

ΠΜΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ & ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ & ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΛΥΚΟΥΡΗ ANNA-ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ
ΤΥΠΟΥ II ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ**

Αθήνα, 2011

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ & ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

που απονέμει το Τμήμα Οικιακής Οικονομίας & Οικολογίας του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου.

Εγκρίθηκε τηναπό την εξεταστική επιτροπή:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ
ΑΙΚ. ΜΑΡΙΔΑΚΗ-ΚΑΣΣΩΤΑΚΗ (Επιβλέπουσα)
ΑΙΚ. ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΥ
Β. ΚΩΣΤΑΡΕΛΛΗ

ΒΑΘΜΙΔΑ
Καθηγήτρια
Λέκτορας
Επικ. Καθηγήτρια

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου στην καθηγήτρια μου κα Αντωνοπούλου Αικατερίνη και την καθηγήτρια κα Κωσταρέλλη Βασιλική για το ενδιαφέρον τους, την καθοδήγησή και την επιστημονική βοήθεια που μου προσέφεραν.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την καθηγήτριά μου Μαριδάκη-Κασσωτάκη Αικατερίνη για την ανάθεση του θέματος και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε.

Τέλος αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τους γονείς μου και το σύζυγό μου για τη στήριξη, την υπομονή και την κατανόηση που έδειξαν σ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου αλλά και ιδιαίτερα κατά την περίοδο της συγγραφής της συγκεκριμένης εργασίας που έτυχε να συμπέσει με την εγκυμοσύνη μου στους δίδυμους γιούς μου.

Με εκτίμηση,

Λυκούρη Άννα- Αικατερίνη

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	5
Α' ΜΕΡΟΣ.....	8
Κεφάλαιο 1: Σακχαρώδης Διαβήτης.....	9
1.1 Ορισμός σακχαρώδη διαβήτη.....	9
1.2 Ταξινόμηση- Μορφές σακχαρώδη διαβήτη.....	9
Α) Σακχαρώδης διαβήτης τύπου Ι.....	9
Β) Σακχαρώδης διαβήτης τύπου ΙΙ.....	10
Γ) Σακχαρώδης διαβήτης κύησης.....	12
1.3 Επιδημιολογία σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ.....	13
1.4 Κλινική εικόνα σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ.....	15
1.5 Επιπλοκές σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ.....	16
1.6 Ψυχολογικά και συναισθηματικά χαρακτηριστικά των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη.....	18
Κεφάλαιο 2: Συναισθηματική νοημοσύνη.....	25
2.1 Εννοιολογική προσέγγιση συναισθηματικής νοημοσύνης.....	25
2.2 Ιστορική αναδρομή της έννοιας.....	26
2.3 Θεωρητικά μοντέλα συναισθηματικής νοημοσύνης.....	29
2.3.1 Το θεωρητικό μοντέλο των Mayer, Salovey & Caruso (1999).....	31
2.3.2 Το Θεωρητικό μοντέλο του Bar-On (1997).....	33
2.3.3 Το θεωρητικό μοντέλο του Goleman (1998).....	34
2.3.4 Το θεωρητικό μοντέλο του Cooper (1997).....	36
2.4 Τρόποι μέτρησης της συναισθηματικής νοημοσύνης.....	40
2.5 Έρευνες συναισθηματικής νοημοσύνης επικεντρωμένες στον τομέα της υγείας.....	44
2.6 Σκοπός- Ερευνητικά ερωτήματα συγκεκριμένης έρευνας.....	47
Β' ΜΕΡΟΣ.....	49
Κεφάλαιο 3 : Μέθοδος Έρευνας.....	50
3.1 Συμμετέχοντες.....	50
3.2 Ερευνητικά εργαλεία.....	50
3.3 Διαδικασία.....	55
Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα.....	56
4.1 Περιγραφική ανάλυση.....	56
4.2 Επαγωγική ανάλυση.....	58
Κεφάλαιο 5: Σχολιασμός Αποτελεσμάτων.....	68
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	74
ΑΒSTRACT.....	76
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	77
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	92
4.....	95

Εισαγωγή

Η μελέτη της ποιότητας ζωής των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, αποτελεί ένα σημαντικό κλινικό ζήτημα και, ταυτόχρονα, συμβάλλει στην καλύτερη αντιμετώπιση της πάθησης και των συνεπειών της, τόσο για το άτομο όσο και για το περιβάλλον του. Η συμβολή της επιστήμης της ψυχολογίας αφορά στη διατήρηση, ενίσχυση και προαγωγή της υγείας, στη θεραπεία αλλά και στην πρόληψη της ασθένειας και στην αναγνώριση των παραγόντων εκείνων οι οποίοι συνδέονται αιτιολογικά και διαγνωστικά με τις καταστάσεις της υγείας και ασθένειας (ατομικοί, περιβαλλοντικοί παράγοντες κ.α). Η αναγνώριση ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν την εμφάνιση αλλά και την εξέλιξη πολλών ασθενειών έχει θεμελιώδη σημασία για την πρόοδο της επιστήμης και προσφέρει πολλά οφέλη στον τομέα της πρόληψης αλλά και αποκατάστασης.

Με βάση τις παραπάνω επισημάνσεις θα επιχειρήσουμε με την παρούσα έρευνα να εξετάσουμε τα συναισθηματικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και τη σχέση της συναισθηματικής νοημοσύνης με την ασθένεια.

Η παρούσα μελέτη απαρτίζεται από δύο μέρη: Στο Α΄ Μέρος παρατίθενται αναλυτικά τα θεωρητικά στοιχεία και το θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης, ενώ στο Β΄ Μέρος τα εμπειρικά δεδομένα της έρευνας.

Πιο αναλυτικά, το Α΄ Μέρος της έρευνας αποτελείται από δύο κεφάλαια:

Το Πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στο σακχαρώδη διαβήτη. Αναλυτικότερα το κεφάλαιο αυτό απαρτίζεται από έξι υποκεφάλαια. Στο πρώτο υποκεφάλαιο αποσαφηνίζεται ο όρος σακχαρώδης διαβήτη. Στο δεύτερο υποκεφάλαιο παρουσιάζουμε την ταξινόμηση του σακχαρώδη διαβήτη σε τρεις μορφές: διαβήτη τύπου I, διαβήτη τύπου II και διαβήτη κύησης καθώς και αναλύουμε τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα κάθε μορφής. Στο τρίτο υποκεφάλαιο γίνεται αναφορά στην επιδημιολογία του διαβήτη τόσο σε παγκόσμιο όσο και σε τοπικό επίπεδο. Στο τέταρτο υποκεφάλαιο αναλύουμε την κλινική εικόνα του ασθενούς με σακχαρώδη διαβήτη και ποια συμπτώματα μας βοηθούν να τον κατατάξουμε στο συγκεκριμένο τύπο ασθένειας. Στο πέμπτο κεφάλαιο επιχειρείται μια αναφορά στις επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη που έχουν άμεση επίπτωση στον ψυχολογικό τομέα. Τέλος στο έκτο υποκεφάλαιο αναφερόμαστε στα συναισθηματικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη, όπως προκύπτουν από τα ερευνητικά ευρήματα.

Το δεύτερο κεφάλαιο αφορά στη συναισθηματική νοημοσύνη. Το συγκεκριμένο κεφάλαιο χωρίζεται σε έξι υποκεφάλαια. Στο πρώτο υποκεφάλαιο δίνονται οι απαιτούμενες εννοιολογικές διασαφήσεις και θεωρίες για την έννοια της συναισθηματικής νοημοσύνης. Στη συνέχεια στο δεύτερο υποκεφάλαιο επιχειρείται μια ιστορική αναδρομή στην εννοιολογική προσέγγιση της συναισθηματικής νοημοσύνης. Ακολουθεί το τρίτο υποκεφάλαιο όπου γίνεται αναφορά στις αντιπροσωπευτικότερες θεωρίες και τα αξιολογικά εργαλεία της έννοιας αυτής. Εδώ δίνεται έμφαση και παρουσιάζονται λεπτομερώς τα μοντέλα α) Mayer, Salovey & Caruso (1999), β) Bar-On (1997.), γ) Goleman (1998), δ) Cooper (1997) και ε) Petrides & Furnham (2000).

Στη συνέχεια στο τέταρτο υποκεφάλαιο παρουσιάζονται οι τρόποι μέτρησης της συναισθηματικής νοημοσύνης. Στο πέμπτο υποκεφάλαιο που ακολουθεί γίνεται αναφορά στις σημαντικότερες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε διάφορους τομείς και δη στον τομέα της υγείας που απασχολεί και την παρούσα έρευνα. Τέλος παρατίθεται ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας και τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα.

Στο Β΄Μέρος της έρευνας παρατίθενται η έρευνα και οι μεθοδολογικές της προσεγγίσεις. Συγκεκριμένα στο *Τρίτο κεφάλαιο*, παρουσιάζεται η μέθοδος της έρευνας, όπως: η περιγραφή του δείγματος, η μέθοδος δειγματοληψίας, τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήσαμε για τη συλλογή των δεδομένων, η διαδικασία της συλλογής των δεδομένων και οι τεχνικές στατιστικής ανάλυσης .

Στο *τέταρτο κεφάλαιο* γίνεται παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Στο *πέμπτο κεφάλαιο* γίνεται ο σχολιασμός των αποτελεσμάτων της έρευνας που προέκυψαν από τις αναλύσεις. Συγκεκριμένα, αναλύονται τα ευρήματα που προέκυψαν από τις απαντήσεις των υποκειμένων του δείγματος σε καθεμιά από τις μεταβλητές των δύο τεστ, σύμφωνα με τη σειρά των ερευνητικών ερωτημάτων. Στο ίδιο κεφάλαιο διατυπώνονται και οι περιορισμοί της συγκεκριμένης έρευνας, παρουσιάζονται τα γενικά συμπεράσματα της έρευνας καθώς οι προτάσεις για νέα ζητήματα προς διερεύνηση λαμβάνοντας υπ' όψιν τα μεθοδολογικά προβλήματα που έχουμε ήδη επισημάνει.

Στο τέλος της εργασίας παρατίθενται η περίληψη της έρευνας στα ελληνικά και τα αγγλικά, η σχετική βιβλιογραφία και το παράρτημα. Συγκεκριμένα το παράρτημα περιλαμβάνει τα τεστ που χορηγήθηκαν στους διαβητικούς ασθενείς και το δείγμα ελέγχου.

Α' ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: Σακχαρώδης Διαβήτης

1.1 Ορισμός σακχαρώδη διαβήτη

Ως Σακχαρώδης Διαβήτης ορίζεται διεθνώς ως μία μεταβολική διαταραχή πολλαπλής αιτιολογίας, η οποία χαρακτηρίζεται από χρόνια υπεργλυκαιμία, λόγω διαταραχών του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών και η οποία είναι αποτέλεσμα ανεπάρκειας στην έκκριση ή τη δράση της ινσουλίνης ή και τα δύο. Η χρόνια υπεργλυκαιμία οδηγεί μακροπρόθεσμα σε βλάβη, δυσλειτουργία και ανεπάρκεια διάφορων οργάνων, κυρίως των οφθαλμών, των νεφρών, των νεύρων, των αγγείων και της καρδιάς (WHO , 2008).

Είναι μία περίπλοκη πάθηση, γιατί μπορεί να επηρεάσει όλα τα μέρη του ανθρώπινου σώματος, είναι μία πάθηση που εμποδίζει το σώμα να χρησιμοποιήσει τις πηγές ενέργειας ενός συγκεκριμένου τύπου τροφίμων, των υδατανθράκων με αποτέλεσμα να συσσωρεύονται στο αίμα και να απεκκρίνονται με τα ούρα, ενώ κανονικά θα καταναλώνονταν σαν ενέργεια ή θα αποθηκεύονταν σαν λίπος, αλλά αντί γι' αυτό απεκκρίνονται. (Collazo,2001).

1.2 Ταξινόμηση- Μορφές σακχαρώδη διαβήτη

A) Σακχαρώδης διαβήτης τύπου I

Ορίζεται το μεταβολικό εκείνο σύνδρομο το, οποίο χαρακτηρίζεται από αυτοάνοση καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος, με αποτέλεσμα την παντελή έλλειψη ή την ελάχιστη έκκριση ινσουλίνης. Στον σακχαρώδη διαβήτη

τύπου I υπάγονται όσοι ασθενείς είναι από τη διάγνωση του διαβήτη ινσουλινοεξαρτώμενοι ή χρειάστηκαν μόνιμη θεραπεία με ινσουλίνη ένα χρόνο, το αργότερο, από τη διάγνωση. Στις περισσότερες περιπτώσεις η διάγνωση γίνεται σε παιδική, εφηβική ή γενικώς νεαρή ηλικία. Η νεαρή, όμως, ηλικία διάγνωσης δεν είναι αποκλειστικό χαρακτηριστικό του διαβήτη τύπου I, εφόσον εξαρχής ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, ακόμα και γεροντική (Molbak, Christau, Marnier, Borch-Johnsen & Nerup, 1994). Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου I δεν έχουν ουσιώδη δυνατότητα έκκρισης ινσουλίνης γι' αυτό, αν δεν υποβάλλονται σε ινσουλινοθεραπεία, γρήγορα εμφανίζουν απορρύθμιση μέχρι κετοξέωσης. Στο πλάσμα των ασθενών κυκλοφορούν διάφοροι τύποι αυτοαντισωμάτων που υποδηλώνουν την αυτοανοσοποιητική αιτιολογία της νόσου στο πλείστον των περιπτώσεων. Ο ασθενής είναι απόλυτα εξαρτημένος από την εξωγενή χορήγηση ινσουλίνης προκειμένου τα επίπεδα σακχάρου του αίματος να διατηρηθούν σε φυσιολογικά επίπεδα (Καραμήτσος, 1987).

B) Σακχαρώδης διαβήτης τύπου II

Χαρακτηρίζεται από το σύνδρομο ελαττωμένης έκκρισης ινσουλίνης και ελαττωμένης ευαισθησίας των κυττάρων στη δράση της (φαινόμενο που ονομάζεται ινσουλινοαντοχή). Στα πρώτα στάδια της νόσου, η ελαττωμένη ευαισθησία στην ινσουλίνη είναι η κύρια διαταραχή, ενώ τα επίπεδα ινσουλίνης στο αίμα είναι αυξημένα (Καραμήτσος, 1987).

Στον διαβήτη τύπου II περιλαμβάνονται εκείνοι οι ασθενείς που δεν χρειάζονται εξαρχής ινσουλινοθεραπεία, ούτε ακόμη και μετά την παρέλευση ενός χρόνου από τη διάγνωση του διαβήτη. Η διάγνωση του διαβήτη τύπου II γίνεται συνήθως σε ηλικία μεγαλύτερη των 40 ετών, αλλά σπανιότερα υπάρχουν και περιπτώσεις με διάγνωση σε μικρότερες ηλικίες, όπου, όμως πρόκειται είτε για πολύ

παχύσαρκα άτομα είτε για ειδικές μορφές κληρονομικού διαβήτη (Walker & Turnbull, 1997).

Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II παρουσιάζουν μειονεκτική έκκριση ινσουλίνης. Στους παχύσαρκους διαβητικούς, κατά την έναρξη του διαβήτη, τα μετά από φόρτιση με γλυκόζη επίπεδα ινσουλίνης το αίμα μπορεί να είναι και υψηλότερα από τα αντίστοιχα των φυσιολογικών μη παχύσαρκων. Στους υπερβολικά παχύσαρκους ασθενείς, η έγκαιρη επάνοδος στο φυσιολογικό βάρος διορθώνει μερικώς ή πλήρως τη διαταραχή του μεταβολισμού. Άνω του 80% των ασθενών του σακχαρώδη διαβήτη τύπου II είναι παχύσαρκοι και η παχυσαρκία είναι σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας (Karamitsos, Bacatselos, Skemberis & Papageorgiou, 1996). Και μόνο ο περιορισμός των θερμίδων στο διαιτολόγιο, χωρίς να έχει επιτευχθεί σημαντική ελάττωση του βάρους, έχει ως συνέπεια μεταβολική βελτίωση (Wing, Blair, Boloni, Marcus, Watanabe, Bergman, 1994). Χωρίς τη σωστή τήρηση δίαιτας και με την ελαχιστοποιημένη μυϊκή δραστηριότητα που χαρακτηρίζει το σύγχρονο άνθρωπο, ο σακχαρώδης διαβήτης εξελίσσεται αργά-αργά σε μεγαλύτερη μεταβολική απορρύθμιση. Ιδίως μετά από 10-15 χρόνια διαβήτη, τα υπογλυκαιμικά δισκία δεν έχουν πλέον σημαντικό αποτέλεσμα και έρχεται η ώρα της ινσουλινοθεραπείας.

Ο Κάκουρος & Μανιαδάκη (2003) διατυπώνουν ότι επειδή ο σακχαρώδης διαβήτης μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, δεν είναι εύκολο να καθοριστεί ο τύπος της κληρονομικότητας. Στις περισσότερες περιπτώσεις φαίνεται ότι κληρονομείται μια μειονεκτικότητα στην έκκριση ινσουλίνης, η οποία γίνεται με τα χρόνια μεγαλύτερη, και ο διαβήτης εκδηλώνεται όταν η αντίσταση των ιστών στην ινσουλίνη δεν μπορεί να υπερνικηθεί από την εκκρινόμενη ινσουλίνη.

Η αντίσταση στην ινσουλίνη αυξάνεται όσο αυξάνεται η παχυσαρκία, αλλά μπορεί να υπάρξει και χωρίς τη συμμετοχή της παχυσαρκίας. Οφείλεται σε μειωμένο αριθμό υποδοχέων ινσουλίνης στα κύτταρα, αλλά και σε μειονέκτημα μετά από τους υποδοχείς. Ωστόσο, υπάρχει ετερογένεια και μέσα στο διαβήτη τύπου 2. Έτσι, σε μικρό αριθμό ασθενών παρατηρείται επικρατητική κληρονομικότητα και έναρξη σε μικρή ηλικία (Μορφές MODY= Maturity Onset Diabetes of the Youth). Από μελέτη των Κατσιλάμπρου & Τσίγκου (2003) σε μονοωγενείς διδύμους έχει γίνει σαφές ότι η κληρονομικότητα στο διαβήτη τύπου 2 είναι πιο ισχυρή απ' ό,τι στον τύπο 1.

Γ) Σακχαρώδης διαβήτης κύησης

Πρόκειται για την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (δεν συμπεριλαμβάνονται στον ορισμό γυναίκες με γνωστό διαβήτη πριν την έναρξη της εγκυμοσύνης). Ο τύπος αυτός μοιάζει με το διαβήτη τύπου II ως προς το ότι χαρακτηρίζεται από ταυτόχρονη ελαττωμένη έκκριση ινσουλίνης και ελαττωμένη ευαισθησία των κυττάρων στην ινσουλίνη. Παχύσαρκες γυναίκες είναι πιθανό να αναπτύξουν διαβήτη της κύησης. Ο τύπος αυτός διαβήτη αφορά στο 3-5% των κυήσεων. Οι γυναίκες που εμφανίζουν διαβήτη κύησης ενδεχομένως θα εμφάνιζαν ΣΔ με την αύξηση του βάρους τους ή με την πρόοδο της ηλικίας (Hod, Rabinerson & Peled, 1995). Ο διαβήτης της κύησης άλλοτε εξαφανίζεται μετά τον τοκετό, για να επανεμφανιστεί σε επόμενο τοκετό ή στο απώτερο μέλλον, και άλλοτε παραμένει. Στις περισσότερες γυναίκες με αληθινό διαβήτη κύησης η υπεργλυκαιμία εξαφανίζεται μετά τον τοκετό αλλά ο κίνδυνος αυτών των γυναικών να αναπτύξουν διαβήτη τύπου 2 υπολογίζεται σε 2-3% ανά έτος παρακολούθησης. Έτσι ένα 30% των γυναικών με διαβήτη κύησης θα εμφανίσουν έκδηλο σακχαρώδη διαβήτη μέσα στα επόμενα 5-10 χρόνια μετά τον τοκετό. Γενικά ο σακχαρώδης διαβήτης κύησης εμφανίζεται συνήθως κατά το 2^ο και 3^ο τρίμηνο της

κυοφορίας, όταν τα επίπεδα των ορμονών που ανταγωνίζονται τη δράση της ινσουλίνης είναι υψηλά, επιφέροντας σαν αποτελέσματα τη μειωμένη δραστηριότητα της ινσουλίνης. Για το λόγο αυτό, συνίσταται καθορισμός του επιπέδου ανοχής της γλυκόζης στις εγκύους μεταξύ της 24^{ης} και 28^{ης} εβδομάδας, καθώς είναι γνωστή η αυξημένη πιθανότητα περινεογνικών επιπλοκών από μητέρες με διαβήτη της κύησης (Κελλαρτζής, Καραμήτσος, Μαμόπουλος & Μανταλενάκης, 1986). Η γενική επίπτωση του διαβήτη της κύησης υπολογίζεται σε 1-3% των κύσεων. Η μορφή αυτή παρουσιάζει σαφείς γεωγραφικές και φυλετικές διαφορές. Παχύσαρκες γυναίκες και μάλιστα ηλικίας άνω των 30 ετών, καθώς και γυναίκες με συγγενείς πρώτου βαθμού με διαβήτη, εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο για ανάπτυξη διαβήτη κύησης (Παπαβραμίδης, 2002).

1.3 Επιδημιολογία σακχαρώδη διαβήτη τύπου II

Το ποσοστό του διαβήτη τύπου II σύμφωνα με πρόσφατες στατιστικές κυμαίνεται μεταξύ του 6-10% του γενικού πληθυσμού, ποσοστό εξάλλου που ανευρίσκεται και στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα σύμφωνα με επιστημονικά στοιχεία της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας η νόσος στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει εκρηκτικές διαστάσεις καθώς το 10% του πληθυσμού μας εμφανίζει Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 και περισσότερα από 30.000 παιδιά πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, ενώ υπολογίζεται πως πάνω από 10.000 δεν γνωρίζουν ότι έχουν χτυπηθεί από τη νόσο (Μουτσόπουλος, 2005).

Η συχνότητα του διαβήτη τύπου 2 αυξάνει προϊούσης της ηλικίας και φαίνεται ότι κατά το 2^ο ήμισυ της ζωής τους οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τους άνδρες.

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας, που αναμένεται να προσλάβει διαστάσεις «επιδημίας» μέσα στα επόμενα 10-20 χρόνια. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO,2008) , το 1994 περίπου 120.000.000 άτομα έπασχαν από τη νόσο, αριθμός που αναμένεται να ξεπεράσει τα 215.000.000 μέσα στην επόμενη 10ετία (Παπάζογλου, Μανές & Κυρκούδης, 1995). Για την οικουμενική δραματική αύξηση της συχνότητας του τύπου 2 διαβήτη ευθύνεται, βεβαίως η αύξηση του μέσου όρου ζωής, αλλά και η αστικοποίηση και η εκβιομηχανοποίηση των χωρών του τρίτου κόσμου, που έχουν σαν αποτέλεσμα την υιοθέτηση του δυτικού τρόπου ζωής. Υψηλή πρόσληψη λιπών και μείωση της φυσικής δραστηριότητας οδηγούν σε παχυσαρκία, με επακόλουθο τη δημιουργία ινσουλινοαντοχής. Ο συνδυασμός αυτής της επίκτητης ινσουλινοαντοχής με κάποια, γενετικά καθορισμένη, μειωμένη ικανότητα για αύξηση της έκκρισης ινσουλίνης, οδηγεί στην επέλευση της νόσου.

Σύμφωνα με την ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, (WHO, 2008) ο μη ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης διακρίνεται σε δύο ομάδες: των παχύσαρκων και των μη παχύσαρκων. Η αναλογία αυτών των δύο ομάδων διαφέρει ανάλογα με τη φυλή και το έθνος. Στους Δυτικούς το ποσοστό των παχύσαρκων με διαβήτη τύπου 2 φτάνει το 80% περίπου, ενώ στην Ασία η αναλογία μεταξύ παχύσαρκων και μη παχύσαρκων με τη νόσο είναι 1/1 περίπου.

Συγκεκριμένα ο Καραμήτσος (2008) αναφέρει ότι η μεγαλύτερη συχνότητα του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 παρατηρείται σε μια φυλή Ινδιάνων στις ΗΠΑ που ονομάζονται Pima και στη φυλή Ναουρού. Οι φυλές αυτές χαρακτηρίζονται από μεγάλο ποσοστό παχύσαρκων. Επίσης, αυξημένη συχνότητα σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 παρατηρείται στη Μάλτα και στα νησιά του Ειρηνικού. Σχετικά αυξημένο

ποσοστό διαβήτη παρουσιάζουν οι ισπανικής καταγωγής κάτοικοι της Βόρειας και Κεντρικής Αμερικής και οι έγχρωμοι της Αμερικής.

1.4 Κλινική εικόνα σακχαρώδη διαβήτη τύπου II

Στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 τα συμπτώματα μπορεί να είναι ήπια και η διάγνωση να καθυστερήσει για μήνες ή και χρόνια. Έτσι, σε μερικούς αρρώστους υπάρχουν ήδη κατά τη διάγνωση διαβητικές επιπλοκές, οι οποίες είναι και η αιτία που τους οδηγεί στο γιατρό. Τα συμπτώματα του διαβήτη γίνονται εντονότερα όσο καθυστερεί η διάγνωση του διαβήτη, αλλά εξαρτώνται και από τις διαιτητικές συνήθειες των ασθενών. Έτσι, ασθενείς που τρώνε γλυκά ή γενικά πολλούς υδατάνθρακες έχουν εντονότερα συμπτώματα. Η πολουρία, η νυκτουρία και η ξηροστομία είναι τα συχνότερα συμπτώματα, αλλά δεν γίνονται πάντα έγκαιρα αντιληπτά (Ruhnu, Faber, Borch-Johnsen & Thorsteinsson, 1997).

Η απώλεια βάρους παρατηρείται επίσης, αλλά ισοδυναμεί με μικρότερο βαθμό kg απ' ότι στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Συμπτώματα αρκετά συχνά επίσης στους υπερήλικες διαβητικούς είναι το αίσθημα ζάλης και η αστάθεια στη βάδιση (Αλεβίζος, Καλαμπαλικά, Αδαμίδου & Τσουρουκτσόγλου, 1988). Οι ασθενείς συχνά αισθάνονται μυϊκή αδυναμία και έλλειψη ενεργητικότητας. Τη μυϊκή αδυναμία αισθάνονται ιδιαίτερα οι υπερήλικες (Mishra & Mansharmani, 1989).

Οι αιδοιοκολπίτιδες είναι συχνό σύμπτωμα, ιδίως σε μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ενώ στους άντρες είναι συχνές οι βαλανοποσθίτιδες και η φίμωση ως επακόλουθο των βαλανοποσθιτιδών.

Ορισμένοι ασθενείς παραπονιούνται για διαταραχές της όρασης που οφείλονται σε διαθλαστικές ανωμαλίες των φακών των οφθαλμών. Αυτές δημιουργούνται από τις ωσμωτικές επιδράσεις που προκαλεί η σημαντική

υπεργλυκαιμία και που πριν από τη διάγνωση είναι τέτοιες, ώστε δημιουργούν μυωπική όραση (Καραμήτσος, 2008).

Σύμπτωμα σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι και η μεταγευματική υπογλυκαιμία. Τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας εμφανίζονται 3-5 ώρες μετά τα γεύματα και είναι δυνατόν να αποτελούν πρόδρομη κλινική εκδήλωση διαβήτη. Οι ασθενείς εμφανίζουν αίσθημα πείνας, τρόμο, αδυναμία, ευερεθιστικότητα και εφίδρωση. Η συχνότητα της «μεταγευματικής υπογλυκαιμίας», όπως αποκαλείται, αναφέρεται σε ποσοστό 30-75% των περιπτώσεων σακχαρώδη διαβήτη τύπου II. Θεωρείται ότι αιτία της υπογλυκαιμίας είναι η καθυστερημένη αλλά υπερβολική έκκριση ινσουλίνης (Hofeld, 1989).

1.5 Επιπλοκές σακχαρώδη διαβήτη τύπου II

Στους οφθαλμούς: Συχνά η εμφάνιση καταρράκτη αναγκάζει τον άρρωστο να προσφύγει στο γιατρό. Αυτό παρατηρείται κυρίως στον βραδείας εξέλιξης καταρράκτη των διαβητικών τύπου 2. Ταχεία δημιουργία καταρράκτη παρατηρείται σε ατελώς θεραπευόμενες περιπτώσεις σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (Cornwell & Lere, 1995). Επίσης αιφνίδια απώλεια όρασης σε ένα οφθαλμό, λόγω αιμορραγίας μέσα στο υαλοειδές με ή χωρίς δευτεροπαθές γλαύκωμα, αποτελεί σύμπτωμα μακροχρόνιου διαβήτη. Πρώιμη επιπλοκή του διαβήτη είναι η διπλωπία από προσβολή κρανιακών νεύρων ως συνέπεια νευροπάθειας ή αγγειοπάθειας των μικρών αγγείων των νεύρων. Αυτές οι παραλύσεις συμβαίνουν συνήθως μετά την ηλικία των 50 ετών και τρομοκρατούν τους ασθενείς, οι οποίοι καταφεύγουν γρήγορα στο γιατρό. Οι ασθενείς αυτοί συχνά είναι επίσης υπερτασικοί και έχουν υψηλό αιματοκρίτη (Jacobson, McCanna & Layde, 1994).

Στο νευρικό σύστημα: Συχνά σε μη θεραπευόμενους ασθενείς υπάρχουν παραισθήσεις στα χέρια και τα πόδια, ακόμη και χωρίς άλλα σημεία νευροπάθειας. Τα συμπτώματα αυτά παρέρχονται με υποβολή των ασθενών σε θεραπεία. Επώδυνα κάτω άκρα και παραισθήσεις με «αίσθηση βαδίσματος πάνω σε βामβακοτάπητα» μπορεί να είναι το κύριο σύμπτωμα σε διαβητικούς τύπου 2 (Boulton, 1998). Επίσης η ύπαρξη συμπτωμάτων νευροπάθειας του αυτόνομου νευρικού συστήματος και σεξουαλικής ανικανότητας αποτελεί συχνά λόγο διάγνωσης διαβήτη (Watkins & Thomas, 1998). Συγκεκριμένα σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας μεγάλης έρευνας στη Βοστώνη (Bacon, Frank, Giovannucci, Glasser, Mittleman & Rimm, 2002) που συμπεριέλαβε 31.027 άντρες από 53-90 ετών, αυτοί που είχαν διαβήτη για 20 χρόνια, είχαν 70% μεγαλύτερο κίνδυνο για προβλήματα στύσης σε σύγκριση με συνομηλίκους τους οι οποίοι δεν είχαν διαβήτη. Η συχνότητα της αντρικής ανικανότητας ανερχόταν μέχρι το 46% των αντρών με διαβήτη. Στους άντρες χωρίς διαβήτη ανερχόταν στο 24%.

Στους νεφρούς: Η διαβητική νεφροπάθεια εμφανίζεται μόνο ύστερα από αρκετά χρόνια διαβήτη και κατά συνέπεια σπάνια αποτελεί την αιτία της ανακάλυψής του. Αντίθετα, λοιμώξεις του ουροποιητικού αποτελούν αιτία εξέτασης των ούρων και αποκάλυψης διαβήτη, ο οποίος εξάλλου παροξύνεται κατά τη διάρκεια της λοίμωξης. Στον διαβήτη εκτός από την κλασική πυελονεφρίτιδα, μπορεί να αναπτυχθεί οξεία θηλαία νέκρωση, η οποία εκδηλώνεται ως βαριά μορφή πυελονεφρίτιδας, με ολιγουρία και ουραιμία.

Στις αρτηρίες: Οι διαβητικοί έχουν προδιάθεση για αρτηριοσκλήρυνση και αθηρωμάτωση, γι' αυτό εμφανίζουν συχνότερα από τον υπόλοιπο πληθυσμό στεφανιαία νόσο, εγκεφαλικά επεισόδια και περιφερική αγγειοπάθεια. Αρκετά συχνά ο διαβήτης προκαλεί γαγγραινώδης αλλοιώσεις στα δάχτυλα των ποδιών.

1.6 Ψυχολογικά και συναισθηματικά χαρακτηριστικά των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη

Οι χρόνιες παθήσεις αποτελούν ένα ιδιαίτερα ψυχοπιεστικό γεγονός, το οποίο μπορεί να προκαλέσει έντονα αρνητικά συναισθήματα στον πάσχοντα, έτσι ώστε να καταστεί ανίκανος να χειριστεί την κατάσταση του. Η αδυναμία του ατόμου να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες του σακχαρώδη διαβήτη επηρεάζει την ποιότητα της ζωής του (Aalto, Aro & Uutela, 1997). Συχνά δημιουργούνται στον πάσχοντα συναισθήματα άρνησης («Δεν πιστεύω πως αυτό συμβαίνει σε μένα»), θυμού («Γιατί εγώ;»), αγανάκτησης, απογοήτευσης, κατάθλιψης («Νιώθω λυπημένος και αβοήθητος»), ενοχής («Πρέπει να έκανα κάτι λάθος»), αβοηθησίας («Δεν μπορώ να χειριστώ την κατάσταση») και χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης («Κάτι δεν πάει καλά με μένα») (Jacobson, Groot, Samson, 1997). Αυτό ισχύει σε μεγάλο βαθμό στην περίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη, διότι απαιτείται συνεχής και διαβίου προσπάθεια για την καλή ρύθμισή του. Ειδικότερα, σχετικά με την «άρνηση», όταν ο διαβήτης εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία, οι νεαροί διαβητικοί δεν αποδέχονται τη σοβαρότητα της πάθησής τους, με αποτέλεσμα να μην ακολουθούν πιστά τις οδηγίες των γιατρών (Lloyd, Wing, Orchard & Becker, 1993).

Η παθητικότητα, η ανωριμότητα και η αδυναμία αποδοχής της πάθησης είναι μερικές από τις αντιδράσεις ατόμων που πάσχουν από διαβήτη και που επηρεάζουν δυσμενώς τη ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη και τελικά την πορεία της υγείας του ασθενούς (Taylor, 1991). Ακόμη, η ανακοίνωση στον ασθενή από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ότι πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη, ενδέχεται να προκαλέσει άσχημα συναισθήματα, όπως αυτό του μίσους, της απελπισίας και του

φόβου (Δούραλη, 2003). Ειδικοί στον χώρο της ψυχικής υγείας υποστηρίζουν ότι άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη χαρακτηρίζονται από το «φόβο της ιδιαιτερότητας». Με άλλα λόγια όσοι υποφέρουν από τη νόσο αυτή, διακατέχονται από το φόβο μήπως στιγματιστούν. Επίσης, όσοι πάσχουν από διαβήτη αισθάνονται, μερικές φορές, τόση θλίψη και απογοήτευση, που μοιάζουν να πενθούν για την ξέγνοιαστη ζωή που ζούσαν, πριν από την έναρξη της νόσου (Clark, Hampson, Avery & Simpson, 2004).

Είναι αλήθεια ότι τα διαβητικά άτομα ταλαιπωρούνται από συνεχείς εξετάσεις αίματος, ιατρική περίθαλψη, καθημερινή λήψη φαρμάκων καθώς και «άσκηση θέλησης» από το ιδιαίτερο διαιτολόγιο που εφαρμόζουν. Τίποτα, ωστόσο δεν μπορεί να τους στερήσει πολλές από τις χαρές της ζωής τους, τις οποίες απολάμβαναν και πριν από την εμφάνιση της νόσου, παρά μονάχα ο αρνητισμός, η παραίτηση, και η τυφλή «υποταγή» στην πάθησή τους (Πήτα, Γρηγοριάδου, Ελευθερίου, Κουβάτσου & Καραμήτσος, 2006)

Ωστόσο είναι αξιοσημείωτο ότι ακόμη και μετά την «αποδοχή του προβλήματος» από τον πάσχοντα και την ρεαλιστική αντιμετώπιση της πραγματικότητας, τα γκριζα συναισθήματα δεν φεύγουν ποτέ εντελώς (Καραμήτσος, 2000). Επομένως είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζει κανείς πώς να τα χειρίζεται. Η συναισθηματική πλευρά του διαβήτη πρέπει να λαμβάνεται εξίσου σοβαρά υπόψη τόσο από τους ανθρώπους του περιβάλλοντος του ασθενούς όσο και από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο έρχεται συστηματικά σε επαφή με τον τελευταίο (Rose, Fliege, Hildebrand, Schirop & Klapp, 2003).

Μέσα, λοιπόν σε αυτό το πλαίσιο της χρονιότητας της νόσου είναι πιθανό να δημιουργούνται ποικίλες αντιλήψεις και συναισθηματικές αντιδράσεις στα άτομα με διαβήτη, ως απόρροια του άγχους και της ανησυχίας τους για την επικείμενη

«επίδραση» της ασθένειας στην καθημερινότητα και την ποιότητα της ζωής τους. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, ορισμένοι από τους σημαντικότερους παράγοντες που δρουν επιβαρυντικά στην ποιότητα ζωής των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη είναι οι εξής:

Το στρες: Η αρνητική συναισθηματική διάθεση που προξενεί ο διαβήτης στον πάσχοντα, σε συνδυασμό με τον παράγοντα της χρονιότητας του νοσήματος, των κινδύνων που επαπειλούνται και της δυσκολίας που ενέχει η αυτορρύθμιση της γλυκαιμίας, δημιουργεί παρατεταμένο στρες και κατ' επέκταση μεγάλη ψυχολογική επιβάρυνση. Αποτέλεσμα της επιβάρυνσης αυτής είναι ο συνεχής επηρεασμός της ποιότητας της ζωής τους (Brown et al., 2000; Youth & Dean, 2006).

Ενώ δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης αγχώδων διαταραχών ανάμεσα στους νέους που πάσχουν από διαβήτη, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας μελέτης (Peyrot & Rubin, 1997 στο Snoek, 2000), τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη είναι πιθανόν να εμφανίζουν τις συγκεκριμένες διαταραχές, το ίδιο συχνά με την κατάθλιψη και σε πολύ υψηλότερες συχνότητες απ' ό,τι τα άτομα που δεν πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. Η συγκεκριμένη μελέτη, που διεξήχθη σε δείγμα άνω των 600 ατόμων που έπασχαν από διαβήτη, έδειξε ότι οι γυναίκες, τα άτομα με Αфро-Αμερικανική καταγωγή, καθώς και τα άτομα χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, εμφάνισαν σε μεγαλύτερη συχνότητα, τα συμπτώματα μιας κλινικής, αγχώδους διαταραχής. Ο τύπος του διαβήτη, η διάρκειά του και το επίπεδο γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, δεν σχετιζόταν με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αγχώδους συμπτωματολογίας.

Σε μια άλλη έρευνα μάλιστα που διεξήχθη από ερευνητές από το πανεπιστήμιο Duke της Βορείου Καρολίνας (Surwit et al., 2002) διερευνήθηκε κατά πόσο η αντιμετώπιση του στρες μπορεί να βοηθήσει στη ρύθμιση του σακχάρου

στους διαβητικούς ασθενείς. Η έρευνα διήρκησε 1 χρόνο και έδειξε ότι στο αίμα αυτών που είχαν ακολουθήσει ομαδική εκπαίδευση για την αντιμετώπιση του στρες παρατηρήθηκε μια μικρή αλλά σημαντική μείωση του ποσοστού της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA1c. Η μείωση που παρατηρήθηκε ήταν της τάξης του 0,5%.

Η Κατάθλιψη: Ο σακχαρώδης διαβήτης προκαλεί συχνά κατάθλιψη, καθώς δημιουργεί μεγάλο ψυχοκοινωνικό άγχος στο διαβητικό άτομο. Το άγχος αυτό σχετίζεται με την ανάγκη για συνεχή αυτοέλεγχο του σακχαρώδη διαβήτη και αντιμετώπιση των επιπλοκών του, τις απαιτήσεις για συμμόρφωση στις οδηγίες των γιατρών και την τήρηση του διαιτολογίου, αλλά και τις συνέπειες όλων αυτών στις κοινωνικές σχέσεις και επαγγελματικές δραστηριότητες, κ.οκ, όπως και την επίδραση του διαβήτη στην ικανοποίηση από τη ζωή, την αυτοεικόνα, και το ηθικό του ατόμου (Harris,2003).

Μία έρευνα που διεξήχθη σε 22.000 ασθενείς για μια χρονική περίοδο 25 ετών από Αμερικανούς γιατρούς από την Ουάσινγκτον και το Μισούρι (Anderson, Freedland, Clouse&Lustman, 2001) έδειξε ότι οι διαβητικοί έχουν διπλάσιες πιθανότητες να πάσχουν από κατάθλιψη. Επίσης η κατάθλιψη συσχετίζεται με την υπεργλυκαιμία δηλαδή την αύξηση της γλυκόζης μέσα στο αίμα. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να οδηγήσει σε διαβητικές διαταραχές. Επιπρόσθετα η κατάθλιψη σε αρκετές περιπτώσεις συνοδεύεται από υπερφαγία και μείωση της σωματικής εξάσκησης με αποτέλεσμα την αύξηση του βάρους του ασθενούς. Τα γεγονότα αυτά είναι σημαντικοί επιβαρυντικοί παράγοντες που υποβοηθούν την εκδήλωση διαβήτη. Τέλος η έρευνα έδειξε ότι η κατάθλιψη μπορεί να ευνοήσει την ανάπτυξη ανθεκτικότητας στην ινσουλίνη, πράγμα το οποίο είναι γενεσιουργός αιτία του διαβήτη τύπου 2.

Ενώ μια άλλη μελέτη (Lustman et al., 1997) με 634 άτομα που έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη έδειξε υψηλότερες συχνότητες κατάθλιψης σε γυναίκες, ιδιαίτερος δε, σε άγαμες γυναίκες και σε γυναίκες με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και σε άτομα που έπασχαν από τρία ή περισσότερα είδη επιπλοκών σχετικών με το διαβήτη. Η πορεία της κατάθλιψης, ενδέχεται να είναι χρόνια και σοβαρή στα διαβητικά άτομα. Η κατάθλιψη αποτελεί υποτροπιάζουσα κατάσταση για μεγάλο αριθμό διαβητικών ασθενών. Μόνον το 20% περίπου του δείγματος διαβητικών ασθενών οι οποίοι επανήλθαν από ένα επεισόδιο κατάθλιψης, διατηρούν καλή ψυχολογία για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των πέντε ετών (Lustman, Griffith & Clouse, 1996).

Τέλος, μια άλλη έρευνα (Golden et al., 2008) κατέδειξε ότι η σχέση κατάθλιψης και σακχαρώδη διαβήτη είναι αμφίδρομη, δηλαδή ο διαβήτης με τα συμπτώματά του δημιουργεί τις προϋποθέσεις για κατάθλιψη αλλά και η κατάθλιψη είναι δυνατόν να είναι η αιτία πρόκλησης του σακχαρώδη διαβήτη. Αναλυτικά τα εν λόγω επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν στη σχέση σακχαρώδη διαβήτη και κατάθλιψης εξετάστηκαν σε 6800 ενήλικες 45-84 ετών. Η πρώτη ανάλυση εστιάστηκε σε 5200 άτομα χωρίς διαβήτη στην αρχή. Διαπιστώθηκε ότι μεταξύ αυτών, τα άτομα που αρχικά παρουσίαζαν καταθλιπτική κατάσταση είχαν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν διαβήτη κατά τα 3 χρόνια παρακολούθησης που ακολούθησαν. Στη δεύτερη ανάλυση που περιέλαβε 4800 ανθρώπους χωρίς κατάθλιψη στην αρχή, έδειξε ότι οι ασθενείς που λάμβαναν θεραπεία για διαβήτη παρουσίαζαν αυξημένο κίνδυνο να προσβληθούν από κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης.

Οι αρνητικές αντιλήψεις και συναισθηματικές αντιδράσεις απέναντι στην πάθηση:

Οι απόψεις ενός διαβητικού ατόμου αναφορικά με την πάθησή του είναι συχνά τόσο ισχυρές για την ιδιοσυγκρασία του, ώστε να αλληλεπιδρούν ακόμη και με το είδος ή την ποιότητα των μεταβολικών διαταραχών. Σκέψεις και συναισθήματα με αρνητικό φορτίο για την ασθένεια μπορούν να οδηγήσουν σε μια κατάσταση σύγχυσης και άγχους (Rose et al., 2003; Πήτα et al., 2006). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Γαλλία (Mosnier-Pudar et al., 2009) σε 14.201 άτομα ηλικίας 45 ετών και άνω με διαβήτη τύπου 2 σχετικά με το πώς εκλαμβάνουν την ασθένειά τους βρέθηκε ότι το 30% νιώθουν άγχος, το 13% νιώθει φόβο, το 4% θυμό και το 12% νιώθει αδικία. Επίσης το 71% των ασθενών δυσκολευόταν ιδιαίτερα με το διαιτολογικό πρόγραμμα και τη φυσική δραστηριότητα. Τέλος επισημάνθηκαν και κάποιες διαφορές ως προς το φύλο. Οι γυναίκες φαίνεται να βιώνουν εντονότερα τις επιπτώσεις του διαβήτη και να έχουν περισσότερες ανησυχίες για τις επιπλοκές του απ' ότι οι άντρες.

Σε μία άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία (Phillips, 2005) σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 έδειξε ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς νιώθουν σε μεγάλο βαθμό αποτυχία, ενοχές και ρίχνουν τις ευθύνες στον εαυτό τους. Επιπρόσθετα σε αυτό το μοτίβο κινήθηκε και μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ιταλία (Pompili, et al., 2009) σε 100 ασθενείς με διαβήτη τύπου I και II και βρέθηκε ότι οι διαβητικοί ασθενείς εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά συχνότητας απόγνωσης και αυτοκτονικού ιδεασμού σε σύγκριση με άλλους ασθενείς.

Αξίζει να σημειώσουμε ότι οι σε έρευνα του Issa & Baiyewu (2006) βρέθηκε ότι οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη επέλεξαν να μένουν μόνοι και να ζουν τη ζωή τους, χωρίς να αποκτήσουν παιδιά, καθώς επίσης συμμετείχαν σε λιγότερες κοινωνικές δραστηριότητες και ανέφεραν χαμηλή προσωπική ζωή σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό.

Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι οι “νεότεροι” ασθενείς, είτε πληροφορούμενοι για πρώτη φορά τη διάγνωση της πάθησής τους είτε διανύοντας το στάδιο της αποδοχής και προσαρμογής τους στη νέα πραγματικότητα, βιώνουν συχνά δυσάρεστα και έντονα συναισθήματα, όπως είναι η υπερβολική ανησυχία και το άγχος, που συνοδεύονται από φόβο, αίσθημα αβοηθησίας αποδιοργάνωση και κάποιες φορές κρίσεις πανικού (Taylor, 1991). Αντίθετα οι “παλαιότεροι” ασθενείς, οι οποίοι έχουν ήδη προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες της ζωής τους, εκφράζουν συχνότερα ανησυχίες σχετικά με την αναγκαστική συμμόρφωση στη θεραπεία, την ανάγκη να υιοθετήσουν ένα πειθαρχημένο και αυστηρό ίσως πρότυπο συμπεριφοράς για τον καλύτερο δυνατό έλεγχο του διαβήτη, καθώς και την προσκόλλησή τους σε έναν ψυχαναγκαστικό – ορισμένες φορές - τρόπο σκέψης που προκαλεί επιπρόσθετη δυσφορία (Gatz & Hurwicz, 1990; Laffel et al., 2003).

Κεφάλαιο 2: Συναισθηματική νοημοσύνη

2.1 Εννοιολογική προσέγγιση συναισθηματικής νοημοσύνης

Η συναισθηματική νοημοσύνη ως έννοια περιλαμβάνει ένα σύνολο ικανοτήτων και δεξιοτήτων που επιτρέπουν στον άνθρωπο να κατανοεί και να χειρίζεται τις συναισθηματικές καταστάσεις, τις δικές του και των άλλων, με σκοπό την προσωπική και κοινωνική του ανάπτυξη. Όλες οι θεωρητικές προσεγγίσεις συμφωνούν ότι πρόκειται για μια νοητική ικανότητα η οποία αφορά ή εφαρμόζεται σε πληροφορίες ή καταστάσεις συναισθηματικού περιεχομένου. Αυτές οι δύο βασικές παραδοχές είναι που δικαιολογούν τους δύο προσδιοριστικούς όρους της έννοιας: νοημοσύνη, διότι πρόκειται για μια λειτουργία του νου, και συναισθηματική, γιατί αναφέρεται στο θυμικό μέρος (Μπρίνια, 2008).

Είναι πολύ δύσκολο να βρει κανείς έναν κοινά αποδεκτό ορισμό της συναισθηματικής νοημοσύνης, παρά μόνο αν αυτός είναι αρκετά γενικός. Για παράδειγμα, ο Goleman (1995), ορίζει την έννοια αυτή ως την ικανότητα να αναγνωρίζει κανείς τα δικά του συναισθήματα και αυτά των άλλων και να μπορεί να χειρίζεται αποτελεσματικά τα συναισθήματά του και τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Μία άλλη εννοιολογική περιγραφή της συναισθηματικής νοημοσύνης που, αν και πιο εξειδικευμένη, είναι αποδεκτή από πολλούς, διατυπώθηκε από τους Mayer και Salovey (1993). Σύμφωνα με αυτούς, η συναισθηματική νοημοσύνη ορίζεται ως «μια μορφή κοινωνικής ευφυΐας, η οποία περιλαμβάνει την ικανότητα να κατανοεί κανείς τα συναισθήματα τόσο τα δικά του όσο και των άλλων ανθρώπων, να κάνει λεπτές διακρίσεις ανάμεσα στα διάφορα συναισθήματα και να χρησιμοποιεί αυτές τις

πληροφορίες ώστε να καθοδηγεί αναλόγως τις σκέψεις και τις πράξεις του» (Mayer & Salovey, 1993, σ. 433).

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, δεν υπάρχει απόλυτη συμφωνία σχετικά με το περιεχόμενο της έννοιας αυτής ανάμεσα στα διάφορα μοντέλα που έχουν προταθεί για την ερμηνεία της. Πολλοί από τους επικριτές της συναισθηματικής νοημοσύνης υποστηρίζουν ότι δεν πρόκειται για μια καινούργια έννοια, αλλά μάλλον για μια συστηματοποιημένη και εμπειρικά υποστηριζόμενη αναδιατύπωση παλαιότερων θεωρητικών απόψεων που αναφέρονται είτε στην προσωπικότητα (Davies, Stankov & Roberts, 1998) είτε στη γνωστική νοημοσύνη (Antonakis, 2004). Ακόμη κι αν έτσι είναι, ισχυρίζονται οι υποστηρικτές της, η συναισθηματική νοημοσύνη ρίχνει φως στην ερμηνεία φαινομένων τα οποία δεν είχαν ως τώρα εξηγηθεί επαρκώς και, υπό την έννοια αυτή, αξίζει να συνεχιστεί η επιστημονική προσπάθεια για τη θεωρητική και εμπειρική θεμελίωσή της (Ashkanasy & Daus, 2005; Jordan, Ashkanasy & Daus, 2008).

2.2 Ιστορική αναδρομή της έννοιας

Η συναισθηματική νοημοσύνη έχει τις ρίζες της στην έννοια της κοινωνικής νοημοσύνης που εισήγαγε πρώτος ο Thorndike (1920). Ο Thorndike όρισε την κοινωνική νοημοσύνη ως «την ικανότητα που έχει κανείς να καταλαβαίνει τους άντρες και τις γυναίκες, τα αγόρια και τα κορίτσια, και να χειρίζεται με σοφία τις ανθρώπινες σχέσεις» (Thorndike, 1920, σ.228). Μεταγενέστερα, οι Moss, Hunt, Omwake και Ronning (1927) όρισαν την κοινωνική νοημοσύνη ως την ικανότητα να έχει κανείς καλές διαπροσωπικές σχέσεις. Τέλος, ο Vernon, (1933) έδωσε πιο λεπτομερή περιγραφή της κοινωνικής νοημοσύνης, ως την ικανότητα που έχει κανείς να τα πηγαίνει γενικά καλά με τους άλλους ανθρώπους, να διαθέτει καλές κοινωνικές

δεξιότητες και γνώσεις για τα κοινωνικά ζητήματα, να είναι ευαίσθητος στα μηνύματα που εκπέμπει ο κοινωνικός περίγυρος, ακόμη και το να έχει μια διαισθητική αντίληψη των διαθέσεων ή των χαρακτηριστικών προσωπικότητας για ανθρώπους που δε γνωρίζει καλά.

Αρκετές δεκαετίες μετά από τη διατύπωση των πρώτων προσεγγίσεων για την κοινωνική νοημοσύνη, ένας σύγχρονος εκπαιδευτικός ψυχολόγος, ο Howard Gardner (1983), διατύπωσε τη δική του θεωρία για τις πολλαπλές νοημοσύνες, όπου συμπεριέλαβε δύο νέες διαστάσεις: τη διαπροσωπική και την ενδοπροσωπική νοημοσύνη. Η διαπροσωπική νοημοσύνη αναφέρεται στην ικανότητα αντίληψης των διαθέσεων, αισθημάτων και κινήτρων των άλλων ατόμων και στην ικανότητα καλής συνεργασίας και επικοινωνίας με τους άλλους. Η ενδοπροσωπική νοημοσύνη αναφέρεται στην αυτογνωσία, την ικανότητα αντίληψης των διαθέσεων, αισθημάτων και κινήτρων του εαυτού, καθώς και στην ικανότητα δράσης με βάση αυτήν τη γνώση.

Περίπου μια δεκαετία μετά τη θεωρία για τις πολλαπλές νοημοσύνες του Gardner και βασισμένη στις θεωρίες της νοημοσύνης που αναφέρθηκαν παραπάνω, διαμορφώθηκε η σύγχρονη έννοια της συναισθηματικής νοημοσύνης. Η μεγάλη της δημοτικότητα στο επιστημονικό αλλά και στο ευρύ κοινό οφείλεται στα δύο βιβλία που εξέδωσε ο Daniel Goleman (1995, 1998) «Η συναισθηματική νοημοσύνη» και «Η συναισθηματική νοημοσύνη στο χώρο της Εργασίας». Από τότε, η συναισθηματική νοημοσύνη άρχισε πιο έντονα να προβάλλει ως μια σημαντική έννοια, κυρίως για τις πολλά υποσχόμενες εφαρμογές της στο χώρο της ανατροφής των παιδιών, της εκπαίδευσης και της εργασίας.

Μπορεί η πλατιά δημοσιότητα που απέκτησε η συναισθηματική νοημοσύνη να οφείλεται στον Goleman, όμως, η πρώτη επιστημονική παρουσίαση της έννοιας

έγινε στις αρχές της δεκαετίας του '90 από δύο Αμερικανούς ψυχολόγους, τον John Mayer, καθηγητή στο πανεπιστήμιο του New Hampshire, και τον Peter Salovey, καθηγητή στο πανεπιστήμιο Yale. Σε αυτούς αποδίδεται μια από τις πρώτες εννοιολογικές περιγραφές της συναισθηματικής νοημοσύνης, κατά την οποία αυτή ορίζεται ως η ικανότητα να παρακολουθεί κανείς τα συναισθήματα τόσο τα δικά του όσο και των άλλων ατόμων, να κάνει λεπτές διακρίσεις ανάμεσα στα διάφορα συναισθήματα, και να χρησιμοποιεί αυτές τις πληροφορίες ώστε να καθοδηγεί αναλόγως τις σκέψεις και τις πράξεις του (Salovey & Mayer, 1990). Το 1995 προστέθηκε σε αυτήν την ερευνητική ομάδα και ο David Caruso, ο οποίος ασχολείται με θέματα εργασιακής ψυχολογίας στην εταιρεία El Skills Group που ίδρυσε ο ίδιος και είναι ερευνητικός συνεργάτης στο πανεπιστήμιο του Yale. Η ομάδα έγινε γνωστή για την υψηλής ποιότητας ακαδημαϊκή και ερευνητική της δραστηριότητα. Στα χρόνια που ακολούθησαν, έγινε μια μεγάλη και αρκετές μικρότερες αναθεωρήσεις του μοντέλου που πρότειναν για τη συναισθηματική νοημοσύνη, κατασκευάστηκαν εργαλεία για τη μέτρησή της και δημοσιεύτηκε πολύ μεγάλος αριθμός θεωρητικών και ερευνητικών εργασιών από τους ίδιους ή τους συνεργάτες τους (Ciarrochi & Mayer, 2007; Mayer, Roberts & Barsade, 2008; Mayer, Salovey & Caruso, 2004, 2008).

Παράλληλα με τη θεωρητική τεκμηρίωση, άρχισαν να δημιουργούνται και ψυχομετρικά εργαλεία για τη μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης. Από τους πρωτοπόρους στην κατασκευή τέτοιων εργαλείων είναι ο Reuven Bar-on, ο οποίος εξέδωσε το πρώτο τεστ για τη μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης το 1992. Στα χρόνια που ακολούθησαν, έχει αυξηθεί κατακόρυφα ο αριθμός των ψυχομετρικών εργαλείων που σχεδιάστηκαν για τη μέτρηση διαφόρων διαστάσεων

της συναισθηματικής νοημοσύνης και των ερευνών που στοχεύουν στη μελέτη των ψυχομετρικών χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων τους.

Τέλος θα ήταν παράλειψη αυτής της ιστορικής αναδρομής για την εξέλιξη της έννοιας της συναισθηματικής νοημοσύνης να μην αναφερθούμε στο άτομο που διατύπωσε για πρώτη φορά αυτόν τον όρο. Η πρώτη ακαδημαϊκή διατύπωση έγινε το 1985 και αποδίδεται σε έναν Αμερικανό μεταπτυχιακό φοιτητή τον Wayne Leon Payne, ο οποίος συμπεριέλαβε τον όρο αυτόν στον τίτλο της διδακτορικής διατριβής του: «A study of emotion: Developing emotional intelligence» (Payne, 1985).

Ως σήμερα, έχουν διατυπωθεί πολλά θεωρητικά μοντέλα με στόχο την περιγραφή και τη μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης. Στο κεφάλαιο που ακολουθεί, γίνεται μια ταξινόμηση των μοντέλων σε γενικές, κατά το δυνατό ομοειδείς κατηγορίες και περιγράφονται τα χαρακτηριστικά της καθεμιάς.

2.3 Θεωρητικά μοντέλα συναισθηματικής νοημοσύνης

Όλες οι θεωρίες που έχουν διατυπωθεί για την ερμηνεία της συναισθηματικής νοημοσύνης την αντιμετωπίζουν ως μια σύνθετη έννοια, η οποία περιλαμβάνει μια σειρά από ικανότητες και γνωρίσματα και αναφέρεται σε διάφορα πεδία της ανθρώπινης φύσης. Με βάση το που εστιάζουν, τα διάφορα θεωρητικά μοντέλα μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες: (Πλατσίδου, 2004)

A) *Μοντέλα ικανότητας*: Θεωρούν τη συναισθηματική νοημοσύνη ως μια ικανότητα του νου που έχει αντιστοιχίες, ως προς τη δομή και την οργάνωσή της, με τα άλλα είδη νοημοσύνης, τα οποία αναφέρονται κυρίως σε γνωστικές ικανότητες. Σε αυτή την κατηγορία ανήκει το μοντέλο των Mayer, Salovey & Caruso (1999)

B) *Μοντέλα με πλαίσιο την προσωπικότητα*: Ερμηνεύουν τη συναισθηματική νοημοσύνη ως ένα συνδυασμό από ικανότητες προσαρμογής, χαρακτηριστικά

γνωρίσματα και προδιαθέσεις. Σε αυτή την κατηγορία ανήκει το μοντέλο του Bar-on (1997) και των Petrides & Furnham (2000).

Γ) *Μοντέλα επίδοσης*: Επιχειρούν να εξηγήσουν αλλά και να προβλέψουν την αποτελεσματικότητα και την επίδοση κάποιου στην όποια ενασχόλησή του, με βάση τον τρόπο οργάνωσης των συναισθηματικών, κοινωνικών και προσωπικών χαρακτηριστικών του. Σε αυτή την κατηγορία ανήκει το μοντέλο του Goleman(1998).

Η ύπαρξη πολλών και διαφορετικών μοντέλων για τη συναισθηματική νοημοσύνη υποδηλώνει ότι υπάρχουν αρκετά διαφορετικές προσεγγίσεις για τον προσδιορισμό του εννοιολογικού περιεχομένου. Όπως συμβαίνει και με άλλες ψυχολογικές έννοιες (προσωπικότητα, νοημοσύνη), οι διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις δεν είναι ανταγωνιστικές μεταξύ τους αλλά λειτουργούν συμπληρωματικά, καθώς η καθεμιά δίνει έμφαση σε κάποια ή κάποιες όψεις μιας όντως πολυδιάστατης έννοιας. Έτσι συνολικά ιδωμένες οι ποικίλες θεωρητικές προσεγγίσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης μπορούν να προσδιορίσουν πολλές και διαφορετικές πλευρές αυτής της σύνθετης εννοιολογικής κατασκευής (Ciarrochi, Chan & Caputi, 2000; Warwick & Nettelbeck, 2004). Εξάλλου, διαφορετικοί είναι και οι σκοποί που επιδιώκουν τα διάφορα μοντέλα και οι εισηγητές τους. Για παράδειγμα, ο Mayer και οι συνεργάτες του (1999) στόχο έχουν να αποδείξουν την εγκυρότητα και τη χρησιμότητα μιας νέας μορφής νοημοσύνης. Ο Bar-on (1997) (επιδιώκει να αναπτύξει μια μέτρηση της κοινωνικής και συναισθηματικής νοημοσύνης, ικανής να ερμηνεύσει και να προβλέψει τη συναισθηματική ευζωία και την προσαρμοστικότητα. Το μοντέλο του Goleman(1998), τέλος, εστιάζει κυρίως στη βελτίωση της εργασιακής απόδοσης μέσα από την ανάπτυξη συναισθηματικών και κοινωνικών ικανοτήτων (Emmerling & Goleman, 2003).

2.3.1 Το θεωρητικό μοντέλο των Mayer, Salovey & Caruso (1999)

Σύμφωνα με το μοντέλο των Mayer, Salovey & Caruso(1999) η συναισθηματική νοημοσύνη είναι ένα είδος νοημοσύνης όπως ακριβώς και τα άλλα που περιγράφονται από τις διάφορες θεωρίες νοημοσύνης κι αναφέρονται κυρίως σε γνωστικές ικανότητες. Εμπερικλείει την ενδοπροσωπική και τη διαπροσωπική νοημοσύνη του Gardner (1983) , αλλά περιλαμβάνει κι άλλες ικανότητες που αναφέρονται τόσο στο γνωστικό όσο και στο συναισθηματικό σύστημα οργάνωσης του ανθρώπινου νου. Ορίζεται ως η ικανότητα για τη διεξαγωγή μιας πολύπλοκης επεξεργασίας πληροφοριών, οι οποίες αφορούν σε ή τροφοδοτούνται από συναισθήματα και στη συνέχεια, για τη χρήση των αποτελεσμάτων αυτής της επεξεργασίας για την καθοδήγηση της σκέψης και της συμπεριφοράς (Mayer, Roberts & Barsade, 2008).

Η συναισθηματική νοημοσύνη, όπως την όρισαν οι Mayer, Salovey & Caruso (1999) διακρίνεται σε τέσσερις διαστάσεις, την αντίληψη και αναγνώριση των συναισθημάτων, την ενσωμάτωση των συναισθημάτων, την κατανόηση των συναισθημάτων και τη διαχείριση των συναισθημάτων, οι οποίες έχουν ως εξής:

1. *Αντίληψη και αναγνώριση των συναισθημάτων*: αναφέρεται στην ικανότητα κάποιου να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα, τόσο τα δικά του όσο και των άλλων που αποτυπώνονται στις εκφράσεις του προσώπου του και στον τόνο της φωνής του.

2. *Ενσωμάτωση των συναισθημάτων στον τρόπο σκέψης*: περιγράφει την ικανότητα που έχει κάποιος να χρησιμοποιεί τα κατάλληλα συναισθήματα που διευκολύνουν τη σκέψη και να μπορεί να αναλογίζεται με βάση αυτά. Με άλλα λόγια, αυτός ο κλάδος ικανοτήτων αφορά στην ικανότητα επεξεργασίας συναισθηματικών πληροφοριών, η οποία επηρεάζει αναλόγως τη γνωστική κατάσταση του ατόμου, καθιστώντας έτσι πιο πλούσια τη διαδικασία της σκέψης.

3. *Κατανόηση των συναισθημάτων*: Περιλαμβάνει την ικανότητα κατανόησης των σύνθετων συναισθημάτων και των αλυσιδωτών συναισθηματικών αντιδράσεων, δηλαδή, πώς ένα συναίσθημα πυροδοτεί κάποιο άλλο. Για να συμβεί αυτό, λαμβάνει χώρα μια γνωστική επεξεργασία των συναισθημάτων. Η ικανότητα αυτή διευκολύνει πολύ την κατανόηση των διαπροσωπικών σχέσεων.

4. *Διαχείριση των συναισθημάτων*: Αναφέρεται στην ικανότητα διαχείρισης τόσο των προσωπικών συναισθημάτων όσο και των άλλων ανθρώπων, με τρόπο ώστε να αντιλαμβάνεται κανείς τι κρύβει πίσω του ένα συναίσθημα και να βρίσκει τους πιο κατάλληλους κάθε φορά τρόπους για την αντιμετώπιση συναισθημάτων όπως ο φόβος, η ανησυχία, ο θυμός, η θλίψη.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, ένα άτομο με υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη έχει τα εξής χαρακτηριστικά (Mayer, Salovey & Caruso, 2004): Σε γενικές γραμμές, το άτομο αυτό μπορεί να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα εύκολα και με ακρίβεια, να τα χρησιμοποιεί για να τροφοδοτεί τη σκέψη του, να τα κατανοεί και να τα διαχειρίζεται καλύτερα από ό,τι κάποιος με χαμηλή συναισθηματική νοημοσύνη. Για το άτομο αυτό, η λύση συναισθηματικών προβλημάτων απαιτεί λιγότερη γνωστική προσπάθεια. Επιπλέον, είναι πιθανό να έχει υψηλότερη λεκτική και κοινωνική νοημοσύνη, ιδιαίτερα αν έχει υψηλή επίδοση στον τρίτο κλάδο του μοντέλου, την κατανόηση των συναισθημάτων, να είναι πιο ανοιχτός σε νέες εμπειρίες και να είναι ευχάριστος. Επίσης συνήθως αποφεύγει αρνητικές συμπεριφορές (π.χ αλκοόλ, ναρκωτικά κ.α) και την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς προς τους άλλους.

2.3.2 Το Θεωρητικό μοντέλο του Bar-On (1997)

Το μοντέλο που πρότεινε ο Bar-On (1997) ασχολείται με τον προσδιορισμό και τη μέτρηση της συναισθηματικής και κοινωνικής νοημοσύνης. Πρόκειται για μια σύνθετη έννοια που ορίζεται ως « μια σειρά από μη γνωστικές δυνατότητες, ικανότητες και δεξιότητες που επηρεάζουν την ικανότητα κάποιου να αντιμετωπίζει με επιτυχία τις περιβαλλοντικές απαιτήσεις και πιέσεις» (Bar-On , 1997, σ.14). Αποτελείται από πέντε κατηγορίες ικανοτήτων που η καθεμία περιλαμβάνει έναν αριθμό ειδικών δεξιοτήτων:

- 1) *Οι ενδοπροσωπικές ικανότητες*: περιλαμβάνουν την συναισθηματική αυτεπίγνωση, διεκδικητική συμπεριφορά, αυτοσεβασμό, εμπιστοσύνη στις προσωπικές δυνατότητες, ανεξαρτησία
- 2) *Οι διαπροσωπικές ικανότητες*: περιλαμβάνουν την ενσυναίσθηση, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνική υπευθυνότητα.
- 3) *Η ικανότητα προσαρμογής*: αναφέρεται στην ανοχή στο άγχος και τον έλεγχο των παρορμήσεων.
- 4) *Η διαχείριση του άγχους*: περιλαμβάνει τις δεξιότητες για λύση προβλημάτων, έλεγχο της πραγματικότητας και ευελιξία.
- 5) *Η γενική διάθεση*: αναφέρεται στην ευτυχία και την αισιοδοξία

Πρέπει να σημειωθεί ότι σε μια αναθεώρηση του μοντέλου του ο Bar-On (2000) θεωρεί ότι η τελευταία κατηγορία ικανοτήτων, η γενική διάθεση, λειτουργεί μάλλον ως διαμεσολαβητής για τη διευκόλυνση της συναισθηματικής νοημοσύνης κι όχι ως ένα από τα συστατικά της, όπως οι προηγούμενες τέσσερις κατηγορίες ικανοτήτων.

Σύμφωνα με το παρόν μοντέλο, το να διαθέτει κανείς υψηλή συναισθηματική και κοινωνική νοημοσύνη σημαίνει ότι μπορεί να καταλαβαίνει και να εκφράζει καλά

τα συναισθήματά του, να κατανοεί και να σχετίζεται αποτελεσματικά με τους άλλους και να αντιμετωπίζει επιτυχώς τις απαιτήσεις, τις προκλήσεις και τις πιέσεις της καθημερινής ζωής. Οι δυνατότητες αυτές βασίζονται, κυρίως, στις ενδοπροσωπικές ικανότητες που περιγράφει το μοντέλο. Στο επίπεδο των διαπροσωπικών ικανοτήτων, υψηλή συναισθηματική και κοινωνική νοημοσύνη σημαίνει ότι κάποιος είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται καλά τα συναισθήματα, τις διαθέσεις και τις ανάγκες των άλλων και να εδραιώνει σχέσεις που προάγουν τη συνεργασία και τη δημιουργικότητα και είναι αμοιβαία ικανοποιητικές. Για να είναι εφικτά τα παραπάνω, χρειάζεται να οργανώνει και να ρυθμίζει κανείς τα συναισθήματά του, με τρόπο ώστε να συνεργούν προς όφελος και όχι εναντίον του, και να διαθέτει αισιοδοξία, θετική διάθεση και ικανότητα για αυτό- παρακίνηση (Bar-On, 2006).

2.3.3 Το θεωρητικό μοντέλο του Goleman (1998)

Ο Goleman (1998) ορίζει τη συναισθηματική νοημοσύνη ως ένα ευρύ σύνολο ικανοτήτων και δεξιοτήτων, οι οποίες παρέχουν στο άτομο τη δυνατότητα να αναγνωρίζει, να κατανοεί και να χρησιμοποιεί πληροφορίες συναισθηματικής φύσεως, με τρόπο ώστε να οδηγείται σε αποτελεσματική ή και εξαιρετική επίδοση. Το μοντέλο The Emotional Competence Framework (Το μοντέλο για τη συναισθηματική επάρκεια) που πρότεινε για την ερμηνεία της συναισθηματικής νοημοσύνης περιλαμβάνει μια μεγάλη ποικιλία δυνατοτήτων και χαρακτηριστικών, όπως «την ικανότητα να αναγνωρίζει κανείς συναισθήματα, τόσο τα δικά του όσο και των άλλων, το να διαχειρίζεται καλά τα συναισθήματα μέσα του και στις σχέσεις του με τους άλλους» (Goleman, 1998, σ.317), «το να κινητοποιεί τον εαυτό του προς την επίτευξη στόχων και να επιμένει παρά τις ματαιώσεις που δέχεται, το να ελέγχει τις παρορμήσεις του και να είναι ικανός να καθυστερεί την ικανοποίησή του, όταν πρέπει, το να μπορεί να ρυθμίζει τη διάθεσή του και το να μην επιτρέπει στο άγχος

και την ανησυχία να παρεμποδίζουν την ικανότητά του για ορθή σκέψη, το να διαθέτει ενσυναίσθηση και αισιοδοξία» (Goleman, 1995, σ. 34).

Στην αρχική του εκδοχή (Goleman, 1995, 1998) το μοντέλο αυτό περιλάμβανε πέντε συστάδες γενικών συναισθηματικών ικανοτήτων που η καθεμιά αποτελούνταν από πέντε συναισθηματικές δεξιότητες (competencies). Η τελευταία αναθεώρηση (Boyatzis, Goleman & Rhee, 2000; Goleman 2001) οδήγησε στο μοντέλο που αποτελείται από 20 συναισθηματικές δεξιότητες που είναι εμφωλιασμένες σε τέσσερις γενικές συναισθηματικές ικανότητες.

	Εαυτός	Άλλοι
Αναγνώριση συναισθημάτων	Προσωπική ικανότητα Αυτοεπίγνωση Συναισθηματική Αυτοεπίγνωση Ακριβής αυτοαξιολόγηση Αυτοπεποίθηση	Κοινωνική ικανότητα Κοινωνική Επίγνωση Ενσυναίσθηση Διάθεση για εξυπηρέτηση Οργανωτική επίγνωση
Ρύθμιση συναισθημάτων	Διαχείριση Εαυτού Αυτοέλεγχος Αξιοπιστία Ευσυνειδησία Προσαρμοστικότητα Κίνητρο επίτευξης Πρωτοβουλία	Διαχείριση Σχέσεων Ανάπτυξη των άλλων Επιρροή Επικοινωνία Διαχείριση συγκρούσεων Ηγετική ικανότητα Καταλύτης αλλαγών Δημιουργία δεσμών Ομαδικότητα & συνεργασία

(Goleman, 2000)

Η υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη οδηγεί σε αυτό που ο Goleman ονομάζει συναισθηματική επάρκεια (emotional competence) (Goleman, 1998). Πρόκειται για μια μαθημένη δυνατότητα, η βάση της οποίας είναι η συναισθηματική νοημοσύνη, και η οποία μπορεί να οδηγήσει στην άριστη εργασιακή επίδοση. Για να αναπτύξει κάποιος συναισθηματική επάρκεια, πρέπει να διαθέτει σε υψηλό βαθμό ορισμένες βασικές συναισθηματικές ικανότητες, όπως η κοινωνική επίγνωση και η διαχείριση σχέσεων. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι συναισθηματικές ικανότητες και δεξιότητες που συνιστούν τη συναισθηματική επάρκεια υπόκεινται σε μάθηση και διδασκαλία. Με άλλα λόγια, το να έχει κανείς υψηλή ικανότητα στη διαχείριση

σχέσεων δεν αρκεί για να ξέρει πώς να διαχειριστεί τις διαπροσωπικές συγκρούσεις. Σημαίνει, απλά ότι έχει τη δυνατότητα να μάθει και να αναπτύξει σε υψηλό βαθμό αυτήν τη δεξιότητα (Goleman, 2001).

2.3.4 Το θεωρητικό μοντέλο του Cooper (1997)

Σύμφωνα με το μοντέλο του Cooper (1997), η συναισθηματική νοημοσύνη είναι η ικανότητα που έχει κάποιος να διαισθάνεται, να κατανοεί και να εφαρμόζει αποτελεσματικά τη δυναμική και το πλήθος των συναισθημάτων, έτσι ώστε να τα αξιοποιεί ως πηγή ενέργειας, πληροφοριών, δημιουργικότητας, εμπιστοσύνης και διασύνδεσης (Cooper & Sawaf, 1997).

Στο συγκεκριμένο αυτό μοντέλο η συναισθηματική νοημοσύνη απαρτίζεται από πέντε γενικότερες διαστάσεις χαρακτηριστικών και ικανοτήτων, οι οποίες με τη σειρά τους αποτελούνται από άλλες συνιστώσες. Οι πέντε αυτές διαστάσεις είναι: Α) Το συνηθισμένο περιβάλλον, με συνιστώσες τις πιέσεις και τις ικανοποιήσεις τις οποίες αντλούν τα άτομα από το περιβάλλον τους. Β) η συναισθηματική συνειδητοποίηση των ατόμων, η οποία αναφέρεται στη συνειδητοποίηση των δικών τους συναισθημάτων αλλά και των άλλων και την εκφραστικότητα των συναισθημάτων τους. Γ) η ανταγωνιστικότητα των ατόμων, η οποία αναφέρεται στην ικανότητά τους να θέτουν στόχους και να τους επιτυγχάνουν, τη δημιουργικότητά τους, την αντοχή τους κ.α Δ) οι αξίες και οι στάσεις των ατόμων, οι οποίες αναφέρονται στις προσδοκίες τους, τη συμπόνια, τη διαίσθησή τους, την εμπιστοσύνη, το ατομικό τους δυναμικό και την ολοκλήρωση του εαυτού τους και τέλος, Ε) η γενική κατάσταση της υγείας και η ποιότητα της ζωής και των σχέσεων των ατόμων, καθώς και η άριστη επίδοσή τους στους διάφορους τομείς της ζωής τους (Πλατσίδου, 2004).

Με βάση το μοντέλο αυτό ο Cooper (1997) κατασκεύασε ένα εργαλείο για την αξιολόγηση της συναισθηματικής νοημοσύνης, το οποίο ονόμασε Χάρτη του Δείκτη Συναισθηματικότητας (the EQ-Map). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφορών, στο οποίο το άτομο καλείται να αναφέρει πώς έχει χρησιμοποιήσει τη συναισθηματική νοημοσύνη το τελευταίο χρονικό διάστημα (Cooper, 1996, 1997).

Ο EQ-Map θεωρείται εργαλείο 360°, γνωστό ως όργανο «ευρέος φάσματος», το οποίο αξιολογεί ορισμένα γενικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας. Αποτελείται από 21 κλίμακες και έχει συνολικά 96 θέματα για τη μέτρηση όλων των σημαντικών διαστάσεων της συναισθηματικής νοημοσύνης. Οι σημαντικότερες διαστάσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης είναι η εξής: Ανάγνωση των βασικών συναισθημάτων, οι ικανότητες, οι αξίες και οι στάσεις των ατόμων οι σχετικές με τα συναισθήματα (Cooper, 2005; Orioli, 2000; Oriolo & Cooper, 2001). Ειδικότερα, το εργαλείο EQ-Map επιτρέπει τη διερεύνηση της συναισθηματικής νοημοσύνης ξεκινώντας από τα προσωπικά ταλέντα και τις αδυναμίες των ατόμων με βάση την επίδοσή τους σε διαφορετικούς στόχους, προσδιορίζοντας κατά συνέπεια τα ατομικά και διαπροσωπικά στάδια τα οποία πρέπει να ακολουθήσουν για να οδηγηθούν στην επιτυχία (Cooper & Sawaf, 1997). Αν και η αξιοπιστία του εργαλείου είναι αμφισβητήσιμη, χρησιμοποιείται συχνά σε διοικητικά πλαίσια στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά. Σύμφωνα με την ταξινόμηση των μοντέλων της συναισθηματικής νοημοσύνης σε κατηγορίες, η θεωρία του Cooper μπορεί να χαρακτηριστεί ως μοντέλο με πλαίσιο την προσωπικότητα, διότι πολλές από τις ικανότητες και τις δεξιότητες που περιλαμβάνει εμπίπτουν στην περιοχή της προσωπικότητας. Έτσι, ένα μεγάλο μέρος της κριτικής που αναφέρεται στα άλλα μοντέλα προσωπικότητας για τη συναισθηματική

νοημοσύνη, όπως του Bar-On (1997) και του Goleman (1998), ασκείται και σε αυτό του Cooper(1997).

2.3.5 Το θεωρητικό μοντέλο των Petrides και Furnham (2000)

Οι Petrides & Furnham (2000, 2001) και ο Petrides και συν. (2004) υποστηρίζουν ότι, στην πραγματικότητα, η συναισθηματική νοημοσύνη διακρίνεται σε δυο μέρη. Το καθένα αφορά σε μια διαφορετική πλευρά αυτής της σύνθετης έννοιας και ακολουθεί διαφορετική μέθοδο για τη μέτρησή της.

Το πρώτο είδος αναφέρεται στη συναισθηματική νοημοσύνη ως μια γνωστική ικανότητα (cognitive-emotional ability) και αφορά στην πραγματική ικανότητα ενός ατόμου να αντιλαμβάνεται, να επεξεργάζεται και να χρησιμοποιεί πληροφορίες σε συναισθηματικό περιεχόμενο. Αυτό το είδος αναφέρεται σε μια γνωστικού τύπου συναισθηματική νοημοσύνη. Η πιο κατάλληλη μέθοδος για τη μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης ως γνωστική ικανότητα είναι η αντικειμενική μέτρηση, δηλαδή με έργα που εξετάζουν την επίδοση με βάση αντικειμενικά κριτήρια αξιολόγησης.

Το δεύτερο είδος αναφέρεται στη συναισθηματική νοημοσύνη ως χαρακτηριστικό γνώρισμα της προσωπικότητας (trait emotional intelligence) ή ως συναισθηματική αυτό-αποτελεσματικότητα (emotional self-efficacy) και αφορά στις προσωπικές εκτιμήσεις και διαθέσεις που έχει κανείς για τη συναισθηματική του κατάσταση και λειτουργικότητα. Το είδος αυτό της συναισθηματικής νοημοσύνης σχετίζεται αρκετά με την προσωπικότητα. Ο καλύτερος τρόπος για τη μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης ως χαρακτηριστικό γνώρισμα είναι η μέθοδος των αυτοαναφορών.

Πρόσφατα οι Petrides & Furnham (2000, 2001, 2003) επισημαίνουν ότι οι δυο αυτές εννοιολογικές διακρίσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης μπορεί, όχι μόνο να μην αποκλείουν η μία την άλλη, αλλά και να συνυπάρχουν. Άλλοι πάλι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι δυο αυτές εννοιολογικές προσεγγίσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης εμφανίζονται ως συμπληρωματικές και όχι τόσο αντιφατικές (Ciarrrochi et al., 2000). Παρ' όλα αυτά υπάρχουν πολύ λίγα ερευνητικά στοιχεία τα οποία μπορούν να επιβεβαιώσουν τις μεταξύ τους σχέσεις. Ορισμένα από αυτά τα στοιχεία, διατυπώνουν οι Petrides, Furnham & Frederickson (2004, 2007) σε πρόσφατες ερευνητικές τους εργασίες, όπου μάλιστα επιβεβαιώνουν τη σχέση ανάμεσα στα μοντέλα συναισθηματικής νοημοσύνης ως νοητική ικανότητα και στα μοντέλα συναισθηματικής νοημοσύνης ως χαρακτηριστικό γνώρισμα της προσωπικότητας με την ανάδειξη συνολικά 15 όψεων - εκφάνσεων της συναισθηματικής νοημοσύνης οι οποίες εμπεριέχονται και στις δύο εννοιολογικές προσεγγίσεις. Οι όψεις αυτές παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα.

Όψεις της ΣΝ οι οποίες ενυπάρχουν στα διάφορα γνωστά θεωρητικά μοντέλα

	ΟΨΕΙΣ ΤΗΣ ΣΝ	ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΣΑΦΗΣΕΙΣ ΤΟΥΣ
1	Προσαρμοστικότητα	Ευελιξία και προθυμία προσαρμογής σε καινούργιες καταστάσεις.
2	Διεκδικητικότητα	Ειλικρίνεια, εντιμότητα και προθυμία υπεράσπισης των ατομικών δικαιωμάτων.
3	Συναισθηματική αντίληψη για τον εαυτό και για τους άλλους	Συναισθηματική καθαρότητα για τα συναισθήματα του εαυτού και των άλλων.
4	Έκφραση συναισθημάτων	Ικανότητα ανακοίνωσης των συναισθημάτων στους άλλους.
5	Διαχείριση των συναισθημάτων των άλλων.	Ικανότητα επιρροής των συναισθημάτων των άλλων.
6	Ρύθμιση συναισθημάτων	Ικανότητα ελέγχου των συναισθημάτων του ίδιου του ατόμου.
7	Παρορμητικότητα	Ικανότητα ελέγχου των παρορμήσεων.
8	Σχέσεις	Ικανότητα για αρμονικές διαπροσωπικές και ενδοπροσωπικές σχέσεις.
9	Αυτοεκτίμηση	Ικανότητα εκτίμησης του εαυτού και αυτοπεποίθηση.
10	Κινητοποίηση του εαυτού	Εσωτερική παρότρυνση και επιμονή για την

		αντιμετώπιση κάθε εμποδίου.
11	Κοινωνική αντίληψη	Ανεπτυγμένες κοινωνικές δεξιότητες.
12	Διαχείριση άγχους	Ικανότητα αντοχής στις πιέσεις και ρύθμιση του άγχους.
13	Ενσυναίσθηση	Ικανότητα κατανόησης της πλευράς του άλλου.
14	Ευτυχία	Χαρά και ικανοποίηση από τη ζωή.
15	Αισιοδοξία	Αυτοπεποίθηση και εστίαση στην φωτεινή πλευρά της ζωής.

(Petrides, Furnham & Frederickson, 2004, σ.574)

Για τη μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης ως χαρακτηριστικό γνώρισμα, κατασκευάστηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφορών, το Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue) (Petrides, 2001; Petrides et al., 2007). Στη σημερινή του μορφή (Petrides, 2009), το TEIQue v.1.50 περιλαμβάνει 153 προτάσεις με τις οποίες ο εξεταζόμενος αξιολογείται ως προς τις 15 συναισθηματικές διαστάσεις που περιλαμβάνει το μοντέλο, ως προς τέσσερις πιο γενικούς παράγοντες (ευζωία, αυτοέλεγχος, συναισθηματικότητα και κοινωνικότητα) και ως προς τη συναισθηματική νοημοσύνη. Το ερωτηματολόγιο κυκλοφορεί και σε μια πιο σύντομη έκδοση (το TEIQue-SF) που περιλαμβάνει 30 προτάσεις, οι οποίες δίνουν μετρήσεις για τους τέσσερις παραπάνω γενικούς παράγοντες και τη συνολική συναισθηματική νοημοσύνη.

2.4 Τρόποι μέτρησης της συναισθηματικής νοημοσύνης

Μια έννοια με τόσο πολυάριθμες και ποικίλες εφαρμογές στην ανθρώπινη συμπεριφορά ήταν επόμενο να προκαλέσει ζωηρό ενδιαφέρον και ως προς τις δυνατότητες για την έγκυρη και αξιόπιστη μέτρησή της. Μια σωστή και ακριβής αξιολόγηση της συναισθηματικής νοημοσύνης παρέχει δεδομένα με σημαντική επιστημονική αξία, προκειμένου να καταλάβουμε το ρόλο της στην ανθρώπινη συμπεριφορά και τις συνδέσεις της με άλλες έννοιες, ικανότητες και συμπεριφορές.

Επιπλέον, αποτελεί το πρώτο βήμα για κάθε συστηματική προσπάθεια καλλιέργειας της συναισθηματικής νοημοσύνης σε οποιονδήποτε πληθυσμό και πλαίσιο πρόκειται να εφαρμοστεί (π.χ σχολείο, εργασιακό χώρο) (Πλατσίδου, 2004).

Για να έχει κανείς μια έγκυρη αξιολόγηση, όπως και σε κάθε περίπτωση μέτρησης ικανοτήτων, χαρακτηριστικών ή αντιλήψεων, χρειάζεται να γνωρίζει πώς η θεωρία με βάση την οποία κατασκευάστηκε το συγκεκριμένο τεστ ορίζει την έννοια που αξιολογείται. Με άλλα λόγια, είναι απαραίτητο να γνωρίζει τι πρεσβεύει το συγκεκριμένο θεωρητικό μοντέλο για τη φύση, το περιεχόμενο, και τις διαστάσεις (ικανότητες, χαρακτηριστικά, ιδιότητες) που συνθέτουν τη συναισθηματική νοημοσύνη και, κατά συνέπεια πώς τις μετρά.

Ανάλογα με το θεωρητικό τους υπόβαθρο, τα διάφορα ψυχομετρικά εργαλεία μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες που αντιπροσωπεύουν τους σημαντικότερους τρόπους μέτρησης της συναισθηματικής νοημοσύνης:

A) Αυτοαναφορές: Αποτελεί τον πιο συνηθισμένο τρόπο για τη μέτρηση ικανοτήτων, προδιαθέσεων και χαρακτηριστικών γνωρισμάτων που σχετίζονται με τη συναισθηματική νοημοσύνη, όπως ενσυναίσθηση, συναισθηματική αυτογνωσία, διαχείριση προσωπικών σχέσεων κ.τ.λ. . Αυτά τα ψυχομετρικά εργαλεία έχουν συνήθως τη μορφή ερωτηματολογίου που περιλαμβάνει έναν αριθμό προτάσεων-δηλώσεων. Οι συμμετέχοντες καλούνται να προσδιορίσουν το βαθμό στον οποίο συμφωνούν με την καθεμιά, ή πόσο αληθινή ή εφαρμόσιμη είναι γι' αυτούς η κάθε πρόταση. Η εκτίμηση της συμφωνίας ή διαφωνίας γίνεται με βάση μια κλίμακα που είναι συνήθως τύπου Likert (7 ή, πιο συχνά, 5 σημείων), όπου το ένα άκρο της κλίμακας αντιστοιχεί στην απάντηση «συμφωνώ απόλυτα» και το άλλο στην απάντηση «διαφωνώ απόλυτα». Αυτή η μέθοδος που προτιμούν τα περισσότερα μικτά μοντέλα, και ιδιαίτερα τα μοντέλα με πλαίσιο την προσωπικότητα. Για

παράδειγμα, το Emotional Quotient Inventory (BarOn EQ-i) που κατασκεύασε ο Bar-On (2000) ανήκει σε αυτή την κατηγορία.

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι ότι μπορούν να εξεταστούν εκατοντάδες άτομα και να συγκεντρωθεί πλήθος πληροφοριών που αφορούν σε υποκειμενικές εκτιμήσεις για ποικίλες διαστάσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης των ερωτηθέντων σε σύντομο χρονικό διάστημα. Ωστόσο, τα δεδομένα αυτά είναι ευάλωτα σε παράγοντες που μπορούν να τα αλλοιώσουν. Τέτοιοι παράγοντες είναι η κούραση, η κακή διάθεση των συμμετεχόντων, η τάση τους να δώσουν όχι αυθεντικά προσωπικές αλλά κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις, η ικανότητά τους για κατανόηση του γραπτού λόγου κ.α. (Mayer et al., 2008).

Παρ' όλα αυτά όμως, πολλοί υποστηρίζουν ότι η μέθοδος των αυτοαναφορών μπορεί να δώσει πληροφορίες για τις προσωπικές εκτιμήσεις, αντιλήψεις, διαθέσεις των ατόμων με έναν ασφαλή τρόπο και σε πολλές περιπτώσεις μοναδικό και αναντικατάστατο από άλλες μεθόδους (Brackett & Geher, 2006; Perez, Petrides & Furnham, 2005).

B) Αναφορές άλλων: (360-degree tests ή ετεροαναφορές). Στα τεστ αυτού του τύπου, ορισμένα πρόσωπα (π.χ δάσκαλοι, συνάδελφοι, συμμαθητές) καλούνται να εκτιμήσουν τις συναισθηματικές ικανότητες και τα χαρακτηριστικά κάποιου. Συνήθως έχουν τη μορφή ερωτηματολογίου αποτελούμενο από προτάσεις /δηλώσεις που αναφέρονται στο πρόσωπο του οποίου η συναισθηματική νοημοσύνη αξιολογείται. Οι συμμετέχοντες καλούνται να εκτιμήσουν κατά πόσο ισχύει κάθε πρόταση με βάση μια κλίμακα τύπου Likert. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται από τα μικτά μοντέλα και κυρίως από το μοντέλο επίδοσης του Goleman (1998). Το Emotional Competence Inventory που κατασκεύασαν οι Boyatzis και συν. (2000) είναι ένα παράδειγμα αυτής της κατηγορίας.

Η μέθοδος αυτή θεωρείται ότι αντιμετωπίζει καλύτερα ορισμένες από τις αδυναμίες της μεθόδου αυτοαναφορών. Μπορούμε να έχουμε μια σχετικά αυξημένη αξιοπιστία των μετρήσεων, όταν ζητήσουμε από μεγάλο αριθμό ατόμων με διαφορετική προσωπική σχέση με τον αξιολογούμενο να δώσουν τις εκτιμήσεις τους για το άτομο αυτό. Βέβαια, όσο κι αν υποθέσουμε ότι οι «άλλοι» είναι πιο αντικειμενικοί στις εκτιμήσεις τους από το ίδιο το άτομο, δεν προσφέρουν παρά τη δική τους υποκειμενική εκτίμηση, η οποία επηρεάζεται από τις προκαταλήψεις, την ελκρικίνεια, την ηθική τους και την προσωπική σχέση με το πρόσωπο που κρίνουν. Επιπλέον μεθοδολογικές δυσκολίες υπεισέρχονται στον εντοπισμό των κατάλληλων ατόμων που θα συμμετάσχουν στην αξιολόγηση κάποιου (Conte & Dean, 2006; Perez et al., 2005).

Γ) Αντικειμενική μέτρηση ικανοτήτων: Είναι ο τρόπος που εφαρμόζεται και στη μέτρηση των γνωστικών ικανοτήτων. Στην προκειμένη περίπτωση, ο εξεταζόμενος καλείται να παράγει λύσεις σε προβλήματα, ή να δώσει απαντήσεις σε ερωτήσεις που έχουν συναισθηματικό περιεχόμενο και στη συνέχεια, βαθμολογείται ανάλογα με την επιτυχία που σημείωσε. Για παράδειγμα, παρουσιάζεται η φωτογραφία ενός προσώπου και ο εξεταζόμενος καλείται να προσδιορίσει αν το συναίσθημα που εκφράζει είναι θυμός, λύπη, έκπληξη ή αηδία. Μπορεί ακόμη, να παρουσιάζεται ένα υποθετικό σενάριο, όπου ο εξεταζόμενος καλείται να απαντήσει πώς είναι πιο πιθανό να αισθάνεται ο ήρωας. Σε αυτά τα τεστ, κάθε ερώτηση έχει μόνο μια σωστή απάντηση, ή οι απαντήσεις είναι διαβαθμισμένες ως προς την ορθότητά τους. Το σύνολο των βαθμών που συγκεντρώνει ο εξεταζόμενος είναι η μέτρηση της συναισθηματικής του νοημοσύνης. Όπως είναι αντιληπτό, μόνο τα μοντέλα ικανότητας χρησιμοποιούν αυτή τη μέθοδο. Το τεστ Emotional Intelligence Test

(MSCEIT) που κατασκεύασαν ο Mayer και οι συνεργάτες του (1999) είναι ένα παράδειγμα αυτής της κατηγορίας.

Η μέθοδος αυτή ξεπερνά πολλά από τα μειονεκτήματα που αντιμετωπίζουν οι δύο προηγούμενες σε σχέση με τους παράγοντες που τυχόν αλλοιώνουν την ακρίβεια και την αντικειμενικότητα των δεδομένων. Από την άλλη μεριά, όμως, συναντούν μια άλλη σοβαρή δυσκολία: Πώς μπορεί κάποιος να ορίσει ποια απάντηση είναι ορθή σε μια ερώτηση με συναισθηματικό περιεχόμενο; Με άλλα λόγια, η βαθμολόγηση των απαντήσεων είναι ένα κρίσιμο ζήτημα, για την αντικειμενική μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης. Επιπρόσθετα, η εξέταση μεγάλου αριθμού ατόμων είναι πιο δύσκολη σε σύγκριση με τις μεθόδους των αυτοαναφορών και των ετεροαναφορών. Τέλος, παρά τη μεγάλη πρόοδο που έχει σημειωθεί, τα εργαλεία που έχουν κατασκευαστεί με στόχο την αντικειμενική μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης παρουσιάζουν ακόμη ορισμένες ψυχομετρικές αδυναμίες, οι οποίες θα πρέπει να αντιμετωπιστούν (Petrides, Furnham & Frederickson, 2004).

2.5 Έρευνες συναισθηματικής νοημοσύνης επικεντρωμένες στον τομέα της υγείας.

Τα τελευταία χρόνια οι ερευνητές έχουν εστιάσει το ενδιαφέρον τους στο ρόλο που διαδραματίζει η συναισθηματική νοημοσύνη των ατόμων στους διάφορους τομείς της ζωής τους (Cooper & Sawaf, 1997; Weisinger, 1997), στις σχέσεις τους με τους γονείς (Gottman, Katz & Hooven, 1997; Shaprio, 1997), στην αυτοβελτίωσή τους (Segal, 1997; Steiner & Perry, 1997), στην επιχειρησιακή διαχείριση, ηγεσία και οργανωτική τους συμπεριφορά (Abraham, 1999), στην απόδοση εργασίας και στην ικανοποίηση από την εργασία (Wong & Law, 2002; Mayer et al., 2008) και στις

ακαδημαϊκές επιδόσεις και τη συμπεριφορά στο σχολείο (Salovey & Sluter, 1997; Reiff, Hatzes, Bramel & Gibbon, 2001; Jaeger, 2003; Parker, Summerfeldt, Hogan & Majeski, 2004; Petrides et al., 2004; Mayer, Roberts & Barsade, 2008).

Πολύ λίγες όμως έρευνες που σχετίζονται με τη συναισθηματική νοημοσύνη έχουν πραγματοποιηθεί στον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα γίνεται αναφορά στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Kiamarsi & Abolghasemi (2010) σε 40 ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου με σκοπό να διερευνηθεί η σχέση της συναισθηματικής νοημοσύνης και της απογοήτευσης με την ποιότητα ζωής στους ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι η συναισθηματική νοημοσύνη και η απογοήτευση συσχετίζονται με την ποιότητα ζωής. Επίσης η αισιοδοξία και ο μη αγχώδης τρόπος ζωής συμβάλλουν ενεργά στην πρόβλεψη της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Τέλος η χαμηλή συναισθηματική νοημοσύνη και η απογοήτευση αποτελούν χρήσιμους παράγοντες πρόγνωσης της ασθένειας.

Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποίησαν οι Kravvariti, Maridaki-Kassotaki & Kravvaritis (2009) διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ των στεφανιαίων καρδιακών παθήσεων και της συναισθηματικής νοημοσύνης. Τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε 56 ασθενείς στο Ναυτικό Νοσοκομείο κατέδειξαν ότι η μειωμένη ικανότητα των ασθενών να ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους καθώς και η μεγαλύτερη συχνότητα έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων συνδέονται με τις στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις.

Επιπρόσθετα σε μια έρευνα που έγινε από την στα πλαίσια απόκτησης διδακτορικού τίτλου από την Haffey (2006) διερευνήθηκε η σχέση ανάμεσα στη συναισθηματική νοημοσύνη και στην αποδοχή της ασθένειας του καρκίνου από τα παιδιά. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα παιδιά με νεοπλασματικές

παθήσεις που είχαν υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη προσαρμόζονταν καλύτερα στις νέες συνθήκες που δημιουργούσε η ασθένεια στη ζωή τους και ήταν περισσότερο πρόθυμα να συνεργαστούν στις απαιτούμενες θεραπείες.

Αξίζει να αναφερθεί και μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Willard (2006) η οποία σκοπό είχε να συσχετίσει τη συναισθηματική νοημοσύνη με τη συμμόρφωση στην αντιρετροϊκή φαρμακευτική αγωγή των ασθενών με AIDS. Στη συγκεκριμένη μελέτη δεν διαπιστώθηκε η σχέση αυτή λόγω του μικρού αριθμού των ασθενών που συμπεριελήφθησαν. Ωστόσο προέκυψε ένα πολύ ενδιαφέρον στοιχείο. Όλοι οι ασθενείς με AIDS της μελέτης είχαν πάρα πολύ χαμηλή συναισθηματική νοημοσύνη σε σχέση με τα φυσιολογικά όρια του τεστ.

Άξια λόγου είναι και η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Yalcin, Karahan, Ozcelik & Igde (2008) σύμφωνα με την οποία η εφαρμογή ενός προγράμματος βελτίωσης της συναισθηματικής νοημοσύνης είχε ως αποτέλεσμα και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με διαβήτη τύπου II σε σχέση με το δείγμα ελέγχου. Η θετική επίδραση του προγράμματος ελέγχθηκε στους 3 και 6 μήνες εφαρμογής του προγράμματος.

Τέλος οι Costarelli, Demerzi & Stamou (2009) πραγματοποίησαν μια έρευνα σύμφωνα με την οποία οι διατροφικές διαταραχές έχουν σχέση με την εικόνα του σώματος και τη συναισθηματική νοημοσύνη σε νεαρές γυναίκες. Συγκεκριμένα οι γυναίκες με διατροφικές διαταραχές είχαν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης σε σχέση με το δείγμα ελέγχου, ιδιαίτερα στους τομείς της αυτοσυναίσθησης, ενσυναίσθησης, των διαπροσωπικών σχέσεων, της διαχείρισης άγχους και της ευτυχίας.

2.6 Σκοπός- Ερευνητικά ερωτήματα συγκεκριμένης έρευνας

Βασικός στόχος της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσει τη σχέση της συναισθηματικής νοημοσύνης με το σακχαρώδη διαβήτη τύπου II. Πιο συγκεκριμένα, τα ερευνητικά ερωτήματα, όπως διαμορφώθηκαν μετά από την παραπάνω βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι τα ακόλουθα:

- 1) Υπάρχουν διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών σε σχέση με τη συναισθηματική τους νοημοσύνη και την έκφραση αρνητικών και θετικών συναισθημάτων στην οικογένεια;
- 2) Υπάρχει σχέση ανάμεσα στη συναισθηματική νοημοσύνη και την έκφραση αρνητικών και θετικών συναισθημάτων στην οικογένεια με το επίπεδο μόρφωσής των συμμετεχόντων;
- 3) Υπάρχει σχέση ανάμεσα στη συναισθηματική νοημοσύνη και την έκφραση αρνητικών και θετικών συναισθημάτων στην οικογένεια με τη ρύθμιση του σακχάρου σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II;
- 4) Υπάρχουν διαφορές μεταξύ αντρών και γυναικών διαβητικών ως προς τη ρύθμιση του διαβήτη;
- 5) Υπάρχει σχέση ανάμεσα στο επίπεδο μόρφωσης των ασθενών με διαβήτη τύπου II και τη ρύθμιση του σακχάρου;
- 6) Υπάρχει σχέση μεταξύ των χρόνων της ασθένειας του σακχαρώδη διαβήτη και της ρύθμισης του σακχάρου;

7)Υπάρχει σχέση ανάμεσα στα χρόνια της ασθένειας του σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και στη έκφραση αρνητικών και θετικών συναισθημάτων στην οικογένεια καθώς και στη συναισθηματική νοημοσύνη;

Β' ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3 : Μέθοδος Έρευνας

3.1 Συμμετέχοντες

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 50 διαβητικοί ασθενείς με διαβήτη τύπου II που ακολουθούσαν ως είδος θεραπείας είτε αντιδιαβητικά δισκία, είτε ινσουλίνη είτε συνδυασμό αυτών των δύο. Από αυτούς οι 25 ήταν άντρες (50%) και οι 25 γυναίκες (50%). Επιπλέον δόθηκαν ερωτηματολόγια σε 51 υγιή άτομα, 26 άντρες (51%) και 25 γυναίκες (49%), που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Έγινε προσπάθεια το δείγμα να είναι ισομερώς μοιρασμένο στα δύο φύλα. Οι διαβητικοί ασθενείς επιλέχθηκαν τυχαία από το διαβητολογικό ιατρείο του νοσοκομείου «ΣΩΤΗΡΙΑ». Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μεταξύ της 9 Ιανουαρίου 2010 και 15 Μαΐου 2010. Οι ασθενείς με ψυχιατρικά νοσήματα και κατάθλιψη αποκλείστηκαν. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν άτομα ηλικίας 43 έως 80 ετών (μέση ηλικία=58,7 έτη, τυπική απόκλιση: 9,7). Ενώ το δείγμα ελέγχου αποτελείτο από άτομα ηλικίας 37 έως 69 ετών (μέση ηλικία=48,7 έτη, τυπική απόκλιση: 7,7). Τα συγκεκριμένα άτομα υποβλήθηκαν σε πρωινή μέτρηση σακχάρου με συσκευή ελέγχου της γλυκόζης του αίματος και βρέθηκαν με σάκχαρο νηστείας κάτω από 100. Επιπλέον η ομάδα ελέγχου δεν παρουσίαζε κάποιο άλλο παθολογικό πρόβλημα.

3.2 Ερευνητικά εργαλεία

Είναι γνωστό πως η επιστημολογική σκοπιά του ερευνητή και οι μέθοδοι, καθώς και τα εργαλεία που χρησιμοποιεί, προσδιορίζονται, κυρίως από το

αντικείμενο της έρευνάς του, αλλά παράλληλα καθορίζουν τόσο το χαρακτήρα όσο και την ποιότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας (Τσάντας και συν., 1999).

Στην παρούσα έρευνα, η συλλογή των δημογραφικών στοιχείων και των πληροφοριών σχετικά με την ασθένεια έγινε με τη χορήγηση ενός αυτοσχέδιου ερωτηματολογίου που αφορούσε στην ηλικία, το φύλο, τον τόπο διαμονής, το επίπεδο μόρφωσης, το βάρος, το ύψος, το έτος διάγνωσης του διαβήτη, το είδος θεραπείας, το ποσοστό γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και αν πάσχουν από ψυχιατρικό νόσημα. Η αξιολόγηση της συναισθηματικής νοημοσύνης των συμμετεχόντων έγινε με (α) την ελληνική έκδοση της κλίμακας Συναισθηματικής Νοημοσύνης (Wong & Law, 2002, Kafetsio & Zampetaki, 2008) και (β) ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της Έκφρασης Συναισθημάτων μέσα στην Οικογένεια (Self- Expressiveness in the Family Questionnaire-SEFQ) (Halberstadt, 1995) (Παράρτημα).

Η Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης (Wong & Law, 2002, Kafetsio & Zampetaki, 2008)

Η κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης (Wong & Law Emotional Scale-WLEIS) είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφορών, το οποίο κατασκευάστηκε από τους Wong & Law (2002) και εξετάζει τη συναισθηματική νοημοσύνη ως χαρακτηριστικό γνώρισμα της προσωπικότητας. Ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου έγινε με βάση το μοντέλο συναισθηματικής νοημοσύνης των Mayer και συνεργατών (1995). Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει 16 προτάσεις που διακρίνονται σε τέσσερις υποκλίμακες, οι οποίες μετρούν, αντίστοιχα, τις εξής συναισθηματικές διαστάσεις: 1) *κατανόηση των συναισθημάτων του εαυτού* (π.χ. «Έχω μια καλή κατανόηση των συναισθημάτων μου»), 2) *κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων* (π.χ. «Είμαι καλός παρατηρητής των συναισθημάτων των άλλων») 3) *διαχείριση των*

συναισθημάτων (π.χ. «Πάντα παρακινώ τον εαυτό μου να καταφέρει το καλύτερο») και 4) *έλεγχος των συναισθημάτων* (π.χ. «Όταν θυμώνω πάντα μπορώ να ηρεμήσω γρήγορα»). Το WLEIS έχει χρησιμοποιηθεί σε εργασιακά περιβάλλοντα και, όπως έδειξαν τα ευρήματα, έχει ικανοποιητική διακρίνουσα εγκυρότητα, εγκυρότητα πρόβλεψης και εγκυρότητα σύγκλισης σε σχέση με άλλα εργαλεία μέτρησης της συναισθηματικής νοημοσύνης όπως το Trait Meta-Mood Scale των Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palfai (1995) (Kafetsios & Zampetakis, 2008; Law, Wong & Song, 2004).

Το WLEIS μεταφράστηκε στα ελληνικά και χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της αντιληπτής συναισθηματικής νοημοσύνης 523 δασκάλων και καθηγητών. (Kafetsios & Zampetakis, 2008). Τα δεδομένα επιβεβαίωσαν την ίδια παραγοντική δομή του WLEIS και στο ελληνικό δείγμα. Αυτό δείχνει ότι και στην ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου οι τέσσερις υποκλίμακες του μετρούν τις διαστάσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης που αναφέρθηκαν παραπάνω. Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου ήταν υψηλή ($\alpha=0,90$). Στη συγκεκριμένη έρευνα οι δείκτες αξιοπιστίας Cronbach Alpha είναι ικανοποιητικές: 0,91 για την κατανόηση των συναισθημάτων του εαυτού, 0,81 για την κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων, 0,91 για την διαχείριση των συναισθημάτων του εαυτού και 0,74 για τον έλεγχο των συναισθημάτων του εαυτού. Η βαθμολόγηση της κλίμακας είναι απλή. Υπολογίζεται ο μέσος όρος των απαντήσεων σε καθεμία από τις τέσσερις υποκλίμακες ξεχωριστά. Συγκεκριμένα οι δηλώσεις 1, 5, 9 και 13 ανήκουν στην υποκλίμακα «Κατανόηση των συναισθημάτων του εαυτού» (SEA-Self Emotion Appraisal). Οι δηλώσεις 2, 6, 10 και 14 ανήκουν στην υποκλίμακα «Κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων» (OAE-Other Emotion Appraisal). Οι δηλώσεις 3, 7, 11 και 15 ανήκουν στην Τρίτη υποκλίμακα «Διαχείριση των συναισθημάτων μου» (UOE-Use Of Emotion) και οι

δηλώσεις 4, 8, 12 και 16 ανήκουν στην τελευταία υποκλίμακα «Έλεγχος των συναισθημάτων μου» (ROE-Regulation Of Emotion).

Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της Έκφρασης Συναισθημάτων μέσα στην Οικογένεια (Self- Expressiveness in the Family Questionnaire-SEFQ) (Halberstadt 1995.)

Το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της συναισθηματικής αυτοέκφρασης των ατόμων μέσα στην οικογένειά τους (Halberstadt, 1995), προέρχεται από το ερωτηματολόγιο για την οικογενειακή συναισθηματική έκφραση (FEQ), ένα εργαλείο μέτρησης το οποίο χρησιμοποιήθηκε σε παλαιότερες έρευνες (Halberstadt, 1983, 1986). Εξετάζει τη συχνότητα έκφρασης των συναισθημάτων ενός ατόμου μέσα στο οικογενειακό του πλαίσιο. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 40 θέματα τα οποία έχουν σχεδιαστεί για να αξιολογήσουν το συνολικό περιβάλλον της συναισθηματικής έκφρασης της οικογένειας. Τα 40 υποθετικά συναισθηματικά σενάρια τα οποία απεικονίζονται στο ερωτηματολόγιο αυτό αντιπροσωπεύουν μια σειρά συναισθημάτων σε διαφορετικά οικογενειακά περιβάλλοντα.

Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει στοιχεία όχι μόνο σχετικά με τη μη λεκτική συναισθηματική έκφραση των ατόμων αλλά και με το περιεχόμενο έκφρασης των συναισθημάτων τους. Συγκεκριμένα αξιολογεί τη συναισθηματική εμπειρία των γονέων καθώς επίσης και τους τρόπους έκφρασης των συναισθημάτων τους.

Η κατασκευή του ερωτηματολογίου, όπως περιγράφεται από τη Halderstadt (1986), αρχικά βασίστηκε σε δυο διαστάσεις του συναισθήματος: το σθένος (θετικό/αρνητικό) και τη δύναμη (κυρίαρχη/ενδοτική). Οι διαστάσεις αυτές διασταυρώθηκαν η μια με την άλλη για να δημιουργήσουν τέσσερις κλίμακες: θετική-κυρίαρχη, θετική-ενδοτική, αρνητική-κυρίαρχη και αρνητική-ενδοτική. Παρότι οι τέσσερις κλίμακες έχουν χρησιμοποιηθεί σε κάποιες έρευνες (Codey, 1992;

Halberstadt, 1983, 1984, 1986) εντούτοις η απλούστερη μορφή του ερωτηματολογίου (δύο κλίμακες σθένους του συναισθήματος, μια θετική και μια αρνητική) θεωρείται πιο αποτελεσματική (e.g., Burrowes & Halberstadt, 1987; Miller, 1989). Υπάρχει επίσης και μια μορφή του ερωτηματολογίου με τρεις κλίμακες, η οποία χρησιμοποιεί μια θετική κλίμακα, μια κλίμακα αρνητική-κυρίαρχη και μια αρνητική-ενδοτική (Eisenberg et al., 1991,1992; Garner et al., 1994).

Τα θέματα της θετικής-κυρίαρχης κλίμακας περιγράφουν τα άτομα τα οποία αναλαμβάνουν ενεργούς ρόλους για την εκδήλωση των θετικών συναισθημάτων τους (π.χ., « Επαινώ τους άλλους όταν είναι συνεπείς στη δουλειά τους», «Δείχνω στοργή και αγάπη στους γύρω μου» ή « Κάνω έκπληξη στους άλλους προσφέροντάς τους κάποιο δώρο ή ικανοποιώντας κάποια επιθυμία τους»). Η θετική-ενδοτική κλίμακα αναφέρεται στις ενέργειες εκείνες των ατόμων οι οποίες, λειτουργώντας ως απαντήσεις , προορίζονται να δημιουργήσουν ένα θετικό συναίσθημα (π.χ., «Ευχαριστώ τους δικούς μου για κάτι καλό που μου έκαναν», «Κολακεύω τους άλλους για την εξωτερική τους εμφάνιση» ή « Εκφράζω τη συμπάθειά μου σε κάποιον που αντιμετωπίζει προβλήματα»). Η διάκριση αυτή της ενεργητικής έναντι της ανενεργού δύναμης των συναισθημάτων ισχύει επίσης και για τις δυο αρνητικές κλίμακες. Η αρνητική- κυρίαρχη κλίμακα αναφέρεται στην έκφραση συναισθημάτων όπως η κριτική, η περιφρόνηση και ο θυμός (π.χ «Δείχνω τη δυσαρέσκειά μου για τη συμπεριφορά κάποιου», «Δείχνω την αμηχανία μου κάθε φορά που κάνω επιπόλαια λάθη», «Εκφράζω τη θλίψη μου και τον πόνο μου όταν βλέπω ένα σκοτωμένο ζώο». Η αρνητική-ενδοτική κλίμακα καλύπτει τις απαντητικές ενέργειες των ατόμων εκείνες οι οποίες προορίζονται να δημιουργήσουν ένα αρνητικό συναίσθημα (π.χ «Απογοητεύομαι όταν κάτι δεν πηγαίνει όπως εγώ το σχεδίασα»).

Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήσαμε τη μεταφρασμένη στα ελληνικά έκδοση από τους Μαριδάκη- Κασσωτάκη, Τσίτσα, Αντωνοπούλου και Βουτυρά. Η κλίμακα αποτελείται από 40 δηλώσεις, που απ' αυτές οι 23 περιγράφουν συγκεκριμένα παραδείγματα της θετικής εκφραστικότητας ενώ 17 δηλώσεις περιγράφουν την αρνητική εκφραστικότητα. Αναλυτικότερα οι δηλώσεις που αφορούν στην αρνητική εκφραστικότητα είναι οι εξής: 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 20, 24, 28, 32, 36, 37 και οι δηλώσεις που αφορούν στην θετική εκφραστικότητα είναι οι εξής: 1, 2, 3, 6, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 38, 39, 40. Η βαθμολόγηση γίνεται με τον υπολογισμό του μέσου όρου των απαντήσεων στις θετικές δηλώσεις και ξεχωριστά στις αρνητικές. Οι δείκτες αξιοπιστίας (Cronbach Alpha) για το συγκεκριμένο δείγμα είναι 0,93 για τις θετικές υποκλίμακες και 0,91 για τις αρνητικές και κρίνονται ικανοποιητικές.

3.3 Διαδικασία

Οι συμμετέχοντες, μετά από συγκατάθεση των ίδιων, συμπλήρωσαν τα εργαλεία της παρούσας έρευνας. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων έγινε ατομικά σε κάθε ασθενή του δείγματος. Συγκεκριμένα μετά από έγκριση του υπεύθυνου του διαβητολογικού ιατρείου του νοσοκομείου «ΣΩΤΗΡΙΑ» δόθηκαν ξεχωριστά τα ερωτηματολόγια σε κάθε διαβητικό ασθενή, ο οποίος μετά την τακτική εξέταση του με το ιατρό δέχτηκε να συμμετέχει στην συγκεκριμένα έρευνα.

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε 59 ασθενείς συνολικά αλλά αποκλείστηκαν 9 ασθενείς που παρουσίαζαν κατάθλιψη και λοιπά ψυχιατρικά νοσήματα. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στους εναγόμενους της έρευνας το διάστημα από 9 Ιανουαρίου έως 15 Μαΐου. Ο χρόνος συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν κατά μέσο όρο 20-25 λεπτά.

Επιπλέον τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν σε 62 ασθενείς που θεωρητικά ήταν υγιείς. Τα συγκεκριμένα άτομα υποβλήθηκαν σε πρωινή μέτρηση σακχάρου με συσκευή ελέγχου της γλυκόζης του αίματος και μόνο οι 51 βρέθηκαν να έχουν σάκχαρο νηστείας κάτω από 100 και συμπεριελήφθησαν στην έρευνα. Οι υπόλοιποι απερρίφθησαν.

Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα

4.1 Περιγραφική ανάλυση

Σε επίπεδο περιγραφικής στατιστικής η οργάνωση παρουσίασης των στατιστικών στοιχείων περιλαμβάνει κατά κύριο λόγο πίνακες απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων και στην περίπτωση των ποσοτικών μεταβλητών για να σχηματιστεί μια συνοπτική αλλά εύχρηστη εικόνα, δίνεται συμπληρωματικά ο μέσος όρος ως μέτρο κεντρικής τάσης και η τυπική απόκλιση ως μέτρο διασποράς των τιμών. Όσον αφορά στα ποσοτικά δεδομένα που συλλέχθηκαν με τα ερωτηματολόγια αναλύθηκαν με το πρόγραμμα SPSS, το οποίο είναι ένα λογισμικό που είναι δυναμικό και ευέλικτο σύστημα ανάλυσης. (Παπαναστασίου & Παπαναστασίου, 2005).

Ο πίνακας 1 παρουσιάζει συχνότητες και ποσοστά σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων διαβητικών και υγιών ενηλίκων. Πιο συγκεκριμένα από τους διαβητικούς 3 (6%) ήταν απόφοιτοι δημοτικού, 7 (14%) απόφοιτοι γυμνασίου, 16 (32%) απόφοιτοι λυκείου, 15 (30%) απόφοιτοι πανεπιστημίου, 8 (16%) ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης και 1 (2%) ήταν κάτοχος διδακτορικού διπλώματος. Από τους ενήλικες στην ομάδα ελέγχου, 1 (2%) ήταν απόφοιτος δημοτικού, 2 (3,9%) απόφοιτοι γυμνασίου, 13 (25,5%) απόφοιτοι λυκείου,

25 (49%) απόφοιτοι πανεπιστημίου, οι 8 (15,7%) ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης και 2 (3,9%) ήταν κάτοχοι διδακτορικού.

Πίνακας 1: Συχνότητες και ποσοστά σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων

	Διαβητικοί ενήλικες (πειραματική ομάδα)		Υγιείς ενήλικες (ομάδα ελέγχου)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Δημοτικό	3	6	1	2
Γυμνάσιο	7	14	2	3,9
Λύκειο	16	32	13	25,5
Πανεπιστήμιο	15	30	25	49
Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης	8	16	8	15,7
Διδακτορικό	1	2	2	3,9

Ο πίνακας 2 παρουσιάζει το δείκτης μάζας σώματος των ασθενών με διαβήτη και των υγιών ενηλίκων.

Πίνακας 2: Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, μέγιστες και ελάχιστες τιμές του δείκτη μάζας σώματος των δύο ομάδων συμμετεχόντων

	Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI)			
	<i>μ.ο.</i>	<i>τ.α</i>	<i>Μέγιστη τιμή</i>	<i>Ελάχιστη τιμή</i>
Διαβητικοί (πειραματική ομάδα)	32,57	5,11	41	26,5
Υγιείς (ομάδα ελέγχου)	26,4	4,96	37,2	18,4

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα, ο μέσος δείκτης μάζας σώματος για τους διαβητικούς (32,57) είναι αυξημένος και δηλώνει ύπαρξη παχυσαρκίας ενώ ο μέσος

δείκτης μάζας σώματος (26,4) για την ομάδα ελέγχου είναι μικρότερος και δηλώνει φυσιολογικό βάρος.

4.2 Επαγωγική ανάλυση

Διαφορές μεταξύ διαβητικών και ομάδας ελέγχου σε σχέση με την αρνητική και θετική συναισθηματική εκφραστικότητα στην οικογένεια

Για να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων (διαβητικών και ομάδας ελέγχου) σχετικά με την έκφραση θετικών και αρνητικών συναισθημάτων στην οικογένεια, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο εξακρίβωσης διαφορών μεταξύ μέσων όρων για ανεξάρτητα δείγματα independent t-test. Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά ($t_{98}=-2,07$, $p<0,05$) ανάμεσα στους διαβητικούς ασθενείς και την ομάδα ελέγχου σε σχέση με την συχνότητα των θετικών τους συναισθημάτων καθώς και των αρνητικών ($t_{98}= 3,28$, $p<0,05$). Επιπρόσθετα από τη σύγκριση των μέσων όρων μεταξύ των δύο ομάδων συμπεραίνεται ότι οι διαβητικοί ασθενείς παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό ($\mu.o=5,45$) αρνητικά συναισθήματα σε σχέση με τα υγιή άτομα της ομάδας ελέγχου ($\mu.o=4,56$). Επιπλέον η σύγκριση των μέσων όρων κατέδειξε ότι οι διαβητικοί ($\mu.o=5,99$) τείνουν να έχουν σε μικρότερη συχνότητα θετικά συναισθήματα σε σχέση με τα υγιή άτομα ($\mu.o=6,56$) (πίνακας 3).

Πίνακας 3: Σύγκριση μέσων όρων των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο έκφρασης συναισθημάτων στην οικογένεια (SEFQ) των διαβητικών και των υγιών ενηλίκων

	Διαβητικοί ενήλικες (πειραματική ομάδα) (n=49)		Υγιείς ενήλικες (ομάδα ελέγχου) (n=51)		Σύγκριση μέσων όρων	
	μ.ο.	τ.α	μ.ο.	τ.α	t ₉₈	p
Θετική έκφραση συναισθημάτων στην οικογένεια	5,99	1,60	6,56	1,12	-2,07	0,04*
Αρνητική έκφραση συναισθημάτων στην οικογένεια	5,45	1,58	4,56	1,08	3,28	0,001**

*p<0,05, **p<0,001

Διαφορές μεταξύ διαβητικών και ομάδας ελέγχου σε σχέση με τη συναισθηματική νοημοσύνη

Για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των διαβητικών ατόμων και της ομάδας ελέγχου σε σχέση με τη συναισθηματική νοημοσύνη χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο t test. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες στην κατανόηση των συναισθημάτων του εαυτού (t₉₈= -2,35, p<0,05), στην κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων (t₉₈= -3,32, p<0,05) και οριακή στατιστικά σημαντική διαφορά στον έλεγχο των συναισθημάτων του εαυτού (t₉₈= -1,93, p<0,05). Αντίθετα δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες στη διαχείριση των συναισθημάτων του εαυτού (t₉₈= -1,28, p>0,05).

Επιπλέον από τη σύγκριση των μέσων όρων φαίνεται ότι οι διαβητικοί (μ.ο=5,06) τείνουν να κατανοούν σε μικρότερο βαθμό τα συναισθήματά τους σε σχέση με τους ενήλικες στην ομάδα ελέγχου (μ.ο=5,66). Επιπρόσθετα αξίζει να σημειωθεί ότι οι διαβητικοί (μ.ο=4,41) τείνουν να κατανοούν σε μικρότερο βαθμό τα συναισθήματα των άλλων σε σχέση με τα υγιή άτομα (μ.ο=5,18). Ακόμη, η έρευνα έδειξε ότι τα διαβητικά άτομα (μ.ο=4,36) έχουν την τάση να ελέγχουν σε μικρότερο βαθμό τα αρνητικά τους συναισθήματα σε σχέση με τα υγιή άτομα (μ.ο=4,93). Τέλος

δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες (διαβητικοί-υγιείς) στην διαχείριση των αρνητικών τους συναισθημάτων (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Σύγκριση μέσων όρων των απαντήσεων στην κλίμακα συναισθηματικής νοημοσύνης Wong & Low (WLEIS) των διαβητικών και των υγιών ενηλίκων

	Διαβητικοί ενήλικες (πειραματική ομάδα) (n=49)		Υγιείς ενήλικες (ομάδα ελέγχου) (n=51)		Σύγκριση μέσων όρων	
	μ.ο.	τ.α	μ.ο.	τ.α	t ₉₈	p
Κατανόηση των συναισθημάτων μου	5,06	1,40	5,66	1,17	-2,35	0,02*
Κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων	4,41	1,39	5,18	0,88	-3,32	0,001**
Διαχείριση των συναισθημάτων μου	4,99	1,61	5,35	1,15	-1,28	0,202
Έλεγχος των συναισθημάτων μου	4,36	1,69	4,93	1,24	-1,93	0,05*

*p<0,05, **p<0,001

Διαφορές αντρών-γυναικών ως προς τη συναισθηματική νοημοσύνη και την έκφραση συναισθημάτων στην οικογένεια.

Για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα σχετικά με τη συναισθηματική νοημοσύνη χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο t test για ανεξάρτητα δείγματα, το οποίο έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα στην έκφραση των θετικών συναισθημάτων ($t_{98} = -1,75$, $p > 0,05$), στην έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων ($t_{98} = -1,62$, $p > 0,05$), στην κατανόηση των συναισθημάτων του εαυτού ($t_{98} = 0,76$, $p > 0,05$), στην κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων ($t_{98} = 0,039$, $p > 0,05$) και στον έλεγχο των συναισθημάτων ($t_{98} = 1,82$, $p > 0,05$). Αντίθετα βρέθηκε οριακή στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα στη διαχείριση των συναισθημάτων ($t_{98} = 1,99$, $p < 0,05$). Ειδικότερα από τη σύγκριση των μέσων όρων παρατηρούμε ότι οι άντρες ($\mu.ο = 5,45$) τείνουν να διαχειρίζονται καλύτερα τα συναισθήματά τους σε σχέση με τις γυναίκες ($\mu.ο = 4,90$). (Πίνακας 5)

Πίνακας 5: Σύγκριση μέσων όρων των απαντήσεων στην κλίμακα συναισθηματικής νοημοσύνης Wong & Low (WLEIS) και στο ερωτηματολόγιο έκφρασης συναισθημάτων στην οικογένεια (SEFQ) των αντρών και γυναικών.

	Άντρες (n=51)		Γυναίκες (n=49)		Σύγκριση μέσων όρων	
	μ.ο.	τ.α	μ.ο.	τ.α	t ₉₈	p
Θετική έκφραση συναισθημάτων στην οικογένεια	6,04	1,34	6,53	1,43	-1,75	0,083(ns)
Αρνητική έκφραση συναισθημάτων στην οικογένεια	4,78	1,25	5,23	1,54	-1,62	0,109(ns)
Κατανόηση των συναισθημάτων μου	5,46	1,14	5,26	1,48	0,76	0,449(ns)
Κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων	4,81	1,22	4,80	1,21	0,039	0,969(ns)
Διαχείριση των συναισθημάτων μου	5,45	1,07	4,90	1,64	1,99	0,05*
Έλεγχος των συναισθημάτων μου	4,92	1,32	4,38	1,63	1,82	0,072(ns)

*p<0,05

Διαφορές στη ρύθμιση σακχάρου ως προς το φύλο

Για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς τη ρύθμιση του σακχάρου χρησιμοποιήσαμε το κριτήριο t (t-test) για ανεξάρτητα δείγματα, το οποίο κατέδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες ως προς τη ρύθμιση του σακχάρου (t₄₈= -2,56, p<0,05). Αναλυτικότερα από τη σύγκριση των μέσων όρων μεταξύ των δύο ομάδων διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες (μ.ο=7,67) τείνουν να ρυθμίζουν καλύτερα το σάκχαρό τους σε σχέση με τους άντρες (μ.ο=7,08). (Πίνακας 6)

Πίνακας 6. Σύγκριση μέσων όρων των αντρών και γυναικών ως προς τη ρύθμιση του σακχάρου.

	Άντρες	Γυναίκες	Σύγκριση μέσων
--	--------	----------	----------------

	(n=51)		(n=49)		όρων	
	μ.ο.	τ.α	μ.ο.	τ.α	t ₄₈	p
Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη	7,08	0,73	7,67	0,90	-2,56	0,014*

*p<0,05

Σχέση ανάμεσα στη συναισθηματική νοημοσύνη των συμμετεχόντων και την έκφραση συναισθημάτων στην οικογένεια με το επίπεδο μόρφωσης

Προκειμένου να διερευνηθεί τη συσχέτιση μεταξύ της συναισθηματικής νοημοσύνης και του επιπέδου μόρφωσης των υποκειμένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Spearman's rho, ο οποίος έδειξε ότι υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στη συχνότητα έκφρασης των θετικών συναισθημάτων στην οικογένεια και το επίπεδο μόρφωσης ($rho= 0,3$, $p<0,05$), δηλαδή όσοι έχουν υψηλό επίπεδο μόρφωσης τείνουν να εκφράζουν πιο συχνά θετικά συναισθήματα στο πλαίσιο της οικογένειας σε σχέση με αυτούς που έχουν χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης. Επιπλέον, προέκυψε ισχυρή αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο μόρφωσης και τη συχνότητα έκφρασης των αρνητικών συναισθημάτων στην οικογένεια ($rho= -0,5$, $p<0,001$), δηλαδή όσο χαμηλότερο το επίπεδο μόρφωσης τόσο πιο συχνή είναι η έκφραση αρνητικών συναισθημάτων στην οικογένεια. Ισχυρή θετική συσχέτιση βρέθηκε τόσο ανάμεσα στην κατανόηση των συναισθημάτων του εαυτού και το επίπεδο μόρφωσης ($rho=0,31$, $p<0,001$) όσο και ανάμεσα στην κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων και το επίπεδο μόρφωσης ($rho=0,25$, $p<0,05$). Αναλυτικότερα λοιπόν, θα λέγαμε ότι όσο πιο υψηλό είναι το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων τόσο καλύτερα κατανοούν τα συναισθήματα του εαυτού τους και των άλλων. Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο της μόρφωσης και τη διαχείριση

($\rho=0,52$, $p<0,001$) και έλεγχο των συναισθημάτων τους ($\rho=0,4$, $p<0,001$). Δηλαδή τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης τείνουν να διαχειρίζονται και να ελέγχουν καλύτερα τα συναισθήματά τους σε σχέση με τα άτομα με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης.(Πίνακας 7)

Πίνακας 7. Συσχετίσεις ανάμεσα στη συναισθηματική νοημοσύνη και την έκφραση συναισθημάτων στην οικογένεια με το επίπεδο μόρφωσης.

Συναισθηματική νοημοσύνη και έκφραση	Επίπεδο μόρφωσης	p
Θετική έκφραση συναισθημάτων στην οικογένεια	0,3	0,003*
Αρνητική έκφραση συναισθημάτων στην οικογένεια	-0,5	0,000**
Κατανόηση των συναισθημάτων μου	0,31	0,001**
Κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων	0,25	0,012*
Διαχείριση των συναισθημάτων μου	0,52	0,000**
Έλεγχος των συναισθημάτων μου	0,4	0,000**

* $p<0,05$, ** $p<0,001$

Σχέση ανάμεσα στη συναισθηματική νοημοσύνη και τη ρύθμιση του σακχάρου σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II

Για τον έλεγχο της ύπαρξης σχέσης ανάμεσα σε δύο ποσοτικές μεταβλητές αλλά και τη μέτρηση της έντασης αυτής της σχέσης, υπολογίστηκε ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης *Spearman's rho* (Παρασκευόπουλος, 1993, σ.285). Το αποτέλεσμα της συσχέτισης έδειξε ότι υπάρχει μια ισχυρά στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη συναισθηματική νοημοσύνη και τη ρύθμιση του σακχάρου. Ειδικότερα ο

συντελεστής γραμμικής συσχέτισης *Spearman's rho* έδειξε μια ισχυρή θετική συσχέτιση της έκφρασης των αρνητικών συναισθημάτων με τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη ($rho = 0,52$, $p < 0,001$), δηλαδή όσο μεγαλύτερη είναι η έκφραση αρνητικών συναισθημάτων τόσο μεγαλύτερη η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, που σημαίνει χειρότερη ρύθμιση του διαβήτη. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα θετικά συναισθήματα και τη ρύθμιση του σακχάρου. ($rho = -0,27$, $p > 0,05$) Επιπλέον αξίζει να σημειωθεί ότι βρέθηκε ισχυρή αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην κατανόηση των συναισθημάτων του εαυτού και τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη. Δηλαδή όσο καλύτερα κατανοούμε τα συναισθήματά μας τόσο μικρότερη η τιμή της γλυκοζυλιωμένης ($rho = -0,43$ $p < 0,001$), δηλαδή τα διαβητικά άτομα που κατανοούν καλύτερα τα συναισθήματά τους τείνουν να ρυθμίζουν καλύτερα το σάκχαρό τους. Άξιο λόγου είναι επίσης και το γεγονός ότι βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων και στην τιμή της γλυκοζυλιωμένης ($rho = -0,48$, $p < 0,001$), δηλαδή τα διαβητικά άτομα που κατανοούν καλύτερα τα συναισθήματα των άλλων έχουν την τάση να ρυθμίζουν καλύτερα το διαβήτη τους. Τέλος, ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης *Spearman's rho* έδειξε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη διαχείριση ($rho = -0,52$, $p < 0,001$) και τον έλεγχο των συναισθημάτων ($rho = -0,41$, $p < 0,05$) των διαβητικών με την τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Αναλυτικότερα , λοιπόν θα λέγαμε ότι τα διαβητικά άτομα που διαχειρίζονται και ελέγχουν καλύτερα τα συναισθήματά τους ρυθμίζουν και καλύτερα το διαβήτη τους. (Πίνακας 8)

Πίνακας 8. Συσχετίσεις ανάμεσα στη συναισθηματική νοημοσύνη και την έκφραση συναισθημάτων στην οικογένεια με τη ρύθμιση του σακχάρου

Συναισθηματική νοημοσύνη και έκφραση	Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη	p
Θετική έκφραση συναισθημάτων στην οικογένεια	0,27	0,062(ns)
Αρνητική έκφραση συναισθημάτων στην οικογένεια	0,52	0,000**
Κατανόηση των συναισθημάτων μου	-0,43	0,002*
Κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων	-0,48	0,000**
Διαχείριση των συναισθημάτων μου	-0,52	0,000**
Έλεγχος των συναισθημάτων μου	-0,41	0,004*

*p<0,05, **p<0,001

Σχέση ανάμεσα στο επίπεδο μόρφωσης και τη ρύθμιση του σακχάρου

Για να διερευνηθεί αν υπάρχει σχέση μεταξύ του επιπέδου μόρφωσης και της ρύθμισης του σακχάρου χρησιμοποιήσαμε το συντελεστή γραμμικής συσχέτισης Spearman's rho, ο οποίος κατέδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο μόρφωσης και τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη ($rho = -0,67$, $p < 0,001$). Αναλυτικότερα κατέδειξε ότι όσο πιο υψηλό το επίπεδο της μόρφωσης του ασθενούς με διαβήτη τόσο καλύτερα ρυθμίζει το σάκχαρό του και το αντίθετο. (Πίνακας 9)

Πίνακας 9. Συσχετίσεις ανάμεσα στο επίπεδο μόρφωσης και τη ρύθμιση του σακχάρου.

	Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη	p
Επίπεδο μόρφωσης	-0,67	0,000**

**p<0,001

Σχέση ανάμεσα στα χρόνια της ασθένειας του διαβήτη τύπου II και τη ρύθμιση του σακχάρου.

Για τον έλεγχο της ύπαρξης της σχέσης ανάμεσα σε δύο ποσοτικές μεταβλητές (χρόνια ασθένειας-γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη) υπολογίστηκε ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης *Spearman rho*, ο οποίος δεν έδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο αυτές ποσοτικές μεταβλητές ($rho=0,216$, $p>0,05$). Αναλυτικότερα έδειξε ότι τα χρόνια της ασθένειας δεν επηρεάζουν το διαβήτη, δηλαδή είτε κάποιος έχει διαβήτη πολλά χρόνια είτε μόλις τον απέκτησε έχει τις ίδιες πιθανότητες να ρυθμίσει το σάκχαρό του. (Πίνακας 10)

Πίνακας 10. Συσχετίσεις ανάμεσα στα χρόνια ασθένειας και τη ρύθμιση του σακχάρου.

	Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη	p
Χρόνια ασθένειας * $p>0,05$	0,216	0,13(ns)

Σχέση ανάμεσα στα χρόνια της ασθένειας του διαβήτη τύπου II και τη συναισθηματική νοημοσύνη και έκφραση συναισθημάτων στην οικογένεια.

Για τον έλεγχο της ύπαρξης της σχέσης ανάμεσα στις μεταβλητές (χρόνια ασθένειας-συναισθηματική νοημοσύνη έκφραση) υπολογίστηκε ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης *Spearman rho*, ο οποίος δεν έδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο αυτές μεταβλητές. Αναλυτικότερα έδειξε ότι τα χρόνια της ασθένειας δεν επηρεάζουν τη συναισθηματική νοημοσύνη και έκφραση, δηλαδή είτε κάποιος έχει διαβήτη πολλά χρόνια είτε μόλις τον απέκτησε παρουσιάζει την ίδια

συχνότητα θετικής και αρνητικής εκφραστικότητας και την ίδια συναισθηματική νοημοσύνη.(πίνακας 11)

Πίνακας 11. *Συσχετίσεις ανάμεσα στη συναισθηματική νοημοσύνη και την έκφραση συναισθημάτων στην οικογένεια με τα χρόνια ασθένειας.*

Συναισθηματική νοημοσύνη και έκφραση	Χρόνια ασθένειας	p
Θετική έκφραση συναισθημάτων στην οικογένεια	0,03	0,82(ns)
Αρνητική έκφραση συναισθημάτων στην οικογένεια	0,05	0,76(ns)
Κατανόηση των συναισθημάτων μου	-0,05	0,75(ns)
Κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων	-0,06	0,27(ns)
Διαχείριση των συναισθημάτων μου	-0,04	0,79(ns)
Έλεγχος των συναισθημάτων μου	-0,06	0,67(ns)

Κεφάλαιο 5: Σχολιασμός Αποτελεσμάτων

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να εξεταστεί η σχέση ανάμεσα στη συχνότητα έκφρασης συναισθημάτων στην οικογένεια και της συναισθηματικής νοημοσύνης με το σακχαρώδη διαβήτη.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι διαβητικοί ασθενείς παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό έκφραση αρνητικών συναισθημάτων στην οικογένεια σε σχέση με τα υγιή άτομα και τείνουν επίσης να έχουν σε μικρότερη συχνότητα έκφραση θετικών συναισθημάτων στην οικογένεια σε σχέση με τα υγιή άτομα. Αυτό το επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα μιας μελέτης (Peyrot & Rubin, 1997 στο Snoek, 2000), τα οποία έδειξαν ότι τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη είναι πιθανόν να εμφανίζουν αρνητικές συναισθηματικές συμπεριφορές όπως αγχώδεις διαταραχές, το ίδιο συχνά με την κατάθλιψη και σε πολύ υψηλότερες συχνότητες απ' ότι τα άτομα που δεν

πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. Επιπρόσθετα σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Γαλλία (Mosnier-Pudar et al., 2009) σε 14.201 άτομα ηλικίας 45 ετών και άνω με διαβήτη τύπου 2 σχετικά με το πώς εκλαμβάνουν την ασθένειά τους βρέθηκε ότι το 30% νιώθουν άγχος , το 13% νιώθει φόβο, το 4% θυμό και το 12% νιώθει αδικία αρνητικά συναισθήματα που παρουσιάζονται σε πολύ μικρότερο ποσοστό στον υγιή πληθυσμό.

Ένα άλλο εύρημα της παρούσας έρευνας είναι ότι οι διαβητικοί ασθενείς τείνουν να κατανοούν σε μικρότερο βαθμό τα συναισθήματα τόσο του εαυτού τους όσο και των άλλων σε σχέση με τα υγιή άτομα και επιπλέον αξίζει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς με διαβήτη έχουν την τάση να ελέγχουν σε μικρότερο βαθμό τα αρνητικά τους συναισθήματα σε σχέση με τα υγιή. Δεν βρέθηκε όμως στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους διαβητικούς και τα υγιή άτομα στη διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων.

Στην έρευνα αυτή διερευνήθηκε επίσης τη σχέση φύλου και συναισθηματικής νοημοσύνης και διαπιστώθηκε ότι δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα στην έκφραση των αρνητικών και θετικών συναισθημάτων καθώς επίσης και στην κατανόηση των συναισθημάτων του εαυτού , στην κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων και στον έλεγχο των συναισθημάτων. Βρέθηκε μόνο οριακή στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα στη διαχείριση των συναισθημάτων. Συγκεκριμένα διαπιστώθηκε ότι οι άντρες τείνουν να διαχειρίζονται καλύτερα τα συναισθήματά τους σε σχέση με τις γυναίκες. Το εύρημα αυτό ταυτίζεται σε ένα βαθμό με τα ευρήματα των Bar-On (2000) και των Boyatzis & Sala (2004) όπου βρήκαν ότι οι άντρες είναι πιο καλοί στη διαχείριση των συναισθημάτων, όπως το άγχος και προσαρμόζονται καλύτερα στις νέες συνθήκες. Βέβαια οι τελευταίοι διαπίστωσαν και ότι οι άντρες τείνουν να είναι πιο θετικοί και

αισιόδοξοι από τις γυναίκες ενώ οι γυναίκες υπερέχουν στην αναγνώριση και την κατανόηση των συναισθημάτων , ευρήματα που δεν διαπιστώθηκαν με την παρούσα έρευνα. Αντίθετα άλλες έρευνες (Mayer et al., 1999; Petrides & Furnham, 2000) δε συμφωνούν με τα παραπάνω ευρήματα , καθώς έδειξαν ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ φύλων στη συνολική αντιληπτική συναισθηματική νοημοσύνη.

Ακόμη διερευνήθηκε η σχέση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο και τη συναισθηματική νοημοσύνη και διαπιστώθηκε ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και συναισθηματικής νοημοσύνης. Αναλυτικότερα βρέθηκε ότι όσοι έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο τείνουν να εκφράζουν πιο συχνά θετικά συναισθήματα σε σχέση με αυτούς που έχουν χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης, ενώ όσο πιο χαμηλό το μορφωτικό επίπεδο τόσο πιο συχνή η έκφραση αρνητικών συναισθημάτων. Επίσης είναι άξιο λόγου ότι βρέθηκε ότι όσο πιο υψηλό το επίπεδο μόρφωσης τόσο πιο καλύτερη είναι η κατανόηση των συναισθημάτων του εαυτού και των άλλων καθώς επίσης και ο έλεγχος και η διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων σε σχέση με τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Αυτό επιβεβαιώνεται και από την έρευνα του Goleman (1998) που κατέδειξε ότι οι εργαζόμενοι οι οποίοι είχαν αποκτήσει κάποιου είδους μόρφωσης έδειχναν να διαχειρίζονται καλύτερα και ευκολότερα τα συναισθήματά τους σε σχέση με τους εργαζόμενους που δεν είχαν μορφωθεί. Αντίθετα σε έρευνα που έκαναν οι Ματσκοπούλου & Ψυχή (2010) βρήκαν ότι το μορφωτικό επίπεδο δε σχετίζεται με την εκδήλωση θετικών και αρνητικών συναισθημάτων.

Επιπλέον στην παρούσα έρευνα επιδιώχθηκε η διερεύνηση της σχέσης της συναισθηματικής νοημοσύνης και της έκφρασης των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων με τη ρύθμιση του διαβήτη και διαπιστώθηκε ότι όσο συχνότερη

είναι η έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων τόσο χειρότερη είναι η ρύθμιση του διαβήτη. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην έκφραση θετικών συναισθημάτων στην οικογένεια και στη ρύθμιση του διαβήτη. Τέλος τα άτομα που κατανοούν καλύτερα τα συναισθήματα του εαυτού τους και των άλλων καθώς και είναι σε θέση να διαχειρίζονται και να ελέγχουν καλύτερα τα αρνητικά συναισθήματά τους τείνουν να ρυθμίζουν καλύτερα το διαβήτη τους .

Ένα άλλο εύρημα της έρευνας μας που είναι άξιο συζήτησης είναι η σχέση του επιπέδου μόρφωσης με το σακχαρώδη διαβήτη. Συγκεκριμένα διαπιστώθηκε ότι όσο πιο υψηλό το επίπεδο μόρφωσης τόσο καλύτερα ρυθμίζεται ο διαβήτης, ενώ αντίστοιχα το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται με την κακή ρύθμιση του σακχάρου. Σε αντίθεση με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας έρχεται η έρευνα των Goudswaard, Stolk, Zuithoff & Rutten (2004) όπου βρήκαν ότι το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης δεν σχετίζεται με το χαμηλό γλυκαιμικό έλεγχο.

Επιπρόσθετα με τα παραπάνω διερευνήθηκε η σχέση φύλου και της ρύθμισης του διαβήτη και βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα και αναλυτικότερα διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες τείνουν να ρυθμίζουν καλύτερα το σάκχαρό τους σε σχέση με τους άντρες. Αντίθετα οι Blaum, Velez, Hiss & Haller (1997) σε έρευνά τους βρήκαν ότι το φύλο δε σχετίζεται με το γλυκαιμικό έλεγχο.

Τέλος αξίζει να σημειώσουμε την διερεύνηση τη σχέσης ανάμεσα στα χρόνια της ασθένειας και στη ρύθμιση του διαβήτη και στα χρόνια της ασθένειας και τη συναισθηματική νοημοσύνη. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Τα χρόνια της ασθένειας δεν επηρεάζουν το διαβήτη, δηλαδή είτε κάποιος έχει διαβήτη πολλά χρόνια είτε μόλις τον απέκτησε έχει τις ίδιες πιθανότητες να ρυθμίσει το διαβήτη του αλλά και τα χρόνια της ασθένειας δεν επηρεάζουν τη συναισθηματική νοημοσύνη των υποκειμένων.

Όπως όμως και σε οποιαδήποτε ερευνητική μελέτη, υπάρχουν κι εδώ περιορισμοί οι οποίοι έχουν επιπτώσεις στα γενικά συμπεράσματα των αποτελεσμάτων μας, δηλαδή στη γενίκευσή τους. Πρώτα απ' όλα το δείγμα μας ήταν μικρό και μη αντιπροσωπευτικό, δεδομένου ότι διενεργήθηκε μόνο σε ένα νοσοκομείο της Αττικής και δεν μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι εκπληρώνεται η προϋπόθεση της τυχαίας δειγματοληψίας. Επιπρόσθετα ο δεύτερος περιορισμός της έρευνας μας έχει να κάνει με το θέμα της προκατάληψης των υποκειμένων μας. Όπως όλες οι έρευνες που στηρίζονται σε ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς δεν θα μπορούσε κι αυτή να έχει αποφύγει τις αποκλίσεις από την πραγματικότητα που οφείλονται στη συνειδητή ή μη πρόθεση των συμμετεχόντων να εξωραΐζουν την εικόνα που δίνουν με τις απαντήσεις τους. Έτσι είναι πιθανόν να έχουν απαντήσει θετικότερα έτσι ώστε να παρουσιάσουν την εικόνα του εαυτού τους με ένα πιο κοινωνικά επιθυμητό τρόπο. Τέλος, η έρευνα στηρίχτηκε μόνο σε ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς που δεν αποτελούν ασφαλή τρόπο συλλογής δεδομένων. Θα έπρεπε να χρησιμοποιηθούν συνδυαστικά ετεροαναφορές ή τεστ αντικειμενικής μέτρησης.

Επιλογικά, αξίζει να αναφέρουμε ότι τα τελευταία χρόνια οι ερευνητές έχουν εστιάσει το ενδιαφέρον τους στο ρόλο που διαδραματίζει η συναισθηματική νοημοσύνη των ατόμων στους διάφορους τομείς της ζωής τους (Cooper & Sawaf, 1997; Weisinger, 1997), στις σχέσεις τους με τους γονείς (Gottman, Katz & Hooven, 1997; Shaprio, 1997), στην αυτοβελτίωσή τους (Segal, 1997; Steiner & Perry, 1997), στην επιχειρησιακή διαχείριση, ηγεσία και οργανωτική τους συμπεριφορά (Abraham, 1999), στην απόδοση εργασίας και στην ικανοποίηση από την εργασία (Wong & Law, 2002; Mayer et al., 2008) και στις ακαδημαϊκές επιδόσεις και τη συμπεριφορά στο σχολείο (Salovey & Sluter, 1997; Reiff, Hatzes, Bramel & Gibbon, 2001; Jaeger,

2003; Parker, Summerfeldt, Hogan & Majeski, 2004; Petrides et al., 2004; Mayer, Roberts & Barsade, 2008).

Πολύ λίγες όμως έρευνες που σχετίζονται με τη συναισθηματική νοημοσύνη έχουν επικεντρωθεί στον κλινικό τομέα. Πρέπει λοιπόν, να τονιστεί η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα στον τομέα της υγείας. Ενδιαφέρον ιδιαίτερα θα ήταν να διερευνηθεί η σχέση της σκλήρυνσης κατά πλάκας ή του καρκίνου με τη συναισθηματική νοημοσύνη. Επίσης πάρα πολύ μικρό είναι το ποσοστό των ερευνών που έχουν γίνει στον τομέα της υγείας σε σχέση με τη συναισθηματική νοημοσύνη στην παιδική ηλικία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να αναδειχθεί η πιθανή σχέση της συναισθηματικής νοημοσύνης και της έκφρασης αρνητικών και θετικών συναισθημάτων μέσα στην οικογένεια με το σακχαρώδη διαβήτη τύπου II. Για το σκοπό αυτό διεξήχθη μια μελέτη σε 50 ενήλικες διαβητικούς ασθενείς και 51 υγιείς που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Οι διαβητικοί ασθενείς παρακολουθούνταν στο διαβητολογικό ιατρείο του νοσοκομείου «Σωτηρία». Χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς που αξιολογούν τα μέρη της συναισθηματικής νοημοσύνης και τη συχνότητα έκφρασης αρνητικών και θετικών συναισθημάτων στην οικογένεια το Self- Expressiveness in the Family Questionnaire (SEFQ) της Halberstadt(1995) μεταφρασμένο στα ελληνικά και η ελληνική εκδοχή της κλίμακας συναισθηματικής νοημοσύνης (Wong & Low Emotional scale,2002 ,Kafetsios & Zampetakis,2008).

Η έρευνα έδειξε ότι η συναισθηματική νοημοσύνη και η έκφραση αρνητικών συναισθημάτων στην οικογένεια σχετίζεται ισχυρά με τη ρύθμιση του σακχάρου των διαβητικών ασθενών.

Παράλληλα στα πλαίσια της παρούσας έρευνας διαπιστώθηκαν τα παρακάτω:

1. Οι διαβητικοί παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό αρνητικά συναισθήματα και τείνουν να έχουν σε μικρότερη συχνότητα θετικά συναισθήματα σε σχέση με τα υγιή άτομα.
2. Οι άντρες είναι πιο καλοί στη διαχείριση των συναισθημάτων ενώ οι γυναίκες τείνουν να ρυθμίζουν καλύτερα το διαβήτη τους σε σχέση με τους άντρες.
3. Το επίπεδο μόρφωσης σχετίζεται τόσο με τη συναισθηματική νοημοσύνη όσο και με τη ρύθμιση του σακχάρου.

4. Δε βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα χρόνια της ασθένειας και τη ρύθμιση του διαβήτη καθώς καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση δε διαπιστώθηκε και ανάμεσα στα χρόνια της ασθένειας και τη συναισθηματική νοημοσύνη.

ABSTRACT

The purpose of this study was to examine the possible relationship of emotional intelligence and expression of negative and positive emotions in the family with type II diabetes . The study was conducted in 50 diabetic adults (who are monitored in “Sotiria Hospital”) and 51 healthy adults who were the control group. Two self- report questionnaires which assess components of trait emotional intelligence were given to all subjects. Self- Expressiveness in the Family Questionnaire, Halberstadt,(1995) and Wong & Low Emotional scale, (2002), Kafetsios & Zampetakis,(2008).

The research indicated, as hypothesized ,that emotional intelligence and the expression of negative emotions are highly correlated with glycemic control in diabetics.

Furthermore, this study showed the following:

1. The diabetics are more susceptible to negative emotions and tend to have positive emotions less frequently than healthy people.
2. The men are more capable of managing their feelings successfully when women tend to preserve a better glycemic control.
3. The educational level is associated with both emotional intelligence and the management of diabetes.
4. No statistically significant correlation was found between years of disease and glycemic control and between years of disease and emotional intelligence.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aalto, A.M., Aro, A.R., & Uutela, A.(1997). Health related quality of life among insulin-dependent diabetics: disease-related and psychosocial correlates. *Patient Education and Counseling*, 30, 215-225.

Abraham, R. (1999). Emotional Intelligence in organizations: a conceptualization. *Genetic , Social & General Psychology Monographs*, 125(2), 209-224.

Anderson ,R., Freedland, K., Clouse, R., & Lustman, P.(2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 24, 1069-1078.

Antonakis, J. (2004). On why “emotional intelligence” will not predict leadership effectiveness beyond IQ or the “big five”: An extension and rejoinder. *Organizational Analysis*, 12(2), 171-182.

Αλεβίζος, Μ., Καλαμπαλικά , Δ., Ανεμίδου,Α., & Τσουρουκτσόγλου, Γ.(1988). Αρχικά συμπτώματα διαβήτη σε 418 ασθενείς. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 105-109.

Ashkanasy, N.M., & Daus. C.S. (2005). Rumors of the death of emotional intelligence in organizational behavior are vastly exaggerated. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 441-452.

Bar-On ,R. (1997). The emotional Quotient Inventory (EQ-i): Technical Manual. Toronto. Multi-Health Systems.

Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the emotional Quotient Inventory. In R. Bar-On & J.D.A Parker (Eds). *The Handbook of Emotional Intelligence*, 363-388. San Francisco: John Willey & Sons, Inc.

Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional- social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 1-25.

Brackett, M.A., & Geher, G. (2006). Measuring emotional intelligence: Paradigmatic diversity and common ground. In J. Ciarrochi, J. P. Forgas & J. D. Mayer (Eds). *Emotional Intelligence in Eneyday Life* ,27-50. New York, NY: Psychology Press.

Brown, G.C., Brown , M . M., Sharma,S., Brown, H., Gozum ,M., & Denton, P. (2000). Quality of life associated with Diabetes mellitus in an adult population. *Diabetes Complications*, 14, 18-24.

Boulton , A.J. (1998). Guidelines of diagnosis and outpatient management of diabetic peripheral neuropathy. European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Metabolism*, 24(3), 55-65.

Boyatzis, R.E., Goleman, D., Rhee, K.S.(2000). Clustering competence in emotional intelligence. In R. Bar-On & J.D Parker (Eds), *The Handbook of Emotional Intelligence*, 343-362. San Francisco: John Willey & Sons. Inc.

Ciarrochi, J. V., Chan, A. Y. C., & Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28, 539-561.

Ciarrochi, J., & Mayer, J. D. (Eds). (2007). *Applying Emotional Intelligence: A Practitioner's Guide*. Philadelphia. PA: Psychology Press.

Clark, M., Hampson, S., Avery, L., & Simpson, R. (2004). Effects of a tailored lifestyle management interpretation in parents with type 2 diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 9, 365-379.

Collazo, M. (2001). Διαβήτης- Mayo Clinic. Εκδόσεις Μοντέρνοι Καιροί, Αθήνα.

Conte, J. M., & Dean, M. A. (2006). Can emotional intelligence be measured? In K.R Murphy (Ed). *A Critique of Emotional Intelligence: What are the problems and How Can They Be Fixed?* (p.p 59-77). Mahweh, N J: Erlbaum.

Cooper, R. K., & Sawaf, A. (1997). *Executive EQ: Emotional Intelligence in Leadership and organizations*. New York: Crosset/ Putrium

Cooper, R. K. (1996/1997). *EQ Map*. San Francisco. AIT and Essi Systems.

Cooper, R. K., & Orioli, A. (2005). *Executive EQ. Emotional Intelligence in Leadership and Organizations*. New York: Perigee Book.

Cornwell, M., & Lepre, F. (1995). Acute irreversible cataracts in diabetes mellitus. *Aust NZJ Ophthalmol*, 23, 221-222

Costarelli, V., Demerzi, M., & Stamou, D. (2009). Disordered eating attitudes in relation to body image and emotional intelligence in young women. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 22, 239-245.

Davies, M., Stancov, L., & Roberts, R. P. (1998). Emotional intelligence: In search of an elusive construct. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 989-1015.

Δούραλη, Μ. (2003). Ο Διαβήτης και η ψυχολογία του ασθενούς με χρόνια νόσημα, τα συναισθήματα που δημιουργούνται σε άτομα που ανακαλύπτουν ότι πάσχουν από χρόνια ασθένεια. *Διαβητολογικά Νέα*, 21, 20-24.

Emmerling, R. J., & Goleman, D. (2003). Emotional Intelligence : Issues and common misunderstandings. *Issues and Recent Developments in Emotional Intelligence*, 1, 1.

Gardner, H. (1983). *Frames of Mind*. New York : Basic Books.

Gatz, M., Hurwicz, M. (1990). Are old people more depressed? Cross- sectional data on Center for Epidemiological Studies Depression Scale factors. *Psychology and Aging*, 5, 284-290.

Goleman, D. (1995). *Η συναισθηματική νοημοσύνη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Goleman, D. (1998). *Η συναισθηματική νοημοσύνη στο χώρο της εργασίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Goleman, D. (2001). An EI-based theory of performance. In D. Goleman & Cherniss (Eds.), *The Emotionally Intelligent Workplace: How to Select for, Measure and Improve Emotional Intelligence in Individuals, Groups and Organizations*, 27-44. San Francisco, CA: Jossey- Bass.

Gottman, J.M ., Katz, L. F. & Hoover, C., (1997). *Meta- emotion. How families communicate emotionally*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Goudswaard, A. N., Stolk, R. P, Zuithoff, P., & Rutten, G. (2004). Patients characteristics do not predict poor glycemic control in type 2 diabetes patients treated in primary care. *European Journal of epidemiology*.

Haffey, K. E. (2006). The relationship between emotional intelligence and psychological adjustment in children with cancer. Διδακτορική διατριβή.

Harris, M.D. (2003). Psychosocial aspects of diabetes with an emphasis on depression. *Current Diabetes Reports*, 13, 49-55.

Hofeldt, F. D. (1989). Reactive hypoglycemia. *Endocrinal Metabolism North Am*, 18, 185-201

Hod, M., Rabinerson, D., & Peled, Y.(1995). Gestatinal Diabetes. Is it a clinical entity? *Diabetes Reviews*, 3, 602-612.

Issa, B. A., & Baiyewu, O. (2006). Quality of life of parents with diabetes mellitus in a Nigerian teaching hospital. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 16, 27-33.

Jacobson, D. M, Mc Canna, T. D., & Layde P. M. (1994). Risk factors for ischemic ocular motor nerve palcies. *Arch Ophthalmol*, 112, 961-966.

Jacobson, A. M, De Groot, M., & Samson, J. A. (1997). The effects of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus. *Quality of Life Research*, 6, 11-20.

Jaeger, A. J. (2003). Job competencies and the curriculum: An inquiry into emotional intelligence in graduate professional education. *Research in Higher Education*, 44(6), 615-639.

Jordan, P. J., Ashkanasy, N. M & Daus, C. S. (2008). Emotional Intelligence: Rhetoric or Reality? In S. Cartwright & C. L Cooper (Eds). *The Oxford Handbook of Personnel Psychology*, 37-58. Oxford, Uk: Oxford University Press.

Καραμήτσος, Δ. (1987). *Σακχαρώδης Διαβήτης από τη θεωρία στην πράξη*. Θεσ/νικη: Εκδόσεις Σιώκη.

Κελλαρτζής, Δ., Καραμήτσος, Δ., Μαμόπουλος, Μ., & Μανταλενάκης, Σ. (1986). Η δοκιμασία ανοχής γλυκόζης για την έγκαιρη διάγνωση διαβήτη κύησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 3, 137-141.

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2003). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων-αναπτυξιακή προσέγγιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.

Κατσιλάμπρος, Ν., & Τσιγκος, Κ. (2003). *Παχυσαρκία. Πρόληψη και η αντιμετώπιση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καραμήτσος, Δ. (2008). *Διαβητολογία: Θεωρία και πρακτική στην αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη*. Θεσ/νικη: Εκδόσεις Σιώκη

Καλιφρονάς, Μ. (2004). Διαβήτης και ψυχολογική δυσφορία ή επηρεάζει η ψυχολογική ένταση τη ρύθμιση του διαβήτη. *Διαβητολογικά Νέα*, 27, 14-18.

Kiamarsi, A., & Abolghasemi, A. (2010). Emotional intelligence and frustration : predictors of quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*, 5, 827-831.

Kravvariti, E., Maridaki- Kassotaki, K & Kravvaritis, E .(2009). Emotional Intelligence and Coronary heart disease: How close is the link?. *Global Journal of health Science* 1(2).

Kafetsios , K., & Zampetakis, L. (2008). Emotional Intelligence and job satisfaction: Testing the mediatory role of Positive and negative affect at work. *Personality and Individual Differences*, 44, 710-720.

Laffel, L., Connell, A., Vangsness, L., Goebel- Fabbri, A., Mansfield, A., & Anderson, B. (2003). General Quality of life in Youth with type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 26, 3067-3073.

Lloud, C. E., Wing, R.R., Orchard T. J., Becker, D. J. (1993). Psychosocial correlates of glycemic control : the Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications (EDC) study. *Diabetes Res Clin Pract*, 21, 187-195.

Lustman, P.J., Griffith, L. S., & Clouse, R. E. (1996). Recognizing and managing depression in patients with diabetes. In Anderson B. J., Rubin, R. R. (eds) *Practical Psychology for diabetes Clinicians: How to deal with key Behavioral Issues Faced by Patiens and Health Care Teams. American Diabetes Association*, 143-154.

Lustman, P. J., Clouse, R.E., Alrakawi, A., et al. (1997). Treatment of major depression in adults with diabetes: a primary care perspective. *Clinical Diabetes*, 15, 122-126.

Mayer, J. D., & Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17(4), 433-442.

Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298.

Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D.R. (2004). Emotional Intelligence: Theory, Findings and Implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197- 215.

Mayer, J. D., Roberts, R.D., & Barsade, S. G. (2008). Human abilities: Emotional Intelligence. *Annual Review of Psychology*, 59, 507- 536.

Mishra, V. N., & Mansharmani, G. G(1989). Diabetes mellitus in geriatric females. *Indian Medical Association*, 87, 138-139.

Molbak, A. G., Christau, B., Marner, B., Borch- Johnsen, K., & Nerup, J. (1994). Incidence of insulin- dependent diabetes mellitus in age groups over 30 years in Denmark. *Diabetic medicine*, 11, 650-655.

Mosnier- Pudar, H., Hochberg, G., Eschwege, E., Virally, M.L., Halimi, S., Guillausseau, P. J ., Peixoto, O., Touboul, C., Dubois, C., Dejager, S. (2009). How do patients perceive their disease? *Diabetes Metabolism*, 35 (3), 220-227.

Moss, F. A., Hunt, T., Omwake, K.T., & Ronning, M. M. (1927). *Social Intelligence Test*. Washington, DC : Center for Psychological Service.

Μουτσόπουλος, Χ. (2005). *Παθολογία*. Τόμος Β΄. Αθήνα: Εκδόσεις Λίτσας.

Μπρίνια, Β. (2008). *Management & Συναισθηματική Νοημοσύνη*. Αθήνα: Εκδόσεις Σταμούλη.

Orioli, E. M. (2000). *Leader know thyself*: Measuring and developing leadership using the EQ-Map. Workshop presentation at Linkage Emotional Intelligence Conference, Chicago.

Παπαβραμίδης, Σ. (2002). *Παχυσαρκία. Θεωρία και Πράξη*. Θεσ/νικη: Εκδόσεις Σιώκη.

Παπάζογλου, Ν., Μανές, Χ., & Κυρκούδης, Α. (1995). Επιδημιολογία του Σακχαρώδη Διαβήτη στην Ελλάδα. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 8(2), 126-131.

Παπαναστασίου, Κ. & Παπαναστασίου, Ε. (2005). Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας. Λευκωσία :Αυτοέκδοση

Parker, D. A, Summerfeldt, L.J., Hogan, M. J., & Majeski, S.A. (2004). Emotional intelligence and academic success: Examining the transition from high school to university. *Personality and Individual Differences*, 36, 163-172.

Perez, J. C., Petrides, K. V., & Furnham, A. (2005). Measuring trait emotional intelligence. In R. Schulze & R. D. Roberts (Eds), *International Handbook of Emotional Intelligence*, 123-143. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.

Peyrot, M., Rubin, R. R. (1997). Levels and risk of depression and anxiety. Symptomatology among diabetic adults. *Diabetic Care*, 20, 585-590.

Petrides, K.V., & Furnham, A. (2000). Gender differences in measured and self-estimated trait emotional intelligence. *Sex Roles*, 42, 449-461.

Petrides, K.V., & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15, 425-448.

Petrides, K.V., & Furnham, A. (2003). Trait emotional intelligence: Behavioral validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood instruction. *European Journal of Personality*, 17, 39-57.

Petrides, K.V., Furnham, A., & Frederickson, N. (2004). The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school. *Personality and Individual Differences*, 36, 277- 293.

Petrides, K.V., Furnham, A., & Frederickson, N. (2004b). Emotional Intelligence. *The Psychologist*, 17, 574-577.

Petrides, K. V., Furnham, A., & Frederickson, N. (2007). The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior of school. *Journal of Organizational Behavior*, 28, 399-421.

Πήτα, Ρ., Γρηγοριάδου, Ε., Ελευθερίου, Ν., Κουβάτσου, Ζ., & Καραμήτσος, Δ.
(2006). Ποιότητα ζωής και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1. *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά*, 19, 282-294.

Phillips, P. (2005). Type 2 Diabetes – failure, blame and guilt in the adoption of insulin therapy. *Rev Diabet Stud* , 2(1), 35-39.

Πλατσίδου, Μ. (2004). Συναισθηματική νοημοσύνη: Σύγχρονες Προσεγγίσεις μιας παλιάς έννοιας. *Επιστήμες Αγωγής*, 1, 27-39.

Pompili, M., Lester, D, Innamorati, M., Amore, M., Ferrara, C., Tatarelli, R., & Girardi, P. (2009). Quality of Life and Suicide Risk in Patients with Diabetes mellitus. *Psychosomatics*, 50(1), 16-23.

Reiff, H.B., Hatzes, N. M., Bramel, M.H., & Gibbon, T. (2001). The relation of LD and gender with emotional intelligence in college students. *Journal of Learning Disabilities* , 34, 66-78.

Rose , M., Fliege, H., Hildebrandt, M., Schirop, T., & Klapp, B.(2003). The network of Psychological Variables in Patients with Diabetes and Their Importance for Quality of Life and Metabolic Control. *Diabetes Care*, 25, 35-42.

Ruhnau, B., Faber, O.K., Borch- Johnsen, K., & Thorsteinsson, B.(1997). Renal threshold for glucose in non- insulin- dependent diabetic patients. *Diabetes Res Clin Pract*, 36, 27-33

Salovey, P., & Mayer, J. D . (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S.L., Turvey, C., Palfai, T.P. (1995). Emotional attention, clarity and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta Mood Scale. In J.W. Pennebaker (Ed), *Emotion Disclosure and Health*, 125-151. Washington: American Psychological Association.

Salovey, P., & Sluyter, D. (Eds). (1997). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators*. New York: Basic Books.

Segal, J. (1997). *Rousing your emotional intelligence: A practical guide*. New York: Owl Books.

Snoek, F., & Skinner, C. (2000). Διαβήτης: Ψυχολογία και φροντίδα. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου

Surwit.R, Van Tilburg.M., Zucker, N., Mc Caskill. G, Perekh P., Feing. M., Edwards. C., Williams, Lane. J. (2002). Stress management improves long-term glyceimic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25 (1), 30-34.

Taylor, S. E.(1991). Management of Chronic Illness. *Health Psychology*, 12, 367-398.

Thorndike, E. L. (1920). Intelligence and its uses. *Harper's Magazine*, 140, 227-235.

Τσάντας, Χ., Μουσιάδης, Χ., Μπαγιάτης, Ν., Χατζηπαντελής, Θ. (1999). Ανάλυση δεδομένων με τη βοήθεια στατιστικών πακέτων. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ζήτη.

Vernon, P. E. (1993). Some characteristics of the good judge of personality. *Journal of Social Psychology*, 5, 42-57.

Who(2008) Definition of diabetes. <http://www.who.org>

Walker, M., & Turnbull, D. M.(1997). Mitochondrial related diabetes : a clinical respective. *Diabetic Medicine*, 14, 1007-1009.

Wing, R. R., Blair, E. H., Bononi, P., Marcus, M. D., Watanade, R., Bergman, R.N. (1994). Caloric restriction perse is a significant factor in improvements in glyceimic control and insulin sensitivity during weight loss in diabetic patients. *Diabetes Care*, 17, 30-36.

Watkins, P. J., & Thomas, P. K. (1998). Diabetes mellitus and the nervous system. *Neurol Neurosurg Psychiatry*, 65, 620-632.

Warwick, J., & Nettelbeck, T.(2004).Emotional Intelligence is ...?. *Personality and Individual Differences*, 37, 1091-1100.

Wong, C. S., & Law, K. S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence of performance and attitude: An exploratory study, *The Leadership Quarterly*, 13, 243- 274.

Young, B., & Dean, J. D. (2006). Navigating services for people with diabetes through the storms of health- care policy development. *Journal compilation Diabetes UK. Diabetic Medicine*, 23, 1277-1280.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
Τμήμα Οικιακής Οικονομίας & Οικολογία
ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ 70, 176 71 ΑΘΗΝΑ

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν απαιτεί την καταχώρηση προσωπικών σας στοιχείων, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Η αφιέρωση λίγου από το χρόνο σας για τη συμπλήρωση του παρόντος ερωτηματολογίου αποτελεί ουσιαστική συμβολή στην έρευνα με τίτλο: «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ ΙΙ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ».

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:.....

ΦΥΛΟ:.....

ΗΛΙΚΙΑ:.....

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:.....

ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ(βάζετε v): ΔΗΜΟΤΙΚΟ.....ΓΥΜΝΑΣΙΟ.....
ΛΥΚΕΙΟ.....ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ....
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ..... ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ.....

ΕΤΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗ:.....

ΕΙΔΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ(βάζετε v): ΦΑΡΜΑΚΑ.....
ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ.....

ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ:.....

ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ(Π.Χ
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ);

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΑΛΛΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ;

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αγαπητή κυρία / αγαπητέ κύριε

Το παρόν ερωτηματολόγιο αφορά στον τρόπο με τον οποίο τα μέλη μιας οικογένειας εκφράζουν τα συναισθήματά τους. Καθώς απαντάς τις ερωτήσεις, σκέψου **πόσο συχνά** εκφράζεσαι ελευθέρα με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας σου, στις ακόλουθες καταστάσεις. Κύκλωσε τον αριθμό εκείνο που ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωση σου. Κατά συνέπεια, εάν δεν εκφράζεις ποτέ ή σπάνια κάποιο συναίσθημα, σημειώνεις το 1, 2, ή 3. Εάν εκφράζεις το συγκεκριμένο συναίσθημα με μέτρια συχνότητα, σημειώνεις το 4, 5, ή 6 και εάν εκφράζεις το συγκεκριμένο συναίσθημα πολύ συχνά, σημειώνεις το 7, 8 ή 9.

Είναι σημαντικό να απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις. Προσπάθησε να απαντάς γρήγορα και με ειλικρίνεια. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	Καθόλου συχνά			Σε μέτριο βαθμό συχνά			Πολύ			
συχνά										

1	Συγχωρώ αυτόν που καταστρέφει ένα αγαπημένο μου αντικείμενο.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	Ευχαριστώ τα μέλη της οικογένειάς μου για κάτι καλό που μου έκαναν.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3	Ενθουσιάζομαι όταν ο καιρός είναι πολύ καλός.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4	Περιφρονώ κάποιον για τις πράξεις του.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5	Δείχνω τη δυσαρέσκειά μου για τη συμπεριφορά κάποιου.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6	Επαινώ τους άλλους όταν είναι συνεπείς με τη δουλειά τους.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7	Θυμώνω με αυτούς που είναι ανεύθυνοι και απρόσεχτοι.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8	Μουτρώνω όταν με αδικούν οι δικό μου.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

9	Κατηγορώ τους άλλους όταν δημιουργούνται προβλήματα στην οικογένεια.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	Βάζω τα κλάματα όταν διαφωνώ με κάποιον.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11	Υποτιμώ τα ενδιαφέροντα των άλλων.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12	Δείχνω την αντιπάθειά μου προς τους ανθρώπους.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13	Ζητώ επιβεβαίωση για τις πράξεις μου.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14	Δείχνω την αμηχανία μου κάθε φορά που κάνω επιπόλαια λάθη.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15	Καταρρέω όταν βρίσκομαι σε διαρκή ένταση.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16	Δείχνω τη χαρά μου μετά από μια απρόσμενη επιτυχία.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17	Εκφράζω τον ενθουσιασμό μου όταν κάνω σχέδια για το μέλλον.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18	Όταν θαυμάζω κάποιον του δείχνω τον θαυμασμό μου.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19	Εκδηλώνω τον πόνο μου και τη θλίψη μου όταν βλέπω ένα σκοτωμένο ζώο.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20	Απογοητεύομαι όταν κάτι δεν πηγαίνει όπως εγώ το σχεδίασα.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21	Κολακεύω τους άλλους για την εξωτερική τους εμφάνιση.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22	Εκφράζω τη συμπάθεια μου σε κάποιον που αντιμετωπίζει προβλήματα.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23	Εκφράζω βαθιά συναισθήματα και αγάπη στους γύρω μου.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

24	Καυγαδίζω με τα άτομα της οικογένειάς μου.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25	Κλαίω όταν κάποιος αγαπημένος μου πρόσωπο φεύγει μακριά μου.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26	Αγκαλιάζω αυθόρμητα πρόσωπα της οικογένειάς μου.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27	Ο θυμός μου περνάει γρήγορα όταν θυμώνω για κάτι που δεν είναι σημαντικό.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
28	Δεν ενθουσιάζομαι με την επιτυχία άλλων προσώπων της οικογένειάς μου.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
29	Απολογούμαι όταν καθυστερώ στα ραντεβού μου.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
30	Μου αρέσει να εξυπηρετώ τους άλλους.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
31	Χώνομαι στην αγκαλιά των μελών της οικογένειάς μου.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
32	Δείχνω αναστατωμένη/ ος μετά από μια δύσκολη μέρα.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
33	Προσπαθώ να φτιάξω τη διάθεση των άλλων όταν είναι λυπημένοι.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
34	Όταν είμαι λυπημένη/ ος το λέω στους δικούς μου.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
35	Όταν είμαι ευτυχισμένη/ ος το λέω στους δικούς μου.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
36	Απειλώ τους άλλους.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
37	Επικρίνω τους ανθρώπους που αργοπορούν στα ραντεβού τους.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

38	Εκφράζω την ευγνωμοσύνη μου όταν κάποιος με βοηθάει.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
39	Κάνω έκπληξη στους άλλους προσφέροντάς τους κάποιο μικρό δώρο ή ικανοποιώντας κάποια επιθυμία τους.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
40	Ζητώ συγγνώμη όταν κάνω λάθη.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 2 = WONG & LAW EI SCALE

Αγαπητή κυρία / αγαπητέ κύριε

Το παρόν ερωτηματολόγιο αφορά στη μέτρηση της συναισθηματικής σου νοημοσύνης. Καθώς απαντάς τις ερωτήσεις, σκέψου σε πόσο βαθμό ή πόσο συχνά σε αντιπροσωπεύουν οι παρακάτω δηλώσεις. Κύκλωσε τον αριθμό εκείνο που ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωση σου. Κατά συνέπεια, εάν δεν συμφωνείς με κάποια από τις παρακάτω δηλώσεις, σημειώνεις το 1, 2, ή 3. Εάν σε εκφράζει η δήλωση σε μέτριο βαθμό, σημειώνεις το 4, 5, ή 6 και εάν σε εκφράζει η συγκεκριμένη δήλωση σε πολύ μεγάλο βαθμό ή απόλυτα, σημειώνεις το 7, 8 ή 9.

Διαφωνώ Απόλυτα 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7 **Συμφωνώ Απόλυτα**

SEA	1. Τις περισσότερες φορές αντιλαμβάνομαι το λόγο για τον οποίον αισθάνομαι το πώς νιώθω.	1	2	3	4	5	6	7
OAE	2. Πάντα μπορώ να καταλάβω πώς αισθάνονται οι φίλοι μου με βάση τη συμπεριφορά τους.	1	2	3	4	5	6	7
UOE	3. Πάντα θέτω στόχους για τον εαυτό μου και μετά βάζω τα δυνατά μου για να τους πετύχω.	1	2	3	4	5	6	7
ROE	4. Μπορώ με τη λογική να ελέγχω το θυμό μου και να αντιμετωπίζω τις δυσκολίες.	1	2	3	4	5	6	7
SEA	5. Κατανούω καλά τα συναισθήματά μου.	1	2	3	4	5	6	7
OAE	6. Αντιλαμβάνομαι καλά το πώς αισθάνονται οι άλλοι.	1	2	3	4	5	6	7
UOE	7. Πάντα 'λέω στον εαυτό μου' ότι είμαι ένα άξιο και ικανό άτομο.	1	2	3	4	5	6	7
ROE	8. Νομίζω ότι είμαι απόλυτα ικανός στο να ελέγχω τα συναισθήματά μου.	1	2	3	4	5	6	7
SEA	9. Πάντα καταλαβαίνω πώς πραγματικά αισθάνομαι.	1	2	3	4	5	6	7
OAE	10. Συγκινούμαι εύκολα με τη συγκίνηση των άλλων.	1	2	3	4	5	6	7
UOE	11. Είμαι ένα άτομο με ισχυρά κίνητρα.	1	2	3	4	5	6	7
ROE	12. Ηρεμώ γρήγορα, όποτε θυμώνω.	1	2	3	4	5	6	7
SEA	13. Πάντα γνωρίζω αν είμαι χαρούμενος ή όχι.	1	2	3	4	5	6	7
OAE	14. Κατανούω καλά τα συναισθήματα των ανθρώπων που είναι γύρω μου.	1	2	3	4	5	6	7
UOE	15. Πάντα παρακινώ τον εαυτό μου να καταφέρει το καλύτερο.	1	2	3	4	5	6	7
ROE	16. Έχω καλό έλεγχο των συναισθημάτων μου.	1	2	3	4	5	6	7

Ευχαριστούμε πολύ για τον χρόνο που διέθεσες!