



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ



ΤΙΤΛΟΣ

"ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΣΕ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ"

της
Παναγιώτας Αναστασίου

Επιβλέπων Καθηγητής
Αθανάσιος Τζιαμούρτας

Μεταπτυχιακή Διατριβή που υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα για τη μερική εκπλήρωση των υποχρεώσεων απόκτησης του μεταπτυχιακού τίτλου του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Άσκηση και Υγεία» του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Εγκεκριμένο από το Καθηγητικό σώμα:
1^{ος} Επιβλέπων Καθηγητής: Αθανάσιος Τζιαμούρτας
2^{ος} Επιβλέπων Καθηγητής: Αλεξάνδρα Μπεκιάρη
3^{ος} Επιβλέπων Καθηγητής: Νικόλαος Ζουρμπάνος

ΤΡΙΚΑΛΑ

© 2015

Παναγιώτα Αναστασίου
ALL RIGHTS RESERVED

Υπεύθυνη δήλωση

Δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι συγγραφέας αυτής της διπλωματικής εργασίας για την προετοιμασία της οποίας κάθε βοήθεια που χρησιμοποίησα είναι πλήρως αναγνωρισμένη. Επίσης έχω αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε παραφρασμένες. Επίσης βεβαιώνω ότι αυτή η πτυχιακή εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών Άσκηση και Υγεία του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής & Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Τρίκαλα, Ιούλιος 2015

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ: ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΣΕ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ

(Υπό την επίβλεψη του Δρ Αθανασίου Τζιαμούρτα)

Οι εκπαιδευτικοί σε διαθεσιμότητα αποτελούν το πρώτο δείγμα εργαζομένων του δημόσιου τομέα που βρίσκονται αντιμέτωποι με το φάσμα της απόλυσης. Η διαθεσιμότητα των εκπαιδευτικών είναι μία νέα πραγματικότητα στην ελληνική κοινωνία που σίγουρα αλλάζει τις εργασιακές σχέσεις και ίσως καταργεί την μονιμότητα του δημοσίου υπαλλήλου. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η καταγραφή της σωματικής δραστηριότητας και των επιπέδων κατάθλιψης στους εκπαιδευτικούς, οι οποίοι με τη ψήφιση του νόμου 4172/2013 τέθηκαν σε διαθεσιμότητα. Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 145 εκπαιδευτικοί (23 άνδρες και 122 γυναίκες, ηλικίας 25-55 ετών) του τομέα Υγείας/Πρόνοιας, Αισθητικής/Κομμωτικής, Μηχανοτεχνιτών και Εφαρμοσμένων Τεχνών, από τις περιοχές Θεσσαλονίκης, Λάρισας, Έβρου και Κρήτης που τελούσαν σε διαθεσιμότητα. Για τη διερεύνηση της φυσικής δραστηριότητας των ερωτηθέντων χρησιμοποιήθηκε η μεταφρασμένη έκδοση του διεθνούς Ερωτηματολογίου για τη Φυσική Δραστηριότητα (IPAQ), ενώ για τη διερεύνηση των επιπέδων κατάθλιψης των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε το Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9). Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και στο κατά πόσο έχει αλλάξει ο τρόπος ζωής των συμμετεχόντων σε σύγκριση με τον παλαιότερο τρόπο ζωής. Επιπλέον, η υποκινητικότητα των

ερωτηθέντων δεν έχει στατιστικά σημαντική σχέση με την κατάθλιψη καθώς επίσης δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ φύλου ως προς την κατάθλιψη. Ωστόσο υπάρχουν σημαντικές διαφορές επιπέδων κατάθλιψης ως προς την ηλικιακή ομάδα εκπαιδευτικών ηλικίας 46-55 ετών. Επιπρόσθετα και για τους τρεις τύπους άσκησης (βαριά, μέτριας έντασης, ελαφριά), η συχνότητα δεν φαίνεται να επηρεάζει την κατάθλιψη των συμμετεχόντων, γεγονός που φαίνεται να είναι απόρροια της αβεβαιότητας που υπάρχει στους ανθρώπους που αμέσως μετά την άσκηση γυρνάνε στα προβλήματα της καθημερινότητας. Περαιτέρω μελέτη σε μεγαλύτερο αριθμό δείγματος, σε μεγαλύτερο εύρος ηλικιών και με πρόσθετα στοιχεία οικογενειακής κατάστασης θα μας έδινε επιπλέον σημαντικά στοιχεία για τη σχέση σωματικής δραστηριότητας και επιπέδων κατάθλιψης εκπαιδευτικών σε διαθεσιμότητα.

Λέξεις Κλειδιά: Κατάθλιψη, σωματική δραστηριότητα, καθηγητές σε διαθεσιμότητα.

ABSTRACT

PANAGIOTA ANASTASIOU: PHYSICAL ACTIVITY AND DEPRESSION OF TEACHERS IN AVAILABILITY

(Under the supervision of Dr Athanasios Jamurtas)

Teachers in availability are the first group of employees in the public sector facing the specter of redundancy. The availability of teachers is a new reality in Greek society that certainly changes the labor relations and perhaps is the first step of terminating the permanency of civil servants. The purpose of this paper was to record physical activity and depression levels of teachers working in the fields of Health, Aesthetic- Hairdressing, Mechanics and Applied Arts, who were suspended following the passing of Law 4172/2013. Teachers (n = 145), aged from 25 to 55 years old, who were in availability participated in the current study. The teachers, namely 122 women and 23 men, came from the areas of Thessaloniki, Larissa, Evros and Crete. In order to investigate the physical activity of the respondents the translated version of the international Questionnaire for Physical Activity (IPAQ) was used, whereas the research for the participants' levels of depression was implemented by using the Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9). The results showed statistically correlation between depression and the change in lifestyle of the participants and that the comparison between the previous way of life and the new can lead to some form of depression. In addition, the sedentary lifestyle of the respondents hasn't influenced their depression level which seems to negate research findings related to the effects of both inactivity and physical activity. Additionally, there is no statistically significant difference between genders in relation to depression, showing that the attitude towards the new lifestyle seems similar in both sexes. However there are significant differences in depression among the various age groups, with the teachers aged 46 to 55 years old showing a significant difference in the level of depression. Finally for the three types of exercise (heavy, moderate, light), the frequency doesn't seem to affect the depression

level of participants, which seemingly contradicts previous research and may be the result of the uncertainty that people face since immediately after the exercise they return to problems of everyday life. Further study on a larger sample, involving a wider age range and including additional information regarding family status will offer supplementary important data about the connection between physical activity and depression of teachers in availability.

Keywords: Depression, physical activity, teachers in availability.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά τον κ. Αθανάσιο Τζιαμούρτα για την πολύτιμη βοήθεια, την καθοδήγησή και τη συνδρομή του στην ολοκλήρωση της εργασίας μου. Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω τα άλλα δύο μέλη της τριμελούς επιτροπής, την κ. Αλεξάνδρα Μπεκιάρη και τον κ. Νικόλαο Ζουρμπάνο για τη βοήθεια, τις συμβουλές και την καλή διάθεση με την οποία δέχονταν τις απορίες μου.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τους συναδέλφους εκπαιδευτικούς σε διαθεσιμότητα που συμμετείχαν στην έρευνα αφιερώνοντας μέρος του χρόνου τους ενώ βρίσκονταν σε κάποια συνέλευση ή κάποια δράση του συντονιστικού τους οργάνου.

Τέλος ευχαριστώ την οικογένειά μου για την υπομονή και την στήριξη που μου προσέφερε σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
Σκοπός	12
Σημαντικότητα της μελέτης	13
Ερευνητικές υποθέσεις	14
Στατιστικές υποθέσεις.....	14
Περιορισμοί της έρευνας	15
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	16
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	16
Σύντομη ιστορική αναδρομή.....	16
Τι εννοούμε με τον όρο κατάθλιψη	17
Είδη κατάθλιψης.....	21
Συνωδά συμπτώματα και σημεία. Συνωδές διαταραχές.....	24
Συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης.....	25
Τι προκαλεί την κατάθλιψη	28
Θεραπεία της κατάθλιψης.....	31
Σωματικές θεραπείες	32
Ψυχοθεραπείες.....	33
Η άσκηση ως συμπληρωματική θεραπεία στην καταπολέμηση της κατάθλιψης	34
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ.....	40

Ορισμός και τύποι φυσικής δραστηριότητας.....	40
Ορισμός σωματικής άσκησης.....	41
Σωματική άσκηση και ποιότητα ζωής.....	41
Σωματική δραστηριότητα και κατάθλιψη.....	44
ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ.....	51
Ιστορική αναδρομή του θεσμού της μονιμότητας στην Ελλάδα.....	51
Μονιμότητα και προστασία αυτής.....	53
Νέες Νομοθετικές Ρυθμίσεις.....	54
Διαστάσεις διαθεσιμότητας.....	56
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	61
Συμμετέχοντες.....	61
Διαδικασία.....	61
Ερωτηματολόγια.....	62
Στατιστική ανάλυση.....	63
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	64
Προσωπικά στοιχεία.....	64
Πρωταρχικές αναλύσεις και περιγραφική στατιστική.....	64
Μετατροπές μεταβλητών.....	66
Ανάλυση συσχέτισης.....	67
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	69
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	76
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	90
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	93

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σωματική δραστηριότητα είναι από τα βασικότερα κομμάτια της ζωής του ανθρώπου όταν βρίσκεται σε παιδική ηλικία. Τρέξιμο, ποδήλατο, ομαδικά παιχνίδια αποτελούν την καθημερινότητα των παιδιών και καταλαμβάνουν αρκετό από το χρόνο τους. Καθώς τα χρόνια περνούν τη σκυτάλη από το παιχνίδι παίρνει η εργασία και προτεραιότητα δίνεται σε υποχρεώσεις και σε ευθύνες με αποτέλεσμα να απομένει λίγος ή καθόλου χρόνος για σωματική δραστηριότητα. Ωστόσο, η σωματική δραστηριότητα και η έλλειψη αυτής συνδέεται με πολλούς παράγοντες που οδηγούν σε υγεία ή νόσο. Ο σύγχρονος άνθρωπος κινείται όλο και λιγότερο και συμμετέχει σε φυσική άσκηση και σε ψυχαγωγικές αθλητικές δραστηριότητες όλο και πιο σπάνια. Η καθιστική ζωή υιοθετείται όλο και περισσότερο αν και όλοι πια γνωρίζουν τις ευεργετικές επιδράσεις της άσκησης στην βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής. Η υποκινητικότητα λοιπόν σαν μάστιγα του ανεπτυγμένου κόσμου προκαλεί 1.9 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως (WHO, 2003). Οι ανενεργοί ενήλικες διαπιστώθηκε ότι έχουν διπλάσια θνησιμότητα από τους ενήλικες που είναι τουλάχιστον κάπως ενεργοί (Blair & Connelly, 1996).

Η κατάθλιψη από την άλλη μεριά είναι μία πνευματική και ψυχική διαταραχή με σημαντικές επιπτώσεις σε διάφορους τομείς της ζωής του ανθρώπου σε επίπεδο διαπροσωπικών, οικογενειακών σχέσεων, κοινωνικής και επαγγελματικής ζωής. Είναι μία από τις πιο συχνά απαντημένες παθήσεις στο γενικό πληθυσμό (Dozois & Dobson, 2004). Η κατάθλιψη συνδέεται με κακή διάθεση, έλλειψη ευχαρίστησης στην καθημερινή ζωή, χαμηλή αυτοεκτίμηση,

άγχος και αβεβαιότητα για το μέλλον, αποχή από κοινωνικές σχέσεις. Δε λείπουν και τα σωματικά συμπτώματα όπως διαταραχές στον ύπνο, στη διατροφή και ροπή στον αλκοολισμό (Landers & Arent, 2007).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2002) περίπου 121 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πάσχουν από κατάθλιψη (περίπου 20%). Τα ποσοστά στην Ελλάδα είναι περίπου στο 8% (Θεοδωράκης, 2010). Ο WHO (2002) υπολογίζει πως ως το 2020 η κατάθλιψη θα είναι η δεύτερη πιο συχνή διαταραχή/ασθένεια μετά τις καρδιακές παθήσεις. Πολύ σημαντικό είναι το γεγονός πως η κατάθλιψη συναντάται 2 φορές πιο συχνά στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Είναι πολύ σημαντικό λοιπόν να καταγραφούν τα επίπεδα κατάθλιψης καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό από τους εκπαιδευτικούς σε διαθεσιμότητα είναι γυναίκες. Η διαθεσιμότητα των εκπαιδευτικών είναι μία νέα πραγματικότητα στην ελληνική κοινωνία που σίγουρα αλλάζει τις εργασιακές σχέσεις και ίσως καταργεί την μονιμότητα του δημοσίου υπαλλήλου-εκπαιδευτικού που διορίστηκε αξιοκρατικά και δεν πρόλαβε να αξιολογηθεί. Είναι μία πραγματικότητα που διαφαίνεται να οδηγεί στη κινητικότητα ή στην απόλυση και μάλιστα έχει εξαγγελθεί και για πολλές άλλες κοινωνικές ομάδες (διοικητικοί πανεπιστημίων, ιατροί ΕΟΠΥΥ, κ.α.). Επίσης είναι σημαντικό να καταγραφεί και το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας των εκπαιδευτικών σε διαθεσιμότητα καθώς αποτελούν το πρώτο δείγμα εργαζομένων του δημόσιου τομέα που βρίσκονται αντιμέτωποι με το πρόβλημα αυτό και πιθανόν το φάσμα της απόλυσης και όσων αυτό συνεπάγεται από άποψη ψυχικής και σωματικής βλάβης γι' αυτούς και τις οικογένειές τους.

Ενώ στη βιβλιογραφία υπάρχουν δεδομένα σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα για διάφορες κοινωνικές ομάδες, από διαφορετικά κοινωνικοοικονομικά στρώματα και την «εξάπλωση» της κατάθλιψης σε διαφορετικές κοινωνίες, απουσιάζουν ωστόσο εκτενείς πληροφορίες για τη συγκεκριμένη επίδραση από τη διαθεσιμότητα τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία.

Πιο συγκεκριμένα, η μελέτη επιδιώκει να καταστήσει σαφές το αν η αλλαγή των εργασιακών σχέσεων ή του εργασιακού περιβάλλοντος, η αναμονή για την ένταξη σε καθεστώς κινητικότητας και η πιθανή απόλυση (όλα τα σενάρια για τους υπό διαθεσιμότητα εκπαιδευτικούς), ενδέχεται να έχει επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία των θιγόμενων από αυτή και κατ' επέκταση σε ολόκληρη την κοινωνία και την οικονομία στην Ελλάδα της κρίσης.

Σκοπός

Σκοπός λοιπόν της παρούσας έρευνας ήταν να καταγραφούν η σωματική δραστηριότητα και τα επίπεδα κατάθλιψης των εκπαιδευτικών του τομέα Υγείας-Πρόνοιας, Αισθητικής-Κομμωτικής, Μηχανοτεχνιτών, Εφαρμοσμένων τεχνών, που με την ψήφιση του νόμου 4172/2013 (ΦΕΚ Α'167/23-7-2013) τους θέτει σε διαθεσιμότητα, καθώς επίσης και η σχέση μεταξύ τους.

Σημαντικότητα της μελέτης

Η συγκεκριμένη μελέτη κρίνεται σημαντική καθώς πραγματεύεται το θέμα της σωματικής δραστηριότητας αλλά και το θέμα της κατάθλιψης σε μία κοινωνική ομάδα, τους εκπαιδευτικούς της Δευτεροβάθμιας Τεχνικής Εκπαίδευσης, οι οποίοι τέθηκαν σε διαθεσιμότητα τον Ιούλιο του 2013 με τη ψήφιση του νόμου 4172/2013. Η διαθεσιμότητα των εκπαιδευτικών είναι μία νέα πραγματικότητα στην ελληνική κοινωνία που σίγουρα αλλάζει τις εργασιακές σχέσεις και ίσως καταργεί τη μονιμότητα του δημοσίου υπαλλήλου - εκπαιδευτικού που διορίστηκε αξιοκρατικά και δεν πρόλαβε να αξιολογηθεί ποτέ. Επίσης, είναι μία πραγματικότητα που διαφαίνεται να οδηγεί στη κινητικότητα ή στην απόλυση και μάλιστα έχει εξαγγελθεί και για πολλές άλλες κοινωνικές ομάδες (σχολικοί φύλακες, ιατροί ΕΟΠΥΥ κ.ά.). Ενώ στη βιβλιογραφία υπάρχουν δεδομένα σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα για διάφορες κοινωνικές ομάδες, από διαφορετικά κοινωνικοοικονομικά στρώματα και την «εξάπλωση» της κατάθλιψης σε διαφορετικές κοινωνίες, απουσιάζουν ωστόσο εκτενείς ερευνητικές πληροφορίες για τη συγκεκριμένη επίδραση από τη διαθεσιμότητα τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία.

Η μελέτη έρχεται να καλύψει αυτό το κενό και επιδιώκει να καταστήσει σαφές το ότι η αλλαγή των εργασιακών σχέσεων ή του εργασιακού περιβάλλοντος, η αναμονή για την ένταξη σε καθεστώς κινητικότητας και η πιθανή απόλυση (όλα τα σενάρια για τους υπό διαθεσιμότητα εκπαιδευτικούς) ενδεχομένως έχει επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία των θιγόμενων από

αυτή και κατ' επέκταση σε ολόκληρη την κοινωνία και την οικονομία στην Ελλάδα της κρίσης.

Ερευνητικές υποθέσεις

- i. Η διαθεσιμότητα θα επηρεάσει τη σωματική δραστηριότητα των εκπαιδευτικών.
- ii. Η διαθεσιμότητα θα επηρεάσει την ψυχολογία των εκπαιδευτικών και θα οδηγήσει στην ανάπτυξη συναισθήματος κατάθλιψης.
- iii. Η σωματική δραστηριότητα των εκπαιδευτικών σε διαθεσιμότητα θα επηρεάσει την ανάπτυξη συναισθήματος κατάθλιψης.

Στατιστικές υποθέσεις

Μηδενικές υποθέσεις

- i. Μηδενική υπόθεση ($\mu_1 = \mu_2$): Δεν θα υπάρξει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μετρήσεων στους παράγοντες που εξετάζουν τη σωματική δραστηριότητα των εκπαιδευτικών και την διαθεσιμότητα.
- ii. Μηδενική υπόθεση ($\mu_1 = \mu_2$): Δεν θα υπάρξει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μετρήσεων στους παράγοντες που εξετάζουν την ανάπτυξη συναισθήματος κατάθλιψης και την διαθεσιμότητα.

- iii. Μηδενική υπόθεση ($\mu_1 = \mu_2$): Δεν θα υπάρξει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μετρήσεων στους παράγοντες που εξετάζουν τη σωματική δραστηριότητα και την κατάθλιψη.

Εναλλακτικές υποθέσεις

- i. Εναλλακτική υπόθεση ($\mu_1 \neq \mu_2$): Θα υπάρξει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μετρήσεων στους παράγοντες που εξετάζουν τη σωματική δραστηριότητα και την διαθεσιμότητα.
- ii. Εναλλακτική υπόθεση ($\mu_1 \neq \mu_2$): Θα υπάρξει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μετρήσεων στους παράγοντες που εξετάζουν την ανάπτυξη συναισθήματος κατάθλιψης και την διαθεσιμότητα
- iii. Εναλλακτική υπόθεση ($\mu_1 \neq \mu_2$): Δεν θα υπάρξει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μετρήσεων στους παράγοντες που εξετάζουν την σωματική δραστηριότητα και την κατάθλιψη.

Περιορισμοί της έρευνας

Οι περιορισμοί της εργασίας έγκεινται στο γεγονός ότι όλα τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν από τους εκπαιδευτικούς σε διαθεσιμότητα που συμμετείχαν σε δράσεις και συνελεύσεις του συντονιστικού τους οργάνου.

Επίσης πρέπει να αναφερθεί πως δεν εξετάστηκε η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων ώστε να φανεί τυχόν συσχέτιση με την κατάθλιψη αλλά και το γεγονός ότι δεν υπήρξε μια ακόμη ομάδα ατόμων που να μη θίγονται από την απόφαση της διαθεσιμότητας έτσι ώστε να μπορέσουν να γίνουν συγκρίσεις.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Σύντομη ιστορική αναδρομή

Διάφορες μελέτες εκτιμούν ότι ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη σε παγκόσμια βάση υπερβαίνει τα 100 εκατομμύρια (WHO, 2002). Είναι καθολικά γνωστό ότι η εμφάνιση της κατάθλιψης συνδέεται με την παρουσία του ανθρώπου στη γη. Ο πρώτος που αναγνώρισε την κατάθλιψη ως διαταραχή ήταν ο αρχαίος Έλληνας γιατρός Ιπποκράτης πριν από περίπου 2.400 χρόνια. Ο Ιπποκράτης χρησιμοποιούσε επίσης τον όρο «μελαγχολία». Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι, παρόλο που δεν μπορούμε να ρωτήσουμε τα ζώα πώς νιώθουν, κατά πάσα πιθανότητα και αυτά αισθάνονται κατάθλιψη. Το σίγουρο είναι ότι τα ζώα συμπεριφέρονται κάποιες φορές σα να έχουν κατάθλιψη. Άρα, σε μεγαλύτερο ή σε μικρότερο βαθμό, όλοι δυνητικά μπορούν να εκδηλώσουν κατάθλιψη, όπως ακριβώς όλοι μπορεί να νιώσουν άγχος, λύπη ή αγάπη (Gilbert, 1999).

Η κατάθλιψη δεν υπολογίζει ούτε την κοινωνική θέση ούτε τον πλούτο. Σύμφωνα με ιστορικές μαρτυρίες, πολλές διάσημες προσωπικότητες υπέφεραν από αυτήν. Ο βασιλιάς Σολομώντας, ο Αβραάμ Λίνκολν, ο Ουίνστον Τσόρτσιλ και ο Φιλανδός συνθέτης Γιαν Σιμπέλιους είναι γνωστά ιστορικά παραδείγματα. Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η κατάθλιψη δε συνδέεται με την αδυναμία (Gilbert, 1999).

Τι εννοούμε με τον όρο κατάθλιψη

Σύμφωνα με τον Tomson et al. (2003), η κατάθλιψη είναι μία πνευματική και ψυχική διαταραχή η οποία υπάγεται στη διαταραχή και δυσλειτουργία της ψυχικής διάθεσης. Η λέξη προέρχεται ετυμολογικά από το ρήμα «καταθλίβω», που μπορεί να έχει πολλές και διαφορετικές σημασίες, όπως «καταπιέζω» ή «ζουλώ» (πιέζω κάτι πάνω σε κάτι άλλο), αλλά και στεναχωρώ, «συγκινώ». Ο όρος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στην ελληνική γλώσσα από τον Πλούταρχο για να υποδηλώσει την ψυχική διάθεση, στην οποία βρίσκεται το άτομο («το πνεύμα του καταθλίψαντος», Πλουτ. Ηθ. 1331). Στην αγγλική γλώσσα ο αντίστοιχος όρος είναι «depression» από το λατινικό ρήμα «deprimere», που σημαίνει πιέζω κάτι προς τα κάτω, καταπιέζω [το «depressive», δηλαδή καταθλιπτικός, έχει διαφορετικές σημασίες ανάλογα με τα συμφραζόμενα: μελαγχολικός (για τον καιρό), πεσμένη (για την αγορά), βαθουλωμένο (για το έδαφος) και φυσικά κακή (ψυχολογική διάθεση)] (Gilbert, 1999).

Η κατάθλιψη συνδέεται με ανικανότητα εύρεσης οποιασδήποτε ευχαρίστησης στην καθημερινή ζωή, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αβεβαιότητα για το μέλλον, παραίτηση από κοινωνικές σχέσεις, σωματικά συμπτώματα όπως διατροφικές διαταραχές, προβλήματα στον ύπνο ακόμη και ροπή στον αλκοολισμό (Landers & Arent, 2007).

Όταν κάποιος υποφέρει από κατάθλιψη, δε σημαίνει απλώς ότι έχει άσχημη διάθεση. Είναι γεγονός ότι η κατάθλιψη δεν επιδρά μόνο στο συναίσθημα του ανθρώπου. Επηρεάζει επίσης τις σκέψεις, το επίπεδο ενεργητικότητας, τη συγκέντρωση της προσοχής, την ποιότητα του ύπνου, ακόμη

και τη σεξουαλική διάθεση. Επομένως, η κατάθλιψη επηρεάζει πολλούς και διαφορετικούς τομείς της ζωής των ανθρώπων (Μάνου, 1997; Gilbert, 1999), όπως:

Τα κίνητρα: Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει το βαθμό κινητοποίησης του ατόμου για διάφορα πράγματα που καλείται να εκτελέσει στην καθημερινότητά του καθώς και τα κίνητρά του για να δραστηριοποιηθεί. Μπορεί κάποιος να αισθάνεται απάθεια ή να νιώθει ότι δεν έχει δυνάμεις ή το ενδιαφέρον να εμπλακεί σε οποιαδήποτε δραστηριότητα και πρέπει να πιέσει τον εαυτό του για να ολοκληρώσει ακόμα και τις πιο απλές δραστηριότητες (Gilbert, 1999).

Τα συναισθήματα: Η γενικότερη αντίληψη που κυριαρχεί είναι ότι η κατάθλιψη συνδέεται άμεσα μόνο με αρνητική διάθεση ή με τη σκέψη ότι δεν «πάει άλλο». Αυτά τα στοιχεία υπάρχουν στην κατάθλιψη, αλλά δεν είναι τα μόνα της χαρακτηριστικά. Πράγματι, το βασικότερο σύμπτωμα της κατάθλιψης αποτελεί η *ανηδονία*, δηλαδή η απώλεια της δυνατότητας του ατόμου να βιώσει οποιασδήποτε μορφής ευχαρίστηση. Η ζωή του ατόμου με κατάθλιψη είναι άδεια και το ίδιο είναι βυθισμένο στη θλίψη. Παρότι σταδιακά αρχίζει να χάνει τη δυνατότητα του να βιώνει θετικά συναισθήματα, τα αρνητικά συναισθήματά του αυξάνονται γρήγορα, κυρίως ο θυμός (Dozois & Dobson, 2004). Άλλα πολύ συνηθισμένα συμπτώματα είναι το άγχος και ο φόβος. Πράγματα που παλαιότερα έκανε με ευκολία, τώρα τού προκαλούν φόβο και ορισμένες φορές δε γνωρίζει το γιατί. Άλλα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να ενταθούν, όταν υπάρχει κατάθλιψη, είναι η λύπη, η ενοχή, η ντροπή, ο φθόνος και η ζήλια (Μάνου, 1997; Gilbert, 1999).

Οι σκέψεις: Η κατάθλιψη επηρεάζει τις σκέψεις του ανθρώπου με δύο τρόπους. *Πρώτον*, επηρεάζει τη συγκέντρωση και τη μνήμη. Το άτομο διαπιστώνει ότι δεν μπορεί να εστιάσει την προσοχή του σε τίποτα. Τού είναι σχεδόν αδύνατο να διαβάσει ένα βιβλίο ή να παρακολουθήσει ένα τηλεοπτικό πρόγραμμα. Εκτός αυτού, δε θυμάται πολύ καλά ή έχει την τάση να ξεχνά διάφορα πράγματα. Και, εντούτοις, του είναι ευκολότερο να θυμάται αρνητικά πράγματα παρά θετικά (Ευθυμίου, 2002; Ευθυμίου & Ψωμά, 2012). *Δεύτερον*, η κατάθλιψη επηρεάζει τις σκέψεις του ατόμου για τον εαυτό του, το μέλλον και τον κόσμο. Πολύ λίγοι άνθρωποι με κατάθλιψη νιώθουν καλά για τον εαυτό τους. Γενικά, τείνουν να βλέπουν τον εαυτό τους ως κατώτερο, ελλιπή, κακό ή άχρηστο. Όπως όλες οι έντονες συναισθηματικές καταστάσεις, η κατάθλιψη ωθεί σε ακραίες μορφές σκέψης. Το άτομο σκέφτεται με διπολικό τρόπο: είτε είναι απόλυτα επιτυχημένο είτε εντελώς αποτυχημένο (Μάνου, 1997).

Η συμπεριφορά: Όταν το άτομο νιώθει κατάθλιψη, η συμπεριφορά του αλλάζει. Απασχολείται με πολύ λιγότερες θετικές δραστηριότητες, μπορεί να αποσυρθεί κοινωνικά και νιώθει την ανάγκη να απομονωθεί. Αν αισθανθεί υπερβολικό άγχος, μπορεί να αρχίσει να αποφεύγει την επαφή με τους άλλους ή να χάσει την κοινωνική του αυτοπεποίθηση (Blackburn et al., 1986).

Οι άνθρωποι με κατάθλιψη ορισμένες φορές νιώθουν ένταση και δυσκολεύονται πολύ να χαλαρώσουν. Από την άλλη πλευρά, ορισμένοι καταθλιπτικοί παρουσιάζουν σημαντική ψυχοκινητική επιβράδυνση. Περπατούν αργά και σκυφτά, το μυαλό τους μοιάζει να έχει κολλήσει και όλα τους φαίνονται δυσβάσταχτα (Καλαντζή-Αζίζι & Δέγλερης, 1992; Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Η φυσιολογία: Όταν το άτομο νιώθει άγχος, το σώμα του παράγει μία ουσία που ονομάζεται αδρεναλίνη. Αντίστοιχα, η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα διαφορετικών βιολογικών αλλαγών που επιδρούν τόσο στο σώμα του όσο και στη λειτουργία του εγκεφάλου του. Λέγοντας ότι ο εγκέφαλός του ανθρώπου λειτουργεί διαφορετικά, όταν έχει κατάθλιψη, ουσιαστικά διατυπώνουμε κάτι αυτονόητο. Όλες οι συναισθηματικές καταστάσεις - η χαρά, η ερωτική επιθυμία, ο ενθουσιασμός, η ένταση, το άγχος και η κατάθλιψη - σχετίζονται με βιολογικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα στην περιοχή του εγκεφάλου. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι ορισμένες από αυτές τις αλλαγές σχετίζονται με τις ορμόνες του στρες, όπως είναι η κορτιζόλη, γεγονός που υποδηλώνει ότι στην κατάθλιψη εμπλέκεται και το σωματικό σύστημα του στρες (Ingram et al., 1992). Επιπλέον, επηρεάζονται και κάποιες χημικές ουσίες του εγκεφάλου που ονομάζονται *νευροδιαβιβαστές* (μεταξύ των οποίων οι μονοαμίνες είναι αυτές που έχουν μελετηθεί εκτενέστερα). Γενικά, τα επίπεδα των ουσιών αυτών στον ανθρώπινο εγκέφαλο μειώνονται όταν υπάρχει κατάθλιψη, για αυτό ορισμένα άτομα ωφελούνται από τα φάρμακα που αυξάνουν τα επίπεδα των μονοαμινών στον οργανισμό (Ευθυμίου, 2002; Γκοτζαμάνης, 1996).

Οι κοινωνικές σχέσεις: Ακόμη και όταν το άτομο προσπαθεί να κρύψει την κατάθλιψή του, σχεδόν πάντα οι κοινωνικές του σχέσεις θα επηρεαστούν. Όταν υποφέρει από κατάθλιψη, είναι κακή παρέα για τους άλλους. Μπορεί να γίνει ευερέθιστο άτομο και να συλλάβει τον εαυτό του να λέει συνέχεια «όχι». Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι στις σχέσεις τους, όπως ενδέχεται να υπάρχουν συγκρούσεις που νιώθουν ότι

δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν ή μπορεί να υπάρχει μη εκφρασμένη αγανάκτηση ή ίσως να νιώθουν ότι έχουν χάσει τον έλεγχο. Οι φίλοι τους και ο σύντροφός τους μπορεί να μην καταλαβαίνουν τι τους συμβαίνει, καθώς ορισμένες φορές είναι δύσκολο για τους άλλους να κατανοούν τι σημαίνει να υποφέρει κανείς από κατάθλιψη (Γκοτζαμάνης, 1996).

Είδη κατάθλιψης

Υπάρχουν πολλά διαφορετικά είδη κατάθλιψης. Ένα είδος στο οποίο αναφέρονται συχνά οι ειδικοί ονομάζεται *μείζων κατάθλιψη*. Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Ψυχιατρικό Σύνδεσμο, ένα άτομο θεωρείται ότι πάσχει από μείζονα κατάθλιψη, όταν παρουσιάζει τουλάχιστον πέντε από τα μερικά πιθανά συμπτώματα, για διάστημα τουλάχιστον δύο εβδομάδων, τα οποία παρατίθενται παρακάτω (Σολδάτος, 1984). Ένας τέτοιος κατάλογος συμπτωμάτων μπορεί να είναι χρήσιμος για τους ειδικούς, αλλά δεν περιγράφει όλες τις όψεις και την πολυπλοκότητα της κατάθλιψης. Για παράδειγμα, ορισμένοι ειδικοί θα συμπεριλάμβαναν και το αίσθημα του εγκλωβισμού στα συμπτώματα της κατάθλιψης, ενώ πολλοί ειδικοί θεωρούν ότι θα έπρεπε να συμπεριληφθεί και η απελπισία. Έτσι, βασικά συμπτώματα, τα οποία μπορεί να εκδηλώσει ένα άτομο που υποφέρει από μείζονα κατάθλιψη, είναι τα κάτωθι (Γκοτζαμάνης, 1996):

- Κακή διάθεση
- Έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης

- Ελάττωση ή αύξηση της όρεξης και μεταβολή του σωματικού βάρους κατά 5% από το κανονικό
- Διαταραχές στον ύπνο
- Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση
- Απώλεια της ενεργητικότητας και σχεδόν καθημερινό αίσθημα κόπωσης
- Αίσθημα αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση και αίσθημα ενοχής
- Δυσκολία συγκέντρωσης
- Σκέψεις θανάτου και αυτοκτονικός ιδεασμός

Οι ερευνητές διακρίνουν τις ψυχολογικές καταστάσεις που χαρακτηρίζονται μόνο από κατάθλιψη από αυτές, στις οποίες παρατηρούνται και περίοδοι μανίας, καθώς η κατάθλιψη εναλλάσσεται με καταστάσεις μανίας. Κατά τη διάρκεια του μανιακού επεισοδίου, το άτομο έχει τρομερή ενεργητικότητα, θεωρεί τον εαυτό του πολύ σημαντικό, έχει διογκωμένη αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, δείχνει πολύ μεγάλο ενδιαφέρον για το σεξ και, αν η μανία δεν είναι πολύ έντονη, μπορεί να είναι πολύ παραγωγικό. Όταν οι περίοδοι κατάθλιψης συνδυάζονται με περιόδους μανίας ή υπομανίας, τότε γίνεται η διάγνωση της διπολικής διαταραχής (υπό την έννοια ότι η διάθεση κυμαίνεται μεταξύ δύο πόλων, δύο άκρων: της μανίας και της κατάθλιψης). Παλαιότερα, η διπολική διαταραχή ονομαζόταν *μανιοκατάθλιψη*. Όταν υπάρχουν μόνο περίοδοι κατάθλιψης, δίνεται η διάγνωση της *μονοπολικής* καταθλιπτικής διαταραχής (Salkovskis, 1995; Μάνου, 1997).

Μία άλλη διάκριση που γίνεται από ορισμένους ειδικούς αφορά την *ψυχωσική* και τη *νευρωσική* κατάθλιψη. Στην ψυχωσική κατάθλιψη το άτομο έχει

μία σειρά από μη ρεαλιστικές πεποιθήσεις που ονομάζονται *παραληρητικές ιδέες* ή *ψευδαισθήσεις*. Για παράδειγμα, ένα άτομο χωρίς καμία σωματική ασθένεια μπορεί να πιστεύει ότι πάσχει από καρκίνο και ότι θα πεθάνει σύντομα. Ορισμένες φορές οι άνθρωποι με ψυχωσική κατάθλιψη μπορεί να αναπτύξουν ακραία συναισθήματα ενοχής. Για παράδειγμα, μπορεί να πιστεύουν ακράδαντα ότι έχουν προκαλέσει τον πόλεμο στη Βοσνία ή ότι έχουν κάνει κάποια τρομερή πράξη. Η ψυχωσική κατάθλιψη είναι πολύ σοβαρή διαταραχή, αλλά είναι μάλλον σπάνια σε σχέση με τις μη ψυχωσικές μορφές κατάθλιψης (Μάνου, 1997; Gilbert, 1999).

Μία άλλη διάκριση που γίνεται ορισμένες φορές είναι μεταξύ της κατάθλιψης που εμφανίζεται χωρίς κάποιο λόγο και της κατάθλιψης που σχετίζεται με κάποια σημαντικά γεγονότα της ζωής, όπως η απόλυση από την εργασία, ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ο τερματισμός κάποιας σημαντικής σχέσης, η εμφάνιση μίας σωματικής ασθένειας κ.λπ. Σήμερα, όμως, παρότι αναγνωρίζουμε ότι οι άνθρωποι διαφέρουν σαφώς ως προς την ακριβή φύση της κατάθλιψης που εμφανίζουν και ως προς τα συμπτώματα που παρουσιάζουν, η διάκριση αυτή δε θεωρείται και τόσο έγκυρη. Κατά την ψυχοθεραπεία, συχνά διαπιστώνουμε ότι μία περίπτωση κατάθλιψης, που αρχικά μοιάζει να εμφανίστηκε χωρίς λόγο, έχει τις ρίζες της στην παιδική ηλικία. Δυστυχώς, αυτό δεν αναιρεί το γεγονός ότι ορισμένοι άνθρωποι έχουν βιολογική προδιάθεση για εκδήλωση κατάθλιψης (Γκοτζαμάνης, 1996).

Είναι σαφές ότι ορισμένες μορφές κατάθλιψης είναι πιο σοβαρές, βαθύτερες και καταβάλλουν περισσότερο τον πάσχοντα. Η κατάθλιψη

διαφοροποιείται ως προς την έναρξη, τη βαρύτητα, τη διάρκεια και τη συχνότητά της (Covi & Lipman, 1987).

Η έναρξη της κατάθλιψης : Η κατάθλιψη μπορεί να έχει σταδιακή έναρξη (κατά το διάστημα μηνών ή ετών) ή οξεία (δηλαδή να εκδηλωθεί μέσα σε πολύ λίγες ημέρες ή εβδομάδες). Μπορεί επίσης να κάνει την εμφάνισή της σε όλες τις περιόδους της ζωής του ατόμου. Ωστόσο, η όψιμη εφηβεία, η πρώιμη ενήλικη ζωή καθώς και η τρίτη ηλικία (γηρατεία) θεωρούνται περίοδοι αυξημένης επικινδυνότητας.

Η βαρύτητα της κατάθλιψης: Η κατάθλιψη μπορεί να είναι ήπια, μέτρια ή βαριά.

Η διάρκεια της κατάθλιψης : Η κατάθλιψη μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες ή μήνες, ενώ σε άλλες περιπτώσεις παίρνει χρόνια μορφή με διακυμάνσεις, και μπορεί να διαρκέσει πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα. Η κατάθλιψη θεωρείται *χρόνια* όταν διαρκεί περισσότερο από δύο χρόνια. Το 10 με 20% των περιπτώσεων εμπίπτει σε αυτήν την κατηγορία (Μάνου, 1997; Gilbert, 1999).

Η συχνότητα της κατάθλιψης : Ορισμένες φορές εμφανίζεται μόνο ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ σε άλλες περιπτώσεις πολλά. Περίπου στο 50% των περιπτώσεων παρατηρούνται επαναλαμβανόμενα επεισόδια (Μάνου, 1997; Gilbert, 1999).

Συνωδά συμπτώματα και σημεία. Συνωδές διαταραχές

Άτομα που βρίσκονται σε ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο συχνά παρουσιάζουν συμπτώματα, όπως εύκολο κλάμα, ευερεθιστότητα, νοσηρή

ενασχόληση με κάθε είδους προβλήματα, άγχος, φοβίες, υπερβολικό ενδιαφέρον και στενοχώρια για τη σωματική τους υγεία, διάφορους πόνους (πονοκεφάλους, αρθρικούς, κοιλιακούς ή άλλους πόνους) ή και Προσβολές Πανικού (που μπορεί να πληρούν τα κριτήρια για Διαταραχή Πανικού) (Gilbert, 1999; Theofilou, 2011). Επίσης, η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί να συνδέεται με χρόνιες γενικές ιατρικές καταστάσεις. Αναφέρεται ότι 20%-25% των ατόμων με γενικές ιατρικές καταστάσεις, όπως π.χ. διαβήτη, έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρκίνος ή εγκεφαλικό επεισόδιο, μπορεί να αναπτύξουν Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή κατά την πορεία της σωματικής αρρώστιας (Gilbert, 1999; Oliveira et al., 2012).

Παρόλο που τα κύρια χαρακτηριστικά στοιχεία ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου εμφανίζονται να είναι τα ίδια στη νηπιακή, παιδική και εφηβική ηλικία αλλά και στην ενήλικη ζωή, εντούτοις υπάρχουν ορισμένα συμπτώματα που διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία (Angst & Merikangas, 1997). Στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, η έκπτωση που παρουσιάζεται στην προσοχή, τη συγκέντρωση και τη μνήμη εικόνα δηλαδή της ψευδοάνοιας, είναι συχνή και απαιτείται διαφοροδιάγνωση από την Άνοια.

Συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης

Όπως τονίσθηκε και νωρίτερα, η κατάθλιψη είναι δυστυχώς πολύ συχνή. Ως προς τη μείζονα κατάθλιψη, τα στοιχεία έχουν ως εξής (Gilbert, 1999): Όσον αφορά του πάσχοντες από κατάθλιψη κάθε δεδομένη στιγμή το ποσοστό των γυναικών είναι 4-10%, ενώ το αντίστοιχο των ανδρών είναι 10-26%. Ο κίνδυνος για να παρουσιάσουν κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της ζωής του οι γυναίκες

βρίσκεται στο ποσοστό του 2-3,5%, ενώ στους άνδρες το ποσοστό μεγαλώνει και φτάνει το 5-12%. Εισάγονται στο νοσοκομείο 1 στους 1.000 ενώ παρακολουθούνται σε εξωτερική βάση από κάποιον ειδικό 2-3 στους 1000.

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, ένας στους τέσσερις ή στους πέντε θα εκδηλώσει κάποιο είδος καταθλιπτικού επεισοδίου κάποια στιγμή στη ζωή του. Επίσης, τα στοιχεία δείχνουν ότι η κατάθλιψη είναι περίπου τρεις φορές συχνότερη στις γυναίκες από ότι στους άντρες. Πέραν αυτού, η κατάθλιψη είναι συχνότερη σε ορισμένες κοινωνικές ομάδες, π.χ. στους ανέργους. Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι η συχνότητα και ο κίνδυνος εμφάνισης της κατάθλιψης αυξάνονται σταθερά κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, αλλά τα αίτια αυτής της αύξησης δεν έχουν εξακριβωθεί. Οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές, ο κατακερματισμός της οικογένειας και της κοινότητας, η απώλεια της ελπίδας για τις νέες γενιές (ιδίως για τους ανέργους) και οι ολοένα μεγαλύτερες προσδοκίες μπορεί να σχετίζονται με αυτό το φαινόμενο (Γκοτζαμάνης, 1996).

Ο κίνδυνος εμφάνισης Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (επιπολασμός ζωής) είναι 10%-25% για τις γυναίκες και 5%-12% για τους άνδρες, δηλαδή είναι διπλάσιος για τις γυναίκες. Στα προαναφερόμενα ποσοστά δε φαίνεται να επιδρούν διάφοροι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες, όπως είναι η εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο, η οικονομική κατάσταση ή ακόμη και η οικογενειακή κατάσταση (Γκοτζαμάνης, 1996).

Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί να αρχίσει να εμφανίζεται σε οποιαδήποτε ηλικία του ατόμου. Η μέση ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων είναι

περίπου στα 25 χρόνια. Παρουσιάζεται δύο φορές πιο συχνά σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες που βρίσκονται είτε στην εφηβεία είτε στην ενήλικη ζωή τους, αλλά είναι συχνότερη σε κορίτσια και αγόρια στην προεφηβική ηλικία. Η υψηλότερη συχνότητα και για τα δύο φύλα (άνδρες και γυναίκες) είναι μεταξύ 25 και 44 ετών, ενώ μειώνεται και για τους δύο μετά τα 65 χρόνια ζωής (Oliveira et al., 2012).

Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή είναι 1,5-3 φορές συχνότερη στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με αυτήν τη διαταραχή απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει, επίσης, ότι υπάρχει ιδιαίτερα αυξημένος κίνδυνος αναφορικά με εξάρτηση από αλκοόλ ή άλλες ψυχοδραστικές ουσίες στους ενήλικους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού καθώς και για διαταραχή ελαττωματικής προσοχής/υπερκινητικότητας στα παιδιά των ατόμων που παρουσιάζουν τη συγκεκριμένη διαταραχή (Γκοτζαμάνης, 1996).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2002) περίπου 121 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πάσχουν από Κατάθλιψη (περίπου 20%), ενώ στις ΗΠΑ το 2%-5% έχει σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης. Την ίδια στιγμή τα ποσοστά στην Ελλάδα είναι περίπου στο 8% (Θεοδωράκης, 2010). Αυτή τη στιγμή η κατάθλιψη είναι στην λίστα με τις 10 πιο συχνές αιτίες θανάτου παγκοσμίως, ενώ ο WHO (2002) υπολογίζει πως ως το 2020 η κατάθλιψη θα είναι η δεύτερη πιο συχνή διαταραχή/ασθένεια μετά τις καρδιακές παθήσεις. Επίσης, πολύ συχνά η κατάθλιψη συναντάται ταυτόχρονα (συνοσηρότητα) με

άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως Διαταραχές του Άγχους, Κατάχρηση Αλκοόλ και Διαταραχή Πανικού (WHO, 2002; Riezebos et al., 2010).

Τι προκαλεί την κατάθλιψη

Είναι λογικό όταν κάποιος πάσχει από κατάθλιψη, να επιθυμεί να μάθει τι την προκάλεσε. Μερικές φορές το αίτιο είναι προφανές, π.χ. ο τερματισμός μίας σχέσης ή η εμφάνιση μίας χρόνιας νόσου (Chilcot et al., 2008). Ωστόσο, άλλες φορές τα πράγματα είναι πιο περίπλοκα.

Οι θεωρίες για τα αίτια της κατάθλιψης θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες: σε αυτές που δίνουν έμφαση στους βιολογικούς παράγοντες, σε αυτές που δίνουν έμφαση στους ψυχολογικούς παράγοντες (και στον τρόπο, με τον οποίο σκεπτόμαστε) και σε αυτές που δίνουν έμφαση στους κοινωνικούς παράγοντες και στα γεγονότα της ζωής. Μερικές από τις θεωρίες αυτές είναι αρκετά περίπλοκες και μπορεί να είναι δύσκολο να γίνουν κατανοητές. Βεβαίως, καμία θεωρία από μόνη της δεν επαρκεί για να κατανοήσουμε πλήρως την κατάθλιψη (Γκοτζαμάνης, 1996).

Το ενδιαφέρον των επιστημόνων σχετικά με την αιτιολογία της κατάθλιψης έχει ιστορία χιλιάδων ετών. Περισσότερα από 2000 χρόνια πριν, οι πρόγονοί μας πίστευαν ότι η κατάθλιψη δημιουργείται εξαιτίας των υψηλών επιπέδων *μέλαινας χολής* στο ανθρώπινο σώμα. Εν τούτοις, όπως γνώριζαν πολύ καλά και οι ίδιοι, η συγκεκριμένη απάντηση «γεννούσε» ένα νέο ερώτημα: Ποια είναι τα αίτια της αύξησης των επιπέδων της μέλαινας χολής; Οι αρχαίοι Έλληνες προκειμένου να

μπορέσουν να απαντήσουν σε αυτό το ερώτημα ανέπτυξαν μία σύνθετη θεωρία. Ειδικότερα, υποστήριζαν ότι ορισμένοι άνθρωποι από τη φύση τους έχουν περισσότερη μέλαινα χολή, είναι δηλαδή *μελαγχολικοί*. Αλλά πίστευαν επίσης ότι και άλλοι παράγοντες, όπως το άγχος, οι διατροφικές συνήθειες και οι εποχιακές αλλαγές είναι δυνατόν να επηρεάσουν την ποσότητα της μέλαινας χολής στο σώμα του ανθρώπου. Επιπλέον, οι αρχαίοι Έλληνες είχαν υποστηρίξει ότι τα διάφορα δυσάρεστα ή αρνητικά γεγονότα της ζωής προκαλούν αρνητικά συναισθήματα και ότι αυτά τα αρνητικά συναισθήματα επηρεάζουν με τη σειρά τους τις σωματικές λειτουργίες, δηλαδή τα επίπεδα της μέλαινας χολής (Gilbert, 1999; Μάνου, 1997).

Φυσικά, σήμερα δεν πιστεύουμε πλέον ότι η μέλαινα χολή ευθύνεται για την κατάθλιψη. Στη σημερινή εποχή κάνουμε λόγο για χημικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα στην περιοχή του εγκεφάλου ή, για να χρησιμοποιήσουμε τον επιστημονικό όρο, για τη *νευροχημεία* του εγκεφάλου. Δυστυχώς, η άποψη ορισμένων σύγχρονων ερευνητών δεν είναι τόσο σύνθετη όσο αυτή των αρχαίων Ελλήνων. Ορισμένοι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη προκαλείται αποκλειστικά και μόνο από τις αλλαγές στη χημεία του εγκεφάλου. Αλλά παρότι γνωρίζουμε πολύ περισσότερα για το τι συμβαίνει στον εγκέφαλο ενός καταθλιπτικού ατόμου, δεν μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι αιτία της κατάθλιψης είναι αυτές οι χημικές αλλαγές που συμβαίνουν στον εγκέφαλο (Celano & Huffman, 2011). Για παράδειγμα, γνωρίζουμε ότι η έκκριση αδρεναλίνης σχετίζεται με το άγχος, αλλά αυτό δε σημαίνει ότι η αδρεναλίνη είναι το μοναδικό αίτιο του άγχους, ή ότι η μείωση των επιπέδων αδρεναλίνης μπορεί να εξαλείψει

το άγχος. Μπορεί, για παράδειγμα, το άτομο να εκκρίνει αδρεναλίνη και στη συνέχεια να βιώσει άγχος επειδή ένας κακοποιός θέλει να κλέψει τα χρήματά του. Προκειμένου όμως να απαλλαγεί από το άγχος αυτό, θα ήταν προτιμότερο να απομακρυνθεί από τον κακοποιό παρά (ας πούμε) να πάρει ένα χάπι (Gilbert, 1999; Μάνου, 1997; Araujo et al., 2012).

Το στοιχείο που συχνά απουσιάζει από τις διάφορες θεωρίες για την κατάθλιψη είναι η έννοια της αλληλεπίδρασης μεταξύ του κόσμου, στον οποίο ζει το άτομο, του τρόπου, με τον οποίο σκέπτεται και νοηματοδοτεί τα πράγματα, και του σώματός του. Αν ένα άτομο καταφύγει στο γιατρό, αυτός είναι πιθανό να διαγνώσει κατάθλιψη και να του χορηγήσει κάποιο φάρμακο (Sonikian et al., 2010). Το φάρμακο αυτό μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τη διάθεσή του, να εξομαλύνει τον ύπνο του, να μειώσει το άγχος του κ.ο.κ. Ωστόσο, δεν είναι καθόλου βέβαιο ότι το φάρμακο θα το βοηθήσει να ανακαλύψει το αρχικό αίτιο των χημικών αλλαγών, ούτε θα του διδάξει τρόπους για να μπορέσει να τις ελέγξει στο μέλλον (Gilbert, 1999; Μάνου, 1997).

Από την άλλη, ορισμένοι ειδικοί αποδίδουν την κατάθλιψη αποκλειστικά στον τρόπο σκέψης του ανθρώπου ή στις σχέσεις που αναπτύσσει. Αυτοί δε δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στο γεγονός ότι, όταν υπάρχει κατάθλιψη, ο εγκέφαλος λειτουργεί διαφορετικά. Αλλά το σώμα και ο νους είναι ένα. Για παράδειγμα, όταν οι άνθρωποι νιώθουν άγχος, θυμό, ενθουσιασμό ή σεξουαλική διέγερση, ο εγκέφαλός τους παρουσιάζει αλλαγές. Με άλλα λόγια, σε κάθε ψυχολογική κατάσταση αναλογεί διαφορετική κατάσταση του εγκεφάλου. Το γεγονός ότι ο εγκέφαλος του ανθρώπου λειτουργεί διαφορετικά όταν ο ίδιος έχει κατάθλιψη

σημαίνει ότι η αντιμετώπισή του μπορεί να είναι δύσκολη (Gilbert, 1999; Μάνου, 1997).

Οπωσδήποτε ορισμένες φορές τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι πολύ χρήσιμα (υπό την προϋπόθεση ότι ελέγχονται οι παρενέργειες) και σε κάποιες περιπτώσεις θεωρούνται απαραίτητα. Αλλά πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη την αλληλεπίδραση των διαφόρων τομέων της ζωής του ατόμου. Πρέπει να γίνει κατανοητό και σαφές πώς αλληλοσυνδέονται ο εγκέφαλος, οι σκέψεις και το κοινωνικό περιβάλλον (Theofilou, 2012; 2013).

Θεραπεία της κατάθλιψης

Κατ' αρχήν, θα πρέπει να πούμε ότι οι εφαρμοζόμενες σήμερα θεραπευτικές τεχνικές στην κατάθλιψη έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές σε ικανοποιητικό βαθμό και γενικά ότι η πρόγνωση της κατάθλιψης είναι καλή. Το φάσμα βέβαια των θεραπευτικών προσεγγίσεων για την κατάθλιψη είναι μεγάλο περιλαμβάνοντας τόσο *σωματικές* όσο και *ψυχοθεραπευτικές* μεθόδους. Αυτό ωστόσο που έχει ιδιαίτερη σημασία είναι ότι ο ειδικός θα πρέπει να είναι κατάλληλα έτοιμος, ώστε να χρησιμοποιήσει τον πιο αποτελεσματικό συνδυασμό μεθόδων σωματικών και/ή ψυχοθεραπευτικών βασιζόμενος κάθε φορά στις ανάγκες του ασθενή. Παρακάτω, γίνεται αναφορά στις κύριες θεραπευτικές προσεγγίσεις στην κατάθλιψη (Μάνου, 1997).

Σωματικές θεραπείες

Τόσο τα φάρμακα όσο και το ηλεκτροσόκ είναι χρήσιμα και αποτελεσματικά στη θεραπεία της κατάθλιψης και ιδιαίτερα αν υπάρχουν ψυχωσικά στοιχεία και/ή σωματικά (φυτικά) συμπτώματα (Hansson, 2002). Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για:

- α. τη θεραπεία των οξέων καταθλιπτικών επεισοδίων,
- β. την ανακούφιση των πιο χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων και
- γ. την πρόληψη υποτροπιάζόντων καταθλιπτικών επεισοδίων.

Τα παλαιότερα και πιο διαδεδομένα είναι τα *τρικυκλικά* αντικαταθλιπτικά. Άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι οι *αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης* (ΜΑΟ) και νεότερα αντικαταθλιπτικά, όπως π.χ. οι *εκλεκτοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης* (ΕΑΕΣ) (Μάνου, 1997; Rai et al., 2011).

Το ηλεκτροσόκ ενδείκνυται κυρίως σε «βαριά» περιστατικά, ώστε να γίνεται λόγος για κίνδυνο της ζωής του ασθενή και που η γρήγορη βελτίωση είναι αναγκαία (π.χ. πολύ σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας, «κατατονική» κατάθλιψη) ή σε περιπτώσεις που αντενδείκνυται η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (καρδιαγγειακή νόσος, εγκυμοσύνη) (Hedayati & Finkelstein, 2009).

Παρόλο που εφαρμόζονται διάφορα σχήματα ανάλογα με την περίπτωση, συνήθως χορηγούνται 6 μέχρι 10 συνεδρίες με ρυθμό 3 ή 4 συνεδριών κάθε εβδομάδα. Η αντίδραση συνήθως είναι άμεση - μέσα σε μέρες παρά σε εβδομάδες. Μετά τη χορήγηση ηλεκτροσόκ, οι ασθενείς χρειάζονται θεραπεία συντήρησης με χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (Μάνου, 1997).

Ψυχοθεραπείες

Η ατομική ψυχοθεραπεία, η οποία στηρίζεται στις ψυχοδυναμικές αρχές, ή ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία αποτελεί ίσως την πιο γνωστή και ταυτόχρονα διαδεδομένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση στην κατάθλιψη. Φυσικά, η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία εστιάζει το ενδιαφέρον της στις προηγούμενες εμπειρίες και βιώματα του ατόμου καθώς και στα ασυνείδητα κίνητρα που προσδιορίζουν το συναίσθημά του και τη συμπεριφορά του. Η κατάθλιψη, σα σύνδρομο, βοηθείται στα πλαίσια της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας με έμμεσο τρόπο, σαν αποτέλεσμα της βελτίωσης των διαπροσωπικών σχέσεων, της ανάπτυξης θετικών συναισθημάτων προς τα άλλα πρόσωπα, των αμυντικών μηχανισμών, της συναισθηματικής ευαισθησίας, της παραγωγικότητας και δημιουργικότητας κτλ. (Cohen et al, 2007). Η βελτίωση αυτή, βέβαια, του ασθενή έρχεται μέσα από την εξέταση, επαναβίωση και ερμηνεία σημαντικών προβλημάτων και συγκρούσεων κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας καθώς υπάρχει το ενδεχόμενο αυτά να επανεμφανιστούν στη μεταβιβαστική σχέση θεραπευτή-ασθενή (Μάνου, 1997).

Η ομαδική ψυχοθεραπεία έχει ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα στη βελτίωση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων, επικοινωνίας και αυτοεκτίμησης, καθώς παρέχει υποστήριξη, τη δυνατότητα για αναγνώριση διαπροσωπικών προβλημάτων και διαστρεβλωμένων παραδοχών και στη δυνατότητα για εφαρμογή νέων διαπροσωπικών τεχνικών που είναι πιο προσαρμοστικές και αυξάνουν την αυτοεκτίμηση του ατόμου (Kendall & Watson, 1989; Garcia-Lizana & Munoz-Mayorga, 2010).

Η γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία είναι βέβαια μία ειδική θεραπευτική τεχνική, που χρησιμοποιείται προοδευτικά και περισσότερο στη θεραπεία της κατάθλιψης. Πρόκειται, ουσιαστικά για ένα είδος βραχείας ψυχοθεραπείας, με δομημένες συνεδρίες, που έχει ως σκοπό την αναγνώριση και αντικατάσταση αρνητικών νοητικών σχημάτων του ασθενή με ρεαλιστικά σχήματα που σύμφωνα με τη γνωσιακή θεωρία προκαλούν (τα αρνητικά νοητικά σχήματα) την κατάθλιψη (Μάνου, 1997).

Η άσκηση ως συμπληρωματική θεραπεία στην καταπολέμηση της κατάθλιψης

Παρόλο που η σωματική δραστηριότητα μπορεί με έμμεσο τρόπο να συμβάλλει στη βελτίωση της εκτιμώμενης ποιότητας ζωής και της υποκειμενικής ευεξίας του ατόμου με την πρόληψη τόσο της νόσου όσο και του πρόωρου θανάτου, παρατηρείται πρόσφατα να υπάρχει έντονο ενδιαφέρον για τον άμεσο ρόλο που έχει αναφορικά με την πρόληψη και τη θεραπεία των προβλημάτων ψυχικής υγείας (Τοκμακίδης, Γκοδόλιας, Παναγιωτίδου & Ταξιλδάρης, 2000; Connolly & Kelly, 2005). Άλλωστε, διάφορες ερευνητικές μελέτες, οι οποίες έχουν εκπονηθεί μέχρι σήμερα, έχουν διαπιστώσει τη θετική επίδραση που ασκεί η σωματική άσκηση στην ψυχολογία των ανθρώπων. Στα πλαίσια μελέτης της φυσικής δραστηριότητας ατόμων που πάσχουν από ψυχικά νοσήματα, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές παρουσιάζονται να έχουν χαμηλό επίπεδο δραστηριότητας σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Richardson et al., 2005). Οι παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν σε αυτό είναι τα

χαρακτηριστικά της ίδιας της νόσου, η χορήγηση ψυχιατρικών φαρμάκων καθώς και η έλλειψη ευκαιριών και κινήτρων για τα συγκεκριμένα άτομα (Osborn, 2001).

Είναι βασικό να αναφερθεί ότι τα συμπτώματα της κόπωσης και της υπνηλίας που παρατηρούνται στους ψυχιατρικά αρρώστους ως αποτέλεσμα της χρήσης των φαρμάκων, δεν αποτελούν τροχοπέδη αναφορικά με τη συμμετοχή τους σε προγράμματα σωματικής άσκησης, αφού ο συνδυασμός σωματικής άσκησης και χορήγησης ψυχιατρικών φαρμάκων δεν επιφέρει σοβαρές επιπλοκές (Paluska & Schwenk, 2000). Ως εκ τούτου «είναι σημαντικό να δίνεται η προτεραιότητα που της αξίζει στην υγεία των ασθενών με ψυχικά νοσήματα, λαμβάνοντας μέτρα άσκησης που να ανταποκρίνονται στο διαφορετικό τρόπο ζωής τους, καθώς και τους παράγοντες κινδύνου που αντιμετωπίζουν λόγω της ιδιαιτερότητάς τους» (Ζιώγου, 2013, σ. 193). Η διατήρηση της καλής φυσικής κατάστασης για τα άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές αποτελώντας ένα στόχο ρεαλιστικό θα πρέπει να εντάσσεται στις παρεμβάσεις που σχεδιάζουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας με απώτερο σκοπό την υιοθέτηση της σωματικής άσκησης ως συμπληρωματικής θεραπευτικής προσέγγισης για τα άτομα με σοβαρή ψυχική διαταραχή (Τοκμακίδης, Γκοδόλιας, Παναγιωτίδου & Ταξιλδάρης, 2000; Connolly & Kelly, 2005).

Σε γενικές γραμμές, η σωματική άσκηση ως μέσον παρέμβασης στις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου και στον τρόπο, με τον οποίο διάγει τη ζωή του, διακρίνεται, ανάλογα με τους στόχους και τη φύση του προγράμματος, στα παρακάτω είδη:

- προπόνηση για τη βελτίωση της αντοχής (αερόβια άσκηση)

- προπόνηση για τη βελτίωση της μυϊκής δύναμης και αντοχής
- προπόνηση για τη βελτίωση της ευλυγισίας και μυϊκής συναρμογής (μη αερόβια άσκηση).

Στη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, η επίδραση της σωματικής άσκησης στην κατάθλιψη έχει προκαλέσει το ερευνητικό ενδιαφέρον πολλών επιστημόνων διαφόρων ειδικοτήτων. Οι ερευνητές έχουν συμπεράνει ότι η άσκηση (είτε ως κατάρτιση δύναμης, τρεξίματος, περπατήματος είτε άλλης μορφής αεροβικής άσκησης) συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της ψυχικής υγείας των ασθενών μεταβάλλοντας την καθημερινή ρουτίνα των ανθρώπων, αναπτύσσοντας τις κοινωνικές δραστηριότητες και αλληλεπιδράσεις με τους άλλους και υποστηρίζοντάς τους προκειμένου να διαχειρίζονται τις δύσκολες φυσικές και ψυχολογικές αντιξοότητες (Τοκμακίδης, Γκοδόλιας, Παναγιωτίδου & Ταξιλδάρης, 2000; Connolly & Kelly, 2005). Σε άτομα με κατάθλιψη έχει αξιολογηθεί η επίδραση της αερόβιας άσκησης (τζόκινγκ, τρέξιμο), με αποτέλεσμα να δίστανται οι απόψεις εάν οποιαδήποτε οφέλη στη βελτίωση της φυσικής κατάστασης του ατόμου περιορίζονται στον αερόβιο τύπο άσκησης ή μπορούν να αποκτηθούν και με τους άλλους τύπους άσκησης (Αυλωνίτου, 2012).

Οι McCann & Holmes (1984), στα πλαίσια έρευνας που εκπόνησαν, μελέτησαν 43 γυναίκες που είχαν παρουσιάσει συμπτώματα κατάθλιψης, με βάση τις απαντήσεις τους σε επιστημονικά αναγνωρισμένο ερωτηματολόγιο, του οποίου είχαν διερευνηθεί οι ψυχομετρικές ιδιότητες, και όχι με βάση επίσημη

ιατρική διάγνωση. Οι γυναίκες αυτές χωρίστηκαν σε 3 ομάδες ανάλογα με το πρόγραμμα σωματικής άσκησης που θα ακολουθούσαν (αερόβια ομάδα με 1 ώρα, δύο φορές την εβδομάδα, μη αερόβια άσκηση 20 λεπτά, 4 φορές την εβδομάδα και ομάδα ελέγχου). Μετά από 3 μήνες συμμετοχής στο πρόγραμμα, τα ποσοστά κατάθλιψης μειώθηκαν αρκετά με τη μείωση στην αερόβια ομάδα να είναι σημαντικά μεγαλύτερη σε σύγκριση με την ομάδα που εντάχθηκε σε πρόγραμμα μη αερόβιας άσκησης.

Παρόμοια, σε έρευνα των Klein et al. (1985), ασθενείς, οι οποίοι είχαν διαγνωστεί με βαριάς αλλά και ελαφριάς μορφής κατάθλιψη, χωρίστηκαν σε ομάδες αερόβιας άσκησης 1 ώρα/εβδομάδα, χαλαρωτικής θεραπείας 2 ώρες/εβδομάδα και ψυχοθεραπείας 2 ώρες/εβδομάδα για 12 συνολικά εβδομάδες (3 μήνες). Σε όλες τις ομάδες μετά το πέρας παρακολούθησης του προγράμματος σημειώθηκαν σημαντικές μειώσεις στους δείκτες αξιολόγησης της κατάθλιψης, χωρίς ωστόσο να υπάρξουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις διαφορετικές ομάδες. Στα πλαίσια επαναληπτικής παρακολούθησης - μέτρησης (follow-up) 9 μήνες αργότερα, οι ομάδες της άσκησης και της χαλαρωτικής θεραπείας συνέχιζαν να διατηρούν τη μειωμένη βαθμολογία στους δείκτες της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Τέλος, σε έρευνες που πραγματοποίησαν οι Martinsen et al. (1987; 1985), συμμετείχαν 49 ασθενείς με βαριάς μορφής κατάθλιψη, οι οποίοι μοιράστηκαν σε 3 ομάδες: ομάδα αερόβιας άσκησης 3 ώρες/εβδομάδα, ομάδα ελέγχου και ομάδα με άτομα που μετείχαν στην ομάδα άσκησης και στην ομάδα ελέγχου και έπαιρναν ταυτόχρονα και αντικαταθλιπτική φαρμακευτική θεραπεία. Σύμφωνα με

την Αυλωνίτου (2012) διαπιστώθηκε ότι μετά από 9 εβδομάδες υπήρχε στατιστικά σημαντική άνοδος στην ικανότητα παραγωγής μυϊκού έργου στην ομάδα της αερόβιας άσκησης, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ενώ και οι δύο ομάδες παρουσίασαν στατιστικά σημαντική μείωση στους καταθλιπτικούς δείκτες βαθμονόμησης, με μεγαλύτερη μείωση στην ομάδα άσκησης, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Ασθενείς που έπαιρναν αντικαταθλιπτικά φάρμακα παρουσίασαν παρόμοια μείωση στους καταθλιπτικούς δείκτες βαθμονόμησης, σε σχέση με εκείνους που δεν έπαιρναν φάρμακα.

Στα πλαίσια μίας άλλης ερευνητικής προσπάθειας προκειμένου να δοθεί απάντηση στο ερώτημα ποιός τύπος άσκησης, όσον αφορά την αερόβια άσκηση (τρέξιμο, τζόκινγκ) ή μη αερόβια άσκηση (ασκήσεις μυϊκής δύναμης/αντοχής, ευλυγισίας και μυϊκής συναρμογής) είναι πιο αποτελεσματικός τύπος άσκησης στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο τύπων άσκησης, ούτε κάποιο στοιχείο που να δείχνει ότι υπερτερεί ο ένας τύπος άσκησης έναντι του άλλου. Επιπρόσθετα, εκείνοι οι ασθενείς που είτε ανήκαν στην ομάδα αερόβιας άσκησης, είτε στην ομάδα μη αερόβιας άσκησης ακολουθούσαν ταυτόχρονα και αντικαταθλιπτική αγωγή, η μείωση στο ποσοστό της κατάθλιψης ήταν μεγαλύτερη, συγκριτικά με εκείνους που είτε ευρίσκοντο στη μία ομάδα, είτε στην άλλη, δεν ελάμβαναν φαρμακευτική θεραπεία αλλά η διαφορά αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική (Martinsen, Hoffart & Solberg, 1989).

Με βάση όλα τα προαναφερόμενα, μπορούμε να συνάγουμε ότι η αερόβια άσκηση εμφανίζεται να είναι πιο αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του

καταθλιπτικού συναισθήματος σε σύγκριση με τη μη εφαρμογή θεραπείας, ενώ δεν φαίνονται σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων τύπων αντιμετώπισης. Η αερόβια άσκηση συνδέεται άμεσα με την αντικαταθλιπτική της επίδραση σε ασθενείς με ήπιο ή μέτριο βαθμό κατάθλιψης. Επιπλέον, η χρήση αερόβιου τύπου σωματικής άσκησης ή όχι στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης δεν επηρεάζει τα όποια αντικαταθλιπτικά οφέλη προσφέρει η άσκηση στο βαθμό βελτίωσης της διαταραχής, καθώς η βελτίωση της φυσικής κατάστασης δεν αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την αντικαταθλιπτική επίδραση της άσκησης. Ως εκ τούτου, αντικαταθλιπτικά οφέλη μπορούν να επιτευχθούν με ποικίλους τρόπους άσκησης και όχι μόνο με τον αερόβιο τύπο. Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ο συνδυασμός άσκησης και συμβουλευτικής ψυχοθεραπευτικής αγωγής σε ασθενείς με κατάθλιψη δείχνει μεγαλύτερη βελτίωση απ' ό,τι η ψυχοθεραπευτική αγωγή από μόνη της.

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Ορισμός και τύποι φυσικής δραστηριότητας

Η φυσική δραστηριότητα στις μέρες μας σχετίζεται ουσιαστικά με τον τρόπο ζωής των ανθρώπων και μπορεί να οδηγήσει καθένα από εμάς σε ένα πιο υγιές και ποιοτικό επίπεδο ζωής ανεξάρτητα από την ηλικία. Ως φυσική δραστηριότητα ορίζεται οποιαδήποτε σωματική κίνηση ή μορφή ενέργειας που παράγεται από τους σκελετικούς μύες, αυξάνοντας την ενεργειακή δαπάνη πάνω από το επίπεδο της σωματικής ηρεμίας (Caspersen & Powell, 1985). Για να γίνει καλύτερα κατανοητή η έννοια φυσική δραστηριότητα πρέπει να αξιολογηθεί το συνολικό ποσό της σωματικής δραστηριότητας, αυτής δηλαδή που λαμβάνεται σε όλους τους τομείς έχοντας συμπεριλάβει και τη σωματική άσκηση, τη σωματική δραστηριότητα στην εργασία, τις καθημερινές δραστηριότητες (περπάτημα, δουλειές σπιτιού, κήπου κ.ά.), τις δραστηριότητες αναψυχής αλλά και συμμετοχής σε οργανωμένα προγράμματα στοχευόμενης άσκησης (WHO, 2002).

Οι τύποι της φυσικής δραστηριότητας διακρίνονται ανάλογα με την κινητικότητα και ανάλογα με την ένταση. Η φυσική δραστηριότητα αναλόγως του είδους κινητικότητας διακρίνεται σε οργανωμένη (προγραμματισμένη και σχεδιασμένη άσκηση με στόχο τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης, η οποία λαμβάνει χώρα συνήθως σε συλλόγους και σωματεία) και σε μη οργανωμένη (εργασία, περπάτημα, ανέβασμα σκάλας, δουλειές κήπου, παιχνίδι). Η φυσική δραστηριότητα ανάλογα με την ένταση διακρίνεται σε χαμηλή, μέτρια, υψηλή.

Ανενεργοί ενήλικες έχουν διπλάσια θνησιμότητα από τους ενήλικες που είναι τουλάχιστον κάπως ενεργοί (Blair & Connolly, 1996).

Ορισμός σωματικής άσκησης

Η σωματική άσκηση ορίζεται σε γενικές γραμμές ως κάθε κίνηση του ανθρώπινου σώματος συνδεδεμένη με συστολή των μυών, η οποία αυξάνει τις δαπάνες ενέργειας πάνω από τα επίπεδα ανάπαυσης. Ο συγκεκριμένος ευρύς ορισμός περιλαμβάνει όλα τα είδη σωματικής δραστηριότητας, δηλαδή τη σωματική άσκηση που πραγματοποιείται κατά τον ελεύθερο χρόνο (που περιλαμβάνει την πλειονότητα των αθλητικών δραστηριοτήτων και το χορό), τη σωματική άσκηση στο χώρο της εργασίας, τη σωματική άσκηση στο χώρο του σπιτιού ή κοντά σε αυτό και τη σωματική άσκηση που συνδέεται με τη μετακίνηση. Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι ταυτόχρονα με τους ατομικούς παράγοντες, λαμβάνουν χώρα και φυσικές επιδράσεις στα επίπεδα σωματικής άσκησης που προέρχονται από το περιβάλλον (π.χ. χρήσεις γης, δομημένο περιβάλλον), κοινωνικές και οικονομικές (Blair & Connolly, 1996).

Σωματική άσκηση και ποιότητα ζωής

Σωματική άσκηση, υγεία και ποιότητα ζωής αποτελούν έννοιες άρρηκτα συνδεδεμένες μεταξύ τους. Το σώμα του ανθρώπου είναι σχεδιασμένο κατά τέτοιο τρόπο για να κινείται και, κατά επέκταση, κρίνεται αναγκαία η συνεχής

σωματική άσκηση προκειμένου να βρίσκεται σε άριστη λειτουργία και να αποφεύγει την οποιαδήποτε ασθένεια. Έχει αποδειχθεί ότι ο καθιστικός τρόπος ζωής μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη πολλών χρόνιων νοσημάτων, όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα που αποτελούν σοβαρή αιτία θανάτου στις δυτικές κοινωνίες (North, 1990). Από την άλλη πλευρά, ένας ενεργός τρόπος ζωής έχει ως αποτέλεσμα πολλά και διαφορετικά τόσο κοινωνικά όσο και ψυχολογικά οφέλη. Επιπρόσθετα, έχει φανεί ότι υπάρχει άμεση σύνδεση μεταξύ της σωματικής άσκησης και του προσδόκιμου ζωής. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που ασκούνται σωματικά, έχουν συνήθως περισσότερα χρόνια ζωής σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έχουν καμία σωματική δραστηριότητα. Άνθρωποι, οι οποίοι αρχίζουν να ασκούνται σωματικά ενώ στο παρελθόν είχαν συνηθίσει στην καθιστική ζωή, τώρα αναφέρουν ότι νιώθουν ευεξία σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο και απολαμβάνουν καλύτερη ποιότητα ζωής (Dishman & Landy, 1988).

Το ανθρώπινο σώμα υφίσταται λειτουργικές και μορφολογικές αλλαγές με τη βοήθεια της τακτικής σωματικής άσκησης, οι οποίες μπορούν να προλάβουν ή ακόμη και να αναχαιτίσουν την εμφάνιση συμπτωμάτων ορισμένων ασθενειών και να βελτιώσουν την ικανότητα του ατόμου για σωματική προσπάθεια. Στις μέρες μας, υπάρχουν επαρκή στοιχεία και πληροφορίες που αποδεικνύουν ότι τα άτομα που βρίσκονται σε τακτική σωματική δραστηριότητα μπορούν να έχουν πολλά οφέλη για την κατάσταση της υγείας τους (Morgan, 1987). Ειδικότερα:

- «Μειωμένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου.

- Πρόληψη ή/και καθυστέρηση της ανάπτυξης αρτηριακής υπέρτασης και καλύτερο έλεγχο της αρτηριακής πίεσης σε άτομα που πάσχουν από υπέρταση.
- Καλύτερη καρδιοπνευμονική λειτουργία.
- Καλύτερη λειτουργία του μεταβολισμού και χαμηλή συχνότητα εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.
- Καλύτερη καύση του λίπους που συμβάλλει στον έλεγχο του βάρους, μειώνοντας τον κίνδυνο της παχυσαρκίας.
- Μειωμένο κίνδυνο ορισμένων τύπων καρκίνου, όπως ο καρκίνος του μαστού, του προστάτη και του παχέος εντέρου.
- Καλύτερη εναπόθεση αλάτων στα οστά σε νεαρές ηλικίες που συμβάλλει στην πρόληψη της οστεοπόρωσης και των καταγμάτων σε μεγαλύτερες ηλικίες.
- Καλύτερη πέψη και ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου.
- Διατήρηση και βελτίωση της μυικής δύναμης και αντοχής που αυξάνει τη λειτουργική ικανότητα για την άσκηση δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής.
- Διατήρηση κινητικών λειτουργιών που περιλαμβάνουν τη δύναμη και την ισορροπία.
- Διατήρηση γνωσιακών λειτουργιών και μειωμένο κίνδυνο κατάθλιψης και άνοιας.
- Χαμηλότερα επίπεδα άγχους και καλύτερη ποιότητα ύπνου.
- Μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και περισσότερο ενθουσιασμό και αισιοδοξία.

- Μειωμένα ποσοστά απουσίας από την εργασία (αναρρωτικές άδειες).
- Σε άτομα πολύ μεγάλης ηλικίας, χαμηλότερο κίνδυνο πτώσης και πρόληψη ή καθυστέρηση χρόνιων ασθενειών που συνδέονται με τη γήρανση» (Morgan, 1987).

Σωματική δραστηριότητα και κατάθλιψη

Είναι γνωστό ότι τόσο η φαρμακευτική αγωγή όσο και η ψυχοθεραπεία συμβάλλουν σημαντικά στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, ωστόσο, επειδή τα φάρμακα δημιουργούν διάφορες παρενέργειες, οι ερευνητές αναζητούν άλλες μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης, όπως η σωματική δραστηριότητα. Η εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας και η αντιμετώπιση της κατάθλιψης απαιτεί ενδελεχή μελέτη και αξιολόγηση από τον εκάστοτε θεράποντα ιατρό, καθώς το πρόγραμμα της θεραπείας είναι βασικό να δομείται σε συνάρτηση με τη φυσιολογία, την ιδιομορφία και τα χαρακτηριστικά στοιχεία της ψυχικής δυσλειτουργίας κάθε ασθενή (American Psychiatric Association, 2004). Στις μέρες μας, η μορφή και το είδος της σωματικής δραστηριότητας (ασκήσεις) που προτιμώνται σε άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη είναι τα αεροβικά προγράμματα άσκησης, τα οποία περιλαμβάνουν περπάτημα και τζόκινγκ (Landers & Arent, 2007). Συγκρίνοντας την αναερόβια και αερόβια άσκηση, έχουν διαπιστωθεί τα ίδια ευεργετικά αποτελέσματα τόσο στην ποιότητα ζωής όσο και στην ψυχική υγεία των ατόμων (Landers & Arent, 2007).

Σύμφωνα με το National Consensus Statement της Αμερικής (Grand, 2000), η φυσική άσκηση έχει σχετιστεί με θετικές επιδράσεις στην ψυχολογία των ατόμων, όπως φαίνεται από μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες. Η σωματική δραστηριότητα μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης και ανάπτυξης κατάθλιψης σε ένα άτομο και μπορεί να περιορίσει τα συμπτώματα σε καρδιοπαθείς με μέτρια και ελαφριά κατάθλιψη (Gary et al., 2010). Υπάρχουν συγκριτικές μελέτες που δε δείχνουν μία αιτιολογική σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της φυσικής άσκησης (Buckworth & Dishman, 2002). Ωστόσο όμως, υπάρχουν μελέτες που δείχνουν να υπάρχει ένας συσχετισμός μεταξύ της κατάθλιψης και της καθιστικής ζωής τόσο για τον ανδρικό όσο και για τον γυναικείο πληθυσμό (Buckworth & Dishman, 2002). Ο Morgan (1969) σε έρευνά του θεώρησε ότι οι άνδρες που έπασχαν από κατάθλιψη είχαν λιγότερο καλή φυσική κατάσταση σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Επίσης, τα άτομα που είναι κινητικά δραστήρια έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη (Martinsen, 2008).

Οι North et al. (2000) σε έρευνά τους διαπίστωσαν ότι η άσκηση προσέφερε τα ίδια θετικά αποτελέσματα με την ψυχοθεραπεία αναφορικά με τη μείωση του επιπέδου κατάθλιψης. Ωστόσο, καλύτερα αποτελέσματα προκύπτουν από το συνδυασμό σωματικής δραστηριότητας και ψυχοθεραπείας (Harris, 1997; North et al., 2000). Ειδικότερα, άτομα που συμμετείχαν σε πρόγραμμα συμβουλευτικής σε συνδυασμό με άσκηση παρουσίασαν πιο θετικά αποτελέσματα στην ελάττωση της κατάθλιψης συγκριτικά με άλλα άτομα που μετείχαν μόνο στο πρόγραμμα (Harris, 1997).

Διάφορες μελέτες που έχουν εκπονηθεί σε ασθενείς έχουν τονίσει τις ευεργετικές επιδράσεις της φυσικής δραστηριότητας, καθότι έχει αποτελέσει ένα πολύ σημαντικό αντικαταθλιπτικό μέσο με σχεδόν ίδια αποτελέσματα που έχουν προσφέρει άλλες θεραπευτικές μέθοδοι (Simons et al., 2003). Επίσης, «η αερόβια άσκηση έχει παρουσιάσει ευεργετικά αποτελέσματα κατά της κατάθλιψης, που μπορεί να συμπεριληφθεί στην ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία αντιμετώπισής της. Προγράμματα αερόβιας άσκησης με διάρκεια εννέα εβδομάδων, συχνότητα τρεις φορές την εβδομάδα και χρονική διάρκεια μια ώρα κάθε φορά, έδειξαν θετική επίδραση στα καταθλιπτικά άτομα. Το πρόγραμμα είχε μέτρια έως υψηλή ένταση και η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαινόταν από 17 έως 60 ετών» (Martinsen, 2008, σ. 19).

Επιπρόσθετα, πρέπει να αναφερθεί ότι τα άτομα παρουσίαζαν ελαφριά έως μέτρια μορφή κατάθλιψης. Τα βαρύτερα περιστατικά απαιτούν ιδιαίτερη επαγγελματική φροντίδα και φαρμακευτική αγωγή. Στις περιπτώσεις αυτές, η σωματική δραστηριότητα μπορεί να αποτελέσει επικουρικό μέσο προκειμένου να περιορισθεί ή ακόμη και να παύσει η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (Seefeldt, 1986).

Επίσης η άσκηση «δύναται να συμβάλλει σημαντικά στη μείωση της κατάθλιψης που προκλήθηκε από κάποια μετεγχειρητική διαδικασία, καθώς ενισχύει την γρήγορη αποκατάσταση του ατόμου, προσφέροντας ταυτόχρονα υψηλή σωματική αυτό-εικόνα, αλλά και υψηλή αυτοεκτίμηση» (Dishman & Landy, 1998, σ. 47).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η συμμετοχή σε προγράμματα φυσικής δραστηριότητας είναι δυνατό να μειώσει τυχόν μελλοντική ανάπτυξη της νόσου της κατάθλιψης, ενώ τα αποτελέσματα που μπορεί να επιφέρει είναι περισσότερο θετικά σε άτομα που πάσχουν από μέτρια και ήπια μορφή και συνδυάζουν τη χρήση φαρμάκων με την ψυχοθεραπεία (Biddle et al., 2000). Ο συσχετισμός κατάθλιψης και καθιστικής ζωής έχει επίσης επισημανθεί μέσα από διάφορες έρευνες και για τα δύο φύλα (Buckworth & Dishman, 2002). Για αυτό και τα δραστήρια άτομα έχουν λιγότερες πιθανότητες ανάπτυξης της συγκεκριμένης ασθένειας (Martinsen, 2008).

Σύμφωνα με τον Grand (2000), η φυσική δραστηριότητα ασκεί θετική επίδραση στην ψυχολογία των ατόμων. Ειδικότερα, μειώνει την εμφάνιση και ανάπτυξη της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και περιορίζει σε μεγάλο βαθμό τα συμπτώματα σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα, οι οποίοι εμφανίζουν μέτρια έως ελαφριά κατάθλιψη (Gary et al., 2010). Σε περιπτώσεις, στις οποίες η νόσος της κατάθλιψης δεν είναι κλινική, ενδείκνυται να πραγματοποιούνται ασκήσεις χαμηλής όμως έντασης, ευκαμψίας, αλλά και άσκηση οργάνων με αντιστάσεις (Conn, 2010), οι οποίες βοηθούν σε μεγάλο βαθμό. Επιπλέον, άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές και πιο συγκεκριμένα άτομα με διπολική διαταραχή που ασκούνται έχουν εξίσου πολλαπλά οφέλη (Wright et al., 2009).

Η μελέτη των Blumenthal et al. (2002), επίσης, έδειξε ότι η μέτριας έντασης άσκηση είναι το ίδιο αποτελεσματική με τη χορήγηση φαρμάκων. Η αξιολόγηση των ίδιων ασθενών έπειτα από αρκετό χρονικό διάστημα έδειξε ότι όσοι είχαν ακολουθήσει μόνο φαρμακευτική θεραπεία είχαν πιο πολλές

υποτροπές συγκριτικά με εκείνους που ασκούσαν παράλληλα (Babyak et al., 2000). Τα αποτελέσματα άλλης έρευνας έδειξαν ότι ασθενείς που βρίσκονταν μόνο υπό φαρμακευτική παρακολούθηση δεν παρουσίαζαν πάντοτε θετικά αποτελέσματα, σε αντίθεση με άλλο δείγμα ασθενών που έπασχε από κλινική κατάθλιψη αλλά το θεραπευτικό σχήμα συνδύαζε τη λήψη αντικαταθλιπτικών χαπιών και σωματικών ασκήσεων. Δέκα εβδομάδες αργότερα, οι ασθενείς που συμμετείχαν σε πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας είχαν περισσότερα θετικά αποτελέσματα σε σχέση με τους υπόλοιπους που δε συμμετείχαν, στοιχείο που δείχνει ότι τα σωματικά δραστήρια άτομα έχουν λιγότερες πιθανότητες ανάπτυξης κατάθλιψης (Martinsen, 2008). Σε άτομα, τα οποία δεν έχουν γυμναστεί σχεδόν ποτέ στη ζωή τους, η συμμετοχή τους σε προγράμματα μέτριας έντασης φυσικής δραστηριότητας έχει περισσότερο θετικό αποτέλεσμα από ότι η δυναμική και έντονη άσκηση (Parfitt et al., 1999).

Το American College of Sport Medicine (1998) τονίζει ότι τα καταθλιπτικά άτομα πρέπει να ασκούνται 20-60 λεπτά με συνεχόμενη ή διακοπτόμενη αεροβική δραστηριότητα (Craft, 1997). Επιπρόσθετα, η υπερβολικά μεγάλη διάρκεια της άσκησης δε βελτιώνει πάντοτε την ασθένεια, καθώς δεν υπάρχει διαφορά αν η άσκηση γίνεται τρεις ημέρες την εβδομάδα ή πέντε ημέρες. Βασικός παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι η κατανάλωση ενέργειας, η οποία πρέπει να αγγίζει τα 17.5 kcal/kg/week (Dunn et al., 2005).

Μεγάλη βελτίωση μπορεί να σημειωθεί στα επίπεδα της κατάθλιψης κατά τις πρώτες 2-3 εβδομάδες εφαρμογής του προγράμματος της φυσικής άσκησης, λόγω της χρονικής διάρκειας που απαιτείται για την επίδραση της φαρμακευτικής

αγωγής (Kurfier, 1999). Τα θετικά αποτελέσματα που σχετίζονται με τη βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων επέρχονται έπειτα από περίπου 20 εβδομάδες φυσικής δραστηριότητας (North et al., 2000). Το περιβάλλον, όπου οι ασθενείς ασκούνται, διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο, καθώς η εποχιακή κατάθλιψη απαιτεί την εκτέλεση της φυσικής δραστηριότητας στον ήλιο. Γενικότερα, όμως, οι υπαίθριες δραστηριότητες μειώνουν αισθητά τα συμπτώματα κατάθλιψης λόγω έκθεσης στον ήλιο.

Επίσης, είναι πολύ βασικό να τονισθεί ότι η άσκηση των καταθλιπτικών ατόμων σε ομάδες ενισχύει την ομαδικότητα και κοινωνική αποδοχή, η οποία ίσως απουσιάζει από τη ζωή τους. «Τόσο ο καθηγητής φυσικής αγωγής, όσο και οι συναθλούμενοι βελτιώνουν την αυτοπεποίθηση του ατόμου, καθώς δείχνουν προσοχή, υπομονή και ενθάρρυνση. Η ενθάρρυνση επιπλέον, είναι πολύ σημαντική κατά τα πρώτα στάδια συμμετοχής στη φυσική δραστηριότητα, ενώ αρνητικά σχόλια ή χειρονομίες πρέπει να αποφεύγονται. Οι ασθενείς εφόσον ασκούνται μόνοι τους ή σε ομάδες πρέπει να επικεντρωθούν στην προσωπική βελτίωση και προσπάθεια, ώστε να αλλάξει η ψυχική τους διάθεση» (Grand, 2000, σ. 94). Πρέπει να τονιστεί ότι υπάρχουν μεν άτομα που ωφελούνται από την ομαδική άσκηση, κάποια άλλα όμως δύναται να έχουν άσχημη εμπειρία, γι αυτό και ο θεραπευτής πρέπει να στοχεύει στις ανάγκες κάθε ατόμου χωριστά για να μεγιστοποιεί τόσο τα ψυχολογικά όσο και τα φυσιολογικά οφέλη (Grand, 2000).

Αναφορικά με την επίδραση της άσκησης σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο, τα αποτελέσματα αυτής είναι πολύ σημαντικά. Ειδικότερα, στη

βιβλιογραφία δε γίνεται αναφορά σε επιπλοκές προερχόμενες από το μυοσκελετικό ή το καρδιαγγειακό σύστημα εξαιτίας της φυσικής άσκησης (Konstantinidou et al., 2002). Αντίθετα, αναφέρεται σημαντική βελτίωση στην παράμετρο της κόπωσης, τα συμπτώματα της περιφερικής νευροπάθειας και μυοπάθειας, τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, την ποιότητα ζωής και την ψυχική υγεία (κατάθλιψη και άγχος) (Kouidi et al., 1997; Kouidi et al., 1998; Painter et al., 2000). Σημαντικό εύρημα είναι η βελτίωση του ελέγχου του σακχάρου αίματος (αντοχή στη γλυκόζη και ευαισθησία στην ινσουλίνη) στους ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση (Cappy et al., 1999; Goodman et al., 2004).

Σε παρόμοιες έρευνες αναφορικά με την επίδραση της σωματικής δραστηριότητας στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, οι ερευνητές συμπέραναν ότι η ομάδα ασθενών που συμμετείχε σε πρόγραμμα άσκησης παρουσίασε μεγάλες βελτιώσεις (Lavie & Milani, 1997; Beniamini et al., 1997; Maines et al., 1997; Dugmore et al., 1999; Lavie & Milani, 2004). Το γεγονός ότι οι ασθενείς με τα υψηλότερα επίπεδα άγχους στην αρχή του προγράμματος (Lavie & Milani, 2004) σημείωσαν τις μεγαλύτερες βελτιώσεις (-56%) μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος άσκησης, είναι αξιοσημείωτο. Τα συμπεράσματα αυτά είναι παρόμοια με εκείνα των Lavie et al. (1996), οι οποίοι έδειξαν τις σημαντικές βελτιώσεις για τους ασθενείς με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, αφού ολοκλήρωσαν ένα πρόγραμμα σωματικής άσκησης.

ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ

Διαθεσιμότητα είναι η κατάσταση προσωρινής απομάκρυνσης από την υπηρεσία ενός δημόσιου ή στρατιωτικού υπαλλήλου (Λεξικό Τριανταφυλλίδη). Η διαθεσιμότητα των εκπαιδευτικών τον Ιούλιο του 2013 τάραξε τα νερά στο χώρο του στενού δημόσιου τομέα, όπως τα Υπουργεία, τα Δικαστήρια, τις Ένοπλες Δυνάμεις, την Αστυνομία, τη Δημόσια Εκπαίδευση, τη Δημόσια Υγεία και στον ευρύτερο δημόσιο τομέα (ΔΕΚΟ, ΔΕΗ, ΟΣΕ κ.α.).

Όλοι οι μόνιμοι εκπαιδευτικοί έχουν οργανική θέση συνταγματικά κατοχυρωμένη. Πρέπει να ξεκαθαριστεί πως άλλο είναι η «οργανική θέση σε σχολείο» που το μόνο που σου διασφαλίζει είναι ότι δεν κινδυνεύεις με υποχρεωτική μετάθεση και ότι γενικά δεν μπορεί να σου πάρει κάποιος άλλος τη θέση στο συγκεκριμένο σχολείο, και άλλο η «οργανική θέση στο δημόσιο». «Οργανική θέση στο δημόσιο» κατέχουν όλοι οι μόνιμοι υπάλληλοι του δημοσίου και είναι και συνταγματικά κατοχυρωμένη. Για τη συνταγματική κατοχύρωση της μονιμότητας ακολουθεί μια ιστορική αναδρομή.

Ιστορική αναδρομή του θεσμού της μονιμότητας στην Ελλάδα

Κατά τη χρονική περίοδο του καθεστώτος της απόλυτης μοναρχίας του Όθωνος (1833-1843) δεν υπήρχε καμία μορφή μονιμότητας των δημοσίων υπαλλήλων στην Ελλάδα. Οι διορισμοί και οι απολύσεις γίνονται με διατάγματα της εποχής βάση κάποιων τυπικών προσόντων αλλά κατά την εκτίμηση της

εξουσίας του κράτους. Με διάταγμα της 30^{ης} Αυγούστου 1833 «περί βιβλίων» ουσιαστικά παρακολουθούνταν η επίδοση των δημοσίων υπαλλήλων από τους υπουργούς και ανταμείβονταν κάθε καλή υπηρεσία προς το κράτος κατά το πρότυπο του βαυαρικού διοικητικού συστήματος (Παπαχατζή, 1983).

Το Σύνταγμα του 1844 δεν άλλαξε τα πράγματα. Η παντοδυναμία της εκτελεστικής εξουσίας αποφάσιζε για τους δημοσίους υπαλλήλους. Το ίδιο καθεστώς συνεχίστηκε και από το Σύνταγμα του 1864. Έχοντας συνειδητοποιήσει η Β΄ των Ελλήνων Εθνική Συνέλευση πως ο διορισμός δημοσίων υπαλλήλων χωρίς προσόντα αλλά μόνο με την κρίση των εκάστοτε κυβερνώντων δεν εξυπηρετεί το δημόσιο συμφέρον, ψήφισε τη διάταξη κατά τη οποία «δι' ιδιαιτέρων νόμων και εντός της πρώτης βουλευτικής περιόδου θέλει ληφθεί πρόνοια περί συντάξεως νόμου κανονίζοντας τα προσόντα των εν γένει υπαλλήλων» (Σύνταγμα 1864, άρθρο 102, παρ.2). Αυτή η διάταξη του Συντάγματος του 1864 δεν ενεργοποιήθηκε. Καταχωρήθηκε μόνο η ισοβιότητα των δικαστικών λειτουργιών.

Έτσι φτάνουμε στο 1911 με τη αναθεώρηση του Συντάγματος και τη θέσπιση της μονιμότητας των δημοσίων υπαλλήλων. Αυτή η κατοχύρωση της μονιμότητας των τακτικών διοικητικών υπαλλήλων με νόμο αυξημένης τυπικής ισχύος όπως είναι το Σύνταγμα, αποτελεί γνήσια ελληνική πρωτοτυπία. Διάταξη όπως αυτή του άρθρου 103 παρ.4 του ισχύοντος Συντάγματος ή όπως οι αντίστοιχες διατάξεις των προηγούμενων Συνταγμάτων μέχρι και εκείνου του 1911 δεν υπάρχει σε κανένα από τα Συντάγματα των χωρών της Δυτικής Ευρώπης (Παπαδάκη, 1983). Σε χώρες όπως η Γαλλία, Ιταλία, Γερμανία ένας

κοινός νόμος, κυρίως ο υπαλληλικός κώδικας ρυθμίζει την υπηρεσιακή τους κατάσταση. Βέβαια σε αυτές τις χώρες η μονιμότητα των δημοσίων υπαλλήλων είναι θεσμός εδραιωμένος λόγω των παλιότερων δημοσιοϋπαλληλικών παραδόσεων, της καταξίωσης του θεσμού στις συνειδήσεις κυβερνώντων και ίσως λόγω της υψηλότερης στάθμης πολιτικού ήθους (Παναγοπούλου, 1985).

Όσον αφορά στην ελληνική πραγματικότητα πρέπει να επισημανθεί πως με την εισήγηση του Ελευθερίου Βενιζέλου περνάει διάταξη από τη Β' Αναθεωρητική Βουλή, άρθρο 102, στην οποία ο θεσμός της συνταγματικής μονιμότητας των δημοσίων υπαλλήλων ενισχύεται με την παρεμπόδιση της απόλυσης τους εφόσον υπάρχουν οι σχετικές υπηρεσίες και όχι οι θέσεις όπως ορίζεται στα μεταγενέστερα αυτού Συνταγματικά Κείμενα (Άρθρο 114 του Σ 1927, άρθρο 101 Σύνταγμα του 1951 και το άρθρο 103 παρ. 4 του ισχύοντος Συντάγματος του 1975, το οποίο αυτούσιο μεταφέρεται και στις αναθεωρήσεις του Συντάγματος του 1975 το 1986, το 2001 και το 2008 αντίστοιχα.) Για πρώτη φορά, λοιπόν, υπάρχει συνταγματικά κατοχυρωμένη μονιμότητα των δημοσίων υπαλλήλων. Σκοπός είναι να δημιουργηθεί ουδετερότητα και ανεξαρτησία από ανταγωνισμούς κομματικής αρχής και από επιρροές πολιτικών.

Μονιμότητα και προστασία αυτής

Το κύριο χαρακτηριστικό της μονιμότητας των δημοσίων υπαλλήλων είναι ο μόνιμος και άρρηκτος δεσμός του υπαλλήλου με τη θέση του. Στο Σύνταγμα ορίζεται ότι κανένας δεν μπορεί να διοριστεί υπάλληλος σε οργανική θέση που δεν είναι νομοθετημένη (άρθρο 103). Στο ίδιο άρθρο (παρ. 4), αναφέρεται ότι οι

δημόσιοι υπάλληλοι που κατέχουν οργανικές θέσεις είναι μόνιμοι, εφόσον υπάρχουν οι θέσεις αυτές. Δηλαδή οι μόνιμοι δημόσιοι υπάλληλοι με οργανική θέση δεν μπορούν να απολυθούν και να προσληφθούν άλλοι στη θέση τους, όσο η θέση αυτή θα διατηρείται και άρα απολύονται με τυχόν κατάργηση της οργανικής αυτής θέσης (Σύνταγμα της Ελλάδας, 2013).

Οι εκπαιδευτικοί ανήκουν στην κατηγορία των Τακτικών Δημοσίων Πολιτικών Υπαλλήλων και υπάγονται στον Υπαλληλικό Κώδικα κατά συμπληρωματικό τρόπο, δηλαδή για τα θέματα εκείνα που δεν ρυθμίζονται διαφορετικά από ειδικές διατάξεις του Διοικητικού Δικαίου (άρθρο 2 του Ν. 3528/07). Οι ειδικές ρυθμίσεις που ισχύουν στους εκπαιδευτικούς έχουν συγκεντρωθεί -κυρίως- στο Ν. 1566/85, στις κανονιστικές αποφάσεις (Προεδρικά Διατάγματα, Υπουργικές Αποφάσεις) που εκδόθηκαν κατ' εξουσιοδότηση του νόμου αυτού, καθώς και στις τροποποιήσεις αυτού.

Νέες Νομοθετικές Ρυθμίσεις

Στο δίκαιο των δημοσίων υπαλλήλων επήλθαν αλλαγές με το νόμο 4172/2013. Στο Δ' Κεφάλαιό του "Διατάξεις αρμοδιότητας Υπουργείου Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης" ορίζεται ότι «Επιτρέπεται να καταργούνται θέσεις ανά κατηγορία, κλάδο ή και ειδικότητα σε υπουργεία, αυτοτελείς δημόσιες υπηρεσίες, αποκεντρωμένες διοικήσεις, οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης πρώτου και δεύτερου βαθμού και λοιπά νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου με απόφαση του Υπουργού Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και του οικείου Υπουργού, σε

εκτέλεση σχετικών αποφάσεων του Κυβερνητικού Συμβουλίου Μεταρρύθμισης, μετά από τεκμηρίωση που στηρίζεται σε εκθέσεις αξιολόγησης δομών και σχέδια στελέχωσης» (άρθρο 90, Ν.4172/2013).

Με το νόμο 4172/2013 (ΦΕΚ 167^Α/23-7-2013) καταργήθηκαν μέσα σε μια νύχτα οι πιο περιζήτητοι και δημοφιλείς Τομείς και Ειδικότητες της Δευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, οι Τομείς Υγείας-Πρόνοιας, Εφαρμοσμένων Τεχνών και Αισθητικής-Κομμωτικής (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α). Με την απόφαση αυτή τέθηκαν σε διαθεσιμότητα 2.500 μόνιμοι εκπαιδευτικοί με οργανική θέση και ταυτόχρονα διώχθηκαν από την εκπαίδευση 22.000 μαθητές που φοιτούσαν σε αυτές τις ειδικότητες.

Οι παραπάνω εκπαιδευτικοί ήταν στην πλειοψηφία τους απόφοιτοι Πανεπιστημιακών Σχολών ή Τεχνολογικών Ιδρυμάτων και κάποιοι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με αποδεδειγμένη εργασιακή εμπειρία στο αντικείμενό τους. Η τελευταία κατηγορία εργάζονταν στα ΕΠΑΛ και στις ΕΠΑΣ ως βοηθοί. Όλοι είχαν πιστοποιημένη εκπαιδευτική επάρκεια.

Οι εκπαιδευτικοί αυτοί είχαν διοριστεί στη Δευτεροβάθμια Τεχνική και Επαγγελματική Εκπαίδευση με τον πιο αξιοκρατικό τρόπο εισόδου στο στενό δημόσιο τομέα, δηλαδή:

1. είτε με το αδιάβλητο σύστημα της επετηρίδας όπου με την ημερομηνία αποφοίτησης τους εγγράφονταν σε πίνακες κατάταξης ο καθένας για την ειδικότητά του, μετά καλούνταν να εργαστούν σαν αναπληρωτές εκπαιδευτικοί ανά την Ελλάδα και αφού ταυτόχρονα ολοκλήρωναν την παρακολούθηση στην

ΑΣΠΑΙΤΕ για να έχουν παιδαγωγική επάρκεια διορίζονταν σα μόνιμοι εκπαιδευτικοί (Σαΐτης, 2008).

2. είτε, αφού καταργήθηκε η επετηρίδα (Ν.2525/97 ΦΕΚ 188/23-9-1997,αρ.6,) λάμβαναν μέρος σε γραπτό διαγωνισμό ΑΣΕΠ για εκπαιδευτικούς ανάλογα με την ειδικότητά τους διαγωνιζόμενοι στο γνωστικό τους αντικείμενο και ταυτόχρονα σε παιδαγωγικά θέματα και ανάλογα με τα αποτελέσματα διορίζονταν σα μόνιμοι εκπαιδευτικοί.

Όλα αυτά άλλαξαν με την ψήφιση του παραπάνω νόμου. Ακολούθησε μια τρικυμία νέων ΦΕΚ, υπουργικών αποφάσεων, τροποποιήσεων και ανακοινώσεων με τις οποίες αναιρέθηκαν οι εξαιρέσεις από τη διαθεσιμότητα όσων εκπαιδευτικών ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακών, οριοθετήθηκαν κριτήρια για την υπαγωγή των εκπαιδευτικών σε κινητικότητα κάτι το οποίο δεν έγινε όσο ακόμη συγγράφεται αυτή η διατριβή.

Διαστάσεις διαθεσιμότητας

Μετά την ψήφιση του νόμου για τη διαθεσιμότητα των εκπαιδευτικών γίνεται μια προσπάθεια κατανόησης της επιτακτικής ανάγκης της ψήφισης ενός νόμου καθοριστικού για το μέλλον της νέας γενιάς μέσα στο κατακαλόκαιρο. Είναι γνωστό από το Σύνταγμά μας πως η παιδεία και η παροχή της στους Έλληνες πολίτες κατοχυρώνεται ως Δημόσιο κοινωνικό αγαθό όπως επίσης και το δικαίωμα στην Εργασία (Άρθρο 16, Σύνταγμα της Ελλάδας).

Η Δευτεροβάθμια Τεχνική και Επαγγελματική Εκπαίδευση αποβλέπει στη μετάδοση των τεχνικών επαγγελματικών γνώσεων στους μαθητές και την

ανάπτυξη δεξιοτήτων τους με στόχο να τους παρέχει τα απαραίτητα εφόδια για τη συνέχιση των σπουδών τους στην επόμενη εκπαιδευτική βαθμίδα (Ν.3475/2006). Η διαδικασία για την υποβολή σχεδίου νόμου για τις αλλαγές στην τεχνική εκπαίδευση αποτελούσε παραδοσιακά αφορμή για ενδελεχή εκπαιδευτική συζήτηση, με τη συμμετοχή όλων όσοι μπορούσαν και όφειλαν να συνεισφέρουν, αυτή τη φορά, τουλάχιστον σε ότι αφορά την επαγγελματική εκπαίδευση, όλα έγιναν εν κρυπτώ! (Βούτσινος, 2013).

Ο νόμος 4172/2013 για τη διαθεσιμότητα των εκπαιδευτικών δεν προέβλεψε την απαραίτητη περίοδο μεταβατικότητας εφαρμογής για τις καταργημένες ειδικότητες όπως συνέβαινε σε κάθε μεταρρύθμιση έως τώρα. Οι μαθητές των τεχνικών ειδικοτήτων που καταργήθηκαν, περίπου 22.000 στον αριθμό αντιμετώπισαν μια νέα πραγματικότητα. Όσοι από αυτούς είχαν κάνει εγγραφή στη Β΄ Λυκείου αναγκάστηκαν να επιλέξουν άλλους τομείς αν και προβλέπονταν στο νόμο η ολοκλήρωση της φοίτησης των μαθητών στις καταργούμενες ειδικότητες για τη Β΄ και Γ΄ λυκείου για τη σχολική χρονιά 2013-14 (άρθρο 82,παρ.5).

Οι μαθητές της Γ΄ λυκείου ολοκλήρωσαν τη φοίτησή τους με δυσαναπλήρωτα κενά, καθώς σε πολλά σχολεία δε διδάσκονταν ούτε τα πανελλαδικώς εξεταζόμενα μαθήματα, με αποτέλεσμα το Υπουργείο παιδείας να τροποποιήσει την εξεταστέα ύλη ένα μήνα περίπου πριν τις πανελλαδικές εξετάσεις (ΦΕΚ1227/14-5-2014). Στη θέση των καθηγητών που τέθηκαν σε διαθεσιμότητα τοποθετήθηκαν ωρομίσθιοι επαγγελματίες, πολλοί εκ των οποίων χωρίς παιδαγωγική επάρκεια, ώστε να καλυφθούν τα διδακτικά κενά αλλά και

δημιουργώντας ταυτόχρονα μεγαλύτερη οικονομική δαπάνη για το δημόσιο. Στο τέλος της σχολικής χρονιάς δεν υπήρχαν καθηγητές ειδικότητας να βάλουν τα θέματα και να διορθώσουν τα πανελλαδικώς εξεταζόμενα μαθήματα και κλήθηκαν οι εξαιρούμενοι της διαθεσιμότητας εκπαιδευτικοί των καταργημένων ειδικοτήτων οι οποίοι λόγω κοινωνικών κριτηρίων είχαν ήδη μεταταχθεί σε διοικητικές υπηρεσίες (Εγκύκλιος 83078/Β6/28-5-2014 Υπουργείου Παιδείας).

Δημιουργήθηκαν άνισες ευκαιρίες πρόσβασης στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση αφού αποκλείστηκε η πρόσβαση στα ΤΕΙ μέσω των ειδικών για τα ΕΠΑΛ εξετάσεων στις ειδικότητες Υγείας και Πρόνοιας και Εφαρμοσμένων Τεχνών. Οι τομείς αυτοί, με την προσθήκη του τομέα Αισθητικής-Κομμωτικής ήταν οι πιο δημοφιλείς και οι πιο πολυπληθείς, αφού συνολικά αποτελούσαν το 24% των μαθητών/τριών (Μελέτη αποτύπωσης της Τεχνικής εκπαίδευσης, Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση 2007-2013, Ερευνητικό Ακαδημαϊκό Ινστιτούτο Τεχνολογίας Υπολογιστών-EAITY). Η ζήτηση σε αυτές τις ειδικότητες στην αγορά εργασίας είναι μεγάλη (Έρευνα απασχόλησης αποφοίτων ανώτερου κύκλου δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΤΕΕ-Ενιαίο λύκειο) (Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων-Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, Αθήνα 2008).

Μια άλλη διάσταση της διαθεσιμότητας των εκπαιδευτικών είναι ο αποκλεισμός του γυναικείου φύλου από την δημόσια Επαγγελματική Εκπαίδευση αφού οι κατηρηγμένες ειδικότητες (Παραϊατρικά επαγγέλματα, Αισθητική, Κομμωτική) είναι αυτές που επιλέγονται κυρίως από κορίτσια. Στα καταργούμενα τμήματα εκπαιδεύονταν κατά 90-100% γυναίκες. Τα προσφερόμενα δημόσια ΙΕΚ, τα οποία είναι ελάχιστα σε όλη τη χώρα και στα

οποία οδηγούνται αυτές οι μαθήτριες, δεν μπορούν να καλύψουν το κενό. Οι μαθήτριες και οι μαθητές θα πρέπει πρώτα να ολοκληρώσουν τις σπουδές τους στο Λύκειο και μετά να παρακολουθήσουν τις παραπάνω ειδικότητες σε ένα ΙΕΚ σε ηλικία 18-20 έτη. Αυτό όμως δεν είναι εφικτό καθώς συνήθως προέρχονται από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα και οι οικογένειές τους δε μπορούν να τους παρέχουν οικονομική υποστήριξη για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό των εκπαιδευτικών σε διαθεσιμότητα είναι γυναίκες, οπότε η απόφαση αυτή πλήττει κυρίως το γυναικείο φύλο. Γενικά και για όλους η διαθεσιμότητα προσβάλλει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια σύμφωνα με το σύνταγμα (άρθρο 2) γιατί οι θιγόμενοι εργαζόμενοι εκπαιδευτικοί θυσιάζονται χάριν οικονομικών στόχων και περιστολής των κρατικών δαπανών και προσβάλλεται βάναισα η προσωπικότητά τους, καθώς τους στερείται το δικαίωμα να εργαστούν. Ακόμη παραβιάζεται την αρχή της μη διάκρισης (άρθρο 22) καθώς οι εργαζόμενοι τίθενται σε διαθεσιμότητα με μοναδικό κριτήριο τον Τομέα και τον κλάδο, χωρίς επαρκή αιτιολογία, χωρίς καμία αξιολόγηση αλλά και το δικαίωμα για δίκαιη αμοιβή που καθιερώνει (το άρθρο 4 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη). Αν και οι εκπαιδευτικοί σε διαθεσιμότητα αμείβονται με το 75% των αποδοχών τους, τίθεται σε κίνδυνο η αξιοπρεπή διαβίωση αυτών και των οικογενειών τους, δεδομένου ότι έχουν ήδη υποστεί δραματικές μειώσεις στους μισθούς τους.

Επιπλέον, οι διατάξεις του Ν. 4172/2013 για τη διαθεσιμότητα αντιστρατεύονται και τις συνταγματικές αρχές της αναλογικότητας (άρθρο 25), της αξιοκρατίας (άρθρο 103) και της ορθολογικής διάρθρωσης των υπηρεσιών του

Δημοσίου διότι η επιλογή των εργαζομένων εκπαιδευτικών που τίθενται σε τέτοια κατάσταση δεν έγινε ούτε βάσει αντικειμενικών κριτηρίων (υπηρεσιακών και κοινωνικών, προσόντων), ούτε βάσει των ικανοτήτων, της απόδοσης, της αρχαιότητας, της ηλικίας αλλά ούτε βάσει της οικογενειακής και της οικονομικής τους κατάστασης. Τέλος δεν ελήφθησαν υπ' όψη κριτήρια που έχουν σχέση με την προσωπική αξία και την ικανότητα των ενδιαφερομένων (περαιτέρω εξειδικεύσεις, μεταπτυχιακοί και διδακτορικοί τίτλοι σπουδών, ξένες γλώσσες).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Συμμετέχοντες

Στην έρευνα συμμετείχαν 145 εκπαιδευτικοί (από τις περιοχές Θεσσαλονίκης, Λάρισας, Έβρου και Κρήτης) του τομέα Υγείας Πρόνοιας, Αισθητικής - Κομμωτικής, Μηχανοτεχνιτών και Εφαρμοσμένων τεχνών, που με τη ψήφιση του νόμου 4172/2013 τέθηκαν σε καθεστώς διαθεσιμότητας.

Διαδικασία

Για τη διερεύνηση της φυσικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια, όπως η μεταφρασμένη έκδοση του Διεθνούς Ερωτηματολογίου για τη Φυσική Δραστηριότητα (IPAQ) (Craig et al., 2003). Για τη διερεύνηση των επιπέδων κατάθλιψης των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε το Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) (Hyphantis et al., 2011). Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β) ήταν προαιρετική και όχι υποχρεωτική. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και δόθηκαν για συμπλήρωση ένα μήνα πριν τη λήξη της διαθεσιμότητας, σύμφωνα με τα δεδομένα εκείνης της εποχής γιατί στη πορεία δόθηκε παράταση στη διαθεσιμότητα των εκπαιδευτικών η οποία ισχύει ακόμη όσο γράφεται αυτή η διατριβή.

Ερωτηματολόγια

Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης: Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) (Hyphantis et al., 2011). Το PHQ - 9 αποτελεί μία σύντομη απεικόνιση για την καταθλιπτική συμπτωματολογία που μετρά τη συχνότητα των συμπτωμάτων τις τελευταίες 2 εβδομάδες σε μία κλίμακα 0-3 τύπου Likert. Τα αποτελέσματα κυμαίνονται από 0-27, με τιμές 1-4 να υποδεικνύουν ότι δεν υπάρχει κατάθλιψη, τιμές 5-9 ότι υπάρχει ήπια κατάθλιψη, τιμές 10-14 ότι υπάρχει μέτρια κατάθλιψη, τιμές 15-19 ότι υπάρχει μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη και τιμές 20-27 να υποδεικνύουν σοβαρής μορφής κατάθλιψη. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί στα πλαίσια εκπόνησης διαφόρων μελετών, σε διαφορετικά πλαίσια και για διαφορετικές παθήσεις ενώ έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες (Κώτσης, 2012). Η ευαισθησία του κυμαίνεται από 50% έως 93%, και η ειδικότητα από 77% έως 100% (Κώτσης, 2012).

Ερωτηματολόγιο σωματικής δραστηριότητας: International Physical Activity Questionnaire (Craig et al., 2003). Το ερωτηματολόγιο IPAQ, το οποίο έχει δείξει πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, υπολογίζει τη δραστηριότητα που γίνεται κατά τη διάρκεια της καθημερινότητας (εργασία, δουλειές στο σπίτι κ.ά.) αλλά επίσης και τη δραστηριότητα, η οποία επιτελείται κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου (π.χ. συμμετοχή σε άθλημα). Οι ερωτήσεις συλλέγουν πληροφορίες για τον αριθμό των ημερών και τη διάρκεια της κάθε ημέρας που ξοδεύτηκαν σε έντονης έντασης φυσική δραστηριότητα, σε μετρίου έντασης φυσική

δραστηριότητα, σε περπάτημα και σε καθιστικές δραστηριότητες σε διάστημα 7 ημερών. Η καθημερινή φυσική δραστηριότητα αξιολογήθηκε βάσει της ενεργειακής δαπάνης ηρεμίας μέσω της χρήσης της μονάδας MET (1 MET= 3,5 ml O₂/kg σωματικού βάρους ανά λεπτό, όπου αναφέρεται στην ποσότητα οξυγόνου που καταναλώνεται από το άτομο σε φάση ηρεμίας).

Ειδικότερα, προκειμένου να αξιολογηθεί η σωματική δραστηριότητα χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθοι τύποι:

- Για την έντονη σωματική δραστηριότητα: 8.0 METs $8.0 \times 30 \times 5 = 1,200$ MET-λεπτά /εβδομάδα
- Για τη μέτριας έντασης σωματική δραστηριότητα: 4.0 METs $4.0 \times 30 \times 5 = 600$ MET-λεπτά /εβδομάδα
- Για την ελαφριά ένταση/περπάτημα: 3.3 METs $3.3 \times 30 \times 5 = 495$ MET-λεπτά/εβδομάδα.

Η σύντομη εκδοχή του ερωτηματολογίου περιέχει 9 ερωτήσεις. Οι συμμετέχοντες ανάλογα με τις απαντήσεις τους θα κατηγοριοποιηθούν σε 3 κατηγορίες: (α) μη ασκούμενοι, (β) επαρκώς δραστήριοι και (γ) υψηλά δραστήριοι, των οποίων τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας κρίνονται ικανά για την προαγωγή της υγείας, σύμφωνα με διεθνή κριτήρια.

Στατιστική ανάλυση

Στα πλαίσια της στατιστικής ανάλυσης πραγματοποιήθηκε t-test για ανεξάρτητα δείγματα με σκοπό να δείξει πιθανές στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων των εκπαιδευτικών. Οι διαφορές μεταξύ των ηλικιών και

ειδικότητων αξιολογήθηκαν με τη βοήθεια της ανάλυσης της διακύμανσης (ANOVA). Όλες οι στατιστικές αναλύσεις εκτελέστηκαν χρησιμοποιώντας το εμπορικά διαθέσιμο λογισμικό στατιστικής ανάλυσης PASW SPSS 18 ενώ ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $p < 0.05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Προσωπικά στοιχεία

Εκατόν είκοσι δύο από τους 145 συμμετέχοντες (84.1%) ήταν γυναίκες. Επιπρόσθετα, το 62.1% ήταν ηλικίας μεταξύ 46-55 ετών, το 54.5% είχε προϋπηρεσία 11-20 έτη, το 15.2% ήταν νοσηλευτές, το 57.9% ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ και το 9,7% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου.

Πρωταρχικές αναλύσεις και περιγραφική στατιστική

Η ανάλυση που πραγματοποιείται χωρίζεται σε 2 τμήματα. Αρχικά πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση για να απαλείψουμε ακραίες τιμές αλλά και να τις αντικαταστήσουμε. Αμέσως μετά πραγματοποιήθηκαν μετατροπές μεταβλητών που θα μας βοηθήσουν να εξάγουμε πιο ασφαλή συμπεράσματα στην ανάλυσή μας. Στη συνέχεια προχωρούμε σε αναλύσεις συσχέτισης για να διαπιστώσουμε πιθανές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών της ανάλυσης, ενώ τέλος πραγματοποιήθηκε μια σειρά από αναλύσεις ANOVA και αναλύσεις t-test για να διαπιστώσουμε αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές

διαφορές ανάμεσα στις απόψεις διαφόρων ομάδων των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Από τον πίνακα 1 μπορούμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα πως δε μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην έρευνα οι μεταβλητές *vraminutes* και *nraminutes* μιας και οι κενές τιμές είναι πάνω από το αποδεκτό όριο του 10% .

Πίνακας 1: Εκλειπούσες τιμές μεταβλητών

Εκλειπούσες τιμές μεταβλητών	Συχνότητα	Ποσοστό %
Έτη Υπηρεσίας	2	1,4
Ειδικότητα 2	1	0,7
Πτυχίο	1	0,7
επίδραση	3	2,1
κατάθλιψη 1	6	4,1
κατάθλιψη 2	1	0,7
κατάθλιψη 3	3	2,1
κατάθλιψη 4	7	4,8
κατάθλιψη 5	4	2,8
κατάθλιψη 6	2	1,4
κατάθλιψη 7	2	1,4
κατάθλιψη 8	3	2,1
κατάθλιψη 9	4	2,8
κατάθλιψη 10	4	2,8
Λεπτά έντονης άσκησης	81	55,9
Συχνότητα έντονης άσκησης	1	0,7
Λεπτά μέτριας άσκησης	49	33,8
Συχνότητα χαλαρής άσκησης	3	2,1
Λεπτά χαλαρής άσκησης	14	9,7
Ωρες καθιστικής ζωής	3	2,1
Δείκτης κατάθλιψης	16	11
Μέτρια άσκηση	5	3,4
Περπάτημα	4	2,8
Δείκτης σωματικής δραστηριότητας	8	5,5

Οι τιμές που λείπουν αντικαταστάθηκαν από τους μέσους όρους των κατηγοριοποιημένων μεταβλητών στις οποίες ανήκουν, στρογγυλοποιημένες προς τα πάνω ή προς τα κάτω, ανάλογα με το αν είναι μεγαλύτερες ή μικρότερες από το μέσο 2 γειτονικών κατηγοριών. Το ίδιο ισχύει και για τις μεταβλητές Iraminutes και PHQ9total που οι κενές τιμές είναι της τάξης του 10%.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε τεστ κανονικότητας των δεδομένων. Τα αποτελέσματα του τεστ Kolmogorov Smirnov έδειξαν πως εκτός από μια περίπτωση τα δεδομένα δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή. Η ανάλυση αξιοπιστίας Cronbach α έδειξε για την κατάθλιψη $\alpha = .83$ που σημαίνει πως η εσωτερική συνοχή της κλίμακας είναι ικανοποιητική.

Μετατροπές μεταβλητών

Αρχικά, πραγματοποιήθηκαν μετατροπές στις μεταβλητές που αφορούν την συχνότητα της βάρδιας, της μέτριας άσκησης και της έντονης άσκησης, έτσι ώστε να γίνει πιο πρακτική η ανάλυση διακύμανσης. Πιο αναλυτικά, έγινε αντιστοίχιση ως σπάνια άσκηση τις 0 έως 1 ημέρα, ως μέτριας συχνότητας τις 2 έως 3 μέρες, συχνής άσκησης τις 4-5 μέρες και πολύ συχνή τις 6-7 ημέρες. Επίσης δημιουργήθηκε μια μεταβλητή που διαχωρίζει την κατάθλιψη των συμμετεχόντων σε επίπεδα. Τα επίπεδα αυτά βασίζονται στο Patient Health Questionnaire (PHQ) που διαφοροποιεί την κατάθλιψη ανάλογα με τις μετρήσεις στους ασθενείς.

Πίνακας 2: Κατηγοριοποίηση της κατάθλιψης σε στάδια

Μέτρηση PHQ	Διάγνωση
5 έως 9	Ελάχιστα συμπτώματα Μικρή κατάθλιψη
10 έως 14	Δυσθυμία Ελαφριάς μορφής μεγάλη κατάθλιψη
15 έως 19	Μεγάλη κατάθλιψη μέτριας σοβαρότητας
20 έως 24	Μεγάλη κατάθλιψη μεγάλης σοβαρότητας

Ανάλυση συσχέτισης

Πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχέτισης για να βρεθεί εάν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην αλλαγή του τρόπου ζωής των ανθρώπων στη διαθεσιμότητα και στην κατάθλιψη την οποία ενδεχομένως παρουσιάζουν. Τα αποτελέσματα της συσχέτισης έδειξαν πως υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην αλλαγή της ζωής των συμμετεχόντων και στην ανάπτυξη αισθήματος κατάθλιψης, δηλαδή όσο προς το χειρότερο έχει αλλάξει η ζωή των συμμετεχόντων τόσο μεγαλύτερο και το συναίσθημα της κατάθλιψης (Πίνακας 3).

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε μια ακόμα ανάλυση συσχέτισης για εξεταστεί κατά πόσο επηρεάζει την φυσική δραστηριότητα η κατάθλιψη, αλλά και η αλλαγή στον τρόπο ζωής των ερωτηθέντων. Παρατηρήθηκε πως η αλλαγή στην ζωή των ερωτηθέντων μετά τη διαθεσιμότητα έχει σημαντικά αρνητική επίδραση στην φυσική δραστηριότητα των συμμετεχόντων. Επίσης, διαπιστώθηκε πως δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και στην συνολική φυσική δραστηριότητα των ερωτηθέντων. Τέλος, συσχετίστηκαν οι ώρες καθιστικής ζωής με την κατάθλιψη. Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε η

καθιστική ζωή δεν έχει καμία επίδραση στην κατάθλιψη, με άλλα λόγια ούτε την επιβαρύνει ούτε βελτιώνει την κατάσταση (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Συγκεντρωτικός πίνακας συσχέτισης Pearson

		Κατάθλιψη	Σωματική δραστηριότητα
Πόσο έχει αλλάξει η ζωή σας με τη διαθεσιμότητα;	Συσχέτιση Pearson	,227**	-,169*
	ρ	0,006	0,042
	Πλήθος	145	145
Σωματική δραστηριότητα	Συσχέτιση Pearson	0,055	
	ρ	0,51	
	Πλήθος	145	
Καθιστική ζωή	Συσχέτιση Pearson	0,12	
	ρ	0,151	
	Πλήθος	145	

Διαφορές στην κατάθλιψη μεταξύ ανδρών και γυναικών

Τα αποτελέσματα του t-τεστ για ανεξάρτητα δείγματα δεν έδειξαν σημαντική διαφορά ανάμεσα στην κατάθλιψη ανδρών και γυναικών ($t(143) = -0.346, p = .73$).

Διαφορές στην κατάθλιψη μεταξύ διαφορετικών ηλικιακών ομάδων

Η δοκιμασία ANOVA έδειξε πως υπήρξαν σημαντικές διαφορές ($F(3,145) = 2.954, p < .05$) στην κατάθλιψη των διάφορων ηλικιακών ομάδων. Η δοκιμασία των πολλαπλών συγκρίσεων έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά

ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες 46-55 έτη και 55+ έτη, με την πρώτη ηλικιακή ομάδα να παρουσιάζει μεγαλύτερη επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τη δεύτερη. Παρατηρήθηκε επίσης μια δυνητικά στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = .06$) ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες 25-35 έτη και 46-55 έτη, με την ηλικιακή ομάδα 46-55 έτη να υποφέρει σημαντικά περισσότερο σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα 26-35 έτη.

Επίδραση της συχνότητας της άσκησης στα επίπεδα κατάθλιψης

Η δοκιμασία ANOVA έδειξε πως δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές ($F(3,144) = 0.619, p = .60$) εξαιτίας της έντονης άσκησης στα επίπεδα κατάθλιψης των συμμετεχόντων. Τα ίδια, μη στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, βρέθηκαν και για τις άλλες δύο συχνότητες άσκησης, δηλαδή τη μέτρια ($F(3,144) = 1.138, p = .34$) και τη χαμηλή ($F(3,144) = 0.733, p = .51$).

Εξέταση διαφορών στα επίπεδα άσκησης ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάθλιψης

Μετά την κατηγοριοποίηση της κατάθλιψης βάσει των αποτελεσμάτων PHQ (καθόλου κατάθλιψη, ελάχιστα συμπτώματα, ήπιας μικρή κατάθλιψη-ήπιας μορφής κατάθλιψη, μέτριας μορφής κατάθλιψη, σοβαρής μορφής κατάθλιψη) πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης για να διαπιστωθούν εάν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην σωματική άσκηση ανάμεσα στις διάφορες κατηγορίες ασθενών. Η ANOVA έδειξε πως δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές ($F(4,144) = 0.637, p = .64$) στη φυσική δραστηριότητα των ατόμων που ανήκουν σε διαφορετικές κατηγορίες κατάθλιψης.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η καταγραφή των επιπέδων κατάθλιψης και της σωματικής δραστηριότητας των εκπαιδευτικών που τέθηκαν

σε διαθεσιμότητα με την ψήφιση του νόμου 4172/13 καθώς επίσης και η πιθανή σχέση μεταξύ των δύο παραγόντων.

Διαπιστώθηκε ότι η αλλαγή του τρόπου ζωής των συμμετεχόντων που βρίσκονταν σε διαθεσιμότητα συσχετίζεται με τα επίπεδα κατάθλιψης αυτών. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην αλλαγή της ζωής των εκπαιδευτικών σε διαθεσιμότητα και στην ανάπτυξη αισθήματος κατάθλιψης, δηλαδή όσο προς το χειρότερο έχει αλλάξει η ζωή τους, (π.χ. μείωση μισθών, καθυστέρηση πληρωμής μισθού, αλλαγή επαγγέλματος ή επαγγελματικής εστίας) τόσο μεγαλύτερο και το συναίσθημα της κατάθλιψης. Το παραπάνω εύρημα της παρούσας έρευνας υποστηρίζεται από αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών, που διαπιστώνουν ότι οι ψυχικές διαταραχές και ιδιαίτερα οι συναισθηματικές, κρίνονται πρωταρχικής σημασίας για την δημόσια υγεία και κατατάσσονται στις πρώτες αιτίες που προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας (Γιωτάκος 2010). Μάλιστα σύμφωνα με τον ΠΟΥ αναμένονται μέχρι το 2020 να καταστούν μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια, δεύτερες σε συχνότητα εμφάνισης.

Επιπλέον, στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε πως επήλθαν αλλαγές στη ζωή των ερωτηθέντων από το χρονικό σημείο που τέθηκαν σε διαθεσιμότητα και έπειτα καθώς τα αποτελέσματα δείχνουν πως η αλλαγή στη ζωή των ερωτηθέντων μετά τη διαθεσιμότητα έχει σημαντικά αρνητική επίδραση στη φυσική δραστηριότητα αυτών. Το ζήτημα των επιπτώσεων γενικότερα της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία απασχολεί ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα, που τονίζουν την ανάγκη παροχής της κατάλληλης παρέμβασης από

τα συστήματα υγείας (Ευθυμίου, 2013). Ακόμα, βρέθηκε ισχυρή σχέση μεταξύ απότομης περικοπής του εισοδήματος και εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών, με τη μείωση του εισοδήματος να πραγματοποιείται 6 μήνες πριν από την έναρξη της συμπτωματολογίας (Γιωτάκος, 2010). Όπως εκτιμούν οι ερευνητές, η ζωή σε μία οικογένεια και γενικότερα μαζί με άλλους ανθρώπους προσφέρει συνήθως συναισθηματική υποστήριξη και αίσθημα κοινωνικής ένταξης, καθώς και άλλα ψυχικά οφέλη που μειώνουν τους παράγοντες κινδύνου για την υγεία. Ένα ισχυρό σύστημα στήριξης στις δύσκολες στιγμές μπορεί να κάνει τη διαφορά και η ελληνική οικογένεια θεωρείται στήριγμα. Η κατάθλιψη διαταράσσει την οικογενειακή ζωή, αλλά οι οικογένειες μπορούν να έχουν σημαντικό ρόλο στην αναγνώριση, στην φροντίδα, ακόμη και στην θεραπεία του ατόμου που πάσχει από κατάθλιψη. Το οικογενειακό περιβάλλον είναι αυτό που ηθελημένα ή όχι θα συμβάλει στη διαμόρφωση της συναισθηματικής ατμόσφαιρας που το καταθλιπτικό πρόσωπο κατοικεί, και έτσι μπορεί να βοηθήσει στην ανάκαμψη αυτού. (Estroff Marano Hara ,2002). Στην παρούσα έρευνα δεν έχουμε ευρήματα καθώς δεν υπήρξε ερώτηση για την οικογενειακή του κατάσταση των εκπαιδευτικών σε διαθεσιμότητα κάτι που αποτελεί περιορισμό της έρευνας και θα μπορούσε να αποτελέσει πρόταση για νέα μελέτη.

Επίσης, στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι η συνολική φυσική δραστηριότητα των ερωτηθέντων δεν σχετίζεται με την κατάθλιψη. Το παραπάνω εύρημα έρχεται σε αντίθεση με αρκετές έρευνες των τελευταίων δεκαετιών (Zerbas et al., 1993; Morgan et al., 1987; Μαντούδη, 2011-12), που δείχνουν ότι η συστηματική συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης και φυσικές

δραστηριότητες, μειώνουν τα επίπεδα της κατάθλιψης. Τα άτομα με κατάθλιψη τείνουν να κάνουν καθιστική ζωή και να μην ασχολούνται με σπορ και φυσικές δραστηριότητες. Έτσι, τίθεται ένα ερώτημα αν είναι η κατάθλιψη που δημιουργεί τάσεις αδράνειας ή αν η καθιστική ζωή επιτείνει το πρόβλημα της κατάθλιψης. Βεβαίως, είναι πλέον παραδεκτό, ότι τα σπορ και η φυσική δραστηριότητα συνεισφέρουν στη σωματική και την ψυχική υγεία των ατόμων (Michevic, 1982). Επιπλέον, τα άτομα που εφαρμόζουν την κίνηση στην καθημερινότητά τους έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη (Morgan, 1987). Η μείωση του άγχους ως αποτέλεσμα της άσκησης φάνηκε και από μελέτες που χρησιμοποίησαν ψυχοφυσιολογικές μετρήσεις όπως ηλεκτρομυογραφία (EMG) και ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEG). Οι μεταβολές στην EMG και EEG δραστηριότητα αντανakλούν τις διαφοροποιήσεις στις καταστάσεις άγχους (Tuson & Sinyor, 1993).

Διαπιστώθηκε ακόμη στην παρούσα έρευνα ότι η κατάθλιψη δεν ξεχωρίζει το φύλο του ατόμου. Διαφαίνεται πως η αντιμετώπιση του νέου τρόπου ζωής είναι κοινή και από τα δύο φύλα. Πιθανός λόγος ενδεχομένως όπου μπορεί να αποδοθεί τέτοιο αποτέλεσμα είναι ότι δεν υπάρχει διαφορά μισθού εκπαιδευτικών που να παρουσιάζεται ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες εκπαιδευτικούς. Άρα, δεν υπάρχει διαφορά στην επιρροή του συναισθήματος λόγω διαθεσιμότητας αντίστοιχα σε άνδρες και γυναίκες. Επιπλέον, αποκαλύφθηκε πως υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην κατάθλιψη των διάφορων ηλικιακών γκρουπ. Σύμφωνα με τον Morgan (1987) η άσκηση συμβάλλει στη μείωση άγχους σε άτομα όλων των ηλικιών, η κατάσταση αυτή

διατηρείται από 2 έως και 4 ώρες μετά την άσκηση και παράλληλα η επιρροή είναι σχετικά ίδια και στα δύο φύλα. Οι Tuson και Sinyor (1993) κατέγραψαν ότι μετά από άσκηση μειώθηκε το άγχος στο δείγμα που συμμετείχε χωρίς να υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών καθώς και μεταξύ ηλικιών. Η ανάλυση της δικής μας έρευνας, έδειξε πως οι συμμετέχοντες από 46-55 εμφανίζουν σημαντική διαφορά στο επίπεδο κατάθλιψης. Αυτό μπορεί ενδεχομένως να δικαιολογηθεί από το γεγονός πως συνήθως, οι άνθρωποι που ανήκουν στο συγκεκριμένο ηλικιακό γκρουπ έχουν παιδιά που πρέπει να τα συντηρήσουν ενώ όσοι ανήκουν στο ηλικιακό γκρουπ 55+ υποθέτουμε πως έχουν επίσης παιδιά που έχουν αποκατασταθεί εργασιακά, οπότε δεν ανησυχούν.

Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, αν και η αλλαγή στην ζωή των ερωτηθέντων μετά τη διαθεσιμότητα έχει σημαντικά αρνητική επίδραση στην φυσική τους δραστηριότητα, παράλληλα η συχνότητα οποιασδήποτε μορφής άσκησης δεν έχει επίδραση στην κατάθλιψη των συμμετεχόντων μιας και τα αποτελέσματα δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Η κατάθλιψη αναλύεται από διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις όπως είναι η ψυχαναλυτική, η συμπεριφορική, η κοινωνιολογική, η υπαρξιακή και η βιολογική. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία ένα στα 4-5 άτομα έχει πρόβλημα κατάθλιψης κάποια στιγμή στη ζωή του (Dishman, 1989). Τα ευρήματα της έρευνάς μας, έρχονται σε αντίθεση με τα συμπεράσματα μελετών και αναλύσεων που δείχνουν ότι τα άτομα που ασκούνται συστηματικά παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με άτομα που κάνουν καθιστική ζωή (North et al., 1990).

Έχοντας κατηγοριοποιήσει την συχνότητα των διάφορων μορφών της άσκησης (βαριά, μέτριας έντασης, ελαφριά) διαπιστώθηκε ότι η συχνότητα της άσκησης δεν φαίνεται να επηρεάζει την κατάθλιψη των συμμετεχόντων. Φαίνεται λοιπόν πως η συχνότητα της άσκησης δεν είναι παράγοντας που επιδρά στην μείωση της κατάθλιψης, γεγονός που αντικρούεται από προηγούμενες έρευνες που έδειξαν πως η συχνότητα της άσκησης επιδρά στην καλυτέρευση της γενικότερης συναισθηματικής κατάστασης των ανθρώπων (Morgan, 1987; Tuson & Sinyor, 1993). Το αποτέλεσμα αυτό ίσως είναι απόρροια του γεγονότος της αβεβαιότητας που υπάρχει στους ανθρώπους, αφού αμέσως μετά την άσκηση γυρνάνε στα προβλήματα της καθημερινότητας. Επίσης, ίσως σχετίζεται με το καθεστώς «ομηρίας» που βίωναν οι εκπαιδευτικοί καθώς δεν ήταν ούτε άνεργοι, ούτε απολυμένοι αλλά ούτε και εργαζόμενοι. Αντίστοιχα, σε διάστημα 8 ετών, είχε πραγματοποιηθεί έρευνα μεγάλου δείγματος ατόμων που ως αποτέλεσμα έδειξε ότι τα άτομα που είχαν περιορισμένη ή καθόλου φυσική δραστηριότητα, είχαν διπλάσια τάση να εκδηλώσουν κατάθλιψη από εκείνα που ήταν πιο πολύ κινητικά δραστήρια (Farmer et al, 1988). Επιπρόσθετα, έχει διαπιστωθεί μία αρνητική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και φυσικής δραστηριότητας στους ενήλικες (Tomson, Pangrazi & Friedman, 2003).

Είναι κατανοητή η ανάγκη των πολιτών για ενημέρωση από την επιστημονική κοινότητα σχετικά με τις πιθανές αλλαγές στην ελληνική κοινωνία, αλλά η σχετική ανασκόπηση στον έντυπο και ηλεκτρονικό τύπο δείχνει ότι η διαχείριση του φαινομένου από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης είναι αποσπασματική και προβληματική. Ο ρόλος των ΜΜΕ πιθανόν να αποτελεί

επιπρόσθετο, αρνητικό παράγοντα στην ψυχική υγεία. Αξίζει να αναφερθεί ότι μελετήθηκε η ύπαρξη πιθανής σχέσης μεταξύ της ανεργίας και του μέσου εισοδήματος της τελευταίας εικοσαετίας με τους δείκτες ψυχικής υγείας: εισαγωγές σε ψυχιατρική κλινική, επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και επείγοντα ψυχιατρικών κλινικών, αυτοκτονίες, ανθρωποκτονίες, θνησιμότητα και διαζύγια της τελευταίας δεκαετίας (Γιωτάκος et al, 2011). Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε από τη βάση δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας και από τα Νοσοκομεία Αιγινήτειο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Γενικό Κρατικό Αθηνών και Ευαγγελισμός στο διάστημα Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2010. Διαπιστώθηκε ότι οι δείκτες ψυχικής υγείας φάνηκαν να έχουν σημαντική συσχέτιση με τους οικονομικούς δείκτες στις επισκέψεις σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία και τμήματα επειγόντων ψυχιατρικών κλινικών, στις αυτοκτονίες, στις ανθρωποκτονίες και στον αριθμό διαζυγίων. Ειδικότερα, βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία και στα επείγοντα του Αιγινήτειου και της ανεργίας και του μέσου εισοδήματος (Γιωτάκος et al, 2011).

Παρά την αρνητική συσχέτιση που προκύπτει από τα παραπάνω μεταξύ οικονομικής κρίσης και ψυχικής υγείας καλό είναι να ληφθούν υπόψη παράγοντες όπως το υποκειμενικό οικονομικό στρες και η επίδραση του στην ευεξία, τα λανθάνοντα οφέλη της εργασίας καθώς και η αίσθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας καθώς επίσης και κοινωνικοί παράγοντες όπως ο στιγματισμός, η περιθωριοποίηση, η διάβρωση των κοινωνικών σχέσεων (Ευθυμίου et al., 2013).

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας υποδηλώνουν πως υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην αλλαγή της ζωής των συμμετεχόντων και στην ανάπτυξη αισθήματος κατάθλιψης, δηλαδή όσο προς το χειρότερο έχει αλλάξει η ζωή των συμμετεχόντων τόσο μεγαλύτερο και το συναίσθημα της κατάθλιψης. Επιπρόσθετα, η αλλαγή στην ζωή των συμμετεχόντων μετά τη διαθεσιμότητα έχει σημαντικά αρνητική επίδραση στην φυσική δραστηριότητα ενώ δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και στην συνολική φυσική δραστηριότητα των ερωτηθέντων. Ακόμα, τα αποτελέσματα έδειξαν πως η ηλικία παίζει ρόλο στα επίπεδα κατάθλιψης σε αυτή την κατηγορία ατόμων αφού υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 46-55 έτη, 25-35 έτη και 55+ έτη, με την πρώτη να παρουσιάζει υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Τέλος, φάνηκε πως η συχνότητα της άσκησης δεν επηρεάζει τα επίπεδα κατάθλιψης ενώ δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη φυσική δραστηριότητα των ατόμων που ανήκουν σε διαφορετικές κατηγορίες κατάθλιψης.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας αφορούν την συγκεκριμένη έρευνα και σε καμία περίπτωση δεν μπορούν να οδηγήσουν σε γενικευμένα συμπεράσματα. Μελλοντικές έρευνες σε μεγαλύτερο αριθμό δείγματος, σε μεγαλύτερο εύρος ηλικιών θα μας έδινε επιπλέον σημαντικά στοιχεία για τη σχέση σωματικής δραστηριότητας και επιπέδων κατάθλιψης εκπαιδευτικών σε διαθεσιμότητα. Επίσης σε μελλοντική έρευνα σημαντικό θα ήταν να διαπιστωθεί

αν η επίδραση της οικογενειακής κατάστασης και η ύπαρξη παιδιών θα επιδρούσε στα επίπεδα κατάθλιψης των ερωτώμενων. Επίσης, θα ήταν ενδιαφέρον σε μια αντίστοιχη έρευνα να καταμετρηθούν τα επίπεδα θυμού των συμμετεχόντων για την κατάσταση που βιώνουν και το κατά πόσο η σωματική άσκηση έχει κάποια επίδραση πάνω στον θυμό για πιθανή αδικία που μπορεί να αισθάνονται.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American College of Sport Medicine (1998). The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardio respiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Medicine and Science in sports and exercise*, 30(6), 975-991.
- American psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders; DSM-VI*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angst, J., & Merikangas, K. (1997). The depressive spectrum: Diagnostic classification and course. *Journal of Affective Disorders*, 45(1-2), 31-40.
- Araujo, SM., de Bruin, V.M., Daher, Ede F., Almeida, G.H., Medeiros, C.A., & de Bruin, P.F. (2012). Risk factors for depressive symptoms in a large population on chronic hemodialysis. *Int Urol Nephrol*, 44,1229-1235.
- Babiyak, M., Blumethal, J., Herman, S., Kathri, P., Moore, K. et al. (2000). Exercise treatment for major depression. Maintenance of therapeutic benefit after 10 months. *Psychosomatic Medicine*, 62, 633-638.
- Beniamini, Y., Rubenstein, J.J., Zaichkowsky, L.D., Crim, M.C. (1997). Effects of high-intensity strength training on quality-of-life parameters in cardiac rehabilitation patients. *The American Journal of Cardiology* 80, 841-846.
- Biddle, S., Fox, K., & Boucher, S. (2000). *Physical activity and psychological well being*. (pp. 67-72). London: Routledge.
- Blackburn, J.M., Eunson, K.M., & Bishop, S. (1986). A two-year naturalistic Follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, 139, 181-189.
- Blair, S.N., & Connelly, J.C (1996). How Much Physical Activity Should we Do? The Case for Moderate Amounts and Intensities of Physical Activity. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 67(2), 193-205.

- Blumenthal, T., Evans, D., & Link, D. (2002). A global analysis of *Caenorhabditis elegans* operons. *Nature*, *417*, 851-854.
- Buckworth, J., & Dishman, R. (2002). *Exercise psychology*. (pp.122-126)
Champaign, IL: Human Kinetics.
- Cappy, C.S., Jablonka, J., & Schroeder, E.T. (1999). The effects of exercise during haemodialysis on physical performance and nutrition assessment. *Journal of Renal Nutrition*, *9*, 63-70.
- Caspersen, C., Powell, K., & Christenson, G. (1985). Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. *Public Health Rep*, *100*(2), 126-131.
- Celano, C.M., & Huffman, J.C. (2011). Depression and cardiac disease: a review. *Cardiology in review* *19*,130-142.
- Chilcot, J., Wellsted, D., Da Silva-Gane, M., & Farrington, K. (2008). Depression on dialysis. *Nephron ClinPract*, *108*, 256-264.
- Cohen, S.D., Norris, L., Acquaviva, K., Peterson, R.A., & Kimmel, P.L. (2007). Screening, diagnosis, and treatment of depression in patients with end-stage renal disease. *Clin J Am SocNephro*, *2*, 1332-1342.
- Conn, V.S. (2010). Depressive symptom outcomes after physical activity interventions: Meta-analysis Findings. *Annals of behavioural Medicine*, *39*, 128-138.
- Connolly, M. & Kelly, C. (2005) Lifestyle and physical health in schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*, *11*, 25–132.
- Covi, L., & Lipman, R.S. (1987). Cognitive-behavioral group psychotherapy combined with imipramine in major depression. *Psychopharmacological Bulletin*, *23*, 173-176.
- Craft, L. (1997). The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: A meta-analysis. Unpublished master's thesis, Arizona State University, Tempe.

- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjostrom, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., & Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*, 35(8), 1381-1395.
- Dishman, R.K. Physical activity: The way to psychological well-being. *In: Proceedings of the 7th World Congress in Sport Psychology*, C. Giam, K. Chook and K. The (Eds.). Singapore: Singapore Sports Council, 1989.
- Dishman, R.K., & Landy, F.J. (1998). Psychological factors and prolonged exercise. *In: Perspectives in Exercise Science and Sports Medicine*, D.R. Lamb and R. Murray (Eds.), 281-355.
- Dozois, D.A., & Dobson, K.S. (2004). The prevention of anxiety and depression: Introduction. In D.J. Dozois & K.S. Dobson (Eds.), *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice* (pp. 1-6). Washington, DC: American Psychological Association.
- Drayer, R.A., Mulsant, B.H., Lenze, E.J., Rollman, B.L., Dew, M.A., Kelleher, K., Karp, J.F., Begley, A., Schulberg, H.C., Reynolds, C.F. (2005). Somatic symptoms of depression in elderly patients with medical comorbidities. *International journal of geriatric psychiatry*, 20, 973-982.
- Drayer, R.A., Piraino, B., Reynolds, C.F., Houck, P.R., Mazumdar, S., Bernardini, J., Shear, M.K., & Rollman, B.L. (2006). Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. *General hospital psychiatry*, 28, 306-312.
- Dugmore, L.D., Tipson, R.J., Phillips, M.H., Flint, E.J., Stentiford, N.H., Bone, M.F., & Littler, W.A. (1999). Changes in cardiorespiratory fitness, psychological wellbeing, quality of life, and vocational status following a 12 month cardiac exercise rehabilitation programme. *Heart* 81, 359-366.
- Dunn, A., Trivedi, A., Kampert, J., Clark, C., & Chambliss, H. (2005). Exercise treatment for depression. Efficacy and dose response. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(1), 1-8.

- Estroff- Marano, H. (2002). *Depression: A Family Matter*.
<https://www.psychologytoday.com>
- Farmer M.E., Locke B.Z., Mosciki E.K., Dannenberg A.L., Larson D.B., Radloff L.S. (1988). Physical activity and depressive symptoms: the NHANES I epidemiologic follow- upstudy. *Am J Epidemiol* 128:1340– 1351
- Garcia-Lizana, F., & Munoz-Mayorga, I. (2010). Telemedicine for depression: a systematic review. *Perspectives in psychiatric care*, 46,119-126.
- Gary, R., Dunbar, S., Higgins, M., Musselman, D., & Smith, A. (2010). Combined exercise and cognitive behavioral therapy improves outcomes in patients with heart failure. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 119-131.
- Gilbert, P. (1999). *Ξεπερνώντας την Κατάθλιψη - Ένας Οδηγός Αυτοβοήθειας με Γνωστικές - Συμπεριφορικές Τεχνικές*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Goodman, E.D., & Ballou, M.B. (2004). Perceived barriers and motivation to exercise in haemodialysis patients. *Nephrology Nursing Journal*, 31(1), 23-29.
- Grand, T. (2000). *Physical activity and mental health: National consensus statements and guidelines for practice*. London: Health Education Authority.
- Hansson, L. (2002). Quality of life and depression. *International Review of Psychiatry*, 14, 185-189.
- Harris, D. (1997). Comparative effectiveness of running theory and psychotherapy. In: Exercise and mental health, W.P. Morgan and S.E.Goldston (Eds.), Washington DC: Hemisphere, p. 123-130.
- Hedayati, S.S., & Finkelstein, F.O. (2009). Epidemiology, diagnosis, and management of depression in patients with CKD. *American journal of kidney diseases*, 54, 741-752.
- Hyphantis, T., Kotsis, K., Voulgari, P. V., Tsifetaki, N., Creed, F. & Drosos, A. A. (2011). Diagnostic accuracy, internal consistency, and convergent validity of the Greek version of the patient health questionnaire 9 in diagnosing depression in rheumatologic disorders. *Arthritis Care Res*, 63, 1313–1321.

- Ingram, R.E., & Scott, W.D. (1992). Cognitive behavior therapy. In: Bellack, A.S., Hersen, M. & Kazdin, A. (Hg.) *International handbook of behavior modification and therapy*. New York: Plenum.
- Kendall, P.C., & Watson, D. (1989). *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. San Diego, CA: Academic Press.
- Klein MH., Greist JH., Gurman AS., Neimeyer RA., Lesser DP., et al. A comparative outcome study of group psychotherapy vs exercise treatments for depression. *International Journal of Mental Health* 13: 148-177, 1985.
- Konstantinidou, E., Koukouvou, G., Kouidi, E., Deligiannis, A., & Tourkantonis, A. (2002). Exercise training in patients with end-stage renal disease on haemodialysis: comparison of three rehabilitation programs. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34, 40-45.
- Kouidi, E., Iacovides, A., Iordanidis, P., Vassiliou, S., Deligiannis, A., Ierodiakonou, C., & Tourkantonis, A., (1997). Exercise renal rehabilitation program (ERRP): Psychosocial effects. *Nephron*, 77, 152-158.
- Kouidi, E., Albani, M., Natsis, K., Megalopoulos, A., Gigis, P., Guiba- Tziampiri, O., Toukantonis, A., & Deligiannis, A. (1998). The effects of exercise training on muscle atrophy in haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis and Transplantation*, 13, 685-699.
- Kupfer, D. (1999). Long term treatment of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 28-34.
- Landers, D., & Arent S. (2007). Physical activity and mental health. In G. Tenenbaum, & R. Eclund (Eds.), *Handbook of sport psychology* (469-471). New Jersey. Jon Wiley & Sons, Inc.
- Lavie CJ, Milani RV. (2004). Prevalence of anxiety in coronary patients with improvements following cardiac rehabilitation and exercise training. *The American Journal of Cardiology*, 93(3), 336-339.
- Lavie, C.J., & Milani, R.V. (1997). Benefits of cardiac rehabilitation and exercise training in elderly women. *The American Journal of Cardiology* 79(5), 664-666.

- Lavie, C.J., Milani, R.V., & Littman, A.B. (1996). Benefits of cardiac rehabilitation and exercise training in secondary coronary prevention in the elderly. *The American College of Cardiology*, 22(3), 678-683.
- Maines, T.Y., Lavie, C.J., Milani, R.V., Cassidy, M.M., Gilliland, Y.E., & Murgu, J.P. (1997). Effects of cardiac rehabilitation and exercise training on exercise capacity, coronary risk factors, behavior, and quality of life in patients with Coronary Artery Disease. *Southern Medical Journal*, 90(1), 43-49.
- Martinsen EW, Medhus A. Sandvik L. Effect of aerobic exercise on depression:: controlled study. *British Medical journal* 291: 109, 1985.
- Martinsen EW. Exercise and medication in the psychiatric patient. In Morgan & Goldston (Eds). *Exercise and mental health*. Hemisphere Publishing, Washington, 1987.
- Martinsen, E. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordvegian Journal of Psychiatry*, 62, 25-29.
- McCann, I. L., & Holmes, D. S. (1984). Influence of aerobic exercise on depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1142-1147.
- Michevic, P.M. Anxiety, depression and exercise. *Quest*33:140-153, 1982
- Morgan, , W.P. Reduction of stale anxiety following acute physical activity. In: Exercise and mental health, W.P. Morgan and S.E. Goldston (Eds.). Washington: Hemisphere, 1987, p. 105-108.
- Morgan, W. (1969). A pilot investigation of physical work capacity in depressed and no depressed psychiatric males. *Research quarterly*, 4, 859-861.
- Morgan, W.P. and Goldston. *Exercise and Mental Health*. Washington: D.C.: Hemisphere, 1987
- Morgan, W.P. and S.E. Goldston. *Exercise and Mental Health*. Washington: D.C.: Hemisphere, 1987.

- North, T.C., McCullagh P., & Tran Z. (2000). Effect of exercise on depression. In: *Exercise and Sport Sciences Reviews*, K.B. Randolph (Ed.). Baltimore: Williams and Wilkinns, 18, 379-415.
- Oliveira, C.M., Costa, S.P., Costa, L.C., Pinheiro, S.M., Lacerda, G.A., & Kubrusly, M. (2012). Depression in dialysis patients and its association with nutritional markers and quality of life. *J Nephrol*, 25, 954-961.
- Osborn, D. The poor physical health of people with mental illness. *West Journal of Medicine*, November 2001, 175(5): 329–332.
- Painter, P., Carlson, L., Carey, S., Paul, S.M., & Myll, J. (2000). Physical functioning and health-related quality of life changes with exercise training in haemodialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 35(3), 482-492.
- Paluska, S., Schwenk, T. Physical Activity and Mental Health: Current Concepts. *Sports Medicine*. 2000, 29(3):167-180.
- Parfit, G., Markland, D., & Holmes, C. (1999). Response to physical exertion in active and inactive males and females. *Journal of Sport and Exercise Psychology* 16, 178-178.
- Parfitt, G., Markland, D., & Holmes, C. (1994). Response to physical exertion in active and inactive males and females. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 178-186.
- Rai, M., Rustagi, T., Rustagi, S., & Kohli, R. (2011). Depression, insomnia and sleep apnea in patients on maintenance hemodialysis. *Indian J Nephrol*, 21, 223-229.
- Richardson, C., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G., Hutchinson, D., Piette, J. Integrating Physical Activity Into Mental Health Services for Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, Vol. 56 No. 3:324-331, March 2005.
- Riezebos, R.K., Nauta, K.J., Honig, A., Dekker, F.W., & Siebert, C.E. (2010). The association of depressive symptoms with survival in a Dutch cohort of patients with end-stage renal disease. *Nephrol Dial Transplant*, 25, 231-236.

- Salkonskis, P. (1995). Γνωσιακή θεραπεία για το άγχος και την κατάθλιψη. Στο: *Θέματα γνωσιακής και συμπεριφοριστικής θεραπείας* (επιμ. Γ. Μπουλούγαρης), Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σ. 125-142.
- Seefeldt, V. (1986). *Physical activity and well-being*. Reston, VA: AAHPERD, 304-341.
- Simons, A.D., McGowan, C.R., Epstein, L.H., Kupfer, D.J., & Roberston, R.J. (2003). Exercise as a treatment for depression: An update. *Clinical Psychology Review* 5, 553-568.
- Sonikian, M., Metaxaki, P., Papavasileiou, D., Boufidou, F., Nikolaou, C., Vlassopoulos, D., & Vlahakos, D.V. (2010). Effects of interleukin-6 on depression risk in dialysis patients. *American journal of nephrology*, 31, 303-308.
- Theofilou, P. (2011). Depression and anxiety in patients with chronic renal failure: the effect of sociodemographic characteristics. *Int J Nephrol*, 2011, 514070.
- Theofilou, P. (2013). Medication Adherence in Greek Hemodialysis Patients: The Contribution of Depression and Health Cognitions. *Int J Behav Med* 20, 311-318.
- Theofilou, P.A. (2012). Sexual functioning in chronic kidney disease: the association with depression and anxiety. *Hemodial Int*, 16, 76-81.
- Tomson, L., Pangranzi, R., Friedman, G. & Hutsison, N. (2003). Childhood depressive symptoms, physical activity and health related fitness. *Journal of sport and exercise psychology*, 25, 419-439.
- Tomson, L., Pangranzi, R., Friedman, G., & Hutsison, N. (2003). Childhood depressive symptoms, physical activity and health related fitness. *Journal of sport and exercise psychology*, 25, 419-439.
- Tuson K. M., and Sinyor D. (1993). On the affective benefits of acute aerobic exercise: taking stock after years of research. In: *Exercise psychology: the influence of physical exercise on psychological processes*, P. Seraganian (Ed.), New York: Wiley and Sons, p.80-121, 1993

- WHO (2002). *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO (2005). *Mental Health: Facing the Challenges, building solutions*. Report from the European Ministerial Conference.
- Wright, K., Everson, Hock, E., & Taylor, A. (2009). The effects of physical activity on physical and mental health among individuals with bipolar disorder: A systematic review. *Mental Health and Physical Activity*, 2 (2), 86–94.
- Zerbas, Y., P. Ekkekakis, K. Emmanouel, M. Psyxhoudaki, B. Kakkos. The acute effects of increasing levels of aerobic exercise intensity on mood states. In: Proceedings of the 8thWorldCongress of Sport Psychology ,S. Serpa, J. Alves, V. Ferreiraand A. Paula-Brito(Eds.). Lisbon, Portugal, p.620-624, 1993.
- Αυλωνίτου Ε. (2012). Η άσκηση ως μέσον αντιμετώπισης της κατάθλιψης. *Science Technologies 54*, 3-15.
- Βούτσινος, Γ., (2013, Δεκέμβριος 4). Η κακή τύχη της Επαγγελματικής εκπαίδευσης, *esos.gr*, Ανακτήθηκε 6 Δεκεμβρίου, 2014 από <http://www.esos.gr/arthra/apoceis/h-kakh-tyxh-ths-epaggelmatikhs-ekpaideyshs>
- Γιωτάκος Ο, Καράμπελας Δ, Καυκάς Α. Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική 2011; 22:109–119*
- Γιωτάκος Ο. Οικονομική κρίση και ψυχική Υγεία. *Ψυχιατρική 2010; 21 (3): 195-204*
- Γκοτζαμάνης, Κ. (1996). *Διαγνωστικά κριτήρια DSM-IVTM* Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Εγκύκλιος 83078/Β6/28-5-2014 του Υπουργείου Παιδείας διαθέσιμο online στο: <http://srv-dide.flo.sch.gr/web/?p=5727>
- Επιχειρησιακό πρόγραμμα Εκπαίδευση & Δια Βίου Μάθηση 2007-2013 ΠΡΑΞΗ: Αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης στα ΕΠΑΛ–ΕΠΑΣ με την ανάπτυξη

και αξιοποίηση εργαλείων ΤΠΕ στο πλαίσιο εφαρμογής των εκπαιδευτικών πολιτικών & παρεμβάσεων του Υπουργείου Παιδείας, Διά Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων, (Ερευνητικό Ακαδημαϊκό Ινστιτούτο Τεχνολογίας Υπολογιστών (ΕΑΙΤΥ).

Έρευνα του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, (2008). Απασχόληση Αποφοίτων Ανώτερου Κύκλου Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, Αθήνα, ΥΠΕΠΘ.

Ευθυμίου Κ., Αργαλιά Ε., Κασκαμπά Ε., Μακρή Α. (2013). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα; *ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ* 50, 22-30

Ευθυμίου, Κ. (2002). *Εφαρμογή της συμπεριφοριστικής - γνωσιακής ψυχοθεραπείας στην κατάθλιψη*. Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας & Θεραπείας της Συμπεριφοράς.

Ευθυμίου, Κ., & Ψωμά, Μ. (2012). Το γνωσιακό - συμπεριφορικό πρόγραμμα ομαδικής θεραπείας της κατάθλιψης του Lewinsohn: Δομή, Εφαρμογή και Αποτελεσματικότητα του προγράμματος. *Εγκέφαλος*, 49, 60-66.

Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης, άρθρο 4

Ζιώγου Θ. (2013). Η συμβολή της άσκησης στη προαγωγή της ψυχικής υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά* 2013;18(4):191-197

Θεοδωράκης, Ι. (2010). *Άσκηση και ποιότητα ζωής*. Θεσσαλονίκη: Χριστοδουλίδης.

Καλαντζή - Αζίζι, Α. (1999). *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καλαντζή - Αζίζι, Α., & Δέγλερης Ν. (1992). *Θέματα ψυχοθεραπείας της συμπεριφοράς*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κώτσης, Κ. (2012). *Άγχος, κατάθλιψη, σωματοποίηση και ποιότητα ζωής στους ασθενείς με ρευματικά νοσήματα*. Διδακτορική Διατριβή. Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων - Ιατρική Σχολή.

- Μάνου, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μαντούδη Α. (2011-12) Οδηγός Κλινικής Άσκησης στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Νοσηλευτική Β, ΤΕΙ Αθήνας
- Νόμος 1566/85, ΦΕΚ 167Α/30-9-1985.
- Νόμος 2525/97, άρθρο 6, ΦΕΚ 188/23-9-1997.
- Νόμος 3475/2006 ΦΕΚ 146Α /13-7-2006.
- Νόμος 3528/07, άρθρο 2, ΦΕΚ 26^Α/9-2-2007.
- Παναγοπούλου, Μ. Ε. (1985). *Η συνταγματική κατοχύρωση της μονιμότητας των δημοσίων υπαλλήλων και η νομολογιακή επεξεργασία του θεσμού*. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.
- Παπαδάκη, Θ. (1983). Εισήγηση επί της ΣΕ 1715/1983 Ολ. ΤοΣ, σ. 455.
- Παπαχατζής, Γ. (1983). *Σύστημα του ισχύοντος στην Ελλάδα Διοικητικού Δικαίου*, Αθήνα, Εκδ. 6^η.
- Σαϊτίης, Χ. (2008). *Εκπαιδευτική πολιτική και Διοίκηση*. Αθήνα: Παιδαγωγική επιμόρφωση εκπαιδευτικών του ΟΑΕΔ.
- Σολδάτος, Κ. (1984). *Ψυχολογική αντίδραση στη σωματική αρρώστια*. Εισήγηση στη διαιτηρική συζήτηση Ψυχολογικά και Ψυχιατρικά προβλήματα στο Γενικό Νοσοκομείο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 1, 280-284.
- Σύνταγμα του 1927, άρθρο 114, ΦΕΚ 107^Α/3-6-1927.
- Σύνταγμα της Ελλάδας, Βουλή των ελλήνων .(Διεύθυνση εκδόσεων και εκτυπώσεων της βουλής των ελλήνων), επανέκδοση 2013.
- Σύνταγμα του 1864 ,άρθρο 102, παρ,2, ΦΕΚ 48Α/17-11-1864.
- Σύνταγμα του 1911, (ΦΕΚ 127Α/1-6-1911).
- Σύνταγμα του 1952, άρθρο 101, ΦΕΚ 1^Α/1-1-1952.
- Σύνταγμα του 1975, άρθρο 103 παρ. 4, ΦΕΚ 111^Α/9-6-1975.

Τοκμακίδης Σ, Αγγελόπουλος Θ, Μητράκου Α, Φατούρος Ι, Χασιώτης Δ. (2000).
Η σωματική άσκηση ως μέσο πρόληψης και θεραπείας του Σακχαρώδους
διαβήτη. Άθληση & Κοινωνία: Περιοδικό Αθλητικής Επιστήμης, 24:9-29.

Τριανταφυλλίδης, Μ. (1998). Λεξικό της κοινής νεοελληνικής. Ινστιτούτο
Νεοελληνικών Σπουδών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
[http://www.greeklanguage.gr/greekLang/modern_greek/tools/lexica/triantafyllid
es/search.html?lq=
ΦΕΚ1227/14-5-2014](http://www.greeklanguage.gr/greekLang/modern_greek/tools/lexica/triantafyllides/search.html?lq=ΦΕΚ1227/14-5-2014)).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

1. ΠΕ12.12 – μηχανικοί κλωστοϋφαντουργίας
2. ΠΕ14.01 – ιατροί
3. ΠΕ14.02 – οδοντίατροι
4. ΠΕ14.03 – φαρμακοποιοί
5. ΠΕ14.06 – νοσηλεύτες
6. ΠΕ17.09 – τεχνικοί ιατρικών οργάνων
7. ΠΕ17.13 – τεχνολόγοι μουσικής τεχνολογίας
8. ΠΕ18.01 – γραφικών τεχνών
9. ΠΕ18.04 – αισθητικής
10. ΠΕ18.05 – κομμωτικής
11. ΠΕ18.07 – ιατρικών εργαστηρίων
12. ΠΕ18.08 – οδοντοτεχνικής
13. ΠΕ18.09 – κοινωνικής εργασίας
14. ΠΕ18.10 – νοσηλευτικής
15. ΠΕ18.11 – μαιευτικής
16. ΠΕ18.20 – κλωστοϋφαντουργίας
17. ΠΕ18.21 – ραδιολογίας – ακτινολογίας
18. ΠΕ18.24 – εργασιοθεραπείας
19. ΠΕ18.25 – φυσιοθεραπείας
20. ΠΕ18.26 – γραφιστικής
21. ΠΕ18.27 – διακοσμητικής
22. ΠΕ18.29 – φωτογραφίας

23. ΠΕ18.33 – βρεφονηπιοκόμοι
24. ΠΕ18.37 – δημόσιας υγιεινής
25. ΠΕ18.39 – επισκέπτες υγείας
26. ΤΕ01.08 – χημικοί εργαστηρίων
27. ΤΕ01.10 – υπάλληλοι γραφείου
28. ΤΕ01.11 – υπάλληλοι λογιστηρίου
29. ΤΕ01.12 – διακοσμητικής
30. ΤΕ01.14 – γραφικών τεχνών
31. ΤΕ01.19 – κομμωτικής
32. ΤΕ01.20 – αισθητικής
33. ΤΕ01.25 – αργυροχρυσοχοΐας
34. ΤΕ01.26 – οδοντοτεχνικής
35. ΤΕ01.29 – βοηθ. ιατρ. και βιολογικών εργαστηρίων
36. ΤΕ01.30 – βοηθοί παιδοκόμοι – βρεφοκόμοι
37. ΤΕ01.31 – χειρίστες ιατρικών συσκευών
38. ΔΕ01.01 – ηλεκτροτεχνίτες
39. ΔΕ01.02 – μηχανοτεχνίτες
40. ΔΕ01.04 – ηλεκτρονικοί
41. ΔΕ01.05 – οικοδόμοι
42. ΔΕ01.08 – ηλεκτροσυγκολλητές
43. ΔΕ01.10 – τεχνίτες αυτοκίνητων
44. ΔΕ01.11 – τεχνίτες ψύξεων
45. ΔΕ01.12 – υδραυλικοί

- 46. ΔΕ01.13 – ξυλουργοί
- 47. ΔΕ01.14 – κοπτικής – ραπτικής
- 48. ΔΕ01.15 – αργυροχρυσοχοΐας
- 49. ΔΕ01.16 – τεχνικοί αμαξωμάτων
- 50. ΔΕ01.17 – κομμωτικής

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας/Τ.Ε.Φ.Α.Α.

Παρακαλούμε να απαντήσεις σε όλες τις προτάσεις – καταστάσεις με ειλικρίνεια κυκλώνοντας τον αριθμό στο συγκεκριμένο κουτάκι που πιστεύεις ότι συμβαίνει στη ζωή σου. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Μη σπαταλάς πολύ χρόνο σε κάθε πρόταση, αλλά διάλεξε κατευθείαν αυτό που σου έρχεται στο μυαλό αυτή τη στιγμή.

- Φύλο:** Άντρας Γυναίκα
- Ηλικία:** 25-35 36-45 46-55 55+
- Έτη υπηρεσίας:** 5-10 11-20 21-30 30+
- Ειδικότητα:** ΠΕ....ή ΤΕ.....ή ΔΕ..... (π.χ. Νοσηλευτικής).....
- Πτυχίο:** α) Πτυχίο Β/Βάθμιας Εκπ/σης β) Πτυχίο ΤΕΙ
γ) Πτυχίο ΑΕΙ δ) Μεταπτυχιακό
τίτλο
ε) Διδακτορικό τίτλο

1) Πόσο έχει αλλάξει η ζωή σας με τη διαθεσιμότητα;

- α) Καθόλου β) Αρκετά γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Υπερβολικά

2) Κατά τη διάρκεια της διαθεσιμότητας έχετε λάβει μέρος σε κοινωνικές διαμαρτυρίες, συλλαλητήρια, γενικές συνελεύσεις που αφορούν την επίλυση του προβλήματός σας;

- α) ΝΑΙ β) ΟΧΙ

Αν ναι,

3) Τι επίδραση είχε αυτό στη διάθεσή σας;

- α)Καμία β)Επαιρνα δύναμη και κουράγιο γ)Απογοητευόμουν
 δ) Μόνο με τις δράσεις ένοιωθα «ζωντανός»

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά ενοχληθήκατε απ' οποιοδήποτε από τα παρακάτω προβλήματα; (Υποδείξτε την απάντησή σας με ένα “√”)	Καθόλου	Αρκετές μέρες	Περισσότερες από τις μισές μέρες	Σχεδόν κάθε μέρα
1. Μικρό ενδιαφέρον ή λίγη απόλαυση στις δραστηριότητές μου	0	1	2	3
2. Νιώθετε καταβεβλημένος(η), κατατεθλιμμένος(η) ή απελπισμένος	0	1	2	3
3. Έχετε πρόβλημα να αποκοιμηθείτε ή να συνεχίσετε τον ύπνο ή κοιμάστε υπερβολικά	0	1	2	3
4. Νιώθετε κουρασμένος(η) ή έχετε λίγη ενέργεια	0	1	2	3
5. Έχετε λίγη όρεξη ή τρώτε υπερβολικά	0	1	2	3
6. Νιώθετε άσχημα για τον εαυτό σας ή ότι έχετε αποτύχει ή ότι έχετε απογοητεύσει τον εαυτό σας ή την οικογένειά σας	0	1	2	3
7. Έχετε πρόβλημα συγκέντρωσης σε κάποιες ενέργειες, όπως όταν διαβάζετε την εφημερίδα ή όταν παρακολουθείτε τηλεόραση	0	1	2	3
8. Κινείστε ή μιλάτε τόσο αργά που άλλοι άνθρωποι θα το παρατηρούσαν. Ή το αντίθετο – είστε τόσο ανήσυχος(η) ή νευρικός(ή), που κινείστε πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο	0	1	2	3
9. Σκεπτόσαστε ότι θα ήταν καλύτερα αν είχατε πεθάνει ή σκεπτόσαστε να προκαλέσετε κακό στον εαυτό σας με κάποιο τρόπο	0	1	2	3
<p>Εάν επιλέξατε <u>κάποια</u> προβλήματα, πόση <u>δυσκολία</u> προκάλεσαν τα προβλήματα αυτά στη δουλειά σας, στις οικιακές εργασίες σας ή στην επικοινωνία σας με άλλα άτομα;</p> <p>Καμιά δυσκολία <input type="checkbox"/> Μερική δυσκολία <input type="checkbox"/> Μεγάλη δυσκολία <input type="checkbox"/> Υπερβολική δυσκολία <input type="checkbox"/></p>				

--

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν στο χρόνο που έχετε αφιερώσει για κάποια σωματική δραστηριότητα τις **τελευταίες 7 ημέρες**. Περιλαμβάνουν ερωτήσεις σχετικά με δραστηριότητες που κάνετε κατά την εργασία σας, στις μετακινήσεις σας, στις δουλειές του σπιτιού, του κήπου και στον ελεύθερο χρόνο σας για ψυχαγωγία, άσκηση ή άθληση. Σας παρακαλώ να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις, ακόμα και εάν πιστεύετε ότι δεν είστε ένα ιδιαίτερα σωματικά δραστήριο άτομο.

Πριν απαντήσετε τις ερωτήσεις 1 και 2, σκεφτείτε όλες τις **έντονες** σωματικές δραστηριότητες που κάνατε κατά τις **τελευταίες 7 ημέρες**. Μια έντονη σωματική δραστηριότητα αναφέρεται σε δραστηριότητες που απαιτούν έντονη σωματική προσπάθεια και σας κάνουν να αναπνέετε σημαντικά δυσκολότερα από ότι συνήθως. Σκεφθείτε μόνο τις **έντονες** σωματικές δραστηριότητες που κάνατε και είχαν διάρκεια **μεγαλύτερη από 10 λεπτά** κάθε φορά.

- 1. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες κάνατε κάποια έντονη σωματική δραστηριότητα, όπως σκάψιμο, έντονη άσκηση με βάρη, τρέξιμο σε διάδρομο με κλίση, γρήγορο τρέξιμο, aerobics, γρήγορη ποδηλασία, γρήγορη κολύμβηση, τένις μονό, αγώνας σε γήπεδο (ποδόσφαιρο, basketball-μπάσκετ, volleyball-βόλεϊ, κλπ);**

_____ημέρες ανά εβδομάδα

εάν δεν κάνατε έντονες σωματικές δραστηριότητες, τότε προχωρήστε στην ερώτηση 3

- 2. Τις ημέρες που κάνατε κάποια έντονη σωματική δραστηριότητα, πόσο χρόνο αφιερώνετε συνήθως;**

_____λεπτά ανά ημέρα δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος

Πριν απαντήσετε τις ερωτήσεις 3 και 4, σκεφτείτε όλες τις **μέτριας έντασης** σωματικές δραστηριότητες που κάνατε κατά τις **τελευταίες 7 ημέρες**. Μια μέτριας έντασης σωματική δραστηριότητα αναφέρεται σε δραστηριότητες που απαιτούν μέτρια σωματική προσπάθεια

και σας κάνουν να αναπνέετε κάπως δυσκολότερα από ότι συνήθως. Σκεφθείτε μόνο τις μέτριας έντασης σωματικές δραστηριότητες που κάνατε και είχαν διάρκεια μεγαλύτερη από 10 λεπτά κάθε φορά.

3. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες κάνατε κάποια μέτρια σωματική δραστηριότητα, όπως το να σηκώσετε και να μεταφέρετε ελαφρά βάρη (λιγότερο από 10κιλά), συνολική καθαριότητα του σπιτιού, ήπιες ρυθμικές ασκήσεις σώματος, ποδηλασία αναψυχής με χαμηλή ταχύτητα, χαλαρή κολύμβηση; Σας παρακαλώ να μη συμπεριλάβετε το περπάτημα.

_____ημέρες ανά εβδομάδα

εάν δεν κάνατε μέτριας έντασης σωματικές δραστηριότητες, τότε προχωρήστε στην ερώτηση 5

4. Τις ημέρες που κάνατε κάποια μέτρια σωματική δραστηριότητα, πόσο χρόνο αφιερώνετε συνήθως;

_____λεπτά ανά ημέρα

δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος

Πριν απαντήσετε στις ερωτήσεις 5 και 6, σκεφθείτε το χρόνο που περπατήσατε κατά τις τελευταίες 7 ημέρες. Να συμπεριλάβετε το περπάτημα στο χώρο της εργασίας σας, στο σπίτι, στις μετακινήσεις σας και στον ελεύθερο χρόνο σας για ψυχαγωγία, άσκηση ή άθληση.

5. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες περπατήσατε για περισσότερο από 10 συνεχόμενα λεπτά;

_____ημέρες ανά εβδομάδα

εάν δεν περπατήσατε καμία φορά περισσότερο από 10 συνεχόμενα λεπτά, τότε προχωρήστε στην ερώτηση 7

6. Τις ημέρες που περπατήσατε, για περισσότερο από 10 συνεχόμενα λεπτά, πόσο χρόνο περάσατε περπατώντας;

_____λεπτά ανά ημέρα

δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος

7. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσο χρόνο περάσατε καθισμένος/η σε μια συνηθισμένη μέρα; Ο χρόνος αυτός μπορεί να περιλαμβάνει το χρόνο που περνάτε καθισμένος/η στο σπίτι, στο γραφείο, στο αυτοκίνητο, όταν διαβάζετε, όταν είστε με φίλους, ξεκουράζεστε σε πολυθρόνα ή βλέπετε τηλεόραση, αλλά δεν περιλαμβάνει τον ύπνο.

_____ ώρες ανά ημέρα

δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος

Τέλος του ερωτηματολογίου. Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας.