



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Πτυχιακή Εργασία:
**«ΔΙΕΡΕΥΝΥΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΑΓΧΟΥΣ ΣΕ
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ»**
**«PROBE OF THE LEVEL OF THE ANXIETY OF THE
ELDERLY»**



ΣΥΝΤΑΚΤΗΣ: ΓΡΑΦΙΑΔΕΛΛΗΣ ΣΑΒΒΑΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΡΟΜΠΟΛΑΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ

ΠΑΤΡΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2020

Ευχαριστίες

Καταρχήν, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον εισηγητή της ακόλουθης πτυχιακής εργασίας κ. Ρόμπολα Περικλή, ακαδημαϊκό υπότροφο του Τμήματος Νοσηλευτικής για την δυνατότητα που μου έδωσε να πραγματοποιήσω την πτυχιακή μου εργασία υπό την εποπτεία του όλο αυτό το διάστημα.

Συνεχίζοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου, που με συνεχή στήριξη, συμπαράσταση και θυσίες με βοήθησαν να ξεκινήσω και να πραγματοποιήσω τις σπουδές μου. Τέλος, οφείλω ένα ιδιαίτερο ευχαριστώ σε όλους τους συμμετέχοντες για τον χρόνο που μου διέθεσαν, αποτελώντας καταλυτικό παράγοντα έτσι ώστε να ολοκληρωθεί η παρούσα πτυχιακή εργασία.

Περίληψη

Εισαγωγή: Το άγχος αποτελεί μια ιδιαίτερα υψηλή μορφή συναισθηματικής έντασης με ιδιαίτερα αρνητικές συνέπειες για την σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου που το βιώνει. Ιδιαίτερα στην Τρίτη ηλικία, το άγχος επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ζωή των ατόμων που ανήκουν σε αυτήν, αποτελώντας μια κατάσταση που συχνά υποεκτιμάται. Είναι λοιπόν ιδιαίτερα σημαντική η όσο το δυνατόν συντομότερη αναγνώριση της κατάστασης αυτής από το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και η συμμετοχή αυτού στην αντιμετώπιση της.

Σκοπός: Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε, είχε ως στόχο την διερεύνηση του άγχους των ατόμων της τρίτης ηλικίας που είναι εγγεγραμμένα στα Κέντρα Φιλίας, (ΚΕ.ΦΙ.) του Δήμου Περιστερίου που αλλιώς αναγράφονται και ως Κ.Α.Π.Η.. Ειδικότερα, η έρευνα επικεντρώθηκε στον διαχωρισμό του περιστασιακού άγχους (stait anxiety) σε σχέση με το άγχος που αποτελεί χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (trait anxiety). Ο κύριος σκοπός της έρευνας επικεντρώθηκε στην αξιολόγηση του επιπέδου του άγχους των ατόμων τρίτης ηλικίας που είναι εγγεγραμμένα στις μονάδες ΚΕ.ΦΙ. του Δήμου Περιστερίου, και η ταυτόχρονη καταγραφή των δημογραφικών δεδομένων τους. Επίσης δόθηκε βάση στην σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας με την νόρμα του γενικού πληθυσμού, καθώς και με αποτελέσματα άλλων ερευνητικών εργασιών πανομοιότυπου θέματος.

Μεθοδολογία: Για την διερεύνηση του τρέχοντος θέματος της πτυχιακής εργασίας, χρησιμοποιήθηκε ποσοτική έρευνα, τον πληθυσμό της οποίας κατάρτισαν τα μέλη των ΚΕ.ΦΙ. του Δήμου Περιστερίου. Η συλλογή των απαραίτητων δεδομένων ξεκίνησε τον Ιούλιο του 2020, με την κατάθεση αίτησης για την λήψη της απαραίτητης άδειας από το Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής και Ισότητας του Δήμου Περιστερίου και ολοκληρώθηκε στα τέλη Αυγούστου με την συλλογή των ερωτηματολογίων και την στατιστική απεικόνιση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από αυτά. Το δείγμα της έρευνας κατέστησαν 66 άτομα εγγεγραμμένα στις δομές ΚΕ.ΦΙ. του Δήμου Περιστερίου που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Οι 51 ερωτηθέντες ήταν γυναικείου φύλου ενώ οι υπόλοιποι 15 ήταν άντρες, εκ των οποίων όλοι ήταν Ελληνικής εθνικότητας. Ειδικότερα, η διαδικασία της έρευνας, εξαιτίας της έξαρσης του νέου της πανδημίας sars covid-19 πραγματοποιήθηκε με την συμπλήρωση ερωτηματολογίων από εγγεγραμμένα μέλη στις δομές ΚΕ.ΦΙ. του Δήμου Περιστερίου, τα οποία συμπληρώθηκαν σε κατ' ιδίαν συναντήσεις τηρώντας όλα τα μέτρα ασφαλείας. Το θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας βασίστηκε σε ελληνόγλωσση και ξενόγλωσση βιβλιογραφία. Τα δεδομένα προέκυψαν έπειτα από επεξεργασία δια μέσου του στατιστικού προγράμματος SPSS.

Αποτελέσματα: Συνολικά, από τα αποτελέσματα των συμμετεχόντων, διαφάνηκε το συμπέρασμα πως ένα υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων βίωνε χαμηλό συνολικό άγχος (68.2%), ποσοστό 31.8% μέτριο συνολικό άγχος ενώ δεν υπήρξαν συμμετέχοντες με υψηλό συνολικό άγχος. Ποσοστό 59.1% βίωνε χαμηλό παροδικό άγχος, 40.9% μέτρια επίπεδα παροδικού άγχους ενώ δεν υπήρξαν συμμετέχοντες με υψηλά επίπεδα παροδικού άγχους. Ποσοστό 59.1% βίωνε υψηλό μόνιμο άγχος, 36.4% μέτριο μόνιμο άγχος και 4.5% υψηλό μόνιμο άγχος. Οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά συνολικού και μόνιμου άγχος, σε σύγκριση με τους άντρες, οι οποίοι εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά παροδικού άγχους. Σε σύγκριση με την νόρμα του ελληνικού πληθυσμού, η οποία βασίζεται στην έρευνα των Λιάκου και Γιαννίτση, τα αποτελέσματα της έρευνας μας κατέδειξαν χαμηλότερα επίπεδα άγχους των συμμετεχόντων τόσο στο συνολικό, το παροδικό όσο και το μόνιμο άγχος. Για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων, χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης IBM SPSS Statistics 25.

Συμπεράσματα: Το άγχος αποτελεί μια κατάσταση ιδιαίτερα συχνή σε άτομα όλων των ηλικιών και δει των ατόμων τρίτης ηλικίας. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του άγχους μπορεί να είναι καταλυτικός, βοηθώντας τους να αντιμετωπίσουν αυτές τις καταστάσεις χτίζοντας «άμυνες» απέναντι του. Η προσέγγιση των ατόμων με άγχος, η επικοινωνία καθώς και η κατάλληλη καθοδήγηση αποτελεί εχέγγυο για τον σύγχρονο νοσηλευτή.

Λέξεις κλειδιά: Άγχος, Τρίτη ηλικία, Ηλικιωμένοι, Ρόλος του Νοσηλευτή

Abstract

Introduction: Anxiety is a very high form of emotional tension with particularly negative consequences for the physical and mental health of the person experiencing it. Especially in old age, stress greatly affects the lives of people who belong to it, being a condition that is often underestimated. It is therefore very important that the nursing staff recognizes this condition as soon as possible and participates in its treatment.

Purpose: The research that was carried out, aimed at investigating the anxiety of the elderly people who are registered in the Friendship Centers, (KEFI) of the Municipality of Peristeri, which are also listed as K.A.P.I. research focused on the separation of state anxiety in relation to personality trait (trait anxiety). The main purpose of the research focused on the assessment of the level of stress of the elderly who are enrolled in the KEFI units. of the Municipality of Peristeri, and the simultaneous recording of their demographic data. It was also based on the comparison of the results of the research with the norm of the general population, as well as with the results of other research works of identical subject.

Methodology: For the investigation of the current topic of the dissertation, a quantitative research was used, the population of which was compiled by the members of KEFI. of the Municipality of Peristeri. The collection of the necessary data started in July 2020, with the submission of an application for the necessary license by the Directorate of Social Policy, Education, Culture and Youth of the Municipality of Peristeri and was completed in mid-August with the collection of questionnaires and statistics illustration of the results obtained from them. The sample of the research was made by 66 people registered in the structures of KE.FI. of the Municipality of Peristeri who took part in the investigation. 51 of the respondents were female while the remaining 15 were male, all of whom were of Greek nationality. In particular, the investigation process, due to the outbreak of the new pandemic sars covid-19, was carried out by completing questionnaires by registered members in the structures KE.FI. of the Municipality of Peristeri, which were completed in private meetings observing all security measures. The theoretical framework of the research was based on Greek and foreign language literature. The data were obtained after processing through the statistical program SPSS.

Results: Overall, from the results of the participants, it was concluded that a high percentage of participants experienced low overall stress (68.2%), 31.2% moderate total stress while there were no participants with high overall stress. Percentage of 59.1% experienced low transient stress, 40.9% experience moderate levels of transient stress while there were no participants with high levels of transient stress. Percentage of 59.1% experienced high permanent stress, 36.4% experienced moderate

permanent stress and 4.5% experienced high permanent stress. Women had higher rates of total and permanent stress, compared to men, who had higher rates of transient stress. In comparison to the results of the Greek norm of the Greek population, which is based on the research of Liakos and Giannitsis, the results of our research showed lower levels of anxiety of the participants in all total, state and trait anxiety. The IBM SPSS Statistics 25 statistical analysis program was used for the extraction of the results.

Conclusions: Stress is a condition that is particularly common in people of all ages and seen in the elderly. The role of the nurse in dealing with stress can be catalytic, helping them deal with these situations by building "defenses" against them. The approach of people with anxiety, communication and appropriate guidance is a guarantee for the modern nurse.

Key words: Anxiety, Old people, Elderly, Nursing Role

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες.....	1
Περίληψη.....	2
Abstract.....	4
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΑΓΧΟΣ.....	9
1.1. Εννοιολογική προσέγγιση άγχους.....	9
1.1.1. Ορισμός άγχους.....	11
1.1.2. Διαχωρισμός άγχους από φόβο, το στρες και την ανησυχία.....	11
1.1.3. Αγχώδεις διαταραχές.....	13
1.2. Αιτιολογία άγχους.....	15
1.3. Κατηγοριοποίηση και επίπεδα άγχους.....	18
1.3.1. Περιστασιακό και μόνιμο άγχος.....	19
1.4. Συμπτώματα και νοσηλευτικές διαγνώσεις.....	21
1.4.1. Συμπτωματολογία.....	21
1.4.2. Νοσηλευτικές διαγνώσεις.....	22
1.5. Θεραπεία άγχους.....	23
1.5.1. Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία.....	24
1.5.2. Καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια.....	25
1.5.3. Φαρμακευτική θεραπεία.....	26
1.5.4. Θεραπεία άγχους μέσω της άσκησης.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ.....	29
2.1. Χαρακτηριστικά και ανάγκες ηλικιωμένων.....	29
2.1.1. Χαρακτηριστικά ηλικιωμένων.....	30
2.1.2. Ανάγκες ηλικιωμένων.....	34
2.2. Το άγχος στους ηλικιωμένους.....	37
2.3. Έρευνα και Τρίτη ηλικία.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	41

3.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προσέγγιση του ασθενή με άγχος.....	41
3.2. Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή με άγχος.....	42
3.3. Προαγωγή της υγείας.....	43
3.4. Σύνοψη νοσηλευτικής προσέγγισης.....	45
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	47
4.1. Είδος έρευνας.....	47
4.2. Σκοπός έρευνας.....	47
4.3. Ερωτηματολόγιο.....	48
4.4. Πληθυσμός και δείγμα.....	49
4.5. Περιορισμοί.....	50
4.6. Στατιστικές μέθοδοι.....	50
4.7. Περιορισμοί.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	52
5.1. Αποτελέσματα έρευνας.....	52
5.2. Συμπεράσματα – Συζήτηση.....	65
5.3. Προτάσεις.....	67
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	68
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	77

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΓΧΟΣ

1.1. Εννοιολογική Προσέγγιση

Το άγχος αποτελεί ένα συναίσθημα πάνω στο οποίο βασίστηκε η γέννηση τόσο της ψυχιατρικής, όσο και της ψυχαναλυτικής θεραπείας. Το άγχος είναι κάτι που μας καταπίνει, μας ασκεί αφόρητη πίεση μας σφίγγει και μας κόβει την αναπνοή, μας στερεί το πολύτιμο οξυγόνο- την ίδια μας την ζωή (Εμμανουηλίδου, 2013). Σύμφωνα με τον Freud, το άγχος είναι ένα πάθος, δηλαδή μια επανάληψη μιας ιδιαίτερης πού σημαντικής εμπειρίας. Για εκείνον, το άγχος ήταν «το θεμελιακό φαινόμενο και το κεντρικό πρόβλημα της νεύρωσης». Κατέληξε στην άποψη, ότι η κατανόηση του άγχους ήταν «το πιο δύσκολο καθήκον, που τέθηκε μπροστά μας», ένα καθήκον, που η λύση του απαιτούσε «τη σύσταση των σωστών αφηρημένων ιδεών και την εφαρμογή τους στο ακατέργαστο υλικό των παρατηρήσεων, ώστε να φέρουμε τάξη και διαύγεια σ' αυτό» (Spielberger, 1982).

Στην προσπάθεια του να δώσει κατανόηση ένα «αίνιγμα του οποίου η λύση θα ρίξει φως πάνω στην νοητική μας ζωή», διατύπωσε δύο διαφορετικές θεωρίες για το άγχος. Στην πρώτη του θεωρία ο Freud πίστευε ότι αυτό οφειλόταν στην ανεπαρκή εκφόρτωση της λιβιδινικής ενέργειας, είτε λόγω εξωτερικών είτε λόγω εσωτερικών εμποδίων. Ωστόσο, αυτή η θεωρία δεν έδινε επαρκείς απαντήσεις για τον τρόπο και την ακριβή χρονική στιγμή δημιουργίας του άγχους. Στην δεύτερη του θεωρία, ο Freud εγκαταλείπει την άποψη ότι το άγχος οφειλόταν στην ανεπαρκή εκφόρτωση της λιβιδινικής ενέργειας. Συγκεκριμένα, πιστεύει πως το άγχος επηρεάζεται από την κληρονομικότητα και αποτελεί μια φυσική αντίδραση του οργανισμού σε ψυχολογικές και σωματικές πιέσεις. Για να εξηγήσει την έννοια του άγχους, ο Freud εισήγαγε την έννοια τραυματική κατάσταση, δηλαδή μια μεγάλη ποσότητα ερεθισμάτων την οποία το Εγώ δεν έχει την δυνατότητα τα αποκλιμακώσει. Αποτέλεσμα αυτού, είναι η δημιουργία του άγχους (Freud, 2008)

Το άγχος ως λέξη προέρχεται από το αρχαίο ρήμα «άγχω» που σημαίνει σφίγγω στον λαιμό ή πνίγω. Ομόρριζο με αυτή τη λέξη είναι η αγχόνη, δηλαδή η θηλιά στο λαιμό που προκαλεί τον πνιγμό. Το άγχος εντείνει τον χαρακτηριστικό σφίξιμο στην αναπνοή και σχεδόν πάντοτε επαναλαμβάνεται με ένα πάθος (Freud). Στα λατινικά, η λέξη άγχος προέρχεται από το ουσιαστικό *angor* και το ρήμα *ango*. Συγγενής λέξη μάλιστα αποτελεί και η λέξη *angustus* (στενός). Σύνδεση της λέξης άγχος Η εμπειρία του άγχους συνοδεύει τον άνθρωπο σαν εμπειρία από την εποχή του homo sapiens. Για τον πρωτόγονο άνθρωπο, το άγχος αυτό είχε φυσικά αίτια που σχετίζονται με την καθημερινότητα του. Για παράδειγμα, ο πρωτόγονος πρόγονός μας κατάφερε να επιβιώσει και να εξελιχθεί μεταξύ άλλων και χάρη στο άγχος. Όταν ο προϊστορικός άνθρωπος περιπλανιόταν σε άγνωστες περιοχές αναζητώντας κατάλυμα, ο μηχανισμός του άγχους ήταν εκείνος που τον προετοίμαζε σωματικά και πνευματικά για

τις απειλές που θα μπορούσαν πιθανόν να εμφανιστούν. Ο μηχανισμός αυτός –με τη διαμεσολάβηση της επινεφρίνης (μιας ορμόνης που εκκρίνεται από τα επινεφρίδια, γνωστής και ως αδρεναλίνη) έχοντας επίδραση σε όλο το σώμα προκαλούσε μεταξύ άλλων ταχυκαρδία και αύξηση της πίεσης, εφίδρωση και ταχύπνοια φέρνοντας τον οργανισμό σε κατάσταση ετοιμότητας Έτσι, αυτές οι απειλές ήταν ορατές στον άνθρωπο, κάτι που του έδινε την δυνατότητα της προετοιμασίας για την αντιμετώπιση τους.

Αναφορές για το άγχος εντοπίζονται τόσο στην Ελληνική όσο και στην λατινική λογοτεχνία, κυρίως για τον τρόπο που οι άνθρωποι προσπαθούσαν να απελευθερωθούν από το αίσθημα της παθολογικής ανησυχίας που αντιμετώπιζαν. Στα κείμενα του Ιπποκράτη, περιγράφεται η αγάπη ενός ανθρώπου, του Νικάνωρ για το ποτό, η οποία μετατράπηκε σε φόβο ακούγοντας τον ήχο ενός φλάουτου. “Κάθε φορά που άκουγε τον ήχο του φλάουτου να παίζει στο συμπόσιο, το αίσθημα του τρόμου αυξανόταν. Έλεγε ότι πολύ δύσκολα μπορούσε να το αντέξει κατά την διάρκεια της νύχτας, αλλά αν το άκουγε κατά την διάρκεια της μέρας, δεν τον επηρέαζε. Αυτά τα συμπτώματα μάλιστα, συνέχισαν για μεγάλο χρονικό διάστημα.” Στο κείμενο αυτό, μια τυπική περίπτωση φοβίας χαρακτηρίζεται ως ιατρική διαταραχή (Crocq, 2015).

Οι πιο πρόσφατες θεωρίες, περιγράφουν το άγχος με τρεις τρόπους: ως ερέθισμα, ως ανταπόκριση και ως συναλλαγή η διαδικασία. Αναλύοντας τα παραπάνω, το ερέθισμα αφορά σημαντικά γεγονότα της ζωής του ατόμου και χρόνιες καταστάσεις, ενώ η ανταπόκριση αφορά τον τρόπο που κάποιος ανταποκρίνεται σε κάποιον ιδιαίτερο στρεσογόνο παράγοντα. Τέλος, ως συναλλαγή η διαδικασία, το άγχος θεωρείται αποτέλεσμα μιας σειράς αλληλεπιδράσεων και ρυθμίσεων μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος (Osborn κ.α., 2013).

Είναι λοιπόν σαφές ότι η παρουσία του άγχους στάθηκε ιδιαίτερα σημαντική για την πορεία της εξέλιξής μας. Παρά την αλλαγή στις συνθήκες ζωής μας, το άγχος παραμένει απαραίτητο και κινητοποιητικό συναίσθημα για να ανταπεξέλθουμε στους κινδύνους και τις απαιτήσεις της σύγχρονης ζωής. Κίνδυνοι που δεν έχουν πια τη μορφή των άγριων ζώων (που αποτελούσαν εν δυνάμει κινδύνους για τον πρόγονό μας) αλλά μπορεί να είναι οι ακαδημαϊκές ή εργασιακές απαιτήσεις, όπως η εξεταστική περίοδος για ένα φοιτητή ή μια σημαντική επαγγελματική συνέντευξη (Καττούλας, 2011).

1.1.1. Ορισμός Άγχους

Το αίσθημα του άγχους σύμφωνα με τον Freud αποτελεί ένα μείζον αίνιγμα, η λύση του οποίου μπορεί να διαλευκάνει την νοητική μας ζωή. Ως άγχος ορίζεται η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Το άγχος είναι μία κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα (Μάνος, 1997). Όπως συμπληρώνει η American Psychological Association, το άγχος, χαρακτηρίζεται επίσης από αισθήματα έντασης, ανησυχία όπως και από άνοδο της πίεσης του αίματος.

Σύμφωνα με τον Ohman (2000), το άγχος αποτελεί φυσιολογική εκδήλωση κάθε ανώτερου ζώντος οργανισμού και οροθετείται ως μια ειδική ανταλλαγή ανάμεσα σε ένα συγκεκριμένο είδος συστήματος (άτομο-κοινωνία) και σε ένα συγκεκριμένο είδος περιβάλλοντος.

Το άγχος μπορεί να θεωρηθεί ως μια κατάσταση υπερβολικής εγρήγορσης του οργανισμού. Είναι μια αντίδραση του οργανισμού σε απειλητικά ερεθίσματα. Η αντίδραση αυτή καθιστά τον άνθρωπο ικανό να αντιμετωπίσει το απειλητικό ερέθισμα ή να απομακρυνθεί από αυτό (Αλεβίζος, 2008). Όταν το άτομο βιώνει αυτήν την απειλή, ο οργανισμός πυροδοτεί μια οργανική απάντηση ενάντια του άγχους. Η απάντηση αυτή εκδηλώνεται όταν η ικανότητα προσαρμογής του ατόμου σε καταστάσεις μειώνεται είτε δοκιμάζεται. Η αντίδραση αυτή στο άγχος αυξάνει την κατανάλωση ενέργειας, και έτσι δίνει στο σώμα του ανθρώπου την δυνατότητα να αντιμετωπίσει την απειλή που δέχεται.

1.1.2. Διαχωρισμός άγχους από φόβο, το στρες και την ανησυχία

Σε αυτό το σημείο, χρειάζεται να διαχωρίσουμε τις έννοιές του άγχους και του φόβου, που από πολλούς θεωρούνται ισοδύναμες, κάτι το οποίο όμως δεν είναι ορθό. Ο φόβος, αποτελεί ένα παρόμοιο συναίσθημα με το άγχος εξαιτίας του ότι αποτελεί βασικό στοιχείο της καθημερινότητας των ανθρώπων κατά την αντιμετώπιση κάποιας απειλής (Mental Health Foundation, 2014). Ο φόβος αυξάνει την διέγερση και την νευροβιολογική δραστηριότητα, ενεργοποιώντας παράλληλα ειδικά μοντέλα συμπεριφοράς του οργανισμού, τα οποία είναι σχεδιασμένα για την αντιμετώπιση αυτών των απρόοπτων καταστάσεων. Ο φόβος αφορά την αντίδραση του ανθρώπου σε μια γνωστή απειλή, που μπορεί να προέρχεται και από το άγχος. Αυτή η απειλή ενεργοποιεί αντίστοιχα την αντίδραση «πάλης ή

φυγής» (fight or fear), μια απόκριση δηλαδή του οργανισμού στον φόβο που όπως και στο άγχος χαρακτηρίζεται από αδρεναλίνη και ταχυκαρδίες (MacLeavy, 2017).

Συγκρίνοντας τις δύο αυτές έννοιες, παρότι ο φόβος έχει ένα συγκεκριμένο περιεχόμενο το οποίο προκαλεί την αντίδραση «πάλης ή φυγής», το άγχος προκαλεί ένα παρατεταμένο αίσθημα ανησυχίας, η πηγή του οποίου μπορεί να είναι άγνωστη. Σύμφωνα με τον διαγνωστικό τόμο Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, το άγχος, «μια μελλοντική κατάσταση της διάθεσης που σχετίζεται με την προετοιμασία για πιθανά επικείμενα αρνητικά γεγονότα», διαχωρίζεται από τον φόβο, ο οποίος «αποτελεί έναν συναγερμό ως απάντηση σε υπάρχων ή επικείμενους κινδύνους» (American Psychiatric Association, 2013).

Το στρες, όπως και το άγχος είναι αποτέλεσμα ενεργοποίησης μηχανισμών που είναι υπεύθυνοι για την διατήρηση της ομοιόστασης του οργανισμού. Αν και το στρες είναι κάτι το οποίο προκαλείται από εξωτερικούς παράγοντες που μπορούμε συχνά να εντοπίσουμε και να διαχειριστούμε- όπως η εργασία και τα οικονομικά προβλήματα, το άγχος μπορεί να μας επηρεάσει χωρίς την ύπαρξη κάποιας προφανής αιτίας. Επίσης, σε αντίθεση με το στρες, το άγχος μπορεί να επιμένει με την παρουσία του, ακόμη και αν γνωρίζουμε την ύπαρξη του. (British Journal of Healthcare Assistants, 2016)

Οι όροι άγχος, στρες και ανησυχία συχνά συγχέονται ή χρησιμοποιούνται ως συνώνυμοι από πολλούς συγγραφείς και επιστήμονες (Kneisl, 2009). Η ανησυχία περιγράφεται ως μια κατάσταση η οποία πηγάζει από «οποιοδήποτε παράγοντα απειλεί καλώς έχειν του οργανισμού» (Atnikson, 1983). Οι απειλές σωματικής βίας, οι απειλές εναντίον της- αυτοεκτίμησης και η πίεση να λειτουργήσει κάποιος πέραν των δυνατοτήτων του προκαλούν ανησυχία. Η ανησυχία επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, ένας εκ των οποίων είναι και το άγχος (Κοτρώτσιου, 2002).

Σε αντίθεση με το άγχος το οποίο μπορεί να αποτελέσει μια υπερβολική αντίδραση του οργανισμού σε εξωτερικά στρεσογόνα γεγονότα, η ανησυχία αποτελεί ένα γεγονός εσωτερικό και πνευματικό, που παρουσιάζει πολλές δυσκολίες ως προς την μέτρηση του. Η διαδικασία της ανησυχίας αντιπροσωπεύει μια προσπάθεια να καταπιαστεί το άτομο με μία πνευματική επίλυση προβλήματος σε κάποιο έργο του οποίου το αποτέλεσμα είναι αβέβαιο αλλά περιέχει την πιθανότητα ενός ή περισσότερων αποτελεσμάτων. Όταν ανησυχούμε, μπορεί να το βιώνουμε σαν μια αλυσίδα σκέψεων και εικόνων, που μπορούν να προχωρήσουν σε όλο και πιο καταστροφικές και απίθανες, μη ρεαλιστικές κατευθύνσεις. Μερικοί άνθρωποι βιώνουν την ανησυχία τους ως ανεξέλεγκτη - σαν να έχει μια δική της υπόσταση (Whalley & Kaur, 2020).

Καταλήγουμε πως η ανησυχία αποτελεί έναν τρόπο «να σκεφτόμαστε για το μέλλον» που συχνά μας προκαλεί άγχος και φόβο (Whalley & Kaur, 2020). Έτσι η μείωση του άγχους συνεπάγεται παράλληλα και με την μείωση του αισθήματος της ανησυχίας.

1.1.3. Αγχώδεις Διαταραχές

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν ίσως τις συχνότερα συναντούμενες ψυχικές διαταραχές στον γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με τον διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο διαταραχών DSM-IV οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν μια ετερογενή ομάδα διαταραχών οι οποίες έχουν ως κοινό σύμπτωμα το άγχος. Παρόλα αυτά, κάθε μία από αυτές τις διαταραχές εμφανίζει διαφορετική αιτιολογία και αποτελέσματα καθώς και μια ποικιλία διαφορετικών χαρακτηριστικών (Wiedermann, 2001). Χαρακτηριστικό εύρημα των αγχωδών διαταραχών αποτελεί η επίμονη και έντονη ύπαρξη ψυχολογικών συναισθημάτων, όπως η ευερεθιστότητα, η δυσκολία στην συγκέντρωση και η κατάθλιψη. Δυνατή είναι και η ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων, όπως η έντονη αίσθηση των καρδιακών παλμών, η εφίδρωση, η ταχύπνοια και βραδύπνοια, η ζάλη, λιποθυμίες αλλά και πόνοι στο στομάχι (Mental Health Foundation, 2014). Σύμφωνα με την American Psychiatric Association (2013), υπάρχουν αρκετά είδη αγχωδών διαταραχών, όπως η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, οι συγκεκριμένες φοβίες, η κοινωνική φοβία, η αγοραφοβία, η διαταραχή πανικού και η επιλεκτική αλαλία. Σε άλλες αναφορές, συναντιούνται επίσης ως πολύ κοινές αγχώδεις διαταραχές, τόσο η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, όσο και η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή (Πολυκανδριώτη & Κουτσοπούλου, 2014).

- **Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή**

Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (Γ.Α.Δ.) χαρακτηρίζεται από μια υπερβολική, μη ειδική και μη συγκεκριμένη ανησυχία για μια σειρά μελλοντικών γεγονότων, τα οποία είναι δύσκολα διαχειρίσιμα από το άτομο (Wiedermann, 2001). Η διαταραχή αυτή δύναται να εμφανίζεται για ένα διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών για μια σειρά εκδηλώσεων ή δραστηριοτήτων. Χαρακτηριστικό της ανησυχίας που δημιουργείται αποτελεί η δυσκολία ελέγχου αυτής (Neil κ.α., 2005).

- **Συγκεκριμένες φοβίες**

Οι συγκεκριμένες φοβίες αποτελούν ένα έντονο συναίσθημα φόβου το οποίο πηγάζει από συγκεκριμένα αντικείμενα ή καταστάσεις οι οποίες διαταράσσουν τη ζωή του ατόμου (Πολυκανδριώτη & Κουτσοπούλου, 2014). Υπάρχουν 5 υπότυποι των συγκεκριμένων φοβιών: η φοβία στα ζώα, ο φόβος του φυσικού περιβάλλοντος, ο φόβος αιμοφόρου ένεσης / τραύματος, ο περιστασιακός φόβος και άλλοι υπότυποι, όπως ο πνιγμός ή ο έμετος (Neil κ.α., 2005).

- **Κοινωνική φοβία**

Η κοινωνική φοβία χαρακτηρίζεται από τον φόβο ότι κάποιος μπορεί να εκτεθεί σε μια κατάσταση από στην οποία θα περιεργαστεί προσεκτικά από τον περίγυρο του η θα αισθανθεί ανεπαρκής σε σχέση με αυτούς. Η έκθεση σε αυτήν την κατάσταση οδηγεί σε εμφανή συμπτώματα άγχους, στα οποία συμπεριλαμβάνονται μεταξύ άλλων και το προληπτικό άγχος (Wiedermann, 2001).

- **Αγοραφοβία**

Η αγοραφοβία χαρακτηρίζει τον φόβο του ατόμου να βρεθεί σε καταστάσεις από τις οποίες δεν μπορεί να ξεφύγει ή δεν θα μπορεί να υπάρξει βοήθεια εάν την χρειαστεί. Συχνά τα άτομα με αγοραφοβία παρουσιάζουν αποπροσωποποίηση ζάλη αλλά και καρδιακά προβλήματα. Η διαταραχή αυτή μπορεί να εμφανιστεί με ή χωρίς την εμφάνιση διαταραχών πανικού (Wiedermann, 2001). Τα αγοραφοβικά άτομα δεν αποφεύγουν μόνο την πολυκοσμία αλλά και κλειστούς χώρους. Σε σοβαρές περιπτώσεις το άτομο δεν μπορεί να βγει από την κατοικία του.

- **Διαταραχή πανικού**

Ως κρίσεις ή προσβολές πανικού, ορίζονται οι επεισοδιακές και απρόβλεπτες προσβολές έντονου άγχους που συνοδεύεται από σωματικά και ψυχικά συμπτώματα. Σύμφωνα με τον Klein (1996), η κρίση πανικού εμφανίζεται όταν οι "αισθητήρες" της ασφυξίας παρουσιάζουν έλλειψη αέρα μετά από μια χωρίς ιδιαίτερη σημασία άνοδο του επιπέδου του διοξειδίου του άνθρακος επί ατόμων που είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι σε αυτή την αύξηση. Οι διαταραχές αυτές είναι επαναλαμβανόμενες και το άτομο που τις βιώνει παρουσιάζει για τουλάχιστον ένα μήνα έντονη ανησυχία για επανεμφάνιση αντίστοιχης κρίσης πανικού (Neil κ.α., 2005).

- **Επιλεκτική αλαλία**

Σύμφωνα με το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) of American Psychiatry Association (American Psychiatric Association, 2013), η επιλεκτική αλαλία ορίζεται ως «μια παιδική διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από την αποτυχία του παιδιού να μιλήσει σε κάποιες κοινωνικές περιστάσεις, παρόλο που υπάρχει η προσδοκία να μιλήσει και έχει την ικανότητα να το πράξει» (Martinez κ.α., 2015). Τα άτομα που παρουσιάζουν την διαταραχή αυτή, δεν μιλούν ακόμη και εάν τα γεγονότα που συμβαίνουν είναι ντροπιαστικά για τα ίδια ή οδηγούν στον κοινωνικό εξοστρακισμό τους.

1.2 Αιτιολογία άγχους

Στην προσπάθεια αιτιολόγησης του άγχους, παρατηρούνται πολλοί διαφορετικοί τρόποι σκέψης. Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία, το άγχος πηγάζει από ένα υποσυνείδητο άλυτο τραύμα κατά την παιδική ηλικία (Fox, 1996). Παρότι υπάρχουν πολλές οπτικές στο συγκεκριμένο ζήτημα, οι πραγματικές αιτίες του άγχους παραμένουν άγνωστες.

Το άγχος, μπορεί να θεωρηθεί ως μια σειρά γεγονότων, με εφαλτήριο έναν στρεσογόνο παράγοντα ο οποίος αναγνωρίζεται από τον εγκέφαλο και έχει ως αποτέλεσμα την ενεργοποίηση του οργανικού συστήματος φυγής στο σώμα. Το άγχος μπορεί να είναι αποτέλεσμα τόσο εσωτερικών όσο και εξωτερικών αιτιών - παραγόντων που μπορούν να έχουν τόσο θετικά όσο και αρνητικά αποτελέσματα.

Οι εσωτερικοί στρεσογόνοι παράγοντες πηγάζουν μέσα από το ίδιο το άτομο. Περιλαμβάνουν επιλογές του ατόμου στον τρόπο ζωής του, όπως την χρήση της καφεΐνης, ένα βαρύ καθημερινό πρόγραμμα, έντονη αυτοκριτική και υπερανάλυση, διανοητικές παγίδες αλλά και στρεσογόνες ιδιαιτερότητες. Οι εσωτερικοί αυτοί παράγοντες επιτείνονται από φυσιολογικά και ψυχολογικά ερεθίσματα (λ.χ. καρκίνος, εγκεφαλικό επεισόδιο, κατάθλιψη και άγχος) που μπορεί να βιώνει το άτομο (Osborn κ.α., 2013).

Οι εξωτερικοί στρεσογόνοι παράγοντες προέρχονται από το περιβάλλον του ατόμου και προκαλούνται από αλλαγές που συμβαίνουν σε αυτό. Η πρόκληση τους μπορεί να οφείλεται από το φυσικό περιβάλλον, το κοινωνικό περιβάλλον, το οργανωτικό περιβάλλον, όπως αρχές, κανονισμούς, προθεσμίες και γραφειοκρατία, σημαντικά γεγονότα της ζωής, όπως η γέννηση ενός παιδιού η ο ξαφνικός θάνατος ενός γονιού, και από τραύμα, όπως η εμπειρία από ένα βαρύ έγκλημα, ένα

αυτοκινητιστικό δυστύχημα ή άλλα γεγονότα, όπως τυφώνες, πλημμύρες και πυρκαγιές (Osborn κ.α., 2013).

Οι Holmes & Rahe σε έρευνα τους δημιούργησαν ένα κατάλογο ο οποίος αποτελείται από 43 γεγονότα τα οποία θεωρούνται ως οι πηγές στρες στη ζωή ενός ατόμου και απαιτούν κάποιας μορφής προσαρμογή ή αναπροσαρμογή. Αποτέλεσμα αυτής της εργασίας ήταν η δημιουργία της ταξινομικής κλίμακας κοινωνικής αναπροσαρμογής (Social Readjustment Rating) (McEwen, B. S., 2007).

Σύμφωνα με τον Σολδάτο (2005), για να αξιολογήσουμε το άγχος, πρέπει να διερευνώνται οι εξής παράμετροι: α) οι βιολογικές αιτίες, β) οι ψυχιατρικές αιτίες, γ) οι ψυχολογικοί μηχανισμοί του ατόμου και δ) οι κοινωνικές αιτίες.

Όσον αφορά τα βιολογικά αίτια, οι κυριότερες ασθένειες που μπορεί να προκαλέσουν ή να επιβαρύνουν συμπτώματα άγχους, αδρά ταξινομημένες είναι: τα νευρολογικά νοσήματα κατά 25%, οι ενδοκρινοπάθειες κατά 25%, τα καρδιαγγειακά νοσήματα κατά 12%, τα ανοσολογικά νοσήματα κατά 12%, τα λοιμώδη νοσήματα κατά 12%, όπως επίσης και άλλοι παράγοντες συμπεριλαμβανομένων και της λήψης φαρμακευτικής αγωγής κατά 14%. Όταν υπάρχει σωματική νόσος (π.χ. άσθμα) η ίδια η νόσος αλλά και η θεραπεία της μπορεί να πυροδοτήσουν άγχος (Σολδάτος, 2005).

Το κοινωνικό άγχος αποτελεί μια έντονη φοβία εξευτελισμού ή ταπείνωσης που αισθάνεται το άτομο όταν βρίσκεται σε καταστάσεις κοινωνικής αλληλεπίδρασης ή καταστάσεις όπου αξιολογείται η απόδοση του από κάποιον εξωτερικό παρατηρητή (Eng, Heimberg, Hart, Schneier, & Liebowitz, 2001). Βασικό του χαρακτηριστικό αποτελεί ο επίμονος φόβος ενός η περισσότερων κοινωνικών καταστάσεων κατά τις οποίες το άτομο μπορεί να γίνει δέκτης ταπείνωσης η εξευτελισμού.

Καταστάσεις άγχους όμως μπορούν να δημιουργηθούν ακόμη και στον χώρο νοσηλείας του ασθενή. Σύμφωνα με έρευνα την Royle και Wright (2010), ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών αναφέρει πως βιώνει υψηλά επίπεδα άγχους τόσο για την λήψη κάποιου ενέσιμου φαρμάκου, όσο και κατά την διάρκεια λήψης αίματος. Το άγχος αυτό μπορεί να επιδεινωθεί καθώς, όπως αναφέρουν οι ασθενείς, δεν γίνεται κάτι από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έτσι ώστε να αποκτήσουν γνώση στην αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης.

**The Holmes-Rahe Life Stress Inventory
The Social Readjustment Rating Scale**

INSTRUCTIONS: Mark down the point value of each of these life events that has happened to you during the previous year. Total these associated points.

Life Event	Mean Value
1. Death of spouse	100
2. Divorce	73
3. Marital Separation from mate	65
4. Detention in jail or other institution	63
5. Death of a close family member	63
6. Major personal injury or illness	53
7. Marriage	50
8. Being fired at work	47
9. Marital reconciliation with mate	45
10. Retirement from work	45
11. Major change in the health or behavior of a family member	44
12. Pregnancy	40
13. Sexual Difficulties	39
14. Gaining a new family member (i.e.. birth, adoption, older adult moving in, etc)	39
15. Major business readjustment	39
16. Major change in financial state (i.e.. a lot worse or better off than usual)	38
17. Death of a close friend	37
18. Changing to a different line of work	36
19. Major change in the number of arguments w/spouse (i.e.. either a lot more or a lot less than usual regarding child rearing, personal habits, etc.)	35
20. Taking on a mortgage (for home, business, etc..)	31
21. Foreclosure on a mortgage or loan	30
22. Major change in responsibilities at work (i.e. promotion, demotion, etc.)	29
23. Son or daughter leaving home (marriage, attending college, joined mil.)	29
24. In-law troubles	29
25. Outstanding personal achievement	28
26. Spouse beginning or ceasing work outside the home	26
27. Beginning or ceasing formal schooling	26
28. Major change in living condition (new home, remodeling, deterioration of neighborhood or home etc.)	25
29. Revision of personal habits (dress manners, associations, quitting smoking)	24
30. Troubles with the boss	23
31. Major changes in working hours or conditions	20
32. Changes in residence	20
33. Changing to a new school	20
34. Major change in usual type and/or amount of recreation	19
35. Major change in church activity (i.e.. a lot more or less than usual)	19
36. Major change in social activities (clubs, movies,visiting, etc.)	18
37. Taking on a loan (car, tv,freezer,etc)	17
38. Major change in sleeping habits (a lot more or a lot less than usual)	16
39. Major change in number of family get-togethers (""")	15
40. Major change in eating habits (a lot more or less food intake, or very different meal hours or surroundings)	15
41. Vacation	13
42. Major holidays	12
43. Minor violations of the law (traffic tickets, jaywalking, disturbing the peace, etc)	11

Now, add up all the points you have to find your score.

150pts or less means a relatively low amount of life change and a low susceptibility to stress-induced health breakdown.

150 to 300 pts implies about a 50% chance of a major health breakdown in the next 2 years.

300pts or more raises the odds to about 80%, according to the Holmes-Rahe statistical prediction model.

Sources: Adapted from Thomas Holmes and Richard Rahe. Holmes-Rahe Social Readjustment Rating Scale, *Journal of Psychosomatic Research*, Vol II, 1967.

Πίνακας: Ο κατάλογος των Holmes & Rahe με 43 γεγονότα τα οποία θεωρούνται ως οι πηγές στρες στη ζωή ενός ατόμου.

1.3. Κατηγοριοποίηση – Επίπεδα άγχους

Τα επίπεδα του άγχους αρκετές φορές επηρεάζονται από την προσωπικότητα του ατόμου, την ζωή του, το φύλο του αλλά και τους τρόπους αντιμετώπισης της κάθε κατάστασης. Τα επίπεδα του άγχους κατηγοριοποιούνται ανάλογα με την δυσφορία και την ψυχολογική βλάβη που θα παρουσιάσει το άτομο. Έτσι ταξινομούνται σε: ήπιο άγχος, μέτρο άγχος, σοβαρό άγχος και πανικό. Ωστόσο οι διαφορές ανάμεσα στις περιπτώσεις του ήπιου άγχους και σε αυτές που είναι μέτριου η σοβαρού εστιάζονται στην πιθανότητα μίας πιθανής απόπειρας αυτοκτονίας, ή στην διαταραχή του χαρακτήρα του ατόμου. Αυτές οι περιπτώσεις χρησιμοποιούνται έτσι ώστε να υπάρξει διάκριση ανάμεσα σε κλινικές και μη κλινικές περιπτώσεις (Kessler, 2003).

- **Ήπιο Άγχος**

Το ήπιο άγχος αποτελεί μια αίσθηση του ότι μία κατάσταση είναι διαφορετική και εγγυάται μεγαλύτερης προσοχής. Το αίσθημα της διέγερσης μεγαλώνει και βοηθά το άτομο έτσι ώστε να λύσει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, και να προστατέψει τον εαυτό του. Η επίδραση του μέτριου άγχους συχνά ωθεί τους ανθρώπους στο να αλλάζουν την καθημερινότητα τους έτσι ώστε να αντιμετωπίσουν αυτήν την κατάσταση. (Videbeck, 2003). Σε άτομα με ήπιο άγχος παρατηρείται εντονότερη λειτουργία των αισθήσεων. Το άτομο ακούει καλύτερα, βλέπει καλύτερα και δημιουργεί λογικούς συσχετισμούς μεταξύ των γεγονότων. Το άτομο νιώθει σχετικά ασφαλές και άνετο. (Πολυκανδριώτη, 2011)

- **Μέτριο Άγχος**

Το μέτριο άγχος είναι παρόμοιο με το ήπιο άγχος, αποτελεί όμως μια πιο σοβαρή και συντριπτική κατάσταση, προκαλώντας νευρική και αναστάτωση. Σε αυτήν την κατάσταση, το άτομο συνήθως παρουσιάζει μόνο ανησυχία και αδυνατεί να κατανοήσει τα συμπτώματα του. Τα συμπτώματα σε αυτό το επίπεδο περιλαμβάνουν εντονότερους χτύπους στην καρδιά, ξηροστομία, εφίδρωση, πόνο στο στομάχι και ναυτία. Οι άνθρωποι με μέτριο άγχος μιλάνε πιο γρήγορα, ενώ κάνουν και πιο γρήγορες κινήσεις. Οι επιπτώσεις του μέτριου άγχους σύμφωνα με μελέτη στο βρετανικό ιατρικό περιοδικό «British Medical Journal» μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο θανάτου κατά 16% ενώ όταν τα ψυχολογικά προβλήματα είναι εντονότερα, ο κίνδυνος αυξάνεται στο 67%. Από την άλλη μεριά, σύμφωνα με έρευνα του University of Waterloo, «ένα μέσο επίπεδο άγχους, το οποίο θα ωφελήσει τη μνήμη σου, αλλά γνωρίζουμε από άλλη έρευνα πως τα υψηλά επίπεδα άγχους μπορούν να τους κάνουν να φτάσουν σε ένα οριακό σημείο» (Lee & Fernandes, 2017).

- **Σοβαρό Άγχος**

Το σοβαρό άγχος είναι έντονα εξουθενωτικό και τα συμπτώματα του αποτελούν βασικά διαγνωστικά κριτήρια για την διαταραχή άγχους. Τα σοβαρά συμπτώματα άγχους συνυπάρχουν επίσης συχνά με μεγάλη κατάθλιψη, η οποία μπορεί να συμβάλει στη μεγαλύτερη αναπηρία. Τα συμπτώματα σοβαρού άγχους είναι συχνά και επίμονα και μπορεί να περιλαμβάνουν αυξημένο καρδιακό ρυθμό, συναισθήματα πανικού και κοινωνική απόσυρση. Όταν όμως τα γνωστικά, συμπεριφορικά και σωματικά συμπτώματα του άγχους είναι επίμονα και σοβαρά, το άγχος προκαλεί δυσφορία στο άτομο και επηρεάζει αρνητικά την ικανότητά του στον εργασιακό χώρο, στη μελέτη, στη κοινωνικοποίηση και διαχείριση καθημερινών εργασιών (Neil κ.α., 2005). Όταν το επίπεδο του άγχους χαρακτηριστεί ως σοβαρό και επίμονο, απαιτείται αρκετές φορές η αύξηση των ψυχολογικών παρεμβάσεων μέσω των φαρμάκων. Παρά το παραπλανητικό τους όνομα μάλιστα, τα αντικαταθλιπτικά θεωρούνται τα πιο κατάλληλα φάρμακα (Goncalves & Byrne, 2012).

Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα ενεργοποιείται στο έντονο άγχος, προκαλώντας μια αύξηση των σφυγμών, της αρτηριακής πίεσης και της αναπνοής, αλλά και μία αύξηση στην έκκριση της αδρεναλίνης, της αγγειοσυσπασσης και της θερμοκρασίας του σώματος. Ως αποτέλεσμα παρατηρείται ένα πλήθος βιολογικών αλλαγών (Kneisl, 2009).

- **Πανικός**

Η διαταραχή πανικού διαγιγνώσκεται σε άτομα που βιώνουν αυθόρμητες κρίσεις πανικού και ασχολούνται πολύ με τον φόβο μιας επαναλαμβανόμενης επίθεσης. Οι κρίσεις πανικού εμφανίζονται απροσδόκητα, μερικές φορές ακόμη και όταν το άτομο ξυπνάει από τον ύπνο του. Η διαταραχή πανικού συνήθως ξεκινά κατά την ενηλικίωση (μετά την ηλικία των 20 ετών), αλλά τα παιδιά μπορεί επίσης να έχουν διαταραχή πανικού και πολλά παιδιά παρουσιάζουν συμπτώματα πανικού. Στην διαταραχή πανικού συχνά δεν υπάρχει κάποια προφανής αιτία για την ύπαρξη πανικού η οποία μπορεί να συμβεί ξαφνικά, απροσδόκητα και ανεξέλεγκτα (Thornton, 2019). Οι διαταραχές πανικού επηρεάζουν περίπου το 1,5% του πληθυσμού σε κάποια στιγμή της ζωής τους παρότι αναγνωρίστηκε μόνο ως ξεχωριστή ψυχολογική διαταραχή το 1980 (Denton, 1996).

1.3.1. Περιστασιακό και μόνιμο άγχος

Στην καθημερινότητα μας, με τον όρο «αγχώδης» χαρακτηρίζουμε ένα άτομο του οποίου ο οργανισμός διακατέχεται από συναίσθημα άγχους και ανησυχίας. Μελετώντας το άγχος, δύναται να γίνει διαχωρισμός μεταξύ μιας γενικότερης προδιάθεσης, που ονομάζεται χαρακτηριστικό ή μόνιμο

άγχος (**trait anxiety**) και μίας παροδικής κατάστασης η οποία ονομάζεται περιστασιακό άγχος (**state anxiety**). Σύμφωνα με τους Vagg, Spielberg και O’Hearn (1980), το περιστασιακό άγχος αντικατοπτρίζει τις ψυχολογικές και ψυχολογικές παροδικές αντιδράσεις οι οποίες σχετίζονται άμεσα με την ύπαρξη δυσμενών καταστάσεων σε μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Αντίθετα, το μόνιμο άγχος αναφέρεται σε μια αποκτημένη συμπεριφορική προδιάθεση η οποία προδιαθέτει το άτομο να αντιλαμβάνεται ένα μεγάλο αριθμό αντικειμενικά μη απειλητικών καταστάσεων ως απειλητικές και να απαντάει σε αυτές με αντιδράσεις περιστασιακού άγχους δυσανάλογες σε μέγεθος με το μέγεθος του αντικειμενικού κινδύνου. (Spielberg, 1966).

Για τα άτομα με περιστασιακό άγχος, το αίσθημα αυτό ποικίλει και μπορεί να εκδηλωθεί σε διαφορετικές εντάσεις. Άτομα με υψηλότερο χαρακτηριστικό άγχος συνήθως αισθάνονται σε μεγαλύτερο βαθμό το αίσθημα της απειλής σε σχέση με ένα άτομο που παρουσιάζει περιστασιακό άγχος. Επιπλέον, στα άτομα με μόνιμο άγχος, η αναμενόμενη αποτυχία ή η μείωση της αυτοεκτίμησης μπορούν να επιφέρουν πιο καταστροφικά αποτελέσματα σε σχέση με άτομα με περιστασιακό άγχος (Horikawa & Yagi, 2012).

Πίνακας Η πολυδιάσπαση του χαρακτηριστικού και περιστασιακού άγχους

Χαρακτηριστικό Άγχος	Περιστασιακό Άγχος
Γνωστική – Ανησυχία, Αυτόνομο - Συναισθηματικό	Κοινωνική Αξιολόγηση, Φυσικός Κίνδυνος, Ασαφές, Καθημερινή Ρουτίνα, Άλλο - Αδιευκρίνιστο

1.4. Συμπτώματα και νοσηλευτικές διαγνώσεις

1.4.1. Συμπτωματολογία

Όταν το αίσθημα του άγχους ή τους στρες κυριεύει τον άνθρωπο, ο ίδιος μπορεί να παρουσιάσει μια ποικιλία από φυσικά ψυχολογικά ή συμπεριφορά συμπτώματα (British Journal of Healthcare Assistants, 2016). Κάποια από τα πιο κοινά συμπτώματα περιλαμβάνουν (Selye, 1976):

- Ευερεθιστότητα, υπερδιέγερση ή κατάπτωση
- Ξηρότητα του λαιμού ή του στόματος
- Επείγουσα ανάγκη για κλάμα, κραυγή ή τάση φυγής και αναζήτησης καταφύγιου
- Εύκολη κόπωση και συνεχής κούραση
- Υπερβολική ανησυχία
- Ήπιο τρόμαγμα
- Τραύλισμα
- Βηματισμός, κίνηση πάνω – κάτω, ανικανότητα παραμονής σε ένα μέρος
- Γαστρεντερικά σημεία και συμπτώματα, «πεταλούδες» στο στομάχι, διάρροια, έμετος
- Αλλαγές του εμμηνορρυσιακού κύκλου
- Απώλεια ή αύξηση της όρεξης
- Αύξηση της κατανάλωσης των νόμιμα συνταγογραφούμενων ηρεμιστικών
- Προδιάθεση για τραύματα
- Διαταραγμένη συμπεριφορά
- Αίσθηση καρδιακών παλμών
- Συναισθηματική αποσταθεροποίηση, παρορμητική συμπεριφορά
- Ανικανότητα συγκέντρωσης
- Εξωπραγματικά αίσθηση αδυναμίας ή ζάλης
- Ένταση
- Τρέμουλο, νευρικό τικ
- Νευρικό γέλιο
- Τρίξιμο των δοντιών
- Αϋπνία, εφιάλτες ή άλλες διαταραχές του ύπνου

- Έντονη εφίδρωση
- Συχνουρία
- Μυϊκή τάση και πονοκέφαλος
- Πόνος στον αυχένα ή στην πλάτη
- Υπερβολικό κάπνισμα
- Εθισμός στο αλκοόλ και στα ναρκωτικά

Κάποια από τα πιο κοινά ψυχολογικά συμπτώματα, κοινώς δηλαδή οι αντιλήψεις που δημιουργούνται περιλαμβάνουν επίσης την απώλεια ελέγχου αλλά και το αίσθημα πιθανού θανάτου. Επιπροσθέτως, επικρατεί η πεποίθηση ότι κάποιος σε παρακολουθεί κατά την διάρκεια αίσθησης του άγχους και ότι αποστασιοποιείται από το περιβάλλον του. Τέλος, επικρατεί έντονα το αίσθημα της φυγής (British Journal of Healthcare Assistants, 2016).

Η ύπαρξη κάποιων εκ των παραπάνω συμπτωμάτων, δεν προϋποθέτει απαραίτητα ότι το άτομο παρουσιάζει άγχος. Παρόλα αυτά, εάν παρουσιάζουν αυτά τα συμπτώματα και επηρεάζει την καθημερινότητα τους, τότε με την πρώτη ευκαιρία χρειάζεται να έρθουν σε επαφή με έναν επαγγελματία υγείας έτσι ώστε να εκφράσουν τα αισθήματα αυτά (Burgess, 2020). Είναι σύνηθες ακόμη πως το ότι κάποιος ασθενής δεν εμφανίζει κάποιο εξωτερικό σύμπτωμα δεν σημαίνει ότι δεν βιώνει άγχος. Εξωτερικά, μπορεί τα άτομα αυτά να φαίνονται ήρεμα, αλλά εσωτερικά να βιώνουν έντονη αναταραχή (Stonehouse, 2018). Η συνομιλία με το ιατρικό προσωπικό και εδώ μπορεί να αποκαλύψει πιθανές καταστάσεις που αποκρύπτονται από την απώλεια ορισμένων συμπτωμάτων.

1.4.2. Νοσηλευτικές διαγνώσεις

Για τα άτομα τα οποία βιώνουν και υποφέρουν από άγχος, είναι πιθανή και η ύπαρξη αρκετών νοσηλευτικών διαγνώσεων. Σύμφωνα με τον Πανκύπριο Σύνδεσμο Νοσηλευτών & Μαϊών (2012), ως νοσηλευτική διάγνωση ορίζεται «μια κλινική κρίση ή διαπίστωση από νοσηλευτές για την ανταπόκριση του ατόμου, της οικογένειας ή της κοινότητας σε υπαρκτά ή δυνητικά προβλήματα υγείας.» Με βάση την νοσηλευτική διάγνωση, επιλέγεται και η νοσηλευτική παρέμβαση που έχει ως στόχο το επιθυμητό αποτέλεσμα εκάστοτε.

Κατά τον Carperino (2009), το πρότυπο αντιμετώπισης-ανοχής του στρες, που αποτελεί ένα από τα 11 πρότυπα υγείας δίνει την δυνατότητα στους νοσηλευτές να αναγνωρίσουν τους στρεσογόνους παράγοντες τόσο του ατόμου, όσο και της οικογένειας. Σχετικά με το άγχος, έχουν προσδιοριστεί δύο βασικές νοσηλευτικές διαγνώσεις για το άγχος: η αποτελεσματική αντιμετώπιση και η ανεπαρκής υποστήριξη από την οικογένεια (Osborn κ.α., 2013). Η αναποτελεσματική αντιμετώπιση αφορά την ανικανότητα διαχείρισης εσωτερικών ή περιβαλλοντικών παραγόντων από το άτομο, τα οποία κυρίως οφείλονται σε ανεπαρκείς πηγές υποστήριξης. Η ανεπαρκής αντιμετώπιση από την οικογένεια πηγάζει από την μη αποτελεσματική υποστήριξη από την οικογένεια όσο αναφορά την διαχείριση στρατηγικών για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας του (Carperino, 2009). Ορισμένες από αυτές τις νοσηλευτικές διαγνώσεις αποτελούν:

- Συμπεριφορά επικίνδυνη για την υγεία
- Άγχος εκπλήρωσης ρόλου φροντιστή
- Αναποτελεσματική αντιμετώπιση από το άτομο
- Αναποτελεσματική αντιμετώπιση από την οικογένεια
- Κίνδυνος για αυτοτραυματισμό
- Κίνδυνος για άσκηση βίας προς άλλους
- Μετατραυματικό σύνδρομο
- Στρες μετεγκατάστασης

1.5. Θεραπεία και αντιμετώπιση άγχους

Η διαχείριση του άγχους αποσκοπεί κυρίως στην μείωση και τον έλεγχο του στρες και στην δημιουργία τεχνικών αντιμετώπισης του. Η σειρά με τις επιθυμητές εκβάσεις για τον ασθενή όπου και στοχεύουν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που θα αναλυθούν στο επόμενο κεφάλαιο αφορούν την πρόληψη, την βελτίωση της ποιότητας ζωής και την προσαρμογή του ατόμου στις αντιδράσεις του στρες. Βασικά κριτήρια για την αντιμετώπιση του άγχους αποτελούν την αναγνώριση των στρεσογόνων παραγόντων, η βελτίωση της ικανότητας αντιμετώπισης των ασθενών αλλά και η χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης (Osborn κ.α., 2013). Η αντιμετώπιση του άγχους δεν βασίζεται μόνο σε μία μέθοδο, καθώς διαφέρει μεταξύ των ανθρώπων. Υπάρχει μια σειρά από μηχανισμούς αντιμετώπισης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν, όπως η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, η θεραπεία μέσω της

ομιλίας, η καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια, η προσοχή αλλά και η φαρμακευτική θεραπεία. (British Journal of Healthcare Assistants, 2016).

1.5.1. Γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία

Οι άνθρωποι που βιώνουν έντονα το αίσθημα του άγχους και της ανησυχίας τείνουν να αξιολογούν με αρνητικό τρόπο τον εαυτό τους. Η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία αποτελεί μια μέθοδο που βοηθά τους ανθρώπους να ισορροπήσουν τις αρνητικές με τις θετικές σκέψεις και να κατανοήσουν πώς με το να αλλάξουν την συμπεριφορά τους μπορούν να διαχειριστούν και να ελέγξουν το άγχος (Mental Health Foundation, 2014). Όλες οι γνωσιακές θεραπείες βασίζονται στη εξέταση του τρόπου με τον οποίο το άτομο σκέφτεται και στην αναγνώριση πιθανών λαθών που κάνει σε αυτόν τον τρόπο, θεωρώντας ταυτόχρονα πως ασκείται έτσι μια πιθανή αρνητική επιρροή σε συναισθηματικό και συμπεριφοριστικό επίπεδο. Εφόσον, βέβαια, ο τρόπος σκέψης είναι ελεγχόμενος, δύναται η δυνατότητα να μεταβληθούν οι αρνητικές επιρροές που μπορεί να ασκούνται. Με τον τρόπο αυτό, η γνωσιακή θεραπεία μπορεί να αλλάξει τον αρνητικό τρόπο σκέψης του ατόμου, κάτι που θα επιδράσει τόσο στα συναισθήματα του όσο και στην συμπεριφορά του (Καλπάκογλου & Χαρίλια, 2013). Η θεραπεία αυτή αποτελεί την πιο αποτελεσματική μη φαρμακευτική θεραπεία για την ελάττωση της πλειοψηφίας των ψυχικών διαταραχών υγείας και ιδιαίτερα της κατάθλιψης και του άγχους καθώς μειώνει το αίσθημα της ανησυχίας και οδηγεί στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων που βιώνουν άγχος (Mental Health Foundation, 2014). Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται στις γνωσιακές συμπεριφορικές θεραπείες έχουν ως στόχους (Freeman κ.α., 1990) :

- Την ενημέρωση του ασθενή σχετικά με το πρόβλημα που αντιμετωπίζει
- Τη διδασκαλία τεχνικών με στόχο την τόνωση της αυτοπεποίθησης τους
- Να βοηθήσουν τους ασθενείς να αναγνωρίζουν και να αποβάλλουν τις αρνητικές τους σκέψεις
- Τα άτομα να μπορούν να συνδυάζουν γνωσιακές και συμπεριφοριστικές τεχνικές έτσι ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν και να αποτρέπουν την επανεμφάνιση του άγχους.

Σέ έρευνα των King και Barrowclough (1991) που πραγματοποιήθηκε σε άτομα μέσης ηλικίας 73 ετών, τονίζεται πως η γνωσιακή συμπεριφορική προσέγγιση στο άγχος δύναται να έχει θετικά αποτελέσματα και μπορεί να επιφέρει περισσότερα αποτελέσματα σε σχέση με αντίστοιχες

φαρμακευτικές θεραπείες. Αντίστοιχα αποτελέσματα εμφανίζονται και σε πιο πρόσφατη έρευνα των Hendriks, Oude Voshaar, Keijsers, Hoogduin και van Balkom (2008), όπου σε ενήλικες άνω των 60 ετών διαφαίνεται η αποτελεσματικότητα της θεραπείας αλλά και η ανάγκη για μεγαλύτερη έρευνα και διατριβή από τους εργαζόμενους στον χώρο της υγείας σε αυτήν.

1.5.2. Καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια

Ως καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια, μπορούμε να ορίσουμε την ψυχολογική θεραπεία κατά την οποία ο ασθενής λαμβάνει μια τυποποιημένη ψυχολογική θεραπεία και την διαχειρίζεται περισσότερο η λιγότερο ανεξάρτητα. Η μορφή αυτή αυτοβοήθειας διαφέρει από άλλες αντίστοιχες μορφές καθώς ο θεραπευτής μπορεί σε συνεργασία με τον ασθενή να τροποποιήσει την θεραπεία (Cuijpers κ.α., 2010). Η καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια αποτελεί μια από τις πιο προσιτές και δημοφιλείς μεθόδους αντιμετώπισης του άγχους εξαιτίας του χαμηλού της κόστους αλλά και της δυνατότητας προσαρμογής της μέσω των ψηφιακών μέσων (Mental Health Foundation, 2014). Σε αυτήν, ο ασθενής έχει την δυνατότητα να προσαρμόσει μια γενικότερα αποδεκτή ψυχολογική διαδικασία στον εαυτό του, καταγράφοντας είτε σε έντυπη είτε σε ψηφιακή μορφή την πρόοδο του (Cuijpers κ.α., 2010). Η βάση της θεραπείας στηρίζεται στην γνωσιακή συμπεριφορική προσέγγιση και έχει ως στόχο την ψυχολογική τόνωση του ατόμου που βιώνει άγχος, να το καταστήσει δυνατό να αναγνωρίζει την φύση αυτού και να μπορέσει να αναπτύξει τις κατάλληλες δεξιότητες έτσι ώστε να αντιμετωπίσει το άγχος του, αναγνωρίζοντας τα συμπτώματα του (Mental Health Foundation, 2014). Η υποστήριξη που παρέχεται από τον θεραπευτή πρέπει κατά κύριο λόγο να βασίζεται στην διευκόλυνση του ασθενή, και προορίζεται να τον βοηθήσει να προσαρμοστεί στην θεραπεία (Cuijpers κ.α., 2010). Μέσω της αυτοβοήθειας δύναται να προσεγγιστούν ευκολότερα ασθενείς που εμφανίζουν διάφορες μορφές άγχους οι οποίες μπορεί να τους εμπόδιζαν από την αναζήτηση βοήθειας, κάτι που μπορούμε να εντοπίσουμε τόσο στο κοινωνικό άγχος όσο και στην αγοραφοβία (Hof κ.α., 2009). Η καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια παράλληλα δύναται να εμφανίσει προβλήματα με ορισμένες μορφές άγχους και είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε να αντιμετωπίζουν κυρίως έναν τύπο προβλήματος κάθε φορά και όχι πιο περίπλοκα προβλήματα και καταστάσεις. Προβλήματα μπορούν να εμφανιστούν και στην διάγνωση της ψυχικής διαταραχής των ασθενών, καθώς μπορεί οι ίδιοι να επιλέξουν μια παρέμβαση που στοχεύει σε μια συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή, ενώ στην πραγματικότητα πάσχουν από άλλη πάθηση (Hof κ.α., 2009). Σε έρευνα για το έγκυρο περιοδικό Plos One από τον Williams και την ομάδα

του (2013) διαφαίνεται πως πολλοί από τους ασθενείς που βρίσκονταν σε φαρμακευτική θεραπεία λαμβάνοντας αντικαταθλιπτικά, εφάρμοζαν ταυτόχρονα και την θεραπεία της αυτοβοήθειας, κάτι που καταδεικνύει πως οι δύο θεραπείες δεν είναι ασύμβατες. Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματα της έρευνας αποκαλύπτουν πως τα άτομα που εφάρμοσαν την αυτοβοήθεια σε συνδυασμό και με την χρήση της συμπεριφοριστικής θεραπείας εμφάνισαν μακροπρόθεσμα μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε σχέση με άτομα που λάμβαναν αποκλειστικά φαρμακευτική θεραπεία (Williams κ.α., 2013).

1.5.3. Φαρμακευτική θεραπεία

Η φαρμακευτική θεραπεία του άγχους βασίζεται στην χρήση των αγχολυτικών φαρμάκων, τα οποία συχνά αναφέρονται και ως ηρεμιστικά. Τα κύρια φάρμακα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση του άγχους είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIS), η νορεπινεφρίνη, οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (NSRIS) και οι βενζοδιαζεπίνες (Neil κ.α., 2005). Οι βενζοδιαζεπίνες αποτελούν την πιο ευρέως συνταγογραφούμενη κατηγορία αγχολυτικών φαρμάκων, καθώς δύναται να τροποποιήσουν καταστάσεις κατά τις οποίες ο ασθενής εμφανίζει άγχος, αυπνίες και προσπαθεί να απεξαρτηθεί από το αλκοόλ (Tallman κ.α., 1980). Διακρίνονται σε βραχείας δράσης, όπως αλπραζολάμη και λοραζεπάμη με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, σε υπερβραχείας δράσης που πρέπει να αποφεύγονται και σε μακράς δράσης, όπως διαζεπάμη και χλωροδιαζεποξίδη με περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες (Beers & Berkow, 2005). Οι δυσμενείς επιπτώσεις της χρήσης φαρμάκων βενζοδιαζεπίνης περιλαμβάνουν υπνηλία, ζάλη, αταξία και διαταραχή της ψυχοκινητικής λειτουργίας, επιπτώσεις που φαίνεται να αυξάνονται στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Οι παραπάνω επιπτώσεις μπορεί να οφείλονται στην μειωμένη κάθαρση του φαρμάκου, κάτι το οποίο θα αυξήσει ταυτόχρονα την συγκέντρωση στο πλάσμα (Greenblatt κ.α., 1991). Η συνταγογράφηση του φαρμάκου γίνεται από τους γιατρούς με μικρές δόσεις για μικρό χρονικό διάστημα και μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να ξεπεράσει κρίσεις που μπορεί να εμφανιστούν (Burgess, 2020).

Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης ανήκουν στην κατηγορία των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και συνταγογραφούνται κυρίως για την θεραπεία του άγχους και της κατάθλιψης (Neil κ.α., 2005). Η λειτουργία των SSRI έχει συνδεθεί με την αύξηση της σεροτονίνης στον εγκέφαλο, μία χημική ουσία η οποία εμφανίζει θετική επιρροή στην διάθεση του ατόμου και στην προδιάθεση του για ύπνο. Τα φάρμακα αυτά μπορούν να

έχουν και αρνητική επίδραση στην κατάσταση του ατόμου, καθώς δύναται να επιφέρουν αυπνία αλλά και να αυξήσουν τα επίπεδα άγχους σε σχέση με την αρχική κατάσταση (Burgess, 2020). Σε περίπτωση που τα αντικαταθλιπτικά αυτά δεν έχουν την αναμενόμενη επίδραση, εναλλακτικές θεραπείες που περιλαμβάνουν την χρήση αντίστοιχων φαρμάκων, όπως τα τρικυκλικά και τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAS) και οι αναστολείς μονοαμινοξειδάσης (MAOIS) (Neil κ.α., 2005).

Σε αρκετές περιπτώσεις, ενδείκνυται η χρήση των βήτα αναστολέων. Αυτή η κατηγορία φαρμάκων χορηγούνται για την αντιμετώπιση των σωματικών εκδηλώσεων του περιστασιακού άγχους, όπως η ταχυκαρδία και η εφίδρωση (Πολυκανδριώτη & Κουτσοπούλου, 2014). Τα φάρμακα αυτά μειώνουν το τρέμουλο και το αίσθημα των παλμών, όμως δεν αναιρούν κάποιο από τα ψυχολογικά συμπτώματα του ατόμου. Στις παρενέργειες του φαρμάκου περιλαμβάνονται η ζάλη, η υπνηλία, ο πονοκέφαλος, η δυσπεψία, η διάρροια και η δυσκοιλιότητα (Neil κ.α., 2005).

1.5.4. Θεραπεία του άγχους μέσω της άσκησης

Σε αντίθεση με τις υπόλοιπες πιθανές θεραπείες, οι θετική επίδραση της άσκησης στην καταπολέμηση του άγχους δεν έχει μελετηθεί με την ίδια συχνότητα. Έρευνες έχουν δείξει πως η αερόβια άσκηση αποτελεί μια αποτελεσματική και συνάμα οικονομική λύση για την καταπολέμηση του άγχους. Άτομα που ασκούνται ακόμη και με απλές καθημερινές συνήθειες, όπως μια απλή βόλτα έχουν εμφανίσει βελτίωση της ψυχολογίας αλλά και της υγείας τους (British Journal of Healthcare Assistants, 2016). Άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι η αερόβια άσκηση μπορεί να είναι τόσο αποτελεσματική στη μείωση του γενικευμένου άγχους αλλά και δύναται να συνδυαστεί παράλληλα με την συμπεριφορική θεραπεία. Σε έρευνα του Smits και της ομάδας του (2008), φανερώνεται πως άτομα που ασκούνται στο 70% –90% του μέγιστου καρδιακού ρυθμού για 20 λεπτά τρεις φορές την εβδομάδα εμφανίζουν σημαντική μείωση στην ευαισθησία προς το άγχος. Τα ευρήματα της παραπάνω έρευνας επιβεβαιώνονται και από άλλες έρευνες παρόμοιου επιπέδου, οι οποίες καταδεικνύουν πως η άσκηση και για τα δύο φύλα διάρκειας από 15 έως 30 λεπτών μπορεί να επιφέρει σημαντική βελτίωση στην καταπολέμηση του άγχους. Η άσκηση μπορεί επίσης να αυξήσει τη θερμοκρασία του σώματος, την κυκλοφορία του αίματος στον εγκέφαλο και να επηρεάσει τον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων και τη φυσιολογική αντίδραση στο στρες (Guszkowska, 2004).

Η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του άγχους μπορεί να περιλαμβάνει και άλλες σειρές άσκησης και χαλάρωσης των μυών, όπως το μασάζ και η γιόγκα. Ο κύριος σκοπός του μασάζ είναι να

ανακουφίσει τον πόνο και την ένταση των μυών, η βελτίωση της κυκλοφορίας και η αύξηση της ευκαμψίας. Το μασάζ βοηθά στην προώθηση συναισθηματική και σωματική ευεξία και ήρεμη χαλάρωση, η οποία με τη σειρά της μπορεί βοηθούν στην ανακούφιση από το άγχος και τις διαταραχές που σχετίζονται με το άγχος. Η γιόγκα μπορεί να βοηθήσει στην ανακούφιση κάθε φυσικού δυσφορία που προκαλείται από άγχος μέσω της διάτασης και εξισορρόπησης των μυών, επιτρέποντας στον ασθενή να βιώσει μια αίσθηση ηρεμίας και άνεσης (Burgess, 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ

2.1. Χαρακτηριστικά και ανάγκες ηλικιωμένων

Σ' όλες τις κοινωνίες υπήρχαν άτομα (συνήθως λίγα) που ξεπερνούσαν ηλικιακά το μέσο όρο ζωής και ήταν οι "ηλικιωμένοι", οι "γέροντες" (Αγραφιώτης, 1998). Σταδιακά, η κατάσταση αυτή έχει αρχίσει να αλλάζει σε μεγάλο βαθμό, τόσο μάλιστα που σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το 2050 οι ηλικιωμένοι ή γέροντες θα είναι περισσότεροι σε αριθμό σε σχέση με τα παιδιά ηλικίας κάτω των 14 ετών (Thakur κ.α., 2013). Το γήρας αποτελεί μια διαδικασία βιολογική, μια διαδικασία που αποκτά την δική της δυναμική αποτελώντας μια διαδικασία που δεν μπορεί να ελεγχθεί από τον άνθρωπο. Η διαδικασία αυτή αποτελεί μια φυσιολογική διαδικασία εξέλιξης του ατόμου, η οποία είναι μη αναστρέψιμη (Αναστασιάδου, 2015). Σύμφωνα με το λεξικό Shorter Oxford Dictionary, με την χρήση του όρου τρίτη ηλικία, αναφερόμαστε με «μια φυσιολογική διαδικασία ανάπτυξης ή ωρίμανσης». Στο λεξικό του της αρχαίας ελληνικής γλώσσας, το γήρας αποτελεί ομόρριζο της λέξης γέρας, δηλαδή ενός βραβείου η αριστείου. Με την σύνδεση με το γήρας, η λέξη γέρας εξελίχθηκε σημασιολογικά σε βραβείο των γηρατειών (Συμεωνίδης κ.α., 2009). Τα χαρακτηριστικά του γήρατος με τα χρόνια διαφοροποιούνται, κάτι που αποτελεί και φυσική συνέχεια της εξέλιξης των κοινωνιών στις οποίες αναπτύσσεται ο άνθρωπος. Είναι χαρακτηριστικό πως από τις πρώτες μελέτες του 18^{ου} αιώνα, το προσδόκιμο ζωής έφτανε στα 25 έτη, στα μέσα του 19^{ου} αιώνα προσέγγισε τα 35 και στο ξεκίνημα του 20^{ου} τα 40 αντίστοιχα. Μέσα σε μόλις εκατό χρόνια, το σημερινό προσδόκιμο αγγίζει τα 80 έτη (Παπαχρηστόπουλος & Σαμαρτζή, 2011) . Το γήρας έχει ως αποτέλεσμα τα άτομα με το πέρασ των χρόνων να κατατάσσονται ηλικιακά. Οι ομάδες των ηλικιωμένων διακρίνονται στα άτομα της τρίτης (60 ή 65+ ετών) και της τέταρτης (80 ή 85+ ετών) ηλικίας (Αναστασιάδου, 2015). Οι οριοθετήσεις αυτές επηρεάζονται από κριτήρια οικονομικά, θεσμικά, βιολογικά πολιτικά και φυσιολογικά τα οποία καθορίζουν και την κοινωνική ομάδα των ατόμων (Αγραφιώτης, 1998).

Οι βιολογικές διαδικασίες του γήρατος αποτελούν ένα γεγονός ευμετάβλητο, καθώς μπορούν να εμφανιστούν σε διαφορετικές στιγμές ανάλογα τον άνθρωπο. Η αναπόφευκτη εμφάνισή του γήρατος, άλλοτε νωρίτερα, άλλοτε αργότερα, με το πέρασμα του χρόνου και τις βιολογικές δυνατότητες του κάθε ατόμου σε συνδυασμό με την προδιαγεγραμμένη κατάληξή του, που είναι η

παρακμή και ο θάνατος, το κατατάσσει στα φυσικά φαινόμενα (Bennett & Ebrahim 1995, Fillit et al. 2010). Με το πέρασμα των χρόνων, κατά το βιολογικό γήρας, παρατηρείται σταδιακή έκπτωση της λειτουργίας σε διάφορους τύπους κυττάρων αλλά και οργάνων. Ανάλογη πτώση παρουσιάζουν τόσο η λειτουργία των ιστών, αλλά και τα οργανικά συστήματα (Andreoli, 2017). Η σταδιακή έκπτωση των λειτουργιών του οργανισμού, τον καθιστούν περισσότερο ευάλωτο όσο αναφορά την δυνατότητα αντιμετώπισης των απαιτήσεων που του εμφανίζονται. Τονίζεται μάλιστα στο βιβλίο του Andreoli πως «...σε αυτήν την κατάσταση, ο ασθενής μπορεί να λειτουργεί φυσιολογικά σε απουσία κρίσης, όμως οποιοδήποτε stress, όπως μια οξεία νόσος μπορεί να υπερβεί την ικανότητα του να επαναφέρει τη λειτουργικότητα του και να αναρρώσει..».

Το βιολογικό γήρας εμφανίζει σημαντικές διαφορές σε σχέση με το παθολογικό. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, το γήρας συσχετίζεται με την ύπαρξη κάποιας νόσου, καθώς με την πάροδο των χρόνων, οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν παραπάνω από ένα χρόνια νοσήματα. Πιο συγκεκριμένα, το 80% των ατόμων άνω των 65 ετών πάσχουν από τουλάχιστον μία χρόνια νόσο, ενώ το 50% από δύο ή περισσότερες (Andreoli, 2017). Πιθανά προβλήματα που εμφανίζονται σε συχνή βάση είναι εγκεφαλικά και αγγειακά επεισόδια, έλλειψη κινητικότητας, με αποτέλεσμα πτώσεις και διάφορα ατυχήματα λόγω μειωμένης κινητικότητας, ακράτεια και διανοητικές διαταραχές (Αναστασιάδου, 2015). Σε έρευνα των Thakur, Banerjee και Nikumb (2013), σε άτομα μέσου όρου ηλικίας 69 ετών, παρουσιάστηκαν καταστάσεις όπως καταρράκτης, μη ελεγχόμενη υπέρταση αλλά και μη διορθωμένες βλάβες στην ακοή. Τα νοσήματα στους ηλικιωμένους μπορούν να διαφέρουν στον τρόπο εκδήλωσης τους σε σχέση με τους ενήλικες. Για αυτό και απαιτείται διαφορετικός τρόπος περίθαλψής έτσι ώστε το άτομο να παραμένει όσο το δυνατόν πιο αυτόνομο και να αυξήσει το προσδόκιμο ζωής του.

2.1.1. Χαρακτηριστικά ηλικιωμένων

«Χρειάζεται χρόνος για να καταλάβεις τους ηλικιωμένους» αναφέρουν χαρακτηριστικά οι Reed & George σε δημοσίευσή τους το 1996 και συμπληρώνουν: «...δεν μπορείς να σταθείς δίπλα στους ηλικιωμένους εάν δεν τους καταλάβεις και εάν δεν τους σεβαστείς...». Εξαιτίας του ότι οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές μεταξύ τους, μπορούν να διακριθούν σε υποομάδες, βάση της ατομικής τους ικανότητας και των βιολογικών λειτουργιών τους. Έτσι διακρίνονται σε 3 υποομάδες (Αναστασιάδου, 2015):

- Πρώτη υποομάδα. Στην ομάδα αυτή κατατάσσονται οι αποκαλούμενους νέους ηλικιωμένους, ηλικίας από 60+ ή 65+ μέχρι 74 ετών. Τα άτομα αυτά είναι συνήθως σε φόρμα, ενεργά και διατηρούν την ικανότητα της αυτοφροντίδας σε υψηλά επίπεδα. Παρουσιάζουν ποσοτικά τα λιγότερα ιατρικοκοινωνικά προβλήματα.
- Δεύτερη υποομάδα. Η ηλικία των ατόμων χαρακτηρίζεται ως προχωρημένη και κυμαίνεται από 75+ μέχρι 84 ετών. Μετά από την ηλικία των 75 ετών οι στους ηλικιωμένους παρατηρείται σωματική και ψυχική εξασθένηση, με την ικανότητα της αυτοφροντίδας να μειώνεται. Οι ανάγκες περίθαλψης και οι κοινωνικές επιπτώσεις αυξάνουν. Τα άτομα που ανήκουν στις δύο πρώτες υποομάδες αποτελούν τα άτομα της τρίτης ηλικίας.
- Τρίτη υποομάδα. Αποτελείται από υπερήλικα άτομα άνω των 85 ετών που συνήθως είναι πολύ εύθραυστα και παρουσιάζουν σοβαρή σωματική και ψυχική εξασθένηση, τα οποία είναι σε μεγάλο βαθμό εξαρτημένα από άλλα άτομα και ζουν περιορισμένα κατ' οίκον ή σε γηροκομεία. Τα ηλικιωμένα άτομα της τρίτης υποομάδας αποτελούν τα άτομα της τέταρτης ηλικίας.

Οι ηλικιωμένοι που ανήκουν σε αυτές τις υποομάδες ιδιαίτερα στις σύγχρονες ανεπτυγμένες δυτικές κοινωνίες αποτελούν άτομα τα οποία προσπαθούμε με κάθε τρόπο να αφαιρέσουμε από την μελλοντική εικόνα του εαυτού μας (Παπαχρηστόπουλος & Σαμαρτζή, 2011). Οι ηλικιωμένοι, ακολουθούνται από αρνητικές στερεότυπες αντιλήψεις, δηλαδή ότι αποτελούν άτομα ευάλωτα αδύναμα, ανάπηρα που δεν βιώνουν το αίσθημα της χαράς και της ικανοποίησης (Αναστασιάδου, 2015). Η αντιμετώπιση αυτή δύναται να τους απομακρύνει από δραστηριότητες οι οποίες τους καθιστούν κοινωνικά ενεργούς, με τα αισθήματα της δυστυχίας και της αποξένωσης να επικρατούν.

Οι αλλαγές που προκαλεί το γήρας φέρουν μεγάλο αντίκτυπο στην εμφάνιση του ατόμου. Το δέρμα, με το πέρασμα του χρόνου καθίσταται πιο ευάλωτο από τον ήλιο σε σχέση με την παιδική ηλικία, κάτι που καθιστά ευκολότερη την ανάπτυξη καρκινωμάτων (Στρατηγός, 1998). Χάνεται τόσο η ελαστικότητα του όσο και η λιπαρότητα του, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ρυτίδων. Παρόμοιες αλλαγές μπορούν να παρατηρηθούν και στα χέρια και τα πόδια των ηλικιωμένων. Με την αραίωση του δέρματος μάλιστα, οι φλέβες γίνονται ευκολότερα διακριτές (Watkins, 2011). Εμφανή μεταβολή αποτελεί και αυτή της αναλογίας βάρους/ύψους, με το ύψος να δύναται να μειώνεται ενώ το λίπος συσσωρεύεται γύρω από την κοιλιακή χώρα (Αναστασιάδου, 2015). Με την γήρανση, αλλαγές είναι εμφανείς και στα μαλλιά των ατόμων. Η γήρανση έχει διαφορετικά αποτελέσματα ανάλογα το φύλο, με τους άντρες βιώνουν εντονότερα την απώλεια μαλλιών σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ το χρώμα και

στους δύο αλλάζει σε γκρι και στην συνέχεια σε λευκό (Watkins, 2011). Όσο τα άτομα μεγαλώνουν, οι αλλαγές τείνουν να γίνονται μεγαλύτερες, με αποτέλεσμα να μην μένουν ανεπηρέαστες τόσο η αντίληψη, όσο και η κοινωνικότητα του ατόμου (Αναστασιάδου, 2015).

Η κινητικότητα, αποτελεί ένα ακόμη από τα προβλήματα που μεγεθύνονται με το γήρας. Βασικές κινητικές λειτουργίες απαραίτητες για την αυτονομία του ατόμου όπως η βάρδια δυσχεραίνουν τους ηλικιωμένους, με τον κίνδυνο της πτώσης να αυξάνεται περιοδικά με την ηλικία (Andreoli, 2017). Ευθύνη για την μείωση της κίνησης φέρει η αύξηση του συνδετικού ιστού και μείωση της διαμέτρου των μυϊκών ινών, με αποτέλεσμα την ελάττωση του μεγέθους και του βάρους των μυών (Larsson κ.α., 1979). Η μείωση της μυϊκής δύναμης μπορεί να αγγίξει το 15% στους ενήλικες ενώ στους ηλικιωμένους μπορεί να φτάσει έως το 40% (Αναστασιάδου, 2015). Με το πέρασμα των χρόνων, η πυκνότητα των οστών μειώνεται όπως και η βιταμίνη D, με αποτέλεσμα ο κίνδυνος της οστεοπόρωσης και τραυμάτων να μεγαλώνει (Αναστασιάδου, 2015).

Η γήρανση επιφέρει σημαντικές αλλαγές και στην όραση των ηλικιωμένων, κάτι που επιδρά σημαντικά και στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων αυτών (Salvi κ.α., 2006). Με την σταδιακή είσοδο του ατόμου στην Τρίτη ηλικία παρατηρείται σημαντική απώλεια της όρασης, κάτι που μπορεί να αποτελεί αποτέλεσμα φυσικών και παθολογικών αιτιών (Andreoli, 2017). Στο μάτι, παρατηρείται μείωση της οξύτητας, κάτι που δημιουργεί προβλήματα στην κοινωνική ζωή και την καθημερινότητα τους, με τον κίνδυνο πτώσης να είναι μεγάλος (Αναστασιάδου, 2015). Από τις συνηθέστερες αιτίες μείωσης της όρασης με την αύξηση της ηλικίας αποτελεί η εκφύλιση της ωχρής κηλίδας. Το φαινόμενο αυτό βασίζεται κυρίως σε γενετικούς παράγοντες όπως το οικογενειακό ιστορικό του αλλά έχει άμεση σχέση με την διαβίωση του ατόμου, καθώς το κάπνισμα και η υπέρταση συμβάλλουν στην εμφάνιση του φαινομένου (Quillen, 1999). Ο καταρράκτης αποτελεί επίσης μία από τις συνηθέστερες αιτίες μείωσης της όρασης. Η όραση των ηλικιωμένων θολώνει και η ανταπόκριση στις αλλαγές της φωτεινότητας δυσκολεύει (Αναστασιάδου, 2015). Οι αλλαγές που επιτελούνται στην όραση με το γήρας καθιστούν αναγκαίο τον τακτικό οφθαλμολογικό έλεγχο (Andreoli, 2017).

Συχνό πρόβλημα αποτελεί και η απώλεια της ακοής, καθώς εμφανίζεται περίπου σε έναν στους δύο ηλικιωμένους. Τα τοιχώματα των ακουστικών οδών λεπταίνουν, τα τύμπανα σκληραίνουν, με αποτέλεσμα ο τόνος της φωνής να πρέπει να είναι εντονότερος προκειμένου να κατανοούν οι ηλικιωμένοι τους νεότερους και οι συζητήσεις με αυτούς να είναι στενευμένες, δηλαδή η πηγή του ήχου να τους είναι ξεκάθαρη (Αναστασιάδου, 2015). Οι αισθητήρες, τα νευρά και ο κοχλίας στο

εσωτερικό του αυτιού παρουσιάζουν δυσλειτουργίες με μεγαλύτερη συχνότητα σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Nagaratnam κ.α., 2017). Παράλληλα, η κώφωση έχει συσχετιστεί και με άλλες καταστάσεις, όπως η κατάθλιψη και η κοινωνική απομόνωση. Η συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων που σχετίζονται με την ακοή καθιστά επιτακτική την ανάγκη για τακτικό έλεγχο της (Andreoli, 2017).

Σημαντικές αλλαγές παρατηρούνται σταδιακά και στο οργανικό σύστημα του ανθρώπου. Κατά τους Woloshin, Schwartz και Welch (2005), οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν την κυριότερη αιτία θανάτου στους ηλικιωμένους του δυτικού κόσμου. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις με το πέρασμα της ηλικίας γίνονται όλο και συχνότερες καθώς τόσο η δομή όσο και η λειτουργία των αγγείων μεταβάλλονται. Ξεκινώντας από την αορτή, αρτηρίες του σώματος παρουσιάζουν στένωση εξαιτίας μειωμένης ύπαρξης ελαστικής (Paneni κ.α., 2017). Ο καρδιακός παλμός μειώνεται σταδιακά, με αποτέλεσμα η καρδιά να πρέπει να λειτουργεί σε μεγαλύτερη ένταση για να καλυφθούν οι ανάγκες του σώματος (Αναστασιάδου, 2015). Αποτέλεσμα αυτού, αποτελεί η αυξημένη πίεση του αίματος, γνωστή και ως υπέρταση. Παράλληλα με την υπέρταση, αυξάνεται προοδευτικά και η πιθανότητα των ηλικιωμένων για εμφάνιση στεφανιαίας νόσου, καθώς και η επίπτωση σε ένα πιθανό έμφραγμα του μυοκαρδίου (Σταμάτης, 2004). Αυξημένη είναι και η εμφάνιση ορθοστατικής υπότασης ακόμη και απώλειας των αισθήσεων. Οι περιφερειακών τασεοϋποδοχέων χάνουν την ευαισθησία τους με αποτέλεσμα τα αντανακλαστικά του ατόμου να μειώνονται. Η αρτηριακή πίεση μειώνεται με ταυτόχρονη αύξηση του ρυθμού της καρδιάς, με την λειτουργικότητα του εγκεφάλου να διαταράσσεται (Αναστασιάδου, 2015).

Οι πνεύμονες και το αναπνευστικό σύστημα δεν μένουν ανεπηρέαστα από το γήρας. Συγκεκριμένα, παρατηρείται μείωση του όγκου της θωρακικής κοιλότητας και κατά συνέπεια μείωση των αποθεμάτων αέρα που υπάρχει στους πνεύμονες (Konacs κ.α., 2013). Τα τοιχώματα των πνευμόνων χάνουν την ελαστικότητα τους, οι μικροί αεραγωγοί δυσλειτουργούν και σταδιακά παρατηρείται έκπτωση της αναπνευστικής ικανότητας. Παρόλα αυτά, όταν δεν έχουμε ύπαρξη κάποιας νόσου που μπορεί να επηρεάσει την λειτουργία της αναπνοής και των πνευμόνων, οι βασικές λειτουργίες του αναπνευστικού συστήματος, όπως η ανταλλαγή αερίων παραμένει αμετάβλητη (Αναστασιάδου, 2015). Η γήρανση μπορεί να επιφέρει την ύπαρξη νόσου που να σχετίζεται με το αναπνευστικό σύστημα, καθώς η ευαισθησία στις λοιμώξεις αυξάνεται και το ανοσοποιητικό σύστημα μπορεί σταδιακά να αρχίσει να χάνει την ισχύ του (Konacs κ.α., 2013).

Η νεφρική λειτουργία, μία από τις σημαντικότερες λειτουργίες παρουσιάζει αλλαγές τόσο στην δομή όσο και στη λειτουργία. Αλλαγές εντοπίζονται στο σπείραμα των νεφρών, στα σωληνάρια

του αλλά και στο ίδιο το αγγείο (Denic κ.α., 2013). Μεταξύ άλλων, η συνύπαρξη παθήσεων όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπέρταση δυσχεραίνουν την διαδικασία διάλυσης των φαρμάκων που απαιτούνται για την καταπολέμηση αυτών. Η ακράτεια αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που επιφέρει το γήρας, τόσο λειτουργικά όσο και ψυχολογικά (Αναστασιάδου, 2015).

Από τις πιο ευρέως διαδεδομένες αλλαγές παρουσιάζονται στην γνωστική λειτουργία των ηλικιωμένων. Η άνοια παρουσιάζει σταδιακή αύξηση με την πάροδο των ετών, με τις διαταραχές να εστιάζονται σε έναν ή περισσότερους γνωστικούς τομείς (Andreoli, 2017). Οι εντονότερες γνωστικές μεταβολές παρατηρούνται σε άτομα ηλικίας άνω των 85 ετών, ενώ στις ηλικίες μεταξύ 65 και 84, οι λειτουργίες αυτές μπορεί να παρουσιάσουν έκπτωση, αλλά σε μικρότερο ποσοστό (Αναστασιάδου, 2015). Οι λειτουργίες αυτές δύναται να διατηρούνται σε καλύτερο επίπεδο μέσω φυσικών δραστηριοτήτων, καθώς αυξάνουν τον χρόνο αντίδρασης του ατόμου και μπορούν να συμβάλλουν στην ενίσχυση της μνήμης και επεξεργασίας ερεθισμάτων (Ζήση κ.α., 2003). Άλλες καταστάσεις που χαρακτηρίζουν τα ηλικιωμένα άτομα αποτελούν το άγχος, το οργανικό παραλήρημα αλλά και διαταραχές που οφείλονται στην χρήση φαρμάκων ουσιών ή αλκοόλ (Αναστασιάδου, 2015).

Η χρήση φαρμάκων με το γήρας γίνεται όλο και εντονότερη ούτως ώστε να αντιμετωπιστούν μία η παραπάνω παθολογικές καταστάσεις. Ο ηλικιωμένος οργανισμός αδυνατεί να διαλύσει μεγάλη ποσότητα φαρμάκων όπως του λίθου, ένα γεγονός που απαιτεί μεγάλη προσοχή όσο αναφορά δοσολογία αυτών στους ασθενείς. Η χρήση μεγάλου αριθμού φαρμάκων αλλά και η εναλλαγή τους μπορεί επίσης να επιφέρει παρενέργειες και συνάμα ανάγκη για νοσηλεία των ηλικιωμένων (Andreoli, 2017).

2.1.2. Ανάγκες ηλικιωμένων

Για να διερευνήσουμε τις ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας, οφείλουμε να δώσουμε βάση στις ανθρώπινες ανάγκες ευρύτερα. Η διασημότερη και πιο διαδεδομένη ιεράρχηση των ανθρώπινων αναγκών αποτελεί η τριγωνική πυραμίδα του Abraham Maslow, η οποία δημοσιεύτηκε το 1943 στο έργο του *A Theory of Human Motivation* (Maslow, 1943). Η πυραμίδα αυτή κατατάσσει τις ανθρώπινες ανάγκες σε πέντε επίπεδα. Στα κατώτερα στρώματα της πυραμίδας εμφανίζονται οι βασικότερες ανθρώπινες ανάγκες, ενώ όσο ανεβαίνουμε προς την κορυφή διακρίνουμε τις πιο σύνθετες. Οι ανάγκες αυτές κατατάσσονται ως εξής από τα χαμηλότερα στα υψηλότερα επίπεδα:

- **Φυσιολογικές ανάγκες**, δηλαδή την ανάγκη για επιβίωση. Σε αυτήν ανήκουν οι βασικές ανάγκες του ανθρώπου, όπως η τροφή, το νερό, ο ύπνος και η αναπαραγωγή.
- **Ανάγκες ασφαλείας**, που αφορούν την αυτοσυντήρηση του ατόμου, δηλαδή την ευμάρεια του σώματος και της υγείας του, την εργασία την οικογένεια και την περιουσία του.
- **Κοινωνικές ανάγκες**, δηλαδή την ανάγκη για αγάπη, μέσω του έρωτα της φιλίας και της επικοινωνίας
- **Την ανάγκη για εκτίμηση και αυτοαναγνώριση από άλλους.**
- **Αυτοπραγμάτωση**, δηλαδή την εκπλήρωση της δημιουργικότητας και την πραγμάτωση των δυνατοτήτων και ικανοτήτων του ατόμου.

Οι ανάγκες που βρίσκονται στα κατώτερα στρώματα αφορούν ανάγκες οι οποίες θεωρούνται σημαντικότερες για την επιβίωση του ατόμου. Με την σταδιακή άνοδο στα υψηλότερα επίπεδα, θεωρείται προ απαιτούμενη η εκπλήρωση των αναγκών των χαμηλότερων επιπέδων (Κωσταρίδου-Ευκλείδου, 1999). Το άτομο, μη έχοντας εκπληρώσει τις βασικές του ανάγκες, αδυνατεί να βρει κίνητρο έτσι ώστε να εκπληρώσει αυτές που βρίσκονται στα ανώτερα επίπεδα. Έτσι, ο άνθρωπος παρακινείται και προσπαθεί να ικανοποιήσει τις ανάγκες του που δεν έχει ικανοποιήσει ακόμη (Maslow, 1943). Η πλειονότητα των ανθρώπων ικανοποιείται με τις ανάγκες οι οποίες βρίσκονται στα κατώτερα στρώματα, χάνοντας σταδιακά το κίνητρο τους έτσι ώστε να υλοποιήσουν τις ανώτερες ανάγκες της πυραμίδας. Στις περιπτώσεις που οι άνθρωποι καταφέρνουν να ικανοποιήσουν τις ανώτερες ανάγκες, οδηγούνται σε μια εσωτερική αίσθηση πληρότητας, δηλαδή στην αυτοπραγμάτωση (Κωσταρίδου-Ευκλείδου, 1999). Η θεωρία του Maslow δεν αποτελεί μια θεωρία στάσιμη, αλλά δύναται να εξελίσσεται και να επηρεάζεται από παράγοντες όπως ο πολιτισμός και η τεχνολογία (Maslow, 1995).

Οι ανάγκες που παρουσιάζονται τείνουν να αλλάζουν με το πέρασμα των ετών. Έτσι, ο Wang (2013) βασιζόμενος στην πυραμίδα του Maslow προσδιόρισε πέντε ανάγκες που αφορούν τους ηλικιωμένους:

- **Φυσιολογικές ανάγκες**, που αφορούν στην επιβράδυνση του γήρατος, την προσαρμογή στο γήρας. Η μετάβαση στο γήρας αποτελεί μια καινούρια κατάσταση κατά την οποία το άτομο καλείται να ανταπεξέλθει σε νέες καταστάσεις, φυσιολογικές με το πέρασμα του χρόνου όπως η αποτροπή πιθανών πτώσεων και η αντιμετώπιση της νοσηρότητας (Hooyman & Kiyak, 2010).
- **Ανάγκη ασφάλειας**. Ανάγκες στην ασφάλεια δύναται να εμφανιστούν στην διατήρηση ενός καλού βιοτικού επιπέδου, στην βοήθεια για την προετοιμασία γευμάτων ή στις ανάγκες

ασφαλείας στα σπίτια των ηλικιωμένων λόγω των επιπτώσεων του γήρατος (Hoogman & Kiyak, 2010).

- **Ανάγκη συντροφικότητας**, με βασικό στόχο την ψυχολογική προσαρμογή στο γήρας και τον νέο τρόπο ζωής που αυτό επιφέρει. Η ανάγκη αυτή μπορεί να επιτευχθεί με την συμμετοχή φίλων και οικογένειας έτσι ώστε οι ηλικιωμένοι να προσαρμοστούν στην νέα πραγματικότητα της τρίτης ηλικίας (Hoogman & Kiyak, 2010).
- **Ανάγκη για εκτίμηση και αυτοαναγνώριση από άλλους**. Με την είσοδο στην Τρίτη ηλικία, για τους ηλικιωμένους αποκτά μζούσα σημασία η οπτική του περίγυρου τους για τους εαυτούς τους. Υπάρχει η επιδίωξη του σεβασμού από την οικογένεια και τους νεότερους, προσπαθώντας να μην περιθωριοποιούνται και να δρουν ως χρήσιμο μέρος του συνόλου (Hoogman & Kiyak, 2010).
- **Αυτοπραγμάτωση**. Αποτελεί το στάδιο κατά το οποίο υπάρχει ικανοποίηση του ρόλου που κατέχουν στην κοινωνία καθώς αισθάνονται πολύτιμοι και σοφοί (Hoogman & Kiyak, 2010).

Με το πέρασμα του χρόνου, τα ηλικιωμένα άτομα χρίζουν περισσότερης προσοχής καθώς διαφοροποιούνται οι ανάγκες τους. Παρόλα αυτά αποτελεί βασικό στόχο να υπάρχει στήριξη στις βασικές ανάγκες τους, στην βάση δηλαδή της πυραμίδας (Majercsik, 2005). Λαμβάνοντας υπόψη τις βασικές τους ανάγκες, η φροντίδα των ηλικιωμένων χρίζει μεγάλης προσοχής. Κατά τον Κυριόπουλο, (1998) η φροντίδα μπορεί να ταξινομηθεί σε τρεις τύπους:

- Άτυπη φροντίδα. Σε αυτήν, η περίθαλψη των ατόμων αναλαμβάνεται από συγγενικά η φιλικά πρόσωπα καθώς δεν υπάρχει άμεση ανάγκη νοσοκομειακής περίθαλψης.
- Οικιακή φροντίδα. Αφορά υπηρεσίες προσφερόμενες από κοινωνικές υπηρεσίες και εθελοντικές οργανώσεις χωρίς την συμμετοχή συγγενών και φίλων.
- Ιδρυματική φροντίδα: Αφορά την περίθαλψη σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.

Η φροντίδα των ηλικιωμένων, πέραν της ανάγκης αποτελεί και ένα στοιχειώδες δικαίωμα αυτών των ατόμων, καθώς, όπως αναφέρεται σε οδηγό για τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ατόμων (2013), οφείλουν να μην επιτρέπουν να δέχονται απάνθρωπης και ταπεινωτικής μεταχείρισης (Ιατώρ, 2013). Στον οδηγό αυτό εντάσσονται πολλές από τις ανάγκες που διακρίνονται στην κλίμακα του Maslow, όπως ο περιορισμός τους από την κοινωνία και από την οικογένεια.

2.2. Το άγχος στους ηλικιωμένους

Το άγχος, μαζί με την κατάθλιψη αποτελούν τα πλέον διαδεδομένα προβλήματα ψυχικής υγείας μεταξύ των ηλικιωμένων. Ως κλινική εκδήλωση, το άγχος στην τρίτη ηλικία αποτελεί μια κατάσταση έντονης ανησυχίας, φόβου και νευρικότητας που δύναται να επηρεάζει την συγκέντρωση και τον ύπνο (American Psychiatric Association, 2004). Η συχνότητα εμφάνισης άγχους δεν παρουσιάζει μεγάλες διαφορές μεταξύ ηλικιωμένων και νεότερων ηλικιακά ατόμων, με τους ηλικιωμένους μάλιστα να μην αναφέρουν τόσο συχνά καταστάσεις ψυχικής πίεσης όσο αυτές της φυσικής (CDC, 2008). Παρόλα αυτά, η συχνότητα του άγχους εμφανίζεται μεγαλύτερη με το πέρασμα του χρόνου.

Το άγχος σαν κατάσταση μπορεί να επηρεάσει διαφορετικούς τομείς του ανθρώπου. Οι αγχώδεις αντιδράσεις με την άνοδο της ηλικίας μπορούν να επηρεάσουν την κοινωνικότητα του ατόμου. Οι ηλικιωμένοι, τείνουν προς την μοναξιά και την απόσυρση από κοινωνικά δρώμενα, ειδικότερα όταν αυτό το κλίμα προωθείται από το περιβάλλον στο οποίο ανήκουν (Knaal κ.α., 2001). Σωματικά, το άγχος μπορεί να προκαλέσει "κόμπους στον λαιμό" καθώς και πόνους σε διάφορες περιοχές του σώματος (American Psychiatric Association, 2004). Από τα συνηθέστερα σωματικά συμπτώματα του άγχους αποτελεί η «προκαρδική φοβία», που χαρακτηρίζεται από έντονη πίεση γύρω από την περιοχή της καρδιάς (Porzych κ.α., 2005). Οι καταστάσεις αυτές χρίζουν ειδικής φροντίδα καθώς και στοχευμένη θεραπείας. Οι φυσιολογικοί δείκτες άγχους περιλαμβάνουν την αυξημένη αρτηριακή πίεση, αυξημένες σφίξεις, αναπνοές, ψυχοκινητική ανησυχία, και αυξημένες κενώσεις (Eliopoulos, 2001). Στους παράγοντες πρόκλησης άγχους συγκαταλέγεται ακόμη ο φόβος τραυματισμού και πτώσης τους τόσο στο σπίτι, όσο και σε εξωτερικούς χώρους καθώς και η επίπτωση ενός πιθανού τραύματος, όπως μια πιθανή νοσηλεία ή χειρουργική επέμβαση. Στον συναισθηματικό τομέα, επικρατούν αισθήματα απειλής, συνεχούς έντασης και χαλάρωσης καθώς και δυσκολία στην λήψη αποφάσεων (Porzych κ.α., 2005). Στο γνωστικό επίπεδο, η συγκέντρωση καθίσταται δύσκολη, μην μπορώντας έτσι το άτομο να αξιολογεί καταστάσεις χωρίς συναισθηματική φόρτιση. Τέλος, το άγχος συνυπάρχει σε αρκετές περιπτώσεις με την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης αλλά και αυτοκτονικές τάσεις (Porzych κ.α., 2005). Το άγχος αποτελεί έναν παράγοντα που μπορεί να επηρεάσει ιδιαίτερα σημαντικές καταστάσεις στην ανθρώπινη ζωή όπως ο θάνατος. Ο θάνατος αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πρόκλησης άγχους στην τρίτη ηλικία και όχι μόνο, αποτελώντας κατά τον Jung ένα πολυδιάστατο

κατασκεύασμα προερχόμενο από τον φόβο και την άγνοια (Schuurmans & Balkom, 2011). Η ιδέα του θανάτου ενός κοντινού προσώπου για τον άνθρωπο καθώς και το πένθος που βιώνει σε αυτές τις καταστάσεις δύναται να προκαλέσει την εμφάνιση άγχους ειδικότερα στην τρίτη ηλικία. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας που δεν διατηρούν την ικανοποίησή τους για την ζωή δύναται να έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης άγχους (Schuurmans & Balkom, 2011). Η έναρξη εμφάνισης του άγχους στους ηλικιωμένους εν κατακλείδι, σχετίζεται άμεσα με τον τρόπο ζωής τους, κυρίως κατά την ενήλικη ζωή τους.

2.3. Έρευνα και τρίτη ηλικία

Η ένταξη στη Τρίτη ηλικία σηματοδοτεί μια σειρά πολλαπλών αλλαγών οι οποίες συντελούνται στην υγεία αλλά και στην κοινωνικότητα των ατόμων. Ειδικότερα, έρευνες έχουν δείξει πως μια σειρά από παράγοντες όπως οι κακές συνθήκες διαβίωσης αλλά και η ύπαρξη χρόνιων ασθενειών μειώνουν την πιθανότητα τα άτομα αυτά να λάβουν μέρος σε έρευνες στον τομέα της υγείας (Kammerer κ.α., 2019). Από τα πλέον διαδεδομένα εργαλεία έρευνας αποτελούν τα ερωτηματολόγια. Ως ερωτηματολόγιο, ορίζεται το έντυπο που περιέχει μια συγκεκριμένη σειρά ερωτήσεων, που ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει γραπτώς (Ζαφειρίου, 2003). Η χρήση των ερωτηματολογίων σε νοσηλευτικές έρευνες είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη καθώς συνδυάζει τόσο το χαμηλό κόστος, όσο και το μικρό χρονικό διάστημα που απαιτείται για την συμπλήρωση του (Nieswiadomy, 2013). Προσεγγίζοντας την Τρίτη ηλικία κατά την διάρκεια μίας έρευνας, ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά της γήρανσης επηρεάζουν την δομή αλλά και την επικοινωνία μας απέναντι σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα έτσι ώστε να υπάρξουν καλύτερα δυνατά αποτελέσματα. Σε μεγάλο μέρος των ηλικιωμένων ατόμων παρατηρείται έκπτωση της οπτικής λειτουργίας και αδυναμία εκτέλεσης λεπτών κινήσεων με τα χέρια. Παράλληλα, το μεγάλο μήκος των ερωτηματολογίων, αποθαρρύνει τους συμμετέχοντες και δημιουργεί μεγαλύτερα περιθώρια λάθους αποτελεσμάτων (Mendonça κ.α., 2015). Τα δεδομένα αυτά επηρεάζουν την διάθεση του ατόμου για συμμετοχή στην έρευνα, καθώς αλλαγές όπως η μεγέθυνση της γραμματοσειράς και η μείωση του μεγέθους των ερωτηματολογίων μπορούν να οδηγήσουν σε μεγαλύτερη συμμετοχή και εγκυρότερα αποτελέσματα. Οι ερωτήσεις πρέπει να διατηρούνται μικρές, πιο συνοπτικές και πιο άμεσες από ό, τι συνήθως απαιτείται, δεδομένου ότι οι πολλές πληροφορίες και οι πολλές επιλογές μπορούν να αποτελέσουν πηγή άγχους για τους (Mendonça κ.α., 2015). Πολλές έρευνες απαιτούν τόσο την σωματική, όσο και την ψυχική ευεξία των συμμετεχόντων καθώς δύναται

να απαιτείται σωστή λεκτική επικοινωνία καθώς και η επίσκεψη σε κάποιο κέντρο μελέτης για την πραγματοποίησή τους (Kammerer κ.α., 2019).

Ως ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, ορίζεται ο τύπος ερωτηματολογίου στο οποίο οι ερωτηθέντες διαβάζουν την ερώτηση και καλούνται να επιλέξουν την απάντηση μόνοι τους, χωρίς εξωτερικές παρεμβάσεις (Jupp, 2006). Τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς αποτελούν σημαντικά εργαλεία για την αξιολόγηση των εσωτερικών εμπειριών του ατόμου, για αυτό και θεωρούνται χρήσιμα στην συλλογή πληροφοριών σχετικά με το άγχος και τον φόβο (Albano κ.α., 2001). Μεγάλο μέρος των ερωτηματολογίων εστιάζει στην αξιολόγηση των συναισθημάτων του ατόμου, όπως των σκέψεων και των συναισθημάτων του. Ερευνητικά ευρήματα και καταστάσεις που χρίζονται διαφοροποιήσεις στο παρελθόν έχουν αμφισβητήσει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της κλίμακας (Hamama & Ronen, 2009). Σε έρευνα των Knäuper, Carrière, Chamandy, Xu, Schwarz και Rosen (2016), αναφέρεται πως τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς οφείλουν να συμβαδίζουν με την ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων. Οι αλλαγές που εμφανίζονται στους ηλικιωμένους, που σχετίζονται με την ηλικία στη γνωστική και επικοινωνιακή λειτουργία δύναται να έχουν επιρροές στη διαδικασία απάντησης ερωτήσεων. Παρόλα αυτά, το εύρος των ερευνών είναι ιδιαίτερα περιορισμένο και δημιουργείται μεγάλος προβληματισμός σχετικά με την αξιοπιστία των ευρημάτων. Το ερωτηματολόγιο που αφορά την κλίμακα του άγχους προδιάθεσης (State-Trait Anxiety), αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση του άγχους και την διάκριση του από τα καταθλιπτικά σύνδρομα (American Psychological Association, 2011). Μέσα από έρευνα της βιβλιογραφίας, μπορούμε να συναντήσουμε αρκετά επιπλέον ερωτηματολόγια και κλίμακες αυτοαναφοράς, όπως το Geriatric Anxiety Inventory (GAI), και η Beck Anxiety Inventory (BAI) (American Psychological Association, 2011. Beck κ.α., 1988). Στην προκειμένη έρευνα, επιλέχθηκε η κλίμακα State-Trait Anxiety. Η κλίμακα STAI είναι ένα από τα πιο ευρέως ερευνηθέντα και χρησιμοποιείται ευρέως μέτρα γενικού άγχους και είναι διαθέσιμο σε πολλές διαφορετικές γλώσσες. Η κλίμακα αυτή είναι σχετικά σύντομη ως προς τη διαχείριση και δεν απαιτεί δαπανηρές ή χρονοβόρες διαδικασίες βαθμολόγησης ή διερμηνείας. Επομένως, προσφέρεται για γενική χρήση στην έρευνα και για συγκρίσεις με άλλους υγιείς, ψυχιατρικούς και ιατρικούς πληθυσμούς (Julien, 2011).

Η έρευνα στην Τρίτη ηλικία για την καταμέτρηση των επίπεδων άγχους τόσο στην εγχώρια όσο και στην διεθνή βιβλιογραφία έχει αποδείξει πως η χρήση κλιμάκων, όπως η κλίμακα του Spielberg μπορεί να επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα. Για παράδειγμα, οι Blazquez, Villanueva, Lopez-Pina, Sevilla και Frades-Payo (2013) σε ένα δείγμα 489 συμμετεχόντων, μελέτησαν τις ψυχομετρικές ιδιότητες μιας νέας πανομοιότυπης έκδοσης της κλίμακας STAI για την αξιολόγηση του άγχους στους

ηλικιωμένους. Η έρευνα κατέδειξε πως η κλίμακα STAI στους ηλικιωμένους λειτουργούσε με ικανοποιητικό τρόπο και στους ηλικιωμένους, δίνοντας χρήσιμα κλινικά και ερευνητικά αποτελέσματα.

Στην έρευνα των Knaal, Macijauskiene, Engedal και Laake, (2001) η χρήση της κλίμακας STAI αποδείχθηκε εφικτή για την ευρύτερη χρήση της σε άτομα τρίτης ηλικίας, τονίζοντας στα ευρήματα της πως η βαθμολογία της παρουσιάζεται υψηλότερη σε γηριατρικούς ασθενείς, όπως σε ασθενείς με χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια και σε ασθενείς που υποψιάζονται ότι υπέφεραν από σημαντικά συμπτώματα άγχους.

Σε έρευνα του Potvin και της ομάδας του (2011), χρησιμοποιήθηκε η τελευταία έκδοση της κλίμακας STAI-Y με σκοπό της δημιουργία νορμών χαρακτηριστικών της κλίμακας. Χρησιμοποιώντας ένα μεγάλο δείγμα ηλικιωμένων που είχαν επιλεγεί από τον γενικό πληθυσμό η έρευνα είχε ως σκοπό να εξετάσει την συσχέτιση των υψηλότερων αποτελεσμάτων, δηλαδή της ύπαρξης εντονότερου άγχους σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η νεότερη ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση, η χρήση ναρκωτικών και πρόσθετα ανεπιθύμητα συμβάντα σχετίζονταν με την ανάδειξη υψηλότερης βαθμολογίας στην κλίμακα.

Οι παραπάνω έρευνες, καταδεικνύουν την ιδιαίτερη σημασία της έρευνας των επιπέδων άγχους στην Τρίτη ηλικία αλλά και συχνή χρήση της κλίμακας του Spielberg στις έρευνες αυτές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

3.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προσέγγιση του ασθενή με άγχος

Βασιζόμενος στην θεωρητική προσέγγιση του άγχους αλλά και στις τεχνικές αντιμετώπισης που ακολουθούνται, ο νοσηλευτής μπορεί να εφαρμόσει πρακτικές οι οποίες απαιτούνται κατά την διάρκεια της νοσηλευτικής διεργασίας. Κατά την φάση της αξιολόγησης, ο νοσηλευτής εστιάζει στο άτομο, συλλέγοντας δεδομένα για την κατάσταση του και τους τρόπους με τους οποίους αντιμετωπίζει τις στρεσογόνες καταστάσεις. Ο αποτελεσματικός σχεδιασμός παρέμβασης ωφελεί να δημιουργείται σε συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένεια του (Osborn κ.α., 2013). Η σωστή διαχείριση του άγχους προαπαιτεί την επικοινωνιακή και ισχυρή επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ασθενή. Δια μέσου της επικοινωνίας, η ψυχολογία του νοσηλευόμενου μπορεί να μεταβληθεί. Έτσι, ελπιδοφόρα μηνύματα που ενισχύουν την ψυχολογία μπορούν να αποκτήσουν θεραπευτικό ρόλο. Αντιθέτως, εάν ασκηθεί κριτική, η αυτοπεποίθηση μειώνεται σημαντικά με αποτέλεσμα την εμφάνισή άγχους και ψυχικών διαταραχών. Ο τόνος της φωνής, η εκφραση και η προσοχή που θα επιδείξει ο νοσηλευτής στον ασθενή συμβάλει σημαντικά στην ανταπόκριση του τελευταίου (Αναγνωστόπουλος & Παπαγεωργίου, 2010). Η φροντίδα των ασθενών επιτάσσει την γνώση από τον νοσηλευτή των παραγόντων που πρόκλησης του στρες αλλά και των αντιδράσεων του ασθενή σε αυτούς. Η αναγνώριση των πηγών βοήθειας που μπορούν να υπάρξουν καθώς και της μεθόδου που θα ακολουθήσει το άτομο. Η μέθοδος που θα ακολουθηθεί διαδραματίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην ανταπόκριση του ατόμου ενάντια στους στρεσογόνους παράγοντες που πυροδοτούν το άγχος (Osborn κ.α., 2013). Βασικό ρόλο στην αξιολόγηση του άγχους διαδραματίζει επίσης η σωστή λήψη ιστορικού καθώς και η όσο το δυνατόν εγκυρότερη ψυχιατρική αξιολόγηση. Μέσω αυτής της προσέγγισης, μπορούν να αποκλειστούν παρεμφερή οργανικά νοσήματα που εκδηλώνουν παρόμοια συμπτωματολογία με αυτήν που εκδηλώνει το άγχος. (Πολυκανδριώτη & Κουτσοπούλου, 2014). Παρόλα αυτά, σε αρκετές των περιπτώσεων, οι επαγγελματίες υγείας, κατά την διάρκεια κρίσεων όπως του άγχους, δεν διαθέτουν τον απαιτούμενο χρόνο έτσι ώστε να συλλέξουν και να αναλύσουν τις πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό και την προσωπικότητα του ατόμου (Φουντούκη & Θεοφανίδης,

2014). Έτσι, στις περιπτώσεις που υπάρχει ο περιορισμός του χρόνου, ο νοσηλευτής καλείται να βρει απαντήσεις σχετικά με :

- Την αιτία δημιουργίας του άγχους.
- Την ψυχική κατάσταση του ατόμου, τον τρόπο με τον οποίο το άτομο έχει αντιληφθεί την κατάσταση στην οποία βρίσκεται και την σοβαρότητα αυτής σε γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο.
- Τα ψυχικά αποθέματα που διαθέτει το άτομο για την καταπολέμηση αυτής της κατάστασης. Σε αυτά περιλαμβάνονται πιθανές στρατηγικές που είχαν χρησιμοποιηθεί σε παλαιότερες αντίστοιχες καταστάσεις, τον τρόπο αντίδρασης του σε αυτές αλλά και την υποστήριξη που δέχτηκε και θα ήθελε να δεχθεί (Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2014).

Ιδιαίτερα σημαντική είναι και η παρατήρηση των ενδείξεων δια μέσου της συμπεριφοράς του ασθενή. Συμπεριφορές που μπορεί να καταδεικνύουν την παρουσία άγχους αποτελούν η τάση για ατυχήματα, η διαταραχή στην ομιλία, η έντονη ανησυχία καθώς και το άκουσμα φωνών από τον ασθενή. Επιπροσθέτως, ο ασθενής βιώνει έντονα το αίσθημα της μοναξιάς, αδυνατώντας παράλληλα να ζητήσει την απαιτούμενη βοήθεια και υποστήριξη που μπορεί να παρέχει το περιβάλλον του (Osborn κ.α., 2013).

3.2. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με άγχος

Οι παρεμβάσεις στην κρίση του άγχους οφείλει να είναι δυναμική, άμεση, χρονικά περιορισμένη και εστιάζεται στο παρόν (Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2014). Αυτές, βασίζονται στο κοινό πλάνο που έχει εκπονηθεί σε συνεργασία με τον ασθενή, την οικογένεια και τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας φροντίδας υγείας (Osborn κ.α., 2013). Οι στόχοι παρέμβασης στην κρίση του άγχους, περιλαμβάνουν:

- Τη μείωση του άγχους και την προστασία του ατόμου από πρόσθετους στρεσογόνους παράγοντες,
- Την ενεργοποίησή του, με τη βοήθεια του υποστηρικτικού δικτύου, ώστε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της νέας πραγματικότητας και
- Την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου ψυχικής ισορροπίας. (Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2014).

Η επίτευξη των στόχων που θα τεθούν εξαρτάται από την ψυχολογική κατάσταση που βρίσκεται το άτομο, την γενικότερη κατάσταση της υγείας του, το οικογενειακό του περιβάλλον και τα θρησκευτικά και κοινωνικοπολιτικά του πιστεύω.

Η επίδραση του στρες σε κάθε άνθρωπο, παρότι αποτελεί ένα σύνηθες φαινόμενο, αποτελεί ένα ιδιαίτερα προσωπικό ζήτημα. Έτσι, ο νοσηλευτής οφείλει να προσαρμόζει τις προσεγγίσεις του ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις που προωθούν τον ασθενή για την μείωση του άγχους του αποτελούν:

- Επαρκής ξεκούραση
- Βελτίωση της διατροφής και σωματική άσκηση
- Σωστή κατανομή και διαχείριση του χρόνου τους
- Προαγωγή ενός υγιούς τρόπου ζωής
- Παροχή εκπαίδευσης σχετικά με την διαχείριση του άγχους και συμμετοχή σε υποστηρικτικές ομάδες
- Προαγωγή ενός υγιούς τρόπου ζωής (Osborn κ.α., 2013).

3.3. Προαγωγή της υγείας

Με τον όρο προαγωγή της υγείας, αναφερόμαστε στις διαδικασίες που καθιστούν τα άτομα ικανά να αυξήσουν τον έλεγχο και να βελτιώσουν την υγεία τους. Στον ψυχολογικό τομέα, η προαγωγή της υγείας εστιάζει στην ενδυνάμωση της ικανότητας των ατόμων να προωθήσουν και να βελτιώσουν την ψυχική τους υγεία, μέσα από τον ίδιο τους τον εαυτό, ή μέσω του κοινωνικού τους περιβάλλοντος (Ζήση & Στυλιανίδης, 2004). Η προαγωγή της υγείας επιτυγχάνεται με την αλλαγή της στάσης του ατόμου στην καθημερινότητα του αλλά και στον τρόπο ζωής του.

Η ανάπτυξη ενός υγιούς η ανθυγιεινούς τρόπου ζωής, αποτελεί μία συνήθεια που αναπτύσσεται στα αρχικά στάδια της ζωής και με το πέρασμα των ετών είναι πολύ δύσκολο να αλλάξει. Ενήλικες που δεν ακολουθούν έναν υγιή και ισορροπημένο τρόπο ζωής, αποτελούν αρνητικά πρότυπα για τα παιδιά τους και τον οικογενειακό τους κύκλο (Bektas & Ozturk, 2008). Το άγχος αποτελεί μια κατάσταση αλληλένδετη με τον τρόπο ζωής του ατόμου, καθώς η υγεία και η ενέργεια αποτελούν κομβικούς παράγοντες στην ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους. Έτσι, η επιλογή ενός

τρόπου ζωής που θα προάγει την υγεία και θα δημιουργεί άμυνες ενάντια στο στρες είναι βαρύτατης σημασίας. Ο τρόπος ζωής δύναται να επηρεαστεί από προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου, όπως η κοινωνική τάξη και η εκπαίδευση του (Osborn κ.α., 2013).

Έχει παρατηρηθεί πως οι παράγοντες που μειώνουν δραστικά και αποτελεσματικά το στρες είναι η άσκηση, η διατροφή, ο ύπνος, η ανάπαυση και η σωστή διαχείριση του χρόνου. Άλλες έρευνες καταδεικνύουν πως η συμμετοχή των ανθρώπων σε δημιουργικές και πολιτισμικές δραστηριότητες προάγουν την υγεία και ταυτόχρονα μειώνουν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Cuypers κ.α., 2011). Η άσκηση ενδυναμώνει τόσο την οργανική, όσο και την συναισθηματική υγεία του ατόμου. Σε οργανικό επίπεδο, η άσκηση συμβάλλει στην βελτίωση της σωματικής δομής και της καρδιακής λειτουργίας (Osborn κ.α., 2013). Η άσκηση διαφαίνεται ότι προλαμβάνει την εμφάνιση των συμπτωμάτων του άγχους αλλά και θεραπεύει τις αγχώδεις καταστάσεις σε μεγαλύτερο ποσοστό, ακόμη και σε σύγκριση με άλλες μεθόδους, όπως την φαρμακευτική και την ψυχαναλυτική (Ζιώγου, 2013). Στον ψυχολογικό τομέα, η σωματική άσκηση διατηρεί άρρηκτη σύνδεση με την ψυχική υγεία. Άτομα που συμμετέχουν σε φυσικές δραστηριότητες τείνουν να εμφανίζουν καλύτερη ψυχική κατάσταση και λιγότερα συμπτώματα άγχους. Πιο συγκεκριμένα, αερόβιες δραστηριότητες όπως το τρέξιμο, το κολύμπι, η ποδηλασία, το περπάτημα και ο χορός ενισχύουν τον οργανισμό ενάντια σε στρεσογόνους παράγοντες (Ζαχαρής & Ζήση, 2018). Η ισορροπημένη διατροφή αποτελεί απαραίτητο εργαλείο για την αντίσταση του οργανισμού ενάντια στο άγχος. Μέχρι και σήμερα, από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε ανθρώπους και ζώα δεν έχουν αποδείξει την συσχέτιση του άγχους με την κατανάλωση τροφών που χαρακτηρίζονται ως υγιείς. Αντίθετα, μεγάλη συσχέτιση εμφανίζεται με τροφές που αυξάνουν το βάρος. Τα άτομα που διακατέχονται από στρες, τείνουν να καταναλώνουν περισσότερα γεύματα σε μικρότερα χρονικά διαστήματα και μακροπρόθεσμα αυξάνουν το βάρος τους (Groesz κ.α., 2012). Μείωση κατανάλωσης τροφών όπως της καφεΐνης και της ζάχαρης και η αύξηση των τροφών πλούσιων σε πρωτεΐνες μπορούν να μειώσουν τις αρνητικές επιδράσεις του άγχους. Τόσο ο ύπνος όσο και η σωστή διαχείριση του χρόνου αποτελούν στοιχεία που με την σωστή καθοδήγηση του νοσηλευτικού προσωπικού, είτε μέσω οδηγιών, είτε μέσω της εκμάθησης μπορούν να διαδραματίσουν καταλυτικό ρόλο στην διαχείριση του άγχους (Osborn κ.α., 2013). Για την επίτευξη των αναγραφόμενων αλλαγών, ο νοσηλευτής αποτελεί καταλυτικό παράγοντα στην αγωγή και συνάμα στην προαγωγή της υγείας ατόμων με άγχος. Η διαμόρφωση ενός περιβάλλοντος λιγότερο στρεσογόνου, ο έλεγχος του θυμού και η δημιουργία ενός περιβάλλοντος εμπιστοσύνης μπορούν να κατευθύνουν το άτομο προς την σωστή κατεύθυνση. Σε αρκετές των περιπτώσεων, δύναται να υπάρξουν επισκέψεις στον ασθενή για την

παροχή συμβουλών όταν αυτή καθίσταται ελλιπής μέσω του τηλεφώνου, ή όταν η επικοινωνία με τον ασθενή δεν είναι δυνατή και χρειάζονται περαιτέρω πληροφορίες (Osborn κ.α., 2013).

3.4 Σύνοψη νοσηλευτικής προσέγγισης

Συνοψίζοντας, η ψυχολογική και σωματική βοήθεια του ατόμου, οι πηγές βοήθειας που μπορεί να αντλήσει για την διαχείριση του άγχους του από το περιβάλλον του και η σχέση που διατηρεί με αυτό μπορούν να επιδράσουν δραστικά στην υγεία του ατόμου. Δια μέσου του νοσηλευτή, το άτομο μπορεί να αναγνωρίσει πρότυπα ζωής και υγείας τα οποία θα τον καθοδηγήσουν προς την αναζήτηση προτύπων υγείας με ευεργετικά αποτελέσματα για την ψυχική τους υγεία. Εάν τα πρότυπα αυτά δεν επιφέρουν ψυχολογική και οργανική ισορροπία, ο νοσηλευτής, με την συγκατάθεση του ασθενή, είναι υποχρεωμένος να αναζητήσει τις κατάλληλες παρεμβάσεις έτσι ώστε να επέλθει η ισορροπία που αναζητείται (Osborn κ.α., 2013).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση και η αποτύπωση των επιπέδων έντασης του περιστασιακού και μόνιμου άγχους των ηλικιωμένων ατόμων στην Ελλάδα και ειδικότερα στον Δήμο Περιστερίου. Ειδικότερος σκοπός της έρευνας είναι να αποτυπωθούν τα επίπεδα άγχους των ηλικιωμένων ατόμων που είναι εγγεγραμμένα στις μονάδες ΚΕΦΙ (Κέντρα Φιλίας) - ΚΑΠΗ (Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων) του Δήμου Περιστερίου με ταυτόχρονη καταγραφή των δημογραφικών και οικονομικών δεδομένων τους.

Ειδικότερα, από την αξιολόγηση και επεξεργασία των στοιχείων, αναμενόταν να διερευνηθούν τα εξής επιμέρους ερωτήματα:

1. Με ποια δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά σχετίζεται το άγχος που προκαλείται από καταστάσεις με το άγχος που είναι χαρακτηριστικό της προσωπικότητας των ηλικιωμένων.
2. Σε ποιο επίπεδο βρίσκεται το άγχος που προκαλείται από παροδικές καταστάσεις και το άγχος που αποτελεί χαρακτηριστικό της προσωπικότητας των ηλικιωμένων ατόμων που είναι εγγεγραμμένα στις μονάδες ΚΕ.ΦΙ. – Κ.Α.Π.Η..

4.2. Είδος Έρευνας

Για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας και μετά από μελέτη της εγχώριας και διεθνούς βιβλιογραφίας, επιλέχθηκε η χρήση μίας ποσοτικής έρευνας ως κατάλληλη μέθοδος

ανάλυσης των δεδομένων που συλλέχθηκαν. Στις επιστήμες υγείας, η ποσοτική έρευνα αποτελεί τη συνηθέστερη επιλογή των ερευνητών για τη διερεύνηση των ερευνητικών τους υποθέσεων. Η χρήση των ποσοτικών ερευνών στον τομέα της υγείας έχει δώσει μεγάλες ερευνητικές δυνατότητες, όπως την δυνατότητα διερεύνησης της συχνότητας εμφάνισης των νοσημάτων ή του θανάτου, τη σύγκριση της αποτελεσματικότητας διαφορετικών θεραπευτικών παρεμβάσεων σε πάσχοντες αλλά και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των εμβολίων (Γαλήνης, 2018). Αναλυτικότερα, στην χρήση μίας ποσοτικής ανάλυσης, είναι δυνατή η αναζήτηση της ύπαρξης, η της απουσίας σχέσης μεταξύ των παραμέτρων που παρουσιάζονται στην έρευνα. Έτσι, μετά από σχετική ανάλυση και καταγραφή των αναγκών μας, πρόκειται να γενικευτούν τα συμπεράσματα των εκάστοτε ερωτηθέντων που κατοικούν στον Δήμο Περιστερίου και αποτελούν μέλη των δομών Κ.Α.Π.Η.-ΚΕ.ΦΙ..

4.3. Ερωτηματολόγιο

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια μελέτη 49 ερωτήσεων και τα στοιχεία της έρευνας συλλέχθηκαν με τη συμπλήρωση της κλίμακας άγχους του Spielberg (State-Trait Anxiety Inventory), που αποτυπώνει και διαφοροποιεί το άγχος που προκαλείται από παροδικές καταστάσεις και το άγχος που είναι χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και την συμπλήρωση 9 ερωτήσεων που διερευνούσαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Η κλίμακα του Spielberg αποτελεί μια από τις πλέον έγκυρες και σταθμισμένες κλίμακες μέτρησης άγχους που έχουν σταθμιστεί στην Ελλάδα από τους Λιάκο και Γιαννίτση (Λιάκος & Γιαννίτση, 1984). Αποτελείται από 40 θέματα, με τα πρώτα 20 να αναφέρονται στο άγχος που προκαλείται από μία συγκεκριμένη κατάσταση (state anxiety), ενώ τα υπόλοιπα 20 αναφέρονται στο άγχος το οποίο αποτελεί πιο μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (trait anxiety). Η κλίμακα παρουσιάζει διαφορές σε σχέση με την προηγούμενη έκδοση της καθώς σε σχέση με την αρχική έκδοση του Spielberg, ο Λιάκος άλλαξε το περιεχόμενο της πρότασης 13, ακυρώνοντας την αντιστροφή στην συγκεκριμένη ερώτηση στην προηγούμενη έκδοση.

Για τη βαθμολόγηση χρησιμοποιείται τετράβαθμη κλίμακα (1=σχεδόν ποτέ, 2=μερικές φορές, 3=συχνά, 4=σχεδόν πάντοτε). Η βαθμολογία προκύπτει με ειδικό κλειδί βαθμολόγησης. Οι βαθμολογίες στις ερωτήσεις 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 20, 21, 26, 27, 33, 36 και 39 χρειάζεται να αντιστραφούν για να υπολογιστούν οι υποκλίμακες. Οι νόρμες για τον ελληνικό πληθυσμό έχουν ως εξής: παροδικό άγχος=43,21, άγχος ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας=42,79, ενώ για τη συνολική κλίμακα είναι 86,01.

Η επιλογή του ερωτηματολογίου του Spielbergr έγινε έπειτα από έρευνα στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία καθώς και μέσα από τις ανάγκες της παρούσας έρευνας και των παραμέτρων που έχριζαν προς διερεύνηση. Σε σύγκριση με άλλες κλίμακες μέτρησης άγχους, η χρησιμοποιούμενη κλίμακα παρουσιάζει υψηλή απήχηση όσο αναφορά τις χρήσεις της σε έρευνες καταμέτρησης του άγχους τόσο στην ελληνική όσο και στην διεθνή βιβλιογραφία. Επίσης, με την σύντομη έρευνα στην ελληνική βιβλιογραφία, η καταμέτρηση του άγχους στην Τρίτη ηλικία μέσω της κλίμακας του Spielbergr δεν παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία, κάτι που δίνει ακόμη μεγαλύτερη βαρύτητα στην σημασία της παρούσης έρευνας. Η κλίμακα άγχους του Spielbergr παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα σε εννοιολογικό επίπεδο, υψηλές θετικές συσχετίσεις με την κατάθλιψη την αλεξιθυμία και αρνητική συσχέτιση με την κλίμακα της εσωτερικής συγκρότησης (Λιάκος και Γιαννίτση, 1984). Η κλίμακα έχει προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό από τους Μυστακίδου κ.α. (Μυστακίδου κ.α., 2009) αλλά και από τους Λιάκο και Γιαννίτση, την έκδοση των οποίων χρησιμοποιούμε στην παρούσα έρευνα. Οι προσαρμογές που έχουν γίνει από τους Μυστακίδου Κ.Α. και Λιάκο και Γιαννίτση της έρευνας στα Ελληνικά δεδομένα, καθιστούν την κλίμακα του Spielbergr για το άγχος ιδανική για την παρούσα έρευνα.

4.4. Πληθυσμός και δείγμα

Ο πληθυσμός στόχος της έρευνας που πραγματοποιήθηκε αποτέλεσε άτομα τρίτης ηλικίας άνω των 60 ετών. Ειδικότερα, για να συμπεριληφθούν τα άτομα αυτά στην έρευνα, όφειλαν να είναι κάτοικοι του Δήμου Περιστερίου στην Αττική, και να είναι εγγεγραμμένα και να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των Κέντρων Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), που στον Δήμο Περιστερίου αναγράφονται και ως Κέντρα Φιλίας (ΚΕ.ΦΙ.). Έτσι, τον πληθυσμιακό στόχο της έρευνας μας αποτέλεσαν όλα τα εγγεγραμμένα μέλη των ΚΕ.ΦΙ, με το δείγμα της έρευνας να εξάγεται μέσα από τα μέλη των δομών αυτών. Αναλύοντας το δείγμα, οι ερωτηθέντες χωρίζονται σε 51 (77%) και 15 ανδρικού φύλου (23%), ενώ καταγράφηκαν 27 άτομα ηλικίας 60 έως 65 ετών (41%), 30 άτομα ηλικίας 66 έως 70 ετών (45%), 3 άτομα ηλικίας 70 έως 79 ετών (5%) και 6 άτομα ηλικίας 80 έως 89 ετών (9%).

Όσο αναφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων, τα αποτελέσματα φανέρωσαν πως 15 άτομα ήταν απόφοιτοι δημοτικού (22.7%), 21 άτομα ήταν απόφοιτοι γυμνασίου (31.8%), 21 άτομα ήταν απόφοιτοι λυκείου (31.8%) ενώ 9 άτομα κατείχαν κάποιο πτυχίο ανώτατης εκπαίδευσης (13.6%). Το σύνολο και των 66 ερωτηθέντων ήταν Ελληνικής εθνικότητας αλλά και χριστιανοί ορθόδοξοι (100%).

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση τους, οι ερωτηθέντες διαχωρίζονται σε 27 έγγαμα άτομα (40.9%), 9 διαζευγμένα άτομα (13.6%) και 30 άτομα χήρος ή χήρα (45.5%). Όσο αφορά τον αριθμό των τέκνων, 6 άτομα δεν είχαν αποκτήσει κάποιο παιδί (9.1%), 12 άτομα απέκτησαν 1 παιδί (18.2%), 36 άτομα απέκτησαν 2 παιδιά (54.5%), 9 άτομα απέκτησαν 3 παιδιά (13.6) ενώ 3 άτομα δήλωσαν πως απέκτησαν 7 παιδιά (4.5%).

Αναφορικά με το ταμείο σύνταξης των ερωτηθέντων, 48 άτομα ανέφεραν το ΙΚΑ (72.7%), 6 άτομα ανέφεραν τον ΟΑΕΕ (9.1%), 3 άτομα δεν είχαν κάποιο ταμείο σύνταξης (4.5%) ενώ 9 άτομα επέλεξαν να μην απαντήσουν (13.6%). Τέλος, οι ερωτηθέντες διακρίθηκαν ανάλογα με το ετήσιο εισόδημα τους, με 6 άτομα να δηλώνουν εισόδημα από 0 έως 5.000 ευρώ (9.1%), 27 άτομα να δηλώνουν εισόδημα από 5.000 έως 10.000 ευρώ (40.9%), 18 άτομα να δηλώνουν εισόδημα από 10.000 έως 15.000 ευρώ (27.3%), 3 άτομα να δηλώνουν εισόδημα άνω των 15.000 ευρώ (4.5 %), ενώ 12 άτομα επέλεξαν να μην απαντήσουν στην ερώτηση (18.2%).

4.5. Περιορισμοί

Λόγω της έξαρσης της πανδημίας του νέου κορονοϊού, η πρόσβαση στους χώρους των ΚΕ.ΦΙ, δεν κατέστη δυνατή, εξαιτίας των νομοθετικών ρυθμίσεων για την προστασία της δημόσιας υγείας. Έναντι αυτού, πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις με μέλη των μονάδων που προαναφέρθηκαν σε ανοιχτούς χώρους, ή στον τόπο κατοικίας τους, τηρώντας τα απαραίτητα μέτρα προστασίας. Εξαιτίας της κατάστασης αυτής, το δείγμα της έρευνας περιορίστηκε σε σχέση με τον αρχικό προγραμματισμό, χωρίς όμως αυτό να επηρεάζει την διαδικασία της έρευνας και τους στόχους της.

4.6. Διεξαγωγή της έρευνας

Για την λήψη της απαραίτητης άδειας για την παρούσα έρευνα, αποστάλθηκε έγγραφη ηλεκτρονική αίτηση προς το Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής και Ισότητας του Δήμου Περιστερίου με θέμα την χορήγηση άδειας για έρευνα στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας. Με ημερομηνία 19 Αυγούστου,

2020 και αριθμό πρωτοκόλλου 32514/17.8.20, αποστάλθηκε έγγραφη απάντηση χορήγησης της αιτούμενης άδειας από τον Δήμο Περιστερίου.

Το είδος της έρευνας που χρησιμοποιήθηκε βασίστηκε στην χρήση ερωτηματολογίων, δια μέσου της προσωπικής συνέντευξης και της άμεσης παράδοσης και παραλαβής αυτών. Η χρήση των ερωτηματολογίων δια μέσου των προσωπικών συνεντεύξεων, προσέθεσε μεγαλύτερη αξιοπιστία στην παρούσα έρευνα και έδωσε την δυνατότητα της συλλογής ενός μεγαλύτερου δείγματος, καθώς και μείωσε το κόστος της έρευνας.

Για την χρήση του ερωτηματολογίου STAI του Spielberg, αποστάλθηκε στις 27 Ιουνίου, 2020, έγγραφη ηλεκτρονική αίτηση προς το Ινστιτούτο Ψυχολογίας και Υγείας με έδρα την Θεσσαλονίκη, με σκοπό την απόκτηση της κλίμακας και την χρήση της στην πτυχιακή αυτή εργασία.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων διεξήχθη από τα μέσα Αυγούστου και ολοκληρώθηκε στο τέλος Αυγούστου με την στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν. Η έρευνα ήταν ανώνυμη και εθελοντική και ο ερωτηθέντας μπορούσε να μην συμμετέχει σε αυτήν, αλλά και να αποχωρήσει ανά πάσα στιγμή από το ερωτηματολόγιο.

4.7. Στατιστικές μέθοδοι

Σε αυτό το σημείο, οφείλουμε να αναφέρουμε πως οι τα δεδομένα και η στατιστική απεικόνιση της παρούσης έρευνας προέκυψαν από αρχείο με την χρήση του προγράμματος IBM SPSS Statistics Viewer, το οποίο διέθετε τις απαντήσεις των μελών των δομών ΚΑΠΗ-ΚΕΦΙ που συμμετείχαν στην έρευνα. Μέσω των αποτελεσμάτων, δημιουργήθηκαν πίνακες και γραφήματα επίσης δια μέσου του προγράμματος IBM SPSS Statistics Viewer.

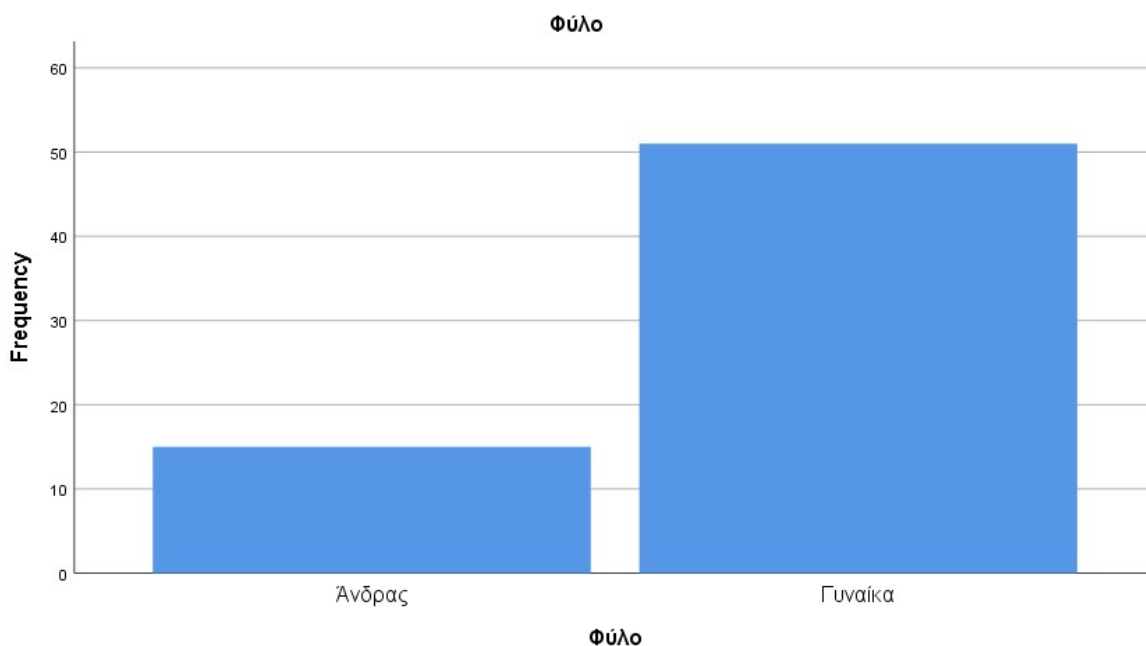
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Αποτελέσματα έρευνας

Στην συνέχεια, παραθέτουμε τα αποτελέσματα της έρευνας, που προέκυψαν από την συλλογή, μελέτη αξιολόγηση και στατιστική ανάλυση των 66 ερωτηματολογίων δημοτών του Δήμου Περιστερίου.

Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου και της κλίμακας που παρουσιάζονται, θα σχολιαστούν και θα αξιολογηθούν διαγραμματικά, και αποτελούν αποτελέσματα 66 διαφορετικών ανθρώπων που συμμετείχαν στην έρευνα. Τα παρακάτω δεδομένα που παρουσιάζονται, αφορούν το φύλο των ερωτηθέντων που συμμετείχαν στην έρευνα. Δια μέσου του γραφήματος 1, μπορεί να παρατηρηθεί πώς 15 άτομα σε ποσοστό 22.7% ήταν ανδρικού φύλου, ενώ 51 άτομα σε ποσοστό 77.3% ήταν γυναικείου φύλου.



Γράφημα 1. Φύλο ερωτηθέντων

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανδρας	15	22.7	22.7	22.7
	Γυναίκα	51	77.3	77.3	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

Πίνακας 1.1: Ανάλυση απαντήσεων των ερωτηθέντων για το φύλο τους, ανάλογα με την συχνότητα, την αθροιστική συχνότητα τους καθώς και με το επί τοις εκατό ποσοστό τους.

Δεύτερη Ερώτηση: Εθνικότητα

Σχετικά με την εθνικότητα των ερωτηθέντων, παρατηρήθηκε πως όλα τα άτομα δήλωσαν την Ελληνική, σε ποσοστό δηλαδή 100%.

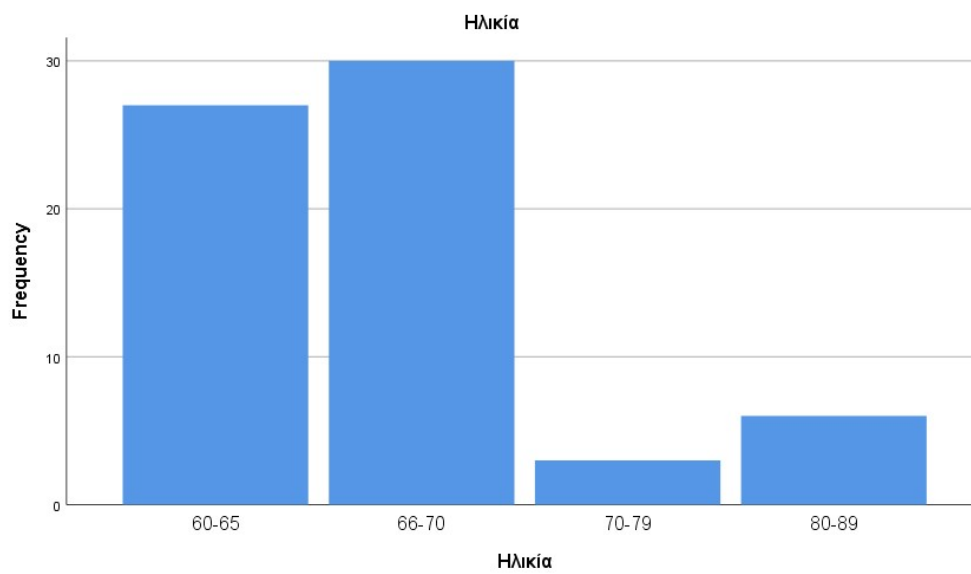


Γράφημα 2. Εθνικότητα ερωτηθέντων

		Εθνικότητα			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ελληνική	66	100.0	100.0	100.0

Πίνακας 2.1: Ανάλυση απαντήσεων των ερωτηθέντων για την εθνικότητα τους, ανάλογα με την συχνότητα, την αθροιστική συχνότητα τους καθώς και με το επί τοις εκατό ποσοστό τους.

Από τα αποτελέσματα του πίνακα 3, παρατηρείται η ηλικία των ερωτηθέντων. Αναλυτικότερα, καταγράφηκαν 27 άτομα ηλικίας 60 έως 65 ετών με ποσοστό 41%, 30 άτομα ηλικίας 66 έως 70 ετών με ποσοστό 45%, 3 άτομα ηλικίας 70 έως 79 ετών με ποσοστό 5% και 6 άτομα ηλικίας 80 έως 89 ετών με ποσοστό 9%.

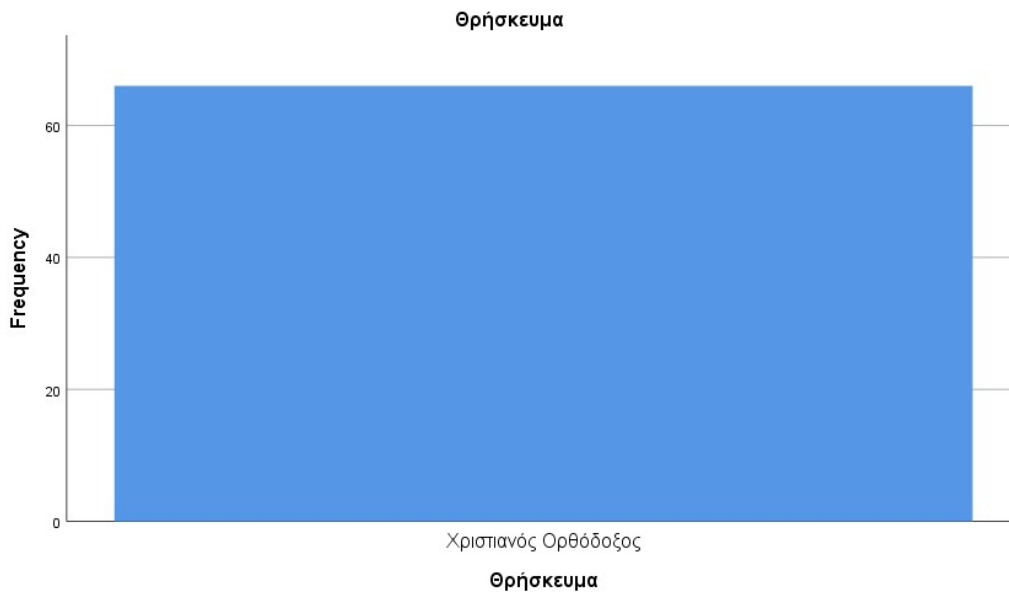


Γράφημα 3. Ηλικία ερωτηθέντων

		Ηλικία			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	60-65	27	40.9	40.9	40.9
	66-70	30	45.5	45.5	86.4
	70-79	3	4.5	4.5	90.9
	80-89	6	9.1	9.1	100.0
Total		66	100.0	100.0	

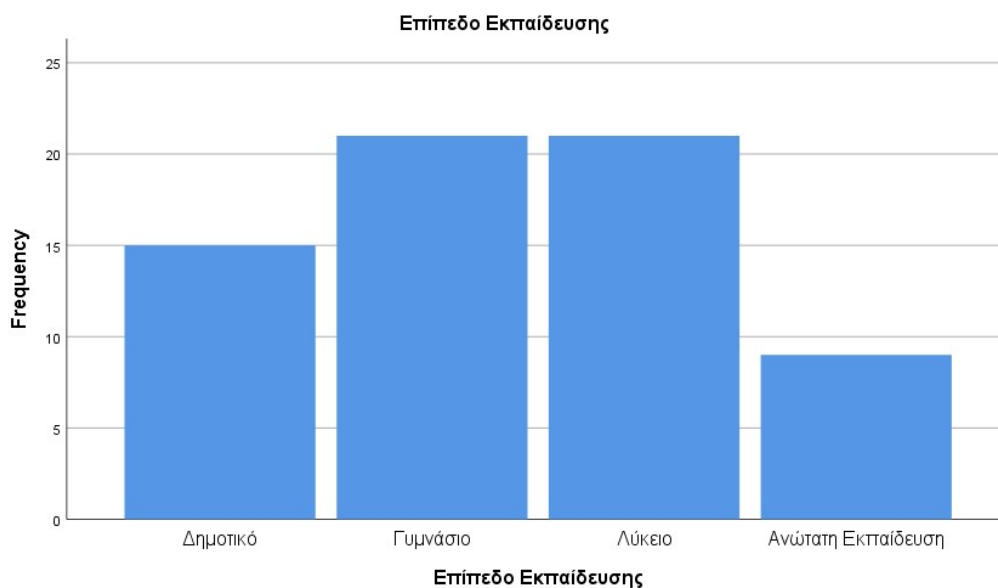
Πίνακας 3.1: Ανάλυση απαντήσεων των ερωτηθέντων για την ηλικία τους, ανάλογα με την συχνότητα, την αθροιστική συχνότητα τους καθώς και με το επί τοις εκατό ποσοστό τους.

Από τα δεδομένα των ερωτηματολογίων, καταγράφηκε πως το θρήσκευμα όλων των ερωτηθέντων ήταν ο χριστιανισμός με ποσοστό 100%.



Γράφημα 4. Θρήσκευμα ερωτηθέντων

Αναφορικά με την εκπαίδευση των ερωτηθέντων, μέσα από το Γράφημα 5 και τον Πίνακα 5.1, μπορεί να παρατηρηθεί ότι 25 άτομα ήταν απόφοιτοι δημοτικού (22.7%), 21 άτομα ήταν απόφοιτοι γυμνασίου (31.8%), 21 άτομα ήταν απόφοιτοι λυκείου (31.8%) και 9 άτομα είχαν προχωρήσει στην ανώτατη εκπαίδευση (13.6%).

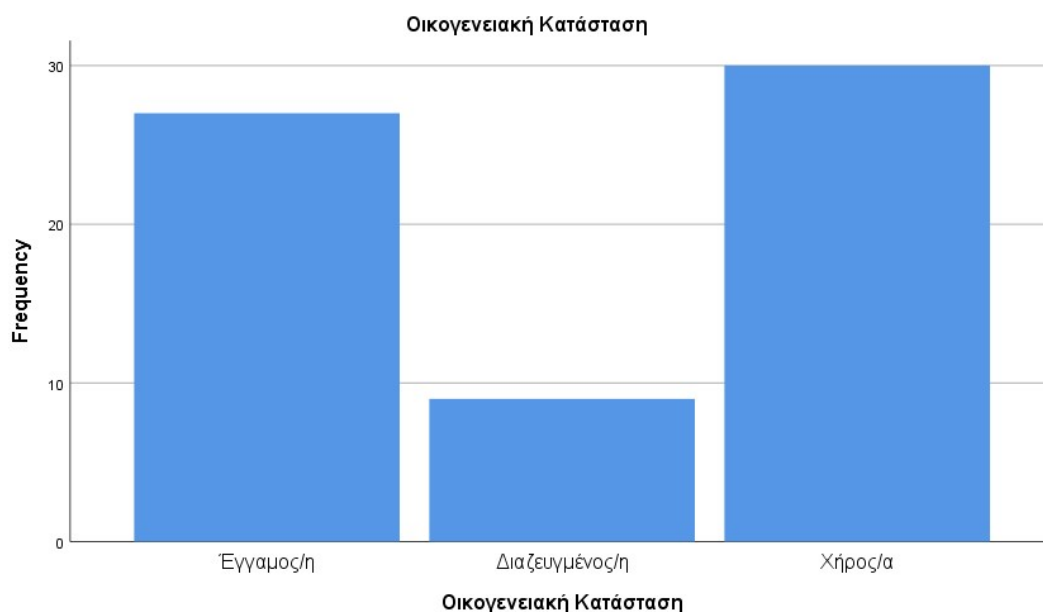


Γράφημα 5. Επίπεδο εκπαίδευσης ερωτηθέντων

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δημοτικό	15	22.7	22.7	22.7
Γυμνάσιο	21	31.8	31.8	54.5
Λύκειο	21	31.8	31.8	86.4
Ανώτατη Εκπαίδευση	9	13.6	13.6	100.0
Total	66	100.0	100.0	

Πίνακας 5.1: Ανάλυση απαντήσεων των ερωτηθέντων για το επίπεδο εκπαίδευσης τους, ανάλογα με την συχνότητα, την αθροιστική συχνότητα τους καθώς και με το επί τοις εκατό ποσοστό τους.

Τα ακόλουθα δεδομένα αφορούν την οικογενειακή κατάσταση των ατόμων που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια. Αναλυτικότερα, προκύπτει πως 27 ερωτηθέντες που αντιστοιχούν στο 40.9% του συνόλου ήταν έγγαμοι, 9 ερωτηθέντες που αντιστοιχούν στο 13.6% του συνόλου ήταν διαζευγμένοι, δεν υπήρξαν άγαμοι ερωτηθέντες ενώ το 45.5% του συνόλου είχε χάσει τον σύζυγο του και ήταν χήρος η χήρα.

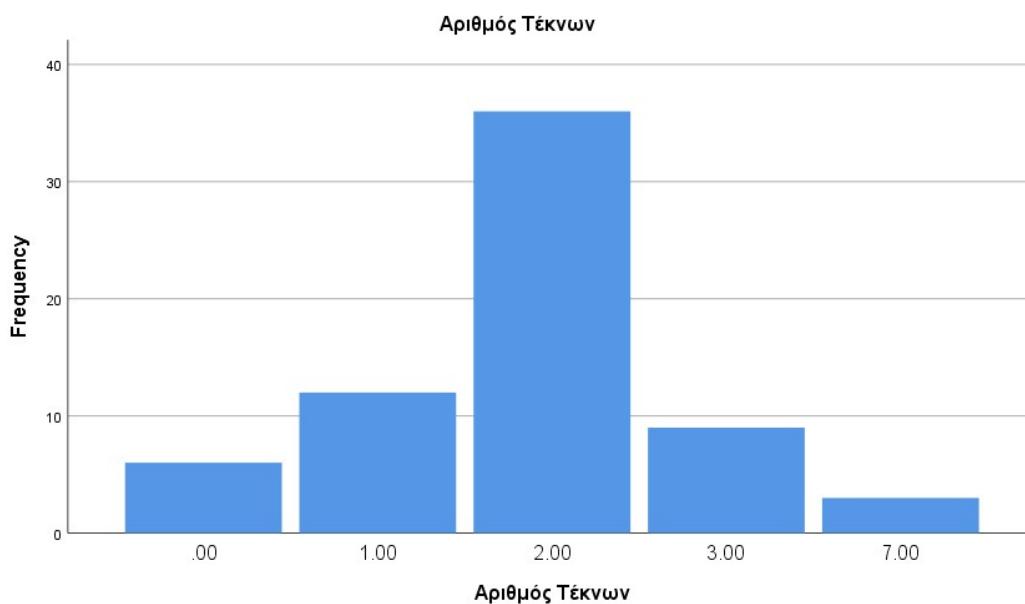


Γράφημα 6. Ηλικία ερωτηθέντων

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Έγγαμος/η	27	40.9	40.9	40.9
Διαζευγμένος/η	9	13.6	13.6	54.5
Χήρος/α	30	45.5	45.5	100.0
Total	66	100.0	100.0	

Πίνακας 6.1: Ανάλυση απαντήσεων των ερωτηθέντων για την οικογενειακή κατάσταση τους, ανάλογα με την συχνότητα, την αθροιστική συχνότητα τους καθώς και με το επί τοις εκατό ποσοστό τους.

Τα δεδομένα που ακολουθούν αφορούν τον αριθμό των τέκνων των ερωτηθέντων που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Από το Γράφημα 7 και τον Πίνακα 7.1 προκύπτει πως 6 άτομα δεν είχαν παιδιά που αντιστοιχεί σε ποσοστό 9.1%, 12 άτομα είχαν από 1 παιδί με ποσοστό 18.2%, 36 άτομα είχαν 2 παιδιά με ποσοστό 54.5%, 9 άτομα είχαν από 3 παιδιά με ποσοστό 13.6% και 3 άτομα είχαν από 7 παιδιά με ποσοστό 4.5%.

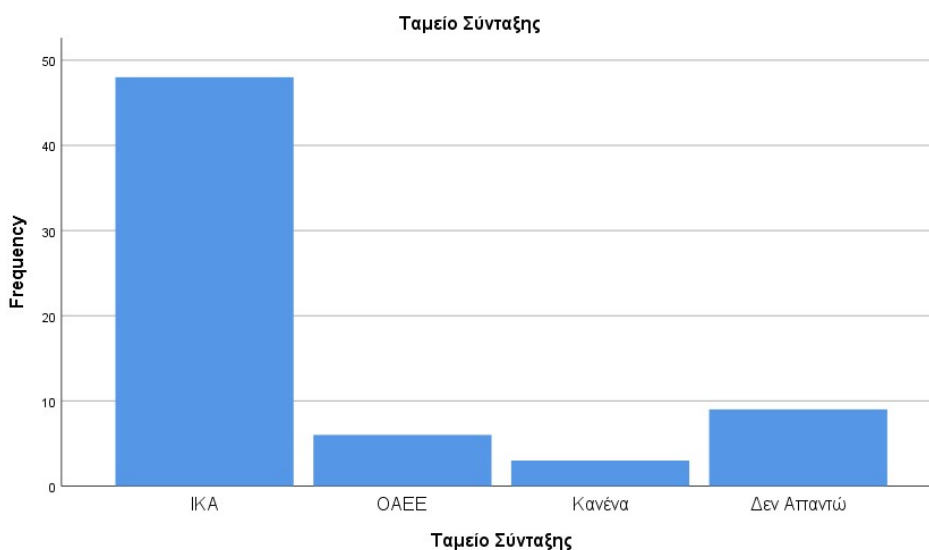


Γράφημα 7. Αριθμός τέκνων ερωτηθέντων

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid .00	6	9.1	9.1	9.1
1.00	12	18.2	18.2	27.3
2.00	36	54.5	54.5	81.8
3.00	9	13.6	13.6	95.5
7.00	3	4.5	4.5	100.0
Total	66	100.0	100.0	

Πίνακας 7.1: Ανάλυση απαντήσεων των ερωτηθέντων για τον αριθμό των τέκνων τους, ανάλογα με την συχνότητα, την αθροιστική συχνότητα τους καθώς και με το επί τοις εκατό ποσοστό.

Τα δεδομένα που ακολουθούν αφορούν το ταμείο σύνταξης των ερωτηθέντων που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Από το Γράφημα 8 και τον Πίνακα 8.1 διαφαίνεται πως 48 άτομα ανήκουν στο ΙΚΑ με ποσοστό 72.7%, 6 άτομα ανήκουν στον ΟΑΕΕ με ποσοστό 9.1%, 3 άτομα δεν λαμβάνουν σύνταξη αντιστοιχώντας στο 4.5% και 9 άτομα επέλεξαν να μην απαντήσουν την ερώτηση αντιστοιχώντας στο 13.6%.



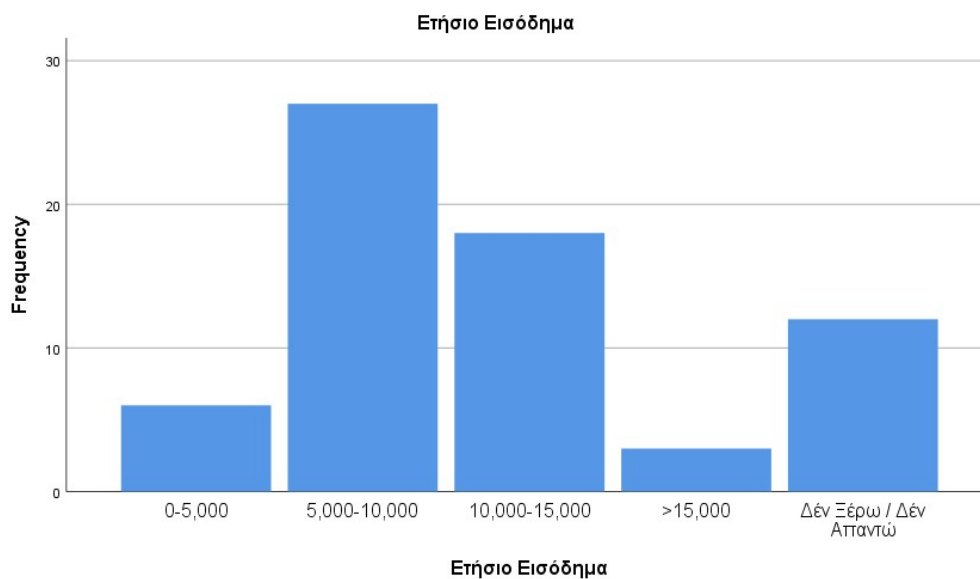
Γράφημα 8. Αριθμός τέκνων ερωτηθέντων

Ταμείο Σύνταξης

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΙΚΑ	48	72.7	72.7	72.7
	ΟΑΕΕ	6	9.1	9.1	81.8
	Κανένα	3	4.5	4.5	86.4
	Δεν Απαντώ	9	13.6	13.6	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

Πίνακας 8.1: Ανάλυση απαντήσεων των ερωτηθέντων για το ταμείο σύνταξης τους, ανάλογα με την συχνότητα, την αθροιστική συχνότητα τους καθώς και με το επί τοις εκατό ποσοστό τους.

Τα παρακάτω δεδομένα αφορούν το ετήσιο εισόδημα των ερωτηθέντων στην έρευνα. Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως 6 άτομα λαμβάνουν ετήσιο εισόδημα από 0 έως 5.000 ευρώ (9.1%), 27 άτομα να δηλώνουν εισόδημα από 5.000 έως 10.000 ευρώ (40.9%), 18 άτομα να δηλώνουν εισόδημα από 10.000 έως 15.000 ευρώ (27.3%), 3 άτομα να δηλώνουν εισόδημα άνω των 15.000 ευρώ (4.5 %), ενώ 12 άτομα επέλεξαν να μην απαντήσουν στην ερώτηση (18.2%).



Γράφημα 9. Ετήσιο εισόδημα ερωτηθέντων

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-5,000	6	9.1	9.1	9.1
5,000-10,000	27	40.9	40.9	50.0
10,000-15,000	18	27.3	27.3	77.3
>15,000	3	4.5	4.5	81.8
Δέν Ξέρω / Δεν Απαντώ	12	18.2	18.2	100.0
Total	66	100.0	100.0	

Πίνακας 9.1: Ανάλυση απαντήσεων των ερωτηθέντων για το ετήσιο εισόδημα τους, ανάλογα με την συχνότητα, την αθροιστική συχνότητα τους καθώς και με το επί τοις εκατό ποσοστό τους.

Αξιοπιστία Ερωτηματολογίου

Η αξιοπιστία που προκύπτει στην παρούσα έρευνα είναι αρκετά ικανοποιητική, καθώς ο δείκτης Cronbach's Alpha του συνολικής κλίμακας που χρησιμοποιήσαμε είναι 0.718, κάτι που διαφαίνεται από τον Πίνακα 10.

Αξιοπιστία Κλίμακας		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.718	.657	40

Πίνακας 10. Συντελεστής αξιοπιστίας για την Κλίμακα του ερωτηματολογίου STAI.

Βαθμολογίες συμμετεχόντων

Όπως διαφαίνεται στους ακόλουθους πίνακες, στο σύνολο τους, 45 ερωτηθέντες διαφάνηκε να αντιμετωπίζουν χαμηλό (βαθμολογία 40-79) άγχος (68.2%), 21 ερωτηθέντες αντιμετωπίζουν μέτριο (βαθμολογία 80-119) άγχος, ενώ δεν υπήρξε ερωτηθέντας με υψηλό άγχος. Η μέση τιμή του παρωδικού άγχους ήταν 36.5, η μέση τιμή του μόνιμου άγχους ήταν 37.18 ενώ του συνολικού άγχους ήταν 73.18.

Σχετικά με το παρωδικό άγχος, 39 άτομα αποδείχθηκε πως βιώνουν χαμηλό (βαθμολογία 20-39) παρωδικό άγχος (59.1%), 27 άτομα αποδείχθηκε πως βιώνουν μέτριο (βαθμολογία 40-59) παρωδικό άγχος, ενώ δεν υπήρξαν άτομα με υψηλό παρωδικό άγχος.

Για το χαρακτηριστικό άγχος, 39 ερωτηθέντες διαφάνηκε πως βιώνουν χαμηλό (βαθμολογία 20-39) μόνιμο άγχος (59.1%), 24 ερωτηθέντες διαφάνηκε πως βιώνουν μέτριο (βαθμολογία 40-59) μόνιμο άγχος (36.4%) ενώ 3 ερωτηθέντες διαφάνηκε πως βιώνουν υψηλό (βαθμολογία >60) μόνιμο άγχος (4.5%).

		Σύνολο STAI			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Χαμηλό Άγχος	45	68.2	68.2	68.2
	Μέτριο Άγχος	21	31.8	31.8	100.0

Total	66	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

Πίνακας 11. Ανάλυση απαντήσεων των ερωτηθέντων για το συνολικό βαθμό άγχους τους, ανάλογα με την συχνότητα, την αθροιστική συχνότητα τους καθώς και με το επί τοις εκατό ποσοστό τους.

		Trait			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	Χαμηλό Παροδικό Άγχος	39	59.1	59.1	59.1
	Μέτριο Παροδικό Άγχος	27	40.9	40.9	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

Πίνακας 12. Ανάλυση απαντήσεων των ερωτηθέντων για το συνολικό βαθμό παροδικού άγχους τους, ανάλογα με την συχνότητα, την αθροιστική συχνότητα τους καθώς και με το επί τοις εκατό ποσοστό τους.

		State			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	Χαμηλό Μόνιμο Άγχος	39	59.1	59.1	59.1
	Μέτριο Μόνιμο Άγχος	24	36.4	36.4	95.5
	Υψηλό Μόνιμο Άγχος	3	4.5	4.5	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

Πίνακας 13. Ανάλυση απαντήσεων των ερωτηθέντων για το συνολικό βαθμό χαρακτηριστικού άγχους τους, ανάλογα με την συχνότητα, την αθροιστική συχνότητα τους καθώς και με το επί τοις εκατό ποσοστό τους.

Οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά συνολικού και μόνιμου άγχους, σε σύγκριση με τους άντρες, οι οποίοι εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά παροδικού άγχους. Πιο συγκεκριμένα, συνολικά το 80% των ανδρών που ερωτήθηκαν βιώνουν χαμηλό άγχος, το 40% παρουσιάζει χαμηλό παροδικό άγχος και το 60% παρουσιάζει χαμηλό χαρακτηριστικό άγχος. Από την άλλη πλευρά, συνολικά το 64.7%

των γυναικών που ερωτήθηκαν βιώνουν χαμηλό άγχος, το 64.7% βιώνει χαμηλό παρωδικό άγχος και το 58.8% παρουσιάζει χαμηλό χαρακτηριστικό άγχος.

Σύνολο STAI Ανδρών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Χαμηλό Άγχος	12	80.0	80.0	80.0
	Μέτριο Άγχος	3	20.0	20.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Πίνακας 14. Ανάλυση απαντήσεων των ερωτηθέντων για το συνολικό βαθμό άγχους των ανδρών, ανάλογα με την συχνότητα, την αθροιστική συχνότητα τους καθώς και με το επί τοις εκατό ποσοστό τους.

Trait Anxiety Ανδρών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Χαμηλό Παρωδικό Άγχος	6	40.0	40.0	40.0
	Μέτριο Παρωδικό Άγχος	9	60.0	60.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Πίνακας 15. Ανάλυση απαντήσεων των ερωτηθέντων για το συνολικό βαθμό παρωδικού άγχους τους, ανάλογα με την συχνότητα, την αθροιστική συχνότητα τους καθώς και με το επί τοις εκατό ποσοστό τους.

State Anxiety Ανδρών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Χαμηλό Άγχος	9	60.0	60.0	60.0

Μέτριο Άγχος	6	40.0	40.0	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Πίνακας 16. Ανάλυση απαντήσεων των ερωτηθέντων για το συνολικό βαθμό χαρακτηριστικού άγχους τους, ανάλογα με την συχνότητα, την αθροιστική συχνότητα τους καθώς και με το επί τοις εκατό ποσοστό τους.

Σύνολο STAI Γυναικών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Χαμηλό Άγχος	33	64.7	64.7	64.7
	Μέτριο Άγχος	18	35.3	35.3	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

Πίνακας 17. Ανάλυση απαντήσεων των ερωτηθέντων για το συνολικό βαθμό άγχους των γυναικών, ανάλογα με την συχνότητα, την αθροιστική συχνότητα τους καθώς και με το επί τοις εκατό ποσοστό τους.

Trait Anxiety Γυναικών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Χαμηλό Παροδικό Άγχος	33	64.7	64.7	64.7
	Μέτριο Παροδικό Άγχος	18	35.3	35.3	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

Πίνακας 18. Ανάλυση απαντήσεων των ερωτηθέντων για το συνολικό βαθμό παροδικού άγχους των γυναικών, ανάλογα με την συχνότητα, την αθροιστική συχνότητα τους καθώς και με το επί τοις εκατό ποσοστό τους.

State Anxiety Γυναικών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Χαμηλό Άγχος	30	58.8	58.8	58.8

Μέτριο Άγχος	18	35.3	35.3	94.1
Υψηλό Άγχος	3	5.9	5.9	100.0
Total	51	100.0	100.0	

Πίνακας 19. Ανάλυση απαντήσεων των ερωτηθέντων για το συνολικό βαθμό χαρακτηριστικού άγχους των γυναικών, ανάλογα με την συχνότητα, την αθροιστική συχνότητα τους καθώς και με το επί τοις εκατό ποσοστό τους.

5.2. Συμπεράσματα – Συζήτηση

Με την ολοκλήρωση της ανάλυσης των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας, στο παρόν σημείο θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων εκ των μελών των ΚΕ.ΦΙ. φαίνεται πως είναι γυναικείου φύλου και πιο συγκεκριμένα ηλικίας 60-70 ετών. Το σύνολο των ερωτηθέντων είναι χριστιανοί ορθόδοξοι και η εθνικότητα τους είναι Ελληνική. Επιπλέον, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων αποτελεί απόφοιτους γυμνασίου και λυκείου (31.8%), ενώ μόλις το 13.6% είναι δέκτης ανώτατης εκπαίδευσης. Συνεχίζοντας την ανάλυση των αποτελεσμάτων, το 45.5% των συμμετεχόντων είναι χήροι ενώ ακολουθούν οι έγγαμοι με ποσοστό 40.9%. Το σύνολο των ερωτηθέντων δήλωσε πως είναι ελληνικής εθνικότητας και παράλληλα χριστιανικού θρησκευάτος. Τέλος, κλείνοντας με τα αποτελέσματα των δημογραφικών χαρακτηριστικών, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έχουν ως ταμείο σύνταξης το ΙΚΑ. Παράλληλα, το 40.9% των συμμετεχόντων παρουσιάζουν ετήσιο εισόδημα 5.000-10.000 ευρώ ετησίως, με το ποσό των 10.000-15.000 ευρώ να ακολουθεί (27.3%).

Αναλύοντας τα αποτελέσματα του συνολικού άγχους, η μέση βαθμολογία των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο είναι 73.6, κάτι που κατατάσσει το συνολικό άγχος σύμφωνα με την κλίμακα του Spielberg ως χαμηλό. Για το παροδικό άγχος, όσο και για το χαρακτηριστικό, οι βαθμολογίες παραμένουν επίσης στο χαμηλό επίπεδο με βαθμολογίες 36.5 και 37.18 αντίστοιχα. Συγκρίνοντας τα δύο φύλα, καταδεικνύεται πως οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά συνολικού και μόνιμου άγχος, σε σύγκριση με τους άντρες, οι οποίοι εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά παροδικού άγχους. Πιο συγκεκριμένα, συνολικά το 80% των ανδρών που ερωτήθηκαν βιώνουν χαμηλό άγχος, το 40% παρουσιάζει χαμηλό παροδικό άγχος και το 60% παρουσιάζει χαμηλό χαρακτηριστικό άγχος. Από την

άλλη πλευρά, συνολικά το 64.7% των γυναικών που ερωτήθηκαν βιώνουν χαμηλό άγχος, το 64.7% βιώνει χαμηλό παρωδικό άγχος και το 58.8% παρουσιάζει χαμηλό χαρακτηριστικό άγχος.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου μας σε σχέση με τα αποτελέσματα της έρευνας των Λιάκου και Γιαννίτση, τα οποία ανακτήθηκαν έπειτα από σχετικό αίτημα από το Ινστιτούτο Ψυχολογίας & Υγείας, φανερώνονται χαμηλότερα ποσοστά παρωδικού, χαρακτηριστικού και συνολικού άγχους. Πιο συγκεκριμένα, η μέση βαθμολογία του συνολικού άγχους στην έρευνα μας βρίσκεται στο 73.6 σε σχέση με αυτήν των Λιάκου και Γιαννίτση, που βρίσκεται στο 86.01. Αναφορικά με το παρωδικό άγχος, οι μέσοι όροι διαφέρουν κατά 6.71 (36.5 η μέση βαθμολογία μας, 43.21 αυτή των Λιάκου και Γιαννίτση) ενώ για το χαρακτηριστικό άγχος η διαφορά παρατηρείται στο 5.71 (37.18 η μέση βαθμολογία μας, 42.79 αυτή των Λιάκου και Γιαννίτση). Αναφορικά με τον δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's της κλίμακας, η κλίμακα των Λιάκου και Γιαννίτση καταγράφει 0.94 σε σχέση με εκείνη της δικής μας έρευνας, που περιορίζεται στο 0.718.

Βάσει των παραπάνω αποτελεσμάτων, αποτελεί αναγκαίο να αναφερθεί η σημασία της διερεύνησης του άγχους στην τρίτη ηλικία, αλλά και η σπουδαιότητα του ρόλου του νοσηλευτή στην καθοδήγηση και την αντιμετώπιση του άγχους από αυτά τα άτομα. Η τρίτη ηλικία αποτελεί μια ηλικιακή ομάδα όπου το άγχος οφείλει να διερευνάται διεξοδικά, τόσο για την παροδική επίδραση του, όσο και στην μόνιμη και χαρακτηριστική παρουσία του στους ηλικιωμένους. Από τα στοιχεία της έρευνας, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως η κατάσταση στον Δήμο Περιστερίου σε σχέση με την γενική έρευνα των Λιάκου και Γιαννίτση φανερώνει πως οι ηλικιωμένοι έχουν λιγότερο άγχος, κάτι που βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους και τις φιλοδοξίες τους. Βλέποντας τα αποτελέσματα της έρευνας, και διακρίνοντας τον μικρό μέσο όρο ηλικίας των συμμετεχόντων, κρίνεται φυσιολογικό το μικρότερο ποσοστό του επιπέδου του άγχους, καθώς με την άνοδο της ηλικίας το άγχος των ηλικιωμένων αυξάνεται, όπως διαφαίνεται από την βιβλιογραφική ανασκόπηση. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του άγχους μπορεί να μην είναι ιδιαίτερα γνωστός στο ευρύ κοινό, αλλά μπορεί να αποτελέσει κομβικό παράγοντα για τον σχεδιασμό της αντιμετώπισης του, καθώς και για την παροχή οδηγιών και την τακτική παρακολούθηση των ατόμων αυτών.

5.3. Προτάσεις

Στα πλαίσια της παρούσας έρευνας, διερευνήθηκε το επίπεδο άγχους των ηλικιωμένων ατόμων που είναι εγγεγραμμένα στα ΚΕ.ΦΙ. του Δήμου Περιστερίου καθώς και συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα που υπήρξαν με τα στοιχεία του Ελληνικού πληθυσμού, σταθμισμένα από την έρευνα των Λιάκου και

Γιαννίτση. Μια μελλοντική πρόταση για την επέκταση της παρούσας ερευνητικής εργασίας, θα ήταν η διεξαγωγή της σε ένα μεγαλύτερο δείγμα συμμετεχόντων, προκειμένου να διαπιστωθεί η επαλήθευση των ερευνητικών αποτελεσμάτων που υπήρξαν. Επιπλέον, θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί μια συγκριτική μελέτη σε έναν άλλο δήμο της επικράτειας προκειμένου να διαπιστωθεί εάν τα αποτελέσματα μεταβάλλονται σε σχέση με την γεωγραφική περιοχή της έρευνας. Παράλληλα, μία ακόμη πρόταση θα ήταν, η διεξαγωγή της ίδιας έρευνας σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες με σκοπό την εύρεση ομοιοτήτων και διαφορών ανάμεσα σε αυτές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

Albano, A. M., Causey, D., & Carter, B. D. (2001). *Fear and Anxiety in children*. In C. E. Walker and M. C. Roberts (Ed.), *Handbook of clinical child psychology* (pp.: 291 - 316). New York: John Wiley and Sons.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5 (R))*. American Psychiatric Association Publishing.

American Psychiatric Association (2004). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.

American Psychological Association (2011), *The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*, <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state>.

American Psychological Association (2011), *Geriatric Anxiety Inventory (GAI)*, [https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/geriatric-anxiety#:~:text=The%20Geriatric%20Anxiety%20Inventory%20\(GAI,anxiety%20and%20general%20medical%20conditions](https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/geriatric-anxiety#:~:text=The%20Geriatric%20Anxiety%20Inventory%20(GAI,anxiety%20and%20general%20medical%20conditions).

Andreoli, T. (2017). *Cecil Βασική Παθολογία*. Broken Hill Publishers Ltd.

Atkinson, RL. Atkinson, RC. Hilgard, ER. (1983). *Introduction to Psychology*. New York: Harcourt Brace Jovanovich; 8th edition.

Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA (1988). "An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56 (6): 893–897

Beers, M.H & Berkow, R., (2005). *The Merck Manual of Geriatrics. 3rd edition*. Μεταφρασμένο από αγγλικά Χ. Καλαϊτζή. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης.

Bektas, M., & Ozturk, C. (2008). *Effect of health promotion education on presence of positive health behaviors, level of anxiety and self-concept*. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 36(5), 681–690.

British Journal of Healthcare Assistants, (2016), *Anxiety and anxiety disorders: an introduction*. 10(12), 581–583. doi:10.12968/bjha.2016.10.12.581

Burgess, P. (2020). *Anxiety: a healthcare assistant's view*. *British Journal of Healthcare Assistants*, 14(3), 118–125.

- Carpenito, L.J. (2009). *Nursing care plans and documentation: Nursing diagnosis and collaborative problems (5th ed.)*. Philadelphia: Walters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins.
- CDC. (2008), *The State of Mental Health and Aging in America*. National Association of Chronic Disease Directions. https://www.cdc.gov/aging/pdf/mental_health.pdf.
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). *Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies*. *Psychological Medicine*, 40(12), 1943–1957.
- Danielle Bourdeau, Neil A. (2005). *Anxiety Disorders: An Information Guide*, Library and Archives Canada Cataloguing in Publication, ISBN: 978-1-77052-429-3.
- Denton, J. (1996). *Panic attacks can be a disabling condition* *Panic Disorder: the Facts by Stanley Rachman and Pamdal da Silva Oxford University Press, Oxford, 1996 Pp 98 Price £7.99 ISBN 0 19 2627384. Practice Nursing*, 7(20), 46–46.
- Denic, A., Glassock, R. J., & Rule, A. D. (2016). *Structural and Functional Changes With the Aging Kidney*. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 23(1), 19–28.
- Eliopoulos, C. (2001). *Gerontological Nursing (5th ed)*. Philadelphia : Lippincott.
- Eng, W., Heimberg, R. G., Hart, T. A., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2001). *Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression*. *Emotion*, 1(4), 365.
- Fernández-Blázquez, M. A., Ávila-Villanueva, M., López-Pina, J. A., Zea-Sevilla, M. A., & Frades-Payo, B. (2015). *Psychometric properties of a new short version of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) for the assessment of anxiety in the elderly*. *Neurología (English Edition)*, 30(6), 352–358. doi:10.1016/j.nrleng.2015.05.002.
- Foster, R. L. (2007). "State-of-the-art pain assessment and management." *J SpecPediatrNurs*12(3): 137-138.
- Fox, B., (1996) *Power Over Panic: Freedom From Panic/Anxiety Related Disorders*. Shakti River Pr; Revised edition (January 25, 1999).
- Freud, S. (2010). *Το άγχος: Η Θεωρία της Libido και ο Ναρκισσισμός. Μετάβαση – Ψυχαναλυτική Θεραπεία. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Δ. Κωστελένος*. Αθήνα: Εκδόσεις Μεταίχμιο.

- Goncalves, DC. Byrne, GJ. (2012) *Interventions for generalized anxiety disorder in older adults: Systematic review and meta-analysis*. Journal of Anxiety Disorders 2012: 26: 1–11.
- Greenblatt, D. J., Harmatz, J. S., Shapiro, L., Englehardt, N., Gouthro, T. A. and Shader, R. I. (1991). *Sensitivity to triazolam in the elderly*. N. Engl. J. Med. 324, 1691-1698.
- Groesz, L. M., McCoy, S., Carl, J., Saslow, L., Stewart, J., Adler, N., ... Epel, E. (2012). *What is eating you? Stress and the drive to eat*. Appetite, 58(2), 717–721.
- Guszkowska, M., (2004). *Effects of exercise on anxiety, depression and mood*. Psychiatr Pol 38.
- Hamama, L., & Ronen, T. (2009). *Children's drawings as a self – report measurement*. Child and Family Social Work, 14, 90 – 102.
- Hendriks, G. J., Oude Voshaar, R. C., Keijsers, G. P. J., Hoogduin, C. A. L., & van Balkom, A. J. L. M. (2008). *Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 117(6), 403–411.
- Hof, E. van't, Cuijpers, P., & Stein, D. J. (2009). *Self-Help and Internet-Guided Interventions in Depression and Anxiety Disorders: A Systematic Review of Meta-Analyses*. CNS Spectrums, 14(S3), 34–40.
- Hooyma, N., & Kiyak, H. A. (2010). *Aging in other countries and across cultures in the United States*. Social Gerontology, 9, 43–64.
- Horikawa, M., & Yagi, A. (2012). *The Relationships among Trait Anxiety, State Anxiety and the Goal Performance of Penalty Shoot-Out by University Soccer Players*. PLoS ONE.
- Julian, L. J. (2011). *Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A)*. Arthritis Care & Research, 63(S11), S467–S472.
- Kammerer, K., Falk K., Herzog A. & Fuchs J. (2019). *How to reach 'hard-to-reach' older people for research: The TIBaR model of recruitment*. Survey Methods: Insights from the Field.
- Kessler, R. C., Merikangas, K. R., Berglund, P., Eaton, W. W., Koretz, D. S., & Walters, E. E. (2003). *Mild Disorders Should Not Be Eliminated From the DSM-V*. Archives of General Psychiatry, 60(11), 1117-11122.
- King, P., & Barrowclough, C. (1991). *A Clinical Pilot Study of Cognitive-behavioural Therapy for Anxiety Disorders in the Elderly*. Behavioural Psychotherapy

- Klein, DF. (1996). *Panic disorder and agoraphobia: hypothesis hothouse*. J Clin Psychiatry;57.
- Knäuper, B., Carrière, K., Chamandy, M., Xu, Z., Schwarz, N., & Rosen, N. O. (2016). *How aging affects self-reports*. European Journal of Ageing, 13(2), 185–193.
- Kneisl, C., Wilson, H. & Trigoboff, E. (2009). *Contemporary Psychiatric: Mental Health Nursing*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Γ. Κρομμύδας. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
- Kovacs, E., Lowery, E., Kuhlmann, E., & Brubaker, A. (2013). *The aging lung. Clinical Interventions in Aging*, 1489.
- Kvaal K., Macijauskiene J., Engedal K. & Laake K. (2001). *High prevalence of anxiety symptoms in hospitalized geriatric patients*. International Journal of Geriatric Psychiatry 16: 690–693.
- Larsson, L., Grimby, G., & Karlsson, J. (1979). *Muscle strength and speed of movement in relation to age and muscle morphology*. Journal of Applied Physiology, 46(3), 451–456.
- Lee, C., & Fernandes, M. (2017). *Emotional Encoding Context Leads to Memory Bias in Individuals with High Anxiety*. Brain Sciences, 8(1), 6.
- MacLeavy, C. (2017). *Dental anxiety, fear and phobia*. Dental Nursing, 13(3), 142–143.
- Majercsik, E. (2005). *Hierarchy of Needs of Geriatric Patients*. Gerontology, 51(3), 170–173.
- Martinez, Y. J., Tannock, R., Manassis, K., Garland, E. J., Clark, S., & McInnes, A. (2015). *The teachers' role in the assessment of selective mutism and anxiety disorders*. Canadian Journal of School Psychology.
- Maslow, A.H. (1943). *A Theory of Human Motivation*, Psychological Review 50(4)
- Maslow A.H. (1995). *Ψυχολογία της Ύπαρξης*, Αθήνα. Εκδόσεις Diodos.
- McEwen, B. S. (2007). *Stress, Definitions and Concepts of Stress*. In Fink, G. (Ed), *Stress Encyclopedia*, Academic Press
- Mendonça, R. M., Engler, R. C., Vitolo, F., & Oliveira, V. G. (2015). *Working for the Elderly – About Getting to Know Their Needs*. Procedia Manufacturing.
- Mental Health Foundation (2014), *Living with Anxiety: Mental Health Awareness Week 2014*. British Journal of Mental Health Nursing, Mental Health Foundation.

- MYSTAKIDOU K, TSILIKA E, PARPA E, SAKKAS P, VLAHOS L. (2009). *The psychometric properties of the Greek version of the State-Trait Anxiety Inventory in cancer patients receiving palliative care*. Psychol Health, 24:1215–1228
- Nagaratnam, N., Nagaratnam, K., & Cheuk, G. (2017). *Common Ear Problems in the Elderly*. Geriatric Diseases, 1–8.
- Nieswiadomy, R. M. (2013). *Νοσηλευτική έρευνα. Βασικές αρχές*. Λαγό
- Ohman, A.(2000) *Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive, and clinical perspectives*. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.). New York: The Guilford Press. Handbook of emotions, pp.573-593.
- Osborn, K.S., Watson, A., Wraa, C.E. (2013) *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική Ι*. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Paneni, F., Cañestro, C.D., Libby, P., Lüscher, T.F., Camici, G.G., (2017). *The Aging Cardiovascular System. Understanding It at the Cellular and Clinical Levels*. Journal of The American College of Cardiology. Vol. 69, No. 15
- Polikandrioti, M. & Ntokou, M. (2011). *Needs of hospitalized patients*. Health Science Journal, 5(1): 15-22.
- Porzych, K., Kędziora-Kornatowska, K., Porzych, M., Polak, A., Motyl, J. (2005), *Depression and anxiety in elderly patients as a challenge for geriatric therapeutic team*. Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku · Vol. 50, Suppl. 1.
- Potvin, O., Bergua, V., Meillon, C., Le Goff, M., Bouisson, J., Dartigues, J. F., & Amieva, H. (2011). *Norms and associated factors of the STAI-Y State anxiety inventory in older adults: results from the PAQUID study*. International psychogeriatrics, 23(6), 869.
- Quillen, D.A., (1999). *Common Causes of Vision Loss in Elderly Patients*. Am Fam Physician. ;60(1):99-108.
- Reed, T., George, A., (1996). *A model for elderly surveillance*. Practice Nursing 1996, Vol 7, No 20.
- Royle, J., & Wright, L. (2008). *Needle anxiety in the clinic: a needs assessment*. British Journal of Nursing, 17(20), 1274–1279.
- Salvi, S.M., Akhtar, S., Currie, Z. (2006). *Ageing changes in the eye*. Postgrad Med J 2006;82:581–587
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Stoneham, MA: Butterworth – Heimemann
- Sheila L. Videbeck (2003), *Psychiatric Mental Health Nursing (2nd Edition)*, ISBN-10: 0-7817-4049-5 .

- Schuermans, J., & van Balkom, A. (2011). *Late-life Anxiety Disorders: A Review*. *Current Psychiatry Reports*, 13(4), 267–273.
- Smits JAJ, Berry AC, Rosenfield D, Powers MB, Behar E, Otto MW. (2008). *Reducing anxiety sensitivity with exercise*. *Depression and Anxiety*.
- Spielberger, C. (1982). *Άγχος, Stress και πώς να το καταπολεμήσετε*. Αθήνα: Ψυχογιός.
- Spielberger, C. D. (1966). *Theory and research on anxiety*. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and behavior* (pp. 3–19). New York: Academic Press.
- Stonehouse, D. (2018). *How to identify and support your anxious patient*. *British Journal of Healthcare Assistants*, 12(4), 186–188.
- Tallman, J., Paul, S., Skolnick, P., & Gallager, D. (1980). *Receptors for the age of anxiety: pharmacology of the benzodiazepines*. *Science*, 207(4428), 274–281.
- Thakur, RT., Banerjee, A., Nikumb VB. (2013). *Health Problems Among the Elderly: A Cross-Sectional Study*. *Ann Med Health Sci Res*. 2013 Jan-Mar; 3(1): 19–25.
- Thornton, S. (2019). *Supporting teenagers with panic disorder*. *British Journal of School Nursing*, 14(5), 246–248.
- Vagg, PR., Spielberger, CD., O’Hearn Jr, TP. (1980) *Is the State-Trait Anxiety Inventory multidimensional*. *Pers Individ*.
- Vasilopoulos, A., Marinou, S., Rammou, M., Sotiropoulou, P., Roupa, Z., Siamaga, E., A research on anxiety and depression of the elderly in the community. *Hellenic journal of Nursing Science*, Issue 3 (Volume 11).
- Victor Jupp, ed. (2006). *"Self-Report Study"*. The SAGE Dictionary of Social Research Methods.
- Wang, K. H. C., Lin, J.-H., & Chen, H.-G. (2019). *Explore the needs of the elderly with social awareness*. *Educational Gerontology*, 45(5), 310–323.
- Wang, K. H. C. (2013). *Opportunities and challenges of home care service industry for older adults in Taiwan*. *Industry and Management Forum*, 15(2), 60–79.
- Watkins, J. (2011). *Ageing skin, part 1: normal ageing*. *Practice Nursing*, 22(5), 250–257.
- Whalley, M. & Kaur, H. (2020) *Living with worry and anxiety amidst global uncertainty*. [eBook version]. Psychology Tools Limited.

Wiedemann, K. (2001). *Anxiety and Anxiety Disorders. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 560–567.

Williams, C., Wilson, P., Morrison, J., McMahon, A., Andrew, W., Allan, L., ... Tansey, L. (2013). *Guided Self-Help Cognitive Behavioural Therapy for Depression in Primary Care: A Randomised Controlled Trial*. PLoS ONE, 8(1).

Woloshin S, Schwartz LM, Welch HG. (2008) *The risk of death by age, sex, and smoking status in the United States: putting health risks in context*. J Natl Cancer Inst.;100(12):845-53.

Ελληνική

Αγραφιώτης, Δ. (1998). "Τρίτη ηλικία": Κοινωνικές και πολιτιστικές ιδιοτυπίες του παρόντος και του μέλλοντος. ΕΘΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΕΡΕΥΝΩΝ (ΕΙΕ.).

Αλεβίζος, Β., (2008). *Άγχος. Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήττα.

Αναγνωστόπουλος, Δ. & Παπαγεωργίου, Α. (2010). *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου*. Αθήνα: Βήττα Ιατρικές Εκδόσεις.

Αναστασιάδου, Β. (2015). Χαρακτηριστικά ηλικιωμένων ατόμων. Στο Αναστασιάδου, Β., Νάκα, Ο., Παντελίδου-Παπαδοπούλου, Ο., Σακελλάρη, Δ., Τοπίτσογλου, Β., & Τορτοπίδης, Δ., Διαχείριση Σύνθετων Καταστάσεων στα Πλαίσια της Γηριατρικής Οδοντιατρικής (Κεφ. 1, σσ. 1-23). Αθήνα: Σύσδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.

Γαλάνης, Π. (2018). *Ανάλυση δεδομένων στην ποιοτική έρευνα Θεματική ανάλυση*, Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 35(3).

Εμμανουηλίδου, Κ. (2013). *Γυρίζω σελίδα... στο Άγχος*, Αθήνα: Εκδόσεις Μεταίχιμο.

Ζαφειρίου, Γ. (2003) *Σημειώσεις από μάθημα Μέθοδοι Έρευνας*. Σίνδος: ΤΕΙΘ.

Ζαχαρής, Θ., Ζήση Β., (2018). *Φυσική δραστηριότητα, άσκηση και ποιότητα ζωής φροντιστών ατόμων με ψυχικά νοσήματα*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2018, 35(2):182-187.

Ζήση, Β., Γκικούδη, Μ., Κιουμουρτζόγλου Ε. (2003). *Φυσική Δραστηριότητα και Γνωστική Λειτουργία σε Άτομα Τρίτης Ηλικίας*. Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό 1(1), 80– 91.

- Ζήση, Α., Στυλιανίδης, Σ., (2004), *Αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας: Αποσαφηνίσεις και προοπτικές*. *Encephalos Journal* Τόμος 41, Τεύχος 1, Ιανουάριος – Μάρτιος 2004.
- Ζιώγου, Θ., (2013). *Η συμβολή της άσκησης στη προαγωγή της ψυχικής υγείας*. *Επιστημονικά Χρονικά*. 18(4): 191-197.
- Ιατώρ. (2013). *Τα ανθρώπινα δικαιώματα σου... Ένας οδηγός για ηλικιωμένα άτομα*. Διαδικτυακό Ιατρικό Περιοδικό Ιατώρ.
- Καλπάκογλου, Θ., & Χαρίλα, Ν. (2001). *Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία: Επιρροές και θεραπευτικά εργαλεία*. Στο Μ. Μαλικιώση-Λοϊζου (επιμ) *Συμβουλευτική Ψυχολογία: Σύγχρονες Προσεγγίσεις*. Αθήνα: Ατραπός.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., Simon, K.M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*, Plenum, New York.
- Κάττουλας Ε. (2011). *Αγχώδεις διαταραχές και διαταραχή πανικού*. *Ψυχική υγεία: Σύγχρονες προσεγγίσεις – Προβληματισμοί*. Εθνικό Ίδρυμα (Ε.Ι.Ε.), ISBN: 978-960-7998-45-3.
- Κοτρώτσιου, Ε., Θεοδοσοπούλου, Ε., Παπαθανασίου Ι., Τζαβέλας Γ., Κουτσοπούλου Β., Μπακούρας Σ. (2002). *Το Βήμα του Ασκληπείου 2002 Vol 1 (No 3)*, 135-142
- Κωσταρίδου-Ευκλείδου, Α. (1999) *Ψυχολογία Κινήτρων*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Λιάκος, Α, Γιαννίτση, Σ, (1984), *Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής Κλίμακας Άγχους του Spielberger*, περιοδικό Εγκέφαλος, Τεύχος 21 (2), σελ. 71-76.
- ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΜΑΙΩΝ (2012). *Περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Νόμοι 1988-2012* <https://docplayer.gr/30480004-Peri-nosileytikis-kai-maieytikis-nomoi.html>.
- Παπαχρηστόπουλος, Ν. Σαμαρτζή, Κ. (2011). *Υγεία, ασθένεια και κοινωνικός δεσμός*. Orportuna.
- Πολυκανδριώτη, Μ., Κουτσοπούλου, Β. (2014). *Το Βήμα του Ασκληπείου 2014 Vol 12 (Issue 1)*, 54-65.
- Ποταμιάνος, Γρηγόρης Α., (2002). *Θεωρίες προσωπικότητας και κλινική πρακτική*. Ελληνικά Γράμματα.
- Σολδάτος Κ. *Άγχος και κατάθλιψη : Εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική*. 25ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο, 2005.

Σταμάτης, Δ.Γ. (2005). *Υπέρταση στους ηλικιωμένους. Ο ηλικιωμένος δεν είναι μόνο υπερτασικός.* Αρτηριακή Υπέρταση 13, 1-2: 00- 00.

Στρατηγός, Ι. (1998). *Καρκινογενετική επίδραση των ηλιακών ακτινών στο δέρμα.* ΕΘΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΕΡΕΥΝΩΝ (ΕΙΕ.).

Συμμεωνίδης, Χ., Ξενής, Γ., Φιλιάτουρας Α. (2009). *Λεξικό της αρχαίας ελληνικής γλώσσας Α',Β',Γ' Γυμνασίου.* Ινστιτούτο Τεχνολογίας Υπολογιστών και Εκδόσεων Διόφαντος.

Φουντούκη, Α., Θεοφανίδης, Δ., (2014). *Προεγχειρητικό άγχος: Νοσηλευτικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις.* Το Βήμα του Ασκληπιού 2014 Vol 13 (Issue 4), 316-329

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

1. Αίτηση άδειας χρήσης κλίμακας Spielberg.

Στοιχεία αιτούντος

Επώνυμο: Γραφιαδέλλης

Όνομα: Σάββας – Παναγιώτης

Πατρώνυμο: Ιωάννης

Ταχ. Δ/ση: Βασιλικών 67, Περιστερι, 12137

Τηλέφωνο: 6973362645

Email: graf.savvas@gmail.com

Θέμα: Χορήγηση άδειας χρήσης κλίμακας για ερευνητικούς σκοπούς

Ημερομηνία: 27/06/2020

Ο Αιτών



Γραφιαδέλλης Σάββας

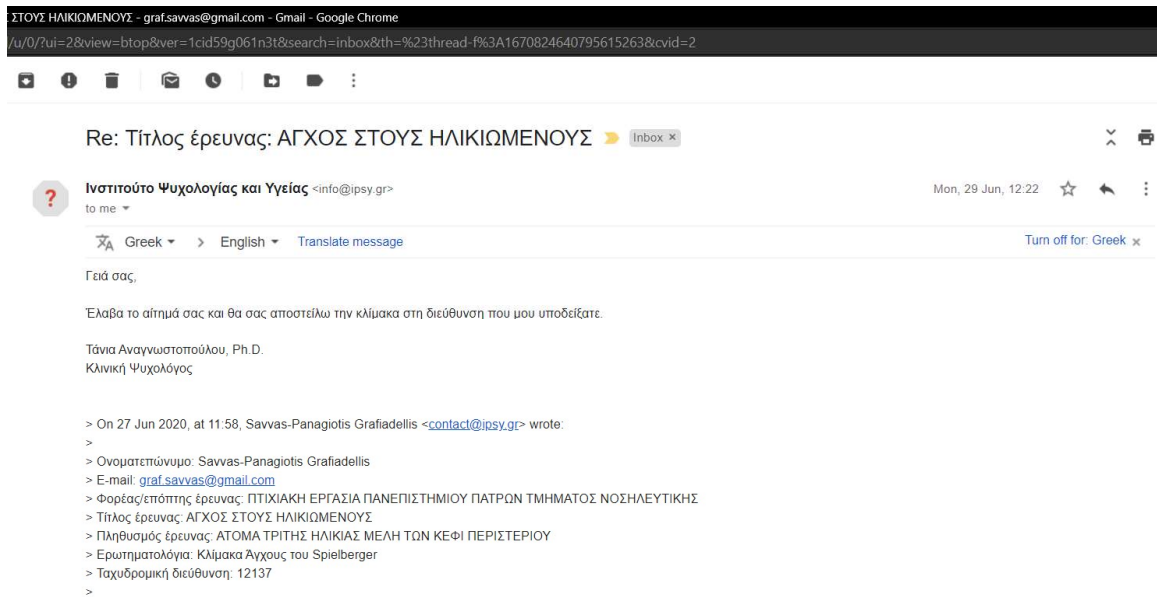
ΠΡΟΣ:

Το Τμήμα Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Αποκατάστασης της Υγείας του Πανεπιστημίου Πατρών στα πλαίσια της εξωστρέφειάς του δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην προαγωγή της έρευνας.

Ως φοιτητής του προαναφερόμενου τμήματος διανύω το ερευνητικό στάδιο εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας με τίτλο: «Διερεύνηση των επιπέδων άγχους σε ηλικιωμένους» και εισηγητή τον κ. Περικλή Ρόμπολα.

Παρακαλώ λοιπόν όπως μου χορηγήσετε άδεια χρήσης της ελληνικής έκδοσης της κλίμακας άγχους του Spielberg, την οποία έχετε μεταφράσει και σταθμίσει. Θα αποτελεί ιδιαίτερη τιμή και βοήθεια για μένα η θετική απάντησή σας.

2. Απάντηση σε αίτημα άδειας χρήσης κλίμακας Spielberg



ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ - graf.savvas@gmail.com - Gmail - Google Chrome
/u/0/?ui=2&view=bt&ver=1cid59g061n3t&search=inbox&th=%23thread-f963A1670824640795615263&cvd=2

Re: Τίτλος έρευνας: ΑΓΧΟΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ Inbox x

? **Ινστιτούτο Ψυχολογίας και Υγείας** <info@ipsy.gr>
to me Mon, 29 Jun, 12:22 ☆ ↶ ⋮

🌐 Greek ➤ English Translate message Turn off for: Greek x

Γειά σας,

Έλαβα το αίτημά σας και θα σας αποστείλω την κλίμακα στη διεύθυνση που μου υποδείξατε.

Τάνια Αναγνωστοπούλου, Ph.D.
Κλινική Ψυχολόγος

> On 27 Jun 2020, at 11:58, Savvas-Panagiotis Grafiadellis <contact@ipsy.gr> wrote:
>
> Ονοματεπώνυμο: Savvas-Panagiotis Grafiadellis
> E-mail: graf.savvas@gmail.com
> Φορέας/επίτιμης έρευνας: ΠΤΙΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
> Τίτλος έρευνας: ΑΓΧΟΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ
> Πληθυσμός έρευνας: ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕΛΗ ΤΩΝ ΚΕΦΙ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ
> Ερωτηματολόγια: Κλίμακα Άγχους του Spielberg
> Ταχυδρομική διεύθυνση: 12137
>

3. Ερωτηματολόγιο



Τμήμα Νοσηλευτικής



Αγαπητά μέλη του ΚΕ.ΦΙ.,

Το παρόν ερωτηματολόγιο που σας διατίθεται αποτελεί το ερευνητικό μέρος της πτυχιακής μου εργασίας με τίτλο: «Διερεύνηση των επιπέδων άγχους σε ηλικιωμένους» και εισηγητή τον κ. Περικλή Ρόμπολα.

Οι ερωτήσεις στοιχειοθετούν την ελληνική έκδοση της κλίμακας άγχους του Spielberg, η οποία έχει χορηγηθεί από το Ινστιτούτο Ψυχολογίας και Υγείας με έδρα την Θεσσαλονίκη. Επίσης επισυνάπτονται 9 ερωτήσεις κοινωνικού και δημογραφικού χαρακτήρα. Η συμβολή σας κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική, συμμετοχή στην έρευνα είναι ανώνυμη κι εθελοντική και τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τη σκοποθεσία της έρευνας. Σάββας Γραφιαδέλης

A. Κοινωνικά – Δημογραφικά Στοιχεία

1. Φύλο:

- Άνδρας
- Γυναίκα

2. Εθνικότητα:

- Ελληνική
- Άλλη (προσδιορίστε):

3. Ηλικία:

- 60-65
- 65-70
- 80-89
- >89

4. Θρήσκευμα:

- Χριστιανός Ορθόδοξος
- Άλλο (Προσδιορίστε):

5. Επίπεδο εκπαίδευσης:

- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- Ανώτατη Εκπαίδευση
- Χωρίς εκπαιδευτικό επίπεδο

6. Οικογενειακή Κατάσταση:

- Έγγαμος/η
- Άγαμος/η
- Διαζευγμένος/η
- Χήρος/α

7. Αριθμός τέκνων:

8. Ταμείο σύνταξης:

9. Ετήσιο εισόδημα:

- 0 – 5.000€
- 5.000 – 10.000€
- 10.000 – 15.000€
- >15.000€
- Δε ξέρω/ Δεν απαντώ

B. Ερωτηματολόγιο

B.1. Οδηγίες: Παρακάτω, αναγράφονται φράσεις που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και βάλτε ένα ✓ στις στήλες δεξιά, περιγράφοντας **πως αισθάνεσθε αυτήν την στιγμή**. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μην αφήνετε να περάσει πολύς χρόνος για κάθε φράση, αλλά δώστε την απάντηση που δείχνει να περιγράφει καλύτερα τα **παρόντα** αισθήματά σας. Δώστε μία απάντηση για κάθε φράση.

		ΚΑΘΟΛΟΥ	ΚΑΠΩΣ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ
1	Αισθάνομαι ήρεμος				
2	Αισθάνομαι ασφαλής				
3	Νοιώθω ένταση				
4	Έχω αγωνία				
5	Αισθάνομαι άνετα				
6	Νοιώθω αναστατωμένος				
7	Ανησυχώ αυτήν τη στιγμή για πιθανές κακοτυχίες				
8	Αισθάνομαι ξεκούραστος				
9	Αισθάνομαι άγχος				
10	Νοιώθω άνετα				
11	Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση				
12	Αισθάνομαι νευρικός				
13	Αισθάνομαι ήσυχος				

14	Νοιώθω να με πνίγει κάτι				
15	Αισθάνομαι χαλαρός				
16	Αισθάνομαι ικανοποιημένος				
17	Ανησυχώ				
18	Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή				
19	Αισθάνομαι υπερένταση				
20	Αισθάνομαι ευχάριστα				

B.2. Οδηγίες: Παρακάτω, αναγράφονται φράσεις που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και βάλτε ένα ✓ στις στήλες δεξιά, περιγράφοντας **πως αισθάνεσθε γενικά**. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μην αφήνετε να περάσει πολύς χρόνος για κάθε φράση, αλλά δώστε την απάντηση που δείχνει να περιγράφει πως αισθάνεσθε **γενικά**. Δώστε μία απάντηση για κάθε φράση.

		ΚΑΘΟΛΟΥ	ΚΑΠΩΣ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ
1	Αισθάνομαι ευχάριστα				
2	Κουράζομαι εύκολα				
3	Νοιώθω συχνά αγωνία				
4	Θα ήθελα να είμαι τόσο ευτυχισμένος όσο οι άλλοι φαίνονται				
5	Μένω πίσω στις δουλειές μου γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω γρήγορα				
6	Νοιώθω ξεκούραστος				
7	Είμαι ήρεμος, ψύχραιμος και συγκεντρωμένος				
8	Αισθάνομαι ότι οι δυσκολίες μαζεύονται σε σημείο που να μην μπορώ να τις ξεπεράσω				
9	Ανησυχώ πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία				
10	Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση				
11	Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα				
12	Μου λείπει η αυτοπεποίθηση				
13	Αισθάνομαι ασφαλής				

14	Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας δυσκολίας				
15	Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση				
16	Αισθάνομαι ικανοποιημένος				
17	Κάποιες όχι σημαντικές σκέψεις περνάνε από το μυαλό μου και με απασχολούν				
18	Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο στα σοβαρά που δεν μπορώ να τις βγάλω από το μυαλό μου				
19	Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας				
20	Με πιάνει ταραχή ή νοιώθω ένταση καθώς σκέπτομαι τις τρέχουσες έγνοιες και θέματα				

Σας ευχαριστώ πολύ για τη συμμετοχή σας!

4. Αίτηση πραγματοποίησης έρευνας από Δήμο Περιστερίου

ΑΙΤΗΣΗ

Στοιχεία αιτούντος

Επώνυμο: Γραφιαδέλλης

Όνομα: Σάββας – Παναγιώτης

Πατρώνυμο: Ιωάννης

Ταχ. Δ/ση: Βασιλικών 67, Περιστερι, 12137

Τηλέφωνο: 6973362645

Email: graf.savvas@gmail.com

Θέμα: Χορήγηση άδειας έρευνας στα εγγεγραμμένα μέλη των ΚΕ.ΦΙ. του Δήμου Περιστερίου

Ημερομηνία: 11/07/2020

Ο Αιτών



Γραφιαδέλλης Σάββας

ΠΡΟΣ: Δήμο Περιστερίου

Το Τμήμα Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Αποκατάστασης της Υγείας του Πανεπιστημίου Πατρών στα πλαίσια της εξωστρέφειάς του δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην προαγωγή της έρευνας.

Ως φοιτητής του προαναφερόμενου τμήματος διανύω το ερευνητικό στάδιο εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας με τίτλο: «Διερεύνηση των επιπέδων άγχους σε ηλικιωμένους» και εισηγητή τον κ. Περικλή Ρόμπολα.

Παρακαλώ λοιπόν όπως εγκρίνετε τη χορήγηση άδειας έρευνας στα εγγεγραμμένα μέλη των ΚΕ.ΦΙ. του Δήμου Περιστερίου. Η διαδικασία της έρευνας θα πραγματοποιηθεί με την χρήση της ελληνικής

έκδοσης της κλίμακας άγχους του Spielberg, η οποία έχει χορηγηθεί από το Ινστιτούτο Ψυχολογίας και Υγείας με έδρα την Θεσσαλονίκη.

Θα αποτελεί ιδιαίτερη τιμή και βοήθεια για μένα η θετική απάντησή σας.

5. Απάντηση αιτήματος πραγματοποίησης έρευνας από Δήμο Περιστερίου



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ,
ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ & Ν.ΓΕΝΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
& ΙΣΟΤΗΤΑΣ

Ταχ. Δ/νση: Δημοσθένους 11
Ταχ.Κωδ.: 121 32, Περιστερί
email tkri@peristeri.gr
Πληροφορίες Λώλου Μαρία
Τηλ 210.57.01.533

Περιστερί 19 ΑΥΓ. 2020
Αρ. Πρωτ.: οικ 32788

Προς :

Τον κο Γραφιαδέλλη Σάββα-
Παναγιώτη
Βασιλικών 67, Περιστερί
12137

Θέμα: Απάντηση σε αίτηση για χορήγηση άδειας για έρευνα στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας .

Σε απάντηση του αιτήματος σας με αρ. πρωτ. 32514/17.8.20 σας ενημερώνουμε ότι σας χορηγείται η άδεια για την έρευνα με τίτλο « Διερεύνηση των επιπέδων άγχους σε ηλικιωμένους» , στα πλαίσια της πτυχιακής σας εργασίας.

Η Α/Α ΠΡ/ΝΗ

ΛΩΛΟΥ ΜΑΡΙΑ



Κοιν/ση:

- Αντ/ρχο κο Θεοδωράκο
- Δ/νση Κοιν. Πολιτικής, Παιδείας, Πολιτισμού & Ν. Γενιάς
- Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής & Ισότητας

