



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση διαστάσεων δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς σε
πληθυσμό στρατευσίμων.

Θεοφανία Ι. Κολιώνη

Επιβλέπων

Γρηγόριος Βασιλαματζής, Καθηγητής

ΑΘΗΝΑ

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2017

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση διαστάσεων δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς σε πληθυσμό
στρατευσίμων.

Θεοφανία Ι. Κολιώνη

A.M.: 2014744

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ

Γρηγόριος Βασλαματζής, Καθηγητής

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Γρηγόριος Βασλαματζής, Καθηγητής
Κοκκώση Μαρία, Επίκουρη Καθηγήτρια
Καραμανωλάκη Χαρά, Ψυχίατρος επί θητεία

Φεβρουάριος 2017

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει παράγοντες που συσχετίζονται με την εκδήλωση δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών σε πληθυσμό στρατευσίμων. Η έρευνα είναι συγχρονική και η μεθοδολογία της περιλαμβάνει συλλογή στοιχείων από βιβλιογραφική ανασκόπηση συναφών ερευνών σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων καθώς και συλλογή πληροφοριών μέσω των ερωτηματολογίων της Γενικής Υγείας, Κινδύνου Αυτοκτονίας και Διαπροσωπικών προβλημάτων. Η κατάσταση στο στράτευμα αποτελεί ιδιαίτερα ψυχοπιεστική συνθήκη διότι οι νεοσύλλεκτοι με την είσοδό τους στο στρατό αποκόπτονται αιφνίδια από το περιβάλλον της οικογένειας και τον κοινωνικό τους περίγυρο και καλούνται να υιοθετήσουν νέες συνήθειες. Τα πολλαπλά καθήκοντα, η διαρκής εκπαίδευση, η ανοχή στην πίεση για πειθαρχημένη συμπεριφορά, οι στιγμές έντασης με ανωτέρους και συναδέλφους πολλές φορές οδηγούν σε δυσπροσαρμοστικές εκδηλώσεις.

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 200 στρατευσίμων σε κέντρα κατάταξης νεοσυλλέκτων φρουράς Ι.Π.Μεσολογγίου και φρουράς Αττικής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μέσος όρος της γενικής υγείας (ψυχολογικής δυσφορίας) ήταν 3,09 ($SD = 4,11$), των Διαπροσωπικών Προβλημάτων 82,14 ($SD = 38,16$) και του Κινδύνου Αυτοκτονίας 1,36 ($SD = 2,05$). Υπολογίστηκαν οι συντελεστές συσχέτισης r του Pearson ανάμεσα στο δείκτη γενικής υγείας (ψυχολογικής δυσφορίας) και τους παράγοντές του, το δείκτη Κινδύνου Αυτοκτονίας και τις διαστάσεις των Διαπροσωπικών Προβλημάτων. Ο δείκτης γενικής υγείας (υψηλότερη ψυχολογική δυσφορία) συσχετίστηκε θετικά με όλους τους δείκτες. Οι υψηλότερες συνάφειες εντοπίστηκαν με όλους τους δείκτες της γενικής υγείας και με το Κίνδυνο Αυτοκτονίας. Αναφορικά με τους δείκτες των Διαπροσωπικών Προβλημάτων παρατηρήθηκαν μέτριου βαθμού συσχετίσεις με τη δεκτικότητα και την αυταπάρνηση.

ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ : Δυσπροσαρμοστία στράτευσης

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ : διαταραχές προσαρμογής νεοσυλλέκτων, άγχος στράτευσης, αυτοκτονικότητα στο στρατό, διαπροσωπικές σχέσεις στρατευσίμων, προβλήματα προσαρμογής στη θητεία.

ABSTRACT

The purpose of this research is to explore factors that affect expression of maladaptive behaviour amongst recruits population. The research itself is cross-sectional and its includes collection of data from related bibliography in electronic databases as well as data from questionnaires using scales of General Health, Suicide Risk and Interpersonal Problems.

Army recruitment is particularly exhausting psychologically since recruits are abruptly detached from their family and social environment and must adapt to new habits upon entering the army. Multitasking, continuous education, pressure for disciplined behaviour, tense moments with superiors and colleagues may lead to maladaptive behaviour.

This survey was conducted on a sample of 200 recruits in recruitment centres of Mesolongi and Athens. Results have shown that the average rate of general health (psychological distress) was 3,09 (SD = 4,11), the profile of interpersonal problems was 82,14, (SD = 38,16) and suicide risk was 1,36 (SD = 2,05). Pearson relevancy indicators "r" were calculated between general health index (psychological distress) and its factors, suicide risk index and dimensions of interpersonal problems profile. General health index (highest psychological distress) was positively correlated with all other indexes. Higher affinities were detected between all general health indexes and suicide risk. Moderate correlation was observed between the index of interpersonal problems and overly accommodating behaviour and self-sacrifice.

SUBJECT AREA: Maladaptive behaviour in recruitment

KEYWORDS: recruits adjustment disorders, recruitment stress, suicidality in army, conscripts interpersonal relationships , maladaptiveness in compulsory military service.

Την παρούσα εργασία αφιερώνω στον σύζυγό μου Γιάννη
για την αμέριστη συμπαράστασή του κατά την διάρκεια
των μεταπτυχιακών μου υποχρεώσεων.

Ευχαριστίες

Είμαι βαθύτατα ευγνώμων στον επιβλέποντα Καθηγητή κ.Βασλαματζή Γρηγόριο για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή του κατά την διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας. Επίσης θα ήθελα εκ βάθρων να ευχαριστήσω την Επίκουρη Καθηγήτρια κ.Κοκκώση Μαρία για τις πολύτιμες συμβουλές και οδηγίες κατά την περίοδο της ερευνητικής φάσης. Ευχαριστίες οφείλω επίσης στους συναδέλφους της Διεύθυνσης Εκπαίδευσης Υγειονομικού του Στρατού Ξηράς που με καθοδήγησαν στις γραφειοκρατικές διαδικασίες και την Ανθλγο (Ψ) Μούρτζιου Αγγελική για την βοήθειά της στην χορήγηση και συλλογή του ερευνητικού υλικού στα στρατόπεδα κατάταξης νεοσυλλέκτων.

Περιεχόμενα

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
1.1 Στρες Στράτευσης-Προσαρμοστικότητα στο στρατό	11
1.2.Βιοκοινωνική Θεωρία Erikson. Στάδιο Νεαρής Ενήλικης Ζωής	13
1.3 Βιοκοινωνικά χαρακτηριστικά της ηλικίας στράτευσης	14
1.4 Ψυχοκοινωνική Μέριμνα στο Στρατό	14
1.5 Έρευνες δυσπροσαρμοστικών εκδηλώσεων σε νεοσύλλεκτους	16
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	18
2.1 Σκοπός και μεθοδολογία έρευνας	18
2.2 Ερευνητικές υποθέσεις.....	18
2.3 Σχεδιασμός της Έρευνας	18
2.4 Ερευνητικά εργαλεία	18
2.4.1 Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας-28.....	19
2.4.2.Η Κλίμακα Κινδύνου Αυτοκτονίας.....	20
2.4.3.Το Ερωτηματολόγιο Διαπροσωπικών Προβλημάτων-64.....	20
2.5 Διαδικασία δειγματοληψίας.....	21
2.6 Δημογραφικά στοιχεία δείγματος	22
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	31
3.1 Περιγραφική στατιστική ανάλυση	31
3.1.1 Γενική υγεία και διαστάσεις γενικής υγείας	31
3.1.2 Προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων και διαστάσεις.....	31
3.1.3 Κίνδυνος αυτοκτονίας	32
3.2 Επαγωγική στατιστική ανάλυση	33
3.2.1 Δείκτες συνάφειας μεταξύ δεικτών Γενικής υγείας, Κινδύνου Αυτοκτονίας και προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων.	33
3.2.2 Στατιστική πρόβλεψη Γενικής υγείας από δημογραφικούς, ψυχοκοινωνικούς δείκτες, τον Κίνδυνο Αυτοκτονίας και το προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων.	35

3.2.3 Στατιστική πρόβλεψη του Κινδύνου Αυτοκτονίας από δημογραφικούς, ψυχοκοινωνικούς δείκτες, τους δείκτες της γενικής υγείας και του προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων.	37
3.2.4 Στατιστική πρόβλεψη του προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων από δημογραφικούς, ψυχοκοινωνικούς δείκτες, τους δείκτες της γενικής υγείας και τον Κίνδυνο Αυτοκτονίας.	39
3.2.5 Επίδραση της οικονομικής στήριξης στους δείκτες της γενικής υγείας, τον Κίνδυνο Αυτοκτονίας και τις διαστάσεις του προφίλ των Διαπροσωπικών Προβλημάτων.	40
3.2.6 Επίδραση της σύστασης της οικογένειας προέλευσης (αριθμός αδερφών) στους δείκτες της γενικής υγείας, τον Κίνδυνο Αυτοκτονίας και τις διαστάσεις του προφίλ των Διαπροσωπικών προβλημάτων.	41
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	42
4.1 Περιορισμοί.....	45
5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	47

1. Εισαγωγή

Η στράτευση στην Ελλάδα αποτελεί θεσμό υποχρεωτικού χαρακτήρα που αφορά στον άρρενα πληθυσμό της χώρας. Κάθε Έλληνας με την συμπλήρωση του 18^{ου} έτους της ηλικίας του καλείται από την Στρατολογική υπηρεσία να υπηρετήσει την θητεία του, ώστε να εκπαιδευτεί προκειμένου να υπερασπιστεί την πατρίδα του όταν χρειαστεί. Η κατάταξη στο στράτευμα επιφέρει πολλές αλλαγές στη ζωή του ατόμου που υπηρετεί, γιατί αναγκάζεται να εγκαταλείψει το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, να διακόψει τις επαγγελματικές, εκπαιδευτικές ή άλλες δραστηριότητες καθώς επίσης και να υιοθετήσει νέες συνήθειες προκειμένου να προσαρμοστεί στο νέο περιβάλλον.

Κάθε προσωπικότητα, ανάλογα με τα στοιχεία που τη συγκροτούν και τα βιώματα που την συντροφεύουν, ανταποκρίνεται διαφορετικά στις απαιτήσεις προσαρμογής και τις ιδιαιτερότητες της ομαδικής ζωής του στρατεύματος. Παρά το γεγονός ότι οι συνθήκες στράτευσης βελτιώνονται με την πάροδο των χρόνων, η προσωπικότητα του ατόμου, οι κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες, τα οικονομικά δεδομένα κάθε οικογένειας και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της εκάστοτε στρατιωτικής μονάδας, μπορούν να ενισχύσουν την προσαρμογή ή να την καταστήσουν δυσκολότερη. Το άγχος των νεοσυλλέκτων που χαρακτηρίζει την συντριπτική τους πλειοψηφία όταν συνδυαστεί με περιπτώσεις διαταραχών προσωπικότητας, προβληματικών οικογενειακών σχέσεων και συναισθηματική αστάθεια αναμένεται να οδηγήσει σε εκδήλωση δυσπροσαρμοστικότητας.

Με δεδομένα την ένδεια της Ελληνικής Στρατιωτικής βιβλιογραφίας για τις διαταραχές προσαρμογής των στρατευσίμων καθώς και την παλαιότητα των διαθέσιμων μελετών, κρίνεται αναγκαίος, ο εμπλουτισμός και η επικαιροποίηση των γνώσεων μας στο θέμα των διαταραχών προσαρμογής για την έγκαιρη ανίχνευση της επικινδυνότητας που ελλοχεύει η δυσπροσαρμοστία. Προβληματική της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση διαστάσεων δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς σε πληθυσμό στρατευσίμων.

Το πρώτο κεφάλαιο της εργασίας περιλαμβάνει στοιχεία από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που αφορούν στο στρες της στράτευσης και την προσαρμοστικότητα στο Στρατό, την Βιοκοινωνική θεωρία του Erikson για τον κύκλο της ζωής και αναλύονται εκτενέστερα τα χαρακτηριστικά της ηλικίας στράτευσης σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή. Ακολουθούν στοιχεία για την Ψυχοκοινωνική μέριμνα στο στρατό και το κεφάλαιο κλείνει με δεδομένα από έρευνες που αναφέρει η βιβλιογραφία πάνω στις δυσπροσαρμοστικές εκδηλώσεις στρατευσίμων.

Στόχος του δεύτερου κεφαλαίου είναι η παρουσίαση της Μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε για την υλοποίηση της ερευνητικής φάσης. Αναφέρονται ο σκοπός της έρευνας, η μέθοδος υλοποίησης, οι ερευνητικές υποθέσεις, ο σχεδιασμός, τα ερευνητικά εργαλεία καθώς και μια μικρή περιγραφή καθενός από αυτά. Περιγράφεται η διαδικασία της δειγματοληψίας και γίνεται εκτενής αναφορά στα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη συλλογή των στοιχείων των ερευνητικών εργαλείων. Γίνεται περιγραφική στατιστική ανάλυση και επαγωγική στατιστική ανάλυση για κάθε ερευνητικό εργαλείο, αναλύονται οι δείκτες συνάφειας μεταξύ δεικτών Γενικής υγείας, Κινδύνου Αυτοκτονίας και προφίλ

Διαπροσωπικών Προβλημάτων, γίνεται η στατιστική πρόβλεψη του Κινδύνου Αυτοκτονίας από δημογραφικούς, ψυχοκοινωνικούς δείκτες, τους δείκτες της γενικής υγείας και το προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων. Ακολουθεί η στατιστική πρόβλεψη του προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων από δημογραφικούς, ψυχοκοινωνικούς δείκτες, τους δείκτες της Γενικής υγείας και τον Κίνδυνο Αυτοκτονίας. Γίνεται αναφορά στην επίδραση της οικονομικής στήριξης στους δείκτες της γενικής υγείας, το Κίνδυνο Αυτοκτονίας και τις διαστάσεις του προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων καθώς επίσης και στην επίδραση της σύστασης της οικογένειας προέλευσης (αριθμός αδερφών) στους δείκτες της Γενικής υγείας, τον Κίνδυνο Αυτοκτονίας και τις διαστάσεις του προφίλ των Διαπροσωπικών Προβλημάτων. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την περιγραφή των συμπερασμάτων.

1.1 Στρες Στράτευσης-Προσαρμοστικότητα στο στρατό

Πλήθος ερευνών αναφέρει πως η κατάταξη στο στράτευμα είναι μια κρίσιμη περίοδο στη ζωή ενός νέου ενήλικα. Αποτελεί ιδιαίτερα ψυχοπιεστική συνθήκη διότι οι νεοσύλλεκτοι με την είσοδό τους στο στρατό αποκόπτονται αιφνίδια από το περιβάλλον της οικογένειας και τον κοινωνικό τους περίγυρο¹. Συγχρόνως έχουν να αντιμετωπίσουν ένα περιοριστικό ημερήσιο πρόγραμμα που επιτάσσει την υιοθέτηση νέων συνηθειών σε ότι συνδέεται με τον ύπνο, την διατροφή, τις συνθήκες υγιεινής, την υπακοή στην ιεραρχία, την πειθαρχία στους κανόνες και την εν γένει συμπεριφορά τους σε μια φάση της ζωής τους με έντονη τάση για αυτόνομη δράση και ανεξαρτησία². Η πιθανή διακοπή των σπουδών τους ή της εργασιακής τους απασχόλησης, τα νέα καθήκοντα, οι ευθύνες και οι υποχρεώσεις που αναλαμβάνουν σε συνδυασμό με τις προκαταλήψεις από διηγήσεις τρίτων για τη στράτευση, δημιουργούν ένα πλαίσιο που επηρεάζει την στάση και συμπεριφορά τους³. Αναπτύσσονται αισθήματα πίεσης και ανησυχίας στο νεοσύλλεκτο που καλείται να υπηρετήσει νέους συναισθηματικούς ρόλους ευθύνης, δεσμεύσεων και διαπροσωπικών σχέσεων⁴. Τα πολλαπλά καθήκοντα, η διαρκής εκπαίδευση, η ανοχή στην πίεση για πειθαρχημένη συμπεριφορά, οι στιγμές έντασης με ανωτέρους και συναδέλφους πολλές φορές οδηγούν σε δυσπροσαρμοστικές εκδηλώσεις⁵.

Ο συνδυασμός του στρες της στρατιωτικής ζωής με την όχι καλή σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του στρατευσίμου μπορεί να οδηγήσει σε δυσπροσαρμοστικές διαταραχές, παθολογικές συμπεριφορές, χρήση ουσιών, προβλήματα συναισθηματικής αστάθειας, ευερεθιστότητα, διαταραχές ύπνου και διάθεσης, άγχος και καταθλιπτική συμπτωματολογία⁶. Επιπρόσθετα η κατάταξη στο στρατό σηματοδοτεί την αναγνώριση της άνδρωσης, την αποδοχή της ωρίμανσης του νέου και την έναρξη μιας νέας εποχής που χαρακτηρίζεται από αυτοδύναμη δραστηριότητα⁷.

Κάθε νεοσύλλεκτος καλείται να προσαρμοστεί στην αιφνίδια αλλαγή της εξωτερικής του πραγματικότητας. Ακρογωνιαίος λίθος διατήρησης και βελτίωσης της ψυχικής υγείας αποτελεί η όσο το δυνατόν ομαλότερη και γρηγορότερη ένταξη και προσαρμογή στην στρατιωτική κοινότητα.

Προσαρμογή ορίζεται η συνεχής διαδικασία κατά την οποία το άτομο καταφέρνει με την κατάλληλη ρύθμιση των συνθηκών του περιβάλλοντος να αντιμετωπίζει με επιτυχία ειδικές συνθήκες. Η ικανότητα διατήρησης ισορροπίας ανάμεσα στις βιολογικές-ψυχολογικές-κοινωνικές ανάγκες και την πραγματικότητα που επιδρά στην ικανοποίηση των αναγκών αυτών⁸. Η ομαλή προσαρμογή των νεοσυλλέκτων εξαρτάται από³:

Α)Την προσωπικότητά τους: Άτομα ανασφαλής, με χαμηλή αυτοεκτίμηση, συναισθηματικά ασταθής, ευερέθιστα, παρορμητικά, καχύποπτα, με μικρή ανοχή στην κριτική και την

αποδοκιμασία, απαξιωτικά προς τους θεσμούς, εγωκεντρικά και αρνητικά στους κοινωνικούς κανόνες και την μάθηση από τις εμπειρίες, ανίκανα να διατηρήσουν συναισθηματικούς δεσμούς και με μικρή ανεκτικότητα στις στρεσογόνες συνθήκες παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς και προσαρμοστικές δυσκολίες. Συχνά συνδέονται με διαταραχές προσωπικότητας και από το ιστορικό τους αποκαλύπτονται διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις, αναπτυξιακά προβλήματα και παραβατική συμπεριφορά. Είναι δυνατό να εκδηλώσουν δυσπροσαρμογή σε αλλαγές όπως μεταθέσεις ή αλλαγές διοικήσεων που διακυμαίνεται από έκπτωση λειτουργικότητας κοινωνική απομόνωση σωματικά ενοχλήματα, παραπτασματική συμπεριφορά έως και αγχώδη-καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Β) Οικογενειακά-Κοινωνικά προβλήματα : Απώλειες μελών της οικογένειας, ασθένειες, διαζύγια και οικονομικά προβλήματα δυσκολεύουν την προσαρμογή των νέων κατά την διάρκεια της θητείας τους. Συχνά δημιουργείται φαύλος κύκλος δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών –παραπτωμάτων – ποιών. Σε αυτές τις περιπτώσεις το αίτημα αναβολής της στράτευσης είναι η συνήθης κατάληξη. Η χρήση ουσιών, τα ψυχικά νοσήματα υπό και χωρίς φαρμακευτική αγωγή ενισχύουν τις εκδηλώσεις δυσπροσαρμοστίας.

Γ) Κοινωνικοπολιτισμικές συνθήκες : Η χαλάρωση των οικογενειακών δεσμών, η ανεργία, η παρατεταμένη εφηβεία υπό την έννοια της εξάρτησης λόγω σπουδών και η υποβάθμιση της σημασίας του στρατιωτικού απολυτηρίου (ελεύθερα επαγγέλματα) στερούν το ηθικό κίνητρο για στράτευση από τους νέους που τοποθετούνται από αδιάφορα έως αρνητικά στη θητεία.

Δ) Στρατιωτικές συνθήκες : Οι αντιθέσεις μεταξύ στρατιωτικής και πολιτικής ζωής, η ανεπαρκής επανδρωση των μονάδων, οι συμπεριφορές παλαιότερων στρατιωτών εις βάρος νεοσυλλέκτων (υποτίμηση, καψώνια, απειλές), το άγχος αποχωρισμού από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, ο φόβος για το άγνωστο, τα αισθήματα απογοήτευσης, μοναξιάς και αβοηθητότητας, συχνότερα στις πρώτες μέρες κατάταξης είναι δυνατόν να προκαλέσουν αντιδραστικές συμπεριφορές και προβλήματα προσαρμογής.

Τέλος υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά σημεία ατόμων που συνδέονται με δυσπροσαρμογή η οποία έγκαιρα μπορεί να αναγνωρισθεί. Αυτά είναι :

- Άτομα παράξενα και εκκεντρικά στην εμφάνιση, συμπεριφορά, λόγο, σκέψη και αντίληψη.
- Άτομα κοινωνικά αποσυρμένα, αδιάφορα για εμπλοκή σε δραστηριότητες και σχέσεις με άλλους.
- Άτομα εύθικτα.
- Άτομα παρορμητικά, ασυνεπή και ανεπίδεκτα μαθήσεως.
- Άτομα ασταθή σε σχέσεις και συναίσθημα.
- Άτομα που επιτηδευμένα αναζητούν την προσοχή και το ενδιαφέρον των άλλων εξωτερικεύοντας την συμπεριφορά τους.
- Άτομα με αίσθημα μεγαλείου και υπερευαίσθησία στην κριτική.
- Απομόνωση από φόβο κριτικής και υποτίμησης από τους άλλους.
- Τάσεις εξάρτησης, υποταγής, τελειοθηρίας ή ακαμψίας.
- Επιδιωκόμενη αναποτελεσματικότητα που δεν συνάδει με τις πραγματικές ικανότητες.
- Εμπλοκή σε τζόγο, χρήση ουσιών, διαταραχή ταυτότητας και παρεκκλίνουσα σεξουαλική συμπεριφορά.
- Ανεπάρκεια εκπλήρωσης καθηκόντων ήπιας δυσκολίας.
- Συχνές επισκέψεις στο ιατρείο για σωματικές ενοχλήσεις.
- Μειονεξία σωματική ή δεξιότητων που δυνητικά θα μπορούσε να επηρεάσει τις σχέσεις με τους άλλους.

1.2.Βιοκοινωνική Θεωρία Erikson. Στάδιο Νεαρής Ενήλικης Ζωής

Σύμφωνα με την βιοκοινωνική θεωρία του Erikson η προσωπικότητα του ανθρώπου διαφοροποιείται καθόλη την διάρκεια της ζωής⁹. Ο άνθρωπος ως ον ενεργητικό και εφευρετικό προβάλλει σε κάθε φάση της ζωής του νέους στόχους και ανάγκες που πρέπει να ικανοποιηθούν. Στρέφει το ενδιαφέρον του στον τρόπο που η κοινωνία και ο πολιτισμός επηρεάζει την ανάπτυξη. Ο Erikson διαφοροποιείται από το δάσκαλό του Freud, υποστηρίζοντας ότι τα κίνητρα που καθοδηγούν την ανθρώπινη συμπεριφορά δεν είναι μόνο οι βιολογικές ορμές αλλά και οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Περιγράφει 8 στάδια ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης που καλύπτουν όλη τη ζωή του ατόμου.

Κάθε στάδιο χαρακτηρίζεται από μια αναπτυξιακή πρόκληση (σύγκρουση-κρίση) με θετικό και αρνητικό πόλο. Όταν η κρίση λύνεται επιτυχώς επικρατεί το θετικό στοιχείο, διαφορετικά το αρνητικό. Η ψυχοκοινωνική πρόκληση εμπερικλείει ευκαιρίες ανάπτυξης και η υπέρβαση της κρίσης διαμορφώνει θετική στάση προς τους ανθρώπους και τον κόσμο διότι κινητοποιεί νέα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά. Όταν η υπέρβαση της κρίσης δεν είναι εφικτή αναστέλλεται η ανάπτυξη, τραυματίζεται η προσωπικότητα και ο κόσμος αντιμετωπίζεται από το άτομο ως απρόβλεπτος και εχθρικός. Η ψυχολογική ανάπτυξη προκύπτει ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε βιολογικές ορμές και ανάγκες και το κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον. Η υπέρβαση κάθε κρίσης διαμορφώνει τις προϋποθέσεις για την είσοδο σε ένα νέο στάδιο ανάπτυξης.

Επιγραμματικά τα εξελικτικά στάδια του Erikson είναι^{10,11} :

1. Πρώτη βρεφική ηλικία (0-18 μηνών). Η ικανοποίηση ή η παραμέληση των βασικών αναγκών του μωρού από τους ενήλικες προσδιορίζει την Εμπιστοσύνη ή τη Δυσπιστία του μωρού. Το παιδί αναπτύσσει την πεποίθηση ότι μπορεί να βασίζεται στους άλλους για να καλύπτει τις ανάγκες του.
2. Δεύτερη βρεφική ηλικία (18 μηνών-3 ετών). Οι ενήλικες ή θα εμπιστευτούν τις ικανότητες του παιδιού ή θα εκδηλώσουν υπερπροστατευτική συμπεριφορά. Η αναπτυξιακή κρίση αφορά στο δίπολο Αυτονομία-Αμφιβολία. Το παιδί αναπτύσσει ελεύθερη βούληση και ικανότητα αξιολόγησης των πράξεων του.
3. Νηπιακή ηλικία (3 ετών-6 ετών). Το παιδί δραστηριοποιείται με δική του πρωτοβουλία. Οι γονείς είτε ενθαρρύνουν τις πρωτοβουλίες του παιδιού είτε αποθαρρύνουν τις προσπάθειές του. Το παιδί αμφιταλαντεύεται ανάμεσα στην Πρωτοβουλία και την Ενοχή. Μαθαίνει να εξερευνά και έχει τύψεις όταν η συμπεριφορά του δεν είναι η αρμόζουσα.
4. Σχολική ηλικία (6 ετών-12 ετών). Το παιδί βάζει στόχους και προσπαθεί να τους επιτύχει. Οι γονείς ενθαρρύνουν την προσπάθεια απόκτησης γνώσεων ή απαριθμούν τις αποτυχίες. Η σύγκρουση που καλείται να επιλύσει το παιδί βρίσκεται στο δίπολο Φιλοπονίας-Κατωτερότητας.
5. Εφηβική ηλικία (12 ετών-20 ετών). Το παιδί διαμορφώνει προσωπική και κοινωνική ταυτότητα. Συνενώνει τις εμπειρίες που έχει αποκτήσει με τις προοπτικές του μέλλοντος. Όταν η συνένωση είναι επιτυχής θα διαμορφώσει Ταυτότητα αλλιώς θα οδηγηθεί σε Σύγχυση Ρόλων.
6. Νεανική ηλικία (20 ετών -35 ετών). Το άτομο μαθαίνει να δίνει και να παίρνει αγάπη, να δεσμεύεται στα πλαίσια μιας σχέσης. Διαμορφώνει τις διαπροσωπικές του σχέσεις, επενδύει σε στοργή και εμπιστοσύνη και αποκτά οικειότητα με τους άλλους. Όταν αποτυγχάνει οδηγείται στην απομόνωση.
7. Μέση Ώριμη ηλικία (35 ετών-55 ετών). Το άτομο αναπτύσσει ενδιαφέρον να καθοδηγήσει τους νέους και να ασχοληθεί με τα κοινά. Θέλει να θεμελιώσει ένα καλύτερο μέλλον εκδηλώνοντας Πανανθρώπινο ενδιαφέρον ή κυριαρχείται από συναισθήματα στασιμότητας και απραξίας που οδηγούν στην Αυτοαπορρόφηση.

8. Ύστερη Ωριμη ηλικία (>55 ετών). Το άτομο αποδέχεται την ζωή του όπως έχει. Ικανοποιείται από την πορεία της ή απογοητεύεται, αμφιταλαντεύεται μεταξύ Καταξίωσης και Απόγνωσης.

1.3 Βιοκοινωνικά χαρακτηριστικά της ηλικίας στράτευσης

Η συντριπτική πλειοψηφία των νεοσυλλέκτων που κατατάσσονται είναι νεαροί ενήλικες που ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα 18 έως 28 ετών. Πρόκειται επομένως για μια ομάδα φυσιολογικού πληθυσμού νεαρών ενηλίκων που υφίστατο μια στρεσογόνο συνθήκη λόγω των ιδιοτεροτήτων της στράτευσης και των αλλαγών που επιφέρει στη ζωή και την καθημερινότητά τους. Σύμφωνα με τον Erikson, η περίοδος αυτή έχει συγκεκριμένα βιοκοινωνικά χαρακτηριστικά και το άτομο καλείται να επιλύσει την σύγκρουση Οικειότητας-Απομόνωσης¹².

Μετά την εφηβεία του ο νέος ενήλικας έχει συγκροτήσει την ταυτότητά του και πλέον διατίθεται να συγχωνεύσει την ταυτότητά του με την ταυτότητα των άλλων. Επιδιώκει την οικειότητα, δεσμεύεται σε σχέσεις, συμβιβάζεται και θυσιάζει για να μπορέσει να μείνει πιστός σε αυτές. Η ανάγκη για οικειότητα που κυριαρχεί στο ηλικιακό αυτό στάδιο απαιτεί από το άτομο να είναι σχετικά αυτόνομο και να μπορεί να εμπιστεύεται ώστε να μπορέσει να αναπτύξει σχέσεις οικειότητας. Οι διαπροσωπικές αυτές σχέσεις θα τον κάνουν να επενδύσει συναισθηματικά σε άλλα άτομα που θα του προσφέρουν ικανοποίηση μέσω της ανταποδοτικής εμπιστοσύνης και εκτίμησης.

Σε αντίθετη περίπτωση το άτομο θα αποστασιοποιηθεί απέναντι στα άτομα που θα εισβάλλουν στο χώρο του, που θα απειλήσουν την ταυτότητά του και θα καταπατήσουν τις στενές του σχέσεις. Αν δε μπορέσει να μοιραστεί τα συναισθήματά του πιθανότατα θα βιώσει απορριπτικές συμπεριφορές και μοιραία θα μειωθεί η αυτοεκτίμησή του. Η προεξάρχουσα ανάγκη για σύναψη ισχυρών φιλικών σχέσεων και στενών συναισθηματικών δεσμών εφόσον δεν ικανοποιηθεί θα οδηγήσει σε απομόνωση και μοναχικότητα που θα τον χαρακτηρίζει στο υπόλοιπο της ζωής του. Η αδυναμία του να δώσει στοργή και αφοσίωση, από το φόβο αυτοκατάλυσης του δικού του Εγώ, θα δυσχεράνει την μετάβαση στο επόμενο εξελικτικό στάδιο και θα αναστείλει την ψυχοκοινωνική του ωρίμανση.

Από τα προαναφερθέντα, εμφανίζεται, η καταλυτική σημασία ανάπτυξης υγιών διαπροσωπικών σχέσεων στη φάση της στράτευσης και η ανάγκη εξασφάλισης ευνοϊκών προϋποθέσεων στο στρατιωτικό περιβάλλον, που θα βοηθήσει τα άτομα στην ομαλή ψυχοκοινωνική τους εξέλιξη και θα αποτρέψει την εκδήλωση δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών.

1.4 Ψυχοκοινωνική Μέριμνα στο Στρατό

Η αναγκαιότητα περιφρούρησης και διαφύλαξης της ψυχικής υγείας του στρατεύματος οδήγησε στην ανάγκη οργάνωσης και λειτουργίας ενός συστήματος επιτήρησης και διασφάλισης της ψυχικής υγείας του στρατιωτικού προσωπικού εν καιρώ ειρήνης και πολέμου. Έτσι δημιουργήθηκε ο θεσμός της ψυχοκοινωνικής μέριμνας με ευθύνη της Διεύθυνσης Υγειονομικού του Γενικού Επιτελείου Στρατού στοχεύοντας στην¹³:

- Εντόπιση ψυχολογικών και προσωπικών προβλημάτων που επιδρούν στην προσαρμογή και απόδοση του προσωπικού στη στρατιωτική κοινότητα.

- Άμβλυνση των κοινωνικών και οικογενειακών προβλημάτων που απασχολούν το προσωπικό με την δημιουργία προϋποθέσεων αποτρεπτικών για την πιθανή όξυνσή τους.
- Καλλιέργεια πνεύματος συνεργασίας, ομαδικότητας, κοινής συνείδησης και δράσης ανάμεσα σε στρατευμένους και μόνιμο προσωπικό προς ενίσχυση της αποστολής του Στρατού.
- Πρόληψη επικίνδυνων καταστάσεων για την ψυχική υγεία του προσωπικού μέσω ενημέρωσης και εκπαίδευσης για την αντιμετώπιση ψυχοπιεστικών καταστάσεων, π.χ. φυσικές καταστροφές.
- Πληρέστερη κατανόηση και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας που ανακύπτουν στο προσωπικό ειρηνευτικών αποστολών.
- Θεραπευτική παρέμβαση σε πρωτοβάθμιο επίπεδο ψυχολογικής φροντίδας και ακόμη γρηγορότερη και αποτελεσματικότερη διαδικασία αποκατάστασης απωλειών ψυχικής υγείας με στόχο να επανεκτιμηθεί όσο το δυνατόν περισσότερο προσωπικό.
- Συμβουλευτική των διοικήσεων και συμβολή στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής του στρατιωτικού προσωπικού.

Στις γενικές αρχές του θεσμού συμπεριλαμβάνονται η διασφάλιση της ψυχικής υγείας του προσωπικού ως προϋπόθεση αποτελεσματικότητας του ρόλου του, η ψυχολογική υποστήριξη στελεχών και μελών των οικογενειών τους, η υπεύθυνη προσέγγιση του προσωπικού και των προβλημάτων τους με παροχή ψυχοκοινωνικής αρωγής και σεβασμό στη προσωπικότητα κάθε ατόμου.

Ο θεσμός της ψυχοκοινωνικής μέριμνας έχει ανατεθεί στις Ομάδες Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας (ΟΨΜ) που απαρτίζονται από ειδικούς επιστήμονες του Υγειονομικού Σώματος. Οι ειδικοί που συμμετέχουν στις ΟΨΜ είναι Ψυχολόγοι, Κοινωνιολόγοι, και Κοινωνικοί Λειτουργοί που πληρούν τις παρακάτω προϋποθέσεις:

1. Ψυχολόγοι: Απαιτείται να έχουν αποφοιτήσει από τμήμα Ψυχολογίας Ελληνικού Πανεπιστημίου ή ισότιμης σχολής εξωτερικού αναγνωρισμένης από το ΔΙΚΑΤΣΑ .
2. Κοινωνιολόγοι: Απαιτείται να έχουν αποφοιτήσει από τμήμα Κοινωνιολογίας Ελληνικού Πανεπιστημίου ή ισότιμης σχολής εξωτερικού αναγνωρισμένης από το ΔΙΚΑΤΣΑ .
3. Κοινωνικοί Λειτουργοί: Απαιτείται να έχουν αποφοιτήσει από το αντίστοιχο τμήμα Ελληνικού Πανεπιστημίου ή ισότιμης σχολής εξωτερικού αναγνωρισμένης από το ΔΙΚΑΤΣΑ .

Υπεύθυνος λειτουργίας της ΟΨΜ ορίζεται Ψυχολόγος Αξιωματικός του Υγειονομικού ή σε έλλειψη αυτού Αξιωματικός Υγειονομικού ή Ιατρός χωρίς ειδικότητα με μέριμνα των αντίστοιχων υγειονομικών σχηματισμών. Επιστημονικός Υπεύθυνος που εποπτεύει ορίζεται στρατιωτικός Ψυχίατρος με διαταγή της Διεύθυνσης Υγειονομικού Γραφείου του Γενικού Επιτελείου Στρατού. Από το Φεβρουάριο του 2003 εγκαινιάστηκε και η λειτουργία 24ωρης τηλεφωνικής γραμμής ψυχολογικής υποστήριξης με έδρα το 414 Στρατιωτικό Νοσοκομείο Ειδικών Νοσημάτων Πεντέλης (414 ΣΝΕΝ) . Η τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης, με αριθμό κλήσης 8001145551, παρέχει υπηρεσίες ενημέρωσης, συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης δωρεάν σε όλο το στρατιωτικό προσωπικό και τις οικογένειές τους. Η τηλεφωνική γραμμή ``sos`` όπως ονομάστηκε, ήρθε να βοηθήσει απομακρυσμένες μονάδες που δεν έχουν την δυνατότητα παροχής άμεσων ψυχολογικών και συμβουλευτικών υπηρεσιών, για να υποστηρίξει καταστάσεις κρίσεων και να κάνει την προεργασία ώστε ο καλός να απευθυνθεί για περαιτέρω βοήθεια σε κάποια δομή ψυχικής υγείας.

Οι κλήσεις είναι δωρεάν, εμπιστευτικές, ανώνυμες και οι παρεμβάσεις συνήθως βοηθούν σε θέματα προσαρμογής και προβλήματα συμπεριφοράς. Αναλόγως του περιστατικού μπορεί να γίνει παραπομπή στο γιατρό της μονάδας, στην Ομάδα Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας, στο 414 ΣΝΕΝ ή σε κάποιο άλλο φορέα¹⁴.

Το στράτευμα συμβαδίζοντας με τα τεχνολογικά επιτεύγματα της εποχής μας χρησιμοποιεί και το διαδίκτυο ως μέσο ενημέρωσης και διακίνησης επιστημονικού υλικού. Δημιουργώντας ανεξάρτητη σελίδα στο διαδίκτυο και παρέχοντας χώρους internet café στις περισσότερες μονάδες δίνει την δυνατότητα εναλλακτικής επικοινωνίας με τις υγειονομικές υπηρεσίες και πρόσβαση σε ενημερωτικό υλικό (π.χ. δομές ψυχικής υγείας, συμβουλευτική στρεσογόνων καταστάσεων κτλ)¹⁵.

1.5 Έρευνες δυσπροσαρμοστικών εκδηλώσεων σε νεοσύλλεκτους

Η διαταραχή προσαρμογής χαρακτηρίζεται από συναισθηματικά και συμπεριφορικά συμπτώματα που εκδηλώνονται σε απάντηση ενός διακριτού στρεσογόνου παράγοντα εντός 3 μηνών από την έναρξή του και δεν διαρκούν περισσότερο από 6 μήνες μετά τη λήξη του.¹⁶ Σε έρευνα με τυχαίο δείγμα 291 Ιρανών στρατιωτών εκτιμήθηκαν οι συναισθηματικές αντιδράσεις τους μέσα στο στρατιωτικό περιβάλλον και βρέθηκε άγχος(14,8%), ανησυχία(31,3%), και κατάθλιψη(18,2%). Αποκαλύφθηκε επίσης σημαντική συσχέτιση με δημογραφικούς παράγοντες όπως η εκπαίδευση, η προηγούμενη απασχόληση, η ικανοποίηση από την εργασιακή αμοιβή, το οικογενειακό και ψυχιατρικό ιστορικό, την επίβλεψη, καθώς και το ιστορικό χρήσης ουσιών²⁵. Οι Cho και συν, σε έρευνα 7931 στρατιωτών από την Ταιβάν εκτίμησαν συμπεριφορικές διαταραχές, όπως το κάπνισμα στη φρουρά και βρήκαν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση από την προ στράτευσης περίοδο συσχετίζοντας την συμπεριφορά με αγχώδη αντίδραση στο νέο περιβάλλον.¹⁷

Επιπλέον, ερευνητικά αποτελέσματα αποδεικνύουν ότι η αλεξιθυμία των στρατιωτών, η αδυναμία τους δηλαδή να εκφράσουν με λέξεις τα συναισθήματά τους, αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την εκδήλωση διαταραχής προσαρμογής στο νέο περιβάλλον που καλούνται να ενταχθούν.¹⁸ Αρκετές επίσης έρευνες δείχνουν συσχέτιση των διαταραχών προσαρμογής των στρατευσίμων με τους γονεϊκούς δεσμούς, το άγχος αποχωρισμού και την γονεϊκή ανατροφή. Οι For-Wei και συν, εξάγουν το συμπέρασμα πως οι στρατιώτες με υψηλότερο νευρωτισμό, λιγότερη εξωστρέφεια και μητρική υπερπροστατευτικότητα έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν διαταραχή προσαρμογής¹⁹. Μελέτη σε δείγμα 54 Ελλήνων στρατιωτών έδειξε πως η κακοποιητική και η υπερπροστατευτική ανατροφή στην παιδική ηλικία, όπως και το πρώιμο άγχος αποχωρισμού είναι σημαντικοί παράγοντες για την ανάπτυξη διαταραχών προσαρμογής στους στρατιώτες²⁰.

Επιπρόσθετα, αρκετές είναι οι έρευνες που ανιχνεύουν στην περίοδο προσαρμογής της στράτευσης καταθλιπτική συμπτωματολογία, χρήση ουσιών και αυτοκτονικές εκδηλώσεις. Σε δείγμα 2910 νεοσύλλεκτων ανδρών του Τουρκικού στρατού βρέθηκε ότι το 29,9% είχε καταθλιπτικά συμπτώματα, ποσοστό υψηλότερο από τα ποσοστά κατάθλιψης που αναφέρονται σε αντίστοιχες έρευνες μη στρατιωτικού πληθυσμού της ίδιας χώρας. Και σ'αυτή την έρευνα εντοπίζεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με το μορφωτικό επίπεδο, την οικονομική κατάσταση, τη χρήση ουσιών και αλκοόλ καθώς και το ενδιαφέρον για αθλητικές δραστηριότητες²⁶. Σε έρευνες νεοσυλλέκτων του Ελληνικού στρατεύματος βρέθηκε ότι οι νεοσύλλεκτοι που έκαναν χρήση ουσιών προ στράτευσης είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσουν τη χρήση και στη θητεία σε σύγκριση με άτομα που δεν είχαν στο παρελθόν

παρόμοια συμπεριφορά^{21,24}. Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα στην ίδια έρευνα αποτελεί το γεγονός ότι κατά τον πρώτο μήνα θητείας ανιχνεύτηκαν και «νέοι» χρήστες ουσιών. Συγκεκριμένα σε δείγμα 1098 νεοσυλλέκτων το 2,4%,1,4% και 1,2% ανέφεραν ότι για πρώτη φορά μέσα στο στρατό έκαναν χρήση ή κατάχρηση αλκοόλ,χασίς-χαπιών και ηρωίνης-κοκαίνης αντίστοιχα²⁴.

Ολοκληρώνοντας, αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι κυρίως οι νεοσύλλεκτοι στρατιώτες κατά την περίοδο της βασικής τους εκπαίδευσης αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά. Ως φαινόμενο είναι ακόμα συχνότερο στους νεοσύλλεκτους που κάνουν χρήση ουσιών^{22,23}. Σε έρευνα Ελλήνων νεοσυλλέκτων το 1/5 του εξετασθέντος δείγματος δήλωσε ότι, στο πλαίσιο της θητείας ένωσε για πρώτη φορά ότι «η ζωή δεν έχει κανένα νόημα», το 6,4% έκανε «ευχές θανάτου», το 5,4% είχε «αυτοκτονικές σκέψεις» και το 1,9% σκέφτονταν την «απόπειρα αυτοκτονίας»²⁷.

Από τις παραπάνω έρευνες προκύπτει ότι ο πληθυσμός των στρατευσίμων παρότι αποτελεί έναν φαινομενικά υγιή πληθυσμό μπορεί κατά την περίοδο προσαρμογής στη στράτευση να συσχετισθεί με την εκδήλωση δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών που διακυμαίνονται σε έκταση και επικινδυνότητα. Απ'τα ερευνητικά αποτελέσματα διαφαίνεται ότι το μορφωτικό επίπεδο,η προηγούμενη εργασία,το εισόδημα, το οικογενειακό περιβάλλον, η γονεϊκή ανατροφή και η χρήση ουσιών πριν τη στράτευση είναι παράγοντες σημαντικοί που συσχετίζονται στατιστικά με τις διαταραχές προσαρμογής στο στρατιωτικό περιβάλλον.

2. Μεθοδολογία

2.1 Σκοπός και μεθοδολογία έρευνας

Σκοπός της παρούσας συγχρονικής έρευνας είναι η διερεύνηση παραγόντων που συσχετίζονται με την εκδήλωση δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών σε πληθυσμό στρατευσίμων. Η Μεθοδολογία της έρευνας συνίσταται σε διερεύνηση της βιβλιογραφίας με ανασκόπηση συναφών ερευνητικών μελετών, που βρίσκονται σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων. Η αναζήτηση περιορίζεται στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα και σε άρρενες πληθυσμούς στρατευσίμων. Η αναζήτηση έγινε με λέξεις κλειδιά: διαταραχές προσαρμογής νεοσυλλέκτων, άγχος στράτευσης, αυτοκτονικότητα στο στρατό, διαπροσωπικές σχέσεις στρατευσίμων, προβλήματα προσαρμογής στη θητεία.

2.2 Ερευνητικές υποθέσεις

1. Αναμένουμε ότι δημογραφικοί (π.χ. επίπεδο εκπαίδευσης) και κοινωνικοί παράγοντες (π.χ. επίσκεψη σε ειδικό, θάνατος γονέων, λήψη φαρμάκων) θα συσχετίζονται με την πιθανότητα διάγνωσης ψυχιατρικής διαταραχής στον υπό εξέταση πληθυσμό (στρατεύσιμοι).
2. Αναμένουμε ότι η Γενική υγεία (ψυχολογική δυσφορία) θα σχετίζεται στενά με το Κίνδυνο Αυτοκτονίας και με διαστάσεις των Διαπροσωπικών Προβλημάτων.
3. Ο Κίνδυνος Αυτοκτονίας αναμένεται να προβλέπεται θετικά από όλους του δείκτες της γενικής υγείας (σωματικά ενοχλήματα, άγχος, κατάθλιψη, κοινωνική δυσλειτουργικότητα), την προηγούμενη επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας και διαστάσεις των Διαπροσωπικών Προβλημάτων.
4. Αναμένεται ότι ο δείκτης των Διαπροσωπικών Προβλημάτων θα συνδέεται θετικά με τον Κίνδυνο Αυτοκτονίας.

2.3 Σχεδιασμός της Έρευνας

Η έρευνα είναι συγχρονική και περιλαμβάνει την χορήγηση και επεξεργασία ανώνυμων ερωτηματολογίων κλειστού τύπου τα οποία χορηγήθηκαν σε έντυπη μορφή.

2.4 Ερευνητικά εργαλεία

Για την επίτευξη του σκοπού της έρευνας στους συμμετέχοντες θα δοθούν τα ερωτηματολόγια:

- Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας-28 (General Health Questionnaire-28)

- Η Κλίμακα Κινδύνου Αυτοκτονίας (Suicide Risk Scale-SR)
- Το Ερωτηματολόγιο Διαπροσωπικών Προβλημάτων-64 (Inventory Of Interpersonal Problems-64).

2.4.1 Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας-28

Το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας-28 (GHQ-28: General Health Questionnaire-28) είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ψυχομετρικό εργαλείο ανίχνευσης πιθανών ψυχικών διαταραχών που δύναται να χορηγηθεί σε γενικό πληθυσμό και σε πληθυσμό που απευθύνεται σε κοινοτικές υπηρεσίες, όπως είναι οι δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή και τα εξωτερικά ιατρεία γενικών νοσοκομείων²⁸. Είναι ευρέως χρησιμοποιούμενο τεστ, αξιόπιστο και έγκυρο, σύμφωνα με μεγάλο αριθμό ερευνών που το έχουν χρησιμοποιήσει ως μέθοδο ανίχνευσης ψυχοπαθολογίας συγκρινόμενη με την κλινική συνέντευξη^{29,30}.

Ως εργαλείο στοχεύει στην ανίχνευση εκείνων των ψυχικών διαταραχών που πιθανώς έχουν σχέση με το αίτιο προσέλευσης το ατόμου σε κάποια ιατρική υπηρεσία, δίνοντας βαρύτητα στους ψυχολογικούς παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην υγεία του. Εστιάζει στις πρόσφατες αλλαγές της φυσιολογικής λειτουργικότητας του ατόμου και όχι σε μακροχρόνια χαρακτηριστικά³¹.

Το GHQ δημιουργήθηκε από τον Goldberg³² το 1978 και κυκλοφορεί σε τέσσερις εκδόσεις: πρώτη έκδοση με 60 ερωτήσεις, δεύτερη με 30 ερωτήσεις, τρίτη με 28 ερωτήσεις και τέταρτη έκδοση με 12 ερωτήσεις. Η έκδοση των 28 ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα, είναι σχεδιασμένη για έρευνες όπου ένας ερευνητής χρειάζεται περισσότερη πληροφόρηση από αυτή που δίνει μια μόνο τιμή για ότι αφορά την κλινική σοβαρότητα μιας κατάστασης³³. Την προτιμήσαμε διότι ο χρόνος που απαιτείται για την συμπλήρωσή της δεν υπερβαίνει τα 5 λεπτά, οπότε γίνεται εύκολα αποδεκτή από τους συμμετέχοντες, καθώς επίσης ως έκδοση έχει χρησιμοποιηθεί πολύ περισσότερο από τις άλλες εκδόσεις, οπότε οδηγεί σε πιο αξιόπιστα αποτελέσματα³⁴.

Οι ερωτήσεις του GHQ-28 χωρίζονται σε 4 υποκλίμακες που αφορούν : ερωτήσεις 1-7 κατάθλιψη, ερωτήσεις 8-14 άγχος, ερωτήσεις 15-21 κοινωνική δυσλειτουργικότητα και ερωτήσεις 22-28 σωματικά ενοχλήματα. Το ερωτηματολόγιο έχει 3 διαφορετικούς τρόπους υπολογισμού: Το c-GHQ, το GHQ και το Likert. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν πως ο c-GHQ υπολογισμός δεν πλεονεκτεί έναντι των άλλων τρόπων. Ο Likert τρόπος υπολογισμού (0-1-2-3) που χρησιμοποιήσαμε και στην έρευνά μας ενδείκνυται έναντι του συνηθέστερου GHQ (0-0-1-1) και συστήνεται για ερευνητική εργασία²⁹.

Το GHQ-28 μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στον Ελληνικό πληθυσμό το 1990 από τους Μουτζούκη και συν³⁵, και σταθμίστηκε από τους Γαρυφαλλός και συν³⁶ το 1991. Επίσης ως εργαλείο δίνει την δυνατότητα ξεχωριστής αξιολόγησης των υποκλιμάκων του. Όσο υψηλότερη η βαθμολογία κάθε υποκλίμακας τόσο υψηλότερο το επίπεδο κάθε διαταραχής.

Το ερωτηματολόγιο εστιάζει σε πρόσφατες αλλαγές των τελευταίων εβδομάδων και κάθε ερώτηση διερευνά αν ο εξεταζόμενος εκδήλωσε συγκεκριμένο σύμπτωμα ή είδος συμπεριφοράς με διαβάθμιση που κυμαίνεται απ' το «καθόλου», «όχι περισσότερο απ' ό τι συνήθως», «μάλλον περισσότερο απ' ό τι συνήθως», «πολύ χειρότερα απ' ό τι συνήθως».

2.4.2.Η Κλίμακα Κινδύνου Αυτοκτονίας

Η Κλίμακα Κινδύνου Αυτοκτονίας (SR : Suicide Risk Scale) αποτελεί αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο εκτίμησης του κινδύνου αυτοκτονίας και δημιουργήθηκε το 1989 από τον Plutchic και τους συνεργάτες του³⁷. Περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις ενδεικτικές αυτοκτονικής επικινδυνότητας με δυνατότητα απάντησης ναι-όχι ανάλογα με την συμφωνία ή όχι στην αναφερόμενη κατάσταση.Οι δημιουργοί της κλίμακας περιγράφουν το ερωτηματολόγιο ως μια προσπάθεια λήψης ιστορικού από τον ασθενή με στοιχεία που συνδέονται με την αυτοκτονικότητα όπως, αυτοκτονικές ενέργειες στο παρελθόν,αυτοκτονικός ιδεασμός, αισθήματα κατάθλιψης και αβοηθητότητας-απελπισίας.

Ως κλίμακα αποτελεί εργαλείο εκτίμησης του κινδύνου αυτοκτονίας και όχι εργαλείο πρόβλεψης μελλοντικής αυτοκτονικής ενέργειας. Ωστόσο όσο αυξάνει το σκορ κινδύνου τόσο το άτομο βρίσκεται πιο κοντά στο να ενεργήσει αυτοκαταστροφικά στο μέλλον³⁸.

2.4.3.Το Ερωτηματολόγιο Διαπροσωπικών Προβλημάτων-64

Το ερωτηματολόγιο Διαπροσωπικών Προβλημάτων (IIP-64 : Inventory Of Interpersonal Problems-64) είναι ένα εργαλείο αυτοέκθεσης δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς στις διαπροσωπικές σχέσεις³³.Δημιουργήθηκε από τους L.M.Horowitz et al το 2000 και αποδόθηκε στην Ελληνική γλώσσα από τους Βασλαματζή Γ,Κοκκώση Μ.και Γιαννούλη Μ.Είναι ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία στην ψυχοθεραπευτική έρευνα⁴⁰⁻⁴³.

Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι η ανίχνευση των βασικότερων και πιο εμφανών δυσκολιών του ατόμου στην διαπροσωπική συνδιαλλαγή⁴¹.Αρχικώς δημιουργήθηκε σε έκδοση με 127 ερωτήσεις αργότερα όμως κυκλοφόρησε σε δύο συντομότερες εκδόσεις: στην έκδοση των 64 ερωτήσεων και την έκδοση των 32 ερωτήσεων (για γρήγορη εκτίμηση).Ο μέσος όρος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι 15 λεπτά και απευθύνεται σε ηλικίες μεγαλύτερες των 18 ετών.Στα πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου συγκαταλέγονται:

- I. Προσδιορίζει αν το άτομο επιβαρύνεται τόσο ώστε να δικαιολογήσει θεραπεία για διαπροσωπικά προβλήματα.
- II. Αποκαλύπτει τον βαθμό δυσκολίας του ατόμου στις διαπροσωπικές σχέσεις.
- III. Επισημαίνει την περιοχή που εντοπίζονται τα διαπροσωπικά προβλήματα που επιβαρύνουν συναισθηματικά περισσότερο το άτομο.

Χρησιμοποιείται στο σχεδιασμό εξειδικευμένης θεραπείας, στην αξιολόγηση μιας θεραπείας όταν περατωθεί και σε διερεύνηση προσωπικότητας. Χρησιμοποιείται συχνά σε έρευνες προσωπικότητας και κοινωνικής ψυχολογίας, για την σύγκριση διαπροσωπικών προβλημάτων ατόμων με διαφορετικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας και διαφορετικές στάσεις - προσεγγίσεις σε διάφορα γεγονότα ζωής.Οι ερωτήσεις του έχουν διαβαθμισμένες απαντήσεις σε 5βάθμια κλίμακα (0=καθόλου,1=λίγο,2=μέτρια,3=αρκετά,4=υπερβολικά).

Η έκδοση των 64 ερωτήσεων που επιλέχθηκε για την έρευνα χωρίζεται⁴⁴ σε 8 υποκλίμακες των 8 ερωτήσεων έκαστη:

Υποκλίμακα 1: Αυταρχικότητα – Έλεγχος(domineering/controlling). Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις (17+31+44+45+50+52+57++59).Υψηλό σκορ άτομα υποδηλώνει άτομα ελεγκτικά και χειριστικά.

Υποκλίμακα 2: Εγωκεντρισμός – Εκδικητικότητα (vindictive/self centered).Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις (1+22+24+29+32+40+56+64).Υψηλό σκορ υποδηλώνει πρόβλημα εχθρικής επικράτησης.Το άτομο εκφράζει θυμό και εριστικότητα προσμένοντας εκδίκηση.

Υποκλίμακα 3: Απόσταση – Ψυχρότητα (cold/distant). Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις (11+15+16+20+23+27+36+60).Υψηλό σκορ υποδηλώνει έλλειψη συναισθημάτων στοργής και τρυφερότητας, επικοινωνιακή απομάκρυνση από άλλα άτομα.

Υποκλίμακα 4: Κοινωνική αναστολή – Σχιζοειδικότητα (socially inhibited). Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις (3+7+14+18+33+35+55+62). Υψηλό σκορ υποδηλώνει ανησυχία, συστολή και ντροπαλότητα στην παρουσία άλλων ατόμων.

Υποκλίμακα 5: Μη διεκδικητικότητα (Nonassertive). Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις (5+6+8+9+12+13+19+39).Υψηλό σκορ υποδηλώνει έλλειψη αυτοπεποίθησης, αυτοεκτίμησης και διστακτικότητα στις αξιώσεις- διεκδικήσεις.

Υποκλίμακα 6: Δεκτικότητα (Overly accommodating). Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις (2+10+25+34+38+42+53+61).Υψηλό σκορ υποδηλώνει υπερβολική προθυμία που δίνει προτεραιότητα στους άλλους.

Υποκλίμακα 7: Αυταπάρνηση (self sacrificing). Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις (21+28+37+46+49+51+54+63).Υψηλό σκορ υποδηλώνει συμπονετικό άτομο προς ανθρώπους που βρίσκονται σε ανάγκη, φροντίδα και αυτοθυσία για χάρη όσων βρίσκονται σε δύσκολη θέση.

Υποκλίμακα 8: Παρεμβατικότητα-Δεισδυτικότητα (intrusive/needy). Περιλαμβάνει τις ερωτήσεις (4+26+30+41+43+47+48+58). Υψηλό σκορ υποδηλώνει ανάγκη για επαφή και έλεγχο μαζί.Τα άτομα αυτά περιγράφουν τον εαυτό τους ως υπερβολικά φιλικά,εξωστρεφή και κοινωνικά σε τέτοιο βαθμό που οι άλλοι άνθρωποι το βιώνουν ως παρέμβαση στην καθημερινότητά τους.

2.5 Διαδικασία δειγματοληψίας

Στην παρούσα έρευνα ο πληθυσμός του δείγματος αποτελείται από 200 νεοσύλλεκτους στρατιώτες,με τυχαία επιλογή, που μιλούν και διαβάζουν στην Ελληνική γλώσσα προερχόμενοι από κέντρα κατάταξης νεοσυλλέκτων των φρουρών Αττικής και Μεσολογγίου.Ενημερώθηκαν για τον σκοπό συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων,το δικαίωμά τους να αποχωρήσουν σε οποιαδήποτε φάση της έρευνας καθώς και για την δυνατότητά τους να έχουν άμεση πρόσβαση στα αποτελέσματα της μελέτης.Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και ανώνυμη.Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε από τους πρώτους 200 στρατεύσιμους που ανταποκρίθηκαν θετικά και προσήλθαν στο χώρο συμπλήρωσης που είχε προκαθοριστεί γι' αυτό το σκοπό, εντός στρατοπέδου. Η ανάλυση των στοιχείων που προέκυψαν από τις απαντήσεις αποκωδικοποιήθηκαν και επεξεργάστηκαν στο στατιστικό πρόγραμμα του SPSS.

2.6 Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

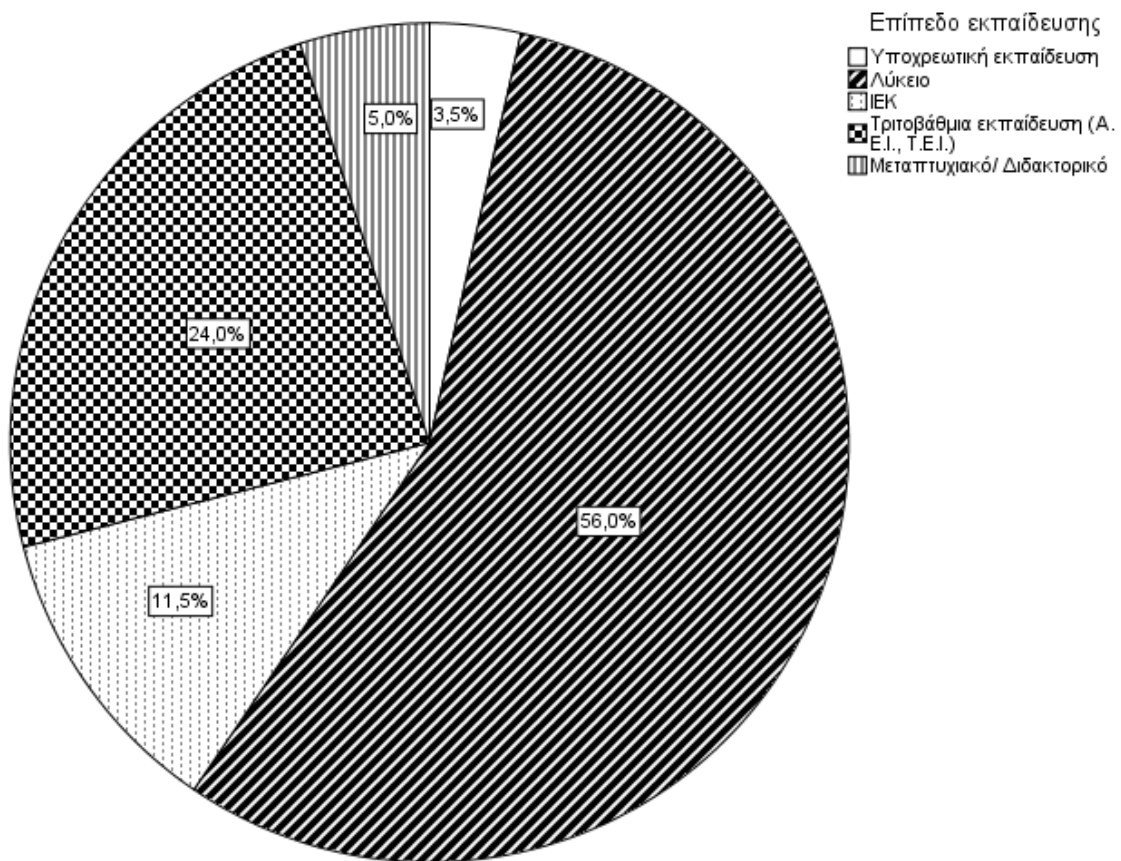
Στη μελέτη συμμετείχαν 200 άντρες συμμετέχοντες. Ως προς την ηλικία 136 (68%) ήταν 18 έως 22 ετών, 55 (27,5%) 23 έως 27 ετών και 9 (4,5%) άνω των 27 ετών (βλ. Σχήμα 2.1).



Σχήμα 2.1

Ποσοστιαίες αναλογίες αναφορικά με το ηλικιακό επίπεδο των συμμετεχόντων (N=200).

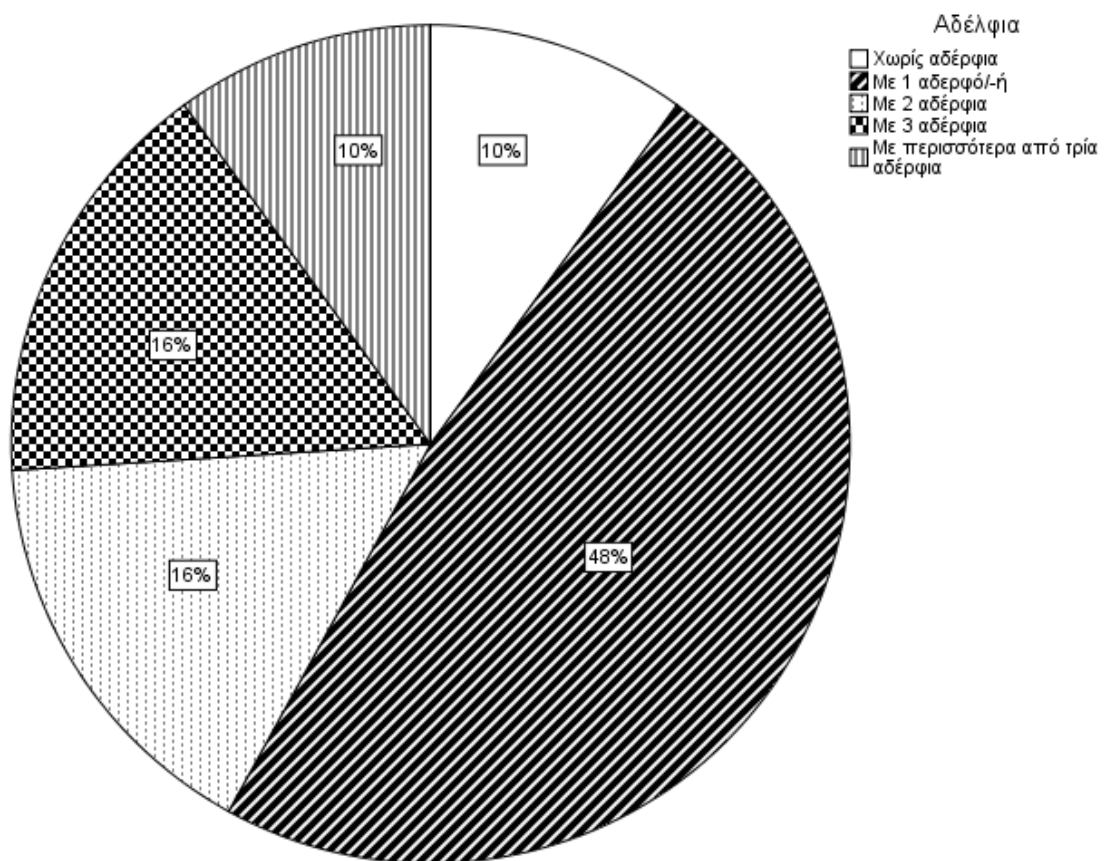
Αναφορικά με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο 1 (0,5%) ήταν απόφοιτος Δημοτικού, 6 (3%) απόφοιτοι γυμνασίου, 112 (56%) απόφοιτοι Λυκείου, 23 (11,5%) απόφοιτοι ΙΕΚ, 24 (12%) απόφοιτοι ΤΕΙ, 24 (12%) απόφοιτοι ΑΕΙ, 9 (4,5%) κάτοχοι μεταπτυχιακής ειδίκευσης και 1 (0,5%) κάτοχος διδακτορικού τίτλου. Για μετρικούς λόγους οι ομάδες επανακωδικοποιήθηκαν και προέκυψαν οι εξής κατηγορίες. 7 (3,5%) συμμετέχοντες απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης, 112 (56%) απόφοιτοι Λυκείου, 23 (11,5%) απόφοιτοι ΙΕΚ, 48 (24%) απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Α.Ε.Ι., Τ.Ε.Ι.) και 10 (5%) απόφοιτοι μεταπτυχιακών / διδακτορικών σπουδών (βλ. Σχήμα 2.2).



Σχήμα 2.2

Ποσοστιαίες αναλογίες αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων (N=200).

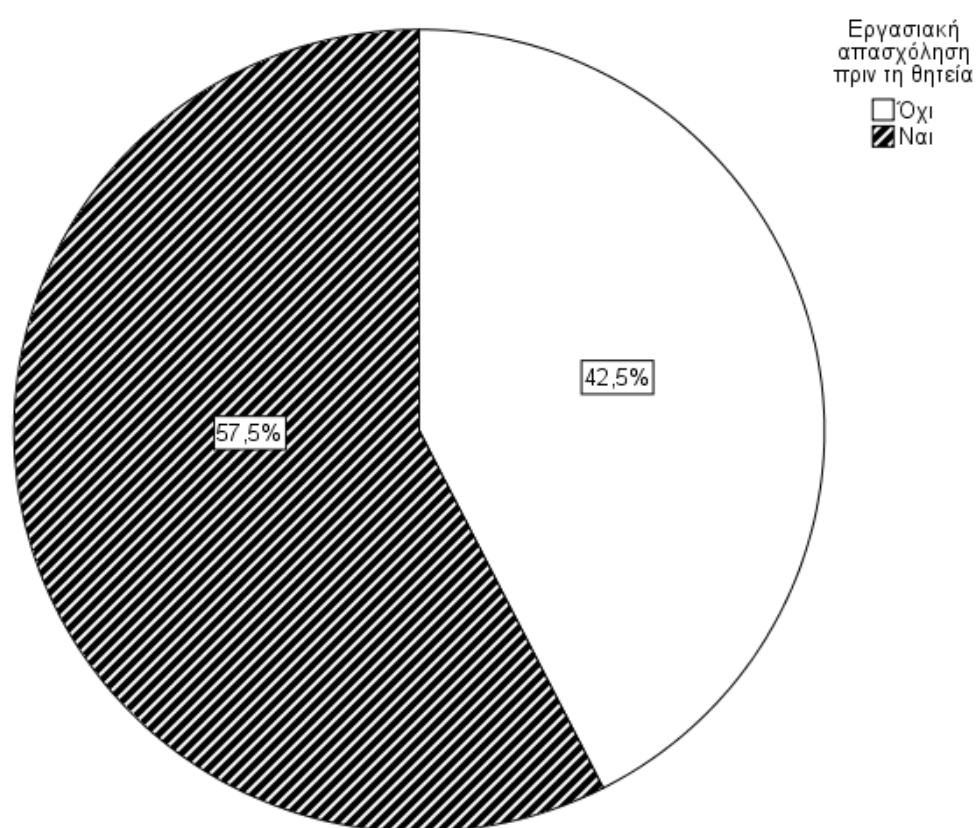
Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων 195 (97,5%) ήταν άγαμοι και 5 (2,5%) ήταν έγγαμοι. Αναφορικά με την ύπαρξη αδερφών 20 (10%) δεν είχαν αδέρφια, 96 (48%) είχαν ένα αδερφό/-ή, 32 (16%) είχαν 2 αδέρφια, 32 (16%) είχαν 3 αδέρφια και 20 (10%) είχαν περισσότερα από 3 αδέρφια. Αναφορικά με τη διαμονή 13 (6,5%) έμεναν μόνοι τους, 164 (82%) έμεναν με τους γονείς τους, 3 (1,5%) με συγκάτοικο, 9 (4,5%) με σύντροφο, και 11 (5,5%) με συγγενείς (βλ. Σχήμα 2.3).



Σχήμα 2.3

Ποσοστιαίες αναλογίες αναφορικά με τον αριθμό αδερφών στην οικογένεια των συμμετεχόντων (N=200).

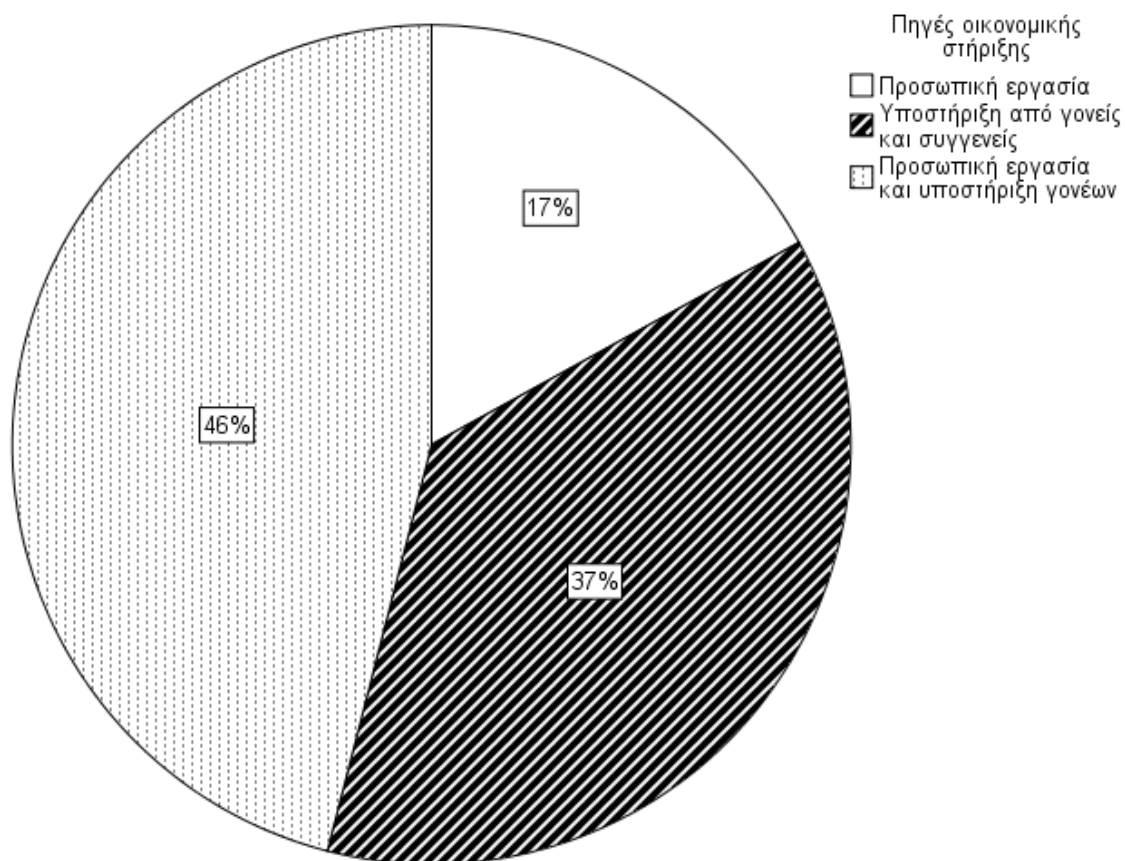
Ως προς την προηγούμενη εργασιακή απασχόληση 115 (57,5%) ανέφεραν ότι εργάζονταν ενώ 85 (42,5%) ανέφεραν ότι δεν εργάζονταν (βλ. Σχήμα 2.4).



Σχήμα 2.4

Ποσοστιαίες αναλογίες αναφορικά με την ύπαρξη εργασιακής απασχόλησης των συμμετεχόντων πριν την θητεία.

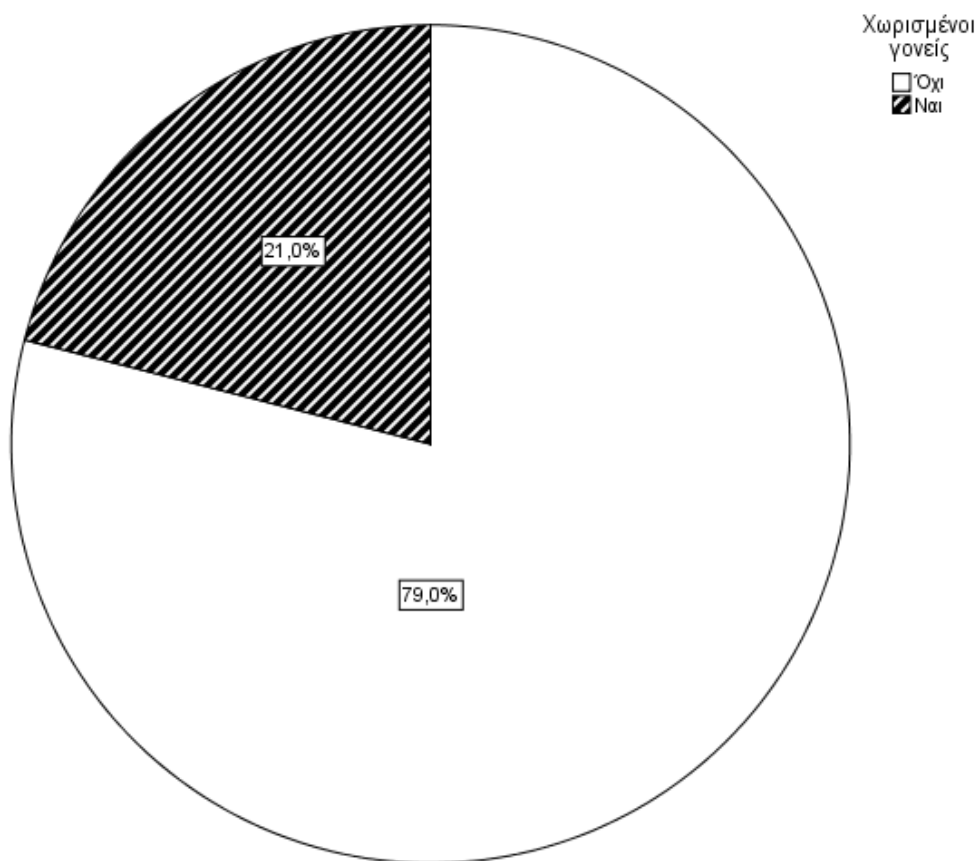
Αναφορικά με τις πηγές οικονομικής στήριξης 34 (17%) ανέφεραν από προσωπική εργασία, 74 (37%) ανέφεραν υποστήριξη από γονείς και συγγενείς, 92 (46%) ανέφεραν προσωπική εργασία και υποστήριξη γονέων (βλ. Σχήμα 2.5).



Σχήμα 2.5

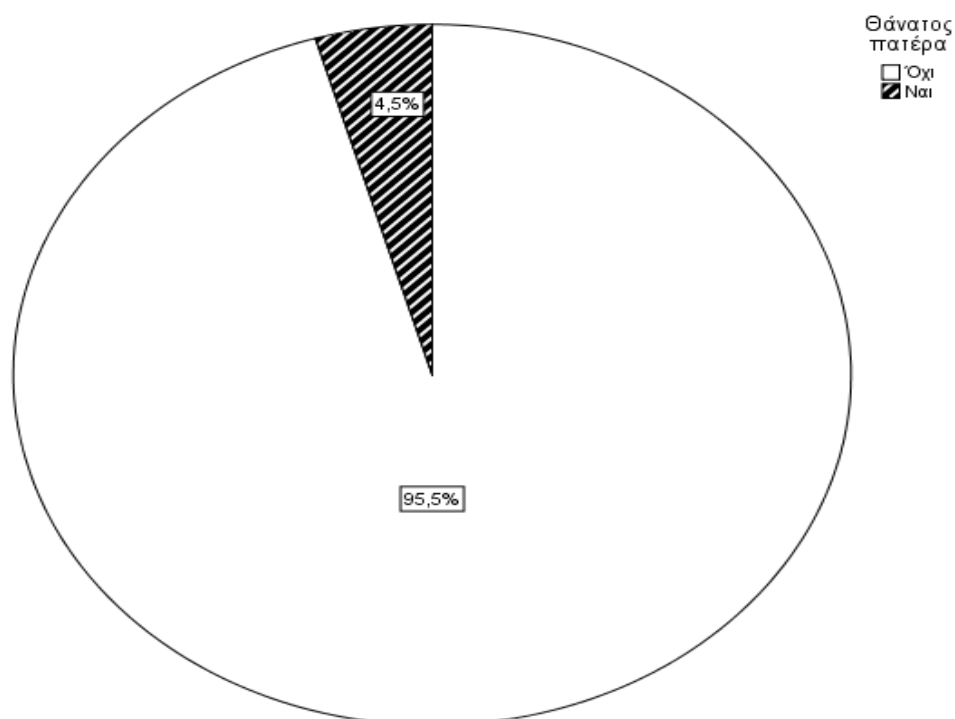
Ποσοστιαίες αναλογίες αναφορικά με τις πηγές οικονομικής στήριξης των συμμετεχόντων.

Αναφορικά με το διαζύγιο των γονέων 42 (21%) ανέφεραν ότι οι γονείς τους είχαν χωρίσει. Ως προς τη διάσταση του θανάτου του γονέα 9 (4,5%) ανέφεραν ότι ο πατέρας τους είχε πεθάνει και 5 (2,5%) ανέφεραν ότι η μητέρα τους είχε πεθάνει. Αναφορικά με θέματα ψυχικής υγείας 13 (6,5%) ανέφεραν ότι έχουν επισκεφτεί ειδικό ψυχικής υγείας και 5 (2,5%) ότι έχουν ακολουθήσει φαρμακευτική αγωγή για θέματα ψυχικής υγείας (βλ. Σχήμα 2.6, 2.7, 2.8, 2.9 και 2.10).



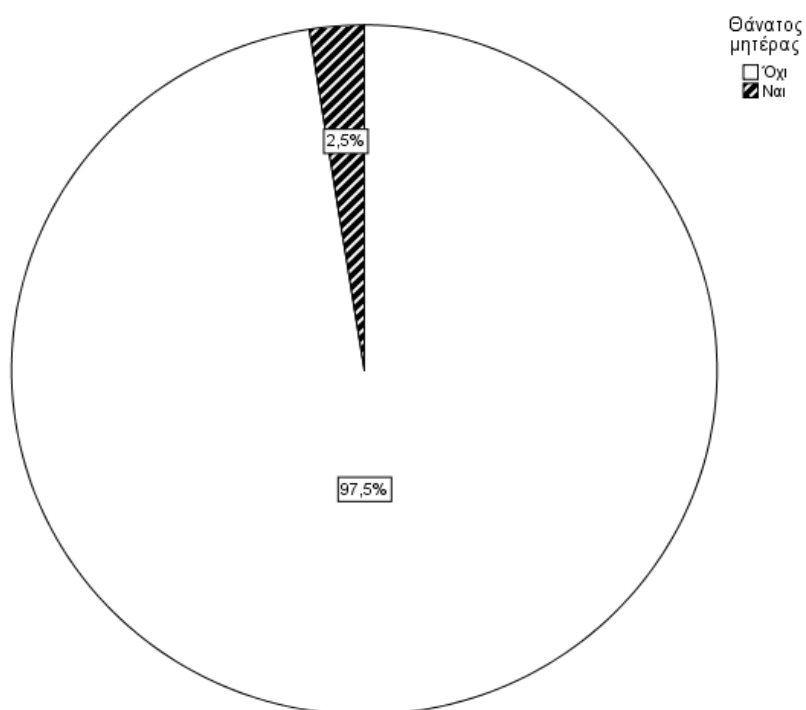
Σχήμα 2.6

Ποσοστιαίες αναλογίες αναφορικά με τις προτάσεις για το χωρισμό των γονέων (N=200)



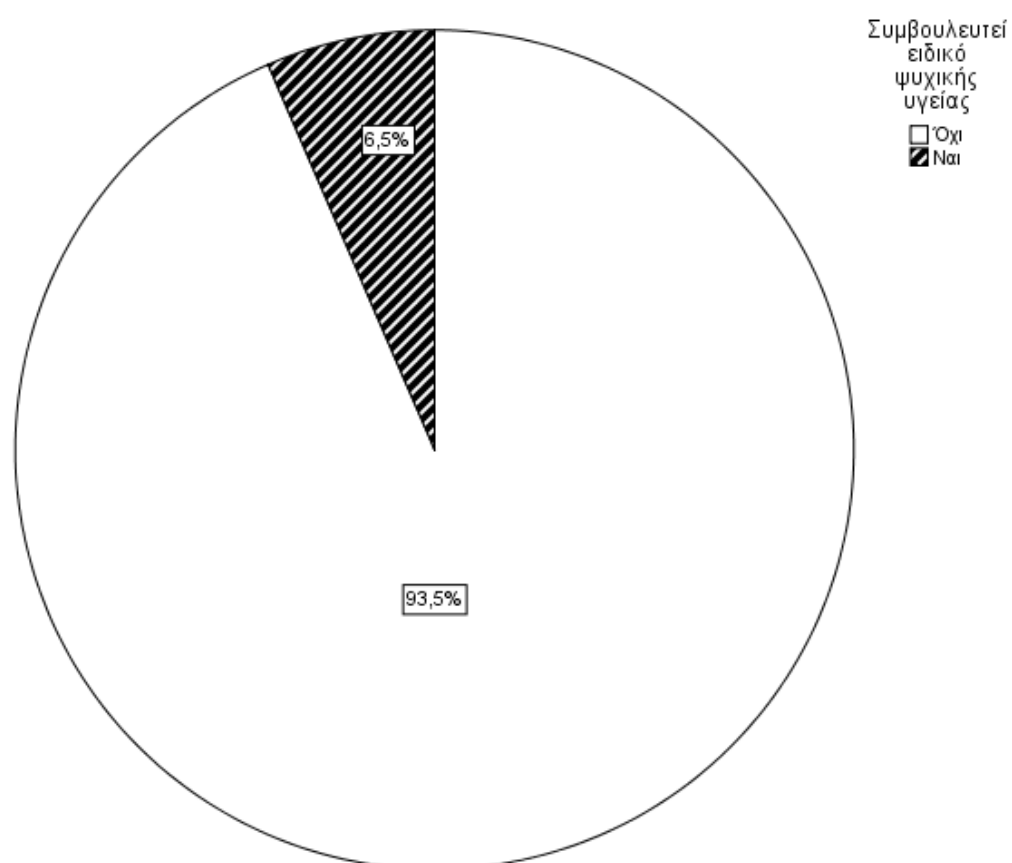
Σχήμα 2.7

Ποσοστιαίες αναλογίες αναφορικά με τις προτάσεις για το θάνατο του πατέρα (N=200).



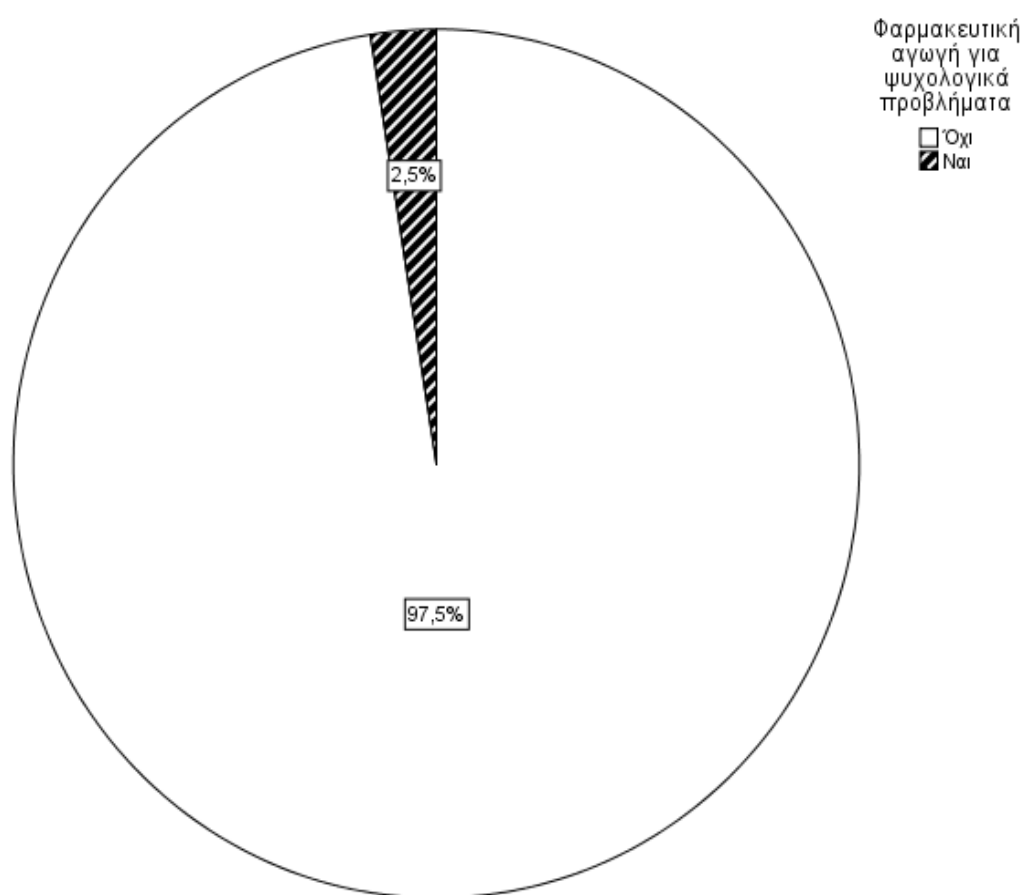
Σχήμα 2.8

Ποσοστιαίες αναλογίες αναφορικά με τις προτάσεις για το θάνατο της μητέρας (N=200).



Σχήμα 2.9

Ποσοστιαίες αναλογίες αναφορικά με τις προτάσεις αναφορικά με την αναζήτηση βοήθειας σε ειδικό (N=200).



Σχήμα 2.10

Ποσοστιαίες αναλογίες αναφορικά με τις προτάσεις αναφορικά με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής για θέματα ψυχικής υγείας (N=200).

3. Αποτελέσματα

3.1 Περιγραφική στατιστική ανάλυση

3.1.1 Γενική υγεία και διαστάσεις γενικής υγείας

Όπως διαμορφώθηκαν από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ο μέσος όρος της γενικής υγείας (ψυχολογικής δυσφορίας) ήταν 3,09 ($SD = 4,11$), των σωματικών ενοχλημάτων 0,91 ($SD = 1,34$), του άγχους 0,86 ($SD = 1,39$), της κοινωνικής δυσλειτουργικότητας 1,01 ($SD = 1,40$) και της κατάθλιψης 0,32 ($SD = 1,06$).

Στην συνέχεια παρατίθεται πίνακας μέσων όρων, τυπικών αποκλίσεων και δεικτών εσωτερικής συνέπειας της γενικής υγείας και των δεικτών της (βλ. Πίνακα 1).

Πίνακας 3.1.

Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και δείκτες εσωτερικής συνέπειας γενικής υγείας

	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	Αριθμός προτάσεων	Cronbach's α
Δείκτης γενικής υγείας	3,09	4,11	28	0,88
Σωματικά ενοχλήματα	0,91	1,34	7	0,70
Άγχος	0,86	1,39	7	0,72
Κοινωνική δυσλειτουργικότητα	1,01	1,40	7	0,70
Κατάθλιψη	0,32	1,06	7	0,86

3.1.2 Προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων και διαστάσεις.

Όπως προέκυψε από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με το προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων ο μέσος όρος για την διάσταση της κυριαρχικότητας / άσκησης ελέγχου ήταν 9,34 ($SD = 5,48$), για τη διάσταση του εγωκεντρισμού / εκδικητικότητας 9,72 ($SD = 5,44$), για τη διάσταση της ψυχρότητας 9,85 ($SD = 7,49$), για τη διάσταση της κοινωνικής αναστολής / σχιζοειδικότητας 9,20 ($SD = 6,11$), για τη διάσταση της μη διεκδικητικότητας 10,64 ($SD = 6,67$), για τη διάσταση της δεκτικότητας 9,99 ($SD = 5,59$), για τη διάσταση της αυταπάρνησης 13,37 ($SD = 6,13$), για τη διάσταση της παρεμβατικότητας 10,05 ($SD = 5,35$) και συγκεντρωτικά για το προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων 82,14, ($SD = 38,16$).

Αναφορικά με το προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων και τους δείκτες του παρατίθεται στην συνέχεια πίνακας με τους μέσους όρους, τις τυπικές αποκλίσεις και τους δείκτες εσωτερικής συνέπειας.

Πίνακας 3.2.

Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και δείκτες εσωτερικής συνέπειας του προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων

	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	Αριθμός προτάσεων	Cronbach's <i>α</i>
Κυριαρχικότητα / άσκηση ελέγχου	9,34	5,48	8	0,70
Εγωκεντρισμός / εκδικητικότητα	9,72	5,44	8	0,69
Ψυχρότητα	9,85	7,49	8	0,86
Κοινωνική αναστολή / σχιζοειδικότητα	9,20	6,11	8	0,79
Μη διεκδικητικότητα	10,64	6,67	8	0,78
Δεκτικότητα	9,99	5,59	8	0,71
Αυταπάρνηση	13,37	6,13	8	0,75
Παρεμβατικότητα	10,05	5,35	8	0,65
Προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων	82,14	38,16	64	0,95

3.1.3 Κίνδυνος αυτοκτονίας

Όπως προκύπτει από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων 9 (4,5%) ανέφεραν ότι λαμβάνουν φάρμακα για τον ύπνο, 16 (8%) ανέφεραν δυσκολίες στην έλευση του ύπνου, 39 (19,5%) ανέφεραν απώλεια της αίσθησης του ελέγχου, 17 (8,5%) ανέφεραν μειωμένο ενδιαφέρον όταν βρίσκονται με ανθρώπους, 31 (15,5%) ανέφεραν ότι το μέλλον για αυτούς είναι μάλλον δυσάρεστο, 24 (12%) ανέφεραν ότι αισθάνονται άχρηστοι, 29 (14,5%) ανέφεραν ότι αισθάνονται απελπισία για το μέλλον, 19 (9,5%) ανέφεραν ότι αισθάνονται αίσθημα απογοήτευσης και τάση για εγκατάλειψη της μάχης, 31 (15,5%) ανέφεραν αίσθημα μελαγχολίας, 5 (2,5%) ανέφεραν ότι είναι σε διάσταση / διαζευγμένοι / χήροι, 5 (2,5%) ανέφεραν ότι κάποιος στην οικογένειά τους προσπάθησε να αυτοκτονήσει, 31 (15,5%) ανέφεραν ότι έχουν θυμώσει σε τέτοιο βαθμό ώστε να αισθάνονται ότι θα μπορούσαν να σκοτώσουν κάποιον, 10 (5%) ανέφεραν ότι έχουν σκέψεις αυτοκτονίας, 6 (3%) ανέφεραν ότι έχουν ανακοινώσει σε κάποιον ότι θα

Διερεύνηση διαστάσεων δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς σε πληθυσμό στρατευσίμων

αυτοκτονήσουν και 1 (0,5%) έχει επιχειρήσει να σκοτωθεί. Ο μέσος όρος του δείκτη κίνδυνος αυτοκτονίας ήταν 1,36 ($SD = 2,05$) (βλ Πίνακα 3).

Πίνακας 3.3.

Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και δείκτες εσωτερικής συνέπειας Κινδύνου Αυτοκτονίας

	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	Αριθμός προτάσεων	Cronbach's α
Κίνδυνος αυτοκτονίας	1,36	2,05	15	0,77

3.2 Επαγωγική στατιστική ανάλυση

3.2.1 Δείκτες συνάφειας μεταξύ δεικτών Γενικής υγείας, Κινδύνου Αυτοκτονίας και προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων.

Υπολογίστηκαν οι συντελεστές συσχέτισης r του Pearson ανάμεσα στο δείκτη Γενικής υγείας (ψυχολογικής δυσφορίας) και τους παράγοντές του, το δείκτη Κινδύνου Αυτοκτονίας και τις διαστάσεις του προφίλ των Διαπροσωπικών Προβλημάτων. Ο δείκτης γενικής υγείας (υψηλότερη ψυχολογική δυσφορία) συσχετίστηκε θετικά με όλους τους δείκτες. Οι υψηλότερες συνάφειες εντοπίστηκαν με όλους τους δείκτες της Γενικής υγείας και με τον Κίνδυνο Αυτοκτονίας. Αναφορικά με τους δείκτες του προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων παρατηρήθηκαν μέτριου βαθμού συσχετίσεις με τη δεκτικότητα και την αυταπάρνηση (βλ. Πίνακα 3.4).

Πίνακας 3.4

Συντελεστές συσχέτισης (Pearson r) μεταξύ της γενικής υγείας και των διαστάσεων της, του Κινδύνου Αυτοκτονίας και των δεικτών των Διαπροσωπικών Προβλημάτων

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Δείκτης γενικής υγείας	-														
2. Σωματικά ενοχλήματα	0,79**	-													
3. Άγχος	0,84**	0,60**	-												
4. Κοινωνική δυσλειτουργικότητα	0,81**	0,51**	0,51**	-											
5. Κατάθλιψη	0,71**	0,35**	0,51**	0,50**	-										
6. Δείκτης κινδύνου αυτοκτονίας	0,75**	0,54**	0,60**	0,59**	0,65**	-									
7. Κυριαρχικότητα / άσκηση ελέγχου	0,20**	0,21**	0,12	0,16*	0,16*	0,20**	-								
8. Εγωκεντρικισμός / εκδικητικότητα	0,19**	0,15*	0,13	0,17*	0,13	0,20**	0,68**	-							
9. Ψυχρότητα	0,18**	0,16*	0,16*	0,09	0,18*	0,21**	0,60**	0,74**	-						
10. Κοινωνική αναστολή / σχιζοειδικότητα	0,29**	0,23**	0,23**	0,22**	0,25**	0,36**	0,56**	0,64**	0,78**	-					
11. Μη διεκδικητικότητα	0,31**	0,24**	0,29**	0,26**	0,19**	0,27**	0,45**	0,56**	0,70**	0,75**	-				
12. Δεκτικότητα	0,44**	0,30**	0,36**	0,35**	0,38**	0,41**	0,47**	0,47**	0,46**	0,63**	0,70**	-			
13. Αυταπάρνηση	0,39**	0,31**	0,30**	0,31**	0,33**	0,31**	0,47**	0,35**	0,27**	0,42**	0,51**	0,68**	-		
14. Παρεμβατικότητα	0,34**	0,30**	0,26**	0,25**	0,28**	0,34**	0,60**	0,50**	0,50**	0,59**	0,59**	0,67**	0,62**	-	
15. Δείκτης Διαπροσωπικών Προβλημάτων	0,37**	0,30**	0,29**	0,28**	0,30**	0,36**	0,75**	0,78**	0,82**	0,86**	0,84**	0,80**	0,67**	0,79**	-

Σημείωση. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

3.2.2 Στατιστική πρόβλεψη Γενικής υγείας από δημογραφικούς, ψυχοκοινωνικούς δείκτες, τον Κίνδυνο Αυτοκτονίας και το προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων.

Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης (μέθοδος *stepwise*) για να ελεγχθεί η δυνατότητα πρόβλεψης της γενικής υγείας από ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε σε 3 βήματα. Κατά το πρώτο βήμα εντάχθηκαν στο μοντέλο οι δημογραφικές μεταβλητές ηλικία, αριθμός αδερφών, ύπαρξη απασχόλησης πριν την θητεία και επίπεδο εκπαίδευσης. Κατά το δεύτερο βήμα εντάχθηκαν οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές το αν είχαν χωρίσει η γονείς τον συμμετεχόντων, αν είχε πεθάνει ο πατέρας τους, αν είχε πεθάνει η μητέρα τους, αν είχε επισκεφθεί ειδικό ψυχικής υγείας, και το αν έχουν λάβει φαρμακευτική αγωγή για λόγους ψυχικής υγείας. Κατά το τρίτο βήμα εντάχθηκαν ο δείκτης Κινδύνου Αυτοκτονίας και όλοι οι δείκτες του προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων. Διενεργήθηκαν 6 μοντέλα και στο τελικό μοντέλο ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας ήταν ίσος με 0,63. Η κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης ήταν σημαντικά διαφορετική του μηδενός $F(6,193) = 55,03$ $p = 0,001$.

Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης διαπιστώνουμε ότι 4 από τις ανεξάρτητες μεταβλητές συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη της εξαρτημένης, ωστόσο στο τελικό μοντέλο εντάχθηκαν έξι μεταβλητές, ειδικότερα συστηματικά συνέβαλε στην πρόβλεψη της εξαρτημένης μεταβλητής ο δείκτης Κινδύνου αυτοκτονίας ($\beta = 0,63$, $t = 12,52$, $p = 0,001$, $\Delta R^2 = 0,38$), ο δείκτης της αυταπάρνησης ($\beta = 0,18$, $t = 3,7$, $p = 0,001$, $\Delta R^2 = 0,03$), η λήψη φαρμακευτικής αγωγής για ψυχολογικά προβλήματα ($\beta = 0,16$, $t = 2,87$, $p = 0,005$, $\Delta R^2 = 0,14$), ο θάνατος της μητέρας ($\beta = 0,15$, $t = 3,35$, $p = 0,001$, $\Delta R^2 = 0,05$), το επίπεδο εκπαίδευσης ($\beta = 0,06$, $t = 1,23$, $p = 0,219$, $\Delta R^2 = 0,02$) και η επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας ($\beta = -0,03$, $t = -0,53$, $p = 0,596$, $\Delta R^2 = 0,02$). Οι μεταβλητές επίπεδο εκπαίδευσης ($\beta = 0,06$, $t = 1,23$, $p = 0,219$, $\Delta R^2 = 0,02$) και η επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας ($\beta = -0,03$, $t = -0,53$, $p = 0,596$, $\Delta R^2 = 0,02$) δεν συμβάλλουν με στατιστική σημαντικότητα στην πρόβλεψη της εξαρτημένης μεταβλητής στο τελικό μοντέλο, αλλά συνέβαλαν σε προηγούμενα βήματα της πολλαπλής παλινδρόμησης. Ως εκ τούτου δεν μπορούν να παραβλεφθούν.

Η επίδραση της επίσκεψης σε ειδικό και του επιπέδου εκπαίδευσης στο τελικό μοντέλο δεν ήταν στατιστικώς σημαντικής. Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα, κάποιος που βιώνει αυξημένη ψυχική δυσφορία (υψηλά επίπεδα στο δείκτη γενικής υγείας) είναι πιο πιθανό να έχει πεθάνει η μητέρα του, να λαμβάνει ψυχιατρική αγωγή, να έχει αυξημένο κίνδυνο να αυτοκτονήσει και να επιδεικνύει αυταπάρνηση στις διαπροσωπικές του σχέσεις. (βλ. Πίνακα 3.5).

Πίνακας 3.5

Ανάλυση παλινδρόμησης για την στατιστική πρόβλεψη του δείκτη Γενικής υγείας (ψυχολογική δυσφορία) από δημογραφικούς, ψυχοκοινωνικούς και ψυχολογικούς δείκτες.

	Δείκτης γενικής υγείας		
	Βήμα (ΔR^2)	β final	P
Ηλικία	--	--	--
Απασχόληση πριν τη θητεία	--	--	--
Επίπεδο εκπαίδευσης	1(0,02)	0,06	0,219
Αριθμός αδερφών	--	--	--
Διαζύγιο γονέων	--	--	--
Θάνατος πατέρα	--	--	--
Θάνατος μητέρας	3(0,05)	0,15	0,001
Επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας	4(0,02)	-0,03	0,596
Λήψη φαρμάκων για θέματα ψυχικής υγείας	2(0,14)	0,16	0,005
Δείκτης κινδύνου αυτοκτονίας	5(0,38)	0,63	0,001
Κυριαρχικότητα / άσκηση ελέγχου	--	--	--
Εγωκεντρισμός / εκδικητικότητα	--	--	--
Ψυχρότητα	--	--	--
Κοινωνική αναστολή / σχιζοειδικότητα	--	--	--
Μη διεκδικητικότητα	--	--	--
Δεκτικότητα	--	--	--
Αυταπάρνηση	6(0,03)	0,18	0,001
Παρεμβατικότητα	--	--	--
Συνολικό R^2	0,63		

3.2.3 Στατιστική πρόβλεψη του Κινδύνου Αυτοκτονίας από δημογραφικούς, ψυχοκοινωνικούς δείκτες, τους δείκτες της γενικής υγείας και του προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων.

Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης (μέθοδος *stepwise*) για να ελεγχθεί η δυνατότητα πρόβλεψης του κινδύνου αυτοκτονίας από ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε σε 3 βήματα. Κατά το πρώτο βήμα εντάχθηκαν στο μοντέλο οι δημογραφικές μεταβλητές ηλικία, αριθμός αδερφών, ύπαρξη απασχόλησης πριν την θητεία και επίπεδο εκπαίδευσης. Κατά το δεύτερο βήμα εντάχθηκαν οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές το αν είχαν χωρίσει η γονείς τον συμμετεχόντων, αν είχε πεθάνει ο πατέρας τους, αν είχε πεθάνει η μητέρα τους, αν είχε επισκεφθεί ειδικό ψυχικής υγείας, και το αν έχουν λάβει φαρμακευτική αγωγή για λόγους ψυχικής υγείας. Κατά το τρίτο βήμα εντάχθηκαν οι δείκτες της γενικής υγείας και όλοι οι δείκτες του προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων. Διενεργήθηκαν 7 μοντέλα και στο τελικό μοντέλο ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας ήταν ίσος με 0,63. Η κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης ήταν σημαντικά διαφορετική του μηδενός $F(7,192) = 47,03$ $p = 0,001$. Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης διαπιστώνουμε ότι 7 από τις ανεξάρτητες μεταβλητές συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη της εξαρτημένης. Ειδικότερα, στην πρόβλεψη της εξαρτημένης μεταβλητής συνέβαλαν οι δείκτες: επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας ($\beta = 0,17$, $t = 3,35$, $p = 0,001$, $\Delta R^2 = 0,15$), ο δείκτης της κατάθλιψης ($\beta = 0,35$, $t = 6,39$, $p = 0,001$, $\Delta R^2 = 0,34$), ο δείκτης των σωματικών ενοχλήσεων ($\beta = 0,15$, $t = 2,61$, $p = 0,001$, $\Delta R^2 = 0,08$), ο δείκτης της κοινωνικής δυσλειτουργικότητας ($\beta = 0,20$, $t = 3,58$, $p = 0,001$, $\Delta R^2 = 0,03$), ο δείκτης της κοινωνικής αναστολής/ σχιζοειδικότητας ($\beta = 0,26$, $t = 3,78$, $p = 0,001$, $\Delta R^2 = 0,02$), ο δείκτης του άγχους ($\beta = 0,16$, $t = 2,59$, $p = 0,010$, $\Delta R^2 = 0,01$) και ο δείκτης της μη διεκδικητικότητας ($\beta = -0,18$, $t = -2,56$, $p = 0,011$, $\Delta R^2 = 0,01$).

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα, αποτυπώνεται μια τάση στους συμμετέχοντες που έχουν επισκεφθεί ειδικό ψυχικής υγείας, βιώνουν κατάθλιψη, άγχος, σωματικά ενοχλήματα, κοινωνική δυσλειτουργικότητα, κοινωνική αναστολή και χαμηλά επίπεδα στην μη διεκδικητικότητα να εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας (βλ. Πίνακα 3.6).

Πίνακας 3.6

Ανάλυση παλινδρόμησης για την στατιστική πρόβλεψη του κινδύνου αυτοκτονίας από δημογραφικούς, ψυχοκοινωνικούς και ψυχολογικούς δείκτες.

	Κίνδυνος αυτοκτονίας		
	Βήμα (ΔR^2)	β final	P
Ηλικία	--	--	--
Απασχόληση πριν τη θητεία	--	--	--
Επίπεδο εκπαίδευσης	--	--	--
Αριθμός αδερφών	--	--	--
Διαζύγιο γονέων	--	--	--
Θάνατος πατέρα	--	--	--
Θάνατος μητέρας	--	--	--
Επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας	1(0,15)	0,17	0,001
Λήψη φαρμάκων για θέματα ψυχικής υγείας	--	--	--
Σωματικά ενοχλήματα	3(0,08)	0,15	0,001
Άγχος	6(0,01)	0,16	0,010
Κοινωνική δυσλειτουργικότητα	4(0,03)	0,20	0,001
Κατάθλιψη	2(0,34)	0,35	0,001
Κυριαρχικότητα / άσκηση ελέγχου	--	--	--
Εγωκεντρισμός / εκδικητικότητα	--	--	--
Ψυχρότητα	--	--	--
Κοινωνική αναστολή / σχιζοειδικότητα	5(0,02)	0,26	0,001
Μη διεκδικητικότητα	7(0,01)	-0,18	0,011
Δεκτικότητα	--	--	--
Αυταπάρνηση	--	--	--
Παρεμβατικότητα	--	--	--
Συνολικό R^2	0,63		

3.2.4 Στατιστική πρόβλεψη του προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων από δημογραφικούς, ψυχοκοινωνικούς δείκτες, τους δείκτες της γενικής υγείας και τον Κίνδυνο Αυτοκτονίας.

Χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης (μέθοδος *stepwise*) για να ελεγχθεί η δυνατότητα πρόβλεψης του προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων από ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε σε 3 βήματα. Κατά το πρώτο βήμα εντάχθηκαν στο μοντέλο οι δημογραφικές μεταβλητές ηλικία, αριθμός αδερφών, ύπαρξη απασχόλησης πριν την θητεία και επίπεδο εκπαίδευσης. Κατά το δεύτερο βήμα εντάχθηκαν οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές, το αν είχαν χωρίσει η γονείς τον συμμετεχόντων, αν είχε πεθάνει ο πατέρας τους, αν είχε πεθάνει η μητέρα τους, αν είχε επισκεφθεί ειδικό ψυχικής υγείας, και το αν έχουν λάβει φαρμακευτική αγωγή για λόγους ψυχικής υγείας. Κατά το τρίτο βήμα εντάχθηκαν οι δείκτες της γενικής υγείας και ο Κίνδυνος Αυτοκτονίας. Διενεργήθηκαν 2 μοντέλα και στο τελικό μοντέλο ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας ήταν ίσος με 0,15. Η κλίση της γραμμής παλινδρόμησης ήταν σημαντικά διαφορετική του μηδενός $F(2,197) = 17,07$ $p = 0,001$.

Από την επισκόπηση των συντελεστών παλινδρόμησης διαπιστώνουμε ότι 2 από τις ανεξάρτητες μεταβλητές συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη της εξαρτημένης. Ειδικότερα, στην πρόβλεψη της εξαρτημένης μεταβλητής συνέβαλαν οι δείκτες: επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας ($\beta = 0,14$, $t = 1,99$, $p = 0,048$, $\Delta R^2 = 0,07$) και Κίνδυνος Αυτοκτονίας ($\beta = 0,31$, $t = 4,29$, $p = 0,001$, $\Delta R^2 = 0,08$).

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα, αποτυπώνεται μια τάση στους συμμετέχοντες που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα στα Διαπροσωπικά Προβλήματα να είναι περισσότερο πιθανό να έχουν επισκεφθεί κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας και να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα στον Κίνδυνο Αυτοκτονίας.

(βλ. Πίνακα 3.7).

Πίνακας 3.7

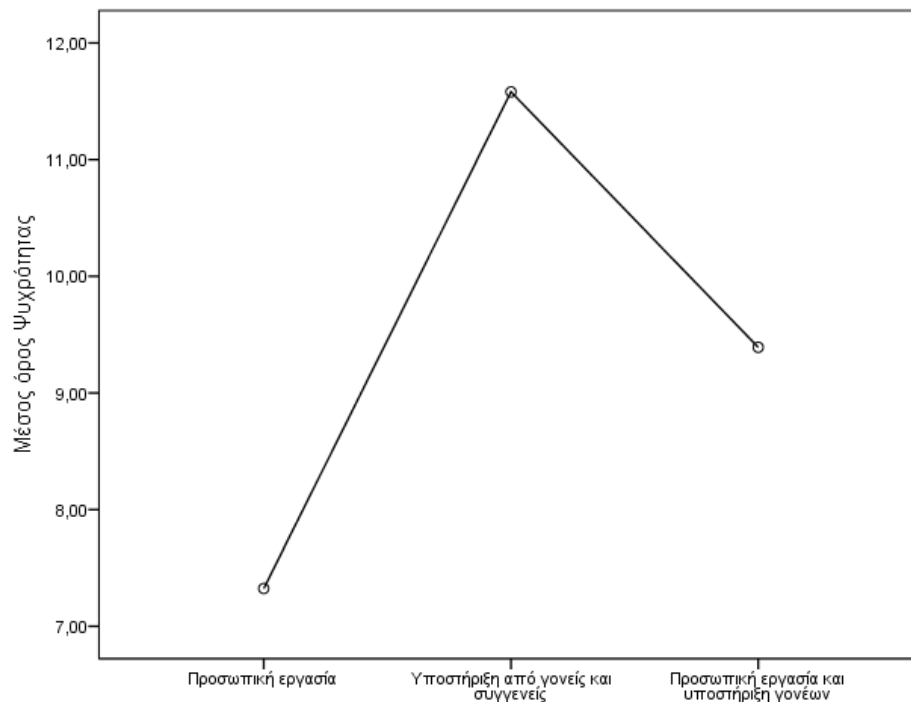
Ανάλυση παλινδρόμησης για την στατιστική πρόβλεψη του προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων από δημογραφικούς, ψυχοκοινωνικούς και ψυχολογικούς δείκτες.

	Προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων		
	Βήμα (ΔR^2)	β final	p
Ηλικία	--	--	--
Απασχόληση πριν τη θητεία	--	--	--
Επίπεδο εκπαίδευσης	--	--	--
Αριθμός αδερφών	--	--	--
Διαζύγιο γονέων	--	--	--
Θάνατος πατέρα	--	--	--
Θάνατος μητέρας	--	--	--
Επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας	1(0,07)	0,14	0,048
Λήψη φαρμάκων για θέματα ψυχικής υγείας	--	--	--
Σωματικά ενοχλήματα	--	--	--
Άγχος	--	--	--
Κοινωνική δυσλειτουργικότητα	--	--	--
Κατάθλιψη	--	--	--
Κίνδυνος αυτοκτονίας	2(0,08)	0,31	0,001
Συνολικό R^2	0,15		

3.2.5 Επίδραση της οικονομικής στήριξης στους δείκτες της γενικής υγείας, τον Κίνδυνο Αυτοκτονίας και τις διαστάσεις του προφίλ των Διαπροσωπικών Προβλημάτων.

Διενεργήθηκαν δεκαπέντε μονοπαραγοντικές αναλύσεις διακύμανσης στους δείκτες της γενικής υγείας, του Κινδύνου Αυτοκτονίας και των διαστάσεων του προφίλ Διαπροσωπικών Προβλημάτων αναφορικά με την πηγή οικονομικής στήριξης (Χ3: προσωπική εργασία, υποστήριξη από γονείς και συγγενείς, προσωπική εργασία και υποστήριξη από γονείς). Προέκυψαν συστηματικές διαφορές μόνο για το δείκτη της ψυχρότητας, $F(2,199) = 4,21$, $p=0,02$. Ειδικότερα οι συμμετέχοντες στην ομάδα της

προσωπικής εργασίας εμφάνισαν τα χαμηλότερα επίπεδα ($M = 7,32$, $SE = 6,58$), ακολουθούν οι συμμετέχοντες στην ομάδα της προσωπικής εργασίας και υποστήριξης από γονείς ($M = 9,39$, $SE = 7,04$) και τα υψηλότερα επίπεδα εμφανίστηκαν στους συμμετέχοντες που ανέφεραν οικονομική στήριξη από γονείς και συγγενείς ($M = 11,58$, $SE = 8,09$). Από τον έλεγχο με το post hoc κριτήριο Scheffe, προέκυψαν συστηματικές διαφορές μόνο μεταξύ των δύο ομάδων που βρίσκονταν στα άκρα (βλ. Σχήμα 3.1).



Σχήμα 3.1

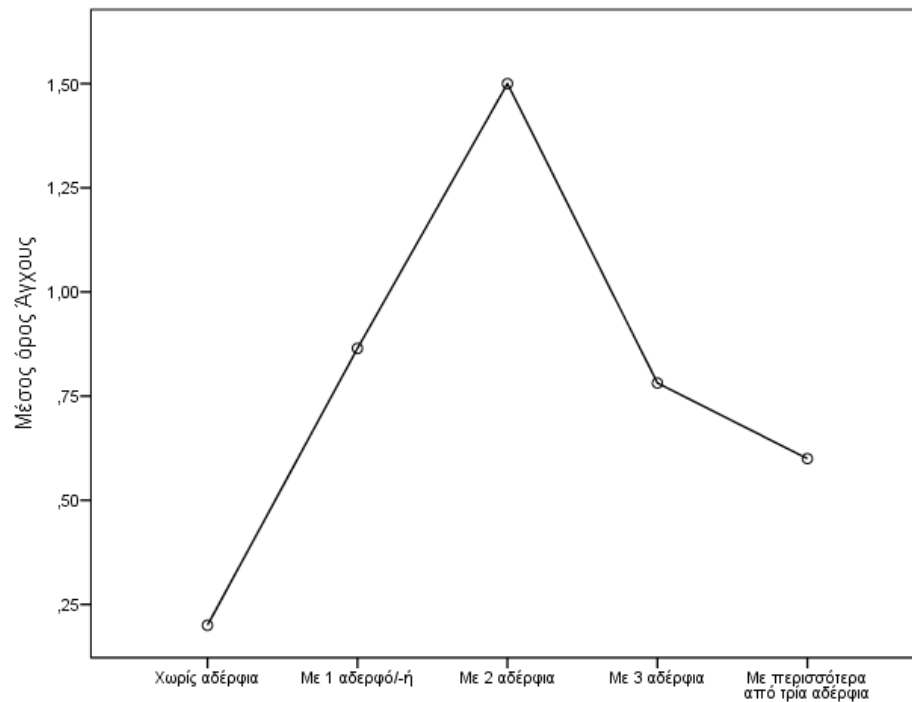
Μέσοι όροι συμμετεχόντων αναφορικά με την οικονομική στήριξη ως προς την διάσταση της ψυχρότητας.

3.2.6 Επίδραση της σύστασης της οικογένειας προέλευσης (αριθμός αδερφών) στους δείκτες της γενικής υγείας, τον Κίνδυνο Αυτοκτονίας και τις διαστάσεις του προφίλ των Διαπροσωπικών προβλημάτων.

Διενεργήθηκαν δεκαπέντε μονοπαραγοντικές αναλύσεις διακύμανσης στους δείκτες της γενικής υγείας, του Κινδύνου Αυτοκτονίας και των διαστάσεων του προφίλ των Διαπροσωπικών προβλημάτων αναφορικά με τον αριθμό των αδερφών στην οικογένεια των συμμετεχόντων (Χ:5 χωρίς αδέρφια, με 1 αδερφό/-ή, με 2 αδέρφια, με 3 αδέρφια, με περισσότερα από τρία αδέρφια). Προέκυψαν συστηματικές διαφορές μεταξύ των ομάδων μόνο για το δείκτη του άγχους $F(4,195) = 3,16$, $p=0,015$.

Ειδικότερα οι συμμετέχοντες με δύο αδέρφια εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα άγχους ($M = 1,50$, $SE = 2,02$) και ακολουθούν οι συμμετέχοντες με 1 αδερφό/-ή ($M = 0,86$, $SE = 1,30$), οι συμμετέχοντες με τρία αδέρφια ($M = 0,78$, $SE = 1,21$), οι συμμετέχοντες με περισσότερα από τρία αδέρφια ($M = 0,60$, $SE = 0,70$) και τέλος οι συμμετέχοντες χωρίς αδέρφια ($M = 0,20$, $SE = 0,70$).

Από τον έλεγχο με το post hoc κριτήριο Scheffe, προέκυψαν συστηματικές διαφορές μόνο μεταξύ των δύο ομάδων χωρίς αδέρφια να εμφανίζουν τις χαμηλότερες τιμές και των συμμετεχόντων που είχαν δύο αδέρφια (βλ. Σχήμα 3.2).



Σχήμα 3.1

Μέσοι όροι συμμετεχόντων αναφορικά με την σύσταση της οικογένειας (αριθμός αδερφών) ως προς την διάσταση του άγχους.

4. Συμπεράσματα

Αναφορικά με τους δείκτες της γενικής υγείας, των Διαπροσωπικών Προβλημάτων και του Κινδύνου Αυτοκτονίας βρέθηκαν τα παρακάτω για N=200 στρατεύσιμους:

Ως προς την ηλικία τα 2/3 των συμμετεχόντων βρίσκονταν στο ηλικιακό φάσμα των 18 με 22 ετών. Αναφορικά με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 1/4 απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και πολλοί λιγότεροι κατείχαν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν άγαμοι ωστόσο υπήρξε και μικρή παρουσία έγγαμων συμμετεχόντων.

Αναφορικά με την σύσταση της οικογένειας προέλευσης οι μισοί συμμετέχοντες είχαν έναν αδερφό/ή, το 1/10 δεν είχε αδέρφια και οι υπόλοιποι προέρχονταν από οικογένεια με περισσότερα από 2 αδέρφια. Αναφορικά με τη διαμονή τα 4/5 των συμμετεχόντων ζούσαν με την οικογένειά τους και οι υπόλοιποι διέμεναν μόνοι ή συγκατοικούσαν με άτομα εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Ως προς την προηγούμενη εργασιακή απασχόληση το δείγμα σχεδόν μοιράστηκε σε εργαζόμενους και μη. Το εισόδημα των μισών συμμετεχόντων φαίνεται να προέρχεται από προσωπική εργασία και την υποστήριξη των γονέων, στο 1/3 από γονείς και στους υπόλοιπους από προσωπική εργασία.

Το 1/5 του δείγματος ήταν παιδιά χωρισμένων γονιών, το 1/20 έχασε τον πατέρα ή είχε επισκεφθεί ειδικό ψυχικής υγείας στην ίδια αναλογία και το 1/40 έχασε την μητέρα ή ακολουθούσε ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή κατά το ίδιο ποσοστό.

Στην Γενική υγεία ιεραρχικά υψηλότερος υπήρξε ο μέσος όρος της κατάθλιψης και ακολουθούν ο μέσος όρος της κοινωνικής δυσλειτουργικότητας, των σωματικών ενοχλημάτων και πιο χαμηλά ο μέσος όρος του άγχους.

Αναφορικά με τα Διαπροσωπικά Προβλήματα ιεραρχικά υψηλότερος υπήρξε ο μέσος όρος για την διάσταση της αυταπάρνησης και ακολουθούν μέσος όρος της μη διεκδικητικότητας, της παρεμβατικότητας, της δεκτικότητας, της ψυχρότητας, του εγωκεντρισμού / εκδικητικότητας, της κυριαρχικότητας / άσκησης ελέγχου και τελευταίος ο μέσος όρος της κοινωνικής αναστολής / σχιζοειδικότητας.

Για τον Κίνδυνο Αυτοκτονίας ιεραρχικά υψηλότερο ποσοστό συμμετεχόντων απάντησε πως έχασε την αίσθηση ελέγχου και ακολουθεί με το ίδιο ποσοστό η μερίδα των συμμετεχόντων που νιώθουν μελαγχολία ή που έχουν θυμώσει σε τέτοιο βαθμό ώστε να αισθάνονται ότι θα μπορούσαν να σκοτώσουν κάποιον ή ότι το μέλλον γι'αυτούς είναι μάλλον δυσάρεστο. Λίγοι λιγότεροι απάντησαν πως αισθάνονται απελπισία για το μέλλον ή νιώθουν άχρηστοι και έπονται όσοι ανέφεραν ότι αισθάνονται αίσθημα απογοήτευσης και τάση για εγκατάλειψη της μάχης, όσοι έχουν μειωμένο ενδιαφέρον όταν βρίσκονται με άλλους ανθρώπους και αυτοί που δυσκολεύονται στην έλευση του ύπνου. Ιεραρχικά ακολουθούν όσοι απάντησαν ότι έχουν κάνει σκέψεις αυτοκτονίας και λιγότεροι όσοι ανέφεραν ότι έχουν ανακοινώσει σε κάποιον ότι θα αυτοκτονήσουν. Σε μικρότερο ποσοστό οι συμμετέχοντες που δήλωσαν πως είναι σε διάσταση/διαζευμένοι/χήροι ή που κάποιος στην οικογένειά τους προσπάθησε να αυτοκτονήσει. Το μικρότερο ποσοστό των απαντήσεων καταλαμβάνουν όσοι ανέφεραν ότι έχουν επιχειρήσει να σκοτωθούν.

Η επαγωγική ανάλυση έδειξε ότι, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα, κάποιος που βιώνει αυξημένη ψυχική δυσφορία (υψηλά επίπεδα στο δείκτη γενικής υγείας) είναι πιο πιθανό να έχει πεθάνει η μητέρα του, να λαμβάνει ψυχιατρική αγωγή, να έχει αυξημένο κίνδυνο να αυτοκτονήσει και να επιδεικνύει αυταπάρνηση στις διαπροσωπικές του σχέσεις. (βλ. Πίνακα 3.5).

Επίσης αποτυπώνεται μια τάση στους συμμετέχοντες που έχουν επισκεφθεί ειδικό ψυχικής υγείας, βιώνουν κατάθλιψη, άγχος, σωματικά ενοχλήματα, κοινωνική δυσλειτουργικότητα, κοινωνική αναστολή και χαμηλά επίπεδα στην μη διεκδικητικότητα να εμφανίζουν υψηλό Κίνδυνο Αυτοκτονίας (βλ. Πίνακα 3.6). Επιπρόσθετα στους συμμετέχοντες που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα στα Διαπροσωπικά Προβλήματα φαίνεται πως είναι περισσότερο πιθανό να έχουν επισκεφθεί κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας και να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα στον Κίνδυνο Αυτοκτονίας.

Ελέγχοντας τις ερευνητικές μας υποθέσεις με βάση την ανάλυση πολλαπλής παλλινδρόμησης βλέπουμε ότι στην πρώτη ερευνητική μας υπόθεση επαληθεύονται ως προβλεπτικοί δείκτες της γενικής υγείας μόνο ο θάνατος της μητέρας και όχι του πατέρα, η λήψη φαρμάκων για ψυχολογικά θέματα, ο δείκτης του Κινδύνου Αυτοκτονίας και η αυταπάρνηση από τις διαστάσεις των Διαπροσωπικών Προβλημάτων. Το επίπεδο εκπαίδευσης και η επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας δεν εμφάνισαν σημαντική στατιστική παρουσία ως προβλεπτικοί δείκτες, ενώ στατιστικά απούσες ήταν και οι διαστάσεις των Διαπροσωπικών Προβλημάτων πλην της αυταπάρνησης.

Η στενή στατιστική σχέση που αναμέναμε μεταξύ της γενικής υγείας, του δείκτη Κινδύνου Αυτοκτονίας και των διαστάσεων των Διαπροσωπικών Προβλημάτων, στην δεύτερη ερευνητική μας υπόθεση, επαληθεύτηκε στατιστικώς σημαντικά για το Κίνδυνο Αυτοκτονίας και την αυταπάρνηση από τις διαστάσεις των Διαπροσωπικών Προβλημάτων, όχι όμως για τις υπόλοιπες διαστάσεις(κυριαρχικότητα/άσκηση ελέγχου, εγωκεντρισμός/εκδικητικότητα, ψυχρότητα,κοινωνική αναστολή/σχιζοειδικότητα, μη διεκδικητικότητα, δεκτικότητα, παρεμβατικότητα).

Σε ότι αφορά την στατιστική πρόβλεψη του Κινδύνου Αυτοκτονίας, που αφορά στην τρίτη ερευνητική υπόθεση, η ανάλυση παλινδρόμησης επαλήθευσε σημαντική στατιστική συσχέτιση μεταξύ όλων των υποκλιμάκων του δείκτη της γενικής υγείας και της προηγούμενης επίσκεψης σε ειδικό ψυχικής υγείας στη πρόβλεψη του Κινδύνου Αυτοκτονίας.Για ότι αφορά τις διαστάσεις των Διαπροσωπικών Προβλημάτων, ως δείκτες πρόβλεψης του Κινδύνου Αυτοκτονίας επαληθεύτηκαν στατιστικά μόνο οι διαστάσεις της αναστολής/σχιζοειδικότητας και μη διεκδικητικότητας. Τα παραπάνω ευρήματα έρχονται σε συμφωνία με έρευνες που αναφέρουν ότι τουλάχιστον το 80% των ατόμων που αυτοκτονούν πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, ενώ δεν είναι ασήμαντος ο αριθμός των ατόμων που αυτοκτονεί ενώ πάσχει από κάποια σοβαρή σωματική νόσο⁴⁴⁻⁴⁶. Άλλα ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι τουλάχιστον τα μισά από τα άτομα που διαπράττουν αυτοκτονία, έρχονται σε επαφή με ειδικό παροχής ψυχικής υγείας ή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ένα μήνα πριν τη διάπραξη της αυτοκτονίας⁴⁷⁻⁴⁹.Τα ευρήματα αυτά έχουν ιδιαίτερη σπουδαιότητα σε επίπεδο πρόληψης.Μας υποδεικνύουν ότι εφόσον υπάρξει επαρκής εκπαίδευση των γενικών ιατρών, που απευθύνονται τα άτομα για σωματικά προβλήματα υγείας,στην ανίχνευση της συναισθηματικής επιβάρυνσης που συνοδεύει τα σωματικά προβλήματα υγείας, καθώς και η εντονότερη ευαισθητοποίηση των λειτουργών ψυχικής υγείας που εξετάζουν ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές θα μπορέσουμε να επιτύχουμε μείωση των αυτοκτονιών διότι πολλές από αυτές θα έχουν αποτραπεί.Κατ'επέκταση η καλύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μέσω της αποτελεσματικότερης οργάνωσης της ψυχοκοινωνικής μέριμνας στις στρατιωτικές δομές, θα οδηγήσει σε πιο έγκαιρη διάγνωση ψυχικών προβλημάτων και μείωση των κρουσμάτων αυτοκτονίας⁵⁰.

Τέλος, σε ότι αφορά την τέταρτη ερευνητική υπόθεση,η ανάλυση παλινδρόμησης επαλήθευσε θετική σύνδεση των Διαπροσωπικών Προβλημάτων με τον Κίνδυνο Αυτοκτονίας.Η δυσκολία διαχείρισης των διαπροσωπικών προβλημάτων που αναπόφευκτα οδηγεί σε δυσκολία επίτευξης «σωστών» διαπροσωπικών σχέσεων και ικανοποιητικών συναισθημάτων δεσμών αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα κινδύνου αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και αυξάνει το κίνδυνο αυτοκτονίας⁵¹.Η αποτελεσματικότερη επικοινωνία με τους στρατευσίμους και η στενότερη παρατήρηση των συναναστροφών τους θα μπορούσε να ενισχύσει την έγκαιρη ανίχνευση των ατόμων που εκδηλώνουν αποκλίνουσες συμπεριφορές κατά την περίοδο προσαρμογής στη στρατιωτική κοινότητα.

4.1 Περιορισμοί

Η παρούσα μελέτη έχει κάποιους περιορισμούς. Αναφορικά με την αναζήτηση στοιχείων από έρευνες δυσπροσαρμοστίας σε στρατεύσιμους της διεθνούς βιβλιογραφίας, θα πρέπει να επισημάνουμε πως η στρατιωτική θητεία στην Ελλάδα αποτελεί θεσμό υποχρεωτικού χαρακτήρα και αφορά άρρενα πληθυσμό την στιγμή που η στράτευση στις περισσότερες χώρες του εξωτερικού είναι μισθοφορική και η σύσταση περιλαμβάνει μεικτούς πληθυσμούς (άνδρες και γυναίκες). Η διαφορά στα ποιοτικά χαρακτηριστικά των στρατευμένων περιορίζει την μελέτες μας σε έρευνες που περιλαμβάνουν δείγμα αρρένων.

Αναφορικά με την επιλογή του δείγματος. Παρότι η επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία έγινε προσπάθεια ώστε να συμπεριλάβουμε στο δείγμα μας στρατεύσιμους από αγροτικές και αστικές περιοχές. Ωστόσο, η δυσκολία ήταν μεγάλη καθώς δεν ήταν εύκολη η πρόσβαση σε πολλά κέντρα κατάταξης νεοσυλλέκτων λόγω του περιοριστικού προγράμματος τις στρατιωτικής εκπαίδευσης καθώς και της μη γεωγραφικής εγγύτητας πολλών στρατιωτικών μονάδων.

Αναφορικά με το μετρικό κομμάτι, φαίνεται ότι προέκυψε οριακός δείκτης εσωτερικής συνέπειας για τον διάσταση του εγωκεντρισμού/εκδικητικότητας (0,69) και της παρεμβατικότητας (0,65) του δείκτη των Διαπροσωπικών Προβλημάτων. Ωστόσο, επειδή πρόκειται για δείκτη που δείχνει στοιχεία προσωπικότητας στο γενικό πληθυσμό, επιλέξαμε να αξιοποιήσουμε το δείκτη με κάποια επιφύλαξη.

Η παρούσα έρευνα είναι συγχρονική και συναφειακή. Συνεπώς, μόνο συμεταβολές μπορούμε να παρατηρήσουμε και όχι αιτιώδεις σχέσεις. Είναι πιθανό ότι οι δείκτες που φάνηκαν να προβλέπουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας όχι μόνο να μην «οδηγούν» σε υψηλότερη πιθανότητα αυτοκτονίας, αλλά να είναι το αποτέλεσμα της ή και να συνδέονται με μοντέλα κυκλικής αιτιότητας και ανατροφοδότησης. Για τον έλεγχο των παραπάνω, απαιτούνται πολύπλοκες πολυ-επίπεδες στατιστικές αναλύσεις και σύνθετοι διαχρονικοί σχεδιασμοί σε στρατεύσιμους που απαιτούν αυστηρό σχεδιασμό, διευρυμένο χρονικό πλαίσιο και υψηλή χρηματοδότηση.

4.2 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Σε αρκετές περιπτώσεις θα ήταν ωφέλιμο να παρέχουμε τη δυνατότητα στα υποκείμενα να δίνουν εξηγήσεις αναφορικά με τις απαντήσεις τους. Οι αυτο-αναφορικές κλίμακες, για παράδειγμα, ίσως, αγνοούν το γεγονός ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης συγκρούσεων ή τα βιούμενα συναισθήματα στο χώρο εργασίας μπορεί να σχετίζονται με μια συγκεκριμένη κατάσταση ή να είναι περιβαλλοντικά επαγόμενη από κάποιες καταστάσεις. Τα τελικά αποτελέσματα των αυτο-αναφορικών κλιμάκων, ίσως, παραλείπουν αρκετές τέτοιας φύσης σημαντικές πληροφορίες.

Θα ήταν σκόπιμο να γίνουν συγχρονικές μελέτες εισάγοντας τη μέθοδο της παρατήρησης και τη λήψη πληροφοριών από περισσότερα άτομα (διοικητικούς προϊστάμενους, στελέχη του υγειονομικού σώματος που υπηρετούν στις μονάδες, πολιτικούς υπαλλήλους που εργάζονται σε στρατόπεδα). Στόχος θα είναι να επιχειρηθεί η μεθοδολογική τριγωνοποίηση για τη μελέτη τόσο των συναισθημάτων στη στρατιωτική κοινότητα, όσο και των στρατηγικών διαχείρισης συγκρούσεων. Παρά τα ευρήματα που προέκυψαν από την πολλαπλή παλινδρόμηση, προτείνεται να εξεταστεί περισσότερο

ποια από τις έννοιες που αποτέλεσαν τους προβλεπτικούς παράγοντες ασκεί μεσολαβούσα ή ρυθμιστική επίδραση στην πρόβλεψη εμφάνισης δυσπροσαρμοστικών εκδηλώσεων .

Μια άλλη πρόταση αφορά τη θεσμοθέτηση μιας μορφής υποστηρικτικής καθοδήγησης των νεότερων στρατευσίμων από τα στελέχη εκπαιδεύσεως που θα βοηθήσει στην ταχύτερη και ομαλότερη προσαρμογή των νεότερων αλλά και στην εμπέδωση των αξιών της οργανωσιακής κουλτούρας και αξιών της στρατιωτικής δομής. Σε αυτή την κατεύθυνση θα ήταν πολύ βοηθητικό να δημιουργηθούν προγράμματα παρέμβασης και να γίνουν κάποια σεμινάρια μετεκπαίδευσης των στελεχών που υπηρετούν σε κέντρα κατάταξης νεοσυλλέκτων καθώς επίσης να γίνει και εξατομικευμένη «διάγνωση» στις ιδιαίτερες συναισθηματικές ανάγκες των νεοσυλλέκτων που θα οδηγήσει σε αποτελεσματικότερη διαχείριση συγκρουσιακών καταστάσεων.

Τέλος, προτείνεται να δημιουργηθούν ερευνητικές βάσεις που να συγκεντρώνουν αποτελέσματα ερευνών σε στρατεύσιμους προκειμένου να επιτευχθεί η μεταφορά καλών πρακτικών στο χώρο της διοίκησης των στρατιωτικών μονάδων και να υπάρχει η δυνατότητα για επιτυχείς μεταφορές παραδειγμάτων από τη μια στρατιωτική δομή στην άλλη. Παράλληλα μέσα σε αυτές τις βάσεις θα μπορούν να καταγράφονται προβλήματα που υπήρξαν κατά το σχεδιασμό και την εφαρμογή παρεμβάσεων προκειμένου να γίνεται η αξιολόγηση τους και να υπάρχει επικοινωνιακή ανατροφοδότηση.

5. Βιβλιογραφία

1. Ο. Γιωτάκος, "Χρήση ναρκωτικών ουσιών σε νεοσύλλεκτους στρατιώτες". Τετράδια Ψυχιατρικής, (83):101-104, 2003.
2. Z. Hajiamini, M. Zamani, A. Fathi-Ashtiani, A. Ebadi, F. Klamseh, S. Choreyshi, "Demographic characteristic correlate to emotional reactions of soldiers". Iranian Journal of Military Medicine. (12):211-216, 2011.
3. Γ. Χαντζάρας, "Προβλήματα προσαρμογής στους νεοσυλλέκτους" εισήγηση στην 5^η Ετήσια Ημερίδα Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας Προσωπικού του Στρατού Ξηράς. Αθήνα, 2000.
4. S. Banifatemi, A. Hetmatpoor, "Mental health in Military Organizations". Tehran: Rasban Publication, 2006.
5. A. Curtis. *Health Psychology*. London: Routledge, 2000.
6. A. Florkowski, W. Gruzynski, Z. Wawrzyniak. *Evaluation of psychopathology factors and origin of suicides committed by soldiers*. Journal of Military Medicine. 66(1):44-46, 2001.
7. Γ. Λουκάς, "Πρόληψη και αντιμετώπιση των ψυχικών απωλειών Υγείας" εισήγηση στην 4^η Ημερίδα Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας Προσωπικού Στρατού Ξηράς. Αθήνα, 1999.
8. Ν. Πετρουλάκης. *Ψυχολογία της προσαρμογής*. Αθήνα: 1993, σελ.14.
9. Ι. Παρασκευόπουλος . *Εξελικτική Ψυχολογία. Η ψυχική ζωή από τη σύλληψη ως την ενηλικίωση*. Εκδόσεις Αθήνα.1985 (1):54-56.
10. R.T.Trotter & J.W. Mc Connel. *Psychology*. Hall,Riverhart and Winston version.1978:298.
11. E. Erikson. *Childhood and Society*. Paladin Grafton Books. Collins Publishing Group. 1993:222-243.
12. Α. Αδαμόπουλος. *Η αλλαγή είναι ατομική υπόθεση. Μια σπουδή στην Γνωστική Αναλυτική Ψυχοθεραπεία*. Εκδόσεις Σιμώνη. 2014:192.
13. Πάγια Διαταγή υπ' αριθμόν 4-46/2003. Θεσμός Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας. Γενικό Επιτελείου Στρατού/Διεύθυνση Υγειονομικού/5º/1.
14. Ε. Κωνσταντίνου, Θ. Τριανταφύλλου, Β. Μαστοραντωνάκη "Οργάνωση Τηλεφωνικής Γραμμής Ψυχολογικής Υποστήριξης: Εμπειρία από την προσπάθεια αναβάθμισης της Γραμμής των Ενόπλων Δυνάμεων" εισήγηση στην 8^η Ημερίδα Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας Προσωπικού Στρατού Ξηράς. Αθήνα, 2003.
15. Σ. Αρχοντάκη, Κ. Γρηγοράκη, Ε. Δεληγιάννη. *Μελέτη Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας στο Στρατό*, Πτυχιακή εργασία, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας. ΑΤΕΙ Κρήτης, 2006.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. 2013:286-289.
17. Cho NF, Wu DM, Shen MH, Cin YS. Prevalence of adverse behaviors among young military conscripts in Taiwan. *Military Medicine* 2006;17(4): 301-305.
18. Chen PF, Chen CS, Chen CC, Lung FW. Alexithymia as a screening index for male conscripts with adjustment disorder. *Psychiatry Quotes*. 2011;82(2): 139-150.
19. For-Wey L, Fei-Yin I, Bih-Chings. The relationship between life adjustment and parental bonding in military personnel with adjustment disorder in Taiwan. *Military Medicine* 2002;167(8): 678-682.

20. O. Giotakos, Parenting received in childhood and early separation anxiety in male conscripts with adjustment disorder. *Military Medicine* 2002;167: 28-33.
21. M. Madianos, D. Gefou-Madianou, S. Stefanis, "Symptoms of depression, suicidal behavior and use of substances in Greece: a nationwide general population survey." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;89: 159-166.
22. O. Giotakos, "Suicidal ideation, substance use and sense of coherence in Greek male conscripts." *Military Medicine* 2003;168: 447-450.
23. L. Barrios, S. Everett, T. Simon, N. Brener. "Suicide ideation among US college students". *Journal American College Health* 2000;48: 195-198.
24. Ο.Γιωτάκος. Χρήση ναρκωτικών ουσιών σε νεοσύλλεκτους στρατιώτες. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 2003 (83) : 101 – 104.
25. Z. Hajiamini, M. Zamani, A. Fathi – Ashtiani, A. Ebadi, F. Klamseh, S. Choreyshi. "Demographic characteristic correlate to emotional reactions of soldiers". *Iranian Journal of Military Medicine*, 2011;(12),4 : 211 – 216.
26. F. Tekbas, S. Ceylan, O. Hamzaoglu, M. Hasde, "An investigation of the prevalence of depressive symptoms in newly recruited young adult men in Turkey". *Psychiatry Research* 2003;119(1) : 155 – 162.
27. Ο.Γιωτάκος. "Συννοσηρότητα αυτοκτονικότητας και χρήσης Ναρκωτικών Ουσιών σε Νεοσύλλεκτους". *Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων* 2003 ;37 : 57 – 63.
28. R.J. Goldberg & P. Williams. "A user's guide to the General Health Questionnaire". Windsor : NFER-Nelson, 1988.
29. D. P. Goldberg, R. Gater, N. Satorius, T. Ustun, B. Piccinelli & O. Gureje et al. "The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care". *Psychological Medicine*, 27, 1997:191-197.
30. U. Werneke , D.P. Goldberg., Yalcin, I.& Ustun. "The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire". *Psychological Medicine*, 30, 2000:823-829.
31. Κ. Μόνας. "Διερεύνηση της ψυχολογικής επιβάρυνσης των συζύγων που αντιμετωπίζουν προβλήματα υπογονιμότητας", Διδακτορική διατριβή, Ιατρικής Σχολής, Τμήμα Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, 2003.
32. D. P. Goldberg. "Manual of the General Health Questionnaire". Windsor: NFER-Nelson, 1978.
33. Α. Μπομπάι. Διερεύνηση των ψυχολογικών δυσκολιών μητέρων παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες. Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη, 2012.
34. C. Jackson. "The General Health Questionnaire." Published by Oxford University Press On behalf of the Society of Occupational Medicine. 2007:57-59.
35. Χ. Μουντζούκης, Α. Αδαμοπούλου, Γ. Γαρύφαλλος, Α. Καραστεργίου. *Εγχειρίδιο Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (Ε.Γ.Υ)*. General Health Questionnaire- GHQ, David Goldberg. Μετάφραση και Προσαρμογή στα Ελληνικά. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 1990.
36. G. Garyfallos, A. Karastergiou, A. Adamoopolou, C. Moutzoukis, E. Alagiozidou, D. Mala, A. Garyfalos. *Greek version of the General Health Questionnaire: Accuracy of translation and validity*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.84, 1991:371-378.
37. R. Plutchic, H.M.Van Praag, H.R.Conte,S.Picard. Correlates of suicide and violence risk 1: the suicide risk measure. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 1989:296-302.

38. M. Koslowsky, A. Bleich, A. Greenspoon, B. Wagner, A. Apter & Z. Solomon. "Assessing the Validity of the Plutchic Suicide Risk Scale". Journal of Psychiatric Research. 25,1991:155-158.
39. L. M. Horowitz, L. E. Alden, J. S. Wiggins & A. L. Pincus. "Inventory of Interpersonal Problems: Manual". San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 2000.
40. M. Grosse-Holtforth, W. Lutz & K. Grawe. "Structure and change of the IIP-D preamd. postpsychotherapy". European Journal Of Psychological Assessment, 22,2006:98-103.
41. D. Leising, D. Rehbein & D. Sporberg. "Validity of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64) for predicting Assertiveness in Role-Play Situations". Journal of Personality Assessment, (89), 2, 2007:116-125.
42. D. Leising, D. Rehbein & J. Eckard. "The Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64) as a screening measure for avoidant Personality Disorder". European Journal of Psychological Assessment. Vol 25, 1, 2009:16-22.
43. L. Barry, K. Yook Yung, T. J. Truel, A. Scarpa & P. Pilconis. "Inventory of Interpersonal Problems .Personality Disorder scales: Operating characteristics and confirmatory Analysis in Nonclinical Samples". Journal of Personality Assessment, 74,3,2000:459-471.
44. L.M. Horowitz, S. E. Rosenberg, B. A. Baer, G. Ureno & V.S. Villaseñor. "Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications". Journal of Consulting and Clinical Psychology.56, 1998:885-892.
45. Ο. Γιωτάκος, "Παρέμβαση στην Κρίση (crisis intervention): Επείγοντα Ψυχολογικά Προβλήματα." Εκδόσεις «Αρχιπέλαγος», 2008: 199-215.
46. M. Madianos, D. Gefou-Madianou, C. Stefanis. "Symptoms of depression, suicidal behavior and use of substances in Greece: a nationwide general population survey". Acta Psychiatr Scand, 1994; 89: 159-166.
47. V. Kontaxakis, G. Christodoulou, V. Mavreas, B. Havaki-Kontaxaki. "Attempted suicide in psychiatric outpatients with concurrent physical illness". Psychother Psychosom. 1988; 50(4):201-6.
48. J. Mann, A. Apter, J. Bertolote et al. "Suicide prevention strategies: a systematic review". JAMA. 2005; 294(16):2064-2074.
49. J. Pirkis, P. Burgess, "Suicide and recency of health care contacts. A systematic review". Br J Psychiatry. 1998;173:462-474.
50. J. Luoma, C. Martin, J. Pearson, "Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence". American Journal of Psychiatry 159:909–916, 2002
51. N. Kapusta, M. Posch, T. Niederkrotenthaler, M. Fischer-Kern, E. Etzersdorfer, G. Sonneck. "Availability of mental health service providers and suicide rates in Austria: a nationwide study". Psychiatr Serv. 2010 Dec; 61(12):1198-203.
52. Γ. Ν. Παπαδημητρίου, Ι. Α. Λιάππας, Ε. Λύκουρας. "Άυτοκαταστροφική συμπεριφορά". Σύγχρονη Ψυχιατρική. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2013:460-461.

