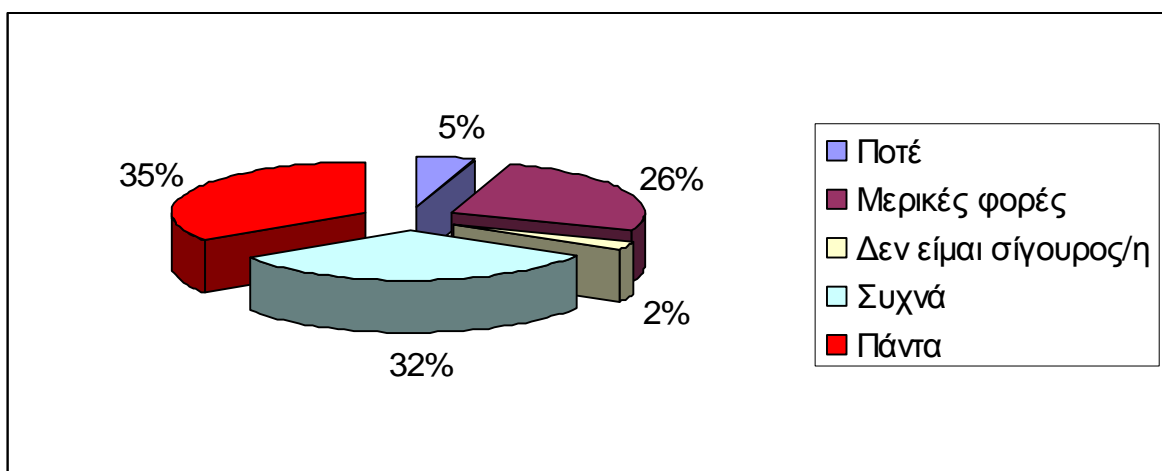
προβλήματά του την απόδοσή του στο σχολείο σε μια μέτρια συχνότητα ενώ ένα μεγάλο ποσοστό δεν επηρεάζεται εύκολα ποτέ.

Ερώτηση 23: Για να ξεπεράσω τα αρνητικά συναισθήματα, ασχολούμαι απλώς με δραστηριότητες που με ευχαριστούν (π.χ. παιχνίδι, ζωγραφική, πάρτι, διακοπές).

Πίνακας 23: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά για να ξεπεράσουν τα αρνητικά συναισθήματα, ασχολούνται απλώς με δραστηριότητες που τους ευχαριστούν.

Για να ξεπεράσω τα αρνητικά συναισθήματα, ασχολούμαι απλώς με δραστηριότητες που με ευχαριστούν (π.χ. παιχνίδι, ζωγραφική, πάρτι, διακοπές).	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	4	5	5
Μερικές φορές	21	26	31
Δεν είμαι σίγουρος/η	2	2	33
Συχνά	26	32	65
Πάντα	28	35	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 23: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά για να ξεπεράσουν τα αρνητικά συναισθήματα, ασχολούνται απλώς με δραστηριότητες που τους ευχαριστούν.



Στον πίν. 23α και στο σχ. 23α είναι φανερό ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 35% για να ξεπεράσει τα αρνητικά συναισθήματα, ασχολείται πάντα με δραστηριότητες που το ευχαριστούν (π.χ. παιχνίδι, ζωγραφική, πάρτι, διακοπές). Ακολουθεί το 32% που ασχολείται συχνά και το 26% που ασχολείται μερικές φορές. Ένα 5% δεν ασχολείται ποτέ με δραστηριότητες όταν έχει αρνητικά συναισθήματα και το 2% δεν είναι σίγουρο.

Ø Είναι φανερό από τα παραπάνω ότι η πλειοψηφία του δείγματος προσαρμόζεται εύκολα και αντικαθιστά τα αρνητικά συναισθήματα με θετικά με μεγάλη συχνότητα.

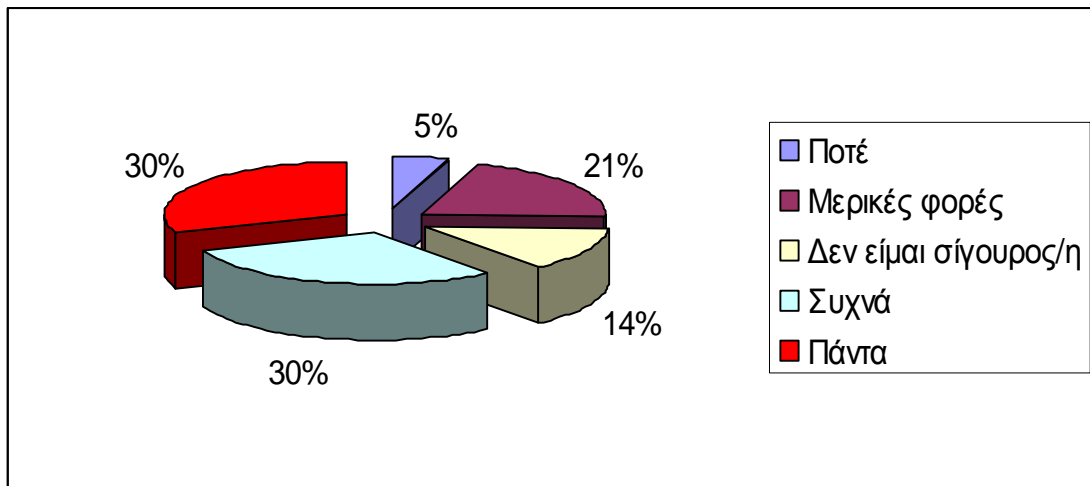
Z. ΑΥΤΟΠΕΠΟΙΘΗΣΗ

Ερώτηση 26: Έχω εμπιστοσύνη στις ικανότητές μου και αναλαμβάνω την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.

Πίνακας 26: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά έχουν εμπιστοσύνη στις ικανότητές τους και αναλαμβάνουν την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.

Έχω εμπιστοσύνη στις ικανότητές μου και αναλαμβάνω την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	4	5	37
Μερικές φορές	17	21	64
Δεν είμαι σίγουρος/η	11	14	68
Συχνά	24	30	94
Πάντα	25	30	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 26: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά έχουν εμπιστοσύνη στις ικανότητές τους και αναλαμβάνουν την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.



Από τα παραπάνω στοιχεία (πίν. 26α και σχ. 26α) προκύπτει ότι ένα 30% του δείγματος ανέφερε ότι έχει εμπιστοσύνη στις ικανότητές του και αναλαμβάνει την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων πάντα και ένα 30% συχνά. Το 21% δηλώνει μερικές φορές, το 14% δεν είναι σίγουρο και το 5% δεν έχει ποτέ εμπιστοσύνη στις ικανότητές του και δεν αναλαμβάνει την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.

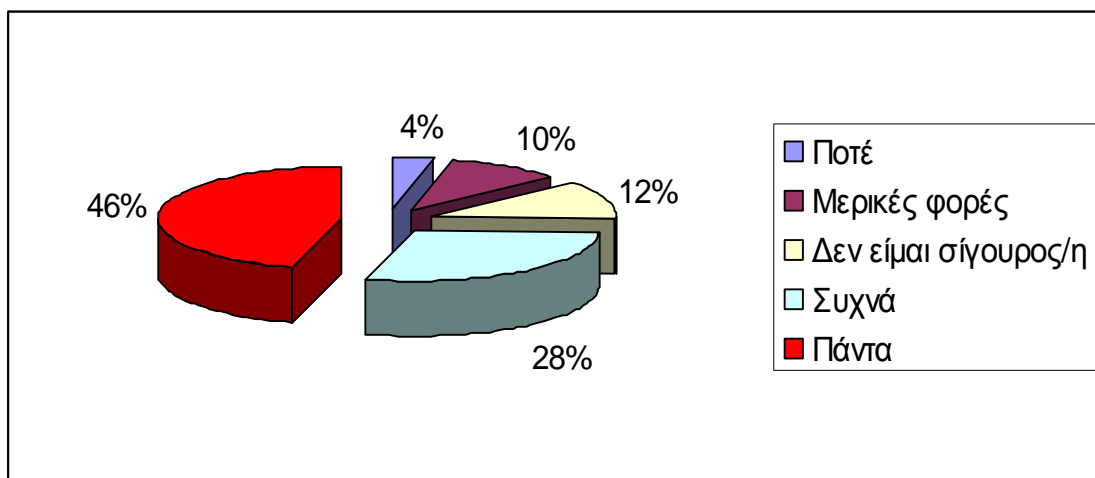
∅ Το μεγαλύτερο ποσοστό, λοιπόν, εμπιστεύεται τον εαυτό του με μεγάλη συχνότητα ενώ ένα σημαντικό ποσοστό δεν έχει επίγνωση των ικανοτήτων του.

Ερώτηση 31: Μ' αρέσει ο εαυτός μου.

Πίνακας 31: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά τους αρέσει ο εαυτός τους.

Μ' αρέσει ο εαυτός μου.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	3	4	4
Μερικές φορές	8	10	14
Δεν είμαι σίγουρος/η	10	12	26
Συχνά	23	28	54
Πάντα	37	46	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 31: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά τους αρέσει ο εαυτός τους.



Από τον πίν. 31α και το σχ. 31α προκύπτει ότι στο 46% του δείγματος αρέσει πάντα ο εαυτός του, στο 28% αρέσει συχνά ενώ το 12% που ακολουθεί δεν είναι σίγουρο. Στο 10% αντιστοιχούν οι ερωτηθέντες που τους αρέσει ο εαυτός τους μερικές φορές και στο 4% αυτοί που απαντούν ποτέ.

Ø Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος είναι ικανοποιημένο από τον εαυτό του.

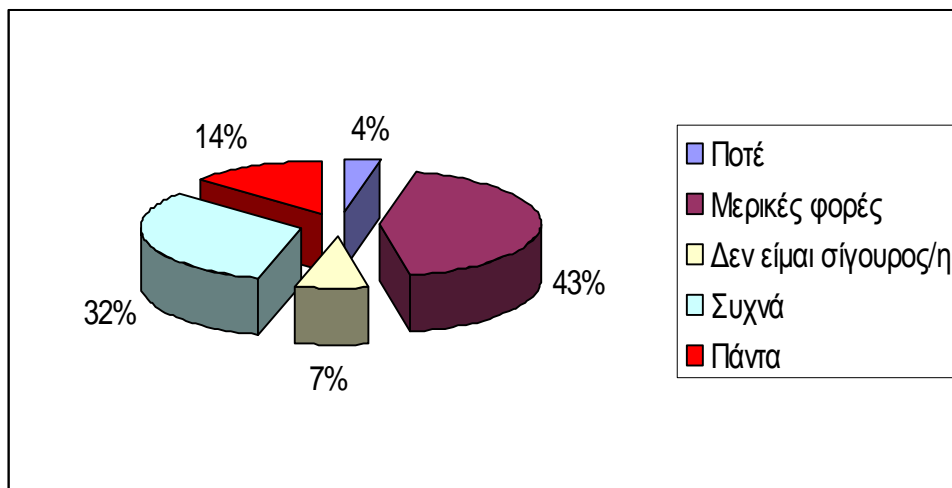
Η. ΥΠΑΡΞΗ -ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΑΓΧΟΥΣ

Ερώτηση 5: Ανησυχώ για κάποια πράγματα.

Πίνακας 5: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά ανησυχούν για κάποια πράγματα.

Ανησυχώ για κάποια πράγματα	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	3	4	4
Μερικές φορές	35	43	47
Δεν είμαι σίγουρος/η	6	7	54
Συχνά	26	32	86
Πάντα	11	14	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά ανησυχούν για κάποια πράγματα.



Από τον πίν. 5α και το σχ. 5α προκύπτει ότι το 43% του συνόλου του δείγματος δήλωσε ότι ανησυχεί μερικές φορές για κάποια πράγματα, το 32% ανησυχεί συχνά και το 14% πάντα. Το 7% δηλώνει πως δεν είναι σίγουρο αν ανησυχεί για κάποια πράγματα και τέλος το 4% δεν ανησυχεί ποτέ.

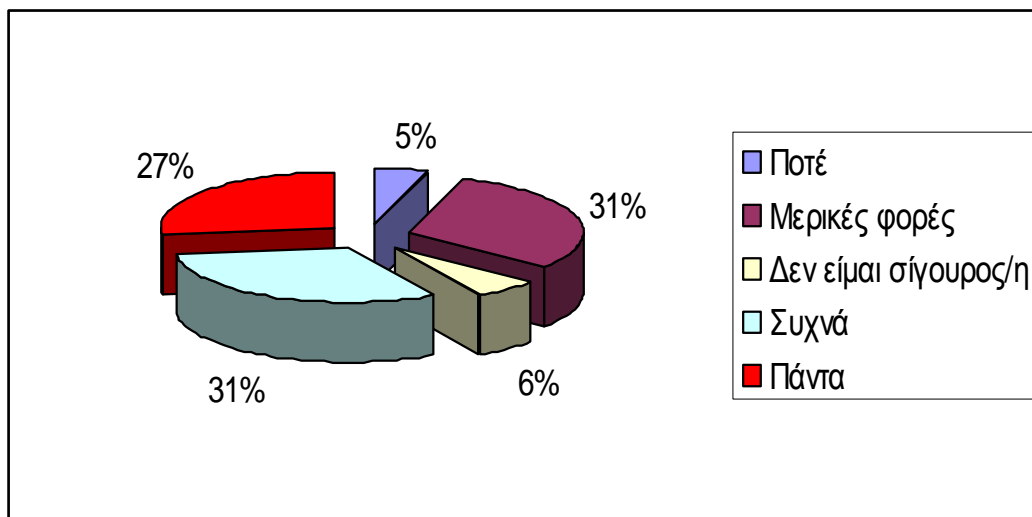
Ø Γίνεται αντιληπτό, επομένως, από τα παραπάνω ότι η πλειοψηφία του δείγματος έχει ανησυχίες, το μεγαλύτερο ποσοστό της οποίας με μερική συχνότητα ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό δεν έχει καθόλου άγχος.

Ερώτηση 7: Πριν από σημαντικά γεγονότα της ζωής νιώθω ανησυχία και άγχος.

Πίνακας 7: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά πριν από σημαντικά γεγονότα της ζωής νιώθουν ανησυχία και άγχος.

Πριν από σημαντικά γεγονότα της ζωής νιώθω ανησυχία και άγχος.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	4	5	5
Μερικές φορές	25	31	36
Δεν είμαι σίγουρος/η	5	6	42
Συχνά	25	31	73
Πάντα	22	27	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά πριν από σημαντικά γεγονότα της ζωής νιώθουν ανησυχία και άγχος.



Σύμφωνα με τον πίν. 7α και το σχ. 7α το 31% του δείγματος πριν από σημαντικά γεγονότα της ζωής νιώθει ανησυχία και άγχος μερικές φορές. Ένα ίδιο ποσοστό (31%) δηλώνει πως νιώθει ανησυχία και άγχος συχνά καθώς και ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό δηλώνει πως πάντα νιώθει άγχος. Το 6% δεν είναι σίγουρο και το 5% δεν νιώθει ποτέ άγχος και ανησυχία πριν από σημαντικά γεγονότα.

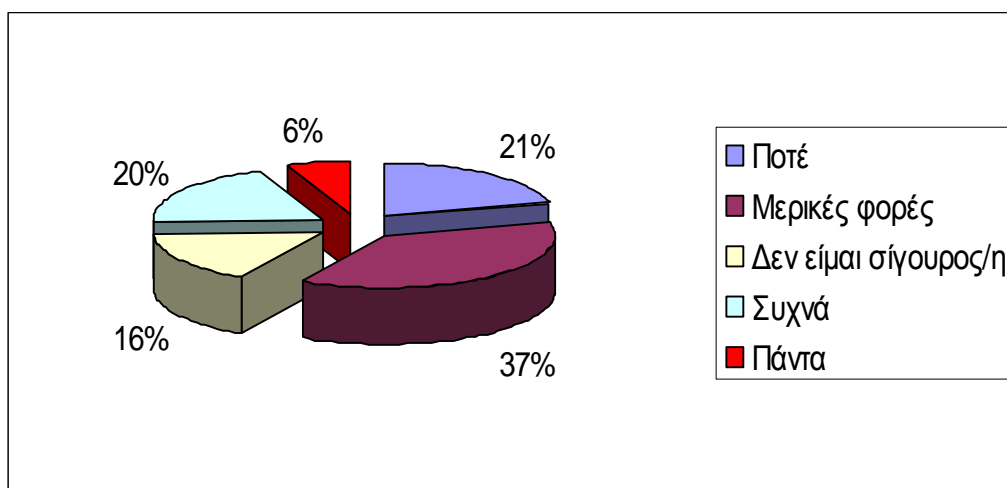
Ø Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων αισθάνονται άγχος πριν από σημαντικά γεγονότα, είτε λιγότερο συχνά, είτε περισσότερο, είτε πάντα ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό δεν αγχώνεται ποτέ.

Ερώτηση 10: Νομίζω ότι έχω πρόβλημα, όταν αντιμετωπίζω φόβους και ανησυχίες.

Πίνακας 10: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά νομίζουν ότι έχουν πρόβλημα, όταν αντιμετωπίζουν φόβους και ανησυχίες.

Νομίζω ότι έχω πρόβλημα, όταν αντιμετωπίζω φόβους και ανησυχίες.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	17	21	21
Μερικές φορές	30	37	58
Δεν είμαι σίγουρος/η	13	16	74
Συχνά	16	20	94
Πάντα	5	6	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 10: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά νομίζουν ότι έχουν πρόβλημα, όταν αντιμετωπίζουν φόβους και ανησυχίες.



Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει ότι το 10% των ερωτηθέντων απάντησε ότι νομίζει μερικές φορές ότι έχει πρόβλημα, όταν αντιμετωπίζει φόβους και ανησυχίες ενώ το 21% απάντησε πως ποτέ δεν νομίζει ότι έχει πρόβλημα. Το 20% θεωρεί συχνά ότι έχει πρόβλημα, το 16% δεν είναι σίγουρο και το 6% δηλώνει πάντα.

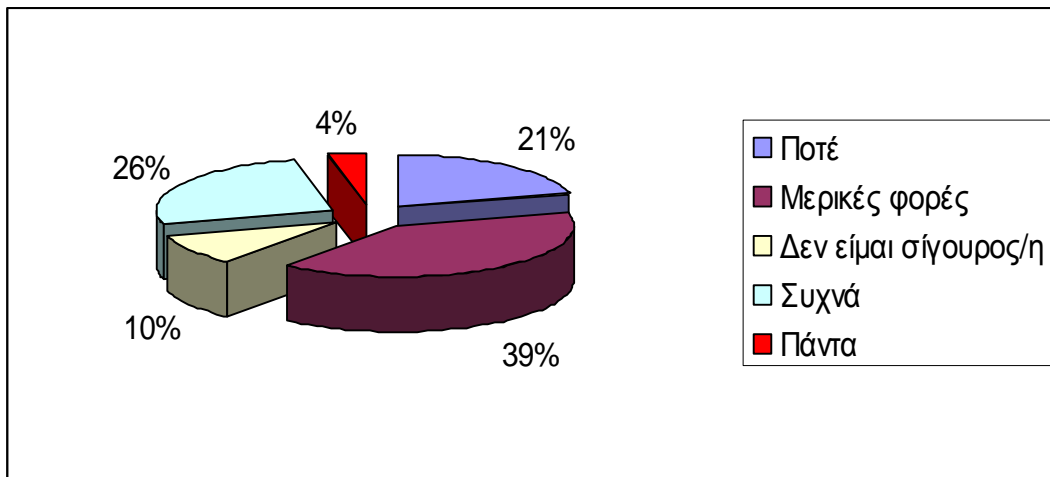
Ø Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος επηρεάζεται από τους φόβους και τις ανησυχίες του, το μεγαλύτερο μέρος του οποίου με μερική συχνότητα ενώ ένα σημαντικό ποσοστό δεν το επηρεάζουν ποτέ.

Ερώτηση 16: Η ανησυχία και το άγχος μου μειώνουν την ικανότητά μου να καταφέρω οποιοδήποτε έργο.

Πίνακας 16: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά η ανησυχία και το άγχος τους μειώνουν την ικανότητά τους να καταφέρουν οποιοδήποτε έργο.

Η ανησυχία και το άγχος μου μειώνουν την ικανότητά μου να καταφέρω οποιοδήποτε έργο.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	17	21	21
Μερικές φορές	32	39	60
Δεν είμαι σίγουρος/η	8	10	70
Συχνά	21	26	96
Πάντα	3	4	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 16: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά η ανησυχία και το άγχος τους μειώνουν την ικανότητά τους να καταφέρουν οποιοδήποτε έργο.



Όπως δείχνει ο πίν. 16α και το σχ. 16α το 39% πιστεύει μερικές φορές ότι η ανησυχία και το άγχος του μειώνουν την ικανότητά του να καταφέρει οποιοδήποτε έργο, το 26% το πιστεύει συχνά ενώ το 21% δεν το πιστεύει ποτέ. Ένα 10% δεν είναι σίγουρο και τέλος το 4% πιστεύει πάντα ότι η ανησυχία και το άγχος του μειώνουν την ικανότητά του να καταφέρει οποιοδήποτε έργο.

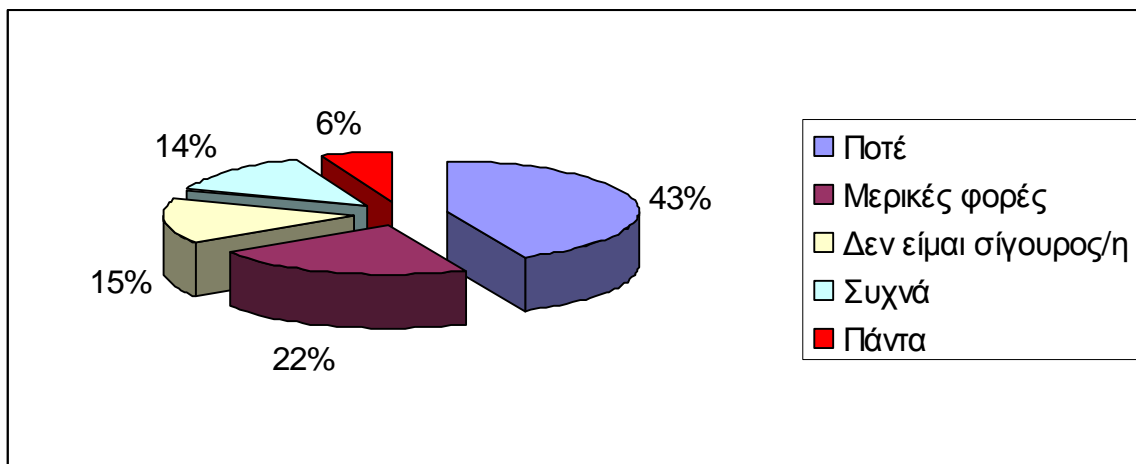
Ø Βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος δυσκολεύεται να χειριστεί το άγχος του είτε σε μερικό είτε σε ποιο συχνό βαθμό αλλά όχι πάντα. Ένα επίσης σημαντικό ποσοστό όμως δεν επηρεάζεται ποτέ από το άγχος του.

Ερώτηση 25: Οι φόβοι και οι ανησυχίες μου με δυσκολεύουν να έχω καλές σχέσεις με τους γύρω μου (όπως γονείς, αδέρφια, φίλοι).

Πίνακας 25: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά οι φόβοι και οι ανησυχίες τους τους δυσκολεύουν να έχουν καλές σχέσεις με τους γύρω τους.

Οι φόβοι και οι ανησυχίες μου με δυσκολεύουν να έχω καλές σχέσεις με τους γύρω μου (όπως γονείς, αδέρφια, φίλοι).	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	35	43	43
Μερικές φορές	18	22	65
Δεν είμαι σίγουρος/η	12	15	80
Συχνά	11	14	94
Πάντα	5	6	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 25: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά οι φόβοι και οι ανησυχίες τους τους δυσκολεύουν να έχουν καλές σχέσεις με τους γύρω τους.



Από τον πιν. 25α και το σχ. 25α προκύπτει ότι ένα μεγάλο ποσοστό του 43% δεν πιστεύει ποτέ ότι οι φόβοι και οι ανησυχίες του τον δυσκολεύουν να έχει καλές σχέσεις με τους γύρω του (όπως γονείς, αδέρφια, φίλοι), το 22% πιστεύει μερικές φορές, το 15% δεν είναι σίγουρο, το 14% πιστεύει πως αυτό συμβαίνει συχνά. Τέλος το 6% πιστεύει πως πάντα οι φόβοι και οι ανησυχίες του τον

δυσκολεύουν να έχει καλές σχέσεις με τους γύρω του (όπως γονείς, αδέρφια, φίλοι).

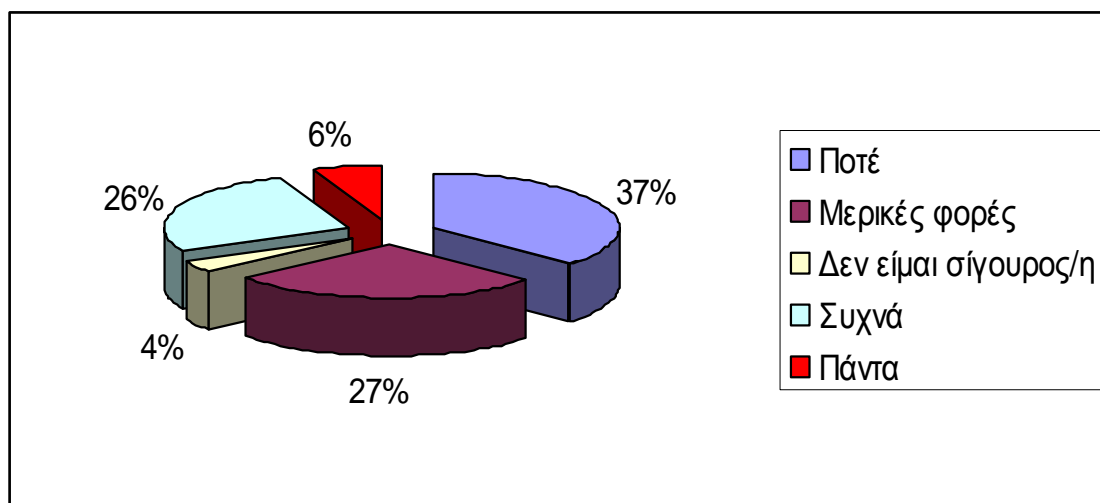
Ø Διαπιστώνουμε από τα παραπάνω ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος χειρίζεται καλά το άγχος του καθώς οι ανησυχίες του δεν επηρεάζουν τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Παρ' όλα αυτά ένα μεγάλο ποσοστό επηρεάζεται σε κάποιο βαθμό.

Ερώτηση 27: Όταν έχω ένα πρόβλημα έχω μία περίεργη αίσθηση στο στομάχι.

Πίνακας 27: Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά όταν έχουν ένα πρόβλημα έχουν μια περίεργη αίσθηση στο στομάχι.

Όταν έχω ένα πρόβλημα έχω μία περίεργη αίσθηση στο στομάχι.	Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστικό %
Ποτέ	30	37	37
Μερικές φορές	22	27	64
Δεν είμαι σίγουρος/η	3	4	68
Συχνά	21	26	94
Πάντα	5	6	100
Σύνολο	81	100	

Σχ. 27: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο συχνά όταν έχουν ένα πρόβλημα έχουν μια περίεργη αίσθηση στο στομάχι.



Από τον πίν. 27α και το σχ. 27α προκύπτει ότι το 37% του δείγματος όταν έχει ένα πρόβλημα δεν έχει ποτέ μία περίεργη αίσθηση στο στομάχι, το 27% έχει μερικές φορές, το 26% έχει συχνά και το 6% πάντα. Το 4% δεν είναι σίγουρο αν έχει μία περίεργη αίσθηση στο στομάχι όταν έχει ένα πρόβλημα.

- Ø Σύμφωνα με τα παραπάνω το μεγαλύτερο ποσοστό νιώθει το άγχος του σωματικά είτε μερικές φορές είτε πιο συχνά. Παρ' όλα αυτά ένα μεγάλο ποσοστό δεν το αισθάνεται ποτέ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Α) Αναγνώριση συναισθημάτων.

Οι ερωτώμενοι, στο μεγαλύτερο μέρος τους (87%), φαίνεται να δίνουν σημασία στα συναισθήματά τους (38% πάντα, 30% συχνά, 19% μερικές φορές), ενώ 1% δεν προσέχει τα συναισθήματα του. Παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία του δείγματος (88%) μπορεί να αναγνωρίσει το συναίσθημα του θυμού (50% πάντα, 21% μερικές φορές, 17% συχνά). Το συναίσθημα της λύπης σε σχέση με το συναίσθημα του θυμού μπορεί να αναγνωριστεί από μεγαλύτερο μέρος του δείγματος, 93% και με μεγαλύτερη συχνότητα (51% πάντα, 22% συχνά, 20% μερικές φορές). Από το σύνολο του δείγματος μόνο ένα ελάχιστο ποσοστό, το 1% δεν μπορεί να αναγνωρίσει τα συναισθήματα του θυμού και της λύπης αντίστοιχα.

Ενώ, ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος αναγνωρίζει αυτά τα δύο συναισθήματα με μεγάλη συχνότητα, ωστόσο ένα μεγάλο ποσοστό (21% για το θυμό, 20% για τη λύπη) τα αναγνωρίζει μόνο μερικές φορές.

Β) Έκφραση συναισθημάτων.

Παρατηρούμε ότι υπάρχει μια μέτρια έκφραση των συναισθημάτων στο δείγμα. Πιο συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (66%) αφήνει τον εαυτό του να κλάψει με μέτρια συχνότητα (35% μερικές φορές, 31% συχνά) ενώ μόνο ένα 6% το κάνει πάντα, σε αντίθεση με ένα 16% που δεν το κάνει ποτέ. Επίσης, οι περισσότεροι ερωτώμενοι προσπαθούν να δείχνουν τα συναισθήματά τους στους άλλους αλλά αντιμετωπίζουν δυσκολία στο να τα εκφράσουν. Συγκεκριμένα, το 43% προσπαθεί μερικές φορές να δείχνει τα συναισθήματά του σε αντίθεση με το 34% που δυσκολεύεται μερικές φορές, το

28% προσπαθεί συχνά ενώ το 25% δυσκολεύεται συχνά και το 12% προσπαθεί πάντα ενώ το 10% δυσκολεύεται πάντα. Τέλος, η πλειοψηφία των παιδιών (97%) φαίνεται να ασχολείται με αθλήματα εκ του οποίου το 41% ασχολείται πάντα και το 33% ασχολείται συχνά.

Τα παραπάνω συμπεράσματα φαίνεται να συνδέονται και με τη θεωρία, σύμφωνα με την οποία, τα παιδιά με ψυχοσωματικά προβλήματα είναι πιθανό να παρουσιάζουν δυσκολία έκφρασης των συναισθημάτων τους και έχουν την τάση να εκδηλώνουν το συναίσθημά τους μέσω του σώματός τους.

Γ) Χειρισμός συναισθημάτων.

Παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι θυμώνουν εύκολα και δεν μπορούν να ελέγξουν το συναίσθημα του θυμού τους μερικές φορές (44% και 38% αντίστοιχα) και συχνά (28% και 20% αντίστοιχα). Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (35%) φαίνεται να μην κρατάει το θυμό του για πολύ καιρό. Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό (32%) το κρατάει μερικές φορές. Επίσης, ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος (31%), εκφράζει το θυμό του με επιθετικότητα, ενώ ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό (30%) δεν παρουσιάζει επιθετική συμπεριφορά. Από τα παραπάνω φαίνεται ότι ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος παρουσιάζει το συναίσθημα του θυμού συχνά. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει το συναίσθημα του θυμού είναι επιζήμιο για την υγεία κυρίως όταν αυτό είναι χρόνιο και δεν εκφράζεται.

Το να ελέγχει για παράδειγμα ένα παιδί το συναίσθημα του θυμού του, σύμφωνα με τη θεωρία, και να μην τον εκφράζει με επιθετικότητα μπορεί να είναι πιο κοινωνικά αποδεκτό ωστόσο αυτό σημαίνει ότι μπορεί να τον καταπνίγει και να τον εκδηλώνει σωματικά. Έτσι αποφεύγει το άγχος που θα του δημιουργούσε αυτή η αντικοινωνική του πράξη, δηλαδή η επιθετική του συμπεριφορά.

Όσο αναφορά το συναίσθημα της λύπης, σε σχέση με αυτό του θυμού παρατηρείται σε μεγαλύτερη συχνότητα στο μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (34% μερικές φορές, 28% συχνά, 25% πάντα). Τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνεται να συμφωνούν με μια συλλογή από μελέτες η οποία υποδεικνύει ότι η έντονη λύπη και η παρουσία κατάθλιψης αποτελούν επιβαρυντικό παράγοντα για την εκδήλωση και την πορεία της ασθένειας.

Δ) Αισιοδοξία.

Παρατηρούμε ότι το δείγμα στην πλειοψηφία του παρουσιάζει μεγάλη αισιοδοξία. Συγκεκριμένα το 54% αισθάνεται χαρούμενο συχνά, το 23% αισθάνεται χαρούμενο πάντα και το 17% μερικές φορές. Το 43% βλέπει τα πράγματα από τη θετική τους πλευρά συχνά, το 26% πάντα και το 21% μερικές φορές. Τέλος, στο 58% αρέσει να χαμογελά πάντα και στο 31% συχνά. Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι το 0% του δείγματος έδωσε ως απάντηση το «ποτέ» και στις 3 παραπάνω ερωτήσεις.

Σύμφωνα με τη θεωρία, η απαισιοδοξία έχει αρνητική επίδραση στην πορεία της υγείας ενώ αντίθετα η αισιοδοξία θετική. Αν και το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος δεν φαίνεται να έχει απαισιόδοξες σκέψεις ωστόσο ένα μεγάλο ποσοστό παρουσιάζει μερικές φορές αισιοδοξία. Το 21% προσπαθεί, μερικές φορές, να βλέπει τα πράγματα από τη θετική τους πλευρά.

Ε) Ενσυναίσθηση.

Το δείγμα στην πλειοψηφία του (90%) φαίνεται να βοηθά και να υπολογίζει τους άλλους (36% πάντα, 33% συχνά, 21% μερικές φορές), ενώ μόνο 1% φαίνεται να αδιαφορεί για τα συναισθήματα των άλλων. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος φαίνεται να αντιλαμβάνεται τί νιώθει ο άλλος με αρκετά μεγάλη συχνότητα (35% συχνά, 30% μερικές φορές, 14%

πάντα). Εντύπωση προκαλεί το 17% του δείγματος το οποίο δεν γνωρίζει αν μπορεί να αντιληφθεί τα συναισθήματα των άλλων.

ΣΤ) Προσαρμοστικότητα.

Παρατηρούμε ότι ένα μεγάλο μέρος του δείγματος προσαρμόζεται εύκολα στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει και προσπαθεί να ξεπεράσει τα καθημερινά του προβλήματα σε μεγάλη συχνότητα. Συγκεκριμένα, το 37% συχνά και το 31% πάντα δεν το βάζουν κάτω σε μια αποτυχία, ενώ 0% είναι το ποσοστό του δείγματος που δεν προσπαθεί να ανταπεξέλθει σε μια αποτυχία ποτέ. Το 35% πάντα και το 32% συχνά ασχολούνται με ευχάριστες δραστηριότητες όταν δεν νιώθουν καλά. Ωστόσο, σε ένα μεγάλο ποσοστό (37% μερικές φορές, 27% συχνά) επηρεάζεται η απόδοσή τους στο σχολείο από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, σε αντίθεση με ένα 25% που δεν επηρεάζεται ποτέ.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία δεν έχουν τόσο σημασία τα στρεσογόνα γεγονότα που αντιμετωπίζει κάποιος αλλά κατά πόσο έχει την ικανότητα να προσαρμόζεται σε αυτά. Αν και ένα μεγάλο μέρος απάντησε πως προσαρμόζεται εύκολα ωστόσο ένα σημαντικό ποσοστό προσαρμόζεται μερικές φορές. Το 25% ξαναπροσπαθεί μερικές φορές να τα καταφέρει και το 26% ασχολείται μερικές φορές με ευχάριστες ασχολίες.

Ζ) Αυτοπεποίθηση.

Παρατηρούμε ότι το δείγμα έχει αρκετή αυτοπεποίθηση στο σύνολό του. Συγκεκριμένα, το 30% πάντα και το 30% συχνά έχει εμπιστοσύνη στις ικανότητές του. Το 46% πάντα και το 28% συχνά είναι ικανοποιημένο από τον εαυτό του.

Σύμφωνα με έρευνα που έχει γίνει, έχει διαπιστωθεί ότι παιδιά με αυτοπεποίθηση έχουν καλύτερο ενδοπροσωπικό έλεγχο και κατά συνέπεια

καλύτερες συνθήκες υγείας και καλύτερες επιδόσεις στην κλίμακα ψυχολογικού στρες. Στο δείγμα μας δεν φαίνεται να υπάρχει μειωμένη συχνότητα αυτοπεποίθησης.

H) Ύπαρξη – Χειρισμός Άγχους.

Παρατηρούμε την ύπαρξη άγχους στο δείγμα σε αρκετά μεγάλη συχνότητα. Συγκεκριμένα το 89% έχει ανησυχίες, εκ του οποίου 43% μερικές φορές, 32% συχνά και 14% πάντα. Ένα 31% συχνά, ένα 31% μερικές φορές και το 27% πάντα έχουν έντονη ανησυχία πριν από σημαντικά γεγονότα. Επίσης, όσο αναφορά το χειρισμό του άγχους, αυτό επηρεάζει την καθημερινότητά τους, όχι όμως σε μεγάλο βαθμό. Συγκεκριμένα, στο 39% η ανησυχία του μειώνει τις ικανότητές του μερικές φορές, στο 26% συχνά ενώ στο 21% δεν επηρεάζονται οι ικανότητές του. Επιπλέον, στο 43% του δείγματος δεν φαίνεται να επηρεάζονται οι σχέσεις με τα κοντινά πρόσωπα. Ωστόσο, το 42% του δείγματος φαίνεται να παρουσιάζει δυσκολίες στις διαπροσωπικές του σχέσεις.

Όπως παρατηρούμε, λοιπόν, υπάρχει μεγάλη συχνότητα εμφάνισης άγχους στο δείγμα. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει, έχει διαπιστωθεί ότι το άγχος έχει επιπτώσεις στην ανοσοποιητική λειτουργία, στη μνήμη αλλά και στη καρδιαγγειακό σύστημα. Επίσης, τα άτομα με χρόνιες ασθένειες βιώνουν έντονο άγχος όταν βρίσκονται μπροστά σε γεγονότα που δεν γνωρίζουν πως να τα αντιμετωπίσουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και τα αποτελέσματα της έρευνας γίνεται αντιληπτή η σημαντική επίδραση που έχουν τα συναισθήματα στην υγεία γενικότερα και πιο συγκεκριμένα στα παιδιά και στους εφήβους με άσθμα.

Έρχεται, λοιπόν, στο φως μια επιτακτική ανάγκη προς μια αντιμετώπιση των παιδιών με περισσότερη επικέντρωση στα συναισθήματά τους τόσο για την πρόληψη όσο και για την καλύτερη αντιμετώπιση της ασθένειάς του άσθματος. Προς σε αυτή την κατεύθυνση αξίζει να κάνουμε κάποιες προτάσεις. Η γενικότερη πρότασή μας είναι η εξής:

Ø Επιμόρφωση σχετικά με θέματα προαγωγής και αγωγής υγείας που θα είναι επικεντρωμένη στα συναισθήματα.

Αυτό μπορεί να γίνει εφικτό μέσω επιμορφωτικών σεμιναρίων που θα πραγματοποιούνται, όπως προαναφέρθηκε, τόσο για την πρόληψη όσο και για την θεραπεία της ασθένειας του άσθματος και θα απευθύνονται σε όλους όσους έρχονται σε επαφή με παιδιά και κυρίως με παιδιά με άσθμα όπως:

- Γονείς
- Δασκάλους-καθηγητές
- Επαγγελματίες υγείας (Γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους κ.α.)

Σκοπός αυτών των σεμιναρίων θα είναι 1) η ευαισθητοποίηση όλων αυτών που έρχονται αντιμέτωποι με παιδιά με άσθμα σχετικά με τα συναισθήματα τους και κατά συνέπεια 2) η προώθηση μιας ολιστικής ιατρικής που θα επικεντρώνεται όχι μόνο στα σωματικά συμπτώματα των ασθενών με άσθμα αλλά και στα συναισθήματά τους.

Το περιεχόμενο των σεμιναρίων θα εστιάζεται σε ζητήματα αναγκαιότητας προαγωγής τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας. Τα συναισθήματα θα πρέπει να τονιστεί ότι είναι αναγκαίο να λαμβάνονται υπόψη τόσο κατά τη διάρκεια της πρόληψης όσο και κατά τη διάρκεια τα θεραπειάς του παιδικού άσθματος. Εκτός, όμως, από τη θεωρία θα διδάσκονται και στην πράξη, μέσω βιωματικών σεμιναρίων, διάφορες ασκήσεις για τον καλύτερο συναισθηματικό έλεγχο και για το πώς αυτές μπορούν να διδαχτούν στα παιδιά.

Τα σεμινάρια αυτά μπορεί να είναι ανοιχτά για όλους αλλά μπορούν και να εξειδικευτούν ανάλογα σε ποιους απευθύνονται:

1. Σεμινάρια για επαγγελματίες υγείας:

Όσο αναφορά τους επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να επιδιώκεται η συνεργασία μεταξύ των ψυχοθεραπευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και των διαφόρων γιατρών για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της ασθένειας του άσθματος. Συγχρόνως με τη φαρμακευτική αγωγή ίσως κριθεί σκόπιμο το παιδί και η οικογένειά του να ενταχθούν σε κάποιο ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα.

Τα συναισθήματα θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τόσο κατά τη διάρκεια της πρόληψης και της θεραπείας όσο και κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης του άσθματος. Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη τόσο το ατομικό ιατρικό και ψυχολογικό ιστορικό του ασθενούς όσο και το οικογενειακό ιστορικό της οικογένειας. Για παράδειγμα, πολύ σημαντικό κατά την αξιολόγηση του ασθματικού παιδιού και του εφήβου είναι αν υπάρχει ιστορικό κατάθλιψης στην οικογένεια.

Όσο αφορά, τώρα, την αντιμετώπιση του ασθματικού παιδιού από τον γιατρό του είναι πολύ σημαντικό αν αυτός έχει εκπαιδευτεί πάνω σε βασικά εργαλεία συναισθηματικής νοημοσύνης όπως είναι η αυτοεπίγνωση, η ενσυναίσθηση και η προσεκτική παρακολούθηση. Αυτό βοηθάει αρχικά σε μια πιο ανθρώπινη σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενούς που είναι θεραπευτική από μόνη της. Πολύ σημαντικό είναι, ότι μέσω αυτών των εργαλείων

συναισθηματικής νοημοσύνης οι επαγγελματίες υγείας θα βοηθήσουν το παιδί να εκφράσει και να αντιμετωπίσει τα συναισθήματά του συγχρόνως με τη φαρμακευτική αγωγή.

2. Σεμινάρια για γονείς και δασκάλους:

Οι γονείς και οι δάσκαλοι θα πρέπει από νωρίς να εκπαιδεύονται σε θέματα συναισθηματικής νοημοσύνης και πώς να την διδάσκουν στα παιδιά. Να μαθαίνουν, δηλαδή, τα βασικά στοιχεία της κοινωνικής και συναισθηματικής αγωγής και να εκπαιδεύονται για το πώς να την εφαρμόζουν στην πράξη. Θα πρέπει να ενδιαφέρονται για τα συναισθήματά των παιδιών, να μην τα αγνοούν και να τους μαθαίνουν πώς να τα χειρίζονται και να τα ελέγχουν με το σωστό τρόπο. Ιδιαίτερα σε ένα ασθματικό παιδί ο έλεγχος των συναισθημάτων του είναι πολύ σημαντικός για την πορεία της ασθένειάς του.

Καθώς η κοινωνική και συναισθηματική αγωγή ξεκινά από την οικογένεια, οι γονείς θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι πάνω σε αυτό το θέμα. Θα πρέπει να αντιληφθούν ότι για τη σωστότερη αντιμετώπιση των ασθματικών κρίσεων των παιδιών τους θα πρέπει να συμβουλευτούν όχι μόνο τον παιδίατρο ή τον πνευμονολόγο αλλά και τον ψυχολόγο και τον ψυχοθεραπευτή. Δεν θα πρέπει να αρνούνται τον συναισθηματικό παράγοντα της ασθένειας μιας και σε πολλές περιπτώσεις ασθματικών παιδιών συνήθως κρύβεται από πίσω μια προβληματική οικογένεια.

Τα σεμινάρια αυτά μπορούν να πραγματοποιηθούν μέσω ειδικών προγραμμάτων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε συνεργασία με τους Κοινωνικούς Τομείς των Δήμων από διάφορους επαγγελματίες υγείας όπως:

- Κοινωνικούς λειτουργούς
- Ψυχολόγους, Ψυχοθεραπευτές
- Ομοιοπαθητικούς γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας ευαισθητοποιημένους πάνω στα συναισθήματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. **Γαλανός, Γ. (1975):** η απελευθέρωση του Εγώ, Αθήνα.
2. **Γαρδίκας, Κ. (1981):** Ειδική Νοσολογία, εκδόσεις Γρηγορίου Παρισσιανού, Αθήνα.
3. **Γιαννικόπουλος, Α.Β. (1982):** Ψυχολογία Προσαρμογής του παιδιού και του ενηλίκου, Λυχνία, Αθήνα.
4. **Γίτσιος, Κ. (1988):** Νοσολογία, Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα.
5. **Δεληκανάκη, Ν. (2005):** Συναισθηματική Αγωγή, Ταξιδευτής, Αθήνα.
6. **Ιορδάνογλου, Ι. (1987):** Βρογχικό Άσθμα, Αθήνα.
7. **Κακαβούλης, Α. (1990):** Ψυχοπαιδαγωγική Α΄. Συναισθηματική Ανάπτυξη και Αγωγή, Αθήνα.
8. **Κακαβούλης, Α. (1997):** Συναισθηματική Ανάπτυξη και Αγωγή, Αθήνα.
9. **Καψάλης, Α. (1983):** Παιδαγωγική Ψυχολογία, Αθήνα.
10. **Κλεφτάρας, Γ. (1998):** Η Κατάθλιψη Σήμερα: Περιγραφή, Διάγνωση, Θεωρίες και Ερευνητικά Δεδομένα, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
11. **Μάνος, Ν. (1997):** Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
12. **Πάνου, Μ. (1998):** Παιδιατρική Νοσηλευτική, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
13. **Παπαδοπούλου, Δ., Μαρκουλής, Δ. (1986):** Θετικές και αρνητικές μορφές κοινωνικής συμπεριφοράς, Άφων, Αθήνα.

14. **Παπαϊωάννου, Α., Θεοδωράκης, Ι., & Γούδας, Μ. (2003):** Για μια καλύτερη διδασκαλία φυσικής αγωγής, Salto, Θεσσαλονίκη.
15. **Παρασκευόπουλος, Θ. (2005):** Η συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών, Ατραπός, Αθήνα.
16. **Παρασκευόπουλος, Ι (χ.χ.):** Εξελικτική Ψυχολογία, Τόμος Β΄, Αθήνα.
17. **Πιντέρης, Γ. (1984):** Προσωπικότητα και υγεία1/, το stress, φίλος ή εχθρός, Θυμάρι, Αθήνα.
18. **Πολυζωγόπουλος Δ., Πολυχρονόπουλος Β. (1993):** Κλινική Πνευμονολογία, τόμος Β', Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα.
19. **Πρίφτης Κ., Ανθρακόπουλος Μ. (2003):** Ελληνικές Ομοφωνίες για τη διάγνωση και αντιμετώπιση ασθματικού παροξυσμού, οξείας βρογχολίτιδας, οξείας λαρυγγοτραχειοβρογχίτιδας, Ελληνική Παιδοπνευμονολογική Εταιρεία, Αθήνα.
20. **Ρασιδάκης, Α., Σιαφάκας Ν. (1993):** Βρογχικό Άσθμα, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα.
21. **Ράπτης, Σ. (1997):** Εσωτερική Παθολογία, εκδόσεις Γρηγορίου Παρισσιανού, Αθήνα.
22. **Ρούσσο, Χ. (χ.χ.):** Κλινική Πνευμονολογία ΙΙ, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Πάτρα.
23. **Τριλίβα, Σ. & Chimienti, G. (2002):** Ανακάλυψη, Αυτογνωσία, Αυτοκυριαρχία, Αυτοεκτίμηση: Συναισθηματική και Κοινωνική Επιδεξιότητα, Πατάκης, Αθήνα.
24. **Τσανάκας, Ι. (1992):** Το βρογχικό άσθμα στα παιδιά, εκδόσεις GLAXO ΑΕΒΕ, Θεσσαλονίκη.
25. **Τσιάντης, Γ., Ξυπολυτά – Ζαχαριάδη, Α. (2001):** Ψυχοσωματικά προβλήματα των παιδιών, Καστανιώτη, Αθήνα.

26. **Χατζηχρήστου, Χ., Βαϊτση, Α., Γιαβρίμης, Π., Δημητροπούλου, Π., Κατή, Α., Λυκίτσάκου, Κ., Μπακοπούλου, Α. (2004):** Πρόγραμμα Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας και της Μάθησης. Κοινωνική και Συναισθηματική Αγωγή στο σχολείο, Τυπωθύτω – Γ. Δαρδανός, Αθήνα.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ

1. **Adler, A. (1974):** Το κοινωνικό ενδιαφέρον, Τόμος Β΄, Αθήνα.
2. **Atkin, E. L., Auerbach, A. B. (1979):** Παιδική επιθετικότητα, Ταμασός, Αθήνα.
3. **Έϊρις, Γ. (2000):** Άσθμα: Οικογενειακός ιατρικός οδηγός, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
4. **Freud, A. (1933):** Το Εγώ και οι Μηχανισμοί Άμυνας. Ομαλότητα και παθολογία στην παιδική ηλικία, Αθήνα.
5. **Fromm, E. (1969):** Η αυτονομία της ανθρώπινης καταστροφικότητας, Αθήνα.
6. **Goleman, P. (1998):** Η Συναισθηματική Νοημοσύνη, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
7. **Goleman, D. (2000):** Η Συναισθηματική Νοημοσύνη στο χώρο της Εργασίας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
8. **Gottman, J. (2000):** Η Συναισθηματική Νοημοσύνη των παιδιών. Πώς να μεγαλώσουμε παιδιά με συναισθηματική νοημοσύνη. Ένας πρακτικός οδηγός για γονείς, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
9. **Herbert, M. (1998):** Ψυχολογικά Προβλήματα παιδικής ηλικίας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
10. **Klein, M. (1979):** Η Ψυχανάλυση των παιδιών, Πύλη, Αθήνα.

11. **Κρέσλερ, Λ. (2001):** Ψυχαναλυτική Βιβλιοθήκη για το παιδί και τον έφηβο. Η Σύγχρονη Ψυχοσωματική του βρέφους και του παιδιού, Καστανιώτη, Αθήνα.
12. **Lorenz, K. (1978):** Επιθετικότητα. Μεταφρασμένο από το γερμανικό Das sogenannte Böse zur Naturgeschichte der Aggression, Χατζηνικολή, Αθήνα.
13. **Ράππνερ, Γ. (1969):** Ψυχοσωματικές αρρώστιες, Ηλία Μανιατέα, Αθήνα.
14. **Στάινερ, Κ. (2006):** Συναισθηματική νοημοσύνη με καρδιά, Καστανιώτης, Αθήνα.
15. **Stor, A. (1979):** Ανθρώπινη επιθετικότητα, Γλάρος, Αθήνα.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. **Austin, E. J. & Saklofske, D. H. (2005):** Far too many intelligences? On the communalities and differences between social, practical and emotional intelligences. In Schulze R. & Roberts R. D. (Eds.), Emotional intelligence. An international handbook (pp. 107-128), Gottingen, Germany: Hogrefe & Huber Publishers.
2. **Austin, E. J., Saklofske, D. H. & Egan, V. (2005):** Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. Personality and Individual Differences, 38, 547-558.
3. **Bandura, A. (1973):** Aggression: A Social learning analysis, Englewood cliffs.
4. **Bar-On, R. (1997):** Emotional Quotient Inventory: technical manual, Toronto, On: Multi-Health Systems.

5. **Baron, R. & Parker, I. (2000):** Bar – on Emotional Quotient Inventory – Youth Version, Technical Manual, Toronto, Multi Health System Inc.
6. **Baron, R. (2005):** The Baron Model of Emotional – Social Intelligence (<http://www.6seconds.org>).
7. **Bowlby, J. (1951):** Maternal Care and Mental Health, World Health Organisation, Geneva.
8. **Brown, R. F. & Schutte, N. S. (2006):** Direct and indirect relationships between emotional intelligence and subjective fatigue in university students, *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 585-593.
9. **Bullinger, M., Schmidt, S., Petersen, C. & the Disabkids group (2002):** Assessing quality of life of children with chronic health conditions and disabilities. A European approach. *International Journal of Rehabilitation Research*, 25, 197-206.
10. **Caspi, A., Roberts, B. W. & Shiner, R. L. (2005):** Personality development: stability and change. *Annual Review of Psychology*, 56, 453–484.
11. **Ciarrochi, J., Chan, A. & Bajgar, J. (2001):** Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 31, 1105-1119.
12. **Ciarrochi, J., Chan, A. & Caputi, P. (2000):** A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28, 539-561.
13. **Ciarrochi, J., Deane, F. P. & Anderson, S. (2002):** Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32, 197-209.
14. **Cochrane, L.M. & Clark, C.J. (1990):** Benefits and problems of a physical training programme for asthmatic patients, *Thorax*, 45, 345-351.

15. **Contrada, R. J., Cather, C. & O’Leary, A. (1999):** Personality and health: dispositions and processes in disease susceptibility and adaptation to illness. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality. Theory and research* (pp. 576–604). New York: The Guilford Press.
16. **Dawda, D., & Hart, S. D. (2000):** Assessing emotional intelligence: reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient inventory (EQ-i) in university students. *Personality and Individual Differences*, 28, 797-812.
17. **Diener, E. & Larsen, R. J. (1993):** The experience of emotional well-being. In Lewis M. & Haviland, J. M. (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 404-415), New York The Guilford Press.
18. **Dollard, J. (1989):** *Frustration and Aggression*, New Heaven.
19. **Extremera, N. & Fernandez-Berrocal, P. (2002):** Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women, *Psychological Reports*, 91, 47-59.
20. **Eysenck, H. J. (2000):** *Smoking, health, and personality*, Transaction, New York.
21. **Gannon, N. & Ranzijn, R. (2005):** Does emotional intelligence predict unique variance in life satisfaction beyond IQ and personality? *Personality and Individual Differences*, 38, 1353-1464.
22. **Gardner, H. (1993):** *Frames of Mind. The Theory of Multiple Intelligence*, Fontana Press, London.
23. **Giacobbi, P., Tuccitto, D. & Frye, N. (2007):** Exercise, affect and university student’s appraisals of academic events prior to the final examination period. *Psychology of Sport and Exercise*, 8, 261-274.

24. **Gohm, C. L., Corser, G. C. & Dalsky, D. J. (2005):** Emotional intelligence under stress: useful, unnecessary or irrelevant? *Personality and Individual Differences*, 29, 1017-1028.
25. **Goleman, D. (1995):** *Emotional intelligence*, New York, NY: Bantam Books.
26. **Klerman, G.L. (1978):** Affective Disorders. In A.M. Nicholi, Jr. (Ed.), *The Harvard Guide to Modern Psychiatry*, Belknap/Harvard University Press, Cambridge.
27. **Klerman, G.L. (1987):** The Nature of Depression: Mood, Symptom, Disorder. In A.J. Marcella, R.M.A Hirschfeld & M.M. Katz (Eds.), *The Measurement of Depression*, Guilford Press, New York.
28. **Kraag, G., Zeegers, M., Kok, G., Hosman, C. & Abu-Saad, H. (2006):** School programs targeting stress management in children and adolescents. *Journal of School Psychology*, 44(6), 449- 472.
29. **Larsen, R. J. & Buss, D. M. (2002):** *Personality psychology: domains of knowledge about human nature*, McGraw-Hill, New York.
30. **Lazarus, R. S., Averill, J., R. & Opton, E.M., Jr. (1970):** Toward a cognitive theory of emotions. In M. Arnold (Ed.), *Feelings and emotions* (pp. 207-232), Academic Press, New York.
31. **Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984a):** *Stress appraisal and coping*, Springer, New York.
32. **Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984b):** Coping and adaptation. In W.D. Gentry (Ed.), *Handbook of behavioral medicine* (pp. 282-325), Guilford, New York.
33. **Lazarus, R. S. (1991):** *Emotion and adaptation*, Oxford University Press, New York.

34. **Lazarus, R. S. (1993):** From psychological stress to the emotions: A history of a changing outlook. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
35. **Martinez, FD., Helms, PJ. (1998):** «Types of asthma and wheezing», *Eur Respir J Suppl*.
36. **Martinez-Pons, M. (1997):** The relationship of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality*, 17, 3-13.
37. **Mayer, D.J. & Salovey, P. (1997):** *Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational Implications*, Basic Books, New York.
38. **Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. R. (2002):** *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) user's manual*, Toronto, On: Multi-Health Systems.
39. **McCrae, R. R. & Costa, P. T., Jr (1991):** Adding Liebe and Arbeit: the full five-factor model and well-being. *Personality and Social Psychology*.
40. **Mechanic, D. (1976):** Stress, illness, and illness behavior, *Journal of Human Behavior*.
41. **Monat & Lazarus, R. S. (1991):** *Stress and coping: An anthology*, Columbia University Press, New York.
42. **Myers, D. G. & Diener, E. (1995):** Who is happy? *Psychological Science*, 6, 10-19, *Bulletin*, 17, 227-232.
43. **Ozer, D. J. & Benet-Martínez, V. (2006):** Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annual Review of Psychology*, 57, 401–421.
44. **Perrin, E.C. & Gerrity, P.S. (1984):** Development of children with chronic illness. *Pediatric Clinical North America*, 31, 19-31.
45. **Rutter, M. (1972):** *Maternal deprivation reassessed*, Penguin Education, Penguin, London.

46. **Saarni, C. (1990):** Emotional Competence. How emotions and relationships become integrated, In R.A. Thompson, Lincoln.
47. **Salovey, P. (2001):** Applied emotional intelligence: regulating emotions to become healthy, wealthy and wise. In Ciarrochi J., Forgas, J. P. & Mayer, J. D. (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life: a scientific inquiry* (pp. 168-184), Philadelphia, PA: Psychology Press.
48. **Salovey, P., Bedell, B. T., Detweiler, J. B. & Mayer, J. D. (1999):** Coping intelligently: emotional intelligence and the coping process. In C. R. Snyder (Ed.), *Coping: the psychology of what works* (pp. 141-164), New York: Oxford Psychology Press.
49. **Salovey, P. & Mayer, J. D., (1990):** Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
50. **Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. & Palfai, T. P. (1995):** Emotional attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In Pennebaker, J. W. (Ed.), *Emotion, disclosure and health* (pp. 125-154), Washington, DC: APA.
51. **Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A. & Epel, E. S. (2002):** Perceived Emotional intelligence, stress, reactivity and symptom reports: further explorations using the Trait Meta-Mood Scale, *Psychology and Health*, 17, 611-627.
52. **Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C.J. & Dornheim, L. (1998):** Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, 167-177.
53. **Schutte, N. S., Malouf, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N. & Rooke, S. E. (2007):** A metaanalytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42, 921-933.

54. **Sifneos, P.E. (1973):** "The prevalence of alexithymic characteristic in psychosomatic patients", *Psychother, Psychosomatic*, 22, 255-262.
55. **Slaski, M. & Cartwright, S. (2002):** Health performance and emotional intelligence: an exploratory study of retail managers, *Stress and Health*, 18, 63-68.
56. **Spence, G., Oades, L. G. & Caputi, P. (2004):** Trait emotional intelligence and goal self-integration: important predictors of emotional well-being? *Personality and Individual Differences*, 37, 449-461.
57. **Taylor, G. J. (2001):** Low emotional intelligence and mental health. In Ciarrochi, J., Forgas, J. P., & Mayer, J., D (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life: a scientific inquiry* (pp. 67-81), Philadelphia, PA: Psychology Press.
58. **Van Heck, G. L. (1997):** Personality and physical health: toward an ecological approach to health related personality research, *European Journal of Personality*.
59. **Vigil, M. (2000):** Stress perception, stressful experiences and stress management strategies: A comparative case study of Swedish and Peruvian teacher students. Thesis, Stockholm University, Sweden.
60. **Vingerhoets, A., Nyklicek, I., Denollet, J. (2008):** *Emotion Regulation*. conceptual and clinical issues, Springer, New York.
61. **Wiebe, D. J. & Smith, T. (1997):** Personality and health: progress and problems in psychosomatics. In R. Hogan, J. Johnson, & S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology*, CA: Academic Press, San Diego.
62. **Woolery, A. & Salovey, P. (2004):** Emotional intelligence and physical health. In Nyklicek, I., Temoshok, L. & Vingerhoets A. (Eds.), *Emotional expression and health. Advances in theory, assessment and clinical applications* (pp. 154-168), Hove and New York: Brunner-Routledge.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

Γκανάς Κ., Οικονομόδου Ερ. (2003): Πνευμονολογικά Θέματα. Διεθνείς Οδηγίες Αντιμετώπισης Άσθματος. GINA (2002), Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία, Αθήνα.

ΠΗΓΕΣ ΙΝΤΕΡΝΕΤ

1. **Blackman J.**, 13-04-2007, Παιδικό άσθμα. Προκαλεί προβλήματα ανάπτυξης και συμπεριφοράς, ανακτήθηκε από την ιστοσελίδα της iatronet: http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=1713, στις 25-07-2008.
2. **Brown G.**, (x.x.), Emotional Intelligence. The Smart Heart, ανακτήθηκε από τη ιστοσελίδα του περιοδικού Knowledge of Reality http://www.sol.com.au/kor/20_02.htm, στις 25-07-2008.
3. **Davidson R.**, 30-08-2005, Περιοχές του εγκεφάλου δείχνουν σχέση άσθματος και συναισθημάτων, ανακτήθηκε από την ιστοσελίδα της heath.ana-mpa: <http://health.ana-mpa.gr/news.php?id=543>, στις 25-07-2008.
4. **Gale K.**, (χ.χ), Τα παιδιά με αυτοπεποίθηση γίνονται πιο υγιείς ενήλικες, ανάκτηση από την ιστοσελίδα της iatronet: http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=5312, στις 24-6-2008.
5. **Hasler G.**, 03-03-2006, Η κατάθλιψη στην παιδική ηλικία σχετίζεται με το άσθμα και την παχυσαρκία στην ενήλικη ζωή, ανακτήθηκε από την ιστοσελίδα της health.ana-mpa: <http://health.ana-mpa.gr/news.php?id=543>, στις 25-07-2008.

6. **Miller, Gregory E., Edith T.**, 30-03-2006, Γιατί το στρες επιδεινώνει το άσθμα, ανακτήθηκε από την ιστοσελίδα της health.ana-mpa <http://health.ana-mpa.gr/fthema.php?id=1644>, στις 25-07-2008.
7. **Rait R.**, 31-08-2006, Ο θυμός επισπεύδει την εξασθένηση της πνευμονικής λειτουργίας, ανακτήθηκε από την ιστοσελίδα health.ana-mpa <http://health.ana-mpa.gr/news.php?id=2413>, στις 25-07-2008.
8. **Sanberg S., Paton Y J., Ahola S., McCann C D., McGuinness D., Clive R H., Hannu O.**, 16-09-2000, The role of acute and chronic stress in asthma attacks in children, ανακτήθηκε από την ιστοσελίδα της lancet: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)02715-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)02715-X/fulltext), στις 5-08-2009.
9. **Βασιλειάδης Γ.**, 16-10-2004, Το άγχος στην παιδική ηλικία, ανακτήθηκε από την ιστοσελίδα της iatronet http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=274, στις 15-07-2009.
10. **Ζημάλης Ε.**, 17-10-2002, Επαγγελματικό Άσθμα, ανακτήθηκε από την ιστοσελίδα της iatronet: http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=355, στις 12-03-2009.
11. **Θεοδωράτου Μ., Ανδριοπούλου Π., Μπέκος Β., Κουντζούνη Β., Πλατή Μ.**, 2007, Άσθμα και καταθλιπτική ατμόσφαιρα στην οικογένεια. Μελέτη περίπτωσης, ανακτήθηκε από την ιστοσελίδα της iatrotek: <http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=18277>, στις 24-10-2008.
12. **Κοϊνης Α.**, 29-11-2007, Παιδικό άγχος, ανακτήθηκε από την ιστοσελίδα http://psychologicalthemes.blogspot.com/2007/11/blog-post_7133.html, στις 26-10-2008.
13. **Μαρκάτος Μ.**, 11-09-2008, Βρογχικό Άσθμα, ανακτήθηκε από την ιστοσελίδα της iatronet: http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=5930, στις 19-01-2009.

14. **Μοσχοβάκη Α.**, 10-04-2008, Ιατρική και Ταξίδια, ανακτήθηκε από την ιστοσελίδα: www.internationaltravelmedicine.blogspot.com, στις 13-03-2009.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:... /.../ 200..

ΗΛΙΚΙΑ:.....

ΑΓΟΡΙ

ΚΟΡΙΤΣΙ

ΕΓΩ ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΜΟΥ

ΟΔΗΓΙΕΣ

Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται σε καταστάσεις της καθημερινότητάς σου. Οι απαντήσεις που θα δώσεις θα μας βοηθήσουν να καταλάβουμε καλύτερα πως αισθάνονται τα παιδιά και οι νέοι της ηλικίας σου, αλλά θα βοηθήσουν και εσένα να γνωρίσεις καλύτερα τα συναισθήματά σου. Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται για την έρευνα που κάνουμε στην πτυχιακή μας εργασία. Οι πληροφορίες που θα μας δώσεις θα είναι εμπιστευτικές. Διάβασε, λοιπόν, προσεχτικά τις παρακάτω προτάσεις και βάλε σε κύκλο τη λέξη που δείχνει πόσο συχνά κάποια από τις παρακάτω καταστάσεις σου συμβαίνουν. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Μίλησέ μας απλά για τον εαυτό σου.

1	Αισθάνομαι χαρούμενος/η.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
2	Ασχολούμαι με αθλήματα.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
3	Όταν έχω μια αποτυχία δεν το βάζω κάτω, αλλά ξαναπροσπαθώ να τα καταφέρω.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
4	Μπορώ να καταλάβω πότε είμαι έστω και ελάχιστα λυπημένος/η.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα

5	Ανησυχώ για κάποια πράγματα.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
6	Στεναχωριέμαι εύκολα όταν μου συμβαίνει κάτι δυσάρεστο.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
7	Πριν από σημαντικά γεγονότα της ζωής νιώθω ανησυχία και άγχος.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
8	Δυσκολεύομαι να ελέγξω το θυμό μου.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
9	Προσπαθώ να βλέπω τα πράγματα από την καλή τους πλευρά.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
10	Νομίζω ότι έχω πρόβλημα, όταν αντιμετωπίζω φόβους και ανησυχίες.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
11	Αφήνω τον εαυτό μου να κλάψει.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
12	Μπορώ να σταματήσω να κάνω κακές ή ανόητες σκέψεις.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
13	Οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να καταλάβουν τι αισθάνομαι.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
14	Θυμώνω εύκολα.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
15	Πιστεύω ότι είμαι άτομο που βοηθά και υπολογίζει τους άλλους.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
16	Η ανησυχία και το άγχος μου μειώνουν την ικανότητά μου να καταφέρω οποιοδήποτε έργο.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
17	Όταν θυμώνω με έναν συμμαθητή μου μού έρχεται να τον χτυπήσω.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
18	Δίνω σημασία στα συναισθήματά μου.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
19	Τα προσωπικά μου προβλήματα επηρεάζουν την απόδοσή μου στο σχολείο.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα

20	Μ' αρέσει να χαμογελώ.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
21	Όταν θυμώνω με κάποιον, του το κρατάω για πολύ καιρό.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
22	Μπορώ να καταλάβω πότε είμαι έστω και ελάχιστα θυμωμένος/η.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
23	Για να ξεπεράσω τα αρνητικά συναισθήματα, ασχολούμαι απλώς με δραστηριότητες που με ευχαριστούν (π.χ. παιχνίδι, ζωγραφική, πάρτι, διακοπές).	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
24	Δυσκολεύομαι να εκφράσω τα συναισθήματά μου στους άλλους.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
25	Οι φόβοι και οι ανησυχίες μου με δυσκολεύουν να έχω καλές σχέσεις με τους γύρω μου (όπως γονείς, αδέρφια, φίλοι).	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
26	Έχω εμπιστοσύνη στις ικανότητές μου και αναλαμβάνω την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
27	Όταν έχω ένα πρόβλημα έχω μία περίεργη αίσθηση στο στομάχι.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
28	Προσπαθώ να δείχνω τα συναισθήματά μου στους άλλους.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
29	Όταν είμαι λυπημένος/η, θέλω να μένω μόνος/η.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
30	Καταλαβαίνω με ευκολία τι νιώθει ο άλλος μπαίνοντας στην θέση του.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα
31	Μ' αρέσει ο εαυτός μου.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Δεν είμαι σίγουρος/η	Συχνά	Πάντα

ΚΕΙΜΕΝΟ ΓΙΑ ΓΟΝΕΙΣ

ΠΟΙΟΙ ΕΙΜΑΣΤΕ ΚΑΙ ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΕΡΕΥΝΑ ΜΑΣ

Αγαπητοί γονείς,

Με το παρόν κείμενο θα θέλαμε να σας αναφέρουμε δυο λόγια για εμάς και την ερευνά μας με σκοπό την καλύτερη ενημέρωσή σας αλλά και την σύμφωνη γνώμη σας για την συμμετοχή των παιδιών σας.

Είμαστε τελειόφοιτες φοιτήτριες του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών. Στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας πραγματοποιούμε μια έρευνα με θέμα "Η συναισθηματική νοημοσύνη των παιδιών και των εφήβων που πάσχουν από άσθμα", η οποία θα λάβει χώρα στα ιατρεία πνευμονολόγων της Πάτρας και των Αθηνών. Σκοπός μας είναι να διερευνήσουμε πώς τα παιδιά αντιλαμβάνονται και χειρίζονται τα διάφορα συναισθήματα και πως αυτό επηρεάζει την ασθένειά τους. Τα συμπεράσματα που θα βγάλουμε θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για την διεκπεραίωση της πτυχιακής μας μελέτης και για κανένα άλλο λόγο. Το εργαλείο που θα χρησιμοποιηθεί είναι ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο έχει διαμορφωθεί κατάλληλα ώστε να συμπληρωθεί από τα παιδιά σας και ο χρόνος συμπλήρωσής του δεν ξεπερνά τα 15 λεπτά.

Θα θέλαμε να σας κάνουμε επίσης γνωστό ότι τα στοιχεία που θα συμπληρωθούν στο ερωτηματολόγιο θα είναι ανώνυμα και πως θα τηρηθεί πλήρως η αρχή του απορρήτου. Είναι, τέλος, πολύ σημαντικό τα παιδιά να συμπληρώσουν μόνα τους το ερωτηματολόγιο ώστε η έρευνα μας να είναι πιο αξιόπιστη. Η συνεργασία σας θα μας ήταν πολύ χρήσιμη. Για περισσότερες πληροφορίες ή απορίες αλλά και για την ενημέρωσή σας σχετικά με τα αποτελέσματα της έρευνας παρακαλώ επικοινωνήστε μαζί μας.

Με εκτίμηση οι φοιτήτριες:

Ντίνη Μαρία

Οικονομοπούλου Λαμπρινή

Φωκίδη Μαρία