



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΔΡΑΝΕΙΑΣ: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Ι. ΧΡΥΣΟΥΛΑ
Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΑΓΓΟΥΛΙΑ ΠΟΛΥΞΕΝΗ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)
ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΦΡΑΓΕΛΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ
ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΑΛΛΗ ΦΩΤΕΙΝΗ

ΛΑΡΙΣΑ 2024



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

**FEAR OF MISSING OUT (FOMO): DEPRESSION AND ANXIETY
IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN**

LARISA 2024

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα	3
Ευχαριστίες:	5
Αφιερώσεις:	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	8
Ι ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Σύνδρομο αδράνειας FOMO.....	12
1.1.Ορισμός και ιστορική αναδρομή του Συνδρόμου Αδράνειας FOMO	12
1.2 Χαρακτηριστικά του Συνδρόμου Αδράνειας F.O.M.O.	15
1.3. Αιτίες και Προέλευση του Συνδρόμου Αδράνειας FOMO	16
1.4. Επιπτώσεις και Συνέπειες του Συνδρόμου Αδράνειας FOMO σε παιδιά και εφήβους	17
1.5. Άλλες επιπτώσεις του Συνδρόμου Αδράνειας FOMO	18
1.5.1 Σύνδρομο Αδράνειας και Κοινωνία	18
1.5.2 Σύνδρομο Αδράνειας και Διαταραχές με τον Ύπνο.....	19
1.5.3. Επιπτώσεις του Συνδρόμου Αδράνειας στις Σχολικές Επιδόσεις	19
1.5.4. Σύνδρομο Αδράνειας και Φυσική Ευεξία	19
1.5.5. Μέτρα πρόληψης για την κακή χρήση του διαδικτύου.....	20
Κεφάλαιο 2. Κατάθλιψη – Παιδική Κατάθλιψη	21
2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός της κατάθλιψης.....	21
2.2 Είδη κατάθλιψης	22
2.3. Κλινική εικόνα και διάγνωση.....	24
2.4. Θεραπεία της κατάθλιψης.....	26
2.5. Παιδική κατάθλιψη	27
2.6. Αίτια παιδικής κατάθλιψης	29
2.7. Κλινική εικόνα και θεραπεία της παιδικής κατάθλιψης.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Άγχος στην παιδική ηλικία	36
3.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός του άγχους	36
3.2. Διαφορά άγχους με στρες.....	37
3.3. Άγχος στην Παιδική και εφηβική ηλικία.....	38
3.4. Κλινική εικόνα άγχους και διάγνωση	40
3.4.1. Ειδική φοβία.....	41
3.4.2 Διαταραχή κοινωνικού άγχους (κοινωνική φοβία)	41
3.4.3. Διαταραχή πανικού.....	42
3.4.4. Αγοραφοβία.....	43
3.4.5. Διαταραχή γενικευμένου άγχους.....	43
3.4.6. Ιδιοψυχαναγκαστική ή Μανιοπαρορμητική διαταραχή	44
3.4.7. Διαταραχή μετατραυματικού στρες	44
3.4.8. Διαταραχή της επιλεκτικής Βωβότητας	44
3.5. Παράγοντες προδιάθεσης άγχους	45
3.6.Θεραπεία άγχους.....	46
3.6.1. Φαρμακοθεραπεία	47
3.6.2. Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις	48
II ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	49
Κεφάλαιο 4 : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ / METHODS	49
4.1 Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα	49
4.1.1. Ερευνητικά Ερωτήματα	49
4.2 Υλικό και Μέθοδος	49
4.2.1. Επιλογή Προτεινόμενης Μεθοδολογίας	49
4.2.2 Δείγμα της μελέτης.....	49

4.3 Ερευνητική Διαδικασία	50
4.3.1. Εργαλεία συλλογής δεδομένων.....	50
4.3.2. Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας	50
4.3.3. Κριτήρια εισόδου στη Μελέτη.....	51
4.3.4. Η μελέτη πιλότος	51
4.4 Περιγραφή των κλιμάκων	51
4.4.1. Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS).....	51
4.4.2. Fear of missing out scale (FOMO).	52
Κεφάλαιο 5 : Αποτελέσματα.....	53
5.1 Στατιστική ανάλυση.....	53
5.2 Αποτελέσματα.....	53
5.2.1. Ατομικά- Δημογραφικά- Επαγγελματικά χαρακτηριστικά	53
5.3 Κλίμακα αδράνειας (FoMOS).....	59
5.4 Κλίμακα άγχους-κατάθλιψης (RCADS)	60
5.5 Συσχέτιση κλιμάκων αδράνειας (FoMOS) και άγχους-κατάθλιψης (RCADS).....	64
5.6 Συσχέτιση κλίμακας άγχους-κατάθλιψης (RCDAS) με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των παιδιών και των γονέων τους καθώς και την χρήση του διαδικτύου και των κοινωνικών δικτύων.	65
5.7 Συσχέτιση κλίμακας αδράνειας (FoMOS) με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των παιδιών και των γονέων τους καθώς και την χρήση του διαδικτύου και των κοινωνικών δικτύων.	83
Κεφάλαιο 6. Συζήτηση.....	89
Κεφάλαιο 7. Συμπεράσματα.	94
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία	96
Ελληνική βιβλιογραφία.....	105
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	108

Ευχαριστίες:

Εκφράζω τις θερμές μου ευχαριστίες :

Στην επιβλέπουσα, επίκουρη καθηγήτρια κα Μαγνούλια Πολυξένη, για την καθοδήγηση, το ενδιαφέρον και την πολύτιμη βοήθεια της.

Στον επίκουρο καθηγητή κο Φραδέλο Ευάγγελο, μέλος της τριμελούς επιτροπής.

Στην επίκουρη καθηγήτρια κα Μάλλη Φωτεινή, μέλος της τριμελούς επιτροπής.

Παπαδημητρίου Χρυσούλα

Αφιερώσεις:

Η παρούσα μελέτη είναι αφιερωμένη στην οικογένειά μου !

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η εύκολη πρόσβαση των πληροφοριών στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και ο κατακλυσμός ενημερώσεων που αναδύεται στις μέρες μας, έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον για περεταίρω μελέτη στο νέο φαινόμενο που ονομάζεται “Fear of missing out” αναφερόμενο ως FOMO. Περιλαμβάνει δυο κύρια στοιχεία: α) την αντίληψη ότι οι άλλοι έχουν εμπειρίες ανταμοιβής από τις οποίες κάποιος απουσιάζει, και β) την επιθυμία να παραμένει συνδεδεμένος με άτομα στο κοινωνικό δίκτυο, ώστε να ανακουφίζεται από το άγχος.

Σκοπός: Της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του Συνδρόμου Αδράνειας (Fear of missing out- FOMO) και της συσχέτισής του, με την κατάθλιψη και το άγχος σε παιδιά της πέμπτης και έκτης τάξης του Δημοτικού.

Μεθοδολογία: Η επιλογή της μεθόδου στην συγκεκριμένη έρευνα, για τη διερεύνηση των ερευνητικών δεδομένων είναι η ποσοτική έρευνα. Προηγήθηκαν οι σχετικές άδειες από τους συγγραφείς για τη χρησιμοποίηση των κλιμάκων Α) Συνδρόμου Αδράνειας Fear of missing out scale (FOMO) (Przybylski et al., 2013). Β) Κλίμακα άγχους και κατάθλιψης: Revised Children’s Anxiety and Depression Scale (RCADS), (Chorpita et al., 2000). Επιπλέον ζητήθηκαν άδειες από τις διευθύνσεις πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και διευθύνσεις των σχολείων, που επιλέχθηκαν για τη συλλογή του δείγματος. Κάνοντας χρήση των κατάλληλων εργαλείων, όπως ερωτηματολόγιο σε έντυπη και ηλεκτρονική μορφή, διανεμήθηκαν σε 131 μαθητές πέμπτης και έκτης δημοτικού και κατόπιν γραπτής συναίνεσης των γονέων των παιδιών, από τους τέσσερις νομούς της Ηπείρου αλλά και Αττικής. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τέσσερις ενότητες: α) ατομικά και δημογραφικά στοιχεία, β) ερωτήσεις για τη χρήση του διαδικτύου, γ) ερωτήσεις για το Σύνδρομο Αδράνειας, δ) ερωτήσεις για την αξιολόγηση κατάθλιψης και άγχους. Η επεξεργασία των στοιχείων που συγκεντρώθηκαν γίνεται με ποσοτική ανάλυση μέσω IBM SPSS Statistics 28.α.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 131 παιδιά Δημοτικού με μέση ηλικία τα 11,4 έτη (SD=1,2 έτη). Το 62,6% των παιδιών ήταν κορίτσια. Το 51,9% φοιτούσε στην Ε’ Δημοτικού και το 90,8% ανήκε σε πυρηνική οικογένεια. Σχετικά με τους γονείς, το 55,7% των μητέρων ήταν απόφοιτες Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και το ίδιο εκπαιδευτικό επίπεδο είχε και το 48,9% των πατεράδων. Τέλος, το 78,6% είχε έναν αδερφό/ή. Το 95,4% είχε υπολογιστή στο σπίτι. Το 35,1% άρχισε να χρησιμοποιεί το διαδίκτυο σε ηλικία μικρότερη των 7 ετών και το 77,9% το έμαθε από τους γονείς του. Κινητό απέκτησε το 71,8% σε ηλικία μεγαλύτερη των 10 ετών. Το 71,8% των γονέων επέτρεπε στα παιδιά του να χρησιμοποιεί το διαδίκτυο κάθε μέρα. Το 63,4% των παιδιών ακολουθούσε τους περιορισμούς των γονιών του και το 86,3% ήταν ενημερωμένο για την ασφαλή χρήση του. Επιπλέον, το 43,5% κοιμόταν στις 10 το βράδυ και το 86,3% ξύπναγε ξεκούραστο το πρωί. Η κλίμακα Συνδρόμου Αδράνειας Fear of missing out scale (FOMO) κυμαινόταν στο

συγκεκριμένο δείγμα, από 11 έως 40 μονάδες με μέση τιμή 24,2 μονάδες (SD=9,2 μονάδες). Σύμφωνα με το Skor της κλίμακας άγχους και κατάθλιψης(εσωτερίκευσης): Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS), τα ποσοστά για την μείζων καταθλιπτική διαταραχή ήταν 20,6% και 9,9%, ενώ για την αγχώδη 6,9% και 10,7%. Με βάση τη βαθμολογία στην γενικευμένη αγχώδη διαταραχή το 6,9%. Τα αντίστοιχα ποσοστά για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ήταν 13% και 0,8%, για τις διαταραχές πανικού 3,1% και 26%, για τη διαταραχή άγχους αποχωρισμού 18,3% και 21,4%, ενώ τέλος για την κοινωνική φοβία 8,4% και 3,8%.

Συμπεράσματα: Τα κύρια συμπεράσματα της παρούσης μελέτης, προέκυψαν από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των παιδιών και τα χαρακτηριστικά χρήσης του διαδικτύου. Αξίζει να σημειωθεί ότι κανένα από τα παιδιά δεν έχει κάποια σημαντική επίδραση όσον αφορά τη στατιστική ανάλυση, με μια μέση χαμηλή τιμή του συνδρόμου αδράνειας (Fomo). Με βάση τις απαντήσεις της κλίμακας (RCADS-depression) μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, κανένα δεν επιδρά στατιστικά, με χαμηλή μέση τιμή. Όμως επισημαίνεται ότι η οικογένεια επιδρά σημαντικά στο βαθμό της υποκλίμακας της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής (RCADS-stress). Πιο συγκεκριμένα η πυρηνική οικογένεια σχετίζεται με υψηλότερο βαθμό άγχους. Βάση των δεδομένων της παρούσας μελέτης και αξιοποίηση των αποτελεσμάτων είναι μια πρόκληση για καθημερινή αλλά και μελλοντική χρήση αυτών. Προτάσεις μας είναι να εστιάσουμε σε θέματα πρόληψης, ενημέρωσης, εκπαίδευσης του πληθυσμού- οικογένειας ξεκινώντας από την κοινότητα- σχολείο – οικογένεια, όσον αφορά την αντιμετώπιση και διαχείριση, αυτών των καταστάσεων. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί από ένα σύνολο ειδικοτήτων όπως: εκπαιδευτικών και επαγγελματιών υγείας (Ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, σχολικοί νοσηλεύτες). Μελλοντικές κατευθύνσεις επιπλέον, να δοθούν κίνητρα από την πολιτεία επενδύοντας στην πρόληψη στην κοινότητα, με προγράμματα επιμόρφωσης για τη σωστή χρήση του διαδικτύου -κινδύνους – εθισμός και διαχείριση άγχους και καταθλιπτικών διαταραχών.

Λέξεις-κλειδιά: Άγχος, Κατάθλιψη, διαδίκτυο, Δημοτικό, Σύνδρομο Αδράνειας, Fomo

ABSTRACT

Introduction: The easy access of information on social media and the flood of information that is emerging nowadays, has sparked interest for further study on the new phenomenon called "Fear of missing out" referred to as FOMO. It involves two main elements: a) the perception that others have rewarding experiences from which one is absent, and b) the desire to stay connected to people in the social network in order to relieve stress.

Aim: The purpose of the present study is to investigate Fear of missing out (FOMO) syndrome and its association with depression and anxiety in fifth and sixth grade primary school children.

Methodology: The choice of method in this research, to investigate the research data is quantitative research. Permission was obtained from the authors to use the scales A) Inactivity Syndrome Fear of missing out scale (FOMO) (Przybylski et al., 2013); B) Anxiety and depression scale: the Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS), (Chorpita et al 2000). In addition, permission was sought from the primary school principals and headmasters of the schools selected for sample collection. Making use of appropriate tools, such as questionnaires in paper and electronic form, they were distributed to 131 fifth and sixth grade students from the four prefectures of Epirus and Attica, with the written consent of the children's parents. The questionnaire consisted of four sections: a) personal and demographic data, b) questions about internet use, c) questions about Inactivity Syndrome, d) questions to assess depression and anxiety. The data collected is processed by quantitative analysis using IBM SPSS Statistics 28.

Results: According to the results of the study, the demographic - individual - professional characteristics of the participants revealed that the study consisted of 131 primary school children with a mean age of 11.4 years (SD = 1.2 years). 62.6% of the children were girls. 51.9% were attending grade 5 and 90.8% belonged to a nuclear family. Regarding parents, 55.7% of mothers were tertiary education graduates and 48.9% of fathers had the same educational level. Finally, 78.6% had a sibling. 95.4% had a computer at home. 35.1% started using the internet at the age of less than 7 years and 77.9% learned it from their parents. 71.8% acquired a mobile phone at an age older than 10 years. 71.8% of parents allowed their children to use the internet every day. 63.4% of children followed their parents' restrictions and 86.3% were aware of safe use. In addition, 43.5% went to bed at 10 at night and 86.3% woke up rested in the morning. The Fear of missing out scale (FOMO) ranged from 11 to 40 points with a mean value of 24.2 points (SD=9.2 points). According to the Skor of anxiety and depression (internalizing) scale: Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS), the rates for major depressive disorder were 20.6% and 9.9%, while for anxiety 6.9% and 10.7%. Based on the score in generalized anxiety disorder 6.9%. The corresponding percentages for obsessive-compulsive disorder were 13% and 0.8%, for panic disorder 3.1% and 26%, for separation anxiety disorder 18.3% and 21.4%, and finally for social

phobia 8.4% and 3.8%.

Conclusions: The main conclusions of the present study were drawn from the demographic characteristics of the children and the characteristics of internet use. It is worth noting that none of the children have any significant effect in terms of statistical analysis, with a low mean value of the inactivity syndrome (FOMO). Based on the responses of the scale (RCADS-depression) major depressive disorder, none of the children have a statistical effect, with a low mean value. However, it is noted that family has a significant effect on the degree of the subscale of generalized anxiety disorder (RCADS-stress). More specifically, nuclear family is associated with a higher degree of anxiety. Based on the data of the present study and utilization of the results is a challenge for daily and future use of the results. Our suggestions are to focus on prevention, information. education of the population - family starting from the community - school - family, regarding the treatment and management, of these situations. This can be achieved by a set of disciplines such as: teachers and health professionals (psychologists, social workers, school nurses). Future directions also include incentives from the state, investing in prevention in the community, with training programs on the correct use of the internet - risk - addiction and management of anxiety and depressive disorders.

Keywords: Anxiety, depression, internet, primary school, fear of missing out, Fomo

Ι ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης παρέχουν πολλές πληροφορίες στους χρήστες πάνω σε όλα τα ζητήματα. Τα μέσα αυτά παρέχουν εύκολη πρόσβαση σε πληροφορίες σε πραγματικό χρόνο σε σχέση με τις δραστηριότητες, τα γεγονότα και τις συνομιλίες που συμβαίνουν. Αυτοί οι κοινωνικοί πόροι παρέχουν πλήθος ευκαιριών για αλληλεπίδραση. Το μειονέκτημα είναι ότι σε αυτά πολλές φορές συναντάται και παραπληροφόρηση (Pera, 2020). Η εικόνα των μέσων κοινωνικής δικτύωσης έχει προκαλέσει το δημοφιλές ενδιαφέρον για την έννοια του Fear of missing of out (φόβος της απώλειας) , το οποίο ευρέως αναφέρεται ως FOMO. Ορίζεται ως μια διάχυτη αντίληψη ότι οι άλλοι μπορεί να έχουν ικανοποιητικές εμπειρίες από τις οποίες κάποιος απουσιάζει. Επιπρόσθετα, ο φόβος της απώλειας (Fomo) χαρακτηρίζεται από την επιθυμία να παραμείνει συνεχώς συνδεδεμένος με αυτό που κάνουν οι άλλοι (Przybylski et al., 2013). Το άγχος ότι θα χαθούν οι εμπειρίες ανταμοιβής των άλλων, επί της ουσίας συσχετίζεται με διαταραχές της καθημερινής ζωής και τη χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας.

Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης επιτρέπουν στους χρήστες να συνδέονται μεταξύ τους με διαφορετικούς τρόπους, είτε πρόκειται για επικοινωνία μέσω τηλεφώνου ή βιντεοκλήσεων, μέσω μηνυμάτων κειμένου, είτε μέσω δημιουργίας και κοινής χρήσης περιεχομένου (Rozgonjuk et al, 2020). Ορισμένες λειτουργίες μέσων κοινωνικής δικτύωσης που χρησιμοποιούνται από παιδιά και έφηβους είναι: τα διαδικτυακά παιχνίδια, TikTok, Smartphone, YouTube, Instagram. Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2018 με θέμα : Teens, Social Media & Τεχνολογία, δηλώνει ότι το 45% παιδιών και έφηβων είναι σχεδόν συνεχώς στο διαδίκτυο, αναπόσπαστο μέρος προσωπικής και κοινωνικής τους ζωής (Cataldo et al., 2021).

Η παιδική ηλικία και εφηβεία είναι μια κρίσιμη περίοδος για την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη, τις τελευταίες δυο δεκαετίες αυτό το στάδιο της ζωής έχει επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό από την καθολική υιοθέτηση του διαδικτύου ως πηγή πληροφοριών επικοινωνίας και ψυχαγωγίας (Odgers & Jensen., 2020). Η χρήση του διαδικτύου μπορεί να έχει τόσο ευεργετικές όσο και επιβλαβείς επιπτώσεις στην ευημερία των παιδιών (Cataldo et al., 2021). Επίσης η μελέτη των McDool et al (2020) αξιολόγησε την επίδραση του διαδικτύου στην ευημερία παιδιών στην Αγγλία και πως αισθάνονται αυτά τα παιδιά σε διαφορετικές πτυχές της ζωής τους, διαπιστώνοντας ότι η χρήση του διαδικτύου έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ευημερία κυρίως των κοριτσιών σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα αγόρια, όσον αφορά την εμφάνισή τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν ανησυχητικά όσον αφορά τη συναισθηματική υγεία των παιδιών (McDool et al., 2020). Οι πλατφόρμες μέσων κοινωνικής δικτύωσης όπως : Facebook, Twitter,

Instagram, TikTok, YouTube, αποτελούν μέρος της κοινωνικής ζωής όλων, ειδικά σε νεότερες γενιές. Τα παιδιά και οι έφηβοι μεγάλωσαν μαζί με αυτές τις υπηρεσίες που βασίζονται στο διαδίκτυο, οι οποίες έχουν γίνει αναπόσπαστο μέρος της προσωπικής και κοινωνικής τους ζωής. Ωστόσο διάφορες μελέτες αναφέρουν ότι ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα μερικές φορές συνδέονται με την υπερβολική χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης στα αναπτυξιακά στάδια από την ηλικία 10 – 19 ετών, με ιδιαίτερη εστίαση στην κατάθλιψη και το άγχος, τη διατροφή και νευροαναπτυξιακές διαταραχές (Cataldo et al., 2021).

Αξίζει να σημειωθεί ότι το άγχος και οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι δυο πιο συχνά προβλήματα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, συχνά συννοσηρά υπολογίζοντας ότι το 15%-70% των παιδιών και εφήβων όπου υπάρχει διάγνωση άγχους και κατάθλιψης θα εμφανίσει επίσης μια αγχώδης διαταραχή, ενώ το 10% - 15% των ατόμων μια αγχώδης διαταραχή θα εμφανίσει καταθλιπτική διαταραχή και οι δύο διαταραχές επιδρούν αρνητικά στην κοινωνική και ακαδημαϊκή λειτουργία των νέων (Elhai et al., 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Σύνδρομο αδράνειας FOMO

1.1.Ορισμός και ιστορική αναδρομή του Συνδρόμου Αδράνειας FOMO

Τα παιδιά και οι έφηβοι από 11 έως 17 ετών μπορούν να χαρακτηριστούν ως τους πιο ενεργούς χρήστες του διαδικτύου. Η έρευνα του Kaur, (2016) έδειξε ότι οι ηλικίες αυτές έχουν μια γρήγορη ανάπτυξη στον να χρησιμοποιούν τα Social media. Η γενιά του 1990 ειδικά προς το τέλος της είναι αυτή που παρουσιάζει την μεγαλύτερη εξάρτηση. Σύμφωνα με τους Griffiths & Kuss, (2017) η ζωή αυτών των παιδιών είναι εξαρτημένη απόλυτα από το διαδίκτυο με αποτέλεσμα να τα απομονώνει από τον εξωτερικό κόσμο και να μην δημιουργούν προσωπικές και άμεσες επαφές με φίλους.

Τους χρήστες του διαδικτύου σύμφωνα με τον Prensky (2001) τους χαρακτηρίζουν ως «ψηφιακά αυτόχθονες» και αυτοί είναι αυτοί που γεννήθηκαν σε ένα εξαρτημένο περιβάλλον των Social media και γενικά της τεχνολογίας, και ως «ψηφιακούς μετανάστες» που είναι αυτοί που είχαν γεννηθεί νωρίτερα από την έξαρση της τεχνολογίας και των Social media και ήρθαν σε επαφή μαζί τους ηλικιακά πολύ αργότερα.

Τα τελευταία χρόνια η σημαντική αύξηση της χρήσης του διαδικτύου δημιουργεί μια ανησυχία για τα επιβλαβή αποτελέσματα στην υγεία των παιδιών – εφήβων. Στην έρευνα των Bueno, et. al. (2021) το δείγμα ήταν 317.443 παιδιών – εφήβων σε σύνολο 52 χωρών της Αμερικής και της Ανατολικής Μεσογείου κατέληξε σε ένα σημαντικό αποτέλεσμα. Ότι όσο νωρίτερα σε ηλικία ασχολούνται τα παιδιά με τη χρήση των Social media, αλλά και γενικά με το διαδίκτυο τόσο η χρήση του γίνεται απαραίτητη και αυξάνεται περισσότερο τα Σαββατοκύριακα, αλλά και γενικά όλη την εβδομάδα.

Η παρουσία στη ζωή των παιδιών – εφήβων των tablet και των smartphone έγιναν βοηθητικά εργαλεία στις συνεχείς δραστηριότητες αυτών με τα Social media έχοντας μια υπερδιπλασίαση της χρήσης του διαδικτύου από το 2006 έως το 2016. Σύμφωνα με την έρευνα των Lam & Peng, (2010) τα παιδιά – έφηβοι μετά από μια συνεχή και μεγάλου χρονικού διαστήματος χρήση των Social media τα οποία δεν είχαν προβλήματα ψυχικά η έρευνα κατέληξε ότι πολλά από αυτά τα παιδιά διαγνώστηκαν με θέματα κατάθλιψης.

Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η έρευνα των El Asam, Samara, Terry, (2019). Ο μελετώμενο πληθυσμός στην συγκεκριμένη μελέτη ήταν Βρετανοί έφηβοι. Όσο πιο συχνή χρήση χωρίς να υπάρχει σύνεση γινόταν από αυτούς με τα Social media τόσο τα συγκεκριμένα άτομα διαγνώστηκαν στην πορεία με κατάθλιψη, χωρίς να υπάρχει καλή σωματική υγεία, με σοβαρά προβλήματα στη συμπεριφορά, υποτονικότητα ή υπερκινητικότητα σε καθημερινές δραστηριότητες της ηλικίας τους και πολλά άλλα.

Σημαντικό ρόλο στην χρήση του διαδικτύου έπαιξε και ο εγκλεισμός εξαιτίας του Covid-19. Η απαγόρευση της μετακίνησης που ήταν πρωτόγνωρη για όλη την ανθρωπότητα έγινε αιτία να αναπτυχθεί η χρήση των Social Media κατά 70% όχι μόνο στα παιδιά – εφήβους, αλλά σχεδόν σε όλες τις ηλικίες. Η επικοινωνία με φίλους και συγγενείς γινόταν μέσω αυτών. Τα σημαντικότερα Social Media είναι το Instagram, facebook, TikTok, Messenger, Snapchat (Beech, 2020).

Υπάρχουν όμως και οι μελέτες των Itto, et al., (2008) και Boyd & Ellison (2008), που έρχονται σε σύγκρουση με όλες τις παραπάνω. Γι' αυτούς τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα παιδιά – έφηβοι ωφελούνται από τη χρήση του διαδικτύου και των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (Social media), γιατί αναπτύσσει τις δεξιότητές τους, η επικοινωνία τους ενισχύεται και γενικά όλα αυτά προωθούν την ταυτότητά τους.

Ποιοι είναι οι λόγοι που γίνονται αιτία οι νέοι να χρησιμοποιούν τόσο πολύ τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Ένας σημαντικός λόγος είναι η κοινωνικοποίησή τους. Μέσα από τα Social media εκφράζονται και επικοινωνούν με άτομα της ηλικίας τους. Ένας άλλος λόγος είναι η κοινωνική επιβεβαίωση. Τα «likes» που λαμβάνουν οι νέοι σε αυτά που αναρτούν από την κοινότητα που «ανήκουν» τους επιβεβαιώνει και αισθάνονται αποδοχή από τους άλλους. Και το τελευταίο και σημαντικό είναι να μην χάσουν κάτι. Αυτό τους οδηγεί στο σύνδρομο F.O.M.O. (Lobo & Gowda, 2016).

Σύμφωνα με τον McQuail (1994) τέσσερεις είναι οι λόγοι που κάποιος χρησιμοποιεί τα Social media, η ενημέρωση, η προβολή της προσωπικής τους ταυτότητας, η ψυχαγωγία και η αλληλεπίδραση με άλλους χρήστες. Σύμφωνα με την έρευνα των Brandtzaeg & Heim (2009) πολλοί χρησιμοποιούν τα Social media για να δημιουργήσουν φιλίες. Πολλά άτομα όμως χρησιμοποιούν τα Social media για να διατηρήσουν τις υπάρχουσες φιλίες και δεν τους ενδιαφέρει να δημιουργήσουν καινούργιες (Ellison, 2007 ? Lenhart & Madden, 2007).

Στη σημερινή εποχή έχουν διεισδύσει έντονα στη ζωή των ανθρώπων και ειδικά των νέων τα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης (social media), δημιουργώντας σοβαρό αντίκτυπο σε αυτή. Τα άτομα που γεννήθηκαν προς το τέλος της δεκαετίας του 1990 στην πορεία της ζωής τους και ειδικά στην ηλικία των 11 έως 17 ετών κατέληξαν σε εθισμό στα Social media και γενικά στη χρήση του διαδικτύου. Ο εθισμός σε αυτά δημιούργησε το σύνδρομο αδράνειας (F.O.M.O.) (Wang et al., 2021). Τα άτομα που ασχολούνται εκτενώς με τα social media κυριεύονται από τον φόβο της απώλειας, δηλαδή να μην χάσουν όσα συμβαίνουν γύρω τους και να μην μείνουν εκτός. Αυτό είναι ένα διαδεδομένο σύστημα μεταξύ χρηστών των μέσων κοινωνικής δικτύωσης (Sapadin, 2015). Το σύνδρομο αδράνειας (Fomo) είναι ένα αίσθημα άγχους και ανησυχίας που βιώνει το άτομο, όταν σκέφτεται ότι άλλοι άνθρωποι έχουν ευχάριστες εμπειρίες, χωρίς τη δική του συμμετοχή. Συχνά συνυπάρχει έντονη ανάγκη σε αυτούς για να ενημερώνονται για τις δραστηριότητες των άλλων (Chemnadetal., 2023). Η έλλειψη αυτοελέγχου αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ψυχική υγεία

και τον εθισμό στα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης. Ο φόβος, του να μην χάσουν όσα συμβαίνουν γύρω τους και να μην μείνουν εκτός (fomo) αυξάνουν περαιτέρω αυτό τον κίνδυνο (Franchinaetal., 2018).

Το F.O.M.O. είναι βασική αιτία για την παρουσίαση πολλών ασθενειών. Σύμφωνα με τους Argan et. al. (2018) είναι μια «αχρείαστη θλίψη» και μπορεί να χαρακτηριστεί ως αγχώδη διαταραχή. Το F.O.M.O. υπάρχει και σε αναφορές αρχαίων κειμένων, επίσημα όμως ως σύνδρομο F.O.M.O. στην επιστημονική κοινότητα παρουσιάζεται από τον Δρ. Dan Herman τον 20^ο αιώνα ο οποίος ήταν στον κλάδο του στρατηγικού μάρκετινγκ. Η έρευνα του ήταν η αιτία να παρατηρήσει το φαινόμενο του F.O.M.O. στους καταναλωτές οι οποίοι μιλούσαν για προϊόντα την ώρα που εξελισσόταν η συνέντευξη. Η συζήτηση όλων αυτών ήταν για την ευκαιρία που θα χαθεί, αλλά και τη χαρά που θα λάβουν αν δεν την χάσουν αυτή την ευκαιρία. Αυτό έκανε τον Herman να το δει ως κοινωνικό-πολιτικό φαινόμενο που αφορά την εξέλιξη της ψυχολογίας των καταναλωτών και η έρευνα για το F.O.M.O. συνεχίστηκε για αρκετά χρόνια μέχρι να αναδειχθεί ως φαινόμενο. Το λεξικό της Οξφόρδης το 2013 εντάσσει τον όρο F.O.M.O. επίσημα από Βρετανούς ψυχολόγους ως «διάχυτη ανησυχία ότι οι άλλοι μπορεί να έχουν ευχάριστες εμπειρίες από τις οποίες κάποιος απουσιάζει» (Gupta & Sharma, 2021). Το 2004 ο όρος F.O.M.O. (Fear Of Missingout) χρησιμοποιείται θέλοντας να περιγράψει το φαινόμενο που παρατηρείται στους χρήστες της κοινωνικής δικτύωσης (Gupta & Sharma, 2021).

Το σύνδρομο αδράνειας (Fomo) χρησιμοποιείται ευρέως από τη δεκαετία του 2010 λόγω αύξησης των Ιστότοπων Κοινωνικής Δικτύωσης (SocialNetworkSites - SNS) σε όλο τον κόσμο και κυρίως της αυξανόμενης παρουσίας των κινητών συσκευών (smartphone) (Elhaietal,2021). Από την πρώτη στιγμή που άρχισαν να γίνονται έρευνες σε πολλές χώρες για το συγκεκριμένο φαινόμενο του δόθηκε ο χαρακτηρισμός ότι είναι ένα κατασκευάσμα που προκαλεί άγχος και προέρχεται από τα δημοφιλή μέσα (Dossey, 2014). Είναι μια μορφή κοινωνικού άγχους που πηγάζει μέσα από τον φόβο της απουσίας και γίνεται ένα ψυχολογικό έναυσμα, όπου οι άνθρωποι που το βιώνουν δεν μπορούν να μην ανταποκριθούν. Συνήθως προκαλεί συναισθήματα κατωτερότητας σε αυτούς που έχουν αρνητική αντίληψη για την κοινωνική τους θέση. Οι χρήστες του διαδικτύου και ειδικά των μέσων κοινωνικής δικτύωσης αρχίζουν να διαστρεβλώνουν την φυσιολογική καθημερινότητα της ζωής και να τη συγκρίνουν με κάτι που εμφανίζεται στα social media ως αποκορύφωμα μιας ζωής που προβάλλουν κάποιοι άλλοι (Songetal., 2004).

Το σύνδρομο αδράνειας (Fomo) περιλαμβάνει δύο διαδικασίες:

Πρώτον: η αντίληψη της απώλειας, που ωθεί αυτούς που τη νοιώθουν να ακολουθούν μια καταναγκαστική συμπεριφορά για τη διατήρηση αυτών των κοινωνικών συνδέσεων. Το στοιχείο αυτό έχει να κάνει με τις εμπειρίες ανταμοιβής από τις οποίες κάποιος απουσιάζει και χαρτογραφείται στη γνωστική πτυχή του άγχους π.χ. ανησυχία, μηρυκασμός κ.λπ. (Elhaietal.,

2021).

Δεύτερον: την επίμονη επιθυμία τους να παραμείνουν συνδεδεμένοι με άτομα στο κοινωνικό δίκτυο (Gupta&Sharma, 2021). Το δεύτερο στοιχείο περιλαμβάνει μια στρατηγική συμπεριφοράς που στόχο έχει στην ανακούφιση αυτού του άγχους της ιδεοψυχαναγκαστική αυτής διαταραχής, δηλαδή την εμμονή και αναζήτηση της αποδοχής από τους άλλους, το συχνό έλεγχο των υπηρεσιών ανταλλαγής μηνυμάτων, για αποφυγή της απώλειας των εμπειριών ανταμοιβής (Elhai et al., 2021). Έχουν αναπτυχθεί αρκετές κλίμακες αυτοαναφοράς για την μέτρηση του συνδρόμου αδράνειας (Fomo), από τις οποίες η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη είναι η κλίμακα τύπου Likert 10 στοιχείων που αναπτύχθηκε από τους Przybylski et al., (2013).

1.2 Χαρακτηριστικά του Συνδρόμου Αδράνειας F.O.M.O.

Τα συναισθήματα, οι αντιδράσεις και γενικά οι καταστάσεις που βιώνουν τα άτομα που πάσχουν από το σύνδρομο Αδράνειας F.O.M.O. είναι κοινά. Η αύξηση των τεχνολογικών εξελίξεων έχει δημιουργήσει μεγαλύτερο πρόβλημα στη σημερινή εποχή ειδικά στην γενιά των νέων σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια που δεν υπήρχαν οι εξελιγμένες ηλεκτρονικές συσκευές και ειδικά τα έξυπνα τηλέφωνα που είναι η αιτία περισσότερο από κάθε άλλη ηλεκτρονική συσκευή να αυξηθεί το F.O.M.O. και να δημιουργήσει ψυχολογικά προβλήματα στα παιδιά – εφήβους, απομόνωση και να τους απομακρύνουν από την κοινωνικοποίηση με άτομα της ηλικίας τους (McGinnis, 2017).

Σύμφωνα με τον McGinnis (2017) τα συμπτώματα του F.O.M.O. είναι: Ο έλεγχος συνέχεια των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, άσχημα συναισθήματα αν δεν ακολουθεί κάτι που ακολουθούν οι φίλοι του και δεν είναι γνώστης κάποιας οργανωμένης δραστηριότητας. Ένα άλλο σύμπτωμα είναι ότι αυτά τα άτομα θέλουν να κάνουν ότι ανεβάζουν στα social media οι φίλοι τους. Θέλουν να επισκεφτούν τα μέρη που επισκέφτηκαν, να πάνε σε εκδηλώσεις που πήγαν και γενικά να βρεθούν στα ίδια περιβάλλοντα. Τέλος υπάρχει μεγάλη επιρροή στα άτομα αυτά από τις εμπειρίες που μοιράζονται άλλα άτομα.

Σύμφωνα με τον Metz (2019) στα άτομα που πάσχουν από F.O.M.O. μπορούν να τους επισημανθούν τα ίδια σχεδόν συμπτώματα. Όπως να ελέγχουν συνεχώς το κινητό τους ακόμη και αν είναι με παρέα σε χώρο διασκέδασης. Να ρωτάνε πιεστικά τους φίλους τους και τους γνωστούς τους που πηγαίνουν και ποιο είναι το πρόγραμμά τους. Επιλέγουν να κάνουν ότι κάνουν και οι άλλοι. Είναι λάτρεις του κουτσομπολιού και δεν φεύγουν από κοινωνικοί εκδήλωση ακόμη και αν δεν τους αρέσει και είναι αφόρητη η παραμονή τους εκεί.

Σύμφωνα με τον O'Connell (2020), μετά από μελέτες το F.O.M.O. προκαλεί στους ανθρώπους κατάθλιψη, άγχος και στρες, αυξάνεται ο κίνδυνος της ψυχοπαθολογίας, μειώνεται η ευεξία τους, αυξάνεται ο εθισμός τους στην τεχνολογία και επιδεινώνεται η λειτουργικότητα της

ζωής τους. Δεν μπορούν να κοιμηθούν και εμφανίζουν πολλές διατροφικές διαταραχές (Beyensetal., 2016), μπορεί να καταλήξουν σε καταχρήσεις και σε καταθλιπτικά επεισόδια με αρνητικά συναισθήματα (Bakeretal., 2016). Επίσης δεν υπάρχει προσωπική διασύνδεση και η ζωή τους καταλήγει να μην είναι ικανοποιητική ποτέ ότι και να κάνουν (Elhaietal., 2016).

Σύμφωνα με τα συμπτώματα που προαναφέρθηκαν παρατηρείται ότι αυτοί που πάσχουν από F.O.M.O. έχουν ως κοινό σύμπτωμα να ζουν τη ζωή μέσα από τα social media και να επικοινωνούν μέσα από αυτά. Θέλουν να παρακολουθούν χωρίς να χάνουν στιγμή τι κάνουν οι άλλοι. Η αποτροπή από αυτό δημιουργεί στο άτομο ένταση και άσχημα συναισθήματα για την αποφυγή αυτού παρακολουθεί συνεχώς τα social media. Για να αντιμετωπιστεί αυτή η κατάσταση θα πρέπει κάποιος να είναι γνώστης αυτής της κατάστασης, να αντιλαμβάνεται αμέσως τα συμπτώματα και να ξέρει την αιτία και τον τρόπο που μπορεί να τα αντιμετωπίσει. Αν ο άνθρωπος γνωρίζει όλα αυτά τότε μπορεί να καταπολεμήσει το σύνδρομο αδράνειας (Μπακογιάννη, 2023).

1.3. Αιτίες και Προέλευση του Συνδρόμου Αδράνειας FOMO

Το F.O.M.O. προκύπτει από την υπερβολική χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης. Για να γίνει αυτό υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που συμβάλουν. Όπως είναι η έλλειψη ευγνωμοσύνης κάποιων ανθρώπων για αυτά που έχουν. Επίσης υπάρχουν άτομα που επηρεάζονται πάρα πολύ από το περιβάλλον τους, ή συγκρίνουν τον εαυτό τους με άτομα του περιβάλλοντός τους και όχι μόνο με αυτούς. Επίσης κάνουν υπερβολική χρήση των ηλεκτρονικών συσκευών. Σύμφωνα με τον Luna (2014), ο φόβος μήπως χάσουν οι άνθρωποι κάτι υπήρχε και παλιά. Σήμερα όμως με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και με την επικοινωνία σχεδόν μόνο με αυτά αποκτά διαφορετική σημασία.

Η αμυγδαλή του εγκεφάλου είναι το μοναδικό μέρος που ανταποκρίνεται όταν ο άνθρωπος βιώσει κάποιον αποκλεισμό. Η αμυγδαλή μπορεί να εντοπίζει νωρίτερα ότι είναι απειλητικό για τον άνθρωπο. Τα άτομα που έχουν ευαίσθητη αμυγδαλή αντιδρούν πιο πολύ στον αποκλεισμό και στην μη μάθηση των εξελίξεων. Σε κάποιους ανθρώπους προκαλείται άγχος αν δεν μπορούν να συμμετέχουν σε μια κοινωνική ομάδα. Για να απαλλαγούν από αυτό το άγχος του αποκλεισμού και την θεωρητική απειλή είναι συνεχώς στα social media και παρακολουθούν τις εξελίξεις. Σύμφωνα με τους Σπυράκης, Κουτσούκου, Μαρινοπούλου, (2018) το F.O.M.O. υποδηλώνει άτομα με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή και για το λόγο αυτό δημιουργείται αυτό το σύνδρομο. Μπορεί όμως λόγου κάποιου ψυχολογικού τραύματος που δημιουργήθηκε από το παρελθόν να τους προέκυψε το συγκεκριμένο σύνδρομο ή να το προκαλεί η τάση του χαρακτήρα τους να ελέγχουν τα πάντα υπερβολικά και σε τακτά χρονικά διαστήματα Karadağ, & Akçinar, (2019).

Η ανάπτυξη του F.O.M.O είναι πιο εμφανής στους εφήβους και στα παιδιά. Ο λόγος είναι ότι υπάρχει δεδομένο το ότι είναι συνεχώς σε σύνδεση (online). Η ηλικία τους κάνει πιο επιρρεπείς (Berryetal, 2017). Σύμφωνα με την έρευνα των Bloemen&DeConinck (2020), πιο επιρρεπείς στο

σύνδρομο F.O.M.O. είναι τα παιδιά που μεγάλωσαν και με τους δύο γονείς και ο φόβος της απώλειας είναι πιο υπαρκτός. Αντίθετα τα παιδιά των μονογονεϊκών οικογενειών αναγκάστηκαν να ανεξαρτητοποιηθούν νωρίτερα και να ενηλικιωθούν σε ρόλους νωρίτερα.

Στις αιτίες που συμβάλουν ώστε ένα άτομο να χαρακτηριστεί από F.O.M.O. είναι και η περιέργεια που μπορεί να χαρακτηρίζει αυτά τα άτομα, ο ανταγωνισμός που μπορεί να αισθάνεται και η ανάγκη να επιδειχθεί, η έλλειψη συναισθημάτων και πληρότητας, όπως και το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να γίνει μια από τις αιτίες που θα συμβάλουν στο να εμφανίζει το σύνδρομο κάποιο παιδί (Bloemen&DeConinck, 2020).

1.4. Επιπτώσεις και Συνέπειες του Συνδρόμου Αδράνειας FOMO σε παιδιά και εφήβους

Οι επιπτώσεις των μέσων κοινωνικής δικτύωσης (social media) στους εφήβους είναι το κοινωνικό άγχος να εκπληρώσουν ανεκπλήρωτες κοινωνικές ανάγκες με τρόπο διαφορετικό από την επικοινωνία πρόσωπο με πρόσωπο (Cataldoetal., 2021). Η χρήση των social media συμβάλλει στην ευκολότερη επικοινωνία ατόμων αλλά με ελλείψεις και εστιάζεται στο να αντισταθμίσει τις ανεκπλήρωτες κοινωνικές ανάγκες των παιδιών και εφήβων στιγμιαία και με λιγότερη προσπάθεια. Ωστόσο αυτή η «κοινωνική αποζημίωση» μπορεί να είναι προβληματική, γιατί ενισχύοντας την αποφυγή πρόσωπο με πρόσωπο αυξάνει το κοινωνικό άγχος δημιουργώντας προδιάθεση για αγχώδεις διαταραχές (Gupta&Sharma, 2021). Το σύνδρομο αδράνειας (F.O.M.O.) συνδέεται με την προβληματική χρήση των ιστότοπων κοινωνικής δικτύωσης (SNS) λόγω της εύκολης πρόσβασης στους εφήβους για αλληλεπίδραση κατά βούληση και της συνεχούς ανάγκης για προσωπική επικύρωση και ανταποδοτικές αξιολογήσεις της παραμορφωμένης αίσθησης του εαυτού. Η έννοια του συνδρόμου αδράνειας (F.O.M.O.) διερευνά τον φόβο του κοινωνικού αποκλεισμού. Η επανάληψη της ανανέωσης των ιστότοπων του διαδικτύου για ειδοποιήσεις, οδηγεί σε αύξηση των επιπέδων του άγχους και των προσδοκιών ανταμοιβής (Gupta&Sharma, 2021). Η φύση αυτής της επικοινωνίας μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε αίσθημα μοναξιάς και ανεπαρκούς ανάδειξης άλλων δραστηριοτήτων, αλλά και σύγκρισης του εαυτού του με τους άλλους, οδηγώντας το σε ένα φαύλο κύκλο καταναγκαστικού ελέγχου και δέσμευσης. Το σύνδρομο αδράνειας (F.O.M.O.) έχει σχέση με το χρόνο που αφιερώνεται στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, τις συνεχείς «ανοδικές κοινωνικές συγκρίσεις», αλλά και με τις παράλογες προσδοκίες που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την αυτοεκτίμηση κάποιου. Αυτά τα συμβάντα σχετίζονται με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης σε ορισμένα άτομα (Διαφέρμος, 2011).

Η προβληματική χρήση του διαδικτύου και η ανάπτυξη του συνδρόμου αδράνειας (F.O.M.O.) σχετίζεται με νεαρούς ενήλικες που αγνοούν τις σχέσεις με συνομήλικους, οδηγώντας τους δυνητικά σε συμπτώματα κατάθλιψης. Επίσης έρευνες έδειξαν ότι ο υψηλός χρόνος, περισσότερο των δύο ωρών καθημερινά στη χρήση ιστότοπων διαδικτύου (SNS), έδειξαν

υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας. Ακόμη οι έφηβοι με σύνδρομο αδράνειας(F.O.M.O.) ενδέχεται να πειραματιστούν με ναρκωτικά και αλκοόλ, για να ταιριάξουν με τους συνομήλικους τους στο SNS (Gupta&Sharma, 2021).

Τα άτομα που βιώνουν F.O.M.O. τη δεδομένη μέρα νοιώθουν κόπωση, και αρκετά σωματικά συμπτώματα. Όταν βιώνουν συχνά την αίσθηση του F.O.M.O. τότε αυτά τα άτομα έχουν πολύ αυξημένο άγχος, αυξημένη αϋπνία, διατροφικές διαταραχές, λύπη, επίσης διακατέχονται από απόσπαση προσοχής και δεν μπορούν να εστιάσουν σε βασικά ζητήματα. Συμπερασματικά αυτό που χαρακτηρίζει το F.O.M.O. είναι τα συναισθήματα του άγχους και όχι της έλλειψης ευτυχίας (Beyensetal., 2016).

Οι συνέπειες στα άτομα που πάσχουν από το σύνδρομο αδράνειας το (F.O.M.O.) είναι περισσότερο αρνητικές όπως να είναι ανικανοποίητα από τη ζωή και να υστερούν στην ικανότητα της προσωπικής διασύνδεσης (Elhai, etal., 2016). Σύμφωνα με τους Σπυράκη & Κουτσούκου (2018), ειδικά τα παιδιά και οι έφηβοι είναι αυτοί που διακατέχονται πιο πολύ από το σύνδρομο F.O.M.O. και αυτό γιατί υπάρχει μια πιο συχνή επαφή με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Η σχέση με αυτά μπορεί να χαρακτηριστεί ως ανθυγιεινή και επικίνδυνη, γιατί η χρήση των social media είναι σε καθημερινή βάση και όλη τη διάρκεια της ημέρας. Από το πρωί που θα ξυπνήσουν μέχρι το βράδυ πριν κοιμηθούν. Αυτό γίνεται επικίνδυνο όταν γίνεται χρήση ακόμη και όταν περπατούν ή σε μεγαλύτερες ηλικίες οδηγούν και θέλουν να δουν τις δραστηριότητες των άλλων ή να απαντήσουν σε μηνύματα που έχουν λάβει (Riordan, et. al.,2015).

1.5. Άλλες επιπτώσεις του Συνδρόμου Αδράνειας FOMO

1.5.1 Σύνδρομο Αδράνειας και Κοινωνία

Στη σύγχρονη εποχή τεχνολογίας και διαδικτύου, τα νεαρά άτομα παρόλη την αλληλεπίδραση μεταξύ τους αισθάνονται μόνοι και απομονωμένοι. Το σύνδρομο αδράνειας (F.O.M.O.) μπορεί να επιδεινώσει προϋπάρχοντα αισθήματα μοναξιάς μετά από εκτεταμένη χρήση των ιστότοπων κοινωνικής δικτύωσης. Οι ιστότοποι αυτοί δεν μπορούν να αντικαταστήσουν την ουσιαστική και πραγματική επικοινωνία προσφέροντας μη λεκτικά στοιχεία και όχι άμεση επαφή και επικοινωνία, παρά μόνο ψυχρή και απρόσωπη. Ο χρόνος που αφιερώνεται στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης ενεργοποιεί μηχανισμούς, συναισθηματικής δυσαρέσκειας και φόβου. Οι μηχανισμοί αυτοί επιδεινώνονται με τη συνεχή σύνδεση στους ιστότοπους δικτύωσης, ανακουφίζοντας αυτά τα συναισθήματα. Επίσης αποτρέπει την ικανότητα του ατόμου να αναλαμβάνει δεσμεύσεις και συμφωνίες, αναμένοντας μόνο εμπειρίες για προσωπική ικανοποίηση (Gupta&Sharma. 2021).

1.5.2 Σύνδρομο Αδράνειας και Διαταραχές με τον Ύπνο

Το Σύνδρομο της Αδράνειας (F.O.M.O.) και το Διαπροσωπικό Στρες (Interpersonal stress) συνδέονται με την αϋπνία και εν συνεχεία με διάφορες διαταραχές ψυχικής υγείας. Η σύνδεση του συνδρόμου αδράνειας (F.O.M.O.) με τον ύπνο, εκδηλώνεται με αρνητικά αισθήματα αγωνίας, αλλαγή της διάθεσης, θυμό, περιφρόνηση, ενοχή, φόβο και νευρικότητα. Επίσης η έκθεση σε οθόνες ψηφιακών μέσων (smartphone, Tablet), αργά τη νύχτα από τους εφήβους διαταράσσει την ποιότητα ύπνου και ψυχολογική υγεία. Ο φωτισμός της οθόνης των βραχέων κυμάτων, κινητά τηλέφωνα (smartphone, Tablet), οθόνες υπολογιστών, τηλεοράσεις, επηρεάζει και καταστέλλει την παραγωγή της μελατονίνης από την επίφυση. Η μελατονίνη είναι μία ορμόνη που ρυθμίζει το βιολογικό ρολόι του οργανισμού. Παράγεται εκτός από τον άνθρωπο και στα ζώα και στα φυτά. Στον άνθρωπο παράγεται από το τμήμα της επίφυσης του εγκεφάλου (κωνάριο) μέσω υδροξυλίωσης του βασικού αμινοξέος που ονομάζεται τρυπτοφάνη και στη συνέχεια μετατρέπεται σε 5-υδροξυτρυπταμίνη δηλαδή σεροτονίνη και αυτή με τη σειρά της παράγει ακετυλοσεροτονίνη τον άμεσο πρόδρομο της μελατονίνης. Στη συνέχεια το ένζυμο ASMT μέσω της μεθυλίωσης γίνεται N-ακετυλοσεροτονίνη δηλαδή μελατονίνη (Coon et al. 2001) . Η μελατονίνη επίσης είναι ρυθμιστής του ύπνου και ρυθμιστή του κιρκάδιου ρυθμού, οδηγώντας σε νευροψυχολογική διέγερση. Η διατάραξη του κύκλου στον κιρκάδιο ρυθμό οδηγεί σε αυξημένο ύπνο κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η μελατονίνη είναι η ορμόνη που παράγεται στο σκοτάδι. Η λέξη μελατονίνη προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη μέλας που σημαίνει σκοτάδι. Η ενεργοποίησή της γίνεται τη νύχτα και ελαττώνεται την ημέρα (Ahmad, et. al. (2023).

1.5.3. Επιπτώσεις του Συνδρόμου Αδράνειας στις Σχολικές Επιδόσεις

Ο εθισμός των παιδιών με το διαδίκτυο έχει αρνητικές επιπτώσεις στη σχολική επίδοση των παιδιών (Demir και Kutlu (2018). Επηρεάζει την συγκέντρωση στα μαθήματα και η συνεχής σύνδεση μέσω ιστότοπων διαδικτύου μπορεί να βλάψει τις γνωστικές ικανότητες με αποτέλεσμα την κακή μάθηση. Έχει αποδειχθεί ότι όσο περισσότερο ασχολούνται με το διαδίκτυο κάνουν περισσότερα λάθη, άρα μειωμένη απόδοση και δραστηριότητα (Gupta & Sharma, 2021).

1.5.4. Σύνδρομο Αδράνειας και Φυσική Ενεξία

Οι νεαροί έφηβοι με υψηλά επίπεδα συνδρόμου αδράνειας (F.O.M.O.), πιθανό να αναφέρουν τον τρόπο ζωής τους ως υγιή. Συναισθήματα φθόνου και κοινωνικού αποκλεισμού συνδέονται επίσης με διατροφικές συνήθειες. Επιπλέον το σύνδρομο αδράνειας (F.O.M.O.) γίνεται αιτία για την υψηλή χρήση των ιστότοπων διαδικτύων (SNS), που οδηγεί σε καθιστικό τρόπο ζωής και επηρεάζει την τάση για παχυσαρκία στους εφήβους. Ο χρόνος που αφιερώνεται στο διαδίκτυο

σχετίζεται ακόμη με προβλήματα όρασης και απόσπαση προσοχής, η οποία συνδέεται με ατυχήματα κατά το περπάτημα, στη διασταύρωση δρόμων, την οδήγηση και τις καθημερινές δραστηριότητες. Η κακή στάση σώματος λόγω πολύωρης χρήσης διαδικτύου και συνδρόμου αδράνειας (F.O.M.O.), έχει ως επακόλουθο μυοσκελετικούς πόνους στον αυχένα, την πλάτη, τα χέρια και τα δάχτυλα. Αυτό μπορεί να επεκταθεί καθώς ο πόνος εμποδίζει την έναρξη ή τη συσχέτιση του ύπνου, συμβάλλοντας στην κακή σωματική υγεία (Gupta & Sharma, 2021).

1.5.5. Μέτρα πρόληψης για την κακή χρήση του διαδικτύου

Ο εθισμός και η αλόγιστη χρήση του διαδικτύου δεν έχει μέχρι στιγμής χαρακτηριστεί ως μια κλινική οντότητα. Είναι μια προβληματική κατάσταση και επιδρά αρνητικά στο προσωπικό, οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον του ατόμου που τη βιώνει. Σημαντικό είναι η αρνητική επίδραση που έχει στη κοινωνική ζωή του παιδιού. Τα συναισθήματα του φόβου, του άγχους, της ενοχής και γενικά άσχημα συναισθήματα δημιουργούν στο παιδί – έφηβο ψυχικές διαταραχές και δυσλειτουργίες. Τα παιδιά – έφηβοι που κάνουν αλόγιστη χρήση του διαδικτύου θα δείχνουν κουρασμένα, θα διακατέχονται από υπνηλία, η απόδοση τους στα μαθήματα θα έχει πέσει, θα παραμελούν τις αγαπημένες τους δραστηριότητες και γενικά θα διακατέχονται από στοιχεία κοινωνικής απομόνωσης, ανυπακοής και ευερεθιστικότητας με συγκρουσιακή διάθεση (Σιώμος, 2018).

Θα πρέπει να ακολουθηθούν μια σειρά από προσεγγίσεις, ώστε να μπορέσουν τα παιδιά να ανακτήσουν τον προσωπικό τους έλεγχο και να θέσουν από μόνα τους τα όρια της σωστής χρήσης του διαδικτύου. Οι γονείς θα πρέπει να προσανατολίσουν τα παιδιά σε εναλλακτικές δραστηριότητες και να τα απομακρύνουν από την ψηφιακή ψυχαγωγία. Σημαντικό είναι οι ηλεκτρονικές συσκευές να είναι τοποθετημένες σε κοινόχρηστο χώρο του σπιτιού και ορατές, ώστε να μην απομονώνονται τα παιδιά και δεν ελέγχεται το περιεχόμενο που επισκέπτονται και ο χρόνος που διαθέτουν (Σιώμος, 2018). Σημαντικό για να αντιμετωπιστεί ο εθισμός στο διαδίκτυο είναι να αναγνωριστεί πρώτα και στη συνέχεια να ερευνηθούν τα υποβόσκοντα προβλήματα που οδήγησαν το άτομο στον εθισμό. Η καλύτερη λύση είναι η πρόληψη για να αποφευχθεί η θεραπεία (Gupta & Sharma, 2021). Επίσης σημαντικό είναι να γίνει εφαρμογή φίλτρων σε μικρές ηλικίες. Στους εφήβους δεν συνιστάτε, γιατί ξέρουν να τα χειριστούν χωρίς να καταλάβουν οι γονείς. Σημαντική είναι και η συναισθηματική κάλυψη που πρέπει να δίνουν οι γονείς στα παιδιά με την κοινή ενασχόληση στο διαδίκτυο από τη μικρή ηλικία των παιδιών, ώστε να μάθουν να διαχειρίζονται με ασφάλεια το διαδίκτυο και να αποκτήσουν κριτικό φίλτρο. Θα πρέπει τα παιδιά να ενημερώνονται από πολύ μικρά για τον κίνδυνο του εθισμού του διαδικτύου και πως να χειρίζονται δύσκολες καταστάσεις που μπορεί να προκύψουν κατά την ενασχόλησή τους με αυτό (McDool et al., 2020).

Κεφάλαιο 2. Κατάθλιψη – Παιδική Κατάθλιψη

2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα σύμπτωμα που παρουσιάζεται ως θλίψη, μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα σύνδρομο, συνδυάζοντας σχετιζόμενα συμπτώματα, και ως μια διαγνωσμένη διαταραχή, εάν ένα συγκεκριμένο σύνολο συμπτωμάτων παρατηρηθεί ότι έχει την ίδια πορεία, την ίδια πρόγνωση και τα ίδια αίτια και όλα αυτά ανταποκρίνονται στην ίδια θεραπεία. Αν ο άνθρωπος έρθει αντιμέτωπος με μια απώλεια, ή απογοήτευση είναι φυσικό και αναμενόμενο να νοιώσει συναισθήματα θλίψης. Αν όμως αυτά επιμένουν και έχουν διάρκεια, τότε είναι πολύ πιθανό να οδηγήσουν σε διαταραχή (Garber & Rao, 2014)

Η νόσος της κατάθλιψης έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας από την αρχαιότητα έως σήμερα. Ο Ιπποκράτης και ο Αρεταίος έχουν περιγράψει τις καταθλιπτικές διαταραχές και αυτό το αποδεικνύουν τα Ομηρικά Έπη, το Αρχαίο Ελληνικό Δραματολόγιο, η Πολιτεία του Πλάτωνα κ.α. Ο ορισμός των αρχαίων Ελλήνων της κατάθλιψης ήταν η «μελαγχολία» και η αιτία αυτής ήταν η παραγωγή χολής στον σπλήνα σε αρκετά μεγάλες ποσότητες από μακροχρόνιες φοβίες (Κλεφτάρας, 1998). Η «μελαγχολία» κατά τους αρχαίους μπορούσε να θεραπευτεί με μουσική και γυμναστική (Μπλούμφιλντ & Μακ, 1997).

Σύμφωνα με τους Ευθυμίου & συν. (2006), ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιείται πρώτη φορά τον 19^ο αιώνα και επισήμως θεωρείται ψυχική νόσος. Αυτό το πρεσβεύουν σπουδαίοι επιστήμονες όπως ο Maynert, νευροπαθολόγος και ανατόμος, ο Griesinger νευρολόγος ψυχίατρος και ο Wernicke ιατρός νευροπαθολόγος, ψυχίατρος και ανατόμος γερμανικής καταγωγής. Λόγω της προόδου της ανατομικής παθολογικής έρευνας του εγκεφάλου, διαπιστώθηκε ότι πολλές από τις ψυχικές νόσους είχαν οργανική προέλευση (Fakhoury & Priebe, 2007; Chow & Priebe, 2013).

Ο ορισμός της κατάθλιψης δεν είναι εύκολος, παρόλο που είναι ένα πολύ συχνό φαινόμενο στη σημερινή εποχή. Η επιστημονική κοινότητα διαφωνεί στο αν η κατάθλιψη είναι βιολογικό, ή ψυχολογικό φαινόμενο, συμφωνεί όμως ότι είναι ένα παγκόσμιο χαρακτηριστικό της φύσης του ανθρώπου και κυμαίνεται από την θλίψη που μπορεί παροδικά να συμβεί στον καθένα μέχρι την βαριά κατάθλιψη (Schwartz, 1993).

Σήμερα κάποιος θα διαγνωστεί με κλινική κατάθλιψη όταν έχει μία θυμική κατάσταση δυσάρεστη πάνω από δύο εβδομάδες και έχει επηρεάσει λειτουργικά τη ζωή του. Σε ένα απλό φυσιολογικό καταθλιπτικό συναίσθημα η ένταση είναι μικρότερη και η διάρκεια λιγότερη. Στην κατάθλιψη το συναίσθημα είναι πολύ πιο έντονο και η διάρκειά του πολύ μεγαλύτερη (Ευθυμίου κ.α., 2006). Οι άνθρωποι που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν μια διαταραχή ψυχής που γίνεται αιτία να προκαλούνται πολλές αλλαγές στη διάθεσή τους, στη συμπεριφορά τους στον τρόπο σκέψης τους, όπως και στο σώμα τους π.χ. μειωμένη ενέργεια, χάνουν το ενδιαφέρον τους για διάφορα

πράγματα, κατακλύζονται από αδυναμία και παρατηρούνται διαταραχές στον ύπνο τους (Gherardi – Donato, etall, 2015).

2.2 Είδη κατάθλιψης

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), (DSM –5) η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί ως ένα μέρος των διαταραχών της διάθεσης. Ταξινομώντας έτσι την κατάθλιψη γίνεται μια περιγραφή στα επεισόδια της διάθεσης και στις διαταραχές της διάθεσης. Τα επεισόδια χρησιμοποιούνται ως στοιχεία που διευκολύνουν στο να διαγνωστούν οι διαταραχές και δεν μπορούν να διαγνωστούν από μόνα τους. Οι καταθλιπτικές διαταραχές σύμφωνα με το (DSM –5) μπορούν να διακριθούν σε διαφορετικούς τύπους (ADA, 2013).

Οι τύποι είναι οι εξής: Καταθλιπτική Διαταραχή ή Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο, Δυσθυμική Διαταραχή και η Καταθλιπτική Διαταραχή, που δεν προσδιορίζεται αλλιώς.

Στον πρώτο τύπο Καταθλιπτική Διαταραχή ή Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο τα κριτήρια διάγνωσης σύμφωνα με το DSM-5 θα πρέπει να είναι πέντε, ή μπορεί και περισσότερα παρόντα μέσα σε ένα χρονικό διάστημα δύο εβδομάδων που γίνονται αιτία να αλλάξει η καθημερινότητα του πάσχοντα. Σίγουρα θα παρατηρείται στον ασθενή μία απώλεια ευχαρίστησης και ενδιαφέροντος για την καθημερινότητα, χωρίς να υπάρχει καμία σχέση με κάποια σοβαρή ασθένεια του σώματος απλά υπάρχει μια καταθλιπτική διάθεση. Τα συγκεκριμένα άτομα σχεδόν όλη την ημέρα είναι θλιμμένα, υπάρχει ένα αίσθημα κενού και είναι ευσυγκίνητα σε τυχόν παρατηρήσεις – επιπλήξεις των άλλων.

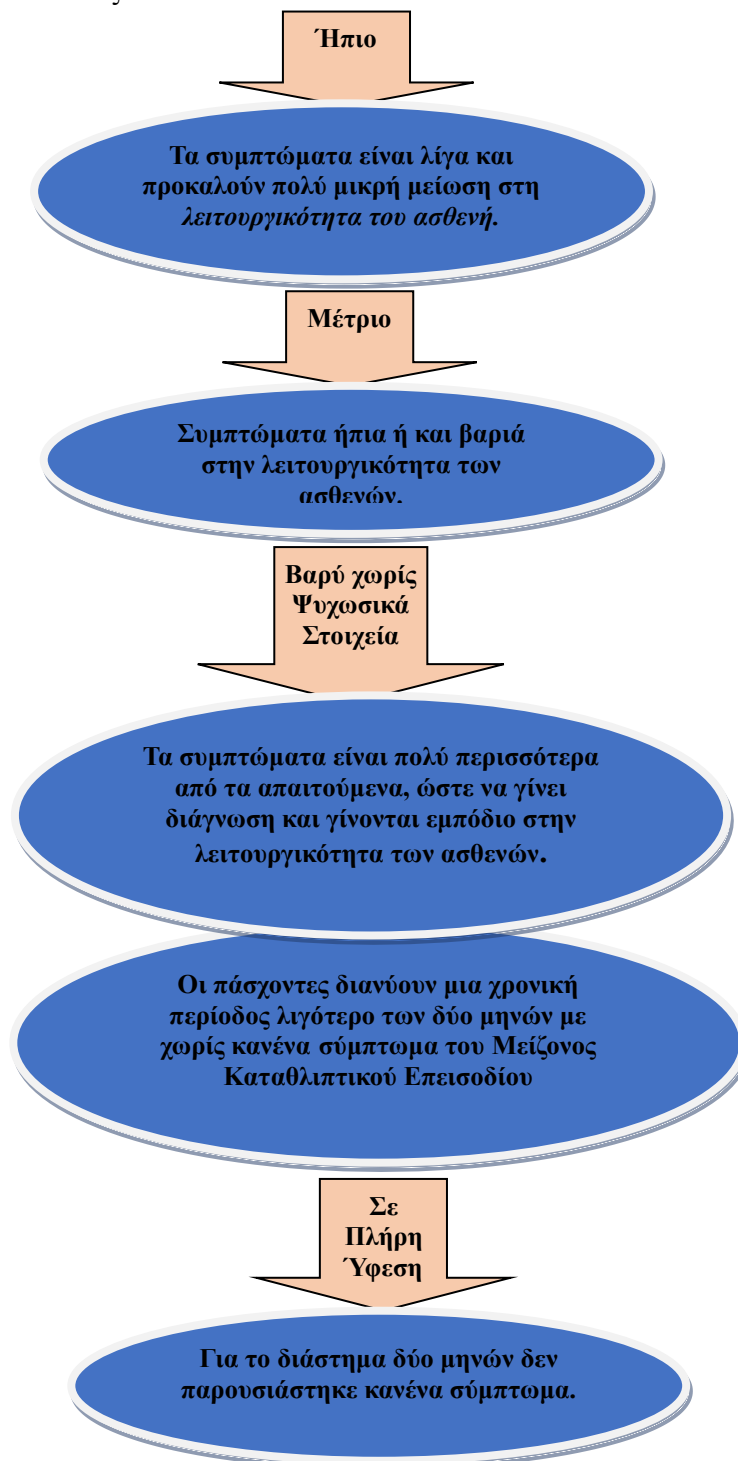
Στην παιδική ή εφηβική ηλικία μπορεί να παρατηρηθεί και μια ευερεθιστικότητα στην διάθεσή τους. Το ενδιαφέρον για δραστηριότητες ελαττώνεται, ή μπορεί να εξαλειφτεί εντελώς. Επίσης παρατηρείται και απώλεια, ή απότομη αύξηση του βάρους των ασθενών. Ένα άλλο κριτήριο διάγνωσης είναι και η αϋπνία ή υπερυπνία σε καθημερινή βάση.

Στα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη παρατηρείται και ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση σε καθημερινή βάση, όπως και κόπωση χωρίς τα συγκεκριμένα άτομα να κάνουν καμία ενέργεια για οποιαδήποτε δραστηριότητα. Σημαντικό επίσης είναι το κριτήριο διάγνωσης σε αυτούς τους ανθρώπους του αισθήματος της αναξιότητας και ενοχής, όπως και οι σκέψεις θανάτου με ιδέες αυτοκτονίας, χωρίς όμως να υπάρχει κάποιο σχέδιο υλοποίησης.

Επίσης σε ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο παρατηρούνται συμπτώματα που δεν πληρούν κριτήρια που υπάρχουν σε ένα Μικτό Επεισόδιο. Όπως και δεν είναι αποτέλεσμα λήψης ουσιών, είτε αυτές είναι από φάρμακα, είτε από καταχρήσεις. Ούτε από σωματικής παθολογίας του ασθενούς. Τα συγκεκριμένα συμπτώματα είναι τόσο σοβαρά που δημιουργούν πρόβλημα στην

κοινωνική και επαγγελματική ζωή του πάσχοντα. Ακόμη και απώλεια αγαπημένου προσώπου να υπάρχει τα αυτά τα συμπτώματα δικαιολογούνται όχι πάνω από δύο μήνες.

Στο παρακάτω σχήμα παρουσιάζονται Προσδιοριστές Βαρύτητας με ψυχωσικά στοιχεία και στοιχεία ύφεσης του Μείζον Καταθλιπτικού Επεισοδίου.



Σχήμα 1. Προσδιοριστές Βαρύτητας, με ψυχωσικά στοιχεία και στοιχεία ύφεσης του Μείζον Καταθλιπτικού Επεισοδίου

Σύμφωνα με την Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή (Υποτροπιάζουσα) τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών θα πρέπει να υπάρχουν δύο ή περισσότερα επεισόδια με διαφορά δύο μηνών το ένα από το άλλο. Δεν έχουν όμως καμία σχέση με σχιζοφρένεια, ούτε με παραληρηματική διαταραχή, ούτε με ψυχωσική διαταραχή. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς δεν έχουν παρουσιάσει ποτέ μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο.

Οι ασθενείς με Δυσθυμική Διαταραχή παρουσιάζουν μια διάθεση καταθλιπτική που διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα έως και 2 χρόνια τουλάχιστον σε ενήλικες και στα παιδιά και εφήβους ένα χρόνο. Σύμφωνα με το DSM-5 τα κριτήρια για να γίνει διάγνωση της συγκεκριμένης Διαταραχής είναι η διατροφική διαταραχή που εκδηλώνεται πότε με βουλιμία και πότε με κακή όρεξη. Διαταραχή στον ύπνο πότε υπερβολικός και πότε πολύωρη αϋπνία, αρνητική αυτοεικόνα, διάσπαση προσοχής και άρνηση λήψης αποφάσεων. Επίσης η κόπωση και η χαμηλή ενέργεια όπως και η απελπισία συναισθήματος. Η συγκεκριμένη διαταραχή όσο διαρκεί, περίπου δύο χρόνια, δεν εκλείπουν τα συμπτώματα ποτέ πάνω από δύο μήνες. Βέβαια δεν έχει παρουσιάσει ο ασθενής ποτέ μανιακό ή υπομανιακό, ή μικτό επεισόδιο. Δεν ταυτίζεται με τα κριτήρια της Κυκλοθυμικής Διαταραχής, ούτε τα συμπτώματα οφείλονται στη λήψη ουσιών, ή φαρμάκων (ADA, 2013)

2.3. Κλινική εικόνα και διάγνωση

Η κλινική εικόνα ενός καταθλιπτικού ανθρώπου ποικίλει, ανάλογα με την ένταση και διάρκεια αλλά και την σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα είναι πολλά και κατηγοριοποιούνται σε σωματικά και ψυχικά. Σημαντικό είναι να αναγνωρίζονται έγκαιρα, ώστε να καταπολεμούνται στην αρχή. Η συγκεκριμένη ασθένεια θέλει έγκαιρη αντιμετώπιση, ώστε να μπορέσει ο ασθενής να θεραπευτεί.

Στο παρακάτω σχήμα γίνεται αναφορά και διαχωρισμός στα σωματικά συμπτώματα και στα ψυχικά συμπτώματα της κατάληψης (Pinheiro, et. all, 2016; Speed, et. all, 2019).





Σχήμα 2. Συμπτώματα σωματικά και ψυχικά

Η διαφορετικότητα των ατόμων σύμφωνα με το κοινωνικό και οικογενειακό τους περιβάλλον, αλλά και με την ηλικία, γίνεται αιτία η κατάθλιψη να εκδηλώνεται διαφορετικά στο κάθε άτομο και έτσι να μην μπορούν να διαγνωστούν εύκολα τα συμπτώματα. Πολλές φορές τα παιδιά και κυρίως οι έφηβοι διανύουν δύσκολες φάσεις στη ζωή τους, αν όμως δεν είναι απλά μια κακή διάθεση και είναι συμπτώματα κατάληψης θα πρέπει οι γονείς, αλλά και οι εκπαιδευτικοί να είναι πιο προσεκτικοί και σχολαστικοί στην παρακολούθηση τέτοιων συμπτωμάτων. Η διάγνωση της κατάθλιψης γίνεται με την παρουσίαση πέντε συμπτωμάτων σε διάρκεια δύο εβδομάδων με καθημερινή εναλλαγή (DSM, 2013).

Η κλινική εικόνα που παρουσιάζουν τα συγκεκριμένα άτομα είναι καταθλιπτική διάθεση σχεδόν κάθε μέρα για αρκετές ώρες, έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες, παιδιά και έφηβοι πολλές φορές παρουσιάζουν ευερεθιστότητα, αναποφασιστικότητα, διάσπαση προσοχής, διατροφικές διαταραχές, ενοχικά συναισθήματα και σκέψεις για θάνατο (ADA 2013).

Καταθλιπτικός μπορεί να γίνει κάποιος σε οποιαδήποτε ηλικία. Συνήθως η εφηβεία και τα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης είναι οι περίοδοι που έχουν τις περισσότερες διαγνώσεις κατάθλιψης (Lewinsohn et al. 1993). Η αυτοκτονία είναι αποτέλεσμα σοβαρής κατάθλιψης και σύμφωνα με τους Goodwin, Jamison, (1990) το 15% έως 20% είναι το ποσοστό που αυτοκτονεί από τα άτομα που πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη.

2.4. Θεραπεία της κατάθλιψης

Η καλύτερη θεραπεία της κατάθλιψης είναι η πρόληψη. Είναι πολύ δύσκολο να προληφθεί η κατάθλιψη απ' ό,τι μία άλλη ασθένεια. Με τον όρο πρόληψη ορίζεται η αποφυγή παγίδων που μπορεί να στήσει ένας καταθλιπτικός και να αφεθεί σε μια χρόνια κατάθλιψη. Όποιος είναι καταθλιπτικός έχει πρόβλημα υγείας, η πρόληψη του οποίου χωρίζεται σε τρεις βαθμούς φροντίδας, πρώτο, δεύτερο, τρίτο βαθμό. Η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει ως σκοπό να επιτευχθεί η καλύτερη συμπεριφορά των ανθρώπων ως προς το καταθλιπτικό άτομο, αλλά και να μπορέσουν τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη να αποφύγουν τη χρόνια νόσο, ή να απομακρυνθούν από ένα καταθλιπτικό περιβάλλον. Στην επίτευξη αυτού του στόχου συμβάλει η επικοινωνία που θα έχει το καταθλιπτικό άτομο με το περιβάλλον του, είτε αυτό είναι οικογενειακό, είτε φιλικό, αλλά και το μορφωτικό του επίπεδο.

Η δευτεροβάθμια πρόληψη είναι αυτή που φροντίζει την εκπαίδευση και την επιμόρφωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που ασχολείται με άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη. Το πρόβλημα είναι ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας έχουν έλλειψη των συγκεκριμένων γνώσεων και για το λόγο αυτό η επιμόρφωση θα πρέπει να είναι συνεχής, ώστε να μπορούν να επιλέγουν τις σωστές μεθόδους θεραπείας, αλλά και τα κατάλληλα φάρμακα ηρεμιστικά ή αντικαταθλιπτικά.

Η τριτοβάθμια πρόληψη θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει διεργασίες που να αποτρέπουν τον ασθενή να επανέλθει στην πρότερη κατάσταση και να γίνει πάλι καταθλιπτικός. Το περιβάλλον θα πρέπει να είναι ήρεμο και συνεργάσιμο.

Μπορεί η κατάθλιψη να είναι μια σοβαρή ψυχική διαταραχή, αλλά σε σχέση με άλλες μπορεί να ιαθεί αποτελεσματικά. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να μην αγνοείται η θεραπεία και να εξαρτάται από το πόσο σοβαρή είναι η κατάσταση του ασθενούς. Μπορεί το καταθλιπτικό άτομο ανάλογα της σοβαρότητας της κατάστασής του να χρειάζεται ψυχοθεραπεία, ή φαρμακευτική θεραπεία, ή και νοσοκομειακή περίθαλψη. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο μία από αυτές τις θεραπείες ή και να γίνει ένας συνδυασμός αυτών (Flach F., 2002). Περίπου το 50% των ασθενών που πάσχουν από κατάθλιψη δεν λαμβάνουν τη σωστή θεραπεία. Πολλές φορές η χρόνια θεραπεία γίνεται αιτία να δημιουργηθεί αντίσταση από τον πάσχοντα και να μην έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Όπως είναι δύσκολο να βρεθεί η αιτιολογία της κατάθλιψης, άλλο τόσο δύσκολο είναι και η αντιμετώπισή της (Akil, etall, 2018).

Σύμφωνα με τους Jesulola.etall, (2018) ένα ποσοστό 30% ασθενών με κατάθλιψη δεν έχουν ανταπόκριση σε καμία θεραπεία. Για να βρεθούν θεραπείες που θα έχουν θετικά αποτελέσματα θα πρέπει να γίνει κατανοητή η παθοφυσιολογία της κατάθλιψης και να αποκρυπτογραφηθεί πλήρως.

Η ψυχοθεραπεία είναι μια κλινική μέθοδος που βοηθάει τους ανθρώπους να τροποποιούν τις συμπεριφορές τους και τα συναισθήματά τους. Χωρίζεται στη Γνωστική, ή Γνωσιακή Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία. Η Διαπροσωπική Θεραπεία. Η Θεραπεία Συμπεριφορικής

Ενεργοποίησης και η Θεραπεία Επίλυσης Προβλημάτων (Cuijpers, et al, 2019).

Η Γνωστική ή Γνωσιακή Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία είναι από τις πιο αποδεκτές θεραπείες της κατάθλιψης. Ο ασθενής θα πρέπει μέσα από διάφορες τεχνικές που θα τις εκτελέσει μόνος να τροποποιήσει τη γνώση και τη συμπεριφορά. Αυτές οι συνεδρίες κρατάνε 15-20 λεπτά (Baldwin & Birtwistle, 2002).

Η Διαπροσωπική Θεραπεία θα πρέπει να αποδείξει ότι οι προβληματικές σχέσεις του ασθενή με την οικογένεια από τα παιδικά χρόνια δημιουργούν δυσπροσαρμοστικότητα και δυσκολία στην αντιμετώπιση των προβλημάτων της ζωής. Για την οξεία κατάθλιψη η Θεραπεία Συμπεριφορικής Ενεργοποίησης είναι η θεραπευτική προσέγγιση που ενδείκνυται. Μια νέα θεραπευτική παρέμβαση είναι η Θεραπεία Επίλυσης Προβλημάτων. Οι συγκεκριμένη θεραπεία είναι αποτελεσματική σε βάθος χρόνου, όμως μπορούν οι ασθενείς να χρησιμοποιήσουν τις τεχνικές για να προστατευτούν από τις υποτροπές (Baldwin & Birtwistle, 2002).

Η θεραπεία με τα φάρμακα ξεκίνησε με τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης που βοηθούν στην αναστολή της έκκρισης του ενζύμου μονοαμινοξειδάση και αυτό βελτιώνει τη διάθεση. Με τη διαπίστωση των πολλών παρενεργειών δεν χρησιμοποιείται πια ο συγκεκριμένος τύπος αντικαταθλιπτικών. Επίσης τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά δεν χορηγούνται πια επισήμως λόγω των καρδιακών παρενεργειών. Αυτή η φαρμακευτική θεραπεία που χρησιμοποιείται ευρέως σήμερα είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης χωρίς σοβαρές αντενδείξεις. Συνήθως τα αποτελέσματα από την φαρμακευτική θεραπεία εμφανίζονται μετά από τις τρεις εβδομάδες. Υπάρχουν όμως και ασθενείς που η φαρμακευτική αγωγή δεν είναι θετική προς αυτούς (Monteggia, et. al, 2014).

Ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής είναι από τις πιο αποτελεσματικές θεραπείες, αν και η φαρμακοθεραπεία αποφεύγεται τις περισσότερες φορές για κοινωνικούς λόγους (Cuijpers, et. al, 2019).

Σημαντική συμβολή στην καταπολέμηση της κατάθλιψης θεωρείται και η φυσική άσκηση. Ο λόγος είναι ότι διεγείροντας την έκκριση αυξητικών παραγόντων και μειώνοντας τις προφλεγμονώδεις αντιδράσεις καταπολέμα το άγχος (Gulyaeva, et. al, 2019).

2.5. Παιδική κατάθλιψη

Πριν μερικά χρόνια το να πάσχουν τα παιδιά και οι έφηβοι από κατάθλιψη δεν υπήρχε στο πλάνο της ιατρικής διάγνωσης. Ο λόγος που προέκυπτε αυτό ήταν ότι σύμφωνα με την ψυχαναλυτική άποψη, έπρεπε να υπάρχει ανάπτυξη του Υπερεγώ, ώστε να υπάρχουν συναισθήματα απώθησης και θυμού. Τα παιδιά θεωρούνται μη ολοκληρωμένες προσωπικότητες και γι' αυτό το λόγο πίστευαν ότι δεν μπορούν να πάσχουν από κατάθλιψη. Σήμερα δεν ισχύει αυτό και υπάρχει

μια μεγάλη προσπάθεια για μελέτη της κατάθλιψης στην παιδική και εφηβική ηλικία. Όχι όμως στην έκταση που θα έπρεπε να γίνεται σε σχέση με το πρόβλημα. Σύμφωνα με μελέτες και συγκεκριμένα στις ΗΠΑ το 15 έως 20% στα αγόρια, αλλά και στα κορίτσια πάσχει από κατάθλιψη στην παιδική ηλικία και το 20 έως 46% των αγορών και το 25 έως 56% των κοριτσιών πάσχουν από κατάθλιψη στην εφηβεία (Hemmen & Ruddolf, 1996).

Τα παιδιά που πάσχουν από κατάθλιψη μπορούν πολύ εύκολα να μην διαγνωστούν, γιατί τους είναι δύσκολο να εκφραστούν και να κοινοποιήσουν με τον διάλογο αυτά που νοιώθουν. Παρουσιάζουν συχνά συμπτώματα απομόνωσης, ή ευερεθιστικότητας, ή πολλές φορές αδράνεια και πλήξη που μπορεί να παρερμηνευτούν και να χαρακτηριστούν ως τεμπελιά και ενόχληση (Costello et al. 2006).

Η μη ικανότητα των γονέων να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα και να τα αξιολογήσουν κάνουν τα παιδιά να υποφέρουν από μια κατάσταση που δημιουργεί αρκετά προβλήματα και στο τέλος το πρώτο σύμπτωμα που καλούνται οι γονείς να αντιμετωπίσουν είναι η τάση αυτοκτονίας. Σύμφωνα με στατιστικές παιδιά ηλικίας 10 ετών σε ένα ποσοστό 13% πάσχουν από κατάθλιψη. Επίσης είναι πολύ πιθανό παιδιά από γονείς που πάσχουν από κατάθλιψη να γίνουν και αυτά καταθλιπτικά ίδιας μορφής. Το δύσκολο είναι ότι σε αυτή την ηλικία η φαρμακευτική αγωγή δεν έχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα (Ουζούνη & Νακάκης, 2008).

Όταν ένα παιδί πάσχει από κατάθλιψη θα παρουσιάζει και υποτροπές και στην ενήλικη ζωή του. Σημαντική διαφορά σε συμπτώματα στο πόσο σοβαρά είναι και στη συχνότητα εμφάνισης παρατηρείται ανάμεσα στα δύο φύλα από την ηλικία των 12 ετών και μετά (Σταθοπούλου, 2021).

Τα παιδιά που παρουσιάζουν κατάθλιψη σύμφωνα με έρευνες έχουν υψηλά ποσοστό να νοσήσουν από κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή τους και να χρειαστούν ψυχιατρική νοσηλεία. Έχουν περιορισμένη κοινωνική προσαρμογή και αυτοκτονικές τάσεις (McCroneet. al. 2005).

Η δυσκολία στην παιδική κατάθλιψη δεν οφείλεται μόνο στην αναγνώριση των συμπτωμάτων, αλλά σημαντικό ρόλο παίζει και η αποδοχή των γονιών ότι το παιδί τους πάσχει από καταθλιπτικό σύνδρομο και πρέπει να επισκεφθεί ειδικό ψυχικής υγείας. Πολλοί γονείς την κυκλοθυμία, την ευερεθιστότητα, την κακή διάθεση για μεγάλο χρονικό διάστημα, όπως και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, όλα αυτά τα θεωρούν φυσιολογικά και τα αποδίδουν ως ηλικιακές αντιδράσεις. Πολλοί είναι αυτοί που πιστεύουν ότι όλα αυτά τα δείγματα συμπεριφοράς γίνονται από τα παιδιά για να τραβήξουν τα βλέμματα απάνω τους (Costello et al. 2006).

Την περίοδο της παιδικής και εφηβικής ηλικίας πολλοί γονείς, αλλά και εκπαιδευτικοί την θεωρούν περίοδο ξεγνοιασιάς και ότι τα παιδιά και οι έφηβοι δεν έχουν κανένα πρόβλημα να τους απασχολεί. Αυτό όμως διαψεύδεται από τη σημερινή εποχή που είναι απαιτητική, ανταγωνιστική, γεμάτη από αγχογόνες καταστάσεις και δημιουργεί στα παιδιά ανασφάλεια και φόβο. Όλα αυτά είναι πολύ δύσκολο να εξωτερικευτούν, ακόμη και να συνειδητοποιηθούν από τους ανήλικους των

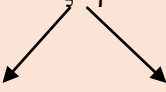
μικρών ηλικιών με αποτέλεσμα να κλείνονται στον εαυτό τους. (Μπίμπου - Νάκου, Κιοσέογλου & Στογιαννίδου, 2001). Οι απαιτήσεις της οικογένειας και πολύ περισσότερο οι επικρίσεις κάνει το παιδί να κρατά μια στάση άμυνας και να μην μπορεί να εκφράσει τα συναισθήματά του. Με όλη αυτή την καταπίεση ένα παιδί οδηγείται στην άρνηση, στο θυμό και τελικά στην κατάθλιψη, γιατί δεν μπορεί να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα. Ένα τέτοιο παιδί μπορεί να προσποιείται ότι δεν έχει ανάγκη από καθοδήγηση στην πραγματικότητα όμως θα πρέπει να βοηθηθεί από έναν ενήλικα για να μην χρειαστεί μετά την βοήθεια ενός ειδικού (Μπίμπου - Νάκου, Κιοσέογλου & Στογιαννίδου, 2001). Μία επιπλέον δυσκολία για την διάγνωση των καταθλιπτικών παιδιών είναι τα μη σαφή κλινικά σημεία αναφοράς (Costello et al. 2006).

2.6. Αίτια παιδικής κατάθλιψης

Πολλές φορές τα αίτια της παιδικής κατάθλιψης μπορεί να είναι γενετικά, βιολογικά αναπτυξιακά, ή κάποιες γνωστικές και εμπειρικές διαδικασίες που μπορεί να έχουν κάποια σύνδεση με την παιδική ηλικία. Πολύ σημαντικό είναι και η ύπαρξη ενός γονέα με κατάθλιψη. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι εάν είναι καταθλιπτικός ένας από τους δύο γονείς ή ακόμη και κάποιος από τα αδέρφια του τότε κατά 25-30% θα εμφανίσει καταθλιπτική νόσο σε κάποια στιγμή της ζωής του. Στο 70% αυξάνονται οι πιθανότητες όταν είναι και οι δύο γονείς καταθλιπτικοί (Σταθοπούλου, 2021). Δεν είναι όμως αποδεδειγμένο από έρευνες ότι η κατάθλιψη μπορεί να κληρονομηθεί από τα γονίδια ή γνωσιακά χαρακτηριστικά.

Ο παρακάτω πίνακας αναφέρεται στο γενικότερο πλαίσιο στο οποίο αναπτύχθηκε το πρόβλημα της κατάθλιψης στα παιδιά και στις θεωρίες ειδικών.

Πίνακας 1.: Κατάθλιψη και περιβάλλοντα

Ενδοατομικό Περιβάλλον – Γνωστικές θεωρίες Θεωρίες αναξιοσύνης, αβοηθησίας και απόδοσης	
Θεωρία των Cicchetti & Toth (1998) αναφορά στους Wenar & Kerig (2000)	Η ανασφαλής προσκόλληση των βρεφών στη μητέρα και η σύνδεση με την βρεφική, παιδική και εφηβική κατάθλιψη.
Blatt & Homman (1992) αναφορά στους Wenar & Kerig (2000)	Ανασφαλούς προσκόλληση  Εξαρτώμενη κατάθλιψη Αυτοκριτική κατάθλιψη

Διαπροσωπικό Περιβάλλον	
Stark, Humphrey, Crook, & Lewis (1990)	Οικογενειακές αντιξοότητες κακομεταχείριση – γονεϊκή απώλεια Σχέσεις με συνομηλίκους.
Οργανικό Περιβάλλον Κληρονομικότητα με ερωτηματικό	
Mandel (1976) αναφορά στους Κάκουρο & Μανιαδάκη (2006)	Στρες και εξάντληση των μονοαμινών-μεταβιβαστών Ευπαθής εγκέφαλος και πυροδοτικοί μηχανισμοί ελαττώνουν τους νευρομεταβιβαστές σχεδόν όμοια με την κληρονομικότητα της κατάθλιψης.

Σύμφωνα με τους Cicchetti & Toth (1998) όπου αναφέρεται στους Wenar & Kerig (2000) υπάρχει μια εξάρτηση μεταξύ της ανασφάλειας που δημιουργείται στα βρέφη και προσκολλούνται στη μητέρα με αποτέλεσμα αυτά τα μωρά στην πορεία της ζωής τους να γίνονται καταθλιπτικά παιδιά και καταθλιπτικοί έφηβοι. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία οι Blatt & Homman (1992) όπως αναφέρεται στους Wenar & Kerig (2000) υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη διακρίνεται σε δύο είδη την εξαρτώμενη κατάθλιψη και την αυτοκριτική κατάθλιψη. Το άτομο που πάσχει από εξαρτώμενη κατάθλιψη τον διακατέχουν αισθήματα αβοηθησίας και μοναξιάς, ενώ το άτομο που πάσχει από την αυτοκριτική κατάθλιψη των διακατέχουν αισθήματα ενοχής, κατωτερότητας και αναξιότητας. Όλα αυτά προέρχονται από το ενδοατομικό περιβάλλον.

Σύμφωνα με τους Stark et. all. (1990) το οικογενειακό περιβάλλον και οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτό, συμβάλουν σημαντικά στην δημιουργία κατάθλιψης των παιδιών. Ένας τραυματικός αποχωρισμός από την μητέρα, ή γενικά μια γονεϊκή απώλεια, ακόμη και η μητρική κατάθλιψη μπορεί να μεταδοθεί στο παιδί με τον όρο γονεϊκό ύφος. Επίσης οι σχέσεις με συνομήλικα παιδιά παίζει σημαντικό ρόλο μιας και αυτές εντάσσονται στο διαπροσωπικό περιβάλλον. Γενικά τα παιδιά με κατάθλιψη δεν μπορούν να χειριστούν με δεξιότητα διαπροσωπικά προβλήματα.

Στο ερώτημα αν παίζει ρόλο το οργανικό περιβάλλον στην κατάθλιψη των παιδιών, η ύπαρξη ατόμου στο στενό συγγενικό περιβάλλον των καταθλιπτικών παιδιών με κατάθλιψη επιβεβαιώνει ότι υπάρχει κάποιο γενετικό συστατικό που δηλώνει κληρονομικότητα. Σύμφωνα με

τον Mandel (1976) όπως αναφέρεται στους Κάκουρο & Μανιαδάκη (2006) αν σε παιδιά νηπιακής ηλικίας παρουσιαστούν στρεσογόνες καταστάσεις τότε θα δημιουργηθεί μια εξάντληση των μονοαμινών-μεταβιβαστών στον εγκέφαλο, που αν αυτό συμβεί σε μακροχρόνια περίοδο τότε ο εγκέφαλος του παιδιού θα είναι μόνιμα ευπαθής. Τα συγκεκριμένα παιδιά με κάθε στρεσογόνο γεγονός ή απώλεια θα προκαλείται μία ελάττωση των νευρομεταβιβαστών.

Σύμφωνα με τους Van der Wall et al. (2003) ένα σημαντικό αίτιο της κατάθλιψης στην παιδική ηλικία είναι η απώλεια ή η στέρηση. Ένα μικρό παιδί αν χάσει κάτι που αγαπάει τότε αυτό γίνεται ένα σοβαρό ψυχικό τραύμα. Επιπλέον ένα βρέφος όταν αποχωριστεί τη μητέρα του ή αυτή είναι συναισθηματικά απύσχα παρατηρείται ότι δεν αναπτύσσεται φυσιολογικά, ούτε σωματικά, ούτε ψυχοσυναισθηματικά, αλλά ούτε και γνωστικά (Costello et al. 2006).

Σύμφωνα με τους Costello et al. (2006) ένα συναισθηματικό τραύμα είναι μια πολύ σημαντική αιτία για να εμφανιστούν ψυχικές διαταραχές με αλληλουχία νευροβιολογικών γεγονότων με αποτέλεσμα να υπάρξουν συνέπειες σε βάθους χρόνου π.χ. τροποποίηση έκφρασης γονιδίων. Αν αυτά συμβούν σε πολύ μικρή ηλικία και αγνοηθούν, γίνονται αιτία στην απορρύθμιση της ανάπτυξης του νευροβιολογικού συστήματος του συγκεκριμένου παιδιού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μειωθεί η αντίσταση που μπορεί να προκαλέσει ο οργανισμός σε γεγονότα που προκαλούν στρες και να αναπτυχθούν προβλήματα που έχουν σχέση με τη ρύθμιση των συναισθημάτων (Μούρτου, 2023).

Η σωματική, αλλά και συναισθηματική κακοποίηση οδηγεί τα παιδιά να είναι ευαισθητοποιημένα στην απειλή και εκφράζουν πολλές φορές θυμό. Η scarhypothesis, (υπόθεση ουλής) και οι θεωρίες behavioural sensitization and electrophysiological kindling (ευαισθητοποίηση συμπεριφοράς και ηλεκτροφυσιολογική ανάφλεξη) δηλώνουν ότι όταν ένα παιδί υποστεί συναισθηματικό τραύμα, τότε και μετά το πέρας του καταθλιπτικού επεισοδίου το τραύμα παραμένει και μπορεί να δημιουργήσει ένα νέα επεισόδιο με αφορμή ένα πολύ μικρό γεγονός (Σταθοπούλου, 2021).

Η δομή και η λειτουργία του προμετωπιαίου φλοιού επηρεάζεται από πρόωπη συναισθηματική κακοποίηση, ή ακόμη και ιδρυματισμός. Η αύξηση των σχηματισμών συνάψεων και δενδριτών στην πλαγιοβασική αμυγδαλή, αλλά και διάφορες αγχώδεις συμπεριφορές, όπως αγοραφοβία είναι αιτίες της συνεχούς έκθεσης των παιδιών σε συναισθηματικά γεγονότα. Όταν κάποιος αφηγείται ένα γεγονός που δημιουργεί συναισθηματικά τραύματα ενεργοποιείται το μεταιχμιακό σύστημα της δεξιάς αμυγδαλής, του πρόσθιου προσαγωγίου και του κορχομετωπιαίου φλοιού. Η πρόσθια νήσος είναι αυτή που ενέχεται στην επισημάνση των σωματικών επιπτώσεων όταν ενεργοποιηθεί και των αρνητικών συναισθημάτων. Επιπλέον η αφήγηση ενός μετατραυματικού γεγονότος ενεργοποιεί το πρόσθιο και μέσο κροταφικό φλοιό που αυτά τα σημεία ενέχονται στα αρνητικά συναισθήματα (Cicchetti et. al, 1998).

Το παιδί έχει πολλές πιθανότητες να εμφανίσει κατάθλιψη όταν στο οικογενειακό περιβάλλον επέλθει ένα στρεσογόνο γεγονός, όπως είναι ο θάνατος, ή ένα διαζύγιο, ακόμη και η απειλή απώλειας. Επίσης τον κίνδυνο της κατάθλιψης διατρέχουν τα παιδιά των μειονοτήτων, ή αυτά που έχουν υποστεί σωματική και σεξουαλική κακοποίηση (Μούρτου, 2023).

Έξω από την οικογένεια σημαντικό ρόλο παίζει το σχολικό περιβάλλον όταν είναι στρεσογόνο για ένα παιδί. Όταν δεν έχει τις ανάλογες επιτυχίες στα μαθήματα, αλλά πολύ περισσότερο όταν υφίστανται bullying. Τα συγκεκριμένα παιδιά μπορούν μέσα στο άγχος και στο στρες όλων αυτών που βιώνουν στο σχολικό περιβάλλον να παρουσιάσουν κατάθλιψη (VanderWalletal. 2003).

Στην προεφηβική ηλικία δεν είναι μεγάλο το ποσοστό των παιδιών που πάσχουν από κατάθλιψη σε σχέση με τους εφήβους. Συνήθως το ποσοστό της παιδικής ηλικίας είναι γύρω στο 1% και στα δύο φύλα. Αντίθετα στην εφηβική ηλικία το ποσοστό αυξάνεται και αυτό οφείλεται κυρίως σε βιολογικές και κοινωνικές αλλαγές. Στην αρχή της εφηβείας παρατηρείται ένα ποσοστό 5% και στο τέλος της εφηβείας ένα ποσοστό γύρω στο 20% με κυρίαρχα τα κορίτσια έναντι των αγοριών 2:1. Βέβαια η κάθε χώρα έχει τα δικά της ποσοστά με μικρές διαφορές (Thapar et al., 2012).

Στις Η.Π.Α. το ποσοστό των εφήβων με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, είναι για τα κορίτσια 12% ενώ για τα αγόρια είναι 4% (Ringeisen et al., 2016). Έρευνα που έγινε στην Μινεσότα το 2013 σε ηλικίες των 12 – 17 ετών έδειξε ότι το 30-35% πάσχουν από μείζονα διπολική διαταραχή χωρίς αυτό να έχει μελλοντική διάρκεια (Taliaferro et al., 2013).

Τα επιδημιολογικά στοιχεία για την παιδική και εφηβική κατάθλιψη στην Ελλάδα δεν είναι αρκετά. Σύμφωνα με την έρευνα των Magklara et. al. (2015) με μελετώμενο πληθυσμό 2.427 εφήβους περίπου το 17,43% πάσχει από καταθλιπτικά συμπτώματα και το ,67% από μείζονος καταθλιπτική διαταραχή.

Ένα άλλο αίτιο για τη δημιουργία της παιδικής κατάθλιψης είναι όταν πάσχουν από χρόνια νόσο, όπως είναι ο σακχαρώδη διαβήτης, η νόσος Crohn, ημικρανίες επιληψία αν και σε αυτή την περίπτωση η διάγνωσή είναι πολύ δύσκολη, έως μη υπαρκτή. Η προσαρμογή των παιδιών σε μια ξένη χώρα που προέρχονται από μετανάστες είναι και αυτό ένα αίτιο να δημιουργήσει κατάθλιψη. Το στρες που βιώνουν αυτά τα παιδιά για να ενσωματωθούν σε μια διαφορετική κουλτούρα και να προσαρμοστούν στις εθνοπολιτισμικές νόρμες είναι πολύ πιθανό να αυξηθούν οι πιθανότητες να γίνουν καταθλιπτικά παιδιά (Plioplys 2003).

2.7. Κλινική εικόνα και θεραπεία της παιδικής κατάθλιψης

Η κατάθλιψη για όλες τις ηλικίες σύμφωνα με το DSM-IV (Αμερικανικό Ταξινομικό

Σύστημα ψυχικών διαταραχών) έχει τα ίδια διαγνωστικά κριτήρια. Η κλινική εικόνα όμως στα παιδιά παρουσιάζει διαφορετικά συμπτώματα. Τα παιδιά είναι δύσκολο να εκφραστούν δηλώνοντας απελπισία και απόγνωση, δηλώνουν όμως τις αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό τους και για το μέλλον τους. Τα παιδιά που πάσχουν από κατάθλιψη και βρίσκονται στη προσχολική ηλικία είναι απαθή και αρνούνται να λάβουν τροφή. Είναι ευερέθιστα και μέσα από το κλάμα δείχνουν την δυστυχία τους. Η μέση παιδική ηλικία εκφράζει την κατάθλιψη με άγχος και ψυχοσωματικά συμπτώματα, αλλά και αδιαφορία για το σχολείο με αποτέλεσμα η επίδοση στα μαθήματα να είναι μειωμένη. Η δυσκολία στην διάγνωση της κλινικής εικόνας του καταθλιπτικού παιδιού μπορεί να δώσει αντικρουόμενα αποτελέσματα αν στην μετέπειτα ζωή του παρουσιάσει κατάθλιψη (Harmin, et.al., 2005). Η κλινική εικόνα των παιδιών με κατάθλιψη εμφανίζει και ψυχικές διαταραχές περίπου τα 2/3 αυτών, όπως ελλειμματική προσοχή, διαταραχή υπερδραστηριότητα, ακόμη και χρήση ουσιών. Η πιο συχνή διαταραχή που εμφανίζουν περίπου σε ποσοστό 8/3% είναι η αγχώδης διαταραχή. Τα ψυχοσωματικά στοιχεία είναι πολύ σπάνια αν όμως εμφανιστούν είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις απ' όχι οι παραισθήσεις. Η κλινική εικόνα σε θέματα απασχόλησης όπως π.χ. παιχνίδια, είναι τα επικίνδυνα παιχνίδια, αυτά που περιστρέφονται γύρω από την έννοια της αυτοκτονίας (Harmin, et.al., 2005).

Όπως η διάγνωση έτσι και η θεραπεία σε αυτή την ηλικία είναι δύσκολη, γιατί ένα μικρό παιδί είναι δύσκολο να εκφράσει τα συναισθήματά του. Ως θεραπεία προτείνεται η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση και σε σπάνιες περιπτώσεις η φαρμακευτική αγωγή. Όπως στους ενήλικες έτσι και στα παιδιά ένας συνδυασμός αυτών των μεθόδων δίνει καλύτερα αποτελέσματα (Cuijpers et al., 2013).

Η ατομική – ψυχοδυναμική θεραπεία δίνει τη δυνατότητα στο παιδί να εκφραστεί και να δηλώσει τα συναισθήματά, τις σκέψεις του και τις επιθυμίες του. Έχει ως στόχο την απαλλαγή του ανηλίκου από αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις που έχουν προκύψει από παιδικά τραύματα. Ο Rousseau εισήγαγε την παιγνιοθεραπεία όπου μέσα από το παιχνίδι π.χ. ένα επιτραπέζιο δημιουργεί ασφάλεια στο παιδί και μπορεί να εκφραστεί. Σημαντική είναι και η μέθοδος Vasarhelyi όπου διευκολύνει τη θυμική έκφραση και το παιδί μέσω της οπτικής σκέψης διεγείρεται το ασυνείδητο. Έτσι π.χ. μέσω μιας εικαστικής ζωγραφιάς ο θεραπευτής μπορεί να κατανοήσει τα συναισθήματα του παιδιού και την εικόνα που έχει για την οικογένειά του και τον ίδιο του τον εαυτό. Η ψυχοθεραπευτική θεραπεία για να έχει αποτελέσματα θα πρέπει να υπάρξει και συμβουλευτική υποστήριξη της οικογένειας. Η διάρκεια εξαρτάται από την σοβαρότητα της πάθησης του ασθενούς, συνήθως εξελίσσεται μέσα σε 15 εβδομάδες έως 2 χρόνια (Lewinsohnetal. 1998).

Ένα άλλο είδος θεραπείας είναι η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία. Η συγκεκριμένη θεραπεία έχει σχέση με την συμπεριφορά και την διάθεση των συναισθημάτων των παιδιών που πάσχουν από κατάθλιψη. Σύμφωνα με τον Schrodtt (1992) βασίζεται στα εξωτερικά και εσωτερικά

ερεθίσματα του θυμικού πως τα επεξεργάζεται και πως το καταθλιπτικό παιδί αντιλαμβάνεται τον εαυτό του. Η συγκεκριμένη θεραπεία έχει ως σκοπό να απορρίψει από τους ασθενείς την αρνητική έκβαση των πραγμάτων. Με το να παρακολουθούνται οι αρνητικές σκέψεις των παιδιών και να δίνονται εναλλακτικοί τρόποι, ώστε να αλλάξει η αρνητική συμπεριφορά τους, τα βοηθούν να μην εστιάζουν μέσω των συλλογισμών τους στην αρνητική έκβαση των πραγμάτων (Dubovskyyetal. 2003). Και εδώ παίζει σημαντικό ρόλο η συμμετοχή της οικογένειας στην ίαση της κατάθλιψης του παιδιού. Όπως σημαντικό ρόλο παίζει και αν οι γονείς είναι καταθλιπτικοί, οπότε το παιδί τους μιμείται ή αν ακούει από αυτούς επικριτικά σχόλια και σχηματίζει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του (Dubovskyyetal. 2003)..

Η επόμενη θεραπεία είναι η οικογενειακή – συστημική θεραπεία. Αρκετοί ψυχοθεραπευτές και ερευνητές πιστεύουν ότι δεν υπάρχει παιδική κατάθλιψη και ότι για την μετέπειτα εξέλιξη της νόσου σε έναν έφηβο, ή νεαρό άτομο ευθύνεται η συμπεριφορά των μελών της οικογένειάς του. Η ταύτιση παιδιού και γονέων στη συμπεριφορά είναι δεδομένη. Αν το περιβάλλον είναι καταθλιπτικό, τότε και το παιδί θα υιοθετήσει μία τέτοια συμπεριφορά. Η οικογενειακή – συστημική θεραπεία συστήνει την διερεύνηση της οικογενειακής συμπεριφοράς και τι σχέσεις υπάρχουν μέσα σε αυτή. Μαθαίνει στα μέλη της οικογένειας να χειρίζονται με δεξιότητα τις συγκρούσεις και να λύνουν τα προβλήματα με την επικοινωνία. Τους ενημερώνει για θέματα που έχουν σχέση με την κατάθλιψη και την αντιμετώπιση αυτών (Lewinsohnetal. 1998).

Η αναγνώριση και κατανόηση των συμπτωμάτων από το συγγενικό περιβάλλον βοηθάει το παιδί και ίσως προλαμβάνει την εκδήλωση της κατάθλιψης. Η συγκεκριμένη θεραπεία θεωρείται ιδιαίτερα αποτελεσματική και εδώ η χρονική διάρκεια είναι από λίγους μήνες, έως αρκετά χρόνια ανάλογα με τις περιπτώσεις (Lewinsohnetal. 1998).

Η τελευταία θεραπεία που μπορεί να συστηθεί για τα παιδιά είναι η φαρμακευτική αγωγή. Αυτό όμως πρέπει να γίνει από ειδικό ο οποίος να έχει έγκυρη γνώση και να είναι σίγουρος για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των φαρμάκων προς το καταθλιπτικό παιδί. Τα παιδιά που θα λάβουν φαρμακευτική θεραπεία θα πρέπει να είναι πάνω από 6 ετών. Για μικρότερα παιδιά η γνώση για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της συγκεκριμένης θεραπείας δεν είναι επαρκής. Για να γίνει λήψη φαρμάκων από παιδιά κάτω των 6 ετών θα πρέπει η περίπτωση να είναι πολύ δύσκολη και οι θεραπευτές παιδοψυχίατροι και παιδίατροι να τηρούν κάποιες συγκεκριμένες αρχές. Η μελέτη που έγινε μέχρι σήμερα σε φάρμακα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε παιδιά και εφήβους έδειξε τα εξής: μεθυλφενιδάτηπεμολίνη μαγνησίου δεξτροαμφεταμίνη, τα οποία ονομάζονται διεγερτικά. Ιμιπραμίνηντεζιπραμίνη, νορτριπυλίνη, τα οποία χαρακτηρίζονται ως τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Χλωροπρομαζίνη, θιοριδαζίνη, πιμοζίδη, κετιαπίνη, ως αντιψυχωτικά. Το λίθιο ως σταθεροποιητικά διάθεσης, φλουοξετίνη, παροξετίνη, σερτραλίνη ως εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης. Φαινοτοΐνη, βαλπροϊκό οξύ

αντιεπιληπτικά για ψυχιατρική χρήση και κλονιδίνη (Kotsopoulos, 2000).

Καλό θα ήταν να μην χρειαστεί το καταθλιπτικό παιδί να ακολουθήσει την φαρμακευτική αγωγή, αλλά να προληφθεί η νόσο σε πολύ πρώιμα στάδια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Άγχος στην παιδική ηλικία

3.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός του άγχους

Στη σημερινή εποχή η λέξη άγχος χρησιμοποιείται όχι μόνο στην παθολογία αλλά και στη καθημερινή ζωή των ανθρώπων. Το φαινόμενο αυτό είναι άξιο μελέτης από πολλούς επιστημονικούς κλάδους, γιατί συνδέεται με διάφορα συμπτώματα που εκδηλώνονται σε ψυχολογικό και οργανικό επίπεδο. Για αυτό το λόγο το ονομάζουν και «σύγχρονο επιδημικό φαινόμενο» (Goldstein & Kopin, 2007).

Χρησιμοποιώντας τη λέξη άγχος δεν εννοούν όλοι το ίδιο. Η λέξη άγχος για άλλους αντιπροσωπεύει συμπτώματα, για άλλους διαδικασία και ανταπόκριση και για άλλους αντιπροσωπεύει αίτια. Για τον συγκεκριμένο λόγο η ιατρική, η βιολογία, η ψυχολογία και διάφορες άλλες επιστήμες ασχολούνται με το να αναλύουν και να κατανοούν τον μηχανισμό της δημιουργίας, της ανταπόκρισης και της αντιμετώπισης του άγχους από τους ανθρώπους. Ο διαφορετικός ορισμός του άγχους από την κάθε επιστήμη γίνεται αιτία να μην μπορεί να υπάρξει ακριβής προσέγγιση του όρου (Goldstein & Kopin, 2007).

Το άγχος είναι μια εμπειρία φυσιολογική για τους ανθρώπους που συνήθως το βιώνουν όλοι από την πρώτη μέρα που κατανοούν την ύπαρξή τους, χωρίς να απειλεί τη ζωή τους (Μητρούση και συν., 2013). Σύμφωνα με τις θεωρίες και τα γνωστικά μοντέλα των Hoehn-Saric&McLeod (1988) ο εννοιολογικός προσδιορισμός του άγχους είναι ένας μηχανισμός προειδοποίησης για όλους τους ανθρώπους στον κόσμο. Η ενεργοποίηση αυτού του μηχανισμού γίνεται όταν υπάρχει κίνδυνος. Αν όμως το άγχος είναι έντονο και σε υπερβολικό βαθμό, ή διαρκεί πέρα από τον υπαρκτό κίνδυνο, ή ακόμη χωρίς να υπάρχει πραγματικός κίνδυνος και ιδιαίτερος λόγος τότε ο μηχανισμός αυτός δεν λειτουργεί σωστά (Καλπάκογλου, 2013).

Η προέλευσή του μπορεί να είναι αποτέλεσμα μιας σωματικής πάθησης ή ψυχογενή. Όλοι οι άνθρωποι κάποια στιγμή στη ζωή τους θα βιώσουν κάποια γεγονότα που θα είναι δυσάρεστα και θα τους προκαλέσουν άγχος. Ο καθένας αντιδρά διαφορετικά και παρουσιάζει διαφορετικά συμπτώματα (Μητρούση και συν., 2013). Από το λατινικό ρήμα ageo, το άγχος «πέρασε» σε όλες τις λατινογενείς γλώσσες. Όπως στην αγγλική γλώσσα anxiety, στη γαλλική γλώσσα angoise, στη γερμανική angst (Zygouris, et. al, 2018). Στην αρχαία Ελλάδα το ρήμα άγχω σήμαινε ότι κάτι έσφιγγε το λαιμό πιεστικά, δηλαδή άγχομαι, ή αυτοκτονώ με αγχόνη που είναι ένα σκοινί, ένας βρόγχος για πνίξιμο (Montanari, 2013). Από τον Ιπποκράτη το άγχος αναφέρθηκε ως περίπτωση φόβου και ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (Ornato&Hand, 2001). Σύμφωνα με το σύγγραμμα του RobertBurton «Η Ανατομία της Μελαγχολίας» που γράφτηκε τον 17^ο αιώνα, διακρίνει τους φυσιολογικούς από τους παθολογικούς φόβους (Αλεβίζος, 1997).

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Νεοελληνικών Σπουδών, (2009) η λέξη άγχος σήμερα δεν έχει

καμία σχέση με τις παλιές ετοιμολογίες. Στην νεοελληνική γλώσσα σημαίνει κάτι το συγκινησιακό, όπως είναι ο φόβος, η ανασφάλεια, η αγωνία ο τρόμος, η ανησυχία για κάτι. Ο Vellay (1984) αναφέρει ότι στο λεξικό του Robert το άγχος μεταφράζεται ως μια σωματική και ψυχική κακοδιαθεσία και ο Andre Malreaux αναφέρει ότι ο άνθρωπος που διακατέχεται από άγχος δεν αναπνέει καλά και ακούει τους χτύπους της καρδιάς του.

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997) το άγχος είναι μια μη ευχάριστη συναισθηματική κατάσταση που δημιουργεί φόβο και ένταση ως άμυνα σε μια απειλή που δεν είναι γνωστή η πηγή της. Η συγκεκριμένη αντίδραση δηλαδή το άγχος συναντάται σε πολλούς ανθρώπους σε υπερβολικό βαθμό για καταστάσεις που δεν είναι αρκετά στρεσογόνες.

Το άγχος που είναι σε ήπια μορφή πολλές φορές οδηγεί τον άνθρωπο σε εγρήγορση και δημιουργικότητα με αποτέλεσμα να ανταπεξέρχεται αποτελεσματικά στο πρόβλημα που έχει προκύψει. Άλλες φορές όμως το άγχος που βιώνει κάποιος γίνεται έντονο και διαρκεί πολύ περισσότερο απ' όσο θα έπρεπε. Τότε ο συγκεκριμένος άνθρωπος οδηγείται σε μία μορφή αγχώδους διαταραχή εκδηλώνει ψυχικά και σωματικά συμπτώματα και όχι μόνο δεν λύνει το πρόβλημα, αλλά το οξύνει (Βλαστού, 2022).

3.2. Διαφορά άγχους με στρες

Εξαιτίας της ασάφειας των όρων άγχους και στρες υπάρχει μια σύγχυση στην ερμηνεία στο τι ακριβώς είναι το άγχος και τι το στρες (Daviu et. al., 2019). Σύμφωνα με τους Bystrisky & Kronemyer (2014) τις θεωρούν έννοιες αντίστοιχες και ενταγμένες στον μηχανισμό του στρες/άγχους οι οποίες εμφανίζονται σε ένα φάσμα, αλλά με τη λογική θεωρούνται ως παραλλαγές αυτού. Σύμφωνα με τους Daviu et. al., (2019) η έννοια της αναμονής είναι αυτή που δίνει τη διάκριση γι' αυτούς τους δύο όρους και αυτό γιατί το στρες παρουσιάζεται σε μια παροντική ή παρελθοντική ένταση και απειλή ενώ το άγχος παρουσιάζεται όταν μια απειλή αναμένεται να συμβεί άμεσα ή και πολύ αργότερα. Τα άτομα όμως που βιώνουν στρες ή άγχος εστιάζουν στην απειλή σαν να γίνεται εκείνη τη στιγμή (Endler & Kocovski, 2001).

Είναι φυσιολογικό ο άνθρωπος να στρεσάρεται όταν έρχεται σε επαφή με κάτι καινούργιο για αυτόν. Ο οργανισμός εκκρίνει μια αρκετά μεγάλη ποσότητα αδρεναλίνης ώστε ο άνθρωπος να παραμένει σε εγρήγορση και να ανταποκρίνεται στις προκλήσεις. Συνήθως το στρες προκαλείται όταν κάτι χαλάει την ηρεμία είτε συναισθηματικά είτε πρακτικά και πάντα το στρες έχει ξεκάθαρη αιτία (Βαρδάρη, 2023).

Το άγχος αντίθετα εμπερικλείει ένα φόβο που υποδηλώνει μια αβεβαιότητα για τον εαυτό μας και τις πράξεις μας. Το άγχος μπορεί να προκληθεί από το στρες. Το στρες όμως όταν η αιτία πάψει να υφίσταται τελειώνει ενώ το άγχος παραμένει και μπορεί να γίνει χρόνια κατάσταση προκαλώντας αγχώδεις διαταραχές. Αν το άγχος υπάρχει στην καθημερινότητα χωρίς να γίνεται

τροχοπέδη, τότε μπορεί να γίνει και παραγωγικό για την πορεία της ζωής του ανθρώπου (Βαρδάρη, 2023)..

3.3. Άγχος στην Παιδική και εφηβική ηλικία

Ο άνθρωπος αναπτύσσεται στην παιδική και στην εφηβική ηλικία. Σε αυτές τις περιόδους της ζωής του είναι πολύ πιθανό να εμφανιστεί ένα είδος ήπιου άγχους. Μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε διάφορες χώρες έχουν αποδείξει ότι το άγχος στα παιδιά είναι πολύ πιθανό να εμφανίσει στην πορεία συμπτώματα που θα προκαλέσουν αγχώδη διαταραχή (Zikopoulou, Kakaniari&Simos, 2019).

Απέναντι στον κίνδυνο και την απειλή που αναμένεται, ο εγκέφαλος του παιδιού αντιδρά μέσω του άγχους και ενεργοποιείται η ικανότητά του για να τα αντιμετωπίσει. Είναι ένα ένστικτο που υπάρχει στον άνθρωπο από την βρεφική ηλικία. Σε κανονικές συνθήκες το άγχος δεν είναι παθολογικό. Είναι ένα όπλο στο παιδί που το βοηθάει να αντιμετωπίσει προγραμματίζοντας τις σωστές κινήσεις τον κίνδυνο, ώστε να τον αντικρούσει και τις περισσότερες φορές να τον εξαλείψει (Αγγελοπούλου, Ρούση-Βέργου & Ζαφειροπούλου, 2012).

Μπορεί ο φόβος και το άγχος πολλές φορές να καλύπτει το ένα το άλλο, αλλά υπάρχουν και διαφορές μεταξύ τους. Στο φόβο ο άνθρωπος βρίσκεται σε μια έξαρση αυτόνομης διέγερσης που χρειάζεται για να πολεμήσει ή να φύγει μπροστά από τον κίνδυνο. Στο άγχος δημιουργείται μια μυϊκή ένταση και ο άνθρωπος προετοιμάζεται για τον επερχόμενο κίνδυνο επαγρυπνεί και σχεδιάζει αποτρεπτικές συμπεριφορές. Έτσι εμφανίζονται οι κρίσεις πανικού που είναι ένα είδους άμυνας στην απόκριση του φόβου και δεν εμφανίζονται μόνο στις αγχώδεις διαταραχές αλλά και σε άλλες ψυχικές ασθένειες (Παγώνης, 2023).

Πολλές φορές όμως το άγχος σε αυτή την ηλικία μπορεί να γίνει υπερβολικό και να έχει μεγάλη διάρκεια και ένταση, τότε το παιδί γίνεται αδύναμο, χωρίς να μπορεί να ανταπεξέρθει στο πρόβλημα που έχει παρουσιαστεί και το άγχος μετατρέπεται σε παθολογικό, με αποτέλεσμα την εμφάνιση κρίσεων πανικού και της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής. Σύμφωνα με τους Αγγελοπούλου, Ρούση-Βέργου & Ζαφειροπούλου (2012) οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι πιο διαδεδομένες ψυχιατρικές διαταραχές στην παιδική ηλικία με ποσοστό 18 έως 21%.

Όπως στην κατάθλιψη έτσι και στο άγχος δεν είναι εύκολο τα παιδιά να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και να περιγράψουν με ακρίβεια τι νοιώθουν. Γι' αυτό η αναγνώριση της διάκρισης του φυσιολογικού άγχους με του παθολογικού είναι πολύ δύσκολη. Η διάγνωση, αλλά και η αξιολόγηση των αγχωδών διαταραχών γίνεται πιο εύκολα με το DSM (Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Νοσημάτων). Η τελευταία του έκδοση DSM-5 περιέχει δέκα μορφές αγχωδών διαταραχών και η κάθε μια από αυτές έχει ειδικά κριτήρια (AmericanPsychiatricAssociation, 2013). Σημαντικό είναι στα παιδιά να γίνεται έγκαιρα η

διάγνωση της αγχώδους διαταραχής για να υπάρξει και ίαση. Ο τρόπος διάγνωσης της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής είναι σχεδόν ίδια με τους ενήλικες, η διαφορά είναι ότι στα παιδιά υπάρχουν μόνο ένα διαγνωστικό κριτήριο, ενώ στους ενήλικες τρία. Επίσης τα παιδιά στην ειδική φοβία, το άγχος τους εκδηλώνεται με προσκόλληση, πάγωμα ακόμη με οργή και φωνές (AmericanPsychiatricAssociation, 2013).

Επίσης και στην εφηβεία σε αυτή την τόσο δύσκολη περίοδο της ζωής του ανθρώπου το άγχος είναι μια φυσιολογική κατάσταση. Είναι μία περίοδος της ζωής των παιδιών που διαμορφώνεται πάνω σε ψυχοκοινωνικούς, χρονικούς, πολιτισμικούς και φυσιολογικούς παράγοντες. Ο ορισμός της εφηβείας χρονολογικά γίνεται ανάλογα με την εκτιμώμενη εξέλιξη του παιδιού, και τις πολιτιστικές και φυλετικές καταβολές (Curtis, 2015).

Ο Curtis, (2015) κάνοντας μία αναδρομή στο πώς έχει οριστεί η εφηβεία προκύπτει ότι σύμφωνα με το Oxford English Dictionary η εφηβεία ορίζεται αρχικά ανάμεσα στην παιδική ηλικία και την ενηλικίωση, δηλαδή 12 και 21 ετών για κορίτσια και μεταξύ 14^{ων} και 25 ετών για τα αγόρια. Ο Hall το 1904 δεν ξεχωρίζει τα φύλα και οριοθετεί την εφηβεία από 14 έως 24 ετών. Το 1995 σύμφωνα με τον SAM “SocietyforAdolescentMedicine” και στο άρθρο του που αναφέρεται στην υγεία των εφήβων θέτει την εφηβεία μεταξύ των 10 και 25 ετών. Στην περίοδο του 2015 η BrightFutures (Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής) προσδιορίζει την εφηβεία μεταξύ των 11 και 21 ετών, ενώ το Υπουργείο Υγείας και Ανθρώπινων Υπηρεσιών των ΗΠΑ έφηβοι θεωρούνται αυτοί που είναι μεταξύ 10 και 19 ετών και οι ηλικίες των 20 και 24 ετών ορίζονται ως νεαροί ενήλικες. Ο WorldHealthOrganization (WHO) Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ορίζει την ηλικία 10 έως 19 ετών ως εφηβεία νεολαία την ηλικία 15 έως 24 ετών και τους νέους μεταξύ των 10 και 24 ετών.

Την εφηβεία την χαρακτηρίζει η ανησυχία για την εξωτερική εμφάνιση, η ανησυχία για την καριέρα, οι έντονες συναισθηματικές αλλαγές, η βιολογική αλλαγή και οι ψυχολογικές επιπτώσεις και γενικά η αναζήτηση ταυτότητας (Caskey, & Anfara, 2014). Οι έφηβοι είναι παρορμητικοί και ασυγκράτητοι και λόγω των υπαρχουσών συνθηκών τα αγχώδη περιστατικά είναι συχνά και κατά κάποιο τρόπο φυσιολογικά. Αν όμως είναι έντονη η συμπτωματολογία τους και χωρίς αιτία, τότε από φυσιολογικά γίνονται νοσηρά (Καππάτου, 2007). Η ζωή των εφήβων αλλάζει όχι μόνο ψυχολογικά, αλλά και εμφανισιακά και με όχι ευχάριστο τρόπο (ακμή, όχι απαραίτητο ύψος, όχι σωστό βάρος). Όλα αυτά γίνονται αιτία να μειωθεί η αυτοπεποίθηση των εφήβων και να αναπτυχθεί ένα υπερβολικό άγχος με κλάματα και υστερίες με αποτέλεσμα να υπάρξει μια κοινωνική φοβία και αποφυγή της κοινωνικής συναναστροφής (Καρτέρης & Αντωνίου, 2016).

Το άγχος διαχωρίζεται σε τύπους όπως είναι γενικευμένη διαταραχή άγχους, ο πανικός, το κοινωνικό άγχος, η διαταραχή μετατραυματικού στρες, και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Όταν ένας άνθρωπος κυριευθεί από άγχος είναι πιθανό να βιώσει παραπάνω από έναν τύπο και είναι πολύ πιθανό να εκδηλώσει κατάθλιψη. Σημαντικό είναι να ζητηθεί βοήθεια σύντομα για να του

δοθεί η κατάλληλη θεραπεία ώστε τα συμπτώματα να μην κλιμακωθούν (Lally, & Valentine-French, 2014).

Σημαντικό ρόλο στην επιδείνωση του άγχους έπαιξε η πανδημία του Covid-19. Ο συγκεκριμένος ιός έπληξε την ανθρωπότητα σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο φόβος για τον ιό και της συνέπειές του, είτε αυτές αφορούσαν την υγεία, είτε την οικονομία, όπως απώλεια θέσεων εργασίας, μειωμένοι μισθοί, ήταν η αιτία να αυξηθούν τα προϋπάρχοντα ψυχολογικά προβλήματα, ή να δημιουργηθούν καινούργια (Rubin & Wessely, 2020).

Ο φόβος του ατόμου να μην προσβληθεί από τον ιό, ή να μην μολύνει το οικογενειακό του περιβάλλον με άσχημα αποτελέσματα, έγινε αιτία να εμφανισθεί το άγχος σε άτομα που δεν είχαν, ή να επιδεινωθεί σε αυτούς που είχαν (Bitan, et. al. 2020). Η απειλή της ζωής των ανθρώπων έφερε ψυχολογικά προβλήματα, αυξάνοντας το άγχος και την κατάθλιψη. Το γεγονός αυτό έγινε αιτία για αρκετές μελέτες και έρευνες. Σύμφωνα με τους Şimşir et. al. (2021) σε μια μετα-ανάλυση παρουσιάζουν τα αποτελέσματα 33 ερευνών που αποδεικνύουν ότι η πανδημία του Covid-19 έχει άμεση σχέση με το άγχος ($r=0,55$, $n=19,578$), με το μετατραυματικό στρες ($r = 0,54$, $n = 8,752$) και με την κατάθλιψη ($r = 0,38$, $n = 23,835$). Το ίδιο αποδεικνύει και η έρευνα των Bakioğlu, Korkmaz και Ercan (2020) όπου ο Covid-19 το επιδείνωσε. Η διάρκεια της πανδημίας είχε ως αποτέλεσμα να υπάρχει ένα επίμονο άγχος. Τόσο αυτό όσο και η απομόνωση με τον εγκλεισμό έγιναν αιτία να επηρεαστεί μακροπρόθεσμα η ψυχική υγεία των ανθρώπων (Lei et al., 2020).

Το ίδιο συνέβαινε και στα παιδιά – εφήβους. Ο εγκλεισμός τους αύξησε το άγχος, γιατί δεν ανησυχούσαν μόνο για τον εαυτό τους, αλλά και τα μέλη της οικογένειάς τους. Σύμφωνα με έρευνες το 30,9 -40,1% βίωσαν χαμηλό άγχος το 24,9-37,4% βίωσαν μέτριο έως έντονο άγχος και σοβαρά συμπτώματα άγχους έως κατάθλιψη το 6,5-43,7% (Zhou et. al. 2020). Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι είναι πιο χαμηλά από τους ενήλικες. Η παιδική ηλικία είναι κρίσιμη για την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη. Η πανδημία του Covid-19 δημιούργησε θέματα και θα μπορούσε να έχει επηρεάσει ανεπανόρθωτα την ψυχολογία των παιδιών. Η απαγόρευση των μετακινήσεων έγινε αιτία να σταματήσει η κοινωνικοποίηση των παιδιών με αποτέλεσμα να αυξηθεί το άγχος και η κατάθλιψη (Jiao et. al. 2020).

chiatry 2020, 1–10

3.4. Κλινική εικόνα άγχους και διάγνωση

Σύμφωνα με την τελευταία έκδοση του DSM-5 το άγχος και οι αγχώδεις διαταραχές έχουν διαχωριστεί σε μορφές όπου η καθεμία από αυτές έχει τα δικά της κλινικά κριτήρια και είναι διαχωρισμένες σε αυτές που αφορούν τη κοινωνική συμπεριφορά, τις σκέψεις τα συναισθήματα και τις φυσικές αντιδράσεις (American Psychiatric Association, 2013). Οι πιο συνηθισμένες μορφές στην παιδική ηλικία σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία – DSM-5 είναι:

Αγχώδεις διαταραχές:

1. Ειδική φοβία
2. Διαταραχή κοινωνικού άγχους (κοινωνική φοβία)
3. Διαταραχή πανικού
4. Αγοραφοβία
5. Διαταραχή γενικευμένου άγχους

Άλλες αγχώδεις διαταραχές

Διαταραχή άγχους αποχωρισμού

Επιλεκτική βωβότητα

Αγχώδης διαταραχή επαγόμενη από ουσία ή φαρμακευτική αγωγή

Αγχώδης διαταραχή οφειλόμενη σε άλλη ιατρική κατάσταση

Αλλιώς προσδιοριζόμενη αγχώδης διαταραχή • Κρίσεις πανικού με περιορισμένα συμπτώματα • Γενικευμένο άγχος που δεν εμφανίζεται τις περισσότερες ημέρες • Πολιτισμικά σύνδρομα: Khyâl cap, Ataque de nervios

Μη προσδιοριζόμενη αγχώδης διαταραχή

Επίσης, στα παιδιά είναι συχνές οι Διαταραχές σχετιζόμενες με ψυχοτραυματικές ή ψυχοπιεστικές καταστάσεις

1. Μετατραυματική διαταραχή στρες
2. Οξεία διαταραχή στρες
3. Διαταραχές προσαρμογής
4. Άλλες διαταραχές σχετιζόμενες με ψυχοτραυματικές ή ψυχοπιεστικές καταστάσεις

3.4.1. Ειδική φοβία

Η διαταραχή της ειδικής φοβίας είναι μια διαταραχή που διακατέχει τα παιδιά για κάποια αντικείμενα που τα θεωρούν απειλητικά και η έκθεσή τους σε αυτά δημιουργεί αγχώδη αντίδραση και πολλές φορές πανικό. Η συγκεκριμένη διαταραχή δημιουργεί αναστολή των καθημερινών δραστηριοτήτων. Τα παιδιά είναι φυσιολογικό να έχουν φόβους για κάποια πράγματα μέσα στις αναπτυξιακές φάσεις της ζωής τους. Στις ειδικές φοβίες υπάρχει ένα έντονο άγχος και μια δυσφορία που γίνεται αιτία να παρεμποδίζει και την λειτουργικότητα του σχολείου (Παπαδάτος, 2010). Τα παιδιά έχουν φόβο στην συγκεκριμένη διαταραχή μεταξύ άλλων για την πυρκαγιά, για την τρομοκρατία, για την διάρρηξη, το σεισμό, την ασθένεια, τον θάνατο, το ύψος και τα φίδια.

3.4.2 Διαταραχή κοινωνικού άγχους (κοινωνική φοβία)

Η κοινωνική συμπεριφορά αλλάζει σε ένα παιδί όταν διακατέχεται από το κοινωνικό άγχος.

Το κοινωνικό άγχος ή η κοινωνική φοβία έχει να κάνει με τον φόβο που νοιώθει το παιδί να εκτεθεί σε δημόσιους χώρους με αρκετό κόσμο, και η εκδήλωση της συγκεκριμένης φοβίας είναι η αποφυγή και η εσωστρέφεια (Κουρκούτας, 2017). Ο φόβος για μια έντονη κριτική γίνεται αιτία να υπάρξει μια έντονη αντίδραση από το άτομο που διακατέχεται από κοινωνικό άγχος. Αν όμως η ένταση αυτή διακατέχει το άτομο για αρκετό διάστημα τότε γίνεται διαταραχή κοινωνικού άγχους ή κοινωνικής φοβίας. Το παιδί αγχώνεται για την εικόνα του που τη θεωρεί αρνητική και η οποία προέκυψε από μη αληθείς συλλογισμούς και έτσι λαμβάνει μια όλο αυτό μια παθολογική χροιά (Morrison, 2013).

Το παιδί που διακατέχεται από κοινωνικό άγχος αποφεύγει να συναντήσει και να συναναστραφεί με ομάδες ατόμων μικρές ή μεγάλες. Δεν μπορεί να νοιώσει άνετα να συνομιλήσει μαζί τους, γιατί αισθάνεται ότι θα κριθεί άσχημα. Επίσης δεν θέλει να αντιληφθούν οι άλλοι ότι έχει καταληφθεί από άγχος. Έτσι το άτομο σιγά - σιγά απομονώνεται και μπορεί να καταλήξει στην κατάθλιψη (Heiberg, et. al., 2014). Τα άτομα με κοινωνικό άγχος είναι ιδιαίτερα ήσυχα και θεωρούν τον εαυτό τους ανεπιθύμητο. Δεν λαμβάνουν μέρος σε συζητήσεις και καταλήγουν να θεωρούνται από τους άλλους σνομπ και γεμάτα αυτοπεποίθηση. Γεγονός που δεν είναι αλήθεια, αλλά αντίθετα τα συγκεκριμένα άτομα στην πραγματικότητα είναι τόσο αγχωμένα και κρίνουν τον εαυτό τους τόσο αυστηρά, που η αυτοπεποίθησή τους λαμβάνει ιδιαίτερο πλήγμα (Schneier, 2006).

Το κοινωνικό άγχος στα παιδιά παρουσιάζεται όταν έρχονται σε επαφή με συνομηλίκους τους χωρίς την παρουσία ενηλίκων. Συνήθως η τυπική ηλικία ορίζεται από τα 10 έτη και σε κάποια παιδιά μπορεί να φτάσει μέχρι τα 20 έτη. Σε πολλές περιπτώσεις μπορεί το κοινωνικό άγχος να γίνει διαταραχή και να παραμείνει ως την ενηλικίωση του παιδιού. Τα παιδιά εκδηλώνουν το κοινωνικό άγχος με το να σωματοποιούν το άγχος τους. Αποφεύγουν την οπτική επαφή με τα άλλα παιδιά και δεν συμμετέχουν σε ομάδες εργασίας, αλλά προτιμούν να εργάζονται μόνα τους. Αυτά τα παιδιά είναι ντροπαλά και σπάνια θα εκδηλώσουν θετικά συναισθήματα (Broeren, Muris, Diamantopoulou, & Baker, 2013). Σημαντικοί είναι οι εφιάλτες που βιώνουν τα συγκεκριμένα παιδιά και θα πρέπει να είναι το καμπανάκι κινδύνου για τους γονείς, ώστε να καταλάβουν ότι το παιδί βιώνει μια προβληματική κατάσταση (Τάντου, 2019).

3.4.3. Διαταραχή πανικού

Η διαταραχή πανικού είναι μία από τις πιο συνηθισμένες στα άτομα που διακατέχονται από άγχος. Το παιδί που πάσχει από αυτή τη διαταραχή θα διακατέχεται συχνά και αιφνίδια από κρίσεις πανικού που προκαλούν φόβο και σύγχυση. Η κλινική εικόνα είναι δυσκολία στην αναπνοή, απώλεια της συνείδησης της πραγματικότητας, του ελέγχου της ζωής του, ακόμη και να πάθει καρδιακή προσβολή. Η συμπεριφορά του παιδιού θα αλλάξει, γιατί ζει με αυτό το φόβο, ότι θα βρεθεί στο μέλλον σε αυτή την κατάσταση παθαίνοντας αυτή την κρίση. Σύμφωνα με το DSM-V

μερικά τα συμπτώματα είναι σχεδόν ίδια με αυτά της αγοραφοβίας, όπως εφίδρωση, ταχυπαλμία, τρέμουλο, αίσθημα πνιγμού, ναυτία, αίσθημα ζάλης, αποπραγματοποίηση ή αποπροσωποποίηση, φοβία ότι θα τρελαθεί, μούδιασμα και παραισθήσεις. Η συγκεκριμένη διαταραχή μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη γιατί επηρεάζουν την καθημερινότητα και τις σχέσεις τους με άλλα παιδιά έτσι καταλήγουν στην απομόνωση και σε πολλές περιπτώσεις καταλήγουν σε λήψη αλκοόλ, ή ναρκωτικών (Κουρκούτας, 2017).

3.4.4. Αγοραφοβία

Η κλινική εικόνα των παιδιών που διακατέχονται από αγοραφοβία είναι ο έντονος φόβος να βρεθούν σε ανοιχτό χώρο ή σε κλειστό δημόσιο χώρο, μέσα σε πλήθος και να περιμένει στη σειρά. Επίσης δεν μπορεί να χρησιμοποιεί μέσα μαζικής μεταφοράς, ή να βρίσκεται μόνο του έξω από το σπίτι του. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι να αποφεύγει αυτές τις καταστάσεις, ή εάν πρέπει να βρεθεί σε κάποια από αυτές θα φροντίσει να συνοδεύεται. Αν βρεθεί μόνο του μπορεί να πάθει κρίση πανικού. Σύμφωνα με το DSM-V η διαταραχή πανικού μπορεί να συνυπάρξει με την αγοραφοβία με τα ίδια κλινικά συμπτώματα, όπως πρόβλημα στην αναπνοή, τρέμουλο, ζαλάδα, τάση για λιποθυμία και ιδρώτας. Ο φόβος του θανάτου, η ναυτία είναι και αυτά συμπτώματα, αλλά εμφανίζονται σε πολύ πιο δύσκολες περιπτώσεις. Η αποφυγή αυτών των καταστάσεων οδηγεί το παιδί στην απομόνωση και σαν συνέπεια ίσως και στην κατάθλιψη (Κωστήνη, 2020).

3.4.5. Διαταραχή γενικευμένου άγχους

Τα παιδιά που διακατέχονται από ΓΑΔ (Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή) έχουν το άγχος για να προλάβουν να βγάλουν εις πέρας διάφορες καταστάσεις που είναι σχετικές με το σχολείο, ή την παρέα τους. Ανησυχούν για γεγονότα που έγιναν και γι αυτά που θα έρθουν στο μέλλον. Η ΓΑΔ συνήθως εκδηλώνεται σε ηλικίες 10-12 ετών και πιο πολύ στα κορίτσια. Η συγκεκριμένη αγχώδη διαταραχή έχει ως αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις της σχολικής τάξης οι μαθητές που πάσχουν από αυτή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η κλινική εικόνα αυτών των παιδιών που θα βοηθήσει στη διάγνωση της ΓΑΔ είναι η νευρικότητα, η εύκολη κόπωση, η απόσπαση προσοχής, ευερεθιστότητα και τεντωμένα νεύρα, αίσθημα αγωνίας, μυϊκή τάση και διαταραχή ύπνου (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Η συγκεκριμένη διαταραχή εμποδίζει τους μαθητές να διερευνήσουν τα διάφορα γνωστικά επίπεδα και τις εμπειρίες που δίνει το σχολείο σε κοινωνικό και συναισθηματικό επίπεδο (Μπίμπου & Νάκου, 2010).

3.4.6. Ιδεοψυχαναγκαστική ή Μανιοπαρορμητική διαταραχή

Η ιδεοψυχαναγκαστική ή Μανιοπαρορμητική διαταραχή είναι οι σκέψεις που διακατέχουν ένα παιδί ή έφηβο με εμμονικό χαρακτήρα και είναι αρνητικές. Οι συγκεκριμένες σκέψεις είναι ενοχλητικές και πιεστικές αγχώνουν το παιδί, γιατί αν δεν πραγματοποιηθούν νομίζει ότι θα πάθει κακό (Κουρκούτας, 2017). Είναι ένα δευτερογενές άγχος που το άτομο γνωρίζει ότι είναι οι σκέψεις υπερβολικές και χωρίς λογική, αλλά το μυαλό αυτενεργεί (Σαυριανάκος, 2016).

Εκτός από τις σκέψεις και τις στερεότυπες συμπεριφορές και πράξεις τα άτομα που πάσχουν από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή υπάρχουν και τα κινητικά τικ, όπως το ανασήκωμα των ώμων, το βλεφάρισμα των ματιών, ή κάποιος μορφασμό του προσώπου ακόμη και το τίναγμα του κεφαλιού. Επίσης υπάρχουν και φωνητικά τικ, όπως το καθάρισμα του λαιμού (Παπαδάτος, 2010).

3.4.7. Διαταραχή μετατραυματικού στρες

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες, είναι μια διαταραχή που θα προκληθεί μετά από ένα δυσάρεστο γεγονός, όπως είναι η απώλεια, ή ένα ατύχημα. Το άγχος στην συγκεκριμένη περίπτωση είναι οξύ και επαναλαμβανόμενο μετά από το ψυχικό σοκ που έχει υποστεί το παιδί. Η συγκεκριμένη διαταραχή πιο συχνά εμφανίζεται στους εφήβους και στους ενήλικες. Είναι μια επανάληψη ενός παλαιού τραύματος που γίνεται είτε με αναφορά σε παλαιά γεγονότα, όπως σε ανθρώπους που έχουν φύγει από τη ζωή ή επίσκεψη σε μέρη που υπάρχουν άσχημες αναμνήσεις. Όλα αυτά ενεργοποιούν εφιάλτες και μουδιάσματα. Αυτά τα συμπτώματα θα πρέπει να είναι εμφανή στα παιδιά πάνω από ένα μήνα για να γίνει διάγνωση της διαταραχής του μετατραυματικού στρες (Κουρκούτας, 2017).

3.4.8. Διαταραχή της επιλεκτικής Βωβότητας

Η διαταραχή της επιλεκτικής αλαλία είναι μία διαταραχή του άγχους πολύ πολύπλοκη. Ο λόγος είναι ότι το παιδί δεν έχει κάποιο παθολογικό – γλωσσικό πρόβλημα παρόλο αυτά αρνείται επίμονα να μιλήσει σε άτομα που δεν εμπιστεύεται και χώρους, όπως είναι το σχολείο, το ιατρείο του παιδιάτρου. Ενώ αντίθετα μιλάει φυσιολογικά στο σπίτι ή σε φίλους. Η διαταραχή της επιλεκτικής αλαλίας εγκλωβίζει τα παιδιά που πάσχουν από αυτή σε μια ιδιόμορφη κατάσταση που ψυχοδυναμικά είναι μια στρατηγική άμυνας (Κουρκούτας, 2017). Τα προβλήματα που παρουσιάζονται είναι μακροχρόνια και οι κοινωνικές σχέσεις αυτών των παιδιών είναι δύσκολες. Η επιλογή των λίγων φίλων που εμπιστεύονται και μιλούν σε αυτούς, γίνεται αιτία να απορρίπτονται από άλλους συνομηλίκους και κοινωνικές ομάδες (Kristensen & Torgersen, 2002, παράθεση σε Leo, 2015).

3.5. Παράγοντες προδιάθεσης άγχους

Το άγχος έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών μελετών για το ποια είναι τα αίτια που το προκαλούν, γιατί είναι μια ψυχική διαταραχή που απειλή τη σημερινή νεολαία. Την ευθύνη σε αυτές τις έρευνες την φέρουν και γενετικοί παράγοντες και το περιβάλλον (DurbanoF., 2015). Τα κορίτσια είναι αυτά που είναι πιο ευάλωτα στις στρεσογόνες εμπειρίες σε σχέση με τα αγόρια. Ένας άλλος παράγοντας για να αναπτυχθούν αγχώδεις διαταραχές στα παιδιά και στους εφήβους είναι η επίδοση που έχει ο μαθητής, ή η μαθήτρια μέσα στην τάξη, όπως και η εμφάνισή του. Το οικογενειακό περιβάλλον παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στο να επιδεινώσει το άγχος του παιδιού και να παρουσιαστεί μια αγχώδης διαταραχή για την σχολική επίδοσή του (Αντωνίου, 2016).

Τα αίτια είναι πολύπλοκα και αρκετά. Συνδυάζονται περιβαλλοντικοί και βιολογικοί παράγοντες οι οποίοι σε συνδυασμό αυξάνουν το κίνδυνο για να νοσήσουν τα παιδιά που είναι πιο πολύ αγχωμένα από άλλα συνομήλικα τους από αγχώδεις διαταραχές (Figueroa, etal. 2012). Σύμφωνα με τους Pine, & Klein, (2008), οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν αγχώδεις διαταραχές χωρίς όμως οι έρευνες που έχουν γίνει να αποδεικνύουν τη σχέση αποτελέσματος με την αιτία είναι αυτά που έχουν σχέση με την οικογένεια. Όπως είναι η έλλειψη γονικής θαλπωρής, η υπερβολική προστασία από αυτούς, που γίνεται αιτία να δημιουργούν ένα παιδί μη αυτόνομο και υπερβολικά προσκολλημένο ειδικά στη μητέρα. Τα ανασφαλή στυλ προσκόλλησης έχουν τη τάση να συσχετίζονται με τις αγχώδεις διαταραχές του ατόμου καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του, ενώ αντίθετα τα ασφαλή στυλ προσκόλλησης μπορεί να ρυθμίζουν το άγχος και ότι αρνητικά συναισθήματα τον διακατέχουν (Urban, 2020). Επίσης σημαντικό ρόλο παίζει και οι διαφωνίες που μπορεί να υπάρχουν μεταξύ των γονέων, ή οι ασθένειες που μπορεί να παρουσιαστούν στην οικογένεια, ειδικά σε κάποιον από τους γονείς. Σημαντικός παράγοντας είναι και το διαζύγιο των γονιών, ή αν ένας από τους δύο πάσχει από κάποια διαταραχή πανικού και κατάθλιψης, όπως και η συμπεριφορά του πατέρα, ιδίως αν είναι εγωκεντρικός και ανώριμος (Figueroa, et al. 2012).

Σημαντικός παράγοντας προδιάθεσης του άγχους είναι και οι πρωτόγονες εμπειρίες που μπορεί να ζήσει ένα παιδί. Όπως να έχει ανάμειξη σε ένα έγκλημα, ή σε μια μεγάλη καταστροφή. Να έχει βιώσει οικογενειακή βία. Η απώλεια της εργασίας του ενός γονέα μπορεί να δημιουργήσει άγχος σε ένα παιδί, ακόμη και η γέννηση ενός άλλου παιδιού αδελφό ή αδελφή (Figueroa, etal. 2012). Τα παιδιά που βιώνουν τέτοιες καταστάσεις είναι απόμακρα χωρίς αυτοπεποίθηση, έχουν το φόβο της αποτυχίας και μπορεί να γίνουν στην πορεία καταθλιπτικά. Άγχος προκαλεί και ο σχολικός εκφοβισμός ή η αδυναμία να αποδώσουν μέσα στην τάξη στα μαθήματα, ή στις αθλητικές δραστηριότητες (Figueroa, et. al. 2012).

Οι βιολογικοί παράγοντες που συμβάλουν στο άγχος είναι γενετικοί και ψυχολογικοί.

Μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά που έχουν γονείς με διαταραχές άγχους είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν στο μέλλον και αυτά κάποια διαταραχή. Οι Biederman, Monuteaux, & Faraone, (2004) μετά από έρευνα έχουν καταλήξει ότι υπάρχει μια άμεση σχέση οι γονείς να περάσουν στους απογόνους τις αγχώδεις διαταραχές, αυτό όμως μέχρι σήμερα δεν έχει επιβεβαιωθεί. Ο διαβήτης και η κατάθλιψη μπορεί να παίζει ρόλο στην εξέλιξη του άγχους σε αγχώδη διαταραχή (Muniretal., 2017). Η κρίση πανικού φαίνεται ότι έχει βάση σε γενετική αιτιολογία, αν και δεν έχουν εντοπιστεί τα πραγματικά γονίδια (Adwasetal., 2019).

Η κλινική αντιμετώπιση του φόβου που συγκαταλέγεται στις ψυχοβιολογικές διεργασίες είναι η βάση των αγχωδών διαταραχών. Αυτές οι ψυχοβιολογικές διεργασίες έχουν να κάνουν με την λειτουργία του ανθρώπινου εγκεφάλου και ειδικά σε ορισμένα τμήματα όπως ο αμυγδαλοειδής πυρήνας το κύκλωμα φλοιού – ιπποκάμπου και ο εγκεφαλικός φλοιός του προσαγωγίου (Figueroa, etal. 2012).

Ο ανθρώπινος οργανισμός προκαλεί διάφορα συναισθήματα, όπως άγχος, φόβο, ευχαρίστηση και το αίσθημα απειλής. Η περιοχή του εγκεφάλου που εμπλέκεται με το άγχος είναι η αμυγδαλή. Το σημείο αυτό του εγκεφάλου ανιχνεύει τον κίνδυνο, ή ακόμη και μια απειλή. Όταν όμως δεν λειτουργεί κανονικά έχει την δυνατότητα να αυξήσει το άγχος στον άνθρωπο (Σιδηροπούλου, 2015).

Οι νευροδιαβιβαστές, νορεπινεφρίνη, ντοπαμίνη και η GABA είναι ενώσεις που κάποιος νευρώνας τις απελευθερώνει και αυτό έχει αποτέλεσμα να επηρεάζουν κάποιον άλλο. Η καταθλιπτική διάθεση αυξάνεται από την νορεπινεφρίνη και ταυτόχρονα η πίεση, από την αύξηση της ροής του αίματος. Η εγρήγορση, η κίνηση, οι σκέψεις και ο προγραμματισμός ελέγχονται από την ντοπαμίνη με αποτέλεσμα να μειώνεται με το αίσθημα της αγάπης και της στοργής και να αυξάνει το πάρκινσον. Το άγχος, η επιληψία και η αϋπνία επηρεάζονται από την GABA (Σιδηροπούλου, 2015).

3.6.Θεραπεία άγχους

Όπως προαναφέρθηκε το άγχος έχει πολλούς και διαφορετικούς αιτιολογικούς παράγοντες. Για το λόγο αυτό η αντιμετώπιση και η θεραπεία του έχει έναν πολυδιάστατο χαρακτήρα για να μπορέσουν να μειωθούν τα συμπτώματα του ασθενή, αλλά και η έκφραση του άγχους να έρθει σε καταστολή. Η αντιμετώπιση του άγχους των παιδιών απασχολεί την επιστημονική κοινότητα εδώ και 40 χρόνια. Σύμφωνα με τους Silverman & Berman (2001) περίπου στα τέλη του 20^{ου} αιώνα ξεκίνησε η μελέτη της θεραπευτικής αντιμετώπισης με επιστημονικές αποδείξεις. Σύμφωνα με τους Albano & Kendall, (2002) οι ανασκοπήσεις που έγιναν για τις θεραπείες των παιδιών με άγχος, με επιστημονική τεκμηρίωση αυτές που έχουν αποτελεσματικότητα είναι οι συμπεριφορικές και γνωστικο-συμπεριφορικές παρεμβάσεις. Μέχρι σήμερα οι ενδείξεις δείχνουν ότι οι θεραπευτικές

παρεμβάσεις στην παιδική και εφηβική ηλικία που έχουν αποτελέσματα για τις διαταραχές του άγχους, για τις απλές φοβίες είναι η Συμπεριφορική Θεραπεία, η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία και η Φαρμακευτική Αγωγή. Ενώ οι Jamesetal. (2015) κατέληξαν ότι για να αντιμετωπιστεί το παιδικό άγχος θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί η Γνωστική-Συμπεριφορική Θεραπεία με τη χρήση φαρμάκων, αλλά και τη χρήση (SSRI) επιλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης.

3.6.1. Φαρμακοθεραπεία

Για την αντιμετώπιση του παιδικού κοινωνικού άγχους δεν συνιστάται η φαρμακευτική αγωγή. Σύμφωνα με την ανασκόπηση της Cochrane αν είναι να δοθεί φαρμακευτική αγωγή η χρήση SSRI είναι η πιο αποτελεσματική θεραπεία και ανεκτή για τα παιδιά (Ipseretal., 2010). Ο συνδυασμός SSRI και SNRI είναι πιο αποτελεσματικός με την φαρμακευτική αγωγή γύρω στο 58% απ' ότι με placebo που έχει αποτελεσματικότητα γύρω στο 31,5%.

Συνήθως στους ενήλικες υπάρχει μια κατευθυντήρια γραμμή να χορηγείται η φαρμακευτική αγωγή ή να υποβάλλονται σε Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία, αφού πρώτα ελεγχθεί αν δεν έχουν φέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα οι ομάδες ψυχικής εκπαίδευση και αυτοβοήθειας. Στα παιδιά όμως είναι πιο αποτελεσματικό να συνδυάζονται τα φάρμακα μαζί με την Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία. Ο συνδυασμός της φαρμακευτικής αγωγής με την ψυχολογική θεραπεία θα πρέπει να γίνεται περισσότερο σε παιδιά που είναι μεγαλύτερης ηλικίας και έχουν πολύ σοβαρά συμπτώματα (Walkupetal., 2008).

Για την αντιμετώπιση του παιδικού και νεανικού άγχους υπάρχουν αναφορές που δηλώνουν τη χρήση τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών και βενζοδιαζεπινών. Οι πειραματικές μελέτες δεν είναι αρκετές ειδικά σε ότι έχει σχέση με τις βενζοδιαζεπίνες (Wehry,etal., 2015).

Σύμφωνα με τους Hawton, etal., (2012) η χρήση των SSRIs για θεραπεία σε παιδιά και εφήβους είναι συσχετισμένο με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις μη θανατηφόρες πράξεις της τάξης του 4% σε αντίθεση με την ομάδα που είχε δοθεί το placebo που είναι περίπου στο 2%. Αποτέλεσμα της έρευνας έδειξε ότι το όφελος ήταν πολύ μεγαλύτερο από το να εμφανιστούν συμπτώματα αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Τα πρώτα φάρμακα που μελετήθηκαν για την θεραπεία των παιδιών και των εφήβων από αγχώδεις διαταραχές είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και οι βενζοδιαζεπίνες, οι οποίες θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο όταν δεν έχουν θετικά αποτελέσματα οι άλλες φαρμακευτικές αγωγές. Τα στοιχεία που προέκυψαν από μελέτες που υποστηρίζουν τη χρήση μη αντικαταθλιπτικών χαπιών είναι πολύ λίγα (Sinitaetal., 2014).

3.6.2. Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις

Σημαντικά και βασικά συστατικά της θεραπείας του άγχους περιλαμβάνουν οι γνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως η γνωστική αναδιάρθρωση, η έκθεση σε καταστάσεις φόβου, η ψυχοεκπαίδευση, η πρόληψη της υποτροπής, οι σωματικές δεξιότητες διαχείρισης, των γνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων, γνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις. Το καθένα συστατικό έχει σαν στόχο τους μηχανισμούς που έχουν ως σκοπό να διατηρούν το άγχος (Alvarezetal., 2018).

Η ατομική ψυχοθεραπεία έχει ως στόχο να αναγνωρίσει την κατάσταση και τον προσδιορισμό της από το άτομο που πάσχει από διαταραχή άγχους και τις περισσότερες φορές δεν το αναγνωρίζει και το ίδιο. Τις περισσότερες φορές η αποφυγή του κοινωνικού στίγματος, γίνεται αιτία να παραμελείτε η ψυχοθεραπεία. Ο ψυχολόγος συντονίζει την ατομική ψυχοθεραπεία και έχει ως στόχο να βοηθήσει τον ασθενή ώστε να αναγνωρίσει την βαρύτητα της κατάστασής του. Οι συζητήσεις του ψυχολόγου με τον ασθενή για προσωπικές εμπειρίες, βοηθώντας τον να κάνει την αυτοκριτική του και να αναλύσει τα συναισθήματά του συμβάλει στο να αυτοδιαχειρίζεται τα αγχώδη επεισόδια (Ευθυμίου και συν., 2006).

Υπάρχουν και οι ομάδες υποστήριξης όπου ο ψυχολόγος είναι ο συντονιστής αυτής της ομάδας και φροντίζει να μην υπάρχουν εσωτερικές επιρροές μεταξύ των μελών, όπως και να λειτουργεί εύρυθμα. Γίνονται σχεδόν οι ίδιες συζητήσεις με την ατομική ψυχοθεραπεία αλλά στην ομάδα ακούγονται όλες οι γνώμες και οι εμπειρίες των μελών (Burnard, etall, 2008). Σύμφωνα με τους Gottken, et al., (2014) σε μια μελέτη έδειξε ότι το 67% των παιδιών ηλικίας 4 έως 10 ετών που έχουν παρακολουθήσει και ολοκληρώσει 20 με 25 συνεδρίες, δεν πληρούν πλέον τα κριτήρια της αγχώδους διαταραχής.

II ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 4 : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ / METHODS

4.1 Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του Συνδρόμου Αδράνειας (**Fear of missing out- FOMO**) και της συσχέτισής του, με την κατάθλιψη και το άγχος σε παιδιά της πέμπτης και έκτης τάξης του Δημοτικού.

4.1.1. Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που διερευνήθηκαν ως επιμέρους στόχοι για τη συσχέτιση του Συνδρόμου Αδράνειας, Κατάθλιψη και Άγχος, είναι τα εξής:

- Υπάρχει σχέση μεταξύ Συνδρόμου Αδράνειας, κατάθλιψη και άγχος σε παιδιά Δημοτικού;
- Ποια η επίδραση του Συνδρόμου Αδράνειας στην εμφάνιση κατάθλιψης και άγχους σε παιδιά Δημοτικού;
- Ποιος ο βαθμός του Συνδρόμου Αδράνειας σε παιδιά Δημοτικού;
- Ποιος ο βαθμός κατάθλιψης σε παιδιά Δημοτικού;
- Ποιος ο βαθμός άγχους σε παιδιά Δημοτικού;
- Ποια είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των παιδιών και τα χαρακτηριστικά χρήσης του διαδικτύου που πιθανόν να σχετίζονται με το Σύνδρομο Αδράνειας, την κατάθλιψη και το άγχος;

4.2 Υλικό και Μέθοδος

4.2.1. Επιλογή Προτεινόμενης Μεθοδολογίας

Η παρούσα έρευνα έχει μη πειραματικό, συσχετιστικό ερευνητικό σχεδιασμό με πρωτογενή ποσοτικά δεδομένα. Η ποσοτική έρευνα αποτελεί τη συνηθέστερη επιλογή των ερευνητών για διερεύνηση ερευνητικών υποθέσεων (Γαλάνης,2017).

Ο λόγος της επιλογής αυτής της μεθόδου είναι επειδή στηρίζεται σε μετρήσεις, αριθμούς, στατιστικές μεθόδους, δείκτες, εργαλεία, εξασφαλίζοντας έτσι την ανωνυμία των συμμετεχόντων. Στη συλλογή των δεδομένων μπορούν εύκολα να συλλεχθούν από μεγάλο δείγμα (Διάφθερμος,2011).

4.2.2 Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης αποτέλεσαν 131 παιδιά ηλικίας 10-12 ετών, πέμπτης και έκτης δημοτικού, φύλο, αγόρια – κορίτσια, από δημοτικά σχολεία της περιοχής των νομών της Ηπείρου αλλά και από δημοτικά σχολεία στην περιοχή της Αττικής.

4.3 Ερευνητική Διαδικασία

4.3.1. Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελείται από τέσσερις ενότητες, που είναι οι εξής:

- α) Ατομικά και Δημογραφικά στοιχεία.
- β) Ερωτήσεις για τη χρήση του Διαδικτύου.
- γ) Ερωτηματολόγιο για το Σύνδρομο Αδράνειας (FOMO).
- δ) Ερωτηματολόγιο για αξιολόγηση κατάθλιψης και άγχους.

-Η πρώτη ενότητα αφορά δημογραφικά στοιχεία με σύνολο επτά ερωτήσεων (7), σχετικά με: φύλο μαθητή/μαθήτριας, ηλικία, τάξη, εκπαιδευτικό επίπεδο γονέων/κηδεμόνων, τόπος κατοικίας, οικογενειακή κατάσταση.

-Η δεύτερη ενότητα αποτελείται από δεκαεπτά (17) ερωτήματα για τη χρήση του διαδικτύου. όπως: πρόσβαση & χρήση των κοινωνικών δικτύων, έλεγχος από τους γονείς και συσκευές που χρησιμοποιούν, ενημέρωση και ασφάλεια στο διαδίκτυο.

-Η τρίτη ενότητα του ερωτηματολογίου αποτελείται από την κλίμακα μέτρησης της Fear of missing out (FOMO), του Συνδρόμου Αδράνειας, τύπου Likert 10 στοιχείων.

-Η τέταρτη ενότητα αποτελείται από την κλίμακα: Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS). Πρόκειται για ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για παιδιά 47 ερωτήσεων, που αφορά την αξιολόγηση κατάθλιψης και άγχους,

Οι ερωτήσεις της πρώτης και δεύτερης ενότητας δημιουργήθηκαν για το σκοπό της συγκεκριμένης μελέτης σε συνεργασία με την Επιβλέπουσα Καθηγήτρια.

4.3.2 Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Ξεκινώντας τη διαδικασία ζητήθηκαν οι σχετικές άδειες από τους συγγραφείς για τη χρησιμοποίηση των κλιμάκων **A) Συνδρόμου Αδράνειας Fear of missing out scale (FOMO)**, αναπτύχθηκε από τους Przybylski et al. (2013). **B) Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS)**, Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS), (Chorpita et al., 2000). **Για την κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης η άδεια δόθηκε και από την πρώτη συγγραφέα του άρθρου στάθμισης, (Giannopoulou et al., 2021).**

Στη συνέχεια η επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του τμήματος Νοσηλευτικής, του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, κατόπιν αιτήματος μας ενέκρινε τη διεξαγωγή της προτεινόμενης

έρευνας (**αρ.πρωτοκόλλου:494**). Στη συνέχεια δόθηκαν οι άδειες από την Περιφερειακή Εκπαίδευση Ηπείρου και από διευθύνσεις των σχολείων που επιλέχθηκαν για την επιλογή της λήψης του δείγματος. Με την έγκριση από τις διευθύνσεις των σχολείων και των εκπαιδευτικών τους συλλόγων και ιδιαίτερα των εκπαιδευτικών των τάξεων, πέμπτης και έκτης Δημοτικού. Διανεμήθηκε αρχικά στους γονείς και κηδεμόνες των μαθητών, το Έντυπο Ενημέρωσης και Συγκατάθεσης για τη Συμμετοχή των παιδιών τους στη μελέτη. Το ερωτηματολόγιο κατανεμήθηκε στους μαθητές σε έντυπη και ηλεκτρονική μορφή (Google forms), με ανώνυμες απαντήσεις και κατόπιν γραπτής συναίνεσης των γονέων για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Ο χρόνος που χρειάστηκε για τη συμπλήρωσή του ήταν 10 λεπτά. Στη μελέτη τηρήθηκε η προστασία προσωπικών δεδομένων, σύμφωνα με τον **Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR)της Ευρωπαϊκής Ένωσης,(2016/679)**. Όλοι οι γονείς/ κηδεμόνες ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας. Τυχόν ερωτήματα και απορίες, απαντήθηκαν και διευκρινίστηκαν από την ερευνήτρια. Η παρούσα μελέτη ήταν εθελοντικού χαρακτήρα, ανώνυμη και διεξήχθη σύμφωνα με τις ηθικές αρχές της έρευνας.

4.3.3. Κριτήρια εισόδου στη Μελέτη

Η επιλογή του δείγματος έγινε με τα παρακάτω κριτήρια:

- α) Τα σχολεία να ανήκουν στην Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης των νομών: Ηπείρου και Αττικής για την αξιοπιστία του δείγματος.
- β) Τα παιδιά να έχουν την ηλικία 10-12 ετών, συγκεκριμένα των τάξεων Πέμπτης και Έκτης Δημοτικού.
- γ) Απαραίτητη γνώση της Ελληνικής γλώσσας για την κατανόηση των ερωτήσεων.

4.3.4. Η μελέτη πιλότος

Τον Απρίλιο του 2023 ξεκίνησε η εφαρμογή μελέτης (pilot study) με διανομή ερωτηματολογίων σε μικρό ποσοστό παιδιών, δέκα (10), Πέμπτης και Έκτης δημοτικού, ώστε να εκτιμηθεί η κατανόηση των ερωτήσεων και η εκτίμηση του χρόνου 10-15 λεπτά, για τη συμπλήρωση του. Τα αποτελέσματα ήταν θετικά δείχνοντας την κατανόηση των ερωτήσεων. Όσον αφορά τις κλίμακες κρίθηκαν ως αξιόπιστα, κατάλληλα και εύχρηστα εργαλεία για να συνεχιστεί η μελέτη χωρίς περεταίρω τροποποιήσεις.

4.4 Περιγραφή των κλιμάκων

4.4.1. Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS).

Η κλίμακα: **Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS)**, (Giannopoulou et al., 2021), χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση κατάθλιψης και άγχους. Η κλίμακα **RCADS-47**

είναι καθιερωμένη διαπολιτισμικά. Είναι ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για παιδιά 47 ερωτήσεων, με υποκλίμακες που περιλαμβάνουν: Μείζον καταθλιπτική διαταραχή, κοινωνική φοβία, άγχος αποχωρισμού, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Μπορεί να συμπληρωθεί από παιδιά και εφήβους 8-18 ετών. Η **RCADS-47** είναι έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης μελλοντικών μελετών, προσυμπτωματικού ελέγχου, άγχους και κατάθλιψης παιδιών και εφήβων στο σχολείο και στην πρωτοβάθμια υγεία και έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα Ελληνικά (Giannopoulou et al., 2021).

4.4.2. Fear of missing out scale (FOMO).

Η κλίμακα μέτρησης της: **Fear of missing out scale (FOMO)** Przybylski et al. (2013), για **το σύνδρομο αδράνειας** (φόβος μήπως χάνεται κάτι), αναπτύχθηκε από τους Przybylski et al. (2013). Η κλίμακα μέτρησης της **FOMO** έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα Ελληνικά. Η κλίμακα Fomo αποτελείται από 10 ερωτήσεις, οι απαντήσεις δίνονται με την χρήση κλίμακας τύπου Likert, (1=καθόλου αληθές για μένα, 2=κάπως αληθές για μένα, 3=Αρκετά αληθές για μένα, 4 πολύ αληθές για μένα, 5= πάρα πολύ αληθές για μένα).

Κεφάλαιο 5 : Αποτελέσματα

5.1 Στατιστική ανάλυση

Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov ελέγχθηκαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Για εκείνες που κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (StandardDeviation=SD) για την περιγραφή τους, ενώ για εκείνες που δεν κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσοτέρων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/\kappa$ (κ = αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις κλίμακες άγχους-κατάθλιψης και αδράνειας, από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Όταν η κατανομή της εξαρτημένης δεν ήταν κανονική, χρησιμοποιήθηκε στην ανάλυση ο λογάριθμος αυτής. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 28.α.

5.2 Αποτελέσματα

5.2.1. Ατομικά- Δημογραφικά- Επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Το δείγμα αποτελείται από 131 παιδιά Δημοτικού με μέση ηλικία τα 11,4 έτη (SD=1,2 έτη). Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων παιδιών και στοιχεία σχετικά με τους γονείς τους.

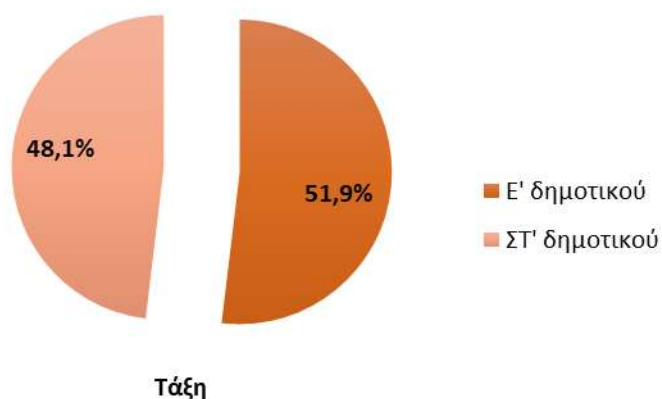
Πίνακας 1. Τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων (N=131).

		N	%
Βιολογικό φύλο	Θήλυ	82	62,6
	Άρρεν	49	37,4
Ηλικία, Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)		11,4 (1,2)	11,0 (10 - 12)

Τάξη	Ε' δημοτικού	68	51,9
	ΣΤ' δημοτικού	63	48,1
Είδος οικογένειας	Πυρηνική	119	90,8
	Μονογονεϊκή	12	9,2
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	Έως και δευτεροβάθμια εκπαίδευση	6	4,6
	Μεταλυκειακή εκπαίδευση	52	39,7
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	73	55,7
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	Έως και δευτεροβάθμια εκπαίδευση	8	6,1
	Μεταλυκειακή εκπαίδευση	59	45,0
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	64	48,9
Αριθμός αδελφών	Κανένα	17	13,0
	1	103	78,6
	>1	11	8,4

Το 62,6% των παιδιών ήταν κορίτσια. Το 51,9% φοιτούσε στην Ε' Δημοτικού και το 90,8% ανήκε σε πυρηνική οικογένεια. Σχετικά με τους γονείς, το 55,7% των μητέρων ήταν απόφοιτες Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και το ίδιο εκπαιδευτικό επίπεδο είχε και το 48,9% των πατεράδων. Τέλος, το 78,6% είχε έναν αδερφό/ή.

Ακολουθεί το γράφημα σχετικά με την τάξη στην οποία φοιτούσαν τα παιδιά.



Γράφημα 1. Η κατανομή του δείγματος ως προς την τάξη φοίτησης (N=131).

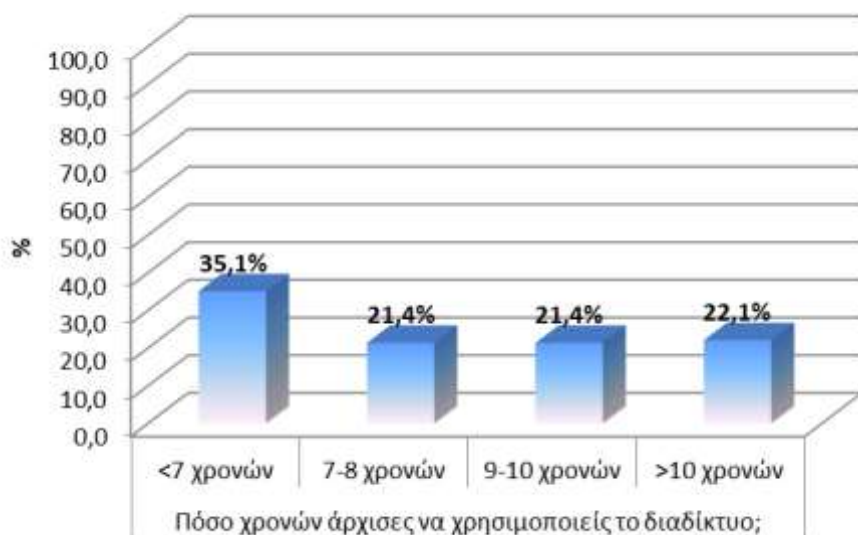
Στη συνέχεια δίνεται ο πίνακας με τα στοιχεία για την χρήση του διαδικτύου.

Πίνακας 2. Στοιχεία χρήσης του διαδικτύου.

		N	%
Έχετε υπολογιστή στο σπίτι;	Όχι	6	4,6
	Ναι	125	95,4
Πόσο χρονών άρχισες να χρησιμοποιείς το διαδίκτυο;	<7 χρονών	46	35,1
	7-8 χρονών	28	21,4
	9-10 χρονών	28	21,4
	>10 χρονών	29	22,1
Ποιος σου έμαθε να χρησιμοποιείς το διαδίκτυο;	Φίλοι	9	6,9
	Σχολικό μάθημα	20	15,3
	Γονείς	102	77,9
Σε ποια ηλικία απέκτησες κινητό τηλέφωνο;	≤10 χρονών	37	28,2
	>10 χρονών	94	71,8
Από ποια συσκευή έχεις πρόσβαση στο διαδίκτυο;	Το κινητό των γονιών μου	28	21,4
	Το δικό μου κινητό	39	29,8
	Το σταθερό υπολογιστή	10	7,6
	Tablet	36	27,5
	Laptop	18	13,7
Χρησιμοποιείς μόνος/η σου το διαδίκτυο ή με την επίβλεψη των γονιών σου;	Μόνος/η μου	29	22,1
	Υπό την επίβλεψη των γονιών μου	102	77,9
Πόσες ώρες τη μέρα χρησιμοποιείς το διαδίκτυο;	<1 ώρα	37	28,2
	1-2 ώρες	47	35,9
	3-4 ώρες	37	28,2
	>4 ώρες	10	7,6
Έχεις ανοίξει κάποιο λογαριασμό στα κοινωνικά δίκτυα;	Όχι	55	42,0
	Ναι	76	58,0
Πόσο συχνά χρησιμοποιείς τα κοινωνικά δίκτυα;	Ποτέ	55	42,0
	Μέχρι 1 φορά την εβδομάδα	37	28,2
	2-3 φορές την εβδομάδα	39	29,8
	4-6 φορές την εβδομάδα	0	0,0
	Κάθε μέρα	0	0,0

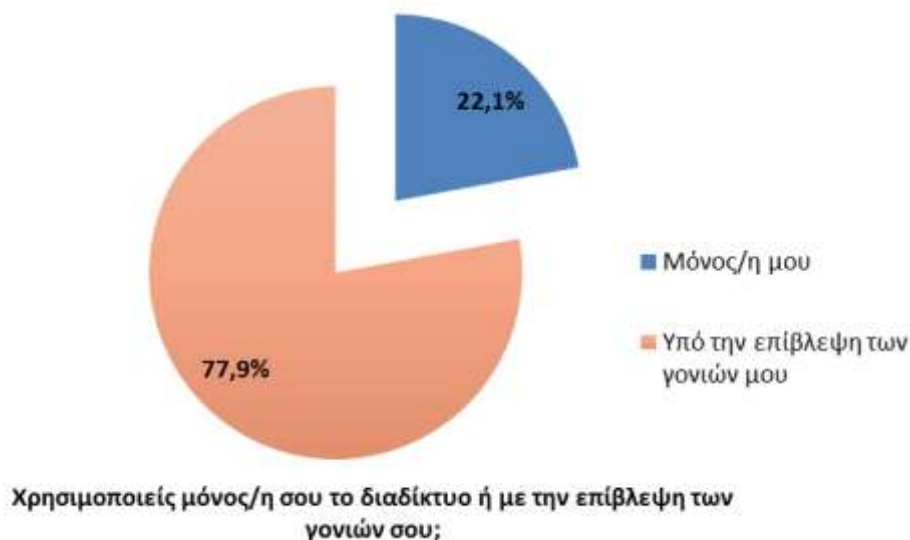
Το 95,4% είχε υπολογιστή στο σπίτι. Το 35,1% άρχισε να χρησιμοποιεί το διαδίκτυο σε ηλικία μικρότερη των 7 ετών και το 77,9% το έμαθε από τους γονείς του. Κινητό απέκτησε το 71,8% σε ηλικία μεγαλύτερη των 10 ετών . Από αυτό είχε πρόσβαση στο διαδίκτυο το 29,8%. Μόνο το 22,1% χρησιμοποιούσε μόνο του το διαδίκτυο. Η χρήση γινόταν σε ποσοστό 35,9% για 1 έως 2 ώρες την ημέρα. Επίσης, το 58% είχε λογαριασμό στα κοινωνικά δίκτυα και το 29,8% τα χρησιμοποιούσε 2-3 φορές την εβδομάδα.

Δίνεται ακολούθως το ραβδόγραμμα για την ηλικία έναρξης χρήσης του διαδικτύου.



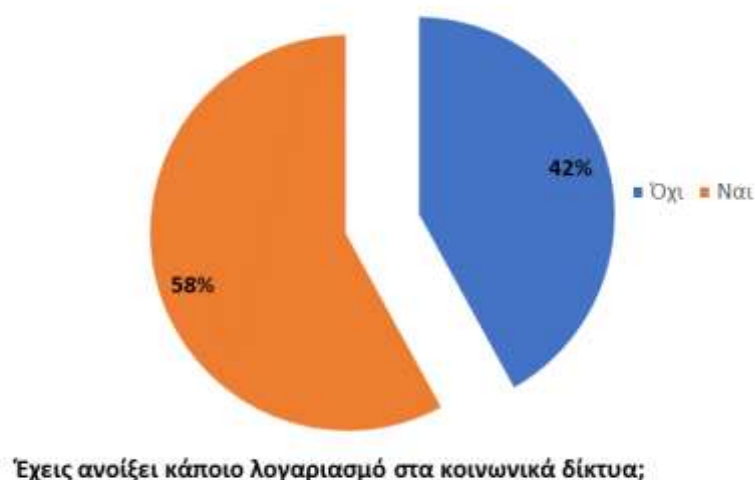
Ραβδόγραμμα 1. Ηλικία έναρξης χρήσης του διαδικτύου των συμμετεχόντων (N=131).

Έπεται το γράφημα σχετικά με την επιβλεπόμενη χρήση του διαδικτύου.



Γράφημα 2. Επιβλεπόμενη χρήση του διαδικτύου των συμμετεχόντων (N=131).

Στη συνέχεια δίνεται και το γράφημα σχετικά με την διατήρηση λογαριασμού στα κοινωνικά δίκτυα.



Γράφημα 3. Διατήρηση λογαριασμού των συμμετεχόντων(N=131) στο διαδίκτυο.

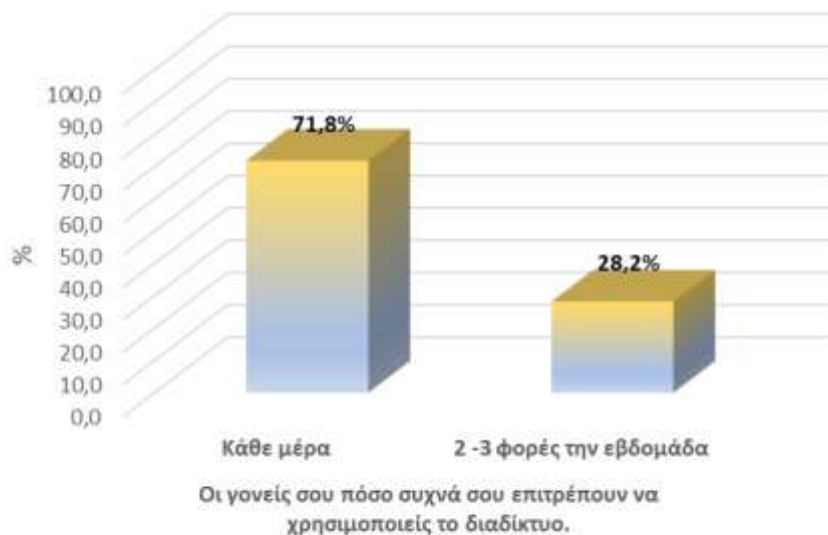
Έπονται τα στοιχεία σχετικά με την ενημέρωση των παιδιών και την ελευθερία από τους γονείς τους.

Πίνακας 3. Έγκριση γονέα και συχνότητα χρήσης συμμετεχόντων(N=131) στο διαδικτυό.

		N	%
Οι γονείς σου πόσο συχνά σου επιτρέπουν να χρησιμοποιείς το διαδίκτυο.	Κάθε μέρα	94	71,8
	2 -3 φορές την εβδομάδα	37	28,2
Εσύ ακολουθείς πιστά τους περιορισμούς των γονιών σου;	Όχι	48	36,6
	Ναι	83	63,4
Είσαι ενημερωμένος/ η, για το πως να κάνεις ασφαλή χρήση του διαδικτύου;	Όχι	18	13,7
	Ναι	113	86,3
Τι ώρα συνήθως κοιμάσαι το βράδυ;	Πριν τις 22:00	18	13,7
	22:00	57	43,5
	23:00	28	21,4
	Μετά τις 23:00	28	21,4
Το πρωί πως αισθάνεσαι;	Ξεκούραστος/η	113	86,3
	Κουρασμένος/η	18	13,7

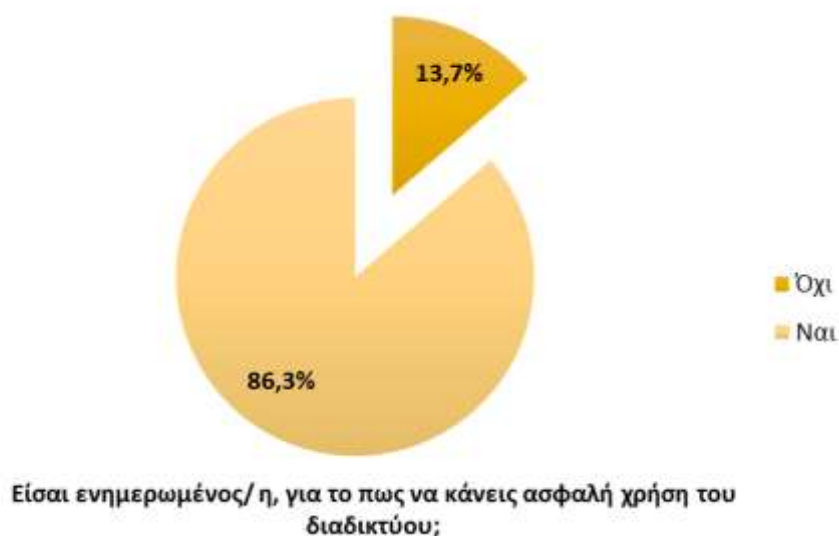
Το 71,8% των γονέων επέτρεπε στα παιδιά του να χρησιμοποιεί το διαδίκτυο κάθε μέρα. Το 63,4% των παιδιών ακολουθούσε τους περιορισμούς των γονιών του και το 86,3% ήταν ενημερωμένο για την ασφαλή χρήση του. Επιπλέον, το 43,5% κοιμόταν στις 10 το βράδυ και το 86,3% ξύπναγε ξεκούραστο το πρωί.

Ακολουθεί το γράφημα για την συχνότητα που επιτρέπουν οι γονείς στα παιδιά να χρησιμοποιούν το διαδίκτυο.



Γράφημα 4. Επιτρεπόμενη συχνότητα χρήσης διαδικτύου των συμμετεχόντων(N=131).

Έπειτα παρουσιάζεται το γράφημα για την ενημέρωση των παιδιών σχετικά με την ασφαλή χρήση του διαδικτύου.



Γράφημα 5. Ενημέρωση για ασφαλή χρήση του διαδικτύου των συμμετεχόντων(N=131).

5.3 Κλίμακα αδράνειας (FoMOS)

Αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της κλίμακας FoMOS δίνονται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 4. Απαντήσεις συμμετεχόντων (N=131) της κλίμακας FoMOS.

	Καθόλου αληθές για εμένα	Κάπως αληθές για εμένα	Αρκετά αληθές για εμένα	Πολύ αληθές για εμένα	Πάρα πολύ αληθές για εμένα
1. Φοβάμαι ότι άλλοι έχουν πιο ικανοποιητικές εμπειρίες από εμένα.	47 (35,9%)	47 (35,9%)	28 (21,4%)	9 (6,9%)	0 (0%)
2. Φοβάμαι ότι οι φίλοι μου έχουν πιο ικανοποιητικές εμπειρίες από εμένα.	47 (35,9%)	36 (27,5%)	48 (36,6%)	0 (0%)	0 (0%)
3. Ανησυχώ όταν μαθαίνω ότι οι φίλοι μου διασκεδάζουν χωρίς εμένα.	18 (13,7%)	31 (23,7%)	47 (35,9%)	8 (6,1)	27 (20,6%)
4. Ανησυχώ όταν δεν ξέρω τι κάνουν οι φίλοι μου.	65 (49,6%)	30 (22,9%)	27 (20,6%)	9 (6,9)	0 (0%)
5. Είναι σημαντικό να καταλαβαίνω τους φίλους μου "στα αστεία".	27 (20,6%)	39 (29,8%)	11 (8,4%)	36 (27,5)	18 (13,7%)
6. Μερικές φορές, αναρωτιέμαι αν ξοδεύω πολύ χρόνο για να παρακολουθώ τι συμβαίνει.	92 (70,2%)	2 (1,5%)	10 (7,6%)	27 (20,6)	0 (0%)
7. Με ενοχλεί όταν χάνω μια ευκαιρία να συναντηθώ με φίλους.	18 (13,7%)	10 (7,6%)	29 (22,1%)	0 (0)	74 (56,5%)
8. Όταν περνάω καλά είναι σημαντικό για μένα να μοιράζομαι τις λεπτομέρειες στο διαδίκτυο	95 (72,5%)	9 (6,9%)	0 (0%)	27 (20,6)	0 (0%)

9. Με ενοχλεί όταν χάνω μια προγραμματισμένη συνάντηση.	28 (21,4%)	18 (13,7%)	20 (15,3%)	27 (20,6)	38 (29%)
10. Όταν πηγαίνω διακοπές, συνεχίζω να παρακολουθώ τι κάνουν οι φίλοι μου.	75 (57,3%)	19 (14,5%)	10 (7,6)	9 (6,9%)	18 (13,7%)

Στη συνέχεια δίνεται ο πίνακας με τα περιγραφικά στοιχεία της κλίμακας αδράνειας (FoMOs). Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov ελέγχθηκε η κατανομή της μεταβλητής ως προς την κανονικότητα της κατανομής της. Η κανονικότητα απορρίφθηκε για την κλίμακα ($p < 0,001$).

Η κλίμακα κυμαίνεται από 10 έως 50 μονάδες. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη αδράνεια/φόβο μήπως χάνουν κάτι.

Πίνακας 5. Περιγραφικά στοιχεία κλίμακας αδράνειας (FoMOs).

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's α
Κλίμακα αδράνειας	11,0	40,0	24,2 (9,2)	22 (17 – 30)	0,90

Η κλίμακα αδράνειας κυμαινόταν, στο συγκεκριμένο δείγμα, από 11 έως 40 μονάδες με μέση τιμή 24,2 μονάδες ($SD=9,2$ μονάδες).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας του Cronbach ήταν μεγαλύτερος από 0,7 υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

5.4 Κλίμακα άγχους-κατάθλιψης (RCADS)

Ακολουθούν τα περιγραφικά στοιχεία για τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα άγχους-κατάθλιψης (εσωτερίκευσης). Αυτή αποτελείται από μία διάσταση σχετικά με την κατάθλιψη και πέντε οι οποίες αθροίζονται διαμορφώνοντας την διάσταση του άγχους. Τέλος, αθροίζοντας τις διαστάσεις άγχους και κατάθλιψης προκύπτει μια συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης. Η διάσταση της κατάθλιψης κυμαίνεται από 0 έως 30 μονάδες, αυτές σχετικά με τον ψυχαναγκασμό/ιδεοψυχαναγκασμό και την γενικευμένη διαταραχή άγχους από 0 έως 18 μονάδες, για την κοινωνιοφοβία και την διαταραχή πανικού από 0 έως 27 μονάδες και η διάσταση για το άγχος

αποχωρισμού από 0 έως 21 μονάδες. Οπότε η διάσταση γενικά για το άγχος κυμαίνεται από 0 έως 111 μονάδες και η συνολική από 0 έως 141 μονάδες. Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov ελέγχθηκαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Η κανονικότητα απορρίφθηκε για τις διαστάσεις «Μείζων καταθλιπτική διαταραχή», «Ιδεοψυχαναγκασμός/ Ψυχαναγκασμός», «Κοινωνιοφοβία», «Άγχος αποχωρισμού», «Διαταραχές πανικού», «Διαταραχή γενικευμένου άγχους», «Αγχώδης διαταραχή» και την συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης ($p < 0,001$ για όλες τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα).

Υψηλότερες τιμές σε κάθε διάσταση και συνολικά υποδηλώνουν εντονότερα συναισθήματα άγχους και κατάθλιψης.

Πίνακας 6. Περιγραφικά στοιχεία διαστάσεων συνολικά της κλίμακας άγχους-κατάθλιψης(εσωτερίκευσης).

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's a
Μείζων καταθλιπτική διαταραχή	0,0	16,0	8,4 (5,4)	10 (3 – 13)	0,84
Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	0,0	12,0	5,3 (3,9)	6 (1 – 7)	0,80
Κοινωνική φοβία	0,0	21,0	10,3 (5,9)	9 (6 – 12)	0,83
Διαταραχή άγχους αποχωρισμού	1,0	13,0	5,9 (4,4)	5 (1 – 11)	0,76
Διαταραχές πανικού	0,0	18,0	7,1 (5,9)	8 (2 – 12)	0,89
Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	1,0	14,0	6,9 (3,8)	8 (4 – 8)	0,78
Αγχώδης διαταραχή	5,0	74,0	35,5 (20,4)	40 (19 – 50)	0,92
Συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης	5,0	90,0	43,9 (24,8)	43 (26 – 58)	0,92

Η διάσταση σχετικά με την κατάθλιψη κυμαινόταν από 0 έως 16 μονάδες με μέση τιμή 8,4 μονάδες (SD=5,4 μονάδες).

Η διάσταση σχετικά με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή κυμαινόταν από 0 έως 12 μονάδες με μέση τιμή 5,3 μονάδες (SD=3,9 μονάδες).

Η διάσταση κοινωνικής φοβίας είχε εύρος από 0 έως 21 μονάδες με μέση τιμή 10,3 μονάδες (SD=5,9 μονάδες) και αυτή σχετικά με το άγχος αποχωρισμού από 1 έως 13 μονάδες με μέση τιμή 5,9 μονάδες (SD=4,4 μονάδες).

Οι διαστάσεις για τις διαταραχές πανικού και γενικευμένου άγχους κυμαίνονταν από 0 έως 18 και από 1 έως 14 μονάδες, αντίστοιχα με μέσες τιμές 7,1 μονάδες (SD=5,9 μονάδες) και 6,9 μονάδες (SD=3,8 μονάδες).

Η συνολική διάσταση του άγχους κυμαινόταν από 5 έως 74 μονάδες με μέση τιμή 35,5 μονάδες (SD=20,4 μονάδες) και η συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης από 5 έως 90 μονάδες με μέση τιμή 43,9 μονάδες (SD=24,8 μονάδες).

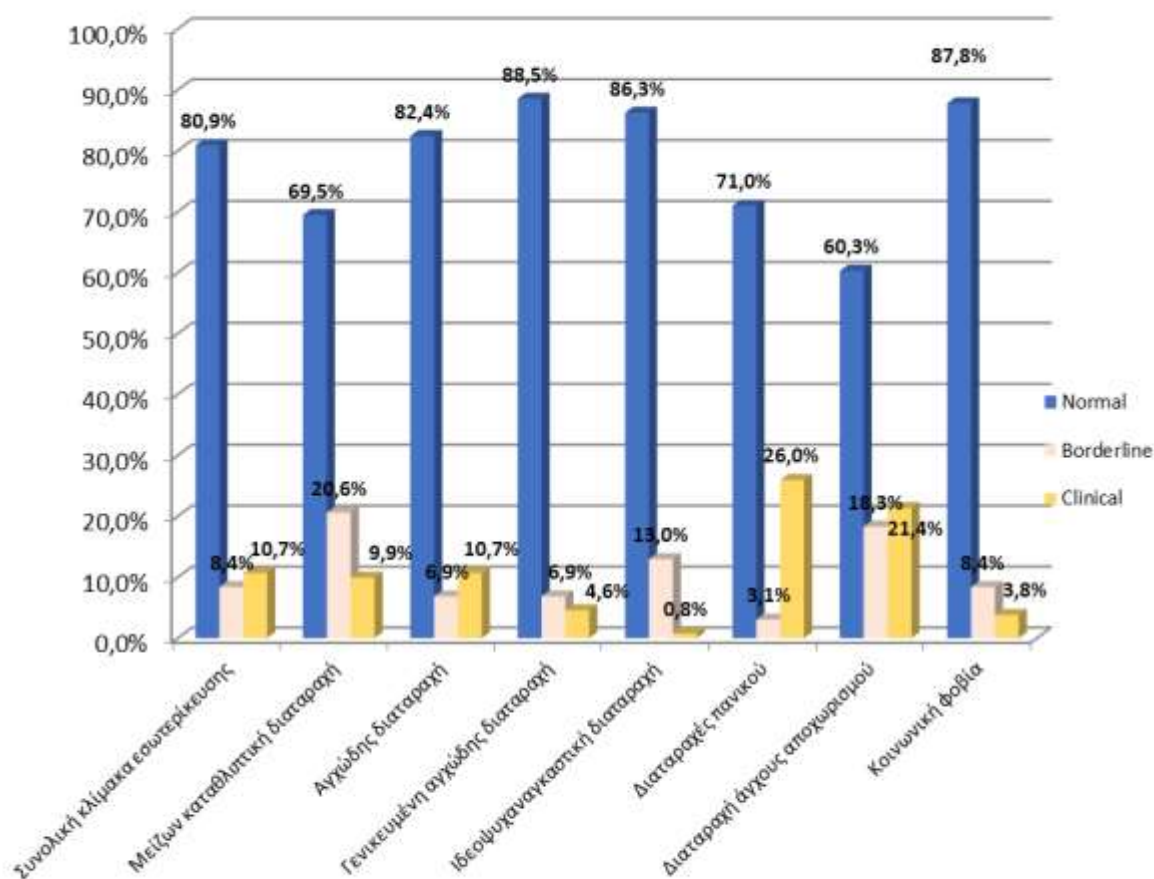
Δίνεται ο πίνακας κατανομής των συμμετεχόντων παιδιών στα επίπεδα των διαστάσεων της κλίμακας εσωτερίκευσης. Με βάση τη συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης το 8,4% των παιδιών ανήκε στην κατηγορία «Borderline» και το 10,7% στην «Clinical». Τα αντίστοιχα ποσοστά για την μείζων καταθλιπτική διαταραχή ήταν 20,6% και 9,9%, ενώ για την αγχώδη 6,9% και 10,7%. Με βάση τη βαθμολογία στην γενικευμένη αγχώδη διαταραχή το 6,9% των συμμετεχόντων ανήκε στην κατηγορία «Borderline» και το 4,6% στην «Clinical». Τα αντίστοιχα ποσοστά για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ήταν 13% και 0,8%, για τις διαταραχές πανικού 3,1% και 26%, για τη διαταραχή άγχους αποχωρισμού 18,3% και 21,4%, ενώ τέλος για την κοινωνική φοβία 8,4% και 3,8%.

Πίνακας 7. Κατανομή συμμετεχόντων (N=131) επιπέδου διαστάσεων της κλίμακας εσωτερίκευσης.

	Normal (<65)	Borderline (65-69)	Clinical (>70)	Total (>65)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης	106 (80,9)	11 (8,4)	14 (10,7)	25 (19,1)
Μείζων καταθλιπτική διαταραχή	91 (69,5)	27 (20,6)	13 (9,9)	40 (30,5)
Αγχώδης διαταραχή	108 (82,4)	9 (6,9)	14 (10,7)	23 (17,6)
Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	116 (88,5)	9 (6,9)	6 (4,6)	15 (11,5)
Ιδεοψυχαναγκαστική	113	17 (13)	1 (0,8)	18

διαταραχή	(86,3)			(13,8)
Διαταραχές πανικού	93 (71)	4 (3,1)	34 (26)	38 (29,1)
Διαταραχή άγχους αποχωρισμού	79 (60,3)	24 (18,3)	28 (21,4)	52 (39,7)
Κοινωνική φοβία	115 (87,8)	11 (8,4)	5 (3,8)	16 (12,2)

Έπεται το γράφημα της κατανομής των παιδιών στα επίπεδα των διαστάσεων της κλίμακας εσωτερίκευσης.



Γράφημα 6. Επίπεδα κατανομής των συμμετεχόντων(N=131) διαστάσεων κλίμακας της εσωτερίκευσης.

5.5 Συσχέτιση κλιμάκων αδράνειας (FoMOS) και άγχους-κατάθλιψης (RCADS)

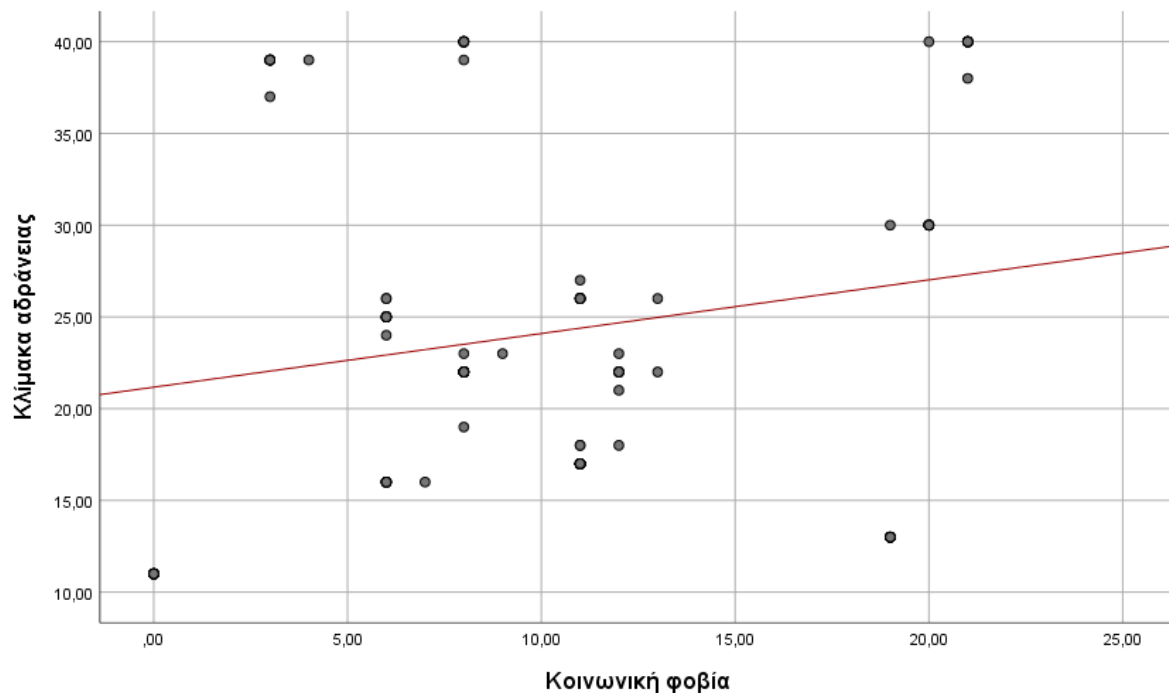
Ακολουθεί ο πίνακας συσχετίσεων του Spearman για την κλίμακα αδράνειας με τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης.

Πίνακας 8. Συσχετίσεις του Spearman της κλίμακας αδράνειας και συνολικών διαστάσεων κλίμακας εσωτερίκευσης.

		Κλίμακα αδράνειας
Μείζων καταθλιπτική διαταραχή	rho	-0,003
	P	0,974
Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	rho	-0,007
	P	0,934
Κοινωνική φοβία	rho	0,190
	P	0,030
Διαταραχή άγχους αποχωρισμού	rho	-0,143
	P	0,104
Διαταραχές πανικού	rho	-0,059
	P	0,504
Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	rho	-0,044
	P	0,615
Αγχώδης διαταραχή	rho	-0,008
	P	0,929
Συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης	rho	0,006
	P	0,946

Μόνο η διάσταση της κοινωνικής φοβίας βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά και θετικά με την κλίμακα αδράνειας. Άρα, μεγαλύτερη αδράνεια σχετιζόταν με μεγαλύτερη κοινωνική φοβία.

Δίνεται το γράφημα συσχέτισης της διάστασης κοινωνικής φοβίας με την κλίμακα αδράνειας.



Γράφημα 7. Συσχετίσεις και διαστάσεις κοινωνικής φοβίας με την κλίμακα αδράνειας.

5.6 Συσχέτιση κλίμακας άγχους-κατάθλιψης (RCDAS) με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των παιδιών και των γονέων τους καθώς και την χρήση του διαδικτύου και των κοινωνικών δικτύων.

Παρακάτω δίνεται ο πίνακας με τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στην διάσταση της κατάθλιψης ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των παιδιών, την εκπαίδευση των γονέων και την ηλικία έναρξης χρήσης του διαδικτύου και του κινητού.

Πίνακας 9. Βαθμολογία συμμετεχόντων (N=131) και διαστάσεων κατάθλιψης ανάλογα των δημογραφικών χαρακτηριστικών τους.

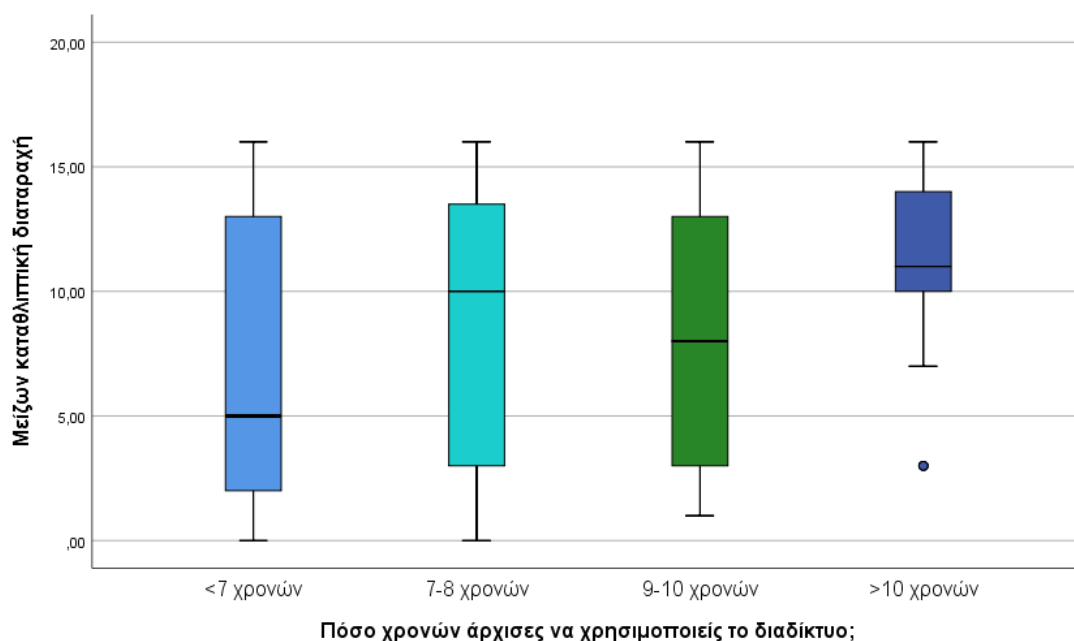
		Μείζων καταθλιπτική διαταραχή		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Βιολογικό φύλο	Θήλυ	8,3 (5,6)	10 (3 – 14)	0,935+
	Άρρεν	8,6 (5,2)	10 (3 – 13)	
Τάξη	Ε' δημοτικού	8,7 (5,5)	10 (3 – 13,5)	0,413+
	ΣΤ' δημοτικού	8,1 (5,4)	9 (3 – 13)	

Είδος οικογένειας	Πυρηνική	8,7 (5,3)	10 (3 – 13)	0,095+
	Μονογονεϊκή	5,8 (5,7)	3 (1 – 12)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	Έως Μεταλυκειακή εκπαίδευση	9,6 (5)	11 (7 – 13)	0,069+
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	7,5 (5,6)	7 (3 – 13)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	Έως Μεταλυκειακή εκπαίδευση	8,3 (5,4)	8 (3 – 13)	0,794+
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	8,5 (5,5)	10 (3 – 13)	
Αριθμός αδελφών	Κανένα	9,1 (5,1)	10 (7 – 13)	0,624++
	1	8,2 (5,5)	8 (3 – 13)	
	>1	10,1 (4,5)	11 (7 – 13)	
Πόσο χρονών άρχισες να χρησιμοποιείς το διαδίκτυο;	<7 χρονών	6,8 (5,8)	5 (2 – 13)	0,029++
	7-8 χρονών	8,8 (5,7)	10 (3 – 13,5)	
	9-10 χρονών	8,2 (5,1)	8 (3 – 13)	
	>10 χρονών	10,9 (3,9)	11 (10 – 14)	
Σε ποια ηλικία απέκτησες κινητό τηλέφωνο;	≤10 χρονών	8,7 (5,3)	9 (3 – 13)	0,833+
	>10 χρονών	8,3 (5,5)	10 (3 – 13)	

+Mann Whitney test ++Kruskal Wallis test

Η καταθλιπτική διαταραχή βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με την ηλικία έναρξης χρήσης του διαδικτύου ($X^2=8,99$, $df=3$, $p=0,029$). Συγκεκριμένα, μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni βρέθηκε ότι τα παιδιά που ξεκίνησαν να χρησιμοποιούν το διαδίκτυο μετά τα 10 έτη της ζωής τους είχαν υψηλότερη βαθμολογία άρα εντονότερα καταθλιπτικά αισθήματα συγκριτικά με όσους ξεκίνησαν πριν τα 7 έτη ($U=399,5$, $N_1=46$, $N_2=29$, $p=0,003$).

Δίνεται το γράφημα για τη βαθμολογία στη διάσταση της κατάθλιψης ανάλογα με την ηλικία έναρξης χρήσης του διαδικτύου.



Γράφημα 8. Βαθμολογία και διαστάσεις της κατάθλιψης ανάλογα την ηλικία έναρξης χρήσης του διαδικτύου.

Ακολουθεί ο πίνακας με τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στην διάσταση της κατάθλιψης ανάλογα με τα την χρήση του διαδικτύου και των κοινωνικών δικτύων από τα παιδιά.

Πίνακας 10. Βαθμολογία συμμετεχόντων (N=131) και διαστάσεις κατάθλιψης κατά τη χρήση κοινωνικών δικτύων.

		Μείζων καταθλιπτική διαταραχή		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Οι γονείς σου έμαθαν να χρησιμοποιείς το διαδίκτυο;	Όχι	9,4 (5,6)	13 (3 – 14)	0,219+
	Ναι	8,2 (5,4)	8,5 (3 – 13)	
Από ποια συσκευή έχεις πρόσβαση στο διαδίκτυο;	Το κινητό των γονιών μου	7,1 (6,2)	5 (2 – 13,5)	0,028++
	Το δικό μου κινητό	11 (3,9)	13 (10 – 14)	
	Το σταθερό υπολογιστή	8,6 (5,6)	11,5 (3 – 13)	
	Tablet	7,6 (5,5)	8 (2 – 13,5)	
	Laptop	6,7 (5,2)	5 (3 – 10)	

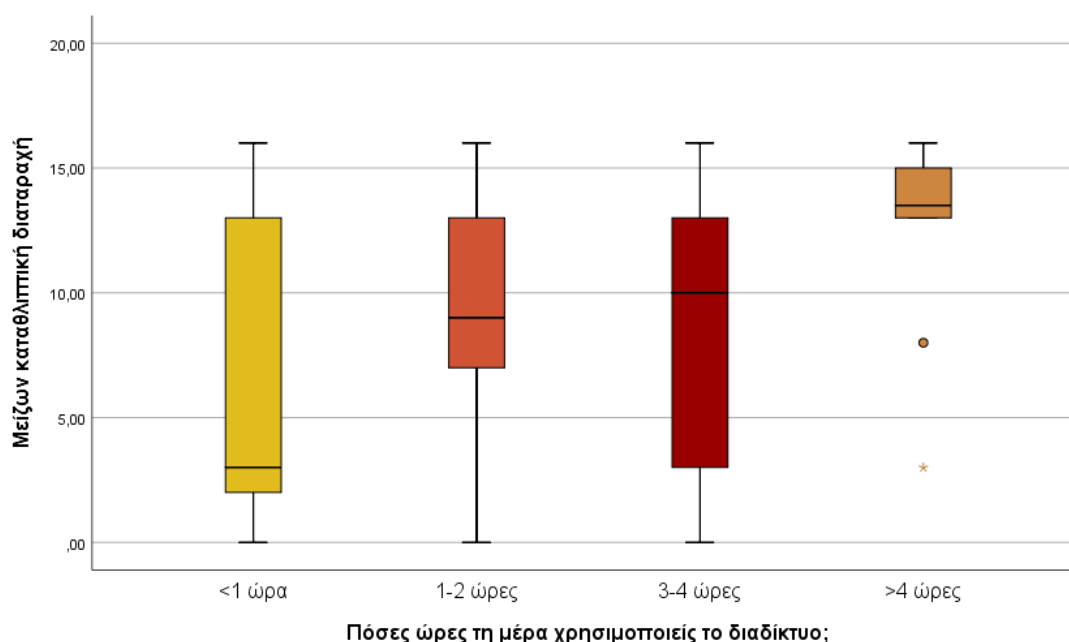
Χρησιμοποιείς μόνος/η σου το διαδίκτυο ή με την επίβλεψη των γονιών σου;	Μόνος/η μου	9,8 (5,6)	13 (3 – 14)	0,120+
	Υπό την επίβλεψη των γονιών μου	8,1 (5,3)	8 (3 – 13)	
Οι γονείς σου πόσο συχνά σου επιτρέπουν να χρησιμοποιείς το διαδίκτυο.	Κάθε μέρα	8,6 (5,5)	10 (3 – 14)	0,414+
	2 -3 φορές την εβδομάδα	7,9 (5,1)	8 (3 – 13)	
Πόσες ώρες τη μέρα χρησιμοποιείς το διαδίκτυο;	<1 ώρα	6,6 (6)	3 (2 – 13)	0,020++
	1-2 ώρες	8,8 (4,8)	9 (7 – 13)	
	3-4 ώρες	8,7 (5,4)	10 (3 – 13)	
	>4 ώρες	12,5 (4)	13,5 (13 – 15)	
Εσύ ακολουθείς πιστά τους περιορισμούς των γονιών σου;	Όχι	9,7 (5,5)	13 (3 – 14)	0,044+
	Ναι	7,7 (5,2)	8 (3 – 13)	
Έχεις ανοίξει κάποιο λογαριασμό στα κοινωνικά δίκτυα;	Όχι	7,1 (5,9)	7 (2 – 13)	0,024+
	Ναι	9,4 (4,8)	11 (7 – 13)	
Πόσο συχνά χρησιμοποιείς τα κοινωνικά δίκτυα;	Ποτέ	7,1 (5,9)	7 (2 – 13)	0,073++
	Μέχρι 1 φορά την εβδομάδα	9,5 (5,3)	11 (3 – 14)	
	2-3 φορές την εβδομάδα	9,4 (4,5)	10 (7 – 13)	
Είσαι ενημερωμένος/ η, για το πως να κάνεις ασφαλή χρήση του διαδικτύου;	Όχι	6,6 (5,9)	3 (2 – 13)	0,163+
	Ναι	8,7 (5,3)	10 (3 – 13)	
Τι ώρα συνήθως κοιμάσαι το βράδυ;	Πριν τις 22:00	7,6 (5,4)	7,5 (3 – 13)	0,154++
	22:00	8,3 (5,4)	10 (3 – 13)	

	23:00	7,5 (5,9)	8 (1,5 – 13,5)	
	Μετά τις 23:00	10,3 (4,8)	13 (7 – 14)	
Το πρωί πως αισθάνεσαι;	Ξεκούραστος/η	8,3 (5,4)	8 (3 – 13)	0,495+
	Κουρασμένος/η	9,2 (5,6)	11 (3 – 14)	

+Mann Whitney test ++Kruskal Wallis test

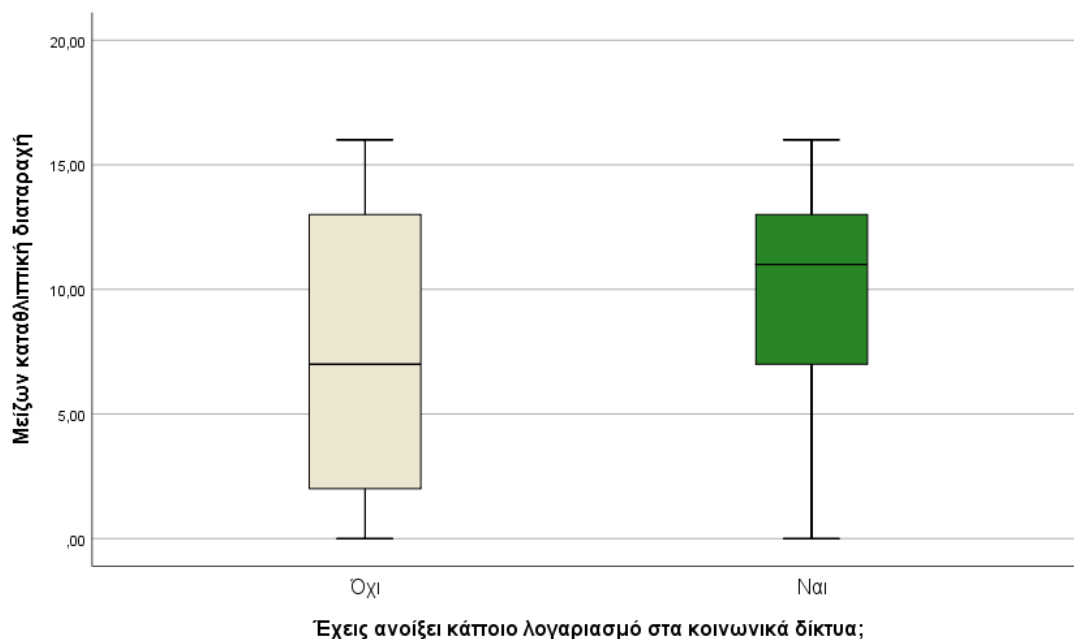
Η καταθλιπτική διαταραχή βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με την συσκευή χρήσης για την είσοδο στο διαδίκτυο ($X^2=11,81$, $df=4$, $p=0,028$), την ώρα χρήσης ($X^2=9,88$, $df=3$, $p=0,020$), την υπακοή στους περιορισμούς των γονέων ($U=1573,5$, $N_1=48$, $N_2=83$, $p=0,044$) και την κατοχή λογαριασμού στα κοινωνικά δίκτυα ($U=1609$, $N_1=55$, $N_2=76$, $p=0,024$). Μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni βρέθηκε ότι τα παιδιά που χρησιμοποιούσαν δικό τους κινητό για την είσοδο στο διαδίκτυο εμφάνιζαν εντονότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, σε σχέση με όσα χρησιμοποιούσαν tablet ή laptop ($U=178,5$, $N_1=39$, $N_2=18$, $p=0,003$). Επίσης εντονότερα καταθλιπτικά συμπτώματα είχαν όσα παιδιά χρησιμοποιούσαν το διαδίκτυο πάνω από 4 ώρες, σε σχέση με όσα το χρησιμοποιούσαν λιγότερο από ώρα ($U=84,5$, $N_1=37$, $N_2=10$, $p=0,007$). Αντίστοιχα, όσα δεν ακολουθούσαν τους περιορισμούς των γονέων τους είχαν υψηλότερη βαθμολογία σε αυτή την διάσταση σε σχέση με όσους τους ακολουθούσαν και τέλος εντονότερη κατάθλιψη εμφάνισαν όσα είχαν λογαριασμό στα κοινωνικά δίκτυα, συγκρινόμενα με όσα δεν είχαν.

Έπεται το γράφημα για τη βαθμολογία στη διάσταση της κατάθλιψης ανάλογα με την ώρα χρήσης του διαδικτύου.



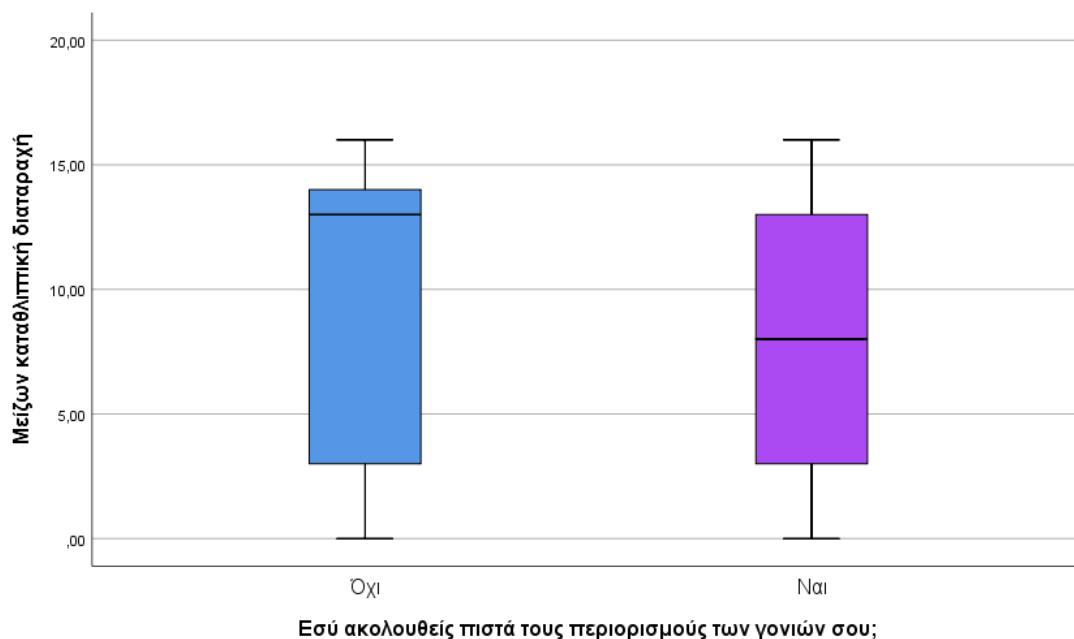
Γράφημα 9. Βαθμολογία και διάσταση κατάθλιψης κατά την ώρα χρήσης του διαδικτύου.

Δίνεται και το γράφημα για τη βαθμολογία στη διάσταση της κατάθλιψης ανάλογα με την ύπαρξη λογαριασμού στα κοινωνικά δίκτυα.



Γράφημα 10. Βαθμολογία των διαστάσεων της κατάθλιψης ανάλογα του υπαρκτού λογαριασμού στα κοινωνικά δίκτυα.

Έπεται το γράφημα για τη βαθμολογία στη διάσταση της κατάθλιψης ανάλογα με την τήρηση των περιορισμών των γονέων.



Γράφημα 11. Βαθμολογία στη διάσταση της κατάθλιψης και η τήρηση των κανονισμών από τους γονείς.

Έπειτα παρουσιάζεται ο πίνακας με τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στην διάσταση του άγχους ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των παιδιών, την εκπαίδευση των γονέων και την ηλικία έναρξης χρήσης του διαδικτύου και του κινητού.

Πίνακας 11. Βαθμολογία συμμετεχόντων(N=131)και διαστάσεων άγχους ανάλογα των δημογραφικών χαρακτηριστικών τους.

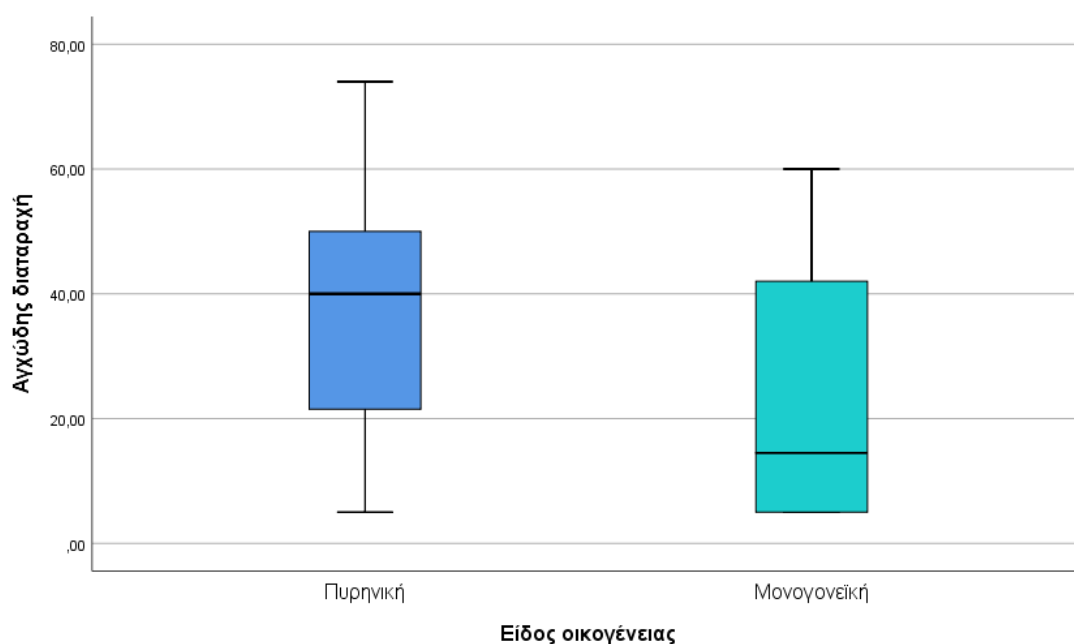
		Αγχώδης διαταραχή		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Βιολογικό φύλο	Θήλυ	36,1 (21)	40 (19 – 51)	0,606+
	Άρρεν	34,4 (19,6)	40 (19 – 43)	
Τάξη	Ε' δημοτικού	36,6 (21,3)	40 (19 – 54)	0,514+
	ΣΤ' δημοτικού	34,2 (19,5)	40 (19 – 50)	
Είδος οικογένειας	Πυρηνική	36,6 (20)	40 (19 – 50)	0,048+
	Μονογονεϊκή	24,2 (21,7)	14,5 (5 – 42)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	Έως Μεταλυκειακή εκπαίδευση	37,8 (19,7)	40 (24 – 51)	0,154+
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	33,6 (21)	40 (19 – 50)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	Έως Μεταλυκειακή εκπαίδευση	36,2 (19,7)	40 (19 – 50)	0,647+
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	34,8 (21,3)	40 (19 – 50,5)	
Αριθμός αδελφών	Κανένα	39,4 (18,7)	40 (24 – 50)	0,739++
	1	34,5 (21,4)	40 (10 – 50)	
	>1	38,3	40 (29 – 43)	

		(12,7)		
Πόσο χρονών άρχισες να χρησιμοποιείς το διαδίκτυο;	<7 χρονών	33,7 (21,5)	40 (8 – 50)	0,538++
	7-8 χρονών	35,4 (22)	40 (14 – 53,5)	
	9-10 χρονών	34,4 (18,9)	40 (19 – 43)	
	>10 χρονών	39,6 (19)	40 (29 – 57)	
Σε ποια ηλικία απέκτησες κινητό τηλέφωνο;	≤10 χρονών	34,9 (21,9)	40 (19 – 51)	0,926+
	>10 χρονών	35,7 (20)	40 (19 – 50)	
	Κουρασμένος/η	37,1 (18,1)	40 (29 – 57)	

+Mann Whitney test ++Kruskal Wallis test

Η αγχώδης διαταραχή βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με το είδος της οικογένειας ($U=586,5$, $N_1=119$, $N_2=12$, $p=0,048$). Τα παιδιά τα οποία ανήκαν σε πυρηνική οικογένεια είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία, άρα περισσότερα συμπτώματα άγχους σε σχέση με όσα ανήκαν σε μονογονεϊκή.

Δίνεται το γράφημα για τη διάσταση του άγχους ανάλογα με το είδος της οικογένειας.



Γράφημα 12. Διαστάσεων του άγχους αντίστοιχα του είδους οικογένειας.

Στη συνέχεια δίνεται ο πίνακας με τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στην διάσταση του άγχους ανάλογα με τα την χρήση του διαδικτύου και των κοινωνικών δικτύων από τα παιδιά.

Πίνακας 12. Βαθμολογία συμμετεχόντων (N=131) και επίπεδα άγχους κατά τη χρήση κοινωνικών δικτύων.

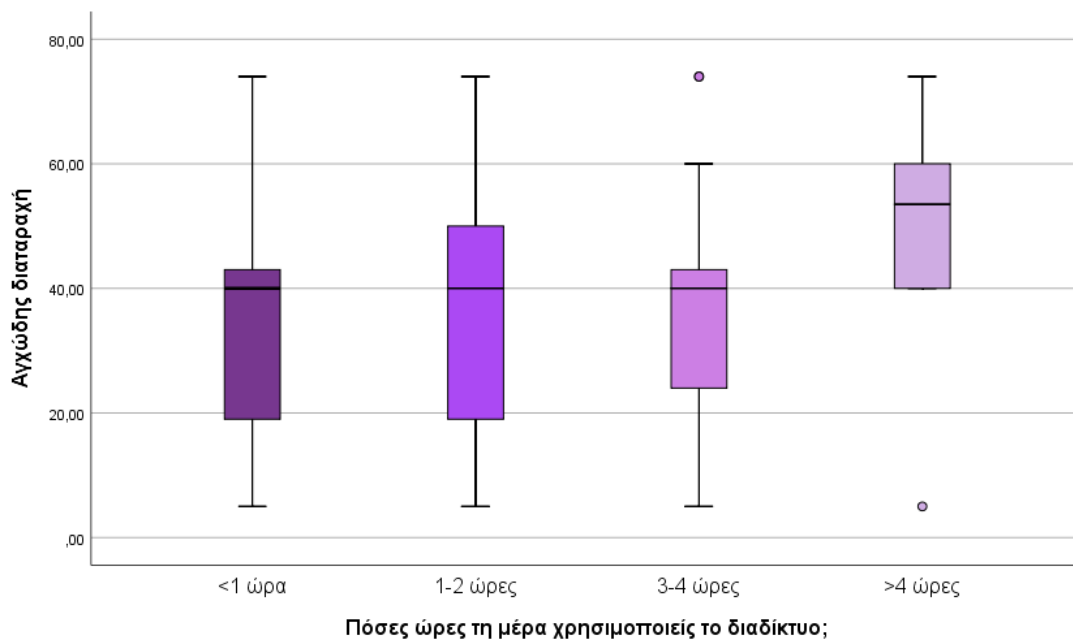
		Αγχώδης διαταραχή		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Οι γονείς σου έμαθαν να χρησιμοποιείς το διαδίκτυο;	Όχι	39 (21,3)	43 (30 – 57)	0,151+
	Ναι	34,5 (20,2)	40 (19 – 49)	
Από ποια συσκευή έχεις πρόσβαση στο διαδίκτυο;	Το κινητό των γονιών μου	35,3 (21,6)	40 (13,5 – 53,5)	0,585++
	Το δικό μου κινητό	39,8 (18,2)	40 (24 – 57)	
	Το σταθερό υπολογιστή	34,1 (15,9)	40,5 (30 – 43)	
	Tablet	32,6 (23,4)	32 (8 – 51)	
	Laptop	33,1 (19,6)	40 (19 – 40)	
Χρησιμοποιείς μόνος/η σου το διαδίκτυο ή με την επίβλεψη των γονιών σου;	Μόνος/η μου	40,1 (19,2)	41 (31 – 57)	0,120+
	Υπό την επίβλεψη των γονιών μου	34,2 (20,7)	40 (19 – 50)	
Οι γονείς σου πόσο συχνά σου επιτρέπουν να χρησιμοποιείς το διαδίκτυο.	Κάθε μέρα	36,2 (20,7)	40 (19 – 51)	0,367+
	2 -3 φορές την εβδομάδα	33,6 (19,8)	40 (19 – 43)	
Πόσες ώρες τη μέρα χρησιμοποιείς το διαδίκτυο;	<1 ώρα	34,6 (21,1)	40 (19 – 43)	0,022++
	1-2 ώρες	33,5 (20)	40 (19 – 50)	

	3-4 ώρες	34,8 (19,5)	40 (24 – 43)	
	>4 ώρες	50,4 (20,2)	53,5 (40 – 60)	
Εσύ ακολουθείς πιστά τους περιορισμούς των γονιών σου;	Όχι	38,9 (19,8)	40 (24 – 57)	0,115+
	Ναι	33,5 (20,6)	40 (19 – 50)	
Έχεις ανοίξει κάποιο λογαριασμό στα κοινωνικά δίκτυα;	Όχι	34,2 (21,3)	40 (19 – 43)	0,255+
	Ναι	36,4 (19,9)	40 (19 – 50,5)	
Πόσο συχνά χρησιμοποιείς τα κοινωνικά δίκτυα;	Ποτέ	34,2 (21,3)	40 (19 – 43)	0,421++
	Μέχρι 1 φορά την εβδομάδα	37,9 (22,5)	43 (19 – 57)	
	2-3 φορές την εβδομάδα	34,9 (17,1)	40 (24 – 43)	
Είσαι ενημερωμένος/ η, για το πως να κάνεις ασφαλή χρήση του διαδικτύου;	Όχι	34,1 (19,1)	40 (19 – 40)	0,645+
	Ναι	35,7 (20,7)	40 (19 – 50)	
Τι ώρα συνήθως κοιμάσαι το βράδυ;	Πριν τις 22:00	32,6 (21,6)	40 (8 – 50)	0,545++
	22:00	35 (18,9)	40 (24 – 43)	
	23:00	33,9 (21,5)	40 (8 – 51)	
	Μετά τις 23:00	39,9 (22)	41,5 (21,5 – 60)	
Το πρωί πως αισθάνεσαι;	Ξεκούραστος/η	35,2 (20,9)	40 (19 – 50)	0,653+
	Κουρασμένος/η	37,1 (18,1)	40 (29 – 57)	

+Mann Whitney test ++Kruskal Wallis test

Η αγχώδης διαταραχή βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με την ώρα χρήσης του διαδικτύου ($X^2=9,80$, $df=3$, $p=0,022$). Μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni βρέθηκε ότι η ώρα χρήσης του διαδικτύου διαφοροποιεί την ένταση του άγχους. Όσα παιδιά ασχολούνταν με το διαδίκτυο πάνω από 4 ώρες είχαν περισσότερο άγχος συγκριτικά με όσα ασχολούνταν λιγότερο ($U=99,0$, $N_1=37$, $N_2=10$ $p=0,005$, $U=131,0$, $N_1=47$, $N_2=10$ $p=0,009$, $U=100,0$, $N_1=37$, $N_2=10$ $p=0,006$ για λιγότερο από μία ώρα, 1 με 2 ώρες και 3 με 4 ώρες αντίστοιχα).

Έπεται το γράφημα του άγχους ανάλογα με τις ώρες χρήσης του διαδικτύου.



Γράφημα 13. Άγχος ανάλογα την ώρα χρήσης του διαδικτύου.

Έπεται ο πίνακας με τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των παιδιών, την εκπαίδευση των γονέων και την ηλικία έναρξης χρήσης του διαδικτύου και του κινητού.

Πίνακας 13. Βαθμολογία συμμετεχόντων (N=131) συνολικά της κλίμακας εσωτερίκευσης αντίστοιχα των δημογραφικών χαρακτηριστικών τους.

	Συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης		P
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	

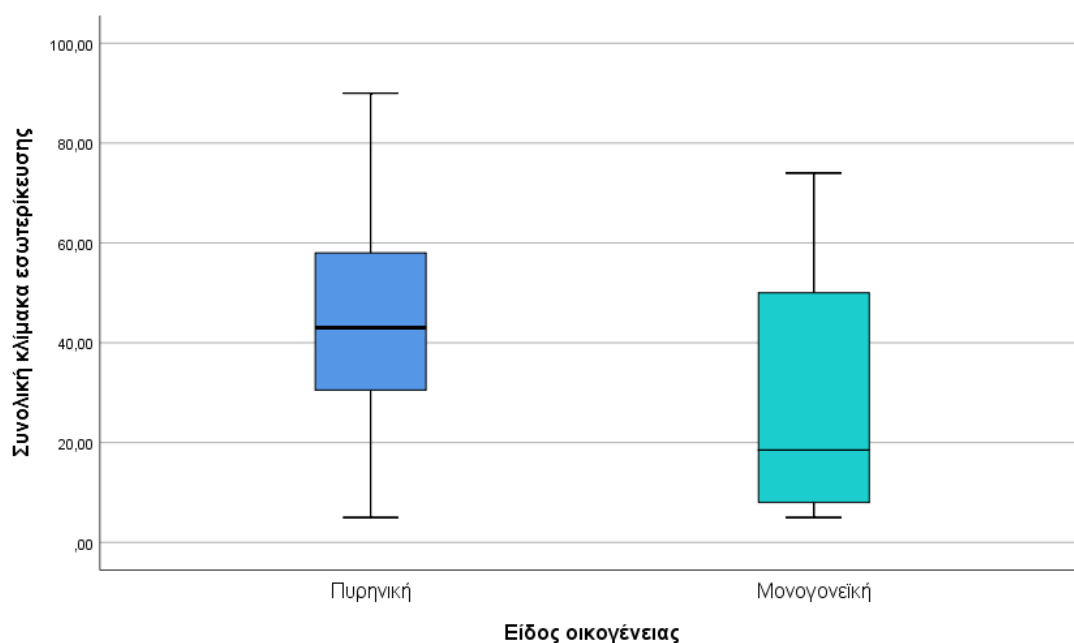
Βιολογικό φύλο	Θήλυ	44,5 (25,6)	43 (26 – 60)	0,692+
	Άρρεν	43 (23,6)	43 (26 – 56)	
Τάξη	Ε' δημοτικού	45,4 (25,8)	43 (26 – 65,5)	0,483+
	ΣΤ' δημοτικού	42,3 (23,7)	42 (26 – 58)	
Είδος οικογένειας	Πυρηνική	45,3 (24,2)	43 (27 – 58)	0,050+
	Μονογονεϊκή	30 (26,8)	18,5 (8 – 50)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	Έως Μεταλυκειακή εκπαίδευση	47,4 (23,8)	53 (34 – 59)	0,124+
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	41,1 (25,4)	42 (26 – 58)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	Έως Μεταλυκειακή εκπαίδευση	44,5 (23,8)	43 (26 – 58)	0,754+
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	43,3 (25,9)	42,5 (26 – 59)	
Αριθμός αδελφών	Κανένα	48,5 (22,1)	44 (34 – 58)	0,778++
	1	42,7 (26)	43 (11 – 58)	
	>1	48,4 (15)	42 (40 – 56)	
Πόσο χρονών άρχισες να χρησιμοποιείς το διαδίκτυο;	<7 χρονών	40,5 (26,1)	42 (9 – 58)	0,410++
	7-8 χρονών	44,1 (27)	48 (18 – 65)	
	9-10 χρονών	42,6 (22,6)	43 (26 – 56)	
	>10 χρονών	50,4 (22,3)	53 (40 – 72)	
Σε ποια ηλικία απέκτησες κινητό τηλέφωνο;	≤10 χρονών	43,6 (26,4)	43 (26 – 59)	0,986+
	>10 χρονών	44,1 (24,2)	43 (27 – 58)	
	Κουρασμένος/η	46,3	42,5 (40 – 72)	

		(22,4)		
--	--	--------	--	--

+Mann Whitney test ++Kruskal Wallis test

Η συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με το είδος της οικογένειας ($U=497,0$, $N_1=119$, $N_2=12$, $p=0,050$). Τα παιδιά τα οποία ανήκαν σε πυρηνική οικογένεια είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, άρα μεγαλύτερη εσωτερίκευση σε σχέση με όσα ανήκαν σε μονογονεϊκή.

Δίνεται το γράφημα για την βαθμολογία στη συνολική κλίμακα ανάλογα με το είδος της οικογένειας.



Γράφημα 14. Βαθμολογία συνολικής κλίμακας αντίστοιχα του είδους οικογένειας.

Ακολούθως δίνεται ο πίνακας με τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης ανάλογα με τα την χρήση του διαδικτύου και των κοινωνικών δικτύων από τα παιδιά.

Πίνακας 14. Βαθμολογία συμμετεχόντων (N=131) της κλίμακας εσωτερίκευσης κατά τη χρήση των κοινωνικών δικτύων.

	Συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης		P
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	

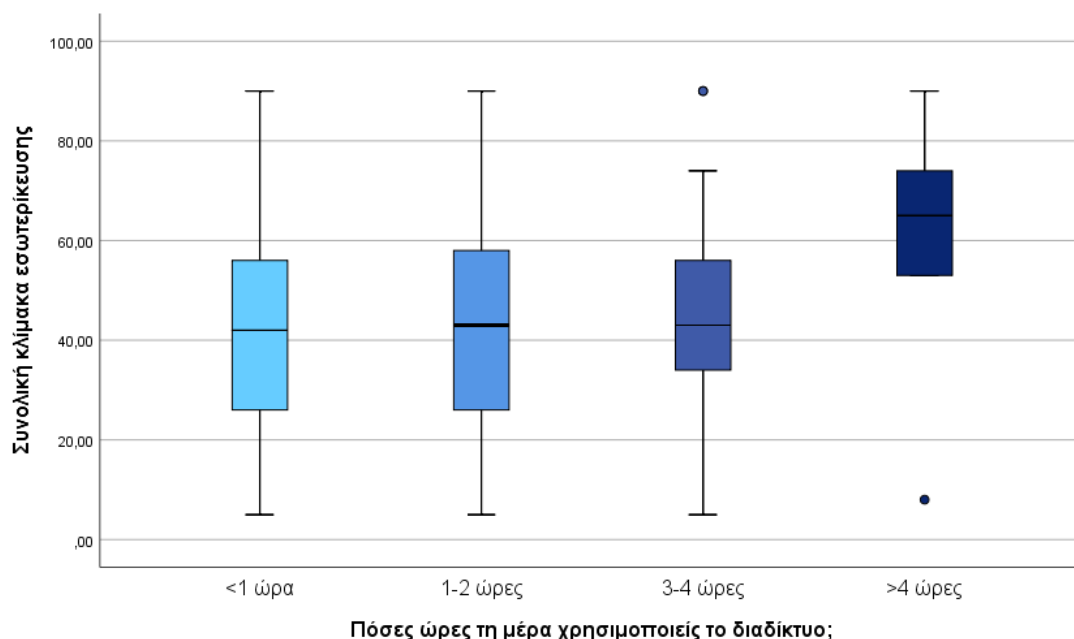
Οι γονείς σου έμαθαν να χρησιμοποιείς το διαδίκτυο;	Όχι	48,4 (26,1)	56 (41 – 72)	0,111+
	Ναι	42,6 (24,4)	42 (26 – 57)	
Από ποια συσκευή έχεις πρόσβαση στο διαδίκτυο;	Το κινητό των γονιών μου	42,4 (26,6)	42 (17,5 – 65)	0,470++
	Το δικό μου κινητό	50,8 (21,3)	53 (34 – 72)	
	Το σταθερό υπολογιστή	42,7 (19,8)	43,5 (41 – 56)	
	Tablet	40,1 (28,4)	38,5 (9 – 59,5)	
	Laptop	39,8 (22,9)	42 (26 – 43)	
Χρησιμοποιείς μόνος/η σου το διαδίκτυο ή με την επίβλεψη των γονιών σου;	Μόνος/η μου	49,9 (23,7)	53 (42 – 72)	0,100+
	Υπό την επίβλεψη των γονιών μου	42,2 (24,9)	42 (26 – 58)	
Οι γονείς σου πόσο συχνά σου επιτρέπουν να χρησιμοποιείς το διαδίκτυο.	Κάθε μέρα	44,9 (25,3)	43 (26 – 60)	0,331+
	2 -3 φορές την εβδομάδα	41,5 (23,6)	42 (26 – 56)	
Πόσες ώρες τη μέρα χρησιμοποιείς το διαδίκτυο;	<1 ώρα	41,3 (25,8)	42 (26 – 56)	0,039++
	1-2 ώρες	42,3 (24)	43 (26 – 58)	
	3-4 ώρες	43,6 (23,7)	43 (34 – 56)	
	>4 ώρες	62,9 (23,7)	65 (53 – 74)	
Εσύ ακολουθείς πιστά τους περιορισμούς των γονιών σου;	Όχι	48,6 (24,4)	53 (34 – 72)	0,099+
	Ναι	41,2 (24,7)	42 (26 – 58)	

Έχεις ανοίξει κάποιο λογαριασμό στα κοινωνικά δίκτυα;	Όχι	41,3 (25,9)	42 (26 – 56)	0,157+
	Ναι	45,8 (23,9)	53 (26 – 58,5)	
Πόσο συχνά χρησιμοποιείς τα κοινωνικά δίκτυα;	Ποτέ	41,3 (25,9)	42 (26 – 56)	0,278++
	Μέχρι 1 φορά την εβδομάδα	47,5 (27,3)	56 (26 – 72)	
	2-3 φορές την εβδομάδα	44,3 (20,4)	43 (34 – 56)	
Είσαι ενημερωμένος/ η, για το πως να κάνεις ασφαλή χρήση του διαδικτύου;	Όχι	40,7 (23,4)	42 (27 – 53)	0,553+
	Ναι	44,4 (25)	43 (26 – 58)	
Τι ώρα συνήθως κοιμάσαι το βράδυ;	Πριν τις 22:00	40,2 (26,1)	42,5 (9 – 58)	0,425++
	22:00	43,3 (22,8)	42 (34 – 56)	
	23:00	41,3 (26,5)	42 (9 – 59)	
	Μετά τις 23:00	50,3 (26,3)	54,5 (30 – 74)	
Το πρωί πως αισθάνεσαι;	Ξεκούραστος/η	43,5 (25,2)	43 (26 – 58)	0,700+
	Κουρασμένος/η	46,3 (22,4)	42,5 (40 – 72)	

+Mann Whitney test ++Kruskal Wallis test

Η συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με την ώρα χρήσης του διαδικτύου ($X^2=8,04$, $df=3$, $p=0,039$). Μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni βρέθηκε ότι όσα παιδιά ασχολούνταν με το διαδίκτυο πάνω από 4 ώρες είχαν περισσότερα συμπτώματα εσωτερίκευσης γενικά, συγκριτικά με όσα ασχολούνταν λιγότερο. ($U=86,0$, $N_1=37$, $N_2=10$ $p=0,008$, $U=88,5$, $N_1=47$, $N_2=10$ $p=0,007$, $U=91,0$, $N_1=37$, $N_2=10$ $p=0,006$ για λιγότερο από μία ώρα, 1 με 2 ώρες και 3 με 4 ώρες αντίστοιχα).

Έπειτα παρουσιάζεται το γράφημα για την συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης ανάλογα με τις ώρες χρήσης του διαδικτύου.



Γράφημα 15. Συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης ανάλογα της ώρες χρήσης διαδικτύου.

Στη συνέχεια δίνεται ο πίνακας συσχετίσεων του Spearman ανάμεσα στις διατάσεις άγχους, κατάθλιψης και την συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης με την ηλικία.

Πίνακας 15. Συσχετίσεις του Spearman των διαστάσεων άγχους- κατάθλιψης και συνολικά της κλίμακας εσωτερίκευσης με την ηλικία.

		Ηλικία
Μείζων καταθλιπτική διαταραχή	rho	-0,09
	P	0,313
Αγχώδης διαταραχή	rho	-0,08
	P	0,342
Συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης	rho	-0,09
	P	0,302

Η ηλικία δεν βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τις διατάσεις άγχους, κατάθλιψης και την συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης.

Για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με τις διαστάσεις άγχους, κατάθλιψης και την συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης έγιναν πολλαπλές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες στις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών, τα στοιχεία σχετικά με τους γονείς, τη χρήση του διαδικτύου καθώς και την κλίμακα αδράνειας FoMO. Όταν η κατανομή της εξαρτημένης δεν ήταν κανονική, χρησιμοποιήθηκε στην ανάλυση ο λογάριθμος αυτής, με σκοπό την διόρθωση του προβλήματος τη μη κανονικής κατανομής. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης (stepwisemethod) δίνονται στους ακόλουθους πίνακες.

Πίνακας 16. Αναλυτικά αποτελέσματα της ανάλυσης Stepwisemethod κατάθλιψης.

- Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση κατάθλιψης

	$\beta+$	95% ΔΕ (β)	SE++	$b\div$	P
Constant	0,744	(0,648 , 0,840)	0,048		<0,001
Έχει ανοίξει κάποιο λογαριασμό στα κοινωνικά δίκτυα;(Ναι vsΌχι) R²=0,26, F=9,49, p =0,003	0,196	(0,070 , 0,322)	0,064	0,262	0,003

συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα $\div$ τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Η διατήρηση λογαριασμών στα κοινωνικά δίκτυα βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την διάσταση της κατάθλιψης. Όσα παιδιά διατηρούσαν λογαριασμό στα κοινωνικά δίκτυα εμφάνιζαν και εντονότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με όσα δεν είχαν λογαριασμό.

Το μοντέλο με ανεξάρτητη προβλεπτική μεταβλητή την διατήρηση λογαριασμών στα κοινωνικά δίκτυα εξηγούσε το 26% της μεταβλητότητας για την διάσταση κατάθλιψης.

Πίνακας 17. Αναλυτικά αποτελέσματα της ανάλυσης Stepwisemethod άγχους.

- Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση του άγχους

	$\beta+$	95% ΔΕ (β)	SE++	$b\div$	P
Constant	1,630	(1,398 , 1,861)	0,117		<0,001
Ωρες χρήσης του διαδικτύου					
<1 ώρας vs 4 ώρες	-0,219	(-0,480 , -0,042)	0,082	-0,267	0,040

1-2 ώρες vs 4 ώρες	-0,223	(-0,478 , -0,032)	0,099	-0,290	0,036
3-4 ώρες vs 4 ώρες	-0,192	(-0,453 , -0,069)	0,032	-0,234	0,048
R²=0,16, F=7,07, p =0,036					

συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ÷τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Η ώρα χρήσης του διαδικτύου βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την διάσταση του άγχους. Όσα παιδιά ασχολούνταν με το διαδίκτυο πάνω από 4 ώρες είχαν περισσότερο άγχος συγκριτικά με όσα ασχολούνταν λιγότερο.

Το μοντέλο με ανεξάρτητη προβλεπτική μεταβλητή την ώρα χρήσης του διαδικτύου εξηγούσε το 16% της μεταβλητότητας για την διάσταση του άγχους.

Πίνακας 18. Αναλυτικά αποτελέσματα της ανάλυσης Stepwisemethod εσωτερίκευσης.

- Με εξαρτημένη μεταβλητή την συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης

	β+	95% ΔΕ (β)	SE++	b÷	P
Constant	1,738	(1,506 , 1,969)	0,117		<0,001
Ώρες χρήσης του διαδικτύου					
<1 ώρας vs 4 ώρες	-0,258	(-0,518 , -0,003)	0,082	-0,314	0,042
1-2 ώρες vs 4 ώρες	-0,223	(-0,478 , -0,031)	0,089	-0,290	0,045
3-4 ώρες vs 4 ώρες	-0,199	(-0,460 , -0,061)	0,092	-0,243	0,033
R²=0,17, F=7,32, p =0,037					

συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ÷τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Η ώρα χρήσης του διαδικτύου βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης. Όσα παιδιά ασχολούνταν με το διαδίκτυο πάνω από 4 ώρες είχαν περισσότερα συμπτώματα εσωτερίκευσης συγκριτικά με όσα ασχολούνταν λιγότερο.

Το μοντέλο με ανεξάρτητη προβλεπτική μεταβλητή την ώρα χρήσης του διαδικτύου εξηγούσε το 17% της μεταβλητότητας για την κλίμακα εσωτερίκευσης.

5.7 Συσχέτιση κλίμακας αδράνειας (FoMOS) με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των παιδιών και των γονέων τους καθώς και την χρήση του διαδικτύου και των κοινωνικών δικτύων.

Παρακάτω δίνεται ο πίνακας με τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα αδράνειας ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των παιδιών, την εκπαίδευση των γονέων και την ηλικία έναρξης χρήσης του διαδικτύου και του κινητού.

Πίνακας 19. Βαθμολογία συμμετεχόντων (N=131) της κλίμακας αδράνειας κατά των δημογραφικών χαρακτηριστικών τους.

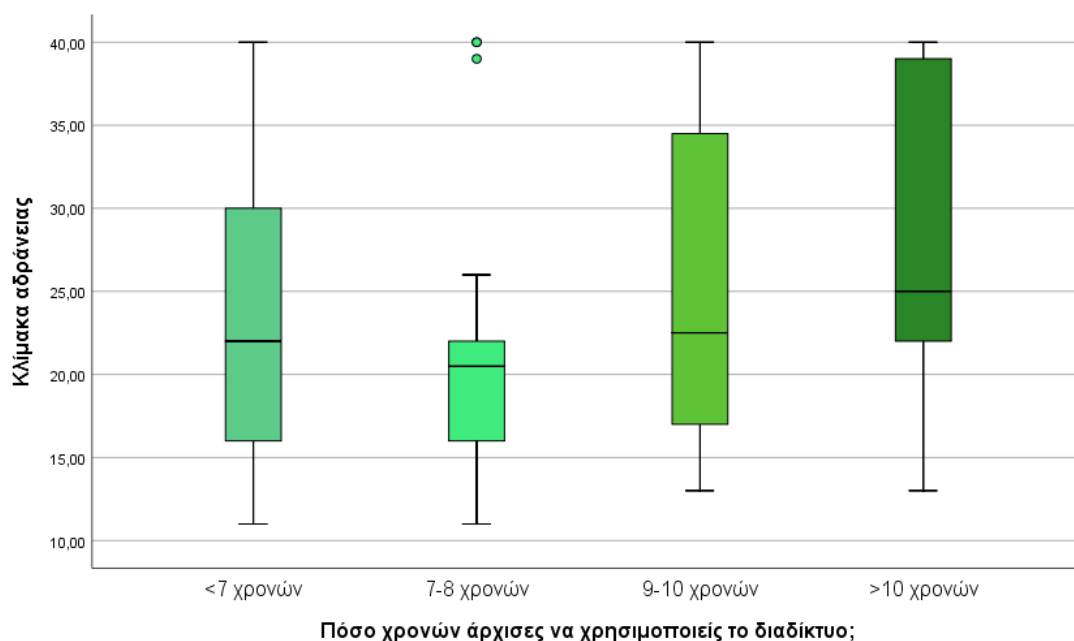
		Κλίμακα αδράνειας		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Βιολογικό φύλο	Θήλυ	24,1 (9,7)	22 (17 – 30)	0,644+
	Άρρεν	24,4 (8,6)	22 (18 – 30)	
Τάξη	Ε' δημοτικού	24,3 (9,5)	22 (17 – 30)	0,972+
	ΣΤ' δημοτικού	24,1 (9)	22 (17 – 30)	
Είδος οικογένειας	Πυρηνική	24,2 (9,1)	22 (17 – 30)	0,987+
	Μονογονεϊκή	24,3 (10,5)	24,5 (16 – 32,5)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	Έως Μεταλυκειακή εκπαίδευση	24,1 (8,5)	22 (17 – 26)	0,734+
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	24,2 (9,8)	22 (17 – 30)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	Έως Μεταλυκειακή εκπαίδευση	24,8 (9,2)	22 (17 – 30)	0,256+
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	23,5 (9,3)	22 (17 – 28)	
Αριθμός αδελφών	Κανένα	24,2	22 (17 – 30)	0,418++

		(9,1)		
	1	23,9 (9,4)	22 (17 – 30)	
	>1	26,7 (7,6)	24 (22 – 30)	
Πόσο χρονών άρχισες να χρησιμοποιείς το διαδίκτυο;	<7 χρονών	23,2 (9,3)	22 (16 – 30)	0,036++
	7-8 χρονών	20,9 (7,9)	20,5 (16 – 22)	
	9-10 χρονών	25,6 (9,3)	22,5 (17 – 34,5)	
	>10 χρονών	27,6 (9,2)	25 (22 – 39)	
Σε ποια ηλικία απέκτησες κινητό τηλέφωνο;	≤10 χρονών	23 (8,7)	22 (17 – 26)	0,449+
	>10 χρονών	24,6 (9,4)	22 (17 – 30)	

+Mann Whitney test ++Kruskal Wallis test

Η κλίμακα αδράνειας διέφερε ανάλογα με την ηλικία έναρξης χρήσης του διαδικτύου. ($X^2=8,58$, $df=3$, $p=0,036$). Μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni βρέθηκε ότι όσα ξεκίνησαν να το χρησιμοποιούν μετά τα 10 έτη είχαν σημαντικά αυξημένη βαθμολογία σε σχέση με όσα ξεκίνησαν 7-8 χρόνων ($U=226$, $N_1=28$, $N_2=29$, $p=0,004$).

Παρουσιάζεται παρακάτω το γράφημα της βαθμολογίας στην κλίμακα αδράνειας ανάλογα με την ηλικία έναρξης χρήσης του διαδικτύου.



Γράφημα 16. Κλίμακα αδράνειας ανάλογα την ηλικία έναρξης χρήσης του διαδικτύου.

Δίνεται και ο πίνακας με τον συντελεστή συσχέτισης του Spearman ανάμεσα στην κλίμακα αδράνειας και την ηλικία.

Πίνακας 20. Συντελεστής συσχέτισης του Spearman της κλίμακας αδράνειας στην ηλικία.

		Κλίμακα αδράνειας
Ηλικία	rho	0,01
	P	0,896

Η συσχέτιση της ηλικίας με την κλίμακα αδράνειας δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική.

Ακολουθως δίνεται ο πίνακας με τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα αδράνειας ανάλογα με τα την χρήση του διαδικτύου και των κοινωνικών δικτύων από τα παιδιά.

Πίνακας 21. Βαθμολογία συμμετεχόντων (N=131) της κλίμακας αδράνειας ανάλογα τη χρήση των κοινωνικών δικτύων.

		Κλίμακα αδράνειας		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Οι γονείς σου έμαθαν να χρησιμοποιείς το διαδίκτυο;	Όχι	25,2 (9,9)	22 (17 – 38)	0,686+

	Ναι	23,9 (9,1)	22 (17 – 30)	
Από ποια συσκευή έχεις πρόσβαση στο διαδίκτυο;	Το κινητό των γονιών μου	22,8 (9,8)	22 (14,5 – 30)	0,458++
	Το δικό μου κινητό	25,7 (8,7)	22 (22 – 37)	
	Το σταθερό υπολογιστή	26,5 (9,9)	22 (17 – 39)	
	Tablet	24,3 (10,2)	22 (16 – 32,5)	
	Laptop	21,6 (6,8)	21,5 (17 – 25)	
Χρησιμοποιείς μόνος/η σου το διαδίκτυο ή με την επίβλεψη των γονιών σου;	Μόνος/η μου	24,4 (9,1)	22 (17 – 30)	0,092+
	Υπό την επίβλεψη των γονιών μου	24,1 (9,3)	22 (17 – 30)	
Οι γονείς σου πόσο συχνά σου επιτρέπουν να χρησιμοποιείς το διαδίκτυο.	Κάθε μέρα	23,5 (9)	22 (17 – 26)	0,164+
	2 -3 φορές την εβδομάδα	26 (9,7)	25 (17 – 37)	
Πόσες ώρες τη μέρα χρησιμοποιείς το διαδίκτυο;	<1 ώρα	21,9 (9)	17 (16 – 30)	0,210++
	1-2 ώρες	26,2 (9,6)	23 (19 – 39)	
	3-4 ώρες	23,9 (8,9)	22 (17 – 27)	
	>4 ώρες	23,9 (9)	22,5 (17 – 26)	
Εσύ ακολουθείς πιστά τους περιορισμούς των γονιών σου;	Όχι	22,3 (8,1)	22 (17 – 25,5)	0,087+
	Ναι	25,3 (9,7)	24 (17 – 37)	
Έχεις ανοίξει κάποιο	Όχι	21,5	21 (16 – 26)	0,006+

λογαριασμό στα κοινωνικά δίκτυα;		(8,4)		
	Ναι	26,1 (9,4)	22,5 (18,5 – 39)	
Πόσο συχνά χρησιμοποιείς τα κοινωνικά δίκτυα;	Ποτέ	21,5 (8,4)	21 (16 – 26)	0,904++
	Μέχρι 1 φορά την εβδομάδα	26,2 (9,7)	26 (17 – 39)	
	2-3 φορές την εβδομάδα	26,1 (9,3)	22 (19 – 39)	
Είσαι ενημερωμένος/ η, για το πως να κάνεις ασφαλή χρήση του διαδικτύου;	Όχι	21 (7,4)	17 (16 – 25)	0,114+
	Ναι	24,7 (9,4)	22 (17 – 30)	
Τι ώρα συνήθως κοιμάσαι το βράδυ;	Πριν τις 22:00	24,6 (9,5)	22,5 (17 – 30)	0,399++
	22:00	23,1 (8,7)	22 (17 – 26)	
	23:00	23,8 (10,2)	22 (16 – 30)	
	Μετά τις 23:00	26,5 (9,2)	26 (22 – 38,5)	
Το πρωί πως αισθάνεσαι;	Ξεκούραστος/η	24 (9,3)	22 (17 – 30)	0,593+
	Κουρασμένος/η	25,2 (9,3)	22 (17 – 30)	

+Mann Whitney test ++Kruskal Wallis test

Η κλίμακα αδράνειας διέφερε ανάλογα με τη διατήρηση λογαριασμών στα κοινωνικά δίκτυα ($U=1502,5$, $N_1=55$, $N_2=76$, $p=0,006$).. Όσα παιδιά διατηρούσαν λογαριασμό στα κοινωνικά δίκτυα εμφάνιζαν υψηλότερη βαθμολογία σε αυτή την κλίμακα, άρα μεγαλύτερο φόβο μήπως χάσουν κάτι, σε σχέση με όσα δεν είχαν λογαριασμό.

Στη συνέχεια για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με κλίμακα αδράνειας έγινε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα αυτή και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών, τα στοιχεία σχετικά με τους γονείς και τη χρήση του διαδικτύου. Όταν η κατανομή της εξαρτημένης δεν ήταν κανονική, χρησιμοποιήθηκε στην ανάλυση ο λογάριθμος αυτής, με σκοπό την διόρθωση του προβλήματος τη

μη κανονικής κατανομής. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης (stepwisemethod) δίνονται στο ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 22. Αναλυτικά αποτελέσματα της μεθόδου Stepwisemethod.

	$\beta+$	95% ΔΕ (β)	SE++	$b\div$	P
Constant	1,301	(1,506 , 1,969)	0,022		<0,001
Έχεις ανοίξει κάποιο λογαριασμό στα κοινωνικά δίκτυα;(Ναι vsΌχι)	0,088	(-0,518 , -0,003)	0,029	0,259	0,003
R²=0,26, F=9,28, p =0,003					

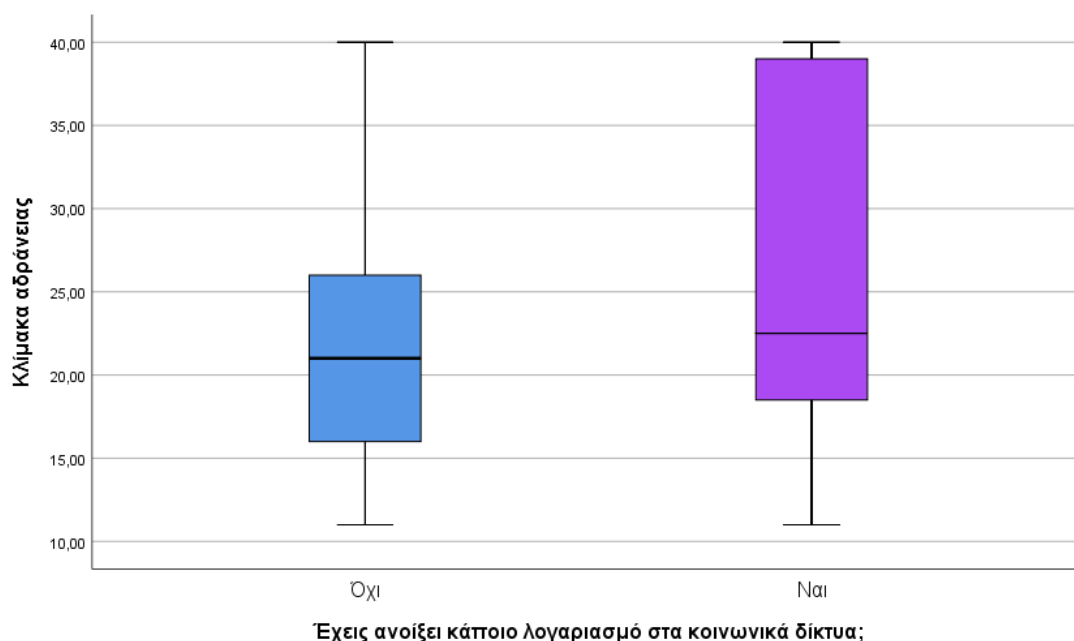
συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα $\div$ τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Η διατήρηση λογαριασμών στα κοινωνικά δίκτυα βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την κλίμακα αδράνειας. Όσα παιδιά διατηρούσαν λογαριασμό στα κοινωνικά δίκτυα εμφάνιζαν υψηλότερη βαθμολογία σε αυτή την κλίμακα, άρα μεγαλύτερο φόβο μήπως χάσουν κάτι, σε σχέση με όσα δεν είχαν λογαριασμό.

Το μοντέλο με ανεξάρτητη προβλεπτική μεταβλητή την διατήρηση λογαριασμών στα κοινωνικά δίκτυα εξηγούσε το 26% της μεταβλητότητας για την κλίμακα αδράνειας.

Ακολουθεί το γράφημα για την κλίμακα αδράνειας ανάλογα με την διατήρηση λογαριασμού στα κοινωνικά δίκτυα.



Γράφημα 17. Κλίμακα αδράνειας στη διατήρηση λογαριασμού στα κοινωνικά δίκτυα.

Κεφάλαιο 6. Συζήτηση.

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν να διερευνηθεί το σύνδρομο αδράνειας (F.O.M.O.), που παρατηρείται σε μαθητές από 10 έως 12 ετών στην περιοχή της Ηπείρου με αφορμή την έντονη και προβληματική χρήση του διαδικτύου. Η συγκεκριμένη έρευνα εστιάζει στην κατάθλιψη και το άγχος των συγκεκριμένων μαθητών με αποτέλεσμα να τίθεται σε κίνδυνο η σωματική και ψυχική τους υγεία.

Το “Fear of missing out” γνωστό ως F.O.M.O. είναι ένα νέο φαινόμενο που αναδύεται μέσα από την εύκολη πρόσβαση των πληροφοριών από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Η συχνή χρήση του διαδικτύου και η προσκόλληση των μαθητών για συνεχή ενημέρωση του τρόπου ζωής των άλλων έγινε αιτία να κεντρίσει το ενδιαφέρον της συγκεκριμένης μελέτης. Τα κύρια στοιχεία που περιλαμβάνει το F.O.M.O. είναι η αντίληψη ότι οι άλλοι έχουν εμπειρίες ανταμοιβής από τις οποίες αυτοί απουσιάζουν και η επιθυμία να είναι κάποιος συνδεδεμένος με άτομα στο κοινωνικό δίκτυο, ώστε να ανακουφίζεται από το άγχος.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την παρούσα μελέτη είναι η ποσοτική έρευνα με τη χρήση των κατάλληλων εργαλείων. Το συγκεκριμένο εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο. Οι απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν μέσω των ερωτηματολογίων επεξεργάστηκαν με ποσοτική ανάλυση μέσω SPSS.

Το δείγμα αποτελούνται από 131 παιδιά Δημοτικού με μέση ηλικία τα 11,4 έτη ($SD=1,2$ έτη). Σύμφωνα με τα δημογραφικά αποτελέσματα το 62,6% των παιδιών ήταν κορίτσια και το 37,4% ήταν αγόρια. Το 51,9% φοιτούσε στην Ε' Δημοτικού και το 48,1% στην ΣΤ Δημοτικού, δηλαδή γύρω στα 10-12 ετών. Το 90,8% ανήκε σε πυρηνική οικογένεια και το 9,2% σε μονογονεϊκή. Σχετικά με τους γονείς, το 55,7% των μητέρων ήταν απόφοιτες Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 39,7% μεταλυκειακής εκπαίδευσης και το 4,6% έως δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα κυμαίνεται από το 48,9% τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 45,0% μεταλυκειακής εκπαίδευσης και το 6,1% έως και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Τέλος, το 78,6% είχε έναν αδερφό/ή, το 13,0% δεν είχε αδέρφια και το 8,4% περισσότερα από 1.

Στις ερωτήσεις που αφορούσαν στοιχεία για τη χρήση του διαδικτύου, το 95,4% είχε υπολογιστή στο σπίτι και το 4,6% όχι. Το 35,1% άρχισε να χρησιμοποιεί το διαδίκτυο σε ηλικία μικρότερη των 7 ετών το 21,4% στην ηλικία των 7-8 ετών ένα άλλο 21,4% σε ηλικία 9-10 ετών και το 22,1 σε ηλικία μεγαλύτερη των 10 ετών. Το 77,9% το έμαθε από τους γονείς του να χρησιμοποιεί το διαδίκτυο, Το 15,3% στο σχολικό μάθημα και το 6,9% από φίλους. Κινητό απέκτησε το 71,8% σε ηλικία μεγαλύτερη των 10 ετών και το 28,2% σε ηλικία μικρότερη ή ίση των 10 ετών. Από αυτό είχε πρόσβαση στο διαδίκτυο το 29,8% από το δικό του κινητό, το 21,4% από το κινητό των γονιών του, το 27,5% από Tablet, το 13,7% από Laptop και ένα 7,6% από σταθερό υπολογιστή. Μόνο το 22,1% χρησιμοποιούσε μόνο του το διαδίκτυο ενώ το 77,9% η χρήση του

διαδικτύου γίνεται υπό την επίβλεψη των γονιών. Η χρήση γινόταν σε ποσοστό 35,9% για 1 έως 2 ώρες την ημέρα, το 28,2% λιγότερο από 1 ώρα την ημέρα, ένα άλλο 28,2% 3-4 ώρες την ημέρα ενώ ένα 7,6% περισσότερο από 4 ώρες την ημέρα. Επίσης, το 58% είχε λογαριασμό στα κοινωνικά δίκτυα και το 42% όχι. Από τον μελετώμενο πληθυσμό το 42% δεν χρησιμοποιεί τα κοινωνικά δίκτυα το 29,8% τα χρησιμοποιούσε 2-3 φορές την εβδομάδα.

Στην ερώτηση πόσο συχνά αφήνουν οι γονείς να χρησιμοποιούν το διαδίκτυο, το 71,8% απάντησε ότι τους επιτρέπουν κάθε μέρα, ενώ το 28,2% δύο με τρεις φορές την εβδομάδα. Από την συγκεκριμένη έρευνα αποδείχθηκε ότι το 63,4% ακολουθεί πιστά τους περιορισμούς των γονιών του, ενώ το 36,6% όχι. Το 86,3% έχει ενημερωθεί πως να κάνει ασφαλή χρήση του διαδικτύου, ενώ το 13,7% όχι.

Στην ερώτηση ποια είναι η ώρα που κοιμούνται το βράδυ, πριν τις 10 κοιμάται το 13,7% ενώ στις 10 το 43,5% ενώ ένα ποσοστό στο 21,4% κοιμάται στις 11 και ένα άλλο 21,4% μετά τις 11. Στην ερώτηση αν το πρωί αισθάνονται ξεκούραστοι το 86,3% απάντησε ναι ενώ το 13,7% απάντησε κουρασμένοι.

Στη συνέχεια στην ερώτηση αν φοβούνται ότι οι άλλοι θα έχουν πιο ικανοποιητικές εμπειρίες από αυτούς το 35,9% απάντησε ότι δεν είναι αληθές, ενώ ένα άλλο 35,9% απάντησε ότι κάπως είναι αληθές. Το 21,4% απάντησε αρκετά αληθές και ένα 6,9% πολύ αληθές. Στην ερώτηση αν φοβούνται ότι οι φίλοι τους έχουν πιο ικανοποιητικές εμπειρίες από αυτούς, το 35,9% απάντησε ότι αυτό δεν είναι καθόλου αληθές, το 27,5% ότι είναι κάπως αληθές και το 36,6% αρκετά αληθές. Παρατηρείται στη συγκεκριμένη ερώτηση ότι τους ενδιαφέρει περισσότερο αν οι φίλοι τους έχουν πιο ικανοποιητικές εμπειρίες από αυτούς από τι οι ξένοι (48/28 άτομα). Αυτό επιβεβαιώνεται και από τις έρευνες των Ellison, (2007) ? Lenhart & Madden, (2007) που κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι πολλά άτομα δεν τους ενδιαφέρει να δημιουργήσουν καινούργιες φιλίες, αλλά να διατηρήσουν τις υπάρχουσες. Στην ερώτηση αν οι φίλοι τους διασκεδάζουν χωρίς αυτούς το 13,7% απάντησε ότι αυτό δεν είναι καθόλου αληθές, το 23,7% κάπως αληθές, το 35,9% αρκετά αληθές το 6,1% πολύ αληθές και το 20,6% πάρα πολύ αληθές. Παρατηρείται ότι και εδώ ένα μεγάλο ποσοστό του μελετώμενου πληθυσμού ανησυχεί όταν οι φίλοι τους διασκεδάζουν χωρίς αυτούς, αρκετά ανησυχούν 47 άτομα και πάρα πολύ 27 άτομα. Στην ερώτηση αν ανησυχούν όταν δεν ξέρουν τι κάνουν οι φίλοι τους το 49,6% απάντησε ότι αυτό δεν είναι καθόλου αληθές, το 22,9% ότι είναι κάπως αληθές, το 20,6% αρκετά αληθές, και το 6,9% πολύ αληθές. Στην ερώτηση αν είναι σημαντικό να καταλαβαίνουν τους φίλους τους «στα αστεία» το 20,6% απάντησε ότι αυτό δεν είναι καθόλου αληθές, το 29,8% ότι είναι κάπως αληθές, το 8,4% αρκετά αληθές και το 27,5% πολύ αληθές. Στην ερώτηση αν ξοδεύουν πολύ χρόνο στο να παρακολουθούν τι συμβαίνει το 70,2% απάντησαν ότι αυτό δεν είναι αληθές, το 1,5% ότι αυτό είναι κάπως αληθές, το 7,6% αρκετά αληθές και το 20,6 πολύ αληθές. Στην ερώτηση αν τους ενοχλεί όταν χάνουν ευκαιρία να

συναντηθούν με φίλους το 13,7% απάντησε ότι αυτό δεν είναι καθόλου αληθές, το 7,6% κάπως αληθές, το 22,1% αρκετά αληθές και το 56,5% πάρα πολύ αληθές. Και εδώ παρατηρείται ότι 74 άτομα απάντησαν ότι τους ενοχλεί πολύ να χάσουν έστω και μια ευκαιρία να συναντηθούν με φίλους. Εδώ παρατηρείται ότι και αυτό ταυτίζεται με τις έρευνες των Ellison, (2007) ? Lenhart & Madden, (2007) που κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι πολλοί χρησιμοποιούν τα Social Media για να διατηρήσουν τις υπάρχουσες φιλίες. Στην ερώτηση αν όταν περνάνε καλά είναι σημαντικό να μοιράζονται τις λεπτομέρειες στο διαδίκτυο το 72,5% απάντησε ότι αυτό δεν είναι καθόλου αληθές, ο 6,9% κάπως αληθές το 20,6% πολύ αληθές και το 29% πάρα πολύ αληθές. Στην ερώτηση αν τους ενοχλεί όταν χάνουν μια προγραμματισμένη συνάντηση το 21,4% απάντησε ότι αυτό δεν είναι αληθές το 13,7% κάπως αληθές, το 15,3% αρκετά αληθές 20,6% πολύ αληθές και το 29% πάρα πολύ αληθές. Στην ερώτηση όταν πηγαίνουν διακοπές αν συνεχίζουν να παρακολουθούν τι κάνουν οι φίλοι τους το 57,3% απάντησε ότι αυτό δεν είναι καθόλου αληθές, το 14,5% ότι είναι κάπως αληθές, το 7,6% είναι αρκετά αληθές, το 6,9% πολύ αληθές και το 13,7% πάρα πολύ αληθές. Οι συγκεκριμένες απαντήσεις αποδεικνύουν ότι ο μελετώμενος πληθυσμός τον ενδιαφέρει πιο πολύ να παρακολουθεί τις δραστηριότητες των φίλων του και όχι των ξένων και να μην χάνει συναντήσεις με τους φίλους του. Επίσης δεν δείχνει μεγάλο ενδιαφέρον για το τι κάνουν οι άλλοι, όπως και στις διακοπές του δεν ασχολείται πολύ με τις διαδικτυακές δραστηριότητες των άλλων.

Στην συνέχεια της έρευνας διαπιστώθηκε ότι στην συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης 106 παιδιά ανήκουν στην φυσιολογική κατηγορία, 11 παιδιά ανήκουν στην οριακή κατηγορία και σε κλινικό όριο ανήκουν 14 παιδιά. Για την μείζων καταθλιπτική διαταραχή 91 παιδιά ανήκουν σε φυσιολογική κατηγορία, 27 παιδιά σε οριακή κατηγορία και 13 παιδιά σε κλινικό όριο. Για την αγχώδη διαταραχή η έρευνα έδειξε ότι 108 παιδιά ανήκουν σε φυσιολογική κατηγορία, 9 παιδιά σε οριακή κατηγορία και 14 παιδιά σε κλινική κατηγορία. Για την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή παρατηρείται ότι 116 παιδιά ανήκουν σε φυσιολογική κατηγορία, 9 παιδιά ανήκουν σε οριακή κατηγορία και 6 παιδιά ανήκουν σε κλινικό όριο. Για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή 113 παιδιά ανήκουν σε φυσιολογική κατηγορία, 17 παιδιά σε οριακή κατηγορία και 1 παιδί είναι σε κλινικό όριο. Για τις διαταραχές πανικού 93 παιδιά ανήκουν σε φυσιολογική κατηγορία, 4 παιδιά ανήκουν σε οριακή κατηγορία και 34 παιδιά είναι σε κλινικό όριο. Για τις διαταραχές άγχους αποχωρισμού 79 παιδιά ανήκουν στην φυσιολογική κατηγορία, 24 παιδιά ανήκουν στην οριακή κατηγορία και 28 παιδιά ανήκουν σε κλινικό όριο. Για την κοινωνική φοβία ή έρευνα έδειξε ότι 115 παιδιά ανήκουν σε φυσιολογική κατηγορία, 11 παιδιά ανήκουν σε οριακή κατηγορία και 5 παιδιά ανήκουν σε κλινικό όριο. Παρατηρείται ότι οι διαταραχές πανικού και οι διαταραχές άγχους είναι αυξημένες στο συγκεκριμένο μελετώμενο πληθυσμό.

Επίσης η συγκεκριμένη έρευνα κατέληξε ότι υπάρχει μια θετική συσχέτιση με την κοινωνική φοβία και την κλίμακα αδράνειας, γιατί όσο μεγαλύτερη αδράνεια υπάρχει τόσο

μεγαλύτερη κοινωνική φοβία διακατέχει το άτομο. Αυτό επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Gupta & Sharma (2021) που συμπέρανε ότι τα συγκεκριμένα άτομα διακατέχονται από συναισθήματα δυσαρέσκειας και φόβου τους κάνει αντικοινωνικούς χωρίς να αναλαμβάνουν δεσμεύσει και συμφωνίες και καταλήγουν να είναι κοινωνικά φοβικοί αναμένοντας μόνο εμπειρίες για προσωπική ικανοποίηση.

Στη συνέχεια της συγκεκριμένης έρευνας και στη συσχέτιση της κλίμακας άγχους – κατάθλιψης (RCDAS) σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των παιδιών και των γονέων τους καθώς και την χρήση του διαδικτύου και των κοινωνικών δικτύων προέκυψε ότι η καταθλιπτική διαταραχή διαφέρει ανάλογα σε ποια ηλικία θα ξεκινήσουν να ασχολούνται με το διαδίκτυο. Τα παιδιά που ξεκίνησαν να χρησιμοποιούν το διαδίκτυο μετά τα 10 έτη της ζωής τους είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα, άρα πιο έντονα καταθλιπτικά αισθήματα συγκριτικά με όσα παιδιά ξεκίνησαν πριν τα 7 έτη. Επίσης τα παιδιά που χρησιμοποιούσαν το διαδίκτυο πάνω από 4 ώρες σε σχέση με αυτά που το χρησιμοποιούσαν λιγότερο από 1 ώρα, παρουσίασαν πιο έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα. Αυτό το επιβεβαιώνει και η έρευνα των Lam & Peng, (2010) καταλήγοντας ότι τα παιδιά – έφηβοι μετά από μια συνεχή και μεγάλου χρονικού διαστήματος χρήση των Social media τα οποία δεν είχαν προβλήματα ψυχικά, η έρευνα κατέληξε ότι πολλά από αυτά τα παιδιά διαγνώστηκαν με θέματα κατάθλιψης. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η έρευνα των El Asam, Samara, Terry, (2019) με μελετώμενο πληθυσμό βρετανούς εφήβους. Η συγκεκριμένη έρευνα κατέληξε ότι όσο πιο πιστά ακολουθούσαν τα παιδιά τους περιορισμούς των γονέων τους τόσο πιο μακριά ήταν στην κλίμακα να πάσχουν από κατάθλιψη. Όπως και αυτοί που δεν χρησιμοποιούσαν δικό τους κινητό και χρησιμοποιούσαν tablet ή laptop και δεν είχαν δικό τους λογαριασμό στα κοινωνικά δίκτυα.

Στη σχέση άγχους και χρήση διαδικτύου η συγκεκριμένη έρευνα κατέληξε ότι η αγχώδης διαταραχή διαφέρει ανάλογα με το είδος της οικογένειας. Παιδιά τα οποία ανήκαν σε πυρηνική οικογένεια είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία, άρα περισσότερα συμπτώματα άγχους από τα παιδιά που ανήκαν σε μονογονεϊκή οικογένεια. Αυτό επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Bloemen & DeConinck (2020), που καταλήγει στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά που μεγάλωσαν και με τους δύο γονείς και ο φόβος της απώλειας είναι πιο υπαρκτός. Αντίθετα τα παιδιά των μονογονεϊκών οικογενειών αναγκάστηκαν να ανεξαρτητοποιηθούν νωρίτερα και να ενηλικιωθούν σε ρόλους νωρίτερα.

Η συγκεκριμένη έρευνα απέδειξε ότι όσο περισσότερες είναι οι ώρες χρήσης του διαδικτύου τόσο μεγαλύτερη είναι η ένταση του άγχους. Επίσης η συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με το είδος της οικογένειας. Παρατηρείται και εδώ ότι τα παιδιά των πυρηνικών οικογενειών έχουν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα, άρα και μεγαλύτερη εσωτερίκευση σε σχέση με όσα ανήκαν σε μονογονεϊκή. Επίσης τα παιδιά που

ασχολούνταν περισσότερο από 4 ώρες καθημερινά στο διαδίκτυο είχαν περισσότερα συμπτώματα εσωτερίκευσης από τα παιδιά που ασχολούνταν λιγότερο από 4 ώρες. Στην συγκεκριμένη έρευνα δεν βρέθηκε η ηλικία να σχετίζεται σημαντικά με τις διαστάσεις άγχους, κατάθλιψης και στην συνολική κλίμακα εσωτερίκευσης.

Τέλος η διατήρηση λογαριασμού στα κοινωνικά δίκτυα ήταν αιτία για μεγαλύτερα καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως και εμφάνιση υψηλότερης βαθμολογίας στην κλίμακα αδράνειας, άρα μεγαλύτερο φόβο μήπως χάσουν κάτι σε σχέση με όσα δεν είχαν λογαριασμό. Αυτό αποδεικνύεται και από την μελέτη του Sapadin, (2015), όπου αναφέρει ότι τα άτομα που ασχολούνται εκτενώς με τα social media κυριεύονται από τον φόβο της απώλειας, δηλαδή να μην χάσουν όσα συμβαίνουν γύρω τους και να μην μείνουν εκτός. Αυτό είναι ένα διαδεδομένο σύστημα μεταξύ χρηστών των μέσων κοινωνικής δικτύωσης.

Κεφάλαιο 7. Συμπεράσματα.

Παρατηρήθηκε ότι στη σημερινή εποχή η διείσδυση των Social media στη ζωή των ανθρώπων και ειδικά των νέων, δημιουργούν σοβαρό αντίκτυπο σε αυτή. Ειδικά τα άτομα που έχουν εθιστεί σε αυτά κυριευθήκαν από το σύνδρομο αδράνειας F.O.M.O. Η αγωνία τους να μην χάσουν κάτι από τις δραστηριότητες των άλλων τους ωθεί να βρίσκονται με το κινητό στο χέρι και να παραμελούν κατά ένα πολύ σημαντικό βαθμό τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Το σύνδρομο F.O.M.O. δημιουργεί άγχος και ανησυχία και πολλές φορές η έλλειψη αυτοελέγχου αποτελεί παράγοντα κινδύνου στην ψυχική υγεία των ανθρώπων που πάσχουν από αυτό. Η ενασχόληση των παιδιών με τα Social media όταν αρχίζει από μικρή ηλικία, τόσο μεγαλύτερος είναι και ο εθισμός τους σε αυτά. Στον εθισμό αυτό βοήθησε και η εξέλιξη της τεχνολογίας με την παρουσία των tablet και των Smartphone.

Πολλές έρευνες κατέληξαν ότι η συχνή χρήση των Social media δημιουργεί στην πορεία κατάθλιψη, όπως η έρευνα των El Asam, Samara, Terry, (2019). Η αδράνεια γίνεται αιτία για προβλήματα όχι μόνο στην ψυχική, αλλά και στην σωματική υγεία. Σημαντικό ρόλο στον εθισμό του διαδικτύου έπαιξε και η πανδημία του Covid-19 με τον υποχρεωτικό εγκλεισμό των ανθρώπων στις οικείες τους.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιώντας την μέθοδο της ποσοτικής έρευνας και ως εργαλείο το ερωτηματολόγιο. Από τα 131 παιδιά του μελετώμενου πληθυσμού ηλικίας 10-12 ετών αποδείχθηκε ότι το 71,8% οι γονείς τους επιτρέπουν να χρησιμοποιούν το διαδίκτυο κάθε μέρα, ενώ το 28,2% δυο με τρεις φορές την εβδομάδα. Το 63,4% ακολουθεί πιστά τους περιορισμούς των γονιών του, ενώ το 36,6% όχι. Το 86,3% έχει ενημερωθεί πως να κάνει ασφαλή χρήση του διαδικτύου, ενώ το 13,7% όχι. Τα συμπεράσματα της συγκεκριμένης έρευνας είναι ότι ο μελετώμενος πληθυσμός δεν τον ενδιαφέρει τόσο τι κάνουν οι άλλοι, όσο τι κάνουν οι φίλοι του. Επίσης είναι πολύ σημαντικό γι' αυτούς να μην χάσουν έξοδο με τους φίλους και οι διακοπές γι' αυτούς είναι διασκέδαση και όχι προσκόλληση στο κινητό και στα Social media. Αυτές οι απαντήσεις δικαιολογούν και τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν στην κλίμακα εσωτερίκευσης, όπου 106 παιδιά ανήκουν στην φυσιολογική κατηγορία και μόνο 14 σε κλινικό όριο. Ένα μεγάλο ποσοστό είναι και στην μείζων καταθλιπτική διαταραχή που ανήκει στην φυσιολογική κατηγορία, 91 παιδιά, ενώ στο κλινικό όριο είναι 13 παιδιά. Στην αγχώδη διαταραχή επίσης είναι μεγάλο το ποσοστό των παιδιών που ανήκει στη φυσιολογική κατηγορία, 108 παιδιά και 14 παιδιά ανήκουν στην κλινική κατηγορία. Το ίδιο παρατηρείται και στην γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, 116 παιδιά είναι στην φυσιολογική κατηγορία και 6 παιδιά στο κλινικό όριο και στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή 113 παιδιά ανήκουν στην φυσιολογική κατηγορία και 1 μόνο παιδί είναι σε κλινικό όριο.

Το σύνδρομο αδράνειας F.O.M.O. δημιουργεί άγχος στους ανθρώπους με αποτέλεσμα

πολλοί από αυτούς να παθαίνουν διαταραχές πανικού, διαταραχές άγχους και κοινωνικής φοβίας. Η συγκεκριμένη μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο μελετώμενος πληθυσμός έχει πιο πολλά ποσοστά σε διαταραχές πανικού και διαταραχές άγχους απ' ότι στην κλίμακα εσωτερίκευσης και τις καταθλιπτικές διαταραχές. Στις διαταραχές πανικού 93 παιδιά ανήκουν στην φυσιολογική κατηγορία και 34 είναι σε κλινικό όριο. Επίσης στις διαταραχές άγχους αποχωρισμού 79 παιδιά ανήκουν στην φυσιολογική κατηγορία και 28 σε κλινικό όριο. Αντίθετα στην κοινωνική φοβία τα παιδιά που ανήκουν σε κλινικό όριο είναι πολύ λίγα μόλις 5.

Ένα σημαντικό συμπέρασμα της συγκεκριμένης έρευνας είναι ότι τα άτομα που πάσχουν από το σύνδρομο αδράνειας F.O.M.O. όσο μεγαλύτερος είναι ο εθισμός τόσο μεγαλύτερη είναι και η κοινωνική τους φοβία. Η χρήση του διαδικτύου πάνω από 4 ώρες την ημέρα γίνεται αιτία να παρουσιάζουν αυτά τα άτομα καταθλιπτικά συμπτώματα, ακόμη και σε άτομα που δεν είχαν πρότερα προβλήματα. Το ίδιο συμβαίνει και με τα συμπτώματα αγχώδους διαταραχής. Επίσης η συγκεκριμένη έρευνα ταυτίστηκε με τα αποτελέσματα της έρευνας των Bloemen & DeConinck (2020), που επισημάνει ότι τα παιδιά των μονογονεϊκών οικογενειών έχουν λιγότερο φόβο απώλειας σε σχέση με τα παιδιά της πυρηνικής οικογένειας, γιατί έχουν ανεξαρτητοποιηθεί νωρίτερα και ενηλικιωθεί σε ρόλους νωρίτερα.

Σημαντικό είναι οι γονείς να ελέγχουν τη χρήση διαδικτύου των παιδιών, να δίνεται κινητό και να ανοίγεται λογαριασμός στα Social media όσο μπορούν σε μεγαλύτερη ηλικία, ώστε να έχουν μάθει να ελέγχουν τα υπέρ και τα κατά του διαδικτύου. Αν υπάρχει ένας σταθερός υπολογιστής σε ένα εμφανές μέρος του σπιτιού τότε ο έλεγχος από τους γονείς γίνεται πιο εύκολα και το παιδί δεν μπορεί να απομονωθεί για ώρες στο διαδίκτυο.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Adwas, A., Jbireal, J., & Azab, A. (2019). Anxiety: Insights into Signs, Symptoms, Etiology, Pathophysiology, and Treatment. *The South African journal of medical sciences*, 2, 80-91

Ahmad, S B., Ali, A., Bilal, M., Rashid, S. M., Wani, A. B., Bhat, R. R., Rehman, M. U. (2023), Melatonin and Health: Insights of Melatonin Action, Biological Functions, and Associated Disorders, *Cell Mol Neurobiol.* Feb 8: 1–22.

Akil, H., Gordon, J. R., Javitch, J., Mayberg, H., McEwen, B., Meaney, M. J. & Nestler, E. J. (2018). Treatment resistant depression: A multi-scale, systems biology approach. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 84, pp. 272-288

Albano, A.M., & Kendall, P.C. (2002). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *International Review of Psychiatry*, 14, 129-134.

Alvarez, E., Puliafico, A., Leonte, K. G., & Albano, A. M. (2018). Psychotherapy for anxiety disorders in children and adolescents: UpToDate.

American Psychiatric Association (2013) Arlington VA Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 εκδ. Washington D.C. United States.

American Psychiatric Association (2013), Arlington VA Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 εκδ. Washington D.C. United States

Baker, Z., Krieger, H. & LeRoy, A., (2016). Fear of missing out: Relationships with depression, mindfulness, and physical symptoms. *Translational Issues in Psychological Science*, 63(3), 275-282

Bakioğlu, F., Korkmaz, O., & Ercan, H. (2020). Fear of COVID-19 and positivity: Mediating role of intolerance of uncertainty, depression, anxiety, and stress. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-14.

Baldwin, D. S. & Birtwistle, J. (2002). An atlas of depression. *The encyclopaedia of visual medicine*. New York: Parthenon Pub. Group.

Barry, C. T., Sidoti, C. L., Briggs, S. M., Reiter, S. R., & Lindsey, R. A., (2017). Adolescent social media use and mental health from adolescent and parent perspectives. *Journal of Adolescence*, 61(1), 1-11

Beech, M. (2020) ‘COVID-19 Pushes up Internet Use 70% and Streaming More Than 12%, First Figures Reveal’. Διαθέσιμο online:

<https://www.forbes.com/sites/markbeech/2020/03/25/covid-19-pushes-up-internet-use-70-streaming-more-than-12-first-figures-reveal/?sh=136a506d3104>

Beyens, I., Frison, E., & Eggermont, S. (2016). "I don't want to miss a thing". Adolescents' fear of missing out and its relationship to adolescents' social needs, Facebook use, and Facebook related stress. *Computers un Human Behavior*, 64, 1-8

Biederman J, Monuteaux MC, Faraone SV (2004). Dose Referral Bias Impact Findings in High-risk Offspring for Anxiety Disorders? A Controlled Study of Highrisk Children of Non-referred Parents with Panic Disorder / Agoraphobia and Major Depression. *Journal of Affective Disorders*, 82:209-216.

Bitan, D. T., Grossman-Giron, A., Bloch, Y., Mayer, Y., Shiffman, N., & [69] Mendlovic, S. (2020). Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. *Psychiatry Research*, 289, 113100.

Bloemen, N., & De Coninck, D., (2020). Social Media and Fear of Missing Out in Adolescents: The Role of Family Characteristics, 6(4), 2-9

Boyd, D.M., Ellison, N.B. (2008). Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication* 13(1), 210–230.

Brandtzaeg & Heim (2009). Why People Use Social Networking Sites, A.A. Ozok and P. Zaphiris (Eds.): *Online Communities*, LNCS 5621, pp. 143-152

Broeren, S., Muris, P., Diamantopoulou, S., & Baker, J. R. (2013). The course of childhood anxiety symptoms: Developmental trajectories and child-related factors in normal children. *Journal of abnormal child psychology* , 41 (1), pp. 81-95.

Bueno, R. L., Koyanagi, A., Sanchez, G. F. L., Firth, J., Smith, L., (2021), Association between age of first exposure and heavy internet use in a representative sample of 317,443 adolescents from 52 countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Διαθέσιμο online: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00787-021-01869-5.pdf>

Burnard, P., Edwards, D., Bennett, K., Thaibat, H., Tothova, V., Baldacchino, D. et all. (2008). A comparative, longitudinal study of stress in student nurses in five countries: Albania, Brunei the Czech Republic, Malta and Wales. *Nurse Education Today*. 28(2), pp. 134-145

Bystritsky, A., & Kronemyer, D. (2014). Stress and anxiety: counterpart elements of the stress/anxiety complex. *Psychiatric Clinics*, 37(4), 489-518. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.08.002>

Caskey, M., Anfara, V. A. (2014). Developmental Characteristics of Young Adolescents. Association for Middle Level Education. Retrieved from <https://www.amle.org/BrowsebyTopic/WhatsNew/WNDet/TabId/270/ArtMID/888/ArticleID/455/Developmental-Characteristics-of-Young-Adolescents.aspx> 15-3-2024

Cataldo, I., Lepri, B., Neoh,Y,J,M., Esposito, G., (2021). Social Media Usage and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence: A Review, 11.

Chow, W.S.& Priebe, S. (2013). Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry*.13(1), pp. 169-182.

Clayton, R. B., Leshner, G., and Almond, A. (2015) ‘The extended i Self: The impact of i Phone separation on cognition, emotion, and physiology’. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 20, pp. 119–135.

Coon SL, Weller JL, Korf HW, (2001). cAMP regulation of arylalkylamine N-acetyltransferase (AANAT, EC 2.3.1.87), a new cell line (1e7) provides evidence of intracellular AANAT activation. *J Biol Chem.* ;276:24097–107.

Costello EJ, Erkanli A, Angold A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression. *J Child Psychol* , 47, 1263–1271.

Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A metaanalysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison, with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58 (7), 376-85.

Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C. & Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current Psychiatry Reports*. 21(12), 129.

Curtis, A. C. (2015). Defining adolescence. *Journal of Adolescent and Family Health: Vol. 7: Iss. 2, Article 2.*

Daviu, N., Bruchas, M., Moghaddam, B., Sandi, C., & Beyeler, A. (2019). Neurobiological links between stress and anxiety. *Neurobiology of stress*, 11, pp. 100-191. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2019.100191>

Demir, Y. & Kutlu, M. (2018). Relationships among Internet addiction, academic motivation, academic procrastination and school attachment in adolescents. *Int Online J Educ Sci*, 10,315–332.

Dossey, L., 2014, FOMO, Digital Dementia, and Our Dangerous Experiment. *EXPLORE*, 10(2), 69-73

Dubovsky, S. L., Davies, R., & Dubovsky, A. N. (2003). Mood disorders. In R. E. Hales & S. C. Yudofsky (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook*, Colorado.

Durbano F., (2015), A Fresh Look at Anxiety Disorders κεφ. 1 Risk factors of Anxiety Disorders in Children επιμ. Dabkowska M. Dabkowska A.M. εκδ. Intech

El Asam A., Samara M., Terry P., (2019) Problematic internet use and mental health among British children and adolescents. *Addict Behav* 90:428-436 Διαθέσιμο online: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S030646031830159X?via%3Dihub>

Elhai, D,J., Yang, H., Montag, Ch.,(2021). Fear of missing out (FOMO): overview,

theoretical underpinnings, and literature review on relations with severity of negative affectivity and problematic technology use, 43 (2), 203-209

Elhai, J. D., Levine, J. C., Alghraibeh, A. M., Alafnan, A., Aldraiweesh, A. and Hall, B. J. (2018) 'Fear of missing out: Testing relationships with negative affectivity, online social engagement, and problematic smartphone use'. *Computers in Human Behavior*, 89, pp. 289–298.

Elhai, J., Levine, J., Dvorak, R. & Hall, B., (2016). Fear of missing out, need for touch, anxiety and depression are related to problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*, 63, 509-516

Ellison, N. B. (2007). Social network sites: Definition, history, and scholarship. *Journal of Computer, Mediated Communication*, 13(1), 210-230., Διαθέσιμο online: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1083-6101.2007.00393.x/full>

Endler, N. S., & Kocovski, N. L. (2001). State and trait anxiety revisited. *Journal of anxiety disorders*, 15(3), 231-245. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(01\)00060-3](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(01)00060-3)

Fakhoury, W. & Priebe, S., (2007). Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry*. 6(8), pp. 313-316.

Figueroa, A., Soutullo, C., Ono, Y., & Saito, K. (2012). *Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. IACAPAP.

Flach, F. (2002). *The Secret Strength of Depression*. 3rd ed. New York: Hatherleigh Press

Franchina, V., Abeele, M. V., van Rooij, Lo Coco G., (2018). Fear of Missing Out as a Predictor of Problematic Social Media Use and Phubbing Behavior among Flemish Adolescents *International Journal of Environmental Research and Public Health (IJERPH)* 15(10):2319

Garber, J., & Rao, U. (2014). Depression in children and adolescents. In M. Lewis & K. D. Rudolph (Eds), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 489-520). Springer, Boston, MA.

Gherardi–Donato, E. C., Cardoso, L., Teixeira, C. A. B., Pereira, S. de S. & Reisdorfer, E. (2015). Association between depression and work stress in nursing professionals with technical education level. *Rev Lat Am Enfermagem*. 23(4), pp. 733-740.

Goldstein, S. D., &Kopin, J. I. (2007). Evolution of concepts of stress. *Stress. The International Journal on the Biology of Stress*. 10(2), pp. 109-120.

Goodwin FK, Jamison KR. 1990. *Μανιοκαταθλιπτική νόσος*. Νέα Υόρκη: Oxford University Press.

Gottken, T., White, L.O., Klein, A.M., & von Klitzing, K. (2014). Short-term psychoanalytic child therapy for anxious children: a pilot study (*Chic*), 51(1), 148-58.

Griffiths, M.D. & Kuss, D. J. (2017). Adolescent social media addiction. *Education and Health* 35(3), 49-52. Διαθέσιμο online:

http://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/31776/1/PubSub9230_Griffiths.pdf

Gulyaeva, V. V., Zinchenko, M. I., Uryumtsev, D. Y., Krivoschekov, S. G. & Aftanas, L. I. (2019). Fizicheskaya nagruzka pri lechenii depressii. Fiziologicheskie mekhanizmy [Exercise for depression treatment. Physiological mechanisms]. Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova. 119(7), pp. 112-119.

Gupta, M., Sharma, A., 2021, Fear of missing out: A brief overview of origin, theoretical underpinnings and relationship with mental health, World Journal of Clinical Cases. Jul 6; 9(19): 4881–4889

Harmin V, Pachler MC. (2005). Child and Adolescent Depression. Review of the latest evidence. J Psychosoc Nurs, 43, 54–63

Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. The Lancet, 379(9834), 2373-2382

Heiberg, R., Hofmann, S., Liebowitz, M., Schneier, F., Smits, A., Stein, M., et al. (2014). Social Anxiety in DSM-5. Depression and Anxiety, 31, pp. 472-479.

Hemmen C. Ruddolf K.D., 1996, Childhood depression Child Psychopathology, New York, Guilford, p.153-195.

Hoehn-Saric, R., & McLeod, D. R. (1988). Panic and generalized anxiety disorders. In C. G. Last (Ed.) & M. Hersen, Handbook of anxiety disorders (pp. 109–126). Pergamon Press.

Hussain, Z. and Griffiths, M. D. (2018) 'Problematic social networking site use and comorbid psychiatric disorders: a systematic review of recent large-scale studies'. Front Psychiatry, 9.

Ipser, J. C., Stein, D. J., Hawkrigde, S., & Hoppe, L. (2010). Cochrane Review: Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal, 5(2), 555-628.

Itto, M., Horst, H., Bittani, M., (2008), Living and Learning with New Media: Summary of Findings from the Digital Youth Project, Chicago, IL: John D. and Catherine T. MacArthur Foundation Reports on Digital Media and Learning

James, A.C., James, G., Cowdrey, F.A., Soler, A., & Choke, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2.

Jesulola, E., Micalos, P. & Baguley, J. I. (2018). Understanding the pathophysiology of depression: From monoamines to the neurogenesis hypothesis model - are we there yet? Behavioural brain research. 341, 79-90.

Jiao Wy, Wang Ln, Liu J, Fang Sf, Jiao Fy, Pettoelo-MantovAni M Et Al. Behavioral and emotional disorders in children during the Covid-19 epidemic. J Pediatr, 221:264–266.e1

Jones, T. (2014) 'Students' cell phone addiction and their opinions'. The Elon Journal of Undergraduate Research in Communications, 5, pp. 74-80.

Karadağ, A., Akçınar, B., (2019). Üniversite öğrenen cilerinde sosyal medya bağımlılığı ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişki. Bağımlılık Dergisi, 23(2), 154-166

Kaur, P. (2016). Underpinnings of User Participation in Innovation on Online Communication Platforms.(Doctoral dissertation, Aalto University) Διαθέσιμοonline: <https://aaltodoc.aalto.fi/bitstream/handle/123456789/20583/isbn9789526068312.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kotsopoulos S. (2000.), Psychotropic drugs prescribed for children: Are these drugs free from adverse effects? Paper presented at the Second Congress of Philosophy and Medicine, Krakow

Kringlen E., 1993, Genes and environment in mental illness Acta Psychiatrica

Lally, M., Valentine-French, S. (2014). Introduction to Psychology. College of Lake County Foundation. San Francisco, California.

Lam, L.T., Peng, Z.W. (2010), Effect of Pathological Use of the Internet on Adolescent Mental Health, A Prospective Study, Arch Pediatr Adolesc Med. 164(10):901-906

Lei, L., Huang, X., Zhang, S., Yang, J., Yang, L., & Xu, M. (2020). Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the COVID-19 epidemic in Southwestern China. Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research, 26, e924609-1.

Lenhart, A., Madden, M. (2007), Social networking websites and teens: an overview, Pew Internet & American Life Project, Washington, DC.

Leo, M. (2015). Quality of peer relationships among children with selective Mutism. McNair Research Journal, 7, 206-215.

Lewinsohn P.M., Hops H., Roberts R.E., Seeley J.R., Andrews J.A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III—R disorders in high school students. Journal of Abnormal Psychology, 102(1), 133–144.

Lobo, S. S. & Gowda, P.C.Y. (2016). The Selfie Phenomenon: Self- Presentation and Its Implications. International Journal of Computational Research and Development, 1(1), 147-153.

Luna K., (2014), Impact of Fear of Missing Out on Psychological Well-Being Among Emerging Adulthood Aged Social Media Users, 2(2), 23-30

Magklara, K., Bellos, S., Niakas, D., Stylianidis, S., Kolaitis, G., Mavreas, V., & Skapinakis, P. (2015). Depression in late adolescence: A cross-sectional study in senior high schools in Greece. BMC Psychiatry, 15 (199). Doi:10.1186/s12888-015-0584-9.

McGinnis P. (2017) 7 symptoms of fomo you need to treat now, 13(4), 22

McQuail, D. (1994). Mass communication theory: An introduction, Sage, London, 6th

Edition.

Metz, J., (2019) Fomo and regret for non-doings. *Soc Theory Pract*, 45, 451-470

Montanari, F. (2013). Σύγχρονο Λεξικό της Αρχαίας Ελληνικής Γλώσσας. 3rd ed. Αθήνα. Δημ. Ν. Παπαδήμας.

Monteggia, M. L., Malenka, C. R., & Deisseroth, K. (2014). Depression: the best way forward. *Nature*. 515(7526), pp. 200-201.

Morrison, A. (2013). Social Anxiety and Social Anxiety Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology* , 9, pp. 249-274.

Munir, S., Gondal, Z., & Takov, V. (2017). Generalized anxiety disorder (GAD).

O'Connell C. (2020), How FOMO (Fear of Missing Out), the Smartphone, and Social Media May Be Affecting University Students in the Middle East, *North American Journal of Psychology*, 22, 83-102

Ornato, J. P. & Hand, M. M. (2001). Warning signs of a heart attack. *Circulation*. 104(11), pp. 1212-3.

Pine DS, Klein RG (2008). *Anxiety Disorders*. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th ed. Blackwell Publishing

Pinheiro, B. M., Ferreira, L. M., Refshauge, K. ,Maher, G.C., Ordoñana, J.R., Andrade, B.T., etal.(2016). Symptoms of depression as a prognostic factor for low back pain: asystematic review. *The Spine Journal*.16(1), pp.05-116.

Plioplys, S., (2003), Depression in children and adolescents with epilepsy, *National Center for Biotechnology Information, Epilepsy Behav* Oct:4 Suppl 3:S39-45

Prensky, M. (2001). Digital natives, digital immigrants. *On the Horizon*, 9 (5), 1-6. Διαθέσιμο online: <https://doi.org/10.1108/10748120110424816>

Przybylski, A., Myrayama, K., DeHaan, C. R., & Gladwell, V. (2013). Motivational, emotional and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in Human Behavior*, 29 (4) : 1841-1848 .

Przybylski, K., A., Murayama,K., DeHaan , R,K, (2013). Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing

Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2007.00393.x>

Ringeisen, T., Raufelder, D., Schnell, K., & Rohrmann, S. (2016). Validating the proposed structure of relationships among test anxiety and its predictors based on control-value theory. *Educational Psychology*, 36, 1826–1844. <https://doi.org/10.1080/01443410.2015.1072134>.

Riordan BC, Flett JA, Cody LM, Conner TS, Scarf D., (2021). The fear of missing out (fomo) and event-specific drinking: the relationship between fomo and alcohol use, harm, and

breath alcohol concentration during orientation week. *Curr Psychol*, 40, 3691-3701

Riordan, B. C., Scarf, D. and Conner, T. S. (2015). Is orientation week a gateway to persistent alcohol use in university students? A preliminary investigation. *J Stud Alcohol Drugs*, 76, 204-11.

Rousseau, Jean-Jacques Rousseau, 1979, *Emile, or On Education*. Μεταφρ. Αλαν Μπλουμ. Νέα Υόρκη: BasicBooks

Rubin, G. J., & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *Bmj*, 368.

Sapadin L., (2015). Fear of missing out! Ανακτημένο από το <https://drsapadin.com/fear-of-missing-out/>

Scandinavica Wiley Online Library 87(370).

Schneier, F. (2006). Clinical practice. Social anxiety disorder. *The New England Journal of Medicine* , 355, pp. 1029-1036.

Schrodt, G. R., Jr. (1992). Cognitive therapy of depression. In M. Shafii & S. L. Shafii (Eds.), *Clinical guide to depression in children and adolescents* (pp. 197–217). American Psychiatric Association.

Schwartz, R. M. (1993). The idea of balance and integrative psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. 3(2), pp. 159-181.

Shemnad, K., Aziz, M., Adbelmoneium, A., Alharahsheh, S., Adolescents' Internet addiction: Does it all begin with their environment? *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 17(1)

Silverman, W.K. & Berman, S.L. (2001). Psychosocial interventions for anxiety disorders in children: status and future directions. In: W. K. Silverman & P.D.A. Treffers (eds). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Research, Assessment and Intervention*, pp. 313-334. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Şimşir, Z., Koç, H., Seki, T., & Griffiths, M. D. (2021). The relationship between fear of COVID-19 and mental health problems: a meta-analysis. *Death studies*, 1-9.

Sinita, E., Coghill, D., & Huline-Dickens, S. (2014). Pharmacology for anxiety and obsessive— compulsive disorders, affective disorders and schizophrenia. *Clinical topics in child and adolescent psychiatry*, 94-95.

Song, L., Larose, R., & Eastin, M. (2004). Internet gratifications and Internet addiction: On the uses and abuses of new media. *Cyber Psychology & Behavior*, 7(4), 384-389

Speed, M.S., Jefsen, O.H., Børghlum, A.D., Speed, D., Østergaard, S.D. (2019). Investigating the association between body fat and depression via Mendelian randomization. *Translational psychiatry*.9(1), pp.184.

Stark, K. D., Humphrey, L. L., Crook, K., & Lewis, K. (1990). Perceived family environments of depressed and anxious children: Child's and maternal figure's perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 527-547

Taliaferro LA, Hetler J, Edwall G, Wright C, Edwards AR, Borowsky IW., (2013) Depression Screening and Management Among Adolescents in Primary Care: Factors Associated With Best Practice. *Clinical Pediatrics*.;52(6):557-567.

Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D.S., & Thapar, A.K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*. 379(9820): 1056–1067.

Urban, J. R. (2020). Attachment Theory and Its Relationship with Anxiety. *The Kabod*, 6(2), 2.

Van der Wal MF, de Wit CA, Hirasing RA. (2003)). Psychosocial health among victims and offenders of direct and indirect bullying. *Pediatrics*, 111, 1312–1317

Vellay, P. (1984). Εγκυμοσύνη χωρίς Άγχος. Αθήνα: Κώστας Δ. Πανόπουλος.

Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T., . . . Kendall, P. C. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *N Engl J Med*, 359(26), 2753-2766.

Wang P., Yin, L., Nie, J., Guo, J., Geng,J., Lei, L., (2012). Social networking sites addiction a FoMO: The mediating role of envy and the moderating role of need to belong. *CurrPsychology*, 146,136-142

Wehry, A. M., Beesdo-Baum, K., Hennelly, M.M., Connolly, S.D., & Strawn, J. R. (2015). Assessment and Treatent of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 17(7), 591.

Wenar, C., & Kerig, K. P. (2000). Εξελικτική Ψυχοπαθολογία: από τη βρεφική ηλικία στην εφηβεία. Αθήνα: Gutenberg.

Zhou SJ, Zhang LG, Wang LL, Guo ZC, Wang JQ, Chen JC, et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry* 1-2 chiatry 2020, 1–10

Zikopoulou, O., Kakaniari, K., & Simos, G. (2019). Assessing anxiety symptoms in children: Agreement between parents and children. *PSYCHIATRIKI* , pp. 39-48.

Zygouris, N. C., Avramidis, E., Karapetsas, A. V., Stamoulis, G. I. (2018). Differences in dyslexic students before and after a remediation program: a clinical neuropsychological and event related potential study. *Applied Neuropsychology: Child*. 7(3), pp. 235-244.

Ελληνική βιβλιογραφία

Αγγελοσοπούλου, Ρούση-Βέργου, & Ζαφειροπούλου. (2012). "Ο Αγχόσαυρος": ένα ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη διαχείριση του άγχους σε παιδιά. Κατασκευή και πιλοτική έρευνα. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ, pp. 245-262.

Αλεβίζος, Β. (1997). Άγχος και αγχώδεις διαταραχές. Αθήνα: Ιατρική Εταιρία Αθηνών.

Αντωνίου Α. (2016). Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή στο σχολείο και ο ρόλος του εκπαιδευτικού στην αντιμετώπισή της. Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης, 2015(1), 186–191. <https://doi.org/10.12681/edusc.146>

Βαρδάρη, Ε., (2023), Άγχος ή στρες ; Ποια είναι η διαφορά τους και πως μπορούμε να τα διαχειριστούμε, Soulpaths.gr ανακτημένο από το διαδίκτυο , <https://www.soulpaths.gr/blog>

Βλαστού, Μαρία – Ανδριάννα, (2022), «Το άγχος και η σχέση του με την αυτοαντίληψη παιδιών τυπικής ανάπτυξης, χαμηλής επίδοσης στον γραπτό λόγο και νοητικής αναπηρίας ως προς την παραγωγή γραπτού λόγου: μια διερευνητική μελέτη», Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.

Δαφέρμος, Β. (2011). Κοινωνική Στατιστική και Μεθοδολογία Έρευνας με το SPSS. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ζήτη.

Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Σ., Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή, Α. (2006). Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Σ., Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή, Α. (2006). Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκης, Κ. (2006). Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή προσέγγιση. Αθήνα: Τυπωθήτω σ. 174

Καλπάκογλου, Θ. (2013). Άγχος και Πανικός. Γνωσιακή Θεωρία και Θεραπεία. Ψηφιακή έκδοση.

Καππάτου, Α. (2007) Εφηβεία. Αθήνα: Μοντέρνοι Καιροί

Καρτέρης, Β., & Αντωνίου, Α. Σ. (2017). Αγχώδεις Διαταραχές σε μαθητές Δημοτικού: Συγκριτική μελέτη μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Παιδαγωγική Επιθεώρηση, pp. 57- 70.

Κλεφτάρας, Γ. (1998). Η Κατάθλιψη Σήμερα: Περιγραφή, Διάγνωση, Θεωρίες και Ερευνητικά Δεδομένα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κουρκούτας Η. (2017), Συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Κλινικές και Ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις στην οικογένεια και το σχολείο. Αθήνα: Εκδόσεις ΤΟΠΟΣ

Κωστένη, Αι., Προγράμματα ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων για μαθητές με συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές, Πτυχιακή, Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας, Φλώρινα.

Μάνος, Ν. (1997). Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: Studio Press.

Μητρούση, Ινστιτούτο Νεοελληνικών Σπουδών, 2009.

Μούρτου, Σ., (2023), Παχυσαρκία και κατάθλιψη στην παιδική και στην εφηβική ηλικία, Διατριβή, Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Λήμνος.

Μπακογιάννη Κ., (2023). Σύνδρομο F.O.M.O. και η επίδρασή του στην εργασιακή απόδοση. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Μπίμπου & Νάκου (2010), Αναστοχαστική πράξη. Εκδόσεις, Νήσος σ. 299

Μπίμπου-Νάκου, Ι., Κιοσέογλου, Γ., & Στογιαννίδου, Α. (2001). Δυνατότητες και δυσκολίες παιδιών σχολικής ηλικίας στο οικογενειακό και σχολικό πλαίσιο *Ψυχολογία*, 8(4) σ.506-525.

Μπλούμφιλντ, Χ. Χ. & Μακ, Γ. Π. (1997). Θεραπεύοντας την Κατάθλιψη. Αθήνα: Θυμάρι.

Ουζούνη, Χ., & Νακάκης, Κ. (2008). Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών με κατάθλιψη. *Νοσηλευτική*, 47(4), 458-470.

Παγώνης, Π., 2023, Η διατροφή στις αγχώδεις διαταραχές κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, Μεταπτυχιακή Διατριβή, Πανεπιστήμιο Αιγαίου.

Παπαδάτος Γιάννης (2010), Ψυχικές διαταραχές και μαθησιακές δυσκολίες παιδιών και εφήβων. Αθήνα: Gutenberg

Σιδηροπούλου, Κ., (2015). Βασικές αρχές λειτουργίας του νευρικού συστήματος. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/4828>

Σιώμος Κ., (2018). Αντιμετωπίζοντας την υπερβολική χρήση του διαδικτύου. Άρθρο ανακτημένο από το διαδίκτυο στο: <https://www.e-parenting.gr/articles/antimetopizontas-tin-ypervoliki-hrisi-toy-diadiktyoy>

Σπυριδάκης, Μ., Κουτσούκου, Η., Μαρινοπούλου, Α., (2018). Κοινωνία του Κυβερνοχώρου, Αθήνα: Εκδόσεις Σιδέρης, 1, 10-17.

Σταθοπούλου, Α., (2021), Κατάθλιψη στην παιδική και εφηβική ηλικία, Πτυχιακή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Σχολή Επιστημών Αποκατάστασης Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα

Σταυριανάκος, Κ., (2016), Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ανακτημένο από το διαδίκτυο <https://stavrianakos.gr/ideopsyhanagkastiki-diataraxi/>

Τάντου, Μ.-Π., (2019), Ντροπή κοινωνικό άγχος και κατάθλιψη στην παιδική ηλικία, Διπλωματική εργασία Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Τραυλός, Σ. Μ., Κούκια, Α., & Ζυγά, Σ. (2013). Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση. *ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ*, 21-27.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Έγκριση Διεξαγωγής της Έρευνας.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

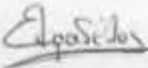


Λάρισα, 24-04-2023

Αρ. πρωτ: - 494 -

Η Εσωτερική Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κατά την συνεδρίασή που πραγματοποιήθηκε στις 21.04.2023 έκρινε ότι πληρούνται όλα τα θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας και ενέκρινε τη διεξαγωγή της προτεινόμενης έρευνας με θέμα: «Σύνδρομο αδράνειας, κατάθλιψη και άγχος σε παιδιά Δημοτικού», από την κ. Παπαδημητρίου Χρυσούλα.

Η Επιτροπή Ηθικής & Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής

Η Πρόεδρος	Τα μέλη	
 Άννα Μαυροφόρου Καθηγήτρια Α Βαθμίδας	 Μαλλιαρού Μαρία Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	 Φραδέλος Ευάγγελος Επίκουρος Καθηγητής

1

2. Έντυπο Ενημέρωσης και Συγκατάθεσης Γονέα.



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑ
ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

Επιστημονικά Υπεύθυνη: Πολυξένη Μαγγούλια, Επίκουρη Καθηγήτρια
Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής και Ψυχοφαρμακολογίας,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών

Επιμέλεια –Συντονισμός: Χρυσούλα Παπαδημητρίου, Σχολική Νοσηλεύτρια, MSc(c)

Παρακαλούμε όπως δώσετε τη συγκατάθεση σας ώστε να συμμετάσχει το παιδί σας στην παρούσα μελέτη που διεξάγεται στα πλαίσια Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας, με σκοπό τη διερεύνηση του συνδρόμου αδράνειας που σχετίζεται με τη χρήση του διαδικτύου, καθώς και της κατάθλιψης και του άγχους σε παιδιά Πέμπτης και Έκτης Δημοτικού.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα γίνει **ανώνυμα** και έχει σημασία να απαντηθούν ΟΛΕΣ οι ερωτήσεις με ειλικρίνεια. Σας βεβαιώνουμε ότι διατηρείται στο ακέραιο η ανωνυμία των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο και ότι τα προσωπικά σας δεδομένα δεν θα κοινοποιηθούν. Οι πληροφορίες που θα δοθούν είναι εμπιστευτικές και η χρήση τους θα γίνει μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Πιστεύουμε ότι από την συγκεκριμένη μελέτη θα προκύψουν χρήσιμα οφέλη στον Τομέα της Υγείας και ειδικότερα στην πρόληψη και έγκαιρη παρέμβαση για τη διατήρηση και προαγωγή της ψυχικής υγείας των παιδιών.

Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια μαζί με το έντυπο συγκατάθεσης, θα επιστρέφονται σε σφραγισμένο φάκελο στη Συντονίστρια της μελέτης, η οποία και θα τα φυλάξει σε ένα ξεχωριστό ασφαλές αρχείο.

Για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία ή διευκρίνιση, παρακαλώ να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια:

Χρυσούλα Παπαδημητρίου

Σχολική Νοσηλεύτρια, MSc(c)

Τηλ: 695 599 1529

Email: chrisoula2012@gmail.com

Σας ευχαριστούμε θερμά για την συνεργασία σας.

Ονοματεπώνυμο παιδιού: _____

Ονοματεπώνυμο γονέα ή κηδεμόνα: _____

Ημερομηνία: _____ Υπογραφή: _____

3. Ερωτηματολόγιο: Δημογραφικά στοιχεία Συμμετεχόντων – Κλίμακα :Fear of Missing Out scale(FoMOs) & Κλίμακα: Άγχους και Κατάθλιψης, Revised Children 's Anxiety and Depression Scale (RCADS-C).



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Τμήμα Ιατρικής & Τμήμα Νοσηλευτικής
Δ.Π.Μ.Σ. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελείται από ερωτήσεις που αφορούν ατομικά και δημογραφικά στοιχεία και ερωτήσεις για τη χρήση του διαδικτύου, με στόχο την πρόληψη και έγκυρη παρέμβαση εντοπισμού άγχους και κατάθλιψης στο σχολικό περιβάλλον.

Είναι ανώνυμο και απαιτείται χρόνος 10'(δέκα λεπτών), για τη συμπλήρωσή του. Επιλέξτε μια απάντηση κάθε φορά. Δεν υπάρχει σωστή και λάθος απάντηση, συμπληρώστε με **X** το τετραγωνάκι που σας ταιριάζει.

1. Φύλο μαθητή / μαθήτριας.

- ☐ Αγόρι
- ☐ Κορίτσι

2. Ηλικία.

- ☐ 10
- ☐ 11
- ☐ 12
- ☐ 13

3. Τάξη.

- ☐ Πέμπτη
- ☐ Έκτη

4. Οικογενειακή κατάσταση γονέων/ κηδεμόνων.

- ☐ Έγγαμος
- ☐ Άγαμος
- ☐ Διαζευγμένος
- ☐ Χήρος

5. Τόπος κατοικίας.

- ☐

6. Εκπαιδευτικό επίπεδο Γονέων / Κηδεμόνων.

α) Εκπαιδευτικό επίπεδο Μητέρας :

- ☐ Δημοτικό
- ☐ Γυμνάσιο
- ☐ Λύκειο
- ☐ ΙΕΚ
- ☐ ΤΕΙ
- ☐ ΑΕΙ
- ☐ Μεταπτυχιακό
- ☐ Διδακτορικό
- ☐ Άλλο παρακαλώ

β) Εκπαιδευτικό επίπεδο Πατέρα:

- ☐ Δημοτικό
 - ☐ Γυμνάσιο
 - ☐ Λύκειο
 - ☐ ΙΕΚ
 - ☐ ΤΕΙ
 - ☐ ΑΕΙ
 - ☐ Μεταπτυχιακό
 - ☐ Διδακτορικό
 - ☐ Άλλο παρακαλώ
- αναφέρετε.....

αναφέρετε.....

7. Πόσα αδέρφια έχεις .

- ο Αριθμός:.....

8. Α. Έχετε υπολογιστή στο σπίτι.

- ο Ναι
- ο Όχι

Β. Αν ναι, ο υπολογιστής σε ποιόν ανήκει

- ο Γονείς
- ο Αδέρφια

9. Οι γονείς σου χρησιμοποιούν το διαδίκτυο (ίντερνετ).

- ο Ναι
- ο Όχι

10. Πόσο χρονών άρχισες να χρησιμοποιείς το διαδίκτυο.

- ο 4-6 χρονών
- ο 7-8 χρονών
- ο 9-10 χρονών
- ο Άνω των 10 χρονών

11. Ποιος σου έμαθε να χρησιμοποιείς το διαδίκτυο.

- ο Οι φίλοι μου
- ο Μάθημα στο σχολείο
- ο Η οικογένεια μου

12. Σε ποια ηλικία απέκτησες κινητό τηλέφωνο.

- ο ετών
- ο Δεν έχω αποκτήσει κινητό

13. Από ποια συσκευή έχεις πρόσβαση στο διαδίκτυο.

- ο Το κινητό των γονιών μου
- ο Το δικό μου κινητό
- ο Το σταθερό υπολογιστή
- ο Tablet
- ο Laptop
- ο Ένα παιχνίδι Videogame

14. Χρησιμοποιείς μόνος/η σου το διαδίκτυο ή με την επίβλεψη των γονιών σου.

- ο Μόνος μου
- ο Υπό την επίβλεψη των γονιών μου

15. Οι γονείς σου πόσο συχνά σου επιτρέπουν να χρησιμοποιείς το διαδίκτυο.

- ο Κάθε μέρα
- ο 2 -3 φορές/εβδομάδα
- ο 1 φορά/εβδομάδα
- ο Λίγες φορές/μήνα

16. Πόσες ώρες τη μέρα χρησιμοποιείς το διαδίκτυο.

- ο ώρες

17. Εσύ ακολουθείς πιστά τους περιορισμούς των γονιών σου.

- ο Ναι
- ο Όχι

18. Α. Έχεις ανοίξει κάποιο λογαριασμό στα κοινωνικά δίκτυα.

- ο Ναι
- ο Όχι

Β. Αν ναι, σε ποιο από τα παρακάτω :

- ο Facebook
- ο Instagram

- Twitter
- TikTok
- Άλλο παρακαλώ αναφέρετε.....

19. Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε τα κοινωνικά δίκτυα (facebook, Instagram, twitter, TikTok, κ.α.).

- Καθόλου
- 1-2 φορές την εβδομάδα
- 3-5 φορές την εβδομάδα
- Κάθε μέρα

20. Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε το διαδίκτυο για Μουσική/Video.

- Συχνά
- Μερικές φορές
- Σπάνια
- Ποτέ

21. Συμμετέχεις σε βιντεοπαιχνίδια και αν ναι πόσες ώρες παίζεις την εβδομάδα.

- Όχι δεν παίζω
- Ναι
- ώρες/εβδομάδα

22. Α. Είσαι ενημερωμένος/ η, για το πως να κάνεις ασφαλή χρήση του διαδικτύου.

- Ναι
- Όχι

Β. Αν ναι, γνωρίζεις τους κινδύνους του διαδικτύου.

- Από το σχολείο
- Με έχουν ενημερώσει οι γονείς μου.
- Από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.), π.χ. τηλεόραση.

23. Τι ώρα συνήθως κοιμάσαι το βράδυ.

- Στις 21:00
- Στις 22:00
- Στις 23:00
- Στις 24:00
- Ποιο αργά

24. Το πρωί πως αισθάνεσαι.

- Ξεκούραστος/η
- Κουρασμένος/η

Fear of Missing Out scale (FoMOs)

Κλίμακα για το σύνδρομο αδράνειας (φόβος μήπως χάνεται κάτι)

Παρακάτω είναι ένα σύνολο από δηλώσεις σχετικά με την καθημερινή σας εμπειρία. Χρησιμοποιώντας την παρεχόμενη κλίμακα, υποδείξτε πόσο αληθής είναι κάθε δήλωση για τις γενικές σας εμπειρίες. Παρακαλώ απαντήστε ανάλογα με το τι αντικατοπτρίζει πραγματικά τις εμπειρίες σας, παρά με το τι πιστεύετε ότι θα έπρεπε να είναι οι εμπειρίες σας. Παρακαλώ, αντιμετωπίστε κάθε στοιχείο ξεχωριστά από κάθε άλλο στοιχείο.

	Καθόλου αληθές για εμένα 1	Κάπως αληθές για εμένα 2	Αρκετά αληθές για εμένα 3	Πολύ αληθές για εμένα 4	Πάρα πολύ αληθές για εμένα 5
1. Φοβάμαι ότι οι άλλοι έχουν πιο ικανοποιητικές εμπειρίες από εμένα.					

2. Φοβάμαι ότι οι φίλοι μου έχουν πιο ικανοποιητικές εμπειρίες από εμένα.					
3. Ανησυχώ όταν μαθαίνω ότι οι φίλοι μου διασκεδάζουν χωρίς εμένα.					
4. Αγχώνομαι όταν δεν ξέρω τι κάνουν οι φίλοι μου.					
5. Είναι σημαντικό να καταλαβαίνω τα αστεία των φίλων μου					
6. Μερικές φορές, αναρωτιέμαι αν ξοδεύω πολύ χρόνο για να παρακολουθώ τι συμβαίνει.					
7. Με ενοχλεί όταν χάνω την ευκαιρία να συναντηθώ με φίλους.					
8. Όταν περνάω καλά, είναι σημαντικό για μένα να κοινοποιώ τις λεπτομέρειες στο διαδίκτυο (π.χ. ενημέρωση κατάστασης).					
9. Όταν χάνω μια προγραμματισμένη συνάντηση με ενοχλεί.					
10. Όταν πηγαίνω διακοπές, συνεχίζω να παρακολουθώ τι κάνουν οι φίλοι μου.					

Κλίμακα RCADS-C

Παρακαλώ, κύκλωσε τη λέξη που προσδιορίζει καλύτερα τη συχνότητα εμφάνισης της κάθε κατάστασης. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

1. Ανησυχώ για πολλά και διάφορα πράγματα.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
2. Νιώθω λυπημένος/-η ή έχω ένα αίσθημα κενού.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
3. Όταν έχω κάποιο πρόβλημα, έχω ενοχλήσεις στο στομάχι μου.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
4. Ανησυχώ όταν σκέφτομαι μήπως δεν τα πήγα καλά σε κάτι.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
5. Φοβάμαι να μείνω μόνος/-η στο σπίτι.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
6. Τίποτα πια δεν μου φαίνεται ευχάριστο ή διασκεδαστικό.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
7. Φοβάμαι όταν πρόκειται να γράψω διαγώνισμα.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
8. Ανησυχώ όταν σκέφτομαι ότι κάποιος είναι θυμωμένος μαζί μου.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
9. Ανησυχώ όταν βρίσκομαι μακριά από τους γονείς μου.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια

10. Ενοχλούμαι από κακές ή ανόητες σκέψεις ή εικόνες που έρχονται στο μυαλό μου.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
11. Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
12. Ανησυχώ μήπως δεν θα τα πάω καλά στα μαθήματα.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
13. Ανησυχώ μήπως κάτι κακό θα συμβεί σε μέλος της οικογένειάς μου.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
14. Ξαφνικά και χωρίς λόγο αισθάνομαι να μην μπορώ να ανασάνω.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
15. Έχω προβλήματα με την όρεξή μου για φαγητό.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
16. Νιώθω την ανάγκη να ελέγχω ξανά και ξανά ότι έχω κάνει κάποια πράγματα σωστά (όπως ότι έχω κλείσει το διακόπτη ή έχω κλειδώσει την πόρτα).	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
17. Φοβάμαι να κοιμηθώ μόνος/-η μου.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
18. Το πρωί δυσκολεύομαι να πάω στο σχολείο επειδή νιώθω άγχος ή επειδή φοβάμαι.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
19. Νιώθω ότι δεν έχω ενέργεια για να κάνω πράγματα.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
20. Ανησυχώ μήπως φαίνομαι χαζός/-η ή ανόητος/-η.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
21. Νιώθω ότι είμαι πολύ κουρασμένος/-η.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
22. Ανησυχώ μήπως μου συμβούν άσχημα πράγματα.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
23. Δεν μπορώ να διώξω από το μυαλό μου τις κακές ή ανόητες σκέψεις που κάνω.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
24. Όταν έχω κάποιο πρόβλημα, η καρδιά μου χτυπάει πολύ γρήγορα (νιώθω ταχυπαλμία).	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
25. Δεν μπορώ να σκεφτώ καθαρά.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
26. Ξαφνικά και χωρίς λόγο αρχίζω να τρέμω.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
27. Ανησυχώ μήπως κάτι κακό	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια

μου συμβεί.				
28. Όταν έχω κάποιο πρόβλημα νιώθω ταραχή.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
29. Νιώθω ότι δεν αξίζω.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
30. Ανησυχώ μήπως κάνω λάθη.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
31. Αισθάνομαι την ανάγκη να κάνω συγκεκριμένες σκέψεις, όπως να σκέφτομαι κάποιους αριθμούς ή λέξεις, για να μην συμβεί κάτι κακό.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
32. Ανησυχώ για το τί σκέφτονται οι άλλοι για μένα.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
33. Φοβάμαι να βρίσκομαι σε μέρη με πολύ κόσμο (όπως σε εμπορικά κέντρα, κινηματογράφους, λεωφορεία, πολυσύχναστες παιδικές χαρές).	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
34. Ξαφνικά και χωρίς λόγο αισθάνομαι πολύ τρομαγμένος/-η.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
35. Ανησυχώ για το τι πρόκειται να συμβεί.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
36. Ξαφνικά και χωρίς λόγο ζαλίζομαι ή έχω τάση για λιποθυμία.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
37. Σκέφτομαι το θάνατο.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
38. Φοβάμαι όταν πρέπει να μιλήσω μπροστά σε όλη την τάξη.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
39. Η καρδιά μου, ξαφνικά και χωρίς λόγο, αρχίζει να χτυπάει πολύ γρήγορα.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
40. Νιώθω σαν να μην έχω ενέργεια, ή να μην θέλω, να κινηθώ.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
41. Ανησυχώ μήπως τρομάξω ξαφνικά χωρίς να υπάρχει κάτι να φοβηθώ.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
42. Αισθάνομαι την ανάγκη να κάνω κάποια πράγματα ξανά και ξανά (π.χ. να πλένω τα χέρια μου, να τακτοποιώ τα πράγματα σε ορισμένη σειρά).	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
43. Φοβάμαι μήπως γίνω ρεζίλι μπροστά σε κόσμο.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια

44. Αισθάνομαι την ανάγκη να κάνω κάποια πράγματα με συγκεκριμένο τρόπο για να μη συμβεί κάτι κακό.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
45. Ανησυχώ όταν πηγαίνω για ύπνο το βράδυ.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
46. Θα φοβόμουν αν έπρεπε να διανυκτερεύσω εκτός σπιτιού.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
47. Νιώθω ανήσυχος/-η.	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια

Date: _____

Name/ID: _____

RCADS

Please put a circle around the word that shows how often each of these things happens to you. There are no right or wrong answers.

1. I worry about things	Never	Sometimes	Often	Always
2. I feel sad or empty	Never	Sometimes	Often	Always
3. When I have a problem, I get a funny feeling in my stomach	Never	Sometimes	Often	Always
4. I worry when I think I have done poorly at something	Never	Sometimes	Often	Always
5. I would feel afraid of being on my own at home	Never	Sometimes	Often	Always
6. Nothing is much fun anymore	Never	Sometimes	Often	Always
7. I feel scared when I have to take a test	Never	Sometimes	Often	Always
8. I feel worried when I think someone is angry with me	Never	Sometimes	Often	Always
9. I worry about being away from my parents	Never	Sometimes	Often	Always
10. I get bothered by bad or silly thoughts or pictures in my mind	Never	Sometimes	Often	Always
11. I have trouble sleeping	Never	Sometimes	Often	Always
12. I worry that I will do badly at my school work	Never	Sometimes	Often	Always
13. I worry that something awful will happen to someone in my family	Never	Sometimes	Often	Always
14. I suddenly feel as if I can't breathe when there is no reason for this	Never	Sometimes	Often	Always
15. I have problems with my appetite	Never	Sometimes	Often	Always
16. I have to keep checking that I have done things right (like the switch is off, or the door is locked)	Never	Sometimes	Often	Always
17. I feel scared if I have to sleep on my own	Never	Sometimes	Often	Always
18. I have trouble going to school in the mornings because I feel nervous or afraid	Never	Sometimes	Often	Always
19. I have no energy for things	Never	Sometimes	Often	Always
20. I worry I might look foolish	Never	Sometimes	Often	Always
21. I am tired a lot	Never	Sometimes	Often	Always
22. I worry that bad things will happen to me	Never	Sometimes	Often	Always

23. I can't seem to get bad or silly thoughts out of my head	Never	Sometimes	Often	Always
24. When I have a problem, my heart beats really fast	Never	Sometimes	Often	Always
25. I cannot think clearly	Never	Sometimes	Often	Always
26. I suddenly start to tremble or shake when there is no reason for this	Never	Sometimes	Often	Always
27. I worry that something bad will happen to me	Never	Sometimes	Often	Always
28. When I have a problem, I feel shaky	Never	Sometimes	Often	Always
29. I feel worthless	Never	Sometimes	Often	Always
30. I worry about making mistakes	Never	Sometimes	Often	Always
31. I have to think of special thoughts (like numbers or words) to stop bad things from happening	Never	Sometimes	Often	Always
32. I worry what other people think of me	Never	Sometimes	Often	Always
33. I am afraid of being in crowded places (like shopping centers, the movies, buses, busy playgrounds)	Never	Sometimes	Often	Always
34. All of a sudden I feel really scared for no reason at all	Never	Sometimes	Often	Always
35. I worry about what is going to happen	Never	Sometimes	Often	Always
36. I suddenly become dizzy or faint when there is no reason for this	Never	Sometimes	Often	Always
37. I think about death	Never	Sometimes	Often	Always
38. I feel afraid if I have to talk in front of my class	Never	Sometimes	Often	Always
39. My heart suddenly starts to beat too quickly for no reason	Never	Sometimes	Often	Always
40. I feel like I don't want to move	Never	Sometimes	Often	Always
41. I worry that I will suddenly get a scared feeling when there is nothing to be afraid of	Never	Sometimes	Often	Always
42. I have to do some things over and over again (like washing my hands, cleaning or putting things in a certain order)	Never	Sometimes	Often	Always
43. I feel afraid that I will make a fool of myself in front of people	Never	Sometimes	Often	Always
44. I have to do some things in just the right way to stop bad things from happening	Never	Sometimes	Often	Always
45. I worry when I go to bed at night	Never	Sometimes	Often	Always
46. I would feel scared if I had to stay away from home overnight	Never	Sometimes	Often	Always
47. I feel restless	Never	Sometimes	Often	Always

