

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**“Ανίχνευση και αντιμετώπιση του άγχους και των
ψυχοπαθολογικών προβλημάτων στην Πρωτοβάθμια
Φροντίδα Υγείας. Παρέμβαση Κοινωνικού
Λειτουργού”.**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

ΖΩΓΡΑΦΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΡΑΠΤΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΘΕΟΔΩΡΑΤΟΥ ΜΑΡΙΑ

**Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στην κοινωνική εργασία από το τμήμα
Κοινωνικής εργασίας στη σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου
Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πάτρας.**

Πάτρα Ιούνιος, 2011

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το άγχος ακολουθεί τα βήματα του ανθρώπου από την εποχή του homo sapiens, και έχει παγκόσμια παρουσία. Είναι γενικά αποδεκτό ότι το άγχος και τα ψυχοπαθολογικά προβλήματα συμβάλουν σε πολύ σημαντικό βαθμό σε όλες τις ασθένειες. Ένα πλέγμα ψυχολογικών οικογενειακών και ευρύτερων κοινωνικών παραγόντων θεωρούνται ότι εμπλέκονται σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό στην έκκληση, την πορεία, την επίταση ή την επιδείνωση κάθε νόσου, ή με την προδιάθεση για νόσηση ή με την αντίδραση απέναντι στην νόσο. Κυρίαρχη θέση στην έρευνα για τον ρόλο των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην γένεση ψυχοπαθολογίας και επομένως στην πρόληψη της, καταλαμβάνει η μελέτη των ψυχοπιεστικών γεγονότων της ζωής και της οικογένειας.

Ως εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας και συγκεκριμένα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας, ερχόμαστε σε καθημερινή επαφή με άτομα, οι οποίοι προσέρχονται στις υπηρεσίες υγείας υπό την επίδραση του άγχους και των ψυχοπιεστικών καταστάσεων και γεγονότων. Η παραπάνω διαπίστωση αποτέλεσε κίνητρο για την έρευνα που πραγματοποιήσαμε. Ελπίζουμε ότι με τα αποτελέσματα μας θα συμβάλλουν στην κατανόηση των σωματικών και ψυχικών συμπτωμάτων του άγχους στον ευρύτερο πληθυσμό.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μελέτη αυτή αναφέρεται στην ανίχνευση και αντιμετώπιση του άγχους και των προβλημάτων ψυχοπαθολογίας ατόμων και ασθενών που προσέρχονται για παροχή υπηρεσιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας .

Η εργασία αυτή αποτελείται από τα εξής κεφάλαια:

Το πρώτο κεφάλαιο, το οποίο αποτελεί μια γενικότερη εισαγωγή στο θέμα της εργασίας καθώς και τους στόχους της μελέτης. Γίνεται επίσης αναφορά και ορισμούς και όρους οι οποίοι είναι σχετικοί με το θέμα της εργασίας.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στο άγχος, ξεκινώντας με αναφορά στην ιστορική εξέλιξη του καθώς και την επίδρασή του στην υγεία του ατόμου.

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στο στρές και τον μηχανισμό του ως συναφής όρος με το άγχος καθώς και παράγοντες που επηρεάζουν τον παραπάνω μηχανισμό. Γίνεται επίσης μια αναφορά στις κλίμακες μέτρησης του άγχους.

Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται τόσο στον τρόπο με τον οποίο ηλικιακές και κοινωνικές ομάδες επηρεάζονται από τον παράγοντα άγχους και τις επιδράσεις του όσο και στην αλληλεπίδρασή του με προβλήματα υγείας.

Το πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται στις θεωρίες του μηχανισμού του άγχους.

Το έκτο κεφάλαιο αναφέρεται στον ρόλο και την λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην χώρα μας.

Το έβδομο κεφάλαιο αναφέρεται στο ρόλο και το έργο του Κοινωνικού Λειτουργού στην κοινότητα και στους τρόπους διαχείρισης και θεραπευτικής προσέγγισης της ψυχοπαθολογίας στην κοινότητα .

Το όγδοο κεφάλαιο περιλαμβάνει την έρευνα της εργασίας, η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 101 ατόμων με ψυχοσωματικά προβλήματα που προσήλθαν στις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για παροχή υπηρεσιών.

Το ένατο κεφάλαιο αποτελεί την στατιστική ανάλυση της έρευνας.

Το δέκατο κεφάλαιο περιλαμβάνει τα αποτελέσματα της έρευνας μας σχετικά με την ανίχνευση των ψυχοσωματικών προβλημάτων των ασθενών καθώς και την συζήτηση των αποτελεσμάτων.

Το κεφάλαιο έντεκα περιλαμβάνει τις προτάσεις μας σχετικά με την διαχείριση του άγχους και των προβλημάτων που δημιουργεί σε άτομα υψηλού κινδύνου από οργανωμένες κοινωνικές υπηρεσίες στην ΠΦΥ.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	7
1.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
1.2.ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	7
1.3. ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ	8
1.3.1.Υγεία.....	8
1.3.2.Κουλτούρα	8
1.3.3. Ποιότητα ζωής	9
1.3.4.Άγχος.....	9
1.3.5.Στρατηγικές διαχείρισης.....	9
1.3.6.Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	9
1.3.7.Ψυχοσωματικές διαταραχές.....	10
1.3.8.Αυτογνωσία	10
Α΄ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΓΡΑΜΑΤΩΝ	
2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ.....	11
2.2.ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΟΡΟΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΣΤΟΧΑΣΤΕΣ.....	11
2.3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	14
2.4. ΕΙΔΗ ΑΓΧΟΥΣ.....	16
2.4.1.φυσιολογικό παθολογικό.....	16
2.5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΓΧΟΥΣ	16
2.5.1. Οι κοινωνικές αιτίες του άγχους.....	17
2.6. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	19
2.6.1.Συμπτώματα συμπεριφοράς.....	19
2.6.2. Σωματικά συμπτώματα.....	19
2.7. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ.....	21
2.7.1.Οργανικές συνέπειες	21
2.7.2. Ψυχολογικές συνέπειες.....	23
2.7.3. Γνωστικές συνέπειες του άγχους.....	23
2.8. ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ.....	24
2.9.ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΓΧΟΥΣ.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	
3.1 ΣΤΡΕΣ.....	26
3.2.ΑΙΤΙΑ - ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ	26
3.3. ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ.....	27
3.4. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ.....	29
3.5. ΣΤΡΕΣ, ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΦΟΒΟΣ.....	30
3.5.1. Συναίσθημα και φόβος	31
3.5.2. Φυσιολογία και νευροχημεία του φόβου	32
3.5.3. Φόβος και πόνος.....	33
3.6. ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ.....	34
3.7. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΑΓΧΟΥΣ.....	35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ.....	37
4.2. ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ.....	37
4.3. ΑΓΧΟΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ.....	40
4.4 ΑΓΧΟΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΝΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΦΥ.....	42
4.5. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΓΕΝΕΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ.....	43
4.6 ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ.....	47
4.7 ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ.....	50
4.7.1. Κοινωνική διάσταση.....	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΘΕΩΡΙΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

5.1 Η ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ FREUD.....	56
5.2. MELANIE KLEIN ΚΑΙ Η ΣΧΟΛΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΤΡΟΠΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ.....	58
5.3. ΝΕΟΦΡΟΥΔΙΚΟΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΙ.....	60
5.4. Η ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ALFRED ADLER.....	62
5.5. Η ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ CARL GUSTAV JUNG.....	63
5.6. Η ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ – ΥΠΑΡΞΙΣΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ.....	63
5.7. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΜΟΥ.....	64
5.8. ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	68
6.2. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ.....	68
6.3. ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ Π.Φ.Υ.....	71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1. Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ.....	73
7.2. ΑΡΧΕΣ- ΑΞΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ.....	73
7.3. ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ.....	75
7.4. ΕΞΗΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ.....	75
7.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ.....	76
7.5.1. Ορισμός.....	76
7.5.2. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού.....	76
7.5.3. Κοινωνική εργασία με κοινότητα.....	77
7.5.4. Βασικοί όροι και θεωρία των ειδικών γνώσεων της κοινωνικής εργασίας με κοινότητα.....	78
7.6. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ – ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	79
7.6.1. Ανάπτυξη αυτογνωσίας για την αντιμετώπιση του στρες.....	79
7.6.2. Αντίληψη Εαυτού.....	80
7.6.2.1. Η εξωτερική εμπειρία του εαυτού.....	80
7.6.2.2. Η εσωτερική εμπειρία του εαυτού.....	81
7.6.2.3. Τεχνικές για την Ανάπτυξη Αυτογνωσίας.....	81
7.7. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	82
7.8. ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΜΑΔΕΣ.....	83
7.8.1. Αυτοπαρατήρηση, Αυτοανάλυση.....	83
7.9. ΑΥΤΟΓΝΩΣΙΑ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	84
7.10. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΟΥ ΑΝΑΠΤΥΧΘΗΚΑΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ.....	84
7.10.1. Αναζητώντας βοήθεια από τους άλλους.....	85
7.10.2. Συμβουλευτική.....	85

Β΄ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

8.1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	87
8.2 ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	87
8.3. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	87
8.4. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ- ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	88
8.5. ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	88
8.6. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ – ΔΕΙΓΜΑ.....	89
8.7. ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	90
8.8. ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ.....	91

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	92
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

10.1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	160
10.2. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	165

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

11.1. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	170
----------------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	171
---------------------------	------------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	176
-------------------------	------------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες στον γενικό πληθυσμό η επικράτηση της ψυχοπαθολογίας κυμαίνεται σε ποσοστό 10-25%. Οι κοινοτικές επιδημιολογικές έρευνες στην χώρα μας κατά τις δυο τελευταίες δεκαετίες έχουν αναφέρει ποσοστά επικράτησης ψυχοπαθολογίας στο 14-20%. Το άγχος είναι μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου, σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Το άγχος θεωρείται παθολογικό όταν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου και ο ασθενής βιώνει ένα συγκεκριμένο αριθμό συμπτωμάτων για περισσότερο από μια ελάχιστη προσδιοριζόμενη περίοδο. Η έρευνα των ψυχολογικών παραγόντων στη γένεση του άγχους και των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων αποκτά σήμερα ιδιαίτερη σημασία καθώς η ψυχική κατάσταση του ατόμου επιδρά στην σωματική του υγεία και καθορίζει πολλές φορές την πορεία της ασθένειας κάτω από διάφορες ψυχοπιεστικές καταστάσεις, διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, από τραυματικές εμπειρίες και γεγονότα ζωής. Μέσα από την έρευνα μας θελήσαμε να διερευνήσουμε ότι, οι πάσχοντες που απευθύνονται στις υπηρεσίες της ΠΦΥ, υποφέρουν συχνά από σωματικά προβλήματα εξ αιτίας της συνοσηρότητας, με ψυχολογικούς παράγοντες, ότι υποφέρουν από ψυχολογικά προβλήματα, εξαιτίας της ύπαρξης των σωματικών συμπτωμάτων και, θελήσαμε να διερευνήσουμε κατά πόσο τα σωματικά προβλήματα σχετίζονται άμεσα με δύσκολές συνθήκες ζωής, με το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, την μόρφωση και γενικά με την ποιότητα ζωής. Άλλωστε η ποιότητα ζωής των ασθενών άρχισε να απασχολεί τους επαγγελματίες υγείας από τη στιγμή που υποχώρησε το βιοϊατρικό μοντέλο σκέψης και αυξήθηκαν οι απαιτήσεις των ασθενών καθώς και η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο επηρεάζεται από την εκδήλωση ενός χρόνιου νοσήματος.

1.2.ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί σημείο εισόδου ενός ασθενούς στο σύστημα υγείας, είναι άμεσα προσβάσιμη και προσφέρει άμεση επαφή με τον ασθενή. (Μαυρέας 2005:69)

Ένας αριθμός συμπτωματικών ατόμων που προσέρχονται και αναζητούν ιατρική βοήθεια πάσχουν από διαταραχές άγχους ή αδιάγνωστες ψυχικές διαταραχές. (Κονταξάκης-Χριστοδούλου 2005:79). Γενικός σκοπός της έρευνας μας είναι η ανίχνευση, του άγχους και των ψυχοσωματικών προβλημάτων στις υπηρεσίες της ΠΦΥ, και η αντιμετώπιση τους, η διερεύνηση των ψυχικών αποθεμάτων, οι δυνατότητες άμυνας και της ικανότητας προσαρμογής των ατόμων, οι στρατηγικές διαχείρισης, καθώς και η

αποτελεσματικότητα του χειρισμού τους από τους πάσχοντες. Οι ασθενείς δυσκολεύονται να χειριστούν ψυχοσωματικά προβλήματα εξ αιτίας ψυχοκοινωνικών και ψυχοπιεστικών γεγονότων. Υποθέτουμε ότι, τα σωματικά συμπτώματα συνυπάρχουν με τα ψυχολογικά συμπτώματα των πασχόντων, και συμβάλουν στην δημιουργία της ψυχοπαθολογίας.

Επιμέρους στόχοι της εργασίας είναι:

- Να διερευνήσουμε ότι, οι πάσχοντες που απευθύνονται στις υπηρεσίες της ΠΦΥ, υποφέρουν συχνά από σωματικά προβλήματα εξ αιτίας της συνοσηρότητας, με ψυχολογικούς παράγοντες.
- Να διερευνήσουμε ότι, οι πάσχοντες που απευθύνονται στις υπηρεσίες της ΠΦΥ, υποφέρουν από ψυχολογικά προβλήματα, εξαιτίας της ύπαρξης των σωματικών συμπτωμάτων.
- Να διερευνήσουμε ότι, τα σωματικά προβλήματα σχετίζονται άμεσα με δύσκολες συνθήκες ζωής, με το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, την μόρφωση και γενικά με την ποιότητα ζωής.

1.3. ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

1.3.1.Υγεία

“Η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους φυσικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και δεν χαρακτηρίζεται μόνο από την απουσία νόσου ή αναπηρίας”.

(Διακήρυξη Alma –Ata,1978)

1.3.2.Κουλτούρα

“Έννοια εκ του λατινικού cultura (<colere), η οποία επιδέχεται πολλούς ορισμούς λόγω ακριβώς της αφηρημένης σύλληψης, και ανάλογα με τον τομέα που μπορεί να προσδιορίζει, προέρχεται από την γερμανική λέξη kultur, σημαίνει την “καλλιέργεια του πνεύματος, την παιδεία αλλά και το σύνολο της πνευματικής παράδοσης και δημιουργίας ενός κοινωνικού συνόλου, ένα σύνολο πεποιθήσεων ή επιπέδων που μοιράζονται από ένα σύνολο ατόμων που βοηθάνε το άτομο να αποφασίσει τι είναι, τι μπορεί να γίνει, πώς να αισθάνεται, τι να κάνει και πώς να το πετύχει”.

(Δημητρίου–Παπαβασιλείου,2005:9)

“Η γνώση για τις αξίες, τα πιστεύω, τις αντιλήψεις, τους τρόπους ζωής, η οποία μαθαίνεται, μοιράζεται και μεταφέρεται στον τρόπο σκέψης, λήψης αποφάσεων και δράσης μια συγκεκριμένης ομάδας είναι η ολιστική προσέγγιση του ατόμου, το οποίο κληρονομεί οδηγίες και κατευθύνσεις, ενώ παράλληλα τα μεταφέρει στην επόμενη γενιά. Όλα αυτά που κληρονομούνται μπορεί να μεταβάλλονται με τον χρόνο, δεν παύουν όμως ποτέ να διαδίδονται από γενιά σε γενιά. Η κουλτούρα είναι μια πολύπλοκη και σφαιρική παράμετρος, που επηρεάζει τη συμπεριφορά με πολλούς τρόπους την υγεία και την προαγωγή της.”

(Leininger,1995:76)

1.3.3. Ποιότητα ζωής

Η «υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους».

(THE WHOQOL GROUP 1995)

1.3.4. Άγχος

Το άγχος αποτελεί ένα κοινό λειτουργικό συναίσθημα που διευκολύνει τον άνθρωπο στην αντιμετώπιση προκλήσεων του περιβάλλοντος θέτοντας τον οργανισμό σε ετοιμότητα , και κατά τέτοιο τρόπο αποτελεί φυσιολογικό στοιχείο της αναπτυξιακής πορείας που οδηγεί στην αυτονομία. (Κάκουρος-Μανιαδάκης 2005).

Το άγχος αποτελεί μια σύνθετη εμπειρία με γνωστικά γνωρίσματα τα οποία συνεπάγονται την προσδοκία ενός διάχυτου και αβέβαιου κινδύνου, με ψυχικά συμπτώματα τα οποία περιλαμβάνουν συναισθηματικές αντιδράσεις ,από απλή ένταση μέχρι φόβο και πανικό, ανησυχία για την επάρκεια του ατόμου σε απαιτητικές καταστάσεις ή ανησυχία για το μέλλον.

(Seligman et al.,2001:123., Goldstein,1995:27)

«Το άγχος αποτελεί μια δυσάρεστη συναισθηματική (συγκινησιακή) κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από υποκειμενικό αίσθημα χρόνιας εξάντλησης που καλύπτεται από τον όρο νευρικότητα. (nervousness)».

(Freud S.1924)

Το άγχος είναι ασαφή δυσάρεστα συναισθήματα, λίγο ακαθόριστα τα οποία προέρχονται είτε από την πίεση που το ίδιο το άτομο ασκεί στον εαυτό του προκειμένου να ικανοποιήσει στόχους , κίνητρα είτε από το κοινωνικό περιβάλλον και τις απαιτήσεις που έχει και τις πιέσεις που ασκεί στο άτομο.

(Αντωνοπούλου- Καλούρη Ράνυ,1994:193-194)

1.3.5.Στρατηγικές διαχείρισης

Είναι το σύνολο των συμπεριφορών που χρησιμοποιούνται απο ένα πρόσωπο σε μια στρεσογόνα κατάσταση και το οποίο προσπαθεί να απομακρύνει τις αιτίες και τα αποτελέσματα του στρες.

(Σαπουντζή – Κρέπια Δ.,2006:35)

1.3.6.Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Φροντίδα υγείας που βασίζεται σε επιστημονικά κατοχυρωμένες πρακτικές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες, οι οποίες είναι προσιτές σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κοινότητας , με τη δική τους πλήρη και ενεργό συμμετοχή και σε κόστος που μπορούν να το αντέξουν ,η δε χώρα μπορεί να ανταποκριθεί σε όλη την πορεία της ανάπτυξής τους.

(Διακήρυξη Alma- Ata 1978)

1.3.7.Ψυχοσωματικές διαταραχές

Οι διαταραχές που χαρακτηρίζονται από σωματικά συμπτώματα ή δυσλειτουργίες σε διάφορα σωματικά όργανα και συστήματα και προυποθέτουν στενή σχέση με ψυχολογικούς παράγοντες.

(Κονταξάκης Π. et al.,2005:104)

1.3.8.Αυτογνωσία

Η διαδικασία μέσω της οποίας ο εαυτός αποκτά επίγνωση των πολύπλευρων πτυχών που αναπτύσσει και το γεγονός αυτό της επίγνωσης αποτελεί μια αλλαγή του εαυτού γιατί το άτομο βιώνει πλέον ένα νέο βελτιωμένο εαυτό.

(Chapman and Gale,1982)

Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΓΡΑΜΑΤΩΝ

2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Το άγχος, από το ρήμα άγχω : πιέζω σφικτά (ιδίως στο λαιμό), αποπνίγω, στραγγαλίζω (παράγωγο: αγχόνη, στηθάγχη, άγχομαι, αγκτήρ, άχθος-ιαπετική ρίζα είναι μια συνειδητή ανθρώπινη εμπειρία, που ακολουθεί τον άνθρωπο από την εποχή του homo sapiens. Ο πρωτόγονος άνθρωπος βίωσε το άγχος ως προειδοποιητική απειλή κατά της ζωής του από φυσικούς κινδύνους (άγρια ζώα), που τον οδήγησε στην ικανότητα να σκέπτεται και να οργανώνει την άμυνα του απέναντι στους κινδύνους. (Αλεβίζος 2008:1)

2.2.ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΟΡΟΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΣΤΟΧΑΣΤΕΣ

Η αντίληψη για το άγχος διαμορφώθηκε κατά καιρούς από τις κυρίαρχες ιδέες που επικρατούσαν στην κοινωνία, με τις οποίες το άτομο αναπτύχθηκε.

Ο *William Cullen* :το 1796 χρησιμοποίησε τον όρο νεύρωση αντικαθιστώντας την ασθένεια των νεύρων του *Robert Whytt* το 1764 .

Boissier de Sauvages: χρησιμοποίησαν τον όρο *anxietas* για περιγράψει παροξυσμικές καταστάσεις ανησυχίας.

Ευρωπαίοι γιατροί χρησιμοποιούσαν ονομασίες, όπως *panophobia*, *vertigo*, *palpitation*, *oscitatio*, ως δηλωτικές άγχους και πανικού.

Το 1813, ο *Landre Bauvais* όρισε το άγχος ως «δυσφορία, ανησυχία και υπερβολική ταραχή», που μπορεί να συνοδεύει "οξείες" και «χρόνιες» νόσους. Περιγράφει το άγχος ως σύνδρομο που περιλαμβάνει υποκειμενικά (ψυχικά) και σωματικά συμπτώματα και μπορεί να συνοδεύει διαφορετικές παθολογικές καταστάσεις.

Το άγχος αποδόθηκε με διάφορους όρους, όπως το γαλλικό *angoisse* από μετάφραση του λατινικού όρου *angustus* (στενός), ως «αίσθημα πνιγηρότητας ή πίεσης στο επιγάστριο, συνοδευόμενο από μεγάλη δυσκολία στην αναπνοή και έντονη θλίψη, *anxiete*, ως «κατάσταση ανησυχίας και ταραχής, με αίσθημα δυσκολίας στην αναπνοή και πίεσης στο προκάρδιο, ενώ το έγκυρο *Sydenham Lexicon*" ορίζει το άγχος ως "μια κατάσταση ανησυχίας και κατάθλιψης με αίσθημα σύσφιγξης και δυσφορίας στην προκάρδια περιοχή».

Ο *Aubrey Lewis* θεωρεί ότι μια πιο ακριβής απόδοση του *angst* θα ήταν αγωνία, φόβος, τρόμος. (Αλεβίζος 2008:2-13)

Ο *Soren Kierkegaard* το 1844 Δανός υπαρξιστής, περιέγραψε πρώτος το άγχος ως «μια αόριστη, διάχυτη ανησυχία, διαφορετική από το φόβο, λόγω μη παρουσίας συγκεκριμένου κινδύνου, διαπεραστική, χωρίς δυνατότητα διαφυγής» σε ένα μικρό βιβλίο του «Η έννοια της αγωνίας» (the concept of the Dread), που αποτελεί και σήμερα ένα κλασικό δοκίμιο του σύγχρονου υπαρξισμού. Η ελευθερία αυτή επιλογής, χωρίς εγγυήσεις για την ορθή απόφαση επιλογής, ήταν για τον ίδιο γενεσιουργός αιτία του άγχους. Η επίγνωση της δυνατότητας για περισσότερες επιλογές προκαλεί περισσότερο άγχος. Θα μπορεί ακόμη να επιλέγει και να ενεργεί, αλλά θα είναι πολύ αγχώδης. Από τους υπαρξιστές, θεϊστές ή αθεϊστές, αυτοί που πιστεύουν στο θεό βλέπουν τον κόσμο σχεδόν όπως και οι αθεϊστές, ώστε είτε επιλέγει κανείς να πιστεύει είτε να μην πιστεύει, ο κόσμος είναι για αυτόν μια δυστυχία. Στον *Soren Kierkegaard* ανήκει η πρώτη περιγραφή του άγχους.

Σύμφωνα με την υπαρξιακή λογική, ο *Soren Kierkegaard* περιγράφει το άγχος ως επακόλουθο της ικανότητας για ελευθερία και τονίζει ότι το άγχος προκύπτει όταν ο άνθρωπος είναι αντιμέτωπος με την ελευθερία του, όταν έχει ανάγκη να προχωρήσει προς τα εμπρός στην ανάπτυξη του (φυσιολογικό άγχος). Η αδυναμία ή η αποτυχία να διαβεί καινούργιους δρόμους δημιουργεί το παθολογικό άγχος.

Ο *Soren Kierkegaard* θεωρεί το άγχος ως ένα σχολείο που διδάσκει τον άνθρωπο να αντιμετωπίζει το θάνατο, ως μια πηγή εκπαίδευσης που τη φέρει καθένας πάντοτε μαζί του και ότι εκείνος που έχει περάσει μέσα από το άγχος της δυνατότητας να επιλέγει, έχει μάθει να έχει λιγότερο άγχος.

Άλλοι υπαρξιστές, όπως ο *Jaspers* και ο *Jean Paul Sartre*, συμφωνούν στο ότι ο άνθρωπος είναι ελεύθερος να κάνει επιλογές και ότι αυτή η ελευθερία είναι η πηγή του άγχους.

Το 17ο αιώνα, ο *Robert Burton* διαχώρισε τους «παθολογικούς» φόβους από τους «φυσιολογικούς» φόβους στο βιβλίο του «Η Ανατομία της Μελαγχολίας».

Το 1950, ο *Rollo May* στο βιβλίο του «Η έννοια του άγχους», γράφει για το άγχος: «τα τελευταία 100 χρόνια, οι μελετητές των ανθρώπων αντιμετωπίζουν όλο και περισσότερο μια χωρίς όνομα και μορφή ανησυχία, που ακολουθεί τα βήματα του σύγχρονου ανθρώπου». Ο *May* υποστήριξε ότι η αβοηθητικότητα είναι χαρακτηριστικό του άγχους.

Ο *W.H Auden* επηρεασμένος από τους υπαρξιστές, περιγράφει ότι πηγή του άγχους είναι η πίεση για συμμόρφωση σε μια κοινωνία όπου κυριαρχούν οι οικονομικές και μηχανικές αξίες, στην απώλεια της θρησκευτικής πίστης, στη μείωση των ηθικών αξιών, στην κρίση της οικογένειας και της κοινωνικής ζωής, στον υπερβολικό ατομικισμό, στη βιομηχανοποίηση, στην αστικοποίηση, στην απειλή πυρηνικής καταστροφής κ.ά., που οδηγούν σε εσωτερική σύγχυση,

αποξένωση και αβεβαιότητα στις αξίες και στα αποδεκτά πρότυπα συμπεριφοράς και διαγωγής.

Όπως αναφέρει ο Αλεβίζος, ο *Franz Kafka* στη 10ετία του 40 και του 50, στο μυθιστόρημα του *Ο Πύργος*», το κεντρικό πρόσωπο προσπαθεί με αγωνία και απελπισία να επικοινωνήσει με τις αρχές του Πύργου, για να τον πληροφορήσουν για το ρόλο του και να του δώσουν κάποιο νόημα στη ζωή του. Οι αρχές του Πύργου παριστάνουν το αποκορύφωμα του γραφειοκρατικού μηχανισμού, που με την επιρροή του καταστρέφει την προσωπική επικοινωνία. Κατά τον *May*, ο *Kafka* αναφέρεται στην υπερβολική τεχνολογική ανάπτυξη που καταστρέφει τις ανθρώπινες αξίες.

Ο φιλόσοφος *Paul Tillich* περιέγραψε το άγχος ως αντίδραση του ατόμου στην απειλή της ανυπαρξίας, αφού έχει συνείδηση του ότι μπορεί να πάψει να υπάρχει είτε με το θάνατο είτε από την απειλή απουσίας νοήματος της ύπαρξης του. Όταν συνειδητοποιήσει την απειλή και τοποθετηθεί απέναντι σε αυτή, ενισχύεται η γνώση του εαυτού του και η αντίληψη ότι είναι μια ύπαρξη που ξεχωρίζει από το τίποτε. Το άγχος μειώνεται όταν το άτομο συνειδητοποιήσει την απειλή και πάρει θέση απέναντι στην απειλή της ανυπαρξίας.

Από θεολογική άποψη και σύμφωνα με τον *Niebuhr*, το άγχος έχει θεωρηθεί ως «η εσωτερική έκφραση του πειρασμού» και ως «εσωτερική προϋπόθεση της αμαρτίας» και πηγάζει από το γεγονός ότι ο άνθρωπος είναι εκτεθειμένος, όπως τα ζώα, στις μεταβολές της φύσης, είναι όμως σε θέση, αντίθετα με τα ζώα, να προβλέπει τους κινδύνους. Παράλληλα, είναι και ελεύθερος και αυτή η δυνατότητα να είναι και ελεύθερος και ανελεύθερος και δεσμευμένος και απεριόριστος είναι η γενεσιουργός αιτία του άγχους.

Ο *Freud* συνδέει ορισμένα σωματικά συμπτώματα με εσωτερικές ψυχολογικές συγκρούσεις του ατόμου ενώ επανέρχεται η ιδέα της ενότητας νου και σώματος. Η συμβολή του *Freud* στην κατανόηση και εξήγηση των ψυχονευρώσεων υπήρξε τεράστια, μέσα από τις οποίες βρέθηκαν οι διάφοροι αμυντικοί μηχανισμοί, η διαμόρφωση των συμπτωμάτων αλλά και οι κανόνες της σχέσης θεραπευτή αρρώστιας που οδήγησαν σε εγνωσμένη τεχνική κατά την ψυχοθεραπεία. (Γραμματικόπουλος 2007:12-14). Εισήγαγε την έννοια του νευρωσικού άγχους, ως το αίσθημα κινδύνου που προέρχεται από ασυνείδητες συγκρούσεις, που περιλαμβάνουν σεξουαλικά και επιθετικά αισθήματα προς τους γονείς στην παιδική ηλικία, τα οποία επισύρουν κίνδυνο ευνουχισμού. Η καταπίεση της σύγκρουσης οδηγεί σε αμυντικούς μηχανισμούς για το χειρισμό του άγχους από το άτομο. Αν οι άμυνες είναι βλαπτικές προκαλούν νευρωσικό άγχος, ενώ αν είναι επωφελείς παράγουν φυσιολογικό άγχος. Ο **Freud** αρχικά πίστευε ότι το άγχος προέρχεται από απελευθέρωση καταπιεσμένων σεξουαλικών τάσεων. (Αλεβίζος 2008:2-13)

Ερευνητές όπως ο *Flunders Dynbar* (1943) και ο *Franz Alexander* (1950) συνδέουν συγκεκριμένες ασθένειες με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Απαρχές της ψυχοσωματικής ιατρικής: η υγεία και η ασθένεια εξαρτάται από ψυχολογικούς παράγοντες.

Ο *Walter Cannon* στην δεκαετία του 20^{ου} πρότεινε την έννοια πρότεινε την έννοια της αντίδρασης έκτακτης ανάγκης πιστεύοντας ότι η ανταπόκριση του <πάλεψε ή φύγε > οφείλεται στο αυτόνομο νευρικό σύστημα που μεσολαβεί.

Ο *P.Pavlov* στις αρχές του 20^{ου} αιώνα έβαζε τις βάσεις για μια άλλη θεώρηση των νευρώσεων αναπτύσσοντας τις θεωρίες της μάθησης (το πείραμα με το σκύλο και την έκκριση σιέλου καθώς άκουγε το κουδούνισμα που συνήθως συνόδευε την παρουσία φαγητού) . Η κυριαρχία των συμπεριφοριστών στην ψυχολογία οδήγησε στο ότι το συναίσθημα με έναν άλλο τρόπο δράσης σε μια ιδιαίτερη κατάσταση , αν και αυτό είναι μια υπεραπλούστευση οδήγησε στην ανάπτυξη της οριακής θεωρίας του άγχους. (Αλεβίζος 2008:2-13)

Ερευνητές όπως ο *Flunders Dynbar* (1943) και ο *Franz Alexander* (1950) συνδέουν συγκεκριμένες ασθένειες με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Απαρχές της ψυχοσωματικής ιατρικής: η υγεία και η ασθένεια εξαρτάται από ψυχολογικούς παράγοντες. Ανάπτυξη βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου θεώρησης της υγείας και της ασθένειας. Η βιοψυχοκοινωνική υπόσταση του ασθενούς αντιμετωπίζεται ως σύνολο. (Παπαδάτου Δ. Αναγνωστόπουλος Φ. 1997:32).

Στην δεκαετία του 20^{ου} ο *Walter Cannon* πρότεινε την έννοια πρότεινε την έννοια της αντίδρασης έκτακτης ανάγκης πιστεύοντας ότι η ανταπόκριση του <πάλεψε ή φύγε > οφείλεται στο αυτόνομο νευρικό σύστημα που μεσολαβεί.

Ο *P.Pavlov* στις αρχές του 20^{ου} αιώνα έβαζε τις βάσεις για μια άλλη θεώρηση των νευρώσεων αναπτύσσοντας τις θεωρίες της μάθησης (το πείραμα με το σκύλο και την έκκριση σιέλου καθώς άκουγε το κουδούνισμα που συνήθως συνόδευε την παρουσία φαγητού) . Η κυριαρχία των συμπεριφοριστών στην ψυχολογία οδήγησε στο ότι το συναίσθημα με έναν άλλο τρόπο δράσης σε μια ιδιαίτερη κατάσταση , αν και αυτό είναι μια υπεραπλούστευση οδήγησε στην ανάπτυξη της οριακής θεωρίας του άγχους (Αλεβίζος 2008:2-13)

2.3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ιστορία της ανθρώπινης ύπαρξης , από τα πρώιμα χρόνια της είναι συνυφασμένη με την παράλληλη ύπαρξη του φόβου, ανησυχίας και άγχους. Σπηλαιογραφίες αποκαλύπτουν ότι η επιβίωση του ανθρώπου εξαρτιόταν άμεσα από τα φυσικά φαινόμενα ανεξήγητα ή απρόβλεπτα ώστε να θεοποιούνται. Οι θυσίες και οι παγανιστικές τελετές προσέφεραν στον άνθρωπο ανακούφιση από την ανησυχία και το άγχος για την καθημερινότητα και την επιβίωση.

Η Ιπποκρατική Ιατρική, Παραδοσιακή Κινέζικη Ιατρική: Υγεία είναι κατάσταση ισορροπίας νου και σώματος, έμφαση στην πρόληψη και στην ικανότητα του οργανισμού να αυτοθεραπεύεται, η ασθένεια είναι πολυπαραγοντική ,συνδέεται με τον τρόπο ζωής του ατόμου καθώς και με συναισθηματικές διαταραχές ή δυσαρμονικές κοινωνικές σχέσεις. (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, Φ. 1997)

Ο Βουδισμός πιο συγκεκριμένα αναφορικά με το άγχος θεωρεί ότι η Νιρβάνα, δηλ, η εκμηδένιση του προσωπικού εγώ και κατάσταση απόλυτης μακαριότητας αποτελεί ύψιστο αγαθό. Με την παθητική αποδοχή της μοίρας το άγχος θα μειωθεί όταν το άτομο περιέλθει σε κατάσταση αδιαφορίας ή ευχαρίστησης στον πόνο. (Αλεβίζος, 2008:1-10,Ρηγάτος 2009:5,51-62.)

Ο Ταοϊσμός προτείνει τη διατήρηση της αρμονίας με το σύμπαν ενώ ο Κομφούκιος διδάσκει ότι οι σοφοί άνδρες είναι ελεύθεροι από αμφιβολίες, οι ενάρετοι από την ανησυχία και οι γενναίοι από το φόβο. Ο άνθρωπος πρέπει απλώς να κάνει το καθήκον του χρησιμοποιώντας θεμιτούς τρόπους και απελευθερώνεται από το άγχος πράττοντας το σωστό.

Για το **χριστιανισμό** η απομάκρυνση από την αμαρτία σημαίνει κατεύθυνση προς το σκοπό της ύπαρξης , η θέωση , και ταυτόχρονα απελευθέρωση από την ανησυχία και το άγχος όπως γράφει ο Μουταβέλης (2006:17-25)

Βυζαντιο: Για αρκετό καιρό όμως η εκκλησία αδιαφορούσε για τις ψυχικές παθήσεις και ταλαντευόταν ανάμεσα στο αν ο τρελός ήταν άγιος ή υποχείριο του διαβόλου (Παπαγεωργίου Β., 2005: 20-36.)

Οι αρχαίοι Έλληνες κάνουν πλήθος σχετικών αναφορών ένα παράδειγμα είναι οι τραγωδίες όπου γίνεται εκτενής αναφορά σε συναισθήματα όπως άγχη, φόβοι , ανησυχίες για το μέλλον και τη διάθεση των θεών πχ η σύγκρουση ανάμεσα στην ευθύνη των πράξεων και της ανάγκης επιλογών.(Μουταβέλης 2006:17-25)

Πριν τη εμφάνιση των ασκληπιείων αναφέρονται τα νοσηλευτήρια με σχετικά οργανωμένη νοσηλεία όπως του Αμφιάραου στον Ωρωπό ενώ ψυχιατρική φροντίδα παρείχαν οι ιερείς του θεού Ασκληπιού στους ναούς θεραπευτήρια τα Ασκληπιεία με τους ιερομνήμονες και τους ζακόρους ή νακόρους. Στην εποχή του *Ιπποκράτη* έχουμε την περιγραφή των βασικών ψυχικών διαταραχών των φρενίτιδων όπως μανία, μελαγχολία, υστερία, άνοια , παράνοια. (Παπαδάτου-Αναγνωστόπουλος, Φ.1997). Σ Το *μεσαίωνα* η ενότητα νου και σώματος με διαστρεβλωμένη μορφή. Δεν λαμβάνεται υπ όψιν το βιολογικό υπόβαθρο της ασθένειας.

Νεότερη Ελλάδα: Οι πρώτες γραπτές αναφορές στη νεότερη Ελλάδα εμφανίστηκαν το 1864 για τα άτομα με ψυχικές παθήσεις από το προσωπικό των φρενοκομείων ή ασύλων τα οποία ανήκαν ως το 1923 στο υπουργείο

εσωτερικών και οι ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίζονταν ως επικίνδυνα άτομα που με τον εγκλεισμό τους στόχευαν στην απαλλαγή της κοινωνίας από το πρόβλημα με συνθήκες άθλιες. Το 1922 έχουμε αύξηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας από κοινωνικές αναταραχές και πληθυσμιακές μετακινήσεις (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου 2005:20-36).

Ιστορικά οι έννοιες της υγείας και της ασθένειας συνδέθηκαν με την υπάρχουσα επικρατούσα αντίληψη για τη σχέση ανάμεσα στο σώμα και το νου:

Αναγέννηση: Οι διανοούμενοι της Αναγέννησης επηρεασμένοι από την κλασική Αρχαιότητα, εστιάζουν στον ίδιο τον άνθρωπο. Προτείνουν τον αυτοέλεγχο, θεωρώντας ότι η ανησυχία και το άγχος προέρχονται από τον ίδιο μας τον εαυτό.

(Μουταβέλης 2006:17-25)

2.4. ΕΙΔΗ ΑΓΧΟΥΣ

2.4.1.φυσιολογικό παθολογικό

Το άγχος είναι μια βασική ανθρώπινη εμπειρία και ενυπάρχει σε όλες τις παθολογικές και μη παθολογικές καταστάσεις. Αντιμετωπίζοντας το νόημα της ύπαρξης του, ο άνθρωπος πορεύεται με το άγχος για να επικρατήσει και να εξασφαλίσει ένα βαθμό αυτονομίας, για να επιτύχει το μέγιστο που είναι ικανός να επιτύχει.

Κατά τον Freud, «το άγχος είναι παρόν πίσω από κάθε σύμπτωμα, αλλά σε κάποιο χρόνο καταλαμβάνει ορμητικά ολόκληρη τη συνείδηση, ενώ άλλοτε κρύβεται τόσο τέλεια, ώστε είμαστε υποχρεωμένοι να μιλάμε για ασυνείδητο άγχος ή, αν επιθυμούμε να έχουμε μια καθαρότερη ψυχολογική συνείδηση, αφού το άγχος είναι σε κάθε στιγμή ένα συναίσθημα, για δυνατότητες άγχους».

Το χρόνιο άγχος είναι επιβλαβές όχι μόνο για την ψυχική αλλά και για τη σωματική υγεία. Η επιβεβαίωση των θεωρητικών αυτών υποθέσεων έχει προέλθει από πλήθος επιδημιολογικών δεδομένων. Μια καλά μεθοδευμένη, προοπτική μελέτη 35.000 ανδρών, οι οποίοι στην έναρξη της δεν είχαν κανένα καρδιαγγειακό νόσημα, έδειξε ότι αυτοί με τα εντονότερα αγχώδη, φοβικά συμπτώματα παρουσίασαν υψηλότερο κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου, λόγω στεφανιαίας νόσου. Ο κίνδυνος αυτός, μάλιστα, ήταν ανεξάρτητος από την ηλικία και τους άλλους γνωστούς παράγοντες κινδύνου στεφανιαίας νόσου. Ακόμη, μια πρόσφατη ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας αναφέρει δέκα προοπτικές μελέτες, οι οποίες καταλήγουν στη σύνδεση άγχους και στεφανιαίας νόσου.

(Αλεβίζος Βασίλειος, 2008:9)

2.5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΓΧΟΥΣ

Το άγχος για να εκδηλωθεί και να αποτελέσει «βίωμα» πρέπει να υπάρξουν ορισμένες αιτίες και πολλές φορές δεν αρκούν μόνο οι αιτίες, αλλά χρειάζεται

να βρουν και το «κατάλληλο έδαφος» ώστε το ζήτημα του άγχους, όπως άλλωστε και κάθε ψυχοπαθολογικού φαινομένου, είναι μια δυναμική σχέση «περιβάλλοντος - εδάφους».

Οι γενεσιουργές αιτίες του άγχους κατατάσσονται:

1. Στις περιπτώσεις που υπάρχει σοβαρή και σαφής κληρονομική επιβάρυνση και έχουμε να κάνουμε με μια συγγενή ιδιοσυστατική αγχώδη προσωπικότητα, οπότε ο ρόλος του περιβάλλοντος είναι μηδαμινός.
2. Στις περιπτώσεις που υπάρχει μια ελλειμματική ενεργειακή συγκρότηση του εγώ, ώστε φυσιολογικές ή λίγο - πολύ έντονες επιδράσεις του περιβάλλοντος να μπορούν να δράσουν παθολογικά πάνω στην προσωπικότητα και να αποτελέσουν το ερέθισμα για την εκδήλωση του άγχους, που υπήρχε μπορεί να πει κανείς σε ετοιμότητα.
3. Στις περιπτώσεις εκείνες που μόνες τους οι εξωτερικές βλαπτικές επιδράσεις είναι σε θέση εξαιτίας της φύσεως τους, της σφοδρότητας τους, της διάρκειας ή της συχνής επαναλήψεως να τροποποιήσουν το έδαφος. (Χριστοφίδης Χ., 1991)

Τα πραγματικά αίτια βέβαια του άγχους είναι τα αδιέξοδα, τα άλυτα προβλήματα, οι ασυνείδητες συγκρούσεις του ατόμου που το πιέζουν, το συνθλίβουν συνεχώς, δεν του αφήνουν περιθώρια για ανώδυνες λύσεις ούτε και του επιτρέπουν άλλες επιλογές. Ουσιαστικά τα άλυτα προβλήματα αποτελούν τον άγνωστο εχθρό ο οποίος δημιουργεί το άγχος.

Συγκρούσεις που σχετίζονται με τις υπερβολικές απαιτήσεις του σύγχρονου ανθρώπου, προβλήματα της καθημερινής ζωής, οικογενειακές εντάσεις, τυφώνες, πλημμύρες, πόλεμοι, οικονομικές δυσκολίες, απώλεια προσφιλών προσώπων, δυστυχήματα που αφήνουν μόνιμες αναπηρίες, αυστηρές τιμωρίες γονέων και εκπαιδευτικών, τα ναρκωτικά και ποικίλες δυσάρεστες εμπειρίες οι οποίες φέρνουν το άτομο αντιμέτωπο με τη συνείδηση του, τις ευθύνες και τις υποχρεώσεις του, όλα αυτά είναι δυνατόν να αποτελέσουν αιτίες άγχους και για τα άτομα που είναι καθόλα υγιή.

Επίσης η αποχώρηση από την επαγγελματική ζωή και γεράματα δεν είναι μόνο στάδια της ζωής, αλλά και καταστάσεων που από την ίδια τους τη φύση, εμφανίζονται σαν αδιαφιλονίκητες αιτίες άγχους. (Γαλανός Γ., 1981)

2.5.1. Οι κοινωνικές αιτίες του άγχους είναι οι εξής:

Οι μετακινήσεις των πληθυσμών σαν αιτία του άγχους.

A. Οι σπουδαστές είναι ένα φαινόμενο μεταπολεμικών χρόνων η μαζική εισροή στις μεγάλες πανεπιστημιούπολεις νέων σπουδαστών. Η απότομη διακοπή των δεσμών και των σχέσεων με το παλιό οικογενειακό, οι οικονομικές δυσκολίες, η ταυτόχρονη εξαντλητική επαγγελματική εργασία, και η φοίτηση αποτελούν κύριες αιτίες εμφάνισης άγχους.

B. Η μετανάστευση πήρε τρομακτικές διαστάσεις στην Ελλάδα τα μεταπολεμικά χρόνια δημιουργεί θύματα με χαρακτηριστικό το άγχος.

Οι κύριες αιτίες που προκαλούν την ποικιλία των αγχωδών στους μετανάστες είναι:

α) Η απότομη απόσπαση από το γνώριμο και φιλικό περιβάλλον και η τοποθέτηση τους μέσα σ' ένα κοινωνικό σύνολο, αφιλόξενο.

β) Η έλλειψη προσαρμογής στην καινούργια ζωή.

γ) Η διάλυση της οικογένειας.

δ) Η υπερκόπωση.

Γ. Προλεταριοποίηση των αγροτών και αστικοποίηση του πληθυσμού.

Η μετάταξη των μαζών από τη μια μορφή της παραγωγής στην άλλη επιβάλλεται κι ένα καινούργιο τρόπο ζωής, που πολλές φορές είτε από μόνος του δημιουργεί αγχώδεις καταστάσεις ή ενεργοποιεί παλιές και αυτό μπορεί αν συμβεί για τους εξής λόγους:

α. Από την απόσπαση από το γνώριμο και φιλικό περιβάλλον της μικρής κοινωνία της επαρχίας.

β. Από το σπάσιμο, παλιών συνηθειών και τον εξαναγκασμό για τη δημιουργία καινούργιων.

γ. Από τις καινούργιες συνθήκες.

δ. Από τις καινούργιες συνθήκες διαβίωσης.

Δ. Κοινωνικές αναταραχές

Η εποχή μας είναι γεμάτη από κοινωνικές αναταραχές, ανακατατάξεις, μεταβολές και οι καταστάσεις αυτές είναι σε θέση η καθεμιά ξεχωριστά ή και όλες μαζί που σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό γίνονται αισθητές να εκθρέψουν το άγχος.

Κυριότερες αιτίες του άγχους είναι η αβεβαιότητα για το άμεσο, απότερο μέλλον.

Ε. Κλωνισμός της κοινωνικής θέσης της επαγγελματικής θέσης και της επιστημονικής καριέρας. Όταν οι περιστάσεις κλονίζουν ανεπανόρθωτα την καριέρα τότε εμφανίζονται αγχώδεις συνδρομές. Στην εμφάνιση ή όχι του άγχους, στο βάθος της διαταραχής, στη διάρκεια και την αποδρομή της, αποφασιστικό ρόλο διαδραματίζει η προσωπικότητα, η ηλικία.

Ζ. Κλωνισμός της ηθικής προσωπικότητας.

Κάθε κατάσταση που απειλεί στα θεμέλια της την ηθική προσωπικότητα γεννά άγχος.

Τέτοιες καταστάσεις μπορεί να προκύψουν:

- όταν υπάρχει κίνδυνος και απειλή από την αποκάλυψη ενός προσωπικού μυστικού.

- Όταν καταστροφές κάθε είδους καταρακώνουν κάθε ηθική αξία του ανθρώπου.
- Η υποψία, αποκάλυψη ή αδυναμία αποσείσεως μιας βαριάς κατηγορίας, κατηγορίες για χρηματισμός κ.τ.λ.

Όλα τα συμπτώματα και οι αρρώστιες επηρεάζονται από τα συναισθήματα μας και την πνευματική μας κατάσταση σε αρκετά μεγάλο βαθμό.

Τα σωματικά συμπτώματα μπορούν να κάνουν το άγχος να χειροτερέψει και οι σωματικές παθήσεις που προκαλούνται ή επιδεινώνονται από ψυχολογικούς παράγοντες, είναι γνωστές ως «ψυχοσωματικές» διαταραχές.

Συχνά είναι απλές προειδοποιήσεις ότι το άτομο έχει πιεστεί πέρα από το όριο τα αντοχής του στο στρες και το σώμα του λέει να μειώσει τους ρυθμούς του. Αν ο άνθρωπος υπό πίεση καταφύγει στο ποτό ή στο κάπνισμα, αυτό μπορεί να τον οδηγήσει σε αντικοινωνική και απαράδεκτη συμπεριφορά, με μακροχρόνιες σωματικές συνέπειες.

2.6. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα του στρες, τα οποία πιθανότατα συνδέονται με υπερβολικά επίπεδα στρες στην καθημερινή ζωή είναι τα εξής:

2.6.1.Συμπτώματα συμπεριφοράς.

- Υπερβολικό φαγητό και παχυσαρκία.
- Χάσιμο όρεξης και ανορεξία.
- Αύξηση καπνίσματος.
- Αύξηση λήψης αλκοόλ.
- Αύξηση κατανάλωσης καφεΐνης.
- Αύξηση ή πρώτη εμφάνιση κατάχρησης ουσιών.
- Διαρκής ευερεθιστότητα με τους άλλους.
- Δυσκολία λήψης αποφάσεων.
- Καταπιεσμένος θυμός.
- Δυσκολία συγκέντρωσης.
- Απώλεια της αίσθησης του χιούμορ.
- Παράνοια.
- Αίσθηση απώλειας του ελέγχου.
- Αίσθηση ανικανότητας να ανταπεξέλθει.
- Ανικανότητα να τελειώσει μια δουλειά πριν καταπιαστείς με μια άλλη.
- Ανάγκη να κλάψει για το παραμικρό.
- Έλλειψη ενδιαφέροντος για χόμπι μετά τη δουλειά.
- Διαρκής κούραση και εξάντληση.
- Αίσθηση κούρασης, ακόμα και μετά, από μια ολόκληρη νύχτα ύπνου.
- Μειωμένη σεξουαλική επιθυμία.

2.6.2. Σωματικά συμπτώματα.

- Πόνος στο στήθος.
- Ταχυπαλμία.
- Ημικρανίες.
- Πονοκέφαλοι.
- Δυσπεψία.
- Ναυτίες.
- Καούρες.
- Χάσιμο όρεξης.
- Διάρροια.
- Δυσκοιλιότητα.
- Μετεωρισμός.
- Κράμπες στο στομάχι.
- Τρόμος και ταραχή.
- Λιποθυμικά επεισόδια.
- Νευρικά τικ.
- Χτύπημα ποδιού.
- Φάγωμα νυχιών.
- Γενική ανησυχία.
- Αϋπνία και άλλες διαταραχές του ύπνου .
- Πονοκέφαλοι έντασης.
- Μυϊκές κράμπες και σπασμοί.
- Πόνος στο σβέρκο.
- Πόνος στην πλάτη.
- Ρευματοειδής αρθρίτιδα.
- Εμφάνιση ή επιδείνωση εκζέματος
- Εμφάνιση ή επιδείνωση ψωρίασης.
- Υπερέκκριση ιδρώτα σε φυσιολογικές θερμοκρασίες.
- Επιδείνωση φαλάκρας.
- Κρύα δάχτυλα χεριών και ποδιών.
- Περιορισμένη λίμπιντο.
- Στειρότητα.
- Ακαταστασία περιόδου.
- Ανοργασμία.
- Πρόωρη εκσπερμάτωση.
- Ανικανότητα.
- Απώλεια βάρους.
- Συχνή διούρηση.
- Επιδείνωση άσθματος.
- Συχνά κρυολογήματα και γρίπη.
- Φυματίωση και άλλες αρρώστιες.
- Κνησμό.

2.7. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Η χρόνια έκθεση του οργανισμού στο άγχος είναι φυσικό να προκαλέσει φθορές. Μια καρδιά που λειτουργεί συνέχεια σε υψηλές συχνότητες, χωρίς σωματικό λόγο, είναι αναμενόμενο να εμφανίσει νωρίτερα από το αναμενόμενο προβλήματα. Το ίδιο συμβαίνει και με τα άλλα όργανα, που ελέγχονται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Ο οργανισμός των ανθρώπων που παρουσιάζουν αγχώδη διαταραχή πλημμυρίζεται συχνά από κατεχολαμίνες (αδρεναλίνη και νοραδρεναλίνη). Η αρτηριακή πίεση αυξάνεται, χωρίς να μπορεί να εκτονωθεί από μια μυϊκή άσκηση, δηλαδή μια αντίδραση πάλης ή φυγής. Έτσι, μακροχρόνια προκαλούνται αλλοιώσεις, τόσο στα αγγεία όσο και στα όργανα που αυτά αρδεύουν.

Όσον αφορά ειδικά στην καρδιά, οι κατεχολαμίνες προκαλούν σύσπαση των στεφανιαίων αγγείων και αύξηση της δραστηριότητας των αιμοπεταλίων, παράγοντες που ευνοούν την αρτηριοσκλήρυνση. Επιπλέον, η αύξηση της καρδιακής συχνότητας αυξάνει την ηλεκτρική αστάθεια και επομένως μπορεί να οδηγήσει σε αρρυθμίες και σε αιφνίδιο θάνατο.

Το γαστρεντερικό σύστημα είναι ίσως το πλέον ευαίσθητο στις επιπτώσεις του άγχους. Ψυχικές καταστάσεις, όπως φόβος, θυμός και λύπη, προκαλούν αύξηση του περισταλισμού του εντέρου και της αιμάτωσης του βλεννογόνου. Το γνωστό σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου αποτελεί για τους γαστρεντερολόγους μια «λειτουργική» κλινική οντότητα, δηλαδή η ύπαρξη της αποδίδεται ουσιαστικά σε ψυχολογικούς παράγοντες. Άλλωστε, το 40% ή 80% των ασθενών με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου αναφέρουν ότι η ψυχιατρική τους συμπτωματολογία προϋπήρχε της ανάδυσης των συμπτωμάτων από το γαστρεντερικό σύστημα. (Αλεβίζος, 2008:233)

2.7.1 Οργανικές συνέπειες

Οι βασικές επιπτώσεις, όπως είδαμε, της αντίδρασης με στρες στο σώμα μας προέρχονται από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα και τα επινεφρίδια, που λειτουργούν υπό τον έλεγχο του εγκεφάλου. Οι συνέπειες είναι οι εξής:

- Η υψηλή διανοητική εγρήγορση επιτρέπει την ταχύτερη διαδικασία σκέψης.
- Οι κόρες διαστέλλονται για να βελτιώσουν την όραση.
- Το δέρμα γίνεται ευαίσθητο στην αφή.
- Η ακοή γίνεται οξύτερη.
- Η όσφρηση γίνεται πιο ευαίσθητη.
- Η σιελόρροια μειώνεται, κάνοντας το στόμα να στεγνώσει.
- Η καρδιά χτυπάει γρηγορότερα και πιο δυνατά, δημιουργώντας μερικές φορές ταχυπαλμία.
- Η κυκλοφορία του αίματος αυξάνεται, παρέχοντας οξυγόνο σε όλα τα μέρη του σώματος.
- Οι αναπνευστικές οδοί ανοίγουν έτσι ώστε οι πνεύμονες παίρνουν περισσότερο αέρα και η αναπνοή γίνεται γρηγορότερη και βαθύτερη.

- Τα αποθέματα γλυκόζης και λίπους στο συκώτι και στα λιπώδη κύτταρα του σώματος διαλύονται και διοχετεύονται στην κυκλοφορία του αίματος για να χρησιμοποιηθούν ως επιπλέον ενέργεια.
- Το πεπτικό σύστημα επιβραδύνει τη λειτουργία του και η παροχή επιπλέον αίματος στο έντερο διακόπτεται.
- Η σπλήνα αποδεσμεύει ερυθρά αιμοσφαίρια στην κυκλοφορία του αίματος, για να μεταφέρουν περισσότερο οξυγόνο σ ολόκληρο το σώμα.
- Λευκά αιμοσφαίρια αποδεσμεύονται στην κυκλοφορία του αίματος για να καταπολεμήσουν τις μολύνσεις ή τις φλεγμονές.
- Τα νεφρά παράγουν λιγότερα ούρα για να διατηρήσουν τον όγκο υγρών που κυκλοφορούν στο σώμα, επιτρέποντας έτσι στην πίεση του αίματος να διατηρηθεί σε υψηλό επίπεδο.
- Τα επινεφρίδια αποδεσμεύουν, σταδιακά και σε παρατεταμένη βάση, νοραδρεναλίνη και αδρεναλίνη.
- Η πήκτική ικανότητα του αίματος αυξάνεται για να προληφθεί η υπερβολική αιμορραγία σε περίπτωση τραύματος.
- Το απόθεμα ενέργειας στα άκρα αυξάνεται για να μπορούν να λειτουργούν πιο έντονα και για περισσότερη ώρα.
- Η ροή αίματος στο δέρμα περιορίζεται και το δέρμα ιδρώνει για να μειώσει τη θερμοκρασία του σώματος όσο κρατάει η παρατεταμένη δραστηριότητα των μυών. (Αλεβίζος, 2008:213-214)

Οποιαδήποτε αντίδραση του σώματος στο στρες είναι χρήσιμη και προετοιμάζει το σώμα να απαντήσει στις προκλήσεις που αντιμετωπίζει είτε με μαχητικό τρόπο είτε με στρατηγική αποχώρηση. Αυτή η αντίδραση μάχης ή υποχώρησης συντελείται στο επίπεδο του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Δηλαδή δεν οφείλεται σε ειδική μας συνειδητή θέληση μέσω του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Στην πορεία αυτής της αντίδρασης συμβαίνουν στο σώμα μια σειρά φαινόμενα , από τα οποία το καθένα έχει συγκεκριμένο ρόλο στην προετοιμασία του οργανισμού μας για να ανταποκριθεί στην πρόκληση, το πρόβλημα είναι, ότι το καθένα από τα φαινόμενα αυτά μπορεί να προκαλέσει βλάβη στον οργανισμό εάν συνεχιστεί για πολύ.

Την ώθηση της ενέργειας προκαλούν τα ακόλουθα αποτελέσματα:

- Έκκριση αδρεναλίνης και παραδρεναλίνης από τα επινεφρίδια στο αίμα.
- Έκκριση των ορμονών του θυρεοειδούς από το θυρεοειδή αδένιο στο αίμα.
- Έκκριση χοληστερόλης από το συκώτι στο αίμα.
- Διαταραχές στη λειτουργία του πεπτικού συστήματος.
- Δερματική αντίδραση.
- Διόγκωση των διόδων αέρα των πνευμόνων.

Βοηθητικά μέσα συγκέντρωσης

- Έκκριση ενδορφινών από τον υποθάλαμο στο αίμα.
- Έκκριση κορτιζόνης από τα επινεφρίδια στο αίμα.

- Οι αισθήσεις οξύνονται και βελτιώνεται η πνευματική επίδοση.
- Η παραγωγή της σεξουαλικής ορμόνης μειώνεται.

Αμυντικές αντιδράσεις

- Τα αιμοφόρα αγγεία συστέλλονται και το αίμα γίνεται παχύρρευστο. (Αλεβίζος, 2008:308-312).

2.7.2. Ψυχολογικές συνέπειες

Ορισμένα επίπεδα του στρες είναι ψυχολογικά ωφέλιμα, όταν όμως υπερβαίνει τα επίπεδα αυτά, απομυζά την ψυχολογική μας ενέργεια, εξασθενίζει τις επιδόσεις μας και συχνά μας κάνει να νιώθουμε άχρηστοι.

Οι τρεις φάσεις στις αντιδράσεις μας,, που αντιμετωπίζουμε είναι οι εξής:

A. Αντίδραση συναγερμού

B. Στάδιο αντίστασης

Γ. Στάδιο εξάντλησης

Λόγω των στενών δεσμών του οργανικού με τον ψυχολογικό παράγοντα, οι οργανικές φάσεις A, B και Γ μπορούν να αντιστοιχηθούν με τις ψυχολογικές φάσεις A, B και Γ για τους περισσότερους ανθρώπους. Όσο περισσότερο εξασθενημένοι νιώθουμε οργανικά εξαιτίας του στρες, τότε περισσότερο εξασθενημένοι ψυχολογικά αισθανόμαστε και το αντίστροφο. Ορισμένα άτομα πέφτουν ψυχολογικά μόλις νιώσουν τα πρώτα σημάδια οργανικής απομύζησης, ενώ άλλα αντιστέκονται.

Σχετικά με τις ωφέλιμες ή επιβλαβείς ψυχολογικές συνέπειες του στρες, οι πρώτες αφορούν μόνο τα αρχικά στάδια της φάσης B, της φάσης της αντίστασης και οι δεύτερες εμφανίζονται από αυτό το σημείο και έπειτα έως τη φάση Γ, τη φάση της εξάντλησης. Οι επιβλαβείς συνέπειες ποικίλλουν από άτομο σε άτομο και έχουν χωριστεί σε γνωστικές, συναισθηματικές και γενικές συμπεριφορικές συνέπειες. (Αλεβίζος, 2008:308-312)

2.7.3. Γνωστικές συνέπειες του άγχους.

- Μειώνεται η διάρκεια της συγκέντρωσης και της προσοχής.
- Αυξάνεται η πιθανότητα διάσπασης της προσοχής.
- Εξασθενούν η βραχυπρόθεσμη και η μακροπρόθεσμη μνήμη.
- Η ταχύτητα αντίδρασης γίνεται απρόβλεπτη.
- Αυξάνεται ο ρυθμός των σφαλμάτων.

Εξασθενούν οι δυνατότητες οργάνωσης και μακροπρόθετου προγραμματισμού.

- Αυξάνονται οι ψευδαισθήσεις και οι διαταραχές της σκέψης.

Οι γενικές συμπεριφορικές συνέπειες του υπερβολικού άγχους είναι οι εξής:

- Μειώνονται τα ενδιαφέροντα αλλά και ο ενθουσιασμός.
- Οι απουσίες αυξάνονται.
- Αυξάνεται η κατάχρηση ουσιών.
- Τα επίπεδα ενέργειας είναι χαμηλά.

- Ο ύπνος διαταράσσεται.
- Αυξάνει η κυνική διάθεση απέναντι στους πελάτες ή τους Συναδέλφους.
- Αναπτύσσεται αδιαφορία για τις νέες πληροφορίες.
- Οι υπευθυνότητες μετατίθενται στους άλλους.
- Τα προβλήματα λύνονται σε όλο και περισσότερο επιφανειακό επίπεδο.
- Εμφανίζονται τύποι «παράδοξης συμπεριφοράς».
- Εμφάνιση απειλών αυτοκτονίας. (Αλεβίζος, 2008:308-312)

2.8. ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

Το άγχος μπορεί να θεωρηθεί ως μια κατάσταση υπερβολικής εγρήγορσης του οργανισμού. Είναι μια αντίδραση του οργανισμού σε απειλητικά ερεθίσματα. Η αντίδραση αυτή καθιστά τον άνθρωπο ικανό να αντιμετωπίσει το απειλητικό ερέθισμα ή να απομακρυνθεί από αυτό.

Η θέα ενός επικίνδυνου ζώου, για παράδειγμα, μπορεί να προκαλέσει ταχυκαρδία δηλαδή να αυξήσει την παροχή του αίματος από την καρδιά. Αυτή αποτελεί μια αντίδραση που ελέγχεται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, το οποίο παράλληλα κατευθύνει το αίμα εκεί όπου περισσότερο χρειάζεται, δηλαδή στον εγκέφαλο, το πρόσωπο και τους μυς. Με την αυξημένη παροχή αίματος, ο εγκέφαλος θα πάρει καλύτερες και ταχύτερες αποφάσεις σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης του κινδύνου. Οι μύες θα μπορέσουν να αποδώσουν περισσότερο, στη μάχη με το ζώο ή στην απομάκρυνση από αυτό. Και, τέλος, η ερυθρότητα του προσώπου, καθώς και το ανατρίχιασμα στο κορμί, που συνήθως προκαλείται από το φόβο, αποτελούν πρωτόγονες αντιδράσεις, που έκαναν τη μορφή του ανθρώπου να φαίνεται πιο απειλητική στον αντίπαλο. Παρόμοιο φαινόμενο παρατηρείται στις γάτες, οι οποίες, όταν απειληθούν, «σηκώνεται το τρίχωμα τους», με αποτέλεσμα να φαίνονται μεγαλύτερες και πιο άγριες.

Βλέπουμε λοιπόν ότι οι αντιδράσεις αυτές έχουν αρχέγονο προγραμματισμό και προκαλούνται στον άνθρωπο σχεδόν αυτόματα, χωρίς ιδιαίτερη σκέψη και λογική επεξεργασία των δεδομένων. Το γεγονός αυτό βοηθούσε στην ταχύτατη προετοιμασία του οργανισμού του ανθρώπου, είτε να παλέψει με τον αντίπαλο είτε να απομακρυνθεί γρήγορα από αυτόν. Η λογική σκέψη είναι εκείνη που τραβά τη σκανδάλη για την αυτονομική αυτή αντίδραση. Είναι δηλαδή εκείνη που συνειδητοποιεί τον κίνδυνο και δίνει εντολή στο αυτόνομο νευρικό σύστημα να προετοιμάσει τον οργανισμό για μάχη ή φυγή. (Αλεβίζος, 2008:231-238)

2.9.ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΓΧΟΥΣ

Από τη στιγμή που δίνεται το σήμα της αγχώδους αντίδρασης, η κατάσταση είναι πλέον δύσκολα ελέγξιμη από τη λογική. Εξαρτάται, σχεδόν αποκλειστικά, από το αυτόνομο νευρικό σύστημα και το οργανικό υπόστρωμα των οργάνων-

στόχων. Αυτό σημαίνει ότι η λογική σκέψη μας δεν μπορεί να ελέγξει το βαθμό της ταχυκαρδίας που θα προκληθεί σε μια δεδομένη αντίδραση ούτε ακόμα και εάν η αντίδραση είναι τόσο έντονη, ώστε να προκληθεί και σπασμός των στεφανιαίων αγγείων του καρδιακού μυός ή έκτακτες καρδιακές συστολές.

Ένας σημαντικός παράγοντας που κάνει την αυτονομική διέγερση να χαρακτηρίζεται παθολογική, είναι το αίσθημα δυσφορίας που αυτή προκαλεί στο άνθρωπο. Έτσι, η υποκειμενική δυσφορία από την υπερβολική ίσως αντίδραση της καρδιάς εξαρτάται τόσο από τις προκληθείσες αντιδράσεις και γενικά την κατάσταση του οργάνου-στόχου, που στην προκειμένη περίπτωση είναι η καρδιά, όσο και από την ετοιμότητα του εγκεφάλου να συνειδητοποιεί τις όποιες διαταραχές στην ομαλή λειτουργία της καρδιάς.

Επομένως, η ταχυκαρδία μπορεί να προκαλέσει αίσθημα καρδιακής δυσφορίας, το οποίο -με τη σειρά του- είναι δυνατόν να προκαλέσει φόβο και επομένως αντίδραση άγχους. Αυτή η ανακύκλωση του άγχους, μερικές φορές, οδηγεί σε εκδήλωση πανικού και αίσθημα επικείμενου θανάτου. (Αλεβίζος, 2008:232)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΣΤΡΕΣ

Η λέξη stress αποτελεί έναν όρο οικουμενικά αποδεκτό. Σύμφωνα με την Παπαδάτου και τον Αναγνωστόπουλο (1997) ορίζεται ως η "αρνητική συναισθηματική εμπειρία και κατάσταση του οργανισμού όταν αντιμετωπίζει μια απροσδόκητη αλλαγή στο εξωτερικό ή εσωτερικό (αλλαγή μέσα στον ίδιο τον οργανισμό) περιβάλλον", (στρεσογόνα γεγονότα ή στρεσογόνος συνθήκη). Η κατάσταση αυτή συνοδεύεται από συγκεκριμένες σωματικές, γνωστικές (τρόπος σκέψης), συναισθηματικές αλλαγές και αλλαγές στη συμπεριφορά (αντιδράσεις) που συμβάλλουν είτε στην αλλαγή του στρεσογόνου ερεθίσματος ή στην προσαρμογή στις επιδράσεις – συνέπειες του. (Κρέπια – Σαπουντζή, 2006:21-22)

Οι Cohen et Kessler (1995:3-26) συνδέουν το stress με τα επιστημονικά πεδία, την επιδημιολογία, τη βιολογία και την ψυχολογία. Σύμφωνα με το επιδημιολογικό μοντέλο αποτελεί το ερέθισμα, τον παράγοντα κινδύνου, με τη βιολογική προσέγγιση είναι η απάντηση σε ένα ερέθισμα με άμεσες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις και με το ψυχολογικό μοντέλο είναι μια υποκειμενική βιωματική κατάσταση, αποτέλεσμα ανισορροπίας μεταξύ περιβαλλοντικών απαιτήσεων και της ικανότητας του ατόμου να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις αυτές.

3.2. ΑΙΤΙΑ - ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ

Διακρίνονται σε 3 βασικές κατηγορίες ανάλογα με:

α) Χρόνια ένταση: Τραυματικά γεγονότα των οποίων η επίδραση παραμένει στο άτομο για πολλά χρόνια. Για παράδειγμα καταστροφικά γεγονότα (σεισμοί, πλημμύρες, πόλεμος, τρομοκρατικές επιθέσεις) που επηρεάζουν μεγάλο αριθμό ατόμων.

β) Γεγονότα ζωής: προσωπικά περιστατικά τα οποία έχουν έντονη επίδραση στο άτομο (θάνατος, απώλεια αλλά και γάμος, γέννηση παιδιού κλπ).

γ) Καθημερινές μικροενοχλήσεις: έλλειψη ικανοποίησης στην εργασία, η καθημερινή μετάβαση στην εργασία, το στρίμωγμα στα λεωφορεία, συνεχής θόρυβος, ατμοσφαιρική ρύπανση.

δ) Εσωτερικά/ ψυχολογικά ερεθίσματα όπως ανία, κούραση.

ε) Αρνητικά ή ανεπιθύμητα γεγονότα.

ζ) Μη ελέγξιμα και μη προβλέψιμα.

η) Χρονιότητα και επανειλημμένη έκθεση μπορεί να το οδηγήσουν σε "μαθημένη αβοηθησία και το άτομο έχει την πεποίθηση πως ότι και να κάνει δεν μπορεί να ελέγξει την έκβαση μιας κατάστασης.

Ως στρεσογόνα ερεθίσματα μπορούν να λειτουργήσουν και φανταστικοί ή υποθετικοί κίνδυνοι. Το σώμα αντιδράει το ίδιο είτε το ερέθισμα είναι πραγματικό είτε φανταστικό. Η αναμονή ενός απειλητικού γεγονότος μπορεί

για το άτομο να είναι τι ίδιο στρεσογόνο με το να το βιώσει, πχ η αναμονή μίας εγχείρησης μπορεί να είναι πολύ πιο στρεσογόνος από την ίδια την εγχείρηση. Περισσότερη σημασία έχει η υποκειμενική αίσθηση του ατόμου ότι μπορεί να ελέγξει την κατάσταση και όχι αν το άτομο πραγματικά έχει τον έλεγχο.

θ) Αμφίσημα γεγονότα: Μη ξεκάθαρες, αντιφατικές καταστάσεις. Για παράδειγμα μη αποσαφήνιση του ρόλου και των αρμοδιοτήτων ενός επαγγελματία στο χώρο της εργασίας του. (Κρέπια – Σαπουντζή, 2006:21-22, Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 1997, Αλεβίζος, 2008:176-180)

3.3. ΘΕΩΡΗΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ

Τα θεωρητικά μοντέλα κατανόησης του στρες, σύμφωνα με την Παπαδάτου και τον Αναγνωστόπουλο (1997) είναι *η αντίδραση επίθεσης ή φυγής του Cannon*. Όταν το άτομο αντιμετωπίζει ένα κίνδυνο, το σώμα αυτόματα μπαίνει σε μία διαδικασία έκτακτης ανάγκης, διεγείρεται και κινητοποιείται μέσω του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και του ενδοκρινικού συστήματος. Η φυσιολογική αυτή αντίδραση προετοιμάζει τον οργανισμό να επιτεθεί στην απειλή ή να αποσυρθεί γρήγορα σε ένα ασφαλές μέρος. Πρόκειται, για μία φυσιολογική αντίδραση προσαρμογής του ανθρώπινου οργανισμού που του επιτρέπει να κινηθεί γρήγορα απέναντι στον κίνδυνο. Ειδικά για τον πρωτόγονο άνθρωπο, λόγω συνθηκών διαβίωσης, η αντίδραση φυγής ή επίθεσης ήταν θέμα επιβίωσης. Σήμερα, ωστόσο, πολύ λίγες από τις στρεσογόνες συνθήκες που μας περιβάλλουν μπορούν να αντιμετωπιστούν με μία τέτοια αντίδραση. Στις περιπτώσεις που το άτομο δεν μπορεί να αντιδράσει με φυγή ή επίθεση, η σωματική διέγερση δεν μπορεί να εκτονωθεί. Η μακροχρόνια έκθεση του οργανισμού σε συνθήκες στρες στις οποίες το άτομο δεν μπορεί να επιτεθεί ή να φύγει δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη προβλημάτων υγείας. (Κρέπια – Σαπουντζή, 2006:48-57, Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. 1997:20-22)

O Hans Selye (1956) παρατήρησε ότι ο ανθρώπινος οργανισμός εκδηλώνει την ίδια στερεότυπη αντίδραση σε στρεσογόνο ερέθισμα: διόγκωση των επινεφριδίων (παραγωγή κορτικοειδών), συρρίκνωση του θύμου αδένου και τον λεμφαδένων, εξέλκωση στομάχου και δωδεκαδάκτυλου. Ανέπτυξε την έννοια του "γενικού συνδρόμου προσαρμογής" που περιλαμβάνει τρεις φάσεις αντίδρασης του οργανισμού στο στρεσογόνο ερέθισμα:

- στάδιο συναγερμού: αναγνώριση κινδύνου και ενεργοποίηση οργανισμού για αντιμετώπιση του. Σώμα σε κατάσταση σοκ.
- στάδιο αντίστασης: οργανισμός έχει φτάσει στο μέγιστο σημείο ετοιμότητας και κάνει προσπάθειες να αντεπεξέλθει στην απειλή, π.χ. επίθεση.

- στάδιο εξουθένωσης : συμβαίνει εάν ο οργανισμός αποτύχει να αντιμετωπίσει τον κίνδυνο και έχει εξαντλήσει τα φυσικά του αποθέματα δύναμης κατά τη διάρκεια αυτής της προσπάθειας.

Η επαναλαμβανόμενη ή μακροχρόνια εξουθένωση, το τρίτο στάδιο του συνδρόμου, προκαλεί φυσιολογικές αλλαγές (βλάβες) που κάνουν πρόσφορο το έδαφος για την εμφάνιση μίας ασθένειας. Οι πρώτες προσπάθειες θεωρητικής προσέγγισης του στρες, μολονότι ημιτελείς, βοήθησαν ιδιαίτερα στην κατανόηση της φυσιολογικής (σωματικής) αντίδρασης που συνδέεται με το στρες. Ο Cannon ασχολήθηκε περισσότερο με την έκκριση κατεχολαμινών (αδρεναλίνης) ως φυσιολογική αντίδραση στο στρες, ενώ ο Selye με την έκκριση κορτικοειδών (κορτιζόνης), με τη μελέτη των ψυχολογικών παραγόντων που σχετίζονται με το στρες ασχολήθηκε ο Lazarus.

Το διαδραστικό μοντέλο (το στρες ως διαδικασία): Σύμφωνα με το διαδραστικό μοντέλο το στρες είναι μία συγκεκριμένη σχέση ανάμεσα στο άτομο και περιβάλλον που εκτιμάται από το άτομο ότι υπερβαίνει τα αποθέματα δύναμης που διαθέτει και βάζει σε κίνδυνο την ευημερία του.

Το διαδραστικό μοντέλο αναφέρεται σε δύο διεργασίες εκτίμησης (πρωτογενής και δευτερογενής εκτίμηση):

-πρωτογενής εκτίμηση: το άτομο εκτιμά το νόημα του γεγονότος. Τα ερεθίσματα μπορεί να εκτιμηθούν ως θετικά, ουδέτερα ή αρνητικά, όσον αφορά στις συνέπειες τους. Όταν το γεγονός γίνεται αντιληπτό ως αρνητικό (ή εν δυνάμει αρνητικό), το άτομο το αξιολογεί με τρεις τρόπους:

α. Ως βλάβη, όταν αφορά μία βλάβη που έχει γίνει ήδη.

β. Ως απειλή, όταν περιλαμβάνει την πιθανότητα μελλοντικής βλάβης για τον ίδιο ή για προσφιλή του πρόσωπα.

γ. Ως πρόκληση, όταν εμπεριέχει την πιθανότητα απόκτησης κάποιου κέρδους ή οφέλους παρά τις αντίξοες συνθήκες που το άτομο είναι πιθανόν να αντιμετωπίσει.

-δευτερογενής εκτίμηση: αφορά την αξιολόγηση των στρατηγικών αντιμετώπισης και των αποθεμάτων που διαθέτει το άτομο για να αντιμετωπίσει και να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις του στρεσογόνου γεγονότος. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης είναι οι προσπάθειες που κάνει το άτομο για να χειριστεί (να ελέγξει, να ανεχτεί, να μειώσει ή να ελαχιστοποιήσει) τις αρνητικές συνέπειες του στρεσογόνου γεγονότος. Μπορεί να είναι συμπεριφορές που υιοθετεί το άτομο ή αλλαγές στον τρόπο σκέψης του. Διακρίνονται σε:

- **στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος:** στοχεύουν στην επίλυση του προβλήματος, την αλλαγή του στρεσογόνου γεγονότος, χαρακτηρίζονται κυρίως από δράση
- **στρατηγικές ρύθμισης της συναισθηματικής κατάστασης:** στοχεύουν στην

αποκατάσταση της εσωτερικής ισορροπίας, στη μείωση της συναισθηματικής φόρτισης του ατόμου απέναντι στην απειλή .

Η δευτερογενής εκτίμηση αλλά και η επιλογή συγκεκριμένων στρατηγικών αντιμετώπισης εξαρτάται :

-Εσωτερικά αποθέματα: περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά προσωπικότητας που επηρεάζουν την αντίδραση στο στρες, όπως, η αρνητική συναισθηματικότητα, η ανθεκτικότητα, η αισιοδοξία και η υποκειμενική αίσθηση του ατόμου ότι μπορεί να ελέγξει τις καταστάσεις.

-Εξωτερικά αποθέματα: χρόνος, χρήμα, κοινωνική υποστήριξη, παράλληλη ύπαρξη άλλων στρεσογόνων γεγονότων στη ζωή του ατόμου τη συγκεκριμένη περίοδο.

Συνοψίζοντας, η υποκειμενική εμπειρία του στρες προκύπτει από ένα συνδυασμό πρωτογενούς και δευτερογενούς εκτίμησης: Αν το άτομο θεωρήσει ένα γεγονός ως έντονα απειλητικό ή επιζήμιο (πρωτογενής εκτίμηση) και εκτιμήσει επιπλέον ότι δεν διαθέτει τις κατάλληλες στρατηγικές, αντιμετώπισης ή τα ανάλογα αποθέματα για να το αντιμετωπίσει (δευτερογενής εκτίμηση) βιώνει υψηλά επίπεδα στρες. Αν πάλι το άτομο εκτιμήσει ένα γεγονός ως απειλητικό αλλά θεωρήσει ότι διαθέτει κατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης ή αποθέματα για να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις του το στρες που βιώνει είναι σε χαμηλά επίπεδα. (Κρέπια – Σαπουντζή, 2006:48-57, Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 1997:23).

3.4. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ

Όταν το άτομο αντιμετωπίζει ένα γεγονός που εκτιμάται ως επιζήμιο δραστηριοποιούνται συγκεκριμένα συστήματα του οργανισμού και αναστέλλεται ή περιορίζεται η λειτουργία άλλων (π.χ. γεννητικό). Το νευρικό σύστημα (κεντρικό και περιφερειακό) κατευθύνει τις αντιδράσεις. Παράλληλα εντείνεται η λειτουργία του μυϊκού συστήματος, καθώς και του κυκλοφορικού και του αναπνευστικού καθώς χρειάζεται αυξημένη παροχή αίματος στους μυς, οξυγόνου και γλυκόζης.

Το μήνυμα του απειλητικού γεγονότος μεταφέρεται από τον εγκεφαλικό φλοιό στον υποθάλαμο ο οποίος ενεργοποιεί δύο επιμέρους συστήματα:

- Το αυτόνομο νευρικό σύστημα (συμπαθητικό) που διεγείρει το μυελό των επινεφριδίων (έκκριση κατεχολαμινών -αδρεναλίνης),
- Τον άξονα υποθάλαμος - υπόφυση - φλοιό των επινεφριδίων (έκκριση κορτικοειδών-κορτιζόνης).

Τα αποτελέσματα είναι:

-Διέγερση συμπαθητικού: αυξημένη αρτηριακή πίεση, αυξημένοι καρδιακοί παλμοί, εφίδρωση, στένωση περιφερειακών αρτηριών.

-Ενεργοποίηση άξονα (HPA): αύξηση της αυξητικής ορμόνης και της προλακτίνης

και των οπιοειδών Β-ενδορφίνη και εγκεφαλίνη. Οι συγκεκριμένες ουσίες είναι πιθανόν να παίζουν κάποιο ρόλο σε ασθένειες του ανοσοποιητικού συστήματος.

3.5. ΣΤΡΕΣ, ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΦΟΒΟΣ

Η λέξη στρες χρησιμοποιείται ως συνώνυμο του άγχους. Στρες εξ ορισμού σημαίνει πίεση απειλή και σε όλες τις περιπτώσεις που ο στρεσογόνος παράγοντας βιώνεται ως απροσδιόριστος, προκαλείται άγχος με επιπτώσεις στο σωματικό συμπεριφορικό και υποκειμενικό επίπεδο. Η λέξη φόβος απαντάται στον Όμηρο με την έννοια της φυγής, της τροπής σε φυγή ενόπιον του εχθρού, αλλά περιλαμβάνει και τις εξωτερικές αντιδράσεις του ατόμου στο φόβο και αυτό καθαυτό το συναίσθημα του φόβου. Στην ελληνική μυθολογία, ο Φόβος μαζί με το Δείμο αναφέρονται ως παιδιά του θεού Άρη και προσωποποιούν τη φυγή και τον τρόμο μπροστά στον εχθρό. Φαίνεται λοιπόν ότι η λέξη έμεινε αναλλοίωτη μέσα στους αιώνες, γιατί εκφράζει το ίδιο καθολικό συναίσθημα του φόβου έως σήμερα. (Αλεβίζος, 2008:29-31)

Η διάκριση μεταξύ φόβου και άγχους αναδύθηκε τυχαία, όταν ο πρώτος Βρετανός μεταφραστής του Freud, στα τέλη του περασμένου αιώνα, δυσκολεύτηκε να αποδώσει το γερμανικό όρο angst (=φόβος) μόνο ως fear, γιατί ο Freud αρκετές φορές τον χρησιμοποιούσε με την έννοια ενός συναισθήματος φόβου, αλλά χωρίς τη δυνατότητα φυγής, που εκλύεται μάλλον από μη συγκεκριμένες καταστάσεις ή από μια διάχυτη ανησυχία για το μέλλον και κυρίως από συμβολικές απειλές.⁷ Όπως όμως αναφέρει ο Barlow (1988:8-10), όταν η ανησυχία είχε συγκεκριμένο αντικείμενο, ο Freud είχε την τάση να χρησιμοποιεί τη λέξη furch (φόβος). Έτσι, ο Βρετανός μεταφραστής διατήρησε τη λέξη fear (=φόβος) για το συναίσθημα που εκλύεται όταν απειλείται κανείς από συγκεκριμένα αντικείμενα ή καταστάσεις και εισήγαγε τον όρο anxiety=άγχος, για το ίδιο συναίσθημα, αλλά όταν αυτό εκλύεται από πιο γενικές καταστάσεις ή από εσωτερικές «συγκρούσεις». Αυτή πάντως η διάκριση είναι δύσκολο να γίνεται στην κλινική πράξη, επειδή ο φόβος μπορεί να οφείλεται και σε ασυνείδητα, απωθημένα εσωτερικά αντικείμενα που, όμως, μεταθέτονται σε αντικείμενα του εξωτερικού κόσμου. Μερικοί ερευνητές θεωρούν το φόβο και το άγχος ταυτόσημα συναισθήματα ενώ άλλοι δυο διαφορετικά μεταξύ τους συναισθήματα. Για παράδειγμα, ο Murray υποστηρίζει ότι φόβος και άγχος αποτελούν την ίδια διάσταση της προσωπικότητας, Αντίθετα, οι Watson και Clark (1984:465-490) επίσης συμπεραίνουν ότι ο φόβος και το άγχος φαίνεται να είναι διαφορετικά μεταξύ τους συναισθήματα. Στο ICD-10, επίσης, ενώ αναφέρονται «διαταραχές φοβικού άγχους», στη συνέχεια αναγράφεται «το φοβικό άγχος, από πλευράς βιωματικών και φυσιολογικών αντιδράσεων, καθώς και αντιδράσεων συμπεριφοράς, δεν διακρίνεται από άλλα είδη άγχους και μπορεί να ποικίλλει σε βαρύτητα από ελαφρά ανησυχία μέχρι το συναίσθημα του έντονου τρόμου».

Ο Barlow(1988:8-10) προσδιόρισε το φόβο ως ένα βασικό συναίσθημα που βοηθάει στην επιβίωση με τη φυγή. Είτε ήπιος είτε έντονος (πανικός), είναι μια παροδική, σχετικά αυτόματη, συναισθηματική αντίδραση, που προκαλείται από

μια ποικιλία αντιληπτών κινδύνων, λογικών ή παράλογων. Το άγχος το θεωρεί ως ανησυχία για το μέλλον, με μια διάχυτη γνωσιο-συναισθηματική δομή και με χαρακτηριστικά που περιλαμβάνουν χρόνια υπερεγρήγορη και μια αίσθηση απρόβλεπτης ή και μη ελεγχόμενης κατάστασης. Ισχυρίζεται ότι η διαφορά μεταξύ φόβου και άγχους πρέπει να αναζητηθεί στην παρουσία του γνωσιο-συναισθηματικού στοιχείου στο άγχος, στην τάση του για χρονιότητα και στο συναισθηματικό πυρήνα του άγχους. Θεωρεί ουσιαστική συναισθηματική παράμετρο του άγχους την αίσθηση της απώλειας του ελέγχου των κρίσιμων γεγονότων του εσωτερικού ή εξωτερικού περιβάλλοντος. Ανάμεσα σε αυτά τα χαρακτηριστικά είναι και το συναίσθημα του φόβου καθαυτό. Αυτό σημαίνει ότι όταν η εμπειρία του φόβου είναι μη αναμενόμενη και απρόβλεπτη, μπορεί να προκαλέσει άγχος.

Συμπερασματικά, ο φόβος και το άγχος αναφέρονται στη βιβλιογραφία άλλοτε ως παρόμοια και άλλοτε ως διαφορετικά συναισθήματα, με αρκετούς ερευνητές να αποφεύγουν να κάνουν οποιαδήποτε διάκριση. Στην κλινική πράξη, σήμερα, αρκετοί ερευνητές τείνουν να θεωρούν το φόβο και το άγχος ως τις δύο όψεις του ίδιου συναισθήματος. Και για μεν το φόβο δέχονται ως βασικό χαρακτηριστικό τη συμπεριφορά αποφυγής και την ύπαρξη συγκεκριμένων καταστάσεων που τον εκλύουν, ενώ για το άγχος θεωρούν ουσιαστικό χαρακτηριστικό μια ακαθόριστη απειλή, από την οποία το άτομο δεν μπορεί να διαφύγει. Έτσι, το άγχος από κλινικής πλευράς έχει μάλλον την τάση να θεωρείται ότι διαρκεί περισσότερο, ότι είναι δηλαδή χρόνια. (Αλεβίζος, 2008:29-31)

3.5.1. Συναίσθημα και φόβος

Σχετικά με το ερώτημα τι γεννιέται πρώτο, το συναίσθημα του φόβου ή οι ψυχοφυσιολογικές μεταβολές, πολλές θεωρίες έχουν προσπαθήσει να χαρτογραφήσουν την αλυσίδα των γεγονότων που συνδέονται με την εμπειρία ενός συναισθήματος, αλλά στο κύριο μέρος τους όλες εμπίπτουν σε μια από τις εξής δύο κατηγορίες: (α) Ένα ερέθισμα προκαλεί συναίσθημα, το οποίο με τη σειρά του παράγει μια συμπεριφορά (β) Ένα ερέθισμα προκαλεί μια συμπεριφορά, η οποία με τη σειρά της προκαλεί ένα συναίσθημα.

Ο William James, ο φιλόσοφος-φυσιολόγος του Harvard, πίστευε ότι οι ψυχοφυσιολογικές μεταβολές προηγούνται δηλαδή τα αισθητήρια όργανα και ο εγκέφαλος αντιλαμβάνονται τον κίνδυνο με αποτέλεσμα ταχυπαλμία, επιτάχυνση του ρυθμού της αναπνοής και η σύσπαση των μυών ακολουθούν και μόνο τότε το άτομο βιώνει το φόβο, επειδή αναγνωρίζει τις σωματικές μεταβολές που σηματοδοτούν τον κίνδυνο.

Έχει σημασία ποιο από τα δύο προηγείται γιατί αν προηγούνται οι σωματικές μεταβολές, τότε η αναστολή τους θα είχε ως αποτέλεσμα να μειωθεί ή να εξαφανιστεί και ο φόβος. Σε κάποιο βαθμό αυτό επιτεύχθηκε, παρέχοντας κάποια στήριξη στη θεωρία των James και Lange. Έτσι, χορηγήθηκαν ουσίες που αναστέλλουν την ταχυπαλμία σε ασθενείς με άγχος, με αποτέλεσμα να

μειωθεί η ένταση του άγχους. Το γαλακτικό οξύ, μια ουσία που εκλύει άγχος, προκάλεσε επίσης άγχος, ιδιαίτερα σε άτομα με αγχώδη προδιάθεση. Περαιτέρω υποστήριξη της θεωρίας των James και Lange προέρχεται από το εύρημα ότι ορισμένα άτομα παραλύουν από τη μέση και κάτω όταν βιώσουν έντονο φόβο («παρέλυσε από το φόβο του»). Αν η θεωρία των James και Lange είναι σωστή, τότε θα πρέπει τα άτομα με υψηλά επίπεδα άγχους ή με φοβίες να έχουν ασυνήθιστα ενεργοποιημένο αυτόνομο νευρικό σύστημα. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι αυτό ισχύει. Το 1937, ερευνητές ανέφεραν ότι ασθενείς με αγχώδεις καταστάσεις εμφάνιζαν ταχύτερο καρδιακό ρυθμό σε σύγκριση με φυσιολογικά άτομα, ακόμα κι όταν δεν είχαν άγχος γιατί απλά τα αγχώδη άτομα είναι πιο ευαίσθητα στις φυσιολογικές αντιδράσεις και όταν εμφανιστούν οι ψυχοφυσιολογικές αντιδράσεις, τα αγχώδη άτομα χρειάζονται περισσότερο χρόνο από τα φυσιολογικά για να επανέλθουν στην αρχική ήρεμη κατάσταση. Συμπερασματικά, και κατά τη θεωρία των James και Lange, οι ερευνητές θα πρέπει να αποδείξουν ότι η επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού, του ρυθμού της αναπνοής και οι άλλες ψυχοφυσιολογικές μεταβολές προηγούνται σταθερά της υποκειμενικής κατάστασης του άγχους, σε αντίθεση με την πιθανότητα οι ψυχοφυσιολογικές αντιδράσεις του φόβου να είναι πράγματι επακόλουθα του υψηλού επιπέδου του άγχους. Οι ενδείξεις παραμένουν αλληλοσυγκρουόμενες.

Στη δεκαετία του '60 προστέθηκε και η γνωσιακή άποψη, που αντιπροσωπεύεται από τη θεωρία των Schachter και Singer. Κατά την άποψη τους, ένα σπλαγχνικό ερέθισμα χρησιμεύει ως σήμα για να πυροδοτήσει τη συναισθηματική συμπεριφορά, αλλά εξαρτάται από τη γνωσιακή αξιολόγηση του φλοιού να καθορίσει το είδος της συναισθηματικής αντίδρασης που είναι κατάλληλο για τις περιβαλλοντικές συνθήκες. Με άλλα λόγια, υποστηρίζουν ότι η ίδια σπλαγχνική αντίδραση μπορεί να προκαλέσει διαφορετικά συναισθήματα ανάλογα με τις περιβαλλοντικές συνθήκες. Η συναισθηματική αντίδραση σε μια φοβογόνο κατάσταση εξαρτάται από την ερμηνεία αυτής της κατάστασης από το άτομο. (Αλεβίζος, 2008:32 Panksepp J, 1998:206-222)

3.5.2. Φυσιολογία και νευροχημεία του φόβου

Το σύστημα φόβου μπορεί να ενεργοποιηθεί από διάφορα γεγονότα του εξωτερικού ή του εσωτερικού κόσμου μας. Εξωτερικά ερεθίσματα που προκαλούσαν σταθερά φόβο σε ένα είδος, ανέπτυξαν εξελκτικά την ικανότητα να διεγείρουν το κύκλωμα φόβου χωρίς την άμεση παρέμβαση της μάθησης (έμφυτοι φόβοι) ενώ υπάρχουν και οι φόβοι που μπορούν να αποκτηθούν κατά την διάρκεια της ζωής. Αυτά συνήθως πυροδοτούνται από ειδικά εξωτερικά γεγονότα που συνδυάζονται με πόνο ή με άλλα φοβογόνα ερεθίσματα, αλλά είναι σημαντικό να θυμάται κανείς ότι συναισθήματα φόβου μπορούν επίσης να αναδυθούν απλά από εσωτερικά δυναμικά του εγκεφάλου. Εσωτερικά ερεθίσματα που μπορεί να διεγείρουν το κύκλωμα του φόβου ποικίλλουν, από επιληπτικές εκφορτίσεις στο μεταιχμιακό σύστημα έως συνειδητές ή ασυνείδητες μνήμες παλαιότερων γεγονότων. Αν και ένα νευρικό κύκλωμα που

αναπτύσσεται μεταξύ κεντρικής αμυγδαλής και του μεσεγκεφάλου έχει τώρα σχεδόν καθιερωθεί ως το κύριο κύκλωμα φόβου, είναι πιθανό να υπάρχουν πολλά νευρωνικά κυκλώματα που μπορούν επίσης να μας κάνουν να φοβηθούμε. Επιπλέον, κάποιες πεποιθήσεις ενδυναμώνουν και εξογκώνουν το φόβο. Εμπειρικά, ο φόβος είναι μια αποστροφική κατάσταση του νευρικού συστήματος χαρακτηριζόμενη από έντονη ανησυχία, γενική νευρικότητα και ένταση, που ειδοποιούν τον οργανισμό ότι απειλείται η ασφάλεια του. Αυτή η κατάσταση συνοδεύεται από ειδική εγρήγορση του αυτόνομου νευρικού συστήματος και της συμπεριφοράς. Με το φόβο έχουν στενά συνδεθεί η αντίδραση αιφνιδιασμού και η αντίδραση στον πόνο. (Αλεβίζος, 2008:37 Panksepp J,1998:206-222)

Τα φοβογόνα ερεθίσματα απελευθερώνουν από την υπόφυση την αδρενοκορτικοτρόπο ορμόνη ACTH, η οποία, με τη σειρά της, απελευθερώνει στεροειδείς ορμόνες από το φλοιό των επινεφριδίων. Οι ορμόνες αυτές φτάνουν στον εγκέφαλο και βοηθούν τον οργανισμό να χειριστεί το στρες, αλλά αν αυτό παρατείνεται, οι ορμόνες αρχίζουν να προκαλούν παθολογικά επακόλουθα, τα οποία επηρεάζουν τις γνωστικές λειτουργίες ή ακόμη προκαλούν δυσλειτουργία του εγκεφάλου. Αυτή η ονομαζόμενη αντίδραση στο στρες είναι ευρέως διαδεδομένη στα θηλαστικά, αλλά συμβαίνει και σε άλλα σπονδυλωτά. Οι σωματικές αντιδράσεις δεν είναι άσκοπες, αλλά παίζουν η κάθε μια σημαντικό και παρόμοιο ρόλο στη συναισθηματική αντίδραση και στις σωματικές λειτουργίες στα διάφορα είδη ζώων. Η νευροχημεία που ελέγχει αυτό το συναισθηματικό σύστημα περιλαμβάνει διεγερτικά αμινοξέα, όπως γλουταμίνη, και μια ποικιλία από άλλα νευροπεπτίδια, καθένα από τα οποία μπορεί τελικά να υποκινεί λίγο διαφορετικό είδος φόβου, π.χ. φόβο πόνου, ύψους, αρπακτικού κ.ά. Τα ελάσσονα ηρεμιστικά, όπως οι βενζοδιαζεπίνες, δρουν μειώνοντας εν μέρει τη δραστηριότητα αυτού του συστήματος μέσω της ανασταλτικής δράσης του GABA. Άλλα αγχολυτικά, όπως η βουσπιρόνη, ελαττώνουν το άγχος με διαφορετικούς τρόπους, όπως με τροποποίηση της ευαισθησίας του εγκεφάλου στη σεροτονίνη. Νέες ουσίες, όπως π.χ. αυτές που αναστέλλουν τη χολοκυστοκινίνη και τους υποδοχείς άλλων νευροπεπτιδίων, καθώς και άλλες ουσίες που διεγείρουν το νευροπεπτίδιο Υ και το σύστημα κυτταροκίνης, υπόσχονται μια νέα γενιά αγχολυτικών φαρμάκων. Άλλες ουσίες προσφέρουν επίσης νέες γνώσεις για το σύστημα του φόβου. (Αλεβίζος, 2008:57 Panksepp J,1998:206-222).

3.5.3. Φόβος και πόνος

Εκτός από τις διάφορες μορφές του άγχους, υπάρχουν αρκετοί άλλοι τύποι αποστροφικών συναισθημάτων, όπως η πείνα, η δίψα και άλλες σωματικές ανάγκες, τα οποία διαμορφώνουν την ένταση του φόβου. είναι ενδιαφέρον να δούμε το ρόλο του πόνου στη γένεση του άγχους, αφού αυτός ήταν ο παραδοσιακός τρόπος δημιουργίας μαθημένου φόβου στα ζώα. Τα ζώα μαθαίνουν εύκολα να διαφεύγουν και να αποφεύγουν μέρη όπου είχαν τραυματιστεί.

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι τα συστήματα πόνου και φόβου μπορούν να διαχωριστούν, αν και αλληλεπιδρούν σε πολλές περιοχές στον εγκέφαλο (λ.χ. στην αμυγδαλή). Ίσως, σαφέστερες ενδείξεις για το διαχωρισμό των συμπεριφορών που προσομοιάζουν με το φόβο στα ζώα και στους ανθρώπους να μην είναι τόσο εύκολο να προκύψουν από ερεθισμό του θαλαμονωτιαίου δεματίου του πόνου. Μόνο στο επίπεδο του μεσεγκεφάλου, όπου το κλασικό σύστημα του πόνου δίσταται στο δικτυωτό σχηματισμό, τοπικός ηλεκτρικός ερεθισμός αρχίζει να προκαλεί τέτοιες συμπεριφορές, όπως κινητική αναστολή (πάγωμα) και φυγή. επιπλέον, άτομα που δέχθηκαν ερεθισμούς σε αυτές τις περιοχές ανέφεραν φόβο αλλά όχι πόνο, ενώ τα ζώα παρουσιάζουν φυγή χωρίς φωνητικές εκφράσεις πόνου. επίσης, τομές σε εγκεφαλικές περιοχές που περιλαμβάνουν το κύκλωμα του φόβου δεν επηρεάζουν τον ουδό του πόνου στα ζώα. Έτσι, ακόμα και αν τα συστήματα του πόνου στέλνουν ώσεις σε περιοχές του εγκεφάλου που εξυπηρετούν το φόβο, ιδιαίτερα στην περιοχή PAG (περί τον υδραγωγό φαιά ουσία) του μεσεγκεφάλου, ηλεκτρική ενεργοποίηση του συστήματος φόβου δεν φαίνεται να εκλύει εύκολα την αίσθηση του πόνου στους ανθρώπους, αλλά ούτε και στα ζώα. είναι επίσης φανερό ότι το σύστημα του φόβου ελέγχει την ευαισθησία στον πόνο. Είναι συχνή η παρατήρηση ότι άνθρωποι και ζώα δεν εστιάζουν στο σωματικό τραυματισμό τους όταν είναι τρομαγμένα και παρουσιάζουν αναλγησία, τουλάχιστον εν μέρει, από τον έντονο φόβο, μέσω της διέγερσης ανασταλτικών νευρωνικών οδών, όπως της σεροτονίνης και των ενδογενών οπιοειδών, κοντά στην περιοχή PAG του μεσεγκεφάλου. (Panksepp J,1998:206-222)

3.6. ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Ενώ ο φόβος είναι μέρος της ζωής μας, ο υπερβολικός ή ο ακατάλληλος φόβος συμβάλλει σε πολλά ψυχιατρικά προβλήματα. Το άγχος, ένας εκκολαπτόμενος φόβος για το τι μπορεί να συμβεί, ήταν το επίκεντρο της ψυχαναλυτικής θεωρίας του Freud. Οι φοβίες είναι υπερβολικοί ειδικοί φόβοι. Φοβικά αντικείμενα (φίδια, αράχνες, ύψη, ανοικτοί χώροι, κοινωνικές καταστάσεις) φυσιολογικά φοβίζουν, αλλά όχι στο βαθμό που φοβίζουν τα φοβικά άτομα. Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή συχνά περιλαμβάνει έντονους φόβους, π.χ. στα μικρόβια, και οι ασθενείς καταφεύγουν σε αναγκαστικές τελετουργίες για να αποτρέψουν τη φοβογόνο κατάσταση ή να απελευθερωθούν από το φοβογόνο αντικείμενο που συνάντησαν. Η διαταραχή πανικού περιλαμβάνει την ταχύτατη εμφάνιση ενός πλήθους σωματικών συμπτωμάτων και συχνά τον ανυπόφορο φόβο του επερχόμενου θανάτου. Η διαταραχή μετατραυματικού στρες συμβαίνει συχνά στους βετεράνους του πολέμου, οι οποίοι αντιμετωπίζουν έντονες ψυχοπιεστικές καταστάσεις και ένα ερέθισμα που μοιάζει με αυτό του πεδίου της μάχης, που τους κάνει να αναβιώσουν το φόβο της μάχης. Τα αστραπόβροντα και ο ήχος του απότομου φρεναρίσματος ενός αυτοκινήτου είναι επίσης κοινά παραδείγματα. Αλλά η PTSD συμβαίνει και μετά από

πολλές άλλες ψυχοτραυματικές καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένων των σωματικών και σεξουαλικών κακοποιήσεων. Είναι φανερό ότι ο φόβος είναι ένα κεντρικό συναίσθημα στην ψυχοπαθολογία. (Αλεβίζος, 2008:48-50).

3.7. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΑΓΧΟΥΣ

Πολλά διαγνωστικά εργαλεία για την ανίχνευση του άγχους έχουν δημιουργηθεί και αναπτυχθεί διεθνώς, η πλειονότητα των οποίων όμως είναι για νέους και ενήλικες πληθυσμούς. Τα εργαλεία αυτά διαχωρίζονται σε αυτό-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια και σε ερωτηματολόγια τα οποία συμπληρώνονται μετά από συνέντευξη με ιατρούς. Ορισμένα από τα ήδη υπάρχοντα ερωτηματολόγια για ενήλικες διαφοροποιήθηκαν για χρήση σε ηλικιωμένους ασθενείς, ενώ πολύ λίγα ερωτηματολόγια σχεδιάστηκαν ειδικά για χρήση σε ηλικιωμένες πληθυσμιακές ομάδες.

Σε μια μελέτη αξιολόγησης διάφορων σύντομων ψυχιατρικών διαγνωστικών εργαλείων για την ανίχνευση ασθενών με αγχώδεις διαταραχές και ή μείζων κατάθλιψη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, βρέθηκε το ερωτηματολόγιο **Beck Anxiety Inventory** να έχει σχετικά φτωχή προγνωστική ικανότητα Το **Beck Anxiety Inventory** έχει διεθνώς χρησιμοποιηθεί για την ανίχνευση του άγχους. (Γραμματικόπουλος, 2007:20-22).

Το BAI περιλαμβάνει 21 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής για την μέτρηση του επιπέδου του άγχους την τελευταία εβδομάδα που εκφράζονται με κοινά συμπτώματα του άγχους, υπάρχουν 4 πιθανές επιλογές.(καθόλου, ήπια, συχνά, σπάνια)Θεωρείται χρήσιμο στην κρίση πανικού, στους Adolescents και στους ηλικιωμένους. Έχει επίπεδο βαθμολογίας από 0-63 (Leyfer et al.2006:444-458, Osman et al., 2002:33-47) (Το ερωτηματολόγιο **Hospital Anxiety and Depression Scale** ενώ σχεδιάστηκε ειδικά για την ανίχνευση του άγχους και της κατάθλιψης, βρέθηκε ότι έχει φτωχά αποτελέσματα (χαμηλή ευαισθησία και ειδικότητα) στην ανίχνευση του άγχους σε ηλικιωμένους ασθενείς. (Γραμματικόπουλος, 2007:20-22). Η κλίμακα του **Hospital Anxiety and Depression Scale** χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στο John Hopkins Hospital το 1982, για την μέτρηση του υψηλού άγχους κυρίως κατά την παραμονή στο νοσοκομείο,(Snait R.Phillips 2010).

Το ερωτηματολόγιο **Goldberg Anxiety and Depression Scale** αποτυγχάνει να απεικονίσει την σωματική φύση ορισμένων εκδηλώσεων με αγχώδεις διαταραχές. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την επικάλυψη πολλές φορές των σωματικών συμπτωμάτων. (Γραμματικόπουλος, 2007:20-22).

ενώ το ερωτηματολόγιο **Center for Epidemiological Studies Depression Scale** να είναι χρήσιμο στην ανίχνευση της ψυχοπαθολογίας, αλλά όχι ιδιαίτερα ειδικό για την κατάθλιψη. Επίσης βρέθηκε ότι το ερωτηματολόγιο **Autonomic Nervous system Questionnaire** για την ανίχνευση της διαταραχής πανικού είναι αρκετά αξιόπιστο, ενώ το ερωτηματολόγιο **Social Phobia Questionnaire** για την κοινωνική φοβία είναι λογικά ευαίσθητο και ειδικό. Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι οι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας υγείας χρειάζονται

αποτελεσματικότερες μεθόδους για την αναγνώριση ασθενών με ψυχιατρικές διαταραχές. (Γραμματικόπουλος, 2007:20-22).

Παράλληλα γίνεται ευρεία συζήτηση στην διεθνή βιβλιογραφία για την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων από αυτό-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια όπως είναι το ερωτηματολόγιο **State – Trate Anxiety Inventory** σε σχέση με τα ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται από κλινικούς ιατρούς, όπως είναι το ερωτηματολόγιο **Hamilton Anxiety Rating Scale** το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως και σε μελέτες με ηλικιωμένους ασθενείς, αλλά έχει αμφισβητηθεί λόγω του ότι στηρίζεται κυρίως σε σωματικά συμπτώματα. Επίσης μια σύντομη έκδοση (4-ερωτήσεις) του ερωτηματολογίου **Anxiety Disorder Scale** που ονομάστηκε FEAR, προτάθηκε για την ανίχνευση της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής σε ηλικιωμένους, χωρίς όμως να έχει μελετηθεί ξεχωριστά από την ADS. Πρόσφατα αναπτύχθηκε ένα ερωτηματολόγιο με την ονομασία **Geriatric Anxiety Inventory** ειδικά διαμορφωμένο για την ανίχνευση του άγχους και των αγχωδών διαταραχών σε ηλικιωμένους, το οποίο θα μετράει δυσδιάστατα το άγχος σε φυσιολογικά ηλικιωμένα άτομα αλλά και σε ηλικιωμένους με ψυχιατρικά προβλήματα που παρουσιάζονται σε διάφορες υπηρεσίες υγείας. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτό-συμπληρούμενο ή διαχειριζόμενο από νοσηλεύτες, το οποίο αποτελείται από 20 ερωτήσεις, αλλά δεν έχει εφαρμοσθεί ευρέως (Γραμματικόπουλος, 2007:20-22) Επίσης αναφέρεται στη βιβλιογραφία η χρήση του **Zung Self-Rating Anxiety Scale** Η SAS αποτελεί κλίμακα αυτοαναφοράς 20 θεμάτων. Κάθε ερώτηση έχει κλίμακα βασισμένη το 1 ως το 4 βασισμένη στις απαντήσεις λίγο ,πολύ,αρκετά , πάρα πολύ (βαθμολογία 20-44 φυσιολογικό ,45-59 ήπιο,60-74 αρκετό,75-80 πολύ άγχος). (Zung WW et al 1990:77-80, Zung WW, 1971:371-379, Zung WW, 1987:13-14).

Το **Yale –Brown Obsessive –compulsive Scale** είναι ένα τεστ to rate the severity of obsessive – compulsive disorder symptoms .Η χρήση του αναφέρεται στην κλινική έρευνα και πρακτική και βελτίωση κατά την διάρκεια της θεραπείας .This scale which measures obsessions separately from compulsions ,specificallymeasures the severity of symptoms of obsessive compulsive disorder without being biased towards the type of obsessions or compulsions present. It is a 10 item scale apo to 0-4 (ανευ συμπτωμάτων ή extreme συμπτώματα). Πρόκειται για ερωτήσεις από το amount της ώρας που ο ασθενής spends on obsessions ,τον έλεγχο στις σκέψεις ,και ανάλογα προτείνεται η επαγγελματική βοήθεια.η κλίμακα κυμαίνεται από: 0-7,8-15ήπια,16-23 moderate,24-31 severe,32-40extreme (Rosario C. et al., 2006:495-504, Granaat Sl. et al., 2010, www.wikipedia.Org/wiki/Diagnostic_classification_and_rating_scales_used_in_psychiatry.)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Το άγχος είναι μια κατάσταση που προκαλεί διαταραχές στη ζωή του ατόμου, στα παιδιά και τους εφήβους καθώς δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν όλο το ψυχικό δυναμικό τους για να αποκτήσουν κοινωνικές δεξιότητες στην διαχείρισή του, στις γυναίκες όπου η ψυχοπαθολογία του έχει σημαντικά μεγαλύτερη εκπροσώπηση από τους άνδρες, στους ηλικιωμένους που παρουσιάζουν συμπτωματολογία σε συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές ή σωματικές παθήσεις. (Αλεβίζος, 2008:212-214).

Ο ρόλος της οικογένειας είναι καθοριστικός παράγοντας αφού η δυσλειτουργία της επηρεάζει την ψυχολογική υγεία των μελών της. Άλλη κοινωνική ομάδα ιδιαίτερα επιρρεπής στο άγχος είναι οι μετανάστες. Γίνεται επίσης αναφορά στην σχέση άγχους και σωματικών νόσων.

4.2. ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ

Τα μικρά παιδιά συχνά αισθάνονται άγχος και ανησυχούν για πολλούς λόγους αλλά σε μικρότερο και άλλα σε μεγαλύτερο βαθμό και ένταση. Από την άλλη μεριά, βέβαια, το άγχος, μέχρις ενός σημείου, μπορεί να θεωρηθεί ως μια αντίδραση του ατόμου, η οποία δεν είναι απαραίτητα παθολογική οπότε έχουμε και την εκδήλωση ψυχοσωματικών προβλημάτων.

Πολλά παιδικά άγχη είναι όχι μόνο αρκετά συχνά, αλλά και παίζουν έναν προσαρμοστικό ρόλο για την ανάπτυξη των παιδιών, σηματοδοτώντας την αναγκαιότητα για δράση και για εξασφάλιση ασφάλειας, αποκτούν το χαρακτήρα συμπτώματος όταν εμποδίζουν ή περιορίζουν την εξελικτικά προσαρμοστική συμπεριφορά του παιδιού.

Μεγάλη σημασία έχει επίσης αν το παιδί επανέρχεται στη φυσιολογική του κατάσταση χωρίς να παρουσιάζει εκδηλώσεις άγχους, όταν συμβεί απομάκρυνση της κατάστασης κινδύνου όπως αντιδρά στο άγχος αποχωρισμού όταν είναι μακριά από τη μητέρα του. Είναι όμως παθολογικό να διατηρείται το άγχος για μακρό διάστημα μετά την επάνοδο της μητέρας του και την προσφορά της κατάλληλης φροντίδας από αυτήν.

Πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη η προσαρμοστική ικανότητα του παιδιού καθώς και το εξελικτικό του επίπεδο, για να αξιολογηθούν αν οι εκδηλώσεις άγχους είναι φυσιολογικές ή παθολογικές.

Σημαντικότερες πηγές του άγχους:

- Η απομάκρυνση από τους γονείς σε παιδιά προσχολικής ηλικίας.

• Η ανάγκη του παιδιού να ενσωματωθεί με επιτυχία στην ομάδα των συνομηλίκων καθώς αυξάνουν οι ακαδημαϊκές απαιτήσεις και οι κοινωνικές πιέσεις

• Πιθανό να υιοθετούν ή να φορτώνονται τις ανησυχίες των γονιών τους με αποτέλεσμα να αγχώνονται εξίσου.

• Η ασθένεια ή ένα διαζύγιο.

Οι γονείς σε διάσταση ή με διαζύγιο σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να ωθούν τα παιδιά τους να διαλέξουν τη μια ή την άλλη πλευρά ή να κάνουν αρνητικά σχόλια ο ένας για τον άλλο γονιό.

• Η παιδική κακοποίηση.

(Μουταβέλης Α., 2006:17-25., Fontana D. 1993:52-57)

Τόσο το άγχος όσο και ο φόβος συνοδεύονται από μια μεγάλη ποικιλία ψυχοφυσιολογικών και σωματικών εκδηλώσεων από όλα τα συστήματα: καρδιαγγειακό (ταχυκαρδία κ.ά.), αναπνευστικό (λαχάνιασμα κ.ά.), δέρμα (εφίδρωση κ.ά.), μυοσκελετικό (τρόμος, μυϊκή τάση κ.ά.), πεπτικό (διάρροιες κ.ά.), καθώς και άλλες αντιδράσεις με ενστικτώδη χαρακτήρα, οι οποίες έχουν ως στόχο την αποφυγή της απειλής της σωματικής ακεραιότητας, π.χ. τρέξιμο, σήκωμα χεριών.

Δεν πρέπει να συγχέονται σύμφωνα με τον Αλεβίζο (2008), με τις νευρωτικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας που είναι οι πιο συνήθεις διαταραχές άγχους παιδικής ηλικία οι οποίες συμπεριλαμβάνουν το άγχος, και άλλες διαταραχές όπως καταθλιπτικές, υστερικές, ψυχαναγκαστικές διαταραχές, οι οποίες διαφοροποιούνται από τις διαταραχές διαγωγής και τις ψυχωσικές διαταραχές. Οι αγχώδεις διαταραχές γενικά παρουσιάζουν μια μεγάλη ποικιλία από συμπτώματα. Επιπλέον, χρειάζεται να αναφερθεί ότι τα παιδιά δεν συνειδητοποιούν το άγχος, τους όταν διάφοροι ασυνείδητοι φόβοι τους μπορεί να τα κατακλύζουν. Το αποτέλεσμα όμως είναι ότι συχνά τα παιδιά μπορεί να παρουσιάζουν κλάμα και να προσκολλώνται στους γονείς τους.

Στην εφηβεία οι απαιτήσεις και τα άγχη αυξάνονται. Είναι σημαντικό οι έφηβοι να μάθουν τρόπους χειρισμού των καταστάσεων που τους προκαλούν στρές και έτσι να αποκτήσουν ικανότητες που θα τους βοηθούν να το καταπολεμούν. Μερικές από τις καταστάσεις που μπορεί να είναι πηγή στρές για τους εφήβους είναι οι ακόλουθες:

- Σχολικές υποχρεώσεις και απογοητεύσεις.
- Αρνητικές σκέψεις και αισθήματα.
- Αλλαγές της σωματικής εικόνας.
- Προβλήματα με τους φίλους τους.
- Περιβάλλον που δεν τους δίνει αίσθημα ασφάλειας.
- Χωρισμός ή διαζύγιο.
- Χρόνια ασθένεια ή προβλήματα στην οικογένεια.
- Θάνατος.

- Μετακόμιση ή αλλαγή σχολείου.
- Συμμετοχή σε περισσότερες δραστηριότητες από αυτές που μπορούν να κάνουν.
- Οι υψηλές προσδοκίες.
- Οικογενειακά-οικονομικά προβλήματα .

(Χαλκιοπούλου, 1990:34)

Τόσο στην παιδική όσο και στην εφηβική ηλικία οι σημαντικότερες διαταραχές σύμφωνα με τους Bernstein et al., (1996:110-119) που προκαλούν άγχος είναι (α) η διαταραχή γενικευμένου άγχους, (β) η κοινωνική φοβία και (γ) η διαταραχή άγχους αποχωρισμού.

Διαταραχή γενικευμένου άγχους

Τα παιδιά με τη διαταραχή γενικευμένου άγχους (ή την υπεραγχώδη διαταραχή της παιδικής ηλικίας) είναι υπερβολικά ανήσυχα και αγχώδη σχετικά με το κάθε τι, όλη την ημέρα. Έχουν ανησυχία για τη σχολική τους εργασία και το πόσο τα καταφέρνουν, έχουν ανησυχία για τα σπορ, αν θα κάνουν πράγματα στην ώρα τους ή ακόμη και για επικείμενες φυσικές καταστροφές, π.χ. σεισμούς, θεομηνίες. Το άγχος είναι επίμονο, ακόμη και όταν το παιδί δεν υφίσταται καμία κριτική και τα καταφέρνει γενικά καλά στη ζωή του, στο σχολείο του, στις σχέσεις με τους φίλους του. Εξαιτίας του υπερβολικού άγχους τους, τα παιδιά αυτά είναι συνήθως τελειοθηρικά και παράλληλα, εμφανίζουν έλλειψη εμπιστοσύνης στον εαυτό τους. Συνήθως επιδιώκουν να επιβεβαιώνονται συνεχώς από το περιβάλλον τους και έχουν μια μεγάλη αγωνία για να είναι αποδεκτά από τους άλλους, τα ίδια όσο και οι πράξεις τους. Οι έφηβοι που παρουσιάζουν αυτή τη διαταραχή είναι συνήθως αβέβαιοι για τον εαυτό τους και τις σωματικές τους λειτουργίες και κυριαρχούνται από συναισθήματα γενικευμένης ανησυχίας. Υπολογίζεται ότι περίπου 50% των ενηλίκων που έχουν αίτημα για θεραπεία, αναφέρουν ότι τα συμπτώματά τους άρχισαν στην παιδική τους ηλικία. Δεν είναι όμως γνωστό πόσα από τα παιδιά με αυτά τα συμπτώματα τα διατηρούν και στην ενήλικη ζωή.

Κοινωνική φοβία

Παιδιά που παρουσιάζουν κοινωνική φοβία έχουν έναν επίμονο αόριστο φόβο (άγχος) ότι θα αισθανθούν αμήχανα και «άβολα» όταν εκτεθούν σε κοινωνικές καταστάσεις, όπως όταν λένε το μάθημα τους στην τάξη ή όταν εμπλέκονται σε μια συζήτηση σε κοινωνικές συναναστροφές ή όταν γράφουν εξετάσεις. Τα συναισθήματα άγχους σε αυτές τις καταστάσεις εκφράζονται με ταχυπαλμία, εφίδρωση, τρόμο, ερυθρότητα προσώπου, διάρροια και άλλες ψυχοφυσιολογικές αντιδράσεις. Σε μερικές περιπτώσεις επισυμβαίνει μια γενικευμένη αντίδραση πανικού, ενώ σε άλλες περιπτώσεις τα συμπτώματα είναι ηπιότερα. Τα μικρά παιδιά δεν είναι συνήθως σε θέση να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και τους φόβους τους. Άλλα κλαίει εύκολα, είναι πολύ δειλά όταν εκτίθενται σε διάφορες κοινωνικές καταστάσεις και είναι στην κυριολεξία «κολλημένα» στους γονείς τους ή τους ενηλίκους που τα

φροντίζουν. Αποφεύγουν επίσης να βγουν έξω ή να εκτεθούν σε άγνωστες σε αυτά κοινωνικές καταστάσεις και παραμένουν κοντά στους ενηλίκους που γνωρίζουν καλά. Η πρόοδος τους στο σχολείο δεν είναι καθόλου καλή, μπορεί να αποφεύγουν τελείως το σχολείο και γενικά αποφεύγουν να έρχονται σε επαφή με συνομήλικα παιδιά. Συχνά σκέφτονται για ημέρες και μηρυκάζουν την ανησυχία και τους φόβους τους σχετικά με μια κοινωνική κατάσταση στην οποία πρόκειται να εκτεθούν, με αποτέλεσμα να παραβλάπτεται η καθημερινή τους δραστηριότητα, όπως π.χ. να μην πηγαίνουν στο σχολείο. Η διαταραχή αυτή είναι πιο συνηθισμένη στα κορίτσια. Διάφορα γεγονότα ζωής μπορεί να είναι επιβεβαιωτικά και καθησυχαστικά για το παιδί ή, αντίθετα, να οδηγούν σε επιδείνωση των συμπτωμάτων του.

Διαταραχή άγχους αποχωρισμού

θεωρείται ότι το άγχος αποχωρισμού είναι φυσιολογικό στη βρεφική ηλικία και μέχρι την ηλικία των 2-3 ετών, με τις προϋποθέσεις που έχουν αναφερθεί. Τα συμπτώματα της εν λόγω διαταραχή κυμαίνονται από αυτά της προσδοκώμενης ή επικείμενης ανησυχίας μέχρι και σε μια πλήρη αντίδραση διαταραχής πανικού . (Bernstein et al.,1996:110-119)

4.3. ΑΓΧΟΣ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ

Σύμφωνα με τον Αλεβίζο, (2008) το άγχος ως βιωματικό φαινόμενο, παρουσιάζει σημαντικές ιδιαιτερότητες στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες οι αγχώδεις διαταραχές έχουν σημαντικά μεγαλύτερη εκπροσώπηση στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες, όπως άλλωστε συμβαίνει και με αρκετά παραδείγματα στην ψυχοπαθολογία. Οι γυναίκες εκδηλώνουν συχνότερα παθολογικό άγχος, καταναλώνουν διπλάσια ποσότητα αγχολυτικών φαρμάκων, έχουν 3-4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν απλή φοβία, παθαίνουν 2-3 φορές συχνότερα πανικό με αγοραφοβία, εμφανίζουν 2-3 φορές συχνότερα μετατραυματική διαταραχή και μόνο στην κοινωνική φοβία τα ποσοστά προσεγγίζουν, καθώς ξεπερνούν τους άνδρες μόνο κατά μισή φορά.

Η μελέτη αυτής της ασυμμετρίας των διαταραχών σε σχέση με το φύλο είναι διπλά χρήσιμη. Αφενός, μπορεί να βοηθήσει στη διευκρίνιση ειδικών ψυχολογικών και βιολογικών μηχανισμών που εμπλέκονται στην παθολογία του άγχους και, αφετέρου, μας αναγκάζει να εστιάσουμε στις βιολογικές και ψυχοκοινωνικές ιδιαιτερότητες της γυναικείας φύσης στη σύγχρονη κοινωνία και να δώσουμε την απαραίτητη προσοχή, τόσο στις ειδικές ανάγκες όσο και στις θεραπευτικές απαιτήσεις που δημιουργούν αυτές οι ιδιαιτερότητες.

Οι γυναίκες εμφανίζουν διακυμάνσεις του άγχους σε σχέση με τον κύκλο τους (ακόμη και αν αυτό δεν τους προκαλεί δυσλειτουργία, ώστε να χαρακτηριστεί – «διαταραχή»), παρουσιάζουν ειδικές καταστάσεις άγχους που σχετίζονται με τη γονιμότητα, την κύηση και τη λοχεία και εκδηλώνουν αγχώδη σύνδρομο που σχετίζονται με ψυχοβιολογικές μεταβολές φάσεων της ζωής, όπως η εμμηναρχή και η εμμηνόπαυση. Τέτοιες καταστάσεις δημιουργούν διαγνωστικά και θε-

ραπευτικά διλήμματα, που πολλές φορές είναι κρίσιμα και πειστικά, απαιτούν ειδικές γνώσεις και ανταποκρίνονται σε ειδικούς θεραπευτικούς χειρισμούς. Επιπλέον, ποικίλες κοινωνικές και πολιτισμικές συνιστώσες τροποποιούν τον ιδιαίτερο τρόπο με τον οποίο οι γυναίκες αντιμετωπίζουν το άγχος και τις αγχώδεις διαταραχές, τόσο σε ενδοψυχικό όσο και σε διαπροσωπικό επίπεδο. Για παράδειγμα, οι γυναίκες, παγκοσμίως, σωματοποιούν τα ψυχολογικά συμπτώματα σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από τους άνδρες και το γεγονός αυτό έχει επιπτώσεις τόσο στη χρήση όσο και στη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα. Αν και στο δυτικό κόσμο οι γυναίκες κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σε ορισμένες αναπτυσσόμενες χώρες (αλλά και σε εθνικές μειονότητες μέσα στις πιο αναπτυγμένες χώρες) η χρήση υπηρεσιών υγείας από γυναίκες υπολείπεται σημαντικά σε σχέση με τους άνδρες. Το άγχος και τα ψυχοσωματικά συμπτώματα

Στις μέρες μας, ο παραδοσιακός ρόλος της γυναίκας που έμενε στο σπίτι, φέροντας την ευθύνη των οικιακών εργασιών και της ανατροφής των παιδιών και ήταν εξαρτημένη οικονομικά και κοινωνικά από τον άνδρα (πατέρα ή σύζυγο), έχει δραστικά αλλάξει. Τα φεμινιστικά κινήματα, που επισήμαναν την κοινωνική υποτέλεια αυτού του ρόλου, πρωτοστάτησαν στην προσπάθεια για την ανατροπή του. Στις σημερινές δυτικές κοινωνίες ο γάμος δεν αποτελεί πια μονόδρομο για τη γυναίκα, η οποία έχει αναλάβει σημαντική κοινωνική δράση και συμμετέχει, έξω από το σπίτι, στην παραγωγή και στην οικονομία.

Ωστόσο, σε αυτή τη νέα κοινωνική τοποθέτηση η γυναίκα καλείται να ισορροπήσει πολυάριθμους και απαιτητικούς ρόλους. Φαίνεται ότι στη μεγάλη πλειονότητα δεν έχει αποποιηθεί πλήρως τους παλιούς ρόλους- αντίθετα, έχει προσθέσει και άλλους. Στον επαγγελματικό της ρόλο, θέτοντας πια και εκείνη υψηλούς στόχους για την επίτευξη μιας επιτυχημένης καριέρας, κατατρέχετε από άγχος ανάλογο, αν όχι μεγαλύτερο, από αυτό των ανδρών, λόγω των πολλαπλών ευθυνών και της συνεχιζόμενης προκατάληψης για τις ικανότητες των γυναικών, ειδικά για υψηλές επαγγελματικές θέσεις. Ο ερωτικός τομέας ασκεί μια επιπλέον πίεση. Σε μια εποχή σεξουαλικής και «αισθησιακής» υπερπροσφοράς και εξιδανίκευσης της νεανικότητας και της αισθητικής τελειότητας, η γυναίκα αισθάνεται εντονότερη την πίεση να ανταποκριθεί σε υψηλές απαιτήσεις, οι οποίες συχνά της επιτείνουν το άγχος. Παράλληλα, η έκφραση της σεξουαλικότητας της δοκιμάζεται. Στις γυναίκες, αυτή η έκφραση συνυφαίνεται συνήθως περισσότερο με ανάγκη για συναισθηματική συναλλαγή, στο πλαίσιο μιας σχέσης, σε αντίθεση με τον άνδρα, όπου η σεξουαλική έκφραση συνδέεται συχνά με επιβεβαίωση της ταυτότητας του φύλου. Καθώς η σταθερότητα ενός τέτοιου δεσμού στις μέρες μας όλο και περισσότερο μειώνεται, η ανασφάλεια της γυναίκας, ως προς την κάλυψη των συναισθηματικών της αναγκών, αυξάνεται. Στο πλαίσιο του ρόλου της ως συντρόφου, συχνά προβάλλονται επάνω της μητρικές ανάγκες για κατανόηση, υποστήριξη και τρυφερότητα, η ικανοποίηση των οποίων συχνά συνοδεύεται

από άγχος. Στις σημερινές πυρηνικές δυτικές οικογένειες (όπως άλλωστε και σε άλλα κοινωνικοπολιτισμικά συστήματα, ανεξάρτητα από τη χρονική ή γεωγραφική τους εντόπιση) και παρά την τεράστια ποικιλότητα στους λοιπούς ρόλους μεταξύ ανδρών και γυναικών, ο ρόλος της γυναίκας ως μητέρας παραμένει κεντρικός. Ο συνδυασμός αυτού του ρόλου με τις διευρυμένες επαγγελματικές υποχρεώσεις οδηγεί συχνά τις γυναίκες να γίνονται μητέρες σε μεγαλύτερη ηλικία, κάτι που διευκολύνεται και από τις νέες αναπαραγωγικές τεχνολογίες, με σημαντικότατο αντίτιμο σε άγχος. Επιπλέον, η κοινωνική απαίτηση για το «τέλειο παιδί», όπως τη βιώνουν πολλές μητέρες, επιτείνει το φορτίο του άγχους που συνοδεύει τη μητρότητα.

Το πρότυπο για τον άνδρα στις σημερινές «προηγμένες» κοινωνίες μοιάζει να είναι μια γυναίκα έξυπνη και επαγγελματικά επιτυχημένη, η οποία δεν εξαρτάται οικονομικά από αυτόν, αλλά, αντίθετα, συνεισφέρει σημαντικά στον οικονομικό οικογενειακό προγραμματισμό. Η γυναίκα αυτή διατηρεί παράλληλα το «γυναικείο» της ρόλο, χωρίς να ανταγωνίζεται το σύντροφο της στα δικά του επαγγελματικά επιτεύγματα. Διατηρεί τη θηλυκότητα της και είναι ελκυστική και ερωτικά διαθέσιμη. Είναι τρυφερή και με κατανόηση απέναντι του, ενώ παράλληλα είναι ικανή και δοτική μητέρα για τα παιδιά τους. Σε αυτή την κοινωνική μετάβαση από τον «παραδοσιακό» ρόλο στο σύγχρονο πρότυπο της «απελευθερωμένης» γυναίκας (ενώ, ταυτόχρονα, ο ανδρικός κοινωνικός ρόλος παράμενε, σχετικά αμετάβλητος) δεν είναι τυχαία η πρόκληση έντονου άγχους στη γυναίκα αλλά και σύγχυσης στον άνδρα-σύντροφό της, που δυσκολεύεται να την παρακολουθήσει στις διαρκείς προσπάθειες εξισορρόπησης των πολυποίκιλων ρόλων της. (Αλεβίζος, 2008:186-188)

4.4 ΑΓΧΟΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΝΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΦΥ

Κατά τον Γραμματικόπουλο, (2007) η συχνότητα και η κλινική συμπτωματολογία των αγχωδών διαταραχών σε ηλικιωμένα άτομα εμφανίζεται σχετικά μειωμένη και ηπιότερη σε σχέση με νεότερης ηλικίας άτομα. Εντούτοις, η αγχώδης συμπτωματολογία είναι αρκετά συχνή σε άτομα της τρίτης ηλικίας, κυρίως σε συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές ή σωματικές παθήσεις. Ακόμη, πρέπει να επισημανθεί ότι συχνά τα ψυχοσωματικά συμπτώματα στους ηλικιωμένους υποδιαγιγνώσκονται, υποθεραπεύονται και επηρεάζουν αρνητικά τόσο την ποιότητα ζωής όσο και την πρόγνωση της συνολικής νοσηρότητας-θνησιμότητας του ατόμου.

Ο συνολικός επιπολασμός των διαταραχών σε ηλικιωμένους ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών, έχει εκτιμηθεί από διάφορες επιδημιολογικές μελέτες, με αποτελέσματα που κυμαίνονται από 0,9% έως 15%. Η διακύμανση αυτή είναι πιθανή λόγω της χρήσης διαφορετικών διαγνωστικών εργαλείων και διαφορετικών διαγνωστικών αλγορίθμων.

Το άγχος και ο επιπολασμός των αγχωδών συμπτωμάτων σε ηλικιωμένους παρόλο που ιστορικά υπάρχουν διαφορούμενες απόψεις, φαίνεται ότι μειώνεται

καθώς αυξάνει η ηλικία. Η παρατήρηση αυτή έχει οδηγήσει σε ανησυχίες ότι οι επιδημιολογικές μελέτες μπορεί να έχουν συστηματικά λάθη στην διάγνωση σε ηλικιωμένους, σε σχέση με νέους ενήλικες και ακόμη ότι τα διαγνωστικά κριτήρια για ορισμένες από τις αγχώδεις διαταραχές έχουν αλλάξει στα τελευταία 20 χρόνια. Το άγχος παραμένει ένα από τα πιο κοινά ψυχιατρικά προβλήματα που βιώνουν ηλικιωμένα άτομα. Οι αγχώδεις διαταραχές στους ηλικιωμένους φαίνεται να παραμένουν υπο-διαγνωσμένες και υπο-θεραπευόμενες από τους επαγγελματίες υγείας, παρά την συνεισφορά τους στην αυξημένη νοσηρότητα, την απώλεια λειτουργικότητας και την φτωχότερη ποιότητα ζωής.

Αν και οι αγχώδεις διαταραχές είναι πιο συχνές σε ηλικιωμένα άτομα με χρόνιες παθήσεις, παραμένουν όμως λιγότερο καλά μελετημένες από ότι άλλες διαταραχές όπως είναι η κατάθλιψη και η άνοια. Σε μια μελέτη ηλικιωμένων Ελλήνων μεταναστών στην Αυστραλία σε σύγκριση με Άγγλο-Αυστραλούς, παρατηρήθηκε ότι παρουσιάζονται αυξημένα ποσοστά άγχους, χωρίς όμως να έχουν βρεθεί στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες που να δικαιολογούνται από παράγοντες όπως η ηλικία, η μόρφωση, το επαγγελματικό επίπεδο, η οικονομική κατάσταση και άλλοι ψυχομετρικοί παράγοντες.

Σε μελέτη που διεξήχθη σε αγροτική περιοχή στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι οι αγχώδεις διαταραχές σε ηλικιωμένους ήταν από τις πιο κοινές διαταραχές (ποσοστό 17,5% σε ιδρυματικούς ασθενείς και 20% στην κοινότητα) μαζί με τις καταθλιπτικές διαταραχές. Τα ευρήματα αυτά φαίνεται να ταιριάζουν με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών που αναφέρουν ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι συχνές στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ότι οι ιατροί Γενικής Ιατρικής χρειάζονται επιπρόσθετη εκπαίδευση σε θέματα έγκαιρης διάγνωσης και διαχείρισης των ψυχικών διαταραχών που επιπολάζουν στην κοινότητα. Παράλληλα, ένα συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον παρατηρείται όσον αφορά τις διαγνωστικές δυσκολίες που υπάρχουν στον διαχωρισμό των συμπτωμάτων των χρονίων ασθενειών από τα συμπτώματα του άγχους σε ηλικιωμένους.

Σύμφωνα πάντα με τον Γραμματικόπουλο, (2007:223-228) υπάρχουν αρκετές μελέτες για την εκτίμηση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους σε ειδικές γηριατρικές μονάδες. Αντίθετα, δεν υπάρχουν πολλές μελέτες για την ανίχνευση και τις μεθόδους εκτίμησης των αγχωδών διαταραχών από ιατρούς της ΠΦΥ, οι οποίοι μπορούν να χρησιμοποιήσουν εργαλεία ικανά για την διάγνωση του άγχους στους ηλικιωμένους. Τα ποσοστά των αγχωδών διαταραχών παρουσιάζουν διπλάσια συχνότητα σε ηλικιωμένους από ότι η κατάθλιψη. (Γραμματικόπουλος Η. 2007:35, Κονταξάκης Β.Π. et al 200:211-221)

4.5. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗ ΓΕΝΕΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Ζούμε σε μια εποχή όπου η σύγχρονη μεταβιομηχανική οικογένεια προσπαθεί να ανταπεξέλθει σε νέους κώδικες συμπεριφοράς, νέους ρόλους και κώδικες συμπεριφοράς. Με ανάλογους γρήγορους ρυθμούς ο σκοπός της οικογένειας

αποσυνδέεται από την βιολογική και οικονομική επιβίωση αφού θεωρείται αυτονόητη και αρχίζει να προσανατολίζεται στην διασφάλιση των μελών της.

Η οικογένεια αποτελεί ένα ανοικτό σύστημα που βρίσκεται σε διαρκή επικοινωνία με το περιβάλλον. Αποτελεί δε υποσύστημα, υπερκείμενων συστημάτων πχ γειτονιά πόλη, χώρα, συνάμα απαρτίζεται από υποσυστήματα ιεράρχησης (με βάση την ηλικία, το φύλο, τη σειρά γέννησης,) οι οικογένειες διαφέρουν ως προς τη δομή, (μονογονεϊκές, πυρηνικές, διπλής καριέρας) διαφέρουν και ως προς την ταυτότητά τους.

Η συμπεριφορά και η ψυχοπαθολογία ενός μέλους της οικογένειας, του παιδιού προσεγγίζεται ως αλληλεπίδραση, και όχι ως ατομική βάση. Από την άλλη η οικογένεια ως ανοικτό σύστημα, συνεχώς μεταβάλλεται, και χαρακτηρίζεται από αναπτυξιακούς κύκλους - φάσεις ζωής. Μέσα σε αυτές τις αναπτυξιακές φάσεις προσπαθεί να κρατήσει την ισορροπία της. Σε περίπτωση που δεν τα καταφέρει ίσως εισέλθει σε κρίση με αποτέλεσμα την εμφάνιση συμπτώματος όπως οι αγχώδεις διαταραχές. (Μουταβέλης Α., 2006:96-110)

Κατά την θεωρία της αυτοπραγμάτωσης του Α.Η Maslow, θεωρεί ότι η οικογένεια στα πλαίσια της ανατροφής και κοινωνικοποίησης των παιδιών έχει 3 στόχους:

- το στόχο της επιβίωσης που εστιάζει στη φυσική επιβίωση και υγεία ώστε να ζήσουν αρκετά και να δώσουν και τα ίδια στους απογόνους
- οικονομικό στόχο που προάγει στα παιδιά ικανότητες και συμπεριφορές που θα χρειαστούν ως ενήλικες για την επίτευξη της οικονομικής ανεξαρτησίας
- τον στόχο της αυτοπραγμάτωσης που συνίσταται στην ανάπτυξη ικανοτήτων για εκδήλωση συμπεριφορών που με την σειρά τους συμβάλλουν στην μεγιστοποίηση των εκάστοτε πολιτισμικών αξιών.

Από την άλλη θα αναφέρουμε το μοντέλο του Minuchin για την «ψυχοσωματική οικογένεια» που είναι ίσως το καλύτερο διεθνώς γνωστό μοντέλο και αναφέρεται στη συμβολή των συναισθηματικών και ψυχολογικών εν γένει παραγόντων στα «ψυχοσωματικά» προβλήματα υγείας. Παρά τις κριτικές που έχουν διατυπωθεί για κάποιες ελλείψεις και τα αδύνατα σημεία του μοντέλου, εντούτοις εξακολουθεί να παρουσιάζει πολλά πλεονεκτήματα. (Βλαχιώτη Ε., 2010: 31 – 39)

Το μοντέλο αυτό μελετάει τις επιρροές διπλής κατεύθυνσης ανάμεσα στα βιολογικά και κοινωνικά επίπεδα σε περίπτωση που υπάρχει νόσος. Στην έρευνα αποτελεί το μοναδικό μοντέλο των ιδιαίτερων οικογενειακών προτύπων και μηχανισμών, που αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν τις βιολογικές διεργασίες των μελών τους.

Αυτή η μελέτη θεωρεί ακόμα πιο βοηθητικό ένα πιο σύγχρονο μοντέλο, το οποίο ονομάζεται «βιοσυμπεριφορικό μοντέλο» για την κατανόηση των μηχανισμών της ψυχοσωματικής ασθένειας, όπως το άσθμα και το οποίο έχει εισαχθεί από τη Wood.

Το μοντέλο αυτό μελετάει πώς επιδρούν στην ασθένεια παράγοντες όπως:

- Η εγγύτητα.
- Η ιεραρχία μεταξύ των γενεών.
- Η ευαισθησία κάποιου να ανταποκριθεί.
- Η τριγωνοποίηση.
- Η γονεϊκή σχέση.

Από την άλλη, το μοντέλο της «ψυχοσωματικής οικογένειας» μελετά τους εξής παράγοντες:

- Το «μπέρδεμα».
- Την υπερπροστασία.
- Την ακαμψία.
- Την φτωχή επίλυση των συγκρούσεων.
- Την τριγωνοποίηση.

Η τριγωνοποίηση είναι ένα πρόβλημα στην ιεραρχία, όπου τα όρια μεταξύ των γενεών διαρρηγνύονται.

Υπάρχουν δύο είδη τριγωνοποίησης:

Συμμαχίες μεταξύ γενεών, όπου το παιδί συμμαχεί με έναν γονιό εναντίων του άλλου. Συνήθως η τριγωνοποίηση συνυπάρχει με την αυξημένη ικανότητα ανταπόκρισης στο πρόβλημα του παιδιού ή του εφήβου και οι γονείς κάποιες φορές, για να προστατέψουν το ασθενές μέλος τους, προσπαθούν να αποφύγουν τις συγκρούσεις και δείχνουν υπερβολική προσοχή στο παιδί. Όμως οι αντιδράσεις και η τριγωνοποίηση αυξάνουν πολλές φορές το άγχος του παιδιού, ενώ το stress είναι πολύ πιθανόν να ενεργοποιήσει τις ψυχοβιολογικές διόδους που επηρεάζουν τη διαδικασία της ασθένειας.

Στην ιδιαίτερη σημασία της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του παιδιού και την γένεση του άγχους τόσο ο Freud(1935), ο Klein (1948) αλλά και ο Gewirtz-μπιχεβιορισμός (1969) αναφέρονται στους παράγοντες που την καθορίζουν. Οι διαφορές των δύο θεωριών είναι ότι για τους μπιχεβιοριστές το παιδί ήταν σχεδόν μια λευκή πλάκα ενώ για την ψυχαναλυτική θεωρία τα παιδιά εισέρχονται στην παιδική ηλικία εξοπλισμένα με ένα σύνολο πρωτόγονων παρορμήσεων που έπρεπε να τεθούν από κοινωνικό έλεγχο. (Θεοδωράτου Μ. et al.,2007:169-175)

Ο τρόπος που οι γονείς ανατρέφουν το παιδί επηρεάζει την οπτική τους για τον κόσμο. Η συμπεριφορά χαρακτηρίζεται από τις κυρίαρχες στάσεις της οικογένειας και την έκφραση των επιθυμιών. Τα παιδιά και οι έφηβοι υιοθετούν στάσεις αξίες και πιστεύω των γονιών τους οι οποίες μπορούν να δείξουν την πρόβλεψη μιας συμπεριφοράς, πόσο μάλλον των διαταραχών άγχους.

Οι αγχώδεις διαταραχές κατά την παιδική ηλικία και η πρόβλεψη για την εξέλιξη τους έχουν συνδέσει και την κληρονομική διάθεση ή και τα δύο με ατομικούς και οικογενειακούς παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον.

Το DSM –IV περιγράφει υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στις αγχώδεις διαταραχές και την ύπαρξη ιστορικού οικογενειακού για παράδειγμα τα άτομα με συγγενείς πρώτου βαθμού με διαταραχή πανικού έχουν τέσσερις με επτά φορές

μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν την ίδια διαταραχή όμως σύμφωνα με κλινικά δείγματα το 1/3 με το μισό των ατόμων με διαταραχή πανικού δεν έχουν συγγενή με ανάλογο ιστορικό.

Η κοινωνική φοβία εμφανίζεται πιο συχνά σε συγγενείς α βαθμού από ότι στο γενικό πληθυσμό. Μελέτες παρέχουν ενδείξεις για την συσχέτιση ειδικών φοβιών με την οικογένεια του ατόμου.

Η ιδεοψυχαναγκαστική είναι πιο υψηλή σε συγγενείς α βαθμού.

Συνοψίζοντας τις παραπάνω θεωρίες αλλά και σύμφωνα με την Τσοβίλη Θ. (2001) το άγχος των γονέων αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης ψυχοσωματικών διαταραχών του άγχους των παιδιών και παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν παιδιά με αγχώδη διαταραχή και αυξημένα επίπεδα άγχους. Η δυσλειτουργία της οικογένειας αποτελεί δυναμικό παράγοντα ανάπτυξης αγχώδους διαταραχής. Η ύπαρξη προβλημάτων στις οικογενειακές σχέσεις είναι πιο συχνή στις οικογένειες παιδιών με άγχος σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Οικογένειες παιδιών με άγχος θεωρούνται περισσότερο απορριπτικές, ασκούν αυστηρότερο έλεγχο, τα μέλη συνδέονται με σχέσεις μειωμένης οικειότητας.

Η ανάπτυξη της ανασφάλειας παίζει καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη των αγχώδων διαταραχών στην παιδική ηλικία. Μελετητές έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι ο καλύτερος συνδυασμός γονεϊκής φροντίδας είναι το σχήμα όπου δημοκρατικά στοιχεία συνδυάζονται με στοιχεία εξουσίας. Όπου οι γονείς διατηρούν το κύρος τους χωρίς να είναι αυταρχικοί ,επιτρεπτικοί αλλά συνδυάζοντας φροντίδα και ανταπόκριση στις ανάγκες των παιδιών καθώς και επιβολής εκ μέρους τους ξεκάθαρων απαιτήσεων για μια συμπεριφορά που να σέβεται τους άλλους σε βαθμό που να συμβαδίζει με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Διαπραγματεύσεις αλλά και αντιπαραθέσεις οι γονείς πρέπει να είναι σταθεροί στις θέσεις τους δείχνοντας αγάπη και κατανόηση αλλά ταυτόχρονα και μια ιδιότητα που αποκάλεσαν ψυχολογική αυτονομία ή δημοκρατία.

Όταν γονείς και έφηβοι παίρνουν από κοινού αποφάσεις αυτοί έχουν καλύτερη αυτορύθμιση και έλεγχο των παρορμήσεων. Οι έφηβοι, παιδιά εξουσιαστικών γονέων τείνουν να είναι εντός ορίων ανεξάρτητα, αναπτύσσουν υπευθυνότητα, γνωστική ικανότητα, υψηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση. Όσο πιο ήρεμη εφηβεία βίωσαν οι έφηβοι αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά τις προκλήσεις και την ψυχική αναστάτωση της εφηβείας.

Ο τρόπος που οι γονείς αντιμετωπίζουν τον αγώνα του εφήβου για αυτονομία σχετίζεται με την ποιότητα των σχέσεων ανάμεσα στο γονιό και στο παιδί του και με τομείς της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Οι έφηβοι επωφελούνται από τη στάση των γονέων που επιτρέπει την αυτονομία, είτε ορίζεται με γνωστικούς όρους όπως την ενθάρρυνση της προσωπικής έκφρασης, είτε με συμπεριφορικούς όρους όπως τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την οικογένεια. Ο συγκεκριμένος τρόπος ανατροφής των εφήβων φαίνεται να επηρεάζει θετικά την σχολική επίδοση αφού προάγεται η εμπιστοσύνη στον

εαυτό τους. Η σχολική επίδοση ενθαρρύνεται με την ενίσχυση της ατομικής προσπάθειας. Οι τυρρανικοί και αυταρχικοί γονείς προάγουν την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και την προσαρμογή. Η Klein αναφέρει ότι το άγχος και ο φόβος όταν δεν αντιμετωπισθούν σωστά στο παιδί κατά την περίοδο της προσκόλλησης στη μητέρα το αποτέλεσμα είναι η εμφάνιση γενικευμένου άγχους. Η δημιουργία ενός υγιούς δεσμού ανάμεσα στα παιδιά και τους γονείς καθορίζει την μελλοντική συναισθηματική ισορροπία, και την ικανότητα του να αντιμετωπίζει αγχογόνες καταστάσεις. (Τσοβίλη Θ. 2001: 101-102)

Το άγχος αποχωρισμού έχει συνδεθεί με τη μικρή ηλικία, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ της οικογένειας και τις μονογονεϊκές οικογένειες. Η υπεραγχώδης διαταραχή έχει συνδεθεί με μεγαλύτερες ηλικίες, ανώτερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, εφηβική εγκυμοσύνη, ψυχιατρικό ιστορικό.

Οι διαταραχές άγχους συσχετίζονται με κατάθλιψη, με ιστορικό αναπτυξιακών δυσκολιών με τη μονογονεϊκή διαλυμένη ανασυσταμένη ή ασυνήθιστα μεγάλη οικογένεια με το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Το ιστορικό διαταραχής πανικού ή αγοραφοβίας στους γονείς αποτελούν παράγοντες που συνεισφέρουν στην έναρξη αγχώδων διαταραχών. Χαρακτηριστικά των γονέων όπως τρόποι ενίσχυσης συμπεριφορών, διαμόρφωση κοινωνικής αλληλεπίδρασης, συμπεριφορά αποφυγής, γονική υπερπροστασία, αποτελούν αντικείμενο έρευνας. Η άσχημη ψυχολογική διάθεση, το άγχος της καθημερινότητας, αντανακλάται στη συμπεριφορά και λειτουργεί ως πρότυπο μίμησης. Το άγχος έτσι ακολουθεί μια πορεία με την συστημική προσέγγιση όπου αντανακλάται στα πρόσωπα του περιβάλλοντος του αγχώδους ατόμου.

Όσον αφορά το σχολείο, η σχολική επιτυχία δίνει την δυνατότητα στο μαθητή να αποκτήσει θετική στάση στον εαυτό του και τη σχολική ζωή. Η διαμόρφωση μιας τέτοιας στάσης συμβάλλει με την σειρά της τόσο στην αύξηση της επίδοσης όσο και στην ομαλή σχολική και κοινωνική προσαρμογή δημιουργώντας ένα δυναμικό κύκλο ανατροφοδότησης. (Μουταβέλης Α., 2006:96-110)

4.6 ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

Σύμφωνα με τον Μαδιανό (2000), η φτώχεια και η περιθωριοποίηση πολλών ομάδων του πληθυσμού, σε συνδυασμό με την μαζική εισδοχή μεταναστών από τις χώρες του λεγόμενου τρίτου κόσμου και με την παντελή έλλειψη οργάνωσης και υποδομών για την υποδοχή τους, επηρέασαν σε μεγάλο βαθμό την υπάρχουσα κοινωνική πραγματικότητα στην Ελλάδα. Σε πολλές μεγάλες πόλεις, μάλιστα, παρατηρούνται πλέον και φαινόμενα « γκετοποίησης» με κύρια χαρακτηριστικά την απομόνωση και τον διαχωρισμό ολόκληρων κοινωνικών ομάδων, με βάση την οικονομική κατάσταση ή την εθνοτική ή φυλετική καταγωγή.

Η κατάσταση αυτή είναι προφανές ότι επιβαρύνει την ψυχική υγεία των μεταναστών. Μια σειρά θεωριών έχουν αναπτυχθεί για τους παράγοντες που

διαδραματίζουν μικρότερο ή μεγαλύτερο ρόλο στην εμφάνιση διαταραχών άγχους στους μετανάστες.

- Της κοινωνικής απομόνωσης: Πολλοί μετανάστες ζουν μόνοι τους και αισθάνονται απομονωμένοι, γεγονός στο οποίο συμβάλει και η κακή χρήση της γλώσσας, αλλά και η εκδήλωση ρατσισμού ή ξενοφοβίας από τους ντόπιους.
- Του φύλου: Όπως δείχνουν διάφορες μελέτες οι γυναίκες φαίνεται να έχουν υψηλότερα ποσοστά ψυχικών ασθενειών.
- Της προδιάθεσης: Οι μικρότερες ηλικίες είναι πιο ευάλωτες στις ψυχικές ασθένειες μεν, αλλά ταυτόχρονα και πιο προσαρμοστικές στις νέες συνθήκες.
- Της αστυφιλίας : Αξιοσημείωτη είναι η διαπίστωση της εγκατάστασης των μεταναστών στο περιθώριο των αστικών κέντρων, σε πολιτισμικά υποβαθμισμένες περιοχές, γεγονός που θεωρείται ότι προκαλεί ψυχοπαθολογίες που είναι ιδιαίτερα έντονες στη δεύτερη και τρίτη γενιά μεταναστών, διότι είναι ξένοι τόσο στην οικογενειακή όσο και στη νέα κουλτούρα και δεν έχουν την υποστήριξη οικογενειακών δικτύων.
- Της κοινωνικής τάξης: Θεωρείται ότι οι κατώτερες κοινωνικές τάξεις έχουν λιγότερες πιθανότητες επιτυχίας, καθώς υπόκεινται σε περισσότερα ψυχοπιεστικά γεγονότα, που οδηγούν σε stress και ψυχοπαθολογία.
- Του χρόνου παραμονής: Η παρατεταμένη διαμονή σε ψυχοπιεστικό περιβάλλον είναι σημαντικός παράγοντας επιβαρυνσης.
- Της πολυπαραγοντικότητας στην έκλυση ψυχοπαθολογίας: Αλληλεπίδραση και συσσωρευση πολλών ψυχοπιεστικών παραγόντων.
- Του πολιτιστικού παράγοντα: η ύπαρξη μιας οργανωμένης κοινότητας – παροικίας, θεωρείται ότι δρα προστατευτικά. Αντίστοιχα η απουσία τέτοιων στοιχείων και δικτύων οδηγεί το άτομο σε περιθωριοποίηση και ματαίωση. Βάσει της πολιτιστικής θεωρίας υπάρχει ένας αριθμός πολιτιστικών παραγόντων που μπορεί να επιτείνουν την εμφάνιση ψυχικής νόσου και έχουν αναδειχθεί επιβαρυντικά περιβαλλοντικά στοιχεία, που μπορεί να προκαλούν stress και κατ επέκταση ψυχοπαθολογία. Σε αυτά περιλαμβάνονται η κουλτούρα καταγωγής, οι συνθήκες της μετανάστευσης και η φύση της κοινωνικής επανεγκατάστασης.

Σύμφωνα με τα πιο πάνω, οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας στους μετανάστες είναι:

- Η κάθοδος στην κοινωνική ιεραρχία.
- Η έλλειψη αναγνώρισης των προσόντων (εργασιακών, εκπαιδευτικών κλπ) στον τόπο προορισμού.
- Η κακή γνώση της γλώσσας του τόπου προορισμού.
- Ο αποχωρισμός από κοινωνικά, θρησκευτικά, πολιτισμικά δίκτυα, όπως είναι η οικογένεια, οι φίλοι κλπ.

- Η κοινωνική απομόνωση και η έλλειψη υποστήριξης.
- Η προκατάληψη και οι κοινωνικές διακρίσεις.
- Οι τραυματικές εμπειρίες και οι συνθήκες παρατεταμένου stress.
- Το stress λόγω διαφοροποίησης του πολιτισμικού πλαισίου.

(Χατζηπουλίδης Ν et al., 2009:29-35)

Σύμφωνα με τον Παπαβασιλείου, (2005) δεν είναι ξεκάθαρο τι συμβαίνει σχετικά με το στρες σε ομάδες μεταναστών αλλά φαίνεται ότι εμφανίζονται υψηλά ποσοστά σε περιπτώσεις όπως των ξένων φοιτητών που απαιτείται ακαδημαϊκή απόδοση καθώς και σε εκείνους που είχαν υψηλότερη πολιτιστική διαφορά. Η γνώση της γλώσσας, η μικρή πολιτιστική διαφορά φαίνεται ότι δρα επίσης προστατευτικά. Αντίθετα η παράνομη ή ημιπαράνομη κατάσταση των μεταναστών, αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την ψυχική τους ισορροπία μια που υπάρχει συνέχεια αιωρούμενος ο φόβος της βίαιης επαναπροώθησης στην χώρα αποστολής ή καταγωγής, της κατάδοσής τους, της αδυναμίας να προστατευθούν έννομα χωρίς να απελαθούν αλλά και την απώλεια κοινωνικών προνομίων όπως ασφάλιση, κάποια δουλειά ή στέγη κλπ. Ενοχοποιείται όπως αναφέραμε επίσης η ματαίωση, για την πρόκληση κατάθλιψης, μέσω της αποτυχίας επιπολιτισμού και ενσωμάτωσης και ταυτόχρονα την απουσία υποστηρικτικών δικτύων. Αντίστοιχα οικονομικά, οικογενειακά αλλά και σεξουαλικά άγχη επιβαρύνουν αντίστοιχα μια κατάσταση που δεν βρίσκει εύκολα διέξοδο εκτόνωσης αλλά και επίλυσης, άμβλυνσης. Πρέπει να λάβουμε υπόψη μας ότι δύσκολα κάποιος μετανάστης, πόσο μάλλον κάποιος λαθρομετανάστης, θα προσέλθει στις ψυχικές υπηρεσίες άρα και η πλειονότητα των περιπτώσεων θα παραμείνει αδιάγνωστη. Αναφέρεται σε μελέτες επίσης η απώλεια libido, ειδικά σε γυναίκες μετανάστριες, σωματικό άγχος, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, ειδικά στους άρρενες αλλά πιθανόν κατάχρηση ουσιών και αλκοολισμός.

Επιδημιολογικές μελέτες για την ψυχική υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα αναφέρονται από τους Χατζηπουλίδης Ν. et al., (2009) που σύμφωνα με στοιχεία των «Γιατρών χωρίς Σύνορα» από το Μάιο του 1997 έως τον Μάιο του 1999, υπήρξαν 240 αιτήματα για ψυχολογική και ψυχιατρική υποστήριξη.

Οι κυριότερες διαγνώσεις που προέκυψαν (DSM-IV) ήταν: σωματόμορφες διαταραχές 45%, διαταραχές της διάθεσης 14%, αγχώδεις διαταραχές 29%, σχιζοφρένεια 7%, αλκοολισμός 2%, ενώ το 3% προσήλθε για οικογενειακά προβλήματα. Επίσης, μόνο το 8% των ασθενών είχε ιστορικό ψυχικής διαταραχής πριν την άφιξη του στην Ελλάδα, ενώ ένα 7% έπασχε από σχιζοφρένεια πριν τον ερχομό του στην Ελλάδα, δηλ. μόνο το 1% παρουσίαζε από πριν κάποια ψυχική διαταραχή εκτός της σχιζοφρένειας.

Σε μια άλλη έρευνα που διενεργήθηκε το 1996 από το Πανεπιστήμιο της Αθήνας, βρέθηκε ότι τα παιδιά μειονοτικών ομάδων εμφανίζουν ριψοκίνδυνη συμπεριφορά σε μεγαλύτερη συχνότητα, σε σχέση με τα ιθαγενή Ελληνοπούλα. Επίσης, αναφέρεται μεγαλύτερη συχνότητα βίας στο οικογενειακό περιβάλλον,

ενώ στερούνται βασικών δεξιοτήτων που σχετίζονται με ασφαλείς συμπεριφορές υγείας, όπως η κολύμβηση.

Συμπεραίνεται ότι ο τρόπος ζωής παιδιών μειονοτικών ομάδων συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση ριψοκίνδυνης συμπεριφοράς και την πρόκληση ατυχημάτων.

Σύμφωνα με μια ακόμα έρευνα για την ψυχοπαθολογία των παιδιών μεταναστών και την χρήση ψυχιατρικών υπηρεσιών, διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά μεταναστών που εξετάστηκαν, δεν παρουσίαζαν σημαντικά σοβαρότερη ψυχοπαθολογία από τα παιδιά των γηγενών Ελλήνων. Οι οικογένειες μεταναστών είχαν ίσα επίπεδα χρησιμοποίησης υπηρεσιών με τις ελληνικές οικογένειες.

Τέλος, έρευνα του τμήματος ψυχολογίας του πανεπιστημίου Αθηνών δείχνει ότι η Αθήνα ως τόπος διαμονής συνδέεται με μεγαλύτερη αύξηση των ψυχικών διαταραχών μεταξύ των Αλβανών μεταναστών. Αντίθετα, οι ίδιες διαταραχές στους βούλγαρους μετανάστες δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τον τόπο διαμονής.

Στην έρευνα της Α. Αζίζη Καλαντζή, συμμετείχαν 404 μετανάστες και 373 Έλληνες. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα αφορούν 37% των Αλβανικής καταγωγής μεταναστών, 29% των μεταναστών Βουλγαρικής και 14,6% των γηγενών. Συμπτώματα stress εμφανίζει κατά 31,7% η ομάδα των Αλβανών, 27% των Βουλγάρων και 26% των Ελλήνων.

Εκείνο που φαίνεται να επιβεβαιώνεται από την έρευνα είναι ότι η μεγαλύτερη ηλικία του μετανάστη κατά την άφιξη στην Ελλάδα, ο μικρότερος αριθμός παιδιών, η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους, καθώς και η μικρότερη ανθεκτικότητά του ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, λειτουργούν ως παράγοντες επικινδυνότητας και συνδέονται με περισσότερα συμπτώματα δυσφορίας.

Τα υψηλά αυτά επίπεδα μπορεί να οφείλονται στη μεγάλη αβεβαιότητα που νιώθει ο μετανάστης στην ελληνική κοινωνία.

(Χατζηπουλίδης Ν. et al., 2009:30-35, Παβασιλείου Δ.,2005)

4.7 ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ

Είναι γνωστό ότι τα χρόνια νοσήματα φέρνουν τους ασθενείς αντιμέτωπους με μακροχρόνιες θεραπείες και προκλήσεις, όπως η διατήρηση ικανοποιητικής συναισθηματικής ισορροπίας και αυτοεκτίμησης. ο αυτοέλεγχος, η ενίσχυση των σχέσεων με την οικογένεια και τους φίλους και ο συμβιβασμός με ένα αβέβαιο μέλλον. Επιπλέον, οι διαγνωστικές ασάφειες, η ανικανότητα, η εξάρτηση, το κοινωνικό στίγμα και οι αλλαγές στον τρόπο ζωής αποτελούν χαρακτηριστικά των χρόνιων νοσημάτων και έχουν δυσμενή επίδραση στην ποιότητα ζωής του ατόμου. (Κυρίτση Φ., 2007: 309-317)

Σύμφωνα με τον Αλεβίζο (2008), η νόσος ιδίως η χρόνια, έχει τις δικές της ψυχολογικές επιπτώσεις στους ασθενείς. Η έρευνα των ψυχολογικών

παραγόντων στη γένεση του άγχους και των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων αποκτά σήμερα ιδιαίτερη σημασία καθώς η ψυχική κατάσταση του ατόμου επιδρά στην σωματική του υγεία και καθορίζει πολλές φορές την πορεία της ασθένειας κάτω από διάφορες ψυχοπιεστικές καταστάσεις, διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες από τραυματικές εμπειρίες και γεγονότα ζωής.

Στον αντίποδα της θεώρησης, ότι δηλαδή το άγχος προκαλεί σωματικές διαταραχές, βρίσκεται η διαπίστωση ότι η ύπαρξη μιας σωματικής νόσου προκαλεί ανάδυση άγχους. Έχει παρατηρηθεί ότι 40% των ασθενών με καρκίνο εμφανίζουν άγχος και κατάθλιψη. Περισσότερο ευάλωτοι, μάλιστα, είναι όσοι υποφέρουν από χρόνιους πόνους και ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας.

Κάθε σωματική νόσος είναι φυσικό να προκαλεί ανησυχία και συναισθήματα απαισιοδοξίας και απελπισίας. Ανάλογα με τα βιώματα κάθε ανθρώπου, γεννώνται φόβοι για τη ζωή και την ακεραιότητα του.

Οι φόβοι αυτοί μπορεί να είναι πραγματικοί και να συνειδητοποιούνται ή μπορεί να είναι υπερβολικοί ή ακόμη και φόβοι που δρουν στο ασυνείδητο επίπεδο. Έτσι, ένας πόνος στο θώρακα μπορεί να γεννήσει φόβους για ύπαρξη σοβαρού καρδιακού νοσήματος, οι οποίοι είναι εντονότεροι εάν κάποιος συγγενής ή φίλος έχει πάθει έμφραγμα. Στις μέρες μας, μάλιστα, όπου η νοσηρότητα των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι μεγάλη, παρατηρείται μια εξαιρετική ευαισθησία του κόσμου στα συμπτώματα που σχετίζονται με την καρδιακή λειτουργία.

Επίσης, ιδιαίτερο άγχος προξενούν επεμβάσεις στα όργανα που σχετίζονται με τη σεξουαλική λειτουργία, όπως ο προστάτης και η μήτρα. Σχεδόν κατά κανόνα, γυναίκες που πρόκειται να υποστούν υστερεκτομή φοβούνται ότι μετά την επέμβαση θα απολέσουν τη σεξουαλικότητα τους. Στις περιπτώσεις αυτές, συνήθως περνάει ένα μεγάλο χρονικό διάστημα μέχρι να επαναδραστηριοποιηθούν σεξουαλικά.

Το άγχος λοιπόν για αυτή τη φαντασιωσική απώλεια πολλές φορές μπορεί να επιβραδύνει την απόφαση της ασθενούς για την επέμβαση, με αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία της. Μετεγχειρητικά, ο ίδιος φαντασιωσικός φόβος προξενεί αγχώδη αντίδραση, κάθε φορά που προκύπτει κάποιο θέμα σχετιζόμενο με τη σεξουαλική λειτουργία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να προκαλείται δυσφορία και επιβράδυνση της φυσιολογικής ανάρρωσης και μετεγχειρητικής προσαρμογής της ασθενούς.

Επομένως, το άγχος, ακόμα και υπερβολικό ή φαντασιωσικό, μπορεί να παίξει καθοριστικό ρόλο στην έγκαιρη διάγνωση, τη θεραπεία και την ανάρρωση από μια σωματική νόσο. Στην προκειμένη περίπτωση, μάλιστα, τα συμπτώματα του άγχους είναι δυνατόν να αφορούν στην περιοχή της κατώτερης κοιλιακής χώρας, με ήπιους, διάχυτους πόνους, που προκαλούνται από σπασμούς των εντέρων ή των άλλων οργάνων της περιοχής, με αποτέλεσμα να δημιουργούν πραγματικά προβλήματα στη σεξουαλική λειτουργία.

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η αγχώδης αντίδραση σε ένα σωματικό σύμπτωμα εξαρτάται εν πολλοίς από το τι πιστεύει το άτομο για το συγκεκριμένο σύμπτωμα. Έτσι, εάν έχουμε δει ένα παιδί να εμφανίζει πυρετικούς σπασμούς ή έναν ηλικιωμένο να παραληρεί λόγω υπερπυρεξίας, τότε κάθε φορά που εμφανίζουμε οι ίδιοι ή κάποιο άτομο στο περιβάλλον μας υψηλό πυρετό, είναι αναμενόμενο να εκδηλώσουμε αγχώδη αντίδραση, φοβούμενοι ότι θα επισημωθούν ανάλογες δυσάρεστες καταστάσεις.

Επιπλέον, το άγχος καθιστά δυσκολότερη την ίαση, αλλά και επιβραδύνει την ανάρρωση από μια σωματική νόσο. Είναι γνωστό ότι η ύπαρξη άγχους και κατάθλιψης έχει καταστροφικές επιπτώσεις στην πρόγνωση και τη θνησιμότητα των καρκινοπαθών. (Αλεβίζος, 2008:234-236).

Ο καρκίνος αποτελεί μία από τις συχνότερες παθήσεις και σίγουρα αυτή που προκαλεί σημαντικό ψυχολογικό άγχος στον πάσχοντα και το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον, αλλά και ιδιαίτερη συναισθηματική φόρτιση σε όσους ασχολούνται επαγγελματικά με τη νόσο. Η διάγνωση του καρκίνου προκαλεί πολλές φορές ψυχοκοινωνικά προβλήματα, αλλά συνοδεύεται και σε σημαντική συχνότητα από ψυχιατρικές εκδηλώσεις, όπως η αγχώδης διαταραχή και η κατάθλιψη. Οι σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας, το άγχος του αποχωρισμού αγαπημένων προσώπων, η απόσυρση από την επαγγελματική ζωή, απαιτούν την έγκαιρη αναγνώριση, την πρόληψη και την κατάλληλη αντιμετώπιση τους από τους επαγγελματίες υγείας, διότι με αυτόν τον τρόπο αφενός βελτιώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών και αφετέρου βελτιστοποιούνται τα αποτελέσματα της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Ο καρκίνος είναι η ασθένεια που προκαλεί ίσως τον περισσότερο φόβο στους ασθενείς, και δεν είναι παράξενο που δημιουργεί σημαντικό ψυχολογικό άγχος όχι μόνο στους ασθενείς, αλλά και στην οικογένεια και τους επαγγελματίες υγείας που τους φροντίζουν.

Κάτι ανάλογο συμβαίνει και με τα νοσήματα και ιδίως τα χρόνια νοσήματα στα παιδιά. Επηρεάζουν απόλυτα την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση παιδιών και εφήβων όπως ο διαβήτης και για αυτό είναι αναγκαία η έγκαιρη αναγνώρισης των παραγόντων εκείνων που την επηρεάζουν αρνητικά. Η έγκαιρη αναγνώριση και αξιολόγηση των επιπτώσεων τους στην προσωπική και την κοινωνική ζωή των παιδιών θα συμβάλλει στη ισορροπία μεταξύ καλά ελεγχόμενης νόσου και ψυχικής υγείας.

Αφού μετά την διάγνωση παρουσιάζονται ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές καθώς συνειδητοποιούν τη δυσκολία διαχείρισης της νόσου.

Από πολύ νωρίς πρέπει να αξιολογείται η προσαρμογή τους στη νόσο, προκειμένου να προσδιορίζονται και να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά προβλήματα όπως ο θυμός, η κατάθλιψη και η ανησυχία.

Στόχος της διεπιστημονικής ομάδας στα άτομα με προβλήματα υγείας θα πρέπει να είναι η ανάπτυξη ικανοτήτων ώστε να αποδεχτούν την νόσο και την θεραπεία, να ανακουφιστούν από αρνητικά συναισθήματα και να αισθάνονται αισιοδοξία και ασφάλεια.

Ένα άλλο παράδειγμα χρόνιας νόσου που σχετίζεται άμεσα με άγχος είναι το άσθμα που σύμφωνα με τον Μαρνέρα (2009), υπάρχουν μια σειρά από κλινικές παρατηρήσεις που στοιχειοθετούν την υπόθεση ότι το άσθμα και η ψυχοκαταπόνηση (stress) συνδέονται στενά μεταξύ τους. Προτού γίνει κατανοητό ότι η βάση της νόσου ήταν η φλεγμονή των αεραγωγών, το άσθμα ανήκε στις νόσους με αμιγώς ψυχογενή αιτία και συχνή ήταν η αναφορά του ως «asthma nervosa»..

Στην δεκαετία του '70 κάποιες μελέτες έδειξαν το όφελος που είχε η ψυχοθεραπεία σε ασθματικούς ασθενείς, ενώ διάφορες τεχνικές χαλάρωσης φαινόταν να βοηθούν στη βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας. Όταν παιδιά με άσθμα εκτίθενται σε στρεσογόνα ερεθίσματα, όπως μια ταινία έντονα φορτισμένη συναισθηματικά, μια λογομαχία ή ακόμη όταν καλούνται να επιλύσουν ένα μαθηματικό πρόβλημα, σε ένα ποσοστό 15-30% παρουσιάζουν βρογχοσπασμό.

Αργότερα, τις ψυχολογικές προσεγγίσεις ακολούθησαν έρευνες που έδιναν περισσότερο απτές αποδείξεις για το ρόλο που παίζουν τα συναισθήματα και οδήγησαν στη συσχέτιση των ψυχολογικών παραγόντων με τον έλεγχο των αεραγωγών μέσω του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος (ΑΝΣ).

(Θεοδωράτου M.et al.,2007: 169 -175)

4.7.1. Κοινωνική διάσταση

A. Κοινωνικές σχέσεις

Σύμφωνα με τον Αλεβίζος (2008) σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες και μακροχρόνια νόσηση παρατηρείται κατάθλιψη που οφείλεται στον φόβο ότι οι φίλοι και τα αγαπημένα πρόσωπα θα τους εγκαταλείψουν. Υπάρχουν περιπτώσεις που η υποστήριξη του περιβάλλοντος είναι πολύ σημαντική και κυρίως όταν πρόκειται για χρόνια- προχωρημένη- θανατηφόρα νόσο. Το σύνθημα που κυριαρχεί στις τάξεις των ασθενών αυτών είναι: «Ο πιστός φίλος είναι το φάρμακο της ζωής». Όταν η νόσος συνοδεύεται από κοινωνικό στίγμα, ο φόβος μετατρέπεται σε τρόπο περιθωριοποίησης, που δυσκολεύει την επικοινωνία με τους υπόλοιπους ανθρώπους.

Η καλή κοινωνική κατάσταση είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί. Οι περισσότερες κλίμακες ποιότητας ζωής είτε ερευνούν ελάχιστα το θέμα είτε δεν ασχολούνται καθόλου με την κοινωνική και οικογενειακή δραστηριότητα των ασθενών. Το φαινόμενο αυτό δείχνει την τάση πολλών να αποφεύγουν ότι «πονάει».

Στην κοινωνική διάσταση υπάγεται μια σειρά σημαντικών λειτουργιών, όπως η κοινωνική υποστήριξη, η διατήρηση των δραστηριοτήτων ψυχαγωγίας, η συνοχή της οικογένειας και η σεξουαλικότητα. Δεν υπάρχει σαφής ορισμός και συμφωνία των μελετητών για την κοινωνική διάσταση, αλλά έχει πολύ μεγάλη σημασία για τον ίδιο τον ασθενή που προσπαθεί να προσαρμοστεί και να αντιμετωπίσει με επιτυχία τη νόσο. Για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα, η

διατήρηση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, καθώς και η κοινωνική υποστήριξη, είναι μείζονος σημασίας για τη διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας ζωής.

B. Σεξουαλικές σχέσεις

Τα σοβαρότερα προβλήματα στη σεξουαλική ζωή των ανθρώπων προέρχονται από συναισθηματικά και σωματικά τραύματα. Το άγχος που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής μπορεί να υποχωρήσει ή ακόμη και να εξαφανιστεί με την κατάλληλη βοήθεια του συντρόφου. Ο φόβος για την απώλεια του ερωτικού συντρόφου είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα των χρόνιων ασθενών. Για τους περισσότερους ανθρώπους, υγιείς και ασθενείς, η επαφή με άλλους ανθρώπους αποτελεί βασική ανάγκη που αποδεικνύει την αγάπη και το ενδιαφέρον. Έχειδειχτεί ότι στα άτομα που αρνούνται τη σωματική επαφή σε περιπτώσεις ανιάτων νόσων, εκδηλώνεται τελικά σοβαρή κατάθλιψη. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται η υποστήριξη του συντρόφου και η βοήθεια για την ανακάλυψη νέων τρόπων έκφρασης της αγάπης.

Ορισμένοι ασθενείς υποστηρίζουν ότι η σωματική ανικανότητα, ο πόνος και ορισμένες φορές και η νοσηλεία έχουν αρνητικές επιπτώσεις στις κοινωνικές και τις επαγγελματικές τους σχέσεις. Αυτό δεν είναι απόλυτα σωστό, καθώς το παραμικρό πρόβλημα υγείας οδηγεί σε μια «επίδειξη» αγάπης, ενδιαφέροντος και προσοχής από την οικογένεια, τους φίλους και τους συνεργάτες. Συχνά ορισμένα άτομα υποδύονται το θύμα για να διαπιστώσουν πόσο οι άλλοι ενδιαφέρονται πραγματικά γι αυτούς. Ορισμένες φορές η συμπεριφορά αυτή αποτελεί το μοναδικό μέσο για να κερδίσουν το ενδιαφέρον και την προσοχή των άλλων. Επίσης, υπάρχουν άτομα που ικανοποιούνται με το να υποδύονται τον ρόλο του ασθενούς".

Η υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους, μαζί με την ικανότητα συμμετοχής στις κοινωνικές εκδηλώσεις, παύουν σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νόσημα.

Γ. Επαγγελματική διάσταση

Η εργασία αποτελεί ένα από τα βασικά γνωρίσματα του ανθρώπου. Το άτομο μέσω της εργασίας μπορεί να επιτύχει την κοινωνική και οικονομική του καταξίωση.

Επιπλέον, η επαγγελματική ευεξία επιτρέπει την ενεργό συμμετοχή στα έξοδα του σπιτιού. Πολλοί χάνουν την αυτοεκτίμησή τους όταν δεν μπορούν να εξασφαλίσουν τα απαραίτητα για την οικογένεια και εξαρτώνται από άλλους για τις καθημερινές τους ανάγκες. Η εξάρτηση αυτή μειώνει την αυτοεκτίμηση του ατόμου και το καθιστά παρατηρητή και όχι πρωταγωνιστή της ζωής. Ωστόσο, η εργασία δεν προσφέρει πάντα ικανοποίηση, καθώς συνδέεται με μεγάλο άγχος, που εμποδίζει το άτομο να απολαύσει τη ζωή

Για τα άτομα με χρόνια νόσημα, η μακροχρόνια αποχή από την εργασία επιτείνει την εξάρτηση και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση. με αποτέλεσμα να μεγεθύνονται τυχόν συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης.

Δ. Σωματική διάσταση

Η καλή σωματική κατάσταση αναφέρεται στη σωματική λειτουργία και περιλαμβάνει εκδηλώσεις, όπως ο πόνος, η ναυτία και η κόπωση. Αντιπροσωπεύει μια ποικιλία παραγόντων, που συνίστανται από συμπτώματα της νόσου, την αντιμετώπιση τους και τη γενική καλή κατάσταση, όπως την ορίζει ο ασθενής. Η διάκριση της νόσου από τη σωματική κατάσταση είναι πολύ σημαντική για τον καθορισμό της θεραπείας, αν και για τους ίδιους τους ασθενείς είναι ασήμαντη.

Η καλή λειτουργική κατάσταση συνδέεται με τη βιολογική φύση. αλλά αναφέρεται σε κάτι διαφορετικό. Αναφέρεται στην ικανότητα κάποιου να εκτελεί δραστηριότητες που σχετίζονται με τις προσωπικές ανάγκες, τις φιλοδοξίες ή την επιτέλεση του κοινωνικού ρόλου. Σε βασικό επίπεδο, αφορά δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. όπως η βάρδια. η διατροφή, η καθαριότητα και η ένδυση. Αφορά στην ικανότητα κάποιου να εκτελεί υπεύθυνες δραστηριότητες μέσα και έξω από το σπίτι, σε κοινωνικό, εργασιακό, διαπροσωπικό και προσωπικό επίπεδο". Ο πόνος αποτελεί μία από τις βασικές αιτίες προσφυγής στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας και γι αυτό τον λόγο γίνεται μια πιο λεπτομερής αναφορά σε αυτό το σύμπτωμα.

Ε. Πόνος

Όλοι οι άνθρωποι σε κάποια στιγμή της ζωής τους έχουν βιώσει πόνο, ωστόσο, είναι πολύ δύσκολο να περιγράψουν επαρκώς το πλήθος των συναισθημάτων που προκαλεί. Ο πόνος είναι καθαρά προσωπική και υποκειμενική εμπειρία, που επηρεάζεται από τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, το πολιτισμικό του υπόβαθρο, τα όρια ανεκτικότητας και την παρελθούσα εμπειρία σχετικά με τον πόνο. Ο πόνος έχει θεμελιώδη σημασία για την επιβίωση του ανθρώπου και αποτελεί προειδοποιητικό σύστημα για την προστασία του έναντι σοβαρών κινδύνων ή για την αναζήτηση βοήθειας από τις υπηρεσίες υγείας.

Ιδιαίτερα ο χρόνιος πόνος επηρεάζει την κινητικότητα του ατόμου και έχει επιπτώσεις στην ψυχολογική, την κοινωνική και την οικονομική του κατάσταση. Συχνά είναι λιγότερο απειλητικός και οδυνηρός, αλλά ο ανίατος χρόνιος πόνος είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα των ασθενών. Ο πόνος συχνά υποδηλώνει άγχος. Ο φόβος του πόνου δεν επιδεινώνει μόνο τον πόνο, αλλά μπορεί να αποδειχτεί χειρότερος και από τον ίδιο τον πόνο ο χρόνιος πόνος, ακόμη και όταν δεν επηρεάζει την εξέλιξη και την πρόγνωση της νόσου, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, καθώς βιώνεται διαφορετικά από το κάθε άτομο.

Πολλά θέματα σχετίζονται με περισσότερες από μία διαστάσεις. Η σεξουαλικότητα μπορεί να έχει σχέση και με τις παραπάνω τέσσερις διαστάσεις. Για παράδειγμα, με τη σωματική και λειτουργική ευεξία, μια και συμβάλλουν στην επιθυμία και την ικανότητα διέγερσης, καθώς και την άνεση. Επίσης, η σεξουαλικότητα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από τη συναισθηματική ευεξία και το επίπεδο οικειότητας της σχέσης. (Αλεβίζος, 2008:231-236, Τάχιας Φ., 2008:38)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΘΕΩΡΙΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

5.1 Η ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ FREUD

Σύμφωνα με την Φροϋδική θεωρία των ενορμήσεων, το άγχος συνιστά το βασικό αιτιολογικό παράγοντα δημιουργίας των συμπτωμάτων. Η βασική θεωρητική παραδοχή της κλασικής ψυχανάλυσης συνίσταται στο ότι ένα σύμπτωμα είναι το αποτέλεσμα μιας σύγκρουσης μεταξύ του συνειδητού ή ασυνειδήτου τμήματος της προσωπικότητας (Εγώ ή Υπερεγώ) και μιας ενόρμησης (ή μιας ομάδας ενορμήσεων) που αναδύεται από το ασυνείδητο και αναζητά έκφραση στο ασυνείδητο πεδίο της συμπεριφοράς του ατόμου. Η προσπάθεια παρεμπόδισης της, που επιτυγχάνεται μέσα από τους μηχανισμούς άμυνας, γίνεται, διότι το περιεχόμενο της κρίνεται ασύμβατο με τις ηθικές επιταγές του Υπερεγώ του ατόμου.

Μια άλλη θεωρητική παραδοχή του ψυχαναλυτικού μοντέλου συνδέει την τρέχουσα συμπεριφορά του ατόμου με παράγοντες που χρονικά εντάσσονται στη παιδική του ηλικία. Σύμφωνα με την ιστορική αυτή θεώρηση, η προσωπικότητα διαμορφώνεται από την αλληλεπίδραση των πρώιμων επιρροών και των ενορμήσεων.

Σύμφωνα με τον Freud, κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας οι ενορμήσεις του παιδιού υποβάλλονται σε διαδικασία κοινωνικοποίησης κυρίως από τα άτομα του αμέσου περιβάλλοντος του, ήτοι από την οικογένεια του. Εάν αυτή η διαδικασία δεν εξελιχτεί ομαλά και το παιδί βιώσει ισχυρή ματαίωση, τότε η εξέλιξη θα είναι η δημιουργία ενός νευρωσικού ενήλικα, που διακατέχεται από το άγχος.

Πιο αναλυτικά, για το φροϋδικό μοντέλο η προσωπικότητα αποτελείται από τρία ξεχωριστά τμήματα, διαφορετικού βαθμού συνειδητότητας, η ανάπτυξη των οποίων ολοκληρώνεται κατά το έκτο με έβδομο έτος και συντελείται με την εξής χρονική σειρά: Εκείνο, Εγώ (και Υπερεγώ).

Το Εκείνο αποτελεί μια πρώτη, αδόμητη μορφή του ψυχισμού. μια άμορφη ενεργειακή συνθήκη, που λειτουργεί ως μόνιμη πηγή ψυχικής ενέργειας. Στόχος των παρορμήσεων αυτών είναι η άμεση έκφραση, ώστε να διασφαλισθεί η ικανοποίηση των βασικών αναγκών του ατόμου και συνεπώς η επιβίωση του είδους. Το Εκείνο στερείται δεσμεύσεων και μηχανισμών άμυνας, επιτρέποντας στην ψυχική ενέργεια του βρέφους να ρέει διαρκώς και να έρχεται σε συνεχή επαφή με το περιβάλλον. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη σταδιακή δόμηση συνθετότερου ψυχικού οργάνου και την τελική απαγκιστρίωση του ατόμου από το Εκείνο. Όμως, δεν εγκαταλείπεται τελείως. Αντίθετα, το Εκείνο υφίσταται στον ψυχισμό του ενήλικα και εκδηλώνεται κυρίως κατά την διάρκεια των ονείρων και των πράξεων, κατά τη διάρκεια των οποίων κυριαρχεί η ελεύθερη και αδέσμευτη ροή της ψυχικής ενέργειας.

Γύρω στο τέλος του πρώτου έτους αρχίζει να αναπτύσσεται η δεύτερη δομή της προσωπικότητας, που ο Freud ονομάζει Εγώ. Δημιουργείται με την σταδιακή και συνεχή αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον, ενώ η δραστηριότητα του είναι συνήθως συνειδητή και ταυτόχρονα ασυνείδητη. Το Εγώ δε διαθέτει δική του ψυχική ενέργεια αλλά διαχειρίζεται την ενέργεια του Εκείνο. Θα λέγαμε, όμως, ότι υφίσταται μια σύμβαση μεταξύ του Εγώ και του Εκείνο; όσο το Εγώ μπορεί να εξασφαλίσει την ικανοποίηση των αναγκών του Εκείνο, του επιτρέπεται να διαχειρίζεται την ψυχική ενέργεια του Εκείνο. Εάν, όμως, το Εγώ αποδειχτεί ανεπαρκές, τότε το Εκείνο απαιτεί άμεση έκφραση με δυναμικά, επιθετικά ξεσπάσματα. Περί τα έξι έτη συγκροτείται η τρίτη δομή της προσωπικότητας, το Υπερεγώ θεωρείται αποτέλεσμα επιτυχούς λύσης του οιδιπόδειου ή του συμπλέγματος της Ηλέκτρας και είναι η «συνείδηση» του ατόμου. Το Υπερεγώ αφομοιώνει τις κοινωνικές αξίες της εκάστοτε κουλτούρας προέλευσης, με βάση όμως τις ιδιαιτερότητες του ψυχισμού του ατόμου. Με αυτό τον τρόπο, η υιοθέτηση των κοινωνικών κανόνων, καθώς και η ανάλογη ένταση ή δριμύτητα τους εξαρτώνται από την δυνατότητα του παιδιού να εργάζεται τη ματαίωση που προκύπτει από το χειρισμό των αναγκών του με το περιβάλλον. Αυτή η δυνατότητα, με την σειρά της, είναι εγγενής στο άτομο, υποκειμενική, εξαρτώμενη στην ουσία από την ιδιοσυγκρασία του.

Το άγχος αποτελεί, για τον Freud, θεμελιώδες φαινόμενο και το βασικό πρόβλημα της νεύρωσης. Ο ίδιος έχει ασχοληθεί ενδελεχώς με τη δημιουργία του άγχους στον άνθρωπο. Θεωρεί ότι το καθήκον του Εγώ είναι ιδιαίτερα δύσκολο, γιατί είναι «...ένα φτωχό πλάσμα με τρία αφεντικά και κατά συνεπεία απειλείται από τρεις κινδύνους; από τον εξωτερικό κόσμο, από τη libido του Ιδεώδους Εγώ ή την δριμύτητα του Υπερεγώ.» Το Εγώ αντιδρά στις παραπάνω απειλές με την έκφραση του άγχους δηλαδή ενός ιδιαίτερα δυσάρεστου συναισθήματος, χαρακτηριστικού της αγχώδους νεύρωσης. Συνεπώς, ο Freud αναλογικά με τις πηγές, προτείνει 3 μορφές άγχους:

- το νευρωτικό άγχος.
- το πραγματικό άγχος.
- το ηθικό άγχος.

Το νευρωτικό άγχος σχετίζεται με την απωθημένη ψυχική ενέργεια του Εκείνο, πρόκειται για μία διάχυτη ανησυχία που κάνει το άτομο να φοβάται κάτι αόριστα, χωρίς συχνά να μπορεί να εστιάσει στην πηγή του άγχους του, Ο φόβος είναι ουσιαστικά φόβος του ίδιου του εαυτού του, ανησυχία απέναντι στις ισχυρές δυνάμεις που κρύβονται πίσω από το συνειδητό επίπεδο της ψυχής και αναγκάζουν το άτομο να επιβάλει αυστηρό έλεγχο στις πράξεις και τις συγκινήσεις του. Το νευρωτικό άγχος έχει να κάνει, μεταξύ άλλων, με την τιμωρία κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας.

Το πραγματικό άγχος οφείλεται σε εξωτερικές απειλές, σε πραγματικά γεγονότα που συμβαίνουν στο περιβάλλον του ατόμου, Έτσι σε μια άμεση απειλή, οι αναμνήσεις του Εγώ από προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες ίσως το κάνουν ικανό να αντιδράσει με άγχος, ως σηματοδότηση του απερχόμενου κινδύνου.

Το ηθικό άγχος πηγάζει από την ανεπάρκεια του ατόμου να ικανοποιήσει το τιμωρητικό και ενοχοποιητικό Υπερεγώ, Προέρχεται δηλαδή, από πράξεις και επιθυμίες που παραβιάζουν τις ηθικές αξίες του Υπερεγώ και εκφράζονται με αισθήματα ντροπής και ενοχής. Αυτές οι τελευταίες δυο πηγές άγχους, σύμφωνα με τον Freud, είναι δύσκολα να διευθετηθούν γιατί είναι ενδοψυχικές και το άτομο δεν μπορεί να διαφύγει με μια απλή φυσική πράξη. Όπως το να τρέξει μακριά.

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι το Εγώ πρέπει να δρα διαρκώς σε τρία επίπεδα κατά του άγχους: ενάντια στη νευρωτική ανησυχία που προκαλεί το Εκείνο, ενάντια στο πραγματικό άγχος που προκαλούν τα γεγονότα της ζωής του ατόμου και ενάντια στο ηθικό άγχος που προκαλεί το Υπερεγώ. Η αντιμετώπιση του άγχους είναι ιδιοσυγκρασιακή, εξαρτάται δηλαδή από το συνολικό ψυχισμό του ατόμου. Σε άτομα, που δεσμεύουν ήδη ένα μεγάλο μέρος της ενέργειάς τους προσπαθώντας να καταπολεμήσουν το νευρωτικό και το ηθικό άγχος, μια σχετικά μικρή δόση πραγματικού άγχους από το περιβάλλον μπορεί να προκαλέσει νευρική κατάρρευση. Αντίθετα, όταν το επίπεδο του νευρωτικού και του ηθικού άγχους σε ένα άτομο είναι χαμηλό, τότε ακόμη και υψηλά επίπεδα πραγματικού άγχους μπορούν να αντιμετωπιστούν με επάρκεια.

Αναφορικά με την αλληλεπίδραση γονέων-παιδιών, η Ψυχαναλυτική θεωρία «νευρωποιεί» τη γονική σχέση με το παιδί, θεωρώντας την καθοριστικό παράγοντα δημιουργίας του άγχους. Η συγκεκριμένη έννοια, σύμφωνα με το Μουταβέλης Α., (2006:96-110), έχει τριπλή υπόσταση:

-Η σχέση γονέων – παιδιού αποτελεί πηγή νευρωτικών προβλημάτων.

-Η γονικότητα αποτελεί μια ιδιαίτερα ριψοκίνδυνη υπόθεση, αφού εκ προοιμίου ελλοχεύει ο διαρκής κίνδυνος της δημιουργίας συμπλεγμάτων και νεύρωσης στο παιδί.

-Η έννοια της προβληματικής συμπεριφοράς των παιδιών έχει επεκταθεί κατά ένα μεγάλο μέρος, για να καλύψει συνήθειες και συμπεριφορές, οι οποίες στο παρελθόν θεωρούνταν αβλαβείς ή απλά παραβλέπονταν, όπως το βύζαγμα του αντίχειρα, οι ανησυχίες και οι φόβοι των παιδιών.

Οι Αγχώδεις διαταραχές των παιδιών αποτελούν σύμπτωμα, δεν είναι αυτό που δείχνουν αντίθετα είναι συμβολικές εκφράσεις εσωτερικής διαμάχης και τραυμάτων, τα οποία ούτε οι γονείς ούτε τα παιδιά θα μπορούσαν να συνειδητοποιήσουν. Η ορατή, ενοχλητική συμπεριφορά είναι μόνο μια συμβολική έκφραση ή ένα σύμπτωμα αυτού που ενοχλεί ουσιαστικά το παιδί, της πραγματικής αιτίας, η οποία παραμένει συνήθως στο ασυνείδητο. (Freud S., 1959:75-175)

5.2. MELANIE KLEIN ΚΑΙ Η ΣΧΟΛΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΤΡΟΠΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

Η Melanie Klein δίνει μια εξελικτική πορεία του άγχους μέσα από την ψυχική ανάπτυξη του παιδιού. Το βρέφος αντιλαμβάνεται αρχικά τον εαυτό του αδιαφοροποίητο από το περιβάλλον. Το στήθος της μητέρας αποτελεί μέρος του

αδιαφοροποίητου εαυτού του και όταν πλησιάζει το βρέφος, αυτό αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως «καλό» ενώ, όταν απομακρύνεται από το βρέφος, το κυριεύει άγχος και ματαιώση, βιώνοντας τον εαυτό του ως «κακό». Αυτή η σχέση που χαρακτηρίζεται από την πόλωση των δυο αντίθετων όψεων του αντικειμένου, συνιστά το κυρίαρχο χαρακτηριστικό της παρανοειδούς-σχιζοειδούς θέσης, που εκφράζεται με το διωκτικό άγχος.

Κατά τον πέμπτο μήνα το βρέφος αντιλαμβάνεται ότι το αντικείμενο -μητέρα είναι ένα ακέραιο και ξεχωριστό άτομο, Τώρα οι ματαιώσεις από την απομάκρυνση του αντικειμένου δημιουργούν άγχος πως το αγαπημένο αντικείμενο θα απολεσθεί εξαιτίας της επιθετικότητας του βρέφους. Η καταθλιπτική αυτή θέση θα ξεπεραστεί με τη συνειδητοποίηση της βεβαιότητας της μητρικής αγάπης.

Η παρατήρηση και περιγραφή του συμπτώματος του άγχους δεν αρκεί για την ερμηνεία της αίτιας. Θα πρέπει να επιστρατευτούν και άλλες πρακτικές, που συνάδουν με το ασυνείδητο. Έτσι, λοιπόν, η επιρροή της Melanie Klein στην ψυχανάλυση, θεμελίωσε το παιχνίδι και τα όνειρα του παιδιού ως διαγνωστικά μέσα για την ανακάλυψη των βαθύτερων αιτιών και της σημασίας που έχει το άγχος και οι φόβοι των παιδιών. Μέσα από την ασυνείδητη πράξη του ελεύθερου παιχνιδιού το παιδί, με το μικρότερο γι αυτό κόστος, προβάλλει τον ψυχισμό του, δίνοντας μια εικόνα της διαταραχής που ελλοχεύει στο ασυνείδητο του.

Η Σχολή των Αντικειμενοτρόπων Σχέσεων συνιστά συνέχιση της ψυχαναλυτικής προσέγγισης και επικεντρώνεται στη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο Εγώ κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του και στα αντικείμενα (πρόσωπα), με τα οποία έρχεται σε επαφή. Ένας από τους βασικούς εκπροσώπους της, ο Winnicott, εισάγει τη συστημική σκέψη στη ψυχανάλυση, με κύριο άξονα τη δυάδα «μητέρα- βρέφος». Στα πλαίσια της οικογενειακής αλληλεπίδρασης, ο πατέρας περιθωριοποιείται, αναλαμβάνοντας ρόλο στήριξης της μητρικής φροντίδας. Κυρίως η μητέρα σχετίζεται με τη γνώση του παιδιού για τον κόσμο και την κοινωνικοποίηση του. Αδιαφοροποίητη αρχικά από αυτή, η μητέρα βαθμιαία προσαρμόζεται ολοένα και λιγότερο απόλυτα με το βρέφος, ανάλογο με την αυξανόμενη ικανότητα αυτού να αντιμετωπίσει τη μείωση της μητρικής προσαρμογής. Η μετάβαση από τη μη αντικειμενοτρόπο κατάσταση (αδιαφοροποίητη συγχώνευση με τη μητέρα) στην αντικειμενοτρόπο σχέση και αγάπη (που εμπεριέχει την αναγνώριση ενός σαφώς διαφοροποιημένου από το υποκείμενο αντικειμένου) πραγματοποιείται μέσω ορισμένων εκδηλώσεων, που ονομάζονται «μεταβατικά φαινόμενα». Τα πιο εμφανή από τα μεταβατικά φαινόμενα αφορούν στις εκδηλώσεις της σχέσης με τα μεταβατικά αντικείμενα. Αυτά μπορεί να είναι υλικά αντικείμενα (όπως ένα αρκουδάκι), τα οποία αποκτούν ιδιαίτερη αξία για το παιδί και η τυχόν απομάκρυνση τους προκαλεί έντονο άγχος. (Klein, R.G. and last C.G.1989)

5.3. ΝΕΟΦΡΟΥΔΙΚΟΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΙ

Η Karen Horney επικέντρωσε τις μελέτες της στις διαπροσωπικές σχέσεις και στα συναισθήματα που προέρχονται από αυτές. Πιστεύει ότι η νεύρωση είναι αποτέλεσμα διαταραγμένων διαπροσωπικών σχέσεων κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας παρά απόρροια ενδοψυχικών συγκρούσεων. Συγκεκριμένα, θεωρεί ότι οι γονείς ίσως συμπεριφέρονται στα παιδιά τους με τέτοιο τρόπο, που ενέχει παθολογία, εφόσον χρησιμοποιούν τακτικές που δηλώνουν κυριαρχία, υπερβολική ανοχή, ταπείνωση, χλευασμό, βιαιότητα, ασυνέπεια. μεροληψία σε σχέση με τα αδέρφια, τυφλή λατρεία, υπερπροστασία, παραμέληση. Αυτά τα «λάθη» υποδηλώνουν ότι οι άνθρωποι είναι τόσο εγκλωβισμένοι στις δικές τους νευρώσεις, ώστε αδυνατούν να αγαπήσουν το παιδί ή να το κατανοήσουν ως ατομική προσωπικότητα που είναι. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το παιδί να μην αναπτύσσει το αίσθημα του ανήκειν, του «εμείς» αλλά αντίθετα, μια βαθιά αβεβαιότητα, μια ασαφή ανησυχία, την οποία ονομάζει «βασικό άγχος». Το βασικό άγχος για την Horney, είναι το συναισθηματικό να είσαι μόνος σε ένα εχθρικό και απειλητικό κόσμο και, ως συνέπεια, εμποδίζει το παιδί να συσχετιστεί με τους άλλους μ' έναν φυσικό τρόπο. Αντίθετα, το παιδί στοχεύει διαρκώς στην ασφάλεια του μέσω του ωφελιμιστικού χειρισμού τον άλλον. Αυτό θα επικυρωθεί μέσω της χρήσης ενός από τα τρία κυρία χαρακτηριστικά του βασικού άγχους: ανυπαρξία ισχύος, επιθετικότητα και αποσύνδεση. Το βασικό άγχος, όταν συνάδει με ανυπαρξία ισχύος, έχει ως αποτέλεσμα αυξημένη επιθυμία για προστασία (κίνηση προς τους ανθρώπους) Η επιθετική οριοθέτηση δίνει έμφαση σε έκφραση επιθυμίας για κυριαρχία και κυριότητα (κίνηση ενάντια στους ανθρώπους) ενώ η αποσύνδεση οδηγεί σε αποφυγή των άλλων (κίνηση μακριά από τους ανθρώπους).

Εν κατακλείδι θα λέγαμε ότι η συγκεκριμένη θέση της Karen Horney, που στηρίζει το βασικό άγχος στην παθολογία των κοινωνικών επιρροών και κυρίως σε αυτή της οικογένειας κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, είναι ιδιαίτερα αισιόδοξη άποψη, μια και αντίθετα από τη φροϋδική θεωρία, το άγχος εδώ θεωρείται απολύτως αποφευκτό.

Ο Harry Stack Sullivan (1953/1964). επηρεασμένος από την Κοινωνιολογία και την Κοινωνική Ψυχολογία, αποδέχεται τη θεωρία της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και προχωρά σε μια πιο βαθιά ανάλυση των σχέσεων μέσα από τη διαπροσωπική θεωρία. Θεωρεί ότι η ανθρωπινή συμπεριφορά μπορεί να εκτιμηθεί μόνο στο εμφανές και μη ενδοψυχικό επίπεδο, διότι μόνο αυτό είναι δυνατόν να παρατηρηθεί. Συνεπώς οι διαπροσωπικές σχέσεις εμπίπτουν στο πλαίσιο της επιστημονικής μελέτης, διότι η αλληλεπίδραση αποτελεί εν δυνάμει αντικείμενο παρατήρησης ενός τρίτου ατόμου.

Οι διαπροσωπικές σχέσεις συμβάλλουν στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη της προσωπικότητας από τη στιγμή της γέννησης του ατόμου. Το άγχος έχει ως πηγή εκκίνησης αυτές ακριβώς τις διαπροσωπικές σχέσεις. Ο Harry Stack Sullivan συμφωνεί τον Freud ότι ο άνθρωπος επιθυμεί τη μείωση της

εσωτερικής έντασης. Η ιδανική ανθρωπινή κατάσταση είναι αυτή της απόλυτης ισορροπίας και «ευφορίας». Αντίθετη κατάσταση είναι η απόλυτη ένταση. Οι τέσσερις παράγοντες πρόκλησης έντασης είναι: οι «ψυχοχημικές ανάγκες» (σεξουαλικές, τροφής, οξυγόνου κτλ.), η ανάγκη για ύπνο, η χρεία για έκφραση τρυφερότητας και το άγχος. Το άγχος μπορεί να προκληθεί από ενοχλήσεις του περιβάλλοντος, όπως ένας ξαφνικός θόρυβος ή η έκφραση μιας απειλής. Το άτομο αισθάνεται άγχος και ο εαυτός αντιδρά ανάλογα, για να προστατευτεί, όταν νιώθει να απειλείται, να κινδυνεύει η ισορροπία και η ασφάλεια του.

Επίσης, ο Harry Stack Sullivan τόνισε τη σπουδαιότητα της αλληλεπίδρασης του παιδιού με τους «σημαντικούς άλλους» τους οποίους ονομάζει «τα πιο ουσιώδη πρόσωπα». Ο ρόλος της οικογένειας και κυρίως της μητέρας θεωρείται ο πλέον καθοριστικός ανάμεσα στα «πιο ουσιώδη πρόσωπα» στην ανάπτυξη του άγχους και της αίσθησης του εαυτού στο παιδί. Η μητέρα, κατά την αρχική επαφή της με το παιδί, μπορεί να του μεταδώσει το άγχος της. Η μητρική επαφή και η ανάλογη διαχείριση του άγχους εκ μέρους του παιδιού θα διαμορφώσει την εικόνα του εαυτού του. Όταν η σχέση είναι καλή, η συμπεριφορά του παιδιού δε χαρακτηρίζεται από άγχος και τότε το ίδιο υιοθετεί την αντίληψη «ο καλός εαυτός μου». Όταν η σχέση είναι ματαιωτική το άγχος του παιδιού είναι υψηλό και η αντίληψη του γίνεται «ο κακός εαυτός μου». Όταν, τέλος, η ματαιώση από την πλευρά της μητέρας είναι απόλυτη, τότε το παιδί, μέσα από ένα μηχανισμό απομόνωσης, ως άμυνα στο υπερβολικό άγχος που το κατακλύζει, αποκόβεται από την αίσθηση του εαυτού του και λειτουργεί σα να μην υπάρχει. Γίνεται δηλαδή, «όχι εγώ».

Πιο συγκεκριμένα, η ανακούφιση από το άγχος επιτυγχάνεται μέσω της δημιουργίας ασφαλών διαπροσωπικών σχέσεων με μη αγχωμένους άλλους. Από την άλλη, το βρέφος, σε αντίθεση με τους υπόλοιπους παράγοντες έντασης, δεν μπορεί να αντιδράσει στο άγχος, με αποτέλεσμα η επίτευξη ανακούφισης να είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Επιπλέον, το άγχος αντιτίθεται στη ικανοποίηση άλλων αναγκών. Μπορεί να καταστρέψει την ικανότητα λογικής σκέψης σα να γινόταν μια έκρηξη στον εγκέφαλο. Μπορεί, επίσης, να σαμποτάρει ενδεχόμενη ικανοποίηση, προερχόμενη μέσα από τις διαπροσωπικές σχέσεις.

Για τους ανωτέρω λόγους, ο άνθρωπος αφιερώνει πολύ χρόνο και ενέργεια στη μείωση ή αποφυγή της εντελώς ανεπιθύμητης έντασης του άγχους μέσω της εκλεκτικής απροσεξίας ή με την ασυναίσθητη μετατροπή του άγχους στον πιο εύκολο στη διαχείριση του θυμού. Σύμφωνα με τον Harry Stack Sullivan, το άγχος είναι πολλές φορές υπεύθυνο για την ανεπάρκεια του ατόμου ή για την αδικαιολόγητη άκαμπτη συμπεριφορά του, καθώς και για ένα μεγάλο ποσοστό ψυχιατρικών ασθενών. Εν κατακλείδι, σύμφωνα με το Harry Stack Sullivan, το άγχος αποτελεί επιβλαβές δυσάρεστο συναίσθημα παρόμοιο με την αγχώδη νεύρωση ή με συναισθήματα όπως η απέχθεια, η απειλή, ο τρόμος. Αποτελεί δημιουργήμα αρχικά του άγχους της μητρότητας και της αντίστοιχης απώλειας της διαπροσωπικής ασφάλειας και αυτοεκτίμησης. Η αποφυγή ή η μείωση του άγχους αποτελεί έναν από τους κύριους στόχους της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Ο Erich Fromm ασχολήθηκε περισσότερο με το άγχος ως κοινωνικό φαινόμενο παρά ως κλινικό. Η θεωρία του, επηρεασμένη από τις Μαρξιστικές, σοσιαλιστικές ιδέες της εποχής του, ενοχοποιεί το σύγχρονο δυτικό πολιτισμό, που μετά την Αναγέννηση στηρίχτηκε στο κεφάλαιο. Οι οικονομικές συνθήκες δημιουργούν στον άνθρωπο ψυχολογική απομόνωση και άγχος. Το άγχος της αστικής τάξης ενισχύεται από την εχθρότητα προς την άρχουσα μεγαλοαστική τάξη και συγχρόνως καταπιέζεται και συσσωρεύεται. Για την αντιμετώπισή του, ο πολιτισμός μας, προτείνει κατευνασμό μέσω της επιπλέον εργασίας με σκοπό περισσότερα οικονομικά οφέλη και κατανάλωση αγαθών, δημιουργώντας όμως έναν φαύλο κύκλο ενίσχυσης του άγχους. Ο άνθρωπος είναι ελεύθερος, με απεριόριστες δυνατότητες, να χρησιμοποιήσει νέους εμπειρικούς τρόπους και να δημιουργήσει νέα κοινωνικά μοτίβα αλλά, παράλληλα, θέλει να διατηρήσει τους δεσμούς της ασφάλειας του. Η ελευθερία της σύγχρονης εποχής είναι «αρνητική ελευθερία», όταν το άτομο επιλέγει μονό τη δυνατότητα αλλαγής εργασίας, οικονομικής κινητικότητας και κατανάλωσης αποτελώντας απλώς ένα μηχανικό εξάρτημα του συστήματος. Σε αυτήν την περίπτωση, η προσωπικότητα του ατόμου εξελίσσεται, όπως το κοινωνικό περιβάλλον αναμένει. Το αποτέλεσμα αυτής της παραχώρησης της ατομικότητας ενέχει ακόμα μεγαλύτερη απομόνωση και άγχος.

(Μουταβέλης Α., 2006:96-110)

5.4. Η ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ALFRED ADLER

Ο Alfred Adler, χωρίς να συστηματοποιήσει συγκεκριμένη ανάλυση περί άγχους, επηρέασε σημαντικά το έργο των Horney, Sullivan, και Fromm. Γενικά ενώ ο Freud βλέπει την ζωή ως μια αναπόφευκτη διαμάχη μεταξύ των εγωιστικών κινήτρων και των κοινωνικών απαιτήσεων, ο Alfred Adler πιστεύει ότι ο άνθρωπος έχει μια έμφυτη δυναμική τάση για αλληλεπίδραση με τους συνανθρώπους του. Αυτό το «κοινωνικό αίσθημα» αποτελεί μια αίσθηση συγγενείας με την ανθρωπότητα, που επιτρέπει στο αδύναμο είδος του ανθρώπου να επιβιώσει μέσα από την συνεργασία. Η επαφή με το κοινωνικό γίνεσθαι αποτελεί εν δυνάμει παράγοντα δημιουργίας «αισθημάτων κατωτερότητας» Αυτά είναι φυσιολογικά και αναπόφευκτα αισθήματα αδυναμίας, αποτέλεσμα της παιδικής ανικανότητας. Επίσης, τα «αισθήματα κατωτερότητας» δεν είναι απαραίτητα παθολογικά και ανεπιθύμητα, μια και μπορεί να αποτελούν κίνητρα για επιπλέον «προσπάθεια για ανωτερότητα». Σε περίπτωση όμως, που η αίσθηση της ανικανότητας κατακλύσει το άτομο, δημιουργείται μια παθολογική κατάσταση, το «κόμπλεξ κατωτερότητας». Το άγχος, όπως και η νεύρωση, είναι επακόλουθο αυτών των «κόμπλεξ κατωτερότητας.» και αποτελεί γνώρισμα του χαρακτήρα παρά συναίσθημα αυτό καθαυτό. Τότε, «...το άγχος μπορεί να αποσοβηθεί μόνο με τη δημιουργία δεσμών που συνδέουν το άτομο με την ανθρωπότητα. Μόνο το άτομο που έχει

συνείδηση της θέσης του δίπλα στο συνάνθρωπο του μπορεί να διαβεί τη ζωή του χωρίς άγχος».

5.5. Η ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ CARL GUSTAV JUNG

Ο Carl Gustav Jung θεώρησε τη λίμπιντο ως μια μορφή διάχυτης ζωτικής ενεργείας, οι στόχοι της οποίας δεν είναι αποκλειστικά σεξουαλικοί. Αποδέχτηκε την έννοια του φροϋδικού ασυνειδήτου, προσθέτοντας επιπλέον αυτή του συλλογικού ασυνειδήτου. Η συγκεκριμένη έννοια εμπεριέχει τα Αρχέτυπα, δηλαδή καταθέσεις των συνεχώς επαναλαμβανόμενων εμπειριών της ανθρωπότητας. Λειτουργίες της πρωτόγονης ανθρώπινης προέλευσης, της ιστορικής κληρονομιάς και των προτύπων της φυλής, ένα σύνολο προτύπων, συμβόλων και μύθων. Για τον Carl Gustav Jung το άγχος αντιπροσωπεύει το φόβο όλων των ομαδικών ασυνειδήτων λειτουργιών της κληρονομιάς, της φυλής και του πολιτισμού μας. Έτσι, για να κατανοηθεί και να αντιμετωπιστεί, πρέπει να γίνει αναδρομή στις εντελώς προσωπικές αλλά και ομαδικές εμπειρίες του ατόμου. Από την άλλη, ο ορθολογισμός του Δυτικού πολιτισμού, «αντί να φέρει την κατανόηση και αντιμετώπιση του άγχους οδηγεί σε μια παθητική άμυνα φυγής με αποτέλεσμα τη διόγκωση του».

5.6. Η ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ – ΥΠΑΡΞΙΣΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Σύμφωνα με την διατριβή του Μουταβέλη, *“ Δυναμική αλληλεπίδραση γονέων μαθητών δημοτικού σχολείου και παιδικό άγχος” 2006*, που αναφέρει την θεωρία του Carl Rogers ονομάζει την προσέγγιση της ψυχοθεραπείας του «πελατοκεντρική» και τη στηρίζει στον Ουμανισμό. Η συγκεκριμένη προσέγγιση βασίζεται στις ανάγκες του ατόμου, όπως τις αισθάνεται το ίδιο και όχι όπως τις ερμηνεύει ο ερευνητής. Έτσι, ο τελευταίος πρέπει να εκφράσει αποδοχή χωρίς όρια για τον «πελάτη». Το άτομο τώρα «λαμβάνεται όχι αποσπασματικά αλλά ως ολότητα».

Ο Carl Rogers υπήρξε: φιλοσοφικά προσανατολισμένος προς τον υπαρξισμό και τις αρχές της φαινομενολογίας. Παράλληλα, όμως, οι θέσεις του δε στερούνται της επιστημονικότητας που πρεσβεύει ο θετικισμός. Έτσι, παρέχει για το μέχρι τότε υποκειμενικό θέμα του εαυτού και της αυτοαντίληψης θεμελιακές εγγυήσεις για μια επιστημονική προσέγγιση. Συγκεκριμένα, ο εαυτός διαμορφώνεται στα πλαίσια της δυναμικής αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον. Η έννοια Εαυτός περιλαμβάνει την αυτοαντίληψη και τον ιδανικό Εαυτό. Η σύγκρουση μεταξύ της αυτοαντίληψης και της πραγματικής εμπειρίας στηρίζει το μοντέλο της ψυχοπαθολογίας του Carl Rogers. Αυτή η συγκρουσιακή κατάσταση προκαλεί στο άτομο ένταση, σύγχυση και άγχος. Το άγχος, λοιπόν, αποτελεί μια κατάσταση και ανησυχίας και έντασης αποτέλεσμα της εμπειρίας που είναι ασύμφωνη με την αυτοαντίληψη. Σε περίπτωση μάλιστα, που υφίσταται σε ασυνείδητο επίπεδο με αποτέλεσμα να μη γίνεται αντιληπτή, το άτομο ενδέχεται να είναι επιρρεπές στο άγχος χωρίς φανερά αίτια.

Ο Rollo Reese May θεωρεί ότι ο άνθρωπος έχει μια κληρονομική ανάγκη να υπάρχει στον κόσμο που γεννήθηκε και να επιτυγχάνει μια συνειδητή και ασυνείδητη αίσθηση του εαυτού του ως αυτόνομης και ευδιάκριτης οντότητας (Dasein). Για την ανάπτυξη αυτού του τόσο προσωπικού και ιδιαίτερου σχήματος του Dasein απαιτείται διαρκής προσπάθεια και επιβιβασία, ακόμα και αν χρειαστεί, ενάντια στην κοινωνική πίεση για προσαρμογή, σε μη συνετά γονικά πρότυπα και σε αυτήν ίσως την ίδια την απειλή του θανάτου. Όσο περισσότερο ισχυρό το Dasein τόσο πιο υγιές είναι μια προσωπικότητα. Το άγχος για το May αποτελεί ανησυχία που προκαλείται από την απειλή αξιών, οι οποίες κρίνονται από το άτομο βασικές για την ύπαρξη της προσωπικότητας του (δηλαδή απειλή του Dasein). Από την άλλη, παρόλο που υποκειμενικές και αντικειμενικές πτυχές της προσωπικότητας αναμιγνύονται περίπλοκα, δηλώνοντας έτσι την ατομική ιδιαιτερότητα κάθε ανθρώπου, υπάρχει ένα απόλυτο και αναπόφευκτο γεγονός, που αφορά το Dasein όλων: ο θάνατος. Η φύση του ανθρώπου είναι πεπερασμένη με άγνωστο τέλος. Από την στιγμή λοιπόν, που ο θάνατος είναι ένα από τα απόλυτα και αναπόφευκτα γεγονότα της ύπαρξης, ένα συγκεκριμένο επίπεδο άγχους είναι φυσικό χαρακτηριστικό της ανθρώπινης ύπαρξης.

Το άγχος διαφέρει από το φόβο, γιατί σε αντίθεση με αυτόν, είναι οντολογικό και σχετίζεται με την ύπαρξη του ανθρώπου. Για παράδειγμα, η απόρριψη από τους γονείς απειλεί το Dasein προκαλώντας άγχος («Δεν αξίζω την αγάπη και προσοχή τους»), ενώ αντίθετα ο φόβος μπροστά στον οδοντίατρο δεν απειλεί το Dasein και εξαφανίζεται ως συναίσθημα. μόλις η επίσκεψη τελειώσει.

5.7. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΜΟΥ

Η θεωρία του Συμπεριφορισμού, στις αρχικές της εκφάνσεις, έχει βασικό εκπρόσωπο της τον J.B. Watson. Αυτός, γνωρίζοντας τις βιοφυσιολογικές έρευνες του I.P. Pavlov και τις ψυχοπαθολογικές εφαρμογές του V.M. Bechterev στήριξε τα πρώιμα βήματα της συμπεριφοριστικής θεωρίας στη φιλοσοφία του ρεαλισμού και στη θέση του τελευταίου για περιγραφή σταθερών, καθοριστικών ιδιοτήτων ενός αντικειμενικού, ρεαλιστικού κόσμου. Η ερευνά του επικεντρώνεται στη μελέτη της παρατηρήσιμης και έκδηλης συμπεριφοράς του ανθρώπου και όχι σε αυτήν των ασυνείδητων, ενδοψυχικών διεργασιών. Θεωρεί ότι η μελέτη συμπεριφορών, που δεν υπόκεινται στη δυνατότητα καταγραφής και έξωθεν μαρτυρίας του παρατηρητή δεν μπορεί να θεωρηθεί επιστημονική. Αντιπροσωπεύει την κλασική εξαρτημένη μάθηση σύμφωνα με την οποία ένα ουδέτερο ερέθισμα, μετά την ταυτόχρονη και επαναληπτική σύζευξη του με ένα φυσικό ερέθισμα, μπορεί να υποκαταστήσει και να προκαλέσει από μόνο του πλέον τη φυσική αντίδραση. Τον Watson ενδιαφέρει η παρατηρούμενη συμπεριφορά του υποκειμένου και η μελέτη του συμπτώματος. Ως εκ τούτου, οι διαταραχές άγχους έχουν μελετηθεί μέσα από πειράματα φοβικών αντιδράσεων, από τα οποία το πιο γνωστό είναι εκείνο με

το μικρό Albert. Εκεί ο Watson απέδειξε ότι οι φοβικές αντιδράσεις αποτελούν στην ουσία μαθημένες συμπεριφορές, που έχουν συνεξαρτηθεί σύμφωνα με τη διαδικασία «ερέθισμα - αντίδραση». Μάλιστα σε αυτές τις πειραματικές του μελέτες με βρέφη, υποστήριξε ότι μόνο οι συγκινησιακές αντιδράσεις του φόβου, της οργής και της αγάπης είναι επίκτητες, και μάλιστα αυτές περιορίζονται σε απότομο και οξύ κρότο, ανάσχεση των κινήσεων του σώματος και ψηλάφισμα των γεννητικών οργάνων αντίστοιχα. Όλες οι υπόλοιπες, σύνθετες και μη συναισθηματικές αντίδρασης των ανθρώπων δεν είναι τίποτα άλλο παρά μαθημένες συμπεριφορές που έχουν δημιουργηθεί σε βάθος χρόνου από τις διαρκείς συνεξαρτήσεις των τριών αυτών με ουδέτερα ερεθίσματα. Επιπρόσθετα, ο Watson πιστεύει στην παντοδυναμία του περιβάλλοντος, το οποίο και καθορίζει απόλυτα την ανθρώπινη ψυχοσύνθεση. Θέλοντας να δώσει έμφαση στις θέσεις του, υποστήριξε ότι, αν υπήρχε η δυνατότητα να έχει στα χέρια του μερικά αρτιμελή, φυσιολογικά βρέφη, θα μπορούσε με την κατάλληλη αγωγή να διαμορφώσει εντελώς το χαρακτήρα τους. Πιστεύοντας στην παντοδυναμία του περιβάλλοντος, αποδέχεται ταυτόχρονα και την παντοδυναμία της οικογένειας, την οποία εκλαμβάνει ως σχεδόν απόλυτο χώρο διαμόρφωσης συμπεριφορών. Υποστηρίζει ότι από τους γονείς εξαρτάται αν το παιδί θα γίνει ευτυχισμένο, αγχώδες, κλπ. Έτσι, οι φοβικές και αγχογόνες συνεξαρτήσεις, που θα επιτρέψει εκούσια ή ακουσία η οικογένεια να λάβουν χώρα στο περιβάλλον της, θα διαμορφώσουν τελικά το είδος και το επίπεδο άγχους του παιδιού.

Σύμφωνα με τη συμπεριφοριστική θεωρία, οποιαδήποτε αλλαγή περιβάλλοντος επιδρά στον ανθρώπινο οργανισμό αποτελεί ένα ερέθισμα, που με μια αντανακλαστική σχέση δημιουργεί αντίδραση του οργανισμού, δηλαδή αλλαγή της συμπεριφοράς του. Τα αντανακλαστικά-αντιδράσεις κατηγοριοποιούνται σε ανεξάρτητα (ή ουδέτερα), τα οποία δεν προέρχονται από μάθηση, και σε εξαρτημένα, που πηγάζουν από τη μάθηση, δηλαδή από την αλληλεπίδραση οργανισμού-περιβάλλοντος. Έτσι, λοιπόν, το άγχος, όπως και τα υπόλοιπα συναισθήματα, αποτελεί αντίδραση και συγκεκριμένα εξαρτημένο αντανακλαστικό σε ερεθίσματα που αποτελούν αγχογόνους παράγοντες.

Στις πρώιμες βιοφυσιολογικές μελέτες του Pavlov μελετήθηκαν τα εξαρτημένα αντανακλαστικά ανωτέρων τάξεων. Διατυπώθηκε η άποψη ότι ένα ανεξάρτητο ερέθισμα (AE) μπορεί να μετασχηματιστεί σε εξαρτημένο ερέθισμα (EE) ανώτερης τάξης και να προκαλέσει ανάλογη εξαρτημένη αντίδραση (PA) μικρότερης έντασης που επεκτείνεται όμως σε περαιτέρω πλαίσια της ζωής του οργανισμού.

5.8. ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία, η συμπεριφορά προσδιορίζεται από εσωτερικές, ασυνείδητες δυνάμεις (κίνητρα, ένστικτα, ενορμήσεις), τις οποίες το άτομο δεν μπορεί εύκολα να κατανοήσει και να ελέγξει. Αντίθετα, κατά τη

συμπεριφορική θεωρία, η συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα εξωτερικών περιβαλλοντικών δυνάμεων, τις οποίες επίσης το άτομο δύσκολα μπορεί να τροποποιήσει, αφού κατευθύνονται από εξωτερικά ερεθίσματα.

Η γνωσιακή θεωρία αναδύθηκε με την αισιόδοξη προοπτική να κατανοήσει και να ελέγξει τη συμπεριφορά, όταν απαιτείται, διαμέσου μιας σύνθεσης εσωτερικών και εξωτερικών δυνάμεων, με την έννοια των γνωσιακών ή νοητικών «κατασκευών». Σύμφωνα με τη γνωσιακή θεωρία, «οι σκέψεις, το συναίσθημα και η συμπεριφορά προσδιορίζονται από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο δομεί τον κόσμο».

Από τη φύση τους, οι άνθρωποι είναι προικοδοτημένοι με συστήματα συναγερμού, που δίνουν τη δυνατότητα εντόπισης και αντιμετώπισης του κινδύνου μέσα από την έκλυση και βίωση του άγχους και την ενεργοποίηση μηχανισμών αντίδρασης από το εγγενές ρεπερτόριο των «στρατηγικών» αντιμετώπισης της απειλής. Και ενώ, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, τα συστήματα συναγερμού λειτουργούν προς όφελος του ατόμου, έστω και με κάποιο κόστος, όπως π.χ. συχνές εσφαλμένες σημάνσεις συναγερμού χωρίς ύπαρξη απειλής, στις αγχώδεις διαταραχές οι εσφαλμένες θετικές σημάνσεις συναγερμού γενικεύονται, με αποτέλεσμα τα συστήματα αυτά να λειτουργούν σε βάρος του ατόμου. Τα αίτια της δυσλειτουργίας του συστήματος συναγερμού και της δημιουργίας μιας αγχώδους διαταραχής είναι προφανώς πολυπαραγοντικά, αλλά στην αιτιοπαθογενετική αυτή αλυσίδα πιστεύεται ότι η συμβολή των ψυχοκοινωνικών και γνωσιακών παραγόντων είναι σημαντική. Διαμέσου των γνωσιακών παραγόντων ο κόσμος «χαρτογραφείται» ως άκρως επικίνδυνος και ο «εαυτός» ως άκρως αδύναμος, χαρτογράφηση που προδιαθέτει στη δημιουργία των αγχωδών διαταραχών. Η νοητική χαρτογράφηση γίνεται κατανοητή με τη μορφή ενός αποταμιευμένου «σώματος» γνώσης (πεποιθήσεις, δομές ή σχήματα), το οποίο, με τις πληροφορίες που εμπεριέχει αναφορικά με παρελθούσες εμπειρίες απειλής, αλλά και με τους κανόνες, τις ιδέες και τις προβλέψεις αναφορικά με το μέλλον, επεξεργάζεται με ένα δυσλειτουργικό τρόπο την τρέχουσα εμπειρία, προκειμένου το άτομο να αποφανθεί για την ύπαρξη ή όχι κινδύνου και τους τρόπους αποτροπής του. Στη διαμόρφωση των δυσλειτουργικών αυτών δομών, πέρα από τη γενετική συνεισφορά, θεωρείται αποφασιστική η συμβολή πρώιμων μαθησιακών εμπειριών.

Η αποταμιευμένη γνώση (πεποιθήσεις, σχήματα) βρίσκεται συνήθως σε λανθάνουσα κατάσταση και από την αιτιοπαθογενετική σκοπιά κατατάσσεται στους προδιαθεσικούς παράγοντες. Αν ενεργοποιηθεί με την ευκαιρία κάποιου συμβάντος ή συμβάντων, η εμπεριεχόμενη εμπειρία της απειλής αποκωδικοποιείται, «διαβιβάζεται», εκφράζεται και αποκαλύπτεται μέσα από τις προκύπτουσες νοητικές δραστηριότητες (αρνητικές σκέψεις ή εκτιμήσεις), τα συναίσθημα, τη συμπεριφορά και τις σωματικές εκδηλώσεις του ατόμου (ψυχοπαθολογική εικόνα).

Οι εκκλύμενες αυτόματες αρνητικές σκέψεις ή εκτιμηθείς χαρακτηρίζονται ως «καταστροφολογικές», επειδή μετατρέπουν την πιθανότητα αρνητικής έκβασης

σε βεβαιότητα, προβλέποντας μάλιστα το βαθμό βλάβης στην πιο ακραία του μορφή, ενώ ταυτόχρονα υποτιμάται η ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει αυτές τις καταστάσεις. Η ένταση του άγχους είναι ευθέως ανάλογη του μεγέθους των αναμενόμενων βλαβών και αντιστρόφως ανάλογη των αναμενόμενων δυνατοτήτων αντιμετώπισης της απειλής. Στη γνωσιακή προσέγγιση τονίζεται ιδιαίτερα το γεγονός ότι η βίωση ή μη άγχους δεν εξαρτάται μόνο από την (αντικειμενική) παρουσία της απειλής, αλλά και από την πεποίθηση του ατόμου ότι απειλείται και ταυτόχρονα αισθάνεται ανεπαρκής στην αντιμετώπιση της. Απαραίτητη για τη βίωση του άγχους είναι η ερμηνεία ή παρερμηνεία μιας κατάστασης ως δείκτη προσωπικής απειλής και όχι αυτή η ίδια η αντικειμενική παρουσία της απειλής.

Στις αγχώδεις διαταραχές, ο ασθενής χρησιμοποιεί διάφορες συμπεριφορές ή στρατηγικές (π.χ. αποφυγές), που αν και συνήθως προκαλούν άμεσα ανακούφιση (αγχόλυση), εντούτοις μακροπρόθεσμα (α) αυξάνουν την ενασχόληση του ατόμου με την απειλή, (β) εμποδίζουν τη διάψευση των δυσπροσαρμοστικών πεποιθήσεων και (γ) συντελούν ενίοτε άμεσα στην επίταση της συμπτωματολογίας. Τέλος, οι φυσιολογικές μεταβολές και τα σωματικά συμπτώματα ασθενών με αγχώδεις διαταραχές (π.χ. οι έκτακτες συστολές στον πανικό ή ο τρόμος των χεριών στην κοινωνική φοβία), ερμηνευόμενες ως καταστροφικές, συντελούν ώστε η αίσθηση του κινδύνου να αυξάνεται ακόμη περισσότερο.

Η υψηλή εγρήγορση και η επιλεκτική προσοχή σε νύξεις απειλής, που επιβάλλουν τα ενεργοποιημένα δυσπροσαρμοστικά συστήματα, σε συνδυασμό με τις εκδηλούμενες σωματικές μεταβολές και τις χρησιμοποιούμενες «στρατηγικές» αγχόλυσης, θεωρούνται κατεξοχήν υπεύθυνα για τη μη απενεργοποίηση των δυσπροσαρμοστικών αυτών γνωσιακών συστημάτων και το φαύλο κύκλο διατήρησης της αγχώδους ψυχοπαθολογίας. (Αλεβιζός 2008:78- 80)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, ακολούθησαν διαχρονικά την πορεία ανάπτυξης του ευρύτερου συστήματος υγείας. Η δημιουργία ενός Συστήματος Υγείας ξεκινά το 1952 με το Ν.2593/52 επί κυβερνήσεως Παπάγου που αναφέρεται στη λειτουργία των νοσοκομείων.

Στο τομέα της Π.Φ.Υ. ιδρύεται το ΙΚΑ το 1935 που εκτός από τον τομέα της ασφάλισης, κάλυψε και την ανάγκη για ιατρική περίθαλψη και ψηφίζεται το Ν.Δ. 2592/53 που αναφέρονταν στις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες και προέβλεπε αποκεντρωμένο σύστημα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, δηλ. τους Κοινοτικούς Υγειονομικούς Σταθμούς, οι οποίοι μετά το 1955 συμπληρώθηκαν με τα Κοινοτικά και Αγροτικά Ιατρεία.

Η ιστορική δηλαδή, εξέλιξη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα είναι σχεδόν παράλληλη με εκείνη της ανάπτυξης της Κοινωνικής Ασφάλισης.

Καθοριστικό ρόλο στη πορεία της διαδραμάτισαν οι αντίστοιχες εξελίξεις στο χώρο της υγείας και της επέκτασης της κοινωνικής ασφαλιστικής κάλυψης. Οι παρεμβάσεις αυτές επηρεάστηκαν:

- από τη βιομηχανική ανάπτυξη.
- τις μείζονες πολιτικές εξελίξεις στον τόπο μας.
- την αλλαγή του νοσολογικού προτύπου μετά τον Β΄ παγκόσμιο πόλεμο.
- την εφαρμογή τους και την ανάπτυξή τους σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, και τέλος.
- από τη σημασία και την προτεραιότητα που αποδίδει η κάθε κοινωνία στην αξία

της διατήρησης της υγείας.

Θα πρέπει να τονίσουμε ότι το ΙΚΑ είναι ο μοναδικός ίσως ασφαλιστικός φορέας στην Ευρώπη και στον κόσμο, που ανέπτυξε από την ίδρυσή του και παράλληλα με την ασφαλιστική του προσπάθεια, υγειονομικές μονάδες παροχής Υγειονομικών Υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στον αστικό και αργότερα ημιαστικό χώρο, και επίσης διείδε από πολύ νωρίς τη σημασία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού μέσα στο σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας και την καθιέρωσε από το 1960.

6.2. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ

Μέχρι το 1983 λειτουργούσαν τα αγροτικά ιατρεία και οι υγειονομικοί σταθμοί, τα πολυιατρεία ασφαλιστικών οργανισμών, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και τα ιδιωτικά ιατρεία.

Ουσιαστικά η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος περίθαλψης συνδέεται με το Ν.1397/83 περί Ε.Σ.Υ. Ο Νόμος αυτός καθιερώνει την ισότητα

των πολιτών στην περίθαλψη, την ευθύνη του κράτους για την παροχή υγείας, προβλέπει τη δημιουργία ενός αποκεντρωμένου διοικητικά συστήματος λειτουργίας,

ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας, εκσυγχρονισμό και αναδιοργάνωση των νοσοκομείων, ενίσχυση των εκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων και κίνητρα για την ανάπτυξη του προσωπικού. Επίσης συζητείται η κοινωνικοπολιτική σημασία της διασφάλισης της αρχής της ισότητας στην περίθαλψη, γιατί ο τομέας υγείας θεωρείται συστατικό στοιχείο του κοινωνικού κράτους. Ταυτόχρονα εισάγεται και η έννοια της κοινωνικής φροντίδας στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. με στόχο τη διάγνωση και θεραπεία ψυχικών κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων, την προστασία ατόμων που ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού και την ενεργοποίηση ατόμων, ομάδων, φορέων ώστε να συμμετέχουν στη δημιουργία προτάσεων και νέων προγραμμάτων.

Ο νόμος «Περί Ε.Σ.Υ.» θεωρήθηκε πρωτοποριακός και ακόμα και σήμερα οποιαδήποτε αλλαγή βασίζεται στους άξονές του. Ο Ν. 2519/97 «για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας και των Υγειονομικών Υπηρεσιών» για την Π.Φ.Υ. προέβλεπε τη δημιουργία των Δικτύων Παροχής Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και την προσφορά υπηρεσιών υγείας από τον Οικογενειακό Γιατρό στις αστικές και ημιαστικές περιοχές. Πολλές όμως από τις προτάσεις για αναδιάρθρωση που είχαν θεσπιστεί, παρέμειναν απραγματοποίητες είτε γιατί συνάντησαν έντονες αντιδράσεις ή γιατί δεν υπήρχαν περιθώρια οικονομικής αρωγής. Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) για παράδειγμα, δεν δικαίωσε τη λειτουργία του ενώ η μόνη ομάδα που λειτούργησε ήταν η επταμελής διορισμένη από τον εκάστοτε Υπουργό Εκτελεστική Επιτροπή.

Επίσης δεν έχει αναπτυχθεί ο θεσμός του προσωπικού γιατρού ή των Αστικών Κέντρων Υγείας.

Όσον αφορά τη Π.Φ.Υ. στις αγροτικές περιοχές, τα Κέντρα Υγείας αντιπροσώπευαν την αλλαγή που θεσπίστηκε με το Νόμο για το Ε.Σ.Υ. Παρά το γεγονός ότι ο Νόμος κινήθηκε στη σωστή κατεύθυνση με την πρόταση για τη δημιουργία των 190 Κέντρων Υγείας και των 1.131 περιφερειακών ιατρείων, η Π.Φ.Υ. χαρακτηρίστηκε από έλλειψη προγραμματισμού, υποτυπώδη υποδομή και πολυκερματισμό ενώ πολλοί τομείς δεν αναπτύχθηκαν στην έκταση που προβλέπονταν από τον Νόμο. Τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν αφορούσαν επίσης την οργάνωση και λειτουργία της, τη χρηματοδότηση, την αποτελεσματικότητα της, την ανισότητα στη πρόσβαση και παροχή, στον ελλιπή εξοπλισμό, τη συγκέντρωση γιατρών στις αστικές περιοχές και την ταυτόχρονη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού.

Στα Αστικά Κέντρα, η Π.Φ.Υ. παρέχονταν και παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, π.χ. το Ι.Κ.Α., τους ιδιώτες γιατρούς, τα διαγνωστικά κέντρα και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και αυτό γιατί δεν δημιουργήθηκαν αντίστοιχες μονάδες, όπως τα Κέντρα Υγείας στις αγροτικές

περιοχές. Αποτέλεσμα, μεγάλο μέρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας να παρέχεται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και να αυξηθεί η ιδιωτική παροχή υπηρεσιών υγείας.

Δύο αδυναμίες λοιπόν φαίνεται ότι παρουσιάζει το σύστημα Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα:

α) ελλείψεις υποδομής και προσωπικού στα Κέντρα Υγείας αγροτικού τύπου, προβληματικός τρόπος οργάνωσης των υπηρεσιών και γενικότερα η απουσία υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας στην Κοινότητα.

β) έλλειψη ανάπτυξης υπηρεσιών Π.Φ.Υ. σε αστικές περιοχές όπου δεν υπάρχουν Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου και Δίκτυα Π.Φ.Υ. καθώς επίσης και απουσία του θεσμού των Προσωπικών Γιατρών.

Με τη μεταρρύθμιση δηλαδή, της δεκαετίας του '80 και τη συγκρότηση του Ε.Σ.Υ. επιχειρήθηκε η προώθηση μιας φιλόδοξης εθνικής στρατηγικής για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η πολιτική αυτή, παρά το γεγονός ότι συνοδεύθηκε από σημαντικές επενδύσεις στην υποδομή και την τεχνολογία, είχε σοβαρά ελλείμματα στις πολιτικές ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού και ειδικότερα στην εκπαίδευση και κατάρτιση των γενικών γιατρών και των άλλων επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στην πραγματικότητα, η προσπάθεια ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στηρίχθηκε σε επαγγελματίες υγείας, των οποίων η επαγγελματική κατάρτιση και εμπειρία ήταν νοσοκομειακού χαρακτήρα και η γνώση της φύσης, του χαρακτήρα και της πολιτικής για την πρωτοβάθμια φροντίδα, σχεδόν μηδενική.

Η αντίφαση αυτή λειτούργησε ως μοχλός ανατροπής του μεταρρυθμιστικού σχεδίου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με δύο βασικές παρενέργειες. Η πρώτη σχετίζεται με την στροφή της ζήτησης για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στα νοσοκομειακά ιδρύματα και η δεύτερη στην μεταλλαγή και ενδυνάμωση του ιδιωτικού τομέα με βάση την υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία. Στο πλαίσιο αυτό, δεν αποτελεί υπερβολή η διατύπωση ότι η κρίση της ιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας έχει ως επίκεντρο την πρωτοβάθμια περίθαλψη και φροντίδα υγείας και εκδηλώνεται με χαμηλούς δείκτες ικανοποίησης και υψηλές ιδιωτικές πληρωμές.

Επιπρόσθετα, από έρευνες προέκυψαν ενδιαφέρουσες πλευρές της άσκησης της γενικής οικογενειακής ιατρικής στη χώρα μας, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν στη χάραξη πολιτικών κατάλληλων για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία. Ειδικότερα και παρά το γεγονός ότι σταδιακά η ειδικότητα της γενικής ιατρικής γίνεται αποδεκτή μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η κατάρτιση, οι δεξιότητες και η πρακτική εφαρμογή της απέχει από το πραγματικό περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία. Για παράδειγμα, η εμπλοκή των γενικών γιατρών στην πρόληψη, την αγωγή υγείας και τη διαχείριση των ασθενών είναι μικρή, ενώ η επίδοσή τους αφενός στη χρησιμοποίηση ιατρικών τεχνικών και αφετέρου στην αντιμετώπιση σοβαρών προβλημάτων υγείας είναι επαρκής. Αντιθέτως, η εμπλοκή στη φροντίδα των χρονίως πασχόντων και στην παροχή υπηρεσιών στο σπίτι είναι εξαιρετικά

περιορισμένη. Τα στοιχεία αυτά σηματοδοτούν τη νοσοκομειακή εκπαίδευση των γενικών γιατρών και την απουσία επαγγελματικών αντανακλαστικών στο διευρυμένο πεδίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Ανακεφαλαιώνοντας, η Π.Φ.Υ. παρέχεται από:

α) από το Ε.Σ.Υ. μέσω των Κέντρων

Υγείας, τα περιφερειακά τους ιατρεία και τα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων

β) το ΙΚΑ

γ) τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία που συνάπτουν συμβάσεις με ιδιώτες γιατρούς δ) τον ιδιωτικό τομέα

ε) την τοπική αυτοδιοίκηση.

6.3. ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ Π.Φ.Υ.

Κέντρα Υγείας – εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Ο θεσμός των Κέντρων Υγείας ξεκίνησε στην Αγγλία το 1920 και σήμερα έχει εξαπλωθεί στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης. Αποτελούν τη βασική μονάδα ανοικτής περίθαλψης, κυρίως στις αστικές και ημιαστικές περιοχές. Στην πλήρη μορφή λειτουργίας τους παρέχουν, εκτός από υπηρεσίες ανοικτής περίθαλψης, και υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Η περίθαλψη που παρέχουν τα Κέντρα Υγείας περιλαμβάνει υπηρεσίες διαφόρων ιατρικών ειδικοτήτων, με ευρύ φάσμα διαγνωστικών δραστηριοτήτων. Συνήθως, υπάρχει επιστημονική και λειτουργική διασύνδεση τους με κάποιο νοσοκομείο και δυνατότητα διακομιδής των ασθενών τους σε αυτό. Σε μερικά από αυτά υπάρχει και η δυνατότητα βραχείας νοσηλείας των ασθενών.

Στην Ελλάδα, η λειτουργία των Κέντρων Υγείας καθιερώθηκε, όπως προαναφέρθηκε με το Ν. 1397/83 και αποτελούν αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των κατά τόπους νοσοκομείων. Τα Κέντρα Υγείας βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική σύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται οργανικά και διοικητικά. Η χωροθέτηση των περισσότερων από αυτά έγινε με βάση τα γεωγραφικά, πληθυσμιακά και κοινωνικοοικονομικά κριτήρια.

Μολονότι ο Ν.1397/83 προέβλεπε την οργάνωση και λειτουργία Κέντρων Υγείας τόσο στα αστικά κέντρα όσο και στην ύπαιθρο, μέχρι σήμερα έχουν δημιουργηθεί και λειτουργούν μόνο τα Κέντρα Υγείας αγροτικού τύπου, τα οποία καλύπτουν τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού σε πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και περίθαλψη.

Τα Κέντρα Υγείας στη χώρα μας διαθέτουν επαρκείς και κατάλληλες εγκαταστάσεις, τον απαραίτητο ιατρικό και τεχνολογικό εξοπλισμό και προβλέπεται να είναι στελεχωμένα με γιατρούς των βασικών ειδικοτήτων (παθολόγους, γιατρούς γενικής ιατρικής, παιδίατρους, μικροβιολόγους, οδοντίατρους), καθώς και με ανάλογο νοσηλευτικό, διοικητικό και βοηθητικό

προσωπικό, ώστε να καλύπτουν όλο το φάσμα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ακόμα, έχουν και τη δυνατότητα βραχείας νοσηλείας ασθενών, σε περιπτώσεις που χρειαστεί. Όμως, παρά τη πρόβλεψη αυτή και τη σύσταση των απαραίτητων θέσεων προσωπικού, αρκετά Κέντρα Υγείας αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στελέχωσης τους με το αναγκαίο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτό συμβαίνει κυρίως σε απομακρυσμένες από τα μεγάλα αστικά κέντρα περιοχές, οι οποίες πρακτικά έχουν τις μεγαλύτερες ανάγκες υγειονομικής κάλυψης.

Στις Κοινότητες που βρίσκονται στην περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας, λειτουργούν περιφερειακά ιατρεία, τα οποία αποτελούν με τη σειρά τους αποκεντρωμένες γεωγραφικά μονάδες των Κέντρων Υγείας. Τα περιφερειακά ιατρεία διαθέτουν τη βασική υγειονομική υποδομή και είναι στελεχωμένα με γιατρό, συνήθως τον υπόχρεο υπηρεσίας υπαίθρου (αγροτικό) και νοσηλεύτρια.

Η αποστολή των Κέντρων Υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.1397/83, συνοψίζονται:

- στη παροχή πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης (διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση), με την αναγκαία εργαστηριακή υποστήριξη και την παρουσία ειδικών γιατρών.
- στην προληπτική ιατρική του πληθυσμού (εμβολιασμός, αγωγή υγείας, προσυμπτωματικός έλεγχος, ιατρική εργασίας, σχολική υγιεινή, υγιεινή ύδρευσης και διατροφής, οικογενειακός προγραμματισμός κλπ.).
- στην κοινωνική φροντίδα του πληθυσμού (προστασία υπερηλίκων, μειονεκτούντων ατόμων κλπ.) από ειδικά υγειονομικά στελέχη και κοινωνικούς λειτουργούς.

Σήμερα σε όλη τη χώρα λειτουργούν εκατόν εβδομήντα (170) Κέντρα Υγείας που διαθέτουν συνολικά 1.131 περιφερειακά ιατρεία. Η προσφορά των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης που παρέχουν, παρά τα προβλήματα έλλειψης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που αντιμετωπίζουν, χαρακτηρίζεται πολύ σημαντική, σε σχέση με την κατάσταση που επικρατούσε πριν από τη λειτουργία τους.

Τα Κέντρα Υγείας πέτυχαν να αυξήσουν τη διαθεσιμότητα και προσπελασιμότητα των υπηρεσιών, προσφέροντας στον αγροτικό πληθυσμό ένα μεγάλο όγκο υγειονομικών φροντίδων και έτσι να μειώσουν ουσιαστικά τις περιφερειακές ανισότητες που υπήρχαν.

Στο Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων των νοσοκομείων, παρέχονται ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες για διάγνωση και θεραπεία, ενώ η αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών γίνεται από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. (Κυριακίδου Ε., 1995:35-94)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1. Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Ο κοινωνικός λειτουργός αποσκοπεί στην ευημερία του ατόμου και την ευημερία της κοινωνίας μέσα στην οποία ζει το άτομο. Επιδιώκει να δημιουργήσει δυνατότητες σε άτομο, ομάδες ατόμων και κοινότητες ώστε να καλυτερέψουν την κατάσταση τους, να προσαρμοστούν σε συνθήκες αλλαγής και να συμμετάσχουν σε πρόγραμμα ανάπτυξης.

Επιπρόσθετα επιζητά να προσδιορίσει και να ενισχύσει την μεγιστοποίηση των δυνατοτήτων των ατόμων, ομάδων και κοινοτήτων.

Σύμφωνα με την Τζόνσον (1999:22) οι σκοποί του Κοινωνικού Λειτουργού είναι:

- 1) Ο κοινωνικός λειτουργός αναγνωρίζει και έρχεται σε επαφή με άτομα τα οποία χρειάζονται βοήθεια στην αντιμετώπιση σκοπών της ζωής τους.
- 2) Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να προσφέρει κατανόηση, υποστήριξη, ενίσχυση των ατόμων που είναι σε κατάσταση κρίσης.
- 3) Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να προσφέρει την ευκαιρία στα άτομα να συζητούν για τις διαφορές τους.
- 4) Ο κοινωνικός λειτουργός βοηθά τα άτομα στο να εξετάσουν εναλλακτικούς τρόπους λύσεως προβλημάτων και να προσφέρει πληροφορίες για να τους βοηθήσει να λάβουν αποφάσεις.
- 5) Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να αντιμετωπίζει άτομα με βάση την πραγματικότητα της κατάστασης τους με το να τους δίνει πληροφορίες οι οποίες διαταράσσουν την ισορροπία τους και που έτσι τους ενισχύει τη θέληση να αλλάξουν.
- 6) Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να διδάξει δεξιότητες, να βοηθήσει τα άτομα να πραγματοποιήσουν τις ελπίδες τους και τους σκοπούς της ζωής τους.
- 7) Ο κοινωνικός λειτουργός παρεμβαίνει στο να βοηθήσει άτομα να αντιμετωπίσουν τα ψυχολογικά προβλήματα που έχουν επιπτώσεις στην κοινωνική τους προσαρμογή είτε από μόνος του ή με την συνεργασία άλλων ειδικοτήτων.

7.2. ΑΡΧΕΣ- ΑΞΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Οι αρχές πηγάζουν από ψυχολογικούς, κοινωνικούς, αναπτυξιακούς παράγοντες και βασίζονται στην πεποίθηση ότι η εξέλιξη του ατόμου παίζει πρωταρχικό ρόλο στην ανάπτυξη και την αλλαγή του, ενώ παράλληλα καθορίζει τον τρόπο που χρησιμοποιεί τις δικές του έμφυτες εσωτερικές ικανότητες αλλά και το περιβάλλον του φυσικό και κοινωνικό, για τη δική του πρόοδο. Η αντίληψη αυτή υπογραμμίζει τη δυναμική της κοινότητας.

Η Παπαϊωάννου (1998:41) αναφέρει ότι αναφέρει ότι η γνώση των αρχών αυτών δεν αποτελεί πανάκεια ή αλάθητα αλλά ότι η κατανόηση, η χρήση και η τελειοποίηση τους μπορεί να αποτελέσει ένα "ενωτικό" θεωρητικό πλαίσιο για

την άσκηση της κοινωνικής εργασίας με δυνατότητες πάντα εμπλουτισμού και εξέλιξης.

Όπως κάθε άνθρωπος, έτσι και ο κοινωνικός λειτουργός, πριν αρχίσει την εκπαίδευση του για το επάγγελμα αυτό έχει γνώμες και στάσεις για τα διάφορα κοινωνικά προβλήματα της κοινωνίας του. Μεγαλώνοντας μέσα σε μια οικογένεια, μέσω της αγωγής, υιοθετεί στάσεις και απόψεις για τους ανθρώπους. Οι περισσότεροι κοινωνικοί επιστήμονες, έχουν προσπαθήσει να δώσουν έναν ορισμό του όρου με κάποια ακρίβεια. Οι πιο ευρέως χρησιμοποιούμενοι ορισμοί υποδεικνύουν ότι οι αξίες προορίζονται να χρησιμεύουν σαν οδηγοί ή κριτήρια για την επιλογή κατάλληλων συμπεριφορών.

Η Παπαϊωάννου (1998:48) αναφέρει ότι οι αξίες προσδιορίζουν τα γενικά standards και ιδεώδη που χρησιμοποιούμε για να κρίνουμε τη συμπεριφορά μας. καθώς και των άλλων. Υπόκεινται σε μεταβολές και επηρεάζονται από τις γνώσεις που συνεχώς αποκτάμε. Οι αξίες του κοινωνικού λειτουργού στρέφονται γύρω από τον άνθρωπο, τα δικαιώματα του, τις υποχρεώσεις του και την αξιοπρέπεια του σαν μέλος του κοινωνικού συνόλου.

Μια ανασκόπηση των απόψεων διαφόρων συγγραφέων κάνει καταφανές ότι με ορισμένες βασικές αξίες οι περισσότεροι συμφωνούν.

Αξίες κοινωνικού λειτουργού.

- 1) Κάθε άτομο έχει ανάγκη να ανήκει (κάπου) και πρέπει να του δίνεται η ευκαιρία για κοινωνική συναλλαγή.
- 2) Κάθε άτομο πρέπει να είναι υπεύθυνο για την συμπεριφορά του και πρέπει να συμπεριφέρεται υπεύθυνα προς τους άλλους συμπεριλαμβανομένης της κοινωνίας.
- 3) Κάθε άτομο έχει βασικές ανάγκες οι οποίες είναι κοινές σ' όλους τους ανθρώπους, πλην όμως κάθε άνθρωπος έχει την δική του ατομικότητα ή ιδιαιτερότητα.
- 4) Κάθε άτομο πρέπει να έχει την ευκαιρία για πραγμάτωση όλων των δυνατοτήτων του.
- 5) Κάθε άτομο πρέπει να έχει ίση ευκαιρία για να συμμετάσχει στη διαμόρφωση της κοινωνίας.
- 6) Κάθε άτομο έχει μια ενυπάρχουσα αξία σ' αυτό και πρέπει να ζει με αξιοπρέπεια.
- 7) Κάθε άτομο έχει μια ενυπάρχουσα ικανότητα και θέληση για αλλαγή που κάνει την ζωή πιο εμπειρική. Αυτή η ικανότητα θα πρέπει να ενισχύεται στην άσκηση της κοινωνικής εργασίας.
- 8) Κάθε άτομο πρέπει να έχει επαρκείς πόρους και υπηρεσίες να αντιμετωπίζει τις ανάγκες του, ώστε να αποφεύγονται τέτοια προβλήματα όπως πείνας, μη επαρκούς εκπαίδευσης, διακρίσεων. (TZONΣON, 1998:31-33).

7.3. ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Η κοινωνική εργασία σαν επάγγελμα διαθέτει δεξιότητες που τις χρησιμοποιεί στην εφαρμογή των τριών βασικών μεθόδων εργασίας - την κοινωνική εργασία με το άτομο, την κοινωνική εργασία με την ομάδα και την κοινωνική εργασία με την κοινότητα.

Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να διαθέτει γνώσεις και ικανότητες για το χειρισμό των ανθρώπινων σχέσεων οι οποίες θα του χρησιμεύσουν τόσο στο χειρισμό ομάδων και ατόμων όσο και στη διατήρηση της ισορροπίας μέσα στο κοινωνικό σύστημα στο οποίο ενεργεί. Πρέπει να διαθέτει δεξιότητες, τεχνικές μέσω των οποίων θα μπορεί να αποδείξει πως οι απαιτούμενες αλλαγές είναι δυνατόν να πραγματοποιηθούν.

Ακολούθως παρατίθενται οι πιο σημαντικές δεξιότητες που πρέπει να έχει ο κοινωνικός λειτουργός:

- 1) Δεξιότητα στη χρησιμοποίηση της σχέσης μεταξύ του εξυπηρετούμενου και του κοινωνικού λειτουργού σε όλη τη διάρκεια της συνεργασίας και μέχρι την τελική της φάση.
- 2) Δεξιότητα στην παροχή πληροφοριών σε ότι αφορά τους σκοπούς, τις δυνατότητες και τους περιορισμούς της οργάνωσης στην οποία είναι εντεταγμένος ο κοινωνικός λειτουργός.
- 3) Δεξιότητα στην αναζήτηση των πληροφοριών οι οποίες έχουν άμεση σχέση με το πρόβλημα.
- 4) Δεξιότητα στη συγκέντρωση πάνω στο πρόβλημα, καθώς αυτό αρχίζει να γίνεται αντιληπτό στην πορεία της συνεργασίας με τον εξυπηρετούμενο.
- 5) Δεξιότητα στη συνέντευξη μέσω της οποίας τα αναζητούμενα στοιχεία θα έλθουν στην επιφάνεια, Στη διαδικασία της συνέντευξης οι τεχνικές που περιλαμβάνονται είναι η ικανότητα του κοινωνικού λειτουργού να παρατηρεί, να ακούει προσεκτικά και να ξεχωρίζει ότι είναι σημαντικό και σχετικό με το πρόβλημα. (Νομικού, 1998:76).

Ανεξάρτητα από τη μέθοδο που χρησιμοποιεί κοινωνικός λειτουργός για την άσκηση του επαγγέλματος του είναι απαραίτητες οι παραπάνω δεξιότητες.

Κάθε δεξιότητα βοηθάει στην επίλυση του προβλήματος του εξυπηρετούμενου.

7.4. ΕΞΗΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

Όπως είναι γνωστό ο κοινωνικός λειτουργός απευθύνεται σε ανθρώπους που αντιμετωπίζουν ποικίλα ατομικά και κοινωνικά προβλήματα, δημιουργούν ή συμμετέχουν σε κοινωνικές και οικογενειακές καταστάσεις, τέτοιες που η κοινωνία δεν εγκρίνει ή αντιμετωπίζει μεγάλη εχθρότητα.

Σύμφωνα με την Καλούτση (1982:92-93), οι πελάτες των κοινωνικών λειτουργών ταξινομούνται σε δύο ομάδες. Στην πρώτη ομάδα υπάγονται τα άτομα που έχουν ανάγκη κυρίως υλικής βοήθειας, για την εξασφάλιση της επιβίωσης τους, και στη δεύτερη ομάδα ανήκει ο οικονομικά ενεργός πληθυσμός, που κάνει χρήση των υπηρεσιών αυτών, για να βελτιωθεί η

ποιότητα της ζωής του. Με την πρώτη ομάδα ασχολούνται κυρίως οι οργανώσεις που φροντίζουν για τα άτομα με χαμηλό εισόδημα ή κανένα εισόδημα.

Στην ομάδα αυτή "συνυπάρχουν πολλά άλλα προβλήματα", όπως είναι η "κακή σωματική και ψυχική υγεία, η διάλυση της οικογένειας, η εγκατάλειψη και η κοινωνική απομόνωση των αδυνάμων μελών της ή άλλες παθολογικές καταστάσεις και κοινωνικές μειονεξίες" που εμποδίζουν την ομαλή ένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο.

Οι διεκδικήσεις από τους άμεσα ενδιαφερόμενους για καλύτερη ποιότητα παροχών ή καλύτερη μεταχείριση από την οργάνωση και τα όργανα της είναι ανύπαρκτες και υποτονικές. Αν υπάρχουν κάποιες μορφές διεκδίκησης, αυτές ξεκινούν από τρίτους που ζουν δευτερογενώς τα προβλήματα της ομάδας αυτής, συγγενής, άτομα με αυξημένη κοινωνική ευαισθησία. Η δεύτερη ομάδα που ανήκει στον οικονομικά ενεργό πληθυσμό και καταβάλλει το σύνολο ή μέρος του κόστους έχει μια τελείως διαφορετική αντίληψη. Τα άτομα αυτά είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν καλύτερα τις διάφορες δυσκολίες που δημιουργούνται κατά τη διαδικασία χορήγησης των παροχών που δικαιούνται, διότι όχι μόνο γνωρίζουν τα δικαιώματά τους, αλλά και τους τρόπους με τους οποίους θα μπορέσουν να διεκδικήσουν τα δικαιώματά αυτά. Οι προσερχόμενα εκτός από το καλύτερο οικονομικό επίπεδο, έχουν συνήθως και υψηλότερο μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο και ξέρουν να αντιμετωπίσουν με επιτυχία τις δυσκολίες που δημιουργούνται από τις γραφειοκρατικές δαιδαλώδεις διαδικασίες για να αποκτήσουν αυτό που δικαιούνται. Το αίτημα αυτής της κατηγορίας δεν είναι η επιβίωση, αλλά η καλύτερη ποιότητα ζωής.

7.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

7.5.1. Ορισμός

"Κοινότητα" μπορεί να είναι μια γεωγραφική ενότητα (π.χ. γειτονιά, συνοικία, χωριό, πόλη, νομός, κράτος) μια ομάδα ανθρώπων που βρίσκονται σε ένα λειτουργικό συσχετισμό μεταξύ τους (π.χ. εργοστάσιο, συνδικάτο, θρησκευτικό δόγμα, νοσοκομείο σχολείο, σύλλογος) ή μια κατηγορία πληθυσμού με ένα κοινό χαρακτηριστικό (π.χ. παιδιά, νέοι, γέροι, εργάτες, γυναίκες, αγρότες, άστεγοι, αλλοδαποί, αθίγγανοι) (Ζωγράφου, 1997:49)

7.5.2. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι πολλαπλός και συνεχώς διαφοροποιείται ανάλογα με το πλαίσιο εργασίας του. Κατά συνέπεια οι συνεχείς και γρήγορες εναλλαγές απαιτούν μια ευλύγιστη και προσαρμόσιμη προσωπικότητα.

Ο κοινωνικός λειτουργός θεωρείται ότι επιτελεί σωστά το ρόλο του όταν δεν παρεκκλίνει από τις απαιτήσεις του. Επίσης θα πρέπει να μάθει να παραδέχεται τον ρόλο του, να αισθάνεται άνετα σ' αυτόν και τέλος να τον ερμηνεύει, ώστε αυτός να γίνει αντιληπτός στους γύρω του.

Ανάλογα με τη μέθοδο που χρησιμοποιεί υποδύεται κάποιους ρόλους και αναλαμβάνει κάποιες δραστηριότητες.

Συγκεκριμένα ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού όσον αφορά την κοινωνική εργασία με άτομα σύμφωνα με την Παπαϊωάννου (1993:19,30-31) είναι να διευκολύνει, να ενθαρρύνει το άτομο στην κοινωνική του προσαρμογή, στην ενεργοποίηση της λειτουργικότητας του ως παραγωγικού μέλους του κοινωνικού του περιβάλλοντος.

Ο κοινωνικός λειτουργός λειτουργεί ως μεσολαβητής στην εξομάλυνση της διαφοράς ανάμεσα στο άτομο και την κατάσταση. Με άλλα λόγια ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι η προσαρμογή, αναδιάρθρωση, αναστήλωση του λειτουργικού δυναμικού του ατόμου για τον εαυτό του, την οικογένεια του, την κοινότητα όπου ζει.

Εν συνεχεία, θα αναφερθούμε στο ρόλο του κοινωνικού λειτουργού όσον αφορά την κοινωνική εργασία με ομάδες.

Κατά την Παπαδοπούλου(1993:160-163) ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού επηρεάζεται από την ομαδική κατάσταση που επικρατεί, από τους σκοπούς του ίδιου, της ομάδας, των μελών και από το στάδιο ανάπτυξης της ομάδας.

Οι πιο γνωστοί ρόλοι που δοκιμάζονται στην πράξη από κοινωνικούς λειτουργούς είναι οι ακόλουθοι:

- 1) Ο ηγετικός.
- 2) Ο μεσολαβητικός.
- 3) Ο παρακινητικός και ο εμπνευστικός.
- 4) Ο συμβουλευτικός, ο κατευθυντικός, ο διδακτικός ρόλος.
- 5) Ο κοινωνικός λειτουργός γίνεται ο ίδιος φορέας άλλων αξιών, στάσεων και δεξιοτήτων με τη διαδικασία της ταύτισης.
- 6) Ο κοινωνικός λειτουργός ελέγχει και περιορίζει την ομάδα ή τα μέλη.
- 7) Ο κοινωνικός λειτουργός προσέχει, παρατηρεί και κατευθύνει.

7.5.3. Κοινωνική εργασία με κοινότητα

Σύμφωνα με τον Ζωγράφου, (1997:50) η κοινωνική εργασία με κοινότητα ορίζεται σαν μια "διαδικασία που επιφέρει και διατηρεί μια εναρμόνιση ανάμεσα στις βοηθητικές πηγές της Κοινωνικής Πρόνοιας και τις κοινωνικές ανάγκες μέσα σε μια γεωγραφική περιοχή ή ένα ειδικό τομέα εργασίας. Ή συγγραφέας βλέπει την κοινωνική εργασία με κοινότητα σαν μια μέθοδο και μια διαδικασία που περιέχει τα παρακάτω κοινά στοιχεία:

- Κοινωνική μελέτη και διάγνωση,
- Εκτίμηση των εσωτερικών δυνάμεων της κατάστασης,
- Χρήση των βοηθητικών μέσων,
- Τροποποίηση και αλλαγή, και Αξιολόγηση,

Η κοινωνική εργασία με κοινότητα περιλαμβάνει οργανωτικές, ηγετικές και συντονιστικές δραστηριότητες, δημόσιες σχέσεις, επιμορφωτικές και παιδαγωγικές δραστηριότητες, διοικητική και γραφική εργασία, έρευνα και συλλογή στοιχείων. Η κοινωνική εργασία με κοινότητα είναι μια διαδικασία

ευαισθητοποίησης, ενεργοποίησης και κινητοποίησης των ενδιαφερομένων για την απαίτηση και επιβολή δικαιωμάτων τους ακόμη και με τη σύγκρουση (π.χ. άρνηση πληρωμής φόρου, άρνηση στρατιωτικής θητείας, διαμαρτυρίες) στο πλαίσιο του συστήματος.

Έτσι, λοιπόν, η κοινωνική εργασία με κοινότητα από μια μέθοδος της κοινωνικής εργασίας, εξελίχθηκε σε μια "ειδική μορφή εργασίας", η οποία συμπεριλαμβάνει πολλές άλλες προσεγγίσεις και στρατηγικές παρέμβασης και δράσης. (Ζωγράφου, 1997:50)

7.5.4. Βασικοί όροι και θεωρία των ειδικών γνώσεων της κοινωνικής εργασίας με κοινότητα:

Ο ειδικά καταρτισμένος επαγγελματίας στην κοινότητα οφείλει να ενεργεί σύμφωνα με ορισμένες αρχές.

Την κίνηση ή την διαδικασία αλλαγής: Στη διαδικασία αυτή είναι δυνατό ο κοινωνικός λειτουργός να ασχοληθεί με την αντιμετώπιση ατομικών προβλημάτων, όχι επειδή αυτά τον ενδιαφέρουν άμεσα, αλλά για να ξεπεραστούν εμπόδια στην εξέλιξη του προγράμματος. Πρωταρχικός στόχος πρέπει να είναι πάντα η καλλιέργεια πνεύματος συνεργασίας για την εκπλήρωση της αποστολής, διότι βασικό κριτήριο για την αξιολόγηση του προγράμματος είναι η επίτευξη του αντικειμενικού στόχου σε μια διαλεκτική ενέργεια και θεωρητικής εμβάθυνσης.

Την χειραφέτηση των ενδιαφερομένων: Η βασική αρχή της κοινωνικής εργασίας είναι να βοηθήσει τους ενδιαφερομένους να πετύχουν ένα στόχο ανάλογο με τις ικανότητες και τα μέσα που έχει η ομάδα. Ο στόχος πρέπει να επιλεγεί από την ίδια την ομάδα. Αυτό σημαίνει ότι ο κοινωνικός λειτουργός δεν πρέπει να προσπαθήσει να επηρεάσει την ομάδα.

Την διάθεση για συνεργασία: Ο κοινωνικός λειτουργός αξιολογεί συνεχώς τη διάθεση των ενδιαφερομένων για συνεργασία στο πλαίσιο της ομάδας και τις ενδεχόμενες συνέπειες και καταβάλλει προσπάθεια για την καλλιέργεια πνεύματος συνεργασίας ανάμεσα στα μέλη της ομάδας.

Την σταδιακή ακολουθία: Κάθε ενέργεια πρέπει να αξιολογείται ως προς το αποτέλεσμα και τις συνέπειες της και να βγαίνουν τα ανάλογα συμπεράσματα για την προσεχή ενέργεια. Αυτό σημαίνει ότι κάθε νέο βήμα πρέπει να είναι συνέπεια των εμπειριών του προηγούμενου βήματος. Μεγάλη σημασία πρέπει να αποδίδεται στη δυναμική που αναπτύσσεται κατά τη δημιουργία νέων επιτροπών καθώς επίσης και στη δημιουργία σχέσεων, για να μπορέσει να αναπτυχθεί ένα κλίμα αλληλοκατανόησης και συνεργασίας. Στις συναντήσεις πρέπει να διατίθεται χρόνος για τη διεξοδική συζήτηση όλων των προβλημάτων και οι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται ει δυνατόν χωρίς ψηφοφορία.

Την εκπροσώπηση: Για τη συνεργασία σε επιτροπές και ομάδες πρέπει να επιλέγονται οι σωστοί εκπρόσωποι της κοινότητας, άτομα δηλαδή που εκπροσωπούν τη γνώμη της κοινότητας. Έτσι θα μπορεί να αποφευχθεί η πρόσκληση πάρα πολλών ατόμων, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η διαδικασία.

Τις ανάγκες: Οι ανάγκες είναι σχετικές και έχουν σχέση με το επίπεδο ζωής και τις κοινωνικοπολιτικές αντιλήψεις. Αυτές δεν πρέπει να συγχέονται με τις επιθυμίες των ανθρώπων, δηλαδή τις υποκειμενικές ανάγκες διότι το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, ιδιαίτερα αυτό που προέρχεται από τα λαϊκά στρώματα, δεν γνωρίζει τις πραγματικές του ανάγκες, καθότι στη διαδικασία κοινωνικοποίησης έχει εσωτερικεύσει αξίες που είναι αντίθετες με τις πραγματικές του ανάγκες. Αυτό σημαίνει ότι η κοινωνική εργασία πρέπει να βοηθήσει τα άτομα να αντιληφθούν τις πραγματικές τους ανάγκες σε μια διαδικασία χειραφέτησης και να αγωνιστούν συλλογικά για την εκπλήρωση τους.

Ο στόχος: Στην κοινωνική εργασία με κοινότητα το ενδιαφέρον του κοινωνικού λειτουργού επικεντρώνεται πάντα στην αποστολή ή στον στόχο που έχει διατυπωθεί σαν στόχος της ομάδας. Ευθύς εξ αρχής πρέπει να διασαφηνίσουν ο τελικός στόχος και οι επί μέρους στόχοι. Ο δρόμος προς τον τελικό στόχο πρέπει να περιέχει επί μέρους στόχους, οι οποίοι θα ανταποκρίνονται στις ικανότητες των μελών της ομάδας. Διότι η επίτευξη των στόχων αυτών τονώνει την αυτοπεποίθηση των μελών με το συναίσθημα της επιτυχίας και σταθεροποιεί τη συνοχή της ομάδας που είναι αναγκαία για την επίτευξη του τελικού στόχου. Βέβαια, η όλη ενέργεια δεν πρέπει να καταλήξει σε μια εκδήλωση ψυχαγωγίας, πράγμα που θα οδηγήσει στη διάλυση της ομάδας. (Ζωγράφου, 1997:60-63)

7.6. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ – ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

7.6.1. Ανάπτυξη αυτογνωσίας για την αντιμετώπιση του στρες
Σύμφωνα με την Κρέπια, (2006 :60-70), "αυτογνωσία είναι η κατανόηση και παραδοχή τού εαυτού σε μια προσπάθεια για βελτίωση περιοχών του, που προκαλούν εμπόδια στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων". Οπωσδήποτε η ανάπτυξη της αυτογνωσίας δε σημαίνει επίτευξη της τελειότητας, όμως η πορεία προς την επίτευξη της, δίνει στο άτομο μια χροιά πιο ανθρώπινη που οδηγεί στην ανάπτυξη μιας μεγαλύτερης κατανόησης τόσο του εαυτού του, όσο και των άλλων. Η ανάπτυξη της αυτογνωσίας είναι μια προσωπική δέσμευση και ευθύνη του κάθε ανθρώπου. Άλλωστε και το "γνώθι σ' αυτόν" των αρχαίων Ελλήνων περιέχει το ίδιο μήνυμα, ενώ ο αρχαίος ελληνικός μύθος του κενταύρου Χείρωνα, του πληγωμένου θεραπευτή, εμπεριέχει το μήνυμα και το συμβολισμό των σταδίων που πρέπει να περάσει ο θεραπευτής και της αυτογνωσίας που πρέπει να αποκτήσει, για να γίνει ικανός να θεραπεύει και να φροντίζει πάσχοντα ανθρώπινα όντα. Η πληγή του Χείρωνα συμβολίζει την πορεία μέσα από τον προσωπικό πόνο. Η βίωση του πόνου και το πέρασμα από την επώδυνη εμπειρία είναι ακριβώς αυτή που κάνει το θεραπευτή να κατανοεί και να συμπονάει τους πάσχοντες συνανθρώπους του και ακόμη τον κάνει ικανό να χρησιμοποιεί αυτή τη γνώση, όταν τους προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζονται.

Ο Η λέξη αυτογνωσία σύμφωνα με το λεξικό της δημοτικής γλώσσας των Τεγόπουλου Φυτράκη (1996) σημαίνει γνώση του εαυτού. Αυτογνωσία κατά τον Burnard,(1994) είναι η συνεχής προοδευτική διαδικασία της διερεύνησης και του εντοπισμού πτυχών του εαυτού που αφορούν τη συμπεριφορά, σε ψυχολογικές ή φυσικές ιδιότητες, με στόχο την ανάπτυξη ατομικής και διαπροσωπικής κατανόησης. Η Κρέπια, (2006 :60-70), προσεγγίζει την έννοια εαυτός μέσα από πέντε όψεις της:

α) Την αίσθηση του φυσικού σώματος, όπως την αντιλαμβάνεται το άτομο.

β) Τον προσωπικό εαυτό που αναφέρεται στην εσωτερική βίωση του εαυτού, την οποία δεν μπορούν να αντιληφθούν πλήρως οι άλλοι με τον ίδιο τρόπο γιατί αποτελεί μια εντελώς υποκειμενική εμπειρία.

γ) Τον κοινωνικό εαυτό που αποτελεί στοιχεία του εαυτού του που ένα άτομο μοιράζεται με τους άλλους στις κοινωνικές συναναστροφές.

δ) Τον πνευματικό εαυτό που αναφέρεται στις όψεις εκείνες του εαυτού που σχετίζονται με την προσωπική αναζήτηση ενός νοήματος το οποίο μπορεί να προσεγγίζεται από φιλοσοφική, θρησκευτική, πολιτική, κοινωνιολογική είτε ψυχολογική σκοπιά.

ε) Τον εαυτό όπως προσδιορίζεται από τους άλλους και αναφέρεται στην αίσθηση και τη γνώμη που διαμορφώνουν οι άλλοι για ένα άτομο.

7.6.2. Αντίληψη Εαυτού

Ένας τρόπος να προσεγγίσουμε και να παρατηρήσουμε τον εαυτό μας αναδεικνύεται μέσα από το πόσο συχνά εξωτερικεύουμε το "παιδί", το "γονιό", και πόσο συχνά τον "ενήλικα". Όλοι οι άνθρωποι έχουν στοιχεία από τις τρεις πλευρές. Η υπερβολική ανάπτυξη της μια μόνο πλευράς, διαταράσσει την αρμονία.

7.6.2.1. Η εξωτερική εμπειρία του εαυτού

Αν επιχειρούσαμε να περιγράψουμε εξωτερικά τον εαυτό μας οι πιθανές περιγραφές που θα κάναμε θα είχαν στοιχεία από:

α) κινήσεις του σώματος.

β) ομιλία - λόγο.

γ) βλέμμα.

δ) άγγιγμα.

ε) σωματική απόσταση στη συναναστροφή με άλλους.

στ) έκφραση προσώπου.

ζ) χειρονομίες.

η) γενική εμφάνιση.

Όμως η περιγραφή αυτή θα άφηνε κρυμμένο και αυστηρά προσωπικό ένα κομμάτι του εαυτού μας, αυτό που αφορά τις διανοητικές λειτουργίες, τη

σκέψη, τα αισθήματα, τα συναισθήματα, τη διαίσθηση και γενικά την εμπειρία που έχουμε για το σώμα μας.

7.6.2.2. Η εσωτερική εμπειρία του εαυτού

Οι αισθήσεις αποτελούν επίσης μια πτυχή του εαυτού και μας βοηθούν να διαμορφώσουμε άποψη και να αποκτήσουμε γνώση τού εαυτού μας και του περιβάλλοντος χώρου. Ακόμα όλοι γνωρίζουμε ότι οι αισθήσεις μας φιλτράρονται από έναν εσωτερικό μηχανισμό που πολλές φορές είναι τόσο αποτελεσματικός που σχεδόν δε συλλαμβάνουμε ή δε δίνουμε σημασία σε ήχους ή σκηνές που διαδραματίζονται γύρω μας. Αυτό βέβαια αποτελεί και ένα μηχανισμό άμυνας που στόχο έχει να προφυλάξει το άτομο από τον κατακλυσμό των μηνυμάτων που δέχεται.

Όμως αυτή η εκλεκτικότητα χάνει πολλές φορές το στοιχείο της διάκρισης τού τι είναι χρήσιμο και τι είναι άχρηστο και πολύτιμες πληροφορίες φεύγουν ανεκμετάλλευτες. Αναπτύσσοντας επίγνωση των αισθήσεων μπορούμε να αντιλαμβανόμαστε πλήρως τι συμβαίνει γύρω μας. Αναπτύσσοντας επί παραδείγματι την όραση μέσω της παρατήρησης μπορούμε να συλλάβουμε από τις εκφράσεις προσώπου και τις στάσεις του σώματος πολλά κρυμμένα μηνύματα.

Η απόκτηση επίγνωσης των αισθήσεων στο σώμα μας απαιτεί χρόνο και υπομονή. Η παρατήρηση της αναπνοής, της έντασης των μυών και της χαλάρωσης τους αυξάνουν την αυτογνωσία. Μαθαίνοντας να "ακούει" κανείς το σώμα του εκπαιδευτεί στην ακριβή αξιολόγηση συναισθημάτων του εαυτού του και των άλλων.

Η διαίσθηση είναι ίσως ένα μέρος του εαυτού που έχει βάνουσα υποτιμηθεί στην εποχή μας και στον πολιτισμό μας. Διαίσθηση είναι η γνώση και η εμπάθυνση που έρχεται σαν εσωτερικό μήνυμα ανεξάρτητα από τις αισθήσεις. Δεν υπάρχει απάντηση στην ερώτηση "πώς το ξέρεις" από το άτομο που έχει την εμπειρία της διαίσθησης. Απλά ξέρει ότι το γνωρίζει.

7.6.2.3. Τεχνικές για την Ανάπτυξη Αυτογνωσίας

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι και τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την ανάπτυξη της αυτογνωσίας. Μερικοί από αυτούς αφορούν ενδοσκόπηση και άλλοι αυτοπαρατήρηση, παρατήρηση των άλλων και feedback από τους άλλους. Καλό είναι στην προσπάθεια ανάπτυξης αυτογνωσίας να χρησιμοποιούνται όλες αυτές οι τεχνικές γιατί είναι αλληλοσυμπληρωματικές.

Υπάρχουν ορισμένες δυσκολίες στις τεχνικές αυτές αυτογνωσίας που προέρχονται από την ντροπή που νιώθουμε να διαπιστώνουμε ότι έχουμε πτυχές του εαυτού που είναι ή τις θεωρούμε "κακές" ή "μη καθώς πρέπει". Ακόμα δυσκολίες προέρχονται από τον "πόνο" το πόσο άβολα νιώθουμε, όταν αντιληφθούμε ότι έχουμε γίνει αντικείμενο παρατήρησης κάποιου άλλου ανθρώπου. Το "γιατί με κοιτάς έτσι" αποτελεί πολλές φορές σημείο έναρξης φιλονικιών. Είναι δύσκολο για άτομο να αποδεχθεί για τον εαυτό του να τον μεταχειρίζονται οι άλλοι σαν αντικείμενο παρατήρησης.

Η ενδοσκόπηση πάλι έχει τον κίνδυνο το άτομο να πέσει στην παγίδα της ερμηνείας σκέψεων συναισθημάτων και συμπεριφοράς, αντί της παρατήρησης.

Αυτή η διαδικασία ερμηνείας έρχεται φυσιολογικά μετά τη συλλογή πληροφοριών προκειμένου να προχωρήσουν στην επίλυση ενός προβλήματος, ή στην απόφαση για αλλαγή συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με τις ψυχολογικές θεωρίες ένα μεγάλο μέρος από τις συμπεριφορές που εμφανίζει ο άνθρωπος είναι αποτέλεσμα μάθησης. Υπάρχει βέβαια μια δυσκολία στην παραδοχή αυτής της άποψης γιατί η λέξη "μάθηση" συνειρμικά συνδέεται με τη μαθητεία σε σχολεία. Αν αναλυθεί όμως η έννοια μάθηση τότε διαπιστώνει κανείς ότι αυτή έχει μια ευρύτερη σημασία γιατί εμπερικλείει γνώσεις, ικανότητες, δεξιότητες και συμπεριφορές. Οι συμπεριφορές λοιπόν οφείλονται σε μεγάλο βαθμό σε επιδράσεις του περιβάλλοντος και σε προσωπικές αντιδράσεις σ' αυτές. Γνωρίζοντας όμως τους νόμους της μάθησης μπορεί το άτομο ενσυνείδητα να επιδιώξει με ορισμένες στρατηγικές ν' αλλάξει τη συμπεριφορά του.

7.7. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

(Τρόποι ανάπτυξης αυτογνωσίας- Αντικείμενο Εξέτασης Τρόποι Προσέγγισης).

Σκέψεις

• Συζήτηση σε ομάδες με ασκήσεις πάνω στην έκθεση σκέψεων σχετικά μ' ένα θέμα

- Τήρηση ημερολογίου
- Διαλογισμός
- Ενδοσκόπηση
- Ομαδική συμβουλευτική

Συναισθήματα

- Συζήτηση σε ομάδες με ασκήσεις πάνω στην έκθεση συναισθημάτων
- Τήρηση ημερολογίου
- Διαλογισμός
- Ενδοσκόπηση
- Ομαδική συμβουλευτική
- Ατομική συμβουλευτική
- Ψυχανάλυση
- Ψυχόγραμμα
- Αναπαράσταση ρόλων (role-play)
- Ασκήσεις κάθαρσης

Πνευματικότητα

- Συζήτηση σε ομάδες με ασκήσεις
- Προσευχή
- Διαλογισμός
- Ενδοσκόπηση
- Μελέτη θρησκευτικών κειμένων

Αισθήσεις

- Επικέντρωση της προσοχής σε μια αίσθηση κάθε φορά
- Ασκήσεις ακοής, όρασης, οσμής κ.λπ.
- Συζήτηση σε ομάδες

Φυσική κατάσταση

- Αυτοεξέταση
- Ιατρική εξέταση
- Σωματική άσκηση
- Διαλογισμός

Εμφάνιση

- Αυτοαξιολόγηση σε σύγκριση με την αξιολόγηση ενός παρατηρητή
- Εξέταση βιντεοταινίας όπου συμμετέχουμε στα δρώμενα
- Άκουσμα μαγνητοταινίας με τη φωνή μας

Ικανότητες, Δεξιότητες

- Συζήτηση σε ομάδες
- Αυτοαξιολόγηση σε σύγκριση με την αξιολόγηση ενός παρατηρητή
- Εξέταση βιντεοταινίας όπου συμμετέχουμε στα δρώμενα.

7.8. ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΜΑΔΕΣ

Το άτομο εντάσσεται σε μια ομάδα όπου συμμετέχουν και άλλα άτομα που επιδιώκουν την αυτογνωσία. Τα άτομα που αποτελούν την ομάδα συνεργάζονται υπό την καθοδήγηση του υπεύθυνου της ομάδας παρέχοντας αλληλοϋποστήριξη στα μέλη στην προσπάθειά τους να πετύχουν βελτίωση της αυτογνωσίας τους. Οι συνήθειες δραστηριότητες των ομάδων αυτών είναι εργασία με τον εαυτό κατά ομάδες, όπου μέσα από παρατήρηση της συμπεριφοράς των άλλων μελών της ομάδας και τη συζήτηση των αντιδράσεων και των προβλημάτων που εντοπίζονται στη συμπεριφορά των ατόμων, εμπλουτίζονται οι τεχνικές προσέγγισης του ατόμου και διαπιστώνει πως μπορούν τα ίδια γεγονότα να προσεγγισθούν από πολλές οπτικές γωνίες.

Η ανατροφοδότηση με πληροφορίες και οι παρατηρήσεις από τ' άλλα μέλη της ομάδας μπορούν να βοηθήσουν το άτομο να εντοπίσει πτυχές τού εαυτού του και συμπεριφορές τις οποίες αδυνατεί να προσεγγίσει μόνο του εξαιτίας των φραγμών που παρεμβαίνουν στην αυτοαξιολόγηση από την επίδραση διάφορων ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων.

7.8.1. Αυτοπαρατήρηση, Αυτοανάλυση.

Σύμφωνα με την Κρέπια, (2006:75), ο άνθρωπος, η προσωπικότητά του, βρίσκεται συνεχώς σε μια δυναμική διαδικασία εξέλιξης. Το είδος και ο βαθμός εξέλιξης της προσωπικότητάς του που επιτυγχάνει ο κάθε άνθρωπος εξαρτάται από το γενετικό υλικό που κληρονόμησε και από το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει, όπου συνεχώς μαθητεύει. Επομένως μπορεί ο άνθρωπος θέτοντας στόχους, υιοθετώντας μια αυτοπειθαρχία και εφαρμόζοντας αυτοανάλυση να βελτιωθεί.

7.9. ΑΥΤΟΓΝΩΣΙΑ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Σύμφωνα με την Κρέπια, (2006:79), τις τελευταίες δεκαετίες του αιώνα μας ολοένα και συχνότερα προβάλλει στη σχετική βιβλιογραφία μια ολιστική προσέγγιση της υγείας και ένα νέο μοντέλο ερμηνείας της ασθένειας όπου η ασθένεια ερμηνεύεται σαν μια προειδοποίηση πως κάτι δεν πάει καλά με τον τρόπο ζωής που ακολουθεί ο άνθρωπος. Η ερμηνεία αυτή στηρίχθηκε στη διαπίστωση μιας ομάδας γιατρών και ψυχολόγων πως παρά τις θεαματικές προόδους της ιατρικής στον εικοστό αιώνα η ιατρική είναι αδύναμη να προσφέρει ουσιαστική βοήθεια σε μια μεγάλη γκάμα νοσημάτων. Η επικρατούσα ερμηνεία της ασθένειας ως εχθρού που εισβάλλει στον ανθρώπινο οργανισμό και πως η ιατρική πρέπει να ανακαλύψει αυτό τον εχθρό και να τον καταπολεμήσει δεν ισχύει πάντοτε. Στο δυτικό πολιτισμό υγιής θεωρείται αυτός που δεν εμφανίζει συμπτώματα και οι διάφορες εργαστηριακές εξετάσεις στις οποίες υποβάλλεται βρίσκονται στα φυσιολογικά όρια. Ο άνθρωπος δεν είναι μόνο σώμα αλλά και πνεύμα και ψυχή. Συναισθηματικά προβλήματα, δύσκολες συνθήκες διαβίωσης, κοινωνικά προβλήματα αποδυναμώνουν την ικανότητα άμυνας του οργανισμού και αφήνουν πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη σωματικών ασθενειών. Επειδή όμως οι σωματικές ασθένειες αντικατοπτρίζουν τα συναισθηματικά προβλήματα δεν αρκεί να καταπολεμούμε μόνο τα σωματικά συμπτώματα αλλά πρέπει να ερευνούμε για τις αιτίες που οδηγούν στην ασθένεια και να ενδυναμώνουμε την άμυνα του οργανισμού. Ένα από τα σημαντικά στοιχεία λοιπόν είναι η ατομική ευθύνη που παίρνει το άτομο για την υγεία του και την πρόληψη και θεραπεία της ασθένειας.

Εάν αναλογισθούμε τη λειτουργία των διαφόρων μελών και οργάνων του σώματος μας ίσως θα μπορούμε να εξηγήσουμε πολλά από τα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνονται διάφορα νοσήματα στην καθημερινή μας ζωή και ίσως να καταλάβουμε γιατί έχουμε την τάση να υποφέρουμε από συγκεκριμένα νοσήματα και συμπτώματα, να επανεξετάσουμε τη στάση και τον τρόπο ζωής μας και πιθανά να ελευθερωθούμε από κάποιο ενοχλητικό σύμπτωμα απαλλασσόμενοι από την κατάσταση που είναι η γενεσιουργός του αιτία.

7.10. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΟΥ ΑΝΑΠΤΥΧΘΗΚΑΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ

Ο αντικειμενικός σκοπός όλων αυτών των τεχνικών είναι να εκπαιδεύσει τους ανθρώπους να χαλαρώνουν για μια ολιστική αντιμετώπιση του στρες. Ακόμα μέσα από αυτή την εκπαίδευση αντιμετώπισης του στρες ο άνθρωπος πρέπει να μάθει ότι ένα μεγάλο μέρος του προβλήματος που αντιμετωπίζεται εξαιτίας οποιασδήποτε απειλής- επίδρασης ενός ή περισσότερων στρεσογόνων παραγόντων έγκειται στη δική του ανταπόκριση σ' αυτές τις απειλές και ότι κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις η ανταπόκριση του αυτή, μπορεί να τροποποιηθεί και να ελεγχθεί. Μία από τις σπουδαιότερες εργασίες που έχει να κάνει ένας άνθρωπος που εκπαιδεύεται στην αντιμετώπιση του στρες είναι να

παρατηρεί, να προσδιορίζει και να αναγνωρίζει τις αντιδράσεις του σώματος του στα στρεσογόνα ερεθίσματα.

7.10.1. Αναζητώντας βοήθεια από τους άλλους

Η βοήθεια που λαμβάνει το άτομο σε καταστάσεις άγχους, στηρίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη, στα υπάρχοντα διαθέσιμα κοινωνικά δίκτυα και στις διαπροσωπικές σχέσεις που έχει αναπτύξει το ίδιο το άτομο. Σύμφωνα με την Κρέπια, (2006:88), το James House of the University of Michigan αναφέρεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και βοήθεια μέσα από τρεις καθοριστικές παραμέτρους.

1. Τη συναισθηματική υποστήριξη και την κατανόηση, την αγάπη, τη φροντίδα την εμπιστοσύνη και το ενδιαφέρον που απολαμβάνει το άτομο από τους άλλους.

2. Την υλική βοήθεια, η οποία περιλαμβάνει άμεση βοήθεια, όταν τη χρειάζεται το άτομο σε υλικά αγαθά ή παροχή υπηρεσιών.

3. Την παροχή πληροφοριών που είναι η παροχή χρήσιμων πληροφοριακών στοιχείων που μπορεί να χρησιμοποιήσει το άτομο για να λύσει διάφορα προβλήματα του. Η παροχή πληροφοριών δε λύνει από μόνη της προβλήματα αλλά δίνει δυνατότητες στα άτομα να αξιοποιήσουν την πληροφορία και να αναλάβουν δράση.

4. Συναισθηματική υποστήριξη, τόνωση. Αυτή η υποστήριξη δεν είναι άμεση αλλά ενδυναμώνει το άτομο, μ' έναν καλό λόγο, έναν έπαινο, εκτίμηση ικανοτήτων που σκοπό έχει να τονώσει το ηθικό του ατόμου που νιώθει ότι εκτιμάται και είναι αποδεκτό από τους άλλους. Αυτό το κάνει να έχει αυτοπεποίθηση και να είναι πιο αποτελεσματικό στις ενέργειες του.

Στην Ελλάδα π.χ. το υποστηρικτικό οικογενειακό δίκτυο σήμερα ακόμη λειτουργεί και στα πλαίσια της εκτεταμένης οικογένειας και θεωρείται φυσικό να απασχολήσουμε φίλους με τις ανησυχίες και τα προβλήματα μας γεγονός που δεν είναι παραδεκτό σ' άλλες κοινωνίες.

7.10.2. Συμβουλευτική

Η τεχνική της συμβουλευτικής συνδυάζει την ανακούφιση με την απελευθέρωση συναισθημάτων και την ταυτόχρονη εμβάθυνση στα συναισθήματα με τα θεραπευτικά οφέλη της εμπιστοσύνης και του ανοίγματος που αναπτύσσεται σ' έναν ακροατή εμπιστοσύνης ή σε μια ομάδα όπου υπάρχουν κοινά προβλήματα και δεσμοί εμπιστοσύνης και εκτίμησης. Η συμβουλευτική παρέμβαση μπορεί να γίνει είτε σε ατομικό, είτε σε ομαδικό επίπεδο.

Ο εκάστοτε σύμβουλος πρέπει στη σχέση του με το συμβουλευόμενο να διαθέτει και να διέπεται στη συμβουλευτική σχέση από τις εξής ιδιότητες:

- Εμπιστοσύνη
- Αυτοέλεγχο
- Ειλικρίνεια

- Σαφήνεια
- Αμεσότητα
- Ακρόαση

Στη φροντίδα και στη συμβουλευτική, η ανάπτυξη της ικανότητας για "ακρόαση" των συναισθημάτων είναι ίσως από τα πιο σημαντικά στοιχεία στην ανάπτυξη δεξιοτήτων ακρόασης. Ακρόαση σημαίνει ακούω το άλλο άτομο με τέτοιο τρόπο ώστε αυτό να βοηθηθεί να βρει τις λύσεις που ταιριάζουν στο πρόβλημα του.

Β' ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Για τη συγγραφή της παρούσας μελέτης βασιστήκαμε τόσο στην βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών και συγγραμμάτων όσο και στην διεξαγωγή έρευνας η οποία πραγματοποιήθηκε μέσω ερωτηματολογίου. Θεωρήσαμε ενδιαφέρουσα την διεξαγωγή έρευνας μέσω της οποίας αναζητήθηκε η ανίχνευση του άγχους και των αγχωδών εκδηλώσεων ατόμων που προσήλθαν για παροχή υγειονομικών υπηρεσιών και η αντιμετώπιση του άγχους από τις υπάρχουσες δομές στις υπηρεσίες ΠΦΥ. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφορικά με το άγχος και τις αγχώδεις διαταραχές στην ΠΦΥ, πραγματοποιήθηκε με έρευνα της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας με χρήση μηχανών εξειδικευμένης αναζήτησης και κυρίως το Medline, το Heal-Link, το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης αλλά και έγκυρων επιστημονικών περιοδικών και βιβλίων και με αναζήτηση, σημειώσεων, και επιτόπιας βιβλιογραφίας στην Γενική βιβλιοθήκη του Πανεπιστημίου Πατρών, στην βιβλιοθήκη της Ιατρικής σχολής και στην βιβλιοθήκη του ΑΤΕΙ Πατρών. Ο μικρός αριθμός μελετών Ελληνικής βιβλιογραφίας αποτέλεσε ανασταλτικό παράγοντα στην εκτίμηση του ρόλου του Κ.Λ. στην διαχείριση του άγχους στη ΠΦΥ. Συγκεντρώσαμε επίσης λεξικά, περιοδικά, άρθρα και βιβλία ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας τα οποία μελετήσαμε και καταγράψαμε στην εργασία. Καταγράψαμε μελέτες ξένων και ελλήνων ερευνητών προκειμένου να αποκτήσουμε όσο το δυνατόν καλύτερη εικόνα της κατάστασης στην Ελλάδα αλλά και των δομών στο εξωτερικό καθώς και την αντιμετώπιση τους. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση μαζί με την διεξαγωγή έρευνας αποτέλεσαν την βάση για την καλύτερη δυνατή επεξεργασία της παρούσας μελέτης.

8.1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε πήραν μέρος 101 άτομα, με σωματικά και ψυχικά συμπτώματα άγχους στα κέντρα υγείας Βάρδας και Σιμόπουλου. Η έρευνα διεξήχθη μέσω ερωτηματολογίου. Η ερευνητική προσπάθεια διήρκεσε περίπου 6 μήνες. Για την στατιστική επεξεργασία της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS16.0.

8.2 ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το είδος της έρευνας είναι η ποσοτική.

8.3. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της έρευνας μας είναι:

- Η ανίχνευση, του άγχους και των ψυχοσωματικών προβλημάτων στις υπηρεσίες της ΠΦΥ.
- Η αντιμετώπιση των σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων.
- Η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών διαχείρισης των ψυχοσωματικών προβλημάτων από τους πάσχοντες.
- Η δυσκολία των πασχόντων να χειριστούν ψυχοσωματικά προβλήματα εξ αιτίας ψυχοκοινωνικών και ψυχοπαιστικών γεγονότων.

8.4. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ- ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Είναι οι εξής:

- Υποθέτουμε ότι, τα σωματικά συμπτώματα συνυπάρχουν με ψυχολογικά συμπτώματα των πασχόντων.
- Υποθέτουμε ότι, οι πάσχοντες που απευθύνονται στις υπηρεσίες της ΠΦΥ, υποφέρουν συχνά από σωματικά προβλήματα εξ αιτίας της συνοσηρότητας, με ψυχολογικούς παράγοντες.
- Υποθέτουμε ότι, οι πάσχοντες που απευθύνονται στις υπηρεσίες της ΠΦΥ, υποφέρουν από ψυχολογικά προβλήματα, αιτίας της ύπαρξης των σωματικών συμπτωμάτων.
- Υποθέτουμε ότι, τα σωματικά προβλήματα σχετίζονται άμεσα με δύσκολές συνθήκες ζωής, με το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, την μόρφωση και γενικά με την ποιότητα ζωής.

8.5. ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

- Στόχος μας είναι να διερευνήσουμε εάν τα σωματικά συμπτώματα συνδέονται με αγχώδεις εκδηλώσεις.
- Στόχος μας είναι να διερευνήσουμε εάν τα σωματικά συμπτώματα συνδέονται με ψυχολογικά συμπτώματα.
- Στόχος μας είναι να διερευνήσουμε εάν τα σωματικά συμπτώματα συνυπάρχουν με ψυχολογικά συμπτώματα στις αγχώδεις εκδηλώσεις.
- Στόχος μας είναι να διερευνήσουμε εάν ένα σημαντικό ποσοστό πασχόντων δεν είναι σε θέση να διαχειριστεί κάποια από τα σωματικά και κάποια από τα ψυχολογικά συμπτώματα.
- Στόχος μας είναι να διερευνήσουμε εάν η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η εκπαίδευση, η οικογενειακή κατάσταση, είναι παράγοντες

που επηρεάζουν σημαντικά την εκδήλωση και την διαχείριση των ψυχοσωματικών προβλημάτων.

8.6. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ - ΔΕΙΓΜΑ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε Κέντρα Υγείας στη γεωγραφική περιφέρεια του Νομού Ηλείας, σε αγροτική περιοχή της καθώς και σε ορεινή περιοχή του ίδιου Νομού, κατά το χρονικό διάστημα Ιουνίου - Δεκεμβρίου του 2010 κατά την διάρκεια όλης της 24ωρης λειτουργίας τους. Σύμφωνα με την τελευταία απογραφή του 2011, ο μόνιμος πληθυσμός του Δήμου Βουπρασίας ανέρχεται σε 6.500 κατοίκους (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος, 2005). Ενώ ο μόνιμος πληθυσμός του ορεινού δήμου Πηνειάς ανέρχεται στους 3.000 κατοίκους.

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στα επιλεγμένα Κέντρα Υγείας που αναφέρονται στην συνέχεια:

1. Στο Κέντρο Υγείας Βάρδας και την περιοχή ευθύνης του. (Βάρδα και δημοτικά διαμερίσματα Ν. Μανωλάδας, Π. Μανωλάδας, Κουρτεσίου, Ψάρι, Νησίον, Αετοράχη, Καπελέτο).

2. Στο Κέντρο Υγείας Σιμόπουλου και την περιοχή ευθύνης του. (Σιμόπουλο, δημοτικά διαμερίσματα Μαζαρακίου, Λάττα, Αγραπιδοχωρίου, Ανθώνας, Αυγής, Αγνάντων, Βελανιδίου, Βουλιαγμένης, Εφύρας, Κάμπου, Λαγανά, Λουκά, Οινόης, Ροδιάς και Σκλίβα).

Ο πληθυσμός αναφοράς ήταν άτομα ηλικίας 14 ετών και άνω, που προσήλθαν στα ΤΕΠ των ανωτέρω Κέντρων Υγείας ως επείγοντα περιστατικά, ως τακτικά περιστατικά και ως τακτικές επισκέψεις (συνταγογράφηση ή για άλλους λόγους). Η συλλογή των στοιχείων του πληθυσμού μελέτης έγινε από τους δυο σπουδαστές του τμήματος. Επιλέχθηκαν τα συγκεκριμένα Κέντρα Υγείας, λόγω προσβασιμότητας των ερευνητών καθ όλη την διάρκεια του 24ώρου.

Στην μελέτη συμμετείχαν άτομα-ασθενείς όλων των ηλικιακών ομάδων που προσήλθαν στα ΤΕΠ των ανωτέρω Κέντρων Υγείας για αναζήτηση ιατρικών υπηρεσιών με έντονα συμπτώματα άγχους, σωματικά ή συναισθηματικά χωρίς να υπάρχουν παθολογικά αίτια. Η διάγνωση των παραπάνω διαταραχών έγινε από γενικούς ιατρούς οι οποίοι κατά τη διερεύνηση των περιστατικών δεν αναγνώρισαν παθολογικά αίτια στις ανωτέρω επισκέψεις αλλά σωματικά ή ψυχολογικά συμπτώματα ως εκδηλώσεις άγχους.

Το σύνολο των ατόμων που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στην μελέτη ήταν 101 άτομα που αποτέλεσαν και τον πληθυσμό της μελέτης.

Πληρούσαν τα εξής κριτήρια:

1. Ήταν ηλικίας 14 έως 90 ετών.

2. Το δείγμα επιλέχθηκε ανεξαρτήτως φύλου, εθνικότητας, επαγγέλματος, οικονομική και κοινωνικής κατάστασης.

3. Τα άτομα προσήλθαν στα ΚΥ με εκδηλώσεις άγχους χωρίς όμως να το γνωρίζουν.

4. Ενημέρωση, και αποδοχή των συμμετεχόντων για τον σκοπό της μελέτης συλλογή δεδομένων:

Η έρευνα διεξήχθη μέσω α) ερωτηματολογίου και ο μέσος χρόνος που απαιτήθηκε για κάθε ερωτηματολόγιο ήταν 20 λεπτά περίπου. β) κλίμακας ψυχοσωματικών προβλημάτων, που σχεδιάστηκε από τους ίδιους τους σπουδαστές.

Η ερευνητική μας προσπάθεια διήρκησε περίπου 6 μήνες.

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 16.0

8.7. ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μέθοδος που επιλέξαμε για την συλλογή των πληροφοριών ήταν η επισκόπηση. Πραγματοποιήσαμε ποσοτική έρευνα με δομημένο ερωτηματολόγιο, που συμπληρώθηκε επί τόπου, κατά την επίσκεψη των ατόμων ως ασθενείς στο κάθε κέντρο υγείας. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η επισκόπηση προκειμένου να συλλέξουμε δεδομένα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, για την περιγραφή των υπάρχουσών συνθηκών και την σύγκρισή τους ή τον προσδιορισμό των σχέσεων. Η έρευνα ήταν ποσοτική για να προσδιορίσουμε, να μετρήσουμε, να περιγράψουμε εκδηλώσεις με διαταραχές άγχους με απώτερο σκοπό να γενικεύσουμε και να συσχετίσουμε τα συμπεράσματα στον ευρύτερο πληθυσμό με ποσοστιαία και επαληθεύσιμα δεδομένα. Η έρευνα είναι σημαντική όσον αφορά το θέμα των ψυχοσωματικών προβλημάτων στην ΠΦΥ καθότι διαπιστώσαμε κατά την συλλογή στοιχείων ότι δεν έχουν γίνει σημαντικές μελέτες στο συγκεκριμένο θέμα.

Σαφήνεια : Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν όρους, λέξεις και εκφράσεις όσο το δυνατόν περισσότερο κατανοητές από όλους τους συμμετέχοντες με στόχο την μικρότερη απώλεια της ακρίβειας των απαντήσεων.

Εγκυρότητα: Το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και ξένες μελέτες (Brandburn N et al.,)(Κουρεμένος Α.,2001) και εξασφάλισε την ανωνυμία των συμμετεχόντων).

Κριτήρια επιλογής ερωτηματολογίου: τα οποία περιγράφονται παρακάτω συνοπτικά και αποτελούσαν παράλληλα και τις προϋποθέσεις για την αναζήτηση της βιβλιογραφίας, για την ανεύρεση του πιο κατάλληλου ερωτηματολογίου για τις ανάγκες της μελέτης μας.

1. Να συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή, να είναι αυτοσυμπληρούμενο
2. Να είναι ειδικά σχεδιασμένο για όλες τις ηλικιακές ομάδες.
3. Να έχει επιδείξει υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα στην ανίχνευση των αγχωδών διαταραχών σε όλες τις ηλικιακές ομάδες.
4. Να ανιχνεύει ψυχοσωματικά προβλήματα συνολικά και όχι κάποια συγκεκριμένη διαταραχή.

Ο μέσος χρόνος που απαιτήθηκε για κάθε ερωτηματολόγιο ήταν 20 λεπτά περίπου.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις κλειστού τύπου αμοιβαία αποκλειόμενες όπου ο ερωτώμενος έχει να επιλέξει προκαθορισμένες δυνατές απαντήσεις. Περιλαμβάνονται δημογραφικές ερωτήσεις σχετικές με τα ατομικά χαρακτηριστικά του ατόμου και την εργασία του. Του ζητήθηκε να δώσουν πληροφορίες για το φύλο, την ηλικία, την υπηκοότητα, την οικογενειακή κατάσταση, την εργασία και τα χρόνια εργασίας παρέχοντας μεγαλύτερη αξιοπιστία. Από τις ερωτήσεις κατά συνθήκη με ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών ώστε να δώσουν τις απαντήσεις που τους εκφράζουν περισσότερο και να επιτύχουμε εμβάθυνση των γνώσεων και μείωση του αριθμού των ερωτήσεων.

8.8. ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ

Οι ερευνητές έκαναν χρήση αυτοσυμπληρούμενης κλίμακας ψυχοσωματικών προβλημάτων, που σχεδιάστηκε από τους ίδιους.

Οι ερευνητές επικεντρώθηκαν σε σωματικά, ψυχολογικά και συναισθηματικά συμπτώματα από 28 λήμματα με 5 διαβαθμίσεις του κάθε συμπτώματος.

Μετά από μελέτη των παρακάτω κλιμάκων:

- Του αυτοσυμπληρούμενου καταλόγου συμπτωμάτων (self report symptom checklist-90, SL-90R). (Αλεβίζος 2009)

-Την κλίμακα πανικού και αγοραφοβίας B.Bandelow (1995) με ερωτηματολόγιο για τους ασθενείς.

-Την κλίμακα άγχους του Sheehan.

-Την αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα άγχους του Zung (self- rating anxiety scale).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9.1. ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	92
<u>ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....</u>	<u>93</u>
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 1^ο</u>	93
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 2^ο</u>	95
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 3^ο</u>	97
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 4^ο</u>	99
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 6^ο</u>	101
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 7^ο</u>	102
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 8^ο</u>	104
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 9^ο</u>	105
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 10^ο</u>	107
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 11^ο</u>	108
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 12^ο</u>	109
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 13^ο</u>	109
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 14^ο</u>	113
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 15^ο</u>	115
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 16^ο</u>	116
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 17^ο</u>	117
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 18^ο</u>	118
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.1^ο</u>	119
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.2^ο</u>	120
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.3^ο</u>	121
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.4^ο</u>	122
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.5^ο</u>	124
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.6^ο</u>	126
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.7^ο</u>	127
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.8^ο</u>	129
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.9^ο</u>	130
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.10^ο</u>	131
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.11^ο</u>	132
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.12^ο</u>	133
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.13^ο</u>	134
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.14^ο</u>	135
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.15^ο</u>	136
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.16^ο</u>	137
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.17^ο</u>	138
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.18^ο</u>	139
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.19^ο</u>	140
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.20^ο</u>	141
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.21^ο</u>	142
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.22^ο</u>	143
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.23^ο</u>	144
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.24^ο</u>	145
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.25^ο</u>	146
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.26^ο</u>	147
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.27^ο</u>	148
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 19.28^ο</u>	149
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 20^ο</u>	150
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 21^ο</u>	151
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 22^ο</u>	153
<u>ΕΡΩΤΗΜΑ 23^ο</u>	154

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

A. Δημογραφικά – ατομικά στοιχεία

ΕΡΩΤΗΜΑ 1^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 1. Φύλο:

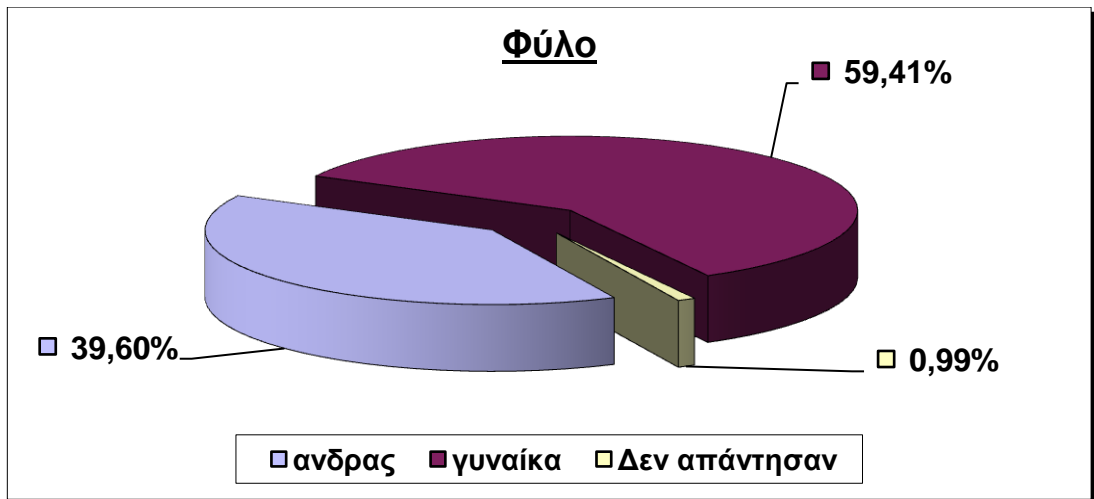
Ανδρας Γυναίκα

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Άρρεν	40	39,60%
Θήλυ	60	59,101%
Δεν απάντησαν	1	0,99%
ΣΥΝΟΛΟ	101	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 59,101%) απάντησε ότι είναι γυναίκες.

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο τους.



ΕΡΩΤΗΜΑ 2^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

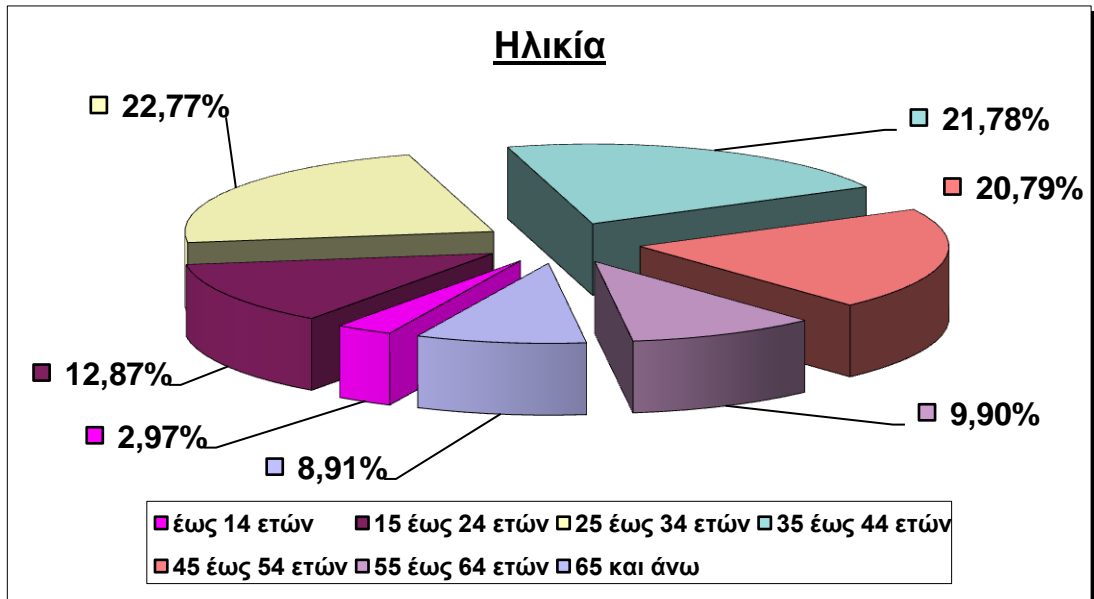
- 2.Ηλικία: έως 14
- 15-24
- 25-34
- 35-44
- 45-54
- 55-64
- 65 και άνω.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
έως 14 ετών	3	2,97%
15 έως 24 ετών	13	12,87%
25 έως 34 ετών	23	22,77%
35 έως 44 ετών	22	21,78%
45 έως 54 ετών	21	20,79%
55 έως 64 ετών	10	9,90%
65 και άνω	9	8,91%
ΣΥΝΟΛΟ	101	100%

Η πλειοψηφία (ποσοστό 44,55%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι ανήκει στην ηλικιακή κατηγορία από 25 έως 44 ετών. Παρατηρούμε ότι έχουμε ένα σημαντικό ποσοστό 12,87% ερωτηθέντων ασθενών εφήβων και νεαρών ατόμων της μετεφηβικής ηλικίας. Ενώ αξιοσημείωτο είναι και το ποσοστό 2,97% των παιδιών ασθενών

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία τους.



ΕΡΩΤΗΜΑ 3^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

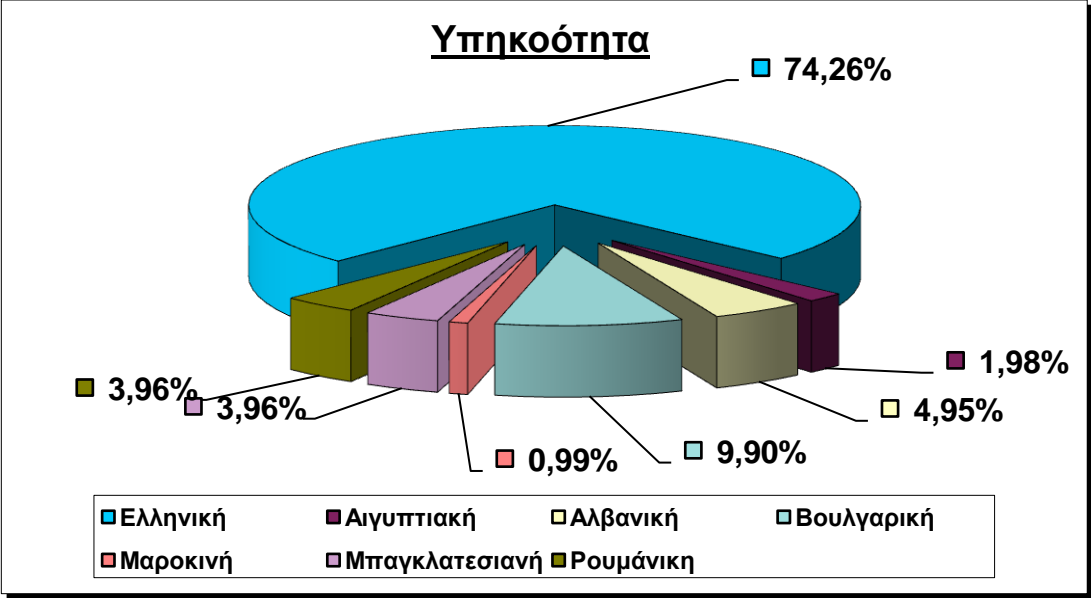
3.Υπηκοότητα:

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με τη υπηκοότητα έχουν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ελληνική	75	74,26%
Αιγυπτιακή	2	1,98%
Αλβανική	5	4,95%
Βουλγαρική	10	9,90%
Μαροκινή	1	0,99%
Μπαγκλατεσιανή	4	3,96%
Ρουμάνικη	4	3,96%
ΣΥΝΟΛΟ	101	100%

Η πλειοψηφία (ποσοστό 74,26%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι έχει ελληνική υπηκοότητα. Παρ όλα αυτά, ένα ποσοστό 25,74% είναι μετανάστες.

ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με τη υπηκοότητα έχουν.



ΕΡΩΤΗΜΑ 4^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

4. Οικογενειακή κατάσταση:

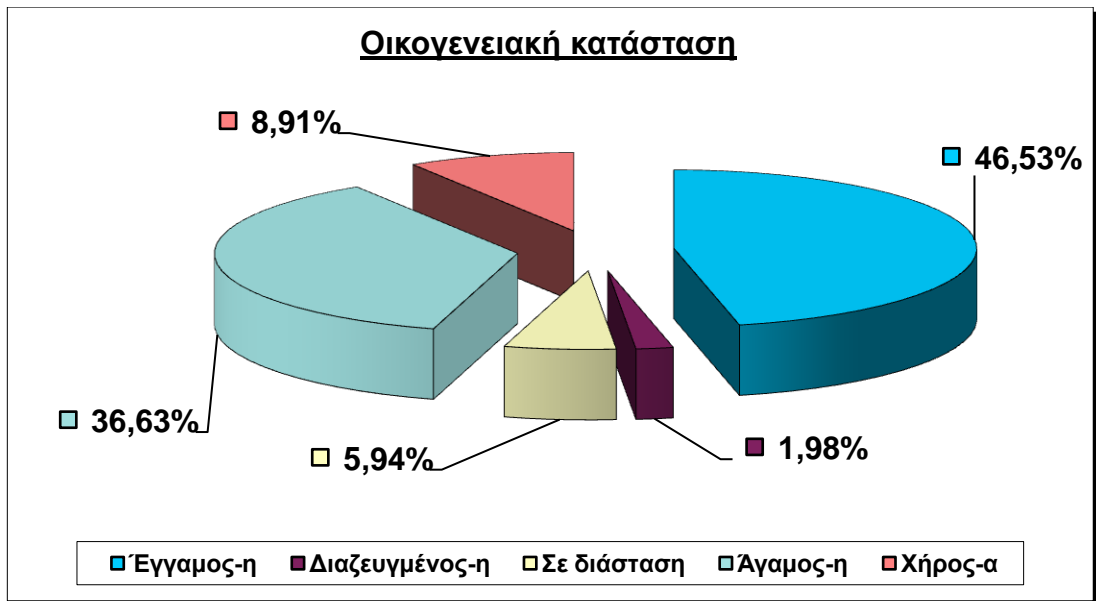
- Έγγαμος-η
- Διαζευγμένος-η
- Σε διάσταση
- Άγαμος-η
- Χήρος-α

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με ποια είναι η οικογενειακή τους κατάσταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Έγγαμος-η	47	46,53%
Διαζευγμένος-η	2	1,98%
Σε διάσταση	6	5,94%
Άγαμος-η	37	36,63%
Χήρος-α	9	8,91%
ΣΥΝΟΛΟ	101	100%

Η πλειοψηφία (ποσοστό 46,53%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι είναι **έγγαμοι**. Οι άγαμοι ασθενείς αποτελούν ένα ποσοστό της τάξεως του 36,63%. Οι διαζευγμένοι και τα άτομα σε διάσταση, αποτελούν το ποσοστό 14,85%. Ενώ όσοι βρίσκονται σε χηρεία αποτελούν ένα ποσοστό 8,91% των ασθενών ερωτηθέντων.

ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με ποια είναι η οικογενειακή τους κατάσταση.



ΕΡΩΤΗΜΑ 6^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

6. Αριθμός παιδιών:

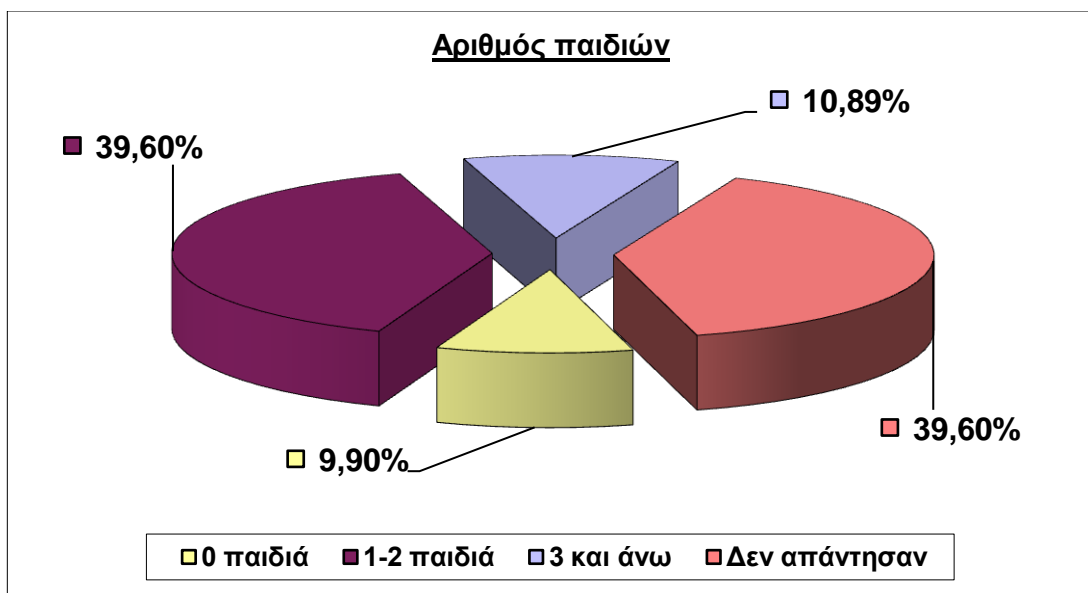
0 1-2 3 και άνω

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με τον αριθμό παιδιών που έχουν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
0 παιδιά	10	9,90%
1-2 παιδιά	40	39,60%
3 και άνω	11	10,89%
Δεν απάντησαν	40	39,60%
ΣΥΝΟΛΟ	101	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 39,60%) απάντησε ότι ο αριθμός των παιδιών που έχει είναι 1-2 παιδιά.

ΣΧΗΜΑ 6: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με τον αριθμό παιδιών που έχουν.



ΕΡΩΤΗΜΑ 7^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

7.Γραμματικές γνώσεις:

- Αναλφάβητος
- Απόφοιτος δημοτικού
- Απόφοιτος γυμνασίου
- Απόφοιτος λυκείου
- Απόφοιτος ΑΕΙ-ΤΕΙ
- Μεταπτυχιακές σπουδές

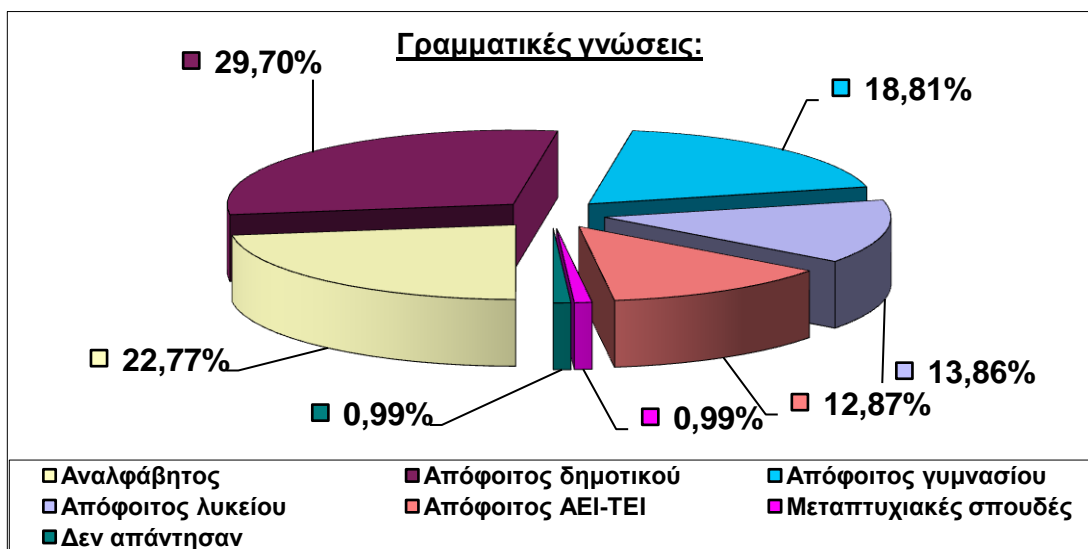
ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το επίπεδο γραμματικών γνώσεων που έχουν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Αναλφάβητος	23	22,77%
Απόφοιτος δημοτικού	30	29,70%
Απόφοιτος γυμνασίου	19	18,81%
Απόφοιτος λυκείου	14	13,86%
Απόφοιτος ΑΕΙ-ΤΕΙ	13	12,87%
Μεταπτυχιακές σπουδές	1	0,99%

Δεν απάντησαν	1	0,99%
ΣΥΝΟΛΟ	101	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 29,70%) απάντησε ότι είναι απόφοιτοι δημοτικού.

ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το επίπεδο γραμματικών γνώσεων που έχουν.



ΕΡΩΤΗΜΑ 8^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

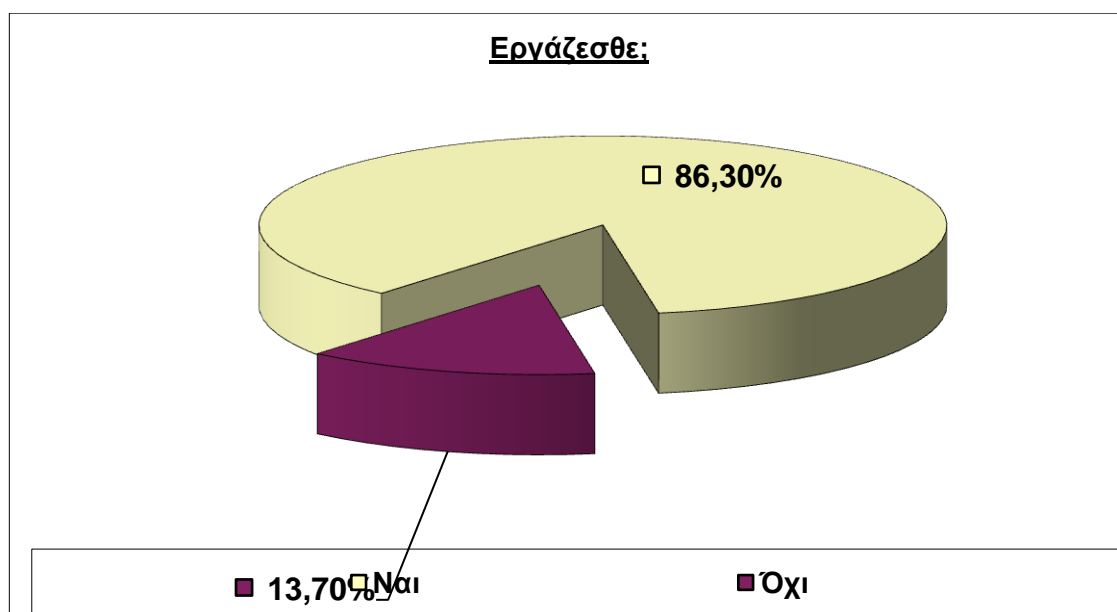
8.Εργάζεσθε; Ναι Όχι

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εργάζονται.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	91	90.10%
Όχι	10	9.90%
ΣΥΝΟΛΟ	101	100%

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 62,38%) απάντησε θετικά (Ναι) ότι εργάζονται.

ΣΧΗΜΑ 8: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εργάζονται.



ΕΡΩΤΗΜΑ 9^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 9. Εάν ναι τι δουλειά κάνετε;

- Δημόσιος Υπάλληλος
- Ιδιωτικός Υπάλληλος
- Εκπαιδευτικός
- Ιατρικά Επαγγέλματα
- Οικοδόμος-τεχνίτης
- Κτηνοτρόφος- αγρότης
- Οικιακά
- Συνταξιούχος
- Άλλο

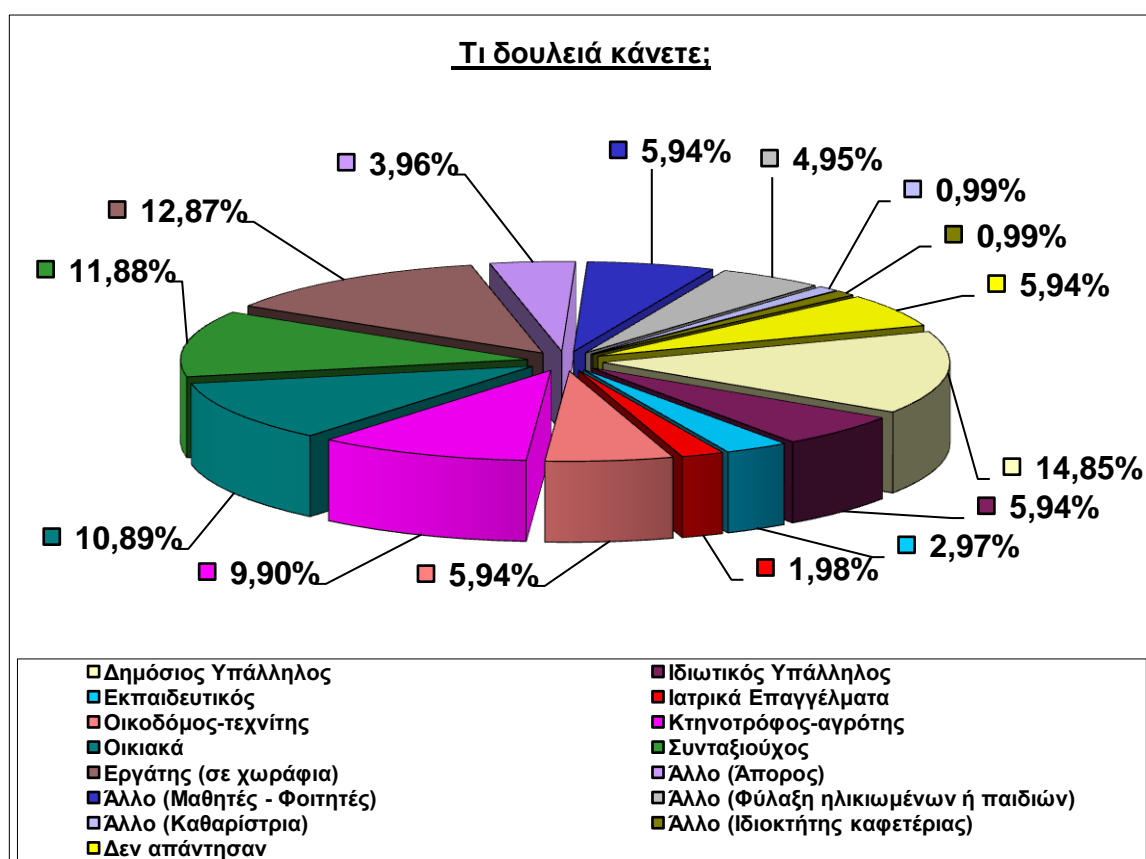
ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το τι δουλειά κάνουν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Δημόσιος Υπάλληλος	15	14,85%
Ιδιωτικός Υπάλληλος	6	5,94%
Εκπαιδευτικός	3	2,97%
Ιατρικά Επαγγέλματα	2	1,98%
Οικοδόμος-τεχνίτης	6	5,94%
Κτηνοτρόφος-αγρότης	10	9,90%
Εργάτης (σε χωράφια)	13	12,87%
Άλλο (Φύλαξη ηλικιωμένων ή παιδιών)	5	4,95%
Άλλο (Καθαρίστρια)	1	0,99%
Άλλο (Ιδιοκτήτης καφετέριας)	1	0,99%
Άλλο (Μαθητές - Φοιτητές)(δεν εργάζεται)	6	5,94%
Άλλο (Άπορος) (δεν εργάζεται)	4	3,96%
Οικιακά (δεν εργάζεται)	11	10,89%

Συνταξιούχος (δεν εργάζεται)	12	11,88%
Δεν απάντησαν	6	5,94%
ΣΥΝΟΛΟ	101	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε (ποσοστό 22,77%) ότι ασχολείται με αγροτικά επαγγέλματα. Ακολουθούν (ποσοστό 14,85%) οι Δημόσιοι υπάλληλοι. Αξίζει να σημειωθεί ότι ποσοστό 3,96% δήλωσαν απορία.

ΣΧΗΜΑ 9: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το τι δουλειά κάνουν.



ΕΡΩΤΗΜΑ 10°

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

10. Η εργασία σας είναι μόνιμη?

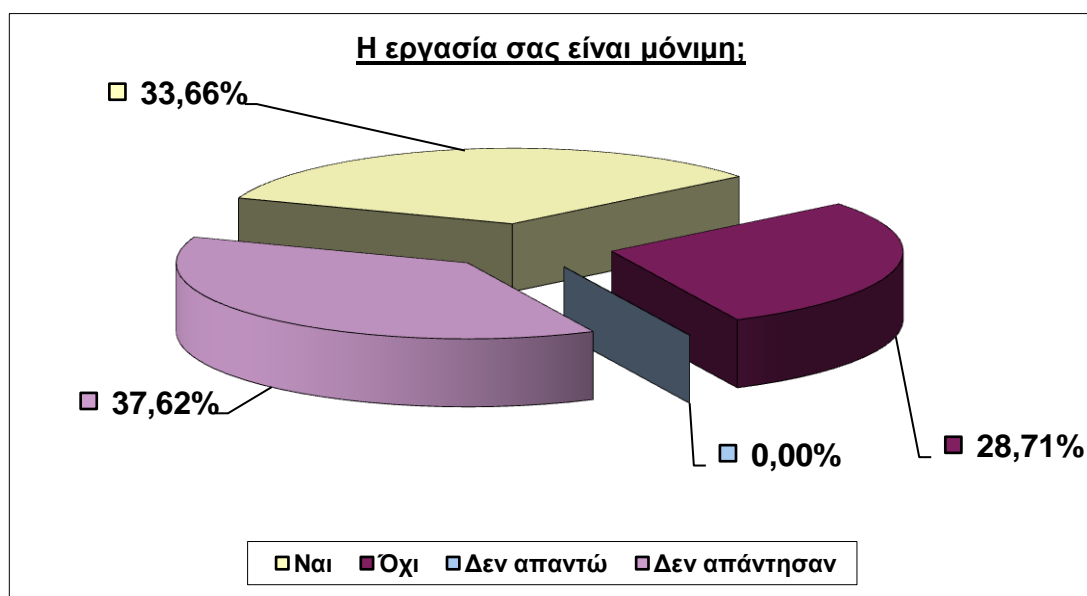
Ναι Όχι Δεν απαντώ

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν η εργασία τους είναι μόνιμη.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	34	33,66%
Όχι	29	28,71%
Δεν απαντώ	0	0,00%
Δεν απάντησαν (άνεργοι)	38	37,62%
ΣΥΝΟΛΟ	101	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 33,66%) απάντησε θετικά (**Ναι**) ότι η εργασία τους είναι μόνιμη.

ΣΧΗΜΑ 10: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν η εργασία τους είναι μόνιμη.



ΕΡΩΤΗΜΑ 11°

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 11. Πόσα χρόνια εργάζεσθε;

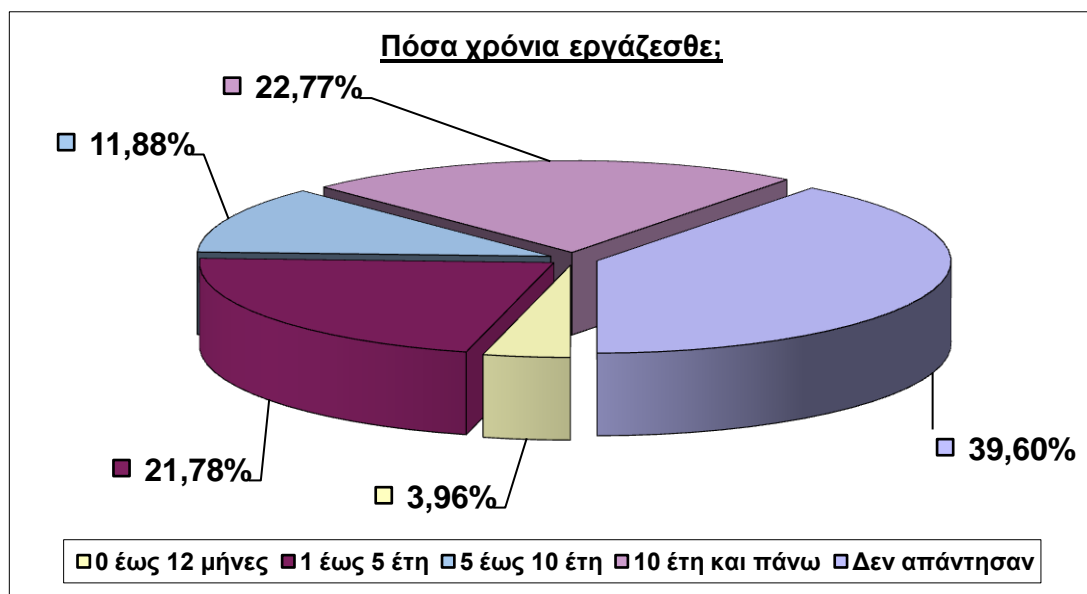
0-12μ 1-5έτη 5-10έτη 10 και πάνω

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με την χρονική διάρκεια που εργάζονται.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
0 έως 12 μήνες	4	3,96%
1 έως 5 έτη	22	21,78%
5 έως 10 έτη	12	11,88%
10 έτη και πάνω	23	22,77%
Δεν απάντησαν	40	39,60%
ΣΥΝΟΛΟ	101	100%

Από το σύνολο των ερωτηθέντων που δήλωσαν ότι εργάζονται, η πλειοψηφία, σε ποσοστό 22,77% εργάζονται από 10 έτη και πάνω και ακολουθεί το ποσοστό όσων εργάζονται 1 έως 5 έτη είναι 21,78%, το ποσοστό όσων εργάζονται 5 έως 10 έτη είναι 11,88%. Το ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν ότι εργάζονται το τελευταίο χρόνο, αποτελεί την μειοψηφία, (3,96%).

ΣΧΗΜΑ 11: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με την χρονική διάρκεια που εργάζονται.



ΕΡΩΤΗΜΑ 12^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 12. Αν δεν εργάζεσθε , πόσο καιρό είσαστε άνεργος;

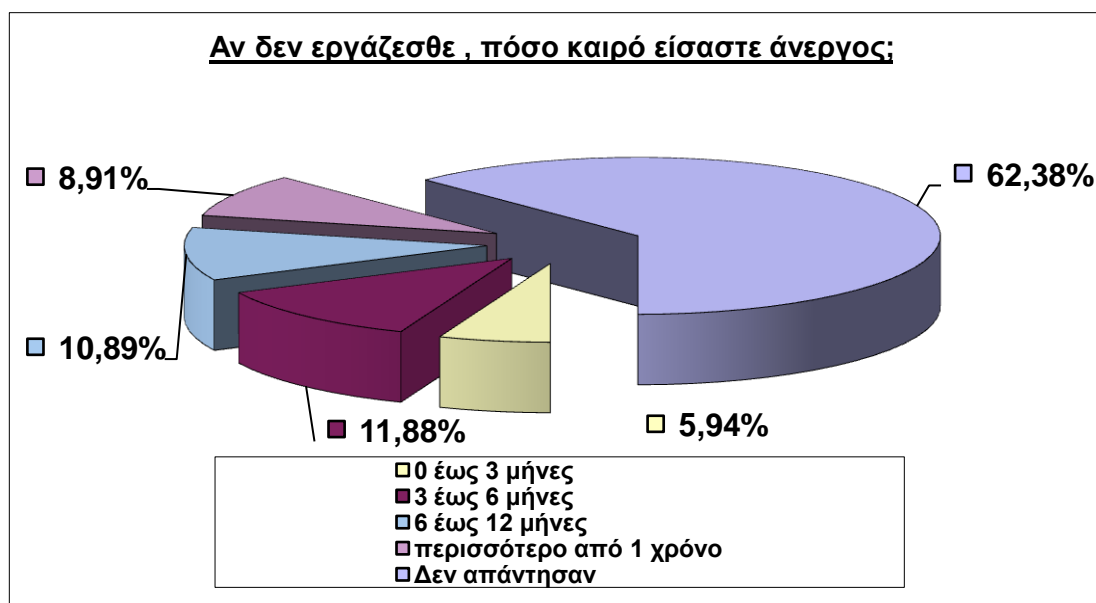
0-3 μήνες , 3-6 μήνες , 6-12 μήνες περισσότερο από 1 χρόνο

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων που δεν εργάζονται σε σχέση με την χρονική διάρκεια που βρίσκονται σε ανεργία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
0 έως 3 μήνες	6	5,94%
3 έως 6 μήνες	12	11,88%
6 έως 12 μήνες	11	10,89%
Περισσότερο από 1 χρόνο	9	8,91%
Δεν απάντησαν	63	62,38%
ΣΥΝΟΛΟ	101	100%

Σε συχνότητα που αγγίζει σχεδόν το απόλυτο δεν απάντησαν στην ερώτηση.

ΣΧΗΜΑ 12: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων που δεν εργάζονται σε σχέση με την χρονική διάρκεια που βρίσκονται σε ανεργία.



ΕΡΩΤΗΜΑ 13^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 13. Το ετήσιο οικογενειακό εισόδημά σας είναι:

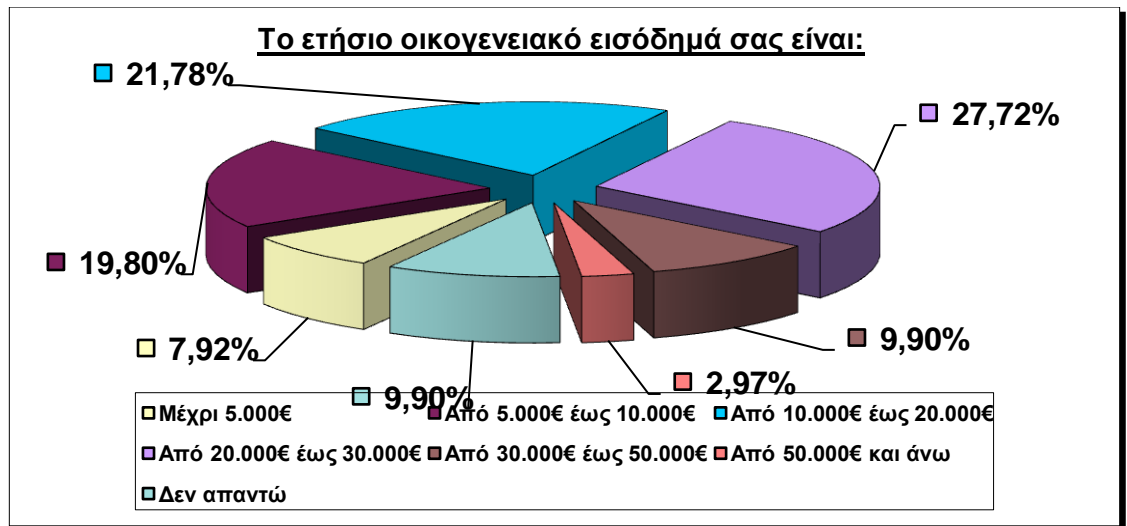
- Μέχρι 5000€
- 5000-10.000€
- 10000-20000€
- 20000-30000€
- 30000-50000€
- 50000 και άνω
- Δεν απαντώ

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το ύψος του ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Μέχρι 5.000€	8	7,92%
Από 5.000€ έως 10.000€	20	19,80%
Από 10.000€ έως 20.000€	22	21,78%
Από 20.000€ έως 30.000€	28	27,72%
Από 30.000€ έως 50.000€	10	9,90%
Από 50.000€ και άνω	3	2,97%
Δεν απαντώ	10	9,90%
ΣΥΝΟΛΟ	101	100%

Πρώτο σε συχνότητα απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιο είναι το ύψος του ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος είναι από 20.000€ έως 30.000€.

ΣΧΗΜΑ 13: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το ύψος του ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος.



ΕΡΩΤΗΜΑ 14^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

14. Αναφέρετε προβλήματα υγείας για τα οποία λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή όπως:

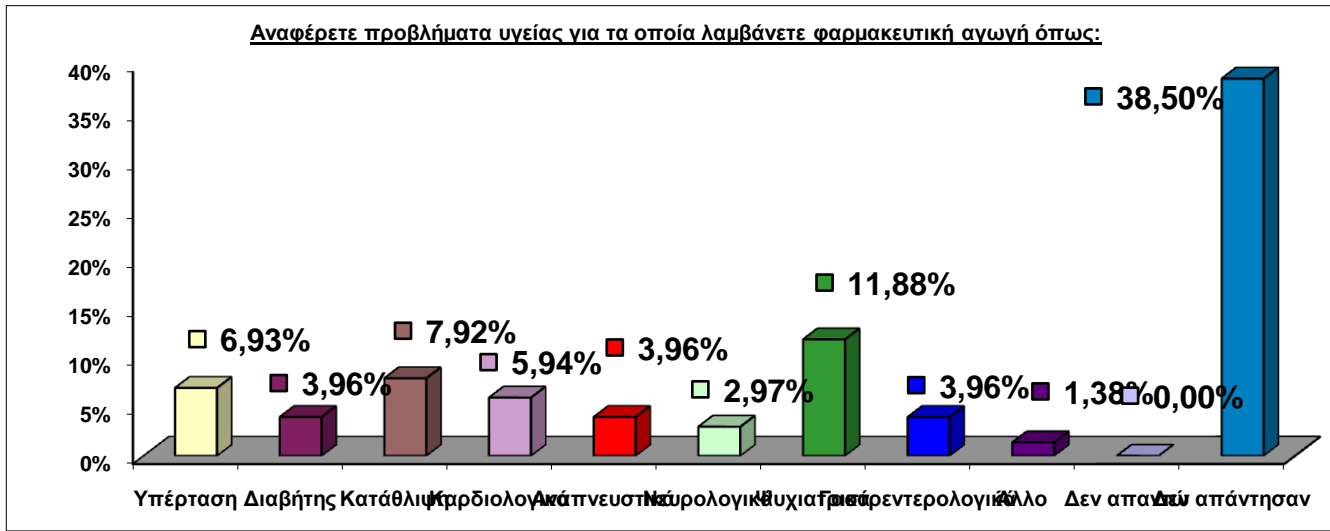
- Υπέρταση
- Διαβήτης
- Κατάθλιψη
- Καρδιολογικά
- Αναπνευστικά
- Νευρολογικά
- Ψυχιατρικά
- Γαστρεντερολογικά
- Άλλο.....
- Δεν απαντώ

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποια προβλήματα υγείας έχουν και για τα οποία λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Υπέρταση	7	6,93%
Διαβήτης	4	3,96%
Κατάθλιψη	8	7,92%
Καρδιολογικά	6	5,94%
Αναπνευστικά	4	3,96%
Νευρολογικά	3	2,97%
Ψυχιατρικά - ψυχολογικά	12	11,88%
Γαστρεντερολογικά	4	3,96%
Άλλο (CA)	14	13,76%
Δεν απαντώ	0	0,00%
Δεν απάντησαν	39	38,50%
ΣΥΝΟΛΟ	101	100%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων δήλωσε (ποσοστό 11,88%) ψυχιατρικά - ψυχολογικά προβλήματα υγείας για τα οποία λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή.

ΣΧΗΜΑ 14: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποια προβλήματα υγείας έχουν και για τα οποία λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή.



ΕΡΩΤΗΜΑ 15^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

15. Έχετε πάρει φάρμακα στο παρελθόν ή λαμβάνετε την παρούσα χρονική στιγμή:

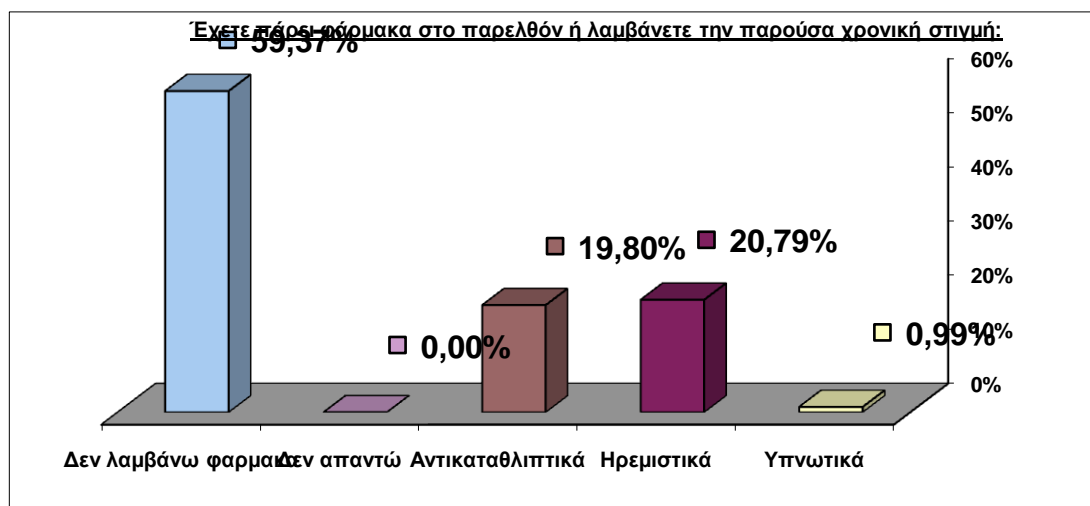
- Υπνωτικά
- Ηρεμιστικά
- Αντικαταθλιπτικά
- Δεν απαντώ

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν έχουν πάρει φάρμακα στο παρελθόν ή λαμβάνουν την παρούσα χρονική στιγμή.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Υπνωτικά	1	0,99%
Ηρεμιστικά	21	20,79%
Αντικαταθλιπτικά	20	19,80%
Δεν απαντώ	0	0,0%
Δεν λαμβάνω φάρμακα	59	59,37%
ΣΥΝΟΛΟ	101¹	100%

Οι ερωτηθέντες ασθενείς σε υψηλότερο ποσοστό 59,37% δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή την παρούσα χρονική στιγμή. Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 20,79%) βρίσκεται η απάντηση ότι έχουν πάρει στο παρελθόν ή λαμβάνουν την παρούσα χρονική στιγμή Ηρεμιστικά/Αγχολυτικά φάρμακα.

ΣΧΗΜΑ 15: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν έχουν πάρει φάρμακα στο παρελθόν ή λαμβάνουν την παρούσα χρονική στιγμή.



¹ Υπάρχουν πολλαπλές απαντήσεις στην ερώτηση.

ΕΡΩΤΗΜΑ 16^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

16. Έχετε επισκεφθεί για κάποιο λόγο:

- καρδιολόγο
- ψυχολόγο
- νευρολόγο-ψυχίατρο
- όλα τα παραπάνω
- τίποτα από τα παραπάνω

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν έχουν επισκεφθεί για κάποιο λόγο κάποιο ιατρό.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καρδιολόγο	23	22,77%
Ψυχολόγο	6	5,94%
Νευρολόγο-ψυχίατρο	20	19,80%
Γιατρό του Κ.Υ.	10	9,90%
Τίποτα από τα παραπάνω	32	31,58%
Όλα τα παραπάνω	3	2,97%
Δεν απάντησαν	7	6,91%
ΣΥΝΟΛΟ	101²	100%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 31,58%) είναι αρνητική δηλαδή τίποτα από τα παραπάνω επομένως δεν έχουν επισκεφθεί κάποιο ιατρό.

ΣΧΗΜΑ 16: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν έχουν επισκεφθεί για κάποιο λόγο κάποιο ιατρό.



² Υπάρχουν πολλαπλές απαντήσεις στην ερώτηση.

ΕΡΩΤΗΜΑ 17^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

17. Αν ναι για πόσο καιρό επισκέπτεστε κάποιο ειδικό (ψυχολόγο ή ψυχίατρο);

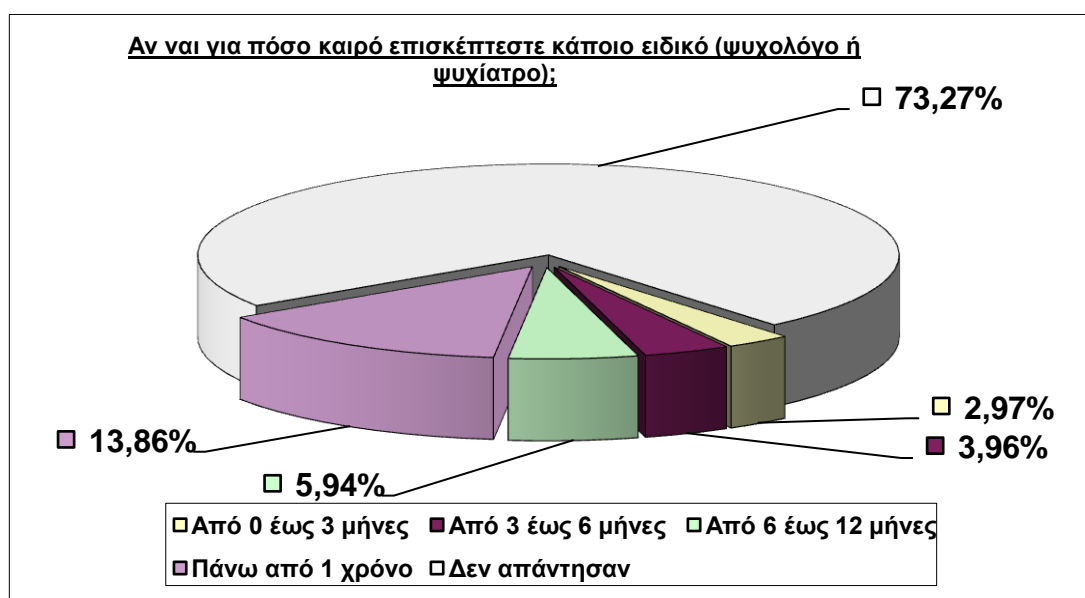
0-3 μήνες , 3-6 μήνες , 6-12 μήνες , πάνω από 1 χρόνο .

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσο καιρό επισκέπτονται κάποιο ειδικό (ψυχολόγο ή ψυχίατρο)

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Από 0 έως 3 μήνες	3	2,97%
Από 3 έως 6 μήνες	4	3,96%
Από 6 έως 12 μήνες	6	5,94%
Πάνω από 1 χρόνο	14	13,86%
(Δεν επισκέπτονται ψυχολόγο ή ψυχίατρο)	74	73,27%
ΣΥΝΟΛΟ	101	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (σε σχέση με το πόσο καιρό επισκέπτονται κάποιο ειδικό ψυχολόγο ή ψυχίατρο) σε ποσοστό 73,27% δεν επισκέπτονται ψυχολόγο ή ψυχίατρο.

ΣΧΗΜΑ 17: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσο καιρό επισκέπτονται κάποιο ειδικό (ψυχολόγο ή ψυχίατρο).



ΕΡΩΤΗΜΑ 18^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

18. Έχετε επισκεφθεί ξανά το κέντρο υγείας για τον ίδιο λόγο:

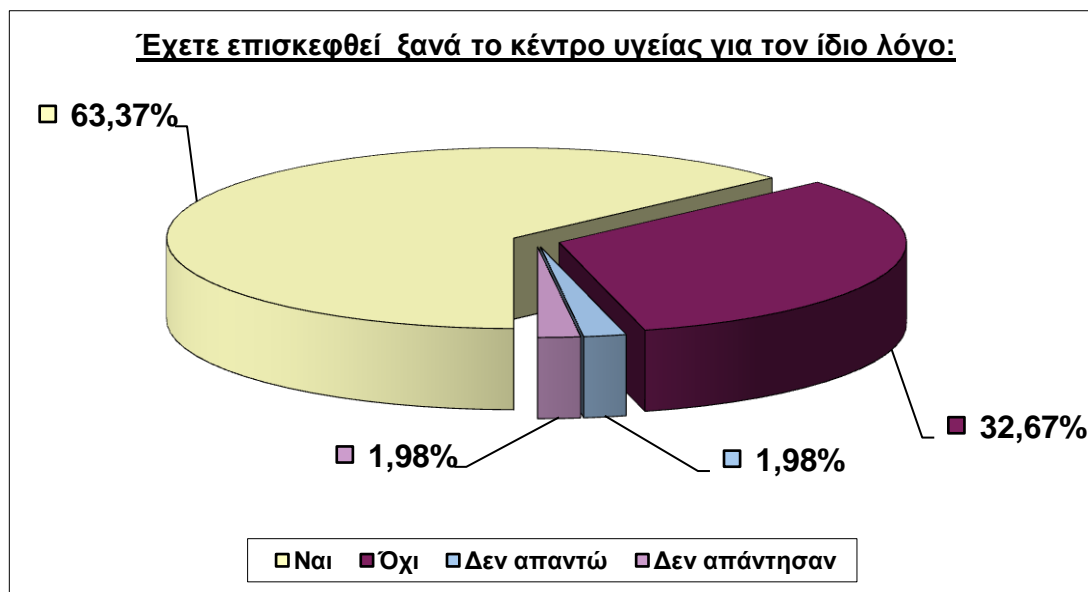
Ναι Όχι Δεν απαντώ

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν έχουν επισκεφθεί ξανά το κέντρο υγείας για τον ίδιο λόγο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	64	63,37%
Όχι	33	32,67%
Δεν απαντώ	2	1,98%
Δεν απάντησαν	2	1,98%
ΣΥΝΟΛΟ	101	100%

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 63,37%) απάντησε θετικά (Ναι) ότι έχουν επισκεφθεί ξανά το κέντρο υγείας για τον ίδιο λόγο.

ΣΧΗΜΑ 18: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν έχουν επισκεφθεί ξανά το κέντρο υγείας για τον ίδιο λόγο.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.1°

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

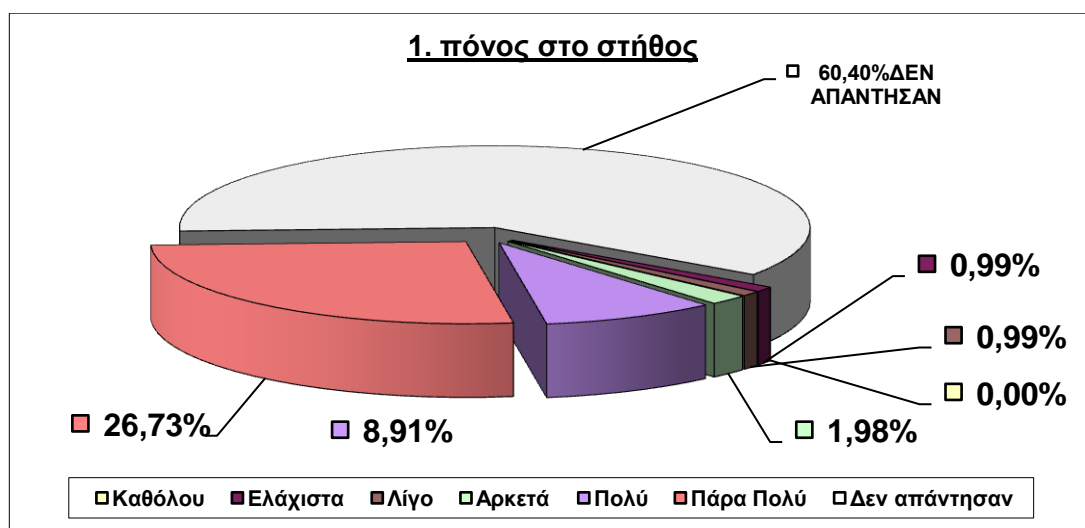
	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
	1	2	3	4	5	6
1. πόνος στο στήθος						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.1: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν πόνο στο στήθος όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	1	1	2	9	27	61	101	40
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,99%	0,99%	1,98%	8,91%	26,73%	60,40%	100%	39,60%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 26,73%) απάντησε ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα το σύμπτωμα του πόνου στο στήθος όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν πόνο στο στήθος όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.2°

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
	1	2	3	4	5	6
2. ταχυκαρδία έντονη						

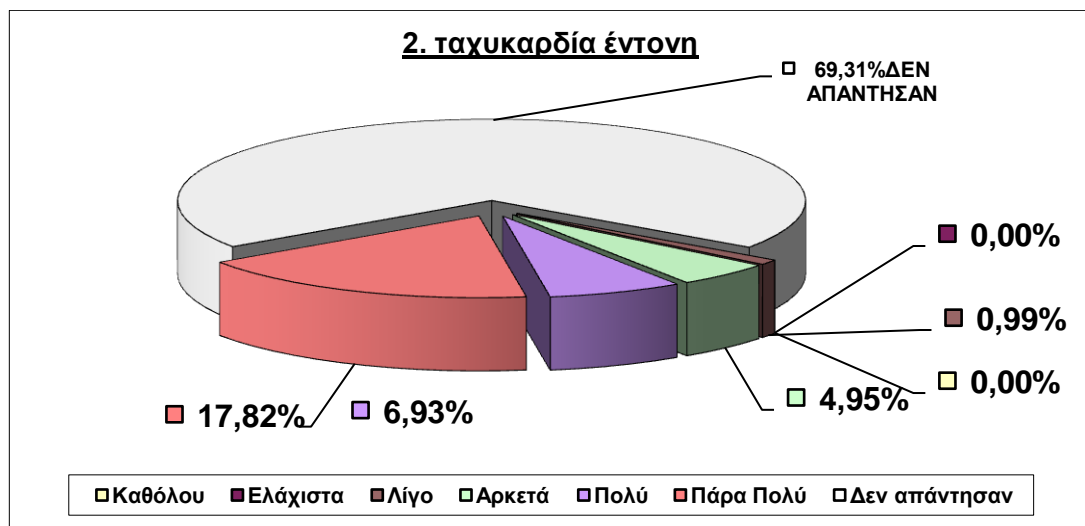
ΠΙΝΑΚΑΣ 19.2: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	0	1	5	7	18	70	101	31
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,00%	0,99%	4,95%	6,93%	17,82%	69,31%	100%	30,69%

εάν εκδήλωσαν έντονη ταχυκαρδία όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 17,82%) απάντησε ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονο το σύμπτωμα της έντονης ταχυκαρδίας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν έντονη ταχυκαρδία όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.3°

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19.Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

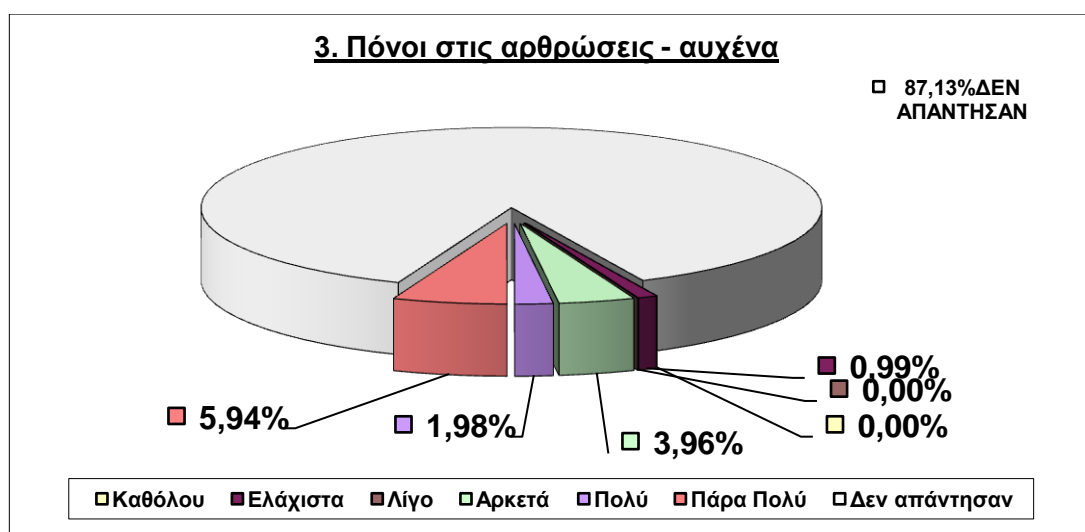
	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
	1	2	3	4	5	6
3.πόννοι στις αρθρώσεις - αυχένα						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.3: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν πόνους στις αρθρώσεις - αυχένα όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	1	0	4	2	6	88	101	13
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,99%	0,00%	3,96%	1,98%	5,94%	87,13%	100%	12,87%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 5,94%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονο το σύμπτωμα των πόνων στις αρθρώσεις - αυχένα. όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν πόνους στις αρθρώσεις - αυχένα όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.4^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

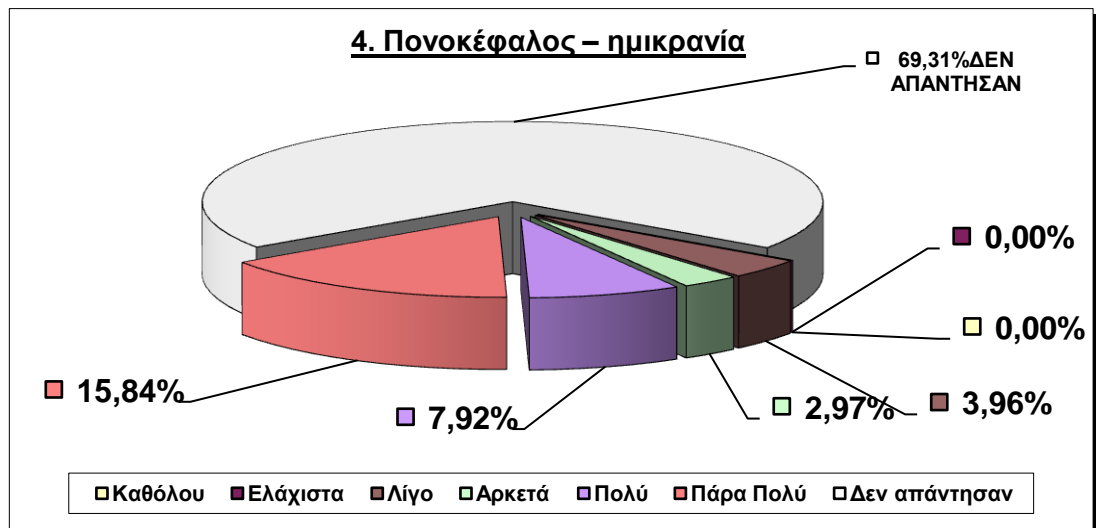
	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
	1	2	3	4	5	6
4. πονοκέφαλος – ημικρανία						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.4: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν πονοκέφαλους – ημικρανίες όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	0	4	3	8	16	70	101	31
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,00%	3,96%	2,97%	7,92%	15,84%	69,31%	100%	30,69%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 15,84%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα τα συμπτώματα του πονοκεφάλου - ημικρανίας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν πονοκεφάλους – ημικρανίες όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.5°

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19.Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

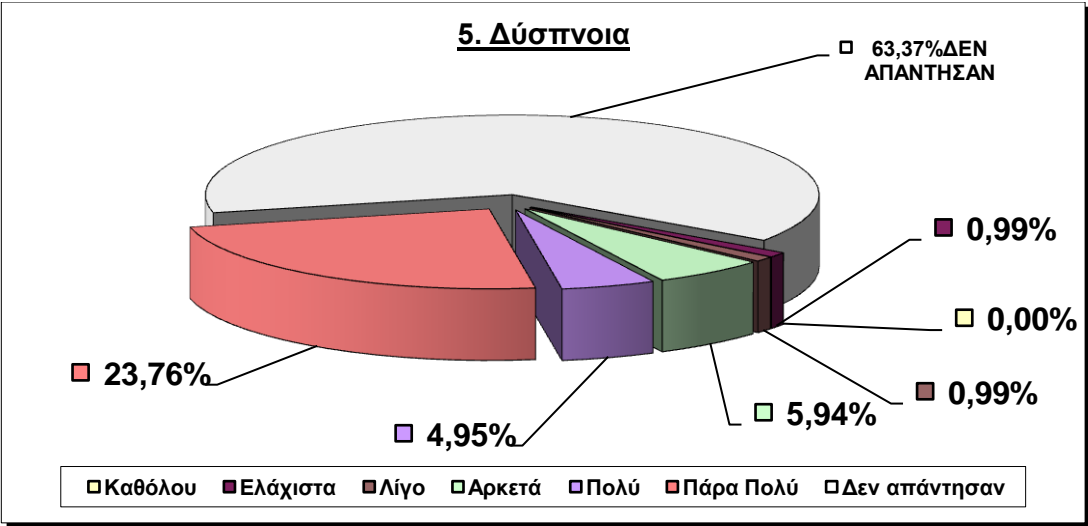
	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
	1	2	3	4	5	6
5.δύσπνοια						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.5: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα δύσπνοιας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	1	1	6	5	24	64	101	37
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,99%	0,99%	5,94%	4,95%	23,76%	63,37%	100%	36,63%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 23,76%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα τα σύμπτωμα δύσπνοιας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα δύσπνοιας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.6°

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

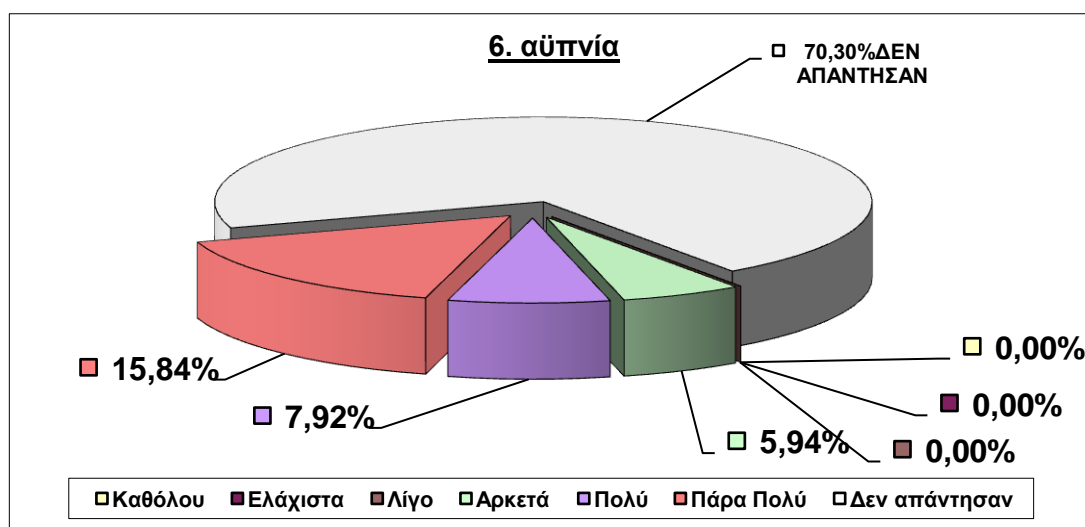
	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
	1	2	3	4	5	6
6.αυπνία						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.6: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα αϋπνίας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	0	0	6	8	16	71	101	30
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,00%	0,00%	5,94%	7,92%	15,84%	70,30%	100%	29,70%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 15,84%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα αϋπνίας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.6: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα αϋπνίας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.7^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19.Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

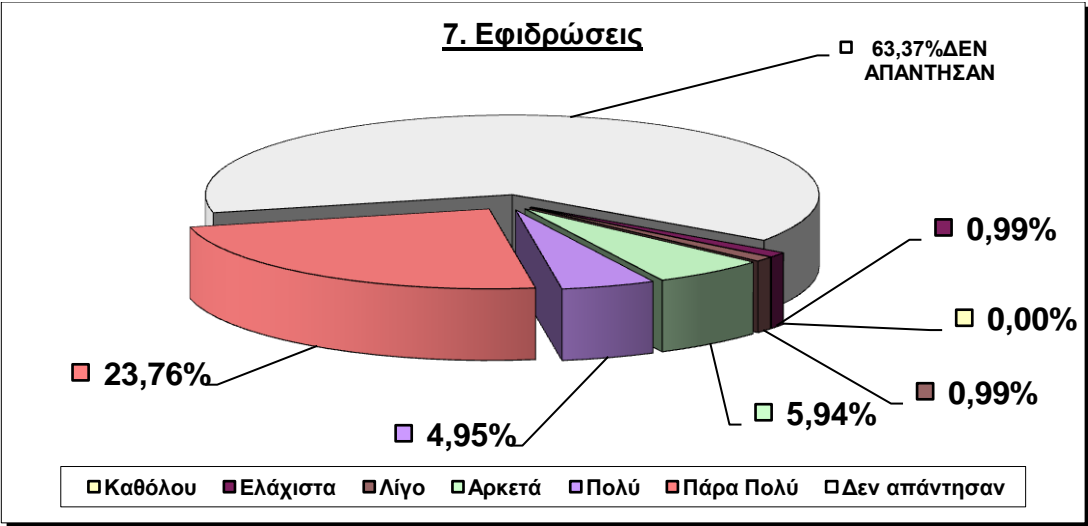
	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
	1	2	3	4	5	6
7. Εφιδρώσεις						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.7: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα εφιδρώσεων όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	1	1	2	5	6	86	101	15
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,99%	0,99%	1,98%	4,95%	5,94%	85,15%	100%	14,85%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 5,94%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα το σύμπτωμα εφιδρώσεων όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα εφιδρώσεων όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.8°

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

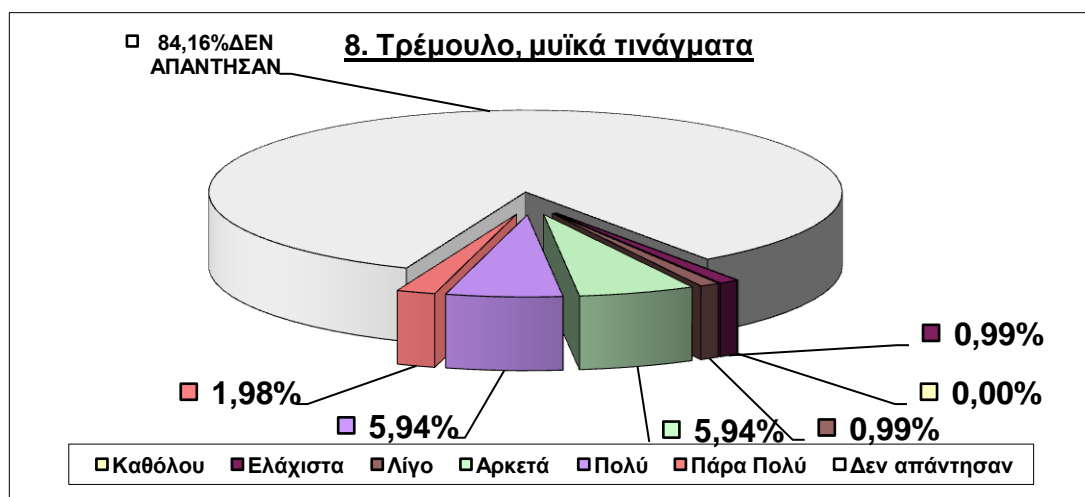
	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
	1	2	3	4	5	6
8. τρέμουλο, μυϊκά τινάγματα.						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.8: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα μυϊκών τιναγμάτων και τρέμουλο, όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	1	1	6	6	2	85	101	16
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,99%	0,99%	5,94%	5,94%	1,98%	84,16%	100%	15,84%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 5,94%) είναι ότι παρουσίασαν **πολύ** έντονα τα συμπτώματα μυϊκών τιναγμάτων και τρέμουλο όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.8: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα μυϊκών τιναγμάτων και τρέμουλο, όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.9°

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19.Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

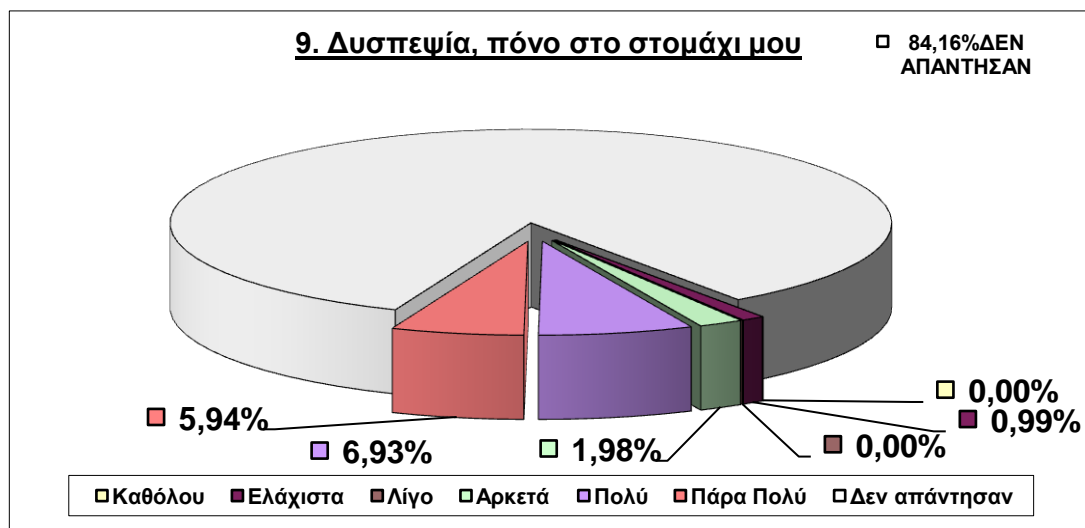
	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
	1	2	3	4	5	6
9.δυσπεψία, πόνο στο στομάχι μου						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.9: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα δυσπεψίας ή (και) πόνου στο στομάχι τους όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	1	0	2	7	6	85	101	16
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,99%	0,00%	1,98%	6,93%	5,94%	84,16%	100%	15,84%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 6,93%) είναι ότι παρουσίασαν **πολύ** έντονα συμπτώματα δυσπεψίας ή (και) πόνου στο στομάχι τους όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.9: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα δυσπεψίας ή (και) πόνου στο στομάχι τους όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.10^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

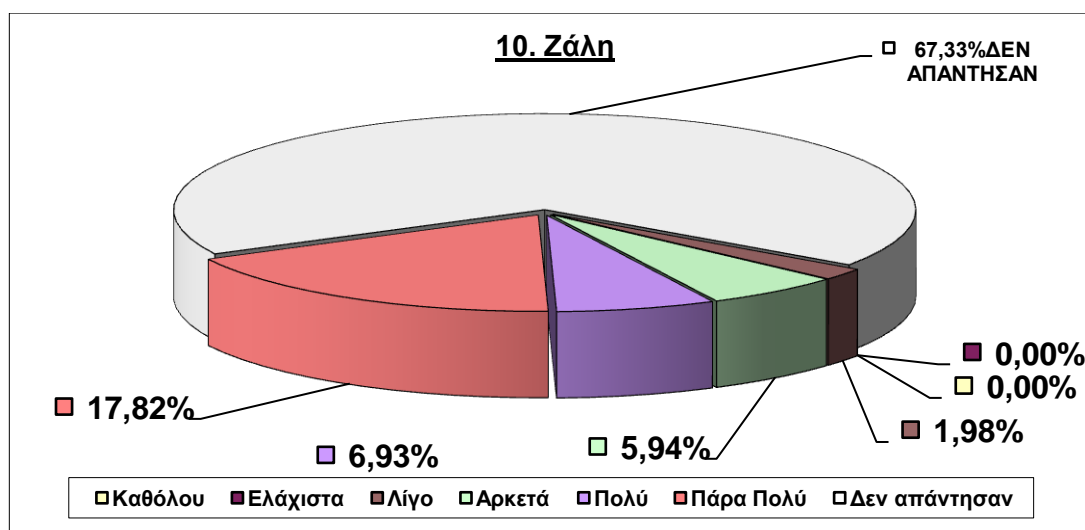
	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
	1	2	3	4	5	6
10. Ζάλη						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.10: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα ζάλης όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	0	2	6	7	18	68	101	33
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,00%	1,98%	5,94%	6,93%	17,82%	67,33%	100%	32,67%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 17,82%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα ζάλης όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.10: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα ζάλης όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.11^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

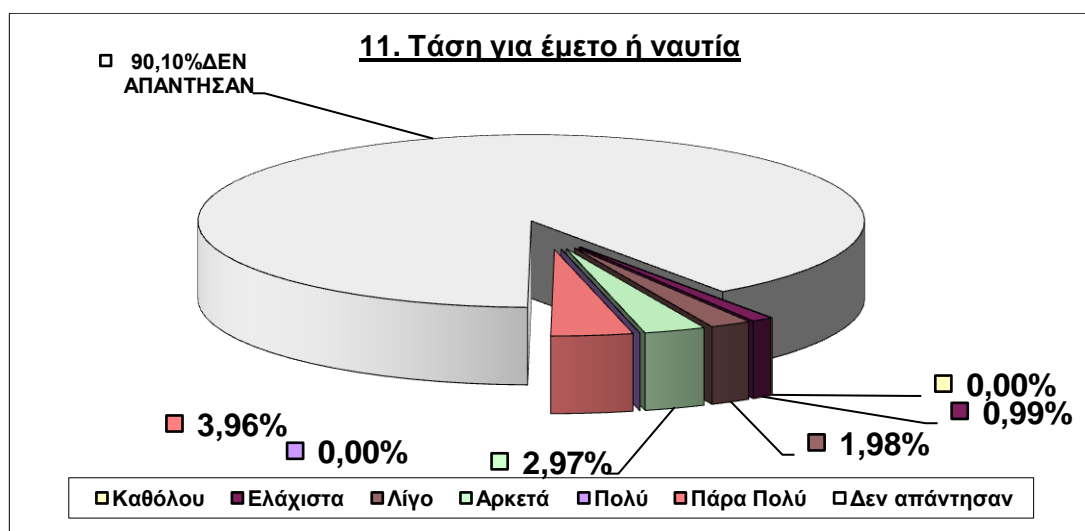
	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
	1	2	3	4	5	6
11. Τάση για έμετο ή ναυτία						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.11: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα τάσης για έμετο ή ναυτία όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	1	2	3	0	4	91	101	10
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,99%	1,98%	2,97%	0,00%	3,96%	90,10%	100%	9,90%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 3,96%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα τάσης για έμετο ή ναυτία όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.11: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα τάσης για έμετο ή ναυτία όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.12^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

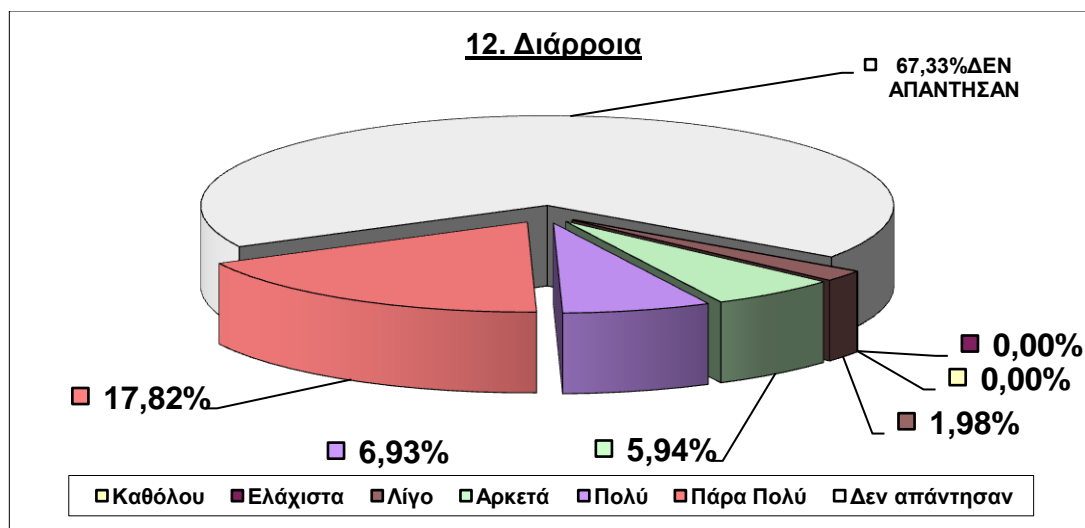
	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
	1	2	3	4	5	6
12. Διάρροια						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.12: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα διάρροιας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	0	0	1	1	2	97	101	4
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,00%	0,00%	0,99%	0,99%	1,98%	96,04%	100%	3,96%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 1,98%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα διάρροιας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.12: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα διάρροιας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.13^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19.Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

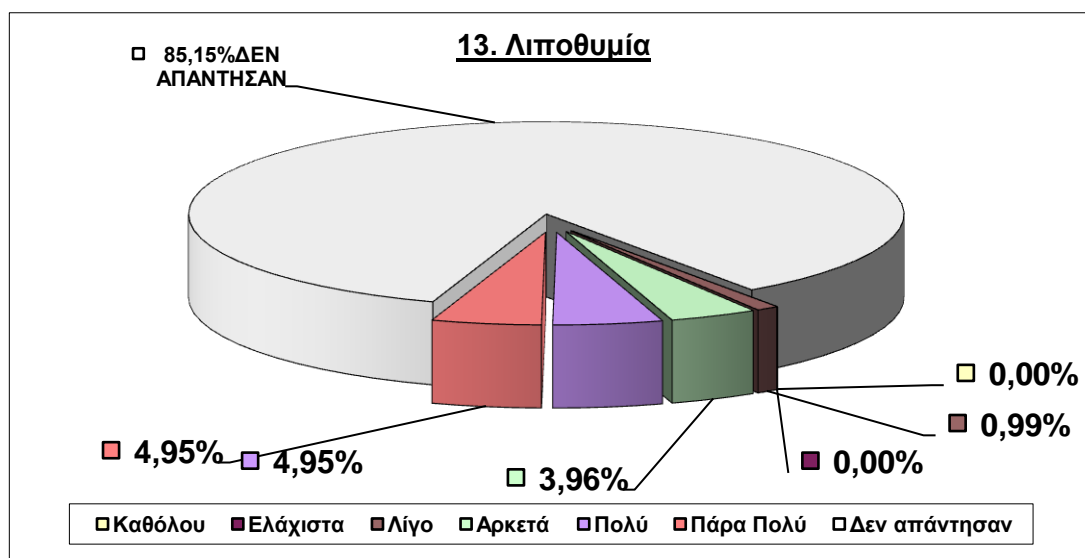
	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
	1	2	3	4	5	6
13. Λιποθυμία						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.13: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα λιποθυμίας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	0	1	4	5	5	86	101	15
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,00%	0,99%	3,96%	4,95%	4,95%	85,15%	100%	14,85%

Η πρώτες σε συχνότητα απαντήσεις των ερωτηθέντων (ποσοστό 9,90%) είναι ότι παρουσίασαν **πολύ & πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα λιποθυμίας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.13: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα λιποθυμίας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.14^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

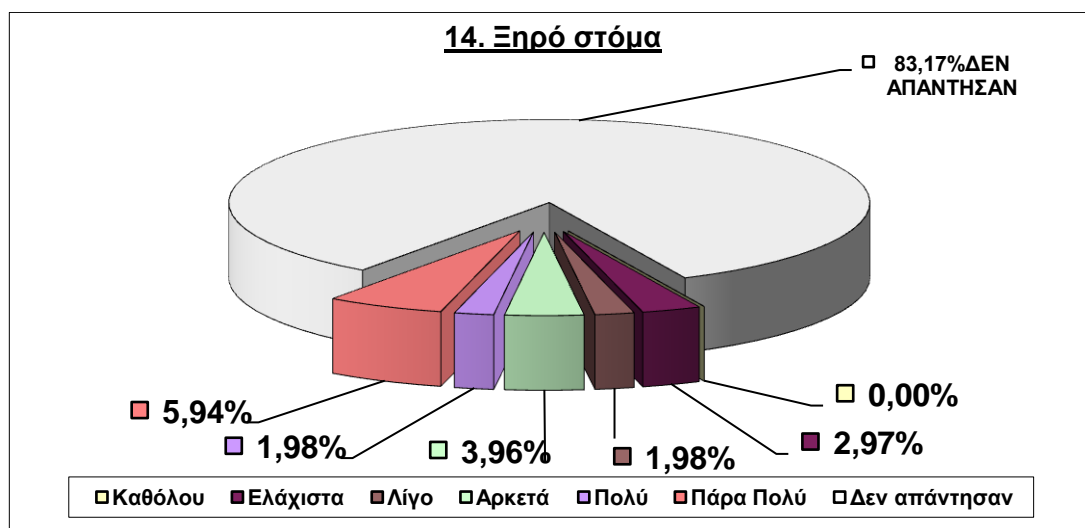
	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
	1	2	3	4	5	6
14. Ξηρό στόμα						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.14: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα ξηροστομίας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	3	2	4	2	6	84	101	17
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	2,97%	1,98%	3,96%	1,98%	5,94%	83,17%	100%	16,83%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 5,94%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα ξηροστομίας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.14: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα ξηροστομίας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.15^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19.Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

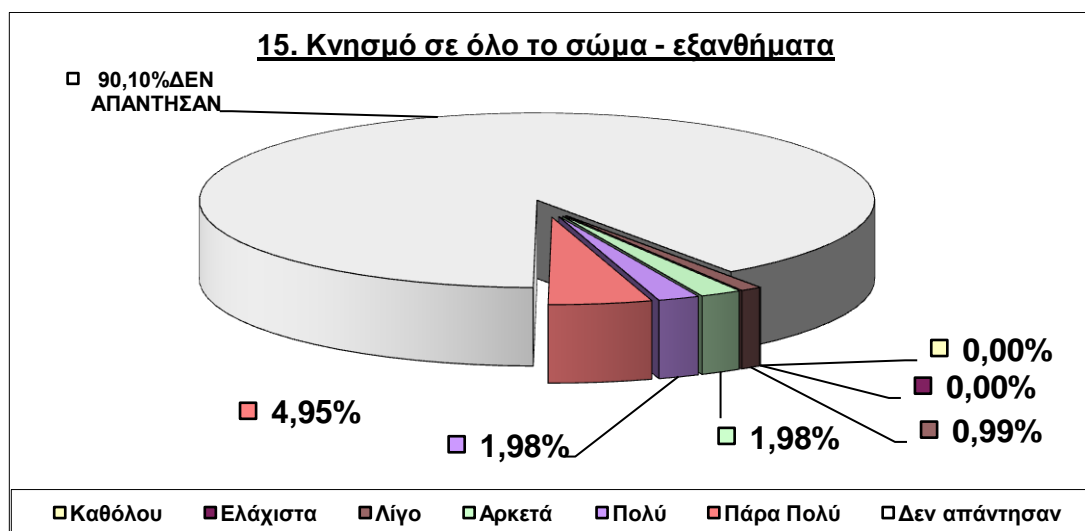
	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
	1	2	3	4	5	6
15 κνησμό σε όλο το σώμα - εξανθήματα						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.15: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα κνησμού σε όλο το σώμα - εξανθήματα όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	0	1	2	2	5	91	101	10
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,00%	0,99%	1,98%	1,98%	4,95%	90,10%	100%	9,90%

Η πρώτη σε συχνότητα απαντήσεις των ερωτηθέντων (ποσοστό 4,95%) είναι ότι παρουσίασαν **πολύ & πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα κνησμού σε όλο το σώμα - εξανθήματα όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.15: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα κνησμού σε όλο το σώμα - εξανθήματα όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.16^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

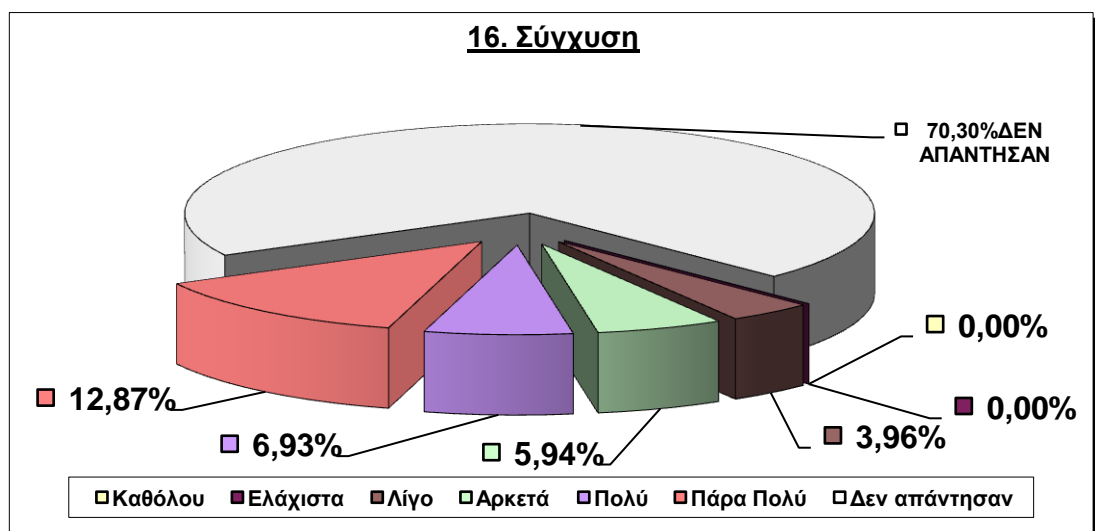
	Καθόλου 1	Ελάχιστα 2	Λίγο 3	Αρκετά 4	Πολύ 5	Πάρα Πολύ 6
16. Σύγχυση						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.16: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα σύγχυσης όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	0	4	6	7	13	71	101	30
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,00%	3,96%	5,94%	6,93%	12,87%	70,30%	100%	29,70%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 12,87%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα σύγχυσης όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.16: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα σύγχυσης όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.17^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

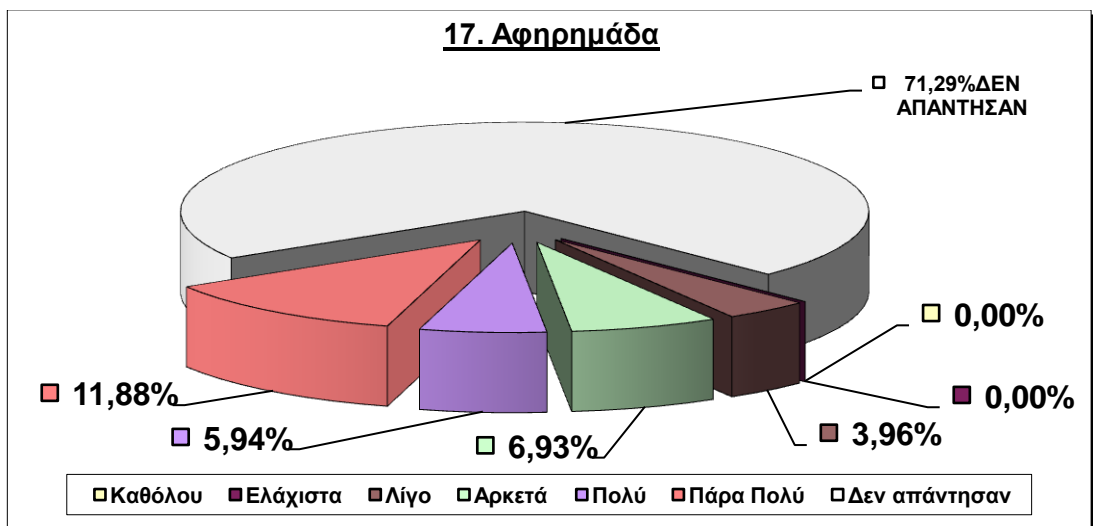
	Καθόλου 1	Ελάχιστα 2	Λίγο 3	Αρκετά 4	Πολύ 5	Πάρα Πολύ 6
17. Αφηρημάδα						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.17: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα αφηρημάδας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	0	4	7	6	12	72	101	29
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,00%	3,96%	6,93%	5,94%	11,88%	71,29%	100%	28,71%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 11,88%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα αφηρημάδας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.17: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα αφηρημάδας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.18^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

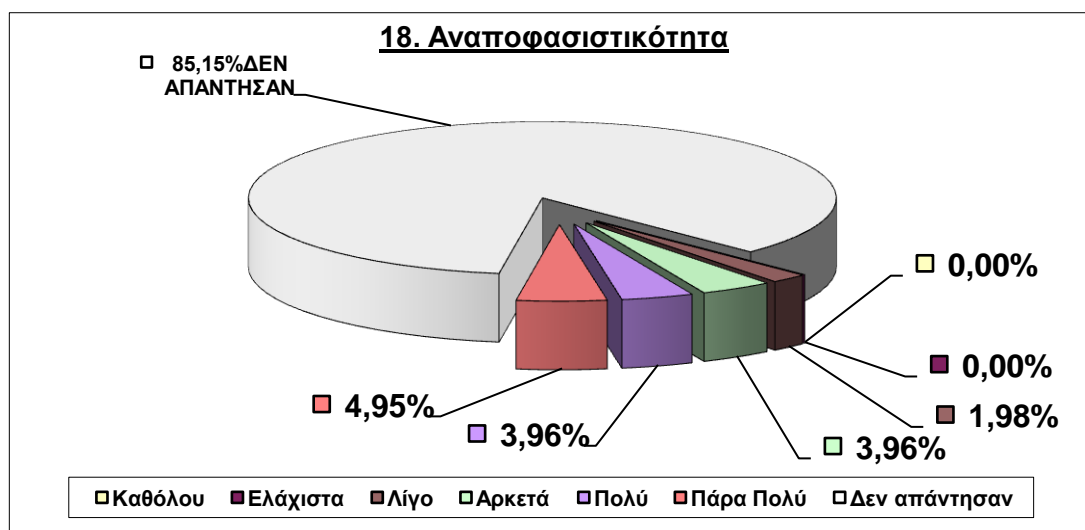
	Καθόλου 1	Ελάχιστα 2	Λίγο 3	Αρκετά 4	Πολύ 5	Πάρα Πολύ 6
18. Αναποφασιστικότητα						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.18: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα αναποφασιστικότητας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	0	2	4	4	5	86	101	15
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,00%	1,98%	3,96%	3,96%	4,95%	85,15%	100%	14,85%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 4,95%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα αναποφασιστικότητας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.18: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα αναποφασιστικότητας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.19^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

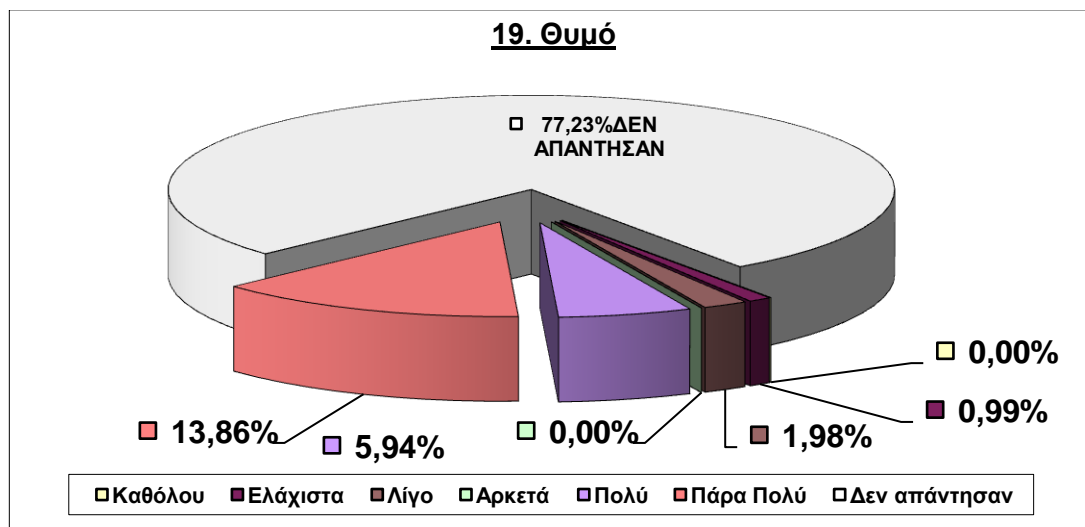
	Καθόλου 1	Ελάχιστα 2	Λίγο 3	Αρκετά 4	Πολύ 5	Πάρα Πολύ 6
19. Θυμό						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.19: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα θυμού όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	1	2	0	6	14	78	101	23
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,99%	1,98%	0,00%	5,94%	13,86%	77,23%	100%	22,77%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 13,86%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα θυμού όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.19: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα θυμού όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.20^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

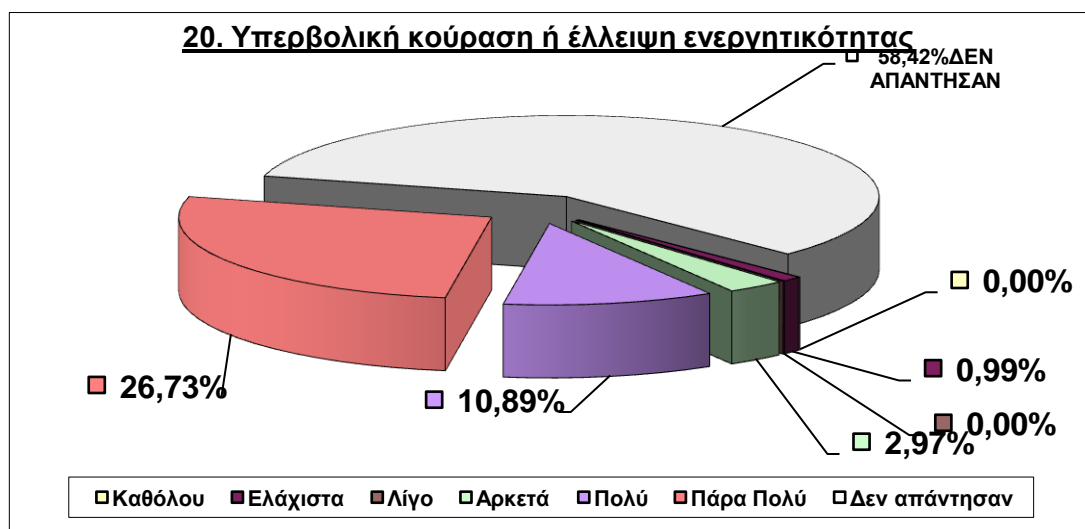
	Καθόλου 1	Ελάχιστα 2	Λίγο 3	Αρκετά 4	Πολύ 5	Πάρα Πολύ 6
20. Υπερβολική κούραση ή έλλειψη ενεργητικότητας						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.20: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα υπερβολικής κούραση ή έλλειψης ενεργητικότητας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	1	0	3	11	27	59	101	42
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,99%	0,00%	2,97%	10,89%	26,73%	58,42%	100%	41,58%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 26,73%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα υπερβολικής κούραση ή έλλειψης ενεργητικότητας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.20: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα υπερβολικής κούραση ή έλλειψης ενεργητικότητας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.21^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

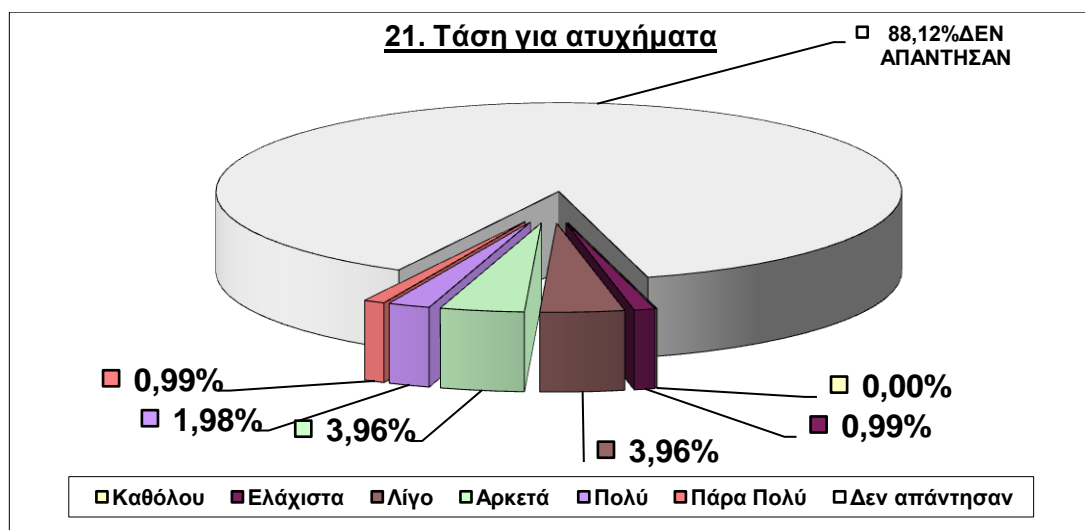
	Καθόλου 1	Ελάχιστα 2	Λίγο 3	Αρκετά 4	Πολύ 5	Πάρα Πολύ 6
21. Τάση για ατυχήματα						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.21: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα τάσης για ατυχήματα όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	1	4	4	2	1	89	101	12
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,99%	3,96%	3,96%	1,98%	0,99%	88,12%	100%	11,88%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 7,92%) είναι ότι παρουσίασαν **λίγο ή αρκετά** έντονα συμπτώματα τάσης για ατυχήματα όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.21: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα τάσης για ατυχήματα όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.22^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

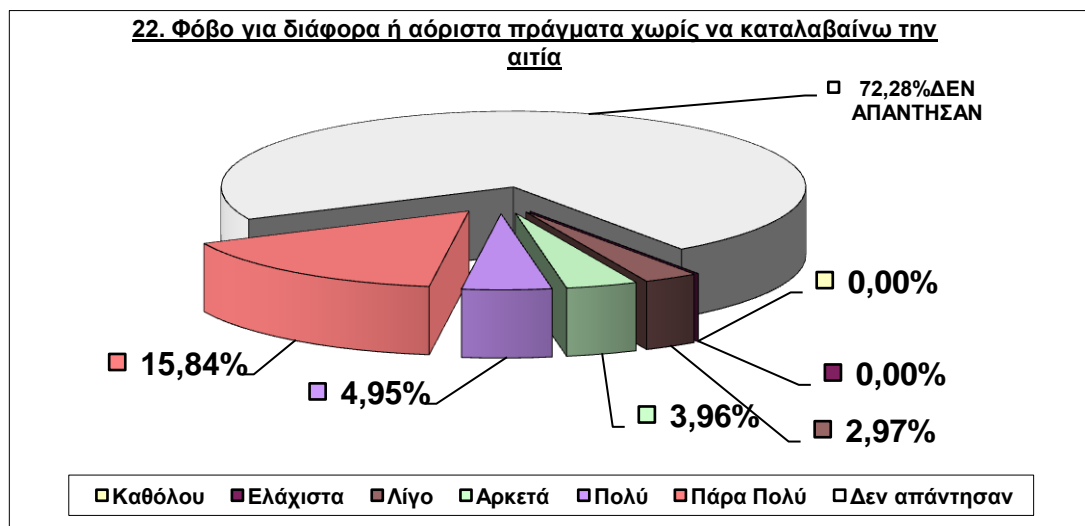
	Καθόλου 1	Ελάχιστα 2	Λίγο 3	Αρκετά 4	Πολύ 5	Πάρα Πολύ 6
22. Φόβο για διάφορα ή αόριστα πράγματα χωρίς να καταλαβαίνα την αιτία						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.22: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα φόβου για διάφορα ή αόριστα πράγματα χωρίς να καταλαβαίνουν την αιτία όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	0	3	4	5	16	73	101	28
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,00%	2,97%	3,96%	4,95%	15,84%	72,28%	100%	27,72%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 15,84%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα φόβου για διάφορα ή αόριστα πράγματα χωρίς να καταλαβαίνουν την αιτία όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.22: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα φόβου για διάφορα ή αόριστα πράγματα χωρίς να καταλαβαίνουν την αιτία όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.23^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

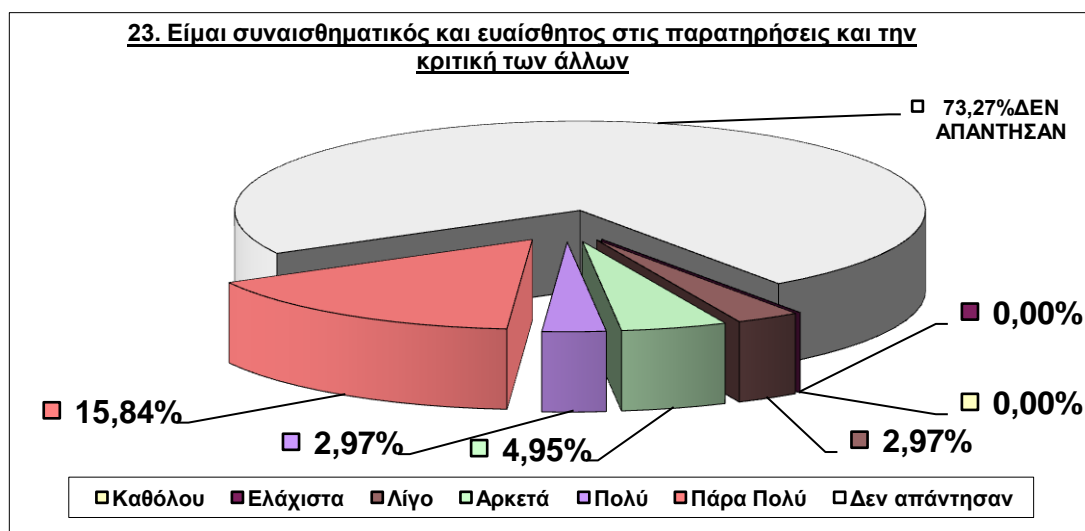
	Καθόλου 1	Ελάχιστα 2	Λίγο 3	Αρκετά 4	Πολύ 5	Πάρα Πολύ 6
23. Είμαι συναισθηματικός και ευαίσθητος στις παρατηρήσεις και την κριτική των άλλων						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.23: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα συναισθηματικότητας και ευαισθησίας στις παρατηρήσεις και την κριτική των άλλων όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	0	3	5	3	16	74	101	27
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,00%	2,97%	4,95%	2,97%	15,84%	73,27%	100%	26,73%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 15,84%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα συναισθηματικότητας και ευαισθησίας στις παρατηρήσεις και την κριτική των άλλων όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.23: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα συναισθηματικότητας και ευαισθησίας στις παρατηρήσεις και την κριτική των άλλων όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.24^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

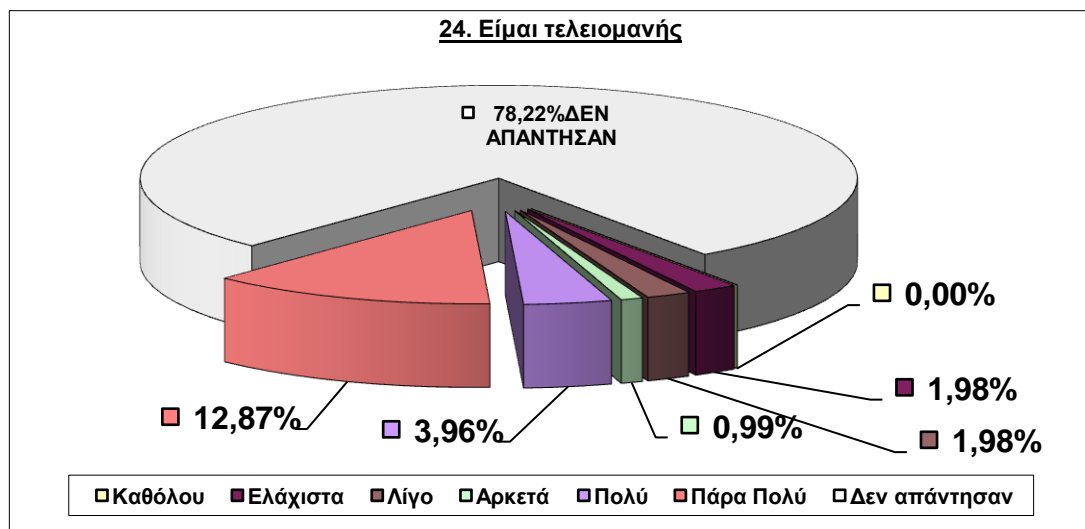
	Καθόλου 1	Ελάχιστα 2	Λίγο 3	Αρκετά 4	Πολύ 5	Πάρα Πολύ 6
24. Είμαι τελειομανής						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.24: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα τελειομανίας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	2	2	1	4	13	79	101	22
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	1,98%	1,98%	0,99%	3,96%	12,87%	78,22%	100%	21,78%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 12,87%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα τελειομανίας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.24: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα τελειομανίας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.25^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

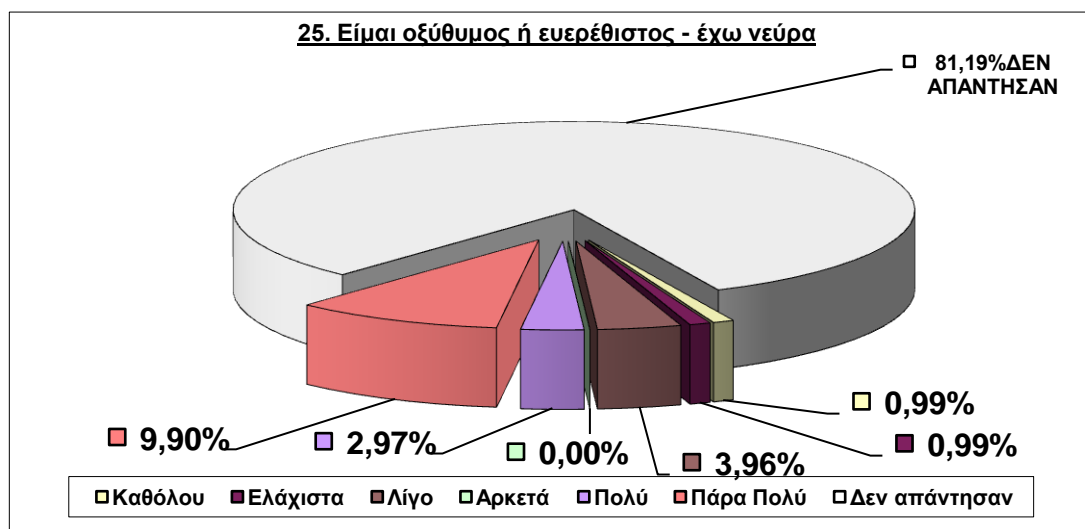
	Καθόλου 1	Ελάχιστα 2	Λίγο 3	Αρκετά 4	Πολύ 5	Πάρα Πολύ 6
25. Είμαι οξύθυμος ή ευερέθιστος-έχω νεύρα						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.25: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα οξύθυμίας ή νευρικής ευαισθησίας - νευρικότητα όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	1	1	4	0	3	10	82	101	18
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,99%	0,99%	3,96%	0,00%	2,97%	9,90%	81,19%	100%	17,82%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 9,90%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα οξύθυμίας ή νευρικής ευαισθησίας - νευρικότητα όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.25: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εκδήλωσαν συμπτώματα οξύθυμίας ή νευρικής ευαισθησίας - νευρικότητα όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.26^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

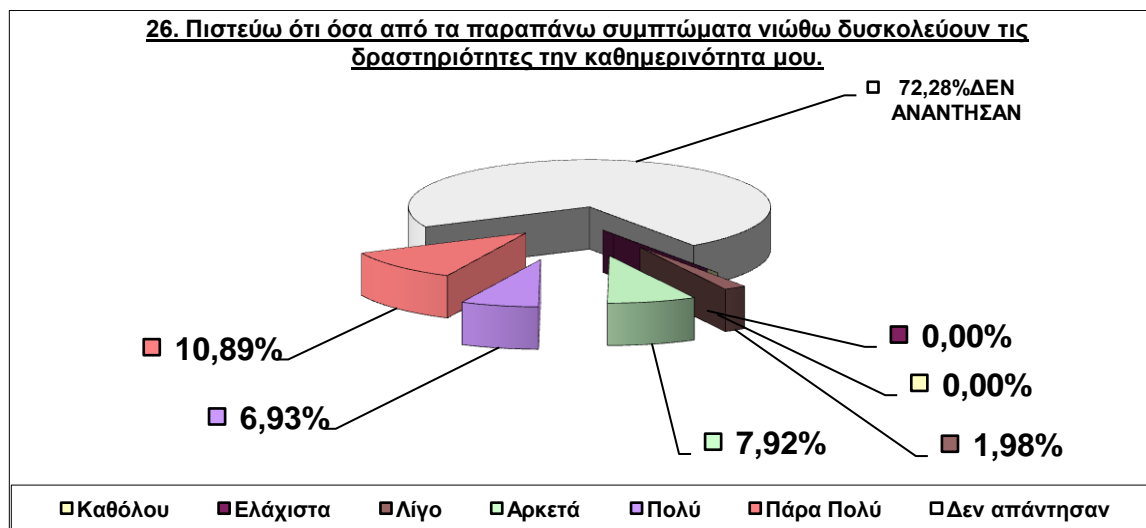
	Καθόλου 1	Ελάχιστα 2	Λίγο 3	Αρκετά 4	Πολύ 5	Πάρα Πολύ 6
26. Πιστεύω ότι όσα από τα παραπάνω συμπτώματα νιώθω δυσκολεύουν τις δραστηριότητες την καθημερινότητα μου.						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.26: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι όσα από τα παραπάνω συμπτώματα νιώθουν να δυσκολεύουν τις δραστηριότητες τους στην καθημερινότητα τους όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	0	2	8	7	11	73	101	28
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,00%	1,98%	7,92%	6,93%	10,89%	72,28%	100%	27,72%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 10,89%) είναι ότι πιστεύουν **πάρα πολύ** ότι όσα από τα παραπάνω συμπτώματα νιώθουν να δυσκολεύουν τις δραστηριότητες τους στην καθημερινότητα τους όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.26: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι όσα από τα παραπάνω συμπτώματα νιώθουν να δυσκολεύουν τις δραστηριότητες τους στην καθημερινότητα τους όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.27^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

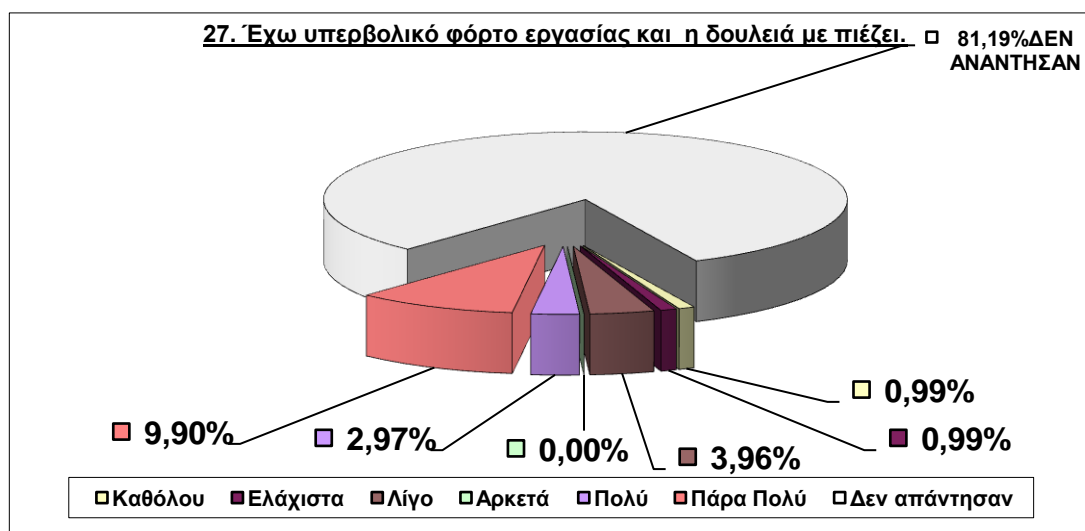
	Καθόλου 1	Ελάχιστα 2	Λίγο 3	Αρκετά 4	Πολύ 5	Πάρα Πολύ 6
27. Έχω υπερβολικό φόρτο εργασίας και η δουλειά με πιέζει.						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.27: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν νιώθουν ότι έχουν υπερβολικό φόρτο εργασίας, και η δουλειά τους πιέζει όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	1	1	4	5	7	83	101	18
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,99%	0,99%	3,96%	4,95%	6,93%	82,18%	100%	17,82%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 6,93%) είναι ότι νιώθουν ότι έχουν υπερβολικό φόρτο εργασίας και η δουλειά τους πιέζει όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.27: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν νιώθουν ότι έχουν υπερβολικό φόρτο εργασίας, και η δουλειά τους πιέζει όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 19.28^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρες. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρες:

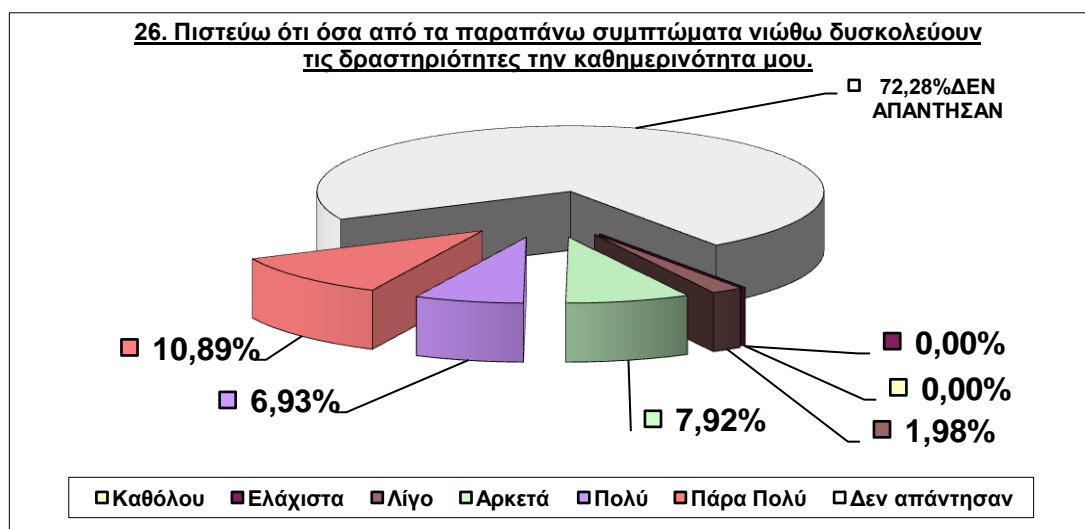
	Καθόλου 1	Ελάχιστα 2	Λίγο 3	Αρκετά 4	Πολύ 5	Πάρα Πολύ 6
28.Οι έγνοιες της οικογένειας με πιέζουν						

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.28: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι οι έγνοιες της οικογένειας τους πιέζουν όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Δεν απάντησαν	ΣΥΝΟΛΟ (Ολικό)	ΣΥΝΟΛΟ (Με σύμπτωμα)
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	0	1	3	4	28	65	101	36
ΠΟΣΟΣΤΟ	0,00%	0,00%	0,99%	2,97%	3,96%	27,72%	64,36%	100%	35,64%

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 27,72%) είναι ότι πιστεύουν **πάρα πολύ** ότι οι έγνοιες της οικογένειας τους πιέζουν όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.

ΣΧΗΜΑ 19.28: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι οι έγνοιες της οικογένειας τους πιέζουν όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 20^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

20. Πόσο συχνά σας συμβαίνει να νιώθετε ότι υποφέρετε από τα παραπάνω συμπτώματα:

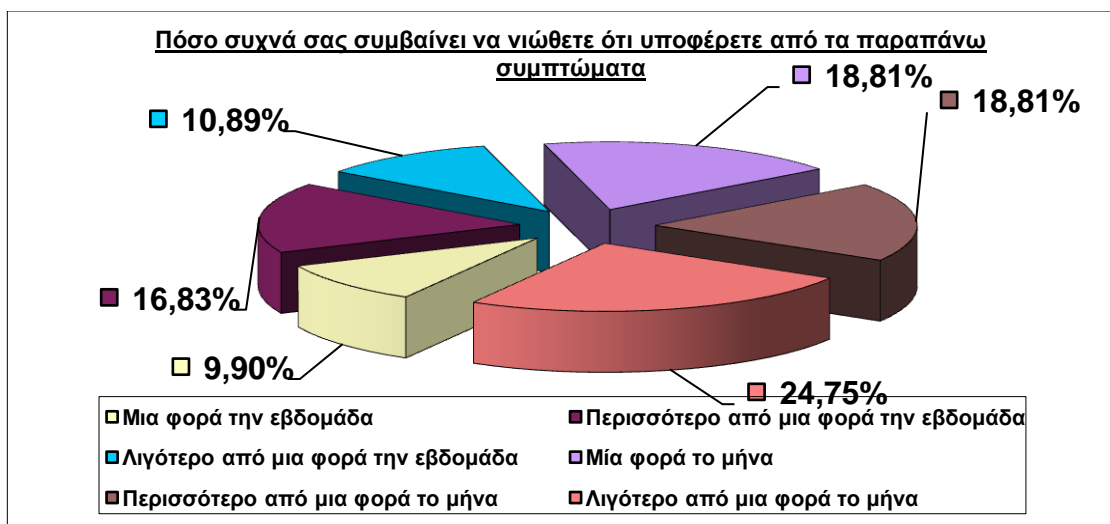
- Μια φορά την εβδομάδα
- Περισσότερο από μια φορά την εβδομάδα
- Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα
- Μία φορά το μήνα
- Περισσότερο από μια φορά το μήνα
- Λιγότερο από μια φορά το μήνα

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσο συχνά τους συμβαίνει να νιώθουν ότι υποφέρουν από τα παραπάνω συμπτώματα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Μια φορά την εβδομάδα	10	9,90%
Περισσότερο από μια φορά την εβδομάδα	17	16,83%
Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα	11	10,89%
Μία φορά το μήνα	19	18,81%
Περισσότερο από μια φορά το μήνα	19	18,81%
Λιγότερο από μια φορά το μήνα	25	24,75%
ΣΥΝΟΛΟ	101	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 37,62%) απάντησε ότι **μία φορά το μήνα** ή **περισσότερο από μια φορά το μήνα** τους συμβαίνει να νιώθουν ότι υποφέρουν από τα παραπάνω συμπτώματα

ΣΧΗΜΑ 20: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσο συχνά τους συμβαίνει να νιώθουν ότι υποφέρουν από τα παραπάνω συμπτώματα.



ΕΡΩΤΗΜΑ 21^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

21. Τσεκάρετε ποιες στρατηγικές διαχείρισης χρησιμοποιείτε όταν εκτίθεστε σε παράγοντα στρες:

Στηρίζομαι:

- στην οικογένειά μου
- στα αδέρφια μου
- σε φίλους
- σε ειδικό
- σε οικογενειακό γιατρό
- Πίνω- καπνίζω
- Αναζητώ ευχάριστες δραστηριότητες
- Λαμβάνω φάρμακα

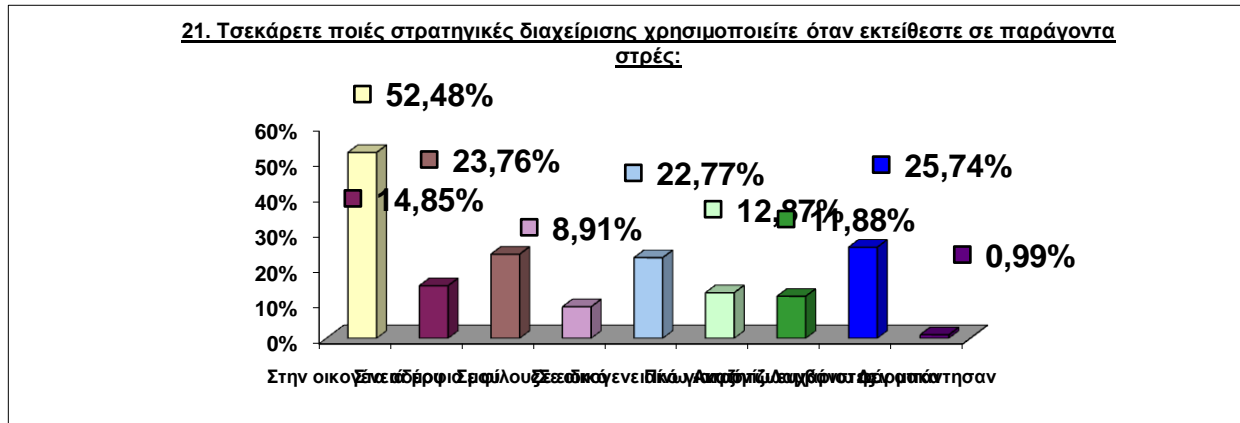
ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιες στρατηγικές διαχείρισης χρησιμοποιούν όταν εκτίθενται σε παράγοντα στρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Στην οικογένειά μου	53	52,48%
Στα αδέρφια μου	15	14,85%
Σε φίλους	24	23,76%
Σε ειδικό	9	8,91%
Σε οικογενειακό γιατρό	23	22,77%
Πίνω - καπνίζω	13	12,87%
Αναζητώ ευχάριστες δραστηριότητες	12	11,88%
Λαμβάνω φάρμακα	26	25,74%
Δεν απάντησαν	1	0,99%
ΣΥΝΟΛΟ	176³	106%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό **52,48%**) απάντησε ότι χρησιμοποιούν ως στρατηγική διαχείρισης να στηρίζονται στη οικογένειά τους όταν εκτίθενται σε παράγοντα στρες

³ Υπάρχουν πολλαπλές απαντήσεις στην ερώτηση.

ΣΧΗΜΑ 21: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιες στρατηγικές διαχείρισης χρησιμοποιούν όταν εκτίθενται σε παράγοντα στρες.



ΕΡΩΤΗΜΑ 22^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

22. Ζείτε αυτή τη στιγμή μια τραυματική κατάσταση;

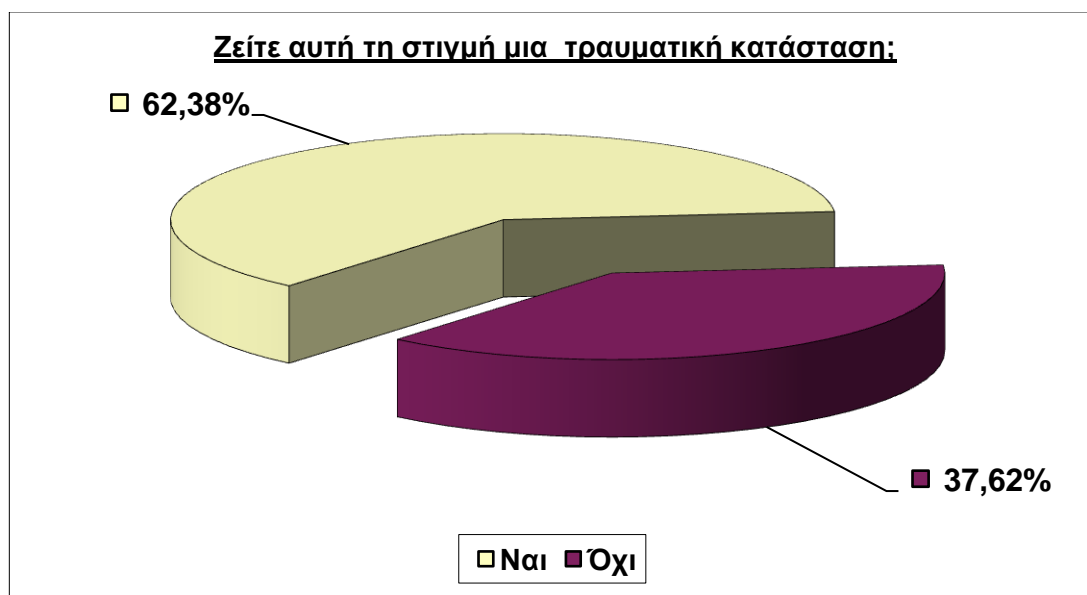
Ναι Όχι

ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν ζουν αυτή τη στιγμή μια τραυματική κατάσταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	69	68,32%
Όχι	32	31,68%
ΣΥΝΟΛΟ	101	100%

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 68,32%) απάντησε θετικά (Ναι) ότι ζουν αυτή τη στιγμή μια τραυματική κατάσταση.

ΣΧΗΜΑ 22: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν ζουν αυτή τη στιγμή μια τραυματική κατάσταση.



ΕΡΩΤΗΜΑ 23^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

23. Αν ναι , ποια από τις παρακάτω;

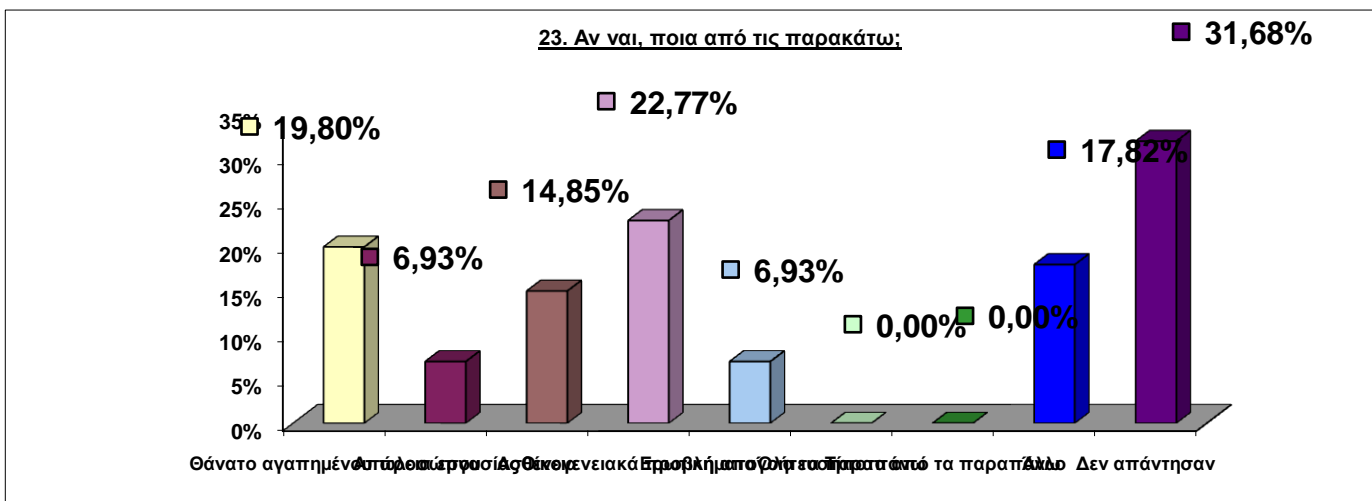
- Θάνατο αγαπημένου προσώπου
- Απώλεια εργασίας
- Ασθένεια
- Οικογενειακά προβλήματα
- Ερωτική απογοήτευση
- Όλα τα παραπάνω
- Τίποτα από τα παραπάνω
- Άλλο.....

ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Κατανομή των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποια είναι η τραυματική κατάσταση που βιώνουν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Θάνατο αγαπημένου προσώπου	20	19,80%
Απώλεια εργασίας	7	6,93%
Ασθένεια	15	14,85%
Οικογενειακά προβλήματα	23	22,77%
Ερωτική απογοήτευση	7	6,93%
Όλα τα παραπάνω	0	0,00%
Τίποτα από τα παραπάνω	0	0,00%
Άλλο	18	17,82%
Δεν απάντησαν	32	31,68%
ΣΥΝΟΛΟ	176⁴	106%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό **22,77%**) απάντησε ότι η τραυματική κατάσταση που βιώνουν είναι οικογενειακά προβλήματα.

ΣΧΗΜΑ 23: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 101 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποια είναι η τραυματική κατάσταση που βιώνουν.



⁴ Υπάρχουν πολλαπλές απαντήσεις στην ερώτηση.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν crosstabs με τα οποία συνδυάζονται οι απαντήσεις των ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Στο τέλος των crosstabs αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από:

1. Μέγεθος του δείγματος
2. Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (**p**)

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα **p** < **0.05**. Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων, ήταν το chi- square.

Εδώ θα αναφέρουμε ότι οι παρακάτω όροι ερμηνεύονται ως εξής:

- Ο όρος **Pearson Chi-Square** αντιστοιχεί σε (**X²**)
- Ο όρος **Value** αντιστοιχεί σε **Τιμή τεστ**
- Ο όρος **df** αντιστοιχεί σε **Βαθμοί Ελευθερίας**
- Ο όρος **Asymp. Sig. (2-sided)** αντιστοιχεί σε **p** (Στατιστική σημαντικότητα).

Φύλο (Ερώτηση 1) ↔ Ζάλη (Ερώτηση 19.10)

Crosstab							
		Ζάλη (Ερώτηση 19.10)					Total
		Αρκετά	Λίγο	Πάρα Πολύ	Πολύ		
Φύλο (Ερώτηση 1)	Άρρεν	1	0	8	1	30	40
	Θήλυ	5	2	10	5	38	60
		0	0	0	1	0	1
Total		6	2	18	7	68	101

Με βάση την παραπάνω συσχέτιση διαπιστώνουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ερωτώμενων σε σχέση με το **φύλο** τους (Ερώτηση 1) και στην απάντηση στην ερώτηση 19.10. δηλαδή το σωματικό σύμπτωμα της **ζάλης**.

Οικογενειακή κατάσταση (Ερώτηση 4) ↔ Πόνος στο στήθος (Ερώτηση 19.1)

Crosstab								
		Πόνος στο στήθος (Ερώτηση 19.1)						Total
		Αρκετά	Ελάχιστα	Λίγο	Πάρα Πολύ	Πολύ		
Οικογενειακή κατάσταση (Ερώτηση 4)	Άγαμος-η	1	0	0	6	1	29	37
	Έγγαμος-η	1	1	1	17	3	24	47
	Διαζευγμένος-η	0	0	0	0	2	0	2
	Σε διάσταση	0	0	0	1	2	3	6
	Χήρος-α	0	0	0	3	1	5	9
Total		2	1	1	27	9	61	101

Με βάση την παραπάνω συσχέτιση διαπιστώνουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ερωτώμενων σε σχέση με την **Οικογενειακή κατάσταση τους** (Ερώτηση 4) και στην απάντηση στην ερώτηση 19.1. δηλαδή το σωματικό σύμπτωμα του **πόνου στο στήθος**.

Οικογενειακή κατάσταση (Ερώτηση 4) ↔ Φόβο για διάφορα ή αόριστα πράγματα χωρίς να καταλαβαίνω την αιτία (Ερώτηση 19.22)

Crosstab							
		Φόβο για διάφορα ή αόριστα πράγματα χωρίς να καταλαβαίνω την αιτία (Ερώτηση 19.22)					Total
		Αρκετά	Λίγο	Πάρα Πολύ	Πολύ		
Οικογενειακή κατάσταση (Ερώτηση 4)	Άγαμος-η	1	1	6	1	28	37
	Έγγαμος-η	2	2	6	2	35	47
	Διαζευγμένος-η	1	0	0	1	0	2
	Σε διάσταση	0	0	0	0	6	6
	Χήρος-α	0	0	4	1	4	9
Total		4	3	16	5	73	101

Με βάση την παραπάνω συσχέτιση διαπιστώνουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ερωτώμενων σε σχέση με την **οικογενειακή κατάσταση τους** (Ερώτηση 4) και στην απάντηση στην ερώτηση 19.22. δηλαδή το ψυχολογικό σύμπτωμα του **φόβου για διάφορα ή αόριστα πράγματα χωρίς να καταλαβαίνουν την αιτία**.

Εάν ναι τι δουλειά κάνετε (Ερώτηση 9) ↔ Θυμός (Ερώτηση 19.19)

Crosstab							
		Θυμός (Ερώτηση 19.19)					Total
		Ελάχισ	Λίγο	Πάρα	Πολύ		
Εάν ναι τι δουλειά κάνετε (Ερώτηση 9)	Άλλο (Άπορος)	1	1	1	0	1	4
	Άλλο (Ιδιοκτήτης)	0	0	0	0	1	1
	Άλλο (Καθαρίστρια)	0	0	0	0	1	1
	Άλλο (Μαθητές – Φοιτητές)	0	0	0	0	6	6
	Άλλο (Φύλαξη ηλικιωμένων)	0	0	0	0	5	5
	Δημόσιος Υπάλληλος	0	0	2	2	11	15
	Εκπαιδευτικός	0	0	3	0	0	3
	Εργάτης (σε χωράφια)	0	0	1	0	12	13
	Ιατρικά Επαγγέλματα	0	0	1	0	1	2
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	0	0	0	1	5	6
	Κτηνοτρόφος- αγρότης	0	0	2	1	7	10
	Οικιακά	0	0	1	0	10	11
	Οικοδόμος-τεχνίτης	0	0	1	1	4	6
	Συνταξιούχος	0	0	0	0	12	12
	0	1	2	1	2	6	
Total	1	2	14	6	78	101	

Με βάση την παραπάνω συσχέτιση διαπιστώνουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ερωτώμενων σε σχέση με την **τι δουλειά κάνουν** (Ερώτηση 9) και στην απάντηση στην ερώτηση 19.19. δηλαδή το ψυχολογικό σύμπτωμα του **θυμού**.

Το ετήσιο οικογενειακό εισόδημά (Ερώτηση 13) ↔ Δύσπνοια (Ερώτηση 19.5)

Crosstab									
		Δύσπνοια (Ερώτηση 19.5)						Total	
		Αρκετά	Ελάχιστ α	Λίγο	Πάρα Πολύ	Πολύ			
		Μέχρι 5.000€	0	0	1	4	2	1	8
Το ετήσιο οικογενειακό εισόδημά (Ερώτηση 13)		Από 5.000€ έως 10.000€	4	1	0	2	0	13	20
		Από 10.000€ έως 20.000€	1	0	0	8	1	12	22
		Από 20.000€ έως 30.000€	1	0	0	6	0	21	28
		Από 30.000€ έως 50.000€	0	0	0	4	0	6	10
		Από 50.000€ και άνω	0	0	0	0	0	3	3
		Δεν απαντώ	0	0	0	0	2	8	10
Total			6	1	1	24	5	64	101

Με βάση την παραπάνω συσχέτιση διαπιστώνουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ερωτώμενων σε σχέση με **το ετήσιο οικογενειακό εισόδημά τους** (Ερώτηση 13) και στην απάντηση στην ερώτηση 19.5. δηλαδή στο σωματικό σύμπτωμα της **δύσπνοιας**.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

10.1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 59,101%) απάντησε ότι είναι γυναίκες και μόνο 39,60% είναι άνδρες.

Η πλειοψηφία (ποσοστό 44,55%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι ανήκει στην ηλικιακή κατηγορία από 25 έως 44 ετών. Ενώ η ενεργά ηλικιακή κατηγορία από 25 έως 54 ετών αποτελεί σε ποσοστό το 65,35%.

Η πλειοψηφία (ποσοστό 74,26%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι έχει ελληνική υπηκοότητα. Ενώ ένα σημαντικό ποσοστό 25,74% είναι αλλοδαποί.

Η πλειοψηφία (ποσοστό 46,53%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι είναι έγγαμοι. Ενώ ένα ποσοστό 36,63% είναι άγαμοι.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 39,60%) απάντησε ότι ο αριθμός των παιδιών που έχει είναι 1-2 παιδιά. Ενώ συνολικά ένα ποσοστό 50,50% έχει παιδιά.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 29,70%) απάντησε ότι είναι απόφοιτοι δημοτικού. Απόφοιτοι βασικής ή πλήρους δευτεροβάθμια εκπαίδευσης (γυμνάσιο & λύκειο) ανήκει το 32,67%. Απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (απόφοιτοι ΑΕΙ – ΤΕΙ και μεταπτυχιακές σπουδές) 13,86%. Ενώ οι αναλφάβητοι αποτελούν το 22,77% (εκ των οποίων 15,84% είναι αλλοδαποί δηλαδή αποτελούν το 62,50% του συνόλου των αλλοδαπών).

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 62,38%) απάντησε θετικά (**Ναι**) ότι εργάζονται ενώ μόνο το 37,62% απάντησε αρνητικά (**Όχι**) ότι είναι δηλαδή άνεργοι ή συνταξιούχοι ή ανήλικοι ή ανίκανοι για εργασία.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε (ποσοστό 14,85%) ότι είναι Δημόσιοι υπάλληλοι. Σε ποσοστό 28,71% οι ερωτώμενοι ασχολούνται με χειρονακτικές εργασίες (Οικοδόμος-τεχνίτης, Κτηνοτρόφος-αγρότης και Εργάτης σε χωράφια)

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 33,66%) απάντησε θετικά (**Ναι**) ότι η εργασία τους είναι μόνιμη. Σημαντικό ποσοστό 28,71% απάντησε αρνητικά (**Όχι**) αλλά και σημαντικό είναι το ποσοστό (37,62%) των ερωτώμενων που δεν απάντησαν.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 22,77%) απάντησε ότι χρονική διάρκεια που εργάζονται είναι 10 έτη και πάνω. Από 0 έως 5 έτη εργασίας απάντησε το 25,74% των ερωτηθέντων.

Σε συχνότητα που αγγίζει σχεδόν το απόλυτο δεν απάντησαν στην ερώτηση που αφορά τους ερωτηθέντες που δεν εργάζονται σε σχέση με την χρονική διάρκεια που βρίσκονται σε ανεργία

Πρώτο σε συχνότητα απαντήσεων των ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιο είναι το ύψος του ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος είναι από 20.000€ έως 30.000€. Ενώ ετήσιο οικογενειακό εισόδημα από 0€ έως 20.000€ απάντησαν ότι έχουν σε ποσοστό 49,50%.

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 11,88%) Ψυχιατρικά προβλήματα υγείας και για τα οποία λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή. Ενώ σε ποσοστό 50,50% απάντησαν ότι έχουν κάποιο είδους πρόβλημα υγείας.

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 20,79%) βρίσκεται η απάντηση ότι έχουν πάρει στο παρελθόν ή λαμβάνουν την παρούσα χρονική στιγμή Ηρεμιστικά/Αγχολυτικά φάρμακα. Ενώ σε ποσοστό 36,63% οι ερωτώμενοι απάντησαν ότι είχαν πάρει κάποιο είδος φαρμάκου στο παρελθόν ή λαμβάνουν την παρούσα χρονική στιγμή.

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 31,58%) είναι αρνητική δηλαδή τίποτα από τα παραπάνω επομένως δεν έχουν επισκεφθεί κάποιο ιατρό. Αντίθετα σε ποσοστό 68,42% απάντησε ότι έχει επισκεφθεί κάποιο ιατρό από τις αναφερόμενες ειδικότητες (και κάποιο γιατρό το Κ.Υ.).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 73,27%) δεν απάντησαν σε σχέση με το πόσο καιρό επισκέπτονται κάποιο ειδικό (ψυχολόγο ή ψυχίατρο). Ενώ το 26,73% απάντησε ότι επισκέπτεται κάποιο ειδικό (ψυχολόγο ή ψυχίατρο).

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 63,37%) απάντησε θετικά (Ναι) ότι έχουν επισκεφθεί ξανά το Κέντρο Υγείας για τον ίδιο λόγο.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 26,73%) απάντησε ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα το σύμπτωμα του πόνου στο στήθος όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 39,60% παρουσίασαν το σύμπτωμα του πόνου στο στήθος (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 17,82%) απάντησε ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονο το σύμπτωμα της έντονης ταχυκαρδίας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 30,69% παρουσίασαν το σύμπτωμα της έντονης ταχυκαρδίας (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 5,94%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονο το σύμπτωμα των πόνων στις αρθρώσεις - αυχένα. όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 12,87% παρουσίασαν το σύμπτωμα των πόνων στις αρθρώσεις - αυχένα (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό

15,84%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα τα συμπτώματα του πονοκεφάλου - ημικρανίας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 30,69% παρουσίασαν τα συμπτώματα του πονοκεφάλου - ημικρανίας (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 23,76%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα τα σύμπτωμα δύσπνοιας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 36,63% παρουσίασαν τα συμπτώματα δύσπνοιας (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 15,84%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα αϋπνίας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 29,70% παρουσίασαν τα συμπτώματα αϋπνίας (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 5,94%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα το σύμπτωμα εφιδρώσεων όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 14,85% παρουσίασαν εφιδρώσεις (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 5,94%) είναι ότι παρουσίασαν **πολύ** έντονα το συμπτώματα μυϊκών τιναγμάτων και τρέμουλο όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 15,84% παρουσίασαν μυϊκών τιναγμάτων και τρέμουλο (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 6,93%) είναι ότι παρουσίασαν **πολύ** έντονα συμπτώματα δυσπεψίας ή (και) πόνου στο στομάχι τους όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 15,84% παρουσίασαν δυσπεψία ή (και) πόνου στο στομάχι τους (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 17,82%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα ζάλης όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 32,67% παρουσίασαν ζάλη (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 3,96%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα τάσης για έμετο ή ναυτία όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 9,90% παρουσίασαν τάση για έμετο ή ναυτία (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 1,98%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα

διάρροιας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 3,96% παρουσίασαν διάρροια (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απαντήσεις των ερωτηθέντων (ποσοστό 9,90%) είναι ότι παρουσίασαν **πολύ & πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα λιποθυμίας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 14,85% παρουσίασαν λιποθυμία (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 5,94%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα ξηροστομίας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 16,83% παρουσίασαν ξηροστομία (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απαντήσεις των ερωτηθέντων (ποσοστό 4,95%) είναι ότι παρουσίασαν **πολύ & πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα κνησμού σε όλο το σώμα - εξανθήματα όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 9,90% παρουσίασαν κνησμό σε όλο το σώμα - εξανθήματα (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 12,87%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα σύγχυσης όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 29,70% παρουσίασαν σύγχυση (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 11,88%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα αφηρημάδας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 28,71% παρουσίασαν αφηρημάδα (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 4,95%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα αναποφασιστικότητας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 14,85% παρουσίασαν αφηρημάδα (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 13,86%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα θυμού όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 22,77% παρουσίασαν θυμού (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 26,73%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα υπερβολικής κούραση ή έλλειψης ενεργητικότητας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 41,58%

παρουσίασαν υπερβολική κούραση ή έλλειψη ενεργητικότητα (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 7,92%) είναι ότι παρουσίασαν **λίγο ή αρκετά** έντονα συμπτώματα τάσης για ατυχήματα όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 11,88% παρουσίασαν τάσης για ατυχήματα (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 15,84%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα φόβου για διάφορα ή αόριστα πράγματα χωρίς να καταλαβαίνουν την αιτία όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 27,72% παρουσίασαν φόβου για διάφορα ή αόριστα πράγματα χωρίς να καταλαβαίνουν την αιτία (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 15,84%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα συναισθηματικότητας και ευαισθησίας στις παρατηρήσεις και την κριτική των άλλων όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 26,73% παρουσίασαν συμπτώματα συναισθηματικότητας και ευαισθησίας στις παρατηρήσεις και την κριτική των άλλων (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 12,87%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα τελειομανίας όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 21,78% παρουσίασαν τελειομανία (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 9,90%) είναι ότι παρουσίασαν **πάρα πολύ** έντονα συμπτώματα οξυθυμίας ή νευρικής ευαισθησίας - νευρικότητα όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 17,82% παρουσίασαν οξυθυμία ή νευρική ευαισθησία - νευρικότητα (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 10,89%) είναι ότι πιστεύουν **πάρα πολύ** ότι όσα από τα παραπάνω συμπτώματα νιώθουν να δυσκολεύουν τις δραστηριότητες τους στην καθημερινότητα τους όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 27,72% παρουσίασαν όσα από τα παραπάνω συμπτώματα νιώθουν να δυσκολεύουν τις δραστηριότητες τους στην καθημερινότητα τους (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 6,93%) είναι ότι νιώθουν ότι έχουν υπερβολικό φόρτο εργασίας και η

δουλειά τους πιέζει όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 17,82% παρουσίασαν νιώθουν ότι έχουν υπερβολικό φόρτο εργασίας και η δουλειά τους πιέζει (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πρώτη σε συχνότητα απάντηση των ερωτηθέντων (ποσοστό 27,72%) είναι ότι πιστεύουν **πάρα πολύ** ότι οι έγνοιες της οικογένειας τους πιέζουν όταν εκτέθηκαν σε παράγοντα στρες. Ενώ συνολικά οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 35,64% παρουσίασαν οι έγνοιες της οικογένειας τους πιέζουν (ανεξάρτητα της έντασης εκδήλωσης).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 37,62%) απάντησε ότι **μία φορά το μήνα ή περισσότερο από μια φορά το μήνα** τους συμβαίνει να νιώθουν ότι υποφέρουν από τα παραπάνω συμπτώματα

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό **52,48%**) απάντησε ότι χρησιμοποιούν ως στρατηγική διαχείρισης να στηρίζονται στη οικογένειά τους όταν εκτίθενται σε παράγοντα στρες

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 68,32%) απάντησε θετικά (**Ναι**) ότι ζουν αυτή τη στιγμή μια τραυματική κατάσταση.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό **22,77%**) απάντησε ότι η τραυματική κατάσταση που βιώνουν είναι οικογενειακά προβλήματα.

10.2. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η σύμπλοκη επίδραση του άγχους και ειδικότερα των ψυχοπιεστικών καταστάσεων και γεγονότων ζωής στη γενική υγεία του ατόμου , ψυχική και σωματική, έχει διερευνηθεί από αρκετούς ερευνητές στην διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία. Ένα πλέγμα παραγόντων εμπλέκονται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό στην ανάπτυξη διαταραχών ψυχοπαθολογίας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης μας διαπιστώσαμε ότι το γυναικείο φύλο είναι η πιο επιρρεπής ηλικιακή ομάδα με διαταραχές ψυχοπαθολογίας σε ποσοστό περίπου 60%. Στο σωματικό σύμπτωμα της ζάλης διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται από παρόμοιες μελέτες κατά τις οποίες οι γυναίκες εκδηλώνουν συχνότερα παθολογικό άγχος λόγω των ιδιαίτερων βιολογικών και ψυχολογικών μηχανισμών που εμπλέκονται στην παθολογία του άγχους κατά τους Kroenke Ket al.,(2009) ,όπως ο κύκλος , η κύηση, η λοχεία, η εμμηνόπαυση, γεγονότα που σωματοποιούν τα ψυχολογικά συμπτώματα σε μεγαλύτερο βαθμό από τους άνδρες.

Τα προβλήματα ψυχοπαθολογίας εκδηλώνονται πιο συχνά την ηλικιακή ομάδα 25-54 σε ποσοστό 65,35% εύρημα που υποδηλώνει ότι η παραγωγική ηλικία είναι επιρρεπής στα ψυχοπαθολογικά προβλήματα. Ανάλογο εύρημα αναφέρεται σε μελέτη των Kroenke K, et al., (2009) κατά την οποία ο μέσος όρος ατόμων ήταν 47 ετών ως αποτέλεσμα ενός απαιτητικού σύγχρονου τρόπου ζωής.

Οι έγγαμοι με 1-2 παιδιά βρέθηκαν σε ποσοστό 45,53% είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στα στην εμφάνιση σωματικών και ψυχολογικών διαταραχών άγχους . Η οικογένεια αποτελεί ένα υποστηρικτικό σύστημα, η δυσλειτουργία του οποίου συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στις διαταραχές του άγχους , καθώς και οι δυσλειτουργία της ισορροπίας και των δεσμών των μελών της, κατά τους Οικονόμου Μ.Π-Χριστοδούλου Γ.(2005).

Αξιοσημείωτο είναι ότι ποσοστό 25% του δείγματος είναι αλλοδαποί μετανάστες .γεγονός που καταδεικνύει τους μετανάστες ως ομάδα υψηλού κινδύνου στην εμφάνιση σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων διαταραχών άγχους .Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα των Χατζηπουλίδη et al.,(2009) σε συνεργασία με τους γιατρούς του κόσμου η μετανάστευση για οποιοδήποτε λόγο όπως κακή γνώση της γλώσσας, η κάθοδος στην κοινωνική ιεραρχία,ο αποχωρισμός από κοινωνικά δίκτυα , η κοινωνική απομόνωση , η ανεργία, επιβαρύνουν την ψυχική υγεία.(Υπόθεση 3)

Οι γραμματικές γνώσεις και η εκπαίδευση σε ποσοστό 32,67% είναι η βασική και δευτεροβάθμια εκπαίδευση δηλαδή γυμνάσιο και λύκειο και ακολουθούν σε ποσοστό 29,70% οι απόφοιτοι δημοτικού. Παρατηρήσαμε διαφοροποίηση των μελετών ως προς το παραπάνω αποτέλεσμα αφού σε μελέτη των Kroenke K.et al., (2009),ποσοστό 62% του δείγματος ήταν απόφοιτοι κολλεγίων και ποσοστό 30% απόφοιτοι βασικής εκπαίδευσης. Παρ'όλα αυτά σε μελέτη των Gertaud H. et al., (2009) διαπιστώνει ότι οι λιγότερο μορφωμένοι τείνουν να σωματοποιούν ψυχολογικά συμπτώματα άγχους ή να μην είναι σε θέση να χειριστούν επαρκώς παράγοντες δημιουργίας διαταραχών άγχους.(Υπόθεση 4)

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων εργάζεται σε ποσοστό 86,3% έχουν κάποιο είδους εργασιακής σχέσης όπως εργαζόμενοι σε αγροκτηνοτροφικές εργασίες και χειρονακτικές εργασίες σε ποσοστό 28,71% , ενώ ποσοστό 14,85% εργάζονται στο δημόσιο τομέα. Μόνο όμως ποσοστό 33,6% έχει μόνιμη εργασία. Ποσοστό 4% των ερωτηθέντων του δείγματος είναι άποροι. Τόσο η ανεργία αλλά και τα προβλήματα στο χώρο της εργασίας όπως κακές εργασιακές σχέσεις,

οικονομικά προβλήματα αποτελούν έναν από τους βασικότερους ψυχοπιεστικούς παράγοντες πρόκλησης άγχους σύμφωνα με τους Οικονόμου Μ,-Χριστοδούλου Γ,(2005) και σύμφωνα με μελέτη των Davinson N.et al.,(2004) (Υπόθεση 4)

Όσον αφορά το ύψος του οικογενειακού εισοδήματος το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε εισόδημα 20.000 -30.000 Ε. και ακολουθούν όσοι δήλωσαν 10.000-20.000Ε. Γενικά το 50% του δείγματος αναφέρει εισόδημα ως 20.000Ε. Οι οικονομικοί παράγοντες είναι ένας παράγοντας δημιουργίας άγχους χωρίς να επιβεβαιώνουμε μέσα από την έρευνά μας ότι το χαμηλό ετήσιο εισόδημα είναι ένας κατεξοχήν ψυχοπιεστικός παράγοντας δημιουργίας άγχους και των σωματικών και των ψυχολογικών προβλημάτων.(υπόθεση 4)

Αξίζει να αναφέρουμε ότι ποσοστό 62% των ερωτηθέντων έχουν διάφορα προβλήματα υγείας (σακχαρώδης διαβήτης, καρδιολογικά προβλήματα, αλλά κατά την επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας και την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου η αιτία της επίσκεψης δεν ήταν η νόσος από την οποία έπασχαν αλλά παράγοντες ψυχολογικοί κυρίως καθώς και σωματικά συμπτώματα που οι ίδιοι εμπλέκουν με την ίδια τη νόσο και τις επιπλοκές της .Διαπιστώσαμε έτσι την άμεση συσχέτιση των σωματικών νόσων με ψυχοπαθολογικά προβλήματα (Αλεβίζος Β. 2009,Κωνσταντίνου Μ.2004)

Είναι γενικά αποδεκτό ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες συμβάλλουν σε πολύ σημαντικό βαθμό στην έκλυση στην πορεία , την επίταση ή την επιδείνωση της νόσου ή συνδέεται με την προδιάθεση για νόσηση .(Κονταξάκης Β. et al., 2005)(Υπόθεση 1 και Υπόθεση 3)

Ποσοστό 11,88% των ερωτηθέντων που προσήλθαν με σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα άγχους πάσχουν από διαγνωσμένα ψυχολογικά προβλήματα ή ακόμα και ψυχιατρικές παθήσεις για τα οποία λαμβάνουν θεραπευτική αγωγή. Παρόλαυτά 42 άτομα από το σύνολο του δείγματος λαμβάνουν για κάποιο λόγο φαρμακευτική αγωγή η οποία περιλαμβάνει ηρεμιστικά , υπνωτικά, αντικαταθλιπτικά. Μελέτη των Kroenke K et al., (2007) αναφέρει ότι ένας αριθμός ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παραμένει αδιάγνωστος παρ οτι λαμβάνει κάποια ήπια αγωγή άρα και αθεράπευτος.

Από όσους απάντησαν θετικά στις επισκέψεις τους σε κάποιο ψυχολόγο ή ψυχίατρο 25% περίπου δήλωσε ότι επισκέπτεται σε σταθερή βάση κάποιο ειδικό. Η παραπάνω διαπίστωση αναφέρεται στη βιβλιογραφία και σε μελέτη των Κονταξάκη Β. et al.,(2005) σύμφωνα με την οποία ασθενείς με ψυχολογικά προβλήματα ,

διαγνωσμένες ψυχικές διαταραχές, ανερχόμενες διαταραχές όπως αγχώδεις διαταραχές ή κατάθλιψη αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου ιδιαίτερα επιρρεπή στα ψυχοπαιστικά γεγονότα και τους παράγοντες άγχους.

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος απάντησε θετικά στις επισκέψεις του στο Κέντρο Υγείας όσες φορές υποφέρουν από σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα με την μεγαλύτερη συχνότητα των ασθενών να επισκέπτεται το Κ.Υ μια φορά το μήνα γεγονός που αποδεικνύει ότι η εμπλοκή και η ενασχόληση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην ανίχνευση της ψυχοπαθολογίας στην Κοινότητα είναι σημαντική και καταλαμβάνει κεντρική θέση και στην πρόληψη .(Μαυρέας Β.2005)

Είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικό το γεγονός ότι η πλειοψηφία του δείγματος των ασθενών που επισκέφτηκαν το Κ.Υ χρησιμοποιούν στρατηγικές διαχείρισης του άγχους και των συμπτωμάτων του . Βασική θέση στους μηχανισμούς διαχείρισης κατέχει η οικογένεια σε

ποσοστό 66%. Η οικογένεια αποτελεί έναν από τα πιο σημαντικά συστήματα στα πλαίσια των κοινωνικών δικτύων στην αντιμετώπιση ψυχοπαιστικών παραγόντων από την οποία το άτομο έχει συναισθηματική υποστήριξη ,κατανόηση ,εμπιστοσύνη, βοήθεια σύμφωνα με τις Κρέπια-Σαπουνζή Δ.(2006), και Glenys Parry (1996).

Ο λόγος επίσκεψης των ασθενών στις Υπηρεσίες της ΠΦΥ, ήταν μια ή περισσότερες τραυματικές καταστάσεις σε ποσοστό 62.38%.Κυριότερη αιτία επίσκεψης ήταν τα οικογενειακά προβλήματα, η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, η ασθένεια και η απώλεια εργασίας. Πρόκειται για σημαντικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην δημιουργία ψυχολογικών κρίσεων όπου το άτομο δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει ή δεν γνωρίζει να αναπτύξει τους προσωπικούς τους μηχανισμούς άμυνας .(Κρέπια-Σαπουνζή Δ.2006).

Τα πιο συχνά σωματικά συμπτώματα για τα οποία προσήλθαν τα άτομα στο Κ.Υ ήταν :

Προκάρδιο άλγος, δύσπνοια, ζάλη, εφιδρώσεις, ταχυκαρδία, πόνοι στο σώμα, πονοκέφαλος-ημικρανία, αυπνία, εφιδρώσεις , τρέμουλο , λιποθυμικά επεισόδια, κνησμός ,εξανθήματα.

Τα πιο συχνά ψυχολογικά συμπτώματα για τα οποία προσήλθαν τα άτομα στο Κ.Υ ήταν:

Φόβος, σύγχυση, αφηρημάδα, αναποφασιστικότητα, θυμό, υπερβολική κούραση, τάση για ατυχήματα, κούραση, έλλειψη

ενεργητικότητα, έντονος συναισθηματισμός και ευαισθησία στην κριτική, τελειομανία, νεύρα.

Τα σωματικά συμπτώματα σε έντονη συχνότητα και σε χρόνιο άγχος προκαλούν διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος με ταυτόχρονη δυσφορία. Ο σωματικός συναγερμός είναι τόσο έντονος με αποτέλεσμα την γένεση ψυχολογικών συμπτωμάτων όπως ο φόβος, η ζάλη κ.α (Υπόθεση 1-Υπόθεση 2)

Οι ψυχολογικοί παράγοντες συμβάλλουν σε σημαντικό βαθμό σε όλες τις ασθένειες. Χαρακτηρίζονται και από σωματικά συμπτώματα ή δυσλειτουργίες σε διάφορα σωματικά όργανα, (υπόθεση 3)

Τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα συνυπάρχουν (υπόθεση 3)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

11.1. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ύπαρξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας οι οποίες θα είναι κοινοτικά προσανατολισμένες, για την παροχή υπηρεσιών όπως την πρόληψη ψυχικών νόσων, την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών, την ψυχιατρική κάλυψη κοινοτικών ιδρυμάτων.

Παρέμβαση της κοινωνικής υπηρεσίας στην πρωτοβάθμια πρόληψη όπως εντόπιση και εξάλειψη παραγόντων που συμβάλουν στην εμφάνιση ψυχικής διαταραχής.

Παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού στην ανίχνευση των οργανικών παραγόντων που μπορεί να οδηγήσουν σε ψυχική νόσο όπως σακχαρώδης διαβήτης.

Παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού στην τροποποίηση παθογόνων συμπεριφορών για την ανίχνευση πληθυσμών υψηλού κινδύνου.

Η ανίχνευση των ομάδων υψηλού κινδύνου όπως άνεργα, ηλικιωμένα, μόνα, άπορα κοινωνικά περιθωριοποιημένα, εκτεθειμένα σε ψυχοπιεστικούς παράγοντες.

Ανίχνευση ψυχοσωματικών διαταραχών που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε αγχώδη διαταραχή.

Διαλέξεις σε σχολεία, συμβουλές σε δασκάλους και καθηγητές και ειδικά προγράμματα συμβουλευτικής και θεραπευτικής με άτομα και ασθενείς και στα τρία επίπεδα πρόληψης.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει την επιστημονική κατάρτιση, τις γνώσεις, ώστε να μπορεί να χειριστεί ένα κομμάτι της ψυχοπαθολογίας του πληθυσμού.

Η πρόληψη των σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων του άγχους, και γενικά των ψυχοπαθολογικών προβλημάτων του, θα συμβάλει στην μείωση του κόστους της φαρμακευτικής θεραπείας.

Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων θα συμβάλει σημαντικά στην μείωση του κόστους της ιατρικής φροντίδας, αλλά και στη μείωση του οικονομικού κόστους λόγω απουσιών από την εργασία, λόγω απώλειας ημερών εργασίας, πρόωρης συνταξιοδότησης, μειωμένης παραγωγικότητας και πρόωρου θανάτου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλεβίζος Βασίλειος, (2008). *Άγχος – Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις*. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, σ.σ.1-10, 16-19, 27-39, 52-58, 78-84, 142-150, 175-180, 186-192, 212-215, 224-228, 232-237, 316-400, 410-418.
2. Γαλανός Γ.,(1981) *Το άγχος στο σημερινό κόσμο*, εκδόσεις Μπουκουμάνη, Αθήνα.
3. Ζωγράφου Ανδρέας,(1997). *Κοινωνική εργασία με κοινότητα – Θεωρία- πράξη- προβληματισμοί* , 2^η έκδοση, Πάτρα σ.σ.49-65, 72-75.
4. Κακούρος, Ε. Μανιαδάκης, Κ. (2005). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: αναπτυξιακή προσέγγιση*. Εκδόσεις Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα.
5. Κονταξάκης Β.Π., Κονταξάκη – Χαβάκη Μ., Χριστοδούλου Β. 2005.
6. Μάνος Νίκος. (1988).*Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. University Studio Press. Θεσσαλονίκη.σ.σ.32
7. Μαυρέας Β. (2005) *Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών στην ΠΦΥ*. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα. σ.σ.70-72
8. Μπαμπινιώτης (1998). «Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας», Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε.
9. Οικονόμου Μ. Χριστοδούλου Γ. (2005) *Ο ρόλος των ψυχοπαιστικών γεγονότων στην πρωτοβάθμια πρόληψη*. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα. σ.σ.80-82.
10. Παπαδάτου, Δ. Αναγνωστόπουλος, Φ.(1997) *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, Αθήνα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
11. Παπαγεωργίου Βασιλοπούλου Αλεξάνδρα.(2005). *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα. σ.σ. 20-36.
12. Παπαδόπουλος Ν. *Λεξικό της ψυχολογίας*. (2005) Αθήνα: Σύγχρονη Εκδοτική.
13. Παπαιωάννου Καλλιόπη, (MSW).(1998). *Κλινική κοινωνική εργασία – κοινωνική εργασία με άτομα*. Εκδόσεις Έλλην Αθήνα.σ.σ.19,41-49,96.
14. Παπαευαγγέλου Γ. Τσίμπος Κ. (1993) *Ιατρική Δημογραφία και Ιατρικός Προγραμματισμός*. Εκδόσεις Βήτα. σ.σ.117-138
15. ΠΟΥ. ICD-10.(2003). *Οι ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα*, Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. (επανεκδοση) σ.σ.7-70.
16. Ρηγάτος Π. (2009). *Ο Πόνος στο πολιτισμό και στην Ιστορία της Ιατρικής*, Ιατρικές εκδόσεις Βήτα. σ.σ.5,51-62.

17. Σαπουντζή – Κρέπια Δέσποινα.(2006) *Stress management- διαχείριση του στρες*, Εκδόσεις Έλλην, 2^η έκδοση, Αθήνα σ.σ.125, 145-163.
18. Τομαράς Β. (2005) *Έγκαιρη ανίχνευση της ψυχοπαθολογίας στην κοινότητα*. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα. σ.σ.62-65.
19. Φυτράκης Τεγόπουλος. (1993).«*Ελληνικό λεξικό*», Αθήνα: Αρμονία.
20. Χαλκιοπούλου Μελισσά Χρυσούλα.(1990). *Ψυχολογία της Υγείας – η Εξελικτική και η κλινική Ψυχολογία στον χώρο της Υγείας*. Θεσσαλονίκη.

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. Βελίκης Ιωάννης, Αναγνωστόπουλου Τάνια, Μαστοράκου Άννα, Τριλιβά Σοφία, Γκούβα Μαίρη. *Σχέση παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης με αλεξιθυμία και προβλήματα υγείας σε φοιτητές πανεπιστημίου*. Νοσηλευτική 2009, 48 (3)σ.σ. 325 – 331.
2. Βλαχιώτη Ευροσύνη, Μάτζιου Βασιλική. *Νεανικός διαβήτης και ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές*. Νοσηλευτική 2010, 49 (1) σ.σ.31 – 39.
3. Θεοφίλου Παρασκευή. *Ποιότητα Ζωής, Ιατρική, ψυχικές διαταραχές*. Επιθεώρηση υγείας 2009, 20 (120) σ.σ.23-24.
4. Θεοδωράτου Μαρία, Ανδριοπούλου Πανωραία, Μπέκος Βασίλης, Κουντζώνη Βασιλική, Πλάτη Μαρία. *Άσθμα και καταθληπτική ατμόσφαιρα στην οικογένεια. Μελέτη περίπτωσης*. Νοσηλευτική 2007, 46 (2)σ.σ. 169 -175.
5. Κουλούρη Αγορίτσα. *Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και υπηρεσίες ΠΦΥ*. Νοσηλευτική 2009, 48 (3)σ.σ. 292 – 299.
6. *Προληπτική Ψυχιατρική και Ψυχική Υγιεινή*. Εκδόσεις Βήτα, σ.σ.49-103.
7. Κούτα Χριστιάννα. *Υγεία και κουλτούρα*. Νοσηλευτική 2007,46 (2)σ.σ.176-180.
8. Κυριακίδου Ε.,(1995) . *Κοινωνική νοσηλευτική*. σ.σ.35-94.
9. Κυζιρίδης Θεοχάρης. *Ψυχοπαθολογία του καρκίνου*. Νοσηλευτική 2005, 44 (2)σ.σ. 186-193.
- 10.Κυρίτση Φρειδερίκη. *Υγεία και ασθένεια, δύο αντίρροπες δυνάμεις εξισορρόπησης της ανθρώπινης υπόστασης – Η ορθόδοξη Χριστιανική προσέγγιση*. Νοσηλευτική 2007,46 (3)σ.σ. 309-317.
- 11.Μαρνέρας Χρήστος. *Παιδικό βρογχικό άσθμα, στρες και ψυχολογικές διαταραχές στην οικογένεια*. Νοσηλευτική 2009, 48 (1): 65 – 71.
- 12.Μηναφίδου Ευγενία, Λεμονίδου Χρυσούλα. *Ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα και η θεωρία της κοινωνικής*

παραγωγής λειτουργιών. Νοσηλευτική 2005, τόμος 44, τεύχος (2)σ.σ. 202 – 211.

13. Χατζηπουλίσσης Ν. Χατζηπουλίδης Γ. *Η ψυχική υγεία των μεταναστών στην πορεία της ένταξης τους στην Ελληνική κοινωνία*. Επιθεώρηση Υγείας 2009. Τόμος 20 (120)σ.σ.29 – 36.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Glenys Parry, (2006). *Ψυχολογικές κρίσεις και η αντιμετώπιση τους*, Επιμέλεια Ν.Ε. Δέγλερης, Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, 3^η έκδοση p.23.
2. Goldstein, S. *Understanding and Managing Children's classroom behavior*. NY: Wiley. 1995.
3. Fontana David. *Άγχος και η αντιμετώπιση του*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1993.
4. FREUD, S. (1926). On psychopathology : *Inhibitions, symptoms and anxiety*. In Richards, A. (ED). The pelican Freud Library. Middle sex : Penguin Books.
5. Freud S. (1924). *Collected Papers*(Vol1). London ,Hogarth Press(original work published 1985).
6. Lazarus, R. S. and Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and coping*. New York, Springer.
7. Leininger M. (1995). *Transcultural nursing. Concepts, theories, research and practices*. USA, McGraw Hill Inc.
8. Panksepp J.(1998) *The sources of fear and anxiety in the brain*. In: *Affective neuroscience :The foundations of human and animal emotions*.Oxford University.
9. Seligman, M.E.P. Rosenham, D.L. and Walker, E.F. (2001). *Abnormal Psychology*. (4th Edition). NY Norton.
10. Zung WW., *A rating instrument for anxiety disorders Psychosomatics*. 1971 ; 12 p. 371-379.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. Granaat Sl., Norton PJ: (2010). *Factor Structure and measurement invariance of the Yale Brown Obsessive compulsive Scale across for racial /ethnic groups*. J Anxiety Disord.p.122
2. Gertraud Hana, Peter Henningsen, Worf GangHersong, Nina Sauver,Rainer Scafert,(2009). *Depression, anxiety, and somatoform disorders in primary care. Results from a large cross sectional study*. *Psychosomatics*, Semtember, Vol 67(3) : 189-197
3. Kroeke Kurt, Robert L.Spitzer,Williams BW Janet,and Burnt Lowe M.D(2009) *An Ultra brief screening for anxiety and*

depression: The PHQ Psychosomatics, November-december (50): 13-621

4. Leyfer Ot, Ruberg JI, Woodruff – Borden J. *Examination of the utility of the Beck Anxiety inventory and its factors as a screener for anxiety disorders*. J Anxiety Disord 2006 20 (4) : 444-458
5. Lindsay WR, Michie AM. *Adaptation of the Zung self-rating anxiety scale for people with a mental handicap*, J Ment Defic Res. 1988 Dec; 32 (pt 6): 485-490 .
6. Osman A, Hoffman J, Barrios Fx, Kopper BA, Breitenstein JL, Hahn sk, (2002). *Factor, structure, reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory with older adult psychiatric outpatients*. J Anxiety Disord II (1) : 33-47.
7. Rosario – Campos MC., Miguel EC., et.al. *The Dimensional Yale-Brown Obsessive – Compulsive scale (DY-Bocks) : An instrument for assessing obsessive-compulsive Symptom dimensions*. Mol Psychiatry ,2006 May ; 11 (5) : 495–504 (Department of Psychiatry, University Medical School Sao Paolo Brazil)
8. Snait R. Phillips (2010). *The hospital Anxiety and Depression Scale*. Pub Med Central. Health Qual Life Outcomes, (4)7 :104.
9. Taylor R. Loribond PF, Nicholas MK. Cayley C, Wilson DH. *The utility of somatic items in the assessment of depression in patients with chronic pain : a comparison of the zung self-rating Depression Scale and the Depression Anxiety Stress scales in chronic pain and clinical and community samples*. Clin J Pain 2005 Jan-Feb; 21 (1) : 91-100
10. The Whoqol group.(1995). *The World health organization Quality of Life Assesment (WHOQOL):Position paper from the Health Oranisation* .Soc Sci Med,41,1403-1409
11. Zung WW., Magruder - Habib k, Velez R. Alling W., (1990) *The comorbidity of anxiety and depression in general medical patients: a longitudinal study*, J Clin Psychiatry Jun; 51 Suppl: 77-80
12. Zung WW.,(1987) *Effect of clorazepate on depressed mood in anxious patients.*, J Clin Psychiatry Jan; 48 (1) : 13-4.

ΔΙΑΤΡΙΒΕΣ

1. Γραμματικόπουλος Ηλίας. (2007). *Αγχώδεις διαταραχές στους ηλικιωμένους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Κρήτη*, Πανεπιστήμιο Κρήτης , Ηράκλειο, Φεβρουάριος.

2. Μουταβέλης Ανδριανός. *Δυναμική αλληλεπίδραση γονέων μαθητών δημοτικού σχολείου και παιδικό άγχος*, ΕΚΠΑ, Αθήνα 2006:96-110.
3. Δημητρίου – Παπαβασιλείου Δημήτρης. *Η ψυχική Υγεία και η επίδραση της μετανάστευσης στην Ελληνική πραγματικότητα*. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη 2005.
4. Τσοβίλη Θεοδώρα. *Το άγχος σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες*. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Σχολή Φιλοσοφική, Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας 2001.

ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ

1. www.wikipedia.org/wiki/Diagnostic_classification_and_rating_scales_used_in_psychiatry.
2. www.wikipedia.org/wiki/Anxiety_disorders.
3. World Health Organization (2006). *International and statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th Revision Version for 2006. Available from <[http://www.who.int/ Classification /apps/icd/icd to online/](http://www.who.int/Classification/apps/icd/icd_to_online/)> Accessed 5 February 2007.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1.Φύλο: άντρας γυναίκα

2.Ηλικία: έως 14

15-24

25-34

35-44

45-54

55-64

65 και άνω.

3.Υπηκοότητα:

4. Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος-η

Διαζευγμένος-η

Σε διάσταση

Άγαμος-η

Χήρος-α

6. Αριθμός παιδιών:

0 1-2 3 και άνω

7. Γραμματικές γνώσεις:

- Αναλφάβητος
- Απόφοιτος δημοτικού
- Απόφοιτος γυμνασίου
- Απόφοιτος λυκείου
- Απόφοιτος ΑΕΙ-ΤΕΙ
- Μεταπτυχιακές σπουδές

8. Εργάζεσθε? Ναι Όχι

9. Εάν ναι τι δουλειά κάνετε;

- Δημόσιος Υπάλληλος
- Ιδιωτικός Υπάλληλος
- Εκπαιδευτικός
- Ιατρικά Επαγγέλματα
- Οικοδόμος-τεχνίτης

Κτηνοτρόφος- αγρότης

Οικιακά

Συνταξιούχος

Άλλο

10. Η εργασία σας είναι μόνιμη?

Ναι

Όχι

Δεν απαντώ

11. Πόσα χρόνια εργάζεσθε;

0-12μ

1-5έτη

5-10έτη

10 και πάνω

12. Αν δεν εργάζεσθε , πόσο καιρό είσαστε άνεργος;

0-3μηνες , 3-6 μήνες , 6-12 μήνες περισσότερο από
1χρονο

13. Το ετήσιο οικογενειακό εισόδημά σας είναι:

Μέχρι 5000€

5000-10.000€

10000-20000€

20000-30000€

30000-50000€

50000 και άνω

Δεν απαντώ

14. Αναφέρετε προβλήματα υγείας για τα οποία λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή όπως:

Υπέρταση

Διαβήτης

Κατάθλιψη

Καρδιολογικά

Αναπνευστικά

Νευρολογικά

Ψυχιατρικά

Γαστρεντερολογικά

Άλλο.....

Δεν απαντώ

15. Έχετε πάρει φάρμακα στο παρελθόν ή λαμβάνετε την παρούσα χρονική στιγμή:

Υπνωτικά

Ηρεμιστικά

Αντικαταθλιπτικά

Δεν απαντώ

16. Έχετε επισκεφθεί για κάποιο λόγο:

καρδιολόγο

- ψυχολόγο
- νευρολόγο-ψυχίατρο
- όλα τα παραπάνω
- τίποτα από τα παραπάνω

17. Αν ναι για πόσο καιρό επισκέπτεστε κάποιο ειδικό (ψυχολόγο ή ψυχίατρο);

0-3μήνες , 3-6μήνες , 6-12μήνες , πάνω από 1 χρόνο .

18. Έχετε επισκεφθεί ξανά το κέντρο υγείας για τον ίδιο λόγο:

Ναι Όχι Δεν απαντώ

19. Πιο κάτω υπάρχει ένας κατάλογος ενός ευρύτερου πεδίου από σωματικές και ψυχολογικές αντιδράσεις που μπορούν να συμβούν κάτω από υπερβολική πίεση ή στρές. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω συμπτώματα πιστεύετε ότι εκδηλώσατε, όταν εκτεθήκατε σε παράγοντα στρές:

	Καθόλου	Ελάχιστα	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ
	1	2	3	4	5	6
1. πόνος στο στήθος						
2. ταχυκαρδία έντονη.						
3. πόννοι στις αρθρώσεις - αυχένα						
4. πονοκέφαλος – ημικρανία						
5. δύσπνοια						
6. αυπνία						
7. εφιδρώσεις						
8. τρέμουλο, μυϊκά τινάγματα.						
9. δυσπεψία , πόνος στο στομάχι μου						
10. ζάλη						
11. τάση για έμετο ή ναυτία.						
12. διάρροια						
13. λιποθυμία						
14. ξηρό στόμα						
15. κνησμό σε όλο το σώμα-εξανθήματα						
16. σύγχυση						
17. αφηρημάδα						
18. αναποφασιστικότητα						
19. θυμό						
20. Υπερβολική κούραση ή έλλειψη ενεργητικότητας						
21. Τάση για ατυχήματα						
22. Φόβο για διάφορα ή αόριστα πράγματα χωρίς να καταλαβαίνω την αιτία.						
23. Είμαι συναισθηματικός και ευαίσθητος στις παρατηρήσεις και την κριτική των άλλων						
24. Είμαι τελειομανής.						
25. Είμαι οξύθυμος ή ευερέθιστος-έχω νεύρα						
26. Πιστεύω ότι όσα από τα παραπάνω συμπτώματα νιώθω δυσκολεύουν τις δραστηριότητες την καθημερινότητα μου.						

27.Έχω υπερβολικό φόρτο εργασίας, και η δουλειά με πιέζει.						
28.Οι έγνοιες της οικογένειας με πιέζουν.						

20 Πόσο συχνά σας συμβαίνει να νιώθετε ότι υποφέρετε από τα παραπάνω συμπτώματα:

- Μια φορά την εβδομάδα
- Περισσότερο από μια φορά την εβδομάδα
- Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα
- Μία φορά το μήνα
- Περισσότερο από μια φορά το μήνα
- Λιγότερο από μια φορά το μήνα

21. Τσεκάρετε ποιές στρατηγικές διαχείρισης χρησιμοποιείτε όταν εκτείθεστε σε παράγοντα στρές:

Στηρίζομαι:

- στην οικογένειά μου
- στα αδέρφια μου
- σε φίλους
- σε ειδικό
- σε οικογενειακό γιατρό
- Πίνω- καπνίζω
- Αναζητώ ευχάριστες δραστηριότητες

Λαμβάνω φάρμακα

22. Ζείτε αυτή τη στιγμή μια τραυματική κατάσταση;

Ναι Όχι

23. Αν ναι, ποια από τις παρακάτω?

Θάνατο αγαπημένου προσώπου

Απώλεια εργασίας

Ασθένεια

Οικογενειακά προβλήματα

Ερωτική απογοήτευση

Όλα τα παραπάνω

Τίποτα από τα παραπάνω

Άλλο.....