

ЮГОЗАПАДЕН УНИВЕРСИТЕТ „НЕОФИТ РИЛСКИ”
ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ
КАТЕДРА „ПСИХОЛОГИЯ“

АВТОРЕФЕРАТ

към дисертационен труд
на тема **“Изследване на връзката между социалните когниции,
емоциите и тревожността в юношеска възраст“**

За придобиване на образователна и научна степен „доктор”,
Област на висше образование: 3. Социални, стопански и правни
науки, Професионално направление: 3.2 Психология,
Научна специалност: Педагогическа и възрастова психология

Докторант: Фотини Илиаду (Foteini Iliadou)

Научен ръководител: доц. д.н. Стоил Мавродиев

Благоевград, 2023

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от катедра „Психология” при Философски факултет на ЮЗУ „Неофит Рилски” – Благоевград. Фотини Илиаду е отчислена с право на защита като редовен докторант по „Педагогическа и възрастова психология”.

Дисертацията и материалите по защитата са на разположение в катедра „Психология“, кабинет – 349 (секретар)

В структурно и съдържателно отношение дисертацията съдържа три основни глави (Теоретична постановка на проблема, Изследователска програма, Анализ на резултатите от проучването), Дискусия, Заключение, Принос към науката, Предложения.

Дисертацията е в общ обем от 197 (5 + 192) страници, които включват 23 таблици, 1 фигура и 10 диаграми. Цитираната литература обхваща 26 заглавия на гръцки и 332 заглавия на английски език.

Защитата на дисертационния труд ще се състои на 27.01.2023 г. от 12 часа в Заседателна зала, Ректорат, на открито заседание пред Научно жури в състав: проф. д-р Станислава Стоянова, доц. д-р Наташа Ангелова, проф. д.п.н. Румен Стаматов, доц. д-р Добрин Добрев, доц. д-р Манол Манолов.

РЕЗЮМЕ

Качеството на живот, свързано със здравето (КЖсЗ) е сложна и многоизмерна концепция, която е свързана с функционални, социални, физически и психологически области на качеството на живот и функционалност на подрастващите и също така се формира и влияе от много вътрешни и външни фактори. Също така през периода на юношеството стресът, гневът и емоционалната интелигентност оказват значително влияние върху здравето и КЖсЗ на подрастващото поколение.

Този труд обстойно проучи, чрез пет подходящи за този случай въпросника, ефекта на трите фактора - тревожност, гняв и емоционална интелигентност - като предиктори за здравословен начин на живот, както и на свързаното със здравето качество на живот (КЖсЗ) на 120 подрастващи ученици на възраст от 13 до 15 години.

От това проучване произтичат следните основни заключения:

- а) Емоционалната интелигентност има положителен ефект върху качеството на живот на юношите, докато паническото разстройство и агорафобията, гневът и страховете от физическо нараняване влияят негативно.
- б) Момчетата имат по-положително отношение към физическото и психическото благополучие от момичетата, но имат по-негативно отношение към училищната среда.
- в) Момчетата са по-уязвими от момичетата по отношение на генерализирана тревожност и тревожност при раздяла, страхове от физическо нараняване и социална фобия.
- г) Възрастта на учениците не е фактор, който е значително важен статистически за отношението им към факторите на качеството на живот.

Ключови думи: *Емоционална интелигентност, тревожност, гняв, свързано със здравето качество на живот, юношество.*

УВОД

По време на юношеството децата преживяват множество нови преживявания, докато развиват свои собствени ценности и стандарти, търсят собствената си идентичност, искат да опитат да бъдат партньори в любовна връзка, изискват все по-голяма дистанция от възрастните и придобиват близки отношенията с техните приятели, които също представляват техен първи приоритет (Haberlandt et al., 1995). Така че експлозивната комбинация от всички тези фактори е много вероятно да наруши психическото и физическото здраве на подрастващите, да създаде дисбаланси в ежедневието им и да повлияе отрицателно на качеството им на живот, свързано със здравето. Както установи изследването, тревожността, гневът и емоционалната интелигентност имат значителен ефект върху здравето на подрастващите и тяхното свързано със здравето качество на живот (КЖсЗ). Поради тази причина основната цел на тази докторска дисертация е да изследва ефекта на тези три фактора върху КЖсЗ на подрастващите.

В нашето изследване разглеждаме емоционалната интелигентност като способност, което означава, че тя е израз и на социална когниция.

Според изследването тревожните разстройства са най-често срещаните нарушения, наблюдавани при деца и юноши, тъй като тяхното разпространение варира от 4% до 20% (Krain et al., 2007). А тревожните разстройства в комбинация с гняв могат да нарушат способността и капацитета на юношата за активност и участие във всички области на живота, като по този начин правят просперитета и благосъстоянието му невъзможни. Изследването, което отразява виждането на децата и юношите за тяхното благополучие и функционалност, в момента е достъпно само в елементарна форма и е свързано с хронични или тежки педиатрични пациенти (Eiser & Morse, 2001). Настоящото изследване ще проучи тази библиографска празнина и неговите констатации могат да допринесат за проектирането и прилагането на интервенции, насочени към подобряване на емоционалните и социални умения, които имат пряк ефект върху здравословния начин на живот и върху качеството на живот на гръцките юноши.

Някои от основните слабости в това проучване са следните:

- а) Изследването е проведено само в една обща държавна гимназия.
- б) Броят на юношите, участвали в това изследване, беше доста малък, само 120 ученици.

в) В това изследване не са включени частни, професионални, музикални, специални и други училища.

Основните глави на това изследване включват:

- 1-ва глава препраща към съществуващите библиографски данни за тревожност, гняв, емоционална интелигентност и здраве, които действат като прогностични фактори за здравословен начин на живот за подрастващите и са свързани с качеството им на живот. Тук е от особено значение да се спомене липсата на проучвания, които да изследват КЖсЗ на деца и юноши.
- 2-ра глава се занимава с проектирането и методологията, която беше използвана в тази докторска дисертация, както и доклад за концептуалната рамка на изследването.
- 3-та глава представя и анализира демографските характеристики на извадката и в нея се прави статистически анализ на резултатите от изследванията, тъй като те са се появили чрез обработка на данните.

ГЛАВА 1: ТЕОРЕТИЧНА ОСНОВА И ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРАТА

1.1 Въведение

Юношеството е чувствителен период от време и емоциите на подрастващите се характеризират с висока интензивност и трудност със справяне с тях. Някои от най-важните им емоционални реакции са: силен гняв, емоционална изолация-апатия, скръб-меланхолия,

бягство-отричане на реалността, тревожност и нейното управление. И няколко други, също толкова важни чувства, които юношите изпитват са: страх, мъка, срам, вълнение, идеализирана любов към приятели или сексуални партньори, чувство за всемогъщество и пр. Факт е, че успехът и щастието се постигат само чрез правилното боравене с нашите емоции и високата емоционална интелигентност, когато е съчетано с ниски нива на тревожност и гняв, допринася значително за физическата, умствената, социалната и духовната функционалност и позволява на юношата да изрази пълния си обхват уникални способности в средата, в която живее.

По отношение на гръцката действителност, десетгодишната икономическа криза и продължаващата неблагоприятна ситуация, възникнала поради коронавируса и наложената карантина, комбинирани с икономическите и социални проблеми и ефектите, причинени от тях, създават по-интензивни проблеми и негативно въздействие върху психиката на групата уязвими юноши, които имат нужда от допълнително стимулиране на психическата си устойчивост и здраве. Семейството, училището и учителите могат да играят важна роля във всички тези процеси на развитие и стимулиране на умственото здраве и устойчивост на подрастващите, за да могат те да се справят по-ефективно с всички гореспоменати трудни условия и ситуации.

1.2 Тревожност

1.2.1 Дефиниции на понятието „тревожност“

Тревожността е нормална полезна, физическа и психическа реакция на заплаха, важна или не, или при справяне с трудни ситуации. Но безпокойството до голяма степен е болестно проявление, характерно нарушение на способността за адаптация на човека.

Също така е ясно е, че стресът е „общ“ термин, който включва широк диапазон от прояви/реакции, водещи до нейното прецизно и в зависимост в случая концептуално определяне, което е труден и често проблемен процес.

Освен това терминът „стресори“ представлява всички тези обективни характеристики на околната среда или събития, които действат като стимули от физически или психологически характер и предизвикват интензивност при хората. И сравнявайки стреса с тревожността, можем да представим процеса, чрез който те функционират, както следва: Стресорът мобилизира мозъка (стресов процес) и така човекът преживява чувството на тревожност (Varvogli, 2006)

Като цяло някои изследователи изучават тревожността, като се фокусират върху интензивността на стресорите, други придават особено значение на вътрешното състояние,

което се характеризира главно с отрицателно емоционално напрежение, някои се фокусират върху начините за справяне с тревожността, а други върху последствията от тревожни ситуации, които се изразяват в промени в поведението, както по отношение на способностите, така и по отношение на физическо изражение, или с категориите на психофизиологичната и/или психологическа цена.

1.2.2 Теории за тревожността

Преди около век Зигмунд Фройд въвежда термина „тревожна невроза“ и разграничава два вида тревожност:

- 1) Първият тип е резултат от контролирано либидо.
- 2) Другият тип тревожност може да се опише по-добре като дифузно чувство на безпокойство или ужас, произтичащо от потисната мисъл или желание.

Освен това Фройд създава нова теория за тревожността, според която, както реалното външно безпокойство, така и невротичното вътрешно безпокойство представляват отговор на опасна ситуация. Така той идентифицира две форми на стресови ситуации:

- 1) Едното условие се отнася до прекомерно стимулиране на инстинктите, чийто модел е опитът на раждането.
- 2) Второто и по-често срещано състояние се отнася до тревожност, която се развива, когато чакаме опасността, а не резултата от опасността.

След това се споменават следните различни основни съображения относно тревожността, датиращи от края на 19 век до днес:

1) Психоаналитична теория: Тази теория за тревожността е съвместима с общата теория на психоанализата. Според Фройд (1895), за всяко човешко същество тревожността е неотделимо свързана със сексуално ограничение, което ражда невротични симптоми, символични сънища и т.н. Той беше един от първите, които виждат тясна връзка, която съществува между безпокойство и наличието на външни и инстинктивни опасности.

2) Поведенческа теория: Бихевиоризмът се фокусира върху човешкото и животинското поведение и Уотсън, който е главният представител на бихевиоризма, твърди, че поведението представлява най-подходящата отправна точка за научно проучване (Watson, 1913). При подрастващите, ако признанието и приемането от другите се предлага без ограничения или условия, тогава подрастващите могат да се конфронтират със себе си по положителен начин.

3) Когнитивна теория: Основната идея на когнитивната теорията е, че емоциите се преживяват в резултат на начина, по който събитията се интерпретират или оценяват. Найсер, бащата на когнитивната психология, подчертава че вътрешните умствени процеси, като възприятие, внимание, памет, мисъл, език и т.н. са отговорни за придобиването, представяне, съхранение и използване на знания. Едно от ключови открития на когнитивните теоретици е, че хората с тревожност приемат редица стратегии, за да предотвратят появата на всякакви фобични стимули. Тези поведения намаляват тревожността в краткосрочен план, но пречат на лицето да открие неоснователното в съществуването си, което води до неговот дълготрайно самоукрепване (Salkovskis, Clark & Gelder, 1996).

4) Биологична теория: Джоузеф Леду (Joseph LeDoux, 1998) е първият, който идентифицира специфична област („сливица“) в системата на либидото, като „емоционалния компютър“ на мозъка, характеризирайки го като особено важен по отношение на страха и тревожността. Според Леду (1998), тревожността, както всяка друга емоция, е резултат от изключително сложен процес, в който участват множество области на мозъка, като фронталните дялове и хипокампуса.

5) Интерактивен подход при тревожност: При този подход ситуацията на тревожност е резултат от взаимодействието на изискванията, наложени от условията на околната среда и характеристиките на индивида като: интелигентност, специални способности, умения, личностни черти, знания, физически характеристики, стратегии за справяне, предишни преживявания с тревожни ситуации, настоящо физическо и психологическо състояние и др.

6) Теория на Спилбъргър: Спилбъргър (Spielberger, 1966b) беше този, който оформи теорията за тревожността, в контекста на която той подхожда към тревожността като черта на състоянието, резултат от ситуацията и като постоянна характеристика на личността. Според него, тревожността като състояние се отнася към субективното емоционално състояние, което се характеризира с напрежение и нервност. Тревожността като черта се отнася за предразположеността на лицето да възприема конкретни ситуации като заплашителни и да реагира с тревога на тях.

1.2.3 Тревожни разстройства

Според Световната здравна организация (СЗО), психични разстройства, от които най-чести са тревожността и депресията, са нарастващ бич в съвременното, като тревожните разстройства (напр. специфична фобия, социална фобия, селективен мутизъм, генерализирано тревожно разстройство, тревожно разстройство при раздяла) са едно от най-честите нарушения, наблюдавани при деца и юноши. Впоследствие ще се разгледат най-важните тревожни разстройства при подрастващите:

1) Тревожно разстройство при раздяла: Човекът, който страда от тревожното разстройство от раздяла изпитва страх или тревожност при отделяне от значимата фигура на привързаност до такава степен, че той/тя става развитийно неподходяща (СЗО, 2008). Такива деца имат отрицателна емоционална хиперактивност и затруднения в регулирането на емоциите си, тълкуват неясни ситуации като заплашителни и търсят помощ от другите.

2) Селективен мутизъм: Децата със селективен мутизъм се характеризират с постоянна липса на реч в специфични социални ситуации, в които има очакване за вербална комуникация. Имат много различни и дори несъвместими характеристики, като: те са покорни, чувствителни, срамежливи, шумни,

агресивни, упорити и склонни към безпокойство, неспокойни и емоционално незрели (Krohn, Weckstein & Wright, 1992).

3) Специфична фобия: Фобиите се изразяват в страх от изключително специфични ситуации, като: страх от близост до конкретни животни, височини, полети, затворени пространства и т.н., и понякога могат да причинят паника.

4) Социално фобийно разстройство: Хората с това разстройство се страхуват и избягват контрола над другите и се притесняват да не кажат или направят нещо, което да ги постави в неудобство или унижение.

5) Паническо разстройство: Основната му характеристика са пристъпите на паника, които трябва да бъдат свързани с поне четири от тринадесетте характерни симптома - 10 физически и 3 психологически (АПА, 1987).

6) Агорафобия: Това е тревожно разстройство, характеризиращо се с интензивен и ирационален страх на човек от излизане на открито или попадане в ситуации, в които може да няма възможност за помощ или бягство.

7) Генерализирано тревожно разстройство: Характеризира се с хронично и постоянно безпокойство, което е мултифокално, прекомерно и трудно се контролира, и обикновено се придружава от други неспецифични психологически и физически симптоми (Stein & Sareen, 2015).

8) Обсесивно-компулсивно разстройство: Това е психично разстройство, при което хората изпитват нужда да контролират нещата и многократно изпълняват определени рутинни процедури (ритуали) или постоянно имат определени мисли (обсесии), и хората не са в състояние да контролират своите мисли или дейности за дълго време.

1.2.4 Подходи на концепцията за „справяне“.

Въпреки че справянето (конфронтация със ситуации на тревожност) през последните няколко десетилетия е обект на много изследвания, ние знаем много малко за това как гръцките тийнейджъри се справят с психологически стресови ситуации. Според Лазарус и Фолкман (Lazarus & Folkman 1984), справянето със ситуации на тревожност е „процесът, чрез който човек се опитва да се справи/регутира изисквания, вътрешни или външни, които същият счита, че поставят в изпитание или надвишават неговите/нейните налични сили“.

Основните модели, използвани за справяне с тревожността, са: модели на стимул-реакция (Compas, 1987), интерактивни модели (Folkman, 1984) и двуосен модел (Hobfoll et al., 1994).

Изследването показва, че процесът на справяне зависи от много фактори, като например: свързаните събития, личността, околната среда, ресурсите, които човекът има и особено значението, което човекът придава на случващото се. Тъй като личностните черти са трудни за промяна, това, което може да се промени, са начините на мислене и поведение. Оптимизмът е измерение на личността, което допринася за справяне със ситуации на тревожност. Все пак ефективността на справянето изглежда зависи повече от разнообразието от опции, отколкото от вида. И индивидуалната оценка, възприятие или значимостта на стресовото събитие все повече се разглеждат като необходими променливи в реакциите на тревожност (Lazarus and Folkman, 1984).

Има две мнения, които разширяват модела на Лазар и Фолкман и добавят към него ясно еволюционно измерение:

- 1) Първото е на Боекаертс (Boekaerts, 1996), който представя целия процес на „тревожността и справянето с нея“ като поредица от елементи, които следват един след друг и си взаимодействат от момента, в който се появи тревожен стимул, докато не бъде лекуван.
- 2) Вторият алтернативен възглед за процеса на „тревожност и нейното справяне“ разширява теоретичния модел на Лазарус и Фолкман, за да включи и социалната среда на индивида (Berg et al., 1998). Според тази гледна точка справянето с тревожен стимул не е индивидуална работа, а работа на социална група, към която индивидът принадлежи.

Въз основа на горните съображения за феномена „тревожност и справянето с нея“, двете най-важни измерения на справянето със ситуации на тревожност са: съдържанието на стратегията и средата.

Според теорията на Фолкман и Лазарус (1980), процесът на справяне със ситуация на тревожност има две основни функции/стратегии:

- 1) Справяне и разрешаване на проблема, който причинява дискомфорта.
- 2) Регулиране на емоциите.

Въпреки че функциите на лечението са качествено различни, и двете са насочени както към един и същ индивид, така и към неговата/нейната среда. Разграничението между стратегиите, съответно дали се фокусират върху емоцията или върху проблема, е схематично. И това е така, защото стратегиите, фокусирани върху регулирането на емоциите, могат да насърчат решаването на проблем, защото създават подходящите спокойни условия, които са необходими. Също така, изследването показва, че и двата вида стратегии за лечение на състояния на тревожност се използват едновременно (Folkman & Lazarus, 1980).

Основните фактори, свързани с типа стратегия, която някой ще използва за справяне, са: характеристиките на стимула/средата, личността и пола.

1.2.5 Проучвания върху ефекта на тревожността върху здравето

Емоционалният дистрес, причинен от тревожност, често е придружен от специфични физически симптоми, като изпотяване, замаяност, мигрена и затруднено дишане или генерализирани физически оплаквания, като безсъние, тревожност и мускулни болки (АПА, 2013). Изследването също така показва, че стресът и тревожността влияят на здравето, повишените нива на тревожност допринасят значително за физическите оплаквания, а също така, тревожността и депресията са силни рискови фактори за появата на физически симптоми.

1.2.6 Проучвания върху ефекта на тревожността върху КЖсЗ

Проучванията сочат каталитичния ефект на стреса и тревожните разстройства върху качеството на живот, свързано със здравето. По-конкретно, хроничните тревожни разстройства, но особено генерализираното тревожно разстройство и социалната фобия, имат отрицателно въздействие върху свързаното със здравето качество на живот (Saarni et al., 2007). Също така е установено, че хората с генерализирано тревожно разстройство се оплакват от различни проблеми, свързани с качеството им на живот, поради физическите и емоционални проблеми, които са имали.

1.3 Гняв

Най-често срещаните негативни емоции, които се изразяват в ежедневието ни, по ред на приоритет, са гневът, безпокойството и съжалението (DiGiuseppe & Tafrate, 2007). Гневът като личностна черта е свързан с редица негативни фактори, сред които са:

здравословни проблеми, ниско самочувствие, образователни и професионални трудности, а също и отслабените междуличностни и семейни отношения (Deffenbacher, Lynch, Oetting & Kemper, 1996).

1.3.1 Концептуални подходи

Можем да кажем, че гневът като емоция, се дефинира на базата на отделните компоненти-измерения, които го изграждат и които според Кокс и Харисън (Cox & Harrison 2008) са следните: емоционално измерение, поведенческо измерение, когнитивно измерение, мобилизационно измерение, нормално измерение. И когато човек изпитва гняв, той/тя има негативно субектно усещане с висока интензивност и плам, както и съпътстващи нормални реакции. Лазарус (Lazarus, 1991) характеризира гнева, както и други негативни емоции, като резултат от нараняване, загуба или заплахата с отговорността за всичко изброено по-горе да бъде приписано на някого. През 1982 г. Аверил формулира изчерпателна дефиниция на гнева като: „конфликтна емоция, която на биологично ниво е свързана с агресивни системи и, още по-важно, със способностите за съвместен социален живот, символика и рефлексивност, докато при психологическото ниво има за цел да коригира оценена грешка”.

Има два основни вида гняв (Deffenbacher et al, 1996), временният гняв и гневът, който е характерен за личността. И според Спилбъргър (Spielberger, 1991), индивидите могат да изразят гнева си по три различни начина: да го интернализират (гняв в себе си), да го екстериоризират (гняв навън) и да постигат неговия контрол (контрол на гнева).

1.3.2 Фактори, влияещи върху гнева

Изследванията показват, че процесите на темперамента, неврологичните, ендокринните и други физиологични процеси влияят върху развитието, преживяването и изразяването на гнева (Deffenbacher, 1999). И така, ключовите фактори, които изглежда влияят на емоцията на гнева: влияние на мислите върху проявата на гняв, гняв и депресия, гняв и безпокойство, гняв/срам и самочувствие, а също и гняв и пол.

1.3.3 Видове и начини на изразяване на гняв

Установено е, че прекомерният, интензивен и постоянен гняв причинява изобилие от биологични, психологически, но и ежедневни проблеми. Елис и Тафрате (Ellis and Tafrate, 1995) класифицират гнева в две категории: ненарушен гняв (раздразнение) и

дисфункционален гняв. Спилбъргър и др. (Spielberger et al., 1995) също разграничават ситуационен гняв и личностен гняв.

От проучването на Гереро (Guerrero, 1994) се появиха 4 начина на изразяване на гнева: дистрибутивна агресия, асертивност, пасивна агресия и неасертивно отричане. Според Дефенбахер и др., (Deffenbacher et al., 1996), има 7 допълнителни форми на изразяване на гняв: шумен спор, словесно нападение, физическо нападение над хора, физическо нападение на обекти, реципрочна комуникация, тайм-аут и директно изразяване. И накрая, последните проучвания в областта на неврологията и психологията потвърждават мнението, че изразяването на гняв успява само да предизвика повече гняв (Newberg, 2009: in Aggelopoulou, 2012).

1.3.4 Управление на гнева

Някои от основните терапии, които са предложени за управление на дисфункционалния гняв в различни структури на психичното здраве, включват: релаксация, прогресивна физическа релаксация, системна десенсибилизация, медитация, биофийдбек, самообучение, когнитивно реструктуриране, обучение в социални умения, решаване на проблеми, умения за самоувереност и умения за намаляване на тревожността (DiGiuseppe & Tafrate, 2003). Според Спилбергер и др. (1985), 3-те основни начина за управление на гнева са: изразяване, отблъскване и релаксация. Също така, следните 2 известни лечения са широко използвани в света, в различни програми за управление и изразяване на гняв:

- 1) Рационално-емоционална терапия (RET) или рационално-емоционална поведенческа терапия (REBT): Създадена е през 1950 г. от Албърт Елис и през 1993 г. е преименувана на REBT. Това е активна, директна форма на психотерапия и нейният основен механизъм на действие, който се отнася до намаляване на емоционалното разстройство, е промяната на тихите, латентни вярвания на индивидите чрез диалектични методи. Терапевтите, които прилагат REBT, учат клиентите си как да мислят логично, емпирично и по начин, който им помага, а също така се опитват да насърчат екзистенциална и хуманитарна перспектива.
- 2) Когнитивно-поведенческа терапия (CBT): Тя съчетава техники за когнитивно реструктуриране и релаксация и се използва широко в програми за управление на

гнева. СBT е ефективно лечение за промяна на начина, по който човек мисли и реагира на емоции като: безпокойство, тъга и гняв (Del Vecchio & O'Leary, 2004). Тази терапия основно помага на човека да коригира погрешните си възприятия, да подобри чувството на самоувереност и да рационализира фактите, като ги приписва на причини.

1.3.5 Проучвания върху ефектите на гнева върху здравето

Изпитването на гняв е неразривно свързано с негативно чувство с висока интензивност, както и с последващи реакции като: мускулно напрежение, ускоряване на дишането и сърдечната честота и повишаване на температурата на кожата (Scherer, 2000). Също така, повишените нива на гняв при подрастващите са свързани с промени в тяхното кръвно налягане, което предполага възможна връзка между изразяването на гняв и сърдечно-съдовите реакции (Groër et al., 1994). В извадка от студенти, екстернализирането и потискането на гнева са свързани с докладвани повишени соматични оплаквания (Martin et al., 1999). А в други проучвания високите нива на потискане и екстернализация на гнева са свързани с появата на исхемична болест на сърцето (Gallacher et al., 1999), с високи нива на триглицериди (Finney et al., 2002), както и с повишено кръвно налягане (Harburg et al., 1991).

1.3.6 Проучвания върху ефектите на гнева върху КЖсЗ

Екстернализацията на гнева може да повлияе на междуличностните отношения на децата и юношите, като при младите хора, които изразяват гнева си неуместно, съществува риск от проблемни междуличностни отношения и отрицателни резултати както в психическото, така и в общото здраве (Kerr & Schneider, 2008). Юлкунен и Алстрьом (2006) подчертават, че екстернализирането и потискането на гнева имат отрицателно въздействие върху свързаното със здравето качество на живот. В проучване на юноши се наблюдава, че по-високите нива на гняв са свързани с ниски нива на самооценено здраве, както и с пристрастяващо поведение (Piko et al., 2006), а в проучването на Фипс и Стийл (Phipps & Steele, 2002) интернализирането на гнева е свързано с появата на хронични заболявания.

1.4 Емоционална интелигентност

1.4.1 История на емоционалната интелигентност

Емоционалната интелигентност е способността да „бъдем емоционално интелигентни“, тя се развива през целия ни живот и всеки може да я увеличи чрез практикуване на социалните умения, които я съставят. Мос и Хънт (Moss & Hunt 1927) определят социалната интелигентност като способността на човек да просперира в социалните си взаимоотношения. Както се съобщава от Майер, Карузо и Салови (Mayer, Caruso, & Salovey 2000), емоционалната интелигентност е тясно свързана, по отношение на структура и организация, с коефициента на интелигентност и нейната валидна оценка може да бъде постигната само чрез метода за обективно измерване на представянето на дадено лице при решаване на проблеми, свързани с индивидуални емоции и емоционални състояния.

Моделът на емоционалната интелигентност, като способност, засягаща 4 измерения, получи широко признание и използване и е от фундаментално значение за разработването на други модели и мерки за нейната оценка. Тези 4 измерения са (Salovey & Grewal, 2005): разбиране на емоциите, улесняване на мисленето чрез използване на емоции, възприятие на емоциите и контрол на емоциите. Също така терминът „емоционална интелигентност“ стана широко известен от библиографията на Даниъл Голман (Daniel Goleman, 1998), който чрез оценката на програмите ѝ събра и групира свойствата ѝ в пет измерения: самопознание, саморегулация, мотивация, емпатия и способност за формиране на взаимоотношения.

Бар-Он (Bar-On, 1997) се фокусира върху емоционалното и социалното измерение на емоционалната интелигентност и я дефинира като набор от емоции, социални знания или способности, които влияят върху цялостната способност на индивида, за да отговори ефективно на изискванията на околната среда.

1.4.2 Емоционална интелигентност: черта или способност?

Последните данни от различни проучвания показват, че оценките на емоционалната интелигентност като черта са положително свързани с ефективното лечение на тревожността на подрастващите, здрав образ на тялото и по-добро телесно здраве, повишена самоефективност, както и справяне със ситуации на тревожност като предизвикателства, а не като заплахи. В допълнение, емоционалната интелигентност е

положително свързана с емпатия, емоционално съвместно съществуване, положително настроение, честа честота на оргазъм при жените, щастие, удовлетворение от живота и оптимизъм. За разлика от това, емоционалната интелигентност като черта на личността е негативно свързана с изтощението, повишената честота на физически дискомфорт при възрастни и юноши, негативното настроение, алекситимията, както и с психичните разстройства и депресивните мисли при юношите.

В нашето изследване разглеждаме емоционалната интелигентност като способност, което означава, че тя е израз и на социална когниция.

1.4.3 Проучвания върху ефектите на емоционалната интелигентност върху здравето

В проучване на Мавровели и др. (Mavroveli et al., 2007), емоционалната интелигентност като черта има отрицателна корелация с физическите оплаквания и е подчертана като важен защитен фактор срещу изпитването на болка.

Подобна констатация беше представена и в изследването на Стаматопулу и др. (Stamatoroulou et al., 2017), където високата емоционална функционалност е свързана с липсата на телесен дискомфорт. Джонсън и др. (Johnson et al., 2009) установяват, че ниските нива на емоционална интелигентност потискат функционирането на имунната система и така водят до лошо здраве. Фройденталер и др. (Freudenthaler et al., 2008) и Миколайчак и др. (Mikolajczak et al., 2006) в своите проучвания установиха, че физическото здраве на участниците е пряко повлияно от тяхната емоционална интелигентност.

1.4.4 Проучвания върху ефектите на емоционалната интелигентност върху КЖсЗ

Няколко международни проучвания потвърждават влиянието на емоционалната интелигентност върху много от свързаните със здравето измерения на качеството на живот. По-конкретно, в преглед на 36 проучвания беше установено, че емоционалната интелигентност е свързана с успешни спортни постижения, високи нива на физическа активност и положително отношение към физическата активност (Laborde, Dosseville & Allen, 2016). В друго проучване емоционалната интелигентност на тези млади хора е свързана с повишени нива на семейна функционалност (Alavi, 2017). Относно отношението на подрастващите към училището е установено, че емоционалната

дисфункция е свързана с неоправдани отсъствия, проблеми в училищната среда (Petrides et al., 2004), но също и с ниско академично образование.

1.5 Здравословен начин на живот (Качество на живот)

1.5.1 Дефиниция на „Здравословен начин на живот – ЗНЖ“ (Качество на живот – КЖ)

„Качество на живот“, „Благосъстояние“ или „Добър живот“ са термини, които са в центъра на международния интерес. Качеството на живот безспорно е многоизмерна, променлива и субективна концепция и затова от време на време се предлагат различни дефиниции. Според Маккол (McCall, 1975) качеството на живот е присъща характеристика на обществото и се отнася до условията, на които човек трябва да отговаря, за да бъде щастлив. По-новите подходи определят понятието „качество на живот“ като по-широко, което се отнася до общия просперитет на индивидите, които живеят в общество (Bowling, 1997).

В световен мащаб качеството на живот е показател, който е добавен, както и здравето, към социалните услуги на Програмата за развитие от 1989 г. насам. ОИСР се споразумя за списък от въпроси, свързани с качеството на живот, в който бяха включени и въпроси като: здравеопазване, контрол в предлагането на стоки и услуги, работа и качество на професионалния живот (Bowling, 1997).

1.5.2 Концептуални подходи

Концепцията за качество на живот широко очертава начина, по който индивидът оценява „просперитета“ на много аспекти от своя живот. Тези оценки включват емоционалните реакции на индивида към различни аспекти от неговото/нейното ежедневие, неговото/нейното настроение, усещането за пълнота, което той/тя изпитва от живота си, удовлетворението от работата и личните отношения (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Но както показват изследванията, качеството на живот е широко понятие или отправна точка, която се прилага към почти всички области на човешкото функциониране. В резултат на това то е широко проучено, ревизирано и дискутирано в социалните науки и психологията, както и в икономическата и медицинската литература.

1.5.3 Взаимодействието на „здраве“ и „здравословен начин на живот“ (ЗНЖ)

Вече е широко прието, че здравето и качеството на живот представляват многоизмерен социален феномен, чиято функция се управлява както от принципите на универсалността и индивидуализацията, така и от принципите на реалността и задоволяването на потребностите на съвременния социален индивид. Здравето и качеството на живот на дадено лице се влияят от редица детерминанти (Theodorou, Sarris & Soulis, 1997), най-важните от които са (Sarris, 2001): социално-икономическа структура и функциониране на обществото, икономически и политически фактори, социално-икономически фактори, психосоциални и културни фактори, фактори на околната среда, геофизични фактори, демографски фактори и здравни и медицински фактори.

1.5.4 Заключение за „здравословен начин на живот“ (ЗНЖ)

Като се има предвид, че качеството на живот не се отнася само до някои конкретни външни черти, а изразява главно екзистенциалния статус на индивида, методологията за оценка трябва да се фокусира върху идентифицирането на онези фактори, които упражняват специфична тежест върху субективната преценка и оценката на качеството на живот (Sarris, 2001). По този начин се очаква да бъде напълно записана не само обективната, но и субективната полезност, субективната стойност на терапевтичния метод, като се вземат предвид индивидуалните обстоятелства и личните нужди на пациентите.

1.6 Здраве

1.6.1 Подход и дефиниция на понятието „здраве“.

Според Юлс и Симнет (Ewles & Simnett, 2017) терминът „здраве“ е многоизмерен и означава различни неща за всеки човек, и здравето не е въпрос изключително само на индивида, но и на обществото като цяло (Sarris, 2001). Съществува и гледната точка на Грийн и Тоунс (Green and Tones, 2010), които се опитват да представят холистичния характер на здравето, които вярват, че здравето се състои от шест различни измерения,

като: физическо здраве, психическо, емоционално, социално, здраве на обществото и душевно здраве.

1.6.2 Теоретични подходи към понятието „здраве“

Като цяло здравето е еквивалентно на състояние, което се характеризира с физическа, умствена, социална и духовна функционалност и позволява на индивида да изрази пълния набор от своите уникални способности в средата, в която живее (Svalastog et al., 2017). СЗО (1988 г.), в първия си опит за постигане на консенсус относно дефиницията на „здраве“, го дефинира като: „състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не просто липса на болест или увреждане“. По отношение на духовното измерение на здравето, то играе важна роля в мобилизирането на действията на хората във всички аспекти на техния живот и се отнася до нещо, което възниква чрез хората, общностите и тяхното взаимодействие с техните социални и културни стандарти (СЗО, 1985 г.).

1.6.3 Различни подходи към понятието „здраве“

Според Тунтас Г. (Tountas G., 2000) здравето на индивида или населението като цяло зависи от физическата и социалната среда (20-30%), от биологичните фактори (20%), от здравните услуги (10-20%) и от човешкото поведение (40-50%). Следователно, ако можем да разберем всички тези фактори и как те взаимодействат помежду си, това ще ни помогне да разберем и интерпретираме понятията „здраве“ и „болест“ (Tountas, 2000). Що се отнася до връзката между здравето и икономиката, тя е много тясна, защото, както е добре известно, бедността и мизерията са това, което води до болести, докато финансовото благополучие помага за насърчаване на здравето. Дори икономическото ниво на една страна обикновено е пропорционално на здравето на нейното население. В крайна сметка разликите в здравните показатели между различните популации се дължат главно на икономически причини.

1.7 Качество на живот, свързано със здравето (КЖсЗ)

1.7.1 Дефиниции и значения на КЖсЗ

КЖсЗ е всеобхватна и сложна концепция, за която няма общоприето определение (Fayers & Machin, 2000). Като цяло, КЖсЗ изучава въздействието, което здравословното

ниво на даден гражданин може да има върху ежедневиия му живот и способността му да функционира нормално. Дефиницията на КЖсЗ, според Булингер (Bullinger, 1991), която е възприета в областта на общественото здраве, е: „Свързаното със здравето качество на живот е стойността, която се развива по време на живота, която се променя от функционалното състояние, възприятията и социални възможности, засегнати от болест, травма, лечение или здравна политика”. Въпреки това, по отношение на общото население, свързаното със здравето качество на живот се основава на оценката, която самият човек прави за своето здравословно състояние, като се вземат предвид физическите, емоционалните и социалните измерения (Fayers & Sprangers, 2002).

1.7.2 Измерване на КЖсЗ

Измерването на КЖсЗ има за основна цел холистичната оценка на здравето на индивида и населението, която не трябва да се ограничава само до показатели за заболяемост и смъртност. Според СЗО, КЖсЗ включва следните измерения: физическо измерение, психологическо измерение и социално измерение. Също така, що се отнася до индикаторите за КЖсЗ, те се разграничават в тези, които измерват обективното функциониране на индивида, и в тези, които измерват субективното благополучие.

По отношение на инструментите за оценка на КЖ, според Килхорн (Kielhorn, 2000) те принадлежат към две основни категории в зависимост от целите на изследователите и естеството на субективните измервания: в общите инструменти (напр. Въпросник за здравето „SF-36“, Здравен профил „Nottingham“) и в специфични за заболяването инструменти (напр. „Състояние на ефективността на СЗО“, „Индекс на качеството на живот на Spitzer“).

1.7.3 КЖсЗ на деца и юноши

Повечето от мерките за оценка на свързаното със здравето качество на живот на децата и юношите са разработени само за хронични или тежки педиатрични пациенти (Eiser & Morse, 2001) и това по обективни причини (наличие на много пречки и проблеми). Според експерти по развитие, връзката между децата и техния социален контекст е сложна и съществува едновременно и взаимно влияние между непълнолетни и множество състояния (Cox & Paley, 1997). Досега изследването подчертава, че

интегрирането на свързаното със здравето качество на живот в изследванията за здравето на децата и юношите е осъществимо, ако разработването на мерки за оценка отчита възрастта, зрелостта и когнитивното развитие на детето. И накрая, двата европейски инструмента за оценка на качеството на живот на децата, KIDSCREEN27 и DISABKIDS (Bullinger, Schmidt & Petersen, 2002) са добри примери за изследване.

1.7.4 Мерки за оценка на КЖсЗ на деца и юноши

През последните години са разработени много мерки, въпросници и скали за оценка на КЖсЗ деца и юноши (Solans et al., 2008), основните от които са: въпросник в две версии „Профил на здравето и болестта на детето – CHIP”, „ Въпросник за здравето на детето – CHQ”, скала „KINDL-R”, обща основна скала за измерване качеството на живот в педиатрията – „PedsQL 4.0“, въпросник „KIDSCREEN”, скала за качеството на живот „DISABKIDS“, скала „Инвентар за измерване качеството на живот при деца и юноши”, скала „Индекс на здравна полезност Mark 2 - HUI2” и скала „EQ-5D-Y”.

1.8. Социално познание

Adolphs (1999) установи, че „Социалното познание“ е изследване на това как обработваме информация, т.е. процес, който включва как кодираме, съхраняваме и извличаме информация за различни социални ситуации. Социалното познание като цяло се отнася до начина, по който мислим за другите и в този смисъл би било мощен инструмент за разбиране на социалните взаимоотношения.

Изследванията са установили, че ние като хора не подхождаме към различните социални ситуации като неутрални наблюдатели, въпреки факта, че често се преструваме, че го правим, а изразяваме собствените си желания и очаквания. Според Damasio (1994) мислите влияят на чувствата, но чувствата също влияят на мислите. А по отношение на това как се развива „социалното познание“, Fiske и Taylor (1991) установиха, че то се развива доста бавно и също е много субективно. По този начин интерпретациите, които човек може да направи на социално събитие, могат да бъдат много различни и много пъти погрешни.

Според Moskowitz (2004), „Социалното познание“ е изследване на умствените процеси, включени във възприемането, участието, припомнянето, мисленето и

възприемането на хората в нашия социален свят. Според Hamilton (2005) „Социалното познание“ изразява отношението към личното възприятие, нагласите и промените в поведението, стереотипите и предразсъдъците, вземането на решения, самооценката, социалната комуникация и влиянието и дискриминацията между групите.

Що се отнася до културните различия в областта на „Социалното познание“, социалните психолози са установили, че често има значителни различия в зависимост от културата и ситуацията. И както Kunda (1999) заявява в своята книга, Kitayama et al. (1997) установиха, че различните култури могат да доведат до различни колективни културни начини за производство, разграничаване и разширяване на значението от ситуациите.

Според Selman и колегите му (1977) възприемането на социалната перспектива на другите е способността, която ни дава силата да разбираме себе си и другите като субекти, което ни позволява да реагираме на нашето поведение от гледната точка на другите. И така, те предлагат пет (5) етапа на развитие за тази социална перспектива:

- Етап 0: Недиференциран егоцентричен стадий (от 3 до 6 години).
- Етап 1: Етап на приемане на диференциална/субективна перспектива (от 6 до 8 години).
- Етап 2: Възприемане на саморефлексия и взаимна перспектива (8 до 10 години).
- Етап 3: Етап на взаимна перспектива или на трето лице (10 до 12 години).
- Етап 4: Етап на индивидуална дълбока перспектива и в социалната система (юношество и зряла възраст).

1.9. Резюме на глава 1

Както стана ясно от научните изследвания, юношеството е период от време, в който преходните емоционални моменти са чести и обикновено емоциите се характеризират с висока интензивност и особена трудност при справянето с тях. Както е научно доказано, подрастващите могат по-добре и по-ефективно да управляват своя емоционален свят, ако успеят да споделят чувствата си с приятелите или семейната си среда или дори, ако могат да осигурят приемане, признание и разбиране от своите родители и/или техните приятели.

Освен това, високата емоционална интелигентност, когато се комбинира с ниски нива на тревожност и гняв, допринася значително за тяхното физическо, умствено,

социално и духовно функциониране и позволява на подрастващите да изразят напълно своите умения и способности в средата, в която живеят и се развиват. Когато подрастващите успеят да се справят и балансират правилно своята тревожност, гняв и емоционална интелигентност, тогава те се чувстват психически и физически здрави, пълни с енергия, ентусиазъм и увереност, докато изпитват множество положителни и полезни емоции.

И накрая, семейството, училището и учителите могат да играят важна роля във всички тези процеси на развитие и стимулиране на психичното здраве и устойчивост на подрастващите, за да могат да се справят по-ефективно и за справяне с всички трудни условия и ситуации, пред които са изправени.

ГЛАВА 2: ИЗСЛЕДВАНЕ

2.1 Цел, задачи, изследователски въпроси, хипотези, ограничения

Целта на настоящия труд е да проучи задълбочено ефекта на тревожността, гнева и емоционалната интелигентност като предиктори за здравословен начин на живот, както и на свързаното със здравето качество на живот (КЖсЗ) на 120 подрастващи ученици на възраст 13-15 години, в гръцка държавна гимназия в района на областна единица Солун.

Отделните цели на тази докторска дисертация са изследването на измеренията, които съставляват качеството на живот (КЖ) на тийнейджърите, които са: физическо благополучие, психологическо благополучие, родителски отношения и автономия, социална подкрепа и връстници, училищна среда, както и факторите, влияещи върху формирането на здравословен начин на живот.

Въз основа на целта и индивидуалните цели на това изследване, следните изследователски въпроси са формулирани накратко:

- Кои са факторите, които влияят върху физическото благополучие, психологическото благополучие, отношенията с родителите, автономия, социалната подкрепа, връстниците, училищната среда и на какво степен?

- Различават ли се нагласите на подрастващите за качеството на живот според демографските фактори, пол и възраст?

Най-важните ограничения в това проучване са:

- 120-те подрастващи ученици са на възраст само между 13 и 15 години, а изследването е проведено само в една гимназия, поради ограничението във времето и COVID-19.
- Периодът на провеждане на проучването съвпадна с периода на COVID-19, което създаде много проблеми поради съществуващите ограничения.
- В това проучване не са включени частни или друг вид училища поради отказа на техните адреси.

2.2 Задача и участници в изследването

Задачата на изследователя в настоящото проучване беше да проучи ефекта от възрастта и пола на юноши ученици от гръцка държавна гимназия върху емоционалната интелигентност, тревожност, гняв, здраве, КЖсЗ и върху техния здравословен начин на живот.

Изследователската извадка е съставена от 120 ученици (53 - 44,2% момчета и 67 - 55,8% момичета), на възраст от 13 до 15 години, от А' (32 ученици), В' (40 ученици) и С' (48 ученици) клас на гръцка обществена гимназия, разположена в общинския район Сохос на община Лангада, областна единица Солун.

Хипотези

Предполагаме, че е налице взаимовръзка между емоционалната интелигентност като израз на социални когниции, гнева като тип емоция и тревожността при тийнейджъри.

Предполагаме, че качеството на живота, отнасящо се до здравето, е свързано с емоционалната интелигентност като израз на социални когниции, гнева като тип емоция и тревожността при тийнейджъри.

2.3 Изследователска методология

Това проучване е проведено чрез количествено изследване, което изследва връзката между емоционалната интелигентност, гнева и тревожността и здравето и КЖсЗ на 120 юноши ученици, посещавали гръцката държавна гимназия в Сохос, областна единица Солун.

На подрастващи ученици бяха дадени 4 основни въпросника, които ще бъдат анализирани по-нататък и 1 въпросник за тяхната демография, след спазване на стандартите и получаване на всички необходими разрешителни:

а) Въпросник за оценка на емоционалната интелигентност като личностна черта (TEIQue-ASF). Кратката форма на този въпросник се състои от 30 въпроса от затворен тип, базирани на седемстепенна скала на Ликерт и изследва общата емоционална интелигентност на подрастващите като характеристика на тяхната личност, чрез оценяване на четири фактора - благополучие, самоконтрол, емоционалност, общителност. Тежестта на гръцкия превод на този въпросник в юношеската популация е изготвена със съгласието на автора на въпросника К. Петридис.

б) Въпросник „Kidscreen-27“: предназначен е за оценка субективното здраве/благополучие на децата и юношите (КЖсЗ). Това е инструмент за самоотчитане с приложение към здрави и хронично болни деца и юноши на възраст 8-18 години, давайки цялостна картина на КЖсЗ, където по-високите резултати показват по-добър КЖсЗ и благосъстояние. Kidscreen-27 се състои от 27 елемента, които оценяват КЖсЗ в 5 измерения: физическо благополучие (5 елемента), психологическо благополучие (7 елемента), автономия (7 елемента), социална подкрепа и връстници (4 елемента) и училищна среда (4 елемента).

в) Въпросник „SCAS“ (Спенс Скала за детска тревожност): Това е въпросник за самооценка с 46 или по-малко точки, които оценяват тревожните разстройства у деца и юноши. Скалата оценява 6 ключови области на тревожност, включително генерализирана тревожност, паника/агорафобия, социална фобия, тревожност при раздяла, страх от физическо нараняване и obsесивно-компулсивното разстройство. Младите хора оценяват степента, на която изпитват всеки симптом по 4-степенна скала, като по-високите резултати представляват по-високи честоти на поведение, свързано с тревожно разстройство.

г) Въпросник „AESC“ (Скала за изразяване на гнева при деца): Използва формат на отговор от четири точки на Ликерт, като по-високите стойности водят до по-голямо одобрение на твърдението. Гръцката версия на AESC беше използвана за оценка на гнева, който включва 32 твърдения и се състои от 22 въпроса, 10 от които оценяват „личностната черта гняв“ и изследват как лицето се чувства като цяло, 4 въпроса, които оценяват екстернализацията с физическа и вербална агресия, 4, които оценяват репресията и 4 оценяващ контрол. Високите резултати отразяват по-голяма степен на проява на съответното поведение.

Що се отнася до техниката на анализ на това проучване, анализът на отговорите, които бяха дадени на 5-те въпросника в това проучване от участниците, беше направен с помощта на софтуера на IBM Статистически пакет за социални науки (SPSS - версия 19.0)

ГЛАВА 3: АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОУЧВАНЕТО

3.1 Демографски характеристики и статистически анализ

Демографските характеристики на общо 120 ученици, участвали в това проучване, са (Таблица 3.1):

	Брой	%
Пол		
Момичета	53	44,2
Момчета	67	55,8
Клас		
А' (13 години)	32	26,7
В' (14 години)	40	33,3
С' (15 години)	48	40,0
Възраст		
13 години (А' клас)	32	26,7
14 години (В' клас)	40	33,3
15 години (С' клас)	48	40,0

Таблица 3.1: Демографски характеристики на учениците

За да се определи вътрешната консистенция на въпросник и за анализ на надеждността е използван „ α “ на Кронбах, тъй като преди това въпросите бяха обърнати с противоположна детерминация. Също така, размерите са създадени според инструкции на създателите на въпросника и особено в размерите на въпросника KIDSCREEN-27, измервателната скала беше преобразувана чрез прилагане на „метода на Rasch“, според указанията на създателя на въпросника. Корелационният анализ е приложен с коефициента „ r “ на Spearman, докато нивото на статистическа значимост в SPSS беше определено на 5% ($\alpha = 0,05$).

3.3 Анализ на надеждността на въпросниците

От 4-те таблици в основната докторска дисертация, които разглеждат индивидуално анализа на надеждността (вътрешна консистенция) на 4-те основните въпросници на това проучване, могат да се направят следните изводи за всеки въпросник:

а) Във въпросника KIDSCREEN-27 е отбелязана много високата стойност на индекс „ α “. Има съгласуваност на въпросите във всички раздели, тъй като има висока корелация и там няма подобрение в стойността на индекса чрез премахване на който и да е въпрос. Също така, всичките пет (5) отделни „алфа коефициента“ са по-високи от 0,7 и така индивидуалните скали и общата вътрешна последователност на KIDSCREEN-27 е от приемлива до добре. Също така надеждността на вътрешната консистенция (0,80 - 0,84) е добро до отлично за всички домейни.

б) AESC въпросникът се състои от 2 раздела, като първоначално в целия въпросник се наблюдава много високата стойност на индекса ' α ' = 0,901. Също така в секцията „Частота на гнева“ всички променливи имат голям принос за формирането на секцията и коефициентът „ α “ не се диференцира чрез изваждане на който и да е въпрос. В раздела „Реагиране при гняв“, който първоначално съдържаше 12 въпроса, се установи, че за да се увеличи стойността на фактора „ α “, четири въпроса трябваше да бъдат премахнати.

в) В SCAS въпросника се установява много високата стойност на индекса $\alpha=0,956$, както в целия раздел, така и в отделните раздели. Създаването на разделите е извършено въз основа на инструкциите на създателя на въпросника и поради тази причина има различна класификация на елементите по раздел.

г) Въпросникът TEIQue-ASF се състои от 30 въпроса, които са едно цяло и показва добра вътрешна съгласуваност с $\alpha=0,865$. Освен това коефициентът „ α “ в целия раздел е много висок и всички въпроси са полезни при формирането на разделите, тъй като този коефициент не се различава значително при премахване на някой въпрос.

3.4 Описателен статистически анализ

3.4.1 Анализ на „KIDSCREEN - 27“

Във въпросника от раздела „Физически дейности и здраве“ (Таблица 3.7 от основната дисертация) се наблюдава противоположното разпределение на отговорите на първия въпрос (Като цяло какво е вашето здраве?), което очевидно се дължи на неговата противоположна ориентация; като най-честите отговори за това са: „Много добър“ – 42%, „Добър“ – 34% и „Отличен“ – 25%. В останалите въпроси най-честите отговори се доближават до положителната страна, с опциите: „Много“ и „Умерено“, както и „Доста често“ и „Много често“.

От общото наблюдение на честотите в резултатите от раздела „Общо настроение и усещания за себе си“ (Таблица 3.8 от основната дисертация), се наблюдава противоположна ориентация на отговорите на въпроси 4, 5 и 6, където по-голямата част от отговорите са: „Рядко“ и „Никога“.

В раздела „Семейство и свободно време“ (Таблица 3.9 от основната дисертация) всички въпроси са с положителна насоченост, като най-висок процент учениците дават на опциите „Доста често“, „Много често“ и „Винаги“. И накрая, на въпроса „Успяхте ли да говорите с родителя(ите) си, когато искахте?“ по-голямата част от учениците избират отговора „Винаги“ с процент от 34%, „Много често“ 28% и „Доста често“ 23%.

В раздела „Приятели“ (Таблица 3.10 от основната дисертация) се наблюдава, че учениците дават най-честите отговори на опции: „Доста често“, „Много често“ и „Винаги“. Особено тревожен обаче е фактът, че има деца, които дават отрицателни отговори за приятелите си.

В последния раздел „Училище и обучение“ (Таблица 3.2 по-долу) се наблюдава, че отговорите на учениците са ориентирани към положителния знак. Мнозинството отговарят с изборите: „Умерено“, „Доста често“ и „Много често“. Особено при последния въпрос има висока честота (23%) на избора „Винаги“.

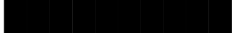
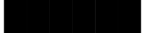
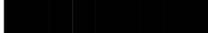
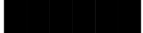
		Бр.	%
1. Чувстваш ли се щастлив в училище?	Изобщо	12	 10%
	Малко	22	 18%
	Умерено	43	 36%
	Много	42	 35%
	Изключително	1	1%
2. Справяш ли се добре в училище?	Изобщо	16	 13%
	Малко	15	 13%
	Умерено	50	 42%
	Много	34	 28%
	Изключително	5	 4%
3. Внимаваш ли?	Никога	9	 8%
	Рядко	24	 20%
	Доста често	46	 38%
	Много често	33	 28%
	Винаги	8	 7%
4. Разбираш ли се добре с учителите си?	Никога	7	 6%
	Рядко	9	 8%
	Доста често	24	 20%
	Много често	53	 44%
	Винаги	27	 23%

Таблица 3.2: Раздел „Училище и обучение“

3.4.2 Анализ на „Скалата за изразяване на гняв при деца – AESC“

По отношение на раздела „Личностната черта гняв“ на въпросника на AESC (Диаграма 3.1 по-долу), опциите „Почти никога“ и „Понякога“ представляват по-голямата част от отговорите. Както може да се види от резултатите, представени в следващата диаграма, те покриват почти 60% до 75% от мненията на учениците.

Следва: **Диаграма 3.1** Раздел „Личностна черта гняв“

Скала за изразяване на гнева при деца (Черта гняв)				
	Почти никога	Понякога	Често	Почти винаги
1. Гневен съм	13%	56%	24%	7%
2. Идва ми да крещя по някого	29%	42%	18%	11%
3. Ставам много нетърпелив, ако трябва да чакам нещо	17%	28%	33%	23%
4. Лесно се ядосвам	28%	38%	16%	18%
5. Идва ми да чупя неща	51%	25%	8%	16%
6. Кисел и рздразнителен съм	33%	43%	15%	9%
7. Изпадам в лошо настроение, ако нещата не се случват по моя начин	21%	39%	22%	18%
8. Малко ми трябва, за да се ядосам	33%	42%	11%	15%
9. Постоянно съм в лошо настроение	30%	45%	13%	13%
10. Много се ядосвам, ако родител или учител ме критикува	10%	34%	22%	34%

С изключение на въпроси 3 и 10, при които общо тези две опции събират процент от 44% и 45%. По-конкретно, 66% от учениците с отговори „Често“ и „Почти винаги“ приемат критики от родители или учители. Съответно на 3-ти въпрос „Ставам много нетърпелив, ако трябва да чакам нещо“, 67% от учениците отговарят с изборите „Често“ и „Почти винаги“.

В раздела „Реагиране при гняв“ (Диаграма 3.2 на основната теза) е установено, че няма единен модел на отговори. И така, във въпроси 13, 15, 17 и 20 има висока честота на опцията „Никога“, с проценти от 50% - 62%. Освен това обикновено се наблюдава, че двете опции „Никога“ и „Понякога“ са мнозинство в повечето въпроси. Вариантите на отговорите 11, 14, 19 и 22 имат различен модел с по-ниски честоти. И така, учениците отговарят на тези въпроси с опцията „Често“ и „Почти винаги“, с проценти от 47% до 63% и различно от другите отговори.

3.4.3 Анализ на „Скалата за детска тревожност на Спенс – SCAS“

В първия раздел „Паническо разстройство и агорафобия“ на въпросника на SCAS (Диаграма 3.3 на основната дисертация) можем да наблюдаваме, че мнозинството ученици отговарят с опцията „Никога“ в много високи проценти (61% - 88%). Но фактът, че има дори малък процент деца, които отговарят с опцията „Винаги“, може да се определи като тревожен.

В раздела „Генерализирано тревожно разстройство“ (Диаграма 3.2 по-долу), с изключение на първия въпрос „Тревожа се за неща“, където 50% от учениците казват „Понякога“ и 32% „Често“, във всички останали въпроси, това, което характеризира отговорите на учениците са изборите „Никога“ и „Понякога“. Общо тези опции са около 80%, докато по-малък процент от учениците избират „Често“ и „Винаги“.

Следва: **Диаграма 3.2:** Раздел „Генерализирано тревожно разстройство“.

Генерализирано тревожно разстройство				
	Никога	Понякога	Често	Винаги
Тревожа се за неща	8%	50%	32	10%
Когато имам проблем, имам странно усещане в стомаха	41%	43%	13%	4%
	30%	57%	10%	3%
Тревожа се, че нещо лошо ще се случи на някой от семейството ми	38%	35%	13%	13%
Изглежда не мога да пропъдя лоши или глупави мисли от главата ми	42%	23%	19%	17%
Когато имам проблем, сърцето ми бие много бързо	28%	46%	13%	13%
Притеснявам се, че ще ми се случи нещо лошо	54%	30%	8%	8%
Когато имам проблем, чувствам че треперя	40%	40%	13%	8%
Притеснявам се от лоши или глупави мисли или картини в ума ми	50%	28%	14%	8%

Отговорите на студентите в раздела „Тревожно разстройство от раздяла“ (Диаграма 3.5 в основната дисертация) са отрицателни, а мнозинството избира „Никога“, като често процентът е от 63% до 73%. Във въпроса „Страх ме е от тъмното“ опцията „Никога“ и опцията „Понякога“ споделят общия процент от 82%.

В раздела „Страхове от физическо нараняване“ (Диаграма 3.6 в основната дисертация) има висока честота на опцията „Никога“ във въпроса „Страх ме е, ако трябва

да пътувам в колата, автобуса или влака”, което заедно с опцията „Понякога” събира процент от 96%. Опциите „Никога“ за фобии от височини и асансьори имат процент съответно 43% и 68%. Също така, отговорите на въпрос 39 показват, че 74% от децата не изпитват страх да бъдат на малки и/или затворени места. По принцип има много малко деца, които имат различни фобии.

Разделът „Социална фобия“ (Диаграма 3.7 в основната дисертация) ни показва, че 30% от учениците „Никога“ не са се страхували да направят тест, а 44% от тях отговарят „Понякога“. Почти еднакви са отговорите на въпроси 7, 9, 10, 29 и 35, като преобладават опциите „Никога” и „Понякога” с проценти съответно 29-43% и 33-47%.

От резултатите от раздела „Компулсивно поведение“ (Диаграма 3.8 в основната дисертация) изглежда, че най-често срещаните отговори са „Никога“ и „Понякога“ и те събират кумулативни проценти от 70% до 83%. Отговорите на въпрос 27 с опцията „Никога” са 60%, а тези с „Понякога” са 27%.

3.4.4 Анализ на „TEIQue - ASF“

За въпросника TEIQue-ASF представянето на резултатите се извършва в два отделни раздела, както следва:

В раздела „Положителни твърдения“ (Диаграма 3.9 в основната дисертация) най-честите избори в отговорите са от опцията „Нито съм съгласен, нито не съм съгласен“ до опцията „Напълно съгласен“, събирайки кумулативни проценти от 60% до 83% . Това означава, че по-голямата част от учениците се характеризират с положително отношение към положителните твърдения. Но има по-слабо положително отношение към въпросите 1, 15, 19 и 30, като процентите на отрицателното отношение кумулативно съответно са 38%, 30%, 34% и 27%.

В раздела с „Отрицателни твърдения“ (Диаграма 3.10 в основната дисертация) се установява, че има обръщане на нагласите на учениците. В действителност, отговорите с опциите „Напълно несъгласен“ до „Нито съгласен, нито несъгласен“ събират кумулативни проценти от 60% до 90%. Особено във въпросите 5, 10 и 13 процентите на негативните нагласи са около 90%, където учениците изразяват почти пълно несъгласие. За разлика от тях на въпроси 14, 16, 22 и 26 учениците отговарят по-сдържано с негативна нагласа.

3.5 Описателна статистика на измеренията

В тази глава е извършен описателният статистически анализ на измеренията (Таблица 3.12 от основната дисертация) на въпросниците и от резултатите може да се види, че всички измерения имат много високи средни стойности (от 64.05 до 71.46), които се доближават до положителното отношение на учениците. Установено е, че 75% от учениците са отговорили с положително отношение над 53.57, с изключение на измерението „Училищна среда“, където средната стойност (54.48) и медианата (56.25) са приблизително по средата. При измеренията „Черта гняв“ и „Реагиране при гняв“ средните и медианните стойности са под средата на скалата, докато в шестте измерения на въпросника AESC средните и медианните стойности също са под средата на скалата.

От сравнението на измеренията по отношение на пола, резултатите в таблица 3.3 по-долу показват, че измеренията „Физическо благополучие“, „Психологическо благополучие“ и „Училищна среда“ се различават статистически значимо ($p < 0.05$). Наистина, момчетата имат по-положително отношение към тези 3 измерения, отколкото момичетата. По отношение на измеренията „Черта гняв“ и „Реагиране при гняв“ не са наблюдавани статистически значими разлики по отношение на пола ($p > 0.05$).

Също така, от шестте измерения на въпросника AESC, двете „паническо разстройство и агорафобия“ и „компулсивно поведение“ не се различават статистически значимо по отношение на пола ($p > 0.05$). Докато при останалите четири има статистически значима разлика ($p < 0.05$), като момчетата имат по-негативно отношение от момичетата. От контрола на разликите по отношение на „черта емоционална интелигентност“ не беше открита статистически значима разлика по отношение на пола ($p > 0,05$), и накрая и момчетата, и момичетата имат еднакви нагласи и вярвания.

	Бр. момчета - 53	Бр. момичета - 67	
	Mean (SD)	Mean (SD)	P
KIDSCREEN-27			
Физическо благополучие	73,17 (20,14)	64,01 (17,31)	0,005
Психологическо благополучие	71,63 (19,69)	64,5 (17,5)	0,011
Родителски отношения и автономия	65,7 (19,73)	62,74 (18,13)	0,366
Социална подкрепа и връстници	70,64 (20,64)	72,11 (20,51)	0,715
Училищна среда	47,05 (20,13)	60,35 (18,8)	0,000
SCAS			
Личностна черта гняв	22,7 (6,73)	22,22 (6,28)	0,771
Реагиране при гняв	27,02 (5,4)	25,56 (4,36)	0,088
AESC			
Паническо разстройство и агорафобия	10,64 (3,92)	12,13 (5,16)	0,137

Генерализирано тревожно разстройство	16,34 (6,12)	18,75 (5,81)	0,018
Тревожно разстройство при раздяла	6,57 (2,21)	8,51 (3,21)	0,000
Страх от физическо нараняване	8,76 (2,73)	10,66 (3,39)	0,000
Социална фобия	10,62 (3,91)	12,88 (4,05)	0,004
Компулсивно поведение	7,17 (3,16)	7,15 (3,03)	0,887
TEIQue-ASF	136,52 (18,05)	140,49 (28,6)	0,165

Таблица 3.3: Сравнение на измеренията по пол

След това, наблюдавайки резултатите (Таблица 3.14 от основната теза), можем да видим, че не е открита статистически значима разлика поради възрастта на учениците ($p > 0.05$).

3.6 Корелационен анализ

Чрез корелационния анализ е установено, че има висока положителна корелация на „Физическо благополучие“ с „Психологическо благополучие“ (0.619) и на „Психологическо благополучие“ с „Черта емоционалната интелигентност“ (0.517). Също така, „Генерализирано тревожно разстройство“ има висока положителна корелация с „Черта гняв“ (0.569) и с „Паническо разстройство и агорафобия“ (0.837), което е най-високото наблюдавано. Напротив, има висока отрицателна корелация на „Черта емоционална интелигентност“ с „Черта гняв“ (-0.608) и с „Паническо разстройство и агорафобия“ (-0.584) и с „Генерализирано тревожно разстройство“ (-0.542).

Измерението „Социална фобия“ има положителна корелация с „Паническо разстройство и агорафобия“ (0.668), с „Генерализирано тревожно разстройство“ (0.735), с „Тревожно разстройство от раздяла“ (0.523) и със „Страх от физическо нараняване“ (0.681). Също така „Страх от физическо нараняване“ има висока положителна корелация с измеренията „Паническо разстройство и агорафобия“ (0.582), „Генерализирано тревожно разстройство“ (0.616) и „Тревожно разстройство при раздяла“ (0.608) и „Компулсивно поведение“ с „Паническо разстройство и агорафобия“ (0.741) и с „Генерализирано тревожно разстройство“ (0.681).

3.7 Предиктори за здравословен начин на живот - регресионен анализ

Според въпросника KIDSCREEN-27 измеренията на КЖсЗ са следните 5: физическо благополучие, психологическо благополучие, родителски отношения и автономия, социална подкрепа и връстници и училищна среда. След това те се изследват и оценяват чрез въпросници, ефектите от тези измерения спрямо други измерения и резултатите от корелационния анализ първоначално са ръководството за това изследване.

3.7.1 Резултати за зависимата променлива „Физическо благополучие“

Както беше потвърдено (Таблица 3.17 от основната теза), с изключение на измерението „Реагиране при гняв“, всички останали измерения влияят на „Физическото благополучие“ в по-голяма или по-малка степен. И така, измеренията „Психологическо благополучие“, „Родителски отношения и автономия“, „Социална подкрепа и връстници“, „Училищна среда“ и „TEIQue-ASF“ имат положителен ефект върху измерението „Физическо благополучие“. Докато измеренията „Черта гняв“, „Паническо разстройство и агорафобия“, „Тревожно разстройство при раздяла“, „Страх от физическо нараняване“, „Социална фобия“ и „Компулсивно поведение“ имат отрицателен ефект върху него.

3.7.2 Резултати за зависимата променлива „Психологическо благополучие“

От резултатите от едномерния регресионен анализ (Таблица 3.18 от основната дисертация) няма променлива, която да не влияе на „психологическото благополучие“. Статистически 4 са значимите фактори, които влияят върху него като цяло, като 3 от тях имат положителен ефект – „Физическо благополучие“ (0.305), „Социална подкрепа и връстници“ (0.281), „Черта емоционална интелигентност“ (0.179) - и 1 от тях с негативен ефект – „Паническо разстройство и агорафобия“ (-1.38).

3.7.3 Резултати за зависимата променлива „Родителски отношения и автономия“

От резултатите от регресионния анализ за измерението „Родителски отношения и автономия“ (Таблица 3.19 от основната дисертация) се наблюдава, че има ефект върху всички измерения, с изключение на „черта гняв“, „реагиране при гняв“ и „компулсивно поведение“. Така ефектът от измеренията „Социална подкрепа и връстници“ (0.389), „Компулсивно поведение“ (1.499) е положителен, докато измерението „Паническо разстройство и агорафобия“ има отрицателен ефект (-2.111).

3.7.4 Резултати за зависимата променлива „Социална подкрепа и връстници“

Резултатите от Таблица 3.20 в основната дисертация показват едномерния ефект на измеренията „Качество на живот, свързано със здравето“ върху измерението „Социална подкрепа и връстници“. Също така беше установено, че измеренията „Паническо разстройство и агорафобия“ (1.585), „Черта гняв“ (0.778), „Психологическо благополучие“

(0.523), следвани от „Родителски отношения и автономия“, „Училищна среда“ и „Черта гняв“ имат положителен ефект върху измерението „Социална подкрепа и връстници“.

3.7.5 Резултати за зависимата променлива „Училищна среда“

В таблица 3.21 на основната дисертация можем да наблюдаваме регресията със зависима променлива на измерението „Училищна среда“. При едномерния регресионен анализ на това измерение се наблюдава ефектът на всички измерения с изключение на 5 измерения на SCAS. Изглежда, че има отрицателен ефект на „Черта гняв“ (-0.781) и положителен ефект на „Страх от физическо нараняване“ (1.895), „Социална подкрепа и връстници“ (0.253) и „Черта емоционална интелигентност“ (0.344) .

ДИСКУСИЯ

В международната литература има различни изследвания, които изучават ефекта на емоционалната интелигентност, тревожността и гнева на подрастващите върху тяхното физическо и психологическо здраве. Чрез тези проучвания беше демонстриран значителният ефект на емоционалната интелигентност като черта на здравето, тъй като високото емоционално функциониране беше свързано с по-нисък резултат по скалата на физическите оплаквания. Някои други проучвания са установили, че емоционалният стрес, причинен от тревожност, често е придружен от специфични симптоми и учениците, които са имали тревожно разстройство, описват физическото си здраве като „лошо“. И накрая, преживяването на гняв е неразривно свързано с негативно чувство с висока интензивност, както и с последващи реакции като мускулно напрежение, учестено дишане и сърдечен ритъм, както и повишена температура на кожата (Scherer, 2000).

Международната литература също съобщава за важни изследователски данни и заключения относно ефекта на емоционалната интелигентност, тревожността или гнева върху свързаното със здравето качество на живот (КЖсЗ). И така, емоционално интелигентните подрастващи обикновено са физически активни, в добро физическо състояние и се чувстват здрави и енергични. Също така се характеризират с повишени нива на емоционални умения, радват се да бъдат приети и са обладани от чувства на ентусиазъм към училището и своите учители. Понякога тревожните разстройства са обвинявани за намалена производителност на работното място и в училище, ниски нива на функциониране в семейната и социалната среда и физическа дисфункция. Други

проучвания подчертават каталитичния ефект на тревожността и тревожните разстройства върху КЖсЗ. Изследването потвърди ефекта на гнева върху аспектите на КЖсЗ и това, че юношите, които са успели да контролират гнева си, са имали здрави отношения със семейството си, изпитали са различни положителни емоции, показали са физическо благополучие и са увеличили физическата активност.

Целта на тази дисертация беше да се изследват ефектите на тревожността, гнева и емоционалната интелигентност като предиктори за здравословен начин на живот сред подрастващите на гръцка територия. Отделните задачи на тази докторска дисертация са изследването на 5-те основни измерения, които съставляват качеството на живот на тийнейджърите, които са: физическо благополучие, психологическо благополучие, родителски отношения и автономия, социална подкрепа и връстници, и училищна среда, както и факторите, които влияят върху формирането на здравословен начин на живот.

Отговорите на изследователските въпроси, поставени в това пручване, са дадени подробно в 3-та глава на дисертацията, а също и в главата „Изводи“.

ИЗВОДИ

В настоящото изследване стана ясно, че високата емоционална интелигентност, съчетана с ниски нива на тревожност и гняв, допринася решаващо за физическото, интелектуалното, социалното и духовното функциониране на подрастващия и му позволява да изрази пълния спектър от неговия/ нейния уникален потенциал в рамките на средата, в която той/тя живее. Подрастващите, които притежават горните характеристики, обикновено са в добро физическо състояние, чувстват се здрави и пълни с енергия, изпитват изобилие от положителни емоции. Освен това те чувстват разбиране и подкрепа от семейната среда, радват се на приемането на връстниците и са обладани от чувства на ентусиазъм към училището, учителите и съучениците си, осигурявайки високо ниво на качество на живот.

За постигане на целта на тази дисертация са използвани 4 надеждни въпросника (KIDSCREEN-27, SCAS, AESC, TEIQue-ASF), които оценяват тревожността, гнева, емоционалната интелигентност и свързаното със здравето качество на живот при подрастващите. Корелациите показват силна положителна корелация между физическо и психологическо благополучие, докато напротив, „Черта емоционална интелигентност“

има висока отрицателна корелация с „Черта гняв“, „Паническо разстройство“ и „Агорафобия“, както и „Генерализирано тревожно разстройство“. „Генерализираното тревожно разстройство“ има висока положителна корелация с „Черта гняв“ и с „Паническо разстройство и агорафобия“.

Установено е също, че измерението „Социална фобия“ има висока положителна корелация с „Паническо разстройство и агорафобия“, „Генерализирано тревожно разстройство“, „Тревожно разстройство при раздяла“ и със „Страх от физическо нараняване“. Също така висока положителна корелация има измерението „Страхове от физическо нараняване“ с измеренията „Паническо разстройство и агорафобия“, „Генерализирано тревожно разстройство“ и „Тревожно разстройство от раздяла“. Забелязва се, че това са негативни емоции, които значително влияят върху измеренията на качеството на живот на младите хора. Също така „Компулсивното поведение“ има висока положителна корелация с „Паническо разстройство и агорафобия“ и „Генерализирано тревожно разстройство“.

В допълнение към корелацията, отделно беше изследвана и степента на влияние на измеренията на тревожност, гняв и емоционална интелигентност върху 5-те измерения на качеството на живот на младежите, както следва:

- 1) Измерението „Физическо благополучие“ се влияе от 0.597 от измерението „Психологическо благополучие“.
- 2) „Психологическото благополучие“ се влияе от 0.305 от „Физическо благополучие“, от 0.281 от „Социална подкрепа и връстници“, от -1.38 от „Паническо разстройство и агорафобия“ и от 0.179 от „Емоционална интелигентност“.
- 3) Измерението „Родителски отношения и автономия“ се влияе от 0.398 от „Социална подкрепа и връстници“, от -2.111 от „Паническо разстройство и агорафобия“ и от 1.499 от „Емоционална интелигентност“.
- 4) Измерението „Социална подкрепа и връстници“ се влияе от 0.523 от „Психологическо благополучие“, от 0.283 от „Родителски отношения и автономия“, от 0.196 от „Училищна среда“, от 0.778 от „Черта гняв“ и от 1.585 от „Паническо разстройство и агорафобия“.

5) Измерението „Училищна среда“ се влияе от 0.253 от „Социална подкрепа и връстници“, намалява с 0.781 от „Черта гняв“, нараства с 1.895 от „Страх от физическо нараняване“ и с 0.344 от „Емоционална интелигентност“.

В заключение, факторите, които като цяло влияят върху качеството на живот на подрастващите, са „Емоционална интелигентност“, „Паническо разстройство и агорафобия“, „Черта гняв“ и „Страх от физическо нараняване“. „Емоционалната интелигентност“ има положителен ефект, докато другите фактори оказват негативно влияние вър По отношение на 6-ия изследователски въпрос също беше установено, че момчетата имат по-положително отношение към „Физическо и психологическо благополучие“, отколкото момичетата, докато напротив, те имат по-негативно отношение към „Училищната среда“. Момчетата са по-уязвими от момичетата по отношение на „Генерализирана тревожност“ и „Тревожност при раздяла“, както и „Страх от физическо нараняване“ и „Социална фобия“.

ПРИНОСИ

Направен е теоретичен анализ и интерпретация на конструктите „емоции“, „емоционална интелигентност“, „гняв“, „тревожност“, „социални когниции“, „здраве и качество на живот“. Същите са разгледани в полето на юношеската възраст.

Установена е взаимовръзката между емоционалната интелигентност като израз на социални когниции, гнева като тип емоция и тревожността при тийнейджъри.

Получени са емпирични данни и е установена детерминираността на качеството на живот (отнасящо се до здравето, в частност психичното здраве) при тийнейджърите от емоционалната интелигентност, като израз на социални когниции, гнева и тревожността. Тези конкретни проучвания са първите по рода си в Гърция.

Апробирани са психологични тестове при гръцки тийнейджъри.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Както може да се види от съществуващата международна литература и от настоящото изследване, прилагането на програми за насърчаване на психичното здраве на подрастващите ученици в прогимназиалния етап на средното образование се счита за наложително, с цел укрепване на способността им да определят живота си самостоятелно и за постигане на тяхната психическа устойчивост. В този процес училището играе специална роля, тъй като е една от най-важните социализиращи агенции на подрастващите. Психическата устойчивост, т.е. укрепването на психичното здраве в училищната среда и развитието на уменията на децата, така че те да могат да се справят с всякакви трудности и утежняващите фактори, свързани със стрес, семейни проблеми, междуличностни отношения или трудности в ученето, се считат за съществени .

Училището в този процес на култивиране на психическа устойчивост е определящо, поради което става наложително то да се диференцира и трансформира от среда на тясно учене и знание в среда, която ще наблегне на укрепването на психичното здраве и устойчивостта на всички членове на образователната общност. Това означава, че сега училището трябва да си постави като основна цел развитието на психическа устойчивост, така че подрастващите ученици, учители и всички членове на училищната общност да могат да се справят с възникващите неблагоприятни условия възможно най-ефективно, като използват и обогатяват своите възможности и способности.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИЯТА

Илиаду, Ф. (2022). *Ролята и влиянието на емоционалната интелигентност върху учебното поведение на подрастващите*. Годишник по психология, бр. 13(1): стр. 1-15, Онлайн ISSN 2683-0426. Взето на 15.09.2022 г. от: <http://yearbookpsy.swu.bg/en/lastissue/>

Илиаду, Ф. (2022). *Тревожност в живота на подрастващите, стратегии за справяне и родителско влияние*. Годишник по психология, бр. 13(1): стр. 16-36, Онлайн ISSN 2683-0426. Взето на 15.09.2022 г. от: <http://yearbookpsy.swu.bg/en/last-issue/>

Илиаду, Ф. (2022). *Връзката между качеството на живот, свързано със здравето (КЖсЗ) и емоциите на подрастващите*. Годишник по психология, бр. 13(1): стр. 121-136, Онлайн ISSN 2683-0426. Взето на 15.09.2022 г. от: <http://yearbookpsy.swu.bg/en/lastissue/>

Илиаду, Ф. (2022). *Психично здраве, тревожност и депресия в юношеството: Използване, употреба и приложения на цифровите технологии*. Годишник по психология, ЮЗУ, под печат

Илиаду, Ф. (2022). *Връзката между социалната тревожност и интернет зависимостта за юноши*. Годишник по психология, под печат



DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

FOTEINI ILIADOU

ABSTRACT

on a dissertation on: „*An Exploration of the Relation between Social Cognition, Emotion and Anxiety among Teenagers*”

Dissertation for the award of a scientific and educational degree
“Doctor” by field of higher education 3. Social, economic and legal
sciences, professional direction 3.2. Psychology, Doctoral Program
“Pedagogical and Age Psychology”

Research supervisor: Assoc. Prof. Stoil Mavrodiev, Ph.D., D.Sc.

Blagoevgrad, 2023

The dissertation work has been discussed and directed for defense by the Department of Psychology at the Faculty of Philosophy of the Neofit Rilski State University - Blagoevgrad. Fotini Iliadou is enrolled with the right of defense as a full-time doctoral student in "Pedagogical and Age Psychology".

The dissertation and defense materials are available in the Department of Psychology, Room 349 (Secretary)

In terms of structure and content, the dissertation contains three main chapters (Theoretical Statement of the Problem, Research Program, Analysis of Research Results), Discussion, Conclusions, Contribution to Science, Proposals.

The dissertation has a total volume of 197 (5 + 192) pages, which include 23 tables, 1 figure and 10 diagrams. The cited literature covers 26 titles in Greek and 332 titles in English.

The defense of the dissertation will take place on 27.01.2023 at 12:00 in the Meeting Hall, Rectorate, in an open session before a Scientific Jury composed of: Prof. Stanislava Stoyanova, Ph.D., Assoc. Prof. Natasha Angelova, Ph.D., Prof. Rumen Stamatov, Ph.D., D.Sc., Assoc. prof. Dobrin Dobrev, Ph.D., Assoc. prof. Manol Manolov, Ph.D.

INTRODUCTION

During the adolescence, children experience a host of new experiences as they develop their own values and standards, seek for their own identity, want to try themselves as a partner in a love affair, demand more and more distance from the adults and acquire a close relationship with their friends, who also constitute their first priority (Haberlandt et al., 1995). So, an explosive combination of all these factors, is very likely to bend the mental and physical wellness of adolescents, to create imbalances during their daily lives and negatively affect their quality of life related to health. As the research found, anxiety, anger and emotional intelligence have a significant effect on adolescents' health and their health-related quality of life (HRQoL). For this reason, the main purpose of this doctoral dissertation is to investigate the effect of these three factors on adolescents' HRQoL.

According to the research, anxiety disorders are of the most common disorders observed between children and adolescents as their prevalence ranges from 4% to 20% (Krain et al., 2007). And anxiety disorders in combination with anger can bend the ability and capacity of the adolescent for activity and participation in all areas of the life, thus making its prosperity and wellbeing impossible. The research, which reflects the view of children and adolescents on their well-being and functionality, is currently available only in elementary form and is related to chronic or seriously pediatric patients (Eiser & Morse, 2001). This bibliographic gap, the present study is coming to investigate, the findings of which can contribute to the designing and implementation of interventions aimed at the improving of the emotional and social skills that have a direct effect on the healthy way and on the QoL of Greek adolescents.

Some of the main limitations in this study are the following:

- The research was conducted only in one general public gymnasium.
- The number of the adolescent students who took place in this research was quite small, only 120 students.
- Private, vocational, music, special and other kind schools were not included in this study.

The main chapters of this study include the following:

- **1st Chapter** refers the bibliographic existing data on anxiety, anger, emotional intelligence and health, which act as prognostic factors of a healthy lifestyle for the adolescents and are related to their quality of life. It is of special value to be mentioned here, the lack of studies which to examine the HRQoL of children and adolescents.

- **2nd Chapter** deals with the designing and methodology which was followed in this doctoral dissertation, as well as, a report on the conceptual framework of the research.
- **3rd Chapter** presents and analyzes the demographic characteristics of the sample and is done a statistical analysis of the research results, as they were emerged through the processing of the data.

CHAPTER 1: THEORETICAL BACKGROUND AND LITERATURE REVIEW

1.1 Introduction

Adolescence is a sensitive time period and adolescents' emotions are characterized by a high intensity and difficulty in handling. Some of their most important emotional reactions are: Intense anger, emotional isolation-apathy, sorrow-melancholy, escape-denial of reality, anxiety and its management. And some other, of equal important, feelings that adolescents are experienced are: fear, anguish, shame, excitement, idealized love for friends or sexual partners, a sense of omnipotence, etc. It's a fact that success and happiness are achieved only through the proper handling of our emotions and the high emotional intelligence, when is combined with low levels of anxiety and anger, contributes significantly to physical, mental, social and spiritual functionality and allows the adolescent to express the full range of his/her unique abilities in the environment in which he/she lives.

In terms of the Greek reality, the ten-year economic crisis and the continuing unfavorable situation, which has arisen due to the coronavirus and quarantine that has been imposed, combined with the economic and social problems and the effects that have been caused by them, create more intense problems and negative effects on the psyche of the vulnerable group of adolescents and so they need further stimulation of their mental resilience and health. The family, the school and teachers can play an important role in all these processes of development and stimulation of mental health and resilience of adolescents, so that they can to deal more effectively and cope with all the aforementioned difficult conditions and situations.

1.2 Anxiety

1.2.1 Definitions of Anxiety Concepts

Anxiety is a normal useful, physical and mental reaction to a threat, important or not, or in dealing with demanding situations. But, anxiety to a large extent is a morbid manifestation, a characteristic disorder of the human adaptive ability. Also, it is clear that stress is an 'umbrella' term which includes a wide range of manifestations/reactions, resulting in its precise and depending on the case conceptual determination, to be a difficult and often problematic process.

Furthermore, the term 'stressors' represents all those objective environmental characteristics or events that operate as stimuli of a physical or psychological character and cause intensity in humans. And comparing stress with anxiety, we can represent the process

by which they function as follows: The stressor mobilizes the brain (stress process) and so the person experiences the feeling of anxiety (Varvogli, 2006).

In general, some researchers study anxiety by focusing on the intensity of stressors, others emphasize in the internal state which is mainly characterized by negative emotional tension, others focus on the ways to deal with anxiety and others on the consequences of anxiety situations as they are expressed in the changes of behavior, both in terms of abilities and in terms of physical expression, or with the categories of psychophysiological and/or psychological cost.

1.2.2 Anxiety Theories

About a century ago, Sigmund Freud coined the term ‘anxiety neurosis’ and distinguished two types of anxiety:

- The first type is the result of controlled libido.
- The other type of anxiety can be better described as a diffuse feeling of worry or terror, stemming from the repressed thought or desire.

Also, Freud created a new theory of anxiety, according to which, both real external anxiety and neurotic internal anxiety constitute a response to a dangerous situation. Thus, he identified two forms of stressful situations:

- One condition refers to excessive stimulation of instincts, the pattern of which is the experience of birth.
- The second and more common condition concerns the anxiety which is developed when we are waiting the danger rather than the result of the danger.

Then, the following different basic considerations on anxiety are mentioned, dating from the late of 19th century to the present:

- **Psychoanalytic theory:** This theory of anxiety is consistent with the general theory of psychoanalysis. According to Freud (1895), for every human being, anxiety is inextricably linked to sexual restriction, which gives birth neurotic symptoms, symbolic dreams, and so on. He was one of the first to insist on the close relationship which exist between anxiety and the existence of external and instinctive dangers.
- **Behavioral theory:** Behaviorism focuses on human and animal behavior, and Watson, who was the main representative of behaviorism, argued that the behavior constituted the most appropriate starting point for scientific study (Watson, 1913). In the case of adolescents, if recognition and acceptance by others is offered without restriction or terms, then adolescents are able to confront themselves in a positive way.

- **Cognitive theory:** The fundamental idea of the cognitive theory is that emotions are experienced as a result of the way with which events are interpreted or evaluated. Neisser, the father of cognitive psychology, emphasized that internal mental processes, such as perception, attention, memory, thought, language, etc., are responsible for the acquisition, representation, storage and the use of knowledge. One of the key findings of cognitive theorists is that people with anxiety adopt a number of strategies in order to prevent the onset of any phobic stimuli. These behaviors reduce anxiety in the short term, but prevent the person from discovering the unjustified of his/her existence, resulting in his/her long-term reinforcement (Salkovskis, Clark & Gelder, 1996).
- **Biological theory:** Joseph LeDoux (1998) was the first who identified a specific area ('tongue') of the limbic system, as the 'emotional computer' of the brain, characterizing it as particularly important regarding fear and anxiety. According to LeDoux (1998), anxiety, like any other emotion, is the result of an extremely complex process in which multiple areas of the brain are involved, such as the frontal lobes and the hippocampus.
- **Anxiety interactive approaches:** In this approach, the anxiety situation is the result of the interaction of the requirements imposed by the environmental conditions and the characteristics of the individual, such as: the intelligence, special abilities, skills, personality traits, knowledge, physical characteristics, coping strategies, previous experiences with anxiety situations, current physical and psychological condition, etc.
- **Spielberger's theory:** Spielberger (1966b) was the one who shaped the theory of anxiety, in the contexts of which, approaches the anxiety as state trait, result of the situation, and as a constant characteristic of the personality. According to him, state trait anxiety is referred to the subjective emotional state which is characterized by tension and nervousness. The anxiety trait is referred to the person's predisposition in order to perceive specific situations as threatening and to react with anxiety to them.

1.2.3 Anxiety Disorders

According to the World Health Organization (WHO), the mental disorders, from which the most common are anxiety and depression, are a growing scourge in modern times, with the anxiety disorders (e.g. specific phobia, social phobia, selective mutism, generalized anxiety disorder, separation anxiety disorder) to be one of the most common disorders observed in children and adolescents. Subsequently, will become a report on the adolescents' most important anxiety disorders:

- ***Separation anxiety disorder:*** The person who suffers from separation anxiety disorder is afraid or anxious for the separation from the attachment figure, in an extent, that he/she becomes developmentally inappropriate (WHO, 2008). Such children have negative emotional hyperactivity and difficulty in the regulation of their emotions, interpret the vague situations as threatening and seek for help from others.
- ***Selective mutism:*** Children with selective mutism are characterized by a constant lack of speech in specific social situations, in which there is an expectation of verbal communication. And have many different and even incompatible characteristics, that is, they are submissive, sensitive, shy, noisy, aggressive, stubborn and prone to anxiety, uneasily and emotionally immature (Krohn, Weckstein & Wright, 1992).
- ***Specific phobia:*** Phobias are limited to extremely specific situations, such as: fear of proximity to specific animals, heights, flights, closed spaces, etc., and sometimes can cause panic.
- ***Social phobia disorder:*** People with this disorder are afraid and avoid the control of the others and worry, lest say or do something which will lead them to embarrassment or humiliation.
- ***Panic disorder:*** Its main characteristic is the panic attacks, which must be associated with at least four from the thirteen characteristic symptoms - 10 physical and 3 psychological (APA, 1987).
- ***Agoraphobia:*** It is an anxiety disorder characterized by a person's intense and irrational fear of going out in outdoors or taking part in situations where help or escape may not be available.
- ***Generalized anxiety disorder:*** It is characterized by chronic and persistent worry, which is multifocal, excessive, and difficult to be controlled, and it is also usually accompanied by other non-specific psychological and physical symptoms (Stein & Sareen, 2015).
- ***Obsessive compulsive disorder:*** It is a mental disorder in which people feel the need to control things and repeatedly perform certain routines (rituals) or constantly have certain thoughts (obsessions), and people are not able to control their thoughts or activities for a long time.

1.2.4 Approaches of the 'Coping' Concept

While coping (confrontation of anxiety situations), over the past few decades, has been the subject of much research, we know very little about how the Greek teens deal with mental-stressful situations. According to Lazarus and Folkman (1984), dealing with anxiety

situations is “the process by which a person tries to handle/regulate demands, internal or external, which the same considers that they pose in test or exceed his/her available forces”. The main models which have been used for dealing with anxiety, are: stimulus-reaction models (Compas, 1987), interactive models (Folkman, 1984), and biaxial model (Hobfoll et al., 1994).

The research showed that there are many factors involved in the process of coping, such as: the events involved, personality, environment, supplies that the person has, and especially the meaning that the person gives to what is happening. Because personality traits are difficult to change, what can be changed is the ways of thinking and behaving. Optimism is a dimension of personality that contributes to coping with anxiety situations. Still, the effectiveness of the coping seems to depend more on the variety of options than on the type. And the individual assessment, perception, or the significance of the stressful event are increasingly approached as necessary variables in anxiety reactions (Lazarus and Folkman, 1984).

There are two considerations, which extend the Lazarus and Folkman model and add to it a clear evolutionary dimension:

- Boekaerts’ first (1996) consideration presents the whole process of ‘anxiety and its coping’ as a series of elements which follow one another and interact from the moment an anxiety stimulus appears until it is treated.
- The second alternative view of the ‘anxiety and its coping’ process expands Lazarus and Folkman’s theoretical model in order also to include the individual’s social environment (Berg et al., 1998). According to this view, dealing with an anxiety stimulus is not an individual affair, but the affair of a social group to which the individual belongs.

Based on the above considerations of the phenomenon of ‘anxiety and its coping’, the two most important dimensions of coping with anxiety situations are: the content of the strategy, and the environment.

According to Folkman and Lazarus’ theory (1980), the process of dealing with an anxiety situation has two main functions/strategies:

- Handling and solving the problem that causes the discomfort.
- Emotions’ regulation.

Although the functions of the treatment are qualitatively different, both of them are directed at both the same individual and his/her environment. The distinction between

strategies, accordingly on whether they focus on emotion or on the problem, is schematic. And this is because, strategies focused on the emotion regulation can promote the solution of a problem because they create the right calm conditions which are needed. Also, the research has shown that both types of anxiety condition treatment strategies are used simultaneously (Folkman & Lazarus, 1980).

The main factors associated with the type of strategy which will be used by someone for coping are: the characteristics of the stimulus/environment, personality, and gender.

1.2.5 Studies on the Effect of Anxiety in Health

The emotional distress caused by anxiety is often accompanied by specific physical symptoms, such as sweating, dizziness, migraines, and difficulty breathing or generalized physical complaints, such as insomnia, worry, and muscle aches (APA, 2013). The research also show that stress and anxiety affect the health, increased anxiety levels contribute significantly to physical complaints, and also, anxiety and depression are strong risk factors for the appearance of physical symptoms.

1.2.6 Studies on the Effect of Anxiety in HRQoL

Studies point to the catalytic effect of stress and anxiety disorders on health-related quality of life. More specifically, the chronic anxiety disorders but especially the generalized anxiety disorder and social phobia, have a negative impact on the health-related quality of life (Saarni et al., 2007). Also, has been found that the people with generalized anxiety disorder were complained for a variety of problems related to their quality of life, due to the physical and emotional problems they were experienced.

1.3 Anger

The most common of the negative emotions that expressed in our daily lives, in order of priority, is anger, anxiety and regret (DiGiuseppe & Tafrate, 2007). Anger as a personality trait is associated with a number of negative factors, among which are: health problems, low self-esteem, educational and vocational difficulties and also, the attenuated interpersonal and family relationships (Deffenbacher, Lynch, Oetting & Kemper, 1996).

1.3.1 Conceptual Approaches

We could say that anger, as an emotion, is defined on the basis of the individual components-dimensions which make it up and which, according to Cox and Harrison (2008), are the following: emotional dimension, behavioral dimension, cognitive dimension, mobilization dimension, normal dimension. And when a person experiences anger, he/she has

a negative subject feeling of high intensity and zeal, as well as concomitant normal reactions. Lazarus' (1991) characterizes anger, as well as other negative emotions, as a result of harm, loss or threat with the responsibility, for all the above mentioned, to be attributed to someone. In 1982, Averill formulated a comprehensive definition of anger, as a: "conflicting emotion that, at the biological level, is related to aggressive systems and, even more important, with the abilities for a cooperative social life, symbolism and reflexivity, while at the psychological level, aims to correct an estimated error".

There are two main types of anger (Deffenbacher et al., 1996), the temporary anger and the anger that is a characteristic of the personality. And according to Spielberger (1991), individuals can express their anger in three different ways: internalizing it (anger-in), exteriorizing it (anger-out), and achieving its control (anger control).

1.3.2 Factors Affecting Anger

Research shows that temperament processes, neurological, endocrine, and other physiological processes, affect the development, experience, and the expression of the anger (Deffenbacher, 1999). So, the key factors that seem to affect the emotion of the anger: influence of the thoughts on the manifestation of anger, anger and depression, anger and anxiety, anger/shame and self-esteem, and also, anger and gender.

1.3.3 Types and Modes of Anger Expression

It has been found that the excessive, intense and constant anger cause a superabundance of biological, psychological but also, everyday problems. Ellis and Tafrate (1995) classify the anger in two categories: in the non-disturbed anger (annoyance) and in dysfunctional anger. Spielberger et al. (1995) also distinguish the anger in: state anger and trait anger.

From the Guerrero's study (1994) emerged 4 modes of expression of anger: the distributive aggression, assertion, passive-aggression, and non-assertive-denial. According to Deffenbacher et al. (1996), there are 7 additional forms of anger's expression: noisy arguing, verbal assault, physical assault-people, physical assault-objects, reciprocal communication, time out, and direct expression. Finally, recent studies in neuroscience and psychology confirm the view that the expression of the anger succeeds only to cause more anger (Newberg, 2009: in Aggelopoulou, 2012).

1.3.4 Anger Management

Some of the main therapies that have been suggested for managing the dysfunctional anger in various structures of mental health include: relaxation, progressive physic relaxation,

systemic desensitization, meditation, biofeedback, self-instructing, cognitive restructuring, and training in social skills, problem solving, skills of self-confidence and anxiety reduction skills (DiGiuseppe & Tafrate, 2003). According to Spielberger et al. (1985), the 3 main ways of managing the anger, are the: expression, repulsion and relaxation. Also, 2 famous treatments widely used in the world, in various programs for managing and expressing anger, are:

- ***Rational-Emotive Therapy (RET) or Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT)***: It was established in the 1950s by Albert Ellis and in 1993 was renamed to REBT. It is an active, direct form of psychotherapy, and its main act mechanism, that concerns the reduction of emotional disorder, is the change of the silent, latent beliefs of individuals through dialectical methods. Therapists who apply the REBT, teach their clients how to think logically, empirically, and in a way that help themselves, and also they try to encourage an existential and humanitarian perspective.
- ***Cognitive Behavioral Therapy (CBT)***: It combines techniques of cognitive restructuring and relaxation and has been used extensively in anger management programs. CBT is an effective treatment to change the way, with which a person thinks and responds to emotions such as: worry, sadness and anger (Del Vecchio & O'Leary, 2004). Mainly, CBT therapy helps the person to correct his/her erroneous perceptions, to improve the feeling of self-confidence and rationalize the facts, attributing them to causes.

Regarding the importance of controlling the anger, we could say that anger is a normal internal experience and is necessary for human protection and survival. But the persistent, intense and excessive anger can damage a person's interpersonal relationships and lead to domestic or other violence, affect work effectiveness or create problems in the school environment for children and adolescents, create legal delinquency problems or even and be a risk factor in the occurrence of health problems. Therefore, it is very important we to learn to manage anger and keep it at a low level, aiming to avoid all the aforementioned unpleasant situations and symptoms.

1.3.5 Studies on the Effects of Anger in Health

Experiencing anger is inextricably linked to a negative feeling of high intensity, as well as with subsequent reactions such as the: muscle tension, acceleration of breathing and heart rate and the increase of skin temperature (Scherer, 2000). Also, adolescents' increased levels of anger were linked to changes in their blood pressure, suggesting a possible relationship between anger expression and cardiovascular responses (Groër et al., 1994). In a sample of

students, the externalization and suppression of anger were linked with an increased report of somatic complaints (Martin et al., 1999). And in another studies, the high levels of repression and externalization of anger were linked with the occurrence of ischemic heart disease (Gallacher et al., 1999), with high triglyceride levels (Finney et al., 2002), as well as, with increased blood pressure (Harburg et al., 1991).

1.3.6 Studies on the Effects of Anger in HRQoL

The externalization of anger can affect the interpersonal relationships of children and adolescents, with young people, who encounter inappropriately their anger, to run the risk of problematic interpersonal relationships and negative outcomes, in both mental and general health (Kerr & Schneider, 2008). Julkunen and Ahlström (2006) highlighted that externalization and suppression of anger had a negative impact on the health-related quality of life. In a study of adolescents was observed that the higher levels of anger were linked with low levels of self-reported health, as well as with addictive behaviors (Piko et al., 2006) and in the study of Phipps and Steele (2002) the internalization of anger was linked with the occurrence of chronic diseases.

1.3.7 Emotions: Definitions, Theories and Categories

An emotion is a complex subjective conscious experience, which involves a combination of mental and psychosomatic states, it is not expressed as a simple feeling, but as something deep, internal, affecting to the body and soul of the person, it is almost always expressed with some way, and is observable by the others. Emotions cause a change in behavior in persons depending on the situation they are in, while in humans, emotions often become the cause of not being able somebody to live in a rationally acceptable way.

According to Fredrickson (2000, p. 218), emotions are “the complex reactive tendencies (to some stimuli) that manifest themselves for relatively short periods of time”. Also, the emotion is a psychological reaction to some stimulus (Fredrickson, 2000). Finally, countless of theories and classifications of emotions have been formulated by various researchers, and one of the best-known classifications is that of Parrot (2003).

1.4 Emotional Intelligence

In our work, we assume that emotional intelligence is an ability, which means that it is an expression of social cognition. That is why in the text we have examined precisely this aspect of social cognition.

1.4.1 Historical Background for Emotional Intelligence

Emotional Intelligence is the ability to ‘be emotionally intelligent’, it develops throughout our lives, and anyone can increase it by practicing the social skills that make it up. Moss and Hunt (1927) defined the social intelligence as the ability of a person to prosper in his/her social relationships. As reported by Mayer, Caruso, and Salovey (2000), emotional intelligence is closely linked, in terms of structure and organization, to IQ and its valid evaluation can only be achieved by the method of objectively measuring a person’s performances in problem solving, concerning individual emotions and emotional states.

The model of emotional intelligence, as an ability that concerns 4 dimensions, has received a wide recognition and use, and it is of fundamental importance for the development of other models and measures of its evaluation. These 4 dimensions are (Salovey & Grewal, 2005): Understanding of emotions, facilitate thinking through the use of emotions, perception of emotions, and emotion control. Also, the term ‘Emotional Intelligence’ became widely known from the bibliography of Daniel Goleman (1998), who, through the evaluation of its programs, collected and grouped its properties into five dimensions: Self-knowledge, self-regulation, motivation, empathy, and ability to form relationships.

Bar-On (1997) focused on the emotional and social dimension of the emotional intelligence and defined it as a set of emotions, social knowledge or abilities, which affect individuals’ overall ability in order to effectively meet the environmental requirements.

1.4.2 Emotional Intelligence: Trait or Ability?

The recent data from various studies show that the scores of emotional intelligence as a trait are positively associated with the effective treatment of adolescent anxiety, healthy body image and better body health, increased self-efficacy, as well as, the dealing with anxiety situations as challenges and not as threats. In addition, emotional intelligence is positively associated with empathy, emotional coexistence, positive mood, frequent orgasmic frequency in women, happiness, satisfaction of the life, and optimism. In contrast, emotional intelligence as a personality trait is negatively associated with exhaustion, the increased incidence of physical discomforts in adults and adolescents, the negative mood, alexithymia, as well as with the mental disorders, and the depressive thoughts in adolescents.

1.4.3 Studies on the Effects of Emotional Intelligence in Health

In a study by Mavroveli et al. (2007), the emotional intelligence as a trait had a negative correlation with physical complaints and was highlighted as an important protective factor against the experiencing of the pain. A similar finding was also presented in the study of Stamatopoulou et al. (2017), where the high emotional functionality was associated with the

absence of body discomforts. Johnson et al. (2009) found that the low levels of emotional intelligence suppress the functioning of the immune system and so, they lead to poor health. Freudenthaler et al. (2008) and Mikolajczak et al. (2006) in their studies found that participants' physical health appeared to be directly affected by their emotional intelligence.

1.4.4 Studies on the Effects of Emotional Intelligence in HRQoL

Several international studies confirm the impact of emotional intelligence on many of the health-related dimensions of quality of life. More specifically, in a review of 36 studies was found that the emotional intelligence was associated with successful athletic performances, high levels of physical activity and a positive attitude towards physical activity (Laborde, Dosseville & Allen, 2016). In another study, the emotional intelligence of these young people was associated with increased levels of family functionality (Alavi, 2017). Regarding the attitude of adolescents towards school, it has been found that the emotional dysfunction is associated with non-justified absences, miscarriages from the school environment (Petrides et al., 2004) but also, with low academic education.

1.5 Healthy Lifestyle (Quality of Life)

1.5.1 Definition of 'Healthy Lifestyle - HL' (Quality of Life - QoL)

'Quality of life' or 'Wellbeing' or 'Good life' are terms which are at the center of international interest. Quality of life is unquestionably a multidimensional, changeable, and subjective concept, and so, from time to time various definitions have been proposed. According to McCall (1975), the quality of life is an inherent characteristic of a society and concerns the conditions, which a person must meet in order to be happy. More recent approaches define the concept of 'quality of life' is broader and is referred to the general prosperity of individuals, who are living in a society (Bowling, 1997).

Globally, the quality of life is an indicator which has been added, as has health, to the Social Service of the Development Program, since 1989. OECD has agreed on a list of issues relevant on quality of life, and in which were included issues such as: health, control in the supply of goods and services, work, and quality of working life (Bowling 1997).

1.5.2 Conceptual Approaches

The concept of quality of life widely outlines the mode with which an individual evaluates the 'prosperity' of many aspects of his life. These assessments include the individual's emotional reactions to various aspects of his/her daily life, his/her mood, the feeling of fullness he/she feels from his/her life, job satisfaction and personal relationships

(Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). But, as research has shown, the quality of life is a broad concept or a reference point which is applied to almost all areas of human functioning. As a result, it has been extensively researched, revised and discussed in the social sciences and psychology, as well as in economic and medical literature.

1.5.3 The Interaction of 'Health' and 'Healthy Lifestyle' (QoL)

It is now widely accepted that health and quality of life constitute a multidimensional social phenomenon, the function of which is governed by both the principles of universality and individualization, as well as the principles of reality and the satisfaction of the needs of the modern social individual. A person's health and quality of life is affected by a number of determinants (Theodorou, Sarris & Soulis, 1997), the most important of which appear to be (Sarris, 2001): Socio-economic structure and functioning of the society, economic and political factors, socio-economic factors, psychosocial and cultural factors, environmental factors, geophysical factors, demographic factors, and health and medical factors.

1.5.4 Conclusions for the 'Healthy Lifestyle' (QoL)

Given that the quality of life is not just about some or some in particular external traits but it expresses mainly about an individual's existential status, the methodology for estimating must be focused on identifying of those factors which exercise specific gravity on subjective judgment and the assessment of quality of life (Sarris, 2001). In this way, it is expected to fully be recorded, not only the objective but also to be emerged the subjective utility, the subjective value of a therapeutic method, taking into account the individual circumstances and personal needs of patients.

1.6 Health

1.6.1 Approach and Definition of 'Health' Concept

According to Ewles and Simnett (2017), the term 'Health' is multidimensional and means different things for each person, and the health is not exclusively a matter for the individual but also, for the society as a whole (Sarris, 2001). There is also the view of Green and Tones (2010), trying to present the holistic nature of health, who believe that health is consisted of six different dimensions, such as: physical health, psychic, emotional, social, health of society, and mental health.

1.6.2 Theoretical Approaches for the 'Health'

In general, health is equivalent with a state which is characterized by physical, mental, social and spiritual functionality and allows to the individual to express the full range of his unique abilities in the environment in which he lives (Svalastog et al., 2017). WHO (1988), in

a first attempt to reach a consensus on the definition of health, defined it as: “the state of the complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or disability”. Regarding the spiritual dimension of health, it plays an important role in the mobilizing of the action of people in all aspects of their lives and concerns something that arises through the people, communities and their interaction with their social and cultural standards (WHO, 1985).

1.6.3 Various Approaches for the ‘Health’

According to Tountas G. (2000), the health of an individual or a population in general depends on the physical and social environment (20-30%), on biological factors (20%), on health services (10-20%) and on human behavior (40-50%). Therefore, if we can understand all these factors and how they are interacted with each other, this will help us to understand and interpret health and disease (Tountas, 2000). As for the relationship between health and the economy, it is very close, because as it is well known, poverty and misery are what lead to disease, while the financial well-being helps to the promotion of health. Even, a country’s economic level is usually proportional to the health of its population. After all, the differences in health indicators between various populations are mainly due to economic reasons.

1.7 Health-Related Quality of Life (HRQoL)

1.7.1 Definitions and Meanings on HRQoL

HRQoL is a comprehensive and complex concept for which there is no universally accepted definition (Fayers & Machin, 2000). In general, HRQoL studies the impact that a citizen’s health level can have on his/her daily life and ability to function normally. A definition of HRQoL, according to Bullinger (1991), who was adopted from the area of public health, is: “Health-related quality of life is the value which is developed during the life, which is modified by the functional state, perceptions and social opportunities affected by illness, trauma, treatment or health policy”. However, in terms of the general population, the health-related quality of life is based on the estimation, which the person him/herself makes for his state of health, taking into consideration physical, emotional and social dimensions (Fayers & Sprangers, 2002).

1.7.2 Measurement of HRQoL

The measurement of HRQoL has as its main goal the holistic valuation of the health of an individual and a population, which should not be limited only to indicators of morbidity and mortality. According to the WHO, the HRQoL includes the following dimensions: the physical dimension, psychological dimension, and social dimension. Also, as for HRQoL

indicators, they are distinguished in those who measure the objective functioning of the individual, and in those who measure subjective wellbeing.

In terms of QoL measurement tools, according to Kielhorn (2000) they belong into two main categories, depending on the researchers' goals and the nature of the subjective measurements: in the generic instruments (e.g. “SF-36 Health Survey”, “Nottingham Health Profile”), and in the disease specific instruments (e.g. “WHO’s Performance Status”, “Spitzer Quality of Life Index”).

1.7.3 HRQoL of Children and Adolescents

Most of the evaluation measures of health-related quality of life of children and adolescents have been developed only for the chronic or severe pediatric patients (Eiser & Morse 2001), and this for objective reasons (existence of many obstacles and problems). According to developmental experts, the relationship between children and their social context is complex and exists a simultaneous and mutual influence between minors and multiple conditions (Cox & Paley, 1997). So far, the research has emphasized that the integration of health-related quality of life into the researches for the health of children and adolescents is feasible if the development of assessment measures takes into account the age, maturity and cognitive development of the child. Finally, the two European tools for assessing children’s quality of life, KIDSCREEN27 and DISABKIDS (Bullinger, Schmidt & Petersen, 2002) are good examples for a research.

1.7.4 Evaluation Measures of HRQoL of Children and Adolescents

In the recent years, have been developed many measures, questionnaires and evaluation scales of HRQoL of children and adolescents (Solans et al., 2008), the main of which are: “Child Health and Illness Profile – CHIP” questionnaire in two versions, “Child Health Questionnaire – CHQ” scale, “KINDL-R” scale, “Pediatric Quality of Life Inventory Generic Core Scales scale - PedsQL 4.0”, “KIDSCREEN” questionnaire, “DISABKIDS Quality of Life” scale, “Inventory for Measuring Quality of Life in Children and Adolescents” scale, “Health Utility Index Mark 2 - HUI2” scale, and “EQ-5D-Y” scale.

1.8 Social Cognition

Adolphs (1999) found that ‘Social cognition’ is the study of how we process information, that is, a process that includes how we encode, store and retrieve information about various social situations. Social cognition in general refers to the way we think about others and in this sense, it would be a powerful tool for understanding social relationships.

Research has found that we as humans do not approach the various social situations as neutral observers, despite the fact that we often pretend to do so, but express our own desires and expectations. According to Damasio (1994), thoughts affect feelings, but feelings also affect thoughts. And regarding how ‘Social cognition’ is developed, Fiske and Taylor (1991) found that it is developed quite slowly and it is also very subjective. Thus, the interpretations one can make of a social event can be very different and, many times, wrong.

According to Moskowitz (2004), ‘Social cognition’ is the study of the mental processes involved in perceiving, participating, recollection, thinking and perceiving people in our social world. According to Hamilton (2005) ‘Social cognition’ expresses the treatment of personal perception, attitude and behavior change, stereotypes and prejudices, decision making, self-concept, social communication and influence and discrimination between groups.

Regarding cultural differences in the field of ‘Social Cognition’, social psychologists have found that there are often significant differences depending on the culture and situation. And as Kunda (1999) states in her book, Kitayama et al. (1997) found that different cultures may lead to different collective cultural ways of producing, delimiting, and extending meaning from situations.

According to Selman and his colleagues (1977), the perception of the social perspective of others is the ability that gives us the power to understand ourselves and others as subjects, allowing us to react to our behavior from the perspective of others. So, they propose five (5) stages of development for this social perspective:

- **Stage 0:** Undifferentiated egocentric stage (from 3 to 6 years).
- **Stage 1:** Receiving stage of differential/subjective perspective (from 6 to 8 years).
- **Stage 2:** Adopting a self-reflective and mutual perspective (8 to 10 years).
- **Stage 3:** Mutual perspective stage or of the third person (10 to 12 years old).
- **Stage 4:** Stage of individual deep perspective and within the social system (adolescence and adulthood).

1.9 Chapter’s Summary

As it has emerged through the scientific research, adolescence is a width of ages where the transient emotional transitions are frequent and, usually, the emotions are characterized by a high intensity and a particular difficulty in handling them. As it has been scientifically

proven, the adolescents can better and more effectively manage their emotional world if they manage to share their feelings with their friends or family environment or even, if they can secure acceptance, recognition and understanding from their parents and/or their friends.

Furthermore, the high emotional intelligence, when combined with low levels of anxiety and anger, contributes significantly to their physical, mental, social and spiritual functioning and allows the adolescents to fully express their skills and abilities in the environment in which they are living and developing. When adolescents manage to handle and balance properly their anxiety, anger and emotional intelligence, then they feel mentally and physically healthy, full of energy, enthusiasm and confidence, while experiencing a host of positive and beneficial emotions.

Finally, family, school and teachers can play an important role in all these processes of developing and stimulating of the mental health and resilience of adolescents, so that they can face more effectively and to cope with all the difficult conditions and situations they face.

CHAPTER 2: RESEARCH PROGRAM

2.1 Purpose, Objectives, Research Questions, Hypotheses, Limitations

The purpose of this study is to thoroughly investigate the effect of anxiety, anger and emotional intelligence as predictors of a healthy lifestyle, as well as, of the Health-Related Quality of Life (HRQoL) of 120 adolescent students, aged 13-15 years, in a Greek public gymnasium in the area of the regional unit of Thessaloniki.

The individual objectives of this PhD thesis are the investigation of the dimensions that make up the quality of life (QoL) of teenagers, which are: the physical wellbeing, psychological wellbeing, parent relations and autonomy, social support and peers, school environment, as well as, the factors influencing the formation of a healthy lifestyle.

Based on the purpose and individual objectives of this study, the following research questions are formulated in brief:

- What are the factors that influence the physical wellbeing, psychological wellbeing, parent relations, autonomy, social support, peers, school environment, and to what extent?
- Do the attitudes of adolescents, about the quality of life, differ by the demographic factors, gender and age?

Regarding the hypotheses of this study, they are as follows:

We hypothesize that there is an interrelationship between emotional intelligence as an expression of social cognitions, anger as a type of emotion, and anxiety in teenagers.

We hypothesize that health related quality of life is associated with emotional intelligence as an expression of social cognitions, anger as a type of emotion, and anxiety in teenagers.

Most important of the limitations in this study are the following:

- The 120 adolescent students were aged only between 13 and 15 years, and the research was conducted only in one gymnasium, due to time restriction and of the COVID-19.
- The period of conducting the survey coincided with the period of COVID-19, thing which created many problems due to the existing restrictions.
- This study did not include private or other kind of schools due to the denial of their addresses.

Hypothesis:

We hypothesize that there is an interrelationship between emotional intelligence as an expression of social cognitions, anger as a type of emotion, and anxiety in teenagers.

We hypothesize that health related quality of life is associated with emotional intelligence as an expression of social cognitions, anger as a type of emotion, and anxiety in teenagers.

2.2 Task and Participants of the Research

Researcher's obligation in the present study was to investigate the effect of age and gender of adolescent students of a Greek public high school on the emotional intelligence, anxiety, anger, health, HRQoL, and on their healthy lifestyle.

The research sample was composed from 120 adolescent students (53 - 44,2% boys and 67 - 55,8% girls), aged from 13 to 15 years, going in the A' (32 students), B' (40 students) and C' (48 students) class of a Greek public gymnasium located in the municipal district of Sochos of the municipality of Langada, in the area of the Regional Unit of Thessaloniki.

2.3 Methodological Tools

This study was carried out through a quantitative research which examined the correlation of emotional intelligence, anger and anxiety with the health and the HRQoL of 120 adolescent students who attended the Greek public gymnasium of Sochos in Thessaloniki regional unit. So were shared 4 main questionnaires to adolescent students, which will be analyzed next, and 1 questionnaire for their demographics, after compliance with standards and obtaining all the required permits:

- 'TEIQue-ASF' questionnaire: The short form of this questionnaire consists of 30 closed-ended questions based on a seven-point Likert scale and exams the general emotional intelligence of adolescents as a feature of their personality, through four factors evaluating - well-being, self-control, emotionality, sociability. The weighting of the Greek translation of this questionnaire in the adolescent population was prepared with the consent of the author of the questionnaire, K. Petridis.
- 'KIDSCREEN-27' questionnaire: Is designed in order to assess the subjective health/well-being of children and adolescents (HRQoL). It is a self-report tool with application to healthy and chronically ill children and adolescents aged 8-18 years, giving an overall picture of HRQoL, with its higher scores to show better HRQoL and well-being.

Kidscreen-27 consists of 27 elements, which evaluate the HRQoL in 5 dimensions: physical well-being (5 elements), psychological well-being (7 elements), autonomy (7 elements), social support and peers (4 elements), and school environment (4 elements).

- ‘SCAS’ questionnaire: This is a self-report questionnaire with 46 or fewer items which assess anxiety disorders in children and adolescents. The scale evaluates 6 key areas of anxiety including the generalized anxiety, panic/agoraphobia, social phobia, separation anxiety, fear of physical injury, and obsessive-compulsive disorder. Young people rate the extent to which they experience each symptom in a 4-point scale, with the higher scores represent higher frequencies of anxiety disorder-related behaviors.
- ‘AESC’: Utilizes a four-point Likert response format, with higher values keyed to greater endorsement of the items. The Greek version of AESC was used to assess anger, which includes 32 statements and consists of 22 questions, 10 of which assess the ‘trait anger’ and examine how the person feels in general, 4 questions that assess externalization with physical and verbal aggression, 4 that assess repression and 4 evaluating control. High scores reflect a greater degree of manifestation of the corresponding behavior.

Regarding the analysis technique of this survey, the analysis of the answers, which were given to the 5 questionnaires of this research by the participants, took place using the ‘IBM’s Software Package for Statistical Analysis (SPSS - Version 19.0)’.

CHAPTER 3: SURVEY RESULTS ANALYSIS

3.1 Demographic Characteristics and Statistical Analysis

The demographic characteristics of the 120 total adolescent students who participated in this survey, have as follow (Table 3.1):

		n	%
Gender			
	Boys	53	44,2
	Girls	67	55,8
Class			
	A' Secondary (13 years)	32	26,7
	B' Secondary (14 years)	40	33,3
	C' Secondary (15 years)	48	40,0
Age			
	13 Years (A' Class)	32	26,7
	14 Years (B' Class)	40	33,3
	15 Years (C' Class)	48	40,0

Table 3.1: Demographic characteristics of students

In order to determine the internal consistency of the questionnaire, reliability analysis was applied with Cronbach's 'a', since previously the questions were reversed with the opposite determination. Also, dimensions were created according to the instructions of the questionnaire creators and especially in the dimensions of the KIDSCREEN-27 questionnaire, the measurement scale was converted by applying the 'Rasch method', according to the instructions of the creator of the questionnaire. The correlation analysis applied with Spearman's 'r' coefficient, while the level of statistical significance in SPSS was set at 5% ($\alpha = 0.05$).

3.3 Reliability Analysis for Questionnaires

From the 4 tables in the main PhD thesis, which examine individually the reliability analysis (internal consistency) of the 4 main questionnaires of this study, arise the following for each questionnaire:

- In KIDSCREEN-27 questionnaire, the very high value of index 'a' is noted. The coherence of the questions in all sections is also found, as there is a high correlation and there is no improvement in the value of the index by removing any question. Also, all five (5) individually 'alpha coefficients' are higher than 0,7 and so, the individual scales and the total KIDSCREEN's-27 internal consistency is from acceptable to good. Also, the internal consistency reliability (0,80 - 0,84) is good to excellent for all the domains.

- AESC questionnaire consists of 2 sections, and initially the very high value of the index ' α ' = 0.901 is observed in the whole questionnaire. Also in the 'Trait anger' section all the variables have a high contribution to the formation of the section and the coefficient ' α ' is not differentiated by subtracting any question. In the 'Reacting in anger' section, where it initially contained 12 questions, it is found that in order to increase the value of the factor ' α ', four questions have been removed.
- In SCAS questionnaire, the very high value of the index $\alpha=0.956$ is found, both in the whole section and in the individual sections. The creation of the sections was carried out based on the instructions of the creator of the questionnaire and for this reason there is a different classification of items per section.
- TEIQue-ASF questionnaire consists from 30 questions which are a single unit and shows good internal consistency with $\alpha=0.865$. Also, the coefficient ' α ' in the whole section is very high and all the questions are useful in the formation of the sections as this coefficient does not differ significantly with the subtraction of any question.

3.4 Descriptive Statistical Analysis

3.4.1 Analysis of '*KIDSCREEN* - 27'

In the questionnaire of the section 'Physical activities and health' (Table 3.7 of basic thesis), the opposite distribution of the answers to the first question (In general, how would you say your health is?) is observed, obviously due to its opposite orientation; with the most common answers to this to be: 'Very good' - 42%, 'Good' - 34% and 'Excellent' - 25%. In the other questions, the most frequent answers converge to the positive side, with the options: 'Very' and 'Moderately', as well as, 'Quite often' and 'Very often'.

From the general observation of the frequencies in the results of the section 'General mood and feelings about yourself' (Table 3.8 of basic thesis), is observed the opposite orientation of the answers to questions 4, 5 and 6, where the majority of the answers are: 'Seldom' and 'Never'.

In the section 'Family and free time' (Table 3.9 of basic thesis), all questions are positively oriented, and the highest percentages have been given by the students to the options: 'Quite often', 'Very often', and 'Always'. Finally, to the question 'Have you been able to talk to your parent (s) when you wanted to?' the majority of students chooses the answer 'Always' with a percentage of 34%, 'Very often' 28% and 'Quite often' 23%.

In the section ‘Friends’ (Table 3.10 of basic thesis) it is observed that the students give the most frequent answers to options: ‘Quite often’, ‘Very often’ and ‘Always’. Of particular concern, however, is the fact that there are very few children who give negative answers about their friends.

In the last section ‘School and learning’ (Table 3.2 below), it is observed that students’ answers are oriented towards the positive sign. The majority answer with the choices: ‘Moderately’, ‘Quite often’ and ‘Very often’. Especially in the last question there is a high frequency (23%) in the choice ‘Always’.

		N	%
1. Have you been happy at school?	Not at all	12	10%
	Slightly	22	18%
	Moderately	43	36%
	Very	42	35%
	Extremely	1	1%
2. Have you got on well at school?	Not at all	16	13%
	Slightly	15	13%
	Moderately	50	42%
	Very	34	28%
	Extremely	5	4%
3. Have you been able to attention?	Never	9	8%
	Seldom	24	20%
	Quite often	46	38%
	Very often	33	28%
	Always	8	7%
4. Have you got along well with your teachers?	Never	7	6%
	Seldom	9	8%
	Quite often	24	20%
	Very often	53	44%
	Always	27	23%

Table 3.2: Section ‘School and Learning’

3.4.2 Analysis of ‘Anger Expression Scale for Children - AESC’

Regarding the ‘Trait anger’ section of AESC questionnaire (Diagram 3.1 below), the options ‘Almost never’ and ‘Sometimes’ constitute the majority of the answers. As can be seen in the results presented in the following diagram, they cover almost 60% to 75% of the students’ views.

Diagram 3.1: 'Trait anger' section

Except for questions 3 and 10 which in total these two options, gather a percentage of 44% and 45%. Specifically, 66% of students 'Often' and 'Almost always' accept criticism from parents or teachers. Respectively to the 3rd question 'I get very impatient if I have to wait for something', 67% of students answer with the choices 'Often' and 'Almost always'.

In the section 'Reacting in anger' (Diagram 3.2 of basic thesis), it is found that there is no single pattern of answers. So, in questions 13, 15, 17 and 20 there is a high frequency in the option 'Never', with percentages from 50% - 62%. Also, it is generally observed that the two options 'Never' and 'Sometimes' gather the majority of options in most questions. The options of the answers 11, 14, 19 and 22 have a different pattern with lower frequencies. So, students answer to these questions with the option 'Often' and 'Almost always', with percentages from 47% to 63% and in contrast to the other answers.

3.4.3 Analysis of 'Spence Children's Anxiety Scale - SCAS'

In the first section 'Panic disorder and agoraphobia' of SCAS questionnaire (Diagram 3.3 of basic thesis) we can observe that the majority of students answer with the option 'Never' in very high percentages (61% - 88%). But the fact that there is even a small percentage of children who answer with the option 'Always' can be described as worrying.

In the 'Generalized anxiety disorder' section (Diagram 3.2 below), except for the first question 'I worry about things', where the 50% of students say 'Sometimes' and 32% 'Often', in all others questions, that which characterizes students' answers are the choices 'Never' and 'Sometimes'. In total, these options are about 80%, while smaller percentages of students choose the choices 'Often' and 'Always'.

Diagram 3.2: 'Generalized Anxiety Disorder' section

Students' answers in the section 'Separation anxiety disorder' (Diagram 3.5 of basic thesis) are negative, and the majority chooses 'Never', with a more common percentage from 63% to 73%. In the question 'I am scared of the dark' the option 'Never' and the option 'Sometimes' share the total percentage of 82%.

In the section 'Physical injury fears' (Diagram 3.6 of basic thesis) there is a high frequency of the option 'Never' in the question 'I feel scared if I have to travel in the car, or on a bus or a train', which together with the option 'Sometimes' aggregate the percentage

96%. The 'Never' options for phobias for heights and elevators have percentages of 43% and 68% respectively. Also, the answers to question 39, demonstrate that 74% of children do not have the fear of being in small and/or closed places. In general, there are very few children who have various phobias.

The section 'Social phobia' (Diagram 3.7 of basic thesis) shows us that 30% of students have 'Never' felt afraid to take a test and the 44% of them answer 'Sometimes'. The answers to questions 7, 9, 10, 29 and 35 are almost the same, where the options 'Never' and 'Sometimes' prevail with percentages of 29-43% and 33-47% respectively.

From the results of the 'Compulsive behavior' section (Diagram 3.8 of basic thesis) it seems that the most common answers are 'Never' and 'Sometimes' and they collect cumulative percentages from 70% to 83%. Especially in the question 27 the answers with the option 'Never' are 60% and those with 'Sometimes' are 27%.

3.4.4 Analysis of 'TEIQue - ASF'

For the TEIQue-ASF questionnaire the presentation of the results takes place in two separate sections as follows:

In the section of 'Positive statements' (Diagram 3.9 of basic thesis), the most frequent choices in the answers are from the option 'Neither agree nor disagree' to the option 'Totally agree', collecting cumulative percentages from 60% to 83%. Thing which means that the majority of students are characterized by a positive attitude towards positive statements. But, there is a less positive attitude to the questions 1, 15, 19 and 30, with the percentages of negative attitude are cumulative 38%, 30%, 34% and 27% respectively.

In the section with 'Negative statements' (Diagram 3.10 of basic thesis) it is found that there is a reversal of students' attitudes. Indeed, the answers with the options 'Totally disagree' to 'Neither agree nor disagree' collect cumulative percentages from 60% to 90%. Especially in the questions 5, 10 and 13 the percentages of negative attitudes are about 90%, where students express almost absolute disagreement. In contrast, to the questions 14, 16, 22 and 26 students respond more restrainedly with a negative attitude.

3.5 Descriptive Statistics of Dimensions

In this chapter becomes the descriptive statistical analysis of the dimensions (Table 3.12 of basic thesis) of the questionnaires was performed, and from the results can be seen that all the dimensions have very high averages (from 64.05 to 71.46) that converge on the positive attitude of the students. It is found that the 75% of the students have answered with a positive

attitude over 53.57, with an exception in dimension ‘School environment’ where the mean value (54.48) and the median value (56.25) are about in the middle. In dimensions ‘Trait anger’ and ‘Reacting in anger’ the mean and median values are below the middle of the scale, while in the six dimensions of the AESC questionnaire, the mean and median values are below the middle of the scale too.

From the comparison of the dimensions in terms of gender, the results in Table 3.3 below show that the dimensions of ‘Physical well-being’, ‘Psychological well-being’ and ‘School environment’, differ statistically significantly ($p < 0.05$). Indeed, boys have a more positive attitude towards these 3 dimensions than girls. Regarding the dimensions of ‘Trait anger’ and ‘Reacting in anger’, no statistically significant differences were observed with respect to gender ($p > 0.05$).

Also, from the six dimensions of the AESC questionnaire, the two ‘Panic disorder and agoraphobia’ and ‘Compulsive behavior’ do not differ statistically significantly in terms of gender ($p > 0.05$). While in the other four there is a statistically significant difference ($p < 0.05$) with boys having a more negative attitude than girls. From the control of the differences regarding ‘Trait emotional intelligence’, no statistically significant difference was found in terms of gender ($p > 0.05$), and finally both boys and girls have the same attitudes and beliefs.

	Boy n=53	Girl n=67	
	Mean (SD)	Mean (SD)	<i>p</i>
KIDSCREEN-27			
Physical Well - Being	73,17 (20,14)	64,01 (17,31)	0,005
Psychological Well-being	71,63 (19,69)	64,5 (17,5)	0,011
Parent Relations & Autonomy	65,7 (19,73)	62,74 (18,13)	0,366
Social Support & Peers	70,64 (20,64)	72,11 (20,51)	0,715
School Environment	47,05 (20,13)	60,35 (18,8)	0,000
SCAS			
Trait anger	22,7 (6,73)	22,22 (6,28)	0,771
Reacting in anger	27,02 (5,4)	25,56 (4,36)	0,088
AESC			
Panic disorder and agoraphobia	10,64 (3,92)	12,13 (5,16)	0,137
Generalized anxiety disorder	16,34 (6,12)	18,75 (5,81)	0,018
Separation anxiety disorder	6,57 (2,21)	8,51 (3,21)	0,000
Physical injury fears	8,76 (2,73)	10,66 (3,39)	0,000
Social phobia	10,62 (3,91)	12,88 (4,05)	0,004
Compulsive behavior	7,17 (3,16)	7,15 (3,03)	0,887
TEIQue-ASF	136,52 (18,05)	140,49 (28,6)	0,165

Table 3.3: Compare dimensions by gender

Then, observing the results (Table 3.14 of basic thesis), we can see that no statistically significant difference was found due to the age of the students ($p > 0.05$).

3.6 Correlation Analysis

Through the correlation analysis it is found that there is a high positive correlation of 'Physical well-being' with the 'Psychological well-being' (0.619), and of 'Psychological well-being' with 'Trait emotional intelligence' (0.517). Also, 'Generalized anxiety disorder' has a high positive correlation with 'Trait anger' (0.569) and with 'Panic disorder and agoraphobia' (0.837), which is the highest observed. On the contrary, there is a high negative correlation of 'Trait emotional intelligence' with 'Trait anger' (-0.608), and with 'Panic disorder and agoraphobia' (-0.584), and with 'Generalized anxiety disorder' (-0.542).

The dimension 'Social phobia' has a positive correlation with 'Panic disorder and agoraphobia' (0.668), with 'Generalized anxiety disorder' (0.735), with 'Separation anxiety disorder' (0.523) and with 'Physical injury fears' (0.681). Also, the 'Physical injury fears' has a high positive correlation with the dimensions 'Panic disorder and agoraphobia' (0.582), 'Generalized anxiety disorder' (0.616) and 'Separation anxiety disorder' (0.608), and 'Compulsive behavior' with 'Panic disorder and agoraphobia' (0.741), and with 'Generalized anxiety disorder' (0.681).

3.7 Predictors of Health Lifestyle - Regression Analysis

According to KIDSCREEN-27 questionnaire, the dimensions of HRQoL are the following 5: Physical well-being, Psychological well-being, Parent relations and autonomy, Social support and peers, and School environment. They are then investigated and evaluated, through the questionnaires, the effects of these dimensions relative to other dimensions and the results of the correlation analysis are initially the guide for this investigation.

3.7.1 Results for the Dependent Variable 'Physical Well-being'

As has been confirmed (Table 3.17 of basic thesis), except of the 'Reacting in anger' dimension, all the other dimensions affect the 'Physical well-being' to a greater or lesser degree. So, the dimensions 'Psychological well-being', 'Parent relations and autonomy', 'Social support and peers', 'School environment' and 'TEIQue-ASF', have a positive effect on the 'Physical well-Being' dimension. While the dimensions 'Trait anger', 'Panic disorder and agoraphobia', 'Separation anxiety disorder', 'Physical injury fears', 'Social phobia', and 'Compulsive behavior' have a negative effect on it.

3.7.2 Results for the Dependent Variable 'Psychological Well-being'

From the results of univariate regression analysis (Table 3.18 of basic thesis), there is no variable that does not affect 'Psychological well-being'. Statistically 4 are the significant

factors that affect it as a whole, with the 3 of them to have positive effect – ‘Physical well-being’ (0.305), ‘Social support and Peers’ (0.281), ‘Trait Emotional Intelligence’ (0.179) - and 1 of them to have negative effect – ‘Panic disorder and agoraphobia’ (-1.38).

3.7.3 Results for Dependent Variable ‘Parent Relations & Autonomy’

From the results of the regression analysis for the dimension ‘Parent relations and autonomy’ (Table 3.19 of basic thesis), it is observed that there is an effect on all dimensions, except for ‘Trait anger’, ‘Reacting in anger’ and ‘Compulsive behavior’. So, the effect of the dimensions ‘Social support and peers’ (0.389), ‘Compulsive behavior’ (1,499) are positive, while the dimension ‘Panic disorder and agoraphobia’ has a negative effect (-2,111).

3.7.4 Results for the Dependent Variable ‘Social Support and Peers’

The results of the Table 3.20 in the basic thesis show the univariate effect of the dimensions of ‘Health-related quality of life’ on the dimension of ‘Social support and peers’. Also, has been found that the dimensions ‘Panic disorder and agoraphobia’ (1.585), ‘Trait anger’ (0.778), ‘Psychological well-being’ (0.523), following by the ‘Parent relations and autonomy’, ‘School environment’ and ‘Trait anger’ have a positive effect on the dimension ‘Social support and peers’.

3.7.5 Results for the Dependent Variable ‘School Environment’

In the Table 3.21 of basic thesis we can observe the regression with depended variable of the dimension ‘School environment’. In the univariate regression analysis of this dimension, the effect of all dimensions except 5 dimensions of SCAS is observed. It seems that there is a negative effect of ‘Trait anger’ (-0.781) and a positive effect of ‘Physical injury fears’ (1.895), ‘Social support and peers’ (0.253), and ‘Trait emotional intelligence’ (0.344).

DISCUSSION

In accordance with the international literature, there are various research studies that studied the effect of emotional intelligence, anxiety and anger adolescents on their physical and psychological health. Through these studies was demonstrated the significant effect of emotional intelligence as a health trait, since high emotional functioning was associated with a lower score on the physical complaints scale. Some other studies have found that the emotional distress caused by anxiety is often accompanied by specific symptoms and students who were experiencing an anxiety disorder described their physical health as 'poor'. Finally, the experience of anger is inextricably linked to a negative feeling of high intensity, as well as to subsequent reactions such as muscle tension, increased breathing and heart rate, and also the increased skin temperature (Scherer, 2000).

The international literature also reports important research data and conclusions regarding the effect of emotional intelligence, anxiety or anger on Health-Related Quality of Life (HRQoL). So, emotionally intelligent adolescent students are usually physically active, in good physical condition, and feel healthy and energetic. Are also characterized by increased levels of emotional skills enjoy being accepted and are possessed by feelings of enthusiasm for school and their teachers. Anxiety disorders have, at times, been blamed for reduced productivity in the workplace and school, low levels of functioning in the family and social environment and physical dysfunction. Other studies emphasize the catalytic effect of anxiety and anxiety disorders in HRQoL. While, the research has confirmed the effect of anger on aspects of HRQoL and that adolescents who were able to control their anger had a healthy relationship with their family, experienced a variety of positive emotions, exhibited physical well-being and increased physical activity.

The purpose of this thesis was to investigate the effects of anxiety, anger and emotional intelligence as predictors of a healthy lifestyle among adolescents in the Greek territory. Also, the individual objectives of this PhD thesis are the investigation of the 5 main dimensions that make up the quality of life of teenagers, which are: Physical well-being, Psychological well-being, Parent relations and autonomy, Social support and peers, and School environment, as well as, the factors influencing the formation of a healthy lifestyle.

The answers to the research questions posed in this study are reported in detail in the 3rd chapter of dissertation and also, in the chapter 'Conclusions'.

CONCLUSIONS

In the present study it became clear that the high emotional intelligence, combined with low levels of anxiety and anger, contributes decisively to the physical, intellectual, social and spiritual functioning of the adolescent and allow him/her to express the full range of his/her unique potential within the environment in which he/she lives. And adolescent students who gather the above characteristics are usually in good physical condition, feel healthy and full of energy, experiencing a wealth of positive emotions. In addition, they feel understanding and support from their family environment, enjoy the acceptance of peers and are possessed by feelings of enthusiasm for the school, teachers and their classmates, ensuring a high level of quality of life.

To achieve the aim of this thesis, 4 reliable questionnaires were used (KIDSCREEN-27, SCAS, AESC, TEIQue-ASF), which assess anxiety, anger, emotional intelligence and health-related quality of life in adolescents. The correlations showed a high positive correlation between 'Physical and Psychological well-being', while on the contrary 'Trait emotional intelligence' has a high negative correlation with 'Trait anger', 'Panic disorder' and 'Agoraphobia', as well as, 'Generalized anxiety disorder'. The 'Generalized anxiety disorder' has a high positive correlation with 'Trait anger' and with 'Panic disorder and agoraphobia'.

It was also found that the dimension 'Social phobia' has high positive correlation with 'Panic disorder and agoraphobia', 'Generalized anxiety disorder', 'Separation anxiety disorder' and with 'Physical injury fears'. Also high positive correlation has the dimension 'Physical injury fears' with the dimensions 'Panic disorder and agoraphobia', 'Generalized anxiety disorder' and 'Separation anxiety disorder'. It is observed that these are negative emotions that significantly affect the dimensions of the quality of life of young people. Also, the 'Compulsive behavior' has a high positive correlation with 'Panic disorder and agoraphobia' and 'Generalized anxiety disorder'.

In addition to the correlation, the degree of influence of the dimensions of anxiety, anger and emotional intelligence on the 5 dimensions of the youth's quality of life was also separately investigated, as follows:

- The 'Physical well-being' dimension is influenced by 0.597 from the 'Psychological well-being' dimension.

- The 'Psychological well-being', is influenced by 0.305 from 'Physical well-being', by 0.281 from 'Social support and peers', by -1.38 from 'Panic disorder and agoraphobia', and by 0.179 from 'Emotional intelligence'.
- The dimension 'Parent relations and autonomy' is influenced by 0.398 from 'Social support and peers', by - 2.111 from 'Panic disorder and agoraphobia', and by 1.499 from 'Emotional intelligence'.
- The dimension 'Social support and peers' is influenced by 0.523 from 'Psychological well-being', by 0.283 from 'Parent relations and autonomy', by 0.196 from 'School environment', by 0.778 from 'Trait anger', and by 1.585 from 'Panic disorder and agoraphobia'.
- The dimension 'School environment' is affected by 0.253 from 'Social support and peers', decreases by 0.781 from 'Trait anger', increases by 1.895 from 'Physical injury fears', and by 0.344 from 'Emotional intelligence'.

In conclusion, the factors that overall affect the quality of life of adolescents are the 'Emotional intelligence', 'Panic disorder and agoraphobia', 'Trait anger' and 'Physical injury fears'. The 'Emotional intelligence' have a positive effect while the other factors have a negative effect on the quality of life. Regarding the 6th research question, it was also found that boys had a more positive attitude towards 'Physical and Psychological well-Being' than girls, while on the contrary they had a more negative attitude towards the 'School environment'. Boys were more vulnerable than girls, in terms of 'Generalized anxiety' and 'Separation anxiety', as well as, in 'Physical injury fears' and 'Social phobia'.

CONTRIBUTION TO SCIENCE

A theoretical analysis and interpretation of the constructs "emotions", "emotional intelligence", "anger", "anxiety", "social cognitions", "health and quality of life" was made. The same are considered in the field of adolescence.

The interrelationship between emotional intelligence as an expression of social cognitions, anger as a type of emotion and anxiety in teenagers has been established.

Empirical data were obtained and the determinants of quality of life (related to health, in particular mental health) in teenagers from emotional intelligence, as an expression of social cognitions, anger and anxiety, were established. These particular studies are the first of their kind in Greece.

Psychological tests have been approved for Greek teenagers.

SUGGESTIONS

As can be seen from the existing international literature as well as from the present study, the implementation of programs to promote the mental health of adolescent students in low secondary education is deemed imperative, with the aim of strengthening their ability to determine their lives autonomously and to achieve their mental resilience. In this process, the school plays a special role since it is one of the most important socializing agencies of the adolescent. Mental resilience, i.e. the strengthening of mental health, in the school environment & the development of children's skills, so that they can face any difficulties and the aggravating factors related to stress, family problems, inter-personal relationships or learning difficulties, is considered essential.

The school in this process of cultivating mental resilience is decisive, which is why it becomes imperative to differentiate it and transform it from an environment of narrow learning and knowledge, into an environment that will emphasize strengthening mental health and resilience of all members of the educational community. This means that the school now needs to set as its main goal the development of mental resilience, so that adolescent students, teachers and all members of the school community can deal with the adverse conditions that arise as effectively as possible, utilizing and enriching their abilities and capabilities.

PUBLICATIONS ON THE TOPIC OF THE DISSERTATION

Iliadou, F. (2022). *The Role and Influence of Emotional Intelligence on Adolescents' Learning Behavior*. Yearbook of Psychology, Vol. 13(1): pp. 1-15, Online ISSN 2683-0426. Retrieved on 15/9/2022 from: <http://yearbookpsy.swu.bg/en/last-issue/>

Iliadou, F. (2022). *Anxiety in Adolescents' Lives, Coping Strategies and Parental Influence*. Yearbook of Psychology, Vol. 13(1): pp. 16-36, Online ISSN 2683-0426. Retrieved on 15/9/2022 from: <http://yearbookpsy.swu.bg/en/last-issue/>

Iliadou, F. (2022). *The Relationship between Health-Related Quality of Life (HRQoL) and Adolescents' Emotions*. Yearbook of Psychology, Vol. 13(1): pp. 121-136, Online ISSN 2683-0426. Retrieved on 15/9/2022 from: <http://yearbookpsy.swu.bg/en/last-issue/>

Iliadou, F. (2022). *Mental Health, Anxiety and Depression in Adolescence: Digital Technology Utilization, Use and Applications*: Yearbook of Psychology, SWU, in press

Iliadou, F. (2022). *The Relationship between Social Anxiety and Internet Addiction for Adolescents*: Yearbook of Psychology, SWU, in press