

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΝΗΠΙΑΓΩΓΩΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

**«Επιστήμες της Εκπαίδευσης και της Αγωγής: Διεπιστημονικές προσεγγίσεις στην προσχολική
και πρώτη σχολική ηλικία»**

Κατεύθυνση: Κοινωνική και Συναισθηματική Μάθηση

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

**Διερεύνηση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης σε εκπαιδευτικούς
Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης**

Αθανασίου Αθηνά

Επιβλέπων Καθηγητής

Κούτρας Βασίλειος

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2023

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	σελ.5
Abstract	σελ.6
Πρόλογος.....	σελ.7
Εισαγωγή	σελ.8

Α' ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΑΓΧΟΣ

1.1 Ορισμός	σελ.11
1.2 Συμπτώματα.....	σελ.12
1.3 Αίτια άγχους.....	σελ.13
1.4 Ταξινόμηση αγχωδών διαταραχών	σελ.14
1.4.1 Ειδική φοβία	
1.4.2 Διαταραχή κοινωνικού άγχους (κοινωνική φοβία)	
1.4.3 Διαταραχή πανικού και Αγοραφοβία	
1.4.4 Διαταραχή γενικευμένου άγχους	
1.4.5 Ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή	
1.4.6 Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες	
1.5 Διάγνωση	σελ.19
1.6 Θεραπευτική διαχείριση – Αντιμετώπιση άγχους.....	σελ.20
1.7 Θεωρητικές προσεγγίσεις άγχους	σελ.21
1.7.1 Ψυχαναλυτική Θεωρία	
1.7.2 Θεωρίες Συμπεριφοράς	
1.7.3 Υπαρξιακές Θεωρίες	

1.7.4 Η Θεωρία του Spielberger

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

2.1 Ορισμός	σελ.24
2.2 Κατηγορίες καταθλιπτικών διαταραχών	σελ.24
2.3 Αίτια κατάθλιψης	σελ.26
2.4 Συμπτώματα.....	σελ.29
2.5 Διάγνωση	σελ.30
2.6 Θεραπευτική διαχείριση	σελ.31
2.7 Θεωρητικές προσεγγίσεις κατάθλιψης.....	σελ.32
2.7.1 Ψυχοδυναμική Θεωρία	
2.7.2 Γνωσιακή Θεωρία	
2.7.3 Θεωρία της Μαθημένης Αβοηθησίας	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

3.1 Εισαγωγή	σελ.36
3.2 Συσχέτιση παραγόντων Άγχους και Κατάθλιψης.....	σελ.37
3.3 Ερευνητικά δεδομένα: Συμπτωμάτων Άγχους και Κατάθλιψης στους Εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης	σελ.40

Β' ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Εισαγωγή	σελ.48
4.2 Αναγκαιότητα της έρευνας.....	σελ.48

4.3 Ερευνητικά ερωτήματα	σελ.49
4.4 Μεθοδολογία της έρευνας	σελ.49
4.4.1 Δείγμα	
4.4.2 Μέσα συλλογής δεδομένων	
4.4.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Ευρήματα.....	σελ.54
5.2 Συζήτηση	σελ.75
Ερμηνεία των ευρημάτων – συζήτηση.....	σελ.75
5.3 Περιορισμοί της έρευνας.....	σελ.78

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ελληνόγλωσσες	σελ.80
Ξενόγλωσσες	σελ.81

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παράρτημα I: Δημογραφικά στοιχεία Εκπαιδευτικών	σελ.88
Παράρτημα II: Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Άγχους (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory)	σελ.90
Παράρτημα III: Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory)	σελ.91

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το άγχος και η κατάθλιψη αποδεδειγμένα αποτελούν διαταραχές που επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό το άτομο που τα αντιμετωπίζει. Όμως, δεν είναι απίθανο αυτά να συνυπάρχουν δημιουργώντας διαφορετικές επιδράσεις σε αυτόν που τα «φέρει». Μάλιστα, η συνύπαρξη αυτών των στοιχείων δεν αποτελεί «δυνατότητα» μόνο των ενηλίκων. Αντίθετα, μία συννοσηρότητα ενδέχεται να υπάρχει και στα παιδιά ήδη από την σχολική τους ηλικία (Michail & Birchwood, 2013).

Παρόλα αυτά, σύμφωνα με πλήθος ερευνών, υπάρχει ένα ισχυρό υπόβαθρο που δείχνει ότι το επάγγελμα του εκπαιδευτικού είναι ένα από τα πιο στρεσογόνα, καθώς οι ίδιοι εμφανίζουν υψηλά επίπεδα άγχους, τα οποία σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσουν και στην κατάθλιψη (Lizana, & Lera, 2022). Παρόλα αυτά, περιορισμένος είναι ο αριθμός των ερευνών που έχει εστιάσει μέχρι σήμερα στη μελέτη των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης στους Έλληνες εκπαιδευτικούς.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των συμπτωμάτων άγχους (παροδικού και ιδιοσυγκρασιακού) και κατάθλιψης σε εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης.

Στο πρώτο μέρος – το θεωρητικό πλαίσιο – παρουσιάζονται αρχικά οι έννοιες και οι ορισμοί τους άγχους και της κατάθλιψης, η αιτιολογία, τα κύρια χαρακτηριστικά και τρόποι παρέμβασης και αποκατάστασης που ενδείκνυνται σε αυτές τις περιπτώσεις. Έπειτα, επικεντρωνόμαστε στη συγκέντρωση των μέχρι τώρα ερευνητικών δεδομένων, που αφορούν στη συσχέτιση των συμπτωμάτων αυτών τόσο σε γενικό πλαίσιο, όσο και σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης.

Στο δεύτερο μέρος – ερευνητικό πλαίσιο – προσδιορίζονται ο στόχος της έρευνας, η αναγκαιότητα υλοποίησής της, τα ερευνητικά ερωτήματα, το ερευνητικό εργαλείο καθώς και το δείγμα της έρευνας, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα και ακολουθεί συζήτηση των ευρημάτων που προκύπτουν από την ερευνητική αυτή προσπάθεια.

Λέξεις κλειδιά: Συμπτώματα άγχους, συμπτώματα κατάθλιψης, εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης.

Abstract

Anxiety and depression have been proven to be disorders that greatly affect the person experiencing them. However, it is not unlikely that they can coexist, creating different effects on the person who face them. Indeed, the coexistence of these elements is not a 'possibility' only for adults. A co-morbidity may be present in children as early as their school age (Michail& Birchwood, 2013).

Nevertheless, according to many studies, there is a strong background that shows that the teaching profession is one of the most stressful, due to the high levels of anxiety that experience the teachers, which in many cases can lead to depression (Lizana, & Lera, 2022). However, there is a limited amount of researches that focus on the study of anxiety and depression symptoms in Greek teachers.

The aim of the present study is to investigate the symptoms of anxiety (trait and statit anxiety) and depression in primary school teachers.

In the first part - the theoretical framework - the concepts and definitions of anxiety and depression, the etiology, the main characteristics and ways of intervention and rehabilitation that are appropriate in these cases are presented. Then, we focus on the compilation of the research data to date on the association of these symptoms both in a general context and in relation to primary school teachers.

The second part - research context - identifies the aim of the research, the necessity of its implementation, the research questions, the research instrument as well as the research sample, presents the results and follows a discussion of the findings resulting from this research effort.

Keywords: Anxiety symptoms, depression symptoms, primary school teachers.

Πρόλογος

Η διαδικασία εκπόνησης μίας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας αποτελεί, σε κάθε περίπτωση, μία δύσκολη και επίπονη διαδικασία και προσπάθεια η οποία απαιτεί χρόνο και κόπο. Το αποτέλεσμα, ωστόσο της προσπάθειας αυτής, δεν ήταν μόνο προϊόν ατομικής προσπάθειας και μελέτης καθώς υπήρχε η αμέριστη συμβολή και στήριξη και άλλων ατόμων, ακαδημαϊκών και μη.

Έτσι, ως εκπονήτρια της παρούσας εργασίας θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους όσους συνέβαλαν και βοήθησαν στην πραγματοποίησή της:

Αρχικά, θα πρέπει να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή κύριο Κούτρα Βασίλειο για την πολύτιμη συνεργασία, εποπτεία και καθοδήγηση που μου παρείχε κατά τη διάρκεια του σχεδιασμού, όσο και της υλοποίησης της έρευνας και συγγραφής της εργασίας παρέχοντάς μου ανατροφοδοτικά και ενθαρρυντικά σχόλια.

Ένα θερμό ευχαριστώ στα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, οι οποίοι με μεγάλη προθυμία δέχτηκαν να προσφέρουν την βοήθεια τους και να μου εμπιστευτούν δεδομένα που αφορούσαν στο πως αισθάνονται και νιώθουν. Με τον τρόπο αυτό κατάφερα όχι μόνο να ολοκληρώσω ένα μεγάλο και σημαντικό κομμάτι της εργασίας αλλά και να κατανοήσω σε προσωπικό επίπεδο τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν οι εκπαιδευτικοί την καθημερινότητα.

Τέλος, ένα ακόμα ευχαριστώ στην οικογένεια μου που με στήριξε και με βοήθησε με τον δικό της τρόπο από την αρχή μέχρι το τέλος της εκπόνησης της εργασίας και του μεταπτυχιακού προγράμματος στο σύνολό του.

Εισαγωγή

Το άγχος αποτελεί μία αυτόματη αντίδραση του ατόμου στις δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίζει όχι μόνο στην προσωπική και επαγγελματική του ζωή, αλλά στο σύνολο την καθημερινότητάς του. Είναι μια σωματική και ψυχική αντίδραση που συνδέεται άμεσα με τις απαιτήσεις και την πίεση του περιβάλλοντος, τις ανάγκες, τις απαιτήσεις, και την ανάγκη αντιμετώπισης απαιτητικών καταστάσεων (Ζερβής, 2003).

Τα τελευταία χρόνια, σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, έχει διαπιστωθεί ότι το επάγγελμα του εκπαιδευτικού κατατάσσεται στα πιο απαιτητικά και στρεσογόνα, με τους ίδιους να βιώνουν έντονα συμπτώματα άγχους και αγωνίας (Αντωνίου, 2010; Faulkner, Gerstenblatt, Lee, Vallejo & Travis, 2016). Οι εκπαιδευτικοί παρουσιάζουν συμπτώματα έντονου άγχους και στρες τα οποία σε πολλές περιπτώσεις οδηγούν και στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης, τα οποία είναι αποτέλεσμα ορισμένων ιδιομορφιών του επαγγέλματος και εμφανίζονται όταν ο ίδιος αισθάνεται ότι οι απαιτήσεις που έχουν από εκείνον αποτελούν απειλή για την αυτοεκτίμησή του ή την υγεία του (Αντωνίου, 2010). Φυσικά, τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που θα εμφανίσουν διαφοροποιούνται εξαιτίας διάφορων πολυποικιλιακών παράγοντες, όπως για παράδειγμα τα διάφορα δημογραφικά στοιχεία, το φύλο, η ηλικία, αλλά και στοιχεία πέραν αυτών (American Psychiatric Association, 2013).

Η έντονη πίεση του εργασιακού περιβάλλοντος, λόγω αλληλεπίδρασης με τους γονείς, οι σχέσεις με τους μαθητές, οι σχέσεις με τον διευθυντή και τους συναδέλφους, η εμφάνιση ολοένα και περισσότερων αναγκών, απαιτήσεων και πιέσεων, δημιουργούν, ακόμα, ανασφάλεια και φόβο, τα οποία οδηγούν στο άγχος και την κατάθλιψη (Jones-Rincon & Howard, 2019).

Επιπρόσθετα, στη σημερινή κοινωνία, οι εκπαιδευτικοί αντιμετωπίζουν συνθήκες, όπως πιστεύουν, που τους οδηγούν στο να αντιμετωπίζουν τέτοια προβλήματα. Οι χαμηλοί μισθοί, οι περιορισμένοι πόροι, οι κακές υλικές συνθήκες εργασίας (π.χ. ανεπαρκή σχολικά κτίρια και εξοπλισμός), το δυσάρεστο εργασιακό περιβάλλον (π.χ. μέγεθος τάξης, επίπεδα θορύβου), η φτωχή οργανωσιακή κουλτούρα και η πολυετής αδιοριστία των αναπληρωτών, έχουν αναδειχτεί και προβληματίσει μεγάλη μερίδα του κλάδου, επηρεάζοντας την ψυχική τους υγεία (Αντωνίου, 2010).

Βέβαια, ενώ έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες σχετικά με τη συμπτωματολογία τους άγχους και της κατάθλιψης στους εκπαιδευτικούς, λίγες είναι οι έρευνες που αφορούν στους Έλληνες εκπαιδευτικούς, καθώς και στους παράγοντες που τους επηρεάζουν.

Έτσι, στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση της έννοιας του άγχους, της συμπτωματολογίας του και διακρίνεται από άλλες έννοιες, όπως είναι ο φόβος. Παράλληλα, παρουσιάζονται τα αίτια εμφάνισής του, οι διάφορες θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί, καθώς και παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνισή του.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η έννοια της κατάθλιψης, η συμπτωματολογία της, τα θεωρητικά μοντέλα αιτιότητάς της, καθώς και οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της.

Στο τρίτο κεφάλαιο που ακολουθεί, γίνεται η συγκέντρωση των μέχρι στιγμής ερευνητικών δεδομένων, που αφορούν την κατάθλιψη και το άγχος, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

Στο τέταρτο κεφάλαιο ακολουθεί η μεθοδολογία της έρευνας στην οποία αναφέρεται ο τρόπος με τον οποίο αυτή έχει διεξαχθεί, η αναγκαιότητά της, τα ερευνητικά ερωτήματα, τα εργαλεία μέτρησης και λεπτομέρειες αναφορικά με το δείγμα της έρευνας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, πραγματοποιείται η ανάλυση των δεδομένων και αποτελεσμάτων της έρευνας, των σχέσεων που προέκυψαν μεταξύ των μεταβλητών (συμπτώματα παροδικού άγχους – συμπτώματα ιδιοσυγκρασιακού άγχους – καταθλιπτικά συμπτώματα), μεταξύ των διάφορων δημογραφικών στοιχείων.

Ακολουθεί η συζήτηση, στην οποία αναλύονται τα ερευνητικά δεδομένα αναφορικά με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και θεωρία, οι περιορισμοί της έρευνας και τα συμπεράσματα.

Α' ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΑΓΧΟΣ

1.1 Ορισμός

Η επιστήμη της ψυχολογίας έχει ασχοληθεί αρκετά με το άγχος ως συναίσθημα και παράγοντα που επηρεάζει πολλές πτυχές της ζωής του ατόμου. Αποτελεί μία από τις πιο κοινές ψυχικές διαταραχές στις σημερινές κοινωνίες (Chylova, Nezkusilova, Pestova&Seilerova, 2020), η οποία παρουσιάζεται ολοένα και περισσότερο σε διάφορες χώρες του κόσμου (Tsaras, Parathanasiou, Vus, Panagiotopoulou, Katsou, Kelesi&Fradelos, 2018).

Η προσπάθεια διατύπωσης ενός ευρέως αποδεκτού ορισμού για την έννοια του άγχους δεν αποτελεί μια εύκολη υπόθεση, καθώς αυτή συχνά συγχέεται με άλλες έννοιες, όπως είναι για παράδειγμα ο φόβος και το στρες, με τα οποία θεωρείται όμοια έννοια, ενώ στην πραγματικότητα δεν είναι (Μητρούση, Τραυλός, Κούκια& Ζυγά, 2013). Ο φόβος ορίζεται ως συναίσθημα πολύ στενά συνδεδεμένο με το στρες, που αφορά σε μια ρεαλιστική, μάλλον, εντύπωση απειλής και ανησυχίας, απέναντι, ακριβώς, σε έναν πραγματικό κίνδυνο, παρά απροσδιόριστη όπως το άγχος (Παλαιολόγου, 2001). Έτσι το άγχος πρέπει να διακριθεί από το φόβο, στον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον κίνδυνο, αναγνωρίζει δηλαδή την πηγή του φόβου του, προετοιμάζει τη δράση του και κατεργάζεται ενδόμυχα τις συνέπειές της.

Το άγχος αντίθετα δεν έχει συγκεκριμένο αντικείμενο. Αναφέρεται σε αόριστη απειλή, σε μελλοντικό και αναμενόμενο κίνδυνο τον οποίο το άτομο δεν γνωρίζει και συνεπώς η προετοιμασία του για δράση είναι αδύνατη (Hooley, Butcher, Nock&Mineka, 2020). Η κινητοποίηση του άγχους περιλαμβάνει πολλές παραμέτρους που έχουν να κάνουν με τη συνολική ψυχική ζωή (συνειδητή και μη), τη σχέση με τον εαυτό και με τους άλλους, το σύστημα αξιών, τον τρόπο ερμηνείας των πραγμάτων, τις απαιτήσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος και τη δυνατότητα ανταπόκρισης σε αυτές, αλλά και με ποικίλους βιολογικούς παράγοντες.

Η εμφάνισή του θεωρείται, μέχρι ενός σημείου, φυσιολογικό και χρήσιμο στοιχείο της ανθρώπινης προσωπικότητας. Με αυτό, οι σωματικές και πνευματικές επιδόσεις αυξάνονται και ενδυναμώνονται. Σε φυσιολογικό βαθμό αποτελεί την ψυχολογική ετοιμότητα προς επαγρύπνηση και προετοιμασία του ατόμου για να δράσει εφόσον μια κατάσταση απειλεί την ψυχοσωματική συγκρότησή του. Σε υπερβολικό βαθμό, όμως, το άγχος αποτελεί νοσηρή

εκδήλωση, χαρακτηριστική διαταραχή της προσαρμοστικής ικανότητας του ανθρώπου (Barlow & Durand, 2000).

Συνοπτικά, μπορούμε να πούμε, πως η έννοια του άγχους αναφέρεται σε ένα αόριστο και δυσάρεστο αίσθημα φόβου και ανησυχίας, το οποίο χαρακτηρίζεται από ένταση και έντονη δυσφορία. Το αίσθημα αυτό πηγάζει από την αντίληψη του ατόμου ότι πρόκειται να συμβεί κάτι άσχημο, ότι επικείται η εκδήλωση κάποιου κινδύνου (Shajan & Nisha, 2019). Ο κίνδυνος αυτός ενδέχεται να είναι ρεαλιστικός και συνειδητός, ωστόσο άλλες φορές μπορεί να είναι άγνωστος και να σχετίζεται με το υποσυνείδητο ή το ασυνείδητο (Κουράκος, Καυκιά, Θανασά, Κυλούδης, Σταθαρού, Ρεκλείτη & Σαρίδη, 2016).

1.2 Συμπτώματα

Οι αγχώσεις διαταραχές χαρακτηρίζονται από χρόνια, έντονα συμπτώματα άγχους τα οποία προκαλούν διαταραχές στη διάθεση, τη σκέψη, τη συμπεριφορά, καθώς και στις βιολογικές λειτουργίες του ατόμου. Ακόμα, είναι πιθανό τα συμπτώματα άγχους να περιορίζουν ή να εμποδίζουν τις κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες του. Με την πάροδο του χρόνου, και χωρίς υποστήριξη και θεραπεία, τα συμπτώματα αυξάνονται σε ένταση και συχνότητα, αν και μπορεί να υπάρξουν χρονικές περίοδοι ύφεσης, οι οποίες ωστόσο μπορεί να μην έχουν μεγάλη διάρκεια (Schachter, Gilbert, Wegner, 2012).

Τα συμπτώματα που εμφανίζει το άτομο όταν βρίσκεται σε κατάσταση άγχους κατηγοριοποιούνται σε Ψυχολογικά και Σωματικά.

Στα Ψυχολογικά συμπτώματα ανήκουν: η ανησυχία και η ανυπομονησία, το αίσθημα απροσδιόριστου φόβου και αγωνίας, η νευρικότητα, η διάσπαση της προσοχής, η δυσκολία στη συγκέντρωση και το αίσθημα μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας.

Στα Σωματικά συμπτώματα συγκαταλέγονται: η δύσπνοια, το αίσθημα πνιγμού, το αίσθημα «κόμπου στο λαιμό», ο πόνος στο στήθος, η δυσκαταποσία, το αίσθημα παλμών, τα κρύα χέρια, η λιποθυμική τάση, η ξηροστομία, η ανορεξία, η ναυτία, ο ίλιγγος, τα κοιλιακά άλγη, η μυϊκή τάση, η κινητική ανησυχία, η αδυναμία, η ζάλη, οι εφιδρώσεις, η συχνουρία και η κεφαλαλγία (Μαδιανός, 2006).

1.3 Αίτια ς άγχους

Αν και το άγχος αποτελεί μέρος της καθημερινότητας του ατόμου, σε πολλές περιπτώσεις είναι δύσκολο να προσδιοριστούν οι αιτίες του. Ωστόσο, μπορεί να διακριθεί σε πρωτογενές άγχος, όταν δεν έχει εμφανή αίτια, και σε δευτερογενές, όταν τα αίτια πηγάζουν από περιβαλλοντικό, σωματικό ή ψυχολογικό stress (Αλεβίζος, 2008).

Αρκετά συχνά τα άτομα που υποφέρουν από άγχος εκδηλώνουν ασαφή, μεταβαλλόμενα και αρκετές φορές συγκεχυμένα συμπτώματα, τα οποία εσφαλμένα σχετίζονται είτε με σωματικά νοσήματα είτε με άλλες ψυχικές διαταραχές. Τα συμπτώματα αυτά πιθανόν να είναι χρόνια και να έχουν προκαλέσει μερική ή μόνιμη ανικανότητα στο άτομο ή να εκδηλώνονται ως μέρος μιας ξεχωριστής ψυχικής διαταραχής ή ακόμα να περιλαμβάνουν άλλες οργανικές ή μη καταστάσεις.

Έτσι, η καθιέρωση συγκεκριμένων διαγνωστικών κριτηρίων, όπως οριοθετούνταν στα δυο γνωστά ταξινομικά συστήματα (ICD-10 και DSM-IV), και η ανάπτυξη κλιμάκων για την όσο το δυνατόν πιο αντικειμενική εκτίμηση του άγχους, διευκολύνουν τις προσπάθειες των γιατρών να τοποθετούν τα συμπτώματα της κάθε αγχώδους διαταραχής σε σαφή διαγνωστικά όρια (Αλεβίζος, 2008).

Για την αξιολόγηση του άγχους είναι αναγκαίο να διερευνώνται οι ακόλουθη παράμετροι:

- α) οι βιολογικές αιτίες
- β) οι ψυχιατρικές αιτίες
- γ) οι ψυχολογικοί μηχανισμοί του ατόμου
- δ) οι κοινωνικές αιτίες

Γενικότερα, υπάρχει ένα σύνολο από γεγονότα και μεταβολές στην ζωή των ανθρώπων που πιθανόν να τους προκαλέσουν άγχος, τα οποία πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τη σωστή και αποτελεσματική αντιμετώπισή του.

1.4 Ταξινόμηση αγχωδών διαταραχών

Οι διαταραχές άγχους (anxiety disorders) χαρακτηρίζονται από μη ρεαλιστικούς, παράλογους φόβους ή άγχη που προκαλούν ψυχική δυσφορία (ή καταπόνηση) και/ή έκπτωση στη λειτουργικότητα. Μεταξύ των διαταραχών που αναγνωρίζει το DSM-5 συγκαταλέγονται:

1. Ειδική φοβία
2. Διαταραχή κοινωνικού άγχους (κοινωνική φοβία)
3. Διαταραχή πανικού και Αγοραφοβία
4. Διαταραχή γενικευμένου άγχους
5. Ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή
6. Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες (Hooley et al., 2020; Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2010).

Άνθρωποι με αυτές τις διαταραχές διαφέρουν μεταξύ τους τόσο ως προς την ένταση του φόβου ή του πανικού έναντι των συμπτωμάτων άγχους που βιώνουν όσο και ως προς το είδος των αντικειμένων ή των καταστάσεων που κυρίως τους απασχολούν. Είναι επίσης σημαντικό να επισημάνουμε ότι πολλοί άνθρωποι με μία διαταραχή άγχους θα βιώσουν ακόμα μία διαταραχή άγχους και/ή κατάθλιψη είτε ταυτόχρονα είτε σε άλλη χρονική στιγμή στη ζωή τους (Hooley et al., 2020).

1.4.1 Ειδική φοβία

Η ειδική φοβία είναι ένας ισχυρός και επίμονος φόβος που πυροδοτείται από την παρουσία ενός συγκεκριμένου αντικειμένου ή κατάστασης και οδηγεί σε σημαντική ψυχική δυσφορία και/ή έκπτωση της λειτουργικότητάς του. Όταν οι άνθρωποι με ειδικές φοβίες συναντούν ένα φοβικό ερέθισμα, παρουσιάζουν συχνά μία άμεση απόκριση φόβου, η οποία μπορεί να μοιάζει με κρίση πανικού εκτός από το γεγονός ότι σε αυτή την περίπτωση υπάρχει ένα σαφές εξωτερικό έναυσμα (Hooley et al., 2020).

Δεν μας εκπλήσσει ότι αυτά τα άτομα βιώνουν επίσης άγχος, εάν περιμένουν ότι μπορεί να συναντήσουν ένα φοβικό αντικείμενο ή κατάσταση, και καταβάλλουν μεγάλη προσπάθεια να το αποφύγουν. Αυτή η αποφυγή είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό των φοβιών. Συμβαίνει αφενός επειδή η ίδια η φοβική απόκριση είναι τόσο δυσάρεστη και αφετέρου λόγω της

παράλογης αποτίμησης του ατόμου για την πιθανότητα να συμβεί κάτι τρομερό (Hooleyetal., 2020).

Ακόμα, τα άτομα που παρουσιάζουν έναν τύπο ειδικής φοβίας είναι πολύ πιθανό να έχουν επίσης και ένα άλλο τύπο ειδικής φοβίας. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει υψηλή συννοσηρότητα στις ειδικές φοβίες. Οι φοβίες εμφανίζουν επίσης συχνά συννοσηρότητα με διάφορες σωματικές διαταραχές (Kringetal., 2010).

1.4.2 Διαταραχή κοινωνικού άγχους (κοινωνική φοβία)

Η κοινωνική φοβία (socialphobia) χαρακτηρίζεται από φόβους επικείμενης αμηχανίας σε μία ή σε περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις (π.χ. ομιλία ενώπιον κοινού, φαγητό ή γράψιμο σε δημόσιο χώρο). Σε αυτές τις καταστάσεις το άτομο φοβάται ότι θα εκτεθεί στη διερευνητική ματιά και ενδεχομένως αρνητική αξιολόγηση των άλλων ή ότι ενδέχεται να δράσει με ντροπιαστικό ή ταπεινωτικό τρόπο. Λόγω των φόβων τους, οι άνθρωποι με κοινωνική φοβία είτε αποφεύγουν αυτές τις καταστάσεις είτε τις υπομένουν με μεγάλη ψυχική δυσφορία (Hooleyetal., 2020).

Το DSM-5 εντοπίζει επίσης δύο υποκατηγορίες κοινωνικής φοβίας, η μία από τις οποίες επικεντρώνεται σε καταστάσεις που άπτονται επίδοσης (π.χ. μία ομιλία), και μία δεύτερη, η οποία είναι πιο γενική και περιλαμβάνει καταστάσεις που δεν σχετίζονται με επίδοση (π.χ. το να φάει κανείς σε δημόσιο χώρο). Οι άνθρωποι με τον πιο γενικό τύπο κοινωνικής φοβίας έχουν συνήθως σημαντικούς φόβους για τις περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις και έχουν επίσης συχνά μία διάγνωση για αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας (avoidantpersonalitydisorder)(Hooleyetal., 2020).

1.4.3 Διαταραχή πανικού και Αγοραφοβία

Η διαταραχή πανικού (panicdisorder) ορίζεται και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση κρίσεων πανικού, που συχνά φαίνεται να «προκύπτουν από το πουθενά». Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-5, για τη διαταραχή πανικού, το άτομο πρέπει να έχει βιώσει επαναλαμβανόμενες, απρόσμενες κρίσεις και θα πρέπει να απασχολείται επίμονα για το εάν θα έχει νέα κρίση ή να ανησυχεί για τις συνέπειες μίας κρίσης για τουλάχιστον έναν μήνα (κατάσταση η οποία αναφέρεται ως άγχος προσμονής). Οι κρίσεις πανικού είναι αρκετά

σύντομες αλλά έντονες, με τα συμπτώματα να εκδηλώνονται ξαφνικά και, συνήθως, να φτάνουν στην υψηλότερη τους ένταση εντός δέκα λεπτών. Οι κρίσεις αυτές υποχωρούν σε 20 με 30 λεπτά και σπάνια διαρκούν περισσότερο από μία ώρα. Αντίθετα, οι περίοδοι άγχους δεν έχουν συνήθως τόσο αιφνίδια εμφάνιση και διαρκούν περισσότερο (Hooleyetal., 2020).

Οι κρίσεις πανικού είναι συχνά «απρόσμενες» ή «χωρίς εκλυτικά ερεθίσματα», με την έννοια ότι δεν φαίνεται να έχουν προκληθεί από εντοπίσιμες πλευρές της τρέχουσας κατάστασης. Πράγματι, κάποιες φορές συμβαίνουν σε καταστάσεις στις οποίες θα ήταν ελάχιστα αναμενόμενες, όπως κατά τη διάρκεια της χαλάρωσης ή του ύπνου. Σε άλλες περιπτώσεις, ωστόσο, προδιατίθενται καταστασιακά, με το να σημειώνονται μόνο κάποιες φορές, όταν το άτομο είναι σε μία συγκεκριμένη κατάσταση, όπως ενόσω οδηγεί αυτοκίνητο ή βρίσκεται μέσα στο πλήθος (Hooleyetal., 2020).

Στο DSM-IV-TR υπάρχουν δύο τύποι διαταραχής πανικού: με αγοραφοβία και χωρίς αγοραφοβία (Kringetal., 2010). Στην αγοραφοβία (agorafobia) οι καταστάσεις τις οποίες τα άτομα φοβούνται και αποφεύγουν πιο συχνά είναι οι δρόμοι και τα πολυσύχναστα μέρη, όπως τα εμπορικά κέντρα, οι αίθουσες κινηματογράφου και τα καταστήματα. Προβληματιζόμενοι για το ότι μπορεί να έχουν μία κρίση πανικού ή να αρρωστήσουν, οι άνθρωποι με αγοραφοβία ανησυχούν όταν βρίσκονται σε μέρη ή σε καταστάσεις από όπου η διαφυγή θα είναι δύσκολη ή ντροπιαστική ή στις οποίες δεν είναι διαθέσιμη άμεση βοήθεια, σε περίπτωση που συμβεί κάτι άσχημο. Κατά χαρακτηριστικό τρόπο, τα άτομα με αγοραφοβία φοβούνται επίσης και τις δικές τους σωματικές αισθήσεις, οπότε αποφεύγουν και καταστάσεις που θα προκαλέσουν διέγερση όπως την άσκηση, την κατανάλωση καφεΐνης, ακόμη και τη σεξουαλική δραστηριότητα (Hooleyetal., 2020).

1.4.4 Διαταραχή γενικευμένου άγχους

Όλοι βιώνουμε ανησυχία – μια κατάσταση άγχους και αβεβαιότητας για κάτι στο μέλλον. Μάλιστα, αυτό αποτελεί μια προσαρμοστική συναισθηματική κατάσταση που μας βοηθά να σχεδιάσουμε και να προετοιμαστούμε για πιθανές απειλές. Για κάποιους ανθρώπους, όμως, η ανησυχία για πολλές διαφορετικές πλευρές της ζωής (συμπεριλαμβανομένων και ασήμαντων συμβάντων) γίνεται χρόνια, υπερβολική και παράλογη. Σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να διαγνωστεί διαταραχή γενικευμένου άγχους (generalized anxiety disorder), όπου το άτομο εκδηλώνει μία ανησυχία περισσότερες ημέρες από όσες δεν εκδηλώνει, για τουλάχιστον έξι

μήνες και βιώνεται ως δύσκολα ελεγχόμενη. Η ανησυχία αυτή πρέπει να αφορά σε ένα πλήθος από διαφορετικά συμβάντα ή δραστηριότητες και το περιεχόμενο της δεν πρέπει να σχετίζεται αποκλειστικά με την ανησυχία που εκδηλώνεται στο πλαίσιο κάποιας άλλης συνυπάρχουσας διαταραχής, όπως την πιθανότητα να έχει το άτομο κρίση πανικού (Hooleyetal., 2020).

Οι άνθρωποι που πάσχουν από διαταραχή γενικευμένου άγχους ζουν σε μία σχετικά διαρκή και προσανατολισμένη στο μέλλον κατάσταση άγχους, χρόνιας έντασης, ανησυχίας και διάχυτης ταραχής, την οποία δεν μπορούν να ελέγξουν. Παρουσιάζουν, επίσης, αξιοσημείωτη εγρήγορση για πιθανές ενδείξεις απειλής στο περιβάλλον και, συχνά, επιδίδονται σε μη εμφανείς δραστηριότητες αποφυγής, όπως αναβλητικότητα, εξακρίβωση ή συχνά τηλεφωνήματα σε ένα αγαπημένο πρόσωπο, για να διαπιστώσουν εάν αυτό είναι ασφαλές. Αυτές οι συνεχείς ανησυχίες κάνουν το άτομο να είναι διαρκώς ταραγμένο και αποθαρρυσμένο, ιδιαίτερα σε τομείς που αφορούν την οικογένεια, την εργασία, την οικονομική κατάσταση και την προσωπική ασθένεια (Hooleyetal., 2020).

1.4.5 Ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή

Ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτες και επίμονες παρορμήσεις ή σκέψεις (ψυχαναγκασμοί) και από την ανάγκη επανάληψης συγκεκριμένων πράξεων (καταναγκασμοί). Φυσικά, οι περισσότεροι από εμάς έχουμε ανεπιθύμητες σκέψεις, όπως για παράδειγμα κάποιο τραγούδι που «κολλάει» στο μυαλό μας. Ωστόσο, για να δοθεί η διάγνωση της διαταραχής αυτής, θα πρέπει οι ψυχαναγκασμοί και οι καταναγκασμοί να προκαλούν σημαντική δυσφορία είτε να επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου (Kringetal., 2010; Schachteretal, 2012).

Οι ψυχαναγκασμοί είναι παρειασθητικές και επαναλαμβανόμενες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες, οι οποίες εμφανίζονται χωρίς το άτομο να το θέλει, είναι ανεξέλεγκτες και συνήθως φαίνονται παράλογες στο άτομο που τις βιώνει. Οι πιο συχνοί ψυχαναγκασμοί σχετίζονται με το φόβο της μόλυνσης, με σεξουαλικές ή επιθετικές παρορμήσεις και με σωματικά προβλήματα (Kringetal., 2010).

Οι καταναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες, υπερβολικές συμπεριφορές ή νοητικές πράξεις, τις οποίες το άτομο αισθάνεται αναγκασμένο να εκτελέσει, προκειμένου να μειώσει το άγχος που του προκαλούν οι ψυχαναγκαστικές σκέψεις ή για να προλάβει την εμφάνιση

κάποιας καταστροφής. Οι πιο συχνοί καταναγκασμοί αφορούν στην καθαριότητα και την τάξη, ή στις επαναλαμβανόμενες πράξεις μέσα από τις οποίες το άτομο νιώθει σιγουριά και ασφάλεια (π.χ. μπορεί να επιστρέψει στο σπίτι εφτά και παραπάνω φορές στη σειρά, για να ελέγξει ότι έκλεισε τα φώτα ή τις βρύσες, ότι κλείδωσε τις πόρτες και τα παράθυρα) (Kringetal., 2010).

1.4.6 Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες

Η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες αποτελεί μία ακραία αντίδραση σε ένα σοβαρό στρεσογόνο παράγοντα, η οποία χαρακτηρίζεται από αυξημένο άγχος, αποφυγή των ερεθισμάτων που συνδέονται με την τραυματική εμπειρία και ένα γενικό «μούδιασμα» των συναισθηματικών αντιδράσεων(Kringetal., 2010).

Ορίζεται από ένα σύνολο συμπτωμάτων αλλά, σε αντίθεση με άλλες διαταραχές, ένα από τα κριτήρια για τη διάγνωση είναι η έκθεση σε ένα συγκεκριμένο τύπο συνθήκης, δηλαδή ένα τραυματικό γεγονός. Το άτομο πρέπει να έχει βιώσει ή να έχει υπάρξει μάρτυρας ενός γεγονότος το οποίο περιλαμβάνει το θάνατο ή την απειλή θανάτου, το σοβαρό τραυματισμό ή την απειλή για τη σωματική ακεραιότητα του ίδιου ή κάποιου άλλου. Το τραυματικό γεγονός πρέπει να έχει προκαλέσει έντονο φόβο, φρίκη ή την αίσθηση αβοηθησίας(Kringetal., 2010).

Τα συμπτώματα της εν λόγω διαταραχής μπορούν να χωριστούν σε 3 βασικές κατηγορίες:

1. Επαναβίωση του τραυματικού γεγονότος (το άτομο ανακαλεί το γεγονός ή έχει εφιάλτες σχετικά με αυτό).
2. Αποφυγή ερεθισμάτων που σχετίζονται με το γεγονός ή ένα γενικό «μούδιασμα» των αντιδράσεων του ατόμου.
3. Συμπτώματα αυξημένης διέγερσης (αφορά σε δυσκολίες στην έλευση και διατήρηση ύπνου, υπερεπαγρύπνηση και υπερβολική αντίδραση ξαφνιάσματος) (Kringetal., 2010).

1.5 Διάγνωση

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, μεγάλο ποσοστό των ατόμων που καταφεύγουν και ζητούν βοήθεια από τους γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης πάσχουν από συναισθηματικού τύπου διαταραχές (άγχος ή/και κατάθλιψη). Μία από τις πιο συχνές κατηγορίες ψυχικών διαταραχών είναι οι αγχώδεις διαταραχές (Αλεβίζος, 2008).

Αν και τα κριτήρια που έχουν θεσπιστεί ως διαγνωστική προϋπόθεση για κάθε αγχώδη διαταραχή αποτελούν σημαντική πρόοδο για την κατά το δυνατόν αντικειμενική τους διάγνωση, σύμφωνα με τα ταξινομικά συστήματα που χρησιμοποιούνται σήμερα στην Ψυχιατρική, το ICD-11, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, και το DSM-5, της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας, εν τούτοις οι αγχώδεις διαταραχές αντιπροσωπεύουν μια ομάδα διαταραχών με σημαντική ετερογένεια (Αλεβίζος, 2008).

Γίνεται έτσι άμεσα κατανοητό γιατί η έγκαιρη και ορθή διάγνωση τους έχει ιδιαίτερη σημασία, παρά το γεγονός ότι ένα πλήθος από προβλήματα, που αφορούν τόσο στο γιατρό όσο και στο ίδιο το άτομο, δυσχεραίνουν την τελική διάγνωση. Αρκετά συχνά, τα άτομα που υποφέρουν από άγχος εκδηλώνουν ασαφή, μεταβαλλόμενα και πολλές φορές συγκεκριμένα συμπτώματα, τα οποία εσφαλμένα συνδέονται είτε με σωματικά νοσήματα είτε με άλλες ψυχικές διαταραχές (Αλεβίζος, 2008).

Έτσι, η καθιέρωση συγκεκριμένων διαγνωστικών κριτηρίων και η ανάπτυξη κλιμάκων για την όσο το δυνατόν πιο αντικειμενική εκτίμηση του άγχους, διευκολύνουν τις προσπάθειες των γιατρών να τοποθετούν τα συμπτώματα της κάθε αγχώδους διαταραχής σε σαφή διαγνωστικά όρια (Αλεβίζος, 2008).

Σε μία προσπάθεια, λοιπόν, να διαγνωστούν πιο εύκολα τα συμπτώματα του άγχους, αυτά διαχωρίστηκαν σε ψυχολογικά και σωματικά.

Τα ψυχολογικά συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- Αίσθημα φόβου
- Υπερεργήγορη
- Δυσκολία συγκέντρωσης
- Ελαττωμένη libido
- Αϋπνία
- Αγωνία

- Στομαχικές διαταραχές
- Κόμπο στο λαιμό (Sadock&Sadock, 2007)

Τα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- Τρόμο
- Αίσθημα αστάθειας
- Δύσπνοια
- Κόπωση
- Εξάψεις και ωχρότητα
- Πόνο στην πλάτη
- Πονοκέφαλο
- Ταχυκαρδία
- Εφίδρωση
- Κρύα άκρα
- Ξηροστομία
- Συχνουρία
- Παραισθήσεις
- Δυσκολία κατάποσης (Sadock&Sadock, 2007)

Η αναζήτηση και η διαπίστωση όσο το δυνατόν περισσότερων συμπτωμάτων, χωρίς να υπάρχει οργανικό υπόβαθρο, καθιστούν πιθανή τη διάγνωση κάποιας μορφής αγχώδους διαταραχής. Αν τα υπάρχοντα συμπτώματα αφήνουν διαγνωστικές ασάφειες, επιβάλλεται ένας λεπτομερής έλεγχος για τον αποκλεισμό οργανικής σωματικής νόσου, τα συμπτώματα της οποίας ταυτίζονται με εκείνα της αγχώδους διαταραχής (Αλεβίζος, 2008).

1.6 Θεραπευτική διαχείριση – Αντιμετώπιση άγχους

Η θεραπευτική αντιμετώπιση εξατομικεύεται ανάλογα με την ηλικία του ατόμου, τη βαρύτητα της συμπτωματολογίας και την υπάρχουσα οικογενειακή κατάσταση. Συνήθως περιλαμβάνει ατομική ψυχοθεραπεία σε συνδυασμό με συμβουλευτική. Πολλές φορές το άτομο δεν γνωρίζει ή δεν είναι σε θέση να διαχειριστεί το άγχος του, δημιουργώντας έτσι ένα φαύλο κύκλο που επιτείνει το άγχος (Αλεβίζος, 2008).

Η συμβουλευτική έχει σκοπό να δείξει στο ίδιο το άτομο και τους οικείους του τη σημασία της σταθερής, υποστηρικτικής παρουσίας τους και την ανάγκη προετοιμασίας τους για την αντιμετώπιση πιθανών αλλαγών. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθούν γνωσιακοί ή συμπεριφορικοί τρόποι αντιμετώπισης, μέσα από τους οποίους γίνεται κατανοητό ότι οι διάφορες φοβίες δεν μπορούν να επαληθευτούν (Αλεβίζος, 2008).

Η ψυχοδυναμική ατομική ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι βραχεία και εστιασμένη στις αιτίες τους άγχους. Βασίζεται σε μια προσεκτική εκτίμηση της προσωπικότητας του ατόμου και των ψυχολογικών μηχανισμών που ενέχονται στην εμφάνιση του άγχους και στοχεύει στην επίλυση των ενδοψυχικών συγκρούσεων (Αλεβίζος, 2008).

Η φαρμακοθεραπεία μπορεί επίσης να συμβάλλει στην ελάττωση του άγχους. Παλαιότερα χρησιμοποιούσαν τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα οποία έχουν αντικατασταθεί από αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, βενζοδιαζεπίνες ή βουσπιρόνη. Βέβαια, αυτή η μορφή θεραπείας, με αγχολυτικά ή αντικαταθλιπτικά, χορηγείται σε περιπτώσεις όπου το έντονο άγχος ή καταθλιπτικά συμπτώματα κυριαρχούν στην κλινική εικόνα. Σε βαριές περιπτώσεις, τόσο ως προς τη χρονιότητα και την ένταση του συμπτωματολογίου όσο και ως προς την ψυχοπαθολογία, προτείνεται νοσηλεία σε ειδικευμένες ψυχιατρικές μονάδες (Αλεβίζος, 2008).

1.7 Θεωρητικές προσεγγίσεις άγχους

Οι κύριες σχολές που έχουν συμβάλει στην κατανόηση των αιτιών του άγχους είναι η ψυχαναλυτική, η συμπεριφορική, η υπαρξιακή και η θεωρία του Spielberger.

1.7.1 Ψυχαναλυτική Θεωρία

Ο Freud ήταν εκείνος που εισηγήθηκε πρώτος τον ρόλο που παίζει το άγχος στον σχηματισμό νευρωτικών και ψυχοσωματικών καταστάσεων και εντόπισε δύο μορφές αγχώγων καταστάσεων. Η μία κατάσταση αφορά στον υπερβολικό ερεθισμό των ενστίκτων, όπου πρότυπο είναι η εμπειρία της γέννησης. Σε τέτοιου είδους καταστάσεις, η υπερβολική ποσότητα πίεσης επί των ενστίκτων διεμβολίζει τους προστατευτικούς φραγμούς του Εγώ και δημιουργεί μία κατάσταση αβοήθητου και τραύματος (Kaplan, Sadock & Grebb, 2000).

Η δεύτερη κατάσταση, που είναι η και η πιο συχνή, αναφέρεται στο άγχος που δημιουργείται κατά την αναμονή κινδύνου. Αυτή η προειδοποίηση προς τον οργανισμό, γνωστή ως σηματοδοτικό άγχος λειτουργεί σε ένα ασυνείδητο επίπεδο και κινητοποιεί το Εγώ για την αποφυγή του κινδύνου. Οι πηγές του κινδύνου, είτε εσωτερικές είτε εξωτερικές, οδηγούν το Εγώ στην ενεργοποίηση ειδικών αμυντικών μηχανισμών για την προστασία ή τη μείωση της έντασης από τη διέγερση των ενορμήσεων (Kaplanetal, 2000).

1.7.2 Θεωρίες Συμπεριφοράς

Σύμφωνα με τις θεωρίες συμπεριφοράς, το άγχος είναι μία εξαρτημένη απάντηση σε ειδικά περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Μία άλλη αιτιολογική δυνατότητα ισχυρίζεται ότι τα άτομα μπορεί να μάθουν να έχουν μία εσωτερική αντίδραση άγχους, μιμούμενα τις αγχώδεις αντιδράσεις των γονιών τους. Και στις δύο περιπτώσεις, κατά τη θεραπεία του το άτομο εκτίθεται επαναλαμβανόμενα στα αγχογόνα ερεθίσματα σε συνδυασμό με γνωσιακού τύπου ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις (Kaplanetal, 2000).

Τα τελευταία χρόνια, οι υποστηρικτές των θεωριών συμπεριφοράς, έχοντας ως στόχο την κατανόηση και θεραπεία των διαταραχών του άγχους, έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους σε γνωστικές προσεγγίσεις. Η γνωσιακή θεώρηση των μη φοβικών αγχώδων καταστάσεων λέει ότι οι αντιπαραγωγικοί, λανθασμένοι ή παραμορφωμένοι τρόποι σκέψης συνοδεύουν ή προηγούνται των δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών και των συναισθηματικών διαταραχών (Kaplanetal, 2000).

Επομένως, η συμπεριφορική θεωρία προσεγγίζει την αιτία του άγχους ως κάτι που μαθαίνεται ή επικαλείται στη θύμηση μιας δυσάρεστης κατάστασης ή εμφανίζεται μέσω της διαδικασίας της μίμησης ενός προτύπου. Το άτομο, παρουσιάζεται ως ένα εύπλαστο, εύκολα καθοδηγούμενο και πλήρως εκπαιδεύσιμο ον (Feldman, 2010).

1.7.3 Υπαρξιακές Θεωρίες

Η υπαρξιακή θεωρία αποδίδει την αιτιότητα του άγχους στο γεγονός ότι το άτομο συνειδητοποιεί την ύπαρξή του ως ένα τετελεσμένο γεγονός (existential anxiety). Η κεντρική ιδέα της θεωρίας αυτής είναι ότι τα άτομα αποκτούν επίγνωση της μηδαμινότητας της ζωής τους, συναίσθημα που σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να θεωρηθεί πιο ενοχλητικό και από

την αποδοχή του αναπόφευκτου θανάτου. Το άγχος, λοιπόν, αποτελεί μία αντίδραση σε αυτό το κενό ύπαρξης και νοήματος (Karlsonetal,2000).

1.7.4 ΗΘεωρίατουSpielberger

ΟSpielbergerσεμία προσπάθεια να κατανοήσει καλύτερα το άγχος, το διαχώρισε σε δύο επιμέρους στοιχεία. Το πρώτο αναφέρεται ως παροδικό άγχος (state anxiety)και αφορά στην υπάρχουσα ή άμεση συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ανησυχία και ένταση. Το δεύτερο αναφέρεται ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας (trait anxiety), το οποίο αποτελεί χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του κάθε ατόμου.Και τα δύο, φυσικά, αναφέρονται στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται μία απειλή και πώς το σώμα ανταποκρίνεται σε αυτήν (Heeren, Bernstein, & McNully, 2018).

Τα άτομα που εμφανίζουν μία προδιάθεση άγχους λόγω χαρακτηριστικού προσωπικότητας, τείνουν να δρουν και να αντιδρούν προκατειλημμένα απέναντι σε ερεθίσματα (στρεσογόνα ή μη), αισθανόμενα διαρκώς απειλή. Η ερμηνεία του άγχους εστιάζεται στο ερέθισμα, τη διάρκεια,την ένταση, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο το άτομο το εξωτερικεύει (Heeren etal,2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

2.1 Ορισμός

Όλοι αισθάνονται λυπημένοι ή χωρίς διάθεση μερικές φορές, αλλά αυτά τα συναισθήματα συνήθως περνούν μέσα σε λίγο χρόνο. Η κατάθλιψη (που ονομάζεται επίσης μείζων καταθλιπτική διαταραχή ή κλινική κατάθλιψη) είναι διαφορετική. Μπορεί να προκαλέσει σοβαρά συμπτώματα που επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αισθάνεται, σκέφτεται και χειρίζεται καθημερινές δραστηριότητες, όπως ο ύπνος, το φαγητό ή η εργασία. Είναι μια ασθένεια που μπορεί να επηρεάσει οποιονδήποτε - ανεξαρτήτως ηλικίας, φυλής, εισοδήματος, πολιτισμού ή εκπαίδευσης(NIH, 2022).

Παρά το γεγονός ότι η κατάθλιψη είναι σχετικά συχνό φαινόμενο, ο ορισμός της δεν είναι εύκολος. Ωστόσο, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μία κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών. Ακόμα, τελευταίες έρευνες δείχνουν ότι γενετικοί, βιολογικοί, περιβαλλοντικοί και ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην κατάθλιψη (NIH, 2022).

Φυσικά, η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί και μαζί με άλλες ψυχικές διαταραχές και ασθένειες, όπως ο διαβήτης, ο καρκίνος, η καρδιοπάθεια και ο χρόνιος πόνος, επιδεινώνοντας μάλιστα αυτές τις καταστάσεις ή/και το αντίστροφο. Μερικές φορές τα φάρμακα που λαμβάνονται για αυτές τις ασθένειες προκαλούν παρενέργειες που συμβάλλουν στα συμπτώματα της κατάθλιψης(NIH, 2022).

2.2 Κατηγορίες καταθλιπτικών διαταραχών

Οι διαταραχές της διάθεσης χαρακτηρίζονται από διαταραχές στο συναίσθημα, οι οποίες καθιστούν το άτομο ανίκανο να λειτουργήσει. Οι διαταραχές αυτές κυμαίνονται από την ακραία θλίψη και την αποδέσμευση από τη ζωή που χαρακτηρίζουν την κατάθλιψη, μέχρι την ευφορία και την ευερεθιστότητα της μανίας (Kringetal, 2010).

Θλίψη, αποθάρρυνση, απαισιοδοξία και απελπισία για το εάν θα βελτιωθούν τα πράγματα είναι αισθήματα οικεία στους περισσότερους ανθρώπους. Τα αισθήματα, ωστόσο, της κατάθλιψης έχουν μία ένταση και μία διάρκεια που οδηγούν το άτομο σε μία απελπιστική,

αμετάβλητη παράλυση. Κύριες κατηγορίες της κατάθλιψης είναι η Μείζων Καταθλιπτική διαταραχή και η Εμμένουσα Καταθλιπτική Διαταραχή (Δυσθυμική διαταραχή) (Hooleyetal,2020).

Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή: τα διαγνωστικά κριτήρια για τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή [majordepressivedisorder], απαιτούν ένα άτομο να βρίσκεται σε μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και να μην είχε ποτέ ένα μανιακό, υπομανιακό ή μεικτό επεισόδιο. Ένα άτομο με ΜΚΤ μπορεί να βιώσει απώλεια ενέργειας, υπερβολικά πολύ ή υπερβολικά λίγο ύπνο, μειωμένη όρεξη και απώλεια βάρους, αύξηση ή επιβράδυνση στη νοητική και σωματική δραστηριότητα, δυσκολία συγκέντρωσης, παράλογη ενοχή και επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονικό ιδεασμό (Hooleyetal,2020).

Όταν γίνει η διάγνωση της ΜΚΔ, προσδιορίζεται συνήθως και το κατά πόσον πρόκειται για την πρώτη φορά και επομένως για το μοναδικό (πρώτο) επεισόδιο ή για επανεμφανιζόμενο επεισόδιο (του οποίου έχουν προηγηθεί ένα ή περισσότερα άλλα επεισόδια). Τα καταθλιπτικά επεισόδια συνήθως διαρκούν έξι έως εννέα μήνες, εάν δεν χορηγηθεί αγωγή. Σε περίπου 10% με 20% των ανθρώπων τα συμπτώματα δεν υποχωρούν για πάνω από μία διετία, περίπτωση στην οποία διαγιγνώσκεται εμμένουσα καταθλιπτική διαταραχή [persistentdepressivedisorder]. Η χρόνια μείζουσα κατάθλιψη έχει σχετιστεί με σοβαρά οικογενειακά προβλήματα κατά την παιδική ηλικία και με αγχώδη προσωπικότητα επίσης κατά την παιδική ηλικία (Hooleyetal,2020).

Εμμένουσα Καταθλιπτική Διαταραχή (δυσθυμική διαταραχή):η εμμένουσα καταθλιπτική διαταραχή [persistentdepressivedisorder] είναι μία διαταραχή που χαρακτηρίζεται από επίμονα καταθλιπτική διάθεση για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες, για τουλάχιστον δύο έτη (ένα έτος για παιδιά και εφήβους). Περίοδοι φυσιολογικής διάθεσης μπορεί να προκύπτουν για μικρά διαστήματα, συνήθως όμως διαρκούν λίγες μόνο ημέρες έως μερικές εβδομάδες (και για ένα μέγιστο διάστημα δύο μηνών). Αυτή η διαλείπουσα φυσιολογική διάθεση είναι ένα από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά που διακρίνουν την εμμένουσα από τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Παρά τη διαλείπουσα φυσιολογική διάθεση ωστόσο, οι άνθρωποι με εμμένουσα καταθλιπτική διαταραχή παρουσιάζουν λόγω της χρόνιας πορείας της, χειρότερες εκβάσεις και εξίσου σοβαρή έκπτωση στη λειτουργικότητα όσο και οι άνθρωποι με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Hooleyetal,2020).

Παρότι η εμμένουσα καταθλιπτική διαταραχή είναι διακριτή από τη μείζονα, οι δύο διαταραχές κάποιες φορές μπορεί να συνυπάρχουν στο ίδιο άτομο, μία πάθηση που αποκαλείται διπλή κατάθλιψη. Τα άτομα με διπλή κατάθλιψη είναι μετρίως καταθλιμμένα σε χρόνια βάση και καλύπτουν τα κριτήρια συμπτωμάτων για την εμμένουσα καταθλιπτική διαταραχή, αλλά βιώνουν αυξημένα προβλήματα κατά διαστήματα, κατά την διάρκεια των οποίων πληρούν τα κριτήρια και για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.

2.3 Αίτια κατάθλιψης

Εξετάζοντας την ανάπτυξη των μονοπολικών διαταραχών της διάθεσης οι ερευνητές έχουν εστιάσει το ενδιαφέρον τους στους πιθανούς ρόλους βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων. Παρότι συνήθως κάθε σύνολο παραγόντων μελετάται ξεχωριστά, τελικά ο στόχος θα πρέπει να συνίσταται στην κατανόηση του τρόπου αλληλοσυσχέτισης των εν λόγω διαφορετικών ειδών αιτιωδών παραγόντων, προκειμένου να αναπτύξουμε ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο (Hooleyetal,2020).

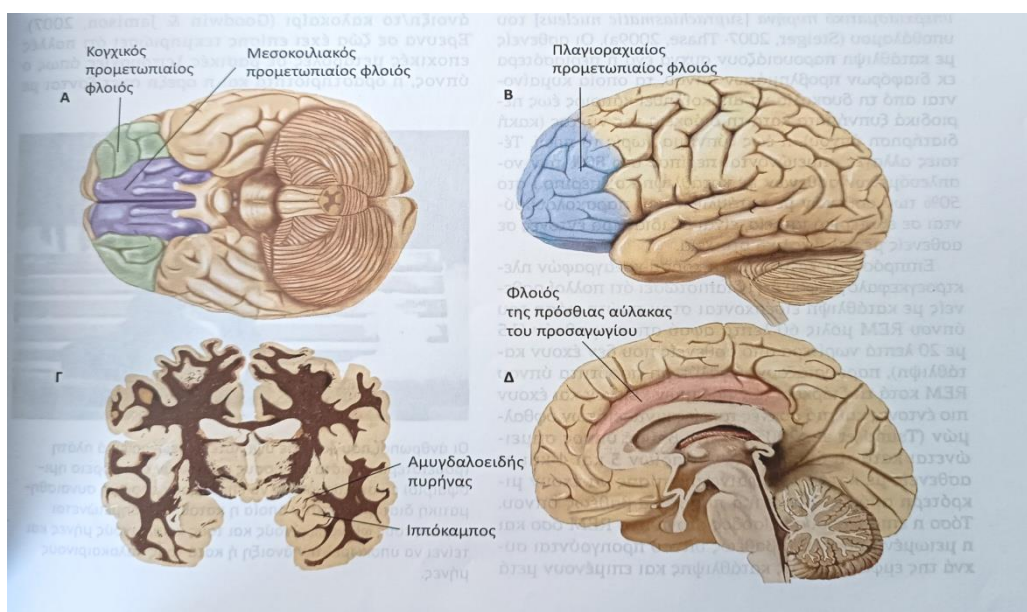
Βιολογικοί αιτιώδεις παράγοντες: οι ερευνητές, τον τελευταίο μισό αιώνα, έχουν επιχειρήσει να διαπιστώσουν ενδεχόμενη βιολογική βάση για τις μονοπολικές διαταραχές, εξετάζοντας ένα μεγάλο φάσμα παραγόντων. Αρχικά, οικογενειακές μελέτες έχουν δείξει ότι ο επιπολασμός των διαταραχών της διάθεσης είναι περίπου δύο με τρεις φορές υψηλότερος μεταξύ των συγγενών εξ αίματος των ασθενών με κλινικά διαγνωσμένη μονοπολική κατάθλιψη απ' ό τι στον γενικό πληθυσμό. Συνεξεταζόμενα τα αποτελέσματα από τις οικογενειακές μελέτες και τις μελέτες διδύμων υποστηρίζουν έντονα μια μέτρια γενετική συνεισφορά στα αιτιώδη μοτίβα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, παρότι όχι όσο μεγάλη όσο για τη διπολική διαταραχή. Δυστυχώς οι ενδείξεις για γενετική συνεισφορά στην εμμένουσα καταθλιπτική διαταραχή είναι λιγοστές, διότι η έρευνα που έχει γίνει στο θέμα είναι περιορισμένη (Hooleyetal,2020).

Ακόμα, παρά τις προσπάθειες που έχουν γίνει για τον εντοπισμό συγκεκριμένων γονιδίων, τα οποία ενδέχεται να είναι υπεύθυνα για αυτές τις γενετικές επιρροές, δεν έχουν υπάρξει ακόμα επιτυχίες, αν και υπάρχουν ορισμένες υποσχόμενες ενδείξεις (Hooleyetal,2020).

Πέρα από τις γενετικές επιρροές, από τη δεκαετία του 1960 η άποψη ότι η κατάθλιψη ενδέχεται να προκύπτει από διαταραχή στην εύθραυστη ισορροπία των νευροδιαβιβαστών

ουσιών που ρυθμίζουν και διαμεσολαβούν στη δραστηριότητα των νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου έχει προσελκύσει μεγάλη προσοχή. Πλήθος αποδείξεων υποδεικνύουν ότι διάφορες βιολογικές θεραπείες, οι οποίες χρησιμοποιούνται συχνά για την αντιμετώπιση σοβαρών διαταραχών της διάθεσης –όπως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα-, επηρεάζουν τις συγκεντρώσεις ή τη δραστηριότητα των νευροδιαβιβαστών στη σύνοψη. Τέτοια πρώιμα ευρήματα ενθάρρυναν την ανάπτυξη νευροχημικών θεωριών για την αιτιολογία της μείζονος κατάθλιψης (Hooleyetal,2020).

Ακόμα, έρευνα στον τομέα της νευροφυσιολογίας έδειξε κάποιες ανωμαλίες σε συστήματα ορμονικής ρύθμισης και ανοσίας , καθώς και επιρροές που άπτονται της νευροφυσιολογίας και της νευροανατομίας. Σύμφωνα με τα ευρήματα αυτά, τυχόν βλάβη στον αριστερό, αλλά όχι στον δεξιό πρόσθιο προμετωπιαίο φλοιό οδηγεί συχνά σε κατάθλιψη (Davidson, Pizzagalli, Nitschke&Putnam, 2002). Αυτό οδήγησε, ακόμα, στην ιδέα ότι η κατάθλιψη σε ανθρώπους χωρίς εγκεφαλική βλάβη μπορεί να συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα δραστηριότητας στην ίδια περιοχή. Μελέτες που μετρούν την ηλεκτροεγκεφαλική δραστηριότητα και στα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια σε άτομα με κατάθλιψη αποκαλύπτουν μία ασυμμετρία ή ανισορροπία στην ηλεκτροεγκεφαλική δραστηριότητα των δύο πλευρών των προμετωπιαίων περιοχών του εγκεφάλου. Τα άτομα με κατάθλιψη παρουσιάζουν χαμηλότερη δραστηριότητα σ αυτές τις περιοχές του αριστερού ημισφαιρίου και υψηλότερη δραστηριότητα στο δεξιό ημισφαίριο (Davidsonetal, 2002). Ανωμαλίες έχουν επίσης εντοπιστεί σε διάφορες άλλες περιοχές του εγκεφάλου συμπεριλαμβανομένου του κογχικού προμετωπιαίου φλοιού, του μεσοκοιλιακού προμετωπιαίου φλοιού, του πλαγιοραχιαίου προμετωπιαίου φλοιού, του φλοιού της πρόσθιας αύλακας του προσαγωγίου, του ιππόκαμπου και του αμυγδαλοειδούς πυρήνα (Koolschijn, vanHaren, Lensvelt-Mulders, HulshoffPol&Kahn, 2009).



Ψυχολογικοί αιτιώδεις παράγοντες: οι ενδείξεις για σημαντικούς ψυχολογικούς αιτιώδεις παράγοντες στις περισσότερες μονοπολικές διαταραχές της διάθεσης είναι τουλάχιστον εξίσου ισχυρές όσο και οι ενδείξεις για βιολογικούς παράγοντες. Ωστόσο είναι πιθανό οι επιδράσεις ορισμένων από τους ψυχολογικούς παράγοντες, όπως στρεσογόνα συμβάντα ζωής, να διατρέχονται από μια ταχεία αλληλουχία υποκείμενων βιολογικών αλλαγών, τις οποίες δρομολογούν. Ένας τρόπος δράσης των στρεσογόνων παραγόντων είναι ενδεχομένως μέσω των επιδράσεών τους στις βιοχημικές και ορμονικές ισορροπίες και στους βιολογικούς ρυθμούς (Monroe, 2008).

Περιβαλλοντικοί στρεσογόνοι παράγοντες εμπλέκονται στην εμφάνιση πλήθους διαταραχών, οι οποίες κυμαίνονται από ορισμένες διαταραχές άγχους έως τη σχιζοφρένεια. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι έντονα στρεσογόνα γεγονότα όπως λειτουργούν συχνά ως επισπεύδοντες παράγοντες για τη μονοπολική κατάλιψη. Τα περισσότερα από τα συμβάντα αυτά αφορούν την απώλεια αγαπημένου προσώπου, σοβαρές απειλές στο πλαίσιο σημαντικών στενών σχέσεων ή στην εργασία του ατόμου ή σοβαρά οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας (Monroe, Slavich&Georgiades, 2009).

Πέρα των συμβάντων αυτών, υπάρχει ένα πλήθος άλλων ψυχολογικών και κοινωνικών μεταβλητών που μπορεί να καθιστούν κάποιους ανθρώπους πιο ευάλωτους στο να αναπτύξουν κατάλιψη. Οι ερευνητές έχουν καταλήξει ότι ο νευρωτισμός είναι η πρωτεύουσα μεταβλητή προσωπικότητας που λειτουργεί ως παράγοντας ευαλωτότητας για την κατάλιψη (και για τις διαταραχές άγχους) (Hooleyetal,2020). Ο νευρωτισμός (ή αρνητική συναισθηματικότητα)αναφέρεται σε ένα σταθερό και κληρονομήσιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που αφορά μία ιδιοσυγκρασιακή ευαισθησία σε αρνητικά ερεθίσματα. Έτσι οι άνθρωποι που έχουν υψηλά επίπεδα αυτού του χαρακτηριστικού είναι επιρρεπείς στο να βιώνουν ένα μεγάλο φάσμα από αρνητικές διαθέσεις, συμπεριλαμβανομένης όχι μόνο της θλίψης, αλλά επίσης του άγχους, της ενοχής και της εχθρότητας (Uliaszek, Zinbarg, Mineka, Craske, Griffith, Sutton, Epstein&Hammen, 2012).

Τέλος, ένα πλήθος αντιξοοτήτων στο πρώιμο περιβάλλον (π.χ. οικογενειακή αναστάτωση, γονεϊκή ψυχοπαθολογία, σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση και άλλες μορφές παρεμβατικής, αυστηρής και εξαναγκαστικής ανατροφής) μπορούν να δημιουργήσουν είτε μια μακροπρόθεσμη είτε μια βραχυπρόθεσμη ευαλωτότητα στην κατάλιψη (Slavich, Monroe&Gotlib, 2011).

2.4 Συμπτώματα

Μείζονα καταθλιπτική διαταραχή: Πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα είναι παρόντα για μία συνεχή περίοδο δύο εβδομάδων και αποτελούν έκφραση μετάπτωσης ως προς την πρότερη λειτουργικότητα. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι είτε καταθλιπτική διάθεση είτε απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης.

- Καταθλιπτική διάθεση για το μεγαλύτερο μέρος της μέρας, σχεδόν κάθε μέρα όπως υποδεικνύει είτε υποκειμενική αναφορά ή παρατήρηση άλλων.
- Έντονα μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα.
- Σημαντική απώλεια βάρους (όταν δεν βρίσκεται σε δίαιτα) ή αύξηση του βάρους (π.χ. μια αλλαγή μεγαλύτερη του 5% του βάρους του σώματος σε έναν μήνα), ή μείωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν καθημερινά.
- Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν καθημερινά.
- Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε ημέρα (παρατηρήσιμη από όλους. Όχι απλώς υποκειμενικά αισθήματα νευρικότητας ή επιβράδυνσης).
- Κόπωση ή απώλεια ενέργειας σχεδόν κάθε μέρα.
- Αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ή ανάρμοστης ενοχής σχεδόν κάθε ημέρα.
- Μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα σχεδόν καθημερινά (είτε βάσει υποκειμενικών περιγραφών ή βάσει της παρατήρησης άλλων).
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις περί θανάτου (όχι απλώς φόβος θανάτου), επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο για αυτοκτονία (Gotli&Hammen, 1992; Hooleyetal, 2020; Κλεφταράς, 1998).

Εμμένουσα καταθλιπτική διαταραχή: καταθλιπτική διάθεση για το μεγαλύτερο μέρος της μέρας, τις περισσότερες ημέρες, όπως φαίνεται είτε από την υποκειμενική εκτίμηση, είτε με την παρατήρηση των άλλων, για τουλάχιστον δύο χρόνια.

Παρουσία ενόσω υπάρχει κατάθλιψη δυο ή περισσότερων από τα ακόλουθα:

- Μειωμένη όρεξη ή υπερβολική κατανάλωση φαγητού
- Αϋπνία ή υπερυπνία

- Χαμηλή ενεργητικότητα ή κόπωση
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Φτωχή συγκέντρωση ή δυσκολία στη λήψη αποφάσεων
- Αισθήματα απελπισίας

Κατά τη διάρκεια της διετούς περιόδου της διαταραχής, το άτομο δεν έχει υπάρξει ποτέ ελεύθερο των συμπτωμάτων των κριτηρίων αυτών για διάστημα μεγαλύτερο των δύο μηνών (Hooleyetal, 2020).

2.5 Διάγνωση

Αν και η κατάθλιψη θεωρείται ως μία ιάσιμη νόσος, η διάγνωσή της αποτελεί μία περίπλοκη διαδικασία καθώς δεν υπάρχει κάποια ειδική εξέταση που να αφορά αποκλειστικά στην εν λόγω διαταραχή, με αποτέλεσμα να επιδρά σε μεγάλο βαθμό στην ψυχοκοινωνική διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης. Όταν, μάλιστα, συνυπάρχει με άλλο νόσημα αυξάνει τον κίνδυνο νοσηρότητας και αποτελεί δυσμενή προγνωστικό παράγοντα για την πορεία και την έκβαση της νόσου (Smith, Renshaw&Bilello, 2013).

Δυστυχώς , στην ιατρική πρακτική, μόνο το ¼ των περιπτώσεων διαγιγνώσκεται με κατάθλιψη και παραπέμπεται στον ψυχίατρο, ενώ οι υπόλοιπες περιπτώσεις παραμένουν αδιάγνωστες για διάφορους λόγους. Σε πολλές περιπτώσεις, η κατάθλιψη μπορεί να μην παρουσιάζεται με καταθλιπτικό συναίσθημα αλλά με μία άτυπη συμπτωματολογία στην οποία κυριαρχούν σωματικά συμπτώματα, με αποτέλεσμα τα άτομα να απευθύνονται σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, και όχι σε ψυχιάτρους. Έτσι, δεδομένου ότι οι ιατροί αυτοί δεν έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις, δεν έχουν την δυνατότητα να αντιληφτούν την συμπτωματολογία της νόσου, με αποτέλεσμα αυτή να μένει αδιάγνωστη (Christensen, Sokolowski&Olesen, 2011).

Όταν η κατάθλιψη συνυπάρχει με άλλο νόσημα, οι επαγγελματίες υγείας επικεντρώνουν την προσοχή τους κυρίως στην αντιμετώπιση της νόσου θεωρώντας την καταθλιπτική συμπτωματολογία ως φυσικό επακόλουθο. Η διάγνωση της κατάθλιψης, ωστόσο, είναι μία ιατρική διαδικασία η οποία στηρίζεται στα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής, τη δομική συγκρότησή της και την ποιοτική διαφορά σε σχέση με τη δυσλειτουργικότητα του ατόμου σε σχέση με προηγούμενα διαστήματα (Christensen, Sokolowski&Olesen, 2011).

Είναι σημαντικό να προσδιοριστεί ο βαθμός και η βαρύτητα της κατάθλιψης που βιώνει το άτομο προκειμένου να προσδιοριστεί το είδος της προτεινόμενης θεραπείας, όπως για παράδειγμα χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, ψυχοθεραπεία και συμμόρφωση του ασθενή στις θεραπευτικές οδηγίες. Ο κλινικός γιατρός θα πρέπει να εστιάζει την προσοχή του στα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής. Προκειμένου να γίνει σωστή διάγνωση της κατάθλιψης, ο γιατρός, εκτός από το ίδιο το άτομο, θα πρέπει να λαμβάνει πληροφορίες από την οικογένεια και τον στενό κύκλο του ατόμου, προκειμένου να διαμορφώσει και το ιατρικό ιστορικό του (Smith, Renshaw&Bilello, 2013).

2.6 Θεραπευτική διαχείριση

Η θεραπεία της κατάθλιψης συνήθως περιλαμβάνει δύο στάδια. Τη θεραπεία του οξέως σταδίου και τη συντήρηση του αποτελέσματος. Σκοπός του πρώτου σταδίου είναι να αντιμετωπισθούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης έτσι ώστε ο ασθενής να καταφέρει να νιώσει καλύτερα και να είναι ικανός να γυρίσει στις συνηθισμένες του δραστηριότητες. Συνήθως, στο στάδιο αυτό χρησιμοποιείται κάποια φαρμακευτική αγωγή διάρκειας ενός μήνα, η οποία, σύμφωνα με έρευνες, όταν διακόπτεται από τους ασθενείς νωρίτερα από τον προβλεπόμενο χρόνο, παρουσιάζεται μεγαλύτερος κίνδυνος υποτροπής στους αμέσως επόμενους μήνες. Αντίθετα, όσοι συνεχίζουν τη θεραπεία και στο δεύτερο στάδιο θεωρείται ότι θεραπεύονται από το επεισόδιο κατάθλιψης. Η συνέχιση αυτής της θεραπείας διαρκεί από 3 έως 6 μήνες. Μερικοί ασθενείς που εμφανίζουν συχνά επεισόδια κατάθλιψης συνεχίζουν την χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής για όσο διάστημα θεωρηθεί απαραίτητο (Χριστοδούλου,2012).

Η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή, η ψυχοθεραπεία, και ο συνδυασμών αυτών αλλά και άλλων μορφών θεραπείας αποτελούν τις βασικότερες μορφές θεραπείας της κατάθλιψης.

Η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής θεωρείται η επικρατέστερη θεραπευτική πρακτική, καθώς μέσα από αυτή, και σε διάστημα λίγων εβδομάδων (περίπου 3-6 εβδομάδες), ο καταθλιπτικός ασθενής μπορεί να επανέλθει στην προνοσηρή του κατάσταση, τόσο όσον αφορά την υποχώρηση των συμπτωμάτων όσο και την αποκατάσταση της ψυχικής, κοινωνικής και επαγγελματικής του λειτουργικότητας (Λυκούρας, Σολδάτος & Ζέρβας, 2009).

Η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής αποτελείται από τρεις κατηγορίες φαρμάκων, τα αντικαταθλιπτικά, τις βενζοδιαζεπίνες και τα αντιψυχωσικά φάρμακα. Τα φάρμακα αυτά αφορούν σε επεισόδια μείζονος ή/και εμμένουσας καταθλιπτικής συμπεριφοράς, μέτριας έως μεγάλης έντασης, για τα οποία απαιτείται χορήγηση κατάλληλης δόσης του σκευάσματος για επαρκές χρονικό διάστημα. Βέβαια, τα αποτελέσματα της θεραπείας δεν εμφανίζονται πριν από τις 2-3 εβδομάδες, γεγονός το οποίο δεν μπορεί να αποτελέσει ένδειξη θεραπευτικής αποτυχίας. Για το λόγο αυτό, η εξασφάλιση της συνεργασίας του ασθενή και του περιβάλλοντός του, μέσω της λεπτομερούς ενημέρωσης, αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα βήματα σε αυτές τις περιπτώσεις (Λυκούρας κ.ά, 2009).

Σε περιπτώσεις μη επαρκούς ανταπόκρισης σε κάποιο φαρμακευτικό σχήμα, ενδείκνυται αλλαγή του αντικαταθλιπτικού και επιλογή άλλου με διαφορετικό μηχανισμό δράσης ή ενίσχυση με άλλες φαρμακευτικές ουσίες ή παράλληλη εφαρμογή άλλων φαρμακευτικών ή μη παρεμβάσεων (Λυκούρας κ.ά, 2009).

Μία άλλη βασική μορφή παρέμβασης αποτελεί η ψυχοθεραπεία, η οποία βοηθά στην εξερεύνηση, την εμπάθυνση και την ανακάλυψη των σκέψεων, των συναισθημάτων και των συμπεριφορών που προάγουν τη δημιουργία συναισθημάτων απογοήτευσης, ενοχής, μειονεκτικότητας, τα οποία συνήθως συνοδεύουν την κατάθλιψη. Ο ψυχοθεραπευτής βοηθάει τον πάσχοντα, μέσα από τη χρήση τεχνικών και στρατηγικών, να εντοπίσει το πρόβλημα και να προσπαθήσει να το αντιμετωπίσει (Pikhart, Bobak, Pajak, Malyutina, Kubinova, Topor, Sebakova, Nikitin & Marmot, 2004)

Γενικότερα, η παρακολούθηση της κλινικής πορείας του ασθενή είναι επιβεβλημένη για να μπορέσει να διασφαλιστεί ότι η κατάστασή του δεν θα αναζωπυρωθεί ή δεν θα υποτροπιάσει, ενώ η ψυχολογική του υποστήριξη βοηθάει στην επίτευξη της ύφεσης της συμπτωματολογίας, χωρίς να χρειάζεται τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής (Λυκούρας κ.ά, 2009).

2.7 Θεωρητικές προσεγγίσεις κατάθλιψης

Οι κύριες θεωρίες που έχουν συμβάλει στην κατανόηση της κατάθλιψης είναι η ψυχοδυναμική, η γνωσιακή και η θεωρία της μαθημένης αβοηθησίας.

2.7.1 Ψυχοδυναμική Θεωρία

Σύμφωνα με τον Freud υπάρχει σημαντική ομοιότητα μεταξύ των συμπτωμάτων της κλινικής κατάθλιψης και των συμπτωμάτων που παρατηρούνται σε ανθρώπους οι οποίοι πενθούν για την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου. Ακόμα, υπέθεσε ότι όταν πεθαίνει ένα αγαπημένο πρόσωπο ο πενθών παλινδρομεί στο στοματικό στάδιο της ανάπτυξης (όταν το βρέφος δεν μπορεί να διακρίνει τον εαυτό από τους άλλους) και ενδοβάλλει ή ενσωματώνει το χαμένο πρόσωπο, αισθανόμενος προς τον εαυτό όλα τα αισθήματα που αισθανόταν προς το χαμένο πρόσωπο. Αυτά τα αισθήματα θεωρείται ότι περιλαμβάνουν και θυμό και εχθρότητα, διότι ο Freud πίστευε ότι ασυνείδητα έχουμε και αρνητικά αισθήματα προς αυτούς που αγαπάμε, εν μέρει λόγω της εξουσίας τους επάνω μας (Hooleyetal, 2020).

Αυτό οδήγησε στην ψυχοδυναμική ιδέα ότι η κατάθλιψη είναι θυμός που στρέφεται προς τα μέσα. Ο Freud υπέθεσε ότι η κατάθλιψη μπορούσε επίσης να προκύψει ως απόκριση σε φαντασιακές ή συμβολικές απώλειες (Hooleyetal, 2020).

Μεταγενέστεροι ψυχοδυναμικοί θεωρητικοί πρότειναν ένα πλήθος ένα πλήθος παραλλαγών στις πρώιμες ψυχοδυναμικές θεωρίες του Freud (Levy&Wasserman, 2009). Η σημαντικότερη ίσως συνεισφορά των ψυχοδυναμικών προσεγγίσεων είναι η επισήμανση από πλευράς τους της σημασίας που έχει η απώλεια (τόσο η πραγματική όσο και η συμβολική ή φαντασιακή) για την εμφάνιση της κατάθλιψης και η επισήμανση των εντυπωσιακών ομοιοτήτων μεταξύ των συμπτωμάτων του πένθους και των συμπτωμάτων της κατάθλιψης (Hooleyetal, 2020).

2.7.2 Γνωσιακή Θεωρία

Μία από τις πλέον επιδραστικές θεωρίες για την κατάθλιψη είναι η θεωρία του Aaron Beck. Ενώ θεωρείτο ότι τα πλέον προεξάρχοντα συμπτώματα της κατάθλιψης ήταν τα συναισθηματικά συμπτώματα ή τα συμπτώματα διάθεσης, ο Beck προέβαλε την υπόθεση ότι συχνά προηγούνται τα γνωσιακά συμπτώματα της κατάθλιψης και ότι αυτά προκαλούν τα συναισθηματικά ή τα συμπτώματα διάθεσης και όχι το αντίστροφο (Hooleyetal, 2020).

Η θεωρία του Beck, μία θεωρία προδιάθεσης-στρες στην οποία κεντρική θέση κατέχουν τα αρνητικά γνωσιακά σχήματα, έχει γίνει πιο σύνθετη με την πάροδο των χρόνων, ενώ ταυτόχρονα διατηρεί τα πρωταρχικά της αξιώματα. Πρώτον, υπάρχουν υποκείμενες

δυσλειτουργικές πεποιθήσεις [dysfunctionalbeliefs], γνωστές ως καταθλιπτικογόνα γνωσιακά σχήματα [depressogenicschemas], που είναι δύσκαμπτες, ακραίες και αντιπαραγωγικές. Αυτές οι πεποιθήσεις ή τα γνωσιακά σχήματα που παράγουν κατάθλιψη θεωρείται ότι αναπτύσσονται κατά την παιδική ηλικία ή την εφηβεία ως συνάρτηση αρνητικών εμπειριών με τους γονείς και σημαντικούς άλλους και θεωρείται ότι λειτουργούν ως η υποκείμενη προδιάθεση ή ευαλωτότητα για την ανάπτυξη κατάθλιψης (Hooleyetal, 2020).

Μολονότι μπορεί να είναι αδρανείς επί χρόνια εν τη απουσία σημαντικών στρεσογόνων παραγόντων, οι δυσλειτουργικές πεποιθήσεις, όταν ενεργοποιούνται από τρέχοντες στρεσογόνους παράγοντες ή καταθλιπτική διάθεση, τείνουν να τροφοδοτούν το τρέχον μοτίβο σκέψης δημιουργώντας ένα μοτίβο αρνητικών αυτόματων σκέψεων [negativeautomaticthoughts], σκέψεις που προκύπτουν συχνά υποουδικά, κάτω ακριβώς από την επιφάνεια της επίγνωσης, και εμπλέκουν δυσάρεστες, απαισιόδοξες προβλέψεις. Αυτές οι προβλέψεις τείνουν να επικεντρώνονται σε τρία θέματα, τα οποία ο Beck αποκαλεί αρνητική γνωσιακή τριάδα [negativecognitivetrial], και τα οποία περιλαμβάνουν αρνητικές σκέψεις:

- για τον εαυτό («είναι ανάξιος/α», «τα πράγματα πάνε άσχημα γιατί εγώ είμαι κακός»)
- για τον κόσμο («κανείς δεν με αγαπάει», «όλα πηγαίνουν πάντοτε άσχημα»)
- για το μέλλον («είναι ανώφελο, γιατί τα πράγματα θα είναι πάντοτε έτσι»)(Hooleyetal, 2020).

2.7.3 Θεωρία της Μαθημένης Αβοηθησίας

Ενώ η θεωρία του Beck προέκυψε από τις κλινικές του παρατηρήσεις και την έρευνα για τα παρεισφρητικά μοτίβα της αρνητικής σκέψης, τα οποία διαπιστώνονταν σε ασθενείς με κατάθλιψη, η θεωρία της μαθημένης αβοηθησίας προέκυψε από παρατηρήσεις σε ένα εργαστήριο έρευνας σε ζώα. Ο MartinSeligman πρότεινε πρώτο ότι το εργαστηριακό φαινόμενο γνωστό ως «μαθημένη αβοηθησία» [learnedhelplessness] μπορεί να δώσει ένα χρήσιμο ζωικό μοντέλο για την κατάθλιψη. Ο ίδιος παρατήρησε ότι σκύλοι του εργαστηρίου, οι οποίοι είχαν πρώτα εκτεθεί σε μη ελέγξιμα ήπια ηλεκτροσόκ, δρούσαν μετά με παθητικό τρόπο που υποδείκνυε ανημπόρια όταν βρίσκονταν σε κατάσταση όπου μπορούσαν να ελέγξουν τα ηλεκτροσόκ. Αντίθετα, ζώα που είχαν πρώτα εκτεθεί σε ίση ποσότητα

ελέγξιμων ήπιων ηλεκτροσόκ δεν είχαν δυσκολία να μάθουν να τα ελέγχουν (Hooleyetal, 2020).

Έτσι ανέπτυξε την υπόθεση της «μαθημένης αβοηθησίας», για να εξηγήσει αυτές τις επιδράσεις. Αυτή λέει ότι όταν τα ζώα ή οι άνθρωποι βρίσκουν ότι δεν έχουν έλεγχο σε αντίξοα συμβάντα, μπορεί να μάθουν ότι είναι ανήμποροι, πράγμα που τους κάνει να μην έχουν κίνητρο να επιχειρήσουν να αποκριθούν στο μέλλον. Αντιθέτως, επιδεικνύουν παθητικότητα και ακόμη και καταθλιπτικά συμπτώματα. Επίσης, αργούν να μάθουν ότι όποια απόκριση δώσουν είναι αποτελεσματική, πράγμα που μπορεί να αντιστοιχεί στην αρνητική γνωσιακή τριάδα της κατάθλιψης στους ανθρώπους (Hooleyetal, 2020).

Αφού, λοιπόν, κατέδειξε ότι η μαθημένη αβοηθησία εμφανίζεται και στους ανθρώπους, ο Seligman προχώρησε στην πρόταση ότι αυτή μπορεί να διέπει ορισμένους τύπους της κατάθλιψης στους ανθρώπους. Δηλαδή άνθρωποι που υφίστανται στρεσογόνα γεγονότα ζωής επί των οποίων έχουν μικρό ή και καθόλου έλεγχο μπορεί να αναπτύξουν ένα σύνδρομο όπως το σύνδρομο της ανημπόριας, που διαπιστώνεται στα ζώα (Hooleyetal, 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

3.1 Εισαγωγή

Το άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν δύο από τις πιο σοβαρές ψυχικές ασθένειες των τελευταίων χρόνων. Το ζήτημα του κατά πόσο μπορούν να διαφοροποιηθούν με αξιόπιστο και έγκυρο τρόπο έχει συγκεντρώσει πολλή προσοχή στην πάροδο των ετών. Μόνο κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, ωστόσο, έχουν αρχίσει οι ερευνητές να κάνουν σημαντικές προόδους στην κατανόηση του ζητήματος (Watson, 2005).

Η επικάλυψη μεταξύ μετρήσεων άγχους και κατάθλιψης προκύπτει σε όλα τα επίπεδα ανάλυσης: σε αυτοαναφορές ασθενών, κλινικές εκτιμήσεις, διάγνωση και οικογενειακούς και γενετικούς παράγοντες (Watson, 2005). Λίγοι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς που διαγιγνώσκονται με διαταραχές της διάθεσης, διαγιγνώσκονται επίσης με κάποια διαταραχή άγχους κάποια στιγμή στη ζωή τους και το αντίστροφο (Hettema, 2008; Watson, 2005). Τέλος, υπάρχουν πολλές ενδείξεις από γενετικές και οικογενειακές μελέτες για τη στενή σχέση μεταξύ άγχους και μονοπολικών καταθλιπτικών διαταραχών. Ο κοινός παράγοντας γενετικής βάσης μεταξύ αυτών των διαταραχών φαίνεται να είναι, τουλάχιστον εν μέρει, ο νευρωτισμός, ένα γνώρισμα της προσωπικότητας που συνιστά μείζονα παράγοντα κινδύνου για όλες αυτές τις διαταραχές (Hettema, 2008).

Παρότι τα άτομα με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης δεν μπορούν να διακριθούν με βάση τα υψηλά επίπεδα αρνητικού συναισθήματος, διαφέρουν ως προς τις αναφορές τους για θετικό συναίσθημα, στο οποίο συμπεριλαμβάνονται συναισθηματικές καταστάσεις όπως χαρά, ενθουσιασμός, περηφάνια και ενδιαφέρον. Οι άνθρωποι με κατάθλιψη τείνουν να χαρακτηρίζονται από χαμηλά επίπεδα θετικού συναισθήματος, πράγμα που συνήθως δεν χαρακτηρίζει τα αγχώδη άτομα (Naragon-Gainey, Watson & Markon, 2009). Οι άνθρωποι με άγχος (ιδιαίτερα εκείνοι που βιώνουν πανικό), όχι όμως και οι άνθρωποι με κατάθλιψη, τείνουν επίσης να χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα μιας άλλης διάστασης της διάθεσης, η οποία είναι γνωστή ως αγχώδης υπερδιέγερση. Στα συμπτώματά της περιλαμβάνονται γοργός καρδιακός ρυθμός, τρόμος, ζαλάδες και δύσπνοια.

Έτσι, αυτό το τριμερές μοντέλο άγχους και κατάθλιψης εξηγεί ποια γνωρίσματα μοιράζονται το άγχος και η κατάθλιψη (υψηλό αρνητικό συναίσθημα) και σε ποια γνωρίσματα διαφέρουν (χαμηλό θετικό συναίσθημα στην κατάθλιψη και αγχώδης υπερδιέγερση στον πανικό). Καθεμία από τις άλλες διαταραχές άγχους έχει και αυτή τη δική

της μοναδική συνιστώσα (Hooleyetal, 2020; Prenoveau, Zinbarg, Craske, Mineka, Griffith&Epstein, 2010;Watson, 2005).

3.2 Συσχέτιση παραγόντων Άγχους και Κατάθλιψης

Ένα συχνό και δυσεπίλυτο πρόβλημα αποτελεί το γεγονός ότι οι συμπτωματολογίες τόσο του άγχους όσο και της κατάθλιψης παρουσιάζουν σημαντική αλληλεπικάλυψη και άτομα που έχουν την μία από τις διαγνώσεις συχνά ικανοποιούν και τα διαγνωστικά κριτήρια της άλλης, είτε ταυτόχρονα είτε σε διαφορετικές περιόδους της ζωής τους (Hettinga, 2008; Watson, 2005).

Κλινικές μελέτες όσο και έρευνες δείχνουν ότι η μείζων κατάθλιψη έχει μεγάλη συννοσηρότητα με τις αγχώδεις διαταραχές και πιο συγκεκριμένα με την ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή, τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και τη διαταραχή πανικού. Τα συμπτώματα αυτών των διαταραχών αλληλεπικαλύπτονται και τα άτομα που πάσχουν τόσο από κατάθλιψη όσο και από άγχος τείνουν να ανταποκρίνονται στα ίδια αντικαταθλιπτικά φάρμακα, να παρουσιάζουν παρόμοιες ενδοκρινικές παθήσεις και να έχουν οικογενειακό ιστορικό τόσο κατάθλιψης όσο και διαταραχών άγχους (Clark, Beck&Beck, 1994;Κλεφταράς, 1998).

Σε πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη, με μεγάλο αριθμό ασθενών (43.093 ασθενείς) προκύπτει υψηλή συννοσηρότητα της μείζονος κατάθλιψης με τις αγχώδεις διαταραχές. Για παράδειγμα, το 41,4% των καταθλιπτικών ατόμων εμφανίζει κάποια αγχώδη διαταραχή ως διάγνωση για όλη τη ζωή, ενώ για περίοδο 12 μηνών η αναλογία ήταν 36,1% (Hasin, Goodwin, Stinson&Grant, 2005).Ακόμα, η συχνότητα τόσο των αγχωδών όσο και των καταθλιπτικών διαταραχών φαίνεται να είναι ιδιαίτερα υψηλή στο γενικό πληθυσμό. Από μία ακόμα μεγάλη μελέτη προκύπτει ότι η συνολική επίπτωση της διαταραχής πανικού, του γενικευμένου άγχους και της απλής φοβίας είναι 24,9%, γεγονός που αναδεικνύει τις αγχώδεις διαταραχές τις πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές στο γενικό πληθυσμό (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wiuchen&Kendler, 1994).

Όλες οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η συννοσηρότητα μεταξύ αυτών των διαταραχών είναι ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο, σε βαθμό που να αποτελεί τον κανόνα παρά την εξαίρεση. Υπολογίζεται ότι το 58% των ασθενών με μείζονα κατάθλιψη εμφανίζει

ταυτόχρονα και αγχώδη διαταραχή (Kessler, Nelson, McGonagle, Liu, Swartz&Blazer, 1996; Μπαλά & Παπαρρηγόπουλος, 2010), ενώ το 67% των ατόμων με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή παρουσιάζει στο ιστορικό του μονοπολική κατάθλιψη (Judd, Kessler, Paulus, Zeller, Wittchen&Kupovac, 1998; Μπαλά & Παπαρρηγόπουλος, 2010). Γενικά, η συννοσηρότητα καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών υπολογίζεται στο 60% και αυξάνει ακόμα περισσότερο όταν στις μελέτες υπάρχουν άτομα που εμφανίζουν σημαντικά κλινικά συμπτώματα (Kaufman&Charney, 2000).

Φυσικά, τα υψηλά αυτά ποσοστά έχουν ερμηνευτεί ποικιλοτρόπως. Βέβαια, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι παρά τις ομοιότητες που υπάρχουν, η καθεμία από αυτές έχει και τα δικά της ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (Cameron, 2006). Έτσι, τα ιδιαίτερα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι η έντονη θλίψη, το χαμηλό θετικό συναίσθημα, η ψυχοκινητική επιβράδυνση, η ανηδονία, η απώλεια κάθε ενδιαφέροντος, η μειωμένη διεγερσιμότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, η μειωμένη όρεξη και σεξουαλική επιθυμία, αισθήματα έλλειψης ελπίδας και αίσθηση απώλειας. Αντίθετα, τα ιδιαίτερα συμπτώματα του άγχους είναι ο έντονος φόβος και ένταση, η συμπεριφορική διέγερση, η αυξημένη διεγερσιμότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, η αίσθηση κινδύνου και απειλής, η αβεβαιότητα και η υπερεγρήγορη (Κλεφταράς, 1998).

Έτσι, λοιπόν, από τα επιδημιολογικά δεδομένα προκύπτει ότι εκτός από την υψηλή συχνότητα των αγχωδών και των καταθλιπτικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό, ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο αποτελεί και η συννοσηρότητα μεταξύ τους. Η κλινική της έκφανση μπορεί να πάρει διάφορες μορφές, είτε με την εκδήλωση του πλήρους συνδρόμου συννοσηρότητας είτε με την εμφάνιση μερικών μόνο συμπτωμάτων από την καθεμία νοσηρή κατάσταση. Συνήθως, μάλιστα, φαίνεται ότι οι αγχώδεις διαταραχές εκδηλώνονται νωρίτερα. Οι επιπτώσεις της συννοσηρότητας, στις περισσότερες περιπτώσεις, έχουν ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη βαρύτητα της νόσου, αυξημένη χρονιότητα, σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό δυσλειτουργικότητας, καθώς και χειρότερη ποιότητα ζωής των ασθενών. Σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου έχουν εντοπιστεί τόσο στο γενετικό και νευροβιολογικό επίπεδο όσο και στην επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων. Τέλος, στη θεραπευτική αντιμετώπιση της συννοσηρότητας αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών χρησιμοποιούνται με ικανοποιητικά αποτελέσματα τόσο τα νεότερης γενιάς αντικαταθλιπτικά και αγχολυτικά φάρμακα, είτε ξεχωριστά είτε σε συνδυασμό, όσο και οι διάφορες καθιερωμένες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές (Μπαλά & Παπαρρηγόπουλος, 2010).

Πίνακας Ι: Ιδιαίτερα και κοινά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης

Συμπτώματα της Κατάθλιψης	Συμπτώματα του Άγχους	Κοινά συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους
Διάθεσης		
<ul style="list-style-type: none"> έντονη θλίψη και απελπισία χαμηλό θετικό συναίσθημα 	<ul style="list-style-type: none"> έντονος φόβος και ένταση 	<ul style="list-style-type: none"> αρνητικό συναίσθημα ευερεθιστότητα κλάμα
Γνωστικά		
<ul style="list-style-type: none"> αίσθημα έλλειψης ελπίδας αίσθημα απώλειας 	<ul style="list-style-type: none"> αίσθημα κινδύνου και απειλής αβεβαιότητα υπερεργήγηση 	<ul style="list-style-type: none"> αισθήματα έλλειψης βοήθειας επαναλαμβανόμενες σκέψεις και ψυχαναγκασμοί ανησυχία χαμηλή αυτοπεποίθηση αρνητική αυτοεκτίμηση αρνητική αυτοκριτική αναποφασιστικότητα μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης
Συμπεριφορικά		
<ul style="list-style-type: none"> ψυχοκινητική επιβράδυνση ανηδονία απώλεια ενδιαφέροντος αυτοκτονικός ιδεασμός και ενέργειες 	<ul style="list-style-type: none"> συμπεριφορική διέγερση 	<ul style="list-style-type: none"> μειωμένη δραστηριότητα μειωμένη έναρξη αντιδράσεων μειωμένη ενέργεια συμπεριφορική αποδιοργάνωση και ελλειμματική απόδοση ανεπαρκείς κοινωνικές δεξιότητες
Οργανικά		
<ul style="list-style-type: none"> μειωμένη όρεξη μειωμένη σεξουαλική επιθυμία μειωμένη διεγερσιμότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος 	<ul style="list-style-type: none"> αυξημένη διεγερσιμότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος 	<ul style="list-style-type: none"> ανήσυχος ύπνος επεισόδια πανικού

Πηγή: Alloy, Kelly, Mineka & Clements, 1990

3.3 Ερευνητικά δεδομένα: Συμπτωμάτων Άγχους και Κατάθλιψης στους Εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης

Το άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές παγκοσμίως, έχοντας σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής, τη νόηση, το συναίσθημα και την καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου (Bete, Gemechu, Anbesaw, Tarafa&Tadessa, 2022). Υπάρχει ένα ισχυρό υπόβαθρο που δείχνει ότι το επάγγελμα των εκπαιδευτικών είναι ένα από τα πιο στρεσογόνα και ότι η ψυχική τους υγεία επιδεινώθηκε ακόμη περισσότερο κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Lizanaetal,2022). Γενικότερα, το άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν βασικό πρόβλημα μεταξύ των εκπαιδευτικών, καθώς επηρεάζουν αρνητικά την υγεία τους και αποτελούν παράγοντα κινδύνου για κακή σωματική και ψυχική ευεξία (Agyarong, Obuobi-Donkor, Burbac&Wei, 2022).

Δεδομένης της σημασίας που έχει η κατανόηση αυτών των συμπτωμάτων, έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια αριθμός ερευνών οι οποίες στοχεύουν τόσο στην κατανόηση της μεταξύ τους συσχέτισης και αλληλεπίδρασης όσο και στους παράγοντες που τις επηρεάζουν.

Αρχικά, σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Robertsetal (2016), ερευνήθηκαν τα αντικαταθλιπτικά συμπτώματα των εκπαιδευτικών, η κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών, καθώς και η μεταξύ τους συσχέτιση. Φάνηκε ότι η κατάσταση που βίωναν τα παιδιά επηρέαζε την ευεξία των εκπαιδευτικών και ότι τα παιδιά με συμπεριφορικές και κοινωνικές δυσκολίες είχαν σημαντική συσχέτιση με καταθλιπτικά συμπτώματα των εκπαιδευτικών. Ωστόσο, η ποιότητα αλληλεπίδρασης με τα παιδιά ή/και τους γονείς δεν φάνηκε να επηρεάζει ιδιαίτερα.

Σε άλλη ερευνά που ακολούθησε, μελετήθηκαν τα επίπεδα ευεξίας των εκπαιδευτικών σε σχέση με το χώρο εργασίας τους. Το δείγμα αφορούσε 1.640 εκπαιδευτικούς και μελετούσε προσωπικούς και σχετιζόμενους με την κατάθλιψη παράγοντες. Οι κύριες μεταβλητές που μελετήθηκαν αφορούσαν στη στάση που είχαν στους μαθητές και τον τρόπο διδασκαλίας που ακολουθούσαν (π.χ. δασκαλοκεντρική μέθοδος, αυταρχικό μοντέλο κ.ά.), το εργασιακό στρες, τα οικονομικά τους χαρακτηριστικά, και την παρουσία καταθλιπτικών χαρακτηριστικών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ως κύριοι καταθλιπτικοί παράγοντες αναδείχθηκαν η οικονομική κατάσταση, η δασκαλοκεντρική πεποίθηση, οι αυξημένες

εργασιακές απαιτήσεις έχοντας λίγους πόρους και η νεαρή ηλικία των εκπαιδευτικών (Roberts, Gallagher, Daro, Iruka&Sarver, 2019).

Αντίστοιχα ήταν και τα αποτελέσματα μίας μελέτης στην οποία συμμετείχαν 43.845 εκπαιδευτικοί, ηλικίας 25-74 ετών. Εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία, μελετήθηκαν και παράγοντες σχετικοί με ανθυγιεινές συμπεριφορές, συννοσηρότητα και τη χρήση κάποια φαρμακευτικής αγωγής. Το δείγμα αφορούσε 43.845 γυναίκες εκπαιδευτικούς, ηλικίας 25-74 ετών. Μέσα από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι το 16% του δείγματος πάσχει από σοβαρή κατάθλιψη, το 34% από ήπια, ενώ το υπόλοιπο 50% δεν έδειξε καταθλιπτικά συμπτώματα. Τα χαρακτηριστικά αυτά φάνηκε να είναι πιο έντονα στις ηλικίες μεταξύ 25 έως 35 ετών, ενώ, ακόμα, βρέθηκε ότι παράγοντες όπως είναι το κάπνισμα, η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ, διάφοροι στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με την οικογένεια, την εργασία ή τις σχέσεις, καθώς και ορισμένες φαρμακευτικές αγωγές αυξάνουν τις πιθανότητες σοβαρής κατάθλιψης (Soria-Saucedo, Lopez-Ridaura, Lajous&Wirtz, 2018).

Σε μία άλλη έρευνα που είχε ως στόχο την εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης των εκπαιδευτικών, έδειξε ότι ένας ακόμα παράγοντας που μπορεί να τους επηρεάσει είναι η εκπαιδευτική αποτελεσματικότητα, η εργασιακή ικανοποίηση και το είδος του εργασιακού συμφωνητικού, εάν δηλαδή οι συμμετέχοντες ήταν μόνιμοι ή αναπληρωτές. Σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας το 38,7% βρέθηκε να είναι ικανοποιημένο, το 53,2% έδειξε ήπια επίπεδα ψυχικής υγείας και το 8,2% κακή ή πολύ κακή ψυχική υγεία (το 22% αυτών αναφέρεται σε σοβαρή κατάθλιψη). Επιπλέον, μέσα από τα στοιχεία της έρευνας φάνηκε ότι οι αναπληρωτές εκπαιδευτικοί παρουσίασαν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με τους μόνιμους, ενώ φάνηκε να υπάρχει και ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη και στην εργασιακή αποτελεσματικότητα και ικανοποίηση (Carone&Petrillo, 2020).

Παρόμοια εμφανίστηκαν να είναι τα αποτελέσματα σε έρευνα που αφορούσε την ψυχολογική ευεξία των εκπαιδευτικών όπου το δείγμα συμπεριλάμβανε 1.129 άτομα. Μελετήθηκαν τέσσερις μεταβλητές εντός και εκτός εργασιακού χώρου και σχετίζονταν με την αποτελεσματικότητα της διδασκαλίας, το επαγγελματικό ιστορικό, το εργασιακό περιβάλλον και τα διάφορα δημογραφικά στοιχεία. Υπήρξε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης, του άγχους και της συναισθηματικής εξάντλησης με το εργασιακό περιβάλλον, και πιο συγκεκριμένα με καταστάσεις που αφορούσαν αποκλίνουσες συμπεριφορές μαθητών ή χαοτικές συμπεριφορές στην τάξη. Παράλληλα, σχετική συσχέτιση υπήρξε και με την

αποτελεσματικότητα της διδασκαλίας και την ικανότητα των εκπαιδευτικών, όπως αυτή γίνεται βέβαια αντιληπτή από τους ίδιους (Jeon, Buettner, Grant&Lang, 2019).

Μία άλλη μεγάλη έρευνα που διεξήχθη σε 3.361 εκπαιδευτικούς και 46 τυχαία δημοτικά σχολεία, προσπάθησε να αξιολογήσει τα ποσοστά αγχώδων διαταραχών που τους διακατέχουν. Μελετήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία καθώς και διάφοροι ψυχολογικοί και επαγγελματικοί παράγοντες. Παρατηρήθηκε ότι οι 482 εκπαιδευτικοί παρουσίασαν συμπτώματα αγχώδων διαταραχών, με τους περισσότερους από αυτούς να αφορά σε γυναίκες. Όσον αφορά τους επαγγελματικούς παράγοντες δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές σχετικά με το είδος του διδασκόμενου αντικειμένου ή τον συνολικό αριθμό των μαθητών στην τάξη. Οι εκπαιδευτικοί με αγχώδη διαταραχή ανέφεραν σημαντικά μικρότερο αριθμό ετών διδασκαλίας σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν. Επιπλέον, οι εκπαιδευτικοί με αγχώδη διαταραχή ήταν πιο πιθανό να διδάσκουν μαθήματα επιλογής, ενώ οι εκπαιδευτικοί χωρίς αγχώδη διαταραχή ήταν πιο πιθανό να διδάσκουν μαθήματα κορμού. Ακόμα, οι εκπαιδευτικοί με αγχώδη διαταραχή ανέφεραν ότι είχαν λιγότερη επαγγελματική ικανοποίηση, λιγότερο έλεγχο της εργασίας τους και ήταν πιθανότερο να απουσιάζουν λόγω προσωπικής ασθένειας. Όταν ρωτήθηκαν σχετικά με την πρόθεση να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους, είχαν σημαντικά περισσότερες προθέσεις να παραιτηθούν εντός 1 με 5 ετών (Jones-Rinconetal, 2019).

Στον ψυχοκοινωνικές συγκρίσεις που έγιναν παρουσιάστηκε ότι οι εκπαιδευτικοί με αγχώδη διαταραχή ανέφεραν ότι είχαν υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους. Ανέφεραν επίσης σημαντικά χαμηλότερη σωματική ποιότητα ζωής και ψυχική ποιότητα ζωής. Όσον αφορά τη συννοσηρότητα της ψυχοπαθολογίας, οι εκπαιδευτικοί με αγχώδη διαταραχή είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν μείζονα κατάθλιψη, διαταραχή πανικού και διαταραχή σωματοποίησης. Επιπλέον, ήταν σημαντικά πιο πιθανό να λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή ή να επισκέπτονται κάποιο σύμβουλο για θεραπεία των συμπτωμάτων άγχους ή κατάθλιψης (Jones-Rinconetal, 2019).

Άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Desouky&Allam(2017), προσπάθησε να μελετήσει το εργασιακό άγχος και την κατάθλιψη που εμφανίζεται μεταξύ των εκπαιδευτικών. Από τα αποτελέσματα φάνηκε να υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών εκπαιδευτικών, καθώς οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερο ποσοστό σοβαρού και μέτριου στρες. Σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων διαπιστώθηκε επίσης σύμφωνα με τον επιπολασμό του άγχους, καθώς οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερα

ποσοστά πολύ σοβαρού και σοβαρού άγχους σε σύγκριση με τους άνδρες (28,3% και 10,2% έναντι 7,7% και 2,5%). Η ίδια σημαντική διαφορά βρέθηκε σύμφωνα με τον επιπολασμό της κατάθλιψης, με τις γυναίκες εκπαιδευτικούς να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά ήπιων, μέτριων και σοβαρών συμπτωμάτων (23,5%, 3,6% και 1,2% έναντι 14,4%, 1,7% και 0,0%).

Όσον αφορά τον τύπο του σχολείου, διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ ιδιωτικών και δημοσίων σχολείων, με τους εκπαιδευτικούς των ιδιωτικών να παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά μέτριου και σοβαρού άγχους σε σύγκριση με του εκπαιδευτικούς του δημοσίου (31,6% και 68,4% έναντι 22,4% και 67,1%). Η ίδια σημαντική διαφορά βρέθηκε και για τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Επίσης, μεγαλύτερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης διέκριναν τους εκπαιδευτικούς που δήλωσαν ότι είχαν ανεπαρκή μισθό, μεγαλύτερη διδακτική εμπειρία, υψηλότερα προσόντα και μεγαλύτερο φόρτο εργασίας (Desoukyetal, 2017).

Παρόμοια αποτελέσματα με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας, συναντάμε και σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στον ελληνικό χώρο. Έρευνες που έχουν γίνει από τους Kourmoussi & Alexopoulos (2016), και στις οποίες συμμετείχαν 3.447 εκπαιδευτικοί, συμπέραναν ότι οι γυναίκες και οι νεότεροι εκπαιδευτικοί ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους, κυρίως λόγω της έλλειψης χρόνου και άλλων στρεσογόνων παραγόντων που σχετίζονται με την εργασία, καθώς και περισσότερες συναισθηματικές διαταραχές. Η αύξηση της ηλικίας και της εργασιακής εμπειρίας σχετιζόνταν με χαμηλότερα επίπεδα διαφόρων πηγών άγχους. Οι εκπαιδευτικοί με διοικητικές θέσεις είχαν αυξημένους στρεσογόνους παράγοντες διαχείρισης του χρόνου, αλλά λιγότερους στρεσογόνους παράγοντες επαγγελματικής δυσφορίας, πειθαρχίας και κινήτρων. Επιπλέον, η εργασία και η διαμονή μακριά από την οικογένεια αύξησε τα επίπεδα άγχους των εκπαιδευτικών που σχετιζόνταν με τον έλεγχο, τα κίνητρα και την επένδυση. Η ύπαρξη μαθητών που υποστηρίζονται ή έχουν ανάγκη υποστήριξης από ειδικούς εκπαιδευτικούς και μαθητών με δυσκολίες στην ομιλία ή την κατανόηση σχετιζόταν με τις περισσότερες πηγές και εκδηλώσεις άγχους των εκπαιδευτικών. Τέλος, η υποστήριξη των συναδέλφων και κυρίως των προϊσταμένων φάνηκε να παρέχει ισχυρή και σταθερή προστασία τόσο από τις πηγές όσο και από τις εκδηλώσεις άγχους.

Σε παρόμοια έρευνα που πραγματοποίησαν οι Κουντουράς, Ουζούνη, Τσαϊρίδης & Μαρσίδου (2018) σε 107 εκπαιδευτικούς, βρέθηκε ότι στο μισό δείγμα εντοπίστηκαν

συμπτώματα παροδικού και ιδιοσυγκρασιακού άγχους, ενώ παράλληλα στο περίπου 1/3 του δείγματος εντοπίστηκαν συμπτώματα κατάθλιψης.

Ακόμα, οι Λεονταρή, Κυρίδης & Γιαλαμάς (2000), μελέτησαν το άγχος των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας, διαφόρων νομών της Ελλάδας, έχοντας ένα δείγμα 477 ατόμων. Και στην περίπτωση αυτή εντοπίστηκαν διαφορές ως προς τον γενικό δείκτη άγχους, με τις γυναίκες να βιώνουν υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με τους άντρες. Άλλοι παράγοντες που αναδείχθηκαν υπεύθυνοι για συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης ήταν οι συνθήκες εργασίας, η αξιολόγηση που υφίστανται οι εκπαιδευτικοί, η γραφειοκρατία, καθώς και η ελευθερία των εκπαιδευτικών ως προς την άσκηση του επαγγέλματός τους.

Φυσικά, ένα στοιχείο που πρέπει ακόμα να σημειωθεί και το οποίο έχει επηρεάσει ακόμα περισσότερη την ψυχική υγεία των εκπαιδευτικών, είναι και η πανδημία του Covid-19. Λόγω αυτής της υγειονομικής κρίσης, οι κυβερνήσεις διαφόρων χωρών υιοθέτησαν κοινωνικές μέτρα αποστασιοποίησης και καραντίνας. Τα σχολεία δεν αποτέλεσαν εξαίρεση, καθώς έκλεισαν για να αποφευχθεί η εξάπλωση της νόσου. Σε αυτό το πλαίσιο, το κλείσιμο των σχολείων οδήγησε σε ταχεία αλλαγή του σχολικού σχεδιασμού. Αυτή η ταχεία αλλαγή προς τη διαδικτυακή διδασκαλία, μαζί με τον περιορισμό και την συμφιλίωση εργασίας-οικογένειας, επέφερε διάφορες συνέπειες στη σωματική και ψυχική υγεία των εκπαιδευτικών (Lizana&Vega-Fernandez, 2021; Stachteas&Stachteas, 2020). Υπό αυτή την έννοια, έχουν αναφερθεί υψηλά επίπεδα άγχους μεταξύ των εκπαιδευτικών κατά τη διάρκεια της COVID-19 πανδημίας, μαζί με κατάθλιψη, ενδοοικογενειακή βία και διαζύγια, τα οποία όλα επηρεάζουν την ικανότητά τους για σωστή διδασκαλία (Lizanaetal,2022).

Πλήθος ερευνών που πραγματοποιήθηκαν τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά την πανδημία, σε διάφορες χώρες του κόσμου, έδειξαν ότι τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης μεταξύ των εκπαιδευτικών αυξήθηκαν. Αυτό, πιθανότατα, οφείλεται και στο γεγονός ότι οι αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν, έγιναν σε απότομο σύντομο χρονικό διάστημα, χωρίς επαρκή εκπαίδευση για τη χρήση των ψηφιακών πόρων, καθώς και, στις περισσότερες περιπτώσεις, χωρίς την παροχή κατάλληλου εξοπλισμού για μαθήματα εξ αποστάσεως (Lacomba-Trejo, Schoeps, Valero-Moreno, DelRosario&Montoya-Castilla, 2022; Lizanaetal,2022; OliveiraSilva, Cobucci, Lima, &deAndrade, 2021).

Ακόμα, μία μεγάλη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση που υλοποιήθηκε και στην οποία συλλέχτηκαν στοιχεία από 256.896 εκπαιδευτικούς από 22 χώρες, έδειξε υψηλότερο επιπολασμό του άγχους και της κατάθλιψης μεταξύ των εκπαιδευτικών. Οι

εμπειρίες των εκπαιδευτικών σχετικά με αυτά τα ψυχολογικά ζητήματα συσχετίστηκαν με διάφορους κοινωνικο-δημογραφικούς και θεσμικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του φύλου, της φύσης της διαδικτυακής διδασκαλίας, της επαγγελματικής ικανοποίησης, της διδακτικής εμπειρίας και του όγκου του φόρτου εργασίας. Επιπλέον, διάφοροι προστατευτικοί παράγοντες, όπως η φυσική άσκηση και η παροχή τεχνικής υποστήριξης για τη διαδικτυακή διδασκαλία, μείωσαν τις αρνητικές ψυχολογικές εμπειρίες των εκπαιδευτικών (Ma, Liang, Chutiya, Nicoll, Khaerudin & VanHa, 2022).

Γενικότερα, λοιπόν, θα λέγαμε ότι το άγχος και η κατάθλιψη μεταξύ των εκπαιδευτικών είναι ένα καλά αναγνωρισμένο φαινόμενο που επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των προσωπικών και εργασιακών χαρακτηριστικών.

Οι γυναίκες εκπαιδευτικοί βρέθηκαν να έχουν υψηλότερα επίπεδα εργασιακού και αντιλαμβανόμενου άγχους. Τα ευρήματά αυτά μπορούν να εξηγηθούν από διαφορές στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η αυτοεκτίμηση, διαφορές στις δεξιότητες, όπως οι στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων, και διαφορές στους ρόλους και τις προσδοκίες ρόλων, δεδομένου ότι, όπως έχει αναφερθεί, οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο από τις συγκρούσεις μεταξύ οικογένειας και εργασίας (Kourmousietal, 2016).

Όπως φάνηκε, η ηλικία και η προϋπηρεσία σχετίζονταν αντιστρόφως ανάλογα με τα επίπεδα άγχους των εκπαιδευτικών- όσο πιο ηλικιωμένοι ήταν οι εκπαιδευτικοί, τόσο λιγότερο επηρεάζονταν από παράγοντες άγχους που σχετίζονταν με την εργασία και από παράγοντες άγχους που αφορούσαν τη διαχείριση του χρόνου, την επαγγελματική δυσφορία και τις επαγγελματικές επενδύσεις. Κατ' αναλογία, η μεγαλύτερη διάρκεια απασχόλησης σχετιζόταν με μειωμένο επαγγελματικό άγχος και στρεσογόνους παράγοντες πειθαρχίας και κινήτρων και λιγότερο αντιληπτό άγχος, όπως αναφέρθηκε σε πλήθος μελετών. Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι η μακροχρόνια διδακτική εμπειρία παρέχει στους εκπαιδευτικούς δύναμη και ανθεκτικότητα (Kourmousietal, 2016).

Όπως αναμενόταν, η εργασία και η διαμονή μακριά από την οικογένεια επηρέασαν δυσμενώς τις επαγγελματικές επενδύσεις των εκπαιδευτικών, αυξάνοντας επίσης τους στρεσογόνους παράγοντες πειθαρχίας και κινήτρων. Η πρακτική αυτή είναι πολύ συνηθισμένη στην Ελλάδα για τους νεότερους και νεοδιοριζόμενους εκπαιδευτικούς κατά τα πρώτα χρόνια της σταδιοδρομίας τους, οπότε η ηλικία και η απειρία μπορεί να έχουν επιρροή. Αυτό το εύρημα αποκαλύπτει επίσης την ανάγκη να δοθεί έμφαση στην εκπαίδευση

για τη διαχείριση του άγχους και την ενδυνάμωση νωρίς στη σταδιοδρομία των εκπαιδευτικών, ξεκινώντας από τις προπτυχιακές σπουδές τους (Kourmousietal, 2016).

Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα ήταν ότι οι εκπαιδευτικοί με μεταπτυχιακές σπουδές είχαν αυξημένους παράγοντες διαχείρισης χρόνου και άγχους που σχετίζονται με την εργασία. Αυτό πιθανόν να συμβαίνει λόγω των αυξημένων υποχρεώσεων ή/και προσδοκιών που έχουν τα άτομα αυτά - τόσο από τους προϊσταμένους τους όσο και από τους ίδιους - και συνεπώς του επιπλέον χρόνου και της προσπάθειας που απαιτείται για την εκπλήρωσή τους. Φαίνεται ότι είναι σημαντικό να ενσωματωθούν μαθήματα διαχείρισης του άγχους και στα μεταπτυχιακά προγράμματα των εκπαιδευτικών (Kourmousietal, 2016).

Τα; Συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης δεν μπορούν να εξαλειφθούν εύκολα. Θα μπορούσε, ωστόσο, να μειωθούν σε διαχειρίσιμα επίπεδα, ώστε οι εκπαιδευτικοί να είναι σε θέση να λειτουργούν αποτελεσματικά και να διατηρούν την ψυχική τους υγεία και την εσωτερική τους αρμονία. Θα πρέπει να προβλεφθεί και να εφαρμοστεί στις προπτυχιακές και μεταπτυχιακές σπουδές των εκπαιδευτικών η παροχή κατάρτισης σχετικά με το πώς να διατηρούν ισορροπία μεταξύ των εργασιακών απαιτήσεων και καθηκόντων και του προσωπικού και κοινωνικού χρόνου, πώς να θέτουν ρεαλιστικούς στόχους προκειμένου να τους εκπληρώνουν, πώς να επικοινωνούν και να διατηρούν υποστηρικτικές σχέσεις στο χώρο εργασίας και πώς να αναπτύσσουν στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες. Θα πρέπει να διεξαχθούν περαιτέρω μελέτες, αξιολογώντας διάφορες μορφές τέτοιας κατάρτισης, προκειμένου να παραχθούν τεκμηριωμένες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, κατάλληλες για τους εκπαιδευτικούς κάθε διδακτικού επιπέδου (Kourmousietal, 2016).

Η οικοδόμηση υποστηρικτικών και βοηθητικών σχέσεων στο χώρο εργασίας και η εξάσκηση τεχνικών αντιμετώπισης και ενδυνάμωσης μπορεί να βοηθήσει σημαντικά τους εκπαιδευτικούς στη μείωση και στην αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης (Kourmousietal,2016).

Β' ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Εισαγωγή

Στο σημείο αυτό γίνεται μία περιγραφή και δίνονται οι απαραίτητες πληροφορίες και λεπτομέρειες για την πορεία της έρευνας, τον τρόπο συλλογής του δείγματος, τη χρήση του ερωτηματολογίου ως ερευνητικού εργαλείου και τη συνολική διαδικασία που ακολουθήθηκε για την υλοποίηση της παρούσας ερευνητικής εργασίας, η οποία έχει ως στόχο να διερευνήσει τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης σε εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης.

4.2 Αναγκαιότητα της έρευνας

Οι εκπαιδευτικοί αποτελούν μία ομάδα επαγγελματιών οι οποίοι καθημερινά, σε πολλές και διαφορετικές περιπτώσεις, δέχονται πολύπλευρες πιέσεις τόσο εντός όσο και εκτός του σχολικού περιβάλλοντος. Το γεγονός αυτό, φαίνεται να επηρεάζει τη διάθεση και τη λειτουργικότητά τους καθώς είναι ιδιαίτερα δύσκολο να αφήσουν το περιβάλλον τους και την προσωπική τους ζωή εκτός εργασίας (Αντωνίου, 2010).

Ανά τα χρόνια, έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες, σε διεθνές επίπεδο, οι οποίες μελετούσαν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των εκπαιδευτικών, όσο και τη σχέση που υπάρχει μεταξύ τους. Η αναγκαιότητα της παρούσας έρευνας θα μπορούσαμε να πούμε ότι πηγάζει τόσο από την ύπαρξη θεωρητικού κενού σε ένα εθνικό επίπεδο, όσο και από την έλλειψη επιστημονικών ερευνών πάνω στο συγκεκριμένο θέμα. Όμως λαμβάνοντας υπόψη ότι οι μέχρι τώρα προσπάθειες για μελέτη του συγκεκριμένου θέματος έχουν δείξει συσχέτιση των συμπτωμάτων αυτών, γίνεται ακόμα πιο κατανοητή η σημαντικότητά της.

Η έρευνα που θέλουμε να πραγματοποιήσουμε φιλοδοξεί να καταδείξει την ύπαρξη συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης μεταξύ των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης στον ελληνικό χώρο και την μεταξύ τους συσχέτιση, τονίζοντας παράλληλα κάποιους παράγοντες που πιθανόν να επηρεάζουν την εμφάνισή τους. Τέλος, η έρευνα αυτή θεωρείται σημαντική καθώς συντείνει στην παραγωγή καινούργιας επιστημονικής γνώσης, αποτελώντας με τον τρόπο αυτό έναυσμα για μελλοντικές ερευνητικές εργασίες και μελέτες.

4.3 Ερευνητικά ερωτήματα

Διαπιστώνοντας, λοιπόν, το ερευνητικό κενό στην ελληνική βιβλιογραφία, δημιουργήθηκε ο προβληματισμός για τη διερεύνηση των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης στους εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης του ελλαδικού χώρου.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που προέκυψαν μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και θα απασχολήσουν την παρούσα εργασία είναι:

1. Υπάρχει συσχέτιση των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη συμπτωματολογία παροδικού/ιδιοσυγκρασιακού άγχους;
2. Υπάρχει συσχέτιση των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών με τα καταθλιπτικά συμπτώματα;
3. Ποια δημογραφικά στοιχεία επηρεάζουν τις εξαρτημένες μεταβλητές στους εκπαιδευτικούς;
4. Υπάρχει συσχέτιση παροδικού και ιδιοσυγκρασιακού άγχους;
5. Επηρεάζει το παροδικό άγχος τα συμπτώματα της κατάθλιψης;
6. Επηρεάζει το ιδιοσυγκρασιακό άγχος τα συμπτώματα της κατάθλιψης;
7. Η ηλικία και το φύλο επηρεάζουν τα συμπτώματα του ιδιοσυγκρασιακού /παροδικού άγχους;

4.4 Μεθοδολογία της έρευνας

4.4.1 Δείγμα

Στο πλαίσιο των προαναφερθέντων, επιχειρήθηκε η μελέτη εμφάνισης συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης σε εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, μέσα από τη χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς, ενώ προηγήθηκε γραπτή ενημέρωσή τους σχετικά με το σκοπό και τους στόχους της έρευνας. Στην έρευνα συμμετείχαν 131 εκπαιδευτικοί, διάφορων νομών της Ελλάδας. Αναφέρεται σε μόνιμους (58,8%), αλλά και σε αναπληρωτές/τριες (41,2%) εκπαιδευτικούς, με προϋπηρεσία από ένα έως και άνω των 30 ετών.

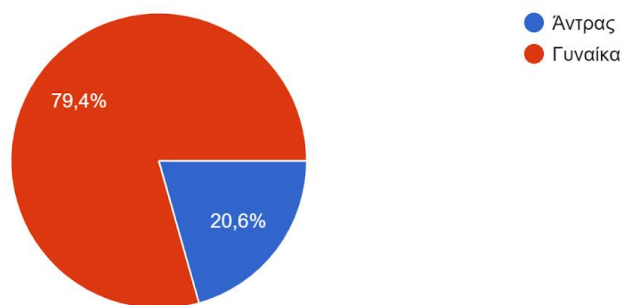
Ως προς το φύλο, συμμετείχαν 27 άντρες (20,6%) και 104 γυναίκες (79,4%) (Πίνακας 1). Για τη στατιστική επεξεργασία της ηλικίας (Πίνακας 2), το δείγμα χωρίστηκε σε έξι

κατηγορίες, δηλαδή σε άτομα, από 18-25 (5,3%), από 26-30 (24,4%), από 31-35 (11,5%), από 36-40 (13,7%), από 41-45 (3,8%), και 45 και άνω (41,2%).

Πίνακας 1: Φύλο

Φύλο

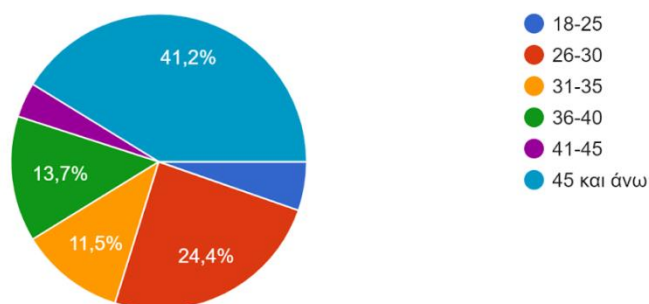
131 απαντήσεις



Πίνακας 2: Ηλικία

Ηλικία

131 απαντήσεις

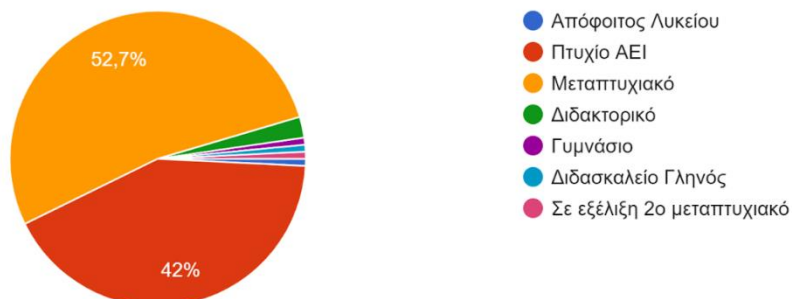


Ως προς το μορφωτικό επίπεδο (Πίνακας 3), οι συμμετέχοντες ομαδοποιήθηκαν σε τέσσερις κατηγορίες: απόφοιτος λυκείου, πτυχίο ΑΕΙ, Μεταπτυχιακό, Διδακτορικό. Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία του δείγματος είναι απόφοιτοι ΑΕΙ (42%) ή κάποιου Μεταπτυχιακού προγράμματος (52,7%), ενώ το 2,3% του δείγματος είναι κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό 3% δήλωσε ότι είτε κάνει 2^ο μεταπτυχιακό, είτε είναι απόφοιτος γυμνασίου ή κάποιου διδασκαλείου.

Πίνακας 3: Επίπεδο Εκπαίδευσης

Επίπεδο Εκπαίδευσης

131 απαντήσεις

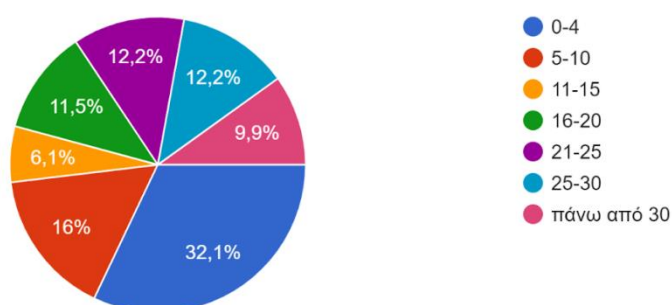


Για να ερευνηθούν τα έτη προϋπηρεσίας (Πίνακας 4), το δείγμα ταξινομήθηκε σε επτά επιμέρους κατηγορίες: από 0-4 έτη (32,1%), από 5-10 έτη (16%), από 11-15 έτη (6,1%), από 16-20 έτη (11,5%), από 21-25 έτη (12,2%), από 25-30 έτη (12,2%) και άνω των 30 ετών (9,9%).

Πίνακας 4: Χρόνια προϋπηρεσίας

Χρόνια Προϋπηρεσίας

131 απαντήσεις



4.4.2 Μέσα συλλογής δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια που δόθηκαν στους συμμετέχοντες αποτελούνταν από τρία μέρη, συνοδευόμενα από αναλυτικές οδηγίες συμπλήρωσής τους. Παράλληλα, υπήρχε εισαγωγικό σημείωμα το οποίο τους ενημέρωνε σχετικά με την έρευνα, τους σκοπούς καθώς και διαβεβαιώσεις εμπιστευτικότητας των δεδομένων.

Πιο συγκεκριμένα:

- Στο πρώτο μέρος χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με 8 ερωτήσεις το οποίο αφορούσε στα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος (π.χ. φύλο, ηλικία, χρόνια προϋπηρεσίας, επίπεδο εκπαίδευσης κ.ά.).
- **Κλίμακα Άγχους του Spielberg:** Για τη μελέτη της συμπτωματολογίας του άγχους χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Άγχους του Spielberg (State-TraitAnxietyInventory - STAI), καθώς θεωρείται έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο που χρησιμοποιείται ευρέως στην έρευνα και την κλινική πρακτική. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για την εκτίμηση των επιπέδων άγχους που αποτελείται από 40 δηλώσεις συμφωνίας/ασυμφωνίας και χωρίζεται σε δύο υποκλίμακες.

Η πρώτη υποκλίμακα, η οποία αφορά στο παροδικό άγχος (StateAnxiety), περιλαμβάνει 20 δηλώσεις που αξιολογούν πώς αισθάνεται ο ερωτώμενος «τώρα, αυτή τη στιγμή». Η δεύτερη υποκλίμακα, αφορά στο άγχος προσωπικότητας (TraitAnxiety), περιλαμβάνει 20 δηλώσεις που αξιολογούν πώς αισθάνεται ο ερωτώμενος «γενικά».

Η αξιολόγηση διεξάγεται με βάση μια κλίμακα τεσσάρων βαθμίδων τύπου Likert από το 1 έως το 4, όπου μία βαθμολογία 4 υποδηλώνει υψηλά επίπεδα άγχους. Οι βαθμολογίες και για τις δύο κλίμακες, State και TraitAnxiety, μπορεί να κυμαίνονται από ελάχιστο 20 σε μέγιστο 80. Όσον αφορά τον ελληνικό πληθυσμό, η Κλίμακα Άγχους του Spielberg (State-TraitAnxietyInventory–STAI), είχε υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Λιάκος & Γιαννίτση, 1984; Σταλίκας, Τριλίβα, Ρούσση, 2012).

- **Κλίμακα Κατάθλιψης Beck:** Για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα κατάθλιψης Beck (BeckDepressionInventory - BDI), η οποία αποτελείται από 21 ερωτήσεις οι οποίες μετρούν τις γνωσιακές, συναισθηματικές, συμπεριφορικές και σωματικές

εκδηλώσεις της κατάθλιψης. Αποτελείται από μία κλίμακα τύπου Likert και παίρνει τιμές από το 0 έως το 3 για κάθε ερώτηση, οι οποίες μετρούν την ένταση του κάθε συμπτώματος. Μετά την άθροιση την βαθμολογίας των ερωτήσεων, η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται μεταξύ 0 και 63.

Η κλίμακα αυτή έχει βρεθεί ότι αποτελεί ένα έγκυρο εργαλείο μέτρησης της κατάθλιψης και είχε καλή αξιοπιστία στον ελληνικό πληθυσμό (Ντώνιας & Δεμερτζής, 1983; Σταλίκας και σύν., 2012).

4.4.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η διαδικασία της έρευνας και πιο συγκεκριμένα η διανομή και συλλογή των δεδομένων έγινε από τον Ιανουάριο έως και τον Μάρτιο του 2023.

Η επιλογή του δείγματος έγινε τυχαία, καθώς έγινε προσπάθεια προσέγγισης δείγματος από διάφορους νομούς της Ελλάδας, τόσο της ηπειρωτικής όσο και της νησιωτικής, καθώς και διαφορετικών σχολικών βαθμίδων, νηπιαγωγείων και δημοτικών σχολείων.

Η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε ηλεκτρονικά, αρχικά στους διευθυντές των σχολικών μονάδων, ενώ στη συνέχεια οι ίδιοι τα προώθησαν στους εκπαιδευτικούς του σχολείου. Φυσικά, όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό και την πλήρη ανωνυμία που χαρακτηρίζει την έρευνα. Συνολικά απαντήθηκαν 131 ερωτηματολόγια, τα οποία δεν εμφάνιζαν κενά απάντησης στο σύνολο των ερωτήσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Ευρήματα

Στο κεφάλαιο αυτό θα προχωρήσουμε στην παρουσίαση και συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας, έτσι όπως αυτά προέκυψαν από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων.

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, τα ερωτηματολόγια είναι χωρισμένα σε τρία μέρη από τα οποία το πρώτο αφορά στα δημογραφικά στοιχεία των εκπαιδευτικών, το δεύτερο μετρά τα επίπεδα άγχους (Κλίμακα Άγχους του Spielberg) και το τρίτο τα επίπεδα κατάθλιψης (Κλίμακα Κατάθλιψης Beck).

Τα ερωτηματολόγια και οι κλίμακες απαντήθηκαν από εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης που εργάζονται σε δημοτικά και νηπιαγωγεία, τόσο της ηπειρωτικής όσο και της νησιωτικής Ελλάδας, κατά τη χρονική περίοδο 2022-2023.

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics 25.0.

Για την ανάλυση των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών (Φύλο, Ηλικία, Επίπεδο Εκπαίδευσης, Χρόνια Προϋπηρεσίας και Επαγγελματική Κατάσταση) και των ερωτήσεων μέτρησης της εμπειρίας πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την πανδημία Covid – 19 θα χρησιμοποιηθούν περιγραφικά μέτρα για ποιοτικές μεταβλητές (συχνότητες και ποσοστά) και ραβδογράμματα.

Επιπλέον, κατά την ανάλυση των εξαρτημένων μεταβλητών θα χρησιμοποιηθούν περιγραφικά μέτρα μέσω τιμών, τυπικών αποκλίσεων, λοξότητας και κύρτωσης, διαγράμματα box – plot και δείκτες αξιοπιστίας.

Τέλος, για την διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων θα χρησιμοποιηθούν οι παραμετρικοί έλεγχοι ανεξαρτησίας chi – square, συσχετίσεων pearson, έλεγχος t-test και one way ANOVA καθώς και μη παραμετρικοί έλεγχοι συσχέτισης Spearman's rho και Kruskal -Wallis (όπου δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για χρήση παραμετρικών κριτηρίων).

Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 131 Εκπαιδευτικοί, οι οποίοι διδάσκουν σε δημοτικά και νηπιαγωγεία. Το 79.4% των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης του δείγματος είναι γυναίκες, το 41.2% είναι 46 ετών και άνω. Ένα μεγάλο ποσοστό 53.4% κατέχει μεταπτυχιακό τίτλο, το 58.8% είναι μόνιμοι και το 32.1% έχει προϋπηρεσία από 0 έως 4 έτη.

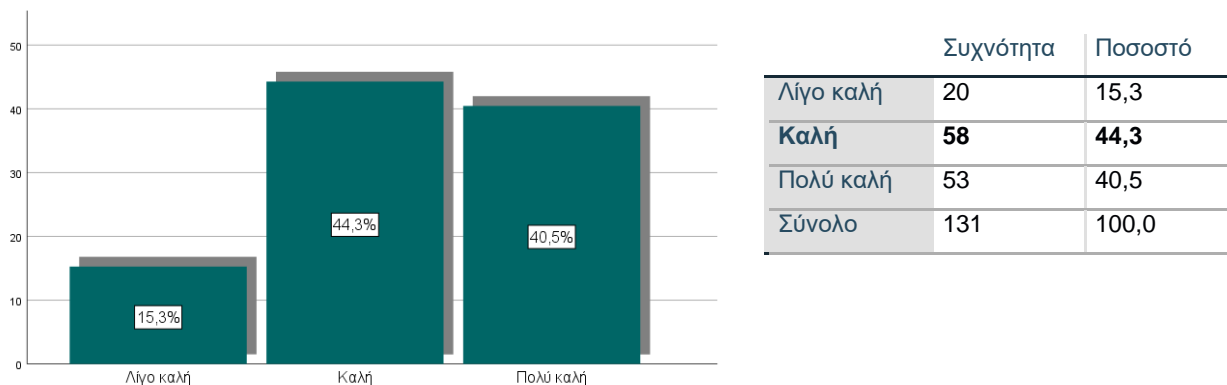
Πίνακας1. Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης

Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά	Απαντήσεις εκπαιδευτικών Συχνότητες (ποσοστά)
Φύλο	
Ανδρας	27 (20.6%)
Γυναίκα	104 (79.4%)
Ηλικία (έτη)	
18 έως 25ετών	7 (5.3 %)
26 έως 35 ετών	47 (35.9 %)
36 έως 45 ετών	23 (17.6 %)
46 ετών και άνω	54 (41.2 %)
Επίπεδο εκπαίδευσης	
Απόφοιτος Λυκείου	1 (0.8 %)
Πτυχίο ΑΕΙ	55 (42.0 %)
Μεταπτυχιακό	70 (53.4%)
Διδακτορικό	3 (2.3 %)
Άλλο	2 (1.5 %)
Χρόνια προϋπηρεσίας	
Από 0 έως 4 έτη	42 (32.1 %)
Από 5 έως 10 έτη	21 (16.0 %)
Από 11 έως 15 έτη	8 (6.1 %)
Από 16 έως 20 έτη	15 (11.5%)
Από 21 έως 25 έτη	16 (12.2 %)
Από 26 έως 30 έτη	16 (12.2 %)
Πάνω από 30 έτη	13 (9.9 %)
Επαγγελματική Κατάσταση	
Μόνιμος	77 (58.8 %)
Αναπληρωτής	54 (41.2 %)

(Τα ποσοστά αντιπροσωπεύουν το σύνολο των ερωτηθέντων που απάντησαν σε αυτή την ερώτηση. Στις παραπάνω ερωτήσεις απάντησαν και τα 131 άτομα)

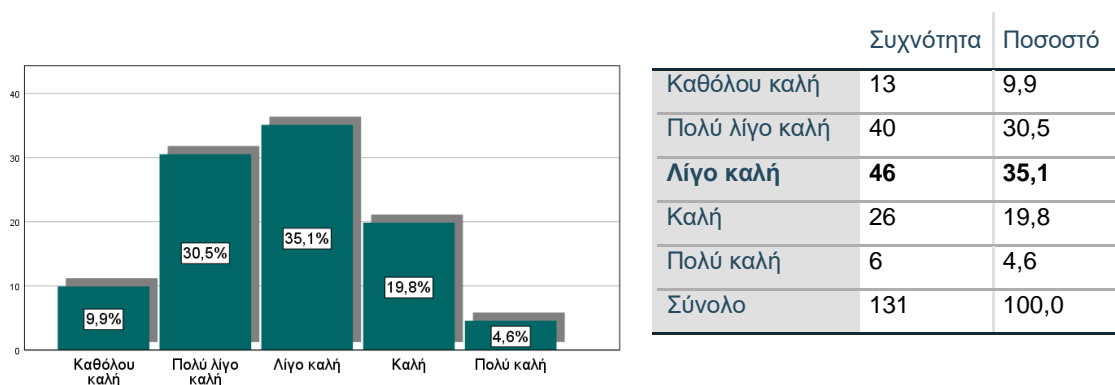
Ακολουθούν πίνακες και διαγράμματα με συχνότητες και ποσοστά αναφορικά με τις ερωτήσεις μέτρησης της εμπειρίας πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την πανδημία Covid – 19

Πίνακας - διάγραμμα 2. Αξιολογήστε την εμπειρία σας πριν την πανδημία Covid - 19.



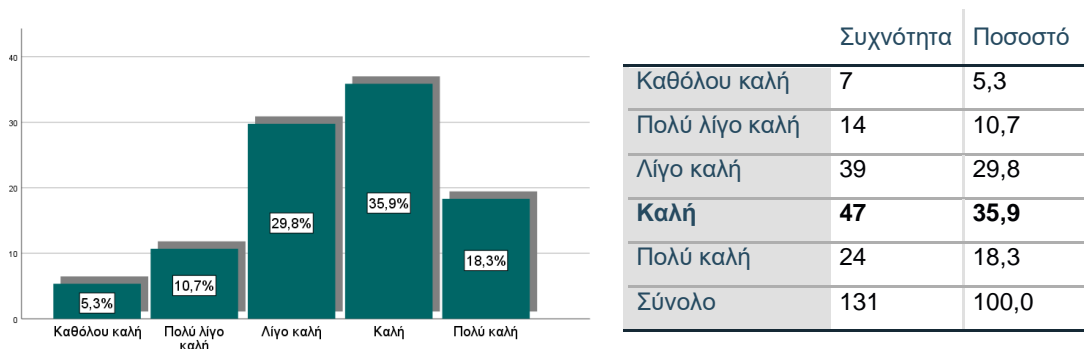
Το 44.3% των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (58 από τους 131 εκπαιδευτικούς) χαρακτηρίζουν καλή την εμπειρία τους πριν την πανδημία Covid - 19.

Πίνακας - διάγραμμα 3. Αξιολογήστε την εμπειρία σας κατά την πανδημία Covid - 19.



Το 35.1% των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (46 από τους 131 εκπαιδευτικούς) χαρακτηρίζουν λίγο καλή την εμπειρία τους κατά την πανδημία Covid - 19.

Πίνακας - διάγραμμα 4. Αξιολογήστε την εμπειρία σας μετά την πανδημία Covid-19



Το 35.9% των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (47 από τους 131 εκπαιδευτικούς) χαρακτηρίζουν καλή την εμπειρία τους μετά την πανδημία Covid - 19.

Στο σημείο αυτό ακολουθεί ανάλυση των εξαρτημένων μεταβλητών:

- συμπτώματα κατάθλιψης (κλίμακα BDI)
- ιδιοσυγκρασιακό/μόνιμο άγχος (STAI: A-State)
- παροδικό άγχος (STAI: A- Trait)
- συνολικό άγχος Total Anxiety (Δείκτης εκτίμησης άγχους)

Πίνακας 5. Περιγραφικά μέτρα εξαρτημένων μεταβλητών

	Μέση τιμή	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση	Λοξότητα	Κύρτωση	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
BDI	10,54	9,00	7,786	1,296	2,380	0	41
State Anxiety	49,41	49,00	4,955	,297	,527	36	67
Trait Anxiety	47,44	47,00	6,476	,320	-,534	35	64
Total Anxiety	96,85	95,00	9,807	,470	-,215	78	127

BDI: Η μέση τιμή (10.54) των συμπτωμάτων κατάθλιψης υποδηλώνει ελαφριάς μορφής κατάθλιψη καθώς είναι εντός του εύρους [10 – 15], η οποία δεν θα υπήρχε καθόλου ένα λαμβάναμε υπόψη μας τη διάμεσο (9.00) ως μέτρο κεντρικής τάσης η οποία επηρεάζεται λιγότερο από ακραίες τιμές. Σε κάθε περίπτωση τα συμπτώματα κατάθλιψης στους εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης βρίσκονται σε χαμηλό επίπεδο ακόμα και αν υπολογίσουμε επιπλέον στη μέση τιμή την τυπική απόκλιση (+7.786) προς τα πάνω το

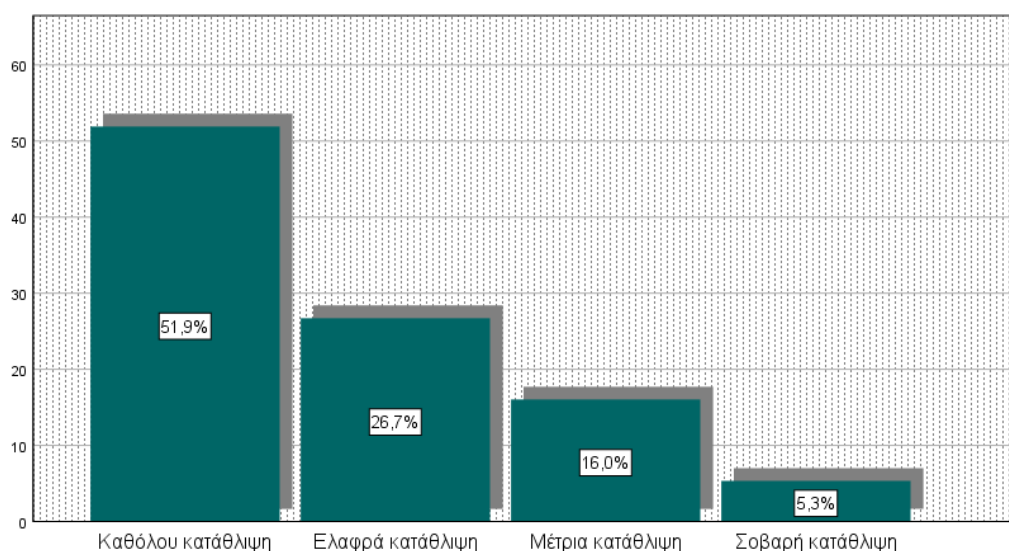
άθροισμά τους (18.32) θα είναι ελάχιστα πάνω από το άνω όριο του εύρους τιμών. Η τιμή της κύρτωσης (2.38>2.00) είναι ένδειξη ότι η κατανομή της μεταβλητής αποκλίνει από την κανονική.

State and Trait Anxiety (Παροδικό και Μόνιμο Άγχος): Οι μέσες τιμές τόσο για το παροδικό (49.41) όσο και για το μόνιμο/ιδιοσυγκρασιακό άγχος (47.44) δείχνουν μέτρια επίπεδα άγχους στους εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης του δείγματος. Οι τιμές λοξότητας και κύρτωσης και των δυο μεταβλητών είναι εντός του εύρους (-2.00,+2.00) και υποδηλώνουν ύπαρξη κανονικότητας στην κατανομή των παρατηρήσεων.

Total Anxiety (Δείκτης εκτίμησης άγχους): Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτει ένας γενικός δείκτης εκτίμησης του άγχους με την άθροιση όλων των παρατηρήσεων. Η μέση τιμή του δείκτη είναι 96.85.

Πίνακας συχνοτήτων και ραβδόγραμμα καταθλιπτικών συμπτωμάτων

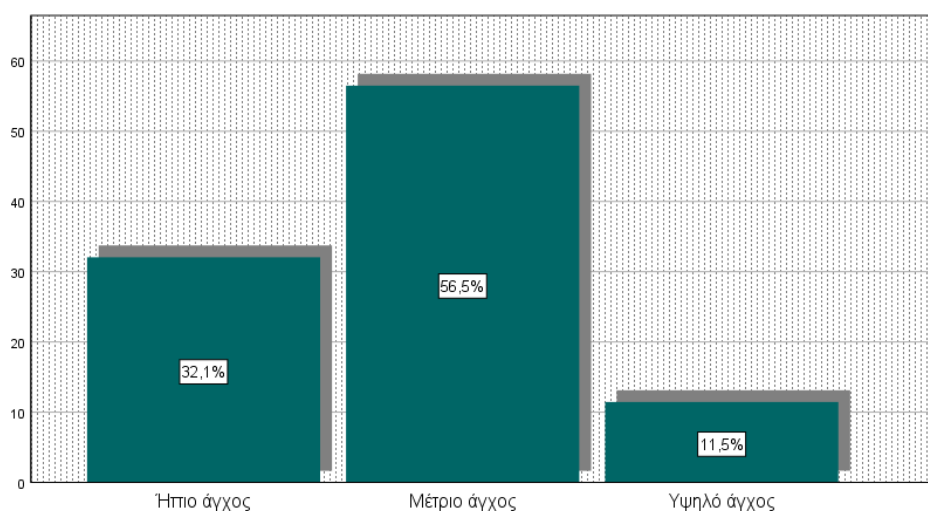
	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου κατάθλιψη	68	51,9
Ελαφρά κατάθλιψη	35	26,7
Μέτρια κατάθλιψη	21	16,0
Σοβαρή κατάθλιψη	7	5,3
Σύνολο	131	100,0



Από τα διαγράμματα φαίνεται ότι το 51.9% (68 άτομα) δεν παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ ένα ποσοστό 48,1% (63 άτομα) παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης, από ήπια έως σοβαρά.

Πίνακας συχνότητας και ραβδόγραμμα ιδιοσυγκρασιακού άγχους (trait)

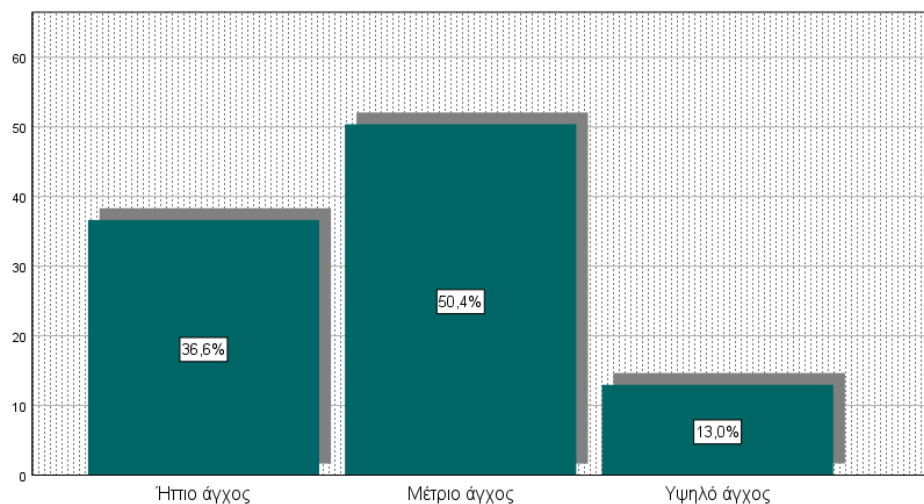
	Συχνότητα	Ποσοστό
Ήπιο άγχος	42	32,1
Μέτριο άγχος	74	56,5
Υψηλό άγχος	15	11,5
Σύνολο	131	100,0



Σχετικά με το ιδιοσυγκρασιακό άγχος, η πλειοψηφία του δείγματος, δηλαδή το 56.5% (74 άτομα) παρουσιάζουν μέτρια επίπεδα άγχους.

Πίνακας συχνότητας και ραβδόγραμμα παροδικού άγχους (state)

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ήπιο άγχος	48	36,6
Μέτριο άγχος	66	50,4
Υψηλό άγχος	17	13,0
Σύνολο	131	100,0

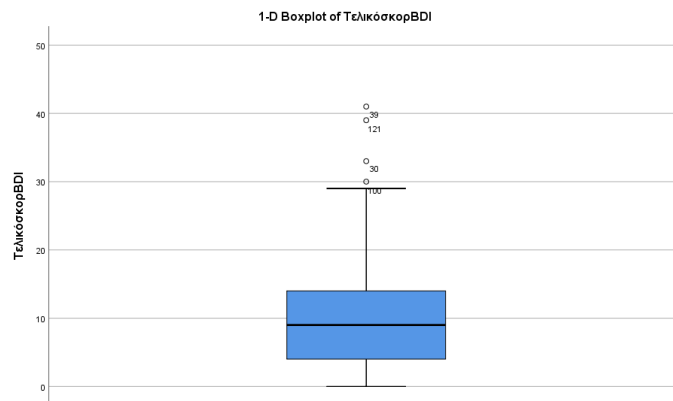


Παράλληλα, το 50.4% (66 άτομα) παρουσιάζουν μέτριο παροδικό άγχος.

Απαραίτητη, για την περαιτέρω ανάλυση, είναι η διερεύνηση των δεδομένων ως προς την ύπαρξη ακραίων τιμών, την κανονικότητα της κατανομής τους και τους δείκτες αξιοπιστίας τους. Η μελέτη τους θα καθορίσει την ανάγκη ή μη μετασχηματισμού των μεταβλητών και το είδος των κριτηρίων που θα χρησιμοποιήσουμε για να απαντήσουμε στα ερευνητικά μας ερωτήματα.

Ύπαρξη ή μη ακραίων τιμών

Από την κατασκευή των διαγραμμάτων Box -Plot καθεμίας εκ των παραπάνω μεταβλητών προκύπτει ότι η μεταβλητή συμπτώματα κατάθλιψης (κλίμακα BDI) παρουσιάζει πολλές ακραίες τιμές οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ανάλυση. Οι υπόλοιπες μεταβλητές δεν παρουσιάζουν ακραίες τιμές ή παρουσιάζουν μια ακραία τιμή η οποία δεν επηρεάζει την περαιτέρω ανάλυση.



Κανονικότητα κατανομής των παρατηρήσεων

Από τις τιμές λοξότητας και κύρτωσης των εξαρτημένων μεταβλητών προκύπτει ότι η μεταβλητή συμπτώματα κατάθλιψης (κλίμακα BDI) παρουσιάζει τιμή κύρτωσης ίση με 2.38(εκτός του εύρους τιμών -2, 2) γεγονός το οποίο υποδηλώνει την παραβίαση της υπόθεσης της κανονικότητας

Πίνακας 6. Τιμές λοξότητας και κύρτωσης για τις εξαρτημένες μεταβλητές

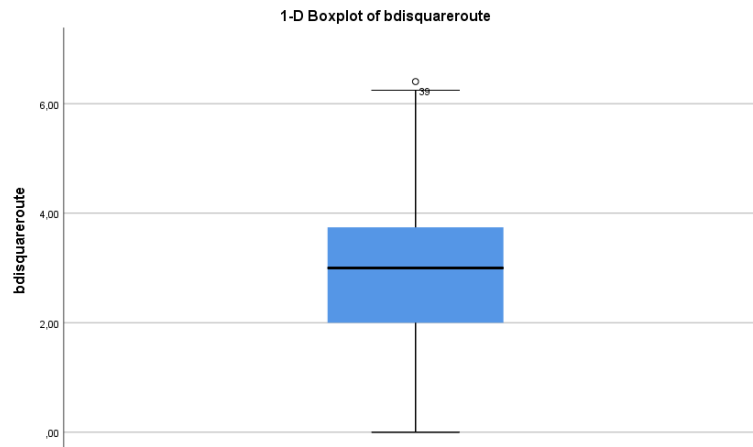
	Λοξότητα	Κύρτωση
State Anxiety	,297	,527
Trait Anxiety	,320	-,534
Total Anxiety	,470	-,215
BDI	1,296	2,380

Λόγω της ύπαρξης ακραίων τιμών και την παραβίαση της υπόθεσης κανονικότητας, η μεταβλητή συμπτώματα κατάθλιψης (κλίμακα BDI) θα πρέπει να μετασχηματιστεί προκειμένου να μπορούμε να απαντήσουμε στα ερευνητικά ερωτήματα που την αφορούν. Ο καλύτερος μετασχηματισμός της μεταβλητής βάση και της τιμής της κύρτωσης που προτείνεται είναι το Sqrt.

Πίνακας 7. Τιμές λοξότητας και κύρτωσης για τις εξαρτημένες μεταβλητές (μετασχηματισμένη μεταβλητή BDI)

	Λοξότητα	Κύρτωση
State Anxiety	,297	,527
Trait Anxiety	,320	-,534
Total Anxiety	,470	-,215
BDI sqrt	-,164	,447

Οι τιμές λοξότητας και κύρτωσης όλων των εξαρτημένων μεταβλητών είναι εντός του εύρους τιμών -2,2 και το διάγραμμα Box Plot της μεταβλητής BDI εμφανίζει μια μόνο ακραία τιμή η οποία δεν επηρεάζει το δείγμα.



Οι δείκτες αξιοπιστίας Cronbach's α (όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα) όλων των εξαρτημένων μεταβλητών είναι >0.8 γεγονός το οποίο υποδηλώνει ικανοποιητική αξιοπιστία και για την ακρίβεια οι δείκτες αξιοπιστίας του δείγματος είναι ελαφρώς υψηλότεροι από τους αντίστοιχους της βιβλιογραφίας.

Πίνακας 8. Δείκτες αξιοπιστίας

	Cronbach's α δείγματος	Cronbach's α βιβλιογραφίας
BDI	0.884	0.84
State Anxiety	0.939	0.92
Trait Anxiety	0.935	0.89
Total Anxiety	0.965	0.94

Ερευνητικά ερωτήματα:

Ερώτημα 1. Υπάρχει συσχέτιση των κοινωνικο – δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη συμπτωματολογία παροδικού/ιδιοσυγκρασιακού άγχους;

Για την απάντηση του πρώτου ερευνητικού ερωτήματος θα χρησιμοποιήσουμε έλεγχο Chi Square για την ύπαρξη ανεξαρτησίας ή μη των μεταβλητών.

Πίνακας 9. Έλεγχοι Chi Square για ύπαρξη ή μη σχέσης μεταξύ παροδικού άγχους (State Anxiety) και κοινωνικο - δημογραφικών χαρακτηριστικών

State Anxiety	Chi Square	df	p-value
Φύλο	1.35	2	0.509
Ηλικία	7.916	6	0.244
Επίπεδο εκπαίδευσης	4.931	8	0.820
Χρόνια προϋπηρεσίας	10.352	12	0.585
Επαγγελματική κατάσταση	4.956	2	0.084

Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών και του παροδικού άγχους καθώς όλες οι τιμές των p-value είναι > 0.05 . Ωστόσο, αμφισβητείται η εγκυρότητα του κριτηρίου καθώς δεν πληρείται μια απαραίτητη προϋπόθεση του πίνακα συνάφειας σε καθεμία από τις παραπάνω περιπτώσεις,, αφού οι συχνότητες κάτω της τιμής 5 ξεπερνούν το 20%.

Αντί αυτού μπορεί να διενεργηθεί έλεγχος Spearman's rho για κατηγορικές μεταβλητές που έχουν ιεραρχική κλίμακα.

Πίνακας 10. Έλεγχος Spearman's Rho για ύπαρξη ή μη σχέσης μεταξύ παροδικού άγχους (State Anxiety) και κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών (ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης και χρόνια προϋπηρεσίας)

State Anxiety	Spearman's rho	p-value
Ηλικία	-0.205	0.019
Επίπεδο εκπαίδευσης	0.120	0.174
Χρόνια προϋπηρεσίας	-0.20	0.022

Υπάρχει στατιστικά σημαντική ασθενής αρνητική συσχέτιση μεταξύ παροδικού άγχους και ηλικίας και παροδικού άγχους και ετών προϋπηρεσίας.

Τα συμπτώματα παροδικού άγχους αυξάνονται όσο μειώνεται η ηλικία και αντίστροφα (όσο αυξάνεται η ηλικία μειώνονται τα συμπτώματα παροδικού άγχους).

Επιπλέον, τα συμπτώματα παροδικού άγχους μειώνονται όσο αυξάνονται τα έτη προϋπηρεσίας και αντίστροφα (όσο μειώνονται τα έτη προϋπηρεσίας αυξάνονται τα συμπτώματα παροδικού άγχους)

Πίνακας 11. Έλεγχοι Chi Square για ύπαρξη ή μη σχέσης μεταξύ ιδιοσυγκρασιακού άγχους (Trait Anxiety) και κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών

Trait Anxiety	Chi Square	df	p-value
Φύλο	2.786	2	0.248
Ηλικία	5.372	6	0.497
Επίπεδο εκπαίδευσης	15.718	6	0.015
Χρόνια προϋπηρεσίας	12.756	12	0.387
Επαγγελματική κατάσταση	0.308	2	0.0857

Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών και του ιδιοσυγκρασιακού άγχους (εκτός από το επίπεδο εκπαίδευσης) καθώς όλες οι τιμές των p-value είναι > 0.05 (εκτός από την $p\text{-value}_{\text{επίπεδο εκπαίδευσης}}=0.015 < 0.05$). Ωστόσο, αμφισβητείται η εγκυρότητα του κριτηρίου καθώς δεν πληρείται μια απαραίτητη προϋπόθεση του πίνακα συνάφειας σε καθεμία από τις παραπάνω περιπτώσεις, αφού οι συχνότητες κάτω της τιμής 5 ξεπερνούν το 20%.

Αντί αυτού μπορεί να διενεργηθεί έλεγχος Spearman's rho για κατηγορικές μεταβλητές που έχουν ιεραρχική κλίμακα (ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης και χρόνια προϋπηρεσίας).

Πίνακας 12 Έλεγχος Spearman's Rho για ύπαρξη ή μη σχέσης μεταξύ παροδικού άγχους (Trait Anxiety) και κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών (ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης και χρόνια προϋπηρεσίας)

Trait Anxiety	Spearman's rho	p-value
Ηλικία	0.021	0.811
Επίπεδο εκπαίδευσης	-0.131	0.136
Χρόνια προϋπηρεσίας	0.110	0.213

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ιδιοσυγκρασιακού άγχους και ηλικίας, επιπέδου εκπαίδευσης και ετών προϋπηρεσίας των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Ερώτημα 2.Υπάρχει συσχέτιση των κοινωνικο – δημογραφικών χαρακτηριστικών με τα καταθλιπτικά συμπτώματα;

Πίνακας 13 . Έλεγχοι Chi Square για ύπαρξη ή μη σχέσης μεταξύ καταθλιπτικών συμπτωμάτων (BDI) και κοινωνικο δημογραφικών χαρακτηριστικών

BDI	Chi Square	df	p-value
Φύλο	1.859	3	0.602
Ηλικία	4.538	9	0.873
Επίπεδο εκπαίδευσης	7.494	12	0.586
Χρόνια προϋπηρεσίας	13.182	18	0.781
Επαγγελματική κατάσταση	1.114	3	0.774

Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (BDI) καθώς όλες οι τιμές των p-value είναι > 0.05 . Ωστόσο, αμφισβητείται η εγκυρότητα του κριτηρίου καθώς δεν πληρείται μια απαραίτητη προϋπόθεση του πίνακα συνάφειας σε καθεμία από τις παραπάνω περιπτώσεις, αφού οι συχνότητες κάτω της τιμής 5 ξεπερνούν το 20%.

Αντί αυτού μπορεί να διενεργηθεί έλεγχος Spearman's rho για κατηγορικές μεταβλητές που έχουν ιεραρχική κλίμακα (ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης και χρόνια προϋπηρεσίας).

Πίνακας 14 Έλεγχος Spearman's Rho για ύπαρξη ή μη σχέσης μεταξύ καταθλιπτικών συμπτωμάτων (BDI) και κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών (ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης και χρόνια προϋπηρεσίας)

BDI	Spearman's rho	p-value
Ηλικία	0.029	0.744
Επίπεδο εκπαίδευσης	-0.022	0.802
Χρόνια προϋπηρεσίας	0.018	0.839

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ συμπτωμάτων κατάθλιψης και ηλικίας, επιπέδου εκπαίδευσης και ετών προϋπηρεσίας των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης

Ερώτημα 3. Ποια δημογραφικά στοιχεία επηρεάζουν τις εξαρτημένες μεταβλητές στους εκπαιδευτικούς;

(α) Το φύλο επηρεάζει το παροδικό, το ιδιοσυγκρασιακό άγχος ή τα καταθλιπτικά συμπτώματα;

Ο έλεγχος που θα διενεργήσουμε για να διαπιστώσουμε αν το φύλο επηρεάζει τα συμπτώματα του παροδικού και του ιδιοσυγκρασιακού άγχους είναι το t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων (πληρείται η υπόθεση της κανονικότητας των κατανομών και υπάρχει ισότητα των διακυμάνσεων).

Πίνακας 15. Έλεγχοι t-test εξαρτημένων μεταβλητών (παροδικό άγχος, ιδιοσυγκρασιακό άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα) και φύλου

Εξαρτημένες μεταβλητές	Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική	t-statistic	p-value
				Απόκλιση		
State Anxiety	Άνδρας	27	49,19	4,394	-2.666	0.790
	Γυναίκα	104	49,47	5,108		
Trait Anxiety	Άνδρας	27	46,00	5,226	-1.303	0.195
	Γυναίκα	104	47,82	6,735		
BDI	Άνδρας	27	9,19	7,39	-1.316	0.19
	Γυναίκα	104	10,89	7,881		

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα παροδικού (A-State) και μόνιμου/ιδιοσυγκρασιακού (A-Trait) άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων μεταξύ ανδρών και γυναικών εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Τα επίπεδα παροδικού και ιδιοσυγκρασιακού άγχους καθώς και τα καταθλιπτικά συμπτώματα των ανδρών εκπαιδευτικών είναι όμοια με τα αντίστοιχα των γυναικών εκπαιδευτικών.

(β) Η ηλικία επηρεάζει το παροδικό, το ιδιοσυγκρασιακό άγχος ή τα καταθλιπτικά συμπτώματα;

Ο έλεγχος που θα διενεργήσουμε για να διαπιστώσουμε αν η ηλικία επηρεάζει τα συμπτώματα του παροδικού και του ιδιοσυγκρασιακού άγχους είναι:

Τον παραμετρικό έλεγχο one way ANOVA για να διερευνήσουμε αν η μεταβλητή ηλικία επηρεάζει τα επίπεδα παροδικού άγχους (λόγω ισότητας διακυμάνσεων και κανονικότητας κατανομής των δεδομένων)

Τον μη παραμετρικό έλεγχο Kruskal Wallis Η για να διερευνήσουμε αν η μεταβλητή ηλικία επηρεάζει τα επίπεδα ιδιοσυγκρασιακού άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (λόγω απουσίας ισότητας διακυμάνσεων)

Πίνακας 16. Έλεγχοι one way ANOVA και Kruskal Wallis εξαρτημένων μεταβλητών (παροδικό άγχος, ιδιοσυγκρασιακό άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα) και ηλικίας

Εξαρτημένη μεταβλητή	Ηλικία	N	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	F -statistic	Kruskall Wallis H	p-value
State Anxiety	18-25 ετών	7	51,71	4,572	4.046		0.009
	26-35 ετών	47	51,02	5,002			
	36-45 ετών	23	48,78	3,977			
	46ετών και άνω	54	47,98	4,932			
Trait Anxiety	18-25	7	47,14	2,911		4.132	0.248
	26-35	47	48,83	6,815			
	36-45	23	45,35	6,286			
	46 και άνω	54	47,17	6,442			
BDI	18-25	7	11,00	6,557		1.192	0.755
	26-35	47	10,43	9,202			
	36-45	23	9,30	5,226			
	46 και άνω	54	11,11	7,612			

Το παροδικό άγχος (State Anxiety) παρουσιάζει διαφορετικά επίπεδα μεταξύ των ηλικιακών ομάδων ($F_{\text{statistic}}= 4.046$, $p\text{-value}=0.009$). Για τον εντοπισμό της ηλικιακής ή των ηλικιακών ομάδων που παρουσιάζουν διαφορές χρησιμοποιήσαμε Post Hoc ανάλυση από την οποία διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα παροδικού άγχους μεταξύ της ηλικιακής κατηγορίας 26 – 35 ετών και εκείνης των 46 ετών και άνω. Οι νεότεροι εκπαιδευτικοί ($\text{mean}_{26-35 \text{ ετών}}=51.02$) εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους σε σχέση με μεγαλύτερους σε ηλικία εκπαιδευτικούς ($\text{mean}_{46 \text{ ετών και πάνω}}=47.98$)

Το μόνιμο άγχος (Trait Anxiety) και τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν παρουσιάζουν διαφορετικά επίπεδα μεταξύ των ηλικιακών ομάδων ($Kruskal\text{- Wallis}_{\text{statistic}}= 4.312$, $p\text{-value}=0.248$ και $Kruskal\text{- Wallis}_{\text{statistic}}= 1.192$, $p\text{-value}=0.755$) αντίστοιχα.

(γ) Το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει το παροδικό, το ιδιοσυγκρασιακό άγχος ή τα καταθλιπτικά συμπτώματα;

Ο έλεγχος που θα διενεργήσουμε για να διαπιστώσουμε αν το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει τα επίπεδα του παροδικού και του ιδιοσυγκρασιακού άγχους είναι παραμετρικός έλεγχος one way ANOVA (λόγω ισότητας διακυμάνσεων και κανονικότητας κατανομής των δεδομένων)

Πίνακας 17. Έλεγχοι one way ANOVA εξαρτημένων μεταβλητών (παροδικό άγχος, ιδιοσυγκρασιακό άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα) και επιπέδου εκπαίδευσης

Εξαρτημένη μεταβλητή	Επίπεδο εκπαίδευσης	N	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	F -statistic	p-value
State Anxiety	Πτυχίο ΑΕΙ	55	48,56	4,906	1.578	0.198
	Μεταπτυχιακό	70	50,21	5,001		
	Διδακτορικό	3	46,33	1,528		
	Άλλο	2	50,50	6,364		
Trait Anxiety	Πτυχίο ΑΕΙ	55	47,96	6,221	2.008	0.116
	Μεταπτυχιακό	70	47,50	6,626		
	Διδακτορικό	3	38,67	3,512		
	Άλλο	2	46,50	6,364		
BDI	Πτυχίο ΑΕΙ	55	3,0478	1,01926	0.571	0.635
	Μεταπτυχιακό	70	3,0108	1,44198		
	Διδακτορικό	3	2,0975	,63299		
	Άλλο	2	3,2850	,64575		

Το ιδιοσυγκρασιακό άγχος, το μόνιμο άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν παρουσιάζουν διαφορετικά επίπεδα μεταξύ των ομάδων που αφορούν το επίπεδο εκπαίδευσης ($F_{\text{StatisticStateAnxiety}} = 1.578$, $p\text{-value} = 0.198$), ($F_{\text{StatisticTraitAnxiety}} = 2.008$, $p\text{-value} = 0.116$) και ($F_{\text{StatisticBDI}} = 0.571$, $p\text{-value} = 0.635$).

(δ) Τα χρόνια προϋπηρεσίας επηρεάζουν το παροδικό, το ιδιοσυγκρασιακό άγχος ή τα καταθλιπτικά συμπτώματα;

Ο έλεγχος που θα διενεργήσουμε για να διαπιστώσουμε αν χρόνια προϋπηρεσίας επηρεάζουν τα επίπεδα του παροδικού και ιδιοσυγκρασιακού άγχους ή τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι παραμετρικός έλεγχος one way ANOVA (λόγω ισότητας διακυμάνσεων και κανονικότητας κατανομής των δεδομένων)

Πίνακας 18. Έλεγχοι one way ANOVA εξαρτημένων μεταβλητών (παροδικό άγχος, ιδιοσυγκρασιακό άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα) και ετών εκπαίδευσης

Εξαρτημένη μεταβλητή	Χρόνια προϋπηρεσίας	N	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	F -statistic	p-value
State Anxiety	0 - 4 έτη	42	50,52	5,709	1.331	0.249
	5 - 10 έτη	21	50,67	3,596		
	11 - 15 έτη	8	49,38	3,739		
	16 - 20 έτη	15	47,80	4,021		
	21 - 25 έτη	16	48,63	5,852		
	26 - 30 έτη	16	48,81	4,308		
	πάνω από 30 έτη	13	47,38	4,891		
Trait Anxiety	0 - 4 έτη	42	48,36	6,427	0.286	0.943
	5 - 10 έτη	21	46,86	7,670		
	11 - 15 έτη	8	46,75	4,200		
	16 - 20 έτη	15	46,47	7,200		
	21 - 25 έτη	16	47,69	4,438		
	26 - 30 έτη	16	47,63	6,365		
	πάνω από 30 έτη	13	46,46	7,933		
BDI	0 - 4 έτη	42	10,45	9,166	0.587	0.740
	5 - 10 έτη	21	9,24	6,913		
	11 - 15 έτη	8	9,38	6,653		
	16 - 20 έτη	15	12,87	9,054		
	21 - 25 έτη	16	10,81	5,868		
	26 - 30 έτη	16	10,38	5,058		
	πάνω από 30 έτη	13	10,85	9,091		

Το ιδιοσυγκρασιακό άγχος, το μόνιμο άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν παρουσιάζουν διαφορετικά επίπεδα μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας ($F_{\text{StatisticStateAnxiety}}= 1.331$, $p\text{-value}=0.249$), ($F_{\text{StatisticTraitAnxiety}}= 0.286$, $p\text{-value}=0.943$) και ($F_{\text{StatisticBDI}}= 0.587$, $p\text{-value}=0.740$) αντίστοιχα.

(ε) Η επαγγελματική κατάσταση επηρεάζει το παροδικό, το ιδιοσυγκρασιακό άγχος ή τα καταθλιπτικά συμπτώματα;

Ο έλεγχος που θα διενεργήσουμε για να διαπιστώσουμε αν η επαγγελματική κατάσταση επηρεάζει τα επίπεδα του παροδικού και του ιδιοσυγκρασιακού άγχους καθώς και τα καταθλιπτικά συμπτώματα, είναι το t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων (πληρείται η υπόθεση της κανονικότητας των κατανομών και υπάρχει ισότητα των διακυμάνσεων).

Πίνακας 19. Έλεγχοι t-testεξαρτημένων μεταβλητών (παροδικό άγχος, ιδιοσυγκρασιακό άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα) και επαγγελματικής κατάστασης

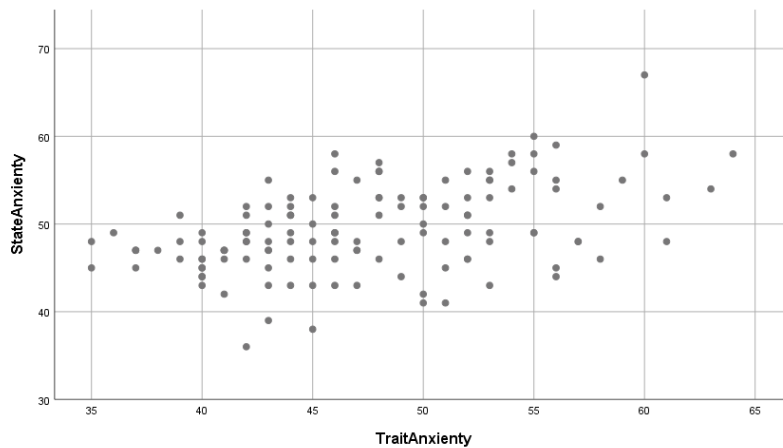
Εξαρτημένη μεταβλητή	Επαγγελματική ή Κατάσταση	N	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	t-statistic	p-value
State Anxiety	Μόνιμος	77	48,56	4,627	-2.398	0.018
	Αναπληρωτής	54	50,63	5,192		
Trait Anxiety	Μόνιμος	77	46,74	6,352	0.850	0.139
	Αναπληρωτής	54	48,44	6,578		
BDI	Μόνιμος	77	10,62	1,19673	0.513	0.609
	Αναπληρωτής	54	10,43	1,39561		

Το παροδικό άγχος (State Anxiety) παρουσιάζει διαφορετικά επίπεδα μεταξύ των δυο κατηγοριών επαγγελματικής κατάστασης. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα παροδικού άγχους μεταξύ των αναπληρωτών και μόνιμων εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ($F_{\text{Statistic}}= -2.398$, $p\text{-value}=0.018$). Οι αναπληρωτές εκπαιδευτικοί ($\text{mean}_{\text{αναπληρωτές}}=50.63$) εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους σε σχέση με του μόνιμους συναδέλφους τους εκπαιδευτικούς ($\text{mean}_{\text{μόνιμοι}}=48.56$)

Ερώτημα 4. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ παροδικού και ιδιοσυγκρασιακού άγχους;

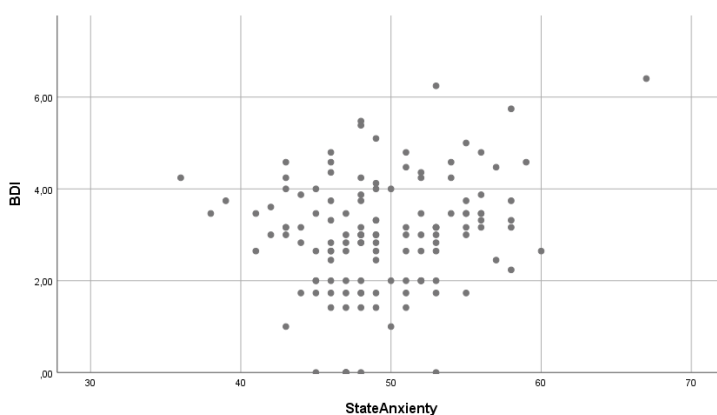
Ο συντελεστής συσχέτισης Pearson είναι στατιστικά σημαντικός και παρουσιάζει θετική συσχέτιση ($r=0.462$, $p\text{-value}=0.00$). Οι τιμές του ελέγχου υποδηλώνουν ότι υπάρχει μια

στατιστικά σημαντική μέτριας ισχύος θετική συσχέτιση μεταξύ παροδικού και ιδιοσυγκρασιακού άγχους. Όταν αυξάνονται/μειώνονται τα επίπεδα παροδικού άγχους αυξάνονται/μειώνονται και τα επίπεδα ιδιοσυγκρασιακού άγχους στους εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης



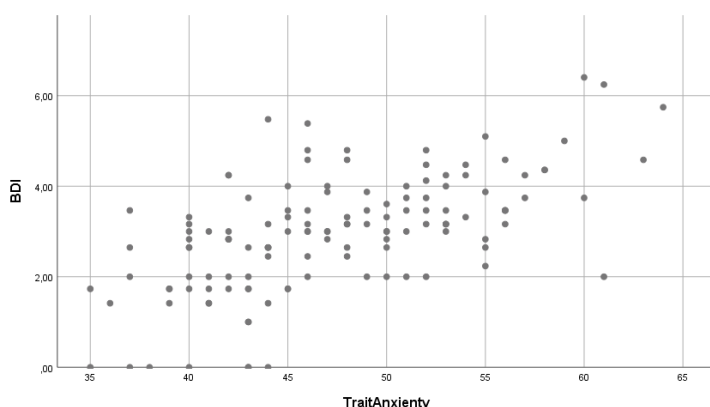
Ερώτημα 5. Επηρεάζει το παροδικό άγχος τα συμπτώματα κατάθλιψης;

Ο συντελεστής συσχέτισης Pearson είναι στατιστικά σημαντικός και παρουσιάζει ασθενή θετική συσχέτιση ($r=0.2$, $p\text{-value}=0.022$). Οι τιμές του ελέγχου υποδηλώνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική ασθενής θετική συσχέτιση μεταξύ παροδικού άγχους και συμπτωμάτων κατάθλιψης. Όταν αυξάνονται/μειώνονται τα επίπεδα παροδικού άγχους αυξάνονται/μειώνονται και τα συμπτώματα κατάθλιψης στους εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης



Ερώτημα 6. Επηρεάζει το μόνιμο/ ιδιοσυγκρασιακό άγχος τα συμπτώματα κατάθλιψης;

Ο συντελεστής συσχέτισης Pearson είναι στατιστικά σημαντικός και παρουσιάζει ισχυρή θετική συσχέτιση ($r=0.6$, $p\text{-value}=0.00$). Οι τιμές του ελέγχου υποδηλώνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική ασθενής θετική συσχέτιση μεταξύ ιδιοσυγκρασιακού άγχους και συμπτωμάτων κατάθλιψης. Όταν αυξάνονται/μειώνονται τα επίπεδα ιδιοσυγκρασιακού άγχους αυξάνονται/μειώνονται και τα συμπτώματα κατάθλιψης στους εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης



Ερώτημα 7. Η ηλικία και το φύλο επηρεάζουν τα συμπτώματα του ιδιοσυγκρασιακού και του παροδικού άγχους;

Ο έλεγχος που θα διενεργήσουμε για να διαπιστώσουμε αν το φύλο επηρεάζει τα συμπτώματα του παροδικού και του ιδιοσυγκρασιακού άγχους είναι το t-test ανεξαρτήτων δειγμάτων.

Πίνακας 20. Έλεγχοι t-testεξαρτημένων μεταβλητών (παροδικό άγχος, ιδιοσυγκρασιακό άγχος) και φύλου

	Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	t-statistic	p-value
State Anxiety	Άνδρας	27	49,19	4,394	-2.666	0.790
	Γυναίκα	104	49,47	5,108		
Trait Anxiety	Άνδρας	27	46,00	5,226	-1.303	0.195
	Γυναίκα	104	47,82	6,735		

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα παροδικού (A-State) και μόνιμου/ιδιοσυγκρασιακού (A-Trait) άγχους μεταξύ ανδρών και γυναικών εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το φύλο δεν επηρεάζει τα συμπτώματα των δυο υποκατηγοριών του άγχους (παροδικό ή μόνιμο)

Ο έλεγχος που θα διενεργήσουμε για να διαπιστώσουμε αν η ηλικία επηρεάζει τα συμπτώματα του παροδικού και του ιδιοσυγκρασιακού άγχους είναι, στην περίπτωση του παροδικού άγχους, (State Anxiety) το παραμετρικό τεστ one-way ANOVA και στην περίπτωση του ιδιοσυγκρασιακού άγχους (Trait Anxiety) ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis H (λόγω μη ύπαρξης ομοιογένειας των διακυμάνσεων).

Πίνακας 21. Έλεγχοι one way ANOVA και Kruskal Wallis εξαρτημένων μεταβλητών (παροδικό άγχος, ιδιοσυγκρασιακό άγχος) και ηλικίας

		N	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	F -statistic	Kruskal Wallis H	p-value
State Anxiety	18-25 ετών	7	51,71	4,572	4.046		0.009
	26-35 ετών	47	51,02	5,002			
	36-45 ετών	23	48,78	3,977			
	46ετών και άνω	54	47,98	4,932			
Trait Anxiety	18-25	7	47,14	2,911		4.312	0.248
	26-35	47	48,83	6,815			
	36-45	23	45,35	6,286			
	46 και άνω	54	47,17	6,442			

Το παροδικό άγχος (State Anxiety) παρουσιάζει διαφορετικά επίπεδα μεταξύ των ηλικιακών ομάδων ($F_{\text{statistic}} = 4.046$, $p\text{-value} = 0.009$). Για τον εντοπισμό της ηλικιακής ή των ηλικιακών ομάδων που παρουσιάζουν διαφορές χρησιμοποιήσαμε Post Hoc ανάλυση από την οποία διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα παροδικού άγχους μεταξύ της ηλικιακής κατηγορίας 26 – 35 ετών και εκείνης των 46 ετών και άνω. Οι νεότεροι εκπαιδευτικοί ($\text{mean}_{26-35 \text{ ετών}} = 51.02$) εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους σε σχέση με μεγαλύτερους σε ηλικία εκπαιδευτικούς ($\text{mean}_{46 \text{ ετών και πάνω}} = 47.98$)

Το μόνιμο άγχος (Trait Anxiety) δεν παρουσιάζει διαφορετικά επίπεδα μεταξύ των ηλικιακών ομάδων ($Kruskal\text{-Wallis}_{\text{statistic}} = 4.312$, $p\text{-value} = 0.248$).

Συμπερασματικά

Η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης που συμμετείχε στην έρευνα είναι γυναίκες (79.4%), 46 ετών και άνω (41.2%), κάτοχοι μεταπτυχιακού σε ποσοστό 53.4%, με 0 έως 4 έτη προϋπηρεσίας (32.1%) και μόνιμοι (58.8%).

Επίσης το 44.3% των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης χαρακτηρίζουν καλή την εμπειρία τους πριν την πανδημία Covid-19, το 35.1% χαρακτηρίζει λίγο καλή την εμπειρία τους κατά τη διάρκεια της πανδημίας και το 35.9% από αυτούς χαρακτηρίζει καλή την εμπειρία μετά την πανδημία Covid-19.

Από την ανάλυση των περιγραφικών μέτρων των εξαρτημένων μεταβλητών προκύπτει ότι οι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης της έρευνας εμφανίζουν μέτρια επίπεδα παροδικού και ιδιοσυγκρασιακού άγχους (49.41 και 47.44 αντίστοιχα) και ελαφριάς μορφής κατάθλιψη (10.54).

Οι δείκτες αξιοπιστίας Cronbach's α των ερωτηματολογίων ήταν >0.8 γεγονός το οποίο υποδηλώνει ικανοποιητική αξιοπιστία.

Αναφορικά με τη διερεύνηση συσχέτισης των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη συμπτωματολογία ιδιοσυγκρασιακού/παροδικού άγχους διαπιστώθηκε ότι τα συμπτώματα παροδικού άγχους αυξάνονται όσο μειώνεται η ηλικία και αντίστροφα (όσο αυξάνεται η ηλικία μειώνονται τα συμπτώματα παροδικού άγχους). Οι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης που ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία 26 – 35 ετών εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους σε σχέση με τους συναδέλφους τους που ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία 46 ετών και άνω. Επιπλέον, οι αναπληρωτές εκπαιδευτικοί εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που είναι μόνιμοι.

Τα επίπεδα ιδιοσυγκρασιακού άγχους δεν φαίνεται να επηρεάζονται ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, τα έτη προϋπηρεσίας και την επαγγελματική κατάσταση, όπως προέκυψε από την ανάλυση των δεδομένων.

Η σχέση μεταξύ ιδιοσυγκρασιακού και παροδικού άγχους, παροδικού άγχους και συμπτωμάτων κατάθλιψης και μεταξύ ιδιοσυγκρασιακού άγχους και συμπτωμάτων κατάθλιψης είναι θετική. Η πιο ισχυρή συσχέτιση είναι εκείνη που εμφανίζεται μεταξύ ιδιοσυγκρασιακού άγχους και συμπτωμάτων κατάθλιψης. Όταν αυξάνονται/μειώνονται τα

επίπεδα ιδιοσυγκρασιακού άγχους αυξάνονται/μειώνονται και τα επίπεδα των συμπτωμάτων κατάθλιψης στους εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

5.2 Συζήτηση

Ερμηνεία των ευρημάτων – συζήτηση

Η παρούσα ερευνητική εργασία αποτελεί μία προσπάθεια μελέτης των συμπτωμάτων παροδικού, ιδιοσυγκρασιακού άγχους και των συμπτωμάτων κατάθλιψης στους Εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης.

Με μία πρώτη ματιά φαίνεται ότι τα ευρήματα της συγκλίνουν αρκετά με αυτά άλλων διεθνών ερευνών. Από την ανάλυση των περιγραφικών μέτρων των εξαρτημένων μεταβλητών προέκυψε ότι οι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης της έρευνας εμφανίζουν μέτρια επίπεδα παροδικού και ιδιοσυγκρασιακού άγχους και μία ελαφριά μορφή κατάθλιψη, γεγονός που φαίνεται να συμφωνεί και με έρευνες των ΚουντουράςΟυζούνη, Τσαϊρίδης& Μαρσίδου (2018),Desouky&Allam (2017) και Roberts, LoCasale-Crouch, Hamre, &DeCoster(2016).

Γενικότερα το άγχος θεωρείται ως ένα φυσιολογικό συναίσθημα, το οποίο αφορά σε μία ενστικτώδη αντίδραση του οργανισμού, σε έναν γνωστό ή άγνωστο κίνδυνο, βραχυπρόθεσμο ή μακροπρόθεσμο (Crocq, 2022). Τα επίπεδα του άγχους μπορεί να διαφοροποιηθούν ανάλογα με την οπτική του κάθε ατόμου, την διάρκεια και την ένταση της ασκούμενης πίεσης, είτε αυτή είναι συναισθηματική είτε σωματική, ενώ η συχνότητα εμφάνισής του μπορεί να σχετίζεται με ποικίλες οικονομικές, κοινωνικοπολιτικές ή περιβαλλοντικές αλλαγές (Bandelow&Michaelis, 2022).

Όπως είναι αναμενόμενο, λοιπόν, και σε ένα εργασιακό πλαίσιο, τα υψηλά ποσοστά άγχους επηρεάζουν την παραγωγικότητα του ατόμου, μειώνουν την ποιότητα και την δημιουργικότητά του, την ψυχική ευεξία και το ηθικό του. Ακόμα, το συνεχές και επαναλαμβανόμενο άγχος μπορεί να προκαλέσει διαταραχές όπως είναι η κατάθλιψη, η οποία συνοδεύεται από δυσφορία, αβοηθησία, υποτίμηση της ζωής, έλλειψη ενδιαφέροντος και νωθρότητα (Khan, Amanat, Aqeel, Sulehri, Sana, Amin&Amanat, 2017). Έτσι, το αυξανόμενο άγχος επιδρά στη συναισθηματική και ψυχική υγεία των εκπαιδευτικών, γεγονός

που μπορεί να οδηγήσει στην επαγγελματική τους εξουθένωση (burnout) ή ακόμα και την εγκατάλειψη του επαγγέλματος (Jones-Rinconetal., 2019).

Στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, η πλειοψηφία του δείγματος εμφάνισε μέτρια επίπεδα άγχους και μία ελαφριάς μορφής κατάθλιψη, χωρίς βέβαια να μπορεί να διαπιστωθεί εάν πρόκειται για κλινική συμπτωματολογία. Ωστόσο, δεδομένων των αρκετά υψηλών ποσοστών εμφάνισης, είναι σημαντικό αυτά να μην αγνοηθούν καθώς μπορεί να έχουν μία μακροπρόθεσμη επιρροή στην ψυχική τους υγεία, μιας και τα έντονα και διαρκή συμπτώματα συνδέονται με πληθώρα διάφορων νόσων, μία εκ των οποίων είναι και η κατάθλιψη (Caroneetal., 2020).

Από την ανάλυση των δεδομένων του δείγματος, φάνηκε ότι μεγάλο ποσοστό παρουσίασε σημάδια ήπιας κατάθλιψης, επιβεβαιώνοντας ευρήματα παρόμοιων ερευνών (Robertsetal., 2019). Οι Beck & Haaga (1995) προσέγγισαν την κατάθλιψη σύμφωνα με τα αρνητικά συναισθήματα και τη λανθασμένη λογική που βιώνει το άτομο για τον εαυτό του και τον κόσμο γύρω του. Με τον τρόπο αυτό, επηρεάζει αρνητικά τον τρόπο σκέψης και ζωής του, τα συναισθήματά του, τη γενικότερη λειτουργικότητά του, προκαλώντας έτσι και ψυχοσωματικά συμπτώματα. Αναμφίβολα, τα στοιχεία αυτά επηρεάζουν όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου, τόσο τους προσωπικούς όσο και τους επαγγελματικούς (Bennett, 2010).

Γενικότερα, μεγάλο μέρος των ατόμων που εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης αποφεύγουν να απευθυνθούν σε ειδικούς θεωρώντας ότι θα αντιμετώπιζαν αρνητικές αντιδράσεις από το κοινωνικό σύνολο και τον περίγυρο τους. Ακόμα, θεωρούν ότι η ψυχική τους ασθένεια επηρεάζει αρνητικά τόσο το επαγγελματικό τους περιβάλλον, όσο και τις σχέσεις με τους συναδέλφους τους. Έτσι, τα αισθήματα ντροπής, η αντίληψη της μη βελτίωσης, η αποδοκιμασία από τους άλλους, η αρνητική αυτό-εικόνα που μπορεί να έχουν μπορεί να ενισχύσουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα και να αποτρέπουν τον ασθενή από την αναζήτηση θεραπείας (Wood, Birtel, Alsawy, Pyle & Morrison (2014). Κάτι αντίστοιχο, ισχύει και για τους εκπαιδευτικούς οι οποίοι φαίνονται διστακτικοί στο να παρουσιάσουν ευαίσθητα για αυτούς χαρακτηριστικά και δεδομένα.

Όσον αφορά το φύλο των εκπαιδευτικών, σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας που υλοποιήσαμε, δεν φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα παροδικού (A-State) και μόνιμου/ιδιοσυγκρασιακού (A-Trait) άγχους και κατάθλιψης μεταξύ ανδρών και γυναικών, στοιχείο που έρχεται σε αντίθεση με αριθμό άλλων ερευνών. Βέβαια, το

αποτέλεσμα αυτό πιθανότατα να διαφοροποιείται λόγω του πολύ μικρού αριθμού αντρών που συμμετείχαν στην έρευνα, δεδομένου ότι στην Ελλάδα, στο επάγγελμα του εκπαιδευτικού πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης κυριαρχούν οι γυναίκες.

Ακόμα, μέσα από την ανάλυση των δεδομένων διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα παροδικού άγχους μεταξύ της ηλικιακής κατηγορίας 26 – 35 ετών και εκείνης των 46 ετών και άνω. Αυτό σημαίνει ότι τα συμπτώματα παροδικού άγχους αυξάνονται όσο μειώνεται η ηλικία και αντίστροφα (όσο αυξάνεται η ηλικία μειώνονται τα συμπτώματα παροδικού άγχους). Οι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης που ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία 26 – 35 ετών εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους σε σχέση με τους συναδέλφους τους που ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία 46 ετών και άνω, στοιχεία που συμφωνούν και με πλήθος άλλων ερευνών (Albert, 2015; Colvin, Richardson, Cyranowski, Youk&Bromberger, 2017; Kourmousietal., 2016; Mello, ChavesFilho, , Custódio, Cordeiro, Miyajima, deSousa, Vasconcelos, deLucena&Macedo, 2018).

Ένας ακόμη παράγοντας με τον οποίο φαίνεται να συνδέεται η εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, όπως προκύπτει από τα δεδομένα της μελέτης, σχετίζεται με το εάν ο εκπαιδευτικός είναι μόνιμος ή αναπληρωτής. Διαπιστώθηκε ότι οι αναπληρωτές εκπαιδευτικοί εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους σε σχέση με τους μόνιμους. Οι αναπληρωτές, οι οποίοι αποτελούν ένα καθεστώς που έχει εδραιωθεί τα τελευταία χρόνια στην ελληνική εκπαίδευση, βιώνουν μία μόνιμη αναστάτωση και αβεβαιότητα καθώς είναι αναγκασμένοι ή να μετακινούνται σε κάθε νέα σχολική χρονιά ανά την Ελλάδα, ή να ρισκάρουν να δηλώσουν ένα μέρος της επιλογής τους με τον κίνδυνο της ανεργίας (Ανδρέου& Κουτούζης, 2002; Caponeetal., 2020). Ακόμα, η έλλειψη συναδελφικής υποστήριξης, η πίεση για την ολοκλήρωση της διδακτέας ύλης, η αλληλεπίδραση με τους μαθητές, τους γονείς, τους συναδέλφους, τα προβλήματα διαχείρισης τάξης, αλλά και ο ρόλος που κατέχει ο εκπαιδευτικός στην συναισθηματική, κοινωνική, πνευματική ανάπτυξη των μαθητών, αποτελούν μερικά ακόμα στοιχεία τα οποία μπορεί να τους οδηγήσουν στην εμφάνιση αγχωδών ή/και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Caponeetal., 2020; Husain, Gulzar&Aqeel, 2016; Skaalvik&Skaalvik, 2016).

Παράλληλα, η έρευνα έδειξε ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική μέτριας ισχύος θετική συσχέτιση μεταξύ παροδικού και ιδιοσυγκρασιακού άγχους, που σημαίνει ότι όταν αυξάνονται/μειώνονται τα επίπεδα παροδικού άγχους αυξάνονται/μειώνονται και τα επίπεδα ιδιοσυγκρασιακού άγχους στους εκπαιδευτικούς. Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί και

συμφωνούν με αυτά τα ευρήματα, παρατήρησαν ως μερικές στρεσογόνες πηγές την έλλειψη υποστηρικτικών και γραφειοκρατικών δομών, συμβουλευτικής υποστήριξης, τις σχέσεις με προϊσταμένους, συναδέλφους, γονείς και μαθητές (Khanetal., 2017; Whitaker, Dearth-Wesley&Gooze, 2015).

Εν κατακλείδι, βασιζόμενοι στα αποτελέσματα της έρευνας, το δείγμα μας παρουσίασε υψηλά ποσοστά παροδικού και ιδιοσυγκρασιακού άγχους και μικρά ποσοστά κατάθλιψης. Τα ποσοστά αυτά έδειξαν να αυξάνονται κυρίως ανάλογα με την ηλικία και την επαγγελματική κατάσταση των εκπαιδευτικών, αν δηλαδή αυτοί είναι μόνιμοι ή αναπληρωτές. Η παρούσα έρευνα αποδεικνύει ότι το επάγγελμα των εκπαιδευτικών είναι ένα ιδιαίτερα στρεσογόνο και απαιτητικό επάγγελμα, δεδομένου ότι υπάρχουν πολλοί και διαφορετικοί παράγοντες που το επηρεάζουν.

Γενικότερα, λοιπόν, θα λέγαμε ότι για να είναι σε θέση οι εκπαιδευτικοί να εδραιώσουν, θετικές και θεμελιώδεις σχέσεις με τους μαθητές, θα πρέπει αρχικά οι ίδιοι να είναι σε θέση να ρυθμίζουν τα δικά τους συναισθήματα και να προβάλλουν υγιή πρότυπα συμπεριφοράς, όπως να έχουν ήρεμες αντιδράσεις, να ακούνε και να συναισθάνονται τον συνομιλητή τους, ειδικά σε περιπτώσεις όπου τα παιδιά εκφράζουν αρνητικά συναισθήματα, αισθήματα χαράς,, άγχους, ανασφάλειας, φόβου. Επιπλέον, είναι σημαντικό να ανταποκρίνονται άμεσα στις ανάγκες των μαθητών, να επιδεικνύουν ενσυναίσθηση, προκειμένου να καλλιεργηθεί μια υγιής σχέση μεταξύ τους και να ενισχυθεί η κοινωνικο-συναισθηματική τους ικανότητα (Whitakeretal.,2015). Τα αρνητικά συναισθήματα που πιθανόν συνοδεύουν τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης, επηρεάζουν ολόκληρη την εκπαιδευτική διαδικασία και έχουν αντίκτυπο στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των μαθητών, καθώς οι ίδιοι έχουν την τάση να μιμούνται συμπεριφορές και στάσεις ενηλίκων.

5.3 Περιορισμοί της έρευνας

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η παρούσα εργασία αποτελεί μία μικρή ερευνητική προσπάθεια στο να καταδείξει τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε Εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Φυσικά, η ερευνητική διαδικασία δεν αποτελεί μία εύκολη υπόθεση δεδομένου ότι ο ερευνητής πρέπει να προσέξει και να συνδυάσει πλήθος παραγόντων και μεταβλητών.

Έτσι, λοιπόν, στο σημείο αυτό θα θέλαμε να τονίσουμε κάποιους από τους περιορισμούς που αντιμετωπίσαμε όσον αφορά το ερευνητικό μέρος της μελέτης. Κάποιοι από τους κυριότερους είναι οι εξής:

- Τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήσαμε είναι ενδεικτικά και όχι αναγώγιμα, λόγω του μικρού δείγματος που υπήρχε
- Πολλοί εκπαιδευτικοί αποφεύγουν να απαντήσουν με ειλικρίνεια, αλλοιώνοντας έτσι τα αποτελέσματα
- Παρά το γεγονός ότι η μεθοδολογία της έρευνας βασίστηκε αποκλειστικά σε κλίμακες αυτοαναφοράς (με υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα), θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν εναλλακτικές πηγές πληροφόρησης, όπως συνεντεύξεις, έτσι ώστε να συμπεριληφθούν και άλλες μεταβλητές στη μελέτη.

Επομένως, για να μπορέσουν να εξαχθούν συμπεράσματα τα οποία θα είναι αναγώγιμα, θα ήταν καλό να πραγματοποιηθούν μελέτες σε μεγαλύτερα δείγματα, και στις οποίες θα γίνεται συνδυασμός ερευνητικών εργαλείων και μέσων. Με τον τρόπο αυτό ο ερευνητής θα μπορέσει να διαμορφώσει μία πιο ξεκάθαρη εικόνα για τα χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών, τις δυσκολίες, τις ανάγκες και τις δεξιότητές τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ελληνόγλωσσες

- Αλεβίζος, Β. (2008). *Άγχος. Ιατρικές & Κοινωνικές Διαστάσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Ανδρέου, Α. & Κουτούζης, Μ. (2002). Ο θεσμός των αναπληρωτών εκπαιδευτικών της δημόσιας εκπαίδευσης. Επαγγελματική εξέλιξη και εργασιακή κατάσταση. Αθήνα: Κέντρο Εκπαιδευτικών Ερευνών (Κ.Ε.Ε.).
- Αντωνίου, Α.Χ. (2010). *ΣΤΡΕΣ. Προσωπική Ανάπτυξη & Ευημερία*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Ζερβής, Χ. (2003). *Ψυχοπαθολογία του ενήλικα*. Αθήνα, Εκδόσεις: Ηλεκτρονικές τέχνες.
- Κλεφταράς, Γ. (1998). *Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΗΜΕΡΑ. Περιγραφή, Διάγνωση, Θεωρίες και Ερευνητικά Δεδομένα*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Κουντουράς, Γ., Ουζούνη, Μ., Τσαϊρίδης, Χ., & Μαρσίδου, Α. (2018). Προβλήματα άγχους και κατάθλιψης σε παιδαγωγούς της προσχολικής ηλικίας. *Interscientific Health Care*, 10(3), 56-64.
- Κουράκος, Μ., Καυκιά, Θ., Θανασά, Γ., Κυλούδης, Π., Σταθαρού, Α., Ρεκλείτη, Μ., & Σαρίδη, Μ. (2016). Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ): Διερεύνηση αντιλαμβανόμενου άγχους στο νοσηλευτικό προσωπικό.
- Λεονταρή, Α., Κυρίδης, Α., & Γιαλαμάς, Β. (2000). Το επαγγελματικό άγχος των εκπαιδευτικών της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (No. IKEEART-2014-1879, pp. 139-161). Aristotle University of Thessaloniki.
- Λιάκος, Α., & Γιαννίτση, Σ. (1984). Αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος*, 21, 71-76.
- Λύκουρας, Λ., Σολδάτος, Κ. & Ζέρβας, Γ. (2009). *Διασυνδεδετική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Μαδιανός, Μ. (2006). *ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτης.
- Μητρούση, Σ., Τραυλός, Α., Κούκια, Ε., & Ζυγά, Σ. (2013). Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 6(1), 21-27.

- Μπαλτά, Γ. & Παπαρρηγόπουλος, Θ. (2010). Συννοσηρότητα άγχους και κατάθλιψης: Διαγνωστικά προβλήματα και θεραπευτική αντιμετώπιση. *Ψυχιατρική*, 21(2), 107-114.
- Ντώνιας, Σ., & Δεμερτζής, Ι. (1983). Στάθμιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Beck. *Πρακτικά 10ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νευρολογίας και Ψυχιατρικής*, Τεύχος, 1, 486-492.
- Παλαιολόγου, Α. Μ. (2001). Προσανατολισμοί Κλινικής Ψυχολογίας. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ. & Ρούσση, Π. (2012). *ΤΑ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ*. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2012). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Ξενόγλωσσες

- Agyarong, B., Obuobi-Donkor, G., Burbach, L., & Wei, Y. (2022). Stress, burnout, anxiety and depression among teachers: a scoping review. *International journal of environmental research and public health*, 19(17), 10706.
- Albert, P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women?. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, 40(4), 219.
- Alloy, L. B., Kelly, K. A., Mineka, S., & Clements, C. M. (1990). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: a helplessness-hopelessness perspective. In J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 499–543). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical of Mental Disorders 5th Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2022). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Barlow, H. & Durand, M. (2000). *Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μια σύνθετη Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση*. Ατόμος. Αθήνα: Έλλην.

- Beck, A. T. & Haaga, D. A. (1995). Perspectives on depressive realism: Implications for cognitive theory of depression. *Behaviour research and therapy*, 33(1), 41-48.
- Bennett, P. (2010). *Κλινική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- Bete, T., Gemechu, K., Anbesaw, T., Tarafa, H., & Tadessa, J. (2022). Depressive symptoms and associated factor among public school teachers in Jimma town, Southwest, Ethiopia 2020: a multi-disciplinary, cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-9.
- Cameron, O. G. (2006). Anxious-depressive comorbidity: effects on HPA axis and CNS noradrenergic functions. *Essential psychopharmacology*, 7(1), 24-34.
- Capone, V., & Petrillo, G. (2020). Mental health in teachers: Relationships with job satisfaction, efficacy beliefs, burnout and depression. *Current Psychology*, 39, 1757-1766.
- Chylova, M., Nezkusilova, J., Pestova, L., & Seilerova, M. (2020). WORK-RELATED STRESS, PERSONAL RESOURCES AND MENTAL HEALTH IN HIGH RISK PROFESSIONS: CROSS-SECTIONAL SURVEY. *Psychological Applications and Trends*, 223.
- Christensen, K. S., Sokolowski, I., & Olesen, F. (2011). Case-finding and risk-group screening for depression in primary care. *Scandinavian journal of primary health care*, 29(2), 80-84.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Beck, J. S. (1994). Symptom differences in major depression, dysthymia, panic disorder, and generalized anxiety disorder. *The American journal of psychiatry*.
- Colvin, A., Richardson, G. A., Cyranowski, J. M., Youk, A., & Bromberger, J. T. (2017). The role of family history of depression and the menopausal transition in the development of major depression in midlife women: study of women's health across the nation mental health study (SWAN MHS). *Depression and anxiety*, 34(9), 826-835.
- Crocq, M. A. (2022). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Davidson, R. J., Pizzagalli, D., Nitschke, J. B., & Putnam, K. (2002). Depression: perspectives from affective neuroscience. *Annual review of psychology*, 53(1), 545-574.

- Desouky, D., & Allam, H. (2017). Occupational stress, anxiety and depression among Egyptian teachers. *Journal of epidemiology and global health*, 7(3), 191-198.
- Faulkner, M., Gerstenblatt, P., Lee, A., Vallejo, V., & Travis, D. (2016). Childcare providers: Work stress and personal well-being. *Journal of Early Childhood Research*, 14(3), 280-293.
- Feldman, R. (2010). *Εξελικτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (1992). *Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration*. John Wiley & Sons.
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 62(10), 1097-1106.
- Heeren, A., Bernstein, E. E., & McNally, R. J. (2018). Deconstructing trait anxiety: A network perspective. *Anxiety, Stress, & Coping*, 31(3), 262-276.
- Hettema, J. M. (2008). What is the genetic relationship between anxiety and depression? *American journal of medical genetics part C: Seminars in medical genetics*, 148(2), 140-146.
- Hooley, J. M., Butcher, J. N., Nock, K., & Mineka, S., (2020). *ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ*. Αθήνα: Εκδόσεις Utopia.
- Husain, W., Gulzar, A., & Aqeel, M. (2016). The mediating role of depression, anxiety and stress between job strain and turnover intentions among male and female teachers. *FWU Journal of Social Sciences*, 10(1), 48.
- Jeon, L., Buettner, C. K., Grant, A. A., & Lang, S. N. (2019). Early childhood teachers' stress and children's social, emotional, and behavioral functioning. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 61, 21-32.
- Jones-Rincon, A., & Howard, K. J. (2019). Anxiety in the workplace: A comprehensive occupational health evaluation of anxiety disorder in public school teachers. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 24(1), 1-12.

- Judd, L. L., Kessler, R. C., Paulus, M. P., Zeller, P. V., Wittchen, H. U., & Kunovac, J. L. (1998). Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: results from the National Comorbidity Study (NCS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 6-11.
- Kaplan, H., Sadock, B. & Grebb, J. (2000). Ψυχιατρική. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Kaufman, J., & Charney, D. (2000). Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 12(S1), 69-76.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M., & Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *The British journal of psychiatry*, 168(S30), 17-30.
- Khan, A., Amanat, A., Aqeel, M., Sulehri, N. A., Sana, E., Amin, H., & Amanat, A. (2017). The Mediating Role of Job Stress between Social Support and development of Stress, Anxiety and Depression in Educators and Health Professiona. *Foundation University Journal of Psychology*, 1(1), 48-61.
- Koolschijn, P. C. M., van Haren, N. E., Lensvelt-Mulders, G. J., Hulshoff Pol, H. E., & Kahn, R. S. (2009). Brain volume abnormalities in major depressive disorder: A meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *Human brain mapping*, 30(11), 3719-3735.
- Kourmoussi, N., & Alexopoulos, E. C. (2016). Stress sources and manifestations in a nationwide sample of pre-primary, primary, and secondary educators in Greece. *Frontiers in public health*, 4, 73.
- Kring, A.M., Davison, G.C., Neale, J.M., & Johnson, S.L. (2010). ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Lacomba-Trejo, L., Schoeps, K., Valero-Moreno, S., Del Rosario, C., & Montoya-Castilla, I. (2022). Teachers' Response to Stress, Anxiety and Depression During COVID-19

- Lockdown: What Have We Learned From the Pandemic?. *Journal of School Health*, 92(9), 864-872.
- Levy, K. N., & Wasserman, R. H. (2009). Psychodynamic model of depression. In R. Ingram(Ed.), *The International Encyclopedia of Depression*. New York: Springer.
- Lizana, P. A., &Lera, L. (2022). Depression, Anxiety, and Stress among Teachers during the Second COVID-19 Wave. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 5968.
- Lizana, P. A., & Vega-Fernandez, G. (2021). Teacher teleworking during the covid-19 pandemic: Association between work hours, work–family balance and quality of life. *International journal of environmental research and public health*, 18(14), 7566.
- Ma, K., Liang, L., Chutiyami, M., Nicoll, S., Khaerudin, T., & Van Ha, X. (2022). COVID-19 pandemic-related anxiety, stress, and depression among teachers: A systematic review and meta-analysis. *Work*, (Preprint), 1-25.
- Mello, B. S. F., Chaves Filho, A. J. M., Custódio, C. S., Cordeiro, R. C., Miyajima, F., de Sousa, F. C. F., Vasconcelos, S. M. M., de Lucena, D. F. & Macedo, D. (2018). Sex influences in behavior and brain inflammatory and oxidative alterations in mice submitted to lipopolysaccharide-induced inflammatory model of depression. *Journal of neuroimmunology*, 320, 133-142.
- Michail, M., & Birchwood, M. (2013). Social anxiety disorder and shame cognitions in psychosis. *Psychological Medicine* , 43 (1), pp. 133-142.
- Monroe, S. M. (2008). Modern approaches to conceptualizing and measuring human life stress. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 4, 33-52.
- Monroe, S. M., Slavich, G. M., & Georgiades, K. (2009). The social environment and life stress in depression. *Handbook of depression*, 2(1), 340-60.
- Naragon-Gainey, K., Watson, D., &Markon, K. E. (2009). Differential relations of depression and social anxiety symptoms to the facets of extraversion/positive emotionality. *Journal of abnormal psychology*, 118(2), 299.
- NHI, (2022). *Depression*. National Institute of Mental Health., <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression>

- Oliveira Silva, D. F., Cobucci, R. N. O., Lima, S. C. V. C., & de Andrade, F. B. (2021). Prevalence of anxiety, depression, and stress among teachers during the COVID-19 pandemic: Systematic review.
- Pikhart, H., Bobak, M., Pajak, A., Malyutina, S., Kubinova, R., Topor, R., Sebakova, H., Nikitin, Y., & Marmot, M. (2004). Psychosocial factors at work and depression in three countries of Central and Eastern Europe. *Social science & medicine*, 58(8), 1475-1482.
- Prenoveau, J. M., Zinbarg, R. E., Craske, M. G., Mineka, S., Griffith, J. W., & Epstein, A. M. (2010). Testing a hierarchical model of anxiety and depression in adolescents: A tri-level model. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 334-344.
- Roberts, A. M., Gallagher, K. C., Daro, A. M., Iruka, I. U., & Sarver, S. L. (2019). Workforce well-being: Personal and workplace contributions to early educators' depression across settings. *Journal of applied developmental psychology*, 61, 4-12.
- Roberts, A., LoCasale-Crouch, J., Hamre, B., & DeCoster, J. (2016). Exploring teachers' depressive symptoms, interaction quality, and children's social-emotional development in Head Start. *Early Education and Development*, 27(5), 642-654.
- Sadock, J.B., & Sadock, A.V. (2007). *ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΚΑΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Schachter, D. L., Gilbert, D. T., & Wegner, D. M. (2012). *ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Shajan, A., & Nisha, C. (2019). Anxiety and Depression among nurses working in a tertiary care hospital in South India. *International Journal of Advances in Medicine*, 6(5), 1611.
- Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S. (2016). Teacher stress and teacher self-efficacy as predictors of engagement, emotional exhaustion, and motivation to leave the teaching profession. *Creative Education*, 7(13), 1785.
- Slavich, G. M., Monroe, S. M., & Gotlib, I. H. (2011). Early parental loss and depression history: Associations with recent life stress in major depressive disorder. *Journal of psychiatric research*, 45(9), 1146-1152.
- Smith, K. M., Renshaw, P. F., & Bilello, J. (2013). The diagnosis of depression: current and emerging methods. *Comprehensive psychiatry*, 54(1), 1-6.

- Soria-Saucedo, R., Lopez-Ridaura, R., Lajous, M., & Wirtz, V. J. (2018). The prevalence and correlates of severe depression in a cohort of Mexican teachers. *Journal of affective disorders, 234*, 109-116.
- Stachteas, P., & Stachteas, C. (2020). The psychological impact of the COVID-19 pandemic on secondary school teachers. *Psychiatrike= Psychiatriki, 31(4)*, 293-301.
- Tsaras, K., Papathanasiou, I. V., Vus, V., Panagiotopoulou, A., Katsou, M. A., Kelesi, M., & Fradelos, E. C. (2018). Predicting factors of depression and anxiety in mental health nurses: a quantitative cross-sectional study. *Medical Archives, 72(1)*, 62.
- Uliaszek, A. A., Zinbarg, R. E., Mineka, S., Craske, M. G., Griffith, J. W., Sutton, J. M., Epstein, A., & Hammen, C. (2012). A longitudinal examination of stress generation in depressive and anxiety disorders. *Journal of abnormal psychology, 121(1)*, 4.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of abnormal psychology, 114(4)*, 522.
- Whitaker, R. C., Dearth-Wesley, T., & Gooze, R. A. (2015). Workplace stress and the quality of teacher–children relationships in Head Start. *Early Childhood Research Quarterly, 30*, 57-69.
- Wood, L., Birtel, M., Alsawy, S., Pyle, M., & Morrison, A. (2014). Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry research, 220(1-2)*, 604-608.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παράρτημα Ι: Δημογραφικά στοιχεία Εκπαιδευτικών

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί αποτελεί μέρος έρευνας για τη «Διερεύνηση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης». Τα δεδομένα που θα καταγραφούν είναι απόρρητα και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τις ανάγκες της έρευνας. Επειδή τα ζητήματα στα οποία καλείστε να απαντήσετε είναι σημαντικά για την εγκυρότητα της έρευνας παρακαλούμε να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις, χωρίς εξαιρέσεις.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Φύλο:

Αντρας

Γυναίκα

2. Ηλικία:

18-25

26-35

36-45

45 και άνω

3. Επίπεδο Εκπαίδευσης:

Απόφοιτος Λυκείου

Πτυχίο ΑΕΙ

Μεταπτυχιακό

Διδακτορικό

Άλλο: _____

4. Χρόνια Προϋπηρεσίας: _____ χρόνια

5. Επαγγελματική Κατάσταση:

Μόνιμος

Αναπληρωτής

6. Αξιολογήστε την διάθεσή σας πριν την πανδημία Covid-19

Καθόλου καλή 1, 2, 3, 4, 5 *Πολύ καλή*

7. Αξιολογήστε την διάθεσή σας κατά την πανδημία Covid-19

Καθόλου καλή 1, 2, 3, 4, 5 *Πολύ καλή*

8. Αξιολογήστε την διάθεσή σας μετά την πανδημία Covid-19

Καθόλου καλή 1, 2, 3, 4, 5 *Πολύ καλή*

Παράρτημα II: Ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Άγχους (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory)

ὀπό Α. ΛΙΑΚΟΥ και G.D: SPIELBERGER

STAI - Gr. X-1

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟΝ..... ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....

ΟΔΗΓΙΕΣ: Πιό κάτω ὑπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τόν έαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τόν αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά τής φράσεως για να δείξετε πως αισθάνεσθε τώρα, δηλαδή αὐτή τή στιγμή. Δέν ὑπάρχουν σωστές ή λανθασμένες ἀπαντήσεις. Μή ξεοδεύετε πολλή ώρα για κάθε μιὰ φράση, ἀλλά δώστε τήν ἀπάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιό καλά σ' αυτό που αισθάνεσθε τώρα.

	ΚΑΘΟΥΣ	ΚΑΙΠΙΣ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΛΗΡΑ ΠΟΛΥ
1. Αισθάνομαι ήρεμος	1	2	3	4
2. Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
3. Νοιώθω μιάν έσωτερική ένταση	1	2	3	4
4. Έχω άγωνία	1	2	3	4
5. Αισθάνομαι άνετα	1	2	3	4
6. Αισθάνομαι άναστατωμένος.....	1	2	3	4
7. Άνησυχώ αὐτή τή στιγμή για ένδεχόμενες άτυχίες	1	2	3	4
8. Αισθάνομαι άνακουμένος	1	2	3	4
9. Αισθάνομαι άγχος	1	2	3	4
10. Αισθάνομαι βολικά.....	1	2	3	4
11. Αισθάνομαι αὐτοπεποίθηση.....	1	2	3	4
12. Αισθάνομαι νευρικότητα	1	2	3	4
13. Αισθάνομαι ήσυχος	1	2	3	4
14. Βρίσκομαι σε διεύερση	1	2	3	4
15. Είμαι χαλαρωμένος.....	1	2	3	4
16. Αισθάνομαι ήκανοποιημένος	1	2	3	4
17. Άνησυχώ	1	2	3	4
18. Αισθάνομαι έξαψη και παραχή	1	2	3	4
19. Αισθάνομαι ὑπερένταση	1	2	3	4
20. Αισθάνομαι εὐχάριστα	1	2	3	4

ὑπὸ Α. ΛΙΑΚΟΥ καὶ C. D. SPIELBERGER
 ΣΤΑΙ - Gr. X-2

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΟΔΗΓΙΕΣ : Πιο κάτω ὑπάρχει ἕνας ἀριθμὸς φράσεων πού οἱ ἀνθρώποι συνηθίζουν νά χρησιμοποιοῦν γιά νά περιγράψουν τόν ἑαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση καί μετά βάλτε σέ κύκλο τόν ἀντίστοιχο ἀριθμὸ στὰ δεξιὰ τῆς φράσεως γιά νά δείξετε πῶς αἰσθάνεσθε συνήθως. Δέν ὑπάρχουν σωστὲς ἢ λαθασμένες ἀπαντήσεις. Μὴ ξοδεύετε πολλή ὥρα γιά κάθε μιὰ φράση, ἀλλὰ δώστε τὴν ἀπάντηση πού φαίνεται νά περιγράφη πῶς αἰσθάνεσθε γενικά.

	ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΟΤΕ
21. Αἰσθάνομαι εὐχάριστα	1	2	3	4
22. Κουράζομαι εὐκολα	1	2	3	4
23. Βρίσκομαι σέ συνεχῆ ἀγωνία	1	2	3	4
24. Εὐχομαι νά μπορούσα νά εἶμαι τόσο εὐτυχισμένος ὅσο οἱ ἄλλοι φαίνονται νά εἶναι.	1	2	3	4
25. Μένω πίσω στὶς δουλειές μου, γιατί δέν μπορῶ νά ἀποφασίσω ἀρκετὰ γρήγορα	1	2	3	4
26. Αἰσθάνομαι ἀναπαυμένος	1	2	3	4
27. Εἶμαι ἥρεμος, ψύχραιμος καί συγκεντρωμένος	1	2	3	4
28. Αἰσθάνομαι πῶς οἱ δυσκολίες συσσωρεύονται ὥστε νά μὴν μπορῶ νά τίς ξεπεράσω	1	2	3	4
29. Ἄνησυχῶ πάρα πολύ γιά κάτι πού στήν πραγματικότητα δέν ἔχει σημασία	1	2	3	4
30. Βρίσκομαι σέ συνεχῆ ὑπερένταση	1	2	3	4
31. Ἔχω τὴν τάση νά βλέπω τὰ πράγματα δύσκολα	1	2	3	4
32. Μοῦ λείπει ἡ αὐτοπεποίθηση	1	2	3	4
33. Αἰσθάνομαι ἀσφαλῆς	1	2	3	4
34. Προσπαθῶ νά ἀποφεύγω τὴν ἀντιμέτωπιση μιᾶς κρίσεως ἢ δυσκολίας.	1	2	3	4
35. Βρίσκομαι σέ ὑπερδιέγερση	1	2	3	4
36. Εἶμαι ἱκανοποιημένος	1	2	3	4
37. Κάποια ἀσήμαντη σκέψη μοῦ περνᾷ ἀπὸ τὸ μυαλό καί μ' ἐνοχλεῖ	1	2	3	4
38. Παίρνω τίς ἀπογοητεύσεις τόσο πολύ στὰ σοβαρὰ ὥστε δέν μπορῶ τὰ τίς διώξω ἀπὸ τὴν σκέψη μου	1	2	3	4
39. Εἶμαι ἕνας σταθερὸς χαρακτήρας	1	2	3	4
40. Ἔρχομαι σέ μιὰ κατάσταση ἐντάσεως ἢ ἀναστατώσεως ὅταν σκέπτομαι τίς τρέχουσες ἀσχολίες καί τὰ ἐνδιαφέροντά μου	1	2	3	4

Παράρτημα III: Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory)

BDI (Beck υπό Σ. Ντώνια)

Στο παρακάτω ερωτηματολόγιο υπάρχουν ομάδες από προτάσεις (ερωτήσεις). Διαβάστε τις προσεκτικά. Διαλέξτε από κάθε ομάδα εκείνη τη μία πρόταση η οποία περιγράφει με τον πιο καλό τρόπο το πως ένιωθε την εβδομάδα που πέρασε, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής μέρας. Σημειώστε με ένα σταυρό την πρόταση που διαλέξατε. Αν νομίζετε ότι ισχύουν περισσότερες από μια προτάσεις της ίδιας ομάδας, σημειώστε αυτές που νομίζετε ότι ισχύουν. Προτού διαλέξετε, φροντίστε να διαβάσετε όλες τις προτάσεις της κάθε ομάδας.

1	<input type="checkbox"/> Δεν νιώθω θλιμμένος
	<input type="checkbox"/> Νιώθω θλιμμένος
	<input type="checkbox"/> Νιώθω συνέχεια θλιμμένος και δεν μπορώ να το αποδιώξω αυτό
	<input type="checkbox"/> Είμαι τόσο θλιμμένος, ή δυστυχισμένος, που δεν μπορώ να το αντέξω

2	<input type="checkbox"/> Δεν φοβάμαι για όσα θα έρθουν στο μέλλον
	<input type="checkbox"/> Φοβάμαι για όσα θα έρθουν στο μέλλον
	<input type="checkbox"/> Νιώθω πως δεν έχω να περιμένω τίποτα από το μέλλον
	<input type="checkbox"/> Νιώθω πως δεν υπάρχει καμία ελπίδα για το μέλλον και πως τα πράγματα δεν πρόκειται να καλύτερέψουν

3	<input type="checkbox"/> Δεν νιώθω αποτυχημένος
	<input type="checkbox"/> Νιώθω πως είμαι περισσότερο αποτυχημένος από τους περισσότερους
	<input type="checkbox"/> Όταν σκέφτομαι τη ζωή μου το μόνο που βλέπω είναι μια σειρά από αποτυχίες
	<input type="checkbox"/> Νιώθω ότι είμαι εντελώς αποτυχημένος σαν άτομο

4	<input type="checkbox"/> Παίρνω από τα πράγματα την ίδια ικανοποίηση που έπαιρνα πάντοτε
	<input type="checkbox"/> Δεν χαίρομαι με τα πράγματα έτσι όπως τα χαίρομουν
	<input type="checkbox"/> Τίποτα πια δεν μου δίνει πραγματική ικανοποίηση
	<input type="checkbox"/> Είμαι ανικανοποίητος με τα πάντα ή βαριέμαι τα πάντα

5	<input type="checkbox"/> Δεν νιώθω καμιά ιδιαίτερη ενοχή
	<input type="checkbox"/> Νιώθω ένοχος κάμποσες φορές
	<input type="checkbox"/> Νιώθω σχετικά ένοχος τον περισσότερο καιρό
	<input type="checkbox"/> Νιώθω ένοχος συνέχεια

6	<input type="checkbox"/> Δεν έχω την αίσθηση ότι τιμωρούμαι για κάτι
	<input type="checkbox"/> Έχω την αίσθηση ότι ίσως να τιμωρούμαι
	<input type="checkbox"/> Περιμένω πως θα τιμωρηθώ
	<input type="checkbox"/> Νιώθω ότι τιμωρούμαι

7	<input type="checkbox"/> Δεν αισθάνομαι απογοήτευση με τον εαυτό μου
	<input type="checkbox"/> Είμαι απογοητευμένος με τον εαυτό μου
	<input type="checkbox"/> Ο εαυτός μου με αηδιάζει
	<input type="checkbox"/> Μισώ τον εαυτό μου

8	<input type="checkbox"/> Δεν νιώθω περισσότερο άσχημα από ότι οποιοσδήποτε άλλος
	<input type="checkbox"/> Κριτικάρω τον εαυτό μου για τις αδυναμίες ή τα λάθη μου
	<input type="checkbox"/> Συνεχώς κατηγορώ τον εαυτό μου για όσα στραβά έχω
	<input type="checkbox"/> Κατηγορώ τον εαυτό μου για καθετί κακό που συμβαίνει

9	<input type="checkbox"/> Δεν μου περνά καμία σκέψη να σκοτωθώ
	<input type="checkbox"/> Μου έρχονται σκέψεις να σκοτωθώ, αλλά δεν τις πραγματοποιώ
	<input type="checkbox"/> Θα ήθελα να σκοτωθώ
	<input type="checkbox"/> Θα σκοτωνόμουν αν μου δινόταν η ευκαιρία

10	<input type="checkbox"/> Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο
	<input type="checkbox"/> Τώρα κλαίω περισσότερο από ότι παλιότερα
	<input type="checkbox"/> Τώρα κλαίω συνέχεια
	<input type="checkbox"/> Κάποτε μπορούσα και έκλαιγα, όμως τώρα δεν μπορώ να κλάψω παρόλο που θέλω

11	<input type="checkbox"/> Δεν είμαι τώρα περισσότερο εκνευρισμένος από ότι είμαι συνήθως
	<input type="checkbox"/> Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι πιο εύκολα από ότι πριν
	<input type="checkbox"/> Τώρα συνεχώς νιώθω εκνευρισμένος
	<input type="checkbox"/> Δεν με εκνευρίζουν διόλου τα πράγματα που κάποτε με εκνεύριζαν

12	<input type="checkbox"/> Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους
	<input type="checkbox"/> Ενδιαφέρομαι για τους άλλους λιγότερο από ότι ενδιαφερόμουν πριν
	<input type="checkbox"/> Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους
	<input type="checkbox"/> Έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για τους άλλους

13	<input type="checkbox"/> Παίρνω αποφάσεις περίπου το ίδιο καλά όσο πάντοτε
	<input type="checkbox"/> Αναβάλλω τις αποφάσεις μου πιο συχνά από ότι τις ανέβαλλα πριν
	<input type="checkbox"/> Δυσκολεύομαι περισσότερο στο να πάρω αποφάσεις σε σύγκριση με παλιότερα
	<input type="checkbox"/> Δεν παίρνω πια καμία απόφαση

14	<input type="checkbox"/> Δεν έχω την αίσθηση ότι έχω χειρότερη εμφάνιση από ότι παλιότερα
	<input type="checkbox"/> Με ανησυχεί το ότι δείχνω γερασμένος ή όχι ελκυστικός
	<input type="checkbox"/> Έχω την αίσθηση ότι η εμφάνισή μου άλλαξε οριστικά έτσι που να μη δείχνω ελκυστικός
	<input type="checkbox"/> Πιστεύω πως δείχνω άσχημος

15	<input type="checkbox"/> Εργάζομαι το ίδιο καλά όσο πάντοτε
	<input type="checkbox"/> Χρειάζεται να καταβάλω επιπλέον προσπάθεια για να ξεκινήσω να κάνω κάτι
	<input type="checkbox"/> Αναγκάζομαι να πιέσω πολύ τον εαυτό μου για να κάνω οτιδήποτε
	<input type="checkbox"/> Δεν μπορώ να κάνω καμία απολύτως δουλειά

16	<input type="checkbox"/> Μπορώ να κοιμάμαι το ίδιο όπως συνήθως
	<input type="checkbox"/> Δεν κοιμάμαι τόσο καλά όσο κοιμόμουνα
	<input type="checkbox"/> Ξυπνώ 2-3 ώρες νωρίτερα από το συνηθισμένο και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ
	<input type="checkbox"/> Ξυπνώ πολλές ώρες νωρίτερα από το συνηθισμένο και μετά δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ

17	<input type="checkbox"/> Δεν κουράζομαι περισσότερο από το συνηθισμένο
	<input type="checkbox"/> Κουράζομαι ευκολότερα από ότι κουραζόμουν πριν
	<input type="checkbox"/> Κουράζομαι με σχεδόν ότι και αν κάνω
	<input type="checkbox"/> Είμαι τόσο κουρασμένος που δεν κάνω τίποτα

18	<input type="checkbox"/> Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από ότι συνήθως
	<input type="checkbox"/> Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο ήταν πριν
	<input type="checkbox"/> Η όρεξή μου τώρα έχει χειροτερέψει
	<input type="checkbox"/> Δεν έχω πια καθόλου όρεξη

19	<input type="checkbox"/> Δεν έχω χάσει καθόλου (ή πολύ) βάρος τελευταία
	<input type="checkbox"/> Έχω χάσει περισσότερο από 3 κιλά
	<input type="checkbox"/> Έχω χάσει περισσότερο από 5 κιλά
	<input type="checkbox"/> Έχω χάσει περισσότερο από 8 κιλά

	Επίτηδες προσπαθώ να χάσω βάρος τρώγοντας λιγότερο: ναι όχι
--	---

20	<input type="checkbox"/> Η υγεία μου δεν με ανησυχεί περισσότερο από το συνηθισμένο
	<input type="checkbox"/> Ανησυχώ για σωματικά προβλήματα μου όπως πόνοι, ή ανακατωμένο στομάχι, ή δυσκοιλιότητα
	<input type="checkbox"/> Με ανησυχούν πολύ τα σωματικά προβλήματα και δύσκολα σκέφτομαι κάτι άλλο έξω από αυτά
	<input type="checkbox"/> Με ανησυχούν τόσο πολύ τα σωματικά μου προβλήματα που δεν μπορώ να σκεφτώ τίποτα άλλο

21	<input type="checkbox"/> Δεν έχω παρατηρήσει πρόσφατα καμία αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για σεξ
	<input type="checkbox"/> Ενδιαφέρομαι για το σεξ λιγότερα από όσο ενδιαφερόμουν πριν
	<input type="checkbox"/> Τώρα ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για το σεξ
	<input type="checkbox"/> Έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για το σεξ