



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«Η επίδραση της αίσθησης συνοχής στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων»

Επιβλέπων Καθηγητής: Κοτρώτσιου Ευαγγελία
Καθηγήτρια
Τ.Ε.Ι. Λάρισας

Μεταπτυχιακός φοιτητής: Τόγκας Κωνσταντίνος
Κοινωνικός λειτουργός
Ψυχολόγος

Λάρισα 2010

Τριμελής Επιτροπή:

Επιβλέπων Καθηγητής: 1. Κοτρώτσιου Ευαγγελία
2. Γκούβα Μαίρη
3. Λαχανά Ελένη

Αφιερωμένη στον πατέρα μου

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....σελ. 5

Γενικό μέρος

Κεφάλαιο 1

Υγεία και ψυχική υγεία.....σελ. 7

Κεφάλαιο 2

Θεωρία του στρες και Ψυχοσωματική ιατρική.....σελ. 13

Κεφάλαιο 3

Η θεωρία της αίσθησης συνεκτικότητας του Aaron Antonovsky.....σελ. 20

Κεφάλαιο 4

Η αίσθηση συνοχής και η σχέση της με την γενική και ψυχική υγεία.....σελ. 26

Ειδικό μέρος

Κεφάλαιο 5

Μεθοδολογία της μελέτης.....σελ. 33

Κεφάλαιο 6

Αποτελέσματα.....σελ. 40

Κεφάλαιο 7

Συζήτηση.....σελ. 71

Κεφάλαιο 8

Συμπεράσματα.....σελ. 80

Βιβλιογραφία.....σελ. 84

Περίληψη.....σελ. 93

Summary.....σελ. 94

Παραρτήματα

- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 Κατάλογος Πινάκων
- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 Συντομογραφίες
- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 Έντυπο συγκατάθεσης
- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4 Το ερωτηματολόγιο της έρευνας (Δημογραφικά στοιχεία, SCL-90, Sense of Coherence).

Εισαγωγή

Η αίσθηση συνοχής (Sense Of Coherence - SOC) φαίνεται να είναι ένας παράγοντας προαγωγής της υγείας, ο οποίος ισχυροποιεί την αντίσταση και αναπτύσσει μια θετική υποκειμενική κατάσταση υγείας. Η αίσθηση συνοχής φαίνεται να είναι ικανή να προβλέψει την υγεία. Παράλληλα είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη και διατήρηση της υγείας των ανθρώπων αλλά δεν εξηγεί από μόνη της τη συνολική υγεία. Σχετίζεται σημαντικά με την αντιλαμβανόμενη υγεία, ειδικά την ψυχική υγεία. Όσο ισχυρότερη είναι η αίσθηση συνοχής, τόσο καλύτερη είναι η αντιλαμβανόμενη υγεία γενικά, άσχετα από την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα, όπως προκύπτει από ερευνητικά δεδομένα.

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης (μέσου όρου ζωής) στις μέρες μας οδήγησε σε μια θεαματική αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Αξίζει να αναφερθεί ότι ενώ το 1900 το προσδόκιμο επιβίωσης στις χώρες του δυτικού κόσμου ήταν περίπου 47 έτη, με αντίστοιχο ποσοστό ηλικιωμένων στο γενικό πληθυσμό 4%, το 1980 το προσδόκιμο επιβίωσης ήταν 73 χρόνια με ποσοστό ηλικιωμένων 11%. Στις μέρες μας ο μέσος όρος ζωής είναι 78 χρόνια και το ποσοστό των ηλικιωμένων φθάνει περίπου το 14%, ενώ στα 20 προσεχή χρόνια αναμένεται το ποσοστό των ηλικιωμένων να υπερβεί το 17% του γενικού πληθυσμού (Κονταξάξη-Χαβάκη και συν. 2005).

Όλα αυτά τα δημογραφικά δεδομένα έχουν οδηγήσει σε αυξημένες ανάγκες φροντίδας της υγείας και ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων. Στη χώρα μας ωστόσο δεν υπάρχουν σχετικές μελέτες που να εξετάζουν την αίσθηση συνοχής των ηλικιωμένων και τη σχέση της με την υγεία (σωματική και ψυχική).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εξετάσει την ύπαρξη πιθανής συσχέτισης και να συμβάλλει στον εμπλουτισμό των γνώσεων για το συγκεκριμένο θέμα. Η εργασία είναι ερευνητική και χωρίζεται σε δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος γίνεται αρχικά μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την προαγωγή της ψυχικής υγείας, την αντιμετώπιση του στρες και την έννοια της αίσθησης συνοχής. Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη σε δείγμα 100 ηλικιωμένων και τα συμπεράσματα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1

Υγεία και ψυχική υγεία.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις των ερευνητών «η υγεία ενός πληθυσμού εξαρτάται κατά 20% από τους βιολογικούς παράγοντες, κατά 20-30% από του φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, κατά 10-20% από τις υπηρεσίες υγείας και κατά 40-50% από την ανθρώπινη συμπεριφορά» (Μεράκου 2005).

Η σημασία της πρόληψης και της προαγωγής υγείας είναι τεράστια. «Η πρόληψη είναι καλύτερη της θεραπείας» ακούμε σχεδόν καθημερινά. Όμως, κατά πόσο όλοι προσπαθούμε να εφαρμόσουμε στην καθημερινή μας ζωή προληπτικές συμπεριφορές και να προστατεύσουμε την υγεία μας, ψυχική και σωματική, πριν αυτή κλονιστεί;

Η υγεία θεωρήθηκε και θεωρείται από όλους τους ανθρώπους σε όλες τις κοινωνίες και εποχές ως ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής.

Ο ορισμός της υγείας εξαρτάται από το πως βλέπουμε τον ζωντανό οργανισμό και τη σχέση του με το περιβάλλον. Η θεώρηση αυτή μεταβάλλεται σε κάθε εποχή και σε κάθε κοινωνία. Η ανάπτυξη των επιστημών τους τελευταίους δύο αιώνες και η ευκολότερη καταγραφή των απόψεων, οδήγησε και στην προσπάθεια ορισμού της υγείας.

Παρ' όλα αυτά ο όρος υγεία ακόμη και σήμερα, εξακολουθεί να μην έχει έναν κοινά αποδεκτό ορισμό. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.- 1946) έδωσε στην ιδρυτική του διακήρυξη τον εξής ορισμό: «Υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας». «Υγεία είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας».

Ο Π.Ο.Υ. συνέχισε να αναθεωρεί αυτό τον ορισμό. Στη διακήρυξη της Οττάβα, η υγεία ορίζεται ως «η ικανότητα του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να συμβιβάζεται με το περιβάλλον» (WHO 1992).

Σύμφωνα με τον Greene W. «Υγεία είναι η προσωπική ποιότητα που δίνει τη δυνατότητα σε ένα συγκεκριμένο άτομο να αναπτύξει πλήρως τις ικανότητές του ώστε να κατακτήσει ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής μέσα στο περιβάλλον που ζει» (Κατοστάρας 2005).

Σύμφωνα με τον Dubos R. (1959), «η πλησιέστερη προσέγγιση στην Υγεία είναι μια κατάσταση του σώματος και της ψυχής όπου υπάρχει σχετική ελευθερία από ενοχλήσεις και πόνο, με αποτέλεσμα το άτομο να λειτουργεί αποτελεσματικά για όσο περισσότερο χρόνο γίνεται στο περιβάλλον που ζει είτε από τύχη είτε από επιλογή». Επίσης, η υγεία δεν μπορεί να οριστεί χωριστά από την κοινωνία, αλλά πάντα σε σχέση με την ικανότητα των ατόμων να λειτουργούν με τρόπο αποδεκτό τόσο από τους εαυτούς τους όσο και από το κοινωνικό σύνολο στο οποίο ανήκουν.

Πέρα από τον όρο υγεία, η έννοια της ευεξίας συζητιέται επίσης πιο πρόσφατα. Ως ευεξία θεωρείται η διαδικασία βελτιστοποίησης της υγείας και χρησιμοποιείται εναλλακτικά με τον όρο υγεία. Ορισμένοι συγγραφείς θεωρούν ότι ο όρος ευεξία εκφράζει την υποκειμενική αντίληψη της υγείας κατ' αναλογία με τις έννοιες νόσος (αντικειμενική) και αρρώστια (υποκειμενική).

Για την αντιμετώπιση των σύγχρονων προκλήσεων στον τομέα της υγείας, ο Π.Ο.Υ. θεσμοθέτησε το 1986, την πολιτική της Προαγωγής Υγείας (Health Promotion). Ο όρος Προαγωγή Υγείας είναι λοιπόν σχετικά πρόσφατος. Η Προαγωγή Υγείας σύμφωνα με τη διακήρυξη της Π.Ο.Υ. είναι η διαδικασία μέσα στην οποία τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν (Τούντας 2000).

Βασική φιλοσοφία του χάρτη της Ottawa είναι να:

- “- το να προστίθενται χρόνια στη ζωή,
- να προστίθεται ζωή στα χρόνια”.

Θεωρείται επίσης ότι υπάρχει διαφορά ανάμεσα στους όρους «νόσος» και «ασθένεια» (Nettleton 2002). Ο όρος νόσος αναφέρεται σε παθολογικές μεταβολές που συμβαίνουν στο ανθρώπινο σώμα, οι οποίες εκδηλώνονται με ποικίλες φυσικές ενδείξεις και συμπτώματα. Αντίθετα, ο όρος «ασθένεια» αναφέρεται στην υποκειμενική ερμηνεία που δίνει το άτομο σε αυτές τις ενδείξεις και τα συμπτώματα, καθώς και στην αντίδρασή του απέναντί τους. Στη βιβλιογραφία επίσης εμφανίζεται η βασική διάκριση μεταξύ της αρρώστιας, η οποία εκφράζει την υποκειμενική αίσθηση και της ασθένειας, η οποία αναφέρεται στη διάγνωση του ειδικού (Αλεξιάς 2000).

Συνηθίζεται επίσης να γίνεται διάκριση ανάμεσα σε θετικούς και αρνητικούς ορισμούς της υγείας όσο και ανάμεσα σε λειτουργικούς και βιωματικούς (Nettleton 2002). Π.χ. ο ιατρικός ορισμός της υγείας- η απουσία νόσου- είναι σαφώς αρνητικός. Αντίθετα, ο προαναφερθείς ορισμός της υγείας από την Π.Ο.Υ. είναι θετικός ορισμός. Ένας λειτουργικός ορισμός αναφέρεται στη δυνατότητα συμμετοχής στους συνήθεις κοινωνικούς ρόλους και μπορεί να συγκριθεί με έναν βιωματικό ορισμό, ο οποίος λαμβάνει υπόψη του την αίσθηση του εαυτού.

Ανασκοπώντας λοιπόν τους διάφορους ορισμούς που έχουν δοθεί για την υγεία, διαπιστώνουμε ότι υπάρχει ως κοινό χαρακτηριστικό η ολιστική αντίληψη για την υγεία και η πολλαπλότητα των διαστάσεων που αυτή περικλείει.

Αυτές οι διαστάσεις πηγάζουν από τις ακόλουθες βασικές προσεγγίσεις σε θέματα υγείας και αρρώστιας

1. Το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας, στο οποίο στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό η σύγχρονη παροχή υπηρεσιών υγείας και
2. Το βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο, το οποίο αποτελεί μια νέα προσέγγιση (Αναγνωστόπουλος 1999).

Η σύγχρονη δυτική ιατρική βασίζεται σε αυτό που έγινε γνωστό ως Βιοϊατρικό μοντέλο. Το Βιοϊατρικό μοντέλο (ή γραμμικό όπως αλλιώς ονομάζεται) θεωρεί το ανθρώπινο σώμα σαν μια «μηχανή» που μπορεί να

αναλυθεί στα μέρη της. Η σωματική αρρώστια αντιμετωπίζεται σαν μια βλάβη του «βιολογικού οργανισμού», ενώ η υγεία ορίζεται ως η απουσία της αρρώστιας. Το μοντέλο αυτό βασίζεται στις εξής παραδοχές:

1. Το πνεύμα και το σώμα μπορούν να αντιμετωπιστούν ως ξεχωριστές οντότητες, αρχή που είναι γνωστή ως δυϊσμός πνεύματος- σώματος της ιατρικής.
2. Το σώμα μπορεί να επισκευαστεί με την έννοια που επισκευάζεται μια μηχανή.
3. Τα οφέλη από τις τυχόν τεχνολογικής φύσης ιατρικές παρεμβάσεις υπερτιμώνται, πράγμα που οδηγεί στην παραδοχή, εκ μέρους της ιατρικής, της επιτακτικής αναγκαιότητας της τεχνολογίας.
4. Η Βιοϊατρική είναι αναγωγική, με την έννοια ότι εστιάζει την προσοχή της στα βιολογικά αίτια των ασθενειών, παραβλέποντας κοινωνικούς ή ψυχολογικούς νοσογόνους παράγοντες.
5. Αυτός ο περιορισμός ενισχύθηκε από την υιοθέτηση της «θεωρίας των μικροοργανισμών», κατά τον 19ο αιώνα, σύμφωνα με την οποία, προϋπόθεση για την πρόκληση κάποιας ασθένειας είναι ένας συγκεκριμένος «παθογόνος οργανισμός».(π.χ. παράσιτα, ιοί, βακτήρια κλπ).
6. Οι ασθένειες αποτελούν διακριτές οντότητες, οι οποίες αποκαλύπτονται μέσω της ανίχνευσης «ενδείξεων» και «συμπτωμάτων». Οι ασθένειες ορίζονται ως κατηγοριοποιημένες αποκλίσεις ή παρεκκλίσεις από την «κανονικότητα».
7. Ο ασθενής, άλλοτε λιγότερο και άλλοτε περισσότερο, καθίσταται παθητικός δέκτης της εκδήλωσης της ασθένειας.
8. Σε αυτό το μοντέλο η ιατρική ισχυρίζεται ότι προσφέρει τη μοναδική αυθεντική πρόταση για την κατανόηση της νόσου και της ασθένειας.
9. Ο ρόλος του ιατρού σταματά στην επέμβαση, π.χ. χειρουργική, ώσπου να διορθώσει τη δυσλειτουργία ενός ιδιαίτερου βιολογικού μηχανισμού.
10. Ο γιατρός θεραπεύει ένα όργανο, την τοπική εκδήλωση, χωρίς να βλέπει ότι αυτό αντανάκλα μια διαταραχή ολόκληρου του οργανισμού.
11. Έτσι ο γιατρός χάνει τη γενική οπτική του αρρώστου και ξεχνά ότι πρόκειται για ανθρώπινο ον. Στρέφεται προς την αρρώστια παρά προς τον άρρωστο. Η άσκηση της ιατρικής γίνεται απρόσωπη.
12. Η παρέμβαση είναι εξωτερική εκ μέρους του γιατρού, χωρίς να συνεκτιμάται το θεραπευτικό δυναμικό που κρύβει μέσα στο σώμα του ο άρρωστος.

Βέβαια, κανείς δεν παραβλέπει τη σημαντική προσφορά και τις επιτυχίες της Βιοϊατρικής προσέγγισης που συνέβαλαν ουσιαστικά στην πρόοδο της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης. Οι λεπτομερείς γνώσεις των βιολογικών λειτουργιών στο κυτταρικό και μοριακό επίπεδο οδήγησαν στην ανάπτυξη της φαρμακοθεραπείας. Πρώτα ανακαλύφθηκαν εμβόλια για τις βακτηριακές παθήσεις (τύφος, τέτανος, διφθερίτιδα) και ύστερα βρέθηκαν εμβόλια για ιογενείς αρρώστιες (ίλαρά, κίτρινος πυρετός, πολυομυελίτιδα κλπ). Το 1948 η ανακάλυψη της πενικιλίνης αποτέλεσε την αρχή της εποχής των αντιβιοτικών, ενώ στη δεκαετία του 1950 ανακαλύφθηκαν και διαδόθηκαν τα ψυχοφάρμακα. Ένας ακόμα θρίαμβος της ιατρικής σημειώθηκε στον τομέα της ενδοκρινολογίας με την

ανακάλυψη της κορτιζόλης και της ινσουλίνης. Σημαντικές ήταν οι εξελίξεις στον τομέα της χειρουργικής, με την εφαρμογή της αντισηψίας, τις προόδους της αναισθησιολογίας, την αντικατάσταση κατεστραμμένων ιστών και οστών με τεχνητά υλικά και την μεταμόσχευση ζωτικών οργάνων. Η εξέλιξη της επιστημονικής ιατρικής έδωσε τη δυνατότητα να αναπτυχθεί μια εξαιρετικά πολύπλοκη και υψηλή τεχνολογία ενώ ταυτόχρονα ανέκυψε μια σειρά από νέα κοινωνικά, οικονομικά και ηθικά προβλήματα.

Είναι πια πλατιά αποδεκτό ότι δεν αρκεί μια μονόπλευρη εξέλιξη της Ιατρικής για να έχουμε μια καλύτερη Υγεία. Η σημασία των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη δημιουργία και στην πορεία της ασθένειας είχε παραμερισθεί πάρα πολύ. Άργησε λοιπόν αρκετά ο ιατρικός κόσμος να αναγνωρίσει «ότι ο ασθενής είναι για τη θεραπεία μιας ασθένειας τουλάχιστον τόσο σημαντικός όσο και η ίδια η ασθένεια» (Καλαντζή-Αζίζι Α. 1996).

Η πιο δημοφιλής προσέγγιση πλέον είναι η ολιστική. Στο μοντέλο προαγωγής της υγείας, το βασικό θέμα δεν είναι η αρρώστια αλλά η υγεία. Ο Ολιστικός τρόπος σκέψης και το βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο έχει αρχίσει να προβάλλεται και να επιβάλλεται τα τελευταία χρόνια. Εδώ η υγεία και η ασθένεια είναι δύο όψεις ενός ενιαίου, συνεχούς, μεταβαλλόμενου συστήματος, οι οποίες συμπληρώνουν η μια την άλλη. Η υγεία και η ασθένεια δεν είναι στατικές καταστάσεις τέλει ευεξίας ή νοσηρότητας. Δηλαδή δεν είμαστε ή υγιείς ή ασθενείς. Η υγεία και η ασθένεια βρίσκονται σε ένα συνεχές:

Υγεία ————— Αρρώστια

Κάθε άτομο βρίσκεται σε κάποιο σημείο αυτού του συνεχούς, σε μια δεδομένη στιγμή. Είμαστε δηλαδή άλλοτε περισσότερο υγιείς (σωματικά, ψυχολογικά, διανοητικά, κοινωνικά) και άλλοτε λιγότερο.

Η υγεία και η αρρώστια συμπληρώνουν η μία την άλλη: Τα συναισθηματικά προβλήματα ή η κοινωνική απομόνωση μπορούν να κάνουν ένα άτομο να νιώθει άρρωστο παρά τη φυσική του προσαρμοστικότητα.

Σε αυτή την προσέγγιση, ανάμεσα σε ποικίλες μεταβλητές, η πιο σημαντική είναι η αίσθηση συνεκτικότητας -sense of coherence (SOC). Τα ψυχολογικά προβλήματα τα οποία είναι στοιχειώδη στη θεωρία του Antonovsky, αναφέρονται στους παθολόγους. Πολλές σύγχρονες έρευνες αναφέρονται στην ιατρική και στην ψυχολογία. Η προαγωγή της υγείας (salutogenesis) μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην ιατρική ως προέκταση της ικανότητας του ασθενούς και του γιατρού, αλλά όχι ενάντια στην ιατρική (Zboralski K et al. 2008).

Στα πλαίσια αυτής της θεώρησης, η αρρώστια αποτελεί «προειδοποίηση» ότι κάτι δεν πάει καλά στη ζωή του ατόμου. Δε θεωρείται κάτι κακό, ούτε αποτελεί «εχθρό» που πρέπει, πάση θυσία, να καταπολεμηθεί για να αποκατασταθεί η υγεία. Αντίθετα, γίνεται αντιληπτή ως «μήνυμα» του οργανισμού ή «σήμα κινδύνου» που δηλώνει την ύπαρξη ανισορροπίας ή δυσαρμονίας στα διάφορα επίπεδα της βιοψυχοκοινωνικής υπόστασης του ατόμου.

Στα πλαίσια του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου το ιατρο-νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να συνεργαστεί με ειδικούς από τους χώρους της ψυχολογίας, της ψυχιατρικής, της κοινωνικής εργασίας, της κοινωνιολογίας για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του αρρώστου. Παράλληλα προτρέπει τον άρρωστο να συμμετέχει ενεργά στην αποκατάσταση της υγείας του. Τον καλεί να αναθεωρήσει τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής του, να αναλάβει την ευθύνη να τροποποιήσει συμπεριφορές που βλάπτουν την υγεία του και να προωθήσει άλλες που συμβάλλουν στην πρόληψη ή στη διατήρηση της καλής του υγείας. Επίσης, επιδιώκει να κατανοήσει το πρόβλημα της υγείας στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης δυναμικής που αναπτύσσει ο άρρωστος με σημαντικά άτομα τους περιβάλλοντός του.

Σύμφωνα με το νέο αυτό μοντέλο, ο άνθρωπος θεωρείται ένα ολοκληρωμένο όλον όπου η σωματική, η διανοητική και η συναισθηματική του υπόσταση λειτουργούν συνολικά και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, ενώ παράλληλα βρίσκονται σε μια ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Έτσι, όλες οι διαταραχές είναι ψυχοσωματικές, με την έννοια ότι συμμετέχουν στην αέναη αλληλουχία του νου και του σώματος ως προς την πρόκληση, ανάπτυξη και θεραπεία τους.

Σύμφωνα με τον κοινωνιολόγο υγείας Antonovsky, φαίνεται πως η υγεία και η ασθένεια αποτελούν σημεία σε ένα μακροσκελές συνεχές. Στο ένα άκρο βρίσκεται η μέγιστη δυνατή ευεξία και στο άλλο άκρο, ο θάνατος. Σύμφωνα με τον ίδιο «από τη στιγμή που αναπνέουμε, όλοι είμαστε κατά κάποιο τρόπο υγιείς». Ερχόμαστε να αντιληφθούμε την υγεία όχι ως την απουσία ασθένειας, αλλά μάλλον ως τη διαδικασία μέσω της οποίας τα άτομα διατηρούν την αίσθηση συνοχής τους (π.χ. την αίσθηση ότι η ζωή είναι κατανοητή, εύχρηστη, και σημαντική) και τη δυνατότητά τους να λειτουργήσουν παρά τις αλλαγές στον εαυτό τους και τις σχέσεις τους με το περιβάλλον τους" (Aaron Antonovsky 1987).

Είναι γεγονός ότι ζούμε σε έναν κόσμο ο οποίος κινείται με ταχύτατους ρυθμούς και υπό συνεχή πίεση. Αυτές οι συνθήκες έχουν δημιουργήσει ένα περιβάλλον όπου το στρες έχει αναχθεί στην υπ' αριθμόν ένα ασθένεια της εποχής μας. Οι σημαντικές αλλαγές, οι απώλεια της υγείας, τα ατυχήματα, η σταδιοδρομία κ.α., είναι πεδία δημιουργίας του στρες. Ωστόσο, οι καθημερινές αρνητικές συνθήκες όπως το κυκλοφοριακό, η αναμονή σε κάποια ουρά και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας – είναι οι αιτίες που προκαλούν τη μεγαλύτερη ζημία.

Όπως προκύπτει από τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η ψυχική υγεία αποτελεί τμήμα της υγείας. Η έννοια της ψυχικής υγείας είναι αφαιρετική, ευρεία, πολυδιάστατη και υποκειμενική και επομένως δύσκολο να προσδιοριστεί εννοιολογικά (Ζήση Α. και συν. 2004).

Η ψυχική υγεία αναφέρεται σε ένα ευρύ πεδίο δραστηριοτήτων που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την κατάσταση της ευεξίας. Η διανοητική ευεξία συμπεριλαμβάνεται στον ανωτέρω ορισμό της υγείας. Σχετίζεται με την προαγωγή της ευεξίας, την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, και τη θεραπεία και αποκατάσταση των ατόμων που υποφέρουν από ψυχικές ασθένειες. Η ψυχική

υγεία έχει οριστεί ποικιλοτρόπως από σοφούς διαφόρων πολιτισμών. Αντιλήψεις για την ψυχική υγεία συμπεριλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την υποκειμενική ευεξία και λειτουργικότητα, την αυτονομία, την αποτελεσματικότητα, την αλληλεξάρτηση των γενεών και την αυτοπραγμάτωση των πνευματικών και συναισθηματικών δυνατοτήτων του ατόμου. Είναι γενικά αποδεκτό ότι η ψυχική υγεία είναι κάτι ευρύτερο από την έλλειψη ψυχικών διαταραχών (Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001).

Σύμφωνα με Βρετανικό Κυβερνητικό ορισμό (British Health Education Authority) ψυχική υγεία είναι η συναισθηματική και η διανοητική εκείνη κατάσταση που επιτρέπει στα άτομα να χαίρονται τη ζωή και να αντεπεξέρχονται στις απογοητεύσεις αλλά και στις δύσκολες συνθήκες. Είναι το θετικό συναίσθημα της ψυχολογικής ευεξίας και της πίστης μας στη δική μας αξία αλλά και των άλλων (Ζήση και συν. 2004).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2005) ορίζει την ψυχική υγεία ως την κατάσταση της ευεξίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις ικανότητές του, μπορεί να αντιμετωπίσει τα φυσιολογικά στρες της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα και να συνεισφέρει στην κοινότητά του.

Ως ψυχική διαταραχή ορίζεται ένα νόσημα με ψυχολογικές ή συμπεριφορικές εκδηλώσεις συνδεδεμένες με σημαντικό βαθμό δυσφορίας και έκπτωσης της λειτουργικότητας το οποίο μπορεί να προκαλείται από βιολογικές, κοινωνικές, ψυχολογικές, γενετικές, φυσικές ή χημικές διαταραχές. Το νόσημα προσδιορίζεται ως απόκλιση από κάποια ιδεατή φυσιολογική κατάσταση. Κάθε ψυχική διαταραχή έχει χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα (Kaplan & Sadock's 2004).

Ενώ τα συμπτώματα ποικίλουν ουσιαδώς, αυτές οι διαταραχές χαρακτηρίζονται γενικά από κάποιους συνδυασμούς παθολογικών σκέψεων, συναισθημάτων, συμπεριφορών και διαπροσωπικών σχέσεων (Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001).

Κεφάλαιο 2

Θεωρία του στρες και ψυχοσωματική ιατρική

Ο έννοιες του σώματος και της ψυχής και οι μεταξύ τους σχέσεις είναι από τα ζητήματα που με τον έναν ή τον άλλο τρόπο απασχόλησαν την ανθρώπινη διάνοηση σε όλη τη διάρκεια της ιστορίας (Βελίκης 2010).

Για πολλά χρόνια το επιστημονικό ενδιαφέρον ήταν στραμμένο στην αναγνώριση παραγόντων που θεωρούνταν ότι σχετίζονται αιτιολογικά με την εμφάνιση νόσου ή είχαν αρνητική επίδραση στη φυσική της πορεία. Ο Καρτεσιανός δυϊσμός (διαχωρισμός σώματος - ψυχής) απομάκρυνε την ιατρική σκέψη από τη κλασική Σωκρατική και Ιπποκρατική άποψη και αποτέλεσε τον ακρογωνιαίο λίθο για τη διαμόρφωση θεωριών για το ρόλο της ψυχής ως «νοσογόνου» παράγοντα.

Έτσι, ένα μεγάλο μέρος της σύγχρονης βιβλιογραφίας είναι σήμερα αφιερωμένο στον τρόπο με τον οποίο κάποιοι παράγοντες κινδύνου καθώς και το stress της καθημερινότητας επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα της υγείας (Καράλης και συν. 2004).

Αναφορικά με το στρες, υπάρχουν διάφοροι ορισμοί. Ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος ορισμός του στρες είναι αυτός που έχει διατυπωθεί από τον Richard Lazarus και τους συνεργάτες του και αναφέρει ότι στρες προκαλείται μέσω των διαδικασιών αλληλεπίδρασης μεταξύ των ατόμων και του περιβάλλοντός τους. Έτσι, όταν ένα άτομο αισθάνεται ότι οι προσωπικές του δυνάμεις και ικανότητες δεν επαρκούν για να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις του περιβάλλοντός του, αρχίζει να βιώνει έντονο στρες (Βάρβογλη 2006). Το ψυχολογικό στρες (ψυχολογική πίεση) είναι η βιωματική εμπειρία ψυχοπιεστικών καταστάσεων (συνήθως δυσάρεστων, πιθανόν όμως και ευχάριστων) και η αρνητική επίδραση που σχετίζεται με την αδυναμία χειρισμού των (τρόποι χειρισμού του στρες - Coping styles). Γεγονότα και καταστάσεις που προκαλούν στρες (μετρούμενα με ειδικές κλίμακες) σχετίζονται με την εκδήλωση οργανικών νόσων, όπως τεκμηριώνεται από μεγάλο αριθμό μελετών.

Επακόλουθο του ψυχολογικού στρες είναι το άγχος, που ορίζεται ως το γενικευμένο συναίσθημα έντασης και ενεργοποίησης, σχετιζόμενο με φυσιολογικές (αύξηση μυϊκού τόνου, υπεριδρωσία, αύξηση σφύξεων και ρυθμού αναπνοής, αίσθημα «σύσφιξης του στήθους» κ.λπ) και γνωσιακού τύπου διαταραχές (δυσχέρεια συγκέντρωσης προσοχής, «σταμάτημα» της σκέψης κ.λπ).

Το άγχος διακρίνεται σύμφωνα με διάφορα κριτήρια. Πρώτον, όσον αφορά την ένταση, σε κλινικό (έντονο) που προκαλεί τις αγχώδεις διαταραχές ή στο υποκλινικό άγχος. Δεύτερον, το άγχος διακρίνεται σύμφωνα με την ιδιομορφία της κατάστασης που το προκαλεί και χαρακτηρίζεται ως άγχος σχετιζόμενο με ένα γεγονός (state anxiety) και το άγχος ως χαρακτηριστικό (trait anxiety) του ατόμου, το οποίο επηρεάζει την αντίληψη και την επεξεργασία των διαφόρων

καταστάσεων και με αυτόν τον τρόπο επηρεάζει την αντίληψη και τη δημιουργία προτύπων συμπεριφοράς (Haas et al. 2001).

Επίσης, όσον αφορά τη διάρκεια, το άγχος διακρίνεται σε οξύ και χρόνια. Διαφορετικές μορφές άγχους εμπλέκονται στις παθήσεις και επηρεάζουν τη συμπτωματολογία (ένταση, συχνότητα, βαρύτητα, εξάρσεις), την αποτελεσματικότητα της αγωγής ή τη χρήση υπηρεσιών υγείας (σχετιζόμενη άμεσα με την υποκειμενική αντίληψη βελτίωσης ή επιδείνωσης π.χ. υποκειμενική αντίληψη της δύσπνοιας στους ασθματικούς) και στη διαμόρφωση προτύπων συμπεριφοράς με βάση τον ατομικό τρόπο χειρισμού του στρες. Για παράδειγμα, στο άσθμα παρατηρείται άγχος σχετιζόμενο με τα συμπτώματα (κρίσεις), με τους εκλυτικούς παράγοντες και με τη φαρμακευτική αγωγή.

Τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί οι γνώσεις μας στη κατανόηση των μηχανισμών, μέσω των οποίων διαμεσολαβούνται οι επιδράσεις του στρες στις μεταβολές της ομοιόστασης του οργανισμού. Τη βάση του θεωρητικού οικοδομήματος, που σε αρκετά σημεία του έχει επιβεβαιωθεί και πειραματικά, αποτελεί ο μηχανισμός (ή οι μηχανισμοί) μέσω των οποίων το Κεντρικό και Περιφερικό Νευρικό Σύστημα, το Ενδοκρινικό και το Ανοσιακό Σύστημα επηρεάζει και αλληλορυθμίζει λειτουργικά το ένα το άλλο (υπάρχει δηλαδή κοινό δίκτυο επικοινωνίας).

Στρεσογόνοι παράγοντες είναι καταστάσεις που επιβάλλουν εκείνες τις σωματικές ή ψυχικές απαιτήσεις, οι οποίες με τη σειρά τους πυροδοτούν τις στρεσογόνες διαδικασίες. Δεν είναι μόνο φυσικοί αλλά και ψυχικοί και κοινωνικοί. Είναι μεγάλη η ποικιλία των καταστάσεων που μπορεί να προκαλέσουν στρες, όπως απώλεια αίματος, πόνος, κόπωση, φόβος, απώλεια αγαπημένων προσώπων ή αντικειμένων, μεγάλη συναισθηματική αναστάτωση από ευχάριστα ή δυσάρεστα γεγονότα. Ο βαθμός κατά τον οποίο απειλήθηκε η ζωή του ατόμου έχει ιδιαίτερη σημασία. Πολύ δύσκολη είναι η αποτίμηση χαμένων σχέσεων, ιδεών στις οποίες υπήρξε μεγάλη αφοσίωση, καθώς και συστημάτων θρησκευτικής ή άλλης πίστης, αλλά οι επιπτώσεις τέτοιων απωλειών φαίνεται ότι είναι σοβαρές και θεωρούνται στρεσογόνοι παράγοντες μεγάλης βαρύτητας (Αγγελόπουλος 2009).

Τα στρεσογόνα ή ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής (life events) διακρίνονται ως προς τη διάρκειά τους σε:

1. Οξεία περιορισμένης διάρκειας (π.χ. αναμονή ενός χειρουργείου)
2. Ψυχοπιεστικά γεγονότα με εξακολουθητικές συνέπειες
3. Χρόνιοι διαλείποντες ψυχοπιεστικοί παράγοντες (π.χ. συγκρούσεις με γείτονες).
4. Καταστάσεις χρόνιου στρες (Οικονόμου και συν. 2005).

Η σύγχρονη ψυχολογία, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στη δυναμική αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον, θεωρεί ότι οι επιδράσεις των στρεσογόνων παραγόντων τροποποιούνται από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο ερμηνεύει και βιώνει τους παράγοντες αυτούς. Στη διαδικασία αυτή εμπλέκεται το κεντρικό νευρικό σύστημα, που δρα ρυθμιστικά ανάμεσα στο άτομο και το

περιβάλλον του, καθώς και το ενδοκρινολογικό και ανοσολογικό σύστημα, που με τις ορμόνες και τους ανοσομεταβιβαστές αλληλεπιδρούν με το νευρικό σύστημα.

Υπολογίζεται ότι το 50% των προβλημάτων του σύγχρονου ανθρώπου σχετίζονται, άμεσα ή έμμεσα, με το στρες. Μελέτη σε ενήλικες άντρες διαπίστωσε ότι όσοι είχαν βιώσει τουλάχιστον τρία σημαντικά στρεσογόνα γεγονότα (π.χ. θάνατος συγγενούς, διαζύγιο, προβλήματα στην εργασία, σοβαρή ασθένεια, μετακίνηση κ.ά.) στη ζωή τους παρουσίαζαν τριπλάσια θνησιμότητα. Κοινά συμπτώματα όλων των αγχωδών νευρωτικών συνδρόμων είναι η ένταση, η δυσκολία συγκέντρωσης, η υπερδιέγερση, ο φόβος, οι διαταραχές ύπνου, η αυξημένη μυϊκή τάση, οι γαστρεντερικές μεταβολές, όπως η ξηρότητα του στόματος, η διάρροια, η δυσκολία στην αναπνοή και η αυξημένη εφίδρωση (Martin 2003).

Ο Cannon περιέγραψε την αντίδραση πάλης ή φυγής («Fight or Flight»), την οποία ο άνθρωπος και άλλα ζώα υιοθετούν απέναντι σε μια απειλητική κατάσταση. Όταν ο ανθρώπινος οργανισμός αξιολογήσει ένα εξωτερικό ερέθισμα ως απειλή, αυτόματα εισέρχεται σε κατάσταση διέγερσης μέσω του συμπαθητικού και ενδοκρινικού συστήματος. Υπάρχουν δύο εναλλακτικές αντιδράσεις:

- παραμονή στο σημείο όπου εμφανίζεται η απειλή και επίθεση στον εχθρό ή
- απομάκρυνση και αποφυγή του εχθρού από την άλλη.

Τα προβλήματα που εμφανίζονται στις σύγχρονες κοινωνίες είναι ιδιαίτερα πολύπλοκα και απαιτούν από τα άτομα πολύ πιο «εξειδικευμένες» και «πολιτισμένες» αντιδράσεις, ωστόσο στη βάση τους διακρίνουμε ένα από τα δύο αυτά βασικά μοτίβα (Βάρβογλη 2006).

Στην πορεία της αντίδρασης πάλης ή φυγής συμβαίνουν στο σώμα μια σειρά φαινόμενα, από τα οποία το καθένα έχει συγκεκριμένο ρόλο στην προετοιμασία του οργανισμού μας για να ανταποκριθεί στην πρόκληση. Όμως το καθένα από αυτά τα φαινόμενα μπορεί να προκαλέσει βλάβη εάν συνεχιστεί για πολύ. Προορίζονται από τη φύση τους ως άμεσες, βραχυπρόθεσμες αντιδράσεις, προγραμματισμένες να σταματήσουν μόλις ξεπεραστεί η έκτακτη ανάγκη. Εάν δε σταματήσουν, έχουν αντίθετα αποτελέσματα (Fontana 1996).

Η αντίδραση πάλης ή φυγής εκφορτίζει την ενέργεια που κινητοποίησε ο οργανισμός για την αντιμετώπιση της απειλής. Όμως στις περισσότερες περιπτώσεις μαζικών καταστροφών, η μόνη ενδεδειγμένη ή δυνατή αντίδραση είναι αυτή της ακινησίας (πάγωμα ή συναισθηματικό μούδιασμα). Τότε όλη αυτή η ενέργεια δεν μπορεί να διοχετευθεί πουθενά και να εκφορτιστεί. Η εσωτερίκευση αυτής της ενέργειας έχει βλαπτικές συνέπειες για το άτομο. Είναι σαν μια χύτρα που την αφήνουμε να βράζει έχοντας κλειστό το καπάκι της.

Η ενέργεια θα διοχετευθεί στο πιο ασθενές ή ευάλωτο σημείο και η χύτρα θα σπάσει. Το ίδιο συμβαίνει και με τον άνθρωπο. Η μη εκφόρτιση της ενέργειας οδηγεί στην έκφρασή της με καλυμμένο τρόπο: τη σωματοποίηση. Το πιο ευπαθές ή ευάλωτο όργανο ή σύστημα επιλέγεται για την εκφόρτιση της δεσμευμένης ενέργειας και ασθενεί. Η επιλογή του συγκεκριμένου οργάνου σχετίζεται με ένα συμβολισμό. Όταν ο οργανισμός βρίσκεται για αρκετό χρονικό

διάστημα σε κατάσταση ακινησίας (όπως περιγράφεται παραπάνω) υπάρχει αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης κάποιας ψυχοσωματικής διαταραχής.

Σε όλες τις ηλικίες, η παρατεταμένη κατάσταση άγχους, ανασφάλειας και ψυχολογικής έντασης μπορεί να οδηγήσουν σε μια ποικιλία ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, στα οποία περιλαμβάνεται η ευερεθιστότητα, η κούραση χωρίς φυσιολογική αιτία, η ανορεξία, οι πονοκέφαλοι και οι πόνοι της πλάτης. Σχεδόν κάθε όργανο ή οργανικό σύστημα μπορεί να προσβληθεί σε συνθήκες παρατεταμένης ψυχολογικής έντασης. Πολλές από τις δομικές ή λειτουργικές αλλοιώσεις των σπλάγχχνων οφείλονται σε ψυχολογικές αιτίες. Μεταξύ αυτών το πεπτικό έλκος και άλλες γαστρεντερολογικές αντιδράσεις είναι οι πιο γνωστές ψυχοσωματικές διαταραχές. Ακολουθούν οι ημικρανίες, οι δερματολογικές αντιδράσεις, οι χρόνιοι πόνοι της πλάτης και το βρογχικό άσθμα, για τις οποίες πολύ συχνά ευθύνεται η ψυχολογική ένταση.

Η πρώτη διαμορφωμένη επιστημονική κίνηση που έτυχε ευρείας αποδοχής είναι η Ψυχοσωματική Ιατρική με Ψυχαναλυτική (Ψυχοδυναμική) κατεύθυνση, τις πρώτες δεκαετίες του 1900. Οι υποστηρικτές της Σχολής αυτής, με κύριο εκπρόσωπο τον F. Alexander, διαμόρφωσαν την θεωρία της «ειδικής ψυχογένεσης», σύμφωνα με την οποία απωθημένα συναισθήματα, όπως ο φόβος, η επιθετικότητα, η ματαιώση, η ενοχή (δηλαδή οι συγκινήσεις και τα συναισθήματα, τα «πάθη» όπως τα ονόμαζε ο Ιπποκράτης) καταλήγουν σε χρόνια συναισθηματική τάση, με επακόλουθο την επιλεκτική κατά περίπτωση δυσλειτουργία οργάνων του σώματος. Αρχικά, ο Alexander πρότεινε τις 7 «κλασικές» ψυχοσωματικές αρρώστιες: πεπτικό έλκος, ελκώδης κολίτιδα, ιδιοπαθής υπέρταση, ρευματοειδής αρθρίτιδα, τοξικοθυρεοειδισμός, βρογχικό άσθμα, νευροδερματίτιδα (Χαρτοκόλλης 1991). Η παραπάνω θεωρία αποτελεί μια μόνο από τις πολλές που υπάρχουν στο χώρο της Ψυχοσωματικής Ιατρικής. Άλλες βασικές θεωρίες της ψυχοσωματικής προσέγγισης είναι η ψυχοδυναμική, η συμπεριφορική-ψυχοφυσιολογική, η θεωρία των τύπων προσωπικότητας και η θεωρία των κοινωνικών παραγόντων και των γεγονότων ζωής (Βελίκης 2010).

Οι επιπτώσεις των στρεσογόνων διεργασιών στην υγεία περιλαμβάνουν προβλήματα στο πεπτικό, στο ανοσοποιητικό, στο νευρικό σύστημα κ.α. Τα πιο σημαντικά νοσήματα όμως που μπορεί να προκαλέσει μακροπρόθεσμα το στρες είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και η αρτηριακή υπέρταση. Από τις πρώτες εργασίες με διεθνή απήχηση που τεκμηρίωσαν τη σχέση του στρες με την αυξημένη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα ήταν αυτή του ακαδημαϊκού Δ. Τριχοπούλου και των συνεργατών του (Τούντας, 2007).

Με τη μακροχρόνια έκθεση στο στρες σχετίζονται επίσης το γαστρικό έλκος, ο χρόνιος πονοκέφαλος, η κατάθλιψη, οι ανωμαλίες της περιόδου, οι στυτικές δυσλειτουργίες και η απώλεια της σεξουαλικής διάθεσης. Στρεσογόνοι παράγοντες έχουν παρατηρηθεί και πριν από την εμφάνιση ορισμένων άλλων νοσημάτων, όπως της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, της πολλαπλής σκλήρυνσης, της κολίτιδας, των αλλεργιών, των ψυχικών διαταραχών και ορισμένων κακοηθών νεοπλασμάτων. Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει η συσχέτιση του στρες με τα

καρδιαγγειακά νοσήματα. Η κινητοποίηση λίπους και γλυκόζης αποτελούν διεργασίες που, είτε άμεσα (λίπος) είτε έμμεσα (σακχαρώδης διαβήτης), προάγουν την αθηρωμάτωση και την καταστροφή των αγγείων (Τούντας, 2007).

Μια άλλη μακροχρόνια αντίδραση στο στρες είναι η υιοθέτηση ανθυγιεινών συνηθειών, όπως του καπνίσματος, της χρήσης ναρκωτικών, της κατανάλωσης οινοπνεύματος, της έλλειψης σωματικής άσκησης. Το στρες μπορεί ακόμη να προκαλέσει ανωμαλίες στην καθημερινή ζωή και στον ύπνο. Τέλος, το παρατεταμένο στρες μπορεί να κάνει τα άτομα πιο ευερέθιστα, να επηρεάσει τον τρόπο που εργάζονται και την προσπάθεια που καταβάλλουν, ενώ μειώνει και τη δυνατότητα για μάθηση. Η απάντηση του οργανισμού στο στρες ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Αυτό οφείλεται στους διαφορετικούς μηχανισμούς προσαρμογής που αναπτύσσει ο καθένας ξεχωριστά (Τούντας, 2007).

Πολυάριθμες έρευνες, που έχουν πραγματοποιηθεί, συσχετίζουν το στρες με την εμφάνιση διαφόρων νοσημάτων και διαταραχών όπως : με την καρδιοπάθεια, τον διαβήτη, την κατάθλιψη, τον υπερθυρεοειδισμό, τις σεξουαλικές διαταραχές, την τριχόπτωση, το έλκος, το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου, την παχυσαρκία, τα προβλήματα γονιμότητας και ενδεχομένως και κάποιες μορφές καρκίνου.

Ενδεικτικά αναφέρονται οι εξής έρευνες :

- Έρευνα του American Institute of Stress, η οποία συσχετίζει έκθεση του ατόμου σε στρεσογόνους παράγοντες με την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου (Rosch 2007).
- Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από επιστήμονες του Πανεπιστημίου του Βερολίνου δείχνει πως οι καρδιοπαθείς που βρίσκονται συχνά κάτω από συνθήκες στρες παρουσιάζουν 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου από εκείνους που δεν βρίσκονται σε συνθήκες στρες (Willich 1993).
- Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από γιατρούς του University College Hospital του Λονδίνου, σε άτομα που το έντονο στρες τους προκαλούσε αύξηση (έστω και παροδική) της τιμής της χοληστερόλης στο αίμα, έδειξε πως οι παροδικές αυξήσεις της χοληστερόλης λόγω έντονου στρες οδηγούν σε μακροχρόνια διαρκή αύξηση της χοληστερόλης και ιδιαίτερα της μορφής που είναι επικίνδυνη για το καρδιαγγειακό σύστημα (Steptoe et al.2005).
- Παρεμφερής μελέτη από γιατρούς του Πανεπιστημίου του Σικάγο και της Φιλαδέλφειας, μετά από 12 χρόνια παρακολούθησης 1256 ηλικιωμένων, έδειξε ότι τα άτομα με μεγαλύτερη τάση για στρες, ανησυχίες, κατάθλιψη και άλλα αρνητικά συναισθήματα, είχαν 40% περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν αργότερα στη ζωή τους ήπιες γνωσιακές μειονεξίες σε σύγκριση με εκείνους που παρουσίαζαν χαμηλότερη τάση για αρνητικά συναισθήματα. Αναφέρεται επίσης ότι προηγούμενη έρευνα, από την ίδια ερευνητική ομάδα, είχε δείξει ότι οι άνθρωποι που ψυχολογικά καταπονούνται εύκολα, έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από Αλτσχάιμερ σε σύγκριση με εκείνους που αντιμετωπίζουν τη ζωή πιο αισιόδοξα (Wilson 2007).

- Επιστήμονες του Πανεπιστημίου Duke της Βόρειας Καλιφόρνιας, έδειξαν ότι οι διαβητικοί, που είχαν λάβει μέρος για έναν χρόνο σε πρόγραμμα διαχείρισης του στρες, παρουσίασαν μείωση της γλυκόζης του αίματος (0,5% έως 1%) και της γλυκοζιωμένης αιμοσφαιρίνης (0,5%) σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν παρακολουθήσει το πρόγραμμα (Surwit et al. 2002).
- Βιβλιογραφική ανασκόπηση του American Institute of Stress, στην οποία αναφέρονται μελέτες του τελευταίου αιώνα, σύμφωνα με τις οποίες συσχετίζεται η έκθεση του ατόμου σε στρεσογόνους παράγοντες (π.χ. ο θάνατος συγγενικού προσώπου) με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού και της μήτρας (Rosch 2007). Ο Paul Rosch, ο οποίος είναι πρόεδρος του Αμερικανικού Ινστιτούτου του Στρες αναφέρει ότι: «Πολλές φορές είναι πιο σημαντικό να γνωρίζει (ο γιατρός) τι είδους ασθενής είναι αυτός που έχει κάποια ασθένεια παρά τι είδους ασθένεια έχει ο ασθενής».

Πληθώρα ερευνών, σε επίπεδο παγκόσμιας βιβλιογραφίας, έρχονται να προστεθούν στις προαναφερόμενες έρευνες, δείχνοντας πως η έλλειψη δεξιοτήτων διαχείρισης του στρες επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου.

Περισσότερο ακόμη από τους μεσήλικες, οι ηλικιωμένοι διατρέχουν τον κίνδυνο να υποστούν κάποια ψυχοσωματική διαταραχή. Όπως τονίζουν οι Holmes & Rahe, η ίδια η διεργασία της αλλαγής είναι μια έντονη εμπειρία για τον ηλικιωμένο που τον αναστατώνει. Ακόμα και αν δε συμβούν τραυματικά γεγονότα, ο ηλικιωμένος είναι πιο ευάλωτος στην ψυχική διαταραχή. Ακόμα και τα δελτία ειδήσεων που ακούει ο ηλικιωμένος μπορεί να τον αναστατώσουν σε τέτοιο βαθμό, ώστε να διαταραχθεί ο ύπνος του, η όρεξή του και η συναισθηματική του διάθεση. Ο θάνατος και η φυσική φθορά του σώματος είναι οι κύριοι στρεσογόνοι παράγοντες των ηλικιωμένων.

Όπως συμφωνούν οι περισσότεροι γιατροί, η συναισθηματική κατάσταση των ηλικιωμένων καθορίζει ως ένα βαθμό την πορεία της ασθένειας που τους προσβάλλει. Εξ άλλου, το μέγεθος της ευπάθειας των ηλικιωμένων και της επιδεκτικότητάς τους στην ασθένεια οποιασδήποτε μορφής, έχει άμεση σχέση με τις αναγκαίες επαναπροσαρμογές που είναι υποχρεωμένοι να κάνουν με την πάροδο της ηλικίας. Οι Holmes & Rahe κατασκεύασαν μια «κλίμακα κοινωνικής επαναπροσαρμογής» αξιολογώντας σε μια κλίμακα από το 0-100 τα γεγονότα που περισσότερο διαταράσσουν την καθημερινή ζωή, όταν συμβούν. Στην κορυφή της κλίμακας βρίσκονται τα γεγονότα που απαιτούν τον μεγαλύτερο βαθμό αναπροσαρμογής σε ένα δεδομένο χρόνο, ενώ όσο κατεβαίνουμε την κλίμακα ο βαθμός αναπροσαρμογής γίνεται μικρότερος. Όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός αναπροσαρμογής της προσωπικότητας, τόσο αυξάνουν οι πιθανότητες του ατόμου να αναπτύξει μια ασθένεια ψυχοσωματικής μορφής (Παγοροπούλου - Αβεντισιάν 2000).

«ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ»

1	Θάνατος του/ της συζύγου	100
2	Διαζύγιο	73
3	Διάσταση	65
4	Φυλάκιση	63
5	Θάνατος μέλους της οικογένειας	63
6	Τραυματισμός ή ασθένεια	53
7	Γάμος	50
8	Απόλυση από τη δουλειά	47
9	Συμφιλίωση μετά από διάσταση	45
10	Συνταξιοδότηση	45
11	Ασθένεια μέλους της οικογένειας	44
12	Εγκυμοσύνη	40
13	Σεξουαλικές διαταραχές	39
14	Ερχομός νέου μέλους στην οικογένεια	39
15	Επαναπροσαρμογή στη δουλειά	39
16	Αλλαγή στην οικονομική κατάσταση	38
17	Θάνατος στενού φίλου	37
18	Αλλαγές στον εργασιακό χώρο	36
19	Αλλαγή στο ρυθμό των καυγάδων με τον/την σύζυγο	35
20	Υποθήκη ακινήτου	31
21	Κατάσχεση ενυπόθηκου ακινήτου	30
22	Αλλαγή αρμοδιοτήτων στην εργασία	29
23	Ο γιος ή η κόρη φεύγει από το σπίτι	29
24	Φασαρίες με τα πεθερικά	29
25	Επιφανής προσωπική επιτυχία	28
26	Η σύζυγος αρχίζει ή σταματά από την εργασία	26
27	Αρχίζει ή τελειώνει το σχολείο	26
28	Αλλαγή στις συνθήκες διαβίωσης	25
29	Αλλαγή προσωπικών συνηθειών	24
30	Φασαρίες με το αφεντικό	23
31	Αλλαγή στις συνθήκες ή στις ώρες δουλειάς	20
32	Αλλαγή κατοικίας	20
33	Αλλαγή σχολείου	20
34	Αλλαγή στις συνήθειες ψυχαγωγίας	19
35	Αλλαγή στα θρησκευτικά καθήκοντα	19
36	Αλλαγή στις κοινωνικές δραστηριότητες	18
37	Σύναψη δανείου	17
38	Αλλαγή στις συνήθειες ύπνου	16
39	Αλλαγή στον αριθμό των οικογενειακών συναντήσεων	15
40	Αλλαγή στις συνήθειες φαγητού	15
41	Διακοπές	13
42	Χριστούγεννα (ή Πάσχα για τους ορθόδοξους)	12
43	Μικρές παραβιάσεις του νόμου	11

Πηγή: Holmes & Rahe (1967).

Κεφάλαιο 3

Η θεωρία της αίσθησης συνεκτικότητας του Aaron Antonovsky

Την τελευταία δεκαετία πέρα από την αναζήτηση των αιτιολογικά συσχετισμένων με τη νόσο παραγόντων, το ενδιαφέρον στράφηκε και στην ύπαρξη καταστάσεων που μπορούν να δράσουν προστατευτικά για το άτομο και να εμποδίσουν την εμφάνιση της νόσου.

Τα αποκαλούμενα «δυσνητικά χαμένα χρόνια ζωής» του πληθυσμού οφείλονται περισσότερο σε δυσμενή τρόπο ζωής και έλλειψη προσανατολισμού προς την υγεία. Αυτό θα μπορούσε να ιδωθεί π.χ. από την μεριά των παραγόντων στρες στην εργασία και τις συνέπειές της στις καρδιαγγειακές παθήσεις. Πρόσφατες έρευνες σε αυτό το πεδίο εξετάζουν θετικές εξωτερικές πηγές υποστήριξης όπως κοινωνική υποστήριξη, θετικές συνθήκες στην εργασία, στην οικογένεια κλπ. Άλλες ικανότητες περιλαμβάνουν την αισιοδοξία, τη σκληρότητα κλπ. Αρκετές πρόσφατες θεραπευτικές απόψεις βασίζονται σε αυτές τις υποθέσεις και έχουν αποδειχθεί επιτυχημένες (Heim 1994).

Σημαντική προς αυτή την κατεύθυνση ήταν η συνεισφορά του Aaron Antonovsky, που διατύπωσε τη θεωρία περί «προαγωγής της υγείας» (salutogenesis) και περιέγραψε αυτό που εκείνος ονόμασε «αίσθηση συνεκτικότητας» (Sense of coherence, SOC) (Antonovsky 1993, Sagy S et al. 1996, Geyer 1997). Ο Aaron Antonovsky (1923-1994) υπήρξε ένας Αμερικανός / Εβραίος καθηγητής ιατρικής κοινωνιολογίας, ο οποίος με το έργο του έδωσε έμφαση στη σχέση μεταξύ της διαχείρισης του στρες και της υγείας.

Ο Antonovsky θεωρούσε ότι το έργο του απευθύνεται πρωταρχικά στα πεδία της ψυχολογίας της υγείας, της συμπεριφορικής ιατρικής και της κοινωνιολογίας της υγείας. Υποστήριζε πως ο τρόπος που βλέπει κανείς της ζωή μπορεί να επηρεάσει την υγεία του (Antonovsky, 1979). Η θεωρία της «αίσθησης συνεκτικότητας» (Sense of Coherence, SOC), του Aaron Antonovsky, προσπαθεί να εξηγήσει γιατί μερικά άτομα διαχειρίζονται με επιτυχία το στρες και παραμένουν υγιή (salutogenesis), ενώ άλλα καταρρέουν (Antonovsky, 1996).

Όντας δυσσαρестημένος από την έρευνα που επικεντρώνεται μόνο στη δυσνητικά βλαπτική επίδραση καταστάσεων της ζωής, ο Antonovsky ξεκίνησε τη μελέτη του με παρατηρήσεις πάνω σε επιζώντες στρατοπέδων συγκέντρωσης που παρέμεναν καλά παρά τις τραγικές τους εμπειρίες και επικέντρωσε το ενδιαφέρον του στους μηχανισμούς ανοχής που τα συγκεκριμένα άτομα αναπτύσσουν. Παρατήρησε ότι το στρες είναι παρόν σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής, αλλά δεν έχουν όλα τα άτομα αρνητική εξέλιξη στην υγεία τους ως απάντηση στο στρες. Αντίθετα, κάποιοι άνθρωποι επιτυγχάνουν υγεία παρά την έκθεσή τους σε στρεσογόνους παράγοντες που προκαλούν δυσνητικά ανικανότητα.

Κάθε πληθυσμός συμπεριλαμβάνει ένα μεγαλύτερο αριθμό ατόμων που δε θα αρρωστήσουν παρά την ύπαρξη στρεσογόνων παραγόντων. Αυτή η ικανότητα να αντιστέκεσαι, βασισμένη σε ειδικές εσωτερικές και εξωτερικές πηγές

υποστήριξης ονομάζεται salutogenesis. Αποτελεί το αντίθετο του όρου «παθογένεση» (Heim 1994).

Ο όρος Salutogenesis με την έννοια της «προαγωγής της υγείας» εισήχθη από τον Aaron Antonovsky. (1979). Η λέξη Salutogenesis προέρχεται από τη λατινική λέξη Salus που σημαίνει υγεία και την ελληνική λέξη genesis που σημαίνει προέλευση (Antonovsky 1987). Η έννοια περιγράφει μια προσέγγιση που εστιάζει σε παράγοντες που υποστηρίζουν την ανθρώπινη υγεία και ευεξία μάλλον παρά σε παράγοντες που προκαλούν ασθένεια. Ο όρος έχει επίσης υιοθετηθεί στα ιατρικά πεδία της φροντίδας υγείας και της προληπτικής ιατρικής. Έχει επίσης υιοθετηθεί για να περιγράψει παραδοσιακές ιδέες στην εναλλακτική ιατρική, την ομοιοπαθητική και την ανθρωποσοφική (anthroposophical) ιατρική.

Πως οι άνθρωποι διαχειρίζονται την έλλειψη ελέγχου στη ζωή τους; Η απάντηση διαμορφώθηκε από την άποψη της SOC και των γενικών παραγόντων αντίστασης (General Resistance Resources-GRRs). Η SOC είναι ένας παράγοντας που καθιστά τον άνθρωπο ικανό να διαχειρίζεται την ένταση, να αναγνωρίζει τους εξωτερικούς και εσωτερικούς παράγοντες υποστήριξης, να τους αναγνωρίζει και να τους κινητοποιεί, να προάγει αποτελεσματική αντιμετώπιση βρίσκοντας λύσεις και να επιλύει την ένταση με έναν τρόπο που προάγει την υγεία.

Ο Antonovsky διατύπωσε την έννοια της SOC ως «μια σφαιρική θεώρηση, που εκφράζει το βαθμό στον οποίο κάποιος έχει ένα συνεχές, έντονο και δυναμικό αίσθημα αυτοπεποίθησης ότι:

α) τα ερεθίσματα που λαμβάνει από το εσωτερικό και εξωτερικό του περιβάλλον στην πορεία της ζωής του είναι δομημένα, προβλέψιμα και εξηγήσιμα (comprehensibility)

β) υπάρχει η δυνατότητα να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις που προκύπτουν από τα συγκεκριμένα ερεθίσματα (manageability)

γ) οι απαιτήσεις αυτές αποτελούν προκλήσεις, που αξίζει να ασχοληθεί κάποιος και να επενδύσει πάνω τους (meaningfulness)».

Σύμφωνα με τον Antonovsky, το τρίτο στοιχείο είναι το περισσότερο σημαντικό. Εάν ένα άτομο πιστεύει ότι δεν υπάρχει λόγος να επιμένει και να επιζήσει και να αντιμετωπίσει προκλήσεις, αν αυτές δεν έχουν σημασία, τότε δεν θα έχει καμία κινητοποίηση να αντιληφθεί και να διαχειριστεί τα γεγονότα. Το βασικό του επιχείρημα είναι ότι η Salutogenesis εξαρτάται από το να έχει κάποιος μια ισχυρή «αίσθηση συνοχής» (Antonovsky 1979). Οι διαφορές στην αίσθηση συνοχής αποτελούν μια επιπρόσθετη εξήγηση για διαφορές στην υγεία ανάμεσα σε άτομα και ομάδες.

Το μοντέλο προαγωγής της υγείας του Antonovsky αναπτύχθηκε και διαμορφώθηκε στο πλαίσιο της συστημικής θεωρίας (Antonovsky 1979). Οι θεωρίες του απορρίπτουν το παραδοσιακό διχοτομικό ιατρικό μοντέλο που διαχωρίζει την υγεία και την ασθένεια και δίνουν έμφαση στη σχέση μεταξύ της υγείας, του στρες και της υποστήριξης. Περιέγραψε τη σχέση ως μια συνεχή μεταβλητή, αυτό που ο ίδιος ονόμασε συνεχές παραγόντων προαγωγής της υγείας έναντι της ασθένειας» (health-ease versus disease model) (Antonovsky

1979).Θεμελιώδες στην θεωρία είναι η θεώρηση της υγείας ως μιας θέσης στο συνεχές υγεία- ασθένεια , με κατεύθυνση προς την πλευρά της υγείας (Antonovsky 1979, Antonovsky 1987).

Υπό αυτή την έννοια θα λέγαμε ότι οι απόψεις του Antonovsky εντάσσονται στο βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο υγείας. Η συμπεριφορική ιατρική ενάντια στην έμφαση στην παθογένεση βάζει την salutogenesis και συσχετίζει με αυτή την ιδέα το πρόβλημα των κοινωνικών επιρροών στην ανάπτυξη της ασθένειας και την πρόληψη και θεραπεία. Την ίδια στιγμή δίνει προσοχή στον τρόπο ζωής, στο σχέδιο ζωής , στις συνήθειες, στις στάσεις, στη συμπεριφορά και στη δράση, οι οποίες επιδρούν στην κατάσταση της υγείας (Kriνοhlaný 1990).

Πως κατανέμεται η αίσθηση συνοχής ανά τάξη, φύλο, ηλικία; Στο ερώτημα προσπάθησε να απαντήσει μελέτη που διεξήχθη το 1991 στη Σουηδία σε δείγμα 3.949 άτομα ηλικίας 25-75 ετών. Τα άτομα αυτά συμμετείχαν σε σχετικές έρευνες του 1981 και του 1991 για το Σουηδικό Επίπεδο Ζωής.

Οι αναλύσεις έδειξαν ότι οι εργάτες και οι αγρότες έχουν μεγαλύτερο του μέσου όρου κίνδυνο να αναφέρουν χαμηλή αίσθηση συνοχής, ενώ το αντίθετο συμβαίνει με τους αυτοαπασχολούμενους και τους ανώτερους υπαλλήλους. Οι ηλικιωμένοι επίσης τείνουν να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν χαμηλή αίσθηση συνοχής. Άνδρες και γυναίκες δε διαφέρουν μεταξύ τους. Βρέθηκε επίσης μια ισχυρή σχέση ανάμεσα στη χαμηλή αίσθηση συνοχής και σε ψυχολογικά και κυκλοφορικά προβλήματα υγείας. Αυτή η σχέση είναι πιο ασθενής αλλά ακόμη ισχυρά σημαντική όταν ελέγχονται πιθανά συγχυτικές μεταβλητές (Lundberg 1994).

Παραμένει σταθερή η αίσθηση συνοχής στη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου; Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η γνώση μας σχετικά με το πώς αλλάζει η SOC και πως μπορεί να επηρεαστεί, παραμένει ανολοκλήρωτη. Η SOC θεωρείται ότι εκφράζει μια σταθερή διάθεση της προσωπικότητας, που καθορίζει συγκεκριμένη στάση απέναντι στο περιβάλλον και χρησιμεύει ως μείζων μηχανισμός άμυνας για τη διατήρηση της υγείας. Η υπόθεση του Antonovsky είναι:

Η ισχυρή SOC οδηγεί σε δυνατότητα επιτυχούς αντιμετώπισης στρεσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος. Αυτή με τη σειρά της οδηγεί σε διατήρηση της υγείας. Η SOC αναπτύσσεται πλήρως στα πρώτα έτη της ενήλικης ζωής και σύμφωνα με τη θεωρία είναι ισχυρότερη όταν στο περιβάλλον του ατόμου υπάρχουν 3 βασικά στοιχεία: σταθερότητα (consistency) , ισόρροπη συναισθηματική φόρτιση (emotional load balance) και αίσθηση του ανήκειν (sense of belonging). Παραμένει σχεδόν εντελώς σταθερή μετά την ηλικία των 30 ετών , χωρίς αξιόλογες μεταβολές, εκτός εάν προκύψουν τέτοιες συνθήκες , που επιφέρουν μείζονες τροποποιήσεις στους στόχους και τους προσανατολισμούς του ατόμου (Καράλης 2004).

Ο Antonovsky πίστευε ότι τη SOC παραμένει σχετικά σταθερή όσο «ριζικές και υποφερτές αλλαγές στη ζωή κάποιου» δε συμβαίνουν. Μερικές μελέτες το επιβεβαιώνουν αυτό, αν και σε μια μεγάλη μελέτη, η SOC ήταν σημαντικά χαμηλότερη στις νεαρότερες ηλικιακές ομάδες και αυξανόταν με την

ηλικία (<http://psychcentral.com/lib/2006/your-sense-of-coherence/>). Στην ίδια μελέτη η SOC ήταν υψηλότερη στις υψηλότερες κοινωνικές τάξεις. Οι σχέσεις ανάμεσα στη SOC και τις συνθήκες της παιδικής ηλικίας, την κοινωνική τάξη και την υγεία στην ενήλικη ζωή εξετάστηκαν περαιτέρω για να διερευνηθεί πως δημιουργούνται οι ανισότητες στη SOC. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η σχέση ανάμεσα στο SOC και την ασθένεια είναι πιθανόν να είναι αιτιολογική.

Μελέτη που διεξήχθη στην Ελβετία αποσκοπούσε στην ανίχνευση της σταθερότητας της αίσθησης συνεκτικότητας ως μέτρο της θεώρησης του κόσμου και να διερευνηθεί τη σχέση της με την κατάθλιψη και το άγχος. Για τη διεξαγωγή της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από δύο διαχρονικές μελέτες παρατήρησης : μια με σοβαρά τραυματισμένους σε ατυχήματα (96 άτομα) και μια με ασθενείς που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα (60 άτομα).

Στην ομάδα των ατόμων με ατυχήματα παρατηρήθηκε μια σημαντική πτώση του μέσου όρου της αίσθησης συνεκτικότητας κατά τη διάρκεια του πρώτου μισού έτους μετά το ατύχημα. Την ίδια περίοδο, τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης μειώθηκαν σημαντικά. Στο δεύτερο μισό του έτους μετά το ατύχημα, η αίσθηση συνοχής και τα μέτρα ψυχοπαθολογίας παρέμειναν σταθερά. Οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα έδειξαν υψηλή σταθερότητα στην αίσθηση συνοχής και στις μετρήσεις άγχους και κατάθλιψης. Και στα δύο δείγματα οι συσχετίσεις ανάμεσα στο πρώτο και στο δεύτερο εξάμηνο στα σκορ της αίσθησης συνοχής ήταν υψηλές ($r > 0.70$, $p < 0.01$), υποδηλώνοντας υψηλή σταθερότητα της αίσθησης συνοχής στις επαναληπτικές μετρήσεις (test-retest). Η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η αίσθηση συνοχής μπορεί να ειπωθεί ως ένα σχετικά σταθερό χαρακτηριστικό. Εντούτοις, τραυματικά συμβάντα όπως ατυχήματα απειλητικά για τη ζωή, μπορούν να αλλάξουν τη θεώρηση του κόσμου και την αίσθηση συνοχής, ακόμη και αν τα ψυχιατρικά συμπτώματα καταλαγιάσουν. Αυτό υποδεικνύει ότι η αίσθηση συνοχής δεν είναι απλώς ένα μέτρο ψυχοπαθολογίας αλλά μάλλον ένα μερικώς ανεξάρτητο, γενικό μέτρο της θεώρησης του κόσμου (Schnyder 2000).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη της σχέσης που υπάρχει ανάμεσα στην αίσθηση συνοχής και την αυτοεκτίμηση. Μια συγχρονική μελέτη σε δείγμα 409 τελειόφοιτων στη Σουηδία εξέτασε τη σχετική με την υγεία κατάσταση της αίσθησης συνοχής (SOC). Πρώτα μελετήθηκε η σχέση της με τη γενική υγεία. Δεύτερον, η σημασία της αυτοεκτίμησης, ο τύπος της, το μαχητικό πνεύμα και το στυλ αντιμετώπισης. Έγινε η υπόθεση ότι η SOC έχει σχέση με την καλή υγεία και ότι οι ενεργοί τύποι της αυτοεκτίμησης, μαζί με άλλες προσαρμοστικές τάσεις, παίζουν ρόλο στην SOC. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η SOC έχει περισσότερη σημασία για την υγεία απ' ό,τι τα περισσότερο εξειδικευμένα προσαρμοστικά στυλ. Περαιτέρω αποκάλυψαν ότι, αν και η αρνητική επίδραση ήταν ένας κύριος προγνωστικός παράγοντας για τη SOC και την υγεία, ένας ενεργητικός τύπος της αυτοεκτίμησης (έναν συνδυασμός υψηλής βασικής και υψηλά κερδίζομενης αυτοεκτίμησης) και η θέση ελέγχου συσχετίστηκαν με υψηλή SOC. Συμπεραίνεται λοιπόν ότι η SOC έχει μια μοναδική σχέση με τη γενική

υγεία και αν και η SOC αντανακλά σε ισχυρά προσαρμοστικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, η έννοια φαίνεται επίσης να καθρεφτίζει περισσότερο δυναμικές τάσεις, αναφερόμενη σε μια ενεργητική δομή αυτοεκτίμησης και αυτό-αποφασιστικότητας (Johnson 2004).

Σε ορισμένες μελέτες αναφέρονται διάφορες κριτικές για την έννοια της SOC. Υπάρχει η κριτική ότι είναι ψυχομετρικά ασαφής (Larsson et al.1999, Schnyder et al. 2000, Stifoss-Hansen et. al.1996, Korotkov 1993, Korotkov 1994), μια θεωρία που συγχέεται με την συναισθηματικότητα (Korotkov 1994), υπάρχουν άλλες έννοιες που είναι διαθέσιμες για να εξηγήσουν την υγεία (Geyer 1997), η θεωρία είναι πλήρης αντιφάσεων (Kumlin 1998), τα αποτελέσματα είναι ασήμαντα και υπερεκτιμημένα (Theorell 1998), μόνο λίγα είναι άξια εξέτασης (Bengel 1999).

Η μέτρηση της αίσθησης συνεκτικότητας γίνεται με μια κλίμακα, η οποία απαρτίζεται από 29 ερωτήματα. Κάτω από κάθε ερώτημα υπάρχει μια επταβάθμια κλίμακα στα άκρα της οποίας (1 και 7) αντιστοιχούν δύο ακραίες, αντίθετες μεταξύ τους απαντήσεις. Ο ερωτώμενος καλείται να επιλέξει τον αριθμό που ανταποκρίνεται περισσότερο στις σκέψεις του. Όσο υψηλότερη είναι η συνολική βαθμολογία, τόσο πιο ισχυρή θεωρείται η SOC του εξεταζόμενου. Η ισχυρή SOC αυξάνει τη δυνατότητα για επιτυχή αντιμετώπιση στρεσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος και για διατήρηση της υγείας (Antonovsky, 1993).

Η κλίμακα SOC έχει σταθμιστεί στο εξωτερικό αλλά και στον ελληνικό χώρο και έχει επιδείξει υψηλούς βαθμούς αξιοπιστίας (reliability) και εγκυρότητας (validity) (Καράλης 2004). Έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα στην έρευνα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στον τομέα της Γενικής Ιατρικής, ιδιαίτερα στις Σκανδιναβικές χώρες. Η ευρεία χρήση της κλίμακας αυτής αναμένεται να συμβάλει στην ανάπτυξη της έρευνας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στη δημόσια υγεία.

Διάφορες άλλες μελέτες ωστόσο επισημαίνουν την αδυναμία του ερωτηματολογίου να μετρήσει σωστά την αίσθηση συνοχής. Αναφορικά με την ιδέα, τις έννοιες, τη θεωρία και την λειτουργικότητα της κλίμακας SOC τα συμπεράσματα μελέτης που διεξήχθη στη Δανία είναι:

1) φαίνεται ότι η βασική ιδέα της συνοχής του Antonovsky's , για την οποία αυτός πρότεινε τον όρο αίσθηση συνοχής , είναι εξαιρετικά καλή , παρά την έλλειψη στατιστικών ενδείξεων.

2) οι επιλεχθείσες επεξηγηματικές έννοιες - κλειδιά της «κατανόησης των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος» (comprehensibility), της πεποίθησης ότι «το άτομο θα ανταποκριθεί επιτυχημένα στις απαιτήσεις» (manageability) και ότι οι απαιτήσεις αυτές αποτελούν προκλήσεις , που αξίζει να ασχοληθεί κάποιος να επενδύσει πάνω τους (meaningfulness) φαίνεται ότι είναι μια δίκαιη , αν και ψυχική διανοητικοποίηση αυτής της ιδέας.

3) Η θεωρία του Antonovsky's ήταν δυστυχώς πολύ λιγότερο σαφής , καθώς ο Antonovsky υπέθεσε ότι η προβλεψιμότητα είναι πολύ σημαντική για την αίσθηση συνοχής , ειδικά για την «κατανόηση των ερεθισμάτων του

περιβάλλοντος» (comprehensibility) και την πεποίθηση ότι «το άτομο θα ανταποκριθεί επιτυχημένα στις απαιτήσεις» (manageability). Η ανάλυση καταλήγει ότι η κλίμακα SOC είναι απίθανο να είναι μια δίκαιη υλοποίηση της ιδέας της συνοχής και επίσης απίθανο να μετρήσει τη SOC σωστά (Flensburg-Madsen 2005).

Κεφάλαιο 4

Η αίσθηση συνοχής και η σχέση της με την γενική και ψυχική υγεία

Πλήθος ερευνών συσχετίζουν την υψηλή αίσθηση συνοχής με την προαγωγή και τη διατήρηση της καλής φυσικής υγείας. Ωστόσο, η επίδραση της αίσθησης συνοχής δεν είναι ίδια στον τομέα της φυσικής και της ψυχικής υγείας. Η SOC φαίνεται να έχει μια κύρια, μέτρια και διαμεσολαβητική επίδραση στην υγεία. Έχει αποδειχθεί ότι έχει πολύ μεγάλη επιρροή στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε την υγεία.

Συγχρονική μελέτη που διεξήχθη στο Aland, μια αυτόνομη νησιωτική επαρχία της Φιλανδίας, εξέτασε την βαθμολογία της SOC, την επίπτωση της κατάθλιψης και τη μεταξύ τους συσχέτιση. Χρησιμοποιήθηκαν το ερωτηματολόγιο Antonovsky's SOC Questionnaire (13 ερωτήσεις) και το Beck Depression Inventory (13 ερωτήσεις). Επιπροσθέτως, σε ένα ξεχωριστό ερωτηματολόγιο αναζητήθηκαν κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά για κάθε συμμετέχοντα μαζί με μια ειδική ερώτηση που σχεδιάστηκε για να μετρήσει την αυτό-αντιλαμβανόμενη υγεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν καλή υγεία ήταν υψηλό (64%). Ο μέσος όρος της SOC ήταν 70.7 (SD 11.7) βαθμοί, ενώ για τους αγρότες και τους ψαράδες ήταν 73.88 (SD 8.8) and 74.33 (SD 9.2) βαθμοί αντίστοιχα. Η SOC ήταν σημαντικά και ισχυρά σχετιζόμενη με το βαθμό της αυτοαντιλαμβανόμενης υγείας. Όσο υψηλότερη ήταν η SOC, τόσο καλύτερη ήταν η υγεία των ατόμων. Επιπλέον, η μελέτη παρείχε σαφή ένδειξη για τον δυνητικά χρήσιμο χαρακτήρα της έννοιας της SOC. Η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η SOC φαίνεται ότι είναι ένας παράγοντας προαγωγής της υγείας που υποστηρίζει την ανάπτυξη μιας θετικά υποκειμενικής κατάστασης υγείας (Eriksson 2007).

Ευρήματα από συγχρονικές μελέτες στη Φιλανδία (Suominen et al. 1999, Suominen et al. 2002), τη Σουηδία (Nilsson et al. 2000, Larsson et al. 1996), την Αγγλία (Surtees et al. 2003), Καναδικούς πληθυσμούς (Hood et al. 1996, Stephens et al. 1999, Forbes et al. 2001, Ibrahim et al. 1994/5), φοιτητές (Bothmer von et al. 2003, McSherry et al. 1994), εργαζόμενους (Ibrahim et al. 1994/5, Albertsen et al. 2001, Soderfeldt et al. 2000, Feldt 1997), κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται σε χώρους υγείας (Gilbar 1998), ασθενείς με ρευματικές παθήσεις (Buchi et al. 1998, Matsuura et al. 2003), ή καταθλιπτικές διαταραχές (Carstens et al. 1997) και μετανάστες (Sundquist et al. 2000) υποστηρίζουν μια άμεση ή έμμεση συσχέτιση ανάμεσα στην αντιλαμβανόμενη καλή υγεία και στην ισχυρή SOC.: όσο ισχυρότερη είναι η SOC, τόσο χαμηλότερος είναι ο αριθμός των υποκειμενικών ενοχλήσεων και των συμπτωμάτων της ασθένειας (Eriksson et al. 2007).

Η SOC φαίνεται να μειώνει τον αριθμό των κυκλοφορικών προβλημάτων υγείας στους ενήλικες. Άνθρωποι με ισχυρή SOC έχουν μικρότερη διαστολική πίεση, χαμηλότερα επίπεδα στα τριγλυκερίδια, χαμηλότερους καρδιακούς παλμούς στη χαλάρωση. Χαμηλή SOC συσχετίστηκε με ψυχιατρικά και κυκλοφορικά προβλήματα υγείας (Lundberg 1994).

Στη μελέτη καρδιολογικών προβλημάτων του Ελσίνκι η χαμηλότερη επίπτωση της στεφανιαίας νόσου ήταν στις υψηλότερες βαθμολογίες της SOC (Porrius et al 1999). Εντούτοις, η SOC απέτυχε να έχει επίδραση στην προαγωγή υγείας στους εργατές.

Ανάμεσα σε παιδιά και νεαρούς ανθρώπους η σχέση ανάμεσα στη SOC και την υγεία είναι ίδια όπως και στους ενήλικες. Όσο καλύτερα γίνεται αντιληπτή η υγεία, τόσο υψηλότερη είναι η αίσθηση συνοχής και τόσο χαμηλότερα είναι ταυτόχρονα τα υποκειμενικά ενοχλήματα υγείας. Σκανδιναβικές μελέτες σε παιδιά σχολικής ηλικίας διαφόρων ηλικιών και στους γονείς τους απέδειξαν την επίδραση της χαμηλής SOC στην υποκειμενική υγεία (Berntsson et al. 2000, Torsheim et al. 2001, Groholt et al. 2003). Η αρρώστια των παιδιών συσχετίστηκε με την SOC των γονέων και την ικανοποίηση από τη ζωή. Όσο πιο χαμηλή είναι η SOC των γονέων τόσο περισσότερα ψυχοσωματικά προβλήματα αναφέρονται από τα παιδιά (Groholt et al. 2003).

Χρησιμοποιώντας το ειδικό ερωτηματολόγιο SOC προσαρμοσμένο για τα παιδιά (CSOC) ο Vinson βρήκε ότι όσο υψηλότερη είναι η SOC του παιδιού και η αυτοεκτίμησή του, τόσο λιγότερα γενικά φυσικά συμπτώματα αναφέρονταν από τα παιδιά στα οξέα ασθματικά επεισόδια (Vinson 2002). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η SOC και η ψυχική υγεία είναι δύο ανεξάρτητες αλλά συσχετιζόμενες μεταβλητές. Η SOC είναι ένας μεσολαβητικός παράγοντας ανάμεσα στο στρες και την ψυχική υγεία (Cohen 2003).

Ορισμένες άλλες μελέτες εξετάζουν τη συσχέτιση της αίσθησης συνοχής με την υγεία των ηλικιωμένων. Συγχρονική μελέτη σε δείγμα ηλικιωμένων στη Γερμανία εξέτασε την αίσθηση συνοχής στους ηλικιωμένους. Το δείγμα αποτέλεσαν 387 ηλικιωμένοι (73.4% γυναίκες και 22.2% κάτοικοι νοσηλευτικών ιδρυμάτων με μέση ηλικία τα 74 έτη (SD=7.58). Εξετάστηκαν 19 βιοψυχοκοινωνικοί παράγοντες, η αίσθηση συνοχής και τρία υποκειμενικά μέτρα υγείας - ψυχική υγεία, αναφορά συμπτωμάτων, φυσική υγεία.

Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι πηγές υποστήριξης, η αίσθηση συνοχής και η υποκειμενική υγεία συσχετίζονται σε σημαντικό βαθμό. Τα αποτελέσματα επίσης έδειξαν ότι η αισιοδοξία, η αυτό- εκτίμηση και η κοινωνική υποστήριξη, η χαμηλή καταθλιπτική διάθεση, η αυτό- αποτελεσματικότητα προέβλεπαν την αίσθηση συνοχής σημαντικά.

Κατά συνέπεια η αίσθηση συνοχής διαμορφώνεται ευρέως από μεταβλητές ατομικών διαφορών. Ως διαμεσολαβητική μεταβλητή υπολογίζει σημαντικά τη σχέση ανάμεσα στις πηγές υποστήριξης και τις ψυχογενείς απόψεις για την υγεία, ενώ η σχετική σημαντικότητά της για την φυσική υγεία δεν επιβεβαιώνεται. Τα

ευρήματά δίνουν έμφαση στη σπουδαιότητα της προσανατολισμένης στις πηγές υποστήριξης φροντίδα υγείας για ηλικιωμένους (Wiesmann et al. 2009).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η συσχέτιση της αίσθησης συνοχής με την ψυχοκοινωνική υγεία. Μελέτη που διεξήχθη σε πληθυσμό ενηλίκων ανέργων KAUNAS στη Λιθουανία εξέτασε τη σχέση ανάμεσα στην αίσθηση συνοχής και την ψυχοκοινωνική υγεία. Χρησιμοποιήθηκε μια σύντομη εκδοχή 13 ερωτήσεων του Ερωτηματολογίου Προσανατολισμού στη Ζωή (Orientation to Life Questionnaire). Ως μακροχρόνια ανεργία ορίστηκε η ανεργία που διαρκεί 12 μήνες ή περισσότερο. Ο μέσος βαθμός της αίσθησης συνοχής ήταν 56,6+-11,2 min:13, max:91. Σημαντικά υψηλή αίσθηση συνοχής βρέθηκε σε βραχυχρόνια άνεργους, σε σχέση με τους μακροχρόνια άνεργους. Η SOC ήταν σημαντικά υψηλότερη στους άνδρες, τους περισσότερο εκπαιδευμένους και σε ομάδες που δεν αποστερούνταν υλικά αγαθά. Τα ευρήματα έδειξαν ότι άτομα με κατάθλιψη, τάσεις αυτοκτονίας, περισσότερη κατανάλωση αλκοόλ (μετά την απώλεια εργασίας), κακή αυτοαναφερόμενη υγεία, αισθήματα μοναξιάς και ντροπής και κακές σχέσεις με την οικογένεια ανέφεραν χαμηλότερη αίσθηση συνοχής. Ο κίνδυνος χαμηλής αίσθησης συνοχής ήταν σημαντικά υψηλότερος για τις γυναίκες και τους μακροχρόνια άνεργους. Παρόλα αυτά, η υψηλή εκπαίδευση και το εισόδημα ήταν οι παράγοντες που βελτίωναν σημαντικά την αίσθηση συνοχής. Η αίσθηση συνοχής ήταν χαμηλότερη σε άνεργους με αρνητικά ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά υγείας σε σύγκριση με άνεργους με θετικά χαρακτηριστικά (Stankunas et al. 2009).

Ωστόσο ορισμένες μελέτες καταλήγουν σε αντίθετα συμπεράσματα (δηλαδή δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση της SOC με την υγεία), επισημαίνοντας με αυτό τον τρόπο τους περιορισμούς της SOC στην υγεία. Μια μελέτη που εστίαζε στον έλεγχο του Σακχαρώδη Διαβήτη και τη σχέση του με τη SOC, δεν έδειξε καμία άμεση σχέση μεταξύ της SOC και των αποτελεσμάτων της θεραπείας, τα οποία μετρήθηκαν με τις τιμές της γλυκοζιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1C). Εντούτοις, υπήρχε μια θετική συσχέτιση ανάμεσα στη SOC, την αυτοεκτιμούμενη υγεία και τη γλυκοζιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1C). Όσο καλύτερη ήταν η εκτίμηση των ασθενών για την υγεία τους, τόσο υψηλότερα ήταν τα σκορ της SOC και τόσο χαμηλότερες οι τιμές της γλυκοζιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1C) (Sanden-Eriksson 2000). Όμοια ευρήματα αναφέρθηκαν από τον Surwit et al.(2002), η ανοχή στη γλυκόζη δεν επηρεαζόταν από τη SOC.

Έρευνα στη Δανία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η χρήση της κλίμακας Antonovsky Sense of Coherence (SOC) δε μπόρεσε να αποδείξει την υποτιθέμενη ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στη SOC και στην φυσική υγεία (Flensburg-Madsen 2005).

Μπορεί τελικά η SOC να προβλέψει την καλή υγεία; Η ικανότητα της κλίμακας SOC να προβλέψει μια μελλοντική έκβαση- όπως είναι η υγεία- εκφράζεται από την προβλεπτική εγκυρότητα (Abramson et al. 1999).

Εξετάζοντας τις μελέτες, το ερωτηματολόγιο SOC δείχνει μια σχετικά υψηλή ικανότητα πρόβλεψης και σε βραχυχρόνια (μερικούς μήνες) και σε

μακροχρόνια (μερικά έτη) προοπτική. Αποτελέσματα που υποστηρίζουν την θεωρία προαγωγής της υγείας ως παράγοντα που προάγει την προσαρμοστικότητα και τη θετική έκβαση της υγείας αναφέρθηκαν σε Φινλανδικούς πληθυσμούς (Suominen 2001) , σε επιζώντες από την καταστροφή της Εσθονίας (Eriksson et al. 1996) , σε ασθενείς με ορθοπαιδικά τραύματα (Ristner et al. 2000), σε σχιζοφρενείς (Bengtsson-Tops 2001), σε εργάτες (Poppius et al. 1999, Poppius et al. 2003, Kivimaki et al. 1997, Anderzen et al. 1997, Anderzen et al. 1999, Runeson et al. 2003) και στην επαγγελματική αποκατάσταση ανέργων με σωματικές διαταραχές (Melin 2003). Σε μακροχρόνια προοπτική μελέτη (5 έτη) η SOC είχε πολύ καλή προγνωστική αξία για ανικανότητα σε Φιλανδούς ασθενείς (Santavirta 1996).

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η σχέση της αίσθησης συνοχής με την ψυχική υγεία. Μια συστηματική ανασκόπηση της έρευνας για το μοντέλο προαγωγής υγείας (salutogenic model) του Antonovsky συμπεριέλαβε 458 επιστημονικές δημοσιεύσεις και 13 διδακτορικές διατριβές που δημοσιεύτηκαν μεταξύ 1992-2003. Η ανασκόπηση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η SOC σχετίζεται ισχυρά με την αντιλαμβανόμενη υγεία, ειδικά την ψυχική υγεία. Όσο ισχυρότερη είναι η SOC, τόσο καλύτερη είναι η αντιλαμβανόμενη υγεία γενικά, τουλάχιστον για εκείνους με αρχικά υψηλή SOC. Η σχέση αυτή προκύπτει από τους μελετώμενους πληθυσμούς, ασχέτως ηλικίας, φύλου, εθνικότητας και σχεδιασμού της μελέτης. Η SOC φαίνεται να έχει έναν κύριο και μεσολαβητικό ρόλο στην ερμηνεία της υγείας. Επιπλέον, η SOC φαίνεται να είναι ικανή να προβλέψει την υγεία. Η SOC είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην ανάπτυξη και διατήρηση της υγείας αλλά δεν εξηγεί από μόνη της την συνολική υγεία (Eriksson 2006).

Μια άλλη μεγάλη μελέτη εξέτασε τους παράγοντες που συνδέονται με την ψυχική υγεία σε Καναδούς. Τα δεδομένα έδειξαν μια σταθερά ισχυρή και ανεξάρτητη συσχέτιση του τωρινού στρες, της κοινωνικής υποστήριξης, των γεγονότων ζωής, της εκπαίδευσης και των τραυμάτων της παιδικής ηλικίας και με θετικούς και με αρνητικούς δείκτες ψυχικής υγείας. Ο αριθμός των τραυμάτων της παιδικής ηλικίας συσχετίστηκε ισχυρά με τη SOC, την κατάθλιψη και την καταπόνηση και με την βαθιά γνώση και την ευτυχία. Ο Hood και οι συνεργάτες του αναφέρουν ευρήματα, επίσης σε καναδικό πληθυσμό, που επιβεβαιώνουν ότι οι άνθρωποι με υψηλή αίσθηση συνοχής έτειναν να έχουν καλύτερη υγεία (Feldt 1997). Εντούτοις, εδώ η αίσθηση συνοχής εξήγησε από μόνη της μόνο το 10% της συνολικής διακύμανσης της υγείας.

Σε μια σουηδική διαχρονική μελέτη σε οικογένειες με υψηλό κίνδυνο για ψυχικές νόσους, διαχωρίστηκαν 22 διαφορετικοί μηχανισμοί αντιμετώπισης. Εδώ η SOC συσχετίστηκε με τους συνδυασμένους μηχανισμούς αντιμετώπισης και εξήγησε το 22% της διακύμανσης της υγείας. Άσχετα από το φύλο μια σχέση ανάμεσα σε χαμηλά σκορ SOC και φτωχή αντιλαμβανόμενη υγεία βρέθηκαν σε σουηδικούς πληθυσμούς στη μελέτη Monica. Εδώ οι άνδρες που είχαν χαμηλό σκορ στην SOC είχαν δύο φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναφέρουν φτωχή αντιλαμβανόμενη υγεία. Η μελέτη EPIC-Norfolk στο Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρει

ευρήματα ότι η ισχυρή SOC συσχετίστηκε με 30% μείωση σε όλες τις αιτίες θνησιμότητας.

Υπάρχει υψηλή συσχέτιση με παράγοντες που μετρούν την ψυχική υγεία όπως η αισιοδοξία, ευρωστία, μαθημένη αβοηθησία, σημείο ελέγχου, βαθιά γνώση, αυτοεκτίμηση, και αυτό-αποτελεσματικότητα, αποδοχή της ανικανότητας και κοινωνικές ικανότητες. Η SOC συσχετίζεται ισχυρά και αρνητικά με το θυμό, την εξουθένωση, την υπονόμηση του ηθικού, την εχθρότητα, την έλλειψη ελπίδας, την κατάθλιψη, τους αντιλαμβανόμενους στρεσογόνους παράγοντες και τη διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες (Eriksson 2005). Η SOC συσχετίζεται ισχυρά και θετικά με την αντιλαμβανόμενη κατάθλιψη (Bothmer et al. 2003, Matsuura et al. 2003, Carstens et al. 1997, Eriksson 2000, Skirka 2000, Lundberg et al. 1994). Όσο ισχυρότερη είναι η κατάθλιψη, τόσο λιγότερα είναι τα συμπτώματα της αντιλαμβανόμενης κατάθλιψης. Αυτό δε σημαίνει απαραίτητα ότι η SOC μετρά μόνο την απουσία νευρωτισμού ή ανησυχίας. Σε στρεσογόνες καταστάσεις η SOC φαίνεται να έχει περιοριστική επίδραση στην υγεία. Οι άνθρωποι με υψηλή SOC φαίνεται να είναι περισσότερο προσαρμοστικοί σε συνθήκες στρες απ' ό,τι οι άνθρωποι με χαμηλή SOC (Feldt 2000, Korotkov et al. 1994). Όσο ισχυρότερη είναι η SOC τόσο πιο χαμηλό είναι το επίπεδο των συμπτωμάτων και της δυσφορίας (Albertsen et al. 2001). Στην πρώτη μεγάλη επιδημιολογική μελέτη της έννοιας της SOC που διεξήχθη σε μη δυτικό πολιτισμό, στην Ταϊλάνδη, δεν υπήρχε συσχέτιση ανάμεσα στη SOC και τη φυσική υγεία αλλά μια άμεση επίδραση και μια περιοριστική επίδραση στην ψυχική υγεία (Cederblad et al. 2003).

Επίσης φαίνεται ότι η αίσθηση συνοχής επηρεάζει άμεσα και την ποιότητα ζωής. Συστηματική ανασκόπηση Φιλανδών επιστημόνων σε 458 επιστημονικές δημοσιεύσεις και 13 διδακτορικές διατριβές σχετικά με τη προαγωγή της υγείας (salutogenesis), οι οποίες δημοσιεύτηκαν μεταξύ 1992-2003, εξέτασε τη σχέση της αίσθησης συνοχής με την ποιότητα ζωής (Quality of life- QoL). Συνολικά, 32 άρθρα είχαν ως κύριο αντικείμενο την έρευνα της σχέσης ανάμεσα στη SOC και την ποιότητα ζωής (QoL). Η SOC φαίνεται να έχει επίδραση στην ποιότητα ζωής: όσο ισχυρότερη είναι η SOC, τόσο καλύτερη είναι η ποιότητα ζωής. Επιπλέον, μελέτες επιβεβαιώνουν την προγνωστική εγκυρότητα της SOC για μια καλή ποιότητα ζωής (QoL). Τα ευρήματα ανταποκρίνονται στον πυρήνα του χάρτη της Οττάβα –δηλαδή την πορεία ενδυνάμωσης των ανθρώπων να ζήσουν μια καλή ζωή (Eriksson et al. 2007).

Φαίνεται λοιπόν ότι υπάρχουν διαφορετικές επιδράσεις της SOC στις διάφορες διαστάσεις της υγείας. Η SOC φαίνεται να συσχετίζεται σημαντικά με την αντιλαμβανόμενη καλή υγεία, ειδικά την ψυχική της διάσταση, τουλάχιστον ανάμεσα σε άτομα που έχουν υψηλό σκορ στη SOC. Η πρόβλεψη για τα άτομα που έχουν μέτριο ή χαμηλό σκορ στη SOC δεν είναι εντελώς ξεκάθαρη και χρειάζεται περαιτέρω αποσαφήνιση. Η σχέση ανάμεσα στη SOC και τη φυσική υγεία είναι περισσότερο περίπλοκη και φαίνεται να είναι ασθενέστερη απ' ό,τι με την ψυχική υγεία. Παρά την κάποια αβεβαιότητα η εξήγηση και το συμπέρασμα

από τις ανασκοπικές μελέτες είναι ότι η SOC φαίνεται να είναι ένας παράγοντας υγείας που προάγει την προσαρμοστικότητα και την ανάπτυξη μιας θετικής υποκειμενικής κατάστασης της υγείας. Στα μέσα της δεκαετίας του 1980 ο Antonovsky έδειξε τη σημασία του salutogenic προσανατολισμού για την ανάπτυξη της ψυχικής υγείας των ανθρώπων μέσω του κύκλου της ζωής (Antonovsky 1985). Σήμερα διάφορες μελέτες ξεκάθαρα υποστηρίζουν την αξία της ισχυρής SOC για την ανάπτυξη και διατήρηση μιας θετικής κατάστασης ψυχικής υγείας.

Η πολύ ισχυρή συσχέτιση με καθοριστικούς παράγοντες της ψυχικής υγείας, ειδικά με τα θετικά συναισθήματα, εγείρει το ερώτημα εάν η SOC είναι μια παράλληλη έκφραση της ψυχικής υγείας. Το συμπέρασμα είναι τελικά ότι η SOC βρίσκεται κοντά στην ψυχική υγεία και την ψυχική ευεξία και δεν είναι το ίδιο με αυτή.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 5

Μεθοδολογία της μελέτης

Σκοπός της μελέτης

Πρόκειται για μία *συγχρονική* μελέτη σε τυχαίο δείγμα ηλικιωμένων , διάρκειας περίπου 7 μηνών, η οποία διεξήχθη σε δομή της ΠΦΥ (Κέντρο Υγείας Μεγαλόπολης). Στόχοι της έρευνας ήταν:

1. Να προσδιορισθεί η αίσθηση συνοχής των ηλικιωμένων και ο βαθμός συσχέτισής της με την ψυχική τους υγεία.
2. Να εξεταστεί εάν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των φύλων στο βαθμό της αίσθησης συνοχής και την ψυχοπαθολογία.
3. Να εξεταστεί εάν η αίσθηση συνοχής και η ψυχοπαθολογία επηρεάζεται από άλλες κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές π.χ. μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση κλπ.

Ερευνητικές υποθέσεις

Βασική υπόθεση της έρευνας είναι ότι όσο πιο μεγάλη είναι η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο της αίσθησης συνοχής, τόσο πιο περιορισμένα είναι τα ψυχολογικά ενοχλήματα και τα ψυχιατρικά συμπτώματα. Άρα η αίσθηση συνοχής επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ψυχική υγεία του ατόμου. Υποθέτουμε επίσης ότι υπάρχουν διαφορές των φύλων και των ηλικιακών ομάδων στην ψυχοπαθολογία (η οποία ανιχνεύεται από το Ερωτηματολόγιο SCL-90-R) και στην αίσθηση συνοχής-SOC.

Υλικό-Μέθοδος

Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 100 ηλικιωμένοι (n=100) που προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας Μεγαλόπολης και ειδικά στην Κοινωνική Υπηρεσία του, με βάση τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού.

Κριτήρια επιλογής ήταν τα εξής:

1. Ηλικιωμένοι που προσέρχονται με κάποιο αίτημα στην Κοινωνική Υπηρεσία και στο Τακτικό Ψυχιατρικό Ιατρείο του Κέντρου Υγείας.
2. Ηλικιωμένοι που προσέρχονται στο Κέντρο Υγείας μόνο για συνταγογράφηση.
3. Ηλικιωμένοι, όχι απαραίτητα ασθενείς, μέλη της κοινότητας.

Κριτήρια αποκλεισμού

1. Ηλικιωμένοι με άνοια
2. Ηλικιωμένοι με σοβαρές ψυχώσεις
3. Ηλικιωμένοι με δυσχέρειες στην επικοινωνία.

Οι ηλικιωμένοι ενημερώνονταν αναλυτικά για την μελέτη, παραλάμβαναν ένα πληροφοριακό δελτίο, υπέγραφαν το δελτίο συγκατάθεσης και ενσωματώνονταν στην μελέτη με έναν κωδικό αναγνώρισης. Στη συνέχεια ακολουθούσε η συμπλήρωση των σχετικών ερωτηματολογίων. Η συμπλήρωσή τους γινόταν είτε από τους ίδιους είτε με τη βοήθεια του ερευνητή-φοιτητή. Ο κάθε συμμετέχων μπορούσε να πάρει το ερωτηματολόγιο στο σπίτι του και να το επιστρέψει συμπληρωμένο κάποια άλλη στιγμή. Η συλλογή των ερωτηματολογίων διήρκεσε 5 μήνες (Μάρτιος 2010-Ιούλιος 2010).

Μέσα συλλογής δεδομένων (εργαλεία)

Η συλλογή των παρατηρήσεων έγινε με τη χρήση 2 σταθμισμένων ερωτηματολογίων:

1. Το Ερωτηματολόγιο SCL-90-R.
2. Το Ερωτηματολόγιο Sense of Coherence.

Τα ερωτηματολόγια επισυνάπτονται στο παράρτημα της εργασίας και είναι σταθμισμένα στα ελληνικά. Το ερωτηματολόγιο στο πρώτο μέρος περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ατόμων (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο).

1.Το Ερωτηματολόγιο Ψυχοπαθολογίας Symptom Check List -90 Revised (SCL-90-R)

Το SCL-90-R (Derogatis 1973) αποτελεί ένα αρκετά διαδεδομένο εργαλείο εκτίμησης της γενικής ψυχοπαθολογίας κατά την τελευταία εικοσαετία (Derogatis 1977) . Είναι μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα μέτρησης των υποκειμενικών ενοχλημάτων και της συμπτωματικής συμπεριφοράς των ατόμων σε πολλές διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 διαπιστώσεις, που αντιπροσωπεύουν σωματικά και ψυχικά συμπτώματα. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4) , δηλαδή Καθόλου, Λίγο, Μέτρια, Πολύ, Πάρα Πολύ, 0,1,2,3,4 αντιστοίχως αναλόγως του βαθμού ενόχλησης του ασθενούς από τα συμπτώματα αυτά. Το χρονικό διάστημα των 7 ημερών (τελευταία εβδομάδα) είναι ο χρόνος αναφοράς για την εκτίμηση των συμπτωμάτων και του βαθμού ενόχλησης απ' αυτά. Μέγιστη βαθμολογία είναι το 360 (Μωρόγιαννης 2000).

Τα 90 ερωτήματα συνθέτουν 9 υποκλίμακες, καθεμία από τις οποίες αντιπροσωπεύει μία από τις παρακάτω συμπτωματολογικές διαστάσεις (Ντώνιας και συνεργάτες,1991): Τα 90 ερωτήματα του SCL-90 κατανέμονται στις παρακάτω υποκλίμακες ως εξής:

1. Σωματοποίηση: ερωτήσεις 1,4,12,27,40,42,48,49,52,53,56,58
2. Ιδεοψυχαναγκασμός: ερωτήσεις 3,9,10,28,38,45,46,51,55,65
3. Διαπροσωπική Ευαισθησία: ερωτήσεις 6,21,34,36,37,41,61,69,73
4. Κατάθλιψη: ερωτήσεις 5,14,15,20,22,26,29,30,31,32,54,71,79

5. Άγχος: ερωτήσεις 2,17,23,33,39,57,72,78,80,86
6. Επιθετικότητα: ερωτήσεις 11,24,63,67,74,81
7. Φοβικό Άγχος: ερωτήσεις 13,25,47,50,70,75,82
8. Παρανοειδής Ιδεασμός: ερωτήσεις 8,18,43,68,76,83
9. Ψυχωτισμός: ερωτήσεις 7,16,35,62,77,84,85,87,88,90
10. Διάφορα συμπτώματα [Διαταραχές του Ύπνου: ερωτήσεις 44 (αϋπνία), 64 (πρωινή αφύπνιση), 66 (ανησυχία) – Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής: ερωτήσεις 19 (βουλιμία), 60 (ανορεξία) – Σκέψεις Θανάτου: 59 – Ενοχή: 89].

Οι διαπιστώσεις κάθε κλίμακας κυμαίνονται από 6 (Παρανοειδής Ιδεασμός) έως 13 (Κατάθλιψη). Αναλυτικότερα, οι υποκλίμακες καταγράφουν τις παρακάτω διαστάσεις ψυχοπαθολογίας:

I. Σωματοποίηση (Somatization) (12 διαπιστώσεις): Αυτή η διάσταση αντανακλά διαταραχή (distress) που ξεκινά από την αντίληψη σωματικής δυσλειτουργίας. Συμπεριλαμβάνονται παράπονα εστιασμένα στο καρδιαγγειακό, γαστρεντερικό, και άλλα συστήματα με ισχυρή μεσολάβηση του ΑΝΣ. Πονοκέφαλοι, πόνοι στη ράχη και δυσανεξία εντοπισμένη στο μυϊκό σύστημα είναι επίσης στοιχεία, όπως και άλλα σωματικά ισοδύναμα του άγχους.

II. Ψυχαναγκαστικότητα – Καταναγκαστικότητα (Obsessive-Compulsive) (10 διαπιστώσεις): Αυτή η μέτρηση εστιάζει σε σκέψεις, παρορμήσεις και πράξεις, τις οποίες το άτομο βιώνει ως αδιάλειπτες και είναι αδύνατο να τους αντισταθεί, σα να προέρχονται έξω από τον ίδιο και είναι ανεπιθύμητης φύσης. Συμπεριφορές ενδεικτικές μιας γενικότερης γνωστικής δυσκολίας συμπεριλαμβάνονται.

III. Διαπροσωπική ευαισθησία (Interpersonal Sensitivity) (16 διαπιστώσεις): Ο παράγοντας αυτός αποκαλύπτει αισθήματα προσωπικής ανεπάρκειας και κατωτερότητας ιδιαίτερα σε σύγκριση με άλλα άτομα. Αποδοκιμασία, αισθήματα αμηχανίας, έντονη δυσφορία κατά τη διάρκεια διαπροσωπικών συναλλαγών, αισθήματα καχυποψίας (self-consciousness) και αρνητικές προσδοκίες όσον αφορά τη διαπροσωπική επικοινωνία είναι επίσης τυπικές πηγές δυσφορίας (distress).

IV. Κατάθλιψη (Depression) (13 Διαπιστώσεις). Παρουσιάζονται συμπτώματα δυσφορικού συναισθήματος και διάθεσης, όπως σημάδια απόσυρσης από το ενδιαφέρον για τα γεγονότα της ζωής, έλλειψη κινητοποίησης και απώλεια ζωτικής ενέργειας. Αντικατοπτρίζονται αισθήματα απελπισίας και ματαιότητας όπως και άλλες σωματικές και γνωστικές παράμετροι κατάθλιψης. Πολλά θέματα συμπεριλαμβάνονται, όπως σκέψεις θανάτου και ιδέες αυτοκτονίας. •

V. Άγχος (Anxiety) (10 διαπιστώσεις): Γενικές ενδείξεις, όπως ανησυχία, νευρικότητα και ένταση συμπεριλαμβάνονται, και επιπλέον σωματικά στοιχεία π.χ. τρόμος (τρέμουλο). Θέματα που μετρούν ελεύθερο άγχος και κρίσεις πανικού αποτελούν ακέραιο τμήμα αυτής της διάστασης και συμπεριλαμβάνεται και ένα θέμα πάνω σε αισθήματα διάσχισης / ψυχοαποσύνδεσης (dissociation).

VI. Θυμός - Επιθετικότητα (Hostility) (6 διαπιστώσεις) : Οργανώνεται γύρω από τρεις κατηγορίες εχθρικής συμπεριφοράς: σκέψεις, συναισθήματα και πράξεις. Τα

θέματα κυμαίνονται από αισθήματα ενόχλησης και παρορμήσεις προς την καταστροφή αντικειμένων μέχρι καυγάδες και ανεξέλεγκτα ξεσπάσματα θυμού.

VII. Φοβικό άγχος (Φοβίες) (Phobic anxiety) (7 διαπιστώσεις): Παρουσιάζονται ανησυχίες (φόβοι) φοβικού χαρακτήρα προσανατολισμένες προς τα ταξίδια μακριά από το σπίτι, ανοιχτούς χώρους, πλήθη ή δημόσιους χώρους. Συμπεριλαμβάνονται επιπλέον αρκετά θέματα που αντιπροσωπεύουν φοβική κοινωνική συμπεριφορά.

VIII. Παρανοειδής ιδεασμός (Paranoid ideation) (6 διαπιστώσεις): Τα θέματα αυτά αναπτύχθηκαν γύρω από τα πρωτοπαθή χαρακτηριστικά της παρανοειδούς σκέψης: παραγωγική σκέψη, εχθρότητα, καχυποψία, επικέντρωση (centrality), παραισθήσεις, απώλεια αυτονομίας και αίσθημα μεγαλείου (grandiosity).

IX. Ψυχωτισμός (Psychoticism) (10 διαπιστώσεις): Παρουσιάζεται ποικίλη οξεία συμπτωματολογία όπως και συμπεριφορές που θεωρούνται πιο έμμεσες, λιγότερο ενδεικτικοί δείκτες ψυχωσικής διαδικασίας. Επίσης δευτερεύοντα σημεία ψυχωσικής συμπεριφοράς και δείκτες σχιζοειδούς τρόπου ζωής.

Τρεις Γενικοί Δείκτες εκτίμησης της συμπτωματολογίας προκύπτουν από το SCL-90-R:

1. Ο Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ) που προκύπτει από το πηλίκο: άθροισμα όλων/90 (μέσος όρος των 90 διαπιστώσεων),

2. Ο Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΘΣ) που αποτελεί τον αριθμό των διαπιστώσεων με θετική βαθμολογία (ανώτερη του μηδενός) και

3. Ο Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ) που αποτελεί το πηλίκο του ΔΘΣ/90 (μέσος όρος του ΔΘΣ).

Υπάρχουν δεδομένα από τη χρήση του ερωτηματολογίου SCL-90-R σε πληθυσμούς ψυχιατρικών ασθενών (εσωτερικών και εξωτερικών) και γενικού πληθυσμού ενηλίκων (ανδρών και γυναικών). Οι μελέτες εκτίμησης της εσωτερικής συνέπειας (Internal Consistency) και της αξιοπιστίας (test-retest Reliability) έχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα. Οι μελέτες εγκυρότητας παρότι είναι λίγες, έχουν δείξει ότι το SCL-90-R γενικά αποτελεί ένα ευαίσθητο εργαλείο μέτρησης των αποτελεσμάτων μιας θεραπευτικής τεχνικής (σύγκριση προ και μετα-θεραπεία των αποτελεσμάτων), ιδιαίτερα δε οι τρεις γενικοί δείκτες καθόσον διαπιστώθηκε ότι οι δείκτες των 9 υποκλιμάκων έχουν μικρή διακριτική εγκυρότητα (discriminant Validity) (Gotlib 1984).

Τελικά, το ερωτηματολόγιο SCL-90-R παρέχει μια σφαιρική εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας, είναι εύκολο στη χρήση, σύντομο σε χρόνο και έχει βιβλιογραφικά πολλά δεδομένα. Προσφέρεται ως εργαλείο εκτίμησης της αλλαγής στη συμπτωματολογία με την πάροδο του χρόνου, καθώς και ως εργαλείο ελέγχου μιας εφαρμοσθείσας θεραπευτικής τεχνικής. Κυρίως όμως είναι περισσότερο χρήσιμο ως εργαλείο αξιολόγησης και εκτίμησης της γενικής ψυχολογικής καταπόνησης ατόμων ή πληθυσμών, παρά ως εργαλείο διερεύνησης της ειδικής ψυχοπαθολογίας. Γι' αυτό τον λόγο χρησιμοποιείται και στη δική μας έρευνα. Υπάρχει βέβαια και η κριτική ότι οι εννέα υποκλίμακες αλληλεπικαλύπτονται και

κατά συνέπεια το ερωτηματολόγιο δεν είναι βοηθητικό για ψυχιατρική διαφορική διάγνωση (Lynn S. 2003).

Η στάθμιση της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου SCL -90-R έγινε σε υγιείς μάρτυρες και μικτό ψυχιατρικό πληθυσμό για τον έλεγχο πλευρών της εγκυρότητάς του και την εγκατάσταση κανονιστικών δεδομένων, έτσι ώστε το σταθμισμένο SCL -90-R να αποβεί ένα χρήσιμο εργαλείο ανίχνευσης και εκτίμησης της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας στην ψυχιατρική έρευνα και κλινική πράξη (Ντώνιας και συν 1991).

Το ερωτηματολόγιο της SCL -90-R μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα ελληνικά από τους Ντόνια και συν (1991) με ομοφωνία των συγγραφέων ως προς τη φραστική διατύπωση των ερωτήσεων και των οδηγιών συμπλήρωσης. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του ερωτηματολογίου MMPI –Minnesota Multiphasic Personality Inventory(Ντόνιας και συν. 1991).

Οι μέσες τιμές για τον Ελληνικό πληθυσμό έχουν ως εξής:

Υποκλίμακες & Δείκτες M.T. (± T.A.)	Σύνολο (n=248)	Ασθενών	Σύνολο (n=53)	Υγιών	Υγιείς Γυναίκες (n=32)	Υγιείς Άνδρες (n=21)
Σωματοποίηση	15,68	(± 10,41)	7,40	(± 7,06)	7,31 (± 7,59)	7,52 (± 6,35)
Ψυχαναγκαστικότητα	19,21	(± 9,34)	9,49	(± 6,50)	8,87 (± 6,89)	10,43 (± 5,90)
Διαπροσωπική ευαισθησία	14,34	(± 7,92)	8,36	(± 6,24)	8,72 (± 6,44)	7,81 (± 6,04)
Κατάθλιψη	27,26	(± 11,50)	11,34	(± 8,75)	11,66 (± 9,65)	10,86 (± 7,36)
Άγχος	19,09	(± 8,84)	7,32	(± 6,66)	6,87 (± 7,17)	8,00 (± 5,90)
Επιθετικότητα	8,46	(± 6,05)	5,08	(± 5,04)	4,87 (± 5,27)	5,38 (± 4,78)
Φοβικό Άγχος	8,28	(± 6,68)	2,51	(± 3,69)	2,87 (± 4,34)	1,95 (± 2,30)
Παρανοειδής Ιδεασμός	9,05	(± 5,74)	6,13	(± 4,43)	6,34 (± 4,92)	5,81 (± 3,64)
Ψυχωτισμός	12,59	(± 8,12)	6,09	(± 6,83)	6,16 (± 7,48)	5,52 (± 5,61)
ΓΔΣ	1,59	(± 0,68)	0,74	(± 0,56)	0,74 (± 0,61)	0,74 (± 0,49)
ΔΕΘΣ	2,34	(± 0,58)	1,58	(± 0,53)	1,60 (± 0,56)	1,55 (± 0,59)
ΣΘΣ	59,62	(± 17,71)	38,04	(± 20,21)	36,53 (± 19,67)	40,33 (± 21,28)

Πηγή: (Ντόνιας και συν. 1991).

2.Η κλίμακα «Αίσθηση Συνεκτικότητας» (Sense of Coherence)

Για τον προσδιορισμό της «Αίσθησης Συνεκτικότητας» (Sense of Coherence) διαμορφώθηκε ένα ερωτηματολόγιο, μια κλίμακα που μπορεί να συμπληρωθεί είτε από το ίδιο το άτομο είτε μέσω συνέντευξης. Η κλίμακα αποτελείται από 29 ερωτήματα. Κάτω από κάθε ερώτηση υπάρχει μια επταβάθμια κλίμακα, στα άκρα της οποίας (1 και 7) αντιστοιχούν δύο ακραίες, αντίθετες μεταξύ τους απαντήσεις. Ο ερωτώμενος καλείται να κινηθεί σε αυτή την επταβάθμια κλίμακα και να επιλέξει το βαθμό που ανταποκρίνεται περισσότερο

στις σκέψεις του. Τα ερωτήματα είναι διαμορφωμένα κατά τέτοιο τρόπο , ώστε να μετρούν και τα 3 βασικά στοιχεία της SOC: 11 ερωτήματα αφορούν στην «κατανόηση των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος» (comprehensibility) , 10 αφορούν την πεποίθηση ότι «το άτομο θα ανταποκριθεί επιτυχημένα στις απαιτήσεις» (manageability) και 8 αφορούν την αίσθηση ότι «η προσπάθεια αξίζει τον κόπο» (meaningfulness). Δεκατρία από τα ερωτήματα εμπεριέχουν άρνηση και η βαθμολογία τους πρέπει να αναστραφεί στον τελικό υπολογισμό του αθροίσματος. Αντιστρέφονται οι ερωτήσεις 1,4,5,6,7,11,13,14,16,20, 23,25,27.

Αυτό το συνολικό άθροισμα από τη βαθμολογία και των 29 ερωτημάτων είναι εκείνο που εκφράζει ποσοτικά τη SOC και όσο μεγαλύτερο είναι, τόσο ισχυρότερη θεωρείται η τελευταία.

Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής , ενώ ως προς την αξιοπιστία, ο δείκτης Cronbach's α για την υποκλίμακα A είναι 0,60 , για την υποκλίμακα B 0,69 και για την υποκλίμακα Γ 0,61 και για τη συνολική κλίμακα 0,83 (Σταλίκας και συν. 2002).

Η κλίμακα έχει σταθμιστεί στο εξωτερικό και έχει επιδείξει υψηλούς βαθμούς αξιοπιστίας και εγκυρότητας (Carmel et al. 1990, Coe et al. 1990, Fiorentino 1986,Radmacher et al. 1989).

Η κλίμακα αίσθησης συνοχής έχει ερευνηθεί σε σχέση με το SF-36, ένα συχνά χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της οργανικής και της ψυχικής υγείας. Η σχέση της κλίμακας με τις ερωτήσεις που αφορούν τους οργανικούς παράγοντες στο SF-36 είναι πολύ πιο ασθενής σε σχέση με τις ερωτήσεις που αφορούν τους ψυχολογικούς παράγοντες. Έχει επίσης χρησιμοποιηθεί ευρύτατα στην έρευνα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στη Γενική Ιατρική, ιδιαίτερα στις Σκανδιναβικές χώρες. Έχει χρησιμοποιηθεί σε τουλάχιστον 33 γλώσσες σε 32 χώρες με τουλάχιστον 15 διαφορετικές εκδόσεις του ερωτηματολογίου σε υποκείμενα και από δυτικούς πολιτισμούς και από χώρες όπως Ταϊλάνδη, Κίνα, Ιαπωνία και Νότια Αφρική. Η κατά μέσο όρο SOC φαίνεται να είναι ανεξάρτητη από το πολιτιστικό περιβάλλον. Το εργαλείο έχει εξεταστεί σε υγιείς πληθυσμούς από παιδιά έως μεγαλύτεροι ενήλικες , σε διαφορετικές ομάδες ασθενών και σε επαγγελματίες πολλών πεδίων όπως υπηρεσίες υγείας, κοινωνική εργασία, φροντίδα συγγενών και σε καταστάσεις μάθησης (Eriksson et al. 2006). Στην Ελλάδα η στάθμισή της έγινε από την κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, σε συνεργασία με πανεπιστήμια της Σουηδίας (Καράλης 2004).

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία έγινε σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος της ανάλυσης περιελάμβανε τα αδρά περιγραφικά αποτελέσματα και τα περιγραφικά αποτελέσματα κατά ομάδα παρέμβασης. Στο πλαίσιο των αδρών περιγραφικών υπολογίστηκαν τα ποσοστά των απαντήσεων σε κάθε κατηγορία των χαρακτηριστικών των ατόμων που αντιστοιχούσαν σε μεταβλητές ονομαστικής κλίμακας (π.χ. το φύλο). Τα χαρακτηριστικά που αντιστοιχούσαν σε ποσοτικές μεταβλητές (π.χ. ηλικία) παρουσιάστηκαν με τα εξής στατιστικά περιληπτικά μέτρα: Μέσος όρος (M.O.), Τυπική απόκλιση (SD), Διάμεσος (MEDIAN), Κορυφή (MODE, Μικρότερη τιμή (MIN), Μέγιστη Τιμή (MAX), Εύρος (RANGE). Υπολογίστηκαν επίσης με τα ανωτέρω μέτρα, οι βαθμολογίες σε κάθε ερωτηματολόγιο και υποκλίμακα, οι 3 επιμέρους δείκτες του ερωτηματολογίου SCL-90, οι βαθμολογίες για κάθε ερώτηση ξεχωριστά. Έγινε επίσης σύγκριση M.O. των σκορ της αίσθησης συνοχής με διάφορες κοινωνικοδημογραφικές ομάδες των ηλικιωμένων (π.χ. φύλο), με τη χρήση του t-test.

Το δεύτερο μέρος της ανάλυσης περιλάμβανε τα αποτελέσματα των απλών συσχετίσεων (μονομεταβλητή ανάλυση). Έγιναν απλοί έλεγχοι συσχετίσεων για να διερευνηθεί ο βαθμός συσχέτισης ανάμεσα στη βαθμολογία των δύο ερωτηματολογίων και στις επιμέρους υποκλίμακες, καθώς και η συσχέτιση των βαθμολογιών με διάφορες κοινωνικοδημογραφικές ομάδες των ηλικιωμένων.

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992) μεταξύ των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) (Ιωαννίδης, 2000; Παρασκευόπουλος, 1993). Σύμφωνα με τις συστάσεις του Cohen για τις συμπεριφορικές επιστήμες, βαθμός $r=0.10$ δηλώνει μικρή συσχέτιση, βαθμός $r=0,30$ δηλώνει μέτρια και βαθμός $r=0.50$ ή μεγαλύτερος δηλώνει μεγάλη συσχέτιση (Cohen 1988).

Σε όλους τους ελέγχους, στατιστικά σημαντικές θεωρήθηκαν οι συσχετίσεις για τις οποίες οι τιμές του παρατηρούμενου επιπέδου σημαντικότητας (p) ήταν μικρότερες ή ίσες με 0,05 ενώ ο έλεγχος κανονικότητας έγινε με τη στατιστική δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov.

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν στα προγράμματα Excel και SPSS (Γναρδέλλης, 2006), ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχετίσεις των μεταβλητών εφαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS (Γναρδέλλης, 2006).

Κεφάλαιο 6

Αποτελέσματα της μελέτης

6.1 Περιγραφικά αποτελέσματα

Πίνακας 1 .Περίληπτικά στατιστικά μέτρα για την ΗΛΙΚΙΑ

M.O. Μέσος όρος	SD Τυπική απόκλιση	MEDIAN Διάμεσος	(MODE) Κορυφή	MIN Μικρότερη τιμή	MAX Μέγιστη τιμή	RANGE Εύρος
71,68	4,874176	70,5	67	65	84	19

Πίνακας 2. Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για το ΦΥΛΟ, την ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ, την ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ και το ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ.

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΦΥΛΟ	Άνδρας	26	26
	Γυναίκα	70	70
	Χωρίς απάντηση	4	4
ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	65-69	45	45
	70-74	19	19
	75-79	24	24
	80-84	10	10
	Χωρίς απάντηση	2	2
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Έγγαμος	50	50
	Άγαμος	12	12
	Διαζευγμένος	4	4
	Χήρος	25	25
	Χωρίς απάντηση	9	9
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Δημοτικό	52	52
	Γυμνάσιο/ λύκειο	10	10
	ΑΕΙ	5	5
	Αναλφάβητος	24	24
	Χωρίς απάντηση	9	9
	ΣΥΝΟΛΟ	100	100%

Πίνακας 3. Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για το 1^ο Ερωτηματολόγιο SCL-90

M.O. Μέσος όρος	SD Τυπική απόκλιση	MEDIAN Διάμεσος	(MODE) Κορυφή	MIN Μικρότερη τιμή	MAX Μέγιστη τιμή	RANGE Εύρος
66,89	46,146	54	47	5	180	175

Πίνακας 4 .Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για το Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων (ΓΔΣ) (Positive Symptom Total):άθροισμα όλων/90 (μέσος όρος των 90 διαπιστώσεων):

	Μ.Ο. Μέσος όρος	SD Τυπική απόκλιση	Βαθμολογία		
			0-0,18	0,19-1,3	1,4-2,58
Άνδρες (N=26)	0,67	0,43	4 (15,38%)	20 (76,92%)	2 (7,69%)
Γυναίκες (N=70)	0,81	0,54	3 (4,28%)	61 (87,14%)	6 (8,57%)
Χωρίς απάντηση (N=4)	0,41	0,25	0 (0%)	4 (100%)	0 (0%)
Σύνολο (N=100)	0,76	0,51	7 (7%)	85 (85%)	8 (8%)

t= 0,27478 (σύγκριση ανδρών- γυναικών)
p<0,05

Πίνακας 5. Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για το Δείκτη Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΘΣ-Global Severity Index): αριθμός των διαπιστώσεων με θετική βαθμολογία (ανώτερη του μηδενός).

	Μ.Ο. Μέσος όρος	SD Τυπική απόκλιση	Βαθμολογία		
			0-17,83	17,84- 58,25	58,26-87
Ανδρες (N=26)	31,88	17,77	6 (23,07%)	18 (69,23%)	2 (7,69%)
Γυναίκες (N=70)	39,36	17,30	5 (7,14%)	57 (81,43%)	8 (11,43%)
Χωρίς απάντηση (N=4)	24,5	13,05	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)
Σύνολο (N=100)	36,82	17,76	13 (13%)	77 (77%)	10 (10%)

t= 0,1173 (σύγκριση ανδρών- γυναικών)
p<0,05

Πίνακας 6. Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ-Positive Symptom Distress Index):) που αποτελεί το ηλίκο του ΔΘΣ/90 (μέσος όρος του ΔΘΣ).

	Μ.Ο. Μέσος όρος	SD Τυπική απόκλιση	Βαθμολογία		
			0-1,05	1,06-2,11	2,12-3,19
Άνδρες (N=26)	0,36	0,19	26 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Γυναίκες (N=70)	0,43	0,19	70 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Χωρίς απάντηση (N=4)	0,27	0,14	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Σύνολο (N=100)	0,41	0,19	100 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

t= 0,1156 (σύγκριση ανδρών- γυναικών)
p<0,05

Πίνακας 7. Συγκριτική παρουσίαση Μ.Ο. των τιμών του δείγματος και των τιμών του ελληνικού πληθυσμού για τους 3 επιμέρους δείκτες του SCL-90.

	Μ.Ο Μέσος όρος του δείγματος (SD-Τυπική Απόκλιση)	Μ.Ο Μέσος όρος του ελληνικού πληθυσμού (SD-Τυπική Απόκλιση)
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ) (Positive Symptom Total): άθροισμα όλων/90 (μέσος όρος των 90 διαπιστώσεων):	0,76(±0,51)	0,74(± 0,56)
Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΘΣ-Global Severity Index): αριθμό των διαπιστώσεων με θετική βαθμολογία (ανώτερη του μηδενός)	36,82(±17,76)	38,04(± 20,21)
Ο Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ-Positive Symptom Distress Index):) που αποτελεί το πηλίκο του ΔΘΣ/90 (μέσος όρος του ΔΘΣ).	0,41(± 0,19)	1,58±0,53

Πίνακας 8. Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για καθεμία από τις 90 ερωτήσεις της κλίμακας SCL-90

	M.O. Μέσος όρος	SD Τυπική απόκλιση	MEDIAN Διάμεσος	(MODE) Κορυφή	MIN ελάχιστη τιμή	MAX μέγιστη τιμή	RANGE Εύρος
Ερώτηση 1	1,19	1,15	1	0	0	4	4
Ερώτηση 2	0,96	1,06	1	0	0	4	4
Ερώτηση 3	1,15	1,18	1	0	0	4	4
Ερώτηση 4	0,51	0,91	0	0	0	4	4
Ερώτηση 5	0,91	1,26	0	0	0	4	4
Ερώτηση 6	1,04	1,13	1	0	0	4	4
Ερώτηση 7	0,26	0,77	0	0	0	4	4
Ερώτηση 8	0,74	1,035	0	0	0	4	4
Ερώτηση 9	1,2	1,13	1	1	0	4	4
Ερώτηση 10	0,99	1,20	1	0	0	4	4
Ερώτηση 11	1,69	1,60	1	0	0	3	3
Ερώτηση 12	0,43	0,81	0	0	0	3	3
Ερώτηση 13	0,22	0,62	0	0	0	4	4
Ερώτηση 14	0,88	1,06	1	0	0	2	2
Ερώτηση 15	0,08	0,34	0	0	0	4	4
Ερώτηση 16	0,11	0,54	0	0	0	3	3
Ερώτηση 17	0,36	0,71	0	0	0	4	4
Ερώτηση 18	1,71	1,298	2	1	0	2	2
Ερώτηση 19	0,13	0,41	0	0	0	4	4
Ερώτηση 20	1,28	1,16	1	0	0	4	4
Ερώτηση 21	0,68	0,95	0	0	0	4	4
Ερώτηση 22	0,54	0,99	0	0	0	3	3
Ερώτηση 23	0,3	0,67	0	0	0	4	4
Ερώτηση 24	0,99	1,25	0,5	0	0	4	4
Ερώτηση 25	0,11	0,487	0	0	0	4	4
Ερώτηση 26	1,24	1,10	1	1	0	4	4
Ερώτηση 27	1,53	1,32	1	0	0	4	4
Ερώτηση 28	1,15	1,15	1	0	0	4	4
Ερώτηση 29	0,99	1,21	1	0	0	4	4
Ερώτηση 30	1,21	1,079	1	1	0	4	4

	M.O. Μέσος όρος	SD Τυπική απόκλιση	MEDIAN Διάμεσος	(MODE) Κορυφή	MIN ελάχιστη τιμή	MAX μέγιστη τιμή	RANGE Εύρος
Ερώτηση 31	1,57	1,25	1	1	0	4	4
Ερώτηση 32	0,69	0,97	0	0	0	4	4
Ερώτηση 33	0,38	0,86	0	0	0	4	4
Ερώτηση 34	1,69	1,21	1	1	0	3	3
Ερώτηση 35	0,92	0,94	1	1	0	4	4
Ερώτηση 36	1,21	1,23	1	0	0	4	4
Ερώτηση 37	0,74	1,03	0	0	0	4	4
Ερώτηση 38	0,92	1,04	1	0	0	4	4
Ερώτηση 39	0,79	1,11	0	0	0	4	4
Ερώτηση 40	0,59	0,98	0	0	0	4	4
Ερώτηση 41	0,41	0,89	0	0	0	4	4
Ερώτηση 42	0,91	1,12	0	0	0	4	4
Ερώτηση 43	0,57	1,09	0	0	0	4	4
Ερώτηση 44	0,52	1,04	0	0	0	4	4
Ερώτηση 45	0,94	0,99	1	0	0	4	4
Ερώτηση 46	1,07	1,13	1	0	0	3	3
Ερώτηση 47	0,08	0,44	0	0	0	3	3
Ερώτηση 48	0,34	0,78	0	0	0	4	4
Ερώτηση 49	0,85	1,15	0	0	0	4	4
Ερώτηση 50	0,67	0,96	0	0	0	4	4
Ερώτηση 51	0,52	0,98	0	0	0	4	4
Ερώτηση 52	1,04	1,19	1	0	0	4	4
Ερώτηση 53	0,39	0,81	0	0	0	4	4
Ερώτηση 54	0,58	1,06	0	0	0	4	4
Ερώτηση 55	0,74	1,07	0	0	0	4	
Ερώτηση 56	0,8	1,07	0	0	0	4	4
Ερώτηση 57	1,02	1,22	1	0	0	4	4
Ερώτηση 58	0,75	1,08	0	0	0	3	3
Ερώτηση 59	0,37	0,77	0	0	0	4	4
Ερώτηση 60	0,97	1,072	1	0	0	4	4
Ερώτηση 61	0,84	1,13	0	0	0	3	3
Ερώτηση 62	0,28	0,58	0	0	0	4	4

	M.O. Μέσος όρος	SD Τυπική απόκλιση	MEDIAN Διάμεσος	(MODE) Κορυφή	MIN ελάχιστη τιμή	MAX μέγιστη τιμή	RANGE Εύρος
Ερώτηση 63	0,35	0,83	0	0	0	4	4
Ερώτηση 64	1,26	1,29	1	0	0	4	4
Ερώτηση 65	0,49	0,93	0	0	0	4	4
Ερώτηση 66	0,62	0,99	0	0	0	4	4
Ερώτηση 67	0,45	0,93	0	0	0	4	4
Ερώτηση 68	1,11	0,96	1	1	0	3	3
Ερώτηση 69	1,03	1,09	1	0	0	4	4
Ερώτηση 70	0,37	0,86	0	0	0	4	4
Ερώτηση 71	0,7774	0,99	0	0	0	3	3
Ερώτηση 72	0,36	0,74	0	0	0	3	3
Ερώτηση 73	0,34	0,72	0	0	0	4	4
Ερώτηση 74	0,97	1,11	1	0	0	3	3
Ερώτηση 75	0,24	0,55	0	0	0	4	4
Ερώτηση 76	1,39	1,17	1	1	0	4	4
Ερώτηση 77	0,59	1,01	0	0	0	4	4
Ερώτηση 78	0,64	1,09	0	0	0	4	4
Ερώτηση 79	0,42	0,95	0	0	0	4	4
Ερώτηση 80	0,71	1,07	0	0	0	4	4
Ερώτηση 81	0,6	1,04	0	0	0	3	3
Ερώτηση 82	0,12	0,45	0	0	0	4	4
Ερώτηση 83	1,47	1,28	1	1	0	4	4
Ερώτηση 84	0,52	0,98	0	0	0	3	3
Ερώτηση 85	0,49	0,84	0	0	0	4	4
Ερώτηση 86	0,68	0,99	0	0	0	4	4
Ερώτηση 87	0,5757	0,91	0	0	0	4	4
Ερώτηση 88	0,49	0,89	0	0	0	4	4
Ερώτηση 89	0,83	1,03	0,5	0	0	3	3
Ερώτηση 90	0,34	0,72	0	0	0	3	3

Πίνακας 9. Ερωτήσεις- συμπτώματα που αναφέρονται με μεγαλύτερη συχνότητα στο ερωτηματολόγιο SCL-90 (ταξινομήση από το συχνότερο στο λιγότερο συχνό).

Υπενθυμίζεται:

ΚΑΘΟΛΟΥ :0

ΛΙΓΟ:1

ΜΕΤΡΙΑ: 2

ΑΡΚΕΤΑ:3

ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ :4

	Μ.Ο. Μέσος όρος	Ερώτηση	Υποκλίμακα
Ερώτηση 18	1,71	Αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	SCL 90 – Παρανοειδής Ιδεασμός
Ερώτηση 11	1,69	Αισθάνεστε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	SCL 90 – Επιθετικότητα
Ερώτηση 34	1,69	Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	SCL 90 – Διαπροσωπική Ευαισθησία
Ερώτηση 31	1,57	Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	SCL 90 – Κατάθλιψη
Ερώτηση 26	1,53	Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	SCL 90 – Κατάθλιψη
Ερώτηση 83	1,47	Αισθάνεστε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	SCL 90 – Παρανοειδής Ιδεασμός
Ερώτηση 76	1,39	Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	SCL 90 – Παρανοειδής Ιδεασμός
Ερώτηση 20	1,28	Κλαίτε εύκολα;	SCL 90 – Κατάθλιψη
Ερώτηση 64	1,26	Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	SCL 90 – Διαταραχές του Ύπνου (πρωινή αφύπνιση)
Ερώτηση 24	1,24	Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	SCL 90 – Επιθετικότητα
Ερώτηση 30	1,21	Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	SCL 90 – Κατάθλιψη
Ερώτηση 36	1,21	Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονοούν;	SCL 90 – Διαπροσωπική Ευαισθησία

Ερώτηση 9	1,20	Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	SCL 90 – Ιδιοψυχαναγκασμός
Ερώτηση 1	1,19	Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	SCL 90 – Σωματοποίηση
Ερώτηση 3	1,15	Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	SCL 90 – Ιδιοψυχαναγκασμός
Ερώτηση 27	1,15	Έχετε πόνους στη μέση;	SCL 90 – Σωματοποίηση
Ερώτηση 28	1,15	Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	SCL 90 – Ιδιοψυχαναγκασμός
Ερώτηση 68	1,11	Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμφωνούν;	SCL 90 – Παρανοειδής Ιδεασμός
Ερώτηση 46	1,07	Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	SCL 90 – Ιδιοψυχαναγκασμός
Ερώτηση 6	1,04	Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	SCL 90 – Διαπροσωπική Ευαισθησία
Ερώτηση 52	1,04	Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	SCL 90 – Σωματοποίηση
Ερώτηση 69	1,03	Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	SCL 90 – Διαπροσωπική Ευαισθησία
Ερώτηση 57	1,02	Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	SCL 90 – Άγχος

Πίνακας 10. Ερωτήσεις-συμπτώματα που αναφέρονται σπάνια (Μ.Ο<0,50) στο ερωτηματολόγιο SCL-90 (ταξινομήση από το σπανιότερο στο λιγότερο σπάνιο)

Υπενθυμίζεται:

ΚΑΘΟΛΟΥ :0

ΛΙΓΟ:1

ΜΕΤΡΙΑ: 2

ΑΡΚΕΤΑ:3

ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ :4

	Μ.Ο. Μέσος όρος	Ερώτηση	Υποκλίμακα
Ερώτηση 15	0,08	Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	SCL 90 – Κατάθλιψη
Ερώτηση 47	0,08	Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τραίνο;	SCL 90 - Φοβικό Άγχος
Ερώτηση 16	0,11	Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	SCL 90 - Ψυχωτισμός
Ερώτηση 25	0,11	Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	SCL 90 - Φοβικό Άγχος
Ερώτηση 82	0,12	Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είσθε σε πολύ κόσμο;	SCL 90 - Φοβικό Άγχος
Ερώτηση 19	0,13	Έχετε ανορεξία;	Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής
Ερώτηση 13	0,22	Αισθάνεστε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	SCL 90 - Φοβικό Άγχος
Ερώτηση 75	0,24	Αισθάνεστε νευρικότητα όταν μένετε μόνος;	SCL 90 - Φοβικό Άγχος
Ερώτηση 7	0,26	Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	SCL 90 - Ψυχωτισμός
Ερώτηση 62	0,28	Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	SCL 90 - Ψυχωτισμός
Ερώτηση 23	0,30	Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	SCL 90 - Άγχος
Ερώτηση 48	0,34	Έχετε δύσπνοια;	SCL 90 - Σωματοποίηση

Ερώτηση 73	0,34	Δεν αισθάνεστε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	SCL 90 - Διαπροσωπική ευαισθησία
Ερώτηση 90	0,34	Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	SCL 90 - Ψυχωτισμός
Ερώτηση 63	0,35	Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	SCL 90 - Επιθετικότητα
Ερώτηση 17	0,36	Τρέμετε;	SCL 90 - Άγχος
Ερώτηση 72	0,36	Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	SCL 90 - Άγχος
Ερώτηση 59	0,37	Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	SCL 90 - Σκέψεις θανάτου
Ερώτηση 70	0,37	Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	SCL 90 - Φοβικό Άγχος
Ερώτηση 33	0,38	Νοιώθετε φοβισμένος;	SCL 90 - Άγχος
Ερώτηση 53	0,39	Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	SCL 90 - Σωματοποίηση
Ερώτηση 41	0,41	Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	SCL 90 - Διαπροσωπική ευαισθησία
Ερώτηση 79	0,42	Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	SCL 90 - Κατάθλιψη
Ερώτηση 12	0,43	Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	SCL 90 - Σωματοποίηση
Ερώτηση 67	0,45	Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	SCL 90 - Επιθετικότητα
Ερώτηση 65	0,45	Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	SCL 90 - Ιδιοψυχαναγκασμός
Ερώτηση 85	0,49	Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	SCL 90 - Ψυχωτισμός
Ερώτηση 88	0,49	Δεν αισθάνεστε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	SCL 90 - Ψυχωτισμός

Πίνακας 11. Περίληπτικά στατιστικά μέτρα για τις υποκλίμακες του SCL-90

	M.O. Μέσος όρος	SD Τυπική απόκλιση	MEDIAN Διάμεσος	(MODE) Κορυφή
SCL 90 – Σωματοποίηση	9,33	7,526	0	0
SCL 90 - Ψυχαναγκαστικότητα	9,17	7,07	1	0
SCL 90 - Διαπροσωπική ευαισθησία	7,98	6,33	0	0
SCL 90 – Κατάθλιψη	11,1	8,28	0	0
SCL_90 - Άγχος	6,09	6,54	0	0
SCL 90 - Επιθετικότητα	5,05	5,02	0	0
SCL 90 - Φοβικό Άγχος	1,81	2,61	0	0
SCL 90 – Παρανοειδής Ιδεασμός	6,99	4,64	0	0
SCL 90 - Ψυχωτισμός	4,57	4,38	0	0

Πίνακας 12. Συγκριτική παρουσίαση Μ.Ο. των τιμών του δείγματος και των τιμών του ελληνικού πληθυσμού για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SCL-90.

	Μ.Ο. Μέσος όρος δείγματος της έρευνας	Μ.Ο. Μέσος όρος για τον ελληνικό πληθυσμό
SCL 90 – Σωματοποίηση	9,33±7,526	7,40±7,06
SCL 90 - Ψυχαναγκαστικότητα	9,17±7,07	9,49±6,50
SCL 90 - Διαπροσωπική ευαισθησία	7,98±6,33	8,36±6,24
SCL 90 – Κατάθλιψη	11,1±8,28	11,34±8,75
SCL 90 - Άγχος	6,09±6,54	7,32±6,66
SCL 90 - Επιθετικότητα	5,05±5,02	5,08±5,04
SCL 90 - Φοβικό Άγχος	1,81±2,61	2,51±3,69
SCL 90 – Παρανοειδής Ιδεασμός	6,99±4,64	6,13±4,43
SCL 90 - Ψυχωτισμός	4,57±4,38	6,09±6,83

Πίνακας 13. Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για την υποκλίμακα SCL-90-Σωματοποίηση.

SCL_90 - Σωματοποίηση

	Μέση τιμή	SD Τυπική απόκλιση	MEDIAN Διάμεσος	(MODE) Κορυφή	Βαθμολογία		
					0-0,34	0,35- 14,46	14,47-40
Άνδρες (N=26)	8,038	6,117	0	0	2 (7,69%)	23 (88,46%)	1 (3,84%)
Γυναίκες (N=70)	10,04	7,967	0	0	2 (2,86%)	53 (75,71%)	15 (21,43%)
Χωρίς απάντηση (N=4)	5,25	5,068	0	0	0 (0%)	4 (100%)	0 (0%)
Σύνολο (N=100)	9,33	7,526	0	0	4 (4%)	80 (80%)	16 (16%)

t= 0,01788 (σύγκριση ανδρών- γυναικών)

p<0,05

Πίνακας 14. Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για την υποκλίμακα SCL-90-Ψυχαναγκαστικότητα.

SCL_90 - Ψυχαναγκαστικότητα

	Μ.Ο. Μέσος όρος	SD Τυπική απόκλιση	MEDIAN Διάμεσος	(MODE) Κορυφή	Βαθμολογία		
					0-2,99	3-15,99	16-31
Άνδρες (N=26)	8,19	7,11	0	0	6 (23%)	17 (65,38%)	3 (11,5%)
Γυναίκες (N=70)	9,7	7,14	0	0	11 (15,71%)	44 (62,86%)	15 (21,43%)
Χωρίς απάντηση (N=4)	6,25	2,86	0	0	1 (25%)	3 (75%)	0 (100%)
Σύνολο (N=100)	9,17	7,07	0	0	18 (18%)	64 (64%)	18 (18%)

t= 0,071(σύγκριση ανδρών- γυναικών)
p<0,05

Πίνακας 15. Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για την υποκλίμακα SCL 90 - Διαπροσωπική ευαισθησία

SCL_90 - Διαπροσωπική ευαισθησία

	Μ.Ο. Μέσος όρος	SD Τυπική απόκλιση	MEDIAN Διάμεσος	(MODE) Κορυφή	Βαθμολογία		
					0-2,12	2,13- 14,6	14,61- 30
Άνδρες (N=26)	7,77	6,14	0	0	6 (23%)	17 (24,28%)	3 (11,5%)
Γυναίκες (N=70)	8,29	6,47	0	0	13 (18,57%)	45 (64,28%)	12 (17,14%)
Χωρίς απάντηση (N=4)	4	2,74	0	0	1 (25%)	3 (75%)	0 (0%)
Σύνολο (N=100)	7,98	6,33	0	0	20 (20%)	65 (65%)	15 (15%)

t= 0,5137 (σύγκριση ανδρών- γυναικών)
p<0,05

Πίνακας 16. Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για την υποκλίμακα SCL 90 – Κατάθλιψη.

SCL_90 – Κατάθλιψη

	Μ.Ο. Μέσος όρος	SD Τυπική απόκλιση	MEDIAN Διάμεσος	(MODE) Κορυφή	Βαθμολογία		
					0-2,59	2,6- 20,09	20,10- 43
Άνδρες (N=26)	9,69	8,14	0	0	9 (34,61%)	12 (46,15%)	5 (19,23%)
Γυναίκες (N=70)	12	8,3	0	0	4 (5,71%)	56 (80%)	10 (14,28%)
Χωρίς απάντηση (N=4)	5	3,54	0	0	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)
Σύνολο (N=100)	11,1	8,28	0	0	15 (15%)	70 (70%)	15 (15%)

t= 0,01582 (σύγκριση ανδρών- γυναικών)
p<0,05

Πίνακας 17. Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για την υποκλίμακα SCL 90 – Άγχος.

SCL_90 - Άγχος

	Μ.Ο. Μέσος όρος	SD Τυπική απόκλιση	MEDIAN Διάμεσος	(MODE) Κορυφή	Βαθμολογία		
					0-0,66	0,67- 13,98	13,99- 36
Άνδρες (N=26)	4,5	4,23	0	0	6 (23%)	19 (73%)	1 (3,85%)
Γυναίκες (N=70)	6,91	7,18	0	0	4 (5,71%)	52 (74,3%)	14 (20%)
Χωρίς απάντηση (N=4)	2	2,12	0	0	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)
Σύνολο (N=100)	6,09	6,54	0	0	12 (12%)	73 (73%)	15 (15%)

t= 0,0003 (σύγκριση ανδρών- γυναικών)
p<0,05

Πίνακας 18. Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για την υποκλίμακα SCL 90 – Επιθετικότητα.

SCL_90 - Επιθετικότητα

	Μ.Ο. Μέσος όρος	SD Τυπική απόκλιση	MEDIAN Διάμεσος	(MODE) Κορυφή	Βαθμολογία		
					0-0,04	0,05- 10,12	10,13- 21
Ανδρες (N=26)	4,77	5,74	0	0	4 (15,4%)	18 (69,2%)	4 (15,38%)
Γυναίκες (N=70)	5,34	4,78	0	0	8 (11,4%)	52 (74,3%)	10 (14,3%)
Χωρίς απάντηση (N=4)	1,75	2,05	0	0	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)
Σύνολο (N=100)	5,05	5,02	0	0	14 (14%)	72 (72%)	14 (14%)

t= 0,4602 (σύγκριση ανδρών- γυναικών)
p<0,05

Πίνακας 19. Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για την υποκλίμακα SCL 90 - Φοβικό Άγχος

SCL_90 - Φοβικό Άγχος

	Μ.Ο. Μέσος όρος	SD Τυπική απόκλιση	MEDIAN Διάμεσος	(MODE) Κορυφή	Βαθμολογία		
					>0-0	0-6,2	6,3-23
Άνδρες (N=26)	1,46	2,15	0	0	14 (53,84%)	10 (38,46%)	2 (7,69%)
Γυναίκες (N=70)	2	2,798	0	0	30 (42,86%)	34 (48,57%)	6 (8,58%)
Χωρίς απάντηση (N=4)	0,75	0,83	0	0	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)
Σύνολο (N=100)	1,81	2,61	0	0	46 (46%)	46 (46%)	8 (8%)

t= 0,1576 (σύγκριση ανδρών- γυναικών)
(p<0,05)

Πίνακας 20. Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για την υποκλίμακα SCL 90 - SCL_90 – Παρανοειδής Ιδεασμός

SCL_90 – Παρανοειδής Ιδεασμός

	Μ.Ο. Μέσος όρος	SD Τυπική απόκλιση	MEDIAN Διάμεσος	(MODE) Κορυφή	Βαθμολογία		
					0-1,7	1,8- 10,56	10,57- 22
Άνδρες (N=26)	6,54	4,43	0	0	5 (19,23%)	15 (57,7%)	6 (23,07%)
Γυναίκες (N=70)	7,33	4,74	0	0	4 (5,71%)	50 (71,42%)	16 (22,86%)
Χωρίς απάντηση (N=4)	4	2,12	0	0	1 (25%)	3 (75%)	0 (0%)
Σύνολο (N=100)	6,99	4,64	0	0	10 (10%)	68 (68%)	22 (22%)

t= 0,2607 (σύγκριση ανδρών- γυναικών)
p<0,05

Πίνακας 21. Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για την υποκλίμακα SCL 90 - SCL_90 – Ψυχωτισμός.

SCL_90 – Ψυχωτισμός

	Μ.Ο. Μέσος όρος	SD Τυπική απόκλιση	MEDIAN Διάμεσος	(MODE) Κορυφή	Βαθμολογία		
					>0-0	0- 12,92	12,93- 27
Άνδρες (N=26)	3,42	3,59	0	0	6 (23,07%)	19 (73,07%)	1 (3,85%)
Γυναίκες (N=70)	5,1	4,60	0	0	4 (5,71%)	60 (85,71%)	6 (8,57%)
Χωρίς απάντηση (N=4)	2,75	3,03	0	0	0 (0%)	4 (100%)	0 (0%)
Σύνολο (N=100)	4,57	4,38	0	0	10 (10%)	83 (83%)	7 (7%)

t= 0,0047 (σύγκριση ανδρών- γυναικών)
(p<0,05)

Πίνακας 22. Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για το 2ο Ερωτηματολόγιο Sense of coherence (Μέγιστη δυνατή βαθμολογία: 29X7=203)

Μ.Ο. Μέσος όρος	SD Τυπική απόκλιση	MEDIAN Διάμεσος	(MODE) Κορυφή	MIN Μικρότερη τιμή	MAX Μέγιστη τιμή	RANGE Εύρος
137	26,49	137,5	143	64	194	130

Πίνακας 23. Μ.Ο. του σκορ της SOC σε ηλικιακές υπο-ομάδες:

Ηλικιακή ομάδα	Μ.Ο. Μέσος όρος	SD Τυπική απόκλιση
65-69	136,48	29,83
70-74	138,42	19,74
75-79	135	25,10
80-84	143,6	24,62
Χωρίς απάντηση	126	19
Σύνολο	137	26,49

Πίνακας 24. Σύγκριση του Μ.Ο. του σκορ της SOC σε ηλικιακές υπο-ομάδες:

Ηλικιακή ομάδα	Μ.Ο. Μέσος όρος	SD Τυπική απόκλιση
65-74	137,06	27,24
75-84	136,88	25,1
Σύνολο	137	26,49
t =0,9747 (p<0,05)		

Πίνακας 25. Συσχέτιση ηλικίας με βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο SOC

Συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient) <i>r Pearson</i> μεταξύ της ηλικίας και της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο της αίσθησης συνοχής.	r = 0,14769 (p<0,05)
---	-------------------------

Πίνακας 26. Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για καθεμία από τις 29 ερωτήσεις της κλίμακας SOC

	M.O. Μέσος όρος	SD Τυπική απόκλιση	MEDIAN Διάμεσος	(MODE) Κορυφή	MIN ελάχιστη τιμή	MAX μέγιστη τιμή	RANGE Εύρος
Ερώτηση 1	5,46	1,61	6	6	1	7	6
Ερώτηση 2	4,32	1,92	4	7	1	7	6
Ερώτηση 3	4,3	1,73	4	5	1	7	6
Ερώτηση 4	5,5	1,81	6	7	1	7	6
Ερώτηση 5	3,54	1,66	3	3	1	7	6
Ερώτηση 6	3,58	1,72	3	3	1	7	6
Ερώτηση 7	5,42	1,96	6	7	1	7	6
Ερώτηση 8	5,7	1,46	6	7	1	7	6
Ερώτηση 9	4,08	1,98	4,5	5	1	7	6
Ερώτηση 10	3,9	2,11	4	1	1	7	6
Ερώτηση 11	5,07	1,37	5	4	1	7	6
Ερώτηση 12	4,47	2,05	5	7	1	7	6
Ερώτηση 13	5,79	1,39	6	7	1	7	6
Ερώτηση 14	6,18	1,30	7	7	1	7	6
Ερώτηση 15	4,24	1,83	4	4	1	7	6
Ερώτηση 16	5,2	1,62	6	6	1	7	6
Ερώτηση 17	3,63	1,86	4	4	1	7	6
Ερώτηση 18	4,51	2,09	5	7	1	7	6
Ερώτηση 19	4,56	1,99	5	6	1	7	6
Ερώτηση 20	5,06	1,86	6	7	1	7	6
Ερώτηση 21	4,05	2,00	4	6	1	7	6
Ερώτηση 22	5,97	1,28	7	7	2	7	5
Ερώτηση 23	5,22	2,07	6	7	1	7	6
Ερώτηση 24	3,68	2,07	3,5	1	1	7	6
Ερώτηση 25	4,61	1,76	5	6	1	7	6
Ερώτηση 26	4,18	1,97	4	7	1	7	6
Ερώτηση 27	5,44	1,33	6	6	1	7	6
Ερώτηση 28	4,47	2,08	5	6	1	7	6
Ερώτηση 29	4,87	2,03	5	7	1	7	6

Πίνακας 27. Σύγκριση Μ.Ο. των σκορ της αίσθησης συνοχής σε διάφορες κοινωνικοδημογραφικές ομάδες των ηλικιωμένων

Variable Μεταβλητή	Μ.Ο.	Τυπική απόκλιση SD
Φύλο		
Ανδρας (N=26)	142,80	23,88
Γυναίκα(N=70)	134,18	26,83
Εκπαίδευση		
Δημοτικό ((N=52)	134,75	25,83
Γυμνάσιο/Λύκειο(N=10)	140,60	39,37
ΑΕΙ/ΤΕΙ(N=5)	149,60	9,64
Αναλφάβητος (N= 24)	135,75	23,05
Χωρίς Απάντηση (N=9)	137,66	20,84
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος (N=50)	140,78	23,89
Άγαμος (N=12)	118,75	29,42
Διαζευγμένος (N=4)	131,25	36,59
Χήρος (N=25)	135,68	25,44
Χωρίς Απάντηση (N=9)	143	20,38
Ηλικιακή Ομάδα		
65-69 (N=45)	136, 49	29,83
70-74 (N=19)	138,42	19,74
75-79 (N=24)	135	25,10
80-84 (N=10)	143,6	24,62
Χωρίς Απάντηση (N=2)	126	19
t =0,9747 (p<0,05) (σύγκριση ανδρών -γυναικών)		

6.2. Συσχετίσεις:

Πίνακας 28. Συσχέτιση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο SCL-90 και των επιμέρους δεικτών του με τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο της αίσθησης συνοχής.

1. Συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient) r Pearson μεταξύ του <u>ερωτηματολογίου SCL-90</u> και του <u>ερωτηματολογίου της αίσθησης συνοχής</u> .	$r = -0,657 (p < 0,05)$
2. Συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient) r Pearson μεταξύ του <u>ΔΘΣ του ερωτηματολογίου SCL-90</u> και της βαθμολογίας στο <u>ερωτηματολόγιο της αίσθησης συνοχής</u> .	$r = -0,639 (p < 0,05)$
3. Συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient) r Pearson μεταξύ <u>ΓΑΣ του ερωτηματολογίου SCL-90</u> και της συνολικής βαθμολογίας στο <u>ερωτηματολόγιο της αίσθησης συνοχής</u> .	$r = -0,663 (p < 0,05)$
4. Συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient) r Pearson μεταξύ <u>ΔΕΘΣ του ερωτηματολογίου SCL-90</u> και της βαθμολογίας στο <u>ερωτηματολόγιο της αίσθησης συνοχής</u> .	$r = -0,634 (p < 0,05)$

Πίνακας 29. Συσχέτιση βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο αίσθησης συνοχής-SOC με τη βαθμολογία στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SCL 90.

	Συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient) r Pearson
Βαθμολογία SOC/ Βαθμολογία SCL_90 - Σωματοποίηση	r = -0,4444 (p<0,05)
Βαθμολογία SOC/ Βαθμολογία SCL_90 - Ψυχαναγκαστικότητα	r = -0,5526 (p<0,05)
Βαθμολογία SOC/ Βαθμολογία SCL_90 - Διαπροσωπική ευαισθησία	r = -0,5809 (p<0,05)
Βαθμολογία SOC/ Βαθμολογία SCL_90 – κατάθλιψη	r = -0,6650 (p<0,05)
Βαθμολογία SOC/ Βαθμολογία SCL_90 – Άγχος	r = -0,5896 (p<0,05)
Βαθμολογία SOC/ Βαθμολογία SCL_90 - Επιθετικότητα	r = -0,4295 (p<0,05)
Βαθμολογία SOC/ Βαθμολογία SCL_90 - Φοβικό Άγχος	r = -0,4649 (p<0,05)
Βαθμολογία SOC/ Βαθμολογία SCL_90 - Παρανοειδή Ιδεασμό	r = -0,5510 (p<0,05)
Βαθμολογία SOC/ Βαθμολογία SCL_90 - Ψυχωτισμός	r = -0,5564 (p<0,05)

Κεφάλαιο 7

Συζήτηση

Από τον πίνακα 1 «Περίληπτικά στατιστικά μέτρα για την ΗΛΙΚΙΑ» προκύπτει ότι μέση ηλικία του δείγματός μας είναι 71,68 έτη με τυπική απόκλιση 4,874. Η ελάχιστη παρατηρούμενη ηλικία (MIN) είναι, όπως αναμένεται, τα 65 έτη, ενώ η μέγιστη παρατηρούμενη (MAX) τα 84 έτη. Υπάρχει δηλαδή ηλικιακό εύρος (RANGE) 19 ετών.

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται τα περιληπτικά στατιστικά μέτρα για το ΦΥΛΟ, την ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ, την ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ και το ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ. Το δείγμα μας αποτελείται, όπως προαναφέρθηκε από 100 άτομα (n=100).

Ως προς το φύλο, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματός μας (70%) αποτελείται από γυναίκες. Περίπου ένα στα τέσσερα ερωτηματολόγια (26%) συμπληρώθηκε από άνδρες, ενώ σε 4 ερωτηματολόγια δεν αναφερόταν το φύλο. Από την έρευνα φάνηκε ξεκάθαρα ότι οι γυναίκες έδειχναν μεγαλύτερη προθυμία για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Ως προς την ηλικιακή ομάδα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων (45%) ανήκει στην ηλικιακή κατηγορία των 65-69 ετών. Ακολουθούν με ποσοστό 24% η ηλικιακή ομάδα 75-79 και με ποσοστό 19% η ηλικιακή ομάδα 70-74. Λίγα άτομα 10% είναι μεταξύ 80-84 ετών, ενώ 2 άτομα δεν ανέφεραν την ηλικία τους.

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση οι μισοί (ποσοστό 50%) είναι έγγαμοι, ενώ αρκετοί είναι χήροι/χήρες (25%) , όπως άλλωστε αναμένεται στα άτομα μεγάλης ηλικίας. 12 άτομα ανέφεραν ότι είναι άγαμοι/ες, 4 άτομα διαζευγμένοι/ες, ενώ 9 άτομα δεν συμπλήρωσαν τη στήλη που αφορά την οικογενειακή κατάσταση.

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο περίπου οι μισοί (ποσοστό 52%) ανέφεραν ότι είναι απόφοιτοι δημοτικού και περίπου 1 στους 4 (24%) είναι αναλφάβητος. Ποσοστό 10% είναι απόφοιτοι γυμνασίου/ λυκείου, 5% πτυχιούχοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης , ενώ το 9% δεν αναφέρθηκε στο μορφωτικό του επίπεδο.

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται περιληπτικά στατιστικά μέτρα για το 1^ο Ερωτηματολόγιο SCL-90. Επισημαίνεται ότι το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 90 ερωτήσεις που βαθμολογούνται με 0,1,2,3,4. Το 0 αντιστοιχεί στο ΚΑΘΟΛΟΥ, το 1 στο ΛΙΓΟ, το 2 στο ΜΕΤΡΙΑ, το 3 στο ΑΡΚΕΤΑ και το 4 στο ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ. Άρα η μέγιστη δυνατή βαθμολογία είναι 360 (90X4). Η μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο SCL-90 ήταν 66,89 (SD:46,146). Η ελάχιστη παρατηρούμενη βαθμολογία είναι πολύ μικρή (5), ενώ η μέγιστη είναι 180 βαθμοί. Υπάρχει δηλαδή ένα μεγάλο εύρος στη βαθμολογία των απαντήσεων που αντιστοιχεί σε 175 βαθμούς.

Στον πίνακα 4 φαίνονται τα περιληπτικά στατιστικά μέτρα για το Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων (ΓΔΣ-Positive Symptom Total) του ερωτηματολογίου SCL-

90. Ο Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ-Positive Symptom Total) προκύπτει εάν διαιρέσουμε το άθροισμα όλων των διαπιστώσεων με το 90 (είναι δηλαδή ο μέσος όρος των 90 διαπιστώσεων). Στην έρευνά μας ο μέσος όρος του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων είναι 0,76 (SD:0,51), δηλαδή προσεγγίζει το 1, το οποίο αντιστοιχεί στην απάντηση ΛΙΓΟ. Η μέση τιμή του ΓΔΣ (Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων) για την ομάδα των ανδρών ήταν $0,675 \pm 0,4296$ και για την ομάδα των γυναικών ήταν $0,8162 \pm 0,5385$, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους συγκρινόμενες με το t-test ($p < 0,05$). Η μέση φυσιολογική τιμή του ΓΔΣ είναι $0,74 \pm 0,56$ (Ντώνιας και συν., 1991) και η μέση τιμή του στο δείγμα μας ήταν $0,76 \pm 0,51$. Ο μέσος όρος στο δείγμα μας είναι ελαφρώς υψηλότερος από τον μέσο όρο στον ελληνικό πληθυσμό. Στις υψηλές βαθμολογίες οι γυναίκες συγκεντρώνουν ελαφρώς μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες (8,57% έναντι 7,69%). Το 85% του δείγματος συγκεντρώνει μέση βαθμολογία (0,19-1,3), το 8% συγκεντρώνει υψηλή βαθμολογία (1,4-2,58) και το 7% συγκεντρώνει χαμηλή βαθμολογία (0-0,18).

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται περιληπτικά στατιστικά μέτρα για το Δείκτη Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΘΣ-Global Severity Index). Ο δείκτης αυτός είναι ο αριθμός των διαπιστώσεων με θετική βαθμολογία (ανώτερη του μηδενός). Για την ομάδα των ανδρών ήταν $31,88 \pm 17,77$ και για την ομάδα των γυναικών ήταν $39,357 \pm 17,30$, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά συγκρινόμενες με το t-test ($p < 0,05$). Η μέση φυσιολογική τιμή του ΔΘΣ είναι $38,04 \pm 20,21$ (Ντώνιας και συν., 1991). Στο δείγμα μας ο συνολικός μέσος όρος είναι $36,82 \pm 17,76$. Άρα ο συνολικός μέσος όρος αλλά και ο μέσος όρος των ανδρών είναι μικρότερος από το μέσο φυσιολογικό. Αντίθετα οι γυναίκες έχουν ελαφρώς υψηλότερο μέσο όρο από το μέσο φυσιολογικό ($39,357 \pm 17,30$ έναντι $38,04 \pm 20,21$). Στις υψηλές βαθμολογίες (58,26-87) οι γυναίκες συγκεντρώνουν μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες (11,43% έναντι 7,69%). Ως προς τη συνολική βαθμολογία, το 77% συγκεντρώνει μέση βαθμολογία (17,84-58,25), το 13% συγκεντρώνει χαμηλή βαθμολογία (0-17,83) και το (10%) συγκεντρώνει υψηλή βαθμολογία (58,26-87).

Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται περιληπτικά στατιστικά μέτρα για το Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ-Positive Symptom Distress Index), που αποτελεί το πηλίκο του ΔΘΣ/90 (μέσος όρος του ΔΘΣ). Η μέση τιμή του ΔΕΘΣ (Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων) για την ομάδα των ανδρών ήταν $0,36 \pm 0,19$ και για την ομάδα των γυναικών ήταν $0,43 \pm 0,19$, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους συγκρινόμενες με το t-test ($P < 0,05$). Η μέση φυσιολογική τιμή του ΔΕΘΣ είναι $1,58 \pm 0,53$ (Ντώνιας και συν., 1991) και η μέση τιμή του στο δείγμα μας ήταν $0,41 \pm 0,19$. Το σύνολο των ατόμων συγκεντρώνει χαμηλές βαθμολογίες.

Στον πίνακα 7 γίνεται συγκριτική παρουσίαση της μέσης βαθμολογίας (M.O.) του δείγματος και της μέσης βαθμολογίας (M.O.) του ελληνικού πληθυσμού για τους 3 επιμέρους δείκτες του SCL-90.

Ο Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ- Positive Symptom Total), ο οποίος όπως προαναφέρθηκε αποτελεί το μέσο όρο των 90 διαπιστώσεων, έχει στη

μελέτη μας τιμή $0,76(\pm 0,51)$, ενώ η αντίστοιχη φυσιολογική τιμή για τον ελληνικό πληθυσμό είναι $0,74(\pm 0,56)$ (Ντώνιας και συν., 1991). Άρα το δείγμα μας συγκεντρώνει ελαφρώς μεγαλύτερη βαθμολογία από το μ.ο. του ελληνικού πληθυσμού.

Ο Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΘΣ-Global Severity Index), ο οποίος προκύπτει από τον αριθμό των διαπιστώσεων με θετική βαθμολογία (ανώτερη του μηδενός) είναι στο δείγμα μας $36,82\pm 17,76$. Η αντίστοιχη φυσιολογική τιμή για τον ελληνικό πληθυσμό είναι $38,04\pm 20,21$ (Ντώνιας και συν., 1991). Άρα στο δείγμα μας παρατηρείται ελαφρώς μικρότερη βαθμολογία από το μ.ο. του ελληνικού πληθυσμού.

Ο Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ-Positive Symptom Distress Index), συγκεντώνει στο δείγμα μας βαθμολογία $0,41(\pm 0,19)$. Η αντίστοιχη φυσιολογική τιμή για τον ελληνικό πληθυσμό είναι $1,58\pm 0,53$ (Ντώνιας και συν., 1991). Άρα στο δείγμα μας παρατηρείται πολύ μικρότερη βαθμολογία από το μ.ο. του ελληνικού πληθυσμού.

Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται περιληπτικά στατιστικά μέτρα (Μέσος όρος- M.O. , τυπική απόκλιση - SD , διάμεσος- median , κορυφή- MODE, ελάχιστη τιμή- MIN, μέγιστη τιμή- MAX, εύρος- range) για καθεμία από τις 90 ερωτήσεις της κλίμακας SCL-90. Παρατηρούμε ότι στις περισσότερες ερωτήσεις η μέγιστη τιμή είναι το 4, το οποίο αντιστοιχεί στην απάντηση ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ, ως προς την ενόχληση από κάποιο σύμπτωμα. Ελάχιστη τιμή- MIN στις περισσότερες ερωτήσεις είναι το 0, το οποίο αντιστοιχεί στην απάντηση καθόλου, ως προς την ενόχληση από κάποιο σύμπτωμα. Συνηθέστερα παρατηρούμενη τιμή (κορυφή- MODE) στις περισσότερες ερωτήσεις είναι το 0, το οποίο αντιστοιχεί στην απάντηση ΚΑΘΟΛΟΥ και το 1, το οποίο αντιστοιχεί στην απάντηση ΛΙΓΟ.

Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται οι ερωτήσεις- συμπτώματα που αναφέρονται με μεγαλύτερη συχνότητα στο ερωτηματολόγιο SCL-90 (ταξινόμηση από το συχνότερο στο λιγότερο συχνό), καθώς και οι υποκλίμακες στις οποίες αντιστοιχούν. Φαίνεται ότι τη μεγαλύτερη βαθμολογία (M.O. $1,71\pm 1,298$) συγκεντρώνει η ερώτηση 18 «Αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;» της υποκλίμακας SCL 90 – Παρανοειδής Ιδεασμός. Ακολουθούν η ερώτηση 11 «Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;» της υποκλίμακας SCL-90 Επιθετικότητα με M.O. $1,69\pm 1,60$ και η ερώτηση 34 «Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;» της υποκλίμακας SCL-90 Διαπροσωπική Ευαισθησία με τον ίδιο M.O. ($1,69\pm 1,69$).

Στον πίνακα 10 παρουσιάζονται ερωτήσεις- συμπτώματα που αναφέρονται σπάνια (M.O. $< 0,50$) στο ερωτηματολόγιο SCL-90 (ταξινόμηση από το σπανιότερο στο λιγότερο σπάνιο), καθώς και οι υποκλίμακες στις οποίες αντιστοιχούν. Συνολικά 28 ερωτήσεις συγκεντρώνουν βαθμολογία με M.O. $< 0,50$.

Φαίνεται ότι τη μικρότερη βαθμολογία συγκεντρώνει η ερώτηση 15 «Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;» της υποκλίμακας SCL 90 – Κατάθλιψη με M.O. $0,08\pm 0,337$. Τον ίδιο μέσο όρο ($0,08\pm 0,44$) συγκεντρώνει η ερώτηση 47

«Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρένο;» της υποκλίμακας SCL-90 Φοβικό Άγχος.

Ακολουθεί η ερώτηση 16 «Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;» της υποκλίμακας SCL-90 Ψυχωτισμός με Μ.Ο. $0,11(\pm 0,5458)$ και η ερώτηση 25 «Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;» της υποκλίμακας SCL-90 Φοβικό Άγχος με Μ.Ο. $0,11(\pm 0,4877)$.

Στον πίνακα 11 παρουσιάζονται περιληπτικά στατιστικά μέτρα για τις υποκλίμακες του SCL-90 (Μ.Ο., τυπική απόκλιση-SD, διάμεσος-MEDIAN και Κορυφή-MODE. Σε όλες τις υποκλίμακες συνηθέστερα παρατηρούμενη τιμή (MODE- Κορυφή) είναι το 0, το οποίο αντιστοιχεί στο ΚΑΘΟΛΟΥ. Σε όλες τις υποκλίμακες, διάμεσος είναι το 0, εκτός της SCL 90 – Ψυχαναγκαστικότητα, στην οποία διάμεσος είναι το 1.

Στον πίνακα 12 γίνεται μια συγκριτική παρουσίαση Μ.Ο. των τιμών του δείγματος και των τιμών του ελληνικού πληθυσμού για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SCL-90. Από τον πίνακα προκύπτει ότι οι βαθμολογίες του δείγματός μας προσεγγίζουν τις βαθμολογίες που προέκυψαν για τον γενικό ελληνικό πληθυσμό και περιγράφονται στη βιβλιογραφία. Στο δείγμα μας παρατηρήθηκε μικρότερη βαθμολογία στις υποκλίμακες **SCL 90 – Κατάθλιψη** (Μ.Ο.: $11,1\pm 8,28$ έναντι $11,34\pm 8,75$ στο γενικό πληθυσμό), **SCL 90 – Άγχος** (Μ.Ο.: $6,09\pm 6,54$ έναντι $7,32\pm 6,66$ στο γενικό πληθυσμό) και **SCL 90 – Ψυχωτισμός** (Μ.Ο.: $4,57\pm 4,38$ έναντι $6,09\pm 6,83$ στο γενικό πληθυσμό), **SCL 90 - Ψυχαναγκαστικότητα** (Μ.Ο.: $9,17\pm 7,07$ έναντι $9,49\pm 6,50$ στο γενικό πληθυσμό), **SCL 90 - Διαπροσωπική ευαισθησία**(Μ.Ο.: $7,98\pm 6,33$ έναντι $8,36\pm 6,24$ στο γενικό πληθυσμό) , **SCL 90 – Επιθετικότητα** (Μ.Ο.: $5,05\pm 5,02$ έναντι $5,08\pm 5,04$ στο γενικό πληθυσμό), **SCL 90 - Φοβικό Άγχος** (Μ.Ο.: $1,81\pm 2,61$ έναντι $2,51\pm 3,69$ στο γενικό πληθυσμό).

Αντίθετα στο δείγμα μας παρατηρήθηκε μεγαλύτερη βαθμολογία στην υποκλίμακα **SCL 90 – Σωματοποίηση** (Μ.Ο.: $9,33\pm 7,526$ έναντι $7,40\pm 7,06$ στο γενικό πληθυσμό) και στην **SCL 90 – Παρανοειδής Ιδεασμός** (Μ.Ο.: $6,99\pm 4,64$ έναντι $6,13\pm 4,43$ στο γενικό πληθυσμό).

Φαίνεται δηλαδή ότι στις 7 από τις 9 υποκλίμακες το δείγμα μας συγκεντρώνει χαμηλότερη βαθμολογία από το γενικό πληθυσμό. Μόνο στις υποκλίμακες **Σωματοποίηση** και **Παρανοειδής Ιδεασμός** το δείγμα μας συγκεντρώνει μεγαλύτερη βαθμολογία.

Στους επόμενους πίνακες παρουσιάζονται περιληπτικά στατιστικά μέτρα για καθεμία από τις υποκλίμακες του SCL-90.

Η μέση τιμή της κλίμακας **SCL_90 – Σωματοποίηση** (πίνακας 13) για την ομάδα των ανδρών ήταν $8,038\pm 6,117$ και η μέση τιμή της σωματοποίησης στην ομάδα των γυναικών ήταν $10,04\pm 7,967$, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους, όπως έδειξε η σύγκριση των κατανομών με το t-test. Οι γυναίκες, στις ανώτερες τιμές της σωματοποίησης ($>14,46$ - ≤ 40) υπερίσχυαν των ανδρών (ποσοστό 21,43% και 3,84% αντίστοιχα). Η μέση τιμή της σωματοποίησης στις γυναίκες ήταν κατά 2 περίπου βαθμούς υψηλότερη από τους άνδρες. Ο συνολικός

μέσος όρος είναι 9,33. Το 80% του δείγματος συγκεντρώνει μέση βαθμολογία (0,35-14,46), ενώ ένα ποσοστό 16% συγκεντρώνει υψηλή βαθμολογία (14,47-40). Μόνο το 4% του δείγματος έχει χαμηλή βαθμολογία (0-0,34) στην κλίμακα. Συνηθέστερα παρατηρούμενη τιμή είναι το 0, το οποίο αντιστοιχεί στην απάντηση ΚΑΘΟΛΟΥ. Καθώς η μέση φυσιολογική τιμή της σωματοποίησης είναι $7,40 \pm 7,06$ (Ντώνιας και συν., 1991), οι τιμές που βρέθηκαν στην παρούσα μελέτη είναι κατά μερικές μονάδες υψηλότερες από το μέσο όρο του ελληνικού πληθυσμού στις δύο ομάδες, όπως και στο σύνολο του δείγματος ($M.O: 9,33 \pm 7,526$).

Η μέση τιμή της κλίμακας **SCL_90 – Ψυχαναγκαστικότητα** (πίνακας 14) για την ομάδα των ανδρών ήταν $8,19 \pm 7,11$ και $9,7 \pm 7,14$ για την ομάδα των γυναικών, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους συγκρινόμενες με το t-test. Ο συνολικός μέσος όρος είναι 9,17. Το 64% του δείγματος συγκεντρώνει μέση βαθμολογία (3-15,99), ενώ ένα ποσοστό 18% συγκεντρώνει υψηλή βαθμολογία (16-31) και άλλο ένα ποσοστό 18% συγκεντρώνει χαμηλή βαθμολογία (0-2,99). Στις υψηλές βαθμολογίες (16-31) οι γυναίκες έχουν σχεδόν διπλάσιο ποσοστό έναντι των ανδρών (21,43% έναντι 11,5%). Συνηθέστερα παρατηρούμενη τιμή είναι το 0, το οποίο αντιστοιχεί στην απάντηση ΚΑΘΟΛΟΥ. Η μέση φυσιολογική τιμή της ψυχαναγκαστικότητας είναι $9,49 \pm 6,50$ (Ντώνιας και συν., 1991), δηλαδή οι μέσες τιμές που βρέθηκαν στην παρούσα μελέτη είναι ελαφρώς υψηλότερες από το μέσο όρο του ελληνικού πληθυσμού για την ομάδα των γυναικών και χαμηλότερες για την ομάδα των ανδρών. Ο μέσος όρος του δείγματός μας είναι ελαφρώς χαμηλότερος από τον M.O. του ελληνικού πληθυσμού ($9,17 \pm 7,07$ έναντι $9,49 \pm 6,50$).

Η μέση τιμή στην κλίμακα **SCL_90 - Διαπροσωπική ευαισθησία** (πίνακας 15) για την ομάδα των ανδρών ήταν $7,77 \pm 6,14$ και $8,29 \pm 6,47$ για την ομάδα των γυναικών, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους συγκρινόμενες με το t-test. Η μέση φυσιολογική τιμή της διαπροσωπικής ευαισθησίας είναι $8,36 \pm 6,24$ (Ντώνιας και συν., 1991). Η μέση τιμή της σε ολόκληρο το δείγμα μας είναι ελαφρώς χαμηλότερη ($7,98 \pm 6,33$). Οι γυναίκες έχουν περίπου ίδια βαθμολογία με τον ελληνικό πληθυσμό ($8,29 \pm 6,47$ έναντι $8,36 \pm 6,24$ για τον ελληνικό πληθυσμό). Οι άνδρες έχουν περίπου $\frac{1}{2}$ μονάδα χαμηλότερο μέσο όρο από τον ελληνικό πληθυσμό ($7,77 \pm 6,14$ έναντι $8,36 \pm 6,24$ για τον ελληνικό πληθυσμό). Στις υψηλές βαθμολογίες (14,61-30) οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο ποσοστό (17,14% έναντι 11,5% των ανδρών). Το 65% του δείγματος συγκεντρώνει μέση βαθμολογία (2,13- 14,6), το 20% συγκεντρώνει χαμηλή βαθμολογία (0-2,12) και το 15% συγκεντρώνει υψηλή βαθμολογία (14,61-30). Συνηθέστερα παρατηρούμενη τιμή είναι το 0, το οποίο αντιστοιχεί στην απάντηση ΚΑΘΟΛΟΥ.

Η μέση τιμή στην κλίμακα **SCL_90 – Κατάθλιψη** (πίνακας 16) για την ομάδα των ανδρών ήταν $9,69 \pm 8,14$ και για την ομάδα των γυναικών ήταν $12 \pm 8,3$, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους, όπως έδειξε η σύγκριση με τη δοκιμασία t-test ($p < 0,05$). Η μέση φυσιολογική τιμή της κατάθλιψης είναι $11,34 \pm 8,75$ (Ντώνιας και συν., 1991). Στο δείγμα μας η μέση τιμή είναι ελαφρώς

χαμηλότερη ($11,1\pm 8,28$). Οι γυναίκες συγκεντρώνουν μεγαλύτερη βαθμολογία από τη μέση φυσιολογική τιμή του ελληνικού πληθυσμού ($12\pm 8,3$ έναντι $11,34\pm 8,75$), ενώ οι άνδρες μικρότερη βαθμολογία ($9,69\pm 8,14$ έναντι $11,34\pm 8,75$). Ωστόσο στις υψηλές βαθμολογίες (20,10-43) οι άνδρες συγκεντρώνουν μεγαλύτερο ποσοστό έναντι των γυναικών (19,23% έναντι 14,28%). 705 του δείγματος συγκεντρώνει μέση βαθμολογία (2,6-20,09), 15% συγκεντρώνει χαμηλή βαθμολογία (0-2,59) και 15% συγκεντρώνει υψηλή βαθμολογία (20,10-43). Συνηθέστερα παρατηρούμενη τιμή είναι το 0, το οποίο αντιστοιχεί στην απάντηση ΚΑΘΟΛΟΥ.

Η μέση τιμή στην κλίμακα **SCL_90 – Άγχος** (πίνακας 17) για την ομάδα των ανδρών ήταν $4,5\pm 4,23$ και για την ομάδα των γυναικών ήταν $6,91\pm 7,18$, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους, όπως έδειξε η σύγκριση με τη δοκιμασία t-test ($p<0,05$). Η μέση φυσιολογική τιμή του άγχους είναι $7,32\pm 6,66$ (Ντώνιας και συν., 1991) και η μέση τιμή στο δείγμα μας ήταν $6,09\pm 6,54$, οπότε η άνδρες και οι γυναίκες του δείγματος έχουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με το μέσο όρο του ελληνικού πληθυσμού. Στις υψηλές βαθμολογίες (13,99-36) οι γυναίκες συγκεντρώνουν υψηλότερα ποσοστά έναντι των ανδρών (20% έναντι 3,85%). Το 73% του δείγματος συγκεντρώνει μέση βαθμολογία (0,67-13,98), ποσοστό 12% συγκεντρώνει χαμηλή βαθμολογία (0-0,66) και ποσοστό 15% συγκεντρώνει υψηλή βαθμολογία (13,99-36). Συνηθέστερα παρατηρούμενη τιμή είναι το 0, το οποίο αντιστοιχεί στην απάντηση ΚΑΘΟΛΟΥ.

Η μέση τιμή στην κλίμακα **SCL_90 – Επιθετικότητα** (πίνακας 18) για την ομάδα των ανδρών ήταν $4,77\pm 5,74$ και για την ομάδα των γυναικών ήταν $5,34\pm 4,78$ χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους, όπως έδειξε η σύγκριση των κατανομών με το t-test ($p<0,05$). Η μέση φυσιολογική τιμή της επιθετικότητας για τον ελληνικό πληθυσμό είναι $5,08\pm 5,04$ (Ντώνιας και συν., 1991). Έτσι οι άνδρες έχουν χαμηλότερα επίπεδα επιθετικότητας σε σχέση με το μέσο όρο του ελληνικού πληθυσμού ($4,77\pm 5,74$ έναντι $5,08\pm 5,04$) και οι γυναίκες έχουν υψηλότερο μέσο όρο ($5,34\pm 4,78$ έναντι $5,08\pm 5,04$). Ο συνολικός μέσος όρος του δείγματός μας είναι $5,05\pm 5,02$ και προσεγγίζει τον μέσο όρο του ελληνικού πληθυσμού ($5,08\pm 5,04$). Στις υψηλές βαθμολογίες (10,13-21) οι γυναίκες και οι άνδρες συγκεντρώνουν περίπου ίσο ποσοστό (15,38% οι άνδρες και 14,3% οι γυναίκες). Στη συνολική βαθμολογία, το 72% συγκεντρώνει μέση βαθμολογία (0,05-10,12), ενώ 14% συγκεντρώνει υψηλή βαθμολογία (10,13-21) και άλλο ένα 14% συγκεντρώνει χαμηλή βαθμολογία (0-0,04). Συνηθέστερα παρατηρούμενη τιμή είναι το 0, το οποίο αντιστοιχεί στην απάντηση ΚΑΘΟΛΟΥ.

Η μέση τιμή στην κλίμακα **SCL_90 – Φοβικό Άγχος** (πίνακας 19) για την ομάδα των ανδρών ήταν $1,46\pm 2,15$ και η μέση τιμή για την ομάδα των γυναικών ήταν $2\pm 2,798$ χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους συγκρινόμενες με το t-test ($p<0,05$). Η μέση φυσιολογική τιμή του φοβικού άγχους είναι $2,51\pm 3,69$ (Ντώνιας και συν., 1991) και η μέση τιμή στο δείγμα μας ήταν $1,81\pm 2,61$, οπότε οι ηλικιωμένοι έχουν χαμηλότερα επίπεδα από το μέσο όρο του ελληνικού πληθυσμού. Στις υψηλές βαθμολογίες (6,3-23) υπάρχει λίγο υψηλότερο ποσοστό

των γυναικών έναντι των ανδρών (8,58% για τις γυναίκες και 7,69% για τους άνδρες). Στη συνολική βαθμολογία παρατηρούμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό (46%) συγκεντρώνει χαμηλή βαθμολογία (>0-0) και ένα ίσο ποσοστό (46%) συγκεντρώνει μέση βαθμολογία (0-6,2). Μόνο ένα μικρό ποσοστό 8% συγκεντρώνει υψηλή βαθμολογία (6,3-23). Συνηθέστερα παρατηρούμενη τιμή είναι το 0, το οποίο αντιστοιχεί στην απάντηση ΚΑΘΟΛΟΥ.

Η μέση τιμή της κλίμακα **SCL_90 – Παρανοειδής Ιδεασμός** (πίνακας 20) για την ομάδα των ανδρών ήταν $6,54 \pm 4,43$ και για την ομάδα των γυναικών ήταν $7,33 \pm 4,74$, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά συγκρινόμενες με το t-test ($p < 0,05$). Η μέση φυσιολογική τιμή του παρανοειδούς ιδεασμού είναι $6,13 \pm 4,43$ (Ντώνιας και συν., 1991) και η μέση τιμή του στο δείγμα μας ήταν ελαφρώς υψηλότερη ($6,99 \pm 4,64$). Παρατηρούμε ότι και οι άνδρες και οι γυναίκες έχουν υψηλότερη βαθμολογία από τον μέσο όρο του ελληνικού πληθυσμού. Στις υψηλές βαθμολογίες (10,57-22) οι άνδρες συγκεντρώνουν λίγο μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες (23,07% οι άνδρες και 22,86% οι γυναίκες). Στη συνολική βαθμολογία ποσοστό 68% συγκεντρώνει μέση βαθμολογία (1,8-10,56), ποσοστό 22% συγκεντρώνει υψηλή βαθμολογία (10,57-22) και ένα 10% συγκεντρώνει χαμηλή βαθμολογία (0-1,7). Συνηθέστερα παρατηρούμενη τιμή είναι το 0, το οποίο αντιστοιχεί στην απάντηση ΚΑΘΟΛΟΥ.

Η μέση τιμή στην κλίμακα **SCL_90 – Ψυχωτισμός** (πίνακας 21) για την ομάδα των ανδρών ήταν $3,42 \pm 3,59$ και για την ομάδα των γυναικών ήταν $5,1 \pm 4,60$. Δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων μετά τη σύγκρισή τους με το t-test ($p < 0,05$). Η μέση φυσιολογική τιμή του ψυχωτισμού είναι $6,09 \pm 6,83$ (Ντώνιας και συν., 1991) και η μέση τιμή του στο δείγμα μας ήταν $4,57 \pm 4,38$. Ο μέσος όρος στο δείγμα μας είναι αρκετά χαμηλότερος από τον μέσο όρο στον ελληνικό πληθυσμό. Το εύρημα εξηγείται ίσως από το γεγονός ότι στα κριτήρια αποκλεισμού της έρευνάς μας συμπεριλαμβάνονταν η ομάδα των ηλικιωμένων με σοβαρές ψυχώσεις. Στις υψηλές βαθμολογίες παρατηρείται διπλάσιο ποσοστό των γυναικών έναντι των ανδρών (8,57% έναντι 3,85%). Στη συνολική βαθμολογία, το μεγαλύτερο ποσοστό (83%) συγκεντρώνει μέση βαθμολογία (0-12,92), ένα μικρό ποσοστό (10%) συγκεντρώνει χαμηλή βαθμολογία (>0-0) και ένα ακόμη μικρότερο ποσοστό (7%) συγκεντρώνει μεγάλη βαθμολογία (12,93-27). Συνηθέστερα παρατηρούμενη τιμή είναι το 0, το οποίο αντιστοιχεί στην απάντηση ΚΑΘΟΛΟΥ.

Στον πίνακα 22 παρουσιάζονται περιληπτικά στατιστικά μέτρα για το 2^ο Ερωτηματολόγιο Sense of coherence (Μέγιστη δυνατή βαθμολογία: $29 \times 7 = 203$). Στην έρευνά μας ο Μ.Ο. της αίσθησης συνοχής (SOC) είναι σχετικά υψηλός ($137 - SD: 26,49$), με συνηθέστερα παρατηρούμενη βαθμολογία (MODE-κορυφή) το 143. Η χαμηλότερη βαθμολογία (MIN) που συγκεντρώθηκε ήταν το 64 και η μεγαλύτερη (MAX) το 194. Υπάρχει δηλαδή ένα μεγάλο εύρος (RANGE) 130 βαθμών.

Στον πίνακα 23 παρουσιάζεται ο Μ.Ο. του σκορ της αίσθησης συνοχής-SOC σε ηλικιακές υπο-ομάδες. Από τον πίνακα προκύπτει ότι σε όλες τις

ηλικιακές ομάδες παρατηρείται σταθερά μεγάλη βαθμολογία στην αίσθηση συνοχής. (136, 48±29,83 για την ομάδα 65-69 ετών , 138,42±19,74 για την ομάδα 70-74 ετών και 135±25,10 για την ομάδα 75-79 ετών. Δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες . Λίγο μεγαλύτερες βαθμολογίες παρατηρούνται στην ηλικιακή ομάδα 80-84 ετών (Μ.Ο.143,6 ±24,62).

Στον πίνακα 24 παρουσιάζεται σύγκριση του Μ.Ο. του σκορ της SOC στις ηλικιακές υπο-ομάδες 65-74 και 75-84 με τη χρήση του t-test. Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανωτέρω ηλικιακών ομάδων ($p < 0,05$).

Στον πίνακα 25 παρουσιάζεται η συσχέτιση της ηλικίας με τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο SOC. Η συσχέτιση γίνεται με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης (correlation coefficient) r Pearson. Τελικά παρατηρείται μικρή θετική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και βαθμολογίας (δηλ. όσο δηλαδή αυξάνει η ηλικία αυξάνει και η βαθμολογία) με τιμή $r = 0,14769$, $p < 0,05$.

Στον πίνακα 26 παρουσιάζονται περιληπτικά στατιστικά μέτρα για καθεμία από τις 29 ερωτήσεις της κλίμακας SOC. Και στις 29 ερωτήσεις δόθηκαν απαντήσεις που κυμαίνονταν από το 1 έως το 7 και άρα υπήρχε σε όλες μεγάλο εύρος (RANGE=6). Από τον πίνακα φαίνεται ότι στην ερώτηση 14 «όταν σκέφτεστε τη ζωή σας, πολύ συχνά : αισθάνεστε πόσο καλό είναι το να ζείτε/ αναρωτιέστε γιατί υπάρχουν καθόλου» δόθηκαν απαντήσεις με το μεγαλύτερο μέσο όρο (Μ.Ο. 6,18- SD:1,299). Στην ερώτηση 5 «Συνέβη στο παρελθόν να εκπλαγείτε από τη συμπεριφορά ατόμων που νομίζατε ότι γνωρίζατε καλά; Ποτέ δεν συνέβη/ πάντα συνέβαινε» δόθηκαν απαντήσεις με το μικρότερο μέσο όρο (Μ.Ο. 3,54- SD: 1,6578). Από τις απαντήσεις προκύπτει η αγάπη των ηλικιωμένων για τη ζωή και άρα μικρή καταθλιπτική διάθεση και περιορισμένος αυτοκτονικός ιδεασμός. Από την ερώτηση 5 προκύπτει ότι οι περισσότεροι έχουν βιώσει απογοήτευση από την συμπεριφορά ατόμων που νόμιζαν ότι γνώριζαν καλά.

Στον πίνακα 27 παρουσιάζεται ο Μ.Ο. των σκορ της αίσθησης συνοχής σε διάφορες κοινωνικοδημογραφικές ομάδες των ηλικιωμένων. Ως προς το **φύλο**, οι άνδρες συγκεντρώνουν μεγαλύτερη βαθμολογία έναντι των γυναικών (142,81 έναντι 134,18), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους συγκρινόμενες με το t-test. Ως προς το **εκπαιδευτικό επίπεδο**, τη μεγαλύτερη βαθμολογία συγκεντρώνουν οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (Μ.Ο.149,60) και ως προς την **οικογενειακή κατάσταση** οι έγγαμοι (Μ.Ο.140,78). Ως προς την **ηλικιακή ομάδα**, τη μεγαλύτερη βαθμολογία συγκεντρώνουν οι ηλικιωμένοι μεταξύ 80-84 ετών(Μ.Ο.143,6).

Στον πίνακα 28 παρουσιάζεται συσχέτιση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο SCL-90 και των επιμέρους δεικτών του με τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο της αίσθησης συνοχής. Υπενθυμίζεται ότι σύμφωνα με τις συστάσεις του Cohen για τις συμπεριφορικές επιστήμες, βαθμός $r=0,10$ δηλώνει μικρή συσχέτιση, βαθμός $r=0,30$ δηλώνει μέτρια και βαθμός $r=0,50$ ή μεγαλύτερος δηλώνει μεγάλη συσχέτιση (Cohen 1988).

Η τιμή του συντελεστή συσχέτισης (correlation coefficient) r Pearson μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων είναι $r = -0,657$ ($p < 0,05$). Φαίνεται ότι υπάρχει μεγάλη αρνητική συσχέτιση στη βαθμολογία μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων, δηλαδή όσο αυξάνει η βαθμολογία στην αίσθηση συνοχής μειώνεται η βαθμολογία στην ψυχοπαθολογία. Εξίσου μεγάλη αρνητική συσχέτιση παρατηρείται και μεταξύ της αίσθησης συνοχής και των επιμέρους δεικτών του SCL-90. Συγκεκριμένα ο συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient) r Pearson μεταξύ του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου SCL-90 και της συνολικής βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο της αίσθησης συνοχής είναι $r = -0,663$ ($p < 0,05$). Ο συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient) r Pearson μεταξύ του Δείκτη Θετικών Συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου SCL-90 και της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο της αίσθησης συνοχής είναι $r = -0,639$ ($p < 0,05$). Ο συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient) r Pearson μεταξύ του Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου SCL-90 και της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο της αίσθησης συνοχής είναι $r = -0,634$ ($p < 0,05$).

Τέλος στον πίνακα 29 παρουσιάζεται η συσχέτιση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο αίσθησης συνοχής- SOC με τη βαθμολογία στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SCL_90. Και στις 9 υποκλίμακες παρατηρείται μέτρια ή μεγάλη αρνητική συσχέτιση, δηλαδή όσο αυξάνει η βαθμολογία στην αίσθηση συνοχής παρατηρείται μειωμένη βαθμολογία στη βαθμολογία των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας.

Η μεγαλύτερη συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ της SOC και της υποκλίμακας SCL 90-κατάθλιψη ($r = -0,665$, $p < 0,05$).

Μεγάλη αρνητική συσχέτιση παρατηρείται και για τις εξής υποκλίμακες:

SCL 90-Άγχος ($r = -0,5896$, $p < 0,05$)

SCL 90-Διαπροσωπική ευαισθησία ($r = -0,5809$, $p < 0,05$)

SCL 90-Ψυχωτισμός ($r = -0,5564$, $p < 0,05$)

SCL 90-Ψυχαναγκαστικότητα ($r = -0,5526$, $p < 0,05$)

SCL 90-Παρανοειδής Ιδεασμός ($r = -0,5510$, $p < 0,05$).

Μέτρια αρνητική συσχέτιση παρατηρείται στις υποκλίμακες:

SCL_90 - Φοβικό Άγχος $r = -0,4649$ ($p < 0,05$)

SCL_90 - Σωματοποίηση $r = -0,4444$ ($p < 0,05$)

SCL_90 - Επιθετικότητα $r = -0,4295$ ($p < 0,05$)

Η αρχική μας υπόθεση λοιπόν επιβεβαιώνεται. Η αίσθηση συνοχής συνδέεται με μειωμένη ψυχοπαθολογία και προστασία της ψυχικής υγείας.

Κεφάλαιο 8

Συμπεράσματα

Στην έρευνά μας ο Μ.Ο. της αίσθησης συνοχής (SOC) είναι σχετικά υψηλός ($137 \pm 26,49$). Οι άνδρες συγκεντρώνουν μεγαλύτερη βαθμολογία έναντι των γυναικών ($142,81 \pm 23,876$ έναντι $134,18 \pm 26,829$). Τη μεγαλύτερη βαθμολογία συγκεντρώνουν οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (Μ.Ο. $149,60 \pm 9,645$) και οι έγγαμοι (Μ.Ο. $140,78 \pm 23,889$). Ως προς την ηλικιακή ομάδα, τη μεγαλύτερη βαθμολογία συγκεντρώνουν οι ηλικιωμένοι μεταξύ 80-84 ετών (Μ.Ο. $143,6 \pm 24,6178$).

Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες παρατηρείται σταθερά μεγάλη βαθμολογία στην αίσθηση συνοχής και δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ τους. Λίγο μεγαλύτερες βαθμολογίες παρατηρούνται στην ηλικιακή ομάδα 80-84 ετών (Μ.Ο. $143,6 \pm 24,62$). Στην ερώτηση «όταν σκέφτεστε τη ζωή σας, πολύ συχνά : αισθάνεστε πόσο καλό είναι το να ζείτε/ αναρωτιέστε γιατί υπάρχουνε καθόλου» δόθηκαν απαντήσεις με το μεγαλύτερο μέσο όρο (Μ.Ο. $6,18 \pm 1,299$). Από τις απαντήσεις προκύπτει η αγάπη των ηλικιωμένων για τη ζωή (άρα η μικρή καταθλιπτική διάθεση που έχουν) και περιορισμένος αυτοκτονικός ιδεασμός. Στην ερώτηση «Συνέβη στο παρελθόν να εκπλαγείτε από τη συμπεριφορά ατόμων που νομίζατε ότι γνώριζατε καλά; Ποτέ δεν συνέβη/ πάντα συνέβαινε» δόθηκαν απαντήσεις με το μικρότερο μέσο όρο (Μ.Ο. $3,54 \pm 1,6578$). Προκύπτει έτσι ότι οι περισσότεροι έχουν βιώσει απογοήτευση από την συμπεριφορά ατόμων που νόμιζαν ότι γνώριζαν καλά.

Στην ομάδα των ηλικιωμένων παρατηρείται μειωμένη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο ψυχοπαθολογίας και στους επιμέρους δείκτες του, σε σχέση με το γενικό ελληνικό πληθυσμό. Οι βαθμολογίες των ηλικιωμένων στο ερωτηματολόγιο **SCL 90** προσεγγίζουν τις βαθμολογίες που προέκυψαν για τον γενικό ελληνικό πληθυσμό και περιγράφονται στη βιβλιογραφία. Στο δείγμα μας παρατηρήθηκε μικρότερη βαθμολογία στις υποκλίμακες **Κατάθλιψη, Άγχος, Ψυχωτισμός, Ψυχαναγκαστικότητα, Διαπροσωπική ευαισθησία, Επιθετικότητα, Φοβικό Άγχος. Αντίθετα, στο δείγμα μας παρατηρήθηκε μεγαλύτερη βαθμολογία στις υποκλίμακες Σωματοποίηση, Παρανοειδής Ιδεασμός**. Φαίνεται δηλαδή ότι στις 7 από τις 9 υποκλίμακες το δείγμα μας συγκεντρώνει χαμηλότερη βαθμολογία από το γενικό πληθυσμό. Μόνο στις υποκλίμακες Σωματοποίηση και Παρανοειδής Ιδεασμός το δείγμα μας συγκεντρώνει μεγαλύτερη βαθμολογία.

Ως προς τη συνολική βαθμολογία στις 9 υποκλίμακες αλλά και στους τρεις δείκτες οι γυναίκες συγκεντρώνουν μεγαλύτερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας από τους άνδρες. Στις υψηλές βαθμολογίες οι γυναίκες συγκεντρώνουν ελαφρώς μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος

συγκεντρώνει μέση βαθμολογία και μόνο μικρά ποσοστά συγκεντρώνουν υψηλές ή χαμηλές βαθμολογίες.

Ο μέσος όρος του ΓΔΣ (*Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων*) στο δείγμα μας είναι ελαφρώς υψηλότερος από τον μέσο όρο στον ελληνικό πληθυσμό. Οι άνδρες συγκεντρώνουν μικρότερη βαθμολογία από το μ.ο. του ελληνικού πληθυσμού. Οι γυναίκες συγκεντρώνουν μεγαλύτερη βαθμολογία από τους άνδρες στην αναφορά ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων. Στις υψηλές βαθμολογίες οι γυναίκες συγκεντρώνουν ελαφρώς μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες.

Ο συνολικός μέσος όρος αλλά και ο μέσος όρος των ανδρών στο Δείκτη Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΘΣ-Global Severity Index) είναι μικρότερος από το μέσο φυσιολογικό. Αντίθετα οι γυναίκες έχουν ελαφρώς υψηλότερο μέσο όρο από το μέσο φυσιολογικό. Στις υψηλές βαθμολογίες οι γυναίκες συγκεντρώνουν μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες.

Στο Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων Πίνακας (ΔΕΘΣ-Positive Symptom Distress Index)), ο συνολικός μέσος όρος αλλά και ο μέσος όρος των ανδρών και των γυναικών (ΔΘΣ-Global Severity Index) είναι μικρότερος από το μέσο φυσιολογικό. Αντίθετα οι γυναίκες έχουν ελαφρώς υψηλότερο μέσο όρο από το μέσο φυσιολογικό. Στις υψηλές βαθμολογίες οι γυναίκες συγκεντρώνουν μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες.

Με μεγαλύτερη συχνότητα αναφέρονται συμπτώματα της υποκλίμακας «Παρανοειδής Ιδεασμός», της υποκλίμακας «Επιθετικότητα» και της υποκλίμακας «Διαπροσωπική Ευαισθησία». Φαίνεται λοιπόν ότι τα σημαντικότερα προβλήματα που απασχολούν τους ηλικιωμένους είναι οι διαπροσωπικές τους σχέσεις, η αδυναμία να εμπιστευθούν τους άλλους, η πεποίθηση ότι οι άλλοι θα τους βλάψουν και θα τους κάνουν κακό. Αυτό συντελεί ενδεχομένως στην περαιτέρω απομόνωσή τους.

Με μικρότερη συχνότητα αναφέρονται συμπτώματα αυτοκτονικού ιδεασμού («Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;») της υποκλίμακας κατάθλιψη και συμπτώματα φοβίας της υποκλίμακας Φοβικό Άγχος. («Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τραίνο;», «Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;»). Μολονότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα συγκεντρώνουν μεγάλη βαθμολογία στο γενικό πληθυσμό, ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι περιορισμένος. Σε μικρό βαθμό αναφέρονται επίσης τα ψυχωτικά συμπτώματα π.χ. «Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;» της υποκλίμακας Ψυχωτισμός, κάτι που εξηγείται και από το γεγονός ότι στα κριτήρια αποκλεισμού συμπεριλαμβάνονται άτομα με σοβαρές ψυχώσεις. Στον πίνακα 25 παρουσιάζεται η συσχέτιση της ηλικίας με τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο SOC. Η συσχέτιση γίνεται με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης (correlation coefficient) r Pearson. Τελικά παρατηρείται μικρή θετική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και βαθμολογίας (δηλ. όσο δηλαδή αυξάνει η ηλικία αυξάνει και η βαθμολογία) με τιμή $r = 0,14769$, $p < 0,05$.

Φαίνεται ότι υπάρχει μεγάλη αρνητική συσχέτιση στη βαθμολογία μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων, δηλαδή όσο αυξάνει η βαθμολογία στην αίσθηση συνοχής μειώνεται η βαθμολογία στην ψυχοπαθολογία. Εξίσου μεγάλη αρνητική

συσχέτιση παρατηρείται και μεταξύ της αίσθησης συνοχής και των επιμέρους δεικτών του SCL-90 (Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων, Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων, Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων).

Και στις 9 υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας παρατηρείται μέτρια ή μεγάλη αρνητική συσχέτιση με την αίσθηση συνοχής. Δηλαδή όσο αυξάνει η βαθμολογία στην αίσθηση συνοχής παρατηρείται μειωμένη βαθμολογία στη βαθμολογία των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας.

Η μεγαλύτερη συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ της SOC και της υποκλίμακας κατάθλιψη. Μεγάλη αρνητική συσχέτιση παρατηρείται και για τις εξής υποκλίμακες: Άγχος, Διαπροσωπική ευαισθησία, Ψυχωτισμός, Ψυχαναγκαστικότητα, Παρανοειδής Ιδεασμός. Μέτρια αρνητική συσχέτιση παρατηρείται στις υποκλίμακες: Φοβικό Άγχος, Σωματοποίηση, Επιθετικότητα. Αντίθετα, παρατηρείται μικρή θετική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και βαθμολογίας (δηλ. όσο δηλαδή αυξάνει η ηλικία αυξάνει και η βαθμολογία).

Βασική υπόθεση της έρευνας ήταν ότι όσο πιο μεγάλη είναι η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο της αίσθησης συνοχής, τόσο πιο περιορισμένα είναι τα ψυχολογικά ενοχλήματα και τα ψυχιατρικά συμπτώματα. Υποθέσαμε δηλαδή ότι η αίσθηση συνοχής επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ψυχική υγεία του ατόμου.

Η βασική υπόθεση της εργασίας μας επιβεβαιώνεται πλήρως. Όπως προκύπτει από τη στατιστική ανάλυση, η αίσθηση συνοχής συνδέεται με περιορισμένα ψυχολογικά ενοχλήματα στους ηλικιωμένους. Όσο αυξάνεται η αίσθηση συνοχής τόσο πιο περιορισμένη είναι η αναφορά ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων. Όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, όσο ισχυρότερη είναι η SOC, τόσο καλύτερη είναι η αντιλαμβανόμενη υγεία γενικά αλλά και η ψυχική υγεία, τουλάχιστον για εκείνους με αρχικά υψηλή SOC. Η σχέση αυτή προκύπτει από τους μελετώμενους πληθυσμούς, ασχέτως ηλικίας, φύλου, εθνικότητας και σχεδιασμού της μελέτης (Eriksson 2006). Τα ευρήματα της έρευνάς μας συμφωνούν με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία η SOC σχετίζεται ισχυρά με την αντιλαμβανόμενη υγεία, ειδικά την ψυχική υγεία.

Υποθέσαμε επίσης ότι υπάρχουν διαφορές των φύλων στην ψυχοπαθολογία (η οποία ανιχνεύεται από το Ερωτηματολόγιο SCL-90-R) και στην αίσθηση συνοχής-SOC. Η υπόθεση επαληθεύεται. Πράγματι προκύπτουν διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς την αίσθηση συνοχής και ως προς την ψυχοπαθολογία, όπως περιγράφεται και παραπάνω. Οι άνδρες συγκεντρώνουν μεγαλύτερη βαθμολογία έναντι των γυναικών (142,81 έναντι 134,18) στην αίσθηση συνοχής. Ως προς τη συνολική βαθμολογία στις 9 υποκλίμακες αλλά και στους τρεις δείκτες του ερωτηματολογίου SCL-90 οι γυναίκες συγκεντρώνουν μεγαλύτερα ποσοστά ψυχολογικών ενοχλήσεων από τους άνδρες. Στις υψηλές βαθμολογίες οι γυναίκες συγκεντρώνουν ελαφρώς μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες.

Τέλος, υποθέσαμε ότι υπάρχουν διαφορές των ηλικιακών ομάδων των ηλικιωμένων στην αίσθηση συνοχής-SOC. Η υπόθεση δεν επαληθεύεται, καθώς

τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν αναδεικνύουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων των ηλικιωμένων στην αίσθηση συνοχής.

Σημαντικός περιορισμός της παρούσας μελέτης είναι ο περιορισμένος αριθμός των συμμετεχόντων και η έλλειψη ομάδας ελέγχου. Ενδεχομένως μια επόμενη έρευνα, η οποία θα σύγκρινε τους ηλικιωμένους με τον υπόλοιπο πληθυσμό, θα προσέφερε μεγαλύτερη δυνατότητα γενίκευσης της γνώσης μας για την αίσθηση συνοχής και την επίδρασή της στην ψυχική υγεία αυτής της ηλικιακής ομάδας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abramson, J. , Abramson, Z.(1999), *Survey methods in community medicine. Epidemiological research programme evaluation clinical trials*, 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone.
2. Ahlbom, A. & Norell, S. (1992), *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία*, (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρα, Σ. & Αναστασόπουλος Π.), Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
3. Albertsen, K. , Nielsen, M. , Borg, V.(2001), The Danish psychosocial work environment and symptoms of stress: the main, mediating and moderating role of sense of coherence, *Work Stress*, no 15, pp:241–53.
4. Albertsen, K. , Nielsen, M., Borg, V.(2001), The Danish psychosocial work environment and symptoms of stress: the main, mediating and moderating role of sense of coherence, *Work Stress*, no 15, pp:241–53.
5. Anderzen, I. , Arnetz, B. (1997), Psychophysiological reactions during the first year of a foreign assignment: results of a controlled longitudinal study, *Work Stress*, no 11, pp:304–18.
6. Anderzen, I. , Arnetz, B. (1999), Psychophysiological reactions to international adjustment, *Psychother Psychosom*, no 68, pp:67–75.
7. Antonovsky, A.(1985),The life cycle, mental health and the sense of coherence, *Isr J Psychiatry Relat Sci*, no 22, pp:273–80.
8. Antonovsky, A.(1987), *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
9. Antonovsky, A.(1993), The structure and properties of the sense of coherence scale , *Soc Sci Med*, no 36, pp:725-733.
10. Antonovsky,A. (1979),Health, stress and coping, San Francisco, Jossey- Bass Publishers.
11. Bengel,J., Strittmatter, R. , Willman, H.(1999), *What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health*. Cologne: Federal Centre for Health Education (FCHE).
12. Bengtsson-Tops, A. , Hansson, L.(2001), The validity of Antonovsky's sense of coherence measure in a sample of schizophrenic patients living in the community, *J Adv Nurs* , no 33, pp:432–8.
13. Berntsson, L, Gustafsson, J-E.(2000), Determinants of psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren aged seven to twelve years, *Scand J Public Health*, no 28, pp :283–93.
14. Bothmer , von M. , Fridlund, B.(2003), Self-rated health among university students in relation to sense of coherence and other personality traits, *Scand J Caring Sci*, no 17, pp:347–57.
15. Bothmer von, M. , Fridlund, B.(2003), Self-rated health among university students in relation to sense of coherence and other personality traits, *Scand J Caring Sci* , no 17, pp:347–57.

16. Buchi, S. , Sensky, T. , Allard, S. et al.(1998), Sense of coherence—a protective factor for depression in rheumatoid arthritis, *J Rheumatol*, no 25, pp:869–75.
17. Carmel, S. , Bernstein, J.(1990), Trait anxiety, sense of coherence and medical school stressors: observations at three stages, *Anxiety Res*, no 3, pp:51-60.
18. Carstens, J. , Spangenberg, J. (1997), Major depression: a breakdown in sense of coherence? *Psychol Rep*, no 80, pp:1211–20.
19. Carstens, JA. , Spangenberg, JJ.(1997), Major depression: a breakdown in sense of coherence? *Psychol Rep* , no 80, pp :1211–20.
20. Cederblad, M. , Pruksachatkunakorn, P. , Boripunkul, T. et al. (2003), Sense of coherence in a Thai sample, *Transcult Psychiatry* , no 40, pp:585–600.
21. Coe, R. , Romeis, J. , Tang, B. , Wolinsky, F. (1986), Correlates of a measure of coping in older veterans: a preliminary report. *J Community Health* ,no 15, pp:287-296.
22. Cohen, J.(1988), *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2nd ed, Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
23. Cohen, O. , Savaya, R.(2009), Sense of coherence and adjustment to divorce among Muslim Arab citizens of Israel, *Eur J Pers*, no 17, pp:309–26.
24. Derogatis, L. , Lipman, R. , Covi, L.(1973), SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report, *Psychopharmacol Bull*, no 9, pp:13–28.
25. Derogatis,L. (1977). *The SCL-90 Manual, Scoring, Administration and Procedures for the SL-90*. Baltimore, MD: John Hopkins University School of Medicine, Cincinal Psychometrics Unit.
26. Dubos, R. (1959), *Mirage of Health*, London: Allen and Unwin.
27. Eriksson, M. , Lindstrom, B. (2005),Validity of Antonovsky’s sense of coherence scale—a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, no 59, pp:460–6.
28. Eriksson, M. , Lindström, B. (2006), Antonovsky sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review, *J Epidemiol Community Health*, vol. 60, no 5, pp: 376-381.
29. Eriksson, M. , Lindström, B. , Lilja, J. (2007), A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Aland, a special case? *J Epidemiol Community Health*, vol 61, no 8, pp :684-8.
30. Eriksson, M. , Lindström, B. , Lilja, J. (2007), A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Aland, a special case? *J Epidemiol Community Health*, vol 61, no 8, pp:684-8.
31. Eriksson, M. , Lindström, B.(2007), Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review, *J Epidemiol Community Health*, vol 61, no 11, pp:938-44.
32. Eriksson, M.(2000), Focusing on salutogenic factors: Sense of coherence, social support and belief in the future. In: Lilja J, Eriksson M, Bauer M, eds. *Perceived health and symptoms of depression in three local communities in the Aland islands*. (In Swedish). Mariehamn: Alands Hogskola, pp:59–87.

33. Eriksson, N. , Lundin, T.(1996), Early traumatic stress reactions among Swedish survivors of the m/s Estonia disaster, *Br J Psychiatry*, no 169, pp:713–716.
34. Feldt, T.(1997), The role of sense of coherence in well-being at work: analysis of main and moderator effects, *Work Stress*, no11, pp:134–47.
35. Feldt, T.(1997), The role of sense of coherence in well-being at work: analysis of main and moderator effects, *Work Stress*, no 11, pp:134–47.
36. Feldt, T.(2000), *Sense of coherence. Structure, stability and health promoting role inworking life. Jyva`skylä` studies in education, psychology and social research*, Doctoral thesis, Jyva`skylä`, University of Jyva`skylä`.
37. Fiorentino, L.(1986), Stress: the high cost to industry. *Occup Health Nurse* , no 34, pp: 217-220.
38. Flensburg-Madsen, T. , Ventegodt, S. , Merrick, J.(2005), Why is Antonovsky's sense of coherence not correlated to physical health? Analysing Antonovsky's 29-item Sense of Coherence Scale (SOC-29). *Scientific World Journal*. Vol 14, no 5, pp:767-76.
39. Fontana, D. (επιμέλεια Δέγλερης Ν.) (1996) , *Άγχος και η αντιμετώπισή του*, γ' έκδοση, εκδόσεις ελληνικά γράμματα, Αθήνα, σελ. 21
40. Forbes, D. (2001), Enhancing mastery and sense of coherence: Important determinants of health in older adults, *Geriatr Nurs*, no 22, pp :29–32.
41. Geyer,S.(1997), Some conceptual considerations on the sense of coherence, *Soc Sci Med*, no 44, pp:1771-1779.
42. Gilbar, O.(1998), Relationship between burnout and sense of coherence in health social workers, *Soc Work Health Care*, no 26, pp:39–49.
43. Gotlib I.(1984), *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, Vol. 9, No 2, pp:135-148.
44. Groholt, E-K, Stigum, H. , Nordhagen, R. et al.(2003), Is parental sense of coherence associated with child health? *Eur J Public Health*, no 13, pp:195–201.
45. Haasv,H., Schauenstein, K. (2001),Immunity, Hormones and the brain. *Allergy*, 2001, vol 56, pp:470-477.
46. Heim,E.(1994), Salutogenesis versus pathogenesis--a new approach to an old wisdom, *Schweiz Med Wochenschr*, vol. 124, no 29, pp:1267-75.
47. Herrman,H., Saxena, S. , Moodie, R.(2005),Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne, Geneva.
48. Hood, S. Beaudet, M. , Catlin, G. (1996), A healthy outlook, *Health Rep*, no 7, pp:25–32.
49. Ibrahim, S. , Scott, F. , Cole, D. et al.(2001), Job strain and self-reported health among working women and men: an analysis of the 1994/5 Canadian national population health survey, *Women Health*, no 33, pp:105–24.

50. Johnson, M.(2004), Approaching the salutogenesis of sense of coherence: the role of 'active' self-esteem and coping. *Br J Health Psychol*. Vol.9, no 3, pp:419-32.
51. Kaplan & Sadock's (2004),*Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής*, τρίτη έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου , Αθήνα, σελ. 29-30.
52. Kivimaki, M. , Vahtera, J. , Thomson, L. et al.(1997), Psychosocial factors predicting employee sickness absence during economic decline, *J Appl Psychol* no 82, pp:858–72.
53. Korotkov D.(1994), Clarifying some issues from Korotkov : a follow-up statement concerning the validity of the sense of coherence (short-form personality measure. *Pers Individ Dif* , no 16, pp:499.
54. Korotkov, D. , Hannah, E. (1994), Extraversion and emotionality as proposed superordinate stress moderators: a prospective analysis. *Pers Individ Dif*, no16, pp:787–92.
55. Korotkov, D.(1993),An assessment of the (short-form) sense of coherence personality measure: Issues of validity and well-being. *Pers Individ Dif*; no 14, pp:575–83.
56. Krivohlavý, J.(1990), Salutogenesis and behavioral medicine. *Cas Lek Cesk*. vol. 129, no 36, pp:1121-1124.
57. Kumlin, T.(1998), *Sense of coherence in theory, empiri and criticism*. Stockholm: The Swedish Research Council.
58. Larsson, G. , Kallenberg, K.(1999), Dimensional analysis of sense of coherence using structural equation modeling, *Eur J Pers*, no 13, pp:51–61.
59. Larsson, G., Kallenberg, K.(1996),Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. Interrelationships in a nation-wide Swedish sample. *Eur J Public Health*, no 6, pp:175–80.
60. Lundberg, O. , Peck Nystrom, M .(1994), Sense of coherence, social structure and health, *The European Journal of Public Health*, Vol.4, No. 4 , pp:252-257.
61. Lynn, Susan G., Bauch, Christopher D., Williams, Donald E., Beatty, Charles W., Mellon, Michael W., Weaver, Amy L. (2003), Psychologic Profile of Tinnitus Patients Using the SCL-90-R and Tinnitus Handicap Inventory, *Otology & Neurotology*, vol. 24, no 6, pp: 878-881
62. Martin N.(2003), *Νευροψυχολογία, εγκέφαλος και συμπεριφορά*, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, σελ. 385.
63. Matsuura, E. , Ohta, A. , Kanegae, F. et al.(2003), Frequency and analysis of factors closely associated with the development of depressive symptoms in patients with Scleroderma, *J Rheumatol*, no 30, pp:1782–7.
64. Matsuura, E., Ohta, A. , Kanegae, F. et al.(2003), Frequency and analysis of factors closely associated with the development of depressive symptoms in patients with Scleroderma, *J Rheumatol*, no 30, pp :1782–7.
65. McSherry, W. , Holm,J. (1994), Sense of coherence: its effects on psychological and physiological processes prior to, during, and after a stressful situation, *J Clin Psychol*, no 50, pp :476–87.

66. Melin, R. , Fugl-Meyer, A.(2003), On prediction of vocational rehabilitation outcome at a Swedish employability institute, *J Rehabil Med*, no 35, pp:284–9.
67. Nettleton, S.(2002), *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*, Αθήνα , εκδόσεις Τυπωθήτω-Δαρδανός.
68. Nilsson, B. ,Holmgren, L. , Westman, G.(2000), Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden. Gender and psychosocial differences, *Scand J Prim Health Care*, no 18, pp:14–20.
69. Poppius, E. , Tenkanen, L. , Kalimo, R. et al.(1999), The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in the Helsinki heart study., *Soc Sci Med*, no 49, pp:109–20.
70. Poppius, E. , Tenkanen, L. , Kalimo, R. et al.(2003), The sense of coherence, occupation and all-cause mortality in the Helsinki heart study, *Eur J Epidemiol*, no 18, pp:389–93.
71. Radmacher S. , Sheridan C.(1989),The global inventory of stress: a comprehensive approach to stress assessment, *Med Psychother*, no 2, pp: 183-188.
72. Ristner, G. , Andersson, R. , Johansson, L. et al.(2000), Sense of coherence and lack of control in relation to outcome after orthopaedic injuries. *Injury*, no 31, pp:751–6.
73. Rosch, P.(2007), *Stress and cancer : diseases of civilization, communication and control* ,American Institute of health.
74. Rosch, P.(2007), *Stress and the cancer: Diseases of civilization, communication and control*, American Institute of Health.
75. Runeson, R. , Norback, D. ,Stattin, H. (2003),Symptoms and sense of coherence—a follow-up study of personnel from workplace buildings with indoor air problems, *Int Arch Occup Environ Health*, no 76, pp:29–38.
76. Sagy,S., Antonovsky, H.(1996). Structural sources of the sense of coherence, *Isr. J. Med. Sci.*, no 32, pp:200-205.
77. Sanden-Eriksson B. (2000), Coping with type-2 diabetes: the role of sense of coherence compared with active management. *J Adv Nurs* , no 31, pp:1393–7.
78. Santavirta, N., Bjorvell, B. , Konttinen, Y. et al.(1996), Sense of coherence and outcome of anterior low-back fusion. A 5- to 13-year follow-up of 85 patients. *Arch Orthop Trauma Surg* , no 115, pp:280–5.
79. Schnyder, U., Buchi, St., Sensky, T., Klaghofer, R.(2000), Antonovsky’s sense of coherence, trait or state? *Psychotherapy and psychosomatics*, Vol. 69, No 6, pp: 296-302.
80. Skirka, N.(2000), The relationship of hardiness, sense of coherence, sports participation, and gender to perceived stress and psychological symptoms among college students, *J Sports Med Phys Fitness* , no 40, pp:63–70.
81. Soderfeldt, M. , Soderfeldt, B. , Ohlson, C-G. et al.(2000), The impact of sense of coherence and high-demand/low-control job environment on self-reported health, burnout and psychophysiological stress indicators, *Work Stress*, no 14, pp:1–15.

82. Stankunas, M., Kalediene, R., Starkuviene, S.(2009), Sense of coherence and its association with psychosocial health: results of survey of the unemployed in Kaunas. *Medicina (Kaunas)*, vol 45, no 10.
83. Stephens, T., Dulberg, C., Joubert, N.(1999), Mental health of the Canadian population: a comprehensive analysis, *Chronic Dis Can*, no 20, pp :12.
84. Steptoe, A., Brydon, L.(2005), Associations between acute lipid stress responses and fasting lipid levels 3 years later, *Health Psychology*, vol 24, no 6, pp: 601-607.
85. Stifoss-Hansen, H, Kallenberg, K.(1996), *Existential questions and health. Research frontlines and challenges*. Stockholm: The Swedish Research Council.
86. Sundquist, J., Bayard-Bufield, L., Johansson, LM. et al.(2000), Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants. Psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden, *J Nerv Ment Dis*, no 188, pp:357–65.
87. Suominen, S., Blomberg, H., Helenius, H. et al. (1999), Sense of coherence and health—does the association depend on resistance resources? A study of 3115 adults in Finland. *Psychol Health*, no 14, pp:937–48.
88. Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H. et al.(2001), Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. Results of 4 years of follow-up of adults, *J Psychosom Res*, no 50, pp:77–86.
89. Suominen, S., Ahvenainen, J., Mattila, K. et al.(2002), Koherenssin tunne ja perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen käyttö. Sense of coherence (SOC) and visits to doctors in the publicly and privately funded primary health care, *Sos Laaketiet Aikak*, no 39, pp:296–303.
90. Surtees, P., Wainwright, N., Luben, R. et al.(2003), Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study, *Am J Epidemiol*, no 158, pp:1202–9.
91. Surwit, R., Van Tilburg, M., Zucker, N., Mc Caskill, C., Parekh, P., Feinglos, M., Edwards, C., Williams, P., Lane, J.(2002), Stress management improves long-term glycemic control in type 2 diabetes, *Diabetes Care*, no 25, pp: 30-34.
92. Theorell, T. (1998), Antonovsky och hans KASAM. Antonovsky and his SOC. In: Rosterom KASAM, *15 forskare granskar begreppet Kansla av sammanhang*. [Voices about SOC.15 researchers examine the concept of sense of coherence]. Stockholm: The Swedish Research Council, pp:76–7.
93. Torsheim, T., Aaroe, L., Wold, B.(2001), Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence: interactive, indirect or direct relationships? *Soc Sci Med*, no 53, pp:603–14.
94. Vinson, J.(2002), Children with asthma: Initial development of the child resilience model, *Pediatr Nurs*, no 28, pp:149–58.
95. WHO (1992), The Ottawa Charter for Health Promotion, in Kaplun, A (ed.), *Health Promotion and Chronic Illness. Discovering a New Quality of Health*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, European Series ,no: 44, p: 2.

96. Wiesmann, U. , Niehörster, G. , Hannich, H.(2009), Subjective health in old age from a salutogenic perspective, *Br J Health Psychol*, no 14, pp:767-87.
97. Willich,S., Maclure,M. , Mittleman, M. , Arntz,H., Muller,J.(1993),Sudden cardiac death. Support for a role of triggering in causation, *Circulation*, no 87, pp:1442-1450.
98. Wilson, R., Schneider, J., Boyle,P. , Arnold,S., Tang, Y., Bennet, D.(2007), Chronic distress and incidence of mild cognitive impairment, *Neurology*, no 68: pp:2085-2092.
99. Zboralski, K., Florkowski,A. , Talarowska-Bogusz, M. , Macander,M. , Szubert, S. ,Gałęcki, P.(2008), Salutogenesis--the extension of physician's capabilities. *Pol Merkur Lekarski*,vol 25, no1, pp:47-8.
100. Αγγελόπουλος, Ν.(2009), *Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία*, τόμος Β', εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα , σελ. 560.
101. Αλεξιάς, Γ. (2000), *Λόγος περί ζωής και θανάτου*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα , σελ. 39.
102. Αναγνωστόπουλος, Φ. , Παπαδάτου Δ (1999), *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999, σελ. 11.
103. Βάρβογλη, Λ.(2006), *Η νευροψυχολογία του στρες στην καθημερινή ζωή*, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
104. Βελίκης , Ι. (2010), Σημειώσεις Κλινικής Ψυχολογίας για σωματικούς ασθενείς, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
105. Γναρδέλλης, Χ. (2006), *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*, Αθήνα: εκδ. Παπαζήση
106. Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001. *Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα*, έκδοση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
107. Ζήση, Α. , Στυλιανίδης, Σ. (2004). Αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας: Αποσαφηνίσεις και προοπτικές, *Εγκέφαλος-Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής*, Τόμος 41, Τεύχος 1, σελ. 27-35.
108. Ιωαννίδης, Ι. Π.Α. (2000), *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
109. Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1996) , *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα, σελ. 10.
110. Καράλης, Ι. , Langius, A. , Τσιρογιάννη,Μ., Faresjö,T. , Nettelblatt, P., Λιονής, Χ.(2004), Η μετάφραση-στάθμιση της κλίμακας «αίσθηση συνεκτικότητας» (sense of coherence) στην Ελλάδα και η χρήση της στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 21(2), 195-203.
111. Κατοστάρας,Θ.,(2005), *Οικονομική της Υγείας, Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, έκδοση του Γ'ΠΕΣΥΠ Αττικής, Πειραιάς, σελ. 45.
112. Κονταξάξη-Χαβάκη , Μ. , Κονταξάκης, Β., (2005), Άγχος, κατάθλιψη και διαταραχές συμπεριφοράς σε ηλικιωμένους στο Κονταξάκης,Β.Π., Κονταξάξη-Χαβάκη, Μ.Ι., Χριστοδούλου, Γ., *Προληπτική ψυχιατρική και ψυχική υγιεινή , Ιατρικές*, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα , 525-536.

113. Μεράκου,Κ. (2005), *Αγωγή και Προαγωγή Υγείας, Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, έκδοση του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 3ο ΠΕΣΥΠ Αττικής, Πειραιάς, σελ. 151.
114. Μωρόγιαννης, Φ.(2000), *Διαταραχές διατροφής και ψυχοπαθολογία (Επιδημιολογική έρευνα σε μαθητές Λυκείου στο Νομό Ιωαννίνων)*, Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική Κλινική, Ιωάννινα , σελ. 113-120.
115. Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. , Μάνος Ν.(1991),Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist -90- R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, no 2, pp:42-48.
116. Οικονόμου, Μ., Χριστοδούλου Γ.Ν.(2005), Ο ρόλος των ψυχοπιεστικών γεγονότων στην Πρωτοβάθμια Πρόληψη στο Κονταξάκης, Β.Π., Κονταξάξη-Χαβάκη, Μ.Ι., Χριστοδούλου, Γ.Ν., *Προληπτική ψυχιατρική και ψυχική υγιεινή* , Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα , 79-82.
117. Παγοροπούλου- Αβεντισιάν, Ά.(2000), *Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα , σελ. 208-210.
118. Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993), *Στατιστική - Επαγωγική Στατιστική*, Τόμος Β', Αθήνα.
119. Σταλίκας,Α., Τριλιβά, Σ., Ρούσση, Π.(2002),*Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα , σελ. 291-292.
120. Τούντας, Ι. (2000), *Κοινωνία και υγεία*, Εκδόσεις Οδυσσέας /Νέα Υγεία, Αθήνα.
121. Χαρτοκόλλης, Π.(1991), *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική* (δεύτερη έκδοση αναθεωρημένη), εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα , σελ. 137.

Πηγές από το Internet

1. <http://psychcentral.com/lib/2006/your-sense-of-coherence/> Ανακτήθηκε: 15 Αυγούστου 2010.
2. <http://www.angelfire.com/ok/soc/agolem.html>. Ανακτήθηκε: 22 Αυγούστου 2010.
3. http://www.who.int/topics/mental_health/en/ Ανακτήθηκε: 1 Αυγούστου 2010.
4. http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=3071. Ανακτήθηκε: 27 Αυγούστου 2010.
5. (<http://psychcentral.com/lib/2006/your-sense-of-coherence/>). Ανακτήθηκε: 27 Αυγούστου 2010.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

«Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΙΣΘΗΣΗΣ ΣΥΝΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ».

Εισαγωγή: Η αίσθηση συνοχής (Sense Of Coherence-SOC) είναι η κεντρική ιδέα του «μοντέλου προαγωγής υγείας-salutogenesis» του Antonovsky. Το μοντέλο προσπαθεί να εξηγήσει γιατί κάποιοι άνθρωποι αρρωσταίνουν κάτω από συνθήκες στρες ενώ κάποιοι άλλοι παραμένουν υγιείς. Η αίσθηση συνοχής συνδέεται πλέον με την υγεία και την ψυχική υγεία σε πολλές μελέτες.

Σκοπός: Να προσδιορισθεί η αίσθηση συνοχής των ηλικιωμένων και η επίδρασή της στην ψυχική υγεία.

Υλικό - μέθοδος: Έγινε συγχρονική μελέτη σε δείγμα 100 ηλικιωμένων (n=100) στο Κ.Υ. Μεγαλόπολης. Αποκλείστηκαν ηλικιωμένοι με άνοια, ψυχώσεις. Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια SCL-90-R & Sence of Coherence. Έγινε επεξεργασία με το SPSS 18.0.

Αποτελέσματα: Μέση ηλικία δείγματος 71,68 έτη, 70% γυναίκες, 50% έγγαμοι, 52% απόφοιτοι δημοτικού. Μ.Ο. SOC:137± SD:26,49, Μ.Ο ανδρών: 142,81, Μ.Ο γυναικών: 134,18.Υπάρχει μικρή θετική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας - βαθμολογίας SOC ($r = 0,148$, $p < 0,05$). Μέση βαθμολογία στο SCL-90: 66,89±6,146, Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων: 0,76±0,51, Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων: 36,82±17,76, Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων:0,41±0,19. Υπάρχει μεγάλη αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων, (δηλαδή όσο αυξάνει η αίσθηση συνοχής μειώνεται η ψυχοπαθολογία $r = -0,657$, $p < 0,05$) και μεταξύ αίσθησης συνοχής-επιμέρους δεικτών του SCL-90 (Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων $r = -0,66$, Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων $r = -0,639$, Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων $r = -0,63$). Όλες οι υποκλίμακες του SCL-90 έχουν μέτρια ή μεγάλη αρνητική συσχέτιση με την αίσθηση συνοχής. Μεγαλύτερη συσχέτιση υπάρχει μεταξύ SOC-κατάθλιψη ($r = -0,665$, $p < 0,05$).

Συμπεράσματα: Η αίσθηση συνοχής αποτελεί έναν παράγοντα που προάγει την ψυχική υγεία. Ενδυναμώνει τις αντιστάσεις απέναντι στο στρες και οδηγεί στην πρόληψη των ψυχολογικών προβλημάτων των ηλικιωμένων.

SYMMARY

«THE IMPACT OF SENSE OF COHERENCE IN MENTAL HEALTH OF ELDERLY».

BACKGROUND: Sense Of Coherence" (SOC) is the central idea of Aaron Antonovsky's concept of salutogenesis. It is used to explain why some people become ill under stress and others stay healthy.

OBJECTIVE: To specify sense of coherence (SOC) and the degree of its correlation with mental health in elderly.

METHODS: We conducted cross-sectional study in Health Center of Megalopolis. The number of the participants was 100 elderly (n=100). We excluded old suffering from dementia and psychosis. We used 2 questionnaires (SCL-90-R and Sence of Coherence). Data were analysed using SPSS 18.0.

FINDINGS: Socio-demographic characteristics of the sample : mean age 71,68 years, 70% women, 50% married, 52% had received mandatory education. Mean score of sense of coherence (SOC): $137 \pm SD:26,49$. There is weak positive association between age and SOC score ($r = 0,14769$, $p<0,05$).

Mean score of SCL-90 : $66,89 \pm 6,146$, Positive Symptom Total: $0,76 \pm 0,51$, Global Severity Index: $6,82 \pm 17,76$, Positive Symptom Distress Index : $0,41 (\pm 0,19)$.

Sense of coherence score and SCL-90 score are negatively correlated ($r = -0,657$, $p<0,05$). SOC score and SCL-90 indexes score (Positive Symptom Total: $r = 0,663$, $p<0,05$, Global Severity Index $r = -0,639$, $p<0,05$, Positive Symptom Distress Index $r = -0,634$ $p<0,05$) are negatively correlated. There is weak or strong association between sense of coherence score and SCL-90 sub-climaxes score . The strongest correlation is between SOC and Depression ($r = -0,665$, $p<0,05$).

CONCLUSION: SOC seems to be a mental health promoting resource . Strong sense of coherence strengthens resilience and drives in prevention of psychological problems in elderly.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Κατάλογος Πινάκων

Κατάλογος Πινάκων

<u>Πίνακας 1.</u> Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για την ηλικία.....σελ. 40	σελ. 40
<u>Πίνακας 2.</u> Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, την οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδοσελ. 41	σελ. 41
<u>Πίνακας 3.</u> Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για το 1 ^ο Ερωτηματολόγιο SCL-90.σελ. 42	σελ. 42
<u>Πίνακας 4.</u> Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για το Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων (ΓΔΣ) (Positive Symptom Total): άθροισμα όλων/90 (μέσος όρος των 90 διαπιστώσεων).....σελ. 43	σελ. 43
<u>Πίνακας 5.</u> Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για το Δείκτη Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΘΣ-Global Severity Index): αριθμός των διαπιστώσεων με θετική βαθμολογία (ανώτερη του μηδενός).....σελ. 44	σελ. 44
<u>Πίνακας 6.</u> Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για το Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ-Positive Symptom Distress Index).....σελ. 45	σελ. 45
<u>Πίνακας 7.</u> Συγκριτική παρουσίαση Μ.Ο. των τιμών του δείγματος και των τιμών του ελληνικού πληθυσμού για τους 3 επιμέρους δείκτες του SCL-90.....σελ. 46	σελ. 46
<u>Πίνακας 8.</u> Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για καθεμία από τις 90 ερωτήσεις της κλίμακας SCL-90.....σελ. 47	σελ. 47
<u>Πίνακας 9.</u> Ερωτήσεις- συμπτώματα που αναφέρονται με μεγαλύτερη συχνότητα στο ερωτηματολόγιο SCL-90 (ταξινόμηση από το συχνότερο στο λιγότερο συχνό).σελ. 50	σελ. 50
<u>Πίνακας 10.</u> Ερωτήσεις-συμπτώματα που αναφέρονται σπάνια (Μ.Ο<0,50) στο ερωτηματολόγιο SCL-90 (ταξινόμηση από το σπανιότερο στο λιγότερο σπάνιο).σελ. 52	σελ. 52
<u>Πίνακας 11.</u> Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για τις υποκλίμακες του SCL-90.σελ. 54	σελ. 54
<u>Πίνακας 12.</u> Συγκριτική παρουσίαση Μ.Ο. των τιμών του δείγματος και των τιμών του ελληνικού πληθυσμού για τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SCL-90.....σελ. 55	σελ. 55
<u>Πίνακας 13.</u> Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για την υποκλίμακα SCL-90-Σωματοποίηση.....σελ. 56	σελ. 56
<u>Πίνακας 14.</u> Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για την υποκλίμακα SCL-90-Ψυχαναγκαστικότητα.....σελ. 57	σελ. 57
<u>Πίνακας 15.</u> Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για την υποκλίμακα SCL 90 - Διαπροσωπική ευαισθησία.....σελ. 58	σελ. 58
<u>Πίνακας 16.</u> Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για την υποκλίμακα SCL 90 – Κατάθλιψη.....σελ. 59	σελ. 59
<u>Πίνακας 17.</u> Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για την υποκλίμακα SCL 90 – Άγχος.....σελ. 60	σελ. 60

<u>Πίνακας 18.</u> Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για την υποκλίμακα SCL 90 – Επιθετικότητα.....σελ. 61	σελ. 61
<u>Πίνακας 19.</u> Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για την υποκλίμακα SCL 90 - Φοβικό Άγχος.....σελ. 62	σελ. 62
<u>Πίνακας 20.</u> Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για την υποκλίμακα SCL 90 - SCL_90 – Παρανοειδής Ιδεασμός.....σελ. 63	σελ. 63
<u>Πίνακας 21.</u> Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για την υποκλίμακα SCL 90 - SCL_90 – Ψυχωτισμός.....σελ. 64	σελ. 64
<u>Πίνακας 22.</u> Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για το 2ο Ερωτηματολόγιο Sense of coherence (Μέγιστη δυνατή βαθμολογία: 29X7=203)σελ. 65	σελ. 65
<u>Πίνακας 23.</u> Μ.Ο. του σκορ της SOC σε ηλικιακές υπο-ομάδες.....σελ.65	σελ.65
<u>Πίνακας 24.</u> Σύγκριση του Μ.Ο. του σκορ της SOC σε ηλικιακές υπο-ομάδες.....σελ. 66	σελ. 66
<u>Πίνακας 25.</u> Συσχέτιση ηλικίας με βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο SOC.....σελ. 66	σελ. 66
<u>Πίνακας 26.</u> Περιληπτικά στατιστικά μέτρα για καθεμία από τις 29 ερωτήσεις της κλίμακας SOC.....σελ.67	σελ.67
<u>Πίνακας 27.</u> Σύγκριση Μ.Ο. των σκορ της αίσθησης συνοχής σε διάφορες κοινωνικοδημογραφικές ομάδες των ηλικιωμένων.....σελ. 68	σελ. 68
<u>Πίνακας 28.</u> Συσχέτιση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο SCL-90 και των επιμέρους δεικτών του με τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο της αίσθησης συνοχής.....σελ. 69	σελ. 69
<u>Πίνακας 29.</u> Συσχέτιση βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο αίσθησης συνοχής-SOC με τη βαθμολογία στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου SCL_90.....σελ. 70	σελ. 70

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2
Έντυπο συγκατάθεσης



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

ΓΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

α/α.....

Ο/Η υπογεγραμμένος.....

Διεύθυνση.....

Τηλέφωνο.....

Δίνω, μετά από πλήρη ενημέρωσή μου, τη συγκατάθεσή μου για τη συμπλήρωση δύο ερωτηματολογίων 90 και 29 ερωτήσεων που αφορούν στην εξέταση της ψυχικής υγείας και την αίσθηση συνοχής.

Αναγνωρίζω ότι οι απαντήσεις που θα δώσω μπορεί να διατηρηθούν και να χρησιμοποιηθούν για επιστημονικούς σκοπούς, υπό τον όρο ότι δε θα αποκαλυφθεί η ταυτότητά μου, τηρώντας την προστασία του ιατρικού απορρήτου.

Ημερομηνία.....

Υπογραφή.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Συνομογραφίες

Συντομογραφίες

1. SOC: Sense Of Coherence
2. WHO: World Health Organization (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)
3. Π.Ο.Υ.: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
4. QoL- Quality of life: Ποιότητα ζωής.
5. HbA1C: Γλυκοζιωμένη αιμοσφαιρίνη.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



Σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε κάποια ψυχολογικά σας χαρακτηριστικά και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.** Για το σκοπό αυτό, παρακαλούμε μην αναγράψετε το όνομά σας αλλά δημιουργείστε το δικό σας κωδικό, όπως περιγράφεται στη συνέχεια:

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2010

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / /

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ

ΓΥΝΑΙΚΑ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ

ΑΓΑΜΟΣ

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ

ΧΗΡΟΣ

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:

ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ/ΛΥΚΕΙΟΥ

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Ερωτηματολόγιο SCL-90

Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προβλήματα και ενοχλήσεις που, ορισμένες φορές, αντιμετωπίζουμε οι άνθρωποι. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό της ενόχλησης που σας έχει προκαλέσει το συγκεκριμένο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρικότητα ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είσθε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρένο;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζεστή ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμφωνούν;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
75. Αισθάνεσθε νευρικήτητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είσθε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4