



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΜΠΣ: Προαγωγή Ψυχικής Υγείας – Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών

**ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΕΙΣΜΟΥ, 2014, ΣΤΗΝ ΚΕΦΑΛΟΝΙΑ, ΣΕ
ΔΕΙΓΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

Φιλίππου Μαρία

A.M.: 20161186

Επιβλέπων καθηγητής: Κολαΐτης Γεράσιμος: Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Διευθυντής ΠΜΣ
“Ψυχική Υγεία Παιδιών & Εφήβων”, Παιδοψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ Νοσοκομείο Παίδων
«Αγία Σοφία»

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

1. Κολαΐτης Γεράσιμος
2. Λαζαράτου Ελένη
3. Παπανικολάου Κατερίνα

Αθήνα, 2019

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	2
Abstract.....	3
Κεφάλαιο 1 ^ο : Εισαγωγή.....	4
1.1. Οι συνέπειες των σεισμών.....	5
1.2. Κεφάλαιο 2 ^ο : Οι ψυχολογικές/ψυχιατρικές/ψυχοκοινωνικές συνέπειες των καταστροφών.....	6
2.1. Η Διαταραχή του μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ).....	8
2.1.1. Διάγνωση της διαταραχής μετατραυματικού στρες- DSM-5.....	9
2.1.2. Διαταραχή μετατραυματικού στρες και φύλο.....	11
2.1.3. Συννοσηρότητα.....	11
2.2 Άγχος.....	12
2.3. Παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης ΔΜΤΣ και προστατευτικοί παράγοντες.....	14
2.4. Κοινωνική στήριξη.....	16
Κεφάλαιο 3 ^ο : Ο σεισμός στην Κεφαλονιά.....	18
Κεφάλαιο 4 ^ο : Σχολεία και εκπαιδευτικοί.....	19
Κεφάλαιο 5ο: Μεθοδολογία.....	25
5.1: Το δείγμα.....	26
5.2: Τα εργαλεία.....	27
5.3: Η διαδικασία.....	30
5.4. Στατιστική ανάλυση.....	30
Κεφάλαιο 6 ^ο : Αποτελέσματα.....	32
Κεφάλαιο 7 ^ο : Συζήτηση.....	67
Κεφάλαιο 8 ^ο : Συμπεράσματα- Προτάσεις.....	72
Βιβλιογραφία.....	74

Περίληψη

Οι σεισμοί αποτελούν φυσικές καταστροφές με ψυχικές συνέπειες στον πληθυσμό των πληγέντων περιοχών. Μετά από σεισμούς έχει παρατηρηθεί η εκδήλωση μετατραυματικού στρες και άλλων ψυχολογικών αντιδράσεων. Οι αντιδράσεις αυτές επηρεάζουν τη λειτουργικότητα των ατόμων στην καθημερινή τους ζωή. Το 2014 έγιναν στην Κεφαλονιά δύο ισχυροί σεισμοί και μελετήθηκαν οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις τους στους μαθητές, στους γονείς και στους εκπαιδευτικούς του νησιού. Η παρούσα μελέτη αφορά την ανάλυση του δείγματος των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και αποτελεί μέρος της ευρύτερης έρευνας και παρεμβάσεων που πραγματοποιήθηκε στη σχολική κοινότητα της Κεφαλονιάς, με στόχο την πρόληψη του μετατραυματικού στρες και άλλων ψυχολογικών αντιδράσεων, έπειτα από μεγάλο σεισμό που έπληξε το νησί το 2014. Επιπροσθέτως, επιχειρείται για πρώτη φορά στα ελληνικά δεδομένα ο συσχετισμός του μετατραυματικού στρες και του άγχους με δημογραφικούς και εργασιακούς παράγοντες, με παράγοντες που σχετίζονται με τον σεισμό και με την κοινωνική υποστήριξη, σε δείγμα εκπαιδευτικών.

Λέξεις κλειδιά

Διαταραχή μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ)

Άγχος

Κοινωνική στήριξη

Abstract

Earthquakes are natural disasters which lead to psychological consequences to the population of wounded areas. After earthquakes there has been observed post-traumatic stress and other psychological reactions. These reactions affect the functional ability of people in their every day life. In 2014 two major earthquakes shook Cephalonia and their psycho- social consequences to students, parents and educators were studied. This study aims at the sample analysis of educators in elementary and secondary education and constitutes part of a broader research and interventions which took place at the school community in Cephalonia, aiming at the prevention of post- traumatic stress and other psychological reactions, after the major earthquake which shook the island in 2014. Moreover, it's the first attempt nationwide that post- traumatic stress and anguish are correlated to demographic and working factors, and to factors which are related to the earthquake and the social of educators.

Key Words

post-traumatic stress disorder (PTSD)

stress

social support

Κεφάλαιο 1^ο: Εισαγωγή

Τραυματικά γεγονότα συμβαίνουν καθημερινά σε ολόκληρο τον κόσμο έχοντας σοβαρές ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και αποτελούν έναν βασικό παράγοντα για την εκδήλωση άγχους, διαταραχής μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ), κατάθλιψης και άλλων συμπτωμάτων, τόσο στους ενήλικους όσο και στους ανήλικους πληθυσμούς, με σημαντικές δυσκολίες στην καθημερινότητα και τη λειτουργικότητα των ατόμων.

Γεγονότα που μπορούν να προκαλέσουν διαταραχή μετατραυματικού στρες, αλλά και άλλες διαταραχές, μπορούν να είναι φυσικά ή ανθρωπογενή. Κάποια από αυτά είναι οι φυσικές καταστροφές, ο πόλεμος, τα τροχαία ατυχήματα, οι τρομοκρατικές επιθέσεις, σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση. Σε κάθε περίπτωση τα συμβάντα είναι απρόσμενα, απειλητικά και χωροχρονικά συμπιεσμένα.

Οι σεισμοί αποτελούν τραυματικά γεγονότα με μεγάλο αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των ανθρώπων. Αξίζει να σημειωθεί ότι πολιτισμικά στοιχεία, καθώς και θρησκευτικές πεποιθήσεις επιδρούν στις αντιλήψεις των ατόμων για τις καταστροφές και τον καθορισμό τους από τη μοίρα. (Norenzayan & Lee, 2010).

Από την αρχαιότητα έως και σήμερα, η Ελλάδα είναι μια σεισμογενής περιοχή, που συχνά πλήττεται από μεγάλου μεγέθους σεισμούς. Οι αρχαίοι Έλληνες, στην προσπάθειά τους να αντιληφθούν και να εξοικειωθούν με το φαινόμενο που τους προκαλούσε δέος και φόβο, επινόησαν μία ιδεατή, ανθρωπόμορφη θεότητα, τον Εγκέλαδο (έγκειμαι + λας =ο εγκατεστημένος στα πετρώματα, στον στερεό φλοιό της Γης), που προκαλούσε τους σεισμούς και τις εκρήξεις των ηφαιστείων.

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να μελετηθούν οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του σεισμού που συνέβη στην Κεφαλονιά το 2014, σε δείγμα εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Η σημασία της μελέτης αυτής είναι ιδιαίτερη, καθώς η ψυχική υγεία των εκπαιδευτικών επηρεάζει και επηρεάζεται από των μαθητών και κρίνεται απαραίτητη για την επιτυχή διεκπεραίωση του πολύπλευρου ρόλου τους ως μέντορες, αρωγοί της κοινωνικής ευημερίας, αλλά και ως έγκαιροι ανιχνευτές των προβλημάτων των μαθητών.

Επιπροσθέτως, στον ελλαδικό χώρο δεν έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες, που να μελετούν τις συνέπειες των καταστροφών σε μία τόσο ευαίσθητη πληθυσμιακή ομάδα, παρά μόνον σε πληθυσμούς μαθητών. Επομένως, η συγκεκριμένη μελέτη αποσκοπεί στο να προσφέρει γνώση στην ερευνητική κοινότητα και να αποτελέσει το έναυσμα της περαιτέρω ανάλυσης πληθυσμών με πολλαπλασιαστική δράση, όπως αυτών των εκπαιδευτικών.

1.1. Οι συνέπειες των σεισμών

Οι συνέπειες του σεισμού σε σχέση με τον άνθρωπο κατηγοριοποιούνται σε ανθρωπιστικές, ψυχολογικές, πολιτισμικές, μεταναστευτικές και οικονομικές (Παπαζάχος & Παπαζάχου, 2003). Οι ανθρωπιστικές σχετίζονται με τα θύματα που προκαλούνται από κατάρρευση κτηρίων, επιδημικές ασθένειες κ.α., οι πολιτισμικές με την καταστροφή ιστορικών μνημείων, οι μεταναστευτικές με μεταναστεύσεις κατοίκων από σεισμόπληκτες σε άλλες περιοχές, οι οικονομικές με τις καταστροφές και οι ψυχολογικές συνέπειες με έντονο τρόμο, αναστάτωση, νευρική υπερδιέγερση και άλλων διαταραχών. Στις έντονες ψυχολογικές συνέπειες συμβάλλουν οι ελλειπείς γνώσεις για τους σεισμούς, το αίσθημα ανασφάλειας των κατοίκων, καθώς και η υπερέκθεση και υπερδραματοποίηση των γεγονότων στα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Επομένως, οι ψυχολογικές και οι οικονομικές συνέπειες αφορούν και στην περίπτωση του σεισμού του 2014 στην Κεφαλονιά.

Κεφάλαιο 2^ο : Οι ψυχολογικές/ψυχιατρικές/ψυχοκοινωνικές συνέπειες των καταστροφών

Οι σεισμοί είναι απρόβλεπτες και επιζήμιες φυσικές καταστροφές. Μπορούν να προκαλέσουν τεράστια καταστροφή και απώλεια ζωής και οι επιζώντες μπορεί να κατακλύζονται από έντονα ψυχικά συμπτώματα. Διαπιστώθηκε ότι η ΔΜΤΣ είναι η συνήθης κατάσταση ψυχικής υγείας μεταξύ των επιζώντων σεισμού . Παρατηρήθηκαν επίσης καταθλιπτική διαταραχή, γενικευμένη διαταραχή άγχους, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, κοινωνική φοβία και ειδικές φοβίες (Farooqui, Quadri, Suriya, Khan, Ovais & Sohail et al., 2017).

Τα τελευταία χρόνια η επιστημονική κοινότητα ασχολείται με τις απόρροιες των σεισμών, αναφέροντας την ΔΜΤΣ ως μία από τις πιο μελετημένες ψυχικές επιπτώσεις. Για παράδειγμα, μετά από τον σεισμό στο Πακιστάν το 2005 (Feder, Ahmad, Lee, Morgan, Singh & Smith, et al., 2012), το 55,2% των γυναικών και το 33,4% των ανδρών υπέφεραν από ΔΜΤΣ (Naeem, Ayub, Masood, Gul, Khalid & Farrukh, et al., 2011).

Παρόμοιες επιπτώσεις παρουσιάστηκαν σε πληθυσμούς που εκτέθηκαν στον τυφώνα Κατρίνα (Roberts, Mitchell, Witman & Taffaro, 2010). Αντίστοιχα, και μετά από την έκθεση σε τσουνάμι και σεισμό στην Ινδονησία το 2004 (Gaillard, Clave, Vibert, Azhari, Denain & Efendi et al., 2004).

Επιπλέον, μετά από σεισμό στην Ισπανία (2011), πραγματοποιήθηκε έρευνα με 412 συμμετέχοντες μελετώντας τον επιπολασμό των ΔΜΤΣ και άλλων ψυχικών διαταραχών. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η ΔΜΤΣ και οι άλλες ψυχικές διαταραχές συσχετίζονται συνήθως με τους σεισμούς και πως προγνωστικοί παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν το φύλο (γυναίκες), το χαμηλό εισόδημα, η προϋπαρξη ψυχικής διαταραχής και το επίπεδο της έκθεσης στους σεισμούς (Navarro-Mateu, Salmerón, Vilagut, Tormo & Ruíz-Merino et al., 2017).

Από μετανάλυση, που πραγματοποιήθηκε μεταξύ 46 δημοσιευμένων άρθρων που μελετούσαν την ΔΜΤΣ ως απόρροια των σεισμών, επιβεβαιώθηκε ότι από τους 76.101 επιζώντες σεισμού, οι 17.706 διαγνώστηκαν με ΔΜΤΣ. Και σε αυτήν την περίπτωση, καθοριστικό ρόλο διαδραμάτισε το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η καταστροφή της περιουσίας, ο τραυματισμός και ο θάνατος (Dai, Chen, Lai, Li, Wang & Liu, 2016).

Όμοια αποτελέσματα διαπίστωσαν και οι Matsumoto, Sakuma, Ueda, Nagao & Takahashi (2016) έπειτα από σεισμό και τσουνάμι στο βορειοανατολικό τμήμα της Ιαπωνίας (2011), καθώς τόνισαν τα υψηλά ποσοστά ΔΜΤΣ και την άμεση σχέση τους με διάφορους κοινωνικούς παράγοντες.

Μετά τον σεισμό στο Wenchuan της Κίνας (2008) παρατηρήθηκε στους πληγέντες πληθυσμούς άγχος, κατάθλιψη και ΔΜΤΣ, ενώ οι γυναίκες, με χαμηλό εισόδημα και χαμηλή κοινωνική υποστήριξη αποτέλεσαν ευάλωτο πληθυσμό. Παρόλα αυτά, δεν επιβεβαιώθηκε η ύπαρξη αναλογίας και συσχέτισης των συμπτωμάτων και του επίκεντρου του σεισμού (Wu, Xu, He, 2014).

Μετά τον σεισμό της Αθήνας (Πάρνηθα) το 1999 πραγματοποιήθηκε έρευνα για τη διάγνωση της οξείας αντίδρασης στρες. Σε δείγμα 102 ατόμων, τα 87 (85,3%) πληρούσαν τα κριτήρια ICD-10 για οξεία αντίδραση στρες (Christodoulou, Paparrigopoulos, Soldatos, 2003).

Μάλιστα οι ψυχικές συνέπειες ενός σεισμού μπορούν να είναι μακροχρόνιες. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε 4 χρόνια μετά τον σεισμό της Πάρνηθας το 1999 και συμμετείχαν 157 Έλληνες επιζώντες αναφέρεται ότι το 22% ανέφεραν υποκειμενική δυσφορία και το 15% μειωμένη προσαρμογή λόγω των συμπτωμάτων τους (Livanou, Kasvikis, Başoğlu, Mytskidou, Sotiropoulou, Spanea, et al., 2005). Ακόμα, η μελέτη δείγματος 121 επιζώντων σεισμού, 50 χρόνια μετά το συμβάν, ανέδειξε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (78%) αναγνώρισαν έντονη επίδραση του σεισμού στη ζωή τους (Lazaratou, Paparrigopoulos, Galanos, Psarros, Dikeos, et al., 2008).

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα ποσοστά αυτοκτονίας είναι πιθανό να αυξηθούν μετά την εμφάνιση σεισμών, συνδέοντας το ΔΜΤΣ με την αυτοκτονικότητα. Έτσι, διεκπονήθηκε έρευνα που επαλήθευσε τον συσχετισμό αυτό αλλά και συνέδεσε τα χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης με την απόκτηση ΔΜΤΣ και την αυτοκτονικότητα. Άρα, η σημασία την κοινωνικής στήριξης για την πρόληψη, αλλά και την αντιμετώπιση δυσκολιών ψυχικής φύσης είναι θεμελιώδης. Όσον αφορά την παρούσα μελέτη, η κοινωνική στήριξη που έχουν οι εκπαιδευτικοί είναι χαμηλή, γεγονός που θα μπορούσε να αποτελέσει έναυσμα για την πραγματοποίηση παρεμβάσεων, τόσο σε επίπεδο κοινότητας, όσο και σε ατομικό (Guo, Liu, Kong, Solomon & Fu, 2018).

2.1. Η Διαταραχή του μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ)

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες αποτελεί μία από τις συχνότερα εμφανιζόμενες διαταραχές μετά από τραυματικό γεγονός. Στο σημείο αυτό απαιτείται να διαχωριστή η φυσιολογική αντίδραση στο στρες, που ενέχει συμπτώματα όπως η υπεραντιδραστικότητα, η ήπια καταθλιπτική αντίδραση, η επανειλημμένη σκέψη γύρω από το γεγονός για σύντομο χρονικό διάστημα. Άλλωστε, μετά από μια τραυματική εμπειρία το μυαλό και το σώμα είναι σε κατάσταση σοκ και με αυτόν τον τρόπο ευνοείται η επεξεργασία των γεγονότων. Στη διαταραχή μετατραυματικού στρες τα συμπτώματα μπορεί να προκύψουν ξαφνικά, σταδιακά, ή και με την πάροδο του χρόνου, αλλά και να επηρεάσουν τη συνολική λειτουργικότητα των ατόμων.

Μία βασική θεωρία για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι η θεωρία της συναισθηματικής επεξεργασίας (Foa & Kozak, 1986). Η συγκεκριμένη θεωρία βασίζεται στη δομή του φόβου, η οποία λαμβάνει πληροφορίες για τα ερεθίσματα που προσλαμβάνονται και δημιουργούν αίσθημα του φόβου, τις αντιδράσεις των ατόμων, καθώς και τη βαρύτητα που έχουν τα ερεθίσματα αυτά για το κάθε άτομο. Η δομή του φόβου είναι εγκατεστημένη στη μνήμη και επηρεάζεται από τον βαθμό της προσαρμοστικότητας των ατόμων. Έτσι, παρατηρούνται φυσιολογικές και παθολογικές δομές. Στις φυσιολογικές δομές φόβου υπάρχει αντίδραση σε έναν πραγματικό κίνδυνο, ενώ στις παθολογικές παρατηρείται η διαστρέβλωση της πραγματικότητας με συνέπεια την υπερβολική αντίδραση. Η ΔΜΤΣ περιλαμβάνεται στις παθολογικές δομές φόβου και σχετίζεται με γνωσιακές και συμπεριφορικές αποφυγές κατά τις οποίες το άτομο αντιλαμβάνεται ως απειλητικό κάποιο ερέθισμα λόγω προκαταλήψεων στην επεξεργασία της πληροφορίας, δημιουργώντας έκπτωση στη λειτουργικότητά του. Ακρογωνιαίο λίθο της θεωρίας αποτελεί το γεγονός ότι η εξοικείωση με παρατεταμένη έκθεση σε τέτοιου είδους ερεθίσματα σε ελεγχόμενο περιβάλλον, οδηγεί σε μεταβολή της συσχέτισης του νέου ερεθίσματος με την τραυματική μνήμη.

Ακόμα ένα μοντέλο για τη διαταραχή αυτή αποτελεί το γνωστικό μοντέλο της διαταραχής μετατραυματικού στρες (Ehlers & Clark 2000). Το μοντέλο αυτό βασίζεται στις αλληλεπιδράσεις που υφίστανται κατά τη γνωστική επεξεργασία την ώρα του τραυματικού γεγονότος, τις αξιολογήσεις των ατόμων και τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν για τη διαχείρισή του και τις επιπτώσεις. Επίσης, βασικό ρόλο διαδραματίζει η προϋπάρχουσα

αρνητική εμπειρία, οι αντιλήψεις και οι προκαταλήψεις των ατόμων, καθώς και η διανοητική τους κατάσταση. Αναλυτικότερα, οι αρνητικές αξιολογήσεις των ατόμων γύρω από ένα γεγονός μπορεί να οδηγήσουν σε υπεργενικεύσεις, καθώς ουδέτερα γεγονότα αντιλαμβάνονται ως απειλητικά, ή ακόμα και προκαταλήψεις, δηλαδή τα άτομα θεωρούν ότι προσελκύουν τα αρνητικά γεγονότα. Έτσι, παρατηρείται μία διαστρεβλωμένη αντίληψη για τα γεγονότα, με αποτέλεσμα να εντείνονται τα συμπτώματα της διαταραχής και να επηρεάζεται η συνολική λειτουργικότητα των ατόμων.

Η θεωρία της διπλής αναπαράστασης (Brewin, 1996) αποτελεί μία εξίσου σημαντική προσέγγιση. Βάσει της γνωστικής θεωρίας, η διπλή αναπαράσταση παρουσιάζει την ύπαρξη δύο διαφορετικών μνημονικών συστημάτων ταυτόχρονα μετά από ένα τραυματικό γεγονός. Το πρώτο σύστημα αποτελεί τη *λεκτικά προσβάσιμη μνήμη*, ενώ το δεύτερο αποτελεί την *προσβάσιμη μνήμη μέσω της κατάστασης*. Η λεκτικά προσβάσιμη μνήμη σχετίζεται με τις αυτοβιογραφικές αναμνήσεις, ενώ η προσβάσιμη μνήμη μέσω της κατάστασης παραμένει στο ασυνείδητο και ενεργοποιείται με την έκθεση σε κάποιο τραυματικό γεγονός και έχει άμεση σχέση με τις επαναβιώσεις και την υπερδιέγερση του ατόμου.

2.1.1. Διάγνωση της διαταραχής μετατραυματικού στρες- DSM-5

Το 2013, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία αναθεώρησε τα διαγνωστικά κριτήρια για το μετατραυματικό στρες (ΔΜΤΣ) στο DSM-5 και πλέον περιλαμβάνεται σε μια νέα κατηγορία με διαταραχές που σχετίζονται με τον τραυματισμό και το άγχος. Σε κάθε περίπτωση απαιτείται έκθεση σε κάποιο ψυχοτραυματικό γεγονός για τη χρήση των συγκεκριμένων διαγνωστικών κριτηρίων. Έτσι, τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-5 για την ΔΜΤΣ είναι τα εξής (American Psychiatric Association, 2013):

Κριτήριο Α (απαιτείται): Το άτομο εκτίθεται σε ψυχοτραυματικό γεγονός με άμεση έκθεση, είτε ως μάρτυρες του τραύματος, είτε με την έκθεση σε κίνδυνο ενός φίλου ή γνωστού, είτε με έμμεση έκθεση, συνήθως κατά την άσκηση επαγγελματικών καθηκόντων (π.χ. αρωγοί, ιατροί).

Κριτήριο Β (απαιτείται): Σε αυτό το κριτήριο περιλαμβάνονται οι επαναβιώσεις του συμβάντος με διάφορους τρόπους, όπως επίμονες σκέψεις, εφιάλτες, αναδρομές, συναισθηματική δυσφορία και αντιδραστικότητα σε τραυματικές υπενθυμίσεις.

Κριτήριο Γ (απαιτείται): Στη συνέχεια περιλαμβάνονται οι αποφυγές των ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραύμα, καθώς και των σκέψεων και των συναισθημάτων που συνδέονται με αυτό.

Κριτήριο Δ (δύο απαιτούμενα): Αρνητικές σκέψεις ή συναισθήματα που ξεκίνησαν ή επιδεινώθηκαν μετά το τραύμα, δημιουργώντας αδυναμία ανάκλησης βασικών χαρακτηριστικών του τραύματος, υπερβολικά αρνητικές σκέψεις και υποθέσεις για τον εαυτό ή τους άλλους, υπερβολική ευθύνη του εαυτού ή άλλων για την πρόκληση του τραύματος, αρνητική επίδραση, μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες, αίσθημα απομόνωσης.

Κριτήριο Ε (δύο απαιτούμενα): Σε αυτό το κριτήριο εντάσσεται η ψυχοκινητική διέγερση και η αντιδραστικότητα που σχετίζονται με το τραύμα (ξεκίνησε ή επιδεινώθηκε μετά το τραύμα), περιλαμβάνοντας ευερεθιστότητα ή επιθετικότητα, καταστροφική συμπεριφορά, υπερεπαγρύπνηση, αυξημένη αντίδραση τρόμου, δυσκολία συγκέντρωσης και ύπνου.

Τα συμπτώματα διαρκούν περισσότερο από 1 μήνα και δημιουργούν έκπτωση στη λειτουργικότητα του ατόμου (π.χ. κοινωνική, επαγγελματική). Κρίνεται αναγκαίο να επισημανθεί ότι τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε φάρμακα, χρήση ουσιών ή άλλες ασθένειες.

Επιπλέον, υπάρχουν συμπτώματα της ΔΜΤΣ που αναθεωρήθηκαν στο DSM-5 σε σχέση με το DSM-IV. Πιο συγκεκριμένα, στο DSM-5 δεν περιλαμβάνεται πλέον ο απρόσμενος θάνατος μέλους της οικογένειας ή στενού φίλου λόγω φυσικών αιτιών. Παράλληλα, το κριτήριο που περιλάμβανε έντονο φόβο, απελπισία ή τρόμο, ως απάντηση στο τραυματικό γεγονός απομακρύνθηκε από το DSM-5, χωρίς βέβαια να βελτιώνει τη διαγνωστική ακρίβεια (Friedman, Resick, Bryant & Brewin, 2011). Ακόμα, αποφυγές και αρνητικές μεταβολές στις γνωσίες και τη διάθεση αποτελούν δύο διαφορετικά κριτήρια, υπό την προϋπόθεση ότι η διάγνωση περιλαμβάνει τουλάχιστον ένα σύμπτωμα αποφυγής. Τέλος νέα συμπτώματα προστέθηκαν, όπως οι αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα που άρχισαν ή επιδεινώθηκαν μετά το τραύμα, διέγερση και αντιδραστικότητα που σχετίζεται με το τραύμα και άρχισε ή επιδεινώθηκε μετά το τραύμα και καταστροφική συμπεριφορά.

2.1.2. Διαταραχή μετατραυματικού στρες και φύλο

Όσον αφορά την επικράτηση της ΔΜΤΣ ανάλογα με το φύλο, οι γυναίκες φαίνεται να έχουν διπλάσιες πιθανότητες να εκδηλώσουν τη διαταραχή σε σχέση με τους άντρες. Οι γυναίκες φαίνεται να σχετίζονται με υψηλότερα ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης, ενώ οι άντρες με σωματική βία. Τα διαθέσιμα στοιχεία υποδηλώνουν ότι η διαφορά φύλου δεν οφείλεται στην υψηλότερη εμφάνιση σεξουαλικής επίθεσης μεταξύ των γυναικών, προηγούμενων τραυματικών εμπειριών, προϋπάρχουσας κατάθλιψης ή διαταραχής άγχους (Breslau, 2009).

Αξιοσημείωτο είναι ότι ο επιπολασμός της ΔΜΤΣ στο DSM-5 ήταν υψηλότερος μεταξύ των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες και αυξήθηκε με την έκθεση σε πολλαπλά τραυματικά συμβάντα (Kilpatrick, Resnick, Milanak, Miller, Keyes & Friedman, 2013).

Σχετικά με τη φυλή και την επικράτηση της διαταραχής, δεν υπάρχουν αρκετά διαθέσιμα στοιχεία. Παρόλα αυτά σε ομοιόμορφα κατανομημένο δείγμα (μαύρη- λευκή φυλή, άντρες- γυναίκες) διαπιστώθηκαν πολυάριθμες διαφορές στην επιδημιολογία ανάλογα με τη φυλή. Έτσι, η έκθεση σε τραύμα ήταν υψηλότερη μεταξύ λευκών και ανδρών από ότι μεταξύ μαύρων και γυναικών (Norris, 1992). Βέβαια, απαιτείται περαιτέρω μελέτη καθώς τα δεδομένα διαμορφώνονται ανάλογα με κοινωνικοοικονομικά κριτήρια, ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (πχ. βετεράνοι) κ.α.

2.1.3. Συννοσηρότητα

Όπως προαναφέρθηκε, τα άτομα που εμφανίζουν ΔΜΤΣ παρουσιάζουν υψηλή συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές σε σχέση με τα υγιή (80% υψηλότερα ποσοστά). Πιο συγκεκριμένα τα 2/3 των ατόμων που βίωσαν τραυματικό γεγονός και εμφάνισαν ΔΜΤΣ παρουσιάζουν και άλλες ψυχικές διαταραχές (APA, 2013).

Δεδομένα από επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν ότι η μεγάλη πλειοψηφία ατόμων με ΔΜΤΣ πληρούν κριτήρια για τουλάχιστον μία άλλη ψυχιατρική διαταραχή και ένα σημαντικό ποσοστό έχει 3 ή περισσότερες άλλες ψυχιατρικές διαγνώσεις. Οι πιο κοινές συννοσηρές διαγνώσεις είναι οι καταθλιπτικές διαταραχές, οι διαταραχές χρήσης ουσιών και άλλες διαταραχές άγχους.

Η συννοσηρότητα της ΔΜΤΣ και των καταθλιπτικών διαταραχών παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς συνήθως συνυπάρχουν με την ΔΜΤΣ. Είναι επίσης σαφές ότι η

καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να είναι ένα κοινό και ανεξάρτητο επακόλουθο της έκθεσης σε τραύμα και η προηγούμενη καταθλιπτική διαταραχή αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη της ΔΜΤΣ όταν εμφανιστεί έκθεση σε τραύμα. Η συννοσηρότητα της ΔΜΤΣ με διαταραχές της χρήσης ουσιών είναι περίπλοκη, επειδή οι καταστάσεις στέρησης υπερβάλλουν αυτά τα συμπτώματα. Συμπερασματικά, η συννοσηρότητα στην ΔΜΤΣ είναι ο κανόνας και όχι η εξαίρεση (Brady, Killeen, Brewerton & Lucerini, 2000). Πέρα από την κατάθλιψη, τις αγχώδεις διαταραχές και τη χρήση ουσιών, άλλες ψυχικές διαταραχές που συνοδεύουν την ΔΜΤΣ είναι διαταραχές πρόσληψης τροφής, διαταραχές ιδεοψυχαναγκαστικού φάσματος, διπολική διαταραχή, κοινωνική φοβία, ψυχωσικές διαταραχές, καθώς και αυτοκτονικός ιδεασμός.

Έτσι, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή ως προς την ορθή διάγνωση της ΔΜΤΣ, καθώς η συνύπαρξη και άλλων διαταραχών δυσχεραίνει την έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση της διαταραχής αυτής, λόγω των κοινών συμπτωμάτων με άλλες διαταραχές.

2.2 Άγχος

Η συχνή συνύπαρξη ΔΜΤΣ και άγχους οδηγεί στην ανάγκη περεταίρω ανάπτυξης. Η λέξη άγχος (στρες) προέρχεται από το ρήμα ἄγχω, που στα αρχαία ελληνικά σημαίνει σφίγγω ή πνίγω. Το άγχος είναι ένα αρχέγονο συναίσθημα και μια φυσιολογική σωματική και ψυχική αντίδραση σε ένα απειλητικό ερέθισμα ή κατάσταση. Μάλιστα, σε πολλές περιπτώσεις, όταν κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα, κρίνεται απαραίτητο για την επιβίωση ή και την επιτυχία. Κατά τη διάρκεια που ένα άτομο νιώθει άγχος, παρατηρείται έντονη ψυχοσωματική διέγερση, συναισθήματα φόβου, κόπωση, ευερεθιστότητα, που συχνά συνυπάρχουν με σωματικά συμπτώματα όπως πονοκέφαλο, ξηροστομία, ζαλάδα, διαταραχές ύπνου κ. α. Όταν κάποιος άνθρωπος νιώθει στρες, το σώμα του είναι σε ένταση και ο εγκέφαλος του πυροδοτείται από πολλαπλές σκέψεις. Η ζωή μας χαρακτηρίζεται από ψυχοπιεστικές καταστάσεις, με αποτέλεσμα το άγχος συνεχώς να αυξάνεται και να παρεμποδίζει την ανταπόκριση των ατόμων στους ρόλους τους, δημιουργώντας σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητά τους.

Ο Selye το 1930 χαρακτήρισε το άγχος ως βιολογική αντίδραση του οργανισμού, η οποία συμβαίνει αυτόματα, ανάλογα με τα ερεθίσματα που λαμβάνει και τόνισε πως υπάρχει όταν το άτομο αμφιβάλλει για την αποτελεσματικότητά του απέναντι σ' αυτά (Sandor, Yvette & Agrad, 2012). Οι Lazarus και Folkman το 1984 θεώρησαν πως το άτομο, απέναντι σε κάποιο απειλητικό ερέθισμα, αφενός ελέγχει αν αυτό μπορεί να το βλάψει και αφετέρου εάν

μπορεί να ανταπεξέλθει (Lazarus & Folkman, 1984). Τέλος, ο Sarafino (1994) αναφέρει ότι το άγχος είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον, όταν αυτό αισθάνεται ότι τα γεγονότα είναι περισσότερο πιεστικά από όσο είναι θωρακισμένο το άτομο ψυχολογικά, βιολογικά και κοινωνικά.

Στο συγκεκριμένο σημείο κρίνεται απαραίτητο να διαχωριστεί το άγχος ως παροδικό στοιχείο, απόρροια μιας ψυχοπιεστικής κατάστασης και ως μόνιμο χαρακτηριστικό μιας προσωπικότητας.

Ειδικότερα, ο Spielberger (1966b) διαμόρφωσε τη θεωρία του άγχους ως κατάσταση και του άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Σύμφωνα με τον Spielberger, το παροδικό άγχος-ως κατάσταση- (state anxiety) σχετίζεται στην υπάρχουσα ή άμεση συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ανησυχία και ένταση ή και διέγερση. Το άγχος ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας (trait anxiety) σχετίζεται με την προδιάθεση που έχει κάποιος να αντιμετωπίζει συγκεκριμένες καταστάσεις ως απειλητικές και να αντιδρά σε αυτές σε πολλά και διαφορετικά επίπεδα παροδικού άγχους. Έτσι, ο Spielberger (1966b) αναφέρει: *"Το παροδικό άγχος χαρακτηρίζεται από υποκειμενικά, αντιληπτά συναισθήματα ανησυχίας και έντασης, συσχετιζόμενα με την ενεργοποίηση ή διέγερση του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος, ενώ το μόνιμο άγχος είναι μια αποκτημένη συμπεριφορική προδιάθεση που κάνει το άτομο να αντιλαμβάνεται ένα σύνολο αντικειμενικά μη απειλητικών καταστάσεων ως απειλητικές και να αντιδρά σε αυτές με άγχος δυσανάλογο στην ένταση σε σχέση με το μέγεθος του αντικειμενικού κινδύνου"*. Η θεωρία του Spielberger (1972a) για το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ή ως κατάσταση βασίζεται στις παρακάτω υποθέσεις:

1. Τα εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα που κάποιος τα αντιλαμβάνεται ως απειλητικά προκαλούν δυσάρεστες εκφάνσεις άγχους (ως κατάσταση).
2. Όσο πιο έντονη είναι η απειλή, τόσο εντονότερη είναι και η αντίδραση άγχους (ως κατάσταση).
3. Όσο περισσότερο διαρκεί η απειλή, αρχίζει να μονιμοποιείται και η κατάσταση του άγχους.
4. Τα άτομα με άγχος προσωπικότητας νιώθουν ότι οι περισσότερες καταστάσεις είναι αγχογόνες και απειλητικές με αποτέλεσμα να έχουν πιο έντονο άγχος. Παράλληλα, ερεθίσματα που επιδρούν άμεσα στην αυτοεκτίμηση ή εμπεριέχουν πιθανότητες αποτυχίας

αντιμετωπίζονται από τα άτομα αυτά ως περισσότερο αγχογόνα, ακόμα και από συνθήκες που απειλούν την ίδια τη ζωή.

5. Τα υψηλά επίπεδα του άγχους ως κατάσταση εκδηλώνονται κυρίως στη συμπεριφορά και κινητοποιούν τους ψυχολογικούς μηχανισμούς που έχουν αποδείξει στο παρελθόν την αποτελεσματικότητά τους.

6. Έτσι, η συχνή εμφάνιση αγχογόνων ερεθισμάτων κινητοποιεί το άτομο ώστε να αναπτύξει ψυχολογικούς μηχανισμούς άμυνας για τη μείωση του άγχους που αισθάνονται.

Συνεπώς, το ερέθισμα που προκαλεί την κατάσταση του άγχους αποτελεί τον βασικό παράγοντα διερεύνησης, καθώς και οι γνωστικές διαδικασίες που ενεργούν ώστε να το ερμηνεύσουν ως απειλητικό, σε συνδυασμό με τις συμπεριφορές που εκδηλώνονται. (Martens, Vealey & Burton, 1990).

Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτό ότι το άγχος (ως κατάσταση - προσωρινό) είναι συνυφασμένο με αγχογόνες καταστάσεις, όπως οι σεισμοί. Η συννοσηρότητα της ΔΜΤΣ και του άγχους έχει επιβεβαιωθεί από πληθώρα ερευνών, σε πληθυσμούς που έχουν εκτεθεί σε διάφορα τραυματικά γεγονότα. Για παράδειγμα, μελέτη που αφορά 325 ενήλικες, που έχουν επιβιώσει από τις πλημμύρες στη λίμνη Dongting (1998) απέδειξε ότι το 64,52% των ασθενών με ΔΜΤΣ είχε άγχος και το 66,67% των ασθενών με άγχος είχαν και ΔΜΤΣ. Παράλληλα, η απώλεια συγγενών, ο τραυματισμός, η καταστροφή της περιουσίας, η συναισθηματική και κοινωνική ανεπάρκεια ως προς την υποστήριξη, αποτέλεσαν ισχυρούς προγνωστικούς παράγοντες τόσο για την ΔΜΤΣ μόνο, όσο και για τη συννοσηρότητα της ΔΜΤΣ και του άγχους (Dai, Kaminga, Tan, Wang, Lai & Wu, et al., 2017).

2.3. Παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης ΔΜΤΣ και προστατευτικοί παράγοντες

Δεν είναι δυνατό να προβλέψουμε ποιος θα αναπτύξει ΔΜΤΣ ως απάντηση σε τραυματικό γεγονός, υπάρχουν όμως ορισμένοι παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν τις πιθανότητες εκδήλωσης της διαταραχής και μπορούν να λειτουργήσουν ως πυξίδα για την ανάπτυξη ορθών προστατευτικών παραγόντων. Τα τραυματικά γεγονότα είναι πιο πιθανό να προκαλέσουν ΔΜΤΣ, όταν αφορούν μια σοβαρή απειλή για τη ζωή ή την προσωπική ασφάλεια, καθώς όσο πιο ακραία και παρατεταμένη είναι η απειλή, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος ανάπτυξης ΔΜΤΣ. Ο βαθμός κατά τον οποίο το τραυματικό συμβάν ήταν απρόσμενο, ανεξέλεγκτο και αναπόφευκτο διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο.

Μέσα από μετά-αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν, αναδύθηκαν 14 ξεχωριστοί παράγοντες κινδύνου για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, που κατηγοριοποιήθηκαν σε τρεις ομάδες παραγόντων κινδύνου. Αρχικά το φύλο, η ηλικία κατά την οποία δημιουργήθηκε το τραύμα και η φυλή αποτέλεσαν παράγοντες που μπορούσαν να προβλέψουν την ανάπτυξη ΔΜΤΣ σε ορισμένους πληθυσμούς. Επίσης, παράγοντες όπως η εκπαίδευση, το προηγούμενο τραύμα και οι γενικές αντιξοότητες που έλαβαν χώρα κατά την παιδική ηλικία, προέβλεπαν την ΔΜΤΣ με μεγαλύτερη σταθερότητα, αλλά σε διαφορετικό βαθμό ανάλογα με τους πληθυσμούς που μελετήθηκαν και τις μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν. Στην τελευταία ομάδα εντάσσονται παράγοντες όπως η προϋπαρξη ψυχικής διαταραχής, η κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό σε σχέση με τις ψυχιατρικές διαταραχές. Σε αυτή την κατηγορία παρατηρήθηκαν ομοιόμορφες προγνωστικές επιδράσεις (Brewin, Andrews & Valentine, 2000).

Ως προς το είδος του τραύματος, σύμφωνα με τους Frans, Rimmö, Aberg & Fredrikson, (2005) σημαντικούς παράγοντες κινδύνου αποτελούν η σεξουαλική και σωματική κακοποίηση, η ληστεία και οι επαναλαμβανόμενες εκθέσεις στα τραυματικά γεγονότα.

Επιπροσθέτως, η χρήση ουσιών, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η προσαρμοστικότητα του κάθε ατόμου, αλλά και η κοινωνική υποστήριξη αποτελούν σημαντικούς παράγοντες. Οι άνθρωποι διαφέρουν ως προς την ανθεκτικότητα και προσαρμοστικότητά τους. Έχει διαπιστωθεί πως η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες, μπορεί να δημιουργήσει μια σχετική εξοικείωση με στρεσογόνα γεγονότα (Rutter, 1985). Ακόμα, ο υψηλός δείκτης ευφυΐας, η ενσυναίσθηση, η κοινωνική στήριξη (Vanderpol, 2002) και η αισιοδοξία (Charney, 2004) φαίνονται να συμβάλλουν στην ανθεκτικότητα αυτή. Σχετικά με τη ΔΜΤΣ, η προσαρμοστικότητα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης επιτυχούς ανάρρωσης (Connor, 2006).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Levy-Gigi, Richter-Levin, Okon-Singer, Kéfi & Bonanno (2016) σε δείγμα αστυνομικών, οι οποίοι εκτίθονταν συχνά σε τραυματικά γεγονότα, επιβεβαίωσε ότι η επαναλαμβανόμενη έκθεση έχει τόσο θετικές, όσο και αρνητικές συνέπειες για τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα τα ερμηνεύουν και αντιδρούν.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει οι έρευνα των Bonanno, Galea, Bucciarelli & Vlahov (2006) που πραγματοποιήθηκε στη Νέα Υόρκη μετά την τρομοκρατική επίθεση της 11ης Σεπτεμβρίου 2001. Συγκεκριμένα, μελετήθηκε η σχέση της ανθεκτικότητας των ενηλίκων σε

τραυματικά γεγονότα και διάφορων κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων. Οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις έδειξαν ότι ο επιπολασμός της ανθεκτικότητας είχε ως προγνωστικούς παράγοντες το φύλο, την ηλικία, την εθνικότητα, την εκπαίδευση, το επίπεδο τραυματισμού, την αλλαγή εισοδήματος, την κοινωνική υποστήριξη, τη συχνότητα χρόνιων παθήσεων και την έκθεση σε άλλα τραυματικά γεγονότα.

Σε μετά-ανάλυση που συμπεριελήφθησαν 52 δημοσιευμένα άρθρα φανερώθηκε ότι η επικράτηση της ΔΜΤΣ μετά από σεισμούς κυμαίνεται μεταξύ 4 - 67% στους ενήλικες και 2% - 60% στους ανηλίκους. Παράλληλα, παρατηρήθηκε ότι βασικοί προγνωστικοί παράγοντες μπορούσαν να θεωρηθούν το φύλο (γυναίκες), το χαμηλό μορφωτικό ή η κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η προϋπαρξη ψυχικής νόσου ή τραύματος, να βιώνουν ή και να παρατηρούν φόβο, τραυματισμό ή πένθος, κατά τη διάρκεια των σεισμών (Tang, Deng, Glik, Dong&Zhang, 2017). Επιπλέον, το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας αποτελείται ως επί το πλείστον από γυναίκες (70,7%), γεγονός που υπογραμμίζει την ευαλωτότητά τους.

Οι Sayed, Iacoviello & Charney (2015) ανέφεραν ότι οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ΔΜΤΣ μετά από έκθεση σε τραυματικό γεγονός μπορούν να καταταχθούν σε τρεις κατηγορίες: προ-τραύματος, περι-τραύματος και μετά- τραύματος. Οι παράγοντες προ-τραύματος μπορούν να περιλαμβάνουν ηλικία, φύλο, εθνικότητα, εκπαίδευση, ήδη υπάρχουσα ψυχοπαθολογία κλπ. Οι παράγοντες περι- τραύματος μπορεί να περιλαμβάνουν τη διάρκεια και σοβαρότητα του τραύματος και την αντίληψη ότι το τραυματικό γεγονός έχει τελειώσει. Οι παράγοντες μετά- τραύματος περιλαμβάνουν την πρόσβαση σε απαραίτητους πόρους, την κοινωνική στήριξη και τη σωματική άσκηση.

2.4. Κοινωνική στήριξη

Όπως επισημαίνει και ο Αριστοτέλης, ο άνθρωπος είναι ένα φύσει κοινωνικό ον και δεν μπορεί να ευημερήσει εκτός κοινωνικού πλαισίου. Επίσης, σε προηγούμενες ενότητες αναφέρθηκε η σημασία της κοινωνικής στήριξης, καθώς αποτελεί προστατευτικό παράγοντα ως προς την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας. Άλλωστε, τα άτομα με υψηλή κοινωνική υποστήριξη τείνουν να απολαμβάνουν μεγαλύτερα ποσοστά ευημερίας και καλύτερη ποιότητα ζωής. Μάλιστα, οι ισχυροί κοινωνικοί δεσμοί μπορούν να προάγουν την ψυχική υγεία, όχι μόνο σε επίπεδο αποκατάστασης, αλλά και σε επίπεδο πρόληψης.

Υπάρχουν αξιόλογες ενδείξεις ότι η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται σημαντικά με την ευημερία και με την απουσία ψυχολογικής δυσφορίας (Kessler, Ronald, McLeod & Jane, 1985). Παράλληλα, τονίζεται ότι η κοινωνική υποστήριξη προστατεύει από την ανάπτυξη ψυχιατρικών διαταραχών, μόνο όταν το άτομο εκτίθεται σε στρεσογόνους παράγοντες, όπως τα αρνητικά γεγονότα της ζωής. (Dalgard, Bjerpr & Tambs, 1995).

Στα πλαίσια της ερευνητικής κοινότητας έχει επανειλημμένα επαληθευτεί το γεγονός ότι η ύπαρξη κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος και ισχυρών κοινωνικών δεσμών, είναι ένας από τους βασικότερους παράγοντες ως προς την αποφυγή εκδήλωσης, επιδείνωσης, αλλά και προσαρμογής σε δομές αποκατάστασης. Έτσι, παρατηρείται ότι η κοινωνική στήριξη αποτελεί απαραίτητο συστατικό της πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης. Παράλληλα, η ισχυρή κοινωνική δικτύωση είναι αρωγός της εξάλειψης του στίγματος. Μάλιστα η υψηλή κοινωνική υποστήριξη μπορεί να προλάβει ακόμα και σοβαρές συνέπειες των ψυχικών διαταραχών, όπως την αυτοκτονία. Άλλωστε, τα απομονωμένα άτομα, όπως για παράδειγμα οι ηλικιωμένοι και οι διαζευγμένοι, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ψυχοπαθολογίας (Fokkema & Van Tilburg, 2007), (Pettigrew & Roberts, 2008).

Μελέτη, που συσχέτισε την κοινωνική υποστήριξη και τα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες μεταξύ Κινέζων ασθενών με καρκίνο των ωοθηκών, επιβεβαίωσε την υψηλή σημασία της στήριξης (Liu, Zhang, Jiang & Wu, 2017).

Κεφάλαιο 3^ο : Ο σεισμός στην Κεφαλονιά

Το νησί της Κεφαλληνίας (Κεφαλονιά) ανήκει γεωγραφικά στο Ιόνιο Πέλαγος και αποτελεί το μεγαλύτερο σε έκταση νησί των Επτανήσων. Η πρωτεύουσα του νησιού είναι το Αργοστόλι και το Ληξούρι είναι η δεύτερη μεγαλύτερη πόλη σε πληθυσμό. Ειδικότερα, η Κεφαλονιά έχει χαρακτηριστεί ως μια από τις πιο σεισμογενείς περιοχές στην Ευρώπη, αλλά και στον κόσμο. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι φημολογείται πως η Κεφαλονιά έχει δημιουργηθεί κατά την διάρκεια σεισμού, καθώς βρίσκεται πάνω στο σεισμικό ρήγμα του Ιονίου (Oskars, 2013). Οι σημαντικότεροι σεισμοί που έχουν πλήξει το νησί είναι εκείνοι των ετών 1953 και 2014 με τη διαφορά ότι στον σεισμό του 2014 δεν υπήρξαν θύματα.

Μάλιστα, η μεγαλύτερη σεισμική δόνηση στην Ελλάδα τα τελευταία εκατό χρόνια ήταν ο σεισμός μεγέθους 7.2R που έγινε στις 12 Αυγούστου 1953 στη Κεφαλονιά, καταστρέφοντας εξ' ολοκλήρου το Αργοστόλι και το Ληξούρι. Συγκεκριμένα, αναφέρονται 476 νεκροί, 2.412 τραυματίες και τεράστιες υλικές καταστροφές. Δηλαδή από 33.000 σπίτια, υπήρξαν 27.659 καταρρεύσεις, σοβαρές υλικές ζημιές σε 2.780 σπίτια και ελαφρές σε 2.394. (Παπαζάχος & Παπαζάχου, 2003).

Όσον αφορά το έτος 2014, έπληξαν την Κεφαλονιά δύο ισχυροί σεισμοί. Στις 26.1.2014 και 3.2.2014 δύο σεισμοί μεγέθους ML5,8/Mw6,0 και ML5,7/Mw5,9 με εστιακό βάθος 10χλμ. (Mw: Αμερικανικό Γεωδυναμικό Ινστιτούτο).

Μετά τον πρώτο και τον δεύτερο σεισμό παρατηρήθηκαν βαριές βλάβες σε τεχνικές κατασκευές και υποδομές, ιστορικά μνημεία, δημόσιες υπηρεσίες, μονάδες υγείας, γηροκομεία, σχολεία, σπίτια (τα μισά περίπου σπίτια στο Ληξούρι κρίθηκαν μη κατοικήσιμα και αρκετές κατοικίες είχαν υποστεί σοβαρές ζημιές και στο Αργοστόλι), ενώ το οδικό δίκτυο ήταν σχεδόν κατεστραμμένο. Παράλληλα, υπήρξαν κατολισθήσεις, καταπτώσεις ογκολίθων και ρευστοποιήσεις εδαφών. Ακόμα, στο λιμάνι του Ληξουρίου εντοπίστηκε καθίζηση της προβλήτας μετά τον πρώτο ισχυρό σεισμό και θραύση της προβλήτας μετά τον δεύτερο σεισμό, ενώ η διάσημη παραλία του Μύρτου παρουσίασε διαφορετική εικόνα. Σχετικά με τους κατοίκους, υπήρξαν τραυματισμοί κυρίως από πτώση αντικειμένων και σοβάδων κατά τη διάρκεια του σεισμού (ιδιαίτερα στον δεύτερο, που συνέβη νυχτερινή ώρα). (Παπαδόπουλος, Σαχπάζη, Καραστάθης, Γκανάς, Μιναδάκης, Μπασκούτας & συν. , 2014).

Κεφάλαιο 4^ο : Σχολεία και εκπαιδευτικοί

Στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας υπάρχουν πολλές έρευνες για την ψυχική υγεία και ανθεκτικότητα των μαθητών, ενώ έχει "παραγκωνιστεί" ο ρόλος του εκπαιδευτικού. (Henderson & Milstein, 2008. Thomsen, 2002. Waxman, Padron & Gray, 2004).

Τα παιδιά και οι έφηβοι αποτελούν σημείο ενδιαφέροντος για την ερευνητική κοινότητα. Για παράδειγμα, 6 μήνες μετά τον σεισμό στην Πάρνηθα (1999) οι Kolaitis, Kotsopoulos, Tsiantis, Haritaki, Rigizou & Zacharaki et al.(2003) εξέτασαν το ποσοστό εμφάνισης του μετατραυματικού στρες σε μαθητές Δημοτικού, καθώς και το ενδεχόμενο συννοσηρότητας από κατάθλιψη και άγχος. Οι γονείς των παιδιών συμπλήρωσαν επίσης ερωτηματολόγια, προκειμένου να καταστεί σαφές κατά πόσο οι δικές τους αντιδράσεις επηρέασαν την κατάσταση των παιδιών. Το 78% των παιδιών εκδήλωσαν ήπια - σοβαρά συμπτώματα μετατραυματικού στρες, εκ των οποίων σοβαρά συμπτώματα τα 16,5% του δείγματος, μέτρια το 23,5% και ήπια το 21,7%. Τα σοβαρά και μέτρια συμπτώματα μετατραυματικού σχετίζονταν με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης. Τα παιδιά των υψηλότερων ποσοστών, είτε είχαν τα ίδια τραυματιστεί κατά τον σεισμό είτε κάποιο άλλο μέλος από την οικογένεια τους. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι παιδιά άλλων εθνικότητας εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από τα παιδιά ελληνική εθνικότητας, το οποίο συνδέεται με το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια του σεισμού είχαν υψηλότερη πιθανότητα να βρίσκονται μόνα τους και να υπέστησαν περισσότερους τραυματισμούς.

Ομοίως, μετά από τον σεισμό του 1999 στην Αθήνα, παρατηρήθηκαν υψηλά ποσοστά (78%) σοβαρής ή ήπιας συμπτωματολογίας ΔΜΤΣ στα παιδιά που εκτέθηκαν στο σεισμό και συγκρίθηκαν με τα ποσοστά ΔΜΤΣ σε δείγμα μαθητών μετά από τους σεισμούς στην Κεφαλονιά το 2014. Συμπερασματικά, οι μαθητές που ζούσαν σε περιοχές στο επίκεντρο ή κοντά σε αυτό, ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά ΔΜΤΣ σε σύγκριση με εκείνους που ζούσαν μακριά από το επίκεντρο. Παρόλα αυτά, οι μαθητές από την Κεφαλονιά ανέφεραν λιγότερα συμπτώματα σε σύγκριση με τους μαθητές της Αθήνας. Συμπερασματικά, το μέγεθος της καταστροφής και η εξοικείωση με τους σεισμούς -η Κεφαλονιά αποτελεί μία ιδιαιτέρως σειсмоγενή περιοχή- επηρέασαν σε μεγάλο βαθμό την ψυχική υγεία των μαθητών (Triantafyllou, Ntre & Kolaitis, 2017).

Επιπρόσθετα, από έρευνα που συσχέτισε τα συμπτώματα ΔΜΤΣ, κατάθλιψης και άγχους με παράγοντες άγχους και κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά σε δείγμα 343 παιδιών και εφήβων τέσσερις μήνες μετά από πυρκαγιά το 2007 στην Ελλάδα, προέκυψαν σημαντικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, υψηλά ποσοστά ΔΜΤΣ συσχετίστηκαν με την παραμονή χωρίς τους δύο γονείς μετά την πυρκαγιά και με την ανησυχία για τα αγαπημένα πρόσωπα (Kolaitis, Giannakopoulos, Mihas, Ntre, Moulla, et al., 2011).

Στην αρχή του 20ου αιώνα, ο δάσκαλος, ο παπάς και ο χωροφύλακας αποτελούσαν τα σημαντικότερα επαγγέλματα εκείνης της περιόδου. Ο δάσκαλος ήταν αυστηρός και καθόριζε πλήρως τις στάσεις και συμπεριφορές των μαθητών, ενώ λάμβανε τον απόλυτο σεβασμό από τους συμπολίτες του, ως κύριος "κάτοχος" της γνώσης. Στα χρόνια που ακολούθησαν, η αυστηρότητα μειώθηκε, αλλά το κύρος του εκπαιδευτικού συνέχιζε να υπάρχει.

Σήμερα, οι εκπαιδευτικοί αποτελούν μια ειδική επαγγελματική ομάδα με πολλαπλασιαστική επίδραση, καθώς διαδραματίζουν τον ρόλο του "μέντορα" για τους μαθητές. Περνούν αρκετές ώρες με αυτούς και ο ρόλος τους δεν περιορίζεται μόνο στο γνωστικό αντικείμενο και τη μεταλαμπάδευση της γνώσης, αλλά και στην έγκαιρη ανίχνευση των δυσκολιών σε ζητήματα ψυχικής υγείας. Συνεπώς, παρατηρείται η διεκπεραίωση ενός πολύπλευρου ρόλου (Rothi et al., 2008). Επιπροσθέτως, επιβαρύνονται και οι ίδιοι ψυχικά προκειμένου να ανταπεξέλθουν με συνέπεια στον ρόλο τους, αλλά και οικειοποιούνται τα συναισθήματα και τις δυσκολίες των μαθητών τους. Παράλληλα, απαιτείται ιδιαίτερη φροντίδα για τους μαθητές που αντιμετωπίζουν προβλήματα (Κοντοπούλου, 2007). Έτσι, εκτός της συνεχούς εκπαίδευσής τους για να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες αυτές, κρίνεται απαραίτητη η δική τους ψυχική υγεία, καθώς είναι κάποιοι από τους αρωγούς που αναγνωρίζουν και προάγουν την ψυχική υγεία (Henderson & Milstein, 2008).

Το 80 % περίπου των εκπαιδευτικών αποτελείται από γυναίκες (Κ Ε Θ Ι, 2003), γεγονός που υπογραμμίζει την ευαλωτότητά τους σε σχέση με τους άρρενες. Για παράδειγμα, σε μελέτη του μετατραυματικού στρες στον πληθυσμό της αρχαίας Ολυμπίας μετά τις φωτιές του 2007, επιβεβαιώθηκε για ακόμα μία φορά ότι οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας σε σχέση με τους άντρες (Γκριτζάνη, Τσιρώνη, Τζαβέλλα, Γκούβα, Κολοβός, Γκερβέκη και συν., 2013).

Μία καταστροφή πλήττει εξίσου τους μαθητές και τους εκπαιδευτικούς. Οι εκπαιδευτικοί, εκτός του ότι λειτουργούν ως μέντορες για τους μαθητές, πλήττονται άμεσα, αλλά και έμμεσα λόγω του ότι οι δεύτεροι μεταβιβάζουν συνεχώς τις ανησυχίες τους στους πρώτους. Υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα σχετικά με τον επιπολασμό της ΔΜΤΣ και των παραγόντων κινδύνου μεταξύ των εκπαιδευτικών. Έτσι, οι Zhang, Zhang, Du, Zhu, Huang & Tian (2016) χορήγησαν σε 316 εκπαιδευτικούς, από 21 σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην κομητεία Baoxing, ένα ερωτηματολόγιο με δημογραφικά στοιχεία, με εμπειρίες που σχετίζονται με σεισμό (ΔΜΤΣ), σωματικές δυσκολίες, συναισθηματικές αντιδράσεις, και την κοινωνική υποστήριξη που είχαν, 2 εβδομάδες μετά τον σεισμό του Lushan (Κίνα), καθώς και μέτρηση της ΔΜΤΣ, 3 μήνες μετά τον σεισμό. Ο επιπολασμός της ΔΜΤΣ ήταν 24,4% μεταξύ των εκπαιδευτικών. Οι σωματικές ενοχλήσεις αποτέλεσαν θετικούς παράγοντες κινδύνου της ΔΜΤΣ. Η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη και η ικανότητα να διατηρούν την ηρεμία τους και να ανταπεξέρχονται στη διδασκαλία ήταν αρνητικοί παράγοντες κινδύνου. Συνεπώς παρατηρείται ότι το ΔΜΤΣ παρατηρείται συνήθως στους δασκάλους μετά από σεισμό, ενώ μπορούν να προσδιοριστούν και παράγοντες κινδύνου της ΔΜΤΣ.

Επιπλέον, οι Hydon, Wong, Langley, Stein & Kataoka (2015) ανέφεραν ότι οι εκπαιδευτικοί είναι ευάλωτοι στο δευτερογενές τραυματικό άγχος λόγω του υποστηρικτικού τους ρόλου με τους μαθητές και της πιθανής έκθεσης στις εμπειρίες των μαθητών.

Οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ εκπαιδευτικού-μαθητών είναι ουσιώδεις και για τους δύο. Οι μαθητές χρειάζονται ένα θετικό ψυχολογικό κλίμα που να ευνοεί την μάθηση, ενώ ο εκπαιδευτικός επιθυμεί να εργάζεται και να δημιουργεί σε μια φιλική και ευχάριστη ατμόσφαιρα. Όταν, λοιπόν, οι εκπαιδευτικοί πλήττονται ψυχικά από κάποιο τραυματικό γεγονός επηρεάζονται άμεσα και οι μαθητές τους και αντίστροφα. Έχει πραγματοποιηθεί πληθώρα ερευνών που τονίζουν την αλληλεπίδραση γονέων και παιδιών μετά από τραυματικές εμπειρίες. Για παράδειγμα, μετά από σεισμό και τσουνάμι στην Ιαπωνία το 2011, σε προσπάθεια αντιμετώπισης και ανακούφισης των μετατραυματικών συμπτωμάτων, απεδείχθη ότι οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη διαχείριση των μετατραυματικών συμπτωμάτων των παιδιών δυσχεραίνοντας και τη δική τους κατάσταση (Usami, Iwadare, Kodaira, Watanabe, Ushijima & Tanaka et al., 2014).

Σχετικά με τις απόψεις των εκπαιδευτικών για την ετοιμότητα των σχολείων της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ως προς τη διαχείριση κρίσεων (θεομηνίες, σεισμοί, πυρκαγιές,

πλημμύρες, τραυματισμοί εξαιτίας των κτιριακών εγκαταστάσεων και της υλικοτεχνικής υποδομής, βία ανάμεσα σε μαθητές, βανδαλισμοί, εκφοβισμός μαθητών από συμμαθητές τους) όπως μελετήθηκαν από τον Φώτου (2017). Στην έρευνα συμμετείχαν 124 εκπαιδευτικοί από 25 σχολεία πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης του Δήμου Βόλου. Στην έρευνα τονίζεται ότι ο χώρος του σχολείου "προσφέρεται" για ατυχήματα, ενώ οι εκπαιδευτικοί σπεύδουν για τις πρώτες βοήθειες, αλλά δεν έχουν εκπαιδευτεί κατάλληλα ως προς την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών. Επίσης, τα προληπτικά μέτρα στα που λαμβάνουν χώρα στα σχολεία είναι περιορισμένα και ανεπαρκή και το σχολείο δεν αποτελεί έναν ασφαλή χώρο, προκαλώντας άγχος στους εκπαιδευτικούς. Τέλος, οι εκπαιδευτικοί προβάλλουν ότι οι ίδιοι έχουν ζητήσει την υποστήριξη του σχολικού ψυχολόγου σε περιπτώσεις κρίσεων. Αξίζει να σημειωθεί ότι διαφοροποιούνται μόνιμοι και αναπληρωτές εκπαιδευτικοί σχετικά με τα επίπεδα ευημερίας που απολαμβάνουν στη ζωή τους, τα στρεσογόνα γεγονότα που βιώνουν και την κοινωνική στήριξη που αντιλαμβάνονται ότι δέχονται. (Λουκοπούλου, 2015).

Επιπλέον, τα σχολεία αποτελούν τον χώρο αξιολόγησης και παρεμβάσεων μετά από καταστροφές. Όσον αφορά στην περίπτωση της Κεφαλονιάς, τα ερωτηματολόγια συνελέγησαν από τα σχολεία, αλλά και οι παρεμβάσεις έγιναν σε αυτά. Στις μέρες μας συνηθίζεται σε εγχώριο, αλλά και διεθνές επίπεδο, οι ψυχολογικές υπηρεσίες και οι παρεμβάσεις για την προαγωγή της ψυχικής υγείας των παιδιών και εφήβων να έχουν ως βάση το σχολείο (Δάντη, 2011). Ακόμα, τα ελληνικά σχολεία συνεχώς τονίζουν την αναγκαιότητα ύπαρξης ειδικών ψυχικής υγείας για τη διαχείριση των κρίσεων στον χώρο του σχολείου, καθώς και την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας μέσα από την αλληλεπίδραση και τη συνεργασία γονέων, εκπαιδευτικών και μαθητών. Άλλωστε η ψυχική ανθεκτικότητα αποτελεί έναν από τους κυρίαρχους παράγοντες πρόληψης και αντιμετώπισης κρίσεων στον σχολικό χώρο, αλλά και ψυχοτραυματικών γεγονότων, όπως είναι και οι φυσικές καταστροφές.

Στα πλαίσια του σχολικού χώρου γίνεται και η έγκαιρη αναγνώριση των ψυχολογικών αντιδράσεων του μαθητή, καθώς οι άμεσοι συναναστρεφόμενοι του παιδιού είναι οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί. Βέβαια, τόσο οι εκπαιδευτικοί, όσο και οι γονείς θα πρέπει να ενημερώνονται, να μελετούν και να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα, προκειμένου να κινητοποιηθούν ζητώντας τη βοήθεια ειδικού. Επίσης, σε πολλές περιπτώσεις η διαχείριση μίας τέτοιας κατάστασης γίνεται στη σχολική κοινότητα, έπειτα από σαφείς οδηγίες από τον ειδικό ψυχικής υγείας προς τον εκπαιδευτικό και τον γονέα.

Έτσι, η κατάρτιση και η εφαρμογή παρεμβάσεων στις τάξεις για την προαγωγή της ψυχικής ανθεκτικότητας και ευεξίας στη σχολική κοινότητα επιφέρουν σημαντικά οφέλη για τους συμμετέχοντες (μαθητές, γονείς, εκπαιδευτικούς). Ακόμη, η πρόληψη των διαταραχών είναι πιο αποτελεσματική όταν οι παρεμβάσεις για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και της θετικής ανάπτυξης των παιδιών αφορούν σε όλες τις βαθμίδες της υποχρεωτικής εκπαίδευσης, από την προσχολική αγωγή έως το λύκειο (Greenberg, Weissberg, O'Brien, Zins, Fredericks et al., 2003. Zins & Elias, 2006).

Συνεπώς, οι στρεσογόνες καταστάσεις που βιώνει η εκάστοτε κοινωνία, αφενός μεταφέρονται και στο σχολείο, με αποτέλεσμα να βλάπτεται η ψυχοκοινωνική λειτουργία τόσο των μαθητών όσο και των εκπαιδευτικών, και αφετέρου η εκπαιδευτική κοινότητα καλείται να είναι ενημερωμένη και επαρκής σε βασικές γνώσεις διαχείρισης τέτοιων καταστάσεων στον σχολικό χώρο.

Αναγνωρίζοντας τον σπουδαίο ρόλο που διαδραματίζουν οι εκπαιδευτικοί, καθώς και την ψυχική επιβάρυνση που βιώνουν κυρίως σε περιόδους κρίσεων και καταστροφών, απαιτείται η περεταίρω ανάλυση δειγμάτων εκπαιδευτικών. Μάλιστα, η διεθνής βιβλιογραφία δεν παρουσιάζει πλούσιες αναφορές σε πληθυσμούς εκπαιδευτικών σε σχέση με τις φυσικές καταστροφές. Παράλληλα, δεν υπάρχουν αναφορές που να μελετούν τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των καταστροφών στους εκπαιδευτικούς στην ελληνική βιβλιογραφία. Επομένως, η παρούσα μελέτη επιχειρεί να αποτελέσει χρήσιμο εφόδιο για την ερευνητική κοινότητα, αλλά και το έναυσμα της περεταίρω μελέτης ενός τόσο ευαίσθητου πληθυσμού.

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσει τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του σεισμού που συνέβη το 2014 στην Κεφαλονιά στους εκπαιδευτικούς του νησιού. Αποτελεί μέρος ευρύτερης μελέτης κατά την οποία μελετήθηκαν οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στους μαθητές, στους γονείς και στους εκπαιδευτικούς του νησιού. Παράλληλα, πραγματοποιήθηκαν παρεμβάσεις στη σχολική κοινότητα της Κεφαλονιάς, που αρχικά αφορούσαν τους εκπαιδευτικούς και είχαν στόχο την πρόληψη του μετατραυματικού στρες και άλλων ψυχολογικών αντιδράσεων, καθώς και την αξιολόγηση παιδιών που είχαν κριθεί από τους εκπαιδευτικούς ότι έχουν ανάγκη άμεσης θεραπευτικής παρέμβασης. Συγκεκριμένα, η Παιδοψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία» σε συνεργασία με εξειδικευμένους στο ψυχικό τραύμα συνεργάτες της, σχεδίασε εθελοντική παρέμβαση στη σχολική κοινότητα, με αφορμή τους δύο μεγάλους

σεισμούς που έλαβαν χώρα στην Κεφαλονιά. Οι δράσεις που πραγματοποιήθηκαν εμπεριείχαν την ψυχοεκπαίδευση των εκπαιδευτικών στο μετατραυματικό στρες, ομάδες συζήτησης για τη διαχείριση τραυματικής εμπειρίας και συνοδών συναισθημάτων και ανάλυση περιπτώσεων, διαγνωστική αξιολόγηση περιστατικών που έχρηζαν άμεσης θεραπευτικής παρέμβασης, χορήγηση ενημερωτικών φυλλαδίων και διεξαγωγή μελέτης σχετικά με τη ΔΜΤΣ και συνοδής ψυχοπαθολογίας των μαθητών και των γονέων τους, αλλά και των εκπαιδευτικών.

Η παρούσα μελέτη αφορά την ανάλυση του δείγματος των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Παράλληλα, θα μελετηθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με το μετατραυματικό στρες των εκπαιδευτικών που διέμεναν στην Κεφαλονιά κατά τη διάρκεια του σεισμού το 2014 και αποτελεί μέρος της ευρύτερης έρευνας, συγκεκριμένα, θα μελετηθεί η επίδραση του σεισμού στην ψυχική υγεία των εκπαιδευτικών και ιδιαίτερα στην ανάπτυξη μετατραυματικού στρες και άγχους. Ως δείγμα επιλέχθηκαν οι εκπαιδευτικοί λόγω της πολλαπλασιαστικής δράσης του επαγγέλματος και του πολύπλευρου ρόλου που διαδραματίζουν.

Αναλυτικότερα, σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθούν ποιοι από τους δημογραφικούς και εργασιακούς παράγοντες σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα άγχους και ΔΜΤΣ. Ακόμα, ποιοι από τους παράγοντες που σχετίζονται με τον σεισμό σχετίζονται και με την ανάπτυξη άγχους και ΔΜΤΣ και πώς το άγχος συσχετίζεται με τα αυξημένα επίπεδα ΔΜΤΣ. Τέλος, θα διερευνηθεί η συσχέτιση της κοινωνικής υποστήριξης με το ΔΜΤΣ.

Κεφάλαιο 5ο: Μεθοδολογία

Εισαγωγικά

Σε κάθε δραστηριότητα της καθημερινής ζωής, παρουσιάζονται ποικίλα προβλήματα και προκλήσεις, που επιζητούν λύσεις, για τις οποίες δεν είναι επαρκής η εμπειρική γνώση. Σε αυτές τις δυσκολίες απαντά η ερευνητική διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει τη μελέτη του προβλήματος σε βάθος, την αναζήτηση των αιτιών καθώς και τη βέλτιστη αντιμετώπιση. Δηλαδή, στόχος της έρευνας είναι να εμβαθύνει στη μελέτη συγκεκριμένων ζητημάτων και να αναδεικνύει νέα, και πιο θεμελιωμένη γνώση, που προσφέρει την αρωγή της, τόσο στην ερευνητική κοινότητα, όσο και στο κοινωνικό σύνολο.

Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα έχει κατασκευαστεί πληθώρα ψυχομετρικών εργαλείων για τη μέτρηση και αξιολόγηση ποικίλων ανθρώπινων χαρακτηριστικών, μέσα στα πλαίσια ερευνητικών διαδικασιών. Με τον όρο "ψυχομετρικές δοκιμασίες" ορίζουμε όλα τα ερωτηματολόγια, τεστ και γενικά τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την αναγνώριση, τη μέτρηση και την εκτίμηση ψυχολογικών χαρακτηριστικών. Πρόκειται, λοιπόν, για εργαλεία αξιολόγησης και καταγραφής ανθρώπινων χαρακτηριστικών, τα οποία καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών στοιχείων, από συναισθήματα και φόβους, μέχρι ικανότητες και κλίσεις, επιτεύξεις και ενδιαφέροντα, χωρίς να εξαιρούνται οι ανθρώπινες πεποιθήσεις, οι στάσεις, οι επιθυμίες και οι ανάγκες. Άλλωστε, η διαδικασία της εξέτασης και αξιολόγησης έχει γίνει αναπόσπαστο κομμάτι του δυτικού πολιτισμού.

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μία προσπάθεια για τη μελέτη των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων του σεισμού στην Κεφαλονιά το 2014 σε δείγμα εκπαιδευτικών. Συγκεκριμένα, σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθούν ποιοι από τους δημογραφικούς και εργασιακούς παράγοντες σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα άγχους και ΔΜΤΣ. Ακόμα, ποιοι από τους παράγοντες που σχετίζονται με τον σεισμό σχετίζονται και με την ανάπτυξη άγχους και ΔΜΤΣ, και πώς το άγχος συσχετίζεται με τα αυξημένα επίπεδα ΔΜΤΣ. Τέλος, θα διερευνηθεί η συσχέτιση της κοινωνικής υποστήριξης με το ΔΜΤΣ.

Οι μεταβλητές της ποσοτικής αυτής έρευνας είναι οι εξής:

- Μετατραυματικό στρες (ΔΜΤΣ) και άγχος (ως κατάσταση- παροδικό): εξαρτημένες μεταβλητές.
- Δημογραφικά, εργασιακά στοιχεία, στοιχεία που αφορούν στην εμπειρία των συμμετεχόντων από το σεισμό, κοινωνική στήριξη: ανεξάρτητες μεταβλητές.

5.1: Το δείγμα

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από 148 εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Από τους συμμετέχοντες οι 104 είναι γυναίκες και οι 43 είναι άνδρες, ενώ ένας εκ των συμμετεχόντων δε δήλωσε το φύλο του (Πίνακας 1). Έτσι, το 70,7% του δείγματος στην έρευνα πληθυσμού αποτελείται από γυναίκες, ενώ το 29,3 % από άνδρες.

Ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση, 87 άτομα είναι έγγαμα, 47 άτομα είναι άγαμα, 10 άτομα είναι διαζευγμένα, 2 άτομα είναι σε διάσταση και 2 σε κατάσταση χηρείας. Έτσι, προκύπτει πως το 59% των συμμετεχόντων είναι έγγαμοι, το 32% είναι άγαμοι, το 7% διαζευγμένοι και το 1% σε διάσταση. Τέλος το 1% είναι χήροι. Ακόμα, οι συμμετέχοντες έχουν γεννηθεί από το 1953-1988, δηλαδή κατά τη συλλογή των ερωτηματολογίων οι ηλικίες των ερωτηθέντων κυμαίνονταν από 26 – 61 ετών.

Ως προς τα χρόνια τα οποία οι συμμετέχοντες ζουν στην Κεφαλονιά, οι απαντήσεις ποικίλουν. Από τους 148 εκπαιδευτικούς, οι 12 ζουν στο νησί λιγότερο από έναν χρόνο, οι 23 εκπαιδευτικοί κατοικούν στο νησί 1-5 χρόνια, 22 ζουν στην Κεφαλονιά 6-10 χρόνια, 16 άτομα απάντησαν 11-15 χρόνια, ενώ 75 εκπαιδευτικοί διαμένουν στην Κεφαλονιά πάνω από 15 χρόνια. Συνεπώς, περίπου το 8% των εκπαιδευτικών ζουν στην Κεφαλονιά λιγότερο από έναν χρόνο, το 15% 1-5 χρόνια, το 15% 6-10 χρόνια, το 11% 11- 15 χρόνια και το 51% πάνω από 15 χρόνια.

Όσον αφορά στη βαθμίδα εκπαίδευσης του δείγματος οι 80 (54%) συμμετέχοντες διδάσκουν σε Δημοτικό, οι 37 (25%) σε Γυμνάσιο και οι 31 (21%) σε Λύκειο. Σχετικά με τα χρόνια διδακτικής εμπειρίας, 64 ερωτηθέντες (43,8%) απάντησαν πως η διδακτική προϋπηρεσία τους διαρκεί πάνω από 15 χρόνια, 27 εκπαιδευτικοί (18,5%) έχουν 11- 15 χρόνια διδακτικής εμπειρίας, 33 συμμετέχοντες (22,6%) 6- 10 χρόνια, 21 (14,4%) απάντησαν 1- 5 χρόνια και μόλις 1 εκπαιδευτικός (0,7%) έχει λιγότερο από 1 χρόνο διδακτικής εμπειρίας. Εκ των ερωτηθέντων 2 δεν απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Αναφορικά με την οικονομική τους κατάσταση 2 ερωτώμενοι (1,4%) απάντησαν ότι είναι πολύ ευκατάστατη η οικογένειά τους, 12 (8,3%) αρκετά ευκατάστατη, 96 (66,7%) στον μέσο όρο, 28 (19,4%) όχι και τόσο ευκατάστατη και 6 (4,2%) καθόλου ευκατάστατη. Στο συγκεκριμένο σημείο, να σημειωθεί ότι 4 εκ των συμμετεχόντων δεν ανέφεραν το πόσο ευκατάστατη είναι η οικογένειά τους.

Τέλος, από τους ερωτώμενους εκπαιδευτικούς οι 84 (59%) δεν ζουν στο σπίτι με παιδιά (κάτω των 18 χρονών), 31 (22%) ζουν στο σπίτι με ένα παιδί, 23 (16%) ζουν με δύο παιδιά, 4 (3%) ζουν με τρία παιδιά και 1 ζει με τέσσερα παιδιά. Εκ των συμμετεχόντων 5 εκπαιδευτικοί δεν απάντησαν καθόλου. Από τους εκπαιδευτικούς που έχουν παιδιά, οι 16 έχουν ένα παιδί κάτω των 5 ετών και 2 έχουν δύο παιδιά κάτω των 5 ετών.

5.2: Τα εργαλεία

Όσον αφορά τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων, πρόκειται για τα εξής ερωτηματολόγια:

1. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων
2. Ερωτηματολόγιο έκθεσης στους σεισμούς

Το ερωτηματολόγιο έκθεσης σε σεισμούς περιλαμβάνει τρία ερωτήματα σχετικά με την έκθεση των εκπαιδευτικών στην Κεφαλονιά. Αναλυτικότερα, στο πρώτο ερώτημα αναφέρεται στο αν οι συμμετέχοντες βρίσκονταν στο νησί μόνο στον πρώτο σεισμό, μόνο στον δεύτερο, και στους δύο, κανέναν από τους δύο σεισμούς. Στο δεύτερο ερώτημα διερευνάται η τοποθεσία διαμονής αμέσως μετά τους σεισμούς (σπίτι, σε συγγενείς, σε φιλική οικογένεια, σε σκηνή, σε πλοίο, αλλού). Στο τελευταίο ερώτημα ζητείται από τους συμμετέχοντες ο τόπος διαμονής τους μετά τους σεισμούς (η επιλογή των απαντήσεων είναι ίδια με της προηγούμενης ερώτησης).

3. Impact of Event Scale-Revised (Αναθεωρημένη κλίμακα επίδρασης γεγονότων) (IES-R, Weiss & Marmar, 1995)

Το IES-R είναι μια κλίμακα 22 προτάσεων αυταναφοράς που αξιολογεί την υποκειμενική καταπόνηση που προκαλείται από τραυματικά γεγονότα, και επαναλαμβανόμενες και αποφευκτικές σκέψεις γύρω απ' αυτά. Πρόκειται για μια αναθεωρημένη έκδοση της παλαιότερης έκδοσης, του IES (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979), που αποτελούνταν από 15 προτάσεις. Οι ερωτηθέντες καλούνται να προσδιορίσουν

ένα συγκεκριμένο αγχωτικό γεγονός της ζωής τους, και στη συνέχεια να υποδείξουν πόσο έχουν αναστατωθεί και ενοχληθεί από αυτό τις τελευταίες επτά ημέρες. Συνεπώς, πρόκειται για ένα χρήσιμο εργαλείο στην προκαταρκτική διάγνωση του PTSD.

Τα στοιχεία βαθμολογούνται σε κλίμακα 5 σημείων που κυμαίνεται από 0 ("καθόλου") έως 4 ("πάρα πολύ"). Το IES-R αποδίδει μια συνολική βαθμολογία (που κυμαίνεται από 0 έως 88) και οι βαθμολογίες υποκλίμακας μπορούν επίσης να υπολογιστούν για τα υποκλίμακα εισβολής, αποφυγής και υπερκάλυψης. Οι συγγραφείς προτείνουν να χρησιμοποιηθούν μέσα αντί για ακατέργαστα ποσά για κάθε μία από αυτές τις βαθμολογίες, υποκλίμακες ώστε να καταστεί δυνατή η σύγκριση με τις βαθμολογίες από τη Λίστα Ελέγχου Συμπτωμάτων 90 - Αναθεωρημένη (SCL-90-R, Derogatis, 1994). Η εγκυρότητα της κλίμακας είναι επαρκής.

Παράδειγμα:" Οποιαδήποτε ανάμνηση μου ξαναγεννούσε συναισθήματα"

(Οι ερωτηθέντες βαθμολογούν τον βαθμό δυσφορίας τους κατά τη διάρκεια των τελευταίων επτά ημερών.)

4. State Anxiety Inventory (Ερωτηματολόγιο άγχους κατάστασης (, Spielberger et al., 1983)

Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται για να μετρήσει το άγχος. Η κλίμακα διαχωρίζει το άγχος ως κατάσταση (A-State) από το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (A-Trait).

Πρόκειται για ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αποτελείται από 40 θέματα. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν τον βαθμό (καθόλου, κάπως, μέτρια και πάρα πολύ) στον οποίο τους χαρακτηρίζουν οι περιγραφές του κάθε θέματος. Τα πρώτα 20 θέματα αφορούν το πως αισθάνεται κανείς τη στιγμή που απαντά στο ερωτηματολόγιο (το άγχος ως κατάσταση) και τα υπόλοιπα 20 θέματα απαντώνται με βάση το πως το άτομο αισθάνεται γενικά (άγχος ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας).

Στη συγκεκριμένη έρευνα, χρησιμοποιούνται τα αποτελέσματα του άγχους ως κατάσταση (20 ερωτήματα). Η μέση τιμή για το άγχος ως κατάσταση ήταν 35,11 για τους άνδρες και 37,34 για τις γυναίκες. Οι συμμετέχοντες απαντούν βάσει μιας κλίμακας τεσσάρων διαβαθμίσεων (1= καθόλου - 4= πάρα πολύ), και δείχνουν πως αισθάνονται τη συγκεκριμένη στιγμή που απαντούν. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία.

5. Oslo-3 item social support scale (Brevik & Dalgard, 1996)

Η κλίμακα Oslo-3 είναι η στατιστική ανάλυση συνολικού δείγματος 1717 ενηλίκων, που ζούσαν σε διαφορετικού τύπου γειτονιές της Νορβηγίας (πχ. αστική, παράκτια, επαρχιακή). Τα δεδομένα συνελέγησαν με ερωτηματολόγια, που αποτελούσαν μέρος έρευνας που εστίαζε στην ψυχική υγεία. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 60-75%. Έτσι, η κοινωνική υποστήριξη μετρείται με τα ακόλουθα 3 ερωτήματα:

Όσλο 1: Πόσα άτομα είναι τόσο κοντά σου που να μπορείς να βασιστείς πάνω τους αν έχεις σοβαρά προβλήματα; (κανένας, 1-2, 3-5, 5+)

Όσλο 2: Πόσο ενδιαφέρον δείχνουν οι άνθρωποι για αυτά που κάνεις; (πολύ, κάποιος, δεν είμαι σίγουρος, λίγο, καθόλου)

Όσλο 3: Πόσο εύκολο είναι να πάρεις βοήθεια για πρακτικά θέματα από την οικογένειά σου τους φίλους σου ή από τους γείτονες αν το χρειάζεσαι; (πολύ εύκολο, εύκολο, ίσως, δύσκολο, πολύ δύσκολο)

Με το άθροισμα των απαντήσεων, το σκορ κυμαίνεται μεταξύ 3 – 14, όπου από 3-8 υπάρχει φτωχή κοινωνική στήριξη, από 9-11 μέτρια κοινωνική στήριξη και από 12-14 ισχυρή κοινωνική στήριξη.

Αποτελέσματα που ενισχύουν την αξιοπιστία της συγκεκριμένης κλίμακας παρατίθενται παρακάτω. (Dowrick et al. 1998).

Μελέτη σε πέντε Ευρωπαϊκές χώρες (Αγγλία, Ιρλανδία, Φινλανδία, Ισπανία, Νορβηγία) με δεδομένα για την κοινωνική στήριξη, με δείγμα 8650 άτομα, μετρώντας τις συσχετίσεις μεταξύ κοινωνικής στήριξης, ατομικών στοιχείων και κατάθλιψη, έδειξε τα εξής:

Ερώτηση 1: 0.27 (p<0.001)

Ερώτηση 2: 0.29 (p<0.001)

Ερώτηση 3: 0.31 (p<0.001)

Oslo-3 δείκτης αξιοπιστίας: 0.39 (p<0.001)

Από την ανάλυση της λογιστικής παλινδρόμησης προσαρμοσμένα ανά φύλο, ηλικία και χώρα προκύπτουν τα εξής:

(OR 95% CI)

Ερώτηση 1: 1.62 (1.20- 2.18)

Ερώτηση 2: 1.23 (0.98- 1.53)

Ερώτηση 3: 1.36 (1.11- 1.68)

Oslo-3 δείκτης: 1.34 (1.23-1.47)

Η κλίμακα Oslo-3 δείχνει υψηλή σκοπιμότητα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί.

5.3: Η διαδικασία

Τα ερωτηματολόγια συνελέγησαν τέσσερις μήνες μετά τους σεισμούς από τα σχολεία που εργάζονταν οι εκπαιδευτικοί, έπειτα από την παροχή της κατάλληλης έγκρισης του Υπουργείου Παιδείας. Τα σχολεία βρίσκονται στο επίκεντρο ή κοντά στο επίκεντρο του σεισμού, δηλαδή στο Ληξούρι, στο Αργοστόλι και σε σχολεία απόστασης 20 – 30 χιλιομέτρων από το επίκεντρο.

Η ερευνητική διαδικασία δεν είχε κινδύνους για τους συμμετέχοντες. Οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν ήταν εμπιστευτικές και τα δεδομένα ανώνυμα και διαθέσιμα μόνο στην ομάδα. Οι γονείς είχαν υπογράψει έντυπο συγκατάθεσης για τη συμμετοχή των τέκνων τους στην έρευνα.

5.4. Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης

κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με την κλίμακα προσωρινού άγχους και την κλίμακα διαταραχής μετατραυματικού στρες από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Κεφάλαιο 6^ο: Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελείται από 148 άτομα με μέση ηλικία τα 47,1 έτη (SD=9,1 έτη). Στον πίνακα 1, που ακολουθεί δίνονται δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 1

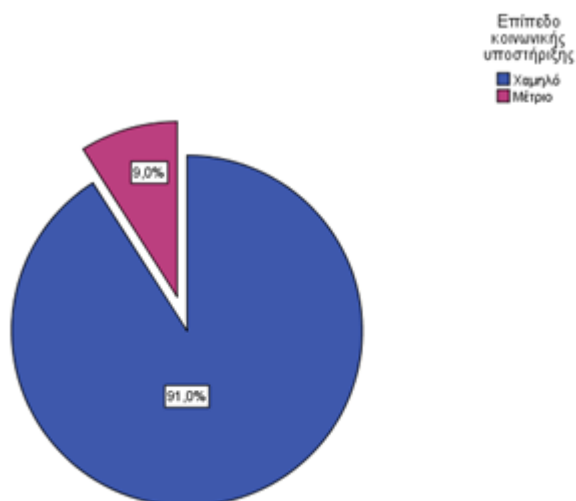
		N	%
Φύλο	Γυναίκες	104	70,7
	Άντρες	43	29,3
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		47,1 (9,1)	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμοι	87	58,8
	Χήροι	2	1,4
	Διαζευγμένοι	10	6,8
	Σε διάσταση	2	1,4
	Άγαμοι	47	31,8
Αριθμός παιδιών και εφήβων που ζουν στο σπίτι σας;	0	84	58,7
	1	31	21,7
	2	23	16,1
	3	4	2,8
	4	1	0,7
Αριθμός παιδιών το πολύ 5 ετών που ζουν στο σπίτι σας;	0	115	86,5
	1	16	12,0
	2	2	1,5
Πόσα χρόνια διαμένετε στην Κεφαλονιά	Λιγότερο από 1 χρόνο	12	8,1
	1-5 χρόνια	23	15,5
	6-10 χρόνια	22	14,9
	11-15 χρόνια	16	10,8
	Πάνω από 15 χρόνια	75	50,7

Πόσο εγκατάσταση πιστεύετε πως είναι η οικογένειά σας;	Πολύ	2	1,4
	Αρκετά	12	8,3
	Στο μέσο όρο	96	66,7
	Όχι και τόσο	28	19,4
	Καθόλου	6	4,2
Επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης	Χαμηλό	131	91,0
	Μέτριο	13	9,0
	Υψηλό	0	0,0

Το 70,7% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Επίσης, το 58,8% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι και το 58,7% δεν είχε παιδιά που να μένουν μαζί τους. Περίπου οι μισοί από τους συμμετέχοντες έμεναν στην Κεφαλονιά πάνω από 15 έτη με το ποσοστό να είναι 50,7%. Το 66,7% των συμμετεχόντων θεωρούσαν ότι η οικογένειά τους ήταν τόσο ευκατάστατη όσο και ο μέσος όρος. Το 91,0% των συμμετεχόντων είχε χαμηλή κοινωνική υποστήριξη.

Στο γράφημα 1, που ακολουθεί δίνεται το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης των συμμετεχόντων.

Γράφημα 1



Στον πίνακα 2 δίνεται η περιοχή και στοιχεία που αφορούν στην εργασία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 2

		N	%
Περιοχή	Αργοστόλι	49	33,1
	Ληξούρι	60	40,5
	Κεραμειές	23	15,5
	Βλαχάτα	9	6,1
	Άγιος Γεράσιμος	6	4,1
	Διλινάτα	1	0,7
	Σε τι σχολείο εργάζεστε;	Νηπιαγωγείο	0
	Δημοτικό	80	54,1
	Γυμνάσιο	37	25,0
	Λύκειο	31	20,9
Έτη διδακτικής εμπειρίας	Λιγότερο από 1 χρόνο	1	0,7
	1-5 χρόνια	21	14,4
	6-10 χρόνια	33	22,6
	11-15 χρόνια	27	18,5
	Πάνω από 15 χρόνια	64	43,8

Το 40,5% των συμμετεχόντων εργάζονταν στο Ληξούρι και το 33,1% στο Αργοστόλι. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων εργάζόταν σε δημοτικό σχολείο και το 43,8% εργάζόταν πάνω από 15 έτη.

Στον πίνακα 3 δίνονται στοιχεία που αφορούν στην εμπειρία των συμμετεχόντων με τους σεισμούς.

Πίνακας 3

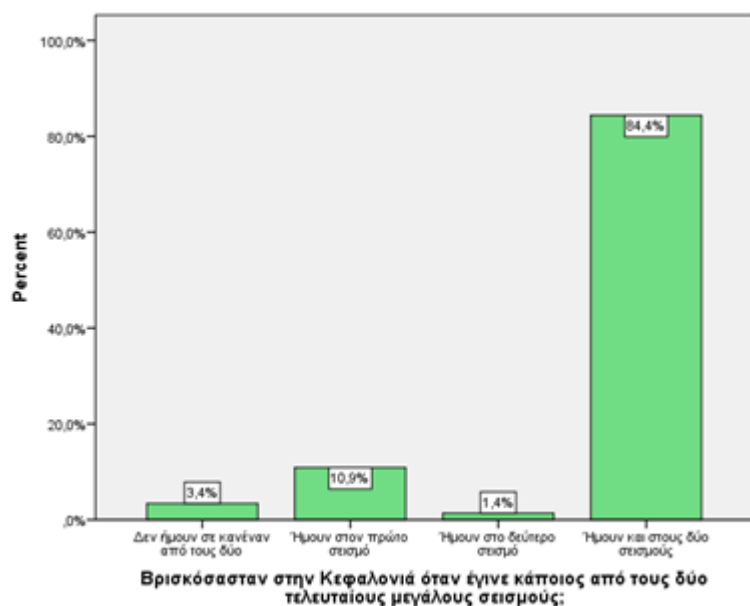
		N	%
Βρισκόσασταν στην Κεφαλονιά όταν έγινε κάποιος από τους δύο τελευταίους μεγάλους σεισμούς;	Δεν ήμουν σε κανέναν από τους δύο	5	3,4
	Ήμουν στον πρώτο σεισμό	16	10,9
	Ήμουν στο δεύτερο σεισμό	2	1,4
	Ήμουν και στους δύο σεισμούς	124	84,4
Πού μείνατε αμέσως μετά τους σεισμούς;	Στο σπίτι μου	74	50,3
	Με συγγενείς	30	20,4
	Σε φιλική οικογένεια	10	6,8
	Σε σκηνή	1	0,7
	Σε πλοίο	2	1,4
	Αλλού	30	20,4
Πού μένετε τώρα;	Στο σπίτι μου	136	92,5
	Με συγγενείς	3	2,0
	Σε φιλική οικογένεια	0	0,0
	Σε σκηνή	0	0,0
	Σε πλοίο	0	0,0
	Αλλού	8	5,4
Έπαθε το σπίτι σας κάποια σημαντική ζημιά;	Όχι	115	77,7
	Ναι, αλλά μπορείτε να μείνετε	23	15,5
	Ναι, αλλά δεν μπορείτε να μείνετε	10	6,8
Χάσατε πολύτιμα πράγματα για εσάς;	Όχι	118	80,8
	Ναι	28	19,2
Κατά τη διάρκεια των σεισμών, υπήρξε κάποιος μέλος της οικογένειάς σας ή κάποιος στενός φίλος που ανησυχούσατε πάρα πολύ για την	Όχι	67	45,9

ασφάλειά του;			
	Ναι	79	54,1
Πόση μείωση στο οικογενειακό σας εισόδημα είχατε μετά τους σεισμούς;	Καμία	82	55,4
	Μικρή	29	19,6
	Μέτρια	24	16,2
	Σημαντική	8	5,4
	Πολύ σημαντική	5	3,4

Το 84,4% των συμμετεχόντων βρίσκονταν στην Κεφαλονιά όταν έγιναν και οι δύο τελευταίοι μεγάλοι σεισμοί. Το 50,3% των συμμετεχόντων έμειναν στο σπίτι του αμέσως μετά το σεισμό και το 92,5% έμενε τώρα (στη διάρκεια της έρευνας) στο σπίτι του. Ποσοστό 77,7% των συμμετεχόντων δεν είχαν κάποια σημαντική ζημιά στο σπίτι του ενώ το 6,8% είχαν τέτοια ζημιά που δεν μπορούσαν να μείνει εκεί. Ακόμα, το 19,2% των συμμετεχόντων έχασαν κάτι πολύτιμο και το 54,1% είχαν κάποιον συγγενή και φίλο για τον οποίο ανησυχούσαν πολύ. Το 55,4% των συμμετεχόντων δεν είχαν καμία μείωση στο οικογενειακό του εισόδημα μετά τους σεισμούς ενώ το 8,8% είχαν σημαντική/πολύ σημαντική μείωση.

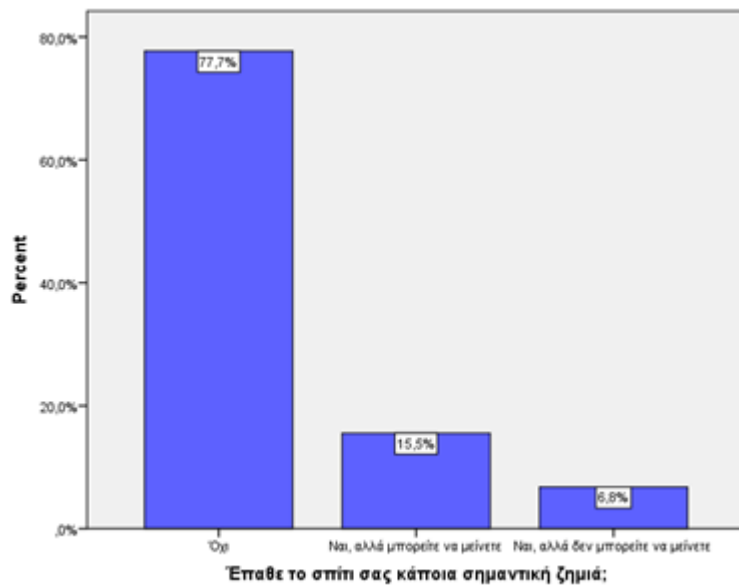
Στο γράφημα 2, που ακολουθεί, δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που ήταν στην Κεφαλονιά στους δύο μεγάλους τελευταίους σεισμούς.

Γράφημα 2



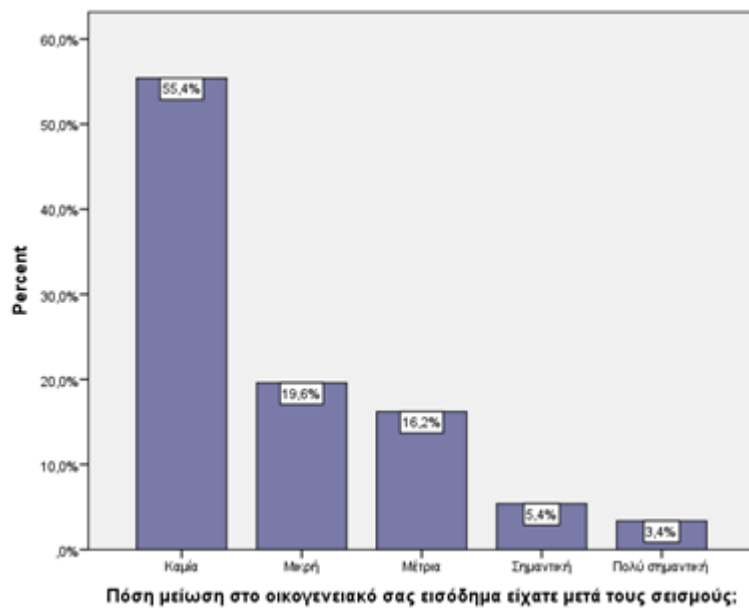
Στο γράφημα 3 δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων που είχαν σημαντικές ζημιές στα σπίτια τους μετά τους σεισμούς.

Γράφημα 3



Στο γράφημα 4 δίνεται η μείωση στο οικογενειακό εισόδημα των συμμετεχόντων μετά τους σεισμούς.

Γράφημα 4



Προσωρινό άγχος – ως κατάσταση

Στον πίνακα 4, που ακολουθεί, δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα άγχους (ως κατάσταση).

Πίνακας 4

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD
Προσωρινό άγχος (state)	22,0	72,0	40,2	10,3

Η βαθμολογία στην κλίμακα άγχους ως κατάσταση κυμαινόταν από 22 μέχρι 72 μονάδες με τη μέση βαθμολογία να είναι 40,2 μονάδες (SD=10,3 μονάδες).

Στον πίνακα 5, που ακολουθεί, δίνεται η βαθμολογία άγχους ως κατάσταση ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 5

		Άγχος (state)		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Γυναίκες	40,5	9,9	0,495
	Άντρες	39,2	11,1	
Έγγαμοι	Όχι	38,3	9,6	0,067
	Ναι	41,5	10,6	
Αριθμός παιδιών και εφήβων που ζουν στο σπίτι σας;	0	39,5	10,7	0,538*
	1	41,9	10,6	
	>1	40,8	8,5	
Αριθμός παιδιών το πολύ 5 ετών που ζουν στο σπίτι σας;	0	39,8	11,0	0,371

	1-2	42,3	6,8	
Πόσα χρόνια διαμένετε στην Κεφαλονιά	Λιγότερα από 5 χρόνια	43,3	10,3	0,092*
	6-10 χρόνια	37,9	8,0	
	Πάνω από 10 χρόνια	39,7	10,9	
Σε τι σχολείο εργάζεστε;	Δημοτικό	39,1	10,0	0,311*
	Γυμνάσιο	42,3	10,7	
	Λύκειο	40,5	10,3	
Έτη διδακτικής εμπειρίας	Λιγότερα από 5 χρόνια	40,6	11,9	0,688*
	6-10 χρόνια	41,0	9,4	
	Πάνω από 10 χρόνια	39,3	10,7	

*ANOVA

Επομένως, δε διέφερε σημαντικά η βαθμολογία άγχους ως κατάσταση ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στον πίνακα 6 δίνεται η βαθμολογία του άγχους ως κατάσταση ανάλογα με τα στοιχεία που αφορούν στην εμπειρία των συμμετεχόντων από τους σεισμούς.

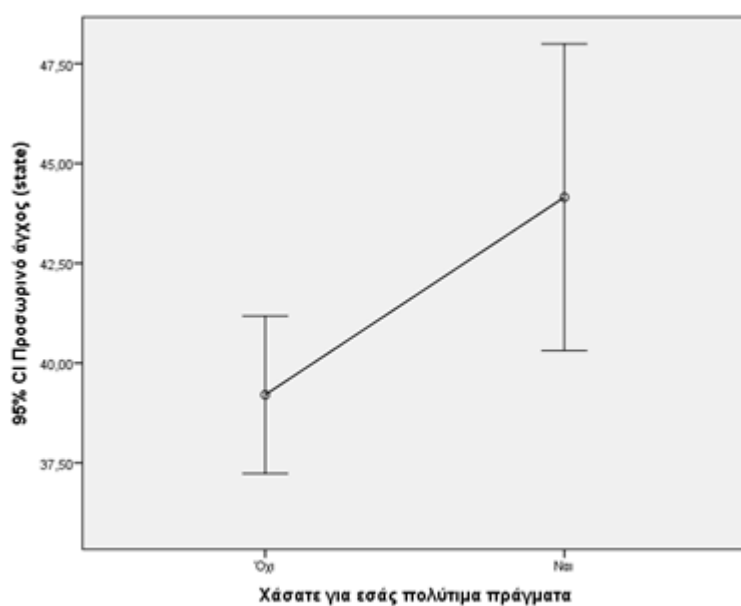
Πίνακας 6

		Άγχος (state)		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης	Χαμηλό	40,0	9,8	0,409
	Μέτριο	42,5	13,2	
Βρισκόσασταν στην Κεφαλονιά όταν έγιναν και οι δύο μεγάλοι σεισμοί;	Όχι	40,6	12,3	0,823
	Ναι	40,1	9,9	
Πού μείνατε αμέσως μετά τους σεισμούς;	Στο σπίτι μου	39,7	10,3	0,573
	Αλλού	40,7	10,2	

Πού μένετε τώρα;	Στο σπίτι μου	40,1	10,6	0,913
	Αλλού	40,5	4,2	
Έπαθε το σπίτι σας κάποια σημαντική ζημιά;	Όχι	39,7	10,7	0,344
	Ναι	41,8	8,5	
Χάσατε πολύτιμα πράγματα για εσάς;	Όχι	39,2	10,3	0,027
	Ναι	44,2	9,5	
Κατά τη διάρκεια των σεισμών, υπήρξε κάποιος μέλος της οικογένειάς σας ή κάποιος στενός φίλος που ανησυχούσατε πάρα πολύ για την ασφάλειά του;	Όχι	39,0	11,4	0,234
	Ναι	41,1	9,3	

Συνεπώς, σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας περισσότερα συμπτώματα άγχους, είχαν οι συμμετέχοντες που είχαν χάσει κάποιο πολύτιμο πράγμα στους σεισμούς σε σύγκριση με αυτούς που δεν είχαν χάσει κάτι τέτοιο.

Στο ακόλουθο γράφημα 5 δίνεται η βαθμολογία άγχους ανάλογα με το αν είχαν χάσει κάποιο πολύτιμο πράγμα στους σεισμούς ή όχι.



Γράφημα 5

Στον πίνακα 7 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της κλίμακας άγχους ως κατάσταση με την ηλικία, την οικονομική κατάσταση και την μείωση του εισοδήματος των συμμετεχόντων.

Πίνακας 7

		Άγχος (state)
Ηλικία	r*	-0,05
	P	0,568
Πόσο ευκατάστατη πιστεύετε πως είναι η οικογένειά σας;	r**	0,16
	P	0,062
Πόση μείωση στο οικογενειακό σας εισόδημα είχατε μετά τους σεισμούς;	r**	0,26
	P	0,003

*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Επομένως, μόνο με τη μείωση του εισοδήματος είχε σημαντική θετική συσχέτιση η κλίμακα άγχους. Συγκεκριμένα, όσο περισσότερο μειώθηκε το οικογενειακό εισόδημα των συμμετεχόντων μετά τους σεισμούς τόσο περισσότερα συμπτώματα άγχους ως κατάσταση είχαν.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα άγχους και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά, εργασιακά στοιχεία καθώς και τα στοιχεία που αφορούν στην εμπειρία των συμμετεχόντων από το σεισμό. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα 8.

Πίνακας 8

	β^*	SE**	P
Πόση μείωση στο οικογενειακό σας εισόδημα είχατε μετά τους σεισμούς;	2,44	0,81	0,003

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα

Επομένως, μόνο η μείωση στο οικογενειακό εισόδημα των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται με την κλίμακα άγχους ως κατάσταση. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη ήταν η μείωση του εισοδήματος μετά τους σεισμούς, τόσο περισσότερα συμπτώματα άγχους είχαν οι συμμετέχοντες.

Κλίμακα διαταραχής μετατραυματικού στρες

Στον πίνακα 9, που ακολουθεί, δίνονται οι βαθμολογίες στις διαστάσεις της κλίμακας IES-R των συμμετεχόντων. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερα συμπτώματα.

Πίνακας 9

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD
Αποφυγή	0,00	3,63	1,16	0,99
Εισβολή	0,00	3,50	1,12	0,93
Υπερεργήγορση	0,00	3,67	1,11	0,98
Συνολική βαθμολογία	0,00	3,32	1,14	0,91

Η βαθμολογία στη διάσταση «Αποφυγή» κυμαινόταν από 0 έως 3,63 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 1,16 μονάδες (SD=0,99 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση «Εισβολή» κυμαινόταν από 0,00 έως 3,50 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 1,12 μονάδες (SD=0,93 μονάδες) και στη διάσταση «Υπερεργήγορση» κυμαινόταν από 0,00 έως 3,67 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 1,11 μονάδες (SD=0,98 μονάδες). Τέλος, η συνολική βαθμολογία της κλίμακας κυμαινόταν από 0,00 έως 3,32 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 1,14 μονάδες (SD=0,91 μονάδες).

Στον πίνακα 10, που ακολουθεί, δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αποφυγή» ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

Πίνακας 10

		Αποφυγή (IES-R)		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Γυναίκες	1,19	1,01	0,523
	Άντρες	1,07	0,96	
Έγγαμοι	Όχι	0,89	0,89	0,003
	Ναι	1,38	1,01	
Αριθμός παιδιών και εφήβων που ζουν στο σπίτι σας;	0	1,03	1,00	0,097*
	1	1,52	1,01	
	>1	1,19	0,80	
Αριθμός παιδιών το πολύ 5 ετών που ζουν στο σπίτι σας;	0	1,11	1,00	0,814
	1-2	1,18	0,93	
Πόσα χρόνια διαμένετε στην Κεφαλονιά	≤ 5 χρόνια	1,13	1,04	0,500*
	6-10 χρόνια	1,01	0,93	
	≥ 10 χρόνια	1,25	0,99	
Σε τι σχολείο εργάζεστε;	Δημοτικό	1,08	0,99	0,592*
	Γυμνάσιο	1,21	0,93	
	Λύκειο	1,29	1,06	
Έτη διδακτικής εμπειρίας	≤5 χρόνια	0,93	0,92	0,316*
	6-10 χρόνια	1,12	0,99	
	≥10 χρόνια	1,30	1,01	
Επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης	Χαμηλό	1,16	1,00	0,868
	Μέτριο	1,11	0,86	

*ANOVA

Επομένως, οι έγγαμοι εκπαιδευτικοί είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Αποφυγή», που υποδηλώνει περισσότερα συμπτώματα αποφυγής, σε σύγκριση με τους μη έγγαμους.

Στον πίνακα 11 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αποφυγή» ανάλογα με τα στοιχεία που αφορούν στην εμπειρία τους από τους σεισμούς.

Πίνακας 11

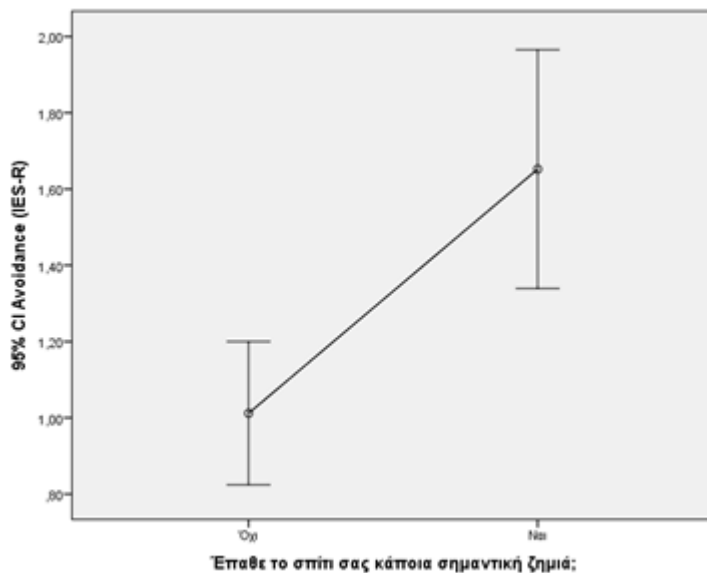
		Αποφυγή (IES-R)		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Βρισκόσασταν στην Κεφαλονιά όταν έγιναν και οι δύο μεγάλοι σεισμοί;	Όχι	0,98	1,08	0,324
	Ναι	1,20	0,97	
Πού μείνατε αμέσως μετά τους σεισμούς;	Στο σπίτι μου	1,11	1,04	0,455
	Αλλού	1,23	0,93	
Πού μένετε τώρα;	Στο σπίτι μου	1,15	1,01	0,349
	Αλλού	1,45	0,58	
Έπαθε το σπίτι σας κάποια σημαντική ζημιά;	Όχι	1,01	0,98	0,001
	Ναι	1,65	0,87	
Χάσατε πολύτιμα πράγματα για εσάς;	Όχι	1,04	0,97	0,003
	Ναι	1,68	0,96	
Κατά τη διάρκεια των σεισμών, υπήρξε κάποιο μέλος της οικογένειάς σας ή κάποιος στενός φίλος που ανησυχούσατε πάρα πολύ για την ασφάλειά του;	Όχι	0,91	0,97	0,005

	Ναι	1,38	0,96	
--	-----	------	------	--

Επομένως, σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Αποφυγή», που υποδηλώνει περισσότερα συμπτώματα αποφυγής, είχαν οι συμμετέχοντες των οποίων το σπίτι έπαθε κάποια σημαντική ζημιά, εκείνοι που έχασαν κάτι πολύτιμο και εκείνοι που ανησυχούσαν πολύ για την ασφάλεια κάποιου συγγενή ή στενού φίλου κατά τη διάρκεια των σεισμών.

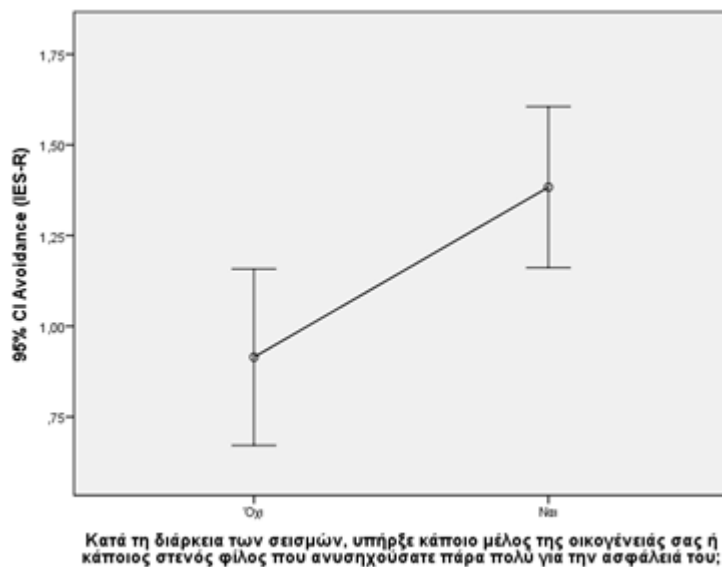
Στο γράφημα 6 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αποφυγή» ανάλογα με το αν είχε πάθει το σπίτι τους κάποια σοβαρή ζημιά.

Γράφημα 6



Στο γράφημα 7 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αποφυγή» ανάλογα με το αν ανησυχούσαν πολύ για την ασφάλεια κάποιου συγγενή ή στενού φίλου κατά τη διάρκεια των σεισμών.

Γράφημα 7



Στον πίνακα 12, που ακολουθεί, δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της διάστασης «Αποφυγή» με την κλίμακα άγχους ως κατάσταση, την ηλικία, την οικονομική κατάσταση και τη μείωση του εισοδήματος των συμμετεχόντων.

Πίνακας 12

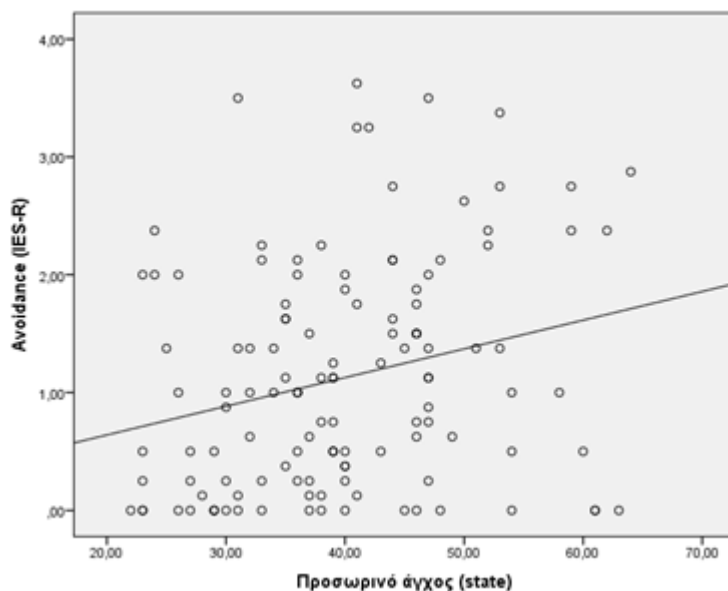
		Αποφυγή (IES-R)
Άγχος (state)	r*	0,25
	P	0,004
Ηλικία	r*	0,14
	P	0,098
Πόσο ευκατάστατη πιστεύετε πως είναι η οικογένειά σας;	r**	-0,04
	P	0,669
Πόση μείωση στο οικογενειακό σας εισόδημα είχατε μετά τους σεισμούς;	r**	0,31
	P	<0,001

*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Επομένως, σημαντικά θετική ήταν η συσχέτιση της διάστασης «Αποφυγή» με την κλίμακα άγχους ως κατάσταση και την μείωση του εισοδήματος των συμμετεχόντων. Οπότε, όσο περισσότερα συμπτώματα άγχους είχαν οι συμμετέχοντες και όσο περισσότερο είχε μειωθεί το εισόδημά τους μετά τους σεισμούς, τόσο περισσότερα συμπτώματα αποφυγής είχαν.

Στο γράφημα 8 δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας στη διάσταση «Αποφυγή» με την κλίμακα άγχους ως κατάσταση.

Γράφημα 8



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Αποφυγή» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά, εργασιακά στοιχεία, την κλίμακα άγχους ως κατάσταση, καθώς και τα στοιχεία που αφορούν στην εμπειρία των συμμετεχόντων από το σεισμό. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα 13.

Πίνακας 13

		β*	SE**	P
Άγχος (state)		0,02	0,01	0,013
Έπαθε το σπίτι σας κάποια σημαντική ζημιά;	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,52	0,19	0,007
Κατά τη διάρκεια των σεισμών, υπήρξε κάποιος μέλος της οικογένειάς σας ή κάποιος στενός φίλος που ανησυχούσατε πάρα πολύ για την ασφάλειά του;	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,49	0,16	0,003

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα

Συνεπώς, η κλίμακα προσωρινού άγχους, η ύπαρξη σημαντικής ζημιάς στο σπίτι των συμμετεχόντων και η ύπαρξη συγγενή ή στενού φίλου για τον οποίο ανησυχούσαν πάρα πολύ κατά τη διάρκεια των σεισμών βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αποφυγή». Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα συμπτώματα προσωρινού άγχους είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο περισσότερα συμπτώματα αποφυγής είχαν.
- Οι συμμετέχοντες των οποίων το σπίτι έπαθε κάποια σημαντική ζημιά είχαν κατά 0,52 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες των οποίων το σπίτι δεν έπαθε κάποια σημαντική ζημιά.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο συγγενή ή στενό φίλο για τον οποίο ανησυχούσαν πάρα πολύ κατά τη διάρκεια των σεισμών είχαν κατά 0,49 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν κάποιον τέτοιο συγγενή ή στενό φίλο.

Στον πίνακα 14 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εισβολή» ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

Πίνακας 14

		Εισβολή (IES-R)		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Γυναίκες	1,19	0,94	0,230
	Άντρες	0,97	0,89	
Έγγαμοι	Όχι	0,85	0,79	0,003
	Ναι	1,33	0,97	
Αριθμός παιδιών και εφήβων που ζουν στο σπίτι σας;	0	1,02	0,93	0,090*
	1	1,48	0,92	
	>1	1,06	0,85	
Αριθμός παιδιών το πολύ 5 ετών που ζουν στο σπίτι σας;	0	1,08	0,95	0,645
	1-2	0,96	0,65	
Πόσα χρόνια διαμένετε στην Κεφαλονιά	≤5 χρόνια	1,08	0,90	0,576*
	6-10 χρόνια	1,01	0,89	
	≥10 χρόνια	1,21	0,97	
Σε τι σχολείο εργάζεστε;	Δημοτικό	1,12	0,90	0,898*
	Γυμνάσιο	1,18	0,96	
	Λύκειο	1,07	0,99	
Έτη διδακτικής εμπειρίας	≤5 χρόνια	0,87	0,69	0,302*
	6-10 χρόνια	1,11	0,89	
	≥10 χρόνια	1,24	1,04	
Επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης	Χαμηλό	1,11	0,92	0,586
	Μέτριο	1,27	1,05	

*ANOVA

Συνεπώς, οι έγγαμοι εκπαιδευτικοί είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Εισβολή», που υποδηλώνει περισσότερα συμπτώματα, σε σύγκριση με τους μη έγγαμους.

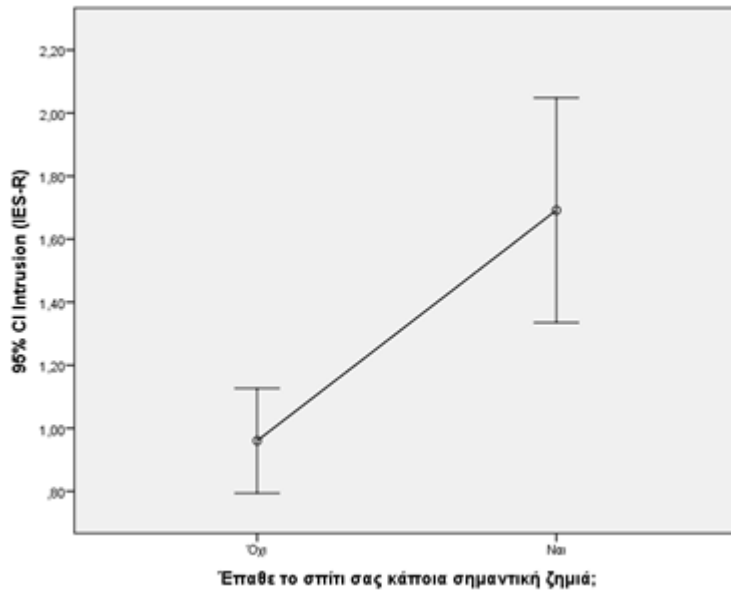
Στον πίνακα 15 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εισβολή» ανάλογα με τα στοιχεία που αφορούν στην εμπειρία τους από τους σεισμούς.

Πίνακας 15

		Εισβολή (IES-R)		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Βρισκόσασταν στην Κεφαλονιά όταν έγιναν και οι δύο μεγάλοι σεισμοί;	Όχι	1,01	0,83	0,535
	Ναι	1,15	0,95	
Πού μείνατε αμέσως μετά τους σεισμούς;	Στο σπίτι μου	1,00	0,87	0,111
	Αλλού	1,26	0,97	
Πού μένετε τώρα;	Στο σπίτι μου	1,08	0,93	0,068
	Αλλού	1,64	0,74	
Έπαθε το σπίτι σας κάποια σημαντική ζημιά;	Όχι	0,96	0,86	<0,001
	Ναι	1,69	0,95	
Χάσατε πολύτιμα πράγματα για εσάς;	Όχι	0,98	0,88	<0,001
	Ναι	1,71	0,89	
Κατά τη διάρκεια των σεισμών, υπήρξε κάποιο μέλος της οικογένειάς σας ή κάποιος στενός φίλος που ανησυχούσατε πάρα πολύ για την ασφάλειά του;	Όχι	0,89	0,91	0,005
	Ναι	1,35	0,91	

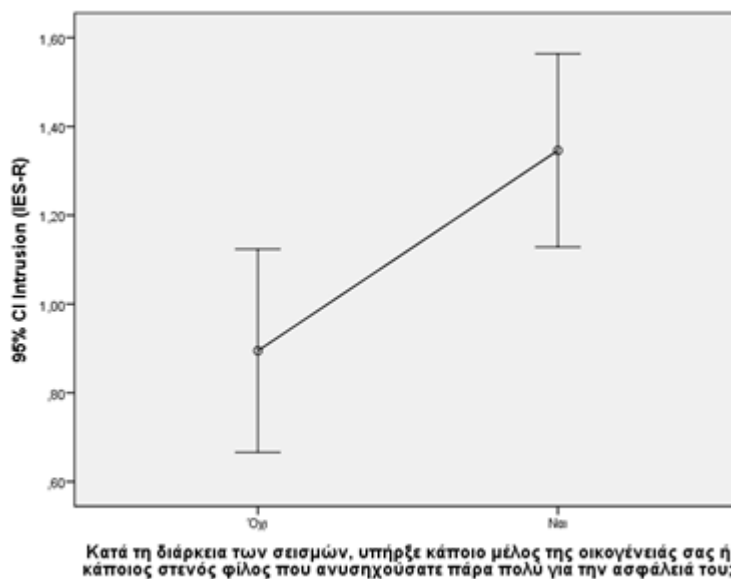
Επομένως, σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Εισβολή», που υποδηλώνει περισσότερα συμπτώματα, είχαν οι συμμετέχοντες των οποίων το σπίτι έπαθε κάποια σημαντική ζημιά, εκείνοι που έχασαν κάτι πολύτιμο και εκείνοι που ανησυχούσαν πολύ για την ασφάλεια κάποιου συγγενή ή στενού φίλου κατά τη διάρκεια των σεισμών. Στο γράφημα 9 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εισβολή» ανάλογα με το αν είχε πάθει το σπίτι τους κάποια σοβαρή ζημιά.

Γράφημα 9



Στο γράφημα 10 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εισβολή» ανάλογα με το αν ανησυχούσαν πολύ για την ασφάλεια κάποιου συγγενή ή στενού φίλου κατά τη διάρκεια των σεισμών.

Γράφημα 10



Στον πίνακα 16, που ακολουθεί, δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της διάστασης «Εισβολή» με την κλίμακα προσωρινού άγχους, την ηλικία, την οικονομική κατάσταση και την μείωση του εισοδήματος των συμμετεχόντων.

Πίνακας 16

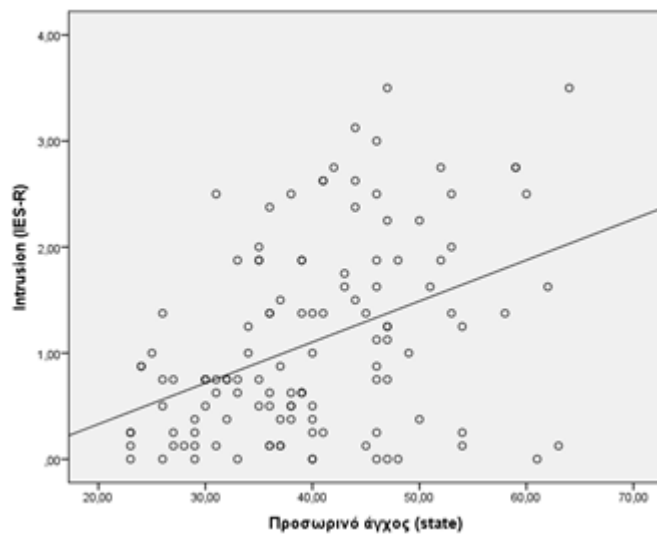
		Εισβολή (IES-R)
Προσωρινό άγχος (state)	r*	0,41
	P	<0,001
Ηλικία	r*	0,09
	P	0,295
Πόσο ευκατάσταση πιστεύετε πως είναι η οικογένειά σας;	r**	-0,05
	P	0,581
Πόση μείωση στο οικογενειακό σας εισόδημα είχατε μετά τους σεισμούς;	r**	0,37
	P	<0,001

*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Συνεπώς, σημαντικά θετική ήταν η συσχέτιση της διάστασης «Εισβολή» με την κλίμακα προσωρινού άγχους και την μείωση του εισοδήματος των συμμετεχόντων. Οπότε, όσο περισσότερα συμπτώματα προσωρινού άγχους είχαν οι συμμετέχοντες και όσο περισσότερο είχε μειωθεί το εισόδημά τους μετά τους σεισμούς τόσο περισσότερα συμπτώματα εισβολής είχαν.

Στο γράφημα 11 δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας στη διάσταση «Εισβολή» με την κλίμακα προσωρινού άγχους.

Γράφημα 11



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Εισβολή» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά, εργασιακά στοιχεία, την κλίμακα προσωρινού άγχους, καθώς και τα στοιχεία που αφορούν στην εμπειρία των συμμετεχόντων από το σεισμό. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα 17.

Πίνακας 17

		β^*	SE**	P
Προσωρινό άγχος (state)		0,03	0,01	<0,001
Έπαθε το σπίτι σας κάποια σημαντική ζημιά;	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,60	0,17	0,001
Κατά τη διάρκεια των σεισμών, υπήρξε κάποιος μέλος της οικογένειάς σας ή κάποιος στενός φίλος που ανησυχούσατε πάρα πολύ για την ασφάλειά του;	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,43	0,14	0,003

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα

Επομένως, η κλίμακα προσωρινού άγχους, η ύπαρξη σημαντικής ζημιάς στο σπίτι των συμμετεχόντων και η ύπαρξη συγγενή ή στενού φίλου για τον οποίο ανησυχούσαν πάρα πολύ κατά τη διάρκεια των σεισμών βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Εισβολή». Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα συμπτώματα προσωρινού άγχους είχαν οι συμμετέχοντες τόσο περισσότερα συμπτώματα «Εισβολής» είχαν.
- Οι συμμετέχοντες των οποίων το σπίτι έπαθε κάποια σημαντική ζημιά είχαν κατά 0,60 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες των οποίων το σπίτι δεν έπαθε κάποια σημαντική ζημιά.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο συγγενή ή στενό φίλο για τον οποίο ανησυχούσαν πάρα πολύ κατά τη διάρκεια των σεισμών είχαν κατά 0,43 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν κάποιον τέτοιο συγγενή ή στενό φίλο.

Στον πίνακα 18, που ακολουθεί, δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Υπερεγρήγορση» ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

Πίνακας 18

		Υπερεγρήγορση (IES-R)		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Γυναίκες	1,21	1,01	0,069
	Άντρες	0,88	0,87	
Έγγαμοι	Όχι	0,93	0,93	0,053
	Ναι	1,25	0,99	
Αριθμός παιδιών και εφήβων που ζουν στο σπίτι σας;	0	1,04	1,01	0,049*
	1	1,51	0,87	
	>1	0,92	0,92	
Αριθμός παιδιών το πολύ 5 ετών που ζουν στο σπίτι	0	1,10	1,01	0,285

σας;				
	1-2	0,81	0,79	
Πόσα χρόνια διαμένετε στην Κεφαλονιά	≤ 5 χρόνια	1,28	1,14	0,382*
	6-10 χρόνια	0,96	0,93	
	≥ 10 χρόνια	1,10	0,91	
Σε τι σχολείο εργάζεστε;	Δημοτικό	1,07	0,93	0,198*
	Γυμνάσιο	1,36	1,12	
	Λύκειο	0,95	0,91	
Έτη διδακτικής εμπειρίας	≤ 5 χρόνια	1,01	0,87	0,839*
	6-10 χρόνια	1,16	1,04	
	≥ 10 χρόνια	1,12	0,97	
Επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης	Χαμηλό	1,12	0,98	0,653
	Μέτριο	0,98	1,02	

*ANOVA

Μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Υπερεγρήγορη» ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών.

Στον πίνακα 19, που ακολουθεί, δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Υπερεγρήγορη» ανάλογα με τα στοιχεία που αφορούν στην εμπειρία τους από τους σεισμούς.

Πίνακας 19

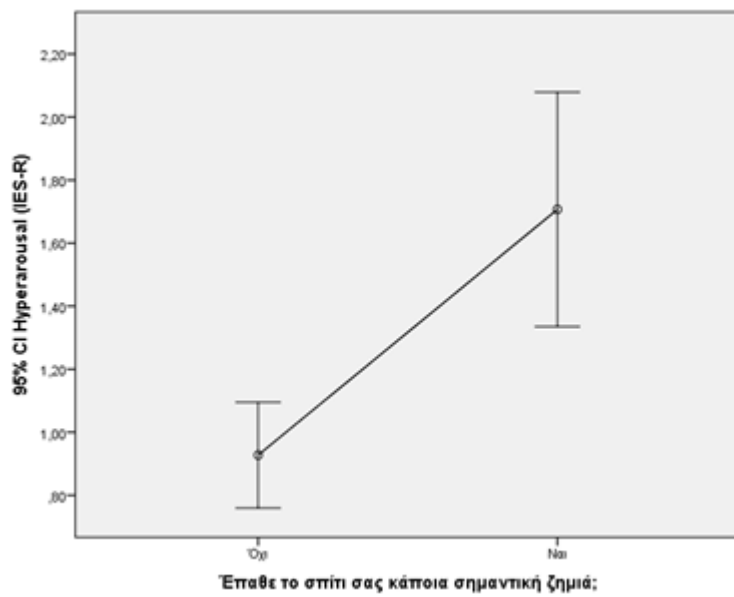
		Υπερεγρήγορη (IES-R)		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Βρισκόσασταν στην Κεφαλονιά όταν έγιναν και οι δύο μεγάλοι σεισμοί;	Όχι	1,13	1,07	0,922
	Ναι	1,11	0,96	

Πού μείνατε αμέσως μετά τους σεισμούς;	Στο σπίτι μου	0,98	0,91	0,105
	Αλλού	1,25	1,03	
Πού μένετε τώρα;	Στο σπίτι μου	1,09	1,00	0,382
	Αλλού	1,36	0,58	
Έπαθε το σπίτι σας κάποια σημαντική ζημιά;	Όχι	0,93	0,88	<0,001
	Ναι	1,71	1,05	
Χάσατε πολύτιμα πράγματα για εσάς;	Όχι	1,00	0,96	0,005
	Ναι	1,59	0,92	
Κατά τη διάρκεια των σεισμών, υπήρξε κάποιο μέλος της οικογένειάς σας ή κάποιος στενός φίλος που ανησυχούσατε πάρα πολύ για την ασφάλειά του;	Όχι	0,93	0,99	0,036
	Ναι	1,28	0,95	

Επομένως, σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Υπερεγρήγορηση», που υποδηλώνει περισσότερα συμπτώματα υπερδιέγερσης, είχαν οι συμμετέχοντες των οποίων το σπίτι έπαθε κάποια σημαντική ζημιά, εκείνοι που έχασαν κάτι πολύτιμο και εκείνοι που ανησυχούσαν πολύ για την ασφάλεια κάποιου συγγενή ή στενού φίλου κατά τη διάρκεια των σεισμών.

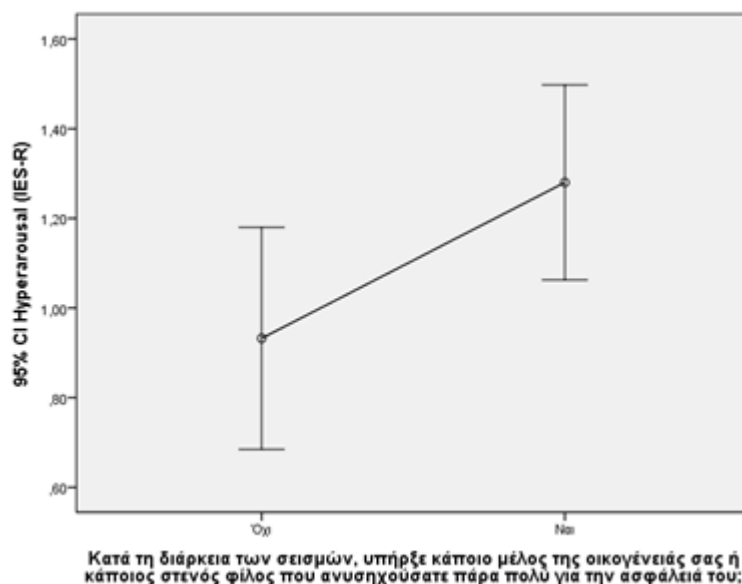
Στο γράφημα 12 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Υπερεγρήγορηση» ανάλογα με το αν είχε πάθει το σπίτι τους κάποια σοβαρή ζημιά.

Γράφημα 12



Στο γράφημα 13 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Υπερεγρήγορση» ανάλογα με το αν ανησυχούσαν πολύ για την ασφάλεια κάποιου συγγενή ή στενού φίλου κατά τη διάρκεια των σεισμών.

Γράφημα 13



Στον πίνακα 20, που ακολουθεί, δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της διάστασης «Υπερεγρήγορση» με την κλίμακα προσωρινού άγχους, την ηλικία, την οικονομική κατάσταση και την μείωση του εισοδήματος των συμμετεχόντων.

Πίνακας 20

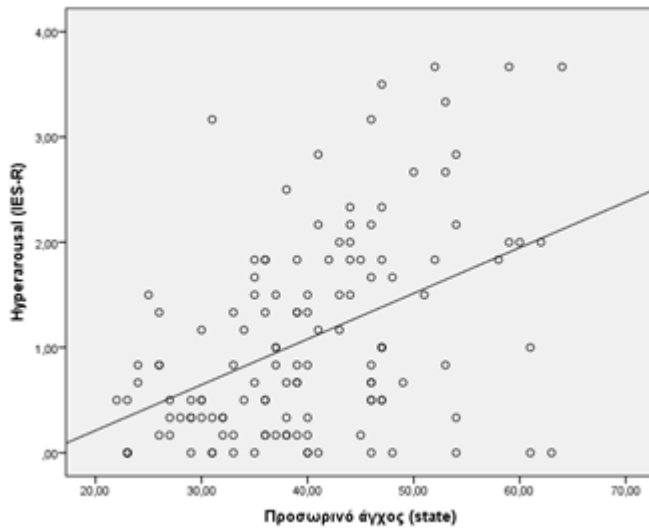
		Υπερεγρήγορση (IES-R)
Προσωρινό άγχος (state)	r*	0,46
	P	<0,001
Ηλικία	r*	-0,01
	P	0,935
Πόσο ευκατάσταση πιστεύετε πως είναι η οικογένειά σας;	r**	-0,06
	P	0,474
Πόση μείωση στο οικογενειακό σας εισόδημα είχατε μετά τους σεισμούς;	r**	0,38
	P	<0,001

*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Συνεπώς, σημαντικά θετική ήταν η συσχέτιση της διάστασης «Υπερεγρήγορση» με την κλίμακα προσωρινού άγχους και την μείωση του εισοδήματος των συμμετεχόντων. Οπότε, όσο περισσότερα συμπτώματα προσωρινού άγχους είχαν οι συμμετέχοντες και όσο περισσότερο είχε μειωθεί το εισόδημά τους μετά τους σεισμούς, τόσο περισσότερα συμπτώματα υπερδιέγερσης είχαν.

Στο γράφημα 14 δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας στη διάσταση «Υπερεγρήγορση» με την κλίμακα προσωρινού άγχους.

Γράφημα 14



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Υπερεγρήγορση» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά, εργασιακά στοιχεία, την κλίμακα προσωρινού άγχους, καθώς και τα στοιχεία που αφορούν στην εμπειρία των συμμετεχόντων από το σεισμό. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα 21.

Πίνακας 21

		β*	SE**	P
Προσωρινό άγχος (state)		0,04	0,01	<0,001
Έπαθε το σπίτι σας κάποια σημαντική ζημιά;	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,63	0,17	<0,001
Κατά τη διάρκεια των σεισμών, υπήρξε κάποιο μέλος της οικογένειάς σας ή κάποιος στενός φίλος που ανησυχούσατε πάρα πολύ για την ασφάλειά του;	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,32	0,14	0,027

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα

Επομένως, η κλίμακα προσωρινού άγχους, η ύπαρξη σημαντικής ζημιάς στο σπίτι των συμμετεχόντων και η ύπαρξη συγγενή ή στενού φίλου για τον οποίο ανησυχούσαν πάρα πολύ κατά τη διάρκεια των σεισμών βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Υπερεγρήγορση». Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα συμπτώματα προσωρινού άγχους είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο περισσότερα συμπτώματα υπερδιέγερσης- υπερεγρήγορσης είχαν.
- Οι συμμετέχοντες των οποίων το σπίτι έπαθε κάποια σημαντική ζημιά είχαν κατά 0,63 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα υπερδιέγερσης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες των οποίων το σπίτι δεν έπαθε κάποια σημαντική ζημιά.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο συγγενή ή στενό φίλο για τον οποίο ανησυχούσαν πάρα πολύ κατά τη διάρκεια των σεισμών είχαν κατά 0,32 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν κάποιον τέτοιο συγγενή ή στενό φίλο.

Στον πίνακα 22, που ακολουθεί, δίνεται η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων της κλίμακας IES-R ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

Πίνακας 22

		Συνολική βαθμολογία IES-R		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Γυναίκες	1,21	0,93	0,213
	Άντρες	0,99	0,86	
Έγγαμοι	Όχι	0,88	0,82	0,003
	Ναι	1,34	0,93	
Αριθμός παιδιών και εφήβων που ζουν στο σπίτι σας;	0	1,03	0,93	0,041*
	1	1,57	0,88	
	>1	1,07	0,77	
Αριθμός παιδιών το πολύ 5 ετών που ζουν στο σπίτι	0	1,10	0,93	0,790

σας;				
	1-2	1,03	0,73	
Πόσα χρόνια διαμένετε στην Κεφαλονιά	≤ 5 χρόνια	1,13	0,94	0,598*
	6-10 χρόνια	1,01	0,86	
	≥ 10 χρόνια	1,21	0,92	
Σε τι σχολείο εργάζεστε;	Δημοτικό	1,08	0,90	0,647*
	Γυμνάσιο	1,27	0,92	
	Λύκειο	1,15	0,93	
Έτη διδακτικής εμπειρίας	≤ 5 χρόνια	0,95	0,78	0,461*
	6-10 χρόνια	1,13	0,90	
	≥ 10 χρόνια	1,24	0,97	
Επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης	Χαμηλό	1,15	0,91	0,927
	Μέτριο	1,12	0,95	

*ANOVA

Επομένως, οι έγγαμοι εκπαιδευτικοί είχαν σημαντικά υψηλότερη συνολική βαθμολογία, που υποδηλώνει περισσότερα συμπτώματα ΔΜΤΣ, σε σύγκριση με τους μη έγγαμους. Επίσης, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που ζούσαν στο ίδιο σπίτι με ένα παιδί είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες, σε σύγκριση με εκείνους που δεν ζούσαν στο ίδιο σπίτι με κάποιο παιδί ($p=0,039$).

Στον πίνακα 23, που ακολουθεί, δίνεται η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων της κλίμακας IES-R ανάλογα με τα στοιχεία που αφορούν στην εμπειρία τους από τους σεισμούς.

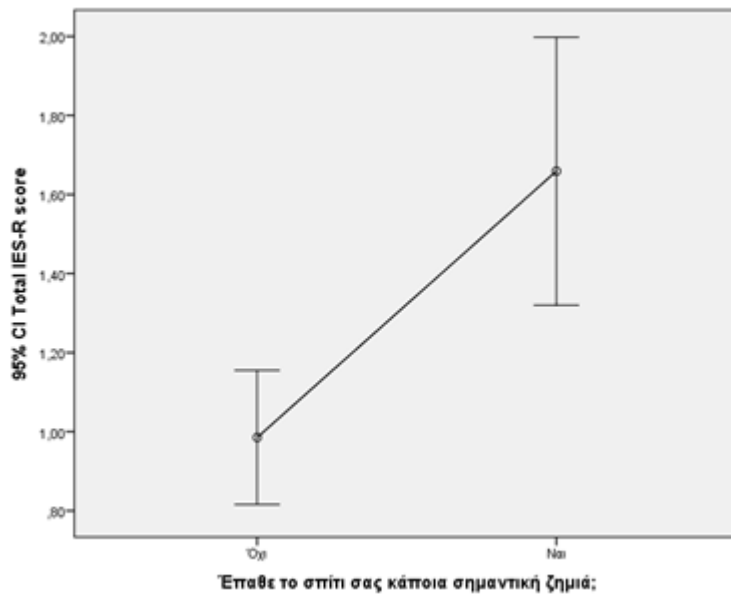
Πίνακας 23

		Συνολική βαθμολογία IES- R		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Βρισκόσασταν στην Κεφαλονιά όταν έγιναν και οι δύο μεγάλοι σεισμοί;	Όχι	1,02	0,94	0,501
	Ναι	1,17	0,90	
Πού μείνατε αμέσως μετά τους σεισμούς;	Στο σπίτι μου	1,03	0,90	0,159
	Αλλού	1,26	0,90	
Πού μένετε τώρα;	Στο σπίτι μου	1,11	0,93	0,219
	Αλλού	1,48	0,58	
Έπαθε το σπίτι σας κάποια σημαντική ζημιά;	Όχι	0,99	0,85	<0,001
	Ναι	1,66	0,91	
Χάσατε πολύτιμα πράγματα για εσάς;	Όχι	1,02	0,88	0,002
	Ναι	1,66	0,89	
Κατά τη διάρκεια των σεισμών, υπήρξε κάποιο μέλος της οικογένειάς σας ή κάποιος στενός φίλος που ανησυχούσατε πάρα πολύ για την ασφάλειά του;	Όχι	0,93	0,91	0,010
	Ναι	1,34	0,87	

Συνεπώς, σημαντικά υψηλότερη συνολική βαθμολογία, που υποδηλώνει περισσότερα συμπτώματα ΔΜΤΣ, είχαν οι συμμετέχοντες των οποίων το σπίτι έπαθε κάποια σημαντική ζημιά, εκείνοι που έχασαν κάτι πολύτιμο και εκείνοι που ανησυχούσαν πολύ για την ασφάλεια κάποιου συγγενή ή στενού φίλου κατά τη διάρκεια των σεισμών.

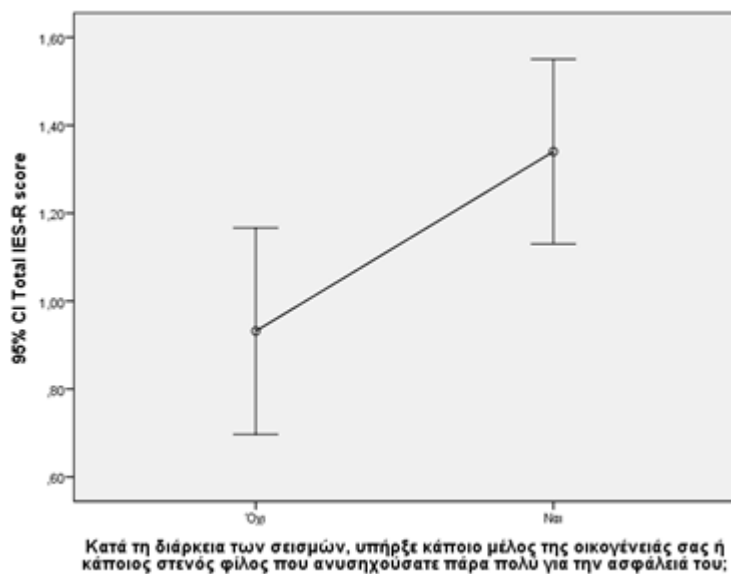
Στο γράφημα 15 δίνεται η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν είχε πάθει το σπίτι τους κάποια σοβαρή ζημιά.

Γράφημα 15



Στο γράφημα 16 δίνεται η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν ανησυχούσαν πολύ για την ασφάλεια κάποιου συγγενή ή στενού φίλου κατά τη διάρκεια των σεισμών.

Γραφημα 16



Στον πίνακα 24, που ακολουθεί, δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας IES-R με την κλίμακα προσωρινού άγχους, την ηλικία, την οικονομική κατάσταση και την μείωση του εισοδήματος των συμμετεχόντων.

Πίνακας 24

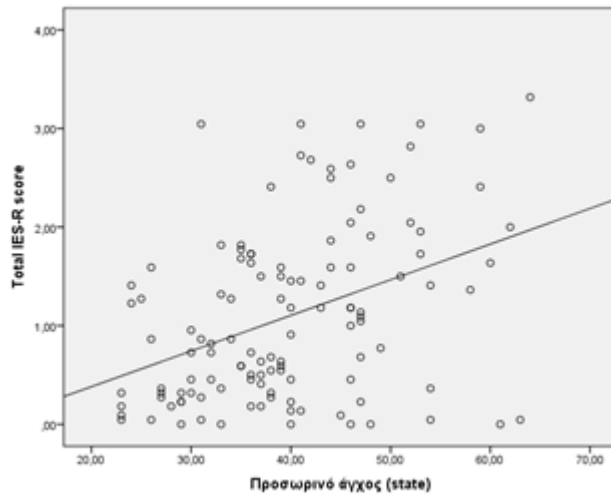
		Συνολική βαθμολογία IES-R
Προσωρινό άγχος (state)	r*	0,40
	P	<0,001
Ηλικία	r*	0,09
	P	0,331
Πόσο ευκατάστατη πιστεύετε πως είναι η οικογένειά σας;	r**	-0,06
	P	0,516
Πόση μείωση στο οικογενειακό σας εισόδημα είχατε μετά τους σεισμούς;	r**	0,38
	P	<0,001

*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Επομένως, σημαντικά θετική ήταν η συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας IES-R με την κλίμακα προσωρινού άγχους και την μείωση του εισοδήματος των συμμετεχόντων. Οπότε, όσο περισσότερα συμπτώματα προσωρινού άγχους είχαν οι συμμετέχοντες και όσο περισσότερο είχε μειωθεί το εισόδημά τους μετά τους σεισμούς, τόσο περισσότερα συμπτώματα ΔΜΤΣ είχαν.

Στο γράφημα 17 δίνεται η συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας IES-R με την κλίμακα προσωρινού άγχους.

Γράφημα 17



Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων της κλίμακας IES-R και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά, εργασιακά στοιχεία, την κλίμακα προσωρινού άγχους, καθώς και τα στοιχεία που αφορούν στην εμπειρία των συμμετεχόντων από το σεισμό. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

		β*	SE**	P
Προσωρινό άγχος (state)		0,03	0,01	<0,001
Έπαθε το σπίτι σας κάποια σημαντική ζημιά;	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,57	0,17	0,001
Κατά τη διάρκεια των σεισμών, υπήρξε κάποιος μέλος της οικογένειάς σας ή κάποιος στενός φίλος που ανησυχούσατε πάρα πολύ για την ασφάλειά του;	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	0,41	0,14	0,004

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα

Επομένως, η κλίμακα προσωρινού άγχους, η ύπαρξη σημαντικής ζημιάς στο σπίτι των συμμετεχόντων και η ύπαρξη συγγενή ή στενού φίλου για τον οποίο ανησυχούσαν πάρα πολύ κατά τη διάρκεια των σεισμών βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας IES-R. Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα συμπτώματα προσωρινού άγχους είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο περισσότερα συμπτώματα ΔΜΤΣ είχαν.
- Οι συμμετέχοντες των οποίων το σπίτι έπαθε κάποια σημαντική ζημιά είχαν κατά 0,57 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα ΔΜΤΣ, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες των οποίων το σπίτι δεν έπαθε κάποια σημαντική ζημιά.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο συγγενή ή στενό φίλο για τον οποίο ανησυχούσαν πάρα πολύ κατά τη διάρκεια των σεισμών είχαν κατά 0,41 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν κάποιον τέτοιο συγγενή ή στενό φίλο.

Κεφάλαιο 7^ο: Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν ποιοι από τους δημογραφικούς και εργασιακούς παράγοντες σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα άγχους και ΔΜΤΣ. Ακόμα, ποιοι από τους παράγοντες που σχετίζονται με τον σεισμό σχετίζονται και με την ανάπτυξη άγχους και ΔΜΤΣ και πώς το άγχος συσχετίζεται με τα αυξημένα επίπεδα ΔΜΤΣ. Τέλος, διερευνήθηκε η συσχέτιση της κοινωνικής υποστήριξης με τη ΔΜΤΣ.

Όσον αφορά στη διερεύνηση της συσχέτισης των αυξημένων επιπέδων ΔΜΤΣ και άγχους με δημογραφικούς, εργασιακούς, σχετικούς με τους σεισμούς παράγοντες και παράγοντες άγχους προκύπτουν σημαντικά αποτελέσματα.

Αρχικά, από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι μόνο η μείωση στο οικογενειακό εισόδημα των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται με την κλίμακα άγχους ως κατάσταση. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη ήταν η μείωση του εισοδήματος μετά τους σεισμούς, τόσο περισσότερα συμπτώματα άγχους είχαν οι συμμετέχοντες. Επίσης, οι έγγαμοι εκπαιδευτικοί είχαν σημαντικά υψηλότερη συνολική βαθμολογία, που υποδηλώνει περισσότερα συμπτώματα ΔΜΤΣ, σε σύγκριση με τους μη έγγαμους. Επίσης, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που ζούσαν στο ίδιο σπίτι με ένα παιδί είχαν περισσότερα συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες, σε σύγκριση με εκείνους που δεν ζούσαν στο ίδιο σπίτι με κάποιο παιδί ($p=0,039$). Επομένως, επαληθεύτηκε ο στόχος που αφορούσε στον συσχετισμό των συμπτωμάτων ΔΜΤΣ και άγχους με δημογραφικούς και εργασιακούς παράγοντες.

Ακόμα, από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας συνεπάγεται ότι η κλίμακα προσωρινού άγχους, η ύπαρξη σημαντικής ζημιάς στο σπίτι των συμμετεχόντων και η ύπαρξη συγγενή ή στενού φίλου για τον οποίο ανησυχούσαν πάρα πολύ κατά τη διάρκεια των σεισμών, βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αποφυγή». Συγκεκριμένα, όσο περισσότερα συμπτώματα προσωρινού άγχους είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο περισσότερα συμπτώματα αποφυγής είχαν. Οι συμμετέχοντες των οποίων το σπίτι έπαθε κάποια σημαντική ζημιά είχαν κατά 0,52 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες των οποίων το σπίτι δεν έπαθε κάποια σημαντική ζημιά. Οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο συγγενή ή στενό φίλο για τον οποίο ανησυχούσαν πάρα πολύ κατά τη διάρκεια των σεισμών

είχαν κατά 0,49 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν κάποιον τέτοιο συγγενή ή στενό φίλο. Ακόμα, δε βρέθηκαν διαφορές με το εάν οι συμμετέχοντες ήταν στο νησί και στους δύο σεισμούς. Συνεπώς, επαληθεύτηκαν οι στόχοι της μελέτης που αφορούσαν στον συσχετισμό της ΔΜΤΣ και του άγχους, καθώς και στον συσχετισμό ΔΜΤΣ και άγχους με παράγοντες που σχετίζονται με τον σεισμό.

Προηγούμενη έρευνα επεδίωξε τη σύνδεση ΔΜΤΣ και παραγόντων κινδύνου τρία χρόνια μετά τον σεισμό στο Wenchuan το 2008, λαμβάνοντας ως δείγμα κατοίκους που ζούσαν στην επαρχία Sichuan. Σε αυτούς τους παράγοντες κινδύνου εντάχθηκαν η απόσταση διαμονής από το επίκεντρο, η μείωση του εισοδήματος μετά τον σεισμό, καθώς και η χαμηλή κοινωνική στήριξη των συμμετεχόντων (Cheng, Wang, Wen & Shi, 2014). Μετά από τον ίδιο σεισμό οι Kun, Tong, Liu, Pei & Luo (2013) ανέφεραν ότι το ΔΜΤΣ είχε πλήξει τους πληθυσμούς σε περιοχές με σοβαρή ή μέτρια ζημιά, ενώ οι γυναίκες, οι ανύπαντρες / διαζευγμένες / χήρες, η εθνική μειονότητα, ο θάνατος του μέλους της οικογένειας, το εισόδημα των νοικοκυριών και τα νοικοκυριά που υπέστησαν ζημιά, αποτέλεσαν παράγοντες κινδύνου για την παρουσία συμπτωμάτων ΔΜΤΣ σε περιοχές με σοβαρές ζημιές. Ομοίως, σε προσπάθεια συσχετισμού ΔΜΤΣ και άλλων προγνωστικών παραγόντων μετά από σεισμό στην Κίνα, προστίθενται και η απώλεια παιδιού, γονέα, φίλων, γειτόνων, η βλάβη ή η κατάρρευση σπιτιού και η εγγύτητα στο επίκεντρο (Chan, Wang, Qu, Lu, Ran, Ho et al., 2011). Κρίνεται απαραίτητο να αναφερθεί ότι στον σεισμό της Κεφαλονιάς δεν υπήρξαν θύματα, αλλά περιορισμένοι ελαφροί τραυματισμοί, και ζημιές. Συνεπώς, ο συσχετισμός της ΔΜΤΣ και των παραπάνω παραγόντων παρατηρείται και στην παρούσα μελέτη, καθώς όπως προκύπτει από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, οι εκπαιδευτικοί που είχαν οικονομική ύφεση και ζημιές στην περιουσία τους παρουσίαζαν υψηλότερα ποσοστά εκδήλωσης ΔΜΤΣ. Ακόμα, οι εκπαιδευτικοί ζούσαν σε περιοχές που βρίσκονταν κοντά στο επίκεντρο του σεισμού. Έτσι, παρατηρείται ότι η μείωση του εισοδήματος, οι ζημιές στα νοικοκυριά, και η ανησυχία για τα αγαπημένα πρόσωπα έχει συσχετιστεί και σε προγενέστερες μελέτες με αυξημένα επίπεδα ΔΜΤΣ και άγχους.

Παράλληλα, όσο περισσότερα συμπτώματα προσωρινού άγχους είχαν οι συμμετέχοντες τόσο περισσότερα συμπτώματα «Εισβολής» είχαν. Οι συμμετέχοντες των οποίων το σπίτι έπαθε κάποια σημαντική ζημιά είχαν κατά 0,60 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες των οποίων το σπίτι δεν έπαθε κάποια σημαντική ζημιά. Οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο συγγενή ή στενό φίλο για τον οποίο ανησυχούσαν πάρα πολύ κατά τη διάρκεια των σεισμών είχαν κατά 0,43

μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν κάποιον τέτοιο συγγενή ή στενό φίλο. Ακόμα, δε βρέθηκαν διαφορές με το εάν οι συμμετέχοντες ήταν στο νησί και στους δύο σεισμούς. Επομένως, επαληθεύτηκαν οι στόχοι της μελέτης που αφορούσαν στον συσχετισμό της ΔΜΤΣ και του άγχους, καθώς και στον συσχετισμό ΔΜΤΣ και άγχους με παράγοντες που σχετίζονται με τον σεισμό.

Επιπλέον, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αποδεικνύουν ότι όσο περισσότερα συμπτώματα προσωρινού άγχους είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο περισσότερα συμπτώματα υπερδιέγερσης- υπερεγρήγορσης είχαν. Ακόμα, οι συμμετέχοντες των οποίων το σπίτι έπαθε κάποια σημαντική ζημιά είχαν κατά 0,63 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα υπερδιέγερσης, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες των οποίων το σπίτι δεν έπαθε κάποια σημαντική ζημιά. Οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο συγγενή ή στενό φίλο για τον οποίο ανησυχούσαν πάρα πολύ κατά τη διάρκεια των σεισμών είχαν κατά 0,32 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν κάποιον τέτοιο συγγενή ή στενό φίλο. Ακόμα, δε βρέθηκαν διαφορές με το εάν οι συμμετέχοντες ήταν στο νησί και στους δύο σεισμούς. Συνεπώς, επαληθεύτηκαν οι στόχοι της μελέτης που αφορούσαν στον συσχετισμό της ΔΜΤΣ και του άγχους, καθώς και στον συσχετισμό ΔΜΤΣ και άγχους με παράγοντες που σχετίζονται με τον σεισμό.

Επιπροσθέτως, όσο περισσότερα συμπτώματα προσωρινού άγχους είχαν οι συμμετέχοντες, τόσο περισσότερα συμπτώματα ΔΜΤΣ είχαν, γεγονός που επιβεβαιώνει την αρχική υπόθεση της παρούσας μελέτης. Οι συμμετέχοντες των οποίων το σπίτι έπαθε κάποια σημαντική ζημιά είχαν κατά 0,57 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα ΔΜΤΣ, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες των οποίων το σπίτι δεν έπαθε κάποια σημαντική ζημιά. Οι συμμετέχοντες που είχαν κάποιο συγγενή ή στενό φίλο για τον οποίο ανησυχούσαν πάρα πολύ κατά τη διάρκεια των σεισμών είχαν κατά 0,41 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν κάποιον τέτοιο συγγενή ή στενό φίλο. Ακόμα, δε βρέθηκαν διαφορές με το εάν οι συμμετέχοντες ήταν στο νησί και στους δύο σεισμούς. Συνεπώς, επαληθεύτηκαν οι στόχοι της μελέτης που αφορούσαν στον συσχετισμό της ΔΜΤΣ και του άγχους, καθώς και στον συσχετισμό ΔΜΤΣ και άγχους με παράγοντες που σχετίζονται με τον σεισμό.

Ως επιστέγασμα αυτών, αναδεικνύεται ότι η ύπαρξη άγχους, η ύπαρξη σημαντικής ζημιάς στο σπίτι των συμμετεχόντων και η ύπαρξη συγγενή ή στενού φίλου για τον οποίο ανησυχούσαν πάρα πολύ κατά τη διάρκεια των σεισμών βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας IES-R. Πιο αναλυτικά, όσο περισσότερα συμπτώματα προσωρινού άγχους είχαν οι συμμετέχοντες τόσο περισσότερα συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες είχαν. Ακόμα, οι εκπαιδευτικοί των οποίων το σπίτι έπαθε κάποια σημαντική ζημιά είχαν περισσότερα συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες των οποίων το σπίτι δεν έπαθε κάποια σημαντική ζημιά, ομοίως και οι εκπαιδευτικοί που ανησυχούσαν πάρα πολύ για κάποιον συγγενή ή φίλο κατά τη διάρκεια των σεισμών, ή παρατήρησαν μείωση στα εισοδήματά τους μετά από τους σεισμούς. Έτσι παρατηρείται ότι ο αρχικός στόχος της μελέτης έχει επαληθευτεί.

Όσον αφορά στον συσχετισμό ΔΜΤΣ και άγχους με την κοινωνική στήριξη των εκπαιδευτικών, δεν υπήρξαν αποτελέσματα στη παρούσα έρευνα, καθώς το 91% των συμμετεχόντων δήλωσε χαμηλό επίπεδο κοινωνικής στήριξης. Παρόλα αυτά, μεγάλος αριθμός ερευνών τις τελευταίες δεκαετίες υποστηρίζει ότι η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται θετικά με την ψυχική και σωματική υγεία, ενώ παράλληλα καταπολεμά τις ψυχολογικές και σωματικές επιδράσεις που προκαλούνται από στρεσογόνες συνθήκες, όπως είναι και τραυματικά γεγονότα. Το γεγονός ότι η ύπαρξη ή όχι κοινωνικής στήριξης αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα κινδύνου του ΔΜΤΣ και πως οι εκπαιδευτικοί παρουσιάζουν συχνά ΔΜΤΣ υπογραμμίζουν και οι Zhang, Zhang, Du, Zhu, Huang & Tian et al. (2016).

Σχετικά με το χαμηλό επίπεδο κοινωνικής στήριξης των εκπαιδευτικών, απαιτείται να σημειωθεί ότι πραγματοποιήθηκε μελέτη που αξιολόγησε τη σχέση μεταξύ ΔΜΤΣ και κοινωνικών δομών σε ενήλικες επιζώντες του σεισμού του 2007 στο Περού. Συγκεκριμένα, τα άτομα με υψηλές κοινωνικές δομές και υποστήριξης είχαν σχεδόν δύο φορές χαμηλότερη επικράτηση ΔΜΤΣ. Έτσι, οι ισχυροί κοινωνικοί δεσμοί έχουν προστατευτική επίδραση στην εμφάνιση ΔΜΤΣ σε επιζώντες φυσικών καταστροφών (Flores, Carnero & Bayer, 2014). Ακόμα, μετά από σεισμό στην Αϊτή (2010), πραγματοποιήθηκε έρευνα μεταξύ 1.323 επιζώντων και διαπιστώθηκε η συνύπαρξη ΔΜΤΣ και μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, καθώς και το γεγονός ότι η ύπαρξη χαμηλής κοινωνικής υποστήριξης, βλάβης στο σπίτι, απώλειας εργασίας συνέβαλαν στην ανάπτυξη ΔΜΤΣ και μείζονος κατάθλιψης (Cerdá, Paczkowski, Galea, Nemethy, Péan & Desvarieux, 2013). Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί

να προέρχεται από διάφορες πηγές όπως τους φίλους, τον σύντροφο, την οικογένεια, το ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον κλπ. Στη σύγχρονη εποχή, που η αποξένωση έχει αντικαταστήσει τις διαπροσωπικές σχέσεις, η έννοια της κοινωνικής στήριξης έχει παρακμάσει. Οι άνθρωποι απασχολούνται αρκετές ώρες της ημέρας με τα εργασιακά και οικογενειακά τους καθήκοντα, προσπαθώντας να ανταπεξέλθουν στους πολύπλευρους ρόλους που καλούνται να διαδραματίσουν. Όλα αυτά, σε συνδυασμό με την αλλοίωση της επικοινωνίας, καθώς τα τεχνολογικά μέσα έχουν αντικαταστήσει την πραγματική επικοινωνία, προκαλούν χαμηλά επίπεδα στην κοινωνική υποστήριξη. Αυτό παρατηρείται και στην παρούσα έρευνα, που η κοινωνική υποστήριξη που αισθάνονται ότι έχουν οι εκπαιδευτικοί που ζουν στην Κεφαλονιά είναι χαμηλή, με ποσοστό 91%. Συνεπώς, η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη των εκπαιδευτικών θα μπορούσε να αποτελέσει τροχοπέδη στην προσαρμοστική τους ικανότητα και την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων των σεισμών.

Περιοριστικό στοιχείο της έρευνας αποτελεί το ότι το 84,4% των εκπαιδευτικών βρίσκονταν στην Κεφαλονιά κατά τη διάρκεια και των δύο σεισμών, γεγονός που δεν επιτρέπει την ύπαρξη αποτελεσμάτων σχετικά με την παρατήρηση υψηλής ή χαμηλής προσαρμοστικότητας στους σεισμούς σε σχέση με την επανέκθεση στο τραυματικό γεγονός.

Κεφάλαιο 8^ο: Συμπεράσματα- Προτάσεις

Η εμφάνιση ΔΜΤΣ μετά από μια τραυματική εμπειρία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Όπως αναδείχθηκε από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας οι εκπαιδευτικοί, οι οποίοι παρουσίασαν μείωση στο εισόδημά τους μετά τον σεισμό, ζημιές στις οικείες τους, απώλεια πολύτιμων αγαθών, ανησυχία για οικείους, εμφάνισαν ΔΜΤΣ και άγχος. Παράλληλα, υπήρξε θετικός συσχετισμός μετατραυματικού στρες και άγχους. Ακόμα, οι έγγαμοι και όσοι είχαν παιδιά παρουσίασαν υψηλότερη απαντητικότητα σε συμπτώματα ΔΜΤΣ και άγχους.

Παρατηρείται ότι η ΔΜΤΣ και το άγχος απαντώνται συχνά μετά από καταστροφές και μάλιστα σχετίζονται μεταξύ τους. Έτσι, κρίνεται απαραίτητη η εφαρμογή συγκεκριμένων προγραμμάτων και παρεμβάσεων, που μπορούν να λειτουργήσουν τόσο προληπτικά, όσο και ανακουφιστικά. Οι εκπαιδευτικοί που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, αποτελούν ομάδες υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση ΔΜΤΣ, με αποτέλεσμα να προτείνεται η ύπαρξη παρεμβάσεων. Άλλωστε, οι μαθητές και οι εκπαιδευτικοί αλληλεπιδρούν όχι μόνο σε γνωστικά, αλλά και σε ψυχοσυναισθηματικά πλαίσια, γεγονός που εντείνει την ανάγκη και την αγωνία των εκπαιδευτικών να διεκπεραιώσουν με συνέπεια τον ρόλο τους.

Τα προγράμματα αποκατάστασης της ψυχικής υγείας (τόσο προληπτικά, όσο και παρεμβάσεων), προκειμένου να επιτύχουν την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση οφείλουν να εφαρμόζουν συνεχή παρακολούθηση, προληπτικά προγράμματα και προγράμματα παρέμβασης, καθώς και διαρκή ψυχοκοινωνική στήριξη και στον γενικό πληθυσμό, αλλά κυρίως στον πληθυσμό με τον υψηλότερο κίνδυνο, όπως για παράδειγμα στους ανθρώπους χωρίς εισοδήματα και τους ανθρώπους με σοβαρές ζημιές στα νοικοκυριά (Kun, Han, Chen & Yao, 2009). Συνεπώς, θα ήταν χρήσιμη η έγκαιρη εφαρμογή προγραμμάτων πρωτοβάθμιας, αλλά και δευτεροβάθμιας φροντίδας.

Παράλληλα, οι παρεμβάσεις που αποσκοπούν στη μείωση της ΔΜΤΣ στους πληθυσμούς που πλήττονται από σεισμό θα πρέπει να επικεντρωθούν στους ανθρώπους χωρίς εισοδήματα, σε εκείνους με νοικοκυριά που έχουν υποστεί βλάβη και σε αυτούς που βίωσαν τον θάνατο κάποιου μέλους της οικογένειας. Απαιτούνται αποτελεσματικές και πολιτισμικά ευαίσθητες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις κυρίως στους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου (Kun, Tong, Liu, Pei & Luo, 2013).

Στους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν και οι εκπαιδευτικοί λόγω της πολλαπλασιαστικής δράσης τους και του υποστηρικτικού τους ρόλου. Έτσι, απαιτείται η ψυχοκοινωνική ενίσχυση του συγκεκριμένου πληθυσμού μέσα από παρεμβάσεις. Επίσης, σε μία σεισμογενή περιοχή, όπως είναι η Ελλάδα, απαιτείται ορθή ενημέρωση και έγκαιρη παρέμβαση προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν οι ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, ως απόρροια φυσικών καταστροφών. Θα ήταν χρήσιμο να υλοποιηθούν και προγράμματα κοινωνικής ενδυνάμωσης, καθώς η υψηλή κοινωνική υποστήριξη μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά μετά από ψυχοπιεστικές καταστάσεις.

Όπως παρατηρήθηκε μετά από σεισμό στην Τουρκία οι πρώτες παρεμβάσεις μετά την καταστροφή που απευθύνονται στα παιδιά και εφαρμόζονται στο εκπαιδευτικό τους περιβάλλον με τη συμμετοχή του εκπαιδευτικού, παρέχουν στα παιδιά σημαντική μείωση των συμπτωμάτων, επιτρέποντας την κινητοποίηση της προσαρμοστικότητάς τους και ενδυνάμωση της λειτουργικότητάς τους (Wolmer, Laor, Dedeoglu, Siev & Yazgan, 2005). Συνεπώς η σχέση εκπαιδευτικών και μαθητών θα μπορούσε να αξιοποιηθεί και σε παρεμβάσεις με στόχο την ανακούφιση των συμπτωμάτων και των δύο.

Επομένως, γνωρίζοντας ότι ζούμε σε μία σεισμογενή περιοχή, όπως είναι η Ελλάδα, γίνεται κατανοητό ότι υπάρχει υψηλός κίνδυνος για την ανάπτυξη μετατραυματικού στρες ή άλλης ψυχοπαθολογίας. Μάλιστα οι εκπαιδευτικοί διαδραματίζουν και τον ρόλο των “φροντιστών” με αποτέλεσμα να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για την ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας αυτής. Επιπρόσθετα, οι εκπαιδευτικοί στα πλαίσια του πολυδιάστατου ρόλου τους, συχνά καλούνται να διαχειριστούν πλήθος δυσκολιών των μαθητών τους, διατρέχοντας υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων. Έτσι, θα ήταν ενδιαφέρουσα η διεκπεραίωση και άλλων ερευνών, που θα λαμβάνουν ως δείγμα την ομάδα των εκπαιδευτικών, ώστε στο μέλλον να υπάρξουν και άλλοι συσχετισμοί, αλλά και ειδικά σχεδιασμένες παρεμβάσεις, καθώς στα ελληνικά δεδομένα ο δύσκολος ρόλος τους δεν έχει αξιολογηθεί επαρκώς με γνώμονα τους ίδιους και όχι τους μαθητές τους. Άλλωστε, ένας σωστός και παραγωγικός εκπαιδευτικός, είναι ο υγιής εκπαιδευτικός.

Βιβλιογραφία

1. American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (5th ed.). Washington, DC: Author.
2. Αναγνωστόπουλος, Φ., Κοσμογιάννη, Α., Μεσσήνη, Β. (1997). Σύγχρονη Ψυχολογία στην Ελλάδα Έρευνα και εφαρμογές στους τομείς της Υγείας, της Εκπαίδευσης και της Κλινικής Πράξης. Αθήνα: ΕλληνικάΓράμματα.
3. Αντωνίου, Α.Σ., & Ντάλλα, Μ. (2010). Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από το επάγγελμα Ελλήνων δασκάλων (ειδικής και γενικής αγωγής) και καθηγητών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης: Συγκριτική μελέτη. Στο: Χ. Καρακιουλάφη & Μ. Σπυριδάκη (Επιμ. Εκδ.), Εργασία & Κοινωνία (365-399). Αθήνα: Διόνικος.
4. Bonanno, G.A., Galea, S., Bucchiarelli, A. & Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychol Sci*, 17(3), 181-6.
5. Brady, K.T., Killeen, T.K., Brewerton, T. & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 7, 22-32.
6. Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*, 68(5), 748-66.
7. Cerdá, M., Paczkowski, M., Galea, S., Nemethy, K., Péan, C., Desvarieux, M. (2013). Psychopathology in the aftermath of the Haiti earthquake: a population-based study of posttraumatic stress disorder and major depression. *Depress Anxiety*, 30, 413-24.
8. Chan, C. L., Wang, C.W., Qu, Z., Lu, B.Q., Ran, M.S., Ho, A.H., et al. (2011). Posttraumatic stress disorder symptoms among adult survivors of the 2008 Sichuan earthquake in China. *J Trauma Stress*, 3, 295-302.
9. Charney, D.S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J of Psychiatry*, 161, 195-216.
10. Cheng, Wang, W., Wen, J., Shi, Y. (2014). Risk Factors of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) after Wenchuan Earthquake: A Case Control Study. *Plos One*.
11. Christodoulou, G., Paparrigopoulos, T., Soldatos, C. (2003). Acute stress reaction among victims of the 1999 Athens earthquake: help seekers' profile. *World Psychiatry*, 2(1), 50-53.

12. Connor, K.M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *J Clin Psychiatry*, 67, 46-49.
13. Dai, W., Chen, L., Lai, Z., Li, Y., Wang, J., Liu, A. (2016). The incidence of post-traumatic stress disorder among survivors after earthquakes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 16:188.
14. Dai, W., Kaminga, A.C., Tan, H., Wang, J., Lai, Z., Wu, X., et al. (2017). Comorbidity of post-traumatic stress disorder and anxiety in flood survivors: Prevalence and shared risk factors. *Medicine (Baltimore)*.
15. Dalgard, O., Bjerpr, S., Tambs, K., (1995). Social support, negative life events and mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 166(1), 29-34.
16. Δάντη, Α. (2011). Δια-επιστημονικό μοντέλο σύνδεσης “συμβουλευτικής” και “αγωγής” με σημείο συναρμογής τη διαχείριση συναισθηματικών δυσκολιών στο σχολικό πλαίσιο, στο Η ειδική αγωγή αφετηρία εξελίξεων στην επιστήμη και στην πράξη., 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ειδικής Αγωγής, τ.Δ΄, Αθήνα: Γρηγόρη.
17. Δεληγιάννη-Κουιμτζή, Β., Ζιώγου-Καραστεργίου, Σ., Δημητρούλη, Κ., Κανέλλου, Α., Κορωναίου, Α., Μαραγκουδάκη, Ε. et al. (2003). Φύλο και εκπαιδευτική πραγματικότητα στην Ελλάδα: Προωθώντας παρεμβάσεις για την ισότητα των φύλων στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα. ΚΕΘΙ.
18. Dowrick, C., Casey, P., Dalgard, O., Hosman, C., Lehtinen, V., Vázquez-Barquero, J et al. (1998). Outcomes of Depression International Network (ODIN). *Br J Psychiatry*, 172, 359-363. *Br J Psychiatry*, 172, 359-63.
19. Farooqui, M., Quadri, S.A., Suriya, S.S., Khan, M.A., Ovais, M., Sohail, Z., et al. (2017). Posttraumatic stress disorder: a serious post-earthquake complication. *Trends Psychiatry Psychother*, 39(2), 135-143.
20. Feder, A., Ahmad, S., Lee, E.J., Morgan, J.E., Singh, R., Smith, B.W., et al. (2013). Coping and PTSD symptoms in Pakistani earthquake survivors Purpose in life, religious coping and social support. *J Affect Disord*, 147, 156-163.
21. Flores, E.C., Carnero, A.M., Bayer, A.M. (2014). Social capital and chronic post-traumatic stress disorder among survivors of the 2007 earthquake in Pisco, Peru. *Soc Sci Med*, 101, 9-17.

22. Foa, E., Huppert, J.D. & Cahill, S.P. (2006). Emotional Processing theory: An Update. In Pothbaum, B.O.(Ed.).Pathological Anxiety: Emotional Processing in Etiology and Treatment. (pp. 4- 24). Guilford Publications.
23. Foa, E. & Kozak, MJ. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99 (1), 20- 35.
24. Fokkema, CM., & Van Tilburg, TG. (2007). Loneliness interventions among older adults: sense or nonsense?. *Tidschr Gerontol Geriatr*, 38 (4), 185-203.
25. Frans, O., Rimmö, PA., Aberg, L. & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand*, 111(4), 291-9.
26. Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression & Anxiety*, 28, 750-769.
27. Φώτου, Πολύβιος. (25 Φεβρουαρίου 2017) Απόψεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για την ετοιμότητα του σχολείου τους σε περιπτώσεις διαχείρισης κρίσεων. Αναρτήθηκε από <http://dspace.uowm.gr/xmlui/handle/123456789/455>
28. Gaillard, JC., Clave, E., Vibert, O., Azhari, D., Denain, JC., Efendi, Y., et al. (2008). Ethnic groups' response to the 26 December 2004 earthquake and tsunami in Aceh, Indonesia. *Nat Hazards*, 47, 17-38.
29. Greenberg, M.T., Weissberg, R.P., O'Brien, M.U., Zins, J.E., Fredericks, L., Resnik, H., & Elias, M.J. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58, (6/7), 466–474.
30. Guo, J., Liu, C., Kong, D., Solomon, P., Fu, M. (2018). The relationship between PTSD and suicidality among Wenchuan earthquake survivors: The role of PTG and social support. *J Affect Disord*, 235, 90-95.
31. Γκριτζάνη, Ι., Τσιρώνη, Μ. , Τζαβέλλα, Φ. , Γκούβα, Μ. , Κολοβός, Π., Γκερβέκη, Ε., et al. (2013). Μελέτη του μετατραυματικού στρες στον πληθυσμό της αρχαίας Ολυμπίας μετά τις φωτιές του 2007. *In Health Care*.
32. Henderson, N., Milstein, M.. (2008). Σχολεία που προάγουν την ψυχική ανθεκτικότητα: Πώς μπορεί να γίνει πραγματικότητα για τους μαθητές και τους εκπαιδευτικούς. (Β. Βασάρα). Αθήνα: Τυπωθήτω.

33. Hydon, S., Wong, M., Langley, AK., Stein, BD. & Kataoka, S. (2015). Preventing secondary traumatic stress in educators. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 24(2), 319-33.
34. Kessler, Ronald, C., McLeod, Jane D., Cohen & Syme. (1985). Social support and Quality of Life: The Stress Process and Experience of Stigma in a Chronically-Strained Population. San Diego, CA: Academic Press. p. 219-240.
35. Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 537-547.
36. Kolaitis, G., Kotsopoulos, J., Tsiantis, J., Haritaki, S., Rigizou, F., Zacharaki, L., Riga, E., Augoustatou, A., Bimbou, A., Kanari, N., Liakopoulou, M., Katerelos, P. (2003). Posttraumatic stress reactions among children following the Athens earthquake of September 1999. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 12(6), 273-80.
37. Kolaitis, G., Giannakopoulos, G., Mihas, C., Ntre, V., Moulla, V., Sotiropoulou, E., et al. (2011). Symptoms of Posttraumatic Stress, Depression and Anxiety among Youths Exposed to a Massive Fire Disaster in Greece. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 1(4), 320-332.
38. Κοντοπούλου, Γ. (2007). Παιδί και ψυχοκοινωνικές δυσκολίες μια ψυχοδυναμική οπτική. Αθήνα: Gutenberg.
39. Kun, P., Han, S., Chen, X., Yao, L. (2009). Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder: a cross-sectional study among survivors of the Wenchuan 2008 earthquake in China. *Depress Anxiety*, 26, 1134-40.
40. Kun, P., Tong, X., Liu, Y., Pei, X., Luo, H. (2013). What are the determinants of post-traumatic stress disorder: age, gender, ethnicity or other? Evidence from 2008 Wenchuan earthquake. *Public Health*, 127, 644-52.
41. Lazaratou, H., Paparrigopoulos, T., Galanos, G., Psarros, C., Dikeos, D., Soldatos, C. (2008). The Psychological Impact of a Catastrophic Earthquake: A Retrospective Study 50 Years After the Event. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(4), 340-344.

42. Levy-Gigi, E., Richter-Levin, G., Okon-Singer, H., Kéri, S. & Bonanno, G.A. (2016). The hidden price and possible benefit of repeated traumatic exposure. *Stress*, 19(1), 1-7.
43. Liu, C., Zhang, Y., Jiang, H. & Wu, H. (2017). Association between social support and post-traumatic stress disorder symptoms among Chinese patients with ovarian cancer: A multiple mediation model. *PLoS One*, 12(5), 5.
44. Livanou, M., Kasvikis, Y., Başoğlu, M., Mytskidou, P., Sotiropoulou, V., Spanea, E., et al. (2005). Earthquake-related psychological distress and associated factors 4 years after the Parnitha earthquake in Greece. *Eur Psychiatry*, 20(2), 137-44.
45. Λουκοπούλου, Ε., 2015. Ευημερία μόνιμων και αναπληρωτών δασκάλων: σχέση με δημογραφικούς παράγοντες, την αντιλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη και στρεσογόνα γεγονότα ζωής. Αναρτήθηκε από: ir.lib.uth.gr
46. Martens, R., Vealey, R. S. & Burton, D. (1990). *Competitive anxiety in sport*. Champaign, IL: Human Kinetics.
47. Matsumoto, K., Sakuma, A., Ueda, I., Nagao, A. & Takahashi, Y. (2016). Psychological trauma after the Great East Japan Earthquake. *Psychiatry Clin Neurosci*, 70(8):318-31.
48. McLean, L. & McDonald Connor, C. (2015). Depressive Symptoms in Third-Grade Teachers: Relations to Classroom Quality and Student Achievement. *Child Development*, 86, 945–954.
49. Meltzer, H. (2003). Development of a common instrument for mental health. In: Nosikov Gudex (eds). EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. *Amsterdam: IOS Press*.
50. Naeem, F., Ayub, M., Masood, K., Gul, H., Khalid, M., Farrukh, A., et al. (2011). Prevalence and psychosocial risk factors of PTSD: 18 months after Kashmir earthquake in Pakistan. *J Affect Disord*, 130, 268-274.
51. Nakada, A., Iwasaki, S., Kanchika, M., Nakao, T., Deguchi, Y., Konishi, A. et al. (2016). Relationship between depressive symptoms and perceived individual level occupational stress among Japanese schoolteachers. *Ind Health*, 54(5), 396–402.
52. Naomi Breslau, N. (2009). The Epidemiology of Trauma, PTSD, and Other Posttrauma Disorders. *Trauma Violence Abuse*, 10 (3), 198-210.
53. Navarro-Mateu, F., Salmerón, D., Vilagut, G., Tormo, M.J., Ruíz-Merino, G., Júdez, J., et al. (2017). Post-Traumatic Stress Disorder and other mental disorders in the

- general population after Lorca's earthquakes, 2011 (Murcia, Spain): A cross-sectional study. *PLoS One*, 12(7).
54. Norenzayan, A. & Lee, A. (2010). It was meant to happen: explaining cultural variations in fate attributions. *J Pers Soc Psychol*, 98, 702-720.
 55. Norris, FH. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol*, 60(3), 409-18.
 56. Παπαδόπουλος, Γ., Σαχπάζη, Μ., Καραστάθης, Β., Γκανάς, Α., Μιναδάκης, Γ., Μπασκούτας, Ι., et al. (2014). Οι σεισμοί του Ιανουαρίου- Φεβρουαρίου του 2014 στην Κεφαλονιά: Μια πρώτη έκθεση. Αθήνα: Εθνικό Αστεροσκοπείο Αθηνών, Γεωδυναμικό Ινστιτούτο.
 57. Παπαζάχος, Β. & Παπαζάχου, Κ. (2003). Οι σεισμοί της Ελλάδας. Θεσσαλονίκη: Ζήτη.
 58. Pettigrew, S. & Roberts, M. (2008). Addressing loneliness in later life. *Aging Ment Health*, 12 (3): 302-9.
 59. Roberts, YH., Mitchell, MJ., Witman, M. & Taffaro, C.(2010). Mental health symptoms in youth affected by Hurricane Katrina. *Prof Psychol-Res Pr*, 41, 10-18.
 60. Rothi, D. M., Leaveyb, G., Bestd, R. (2008). On the front-line: Teachers as active observers of pupils' mental health. *Teaching and Teacher Education* 24, 1217–1231.
 61. Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity; protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry*, 147, 598-611.
 62. Sayed, S., Iacoviello, B.M., Charney, D.S. (2014). Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Curr Psychiatry*, 17, 612.
 63. Schwab RL & Iwanicki EF. (1982). Perceived Role Conflict, Role Ambiguity, and Teacher Burnout. *Educ Adm Q*, 18, 60–74.
 64. Spielberger, Ed., *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 1, pp.23-49). New York: Academic Press. Spielberger, C. (1982). Άγχος, Stress και πώς να το καταπολεμήσετε. Αθήνα: Ψυχογιός.
 65. Spielberger, G.D., Gorush, R.L, Lushene,R.E. (1970). *The state-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
 66. Σταλίκας Α., Τριλιβά Σ., Ρούσση Π., (2002). Τα Ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα, δ' έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

67. Szabo, S., Tache, Y., & Somogy, A.(2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief “Letter” to the Editor# of Nature. *Stress*, 15(5), 472–478.
68. Tang, B., Deng, Q., Glik, D., Dong, J., Zhang, L. (2017). A Meta-Analysis of Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults and Children after Earthquakes. *Public Health* , 14, 12.
69. Triantafyllou, K., Ntre, V., Kolaitis, G. (2017). The psychosocial impact of two non-destructive earthquakes on pupils in Cephalonia island: a comparison with the Athens earthquake of September 1999. *European Journal of Psychotraumatology* , 4, 1351223.
70. Unterbrink, T., Hack, A., Pfeifer, R., Buhl-Grießhaber, V., Müller, U., Wesche, H., et al. (2007). Burnout and effort-reward-imbalance in a sample of 949 German teachers. *Int ArchOccup Environ Health*, 80, 433–41.
71. Usami, M., Iwadare, Y., Kodaira, M., Watanabe, K., Ushijima, H., Tanaka, T., et al. (2014). Did parents and teachers struggle with child survivors 20 months after the 2011 earthquake and tsunami in Japan? A retrospective observational study. *PLoS One*, 9.
72. Vanderpol, M. (2002). Resilience: A missing link in our understanding of survival. *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 302-306.
73. Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale - Revised. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford.
74. Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale - Revised. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*, 399-411, New York: Guilford. (NOTE: Includes measure in its entirety.)
75. Wolmer, L., Hamiel, D., Margalit, N., Versano-Eisman, T., Findler, Y., Laor, N. et al. (2016). Enhancing Children’s Resilience in Schools to Confront Trauma: The Impact on Teachers. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 53, 2.
76. Wolmer, L., Laor, N., Dedeoglu, C., Siev, J., Yazgan, Y. (2005).Teacher-mediated intervention after disaster: a controlled three-year follow-up of children's functioning. *J Child Psychol Psychiatry*, 46, 1161-8.
77. Wu, Z., Xu, J., He, L. (2014). Psychological consequences and associated risk factors among adult survivors of the 2008 Wenchuan earthquake. *BMC Psychiatry*, 14, 126.

78. Zhang, J., Zhang, Y., Du, C., Zhu, S., Huang, Y., Tian, Y., et al.(2016). Prevalence and risk factors of posttraumatic stress disorder among teachers 3 months after the Lushan earthquake: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*, 95(29), 4298.
79. Zins, J.E., & Elias, M.E. (2006). In G.G. Bear & K.M. Minke (eds.), *Children's needs III*, p1-13. National Association of School Psychologists.