



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Αξιολόγηση και συσχέτιση κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και αγχώδους
διάθεσης στο γενικό πληθυσμό του Νομού Χανίων και του Νομού Λακωνίας.**

Μια συγκριτική μελέτη»

ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ ΑΝΔΡΟΝΙΚΑΚΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΤΕ

Νοέμβριος 2014

Σπάρτη

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Αξιολόγηση και συσχέτιση κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και αγχώδους
διάθεσης στο γενικό πληθυσμό του Νομού Χανίων και του Νομού Λακωνίας.
Μια συγκριτική μελέτη»**

ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ ΑΝΔΡΟΝΙΚΑΚΗΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΤΕ

Μέλη συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος: Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος: Γεώργιος Πανουτσόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής

Νοέμβριος 2014

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ ΑΝΔΡΟΝΙΚΑΚΗΣ, 2014

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	7
ΑΦΙΕΡΩΣΗ.....	8
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	9
ABSTRACT.....	10
ΜΕΡΟΣ Α΄: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο	11
Σκοπός της Μελέτης.....	11
Σημασία της έρευνας	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο	12
2.1. Άγχος	12
2.1.1. Προέλευση της λέξης «άγχος».....	12
2.1.2. Ορισμός του άγχους.....	12
2.1.3. Είδη άγχους.....	13
2.2. Η αντίδραση στην ψυχολογική πίεση	14
2.2.1. Οι φυσιολογικές αντιδράσεις στις αγχογόνες καταστάσεις.....	15
2.2.2. Η χρόνια ψυχολογική πίεση	18
2.2.3. Τι προκαλεί την αντίδραση στην ψυχολογική πίεση;.....	21
2.3. Οι μορφές που μπορεί να πάρει το πρόβλημα	22
2.3.1. Οι φοβίες.....	22
2.3.2. Ο πανικός	24
2.3.3. Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	24
2.3.4. Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	25
2.3.5. Η διαταραχή μετά από μετατραυματική ψυχολογική πίεση	26
2.3.6. Τα προβλήματα σωματικής υγείας και η υποχονδρίαση.....	27
2.3.7. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης	28
2.3.8. Πώς μπορούμε να μετρήσουμε το άγχος	29
2.4. Η αντιμετώπιση των προβλημάτων	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο	32
Άγχος και σωματική νόσος: Η επίδραση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων.....	32
ΜΕΡΟΣ Β΄: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο	36
Μεθοδολογία	36

4.1. Σκοπός της έρευνας.....	36
4.2. Δείγμα.....	37
4.3. Ηθικά θέματα	37
4.4. Εργαλεία Μέτρησης	37
4.5. Ανάλυση δεδομένων:	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο	39
ΜΕΡΟΣ Α΄: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	39
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	39
Δημογραφικά	39
Εκπαίδευση – Εισόδημα.....	40
Οικογενειακή κατάσταση – Διαμονή - Επάγγελμα	41
Επιθυμία μετακίνησης	42
Συνθήκες εργασίας.....	44
Ποσοτική αξιολόγηση του άγχους στο σύνολο του δείγματος	50
Ποσοτική αξιολόγηση του άγχους στο Νομό Χανίων	52
Ποσοτική αξιολόγηση του άγχους στο Νομό Λακωνίας	54
Επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στο Hamilton score.....	56
Επίδραση του τρόπου ζωής στο Hamilton score	60
Οι μη έχοντες εργασία (άνεργοι).....	62
Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ανέργων ανά νομό	64
Ποσοτική αξιολόγηση του άγχους στους ανέργους του Νομό Χανίων.....	67
Ποσοτική αξιολόγηση του άγχους στους ανέργους του Νομό Λακωνίας	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο	71
Συζήτηση - Συμπεράσματα	71
6.1. Οριοθέτηση-Περιορισμοί	71
6.2. Συζήτηση	71
6.3 Συμπεράσματα	74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	75
Παράρτημα	82
1. Άδεια διεξαγωγής της έρευνας.....	82
2. Έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα	86

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας, αρκετοί άνθρωποι συνεισέφεραν από τον πολύτιμο χρόνο τους, χωρίς να περιμένουν αντάλλαγμα. Πρώτα από όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω τους συμμετέχοντες στην έρευνα, ανώνυμους και φίλους, χωρίς τους οποίους η πραγματοποίηση της εργασίας δεν θα ήταν εφικτή.

Στη συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την κυρία Ζυγά Σοφία επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, η οποία με βοήθησε κατά την εκπόνηση της διπλωματικής μου έρευνας, προσφέροντας μου τις πολύτιμες γνώσεις της, την καθοδήγησή της και τη στήριξη της. Ένα θερμό ευχαριστώ στα μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής, κυρία Τσιρώνη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτριας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και κύριο Πανουτσόπουλο Γεώργιο, Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Εξαιρετικά πολύτιμη ήταν και η βοήθεια του κυρίου Αθανάσιου Σαχλά στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της εργασίας.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τη σύζυγο μου Μάρω για την ηθική, και συναισθηματική της στήριξη, στην όλη προσπάθεια μου να ολοκληρώσω τον νέο κύκλο γνώσεων που ανοίξαμε.

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Στην αγαπημένη μου μητέρα, που έφυγε τόσο νωρίς από κοντά μας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας είναι, να διερευνηθεί πόσο αυξημένο σε περίοδο οικονομικής κρίσης, είναι το άγχος στο γενικό πληθυσμό, αλλά και εάν υπάρχουν διαφοροποιήσεις των επιπέδων του άγχους ανάμεσα στον πληθυσμό του Ν. Χανίων (νησιωτική Ελλάδα) και στον πληθυσμό του Ν. Λακωνίας (ηπειρωτική Ελλάδα).

Μεθοδολογία: Στη μελέτη έλαβαν μέρος 300 άτομα από κάθε νομό. Για τη διεκπεραίωση της έρευνας και μελέτης χρησιμοποιήθηκαν: ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών δεδομένων και η κλίμακα για την αξιολόγηση του άγχους Hamilton (HS).

Αποτελέσματα: Το 79,6% των ερωτηθέντων είχαν έως ήπιας βαρύτητας άγχος, το 14,6% είχαν έως μέτριας και το 5,8% είχαν έως σοβαρής και πολύ σοβαρής βαρύτητας άγχος. Τα μεγαλύτερα επίπεδα άγχους εμφανίσθηκαν στην ηλικία άνω των 70 ετών. Οι τελειόφοιτοι Δημοτικού, βίωναν το μεγαλύτερο άγχος, όπως και οι χήροι/ες, σε αντίθεση με τους ανύπαντρους που βίωναν τα μικρότερα επίπεδα άγχους. Οι συνταξιούχοι και οι αγρότες συγκέντρωναν τα μεγαλύτερα επίπεδα άγχους, με τα μικρότερα οι άνεργοι. Όσοι έβλεπαν τηλεόραση και πήγαιναν για καφέ είχαν τα υψηλότερα επίπεδα άγχους, ενώ τα μικρότερα επίπεδα άγχους αυτοί που άκουγαν μουσική. Οι κάτοικοι του Ν. Χανίων βίωναν περισσότερο άγχος (HS=9,45) από τους κατοίκους του Ν. Λακωνίας (HS=8,32). Οι Λάκωνες ήταν πιο πλούσιοι και πιο πρόθυμοι να μετακινηθούν σε άλλη περιοχή κυρίως λόγω ανεργίας. Οι Χανιώτες είχαν περισσότερα παιδιά ήταν πολύ πιο ικανοποιημένοι από το περιβάλλον της εργασίας τους, διάβαζαν περισσότερα βιβλία και κοιμόντουσαν το βράδυ περισσότερο σε σχέση με τους Λάκωνες.

Συμπεράσματα: Η πλειοψηφία του δείγματος εμφανίζει χαμηλό ποσοστό άγχους με μεγαλύτερα επίπεδα στα Χανιά. Η εμφάνιση του άγχους βρέθηκε να επηρεάζεται κυρίως από την κοινωνική απομόνωση που βιώνουν οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας.

Λέξεις Κλειδιά: Άγχος, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, δημογραφικά χαρακτηριστικά, ανεργία.

ABSTRACT

Aim: The investigation of the stress status in a period of financial crisis in general population, and which factors differentiate that in an island population (Chania) versus land population (Lakonia).

Methodology: This study includes 300 people from each Prefecture. For the completion of this study we used: 1) the Demographic and Socioeconomic data questionnaire and 2) the Hamilton questionnaire for the validation of stress (HS).

Results: 79.6% of the participants had mild stress, 14.6% had medium and 5.8% had severe and quite severe stress. The greatest levels were stress demonstrated by people aged 70+. Primary school graduates displayed the greatest stress, as well as widowed versus singles, experiencing the least. Pensioners and farmers suffered the greatest in contrast with the unemployed. Great stress levels were demonstrated by people watching television and going for coffee versus people that listen to music. Chania's residents suffered more stress (HS=9.45) compared with Lakonia's residents (HS=8.32). Lakonia's residents were richer and more willing to move to another residence due to unemployment. Residents of Chania had more children, were more satisfied from their job's environment, they were also reading more books and sleeping more at night.

Conclusions: The majority of our sample presents relatively low stress status, with residents of Chania displaying the greatest. Stress development showed to be correlated with social isolation concerning older ages.

Key words: Anxiety, socioeconomic factors, demographic characteristics, unemployment.

ΜΕΡΟΣ Α΄: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

Σκοπός της Μελέτης

Βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας είναι, να διερευνηθεί πόσο αυξημένο σε περίοδο οικονομικής κρίσης, την οποία βιώνει η χώρα μας, είναι το άγχος στο γενικό πληθυσμό, αλλά και εάν υπάρχουν διαφοροποιήσεις των επιπέδων του άγχους ανάμεσα στον πληθυσμό του Ν. Χανίων (νησιωτική Ελλάδα) και στον πληθυσμό του Ν. Λακωνίας (ηπειρωτική Ελλάδα) .

Θα αναλυθούν οι παράγοντες του άγχους σε σχέση με τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες του τυχαίου δείγματος.

Σε ποιες ηλικίες και σε ποιες οικονομικές κλίμακες, εστιάζεται η μεγαλύτερη συγκέντρωση άγχους και πως εκδηλώνεται αυτό.

Οι άνεργοι έχουν τα ίδια ποσοστά άγχους, με τους αντίστοιχους εργαζόμενους και εάν όχι το ίδιο ισχύει ανά πληθυσμιακή περιοχή ελέγχου;

Σημασία της έρευνας

Η σημαντικότητα της εν λόγω έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι στη χώρα μας είναι ελάχιστος ο αριθμός των μελετών που έχουν εκπονηθεί και οι οποίες διερευνούν την αγγώδη διάθεση σε γενικό πληθυσμό. Επιπρόσθετα, δεν υπάρχουν συγκριτικές μελέτες μεταξύ διαφορετικών περιοχών στην Ελλάδα.

Αναμένεται τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας να ευαισθητοποιήσουν τις αρμόδιες αρχές προκειμένου να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα και ειδικότερα να υλοποιηθούν δράσεις και προγράμματα παρέμβασης, πρόληψης και προαγωγής υγείας και κοινωνικής πρόνοιας στον ελληνικό πληθυσμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

2.1. Άγχος

2.1.1. Προέλευση της λέξης «άγχος»

Αναφορικά με την ετυμολογική προέλευση της λέξης «άγχος», θα πρέπει να την αναζητήσουμε στην Αρχαία Ελληνική γλώσσα, όπου το ρήμα «άγχω» σήμαινε «πιέζω δυνατά το λαιμό, πνίγω, στραγγαλίζω», περιγράφοντας με απόλυτη ακρίβεια το δυσάρεστο συναίσθημα που βιώνουμε στο λαιμό αλλά και στην αναπνοή μας, όταν αγχωνόμαστε (Γεμενετζής, 1991).

2.1.2. Ορισμός του άγχους

Το άγχος θεωρείται ως μία κατάσταση αγωνίας, ανησυχίας και αβεβαιότητας (Schnohr et al, 2005). Βιώνεται ως ψυχολογική πίεση (stress), η οποία με τη σειρά της ορίζεται ως μία κοινή ανθρώπινη εμπειρία, η οποία χαρακτηρίζεται από μία προσδοκία φόβου για κάποιο δυσάρεστο γεγονός στο μέλλον, αποτελεί δε φυσιολογική εκδήλωση κάθε ανώτερου ζώντος οργανισμού και οριοθετείται ως μια ειδική ανταλλαγή ανάμεσα σε ένα συγκεκριμένο είδος συστήματος, άτομο-κοινωνία και σε ένα συγκεκριμένο είδος περιβάλλοντος (Αργυροπούλου, 1999).

Το άγχος είναι, μέχρι ενός σημείου, φυσιολογικό και χρήσιμο στοιχείο της ανθρώπινης προσωπικότητας. Με αυτό, οι σωματικές και πνευματικές επιδόσεις αυξάνονται και ενδυναμώνονται. Σε φυσιολογικό βαθμό αποτελεί την ψυχολογική ετοιμότητα προς επαγρύπνηση και προετοιμασία του ατόμου για να δράσει εφόσον μια κατάσταση απειλεί την ψυχοσωματική συγκρότησή του. Η ικανότητα του ανθρώπου στο να προσαρμόζεται διαταράσσεται όταν το άγχος, ως νοσηρή κατάσταση, εκδηλώνεται σε μέγιστο βαθμό (Barlow, 2000)

Το άγχος τόσο ως αμυντικός μηχανισμός όσο και ως ψυχολογική κατάσταση, την οποία βιώνει το άτομο, εμφανίζει πολλές διαστάσεις. Αρχικά, οι επιστήμονες υποστήριζαν ότι αποτελεί φυσιολογική αντίδραση κάθε ζωντανού οργανισμού σε απειλές από το εξωτερικό περιβάλλον, η οποία έχει ως αποτέλεσμα να λαμβάνουν χώρα παροδικές αλλαγές αναφορικά με τις βιολογικές λειτουργίες του οργανισμού. Είναι βασικό να αναφερθεί ότι ένα ερέθισμα, το οποίο μεταφράζεται ως απειλητικό, ανάλογα με το βαθμό έντασης αλλά και τη φύση του, μπορεί να επιφέρει πολλά αρνητικά συναισθήματα, όπως είναι η αγωνία, ο έντονος θυμός και ο πανικός.

Επιπλέον, υπάρχει το ενδεχόμενο να προκαλέσει διαταραχές στις γνωστικές λειτουργίες του ατόμου με την εμφάνιση έμμονων σκέψεων, ανησυχίας καθώς και αδυναμίας στη συγκέντρωση. Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν μερική αδεξιότητα στις κινήσεις, υπερκινητικότητα ή κοινωνική απομόνωση (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999).

Το στρες, επιπρόσθετα, προκύπτει στα πλαίσια της δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος (McEwen, 2012). Όταν το άτομο αντιλαμβάνεται μία ασυμφωνία ή αντίφαση – πραγματική ή φανταστική – ανάμεσα στις απαιτήσεις που προβάλλει μία κατάσταση και στα αποθέματα – βιολογικά, ψυχολογικά, και κοινωνικά – που διαθέτει για να την αντιμετωπίσει, τότε βιώνει στρες (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η ένταση του άγχους εξαρτάται όχι μόνο από εξωτερικά ερεθίσματα, αλλά και από ενδογενείς παράγοντες (π.χ. προσωπικότητα, εμπειρία) από προηγούμενα αγχογόνα γεγονότα που δρουν αθροιστικά στη βίωση μιας νέας απειλής, τρόπο με τον οποίο το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται το εξωτερικό ερέθισμα, καθώς και τρόπους που επιλέγει για να το αντιμετωπίσει (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999). Το άγχος είναι ένας παράγοντας ο οποίος επηρεάζει σε πολύ σημαντικό βαθμό το κατά πόσο ο εργαζόμενος αποδίδει στην δουλειά του και στο ποιο θα είναι το ποιοτικό αποτέλεσμα της εργασίας του. Λόγω της πολύπλοκης φύσης του ίδιου του άγχους, οι επιδράσεις δεν μπορεί παρά να είναι πολύ σημαντικές. Υπερβολικό άγχος μπορεί να οδηγήσει στην εξουθένωση. Σύμφωνα με τον Κάντα Α. (1995), ορισμένα επαγγέλματα είναι εκ φύσεως περισσότερο αγχογόνα από κάποια άλλα. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται τα ένστολα επαγγέλματα, τα καλλιτεχνικά, τα επαγγέλματα διοίκησης και εμπορίου, παραγωγής και κατασκευών, τα επαγγέλματα υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών κ.ά.

2.1.3. Είδη άγχους

Το άγχος λοιπόν χωρίζεται σε δύο κατηγορίες (Morris, Davis & Hutchings, 1981): Η πρώτη από αυτές τις κατηγορίες σχετίζεται με την νοητική δραστηριότητα και η δεύτερη με τη σωματική δραστηριότητα. Το γνωστικό άγχος χαρακτηρίζεται από επίγνωση από την πλευρά του ατόμου δυσάρεστων συναισθημάτων σχετικά με τον εαυτό του ή με εξωτερικά συναισθήματα, όπως ανησυχία και ενοχλητικές νοερές

εικόνες, ενώ το σωματικό άγχος, αναφέρεται στην αντίληψη του ατόμου για τη φυσιολογική διέγερση, η οποία έχει αρνητική κατεύθυνση.

Το άγχος επομένως μπορεί να έχει ψυχογενή προέλευση ή μπορεί να είναι συνέπεια σωματικής πάθησης. Έχει δε άμεση σχέση και εξάρτηση από τον συναισθηματικό κόσμο, της γνωστικές ικανότητες, την αντίληψη και τον τρόπο ζωής του ατόμου. Ανάλογα με τη διάρκεια του συναγερμού και με τη συχνότητα με την οποία παρουσιάζονται, τα είδη του άγχους είναι τα ακόλουθα:

Οξύ άγχος

Προκαλείται από μία κατάσταση έντονη που μόλις προηγήθηκε ή που άμεσα επίκειται. Θέτει το άτομο σε ετοιμότητα και μπορεί να προκαλέσει μέχρι και ευχάριστη ένταση, επαναλαμβανόμενα όμως εξαντλεί το άτομο.

Επεισοδιακό οξύ άγχος

Είναι το οξύ στρες σε καθημερινή σχεδόν βάση. Τα άτομα αυτά είναι σα να βρίσκονται διαρκώς «στην πρίζα». Προκαλεί έντονα σωματικά συμπτώματα όπως γαστρικό έλκος και προβλήματα στη συμπεριφορά όπως επιθετικότητα.

Χρόνιο άγχος

Το άτομο βρίσκεται μόνιμα σε μία κατάσταση στρες, την οποία μέσα στο χρόνο τη συνηθίζει και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ζωής του. Η ζωή, του φαίνεται «μίζερη» και στάσιμη. Το άτομο φθείρεται σωματικά και ψυχικά και νοιώθει δυστυχισμένο και ανικανοποίητο. Το χρόνιο άγχος έχει πολύ σοβαρές επιπτώσεις που μπορεί και να εξελιχθεί σε σημαντικό ψυχικό ή σωματικό πρόβλημα (Σούρας, 2007).

2.2. Η αντίδραση στην ψυχολογική πίεση

Η αγωνία, η ένταση, η ανησυχία, ο φόβος και το άγχος αποτελούν συναισθηματικές αντιδράσεις που εμφανίζονται συχνά σε όλα τα άτομα. Ωστόσο, δεν έχουν ως αποτέλεσμα σωματικές ή ψυχολογικές βλάβες και στις περισσότερες των περιπτώσεων θεωρούνται αισθήματα «φυσιολογικά» και ζωτικά για την ανθρώπινη επιβίωση. Πρόκειται για αντιδράσεις σε καταστάσεις που δημιουργούν άγχος ή είναι επικίνδυνες και θεωρούνται παθολογικές μόνο σε εκείνες τις περιπτώσεις, κατά τις οποίες εμφανίζονται σε υπερβολικό βαθμό ή/και εμφανίζονται σε συνθήκες που δεν τις δικαιολογούν (Kennerley, 1999). Για παράδειγμα: ακούω ένα σκυλί να γαβγίζει, ανησυχώ ότι θα με δαγκώσει, φοβάμαι ότι κινδυνεύει η ζωή μου και νιώθω μεγάλο

άγχος. Η συγκεκριμένη αντίδραση θα ήταν εντελώς φυσιολογική και χρήσιμη αν διέσχιζα ένα δρόμο και έβλεπα ξαφνικά ένα σκυλί να έρχεται επιθετικά προς το μέρος μου, αλλά θα ήταν υπερβολική και περιττή αν καθόμουν στο παγκάκι μίας πλατείας και το σκυλί περνούσε ήρεμο από την πλατεία. Η κατάλληλη ανταπόκριση του συστήματος στους στρεσογόνους παράγοντες αποτελεί βασική προϋπόθεση για αίσθηση ευεξίας, επαρκή άσκηση καθηκόντων, καθώς και θετικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Αντίθετα, η ακατάλληλη ανταπόκριση του συστήματος του στρες μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη και την εξέλιξη και μπορεί να ευθύνεται για διάφορες ενδοκρινικές, μεταβολικές, αυτοάνοσες και ψυχιατρικές διαταραχές. Η ανάπτυξη και η σοβαρότητα των συνθηκών αυτών εξαρτώνται πρωταρχικά από τη γενετική ευπάθεια του ατόμου, την έκθεση σε δυσμενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες και το χρονοδιάγραμμα του αγχωτικού γεγονότος (Charmandari E., et al., 2012).

2.2.1. Οι φυσιολογικές αντιδράσεις στις αγχογόνες καταστάσεις

«Δε θα μπορούσε να είναι πιο όμορφα. Μία ζεστή ανοιξιάτικη ημέρα στην εξοχή, μόνη με τη μικρή μου κόρη. Τότε, είδα μία αρκούδα να τρέχει καταπάνω μας. Αισθάνθηκα την αδρεναλίνη να κυλάει στις φλέβες μου και την καρδιά μου να κοντεύει να σπάσει. Οι τρίχες στα χέρια μου σηκώθηκαν, το σώμα μου σφίχτηκε και το μόνο που μπορούσα εκείνη τη στιγμή να σκεφτώ ήταν με ποιον τρόπο να προστατεύσω το παιδί μου. Έπρεπε να προφυλάξω την κόρη μου. Την άρπαξα και άρχισα να τρέχω πολύ γρήγορα. Ξέχασα να πάρω τα παιχνίδια της, τη φωτογραφική μηχανή και το μόνο που συνεχώς σκεφτόμουν ήταν η πόρτα στην άλλη άκρη του χωραφιού προκειμένου να μπορέσουμε να διαφύγουμε. Πραγματικά, δεν ξέρω από πού προήλθε όλη αυτή η σωματική και ψυχική ενέργεια. Ωστόσο, βρήκα τη δύναμη να μεταφέρω την κόρη μου με ασφάλεια ως την πόρτα προτού η αρκούδα προλάβει να μας φτάσει. Μετά ένιωθα εξουθενωμένη, αλλά σταδιακά άρχισα να συνέρχομαι». Η αγωνία, η ένταση, η ανησυχία, ο φόβος και το άγχος παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανθρώπινη επιβίωση, επειδή ακριβώς προετοιμάζουν το ίδιο το άτομο να αντιμετωπίσει τις αγχογόνες και πολλές φορές επικίνδυνες καταστάσεις. Συμβάλλουν στην απελευθέρωση της αδρεναλίνης, η οποία προξενεί αλλαγές τόσο σωματικά όσο και νοητικά, οι οποίες αλλαγές, στη συνέχεια, προετοιμάζουν το άτομο είτε για να αντιμετωπίσει μία πρόκληση είτε για να διαφύγει από μία επικίνδυνη κατάσταση.

Μόλις ξεπεραστεί η αγχογόνος κατάσταση ή ο κίνδυνος, αυτές οι παροδικές αλλαγές αρχίζουν σιγά-σιγά να υποχωρούν (Μάνος, 1997).

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι κίνδυνοι που έπρεπε να αντιμετωπίσουν οι πρόγονοί μας και που ήταν πολύ «χειροπιαστοί» (π.χ. άγρια ζώα, εχθρικές γειτονικές φυλές κ.λπ.). Ως εκ τούτου, η αντίδραση *μάχη-φυγή* ήταν η πιο κατάλληλη για τις συνθήκες, στις οποίες ζούσαν. Αντιθέτως, οι αγχογόνες καταστάσεις που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε σήμερα είναι πιο αφηρημένες: καθυστερήσεις, οικονομικά ή οικογενειακά προβλήματα, πειστικές προθεσμίες, ανεργία κ.ά. Ωστόσο, συνεχίζουμε να βιώνουμε τις ίδιες σωματικές, νοητικές και συμπεριφορικές αλλαγές που βίωναν και οι πρόγονοί μας (Γκοτζαμάνης, 1996).

- ***Οι σωματικές αλλαγές***

«...Αισθάνθηκα την αδρεναλίνη να κυλάει στις φλέβες μου και την καρδιά μου να κοντεύει να σπάσει. Οι τρίχες στα χέρια μου σηκώθηκαν, το σώμα μου σφίχτηκε...».

Στις σωματικές αντιδράσεις που είναι πιθανό να βιώσει το άτομο κάποια στιγμή στη ζωή του περιλαμβάνονται η αυξημένη μυϊκή τάση, η επιτάχυνση του ρυθμού της αναπνοής, η υψηλή αρτηριακή πίεση, η εφίδρωση και οι αλλαγές στην πεπτική λειτουργία. Όλες οι προαναφερόμενες αντιδράσεις οδηγούν στην αύξηση της ετοιμότητας για δράση και εξηγούν πολλές από τις σωματικές αλλαγές, οι οποίες συνδέονται άμεσα με τη δημιουργία άγχους, όπως η ένταση των μυών, η κοφτή αναπνοή, η ταχυκαρδία, ο ιδρώτας, οι ενοχλήσεις στην κοιλιακή χώρα κ.ά. Οι αλλαγές αυτές είναι πολύ χρήσιμες στις περιπτώσεις, κατά τις οποίες απαιτείται ένα «ξέσπασμα» σωματικής δραστηριότητας: για τον αθλητή που ετοιμάζεται να τρέξει, για παράδειγμα. Χωρίς αυτές τις σωματικές αλλαγές ο αθλητής δεν θα ήταν έτοιμος να δράσει (Καπάκογλου, 1998).

- ***Οι ψυχολογικές αλλαγές***

«...το μόνο που μπορούσα εκείνη τη στιγμή να σκεφτώ ήταν με ποιον τρόπο να προστατεύσω το παιδί μου. Έπρεπε να προφυλάξω την κόρη μου. Την άρπαξα και άρχισα να τρέχω πολύ γρήγορα. Ξέχασα να πάρω τα παιχνίδια της, τη φωτογραφική μηχανή και το μόνο που συνεχώς σκεφτόμουν ήταν η πόρτα στην άλλη άκρη του χωραφιού προκειμένου να μπορέσουμε να διαφύγουμε...».

Οι ψυχολογικές αλλαγές που σχετίζονται με την ψυχολογική πίεση περιλαμβάνουν αλλαγές στον τρόπο σκέψης μας και, μερικές φορές, στα συναισθήματά μας. Και οι

ψυχολογικές αλλαγές μάς βοηθούν να αντιμετωπίσουμε τις αγχογόνες καταστάσεις. Όταν αντιμετωπίζουμε επικίνδυνες ή αγχογόνες καταστάσεις, είμαστε σε θέση να εστιάσουμε περισσότερο τη σκέψη μας, οπότε είναι δυνατόν να έχουμε αυξημένη ικανότητα συγκέντρωσης και λύσης προβλημάτων. Αυτή είναι η ιδανική νοητική κατάσταση για κάποιον που βρίσκεται αντιμέτωπος με μια σοβαρή πρόκληση: παραδείγματος χάριν, για ένα χειρουργό που πραγματοποιεί μια επέμβαση, ένα χρηματιστή που λαμβάνει μια επείγουσα απόφαση για τις επενδύσεις του, ένα γονέα που προλαβαίνει το παιδί του πριν πεταχτεί στη μέση του δρόμου. Χάρη στην αντίδραση στην ψυχολογική πίεση μειώνεται η πιθανότητα για λάθη απροσεξίας (Καλπάκογλου, 1998).

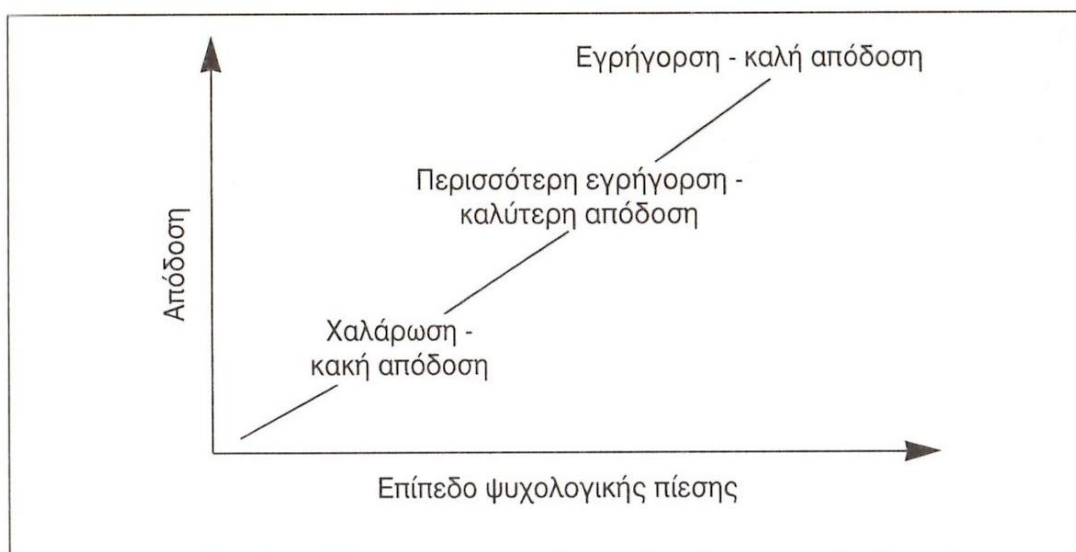
Κάτω από την επίδραση αγχογόνων καταστάσεων, είναι επίσης δυνατόν το άτομο να βιώσει διαφορετικές συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως έντονο εκνευρισμό ή αντιθέτως ένα αίσθημα ευεξίας. Τέτοια παραδείγματα είναι ο πατέρας που περνάει μια περίοδο ψυχολογικής πίεσης στη δουλειά του και γίνεται ευέξαπτος με τα παιδιά του, ή η διευθύντρια που γίνεται ιδιαίτερος αυστηρή αλλά και δραστήρια όταν πλησιάζει κάποια σημαντική προθεσμία, ή ο έφηβος που παρακολουθεί με έξαψη μια ταινία τρόμου (Καλπάκογλου, 1998).

- **Οι συμπεριφορικές αλλαγές**

«...Πραγματικά, δεν ξέρω από πού προήλθε όλη αυτή η σωματική και ψυχική ενέργεια. Ωστόσο, βρήκα τη δύναμη να μεταφέρω την κόρη μου με ασφάλεια ως την πόρτα προτού η αρκούδα προλάβει να μας φτάσει....».

Όταν αντιμετωπίζουμε επικίνδυνες ή αγχογόνες καταστάσεις, στο επίπεδο της συμπεριφοράς παρατηρούνται συνήθως αντιδράσεις διαφυγής ή ετοιμότητας, δηλαδή *φυγής ή μάχης*. Αν δω ένα κορμό δέντρου να πέφτει καταπάνω μου, θα έχω ένα ξέσπασμα ενέργειας και θα τιναχτώ μακριά για να τον αποφύγω. Εάν χάσω τον έλεγχο του αυτοκινήτου ενώ οδηγώ, θα προσπαθήσω αποφασιστικά να το επαναφέρω στην πορεία του και θα βρω τη δύναμη να κρατήσω γερά το τιμόνι. Και πάλι, οι αντιδράσεις αυτές είναι ζωτικής σημασίας. Χωρίς αυτές τις αλλαγές στη συμπεριφορά μου, θα βρισκόμουν παγιδευμένος κάτω από ένα κορμό δέντρου ή το αυτοκίνητο μου θα συνέχιζε ανεξέλεγκτο την πορεία του (Βλάχου, 2004).

Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι οι αντιδράσεις στις αγχογόνες καταστάσεις σε σωματικό, νοητικό και συμπεριφορικό επίπεδο είναι φυσιολογικές, χρήσιμες και συχνά καίριας σημασίας.



Σχήμα 1. Ψυχολογική πίεση και απόδοση

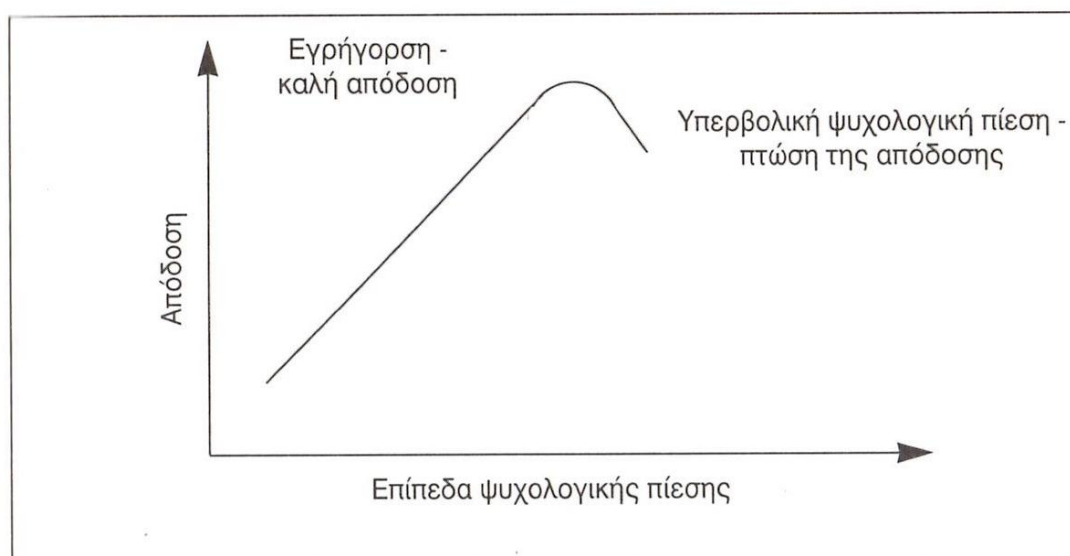
Μάλιστα, μέχρις ενός σημείου, όσο περισσότερη ψυχολογική πίεση βιώνουμε, τόσο αυξάνεται η ικανότητά μας να αντιμετωπίζουμε τις αγχογόνες καταστάσεις. Αυτό φαίνεται και στο σχήμα 1. Στο κάτω μέρος σημειώνεται η κατάσταση της χαλάρωσης, όπου δεν είμαστε επαρκώς εξοπλισμένοι -σε σωματικό και νοητικό επίπεδο- για την αντιμετώπιση τυχόν κινδύνων, μια και δεν είμαστε έτοιμοι για την ανάληψη δράσης. Καθώς αυξάνεται η ένταση, αυξάνονται και οι δυνατότητες -σωματικές και νοητικές - αντιμετώπισης των αγχογόνων παραγόντων (Βλάχου, 2004).

2.2.2. Η χρόνια ψυχολογική πίεση

«Παλιότερα είχα καλή γνώμη για τον εαυτό μου και ήμουν γεμάτος ενέργεια και καινούριες ιδέες, αλλά όλα αυτά άλλαξαν από τη στιγμή που άρχισε η κρίση στην επιχείρησή. Τώρα πια πρέπει πραγματικά να πιέσω τον εαυτό μου για να κάνω ακόμη και τις πιο συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες, γιατί αισθάνομαι κούραση και νωθρότητα. Ακόμη και όταν τελειώνω την εργασία μου δεν αισθάνομαι ικανοποίηση και όλα μοιάζουν με αγγαρεία. Και δεν είναι μόνο αυτό. Επιστρέφω στο σπίτι ανησυχώντας για την επιχείρησή και την απόδοσή μου. Δεν μπορώ να διώξω αυτές τις σκέψεις από το μυαλό μου, με αποτέλεσμα να μην μπαίνω καν στον κόπο να προσπαθώ να είμαι κοινωνικός. Μερικές φορές αισθάνομαι άρρωστος εξαιτίας όλων αυτών και ο ύπνος μου δεν είναι φυσιολογικός εδώ και μήνες. Δεν μπορώ να

καταλάβω πώς μπορώ να πιέζω τόσο πολύ τον εαυτό μου χωρίς να καταλήγω πουθενά».

Είναι βέβαιο ότι οι αλλαγές που παρουσιάζονται κατά την αντίδραση στην ψυχολογική πίεση είναι βραχυπρόθεσμα ωφέλιμες, αφού προετοιμάζουν το σώμα μας για την ανάληψη δράσης και εστιάζουν τη σκέψη μας στη λύση του άμεσου προβλήματος. Ωστόσο, οι συγκεκριμένες αλλαγές εξελίχθηκαν ως άμεση και προσωρινή αντίδραση στις αγχογόνες καταστάσεις, οι οποίες σταματούσαν αμέσως μόλις ο κίνδυνος περνούσε. Εάν αυτές οι αντιδράσεις δεν εξαφανιστούν μετά την πάροδο του κινδύνου, αν δηλαδή η αντίδραση στην ψυχολογική πίεση γίνει χρόνια ή υπερβολική, τότε δημιουργούνται προβλήματα (Kennerley, 1999). Σε αυτές τις περιπτώσεις ξεπερνάμε το σημείο της καλύτερης απόδοσης μας και η απόδοση μας αρχίζει να παρουσιάζει κάμψη. Στο σχήμα 2 φαίνεται η καμπύλη της σχέσης ψυχολογικής πίεσης-απόδοσης.



Σχήμα 2. Η καμπύλη ψυχολογικής πίεσης-απόδοσης

- **Οι σωματικές αλλαγές**

Σε περιπτώσεις χρόνιας ψυχολογικής πίεσης τα σωματικά αισθητηριακά αισθήματα γίνονται πιο δυσάρεστα. Η μυϊκή ένταση, που είναι τόσο σημαντική για την αντίδραση μάχης και φυγής, μπορεί να προκαλέσει ενοχλήσεις σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, όπως κεφαλαλγία, δυσκολία στην κατάποση, πόνο στους ώμους, στον αυχένα και στο στήθος, γαστρικές κράμπες, τρέμουλο και αδυναμία

στα άκρα. Υπό την επίδραση χρόνιας ή υπερβολικής ψυχολογικής πίεσης, είναι πιθανό το άτομο να αισθάνεται τους χτύπους της καρδιάς του και, καθώς η αρτηριακή του πίεση ανεβαίνει, να αρχίσει να αισθάνεται ζάλη, να έχει θαμπή όραση και εμβοές ώτων. Η αύξηση του ρυθμού της αναπνοής μπορεί να οδηγήσει σε ίλιγγο, ναυτία και ρηγή αναπνοή. Αν η παρατεταμένη ψυχολογική πίεση πλήξει και το πεπτικό σύστημα, τότε μπορεί να παρουσιαστούν τάση για εμετό, διάρροια και πόνοι στο στομάχι. Τέλος, μπορεί να παρατηρηθεί υπερβολική εφίδρωση, η οποία, παρότι δεν είναι επιβλαβής, μπορεί να προκαλέσει αμηχανία (Kennerley, 1999).

- ***Οι ψυχολογικές αλλαγές***

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις του ατόμου απέναντι στις καταστάσεις που του προκαλούν άγχος, αν επιμείνουν, οδηγούν στην εστίαση της σκέψης στην ένταση και την ανησυχία, με αποτέλεσμα το άτομο να φοβάται πάντα μήπως του συμβεί το χειρότερο, να πιστεύει ότι τα προβλήματά του δεν μπορούν να επιλυθούν και γενικά να κάνει σκέψεις με αρνητικό περιεχόμενο. Αυτός λοιπόν ο αρνητικός τρόπος σκέψης, σε συνδυασμό με τις σωματικές αλλαγές, μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου της μορφής: «Έχω πόνους στο στήθος. Κάτι δεν πάει καλά με την καρδιά μου!»- ή: «Αυτή η αίσθηση είναι ανυπόφορη και δεν μπορώ να κάνω τίποτα για να αλλάξει!». Με αυτόν τον τρόπο, η ψυχολογική πίεση που υφίσταται το άτομο διατηρείται σε πολύ υψηλά επίπεδα και ως εκ τούτου παρατείνει τη σωματική δυσφορία και, συνεπώς, την ένταση και την ανησυχία.

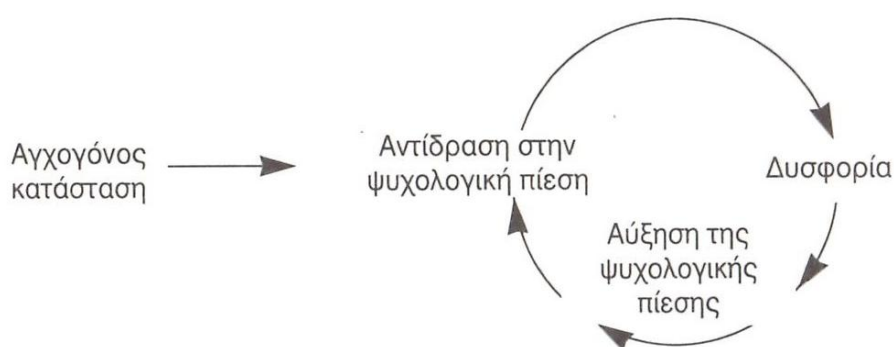
Οι συναισθηματικές αλλαγές που συμβαίνουν εξαιτίας της παρατεταμένης ανησυχίας και του συνεχούς άγχους συνήθως προκαλούν νευρικότητα, κατάπτωση του ηθικού και συνεχή φόβο. Όταν το άτομο νιώθει έτσι, δυσκολεύεται σε μεγαλύτερο βαθμό να αντιμετωπίσει τους αγχογόνους παράγοντες και, όταν τα αποθέματα αντιμετώπισης των αγχογόνων καταστάσεων που διαθέτει είναι περιορισμένα, είναι πολύ πιο πιθανό να καταβληθεί από την ψυχολογική πίεση (Καλαντζή - Αζίζι, 2004).

- ***Οι συμπεριφορικές αλλαγές***

Οι αλλαγές στη συμπεριφορά, αν εξακολουθήσουν, μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα. Η συνεχιζόμενη έκρηξη δραστηριότητας που χαρακτηρίζεται από νευρικότητα και βιασύνη μάς εξουθενώνει, μας κουράζει και μας κάνει λιγότερο ικανούς να χειριστούμε την ψυχολογική πίεση. Η αύξηση της συχνότητας πρόσληψης τροφής, του καπνίσματος και της κατανάλωσης οινοπνεύματος μπορεί να προκαλέσει

σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα με υψηλό τίμημα για την υγεία και την αίσθηση ευεξίας μας. Η πιο συχνή αντίδραση στο φόβο είναι η φυγή ή η αποφυγή της κατάστασης ή του αντικειμένου που τον προκαλεί. Ωστόσο, η ανακούφιση που αποκομίζει το άτομο από την αποφυγή είναι συνήθως προσωρινή και οδηγεί σε μείωση της αυτοπεποίθησης του, με αποτέλεσμα η αντιμετώπιση της κατάστασης την επόμενη φορά να είναι ακόμη δυσκολότερη (Καλαντζή - Αζίζι, 2004).

Η αντίδραση στην ψυχολογική πίεση, λοιπόν, μπορεί από μόνη της να γίνει πηγή



Σχήμα 3. Ο φαύλος κύκλος της ψυχολογικής πίεσης και της δυσφορίας

δυσφορίας. Αυτό μπορεί να συμβαίνει επειδή οι σωματικές αλλαγές προκαλούν ανησυχία, ή επειδή η ανησυχία και οι συναισθηματικές αλλαγές μειώνουν τη δυνατότητα αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων, ή επειδή η μείωση της αυτοπεποίθησης κάνει πιο δύσκολη την αντιμετώπιση και το ξεπέραςμα του φόβου. Οποιοσδήποτε και αν είναι ο λόγος, όταν η φυσιολογική αντίδραση στην ψυχολογική πίεση προκαλεί πρόσθετη δυσφορία, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος ο οποίος είναι πολύ δύσκολο να ελεγχθεί (σχήμα 3). Αυτός ο φαύλος κύκλος, ο οποίος συντηρεί την αντίδραση στην ψυχολογική πίεση, αποτελεί τον κοινό παράγοντα σε όλα τα προβλήματα που σχετίζονται με την ανησυχία, το φόβο και το άγχος (Καλαντζή - Αζίζι, 2004).

2.2.3. Τι προκαλεί την αντίδραση στην ψυχολογική πίεση;

Το ερέθισμα που πυροδοτεί την αντίδραση στην ψυχολογική πίεση είναι είτε μια πραγματική είτε μια φανταστική απειλή (Καλπάκογλου, 1998). Για παράδειγμα, ένας άνθρωπος με φοβία για τα φίδια θα αισθανόταν άσχημα τόσο στη θέα ενός πραγματικού φιδιού όσο και στη θέα μιας εικόνας φιδιού. Θα είχε την ίδια αντίδραση

τόσο αν πίστευε ότι είδε ένα φίδι, όσο και αν πίστευε ότι είναι πιθανό να δει ένα φίδι - για παράδειγμα στο ζωολογικό κήπο. Μια γυναίκα που φοβάται υπερβολικά να μιλήσει σε κοινό θα αισθανόταν πανικό τη στιγμή που θα σηκωνόταν για να βγάλει λόγο σε ένα γάμο, αλλά μπορεί να αισθανόταν ακριβώς το ίδιο φοβισμένη αν πίστευε ότι θα της ζητηθεί να σηκωθεί και να μιλήσει χωρίς να έχει προειδοποιηθεί.

Όποιο και αν είναι το αίτιο που πυροδοτεί την αντίδραση στην ψυχολογική πίεση, το κλειδί για τα επίμονα προβλήματα είναι ο φαύλος κύκλος διατήρησης της ανησυχίας, του φόβου και του άγχους, ο οποίος συντηρεί το πρόβλημα.

2.3. Οι μορφές που μπορεί να πάρει το πρόβλημα

Κάθε άνθρωπος βιώνει διαφορετικά την ανησυχία, το φόβο και το άγχος. Παρότι πρόκειται για μια πολύ υποκειμενική εμπειρία, οι ειδικοί έχουν ανακαλύψει ότι ορισμένα είδη φόβου και άγχους μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά και ότι είναι σε θέση να διαγνώσουν διάφορα είδη προβλημάτων. Οι πιο συνήθεις διαγνώσεις είναι οι φοβίες, ο πανικός, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η διαταραχή μετά από μετατραυματική ψυχολογική πίεση, τα σωματικά προβλήματα, η υποχονδρίαση και το σύνδρομο εργασιακής εξουθένωσης (Χαρίλα, 2002).

2.3.1. Οι φοβίες

Ο φόβος είναι ένα συχνό φαινόμενο, αλλά μπορεί να γίνει παθολογικός -φοβία- όταν είναι υπερβολικά έντονος ή/και όταν οδηγεί σε αποφυγές που χειροτερεύουν την ποιότητα ζωής. Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι ορισμένοι έντονοι φόβοι είναι απολύτως υγιείς (όπως ο φόβος να βάλετε το χέρι σας στη φωτιά, ο φόβος μπροστά σε σκύλους που βγάζουν αφρούς από το στόμα κ.λπ.), καθώς και ότι ορισμένοι έντονοι φόβοι δεν επιδεινώνουν το επίπεδο ζωής. Η φοβία για την οδήγηση, για παράδειγμα, μπορεί να μην απασχολήσει ποτέ ένα άτομο που δεν είναι αναγκασμένο να οδηγεί, αλλά η ίδια φοβία θα ήταν καταστροφική για έναν επαγγελματία οδηγό.

Η διατήρηση των φοβιών. Οι φοβίες που δημιουργούν προβλήματα δεν υποχωρούν με την πάροδο του χρόνου, επειδή ο πάσχων υπερεκτιμά συστηματικά τον κίνδυνο που διατρέχει και οδηγείται σε αποφυγές. Αυτή η κατάσταση τον εμποδίζει να ελέγξει αν ο φόβος του έχει ρεαλιστική βάση και να αναπτύξει τις δεξιότητες αντιμετώπισης

που θα του επέτρεπαν να αντιμετωπίσει τη φοβία του με αυτοπεποίθηση (Χαρίλα, 2002, Καλπάκογλου, 1998).

Οι φοβίες μπορούν να ταξινομηθούν σε μερικές γενικές κατηγορίες. Οι κύριες κατηγορίες είναι οι ειδικές φοβίες, η κοινωνική φοβία και η αγοραφοβία.

- **Οι απλές φοβίες**

Πρόκειται για φοβίες συγκεκριμένων αντικειμένων ή καταστάσεων, τις οποίες μπορούμε εύκολα να κατανοήσουμε και να περιγράψουμε: φοβία για τις σφήκες, υψοφοβία, φοβία για τους ποντικούς κ.λπ. Ιστορικά, οι φοβίες έχουν ταξινομηθεί ανάλογα με το αντικείμενο που προκαλεί το φόβο και έτσι έχουν δημιουργηθεί ορισμένοι ενδιαφέροντες όροι (Καραδήμας, 2004):

- μελισσοφοβία [αγγλ. ariphobia]: φοβία για μέλισσες
- αιματοφοβία [αγγλ. haematorphobia]: φοβία για το αίμα
- αραχνοφοβία [αγγλ. arachnophobia]: φοβία για τις αράχνες
- βροντοφοβία [αγγλ. brontophobia]: φοβία για τις βροντές
- εμετοφοβία [αγγλ. emetophobia]: φοβία για τον εμετό
- υδροφοβία [αγγλ. hydrophobia]: φοβία για το νερό
- οφιδοφοβία [αγγλ. ophidophobia]: φοβία για τα φίδια
- ορνιθοφοβία [αγγλ. ornithophobia]: φοβία για τα πουλιά
- ζωοφοβία [αγγλ. zoophobia]: φοβία για τα ζώα

Ανεξάρτητα από την πηγή του φόβου, σε όλες τις περιπτώσεις ένα αντικείμενο ή μια κατάσταση που εκλαμβάνεται ως απειλή πυροδοτεί μια έντονη αντίδραση άγχους.

- **Οι κοινωνικές φοβίες**

Οι κοινωνικές φοβίες διαφέρουν από τις πολύ ειδικές απλές φοβίες, καθώς σε τέτοιες περιπτώσεις το άτομο φοβάται μία σειρά καταστάσεων κατά τις οποίες είναι πιθανό να εκτεθεί σε κριτική, όπως είναι η ομιλία μπροστά σε κοινό (Μάνος, 1997).

Συνήθως ο πάσχων προβλέπει ότι θα δεχθεί αρνητική κριτική και αυτό τον φοβίζει. Αυτός ο φόβος μειώνει την απόδοση του σε τέτοιες καταστάσεις, τροφοδοτώντας έτσι ένα φαύλο κύκλο ανησυχίας.

- **Η αγοραφοβία**

Αγοραφοβία δεν σημαίνει απλώς το φόβο των ανοικτών χώρων. Είναι ο φόβος της απομάκρυνσης από έναν ασφαλή χώρο, όπως το σπίτι, το αυτοκίνητο, το γραφείο του γιατρού, ή από ένα συνδυασμό χώρων που προσφέρουν ασφάλεια. Ο φόβος συνήθως αντανακλά την προσδοκία του πάσχοντα ότι κάτι τρομερό θα συμβεί στον ίδιο, σε αυτούς που αγαπάει ή στην περιουσία του. Η αγοραφοβία συχνά συνοδεύεται από προσβολές πανικού, επειδή η φοβική αντίδραση είναι πολύ έντονη (Μάνος, 1997).

2.3.2. Ο πανικός

Ο όρος «προσβολή πανικού» αναφέρεται σε έντονο φόβο άμεσου κινδύνου ή επικείμενης καταστροφής σε συνδυασμό με μια πολύ ισχυρή σωματική αντίδραση. Οι πάσχοντες συχνά νιώθουν ότι δεν μπορούν να αναπνεύσουν, αισθάνονται πόνο στο στήθος, πολύ έντονο φόβο και θολώνουν τα μάτια τους. Η έναρξη της προσβολής πανικού είναι πολύ γρήγορη και τα σωματικά συμπτώματα πολύ έντονα, ειδικά αν το άτομο παρουσιάσει υπέρπνοια. Η έντονη αναπνοή ή υπέρπνοια είναι μια συχνή αντίδραση κατά τη διάρκεια του πανικού, η οποία προκαλεί ακόμη πιο δυσάρεστα σωματικά συμπτώματα, όπως ζάλη, μυρμήγκιασμα, μυϊκό πόνο και βούισμα στα αυτιά. Πολλά γεγονότα μπορούν να προκαλέσουν προσβολή πανικού· για παράδειγμα, όταν το άτομο βρίσκεται αντιμέτωπο με το αντικείμενο της φοβίας του και νιώθει ότι δεν μπορεί να το αντιμετωπίσει, παρερμηνεύει τον πόνο στο στήθος του ως καρδιακή προσβολή ή εκλαμβάνει τη ζάλη του ως το πρώτο σύμπτωμα εγκεφαλικού επεισοδίου (Silove & Manicavasagar, 2000).

Η διατήρηση του πανικού. Συχνά ο πανικός συνυπάρχει με άλλες αγχώδεις διαταραχές και τροφοδοτείται από την τάση του ατόμου να βγάζει αυθαίρετα συμπεράσματα που το φοβίζουν: «Δεν μπορώ να το αντιμετωπίσω», «Πεθαίνω!» κ.λπ. Ο πανικός τείνει να συντηρείται εξαιτίας της παρερμηνείας των σωματικών συμπτωμάτων, της υπερεκτίμησης του μεγέθους του κινδύνου, του φόβου για κάποιο μελλοντικό κίνδυνο, της υπέρπνοιας και των αποφυγών (Silove & Manicavasagar, 2000).

2.3.3. Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή

Ο όρος «γενικευμένη αγχώδης διαταραχή» χρησιμοποιείται για να περιγραφεί το επίμονο, διάχυτο άγχος που προκαλεί σχεδόν συνεχή σωματική και νοητική

δυσφορία. Όσοι υποφέρουν από τη διαταραχή αυτή περιγράφουν την κατάσταση τους με δηλώσεις του τύπου: «Δεν υπάρχει στιγμή που να μην ανησυχώ» ή: «Δεν μπορώ να ηρεμήσω ποτέ, πάντοτε κάτι με απασχολεί. Είμαι συνεχώς νευρικός». Πολλές φορές οι πάσχοντες αναφέρουν περιόδους όπου το άγχος γίνεται εντονότερο και συχνά εμφανίζεται «στα καλά του καθουμένου». Αυτή η χρόνια ανησυχία προκαλεί σωματική και συναισθηματική εξάντληση (Stallard, 2011).

Η διατήρηση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής. Γενικά θεωρείται ότι η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή βασίζεται σε ένα πλήθος ανήσυχων σκέψεων ή σε παρερμηνείες ενός μεγάλου αριθμού καταστάσεων ως απειλητικών. Στη θεραπεία όλοι αυτοί οι φόβοι αντιμετωπίζονται ο καθένας ξεχωριστά.

2.3.4. Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή αναφέρεται στην καταναγκαστική εκτέλεση από το άτομο συγκεκριμένων πράξεων ή στην εμμονή του σε συγκεκριμένες νοερές εικόνες ή σκέψεις προκειμένου να ανακουφιστεί από το άγχος. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να νιώθει υποχρεωμένο να πλένει τα χέρια του κατ' επανάληψη ή να ελέγχει αν οι διακόπτες είναι κλειστοί ξανά και ξανά. Ένα άλλο άτομο μπορεί να νιώθει υποχρεωμένο να φέρνει στο μυαλό του και αναγκαστικά την εικόνα της οικογένειας του και να τη βλέπει νοερά υγιή και ασφαλή, ή να επαναλαμβάνει συγκεκριμένες καθησυχαστικές φράσεις. Στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή παρατηρείται μια αλυσίδα αντιδράσεων: αρχικά, κάτι που το άτομο αντιλαμβάνεται ως απειλή προκαλεί μια βασανιστική σκέψη (ή εικόνα), η οποία με τη σειρά της υποχρεώνει τον πάσχοντα να προβεί σε καθησυχαστικές σωματικές ή νοητικές δραστηριότητες (Γκοτζαμάνης, 1996, Chansky, 2008).

Οι πάσχοντες από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή συχνά νιώθουν αμηχανία και ντροπή για το πρόβλημα τους, ενώ πολλοί από αυτούς δεν αποκαλύπτουν ποτέ τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. Ωστόσο, η αντίδραση μας σε μια σκέψη ή μια εικόνα που μας προκαλεί ανησυχία είναι ωφέλιμη, αρκεί να μην είναι υπερβολική. Για παράδειγμα, ένα άτομο βγαίνει από το σπίτι του και σκέφτεται: «Εσβησα την κουζίνα; Θα ήταν επικίνδυνο να την αφήσω αναμμένη όλη την ημέρα». Η σκέψη αυτή μπορεί να το κάνει να γυρίσει πίσω και να ελέγξει την κουζίνα. Επίσης, μια γυναίκα που διαβάζει ένα άρθρο για τον καρκίνο του μαστού, το οποίο της προκαλεί τη σκέψη: «Μπορεί να διατρέχω κίνδυνο», οπότε πηγαίνει να κάνει τις απαραίτητες

ιατρικές εξετάσεις. Ένας πατέρας που, καθώς οδηγεί προς το σπίτι του, βλέπει ένα αυτοκίνητο να χτυπάει μια κοπέλα που βρίσκεται σε ένα ποδήλατο χωρίς φώτα. Η σκηνή αυτή του φέρνει στο μυαλό τη δυσάρεστη εικόνα ενός αυτοκινήτου που τραυματίζει τα δικά του παιδιά, με αποτέλεσμα όταν φτάνει σπίτι να σπεύσει να ελέγξει αν λειτουργούν τα φώτα των ποδηλάτων των παιδιών του (Γκοτζαμάνης, 1996, Chansky, 2008).

Όλες οι παραπάνω αντιδράσεις είναι ωφέλιμες, αλλά θα ήταν δυσλειτουργικές αν νιώθαμε αναγκασμένοι να γυρίσουμε πίσω δέκα φορές και περισσότερο για να ελέγξουμε την κουζίνα, ή αν η γυναίκα καταλαμβάνοταν περιοδικά από φόβους για προβλήματα υγείας και επισκεπτόταν συνέχεια το γιατρό, ή αν ο πατέρας κατακλυζόταν από τρομακτικές εικόνες για τα παιδιά του και γινόταν υπερπροστατευτικός προκειμένου να καθησυχάσει την ανησυχία του.

Η διατήρηση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Οι περισσότεροι άνθρωποι προσπαθούν να αντιμετωπίσουν την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή με αποφυγές, ακολουθώντας δηλαδή μια τακτική που διαιώνίζει το πρόβλημα. Για παράδειγμα, επιστρέφουν είκοσι φορές στο σπίτι προκειμένου να καθησυχάσουν τις δυσάρεστες σκέψεις τους για τον κίνδυνο πυρκαγιάς, αναζητούν συνεχείς καθησυχαστικές επιβεβαιώσεις από το γιατρό για να αποφύγουν επίμονους φόβους σχετικά με προβλήματα υγείας ή περιορίζουν τις δραστηριότητες των παιδιών τους προκειμένου να καταπραΰνουν την ανησυχία τους γι' αυτά. Κατ' αυτό τον τρόπο δεν μαθαίνουν ποτέ ότι οι φόβοι τους δεν έχουν ρεαλιστική βάση ή ότι μπορούν να τους υπομείνουν. Το αποτέλεσμα είναι οι φόβοι τους να διατηρούν την ένταση τους στο ακέραιο (Γκοτζαμάνης, 1996, Chansky, 2008).

2.3.5. Η διαταραχή μετά από μετατραυματική ψυχολογική πίεση

Η διαταραχή μετά από μετατραυματική ψυχολογική πίεση αναφέρεται σε μια αντίδραση που ακολουθεί τραυματικά γεγονότα έξω από τα συνηθισμένα, όπως τροχαία δυστυχήματα, βιασμοί, φυσικές καταστροφές κ.λπ. Οι πρώτες έρευνες σχετικά με τη διαταραχή αυτή έγιναν σε στρατιώτες που επέστρεφαν από πολεμικές επιχειρήσεις παρουσιάζοντας χαρακτηριστικές ακραίες αντιδράσεις ψυχολογικής πίεσης. Το κύριο χαρακτηριστικό της εν λόγω διαταραχής, το οποίο συνήθως συνοδευόταν από τα κλασικά συμπτώματα άγχους, ήταν επαναλαμβανόμενες έντονες αναμνήσεις ή όνειρα του συγκεκριμένου γεγονότος. Σε ορισμένες περιπτώσεις

συνυπήρχαν και μεταβολές στην ένταση των συναισθηματικών αντιδράσεων, όπως πολύ αυξημένη ευαισθησία στον τρόμο ή έντονη τάση για κλάμα. Μερικές φορές η μετατραυματική αντίδραση επιφέρει συναισθηματικό μούδιασμα, που σημαίνει ότι το άτομο έχει περιορισμένες συναισθηματικές αντιδράσεις ή αμβλυμμένα και απονεκρωμένα συναισθήματα. Η διαταραχή αυτή αποδείχθηκε ότι είναι η τυπική συνέπεια ποικίλων τραυματικών γεγονότων και ότι αντανακλά μια φυσική διεργασία ανάληψης που απαιτεί μερικούς μήνες για να ολοκληρωθεί (Μάνος, 1997, Meiser-Stedman, Yule, Smith, Glucksman & Dalgleish, 2005)

Η διατήρηση της διαταραχής μετά από μετατραυματική ψυχολογική πίεση. Παρότι η αντίδραση σε ψυχολογική πίεση που σχετίζεται με τραυματικά γεγονότα συνήθως υποχωρεί χωρίς παρέμβαση, σε κάποιες περιπτώσεις εξελίσσεται σε μακροχρόνιο πρόβλημα, ιδίως αν ο πάσχων αποφεύγει άτομα, μέρη ή οτιδήποτε άλλο μπορεί να αναζωπυρώσει αναμνήσεις του τραυματικού γεγονότος. Αυτές οι αποφυγές μπορεί να εκφράζονται είτε σε επίπεδο συμπεριφοράς είτε σε νοητικό επίπεδο, αλλά και στις δύο περιπτώσεις συμβάλλουν στη διατήρηση των συμπτωμάτων της διαταραχής. Μολονότι μπορεί να προκαλεί μεγάλη δυσφορία, η κατά μέτωπο αντιμετώπιση των αναμνήσεων του τραυματικού γεγονότος φαίνεται να είναι ένας από τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης της διαταραχής μετά από μετατραυματική ψυχολογική πίεση (Μάνος, 1997, Nugent, Amstadter & Koenen, 2008).

2.3.6. Τα προβλήματα σωματικής υγείας και η υποχονδρίαση

Η αντίδραση στην ψυχολογική πίεση είναι μια αντίδραση με έντονα σωματικά συμπτώματα και αν είναι παρατεταμένη, μπορεί να γίνει δυσάρεστη και να προκαλέσει σωματικά προβλήματα.

Τα προβλήματα σωματικής υγείας

Μερικές φορές τα σωματικά συμπτώματα αποτελούν την πρώτη ένδειξη ότι το άτομο έχει υπερβολική ψυχολογική πίεση. Συνήθη σωματικά συμπτώματα είναι η αϋπνία, τα γαστρεντερικά προβλήματα, ο πονοκέφαλος, η αυξημένη πίεση, η επιδείνωση του άσθματος, η δυσκολία στην κατάποση, η ναυτία, η ζάλη και η διάρροια (Kennerley, 1999).

Η διατήρηση των προβλημάτων σωματικής υγείας. Η ψυχολογική πίεση μπορεί να συμβάλει τόσο στην πρόκληση όσο και στη διατήρηση των σωματικών συμπτωμάτων. Ένα παιδάκι μπορεί να έχει ναυτία και διάρροια επειδή οι απαιτήσεις του σχολείου του προκαλούν ψυχολογική πίεση. Αυτή η σωματική αντίδραση είναι δυνατόν με τη σειρά της να του προκαλέσει πρόσθετη ανησυχία, γεγονός που θα συντηρήσει την ψυχολογική πίεση και την αδιαθεσία. Ένας άνδρας μπορεί να ανακαλύψει ότι έχει αυξημένη αρτηριακή πίεση και γι' αυτό το λόγο να νιώσει τόσο έντονη ανησυχία ώστε να αυξηθεί το άγχος του και κατά συνέπεια να αυξηθεί ακόμη περισσότερο η πίεση του (Kennerley, 1999, Robin & Leslie, 2006).

Η υποχονδρίαση

Ο όρος αυτός περιγράφει ένα πρόβλημα που σχετίζεται με την ψυχολογική πίεση. Στην υποχονδρίαση ο πάσχων νιώθει δυσφορία εξαιτίας κάποιας αντίδρασης την οποία αντιλαμβάνεται ως σύμπτωμα. Συχνά σχετίζεται με υπερβολική ευαισθησία του ατόμου στις φυσιολογικές σωματικές αισθήσεις και/ή με υπερβολική ανησυχία και φόβο μήπως κολλήσει κάποια σοβαρή ασθένεια.

Η διατήρηση της υποχονδρίασης. Η ανησυχία που σχετίζεται με την υποχονδρίαση είναι τόσο έντονη, ώστε το άτομο δεν αποδέχεται τις καθησυχαστικές διαβεβαιώσεις, αν και τις αναζητά κατ' επανάληψη. Οι συνεχείς καθησυχαστικές διαβεβαιώσεις δεν βοηθούν γιατί εμποδίζουν το άτομο να μάθει να καθησυχάζει τον εαυτό του και να υπερνικά τους φόβους του για θέματα υγείας. Η υποχονδρίαση συντηρείται και εξαιτίας των επαναλαμβανόμενων ελέγχων για ενδείξεις ασθένειας. Όλοι έχουμε ήπιες σωματικές ενοχλήσεις και όλοι κατά καιρούς παρουσιάζουμε ένα οίδημα ή βγάζουμε σπυράκια. Έτσι, οποιοσδήποτε αναζητά τέτοιες ενδείξεις μπορεί να τις βρει και να τρομάξει από την ανακάλυψη τους. Επιπλέον, αν κάποιος τρίβει και ερεθίζει τα σπυράκια του, θα τα κάνει χειρότερα και θα τρομάξει ακόμη περισσότερο (Kennerley, 1999, Robin & Leslie, 2006).

2.3.7. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης

Πρόκειται για έναν καινούριο όρο, ο οποίος χρησιμοποιείται για να περιγράψει την αντίδραση του ατόμου σε μια κατάσταση συνεχούς ψυχολογικής πίεσης που έχει περάσει απαρατήρητη, μέχρι ο πάσχων (πιθανώς με την υπόδειξη κάποιου άλλου) να συνειδητοποιήσει ότι δεν την αντιμετωπίζει. Η μακροχρόνια ψυχολογική πίεση

μπορεί να είναι είτε «θετική», όπως υπερβολικός φόρτος εργασίας, πιεστικές προθεσμίες ή μη ρεαλιστικοί στόχοι, είτε «αρνητική», όπως ανία στη δουλειά, έλλειψη αυτονομίας ή κάποια απογοήτευση. Ανεξάρτητα από την αιτία, τα συμπτώματα είναι παρόμοια με αυτά που σχετίζονται με τις διαταραχές της ψυχολογικής πίεσης, αλλά τείνουν να είναι πιο έντονα γιατί το άτομο αγνοεί την ψυχολογική πίεση και αδιαφορεί, μέχρι αυτή να γίνει τόσο έντονη και να φτάσει σε τέτοια επίπεδα που να επηρεάζει την ευεξία του και την απόδοση του στην εργασία (Kennerley, 1999, Geiger- Brown, Muntaner & Lipscomb, 2004).

Η διατήρηση της υπερβολικής ψυχολογικής πίεσης. Το άτομο μπορεί να αγνοεί την ψυχολογική πίεση που βιώνει λόγω συνήθειας, όπως η μητέρα που φέρνει σε πέρας τις χιλιάδες υποχρεώσεις της χωρίς να σταματά για να αναλογιστεί την πίεση που υφίσταται ή μπορεί να παρερμηνεύει την ψυχολογική πίεση ως «έντονη δραστηριοποίηση», όπως ο ενθουσιώδης χρηματιστής που λέει ότι «ζει για την ένταση» και το διασκεδάζει ή μπορεί το κίνητρο του ατόμου να υπερκαλύπτει το αίσθημα της ψυχολογικής πίεσης, όπως ο φιλόδοξος επιχειρηματίας που θέλει να πετύχει με κάθε τρόπο ή, τέλος, επειδή το άτομο μπορεί να αρνείται ή να φοβάται να πει «Όχι» και έτσι καταλήγει να αναλαμβάνει πάρα πολλές υποχρεώσεις και να επιβαρύνει το πρόγραμμα του (Kennerley, 1999, Geiger- Brown, Muntaner & Lipscomb, 2004).

2.3.8. Πώς μπορούμε να μετρήσουμε το άγχος

Μπορούμε να εντοπίσουμε σε ποια φάση του κύκλου άγχους βρισκόμαστε μετρώντας τις τιμές των ορμονών (DHEA, ACTH, κορτιζόλη, θυροξίνη) που περιέχονται στο σάλιο. Και αυτό γιατί από τη στιγμή που οι ορμόνες εκκρίνονται, οι περισσότερες προσκολλώνται στις πρωτεΐνες του αίματος. Μόνο ένα μέρος από αυτές παραμένει ανεξάρτητο και έτοιμο να μεταβιβάσει τα κατάλληλα μηνύματα και αυτή η ανεξάρτητη ποσότητα είναι εμφανέστερη στο σάλιο παρά στο αίμα (Holford, 1999).

2.4. Η αντιμετώπιση των προβλημάτων

Οι παραδοσιακές επιλογές για την αντιμετώπιση της ανησυχίας, του φόβου και του άγχους είναι οι ψυχολογικές μέθοδοι και/ή τα φάρμακα. Παρότι τα φάρμακα ήταν πολύ διαδεδομένα στη δεκαετία του 1970 και στις αρχές της δεκαετίας του 1980, τον

τελευταίο καιρό οι ψυχολογικές μέθοδοι γίνονται ολοένα και πιο δημοφιλείς. Τα ηρεμιστικά φάρμακα δεν είναι απαραίτητως κάτι κακό στο βαθμό που η λήψη τους γίνεται υπό ιατρική παρακολούθηση. Μπορεί μάλιστα να είναι πολύ χρήσιμα σε περιόδους κρίσης, αλλά η μακροχρόνια χρήση τους γενικά δε θεωρείται ωφέλιμη (Μάνος, 1997, Γκοτζαμάνης, 1996).

Υπάρχουν πολύ ισχυρά επιχειρήματα για τα πλεονεκτήματα της ψυχολογικής προσέγγισης σε σχέση με τη φαρμακευτική. Κατ' αρχάς, υπάρχουν αποδείξεις ότι τα φάρμακα προκαλούν εξάρτηση, χωρίς να είναι περισσότερο αποτελεσματικά από την ψυχοθεραπεία. Κατά δεύτερο λόγο, τα φάρμακα μπορεί να προσφέρουν στον πάσχοντα ένα μέσο συγκαλυμμένων αποφυγών, με αποτέλεσμα να αναπτύσσεται ψυχολογική εξάρτηση. Κατά τρίτο λόγο, υπάρχει η πιθανότητα τα ηρεμιστικά απλώς να καλύπτουν τα συμπτώματα της ανησυχίας, του φόβου και του άγχους, χωρίς να στοχεύουν στην αιτία του προβλήματος, με αποτέλεσμα το άτομο να συνεχίζει να είναι ευάλωτο στην ψυχολογική πίεση. Τέλος, η χρήση των φαρμάκων μπορεί να έχει δυσάρεστες παρενέργειες και να αυξήσει το άγχος των ανθρώπων που είναι ιδιαίτερος ευαίσθητοι στις σωματικές αλλαγές (Μάνος, 1997, Γκοτζαμάνης, 1996).

Από την άλλη πλευρά, ολοένα και περισσότερα στοιχεία δείχνουν ότι οι πάσχοντες από αγχώδεις διαταραχές μπορούν να ωφεληθούν από προγράμματα αυτοβοήθειας, υπό την απαραίτητη προϋπόθεση όμως ότι το πρόγραμμα είναι οργανωμένο με τέτοιο τρόπο, ώστε να επιτρέπει στον πάσχοντα να ακολουθήσει ρεαλιστικούς ρυθμούς και ότι οι τεχνικές που περιλαμβάνονται σ' αυτό θα γίνουν κτήμα του ατόμου μέσω εντατικής πρακτικής εξάσκησης. Οποιοσδήποτε επιθυμεί να μειώσει τη χρήση των ηρεμιστικών πρέπει να γνωρίζει ότι απαιτείται χρόνος για την εκμάθηση και την πρακτική εξάσκηση των στρατηγικών αυτοβοήθειας.

Η εκμάθηση δεξιοτήτων αυτοβοήθειας σε αντικατάσταση των φαρμάκων είναι ένας από τους ασφαλέστερους τρόπους για την απαλλαγή από τα ηρεμιστικά, αλλά είναι πιθανό η διαδικασία αυτή να γίνει πιο δύσκολη εξαιτίας συμπτωμάτων στέρησης. Τα συμπτώματα αυτά δεν εμφανίζονται σε όλες τις περιπτώσεις. Παρ' όλα αυτά, θα πρέπει πάντα το άτομο να συμβουλευεται το γιατρό του προτού προβεί σε αλλαγές της δόσης που παίρνει και θα πρέπει να του αναφέρει τις ενοχλήσεις που πιθανώς αισθάνεται. Τα συχνότερα συμπτώματα στέρησης είναι τα εξής (Μάνος, 1997, Γκοτζαμάνης, 1996, Robin & Leslie, 2006):

αισθήματα άγχους·

- δυσκολία συγκέντρωσης, προβλήματα μνήμης·

- ταραχή, νευρικότητα·
- στομαχικές ενοχλήσεις·
- υπερευαισθησία·
- αισθήματα μη πραγματικότητας·
- σωματική ένταση και πόνοι·
- αλλαγές στην όρεξη·
- δυσκολίες στον ύπνο.

Αν όντως εμφανισθούν συμπτώματα στέρησης, είναι σημαντικό το άτομο να καθησυχάσει τον εαυτό του σκεπτόμενο ότι τα συμπτώματα αυτά είναι προσωρινά και ότι γρήγορα ο οργανισμός του θα προσαρμοστεί στη διακοπή της χρήσης του φαρμάκου. Όταν επίσης το άτομο μειώνει τη δόση που παίρνει, είναι καλό να προσπαθήσει να μην αντικαταστήσει το φάρμακο καταναλώνοντας οινοπνευματώδη, τρώγοντας υπερβολικά ή καπνίζοντας, αφού το μόνο που θα καταφέρει με αυτό τον τρόπο είναι να αποκτήσει νέα προβλήματα που θα το γεμίσουν ανησυχία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

Άγχος και σωματική νόσος: Η επίδραση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων

Η αγχώδης διάθεση αποτελεί μία από τις συχνότερες ψυχιατρικές επιπλοκές στους μη ψυχιατρικούς ασθενείς. Ειδικότερα, σε αυτούς που νοσηλεύονται στα γενικά νοσοκομεία καλύπτει σταθερά ποσοστό πάνω από 50%, στις διάφορες μελέτες αξιολόγησης των λόγων παραπομπής για ψυχιατρική εκτίμηση. Σε αρκετές μελέτες (Katon & Sullivan, 1990; Rodin & Voshart, 1986; Wise & Taylor, 1990) έχει διαπιστωθεί ότι στο 12-36% των ασθενών που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία με σωματική συμπτωματολογία και περίπου στο 22-33% των νοσηλευομένων ασθενών συνυπάρχουν συμπτώματα αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης, βάσει αυτοβαθμολογουμένων από τον ασθενή σχετικών κλιμάκων. Όταν η εκτίμηση γίνεται με χρήση δομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης, αγχώδη διαταραχή εμφανίζεται στο 4,8-9,2% των εξωτερικών παθολογικών ασθενών και στο 11-26% των νοσηλευομένων για μη ψυχιατρικούς λόγους ασθενών των νοσοκομείων. Στο γενικό πληθυσμό, ο επιπολασμός σημείου (point prevalence), κατόπιν δομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης, είναι της τάξης του 2-6%. Όπως διαπιστώνεται από τα προαναφερθέντα, η αύξηση της επίπτωσης της αγχώδους διαταραχής από το γενικό πληθυσμό στους εξωτερικούς ασθενείς και τους νοσηλευόμενους ασθενείς είναι γραμμική, γεγονός που υποσημαίνει συσχέτιση αυτής με τη βαρύτητα της σωματικής νόσου.

Σε έρευνες που έχουν εκπονηθεί σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών, έχουν βρεθεί τα εξής: Το άγχος είναι η συνηθέστερη ψυχολογική επιπλοκή στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και εκφράζει συνήθως μία απάντηση στην πραγματική και απειλητική αλλά και φαντασιωσική απώλεια. Οι εκδηλώσεις του άγχους περιλαμβάνουν μία διαρκή αγχώδη διάθεση, μία μειωμένη εικόνα του εαυτού (μειωμένη αυτοεκτίμηση) και συναισθήματα απελπισίας (Θεοφίλου, 2008; Karamanidou, Theofilou, Ginieri - Coccossis, Synodinou & Papadimitriou, 2009; Yang, Kuo, Wang, Lin & Su, 2005; Lan Hsieh et al., 2010). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (M.T.N.) του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης, αξιοσημείωτο ήταν το γεγονός ότι οι γυναίκες του

επιλεγόμενου δείγματος παρουσίαζαν κάποιας μορφής άγχους σε ποσοστό 100% (Οικονομίδου, Ζλατάνος, Βαϊόπουλος & Χατζηδημητρίου, 2005).

Το άγχος είναι πιο κοινό στην ομάδα των αιμοκαθαιρόμενων παρά στην ομάδα των περιτοναϊκών ασθενών ενώ συνδέεται με την έλλειψη ενεργητικότητας (Ginieri-Coccossis et al., 2008; Ginieri - Coccossis & Theofilou, 2007; Θεοφίλου, Συνοδινού & Τζινιέρη - Κοκκώση, 2006; Τζινιέρη - Κοκκώση, Θεοφίλου, Συνοδινού & Τομαράς, 2007; Οικονομίδου και συν., 2005; Yucedal et al., 2003).

Η διαφοροποίηση αυτή είναι ενδεχόμενο να εξηγείται από το γεγονός ότι στην ομάδα των ασθενών του τεχνητού νεφρού επικρατεί η εξάρτηση από το μηχάνημα της αιμοκάθαρσης, η έλλειψη δυνατότητας άλλων επιλογών, η ψυχοφθόρα προστριβή με το νοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας, καθώς και οι έντονοι περιορισμοί που οδηγούν στην εμφάνιση αγχώδους διάθεσης (Kimmel et al., 1995; Μοσχοπούλου & Σαββιδάκη, 2003). Επίσης, το ποσοστό των αυτοκτονιών στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς είναι υψηλότερο, στο οποίο θα μπορούσε να συνυπολογιστεί το ποσοστό των θανάτων που προέρχονται από διαιτολογικές παραβιάσεις (Daugirdas & Todd, 1988; Gokal, 2002; Οικονομίδου και συν., 2005).

Η Θεοφίλου (2011) σε μελέτη που πραγματοποίησε αναφορικά με τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου έδειξε ότι οι γυναίκες ασθενείς παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά άγχους, κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού σε σύγκριση με τους άνδρες. Επιπλέον, οι γυναίκες αξιολογούν πιο αρνητικά την ποιότητα ζωής τους καθώς και το γενικότερο επίπεδο υγείας τους (Theofilou, 2011). Η ίδια ερευνήτρια μέσα από τη μελέτη που εκπόνησε για την ψυχική υγεία και τη σεξουαλική λειτουργικότητα των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας έδειξε την επίδραση των κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών με τις γυναίκες να εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό άγχους σε σχέση με τους άνδρες ασθενείς (Theofilou & Zyga, 2013).

Επιπρόσθετα, οι παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος, πολύ συχνά, επιδρούν στην ψυχική κατάσταση του ατόμου προκαλώντας ήπιες ή σοβαρότερες, περιστασιακές ή μονιμότερες ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις. Όπως είναι γνωστό, οι καρδιακές παθήσεις με πτωχή καρδιακή παροχή, όπως η στεφανιαία νόσος, μπορούν να προκαλέσουν γενικευμένη μείωση της εγκεφαλικής αιμάτωσης και μακροπρόθεσμα να οδηγήσουν σε συγχυτική, αγχώδη, αλλά και καταθλιπτική συμπτωματολογία (Τζιάλλας, Παπαγεωργίου, Μητσάκη, Σιώпка, 2006). Σύμφωνα με τους Gottlieb, Khatta, Friedmann & συν. (2004), η επικράτηση του άγχους στο γενικό

πληθυσμό με καρδιολογικά προβλήματα είναι 25% και στους ασθενείς με σοβαρά καρδιολογικά προβλήματα, η επικράτηση των διαταραχών κατάθλιψης - άγχους ξεπερνούν το 50%. Ενδιαφέρον παρουσιάζει σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα από τους Ρίζο, Ρόντο, Παπαστεριάδη και Λύκουρα (2004), στην οποία σε 45 από τους συνολικά 73 ασθενείς (ποσοστό 61,6%) διεγνώσθη ψυχικό νόσημα, ενώ η αγχώδης διαταραχή, το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και ο αλκοολισμός ήταν οι πιο συχνά απαντώμενες ψυχικές διαταραχές. Στην εργασία τους τονίζουν ότι αποτελεί κοινή παραδοχή το γεγονός ότι η ολιγοήμερη νοσηλεία ασθενούς σε μία καρδιολογική μονάδα για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου προκαλεί έντονο στρες.

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις προκαλούν στους ασθενείς σημαντική σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση. Το άγχος διαταράσσει τη λειτουργικότητα του ατόμου, επιβαρύνει τη νοσηρότητα της πρωτογενούς νόσου και αυξάνει την θνησιμότητα (Τζιάλλας, Παπαγεωργίου, Μητσάκη & Σιώпка, 2006). Σε αυτούς τους ασθενείς τα καρδιολογικά προβλήματα συνδέονται με την ανάπτυξη έντονου συναισθηματικού στρες με την πάροδο του χρόνου και την ανάγκη να προσαρμοστούν σταδιακά σε μόνιμες αλλαγές ως προς τις σωματικές τους λειτουργίες, προσβολή της προσωπικής τους εικόνας και της αυτοεκτίμησής τους, αλλαγές στους ψυχοκοινωνικούς τους ρόλους, προοδευτική απώλεια της αυτονομίας τους και στρεσογόνα ερεθίσματα, όπως άγχος, ενοχή, θυμός, ανημπόρια και ένα αβέβαιο και απρόβλεπτο μέλλον.

Οι ασθενείς που παρουσιάζουν κατάθλιψη και άγχος μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για φτωχά αποτελέσματα ως προς την ποιότητα ζωής τους συγκριτικά με τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς (Mayoo, Gill, Thompson et al., 2000): χρησιμοποιούν πιο πολλές ιατρικές υπηρεσίες (Frasure-Smith, Lesperance, Gravel et al., 2000) και είναι λιγότερο πιθανό να συμμορφωθούν με τη φαρμακευτική αγωγή και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής τους (Ziegelstein, Fauerbach, Stevens, Romanelli et al., 2000). Ελλιπής κοινωνική υποστήριξη, μάλιστα, σχετίζεται με υψηλότερη νοσηρότητα και θνητότητα κυρίως στους νεότερους ασθενείς (Barefoot, Brummett, Clapp-Channing et al., 2000). Υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν ότι οι ίδιες οι καρδιακές παθήσεις είναι πιθανό να συνδέονται αιτιολογικά με την εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης καθώς υπάρχουν περιοχές του εγκεφάλου που δυσλειτουργούν σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις (Alves, Rays, Fraguas, Wajngarten, Telles, De Souza et al., 2006) και οι οποίες είναι γνωστό ότι συνδέονται με την παθοφυσιολογία της κατάθλιψης, ενώ σύμφωνα και με τον

Alexopoulos (2003) φαίνεται εύλογη η υπόθεση ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν ως συνέπεια νοσημάτων του καρδιαγγειακού συστήματος.

Στα πλαίσια μελέτης των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και το πώς επηρεάζουν τη ζωή του υγιούς πληθυσμού δημιουργώντας άγχος, έχει φανεί ότι η ανεργία και το χαμηλό οικονομικό επίπεδο είναι καθοριστικοί παράγοντες.

Ειδικότερα, η ανεργία οδηγεί το άτομο στην ανάπτυξη ποικίλων αρνητικών συναισθημάτων, όπως είναι η απογοήτευση, ο θυμός, η θλίψη, η ανησυχία, η πικρία, η απελπισία (Λεχουρίτης, 2002). Η αίσθηση ανικανότητας για να συντηρήσει το άτομο τον εαυτό του αλλά και την οικογένειά του κορυφώνεται ενώ ο φόβος (πού θα βρει αλλού εργασία ή αν θα τον απολύσουν) κυριαρχεί στην καθημερινή του ζωή. Επίσης, η κατάθλιψη, η οποία σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να συνοδεύεται και από αυτοκτονικό ιδεασμό, καθώς και το άγχος γίνονται όλο και πιο έντονα, με αποτέλεσμα το άτομο να φθάσει ακόμη και στην αυτοχειρία ή να αναζητήσει διέξοδο στο αλκοόλ ή τις ναρκωτικές ουσίες. Με τη σειρά της, η μακροχρόνια ανεργία θρυμματίζει την αυτοεκτίμηση και αξιοπρέπεια του ατόμου και αποφέρει δραματικές αλλαγές στην ψυχική του λειτουργία και τις αντιδράσεις του. Μπορεί να εμφανιστεί απάθεια, νευρικότητα, έλλειψη επιθυμίας για βελτίωση, έλλειψη ευχαρίστησης και ικανοποίησης, ανηδονία, απομόνωση, κλονίζεται η αυτοπεποίθηση και η εμπιστοσύνη τόσο στον εαυτό του όσο και στους γύρω του. Όλα τα προαναφερόμενα έχουν ως αποτέλεσμα να επηρεαστούν άμεσα οι οικογενειακές και οι κοινωνικές σχέσεις (Λεχουρίτης, 2002).

Έρευνες που έχουν εκπονηθεί στο εξωτερικό έχουν δείξει ότι η ανεργία μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών καθώς και στη χρήση αλκοόλ (Popovici & French, 2013, Dee, 2001, Ettner, 1997, Winton et al., 1986).

ΜΕΡΟΣ Β΄: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

Μεθοδολογία

4.1. Σκοπός της έρευνας

Βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας είναι, να διερευνηθεί πόσο αυξημένο σε περίοδο οικονομικής κρίσης, την οποία βιώνει η χώρα μας, είναι το άγχος στο γενικό πληθυσμό, αλλά και εάν υπάρχουν διαφοροποιήσεις των επιπέδων του άγχους ανάμεσα σε έναν πληθυσμό νησιωτικής γεωγραφικής περιφέρειας (Χανιά) και σε ένα πληθυσμό ηπειρωτικής γεωγραφικής περιφέρειας(Λακωνία). Ειδικότερα, τα διερευνητικά ερωτήματα της εργασίας είναι τα εξής:

- 1) Ποιος είναι ο βαθμός (& στις 13 ερωτήσεις της κλίμακας Hamilton) αγχώδους διάθεσης, σε τυχαίο δείγμα κατοίκων του Ν. Λακωνίας
- 2) Ποιος είναι ο βαθμός αγχώδους διάθεσης, σε τυχαίο δείγμα κατοίκων του Ν. Λακωνίας σε σχέση με κάθε δημογραφικό και κοινωνικοοικονομικό παράγοντα.
 - 2α) Με βάση:
 - το φύλο
 - την ηλικία
 - την εκπαίδευση
 - το εισόδημα
 - την οικογενειακή κατάσταση
 - το επάγγελμα
 - τις δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο
 - το αν είναι καπνιστής
 - 3) Ποιος είναι ο βαθμός (& στις 13 ερωτήσεις της κλίμακας Hamilton) αγχώδους διάθεσης, σε τυχαίο δείγμα κατοίκων του Ν. Χανίων
 - 4) Ποιος είναι ο βαθμός αγχώδους διάθεσης, σε τυχαίο δείγμα κατοίκων του Ν. Χανίων σε σχέση με κάθε δημογραφικό και κοινωνικοοικονομικό παράγοντα.
 - 4α) Με βάση:
 - το φύλο

- την ηλικία
 - την εκπαίδευση
 - το εισόδημα
 - την οικογενειακή κατάσταση
 - το επάγγελμα
 - τις δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο
 - το αν είναι καπνιστής
- 5) Σύγκριση (όλων των παραπάνω) βαθμού αγχώδους διάθεσης μεταξύ των πληθυσμών των δύο νομών.

4.2. Δείγμα

Πρόκειται για μια περιγραφική μελέτη συσχέτισης, στην οποία έλαβαν μέρος 300 άτομα από το νομό Χανίων και 300 άτομα από το νομό Λακωνίας. Εξ' αυτών το 51,8% ήταν γυναίκες και το 48,2% ήταν άνδρες. Το δείγμα επιλέχθηκε τυχαία και δόθηκαν δεκαπέντε (15) λεπτά προκειμένου οι συμμετέχοντες να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια.

4.3. Ηθικά θέματα

Κίνδυνοι για τους συμμετέχοντες δεν υπήρξαν. Εφαρμόστηκαν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, εξασφαλίστηκε η συγκατάθεση των ατόμων μετά από ενημέρωση. Η συμμετοχή στη μελέτη ήταν εθελοντική και τηρήθηκε η ανωνυμία, τα δεδομένα δε, θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Επιπλέον, δόθηκε η υπ' αριθμ.1359/26-09-2014 άδεια από την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

4.4. Εργαλεία Μέτρησης

Για τη διεκπεραίωση της έρευνας και μελέτης χρησιμοποιήθηκαν ερευνητικά εργαλεία: 1) το ερωτηματολόγιο για τα Δημογραφικά και Κοινωνικοοικονομικά στοιχεία και 2) το ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση του άγχους Hamilton.

- 1) Το ερωτηματολόγιο με τα Δημογραφικά και Κοινωνικοοικονομικά στοιχεία αποτελείται από 22 ερωτήσεις. Cronbach's $\alpha = 0,773$.

- 2) Το ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση του άγχους Hamilton. Πρόκειται για ένα ψυχολογικό ερωτηματολόγιο μέσω του οποίου εκτιμάται ο βαθμός άγχους που βιώνει ένα άτομο. Περιέχει 13 ερωτήσεις προσαρμοσμένες σε συμπτώματα και κάθε ερώτηση βαθμολογείται από 0-4. Η συνολική βαθμολογία του 0-17 θεωρείται ήπια, 18-25 ήπιας έως μέτριας βαρύτητας, και 26-30 μέτρια έως σοβαρή. Συνολικά σκορ άνω των 30 είναι σπάνια, αλλά δείχνουν πολύ σοβαρή ανησυχία. Cronbach's $\alpha = 0,846$.

4.5. Ανάλυση δεδομένων:

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο IBM SPSS22. Σε όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 5%.

Οι στατιστικές μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων είναι:

Έλεγχος Kruskal-Wallis, έλεγχος διαμέσου.

Έλεγχος Welch test.

Έλεγχος μέσης τιμής (τυπική απόκλιση).

Έλεγχος συχνότητας (%).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΜΕΡΟΣ Α΄: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για να ελεγχθεί η ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των διαφορετικών μεταβλητών εφαρμόστηκε ανάλογα με την κανονικότητα των δεδομένων, ο έλεγχος μέσης τιμής (τυπική απόκλιση), ο έλεγχος συχνότητας (%), ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis και ο έλεγχος Welch test. Τα δεδομένα της έρευνας αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics για τα windows, έκδοση 22, ενώ το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ίσο με $\alpha = 0,005$.

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δεδομένων, μετά τη συλλογή και επεξεργασία των ερωτηματολογίων.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Δημογραφικά

Στη μελέτη έλαβαν μέρος 300 άτομα από το νομό Χανίων και 300 άτομα από το νομό Λακωνίας. Εξ' αυτών το 51,8% ήταν γυναίκες και το 48,2% ήταν άνδρες. Από το νομό Χανίων το 41,7% ήταν άνδρες και το 58,3 γυναίκες, ενώ από το νομό Λακωνίας το 54,7% ήταν άνδρες και το 45,3 γυναίκες. Τα δύο τρίτα σχεδόν των συμμετεχόντων (72,4%) είχαν ηλικία από 21 έως 60 ετών, το 22,4% άνω των 60 και μόλις το 5,3% κάτω των 21 ετών. (Πίνακας 1)

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

		Σύνολο		Ν. Χανίων		Ν. Λακωνίας		p-value
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	
Φύλο	Άνδρας	289	48,2	125	41,7	164	54,7	0,001
	Γυναίκα	311	51,8	175	58,3	136	45,3	
Ηλικία	16-20	32	5,3	21	7,0	11	3,7	0,882
	21-28	78	13,0	35	11,7	43	14,3	
	29-35	60	10,0	29	9,7	31	10,3	
	36-50	172	28,7	87	29,0	85	28,3	

	51-60	124	20,7	60	20,0	64	21,3
	61-70	64	10,7	30	10,0	34	11,3
	70+	70	11,7	38	12,7	32	10,7

Πίνακας 1

Εκπαίδευση – Εισόδημα

Το 43,3% είχε τελειώσει Γυμνάσιο/Λύκειο/ΙΕΚ, το 28,7% ήταν απόφοιτο ΤΕΙ/ΑΕΙ/Μεταπτυχιακού, το 26,5% είχε τελειώσει μόνο το δημοτικό ενώ το 1,5% ήταν αγράμματο. Στο νομό Χανίων το 40,3% είχε τελειώσει Γυμνάσιο/Λύκειο/ΙΕΚ, το 28,3% ήταν απόφοιτο ΤΕΙ/ΑΕΙ/Μεταπτυχιακού, το 31% είχε τελειώσει μόνο το δημοτικό ενώ μόλις το 0,3% ήταν αγράμματο. Στο νομό Λακωνίας το 46,3% είχε τελειώσει Γυμνάσιο/Λύκειο/ΙΕΚ, το 29% ήταν απόφοιτο ΤΕΙ/ΑΕΙ/Μεταπτυχιακά, το 22% είχε τελειώσει μόνο το δημοτικό, ενώ το 2,7% ήταν αγράμματο. Το 62,9% των ατόμων είχε ετήσιο οικογενειακό εισόδημα έως 15.000 ευρώ και το 37,1% πάνω από 15.001 ευρώ. Στο νομό Χανίων το 66,0% είχε ετήσιο οικογενειακό εισόδημα έως 15.000 ευρώ, ενώ στο νομό Λακωνίας το 59,6%. Πάνω από 15.001 ευρώ το ποσοστό στο νομό Χανίων ήταν 34,0%, ενώ στο νομό Λακωνίας ήταν αρκετά υψηλότερο (40,4%). Προέκυψε ότι οι δυο νομοί διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ως προς το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα ($p = 0,014$), με τους Λακωνες να έχουν δηλώσει υψηλότερα οικογενειακά εισοδήματα από τους Χανιώτες. (Πίνακας 2)

		Σύνολο		Ν. Χανίων		Ν. Λακωνίας		p-value
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Αγράμματος	9	1,5	1	0,3	8	2,7	0,434
	Έως Δημοτικό	159	26,5	93	31,0	66	22,0	
	Γυμνάσιο/ Λύκειο/ΙΕΚ	260	43,3	121	40,3	139	46,3	
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/Μεταπτυχιακά	172	28,7	85	28,3	87	29,0	
Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα	0 έως 5.000	159	26,5	89	29,7	70	23,3	0,014
	5.001 έως 10.000	115	19,2	67	22,3	48	16,0	
	10.001 έως 15.000	103	17,2	42	14,0	61	20,3	

15.001 έως 20.000	71	11,8	36	12,0	35	11,7
20.001 έως 25.000	66	11,0	30	10,0	36	12,0
25.001 έως 30.000	44	7,3	17	5,7	27	9,0
Άνω των 30.001	42	7,0	19	6,3	23	7,7

Πίνακας 2: Εκπαίδευση και εισόδημα

Οικογενειακή κατάσταση – Διαμονή - Επάγγελμα

Το 62,2% των συμμετεχόντων ήταν παντρεμένο ενώ το 26,0% ήταν ανύπανδρο. Στο Ν. Χανίων το 23,3% ήταν ανύπανδρο και το 64,7% παντρεμένο, ενώ στο Ν. Λακωνίας το 28,7% ήταν ανύπανδρο και το 59,7% ήταν παντρεμένο.

Το 76,8% διέμενε σε αγροτική περιοχή, το 12,8% σε ημιαστική και το 10,3% σε αστική περιοχή. Στο Ν. Χανίων το 74,3% διέμενε σε αγροτική περιοχή, το 13,7% σε ημιαστική και το 12,0% σε αστική, ενώ στο Ν. Λακωνίας το 79,3% διέμενε σε αγροτική περιοχή, το 12,0% σε ημιαστική και το 8,7% σε αστική.

Το 66,8% του δείγματος είχε παιδιά ενώ το 33,2% δεν είχε. Στο Ν. Χανίων το 70,0% είχε παιδιά, ενώ στο Ν. Λακωνίας το ποσοστό αυτό ήταν 63,7%.

Τα άτομα είχαν κατά μέσο όρο 2,23 (\pm 0,806) παιδιά, στο σύνολο των συμμετεχόντων, ενώ στο Ν. Χανίων ο μέσος όρος παιδιών ήταν 2,33 (\pm 0,877) και στον Ν. Λακωνίας ήταν 2,13 (\pm 0,709) παιδιά. Η διαφορά στον μέσο αριθμό παιδιών μεταξύ των δυο νομών ήταν στατιστικά σημαντική ($p = 0,013$).

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (22,8%) ήταν αγρότες, ενώ περίπου το 1/5 του δείγματος είχε πάρει σύνταξη. Στο Ν. Χανίων το 25,0% ήταν αγρότες, το 21,0% ήταν συνταξιούχοι, το 15,7% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι/μισθωτοί, το 12,7% ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες, το 8,3% ασχολούνται με τα οικιακά, το 6,7% ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, το 6,0% ήταν άνεργοι και το 4,7% ασκούσε κάποιο άλλο επάγγελμα. Στο Ν. Λακωνίας το 20,7% ήταν αγρότες, το 20,7% ήταν συνταξιούχοι, το 17,0% ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, το 12,0% ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες, το 10,7% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι/μισθωτοί, το 6,7% ήταν οικιακά, το 6,7% ήταν άνεργοι και το 5,7% δήλωσε άλλο επάγγελμα. (Πίνακας 3)

		Σύνολο		Ν. Χανίων		Ν. Λακωνίας		p-value
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	
Οικογενειακή κατάσταση	Ανύπανδρος/η	156	26,0	70	23,3	86	28,7	0,369
	Παντρεμένος/η	373	62,2	194	64,7	179	59,7	
	Χήρος/α	43	7,2	22	7,3	21	7,0	
	Διαζευγμένος/η	18	3,0	9	3,0	9	3,0	
	Συμβίωση	10	1,7	5	1,7	5	1,7	
Περιοχή διαμονής	Αστική	62	10,3	36	12,0	26	8,7	0,297
	Ημιαστική	77	12,8	41	13,7	36	12,0	
	Αγροτική	461	76,8	223	74,3	238	79,3	
Έχετε παιδιά;	Ναι	401	66,8	210	70,0	191	63,7	0,099
	Όχι	199	33,2	90	30,0	109	36,3	
Πόσα παιδιά έχετε;		2,23 (0,806)*		2,33 (0,877)*		2,13 (0,709)*		0,013
Επάγγελμα	Αγρότης	137	22,8	75	25,0	62	20,7	0,009
	Συνταξιούχος	125	20,8	63	21,0	62	20,7	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος/μισθωτός	79	13,2	47	15,7	32	10,7	
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	74	12,3	38	12,7	36	12,0	
	Δημόσιος Υπάλληλος	71	11,8	20	6,7	51	17,0	
	Άνεργος	38	6,3	18	6,0	20	6,7	
	Οικιακά	45	7,5	25	8,3	20	6,7	
	Άλλο	31	5,2	14	4,7	17	5,7	

Πίνακας 3: Οικογένεια, διαμονή και επάγγελμα

Επιθυμία μετακίνησης

Από τον Πίνακα 4 προέκυψε ότι το 72,0% του συνόλου, το 74,3% από το Ν. Χανίων και το 69,7% από το Ν. Λακωνίας δεν επιθυμούσε να μετακινηθεί σε κάποια άλλη περιοχή. Σημαντικότεροι λόγοι για τη επιθυμία μη μετακίνησης σε άλλη περιοχή στο σύνολο ήταν με 33,6% η εργασία, σημαντικός λόγος επίσης ήταν με 27,6% οι αργοί

ρυθμοί ζωής (ποιότητα ζωής) και με 23,9% η επαφή με τη φύση. Σημαντικότεροι λόγοι για τη επιθυμία μη μετακίνησης σε άλλη περιοχή στο Ν. Χανίων ήταν με 30,0% η εργασία, σημαντικός λόγος επίσης ήταν με 26,5% οι αργοί ρυθμοί ζωής (ποιότητα ζωής) και με 24,2% η επαφή με τη φύση. Για το Ν. Λακωνίας ήταν με 37,5% η εργασία, με 28,8% οι αργοί ρυθμοί ζωής (ποιότητα ζωής) και με 23,6% η επαφή με τη φύση.

Το 31,5% του συνόλου που επιθυμεί να μετακινηθεί σε άλλη περιοχή ήταν λόγω ανεργίας, το 22,6% ήταν λόγω έλλειψης ψυχαγωγίας, το 20,8% λόγω έλλειψης υποδομών και το 10,1% λόγω έλλειψης υπηρεσιών υγείας. Στο Ν. Χανίων το 31,2% ήταν λόγω ανεργίας, το 24,7% ήταν λόγω έλλειψης έργων υποδομής, το 20,8% ήταν λόγω έλλειψη ψυχαγωγίας και το 7,8% ήταν λόγω έλλειψη υπηρεσιών υγείας. Στο Ν. Λακωνίας το 31,9% ήταν λόγω ανεργίας, το 24,2% ήταν λόγω έλλειψη ψυχαγωγίας, το 17,6% ήταν λόγω έλλειψης έργων υποδομής και το 12,1% ήταν λόγω έλλειψη υπηρεσιών υγείας.

		Σύνολο		Ν. Χανίων		Ν. Λακωνίας		p-value
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	
Θα επιθυμούσατε να μετακινηθείτε σε κάποια άλλη περιοχή;	Ναι	168	28,0	77	25,7	91	30,3	0,203
	Όχι	432	72,0	223	74,3	209	69,7	
Αν ναι, γιατί;	Ανεργία	53	31,5	24	31,2	29	31,9	0,729
	Έλλειψη ψυχαγωγίας	38	22,6	16	20,8	22	24,2	
	Έλλειψη έργων υποδομής	35	20,8	19	24,7	16	17,6	
	Έλλειψη υπηρεσιών υγείας	17	10,1	6	7,8	11	12,1	

	Άλλο	25	14,9	12	15,6	13	14,3	
Αν όχι, γιατί;	Λόγω εργασίας	145	33,6	67	30,0	78	37,5	0,081
	Ασφαλής περιοχή για τα παιδιά	39	9,0	27	12,1	12	5,8	
	Αργοί ρυθμοί ζωής (ποιότητα ζωής)	119	27,6	59	26,5	60	28,8	
	Επαφή με τη φύση	103	23,9	54	24,2	49	23,6	
	Άλλο	25	5,8	16	7,2	9	4,3	

Πίνακας 4: Επιθυμία μετακίνησης σε άλλη περιοχή

Συνθήκες εργασίας

Από τον Πίνακα 5 προκύπτει ότι το 35,7% ήταν πολύ και πάρα πολύ ικανοποιημένο με το ωράριο της εργασίας του, το 43,8% ήταν μέτρια ικανοποιημένο και το 20,5% ήταν λίγο ή καθόλου ικανοποιημένο από το ωράριο της εργασίας του.

Το 37,1% από το Ν. Χανίων και το 34,4% από το Ν. Λακωνίας ήταν πολύ και πάρα πολύ ικανοποιημένο με το ωράριο της εργασίας του. Το 52,7% από το Ν. Χανίων και το 43,7% από το Ν. Λακωνίας ήταν πολύ και πάρα πολύ ικανοποιημένο από τη φύση της εργασίας τους. Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο νομών προέκυψε μόνο ως προς την ικανοποίηση από το περιβάλλον της εργασίας ($p = 0,001$), με τους Χανιώτες με 62,5% να ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι έναντι των Λακώνων 46,0%.

Ένας στους 4 ερωτηθέντες Χανιώτες περίπου (24,9%), ήταν λίγο ή καθόλου ικανοποιημένος από το ωράριο της εργασίας του, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους Λακωνες ήταν 16,0%. Το ποσοστό των Χανιωτών που δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένοι με το ωράριο της εργασίας τους (13,2%), ήταν σχεδόν διπλάσιο από εκείνο των Λακώνων (6,5%).

		Πάρα πολύ	Πολύ	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου
Σύνολο	Πόσο ικανοποιημένοι είστε με το ωράριο της εργασίας σας;	52 (12,8)	93 (22,9)	178 (43,8)	43 (10,6)	40 (9,9)
	Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τη φύση της εργασίας σας;	63 (15,5)	133 (32,8)	150 (36,9)	35 (8,6)	25 (6,2)
	Πόσο ικανοποιημένοι είστε με το περιβάλλον της εργασίας σας;	79 (19,5)	141 (34,8)	135 (33,3)	32 (7,9)	18 (4,4)
N. Χανίων	Πόσο ικανοποιημένοι είστε με το ωράριο της εργασίας σας;	32 (15,6)	44 (21,5)	78 (38,0)	24 (11,7)	27 (13,2)
	Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τη φύση της εργασίας σας;	39 (19,0)	69 (33,7)	67 (32,7)	15 (7,3)	15 (7,3)
	Πόσο ικανοποιημένοι είστε με το περιβάλλον της εργασίας σας;	52 (25,4)	76 (37,1)	57 (27,8)	13 (6,3)	7 (3,4)
N. Λακωνίας	Πόσο ικανοποιημένοι είστε με το ωράριο της εργασίας σας;	20 (10,0)	49 (24,4)	100 (49,8)	19 (9,5)	13 (6,5)
	Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τη φύση της εργασίας σας;	24 (11,9)	64 (31,8)	83 (41,3)	20 (10,0)	10 (5,0)
	Πόσο ικανοποιημένοι είστε με το περιβάλλον της εργασίας σας;	27 (13,5)	65 (32,5)	78 (39,0)	19 (9,5)	11 (5,5)

Πίνακας 5: Ικανοποίηση από την εργασία

Από τον Πίνακα 6 προέκυψε ότι το 67,5% κατείχαν αυτοκίνητο έναντι του 32,5% που δεν είχαν. Οι Λάκωνες με ποσοστό 71,3% υπερείχαν στην κατοχή αυτοκινήτου έναντι 63,7% των Χανιωτών.

Στο σύνολο των ατόμων προέκυψε ότι το 82,2% το σπίτι που κατοικούσε ήταν δικό του, το 10,5% ήταν νοικιαζόμενο και το 7,3% ήταν άλλο. Με ελαφρώς μεγαλύτερο ποσοστό 83,7% στο Ν. Χανίων με έναντι 80,7% στο Ν. Λακωνίας το σπίτι που κατοικούσαν ήταν δικό τους.

Οι δυο νομοί διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ως προς την κατοχή αυτοκινήτου ($p = 0,045$), ενώ δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στο είδος της κατοικίας μεταξύ των δυο νομών ($p = 0,293$).

		Σύνολο		Ν. Χανίων		Ν. Λακωνίας		p-value
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	
Έχετε αυτοκίνητο;	Ναι	405	67,5	191	63,7	214	71,3	0,045
	Όχι	195	32,5	109	36,3	86	28,7	
Το σπίτι που κατοικείτε είναι:	Δικό σας	493	82,2	251	83,7	242	80,7	0,293
	Νοικιαζόμενο	63	10,5	32	10,7	31	10,3	
	Άλλο	44	7,3	17	5,7	27	9,0	

Πίνακας 6: Κατοικία και μετακίνηση των συμμετεχόντων

Από τον Πίνακα 7 προέκυψε ότι στο σύνολο των ατόμων, το 74,1% διέθετε χρήματα για τα έξοδα σπιτιού και τη διατροφή. Ένα ποσοστό της τάξεως του 6,7% ξόδευε χρήματα σε δάνεια και κάρτες, γεγονός που δείχνει το πόσο χρεωμένοι ήταν στα διάφορα πιστωτικά ιδρύματα. Στο Ν. Χανίων το 7,39% ξόδευε χρήματα για τα έξοδα σπιτιού και τη διατροφή, ενώ το 74,3% στο Ν. Λακωνίας. Περίπου το ίδιο ποσοστό ξόδευε χρήματα σε δάνεια και κάρτες, με 7,0% στο Ν. Χανίων και 6,3% στο Ν. Λακωνίας. Για την υγεία ξόδευε χρήματα το 5,7% στο Ν. Χανίων και το 2,7% στο Ν. Λακωνία, ενώ για διασκέδαση ξόδευε χρήματα το 6,0% στο Ν. Λακωνίας και το 3,7% του Ν. Χανίων.

Στο σύνολο των ατόμων, στο πόσο είχε επηρεάσει η οικονομική κρίση, προέκυψε ότι το 78,3% είχε επηρεάσει πάρα πολύ και πολύ, το 18,2% μέτρια και το 3,5% λίγο και καθόλου.

Με συντριπτικά ποσοστά η οικονομική κρίση εισέβαλε σε κάθε Ελληνικό νοικοκυριό. Το 82,0% των Λακώνων και το 74,6% των Χανιωτών είχαν επηρεαστεί πολύ και πάρα πολύ από την οικονομική κρίση, ενώ λίγο ή καθόλου το 2,7% των Λακώνων και το 4,3% των Χανιωτών είχαν επηρεαστεί.

		Σύνολο		Ν. Χανίων		Ν. Λακωνίας		p-value
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	
Ποι ξοδεύετε τα περισσό- τερα χρήματα;	Ρούχα - Παπούτσια	34	5,7	16	5,4	18	6,0	0,281
	Διατροφή	136	22,7	75	25,1	61	20,3	
	Διασκέδαση	29	4,8	11	3,7	18	6,0	
	Εκπαίδευση	27	4,5	13	4,3	14	4,7	
	Έξοδα σπιτιού	308	51,4	146	48,8	162	54,0	
	Υγεία	25	4,2	17	5,7	8	2,7	
	Δάνεια και κάρτες	40	6,7	21	7,0	19	6,3	
Πόσο σας έχει επηρεάσει η οικονο- μική κρίση;	Πάρα πολύ	228	38,0	112	37,3	116	38,7	0,126
	Πολύ	242	40,3	112	37,3	130	43,3	
	Μέτρια	109	18,2	63	21,0	46	15,3	
	Λίγο	16	2,7	10	3,3	6	2,0	
	Καθόλου	5	0,8	3	1,0	2	0,7	

Πίνακας 7: Συνήθειες των συμμετεχόντων

Από τον Πίνακα 8 προέκυψε ότι στο σύνολο των ατόμων στον ελεύθερο χρόνο τους το 33,3% έβλεπε τηλεόραση, το 16,9% έψαχνε στο Internet, το 14,1% περπάταγε-γυμναζόταν, το 12,2% πήγαινε για καφέ, το 10,1% διάβαζε βιβλία και το 5,4% άκουγε μουσική.

Στον ελεύθερο χρόνο τους το 37,8% των Χανιωτών έβλεπε τηλεόραση, έναντι 28,9% των Λακώνων. Το 18,1% των Λακώνων και το 15,7% των Χανιωτών απασχολούνταν στο Internet. Οι Λάκωνες με 17,4% περπάταγαν-γυμναζόταν έναντι 10,7% των Χανιωτών.

Το 15,1% των Λακώνων και το 9,4% των Χανιωτών πήγαιναν για καφέ στον ελεύθερο χρόνο τους, το 11,4% των Χανιωτών και 8,7% των Λακώνων διάβαζαν βιβλία στον ελεύθερο χρόνο τους, ενώ οι Λάκωνες ήταν περισσότερο φιλόμουσοι με 6,0% έναντι 4,7% των Χανιωτών.

Στην ερώτηση «πόσες ώρες αφιερώνετε σε δραστηριότητες τον ελεύθερο χρόνο σας» η μέση τιμή για τους Χανιώτες είναι 2,72 ($\pm 1,675$) ώρες ενώ για τους Λάκωνες είναι 2,68 ($\pm 1,441$) ώρες.

Στο «αν καπνίζεται» και «πόσα τσιγάρα την ημέρα», το 27,8% ήταν καπνιστές με 19,00($\pm 11,065$) τσιγάρα ημερησίως, ενώ το 72,2% δεν ήταν καπνιστές. Οι Λάκωνες αποδείχθηκαν πιο φανατικοί καπνιστές με 31,3% έναντι 24,3% των Χανιωτών. Και στον αριθμό των τσιγάρων ημερησίως, οι Λάκωνες με 19,56 ($\pm 10,324$) κάπνιζαν περισσότερα τσιγάρα, έναντι 18,27 ($\pm 11,985$) των Χανιωτών.

Στο «πόσες ώρες κοιμάστε το βράδυ», το σύνολο κοιμόταν 7,33($\pm 1,275$) ώρες. Οι Χανιώτες κοιμόνταν περισσότερο και συγκεκριμένα κοιμόνταν 7,53 ($\pm 1,361$) ώρες, έναντι 7,13 ($\pm 1,152$) των Λακώνων.

Στο «τι ώρα κοιμάστε το βράδυ», έως τις 23:00 κοιμόνταν το 32,3%, το μεγαλύτερο ποσοστό (42,3%) κοιμόταν μεταξύ 23:00 και 24:00, ενώ περίπου ο ένας στους 4 (25,3%) κοιμόταν μετά τις 24:00. Στο Ν. Χανίων έως τις 23:00 κοιμόνταν το 24,0%, ενώ στο Ν. Λακωνίας το 30,6%. Το 43,3% στο Ν. Λακωνίας κοιμόταν μεταξύ 23:00 και 24:00, ενώ το 41,3% στο Ν. Χανίων. Μετά τις 24:00 κοιμόνταν το 26,0% στο Ν. Λακωνίας και το 24,7% στο Ν. Χανίων.

Από τον Πίνακα 8 προέκυψε ότι οι δυο νομοί διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ως προς τις δραστηριότητες ($p = 0,005$) και τις ώρες βραδινού ύπνου ($p < 0,001$). Οι Λάκωνες ασχολούνται περισσότερο με το Internet, βλέπουν λιγότερο τηλεόραση, πηγαίνουν περισσότερο για καφέ, ενώ κοιμούνται λιγότερη ώρα το βράδυ.

		Σύνολο		Ν. Χανίων		Ν. Λακωνίας		p-value
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	
Με ποια δραστηριότητα ασχολείστε περισσότερο τον ελεύθερο χρόνο σας;	Βλέπετε τηλεόραση	199	33,3	113	37,8	86	28,9	0,005
	Περπατάτε – Γυμνάζεστε	84	14,1	32	10,7	52	17,4	
	Διαβάζετε βιβλίο	60	10,1	34	11,4	26	8,7	
	Ψάχνετε στο Internet	101	16,9	47	15,7	54	18,1	
	Πηγαίνετε για καφέ	73	12,2	28	9,4	45	15,1	
	Ακούτε μουσική	32	5,4	14	4,7	18	6,0	
	Άλλο	48	8,0	31	10,4	17	5,7	
Πόση ώρα την ημέρα;		2,70 (1,156)		2,72 (1,675)		2,68 (1,441)		0,741
Καπνίζετε;	Ναι	167	27,8	73	24,3	94	31,3	0,056
	Όχι	433	72,2	227	75,7	206	68,7	
Εάν ναι, πόσα τσιγάρα την ημέρα;		19,00 (11,065)		18,27 (11,985)		19,56 (10,324)		0,457
Πόσες ώρες κοιμάστε (το βράδυ);		7,33 (1,275)		7,53 (1,361)		7,13 (1,152)		<0,001
Τι ώρα κοιμάστε;	21:00 - 22:00	45	7,5	20	6,7	25	8,3	0,678
	22:00 - 23:00	149	24,8	82	27,3	67	22,3	
	23:00 - 24:00	254	42,3	124	41,3	130	43,3	
	24:00 -	152	25,3	74	24,7	78	26,0	

Πίνακας 8: Ελεύθερος χρόνος, κάπνισμα και ύπνος

Ποσοτική αξιολόγηση του άγχους στο σύνολο του δείγματος

Αναλύοντας τις επιμέρους εκδηλώσεις του άγχους μέσω της κλίμακας άγχους του Hamilton, η οποία στα συγκεκριμένα δεδομένα έχει υψηλή αξιοπιστία (Cronbach $\alpha = 0,836$), στον Πίνακα 9 παρατηρούμε ότι το 44,1% των ερωτηθέντων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια αγχώδη διάθεση, το 39,8% μέτρια και το 16,0% από σοβαρή έως πολύ σοβαρή αγχώδη διάθεση. Το 59,5% των ερωτηθέντων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια ένταση, το 28,3% μέτρια ένταση και το 12,2% από σοβαρή έως πολύ σοβαρή ένταση. Το 86,1% των ερωτηθέντων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια φοβίες, το 9,8% μέτρια και το 4,0% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά φοβίες. Το 78,7% των ερωτηθέντων εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια αϋπνία, το 15,3% μέτρια και μόλις το 6,0% από σοβαρή έως πολύ σοβαρή αϋπνία. Το 85,4% παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια γνωσιακά προβλήματα, το 10,0% μέτρια και το 4,7% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 83,2% εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια καταθλιπτική διάθεση, το 12,7% μέτρια και μόλις το 4,1% από σοβαρή έως πολύ σοβαρή καταθλιπτική διάθεση. Το 74,2% εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια γενικά σωματικά συμπτώματα από το μυϊκό σύστημα, το 18,0% μέτρια και το 7,7% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 85,4% εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια αισθητηριακά συμπτώματα, το 9,8% μέτρια και μόλις το 4,6% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 84,0% παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια καρδιαγγειακά συμπτώματα, το 12,7% μέτρια και μόλις το 3,3% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 88,0% των ερωτηθέντων εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια αναπνευστικά συμπτώματα, το 8,7% μέτρια και το 3,3% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 88,1% των ερωτηθέντων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια γαστρεντερικά συμπτώματα, το 9,5% μέτρια και το 2,4% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 85,0% παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια ουρογεννητικά συμπτώματα, το 7,5% μέτρια και το 4,5% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 90,0% των ερωτηθέντων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια συμπτώματα από το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα, το 7,5% μέτρια και το 2,5% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Όσον αφορά το συνολικό σκορ της Hamilton (Πίνακας 10), το 79,6% των ερωτηθέντων είχε έως ήπιας βαρύτητας άγχος, το 14,6% έχει έως μέτριας βαρύτητας άγχος, το 4,6% έχει έως σοβαρής βαρύτητας άγχος και μόλις το 1,4% είχε πολύ σοβαρής βαρύτητας άγχος. Η μέση τιμή Hamilton score βρέθηκε ίση με 8,89 ($\pm 7,151$) μονάδες (Πίνακας 11).

	Καθόλου	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρά	Πολύ σοβαρά
Έχετε αγχώδη διάθεση;	119 (19,8)	146 (24,3)	239 (39,8)	70 (11,7)	26 (4,3)
Έχετε ένταση;	216 (36,0)	141 (23,5)	170 (28,3)	55 (9,2)	18 (3,0)
Έχετε φοβίες;	389 (64,8)	128 (21,3)	59 (9,8)	18 (3,0)	6 (1,0)
Έχετε αϋπνία;	321 (53,5)	151 (25,2)	92 (15,3)	29 (4,8)	7 (1,2)
Έχετε γνωσιακά προβλήματα;	397 (66,2)	115 (19,2)	60 (10,0)	22 (3,7)	6 (1,0)
Έχετε καταθλιπτική διάθεση;	343 (57,3)	155 (25,9)	76 (12,7)	20(3,3)	5 (0,8)
Έχετε γενικά σωματικά συμπτώματα (μυϊκό σύστημα);	298 (49,7)	147 (24,5)	108 (18,0)	40 (6,7)	6 (1,0)
Έχετε γενικά σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά);	377 (62,9)	135 (22,5)	59 (9,8)	23 (3,8)	5 (0,8)
Έχετε καρδιαγγειακά συμπτώματα;	388 (64,8)	115 (19,2)	76 (12,7)	15 (2,5)	5 (0,8)
Έχετε αναπνευστικά προβλήματα;	428 (71,5)	99 (16,5)	52 (8,7)	14 (2,3)	6 (1,0)
Έχετε γαστρεντερικά συμπτώματα;	423 (70,6)	105 (17,5)	57 (9,5)	13 (2,2)	1 (0,2)
Έχετε ουρογεννητικά συμπτώματα;	448 (74,8)	79 (13,2)	45 (7,5)	15 (2,5)	12 (2,0)
Έχετε συμπτώματα από το αυτόνομο Νευρικό Σύστημα;	458 (76,6)	80 (13,4)	45 (7,5)	13 (2,2)	2 (0,3)

Πίνακας 9: Συνιστώσες της κλίμακας Hamilton

Κλίμακα άγχους του Hamilton		Συχνότητα	Ποσοστό
	Έως Ήπιας βαρύτητας	477	79,6
	Έως μέτριας βαρύτητας	88	14,6
	Έως σοβαρής βαρύτητας	27	4,4
	Πολύ σοβαρής βαρύτητας	8	1,4

Πίνακας 10: Κλίμακα άγχους της Hamilton

	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	p-value
Σύνολο	8,89 (7,151)	
N. Χανίων	9,45 (7,262)	0,054
N. Λακωνίας	8,32 (7,004)	

Πίνακας 11:Hamilton score

Ποσοτική αξιολόγηση του άγχους στο Νομό Χανίων

Αναλύοντας τις επιμέρους εκδηλώσεις του άγχους στον Πίνακα 12 παρατηρούμε ότι το 43,7% των ερωτηθέντων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια αγχώδη διάθεση, το 39,0% μέτρια και το 17,4% από σοβαρή έως πολύ σοβαρή αγχώδη διάθεση. Το 56,0% των ερωτηθέντων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια ένταση, το 29,7% μέτρια ένταση και το 14,3% από σοβαρή έως πολύ σοβαρή ένταση. Το 85,3% των ερωτηθέντων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια φοβίες, το 9,7% μέτρια και το 5,0% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά φοβίες. Το 75,0% των ερωτηθέντων εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια αϋπνία, το 16,7% μέτρια και μόλις το 8,3% από σοβαρή έως πολύ σοβαρή αϋπνία. Το 82,0% παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια γνωσιακά προβλήματα, το 12,3% μέτρια και το 5,7% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 79,6% εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια καταθλιπτική διάθεση, το 15,7% μέτρια και μόλις το 4,7% από σοβαρή έως πολύ σοβαρή καταθλιπτική διάθεση. Το 73,7% εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια γενικά σωματικά συμπτώματα από το μυϊκό σύστημα, το 18,0% μέτρια και το 8,3% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 85,0% εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια αισθητηριακά συμπτώματα, το 10,0% μέτρια και μόλις το 5,0% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 83,7% παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια καρδιαγγειακά

συμπτώματα, το 12,7% μέτρια και μόλις το 3,7% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 88,7% των ερωτηθέντων εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια αναπνευστικά συμπτώματα, το 8,3% μέτρια και το 3,0% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 87,0% των ερωτηθέντων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια γαστρεντερικά συμπτώματα, το 10,0% μέτρια και το 3,0% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 84,0% παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια ουρογεννητικά συμπτώματα, το 10,3% μέτρια και το 5,7% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 88,0% των ερωτηθέντων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια συμπτώματα από το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα, το 9,3% μέτρια και το 2,7% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Η μέση τιμή Hamilton score στο N. Χανίων βρέθηκε ίση με 9,45 ($\pm 7,262$) μονάδες (Πίνακας 11).

	Καθόλου	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρά	Πολύ σοβαρά
Έχετε αγχώδη διάθεση;	65 (21,7)	66 (22,0)	117 (39,0)	44 (14,7)	8 (2,7)
Έχετε ένταση;	97 (32,3)	71 (23,7)	89 (29,7)	36 (12,0)	7 (2,3)
Έχετε φοβίες;	186 (62,0)	70 (23,3)	29 (9,7)	13 (4,3)	2 (0,7)
Έχετε αϋπνία;	156 (52,0)	69 (23,0)	50 (16,7)	21 (7,0)	4 (1,3)
Έχετε γνωσιακά προβλήματα;	184 (61,3)	62 (20,7)	37 (12,3)	14 (4,7)	3 (1,0)
Έχετε καταθλιπτική διάθεση;	178 (59,3)	61 (20,3)	47 (15,7)	12 (4,0)	2 (0,7)
Έχετε γενικά σωματικά συμπτώματα (μυϊκό σύστημα);	137 (45,7)	84 (28,0)	54 (18,0)	22 (7,3)	3 (1,0)
Έχετε γενικά σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά);	174 (58,0)	81 (27,0)	30(10,0)	14 (4,7)	1 (0,3)
Έχετε καρδιαγγειακά συμπτώματα;	198 (66,0)	53(17,7)	38 (12,7)	9 (3,0)	2 (0,7)

Έχετε αναπνευστικά προβλήματα;	213 (71,0)	53 (17,7)	25 (8,3)	8 (2,7)	1 (0,3)
Έχετε γαστρεντερικά συμπτώματα;	214 (71,3)	47 (15,7)	30(10,0)	9 (3,0)	0 (0,0)
Έχετε ουρογεννητικά συμπτώματα;	210 (70,0)	42 (14,0)	31 (10,3)	11 (3,7)	6 (2,0)
Έχετε συμπτώματα από το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα;	218 (72,7)	46 (15,3)	28 (9,3)	8 (2,7)	0 (0,0)

Πίνακας 12: Συνιστώσες της κλίμακας Hamilton για το Ν. Χανίων

Ποσοτική αξιολόγηση του άγχους στο Νομό Λακωνίας

Αναλύοντας τις επιμέρους εκδηλώσεις του άγχους στον Πίνακα 13 παρατηρούμε ότι το 44,7% των ερωτηθέντων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια αγχώδη διάθεση, το 40,7% μέτρια και το 14,7% από σοβαρή έως πολύ σοβαρή αγχώδη διάθεση. Το 63,0% των ερωτηθέντων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια ένταση, το 27,0% μέτρια ένταση και το 10,0% από σοβαρή έως πολύ σοβαρή ένταση. Το 87,0% των ερωτηθέντων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια φοβίες, το 10,0% μέτρια και το 3,0% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά φοβίες. Το 82,3% των ερωτηθέντων εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια αϋπνία, το 14,0% μέτρια και μόλις το 3,7% από σοβαρή έως πολύ σοβαρή αϋπνία. Το 88,7% παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια γνωσιακά προβλήματα, το 7,7% μέτρια και το 3,7% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 86,6 εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια καταθλιπτική διάθεση, το 9,7% μέτρια και μόλις το 3,7% από σοβαρή έως πολύ σοβαρή καταθλιπτική διάθεση. Το 74,9% εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια γενικά σωματικά συμπτώματα από το μυϊκό σύστημα, το 18,1 % μέτρια και το 7,0% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 86,0% εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια αισθητηριακά συμπτώματα, το 9,7% μέτρια και μόλις το 4,3% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 84,2% παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια καρδιαγγειακά συμπτώματα, το 12,7% μέτρια και μόλις το 3,0% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το

87,3% των ερωτηθέντων εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια αναπνευστικά συμπτώματα, το 9,0% μέτρια και το 3,7% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 89,3% των ερωτηθέντων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια γαστρεντερικά συμπτώματα, το 9,0% μέτρια και το 1,6% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 92% παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια ουρογεννητικά συμπτώματα, το 4,7% μέτρια και το 3,3% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 91,9% των ερωτηθέντων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια συμπτώματα από το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα, το 5,7% μέτρια και το 2,4% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Η μέση τιμή Hamilton score στο Ν. Λακωνίας βρέθηκε ίση με 8,32 ($\pm 7,004$) μονάδες (Πίνακας 11).

	Καθόλου	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρά	Πολύ σοβαρά
Έχετε αγχώδη διάθεση;	54 (18,0)	80 (26,7)	122 (40,7)	26 (8,7)	18 (6,0)
Έχετε ένταση;	119 (39,7)	70 (23,3)	81 (27,0)	19 (6,3)	11 (3,7)
Έχετε φοβίες;	203 (67,7)	58 (19,3)	30 (10,0)	5 (1,7)	4 (1,3)
Έχετε αϋπνία;	165 (55,0)	82 (27,3)	42 (14,0)	8 (2,7)	3 (1,0)
Έχετε γνωσιακά προβλήματα;	213 (71,0)	53 (17,7)	23 (7,7)	8 (2,7)	3 (1,0)
Έχετε καταθλιπτική διάθεση;	165 (55,2)	94 (31,4)	29 (9,7)	8 (2,7)	3 (1,0)
Έχετε γενικά σωματικά συμπτώματα (μυϊκό σύστημα);	161 (53,8)	63 (21,1)	54 (18,1)	18 (6,0)	3 (1,0)
Έχετε γενικά σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά);	203 (67,9)	54 (18,1)	29 (9,7)	9 (3,0)	4 (1,3)
Έχετε καρδιαγγειακά συμπτώματα;	190 (63,5)	62 (20,7)	38 (12,7)	6 (2,0)	3 (1,0)

Έχετε αναπνευστικά προβλήματα;	215 (71,9)	46 (15,4)	27 (9,0)	6 (2,0)	5 (1,7)
Έχετε γαστρεντερικά συμπτώματα;	209 (69,9)	58 (19,4)	27 (9,0)	4 (1,3)	1 (0,3)
Έχετε ουρογεννητικά συμπτώματα;	238 (79,6)	37 (12,4)	14 (4,7)	4 (1,3)	6 (2,0)
Έχετε συμπτώματα από το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα;	240 (80,5)	34 (11,4)	17 (5,7)	5 (1,7)	2 (0,7)

Πίνακας 13: Συνιστώσες της κλίμακας Hamilton για το Ν. Λακωνίας

Επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στο Hamilton score

Από τον Πίνακα 14 παρατηρούμε ότι στο σύνολο του δείγματος, το συνολικό σκορ της κλίμακας Hamilton, αν και δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p = 0,108$), είναι μεγαλύτερο στις γυναίκες $9,34 (\pm 7,201)$ απ' ότι στους άνδρες $8,40 (\pm 7,077)$. Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα τόσο στο Ν. Χανίων όσο και στο Ν. Λακωνίας.

Μελετώντας τη σχέση του Hamilton score με την ηλικία, παρατηρούμε ότι συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά ($p < 0,001$) και στους δύο νομούς. Την μεγαλύτερη αγχώδη διάθεση παρουσιάζουν οι ηλικίες από 70 + με αυτούς του Ν. Χανίων $13,95 (\pm 8,767)$ να έχουν μεγαλύτερη αγχώδη διάθεση από αυτούς του Ν. Λακωνίας $13,47 (\pm 8,312)$, Στις ηλικίες από 36 και άνω ο Ν. Χανίων παρουσιάζει μεγαλύτερη αγχώδη διάθεση από αυτή του Ν. Λακωνίας. Στις μικρότερες ηλικίες 16-20 και 29-35 ο Ν. Λακωνίας παρουσιάζει μεγαλύτερη αγχώδη διάθεση από αυτή του Ν. Χανίων.

Στο επίπεδο εκπαίδευση υπάρχει συσχέτιση στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$) στο σύνολο του δείγματος, αλλά και στο Ν. Χανίων ($p = 0,002$). Την μεγαλύτερη αγχώδη διάθεση στο σύνολο του δείγματος παρουσιάζουν αυτοί που έχουν επίπεδο εκπαίδευσης , έως δημοτικό $10,87 (\pm 8,038)$ και ακολουθούν Γυμνάσιο/Λύκειο/IEK $8,24 (\pm 7,040)$. Στο Ν. Χανίων τη μεγαλύτερη αγχώδη διάθεση παρουσιάζουν επίσης αυτοί που έχουν επίπεδο εκπαίδευσης , έως δημοτικό $11,70 (\pm 8,117)$.

Όσον αφορά, το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα, δεν υπάρχει συσχέτιση στατιστικά σημαντική, αυτό που παρατηρούμε είναι ότι στην κλίμακα από 5.000 € έως 10.000 €

υπάρχει και στο σύνολο 10,46 ($\pm 8,891$) και στους δύο νομούς, Ν. Χανίων 10,42($\pm 8,325$), Ν. Λακωνίας 10,51($\pm 9,733$) οι μεγαλύτερες συγκεντρώσεις αγχώδους διάθεσης.

Μελετώντας τη σχέση του Hamilton score με την οικογενειακή κατάσταση, παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < 0,001$) και στο σύνολο, και στους δύο νομούς. Στο σύνολο η κατηγορία, Χήρος/α 14,10($\pm 8,121$) παρουσιάζει τη μεγαλύτερη αγχώδη διάθεση και ακολουθεί η κατηγορία, Συμβίωση 12,30($\pm 7,543$). Στο Ν. Χανίων η κατηγορία, Χήρος/α 16,27($\pm 7,881$) παρουσιάζει τη μεγαλύτερη αγχώδη διάθεση και ακολουθεί η κατηγορία, παντρεμένος/η 9,68($\pm 7,368$), ενώ στο Ν. Λακωνίας η κατηγορία, διαζευγμένος/η 9,44($\pm 8,457$) παρουσιάζει τη μεγαλύτερη αγχώδη διάθεση και ακολουθεί η κατηγορία, Χήρος/α 11,70($\pm 7,881$).

Η σχέση του Hamilton score με την περιοχή διαμονής δεν έδειξε σχέση στατιστικής σημαντικότητας. Παρόλο που δεν είναι στατιστικά σημαντική, υπάρχει μια αυξημένη αγχώδη διάθεση στους διαμένοντες σε αγροτική περιοχή 9,84($\pm 7,452$) στο Ν. Χανίων και στους διαμένοντες σε Ημιαστική περιοχή 10,14($\pm 7,571$) στο Ν. Λακωνίας.

Μελετώντας τη σχέση του Hamilton score με το, έχετε παιδιά, παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < 0,001$) με τους έχοντες παιδιά 9,86($\pm 7,392$) να έχουν αυξημένη αγχώδη διάθεση, σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν παιδιά 6,92($\pm 6,205$).

Στη σχέση του Hamilton score με το, επάγγελμα, παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση για το σύνολο και τον Ν. Χανίων ($p < 0,001$) και για τον Ν. Λακωνίας ($p = 0,005$). Οι έχοντες τη μεγαλύτερη αγχώδη διάθεση είναι, οι συνταξιούχοι 12,77($\pm 8,341$) και ακολουθούν οι αγρότες 8,34($\pm 7,394$) στη τελευταία θέση της αγχώδους διάθεση είναι οι άνεργοι 6,63($\pm 5,370$). Στο Ν. Χανίων τη μεγαλύτερη αγχώδη διάθεση μετά τους συνταξιούχους 13,92($\pm 8,512$) και τους αγρότες 8,96($\pm 7,325$), έχουν, τα οικιακά 9,72($\pm 6,637$), οι ιδιωτικοί υπάλληλοι/μισθωτοί 8,23($\pm 6,109$), οι ελεύθεροι επαγγελματίες 8,37($\pm 6,082$), οι Δημόσιοι Υπάλληλοι 6,00($\pm 4,554$) και τελευταίοι οι άνεργοι 5,94($\pm 4,137$). Στο Ν. Λακωνίας με τη μεγαλύτερη αγχώδη διάθεση μετά τους συνταξιούχους 11,59($\pm 8,059$) και τους αγρότες 7,58($\pm 7,465$) έχουν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι/μισθωτοί 7,78($\pm 7,378$) και στην τέταρτη θέση είναι οι άνεργοι 7,25($\pm 6,324$).

		Σύνολο		Ν. Χανίων		Ν. Λακωνίας	
		Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	p-value	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	p-value	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	p-value
Φύλο	Άνδρας	8,40 (7,077)	0,108	8,69 (7,258)	0,126	8,18 (6,949)	0,699
	Γυναίκα	9,34 (7,201)		9,99 (7,236)		8,49 (7,093)	
Ηλικία	16-20	6,13 (5,034)	<0,001	5,48 (4,355)	<0,001	7,36 (6,169)	<0,001
	21-28	5,67 (5,645)		6,66 (5,790)		4,86 (5,458)	
	29-35	8,23 (6,805)		6,69 (5,639)		9,65 (7,552)	
	36-50	7,56 (5,805)		8,17 (5,944)		6,93 (5,625)	
	51-60	10,05 (7,690)		11,20 (8,010)		8,94 (7,258)	
	61-70	10,86 (7,138)		12,63 (7,108)		9,29 (6,891)	
	70+	13,73 (8,504)		13,95 (8,767)		13,47 (8,312)	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Έως Δημοτικό	10,87 (8,038)	<0,001	11,70 (8,117)	0,002	9,71 (7,838)	0,152
	Γυμνάσιο/ Λύκειο/ΙΕΚ	8,24 (7,040)		8,44 (7,100)		8,06 (7,007)	
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακά	7,84 (5,753)		8,22 (5,626)		7,46 (5,882)	
Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα	0 έως 5.000	9,01 (7,433)	0,282	10,29 (8,005)	0,349	7,39 (6,325)	0,551
	5.001 έως 10.000	10,46 (8,891)		10,42 (8,325)		10,51 (9,733)	

	10.001 έως 15.000	8,03 (6,489)		7,67 (6,075)		8,28 (6,803)	
	15.001 έως 20.000	8,89 (6,244)		9,47 (6,345)		8,29 (6,172)	
	20.001 έως 25.000	8,32 (6,170)		8,27 (5,458)		8,36 (6,783)	
	25.001 έως 30.000	7,82 (5,173)		8,82 (6,512)		7,19 (4,133)	
	Άνω των 30.001	8,21 (6,643)		8,37 (6,491)		8,09 (6,908)	
Οικογενειακή κατάσταση	Ανύπανδρος/η	6,49 (5,912)	<0,001	6,71 (5,316)	<0,001	6,30 (6,380)	<0,001
	Παντρεμένος/η	9,16 (7,123)		9,68 (7,368)		8,59 (6,823)	
	Χήρος/α	14,10 (8,121)		16,27 (7,881)		11,70 (7,881)	
	Διαζευγμένος/η	9,94 (7,141)		10,44 (6,023)		9,44 (8,457)	
	Συμβίωση	12,30 (7,543)		6,80 (5,975)		17,80 (4,087)	
Περιοχή διαμονής	Αστική	8,87 (5,899)	0,985	9,17 (6,012)	0,169	8,46 (5,833)	0,169
	Ημιαστική	8,75 (7,365)		7,54 (7,047)		10,14 (7,571)	
	Αγροτική	8,91 (7,281)		9,84 (7,452)		8,03 (7,018)	
Έχετε παιδιά;	Ναι	9,86 (7,392)	<0,001	10,35 (7,594)	<0,001	9,31 (7,141)	0,001
	Όχι	6,92 (6,205)		7,33 (5,940)		6,57 (6,425)	
Επάγγελμα	Αγρότης	8,34 (7,394)	<0,001	8,96 (7,325)	<0,001	7,58 (7,465)	0,005
	Συνταξιούχος	12,77		13,92		11,59	

		(8,341)		(8,512)		(8,059)
	Ιδιωτικός Υπάλληλος/ μισθωτός	8,05 (6,610)		8,23 (6,109)		7,78 (7,378)
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	7,99 (5,804)		8,37 (6,082)		7,57 (5,543)
	Δημόσιος Υπάλληλος	7,69 (5,756)		6,00 (4,554)		8,35 (6,076)
	Άνεργος	6,63 (5,370)		5,94 (4,137)		7,25 (6,324)
	Οικιακά	8,36 (6,421)		9,72 (6,637)		6,65 (5,860)
	Άλλο	6,26 (5,627)		7,86 (6,724)		4,94 (4,308)

Πίνακας 14: Επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στο Hamilton score

Επίδραση του τρόπου ζωής στο Hamilton score

Από τον πίνακα 15 παρατηρούμε ότι, η σχέση του Hamilton score με το, «έχετε αυτοκίνητο», δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση, με ελαφρά πιο αυξημένη την αγχώδη διάθεση απ' αυτούς που δεν έχουν αυτοκίνητο $9,39(\pm 7,743)$.

Μελετώντας τη σχέση του Hamilton score «με ποια δραστηριότητα ασχολείστε περισσότερο τον ελεύθερο χρόνο σας», παρατηρούμε ότι συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά στο σύνολο ($p < 0,001$) και στο Ν. Χανίων ($= 0,007$). Στο σύνολο αυτοί που εμφανίζουν τη μεγαλύτερη αγχώδη διάθεση είναι αυτοί που βλέπουν τηλεόραση $10,82(\pm 7,883)$ και ακολουθούν αυτοί που πηγαίνουν για καφέ $9,45(\pm 6,888)$, ενώ τη μικρότερη αγχώδη διάθεση παρουσιάζουν αυτοί που ακούν μουσική $6,47(\pm 5,648)$. Στο Ν. Χανίων εμφανίζουν τη μεγαλύτερη αγχώδη διάθεση αυτοί που βλέπουν τηλεόραση $11,34(7,996)$ και ακολουθούν αυτοί που πηγαίνουν για καφέ $10,29(\pm 7,328)$, ενώ τη μικρότερη αγχώδη διάθεση παρουσιάζουν αυτοί που ακούνε μουσική $6,29(\pm 5,293)$ και διαβάζουν βιβλίο $6,35(\pm 5,045)$. Στο Ν. Λακωνίας παρ' όλο ότι δεν έχουμε στατιστικά σημαντική συσχέτιση, τη μεγαλύτερη αγχώδη διάθεση

εμφανίζουν και εδώ αυτοί που βλέπουν τηλεόραση 10,13(±7,722) και ακολουθούν αυτοί που ασχολούνται με το διαδίκτυο 7,57(±6,624) και αυτοί που πηγαίνουν για καφέ 8,62(±6,603). Τη μικρότερη αγχώδη διάθεση παρουσιάζουν αυτοί που ακούνε μουσική 6,65(±5,817) και διαβάζουν βιβλίο 6,65(±5,035).

Όσον αφορά το, «καπνίζετε», δεν υπάρχει συσχέτιση στατιστικά σημαντική, αυτό που παρατηρούμε είναι μια ελαφρά πιο αυξημένη αγχώδη διάθεση σε αυτούς που καπνίζουν 9,42(±7,161) σε σχέση με αυτούς που δεν καπνίζουν 8,68(±7,145).

Η σχέση του Hamilton score με το, «τι ώρα κοιμάστε», δεν έδειξε σχέση στατιστικής σημαντικότητας. Παρ' όλο που δεν είναι στατιστικά σημαντική, στο σύνολο παρατηρούμε ότι οι έχοντες την μεγαλύτερη αγχώδη διάθεση, είναι αυτοί που κοιμούνται μεταξύ των ωρών 21:00 – 22:00 10,82(±9,540), το ίδιο ισχύει και στο Ν. Χανίων 11,05(±10,303) και στο Ν. Λακωνίας 10,64(±9,096) .

		Σύνολο		Ν. Χανίων		Ν. Λακωνίας	
		Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	p-value	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	p- value	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	p- value
Έχετε αυτοκίνητο;	Ναι	8,64 (6,843)	0,230	8,87 (6,757)	0,068	8,43 (6,929)	0,657
	Όχι	9,39 (7,743)		10,46 (8,003)		8,04 (7,220)	
Με ποια δραστηριότητα ασχολείστε περισσότερο τον ελεύθερο χρόνο σας;	Βλέπετε τηλεόραση	10,82 (7,883)	<0,001	11,34 (7,996)	0,007	10,13 (7,722)	0,068
	Περπατάτε- Γυμνάζεστε	6,88 (6,214)		7,00 (6,844)		6,81 (5,861)	
	Διαβάζετε βιβλίο	6,52 (5,043)		6,35 (5,045)		6,65 (5,817)	
	Ψάχνετε στο Internet	7,31 (6,015)		7,00 (5,283)		7,57 (6,624)	
	Πηγαίνετε για καφέ	9,45 (6,888)		10,29 (7,328)		8,62 (6,603)	

	Ακούτε μουσική	6,47 (5,648)		6,29 (5,293)		6,65 (5,035)	
	Άλλο	10,23 (7,796)		9,65 (6,671)		11,29 (9,655)	
Καπνίζετε;	Ναι	9,42 (7,161)	0,261	10,69 (7,765)	0,094	8,42 (6,518)	0,868
	Όχι	8,68 (7,145)		9,05 (7,064)		8,27 (7,229)	
Τι ώρα κοιμάστε;	21:00 - 22:00	10,82 (9,540)	0,493	11,05 (10,303)	0,865	10,64 (9,096)	0,347

Οι μη έχοντες εργασία (άνεργοι)

Στη μελέτη συμμετείχαν 38 άνεργοι, 20 από το Ν. Λακωνίας και 18 από το Ν. Χανίων, τους οποίους θα μελετήσουμε χωριστά και θα συγκρίνουμε τα αποτελέσματα με αυτά του γενικού πληθυσμού, αλλά και τους δύο νομούς μεταξύ τους .

Από τον Πίνακα 16 παρατηρούμε ότι, στο σύνολο των ανέργων το 57,9% ήταν γυναίκες και το 42,1% ήταν άνδρες, έως την ηλικία των 35 χρονών ήταν το 76,3%, από 36 έως 50 το 15,8% και άνω των 60 το 7,9% των ανέργων. Από το «επίπεδο εκπαίδευσης», οι απόφοιτοι Γυμνάσιο/Λύκειο/ΙΕΚ ήταν το 68,4% και οι απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ/Μεταπτυχιακά ήταν το 26,3%. Από την «οικογενειακή κατάσταση», το ανύπανδρος/η ήταν το 71,1%, το πανδρεμένος/η ήταν 23,7% και το συμβίωση ήταν 5,3%.

		Άνεργοι	
		Συχνότητα	Ποσοστό
Νομός	Χανίων	18	47,4
	Λακωνίας	20	52,6
Φύλο	Άνδρας	16	42,1
	Γυναίκα	22	57,9
Ηλικία	16-20	13	34,2
	21-28	10	26,3
	29-35	6	15,8

	36-50	6	15,8
	51-60	3	7,9
Επίπεδο εκπαίδευσης	Αγράμματος	1	2,6
	Έως Δημοτικό	1	2,6
	Γυμνάσιο/ Λύκειο/ΙΕΚ	26	68,4
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/Μεταπτυχιακά	10	26,3
Οικογενειακή κατάσταση	Ανύπανδρος/η	27	71,1
	Παντρεμένος/η	9	23,7
	Συμβίωση	2	5,3

Πίνακας 16: Δημογραφικά χαρακτηριστικά ανέργων

Από τον Πίνακα 17 προκύπτει ότι το 44,7% των ανέργων ασχολούνταν με το διαδίκτυο, το 18,4% πήγαινε για καφέ, το 13,2% περπατούσε-γυμναζόταν, το 7,9% άκουγε μουσική, το 7,9% έβλεπε τηλεόραση και ένα ποσοστό 5,3% διάβαζε.

Το 39,5% κάπνιζε, ποσοστό πολύ μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό του συνολικού του δείγματος που ήταν 27,8%.

Το 34,2% κοιμόταν στις 23:00-24:00, ενώ το 42,1% κοιμόταν μετά τις 24:00, έναντι του 25,3% στο συνολικό δείγμα.

		Άνεργοι	
		Συχνότητα	Ποσοστό
Με ποια δραστηριότητα ασχολείστε περισσότερο τον ελεύθερο χρόνο σας;	Βλέπετε τηλεόραση	3	7,9
	Περπατάτε - Γυμνάζεστε	5	13,2
	Διαβάζετε βιβλίο	2	5,3
	Ψάχνετε στο Internet	17	44,7
	Πηγαίνετε για καφέ	7	18,4
	Ακούτε μουσική	3	7,9

	Άλλο	1	2,6
Καπνίζετε;	Ναι	15	39,5
	Όχι	23	60,5
Τι ώρα κοιμάστε;	21:00 - 22:00	2	5,3
	22:00 - 23:00	7	18,4
	23:00 - 24:00	13	34,2
	24:00 -	16	42,1

Πίνακας 17: Συνήθειες των ανέργων

Με βάση τον Πίνακα 18, η μέση τιμή της κλίμακας άγχους του Hamilton score για τους ανέργους ήταν 6,63 (\pm 5,370) μονάδες.

	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)
Άνεργοι	6,63 (5,370)

Πίνακας 18: Hamilton score ανέργων

Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ανέργων ανά νομό

Από τον Πίνακα 19 παρατηρούμε ότι στο Ν. Χανίων το 61,1% ήταν γυναίκες και το 38,9% ήταν άνδρες, ενώ στο Ν. Λακωνίας το 55,0% ήταν γυναίκες και το 45,0% ήταν άνδρες. Η ηλικία των ανέργων, έως 35 χρονών στο Ν. Χανίων ήταν το 83,3% και στο Ν. Λακωνίας ήταν το 70,0%.

Στο επίπεδο εκπαίδευσης, ανέργων του Ν. Χανίων, το 33,3% ήταν ΤΕΙ/ΑΕΙ/Μεταπτυχιακά και το 66,7% ήταν Γυμνάσιο/Λύκειο/ΙΕΚ, ενώ στο Ν. Λακωνίας το 20,0% ήταν ΤΕΙ/ΑΕΙ/Μεταπτυχιακά και το 70,0% ήταν Γυμνάσιο/Λύκειο/ΙΕΚ.

Στο οικογενειακή κατάσταση, ανέργων του Ν. Χανίων, το 77,8% ήταν ανύπανδροι και το 22,2% ήταν παντρεμένοι, ενώ στο Ν. Λακωνίας, το 65,0% ήταν ανύπανδροι, το 25,0% ήταν παντρεμένοι και το 10,0% ήταν συμβίωση.

		Ν. Χανίων		Ν. Λακωνίας	
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Φύλο	Ανδρας	7	38,9	9	45,0
	Γυναίκα	11	61,1	11	55,0
Ηλικία	16-20	9	50,0	4	20,0
	21-28	4	22,2	6	30,0
	29-35	2	11,1	4	20,0
	36-50	1	5,6	5	25,0
	51-60	2	11,1	1	5,0
Επίπεδο εκπαίδευσης	Αγράμματος	0	0,0	1	5,0
	Έως Δημοτικό	0	0,0	1	5,0
	Γυμνάσιο/ Λύκειο /ΙΕΚ	12	66,7	14	70,0
	ΤΕΙ/ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακά	6	33,3	4	20,0
Οικογενειακή κατάσταση	Ανύπανδρος/η	14	77,8	13	65,0
	Παντρεμένος/η	4	22,2	5	25,0
	Συμβίωση	0	0,0	2	10,0

Πίνακας 19: Δημογραφικά χαρακτηριστικά ανέργων

Από τον Πίνακα 20 παρατηρούμε ότι στο Ν. Χανίων το 44,4% και το 45,0% του Ν. Λακωνίας περιηγούνταν στο διαδίκτυο στον ελεύθερο χρόνο τους. Το 22,2% των Χανιωτών και το 5,0% των Λακώνων περπατούσαν-γυμνάζονταν στον ελεύθερο χρόνο τους. Το 20,0% των Λακώνων και το 16,7% των Χανιωτών πήγαιναν για καφέ. Διαβάζανε βιβλία το 5,6% των Χανιωτών και το 5,0% των Λακώνων. Το 11,1% των Χανιωτών και το 5,0% των Λακώνων άκουγε μουσική, ενώ το 15,0% των Λακώνων έβλεπε τηλεόραση.

Το 27,8% των ανέργων του Ν. Χανίων και το 50,0% του Ν. Λακωνίας ήταν καπνιστές.

Στο «τι ώρα κοιμάστε», από τους ανέργους του Ν. Χανίων το 27,8% έως τις 23:00, το 33,3% από 23:00 έως 24:00 και το 28,9% μετά τις 24:00, από το Ν. Λακωνίας το 20,0% έως τις 23:00, το 35,0% από 23:00 έως 24:00 και το 45,0% μετά τις 24:00.

		Ν. Χανίων		Ν. Λακωνίας	
		Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Με ποια δραστηριότητα ασχολείστε περισσότερο τον ελεύθερο χρόνο σας;	Βλέπετε τηλεόραση	0	0,0	3	15,0
	Περπατάτε - Γυμνάζεστε	4	22,2	1	5,0
	Διαβάζετε βιβλίο	1	5,6	1	5,0
	Ψάχνετε στο Internet	8	44,4	9	45,0
	Πηγαίνετε για καφέ	3	16,7	4	20,0
	Ακούτε μουσική	2	11,1	1	5,0
	Άλλο	0	0,0	1	5,0
Καπνίζετε;	Ναι	5	27,8	10	50,0
	Όχι	13	72,2	10	50,0
Τι ώρα κοιμάστε;	21:00 - 22:00	1	5,6	1	5,0
	22:00 - 23:00	4	22,2	3	15,0
	23:00 - 24:00	6	33,3	7	35,0
	24:00 -	7	38,9	9	45,0

Πίνακας 20: Συνήθειες των ανέργων

Με βάση τον Πίνακα 21, η μέση βαθμολογία της κλίμακας Hamilton ανέργων του Ν. Χανίων ήταν 5,94 ($\pm 4,137$) μονάδες, ενώ του Ν. Λακωνίας ήταν 7,25 ($\pm 6,32$) μονάδες. Η διαφορά όμως αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	p-value
N. Χανίων	5,94 (4,137)	0,652
N. Λακωνίας	7,25 (6,32)	

Πίνακας 21: Hamilton score ανέργων

Ποσοτική αξιολόγηση του άγχους στους ανέργους του Νομού Χανίων

Στον Πίνακα 22 παρατηρούμε ότι το 61,1% των ανέργων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια αγχώδη διάθεση, το 33,3% μέτρια και το 5,6% από σοβαρή έως πολύ σοβαρή αγχώδη διάθεση. Το 61,1% των ανέργων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια ένταση, το 33,3% μέτρια ένταση και το 5,6% από σοβαρή έως πολύ σοβαρή ένταση. Το 94,4% των ανέργων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια φοβίες και το 5,6% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά φοβίες. Το 94,4% των ανέργων εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια αϋπνία και το 5,6% μέτρια. Το 94,4% των ανέργων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια γνωσιακά προβλήματα και το 5,6% μέτρια. Το 94,4% των ανέργων εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια καταθλιπτική διάθεση και το 5,6% μέτρια. Το 88,9% των ανέργων εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια γενικά σωματικά συμπτώματα από το μυϊκό σύστημα, το 5,6% μέτρια και το 5,6% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 100,0% των ανέργων εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια αισθητηριακά συμπτώματα. Το 100,0% των ανέργων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια καρδιαγγειακά συμπτώματα. Το 94,4% των ανέργων εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια αναπνευστικά συμπτώματα και το 5,6% μέτρια. Το 88,9% των ανέργων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια γαστρεντερικά συμπτώματα και το 11,1% μέτρια. Το 94,4% των ανέργων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια ουρογεννητικά συμπτώματα και το 5,6% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 100,0% των ανέργων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια συμπτώματα από το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα.

	Καθόλου	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρά	Πολύ σοβαρά
Έχετε αγχώδη διάθεση;	4 (22,2)	7 (38,9)	6 (33,3)	1 (5,6)	0 (0,0)
Έχετε ένταση;	7 (38,9)	4 (22,2)	6 (33,3)	1 (5,6)	0(0,0)
Έχετε φοβίες;	10 (55,6)	7 (38,9)	0 (0,0)	1 (5,6)	0 (0,0)
Έχετε αϋπνία;	12 (66,7)	5 (27,8)	1 (5,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Έχετε γνωσιακά προβλήματα;	16 (88,9)	1 (5,6)	1(5,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Έχετε καταθλιπτική διάθεση;	12 (66,7)	5 (27,8)	1 (5,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Έχετε γενικά σωματικά συμπτώματα (μυϊκό σύστημα);	12(66,7)	4 (22,2)	1 (5,6)	1 (5,6)	0 (0,0)
Έχετε γενικά σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά);	12 (66,7)	6 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Έχετε καρδιαγγειακά συμπτώματα;	15 (83,3)	3(16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Έχετε αναπνευστικά προβλήματα;	13 (72,2)	4 (22,2)	1 (5,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Έχετε γαστρεντερικά συμπτώματα;	14 (77,8)	2 (11,1)	2(11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Έχετε ουρογεννητικά συμπτώματα;	15(83,3)	2 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)
Έχετε συμπτώματα από το αυτόνομο Νευρικό Σύστημα;	15 (83,3)	3 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Πίνακας 22: Συνιστώσες της κλίμακας Hamilton ανέργων Ν. Χανίων

Ποσοτική αξιολόγηση του άγχους στους ανέργους του Νομού Λακωνίας

Στον Πίνακα 23 παρατηρούμε ότι το 35,0% των ανέργων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια αγχώδη διάθεση, το 40,0% μέτρια και το 25,0% από σοβαρή έως πολύ σοβαρή αγχώδη διάθεση. Το 65,0% των ανέργων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια

ένταση, το 15,0% μέτρια ένταση και το 20,0% από σοβαρή έως πολύ σοβαρή ένταση. Το 70,0% των ανέργων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια φοβίες και το 30,0% μέτρια φοβίες. Το 95,0% των ανέργων εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια αϋπνία και το 5,0% μέτρια. Το 85,0% των ανέργων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια γνωσιακά προβλήματα και το 10,0% μέτρια. Το 80,0% των ανέργων εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια καταθλιπτική διάθεση και το 20,0% μέτρια. Το 80,0% των ανέργων εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια γενικά σωματικά συμπτώματα από το μυϊκό σύστημα, το 15,0% μέτρια και το 5,0% από σοβαρά έως πολύ σοβαρά. Το 85,0% των ανέργων εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια αισθητηριακά συμπτώματα και το 15,0% μέτρια. Το 90,0% των ανέργων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια καρδιαγγειακά συμπτώματα, το 5,0% μέτρια και το 5,0% σοβαρά έως πολύ σοβαρά συμπτώματα. Το 95,0% των ανέργων εκδήλωνε από καθόλου έως ήπια αναπνευστικά συμπτώματα και το 5,0% μέτρια. Το 90,0% των ανέργων παρουσίαζε καθόλου γαστρεντερικά συμπτώματα και το 10,0% μέτρια. Το 95,0% των ανέργων παρουσίαζε καθόλου ουρογεννητικά συμπτώματα και το 5,0% πολύ σοβαρά. Το 100,0% των ερωτηθέντων παρουσίαζε από καθόλου έως ήπια συμπτώματα από το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα.

	Καθόλου	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρά	Πολύ σοβαρά
Έχετε αγχώδη διάθεση;	5(25,0)	2 (10,0)	8(40,0)	3 (15,0)	2 (10,0)
Έχετε ένταση;	8 (40,0)	5 (25,0)	3 (15,0)	2 (10,0)	2(10,0)
Έχετε φοβίες;	12 (60,0)	2 (10,0)	6 (30,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Έχετε αϋπνία;	15 (75,0)	4 (20,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Έχετε γνωσιακά προβλήματα;	15 (75,0)	2 (10,0)	2(10,0)	1 (5,0)	0 (0,0)
Έχετε καταθλιπτική διάθεση;	11 (55,0)	5 (25,0)	4 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Έχετε γενικά σωματικά συμπτώματα (μυϊκό σύστημα);	12(60,0)	4 (20,0)	3 (15,0)	1 (5,0)	0 (0,0)
Έχετε γενικά σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά);	15 (75,0)	2 (10,0)	3 (15,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Έχετε καρδιαγγειακά συμπτώματα;	16 (80,0)	2(10,0)	1 (5,0)	1 (5,0)	0 (0,0)
Έχετε αναπνευστικά προβλήματα;	16 (80,0)	3 (15,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Έχετε γαστρεντερικά συμπτώματα;	18(90,0)	0 (0,0)	2(10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Έχετε ουρογεννητικά συμπτώματα;	19(95,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,0)
Έχετε συμπτώματα από το αυτόνομο Νευρικό Σύστημα;	18 (90,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Πίνακας 23: Συνιστώσες της κλίμακας Hamilton ανέργων Ν. Λακωνίας

Στη μελέτη υπήρχαν 38 άνεργοι, από αυτούς οι 18 (47,4%) δήλωσαν ότι η οικονομική κρίση τους έχει επηρεάσει «πολύ και πάρα πολύ». Στη νομό Χανίων υπήρχαν 18 άνεργοι, από αυτούς, οι 6 (33,3%) δήλωσαν ότι η οικονομική κρίση τους έχει επηρεάσει «πολύ και πάρα πολύ». Στη νομό Λακωνίας υπήρχαν 20 άνεργοι, από αυτούς, οι 12 (60,0%) δήλωσαν ότι η οικονομική κρίση τους έχει επηρεάσει «πολύ και πάρα πολύ».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

Συζήτηση - Συμπεράσματα

6.1. Οριοθέτηση-Περιορισμοί

Η οριοθέτηση της συγκεκριμένης έρευνας άπτεται των ερευνητικών ερωτημάτων που έχουν ήδη τεθεί. Ως εκ τούτου, ο όρος «οριοθέτηση» αναφέρεται στις διαστάσεις ή τις μεταβλητές της περιοχής του προβλήματος προς μελέτη (Παπαναστασίου & Παπαναστασίου, 2014). Πιο συγκεκριμένα, τα σημεία που μελετήθηκαν περιλαμβάνουν το βαθμό (και στις 13 ερωτήσεις της κλίμακας Hamilton) αγχώδους διάθεσης, σε τυχαίο δείγμα κατοίκων του Ν. Λακωνίας και του Ν. Χανίων. Επίσης, το βαθμό αγχώδους διάθεσης, σε τυχαίο δείγμα κατοίκων των ανωτέρω Νομών σε σχέση με κάθε δημογραφικό και κοινωνικοοικονομικό παράγοντα με βάση:

- το φύλο
- την ηλικία
- την εκπαίδευση
- το εισόδημα
- την οικογενειακή κατάσταση
- το επάγγελμα
- τις δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο
- το αν είναι καπνιστής

Αναφορικά με τους περιορισμούς της έρευνας, είναι σημαντικό μελλοντικά να χρησιμοποιηθούν μεγαλύτερα δείγματα προερχόμενα από περισσότερους Νομούς της χώρας προκειμένου τα αποτελέσματα να είναι σε μεγαλύτερο βαθμό έγκυρα και αξιόπιστα.

6.2. Συζήτηση

Η συντριπτική πλειοψηφία στο συνολικό δείγμα φαίνεται να βιώνει ήπιας μορφής άγχος με το 5,8% να εκφράζει σοβαρής και πολύ σοβαρής μορφής άγχος. Επιπρόσθετα, είναι βασικό να αναφερθεί ότι οι κάτοικοι και στους δύο νομούς (Χανίων και Λακωνίας αντίστοιχα) φαίνεται να είναι το ίδιο περίπου αγχώδεις, με

τους κατοίκους του Νομού Χανίων να εμφανίζουν λίγο υψηλότερα ποσοστά. Ωστόσο, είναι άξιο προσοχής ότι στην ομάδα των ανέργων στους δύο Νομούς, φαίνεται ότι περισσότερο άγχος βιώνουν οι άνεργοι στο Νομό Λακωνίας σε σύγκριση με τους ανέργους στο Νομό Χανίων.

Επιπλέον, οι Λάκωνες εμφανίζονται να έχουν καλύτερο οικονομικό επίπεδο, ασχολούνται περισσότερο με το Internet, βλέπουν λιγότερο τηλεόραση, πηγαίνουν περισσότερο για καφέ, ενώ κοιμούνται λιγότερη ώρα το βράδυ. Από την άλλη πλευρά, οι Χανιώτες φαίνεται να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από το εργασιακό τους περιβάλλον σε σύγκριση με τους Λάκωνες. Επίσης, περισσότεροι Λάκωνες κατέχουν αυτοκίνητο ενώ οι Χανιώτες είναι λιγότεροι.

Αναφορικά με την επίδραση των κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών στην εμφάνιση του άγχους, συμπεραίνουμε ότι στο Νομό Λακωνίας έχουν περισσότερα συμπτώματα άγχους οι νεότεροι σε ηλικία σε αντίθεση με το Νομό Χανίων, όπου εμφανίζονται περισσότερο αγχωμένοι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία συμμετέχοντες στην έρευνα. Επίσης, τα άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (απόφοιτοι Δημοτικού) τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και ειδικότερα στους κατοίκους του Νομού Χανίων εμφανίζονται να έχουν υψηλότερα ποσοστά άγχους. Η χηρεία και το διαζύγιο αποτελούν επίσης αρνητικούς παράγοντες επίδρασης στην εμφάνιση του άγχους και στους δύο Νομούς της χώρας καθώς και το αν οι ερωτώμενοι έχουν ή όχι παιδιά. Πιο συγκεκριμένα, όσοι έχουν παιδιά παρουσιάζουν μεγαλύτερο άγχος συγκριτικά με όσους δεν έχουν. Αυτό είναι ένα αναμενόμενο αποτέλεσμα καθότι οι οικογενειακές υποχρεώσεις και οικονομικές επιβαρύνσεις είναι μεγαλύτερες όταν υπάρχουν παιδιά μέσα στο οικογενειακό πλαίσιο με αποτέλεσμα την αύξηση των αρνητικών συναισθημάτων (π.χ. άγχος). Τα συγκεκριμένα ευρήματα έρχονται σε πλήρη συμφωνία με εκείνα άλλων ερευνών που πραγματοποιήθηκαν σε 78 άτομα (υγής πληθυσμός), σύμφωνα με τις οποίες τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο καθώς και οι διαζευγμένοι και οι χήροι παρουσιάζουν χειρότερη ψυχική υγεία με την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης (Θεοφίλου, 2010α, 2010β).

Επιπρόσθετα, οι συνταξιούχοι και οι αγρότες και στους δύο Νομούς εμφανίζονται να έχουν περισσότερο άγχος ενώ οι άνεργοι παρουσιάζονται να έχουν το λιγότερο άγχος. Το τελευταίο αποτέλεσμα έρχεται σε αντίθεση με την παρατιθέμενη κατά καιρούς βιβλιογραφία (Λεχουρίτης, 2002, Popovici & French, 2013) σύμφωνα με την οποία η ανεργία οδηγεί το άτομο στην ανάπτυξη ποικίλων αρνητικών συναισθημάτων, όπως είναι η απογοήτευση, ο θυμός, η θλίψη, η ανησυχία, το άγχος, η πικρία, η απελπισία.

Με τη σειρά της, η μακροχρόνια ανεργία θρυμματίζει την αυτοεκτίμηση και αξιοπρέπεια του ατόμου και αποφέρει δραματικές αλλαγές στην ψυχική του λειτουργία και τις αντιδράσεις του. Μπορεί να εμφανιστεί απάθεια, νευρικήτητα, έλλειψη επιθυμίας για βελτίωση, έλλειψη ευχαρίστησης και ικανοποίησης, ανηδονία, απομόνωση, κλονίζεται η αυτοπεποίθηση και η εμπιστοσύνη τόσο στον εαυτό του όσο και στους γύρω του (Λεχουρίτης, 2002).

Ένας άλλος παράγοντας που φαίνεται ότι επιδρά στην εμφάνιση άγχους είναι οι δραστηριότητες, με τις οποίες ασχολούνται οι συμμετέχοντες στην έρευνα. Πιο συγκεκριμένα, όσοι ακούν μουσική τον ελεύθερο χρόνο τους, αισθάνονται λιγότερο άγχος σε σχέση με όσους παρακολουθούν τηλεόραση ή πάνε για καφέ. Το εν λόγω αποτέλεσμα είναι σε απόλυτη συσχέτιση με τα ευρήματα παρόμοιων ερευνών που πραγματοποιήθηκαν σε μαθητές σχολείων στο Ισραήλ (Yehuda, 2011) καθώς και σε εργαζόμενους σε εταιρείες Πληροφορικής στον Καναδά (Lesiuk, 2005) αντίστοιχα, βάσει των οποίων αναδεικνύεται ο σημαντικός ρόλος που παίζει η μουσική στη μείωση του άγχους. Επιπλέον, οι άνεργοι του Νομού Λακωνίας που καπνίζουν έχουν σχεδόν διπλάσια ποσοστά 50% από τους άνεργους που καπνίζουν του Νομού Χανίων 27,8%. Σε έρευνα για το οικονομικό φορτίο του καπνίσματος από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Τσαλαπάτη Κ., Απρίλιος 2013), επιβεβαίωσε το συμπέρασμα του (ΟΟΣΑ, 2011) ότι σήμερα η Ελλάδα έχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών, όχι μόνο μεταξύ των μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και μεταξύ όλων των μελών του ΟΟΣΑ.

Στα πλαίσια υλοποίησης και εφαρμογής παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση των ατόμων που παρουσιάζουν συμπτώματα άγχους, είναι βασικό να τονίσουμε τα εξής:

Η γενική συμβουλευτική και οι ανάλογες δεξιότητες είναι αποτελεσματικές στα άτομα που έχουν προβλήματα άγχους ή κατάθλιψης. Οι δεξιότητες συμβουλευτικής όπως το να ακούει κανείς και το να διαθέτει ενσυναίσθηση, θα πρέπει να διαμορφώνουν τη βάση κάθε θεραπευτικής σχέσης. Ωστόσο, η συμβουλευτική δεν είναι συνήθως αρκετή για την αλλαγή των συμπεριφορών του ατόμου και θα πρέπει να υποστηρίζεται από πιο εξειδικευμένες τεχνικές. Οι δύο κύριοι στόχοι της συμβουλευτικής είναι πρώτον, να βοηθήσουν τα άτομα να διαχειριστούν τα προβλήματά τους, ώστε να ζήσουν πιο αποτελεσματικά και να αναπτύξουν αχρησιμοποίητες πηγές και χαμένες ευκαιρίες πληρέστερα, και δεύτερον, να βοηθήσουν τα άτομα να γίνουν καλύτερα στο να βοηθούν τους εαυτούς τους στην καθημερινή τους ζωή (Miller & Wilbourne, 2002).

Επίσης, η εφαρμογή της γνωσιακής - συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης μπορεί να φανεί αποτελεσματική σε τέτοιες περιπτώσεις. Ο όρος αναφέρεται σε μία προσέγγιση που καλύπτει μία ευρεία σειρά στρατηγικών και τεχνικών που βασίζονται στις αρχές της μάθησης γύρω από την ιδέα ότι η τροποποίηση και η εκ νέου μάθηση μίας συμπεριφοράς επηρεάζεται από το πώς βλέπουν οι άνθρωποι τον εαυτό τους και τους άλλους. Οι περισσότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις που έχει φανεί ότι είναι αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση αρνητικών συναισθημάτων και συμπεριφορών εντάσσονται στο ευρύ φάσμα των γνωσιακών - συμπεριφοριστικών προσεγγίσεων (Miller & Wilbourne, 2002). Στο πλαίσιο των στοιχείων που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα των γνωσιακών - συμπεριφοριστικών παρεμβάσεων, των καλώς σχεδιασμένων διαδικασιών και πρωτοκόλλων εφαρμογής και της αποδοχής και δημοτικότητάς τους, οι γνωσιακές - συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις είναι πιθανό να παρέχουν μία αποτελεσματική, πρακτική βάση για τη σωστή διαχείριση του άγχους. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορούν να εφαρμοστούν με έναν τρόπο που επιτρέπει την ανάπτυξη μίας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου σε μία ατμόσφαιρα με ενσυναίσθηση και χωρίς αντιπαράθεση. Αυτές οι προσεγγίσεις είναι συμβατές με άλλες παρεμβάσεις, όπως οι φαρμακευτικές (Miller & Wilbourne, 2002).

6.3 Συμπεράσματα

Η πλειοψηφία του δείγματος εμφανίζει χαμηλό ποσοστό άγχους με μεγαλύτερα επίπεδα στο Νομό Χανίων. Η εμφάνιση του άγχους βρέθηκε να επηρεάζεται κυρίως από την κοινωνική και χωροταξική απομόνωση που βιώνουν οι άνθρωποι ιδιαίτερα μεγαλύτερης ηλικίας. Οι υποδομές στα χωριά μικρές, η κοινωνική πρόνοια για τους ανθρώπους που δεν βρίσκονται στην παραγωγική ηλικία, ανύπαρκτη στην Ελλάδα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Alexopoulos, G.S. (2003). Vascular disease, depression, and dementia. *J Am Geriatr Soc*, 51, 1178-80.
2. Alves, T.C., Rays, J., Fraguas, R. Jr, Wajngarten, M., Telles, R.M.S., De Souza Douran F.L., et al. (2006). Association between major depressive symptoms in heart failure and impaired regional cerebral blood flow in the medial temporal region: a study using 99tc-HMPAO single photon emission computerized tomography (SPECT). *Psychological Med.*, 36, 597-608.
3. Αργυροπούλου, Κ. (1999). Επαγγελματικό άγχος στους δασκάλους, Σύγχρονη Εκπαίδευση, τ. 106, Μάιος.
4. Barefoot, J.C., Brummett, B.H., Clapp-Channing, N.E., et al. (2000). Moderators of the effect of social support on depressive symptoms in cardiac patients. *Am J Cardiol*; 86:438–442.
5. Barlow (2000), Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μια σύνθετη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση , Αθήνα, εκδόσεις: Έλλην , Α' τόμος:112.
6. Bruce S. McEwen (2012), Brain on stress: How the social environment gets under the skin, *Proc Natl Acad Sci* 16(109):17180–17185.
7. Βλάχου Μ. (2004). Αγχώδεις Διαταραχές Παιδιών και Εφήβων. Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας & Θεραπείας της Συμπεριφοράς.
8. Chansky T. (2008). *Freeing Your Child from Negative Thinking: Powerful, Practical Strategies to Build a Lifetime of Resilience, Flexibility and Happiness*. Da Capo Lifelong Books.
9. Charmandari E, Achermann JC, Carel JC, Soder O, Chrousos GP (2012), Stress response and child health, *Science Signal* 30:5-248.
10. Γεμεντζής Κ. (1991) Επανεισαγωγή στη ψυχανάλυση, Αθήνα, εκδόσεις Βιβλιοπωλείο της Εστίας, 184.
11. Γκοτζαμάνης Κ. (1996). Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV™ Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

12. Daugirdas, J. & Todd, S. (1988). *Handbook of Dialysis*. Boston, Toronto: Little Brown.
13. Dee, T. (2001). Alcohol abuse and economic conditions: Evidence from repeated crosssections of individual-level data. *Health Economics*, 10, 257-270.
14. Ettner, S.L. (1997). Measuring the human cost of a weak economy: does unemployment lead to alcohol abuse? *Social Science Medicine*, 44(2), 251-260.
15. Frasure-Smith N., Lesperance, F., Gravel, G., et al. (2000). Depression and healthcare costs during the first year following myocardial infarction. *J Psychosom Res*; 48:471–478.
16. Geiger- Brown, J., Muntaner, C., Lipscomb, J. (2004). Demanding work schedules and mental health in nursing assistants working in nursing homes. *Work & Stress*, 18, 292-304.
17. Ginieri - Coccossis, M., Theofilou, P., Synodinou, C., Tomaras, V. & Soldatos, C. (2008). Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: Investigating differences in early and later years of current treatment. *BMC Nephrology*, 9, 1-9.
18. Ginieri - Coccossis, M. & Theofilou P. (2007). Quality of Life and Health Locus of Control in Renal Disease: Comparison of Haemodialysis versus Peritoneal Dialysis Patients. Διεθνές συνέδριο που διοργάνωσε η ISOQOL (International Society of Quality of Life) - «Conference on Patient Reported Outcomes in Clinical Practice», Βουδαπέστη, Ουγγαρία.
19. Gokal, R. (2002). Health - related quality of life in end stage renal failure. *Ελληνική Νεφρολογία*, 14 (συμπληρωματικό τεύχος 1), 170-173.
20. Gottlieb, S.S., Khatta, M., Friedmann, E., Einbinder, L., Katzen, S., Baker, B., et al. (2004). The influence of age, gender and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *J Am Coll Cardiol*, 43, 1542-9.
21. Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), National institutes of health.
22. Hampel, P., & Peterman, F. (2005). Age and gender effects on coping in children and adolescent. *Journal of Youth and Adolescent*, 34(2): 73-83.
23. Holford Patric. (1999), *Beat stress and fatigue, υγεία και ευεξία*, Kindel

edition 22-157.

24. Θεοφίλου, Π., Συνοδινού, Κ. & Τζινιέρη - Κοκκώση, Μ. (2006). Ποιότητα Ζωής των ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά & τις Πολιτικές Υγείας. ΕΣΔΥ - Τομέας Οικονομικών Υγείας, Αθήνα.
25. Θεοφίλου, Π. (2008). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία ασθενών σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. *Dialysis Living*, 21, 42-50.
26. Θεοφίλου Π. (2010α). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία ανάμεσα σε περιτοναϊκούς ασθενείς και σε υγιή πληθυσμό. Προφορική ανακοίνωση στα πλαίσια του 37^{ου} Πανελλήνιου Νοσηλευτικού Συνεδρίου που διοργανώνει ο ΕΣΝΕ.
27. Θεοφίλου Π. (2010β). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία ανάμεσα σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς και σε υγιή πληθυσμό. Προφορική ανακοίνωση στα πλαίσια του 3^{ου} Πανελλήνιου και 2^{ου} Πανευρωπαϊκού Επιστημονικού & Επαγγελματικού Νοσηλευτικού Συνεδρίου που διοργανώνει η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας.
28. Karamanidou, C., Theofilou, P., Ginieri - Coccossis, M., Synodinou, C. & Papadimitriou, G. (2009). Anxiety, depression and health beliefs in end - stage renal disease (ESRD) patients. 17th European Congress of Psychiatry, European Psychiatric Association.
29. Katon, W. & Sullivan, M. (1990). Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry*, 51 (6 suppl), 3-11.
30. Kennerley, H. (1999). Ξεπερνώντας το άγχος: Ένας οδηγός αυτοβοήθειας με γνωστικές-συμπεριφοριστικές τεχνικές (Μ. Χαρίτου-Φατούρου Επιμ. Έκδ., Γ. Ευσταθίου, & Κ. Αγγελή Μτφ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου: *Overcoming Anxiety*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης: 1997).
31. Kimmel, P., Peterson, A. A. & Weihs, K. I. (1995). Aspects of quality of life in haemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol*, 6, 1418-1425.
32. Kraag, G., Zeegers, M., Kok, G., Hosman, C., & Abu-Saad, H. (2006). School programs targeting stress management in children and adolescents. *Journal of School Psychology*, 44: 449-472.

33. Καλαντζή - Αζίζι Α. (2004). Αγχώδεις διαταραχές στα παιδιά και εφήβους: Σχολική φοβία/κοινωνικές αναστολές. Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας & Θεραπείας της Συμπεριφοράς.
34. Καλπάκογλου Θ. (1998). Άγχος και Πανικός: Γνωσιακή θεωρία και θεραπεία. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
35. Κάντας Α., (1995). Οργανωτική – Βιομηχανική ψυχολογία, τ. 3, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
36. Καραδήμας Ε. (2004). Στρες και διαχείριση του στρες στον σχολικό πληθυσμό. Στο Προσαρμογή στο σχολείο - πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών (επιμ. Καλαντζή - Αζίζι Α. & Ζαφειροπούλου Μ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σ. 405-424.
37. Lan Hsieh, R., Yuan Huang, H., Ching Chen, S., Hsuan Lin, W., Wei Wu, C., Hsin Chang, H. & Chung Lee, W. (2010). Changes in physical functional performance and quality of life in hemodialysis patients in Taiwan: a preliminary study. *JNephrol*, 23, 41-48.
38. Lesiuk, T. (2005). The effect of music listening on work performance. *Psychology of Music*, 33, 173-191.
39. Λεχουρίτης, Γ. (2002). Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της ανεργίας. Στο Παπαδοπούλου, Δ. (Επιμ. Έκδ.), Κοινωνικός αποκλεισμός, για τους ανθρώπους που παραμερίζουμε...(σ. 105-110). Αθήνα: Εκδόσεις Αρμός.
40. Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord* 1988; 14(1):61–8.
41. Mayou, R.A., Gill, D., Thompson, D.R., et al. (2000). Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosom Med*, 62:212–219.
42. McEwen BS (2012). Brain on stress: How the social environment gets under the skin. *Proc Natl Acad Sci* 16(109):17180–17185.
43. Meiser-Stedman, R., Yule, W., Smith, P., Glucksman, E., & Dalgleish, T. (2005). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in children and

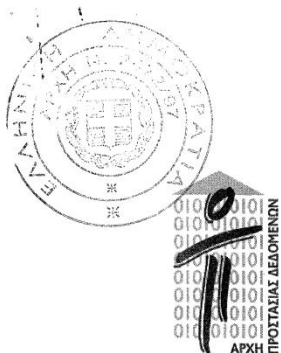
- adolescents involved in assaults or motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1381–1383.
44. Miller, W., & Wilbourne, P. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277.
 45. Morris, L., Davis, D., & Hutchings, C. (1981). Cognitive and emotional components of anxiety: Literature review and revised worry emotionality scale. *Journal of Educational psychology*, 37, 541-555.
 46. Μάνος Ν. (1997). Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
 47. Μοσχοπούλου, Ε. & Σαββιδάκη, Ε. (2003). Ψυχοκοινωνική εικόνα ασθενών σε χρόνια πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Προσέγγιση - Παρέμβαση. *Dialysis Living*, 7, 1-5.
 48. Nugent, N. R., Amstadter, A. B., and Koenen, K. C. (2008). Genetics of post-traumatic stress disorder: Informing clinical conceptualization and promoting future research. *American Journal of Medical Genetics Part C*, 148C, 127-132.
 49. Οικονομίδου, Γ., Ζλατάνος, Δ., Βαϊόπουλος, Χ. & Χατζηδημητρίου, Χ. (2005). Κατάθλιψη ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. *Dialysis Living*, 14, 22-32.
 50. Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. (1999). Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
 51. Παπαναστασίου, Ε., & Παπαναστασίου, Κ. (2014). *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Λευκωσία: Παπαναστασίου.
 52. Popovici., I., & French, T.M. (2013). Does Unemployment Lead to Greater Alcohol Consumption? *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, 52, 444-466.
 53. Ρίζος, Ε., Ρόντος, Ι., Παπαστεριάδης, Ε., Λύκουρας, Ε. (2004). Συχνότητα ψυχικών διαταραχών κατά DSM-IV σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Πρόδρομη ανακοίνωση. *Hellenic Psychiatry*, 2(1), 28-32.
 54. Robin M, Leslie RM. (2006). Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

55. Rodin, G. & Voshart, K. (1986). Depression in the medically ill: An overview. *Am J Psychiatry*, 143, 696-705.
56. Schnohr, P., Kristensen, T., Prescott, E., & Scharling, H. (2005). Stress and life dissatisfaction are inversely associated with jogging and other types of physical activity in leisure time: The Copenhagen City Heart Study. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 15, 107-112.
57. Silove D. & Manicavasagar V. (2000). Ξεπερνώντας τον πανικό: Ένας οδηγός αυτοβοήθειας με γνωστικές-συμπεριφοριστικές τεχνικές (Θ. Καλπάκογλου Επιμ. Έκδ., Ν. Βουλαλάς Μτφ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. (Τίτλος πρωτοτύπου: *Overcoming Panic*. Έτος πρωτότυπης έκδοσης: 1997).
58. Stallard P. (2011). Σκέφτομαι σωστά - νιώθω καλά. Οδηγός του ειδικού: Χρησιμοποιώντας τη γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία σε παιδιά και νέους. Αθήνα: Τυπωθήτω.
59. Σούρας Δ., (2007). Άγχος, 6^η σειρά ψυχολογίας, Αθήνα εκδόσεις: Κάκτος
60. Theofilou, P. (2011). Depression and anxiety in patients with chronic renal failure: The effect of sociodemographic characteristics. *International Journal of Nephrology*, volume 2011, p. 1-6.
61. Theofilou P., Zyga S. (2013) The relation of mental health and locus of control to sexual functioning in patients with multiple sclerosis. In *Sexual Dysfunctions: Risk Factors, Psychological Impact and Treatment Options*, 241-249, Nova Publishers.
62. Τζιάλλας, Β., Παπαγεωργίου, Α., Μητσάκη, Ε., Σιώпка, Ε. (2006). Ψυχικές διαταραχές και στεφανιαία νόσος. Η επίδραση της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 96, 89-96.
63. Τζινιέρη - Κοκκώση, Μ., Θεοφίλου, Π., Συνοδινού, Κ. & Τομαράς Β. (2007). Ποιότητα Ζωής στη Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια Τελικού Σταδίου: Σύγκριση Αιμοκαθαιρόμενων και Περιτοναϊκών ασθενών. 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο. ΕΛΨΕ, Θεσσαλονίκη.

64. Τσαλαπάτη Κωνσταντίνα, (Απρίλιος 2013), Το οικονομικό φορτίο του καπνίσματος για το ιατροασφαλιστικό σύστημα σε κρίση στην Ελλάδα. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- <http://www.iatronet.gr/photos/enimerosi/tsalapati.ppt>
65. Wiklund M, Malmgren-Olsson E, Ohman A, Bergstrom E, Fjellman-Wiklund A (2012). Subjective health complaints in older adolescents are related to perceived stress, anxiety and gender – a cross-sectional school study in Northern Sweden, *BMC Public Health*, 12: 993-1006
66. Wise, M. & Taylor, S. (1990). Anxiety and mood disorders in medically ill patients. *J Clin Psychiatry*, 51(1, suppl), 27-32.
67. Χαρίλα Ν. (2002). Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Θεραπεία: Βασικές αρχές, ψυχοθεραπευτικές δεξιότητες και τεχνικές. Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας & Θεραπείας της Συμπεριφοράς.
68. Yang, P., Kuo, J., Wang, M. & Lin, S. Su. (2005). Quality of Life and Its Determinants of Hemodialysis Patients in Taiwan Measured With WHOQOL-BREF (TW). *American Journal of Kidney Diseases*, 46, 635-641.
69. Yehuda, N. (2011). Music and stress. *J. Adult Dev*, 18, 85-94.
70. Yucedal, C., Olmez, N., Gezen, G., Celik, F., Altindag, A., Yilmaz, M. E. & Kara, I. H. (2003). Κατάθλιψη στους ασθενείς εξωνεφρικής κάθαρσης. *EDTNA ERCA Journal*, 29, 160-164, Greek edition.
71. Winton, M., Heather, N., & Robertson, I. (1986). Effects of unemployment on drinking behavior: a review of the relevant evidence. *The International Journal of Addictions*, 21(12), 1261-1283.
72. Ziegelstein, R.C., Fauerbach, J.A., Stevens, S.S., Romanelli, J., Richter, D.P., Bush, D.E. (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Arch Intern Med*; 160:1818–1823.

Παρόρτημα

1. Άδεια διεξαγωγής της έρευνας



ΑΡΧΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Δ/ση Γραμματείας
Τμήμα : Ελεγκτών
Ταχ. Δ/ση : Κηφισίας 1-3, Αθήνα
Ταχ. Κώδ. : 115 23
Πληροφ. : Κ. Καρβέλη – Α. Βενέρης
Τηλ. : 210-6475682-659
Fax : 210-6475628
Email : contact@dpa.gr
Ιστοσελίδα : www.dpa.gr

Αθήνα, 26-09-2014

Αριθ. Πρωτ.: ΓΝ/ΕΞ/1755/26-09-2014

ΠΡΟΣ
Ελευθέριο Ανδρονικάκη
Θεοδωρακοπούλου 28
Σπάρτη, ΤΚ 23100

α/α Άδειας : 1359



**ΑΔΕΙΑ ΙΔΡΥΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΑΡΧΕΙΟΥ ΜΕ
ΕΥΑΙΣΘΗΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ - ΑΡΘΡΟ 7 Ν. 2472/1997**

Η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα συνεδρίασε σε σύνθεση Τμήματος στην έδρα της την Τετάρτη 24.09.2014 και ώρα 10:00 μετά από πρόσκληση του Προέδρου της, προκειμένου να εξετάσει την υπ' αρ. πρωτ. Γ/ΕΙΣ/5166/01.09.2014 αίτηση του Ελευθερίου Ανδρονικάκη. Παρέστησαν ο Αναπληρωτής Πρόεδρος Γ. Μπατζαλέξης, κωλυμένου του Προέδρου της Αρχής Π. Χριστόφορου και τα αναπληρωματικά μέλη της Αρχής Σ. Βλαχόπουλος, ως εισηγητής, Χ. Ανθόπουλος και Γ. Λαζαράκος, αναπληρωματικά μέλη, σε αντικατάσταση των τακτικών μελών Λ. Κοτσαλή, Δ. Μπριόλα και Α.-Ι. Μεταξά, αντίστοιχα, οι οποίοι αν και εκλήθησαν νομίμως εγγράφως δεν παρέστησαν λόγω κωλύματος. Παρούσες χωρίς δικαίωμα ψήφου ήταν η Κ. Καρβέλη, ελέγκτρια, ως βοηθός εισηγητή και η Ε. Παπαγεωργοπούλου, υπάλληλος του τμήματος διοικητικών και οικονομικών υποθέσεων, ως γραμματέας.

Με την παραπάνω αίτηση, ο αιτών ζητά τη χορήγηση αδειάς από την Αρχή, προκειμένου να επεξεργασθεί ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα που θα συλλεχθούν από ερωτηματολόγια τα αποτελέσματα των οποίων θα χρησιμοποιηθούν στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής του εργασίας και αφού άκουσε τον εισηγητή και την βοηθό εισηγήτρια Κ. Καρβέλη, η οποία παρέστη χωρίς δικαίωμα ψήφου και αποχώρησε μετά τη συζήτηση της υπόθεσης και πριν από τη διάσκεψη και τη λήψη απόφασης, η Αρχή αποφάσισε ομόφωνα την χορήγηση της παρακάτω άδειας ίδρυσης και λειτουργίας αρχείου με ευαίσθητα δεδομένα.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ: Ελευθέριος Ανδρονικάκης.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ: Θεοδωρακοπούλου 28, Σπάρτη, ΤΚ 23100.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΡΧΕΙΟΥ: Η ίδια με την προηγούμενη.

ΕΙΔΟΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ: Ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα (υγείας) που περιλαμβάνονται στα ερωτηματολόγια τα οποία θα διανεμηθούν στους Νομούς Λακωνίας και Χανίων.

ΣΚΟΠΟΣ: Τα στοιχεία συλλέγονται και τηρούνται στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου στο οποίο φοιτά ο ενδιαφερόμενος, με θέμα «Αξιολόγηση και Συσχέτιση κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και αγχώδους διάθεσης στο γενικό πληθυσμό του Νομού Λακωνίας και Νομού Χανίων : Μια συγκριτική μελέτη».



Για τον σκοπό της μελέτης αυτής θα διανεμηθούν ερωτηματολόγια στους ενδιαφερόμενους αφού ενημερωθούν για τη συλλογή πληροφοριών και τον σκοπό της έρευνας και δώσουν την έγγραφη συγκατάθεση τους. Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική.

ΠΗΓΕΣ: Πηγές των δεδομένων είναι οι ίδιοι οι ενδιαφερόμενοι που συμφωνούν να συμμετάσχουν στην έρευνα.

ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΔΕΙΑΣ: Η άδεια ισχύει μέχρι την ολοκλήρωση της ιστορικής έρευνας και πάντως όχι πέραν της πενταετίας. Με τη λήξη της άδειας και πριν τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων της έρευνας το συλλεχθέν ονομαστικό αρχείο πρέπει να καταστραφεί, ενώ το ανωνυμοποιημένο αρχείο από το οποίο δεν προκύπτει η ταυτότητα των υποκειμένων των δεδομένων, επιτρέπεται να διατηρηθεί για επιστημονικούς σκοπούς.

ΕΙΔΟΣ ΑΔΕΙΑΣ: Άδεια λειτουργίας αρχείου με ευαίσθητα δεδομένα σύμφωνα με το άρθρο 7 παρ. 2 στοιχ. στ' του Ν. 2472/1997.

ΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ: Η άδεια προσδιορίζεται από τον προαναφερόμενο σκοπό επεξεργασίας και περιλαμβάνει όλες τις εγκαταστάσεις του υπεύθυνου επεξεργασίας.

ΠΑΡΑΒΟΛΟ: τριάντα (30,00) ευρώ.

ΟΡΟΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ

1. Ο υπεύθυνος επεξεργασίας θα διενεργήσει ο ίδιος την συλλογή των στοιχείων με τη διανομή ερωτηματολογίων στους ενδιαφερομένους στους Νομούς Λακωνίας και Χανίων και δεσμεύεται από την τήρηση του απορρήτου και της ασφάλειας της επεξεργασίας σύμφωνα με τα οριζόμενα στη διάταξη του άρθρου 10 του ν. 2472/1997.
2. Για να είναι έγκυρη η συγκατάθεση και επιτρεπτή η επεξεργασία πρέπει να τηρούνται οι όροι του ν. 2472/97 (βλ. άρθρ. 2 στοιχ. ια' και άρθρ. 7 παρ. 2 περ. α'). Τα υποκείμενα των δεδομένων, αφού έχουν προσηκόντως (με σχετικό έντυπο) ενημερωθεί για τον ειδικό σκοπό της επιστημονικής έρευνας και τα λοιπά στοιχεία κατά το άρθρ. 11 του ν. 2472/97, πρέπει να συγκατατίθενται ελεύθερα.
3. Αποδέκτες των δεδομένων δύνανται να είναι τα ίδια τα υποκείμενα και τα εξουσιοδοτημένα από αυτά πρόσωπα.
4. Απαγορεύεται η διαβίβαση δεδομένων σε τρίτους. Επιτρέπεται η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων της έρευνας, στατιστικών ή ανωνυμοποιημένων στοιχείων σύμφωνα με το άρθρ. 7 παρ. 2 περ. στ' του Ν. 2472/97. Έτσι, στοιχεία δημοσιοποιήσιμα σε επιστημονικά άρθρα, μονογραφίες, επιστημονικά περιοδικά δύνανται να είναι μόνο στοιχεία ανωνυμοποιημένα ή συγκεντρωτικά στατιστικά.
5. Κάθε μεταβολή των στοιχείων που αναφέρονται στην παρούσα άδεια πρέπει να γνωστοποιείται άμεσα στην Αρχή.
6. Είναι αυτονόητη η συμμόρφωση του υπευθύνου της επεξεργασίας προς τις γνωμοδοτήσεις, οδηγίες και λοιπές αποφάσεις της Αρχής σχετικά με την ερμηνεία και εφαρμογή του κανονιστικού καθεστώτος που διέπει την λειτουργία του αρχείου προσωπικών δεδομένων. Πριν από την παράδοση της άδειας στον υπεύθυνο επεξεργασίας θα πρέπει να καταβληθεί το ορισθέν παράβολο.
7. Σε περίπτωση μη συμμόρφωσης με τους παραπάνω όρους η άδεια παύει να ισχύει.

Ανανέωση της άδειας δύνανται να γίνει με αίτηση του υπεύθυνου επεξεργασίας δύο μήνες πριν την λήξη της παρούσας.



Ακριβές Αντίγραφο
εκ του πρωτοτύπου
Αθήνα 26-09-2014

Λάμπρος Νικολάου
ΔΕ Διαχειριστή - Οικονομικό

Ο Αναπληρωτής Πρόεδρος

Γεώργιος Μπατζαλέξης

2. Έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα

Δελτίο Συγκατάθεσης

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

“Αξιολόγηση και συσχέτιση κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και αγχώδους διάθεσης στο γενικό πληθυσμό του Νομού Λακωνίας και του Νομού Χανίων. Μια συγκριτική μελέτη”

Μεταπτυχιακός Φοιτητής: Ανδρονικάκης Ελευθέριος, Διοίκηση Επιχειρήσεων ΤΕ.

Επιβλέπον μέλος ΔΕΠ: Δρ Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Κατανοώ ότι θα πάρω μέρος σε μια συγκριτική μελέτη, η οποία εκτός από τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, θα εστιάσει και στην διερεύνηση των επιπέδων άγχους, αλλά και στην ένταση των επιμέρους συμπτωμάτων αυτού.

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στην αξιολόγηση των ευρημάτων στους Νομούς, Λακωνίας και Χανίων και την σύγκριση τους.

Κατανοώ ότι θα μου ζητηθούν προσωπικά στοιχεία και ότι η λήψη των στοιχείων θα γίνει από τον ίδιο τον ερευνητή.

Κατανοώ ότι η επιλογή μου έγινε τυχαία, ανάμεσα στο γενικό πληθυσμό.

Αποδέχτηκα ελεύθερα να συμμετάσχω στην έρευνα.

Ενημερώθηκα ότι η συμμετοχή μου στη μελέτη είναι εθελοντική.

Επίσης ενημερώθηκα ότι τα στοιχεία δεν θα δοθούν σε κανέναν που δεν σχετίζεται άμεσα με την μελέτη και ότι δεν θα γίνει γνωστή η ταυτότητα μου με κανένα τρόπο.

Τα πιθανά οφέλη αυτής της έρευνας, είναι ότι θα συμβάλλω με τη συμμετοχή μου, στην διερεύνηση των παραγόντων αγχώδους διάθεσης, σε δύσκολες εποχές κρίσης.

Υπογραφή του συμμετέχοντος

Ημερομηνία:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αυτό το ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας με τίτλο: "Αξιολόγηση και συσχέτιση κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και αγχώδους διάθεσης στο γενικό πληθυσμό του Νομού Χανίων και του Νομού Λακωνίας. Μια συγκριτική μελέτη", που εκπονείται στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής "Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων" του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας.

Παρακαλώ σημειώστε με «X» την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο, σε κάθε ερώτηση.

1. Το Φύλο σας είναι:

Άνδρας

Γυναίκα

2. Η Ηλικία σας είναι;

16-20

21-28

29-35

36-50

51-60

61-70

71 +

3. Το επίπεδο εκπαίδευσής σας είναι ;

Αναλφάβητος

Έως Δημοτικό

Γυμνάσιο/ Λύκειο/ΙΕΚ

ΤΕΙ/ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακές Σπουδές

4. Το ετήσιο οικογενειακό σας εισόδημα σε ευρώ είναι ;

- 0 έως 5.000,00
- 5.001,00 έως 10.000,00
- 10.001,00 έως 15.000,00
- 15.001,00 έως 20.000,00
- 20.001,00 έως 25.000,00
- 25.001,00 έως 30.000,00
- Άνω των 30.001,00

5. Η οικογενειακή σας κατάσταση είναι ;

- Ανύπανδρος/η
- Παντρεμένος/η
- Χήρος/α
- Διαζευγμένος/η
- Συμβίωση

6. Η περιοχή που διαμένετε είναι ;

- Αστική
- Ημιαστική
- Αγροτική

7. Θα επιθυμούσατε να μετακινηθείτε σε κάποια άλλη περιοχή;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

8. Αν ναι, γιατί (σημειώστε μόνο μια απάντηση);

- Ανεργία
- Έλλειψη ψυχαγωγίας
- Έλλειψη έργων υποδομής
- Έλλειψη υπηρεσιών υγείας
- Άλλο (προσδιορίστε _____)

9. Αν όχι, γιατί (σημειώστε μόνο μια απάντηση);

- Λόγω εργασίας
- Ασφαλής περιοχή για τα παιδιά
- Αργοί ρυθμοί ζωής (ποιότητα ζωής)
- Επαφή με τη φύση
- Άλλο (προσδιορίστε _____)

10. Έχετε παιδιά;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

11. Εάν ναι, πόσα παιδιά έχετε; _____

12. Ποιο είναι το επάγγελμά σας;

- Αγρότης
- Συνταξιούχος
- Ιδιωτικός Υπάλληλος / μισθωτός
- Ελεύθερος Επαγγελματίας
- Δημόσιος Υπάλληλος
- Άνεργος
- Οικιακά
- Άλλο (προσδιορίστε) _____

13. Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την εργασία σας, όσον αφορά:

	Πάρα πολύ	Πολύ	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου
13^α. Το ωράριο της εργασίας σας					
13^β. Τη φύση της εργασίας					

σας					
13γ. Το περιβάλλον της εργασίας σας					

14. Έχετε αυτοκίνητο;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

15. Το σπίτι που κατοικείτε είναι:

Δικό σας

Νοικιαζόμενο

Άλλο _____

16. Που ξοδεύετε τα περισσότερα χρήματα :

(σημειώστε μόνο μια απάντηση)

Ρούχα - Παπούτσια

Διατροφή

Διασκέδαση

Εκπαίδευση

Έξοδα σπιτιού

Υγεία

Δάνεια και κάρτες

17. Πόσο σας έχει επηρεάσει η οικονομική κρίση;

Πάρα πολύ

Πολύ

Μέτρια

Λίγο

Καθόλου

18. Με ποια από τις παρακάτω δραστηριότητες ασχολείστε περισσότερο ο τον ελεύθερο χρόνο σας και πόσες ώρες αφιερώνετε σε αυτή; (σημειώστε μόνο μια απάντηση)

Βλέπετε τηλεόραση
Περπατάτε - Γυμνάζεστε
Διαβάζετε βιβλίο
Ψάχνετε στο Internet
Πηγαίνετε για καφέ
Ακούτε μουσική
Άλλο (προσδιορίστε)

19. Καπνίζετε; ΝΑΙ ΟΧΙ

20. Εάν ναι, πόσα τσιγάρα την ημέρα; _____

21. Πόσες ώρες κοιμάστε (το βράδυ); _____

22. Τι ώρα κοιμάστε;

21:00 - 22:00

22:00 - 23:00

23:00 - 24:00

24:00 -

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΗΠΙΑ	ΜΕΤΡΙΑ	ΣΟΒΑΡΑ	ΠΟΛΥ ΣΟΒΑΡΑ
23. Έχετε αγχώδη διάθεση; Ανησυχίες, εγρήγορση, αναμονή του χειρότερου, ευερεθιστικότητα.					
24. Έχετε ένταση; Αίσθημα έντασης, εύκολη κόπωση, αδυναμία χαλάρωσης, τρομαγμένες αντιδράσεις, εύκολο κλάμα, τρόμος, αίσθημα ανησυχίας.					
25. Έχετε φοβίες; Για σκοτάδι, ξένους, μεγάλα ζώα, κίνηση στους δρόμους, πλήθος, να μείνετε μόνος- η.					
26. Έχετε αϋπνία; Σας παίρνει δύσκολα ο ύπνος, διακοπτόμενος ύπνος, αίσθημα κούρασης στο ξύπνημα, εφιάλτες, νυχτερινοί τρόμοι.					
27. Έχετε γνωσιακά προβλήματα; Δυσκολία συγκέντρωσης, φτωχή μνήμη.					

<p>28. Έχετε καταθλιπτική διάθεση; Απώλεια ενδιαφερόντων, έλλειψη ικανοποίησης από τα χόμπι, κατάθλιψη, πολύ πρωινό ξύπνημα, διακύμανση διάθεσης κατά την διάρκεια της ημέρας.</p>					
<p>29. Έχετε γενικά σωματικά συμπτώματα (μυϊκό σύστημα); Μυϊκοί πόνοι, πιασίματα, δυσκαμψία, μυϊκοί σπασμοί, τρίξιμο δοντιών, αστάθεια φωνής.</p>					
<p>30. Έχετε γενικά σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά); Βοή στα αυτιά μας, θόλωση της δράσης, ψυχρές ή ζεστές εξάψεις, αίσθημα αδυναμίας, μουδιάσματα.</p>					
<p>31. Έχετε καρδιαγγειακά συμπτώματα; Ταχυκαρδία, θωρακικός πόνος, αίσθημα λιποθυμίας, αρρυθμία, ταχυπαλμία.</p>					
<p>32. Έχετε αναπνευστικά προβλήματα; Αίσθημα πίεσης ή σύσφιξη στο θώρακα, αίσθημα πνιγμού, αναστεναγμοί, δύσπνοια.</p>					

<p>33. Έχετε γαστρεντερικά συμπτώματα; Δύσκολα καταπίνετε, δυσπεψία, πόνοι πριν και μετά το γεύμα, καούρες, αίσθημα πληρότητας, ναυτία, έμετος, αίσθημα βύθισης, κινητικότητα των σπλάχνων, χαλάρωση της κύστης, απώλεια βάρους, δυσκοιλιότητα.</p>					
<p>34. Έχετε ουρογεννητικά συμπτώματα; Συχνουρία ή αίσθημα πληρότητας της κύστης, απουσία περιόδου, πρόωρη εκσπερμάτωση, απώλεια της γενετήσιας ορμής, ανικανότητα.</p>					
<p>35. Έχετε συμπτώματα από το αυτόνομο Νευρικό Σύστημα; Ξηροστομία, εξάψεις, ωχρότητα, τάση για εφίδρωση, ίλιγγος, κεφαλαλγία, ανόρθωση τριχών.</p>					