



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ, ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ
ΤΟΥ ΘΥΜΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ.**

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΑ ΓΥΜΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΛΥΚΕΙΑ ΤΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

ΜΑΡΙΑ Δ. ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ

ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΦΙΛΟΛΟΓΙΑΣ

ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

MSc ΣΤΗ « ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΠΑΡΤΗ, 2018



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ, ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ
ΤΟΥ ΘΥΜΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ.**

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΑ ΓΥΜΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΛΥΚΕΙΑ ΤΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

ΜΑΡΙΑ Δ. ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ
ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΦΙΛΟΛΟΓΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
MSc ΣΤΗ « ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ »
ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΠΑΡΤΗ, 2018

Copyright© ΜΑΡΙΑ ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής «Η επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης, του άγχους και του θυμού στην υγεία και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των εφήβων μαθητών. Συγκριτική μελέτη στα γυμνάσια και στα γενικά λύκεια της περιφέρειας Πελοποννήσου και Αττικής» του τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκριση της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διδακτορική διατριβή 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:Μ.Σ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Παναγιώτης Πρεζεράκος, Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου (Επιβλέπων)

K.V. Petrides, Professor of Psychology and Psychometrics. Clinical, Edu & Hlth Psychology, Div of Psychology & Lang Sciences, University College London (Μέλος)

Φωτεινή Τζαβέλλα, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου (Μέλος)

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Παναγιώτης Πρεζεράκος, Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου (Επιβλέπων)

K.V. Petrides, Professor of Psychology and Psychometrics. Clinical, Edu & Hlth Psychology, Div of Psychology & Lang Sciences, University College London (Μέλος)

Φωτεινή Τζαβέλλα, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Ασπασία Παναγιώτου, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Στυλιανή Τζιαφέρη, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Παντελεήμων Περδικάρης, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Παναγιώτης Ανδριόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Στον πατέρα μου

- Αντίο, της είπε.

- Αντίο, είπε η αλεπού. Να το μυστικό μου. Είναι πολύ απλό: μόνο με την καρδιά βλέπεις καλά. Την ουσία δεν τη βλέπουν τα μάτια.

- Την ουσία δεν τη βλέπουν τα μάτια, ξαναείπε ο μικρός πρίγκιπας, για να το θυμάται.

~ Ο Μικρός Πρίγκιπας ~ , Αντουάν ντε Σαιντ-Εξυπερύ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<i>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</i>	12
ABSTRACT:	15
Κεφάλαιο 1- Θεωρητικό Υπόβαθρο	17
Εισαγωγή	17
Άγχος	21
Ορισμός της έννοιας του Άγχους.....	21
Θεωρήσεις του Άγχους.....	21
Ψυχαναλυτική Θεώρηση.....	21
Συμπεριφοριστική Θεώρηση.....	23
Γνωστική Θεώρηση.....	25
Βιολογική θεώρηση.....	26
Αγχώδεις Διαταραχές	29
Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού.....	29
Εκλεκτική Αλαλία.....	32
Ειδική φοβία.....	34
Διαταραχή Κοινωνικής Φοβίας.....	36
Διαταραχή πανικού.....	39
Αγοραφοβία.....	42
Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή.....	44
Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή.....	46
Συναισθηματική Νοημοσύνη	49
Ιστορική Αναδρομή.....	49
Συναισθηματική Νοημοσύνη: Γνώρισμα ή Ικανότητα;.....	54
Θυμός	57
Εννοιολογικές προσεγγίσεις.....	57
Ποιότητα Ζωής	62
Εννοιολογικές προσεγγίσεις.....	62
Υγεία	63
Θεωρητικές προσεγγίσεις.....	63
Ποιότητα Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία	65
Η Ποιότητα ζωής που αφορά στην Υγεία Παιδιών και Εφήβων	66
Μέτρα Αξιολόγησης της ΣΥΠΖ των Παιδιών και Εφήβων.....	71

Κεφάλαιο 2- Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας.....	75
Μελέτες που αφορούν στην επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης στην υγεία.....	75
Μελέτες που αφορούν στην επίδραση του άγχους στην υγεία.....	76
Μελέτες που αφορούν στην επίδραση του θυμού στην υγεία.....	78
Μελέτες που αφορούν στην επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης στη ΣΥΠΖ.....	79
Μελέτες που αφορούν στην επίδραση του άγχους στη ΣΥΠΖ.....	80
Μελέτες που αφορούν στην επίδραση του θυμού στη ΣΥΠΖ.....	81
Κεφάλαιο 3- Μέθοδος.....	83
Σκοπός.....	83
Επιμέρους Στόχοι.....	83
Συμβολή στην Επιστήμη.....	83
1η φάση Διδακτορικής Διατριβής.....	86
Γενική Περιγραφή.....	86
Περιγραφή της υπό στάθμιση κλίμακας.....	86
Μεθοδολογία Έρευνας.....	87
Ερευνητικά Εργαλεία.....	88
Ερευνητικές Υποθέσεις.....	90
Δειγματοληψία.....	91
Ηθική και Δεοντολογία.....	91
Στατιστική Ανάλυση.....	92
2η φάση Διδακτορικής Διατριβής.....	94
Γενική Περιγραφή και Μεθοδολογία.....	94
Ερευνητικά Εργαλεία.....	94
Ερευνητικές Υποθέσεις.....	96
Δειγματοληψία.....	97
Ηθική και Δεοντολογία.....	98
Στατιστική ανάλυση.....	98
Κεφάλαιο 4-Αποτελέσματα.....	100
Αποτελέσματα 1^{ης} φάσης Διδακτορικής Διατριβής.....	100
Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος.....	100
Ψυχομετρικές Ιδιότητες της κλίμακας TEIQue-ASF.....	102
Αξιοπιστία-Δείκτης Εσωτερικής Συνέπειας.....	102
Συσχετίσεις-Συγκλίνουσα Εγκυρότητα.....	102

Παλινδρομήσεις- Αυξητική Εγκυρότητα.....	102
Δημογραφικά Χαρακτηριστικά και Συναισθηματική Νοημοσύνη.....	107
Δημογραφικά Χαρακτηριστικά και Κλίμακα Δυνατοτήτων και Δυσκολιών	109
.....	
Συναισθηματικές Διαταραχές.....	109
Προβλήματα Επικοινωνίας.....	111
Υπερκινητικότητα.....	112
Προβλήματα με Ομήλικους.....	113
Κοινωνική Συμπεριφορά.....	114
Δημογραφικά Χαρακτηριστικά και Σωματικά Παράπονα.....	116
Δημογραφικά Χαρακτηριστικά και Κλίμακα Κεντρικών Αυτοαξιολογήσεων ..	117
Αποτελέσματα 2^{ης} φάσης Διδακτορικής Διατριβής.....	118
Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.....	118
Περιγραφικά Ερωτηματολογίων	
Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ).....	119
Σωματικές Δραστηριότητες και Υγεία.....	119
Γενική Διάθεση και Συναισθήματα.....	121
Οικογένεια και Ελεύθερος Χρόνος.....	123
Φίλοι.....	125
Σχολείο και Μάθηση.....	127
Συνολική Βαθμολογία στη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής.....	129
Σωματικά Παράπονα.....	129
Άγχος.....	131
Διαταραχή Πανικού και Αγοραφοβία.....	132
Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή.....	133
Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού.....	135
Φόβος Φυσικών Τραυματισμών.....	137
Κοινωνική Φοβία.....	139
Διαταραχή Καταναγκαστικής Συμπεριφοράς.....	141
Συνολική Βαθμολογία στην Κλίμακα Άγχους.....	143
Συναισθηματική Νοημοσύνη.....	144
Θυμός.....	151
Θυμός ως Γνώρισμα.....	151
Εξωτερίκευση Θυμού.....	153
Εσωτερίκευση Θυμού.....	155

Έλεγχος Θυμού.....	157
Συσχετίσεις.....	159
Συσχέτιση Συναισθηματικής Νοημοσύνης με την ΣΥΠΖ και τη Σωματική Υγεία.....	159
Συσχετίσεις Άγχους κ Αγχωδών Διαταραχών με την ΣΥΠΖ και τη Σωματική Υγεία.....	160
Συσχέτιση Θυμού με την ΣΥΠΖ και τη Σωματική Υγεία.....	162
Μοντέλα πρόβλεψης: ιεραρχική παλινδρόμηση.....	165
Τα σωματικά παράπονα ως εξαρτημένη μεταβλητή.....	165
Η Ποιότητα Ζωής και οι διαστάσεις της ως εξαρτημένες μεταβλητές.....	165
Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	
Δημογραφικά χαρακτηριστικά και ποιότητα ζωής.....	169
Σωματική Δραστηριότητα και Υγεία.....	170
Γενική Διάθεση και Συναισθήματα.....	173
Οικογένεια και Ελεύθερος Χρόνος.....	175
Φίλοι.....	177
Σχολείο και Μάθηση.....	178
Δημογραφικά χαρακτηριστικά και Άγχος.....	179
Διαταραχή πανικού και Αγοραφοβία.....	180
Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή.....	181
Άγχος Αποχωρισμού.....	182
Άγχος φυσικών τραυματισμών.....	184
Κοινωνική Φοβία.....	185
Ψυχαναγκαστική Συμπεριφορά.....	187
Δημογραφικά Χαρακτηριστικά και Συναισθηματική Νοημοσύνη.....	188
Δημογραφικά Χαρακτηριστικά και Σωματικά Παράπονα.....	190
Δημογραφικά χαρακτηριστικά και Θυμός.....	192
Θυμός ως Γνώρισμα (Trait).....	192
Εξωτερίκευση Θυμού.....	194
Καταστολή Θυμού.....	196
Έλεγχος Θυμού.....	197
Κεφάλαιο 5: Συζήτηση.....	199
1 ^η Φάση Διδακτορικής Διατριβής.....	199
2 ^η Φάση Διδακτορικής Διατριβής.....	201
Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.....	212

Συμπεράσματα-Προτάσεις.....	221
Περιορισμοί Μελέτης.....	223
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	224
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	262

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗΣ,
ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΘΥΜΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ
ΜΕΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ.
ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΑ ΓΥΜΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΤΑ ΓΕΝΙΚΑ ΛΥΚΕΙΑ ΤΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΚΑΙ ΑΤΤΙΚΗΣ**

Από την Μαρία Σταματοπούλου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ) αφορά σε μια πολυδιάστατη έννοια που περιγράφει τις σωματικές, λειτουργικές, κοινωνικές και ψυχολογικές πτυχές της ευημερίας και της λειτουργικότητας του ατόμου. Οι έρευνες, που αντικατοπτρίζουν την άποψη των παιδιών και εφήβων για την ευημερία, τη λειτουργικότητά τους καθώς και για τους προσδιοριστικούς παράγοντες που δύνανται να επηρεάσουν τα ανωτέρω, είναι προς το παρόν διαθέσιμες μόνο σε στοιχειώδη μορφή.

Σκοπός: Σκοπός της διδακτορικής διατριβής είναι η διερεύνηση της επίδρασης της συναισθηματικής νοημοσύνης (ΣΝ), του άγχους και του θυμού στην υγεία και στη ΣΥΠΖ των εφήβων. Επιμέρους στόχο αποτελεί η διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της ελληνικής μετάφρασης της σύντομης μορφής της κλίμακας Συναισθηματικής Νοημοσύνης ως Χαρακτηριστικό Γνώρισμα της Προσωπικότητας (TEIQue-ASF) που αφορά σε εφηβικό πληθυσμό.

Μέθοδος: Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε σε δύο φάσεις που συντελέστηκαν σε διαφορετικούς μελετώμενους πληθυσμούς. Στην πρώτη φάση, το δείγμα (cluster sampling) αποτελούταν από 440 εφήβους (ποσοστό ανταπόκρισης: 80%), που φοιτούσαν σε δημόσια σχολεία του νομού Λακωνίας. Προκειμένου να εκτιμηθούν οι ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας TEIQue-ASF

αξιολογήθηκε: α) η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας, β) η συγκλίνουσα και γ) η επαυξητική εγκυρότητά της. Προς επίτευξη των ανωτέρω χορηγήθηκαν στους μαθητές τέσσερα ερωτηματολόγια: η κλίμακα TEIQue-ASF, η κλίμακα Κεντρικού Μηχανισμού Αυτό-Αξιολόγησης (CSES), η κλίμακα Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (SDQ) και ο Κατάλογος Σωματικών Παραπόνων (SCL). Στη δεύτερη φάση της μελέτης, το δείγμα (cluster sampling) απαρτιζόταν 501 μαθητές (ποσοστό ανταπόκρισης 75%), που φοιτούσαν σε δημόσια σχολεία της περιφέρειας Πελοποννήσου και Αττικής. Για τη διερεύνηση του ερευνητικού ζητούμενου οι μαθητές κλήθηκαν να συμπληρώσουν: α) την κλίμακα Kidscreen-27, που αφορά στην αξιολόγηση της ΣΥΠΖ, β) την κλίμακα Αξιολόγησης Θυμού για παιδιά και εφήβους (AES), γ) την κλίμακα Άγχους για Παιδιά (SCAS), δ) τον Κατάλογο Σωματικών Παραπόνων (SCL) και ε) την κλίμακα TEIQue-ASF. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθούσε την κανονική κατανομή και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test). Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ποσοτική μεταβλητή και >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν σημαντικές στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression).

Αποτελέσματα: Η κλίμακα TEIQue-ASF εμφάνισε καλή εσωτερική συνοχή (cronbach's alpha :0.87). Η βαθμολογία της παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις βαθμολογίες των κλιμάκων CSES, SDQ και SCL, παρέχοντας ενδείξεις για τη συγκλίνουσα εγκυρότητά της. Επιπλέον, η κλίμακα TEIQue-ASF ερμήνευσε μεγαλύτερο ποσοστό της διακύμανσης των εξαρτημένων μεταβλητών σε σύγκριση με την κλίμακα CSES εμφανίζοντας επαυξητική εγκυρότητα. Όσον αφορά το δεύτερο στάδιο της μελέτης παρουσιάστηκαν θετικά ισχυρές και στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στη ΣΝ και τη ΣΥΠΖ ($r=0.65$, $p=0.01$) και τις επιμέρους διαστάσεις της (σχολείο και μάθηση, σωματικές δραστηριότητες και υγεία, γενική διάθεση και συναισθήματα, οικογενεια και ελεύθερος χρόνος, φίλοι). Επιπλέον, η ΣΝ εμφάνισε αρνητικά ισχυρή και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κλίμακα SCL ($r= -.48$, $p< 0.001$). Η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα του Άγχους παρουσίασε αρνητικά ισχυρή και στατιστικά

σημαντική συσχέτιση τόσο με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας της ΣΥΠΖ ($r=-0.33$, $p=0.01$), όσο και με τις επιμέρους διαστάσεις της (σχολείο και μάθηση, σωματικές δραστηριότητες και υγεία, γενική διάθεση και συναισθήματα, οικογενεια και ελεύθερος χρόνος, φίλοι). Επίσης, αυξημένα επίπεδα άγχους συνδέθηκαν με υψηλή συχνότητα σωματικών παραπόνων ($r=0.58$, $p<0.001$). Οι βαθμολογίες στις διαστάσεις του θυμού ως γνώρισμα, της εξωτερίκευσης καθώς και της καταστολής παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις τόσο με την κλίμακα σωματικών παραπόνων (με r 0.36, -0.19 και -0.23 αντίστοιχα, για $p<0.001$) όσο και με τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα της ΣΥΠΖ ($r=-0.43$, $p<0.001$) και τις επιμέρους διαστάσεις της (σχολείο και μάθηση, σωματικές δραστηριότητες και υγεία, γενική διάθεση και συναισθήματα, οικογενεια και ελεύθερος χρόνος, φίλοι). Οι τρεις ανεξάρτητες μεταβλητές (συναισθηματική νοημοσύνη, άγχος και θυμός) ερμήνευσαν, από κοινού, ένα υψηλό ποσοστό της διακύμανσης της ΣΥΠΖ ($R^2_{Adj}=.45$, $p<0.001$) και των σωματικών παραπόνων ($R^2_{Adj}=.49$, $p<0.001$). Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά η ηλικία, το φύλο καθώς και ο τόπος διαμονής φάνηκε να έχουν σημαντική επίδραση στις μεταβλητές της μελέτης.

Συμπεράσματα: Η ΣΝ, το άγχος και ο θυμός έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του εφηβικού πληθυσμού.

Λέξεις-κλειδιά: συναισθηματική νοημοσύνη, άγχος, θυμός, σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, σωματική υγεία, εφηβεία

UNIVERSITY OF PELOPONNESE
FACULTY OF HUMAN MOVEMENT AND QUALITY OF LIFE SCIENCES
DEPARTMENT OF NURSING
INVESTIGATION OF THE IMPACT OF EMOTIONAL INTELLIGENCE,
AXIENTY AND ANGER ON HEALTH AND HEALTH-RELATED QUALITY OF
LIFE OF ADOLESCENT STUDENTS.
A COMPARATIVE STUDY IN HIGH SCHOOLS IN THE REGION OF
PELOPONNESE AND ATTICA.

The impact of emotional intelligence, axienty and anger on health and health related quality of life of adolescent students. A comparative study in high schools in the region of Peloponnese and Attica,

By Maria Stamatopoulou

ABSTRACT:

Introduction: Health-related quality of life (HRQOL) refers to a multidimensional concept that describes the physical, functional, social and psychological aspects of the well-being and functionality of the individual. Studies that reflect the view of children and adolescents on their well-being, functionality and identifying factors that can affect the above are currently only available at a preliminary stage.

Aim: The purpose of this doctoral thesis was to investigate the impact of emotional intelligence, anxiety and anger on the health and HRQOL of adolescents. An additional objective was to test the psychometric qualities of the Greek translation of Trait Emotional Intelligence Questionnaire-Adolescent Short Form (TEIQue-ASF).

Method: This study was conducted in two stages which included different studied populations. At the first stage, the sample (cluster sampling) consisted of 440 adolescents (response rate: 80%), attending public schools in the region of Laconia. In order to test the psychometric properties of the TEIQue-ASF scale, the following was assessed: a) internal consistency, b) convergent and c) incremental validity. To achieve this, four questionnaires were provided to students: the TEIQue-ASF scale, the Core Self Evaluation Scale (CSES), the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), and the Somatic Complaint List (SCL). At the second stage of the study, the cluster sampling consisted of 501 students (75% response rate) attending public schools in the Peloponnese and Attica regions. In order to address the research question, students were asked to complete the: a) Kidscreen-27 scale, which assesses

the HRQOL, b) Spence Children's Anxiety Scale, c) Anger Expression Scale, d) Somatic Complaint List and e) TEIQue-ASF. The t (student's t-test) was used to investigate the relationship between a quantitative variable that followed the normal distribution and a bisectal variable. In the case that the dependent variable was a quantitative variable and >2 , independent variables were significant in the bivariate analysis and multivariate linear regression was applied.

Results: The TEIQue-ASF scale demonstrated good internal consistency (Cronbach's alpha: 0.87). The instrument's score demonstrated good internal consistency and was significantly correlated with core self-evaluations as well with somatic complaints, self-report psychopathology, and personal strengths. It also explained a statistically significant increase in the prediction of outcome variables beyond core self-evaluations. In the second stage of the study, we observed a positive and statistically significant correlation between Trait EI and HRQOL ($r = 0.65$, $p = 0.01$) and its individual dimensions. In addition, TEIQue-ASF showed a negative strong and statistically significant correlation with the SCL scale ($r = -0.48$, $p < 0.001$). The overall score on the SCAS showed a strong and statistically significant correlation with the total score of Kidscreen-27 scale ($r = -0.33$, $p = 0.01$) as well in its dimensions. Also, increased levels of anxiety were associated with a high incidence of physical complaints ($r = 0.58$, $p < 0.001$). The scores in the dimensions of trait anger, anger out and anger in showed statistically significant correlations with somatic complaints ($r = 0.36$, -0.19 and -0.23 respectively, for $p < 0.001$) and HRQOL ($r = -0.43$, $p < 0.001$). The three independent variables explained a statistically significant amount of variance of the HRQOL ($R^2_{Adj} = .45$, $p < 0.001$) and somatic complaints ($R^2_{Adj} = 0.49$, $p < 0.001$). As far as the demographic variables are concerned, age, gender and place of residence appeared to have a significant effect on the HRQOL and somatic complaints.

Conclusions: Trait EI, anxiety and anger have a significant impact on the health and health-related quality of life of the teenage population.

Keywords: emotional intelligence, anxiety, anger, health-related quality of life, physical health, adolescence

Κεφάλαιο 1- Θεωρητικό Υπόβαθρο

Εισαγωγή

Η εφηβεία αφορά σε μια περίοδο ωρίμανσης, εμφάνισης δευτερευόντων σεξουαλικών χαρακτηριστικών, επίτευξης της γονιμότητας αλλά και υλοποίησης βαθιών ψυχολογικών αλλαγών (National Research Council, 1999). Η συγκεκριμένη περίοδος συμπίπτει και με τη μετάβαση σε μια διαφορετική και πιο απαιτητική σχολική βαθμίδα, γεγονός που συνοδεύεται από πολυσήμαντες αλλαγές στο σχολικό περιβάλλον της τάξης, στην οργάνωση, στον βαθμό δυσκολίας των μαθημάτων, στις προσδοκίες των εκπαιδευτικών και γονέων/κηδεμόνων, αλλά και στις φιλικές σχέσεις του εφήβου με τη νέα ομάδα ομήλικων (Margetts, 2002). Οι έφηβοι βιώνουν ένα πλήθος νέων εμπειριών αφού αναπτύσσουν τις δικές τους αξίες και πρότυπα, αναζητούν τη δική τους ταυτότητα, επιθυμούν να δοκιμάσουν τον εαυτό τους ως σύντροφο σε μια ερωτική σχέση, απαιτούν ολοένα και μεγαλύτερη απόσταση από τους ενήλικες και αποκτούν στενή σχέση με τους φίλους τους, οι οποίοι αποτελούν και προτεραιότητά τους (Haberlandt et al., 1995; Schütze 1992).

Ο εκρηκτικός συνδυασμός των ανωτέρω είναι εφικτό να κάμψει την ψυχική αλλά και τη σωματική ευεξία των εφήβων, να δημιουργήσει ανισορροπίες στις πτυχές της καθημερινότητάς τους και να επηρεάσει αρνητικά τη ΣΥΠΖ τους. Οι απαντήσεις που τίθενται στα ερωτήματα της ΣΥΠΖ και αφορούν στον προσδιορισμό των παραγόντων που δύνανται να την επιδράσουν, ευεργετικά και μη, είναι εφικτό να συντελέσουν καθοριστικό ρόλο στις αποφάσεις της δημόσιας πολιτικής, να προωθήσουν τις πολιτικές και τη νομοθεσία που σχετίζονται με την υγεία των παιδιών και των εφήβων και να βοηθήσουν στην κατανομή των πόρων της υγειονομικής περίθαλψης.

Στη συγκεκριμένη μελέτη συντελείται μια προσπάθεια προσδιορισμού της επίδρασης της συναισθηματικής νοημοσύνης, του άγχους και του θυμού στην υγεία και στη ΣΥΠΖ των εφήβων. Οι διαταραχές του άγχους είναι μία από τις συχνότερες διαταραχές που παρατηρούνται μεταξύ των παιδιών και των εφήβων αφού ο επιπολασμός τους κυμαίνεται από 4% έως 20% (Krain et al.,

2007). Η συναισθηματική δυσφορία που προκαλεί το άγχος συχνά συνοδεύεται από συγκεκριμένα σωματικά συμπτώματα, όπως εφίδρωση, ζάλη και δυσκολία στην αναπνοή ή γενικευμένα σωματικά παράπονα, όπως αϋπνία, ανησυχία και μυϊκούς πόνους (DSM-5TM; APA, 2013). Από την άλλη πλευρά η βίωση του θυμού είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με ένα αρνητικό αίσθημα υψηλής έντασης, καθώς και με επακόλουθες αντιδράσεις όπως η ένταση των μυών, η επιτάχυνση της αναπνοής και των καρδιακών παλμών και αύξηση της θερμοκρασίας του δέρματος (Scherer, 2000). Τόσο οι αγχώδεις διαταραχές όσο και ο θυμός δύνανται να κάμψουν την ικανότητα και δυνατότητα του ατόμου για δραστηριότητα και συμμετοχή σε όλους τους τομείς της ζωής του καθιστώντας ανέφικτη την ευημερία του.

Αντίθετα η συναισθηματική νοημοσύνη συμβάλλει καθοριστικά στην επιτυχή λειτουργικότητα του ατόμου, αφού έχει διαφανεί ότι η υψηλή συναισθηματική λειτουργικότητα συντελεί ευεργετικό ρόλο στην καλύτερη σωματική υγεία (Swami, Begum, & Petrides, 2010), την ικανοποίηση από τη ζωή (Petrides et al., 2007; Stamatopoulou, Galanis, & Prezerakos, 2016), την αισιοδοξία (Mikolajczak, Luminet, Leroy, & Roy, 2007), καθώς και σε πλήθος άλλων πτυχών της καθημερινότητας του ατόμου.

Σε ότι αφορά τον εφηβικό πληθυσμό απουσιάζουν ευρήματα από μελέτες που αξιολογούν την επίδραση των ανωτέρω στην υγεία αλλά και στη ΣΥΠΖ. Οι έρευνες, που αντικατοπτρίζουν την άποψη των παιδιών και εφήβων για την ευημερία και τη λειτουργικότητά τους, είναι προς το παρόν διαθέσιμες μόνο σε στοιχειώδη μορφή και αυτές αφορούν σε χρόνιους ή σοβαρά παιδιατρικούς ασθενείς (Eiser & Morse, 2001; Harding, 2001; Marra et al., 1996). Αυτό το βιβλιογραφικό κενό έρχεται να διερευνήσει η παρούσα μελέτη, τα ευρήματα της οποίας μπορούν να συμβάλλουν στο σχεδιασμό και την υλοποίηση παρεμβάσεων με στόχο την βελτίωση των συναισθηματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων που έχουν άμεση επίδραση στην υγεία αλλά και στην ποιότητα ζωής των εφήβων.

Επιπρόσθετα, στη συγκεκριμένη μελέτη επιχειρείται η ψυχομετρική διερεύνηση των ιδιοτήτων της σύντομης μορφής της Κλίμακας Συναισθηματικής Νοημοσύνης ως Χαρακτηριστικό Γνώρισμα της Προσωπικότητας (TEIQue-ASF) που δύναται να αναδείξει ένα έγκυρο και

19

αξιόπιστο εργαλείο ικανό να αξιολογήσει τις αυτοαντιλήψεις των Ελλήνων εφήβων σχετικά με τις ικανότητες των συναισθημάτων τους. Το συγκεκριμένο εγχείρημα κρίνεται ζωτικής σημασίας και επιβάλλεται από την έλλειψη σταθμισμένων στην ελληνική ψυχομετρικών εργαλείων που αξιολογούν τις συναισθηματικές δεξιότητες των εφήβων και είναι εφικτό να συμβάλλουν στην πρόληψη των συμπεριφορικών- συναισθηματικών δυσλειτουργιών και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας που ενέχει πολυεστιακές επιδράσεις.

Στο πρώτο κεφάλαιο πραγματοποιείται παρουσίαση βιβλιογραφικών δεδομένων αναφορικά με το άγχος, τον θυμό, τη συναισθηματική νοημοσύνη, την υγεία και τη ΣΥΠΖ. Πιο συγκεκριμένα, επιχειρείται η εννοιολογική αποσαφήνιση του άγχους μέσα από τις θεωρήσεις που έχουν διατυπωθεί τις προηγούμενες δεκαετίες. Παρουσιάζεται αναλυτικά όλο το φάσμα των αγχωτικών διαταραχών, μέσω της συμπτωματολογίας, του επιπολασμού καθώς και των παραγόντων κινδύνου που τις ενισχύουν. Στη συνέχεια συντελείται η παρουσίαση της ιστορικής εξέλιξης της συναισθηματικής νοημοσύνης, έχοντας ως αφορμή την έννοια της κοινωνικής νοημοσύνης που εισήγαγε ο Thorndike το 1928. Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στη διάκριση των μοντέλων της συναισθηματικής νοημοσύνης (ικανότητας και προσωπικότητας) καθώς και στις επιδράσεις της συναισθηματικής ευφυΐας στις πτυχές της καθημερινότητας του ατόμου. Επόμενο σταθμό αποτελεί ο θυμός και η προσέγγισή του μέσα από μια διαχρονική σκοπιά που καταλήγει στην επισήμανση των τύπων του θυμού και των τρόπων έκφρασής του. Στο τελευταίο μέρος του πρώτου κεφαλαίου συντελείται η προσέγγιση της έννοιας της ποιότητας ζωής καθώς και της υγείας που αφορά σε έναν από τους σημαντικότερους τομείς της. Επισημαίνεται το έλλειμα των μελετών που διερευνούν τη ΣΥΠΖ των παιδιών και εφήβων και η ανάγκη εκπόνησης αντίστοιχων μελετών που δύνανται να αποτελέσουν έναν σημαντικό δείκτη παρακολούθησης της υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο συντελείται η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που αφορά σε μελέτες διερεύνησης της επίδρασης της συναισθηματικής νοημοσύνης του άγχους και του θυμού στην υγεία και στη ΣΥΠΖ του εφηβικού πληθυσμού.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στη διδακτορική διατριβή, η οποία απαρτίζεται από δύο επιμέρους στάδια. Περιγράφεται λοιπόν το δείγμα, τα εργαλεία και η διαδικασία συλλογής των δεδομένων, που υλοποιήθηκαν σε κάθε στάδιο. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται-για κάθε στάδιο της μελέτης ξεχωριστά- τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την επεξεργασία των στοιχείων. Για την καλύτερη περιγραφή των αποτελεσμάτων παρατίθενται οι απαραίτητοι πίνακες και διαγράμματα. Στη συνέχεια συντελείται η συζήτηση επί των αποτελεσμάτων, αναφέρονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν και παρουσιάζονται προτάσεις αναφορικά με την επέκταση των ευρημάτων της έρευνας.

Ακολουθεί ένα παράρτημα με τα συνοδευτικά έγγραφα και με τα εργαλεία συλλογής των δεδομένων. Η εργασία ολοκληρώνεται με την παρουσίαση της βιβλιογραφίας που χρησιμοποιήθηκε για την συγγραφή αυτής της διατριβής.

Άγχος

Ορισμός της έννοιας του Άγχους

Το άγχος αναφέρεται σε ένα φυσιολογικό ανθρώπινο συναίσθημα το οποίο περιλαμβάνει συμπεριφορικές, συναισθηματικές και γνωστικές αντιδράσεις στην αντίληψη του κινδύνου. Πιο συγκεκριμένα, αφορά στην προσμονή μιας μελλοντικής απειλής που συχνά - ως απάντηση στον επικείμενο κίνδυνο- συνδέεται με ένταση και εγρήγορση των μυών και με συμπεριφορές αποφυγής ή επιφυλακτικότητας (DSM-5, 2013). Αφορά σε ένα αναπόσπαστο κομμάτι της παιδικής ηλικίας, θεωρείται όμως υπερβολικό ή παθολογικό, όταν είναι δυσανάλογο ως προς την πρόκληση ή όταν συνεπάγεται σημαντική δυσφορία και εξασθένηση (Trivedi & Gupta, 2010). Καθώς το ενδιαφέρον για το άγχος αυξήθηκε τις τελευταίες δεκαετίες, έχει αναπτυχθεί ένα ολόένα και πιο πλούσιο και ποικίλο σώμα θεωρητικών εργασιών που επικεντρώνεται στην κατανόησή του. Στη συνέχεια, αναλύονται οι τέσσερις βασικές οπτικές για το άγχος, που χρονολογούνται από τα τέλη του 19ου αιώνα μέχρι σήμερα:

Θεωρήσεις του Άγχους

Ψυχαναλυτική Θεώρηση

Η ψυχαναλυτική θεώρηση του άγχους βρίσκεται σε συμφωνία με τη γενική θεωρία της ψυχανάλυσης. Το πρώτο μεγάλο βιβλίο του Freud για το άγχος, το οποίο δημοσιεύθηκε το 1895, περιελάμβανε δύο σημαντικές συμβολές. Αρχικά, διαχώρισε το άγχος από τη νευρασθένεια και επισήμανε τα συμπτώματα του νευρωτικού άγχους ορίζοντας το ως ένα σημαντικό φαινόμενο της ψυχοπαθολογίας (Freud, 1895). Εν συνεχεία, διαπίστωσε την ύπαρξη σχέσης μεταξύ της διαταραγμένης σεξουαλικότητας και του άγχους (Freud, 1895). Ο Freud (1895) αναγνώρισε ότι μεταξύ των συμπτωμάτων του νευρωτικού άγχους περιλαμβάνονταν η επιτάχυνση της αναπνοής, ο αυξημένος καρδιακός ρυθμός, η εφίδρωση, εκδηλώσεις που παρουσιάζονται επίσης κατά τη διάρκεια του σεξουαλικού ενθουσιασμού. Από αυτές και άλλες κλινικές παρατηρήσεις, κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι το νευρωτικό άγχος ήταν το αποτέλεσμα της ανεκμετάλλευτης σωματικής σεξουαλικής έντασης και οφείλεται στις σεξουαλικές παρορμήσεις που βρίσκονται καταπιεσμένες στο

υποσυνείδητο και μετατρέπονται σε συμβολικές αναπαραστάσεις (Freud, 1895). Για κάθε ανθρώπινο πλάσμα το άγχος βρίσκεται σε άρρηκτη σχέση με τον σεξουαλικό περιορισμό, που γεννά νευρωτικά συμπτώματα, συμβολικά όνειρα, κ.λ.π. (Freud, 1895). Η εμφάνιση του άγχους αφορά στην αντίδραση του Εγώ στους κινδύνους που προκύπτουν ως επακόλουθο των απαιτήσεων της λιμπίτου (Freud, 1895). Όταν το σεξουαλικό ένστικτο αδυνατεί να ικανοποιηθεί αποφορτίζεται μέσω της μετατροπής του σε φόβο (Freud, 1895). Η συγκεκριμένη θεωρία, γνωστή ως η «πρώτη θεωρία» του Freud αναφορικά με το άγχος επικράτησε για περίπου τριάντα χρόνια μέχρι να επέλθει η αντικατάστασή της από τη «δεύτερη θεωρία» που τοποθέτησε το άγχος στην ψυχολογική σφαίρα. Σύμφωνα με την δεύτερη θεώρηση του Freud το άγχος αφορά σε μια αντίδραση σε κατάσταση κινδύνου.

Ο Freud (1895) ήταν από τους πρώτους που επέμενε στη στενή σχέση που υφίσταται ανάμεσα στο άγχος και στην ύπαρξη εξωτερικών και ενστικτωδών κινδύνων. Έκανε μια σημαντική διάκριση ανάμεσα σε ένα πρωταρχικό «αυτόματο άγχος» που προκαλείται από μια τραυματική κατάσταση στην οποία το αβοήθητο Εγώ κατακλύζεται και στο «άγχος ως σήμα» που ενεργοποιείται στην απάντηση του Εγώ σε καταστάσεις κινδύνου, ως ένα είδος προειδοποίησης, ότι μια τραυματική κατάσταση είναι επικείμενη, έτσι ώστε να μπορούν να εφαρμοστούν αμυντικά μέτρα, για να αποφευχθεί (Freud, 1926).

Η δεύτερη εννοιολόγηση του άγχους -«άγχος ως σήμα»- αποτελεί μια ριζική αναδιατύπωση όχι μόνο του άγχους αλλά και του μοντέλου του Freud για τον ανθρώπινο νου καθώς και για την φύση των ασυνείδητων διαδικασιών. Το άγχος με αυτή την νέα έννοια είναι ένας παράγοντας που προκαλεί άλλες πνευματικές διαδικασίες, αφορά σε απάντηση στην αντίληψη κινδύνου και λαμβάνει ως σημείο εκκίνησής του ένα αντικειμενικό πλαίσιο αναφοράς. Ο Freud (1926) δηλώνει ότι «το άγχος υποκρύπτεται στο Εγώ, ως ένα είδος εμβολιασμού, υποβαλλόμενο έτσι σε μια μικρή επίθεση της ασθένειας, για να ξεφύγει από την πλήρη δύναμή της. Έχει τον αδιαμφισβήτητο σκοπό να περιορίσει τη εξ ολοκλήρου βίωση της δυσάρεστης εμπειρίας σε μια απλή ένδειξη, ένα σήμα».

Συμπεριφοριστική Θεώρηση

Ο Συμπεριφορισμός, όπως υποδηλώνει το όνομά του, θέτει ως επίκεντρο τη συμπεριφορά των ανθρώπων και των ζώων. Ο Watson, που υπήρξε ο κυριότερος εκπρόσωπος του συμπεριφορισμού, υποστήριξε ότι η συμπεριφορά αποτελούσε το καταλληλότερο έρεισμα προς επιστημονική μελέτη (Watson, 1913). Η συγκεκριμένη πεποίθηση ώθησε τον Watson σε συνεργασία με την σύζυγό του σε ένα από τα διασημότερα πειράματα που έλαβε χώρα το 1920 και αφορούσε στη μελέτη της συμπεριφοράς ενός ενιάμηνου βρέφους επονομαζόμενου «Albert B.» (Watson & Rayner, 1920). Οι Watson και Rayner ξεκίνησαν να δοκιμάζουν τις αντιδράσεις του βρέφους παρουσιάζοντας του μια σειρά από αντικείμενα: έναν λευκό αρουραίο, ένα κουνέλι, έναν σκύλο, βαμβάκι, καθώς και καμένες εφημερίδες. Ο Albert - ο οποίος, σύμφωνα με τους ψυχολόγους, ήταν ευτυχισμένο, υγιές και στωικό παιδί - φάνηκε να αντιδρά θετικά στη θέαση των συγκεκριμένων αντικειμένων. Μερικές εβδομάδες αργότερα, οι Watson και Rayner παρουσίασαν για ένα δευτερόλεπτο τον Albert τον λευκό αρουραίο. Τη στιγμή που ο Albert άγγιξε τον αρουραίο, οι ψυχολόγοι χρησιμοποίησαν ένα σφυρί προκειμένου να δημιουργήσουν έναν τρομακτικά δυνατό θόρυβο. Τις επόμενες εβδομάδες, διαπίστωσαν ότι ο Albert φοβόταν τον λευκό αρουραίο, ακόμη και όταν δεν ακουγόταν ο θόρυβός. Το παιδί ήταν επίσης φοβισμένο από αντικείμενα που με κάποιον τρόπο έμοιαζαν με το λευκό αρουραίο, όπως το κουνέλι ή ακόμη και τα μαλλιά του Watson.

Οι Watson και Rayner, επηρεαζόμενοι από το έργο του Ρώσου επιστήμονα Ivan Pavlov, χρησιμοποίησαν τον όρο "εξαρτημένη" μάθηση για να περιγράψουν τη διαδικασία σύμφωνα με την οποία μαθαίνουμε να φοβόμαστε ένα ουδέτερο αντικείμενο ή μια κατάσταση λόγω του συνδυασμού τους με ένα άλλο πιο τρομακτικό γεγονός (Watson and Rayner, 1920). Οι Watson και η Rayner χρησιμοποίησαν το παράδειγμα του Albert, ως απόδειξη της θεωρίας τους ότι όλοι οι φόβοι είναι αποτέλεσμα μάθησης κατά τη διάρκεια της παιδικής μας ηλικίας.

Στη συνέχεια, ο Αμερικανός ψυχολόγος Mowrer με τη θεωρία των δύο σταδίων υποστήριξε ότι το άγχος - και συγκεκριμένα η επιθυμία να αποφευχθεί - είναι μια ισχυρή κινητήρια δύναμη της ανθρώπινης

συμπεριφοράς. Το άγχος (φόβος) αποτελεί μίαν εξαρτημένη αντίδραση στον πόνο, η οποία κινητοποιεί και ενισχύει τη συμπεριφορά που τείνει να αποφεύγει ή να αποτρέπει την επανάληψη του ερεθίσματος που προκαλεί πόνο (Mowrer, 1939).

Η θεωρία Mowrer προετοίμασε τον δρόμο για τον Skinner, ο οποίος επικεντρώθηκε στην επίδραση που έχει η συμπεριφορά μας στον κόσμο γύρω μας. Σύμφωνα με τον Skinner (1968) όταν μια συμπεριφορά λαμβάνει θετική ενίσχυση τείνει να επαναληφθεί. Το αντίθετο συντελείται με την αρνητική ενίσχυση που ωθεί το άτομο στην αποφυγή της μεμφθείσης συμπεριφοράς.

Ο συμπεριφορισμός έχει δώσει απάντηση σε καίρια ερωτήματα που αφορούν στο άγχος και υποστηρίζει ότι δεν είναι αναγκαίο να φοβόμαστε μόνο την επανάληψη των άσχημων γεγονότων που έχουμε βιώσει εμείς οι ίδιοι (Freeman & Freeman, 2012). Μπορούμε να μάθουμε να φοβόμαστε από τον τρόπο που συμπεριφέρονται οι άλλοι και από αυτά που μας λένε (Freeman & Freeman, 2012). Έτσι, αν ένας γονέας διακατέχεται από μια φοβία, είναι πολύ πιθανό να την εκδηλώσει και το παιδί.

Ο νοτιοαφρικανός ψυχολόγος Joseph Wolpe ανέπτυξε την τεχνική της απευαισθητοποίησης για την αντιμετώπιση των φοβιών. Η συγκεκριμένη τεχνική περιλαμβάνει τη σταδιακή έκθεση των ατόμων στην κατάσταση που φοβούνται (π.χ. φίδια), ώστε να μπορούν να αντιληφθούν ότι δεν υφίσταται λόγος για εκδήλωση φόβου (Wolpe, 1969). Η τεχνική της απευαισθητοποίησης εξακολουθεί να είναι, ακόμα και σήμερα, η συνηθέστερη προσέγγιση για την αντιμετώπιση των φοβιών.

Γνωστική Θεώρηση

Η θεμελιώδης ιδέα της γνωστικής θεώρησης έγκειται στο ότι τα συναισθήματα βιώνονται ως αποτέλεσμα του τρόπου με τον οποίο τα γεγονότα ερμηνεύονται ή αξιολογούνται. Η έννοια των γεγονότων είναι αυτή που προκαλεί τα συναισθήματα και όχι τα ίδια τα γεγονότα. Η εκτίμηση θα εξαρτηθεί από το πλαίσιο στο οποίο συμβαίνει ένα γεγονός, τη διάθεση του ατόμου καθώς και τις προγενέστερες εμπειρίες του. Ο συμπεριφορισμός - με την αποκλειστική εστίασή του στις πτυχές της ανθρώπινης ζωής που δύνανται να μελετηθούν στο εργαστήριο και με την περιθωριοποίηση της ανθρώπινης σκέψης-κυριαρχεί στην ακαδημαϊκή ψυχολογία των ΗΠΑ και του Ηνωμένου Βασιλείου για μεγάλο μέρος του 20ου αιώνα. Αλλά τα πράγματα άρχισαν να αλλάζουν το 1956 με την έλευση της αποκαλούμενης «γνωσιακής επανάστασης» που στόχευε στην κατανόηση των βασικών διαδικασιών, που υποκινούν τον τρόπο σκέψης των ανθρώπων (Freeman & Freeman, 2012). Με τη δημοσίευση του εγχειριδίου του με τίτλο *Γνωσιακή Ψυχολογία* (1967), ο Neisser, ο πατέρας της γνωστικής ψυχολογίας, τόνισε ότι οι εσωτερικές νοητικές διεργασίες (αντίληψη, προσοχή, μνήμη, σκέψη, γλώσσα κ.α) είναι υπεύθυνες για την απόκτηση, την αναπαράσταση, την αποθήκευση και τη χρήση της γνώσης.

Για να ξεκαθαρίσουν αυτές τις διαδικασίες, οι γνωστικοί ψυχολόγοι χρησιμοποίησαν μια μεταφορά από την υπολογιστική επιστήμη, που γνώρισε ιδιαίτερη άνθιση εκείνη την εποχή. Οι αισθητηριακές πληροφορίες απεικονίστηκαν ως να λαμβάνονται από τον εγκέφαλο και στη συνέχεια να υποβάλλονται σε επεξεργασία μέσω μιας σειράς δυαδικών (ναι/όχι) βημάτων, όπως τα διαγράμματα ροής στα οποία βασίζονται πολλά προγράμματα υπολογιστών (Freeman & Freeman, 2012). Η γνωστική θεώρηση του άγχους υποστηρίζει ότι, όπως και άλλα συναισθήματα, προκύπτει από την εκτίμηση μιας κατάστασης.

Δεν είναι το γεγονός που καθορίζει τη συναισθηματική μας κατάσταση, αλλά ο τρόπος με τον οποίο εννοιολογούμε το συγκεκριμένο γεγονός. Η απάντηση έγκειται στις προκαταλήψεις, τις ιδέες και τις συνηθισμένες διαδικασίες σκέψης που, σύμφωνα με τον Beck, ονομάζονται «σχηματικές πεπιοθήσεις» (Beck, 1976). Αυτές οι σχηματικές πεπιοθήσεις έχουν σφυρηλατιστεί μέσα από τις

εμπειρίες της ζωής μας, είναι ριζωμένες, αυτόματες και συνήθως δεν γνωρίζουμε την ύπαρξή τους (Beck, 1976).

Ο Beck (1976) επισήμανε ότι τα άτομα με διαταραχές άγχους έχουν- κατά κανόνα- αρνητικές σχηματικές πεποιθήσεις για τον εαυτό τους, τον κόσμο γύρω τους και το μέλλον τους (αυτό που είναι γνωστό ως γνωστική τριάδα). Η γνωστική τριάδα του Beck, επίσης γνωστή και ως αρνητική τριάδα, συνιστά μια παράλογη και απαισιόδοξη οπτική των τριών βασικών στοιχείων του συστήματος πεποιθήσεων ενός ατόμου.

Μια από τις βασικές τους ανακαλύψεις των γνωσιακών θεωρητικών αφορά στο ότι τα άτομα με άγχος υιοθετούν μια σειρά από στρατηγικές - γνωστές ως συμπεριφορές ασφάλειας – για να αποτρέψουν την εμφάνιση οποιουδήποτε φοβικού ερεθίσματος. Οι συμπεριφορές αυτές μειώνουν το άγχος βραχυπρόθεσμα, εμποδίζουν όμως το άτομο να ανακαλύψει το αδικαιολόγητο της ύπαρξής του με αποτέλεσμα τη μακροπρόθεσμη ενίσχυσή του (Salkovskis, Clark, & Gelder, 1996).

Βιολογική θεώρηση

Ο Joseph LeDoux (1998) ήταν ο πρώτος που αναγνώρισε μια συγκεκριμένη περιοχή του λιμπικού συστήματος ως τον «συναισθηματικό υπολογιστή» του εγκεφάλου χαρακτηρίζοντάς την ιδιαίτερα σημαντική αναφορικά με τον φόβο και το άγχος. Αυτή η περιοχή είναι η αμυγδαλή, που αποτελείται από δυο μικρά κομματάκια ιστού και είναι υπεύθυνη για τις αντιδράσεις του φόβου σε όλα τα είδη που τη διαθέτουν, συμπεριλαμβανομένων των ερπετών, των πτηνών, καθώς και θηλαστικών. Ο LeDoux (1998) αναφέρει ότι η αμυγδαλή είναι σαν το κέντρο ενός τροχού, αφού λαμβάνει πληροφορίες από τον υποθάλαμο, από περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού, καθώς και από ευρύτερες περιοχές του εγκεφάλου και είναι σε θέση να επεξεργαστεί τη συναισθηματική σημασία μεμονωμένων ερεθισμάτων αλλά και πολύπλοκων καταστάσεων. Επιπλέον, μέσω του υποθαλάμου δύναται να επηρεάσει βασικές διεργασίες που αποτελούν το αυτόνομο νευρικό σύστημα (όπως για παράδειγμα, η αναπνοή, η αρτηριακή πίεση και η θερμοκρασία του σώματος).

Όπως είδαμε οι αλλαγές στο αυτόνομο νευρικό σύστημα, όταν είμαστε ανήσυχοι οδηγούν σε ένα ευρύ φάσμα φυσικών επιδράσεων

συμπεριλαμβανομένου του αυξημένου καρδιακού ρυθμού, των διεσταλμένων κορών και την αλλοίωση της αναπνοής. Η αμυγδαλή είναι σε θέση να προβεί στην εκτίμηση μιας απειλητικής κατάστασης τόσο γρήγορα, που ίσως να μην αντιληφθούμε γιατί είμαστε ξαφνικά φοβισμένοι (LeDoux, 1998).

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι το άγχος - όπως κάθε άλλο συναίσθημα - είναι το αποτέλεσμα μιας εξαιρετικά σύνθετης διαδικασίας στην οποία συμμετέχουν πολλαπλές περιοχές του εγκεφάλου (LeDoux, 1998). Όπως αναφέρθηκε, σε αυτές οι περιοχές περιλαμβάνονται οι μετωπιαίοι λοβοί και ο ιππόκαμπος. Επίσης εμπλέκεται η νησίδα, ένα μέρος του εγκεφαλικού φλοιού που μας βοηθά να καταλάβουμε τα εσωτερικά συναισθήματα και διάφορα νευροχημικά. Μεταξύ των σημαντικότερων αυτών των νευροχημικών είναι:

- Ορμόνη της κορτικοτροπίνης (CRH - Corticotropin Releasing Hormone), η οποία ενεργοποιείται όταν η αμυγδαλή ανιχνεύει τον κίνδυνο και με τη σειρά της πυροδοτεί την απελευθέρωση του στρες για να διασφαλιστεί η ετοιμότητα για δράση ενάντια στον κίνδυνο και
- Γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA), που μας χαλαρώνει όταν βρισκόμαστε σε κατάσταση ανησυχίας (LeDoux, 1998) .

Ο LeDoux (1998) έχει εντοπίσει ότι τα άτομα με διαταραχές άγχους μπορεί να παρουσιάσουν:

- μια υπερδραστήρια αμυγδαλή ή / και:
- ανεπαρκώς ενεργούς μετωπικούς λοβούς ή / και:
- έναν ιππόκαμπο που δεν προσδιορίζει- με βάση την εμπειρία του παρελθόντος- ποια ερεθίσματα μπορούν να αποβούν επικίνδυνα.

Η αμυγδαλή, όπως είδαμε, είναι ένα είδος μονάδας ταχείας απόκρισης η οποία ενεργοποιεί αντιδράσεις φόβου «για κάθε περίπτωση», που στη συνέχεια αξιολογούνται από τις αρμόζουσες περιοχές του εγκεφάλου. Αν οι μετωπικοί λοβοί, για παράδειγμα, δεν μπορούν αξιολογήσουν ορθά το σήμα που προέρχεται από την αμυγδαλή, είναι πιθανό να βιώσουμε περιττό άγχος από έναν ψευδή συναγερμό (LeDoux, 1998).

Υπάρχουν στοιχεία ότι το επίμονο άγχος (μέσω των επιδράσεων των ορμονών του στρες) δύναται να μεταβάλει τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί ο

εγκέφαλος, μειώνοντας, για παράδειγμα, την βραχυπρόθεσμη μνήμη ή ακόμα συρρικνώνοντας το μέγεθος του ιππόκαμπου. Αυτά τα αποτελέσματα είναι συνήθως αναστρέψιμα, αλλά μακροπρόθεσμα μπορούν να γίνουν μόνιμες βλάβες (LeDoux, 1998).

Αγχώδεις Διαταραχές

Οι διαταραχές άγχους είναι μία από τις συχνότερες διαταραχές που παρατηρούνται μεταξύ παιδιών και εφήβων. Ο επιπολασμός των διαταραχών άγχους κυμαίνεται από 4% έως 20% (Krain et al., 2007). Κοινές διαταραχές άγχους μεταξύ των παιδιών είναι η συγκεκριμένη φοβία, η κοινωνική φοβία, η γενικευμένη διαταραχή άγχους και η διαταραχή άγχους αποχωρισμού, με μέσο ποσοστό επικράτησης μεταξύ 2,2% και 3,6%. Η αγοραφοβία (1,5%) και η διαταραχή μετατραυματικού στρες (1,5%) είναι λιγότερο διαδεδομένες, ενώ οι ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές και οι διαταραχές πανικού είναι σχετικά σπάνιες (λιγότερο από 1%) (Krain et al., 2007; Costello, Egger, & Angold, 2004).

Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού

Το άτομο με διαταραχή άγχους αποχωρισμού είναι φοβισμένο ή ανήσυχο για τον αποχωρισμό από την φιγούρα προσκόλλησης, σε βαθμό, που είναι αναπτυξιακά ακατάλληλος (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th; ICD-10, 2008). Βιώνει επίμονο φόβο και ανησυχία για τις βλάβες που θα επωμιστούν οι φιγούρες προσκόλλησης και για γεγονότα που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην απώλεια ή τον διαχωρισμό από αυτές (ICD-10, 2008). Συμπεριφορικές μελέτες υποδεικνύουν ότι τα παιδιά που έχουν διαγνωστεί με διαταραχή του άγχους αποχωρισμού διακατέχονται από αρνητική συναισθηματική υπερδραστικότητα και δυσχέρεια στη ρύθμιση των συναισθημάτων. Επιπλέον ερμηνεύουν τις ασαφείς καταστάσεις ως απειλητικές και αναζητούν βοήθεια από τους άλλους, αντί να προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα στηριζόμενα στις δικές τους δυνάμεις (Dadds et al., 1996; Bögels & Zigterman, 2000; Carthy et al., 2009). Σε αντίθεση με τις άλλες κατηγορίες των αγχωδών διαταραχών, τα άτομα που έχουν ιστορικό διαταραχής άγχους αποχωρισμού κατέγραψαν σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και στρες κατά την ενηλικίωση (Silove et al., 2010).

Η διαταραχή άγχους αποχωρισμού θεωρούταν για μεγάλο χρονικό διάστημα μια διαταραχή που αφορούσε αποκλειστικά σε παιδιά. Ωστόσο, τις τελευταίες

δύο δεκαετίες, αρκετοί συγγραφείς ανέφεραν υψηλό επιπολασμό της συγκεκριμένης διαταραχής και σε ενήλικες (Manicavasagar, Silove, & Curtis, 1997; Fagiolini, Shear, Cassano, & Frank, 1998; Dell'Osso et al., 2012; Wijeratne & Manicavasagar, 2003; Manicavasagar et al., 2010). Πρόσφατα, το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών- πέμπτη έκδοση (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fifth Edition; DSM-5, American Psychiatric Association [APA], 2013) κατάργησε τον ηλικιακό περιορισμό στη διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής, τοποθετώντας την στη γενική κατηγορία των αγχωδών διαταραχών, γεγονός που σημαίνει ότι η διαταραχή άγχους αποχωρισμού εκτείνεται σε όλο το ηλικιακό φάσμα (DSM-5, APA, 2013).

- **Επιπολασμός**

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5, APA, 2013) ο επιπολασμός 12 μηνες περιόδου της διαταραχής του άγχους αποχωρισμού μεταξύ ενηλίκων στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι 0,9% -1,9%. Στα παιδιά, ηλικίας 6-12 ετών εκτιμάται ότι είναι περίπου 4%. Σε εφήβους στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο επιπολασμός 12 μηνες περιόδου είναι 1,6%. Η εμφάνιση της συγκεκριμένης διαταραχής μειώνεται με την είσοδο του παιδιού στην εφηβεία και μετέπειτα στην ενηλικίωση και είναι η πιο διαδεδομένη διαταραχή άγχους σε παιδιά ηλικίας κάτω των 12 ετών. Σε κλινικά δείγματα παιδιών, η διαταραχή είναι εξίσου κοινή σε αγόρια και κορίτσια ενώ σε κοινοτικό δείγμα. είναι συχνότερη στα θηλυκά (DSM-5, APA, 2013).

- **Διαγνωστικά Κριτήρια Διαταραχής Άγχους Αποχωρισμού (DSM-5, APA, 2013, p:190-191):**

A. Αναπτυξιακά ακατάλληλος και υπερβολικός φόβος ή ανησυχία σχετικά με το διαχωρισμό από τα άτομα που υφίσταται η σύνδεση, όπως σηματοδοτείται με την εμφάνιση τουλάχιστον τριών από τα ακόλουθα:

Επαναλαμβανόμενη και υπερβολική δυσφορία κατά την απομάκρυνση από το σπίτι ή από τις φιγούρες προσκόλλησης.

Επίμονη και υπερβολική ανησυχία για την απώλεια των ατόμων με τα οποία υπάρχει ο δεσμός προσκόλλησης ή για την πιθανή βλάβη αυτών, όπως ασθένεια, τραυματισμό, καταστροφές ή θάνατο.

Επίμονες και υπερβολικές ανησυχίες σχετικά με την εμφάνιση ενός δυσάρεστου συμβάντος (π.χ. απαγωγή, ατύχημα, αρρώστια) που δύναται να προκαλέσει τον αποχωρισμό από την φιγούρα προσκόλλησης.

Επίμονη απροθυμία ή άρνηση να βγει έξω, μακριά από το σπίτι, στο σχολείο, στην εργασία ή αλλού λόγω φόβου διαχωρισμού.

Ανθεκτικός και υπερβολικός φόβος ή απροθυμία να είναι μόνος ή χωρίς μεγάλες φιγούρες στο σπίτι ή σε άλλα περιβάλλοντα.

Επίμονη απροθυμία ή άρνηση για ύπνο μακριά από το σπίτι ή για ύπνο χωρίς να βρίσκεται κοντά η φιγούρα προσκόλλησης.

Επαναλαμβανόμενοι εφιάλτες που αφορούν στον αποχωρισμό.

Επαναλαμβανόμενες αναφορές σωματικών συμπτωμάτων (π.χ. πονοκέφαλοι, ναυτίες, εμετός, κλπ) όταν συμβαίνει ή αναμένεται διαχωρισμός από την φιγούρα προσκόλλησης.

Β. Ο φόβος, η ανησυχία ή η αποφυγή είναι επίμονη, διάρκειας τουλάχιστον 4 εβδομάδων σε παιδιά και εφήβους και 6 μήνες ή περισσότερο στους ενήλικες.

Γ. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική αγωνία ή δυσλειτουργία σε κοινωνικούς, ακαδημαϊκούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς της καθημερινότητας του ατόμου.

Δ. Η διαταραχή δεν ερμηνεύεται από άλλη ψυχική διαταραχή, όπως για παράδειγμα η άρνηση να φύγει από το σπίτι εξαιτίας της υπερβολικής αντίστασης στην αλλαγή που παρατηρείται στη διαταραχή του φάσματος του αυτισμού; οι ψευδαισθήσεις σχετικά με το διαχωρισμό που συναντώνται σε ψυχωσικές διαταραχές; η άρνηση να βρεθεί εκτός σπιτιού χωρίς έναν αξιόπιστο σύντροφο που μαρτυρά την αγοραφοβία; οι ανησυχίες για κακή υγεία ή άλλη βλάβη που συναντώνται στη γενικευμένη διαταραχή άγχους ή ανησυχίες αναφορικά με την ύπαρξη ασθένειας που απαντώνται σε διαταραχή άγχους ασθένειας.

- Κίνδυνοι και Προγνωστικοί Παράγοντες

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών οι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση της διαταραχής άγχους αποχωρισμού είναι οι εξής (DSM-5, APA, 2013,p:193):

Περιβάλλοντολογικοί: Η διαταραχή άγχους αποχωρισμού αναπτύσσεται συχνά μετά από άγχος λόγω απώλειας (π.χ. θάνατος ενός συγγενή ή κατοικίδιου ζώου, ασθένεια του ίδιου του ατόμου ή ενός συγγενή, αλλαγή σχολείου, γονικό διαζύγιο, μετακίνηση σε νέα γειτονιά, μετανάστευση, καταστροφή που περιλάμβανε περιόδους διαχωρισμού από στοιχεία προσκόλλησης). Στους νεαρούς ενήλικες, μεταξύ άλλων, περιλαμβάνεται και το άγχος που σηματοδοτείται με την έξοδο από το γονικό σπίτι, την είσοδο σε μια ρομαντική σχέση κλπ. Η γονική υπερπροστασία και η παρεμβατικότητα μπορούν επίσης να σχετίζονται με διαταραχή άγχους αποχωρισμού.

Γενετική και φυσιολογία: Η διαταραχή άγχους αποχωρισμού στα παιδιά μπορεί να είναι κληρονομική. Η κληρονομικότητα εκτιμήθηκε σε ποσοστό 73% σε ένα κοινοτικό δείγμα εξάχρονων διδύμων, με υψηλότερα ποσοστά στα κορίτσια. Τα παιδιά με διαταραχή άγχους αποχωρισμού παρουσιάζουν ιδιαίτερα αυξημένη ευαισθησία στην διέγερση του αναπνευστικού συστήματος.

Εκλεκτική Αλαλία

Τα παιδιά με εκλεκτική αλαλία χαρακτηρίζονται από συνεχή έλλειψη ομιλίας σε συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις- στις οποίες υπάρχει προσδοκία για λεκτική επικοινωνία (π.χ. σχολείο)- παρά την ικανότητά τους να αρθρώνουν λόγο σε άλλες καταστάσεις (π.χ. στο σπίτι) (DSM-IV-TR, 2000). Η ηλικία έναρξης της συγκεκριμένης διαταραχής τοποθετείται πριν την ηλικία των 5 ετών. Η αποτυχία του ατόμου να μιλήσει ενέχει σημαντικές συνέπειες για την επιτυχία σε ακαδημαϊκά ή επαγγελματικά περιβάλλοντα και παρεμποδίζει την κοινωνική αλληλεπίδραση. Ο ορισμός της εκλεκτικής αλαλίας ποικίλλει σε διάφορες μελέτες και, ενδεχομένως, εν μέρει εξαιτίας αυτού, τα αποτελέσματα διαφορετικών μελετών είναι αντικρουόμενα. Κάποιοι ερευνητές την

αντιμετωπίζουν ως σύμπτωμα μιας συναισθηματικής διαταραχής, ενώ άλλοι το έχουν ορίσει ως μια ξεχωριστή οντότητα που ανήκει στις συναισθηματικές διαταραχές (Lesser-Katz, 1986). Οι Black και Uhde (1995) υποδηλώνουν ότι το κοινωνικό άγχος μεταδίδεται μέσω της οικογένειας στο παιδί και η εκλεκτική αλαλία αποτελεί απλώς ένα σύμπτωμα αυτού. Τα επιλεκτικά σιωπηρά παιδιά έχουν χαρακτηριστεί ως έχοντα πολλά διαφορετικά, ακόμη και ασυμβίβαστα χαρακτηριστικά. Είναι υποτακτικά, ευαίσθητα, ντροπαλά, θορυβώδη, επιθετικά και πεισματάρικα, επιρρεπή στο στρες, ανήσυχα και συναισθηματικά ανώριμα (Krohn, Weckstein, & Wright, 1992; Kolvin & Fundudis, 1981; Hesselman, 1983). Ο Krohn και οι συνεργάτες του (1992) έχουν περιγράψει τα επιλεκτικά σιωπηρά παιδιά ως ελεγκτικά, αρνητικά ή αντιφατικά. Οι μαθητές με επιλεκτική αλαλία μπορεί να φαίνονται προκλητικοί και με διάθεση χειραγώγησης λόγω της άρνησής τους να μιλήσουν. Συχνά, οι δάσκαλοι ερμηνεύουν τη συμπεριφορά αυτών των μαθητών ως αντιθετική λόγω της γνώσης τους ότι μιλούν σε άλλες κοινωνικές περιστάσεις (Crundwell, 2006)

- **Επιπολασμός**

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5, APA, 2013) η επιλεκτική αλαλία είναι μια σχετικά σπάνια διαταραχή και δεν έχει συμπεριληφθεί ως διαγνωστική κατηγορία σε επιδημιολογικές μελέτες εκτίμησης του επιπολασμού των παιδικών διαταραχών. Ο επιπολασμός της συγκεκριμένης διαταραχής, χρησιμοποιώντας ποικίλα σχολικά ή κλινικά δείγματα, κυμαίνεται μεταξύ 0,03% και 1% ανάλογα με τις ηλικίες των ατόμων του δείγματος και δεν φαίνεται να διαφέρει ανάλογα με το φύλο ή τη φυλή/εθνικότητα. Η διαταραχή είναι πιο πιθανό να εκδηλωθεί σε μικρά παιδιά παρά σε εφήβους και ενήλικες.

- **Διαγνωστικά Κριτήρια Εκλεκτικής Αλλίας (DSM-5, APA, 2013, p:195):**

A. Συνεχής αποτυχία ομιλίας σε συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις- στις οποίες υπάρχει προσδοκία για λεκτική επικοινωνία (π.χ. σχολείο)- παρά την ικανότητά των συγκεκριμένων ατόμων να αρθρώνουν λόγο σε άλλες καταστάσεις.

B. Η διαταραχή παρεμποδίζει τα εκπαιδευτικά ή επαγγελματικά επιτεύγματα ή την κοινωνική αλληλεπίδραση.

Γ. Η διάρκεια της διαταραχής είναι τουλάχιστον 1 μήνας (δεν περιορίζεται στον πρώτο μήνα του σχολείου).

Δ. Η αποτυχία του παιδιού να μιλήσει δεν οφείλεται στην έλλειψη γνώσης ή άνεσης που αφορά στην ομιλούμενη γλώσσα που απαιτείται στην κοινωνική περίσταση. Η διαταραχή δεν ερμηνεύεται επιτυχέστερα από κάποια διαταραχή της επικοινωνίας (π.χ. διαταραχή ευχέρειας από την παιδική ηλικία) και δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της διαταραχής του φάσματος του αυτισμού, της σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής.

- Κίνδυνοι και Προγνωστικοί Παράγοντες

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών οι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση της επιλεκτικής αλαλίας είναι οι εξής (DSM-5, APA, 2013,p:195):

Ιδιοσυγκρασία: Οι ιδιοσυγκρασιακοί παράγοντες κινδύνου για την επιλεκτική αλαλία δεν είναι καλά προσδιορισμένοι. Η αρνητική ενεργητικότητα (νευρωτισμός) μπορεί να διαδραματίσει κάποιο ρόλο, όπως και το γονικό ιστορικό συστολής, κοινωνικής απομόνωσης και κοινωνικού άγχους. Τα παιδιά με επιλεκτική αλαλία μπορεί να έχουν γλωσσικές δυσκολίες σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους.

Περιβαλλοντολογικοί: Η κοινωνική συστολή εκ μέρους των γονέων μπορεί να χρησιμεύσει ως πρότυπο για κοινωνική εσωστρέφεια και την επιλεκτική αλαλία στα παιδιά. Επιπλέον, οι γονείς των παιδιών αυτών έχουν περιγραφεί υπερπροστατευτικοί ή να ασκούν μεγαλύτερο έλεγχο από τους γονείς των παιδιών με άλλες διαταραχές άγχους ή χωρίς διαταραχές.

Γενετικοί και φυσιολογικοί παράγοντες: Λόγω των κοινών σημείων μεταξύ της επιλεκτικής αλαλίας και της κοινωνικής φοβίας, είναι πιθανό να υπάρχουν κοινές γενετικές παράμετροι μεταξύ αυτών των δύο διαταραχών.

Ειδική φοβία

Σύμφωνα με τη, 10^η αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Ασθενειών και Σχετικών Προβλημάτων Υγείας, οι φοβίες περιορίζονται σε εξαιρετικά συγκεκριμένες καταστάσεις, όπως ο φόβος της εγγύτητας με συγκεκριμένα ζώα, τα ύψη, οι βροντές, το σκοτάδι, οι πτήσεις, οι κλειστοί

χώροι, η ούρηση ή η χρήση δημόσιων τουαλετών, η κατανάλωση ορισμένων τροφίμων, οι οδοντίατροι ή η θέα του αίματος ή του τραυματισμού. Αν και η κατάσταση ενεργοποίησης των συγκεκριμένων φοβιών είναι διακριτή, η επαφή με αυτήν μπορεί να προκαλέσει πανικό όπως στην αγοραφοβία ή την κοινωνική φοβία (ICD-10, WHO, 2016).

- Επιπολασμός

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5, APA, 2013) ο επιπολασμός 12 μηνες περιόδου για τις συγκεκριμένες φοβίες είναι περίπου 7% -9%. Τα ποσοστά επιπολασμού στις ευρωπαϊκές χώρες είναι σε μεγάλο βαθμό όμοια με εκείνα στις Ηνωμένες Πολιτείες (π.χ. περίπου 6%), αλλά χαμηλότερα στις χώρες της Ασίας, της Αφρικής και της Λατινικής Αμερικής (2%- 4%). Το ποσοστό επικράτησης είναι περίπου 5% στα παιδιά και 16% σε εφήβους ηλικίας 13 έως 17 ετών. Τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά (περίπου 3%-5%), με τα θηλυκά να επηρεάζονται συχνότερα από τα αρσενικά, με ρυθμό περίπου 2:1.

- Διαγνωστικά Κριτήρια Ειδικών Φοβιών (DSM-5, APA, 2013, p:197)

A. Έντονος φόβος ή άγχος σχετικά με ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση (π.χ. ύψη, ζώα, θέαση αίματος, κλπ).

Σημείωση: Στα παιδιά, ο φόβος ή το άγχος μπορεί να εκφραστεί με κλάμα, οργή, πάγωμα ή προσκόλληση.

B. Το φοβικό αντικείμενο σχεδόν πάντα προκαλεί άμεσο φόβο ή άγχος.

Γ. Το φοβικό αντικείμενο αποφεύγεται ενεργά.

Δ. Ο φόβος ή το άγχος είναι δυσανάλογο με τον πραγματικό κίνδυνο που ενέχει το συγκεκριμένο αντικείμενο ή η κατάσταση.

Ε. Ο φόβος, η ανησυχία ή η αποφυγή είναι επίμονη και συνήθως διαρκεί 6 μήνες ή περισσότερο.

ΣΤ. Ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή προκαλεί κλινικά σημαντική ανησυχία ή δυσλειτουργία σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς

καθημερινότητας του ατόμου. Η διαταραχή δεν εξηγείται επιτυχέστερα από τα συμπτώματα μιας άλλης ψυχικής διαταραχής.

- Κίνδυνοι και Προγνωστικοί Παράγοντες

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών οι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση των ειδικών φοβιών είναι οι εξής (DSM-5, APA, 2013,p:200):

Ιδιοσυγκρασία: Οι ιδιοσυγκρασιακοί παράγοντες όπως η νεύρωση ή η αναστολή της συμπεριφοράς, αποτελούν παράγοντες κινδύνου όπως και για άλλες αγχώδεις διαταραχές.

Περιβαλλοντολογικοί: Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου για τις συγκεκριμένες φοβίες, όπως η γονική υπερέκφραση, η γονική απώλεια και ο αποχωρισμός, καθώς και η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, τείνουν να προβλέπουν και άλλες αγχώδεις διαταραχές. Όπως σημειώθηκε νωρίτερα, οι αρνητικές ή τραυματικές συναντήσεις με το φοβικό αντικείμενο ή κατάσταση μερικές φορές (αλλά όχι πάντα) προηγούνται της ανάπτυξης της συγκεκριμένης φοβίας.

Γενετική και φυσιολογία. Μπορεί να υπάρχει γενετική ευαισθησία σε μια συγκεκριμένη κατηγορία συγκεκριμένης φοβίας (π.χ. ένα άτομο με συγγένεια πρώτου βαθμού με συγκεκριμένη φοβία των ζώων είναι πολύ πιθανότερο να έχει την ίδια συγκεκριμένη φοβία από οποιαδήποτε άλλη κατηγορία φοβίας). Τα άτομα με φοβική βλάβη με έγχυση αίματος παρουσιάζουν μια μοναδική τάση για αγγειωτιαία συγκοπή (λιποθυμία) παρουσία του φοβικού ερεθίσματος.

Διαταραχή Κοινωνικής Φοβίας

Οι άνθρωποι με κοινωνική αγχώδη διαταραχή φοβούνται και αποφεύγουν τον έλεγχο άλλων και ανησυχούν μήπως πουν ή κάνουν κάτι που θα τους οδηγήσει σε αμηχανία ή ταπείνωση. Αυτές οι ανησυχίες μπορεί να είναι τόσο έντονες ώστε το άτομο να αποφεύγει τις περισσότερες διαπροσωπικές συναντήσεις ή να τις υπομένει με έντονη δυσφορία (Stein and Stein, 2008). Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η κοινωνική φοβία είναι η πιο διαδεδομένη από όλες τις ψυχικές διαταραχές. Συχνά συνυπάρχει με άλλες

διαταραχές άγχους και διάθεσης, καθώς και με διαταραχές χρήσης ουσιών (Wittchen and Fehm, 2001). Επίσης, παραμένει αδιάγνωστη και χωρίς θεραπεία για πολλά χρόνια μετά την έναρξη της. Έχει διαπιστωθεί ότι ελάχιστα παιδιά, από το σύνολο αυτών που πληρούν τα κριτήρια διάγνωσης με κοινωνική φοβία, λαμβάνουν θεραπεία (Chavira, Stein, Bailey, & Stein, 2004). Σε ένα δείγμα 190 γονέων, μόνο το 31% των παιδιών που έπασχαν από τη συγκεκριμένη διαταραχή είχαν λάβει κάποια θεραπεία, σε σύγκριση με το 40% των ασθενών με κατάθλιψη και το 79% των ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (Chavira, et al., 2004).

- Διαγνωστικά Κριτήρια Κοινωνικής Φοβίας (DSM-5, APA, 2013, p:202)

A. Έντονος φόβος ή άγχος σχετικά με μία ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες το άτομο εκτίθεται σε πιθανό έλεγχο από άλλους. Παραδείγματα τέτοιων καταστάσεων αποτελούν οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (π.χ., συνομιλία, συνάντηση ξένων ανθρώπων), οι καταστάσεις στις οποίες το άτομο γίνεται αντικείμενο παρατήρησης (π.χ. γευματίζοντας) καθώς και αυτές που λαμβάνουν μέρος μπροστά σε κοινό (π.χ., μια ομιλία). Σημείωση: Στα παιδιά, το άγχος πρέπει να λαμβάνει χώρα στις συνθήκες που αφορούν και σε ομήλικους, όχι μόνο κατά τη διάρκεια των αλληλεπιδράσεων με τους ενήλικες.

B. Οι επιμέρους φοβίες του ατόμου που αφορούν στο ότι θα ενεργήσει με τέτοιο τρόπο ώστε να αξιολογηθεί αρνητικά και ως συνέπεια θα βιώσει την απόρριψη ή τον χλευασμό των άλλων.

Γ. Οι κοινωνικές καταστάσεις προκαλούν σχεδόν πάντα φόβο ή άγχος.

Σημείωση: Στα παιδιά, ο φόβος ή το άγχος μπορεί να εκφραστεί από κλάμα, οργή, πάγωμα, προσκόλληση ή αποτυχία ομιλίας σε κοινωνικές καταστάσεις.

Δ. Οι κοινωνικές καταστάσεις αποφεύγονται ή υπομένονται με έντονο φόβο ή άγχος.

Ε. Ο φόβος ή το άγχος είναι υπερβολικός σε σχέση με την πραγματική απειλή που θέτει η κοινωνική κατάσταση και το κοινωνικοπολιτιστικό πλαίσιο.

ΣΤ. Ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή είναι επίμονη, συνήθως διαρκεί 6 μήνες ή περισσότερο.

Z. Ο φόβος, η ανησυχία ή η αποφυγή προκαλεί κλινικά σημαντική αγωνία ή μειωμένη λειτουργικότητα σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας.

H. Ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή δεν οφείλεται στις φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας (π.χ. ένα φάρμακο κατάχρησης, ένα φάρμακο) ή σε μια άλλη ιατρική κατάσταση.

Θ. Ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή δεν ερμηνεύονται καλύτερα από τα συμπτώματα μιας άλλης ψυχικής διαταραχής, όπως η διαταραχή πανικού, η διαταραχή σωματικής δυσμορφίας ή η διαταραχή του φάσματος του αυτισμού.

I. Εάν κάποια άλλη ιατρική κατάσταση (π.χ., νόσος, παχυσαρκία, παραμόρφωση από εγκαύματα ή τραυματισμό) είναι παρούσα, ο φόβος, το άγχος, ή η αποφυγή είναι σαφώς άσχετα συμπτώματα με την κοινωνική διαταραχή.

- Επιπολασμός:

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5, APA, 2013) η εκτίμηση της διαταραχής του κοινωνικού άγχους για τις Ηνωμένες Πολιτείες είναι περίπου 7%. Ο επιπολασμός 12 μηνες περιόδου, που παρατηρείται στο μεγαλύτερο μέρος του κόσμου, χρησιμοποιώντας το ίδιο διαγνωστικό εργαλείο, αποτιμάται στο 0,5% -2,0%. Ο μέσος όρος επιπολασμού στην Ευρώπη είναι 2,3%. Τα ποσοστά επικράτησης της συγκεκριμένης διαταραχής σε παιδιά και εφήβους είναι συγκρίσιμα με εκείνα των ενηλίκων και παρατηρείται η μείωσή τους με την αύξηση της ηλικίας. Γενικά, υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στα θηλυκά παρά στους άνδρες στον γενικό πληθυσμό και η διαφορά επιπολασμού μεταξύ των φύλων είναι εντονότερη στους εφήβους και τους νέους ενήλικες.

- Κίνδυνοι και Προγνωστικοί Παράγοντες

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών οι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση της κοινωνικής φοβίας είναι οι εξής (DSM-5, APA, 2013, p:205):

Ιδιοσυγκρασία: Τα χαρακτηριστικά που προδιαθέτουν τα άτομα σε διαταραχή κοινωνικού άγχους περιλαμβάνουν τη συμπεριφορική αναστολή και τον φόβο αρνητικής αξιολόγησης.

Περιβάλλον: Η παιδική κακοποίηση και οι αντιξοότητες αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την κοινωνική διαταραχή άγχους.

Γενετική και φυσιολογία. Τα γνωρίσματα που προδιαθέτουν τα άτομα στην κοινωνική διαταραχή άγχους, όπως για παράδειγμα, η αναστολή της συμπεριφοράς, επηρεάζονται έντονα γενετικά. Η γενετική επίδραση υπόκειται σε αλληλεπίδραση γονιδίου-περιβάλλοντος. Τα παιδιά, δηλαδή, με υψηλή συμπεριφορική παρεμπόδιση είναι πιο ευαίσθητα στις περιβαλλοντικές επιρροές. Επίσης, η διαταραχή κοινωνικού άγχους είναι κληρονομική. Οι συγγενείς πρώτου βαθμού έχουν δυο έως έξι φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν διαταραχή κοινωνικού άγχους.

Διαταραχή πανικού

Στη διαταραχή πανικού, το βασικό χαρακτηριστικό είναι οι κρίσεις πανικού. Μερικές από αυτές τις κρίσεις δεν αφορμώνται από συμβάντα, εμφανίζονται απροσδόκητα και πρέπει να συνδέονται με τουλάχιστον τέσσερα από τα 13 χαρακτηριστικά συμπτώματα. Δέκα από αυτά τα συμπτώματα είναι σωματικά και τα τρία είναι ψυχολογικά (American Psychiatric Association, 1987). Οι συγγενείς των ασθενών με διαταραχή πανικού έχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισής της από τους συγγενείς των μη νοσούντων (Crowe et al., 1983).

- Διαγνωστικά Κριτήρια Διαταραχής Πανικού (DSM-5, APA, 2013, p:208-9)

A. Επαναλαμβανόμενες και απροσδόκητες κρίσεις πανικού. Μια κρίση πανικού αφορά στην απότομη αύξηση του έντονου φόβου ή της δυσφορίας που φτάνει στο μέγιστο μέσα σε λίγα λεπτά, κατά τη διάρκεια των οποίων εμφανίζονται τέσσερα (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα.

1. Αίσθημα παλμών, χτύπημα της καρδιάς ή επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού.

2. Εμετός

3. Τρέμουλο.
4. Αίσθημα δύσπνοιας.
5. Αίσθημα πνιγμού.
6. Πόνος στο στήθος ή δυσφορία.
7. Ναυτία ή κοιλιακή δυσφορία.
8. Αίσθημα ζάλης, αστάθειας ή λιποθυμίας.
9. Αλλαγή στην θερμοκρασία.
10. Παραισθησίες (μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα).
11. Απελευθέρωση (αισθήματα ατασθαλίας) ή αποπροσωποποίηση (αποσυνδεδεμένος από τον εαυτό του).
12. Φόβος απώλειας ελέγχου ή «τρέλας».
13. Φόβος επικείμενου θανάτου.

Β. Τουλάχιστον μία από τις κρίσεις πανικού ακολουθείται για έναν μήνα (ή περισσότερο) από ένα ή και τα δύο από τα ακόλουθα:

1. Επίμονη ανησυχία ή ανησυχία για επιπρόσθετες κρίσεις πανικού ή για τις συνέπειές τους (π.χ. απώλεια ελέγχου, καρδιακή προσβολή, "τρέλα").
2. Προβληματική προσαρμοστική συμπεριφορά που σχετίζεται με τις κρίσεις πανικού (π.χ. συμπεριφορές που έχουν σχεδιαστεί για να αποφεύγονται οι κρίσεις πανικού, όπως αποφυγή άσκησης).

Γ. Η διαταραχή δεν οφείλεται στις φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας (π.χ., ενός φαρμάκου) ή σε άλλη ιατρική κατάσταση (π.χ. υπερθυρεοειδισμός, καρδιοπνευμονικές διαταραχές).

Δ. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα από μια άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ., οι κρίσεις πανικού δεν συμβαίνουν μόνο ως απάντηση σε φοβικές κοινωνικές καταστάσεις, όπως στην κοινωνική αγχώδη διαταραχή)

- Επιπολασμός:

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5, APA, 2013) ο επιπολασμός 12 μηνες περιόδου για τη

διαταραχή πανικού στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες είναι περίπου 2% -3% στους ενήλικες και τους εφήβους (γενικός πληθυσμός). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά διαταραχής πανικού αναφέρονται μεταξύ των λατινοαμερικανών, των αφροαμερικανών, των μαύρων της Καραϊβικής και των ασιατών Αμερικανών. Τα θηλυκά επηρεάζονται συχνότερα από τα αρσενικά, με ρυθμό περίπου 2:1. Η διαφοροποίηση αναφορικά με το φύλο υφίσταται κατά την εφηβεία και είναι ήδη παρατηρήσιμη πριν από την ηλικία των 14 ετών. Παρόλο που παρατηρούνται κρίσεις πανικού στα παιδιά, η συνολική επικράτηση της διαταραχής πανικού είναι χαμηλή πριν από την ηλικία των 14 ετών (<0,4%). Τα ποσοστά της διαταραχής πανικού παρουσιάζουν σταδιακή αύξηση κατά την εφηβεία, ιδιαίτερα στις γυναίκες. Τα ποσοστά επικράτησης μειώνονται σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (δηλ. 0,7% σε ενήλικες άνω των 64 ετών).

- Κίνδυνοι και Προγνωστικοί Παράγοντες

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών οι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση των κρίσεων πανικού είναι οι εξής (DSM-5, APA, 2013,p:211):

Ιδιοσυγκρασιακοί: Η αρνητική ενεργητικότητα (νευρωτισμός) και η ευαισθησία στο άγχος καθώς και η ανησυχία για την κρίση πανικού, είναι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνισή της. Η εμφάνιση περιορισμένων συμπτωμάτων που δεν πληρούν τα πλήρη κριτήρια για τη διαταραχή πανικού μπορεί να είναι παράγοντας κινδύνου για μεταγενέστερες κρίσεις πανικού.

Περιβαλλοντολογικοί: Αναφορές παιδικών εμπειριών σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης είναι πιο συχνές στη διαταραχή πανικού παρά σε άλλες αγχώδεις διαταραχές. Το κάπνισμα αποτελεί έναν επιπλέον παράγοντα κινδύνου.

Γενετικοί: Πιστεύεται ότι πολλαπλά γονίδια προσδίδουν ευπάθεια στη διαταραχή πανικού. Ωστόσο, τα ακριβή γονίδια, τα γονιδιακά προϊόντα ή οι λειτουργίες που σχετίζονται με τις γενετικές περιοχές που εμπλέκονται παραμένουν άγνωστα. Τα τρέχοντα μοντέλα νευρικών συστημάτων που αφορούν στη διαταραχή πανικού τονίζουν το ρόλο της αμυγδαλής και άλλων σχετικών δομών, όπως και σε άλλες αγχώδεις διαταραχές. Υπάρχει

αυξημένος κίνδυνος για διαταραχή πανικού στους απογόνους γονέων με άγχος, καταθλιπτικές και διπολικές διαταραχές.

Αγοραφοβία

Σύμφωνα με 10^η αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; ICD-10, 2018) η αγοραφοβία αφορά σε μια διαταραχή άγχους που χαρακτηρίζεται από τον έντονο και παράλογο φόβο του ατόμου να βγει έξω σε ανοικτούς χώρους ή καταστάσεις όπου η βοήθεια (ή η διαφυγή) μπορεί να μην είναι διαθέσιμη.

- Διαγνωστικά Κριτήρια Αγοραφοβίας (DSM-5, APA, 2013, p:217-8)

A. Φόβος ή ανησυχία για δύο (ή περισσότερες) από τις ακόλουθες πέντε καταστάσεις:

1. Φόβος για τη χρήση δημόσιων μέσων μεταφοράς (π.χ. αυτοκινήτων, λεωφορείων, τρένων, πλοίων, αεροσκαφών).
2. Φόβος παραμονής σε ανοικτούς χώρους (π.χ. χώρους στάθμευσης, αγορές, γέφυρες).
3. Φόβος παραμονής σε κλειστούς χώρους (π.χ. καταστήματα, θέατρα, κινηματογράφους).
4. Το άτομο φοβάται να είναι ανάμεσα σε πλήθος.
5. Το άτομο φοβάται να είναι μόνο έξω από το σπίτι.

B. Το άτομο φοβάται ή αποφεύγει αυτές τις καταστάσεις εξαιτίας σκέψεων που αφορούν στο ότι η διαφυγή μπορεί να είναι δύσκολη ή να μην υπάρχει η δυνατότητα βοήθειας σε περίπτωση εμφάνισης συμπτωμάτων πανικού (π.χ. φόβος για πτώση στους ηλικιωμένους, φόβος ακράτειας).

Γ. Οι αγοραφοβικές καταστάσεις σχεδόν πάντα προκαλούν φόβο ή άγχος.

Δ. Οι αγοραφοβικές καταστάσεις αποφεύγονται έντονα και απαιτούν την παρουσία ενός συνοδού.

E. Ο φόβος ή το άγχος είναι υπερβολικό σε σχέση με τον πραγματικό κίνδυνο που θέτουν οι αγοραφοβικές καταστάσεις και το κοινωνικοπολιτιστικό πλαίσιο.

ΣΤ. Ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή είναι επίμονη, συνήθως διαρκεί 6 μήνες ή περισσότερο.

Ζ. Ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή προκαλεί κλινικά σημαντική αγωνία ή βλάβη σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου.

Η. Εάν υπάρχει άλλη ιατρική κατάσταση (π.χ., φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, ασθένεια Parkinson), ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή είναι σαφώς υπερβολικοί.

Θ. Ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή δεν εξηγείται καλύτερα από τα συμπτώματα μιας άλλης ψυχικής διαταραχής.

- Επιπολασμός

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5, APA, 2013) κάθε χρόνο περίπου το 1,7% των εφήβων και των ενηλίκων διαγιγνώσκεται με αγοραφοβία με τα θηλυκά να έχουν διπλάσιες πιθανότητες. Η αγοραφοβία μπορεί να εμφανιστεί στην παιδική ηλικία, αλλά η συχνότητα εμφάνισης είναι αυξημένη στα τέλη της εφηβείας και στην πρώιμη ενηλικίωση. Ο επιπολασμός 12 μηνες περιόδου σε άτομα άνω των 65 ετών είναι 0,4%. Τα ποσοστά επικράτησης δεν φαίνεται να ποικίλλουν συστηματικά μεταξύ των πολιτιστικών / φυλετικών ομάδων.

- Κίνδυνοι και Προγνωστικοί Παράγοντες

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών οι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση της αγοραφοβίας είναι οι εξής (DSM-5, APA, 2013,p:220):

Ιδιοσυγκρασιακοί: Η αναστολή της συμπεριφοράς και η νευρωτική διάθεση (δηλ. νευρωτισμός) συνδέονται στενά με την αγοραφοβία, αλλά σχετίζονται και με τις περισσότερες διαταραχές άγχους (φοβικές διαταραχές, διαταραχή πανικού, γενικευμένη διαταραχή άγχους). Η ευαισθησία στο άγχος (η διάθεση να πιστεύεται ότι τα συμπτώματα του άγχους είναι επιβλαβή) είναι επίσης χαρακτηριστικό των ατόμων με αγοραφοβία.

Περιβαλλοντικοί: Τα αρνητικά γεγονότα στην παιδική ηλικία (π.χ., αποχωρισμός, θάνατος γονέα) και άλλα αγχωτικά συμβάντα, όπως η επίθεση ή ο τραυματισμός, σχετίζονται με την έναρξη της αγοραφοβίας.

Γενετικοί και φυσιολογικοί: Η κληρονομικότητα όσον αφορά στην αγοραφοβία είναι γύρω στο 61%. Από τις διάφορες φοβίες, η αγοραφοβία έχει την ισχυρότερη συσχέτιση με τον γενετικό παράγοντα.

Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή χαρακτηρίζεται από χρόνια και επίμονη ανησυχία. Αυτή η ανησυχία, που είναι πολυεστιακή (π.χ. σχετικά με τα οικονομικά, την οικογένεια, την υγεία και το μέλλον), υπερβολική και δύσκολα ελεγχόμενη, συνοδεύεται συνήθως από άλλα μη ειδικά ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα (Stein & Sareen, 2015). Ο όρος «γενικευμένη διαταραχή άγχους» μπορεί εσφαλμένα να υποδηλώνει ότι τα συμπτώματα είναι εντελώς μη συγκεκριμένα και αυτή η εσφαλμένη αντίληψη μπορεί μερικές φορές να οδηγήσει στην ακατάλληλη χρήση αυτής της διάγνωσης για σχεδόν οποιοδήποτε ανήσυχο ασθενή (Stein & Sareen, 2015).

Διαγνωστικά Κριτήρια Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής (DSM-5, APA, 2013, p:222)

A. Υπερβολικό άγχος και ανησυχία (ανησυχητική προσδοκία), που εμφανίζονται για τουλάχιστον 6 μήνες, σχετικά με μια σειρά εκδηλώσεων ή δραστηριοτήτων (όπως η εργασία ή η σχολική απόδοση).

B. Το άτομο δυσκολεύεται να ελέγξει τη συγκεκριμένη ανησυχία.

Γ. Το άγχος και η ανησυχία σχετίζονται με τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα έξι συμπτώματα.

Σημείωση: Απαιτείται μόνο ένα στοιχείο στα παιδιά.

1. Ανησυχία.
2. Έντονη κούραση.
3. Δυσκολία στη συγκέντρωση.
4. Ευερεθιστότητα.

5. Μυϊκή ένταση.

6. Διαταραχές ύπνου.

Δ. Το άγχος, η ανησυχία ή τα σωματικά συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική αγωνία ή βλάβη σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου.

Ε. Η διαταραχή δεν οφείλεται στις φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας (π.χ., ενός φαρμάκου) ή σε κάποια άλλη ιατρική κατάσταση (π.χ. υπερθυρεοειδισμός).

ΣΤ. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα από μια άλλη ψυχική διαταραχή.

- Επιπολασμός:

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5, APA, 2013) ο επιπολασμός της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής κυμαίνεται στο 0.9% στους εφήβους και 2.9% στους ενήλικους των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (γενικός πληθυσμός). Ο επιπολασμός 12 μηνος περιόδου σε άλλες χώρες κυμαίνεται από 0.4% έως 3.6%. Τα θηλυκά εμφανίζουν διπλάσιες πιθανότητες από τα αρσενικά να παρουσιάσουν γενικευμένη διαταραχή άγχους. Τα άτομα με ευρωπαϊκή καταγωγή τείνουν να εμφανίζουν τη συγκεκριμένη διαταραχή συχνότερα από ό,τι τα άτομα που δεν ανήκουν στην Ευρώπη. Επιπλέον, τα άτομα από ανεπτυγμένες χώρες είναι πιο πιθανό, εν συγκρίσει με τα άτομα από μη αναπτυγμένες χώρες, να αναφέρουν ότι έχουν βιώσει συμπτώματα που πληρούν τα κριτήρια για τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή.

- Κίνδυνοι και Προγνωστικοί Παράγοντες

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών οι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής είναι οι εξής (DSM-5, APA, 2013,p:224):

Ιδιοσυγκρασιακοί: Η συμπεριφορική αναστολή, η αρνητική ενεργητικότητα (νευρωτισμός) και η αποφυγή βλαβών έχουν συσχετιστεί με τη γενικευμένη διαταραχή άγχους.

Περιβαλλοντολογικοί: Αν και οι αντιξοότητες της παιδικής ηλικίας και η γονική υπέρμετρη προστασία έχουν συσχετιστεί με γενικευμένη διαταραχή άγχους, δεν έχουν προσδιοριστεί οι ακριβείς περιβαλλοντικοί παράγοντες που ενδεχομένως ευθύνονται για τη συγκεκριμένη διαταραχή.

Γενετικοί και φυσιολογικοί. Το ένα τρίτο του κινδύνου της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής είναι γενετικό και αυτοί οι γενετικοί παράγοντες εντοπίζονται και σε άλλες διαταραχές άγχους και διάθεσης, ιδιαίτερα στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.

Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD) είναι μια διανοητική διαταραχή όπου οι άνθρωποι αισθάνονται την ανάγκη να ελέγχουν τα πράγματα και να εκτελούν ορισμένες ρουτίνες επανειλημμένα (αποκαλούμενες «τελετουργίες») ή να έχουν συνεχώς ορισμένες σκέψεις (αποκαλούμενες «εμμονές») (National Institute of Mental Health;NIMH). Οι άνθρωποι δεν είναι σε θέση να ελέγξουν τις σκέψεις ή τις δραστηριότητες για μεγάλο χρονικό διάστημα (NIMH). Τέτοιες δραστηριότητες αφορούν στο πλύσιμο των χεριών, την καταμέτρηση των πραγμάτων και τον έλεγχο για να διαπιστωθεί αν μια πόρτα είναι κλειδωμένη (NIMH). Οι συγκεκριμένες δραστηριότητες συμβαίνουν σε τέτοιο βαθμό που επηρεάζεται αρνητικά η καθημερινή ζωή του ατόμου.

- Διαγνωστικά Κριτήρια Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής (DSM-5, APA, 2013, p:237)

A. Παρουσία εμμονών, καταναγκασμών ή και των δύο:

Εμμονή:

Επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες που βιώνονται, κατά τη διάρκεια της διαταραχής, ως παρεμβατικές και ανεπιθύμητες προκαλώντας έντονο άγχος ή αγωνία.

Η ατομική προσπάθεια του ατόμου να αγνοήσει ή να καταστείλει τέτοιες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες, ή να τις εξουδετερώνει κάνοντας κάποια άλλη σκέψη ή δράση (δηλ., εκτελώντας έναν καταναγκασμό).

Καταναγκασμός:

Επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (π.χ. πλύσιμο των χεριών, έλεγχος) ή ψυχικές πράξεις (π.χ. προσευχή, απαρίθμηση, επαναλαμβανόμενες λέξεις) που το άτομο αισθάνεται ότι αποτελούν απάντηση σε μια εμμονή και πρέπει να εφαρμόζονται άκαμπτα σύμφωνα με τους κανόνες.

Οι συμπεριφορές ή οι ψυχικές πράξεις στοχεύουν στην πρόληψη ή τη μείωση του άγχους ή της αγωνίας ή στην αποτροπή κάποιου φόβου ή κατάστασης. Ωστόσο, αυτές οι συμπεριφορές ή ψυχικές πράξεις δεν συνδέονται με ρεαλιστικό τρόπο με αυτό που έχουν σχεδιαστεί για να εξουδετερώσουν ή να αποτρέψουν.

Β. Οι εμμονές ή οι καταναγκασμοί είναι χρονοβόρες (π.χ., διαρκούν περισσότερο από μια ώρα τη μέρα) ή να προκαλούν κλινικά σημαντική αγωνία ή βλάβη σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου.

Γ. Τα ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα δεν οφείλονται στις φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας (π.χ. ενός φαρμάκου κατάχρησης, ενός φαρμάκου) ή σε κάποια άλλη ιατρική κατάσταση.

Δ. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα από τα συμπτώματα μιας άλλης ψυχικής διαταραχής.

- Επιπολασμός

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5, APA, 2013) ο επιπολασμός 12μηνιαίας περιόδου της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής είναι 1.2%, με ένα αντίστοιχο ποσοστό διεθνώς (1.1%-1.8%). Τα θηλυκά επηρεάζονται σε ένα πολύ υψηλότερο ποσοστό από τα αρσενικά στην ενηλικίωση, αν και τα αρσενικά επηρεάζονται συχνότερα στην παιδική ηλικία.

- Κίνδυνοι και Προγνωστικοί Παράγοντες

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών οι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής είναι οι εξής (DSM-5, APA, 2013, p:239)''

Ιδιοσυγκρασιακοί: Μεγαλύτερα εσωτερικοποιημένα συμπτώματα, υψηλότερη αρνητική συναισθηματική συμπεριφορά και αναστολή συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία είναι πιθανοί παράγοντες κινδύνου.

Περιβαλλοντικοί: Η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία και άλλα αγχωτικά ή τραυματικά συμβάντα έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής.

Γενετικοί και φυσιολογικοί. Το ποσοστό της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής μεταξύ συγγενών πρώτου βαθμού που πάσχουν από τη συγκεκριμένη διαταραχή είναι περίπου διπλάσιο από αυτό που υφίσταται μεταξύ μη νοσούντων συγγενών πρώτου βαθμού.

Συναισθηματική Νοημοσύνη

Ιστορική Αναδρομή

Οι ρίζες της Συναισθηματικής Νοημοσύνης (ΣΝ) εντοπίζονται στο μακρινό παρελθόν και πιο συγκεκριμένα στην τριμελή διάκριση της νοημοσύνης που εισήχθη από τον Thorndike (1920). Ο τελευταίος έκανε λόγο για την αφηρημένη, τη μηχανική αλλά και για την κοινωνική νοημοσύνη, την οποία εννοιολόγησε ως την ικανότητα του ατόμου να κατανοεί και να διαχειρίζεται τους γύρω του και να ενεργεί με σύνεση στις ανθρώπινες σχέσεις (Thorndike, 1920). Ομοίως, οι Moss και Hunt (1927) όρισαν την κοινωνική νοημοσύνη ως την ικανότητα του ατόμου να ευημερεί στις κοινωνικές του σχέσεις. Ο Vernon (1933) παρείχε έναν ευρύτερο ορισμό της κοινωνικής νοημοσύνης την οποία αντιλαμβάνοταν ως τη δεξιότητα λειτουργικής συναναστροφής με τους ανθρώπους, την άνεση στο κοινωνικό περιβάλλον, τη γνώση των κοινωνικών θεμάτων, την ευαισθησία στα ερεθίσματα που προέρχονταν από τα μέλη μιας άλλης ομάδας, καθώς και την εμπάθυνση στις προσωρινές διαθέσεις ή τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας των άλλων.

Επηρεασμένος από τις ινδουιστικές παραδόσεις της γιόγκα, ο Carl Jung (1921) υποστήριζε ότι κάποιοι άνθρωποι «σκέφτονται με την καρδιά τους» προκειμένου να κατανοήσουν τον κόσμο. Ομοίως, ο Wechsler (1940) αναφέρθηκε στην επίδραση των μη γνωστικών παραγόντων στην ευφυή συμπεριφορά και υποστήριξε ότι τα μοντέλα αξιολόγησης της νοημοσύνης δεν θα ήταν πλήρη μέχρι να επιτευχθεί η ακριβής περιγραφή αυτών των παραγόντων. Σύμφωνα με τον Wechsler η κοινωνική νοημοσύνη αφορά σε μια πτυχή της γενικής νοημοσύνης που εφαρμόζεται σε κοινωνικές καταστάσεις (Wechsler, 1958). Ο όρος «Συναισθηματική Νοημοσύνη» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στον τομέα της ψυχοθεραπείας από τον Leuner (1966). Σε ένα γερμανικό άρθρο σχετικά με τη μητρότητα, ο συγγραφέας σκέφτηκε ότι οι γυναίκες μπορούν να απορρίψουν τους ρόλους τους ως νοικοκυρές και μητέρες λόγω έλλειψης της συναισθηματικής νοημοσύνης (Leuner, 1966). Αξίζει να επισημανθεί ότι ο Leuner πρότεινε το LSD ως θεραπεία για αυτές τις γυναίκες.

Αργότερα, ο Gardner (1983) εξέφρασε τη θεωρία του για τα πολλαπλά συστατικά της νοημοσύνης και εισήγαγε δύο νέες διαστάσεις της κοινωνικής νοημοσύνης: τη διαπροσωπική και ενδοπροσωπική. Σύμφωνα με τον Gardner (1999), η διαπροσωπική νοημοσύνη υποδηλώνει την ικανότητά του ατόμου να κατανοεί τις προθέσεις, τα κίνητρα και τις επιθυμίες των άλλων ανθρώπων και, συνεπώς, να αλληλεπιδρά επιτυχώς μαζί τους. Αντιθέτως, η ενδοπροσωπική νοημοσύνη περιλαμβάνει την ικανότητα του ατόμου να κατανοεί τον εαυτό του, να ρυθμίζει αποτελεσματικά τις επιθυμίες, τους φόβους και τις ικανότητές του και να χρησιμοποιεί αυτές τις πληροφορίες αποτελεσματικά στον έλεγχο της δικής του ζωής. Για να φτάσει στη διατύπωση της θεωρίας της πολλαπλής νοημοσύνης (γλωσσική, λογική/μαθηματική, μουσική, χωρική, κιναισθητική, διαπροσωπική, ενδοπροσωπική), ο Gardner και οι συνάδελφοί του εξέτασαν την επιστημονική βιβλιογραφία σε διάφορους τομείς όπως, για παράδειγμα, την ανάπτυξη των γνωστικών ικανοτήτων σε υγιή αλλά και σε άτομα που πάσχουν από διάφορες μορφές οργανικής παθολογίας, την ύπαρξη δυνατοτήτων σε «ειδικούς πληθυσμούς», στα αυτιστικά άτομα, στα άτομα με διάφορες μορφές διανοητικής στέρξης και στους μαθητές με ειδικές ανάγκες. Εξέτασαν επίσης τις μορφές διάνοιας που υφίστανται σε διάφορα είδη, πολιτισμούς καθώς και την εξέλιξη της γνώσης κατά τη διάρκεια των χιλιετιών. Οι υποψήφιες ικανότητες που εμφανίστηκαν επανειλημμένα αποτέλεσαν έναν προσωρινό κατάλογο ανθρώπινων τύπων νοημοσύνης, ενώ οι ικανότητες που εμφανίζονταν μόνο μία ή δύο φορές απορρίφθηκαν από την περαιτέρω εξέταση.

Ο προσωρινός κατάλογος του Gardner περιλάμβανε επτά ευφυΐες, η καθεμιά με τις δικές της συνιστώσες και υποτύπους. Υποστηρίζεται ότι, ως είδος, τα ανθρώπινα όντα έχουν εξελιχθεί κατά τη διάρκεια των χιλιετιών και δύνανται να ανταποκριθούν τουλάχιστον σε αυτές τις επτά μορφές σκέψης. Οι επτά διαστάσεις της νοημοσύνης μπορούν να θεωρηθούν ως διαφορετικά νοητικά "όργανα" (Chomsky, 1980) ή επτά χωριστές συσκευές επεξεργασίας πληροφοριών (Fodor, 1983). Παρόλο που οι άνθρωποι εκδηλώνουν όλο το φάσμα της πολλαπλής νοημοσύνης, διαφέρουν- πιθανώς για κληρονομικούς και περιβαλλοντικούς λόγους – στο προφίλ νοημοσυνών που διαθέτει ο καθένας.

Πολύ αργότερα, ο Steiner (1984) πρότεινε την ύπαρξη συναισθηματικού γραμματισμού (emotional literacy) και υποστήριξε ότι η υψηλού βαθμού συναισθηματική συνειδητοποίηση θα μπορούσε να βελτιώσει την ευημερία ενός ατόμου (Steiner, 1986, 2003; Steiner & Perry, 1997). Ο Saarni (1990, 1997) αναφέρθηκε σε μια γενική συναισθηματική ικανότητα και πρότεινε ένα μοντέλο για την παρακολούθηση της ανάπτυξής της στα παιδιά. Μία πιο εστιασμένη προσέγγιση εμφανίστηκε σε διατριβή του Payne (1986), ο οποίος υποστήριξε ότι η μαζική καταστολή του συναισθήματος σε όλο τον πολιτισμένο κόσμο έχει καταπνίξει τη συναισθηματική μας ανάπτυξη.

Οι Salovey και Mayer (1990) ήταν εκείνοι που κατέληξαν στον πρώτο επίσημο ορισμό της Συναισθηματικής Νοημοσύνης, τον οποία αργότερα ανασχημάτισαν, ξεκινώντας ταυτόχρονα ένα ερευνητικό πρόγραμμα που στόχευε στην ανάπτυξη έγκυρων εργαλείων για τη μέτρησή της, προκειμένου να διερευνηθεί περαιτέρω η σημασία της. Όπως αναφέρθηκε από τους Mayer, Caruso και Salovey (1999; 2000), η ΣΝ συνδέεται στενά από άποψη δομής και οργάνωσης με το IQ και η έγκυρη αξιολόγησή της μπορεί να επιτευχθεί μόνο με τη μέθοδο της αντικειμενικής μέτρησης των επιδόσεων του ατόμου στην επίλυση προβλημάτων που αφορούν σε ατομικά συναισθήματα και συναισθηματικές καταστάσεις.

Το μοντέλο της ΣΝ ως ικανότητα αφορά σε τέσσερις διαστάσεις, έχει λάβει ευρεία αναγνώριση και χρήση και έχει θεμελιώδη σημασία για την ανάπτυξη άλλων μοντέλων και μέτρων αξιολόγησης της ΣΝ. Οι τέσσερις διαστάσεις της ΣΝ – κατανόηση, αντίληψη, χρήση και έλεγχος συναισθημάτων- μαρτυρούν έναν αριθμό πνευματικών ικανοτήτων που επιτρέπει την εκτίμηση, την έκφραση και τη ρύθμιση των συναισθημάτων, καθώς και την ενσωμάτωση αυτών των συναισθηματικών διεργασιών στις γνωστικές διαδικασίες με στόχο την προώθηση της ανάπτυξης και της επιτυχίας (Salovey & Grewal, 2005; Salovey & Mayer, 1990).

Η κατανόηση των συναισθημάτων (πρώτη διάσταση) περιλαμβάνει την ικανότητα κατανόησης των συναισθηματικών διαφοροποιήσεων και της αλλαγής των συναισθημάτων με την πάροδο του χρόνου και των καταστάσεων (Rivers, Brackett, Salovey, & Mayer, 2007). Αυτό προϋποθέτει τη γνώση της γλώσσας των συναισθημάτων και τη χρήση της για τον

εντοπισμό μικρών συναισθηματικών μεταβολών. Τα άτομα που έχουν υψηλή απόδοση στη συγκεκριμένη διάσταση κατανοούν τις σύνθετες και μεταβατικές σχέσεις μεταξύ των συναισθημάτων, δύνανται να αναγνωρίσουν τα συναισθηματικά ερεθίσματα που αντλήθηκαν από προηγούμενες εμπειρίες και να αποφύγουν δυσάρεστες μελλοντικές καταστάσεις (Papadogiannis et al., 2009). Για παράδειγμα, η κατανόηση των συναισθημάτων οργής ενός συναδέλφου, μέσω των λεπτών αποχρώσεων στον τόνο της φωνής του, είναι εφικτό να βελτιώσει την επικοινωνία των εμπλεκόμενων ατόμων καθώς και τις επαγγελματικές επιδόσεις τους.

Η διευκόλυνση της σκέψης με τη χρήση συναισθημάτων (δεύτερη διάσταση) περιλαμβάνει την ανάλυση, τη συμμετοχή ή τον προβληματισμό σχετικά με τις συναισθηματικές πληροφορίες, που με τη σειρά τους ενισχύουν γνωστικές δραστηριότητες όπως την επίλυση προβλημάτων, τη λήψη αποφάσεων και την εξέταση της οπτικής των άλλων ατόμων (Mayer & Salovey, 1997; Mayer, Salovey, & Caruso, 2002; Papadogiannis et al., 2009). Τα άτομα με ισχυρή ικανότητα να χρησιμοποιούν ορθά τα συναισθήματα τους είναι σε θέση να επιλέξουν και να δώσουν προτεραιότητα στις γνωστικές δραστηριότητες που είναι περισσότερο ευνοϊκές για την κατάσταση στην οποία βρίσκονται, καθώς και να αλλάξουν τη διάθεσή τους και να προσαρμοστούν αναλόγως στις τρέχουσες απαιτήσεις. Η αντίληψη των συναισθημάτων (τρίτη διάσταση) αναφέρεται στην ικανότητα ακριβούς προσδιορισμού των συναισθημάτων, ανίχνευσης και αποκρυπτογράφησης αυτών σε πρόσωπα, εικόνες ή φωνές (Papadogiannis, Logan, & Sitarenios, 2009).

Τέλος, ο έλεγχος των συναισθημάτων (τέταρτη διάσταση) αναφέρεται στην επιτυχή ικανότητα ελέγχου των συναισθημάτων του εαυτού αλλά και των άλλων. Οι συναισθηματικά ευφείς είναι εφικτό να αξιοποιήσουν τα συναισθήματα, ακόμα και τα αρνητικά και να τα διαχειριστούν για την επίτευξη των επιδιωκόμενων στόχων. Η ταχεία ανάκαμψη από το συναίσθημα της οργής, η δημιουργία κινήτρων, η ενθάρρυνση ενός φίλου πριν την έναρξη μιας σημαντικής δραστηριότητας αποτελούν παραδείγματα υψηλού επιπέδου ελέγχου των συναισθημάτων (Papadogiannis et al., 2009).

Ο όρος «Συναισθηματική Νοημοσύνη» έγινε ευρέως γνωστός από τη βιβλιογραφία του Daniel Goleman (1995; 1998), ο οποίος, μέσω της

αξιολόγησης των προγραμμάτων της ΣΝ, συγκέντρωσε και ομαδοποίησε τις ιδιότητές της σε πέντε διαστάσεις: αυτογνωσία, αυτορρύθμιση, κίνητρα, ενσυναίσθηση και ικανότητα διαμόρφωσης σχέσεων. Η αυτογνωσία περιλαμβάνει την ικανότητα των ατόμων να γνωρίζουν τα συναισθήματα, τις δυνατότητες, τις αδυναμίες, τις αξίες και τους στόχους τους καθώς και την επίπτωση αυτών σε άλλους. Η αυτορρύθμιση αφορά στην ικανότητα ελέγχου ή του αναπροσανατολισμού έπειτα από την έλευση συναισθημάτων τα οποία προκαλούν αναστάτωση. Επίσης, περιλαμβάνει τον έλεγχο των παρορμήσεων και την προσαρμογή στις μεταβαλλόμενες συνθήκες. Οι κοινωνικές δεξιότητες αναφέρονται στην επιτυχή διαχείριση των σχέσεων έτσι ώστε να επιτευχθεί το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Η ενσυναίσθηση αφορά στην ικανότητα ενός ατόμου να λαμβάνει υπόψη του τα συναισθήματα των άλλων ανθρώπων, ιδίως κατά τη λήψη αποφάσεων. Τέλος, τα κίνητρα αναφέρονται στις εσωτερικές εκείνες δυνάμεις, οι οποίες ωθούν το άτομο στην υλοποίηση των στόχων του (Goleman, 1998).

Ο Daniel Goleman (1995) περιγράφει τη ΣΝ ως μια δομή που περιλαμβάνει ικανότητες όπως το να κινητοποιεί κανείς τον εαυτό του για την επίτευξη στόχων, να επιμένει παρά τις ματαιώσεις που δέχεται, να ελέγχει τις παρορμήσεις του, να μπορεί να καθυστερεί την ικανοποίησή του, όταν πρέπει, να ρυθμίζει τη διάθεσή του, να μην επιτρέπει στο άγχος και την ανησυχία του να παρεμποδίζουν την ικανότητά του για ορθή σκέψη και τέλος να διαθέτει ενσυναίσθηση και αυτογνωσία. Ο Goleman (1995) θεωρεί ότι οι συναισθηματικές ικανότητες δεν είναι έμφυτο ταλέντο, αλλά ικανότητες για την ανάπτυξη των οποίων το άτομο πρέπει να εργαστεί σκληρά. Υποστηρίζει όμως, ότι τα άτομα έχουν γεννηθεί με μια γενική συναισθηματική νοημοσύνη, η οποία καθορίζει τις δυνατότητές τους για την εκμάθηση των συναισθηματικών ικανοτήτων.

Στη συνέχεια, ο Bar-On (1997) επικεντρώθηκε στη συναισθηματική και κοινωνική διάσταση της ΣΝ και την ορίζει ως ένα σύνολο συναισθημάτων, κοινωνικών γνώσεων ή ικανοτήτων, οι οποίες επηρεάζουν τη γενική ικανότητα των ατόμων, προκειμένου να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις περιβαλλοντικές απαιτήσεις. Οι πέντε κύριες περιοχές στο μοντέλο του Bar-on (1997) είναι: α) οι ενδοπροσωπικές ικανότητες που περιλαμβάνουν δεξιότητες

όπως η συναισθηματική αυτεπίγνωση, η θετική διεκδίκηση, ο αυτοσεβασμός, η διαπίστωση του ατομικού δυναμικού και η ανεξαρτησία/αυτονομία, β) οι διαπροσωπικές ικανότητες που αφορούν σε δεξιότητες όπως η ενσυναίσθηση, οι διαπροσωπικές σχέσεις και η κοινωνική υπευθυνότητα, γ) η προσαρμοστικότητα που περιλαμβάνει δεξιότητες όπως η ανοχή στο άγχος και ο έλεγχος των παρορμήσεων, δ) η διαχείριση άγχους που αναφέρεται σε δεξιότητες όπως η λύση των προβλημάτων, ο έλεγχος της πραγματικότητας και η ευεξία και ε) η γενική διάθεση των ατόμων που αφορά στην ευτυχία και στην αισιοδοξία του ατόμου. Ο Bar-on και οι συνάδελφοί του (2000) υποστηρίζουν ότι η ΣΝ αναπτύσσεται διαχρονικά και μπορεί να βελτιωθεί μέσω προγραμμάτων εκπαίδευσης και θεραπείας. Επίσης, θεωρούν ότι η ΣΝ και η γνωστική νοημοσύνη συμβάλλουν εξίσου στη γενική νοημοσύνη των ατόμων, γεγονός που αποτελεί προάγγελο επιτυχίας στους διάφορους τομείς της ζωής τους.

Συναισθηματική Νοημοσύνη: Γνώρισμα ή Ικανότητα;

Οι ερευνητές και οι θεωρητικοί στην προσπάθειά τους να δημιουργήσουν μέτρα αξιολόγησης της ΣΝ, παρέβλεψαν τη θεμελιώδη διαφορά που υφίσταται μεταξύ των τυπικών τεστ και των τεστ μέγιστης επίδοσης (Ackerman & Heggestad, 1997). Κατά συνέπεια, ενώ κάποιοι ανέπτυξαν και χρησιμοποίησαν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, άλλοι ξεκίνησαν την ανάπτυξη δοκιμών μέγιστης απόδοσης, αγνοώντας τις διαφορές τους, οι οποίες οδήγησαν σε εννοιολογική σύγχυση και αντικρουόμενα ευρήματα. Οι Petrides και Furnham (2000; 2001), ήταν οι πρώτοι που, βασιζόμενοι στη μέθοδο αξιολόγησης της ΣΝ, πρότειναν μια εννοιολογική διάκριση ανάμεσα στη ΣΝ ως γνώρισμα της προσωπικότητας (ή συναισθηματική αυτοαποτελεσματικότητα) και στη ΣΝ ως ψυχική ικανότητα (ή γνωστικο-συναισθηματική ικανότητα). Είναι σημαντικό να γίνει αντιληπτό ότι η παραπάνω διάκριση αφορά σε δύο διαφορετικές δομές, από τις οποίες η πρώτη αξιολογείται με ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς ενώ η δεύτερη με τεστ μέγιστης επίδοσης (Mavrouli et al., 2007). Η συγκεκριμένη διάκριση δεν σχετίζεται με αυτή που υφίσταται μεταξύ των μικτών μοντέλων και των μοντέλων ικανότητας (Mayer, Salovey, & Caruso, 2000), η οποία βασίζεται στο εάν ένα θεωρητικό μοντέλο αναμειγνύει τις γνωστικές ικανότητες και τα

χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και δεν λαμβάνει υπόψη τη μέθοδο μέτρησης. Η διάκριση που βασίζεται στη μέθοδο μέτρησης (γνώρισμα ή ικανότητα), έχει εκτεταμένες θεωρητικές και πρακτικές επιπτώσεις. Για παράδειγμα, η ΣΝ ως γνώρισμα αναμένεται να παρουσιάσει αδύναμη ή μηδενική συσχέτιση με τα μέτρα αξιολόγησης της γενικής γνωστικής ικανότητας (g) ενώ η ΣΝ ως ικανότητα είναι αναμενόμενο να παρουσιάζει άμεση σύνδεση με αυτά.

Η ΣΝ ως χαρακτηριστικό γνώρισμα της προσωπικότητας ορίζεται ως «*ένας αστερισμός των αυτοαντιλήψεων περί συναισθημάτων, που βρίσκεται στα χαμηλότερα επίπεδα της προσωπικότητας*» (Petrides, Pita, & Kokkinaki, 2007:287). Απλούστερα, η ΣΝ ως γνώρισμα αναφέρεται στην αυτο-αντίληψη ενός ατόμου αναφορικά με τις ικανότητες των συναισθημάτων του. Οι Petrides και Furnham (2001) συμπλήρωσαν το πρώτο πεδίο δειγματοληψίας της ΣΝ ως Γνώρισμα μέσω της ανάλυσης του περιεχομένου προγενέστερων μοντέλων της ΣΝ και συγγενικών κατασκευασμάτων, συμπεριλαμβανομένων της ενδοπροσωπικής νοημοσύνης, της αλεξιθυμίας, της συναισθηματικής επικοινωνίας, της έκφρασης συναισθημάτων και της ενσυναίσθησης. Η λογική ήταν να συμπεριλάβουν βασικά στοιχεία κοινά σε περισσότερα του ενός μοντέλα, αλλά και να αποκλείσουν περιφερειακά στοιχεία τα οποία εμφανίζονταν σε μια και μόνο σύλληψη.

Στο μοντέλο της ΣΝ ως Γνώρισμα, οι αυτοαντιλήψεις περί συναισθημάτων σχηματίζουν τέσσερις αλληλένδετους παράγοντες: ευημερία (χαρακτηριστικά που αφορούν προδιαθέσεις της προσωπικότητας), αυτοέλεγχο (χαρακτηριστικά που αφορούν στον έλεγχο των συναισθημάτων και των παρορμήσεων), συναισθηματικότητα (χαρακτηριστικά που αφορούν στην αντίληψη και στην έκφραση των συναισθημάτων) και κοινωνικότητα (χαρακτηριστικά που αφορούν στις διαπροσωπικές ικανότητες και στη διαχείριση των συναισθημάτων) (Petrides & Furnham, 2000; 2001). Η επιτυχία του μοντέλου της ΣΝ ως χαρακτηριστικό γνώρισμα της προσωπικότητας έγκειται στο ότι αναγνωρίζει την υποκειμενική φύση των συναισθημάτων (Petrides, 2009).

Τα πρόσφατα στοιχεία των μελετών που έχουν εκπονηθεί σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες δείχνουν ότι οι βαθμολογίες της ΣΝ ως γνώρισμα σχετίζονται

56

θετικά με την αποτελεσματική αντιμετώπιση του άγχους στην εφηβεία (Swami, Begum, & Petrides, 2010), την υγιή εικόνα του σώματος και την καλύτερη σωματική υγεία (Swami, Begum, & Petrides, 2010), την αυξημένη αυτοαποτελεσματικότητα καθώς και με την αντιμετώπιση των αγχογόνων καταστάσεων ως προκλήσεων και όχι ως απειλών (Mikolajczak & Luminet, 2008). Επιπλέον, η ΣΝ σχετίζεται θετικά με την ενσυναίσθηση (Marjanović & Dimitrijević, 2014), τη συναισθηματική συνύπαρξη (Mikolajczak, Menil, & Luminet, 2007b), τη θετική διάθεση (Andrei & Petrides, 2013), τη συχνή οργανική συχνότητα στις γυναίκες (Burri, Cherkas, & Spector, 2009), την ευτυχία (Furnham & Petrides, 2003; Furnham & Christoforou, 2007), την ικανοποίηση από τη ζωή (Petrides et al., 2007 Stamatopoulou, Galanis, & Prezerakos, 2016) και την αισιοδοξία (Mikolajczak, et al., 2007α).

Αντίθετα, η ΣΝ ως γνώρισμα της προσωπικότητας σχετίζεται αρνητικά με την εξάντληση (Mikolajczak et al., 2007b), την αυξημένη συχνότητα σωματικών ενοχλήσεων σε ενήλικες και εφήβους (Andrei & Petrides, 2013, Mavroveli et al., 2007; Stamatopoulou, Galanis, Tzavella, Petrides, & Prezerakos, 2017), την αρνητική διάθεση (Andrei & Petrides, 2013), την αλεξιθυμία (Mikolajczak et al., 2007α), καθώς και με τις ψυχικές διαταραχές (Mikolajczak, Luminet, & Menil, 2006) και τις καταθλιπτικές σκέψεις σε εφήβους (Mavroveli et al., 2007).

Θυμός

Εννοιολογικές προσεγγίσεις

Αρχικά, είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι, παρά την πανταχού παρούσα οργή στις καθημερινές υποθέσεις και τον πολλαπλασιασμό της θεωρίας και της εμπειρικής έρευνας αναφορικά με τα συναισθήματα τα τελευταία 20 χρόνια, οι ψυχολόγοι δεν έχουν πολλά να πουν για το θυμό.

Μια τυποποιημένη και απλή ανάλυση του θυμού συντελείται από τον Izard (1991), ο οποίος απαριθμεί τις ακόλουθες αιτίες που αφορούν στο συγκεκριμένο συναίσθημα: συγκράτηση, παρεμπόδιση ή διακοπή της δραστηριότητας, αποτροπιαστική διέγερση, κακή ή άδικη βλάβη και ηθική αγανάκτηση. Ο Izard (1991) αντιλαμβάνεται το θυμό σαν ένα συναίσθημα που αλληλεπιδρά με την αηδία και την περιφρόνηση. Πιο συγκεκριμένα δηλώνει: «Ο θυμός είναι ένα σημαντικό συναίσθημα. Είναι συχνά ανεπιθύμητο και συνήθως αποφεύγεται στο μέτρο του δυνατού» (1991, σελ. 209). Επίσης υποστηρίζει ότι η μη εξωτερίκευση του θυμού είναι πιθανό να οδηγήσει σε προβλήματα υγείας. Ωστόσο, σύμφωνα με την οπτική του Izard (1991) «η κατάλληλη έκφραση του δικαιολογημένου θυμού είναι εφικτό να ενδυναμώσει τη σχέση μεταξύ του θυμωμένου ατόμου και του ατόμου που είναι ο στόχος του θυμού (p. 209)». Υποστηρίζει επίσης ότι ο έλεγχος του θυμού μπορεί να εμποδίσει τον φόβο.

Ανάλογη έμφαση στις αιτίες του θυμού γίνεται σε μια εκτεταμένη διαπολιτισμική μελέτη από τους Scherer, Wallbott και Summerfield (1986). Ανάμεσα σε αρκετούς ευρωπαϊκούς πολιτισμούς, οι ερευνητές αναγνώρισαν τα ακόλουθα αίτια του θυμού: την απογοήτευση από τους φίλους και συγγενείς, τις ακατάλληλες ανταμοιβές, την ταλαιπωρία και την αποτυχία επίτευξης των στόχων. Στο ιδιαίτερο πλαίσιο των προσωπικών σχέσεων, επισημαίνουν την άδικη μεταχείριση, την παραβίαση των κανόνων και τις υλικές ζημίες.

Η προσέγγιση του Lazarus (1991) για τον θυμό είναι πληρέστερη από αυτή των περισσότερων θεωρητικών των συναισθημάτων και εκφράζεται σε μεγάλο βαθμό από την άποψη της γνωσιακής-σχεσιακής οπτικής των συναισθημάτων

και των διεργασιών αντιμετώπισης του άγχους. Χαρακτηρίζει τον θυμό, όπως και τα άλλα αρνητικά συναισθήματα, ως αποτέλεσμα της βλάβης, της απώλειας ή της απειλής με την ευθύνη για τα προαναφερθέντα να αποδίδεται σε κάποιον. Για το άτομο που διακατέχεται από θυμό, όποιος προκάλεσε τη ζημιά, την απώλεια ή την απειλή θα μπορούσε να ασκήσει τον έλεγχο και να μην το κάνει, αν το επιθυμούσε. Ειδικότερα, ο Lazarus (1991) υποστηρίζει ότι ζήτημα υψίστης σημασίας για τους ανθρώπους είναι η διατήρηση της ταυτότητας του εγώ τους. Οποιαδήποτε επίθεση σε αυτή την επιθυμία θα προκαλέσει θυμό, μιαν αντίδραση που εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την προσωπικότητα και από το ιστορικό κακοποίησης του ατόμου (Lazarus, 1991). Σύμφωνα με τον Lazarus (1991), ο θυμός του ενήλικου ατόμου εκδηλώνεται από ένα «αδυσώπητο» αδίκημα εναντίον του και σε αυτό το πλαίσιο, ακόμη και μια απλή απογοήτευση μπορεί να αποβεί καταστροφική. Εντούτοις, ο θυμός μπορεί να μετασχηματιστεί εύκολα από γνωστικές (ή συναισθηματικά εστιασμένες) διαδικασίες αντιμετώπισης (Lazarus, 1991).

Στην καρδιά της θεωρίας του συναισθήματος είναι η διαδικασία της εκτίμησης (πρωτογενής και δευτερογενής), αφού, σύμφωνα με τον Lazarus (1991), η γνωστική λειτουργία είναι αναπόσπαστο κομμάτι του συναισθήματος. Όσον αφορά την πρωτογενή εκτίμηση του θυμού, πρέπει να υπάρξει ένας στόχος που διακυβεύεται, μια ασυμφωνία αναφορικά με την επίτευξη αυτού του στόχου και η ανησυχία για τη διατήρηση της αυτοεκτίμησης ενάντια στην προσβολή. Εάν πληρούνται αυτές οι προϋποθέσεις και δομηθεί η πρωτογενής εκτίμηση που αφορά στον θυμό, τότε σύμφωνα με τον Lazarus (1982) ακολουθεί η δεύτερη εκτίμηση. Για παράδειγμα, όταν η ευθύνη για ένα γεγονός αποδίδεται σε έναν εξωτερικό παράγοντα, τότε και ο θυμός στρέφεται εξωτερικά, αν η ευθύνη είναι εσωτερικά κατευθυνόμενη, αντίστοιχη θα είναι και η έκφραση του θυμού.

Σύμφωνα με τον Lazarus (1991), ο θυμός περιλαμβάνει επίσης την εκτίμηση ότι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης του αδικήματος είναι η επίθεση. Ο Lazarus (1991) παρατηρεί ότι ο θυμός συχνά παρεμποδίζεται, ιδιαίτερα αν φαίνεται ότι η έκφρασή του μπορεί να προκαλέσει ισχυρά αντίποινα. Υποστηρίζει, ότι ο εκφρασμένος θυμός μπορεί να είναι χρήσιμος και επικίνδυνος, αλλά ο ανεξέλεγκτος θυμός μπορεί να είναι τόσο

αντιπαραγωγικός όσο και σωματικά ανθυγιεινός. Επισημαίνει επίσης την ύπαρξη πολλών τύπων ακραίου, μόνιμου ή επαναλαμβανόμενου θυμού ή αδυναμίας εκδήλωσής του, που μπορεί να είναι παθολογική. Φυσικά η εκτίμηση και ο χαρακτηρισμός αυτών των εκδηλώσεων ως παθολογικών βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με τον χρόνο, τον τόπο και τον πολιτισμό (Lazarus, 1991).

Η πληρέστερη και πιο εκτεταμένη εξέταση του θυμού (και της επιθετικότητας) έχει συντελεστεί από τον Averill (1982) υπό τη σκοπιά του κοινωνικού κονστρουξιονισμού. Το σημείο εκκίνησής της θεωρίας του αφορά στο ότι ο θυμός είναι αντικοινωνικός, δυσάρεστος, αρνητικός και πολύ κοινός. Ο Averill (1982) συγκεντρώνει πρώιμες θεωρήσεις του θυμού που τον χαρακτηρίζουν ως πολύπλοκο και συχνά παράλογο, αν και όχι μη γνωστικό. Σε διαπροσωπικό επίπεδο, υποστηρίζει ότι ο θυμός θεωρείται παραβίαση της κοινωνικά αποδεκτής συμπεριφοράς και έχει ως στόχο την εκδίκηση ή τουλάχιστον την τιμωρία του δράστη. Βιολογικοί παράγοντες (όπως το ζωικό ένστικτο των ανθρώπων) έχουν ενοχοποιηθεί για την έλλειψη ελέγχου του θυμού. Έτσι, στόχος της κοινωνίας είναι να επιχειρήσει να θεσπίσει κανόνες για την αρμόζουσα εμπειρία και την έκφραση του θυμού. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι (στη Δυτική κοινωνία) ο θυμός είναι πολύ συνηθισμένος, ο Averill (1982) επισημαίνει ότι ο κύριος στόχος του είναι ένας αγαπημένος, ένας φίλος ή ένας γνωστός. Σκοπός του είναι συχνά να αλλάξει τις συνθήκες που τον «γέννησαν». Πάντα, υπάρχει ένα αντιληπτό λάθος, κάτι που έγινε είτε σκόπιμα είτε από αμέλεια. Με άλλα λόγια, η αιτία του θυμού είτε αφορά σε μια αδικαιολόγητη πράξη είτε σε ένα ατύχημα που μπορεί να αποφευχθεί.

Ο Averill (1982) υποστηρίζει ότι υπάρχουν πολλοί τρόποι έκφρασης του θυμού, αλλά, όπως σημειώνει, έχουμε την τάση να εμμένουμε στον πιο δραματικό από αυτούς που περιλαμβάνει την φυσική επιθετικότητα. Στην πραγματικότητα όμως, όπως επισημαίνει ο Averill (1982), η φυσική επιθετικότητα ως έκφραση θυμού είναι σχετικά σπάνια. Τις περισσότερες φορές, στη Δυτική κοινωνία, ο θυμός αντιμετωπίζεται μέσω του διαλόγου ή της οπτικής που αντιμετωπίζει τη σύγκρουση ως επιλύσιμη. Πολλά από τα επεισόδια του θυμού θεωρούνται ότι έχουν ευεργετικά αποτελέσματα, παρόλο που η εμπειρία του θυμού μπορεί να ήταν δυσάρεστη. Ο Averill (1982)

εξετάζει τη χρονική διάρκεια του θυμού, πιστεύοντας ότι αυτή εξαρτάται από τα πολιτιστικά πρότυπα. Για παράδειγμα, στη Δυτική κοινωνία ένα έγκλημα πάθους δεν πρέπει να διαρκέσει "πέρα πολύ καιρό". Κάθε κοινωνία έχει τους κανόνες του ανώτερου και κατώτερου ορίου για να καθορίσει τη διάρκεια του θυμού. Παρατηρεί επίσης ότι, τουλάχιστον στην αμερικανική κοινωνία, οι άνδρες και οι γυναίκες θυμώνουν εξίσου συχνά, αν και ο τρόπος με τον οποίο εκφράζεται ο θυμός εξαρτάται, μεταξύ άλλων, από το φύλο. Ο Averill (1982) διατυπώνει έναν περιεκτικό ορισμό του θυμού ως ενός «συγκρουσιακού συναισθήματος που, σε βιολογικό επίπεδο, σχετίζεται με επιθετικά συστήματα και, ακόμα πιο σημαντικό, με τις ικανότητες για συνεργατική κοινωνική ζωή, συμβολισμό και ανακλαστική, ενώ σε ψυχολογικό επίπεδο, αποσκοπεί στη διόρθωση κάποιου εκτιμημένου λάθους. (Averill, 1982). Σε αυτόν τον ορισμό, αν και ο Averill συνδέει την οργή με την επιθετικότητα βιολογικώς, παρ' όλα αυτά αντιλαμβάνεται τον θυμό ως ένα κοινωνικά συγκροτημένο σύνδρομο ή ένα μείγμα παροδικών κοινωνικών ρόλων.

Ο Averill (1982) εξετάζει περαιτέρω τις βιολογικές πτυχές αυτών των προβληματισμών υποστηρίζοντας ότι δεν είναι όλες οι επιθέσεις βιολογικής προέλευσης και ότι ορισμένες βιολογικές πτυχές του θυμού είναι μη επιθετικές. Τονίζει ότι τα άτομα ακολουθούν κανόνες «από τη φύση τους», υπονοώντας τον βιολογικό παράγοντα. Ο Averill (1982) προτείνει επίσης ότι, από τη φύση μας, αναστατωνόμαστε όταν οι κανόνες είναι κατεστραμμένοι γεγονός που φέρει ως αποτέλεσμα τον θυμό. Έτσι, σύμφωνα με τον ερευνητή, ακόμα και αν και ο θυμός είναι εξαιρετικά συμβολικός και είναι κοινωνικά κατασκευασμένος, έχει βιολογικές ρίζες. Επειδή οι κανόνες είναι αναπόσπαστο κομμάτι του συναισθήματος, ο Averill (1982) θεωρεί σημαντικό να περιγράψει τους κανόνες που ισχύουν για το θυμό. Αυτοί οι κανόνες περιλαμβάνουν την εκτίμηση (σχετικά με την υποκίνηση, τον στόχο και τον σκοπό του θυμού), τη συμπεριφορά (όσον αφορά στην έκφραση, την φυσιολογική διέγερση και την υποκειμενική εμπειρία), την πρόγνωση (όσον αφορά στην αλληλουχία και τη διάρκεια), και την απόδοση (όσον αφορά τα γεγονότα και τον εαυτό).

Υπάρχουν δύο τύποι θυμού: ο προσωρινός θυμός και ο θυμός που αποτελεί χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Ο προσωρινός θυμός εμφανίζεται σε

μια συγκεκριμένη κατάσταση και η σοβαρότητά του ποικίλλει ανάλογα με το βαθμό της επίθεσης, της αδικίας ή της απογοήτευσης που το άτομο λαμβάνει.

Από την άλλη πλευρά, ο θυμός που αποτελεί γνώρισμα της προσωπικότητας συνδέεται με την τάση που έχει το άτομο να αντιλαμβάνεται ένα πλήθος καταστάσεων ως βαρετές ή απογοητευτικές και συνεπώς, να βιώνει σε μεγαλύτερη συχνότητα το συναίσθημα του θυμού (Deffenbacher et al., 1996; Spielberger, 1991; Spielberger, Jacobs, Russell, & Crane, 1983). Το αίσθημα του θυμού ποικίλλει ανάλογα με τον τρόπο που εκφράζεται. Τα άτομα δύνανται να εκφράσουν τον θυμό τους με τρεις τρόπους: εσωτερικεύοντάς τον (anger-in), εξωτερικεύοντάς τον (anger-out) ή επιτυγχάνοντας τον έλεγχο του (anger control). Η εσωτερίκευση του θυμού αφορά στη διατήρησή του και στη μη έκφρασή του, ενώ η εξωτερίκευσή του εκφράζεται είτε φυσικά είτε χτυπώντας ή βλάπτοντας αντικείμενα, είτε προφορικά με βωμολογίες, απόρριψη ή κριτική. Ο έλεγχος του θυμού αφορά στην τάση του ατόμου να είναι ήρεμο, ανεκτικό να έχει κατανόηση και τον έλεγχο του θυμού του (Spielberger, 1991; Özer, 1994).

Ποιότητα Ζωής

Εννοιολογικές προσεγγίσεις

Κατά τη διάρκεια του περασμένου αιώνα, η πρόοδος στη δημόσια υγεία και την ιατρική αύξησε σημαντικά το μέσο προσδόκιμο ζωής στον δυτικό κόσμο (WHO, 2015). Το συγκεκριμένο γεγονός, ωστόσο, συνοδεύεται από σημαντική αύξηση του ποσοστού των ενηλίκων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις όπως η καρδιακή νόσος, ο καρκίνος, ο διαβήτης, η αρθρίτιδα και οι ψυχικές ασθένειες (WHO, 2015). Κατά συνέπεια, στον τομέα της δημόσιας υγείας και της ιατρικής διαπιστώθηκε ότι είναι σημαντική όχι μόνο η εστίαση σε ζητήματα ποσότητας ζωής αλλά και ποιότητας.

Έχει υποστηριχθεί ότι, λόγω της υποκειμενικής της φύσης, η ποιότητα ζωής του ατόμου είναι μια δύσκολη έννοια για να οριστεί και μετρηθεί, αλλά, σε γενικές γραμμές, δύναται να θεωρηθεί ως μια πολυδιάστατη ιδέα που τονίζει την αυτο-αντίληψη της τρέχουσας κατάστασης του ατόμου (Bonomi, Patrick, Bushnell, & Martin, 2000). Η έννοια της ποιότητας ζωής σκιαγραφεί ευρέως τον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο αξιολογεί την «ευημερία» πολλών πτυχών της ζωής του. Αυτές οι αξιολογήσεις περιλαμβάνουν τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου σε διάφορες εκφάνσεις της καθημερινότητάς του, τη διάθεσή του, την αίσθηση πληρότητας που νιώθει από την ζωή του, την ικανοποίηση από την εργασία και τις προσωπικές του σχέσεις (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Σχεδόν πριν από 30 χρόνια, σε μία από τις σημαντικότερες μελέτες που αφορούν στον συγκεκριμένο τομέα, ο Smith (1973) πρότεινε ότι ο όρος ευημερία δύναται να χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό των αντικειμενικών συνθηκών ζωής που ισχύουν για έναν πληθυσμό, ενώ η ποιότητα ζωής αρμόζει να περιορίζεται στις υποκειμενικές εκτιμήσεις των ατόμων για τη ζωή τους. Σήμερα, η συγκεκριμένη διάκριση δεν υφίσταται αφού οι εν λόγω όροι είναι συχνά ακαθόριστοι, δεν χρησιμοποιούνται με συνέπεια ή συναντώνται εναλλακτικά μέσα στις μελέτες. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μάλιστα, ο ένας όρος χρησιμοποιείται ακόμη και για τον ορισμό του άλλου (De Leo et al., 1998).

Η έλλειψη της προαναφερθείσας διάκρισης μπορεί εν μέρει να εντοπιστεί στις πολλαπλές εννοιολογήσεις που έχει λάβει η ποιότητα ζωής με την πάροδο των

ετών (Beesley & Russwurm, 1989), ξεκινώντας από τις οικονομικές προσεγγίσεις που ήταν δημοφιλείς στα τέλη της δεκαετίας του '60, όταν η ποιότητα ζωής και η ευημερία αποτιμούνταν με ποσοτικά μέτρα και με βάση τα ποσοστά ανεργίας (Liu, 1976). Αντικρουόμενοι σε αυτή την άκαμπτη ποσοτική προσέγγιση του θέματος, οι ερευνητές άρχισαν να διερευνούν τις υποκειμενικές εμπειρίες των ανθρώπων διακατεχόμενοι από την πεποίθηση ότι τα αντικειμενικά μέτρα δεν επαρκούσαν για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (Campbell, Converse, & Rogers, 1976). Με άλλα λόγια, η ποιότητα ζωής είναι μια ευρεία έννοια ή ένα σημείο αναφοράς που αφορά σε όλους σχεδόν τους τομείς της ανθρώπινης λειτουργίας (Evans, 1994). Ως αποτέλεσμα, έχει διερευνηθεί εκτενώς, αναθεωρηθεί και συζητηθεί στις κοινωνικές επιστήμες και την ψυχολογία καθώς και στις οικονομικές και ιατρικές βιβλιογραφίες.

Υγεία

Θεωρητικές προσεγγίσεις

Ένας από τους σημαντικούς τομείς της ποιότητας ζωής αφορά στην υγεία. Η υγεία μπορεί επίσης να θεωρηθεί ως μια υποκειμενική αξιολόγηση της λειτουργικότητας και της ευημερίας του ατόμου. Όλες οι σύγχρονες έννοιες της υγείας την αναγνωρίζουν ως κάτι περισσότερο από την απουσία ασθένειας, υπονοώντας τη μέγιστη ικανότητα του ατόμου για αυτοπραγμάτωση και αυτοεκπλήρωση. Για την επίτευξη του ανωτέρω θα πρέπει να ισοσταθμιστούν οι εσωτερικές δυνάμεις και οι δυνατότητες του ατόμου με το αίσθημα ευχαρίστησης ή δυσαρέσκειας που πηγάζει από τη σχέση του με το περιβάλλον (Rutter, 1987). Η κοινωνική ιατρική, στην προσέγγισή της για τη δημόσια υγεία, υποστηρίζει ότι δεν είναι ορθό να παρατηρούμε την υγεία των ατόμων, αλλά και την υγεία των ομάδων και της κοινότητας, ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τους με το κοινωνικό περιβάλλον. Η υγεία ισοδυναμεί με μια κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από σωματική, διανοητική, κοινωνική και πνευματική λειτουργικότητα και επιτρέπει στο άτομο να εκφράσει το πλήρες φάσμα των μοναδικών δυνατοτήτων του μέσα στο περιβάλλον στο οποίο ζει (Svalastog, Donev, Jahren Kristoffersen, & Gajonić, 2017). Τόσο η υγεία, όσο και η ασθένεια είναι δυναμικές διεργασίες και κάθε άτομο βρίσκεται σε διαβαθμισμένη κλίμακα ή ένα συνεχές φάσμα που στο ένα άκρο του

τοποθετείται η ευεξία και η βέλτιστη λειτουργικότητα στις πτυχές της ζωής του και στο άλλο η ασθένεια, που κορυφώνεται με το θάνατο (Kujundžić Tiljak, 2017). Η θεωρία περί «προαγωγής της υγείας» (salutogenesis) υιοθετεί μια διαφορετική άποψη αναφορικά με το τι δημιουργεί την υγεία και ποιοι παράγοντες λειτουργούν υποστηρικτικά προς αυτήν, σε αντίθεση με τη συμβατική προσέγγιση της παθογένεσης που δίνει έμφαση στους παράγοντες που προκαλούν την ασθένεια (Antonovsky, 1996). Για να διαπιστωθούν οι "απαρχές της υγείας", θα πρέπει να αναζητηθούν οι παράγοντες που ενισχύουν την ανθρώπινη υγεία και ευημερία (Lindström & Eriksson, 2005).

Ο ορισμός που προτάθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), μετατόπισε την εννοιολόγηση της συγκεκριμένης έννοιας από ένα καθαρά βιολογικό μοντέλο σε ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, στο οποίο η ευημερία και η ποιότητα ζωής αξιολογούνται από τα άτομα. Πιο συγκεκριμένα, το 1948, ο ΠΟΥ όρισε την υγεία ως «την κατάσταση της πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλώς την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (WHO, 1948). Αυτός ο ορισμός επισήμανε για πρώτη φορά ότι, εκτός από τη σωματική και ψυχική υγεία, η κοινωνική ευημερία αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της συνολικής υγείας, καθώς η υγεία συνδέεται στενά με το κοινωνικό περιβάλλον και τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας.

Το 1977, με την υιοθέτηση της Παγκόσμιας Στρατηγικής του ΠΟΥ με τίτλο «Υγεία για Όλους μέχρι το 2000», έγινε έμμεσα δεκτή μια ρεαλιστική έννοια της υγείας που αφορά στην ικανότητα του ατόμου να διάγει μια κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική ζωή (WHO, 1998). Ο ορισμός της υγείας με επιχειρησιακούς και εργασιακούς όρους ήταν ζωτικής σημασίας για τη δημιουργία πολιτικών και προγραμμάτων με στόχο τη διατήρηση και βελτίωσή της και επέτυχε τον απεγκλωβισμό από την ευρέως ριζωμένη αντίληψη που πρόσβευε ότι η υγεία σήμαινε απλά την απουσία ασθένειας (Svalastog, et al., 2017).

Ο Χάρτης της Οτάβα από το 1ο Διεθνές Συνέδριο για την Προαγωγή της Υγείας, που πραγματοποιήθηκε στην Οτάβα του Καναδά το 1986, υποστήριξε ότι η υγεία δημιουργείται στο πλαίσιο της καθημερινής ζωής και του περιβάλλοντος, όπου οι άνθρωποι ζουν, αγαπούν, δουλεύουν και παίζουν. Ο στόχος της προαγωγής της υγείας είναι να συνδυάσει την προσέγγιση για την

αντιμετώπιση των αρνητικών, για την υγεία, κοινωνικών προσδιοριστικών παραγόντων, με τη δέσμευση να παρακινήσει και να ενθαρρύνει τα άτομα και την κοινότητα για την υιοθέτηση μίας υγιούς ζωής (WHO, 1986; Tulchinski & Varavikova, 2014; Noack, 1994; Pavleković, Donev, & Zaletel Kragelj, 2007)

Τις τελευταίες δεκαετίες, ο ορισμός της Υγείας του ΠΟΥ τροποποιείται όλο και περισσότερο και έχει συμπληρωθεί από την τέταρτη διάσταση, την πνευματική υγεία. Η πνευματική διάσταση υποδηλώνει ένα φαινόμενο που δεν είναι υλικής φύσεως, αλλά ανήκει στη σφαίρα των ιδεών, των πεποιθήσεων, των αξιών και της ηθικής που υφίστανται στο μυαλό και τη συνείδηση των ανθρώπων. Η πνευματική διάσταση της υγείας συντελεί σημαντικό ρόλο στην κινητοποίηση της δράσης των ανθρώπων σε όλες τις πτυχές της ζωής τους και αφορά σε κάτι που προκύπτει μέσα από τους ανθρώπους, τις κοινότητες και τη διάδρασή τους με τα κοινωνικά και πολιτισμικά τους πρότυπα (WHO, 1985).

Ποιότητα Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία

Ο όρος «ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία» περιορίζει την ποιότητα ζωής σε πτυχές σχετικές με την υγεία. Ωστόσο, πρόκειται για μια ολοκληρωμένη και περίπλοκη έννοια για την οποία δεν υπάρχει καθολικά αποδεκτός ορισμός (Fayers & Machin, 2000). Δύο πτυχές της ΣΥΠΖ είναι κεντρικές στους περισσότερους ορισμούς. Η πρώτη πτυχή έγκειται στο ότι αφορά σε μια πολυδιάστατη έννοια που μπορεί να εκληφθεί ως μια λανθάνουσα κατασκευή που περιγράφει τις σωματικές, λειτουργικές, κοινωνικές και ψυχολογικές πτυχές της ευημερίας και της λειτουργικότητας του ατόμου (Bullinger, 1991; Calman, 1987; Spilker, 1990). Η δεύτερη, στο ότι περιλαμβάνει τόσο αντικειμενικές όσο και υποκειμενικές πτυχές του κάθε τομέα (Testa & Simonson, 1996). Εν τω μεταξύ, οι ερευνητές στους τομείς της ψυχολογίας, της ιατρικής και της δημόσιας υγείας έχουν αναπτύξει χρήσιμες τεχνικές που συνέβαλαν στην εννοιοποίηση και τη μέτρηση αυτών των πολλαπλών τομέων. Μέχρι σήμερα, η τεραστίας σημασίας αξιολόγηση της ΣΥΠΖ σε υγιή άτομα και σε ομάδες ασθενών είναι κοινώς αποδεκτή. Οι έρευνες που αφορούν σε δείγματα ενηλίκων είναι καλά εδραιωμένες, ενώ η

διερεύνηση του συγκεκριμένου φαινομένου σε παιδιά και εφήβους μόλις πρόσφατα ξεκίνησε.

Η Ποιότητα ζωής που αφορά στην Υγεία Παιδιών και Εφήβων

Οι έρευνες, που αντικατοπτρίζουν την άποψη του παιδιού για την ευημερία και τη λειτουργικότητά του, είναι προς το παρόν διαθέσιμες μόνο σε στοιχειώδη μορφή. Οι απαντήσεις που τίθενται στα ερωτήματα της ΣΥΠΖ και αφορούν στην αντιλαμβανόμενη υγεία και λειτουργικότητα θεωρούνται σημαντικός δείκτης παρακολούθησης της υγείας. Τα συγκεκριμένα μέτρα αξιολόγησης δύνανται να βοηθήσουν στον εντοπισμό υποομάδων παιδιών και εφήβων που διατρέχουν κίνδυνο για προβλήματα υγείας και καθώς και στον προσδιορισμό των επιπτώσεων μιας συγκεκριμένης ασθένειας ή αναπηρίας (Center for Disease Control and Prevention; CDC, 2000). Επιπλέον, είναι εφικτό να προσφέρουν αρωγή στον προσδιορισμό των αναγκών των υπηρεσιών υγείας. Τα αποτελέσματα μιας τέτοιας αξιολόγησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να επηρεάσουν τις αποφάσεις της δημόσιας πολιτικής, να προωθήσουν τις πολιτικές και τη νομοθεσία που σχετίζονται με την υγεία των παιδιών και των εφήβων και να βοηθήσουν στην κατανομή των πόρων της υγειονομικής περίθαλψης.

Τα περισσότερα όμως μέτρα αξιολόγησης της ποιότητα ζωής που αφορούν στην υγεία των παιδιών και των εφήβων έχουν αναπτυχθεί για τους χρόνιους ή σοβαρά παιδιατρικούς ασθενείς (Eiser & Morse 2001; Harding, 2001; Marra et al., 1996; Spieth & Harris 1996; Rosenbaum & Saigal, 1996). Η ακαμψία της έρευνας στο συγκεκριμένο ηλικιακό φάσμα αποδίδεται σε πολλούς λόγους. Αρχικά, μπορεί να ερμηνευτεί από τις αμφιβολίες που υφίσταντο και αφορούσαν στο κατά πόσο τα παιδιά δύνανται να εκφράζουν απόψεις, στάσεις και συναισθήματα σχετικά με την ποιότητα ζωής που αφορά στην υγεία τους (Kidscreen Group Europe, 2006). Η κατανόηση της έννοιας της ΣΥΠΖ, ή η αξιολόγηση των πτυχών της υγείας και της ευεξίας του ατόμου, καθορίζεται από την ηλικία, την ωριμότητα και τη γνωστική ανάπτυξη ενός παιδιού (Kidscreen Group Europe, 2006). Σε πρόσφατες μελέτες διαφάνηκε ότι τα παιδιά είναι σε θέση να αξιολογήσουν την ευημερία τους με αξιόπιστο τρόπο, αν το ερωτηματολόγιο είναι κατάλληλο για την ηλικία και το γνωστικό

τους επίπεδο (Raaijmakers et al., 2002; Rebok et al., 2001; Riley, 2004). Ένα άλλο κρίσιμο σημείο, που απετέλεσε τροχοπέδη για την εξάπλωση της έρευνας σε ανηλίκους, αφορά στις διαστάσεις που είναι απαραίτητες για την περιγραφή της έννοιας της ΣΥΠΖ σε παιδιά και εφήβους. Το αν τα παιδιά τονίζουν τις ίδιες διαστάσεις με τους ενήλικες δεν είναι σαφές, αλλά μπορεί να υποθεθεί ότι αυτό καθορίζεται, τουλάχιστον εν μέρει, από την ηλικία του παιδιού. Ένα μειονέκτημα που αφορά στην κατασκευή των συγκεκριμένων ερωτηματολογίων έγκειται στο ότι τα παιδιά σπάνια καλούνται να εκφράσουν την άποψή τους. Για αυτό το λόγο δίνεται ολοένα και μεγαλύτερη έμφαση στην εξέταση της άποψης των ανηλίκων, στον ίδιο βαθμό, αν όχι σε μεγαλύτερο, με την άποψη των εμπειρογνομόνων ή με τα αποτελέσματα των επισκοπήσεων της βιβλιογραφίας (Kidscreen Group Europe, 2006). Ωστόσο, με την πάροδο των ετών, αυξάνεται ο αριθμός των ερωτηματολογίων που αξιολογούν τη ΣΥΠΖ τόσο σε υγιή όσο και σε χρόνια άρρωστα παιδιά και εφήβους (Rajmil et al., 2004; Bullinger & Ravens-Sieberer, 1995).

Η έρευνα και η θεωρητική συζήτηση, που υφίστανται σε έντονο βαθμό τα τελευταία χρόνια, και αφορούν στη ΣΥΠΖ των παιδιών και των εφήβων, μετατόπισε το ενδιαφέρον στην κατασκευή και δοκιμή νέων εργαλείων σχεδιασμένων ειδικά για παιδιά διαφορετικών ηλικιών και αναπτυξιακών ικανοτήτων. Τέλος, νέες μελέτες έχουν οδηγήσει σε πιο ολοκληρωμένους ορισμούς, εννοιολογικοποιήσεις και λειτουργικοποιήσεις της ΣΥΠΖ των ανηλίκων και κατά συνέπεια έχει επιτευχθεί η βαθύτερη γνώση των αναγκών των παιδιών και των εφήβων, καθώς και των αντιλήψεων τους για ικανοποίηση από τη ζωή (Varni et al., 1999).

Ο γενικός ορισμός της ποιότητας ζωής που αφορά στην υγεία για ενήλικες δύναται να εφαρμοστεί στα παιδιά, αν και πρέπει να εξεταστούν συγκεκριμένες πτυχές της σωματικής ανάπτυξης και της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας (Matza et al., 2004). Τα παιδιά δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως μικροί ενήλικες. Κρίνεται απαραίτητο να αναγνωριστούν οι ειδικές ανάγκες τους για την υγεία. Τα παιδιά αναπτύσσονται σε διάφορα κοινωνικά περιβάλλοντα, όπως η οικογένεια, το σχολείο, οι συνομήλικοι, οι γειτονιές και η κοινότητα και, σε αντίθεση με τους ενήλικες, που διαθέτουν επαρκείς οικονομικούς πόρους ή κοινωνική υποστήριξη και δύνανται να εγκαταλείψουν

έναν προβληματικό χώρο εργασίας ή έναν δυσλειτουργικό γάμο, τα παιδιά δεν έχουν καμία επιλογή ή διαθέτουν περιορισμένη ικανότητα για τη διαφυγή τους από μειονεκτικά περιβάλλοντα (Kidscreen Group Europe, 2006). Κατά την αξιολόγηση της κοινωνικής και ψυχολογικής λειτουργικότητας των παιδιών, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να θυμόμαστε ότι τα παιδιά είναι ενσωματωμένα σε πολλαπλά κοινωνικά πλαίσια, κάθε ένα από αυτά τα πλαίσια είναι πιθανό να συμβάλει στην ποιότητα ζωής που αφορά στην υγεία τους και να μεσολαβήσει στην επίδραση της νόσου και της θεραπείας στο παιδί (Cox & Paley, 1997).

Σύμφωνα με τους αναπτυξιολόγους, η σχέση που παρατηρείται μεταξύ των παιδιών και του κοινωνικού τους πλαισίου είναι πολύπλοκη και υφίσταται ταυτόχρονη και αμοιβαία επίδραση μεταξύ των ανηλίκων και πολλαπλών συνθηκών (Cox & Paley, 1997; Bronfenbrenner, 1979). Τα παιδιά είναι ενεργοί παράγοντες που ασκούν επιρροή στο περιβάλλον τους, ενώ ταυτόχρονα διαμορφώνονται από αυτό. Αυτή η αμφίδρομη επιρροή έχει αναδειχθεί μέσα από την εμπειρική έρευνα που αφορά στην αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού, στην οποία έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει ισχυρή αλληλεπίδραση (Cumplings & Davies, 1995; Cook, 2001). Επιπλέον, η λειτουργικότητα και η συμπεριφορά του παιδιού σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό περιβάλλον είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη λειτουργικότητα και τη συμπεριφορά που θα επιδείξει στα υπόλοιπα κοινωνικά πλαίσια. Για παράδειγμα, οι εμπειρίες των παιδιών στην οικογένεια έχουν αποδειχθεί ότι ασκούν επίδραση στη συμπεριφορά τους, στην κοινωνική επίγνωση, στις διαπροσωπικές τους σχέσεις καθώς και στο επίπεδο αποδοχής από τους συνομηλίκους (Matza, Kupersmidt & Glenn, 2001; Matza et al., 2002). Οι ερευνητές πρότειναν να συμπεριληφθούν στην εκτίμηση και ανάλυση των αποτελεσμάτων της παιδιατρικής υγείας και της ποιότητας ζωής οι ιδιαιτερότητες αυτών των παραγόντων, όπως η οικογένειες, οι σχέσεις με τους συνομηλίκους, κλπ (Bukowski & Sandberg, 1999).

Επιπλέον, τα παιδιά μεγαλώνουν και υπόκεινται σε συνεχείς αλλαγές, επομένως η διαχρονική αξιολόγηση της ΣΥΠΖ τους πρέπει να συνυπολογίζει την αρχική τους κατάσταση καθώς και την φυσική αλλαγή που υφίστανται με την πάροδο του χρόνου. Όταν οι έφηβοι ερωτήθηκαν τι ήταν σημαντικότερο στη ζωή τους, εκτός από την φυσική τους λειτουργία τους, ανέφεραν τις κοινωνικές σχέσεις (οικογένεια και φίλους), τη γενική διάθεση, το αίσθημα

«αίσθησης του εαυτού», καθώς και την ανάγκη για αυξανόμενη ανεξαρτησία (Edwards et al., 2002). Μια άλλη τάση στη ΣΥΠΖ παιδιών και εφήβων αφορά στην ανάπτυξη γενικών μέτρων αξιολόγησης δίνοντας σημαντική προτεραιότητα στις επιδημιολογικές μελέτες. Στην ιστορία, χρησιμοποιήθηκαν πολυάριθμα εργαλεία προκειμένου να αξιολογήσουν τις ειδικές συνθήκες μιας νόσου (Eiser & Morse, 2001), αλλά πρόσφατες δημοσιεύσεις κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι εστιασμένες στην ασθένεια προσεγγίσεις ενέχουν πολλούς περιορισμούς (Wallander et al., 2001). Ο αντίκτυπος της οποιασδήποτε ασθένειας είναι προτιμότερο να διαπιστωθεί μέσω της σύγκρισης της ποιότητας ζωής των νοσούντων και μη. Τα γενικά μέτρα αξιολόγησης της ΣΥΠΖ δύνανται να υπογραμμίσουν ορισμένες πτυχές της ευημερίας των ασθενών καθώς και να συνδράμουν στην αξιολόγηση της φαρμακευτικής αγωγής, όπου οι δυσμενείς επιπτώσεις είναι απρόβλεπτες (Kidscreen Group Europe, 2006). Ο κύριος σκοπός της εφαρμογής γενικών μέτρων σε πληθυσμιακό επίπεδο σχετίζεται με την παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, την αξιολόγηση των επιπτώσεων των πολιτικών στην υγεία και την κατανομή των πόρων σε σχέση με τις ανάγκες. Το ανωτέρω γεγονός ισχύει για όλες τις ηλικίες, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών, η υγεία των οποίων είναι ζωτικής σημασίας για τη μελλοντική δύναμη και ευημερία της κοινωνίας.

Μέχρι στιγμής, η έρευνα έχει τονίσει ότι η ενσωμάτωση της ΣΥΠΖ στις έρευνες για την υγεία των παιδιών και των εφήβων είναι εφικτή, εάν η ανάπτυξη των μέτρων αξιολόγησης λαμβάνει υπόψη την ηλικία, την ωριμότητα και τη γνωστική ανάπτυξη του παιδιού. Τα συγκεκριμένα εργαλεία δύνανται να αποδειχθούν επωφελή για τον εντοπισμό και την έγκαιρη ανίχνευση πιθανών δυσλειτουργιών στην ευημερία και τη λειτουργικότητα των παιδιών αλλά και για τον προσδιορισμό των κοινωνικών και συμπεριφορικών παραγόντων που κρίνονται καθοριστικοί για την υγεία (π.χ. κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και συμπεριφορές υγείας, οξείες και χρόνιες συνθήκες υγείας) και αποτελούν τη βάση των πρώιμων παρεμβάσεων (Kidscreen Group Europe, 2006). Παρόλο που υπάρχουν αρκετά εργαλεία που αξιολογούν την ποιότητα ζωής που αφορά στην υγεία, τα περισσότερα- όπως προαναφέρθηκε- αναπτύχθηκαν για χρήση κυρίως σε παιδιά με χρόνιες ασθένειες (Eiser &

Morse, 2001; Harding, 2001) και αντανακλούν σε εθνικό και όχι σε διεθνές επίπεδο. Δεδομένου ότι το ζήτημα του τρόπου κατανομής των πόρων στο πλαίσιο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης έχει καταστεί ζήτημα έντονης συζήτησης, υπάρχει μια αυξανόμενη ζήτηση για τον προσδιορισμό της φύσης, της έκτασης των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης και της χρήσης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Ενώ η συζήτηση έχει, μέχρι στιγμής, διεξαχθεί κυρίως σε εθνικό επίπεδο, τα τελευταία χρόνια επεκτείνεται σε διεθνές επίπεδο. Λαμβάνοντας υπόψη τη μεγάλη ποικιλία των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση, τα κράτη με διαφορετικά συστήματα οικονομικής υγείας έχουν σπάνια συμπεριληφθεί στις μελέτες. Μέχρι σήμερα, δεν έχουν διερευνηθεί, σε μεγάλο βαθμό, οι διαπολιτισμικές πτυχές της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία παιδιών και εφήβων. Τα αντίστοιχα μέτρα αξιολόγησης έχουν αναπτυχθεί σε διαφορετικές χώρες και πολιτισμούς και κατά συνέπεια πρέπει να μεταφραστούν και να ελεγχθούν ψυχομετρικά προτού να χρησιμοποιηθούν σε άλλη γλώσσα (Rajmil et al., 2004).

Προκειμένου να εξασφαλιστεί μια πανομοιότυπη διαπολιτισμική προσέγγιση του συγκεκριμένου φαινομένου, πρέπει να επιτευχθεί η ανάπτυξη, η εναρμόνιση και η δοκιμή των αντίστοιχων εργαλείων χρησιμοποιώντας μια ταυτόχρονη, πολυεθνική προσέγγιση (Ravens-Sieberer et al., 2001). Τα δύο ευρωπαϊκά εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των παιδιών, KIDSCREEN27 και DISABKIDS (Bullinger, Schmidt, & Petersen, 2002) είναι παραδείγματα αυτής της προσέγγισης. Έπειτα από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και μιας σειράς συζητήσεων με μια ομάδα εμπειρογνομόνων (μέθοδος Δελφών), πραγματοποιήθηκαν, ταυτόχρονα σε διαφορετικές χώρες, ομάδες εστίασης με παιδιά για να προσδιοριστούν οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής που αφορούσαν σε ανήλικο πληθυσμό και να επιτευχθεί η διατύπωση των κατάλληλων ερωτήσεων (Ravens-Sieberer et al., 2005). Προκειμένου να εξασφαλιστεί η συγκριτική διαπολιτισμική μέτρηση, οι ερευνητές έλεγχαν αν οι ερωτώμενοι με παρόμοια χαρακτηριστικά είχαν την ίδια πιθανότητα να απαντήσουν στα ερωτήματα με παρόμοιο τρόπο, ανεξάρτητα από την εθνικότητά τους. Τα αποτελέσματα αυτής της πολυεθνικής προσέγγισης

επισήμαναν ότι είναι δυνατή η αξιολόγηση της ΣΥΠΖ και των διαστάσεων της κατά τρόπο συγκρίσιμο μεταξύ διαφορετικών πολιτισμών.

Μέτρα Αξιολόγησης της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής των Παιδιών και Εφήβων

Τα τελευταία χρόνια αναπτύσσονται ολοένα και περισσότερα μέτρα αξιολόγησης της ΣΥΠΖ των παιδιών και εφήβων (Solans et al., 2008).

Πιο συγκεκριμένα:

- Το ερωτηματολόγιο *Child Health and Illness Profile* (CHIP, www.childhealthprofile.org), που αρχικά αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ, επικεντρώνεται πρωτίστως στη μέτρηση των λειτουργικών πτυχών της ποιότητας ζωής και είναι διαθέσιμο σε δύο εκδόσεις: την παιδική έκδοση CHIP-CE (Riley et al, 2001), για παιδιά ηλικίας από 6 έως 11 ετών και την εφηβική έκδοση CHIP-AE (Starfield et al., 1994), για εφήβους ηλικίας 12 έως 17 ετών. Η εφηβική έκδοση περιλαμβάνει 108 στοιχεία που κατανέμονται μεταξύ πέντε διαστάσεων υγείας: ικανοποίηση, σωματικά παράπονα, ανθεκτικότητα, επίτευξη κοινωνικών στόχων και αποφυγή κινδύνου. Η συντομότερη παιδική έκδοση (45 στοιχεία) περιλαμβάνει τις τέσσερις διαστάσεις ικανοποίηση, σωματικά παράπονα, ανθεκτικότητα και αποφυγή κινδύνου.
- Η κλίμακα *Child Health Questionnaire* (CHQ), η οποία επίσης αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ, σχεδιάστηκε για παιδιά και εφήβους ηλικίας 10 έως 18 ετών (Landgraf et al., 1998; Landgraf, Abetz, & Ware, 1996). Εκτός από την αξιολόγηση της γενικής υγείας, το ερωτηματολόγιο καλύπτει 14 διαφορετικές έννοιες που αφορούν στη φυσική κατάσταση (φυσική λειτουργικότητα, πόνος, γενική αυτοαντίληψη της υγείας), ψυχοκοινωνική υγεία (αυτοεκτίμηση, ψυχική υγεία, συμπεριφορά, γονική επιβάρυνση λόγω σωματικής / ψυχικής υγείας του παιδιού) και στις αναπηρίες που σχετίζονται με αυτές (σωματική ή / και ψυχική βλάβη των κοινωνικών ρόλων και των οικογενειακών δραστηριοτήτων).

- Η κλίμακα KINDL-K (www.kindl.org) αφορά σε ένα γερμανικό μέτρο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής για υγιή και άρρωστα παιδιά και εφήβους, το οποίο έχει μεταφραστεί σε 22 γλώσσες (Ravens-Sieberer, 2003). Αξιολογεί τη ΣΥΠΖ των παιδιών και των εφήβων με τρόπο που είναι κατάλληλο για τα παιδιά και για το στάδιο ανάπτυξής τους στην αντίστοιχη ηλικία. Η αναθεωρημένη έκδοση του KINDL-R περιλαμβάνει δείκτες σωματικής, συναισθηματικής, οικογενειακής, κοινωνικής και σχολικής ευεξίας, καθώς και αυτοεκτίμησης. Επιπλέον, το βασικό ερωτηματολόγιο μπορεί να επεκταθεί μέσω ειδικών ενοτήτων για την ασθένεια (π.χ. παχυσαρκία, άσθμα, διαβήτης, καρκίνος).
- Η κλίμακα *Pediatric Quality of Life Inventory Generic Core Scales* (PcdsQL 4.0, www.pcdsqli.org) αναπτύχθηκε στις Η.Π.Α. για να αξιολογήσει τη ΣΥΠΖ των υγιών και των ασθενών παιδιών και εφήβων (ηλικίας 5 έως 18 ετών) και αφορά σε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που συμπληρώνεται από τους ίδιους τους συμμετέχοντες καθώς και σε ένα ερωτηματολόγιο που απευθύνεται στους γονείς (23 στοιχεία) (Varni, Seid, & Rode, 1999). Η βασική κλίμακα περιλαμβάνει διαστάσεις για σωματική, συναισθηματική, κοινωνική και σχολική (ή γνωστική) λειτουργικότητα. Για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μπορεί να υπολογιστεί ένα ψυχοκοινωνικό άθροισμα (συναισθηματική, κοινωνική και σχολική ή γνωστική λειτουργία) καθώς και μια συνολική βαθμολογία.
- Το ερωτηματολόγιο KIDSCREEN (www.kidscreen.org) αναπτύχθηκε ταυτόχρονα σε 13 χώρες σε μια διεθνή συνεργασία. Αξιολογεί τη σωματική (σωματική ευεξία), την ψυχολογική (ψυχολογική ευεξία, τις διαθέσεις και τα συναισθήματα), την κοινωνική (κοινωνική υποστήριξη και φίλοι, κοινωνική αποδοχή), την οικογένεια (σχέση με τους γονείς, την αυτονομία, τις οικονομικές δυνατότητες), την ευημερία και τη λειτουργικότητα των παιδιών και των εφήβων ηλικίας μεταξύ 8 έως 18 ετών (Ravens-Sieberer, 2005). Εκτός από την αναλυτική έκδοση, με 52 στοιχεία και την αξιολόγηση 10 διαστάσεων, υπάρχει επίσης μια σύντομη έκδοση, καθώς και μια έκδοση με 10 στοιχεία που αποτελεί έναν γενικό δείκτη της ΣΥΠΖ. Οι στατιστικές αναλύσεις έδειξαν ότι τα

στοιχεία του KIDSCREEN κατανοούνται με τον ίδιο τρόπο σε διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα, ηλικιακές ομάδες και για τα δύο φύλα και επιτρέπουν την αξιολόγηση των βασικών συστατικών της ΣΥΠΖ με παρόμοιο τρόπο σε παιδιά και εφήβους. Το ερωτηματολόγιο KIDSCREEN πληροί επομένως τα πρότυπα που απαιτούνται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για την κατάλληλη μέτρηση της ποιότητας ζωής που αφορά στην υγεία των παιδιών.

- Η κλίμακα DISABKIDS Quality of Life (www.disabkids.org) αναπτύχθηκε σε επτά ευρωπαϊκές χώρες χρησιμοποιώντας την διαπολιτισμική προσέγγιση. Πρόκειται για ένα ειδικό ερωτηματολόγιο που επιτρέπει την αξιολόγηση της ΣΥΠΖ παιδιών ηλικίας 4 έως 16 ετών με διάφορες χρόνιες διαταραχές (π.χ. άσθμα, κυστική ίνωση, εγκεφαλική παράλυση, διαβήτη, αρθρίτιδα και δερματικές παθήσεις) (Bullinger, Schmidt, & Petersen, 2002; Petersen, Schmidt, Power, & Bullinger, 2005). Το εργαλείο αξιολογεί τις ψυχικές πτυχές (ανεξαρτησία, συναισθήματα), κοινωνικές πτυχές (κοινωνική ένταξη, κοινωνικός αποκλεισμός) και τις φυσικές πτυχές (περιορισμοί, θεραπεία) χρησιμοποιώντας 37 ερωτήματα.
- Η κλίμακα *Inventory for Measuring Quality of Life in Children and Adolescents* (ILK; Matthejat, & Remschmidt, 2006), αναπτύχθηκε στη Γερμανία και είναι ένα εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής σε υγιή, ψυχικά ή σωματικά άρρωστα παιδιά και εφήβους (ηλικίας 6 έως 18 ετών). Το ερωτηματολόγιο θέτει ερωτήματα στα τα παιδιά, τους γονείς τους και στους γιατρούς / θεραπευτές τους, σχετικά με τους τέσσερεις διαφορετικούς τομείς της ποιότητας ζωής: το σχολείο, την οικογένεια, την κοινωνική επαφή με τους συμμαθητές και τα ενδιαφέροντά τους καθώς και τις ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Πέρα από αυτό, συλλέγονται πληροφορίες σχετικά με τη φυσική και ψυχολογική τους υγεία, καθώς και μια συνολική βαθμολογία της ποιότητας ζωής τους.
- Η κλίμακα Health Utility Index Mark 2 (HUI2, (Horsman, Furlong, Feeny, & Torrance, 2003) αξιολογεί τις μεμονωμένες πτυχές ΣΥΠΖ και

στη συνέχεια τα αθροίσματα συνοψίζονται με τη μορφή μιας μονοδιάστατης βαθμολογίας ή δείκτη. Η εν λόγω κλίμακα αξιολογεί την κατάσταση υγείας σε επτά διαστάσεις: συναισθήματα, αντίληψη, κινητικότητα, γνωστικές ικανότητες, αυτο-φροντίδα, πόνο και καρποφορία.

- Η κλίμακα *EQ-5D-Y* (Wille et al., 2010) είναι η παιδική έκδοση του ερωτηματολογίου EQ-5D, μιας ευρέως χρησιμοποιούμενης κλίμακας που σχεδιάστηκε αρχικά από τον Όμιλο EuroQol για τη μέτρηση της ΣΥΠΖ των ενηλίκων (EuroQol Group, 1990). Η αναθεωρημένη κλίμακα δύναται να χρησιμοποιηθεί από παιδιά και εφήβους ηλικίας οκτώ ετών και άνω και αξιολογεί πέντε στοιχεία για την καταγραφή των διαστάσεων της ποιότητας ζωής που αφορά στην υγεία: κινητικότητα, αυτο-φροντίδα, γενική δραστηριότητα, πόνος / φυσικά συμπτώματα, άγχος και κατάθλιψη. Επιπλέον, τα παιδιά αξιολογούν την τρέχουσα υγεία τους χρησιμοποιώντας μια οπτική αναλογική κλίμακα (VAS) που κυμαίνεται από 0 (χειρότερη προϋπόθεση) έως 100 (καλύτερη κατάσταση) (Ravens-Sieberer et al., 2010).

Κεφάλαιο 2- Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας

Μελέτες που αφορούν στην επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης στην υγεία

Η εμφάνιση σωματικών ενοχλήσεων, όπως ο πονοκέφαλος, ο κοιλιακός πόνος, ο πόνος στην πλάτη, δεν είναι ασυνήθιστη για τα παιδιά και τους εφήβους. Οι επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι οι ηλικίες 8-13 ετών πάσχουν από εβδομαδιαίες κεφαλαλγίες, υποτροπιάζοντα κοιλιακά άλγη ή μυοσκελετικούς πόνους σε ποσοστό 5- 30% (Egger et al., 1999). Σε μελέτη της Manzoneli και των συνεργατών (2007) της επί δείγματος 287 παιδιών, η ΣΝ ως γνώρισμα παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με τα σωματικά παράπονα και αναδείχτηκε ως ένας σημαντικός προστατευτικός παράγοντας έναντι της βίωσης του πόνου. Ανάλογο εύρημα παρουσιάστηκε και στη μελέτη της Stamatopoulou και των συνεργατών της (2018) που εκπονήθηκε στο Ελληνικό πλαίσιο επί δείγματος 440 μαθητών στους οποίους η υψηλή συναισθηματική λειτουργικότητα συνδέθηκε με την απουσία σωματικών ενοχλήσεων.

Αντίστοιχα, στην Ισλαμική Δημοκρατία του Ιράν η συναισθηματική ευφυΐα 247 μαθητών συνδέθηκε άμεσα με τη σωματική τους υγεία (Shabani et al., 2010). Σε μελέτη στην οποία συμμετείχαν 324 κορίτσια και 393 αγόρια και διεξήχθησαν αναλύσεις που διερευνούσαν τις διαχρονικές επιδράσεις της ΣΝ ως γνώρισμα στα σωματικά παράπονα των παιδιών, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υψηλότερα επίπεδα αυτοαντίληψης των συναισθηματικών δεξιοτήτων συσχετίστηκαν με μικρότερη συχνότητα σωματικών ενοχλήσεων από την πλευρά των ανηλίκων (Jellesma et al., 2011).

Εντυπωσιακά ήταν τα ευρήματα που αφορούσαν σε μελέτη παρέμβασης, στην οποία 40 αγόρια με μέσο όρο ηλικίας τα 12.4 έτη συμμετείχαν σε πρόγραμμα ανάπτυξης δεξιοτήτων συναισθηματικής νοημοσύνης και με το πέρας αυτού εμφάνισαν σημαντική μείωση στην βίωση σωματικών ενοχλήσεων, με αποτέλεσμα την βελτίωση της γενικής τους υγείας (Pourmohamadreza-Tajrishi, Ashori, & Jalilabkenar, 2013). Ανάλογα ήταν και τα αποτελέσματα μελετών που εκπονήθηκαν σε δείγματα μεταεφήβων, των οποίων η συναισθηματική δυσλειτουργία φάνηκε να έχει άμεσο αντίκτυπο στη σωματική τους υγεία. Οι Johnson, Batey και Holdsworth (2009), σε μελέτη

που συμπεριλάμβανε 328 φοιτητές, διαπίστωσαν ότι τα χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης καταστέλλουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και οδηγούν σε αναφερθείσα κακή υγεία.

Προς την ίδια κατεύθυνση κινήθηκαν και τα ευρήματα των μελετών του Freudenthaler και των συνεργατών του (2008) καθώς και των Mikolajczak, Luminet και Menil (2006) επί δείγματος 352 και 80 μεταεφήβων αντίστοιχα. Τόσο στην πρώτη όσο και στη δεύτερη μελέτη η σωματική υγεία των συμμετεχόντων φάνηκε να επηρεάζεται άμεσα από τη συναισθηματική ευφυΐα αυτών. Τέλος, ο προστατευτικός ρόλος των συναισθηματικών δεξιοτήτων έχει επιβεβαιωθεί σε μελέτες που αφορούσαν και σε ενήλικο πληθυσμό. Οι Tsaousis και Νικολαου (2005) διαπίστωσαν την καταλυτική επίδραση των συναισθημάτων στη λειτουργία της υγείας σε δείγμα 365 ενηλίκων. Αντίστοιχα, οι μελέτες των Mikolajczak, Menil και Luminet (2007) καθώς και των Andrei και Petrides (2013) τόνισαν τον προστατευτικό ρόλο της συναισθηματικής νοημοσύνης στην κατάσταση της υγείας του ενήλικου πληθυσμού.

Μελέτες που αφορούν στην επίδραση του άγχους στην υγεία

Η συναισθηματική δυσφορία που προκαλεί το άγχος συχνά συνοδεύεται από συγκεκριμένα σωματικά συμπτώματα, όπως εφίδρωση, ζάλη και δυσκολία στην αναπνοή (συναντώνται σε ασθενείς με κρίσεις πανικού) ή γενικευμένα σωματικά παράπονα, όπως αϋπνία, ανησυχία και μυϊκούς πόνους (συναντώνται σε ασθενείς με γενικευμένη διαταραχή άγχους) (DSM-5TM; APA, 2013). Σε μελέτη του Zwart και των συνεργατών του (2003) επί δείγματος 64.560 συμμετεχόντων, 20 ετών και άνω, παρατηρήθηκε ότι οι ημικρανίες συνδέονταν με τις αγχώδεις διαταραχές. Στα πλαίσια της μελέτης Nord-Trøndelag Health Study, οι επιστήμονες εξέτασαν 65.648 άτομα (20-89 ετών) διαπιστώνοντας ότι το 1/3 των συμμετεχόντων, που βίωναν σωματικές ενοχλήσεις, παρουσίαζαν μια αγχώδη διαταραχή (Stordal et al., 2003). Επιπρόσθετα, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα (5877 άτομα) του γενικού Αμερικάνικου πληθυσμού, παρατηρήθηκαν συσχετίσεις μεταξύ του χρόνιου πόνου και των αγχωδών διαταραχών. Η ανωτέρω σχέση ήταν πιο ισχυρή όσον αφορούσε στη διαταραχή πανικού και τη διαταραχή του μετατατραυματικού στρες (McWilliams, Cox, & Enns, 2003). Στον αυξανόμενο

αριθμό των μελετών, που παρέχουν ενδείξεις για τη σχέση που υφίσταται ανάμεσα στις αγχώδεις διαταραχές και την βίωση του πόνου, έρχονται να προστεθούν τα ευρήματα της μελέτης του McWilliam και των συνεργατών του (2004), που εκπονήθηκε σε δείγμα ενηλίκων (N=3032), ηλικίας 25–74, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Στη συγκεκριμένη μελέτη, οι αγχώδεις διαταραχές επηρέασαν σε μεγαλύτερο βαθμό τη σωματική υγεία εν συγκρίσει με την κατάθλιψη.

Μελέτη που εκπονήθηκε σε δείγμα μεταεφήβων (242 γυναίκες-225 άντρες) και αφορούσε στην προσπάθεια εξεύρεσης των ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία και την απόδοση, το άγχος και το στρες διαδραμάτισαν σημαίνοντα ρόλο (Robbins, Spence, & Clark, 1991). Προς την ίδια κατεύθυνση κυμαίνονται και τα ευρήματα μελετών που αφορούν σε ανήλικο πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα, σε μελέτη επί δείγματος 1,072 παιδιών και εφήβων (57.7% κορίτσια), με μέση ηλικία τα 14.7 έτη, που προέρχονταν από αστικά και ημιαστικά σχολεία της Κύπρου, διαπιστώθηκε ότι τα αυξημένα επίπεδα άγχους συνέβαλλαν καθοριστικά στην αναφορά σωματικών παραπόνων από την πλευρά των συμμετεχόντων (Essau, Anastassiou-Hadjicharalambous, & Muñoz, 2011). Η ανωτέρω σχέση επιβεβαιώνεται και σε δείγμα 556 παιδιών από τη Γερμανία (275 αγόρια), που κυμαίνονταν ηλικιακά από τα 8 μέχρι τα 12 έτη (Essau, Muris, & Ederer, 2002). Επιπλέον, ο Janssens και οι συνεργάτες του (2010), σε δείγμα 2330 εφήβων (51% κορίτσια), διαπίστωσαν ότι το άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν ισχυρούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων.

Τέλος, σε ανασκόπηση, που εξέτασε κριτικά τα αποτελέσματα συγχρονικών και διαχρονικών μελετών διερευνώντας, μεταξύ άλλων, τις συσχετίσεις του άγχους με τα σωματικά συμπτώματα τόσο σε υγιή όσο και σε κλινικά δείγματα παιδιών και εφήβων, διαπιστώθηκε ότι: α) τα σωματικά παράπονα συνδέονται με το άγχος και τις αγχώδεις διαταραχές κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, β) η εμφάνιση του άγχους και των αγχωδών διαταραχών στην παιδική ηλικία σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης σωματικών συμπτωμάτων στην ενήλικη ζωή (Campo, 2012).

Μελέτες που αφορούν στην επίδραση του θυμού στην υγεία

Από την εποχή των αρχαίων Ελλήνων, τα αρνητικά συναισθήματα, όπως ο θυμός, έχουν θεωρηθεί ότι διαδραματίζουν σημαίνοντα ρόλο στην αιτιολογία της σωματικής ασθένειας. Η βίωση του θυμού είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με ένα αρνητικό αίσθημα υψηλής έντασης, καθώς και με επακόλουθες αντιδράσεις όπως η ένταση των μυών, η επιτάχυνση της αναπνοής και των καρδιακών παλμών και αύξηση της θερμοκρασίας του δέρματος (Scherer, 2000). Σε διαχρονική μελέτη, στην οποία συμμετείχαν 167 έφηβοι μαθητές (92 κορίτσια), τα αυξημένα επίπεδα θυμού συνδέθηκαν με αλλαγές στην πίεση του αίματος, υποδηλώνοντας μια πιθανή σχέση μεταξύ της έκφρασης του θυμού και των καρδιαγγειακών αποκρίσεων (Groër, Thomas, Droppelman, & Younger, 1994). Στην Κορέα, 1027 παιδιά, που φοιτούσαν στο δημοτικό σχολείο, έλαβαν μέρος σε μελέτη στην οποία διαφάνηκε ότι η εξωτερίκευση και η καταστολή του θυμού καθώς και τα υψηλά επίπεδα του θυμού ως γνώρισμα συνδέονταν με πληθώρα ψυχοσωματικών συμπτωμάτων (Park et al., 2005). Η Jellesma και οι συνεργάτες της (2007), σε μελέτη επί δείγματος 717 μαθητών με μέσο όρο ηλικίας τα 10.3 έτη, διαπίστωσαν ότι τα μέλη του δείγματος που διακατέχονταν από έντονο θυμό βίωναν έντονα σωματικά συμπτώματα.

Σε μελέτη που εκπονήθηκε από την Rieffe και τους συνεργάτες της (2007) διερευνήθηκε ο τρόπος με τον οποίο η συναισθηματική λειτουργία μπορεί να συνδεθεί με τα προβλήματα υγείας στα παιδιά. Συγκρίθηκαν τρεις ομάδες: (1) μια κλινική ομάδα, που αποτελούσαν από παιδιά με κοιλιακό άλγος, τα οποία παρακολουθούνταν σε εξωτερική κλινική, (2) μια ομάδα από τον γενικό πληθυσμό που είχε σημειώσει υψηλές βαθμολογίες σε ένα ερωτηματολόγιο καταγραφής σωματικών παραπόνων και (3) μια ομάδα από τον γενικό πληθυσμό που δεν ανέφερε κανένα ή παρά μόνο ελάχιστα σωματικά παράπονα. Στη συγκεκριμένη μελέτη αποδείχθηκε ότι οι ομάδες 1 και 2 βίωναν αρνητικά συναισθήματα-μεταξύ άλλων και θυμό- με υψηλότερη συχνότητα και/ ή ένταση, εν συγκρίσει με την 3^η ομάδα.

Προς την ίδια κατεύθυνση κινούνται και τα ευρήματα μελετών που αφορούν και σε μεταέφηβο πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα, σε δείγμα 457 φοιτητών, η εξωτερίκευση αλλά και η καταστολή του θυμού συνδέθηκε με αυξημένη

αναφορά σωματικών παραπόνων (Martin et al., 1999). Αντίστοιχα, σε μελέτη στην οποία συμμετείχαν 41 φοιτητές (με μέσο όρο ηλικίας τα 19.3 έτη), από το πανεπιστήμιο του Maryland στην Βαλτιμόρη, η εξωτερίκευση του θυμού συνδέθηκε θετικά με υψηλή συστολική και διαστολική πίεση (Siegmán, Anderson, Herbst, Boyle, & Wilkinson, 1992). Επιπλέον, στους ενήλικες, η καταστολή του θυμού έχει ενοχοποιηθεί για τις υψηλές τιμές της αρτηριακής πίεσης και συναινεί σε αυξημένο κίνδυνο υπέρτασης (Gentry, Chesney, Gary, Hall, & Harburg, 1982).

Σε μελέτη επί δείγματος 2890 αντρών, ηλικίας 49-65 ετών, τα υψηλά επίπεδα καταστολής αλλά και εξωτερίκευσης θυμού συνδέθηκαν με την εμφάνιση ισχαιμικής καρδιοπάθειας (Gallacher, Yarnell, Sweetnam, Elwood, & Stansfeld, 1999). Επιπλέον, η εξωτερίκευση του θυμού έχει συσχετιστεί με υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων (Finney, Stoney, & Engebretson, 2002) καθώς και με αυξημένη πίεση του αίματος (Harburg, Gleiberman, Russell, & Cooper, 1991). Τέλος, μελέτη στην οποία συμμετείχαν 142 ασθενείς με χρόνια πόνου, ανέδειξε την καταστολή του θυμού ως έναν από τους σημαντικότερους προγνωστικούς παράγοντες για την ένταση και τη συμπεριφορά του πόνου (Kerns, Rosenberg, & Jacob, 1994).

Μελέτες που αφορούν στην επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης στη ΣΥΠΖ

Η ενδεδειγμένη γνώση που αφορά στη ΣΥΠΖ παιδιών και εφήβων έχει ιδιαίτερη σημασία στη δημόσια υγεία, επειδή αποτελεί τον καλύτερο προγνωστικό δείκτη για την ποιότητα ζωής και την υγεία κατά την ενηλικίωση. Αρκετές από τις μελέτες που έχουν εκπονηθεί σε διεθνές επίπεδο επιβεβαιώνουν την επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης σε πολλές από τις διαστάσεις που αφορούν στη ΣΥΠΖ. Πιο συγκεκριμένα σε ανασκόπηση, που εξετάστηκαν 36 μελέτες, διαπιστώθηκε ότι η συναισθηματική νοημοσύνη σχετίζεται με επιτυχημένες αθλητικές επιδόσεις, υψηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και θετική στάση απέναντι στη σωματική ενεργητικότητα (Laborde, Dosseville, & Allen, 2016).

Επιπλέον, η υψηλή συναισθηματική λειτουργικότητα έχει συνδεθεί με θετική διάθεση καθώς και με μικρότερη συχνότητα συναισθηματικών μεταπτώσεων

(Mikolajczak, Petrides, Coumans, & Luminet, 2009; Andrei & Petrides, 2013). Σε μελέτη επί δείγματος 547 νέων ηλικίας 16 έως 24 ετών, η συναισθηματική ευφυΐα των νέων συνδέθηκε με αυξημένα επίπεδα οικογενειακής λειτουργικότητας (Alavi, 2017). Επίσης, οι συναισθηματικά ευφυείς παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα αντικοινωνικότητας (Petrides, 2006). Αναφορικά με τη στάση των εφήβων απέναντι στο σχολείο έχει διαπιστωθεί ότι η συναισθηματική δυσλειτουργία συνδέεται με μη δικαιολογημένες απουσίες, με αποβολές από το σχολικό περιβάλλον (Petrides, et al., 2004) αλλά και με χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση (Stamatoroulou, Kargakou, & Kostantarogianni, 2015).

Η επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης στη ΣΥΠΖ έχει διαφανεί σε μελέτες που αφορούν και σε νοσούντα πληθυσμό. Σε μελέτη, που συμμετείχαν 62 ασθενείς με καρκίνο, διαπιστώθηκε η ισχυρή συσχέτιση της συναισθηματικής νοημοσύνης με τη ΣΥΠΖ, εύρημα υψίστης σημασίας, αφού μαρτυρείται ότι η συναισθηματική ευφυΐα δύναται να χρησιμοποιηθεί ως ένας τρόπος αξιολόγησης και εντοπισμού των ασθενών, που ενδέχεται να διατρέχουν κίνδυνο να βιώσουν χαμηλή ποιότητα ζωής μετά τη διάγνωση του καρκίνου (Rey, Extremera & Trillo, 2013).

Μελέτες που αφορούν στην επίδραση του άγχους στη ΣΥΠΖ

Ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών εμφανίζεται αρκετά υψηλός -πάνω από το 30% του γενικού πληθυσμού (Kessler et al., 2003)- με τις αγχώδεις διαταραχές να καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο ποσοστό και να έχουν ενοχοποιηθεί για μειωμένη παραγωγικότητα στο χώρο εργασίας (Kessler and Frank, 1997), χαμηλά επίπεδα λειτουργικότητας στο οικογενειακό και στο κοινωνικό περιβάλλον, φυσική δυσλειτουργία (Olfson et al., 2000; Brenes et al., 2008) καθώς και για θνησιμότητα (Brenes et al., 2007). Διεθνείς μελέτες, που αφορούν τόσο σε ενήλικο όσο και σε ανήλικο πληθυσμό, τονίζουν την καταλυτική επίδραση του άγχους και των αγχωδών διαταραχών στη ΣΥΠΖ. Σε μελέτη που εκπονήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής με τη συμμετοχή 5.877 εθελοντών, ηλικίας 15-54, διαπιστώθηκε ότι οι αγχώδεις διαταραχές συνδέθηκαν με αυξημένα ποσοστά αναπηρίας. Πιο συγκεκριμένα, η διαταραχή του μετατραυματικού στρες, οι κρίσεις πανικού και η αγοραφοβία

ήταν πιο πιθανό να σχετίζονται με ειδικές σωματικές διαταραχές σε σύγκριση με τη γενικευμένη διαταραχή άγχους, την κοινωνική φοβία ή την απλή φοβία (Sareen, Cox, Clara, & Asmundson, 2005). Οι χρόνιες αγχώδεις διαταραχές και ιδιαίτερα η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και η κοινωνική φοβία είχαν αρνητικό αντίκτυπο στη ΣΥΠΖ ποιότητα ζωής και των Φιλανδών (Saarni Suvisaari, Sintonen, & Pirkola, 2007).

Σε έρευνα στην οποία συμμετείχαν 539 ασθενείς, που πληρούσαν τα κριτήρια του DSM-IV για μία ή περισσότερες διαταραχές άγχους και είχαν συμπληρώσει τα 18 έτη, διαφάνηκε ότι: α) η παρουσία της διαταραχής μετατραυματικού άγχους και της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής συνδέθηκαν με κακή φυσική κατάσταση και ευεξία, β) η συνεμφάνιση της κοινωνικής φοβίας, της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής προέβλεπε χειρότερη αυτο-αναφερθείσα διανοητική λειτουργία καθώς και χαμηλά επίπεδα ψυχικής ευεξίας και γ) η συννοσηρότητα της διαταραχής μετατραυματικού άγχους, της κοινωνικής φοβίας καθώς και της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής μαρτυρούσε ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία (Beard, Weisberg, & Keller, 2010). Τέλος, σε μελέτη ανασκόπησης, όπου εξετάστηκαν κριτικά 34 έρευνες, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή διαμαρτύρονταν για πληθώρα προβλημάτων που αφορούσαν στην ποιότητα ζωής τους, λόγω των σωματικών όσο και συναισθηματικών προβλημάτων που βίωναν. Επιπλέον η συγκεκριμένη διαταραχή συνδέθηκε με σημαντικό οικονομικό κόστος εξαιτίας της μηδενικής εργασιακής παραγωγικότητας και της υψηλής χρήσης ιατρικών πόρων (Hoffman, Dukes, & Wittchen, 2008).

Μελέτες που αφορούν στην επίδραση του θυμού στη ΣΥΠΖ

Ένας έφηβος μπορεί να εμφανίσει θυμό όταν επικριθεί, νιώσει αμήχανος, υποτιμημένος ή παραγκωνισμένος, και αντιληφθεί αυτές τις καταστάσεις ως απειλητικές για την εξαιρετικά ευαίσθητη προσωπικότητά του (Yazgan-Inanc, Bilgin, & Atici, 2007). Σε μελέτη που εκπονήθηκε επί δείγματος 499 μαθητών, ηλικίας 16-18 ετών, διαπιστώθηκε ότι οι έφηβοι στους οποίους ο θυμός αποτελούσε ένα σταθερό γνώρισμα της προσωπικότητάς τους και χαρακτηρίζονταν από υψηλά επίπεδα εξωτερίκευσής του δέχονταν χαμηλή

κοινωνική στήριξη από πλευράς γονέων και καθηγητών (Arslan, 2009). Επιπλέον, η εξωτερίκευση του θυμού μπορεί να επηρεάσει τις διαπροσωπικές σχέσεις των παιδιών και των εφήβων, με τους νέους, που αντιμετωπίζουν ακατάλληλα τον θυμό τους, να διατρέχουν τον κίνδυνο προβληματικών διαπροσωπικών σχέσεων και αρνητικών αποτελεσμάτων όσον αφορά στην ψυχική όσο και στη γενική τους υγεία (Kerr & Schneider, 2008). Οι Julkunen και Ahlström (2006) επισήμαναν ότι η εξωτερίκευση και η καταστολή του θυμού είχαν αρνητικό αντίκτυπο στη ΣΥΠΖ 774 υπερτασικών ασθενών. Σε μελέτη συμμετοχής 550 παιδιών με μέσο όρο ηλικίας τα 12,2 έτη παρατηρήθηκε ότι υψηλότερα επίπεδα θυμού συνδέθηκαν με χαμηλά επίπεδα αυτοαναφερόμενης υγείας καθώς και με εθιστικές συμπεριφορές (Piko et al., 2006). Τέλος, στις μελέτες των Phipps and Steele (2002 και του Steele και των συνεργατών του (2003), επί δείγματος 619 και 589 ατόμων αντίστοιχα, η εσωτερίκευση του θυμού συνδέθηκε με την εμφάνιση χρόνιων ασθενειών.

Κεφάλαιο 3- Μέθοδος

Σκοπός

Σκοπός της διδακτορικής διατριβής είναι η διερεύνηση της επίδρασης της Συναισθηματικής Νοημοσύνης, του Άγχους και του Θυμού στην Υγεία και στη σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής των Εφήβων.

Επιμέρους Στόχοι

- Η συγκριτική παράθεση των αποτελεσμάτων και ο έλεγχος διαφοροποίησής τους κατά περιφέρεια (Πελοποννήσου και Αττικής).
- Η διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικών χαρακτηριστικών των μαθητών στη συναισθηματική νοημοσύνη, το άγχος, το θυμό, την υγεία και τη ΣΥΠΖ ζωής τους.
- Ο έλεγχος ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ της συναισθηματικής νοημοσύνης και των επιπέδων του άγχους και του θυμού.
- Η διερεύνηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της ελληνικής μετάφρασης της Σύντομης Μορφής της Κλίμακας Συναισθηματικής Νοημοσύνης ως Χαρακτηριστικό Γνώρισμα της Προσωπικότητας (TEIQue-ASF) στον εφηβικό πληθυσμό μέσω της αξιολόγησης της αξιοπιστίας και της εγκυρότητάς της.
- Η ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας αναφορικά με την επίδραση της Συναισθηματικής Νοημοσύνης, του Άγχους και του Θυμού στην Υγεία και στη ΣΥΠΖ των Εφήβων.

Συμβολή στην Επιστήμη

Με δεδομένο ότι η εφηβεία αφορά σε μια περίοδο μετάβασης από την παιδική στην ενήλικη ζωή που σηματοδοτεί ραγδαίες και καθολικές αλλαγές σε όλους τους τομείς ανάπτυξης (σωματικό, νοητικό, συναισθηματικό, κοινωνικό-διαπροσωπικό) οι παράγοντες που επηρεάζουν τόσο την υγεία όσο και τη ΣΥΠΖ του εφηβικού πληθυσμού χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

Στη συγκεκριμένη μελέτη συντελείται μια προσπάθεια προσδιορισμού της επίδρασης της συναισθηματικής νοημοσύνης, του άγχους και του θυμού στην

υγεία και στη ΣΥΠΖ των εφήβων. Οι διαταραχές του άγχους είναι μία από τις συχνότερες διαταραχές που παρατηρούνται μεταξύ των παιδιών και των εφήβων αφού ο επιπολασμός τους κυμαίνεται από 4% έως 20% (Krain et al., 2007). Η συναισθηματική δυσφορία που προκαλεί το άγχος συχνά συνοδεύεται από συγκεκριμένα σωματικά συμπτώματα, όπως εφίδρωση, ζάλη και δυσκολία στην αναπνοή ή γενικευμένα σωματικά παράπονα, όπως αϋπνία, ανησυχία και μυϊκούς πόνους (DSM-5TM; APA, 2013). Από την άλλη πλευρά η βίωση του θυμού είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με ένα αρνητικό αίσθημα υψηλής έντασης, καθώς και με επακόλουθες αντιδράσεις όπως η ένταση των μυών, η επιτάχυνση της αναπνοής και των καρδιακών παλμών και αύξηση της θερμοκρασίας του δέρματος (Scherer, 2000). Τόσο οι αγχώδεις διαταραχές όσο και ο θυμός δύνανται να κάμψουν την ικανότητα και δυνατότητα του ατόμου για δραστηριότητα και συμμετοχή σε όλους τους τομείς της ζωής του καθιστώντας ανέφικτη την ευημερία του.

Αντίθετα η συναισθηματική νοημοσύνη συμβάλλει καθοριστικά στην επιτυχή λειτουργικότητα του ατόμου, αφού έχει διαφανεί ότι η υψηλή συναισθηματική λειτουργικότητα συντελεί ευεργετικό ρόλο στην καλύτερη σωματική υγεία (Swami, Begum, & Petrides, 2010), την ικανοποίηση από τη ζωή (Petrides et al., 2007 Stamatoroulou, Galanis, & Prezerakos, 2016), την αισιοδοξία (Mikolajczak, et al., 2007), καθώς και σε πλήθος άλλων πτυχών της καθημερινότητας του ατόμου.

Σε ότι αφορά τον εφηβικό πληθυσμό απουσιάζουν ευρήματα από μελέτες που αξιολογούν την επίδραση των ανωτέρω στην υγεία αλλά και στη ΣΥΠΖ. Οι έρευνες, που αντικατοπτρίζουν την άποψη των παιδιών και εφήβων για την ευημερία και τη λειτουργικότητά τους, είναι προς το παρόν διαθέσιμες μόνο σε στοιχειώδη μορφή και αυτές αφορούν σε χρόνιους ή σοβαρά παιδιατρικούς ασθενείς (Eiser & Morse 2001, Harding, 2001, Marra et al., 1996).

Επιπρόσθετα, η ψυχομετρική διερεύνηση των ιδιοτήτων της Σύντομης Μορφής της Κλίμακας Συναισθηματικής Νοημοσύνης ως Χαρακτηριστικό Γνώρισμα της Προσωπικότητας (TEIQue-ASF) δύναται να αναδείξει ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο ικανό να αξιολογήσει τις αυτοαντιλήψεις των Ελλήνων εφήβων σχετικά με τις ικανότητες των συναισθημάτων τους. Το συγκεκριμένο εγχείρημα κρίνεται ζωτικής σημασίας και επιβάλλεται από την

85

έλλειψη σταθμισμένων στην ελληνική ψυχομετρικών εργαλείων που αξιολογούν τις συναισθηματικές δεξιότητες των εφήβων και συνακόλουθα είναι εφικτό να συμβάλλουν καθοριστικά στο σχεδιασμό και την υλοποίηση παρεμβάσεων με στόχο την βελτίωση των συναισθηματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων των μαθητών που έχουν άμεση επίδραση στην υγεία αλλά και στην ποιότητα ζωής τους.

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε σε δύο φάσεις που συντελέστηκαν σε διαφορετικούς μελετώμενους πληθυσμούς.

1η φάση Διδακτορικής Διατριβής

Γενική Περιγραφή

Η *πρώτη φάση* περιλάμβανε τη στάθμιση της Σύντομης Μορφής του Ερωτηματολογίου της Συναισθηματικής Νοημοσύνης ως Χαρακτηριστικό Γνώρισμα της Προσωπικότητας σε μαθητές που φοιτούσαν σε σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Γυμνάσια-Λύκεια) στον νομό Λακωνίας και αφορούσε στη διερεύνησή των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας μέσω της αξιολόγησης της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της.

Περιγραφή της υπό στάθμιση κλίμακας

Η Σύντομη Μορφή του Ερωτηματολογίου της Συναισθηματικής Νοημοσύνης ως Γνώρισμα (Trait Emotional Intelligence Questionnaire- Adolescents Short Form; TEIQue-ASF), των Petrides, Sangareau, Furnham, & Frederickson (2006), αποτελείται από 30 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Ο έφηβος καλείται να επιλέξει την απάντησή του μέσα από μια 7/βάθμια κλίμακα τύπου likert (1=«διαφωνώ απόλυτα» έως 7=«συμφωνώ απόλυτα»). Το άθροισμα των βαθμών των απαντήσεων των εφήβων αποτελεί δείκτη της γενικής ΣΝ τους ως χαρακτηριστικό γνώρισμα της προσωπικότητάς τους. Από το ερωτηματολόγιο TEIQue-ASF προκύπτουν τέσσερις παράγοντες που αξιολογούν τα εξής χαρακτηριστικά: ευημερία (well-being), αυτοέλεγχος (self-control), συναισθηματικότητα (emotionality) και κοινωνικότητα (sociability). Οι τέσσερις επιμέρους παράγοντες λαμβάνουν τιμές από το 1 έως και το 7, με τις υψηλότερες τιμές να δηλώνουν μεγαλύτερη ευημερία, αυτοέλεγχος, συναισθηματικότητα και κοινωνικότητα.

Ο Petrides και οι συνάδελφοί του έχουν μεταφράσει στα Ελληνικά το εν λόγω ερωτηματολόγιο (Petrides, Pita & Kokkinaki, 2007) το οποίο διατίθεται δωρεάν και ελεύθερα για χρήση σε όλους τους ερευνητές από το ψυχομετρικό εργαστήριο του Πανεπιστημίου του Λονδίνου:

<http://www.psychometriclab.com/Default.aspx?Content=Page&id=13>.

Η στάθμιση της ελληνικής μετάφρασης του εν λόγω ερωτηματολογίου σε εφηβικό πληθυσμό εκπονήθηκε με τη σύμφωνη άδεια του συντάκτη του ερωτηματολογίου, κυρίου Κωνσταντίνου Πετρίδη, Αναπληρωτή καθηγητή του Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London.

Μεθοδολογία Έρευνας

Για την εκτίμηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας TEIQue-ASF ακολουθήθηκε η κάτωθι διαδικασία:

- Αξιοπιστία TEIQue-ASF:

Η αξιοπιστία ή, αλλιώς, η ακρίβεια ενός ερωτηματολογίου αφορά στη συνέπεια με την οποία το ερωτηματολόγιο μετρά την έννοια ή, αλλιώς, τη μεταβλητή την οποία διατείνεται ότι μετρά (Higgins and Straub, 2006). Για την εκτίμηση της αξιοπιστίας του TEIQue-ASF αξιολογήθηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας (μέσω του δείκτη εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha) που εκτιμά τη συνέπεια των απαντήσεων των συμμετεχόντων στα στοιχεία ενός ερωτηματολογίου, εάν δηλαδή οι συμμετέχοντες απαντούν με παρόμοιο τρόπο στα στοιχεία του ερωτηματολογίου.

- Εγκυρότητα TEIQue-ASF:

Η εγκυρότητα ενός ερωτηματολογίου αφορά στον βαθμό στον οποίο το ερωτηματολόγιο μετρά την έννοια ή, αλλιώς, τη μεταβλητή την οποία διατείνεται ότι μετρά (Bland and Altman, 2002). Για την αξιολόγηση της εγκυρότητας της κλίμακας εκτιμήθηκε αρχικά η συγκλίνουσα εγκυρότητα (convergent validity) που αξιολογεί τον βαθμό συσχέτισης της υπό στάθμιση κλίμακας με ήδη υπάρχουσες που μετρούν την ίδια μεταβλητή (Gibbon, 1995). Στη συνέχεια αξιολογήθηκε η αυξητική εγκυρότητα της κλίμακας που εξετάζει τον βαθμό στον οποίο ένα νέο ψυχομετρικό εργαλείο παρουσιάζει μεγαλύτερη προβλεπτική ικανότητα επί των εξαρτημένων μεταβλητών εν συγκρίσει με τα ήδη υπάρχοντα μέτρα αξιολόγησης (Sackett and Lievens, 2008). Προς επίτευξη των ανωτέρω κρίθηκε μεθοδολογικά απαραίτητη η ταυτόχρονη

χορήγηση στους μαθητές τριών ερωτηματολογίων (πέραν της κλίμακας TEIQue-ASF), η αναλυτική περιγραφή των οποίων ακολουθεί.

Ερευνητικά Εργαλεία

Ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Νοημοσύνης ως Χαρακτηριστικό Γνώρισμα της Προσωπικότητας- Σύντομη Μορφή για Εφήβους (Trait Emotional Intelligence Questionnaire- Adolescents Short Form; Petrides, Sangareau, Furnham, & Frederickson, 2006)

Προηγήθηκε αναλυτική περιγραφή της κλίμακας.

Κλίμακα Κεντρικού Μηχανισμού Αυτό-Αξιολόγησης (Core Self-Evaluations Scale; Judge, Erez, Bono & Thoresen, 2003)

Η συγκεκριμένη κλίμακα απαρτίζεται από 12 στοιχεία που αξιολογούν το κατασκεύασμα του κεντρικού μηχανισμού αυτό-αξιολόγησης. Πιο συγκεκριμένα, η εν λόγω κλίμακα απαρτίζεται από στοιχεία τα οποία αξιολογούν την αυτοεκτίμηση, την γενικευμένη αυτό-αποτελεσματικότητα, τον τόπο ελέγχου και τη νεύρωση. Συγκροτείται από μια 5-βάθμια κλίμακα τύπου Likert η οποία αποδίδει τον βαθμό στον οποίο ένα στοιχείο είναι αντιπροσωπευτικό για το πρόσωπο που αποκρίνεται («1» δεν είναι καθόλου αντιπροσωπευτικό και «5» είναι πολύ αντιπροσωπευτικό). Η κλίμακα κεντρικού μηχανισμού αξιολόγησης -όπως αναφέρεται από τους συντάκτες της (Judge et al., 2003) -παρουσιάζει αποδεκτό εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's alpha 0,84) και αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων (Cronbach's alpha 0.81 σε διάστημα ενός μήνα). Στην Ελλάδα η μετάφραση της εν λόγω κλίμακας έχει εκπονηθεί από τον κύριο Τσαούση και τους συναδέλφους του (Tsaousis, Nikolaou, Serdaris, & Judge, 2007). Όσον αφορά στον εφηβικό πληθυσμό η κυρία Κουμουνδούρου και οι συνάδελφοί της έχουν εκπονήσει μελέτες στις οποίες η κλίμακα εμφάνισε αποδεκτό βαθμό αξιοπιστίας και εγκυρότητας (Κουμουνδούρου, Tsaousis, & Κουνενου, 2010, Κουμουνδούρου, Κουνενου, & Siavara, 2012). Η Κλίμακα Κεντρικού Μηχανισμού Αυτό-αξιολόγησης διατίθεται δωρεάν και ελεύθερα για χρήση σε όλους τους ερευνητές, από το προσωπικό προσωπική ηλεκτρονική σελίδα των συντακτών της: <http://www.timothy-judge.com/CSES.htm>. Για τη χρήση

της σταθμισμένης στην Ελληνική μορφή της κλίμακας αιτηθήκαμε αδείας-η οποία και εδόθη- από την κυρία Κουμουνδούρου.

Κλίμακα Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Strengths and Difficulties Questionnaire; Goodman, 2001)

Πρόκειται για ένα σύντομο εργαλείο που αναπτύχθηκε με σκοπό τον εντοπισμό των περιπτώσεων που αφορούν στον εφηβικό πληθυσμό και χρήζουν περαιτέρω αξιολόγησης και θεραπείας. Η εν λόγω κλίμακα έχει μεταφραστεί σε περισσότερες από 40 γλώσσες τα τελευταία χρόνια συμπεριλαμβανομένης και της ελληνικής (Bibou-Nakou, Kiosseoglou, & Stogiannidou, 2001). Η Κλίμακα Δυνατοτήτων και Δυσκολιών περιέχει 25 στοιχεία, τα οποία κατηγοριοποιούνται σε 5 κλίμακες των 5 στοιχείων η καθεμία: υπερκινητικότητα/ ελλειμματική προσοχή, συναισθηματικά συμπτώματα, προβλήματα συμπεριφοράς, προβλήματα με τους συνομηλίκους και θετική κοινωνική συμπεριφορά. Οι απαντήσεις σε κάθε ένα από τα 25 στοιχεία ανταποκρίνονται σε 3 επιλογές: δεν ισχύει, ισχύει κάπως και ισχύει σίγουρα. Οι ψυχομετρικές ιδιότητες της εν λόγω κλίμακας στην Ελλάδα έχουν αξιολογηθεί σε αντιπροσωπευτικό εθνικό δείγμα 1,194 εφήβων (11-17 χρονών) και έχει αποδειχτεί ότι είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο εντοπισμού των συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών των εφήβων (Giannakopoulos et al., 2009). Η συγκεκριμένη κλίμακα διατίθεται δωρεάν και ελεύθερα για χρήση σε όλους τους ερευνητές μέσω της επίσημης ηλεκτρονικής διεύθυνσης: <http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b0.py>. Για τη χρήση της μεταφρασμένης στα ελληνικά μορφή της αιτηθήκαμε αδείας- η οποία και εδόθη-από τον κύριο Γιαννακόπουλο και τους συνεργάτες του, που εκπόνησαν τη στάθμισή του στην ελληνική.

Κατάλογος Σωματικών Παραπόνων (Somatic Complain List; Rieffe et al., 2004)

Ο Κατάλογος Σωματικών Παραπόνων αναπτύχθηκε με σκοπό τον εντοπισμό της συχνότητας της αίσθησης του πόνου σε παιδιά και εφήβους. Πρόκειται για μια κλίμακα 11 στοιχείων που ζητά από τους συμμετέχοντες να βαθμολογήσουν σε μια κλίμακα 3 σημείων (1 = ποτέ, 2 = μερικές φορές, 3 = συχνά), τη συχνότητα με την οποία βιώνουν ορισμένες σωματικές ενοχλήσεις, όπως π.χ. στομαχόπονο. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει παρουσιάσει καλή αξιοπιστία ($\alpha > .75$) και για τη χρήση του στη συγκεκριμένη εργασία αιτηθήκαμε άδειας- η οποία και εδόθη- από την καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Lieden, Carolien Rieffe. Η ελληνική μετάφραση της εν λόγω κλίμακας διατίθεται δωρεάν και ελεύθερα για χρήση σε όλους τους ερευνητές μέσω από την ηλεκτρονική διεύθυνση του Ινστιτούτου Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου του Leiden: <http://www.focusonemotions.nl/index.php/somatic-complaint-list>.

Ερευνητικές Υποθέσεις

Τα αποτελέσματα διεθνών μελετών που εξέτασαν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της Σύντομης Μορφής του Ερωτηματολογίου της Συναισθηματικής Νοημοσύνης ως Χαρακτηριστικό Γνώρισμα της Προσωπικότητας για εφήβους (TEIQue-ASF) κρίνονται συνεπή. Στηριζόμενοι στα ευρήματα των συγκεκριμένων μελετών (Ferrándiz et al., 2012; Ferrando et al., 2011; Frederickson, Petrides, & Simmonds, E., 2012; Mehmood & Gulzar, 2014; Mikolajczak, M., Petrides, K. V., & Hurry, 2009; Petrides, Sangareau, Furnham, & Frederickson, 2006; Pérez-González, Cejudo-Prado, & Duran-Arias, 2014; etc) αναμένουμε ότι το εν λόγω ερωτηματολόγιο θα παρουσιάσει αποδεκτή αξιοπιστία και εγκυρότητα και στον ελληνικό εφηβικό πληθυσμό δίνοντας τη δυνατότητα σε επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, εκπαιδευτικούς κ.λ.π) να προβούν στην αξιολόγηση της συναισθηματικής νοημοσύνης των εφήβων μέσω ενός αξιόπιστου και έγκυρου εργαλείου.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε εντός του ωρολογίου προγράμματος των μαθητών στο διάστημα 1 διδακτικής ώρας.

Δειγματοληψία

Για την επιλογή του δείγματος εφαρμόστηκε **τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία κατά ομάδες**. Συνολικά απευθυνθήκαμε σε 550 μαθητές από 14 δημόσια σχολεία του νομού Λακωνίας, κατά το σχολικό έτος 2016-17. Η γεωγραφική διαίρεση του νομού σε δήμους απετέλεσε το 1ο κριτήριο διαστρωμάτωσης, ενώ η βαθμίδα εκπαίδευσης (υποχρεωτική: Γυμνάσια, μετα-υποχρεωτική: Γενικά Λύκεια) το 2ο κριτήριο διαστρωμάτωσης. Τελική δειγματοληπτική μονάδα της εν λόγω μελέτης απετέλεσε το **τμήμα**. Η δειγματοληψία σε ολόκληρα τμήματα αναμενόταν να αυξήσει την αυτοπεποίθηση των μαθητών σχετικά με την ανωνυμία της διαδικασίας και γι' αυτό προτιμήθηκε έναντι της επιλογής μεμονωμένων μαθητών που θα μπορούσε να τους δημιουργήσει ανασφάλεια και να τους ωθήσει σε κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις. Η επιλογή του τμήματος/των που συμμετείχε/αν στη μελέτη πραγματοποιήθηκε με τυχαίο τρόπο. Από τους 550 μαθητές το 9% εξ αυτών αρνήθηκε να συμμετάσχει στη μελέτη και το 11% απουσίαζε την ημέρα διεξαγωγής της. Το τελικό δείγμα αποτελούταν από **440** (ποσοστό ανταπόκρισης = 80%).

Ηθική και Δεοντολογία

Κατά τη διενέργεια της μελέτης τηρήθηκαν οι ηθικές επιταγές και οι κανόνες δεοντολογίας. Η έρευνα εκπονήθηκε κατόπιν της θετικής γνωμοδότησης του Ινστιτούτου Εκπαιδευτικής Πολιτικής (πράξη 3/2016 του Δ.Σ) και της συνακόλουθης έγκρισης του ερευνητικού σχεδιασμού από το Υπουργείο Παιδείας (αρ. πρωτοκόλλου 41961/Δ2). Εγγυήθηκε η προστασία των συμμετεχόντων στην έρευνα από την έκθεση σε πιθανό σωματικό ή ψυχολογικό κίνδυνο, ή ταλαιπωρία ή άλλες δυσμενείς για τους ίδιους επιπτώσεις στο πλαίσιο της συμμετοχής τους στην ερευνητική διαδικασία. Η συμμετοχή στη μελέτη ήταν εθελοντική και οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν τη δυνατότητα να διακόψουν τη συμμετοχή τους σε οποιοδήποτε στάδιο διεξαγωγής της. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων υλοποιήθηκε αφού πρώτα πραγματοποιήθηκε αναλυτική ενημέρωση των μελών του δείγματος

και αφού εξασφαλίστηκε και η γραπτή συγκατάθεση των γονέων και κηδεμόνων των μαθητών για την συμμετοχή τους στη μελέτη (κατόπιν συνοδευτικής ενημερωτικής επιστολής που περιλάμβανε το αναλυτικό σχέδιο της έρευνας). Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με βάση της αρχές της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων. Η ερευνήτρια δεσμεύτηκε ότι τα αντίστοιχα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τις ανάγκες και τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας και ότι μετά το πέρας αυτής, το σχετικό αρχείο δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα θα καταστραφεί και θα διατηρηθούν μόνο τα στατιστικής φύσεως συγκεντρωτικά στοιχεία. Η έρευνα διεξήχθη σε συνεννόηση και με τη συνεργασία του Διευθυντή και του συλλόγου διδασκόντων εκάστης σχολικής μονάδας. Οι φορείς στους οποίους εκπονήθηκε η μελέτη (Γυμνάσια –Λύκεια) δεν επιβαρύνθηκαν οικονομικά.

Στατιστική Ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) ή ως διάμεσος (εύρος). Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Για την αξιολόγηση της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας TEIQue-ASF εκτιμήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha.

Για τον έλεγχο της εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής διερευνήθηκε η συγκλίνουσα εγκυρότητα της κλίμακας TEIQue-ASF μέσω της εκτίμησης του συντελεστή συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient) μεταξύ των βαθμολογιών των συμπεριλαμβανομένων στη μελέτη κλιμάκων.

Προκειμένου να διερευνηθεί η αυξητική εγκυρότητα (incremental validity) της κλίμακας TEIQue-ASF πραγματοποιήθηκε μια ιεραρχική παλινδρόμηση δύο βημάτων με εξαρτημένες μεταβλητές την κλίμακα σωματικών παραπόνων καθώς και τις επιμέρους διαστάσεις της κλίμακας δυνατοτήτων και δυσκολιών. Η Κλίμακα Κεντρικών Αυτοαξιολογήσεων (ανεξάρτητη μεταβλητή) εισήχθη στο πρώτο βήμα, ενώ ακολούθησε η κλίμακα TEIQue-ASF (ανεξάρτητη μεταβλητή) στο δεύτερο βήμα. Επιπλέον, για να αναπτύξουμε γενικές

εκτιμήσεις για τον βαθμό εγκυρότητας της βαθμολογίας TEIQue-ASF, ακολουθήσαμε τη σύσταση των Hunsley και Meyer (2003) αξιολογώντας το μέγεθος της αυξητικής εγκυρότητας που βασίζεται στην ημι-μερική συσχέτιση (semipartial r).

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθούσε την κανονική κατανομή και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t -test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθούσε την κανονική κατανομή και μιας ονομαστικής μεταβλητής (>2 κατηγορίες) χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς μιας κατεύθυνσης.

Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ποσοτική μεταβλητή και >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν σημαντικές στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta). τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p .

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0.05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Sciences).

2η φάση Διδακτορικής Διατριβής

Γενική Περιγραφή και Μεθοδολογία

Η *δεύτερη φάση* αφορούσε σε μια ποσοτική έρευνα συσχέτισης της Συναισθηματικής Νοημοσύνης, του Θυμού και του Άγχους με την Υγεία και τη σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής των μαθητών που φοιτούσαν σε σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Γυμνάσια-Λύκεια) στην περιφέρεια Πελοποννήσου και Αττικής. Για τη διερεύνηση των ανωτέρω κρίθηκε μεθοδολογικά απαραίτητη η ταυτόχρονη χορήγηση στους μαθητές πέντε ερωτηματολογίων των οποίων ακολουθεί η αναλυτική περιγραφή. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο μια διδακτικής ώρας.

Ερευνητικά Εργαλεία

Ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Νοημοσύνης ως Χαρακτηριστικό Γνώρισμα της Προσωπικότητας- Σύντομη Μορφή για Εφήβους (Trait Emotional Intelligence Questionnaire- Adolescent Short Form; Petrides et al., 2006)

Η περιγραφή του ερωτηματολογίου έχει συντελεστεί στη μεθοδολογία του πρώτου σταδίου της διδακτορικής διατριβής .

Κατάλογος Σωματικών Παραπόνων (Somatic Complain List; Rieffe et al., 2004)

Η περιγραφή του ερωτηματολογίου έχει συντελεστεί στη μεθοδολογία του πρώτου σταδίου της διδακτορικής διατριβής .

Kidscreen-27

Το ερωτηματολόγιο Kidscreen-27 αξιολογεί την υποκειμενική υγεία και ευεξία των παιδιών και των εφήβων (σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής). Έχει αναπτυχθεί ως ένα εργαλείο αυτοαναφοράς με εφαρμογή σε υγιή και χρονίως άρρωστα παιδιά και εφήβους ηλικίας 8-18 ετών. Στο project KIDSCREEN συμπεριλήφθησαν 13 ευρωπαϊκές χώρες, μια εκ των οποίων ήταν και η Ελλάδα (Robitail, Ravens-Sieberer, Simeoni, Rajmil, Bruil, Power, et al. & KIDSCREEN Group, 2007; Ravens-Sieberer, Auquier, Erhart, Gosch, Rajmil, Bruil et al., & The European KIDSCREEN Group, 2007). Το KIDSCREEN-27 αποτελείται από 27 στοιχεία, τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση

της ΣΥΠΖ σε 5 διαστάσεις: *σωματική ευεξία* (5 στοιχεία) που διερευνά το επίπεδο της σωματικής δραστηριότητας εφήβου/ παιδιού, την ενέργεια και την καλή φυσική κατάσταση, *ψυχολογική ευεξία* (7 στοιχεία) που αφορά στα θετικά συναισθήματα, στην ικανοποίηση από τη ζωή και στη συναισθηματική ισορροπία, *αυτονομία* (7 στοιχεία) που εξετάζει τις σχέσεις με τους γονείς, την ατμόσφαιρα στο σπίτι και τον βαθμό ικανοποίησης από τους οικονομικούς πόρους, *κοινωνική στήριξη και συνομήλικοί* (4 στοιχεία) εξετάζει την φύση των σχέσεων με άλλα παιδιά / εφήβους, *σχολείο για το περιβάλλον* (4 στοιχεία) εξερευνά τις αντιλήψεις του παιδιού / εφήβου του για τη γνωστική του ικανότητα, τη μάθηση, τη συγκέντρωση καθώς και τα συναισθήματα τους για το σχολείο. Το KIDSCREEN-27 δίνει επίσης μια συνολική εικόνα για τη ΣΥΠΖ. Υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν καλύτερη ΣΥΠΖ και ευεξία.

Κλίμακα Άγχους για Παιδιά της Spence (Spence Children's Anxiety Scale: Spence, 1997, 1998)

Η Κλίμακα Άγχους για Παιδιά της Spence είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς με 46 στοιχεία, που αξιολογούν τις αγχώδεις διαταραχές σε παιδιά και εφήβους. Η κλίμακα αξιολογεί έξι περιοχές του άγχους συμπεριλαμβανομένου του γενικευμένου άγχους, πανικού / αγοραφοβίας, κοινωνικής φοβίας, άγχος αποχωρισμού, φόβου για φυσικούς τραυματισμούς και της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Είναι σχεδιασμένο να είναι εύκολο και γρήγορο και απαιτούνται 10 λεπτά για τη συμπλήρωση του. Οι νέοι καλούνται να αξιολογήσουν το βαθμό στον οποίο βιώνουν κάθε σύμπτωμα σε μία κλίμακα 4 σημείων. Η εν λόγω κλίμακα έχει σταθμιστεί στην Ελλάδα τόσο σε εφήβους (Essau, Anastassiou-Hadjicharalambous & Muñoz, 2011) όσο και σε παιδιά (Mellona & Moutavelis, 2011). Η Ελληνική μετάφραση της εν λόγω κλίμακας διατίθεται δωρεάν και ελεύθερα για εκπαιδευτικούς σκοπούς σε όλους τους ερευνητές.

Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Θυμού για Παιδιά (Anger Expression Scale for Children; Steele et al., 2009)

Το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του θυμού για παιδιά αποτελείται από 26 ερωτήσεις, οι οποίες αποτυπώνουν τον *θυμό ως χαρακτηριστικό* (12 ερωτήσεις) καθώς και τρεις τρόπους για την έκφρασή του: *εξωτερίκευση* με σωματική και λεκτική επιθετικότητα (6 ερωτήσεις), *καταστολή* (4 ερωτήσεις) και *έλεγχος* (6 ερωτήσεις). Στην ελληνική προσαρμογή του ερωτηματολογίου σε εφηβικό πληθυσμό, που εκπονήθηκε από την κυρία Μακρή-Μπότσαρη (2010), περιελήφθησαν τελικώς οι 22 από τις 26 ερωτήσεις του πρωτοτύπου: 10 ερωτήσεις που αξιολογούν τον θυμό ως χαρακτηριστικό, 4 ερωτήσεις που αξιολογούν την εξωτερίκευση με σωματική και λεκτική επίθεση, 4 ερωτήσεις που αξιολογούν την καταστολή και 4 ερωτήσεις που αξιολογούν τον έλεγχο. Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ζητούν από τους συμμετέχοντες στην έρευνα να απαντήσουν πόσο συχνά ισχύει για τον καθένα απ' αυτούς η κάθε δήλωση. Οι απαντήσεις δίνονται σε κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων (1=σχεδόν ποτέ έως 4=σχεδόν πάντα). Υψηλοί βαθμοί αντανακλούν μεγαλύτερο βαθμό εκδήλωσης της αντίστοιχης συμπεριφοράς. Για τη χρήση της εν λόγω κλίμακας στη συγκεκριμένη μελέτη αιτηθήκαμε αδείας- η οποία και εδόθη- τόσο από τον συντάκτη της κύριο Phipps όσο και από την κυρία Μακρή-Μπότσαρη που εκπόνησε την προσαρμογή του ερωτηματολογίου στην Ελληνική.

Ερευνητικές Υποθέσεις

Είναι η πρώτη φορά που η εκπόνηση μιας μελέτης αφορά στη διερεύνηση της επίδρασης της Συναισθηματικής Νοημοσύνης, του Άγχους και του Θυμού στην Υγεία και στη ΣΥΠΖ του εφηβικού πληθυσμού, για τον οποίο απουσιάζουν αντίστοιχα ερευνητικά ευρήματα. Ακόμα και για τον γενικό ενήλικο πληθυσμό δεν έχουν μελετηθεί συνδυαστικά οι παραπάνω παράγοντες (Συναισθηματική Νοημοσύνη, Άγχος, Θυμός) και η συνολική επίδραση τους στην υγεία και στη ΣΥΠΖ. Βασιζόμενοι στις ελάχιστες εκπονηθείσες μελέρες που αφορούν σε ενήλικο πληθυσμό υποθέτουμε ότι:

Η υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη έχει θετική επίδραση στη σωματική υγεία (Johnson, Batey & Holdsworth, 2009; Weaving, Orgeta, Orrell &

Petrides, 2014; Mavroveli, Petrides, Rieffe & Bakker, 2007) καθώς και στη ΣΥΠΖ (Extremera & Fernández-Berrocal, 2002).

Υψηλά επίπεδα άγχους φέρουν αρνητικές συνέπειες στη σωματική υγεία (Gudmundsson, Gislason, Janson, Lindberg, Suppli-Ulrik, Brondum, Nieminem et al., 2006) και σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα στη ΣΥΠΖ (Strine, Chapman, Kobau & Balluz, 2005; Johnson, Jones, Seidenberg & Hermann, 2004).

Υψηλότερα επίπεδα θυμού έχουν άμεση επίδραση στην αυτό-αξιολόγηση της υγείας (Martin, Wan, David, Wegner, Olson & Watson, 1999), στις μεταβολικές διαδικασίες (Finney, Stoney & Engebretson, 2002), στην αναφορά του πόνου (Kerns, Rosenberg & Jacob, 1994) καθώς και σε στεφανιαίες αγγειακές ασθένειες (Suarez, Lewis & Kuhn, 2002). Επιπροσθέτως, υψηλά επίπεδα θυμού σχετίζονται με χαμηλότερη ΣΥΠΖ (Labiano-Fontcuberta, Mitchell, Moreno-García, Puertas-Martín & Benito-León, 2015; Julkunen & Ahlström, 2006).

Δειγματοληψία

Συνολικά απευθυνθήκαμε σε 670 εφήβους μαθητές που φοιτούσαν στα γυμνάσια και στα γενικά λύκεια της περιφέρειας Πελοποννήσου και Αττικής (αστική περιοχή της Αθήνας) κατά το σχολικό έτος 2017-18. Για την επιλογή του δείγματος εφαρμόστηκε **τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία κατά ομάδες**. Η γεωγραφική διαίρεση της κάθε περιφέρειας σε νομούς/τομείς απετέλεσε το 1^ο κριτήριο διαστρωμάτωσης, ενώ η βαθμίδα εκπαίδευσης (υποχρεωτική: Γυμνάσια, μετα-υποχρεωτική: Γενικά Λύκεια) το 2^ο κριτήριο διαστρωμάτωσης.

Στη συνέχεια, επιλέχθηκε με *τυχαίο τρόπο* ένας δήμος από κάθε νομό/τομέα. Από κάθε δήμο/τομέα επιλέχθηκαν με *τυχαίο τρόπο* 4 σχολεία, δύο από κάθε βαθμίδα εκπαίδευσης.

Τελική δειγματοληπτική μονάδα της εν λόγω μελέτης απετέλεσε το τμήμα. Η δειγματοληψία σε ολόκληρα τμήματα αναμενόταν να αυξήσει την αυτοπεποίθηση των μαθητών σχετικά με την ανωνυμία της διαδικασίας και γι' αυτό προτιμήθηκε έναντι της επιλογής μεμονωμένων μαθητών που θα

μπορούσε να τους δημιουργήσει ανασφάλεια και να τους ωθήσει σε κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις.

Η επιλογή του τμήματος/των που συμμετείχε/αν στη μελέτη πραγματοποιήθηκε με τυχαίο τρόπο. Τελικώς στη μελέτη δέχτηκαν να συμμετάσχουν τα 15 από τα 20 σχολεία και το τελικό δείγμα αποτελούνταν από 501 μαθητές (ποσοστό ανταπόκρισης 75%).

Ηθική και Δεοντολογία

Κατά τη διενέργεια της μελέτης τηρήθηκαν οι ηθικές επιταγές και οι κανόνες δεοντολογίας. Εγγυήθηκε η προστασία των συμμετεχόντων στην έρευνα από την έκθεση σε πιθανό σωματικό ή ψυχολογικό κίνδυνο, ή ταλαιπωρία ή άλλες δυσμενείς για τους ίδιους επιπτώσεις στο πλαίσιο της συμμετοχής τους στην ερευνητική διαδικασία. Η συμμετοχή στη μελέτη ήταν εθελοντική και οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν τη δυνατότητα να διακόψουν τη συμμετοχή τους σε οποιοδήποτε στάδιο διεξαγωγής της. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων υλοποιήθηκε αφού πρώτα πραγματοποιήθηκε αναλυτική ενημέρωση των μελών του δείγματος και αφού εξασφαλίστηκε και η γραπτή συγκατάθεση των γονέων και κηδεμόνων των μαθητών για τη συμμετοχή τους στη μελέτη (κατόπιν συνοδευτικής ενημερωτικής επιστολής που περιλάμβανε το αναλυτικό σχέδιο της έρευνας). Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με βάση της αρχές της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων. Η ερευνήτρια δεσμεύτηκε ότι τα αντίστοιχα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τις ανάγκες και τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας και ότι μετά το πέρας αυτής, το σχετικό αρχείο δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα θα καταστραφεί και θα διατηρηθούν μόνο τα στατιστικής φύσεως συγκεντρωτικά στοιχεία. Η έρευνα διεξήχθη σε συνεννόηση και με τη συνεργασία του Διευθυντή και του συλλόγου διδασκόντων εκάστης σχολικής μονάδας. Οι φορείς στους οποίους εκπονήθηκε η μελέτη (Γυμνάσια –Λύκεια) δεν επιβαρύνθηκαν οικονομικά.

Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή

(τυπική απόκλιση) ή ως διάμεσος (εύρος). Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθούσε την κανονική κατανομή και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθούσε την κανονική κατανομή και μιας ονομαστικής μεταβλητής (>2 κατηγορίες) χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς μιας κατεύθυνσης.

Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ποσοτική μεταβλητή και >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0.05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Sciences).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αποτελέσματα 1^{ης} φάσης Διδακτορικής Διατριβής

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούταν από **440** μαθητές γυμνασίων και λυκείων του Νομού Λακωνίας.

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων μαθητών στη μελέτη.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη

Χαρακτηριστικό	N (%)
Φύλο	
Κορίτσια	259 (58.9)
Αγόρια	181 (41.1)
Ηλικία (σε έτη)^α	15.13 (1.40)
Περιοχή κατοικίας	
Αστική	173 (39.3)
Ημιαστική	93 (21.1)
Αγροτική	174 (39.5)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

^αΜέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Το 58.9 % των συμμετεχόντων μαθητών στη μελέτη ήταν κορίτσια. Η μέση ηλικία των ατόμων του δείγματος ήταν τα 15.13 έτη (SD=1.40). Το 39.3% των μελών του δείγματος κατοικούσε σε αστικές περιοχές, το 39.5% σε αγροτικές και το 21.1% σε ημιαστικές.

Ψυχομετρικές Ιδιότητες της κλίμακας TEIQue-ASF

Αξιοπιστία-Δείκτης Εσωτερικής Συνέπειας

Η εσωτερική συνέπεια της κλίμακας TEIQue-ASF, όπως αξιολογήθηκε με τον δείκτη εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha, είναι πολύ καλή (Πίνακας 10).

Συσχετίσεις-Συγκλίνουσα Εγκυρότητα

Οι συσχετίσεις ανάμεσα στις μεταβλητές της μελέτης παρουσιάζονται στον Πίνακα 10. Η κλίμακα TEIQue-ASF σχετίζεται αρνητικά με την Κλίμακα Σωματικών Παραπόνων ($r = -.59$, $p = .01$), με τη βαθμολογία στη διάσταση των συνολικών δυσκολιών ($r = -.73$, $p = .01$) καθώς και με τις επιμέρους διαστάσεις της: συναισθηματικές διαταραχές ($r = -.66$, $p = .01$), προβλήματα με τους ομηλικούς ($r = -.59$, $p = .01$), υπερκινητικότητα ($r = -.51$, $p = .01$), και προβλήματα επικοινωνίας ($r = -.41$, $p = .01$). Αντίθετα, υπάρχει μια θετική συσχέτιση της υπό στάθμισης κλίμακας με την κλίμακα CSES ($r = .79$, $p = .01$) καθώς και με τη διάσταση της κοινωνικής συμπεριφοράς ($r = .38$, $p = .01$).

Παλινδρομήσεις- Αυξητική Εγκυρότητα

Προκειμένου να διερευνηθεί η αυξητική επίδραση της ΣΝ ως Γνώρισμα σε κάθε μια από τις μεταβλητές της μελέτης πραγματοποιήθηκε μια ιεραρχική παλινδρόμηση δύο βημάτων (Πίνακας 11). Η κλίμακα CSES εισήχθη στο πρώτο βήμα, ενώ ακολούθησε η κλίμακα TEIQue-ASF στο δεύτερο βήμα. Η πρώτη παλινδρόμηση πραγματοποιήθηκε με τα “σωματικά παράπονα” ως κριτήριο. Στο πρώτο βήμα, $R_{adj}^2 = .32$, $F(1, 438) = 203.72$; $p < .001$, η κλίμακα CSES σχετιζόταν αρνητικά με τα “σωματικά παράπονα” ($\beta = -.56$; $p < .001$). Στο δεύτερο βήμα, η κλίμακα TEIQue-ASF αναδείχτηκε σε έναν σημαντικό αρνητικό προβλεπτικό παράγοντα των “σωματικών παραπόνων” ($\beta = -.40$; $p < .001$), ερμηνεύοντας το 6% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής, $F_{change}(1, 437) = 42.25$, $p < .001$.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Cronbach's alpha
1.Συναισθηματική νοημοσύνη	-									4.85	0.77	.87
2.Κεντρικές αυτο-αξιολογήσεις	.79*	-								41.72	7.45	.84
3.Σωματικά παράπονα	-.59*	-.56*	-							5.60	3.95	.81
4.Συναισθηματικές διαταραχές	-.66*	-.64*	.68*	-						3.15	2.53	.74
5.Προβλήματα επικοινωνίας	-.41*	-.33*	.31*	.36*	-					2.86	1.73	.47
6. Υπερκινητικότητα	-.51*	-.53*	.32*	.42*	.44*	-				3.37	2.36	.70
7. Προβλήματα με ομηλίκους	-.59*	-.54*	.46*	.54*	.39*	.35*	-			2.08	1.97	.64
8. Κοινωνική συμπεριφορά	.38*	.28*	-.15*	-.09	-.43*	-.32*	-.32*	-		7.78	1.99	.68

9. Συνολικές δυσκολίες	-.73*	-.69*	.61*	.81*	.68*	.75*	.75*	-.36*	-	11.47	6.47	.83
------------------------	-------	-------	------	------	------	------	------	-------	---	-------	------	-----

Πίνακας 2. Εσωτερική συνέπεια, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και συσχετίσεις των μεταβλητών της μελέτης

* $p = .01$, two- tailed.

Η συσχέτιση της κλίμακας TEIQue-ASF με τα “σωματικά παράπονα” μετά τον έλεγχο για την επίδραση της κλίμακας CSES ήταν $-.25$ ($p < .001$).

Η δεύτερη παλινδρόμηση πραγματοποιήθηκε με τις “συνολικές δυσκολίες” ως κριτήριο. Στο πρώτο βήμα, το μοντέλο προέβλεψε το 48% της διακύμανσης των “συνολικών δυσκολιών”, $F(1, 438) = 407.22$, $p < .001$, και η κλίμακα CSES σχετιζόταν αρνητικά με τις “συνολικές δυσκολίες” ($\beta = -.69$; $t = -20.18$; $p < .001$). Στο δεύτερο βήμα, η κλίμακα TEIQue-ASF αναδείχτηκε σε έναν σημαντικό αρνητικό προβλεπτικό παράγοντα των “συνολικών δυσκολιών” ($\beta = -.49$; $p < .001$), ερμηνεύοντας, επιπλέον, το 9% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής, $F_{\text{change}}(1, 437) = 94.09$, $p < .001$. Η συσχέτιση της κλίμακας TEIQue-ASF με τις “συνολικές δυσκολίες” μετά τον έλεγχο για την επίδραση της κλίμακας CSES ήταν $-.30$ ($p < .001$).

Η τρίτη παλινδρόμηση πραγματοποιήθηκε με τις “συναισθηματικές διαταραχές” ως κριτήριο. Στο πρώτο βήμα, το μοντέλο προέβλεψε το 41% της διακύμανσης, $F(1, 438) = 301.70$, $p < .001$, και η κλίμακα CSES ήταν ένας αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας ($\beta = -.64$; $p < .001$). Στο δεύτερο βήμα, η κλίμακα TEIQue-ASF αναδείχτηκε σε έναν σημαντικό αρνητικό προβλεπτικό παράγοντα των “συναισθηματικών διαταραχών” ($\beta = -.41$; $p < .001$), ερμηνεύοντας, επιπλέον, το 6% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής, $F_{\text{change}}(1, 437) = 51.96$, $p < .001$. Η συσχέτιση της κλίμακας TEIQue-ASF με τις “συναισθηματικές διαταραχές” μετά τον έλεγχο για την επίδραση της κλίμακας CSES ήταν $-.25$ ($p < .001$).

Όταν τα “προβλήματα συμπεριφοράς” τοποθετήθηκαν ως κριτήριο, το μοντέλο στο πρώτο βήμα προέβλεψε το 10% της διακύμανσης, $F(1, 438) = 51.98$, $p < .001$, και η κλίμακα CSES ήταν ένας αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας ($\beta = -.33$; $p < .001$). Στο δεύτερο βήμα, η κλίμακα TEIQue-ASF αναδείχτηκε σε έναν σημαντικό αρνητικό προβλεπτικό παράγοντα των “προβλημάτων συμπεριφοράς” ($\beta = -.41$; $p < .001$), ερμηνεύοντας, επιπλέον, το 6% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής, $F_{\text{change}}(1, 437) = 34.07$, $p < .001$. Η συσχέτιση της κλίμακας TEIQue-ASF με τα “προβλήματα συμπεριφοράς” μετά τον έλεγχο για την επίδραση της κλίμακας CSES ήταν $-.27$ ($p < .001$).

Όταν η “υπερκινητικότητα” τοποθετήθηκε ως κριτήριο, το μοντέλο στο πρώτο βήμα προέβλεψε το 28% της διακύμανσης, $F(1, 438) = 171.27, p < .001$, και η κλίμακα CSES ήταν ένας αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας ($\beta = -.53; p < .001$). Στο δεύτερο βήμα, η κλίμακα TEIQue-ASF αναδείχτηκε σε έναν σημαντικό αρνητικό προβλεπτικό παράγοντα της “υπερκινητικότητας” ($\beta = -.25; p < .001$), ερμηνεύοντας, επιπλέον, το 2% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής, $F_{\text{change}}(1, 437) = 15.04, p < .001$. Η συσχέτιση της κλίμακας TEIQue-ASF με την “υπερκινητικότητα” μετά τον έλεγχο για την επίδραση της κλίμακας CSES ήταν $-.15 (p < .001)$.

Η επόμενη παλινδρόμηση πραγματοποιήθηκε με τα “προβλήματα ομιλήκων” ως κριτήριο. Στο πρώτο βήμα το μοντέλο προέβλεψε το 29% της διακύμανσης, $F(1, 438) = 179.19, p < .001$, και η κλίμακα CSES ήταν ένας αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας ($\beta = -.54; p < .001$). Στο δεύτερο βήμα, η κλίμακα TEIQue-ASF αναδείχτηκε σε έναν σημαντικό αρνητικό προβλεπτικό παράγοντα των “προβλημάτων με τους ομιλήκους” ($\beta = -.43; p < .001$), ερμηνεύοντας, επιπλέον, το 7% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής, $F_{\text{change}}(1, 437) = 47.89, p < .001$. Η συσχέτιση της κλίμακας TEIQue-ASF με τα “προβλήματα ομιλήκων” μετά τον έλεγχο για την επίδραση κλίμακας CSES ήταν $-.26 (p < .001)$.

Η τελευταία ανάλυση πραγματοποιήθηκε με την “κοινωνική συμπεριφορά” ως κριτήριο. Στο πρώτο βήμα, το μοντέλο προέβλεψε το 8% της διακύμανσης, $F(1, 438) = 37.91, p < .001$, και η κλίμακα CSES ήταν ένας θετικός προβλεπτικός παράγοντας ($\beta = .28; p < .001$). Στο δεύτερο βήμα, η κλίμακα TEIQue-ASF αναδείχτηκε σε έναν σημαντικό θετικό προβλεπτικό παράγοντα της “κοινωνικής συμπεριφοράς” ($\beta = .41; p < .001$), ερμηνεύοντας, επιπλέον, το 6% της εξαρτημένης μεταβλητής, $F_{\text{change}}(1, 437) = 32.64, p < .001$. Η συσχέτιση της κλίμακας TEIQue-ASF με την “κοινωνική συμπεριφορά” μετά τον έλεγχο για την επίδραση της κλίμακας CSES ήταν $.25 (p < .001)$.

	Σωματικά παράπονα			Συνολικές δυσκολίες			Συναισθηματικές διαταραχές			Προβλήματα επικοινωνίας			Υπερκινητικότητα			Προβλήματα με ομηλικούς			Κοινωνική συμπεριφορά			
Βήμα 1°	$F(1,438)=203.72^{***}$			$F(1,438)=407.22^{***}$			$F(1,438)=301.70^{***}$			$F(1,438)=51.98^{***}$			$F(1,438)=171.27^{***}$			$F(1,438)=179.19^{***}$			$F(1,438)=37.91^{***}$			
	$R^2_{Adj}=.32$			$R^2_{Adj}=.48$			$R^2_{Adj}=.41$			$R^2_{Adj}=.10$			$R^2_{Adj}=.28$			$R^2_{Adj}=.29$			$R^2_{Adj}=.08$			
Βήμα 2°	$\Delta F(1,437)=42.25^{***}$			$\Delta F(1,437)=94.09^{***}$			$\Delta F(1,437)=51.96^{***}$			$\Delta F(1,437)=34.07^{***}$			$\Delta F(1,437)=15.04^{***}$			$\Delta F(1,437)=47.89^{***}$			$\Delta F(1,437)=32.64^{***}$			
	$R^2_{Adj}=.37$			$R^2_{Adj}=.57$			$R^2_{Adj}=.47$			$R^2_{Adj}=.17$			$R^2_{Adj}=.30$			$R^2_{Adj}=.36$			$R^2_{Adj}=.14$			
	$\Delta R^2=.06^{***}$			$\Delta R^2=.09^{***}$			$\Delta R^2=.06^{***}$			$\Delta R^2=.06^{***}$			$\Delta R^2=.02^{***}$			$\Delta R^2=.07^{***}$			$\Delta R^2=.06^{***}$			
	β	t	sr	β	t	sr	β	t	sr	β	t	sr	β	t	sr	β	t	sr	β	t	sr	
Βήμα 1°																						
Κεντρικές αυτοαξιολογήσεις	-.56	-14.27***	-.56	-.69	-20.18***	-.69	-.64	-17.37***	-.64	-.33	-7.21***	.33	-.53	-13.09***	-.53	-.54	-13.39***	-.54	.28	6.16***	.28	
Βήμα 2°																						
Κεντρικές αυτοαξιολογήσεις	-.25	-4.11***	-.16	-.31	-6.10***	-.19	-.32	-5.67***	-.20	-.00	-0.03	-.00	-.33	-5.16***	-.21	-.20	-3.26**	-.12	.04	-0.56	-.02	
Συναισθηματική νοημοσύνη	-.40	-6.50***	-.25	-.49	-9.70***	-.30	-.41	-7.21***	-.25	-.41	-5.84***	-.27	-.25	-3.89***	-.15	-.43	-6.92***	-.26	.41	5.71***	.25	

Πίνακας 3. Ιεραρχικές παλινδρομήσεις "δύο βημάτων" με την κλίμακα CSES στο 1° βήμα και κλίμακα TEIQue-ASF στο 2°.

** $p=.001$.*** $p<.001$.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά και Συναισθηματική Νοημοσύνη

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της κλίμακας TEIQue-ASF.

Πίνακας 4: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της κλίμακας TEIQue-ASF.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της κλίμακας TEIQue-ASF (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο^α		0.002^α
Αγόρι	5.0 (0.8)	
Κορίτσι	4.8 (0.7)	
Ηλικία (σε έτη)^β	0.12 ^β	0.01^β
Περιοχή κατοικίας^γ		0.9 ^γ
Αστική	4.7 (0.7)	
Ημιαστική	4.8 (0.8)	
Αγροτική	4.8 (0.8)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

^γ Ανάλυση διασποράς μιας κατεύθυνσης

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της βαθμολογίας της κλίμακας TEIQue-ASF και 2 ανεξάρτητων

μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της κλίμακας TEIQue-ASF.

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0.07	0.016 έως 0.119	0.01
Φύλο	-0.2	-0.345 έως -0.055	0.002

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

Οι μεγαλύτερης ηλικίας μαθητές και τα αγόρια είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα TEIQue-ASF.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 2.6% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας της κλίμακας TEIQue-ASF.

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά και Κλίμακα Δυνατοτήτων και Δυσκολιών

Συναισθηματικές Διαταραχές

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την βαθμολογία της διάστασης των συναισθηματικών διαταραχών.

Πίνακας 6: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης των συναισθηματικών διαταραχών.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της διάστασης των συναισθηματικών διαταραχών (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο^α		0.001^α
Αγόρι	2.5 (2.5)	
Κορίτσι	3.6 (2.5)	
Ηλικία (σε έτη)^β	-0.09 ^β	0.04^β
Περιοχή κατοικίας^γ		0.2 ^γ
Αστική	2.9 (2.4)	
Ημιαστική	3.3 (3.3)	
Αγροτική	3.3 (2.5)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^αΈλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

^γΑνάλυση διασποράς μιας κατεύθυνσης

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της βαθμολογίας της διάστασης των συναισθηματικών διαταραχών και

2 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.

Πίνακας 7: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της διάστασης των συναισθηματικών διαταραχών.

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	-0.2	0.731 έως 1.666	0.04
Φύλο	1.2	-0.359 έως -0.029	0.001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

Οι μικρότερης ηλικίας μαθητές και τα κορίτσια είχαν υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση των συναισθηματικών διαταραχών.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 6% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας της διάστασης των συναισθηματικών διαταραχών.

Προβλήματα Επικοινωνίας

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης των προβλημάτων επικοινωνίας.

Πίνακας 8: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης των προβλημάτων επικοινωνίας.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της διάστασης των προβλημάτων επικοινωνίας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο^α		0.01^α
Αγόρι	3.1 (2.0)	
Κορίτσι	2.7 (1.6)	
Ηλικία (σε έτη)^β	-0.08 ^β	0.3 ^β
Περιοχή κατοικίας^γ		0.7 ^γ
Αστική	2.8 (1.8)	
Ημιαστική	2.8 (1.7)	
Αγροτική	2.8 (1.7)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

^γ Ανάλυση διασποράς μιας κατεύθυνσης

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,01 μεταξύ της βαθμολογίας της διάστασης των προβλημάτων επικοινωνίας και του φύλου. Τα αγόρια σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία.

Υπερκινητικότητα

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την βαθμολογία της διάστασης της υπερκινητικότητας.

Πίνακας 9: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης της υπερκινητικότητας.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της διάστασης της υπερκινητικότητας (τυπική απόκλιση)	Τιμή ρ
Φύλο^α		0.5 ^α
Αγόρι	3.5 (2.4)	
Κορίτσι	3.3 (2.3)	
Ηλικία (σε έτη)^β	-0.2 ^β	0.001^β
Περιοχή κατοικίας^γ		0.3 ^γ
Αστική	3.4 (2.3)	
Ημιαστική	2.4 (2.4)	
Αγροτική	3.2 (2.4)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

^γ Ανάλυση διασποράς μιας κατεύθυνσης

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,001 μεταξύ της βαθμολογίας της διάστασης της υπερκινητικότητας και της ηλικίας. Οι μικρότερης ηλικίας μαθητές σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία.

Προβλήματα με Ομήλικους

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την βαθμολογία της διάστασης των προβλημάτων με ομήλικους.

Πίνακας 10: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης των προβλημάτων με ομήλικους.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της διάστασης των προβλημάτων με ομήλικους (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο^α		0.8 ^α
Αγόρι	2.1 (2.0)	
Κορίτσι	2.0 (1.9)	
Ηλικία (σε έτη)^β	-0.19 ^β	0.001^β
Περιοχή κατοικίας^γ		0.3 ^γ
Αστική	2.0 (1.9)	
Ημιαστική	2.3 (2.1)	
Αγροτική	2.0 (2.0)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

^γ Ανάλυση διασποράς μιας κατεύθυνσης

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0.001 μεταξύ της βαθμολογίας της διάστασης των προβλημάτων με ομήλικους και της ηλικίας. Οι μικρότερης ηλικίας μαθητές σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία.

Κοινωνική Συμπεριφορά

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την βαθμολογία της διάστασης της κοινωνικής συμπεριφοράς.

Πίνακας 11: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης της κοινωνικής συμπεριφοράς.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της διάστασης της κοινωνικής συμπεριφοράς (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο^α		0.001^α
Αγόρι	7.3 (2.2)	
Κορίτσι	8.1 (1.7)	
Ηλικία (σε έτη)^β	0.16 ^β	0.001^β
Περιοχή κατοικίας^γ		0.3 ^γ
Αστική	7.6 (2.1)	
Ημιαστική	7.9 (1.9)	
Αγροτική	7.8 (2.0)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

^γ Ανάλυση διασποράς μιας κατεύθυνσης

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της βαθμολογίας της διάστασης της κοινωνικής συμπεριφοράς και 2

ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 12.

Πίνακας 12: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της διάστασης της κοινωνικής συμπεριφοράς.

	Συντελεστής b	95% εμπιστοσύνης τον b	διάστημα για	Τιμή p
Ηλικία	0.2	0.439 έως 1.173		0.001
Φύλο	0.8	0.095 έως 0.354		0.001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

Οι μεγαλύτερης ηλικίας μαθητές και τα κορίτσια είχαν υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της *κοινωνικής συμπεριφοράς*.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 6.2% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας της διάστασης της *κοινωνικής συμπεριφοράς*.

Σωματικά Παράπωνα και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την βαθμολογία της Κλίμακας Σωματικών Παραπόνων.

Πίνακας 13: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της κλίμακας Σωματικών Παραπόνων.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της Κλίμακας Σωματικών Παραπόνων (τυπική απόκλιση)	Τιμή ρ
Φύλο^α		0.001^α
Αγόρι	4.5 (3.7)	
Κορίτσι	6.4 (4.0)	
Ηλικία (σε έτη)^β	-0.08 ^β	0.09 ^β
Περιοχή κατοικίας^γ		0.3 ^γ
Αστική	5.2 (3.7)	
Ημιαστική	5.7 (4.0)	
Αγροτική	5.8 (4.1)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

^γ Ανάλυση διασποράς μιας κατεύθυνσης

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0.001 μεταξύ της βαθμολογίας της Κλίμακας Σωματικών Παραπόνων και του φύλου. Τα κορίτσια σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία.

Κλίμακα Κεντρικών Αυτοαξιολογήσεων και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την κλίμακα CSES.

Πίνακας 14: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της κλίμακας Κεντρικών Αυτό-Αξιολογήσεων.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της κλίμακας Κεντρικών Αυτό-Αξιολογήσεων (τυπική απόκλιση)	Τιμή ρ
Φύλο^α		0.3 ^α
Αγόρι	43.0 (7.7)	
Κορίτσι	41.0 (7.2)	
Ηλικία (σε έτη)^β	0.2 ^β	0.001^β
Περιοχή κατοικίας^γ		0.3 ^γ
Αστική	41.5 (7.4)	
Ημιαστική	40.9 (7.6)	
Αγροτική	42.3 (7.4)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

^γ Ανάλυση διασποράς μιας κατεύθυνσης

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0.001 μεταξύ της βαθμολογίας της κλίμακας Κεντρικών Αυτοαξιολογήσεων και της ηλικίας. Οι μεγαλύτερης ηλικίας μαθητές σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία.

Αποτελέσματα 2^{ης} φάσης Διδακτορικής Διατριβής

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από **501** μαθητές Γυμνασίων και Λυκείων της περιφέρειας Πελοποννήσου και Αττικής.

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων μαθητών στη μελέτη.

Πίνακας 15. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη

Χαρακτηριστικό	N (%)
Φύλο	
Κορίτσια	291 (58.1)
Αγόρια	210 (41.9)
Ηλικία (σε έτη)^α	14.9 (1.6)
Περιφέρεια	
Πελοποννήσου	252(50.3)
Αττικής	249 (49.7)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

^αΜέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Το 58.1% των συμμετεχόντων μαθητών στη μελέτη ήταν κορίτσια. Η μέση ηλικία των ατόμων του δείγματος ήταν τα 14.9 έτη (SD=1.6). Το 50.3% των μαθητών φοιτούσαν σε σχολεία της περιφέρειας Πελοποννήσου.

Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ)

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι απαντήσεις των μαθητών αναφορικά με τις πέντε (5) διαστάσεις της κλίμακας Kidscreen-27, που αξιολογεί τη ΣΥΠΖ:

**Σωματικές δραστηριότητες και υγεία
Γενική διάθεση και συναισθήματα
Οικογένεια και ελεύθερος χρόνος
Φίλοι
Σχολείο και μάθηση**

Σωματικές Δραστηριότητες και Υγεία

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην μελέτη αναφορικά με τη διάσταση της *σωματικής δραστηριότητας και υγείας*.

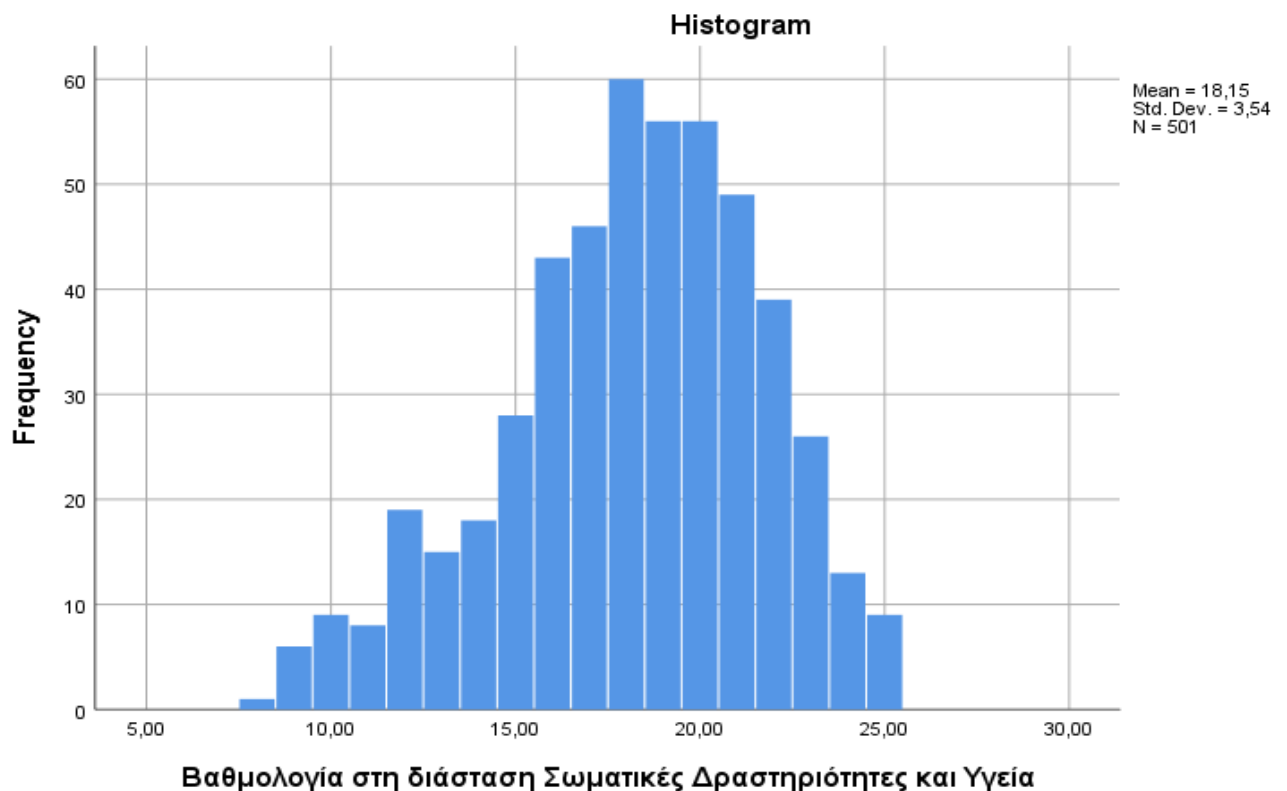
Πίνακας 16: Οι απαντήσεις των μαθητών αναφορικά με τη διάσταση της σωματικής δραστηριότητας και υγείας.

	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ Καλή	Άριστη
Σε γενικές γραμμές, πώς θα έλεγες ότι είναι η υγεία σου;	0 (0.0)	11 (2.2)	97 (19.4)	263 (52.5)	130 (25.9)
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
Ένιωθες σε φόρμα και υγιής	13 (2.5)	40 (8.0)	154 (30.7)	230 (45.9)	64 (12.8)
Ήσουν σωματικά δραστήριος/α (π.χ τρέξιμο, σκαρφάλωμα, ποδηλασία);	39 (7.8)	84 (16.8)	115 (23.0)	166 (33.1)	97 (19.4)
Μπορούσες να τρέχεις καλά;	10 (2.0)	48 (9.6)	105 (21.0)	243 (48.5)	95 (19.0)
	Ποτέ	Σπάνια	Αρκετά	Πολύ	Πάντα

		συχνά	συχνά	συχνά	συχνά
Ένωθες γεμάτος/η από ενέργεια;	5 (1.0)	88 (17.6)	186 (37.1)	137 (27.3)	85 (17.0)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Η μέση βαθμολογία στη *διάσταση της σωματικής δραστηριότητας και υγείας* ήταν 18.15, η τυπική απόκλιση ήταν 3.5, η διάμεσος ήταν 18.0, η ελάχιστη τιμή ήταν 8 και η μέγιστη τιμή ήταν 25 (Γράφημα 1).



Γράφημα 1. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στη διάσταση της σωματικής δραστηριότητας και υγείας.

Γενική Διάθεση και Συναισθήματα

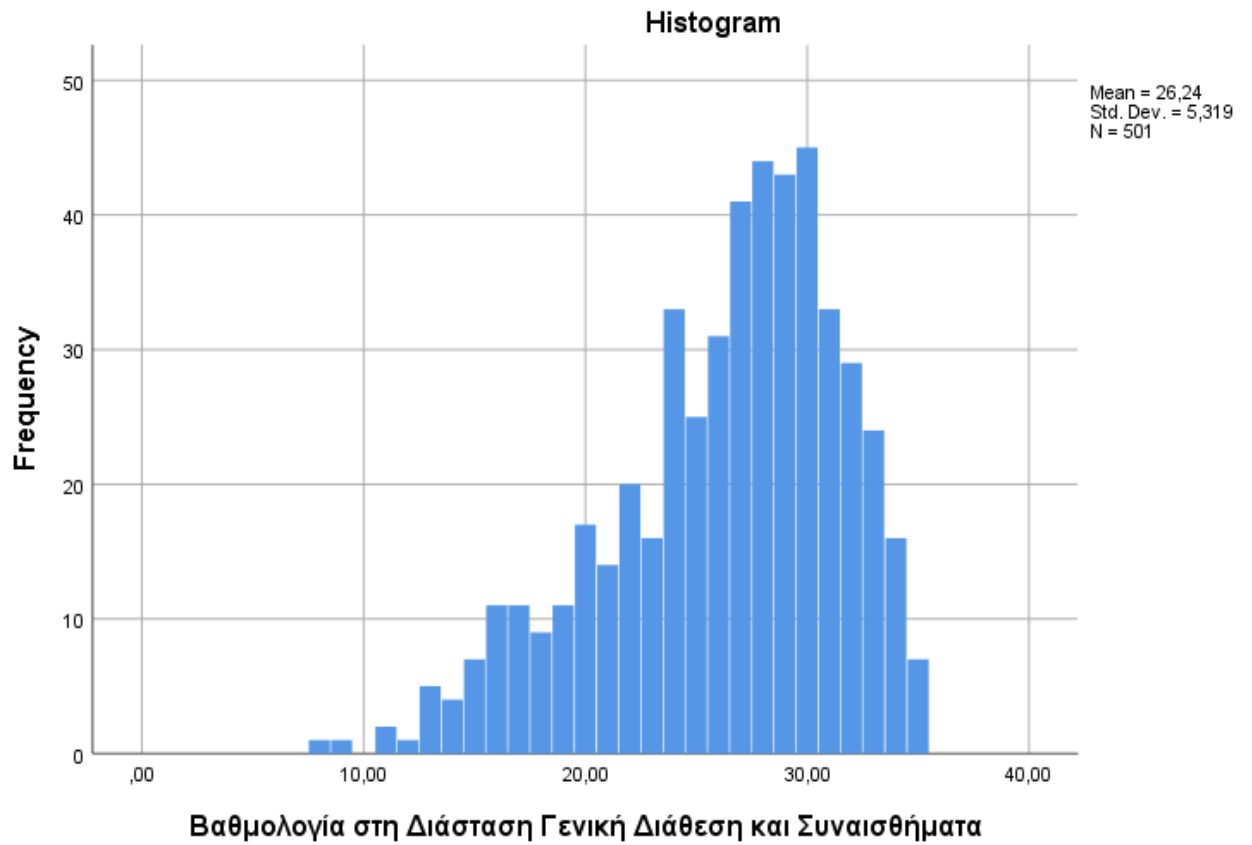
Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη διάσταση της *γενικής διάθεσης και συναισθημάτων*.

Πίνακας 17: Οι απαντήσεις των μαθητών αναφορικά με τη διάσταση της γενικής διάθεσης και συναισθημάτων.

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
Η ζωή σου ήταν ευχάριστη;	14 (2.8)	43 (8.6)	145 (28.9)	217 (43.3)	82 (16.4)
	Ποτέ	Σπάνια	Αρκετά συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα
Είχες καλή διάθεση;	5 (1.0)	81 (16.2)	152 (30.3)	166 (33.1)	97 (19.4)
Διασκεδάζεις;	10 (2.0)	96 (19.2)	149 (29.7)	158 (31.5)	88 (17.6)
Ένιωθες λυπημένος/η;	10 (2.0)	42 (8.4)	85 (17.5)	272 (54.3)	92 (18.4)
Ένιωθες τόσο άσχημα που να μην θέλεις να κάνεις τίποτα;	5 (1.0)	46 (9.2)	76 (15.2)	168 (33.5)	206 (41.1)
Ένιωθες μοναξιά;	13 (2.6)	38 (7.6)	60 (12.0)	131 (26.1)	259 (51.7)
Ένιωθες ευχαριστημένος/η με αυτό που είσαι;	31 (6.2)	63 (12.6)	102 (20.4)	162 (33.2)	143 (28.5)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση της *γενικής διάθεσης και συναισθημάτων* ήταν 26.2, η τυπική απόκλιση ήταν 5.3, η διάμεσος ήταν 27.0, η ελάχιστη τιμή ήταν 8 και η μέγιστη τιμή ήταν 35 (Γράφημα 2).



Γράφημα 2. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στη διάσταση της γενικής διάθεσης και συναισθημάτων.

Οικογένεια και Ελεύθερος Χρόνος

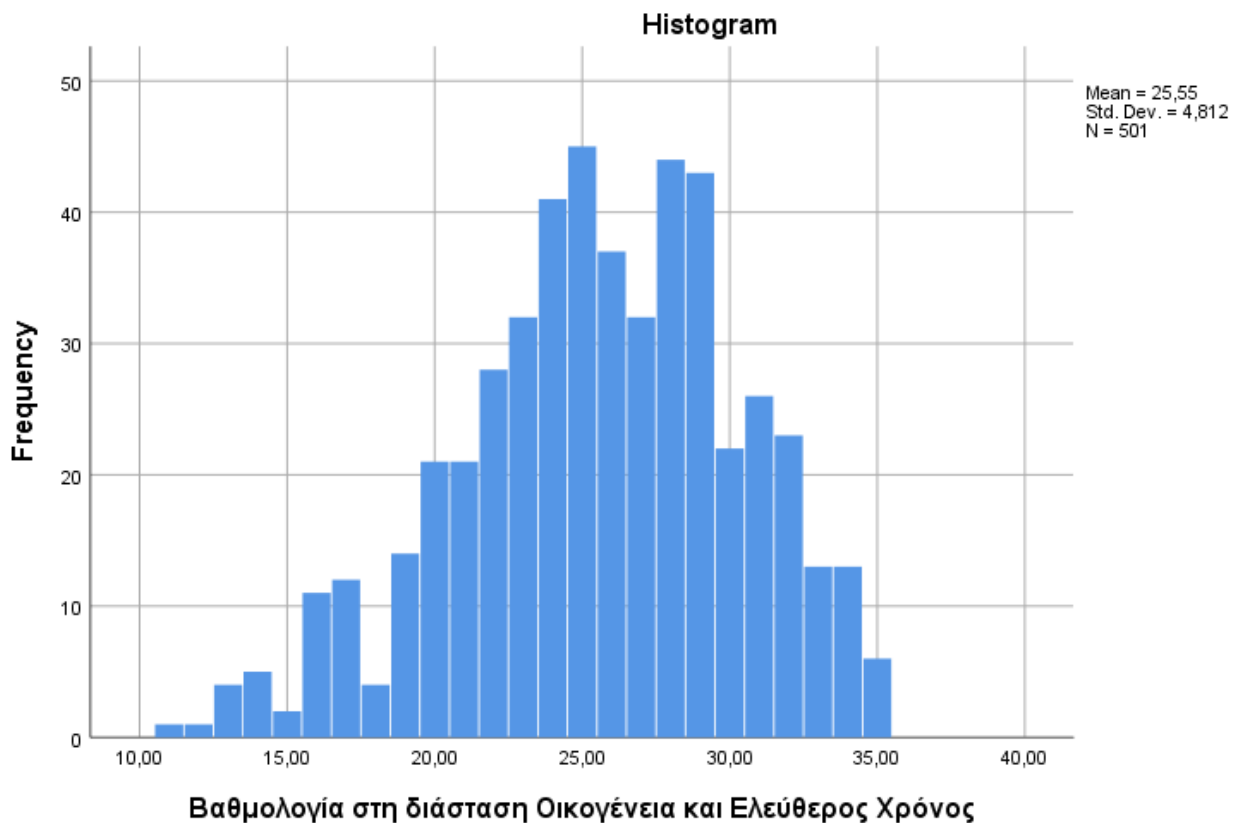
Στον Πίνακα 18 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην μελέτη αναφορικά με τη διάσταση της *οικογένειας και ελεύθερου χρόνου*.

Πίνακας 18: Οι απαντήσεις των μαθητών αναφορικά με τη διάσταση της *οικογένειας και ελεύθερου χρόνου*.

	Ποτέ	Σπάνια	Αρκετά συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα
1. Είχες αρκετό χρόνο για τον εαυτό σου;	20 (4.0)	157 (31.3)	157 (31.3)	96 (19.2)	71 (14.2)
2. Μπορούσες να κάνεις τα πράγματα που θέλεις να κάνεις τον ελεύθερο σου χρόνο;	36 (7.2)	151 (30.1)	124 (24.8)	102 (20.4)	88 (17.6)
3. Οι γονείς/ός σου είχαν αρκετό χρόνο για σένα;	11 (2.2)	98 (19.6)	130 (25.9)	140 (27.9)	122 (24.4)
4. Οι γονείς/ός σου φέρονταν δίκαια;	8 (1.6)	27 (5.4)	85 (17.0)	148 (29.5)	234 (46.5)
5. Μπορούσες να μιλήσεις στους γονείς/ό σου όταν το ήθελες;	12 (2.4)	47 (9.4)	83 (16.6)	108 (21.6)	251 (49.9)
	Ποτέ	Σπάνια	Αρκετά συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα
6. Είχες αρκετά χρήματα να κάνεις τα ίδια πράγματα που κάνουν και οι φίλοι σου;	16 (3.2)	63 (12.6)	104 (20.8)	159 (31.7)	159 (31.7)
7. Είχες αρκετά χρήματα για τα έξοδα σου;	18 (3.6)	51 (10.2)	93 (18.6)	161 (32.1)	178 (35.5)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση της *οικογένειας και ελεύθερου χρόνου* ήταν 25.55, η τυπική απόκλιση ήταν 4.8, η διάμεσος ήταν 18.0, η ελάχιστη τιμή ήταν 11 και η μέγιστη τιμή ήταν 34 (Γράφημα 3).



Γράφημα 3. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στη διάσταση της οικογένειας και ελεύθερου χρόνου.

Φίλοι

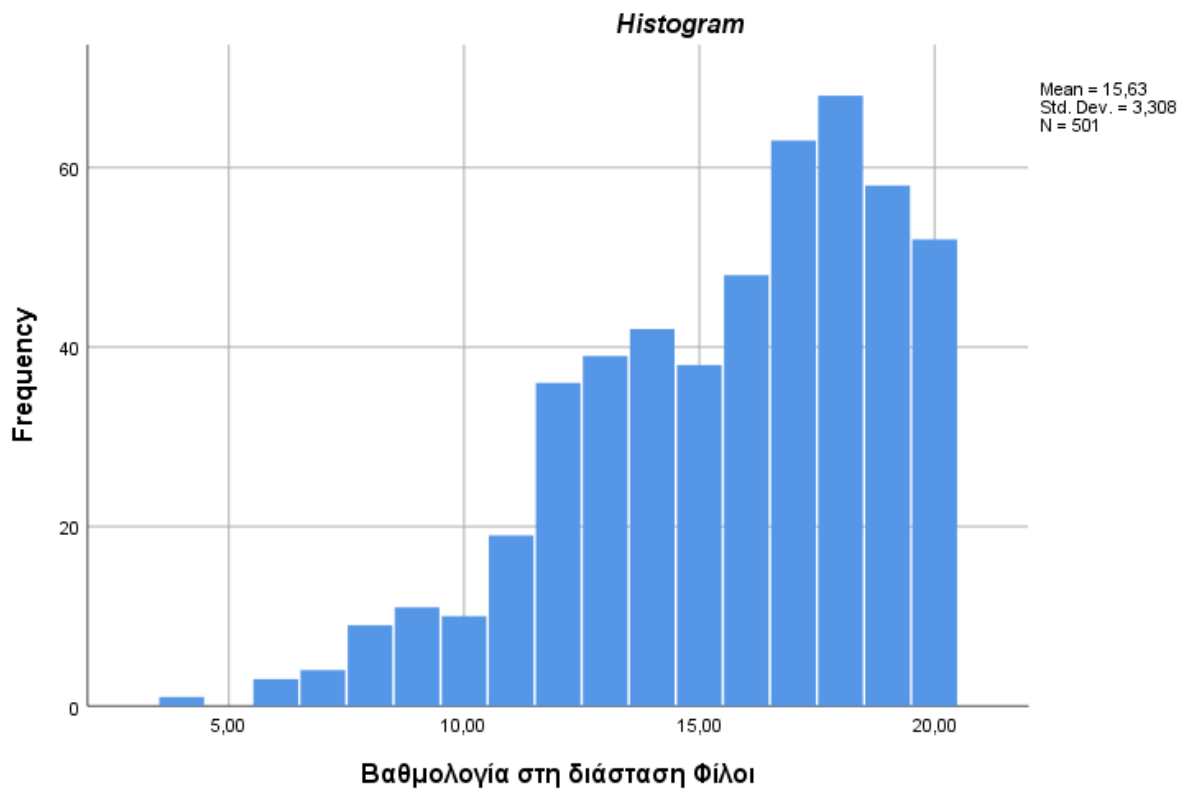
Στον Πίνακα 19 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη διάσταση των φίλων.

Πίνακας 19: Οι απαντήσεις των μαθητών αναφορικά με τη διάσταση των φίλων.

	Ποτέ	Σπάνια	Αρκετά συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα
Περνούσες χρόνο με τους φίλους σου;	12 (2.4)	63 (12.6)	119 (23.8)	187 (37.3)	120 (24.0)
Διασκεδάζεις με τους φίλους σου;	12 (2.4)	49 (9.8)	117 (23.4)	140 (27.9)	183 (36.5)
Εσύ και οι φίλοι σου βοηθούσατε ο ένας τον άλλον;	5 (1.0)	25 (5.0)	100 (20.0)	152 (30.3)	219 (43.7)
Μπορούσες να βασιστείς στους φίλους σου;	8 (1.6)	55 (11.0)	96 (19.2)	121 (24.2)	221 (44.1)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση των φίλων ήταν 15.6, η τυπική απόκλιση ήταν 3.3, η διάμεσος ήταν 16.0, η ελάχιστη τιμή ήταν 4 και η μέγιστη τιμή ήταν 20 (Γράφημα 4).



Γράφημα 4. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στη διάσταση των φίλων.

Σχολείο και Μάθηση

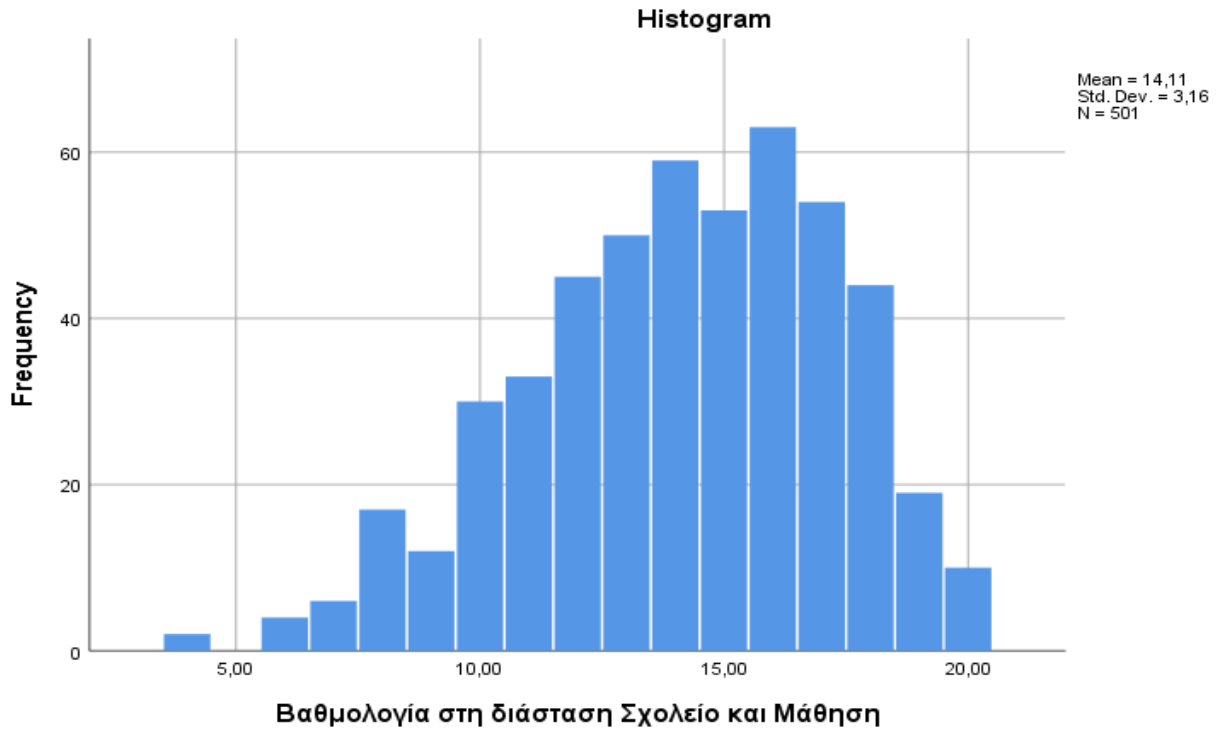
Στον Πίνακα 20 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη διάσταση του *σχολείου και μάθησης*.

Πίνακας 20: Οι απαντήσεις των μαθητών αναφορικά με τη διάσταση του σχολείου και μάθησης.

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
Περνούσες χρόνο με τους φίλους σου;	46 (9.2)	78 (15.6)	181 (36.1)	154 (30.7)	42 (8.4)
Διασκεδάζεις με τους φίλους σου;	18 (3.6)	34 (6.8)	135 (26.9)	247 (49.3)	67 (13.4)
	Ποτέ	Σπάνια	Αρκετά συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα
Εσύ και οι φίλοι σου βοηθούσατε ο ένας τον άλλον;	11 (2.2)	90 (18.0)	152 (30.3)	141 (28.1)	107 (21.4)
Μπορούσες να βασιστείς στους φίλους σου;	8 (1.6)	38 (7.6)	129 (25.7)	162 (32.3)	164 (44.3)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

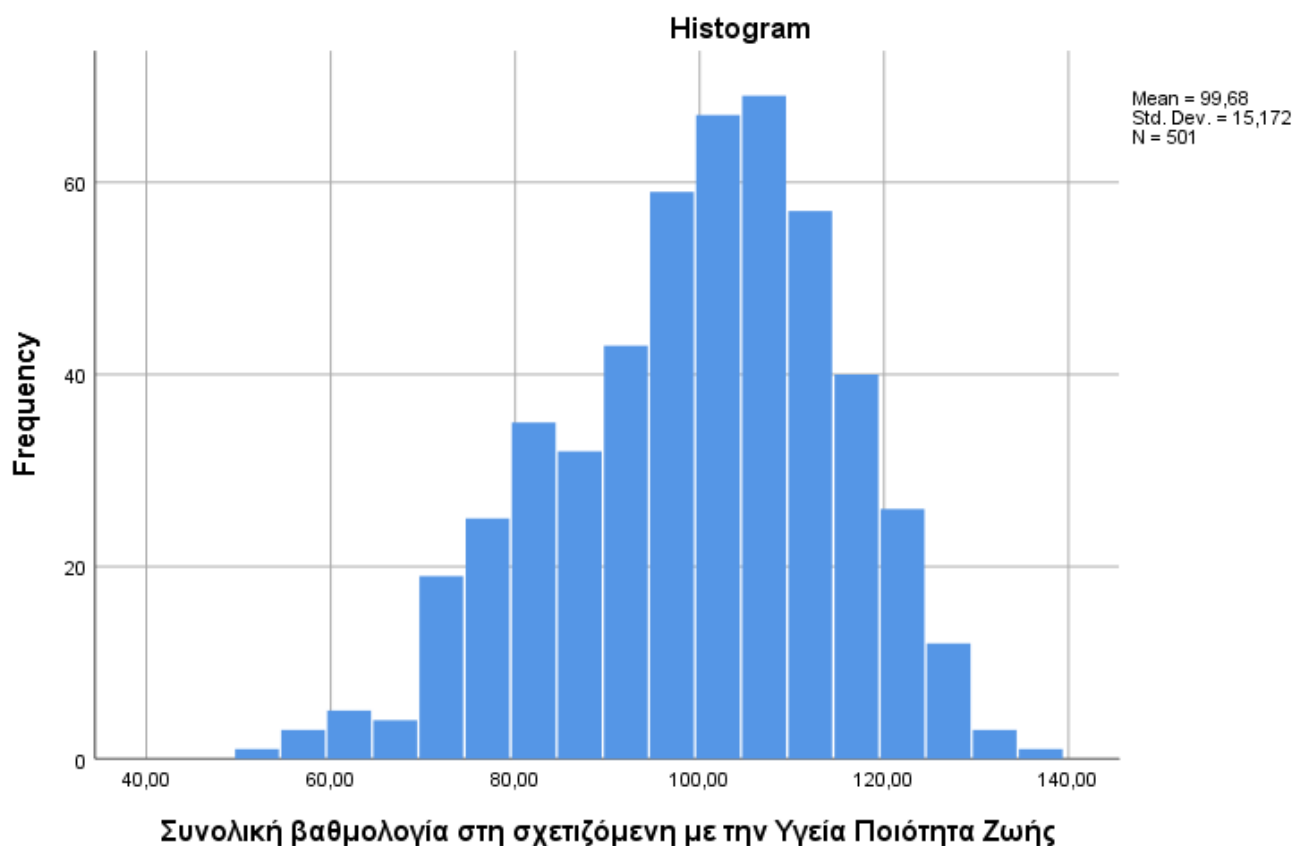
Η μέση βαθμολογία στη διάσταση *σχολείου και μάθησης* ήταν 14.1, η τυπική απόκλιση ήταν 3.2, η διάμεσος ήταν 14.0, η ελάχιστη τιμή ήταν 4 και η μέγιστη τιμή ήταν 20 (Γράφημα 5).



Γράφημα 5. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στη διάσταση του σχολείου και μάθησης.

Συνολική Βαθμολογία στη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής

Η μέση συνολική βαθμολογία της ΣΥΠΖ ήταν 99.6, η τυπική απόκλιση ήταν 15.17, η διάμεσος ήταν 101, η ελάχιστη τιμή ήταν 52 και η μέγιστη τιμή ήταν 135 (Γράφημα 6).



Γράφημα 6. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής.

Σωματικά Παράπονα

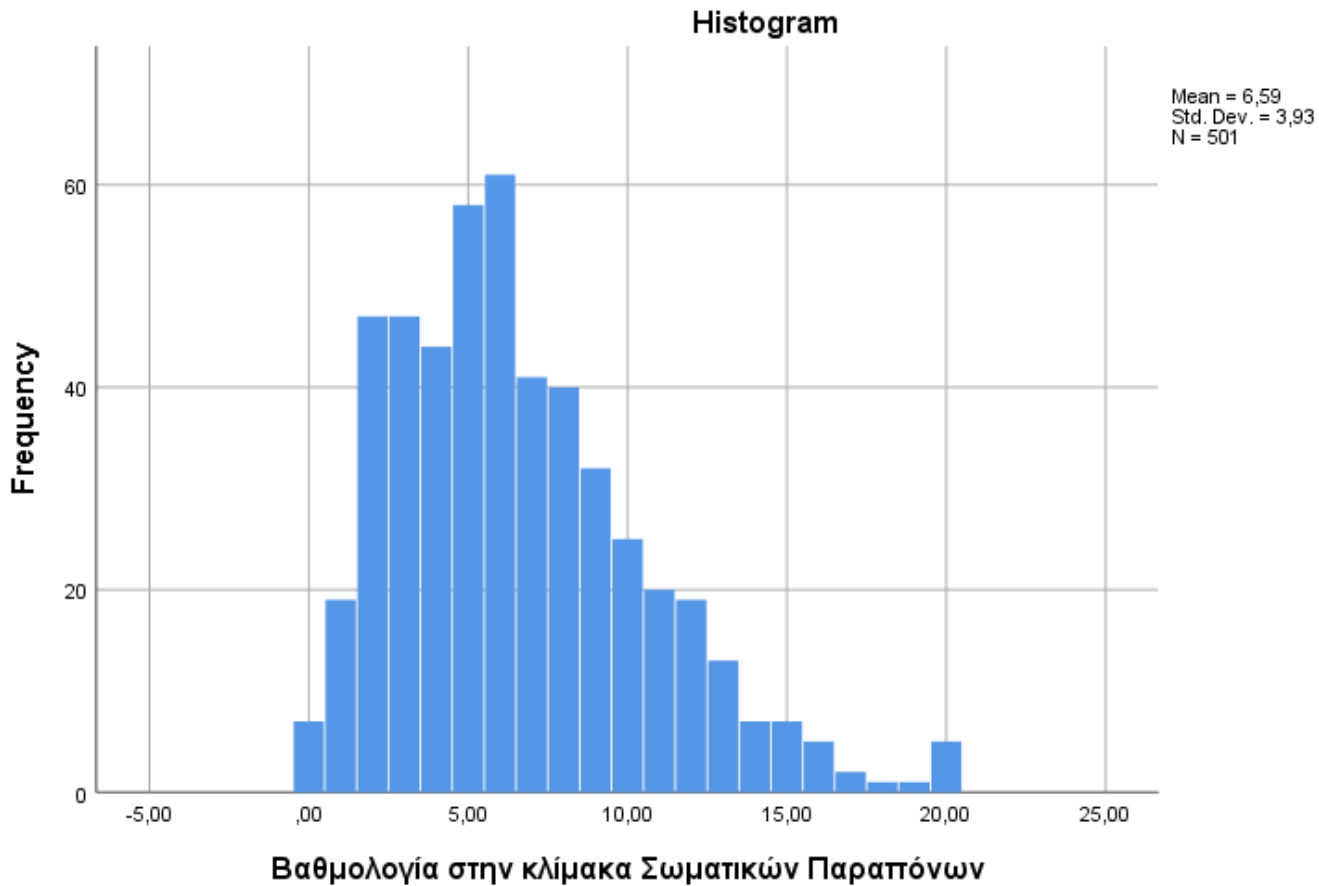
Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι απαντήσεις των μαθητών αναφορικά με την κλίμακα Σωματικών Παραπόνων που αξιολογεί τη συχνότητα με την οποία οι έφηβοι βιώνουν και νιώθουν πόνο:

Πίνακας 21: Οι απαντήσεις των μαθητών στην κλίμακα Σωματικών Παραπόνων.

	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά
Αισθάνομαι ζαλισμένος/η.	247 (49.3)	209 (41.7)	45 (9.0)
Αισθάνομαι κουρασμένος/η.	34 (6.8)	283 (56.5)	184 (36.7)
Έχω στομαχόπονο.	249 (49.7)	209 (41.7)	43 (8.6)
Αισθάνομαι υγιής και καλά.	16 (3.2)	145 (28.9)	340 (67.9)
Αισθάνομαι πόνο στα χέρια και στα πόδια.	231 (46.1)	210 (41.9)	60 (12.0)
Αισθάνομαι το σώμα μου αδύναμο.	226 (45.1)	222 (44.3)	53 (10.6)
Αισθάνομαι καλά (στην υγεία.)	15 (3.0)	116 (23.2)	15 (3.0)
Έχω πονοκέφαλο.	144 (28.7)	282 (56.3)	75 (15.0)
	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά
Αισθάνομαι άρρωστος/η.	280 (55.9)	200 (39.9)	21 (4.2)
Αισθάνομαι να τρέμω ή να έχω ρίγος	312 (62.3)	156 (31.1)	33 (6.6)
Αισθάνομαι αναγούλα	347 (69.3)	128 (25.5)	26 (5.2)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα Σωματικών Παραπόνων ήταν 6.6, η τυπική απόκλιση ήταν 3.9, η διάμεσος ήταν 6.0, η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 20 (Γράφημα 7).



Γράφημα 7. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στην κλίμακα Σωματικών Παραπόνων.

Άγχος

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι απαντήσεις των μαθητών αναφορικά με τις έξι (6) διαστάσεις της κλίμακας “Hellenic Spence Children’s Anxiety Scale”. που αξιολογεί το Άγχος:

- Διαταραχή πανικού και αγοραφοβία**
- Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή**
- Άγχος αποχωρισμού**
- Άγχος φυσικών τραυματισμών**
- Κοινωνική φοβία**
- Ψυχαναγκαστική συμπεριφορά**

Διαταραχή Πανικού και Αγοραφοβία

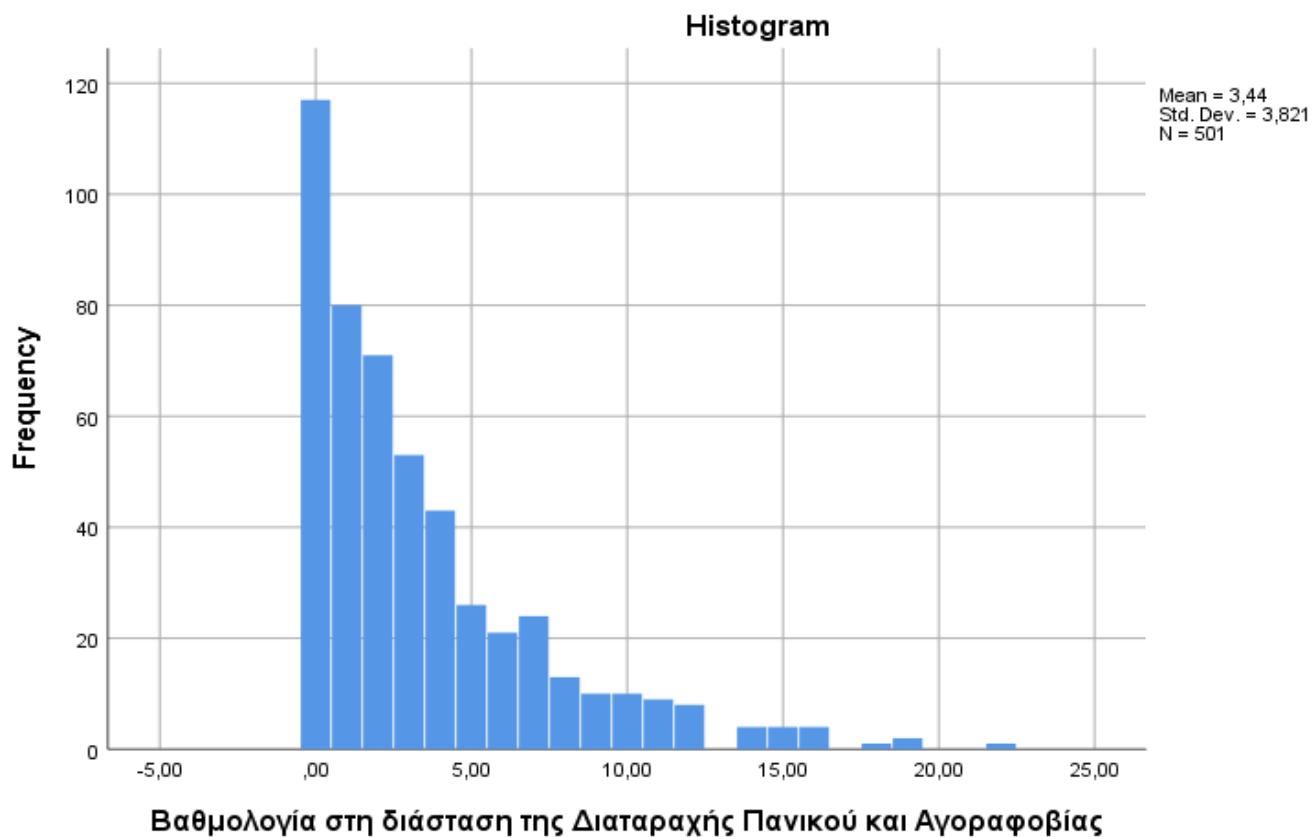
Στον Πίνακα 22 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη διάσταση της *διαταραχής πανικού και αγοραφοβίας*.

Πίνακας 22: Οι απαντήσεις των μαθητών αναφορικά με τη διάσταση της διαταραχής πανικού και αγοραφοβίας.

	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
Ξαφνικά. χωρίς κανένα λόγο. νιώθω ότι δεν μπορώ να αναπνεύσω.	369 (73.7)	83 (16.6)	33 (6.6)	16 (3.2)
Δυσκολεύομαι να φύγω από το σπίτι για το σχολείο επειδή αγχώνομαι ή φοβάμαι.	438 (87.4)	43 (8.6)	12 (2.4)	8 (1.6)
Ξαφνικά αρχίζω να τρέμω χωρίς να υπάρχει λόγος.	320 (63.9)	103 (20.6)	57 (11.4)	21 (4.2)
Φοβάμαι όταν βρίσκομαι ανάμεσα σε πολύ κόσμο (όπως λαϊκή αγορά. σινεμά. στα λεωφορεία. σε παιδότοπους με πολύ κόσμο).	348 (69.5)	111 (22.2)	33 (6.6)	9 (1.8)
Ξαφνικά και χωρίς να υπάρχει λόγος. νιώθω πολύ φοβισμένος.	339 (67.7)	131 (26.1)	23 (4.6)	8 (1.6)
Ξαφνικά. νιώθω να ζαλίζομαι ή να λιποθυμώ. χωρίς να υπάρχει λόγος γι' αυτό.	345 (68.9)	107 (21.4)	37 (7.4)	12 (2.4)
Ξαφνικά. χωρίς κανένα λόγο η καρδιά μου αρχίζει να χτυπά πολύ δυνατά.	293 (58.5)	141 (28.1)	47 (9.4)	20 (4.0)
Ανησυχώ ότι ξαφνικά θα φοβηθώ. ενώ δεν υπάρχει τίποτα κακό.	311 (62.1)	148 (29.5)	32 (6.4)	10 (2.0)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση της *διαταραχής πανικού και αγοραφοβίας* ήταν 3.4, η τυπική απόκλιση ήταν 3.8, η διάμεσος ήταν 2.0, η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 22 (Γράφημα 8).



Γράφημα 8. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στη διάσταση της *διαταραχής πανικού και αγοραφοβίας*.

Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

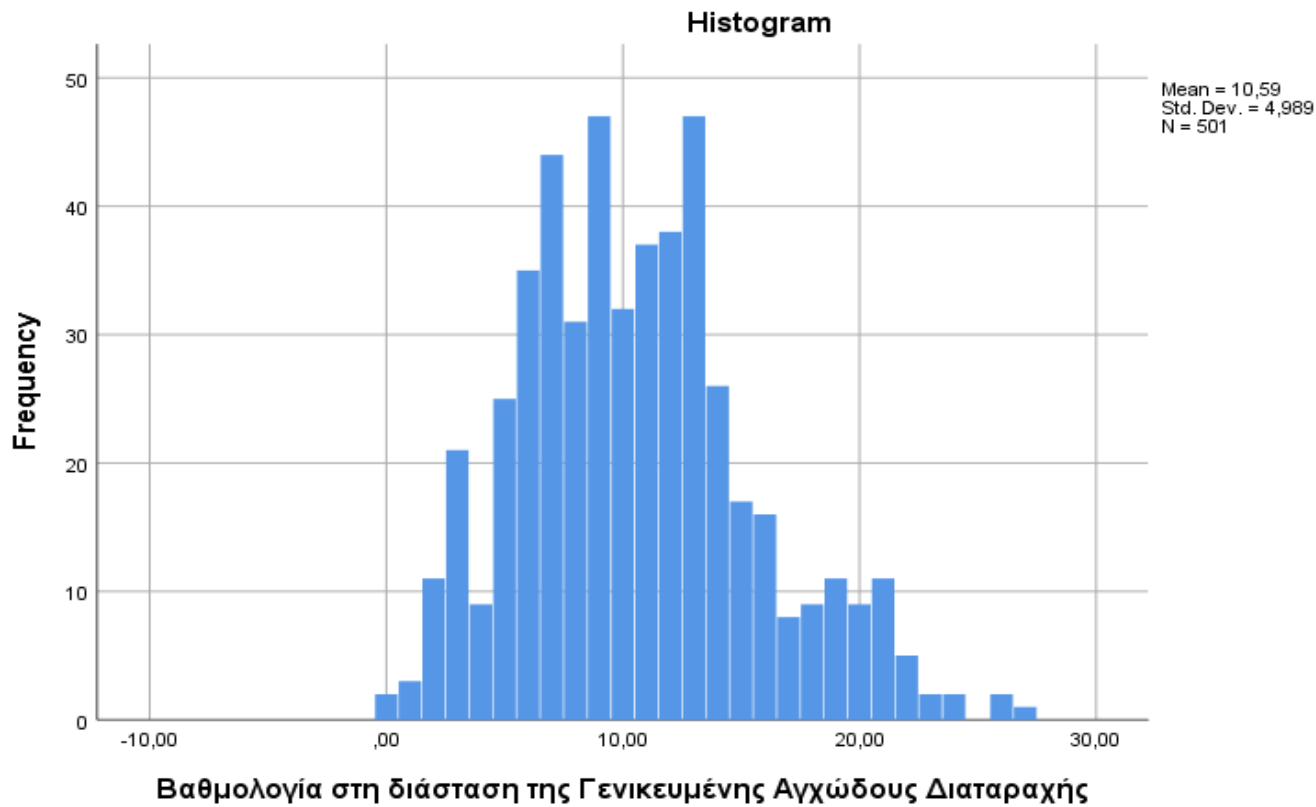
Στον Πίνακα 23 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη διάσταση της *γενικευμένης αγχώδους διαταραχής*.

Πίνακας 23: Οι απαντήσεις των μαθητών αναφορικά με τη διάσταση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.

	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
Με ανησυχούν πολλά και διάφορα πράγματα.	29 (5.8)	181 (36.1)	210 (41.9)	81 (16.2)
Όταν έχω ένα πρόβλημα. νιώθω κάτι στο στομάχι μου.	151 (30.1)	176 (35.1)	103 (20.6)	71 (14.2)
Νιώθω φόβο.	120 (24.0)	280 (55.9)	79(15.8)	22 (4.4)
Ανησυχώ ότι κάτι πολύ κακό θα συμβεί σε κάποιον στην οικογένεια μου.	183 (36.5)	180 (35.9)	95 (19.0)	43 (8.6)
Έχω κάποιες κακιές ή ανόητες σκέψεις που δεν μπορώ να τις ξεκολλήσω από το μυαλό μου.	71 (14.2)	232 (46.3)	118 (23.6)	80 (16.0)
Όταν έχω ένα πρόβλημα. η καρδιά μου χτυπά πολύ δυνατά.	98 (19.6)	189 (37.7)	133 (26.5)	81 (16.2)
Ανησυχώ ότι κάτι κακό θα μου συμβεί	189 (37.7)	234 (46.7)	58 (11.6)	20 (4.0)
Όταν έχω ένα πρόβλημα. αισθάνομαι σαν χαμένος.	206 (41.1)	200 (39.9)	67 (13.4)	28 (5.6)
Κάποιες άσχημες ή ανόητες σκέψεις ή εικόνες που έχω στο μυαλό μου. με ενοχλούν	94 (18.8)	228 (45.5)	133 (26.5)	46 (9.2)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής ήταν 10.6, η τυπική απόκλιση ήταν 4.9, η διάμεσος ήταν 10.0, η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 27 (Γράφημα 9).



Γράφημα 9. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στη διάσταση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.

Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού

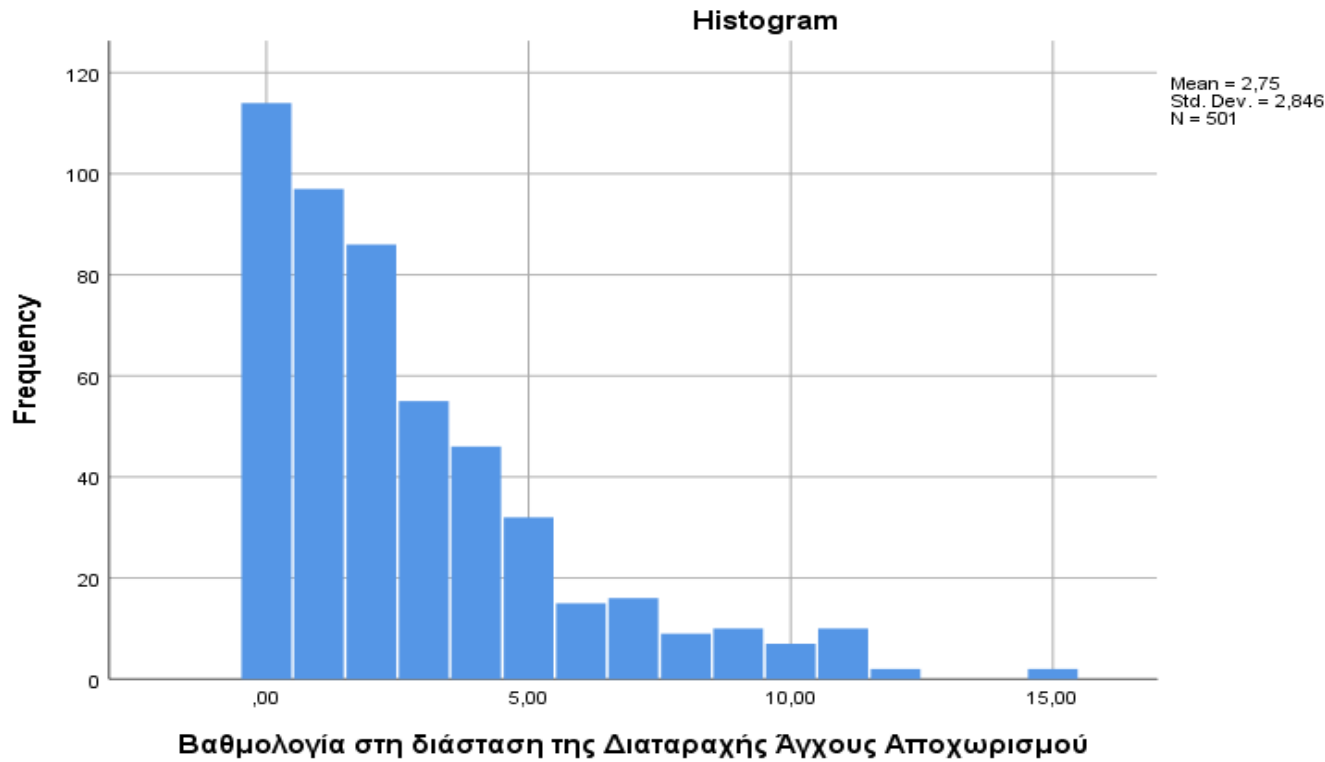
Στον Πίνακα 24 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην μελέτη αναφορικά με τη διάσταση της *διαταραχής άγχους αποχωρισμού*.

Πίνακας 24: Οι απαντήσεις των μαθητών αναφορικά με τη διάσταση της διαταραχής άγχους αποχωρισμού.

	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
Φοβάμαι το σκοτάδι.	224 (44.7)	172 (34.3)	47 (9.4)	58 (11.6)
Θα φοβόμουν να μείνω μόνος μου στο σπίτι.	323 (64.5)	116 (23.2)	41 (8.2)	21 (14.2)
Ανησυχώ όταν πρόκειται να μην είμαι με τους γονείς μου.	297 (59.3)	152 (30.1)	37 (7.4)	16 (3.2)
	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
Φοβάμαι όταν πρέπει να κοιμηθώ μόνος μου. χωρίς άλλον στο δωμάτιο.	390 (77.8)	69 (13.8)	24 (4.8)	18 (3.6)
Θα φοβόμουν αν έπρεπε να μείνω σε άλλο σπίτι όλη την νύχτα.	349 (69.7)	92 (18.4)	41 (8.2)	19 (3.8)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση της διαταραχής άγχους αποχωρισμού ήταν 2.8, η τυπική απόκλιση ήταν 2.8, η διάμεσος ήταν 10.0, η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 15 (Γράφημα 10).



Γράφημα 10. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στη διάσταση της *διαταραχής άγχους αποχωρισμού*.

Φόβος Φυσικών Τραυματισμών

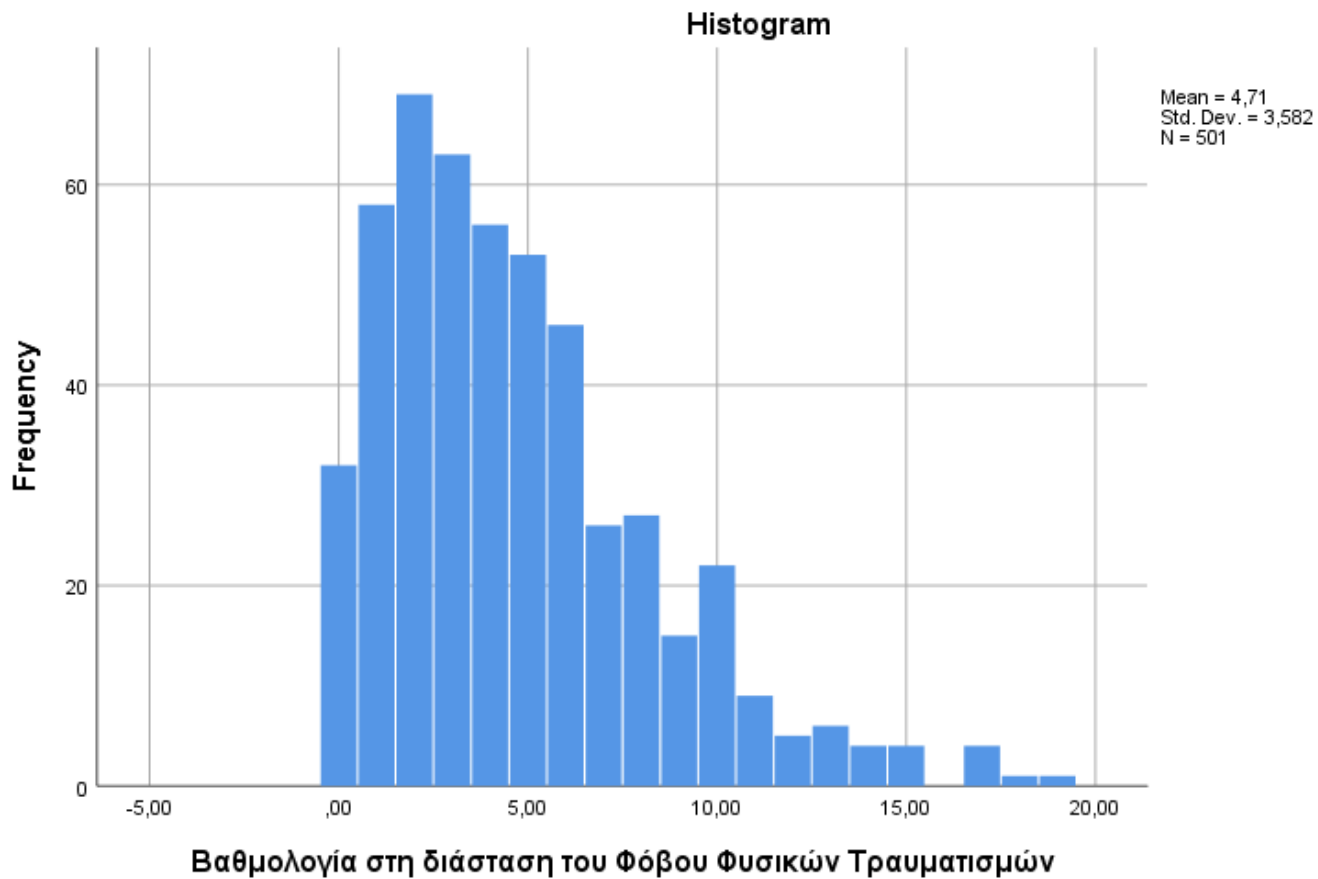
Στον Πίνακα 25 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη διάσταση *του φόβου φυσικών τραυματισμών*.

Πίνακας 25: Οι απαντήσεις των μαθητών αναφορικά με τη διάσταση του φόβου φυσικών τραυματισμών.

	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
Φοβάμαι τα σκυλιά.	275 (54.9)	154 (30.7)	32 (6.4)	40 (8.0)
Φοβάμαι να πάω στο γιατρό ή στον οδοντίατρο.	345 (68.9)	91 (18.2)	30 (6.0)	35 (7.0)
Φοβάμαι όταν βρίσκομαι κάπου ψηλά.	173 (34.5)	194 (38.7)	66 (13.2)	68 (13.6)
Φοβάμαι όταν πρέπει ταξιδέψω με αυτοκίνητο, λεωφορείο ή τρένο.	422 (84.2)	63 (12.6)	11 (2.2)	5 (1.0)
Φοβάμαι τα έντομα ή τις αράχνες.	194 (38.7)	151 (30.1)	58 (11.6)	98 (19.6)
Φοβάμαι όταν βρίσκομαι σε μικρά κλειστά μέρη. όπως μικρά δωμάτια, μικρές αποθήκες.	304 (60.7)	114 (22.8)	51 (10.2)	32 (6.4)
Φοβάμαι τα ανασσέρ.	340 (67.9)	94 (18.8)	31 (6.2)	36 (7.2)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση του φόβου φυσικών τραυματισμών ήταν 2.8, η τυπική απόκλιση ήταν 2.8, η διάμεσος ήταν 10.0, η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 15 (Γράφημα 11).



Γράφημα 11. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στη διάσταση του φόβου φυσικών τραυματισμών.

Κοινωνική Φοβία

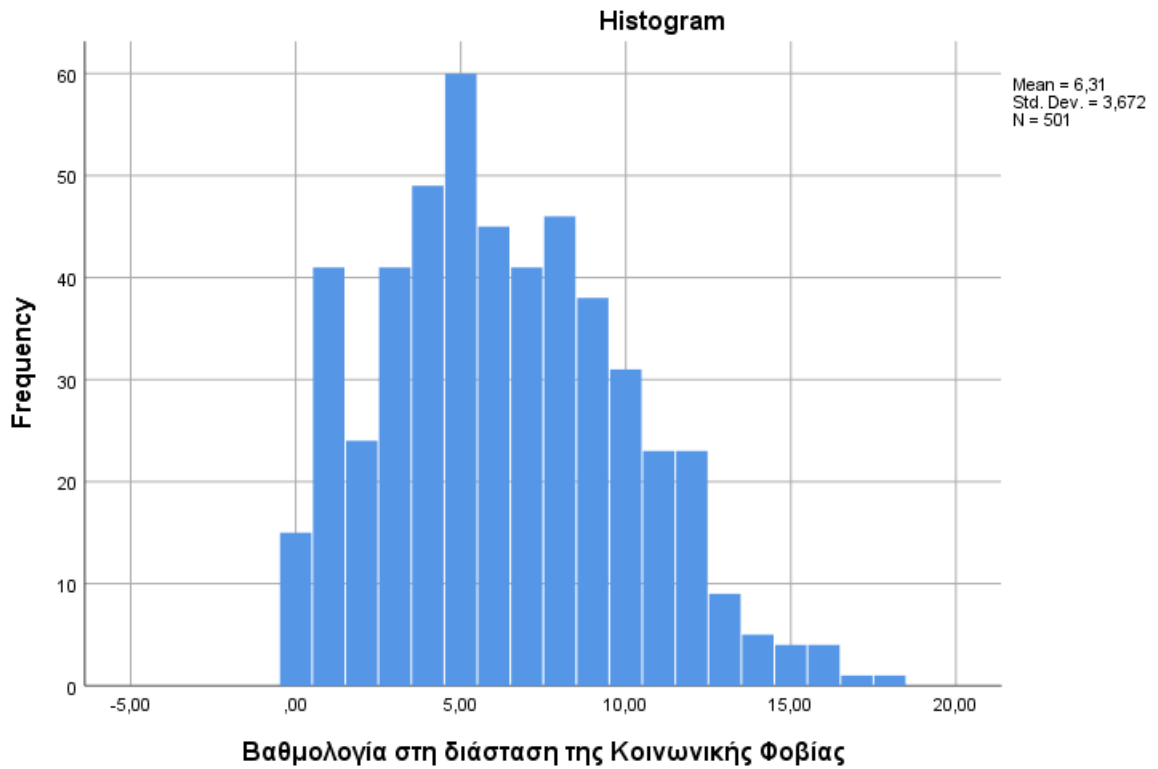
Στον Πίνακα 26 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη διάσταση της κοινωνικής φοβίας.

Πίνακας 26: Οι απαντήσεις των μαθητών αναφορικά με τη διάσταση της κοινωνικής φοβίας.

	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
Φοβάμαι όταν πρόκειται να γράψω ένα διαγώνισμα.	139 (27.7)	215 (42.9)	86 (17.2)	61 (12.2)
Φοβάμαι όταν πρέπει να χρησιμοποιήσω δημόσιες τουαλέτες (στο σχολείο, στο εστιατόριο)	283 (56.5)	132 (26.3)	55 (11.0)	31 (6.2)
Φοβάμαι μήπως «γίνω ρεζίλι» μπροστά σε κόσμο.	127 (25.3)	173 (34.5)	116 (23.2)	85 (17.0)
	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
Ανησυχώ ότι θα τα πάω άσχημα στο σχολείο μου.	124 (24.8)	219 (43.7)	128 (25.5)	30 (6.0)
Ανησυχώ. τί σκέφτονται οι άλλοι για μένα.	108 (21.6)	214 (42.7)	124 (24.8)	55 (11.0)
Φοβάμαι όταν πρέπει να μιλήσω μπροστά στην τάξη μου.	234 (46.7)	163 (32.5)	74 (14.4)	32 (6.4)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση της κοινωνικής φοβίας ήταν 6.3, η τυπική απόκλιση ήταν 3.7, η διάμεσος ήταν 6.0, η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 18 (Γράφημα 12).



Γράφημα 12. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στη διάσταση της κοινωνικής φοβίας.

Διαταραχή Καταναγκαστικής Συμπεριφοράς

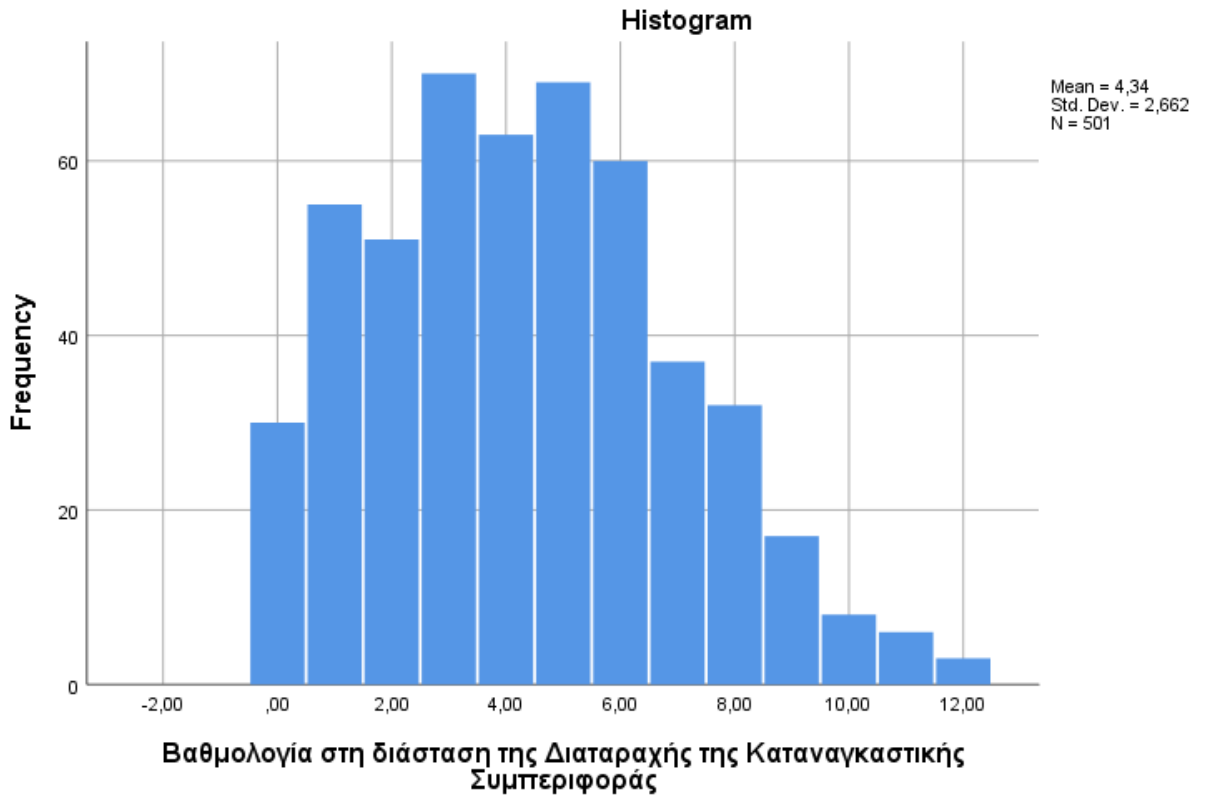
Στον Πίνακα 27 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη διάσταση της διαταραχής της καταναγκαστικής συμπεριφοράς.

Πίνακας 27: Οι απαντήσεις των μαθητών αναφορικά με τη διάσταση της διαταραχής της καταναγκαστικής συμπεριφοράς.

	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
Όταν έχω τελειώσει μια δουλεία πρέπει να ελέγχω ξανά και ξανά ότι την έκανα καλά.	87 (17.4)	210 (41.9)	103 (20.6)	101 (20.2)
Πρέπει να λέω μέσα μου κάποια συγκεκριμένη ευχή ή φράση για να μην συμβούν άσχημα πράγματα.	263 (52.5)	138 (27.5)	69 (13.8)	31 (6.2)
Πρέπει να κάνω κάποια ίδια πράγματα ξανά και ξανά (όπως το να πλένω και να ξαναπλένω τα χέρια μου ή να τακτοποιώ και να ξανατακτοποιώ τα ίδια πράγματα με συγκεκριμένο τρόπο).	163 (32.5)	182 (36.1)	104 (20.8)	53 (10.6)
	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
Πρέπει να κάνω κάποιες πράξεις με συγκεκριμένο τρόπο. σωστή σειρά για να μην συμβούν άσχημα πράγματα.	165 (32.9)	182 (36.3)	106 (21.2)	48 (9.6)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

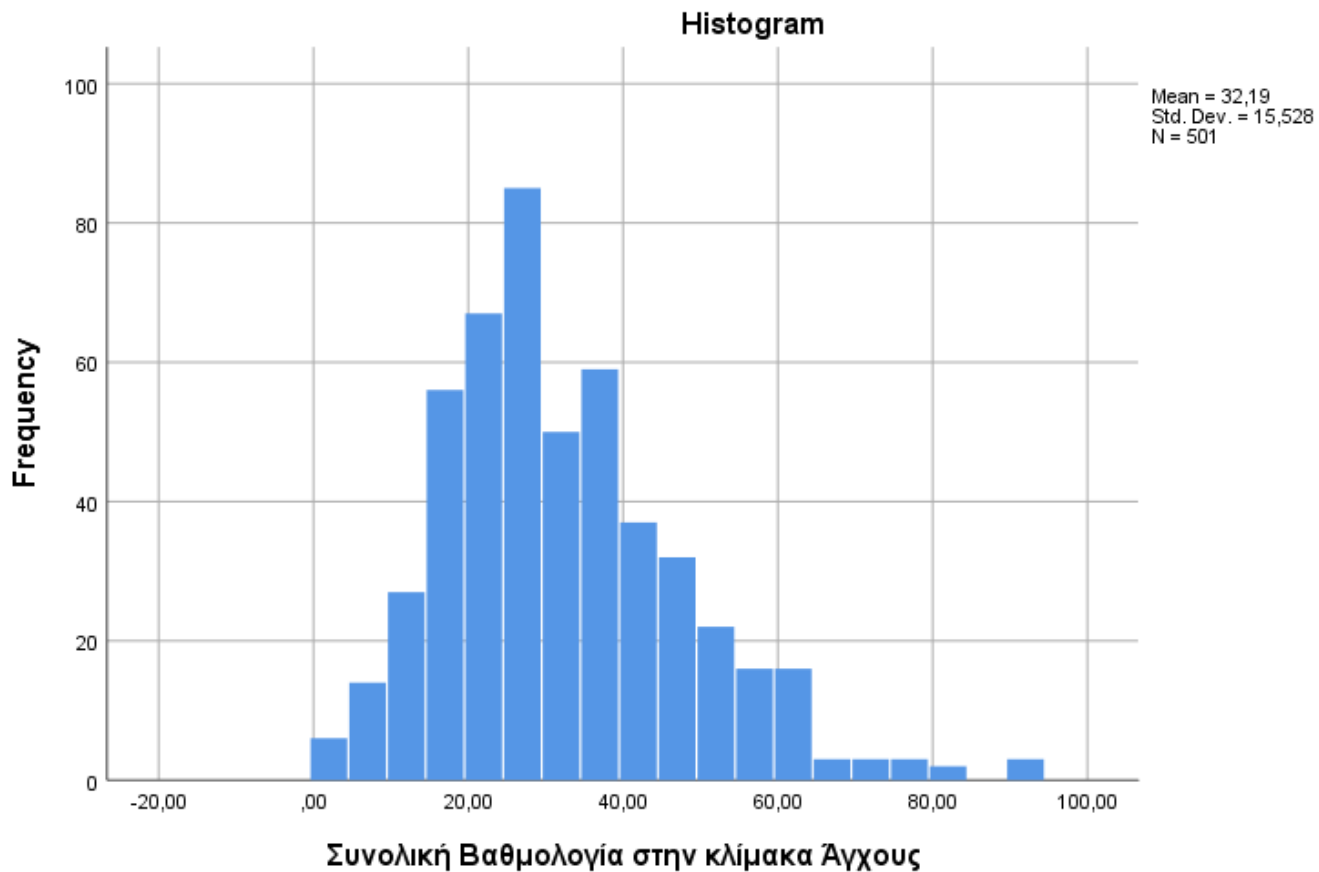
Η μέση βαθμολογία στη διάσταση της διαταραχής της καταναγκαστικής συμπεριφοράς ήταν 6.3, η τυπική απόκλιση ήταν 3.7, η διάμεσος ήταν 6.0, η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 18 (Γράφημα 13).



Γράφημα 13. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας στη διάσταση της διαταραχής της καταναγκαστικής συμπεριφοράς.

Συνολική Βαθμολογία στην Κλίμακα Άγχους

Η μέση συνολική βαθμολογία της κλίμακας Άγχους ήταν 32.15, η τυπική απόκλιση ήταν 15.53, η διάμεσος ήταν 29, η ελάχιστη τιμή ήταν 2 και η μέγιστη τιμή ήταν 94 (Γράφημα 14).



Γράφημα 14. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας Άγχους.

Συναισθηματική Νοημοσύνη

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι απαντήσεις των μαθητών στην κλίμακα TEIQue-ASF που αξιολογεί τις αυτοαντιλήψεις των εφήβων αναφορικά με τις ικανότητες των συναισθημάτων τους:

Πίνακας 28: Οι απαντήσεις των μαθητών στην κλίμακα TEIQue-ASF.

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Διαφωνώ λίγο	Ούτε συμφωνώ/ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ αρκετά	Συμφ απόλ
Μου είναι εύκολο να μιλάω για τα συναισθήματα μου σε άλλους ανθρώπους.	31 (6.2)	48 (9.6)	63 (12.6)	97 (19.4)	103 (20.6)	118 (23.6)	41 (8.3)
Συχνά δυσκολεύομαι να δω τα πράγματα από την μεριά του άλλου.	11 (2.2)	36 (7.2)	76 (15.2)	88 (17.6)	95 (19.0)	129 (25.7)	66 (13.1)
Είμαι άνθρωπος με κίνητρα.	12 (2.4)	11 (2.2)	24 (4.8)	90 (18.0)	84 (16.8)	160 (31.9)	120 (23.9)
Δυσκολεύομαι να ελέγξω τα συναισθήματα μου.	40 (8.0)	64 (12.8)	69 (13.8)	97 (19.4)	77 (15.4)	89 (17.8)	65 (13.0)
Η ζωή μου δεν είναι ευχάριστη.	17 (3.4)	33 (6.6)	29 (5.8)	58 (11.6)	40 (8.0)	107 (21.4)	217 (43.4)
Είμαι κοινωνικός με τους συμμαθητές μου.	6 (1.2)	13 (2.6)	20 (4.0)	37 (7.4)	80 (16.0)	184 (36.7)	161 (32.1)
Αλλάζω συχνά γνώμη.	49 (9.8)	67 (13.4)	91 (18.2)	119 (23.8)	47 (9.4)	83 (16.6)	45 (9.0)
Δυσκολεύομαι να καταλάβω τι ακριβώς νιώθω.	32 (6.4)	70 (14.0)	84 (16.8)	81 (16.2)	68 (13.6)	89 (17.8)	77 (15.4)

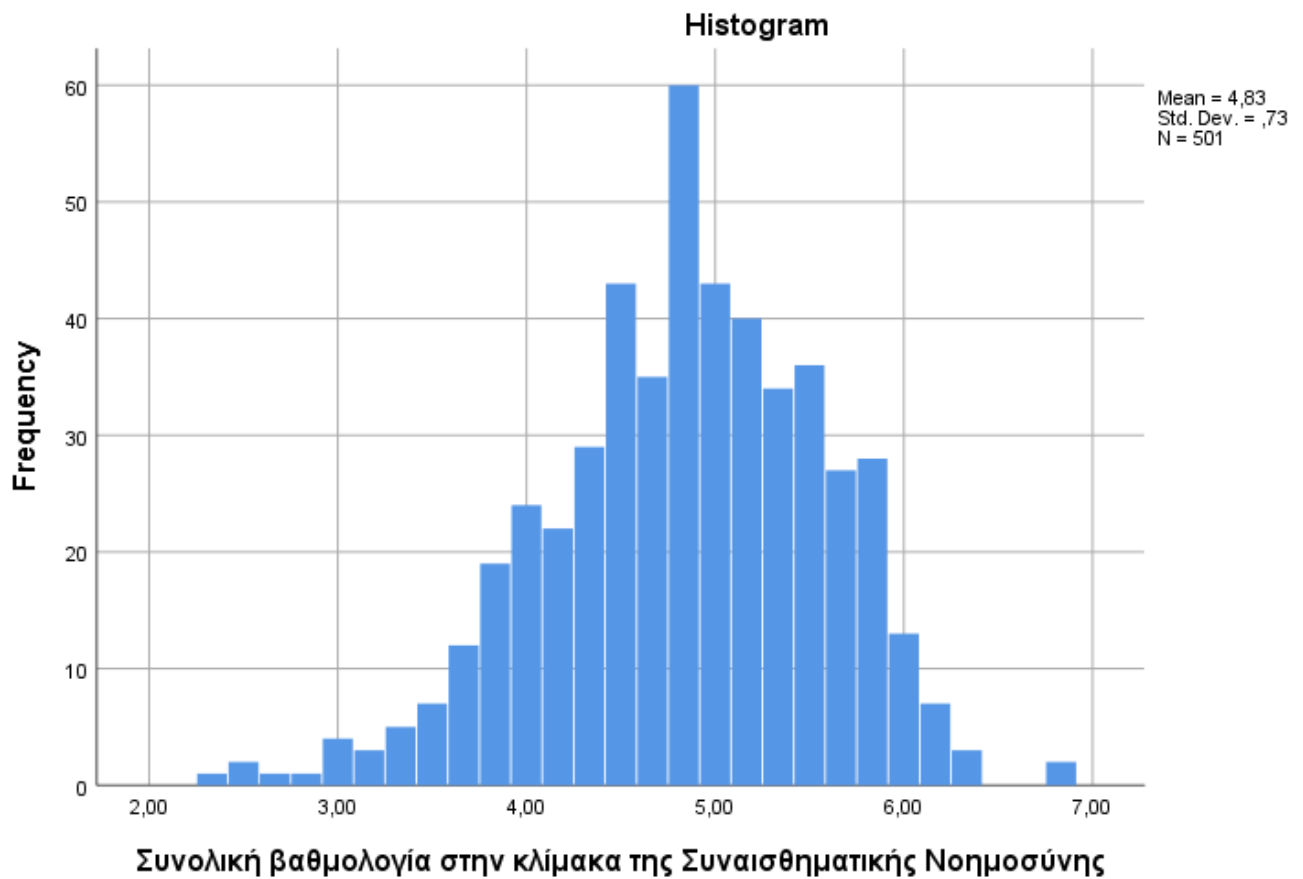
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Διαφωνώ λίγο	Ούτε συμφωνώ/ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ αρκετά	Συμφ απόλ
Αισθάνομαι καλά με την εμφάνιση μου.	25 (5.0)	34 (6.8)	41 (8.2)	63 (12.6)	68 (13.6)	156 (31.1)	114 (2)
Δυσκολεύομαι να υπερασπιστώ τα δικαιώματά μου.	10 (2.0)	28 (5.6)	46 (9.2)	50 (10.0)	56 (11.2)	124 (24.8)	187 (3)
Μπορώ να κάνω τους ανθρώπους να νιώθουν καλύτερα όταν θέλω.	8 (1.6)	5 (1.0)	5 (1.0)	49 (9.8)	75 (15.0)	185 (36.9)	174 (3)
Κάποιες φορές νιώθω ότι η ζωή μου θα είναι δυσάρεστη.	30 (6.0)	64 (12.8)	109 (21.8)	92 (18.4)	46 (9.2)	84 (16.8)	76 (15)
Μερικοί παραπνοιούνται κάποιες φορές ότι τους μεταχειρίζομαι άσχημα.	13 (2.6)	19 (3.8)	47 (9.4)	57 (11.4)	51 (10.2)	104 (20.8)	210 (4)
Δυσκολεύομαι να τα καταφέρω όταν αλλάζουν τα πράγματα στη ζωή μου.	11 (2.2)	43 (8.6)	83 (16.6)	86 (17.2)	84 (16.8)	116 (23.2)	78 (15)
Μπορώ να αντιμετωπίσω το άγχος.	63 (12.6)	64 (12.8)	58 (11.6)	84 (16.8)	85 (17.0)	75 (15.0)	72 (14)
Δεν ξέρω πως να δείξω στους κοντινούς μου ανθρώπους ότι τους νοιάζομαι.	23 (4.6)	41 (8.2)	68 (13.6)	51 (10.2)	70 (14.0)	123 (24.6)	125 (2)
	Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ	Ούτε	Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφ

	απόλυτα	αρκετά	λίγο	συμφωνώ/ Ούτε διαφωνώ	λίγο	αρκετά	απόλυτα
Μπορώ να μπω στη θέση του άλλου και να καταλάβω πως νιώθει.	6 (1.2)	21 (4.2)	31 (6.2)	67 (13.4)	99 (19.8)	170 (33.9)	107 (21.4)
Δυσκολεύομαι να βρίσκω κίνητρα.	13 (2.6)	27 (5.4)	61 (12.2)	100 (20.0)	87 (17.4)	110 (22.0)	103 (20.6)
Μπορώ να ελέγξω το θυμό μου όταν θέλω.	40 (8.0)	54 (10.8)	54 (10.8)	74 (14.8)	92 (18.4)	100 (20.0)	87 (17.4)
Είμαι ευτυχισμένος με τη ζωή μου.	10 (2.0)	19 (3.8)	22 (4.4)	56 (11.2)	56 (11.2)	193 (38.5)	145 (29.0)
Θα περιέγραφα τον εαυτό μου ως καλό μεσολαβητή.	8 (1.6)	12 (2.4)	29 (5.8)	141 (28.1)	132 (26.3)	138 (27.5)	41 (8.2)
Κάποιες φορές μπλέκομαι σε καταστάσεις που θα προτιμούσα να μην είχα εμπλακεί.	90 (18.0)	86 (17.2)	108 (21.6)	87 (17.4)	34 (6.8)	58 (11.6)	38 (7.6)
Δίνω μεγάλη προσοχή στα συναισθήματά μου.	10 (2.0)	28 (5.6)	54 (10.8)	89 (17.8)	93 (18.6)	148 (29.5)	79 (15.8)

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Διαφωνώ λίγο	Ούτε συμφωνώ/ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ αρκετά	Συμφ απόλ
Αισθάνομαι καλά με τον εαυτό μου.	24 (4.8)	29 (5.8)	42 (8.4)	53 (10.6)	44 (8.8)	165 (32.9)	144 (2
Συνηθίζω να κάνω πίσω έστω και αν έχω δίκαιο.	27 (5.4)	62 (12.4)	68 (13.6)	74 (14.8)	58 (11.6)	108 (21.6)	104 (2
Δεν μπορώ να αλλάξω τον τρόπο που αισθάνονται οι άλλοι.	38 (7.6)	57 (11.4)	65 (13.0)	133 (26.5)	92 (18.4)	81 (16.2)	35 (7.
Πιστεύω ότι τα πράγματα θα εξελιχθούν καλά στη ζωή μου.	10 (2.0)	11 (2.2)	33 (6.6)	106 (21.2)	80 (16.0)	172 (34.3)	89 (17
Κάποιες φορές εύχομαι να είχα καλύτερες σχέσεις με τους γονείς μου.	57 (11.4)	40 (8.0)	77 (15.4)	71 (14.2)	28 (5.6)	91 (18.2)	137 (2
Προσαρμόζομαι εύκολα σε καινούριες συνθήκες.	17 (3.4)	28 (5.6)	58 (11.6)	75 (15.0)	104 (20.8)	149 (29.7)	70 (14
Προσπαθώ να ελέγχω τη σκέψη μου και να μην ανησυχώ πάρα πολύ για όσα συμβαίνουν γύρω μου.	25 (5.0)	49 (9.8)	63 (12.6)	105 (21.0)	125 (25.0)	92 (18.4)	42 (8.

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Η μέση συνολική βαθμολογία στην κλίμακα TEIQue-ASF ήταν 4.83, η τυπική απόκλιση ήταν 0.73, η διάμεσος ήταν 4.9, η ελάχιστη τιμή ήταν 2.3 και η μέγιστη τιμή ήταν 6.8 (Γράφημα 15).



Γράφημα 15. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας TEIQue-ASF.

Θυμός

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι απαντήσεις των μαθητών αναφορικά με τις τέσσερις (4) διαστάσεις της κλίμακας αξιολόγησης του θυμού:

- ✓ Θυμός ως γνώρισμα (Trait)
- ✓ Εξωτερίκευση θυμού
- ✓ Καταστολή θυμού
- ✓ Έλεγχος θυμού

Θυμός ως Γνώρισμα

Στον Πίνακα 29 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη διάσταση του *θυμού ως γνώρισμα*.

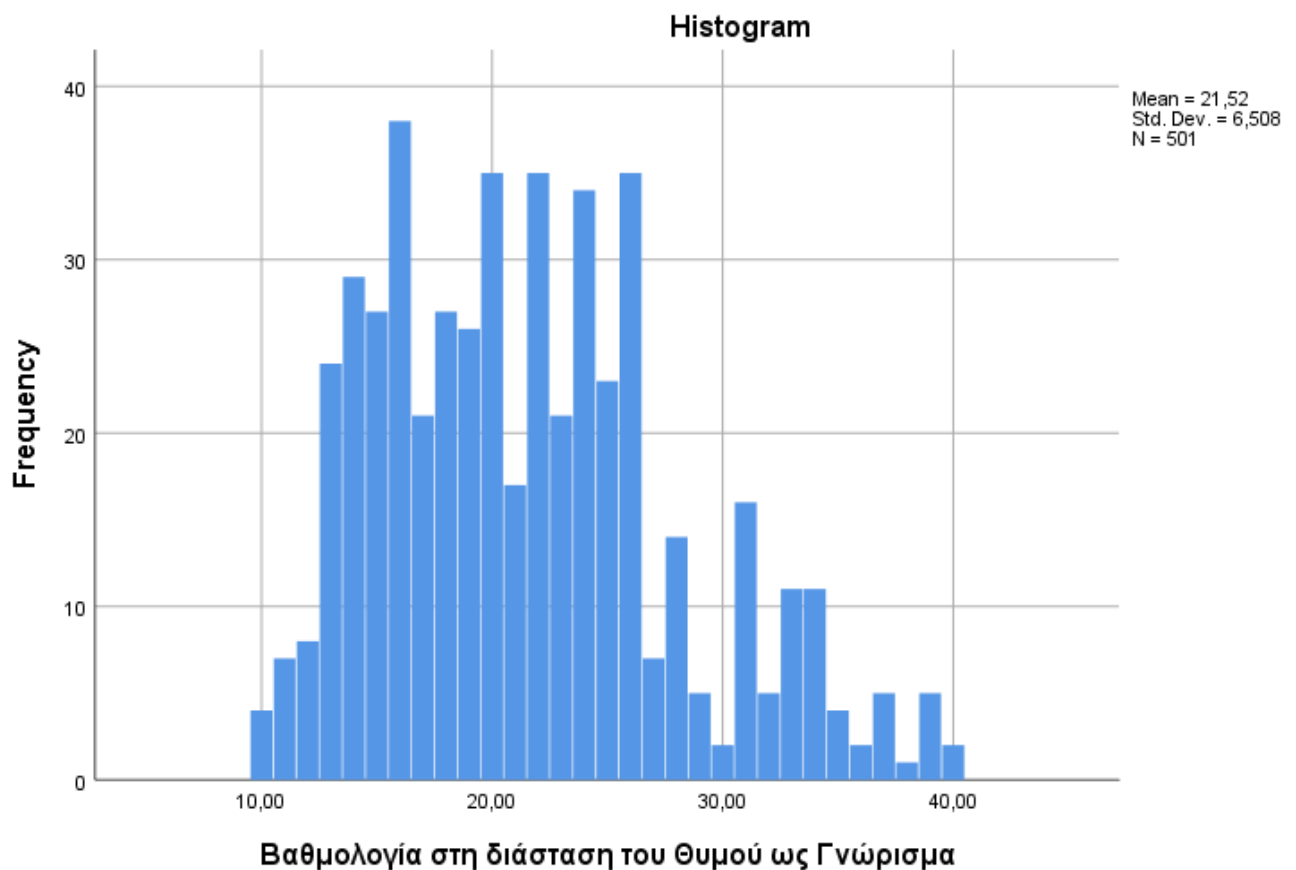
Πίνακας 29: Οι απαντήσεις των μαθητών αναφορικά με τη διάσταση του θυμού ως γνώρισμα.

	Σχεδόν ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
Νιώθω σαν να είμαι συνέχεια θυμωμένος/η.	189 (37.7)	204 (40.7)	79 (15.8)	29 (5.8)
Νιώθω σαν να θέλω να βάλω τις φωνές σε κάποιον.	160 (31.9)	199 (39.7)	108 (21.6)	34 (6.8)
Γίνομαι πολύ ανυπόμονος (η). αν πρέπει να περιμένω για κάτι.	59 (11.8)	127 (25.3)	163 (32.5)	151(30.1)
Χάνω εύκολα την αυτοκυριαρχία μου.	236 (47.1)	165 (32.9)	67 (13.4)	33 (6.6)
Νιώθω σαν να θέλω να σπάσω αντικείμενα (πράγματα).	214 (42.7)	146 (29.1)	80 (16.0)	61 (12.2)
Είμαι ευέξαπτος (η).	160 (31.9)	193 (38.5)	94 (18.8)	54 (10.8)
Συγχύζομαι όταν τα πράγματα δεν πάνε όπως τα θέλω.	80 (16.0)	199 (39.7)	138 (27.5)	84 (16.8)
Είμαι οξύθυμος (η).	174 (34.7)	161 (32.1)	106 (21.2)	60 (12.0)

	Σχεδόν ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
Θυμώνω πολύ. όταν δέχομαι κριτική από τους γονείς ή τους καθηγητές μου.	119 (23.8)	185 (36.9)	123 (24.6)	74 (14.8)
Οργίζομαι εύκολα.	182 (36.3)	167 (33.3)	88 (17.6)	64 (12.8)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση του *θυμού ως γνώρισμα* ήταν 21.5, η τυπική απόκλιση ήταν 6.5, η διάμεσος ήταν 21.0, η ελάχιστη τιμή ήταν 10 και η μέγιστη τιμή ήταν 40 (Γράφημα 16).



Γράφημα 16. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας της διάστασης του θυμού ως γνώρισμα.

Εξωτερίκευση Θυμού

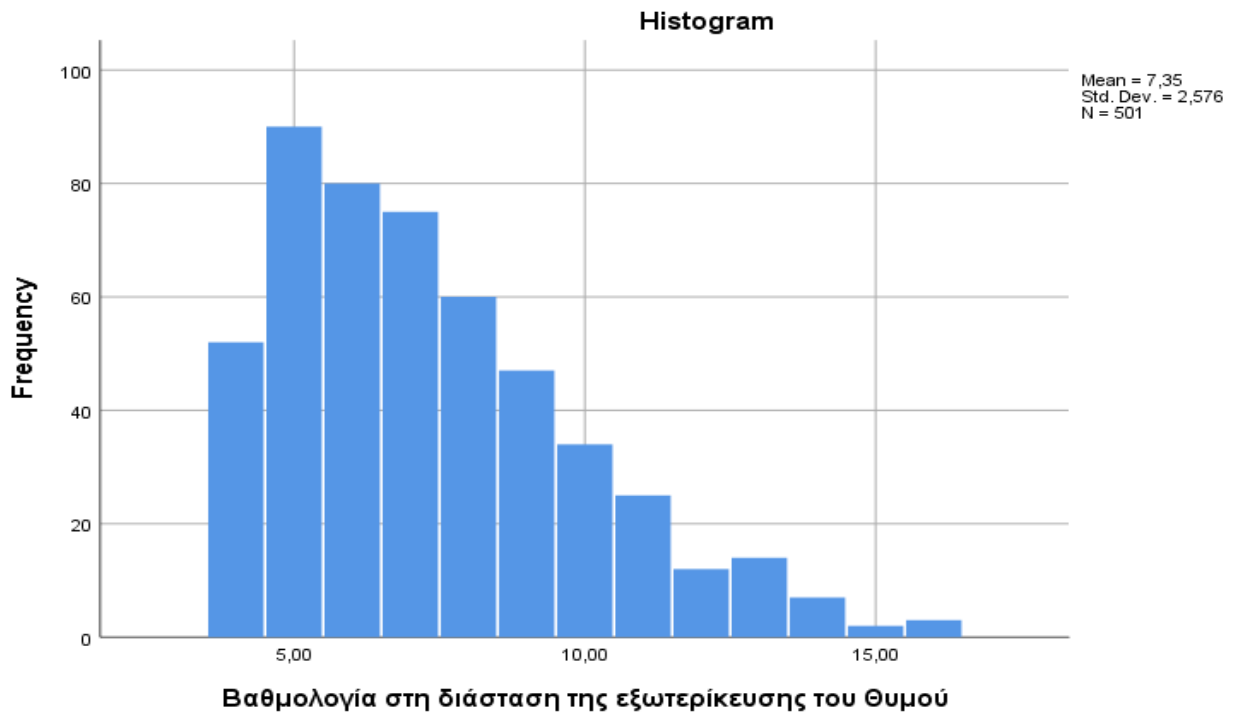
Στον Πίνακα 30 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη διάσταση της *εξωτερίκευσης θυμού*.

Πίνακας 30: Οι απαντήσεις των μαθητών αναφορικά με τη διάσταση της εξωτερίκευσης θυμού.

	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
Λογοφέρνω ή καυγαδίζω.	120 (24.0)	219 (43.7)	125 (25.0)	37 (7.4)
Χτυπώ αντικείμενα ανθρώπους.	ή 160 (31.9)	199 (39.7)	108 (21.6)	34 (6.8)
Βρίζω.	59 (11.8)	127 (25.3)	163 (32.5)	151(30.1)
Ξεσπώ την οργή μου σε όποιον βρω μπροστά μου.	236 (47.1)	165 (32.9)	67 (13.4)	33 (6.6)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση της *εξωτερίκευσης του θυμού* ήταν 7.4, η τυπική απόκλιση ήταν 2.6, η διάμεσος ήταν 7.0, η ελάχιστη τιμή ήταν 4 και η μέγιστη τιμή ήταν 16 (Γράφημα 17).



Γράφημα 17. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας της διάστασης της εξωτερίκευσης του θυμού.

Εσωτερίκευση Θυμού

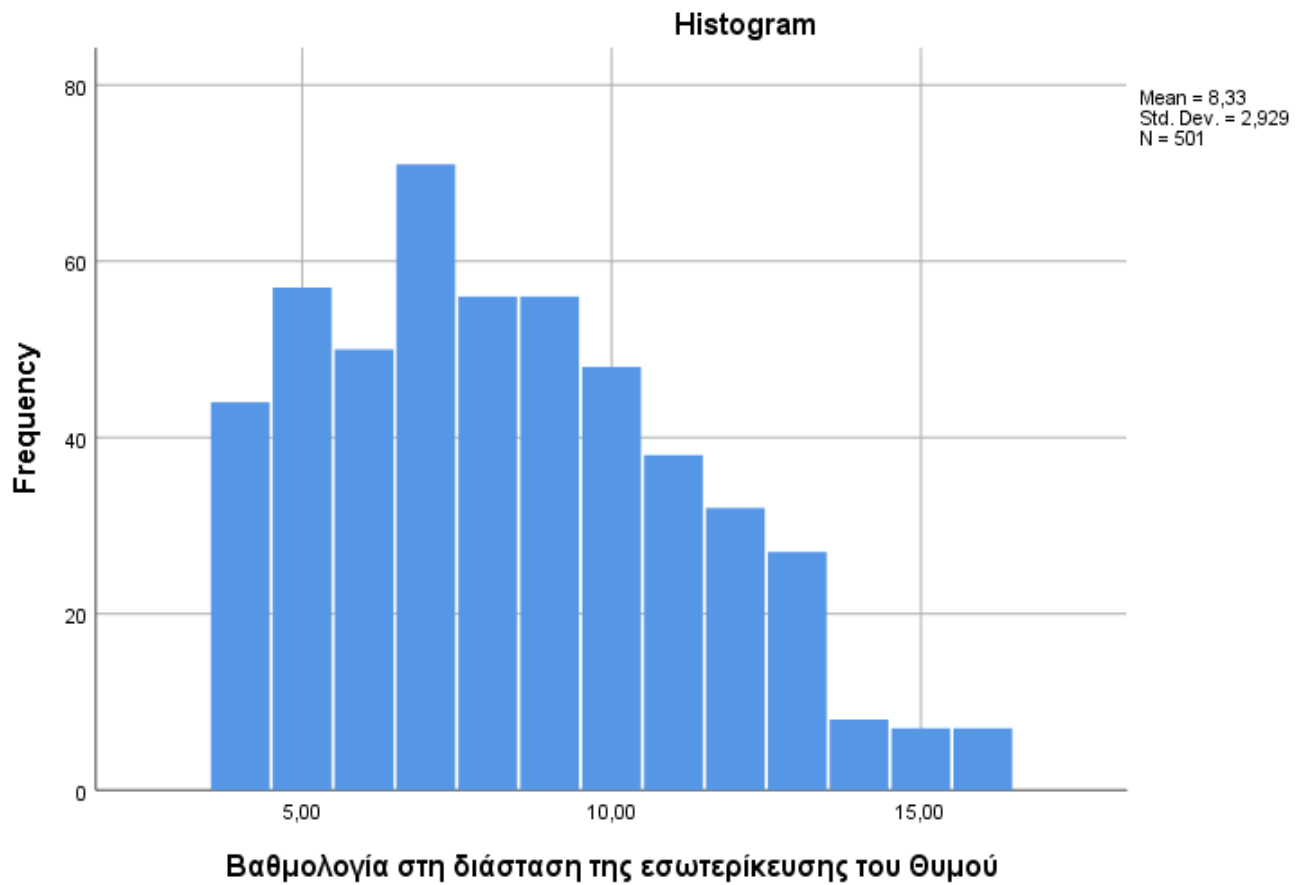
Στον Πίνακα 31 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη διάσταση της εσωτερίκευσης θυμού.

Πίνακας 31: Οι απαντήσεις των μαθητών αναφορικά με τη διάσταση της εσωτερίκευσης θυμού.

	Σχεδόν ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
Δεν το λέω σε κανέναν.	193 (38.5)	176 (35.1)	83 (16.6)	49 (9.8)
Το νιώθω μέσα μου αλλά δεν το δείχνω.	146 (29.1)	163 (32.5)	120 (24.0)	72 (14.4)
Παραμένω εξοργισμένος (η) αλλά το κρατάω κρυφό.	169 (33.7)	188 (37.5)	101 (20.2)	43 (8.6)
Κρατάω μέσα μου τον θυμό μου.	165 (32.9)	192 (38.3)	83 (16.6)	61 (12.2)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση της *εσωτερίκευσης του θυμού* ήταν 8.3, η τυπική απόκλιση ήταν 2.9, η διάμεσος ήταν 8.0, η ελάχιστη τιμή ήταν 4 και η μέγιστη τιμή ήταν 16 (Γράφημα 18).



Γράφημα 18. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας της διάστασης της εσωτερίκευσης του θυμού.

Έλεγχος Θυμού

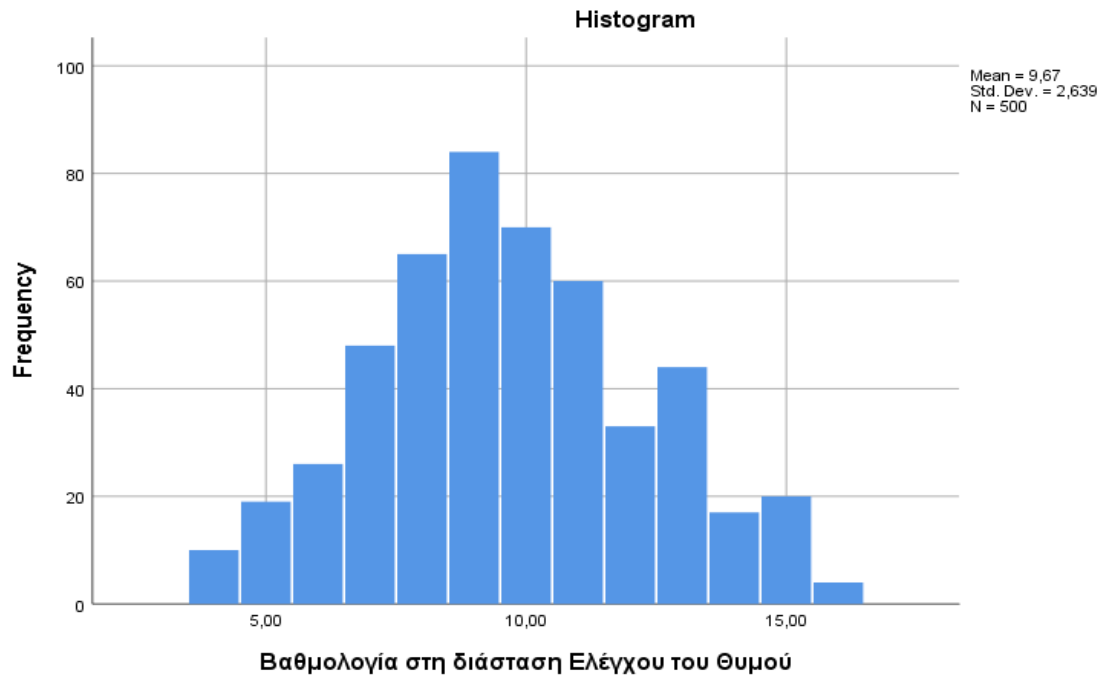
Στον Πίνακα 32 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη διάσταση του *ελέγχου του θυμού*.

Πίνακας 32: Οι απαντήσεις των μαθητών αναφορικά με τη διάσταση του ελέγχου του θυμού.

	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
Προσπαθώ να είμαι υπομονετικός (η).	87 (17.4)	135 (26.9)	166 (33.1)	113 (22.6)
Διατηρώ την ψυχραιμία μου.	88 (17.6)	170 (33.9)	148 (29.5)	95 (19.0)
Προσπαθώ να μείνω ήρεμος (η) και να διευθετήσω το πρόβλημα.	58 (11.6)	187 (37.3)	164 (32.7)	92 (18.4)
Διατηρώ μίαν ευπρεπή συμπεριφορά.	58 (11.6)	144 (28.7)	175 (34.9)	124 (24.8)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα N και σχετική συχνότητα (%).

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση *ελέγχου του θυμού* ήταν 9.5, η τυπική απόκλιση ήταν 2.6, η διάμεσος ήταν 9.0, η ελάχιστη τιμή ήταν 4 και η μέγιστη τιμή ήταν 16 (Γράφημα 19).



Γράφημα 19. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας της διάστασης ελέγχου του θυμού.

Συσχετίσεις

Συσχέτιση Συναισθηματικής Νοημοσύνης με την ΣΥΠΖ και τη Σωματική Υγεία

Στον Πίνακα 33 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις της βαθμολογίας της συναισθηματικής νοημοσύνης με την βαθμολογία της ΣΥΠΖ, των διαστάσεων της καθώς και με τη σωματική υγεία.

	Σωματικές δραστηριότητες & Υγεία	Γενική διάθεση & Συναισθήματα	Οικογένεια & Ελεύθερος χρόνος	Φίλοι	Σχολείο & Μάθηση	Ποιότητα ζωής	Σ π
Συναισθηματική νοημοσύνη	0.436**	0.603**	0.502**	0.387**	0.449**	0.650**	-0

Πίνακας 33: Διμεταβλητές συσχετίσεις της βαθμολογίας της συναισθηματικής νοημοσύνης με την βαθμολογία της ΣΥΠΖ, των διαστάσεων της καθώς και με τη σωματική υγεία.

** $p=0.01$

Όλες οι συσχετίσεις ανάμεσα στη συναισθηματική νοημοσύνη και τις διαστάσεις της ΣΥΠΖ είναι θετικά ισχυρές και στατιστικά σημαντικές. Επιπλέον, η συσχέτιση ανάμεσα στη συναισθηματική νοημοσύνη και στη βαθμολογία του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Σωματικών Παραπόνων είναι αρνητικά ισχυρή και στατιστικά σημαντική.

Συσχετίσεις Άγχους κ Αγχωδών Διαταραχών με την ΣΥΠΖ και τη Σωματική Υγεία

Στον Πίνακα 34 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις της βαθμολογίας του άγχους και των αγχωδών διαταραχών με την βαθμολογία της ΣΥΠΖ, των διαστάσεων της καθώς και με τη σωματική υγεία.

Πίνακας 34: Διμεταβλητές συσχετίσεις της βαθμολογίας του άγχους και των αγχωδών διαταραχών με την βαθμολογία της ΣΥΠΖ, των διαστάσεων της καθώς και με τη σωματική υγεία.

	Σωματικές δραστηριότητες & Υγεία	Γενική διάθεση & Συναισθήματα	Οικογέν. & Ελεύθερος χρόνος	Φίλοι	Σχολείο & Μάθηση	Ποιότητα ζωής	Σωματική παράπονα
Διαταραχή πανικού και Αγοραφοβία	-0.304**	-0.362**	-0.279**	-0.169**	-0.185**	-0.362**	0.596**
Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	-0.303**	-0.522**	-0.364**	-0.262**	-0.245**	-0.477**	0.589**
Άγχος αποχωρισμού	-0.084	0.002	0.021	0.016	0.048	0.001	0.194
Άγχος φυσικών τραυματισμών	-0.265**	-0.187**	-0.107**	-0.038	-0.124**	-0.195**	0.391**
Κοινωνική φοβία	-0.227**	-0.264**	-0.249**	-0.176**	-0.035	-0.270**	0.387**
Ψυχαναγκαστική συμπεριφορά	0.093*	0.040	0.030	0.005	0.181**	0.084	0.183**
Άγχος	-0.287**	-0.352**	-0.256**	-0.180**	-0.111**	-0.334**	0.580**

* $p < 0.05$; ** $p = 0.01$

Η συνολική βαθμολογία στην Κλίμακα του Άγχους παρουσιάζει αρνητικά ισχυρή και στατιστικά σημαντική συσχέτιση τόσο με τη συνολική βαθμολογία στην Κλίμακα της ΣΥΠΖ ($r = -0.334$, $p = 0.01$), όσο και με τις επιμέρους

διαστάσεις της: σωματικές δραστηριότητες & υγεία ($r=-0.287$, $p=0.01$), γενική διάθεση & συναισθήματα ($r=-0.352$, $p=0.01$), οικογένεια & ελεύθερος χρόνος ($r=-0.256$, $p=0.01$), φίλοι ($r=-0.180$, $p=0.01$), σχολείο & μάθηση ($r=-0.111$, $p=0.01$). Επίσης, οι συσχετίσεις ανάμεσα στις περισσότερες διαστάσεις του άγχους με τη συνολική βαθμολογία στην Κλίμακα ΣΥΠΖ καθώς και με τις επιμέρους διαστάσεις της είναι αρνητικά ισχυρές και στατιστικά σημαντικές (Πίνακας 35). Επιπλέον, η συνολική βαθμολογία στην Κλίμακα του Άγχους παρουσιάζει θετικά ισχυρή και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την βαθμολογία του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Σωματικών Παραπόνων ($r=0.580$, $p<0.01$). Επίσης, οι συσχετίσεις ανάμεσα στις διαστάσεις του άγχους- εκτός από το άγχος αποχωρισμού- με τη βαθμολογία του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Σωματικών Παραπόνων είναι θετικά ισχυρές και στατιστικά σημαντικές (Πίνακας 34).

Συσχέτιση Θυμού με την ΣΥΠΖ και τη Σωματική Υγεία

Στον Πίνακα 35 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στη βαθμολογία του θυμού και των διαστάσεων του και της βαθμολογίας της ΣΥΠΖ και των διαστάσεων της.

Πίνακας 35: Διμεταβλητές συσχετίσεις της βαθμολογίας των διαστάσεων της κλίμακας αξιολόγησης του θυμού με την βαθμολογία της ΣΥΠΖ, των διαστάσεων της καθώς και με τη σωματική υγεία.

	Σωματικές δραστηριότητες & Υγεία	Γενική διάθεση & Συναισθήματα	Οικογένεια & Ελεύθερος χρόνος	Φίλοι	Σχολείο & Μάθηση	Ποιότητα ζωής	Σωματικά παράπονα
Θυμός ως γνώρισμα	-0.207**	-0.386**	-0.337**	-0.185**	-0.455**	-0.426**	0.363**
Εξωτερίκευση θυμού	-0.124*	-0.206**	-0.198**	-0.098*	-0.433**	-0.275**	-0.197**
Καταστολή θυμού	-0.113*	-0.221**	-0.170**	-0.074	-0.088*	-0.192**	-0.225**
Έλεγχος θυμού	0.079*	0.133*	0.119*	0.082	-0.278**	0.179**	-0.011

* $p < 0.05$ ** $p = 0.01$

Η βαθμολογία στη διάσταση του θυμού ως γνώρισμα παρουσιάζει αρνητικά ισχυρή και στατιστικά σημαντική συσχέτιση τόσο με τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα της ΣΥΠΖ ($r = -0.426$, $p < 0.01$) όσο και με τις επιμέρους διαστάσεις της: σωματικές δραστηριότητες & υγεία ($r = -0.207$, $p < 0.01$), γενική διάθεση & συναισθήματα ($r = -0.386$, $p < 0.01$), οικογένεια & ελεύθερος χρόνος ($r = -0.337$, $p < 0.01$), φίλοι ($r = -0.185$, $p < 0.01$), σχολείο & μάθηση ($r = -0.455$, $p < 0.01$). Η βαθμολογία στη διάσταση της εξωτερίκευσης του θυμού παρουσιάζει αρνητικά ισχυρή και στατιστικά σημαντική συσχέτιση τόσο με τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα της ΣΥΠΖ ($r = -0.275$, $p < 0.01$) όσο και με τις επιμέρους διαστάσεις της: σωματικές δραστηριότητες & υγεία ($r = -0.124$, $p < 0.05$), γενική διάθεση & συναισθήματα ($r = -0.206$, $p < 0.01$), οικογένεια & ελεύθερος χρόνος ($r = -0.198$, $p = 0.01$), φίλοι ($r = -0.098$, $p < 0.05$), σχολείο &

μάθηση ($r=-0.433$, $p<0.01$). Η βαθμολογία στη διάσταση της καταστολής του θυμού παρουσιάζει αρνητικά ισχυρή και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα της ΣΥΠΖ ($r=-0.192$, $p<0.01$) όσο και με τις τέσσερεις από τις πέντε διαστάσεις της: σωματικές δραστηριότητες & υγεία ($r=-0.113$, $p<0.05$), γενική διάθεση & συναισθήματα ($r=-0.221$, $p<0.01$), οικογένεια & ελεύθερος χρόνος ($r=-0.170$, $p<0.01$), σχολείο & μάθηση ($r=-0.088$, $p<0.05$). Η βαθμολογία στη διάσταση του ελέγχου του θυμού παρουσιάζει θετικά ισχυρή και στατιστικά σημαντική συσχέτιση τόσο με τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα της ΣΥΠΖ ($r=0.179$, $p<0.01$) όσο και με τις τρεις από τις πέντε διαστάσεις της: σωματικές δραστηριότητες & υγεία ($r=0.079$, $p<0.05$), γενική διάθεση & συναισθήματα ($r=0.133$, $p<0.05$), οικογένεια & ελεύθερος χρόνος ($r=0.119$, $p<0.05$). Τέλος παρατηρείται αρνητικά ισχυρή και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη διάσταση σχολείο & μάθηση ($r=-0.278$, $p<0.01$).

Οι βαθμολογίες στις διαστάσεις του θυμού ως γνώρισμα, της εξωτερίκευσης και της καταστολής παρουσιάζουν θετικά ισχυρή και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου καταγραφής σωματικών παραπόνων ($r=0.363$, $r=0.197$ και $r=0.225$, αντίστοιχα για $p<0.01$).

Πίνακας 36: Συγκεντρωτικός πίνακας συσχετίσεων των μεταβλητών της μελέτης.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Cronbach's Alpha
Ποιότητα ζωής																				.91
Φυσική κατάσταση & Υγεία	.689**																			.79
Διάθεση & Συναισθήματα	.866**	.497**																		.86
Οικογένεια & Ελεύθερος χρόνος	.806**	.420**	.583**																	.73
Φίλοι	.661**	.329**	.501**	.453**																.80
Σχολείο & Μάθηση	.653**	.369**	.505**	.419**	.224**															.78
Άγχος	-.334**	-.287**	-.352**	-.256**	-.180**	-.111*														.90
Διαταραχή πανικού	-.355**	-.304**	-.354**	-.273**	-.172**	-.176**	.796**													.79
Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	-.467**	-.304**	-.508**	-.354**	-.266**	-.231**	.801**	.638**												.80
Άγχος αποχωρισμού	.001	-.084	.002	.020	.016	.048	.609**	.356**	.270**											.68
Άγχος φυσικών τραυματισμών	-.200**	-.264**	-.193**	-.107*	-.056	-.119**	.704**	.465**	.394**	.454**										.62
Κοινωνική φοβία	-.271**	-.229**	-.263**	-.247**	-.181**	-.035	.768**	.507**	.549**	.418**	.443**									.63
Ψυχαναγκαστική συμπεριφορά	.079	.092*	.033	.027	-.002	.182**	.513**	.295**	.295**	.266**	.236**	.292**								.73
Θυμός- χαρακτηριστικό	-.426**	-.207**	-.386**	-.338**	-.185**	-.455**	.350**	.288**	.438**	.115*	.199**	.227**	.099*							.85
Έλεγχος θυμού	.179**	.079	.133**	.119**	.082	.278**	.047	.031	-.040	-.036	.086	.021	.179**	-.265**						.75
Εξωτερίκευση θυμού	-.276**	-.124**	-.206**	-.199**	-.098*	-.433**	.103*	.111*	.255**	-.022	-.010	.030	-.032	.639**	-.337**					.61
Εσωτερίκευση θυμού	-.193**	-.113*	-.221**	-.171**	-.074	-.088*	.272**	.231**	.262**	.039	.177**	.229**	.158**	.114*	.510**	-.011				.74
Συναισθηματική νοημοσύνη	.650**	.436**	.603**	.502**	.387**	.449**	-.532**	-.492**	-.573**	-.193**	-.285**	-.472**	-.076	-.495**	.199**	-.327**	-.212**			.85
Σωματικά παράπονα	-.521**	-.379**	-.529**	-.372**	-.274**	-.335**	.580**	.587**	.578**	.194**	.393**	.387**	.183**	.363**	-.011	.197**	.225**	-.475**		.80

*p<0.05; **p=0.01

Μοντέλα πρόβλεψης: ιεραρχική παλινδρόμηση

Τα σωματικά παράπονα ως εξαρτημένη μεταβλητή

Αρχικά επιβεβαιώθηκε η δυνατότητα πρόβλεψης των σωματικών παραπόνων (Πίνακας 40). Ως ανεξάρτητες μεταβλητές τοποθετήθηκαν σε διαδοχικά βήματα (steps) με τη μέθοδο entry η συναισθηματική νοημοσύνη (Βήμα 1ο), το Άγχος και οι επιμέρους διαστάσεις του (Βήμα 2ο) και οι τέσσερις διαστάσεις που αφορούν στον θυμό (Βήμα 3ο). Στο πρώτο βήμα της ιεραρχικής παλινδρόμησης, η συναισθηματική νοημοσύνη συμβάλλει σημαντικά στην πρόβλεψη των σωματικών παραπόνων ερμηνεύοντας σχεδόν το 22% της συνολικής διακύμανσης, $F(1.493)=142.24$, $p<0.001$. Στο επόμενο βήμα η διαταραχή πανικού και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή αναδείχτηκαν ως σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες ανεβάζοντας τη συνολική διακύμανση κατά 22%, $\Delta F(7.486)=28.94$, $R^2_{Adj}= .44$, $p<0.001$. Συνεχίζοντας στο τελευταίο βήμα της ιεραρχικής παλινδρόμησης η προσθήκη των διαστάσεων του Θυμού προσφέρει άλλο ένα 1% στην ερμηνεία της συνολικής διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής χωρίς όμως να προκρίνεται κάποια υποκλίμακά του ως σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας, $R^2_{Adj}= .45$, $p<0.001$.

Η Ποιότητα Ζωής και οι επιμέρους διαστάσεις της ως εξαρτημένες μεταβλητές.

Στη συνέχεια, η συνολική βαθμολογία της κλίμακας της ΣΥΠΖ και οι επιμέρους διαστάσεις της τέθηκαν ως εξαρτημένες μεταβλητές (Πίνακας 40). Ως ανεξάρτητες μεταβλητές τοποθετήθηκαν σε διαδοχικά βήματα (steps) με τη μέθοδο entry η συναισθηματική νοημοσύνη (Βήμα 1ο), το άγχος και οι επιμέρους διαστάσεις του (Βήμα 2ο) και οι τέσσερις διαστάσεις που αφορούν στον θυμό (Βήμα 3ο). Όσον αφορά στην ποιότητα ζωής, η συναισθηματική νοημοσύνη, στο πρώτο βήμα της ιεραρχικής παλινδρόμησης, συμβάλλει σημαντικά στην πρόβλεψη της ερμηνεύοντας σχεδόν το 42% της συνολικής διακύμανσης, $F(1,493)=356.78$, $p<0.001$. Στο επόμενο βήμα το άγχος αποχωρισμού και η Ψυχαναγκαστική συμπεριφορά αναδείχτηκαν ως

σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες ανεβάζοντας τη συνολική διακύμανση κατά 6%, $\Delta F(7,486)=8.86$, $R^2Adj= .48$, $p<0.001$. Συνεχίζοντας στο τελευταίο βήμα της ιεραρχικής παλινδρόμησης η προσθήκη των διαστάσεων του θυμού προσφέρει άλλο ένα 1% στην ερμηνεία της συνολικής διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής με την διάσταση του θυμού ως χαρακτηριστικό, να είναι ένας σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας, $R^2Adj= .49$, $p<0.001$.

Στη συνέχεια, με την εισαγωγή της διάστασης της φυσικής κατάστασης & υγείας, ως εξαρτημένης μεταβλητής, η συναισθηματική νοημοσύνη, στο πρώτο βήμα της ιεραρχικής παλινδρόμησης, ερμηνεύει σχεδόν το 19% της συνολικής διακύμανσης, $F(1, 493)=113.08$, $p<0.001$. Στο επόμενο βήμα η ψυχαναγκαστική συμπεριφορά αναδείχτηκε ως ένας σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας ανεβάζοντας τη συνολική διακύμανση κατά 6%, $\Delta F(7,486)=5.87$, $R^2Adj= .24$, $p<0.001$. Συνεχίζοντας στο τελευταίο βήμα της ιεραρχικής παλινδρόμησης η προσθήκη των διαστάσεων του θυμού προσφέρει άλλο ένα 1% στην ερμηνεία της συνολικής διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής χωρίς όμως να προκρίνεται κάποια υποκλίμακά του ως σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας, $R^2Adj= .25$, $p<0.001$.

Με την εισαγωγή της διάστασης της διάθεσης και των συναισθημάτων ως εξαρτημένης μεταβλητής, η συναισθηματική νοημοσύνη, στο πρώτο βήμα της ιεραρχικής παλινδρόμησης, ερμηνεύει σχεδόν το 36% της συνολικής διακύμανσης, $F(1,493)= 282.09$, $p<0.001$. Στο επόμενο βήμα, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, το άγχος αποχωρισμού και η ψυχαναγκαστική συμπεριφορά αναδείχτηκαν ως σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες ανεβάζοντας τη συνολική διακύμανση κατά 9%, $\Delta F(7,486)= 11.30$, $R^2Adj= .45$, $p<0.001$. Συνεχίζοντας στο τελευταίο βήμα της ιεραρχικής παλινδρόμησης η προσθήκη των διαστάσεων του θυμού προσφέρει άλλο ένα 2% στην ερμηνεία της συνολικής διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής με τις διαστάσεις του θυμού ως χαρακτηριστικό, της εξωτερίκευσης και της καταστολής του θυμού να είναι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες, $R^2Adj= .46$, $p<0.001$.

Με την εισαγωγή της διάστασης της οικογένειας και του ελεύθερου χρόνου ως εξαρτημένης μεταβλητής, η συναισθηματική νοημοσύνη, στο πρώτο βήμα της ιεραρχικής παλινδρόμησης, ερμηνεύει σχεδόν το 25% της συνολικής διακύμανσης, $F(1,493)= 167.99$, $p<0.001$. Στο επόμενο βήμα, η προσθήκη

των διαστάσεων του άγχους προσφέρει άλλο ένα 3% στην ερμηνεία της συνολικής διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής χωρίς όμως να προκρίνεται κάποια υποκλίμακά του ως σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας, $R^2Adj=.29$, $p<0.001$. Συνεχίζοντας στο τελευταίο βήμα της ιεραρχικής παλινδρόμησης η προσθήκη των διαστάσεων του θυμού προσφέρει άλλο ένα 2% στην ερμηνεία της συνολικής διακύμανσης της εξαρτημένης η προσθήκη των διαστάσεων του θυμού προσφέρει άλλο ένα 1% στην ερμηνεία της συνολικής διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής με τη διάσταση του θυμού ως χαρακτηριστικό, να είναι ένας σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας, $R^2Adj= .29$, $p<0.001$.

Με την εισαγωγή της διάστασης των Φίλων ως εξαρτημένης μεταβλητής, η συναισθηματική νοημοσύνη, στο πρώτο βήμα της ιεραρχικής παλινδρόμησης, ερμηνεύει σχεδόν το 15% της συνολικής διακύμανσης, $F(1,493)= 85.51$, $p<0.001$. Στο επόμενο βήμα, η προσθήκη των διαστάσεων του άγχους προσφέρει άλλο ένα 1% στην ερμηνεία της συνολικής διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής, με τη διαταραχή πανικού, το άγχος αποχωρισμού, το άγχος φυσικών τραυματισμών και τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα του άγχους, να είναι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες, $R^2Adj= .16$, $p<0.001$. Συνεχίζοντας στο τελευταίο βήμα της ιεραρχικής παλινδρόμησης η προσθήκη των διαστάσεων του θυμού δεν προσφέρει επιπλέον ποσοστό στην ερμηνεία της εξαρτημένης μεταβλητής, $R^2Adj= .16$, $p<0.001$.

Τέλος, όταν η διάσταση του σχολείου και μάθησης εισάγεται ως εξαρτημένη μεταβλητή, η συναισθηματική νοημοσύνη, στο πρώτο βήμα της ιεραρχικής παλινδρόμησης, ερμηνεύει σχεδόν το 19% της συνολικής διακύμανσης, $F(1,493)=120.15$, $p<0.001$. Στο επόμενο βήμα, η προσθήκη των διαστάσεων του άγχους προσφέρει άλλο ένα 9% στην ερμηνεία της συνολικής διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής, με τη διαταραχή πανικού, την κοινωνική φοβία και προβλεπτικοί παράγοντες, $\Delta F(7,486)=8.42$, $R^2Adj= .27$, $p<0.001$. Συνεχίζοντας στο τελευταίο βήμα της ιεραρχικής παλινδρόμησης προσφέρει άλλο ένα 11% στην ερμηνεία της συνολικής διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και με τις τέσσερις διαστάσεις του θυμού, να είναι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες, $\Delta F(4,482)=21.54$, $R^2Adj= .38$, $p<0.001$.

Πίνακας 37: Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για την εξέταση της προστιθέμενης επίδρασης της Συναισθηματικής Νοημοσύνης, του Άγχους και του Θυμού στα Σωματικά Παράπονα και στη ΣΥΠΖ καθώς και στις επιμέρους διαστάσεις της.

	Σωματικά παράπονα		Ποιότητα ζωής		Φυσική κατάσταση & υγεία		Διάθεση συναισθήματα		& Οικογένεια ελεύθερος χρόνος		& Φίλοι		Σχολείο & μάθηση	
Βήμα 1	$F(1,493)=142.24^{**}$		$F(1,493)=356.78^{**}$		$F(1,493)=113.08^{**}$		$F(1,493)= 282.09^{**}$		$F(1,493)= 167.99^{**}$		$F(1,493)= 85.51^{**}$		$F(1,493)=120.15^{**}$	
	$R^2_{Adj}=.22^{**}$		$R^2_{Adj}=.42^{**}$		$R^2_{Adj}=.19^{**}$		$R^2_{Adj}=.36^{**}$		$R^2_{Adj}=.25^{**}$		$R^2_{Adj}=.15^{**}$		$R^2_{Adj}=.19^{**}$	
Βήμα 2	$\Delta F(7,486)=28.94^{**}$		$\Delta F(7,486)=8.86^{**}$		$\Delta F(7,486)=5.87^{**}$		$\Delta F(7,486)= 11.30^{**}$		$\Delta F(7,486)=3.20^*$		$\Delta F(7,486)=2.20^*$		$\Delta F(7,486)=8.42^{**}$	
	$R^2_{Adj}=.44^{**}$		$R^2_{Adj}=.48^{**}$		$R^2_{Adj}=.24^{**}$		$R^2_{Adj}=.45^{**}$		$R^2_{Adj}=.28^*$		$R^2_{Adj}=.16^{**}$		$R^2_{Adj}=.27^{**}$	
	$\Delta R^2=.22^{**}$		$\Delta R^2=.06^{**}$		$\Delta R^2=.06^{**}$		$\Delta R^2=.09^{**}$		$\Delta R^2=.03^*$		$\Delta R^2=.01^*$		$\Delta R^2=.09^{**}$	
Βήμα 3	$\Delta F(4,482)=1.52$		$\Delta F(4,483)=3.75^*$		$\Delta F(4,482)=.12$		$\Delta F(4,482)= 4.36^*$		$\Delta F(4,482)=2.63^*$		$\Delta F(4,482)=.68$		$\Delta F(4,482)=21.54^{**}$	
	$R^2_{Adj}=.45^{**}$		$R^2_{Adj}=.49^{**}$		$R^2_{Adj}=.25^{**}$		$R^2_{Adj}=.46^{**}$		$R^2_{Adj}=.29^{**}$		$R^2_{Adj}=.16^{**}$		$R^2_{Adj}=.38^{**}$	
	$\Delta R^2=.01$		$\Delta R^2=.01^*$		$\Delta R^2=.01$		$\Delta R^2=.02^*$		$\Delta R^2=.01^*$		$\Delta R^2=.00$		$\Delta R^2=.11^{**}$	
	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t
Βήμα 1														
Συναισθηματική νοημοσύνη	-.47	-11.93 ^{**}	.65	18.89 ^{**}	.43	10.63 ^{**}	.60	16.80 ^{**}	.50	12.96 ^{**}	.38	9.25 ^{**}	.44	10.96 ^{**}
Βήμα 2														
Συναισθηματική νοημοσύνη	-.13	-2.85 [*]	.55	12.89 ^{**}	.34	6.52 ^{**}	.46	10.35 ^{**}	.43	8.55 ^{**}	.36	6.72 ^{**}	.46	9.25 ^{**}
Διαταραχή πανικού	.30	3.70 ^{**}	.02	2.88	.00	.01	.02	.23	-.05	-.58	.21	2.17 [*]	.69	-.744 ^{**}
Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	.25	2.51 [*]	-.14	-1.40	.09	.75	-.30	-2.95 [*]	-.15	-1.32	.14	1.14	-.17	-1.49
Άγχος αποχωρισμού	-.10	-1.57	.19	3.06 [*]	.14	1.81	.17	2.65 [*]	.12	1.67	.23	2.85 [*]	-.06	.743
Άγχος φυσικών τραυματισμών	.10	1.41	.01	.10	-.08	-.98	.12	1.54	.02	.25	.23	2.60 [*]	-.14	-1.72
Κοινωνική φοβία	-.05	-.62	.13	1.68	.13	1.44	-.00	-.05	-.05	-.60	.16	1.67	-.17	1.96 [*]
Ψυχαναγκαστική συμπεριφορά	-.03	-.57	.21	-3.65 ^{**}	.26	3.78 ^{**}	.16	2.68 [*]	.07	1.11	.16	2.21 [*]	.16	2.38 [*]
Άγχος	.13	.47	-.27	-1.04	-.44	-1.39	-.16	-.59	.06	.20	-.77	-2.33 [*]	.18	.57
Βήμα 3														
Συναισθηματική νοημοσύνη	-.09	-1.85	.50	10.73 ^{**}	.34	6.12 ^{**}	.42	8.94 ^{**}	.38	7.02 ^{**}	.38	6.46 ^{**}	-.29	-5.72 ^{**}
Διαταραχή πανικού	.30	3.65 ^{**}	.03	.37	.00	.03	.04	.47	-.04	.42	.23	2.29 [*]	-.11	-1.27
Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	.21	2.06 [*]	-.08	-.83	.08	.66	-.25	-2.52 [*]	-.09	-.80	.14	1.12	-.06	-.581
Άγχος αποχωρισμού	-.10	-1.55	.20	3.22 ^{**}	.14	1.77	.18	2.85 [*]	.13	1.80	.24	2.93 [*]	-.06	.814
Άγχος φυσικών τραυματισμών	.09	1.19	.03	.40	-.08	-.95	.03	.41	.05	.64	.25	2.75 [*]	-.16	-2.10 [*]
Κοινωνική φοβία	-.05	-.58	.14	1.81	.14	1.48	.15	1.95 [*]	-.04	-.39	.18	.86	.11	1.35
Ψυχαναγκαστική συμπεριφορά	-.05	-.75	.22	3.79 ^{**}	.26	3.69 ^{**}	.17	2.94 [*]	.09	1.38	.17	2.32	.14	2.20 [*]
Άγχος	.16	.57	-.32	-1.25	-.44	-1.37	-.23	-.87	-.01	-.05	-.81	-2.43 [*]	.20	.70
Θυμός-χαρακτηριστικό	.07	1.47	-.13	-2.61 [*]	.02	.32	-.12	-2.38 [*]	-.14	-2.52 [*]	-.04	-.66	-.17	-3.13 ^{**}
Έλεγχος θυμού	.01	.12	.08	1.84	.01	.15	.08	1.91	.05	.97	-.01	-.14	.16	-3.40 ^{**}
Εξωτερίκευση θυμού	.03	.54	.05	1.25	.01	.25	.13	2.87 [*]	.08	1.47	.09	1.56	-.18	-3.66 ^{**}
Καταστολή θυμού	.04	.83	-.09	-2.35	-.02	-.34	-.12	-2.80 [*]	-.09	-1.79	.01	.26	-.13	-2.82 [*]

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Δημογραφικά χαρακτηριστικά και ποιότητα ζωής

Στον Πίνακα 38 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της ΣΥΠΖ.

Πίνακας 38: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της ΣΥΠΖ.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της ΣΥΠΖ (τυπική απόκλιση)	Τιμή ρ
Φύλο		0.002^α
Αγόρι	102.2 (13.3)	
Κορίτσι	97.9 (15.5)	
Ηλικία (σε έτη)^β	-0.34^β	0.01^β
Περιφέρεια		0.02^α
Πελοπόννησος	100.9 (15.2)	
Αττική	98.5 (15.1)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της βαθμολογίας της ΣΥΠΖ και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 38.

Πίνακας 39: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της ΣΥΠΖ.

	Συντελεστής b	95% εμπιστοσύνης τον b	95% διάστημα για	Τιμή p
Ηλικία	-0.07	-0.110 έως -0.031		0.001
Φύλο	0.19	0.063 έως 0.317		0.004
Περιφέρεια	-0.20	-0.326 έως -0.068		0.003

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

Οι μικρότερης ηλικίας μαθητές είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη ΣΥΠΖ.

Οι μαθητές που κατοικούσαν στη περιφέρεια Πελοποννήσου είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη ΣΥΠΖ.

Τα αγόρια είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη ΣΥΠΖ.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 4.8% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας της ΣΥΠΖ.

Σωματική Δραστηριότητα και Υγεία

Στον Πίνακα 40 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης της σωματικής δραστηριότητας και υγείας.

Πίνακας 40: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης της σωματικής δραστηριότητας και υγείας.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της διάστασης της σωματικής δραστηριότητας και υγείας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0.002^α
Αγόρι	18.7 (3.5)	
Κορίτσι	17.7 (3.5)	
Ηλικία (σε έτη)^β	-0.29^β	0.01^β
Περιφέρεια		0.78^α
Πελοπόννησος	18.2 (3.6)	
Αττική	18.1 (3.5)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της βαθμολογίας της διάστασης της σωματικής δραστηριότητας και υγείας και 2 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 50.

Πίνακας 41: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της διάστασης της σωματικής δραστηριότητας και υγείας.

	Συντελεστής b	95% εμπιστοσύνης τον b	95% διάστημα για	Τιμή p
Ηλικία	-0.61	-0.792 έως	-0.431	0.001
Φύλο	0.91	0.314 έως	1.512	0.003

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

Οι μικρότερης ηλικίας μαθητές και τα αγόρια είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση της σωματικής δραστηριότητας και υγείας.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 9.5% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στη διάσταση της σωματικής δραστηριότητας και υγείας.

Γενική Διάθεση και Συναισθήματα

Στον Πίνακα 42 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης της γενικής διάθεσης και συναισθημάτων.

Πίνακας 42: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης της γενικής διάθεσης και συναισθημάτων.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της διάστασης της γενικής διάθεσης και συναισθημάτων (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0.001^α
Αγόρι	27.1 (4.8)	
Κορίτσι	25.5 (5.5)	
Ηλικία (σε έτη)^β	-0.29 ^β	0.01^β
Περιφέρεια		0.02^α
Πελοπόννησος	26.6 (5.3)	
Αττική	25.9 (5.3)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της βαθμολογίας της διάστασης της γενικής διάθεσης και

συναισθημάτων και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 52.

Πίνακας 43: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της διάστασης της γενικής διάθεσης και συναισθημάτων.

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	-1.03	-1.304 έως -0.753	0.001
Φύλο	1.33	0.439 έως 2.226	0.004
Περιφέρεια	-1.43	-2.330 έως -0.520	0.002

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

Οι μικρότερης ηλικίας μαθητές είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση της γενικής διάθεσης και συναισθημάτων.

Τα αγόρια είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση της γενικής διάθεσης και συναισθημάτων.

Οι μαθητές που κατοικούσαν στη περιφέρεια Πελοποννήσου είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση της γενικής διάθεσης και συναισθημάτων.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 11.4% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στη διάσταση της γενικής διάθεσης και συναισθημάτων.

Οικογένεια και Ελεύθερος Χρόνος

Στον Πίνακα 44 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης της οικογένειας και του ελεύθερου χρόνου.

Πίνακας 44: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης της οικογένειας και του ελεύθερου χρόνου.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της διάστασης της οικογένειας και του ελεύθερου χρόνου (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0.001 ^α
Αγόρι	26.5 (4.7)	
Κορίτσι	24.9 (4.8)	
Ηλικία (σε έτη) ^β	-0.22 ^β	0.01 ^β
Περιφέρεια		0.008 ^α
Πελοπόννησος	26.1 (4.8)	
Αττική	24.9 (4.7)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της βαθμολογίας της διάστασης της οικογένειας και του ελεύθερου χρόνου και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 45.

Πίνακας 45: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της διάστασης της οικογένειας και του ελεύθερου χρόνου.

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	-0.75	-1.005 έως -0.501	0.001
Φύλο	1.45	0.632 έως 2.264	0.001
Περιφέρεια	-1.62	-2.444 έως -0.791	0.001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

Οι μικρότερης ηλικίας μαθητές είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση της οικογένειας και του ελεύθερου χρόνου.

Τα αγόρια είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση της οικογένειας και του ελεύθερου χρόνου.

Οι μαθητές που κατοικούσαν στη περιφέρεια Πελοποννήσου είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση της οικογένειας και του ελεύθερου χρόνου.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 9.7% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στη διάσταση της της γενικής διάθεσης και συναισθημάτων.

Φίλοι

Στον Πίνακα 46 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης των φίλων.

Πίνακας 46: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης των Φίλων.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της διάστασης των φίλων (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0.46 ^α
Αγόρι	15.7 (3.3)	
Κορίτσι	15.5 (3.3)	
Ηλικία (σε έτη)^β	-0.20 ^β	0.01^β
Περιφέρεια		0.37 ^α
Πελοπόννησος	15.8 (3.2)	
Αττική	15.5 (3.5)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,01 μεταξύ της διάστασης των φίλων και της ηλικίας. Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με μειωμένη βαθμολογία στη διάσταση των φίλων.

Σχολείο και Μάθηση

Στον Πίνακα 47 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης του σχολείου και μάθησης.

Πίνακας 47: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης του σχολείου και μάθησης.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της διάστασης του σχολείου και μάθησης (τυπική απόκλιση)	Τιμή ρ
Φύλο		0.77 ^α
Αγόρι	14.1 (3.2)	
Κορίτσι	14.1 (3.1)	
Ηλικία (σε έτη)^β	-0.30 ^β	0.01^β
Περιφέρεια		0.69 ^α
Πελοπόννησος	14.2 (3.2)	
Αττική	14.1 (3.2)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0.01 μεταξύ της διάστασης του σχολείου και μάθησης και της ηλικίας. Η αύξηση της ηλικίας σχετιζόταν με μειωμένη βαθμολογία της διάστασης του σχολείου και μάθησης.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά και Άγχος

Στον Πίνακα 48 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας του Άγχους.

Πίνακας 48: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας του Άγχους.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της κλίμακας του Άγχους (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0.001^α
Αγόρι	27.3 (14.1)	
Κορίτσι	36.1 (15.7)	
Ηλικία (σε έτη)^β	0.03 ^β	0.57 ^β
Περιφέρεια		0.3 ^α
Πελοπόννησος	31.6 (15.6)	
Αττική	33.3 (15.7)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0.001 μεταξύ της βαθμολογίας του άγχους και του φύλου. Τα κορίτσια σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα του Άγχους.

Διαταραχή πανικού και Αγοραφοβία

Στον Πίνακα 49 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης της διαταραχής πανικού και Αγοραφοβίας.

Πίνακας 49: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης της διαταραχής πανικού και αγοραφοβίας.

.Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της διάστασης της διαταραχής πανικού και αγοραφοβίας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0.001^α
Αγόρι	2.5 (3.0)	
Κορίτσι	4.1 (4.2)	
Ηλικία (σε έτη)^β	0.03 ^β	0.5 ^β
Περιφέρεια		0.9 ^α
Πελοπόννησος	3.4 (3.6)	
Αττική	3.5 (4.0)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^αΈλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0.001 μεταξύ της βαθμολογίας της διάστασης της διαταραχής πανικού και αγοραφοβίας και του φύλου. Τα κορίτσια σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία.

Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Στον Πίνακα 50 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.

Πίνακας 50: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της διάστασης της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0.001^α
Αγόρι	9.2 (4.6)	
Κορίτσι	11.6 (5.0)	
Ηλικία (σε έτη)^β	0.18 ^β	0.01^β
Περιφέρεια		0.001^α
Πελοπόννησος	9.9 (4.7)	
Αττική	11.3 (5.2)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0.20 ($p < 0.20$) μεταξύ της βαθμολογίας της διάστασης της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 60.

Πίνακας 51: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της διάστασης της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0.64	0.378 έως 0.896	0.001
Φύλο	-2.24	-3.083 έως -1.403	0.001
Περιφέρεια	1.75	0.903 έως 2.604	0.001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

Οι μεγαλύτερης ηλικίας μαθητές είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.

Τα κορίτσια είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.

Οι μαθητές που κατοικούσαν στη περιφέρεια Αττικής είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 11% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στη διάσταση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.

Άγχος Αποχωρισμού

Στον Πίνακα 52 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης του άγχους αποχωρισμού.

Πίνακας 52: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης της διάστασης του άγχους αποχωρισμού.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της διάστασης του άγχους αποχωρισμού (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0.001^α
Αγόρι	2.1 (2.6)	
Κορίτσι	3.3 (3.0)	
Ηλικία (σε έτη)^β	-0.1 ^β	0.02^β
Περιφέρεια		0.3 ^α
Πελοπόννησος	2.9 (2.9)	
Αττική	2.6 (2.8)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας της διάστασης της διάστασης του άγχους αποχωρισμού και 2 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 53.

Πίνακας 53: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της διάστασης του άγχους αποχωρισμού.

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	-0.19	-0.341 έως -0.037	0.015
Φύλο	-1.15	-1.663 έως -0.654	0.001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

Οι μικρότερης ηλικίας μαθητές και τα κορίτσια είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση του άγχους αποχωρισμού.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 4.5% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στη διάσταση του άγχους αποχωρισμού.

Άγχος φυσικών τραυματισμών

Στον Πίνακα 54 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης του άγχους φυσικών τραυματισμών.

Πίνακας 54: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης της διάστασης του άγχους φυσικών τραυματισμών.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της διάστασης του άγχους φυσικών τραυματισμών (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0.001^α
Αγόρι	3.7 (2.9)	
Κορίτσι	5.5 (3.7)	
Ηλικία (σε έτη)^β	0.07 ^β	0.1 ^β
Περιφέρεια		0.4 ^α
Πελοπόννησος	4.7 (3.7)	
Αττική	4.6 (3.4)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,001 μεταξύ της βαθμολογίας της διάστασης του άγχους φυσικών τραυματισμών και του φύλου. Τα κορίτσια σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία.

Κοινωνική Φοβία

Στον Πίνακα 55 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης της κοινωνικής φοβίας.

Πίνακας 55: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης της διάστασης της κοινωνικής φοβίας.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της διάστασης της κοινωνικής φοβίας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0.001^α
Αγόρι	5.4 (3.5)	
Κορίτσι	7.0 (3.6)	
Ηλικία (σε έτη)^β	-0.06 ^β	0.3 ^β
Περιφέρεια		0.01^α
Πελοπόννησος	5.9 (3.6)	
Αττική	6.7 (3.7)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της βαθμολογίας της διάστασης της κοινωνικής φοβίας και 2 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 56.

Πίνακας 56: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της διάστασης της κοινωνικής φοβίας.

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p

Περιφέρεια	0.73	0.105 έως 1.362	0.02
Φύλο	-1.58	-2.212 έως -0.939	0.001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

Οι μαθητές που κατοικούσαν στη περιφέρεια Αττικής και τα κορίτσια είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση της κοινωνικής φοβίας.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 5.4% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στη διάσταση της κοινωνικής φοβίας.

Ψυχαναγκαστική Συμπεριφορά

Στον Πίνακα 57 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης της ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς.

Πίνακας 57: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης της ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία της διάστασης της	Τιμή p
-----------------------	--	---------------

	ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς (τυπική απόκλιση)	
Φύλο		0.8 ^α
Αγόρι	4.3 (2.6)	
Κορίτσι	4.4 (2.7)	
Ηλικία (σε έτη)^β	-0.07 ^β	0.08 ^β
Περιφέρεια		0.1 ^α
Πελοπόννησος	4.5 (2.7)	
Αττική	4.2 (2.6)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση στο επίπεδο του 0,05 ($p < 0,05$) μεταξύ της διάστασης της ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς και των δημογραφικών χαρακτηριστικών.

Συναισθηματική Νοημοσύνη και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Στον Πίνακα 58 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη συνολική βαθμολογία συναισθηματικής νοημοσύνης.

Πίνακας 58: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και στη συνολική βαθμολογία συναισθηματικής νοημοσύνης.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία στη συναισθηματική νοημοσύνη	Τιμή p
----------------	--	--------

(τυπική απόκλιση)		
Φύλο		0.002^α
Αγόρι	5.0 (0.7)	
Κορίτσι	4.7 (0.7)	
Ηλικία (σε έτη)^β	-0.1 ^β	0.003^β
Περιφέρεια		0.01^α
Πελοπόννησος	4.9 (0.7)	
Αττική	4.7 (2.8)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας συναισθηματικής νοημοσύνης και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 59.

Πίνακας 59: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία της Συναισθηματικής Νοημοσύνης.

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	-0.07	-0.110 έως -0.031	0.001

Φύλο	0.19	0.063 έως 0.317	0.004
Περιφέρεια	-0.20	-0.326 έως -0.068	0.003

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

Οι μικρότερης ηλικίας μαθητές είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη συναισθηματική νοημοσύνη.

Τα αγόρια είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη συναισθηματική νοημοσύνη.

Οι μαθητές που κατοικούσαν στη περιφέρεια Πελοποννήσου είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη συναισθηματική νοημοσύνη.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 4.8 % της μεταβλητότητας της βαθμολογίας της συναισθηματικής νοημοσύνης.

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά και Σωματικά Παράπονα

Στον Πίνακα 60 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας Σωματικών Παραπόνων.

Πίνακας 60: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας Σωματικών Παραπόνων.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία στην κλίμακα Σωματικών Παραπόνων	Τιμή p
-----------------------	---	---------------

(τυπική απόκλιση)		
Φύλο		0.001^α
Αγόρι	5.5 (3.3)	
Κορίτσι	7.5 (4.2)	
Ηλικία (σε έτη)^β	0.2 ^β	0.001^β
Περιφέρεια		0.6^α
Πελοπόννησος	6.5 (4.1)	
Αττική	6.7 (3.8)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας Σωματικών Παραπόνων και 2 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 61.

Πίνακας 61: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας Σωματικών Παραπόνων.

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0.47	0.266 έως 0.669	0.001

Φύλο	-0.19	-2.604 έως -1.266	0.001
-------------	-------	-------------------	-------

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

Οι μεγαλύτερης ηλικίας μαθητές είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα Σωματικών Παραπόνων.

Τα κορίτσια είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα Σωματικών Παραπόνων.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 9.6% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στην κλίμακα Σωματικών Παραπόνων.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά και Θυμός

Θυμός ως Γνώρισμα (Trait)

Στον Πίνακα 62 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης του θυμού ως γνώρισμα.

Πίνακας 62: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης του θυμού ως γνώρισμα.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία στη διάσταση του θυμού ως γνώρισμα (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0.05^a

Αγόρι	20.08 (6.5)	
Κορίτσι	22.04 (6.4)	
Ηλικία (σε έτη)^β	0.2 ^β	0.003^β
Περιφέρεια		0.04^α
Πελοπόννησος	21.0 (6.4)	
Αττική	22.1 (6.6)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας της διάστασης του θυμού ως γνώρισμα και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 63.

Πίνακας 63: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία της διάστασης του θυμού ως γνώρισμα.

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0.90	0.548 έως 1.244	0.001
Φύλο	-0.95	-2.079 έως 0.176	0.098
Περιφέρεια	1.78	0.636 έως 2.919	0.002

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

Οι μεγαλύτερης ηλικίας μαθητές είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση του θυμού ως γνώρισμα.

Οι μαθητές που κατοικούσαν στη περιφέρεια Αττικής είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση του θυμού ως γνώρισμα.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 5.7% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στη διάσταση του θυμού ως γνώρισμα.

Εξωτερίκευση Θυμού

Στον Πίνακα 64 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης της εξωτερίκευσης του θυμού.

Πίνακας 64: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης της εξωτερίκευσης του θυμού.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία στη διάσταση εξωτερίκευσης του θυμού (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0.01^α
Αγόρι	7.6 (2.6)	
Κορίτσι	7.2 (2.5)	
Ηλικία (σε έτη)^β	0.1 ^β	0.001^β
Περιφέρεια		0.01^α
Πελοπόννησος	7.2 (2.5)	
Αττική	7.5 (2.6)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας της διάστασης της εξωτερίκευσης του θυμού και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 65.

Πίνακας 65: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία της διάστασης της εξωτερίκευσης του θυμού.

	Συντελεστής b	95% εμπιστοσύνης τον b	διάστημα για	Τιμή p
Ηλικία	0.27	0.128 έως 0.408		0.001
Φύλο	0.44	-0.010 έως 0.894		0.050
Περιφέρεια	0.56	0.107 έως 1.023		0.016

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

Οι μεγαλύτερης ηλικίας μαθητές είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση της εξωτερίκευσης του θυμού.

Οι μαθητές που κατοικούσαν στη περιφέρεια Αττικής είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση της εξωτερίκευσης του θυμού.

Τα αγόρια είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση βαθμολογία στη διάσταση της εξωτερίκευσης του θυμού.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το 3.2% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στη διάσταση της εξωτερίκευσης του θυμού.

Καταστολή Θυμού

Στον Πίνακα 66 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης της καταστολής του θυμού.

Πίνακας 66: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης της καταστολής του θυμού.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία στη διάσταση της καταστολής του θυμού (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0.3 ^α
Αγόρι	8.2 (2.7)	
Κορίτσι	8.4 (3.0)	
Ηλικία (σε έτη)^β	0.08 ^β	0.06 ^β
Περιφέρεια		0.6 ^α
Πελοπόννησος	8.3 (3.0)	
Αττική	8.4 (2.9)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^αΈλεγχος t.

^βΣυντελεστής συσχέτισης του Pearson.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση στο επίπεδο του 0,05 ($p < 0,05$) μεταξύ βαθμολογίας της διάστασης της καταστολής του θυμού και των ανεξάρτητων μεταβλητών.

Έλεγχος Θυμού

Στον Πίνακα 67 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης του ελέγχου του θυμού.

Πίνακας 67: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία της διάστασης του ελέγχου του θυμού.

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία στη διάσταση του ελέγχου του θυμού (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Φύλο		0.7 ^α
Αγόρι	9.6 (2.5)	
Κορίτσι	9.7 (2.8)	
Ηλικία (σε έτη)^β	-0.01 ^β	0.7 ^β
Περιφέρεια		0.3 ^α
Πελοπόννησος	9.8 (2.7)	
Αττική	9.5 (2.6)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Έλεγχος t.

^β Συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση στο επίπεδο του 0,05 ($p < 0,05$) μεταξύ βαθμολογίας της διάστασης του ελέγχου του θυμού και των ανεξάρτητων μεταβλητών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ψυχομετρική Διερεύνηση των Ιδιοτήτων της Κλίμακας TEIQue-ASF

Ο στόχος της 1^{ης} φάσης της διδακτορικής διατριβής ήταν να εξετάσει την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της κλίμακας TEIQue-ASF σε δείγμα Ελλήνων εφήβων. Αρχικά, η υπό στάθμιση κλίμακα παρουσίασε αποδεκτή αξιοπιστία (George & Mallery, 2003), εμφανίζοντας τιμές ανάλογες των άλλων χωρών (π.χ., Frederickson et al., 2012; Mavroveli et al., 2007; Petrides et al., 2006).

Η ΣΝ ως γνώρισμα σχετίστηκε αρνητικά με τα σωματικά παράπονα και την ψυχοπαθολογία. Συγκεκριμένα οι έφηβοι με υψηλή συναισθηματική λειτουργικότητα βίωναν λιγότερο πόνο και ήταν λιγότερο πιθανό να αντιμετωπίσουν συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες, όπως υπερκινητικότητα, προβλήματα με συνομήλικους, προβλήματα επικοινωνίας και συναισθηματικά συμπτώματα. Επιπλέον, οι μαθητές με υψηλή ΣΝ ως Γνώρισμα εμφάνιζαν θετική κοινωνική συμπεριφορά. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα είναι συνεπή με τα ευρήματα αντίστοιχων μελετών (Mavroveli et al., 2007; Mavroveli & Sanchez-Ruiz, 2011; Poulou, 2014; Rieffe, Oosterveld, Miers, Terwogt, & Ly, 2008) και παρέχουν ενδείξεις για τη συγκλίνουσα εγκυρότητα της κλίμακας TEIQue-ASF.

Η υπό στάθμιση κλίμακα παρουσίασε ισχυρή θετική συσχέτιση με την κλίμακα CSES. Η σχέση μεταξύ της ΣΝ ως Γνώρισμα και των κεντρικών αυτό-αξιολογήσεων, που αφορούν σε ένα ανώτερης τάξης κατασκεύασμα της προσωπικότητας, είναι συνεπής με την θεωρητική σύλληψη της ΣΝ ως ένα χαρακτηριστικό που εντοπίζεται στα χαμηλότερα ιεραρχικά επίπεδα της προσωπικότητας (Petrides & Furnham, 2006). Η συγκεκριμένη σύνδεση έχει επιβεβαιωθεί σε αρκετές μελέτες (Ahmetoglu, Leutner, & Chamorro-Premuzic, 2011; Kluepfer, 2008; Özer, Hamarta, & Deniz, 2016), στις οποίες έχει διαφανεί ότι υψηλότερα επίπεδα της ΣΝ ως Γνώρισμα επηρεάζουν θετικά τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αξιολογεί την αξία του, την αποτελεσματικότητά και τις ικανότητές του.

Η ισχυρή θεωρητική και εμπειρική σχέση μεταξύ των κλιμάκων TEIQue-ASF και CSES, καθιστά την τελευταία ένα μεγάλο εμπόδιο πέρα από το οποίο η κλίμακα TEIQue-ASF θα πρέπει να παρουσιάσει αυξητική εγκυρότητα.

Αρκετοί μελετητές έχουν ασκήσει κριτική στα μέτρα αξιολόγησης της ΣΝ ως Γνώρισμα λόγω της έλλειψης διακρίνουσας εγκυρότητας και της μεγάλης συνάφειάς τους με τα ερωτηματολόγια που αξιολογούν τα ήδη υπάρχοντα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (e.g., Davies, Stankov, & Roberts, 1998). Προς διευθέτηση του ανωτέρου προβλήματος, ένας μεγάλος αριθμός μελετών έχει διερευνήσει την αυξητική εγκυρότητα των ερωτηματολογίων TEIQue. Η αυξητική εγκυρότητα αναφέρεται στον βαθμό τον οποίο ένα καινούριο μέτρο αξιολόγησης (ψυχομετρικό εργαλείο) συμβάλλει σε μεγαλύτερο βαθμό - εν συγκρίσει με τα ήδη υπάρχοντα- στην ερμηνεία της διακύμανσης του κριτηρίου (Hunsley & Meyer, 2003, p. 446).

Στη συγκεκριμένη μελέτη, η κλίμακα TEIQue-ASF ερμήνευσε- αποτελεσματικότερα από την κλίμακα CSES- μια στατιστικά σημαντική αύξηση στη διακύμανση των σωματικών παραπόνων, της ψυχοπαθολογίας και των προσωπικών δυνατοτήτων. Σε έφηβους και προέφηβους η κλίμακα TEIQue έχει παρουσιάσει αυξητική εγκυρότητα σε σχέση με ένα μεγάλο εύρος μεταβλητών (όπως κατάθλιψη, παραβατική συμπεριφορά, ακαδημαϊκή επίδοση, σωματικά παράπονα, κοινωνική επάρκεια) σε μεγαλύτερο βαθμό από τους πέντε παράγοντες της προσωπικότητας (Andrei et al., 2014; Davis & Humphrey, 2012), τη γνωστική ικανότητα (Davis & Humphrey, 2012; Frederickson et al., 2012; Siegling, Vesely, et al., 2015), τις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους (Siegling, Vesely, et al., 2015) και το IQ (Andrei et al., 2014; Ferrando et al., 2011). Συνολικά, τα παραπάνω ευρήματα παρέχουν ενδείξεις που υποστηρίζουν ότι η κλίμακα TEIQue-ASF είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για την αξιολόγηση των αυτοαντιλήψεων, που αφορούν στις ικανότητες των συναισθημάτων του εφηβικού πληθυσμού.

2^η Φάση Διδακτορικής Διατριβής

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της Συναισθηματικής Νοημοσύνης, του Άγχους και του Θυμού στην Υγεία και στη ΣΥΠΖ των εφήβων μαθητών.

Η Επίδραση της Συναισθηματικής Νοημοσύνης στη Σωματική Υγεία

Η εμφάνιση σωματικών ενοχλήσεων, όπως ο πονοκέφαλος, ο κοιλιακός πόνος, ο πόνος στην πλάτη, δεν είναι ασυνήθιστη για τα παιδιά και τους εφήβους. Οι επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι οι ηλικίες 8-13 ετών πάσχουν από εβδομαδιαίες κεφαλαλγίες, υποτροπιάζοντα κοιλιακά άλγη ή μυοσκελετικούς πόνους σε ποσοστό 5- 30% (Egger et al., 1999). Στη συγκεκριμένη μελέτη, διαφάνηκε η σημαντική επίδραση της ΣΝ ως γνώρισμα στην υγεία αφού η υψηλή συναισθηματική λειτουργικότητα συνδεόταν με χαμηλότερο σκορ στην κλίμακα σωματικών παραπόνων. Οι μαθητές δηλαδή που βρίσκονταν σε επαφή με τον δικό τους συναισθηματικό κόσμο αλλά και των άλλων δεν βίωναν σωματικές ενοχλήσεις. Το συγκεκριμένο εύρημα έχει επιβεβαιωθεί σε αρκετές μελέτες που αφορούσαν τόσο στον ενήλικο πληθυσμό όσο και σε παιδιά και εφήβους, τονίζοντάς την ευεργετική επίδραση των συναισθηματικών δεξιοτήτων στη σωματική υγεία (Πίνακας 68).

Η Επίδραση του Άγχους στη Σωματική Υγεία

Η συναισθηματική δυσφορία που προκαλεί το άγχος συχνά συνοδεύεται από συγκεκριμένα σωματικά συμπτώματα, όπως εφίδρωση, ζάλη και δυσκολία στην αναπνοή (συναντώνται σε ασθενείς με κρίσεις πανικού) ή γενικευμένα σωματικά παράπονα, όπως αϋπνία, ανησυχία και μυϊκούς πόνους (συναντώνται σε ασθενείς με γενικευμένη διαταραχή άγχους) (DSM-5TM; APA, 2013). Στην εν λόγω μελέτη τόσο το άγχος όσο και οι αγχώδεις διαταραχές- εκτός από το άγχος αποχωρισμού- παρουσίασαν ισχυρή σχέση με τα σωματικά παράπονα, ενισχύοντας σημαντικά την εμφάνισή τους. Οι μαθητές, που παρουσίαζονταν ιδιαίτερα αγχώδεις και βίωναν κάποια αγχώδη διαταραχή, χαρακτήρισαν «φτωχή» τη σωματική τους υγεία. Το συγκεκριμένο εύρημα έχει επιβεβαιωθεί σε πληθώρα μελετών, που έχουν εκπονηθεί σε

ανήλικο και ενήλικο πληθυσμό και αφορούν στη διερεύνηση της επίδρασης του άγχους στη σωματική υγεία των ατόμων (Πίνακας 69).

Η επίδραση του Θυμού στη Σωματική Υγεία

Από την εποχή των αρχαίων Ελλήνων, τα αρνητικά συναισθήματα, όπως ο θυμός, έχουν θεωρηθεί ότι διαδραματίζουν σημαίνοντα ρόλο στην αιτιολογία της σωματικής ασθένειας. Η βίωση του θυμού είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με ένα αρνητικό αίσθημα υψηλής έντασης, καθώς και με επακόλουθες αντιδράσεις όπως η ένταση των μυών, η επιτάχυνση της αναπνοής και των καρδιακών παλμών και αύξηση της θερμοκρασίας του δέρματος (Scherer, 2000). Στη συγκεκριμένη μελέτη η βαθμολογία στη διάσταση του θυμού ως γνώρισμα, της εξωτερίκευσης καθώς και της καταστολής του παρουσίασε θετικά ισχυρή και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου καταγραφής σωματικών παραπόνων, υποδεικνύοντας ότι οι μαθητές, στους οποίους ο θυμός αποτελούσε ένα μακροχρόνιο χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους και είχαν την τάση να καταπιέζουν το εν λόγω συναίσθημα ή οδηγούνταν στην εξωτερίκευσή του μέσω σωματικών ή λεκτικών εκφράσεων, χαρακτηρίζονταν από χαμηλά επίπεδα σωματικής υγείας (Πίνακας 70).

Πίνακας 68: Μελέτες που αφορούν στην επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης στη σωματική υγεία.

Συγγραφείς-Έτος -Χώρα	Δείγμα μελέτης	Ηλικία	Ερωτηματολόγια	Αποτελέσματα
Mavroveli et al. (2007) Γερμανία	282 παιδιά (146 κορίτσια)	13.75 έτη	SCL TEIQue-ASF	Η ΣΝ ως γνώρισμα παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με τα σωματικά παράπονα.
Stamatoroulou et al. (2018) Ελλάδα	440 έφηβοι (259 κορίτσια)	15.13 έτη	SCL TEIQue-ASF	Η ΣΝ ως γνώρισμα παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με τα σωματικά παράπονα.
Shabani et al. (2010) Ιράν	247 παιδιά (124 αγόρια)	11.2 έτη	GHQ 28 EQ-i YV	Η ΣΝ παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με τα σωματικά παράπονα.
Jellesma et al. (2011) Ολλανδία	717 παιδιά (393 αγόρια)	10.3 έτη	SCL TEIQue-ASF	Η ΣΝ ως γνώρισμα παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με τα σωματικά παράπονα.
Johnson et al. (2009) Ηνωμένο Βασίλειο	328 φοιτητές	18.7 έτη	GHQ-12 TEIQue	Η ΣΝ ως γνώρισμα παρουσίασε θετική συσχέτιση με τη γενική υγεία.
Freudenthaler et al. (2008) Γερμανία	352 φοιτητές (233 γυναίκες)	22.4 έτη	FPI TEIQue	Η ΣΝ παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με τα σωματικά παράπονα.
Mikolajczak et al. (2006) Γαλλία	80 φοιτητές	22.5 έτη	PILL TEIQue-SF	Η ΣΝ παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με τα σωματικά παράπονα.
Andrei & Petrides (2013) Ηνωμένο Βασίλειο	362 ενήλικες (222 άντρες)	33.7 έτη	SCL TEIQue-SF	Η ΣΝ παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με τα σωματικά παράπονα.

Πίνακας 69: Μελέτες που αφορούν στην επίδραση του άγχους στη σωματική υγεία.

Συγγραφείς-Έτος -Χώρα	Δείγμα μελέτης	Ηλικία,	Ερωτηματολόγια	Αποτελέσματα
Essau et al. (2011) Κύπρος	1,072 έφηβοι (57.7% κορίτσια)	14.8 έτη	SCAS YSR	Αυξημένα επίπεδα άγχους συνέβαλλε καθοριστικά στη αναφορά σωματικών παραπόνων.
Essau et al. (2002) Γερμανία	556 παιδιά (281 κορίτσια)	10.6 έτη	SCAS YSR	Αυξημένα επίπεδα άγχους συνέβαλλε καθοριστικά στη αναφορά σωματικών παραπόνων.
Janssens et al. (2010) Γερμανία	2330 εφήβων (51% κορίτσια)	11.1 έτη	YSR CBCL	Αυξημένα επίπεδα άγχους συνέβαλλε καθοριστικά στη αναφορά σωματικών παραπόνων.
Zwart et al. (2003) Νορβηγία	47.257 ενήλικες	20 ετών και άνω	HADS 12 ερωτήσεις αναφορικά με τον πονοκέφαλο	Οι ημικρανίες συνδέονταν με τ αγχώδεις διαταραχές.
Stordal et al. (2003) Νορβηγία	65.648 ενήλικες	20-89 ετών	HABS HUNT Questionnaire	Το 1/3 των συμμετεχόντων, πα βίωναν σωματικέ ενοχλήσεις, παρουσίαζαν μ αγχώδη διαταραχή.
McWilliams et al (2003) Αμερική	5877 άτομα	15 έως 54 ετών	CIDI-SF Ερωτήσεις που αφορούσαν στον πόνο και την αναπηρία λόγω διάφορων ιατρικών καταστάσεων	Ο χρόνιος πόνος συνδέθηκε θετικά με τ αγχώδεις διαταραχές.
McWilliams et al (2004) ΗΠΑ	3032 άτομα	25 έως 74 ετών	PILL 27 ερωτήσεις που αφορούσαν σε προβλήματα υγείας	Οι αγχώδεις διαταραχές επηρέασαν α μεγαλύτερο βαθμό τ σωματική υγεία

Πίνακας 70: Μελέτες που αφορούν στην επίδραση του θυμού στη σωματική υγεία.

Συγγραφείς-Έτος -Χώρα	Δείγμα μελέτης	Ηλικία ή μέση τιμή ή εύρος	Ερωτηματολόγια	Αποτελέσματα
Jellesma et al. (2007) Νορβηγία	717 μαθητές	10.3 έτη	SCL CSI MOOD Questionnaire	Τα αυξημένα επίπεδα θυμού συνδέθηκαν με σωματικά συμπτώματα
Martin et al. (1999) ΗΠΑ	457 φοιτητών (242 γυναίκες)	18 έως 32 ετών	Anger In (AX/In) Anger Out (AX/Out) PILL	Η εξωτερική και καταστολή του θυμού συνδέθηκε με αυξημένη αναφορά σωματικών παραπόνων.
Siegman, et al. (1992) ΗΠΑ	41 φοιτητές	19.3 έτη	BDHI Καρδιαγγειακές μετρήσεις	Η εξωτερική και καταστολή του θυμού συνδέθηκε θετικά με υψηλή συστολική και διαστολική πίεση
Gallacher, et al. (1999) Νότια Ουαλία	2890 άντρες	49 έως 65 ετών	FANS GHQ Καρδιαγγειακές μετρήσεις Γενικές εξετάσεις αίματος	Τα υψηλά επίπεδα θυμού και καταστολής αλλά και η εξωτερική και καταστολή του θυμού συνδέθηκαν με την εμφάνιση ισχαιμικής καρδιοπάθειας
Hauber et al. (1998) Γερμανία	230 παιδιά	20-89 ετών	PANG Forms PAES Αρτηριακή πίεση	Ο έλεγχος του θυμού συνδεόταν με χαμηλή αρτηριακή πίεση.

Η Επίδραση της Συναισθηματικής Νοημοσύνης στη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ)

Η ενδεδειγμένη γνώση που αφορά στη ΣΥΠΖ παιδιών και εφήβων έχει ιδιαίτερη σημασία στη δημόσια υγεία, επειδή αποτελεί τον καλύτερο προγνωστικό δείκτη για την ποιότητα ζωής και την υγεία κατά την ενηλικίωση. Αρχικά, στη συγκεκριμένη μελέτη η συναισθηματική νοημοσύνη παρουσίασε ισχυρή συσχέτιση τόσο με τη συνολική βαθμολογία της ΣΥΠΖ, όσο και με τις επιμέρους διαστάσεις της: σωματικές δραστηριότητες και υγεία, γενική διάθεση και συναισθήματα, οικογένεια και ελεύθερος χρόνος, φίλοι, σχολείο και μάθηση. Οι συναισθηματικά ευφυείς μαθητές είχαν έντονη φυσική δραστηριότητα, καλή φυσική κατάσταση και ένιωθαν υγιείς και γεμάτοι ενέργεια). Επιπλέον, οι συναισθηματικά λειτουργικοί μαθητές της μελέτης, βίωναν θετικά συναισθήματα όπως χαρά, ευτυχία και ένιωθαν αγάπη, κατανόηση και υποστήριξη από την πλευρά του οικογενειακού περιβάλλοντός τους. Όσον αφορά στις παρέες των ομιλήκων, οι συμμετέχοντες στην μελέτη, που χαρακτηρίζονταν από αυξημένα επίπεδα συναισθηματικών δεξιοτήτων, χαίρονταν της αποδοχής τους και διακατέχονταν από συναισθήματα ενθουσιασμού τόσο για το σχολείο όσο και για τους καθηγητές τους. Τα συγκεκριμένα ευρήματα έχουν πιβεβαιώσει μελέτες που αφορούν στην επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης στις ΣΥΠΖ και στις διαστάσεις της (Πίνακας 71).

Η Επίδραση του Άγχους στη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ)

Ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών εμφανίζεται αρκετά υψηλός -πάνω από το 30% του γενικού πληθυσμού (Kessler et al., 2003)- με τις αγχώδεις διαταραχές να καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο ποσοστό και να έχουν ενοχοποιηθεί για μειωμένη παραγωγικότητα στο χώρο εργασίας (Kessler and Frank, 1997), χαμηλά επίπεδα λειτουργικότητας στο οικογενειακό και στο κοινωνικό περιβάλλον, φυσική δυσλειτουργία (Olsson et al., 2000; Brenes et al., 2008) καθώς και για θνησιμότητα (Brenes et al., 2007). Στη συγκεκριμένη μελέτη τόσο το άγχος όσο και οι αγχώδεις διαταραχές- εκτός του άγχους αποχωρισμού- συνδέθηκαν με χαμηλότερη ΣΥΠΖ των εφήβων. Ειδικότερα, η

διαταραχή πανικού/αγοραφοβία και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή φάνηκαν να ασκούν μεγάλη επίδραση και στις πέντε διαστάσεις της. Οι μαθητές, που χαρακτηρίζονταν από υπερβολική, ανεξέλεγκτη και συχνά παράλογη ανησυχία, για γεγονότα ή δραστηριότητες, που ένιωθαν φόβο όταν βρίσκονταν σε καταστάσεις όπου η διαφυγή ήταν δύσκολη ή βίωναν έντονο φόβο που προκαλούσε σοβαρές σωματικές αντιδράσεις ενώ δεν υπήρχε πραγματικός κίνδυνος, παρουσίασαν: α) φτωχή σωματική υγεία, β) καταθλιπτικές διαθέσεις και αγχωτικά συναισθήματα, γ) ισχνή αλληλεπίδραση με τον γονέα/κηδεμόνα, δ) έλλειμα αγάπης, κατανόησης και υποστήριξης από την πλευρά των γονέων, ε) μικρή αποδοχή από φίλους και ομήλικους, ζ) αρνητικά συναισθήματα για το σχολείο και στ) δυσλειτουργική σχέση με τους δασκάλους τους. Τα συγκεκριμένα ευρήματα έχουν επιβεβαιωθεί από διεθνείς μελέτες, που αφορούν τόσο σε ενήλικο όσο και σε ανήλικο πληθυσμό και τονίζουν την καταλυτική επίδραση του άγχους και των αγχωδών διαταραχών στη ΣΥΠΖ (Πίνακας 72).

Η Επίδραση του Θυμού στη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ)

Ένας έφηβος μπορεί να εμφανίσει θυμό όταν επικριθεί, νιώσει αμήχανος, υποτιμημένος ή παραγκωνισμένος, και αντιληφθεί αυτές τις καταστάσεις ως απειλητικές για την εξαιρετικά ευαίσθητη προσωπικότητά του (Yazgan-Inanç, Bilgin, & Atıcı, 2007). Στη συγκεκριμένη μελέτη, η βαθμολογία στη διάσταση της εξωτερίκευσης, της καταστολής του θυμού καθώς και του θυμού ως γνώρισμα, παρουσίασε αρνητική σχέση τόσο με τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα της ΣΥΠΖ όσο και με τις επιμέρους διαστάσεις της: σωματικές δραστηριότητες & υγεία, γενική διάθεση & συναισθήματα, οικογένεια & ελεύθερος χρόνος, φίλοι, σχολείο & μάθηση. Οι μαθητές δηλαδή που είχαν την τάση να γκρινιάζουν με την παραμικρή πρόκληση, αυτοί που καταπίεζαν το εν λόγω συναίσθημα ή εκείνοι που οδηγούνταν στην εξωτερίκευσή του μέσω σωματικών ή λεκτικών εκφράσεων χαρακτηρίζονταν από χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και ενέργειας, βίωναν αρνητικά συναισθήματα, είχαν μη αποτελεσματική αλληλεπίδραση με τους γονείς και τους φίλους τους, ένιωθαν έντονη έλλειψη υποστήριξης από το κοινωνικό περιβάλλον και

διακατέχονταν από αρνητικές αντιλήψεις αναφορικά με το σχολείο και τους δασκάλους τους.

Επιπλέον, η βαθμολογία στη διάσταση του ελέγχου του θυμού παρουσίασε θετική σχέση τόσο με την ποιότητα ζωής όσο και με τις τρεις από τις πέντε διαστάσεις της: σωματικές δραστηριότητες & υγεία, γενική διάθεση & συναισθήματα, οικογένεια & ελεύθερος χρόνος. Οι έφηβοι που ήταν ικανοί να ελέγξουν τον θυμό τους είχαν κτίσει μια υγιή σχέση με την οικογένεια τους, βίωναν μια ποικιλία θετικών συναισθημάτων, εμφάνιζαν φυσική ευεξία και αυξημένη σωματική δραστηριότητα. Η επίδραση του θυμού στις πτυχές της ΣΥΠΖ έχει επιβεβαιωθεί σε αρκετές μελέτες που αφορούσαν σε ενήλικο και ανήλικο πληθυσμό, υγιή και μη (Πίνακας 73).

Πίνακας 71: Μελέτες που αφορούν στην επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης στη ΣΥΠΖ

Συγγραφείς-Έτος -Χώρα	Δείγμα μελέτης	Ηλικία	Ερωτηματολόγια	Αποτελέσματα
Mikolajczak et al. (2009) Γαλλία	67 ενήλικες (41 άντρες)	21.23 έτη	TEIQue PANAS	Η υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη συνδέθηκε με θετική διάθεση καθώς και με μικρότερη συχνότητα συναισθηματικών μεταπτώσεων.
Andrei & Petrides (2013) Ηνωμένο Βασίλειο	362 ενήλικες (222 άντρες)	33.7 έτη	TEIQue-SF PANAS	Η υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη συνδέθηκε με θετική διάθεση
Alavi (2017) Μαλαισία, Ιράν, Κίνα, Σουδάν, Σομαλία, Μαρόκο, Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία, Ολλανδία	547 νέοι	16 έως 24 ετών	FACES III TEIQue-SF	Η συναισθηματική ευφυΐα των νέων συνδέθηκε με αυξημένα επίπεδα οικογενειακής λειτουργικότητας.
Petrides et al. (2006) Ηνωμένο Βασίλειο	160 παιδιά (83 κορίτσια)	10.8 έτη	TEIQue-SF Guess Who' Peer Assessment Technique	Οι συναισθηματικά ευφυείς παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα αντικοινωνικότητας
Petrides, et al. (2004) Ηνωμένο Βασίλειο	650 μαθητές	16.5 έτη	Αριθμός απουσιών (δικαιολογημένων και μη) Αριθμός αποβολών TEIQue-ASF	Η συναισθηματική δυσλειτουργία συνδέεται με μη δικαιολογημένες απουσίες και με αποβολές από το σχολικό περιβάλλον
Stamatoroulou et al., (2015) Ελλάδα	381 μαθητές (236 κορίτσια)	15.2 έτη	TEIQue-ASF Απολυτήριο προηγούμενου διδασκτικού έτους	Η συναισθηματική ευφυΐα των νέων συνδέθηκε με αυξημένη σχολική επίδοση.
Rey et al. (2013) Ισπανία	62 ασθενείς με καρκίνο	50.5 έτη	MSCEIT-2 SF-36	Οι ασθενείς με χαμηλή συναισθηματική νοημοσύνη εμφάνιζαν «φτωχή» ΣΥΠΖ.

Πίνακας 72: Μελέτες που αφορούν στην επίδραση του άγχους στη ΣΥΠΖ

Συγγραφείς-Έτος -Χώρα	Δείγμα μελέτης	Ηλικία ή μέση τιμή ή εύρος	Ερωτηματολόγια	Αποτελέσματα
Sareen et al. (2005) Η.Π.Α	5,877 άτομα	15 έως 54 έτη	CIDI-SF Λίστα ασθενειών και παθήσεων	Οι αγχώδεις διαταραχές συνδέθηκαν με αυξημένη ποσοστά αναπηρίας. Πιο συγκεκριμένα, η διαταραχή του μετατραυματικού στρες, οι κρίσεις πανικού και αγοραφοβία ήταν πιο πιθανό να σχετίζονται με ειδικές σωματικές διαταραχές
Saarni Suvisaari et al. (2007) Φιλανδία	8028 ενήλικες	30 ετών και άνω	15D and EQ-5D CIDI-SF	Οι χρόνιες αγχώδεις διαταραχές και ιδιαίτερα γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και η κοινωνική φοβία είχαν αρνητικό αντίκτυπο στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και των Φιλανδών
Beard et al., (2010) New England	539 ασθενείς	18 ετών και άνω	CIDI-SF SF-36	Η παρουσία της διαταραχής μετατραυματικού άγχους και της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής συνδέθηκαν με κακή φυσική κατάσταση και ευεξία. Η συνεμφάνιση της κοινωνικής φοβίας, της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και της μείζονα καταθλιπτικής διαταραχής προέβλεπε χειρότερη αυτο- αναφερθείσα διανοητική λειτουργία καθώς και χαμηλά επίπεδα ψυχικής ευεξίας και συννοσηρότητα της διαταραχής μετατραυματικού άγχους, της κοινωνικής φοβίας καθώς και της μείζονα καταθλιπτικής διαταραχής μαρτυρούσε ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία.

Πίνακας 73: Μελέτες που αφορούν στην επίδραση του θυμού στη ΣΥΠΖ

Συγγραφείς-Ετος-Χώρα	Δείγμα μελέτης	Ηλικία ή μέση τιμή ή εύρος	Ερωτηματολόγια	Αποτελέσματα
Arslan, 2009 Τουρκία	99 μαθητές	16.8 έτη	PSSS- Revised RSE Trait Anger Anger Expression Scale	Οι έφηβοι στους οποίους ο θυμός αποτελούσε ένα σταθερό γνώρισμα της προσωπικότητάς τους χαρακτηρίζονταν από υψηλά επίπεδα εξωτερίκευσής το δέχονταν χαμηλή κοινωνική στήριξη από πλευράς γονέων και καθηγητών.
Julkunen & Ahlström (2006) Φιλανδία	774 υπερτασικοί ασθενείς	60.3 έτη	Anger Expression scale RAND_36	Η εξωτερίκευση και καταστολή του θυμού είχαν αρνητικό αντίκτυπο στη σχετιζόμενη με τη υγεία ποιότητα ζωής
Steele et al. (2003)	1.208 μαθητές	12.71 έτη	AESC STAIC	Η εσωτερίκευση του θυμού συνδέθηκε με την εμφάνιση χρόνιων ασθενειών.
Phipps and Steele (2002)	130 παιδιατρικοί ασθενείς με καρκίνο		AESC STAIC	Η εσωτερίκευση του θυμού συνδέθηκε με την εμφάνιση χρόνιων ασθενειών

	368 μάρτυρες			
--	-----------------	--	--	--

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Ένας από τους επιμέρους στόχους της συγκεκριμένης μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικών χαρακτηριστικών στη συναισθηματική νοημοσύνη, το άγχος, το θυμό, την υγεία και τη ΣΥΠΖ.

Η Επίδραση του Φύλου

Αρχικά το φύλο φάνηκε να συντελεί καταλυτική επίδραση στις μεταβλητές της μελέτης. Όσον αφορά στη συναισθηματική νοημοσύνη ως γνώρισμα, τα αγόρια εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής λειτουργικότητας σε συγκριση με τα κορίτσια. Ήταν σε μεγαλύτερο βαθμό επιδέξια στις κοινωνικές συναναστροφές, ένιωθαν θετικά, χαρούμενα, γεμάτα και ήταν σε επαφή τόσο με τα δικά τους συναισθήματα όσο και των άλλων. Τα ευρήματα που αφορούν στην επίδραση του φύλου στη συναισθηματική νοημοσύνη δεν είναι συνεπή όσον αφορά στην εφηβική ηλικία, καθώς υπάρχουν και μελέτες στις οποίες δεν έχει διαφανεί κάποιου είδους σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Maniaveli et al., 2007). Ωστόσο, μελέτες που έχουν εκπονηθεί σε ενήλικο πληθυσμό παρουσιάζουν τους άντρες να διακατέχονται από υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής λειτουργικότητας σε σύγκριση με τις γυναίκες (Petrided, 2009; Mikolajczak et al., 2007; Stamatopoulou et al., 2016), βάζοντας φραγμό, με αυτόν τον τρόπο, στις κοινές αντιλήψεις που θέλουν το IQ να αποτελεί αντρικό ενώ το EQ γυναικείο χαρακτηριστικό.

Επιπλέον, τα κορίτσια του δείγματος παρουσιάστηκαν επιρρεπή στο άγχος και τις αγχώδεις διαταραχές, με περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κοινωνική φοβία, διαταραχή πανικού και αγοραφοβία, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, άγχος αποχωρισμού και άγχος φυσικών τραυματισμών. Το συγκεκριμένο εύρημα τεκμηριώνεται στην ψυχιατρική επιδημιολογία όπου οι

γυναίκες είναι πιο πιθανό από τους άνδρες να αναπτύξουν έστω μια διαταραχή άγχους καθ' όλη τη διάρκεια ζωής τους (Angst & Dobler-Mikola, 1985; Bruce et al., 2005; Regier et al., 1990). Σύμφωνα με τους Bandelow και Michaelis (2015) ο επιπολασμός των διαταραχών του άγχους στις γυναίκες είναι σχεδόν ο διπλάσιος από τους άντρες. Οι ψυχοκοινωνικοί συντελεστές (π.χ. η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία και το χρόνια στρες), αλλά και οι γενετικοί και νευροβιολογικοί παράγοντες, έχουν συζητηθεί ως πιθανές αιτίες για τον υψηλότερο επιπολασμό στις γυναίκες (Bandelow and Domschke, 2015).

Επιπρόσθετα, στη συγκεκριμένη μελέτη τα αγόρια είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση της εξωτερίκευσης του θυμού. Το ανωτέρω γεγονός δεν συνεπάγεται ότι τα θηλυκά δεν εμφανίζουν θυμό, αλλά αντίθετα, όπως έχει παρατηρηθεί, τον εκφράζουν διαφορετικά από τους άρρενες (Sadeh, Javdani, Finy and Verona, 2011). Τα κορίτσια είναι πιθανό να επιλέξουν να εξωτερικεύσουν τα συναισθήματά τους, μιλώντας με φίλους, ενώ αντίθετα τα αγόρια είθισται να χρησιμοποιήσουν λεκτικές εκφράσεις ή να καταφεύγουν, στην βίαιη χρήση αντικειμένων (Fischer & Evers, 2011). Ο διαφορετικός τρόπος εξωτερίκευσης είναι πολύ πιθανόν να οφείλεται στα κοινωνικά στερεότυπα που επιβάλλουν συγκεκριμένες προσδοκίες και περιορισμούς στο γυναικείο φύλο, αναφορικά με την έκφραση των συναισθημάτων του (Karreman & Bekker, 2012).

Τα κορίτσια είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα σωματικών παραπόνων αναφέροντας «φτωχότερη» σωματική υγεία εν συγκρίσει με τα αγόρια. Τα δεδομένα μελετών που αφορούν στη σωματική υγεία παιδιών και εφήβων και στη διαφοροποίηση τους ανάλογα με το φύλο, δεν είναι συνεπή. Ωστόσο, σε μελέτες που έχουν εκπονηθεί, σε παιδιά ηλικίας 3 έως 12 ετών, και αφορούν στην ευαισθησία απέναντι στον πόνο, τα κορίτσια εμφανίζονται πιο ευαίσθητα (Fearon, McGrath, & Achat, 1996), αντιδρούν με κλάμα και χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να ηρεμήσουν (Schechter, Bernstein, Beck, & Hart, 1991). Στον ενήλικο πληθυσμό, οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερο βαθμό σωματικών συμπτωμάτων και χαμηλότερα επίπεδα σωματικής ευημερίας, διαμαρτυρόμενες για μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης και διάρκειας του πόνου, ακόμα και αν εξαιρεθούν τα γυναικολογικά συμπτώματα

(Unruh, 1996; Riley et al., 1998; Berkley, 1997). Σύμφωνα με τους Barsky, Peekna, και Borus (2001), είναι πιθανό, οι νευροανατομικές, νευροφυσιολογικές και νευροβιολογικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα να δημιουργούν διαφορές στην αντίληψη και την επεξεργασία των επιβλαβών σωματικών ερεθισμάτων.

Τέλος, ο δημογραφικός παράγοντας του φύλου συντέλεσε σημαντικό ρόλο στη ΣΥΠΖ, με τα αγόρια να σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες τόσο στο συνολικό σκορ της κλίμακας όσο και στις τρεις από τις πέντε διαστάσεις της: σωματική δραστηριότητα και υγεία, γενική διάθεση και συναισθήματα, οικογένεια και ελεύθερος χρόνος. Το συγκεκριμένο γεγονός συνάδει με τις ισχυρές συσχετίσεις που παρουσιάστηκαν στην εν λόγω μελέτη και παρέχουν ενδείξεις για την καταλυτική επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης, του άγχους και του θυμού στην υγεία και στη ΣΥΠΖ των εφήβων. Τα κορίτσια του δείγματος εμφανίστηκαν επιρρεπή στο άγχος και τις αγχώδεις διαταραχές, σημείωσαν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής λειτουργικότητας και ανέφεραν πληθώρα σωματικών συμπτωμάτων. Υπό αυτή την οπτική, όσον αφορά στη συγκεκριμένη μελέτη, φαίνεται λογικό τα κορίτσια να μειονεκτούν, εν συγκρίσει με τα αγόρια, στη ΣΥΠΖ τους. Τα ευρήματα διεθνών μελετών αναφορικά με το ανωτέρω γεγονός δεν είναι ξεκάθαρα, ωστόσο σε αρκετές μελέτες οι έφηβοι σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες από τις έφηβες (Ravens-Sieberer et al. 2000; 2003; Bullinger et al. 2001; Simeoni et al. 2000), ενώ στα παιδιά, οι διαφορές είναι ελάχιστες, ή δεν υφίστανται (Ravens-Sieberer et al. 2000). Σε μελέτη που εκπονήθηκε σε δείγμα 3710 εφήβων από επτά Ευρωπαϊκές χώρες, ηλικίας 9 έως 17 ετών, τα κορίτσια μειονεκτούσαν σημαντικά στις διαστάσεις της ΣΥΠΖ που αφορούσαν στην φυσική δραστηριότητα και την ψυχική ευεξία (Bisegger et al., 2005). Το ανωτέρω εύρημα συμβαδίζει με τη μελέτη και θα μπορούσε εν μέρει να αποδοθεί στην εμφάνιση της εμμηνόρροιας η οποία αποτελεί αφορμή για την εμφάνιση πολλών σωματικών συμπτωμάτων, καθώς και για την συνακόλουθη «κακή» ψυχική υγεία (Ravens-Sieberer et al., 2003).

Η Επίδραση της Ηλικίας

Οι νεότεροι μαθητές σημείωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη Συναισθηματική Νοημοσύνη. Στο συγκεκριμένο δείγμα η αύξηση της ηλικίας φαίνεται να λειτουργεί ως τροχοπέδη στη συναισθηματική λειτουργικότητα των εφήβων. Σε μελέτη, που εκπονήθηκε στον Ελληνικό χώρο, επί δείγματος 127 εφήβων (47.2% κορίτσια), με μέσο όρο ηλικίας τα 16.4 χρόνια, η ΣΝ ως Γνώρισμα δεν παρουσίασε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ηλικία των συμμετεχόντων (Argyriou, Bakoyannis, & Tantaros, 2016). Ανάλογο εύρημα εντοπίστηκε και στη μελέτη του Russo και των συνεργατών του (2011), στην οποία συμμετείχαν 670 έφηβοι (317 αγόρια), με μέσο όρο ηλικίας τα 10.25 χρόνια. Όσον αφορά σε ενήλικο πληθυσμό, στην Ελλάδα σε μελέτη 602 ατόμων με μέσο όρο ηλικίας τα 34 έτη, η ηλικία φάνηκε να επηρεάζει θετικά τις αυτοαντιλήψεις των μελών του δείγματος αναφορικά με τις ικανότητες των συναισθημάτων τους (Stamatoroulou, Galanis, & Prezerakos, 2016). Το συγκεκριμένο εύρημα ίσως ερμηνεύεται από το γεγονός ότι η ηλικία συσχετίζεται με θετικά συναισθήματα και γνωσιακή επανεκτίμηση (Yeung, Wong, & Lok, 2011). Επίσης είναι γνωστό ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας αν και παρουσιάζουν σημαντική συνέχεια με την πάροδο του χρόνου, μπορούν, εντούτοις, να αλλάξουν με συστηματικό τρόπο (Robins, Fraley, Roberts & Trzesniewski, 2001). Αντίστοιχο εύρημα συναντάμε στη Γαλλία (Mikolajczak et al., 2007a), αλλά όχι στη Σερβία όπου η ΣΝ ως Γνώρισμα συνδέθηκε αρνητικά με την ηλικία των συμμετεχόντων (Marjanović & Dimitrijević, 2014).

Οι μεγαλύτερης ηλικίας μαθητές σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της γενικευμένης αγχώδης διαταραχής. Το συγκεκριμένο εύρημα επιβεβαιώνεται και σε άλλες μελέτες, όπου διαφαίνεται ότι τα μεγαλύτερα παιδιά και οι έφηβοι αισθάνονται υπερβολική ανησυχία και ένταση για τα καθημερινά γεγονότα που –σύμφωνα με την άποψή τους– αδυνατούν να ελέγξουν (McGee et al., 1990; Strauss, Lease, Last, & Francis, 1988). Μια έρευνα σε παιδιά και εφήβους, ηλικίας 5 έως 16 ετών, στο Ηνωμένο Βασίλειο, εκτίμησε ότι το 0,7% των ανήλικων συμμετεχόντων έπασχε από γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (αγόρια: 0,6%, κορίτσια: 0,8%) (Green et al., 2004), ενώ αντίστοιχη μελέτη στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, με συμμετέχοντες

εφήβους ηλικίας 13 έως 18 ετών, το 3% (Burstein et al., 2014). Στη συγκεκριμένη μελέτη η διαταραχή του άγχους αποχωρισμού φάνηκε να έχει αντίστροφη σχέση με την ηλικία. Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5;2013) της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας, ο επιπολασμός της συγκεκριμένης αγχώδους διαταραχής στα παιδιά αγγίζει το 4%, ενώ στους εφήβους το 1.6% και αφορά σε μια από τις πιο διαδεδομένες διαταραχές άγχους σε παιδιά ηλικίας κάτω των 12 ετών, της οποίας η εμφάνισή μειώνεται μετά το πέρας της παιδικής ηλικίας.

Επιπλέον, οι μεγαλύτερης ηλικίας μαθητές είχαν υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση του θυμού ως γνώρισμα καθώς και στην εξωτερίκευσή του. Σε μελέτη που εκπονήθηκε στον Καναδά και αφορούσε 766 μαθητές, παρατηρήθηκε ότι οι μαθητές των μεγαλύτερων τάξεων ένιωθαν περισσότερο θυμό και οδηγούνταν πιο εύκολα στην εξωτερίκευση του, εν συγκρίσει με τους μαθητές των μικρότερων τάξεων (Wong, Konishi, & Zhao, 2018). Μια από τις βασικές αιτίες βίωσης του θυμού αφορά στην επίτευξη στόχων που κατέχει σημαίνοντα ρόλο, ιδιαίτερα για τα αγόρια που βρίσκονται στην εφηβική ηλικία (Stapley & Haviland, 1989) καθώς και την βαθύτερη αντίληψη των συναισθημάτων-συμπεριλαμβανομένου και του θυμού- που επιτυγχάνεται με την είσοδο στην εφηβεία (Labouvie -Vief, DeVoe & Bulka, 1989).

Η αύξηση της ηλικίας συνδέθηκε θετικά και με τη διατύπωση σωματικών παραπόνων. Οι μεγαλύτεροι ηλικιακά μαθητές βίωναν πόνο σε μεγαλύτερη συχνότητα εν συγκρίσει με τους μικρότερους. Το εν λόγω εύρημα ίσως συνδέεται με το γεγονός της διαφοροποίησης των σωματικών συμπτωμάτων τα οποία βρίσκονται σε άμεση συνάρτηση με την αναπτυξιακή κατάσταση του παιδιού (Achenbach et al., 1989, Offord et al., 1987). Για παράδειγμα, ο κοιλιακός πόνος είναι το συνηθέστερο σύμπτωμα στην ηλικία των 9 ετών ενώ ο πονοκέφαλος είναι συχνότερος στην ηλικία των 12. Το γεγονός ότι η συχνότητα εμφάνισης των σωματικών συμπτωμάτων τείνει να αυξάνεται με την ηλικία έχει επιβεβαιωθεί σε πληθώρα μελετών. Πιο συγκεκριμένα σε μελέτη επί δείγματος 2558 παιδιών και εφήβων, ηλικίας 8-16 ετών, οι 968 (37.6%) συμμετέχοντες ανέφεραν τουλάχιστον ένα σωματικό σύμπτωμα. Από τους 968, οι 26.8% ήταν παιδιά και οι 52.1% ήταν έφηβοι (Romero-Acosta et

al., 2013). Σε μελέτη του Perquin και των συνεργατών του (2000), στην οποία συμμετείχαν 3137 μαθητές πρωτοβάθμιας και 2199 δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, παρατηρήθηκε ότι η εμφάνιση του πόνου αυξανόταν με την ηλικία, τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια. Αντίστοιχα ήταν τα ευρήματα μελέτης στην οποία συμμετείχαν 751 έφηβοι, οι οποίοι είχαν διαχωριστεί σε δύο ηλικιακά γκρουπ. Το ηλικιακό γκρουπ των 13-15 εμφάνισε σωματικά συμπτώματα σε ποσοστό 73.5%, ενώ το ηλικιακό γκρουπ των 16-18 σε ποσοστό 81.3% (Roth-Isigkeit et al., 2005).

Τέλος, οι μικρότερης ηλικίας μαθητές σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία τόσο στη ΣΥΠΖ όσο και στις επιμέρους διαστάσεις της: σωματική δραστηριότητα και υγεία, γενική διάθεση και συναισθήματα, οικογένεια και ελεύθερος χρόνος, φίλοι, σχολείο και μάθηση. Το συγκεκριμένο εύρημα έχει επιβεβαιωθεί σε πληθώρα μελετών με πιο χαρακτηριστική την Ευρωπαϊκή μελέτη, που εκπονήθηκε σε δείγμα 3710 εφήβων (9-17 ετών), στην οποία η αυξανόμενη ηλικία συνδέθηκε με μειωμένη βαθμολογία στις διαστάσεις της ΣΥΠΖ που αφορούσαν στην φυσική δραστηριότητα και την ψυχική ευεξία (Bisegger et al., 2005). Η εν λόγω αντίστροφη σχέση ίσως οφείλεται στην μετάβαση από την παιδική στην εφηβική ηλικία, που αφορά σε μια περίοδο ωρίμανσης, εμφάνισης δευτερευόντων σεξουαλικών χαρακτηριστικών, επίτευξης της γονιμότητας αλλά και υλοποίησης βαθιών ψυχολογικών αλλαγών (National Research Council, 1999). Η συγκεκριμένη περίοδος συμπίπτει και με τη μετάβαση σε μια διαφορετική και πιο απαιτητική σχολική βαθμίδα, γεγονός που συνοδεύεται από πολυσήμαντες αλλαγές στο σχολικό περιβάλλον της τάξης, στην οργάνωση, στον βαθμό δυσκολίας των μαθημάτων, στις προσδοκίες των εκπαιδευτικών και γονέων/κηδεμόνων, αλλά και στις φιλικές σχέσεις του εφήβου με τη νέα ομάδα ομήλικων (Margetts, 2002). Οι έφηβοι βιώνουν ένα πλήθος νέων εμπειριών αφού αναπτύσσουν τις δικές τους αξίες και πρότυπα, αναζητούν τη δική τους ταυτότητα, επιθυμούν να δοκιμάσουν τον εαυτό τους ως σύντροφο σε μια ερωτική σχέση, απαιτούν ολοένα και μεγαλύτερη απόσταση από τους ενήλικες και αποκτούν στενή σχέση με τους φίλους τους, οι οποίοι αποτελούν και προτεραιότητά τους (Haberlandt et al., 1995, Schütze 1992). Ο εκρηκτικός συνδυασμός των ανωτέρω είναι εφικτό να κάμψει την ψυχική αλλά και τη σωματική ευεξία των εφήβων, να δημιουργήσει

ανισορροπίες στις πτυχές της καθημερινότητάς τους και να επηρεάσει αρνητικά τη ΣΥΠΖ τους.

Η Επίδραση του Τόπου Διαμονής

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη διαφοροποίηση των ανωτέρω μεταβλητών ανά περιφέρεια και πιο συγκεκριμένα σε σχολεία της περιφέρειας Πελοποννήσου και Αττικής. Σύμφωνα με τους Fitzpatrick και LaGory (2003), ο τόπος διαμονής είναι ένας σημαντικός παράγοντας, όχι μόνο επειδή λειτουργεί ως πεδίο εξωτερίκευσης συμπεριφορών και πράξεων, αλλά επειδή διαμορφώνει-σε σημαντικό βαθμό- τις παραπάνω ενέργειες. Είμαστε αυτό που πράττουμε επανειλημμένα, σημείωνε ο Αριστοτέλης, ωστόσο οι πράξεις μας καθορίζονται, εν μέρει, και από το πού βρισκόμαστε (Fitzpatrick and LaGory, 2003). Η σωματική και ψυχική μας υγεία είναι προϊόν όχι μόνο του τρόπου που ζούμε αλλά και του τόπου στον οποίο ζούμε, αφού τα περιβάλλοντα μπορούν να θεωρηθούν ως παράγοντες κινδύνου. Στο έργο του Ιπποκράτη, *Περί Αέρων, Υδάτων, Τόπων* (LCL 1), σημειώνεται ότι η ευημερία επηρεάζεται από ένα σύνολο κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων του κλίματος, της τοπογραφίας, της ποιότητας των φυσικών πόρων των συνηθειών και του τρόπου ζωής. Η περιφέρεια Πελοποννήσου χαρακτηρίζεται από χαμηλό δείκτη αστικοποίησης (ΥΠΕΚΑ, 2013) σε αντίθεση με την περιφέρεια Αττικής που αποτελεί πόλο έλξης για τον πληθυσμό λόγω του μεγάλου αριθμού δραστηριοτήτων που συγκεντρώνονται σε αυτή. Γενικότερα, πρόκειται για δύο περιφέρειες οι οποίες αλληλοεπιδρούν αλλά διαθέτουν διαφορετικό οικονομικό, κοινωνικό, ιστορικό και περιβαλλοντικό υπόβαθρο. Οι μαθητές που κατοικούσαν στη περιφέρεια Πελοποννήσου είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη ΣΥΠΖ αλλά και στις διαστάσεις της γενικής διάθεσης και συναισθημάτων καθώς και της οικογένειας και του ελεύθερου χρόνου. Οι συγκεκριμένοι συμμετέχοντες ένιωθαν σε μεγαλύτερο βαθμό- εν συγκρίσει με τους διαμένοντες στην Αττική- ευτυχισμένοι, συναισθηματικά ισορροπημένοι και ικανοποιημένοι με τη ζωή τους, την οποία αντιμετώπιζαν και με μια πιο αισιόδοξη οπτική. Επιπλέον, είχαν μια υγιή σχέση με τους γονείς τους, βίωναν μεγάλο βαθμό αυτονομίας, ήταν ικανοποιημένοι με τους οικονομικούς τους πόρους και διέθεταν ελεύθερο χρόνο για τον εαυτό τους.

Επίσης, οι κατοικούντες στην περιφέρεια Πελοποννήσου σημείωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη συναισθηματική νοημοσύνη, εν συγκρίσει με τους διαμένοντες στην Αττική. Παρουσιάστηκαν σε μεγαλύτερο βαθμό επιδέξιοι στις κοινωνικές συναναστροφές, ένιωθαν θετικοί, χαρούμενοι, γεμάτοι και είχαν σωστή αντίληψη των συναισθημάτων. Όσον αφορά στις αγχώδεις διαταραχές, οι μαθητές που κατοικούσαν στη Περιφέρεια Αττικής είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διαταραχή γενικευμένου άγχους αισθανόμενοι υπερβολική, ανεξέλεγκτη και συχνά παράλογη ανησυχία, προσδοκία για γεγονότα ή δραστηριότητες. Επιπλέον, σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στη διαταραχή της κοινωνικής φοβίας, εκδηλώνοντας φόβο σε μια ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις. Τέλος, οι μαθητές που κατοικούσαν στην περιφέρεια Αττικής είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση του Θυμού ως Γνώρισμα καθώς και στην εξωτερική του. Ο θυμός, δηλαδή, αποτελούσε ένα μακροχρόνιο χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους και είχαν την τάση να τον εξωτερικεύουν μέσω σωματικών ή λεκτικών εκφράσεων .

Η καθημερινή πίεση που συνδέεται με τη ζωή σε μεγάλα αστικά κέντρα, όπου οι κίνδυνοι, τα προβλήματα, το έγκλημα και η αθλιότητα είναι κοινά, επηρεάζουν την ψυχική και σωματική ευεξία και είναι εφικτό να δημιουργήσουν χρόνιο άγχος, στρες και μια ποικιλία αρνητικών συναισθημάτων (Ross and Mirowsky, 2001). Ορισμένες περιοχές είναι σαφώς πιο αγχωτικές, με υπερβολικό θόρυβο, πάρα πολλούς ανθρώπους ή άλλες πηγές που μπορεί να προκαλέσουν υπερφόρτωση ερεθισμάτων. Επιβλαβείς χημικοί παράγοντες, ρύποι, ιοί και βακτηρίδια που περιέχονται σε έναν τόπο είναι εφικτό να εμφανιστούν τόσο τους εμφανείς όσο και τους αθέατους κινδύνους για τους διαμένοντες, υποβαθμίζοντας την ποιότητα ζωής τους (Fitzpatrick and LaGory, 2003).

Αντίθετα, περιοχές οι οποίες περιέχουν φυσικά χαρακτηριστικά όπως δέντρα και πάρκα, ενισχύουν την αίσθηση της ευημερίας και παρέχουν ένα περιβάλλον ανάκαμψης που υποστηρίζει την ψυχική και σωματική ανθεκτικότητα (Beard and Petitot, 2010), ενθαρρύνοντας το περπάτημα και άλλες σωματικές δραστηριότητες. Μια πρόσφατη ανασκόπηση, που αφορά σε μελέτες οι οποίες εξετάζουν τη σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών του τόπου διαμονής και της σωματικής δραστηριότητας σε όλες τις ηλικίες, εντόπισε μια

ισχυρή σχέση μεταξύ του περπατήματος και μιας σειράς φυσικών χαρακτηριστικών του τόπου διαμονής (Saelens and Handy, 2008). Επιπλέον, η ζωή στις μεγαλουπόλεις έχει συσχετιστεί με υψηλότερα κοινωνικής φοβίας, χαμηλότερη κοινωνική συνοχή και λιγότερο ανεπίσημο κοινωνικό έλεγχο επί προβληματικών συμπεριφορών (Sampson, Raudenbush, & Earls, 1997). Μελέτη ανασκόπησης που διερεύνησε την επίδραση του τόπου διαμονής στην ψυχική υγεία, αναγνώρισε 45 μελέτες, από τις οποίες οι 37 τονίζουν την αρνητική επίδραση του αστικού περιβάλλοντος στην ψυχική ευεξία των κατοικούντων σε αυτό (Mair, Diez Roux, & Galea, 2008).

Συμπεράσματα-Προτάσεις

Η δυτική και η ανατολική φιλοσοφία πιστεύουν ότι η επιτυχία και η ευτυχία επιτυγχάνονται μόνο μέσω του σωστού χειρισμού των συναισθημάτων μας. Στη συγκεκριμένη μελέτη διαφάνηκε ότι η υψηλή συναισθηματική ευφυΐα σε συνδυασμό με τα χαμηλά επίπεδα άγχους και θυμού συνδράμουν καθοριστικά στη σωματική, διανοητική, κοινωνική και πνευματική λειτουργικότητα και επιτρέπουν στον έφηβο να εκφράσει το πλήρες φάσμα των μοναδικών δυνατοτήτων του μέσα στο περιβάλλον στο οποίο ζει. Οι μαθητές που συγκεντρώνουν τα ανωτέρω χαρακτηριστικά έχουν έντονη φυσική δραστηριότητα, καλή φυσική κατάσταση, νιώθουν υγιείς και γεμάτοι ενέργεια βιώνοντας πληθώρα θετικών συναισθημάτων όπως χαρά, ευτυχία και αγάπη. Επιπλέον, νιώθουν κατανόηση και υποστήριξη από την πλευρά του οικογενειακού περιβάλλοντός τους, χαίρουν της αποδοχής των ομηλικών και διακατέχονται από συναισθήματα ενθουσιασμού τόσο για το σχολείο όσο και για τους καθηγητές τους. Εν κατακλείδι, έχουν εξασφαλίσει-στον βαθμό που αυτό είναι εφικτό-υψηλού επιπέδου ποιότητα ζωής.

Κρίνεται λοιπόν επιτακτική η εντατική εφαρμογή προγραμμάτων για την προαγωγή ψυχικής υγείας με στόχο την ενίσχυση της ικανότητας των ατόμων να προσδιορίζουν αυτόνομα τη ζωή τους και να επιτυγχάνουν την ψυχική τους ανθεκτικότητα. Οι παρεμβάσεις αυτές χρειάζεται να είναι ευαίσθητες στη πολιτισμική διαφορετικότητα, να προωθούν τις αξίες της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης, της αλληλοεξάρτησης και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και να αποβλέπουν στην εξασφάλιση εκείνων των συνθηκών που θα επιτρέψουν τη θετική προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου.

Ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζει το σχολείο αφού αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους φορείς κοινωνικοποίησης του παιδιού. Η ψυχική ανθεκτικότητα, δηλαδή η ενίσχυση της ψυχικής υγείας, στο σχολικό περιβάλλον και η ανάπτυξη δεξιοτήτων των παιδιών, ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν τυχόν δυσκολίες και επιβαρυντικούς παράγοντες που σχετίζονται με το στρες, με οικογενειακά προβλήματα, με διαπροσωπικές σχέσεις ή μαθησιακές δυσκολίες, χαρακτηρίζεται απαραίτητη προκειμένου τα παιδιά αφενός να απολαμβάνουν την εκπαιδευτική διαδικασία και αφετέρου να

καλλιεργήσουν τις δεξιότητες εκείνες που θα τους χρησιμεύσουν εφόρου ζωής στην αντιμετώπιση καθημερινών τους προβλημάτων.

Ο ρόλος του σχολείου σε αυτή την διαδικασία της καλλιέργειας της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι καθοριστικός, γι' αυτό και καθίσταται επιτακτική η ανάγκη διαφοροποίησής του και μετατροπής του από ένα περιβάλλον στενής μάθησης και γνώσεων που είναι σήμερα, σε ένα περιβάλλον το οποίο θα δίνει έμφαση στην ενίσχυση της ψυχικής υγείας και ανθεκτικότητας όλων των μελών της εκπαιδευτικής κοινότητας (μαθητών, εκπαιδευτικών, γονιών). Η ανάγκη αυτή είναι σήμερα ακόμα μεγαλύτερη στην χώρα λόγω της κοινωνικοοικονομικής κρίσης που έχει αρνητικές συνέπειες στην ευάλωτη ομάδα των παιδιών.

Αυτό σημαίνει ότι στο σχολείο χρειάζεται πλέον να τίθεται ως βασικός στόχος η ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας, έτσι ώστε οι έφηβοι, οι εκπαιδευτικοί αλλά και όλα τα μέλη της σχολικής κοινότητας να αντιμετωπίζουν όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερα τις αντίξοες συνθήκες που προκύπτουν, αξιοποιώντας και εμπλουτίζοντας τις δυνατότητές τους.

Περιορισμοί Μελέτης

Η συγκεκριμένη μελέτη υπόκειται σε ένα πλήθος περιορισμών. Πιο συγκεκριμένα:

Όσον αφορά την περιφέρεια Πελοποννήσου τα επιλεχθέντα σχολεία στο νομό Αργολίδας αρνήθηκαν τη συμμετοχή τους με αποτέλεσμα στη μελέτη να μη συμπεριλαμβάνονται μαθητές από τη συγκεκριμένη περιοχή.

Αναφορικά με την περιφέρεια Αττικής η δειγματοληψία περιορίστηκε στην Αστική περιοχή της Αθήνας προκειμένου η ερευνήτρια να καταφέρει να ανταπεξέλθει χρονικά σε όλα τα σχολεία της μελέτης. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα διέθεταν μεγαλύτερο βαθμό αξιοπιστίας εάν αφορούσαν στο σύνολο των τομέων της περιφέρειας Αττικής .

Η μελέτη περιοριζόταν μόνο στα γενικά λύκεια αποκλείοντας τα επαγγελματικά λύκεια στα οποία φοιτεί ένας μεγάλος αριθμός μαθητών με ιδιαίτερο προφίλ αφού η τεχνική και επαγγελματική εκπαίδευση αποτελεί ξεχωριστή εκπαιδευτική μορφή.

Στη μελέτη δεν συμπεριλήφθησαν Ιδιωτικά σχολεία.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ahmetoglu, G., Leutner, F., & Chamorro-Premuzic, T. (2011). EQ-nomics: Understanding the relationship between individual differences in trait emotional intelligence and entrepreneurship. *Personality and Individual Differences, 51*, 1028-1033.
2. Alavi, M., Mehrinezhad, S. A., Amini, M., & Parthaman Singh, M. K. a/p. (2017). Family functioning and trait emotional intelligence among youth. *Health Psychology Open, 4*(2), 2055102917748461.
3. Alujaa, A., Blanch, A., & Petrides, K. V. (2016). Psychometric properties of the Catalan version of the Trait Emotional Intelligence (TEIQue): Comparison between Catalan and English data. *Personality and Individual Differences, 99*, 133-139.
4. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.
5. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington: American Psychiatric Association.
6. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
7. Andrei, F., & Petrides, K. V. (2013). Trait emotional intelligence and somatic complaints with reference to positive and negative mood. *Psihologija, 46* (1), 5–15.
8. Andrei, F., Mancini, G., Trombini, E., Baldaro, B., & Russo, P. M. (2014). Testing the incremental validity of Trait Emotional Intelligence: Evidence from an Italian sample of adolescents. *Personality and Individual Differences, 64*, 24-29.
9. Andrei, F., Siegling, A.B., Aloe, A. M., Baldaro, B., & Petrides, K. V. (2016). The incremental validity of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue): A systematic re- view and meta-analysis. *Journal of Personality Assessment, 98*, 261-276.
10. Andrei, F., Smith, M. M., Surcinelli, P., Baldaro, B., & Saklofske, D. H. (2016). The Trait Emotional Intelligence Questionnaire: Internal Structure, Convergent, Criterion, and Incremental Validity in an Italian Sample. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 49*(1), 34-45.
11. Angst, J., & Dobler-Mikola, A. (1985). The Zurich Study: V. Anxiety and phobia in young adults. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences, 235*(3), 171–178.
12. Antonovsky, A. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International, 11*:11–8.

13. Argyriou, E., Bakoyannis, G., & Tantaros, S. (2016). Parenting styles and trait emotional intelligence in adolescence. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57(1), 42–49. doi:10.1111/sjop.12266
14. Arslan, C. (2009). Anger, self-esteem, and perceived social support in adolescence. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 37(4), 555–564. doi:10.2224/sbp.2009.37.4.555
15. Austin, E. J., Dore, T. C. P., & O'Donovan, K. M. (2008). Associations of personality and emotional intelligence with display rule perceptions and emotional labour. *Personality and Individual Differences*, 44(3), 679–688.
16. Bandelow, B., & Domschke, K. (2015). *Panic Disorder*. In: Stein, D., Vythilingum, B., eds. *Anxiety Disorders and Gender*. Cham, Switzerland: Springer.
17. Bardone, A.M., Moffitt, T.E., Caspi, A., Dickson, N., Stanton, W.R., & Silva, P.A. (1998). Adult physical health outcomes of adolescent girls with conduct disorder, depression, and anxiety. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 594–60.
18. Bar-On, R. (1997). *The Emotional Intelligence Inventory (EQ-i): technical manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
19. Bar-On, R., Brown, J.M., Kirkcaldy, B.D., & Thome, E.P. (2000). Emotional expression and implications for occupational stress: An application of the Emotional Quotient Inventory (EQ-i). *Personality and Individual Differences*, 28, 1107-1118.
20. Barsky, A. J., Peekna, H. M., & Borus, J. F. (2001). Somatic Symptom Reporting in Women and Men. *Journal of General Internal Medicine*, 16(4), 266–275.
21. Beard, C., Weisberg, R. B., & Keller, M. B. (2010). Health-related Quality of Life across the Anxiety Disorders: Findings from a Sample of Primary Care Patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 559–564.
22. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
23. Beck, Aaron, T.; Rush, A. John; Shaw, Brian F.; Emery, Gary (1987). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.
24. Berkley, K.J. (1997). Sex differences in pain. *Behavioral and Brain Sciences*, 20, 371–80.
25. Berra, S., Tebe´c, C., Esandie, M. E., & Carignanog, C. (2013). Reliability and validity of the KIDSCREEN-52 questionnaire to measure health related quality of life in the 8 to 18 year-old Argentinean population. *Archivos Argentinos de Pediatr´a*, 111(1), 29–35.

26. Bisegger, C., Cloetta, B., von Rueden, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U., European Kidscreen Group (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Soz- Präventivmedizin*, 50:281–291.
27. Black, B., & Uhde, T. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34,847–856.
28. Bögels, S.M., & Zigterman, D. (2000). Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28,205-11.
29. Brenes, G.A., Guralnik, J.M., Williamson, J., et al. (2005). The influence of anxiety in the progression of disability. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53,34–39.
30. Brenes, G.A., Kritchevsky, S., & Mehta, K.M., et al. (2007). Scared to death: results from the Health, Aging, and Body Composition study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 262–265.
31. Brenes, G.A., Penninx, B.W.JH,& Judd, P.H. et al .(2008). Anxiety, depression, and disability across the lifespan. *Aging Mental Health*, 12(1):158-63.
32. Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.
33. Bruce, S.E., Yonkers, K.A., Otto, M.W., Eisen, J.L., Weisberg, R.B., Pagano, M., Shea, M.T., & Keller, M.B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162:1179–1187.
34. Bukowski, W.M., & Sandberg, D (1999). Peer relationships and quality of life. *Acta Paediatrica*, 88,108–9.
35. Bullinge, M., Schmidt, S., Petersen, C. (2002). Assessing quality of life of children with chronic health conditions and disabilities: a European approach. *International Journal of Rehabilitation Research*, 25,197–206.
36. Bullinger, M. (1991). Quality of life – definition, conceptualization and implications – a methodologists view. *Theoretic Surgery*, 6, 143–149.
37. Bullinger, M., Anderson, R., Cella, D., et al. (1995). Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. In: Shumaker, S.A., Berzon, R.A., eds. *The International Assessment of Health-related Quality of Life*. New York: Oxford Rapid Communications.

38. Bullinger, M., Brutt, A.L., Erhart, M., & Ravens-Sieberer, U. (2008) Psychometric properties of the KINDL-R questionnaire: results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(suppl 1),125–132.
39. Bullinger, M., Schmidt, S., Petersen, C., the DISABKIDS Group (2002). Assessing quality of life of children with chronic health conditions and disabilities: a European approach. *International Journal of Rehabilitation Research*, 25,197–206.
40. Burke, W.J., Folks, D.G., & McNeilly, D.P. (1998) Effective use of anxiolytics in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 14,47–65.
41. Burri, A. V., Cherkas, L. M., & Spector, T. D. (2009). Emotional intelligence and its association with orgasmic frequency in women. *Journal of Sexual Medicine*, 6(7), 1930–1937.
42. Burstein, M., Beesdo-Baum, K., He, J.P., et al. (2014). Threshold and subthreshold generalized anxiety disorder among US adolescents: prevalence, sociodemographic, and clinical characteristics. *Psychological Medicine*, 44, 2351–2362.
43. Bynner, J., Dolton, P., Feinstein, L., Makepeace, G., Malmberg, L., & Woods, L. (2003). *Revisiting the benefits of higher education: A report by the Bedford Group for Lifecourse and Statistical Studies, Institute of Education*. Bristol: HEFCE.
44. Calman, K. (1987). Definitions and dimensions of quality of life. In N. Aaronson, J. Beckman, J. Bernheim, & R. Zittoun (Eds.), *The quality of life of cancer patients* (pp. 81–97). New York: Raven.
45. Campo, J. V. (2012), Annual Research Review: Functional somatic symptoms and associated anxiety and depression – developmental psychopathology in pediatric practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 575-592.
46. Canino, G., Shrout, P.E., Rubio-Stipec, M., et al. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 61,85–93.
47. Carr, A. (2004). *Positive psychology. The science of happiness and human strengths*. London: Brunner-Routledge.
48. Carthy, T., Horesh, N., Apter, A., & Gross, J.J. (2009). Patterns of emotional reactivity and regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 23-36.
49. Chavira, D.A., Stein, M.B., Bailey, K., & Stein, M.T. (2004). Child anxiety in primary care: prevalent but untreated. *Depression and Anxiety*, 20,155– 64.
50. Chomsky, N. (1980). *Rules and representations*. New York: Columbia University Press

51. Christakis, D.A., Johnston, B.D., & Connell, F.A. (2001). Methodologic issues in pediatric outcomes research. *Ambulatory Pediatrics*, 59–62.
52. Clarke, S.-A., & Eiser, C. (2004). The measurement of health-related quality of life (QOL) in paediatric clinical trials: A systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(1), 66.
53. Committee on Evaluation of Children's Health NRC. Measuring Children's Health. Children's Health the Nation's Wealth: Assessing and Improving Child Health (2004). Washington: The National Academies Press.
54. Cook, W.L. (2001). Interpersonal influence in family systems: a social relations model analysis. *Child Development*, 72, 1179–97.
55. Cooper, A., & Petrides, K. V. (2010). A psychometric analysis of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire-Short Form (TEIQue-SF) using Item Response Theory. *Journal of Personality Assessment*, 92, 449–457.
56. Costa, P. T., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 322–331.
57. Costello, E.J., Egger, H.L., & Angold, A. (2004). The developmental epidemiology of anxiety disorders. T. Ollendick, J. March (Eds.) Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: a clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions (61–91). Oxford University Press: New York.
58. Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., et al. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*, 60, 837–44.
59. Cox, M.J., & Paley, B. (1997). Families as systems. *Annual Review of Psychology*, 48, 243–67.
60. Craske, M.G. (2003). *Origins of phobias and anxiety disorders: why more women than men?* Amsterdam: Elsevier.
61. Crowe, R. R., Noyes, R., Pauls, D. L., & Slymen, D. (1983). A family study of panic disorder. *Archives of general psychiatry*, 40, 1065- 1069.
62. Crundwell, Marc., A. (2006). Identifying and teaching children with selective mutism. *Teaching Exceptional Children*, 38(3), 48-54.
63. Cummings, E.M., & Davies, P.T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73–112.

64. Dadds, M.R., Barrett, P.M., Rapee, R.M., & Ryan, S. (1996). Family process and child anxiety and aggression: an observational analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 715-34.
65. Davies, M., Stankov, L., & Roberts, R. D. (1998). Emotional intelligence: In search of an elusive construct. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 989-1015.
66. Davis, S. K., & Humphrey, N. (2012). Emotional intelligence predicts adolescent mental health beyond personality and cognitive ability. *Personality and Individual Differences*, 52, 144-149.
67. de Wit, M., Delemarre-van de Waal, H. A., Bokma, J. A., Haasnoot, K., Houdijk, M. C., Gemke, R. J., et al. (2008). Monitoring and discussing health-related quality of life in adolescents with type 1 diabetes improve psychosocial well-being: A randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 31(8), 1521–1526.
68. Deffenbacher, J. L., Oetting, E. R., Thwaites, G. A., Lynch, R. S., Baker, D. A., Stark, R. S., et al. (1996). State-trait anger theory and the utility of the Trait Anger Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 131-148.
69. Dell'Osso, L., Carmassi, C., Musetti, L., et al. (2012). Lifetime mood symptoms and adult separation anxiety in patients with complicated grief and/ or post-traumatic stress disorder: a preliminary report. *Psychiatric Research*, 198(3), 436–440.
70. Derksen, J., Kramer, I., & Katzko, M. (2002). Does a self-report measure for emotional intelligence assess something different than general intelligence? *Personality and Individual Differences*, 32, 37-48.
71. Di Fabio, A., Saklofske, D. H., & Tremblay, P.F. (2016). Psychometric properties of the Italian Trait Emotional Intelligence Questionnaire (I-TEIQue). *Personality and Individual Differences*, 96, 198-200.
72. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75.
73. Egger, H.L., Costello, E.J., Erkanli, A., & Angold, A. (1999). Somatic Complaints and Psychopathology in Children and Adolescents: Stomach Aches, Musculoskeletal Pains, and Headaches. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 852–860.
74. Eiser, C., & Morse, R. (2001). A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Archives of Disease in Childhood*, 84, 205–11.
75. Eiser, C., & Morse, R. (2001). Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Quality of Life Research*, 10(4), 347–357.

76. Essau, C. A., Anastassiou-Hadjicharalambous, X., & Muñoz, L. C. (2011). Psychometric Properties of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) in Cypriot Children and Adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(5), 557–568.
77. Essau, C. A., Muris, P., & Ederer, E. M. (2002). Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale and the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders in German children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33(1), 1–18.
78. Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of Perceived Emotional Intelligence and Health-Related Quality of Life of Middle-Aged Women. *Psychological Reports*, 91 (1), 47-59.
79. Fagiolini, A., Shear, M.K., Cassano, G.B., & Frank, E., (1998). Is lifetime separation anxiety a manifestation of panic spectrum? *CNS Spectrums*, 3(4),63–72.
80. Fayers, P., & Machin, D. (2000). *Quality of life. Assessment, analysis and interpretation*. Chichester: Wiley.
81. Fayers, P. M., & Machin, D. (2007). *Quality of life. The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes (2nd ed.)*. London: Wiley.
82. Fearon, I., McGrath, P.J., Achat, H. (1996). 'Booboos': the study of everyday pain among young children. *Pain*, 68, 55–62.
83. Felder-Puig, R., Frey, E., Proksch, K., et al. (2004). Validation of the German version of the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) in childhood cancer patients off treatment and children with epilepsy. *Quality Life Research*, 13, 223–34.
84. Ferrando, M., Prieto, M. D., Almeida, L. S., Ferrandiz, C., Bermejo, R., Lopez-Pina, J. A., Fernandez, M. C. (2011). Trait emotional intelligence and academic performance: Controlling for the effects of IQ, personality, and self-concept. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29, 150-159.
85. Finney, M.L., Stoney, C.M. & Engebretson, T.O., (2002). Hostility and anger expression in African American and European American men is associated with cardiovascular and lipid reactivity. *Psychophysiology*, 39,34.0-349.
86. Fischer, A. H., & Evers, C. (2011). The social costs and benefits of anger as a function of gender and relationship context. *Sex Roles*, 65, 23–34.
87. Fitzpatrick, K.M., & LaGory, M. (2003) "Placing" health in an urban sociology: cities as mosaics of risk and protection. *City Community*, 2, 33-46.

88. Flammer, A., & Alsaker, F. (2002). *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz: die Erschliessung innerer und äusserer Welten im Jugendalter*. Bern: Huber.
89. Fodor, J. (1983). *The modularity of mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
90. Frederickson, N., Petrides, K. V., & Simmonds, E. (2012). Trait emotional intelligence as a predictor of socioemotional outcomes in early adolescence. *Personality and Individual Differences, 52*, 317-322.
91. Freud, S. (1895). On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description "anxiety neurosis." In J. Strachey, ed. and trans. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 24 volumes. London: Hogarth Press, 1953-1974, 3.
92. Freud, S. (1926). *Inhibitions, symptoms and anxiety*. Standard Edition 20:87–174.
93. Freudenthaler, H.H., Neubauer, C. A., Gabler, P., Scherl, W. G., & Rindermann, H. (2008). Testing and validating the trait emotional intelligence questionnaire (TEIQue) in a German-speaking sample. *Personality and Individual Differences, 45*(7), 673–678.
94. Furnham, A., & Christoforou, I. (2007). Personality traits, emotional intelligence, and multiple happiness. *North American Journal of Psychology, 9*(3), 439–462.
95. Furnham, A., & Petrides, K. V. (2003). Trait emotional intelligence and happiness. *Social Behavior and Personality, 31*(8), 815–824.
96. Gallacher, J. E., Yarnell, J. W., Sweetnam, P. M., Elwood, P. C., & Stansfeld, S. A. (1999). Anger and incident heart disease in the Caerphilly study. *Psychosomatic Medicine, 61*, 446–453.
97. Gardner, K. J., & Qualter, P. (2010). Concurrent and incremental validity of three trait emotional intelligence measures. *Australian Journal of Psychology, 62*(1), 5–13.
98. Gentry, W. D., Chesney, A. P., Gary, H. G., Hall, R. P., & Harburg, E. (1982). Habitual anger-coping styles. I. Effect on mean blood pressure and risk for essential hypertension. *Psychosomatic Medicine, 44*, 195–202
99. George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference, 11.0 update* (4th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
100. Giannakopoulos, G., Tzavara, C., Dimitrakaki, C., Kolaitis, G., Rotsika, V., & Tountas, Y. (2009). The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Annals of General Psychiatry, 8*, Article 20.

101. Gnepp, J. (1989). *Children's use of personal information to understand other people's feelings*. In C. Saarni & P. Harris (Eds.), *Children's understanding of emotion* (pp. 151-180). New York: Cambridge University Press.
102. Goleman, D. (1995). *Η Συναισθηματική Νοημοσύνη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
103. Goleman, D. (1998). *Working with Emotional Intelligence*. London: Bloomsbury.
104. Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
105. Greven, C., Chamorro-Premuzic, T., Arceche, A., & Furnham, A. (2008). A hierarchical integration of dispositional determinants of general health in students: The Big Five, trait emotional intelligence and humour styles. *Personality and Individual Differences*, 44, 1562–1573.
106. Groër, M., Thomas, S., Droppleman, P., & Younger, M. S. (1994). Longitudinal study of adolescent blood pressures, health habits, stress and anger. *Health Values: The Journal of Health Behavior, Education & Promotion*, 18(5), 25-33.
107. Haberlandt, M., Höfer, R., Keupp, H., Seitz, R., & Straus, F. (1995). Risiken und Chancen der Entwicklung im Jugendalter. In: Kolip P, Hurrelmann K, Schnabel P-E, eds. *Jugend und Gesundheit: Interventionsfelder und Präventionsbereiche*. Weinheim: Juventa: 87–109.
108. Haraldstad, K., Christophersen, K. A., Eide, H., Nativgc, G.K., Helseth, S., & The KIDSCREEN group Europe (2011). Health related quality of life in children and adolescents: Reliability and validity of the Norwegian version of KIDSCREEN-52 questionnaire, a cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 573–581.
109. Hauber, R. P., Rice, M. H., Howell, C. C., & Carmon, M. (1998). Anger and blood pressure readings in children. *Applied Nursing Research*, 11(1), 2–11.
110. Hesselman, S. (1983). Elective mutism in children 1977–1981. *Acta Paedopsychiatrica*, 49, 297–310.
111. Hoffman, D.L., Dukes, E.M., & Wittchen, H. (2008), Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression Anxiety*, 25: 72-90.
112. Hong, S. D., Yang, J. W., Jang, W. S., Byun, H., Lee, M. S., Kim, H. S., et al. (2007). The KIDSCREEN-52 Quality of life measure for children and adolescents (KIDSCREEN-52-HRQOL): Reliability and validity of the Korean version. *Journal of Korean Medical Science*, 22(3), 446–452.

113. Horsman, J., Furlong, W., Feeny, D., & Torrance, G. (2003). The Health Utilities Index (HUI): concepts, measurement properties and applications. *Health Qual Life Outcomes*, 1,54.
114. Hubbard, J. A. (2001). Emotion expression processes in children's peer interaction: The role of peer rejection, aggression, and gender. *Child Development*, 72, 1426–1438
115. Huebner, E. S., Valois, R. F., Suldo, S. M., Smith, L., McKnight, C., Seligson, J. L., et al. (2004). Perceived quality of life: A neglected component of adolescent health assessment and intervention. *Journal of Adolescent Health*, 34(4), 270–278.
116. Jacobi, F., Hofler, M., Strehle, J., et al. (2014). [Mental disorders in the general population: Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)]. *Der Nervenarzt*, 85(1),77–87.
117. Jacobs, I., Sim, C. W., & Zimmermann, J. (2015). The German TEIQue-SF: Factorial structure and relations to agentic and communal traits and mental health. *Personality and Individual Differences*, 72, 189-194.
118. Janse, A. J., Sinnema, G., Uiterwaal, C. S., Kimpen, J. L., & Gemke, R. J. (2008). Quality of life in chronic illness: Children, parents and paediatricians have different, but stable perceptions. *Acta Paediatrica*, 97(8), 1118–1124.
119. Janssens, K. A., Rosmalen, J. G., Ormel, J., Van Oort, F. V. and Oldehinkel, A. J. (2010), Anxiety and depression are risk factors rather than consequences of functional somatic symptoms in a general population of adolescents: The TRAILS study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51: 304-312.
120. Jellesma, F. C., Rieffe, C., & Terwogt, M. M. (2007). The Somatic Complaint List: Validation of a self-report questionnaire assessing somatic complaints in children. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(4), 399–401.
121. Jellesma, F. C., Rieffe, C., Terwogt, & Westenberg, P.M. (2011) Children's sense of coherence and trait emotional intelligence: A longitudinal study exploring the development of somatic complaints. *Psychology & Health*, 26:3, 307-320
122. Johnson, S. J., Batey, M., & Holdsworth, L. (2009). Personality and health: The mediating role of trait emotional intelligence and work locus of control. *Personality and Individual Differences*, 47(5), 470–475.
123. Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., & Thoresen, C. J. (2003). The Core Self-Evaluations Scale (CSES): Development of a measure. *Personnel Psychology*, 56, 303-331.

124. Julkunen, J., & Ahlström, R. (2006). Hostility, anger, and sense of coherence as predictors of health-related quality of life. Results of an ASCOT substudy. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(1), 33–39.
125. Juniper, E.F. (1999). Health-related quality of life in asthma. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 5, 05–10.
126. Juniper, E.F., Guyatt, G.H., Feeny, D.H., et al. (1996). Measuring quality of life in children with asthma. *Quality of Life Research*, 35–46.
127. Karreman, A., & Bekker, M.H.J. (2012). Feeling angry and acting angry: Different effects of autonomy-connectedness in boys and girls. *Journal of Adolescence*, 35, 407–415.
128. Kerns, R.D., Rosenberg, R. & Jacob, M.C., (1994). Anger expression and chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 57-67.
129. Kerr, M.A., & Schneider, B.H. (2008). Anger expression in children and adolescents: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 559–577.
130. Kessler, R.C., & Frank, R.G. (1997). The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine*, 27, 861–873.
131. Kessler, R.C., Avenevoli, S., Costello, E.J., et al. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of general psychiatry*, 69(4):372–380.
132. Kessler, R.C., Berglund, P., Dernier, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593–602.
133. Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617-27.
134. Kessler, R.C., Demler, O., & Frank, R.G. et al. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*, 352, 2515–2523.
135. Kessler, R.C., Petukhova, M., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., Wittchen, H.U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169–184.
136. Kluemper, D. H. (2008). Trait emotional intelligence: The impact of core-self evaluations and social desirability. *Personality and Individual Differences*, 44, 1402-1412.

137. Kolvin, I., & Fundudis, T. (1981). Elective mute children: psychological development and background factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 219–232.
138. Koot, H. M. (2001). *The study of quality of life: Concepts and methods*. In J. L. Wallander & H. M. Koot (Eds.), *Quality of life in child and adolescent illness. Concepts, methods and findings* (pp. 3–17). East Sussex: Brunner-Routledge.
139. Koumoundourou, G. A., Kounenou, K., & Siavara, E. (2012). Core self-evaluations, career decision self efficacy, and vocational identity among Greek adolescents. *Journal of Career Development*, 39, 269- 286.
140. Koumoundourou, G. A., Tsaousis, I., & Kounenou, K. (2011). Parental influences on Greek adolescents' career decision-making difficulties: The mediating role of core self-evaluations. *Journal of Career Assessment*, 19, 165-182.
141. Kounenou, K. (2014). Career indecisiveness and personality in Greek High school students. *International Journal of Psychology and Counselling*, 6, 1-9.
142. Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Offord, D.R., et al. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of general psychiatry*, 54(4):337–43.
143. Krain, A.L., Ghaffari, M., Freeman, J., Garcia, A., Leonard, H., & Pine, D.S. (2007). *Anxiety disorders. Lewis's child and adolescent Psychiatry*. In: Martin A, Volkmar FR, editors. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins: 538–48.
144. Kray, L. J., & Thompson, L. (2005). Gender stereotypes and negotiation performance: A review of theory and research. In B. Staw, & R. Kramer (Eds.), *Research in Organizational Behavior Series*, 26, 103–182. Greenwich, CT: JAI Press.
145. Krohn, D.D., Weckstein, S.M., & Wright, H.L. (1992). A study of the effectiveness of a specific treatment for elective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31,711–718.
146. Kujundžić Tiljak, M. (2017). The 90th anniversary of Andrija Štampar School of Public Health. *Croatian Medical Journal*, 58,330–1.
147. Kupersmidt, J.B., Coie, J.D., & Dodge, K.A. (1990). *The role of poor peer relationships in the development of disorder*. In: Asher, S.R., Coie, J.D., eds., *Peer Rejection in Childhood*. New York: Cambridge University Press.
148. Laborde, S., Dosseville, F., & Allen, M.S. (2016). Emotional intelligence. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 26, 862-874.

149. Labouvie -Vief, G., DeVoe, M. & Bulka, D. (1989). Speaking about feelings: Conceptions of emotion across the life span. *Psychology and Aging*, 4, 425-437.
150. Ladd, G.W., & Le Sier, K.D. (1995). *Parents and children's peer relationships*. In: Bornstein MH, ed., *Handbook of Parenting*. Mahwah (NJ): Erlbaum.
151. Landgraf, J.M., Abetz, L., & Ware, J.E. (1996). *Child Health Questionnaire: A User's Manual*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.
152. Landgraf, J.M., Maunsell, E., Speechley, K.N., et al. (1998). Canadian-French, German and UK versions of the Child Health Questionnaire: methodology and preliminary item scaling results. *Quality Life Research*, 7, 433-45.
153. LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York, NY, US: Simon & Schuster.
154. LeDoux, J.E. (1998). Fear and the Brain: Where Have We Been and Where Are We Going? *Biological Psychiatry*, 44:1229-1238.
155. LeDoux, J.E. (1998). *The Emotional Brain*. New York: Phoenix.
156. Lesser-Katz, M. (1986). Stranger reaction and elective mutism in young children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56,458-469.
157. Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59,440-2.
158. Lyubomirsky, S., & Lepper, H. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary re- liability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46(2), 137-155.
159. Mair, C., Diez Roux, A., & Galea, S. (2008). Are Neighborhood characteristics associated with depressive symptoms? A review of evidence. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 940-6.
160. Manicavasagar, V., Marnane, C., Pini, S., et al. (2010). Adult separation anxiety disorder: a disorder comes of age. *Current Psychiatry Reports*, 12(4),290-297.
161. Manicavasagar, V., Silove, D., & Curtis, J. (1997). Separation anxiety in adulthood: a phenomenological investigation. *Comprehensive Psychiatry*, 38(5),274-282.
162. Manoharan, P. K. (2008). *Education and personality development*. New Delphi, DELHI, India: APH Publishing Corporation.

163. Marjanović, Z. J., & Dimitrijević, A. A. (2014). Reliability, construct and criterion-related validity of the Serbian adaptation of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue). *Psihologija*, 47(2), 249–262.
164. Martin, L.M., Fleming, K.C., Evans, J.M. (1995). Recognition and management of anxiety and depression in elderly patients. *Mayo Clinic Proceedings*, 70,999–1006.
165. Martin, R., Wan, C. K., David, J. P., Wegner, E. L., Olson, B. D., & Watson, D. (1999). Style of anger expression: Relation to expressivity, personality, and health. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 1196–1207.
166. Martskvishvili, K., Arutinovi, L., & Mestvirishvili, M. (2013). A psychometric investigation of the Georgian version of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29, 84-88.
167. Martskvishvili, K., Arutinovi, L., & Mestvirishvili, M. (2013). A psychometric investigation of the Georgian version of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(2), 84–88.
168. Matarazzo, J. D. (1972). *Wechsler's measurement and appraisal of adult intelligence (5th ed.)*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
169. Matzejat, F., Remschmidt, H. (2006). *Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Ratingbogen für Kinder, Jugendliche und Eltern*. Bern, Switzerland: Verlag Hans Huber.
170. Matthews, G., Zeidner, M., & Roberts, R. D. (2002). *Emotional intelligence: Science and myth*. Cambridge, MA: MIT Press.
171. Matza, L.S., Kupersmidt, J.B., & Glenn, D.M. (2001). Adolescents' perceptions and standards of their relationships with their parents as a function of sociometric status. *Journal of Adolescent Research*, 11, 245–72.
172. Matza, L.S., Kupersmidt, J.B., & Glenn, D.M. (2001). Adolescents' perceptions and standards of their relationships with their parents as a function of sociometric status. *Journal of Adolescent Research* ,11,245–72.
173. Matza, L.S., Kupersmidt, J.B., Goodman, W.B., et al. (2002). *Maternal Disciplinary Style and Children's Cognitions about Close Relationships*. Paper presented at the Biennial Meeting of the International Society for the Study of Behavioral Development. Ottawa: Canada.

174. Mavroveli, S., & Sanchez-Ruiz, M. J. (2011). Trait emotional intelligence influences on academic achievement and school behaviour. *British Journal of Educational Psychology*, *81*, 112-134.
175. Mavroveli, S., & Siu, A. F. Y. (2012). The factor structure of trait emotional intelligence in Hong Kong. *Journal of Psychoeducational Assessment*, *30*, 567-576.
176. Mavroveli, S., Petrides, K. V., Rieffe, C., & Bakker, F. (2007). Trait emotional intelligence, psychological well-being, and peer-rated social competence in adolescence. *British Journal of Developmental Psychology*, *25*(2), 263–275.
177. McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P.A., & Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry's*, *29*, 611-619.
178. McHorney, C.A. (1997). Generic health measurement: past accomplishments and a measurement paradigm for the 21st century. *Annals of Internal Medicine*, *127*,743–50.
179. McWilliams, L.A., Cox, B.J., Enns, M.V. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, *106* (1–2), 127-133.
180. McWilliams, L.A., Goodwin, R.D., & Cox, B.J. (2004). Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain*, *111*(1–2), 77-83.
181. Meyer, G. J. (2003). The incremental validity of psychological testing and assessment: Conceptual, methodological, and statistical issues. *Psychological Assessment*, *15*, 446-455.
182. Mikolajczak, M., & Luminet, O. (2008). Trait emotional intelligence and the cognitive appraisal of stressful events: An exploratory study. *Personality and Individual Differences*, *44*(7), 1445–1453.
183. Mikolajczak, M., Luminet, O., & Menil, C. (2006). Predicting resistance to stress: Incremental validity of trait emotional intelligence over alexithymia and optimism. *Psicothema*, *18*, 79–88
184. Mikolajczak, M., Luminet, O., Leroy, C., & Roy, E. (2007a). Psychometric properties of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire: Factor structure, reliability, construct, and incremental validity in a French-speaking population. *Journal of Personality Assessment*, *88*(3), 338–353.

185. Mikolajczak, M., Menil, C., & Luminet, O. (2007b). Explaining the protective effect of trait emotional intelligence regarding occupational stress: Exploration of emotional labour processes. *Journal of Research in Personality*, 41(5), 1107–1117.
186. Moss, F. A., & Hunt, T. (1927). Are you socially intelligent? *Scientific American*, 137, 108-uo.
187. Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46(6), 553-565.
188. National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Forum on Adolescence; Kipke MD, editor. *Adolescent Development and the Biology of Puberty: Summary of a Workshop on New Research*. Washington (DC): National Academies Press (US); 1999. Adolescent Development and the Biology of Puberty.
189. Neisser, U. (1967). *Cognitive psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.
190. Nikolaou, A., Gouras, A., Vakola, M., & Bourantas, D. (2007). Selecting change agents: Exploring traits and skills in a simulated environment. *Journal of Change Management*, 7, 291-313.
191. Nikolaou, I., & Judge, T. A. (2007). Fairness reactions to personnel selection techniques in Greece: The role of core self-evaluations. *International Journal of Selection and Assessment*, 15, 206-219.
192. Noack, H. (1994). *Concepts of health and health promotion*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
193. Olfson, M., Shea, S., & Feder, A. et al. (2000). Prevalence of anxiety, depression, and substance use disorders in an urban general medicine practice. *Archives of Family Medicine*, 9,876–883.
194. Özer, A. K. (1994). Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 31, 26-35.
195. Ozer, E., Hamarta, E., & Deniz, M. (2016). Emotional intelligence, core-self evaluation, and life satisfaction. *Psychology*, 7, 145-153.
196. Papadogiannis, P. K., Logan, D., & Sitarenios, G. (2009). An ability model of emotional intelligence: A rationale, description, and application of the Mayer Salovey Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). In C. Stough, D. H. Saklofske, & J. D. A. Parker (Eds.), *Assessing emotional intelligence: Theory, Research, and applications* (pp. 9-40). New York: Springer.

197. Park, Y.J., Park, E.S., Kim, S.J., Yang, S.S., Shin, H.J., Im, H.S., Moon, S.H. (2005). Anger and Health Status in Late School-Age Children. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 35(5), 888-895.
198. Parke, R., & Ladd, G.W. eds. (1992). *Family Peer Relationships: Modes of Linkage*. Hillsdale (NJ): Erlbaum.
199. Pavleković, G., Donev, D., Zaletel Kragelj, L. (2007). Concept and principles in health promotion. In: Donev, D., Pavleković, G., Zaletel Kragelj, L., editors. *Health promotion and disease prevention. Stability Pact Forum for Public Health Cooperation in SEE*. Lage: Hans Jacobs Publishing Co.
200. Petersen, C., Schmidt, S., Power, M., & Bullinger, M. (2005). Development and pilot-testing of a health-related quality of life chronic generic module for children and adolescents with chronic health conditions: a European perspective. *Quality Life Research*, 14, 1065–1077.
201. Petrides, K. V. (2009). Psychometric properties of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire. In C. Stough, D. H. Saklofske, & J. D. Parker (Eds.), *Advances in the assessment of emotional intelligence*. New York, NY: Springer. 5
202. Petrides, K. V., & Furnham, A. (2000). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 29(2), 313–320.
203. Petrides, K. V., & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence. Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15(6), 425–448.
204. Petrides, K. V., & Furnham, A. (2006). The role of trait emotional intelligence in a gender-specific model of organizational variables. *Journal of Applied Social Psychology*, 36(2), 552–569.
205. Petrides, K. V., Pita, R., & Kokkinaki, F. (2007). The location of trait emotional intelligence in personality factor space. *British Journal of Psychology*, 98, 273-289.
206. Petrides, K. V., Sangareau, Y., Furnham, A., & Frederickson, N. (2006). Trait emotional intelligence and children's peer relations at school. *Social Development*, 15, 537-547.
207. Petrides, K. V., Vernon, P. A., Schermer, J. A., Ligthart, L., Boomsma, D. I., & Veselka, L. (2010). Relationships between trait emotional intelligence and the Big Five in the Netherlands. *Personality and Individual Differences*, 48(8), 906–910.
208. Phipps, S., & Steele, R. (2002). Repressive adaptive style in children with chronic illness. *Psychosomatic Medicine*, 64, 34–42.

209. Piko, B. F., Keresztes, N., & Pluhar, Z. F. (2006). Aggressive behavior in psychosocial health among children. *Personality and Individual Differences*, 40, 885–895.
210. Pine, D.S., Cohen, P., Gurley, D., et al. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of general psychiatry*, 55:56–64.
211. Poulou, M. S. (2014). How are trait emotional intelligence and social skills related to emotional and behavioural difficulties in adolescents? *Educational Psychology*, 34, 354-366.
212. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, No. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
213. Quilty, L.C., Ameringen, M.V., Mancini, C., Oakman, J., Farvolden, F. (2003). Quality of life and the anxiety disorders, *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 4, 405-426.
214. Rajmil, L., Herdman, M., Fernandez de Sanmamed, M.J., et al. (2004). Generic health-related quality of life instruments in children and adolescents: a qualitative analysis of content. *Journal of Adolescent Health*, 34,37–45.
215. Ravens-Sieberer U., Gosch A., Rajmil L., et al. (2008). The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value Health*, 11, 645–658.
216. Ravens-Sieberer U., Wille N., Badia X., et al Feasibility, reliability, and validity of the EQ-5D-Y: results from a multinational study. *Quality Life Research*, 2010;19:887–897.
217. Ravens-Sieberer, U. (2003). Der Kindl-R. Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen - Revidierte Form. In: Schumacher J, Klaiberg A, Brähler E, eds. *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe. 184–188.
218. Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. (1998) Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Quality Life Research*. 7, 399–407.
219. Ravens-Sieberer, U., Ellert, U., & Erhart, M. (2007). Health-related quality of life of children and adolescents in Germany. Norm data from the German Health Interview and Examination Survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 50, 810–818

220. Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Power, M., et al. (2003). Item response-theory analyses of child and adolescent self report quality of life data: the European cross-cultural research instrument KIDSCREEN. *Quality Life Research*, 12,1793.
221. Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Rajmil, L., et al. (2010). Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Quality Life Research*, 19:1487–1500.
222. Ravens-Sieberer, U., Görtler, E., & Bullinger, M. (2000). Subjektive Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen – eine Befragung Hamburger Schüler im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung. *Gesundheitswesen*, 62, 148–55.
223. Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., et al. (2001). Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Sozial- und Präventivmedizin*, 46, 297–302.
224. Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., et al. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 5,353–364.
225. Ravens-Sieberer, U., Heilmann, M., & Walleser, S, (2000). Assessment of quality of life in young children with a computer assisted touch screen program (CAT-Screen): reliability, validity and feasibility. *Quality Life Research*. 9, 298.
226. Ravens-Sieberer, U., Thomas, Ch., & Erhart, M. (2003). *Körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Jugendlichen*. In: Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberer, U.,eds. Jugendgesundheits survey: international Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheits organisation WHO. Weinheim: Juventa: 19–98.
227. Regier, D.A, Narrow, W.E., Rae, D.S. The epidemiology of anxiety disorders: The Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *Journal of Psychiatric Research*,1990;24(suppl 2):3–14.
228. Rey, L., Extremera, N., & Trillo, L. (2013). Exploring the Relationship Between Emotional Intelligence and Health-Related Quality of Life in Patients with Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 31(1), 51–64.
229. Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., & Bosch, J. (2004). Emotional awareness and somatic complaints in children. *European Journal of Developmental Psychology*, 1, 31-47.
230. Rieffe, C., Oosterveld, P., Meerum Terwogt, M., Novin, S., Nasiri, H., & Latifian, M. (2010). Relationship between alexithymia, mood and internalizing symptoms in children and

young adolescents: Evidence from an Iranian sample. *Personality and Individual Differences*, 48, 425-430.

231. Rieffe, C., Terwogt, M. M., Bosch, J. D., Frank Kneepkens, C. M., Douwes, A. C., & Jellesma, F. C. (2007). Interaction between emotions and somatic complaints in children who did or did not seek medical care. *Cognition & Emotion*, 21(8), 1630–1646.
232. Rieffe, C., Villanueva, L., Adrian, J. E., & Gorriz, A. B. (2009). Somatic complaints, mood states and emotional awareness in adolescents. *Psicothema*, 21, 459-464.
233. Riley, A.W., Forrest, C., Starfield, B., Rebok, G., Green, B., Robertson, J. (2001). *Child Health and Illness Profile-Child Edition (CHIP-CE)*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University.
234. Riley, A.W., Forrest, C.B., Rebok, G.W., et al (2004). The Child Report Form of the CHIP-Child Edition: reliability and validity. *Medicine Care*. 42, 221–231.
235. Riley, A.W., Forrest, C.B., Starfield B., Green B., Kang M., Ensminger M. (1998). Reliability and validity of the adolescent health profile-types. *Medicine Care*. 36, 1237–1248.
236. Riley, A.W., Forrest, C.B., Starfield, B., Rebok, G.W., Robertson, J.A., Green, B.F. (2004). The Parent Report Form of the CHIP-Child Edition: reliability and validity. *Medicine Care*, 42:210–220.
237. Riley, J.L., Robinson, M.E., Wise, E.A., Myers, C.D., & Fillingim, R.B. (1998). Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a meta-analysis. *Pain*, 74,181–7.
238. Rivers, S. E., Brackett, M. A., Reyes, M. R., Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2012). Measuring emotional intelligence in early adolescence with the MSCEIT-YV: Psychometric properties and relationship with academic performance and psychosocial functioning. *Journal of Psychoeducational Assessment*,30(4), 344-366.
239. Robbins, A. S., Spence, J. T., & Clark, H. (1991). Psychological determinants of health and performance: The tangled web of desirable and undesirable characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(5), 755–765.
240. Robins, R. W., Fraley, R. C., Roberts, B. W., & Trzesniewski, K. H. (2001). A longitudinal study of personality change in young adulthood. *Journal of Personality*, 69(4), 617–640.
241. Robitail, S., Sime´oni, M. C., Ravens-Sieberer, U., et al. (2007). Children proxies' quality-of-life agreement depended on the country using the European KIDSCREEN-52 questionnaire. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(5), 469–478.

242. Ross, C.E., & Mirowsky, J. (2001). Neighbourhood disadvantage, disorder, and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 258-76.
243. Ruperto, N., Ravelli, A., Pistorio, A., et al. (2001). Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ) in 32 countries. Review of the general methodology. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 19, S1–S9.
244. Russo, P. M., Mancini, G., Trombini, E., Baldaro, B., Mavroveli, S., & Petrides, K. V. (2011). Trait Emotional Intelligence and the Big Five. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 30(3), 274–283.
245. Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57,316–31.
246. Saarni, C. (1990). *Emotional competence: How emotions and relationships become integrated*. In R. A. Thompson (Ed.), *Socioemotional development: Nebraska symposium on motivation* (Vol. 36, pp. 115–182). Lincoln: University of Nebraska Press.
247. Saarni, C. (1997). *Emotional competence and self-regulation in childhood*. In P. Salovey & D. J. Sluyter, *Emotional development and emotional intelligence* (pp. 35–66). New York, NY: Basic Books.
248. Saarni, S.I., Suvisaari, J., Sintonen, H., Pirkola, S. (2018). Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *The British Journal of Psychiatry*, 190(4), 326-332.
249. Sadeh, N., Javdani, S., Finy, M. S., & Verona, E. (2011). Gender differences in emotional risk for self- and other-directed violence among externalizing adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 106-117.
250. Saelens, B.E., & Handy, S.L. (2008). Built environment correlates of walking: a review. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 40, S550-66.
251. Salkovskis, P.M., Clark, D.M., & Gelder, M.G. (1996). Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 34, (5–6),1996, 453-458,
252. Salovey, P., & Grewal, D. (2005). The science of emotional intelligence. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 281-285.
253. Sampson, R.J., Morenoff, J.D., & Gannon-Rowley, T. (2002). Assessing “neighborhood effects”: Social processes and new directions in research *Annual Review of Sociology*, 28,443-78.

254. Sampson, R.J., Raudenbush, S.W., & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277, 918-24.
255. Sareen, J., Cox, B. J., Clara, I., & Asmundson, G. J. (2005). The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the U.S. National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety*, 21, 193-202.
256. Schechter, N.L., Bernstein, B.A., Beck, A., & Hart, L. (1991). Individual differences in children's response to pain: role of temperament and parental characteristics. *Pediatrics*, 83, 171-7.
257. Schmidt, S., Debensason, D., Mühlhan, H., et al. (2006). The DISABKIDS generic quality of life instrument showed cross-cultural validity. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59, 587-598.
258. Schulte, M. J., Ree, M. J., & Carretta, T. R. (2004). Emotional intelligence: Not much more than g and personality. *Personality and Individual Differences*, 37(5), 1059-1068.
259. Schulz, A.J., Israel, B.A., Zenk, S.N., Parker, E.A., Lichtenstein, R., Shellman-Weir, S., et al. (2006). Psychosocial stress and social support as mediators of relationships between income, length of residence and depressive symptoms among African American women on Detroit's eastside. *Social Science & Medicine*, 62, 510-22.
260. Schütze, Y. (1992). *Jugend und Familie*. In: Krüger HH. Handbuch der Jugendforschung. 2. erw. und aktualisierte Aufl. Opladen: Leske und Budrich: 335-50.
261. Scientific Advisory Committee of the Medical Outcome Trust (2002). Assessing health status and health related quality of life instruments: attributes and review criteria. *Quality Life Research*, 11, 193-205.
262. Shabani, J., Hassan, S., Ahmad, A., & Baba, M. (2010). Exploring the Relationship of Emotional Intelligence with Mental Health among Early Adolescents. *International Journal of Psychological Studies*, 2(2).
263. Siegling, A. B., Furnham, A., & Petrides, K. V. (2014). Trait emotional intelligence and personality gender-invariant linkages across different measures of the Big Five. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 33(1).
264. Siegling, A. B., Saklofske, D. H., & Petrides, K. V. (2015). Measures of ability and trait emotional intelligence. In G. J. Boyle, D. H. Saklofske, & G. Matthews (Eds.), *Measures of personality and social psychological constructs* (1st ed., pp. 381-414). Oxford, UK: Academic Press.

265. Siegling, A. B., Vesely, A. K., Saklofske, D. H., Frederickson, N., & Petrides, K. V. (2015). Incremental validity of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire–Adolescent Short Form (TEIQue-ASF). *European Journal of Psychological Assessment, 97*, 525-535.
266. Siegman, A. W., Anderson, R. A., Herbst, J., Boyle, S., & Wilkinson, J. (1992). Dimensions of anger-hostility and cardiovascular reactivity in provoked and angered men. *Journal of Behavioral Medicine, 15*, 257–272.
267. Silove, D.M., Marnane C.L., Wagner, R., Manicavasagar, V.L., & Rees, S. (2010). The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BMC Psychiatry, 10*:21.
268. Simeoni, M.C., Auquier, P., Antoniotti, S., Sapin, C., & San Marco, J.L. (2000). Validation of a French health-related quality of life instrument for adolescents: the VSP-A. *Quality of Life Research, 9*, 393–403.
269. Simeoni, M-C., Schmidt, S., Muehlan, H., Debensason, D., Bullinger, M., Group, D. (2007). Field testing of a European quality of life instrument for children and adolescents with chronic conditions: the 37-item DISABKIDS Chronic Generic Module. *Quality of Life Research, 16*,881–893.
270. Skevington, S.M., Sartorius, N., Amir, M. (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. The history of the WHOQOL instruments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*,1–8.
271. Skinner, B.F. (1968). *The Technology of Teaching*. New York: Meredith Corporation, pp. 61–2, 64–5, 155–8, 167–8.
272. Solans, M., Pane, S., Estrada, M-D., et al. (2008). Health-related quality of life measurement in children and adolescents: a systematic review of generic and disease-specific instruments. *Value Health, 11*,742–764.
273. Spielberger, C. D. (1991). *State-trait anger expression inventory*. Orlando, Florida, FL: Psychological Assessment Resources.
274. Spielberger, C. D., Jacobs, G. A., Russell, S. F., & Crane, R. J. (1983). *Assessment of anger: The state-trait anger scale*. In J. N. Butcher, & C. D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment* (Vol. 2, pp. 159-187). Hillsdale, N.J: Erlbaum.
275. Spilker, B. (1990). *Quality of life assessment in clinical trials*. New York: Raven.

276. Stamatopoulou, M., Galanis, P., & Prezerakos, P. (2016). Psychometric properties of the Greek translation of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire–Short Form (TEIQue-SF). *Personality and Individual Differences, 95*, 80-84. doi:10.1016/j.paid.2016.02.035
277. Stamatopoulou, M., Galanis, P., Tzavella, F., Petrides, K. V., & Prezerakos, P. (2018). Trait Emotional Intelligence Questionnaire–Adolescent Short Form: A psychometric investigation in the Greek context. *Journal of Psychoeducational Assessment, 36*, 436-445.
278. Stapley, J.C & Haviland, J. (1989). Beyond Depression: Gender Differences in Normal adolescents' emotional experience. *Sex Roles, 20*, 295-308.
279. Starfield, B., Bergner, M., Ensminger, M., Riley, A.W., Green, B.F., & Ryan, S. (1994). *Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AE)*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University.
280. Steele, R. G., Elliott, V., & Phipps, S. (2003). Race and health status as determinants of anger expression and adaptive style in children. *Journal of Social and Clinical Psychology, 22*, 40–58.
281. Stein, M. B., & Sareen, J. (2015). Generalized Anxiety Disorder. *New England Journal of Medicine, 373*(21), 2059–2068.
282. Steiner, C. M. (1986). *When a man loves a woman*. New York, NY: Grove Press.
Steiner, C. M. (2003). *Emotional literacy: Intelligence with a heart*. Fawnskin, CA: Personhood Press.
283. Steiner, C., & Perry, P. (1997). *Achieving emotional literacy: A program to increase your emotional intelligence*. New York, NY: Avon.
284. Stordal, E., Bjelland, I., Dahl, A. A., & Mykletun, A. (2003). Anxiety and depression in individuals with somatic health problems. The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 21*(3), 136–141.
285. Strauss, C.C., Lease, C.A., Last, C.G., & Francis, G. (1988). Overanxious disorder: examination of developmental difference. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16*, 433-443.
286. Suls, J., & Bunde, J., (2005). Anger, anxiety and dipression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin, 131*, 260 – 300.
287. Svalastog, A. L., Donev, D., Jahren Kristoffersen, N., & Gajović, S. (2017). Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. *Croatian Medical Journal, 58*(6), 431–435.

288. Swami, V., Begum, S., & Petrides, K. V. (2010). Associations between trait emotional intelligence, actual–ideal weight discrepancy, and positive body image. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 485–489.
289. Testa, M.A., & Simonson, D.C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 334(13), 835–840.
290. The EuroQol Group EuroQol - A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 1990, 16, 199–208.
291. The KIDSCREEN questionnaires—Quality of life questionnaires for children and adolescents—Handbook (2006). Lengerich: Papst Science Publisher.
292. The National Institute of Mental Health (NIMH). "[What is Obsessive-Compulsive Disorder \(OCD\)?](#)". U.S. National Institutes of Health (NIH). Retrieved 30 September 2018, Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-orders/index.shtml> .
293. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQoL) (1994). In: Orley, J., Kuyken, W., eds. *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Heidelberg: Springer-Verlag.
294. Torgersen, S. (1983). Genetic Factors in Anxiety Disorders. *Archives of general psychiatry*, 40(10), 1085–1089.
295. Trivedi, J.K., & Gupta, P.K. (2010). An overview of Indian research in anxiety disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 52(Suppl 1), S210–8.
296. Tsaousis, I. and Nikolaou, I. (2005), Exploring the relationship of emotional intelligence with physical and psychological health functioning. *Stress and Health*, 21: 77-86.
297. Tsaousis, I., Karademas, E., & Kalatzi, D. (2013). The role of core self-evaluations in the relationship between religious involvement and subjective well-being: A moderated mediation model. *Mental Health, Religion & Culture*, 16, 138-154.
298. Tsaousis, I., Nikolaou, I., Serdaris, N., & Judge, T. A. (2007). Do the core self-evaluations moderate the relationship between subjective well-being and physical and psychological health? *Personality and Individual Differences*, 42, 1441-1452. doi:10.1016/j.paid.2006.10.025
299. Tulchinski, T., & Varavikova, E.A. (2014). *The new public health*. 3rd ed. San Diego: Elsevier Academic Press.
300. Tyner, P., & Baldwin, D. (2006). Generalised anxiety disorder. *Lancet*, 368, 2156-2166.

301. Tzavara, C., Tzonou, A., Zervas, I., & Tountas, Y. (2012). Reliability and validity of the KIDSCREEN-52 health related quality of life questionnaire in a Greek adolescent population. *Annals of General Psychiatry*, 11, 3.
302. U.S. Department of Health and Human Services (2006). *Patient-reported outcome measures: Use in medical product development to support labeling claims. Guidance for Industry*. Retrieved July, 2018, from <http://www.fda.gov/cder/guidance/5460dft.pdf>
303. Unruh, A.M. (1996). Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, 65:123–67.
304. Varni, J., Limbers, C., Neighbors, K., et al. (2011). The PedsQLTM Infant Scales: feasibility, internal consistency reliability, and validity in healthy and ill infants. *Quality of Life Research*, 20:45–55.
305. Varni, J.W., Burwinkle, T.M., & Seid, M. (2006). The PedsQL 4.0 as a school population health measure: feasibility, reliability, and validity. *Quality of Life Research*, 15,203–215.
306. Varni, J.W., Seid, M., & Rode, C.A. (1999). The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Medical Care*, 37,126–139.
307. Vega, W.A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., et al. (1998). Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry*,55 ,771–8.
308. Vernon, P.A., Villani, V.C., Schermer, J. A., & Petrides, K. V. (2008). Phenotypic and genetic associations between the Big Five and trait emotional intelligence. *Twin Research and Human Genetics*, 11, 524–530.
309. Von Korff, M.R., Eaton, W., & Keyl, P.M. (1985). The epidemiology of panic attacks and panic disorder: Results of three community surveys. *American Journal of Epidemiology*, 122,970-81.
310. Watson, J. B. (1913). "Psychology as the Behaviorist Views it". **Psychological Review**, 20, 158–177.
311. Watson, J. B. and Rayner, R. (1920). 'Conditioned emotional reaction', *Journal of Experimental Psychology* 3, 1–14.
312. Weaving, J., Orgeta, V., Orrell, M., & Petrides, K. V. (2014). Predicting anxiety in carers of people with dementia: The role of trait emotional intelligence. *International Psychogeriatrics*, 26(7), 1201–1209.
313. Wechsler, D. (1939). *The measurement and appraisal of adult intelligence*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

314. Wechsler, D. (1958). *The measurement and appraisal of adult intelligence* (4th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
315. Wheaton, B. (1983). Stress, personal coping resources, and psychiatric symptoms: An investigation of interactive models. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 208-29.
316. Wheaton, B. (1985). Models for the stress-buffering functions of coping resources. *Journal of Health and Social Behavior*, 26,352-64.
317. Wijeratne, C., & Manicavasagar, V. (2003). Separation anxiety in the elderly *Journal of Anxiety Disorders*, 17(6),695–702.
318. Wilkins, R. (1985). A comparison of elective mutism and emotional disorders in children. *British Journal of Psychiatry*, 146,198–203.
319. Wille, N., Badia, X., Bonsel, G., et al. (2010). Development of the EQ-5D-Y: a child-friendly version of the EQ-5D. *Quality of Life Research*, 19,875–886.
320. Wittchen, H.U., & Fehm, L. (2001). Epidemiology, patterns of comorbidity and associated disabilities of social phobia. *Psychiatric Clinics of North America*, 24,617– 41.
321. Wittchen, H-U., Nelson, CB., & Lachner, G (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocialimpairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*,28,109–26.
322. Wong, T. K. Y., Konishi, C., & Zhao, K. (2018). Anger and anger regulation among adolescents: A consideration of sex and age differences. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 50(1), 1-8.
323. World Health Organisation (1948). *The constitution of the World Health Organisation*. Washington, DC: WHO.
324. World Health Organization. Global conferences on health promotion – charters, declarations and other documents: Ottawa 1986, Adelaide 1988, Sundsvall 1991, Jakarta 1997, Mexico 2000 and Bangkok 2005. Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en>. Accessed: September 27, 2018.
325. World Health Organization. World Health Report Executive Summary - achieving health for all. Available at: http://www.who.int/whr/1998/media_centre/executive_summary6/en/. Accessed: September 27, 2018.
326. Yazgan-Inanc, B., Bilgin, M., & Atıcı, M. (2007). [*Development psychology, child and adolescent development*]. Ankara: PegemA Publishing.

327. Yen, I.H., Michael, Y.L., & Perdue, L. (2009). Neighborhood environment in studies of health of older adults: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 37,455-63.
328. Yeung, D. Y., Wong, C. K., & Lok, D. P. (2011). Emotion regulation mediates age differences in emotions. *Aging & Mental Health*, 15(3), 414–418.
329. Youniss, J. & Smollar, J. (1985). *Adolescent relations with mothers, fathers and friends*. Chicago: University of Chicago Press.
330. Zwart, J.-A., Dyb, G., Hagen, K., Ødegård, K. J., Dahl, A. A., Bovim, G., & Stovner, L. J. (2003). Depression and anxiety disorders associated with headache frequency. The Nord-Trøndelag Health Study. *European Journal of Neurology*, 10(2), 147–152.
331. ΥΠΕΚΑ (2013), «Αξιολόγηση, Αναθεώρηση και εξειδίκευση του Περιφερειακού Πλαισίου Χωροταξικού Σχεδιασμού και Αειφόρου Ανάπτυξης Περιφέρειας Πελοποννήσου»

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1^ο: Αδεια έγκρισης διεξαγωγής του 1^{ου} σταδίου έρευνας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ
ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΙΣΤΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΘΥΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΠΟΥΔΩΝ, ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ
ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΤΜΗΜΑ Α'

Βαθμός Ασφαλείας:
Να διατηρηθεί μέχρι:
Βαθμ. Προτεραιότητας:

Αθήνα, 09-03-2016
Αρ. Πρωτ. 41961/Δ2

Ταχ. Δ/ση: Ανδρέα Παπανδρέου 37
Τ.Κ. - Πόλη: 15180 Μαρούσι
Ιστοσελίδα: www.minedu.gov.gr
Πληροφορίες: Α. Κουλιτσή
Τηλέφωνα: 210-3442340

ΠΡΟΣ:

• Μαρία Σταματοπούλου
Πλατανίστα 23
23100 Σπάρτη
• Διεύθυνση Διθμιας Εκπ/σης
Λακωνίας

ΘΕΜΑ: Έγκριση διεξαγωγής έρευνας

Απαντώντας σε σχετική αίτηση και μετά τη γνωμοδότηση του Ινστιτούτου Εκπαιδευτικής Πολιτικής (πράξη 3/2016 του Δ.Σ.), σας γνωρίζουμε ότι **επιτρέπει** τη διεξαγωγή της 1^{ης} φάσης της έρευνας από την κ. Μαρία Σταματοπούλου κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους 2015-2016 με τις εξής προϋποθέσεις:

α) Πριν από την έναρξη της έρευνας να γίνει ενημέρωση Διευθυντή και του συλλόγου Διδασκόντων των σχολικών μονάδων Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, οι οποίες θα συμμετάσχουν στην έρευνα, σχετικά με τη διαδικασία διεξαγωγής της.

β) Η έρευνα να γίνει με τη σύμφωνη γνώμη τους.

γ) Η έρευνα να γίνει με την έγγραφη συγκατάθεση των γονέων - κηδεμόνων των μαθητών (για κάθε μαθητή χωριστά). Ο Διευθυντής του σχολείου αφού αποστέλλει στους γονείς-κηδεμόνες προς συμπλήρωση το έντυπο γονικής συναίνεσης που θα του κατατεθεί από την ερευνήτρια και στο οποίο θα περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας και συγκεντρώνει τα ενυπόγραφα σημειώματα με τη συγκατάθεση των γονέων-κηδεμόνων, μπορεί να συνεχίσει στη διεξαγωγή της έρευνας.

δ) Οι μαθητές να συμπληρώσουν τα τέσσερα ερωτηματολόγια, ανώνυμα και εφόσον το επιθυμούν.

ε) Οι μαθητές να απασχοληθούν μέχρι μία (01) διδακτική ώρα.

στ) Η συγκέντρωση και μελέτη των στοιχείων να γίνουν σύμφωνα με την αρχή προστασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και δεν θα δημοσιοποιηθούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα.

Επισημαίνεται ότι η συμμετοχή στην έρευνα δεν είναι υποχρεωτική.

Η έρευνα έχει θέμα: «Η επίδραση της Συναισθηματικής Νοημοσύνης, του Άγχους και του Θυμού στην Υγεία και στη σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής των Εφήβων μαθητών. Συγκριτική μελέτη στα Γυμνάσια και στα Γενικά Λύκεια της Περιφέρειας Πελοποννήσου και της Περιφέρειας Αττικής»

και απευθύνεται στους μαθητές του 1^{ου}, 2^{ου}, 3^{ου} και 4^{ου} Γυμνασίου Σπάρτης, του 1^{ου} 2^{ου} και 3^{ου} Γενικού Λυκείου Σπάρτης, των Γυμνασίων Βλαχιώτη, Σκάλας, Γυθίου, Μολάων, Νεάπολης και Παπαδιάνικων και των Γενικών Λυκείων Σκάλας, Έλαιος, Γυθίου, Μολάων και Νεάπολης.

Για την πραγματοποίηση της έρευνας θα πρέπει:

1. Οι επισκέψεις στα σχολεία να γίνουν μετά από συνεννόηση με τον Διευθυντή και σε συνεργασία με το σύλλογο καθηγητών των σχολείων, ώστε να μην παρεμποδίζεται η ομαλή διεξαγωγή των μαθημάτων.
2. Τα αποτελέσματα της έρευνας μετά την ολοκλήρωσή της να αποσταλούν στο Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής (Αν. Ταύχα 38, 11521 Αθήνα) σε ηλεκτρονική μορφή.
3. Ο Διευθυντής της Διεύθυνσης Διόμιας Εκπαίδευσης -Λακωνίας να ενημερώσει σχετικά τους Διευθυντές των σχολείων αρμοδιότητάς του, ώστε να διευκολύνουν την ενδιαφερόμενη στην πραγματοποίηση της έρευνας αυτής σύμφωνα με τα παραπάνω.

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΙΩΑΝΝΗΣ Δ. ΠΑΝΤΗΣ

Εσωτ. Διαγωγή

- Γρ. Γενικού Γραμματέα
- Δ/ση Σπουδών, Προγράμτων & Οργάνωσης



ΠΙΣΤΟ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
από το Διεύθυνση Ηλεκτρονικών - Διπλωματικών
Υποδομών
Τμήμα Πρωτοβάθμιας, Αρχειών και Μέσων

ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Παράρτημα 2^ο: Αδεια έγκρισης διεξαγωγής του 2^{ου} σταδίου έρευνας

Βαθμός Ασφαλείας:
Να διατηρηθεί μέχρι
βαθμ. Προτεραιότητας.

Αθήνα, 25-08-2017
Αρ. Πρωτ. 140593/Δ2

Ταχ. Δ/ση: Ανδρέα Παπανόρου 37
Γ.Κ. - Πόλη 15180 Μαρούσι
Ιστοσελίδα: www.minedu.gov.gr
Πληροφορίες: Αν. Παυλάκου
Τηλέφωνο: 210-3443422

ΠΡΟΣ:

• Μαρία Σταματοπούλου
• Πλατανιστά 23
23100 ΣΠΑΡΤΗ
• Διευθύνσεις Δ/θμιας Εκπαίδευσης
Α', Β', Γ', Δ' Αθήνας, Πειραιά,
Αρκαδίας, Αργολίδας,
Κορινθίας, Λακωνίας και
Μεσσηνίας

ΘΕΜΑ: Έγκριση διεξαγωγής έρευνας

Απευτώντας σε σχετική αίτηση και μετά τη γνωμοδότηση του Ινστιτούτου Εκπαιδευτικής Πολιτικής (πράξη 32/2017 του Δ.Σ), σας γνωρίζουμε ότι **επιτρέπουμε** τη διεξαγωγή της 2^{ης} φάσης της έρευνας από την κ. Μαρία Σταματοπούλου κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους 2017-2018 με τις εξής προϋποθέσεις:

α) Πριν από την έναρξη της έρευνας να γίνει ενημέρωση Διευθυντή και του συλλόγου Διδασκόντων των σχολικών μονάδων Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, οι οποίες θα συμμετάσχουν στην έρευνα, σχετικά με τη διαδικασία διεξαγωγής της.

β) Η έρευνα να γίνει με τη συμφωνη γνώμη τους.

γ) Η έρευνα να γίνει με την έγγραφη συγκατάθεση των γονέων - κηδεμόνων των μαθητών (για κάθε μαθητή χωριστά). Ο Διευθυντής του σχολείου αφού αποστείλει στους γονείς-κηδεμόνες προς συμπλήρωση το έντυπο γονικής συναίνεσης που θα του κατατεθεί από την ερευνήτρια και στο οποίο θα περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας και συγκεντρώσει τα ενυπόγραφα σημειώματα με τη συγκατάθεση των γονέων-κηδεμόνων, μπορεί να συνεχίσει στη διεξαγωγή της έρευνας.

δ) Οι μαθητές να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια, ανώνυμα και εφόσον το επιθυμούν.

ε) Οι μαθητές να απασχοληθούν μέχρι μία (01) διδακτική ώρα.

στ) Η συγκέντρωση και μελέτη των στοιχείων να γίνουν σύμφωνα με την αρχή προστασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και δεν θα δημοσιοποιηθούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα.

Επισημαίνεται ότι η συμμετοχή στην έρευνα δεν είναι υποχρεωτική.

Η έρευνα έχει θέμα: «Η επίδραση της Συναισθηματικής Νοσημοσύνης, του Άγχους και του Θυμού στην Υγεία και στη σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής των Εφήβων μαθητών. Συγκριτική μελέτη στα Γυμνάσια και στα Γενικά Λύκεια της Περιφέρειας Πελοποννήσου και της Περιφέρειας Αττικής»

και απευθύνεται στους μαθητές των σχολικών μονάδων Διθμιας Εκπαίδευσης του συνημμένου πίνακα

Για την πραγματοποίηση της έρευνας θα πρέπει:

1. Οι επισκέψεις στα σχολεία να γίνουν μετά από συνεννόηση με τον Διευθυντή και σε συνεργασία με το σύλλογο καθηγητών των σχολείων, ώστε να μην παρεμποδίζεται η ομαλή διεξαγωγή των μαθημάτων

2. Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας να κατατεθεί ηλεκτρονικά αντίτυπο της ερευνητικής εργασίας σε ψηφιακό δίσκο στο πρωτόκολλο του Ινστιτούτου Εκπαιδευτικής Πολιτικής (Αν. Τσάχα 36, 115 21 Αθήνα), καθώς επίσης και ενυπόγραφη, σύμφωνη ή όχι γνώμη της ερευνητριας για το εάν επιδέχεται στο Ι.Ε.Π. να προβεί σε ηλεκτρονική ανάρτηση της ερευνητικής εργασίας. Το αντίτυπο, αφού κατατεθεί στο πρωτόκολλο, θα διαβιβαστεί αρμοδίως στη βιβλιοθήκη του Ι.Ε.Π..

3. Οι Διευθυντές των Διευθύνσεων Διθμιας Εκπαίδευσης Α', Β', Γ', Δ' Αθήνας, Πειραιά, Αρκαδίας, Αργολίδας, Κορινθίας, Λακωνίας και Μεσσηνίας να ενημερώσουν σχετικά τους Διευθυντές των σχολείων αρμοδιότητάς τους, ώστε να διευκολύνουν την ενδιαφερόμενη στην πραγματοποίηση της έρευνας αυτής σύμφωνα με το παραπάνω.



ΔΕΛΤΑ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟ

Ο ΑΝΑΠΑΗΡΩΤΗΣ
ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ

Παράρτημα 3^ο: Εντυπο συγκατάθεσης γονέα κηδεμόνα



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Η Μαρία Σταματοπούλου, Εκπαιδευτικός Φιλολόγος και υποψήφια Διδάκτωρ του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου εκπονεί τη διδακτορική Διατριβή της με τίτλο «Η επίδραση της Συναισθηματικής Νοημοσύνης, του Άγχους και του Θυμού στην Υγεία και στη σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής των Εφήβων μαθητών». Η παρούσα μελέτη εκπονείται υπό την Επίβλεψη του κ. Παναγιώτη Προεζράκου, Αναπληρωτή Καθηγητή του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Σκοπός της παρούσας μελέτης η διερεύνηση της επίδρασης της Συναισθηματικής Νοημοσύνης, του Άγχους και του Θυμού στην Υγεία και στη σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής των Εφήβων μαθητών. Με δεδομένο ότι η εφηβεία αφορά σε μια περίοδο μετάβασης από την παιδική στην ενήλικη ζωή που σηματοδοτεί ραγδαίες και καθολικές αλλαγές σε όλους τους τομείς ανάπτυξης (σωματικό, νοητικό, συναισθηματικό, κοινωνικό-διαπροσωπικό) χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης οι παράγοντες που επηρεάζουν τόσο την Υγεία όσο και τη σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής του εφηβικού πληθυσμού.

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας μπορούν να συμβάλουν στον εντοπισμό των παραγόντων που επιδρούν σχεδιασμό και την υλοποίηση παρεμβάσεων με στόχο την βελτίωση των συναισθηματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων των μαθητών που επιδρούν άμεσα στην υγεία αλλά και στην ποιότητα ζωής τους.

Η συγκεκριμένη έρευνα γίνεται με την έγκριση του Ινστιτούτου Εκπαιδευτικής Πολιτικής και την άδεια του Υπουργείου Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων. Οι μαθητές καλούνται να απαντήσουν σε σχετικά ερωτηματολόγια, εφόσον θελήσουν οι ίδιοι να συμμετάσχουν στην έρευνα. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και οι απαντήσεις των μαθητών είναι εμπιστευτικές.

Η έγκρισή σας αναφορικά με την συμμετοχή του/της γιού/ κόρης σας στο παραπάνω εγχείρημα, θα ήταν καταλυτικής σημασίας για την επίτευξη της εν λόγω ανώνυμης έρευνας και θα μπορούσε να συμβάλει δραστικά στην προαγωγή της επιστημονικής γνώσης για θέματα που αφορούν στην βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των εφήβων.

Υπεύθυνη Δήλωση

Δηλώνω υπεύθυνα ότι αποδέχομαι τη συμμετοχή του παιδιού μου στην έρευνα. Το παιδί μου διατηρεί το δικαίωμα να αποσυρθεί από τη διαδικασία της έρευνας σε οποιοδήποτε στάδιο της διεξαγωγής της.

Υπογραφή Γονέα/Κηδεμόνα

.....|

Παράρτημα 4^ο: Ερωτηματολόγιο 1^ου και 2^ου σταδίου έρευνας

Ερωτηματολόγιο Σωματικών Παραπόνων (Somatic Complain List: Rieffe, Terwogt & Bosch, 2002)

Πως αισθάνεσαι τελευταίως;

Εδώ είναι κάποιες πράγματα που μπορείς να νιώσεις στο σώμα σου

- | | | | | |
|-----|---|----------------------------------|---|-----------------------------------|
| 1. | Αισθάνομαι ζαλισμένος/η | ποτέ
<input type="checkbox"/> | μερικές φορές
<input type="checkbox"/> | συχνά
<input type="checkbox"/> |
| 2. | Αισθάνομαι κουρασμένος/η | ποτέ
<input type="checkbox"/> | μερικές φορές
<input type="checkbox"/> | συχνά
<input type="checkbox"/> |
| 3. | Έχω στομαχόπονο | ποτέ
<input type="checkbox"/> | μερικές φορές
<input type="checkbox"/> | συχνά
<input type="checkbox"/> |
| 4. | Αισθάνομαι υγιής και καλά | ποτέ
<input type="checkbox"/> | μερικές φορές
<input type="checkbox"/> | συχνά
<input type="checkbox"/> |
| 5. | Αισθάνομαι πόνο στα χέρια και στα πόδια | ποτέ
<input type="checkbox"/> | μερικές φορές
<input type="checkbox"/> | συχνά
<input type="checkbox"/> |
| 6. | Αισθάνομαι το σώμα μου αδύναμο | ποτέ
<input type="checkbox"/> | μερικές φορές
<input type="checkbox"/> | συχνά
<input type="checkbox"/> |
| 7. | Αισθάνομαι καλά (στην υγεία) | ποτέ
<input type="checkbox"/> | μερικές φορές
<input type="checkbox"/> | συχνά
<input type="checkbox"/> |
| 8. | Έχω πονοκέφαλο | ποτέ
<input type="checkbox"/> | μερικές φορές
<input type="checkbox"/> | συχνά
<input type="checkbox"/> |
| 9. | Αισθάνομαι άρρωστος/η | ποτέ
<input type="checkbox"/> | μερικές φορές
<input type="checkbox"/> | συχνά
<input type="checkbox"/> |
| 10. | Αισθάνομαι να τρέμω ή να έχω ρίγος | ποτέ
<input type="checkbox"/> | μερικές φορές
<input type="checkbox"/> | συχνά
<input type="checkbox"/> |
| 11. | Αισθάνομαι αναγούλα | ποτέ
<input type="checkbox"/> | μερικές φορές
<input type="checkbox"/> | συχνά
<input type="checkbox"/> |

Κλίμακα Άγχους για Παιδιά Spence Children's Anxiety Scale: Spence, 1997, 1998)

ΚΥΚΛΩΣΕ ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΣΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ,

ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΩΣΤΕΣ Ή ΛΑΘΩΣΜΕΝΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ!

1. Με ανησυχούν πολλά και διάφορα πράγματα.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
2. Φοβάμαι το σκοτάδι.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
3. Όταν έχω ένα πρόβλημα, νιώθω κάτι στο στομάχι μου.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
4. Νιώθω φόβο.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
5. Θα φοβόμουν να μείνω μόνος μου στο σπίτι.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
6. Φοβάμαι όταν πρόκειται να γράψω ένα διαγώνισμα.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
7. Φοβάμαι όταν πρέπει να χρησιμοποιήσω δημόσιες τουαλέτες (στο σχολείο, στο καταστήριο...)	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
8. Ανησυχώ όταν πρόκειται να μην είμαι με τους γονείς μου.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
9. Φοβάμαι μήπως αφήσω ραξίδιο μπροστά σε κόσμο.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
10. Ανησυχώ ότι θα τα πιάω άσχημα στο σχολείο μου.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
11. Περνώ καλά με τα άλλα παιδιά.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
12. Ανησυχώ ότι κάτι κακό θα συμβεί σε κάποιον στην οικογένεια μου.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
13. Ξαφνικά, χωρίς κανένα λόγο, νιώθω ότι δεν μπορώ να αναπνεύσω.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
14. Όταν έχω τελειώσει μια δουλειά πρέπει να ελέγγω ξανά και ξανά ότι την έκανα σωστά.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
15. Φοβάμαι όταν πρέπει να κοιμηθώ μόνος μου, νιώθω άλλων στο δωμάτιο.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
16. Δυσκολεύομαι να φύγω από το σπίτι για το σχολείο επειδή αγχώνομαι ή φοβάμαι.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
17. Χαίρομαι να παίζω.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
18. Φοβάμαι τα σκυλιά.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
19. Έχω κάποιες κακές ή ανήθικες σκέψεις που δεν μπορώ να τις ελεγχώ από το μυαλό μου.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
20. Όταν έχω ένα πρόβλημα, η καρδιά μου χτυπά πολύ δυνατά.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
21. Ξαφνικά αρχίζω να τρέμω χωρίς να υπάρχει λόγος.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
22. Ανησυχώ ότι κάτι κακό θα μου συμβεί.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
23. Φοβάμαι να πάω στο γιατρό ή στον οδοντίατρο.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
24. Όταν έχω ένα πρόβλημα, αισθάνομαι σαν χιμπίνας.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα

25. Φοβάμαι όταν βρίσκομαι κάπου ψηλά.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
26. Είμαι καλό παιδί.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
27. Πρέπει να λέω μέσα μου κάποια συγκεκριμένη κακή ή καλή φράση για να μην συμβούν άσχημα πράγματα.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
28. Φοβάμαι όταν πρέπει να ταξιδέψω με αυτοκίνητο, λεωφορείο ή τρένο.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
29. Ανησυχώ, τί σκέφτονται οι άλλοι για μένα.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
30. Φοβάμαι όταν βρίσκομαι ανάμεσα σε πολύ κόσμο (όπως λαϊκή αγορά, σινεμά, στα λεωφορεία, σε παιδότοπους με πολύ κόσμο).	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
31. Αισθάνομαι γαροβιμένος.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
32. Ξαφνικά και χωρίς να κατάρχη λόγος, νιώθω πολύ φοβημένος.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
33. Φοβάμαι τα έντομα ή τις αράχνες.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
34. Ξαφνικά, νιώθω να λαλίζω ή να λιποθυμώ, νοιώω να υπάσχει λόγος γι' αυτό.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
35. Φοβάμαι όταν πρέπει να μιλήσω μπροστά στην τάξη μου.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
36. Ξαφνικά, χωρίς κανένα λόγο η καρδιά μου αρχίζει να χτυπά πολύ δυνατά.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
37. Ανησυχώ ότι ξαφνικά θα φοβηθώ, ενώ δεν κατάρχη τίποτα κακό.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
38. Μου πρέπει ο καιτός μου.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
39. Φοβάμαι όταν βρίσκομαι σε μικρά κλειστά μέρη, όπως μικρή δωμάτια, μικρές αποθήκες.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
40. Πρέπει να κάνω κάποια ίδια πράγματα ξανά και ξανά (όπως το να πλένω και να ξαναπλένω τα γόβα μου ή να τακτοποιώ και να ξανατακτοποιώ τα ίδια πράγματα με συγκεκριμένο τρόπο).	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
41. Κάποιος άσχημος ή ανήθικος σκέφτει ή ειπώνει πως έχω στο μυαλό μου, με ευχαλύν.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
42. Πρέπει να κάνω κάποιες πράξεις με συγκεκριμένο τρόπο, σωστή σειρά για να μη συμβούν άσχημα πράγματα.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
43. Κάνω καλή δουλειά στο σχολείο.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
44. Θα φοβόμουν αν έπρεπε να μείνω σε άλλο σπίτι όλη την νύχτα.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
45. Φοβάμαι τα ποναρά.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
46. Υπάρχει κάτι άλλο που σε αγχώνει πολύ; Παρακαλώ γράψε το.....	ΝΑΙ	ΟΧΙ		
Πόσο συχνά σε αγχώνει;	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα

Ημερομηνία: _____
Μήνας Χρόνος

Γειά σου,

Πώς είσαι; Πως νιώθεις; Αυτά είναι τα πράγματα που θα θέλαμε να μάθουμε από σένα.

Παρακαλούμε διάβασε κάθε ερώτηση προσεκτικά. Ποια απάντηση σου έρχεται πρώτη στο μυαλό; Διαλέξε το κουτάκι που ταιριάζει καλύτερα στην απάντησή σου και βάλε ένα X.

Θυμήσου: Αυτό δεν είναι τεστ κι έτσι δεν υπάρχουν λάθος απαντήσεις. Είναι σημαντικό να απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις και να μπορούμε να δούμε καθαρά τις απαντήσεις που σημείωσες. Όταν θα σκέφτεσαι την απάντησή σου παρακαλούμε προσπάθησε να θυμηθείς την περασμένη εβδομάδα.

Δεν χρειάζεται να δείξεις τις απαντήσεις σου σε κανένα. Επίσης, κανείς από αυτούς που σε ξέρουν δεν θα κοπιάζουν το ερωτηματολόγιό σου όταν το τελειώσεις.

Είσαι κορίτσι ή αγόρι;

- κορίτσι
 αγόρι

Πόσο χρονών είσαι;

_____ χρονών

Έχεις κάποια χρόνια αναπηρία, ασθένεια ή ιατρικό πρόβλημα;

- Όχι
 Ναι

Ποια/ο; _____

1. Σωματικές Δραστηριότητες και Υγεία

Σε γενικές γραμμές, πώς θα έλεγες ότι είναι η υγεία σου;

1.

- άριστη
- πολύ καλή
- καλή
- μέτρια
- κακή

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα ...

2. Ένιωθες σε φόρμα και υγιής;

καθόλου λίγο μέτρια πολύ υπερβολικά

3. Ήσασιν σωματικά δραστήριοι/α (π.χ τρέξιμο, σκαρφάλωμα, ποδηλασία);

καθόλου λίγο μέτρια πολύ υπερβολικά

4. Μπορούσες να τρέχεις καλά;

καθόλου λίγο μέτρια πολύ υπερβολικά

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα ...

5. Ένιωθες γεμάτος/η από ενέργεια;

πολύ σπάνια αρκετά συχνά πολύ συχνά πάντα

2. Γενική Διάθεση και Συναισθήματα

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα ...

1. Η ζωή σου ήταν ευχάριστη;

καθόλου λίγο μέτρια πολύ υπερβολικά

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα ...

2. Είχες καλή διάθεση;

πολύ σπάνια αρκετά συχνά πολύ συχνά πάντα

3. Διασκεδάζεις;

πολύ σπάνια αρκετά συχνά πολύ συχνά πάντα

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα ...

	πολύ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
4. Ένιωθες λιπημένος/η;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ένιωθες τόσο άσχημα που να μην θέλεις να κάνεις τίποτα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ένιωθες μοναξιά;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ένιωθες ευχαριστημένος/η με αυτό που είσαι;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Οικογένεια και Ελεύθερος Χρόνος

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα ...

	πολύ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
1. Έχεις αρκετό χρόνο για τον εαυτό σου;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Μπορούσες να κάνεις τα πράγματα που θέλεις να κάνεις τον ελεύθερο σου χρόνο;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Οι γονείς/ός σου είχαν αρκετό χρόνο για σένα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Οι γονείς/ός σου φέρνονταν δίκαια;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Μπορούσες να μιλήσεις στους γονείς/ό σου όταν το ήθελες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Έχεις αρκετά χρήματα να κάνεις τα ίδια πράγματα που κάνουν και οι φίλοι σου;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Έχεις αρκετά χρήματα για τα έξοδα σου;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Φίλοι

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα ...

	πολύ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
1. Περνούσες χρόνο με τους φίλους σου;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Διασκεδάζεις με τους φίλους σου;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Εσύ και οι φίλοι σου βοηθάσατε ο ένας τον άλλον;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Μπορούσατε να βασιστείτε στους φίλους σου;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Σχολείο και Μάθηση

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα ...

	καθόλου	λίγα	μέτρια	πολύ	υπερβολικά
1. Ήσουν χαρούμενος/η στο σχολείο;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Τα πήγαινες καλά στο σχολείο;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Έχοντας στο μυαλό σου την περασμένη εβδομάδα ...

	πολύ	σπάνια	αρκετά συχνά	πολύ συχνά	πάντα
3. Μπορούσατε να προσέχετε στο μάθημα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Τα πήγαινες καλά με τους καθηγητές σου;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Νοημοσύνης ως Χαρακτηριστικό Γνώρισμα της Προσωπικότητας- σύντομη μορφή για εφήβους (TEIQue-ASF; Petrides et al., 2006)

Οδηγίες: Παρακαλώ απαντήστε κυκλώνοντας τον αριθμό που δηλώνει πόσο πολύ συμφωνείτε ή διαφωνείτε με την κάθε πρόταση παρακάτω. Αν **διαφωνείτε** απόλυτα με μια πρόταση, **κυκλώστε ένα αριθμό κοντά στο 1**. Αν **συμφωνείτε** απόλυτα με μια πρόταση, **κυκλώστε ένα αριθμό κοντά στο 7**. Αν δεν είστε σίγουροι για το αν συμφωνείτε ή διαφωνείτε, κυκλώστε ένα αριθμό κοντά στο 4. Εργαστείτε γρήγορα, αλλά προσεχτικά. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις.

1. Μου είναι εύκολο να μιλάω για τα συναισθήματα μου σε άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4	5	6	7
2. Συχνά δυσκολεύομαι να δω τα πράγματα απο την μεριά του άλλου.	1	2	3	4	5	6	7
3. Είμαι άνθρωπος με κίνητρα.	1	2	3	4	5	6	7
4. Δυσκολεύομαι να ελέγξω τα συναισθήματα μου.	1	2	3	4	5	6	7
5. Η ζωή μου δεν είναι ευχάριστη.	1	2	3	4	5	6	7
6. Είμαι κοινωνικός με τους συμμαθητές μου.	1	2	3	4	5	6	7
7. Αλλάζω συχνά γνώμη.	1	2	3	4	5	6	7
8. Δυσκολεύομαι να καταλάβω τι ακριβώς νιώθω.	1	2	3	4	5	6	7
9. Αισθάνομαι καλά με την εμφάνιση μου.	1	2	3	4	5	6	7
10. Δυσκολεύομαι να υπερασπιστώ τα δικαιώματα μου.	1	2	3	4	5	6	7
11. Μπορώ να κάνω τους ανθρώπους να νιώθουν καλύτερα όταν θέλω.	1	2	3	4	5	6	7
12. Κάποιες φορές νιώθω ότι η ζωή μου θα είναι δυσάρεστη.	1	2	3	4	5	6	7
13. Μερικοί παραπονιούνται κάποιες φορές ότι τους μεταχειρίζομαι άσχημα.	1	2	3	4	5	6	7
14. Δυσκολεύομαι να τα καταφέρω όταν αλλάζουν τα πράγματα στη ζωή μου.	1	2	3	4	5	6	7
15. Μπορώ να αντιμετωπίσω το άγχος.	1	2	3	4	5	6	7
16. Δεν ξέρω πως να δείξω στους κοντινούς μου ανθρώπους ότι τους νοιάζομαι.	1	2	3	4	5	6	7
17. Μπορώ να μπω στη θέση του άλλου και να καταλάβω πως νιώθει.	1	2	3	4	5	6	7
18. Δυσκολεύομαι να βρίσκω κίνητρα.	1	2	3	4	5	6	7
19. Μπορώ να ελέγξω το θυμό μου όταν θέλω.	1	2	3	4	5	6	7

20. Είμαι ευτυχισμένος με τη ζωή μου.	1	2	3	4	5	6	7
21. Θα περιέγραφα τον εαυτό μου ως καλό μεσολαβητή.	1	2	3	4	5	6	7
22. Κάποιες φορές μπλέκομαι σε καταστάσεις που θα προτιμούσα να μην είχα εμπλακεί.	1	2	3	4	5	6	7
23. Δίνω μεγάλη προσοχή στα συναισθήματά μου.	1	2	3	4	5	6	7
24. Αισθάνομαι καλά με τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5	6	7
25. Συνηθίζω να κάνω πίσω έστω και αν έχω δίκαιο.	1	2	3	4	5	6	7
26. Δεν μπορώ να αλλάξω τον τρόπο που αισθάνονται οι άλλοι.	1	2	3	4	5	6	7
27. Πιστεύω ότι τα πράγματα θα εξελιχθούν καλά στη ζωή μου.	1	2	3	4	5	6	7
28. Κάποιες φορές εύχομαι να είχα καλύτερες σχέσεις με τους γονείς μου.	1	2	3	4	5	6	7
29. Προσαρμόζομαι εύκολα σε καινούριες συνθήκες.	1	2	3	4	5	6	7
30. Προσπαθώ να ελέγχω τη σκέψη μου και να μην ανησυχώ πάρα πολύ για όσα συμβαίνουν γύρω μου.	1	2	3	4	5	6	7

The Core Self – Evaluations Scale (CSES)

Judge, Erez, Bono, & Thoresen

Οδηγίες: Ακολουθώς υπάρχει ένας αριθμός προτάσεων – δηλώσεων που αναφέρονται σε σας και με τις οποίες μπορείτε είτε να συμφωνείτε είτε να διαφωνείτε. Χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα απαντήσεων, υποδείξτε τη συμφωνία ή διαφωνία σας για κάθε πρόταση μαυρίζοντας την ένδειξη που επιθυμείτε στη δεξιά πλευρά της σελίδας.

1	Είμαι πεπεισμένος ότι λαμβάνω την επιτυχία που δικαιούμαι στη ζωή	①	②	③	④	⑤
2	Μερικές φορές νιώθω θλιμμένος	①	②	③	④	⑤
3	Όταν προσπαθώ, γενικά επιτυγχάνω	①	②	③	④	⑤
4	Μερικές φορές όταν αποτυγχάνω, αισθάνομαι ανάξιος /α	①	②	③	④	⑤
5	Ολοκληρώνω τα καθήκοντά μου με επιτυχία	①	②	③	④	⑤
6	Μερικές φορές, αισθάνομαι ότι δεν έχω τον έλεγχο της δουλειάς μου	①	②	③	④	⑤
7	Σε γενικές γραμμές είμαι ευχαριστημένος/ η με τον εαυτό μου	①	②	③	④	⑤
8	Είμαι γεμάτος αμφιβολίες για τις ικανότητές μου	①	②	③	④	⑤
9	Εγώ ορίζω τι θα συμβεί στη ζωή μου	①	②	③	④	⑤
10	Νιώθω ότι δεν έχω τον έλεγχο της επιτυχίας στην καριέρα μου	①	②	③	④	⑤
11	Είμαι ικανός να αντιμετωπίσω τα περισσότερα προβλήματά μου	①	②	③	④	⑤
12	Υπάρχουν στιγμές όπου τα πράγματα μου φαίνονται αρκετά δυσάρεστα (δυσοίωνα) και αδιόρθωτα	①	②	③	④	⑤

Κλίμακα Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Strengths and Difficulties Questionnaire; Goodman, 2001)

Ερευνηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (SDQ-Hel)

Για κάθε θέμα, σημειώστε αν Δεν Ισχύει, Ισχύει Κάπως ή Ισχύει Σίγουρα. Θα μας βοηθήσει αν απαντάσετε σε όλα τα θέματα όσο καλύτερα μπορείτε ακόμα και αν δεν είστε απόλυτα σίγουρος/η ή το θέμα φαίνεται ασήμαντο! Παρακαλούμε να απαντήσετε βιασζόμενοι στο πώς ήταν τα πράγματα για σας κατά τους τελευταίους έξι μήνες.

Το όνομα σου

Αγόρι/Κορίτσι

Ημερομηνία Γέννησης:

	Δεν ισχύει	Ισχύει κάπως	Ισχύει σίγουρα
Προσπαθώ να είμαι φρεσκάς/η στους άλλους. Νοιάζομαι για τα αισθήματά τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είμαι ανήσυχος/η. Δεν μπορώ να καθήσω ήσυχα για πολλή ώρα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχω συχνά πονοκεφάλους, πόνο στο στομάχι ή αδιαθεσία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ευνέθετα μαρτζόμα με τους άλλους (φαγητό, παιχνίδια, σπυλιά κτλ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θυμίζω καλά και συχνά χάνω τη φωνημά μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ευνέθετα είμαι μόνος/η. Γενικά παίζω μόνος/η ή μόνο με τον πατέ μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ευνέθετα κάνω αυτό που μου ζητάνε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανησυχώ πολύ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Βοηθώ κάποιον/α που είναι πληγωμένος/η, αναστατωμένος/η ή αισθάνεται άρρωστος/η	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ευτυχώς αντιμετωρίζω και κωλύματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχω ένα/μία ή περισσότερους/ες καλούς/ες φίλους/ες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μιλώ στον πατέρα. Μπορώ να αναγκάσω τους άλλους να κάνουν το δικό μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αισθάνομαι συχνά δυστυχισμένος/η, αποκαρδιωμένος/η ή κλειστό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τα άτομα της ηλικίας μου γινεκό με συμπαθούν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είμαι συχνά απηρημένος/η, δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είμαι νταρικός/η σε νέες καταστάσεις. Κάνω εύκολα την αποσκευασμένη μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είμαι καλός/η με τα μικρότερα παιδιά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συχνά με κατηγορούν ότι λέω ψέματα ή εξαπατώ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τα άλλα παιδιά ή οι νέες με κοροϊφίζουν ή με αγριάζουν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συχνά προσφέρω να βοηθήσω τους άλλους (Γονείς, καθηγητές, παιδιά)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σκέφτομαι πριν κάνω κάτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παίρνω πράγματα που δεν μου ανήκουν από το σπίτι, το σχολείο ή άλλος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τα παιχνίδια καλύτερα με τους κοίλους παρά με άτομα της ηλικίας μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχω πολλούς φίλους, φρονίζω εύκολα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τελειώνω τη δουλειά που κάνω. Η προσοχή μου είναι καλή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Θυμού για Παιδιά (Anger Expression Scale for Children; Steele et al., 2009)

Διάβασε προσεκτικά κάθε δήλωση και κύκλωσε εκείνον τον αριθμό που δείχνει πόσο συχνά η κάθε δήλωση ισχύει για σένα.

	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Νιώθω σαν να τιμω συνέχεια θυμωμένος(η).	1	2	3	4
2. Νιώθω σαν να θέλω να βάλω τις φωνές σε κάποιον.	1	2	3	4
3. Γίνωμαι πολύ ανασταμένος(η), αν πρέπει να περιμένω για κάτι.	1	2	3	4
4. Χάνω εύκολα την αυτοκυριαρχία μου.	1	2	3	4
5. Νιώθω σαν να θέλω να σπάσω αντικείμενα (πράγματα).	1	2	3	4
6. Είμαι τσιζαμπός(η).	1	2	3	4
7. Συγχίζομαι, όταν τα πράγματα δεν πάνε όπως τα θέλω.	1	2	3	4
8. Είμαι αξιόθymος(η).	1	2	3	4
9. Θυρώμαι πολύ, όταν δέχομαι κριτική από τους γονείς ή τους καθηγητές μου.	1	2	3	4
10. Οργίζομαι εύκολα.	1	2	3	4

Διάβασε προσεκτικά κάθε δήλωση και κύκλωσε εκείνον τον αριθμό που δείχνει πόσο συχνά η κάθε δήλωση ισχύει για σένα, όταν είσαι θυμωμένος.

	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Λογοφέρνω ή καυγαδίζω.	1	2	3	4
2. Δεν το λέω σε κανέναν.	1	2	3	4
3. Προσπαθώ να είμαι υπομονετικός(η).	1	2	3	4
4. Χτυπάω αντικείμενα ή ανθρώπους.	1	2	3	4
5. Το νιώθω μέσα μου, αλλά δεν το δείχνω.	1	2	3	4
6. Διατηρώ την ψυχραιμία μου.	1	2	3	4
7. Βρίζω.	1	2	3	4
8. Παραμένω εξοργισμένος(η), αλλά το κρατώ κρυφό.	1	2	3	4
9. Προσπαθώ να παραμείνω ήρεμος(η) και να διευθετήσω το πρόβλημα.	1	2	3	4
10. Σπρώχνω την οργή μου σε όποιον βρω μπροστά μου.	1	2	3	4
11. Κρατώ μέσα μου τον θυμό μου.	1	2	3	4
12. Διατηρώ μian ευγενή συμπεριφορά.	1	2	3	4