



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Συμβουλευτική Ψυχολογία και Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την
Εκπαίδευση και την Υγεία»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Πώς το νόημα ζωής, η ψυχική ανθεκτικότητα και η πνευματικότητα σχετίζονται
με την ανάπτυξη καταθλιπτικών και αγχώδων διαταραχών**

Κορομηλά Μαρία

Μέλη τριμελούς επιτροπής:

Κλεφτάρας Γεώργιος, Καθηγητής (επιβλέπων)

Βλάχου Αναστασία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Βαβουγιός Διονύσης, Καθηγητής

Βόλος, Μάρτιος 2019

Υπεύθυνη δήλωση περί μη λογοκλοπής

Η Κορομηλά Μαρία, γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία με τίτλο «Πώς το νόημα ζωής, η ψυχική ανθεκτικότητα και η πνευματικότητα σχετίζονται με την ανάπτυξη καταθλιπτικών και αγχώδων διαταραχών» αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή/και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Η ΔΗΛΟΥΣΑ

ΚΟΡΟΜΗΛΑ ΜΑΡΙΑ

Σύντομη περίληψη

Τα ολοένα αυξανόμενα ποσοστά των καταθλιπτικών και των αγχώδων διαταραχών στη χώρα μας αποτελούν μια πραγματικότητα τα τελευταία χρόνια. Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει πώς η ύπαρξη και η αναζήτηση νοήματος ζωής, η ψυχική ανθεκτικότητα και η πνευματικότητα σχετίζονται με την εμφάνιση καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής.

Το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ομάδες, την ομάδα του γενικού πληθυσμού (105 συμμετέχοντες) και την ομάδα του κλινικού πληθυσμού (44 συμμετέχοντες). Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω της συμπλήρωσης τεσσάρων ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς, καθώς και ενός σύντομου ερωτηματολογίου που περιελάμβανε δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία για σωματικές και ψυχικές νόσους των υποκειμένων.

Μετά τη συλλογή των δεδομένων συγκρίθηκαν οι δύο ομάδες ως προς την εμφάνιση κατάθλιψης, άγχους και στρες, ως προς το νόημα ζωής, την ψυχική ανθεκτικότητα και την πνευματικότητα με σκοπό να βρεθούν τυχόν διαφορές. Έπειτα μελετήθηκε η σχέση της ψυχικής ανθεκτικότητας με την κατάθλιψη, το άγχος, το στρες, με το νόημα ζωής και την πνευματικότητα, η σχέση που έχει η πνευματικότητα με την κατάθλιψη, το άγχος, το στρες και το νόημα ζωής και η σχέση του νοήματος ζωής με την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες και στις δύο ομάδες. Μετά ακολούθησε σύγκριση των δημογραφικών στοιχείων στις δύο ομάδες, με σκοπό να βρεθεί αν κάποιος δημογραφικός παράγοντας σχετίζεται με την καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή. Τέλος μελετήθηκε η σχέση όλων των μεταβλητών (νόημα ζωής, ψυχική, ανθεκτικότητα, πνευματικότητα, δημογραφικά χαρακτηριστικά) με την εμφάνιση καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κλινική ομάδα είχε περισσότερη κατάθλιψη, άγχος και στρες, ότι η ύπαρξη νοήματος ζωής συνδέεται με αυξημένη καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή, ότι η χαμηλή ψυχική ανθεκτικότητα σχετίζεται με την εμφάνιση καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής, ότι η χαμηλή πνευματικότητα σχετίζεται με υψηλή κατάθλιψη και ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο και η ανεργία αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής. Τα αποτελέσματα αυτά θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν τόσο στη δημιουργία προγραμμάτων πρόληψης της ψυχοπαθολογίας αλλά και στη συμβουλευτική και ψυχοθεραπευτική διαδικασία ώστε να βοηθηθεί ο συμβουλευόμενος ποικιλοτρόπως.

Λέξεις κλειδιά: καταθλιπτική διαταραχή, αγχώδης διαταραχή, νόημα ζωής, ψυχική ανθεκτικότητα, πνευματικότητα.

Σύντομη περίληψη στα αγγλικά

One of the realities of the past few years is the ever-increasing percentage of depression and anxiety disorders in our country. The purpose of this study is to investigate how the existence and search for the meaning of life, resilience and spirituality are related to the development of depressive and anxiety disorders.

The study sample was split into two groups, the group representing general population (with 105 participants) and the group representing clinical population (with 44 participants). The data collection was achieved through four self-referential questionnaires and one short questionnaire which included demographic data and data on the subjects' physical and mental illnesses.

After the data collection was completed, the two groups were compared in terms of showing signs of depression, anxiety and stress, meaning of life, resilience and spirituality. This comparison was aimed at finding possible differences between the two groups. This was followed by a study of the relationship between resilience and depression, anxiety, stress, the meaning of life and spirituality, the relationship between spirituality and depression, anxiety, stress and the meaning of life, and finally the relationship between the meaning of life with depression, anxiety and stress, in both groups. The next step was comparing the demographic data of the two groups, with the intent of determining if there is a demographic factor linked to depressive or anxiety disorders. Lastly, there was a study of the relationship between all the aforementioned variables (meaning of life, resilience, spirituality, demographic characteristics) with the development of a depressive or anxiety disorder.

The results indicated that the clinical group suffered from increased levels of depression, anxiety and stress, that the existence of a meaning of life is linked to an increase in depressive or anxiety disorders, that a low level of resilience is linked to the emergence of a depressive or anxiety disorder, that a low level of spirituality is linked to high levels of depression and that the educational level and unemployment are factors that contribute to the development of a depressive or anxiety disorder. These results could be utilised both in creating programs to prevent psychopathology and also in the process of counselling and psychotherapy, in order to help the patient in a variety of ways.

Keywords: depressive disorder, anxiety disorder, meaning of life, resilience, spirituality.

Εκτενής περίληψη

Τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας παρατηρούμε την αύξηση των ποσοστών των καταθλιπτικών και των αγχώδων διαταραχών. Ολοένα και περισσότεροι άνθρωποι υποφέρουν, αλλάζει η καθημερινότητα τους και γίνονται δυσλειτουργικοί υποφέροντας συναισθηματικά αλλά και μη μπορώντας να βγάλουν σε πέρας την καθημερινότητα τους. Οι παράγοντες που θα μπορούσαν να σχετίζονται με αυτή την αύξηση ποικίλλουν και αφορούν τόσο πολιτικοκοινωνικές συνθήκες, οικονομικά και πολιτιστικά δεδομένα αλλά και ατομικά χαρακτηριστικά. Στην παρούσα έρευνα θα μελετηθούν κάποιοι ατομικοί παράγοντες, δηλαδή παράγοντες που αφορούν το κάθε άτομο ξεχωριστά και η σχέση τους με την εμφάνιση καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής. Φυσικά οι παράγοντες αυτοί επηρεάζονται και από τις κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές και πολιτιστικές συνθήκες που ζει το κάθε άτομο. Πιο συγκεκριμένα ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει τη σχέση που έχει η ύπαρξη και η αναζήτηση νοήματος ζωής, η ψυχική ανθεκτικότητα και η πνευματικότητα με την εμφάνιση καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής.

Το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ομάδες, την ομάδα του γενικού πληθυσμού (105 συμμετέχοντες) και την ομάδα του κλινικού πληθυσμού (44 συμμετέχοντες). Η συλλογή δεδομένων έγινε μέσω της συμπλήρωσης τεσσάρων ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς, καθώς και ενός σύντομου ερωτηματολογίου που περιελάμβανε δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία για την ύπαρξη ή μη σωματικών ή ψυχικών νόσων των υποκειμένων.

Οι υποθέσεις διαμορφώθηκαν με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε. Οι αρχικές υποθέσεις αφορούσαν τη σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την εμφάνιση κατάθλιψης, άγχους, στρες, το νόημα ζωής, τη ψυχική ανθεκτικότητα και την πνευματικότητα. Υποθέσαμε λοιπόν, ότι η κλινική ομάδα θα εμφανίζει αυξημένη κατάθλιψη, άγχος, στρες, μειωμένο νόημα ζωής, μειωμένη ψυχική ανθεκτικότητα και πνευματικότητα σε σχέση με την ομάδα του γενικού πληθυσμού. Έπειτα ακολούθησαν συσχετιστικές υποθέσεις που αφορούσαν τη σχέση της ψυχικής ανθεκτικότητας με την κατάθλιψη, το άγχος, το στρες, το νόημα ζωής και την πνευματικότητα, τη σχέση της πνευματικότητας με την κατάθλιψη, το άγχος, το στρες και το νόημα ζωής, τη σχέση του νοήματος ζωής με την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες. Αμέσως μετά διατυπώθηκε η υπόθεση που αναζητά να μελετήσει ποια δημογραφικά χαρακτηριστικά συμβάλλουν στην εμφάνιση της καταθλιπτικής και αγχώδους διαταραχής. Η τελευταία υπόθεση αφορούσε τη σχέση του συνόλου των μεταβλητών με την εμφάνιση καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής.

Αφού συλλέχθηκαν τα δεδομένα μέσω των παραπάνω ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς ξεκίνησε η στατιστική τους μελέτη. Αρχικά χρειάστηκε να γίνει παραγοντική ανάλυση και ανάλυση αξιοπιστίας για τα δύο από τα τέσσερα ερωτηματολόγια, αυτό που μελετούσε τη ψυχική ανθεκτικότητα και αυτό που αφορούσε την πνευματικότητα, αφού δεν είχαν σταθμιστεί στα ελληνικά δεδομένα.

Έπειτα έγινε σύγκριση των απαντήσεων που έδωσαν τα υποκείμενα στα ερωτηματολόγια για την κατάθλιψη, το άγχος, το στρες, το νόημα ζωής, την ψυχική ανθεκτικότητα και την πνευματικότητα ανάμεσα στις δύο ομάδες χρησιμοποιώντας τους ελέγχους Mann-Whitney και Student's t-test. Ακολούθησε μελέτη της σχέσης της ψυχικής ανθεκτικότητας με την κατάθλιψη, το άγχος, το στρες, με το νόημα ζωής και την πνευματικότητα, η σχέση που έχει η πνευματικότητα με την κατάθλιψη, το άγχος, το στρες και το νόημα ζωής και η σχέση του νοήματος ζωής με την κατάθλιψη, το

άγχος και το στρες και στις δύο ομάδες χρησιμοποιώντας το συντελεστή συχέτισης Spearman. Μετά ακολούθησε σύγκριση των δημογραφικών στοιχείων στις δύο ομάδες, με σκοπό να βρεθεί αν κάποιος δημογραφικός παράγοντας σχετίζεται με την καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή, μέσω των στατιστικών δοκιμασιών χ^2 τεστ και Mann-Whitney. Τέλος μελετήθηκε η σχέση όλων των μεταβλητών (νόημα ζωής, ψυχική, ανθεκτικότητα, πνευματικότητα, δημογραφικά χαρακτηριστικά) με την εμφάνιση καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής, πραγματοποιώντας μια πολυπαραγοντική ανάλυση.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κλινική ομάδα είχε περισσότερη κατάθλιψη, άγχος και στρες, ότι η ύπαρξη νοήματος ζωής συνδέεται με αυξημένη καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή, ότι η χαμηλή ψυχική ανθεκτικότητα σχετίζεται με την εμφάνιση καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής, ότι η χαμηλή πνευματικότητα σχετίζεται με υψηλή κατάθλιψη και ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο και η ανεργία αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής.

Τα αποτελέσματα αυτά θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν τόσο στη δημιουργία προγραμμάτων πρόληψης της ψυχοπαθολογίας αλλά και στον εμπλουτισμό της συμβουλευτικής και ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας ώστε οι συμβουλευόμενοι να παίρνουν άμεσα τη βοήθεια που χρειάζονται, να μειώνεται ο χρόνος που υποφέρουν και να αυξάνεται η αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής διαδικασίας.

Σαφώς προτείνεται η περαιτέρω έρευνα της σχέσης των παραπάνω μεταβλητών τόσο σε μεγαλύτερο δείγμα όσο και σε διαφορετικά πλαίσια όπως νοσοκομεία ή κλινικές ψυχιατρικής. Επιπλέον προτείνεται η μελέτη των παραπάνω εννοιών ξεχωριστά για την ήπια, μέτρια και βαριά καταθλιπτική και αγχώδη διαταραχή ώστε να διατυπωθεί μια πιο σφαιρική θέση για το ζήτημα.

Ευχαριστίες

Νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους αυτούς που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας. Πρώτα από όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή και επιβλέποντά μου, κύριο Γεώργιο Κλεφτάρα, για την άριστη συνεργασία μας και την πολύτιμη βοήθειά του σε όλα τα στάδια της εργασίας. Θα ήθελα ακόμα να ευχαριστήσω ολόψυχα το σύντροφο μου Λάμπρο ο οποίος βοήθησε πραγματικά με κάθε τρόπο για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας τόσο ηθικά όσο και υλικά καθώς και τους γονείς μου, Μάρθα και Απόστολο, που για ακόμη μια φορά στάθηκαν δίπλα μου και σε αυτή μου την προσπάθειά και με συνδράμανε με κάθε δυνατό τρόπο. Επιπλέον ευχαριστώ τα αδέρφια μου Σοφία, Ιωάννα και Παναγιώτη που με υποστήριξαν με ποικίλλους τρόπους.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	10
Κεφάλαιο 1ο: Βιβλιογραφική ανασκόπηση	13
1.1. Καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές.....	13
1.1.1. Καταθλιπτικές διαταραχές.....	13
1.1.2. Αγχώδεις διαταραχές.....	20
1.2. Νόημα ζωής.....	24
1.2.1 Νόημα ζωής και καταθλιπτική /αγχώδης διαταραχή.....	26
1.3. Ψυχική ανθεκτικότητα.....	27
1.3.1. Ψυχική ανθεκτικότητα και ψυχική υγεία	30
1.3.2. Ψυχική ανθεκτικότητα και νόημα ζωής	31
1.3.3. Ψυχική ανθεκτικότητα και πνευματικότητα.....	32
1.4. Πνευματικότητα	33
1.4.1. Πνευματικότητα και ψυχική υγεία	34
1.4.2 Πνευματικότητα και νόημα ζωής	37
1.5. Ερευνητικές υποθέσεις.....	38
Κεφάλαιο 2ο: Μεθοδολογία.....	40
2.1 Δείγμα.....	40
2.2 Ψυχομετρικά εργαλεία	43
2.2.1 Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες.....	43
2.2.2 Ερωτηματολόγιο Νοήματος Ζωής.....	45
2.2.3. Κλίμακα Ανθεκτικότητας.....	48
2.2.4 Ερωτηματολόγιο ως προς τα Συστήματα Πεποιθήσεων	49
2.2.5 Δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία σωματικής και ψυχικής υγείας	51
2.3 Διαδικασία – Συλλογή υλικού.....	51
Κεφάλαιο 3ο: Αποτελέσματα.....	54
3.1 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων	54
3.2 Παραγοντικές αναλύσεις.....	54
3.2.1 Παραγοντική ανάλυση της Κλίμακας Ανθεκτικότητας.....	55
3.2.2 Παραγοντική ανάλυση του Ερωτηματολογίου ως προς τα Συστήματα Πεποιθήσεων	58
3.3. Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την εμφάνιση Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες, το Νόημα Ζωής, τη Ψυχική Ανθεκτικότητα και τη Πνευματικότητα.....	61
3.3.1 Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την εμφάνιση Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες..	61
3.3.2 Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς το Νόημα ζωής.....	62
3.3.3 Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς τη Ψυχική Ανθεκτικότητα.....	64

3.3.4 Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την Πνευματικότητα	66
3.4 Συσχέτιση της ψυχικής ανθεκτικότητας με την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες, το νόημα ζωής και τη πνευματικότητα ξεχωριστά στις δύο ομάδες.....	67
3.5 Συσχέτιση της Πνευματικότητας με την Κατάθλιψη, το Άγχος, το Στρες και το Νόημα ζωής ξεχωριστά στις δύο ομάδες.....	68
3.6 Συσχέτιση της Κατάθλιψης, του Άγχους και του Στρες με το Νόημα ζωής ξεχωριστά στις δύο ομάδες	69
3.7 Σύγκριση Δημογραφικών στοιχείων στις δύο ομάδες.....	71
3.8 Η πρόβλεψη της καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής από το νόημα ζωής, τη ψυχική ανθεκτικότητα, την πνευματικότητα, την εμφάνιση κατάθλιψης , άγχους, στρες και τα δημογραφικά στοιχεία	73
Κεφάλαιο 4ο: Συζήτηση – Συμπεράσματα –Προτάσεις.....	75
Βιβλιογραφία.....	83
Παράρτημα Α : Εισαγωγικό σημείωμα και ψυχομετρικά εργαλεία.....	93
Παράρτημα Β : Πίνακες αναφορικά με τη σωματική και ψυχική υγεία των συμμετοχόντων	103
Παράρτημα Γ: Αποτελέσματα παραγοντικών αναλύσεων.....	107

Εισαγωγή

Οι καταθλιπτικές και οι αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζουν μια άνοδο στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια. Το γεγονός αυτό έχει κινητοποιήσει το ενδιαφέρον των ερευνητών για τις διαταραχές αυτές αλλά και για τους παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση τους. Η εύρεση κάποιων αιτιολογικών παραγόντων θα βοηθούσε τόσο στην πρόληψη όσο και στη θεραπεία των παραπάνω διαταραχών. Οι περισσότερες έρευνες που καταπιάνονται με τις καταθλιπτικές και τις αγχώδεις διαταραχές φαίνεται να έχουν πραγματοποιηθεί στο γενικό πληθυσμό ή σε ομάδες με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όπως οι μετανάστες, οι καρκινοπαθείς, άτομα με χρόνιες ασθένειες, άτομα με κάθε είδους ψυχολογικά τραύματα.

Δε φαίνεται να έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες στον κλινικό πληθυσμό όπως αυτός προκύπτει από τις ψυχιατρικές διαγνώσεις σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V). Η ερευνητική κοινότητα δε φαίνεται να έχει ασχοληθεί εκτενώς με τους ανθρώπους εκείνους που ζουν στα σπίτια τους και όχι σε κλινικές, νοσοκομεία ή ξενώνες και προσπαθούν να διατηρούν την καθημερινότητά τους (εργασία, σπουδές, σχέσεις) αλλά ταυτόχρονα υποφέρουν από την καταθλιπτική διαταραχή ή από κάποια αγχώδη διαταραχή και λαμβάνουν μέρος σε φαρμακευτική θεραπεία ή/και άλλου είδους θεραπείες όπως η ψυχοθεραπεία, η ομοιοπαθητική, ο διαλογισμός, ο βελονισμός.

Με βάση λοιπόν το παραπάνω επιλέχτηκε να μελετηθεί ο κλινικός αυτός πληθυσμός και να συγκριθεί με το γενικό πληθυσμό. Οι παράγοντες που θα μπορούσαν να σχετίζονται με την αύξηση της καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής ποικίλλουν και αφορούν τόσο πολιτικοκοινωνικές συνθήκες, οικονομικά και πολιτιστικά δεδομένα αλλά και ατομικά χαρακτηριστικά. Στην παρούσα έρευνα θα μελετηθούν κάποιοι ατομικοί παράγοντες, και η σχέση τους με την εμφάνιση καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής. Οι παράγοντες αυτοί επηρεάζονται και από τις κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές και πολιτιστικές συνθήκες που ζει το κάθε άτομο. Πιο συγκεκριμένα επιλέχτηκαν οι μεταβλητές της ύπαρξης και της αναζήτησης νοήματος ζωής, η ψυχική ανθεκτικότητα και η πνευματικότητα και ο στόχος είναι να διερευνηθεί η σχέση τους με την εμφάνιση καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής. Οι ερευνητικές υποθέσεις διαμορφώθηκαν με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Αρκετές έρευνες έχουν συσχετίσει την ύπαρξη και την αναζήτηση νοήματος ζωής, την ψυχική ανθεκτικότητα

και την πνευματικότητα με την εμφάνιση κατάθλιψης, άγχους και άλλων ψυχοσυναισθηματικών και ψυχοσωματικών συμπτωμάτων.

Αρκετοί ερευνητές επισήμαναν τη σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη νοήματος ζωής και την απουσία δυσλειτουργίας ή ψυχοπαθολογίας (Chan, 2009. Halama & Dedova, 2007. Ho, Cheung, & Cheung, 2010. Holahan, Holahan, & Suzuki, 2008. Owens, Steger, Whitesell, & Herrera, 2009). Η έννοια του νοήματος ζωής έχει χαρακτηριστεί ως δείκτης ευμερίας (Ryff, 1989), ως διευκολυντικός παράγοντας για την προσαρμοστικότητα του ατόμου (Park & Folkman, 1997) ή ως δείκτης θεραπευτικής ανάπτυξης (Crumbaugh & Maholick, 1964. Frankl, 1965).

Η ψυχική ανθεκτικότητα φαίνεται να είναι σύμφωνα με προγενέστερες έρευνες μια έννοια που αναφέρεται στην ικανότητα για επιτυχημένη προσαρμογή στις δύσκολες συνθήκες, στην ικανότητα αναπήδησης από τραυματικά γεγονότα (Rutter, 2006) και η ύπαρξη της ικανότητας αυτής σχετίζεται με μειωμένα ποσοστά ψυχικής ασθένειας συμπεριλαμβανομένης της καταθλιπτικής και αγχώδους διαταραχής.

Όσον αφορά την πνευματικότητα πληθώρα ερευνών έχει δείξει ότι η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα παρέχουν υποστήριξη και καθοδήγηση και με αυτό το τρόπο μειώνεται η εμφάνιση καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας και διαταραχής (Dein, 2006).

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από δύο ομάδες ενηλίκων ανδρών και γυναικών από 18 έως 55 ετών, μια ομάδα από το γενικό πληθυσμό και μια άλλη από κλινικό πληθυσμό διαγνωσμένο από ψυχιάτρους με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή. Το δείγμα αποτελείται από 149 άτομα συνολικά, τα 105 από το γενικό πληθυσμό και τα 44 από κλινικό πληθυσμό.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο αποσαφηνίζονται οι βασικές έννοιες της έρευνας η καθεμιά ξεχωριστά. Στο ίδιο κεφάλαιο ακολουθεί βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τις συσχετίσεις της εξαρτημένης μεταβλητής που είναι η ύπαρξη καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής και των ανεξάρτητων μεταβλητών που είναι το νόημα ζωής, η ψυχική ανθεκτικότητα και η πνευματικότητα. Επίσης παρουσιάζεται και η συσχέτιση της ψυχικής ανθεκτικότητας με το νόημα ζωής και την πνευματικότητα καθώς και η σχέση της πνευματικότητας με το νόημα ζωής όπως προκύπτει από τη μελέτη της βιβλιογραφίας. Στο τέλος του κεφαλαίου παρουσιάζονται οι ερευνητικές υποθέσεις.

Στο δεύτερο κεφάλαιο καταγράφεται η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την παρούσα έρευνα και συγκεκριμένα οι ερευνητικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν, ο τρόπος και η διαδικασία συλλογής των δεδομένων, τα χαρακτηριστικά του δείγματός, καθώς και τα ψυχομετρικά εργαλεία με τα οποία συλλέχθηκαν τα δεδομένα. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά όλα τα βήματα που ακολουθήθηκαν για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων.

Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο καταγράφονται τα συμπεράσματά μας καθώς και σχετική συζήτηση, με βάση τόσο τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας όσο και άλλων σχετικών ερευνών. Παράλληλα παρουσιάζονται προτάσεις για την αξιοποίηση των αποτελεσμάτων αλλά και για περαιτέρω έρευνα. Τέλος αναφέρονται οι περιορισμοί που καθιστούν ανέφικτη τη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Κεφάλαιο 1ο: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Το κύριο θέμα της παρούσας έρευνας σχετίζεται με την εμφάνιση ή μη καταθλιπτικής και αγχώδους διαταραχής σε σχέση με το νόημα ζωής, την ψυχική ανθεκτικότητα και την πνευματικότητα. Για το λόγο αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό να προσδιοριστούν από την αρχή εννοιολογικά, τόσο η εξαρτημένη μεταβλητή που είναι η ύπαρξη καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής, όσο και οι τρεις ανεξάρτητες μεταβλητές που είναι το νόημα ζωής, η ψυχική ανθεκτικότητα και η πνευματικότητα καθώς και η συσχέτιση που έχει καταγραφεί στη βιβλιογραφία.

1.1. Καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές

Οι καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές είναι οι πιο συνηθισμένες ψυχολογικές διαταραχές σε δείγματα κοινοτικής και πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αντιπροσωπεύοντας το 14% (αγχώδεις διαταραχές) και το 6.9% (καταθλιπτικές διαταραχές) των ψυχολογικών διαταραχών στην Ευρώπη. Κατά συνέπεια, διαπιστώθηκε ότι οι παραπάνω διαταραχές αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο ποσοστό έμμεσου (αναρρωτικής άδειας, πρόωρης συνταξιοδότησης και αυτοκτονίας) και άμεσου κόστους (ιατρικών συμπληρωμάτων και θεραπείας) συνολικά στις ευρωπαϊκές χώρες. Συνολικά, οι διαταραχές άγχους κοστίζουν στις ευρωπαϊκές χώρες 74,4 δισεκατομμύρια ευρώ και οι καταθλιπτικές διαταραχές 113,4 δισεκατομμύρια ευρώ κατά τη διάρκεια ενός έτους. Λαμβάνοντας υπόψη αυτές τις εκτιμήσεις, είναι σημαντική η πρόληψη των διαταραχών άγχους και κατάθλιψης (Olesen et al., 2012).

1.1.1. Καταθλιπτικές διαταραχές

Η καταθλιπτική διαταραχή φαίνεται να έχει εξελιχθεί σε σοβαρό ζήτημα για τις σύγχρονες κοινωνίες. Επηρεάζει περίπου το 5-10% των εφήβων και το 10-15% των ενηλίκων. Μπορεί να προκληθεί από πολλούς διαφορετικούς προσωπικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες. Αποτελεί σημαντικό οικονομικό βάρος, όχι μόνο στα άτομα με τη διαταραχή, αλλά και στις οικογένειές τους, τις κοινότητες, τους εργοδότες, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και τους προϋπολογισμούς της γενικής κυβέρνησης παγκοσμίως. Σε μια εποχή οικονομικής κρίσης σε ολόκληρο

τον πλανήτη είναι ένα ζήτημα που αξίζει να μελετηθεί περαιτέρω και να προληφθεί όσο δύναται περισσότερο (Anderson et al., 2011).

Στην Ευρώπη το 5% περίπου παρουσιάζει κλινική κατάθλιψη. Οι ερευνητές του ζητήματος υποθέτουν ότι σε κάποια μελλοντική στιγμή το 17% των Ευρωπαίων θα βιώσει καταθλιπτική διαταραχή σε σημαντικά επικίνδυνο βαθμό. Στο 25% των περιπτώσεων που υποφέρουν από καταθλιπτική διαταραχή, αναφέρεται ότι η διαταραχή έχει διάρκεια μικρότερη του ενός μήνα ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 50% βιώνει την διαταραχή αυτή για ένα διάστημα που δεν υπερβαίνει τους τρεις μήνες. Σε ένα ποσοστό μεταξύ 25% με 30% τα καταθλιπτικά επεισόδια παραμένουν για περίπου ένα χρόνο μετά την εμφάνισή της, την ώρα που ένα αντίστοιχο ποσοστό βιώνει καταθλιπτική διαταραχή για πάνω από δύο έτη. Πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση κάθε τέτοιου περιστατικού είναι οι νέοι ηλικίας 24-29 ετών, με το θηλυκό φύλο να παρουσιάζει πολύ περισσότερες πιθανότητες. Πιο συγκεκριμένα είναι δυο φορές πιο πιθανό για τις γυναίκες να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τους άνδρες. Στην πρώτη περίπτωση των γυναικών ο επιπολασμός αγγίζει το 26% ενώ στην περίπτωση των ανδρών τα ποσοστά υπολογίζονται στο 12% (Celano & Huffman, 2011).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι η καταθλιπτική διαταραχή πλήττει πάνω από 300.000.000 ανθρώπους. Υποστηρίζει επίσης ότι από χώρα σε χώρα διαφέρουν τα ποσοστά επιπολασμού. Για παράδειγμα στη Ρουμανία το ποσοστό δεν ξεπερνά το 1,5% ενώ στην Ιρλανδία τα ποσοστά κατάθλιψης αγγίζουν το 12% (World Health Organization, 2017). Είναι μια διαταραχή που σπάνια εμφανίζεται πριν από την έναρξη της εφηβείας και συνήθως παρατηρείται στο ηλικιακό φάσμα μεταξύ 25-35 ετών ή και αργότερα, αν και παρουσιάζονται όλο και συχνότερα σε παιδιά και εφήβους (Kessler et al, 2005) .

Με τον όρο κατάθλιψη αναφερόμαστε σε μια συναισθηματική κατάσταση κατά την οποία το άτομο βιώνει αρνητικά συναισθήματα. Η κατάσταση αυτή μπορεί να κριθεί φυσιολογική, μπορεί να σηματοδοτεί την ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ή να σχετίζεται με κάποια ψυχοπαθολογική διαταραχή (Κλεφτάρας, 1998). Ο αριθμός, η ένταση των συμπτωμάτων, η χρονική διάρκεια της εμφάνισης τους, η ύπαρξη αντικειμενικών αιτιών (π.χ απώλεια ή θάνατος αγαπημένου προσώπου) καθώς και η λειτουργικότητα ή μη του ατόμου αποτελούν παράγοντες για το διαχωρισμό και τη διάγνωση της καταθλιπτικής διαταραχής (Pachana, Helmes, Byrne & al., 2010).

Επιχειρώντας μια ιστορική αναδρομή αξίζει να αναφερθεί ότι η καταθλιπτική διαταραχή ήταν γνωστή με τον όρο μελαγχολία και αναφέρεται για πρώτη φορά σε κείμενα της αρχαίας Μεσοποταμίας κατά την δεύτερη χιλιετία π.Χ. Την εποχή εκείνη, όλες οι ψυχικές ασθένειες αποδίδονταν σε δαιμονική κατοχή, και οι πάσχοντες παρακολουθούνταν από ιερείς και όχι από γιατρούς οι οποίοι θεράπευαν τις σωματικές ασθένειες. Η καταθλιπτική διαταραχή αποτελούσε πνευματική (ή διανοητική) ασθένεια και όχι σωματική. Οι αρχαίοι Έλληνες και Ρωμαίοι είχαν διχαστεί σχετικά με τα αίτια της μελαγχολίας. Από τη μια πλευρά η λογοτεχνία της εποχής ήταν γεμάτη από αναφορές για την ψυχική ασθένεια που προκαλείται από πνεύματα ή δαίμονες ενώ από την άλλη οι πρώτοι Ρωμαίοι και Έλληνες γιατροί πίστευαν ότι η καταθλιπτική διαταραχή ήταν μια βιολογική και ψυχολογική ασθένεια. Η γυμναστική, το μασάζ, η ειδική διατροφή, η μουσική, τα λουτρά, καθώς και αφέψημα από εκχύλισμα παπαρούνας και γάλα της γαϊδούρας χρησιμοποιήθηκαν για να ανακουφίσουν τα συμπτώματα της διαταραχής (Hotopf et al., 2002).

Ο Ιπποκράτης υποστήριξε ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και οι ψυχικές ασθένειες σχετίζονταν με ισορροπημένα ή μη ισορροπημένα υγρά του σώματος, τα οποία ονόμασε χυμούς. Ο Ιπποκράτης ταξινόμησε τις ψυχικές ασθένειες σε κατηγορίες που περιλάμβαναν τη μανία, τη μελαγχολία (καταθλιπτική διαταραχή) και τη φρενίτιδα (εγκεφαλικός πυρετός). Συνήθιζε να εφαρμόζει την αιματοχυσία (μια θεραπευτική τεχνική κατά την οποία αφαιρούνταν αίμα από το σώμα), την κολύμβηση, τη γυμναστική και τη δίαιτα για τη θεραπεία της καταθλιπτικής διαταραχής.

Πριν από τον ερχομό του Χριστού, η επιρροή του Ιπποκράτη ξεθώριασε και η άποψη που κυριαρχούσε μεταξύ των μορφωμένων Ρωμαίων ήταν ότι οι ψυχικές ασθένειες, όπως η καταθλιπτική διαταραχή, προκαλούνταν από δαίμονες και από την οργή των θεών. Σε αντίθεση, οι Πέρσες γιατροί όπως ο Ραζής (865-925), ο επικεφαλής γιατρός στο νοσοκομείο της Βαγδάτης, εξακολούθησε να βλέπει τον εγκέφαλο ως έδρα της ψυχικής ασθένειας και της μελαγχολίας. Οι θεραπείες για την ψυχική ασθένεια συχνά εμπλέκονταν με υδροθεραπείες (λουτρά) και πρώιμες μορφές της συμπεριφοριστικής θεραπείας (θετικές ανταμοιβές για την κατάλληλη συμπεριφορά) (O'Grady et al., 2010).

Το 1621, ο Robert Burton δημοσίευσε τη μελέτη του με τίτλο «Η Ανατομία της Μελαγχολίας» στην οποία περιέγραψε τα ψυχολογικά και κοινωνικά αίτια (όπως η φτώχεια, ο φόβος και η μοναξιά) της καταθλιπτικής διαταραχής. Ο Burton συνιστά

διατροφή, άσκηση, αντιπερισπασμό, ταξίδια, καθαρτικά (μέσα καθαρισμού που καθαρίζουν τον οργανισμό από τις τοξίνες), αιματοχυσία, βότανα, γάμο, ακόμα και μουσικοθεραπεία ως θεραπείες για την καταθλιπτική διαταραχή (Hidaka, 2012). Κατά την έναρξη της Εποχής του Διαφωτισμού, θεωρήθηκε ότι η καταθλιπτική διαταραχή ήταν μια κληρονομική, αμετάβλητη αδυναμία της ιδιοσυγκρασίας η οποία οδήγησε στην σκέψη ότι οι άνθρωποι που έπασχαν από αυτή θα έπρεπε να αποφεύγονται ή να κλειδώνονται (Goldman, 2000).

Πληθώρα από πολύπλοκες εξηγήσεις για την καταθλιπτική διαταραχή τέθηκαν σε λειτουργία κατά τη διάρκεια του τελευταίου μέρους της εποχής του Διαφωτισμού. Μερικοί γιατροί και συγγραφείς υποστήριζαν ότι η επιθετικότητα ήταν η πραγματική αιτία της καταθλιπτικής διαταραχής. Έτσι συνέστησαν άσκηση, μουσική, φαρμακευτική αγωγή και διατροφή και τόνισαν τη σημασία του να συζητά κανείς τα προβλήματα του με έναν στενό φίλο ή γιατρό.

Η πρόοδος και εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης ώθησε πολλούς επιστήμονες να αναζητήσουν τις βιολογικές αιτίες της καταθλιπτικής διαταραχής. Η καταθλιπτική διαταραχή για πρώτη φορά διακρίθηκε από την σχιζοφρένεια το 1895 από τον γερμανό ψυχίατρο Emil Kraepelin. Κατά την ίδια περίοδο, εφευρέθηκε η ψυχοδυναμική θεωρία και η ψυχανάλυση έγινε όλο και πιο δημοφιλής ως θεραπεία για την καταθλιπτική διαταραχή. Σε ένα δοκίμιο του το 1917, ο Sigmund Freud όρισε την μελαγχολία ως αντίδραση στην απώλεια: είτε την πραγματική απώλεια (όπως ο θάνατος ενός συζύγου), είτε την συμβολική απώλεια (όπως η αποτυχία να επιτευχθεί ένας σημαντικός στόχος). Ο Freud πίστευε ότι ο ασυνείδητος θυμός ενός ατόμου εξαιτίας της απώλειας αποδυναμώνει το εγώ, με αποτέλεσμα το μίσος του ατόμου για τον εαυτό του και την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Ο Freud πρότεινε την ψυχανάλυση για την επίλυση των ασυνείδητων συγκρούσεων και την μείωση της ανάγκης για αυτοκαταχρηστικές σκέψεις και συμπεριφορές.

Άλλοι γιατροί, κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, θεωρούσαν τη κατάθλιψη ως μια σωματική ασθένεια και διαταραχή του εγκεφάλου (Mondimore et al., 2006). Οι θεραπείες, κατά τα τέλη του 19ου και τις αρχές του 20ου αιώνα, ήταν συνήθως ανεπαρκείς για τα άτομα με σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή. Ως αποτέλεσμα, πολλοί ήταν οι άνθρωποι που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με λοβοτομή (χειρουργική καταστροφή του μετωπιαίου τμήματος του εγκεφάλου που είχε γίνει δημοφιλής ως «κατευναστική» θεραπεία). Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία επίσης ήταν μια δημοφιλής

θεραπεία που απευθύνονταν σε σχιζοφρενείς αλλά και σε άτομα με βαριά καταθλιπτική διαταραχή (Ancibure, Ancibure, & Sauret, 2010).

Η δεκαετία του 1950 θεωρήθηκε επίσης σημαντική για την αναζήτηση των οργανικών αιτιών και των θεραπειών της ψυχικής ασθένειας. Το 1952, οι γιατροί παρατήρησαν ότι ένα φάρμακο της φυματίωσης (η ισονιαζίδη) ήταν επίσης χρήσιμο στη θεραπεία των ατόμων με καταθλιπτική διαταραχή. Λίγο μετά από αυτό το σημαντικό εύρημα, η πρακτική της χρήσης φαρμακευτικής αγωγής για τη θεραπεία των ψυχικών ασθενειών απέκτησε μεγάλη αποδοχή και απήχηση. Έτσι πολλοί επιστήμονες από τον κλάδο της ψυχιατρικής άρχισαν να δίνουν έμφαση στη χρήση των φαρμάκων, χρησιμοποιώντας την φαρμακευτική αγωγή ως πρωτογενή θεραπεία για τις ψυχικές ασθένειες. Κατά την ίδια περίοδο ο κλάδος της ψυχολογίας αναπτύχθηκε και διαμορφώθηκαν οι προσεγγίσεις της ψυχοθεραπείας. Ο συμπεριφορισμός και η γνωσιακή συμπεριφοριστική σχολή σκέψης, οι ανθρωπιστικές θεραπείες και η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία ήταν οι πιο δημοφιλείς επιλογές θεραπείας.

Επομένως αντί να υιοθετήσουν είτε την πνευματική είτε τη σωματική εξήγηση της καταθλιπτικής διαταραχής, οι επιστήμονες και οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας αναγνωρίζουν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα έχουν πολλαπλές αιτίες. Δεν είναι δηλαδή πλέον απαραίτητο να επιλέξει κανείς μια ενιαία αιτία, καθώς δεν υπάρχει ενιαία αιτία, η οποία είναι αρκετή για να εξηγήσει όλες τις μορφές κατάθλιψης. Η καταθλιπτική διαταραχή έχει πολλαπλές αιτίες, συμπεριλαμβανομένων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αιτιών (Ancibure, Ancibure, & Sauret, 2010).

Σύμφωνα με τον Αμερικάνικο Ψυχιατρικό Οργανισμό και το τελευταίο διαγνωστικό εγχειρίδιο που έχει δημοσιεύσει το 2013 (DSM V) η διάγνωση της καταθλιπτικής διαταραχής γίνεται όταν εμφανίζονται πέντε από τα παρακάτω συμπτώματα για περίπου δύο εβδομάδες και εμφανίζεται αλλαγή από την προηγούμενη κατάσταση του ατόμου. Στα συμπτώματα αυτά ανήκουν η καταθλιπτική διάθεση το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, η έντονη μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης, η σημαντική απώλεια ή αύξηση του βάρους χωρίς δίαιτα ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης, η αϋπνία ή υπερυπνία, η ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, η κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας, τα αισθήματα αναξιότητας ή υπέρμετρης ή απρόσφορης ενοχής, η μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα, οι επανερχόμενες σκέψεις θανάτου, ο επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός με ή χωρίς σχέδιο, η απόπειρα αυτοκτονίας (American Psychiatric Association, 2013). Εδώ

χρειάζεται να αναφερθεί ότι για να τεθεί η διάγνωση της καταθλιπτικής διαταραχής, τα συμπτώματα δεν πρέπει να πληρούν τα κριτήρια ενός μεικτού επεισοδίου. Επιπλέον θα πρέπει να προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλων περιοχών της λειτουργικότητας, να μην οφείλονται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μίας ουσίας (φάρμακο ή ναρκωτική ουσία), να μη σχετίζονται με κάποια ιατρική κατάσταση (υποθυροειδισμός) και να μην εξηγούνται καλύτερα με πένθος.

Η Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD- International Classification of Diseases) αποτελεί μία κωδικοποίηση των νοσημάτων από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας που έχει σαν σκοπό την όσο το δυνατόν καλύτερη ανάλυση και επεξεργασία των ιατρικών διαγνώσεων παγκοσμίως. Η δέκατη αναθεώρηση της ταξινόμησης ξεκίνησε το 1983 και ολοκληρώθηκε το 1992 και είναι αυτή που χρησιμοποιείται μέχρι και σήμερα. Το εγχειρίδιο έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και η τελευταία αναδιατύπωση του ήταν το 2011. Σύμφωνα λοιπόν με το παραπάνω εγχειρίδιο η καταθλιπτική διαταραχή ανήκει στις συναισθηματικές διαταραχές. Στο εγχειρίδιο υπάρχει αναλυτική διάκριση μεταξύ διάφορων μορφών καταθλιπτικής διαταραχής η οποία ονομάζεται υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή. Έτσι η υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή εμπεριέχει τις εξής κατηγορίες: υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, με ήπιο επεισόδιο, υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, με μέτριας βαρύτητας επεισόδιο, υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, με επεισόδιο χωρίς σοβαρά ψυχωσικά συμπτώματα, υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, με επεισόδιο βαρύ με ψυχωσικά συμπτώματα, υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, ενίοτε διαλείπουσα, άλλες υποτροπιάζουσες καταθλιπτικές διαταραχές, υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, μη καθορισμένη. Η διαταραχή χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα επεισόδια κατάθλιψης (ήπια, μέτρια, βαριά) χωρίς ιστορικό ανεξάρτητων επεισοδίων υπερθυμίας ή υπερδραστηριότητας που πληρούν τα κριτήρια της μανίας. Στα τυπικά καταθλιπτικά επεισόδια και των τριών βαθμών (ήπια, μέτρια, βαριά) το άτομο πάσχει από καταθλιπτικό συναίσθημα, απώλεια ενδιαφερόντων και ευχαρίστησης, μειωμένη ενεργητικότητα, κόπωση, μειωμένη συγκέντρωση, μειωμένη αυτοεκτίμηση, ιδέες ενοχής και αναξιότητας, απαισιόδοξες προοπτικές για το μέλλον, πράξεις αυτοκαταστροφής ή αυτοκτονίας, διαταραγμένο ύπνο, μειωμένη όρεξη (World Health Organization, 1992) .

Οι παράγοντες που οδηγούν στην καταθλιπτική διαταραχή ποικίλλουν και πολλές φορές αλληλοεπηρεάζονται ώστε να εκδηλωθεί η διαταραχή. Είναι παράγοντες βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί. Όσον αφορά τους βιολογικούς παράγοντες η καταθλιπτική διαταραχή έχει συσχετιστεί με δυσλειτουργία κάποιων νευροδιαβιβαστικών συστημάτων όπως η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη (Χατζάκη, 2008). Η φαρμακευτική θεραπεία άλλωστε για την καταθλιπτική διαταραχή στοχεύει στην αποκατάσταση αυτής της δυσλειτουργίας.

Από την άλλη μεριά, κάποιοι άλλοι ερευνητές έχουν επισημάνει ότι ο τρόπος που σκέφτεται ο άνθρωπος και νοηματοδοτεί τα γεγονότα μπορεί να οδηγήσει σε καταθλιπτική συμπτωματολογία ή και διαταραχή. Οι υποστηρικτές του γνωσιακού μοντέλου ψυχοθεραπείας έχουν ασχοληθεί επί σειρά ετών σε ποικίλλες έρευνες με τις αρνητικές πεποιθήσεις οι οποίες πυροδοτούν τη καταθλιπτική συμπτωματολογία (Beck, 2011).

Οι χρόνιες παθήσεις παρουσιάζουν αυξημένο επιπολασμό καταθλιπτικών συμπτωμάτων και ψυχολογικών διαταραχών. Κάποιες φορές η καταθλιπτική διαταραχή είναι επακόλουθο κάποιων ειδικών βιολογικών επιδράσεων της χρόνιας πάθησης (Katon, 2011). Άξίζει να αναφερθεί ότι με την εμφάνιση καταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να σχετιστούν και κάποιες από τις νόσους του κεντρικού νευρικού συστήματος όπως η επιληψία, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η νόσος του Parkinson, κάποιες ενδοκρινικές διαταραχές όπως ο υποθυροειδισμός, κάποια αυτοάνοσα νοσήματα όπως ο ερυθματώδης λύκος. Επιπλέον κάποιες εξαρτησιογόνες ουσίες όπως το αλκοόλ και η κοκαΐνη καθώς και κάποια φάρμακα όπως αναλγητικά, ορμόνες και νευρολογικά έχουν σχετιστεί με τη διαταραχή (Brown, 2005). Η καταθλιπτική διαταραχή έχει συνδεθεί με αυξημένο κάπνισμα, παχυσαρκία, εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα (Kessler and Bromet, 2013).

Άλλοι παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται σύμφωνα με τις έρευνες με την εκδήλωση της διαταραχής αυτής μπορεί να είναι η ανεργία, το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, η εμφάνιση κάποιας σωματικής ή άλλης ψυχικής νόσου όπως οι αγχώδεις διαταραχές ή οι διαταραχές προσωπικότητας, η μετανάστευση, η απώλεια αγαπημένων προσώπων, κατοικίας, εργασίας (Χατζάκη, 2008). Το χρόνιο στρες συνδέεται επίσης με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της καταθλιπτικής διαταραχής (Andrews, Poulton, & Skoog, 2005). Οι άνθρωποι που είναι άνεργοι για έξι

μήνες ή και περισσότερο παρατηρείται να εμφανίζουν ένα ποσοστό κατάθλιψης τρεις φορές μεγαλύτερο από εκείνο του γενικού πληθυσμού (Langlieb & DePaulo, 2008).

Τα πρόωρα παιδικά τραύματα, όπως η απώλεια ενός γονέα πριν από την εφηβεία, η παραμέληση του παιδιού, η σωματική, συναισθηματική ή σεξουαλική κακοποίηση και το διαζύγιο των γονιών συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή του ατόμου (Langlieb & DePaulo, 2008). Οι οικογενειακές δυσλειτουργίες θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες που οδηγούν στην γέννηση μιας σειράς προβλημάτων καταθλιπτικής μορφής. Πολλοί θεωρητικοί όπως ο Carr (2016) που χρησιμοποιούν τις οπτικές γωνίες έχουν επεξεργαστεί τη σχέση μεταξύ οικογενειακού περιβάλλοντος και ψυχικής ασθένειας. Μια έρευνα 1290 εφήβων, ηλικίας 13-19 ετών, διαπίστωσε ότι οι έφηβοι που δεν ζουν με τους δύο γονείς ήταν 1,5 φορές πιο πιθανό να είναι καταθλιπτικοί από όσους κατοικούσαν με τους δύο γονείς (Maharaj et al., 2008).

Η ύπαρξη λίγων ή καθόλου κοινωνικών σχέσεων μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης της καταθλιπτικής διαταραχής. Σε πολλές περιπτώσεις, τα περιορισμένα κοινωνικά δίκτυα και η έλλειψη ασφαλών σχέσεων ευθύνονται για την έναρξη της κατάθλιψης (Paykel, 2001). Ορισμένοι ψυχολογικοί παράγοντες επίσης δείχνουν να σχετίζονται με καταθλιπτική διαταραχή όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η απαισιοδοξία, η τελειομανία και η ευαισθησία απέναντι στην απώλεια και την απόρριψη (Rost, 2009).

Η καταθλιπτική διαταραχή φαίνεται να είναι υψηλότερη στους κατοίκους των αστικών κέντρων σε σχέση με τους κατοίκους της υπαίθρου. Οι έρευνες των τελευταίων ετών δείχνουν ότι η εμφάνιση της κατάθλιψης είναι δύο φορές πιο συχνή μεταξύ των κατοίκων της πόλης από ότι μεταξύ εκείνων που ζουν σε αγροτικές περιοχές (Joyce, 2009).

1.1.2. Αγχώδεις διαταραχές

Το άγχος αποτελεί ένα σύνθετο συναίσθημα χωρίς σαφή ή σημαντική για την ζωή απειλή. Είναι μία αμυντική ψυχική λειτουργία που επηρεάζεται από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες (Αλεβίζος, 2008). Γενικότερα, το άγχος αποτελεί συναισθηματική αντίδραση που προειδοποιεί και προετοιμάζει τον οργανισμό για την αντιμετώπιση επερχόμενου κινδύνου και επιπλέον εξασφαλίζει την ισορροπία με το περιβάλλον. Κάποιες φορές το άγχος είναι ευεργετικό όπως πριν από εξετάσεις αφού δρα κινητοποιητικά. Όταν όμως το άγχος είναι έντονο ή παρατεταμένο, χάνει τον προσαρμοστικό του ρόλο και προκαλεί σωματική και ψυχολογική παθολογική

συμπτωματολογία. Τότε το άγχος από κοινή ανθρώπινη εμπειρία γίνεται ψυχική διαταραχή και έχει μεγάλη ένταση, διάρκεια προκαλώντας δυσλειτουργία (Brown et al. , 2009).

Το άγχος αποτελεί μια κοινή φυσιολογική αντίδραση των ατόμων απέναντι σε στρεσογόνα γεγονότα. Μπορεί να θεωρηθεί παθολογικό όταν επηρεάζει έντονα τη καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου, τη ψυχική του ηρεμία καθώς και την επίτευξη των στόχων του (Μοσχοβάκη, 2013).

Ως παθολογικό άγχος ορίζεται η δυσανάλογη αντίδραση σε μια κατάσταση ή η αντίδραση που προέρχεται μέσα από συγκρούσεις που ανήκουν στο παρελθόν του ατόμου. Το παθολογικό άγχος περιλαμβάνει σωματικά και ψυχικά συμπτώματα. Τα κυριότερα σωματικά συμπτώματα είναι: η δύσπνοια, το αίσθημα πνιγμού ή κόμπου στο λαιμό, ο πόνος στο στήθος, το αίσθημα παλμών, η τάση λιποθυμίας, η ξηροστομία, η ανορεξία, η ναυτία, ο ίλιγγος, η κόπωση, η αδυναμία, η ζάλη, οι εφιδρώσεις, η αϋπνία, η συχνουρία και η κεφαλαλγία ενώ τα κυριότερα ψυχικά συμπτώματα είναι η ανησυχία, η ανυπομονησία, το αίσθημα αορίστου φόβου, η νευρικότητα, η διάσπαση της προσοχής, η δυσκολία συγκέντρωσης, το αίσθημα μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας, οι αρνητικές αντιδράσεις, η προσμονή αόριστης απειλής, η αδυναμία ανταπόκρισης στις καθημερινές δραστηριότητες και η συμπεριφορά αποφυγής (Μοσχοβάκη, 2013).

Οι Hoehn-Saric και McLeod (1988) και ο Freeman (1990) περιγράφουν το άγχος ως μια παγκοσμίως γνωστή εμπειρία, η οποία λειτουργεί σα μηχανισμός προειδοποίησης και ασφάλειας. Ο μηχανισμός αυτός εκπέμπει προειδοποιητικά σήματα σε καταστάσεις κινδύνου που έχουν σχέση με αβεβαιότητα, ενώ φαίνεται να δυσλειτουργεί σ' έναν αριθμό περιπτώσεων, όπως όταν: (α) το άγχος είναι υπερβολικά έντονο, (β) διαρκεί πέρα από την έκθεση σε κάποιο κίνδυνο, (γ) παρουσιάζεται σε καταστάσεις οι οποίες αντικειμενικά δεν εμπεριέχουν κίνδυνο ή απειλή, ή (δ) παρουσιάζεται χωρίς κανέναν ιδιαίτερο λόγο.

Σε όλες σχεδόν τις έρευνες, οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούσαν τη συχνότερη στην Ελλάδα ή τη δεύτερη σε συχνότητα μετά τις καταθλιπτικές διαταραχές ομάδα ψυχικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό. Η συχνότητα των διαταραχών αυτών στο γυναικείο φύλο είναι σημαντικά υψηλότερη απ'ότι στο ανδρικό. Επίσης, συχνά έχει διαπιστωθεί συσχέτιση της συχνότητας των αγχωδών διαταραχών με μεταβλητές όπως το εισόδημα (συχνότερες σε άτομα με χαμηλά εισοδήματα), η εκπαίδευση (συχνότερες σε άτομα

χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης) και η εργασία (συχνότερες σε άνεργα άτομα). Εδώ χρειάζεται να αναφερθεί ότι είναι δύσκολο στις διάφορες έρευνες να διαπιστωθεί η κατεύθυνση της συσχέτισης αυτής, δηλαδή εάν οι κοινωνικές μεταβλητές προκαλούν τη διαταραχή ή αν αντίθετα αυτές οφείλονται σε εμπόδια και περιορισμούς που θέτει η ψυχική διαταραχή στα άτομα που πάσχουν από αυτήν. Όσον αφορά την κατανομή τους στις διάφορες ηλικίες, δεν υπάρχουν σαφή δεδομένα. Έχει επίσης βρεθεί ότι ορισμένες ομάδες είναι ιδιαίτερα ευπαθείς στην ανάπτυξη αγχώδων διαταραχών, όπως είναι οι ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις και οι άστεγοι που ζουν σε συνθήκες φτώχειας (Παπαδάκη, 2014).

Οι αρχαίοι Έλληνες και Λατίνοι γιατροί και φιλόσοφοι διέκριναν το άγχος από τις λοιπές μορφές αρνητικού θυμικού και το ταυτοποίησαν ως ιατρική διαταραχή. Οι επικουρικοί και στωικοί φιλόσοφοι πρότειναν τεχνικές για να επιτευχθεί η ψυχική κατάσταση οι οποίες συνιστούν πρόδρομους της σύγχρονης γνωστικής ψυχολογίας. Οι αρχαίοι Έλληνες συσχέτιζαν τον αυλό με την τρέλα, την μανία και την απώλεια αυτοκυριαρχίας αφού αποτελούσε το κατ' εξοχή μουσικό όργανο της Διονυσιακής λατρείας και τελετών (Herbert, 1989).

Ο Freud ήταν εκείνος, που πρώτος εισηγήθηκε τον κρίσιμο ρόλο, που παίζει το άγχος στο σχηματισμό νευρωτικών και ψυχοσωματικών καταστάσεων. Για εκείνον, το άγχος ήταν «το θεμελιακό φαινόμενο και το κεντρικό πρόβλημα της νεύρωσης» (Spielberger, 1982). Το άγχος λειτουργεί ως «σήμα» ότι το Εγώ απειλείται (Freud, 1926), και γι' αυτό έχει τη δυνατότητα να θέσει σε λειτουργία τους μηχανισμούς άμυνας.

Αρκετά συχνά τα άτομα που υποφέρουν από άγχος εκδηλώνουν ασαφή, μεταβαλλόμενα και πολλές φορές συγκεκριμένα συμπτώματα, τα οποία εσφαλμένα συνδέονται είτε με σωματικά νοσήματα είτε με άλλες ψυχικές διαταραχές. Έτσι η καθιέρωση συγκεκριμένων διαγνωστικών κριτηρίων, όπως τα οργάνωσαν στα δυο ταξινομικά συστήματα (ICD-10 και DSM-V), και η ανάπτυξη κλιμάκων για την όσο το δυνατόν πιο αντικειμενική εκτίμηση του άγχους, διευκολύνουν τις προσπάθειες των γιατρών να τοποθετούν τα συμπτώματα της κάθε αγχώδους διαταραχής σε σαφή διαγνωστικά όρια και να σχεδιάζουν τη θεραπεία (Αλεβίζος, 2008).

Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη έκδοση του διαγνωστικού εγχειριδίου της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM V) υπάρχουν επτά διαφορετικοί τύποι

διαταραχών του άγχους: η διαταραχή άγχους αποχωρισμού, η εκλεκτική αλαλία, οι ειδικές φοβίες, η κοινωνική φοβία, η διαταραχή πανικού, η αγοραφοβία, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από φαρμακευτική ουσία, διαταραχή άγχους λόγω άλλης ιατρικής κατάστασης, μη προσδιοριζόμενη αγχώδης διαταραχή. Τρεις ακόμα διαταραχές χαρακτηρίζονται από υπερβολικό και παράλογο άγχος αλλά σύμφωνα με το DSM-V ανήκουν σε ξεχωριστές διαγνωστικές κατηγορίες: η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, οι αγχώδεις διαταραχές που οφείλονται σε τραυματική εμπειρία και η διαταραχή άγχους υγείας (υποχονδία). Σε όλες τις παραπάνω κατηγορίες το άτομο βιώνει έντονο, ανεξέλεγκτο και παράλογο άγχος και φόβο.

Σύμφωνα με τη Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD- International Classification of Diseases) οι αγχώδεις διαταραχές ανήκουν στις νευρωσικές, συνδεδεμένες με το στρες και σωματόμορφες διαταραχές. Σε αυτή την ομάδα ανήκουν οι εξής υποκατηγορίες αγχώδων διαταραχών: διαταραχές φοβικού άγχους με ή χωρίς κρίση πανικού, οι κοινωνικές φοβίες, οι ειδικές φοβίες, άλλες διαταραχές φοβικού άγχους, η διαταραχή φοβικού άγχους μη καθοριζόμενη, η διαταραχή πανικού, η διαταραχή γενικευμένου άγχους, η μεικτή αγχώδης και καταθλιπτική διαταραχή, άλλες μεικτές αγχώδεις διαταραχές, άλλες καθοριζόμενες αγχώδεις διαταραχές, αγχώδης διαταραχή μη καθοριζόμενη, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, αντίδραση σε έντονο στρες και διαταραχές προσαρμογής, διαταραχή αποσυνδεδετικού τύπου, σωματόμορφες διαταραχές, άλλες νευρωσικές διαταραχές(νευρασθένεια, σύνδρομο αποπροσωποποίησης-αποπραγματισμού). Σε όλες τις παραπάνω υποκατηγορίες το άτομο παρουσιάζει έντονο άγχος που επηρεάζει τη λειτουργικότητα του (World Health Organization,1992).

Όσον αφορά τα βιολογικά αίτια, οι κυριότερες ασθένειες που μπορεί να προκαλέσουν ή να επιβαρύνουν συμπτώματα άγχους είναι τα νευρολογικά νοσήματα, οι ενδοκρινικές παθήσεις, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα ανοσολογικά νοσήματα, τα λοιμώδη νοσήματα καθώς επίσης και η λήψη κάποιας φαρμακευτικής αγωγής. Όταν υπάρχει σωματική νόσος η ίδια η νόσος αλλά και η θεραπεία της μπορεί να πυροδοτήσουν άγχος. Οι συνηθέστερες οργανικές αιτίες άγχους είναι οι αρρυθμίες, οι παθήσεις του θυροειδούς, η κατάχρηση καφέ και τσιγάρων, τα υπογλυκαιμικά επεισόδια(Αλεβίζος, 2008).

Υπάρχουν διάφορα γεγονότα και αλλαγές στην ζωή των ανθρώπων που μπορούν προκαλέσουν άγχος. Τέτοια γεγονότα είναι ο θάνατος οικείου προσώπου, το διαζύγιο, η ασθένεια ή τραυματισμός, η ανεργία, οι δυσκολίες σχέσεων, τα σεξουαλικά προβλήματα, ο γάμος, η εγκυμοσύνη ή γέννηση παιδιού, μια καινούρια εργασία. Το αν το άγχος θα εξελιχθεί σε αγχώδη διαταραχή αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό ζήτημα (Αλεβίζος, 2008).

1.2. Νόημα ζωής

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνητών έχουν ασχοληθεί με την έννοια του νοήματος της ζωής μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο εως και τις ημέρες μας. Ο πρώτος που μίλησε για τη σημασία του προσδιορισμού του νοήματος της ζωής ήταν ο Frankl υποστηρίζοντας ότι οι ανθρώπινες συμπεριφορές καθορίζονται από το πώς θα νοηματοδοτήσει ο καθέ άνθρωπος την ύπαρξη του (Frankl, 1959). Σύμφωνα με τον Frankl δεν είναι τα γεγονότα αυτά καθευατά που επηρεάζουν τη ψυχολογική μας κατάσταση αλλά η στάση που επιλέγουμε να έχουμε απέναντι τους, δηλαδή το νόημα που τους δίνουμε (Frankl, 1963). Υποστήριξε ότι ο άνθρωπος έχει έμφυτη την ανάγκη να βρει κάποιο νόημα και σημασία για τη ζωή του (Frankl, 1963). Το νόημα της ζωής μεταβάλλεται από άτομο σε άτομο, από μια χρονική περίοδο σε μια άλλη και από κάποιο πολιτισμό σε κάποιο άλλο, γι' αυτό και δεν είναι εφικτό να δοθεί ένας γενικός ορισμός της έννοιας αυτής (Frankl, 1985) .

Κάποιοι από τους ερευνητές ταυτίζουν την έννοια του νοήματος της ζωής με το σκοπό, το στόχο ή την κατεύθυνση της ζωής κάποιου (Ryff & Singer, 1998). Κάποιοι άλλοι ορίζουν την έννοια εστιάζοντας περισσότερο σε μια οντολογική σημασία της ζωής και τους ενδιαφέρει το πώς βιώνει κάθε άτομο τη ζωή του (Crumbaugh & Maholick, 1964). Άλλοι πάλι δίνουν σημασιολογικούς ορισμούς υποστηρίζοντας ότι ο άνθρωπος χρειάζεται να απαντήσει στο τι σημαίνει η ζωή για αυτόν (Baumeister, 1991. Yalom, 1980).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και ο ορισμός των Reker και Wong (1988) οι οποίοι υποστηρίζουν ότι το νόημα ζωής κάθε ανθρώπου έχει δύο πτυχές, το «παγκόσμιο νόημα» και το «νόημα κατάστασης» όπως τα ονομάζουν. Το «παγκόσμιο νόημα» ξεκινά από την πεποίθηση ότι η ζωή έχει σκοπό και συνοχή σε ένα γενικότερο πλαίσιο

και το κάθε άτομο προσπαθεί να νοηματοδοτήσει τα γεγονότα της ζωής του μέσα στο πλαίσιο αυτό. Το «νόημα κατάστασης» αφορά το πώς κάθε ανθρώπινο ον τοποθετείται σε συγκεκριμένες εμπειρίες ζωής όπως για παράδειγμα το πέρασμα από μια ηλικιακή περίοδο σε μια άλλη. Ο Reker (2000) υποστηρίζει ότι το άτομο χρειάζεται να έχει καθαρούς σκοπούς για τη ζωή του στο παρόν, να νιώθει καλά με τους στόχους και την κατεύθυνση που επέλεξε στο παρελθόν και να προσπαθεί να νοηματοδοτεί το μέλλον για να φτάσει να κατακτήσει υψηλά επίπεδα νοήματος.

Ποικιλομορφία φαίνεται να υπάρχει και στις απόψεις των ερευνητών σε σχέση με τους παράγοντες που καθορίζουν την ύπαρξη ή μη νοήματος ζωής. Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η επιδίωξη σημαντικών στόχων σχετίζεται με την ύπαρξη προσωπικού νοήματος ζωής (Klinger, 1977) ενώ άλλοι θεωρούν ότι η βίωση μιας συνεκτικής ζωής συνάδει με αυξημένη αίσθηση του νοήματος της ζωής (Kenyon, 2000. McAdams, 1993). Σύμφωνα με το Baumeister (1991) η αίσθηση νοήματος σχετίζεται με την ικανοποίηση της ανάγκης για αξία, σκοπό, αποτελεσματικότητα και αυτοπεποίθηση. Για κάποιους άλλους η καθημερινή λήψη αποφάσεων και η δράση αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν στην ενίσχυση της ανάπτυξης νοήματος ζωής (Maddi, 1970). Για τους Reker και Chamberlain (2000) η ύπαρξη νοήματος ζωής σχετίζεται με διάφορες συμπεριφορές όπως, το να κάνει κανείς μια καλή πράξη, να αγαπά έναν σημαντικό άλλο, να παράγει κάτι δημιουργικό, να ανταποκρίνονται σε μια ποικιλία απαιτήσεων της ζωής.

Ο Frankl (1973), αναφέρει τρεις παράγοντες, που καθορίζουν πότε ένα άτομο μπορεί να ανακαλύψει το προσωπικό του νόημα. Ο πρώτος αφορά τις δημιουργικές αξίες τις οποίες το άτομο τις βιώνει υλοποιώντας τους στόχους του και ανακαλύπτώντας πώς ο ίδιος συμβάλλει σε ό,τι συμβαίνει στη ζωή του. Ο δεύτερος αφορά τις βιωματικές αξίες τις οποίες αποκτά το άτομο όταν βιώνει κάτι όμορφο, καλό, αληθινό. Ο τρίτος αφορά τις συμπεριφορικές αξίες οι οποίες σχετίζονται με το πώς το άτομο διαχειρίζεται τις δύσκολες και επίπονες καταστάσεις στη ζωή του, κάτι που έχει σχέση με τη γενικότερη αντίληψη του για τον κόσμο και τη ζωή που ζει.

Σύγχρονες έρευνες στον ελληνικό πληθυσμό έχουν σχετίσει το νόημα ζωής με την εμπλοκή ουσιαστικών σχέσεων και με τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες (Κλεφτάρας & Ψαρρά, 2012).

Παρά τις διαφορές που βλέπουμε να υπάρχουν ανάμεσα στους ορισμούς της έννοιας του νοήματος ζωής και στους παράγοντες που συμβάλλουν στην απόκτηση του όλοι οι ερευνητές συμφωνούν στο ότι η ύπαρξη νοήματος είναι σημαντική για κάθε άνθρωπο και μπορεί να καθορίσει το αν θα είναι χαρούμενος ή δυσαρεστημένος από τη ζωή, αν θα αναπτύξει στοιχεία ψυχοπαθολογίας ή όχι (Steger & Frazier, 2006).

Στη παρούσα έρευνα υιοθετούμε τη θέση του Frankl (1966) ότι το κάθε άτομο δημιουργεί και αντιλαμβάνεται ξεχωριστά το νόημα της ζωής του και ότι η διαμόρφωση του νοήματος είναι μια υπόθεση ατομική. Επιπλέον ξεκινάμε την έρευνα μας με βάση τις απόψεις των ερευνητών που συνδέουν την έννοια του νοήματος της ζωής με το σκοπό, το στόχο ή την κατεύθυνση της ζωής (Ryff & Singer, 1998).

1.2.1 Νόημα ζωής και καταθλιπτική /αγχώδης διαταραχή

Η συσχέτιση της ύπαρξης νοήματος ζωής και της ευημερίας ή της ψυχικής υγείας έχει γίνει εδώ και αρκετά χρόνια, σχεδόν ταυτόχρονα με την προσπάθεια των ερευνητών να ορίσουν την έννοια του νοήματος της ζωής. Ο Frankl (1963) ισχυρίστηκε ότι κάθε άνθρωπος χαρακτηρίζεται από μια εμφυτη προσπάθεια να αναζητά νόημα στη ζωή του και η αποτυχία αυτού τον οδηγεί στη ψυχολογική δυσφορία. Σύμφωνα με το Frankl (1967) λοιπόν όταν κάποιος δεν έχει βρει το νόημα ζωής του και δεν το αναζητά τότε κινδυνεύει να χάσει τη ψυχολογική του ευημερία και να πέσει σε «υπαρξιακό κενό». Όλο αυτό μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση συμπτωμάτων πλήξης και κατάθλιψης ή/και στην παρουσία επιθετικής συμπεριφοράς. Ο Maddi (1967) θεωρεί επίσης ότι η προσπάθεια του ατόμου για ανεύρεση νοήματος συμβάλλει στην ευημερία του και πιστεύει ότι η απουσία νοήματος οδηγεί στην «υπαρξιακή νεύρωση» κύριο χαρακτηριστικό της οποίας είναι η απάθεια.

Έκτοτε και πολλοί μεταγενέστεροι ερευνητές επισήμαναν τη σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη νοήματος ζωής και την απουσία δυσλειτουργίας ή ψυχοπαθολογίας (Chan, 2009. Halama & Dedova, 2007. Ho, Cheung, & Cheung, 2010. Holahan, Holahan, & Suzuki, 2008. Owens, Steger, Whitesell, & Herrera, 2009). Η έννοια του νοήματος ζωής έχει χαρακτηριστεί ως δείκτης ευμερίας (Ryff, 1989), ως διευκολυντικός παράγοντας για την προσαρμοστικότητα του ατόμου (Park & Folkman, 1997) ή ως δείκτης θεραπευτικής ανάπτυξης (Crumbaugh & Maholick, 1964. Frankl, 1965). Η ύπαρξη νοήματος ζωής έχει συσχετιστεί θετικά με τη μεγιστοποίηση των δυνατοτήτων του ατόμου (Deci & Ryan, 2000. Maslow, 1971), με την αυθεντική ζωή (Kenyon, 2000)

καθώς και με την αυξημένη ψυχολογική δύναμη και προσωπική ανάπτυξη (Ryff & Singer, 1998).

Η απουσία νοήματος στη ζωή έχει συνδεθεί με κατάθλιψη και άγχος (Debats, van der Lubbe, & Wezeman, 1993), με αυτοκτονικό ιδεασμό και κατάχρηση ουσιών (Harlow, Newcomb, & Bentler, 1986), με μεγαλύτερη ανάγκη για θεραπεία (Battista & Almond, 1973). Η έντονη αίσθηση του νοήματος μειώνει την καταθλιπτική συμπτωματολογία (Hart et al., 2005. Lyon & Younger, 2001. Mascaro & Rosen, 2005, 2008. Robak & Griffin, 2000. Simonelli et al., 2008. Stolovy et al., 2009. Westerhof et al., 2010).

Συνεπώς όσο υψηλότερη είναι η αίσθηση του νοήματος και του σκοπού της ζωής του ατόμου τόσο χαμηλότερη είναι η εμφάνιση καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας (Κλεφτάρας & Ψαρρά, 2012). Δεδομένου ότι οι έρευνες στον ελλαδικό χώρο για τη συσχέτιση της ύπαρξης νοήματος ζωής και της έλλειψης ψυχοπαθολογίας σχετικής με την κατάθλιψη και το άγχος είναι πολύ λίγες, η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στην επιβεβαίωση της παραπάνω συσχέτισης.

1.3. Ψυχική ανθεκτικότητα

Το ενδιαφέρον των ψυχολόγων για την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας ξεκινά ήδη από τη δεκαετία του 1970 όταν παρατήρησαν ότι παιδιά που είχαν πολλές πιθανότητες να εμφανίσουν προβλήματα τελικά επιτύγχαναν στη ζωή τους. Η μελέτη λοιπόν του φαινομένου αυτού θα βοηθούσε στην ανάπτυξη προγραμμάτων με σκοπό την πρόληψη και αντιμετώπιση των δυσκολιών των παιδιών ώστε να προσαρμοστούν ομαλά (Masten & Reed, 2002). Παράλληλα έρευνες που αφορούσαν τη σχιζοφρένεια έδειξαν ότι οι ασθενείς που ήταν πιο λειτουργικοί και κατείχαν υψηλό επίπεδο επάρκειας σε διάφορους τομείς της ζωής τους όπως η εργασία, οι κοινωνικές επαφές, οι επαφές με το άλλο φύλο, πριν την έναρξη της νόσου εκδήλωναν ψυχωσικά συμπτώματα μικρότερης σοβαρότητας και για λιγότερη χρονική διάρκεια σε σχέση με αυτούς που παρουσίαζαν μικρότερα επίπεδα λειτουργικότητας και επάρκειας πριν την εκδήλωση της νόσου (Garzemy, 1974). Ταυτόχρονα με τις παραπάνω παρατηρήσεις η ανάπτυξη του κλάδου της θετικής ψυχολογίας ενίσχυσε το ενδιαφέρον για την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Κατά τη διάρκεια της αρχικής παρατήρησης των παιδιών, που προσαρμόζονταν παρά τους παράγοντες επικινδυνότητας, χρησιμοποιούνταν αρκετοί ορισμοί όπως «άτρωτα» παιδιά ή «παιδιά με αντίσταση στο στρες» (Χατζηχρήστου, 2011). Το 1979 ο Kobasa εισάγει τον όρο «ψυχική ευρωστία» αναφερόμενος στην αντιμετώπιση των δυσκολιών από μέρους των ανθρώπων και στην προσαρμογή τους χωρίς την εμφάνιση σοβαρών επιπτώσεων στη ψυχική υγεία. Αργότερα οι Jeanne και Jack Block το 1980 χρησιμοποίησαν την έννοια της «προσαρμοστικότητας του Εγώ» αναφερόμενοι στην ικανότητα του Εγώ να προσαρμόζεται στις δύσκολες συνθήκες του περιβάλλοντος με επιτυχία. Τελικά επικράτησε ο όρος «ψυχική ανθεκτικότητα» αφού μπορεί να εμπεριέξει ποικίλλους παράγοντες, που οδηγούν στην ανάπτυξη της, τόσο ατομικούς όσο και περιβαλλοντικούς. Οι παράγοντες αυτοί αποτελούνται από: α) τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων, β) τα χαρακτηριστικά των οικογενειών τους και γ) τα χαρακτηριστικά του ευρύτερου κοινωνικού τους περιβάλλοντος (Garmezy, 1991. Masten & Garmezy, 1985). Οι παραπάνω παράγοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και έτσι καθορίζεται ο βαθμός της ανθεκτικότητας του κάθε ατόμου (Σταλίκας, Κουδιγκέλη & Δημητριάδου, 2008) .

Η ψυχική ανθεκτικότητα λοιπόν ορίστηκε σύμφωνα με τα παραπάνω ως η διαδικασία της θετικής προσαρμογής παρά την ύπαρξη δύσκολων συνθηκών και παραγόντων επικινδυνότητας (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000. Luthar, 2006. Masten, 2001. Rutter, 2006). Η ψυχική ανθεκτικότητα δε σημαίνει ότι το άτομο δεν επηρεάζεται από τις στρεσογόνες καταστάσεις αλλά ότι δεν καταρρέει ψυχολογικά όταν τις βιώνει (Windle, 2011). Αν το άτομο διατηρήσει τη λειτουργικότητα του σε περιόδους δύσκολες και απαιτητικές, ακόμα και να έχει έντονα αρνητικά συναισθήματα όπως άγχος, θλίψη, θυμό, τότε μπορεί να χαρακτηριστεί ως άτομο με υψηλή ψυχική ανθεκτικότητα (Garmezy, 1991). Τα άτομα λοιπόν που παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο ψυχικής ανθεκτικότητας σε σύγκριση με τα άτομα με χαμηλό δείκτη ψυχικής ανθεκτικότητας, αναγνωρίζουν την ύπαρξη των αρνητικών επιδράσεων των στρεσογόνων εμπειριών, τις αξιολογούν όμως ως λιγότερο απειλητικές και τις αντιμετωπίζουν ως προκλήσεις ενώ παράλληλα νοσηματοδοτούν θετικά τις αρνητικές εμπειρίες (Tugade & Fredrickson, 2004).

Η αξιολόγηση της ψυχικής ανθεκτικότητας σχετίζεται με δύο διαστάσεις : α) το κατά πόσο το άτομο τα καταφέρνει καλά στη ζωή του, είναι λειτουργικό και ψυχολογικά επαρκές και προσαρμοσμένο, β) το κατά πόσο το άτομο έχει εκτεθεί σε δύσκολες

συνθήκες που έθεσαν ή θέτουν σε κίνδυνο την ομαλή ανάπτυξη και λειτουργία του (Masten & Coatsworth, 1998). Και φυσικά εδώ απαιτείται η αποσαφήνιση των αναμενόμενων συμπεριφορών άρα και των προστατευτικών παραγόντων που βοηθούν το άτομο στην υγιή προσαρμογή καθώς και των παραγόντων επικινδυνότητας (Masten & Curtis, 2000). Οι προστατευτικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν με τους παράγοντες επικινδυνότητας και το περιβάλλον που ζει το άτομο (Condly, 2006). Επομένως η ψυχική ανθεκτικότητα δεν είναι μόνιμο χαρακτηριστικό του ατόμου αλλά μπορεί να μεταβληθεί ανάλογα με τις εξωτερικές συνθήκες, την ηλικία, τις κοινωνικές και πολιτιστικές συνθήκες (Condly, 2006). Έτσι ένα άτομο μπορεί να φαίνεται ψυχικά ανθεκτικό σε μια περίοδο της ζωής του ενώ σε άλλη να παρουσιάζει χαμηλό δείκτη ψυχικής ανθεκτικότητας (Rutter, 2006. Luthar, 2006). Η ψυχική ανθεκτικότητα δεν είναι ένα εγγενές χαρακτηριστικό της προσωπικότητας αλλά ένα σύνολο ικανοτήτων και συμπεριφορών που μπορούν να μαθευτούν και να αναπτυχθούν, ανεξάρτητα από το ατομικό σημείο εκκίνησης (Maddi & Khosaba, 2005).

Με τον όρο προστατευτικοί παράγοντες εννοούμε τους παράγοντες εκείνους, που βοηθούν το άτομο να αναπτυχθεί και να παραμείνει λειτουργικό όταν απειλείται από παράγοντες και συνθήκες επικίνδυνες, αντίξοες, δύσκολες, στρεσογόνες (Luthar, 1993). Οι προστατευτικοί παράγοντες αφορούν τρεις μεγάλες κατηγορίες: α) τους ατομικούς παράγοντες που εμπεριέχουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως η θετική αυτοεικόνα, ικανότητες επίλυσης προβλημάτων, επικοινωνιακές δεξιότητες, εσωτερικό κέντρο ελέγχου, συναισθηματική σταθερότητα, β) τους οικογενειακούς παράγοντες που αφορούν την αναγνώριση, την υποστήριξη και την πίστη που παίρνει από τα άλλα μέλη της οικογένειας, γ) τους κοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υποστήριξη και βοήθεια που δέχεται από το ευρύτερο κοινωνικό παλίσιό όπως οι δάσκαλοι, οι γείτονες, οι συνάδελφοι, οι σύμβουλοι, οι φίλοι (Garmezy, 1991).

Στον αντίποδα των προστατευτικών παραγόντων βρίσκονται οι παράγοντες επικινδυνότητας. Ο Windle (2011) διατύπωσε πως οι παράγοντες επικινδυνότητας και οι προστατευτικοί παράγοντες αποτελούν σε κάποιες περιπτώσεις τα δύο άκρα της ίδιας μεταβλητής. Σύμφωνα με τον ίδιο μια μεταβλητή αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας όταν φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά την ψυχοκοινωνική προσαρμογή και να σχετίζεται θετικά με την εμφάνιση διαταραχής στο συναίσθημα ή τη συμπεριφορά. Οι παράγοντες επικινδυνότητας διαχωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: α) τις έντονες τραυματικές εμπειρίες, β) τις προσωρινές ή χρόνιες στρεσογόνες

καταστάσεις, γ) τις συνθήκες χρόνιας αντιξοότητας (Masten, Morison, Tellegen & Pellegrini, 1990). Κάποιοι από τους παράγοντες επικινδυνότητας που έχουν αναφερθεί από τους ερευνητές και ανήκουν στις παραπάνω κατηγορίες είναι διάφορα τραυματικά γεγονότα (π.χ. η βία από το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον), η μετανάστευση, η αβεβαιότητα για το μέλλον, η εργασιακή ανασφάλεια, οι δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις, το ελλιπές φιλικό, υποστηρικτικό δίκτυο (Mirsky, 2009).

Σύμφωνα με τα παραπάνω η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι μια έννοια που έχει ερευνηθεί, συνεχίζει να ερευνάται ακόμα και πιθανόν να συνεχίσει και στο μέλλον. Και αυτό γιατί εξαρτάται από τις κοινωνικές, ιστορικές, πολιτιστικές συνθήκες, αλλά και τα ατομικά χαρακτηριστικά των ανθρώπων. Εφόσον όλα αυτά μεταβάλλονται στο πέρασμα του χρόνου φαίνεται να τροποποιούνται και οι προστατευτικοί παράγοντες καθώς και οι παράγοντες επικινδυνότητας που σχετίζονται με την έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας. Συνεπώς η έννοια αυτή φαίνεται να είναι μια έννοια ζωντανή με πολλές διαστάσεις και συνεχώς εξεταζόμενη και επαναπροσδιοριζόμενη από τους εκάστοτε ερευνητές.

1.3.1. Ψυχική ανθεκτικότητα και ψυχική υγεία

Η ύπαρξη ψυχικής ασθένειας στο άτομο μπορεί να επηρεάσει τη γενικότερη ευημερία του, τη λειτουργικότητα του, τις διαπροσωπικές του σχέσεις, την ικανότητα του να εργαστεί, να συνεισφέρει στην κοινωνία. Με δεδομένο αυτό, το ενδιαφέρον των ερευνητών έχει στραφεί στη μελέτη των παραγόντων επικινδυνότητας και των προστατευτικών παραγόντων οι οποίοι αυξάνουν ή μειώνουν τη ψυχική ανθεκτικότητα η οποία ακολούθως σχετίζεται με την εμφάνιση ή μη ψυχοπαθολογίας. Μελετώντας τη ψυχική ανθεκτικότητα στρέφουμε το ενδιαφέρον στη ανάπτυξη της ψυχικής υγείας και τη μείωση των ψυχικών ασθενειών και δυσλειτουργιών (Masten & Coatsworth, 1998). Όσες περισσότερες μελέτες υπάρχουν που αποδεικνύουν ότι η ψυχική ανθεκτικότητα σχετίζεται με τη ψυχική υγεία τόσο πιο εύκολο θα είναι να δημιουργούνται προγράμματα πρόληψης της ψυχοπαθολογίας και όχι αντιμετώπισης της (Rutter, 2000).

Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι μια έννοια που αναφέρεται στην ικανότητα για επιτυχημένη προσαρμογή στις δύσκολες συνθήκες, στην ικανότητα αναπήδησης από τραυματικά γεγονότα (Rutter, 2006) και η ύπαρξη της ικανότητας αυτής σχετίζεται με μειωμένα ποσοστά ψυχικής ασθένειας συμπεριλαμβανομένης των καταθλιπτικών και

των αγχώδων διαταραχών. Περιλαμβάνει την αίσθηση αυτοεκτίμησης, την υπομονή και την ικανότητα προσαρμογής στις μεταβαλλόμενες συνθήκες, το χιούμορ ενάντια στις δυσκολίες και την πεποίθηση ότι τα προβλήματα μπορούν να λυθούν (Connor & Davidson, 2003), χαρακτηριστικά που προλαμβάνουν τη ψυχική ασθένεια. Η υψηλότερη ψυχική ανθεκτικότητα έχει συνδεθεί με μειωμένη ψυχοπαθολογία και το αντίστροφο δηλαδή μικρά ποσοστά ψυχικής ανθεκτικότητας οδηγούν σε αύξηση της εμφάνισης ψυχοπαθολογίας (Campbell-Sills, Cohan, & Stein, 2006).

Σύμφωνα με τους Tugade & Fredrickson (2004) μερικά από τα χαρακτηριστικά που έχουν οι ανθεκτικοί άνθρωποι και προλαμβάνουν τη ψυχική ασθένεια είναι τα εξής: έχουν αίσθηση νοήματος, σκοπού και κατεύθυνσης, συνειδητοποιούν ότι η ποιότητα της ζωής εξαρτάται από το πώς και πού εστιάζουμε την ενέργεια και την προσοχή μας, προσπαθούν να ευθυγραμμίσουν τις σκέψεις και τις πράξεις τους με τις αξίες τους, ξέρουν πώς να παρακινούν τους εαυτούς τους να αναλάβουν δράση, δεν κρίνουν τους εαυτούς τους ή τους άλλους σκληρά όταν κάτι δεν πάει καλά, εστιάζουν σε αυτό που θέλουν και όχι σε αυτό που δε θέλουν, μπορούν να υπομείνουν την ασάφεια και την αβεβαιότητα, είναι ευέλικτοι και δημιουργικοί και επικεντώνονται στις αξίες τους, είναι αισιόδοξοι, αναλαμβάνουν την ευθύνη για τα συναισθήματα και τις ενέργειες τους, αντιμετωπίζουν τις αντιξοότητες ως πρόκληση και όχι ως απειλή, σέβονται τον εαυτό τους και τους άλλους, αναζητούν λύσεις κερδοφόρες και συνεργάζονται, είναι ευγνώμονες για τα θετικά πράγματα στη ζωή τους, ξέρουν να εγκαταλείπουν καταστάσεις και πράγματα που δεν έχουν κανέναν έλεγχο.

Ο συσχετισμός της καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας με τη ψυχική ανθεκτικότητα έχει ερευνηθεί σε πλήθος ερευνών που καταπιάνονται με συγκεκριμένους πληθυσμούς οι οποίοι έχουν αυξημένους παράγοντες επικινδυνότητας όπως είναι οι μετανάστες, τα σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά, άνθρωποι με δύσκολα τραυματικά γεγονότα. Ένας ακόμα στόχος της παρούσας έρευνας είναι να επιβεβαιώσει τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών σχετικά με τη χαμηλή ψυχική ανθεκτικότητα που παρουσιάζουν τα άτομα με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή.

1.3.2. Ψυχική ανθεκτικότητα και νόημα ζωής

Οι ψυχικά ανθεκτικοί άνθρωποι παρουσιάζουν υψηλό νόημα ζωής (Tugade & Fredrickson, 2004) και αυτό έχει μελετηθεί από πληθώρα ερευνών σε ανθρώπους που έχουν περάσει από τραυματικές εμπειρίες. Εάν κάποιος είναι σε θέση να

νοηματοδοτήσει μια τραυματιστική εμπειρία και να δώσει μια εξήγηση στη σημασία που είχε αυτή η εμπειρία στη ζωή του τότε φαίνεται να προσαρμόζεται θετικά και να μην αναπτύσσει ψυχοπαθολογία (Steger, Kashdan, Sullivan & Lorentz , 2008).

Τα άτομα που έχουν υψηλό νόημα ζωής, έχουν ισχυρότερο έλεγχο της ζωής, διαθέτουν πίστη, αποδοχή, δέσμευση, αξιολόγηση, απόλαυση, γενναιοδωρία, στοιχεία που συμβάλλουν στη ψυχική ανθεκτικότητα. Την αλληλεπίδραση του νοήματος ζωής και της ψυχικής ανθεκτικότητας επιβεβαιώνει μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Μαδρίτη μετά από βομβιστικές επιθέσεις. Διαπιστώθηκε λοιπόν ότι οι άνθρωποι που είχαν νόημα ζωής μπόρεσαν να διαχειριστούν καλύτερα το γεγονός και εμφάνισαν λιγότερα συμπτώματα μετατραυματικού στρες τρεις μήνες μετά το γεγονός (Steger, Frazier & Zacchanini, 2008). Επίσης και σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε επιζήσαντες από στρατόπεδα συγκέντρωσης των ναζί παρατηρήθηκε ότι όσοι είχαν κάποιο σκοπό και νόημα ζωής μπόρεσαν να διαχειριστούν καλύτερα τις δύσκολες συνθήκες στα στρατόπεδα (Frankl, 1985. Wong, 2011).

Το νόημα ζωής λοιπόν επηρεάζει την προσαρμογή του ατόμου αφού το βοηθά να επεξεργαστεί τα γεγονότα, να τα εξηγήσει και να δει μια θετική προοπτική ακόμα και αν κάτι βρίσκεται εκτός του ελέγχου του, αυξάνοντας έτσι τη ψυχική του ανθεκτικότητα (Wong, Reker & Peacock, 2006).

1.3.3. Ψυχική ανθεκτικότητα και πνευματικότητα

Η πνευματικότητα φαίνεται να αποτελεί προστατευτικό μηχανισμό, ο οποίος επηρεάζει τη ψυχική ανθεκτικότητα. Οι πρώτες καταγραφές της σχέσης αυτής προέκυψαν από έρευνες για τη ψυχική ανθεκτικότητα νέων (Werner, 1984). Η υψηλή πνευματικότητα μπορεί να συμβάλλει στην υψηλή ψυχική ανθεκτικότητα βοηθώντας στη δημιουργία ουσιαστικών σχέσεων, κατευθύνοντας προς θετικές συμπεριφορές και ηθικές αξίες, συμβάλλοντας στην άμεση πρόσβαση σε πηγές κοινωνικής στήριξης και προσφέροντας ευκαιρίες για προσωπική ανάπτυξη (Crawford, Wright & Masten, 2006).

Η πνευματικότητα χρησιμεύει ως μηχανισμός αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων συμβάλλοντας στη ψυχική ανθεκτικότητα. Μπορεί να δημιουργήσει ελπίδα άρα λειτουργεί ως προστατευτικός μηχανισμός ή ενοχή όποτε λειτουργεί ως παράγοντας κινδύνου (Margetic & Margetic, 2005). Η πνευματική ευεξία βοηθά το άτομο να

διατηρήσει μια αισιόδοξη προοπτική και να βρει νόημα σε δύσκολες και αντίξοες συνθήκες αυξάνοντας τη ψυχική του ανθεκτικότητα (Connor, Davidson & Lee, 2003).

1.4. Πνευματικότητα

Τα τελευταία χρόνια ολοένα και αυξάνεται η μελέτη της έννοιας της πνευματικότητας. Ωστόσο, παρόλο που ο αριθμός των επιστημονικών ερευνών της έννοιας αυτής είναι μεγάλος δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί η έννοια της πνευματικότητας σε σχέση με την έννοια της θρησκευτικότητας (Dein, 2006). Από τη μια πλευρά υπάρχουν ερευνητές που χρησιμοποιούν την έννοια της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας ως συνώνυμες μεταξύ τους αφού πρώτα ορίσουν τη θρησκευτικότητα σαν μια έννοια με πολλές διαστάσεις χωρίς να την σχετίζουν απαραίτητα με κάποιο θρησκευτικό δόγμα (Koenig, 2009). Από την άλλη πλευρά κάποιοι ερευνητές βρίσκουν διαφορές ανάμεσα στην έννοια της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας. Με τον όρο πνευματικότητα αναφέρονται στη σύνδεση του ατόμου με κάτι «ανώτερο» ενώ με τον όρο θρησκευτικότητα αναφέρονται σε έναν αριθμό πεποιθήσεων και συμπεριφορών που αφορούν μια συγκεκριμένη θρησκεία, οργανωμένη στα πλαίσια της κοινότητας (Dein, 2006). Πολλές φορές η πνευματικότητα μπορεί να υπάρξει και σε κάποιον άθεο ο οποίος καταπιάνεται με ζητήματα πνευματικότητας αναζητώντας το νόημα της ζωής του ανεξάρτητα από κάποιο Θεό ή κάποια θρησκεία (Bryant, 2007).

Η πνευματικότητα για άλλους ερευνητές «αντικατοπτρίζει την υποκειμενική εμπειρία αναζήτησης και θρέψης των σχέσεων με κάποια θεότητα», είτε αυτό αφορά έναν Θεό ή μια ανώτερη δύναμη είτε άλλα ζωντανά πλάσματα (Wong, Wong, McDonald, & Klaassen, 2007). Συνδέθηκε με τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τη συμπεριφορά που προκύπτουν από την αναζήτηση του ιερού (Hill & Pargament, 2003. Miller & Thoresen, 2003) χωρίς τη δέσμευση από οργανωμένα συστήματα κανόνων, τελετουργιών και λατρείας μιας θρησκευτικής κατεύθυνσης (Larson, Swyers, & McCullough, 1997) .

Πολλοί ερευνητές φαίνεται να συνδέουν την έννοια της πνευματικότητας με αυτή του νοήματος ζωής. Για παράδειγμα η πνευματικότητα έχει περιγραφεί σαν «τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται και ζουν τη ζωή τους σύμφωνα με τη σημασία και την αξία που της δίνουν» (Muldoon & King 1995). Σύμφωνα με τον Piedmont

(1999, 2001) η πνευματικότητα είναι η προσπάθεια του ανθρώπου να ερμηνεύσει και να νοηματοδοτήσει την ύπαρξη του έχοντας γνώση της θνητότητας του. Ο Reed (1992) όρισε την πνευματικότητα ως «τη τάση του ανθρώπου να βρει νόημα μέσα από τη σύνδεση με διαστάσεις που ξεπερνούν τον εαυτό του, σαν ένα τρόπο να ενδυναμώνεται και να μην υποτιμά τον εαυτό του». Αυτή η σύνδεση μπορεί να βιωθεί ενδοπροσωπικά ,ως σύνδεση με τον εαυτό, διαπροσωπικά, ως σύνδεση με τους άλλους και το φυσικό περιβάλλον και τέλος ως σύνδεση υπερβατική με κάτι ή κάποιον εκτός του ανθρώπινου επιπέδου όπως ο Θεός, το σύμπαν, μια υψηλότερη δύναμη, μια υπερβατική πραγματικότητα (Reed, 1992).

Σύμφωνα με τα παραπάνω καταλαβαίνουμε ότι η έννοια της πνευματικότητας είναι μια έννοια με πολλές διαστάσεις και πολλούς ορισμούς. Κάθε ερευνητής μπορεί να δει την έννοια αυτή υπο τη δική του οπτική γωνία ανάλογα με το τι θέλει να μελετήσει, με ποιον πληθυσμό εργάζεται, ποια είναι τα πολιτιστικά χαρακτηριστικά του δείγματος του και πολλούς άλλους παράγοντες. Ο ορισμός της έννοιας της πνευματικότητας όσον αφορά την παρούσα έρευνα συνάδει με αυτόν που παρατέθηκε παραπάνω σύμφωνα με τον Reed και κυρίως με την ανάγκη σύνδεσης του ατόμου με κάτι που υπερβαίνει το ανθρώπινο επίπεδο χωρίς απαραίτητα να ονομάζεται Θεός αλλά μπορεί και να είναι μια ανώτερη δύναμη, κάτι αόρατο και άυλο.

1.4.1. Πνευματικότητα και ψυχική υγεία

Τα χρόνια πριν το 19^ο αιώνα η ψυχική ασθένεια συνδεόταν στενά με τη θρησκεία. Οι ψυχικά ασθενείς θεωρούνταν οι δαιμονισμένοι ή οι άνθρωποι που δε συμμορφώθηκαν με τα θρησκευτικά δόγματα. Αρκετά από τα πρώτα ψυχιατρικά νοσοκομεία στεγάζονταν σε μοναστήρια και τα διοικούσαν ιερείς. Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, ωστόσο ο Jean Charcot και ο μαθητής του Sigmund Freud συνέδεσαν τη θρησκεία και τις επιταγές της προς τους ανθρώπους της εποχής με τις καταπιεσμένες ανάγκες, την υστερία και τη νεύρωση. Έτσι για πολλά χρόνια η θρησκεία συνδέθηκε αρνητικά με τη ψυχική υγεία. Στις ημέρες μας ωστόσο οι ερευνητές εργάζονται και αποδεικνύουν το αντίστροφο, δηλαδή ότι η υψηλή θρησκευτικότητα και πνευματικότητα λειτουργεί προστατευτικά για τη ψυχική υγεία (Koenig, 2009).

Η ενασχόληση με θρησκευτικές ή πνευματικές πεποιθήσεις παρέχει στο άτομο την αίσθηση του νοήματος και του σκοπού, όταν βιώνει δυσκολίες και παντός είδους δυσχέρειες (O'Connor & Vallerand, 1989). Μέσω της θρησκείας, της πνευματικότητας,

της προσευχής ή του διαλογισμού το άτομο αισθάνεται ότι ελέγχει τις καταστάσεις που αντιμετωπίζει και αυτό φαίνεται να του δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας και ψυχικής ηρεμίας. Ακόμα μέσω της θρησκείας ή κάποιας πνευματικής ομάδας αυξάνεται το αίσθημα του «ανήκειν», κάτι που μειώνει το αίσθημα μοναξιάς και απομόνωσης και γεννά ελπίδες και αισιοδοξία. Αυτή η ένταξη και η συμμετοχή σε μια ομάδα που μοιράζεται κοινές πεποιθήσεις φαίνεται να επηρεάζει τόσο την εμφάνιση όσο και την αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών (Wright, Frost & Wisecarver, 1993. McCullough & Larson, 1999. Richards, Owens & Stein, 1993).

Η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα φαίνεται να προσφέρει στο άτομο ένα μέσο ώστε να δεσμεύεται σε κάτι μεγαλύτερο και ανώτερο από τον εαυτό του και αυτό να το κινητοποιεί (Peterson & Seligman, 2004). Μπορεί να επηρεάσει τη ζωή των ατόμων μεταβάλλοντας τις αξίες, τις στάσεις τους, τις πεποιθήσεις τους για τον εαυτό τους και τον κόσμο και τη συνηδευτοποίηση και κατανόηση των γεγονότων (Hogg, Adelman, & Blagg, 2010. Park, 2007. Ysseldyk et al., 2010). Αξίζει ακόμα σαφώς να αναφερθεί και το γεγονός ότι η συμμετοχή σε θρησκευτικά ή πνευματικά δρώμενα ή η χρήση της προσευχής και του διαλογισμού είναι μέσα που είναι διαθέσιμα ανά πάσα στιγμή ανεξάρτητα με τις οικονομικές, κοινωνικές, πολιτικές, σωματικές και ψυχικές συνθήκες όταν κανείς έχει να αντιμετωπίσει κάτι δύσκολο ή επώδυνο (Koenig, 2009).

Πληθώρα ερευνών έχει δείξει ότι η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα παρέχουν υποστήριξη και καθοδήγηση και με αυτό το τρόπο μειώνεται η εμφάνιση καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας (Dein, 2006).

Όσον αφορά την καταθλιπτική διαταραχή, η πνευματικότητα φαίνεται να επιδρά θετικά σε κάποια συγκεκριμένα συμπτώματα που σχετίζονται με το τρόπο που σκέφτεται το άτομο και επακολούθως ο τρόπος αυτός της σκέψης γεννά τα σωματικά συμπτώματα (Koenig, Cohen, Blazer et al., 1995). Η υψηλή πνευματικότητα βοηθά το άτομο να αποδεχτεί την καταθλιπτική διαταραχή και να βρει ελπίδα και νόημα χωρίς να αποσυνδέεται πλήρως από την κοινωνία, τον εαυτό του και το σκοπό της ζωής του (Sorajjakool et al., 2008). Επιπλέον το άτομο που πάσχει από καταθλιπτική διαταραχή, λόγω της πνευματικότητας βρίσκει νέους τρόπους αντιμετώπισης των δυσκολιών μέσω της πίστης και των αξιών (Rajakumar et al., 2008). Άλλες έρευνες σημειώνουν ότι η ανάρρωση των ασθενών με καταθλιπτική διαταραχή γίνεται πολύ πιο γρήγορα όταν χρησιμοποιείται θεραπεία που βασίζεται στη πνευματικότητα σε σχέση με άλλους ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία φαρμακευτική ή /και γνωσιακή (Koenig, 2007). Η

αυξημένη θρησκευτικότητα και πνευματικότητα αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για την πρόληψη της εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Koenig, 2002. Doolittle & Farrell, 2004).

Όσον αφορά τα αγχώδη συμπτώματα η υψηλή θρησκευτικότητα ή πνευματικότητα προσφέρει στο άτομο ανακούφιση, αισιοδοξία και ανθεκτικότητα ώστε να μπορέσει να διαχειριστεί το άγχος και το στρες που του προκαλεί κάποιο γεγονός ή κατάσταση (Barbarin, 1993). Θεωρώντας ότι προστατεύεται από κάποιο ανώτερο ον ή κάποια ανώτερη δύναμη αισθάνεται μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον εαυτό του και ασφάλεια με αποτέλεσμα να διαχειρίζεται το άγχος του λειτουργικά (Cohen, 2002. Hefti, 2011).

Η υψηλή πνευματικότητα φαίνεται να συνυπάρχει με χαμηλά επίπεδα καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας ανεξάρτητα με το θρήσκευμα, την εθνικότητα και την κοινωνική και οικονομική τάξη (Desrosiers & Miller, 2007). Πλήθος ερευνών έχουν πραγματοποιηθεί σε διαφορετικούς πληθυσμούς όσον αφορά τη σχέση της θρησκευτικότητας και πνευματικότητας και της ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα άνθρωποι που υποφέρουν από κάποια χρόνια ή απειλητική για τη ζωή τους ασθένεια σημειώνουν ότι οι πνευματικές τους πεποιθήσεις και διεργασίες τους βοηθούν να αντιμετωπίζουν το άγχος, το φόβο και τη θλίψη για την υγεία τους (Smith et al., 2003). Σε άλλη έρευνα σε ενήλικες που είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση όταν ήταν παιδιά φαίνεται ότι η πνευματικότητα ήταν ένας από τους παράγοντες που διατήρησε τη καταθλιπτική διάθεση σε χαμηλά επίπεδα (Gall, 2006). Σε μια έρευνα στις ΗΠΑ που πραγματοποιήθηκε το 2004 σε ενήλικες οι άνθρωποι που ανέφεραν περισσότερες πνευματικές εμπειρίες απολάμβαναν μεγαλύτερη ευτυχία, αισιοδοξία και αυτοεκτίμηση (Ellison & Fan, 2008).

Τα άτομα με υψηλή πνευματικότητα φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα νοήματος ζωής (Hicks & King, 2008) και γρηγορότερη και αποτελεσματικότερη προσαρμογή σε καταστάσεις άγχους (Weisbuch-Remington, Mendes, Seery, & Blascovich, 2005). Άλλη έρευνα χρησιμοποιώντας ημερήσια ημερολόγια, μελέτησε και κατέδειξε ότι η καθημερινή πνευματικότητα σχετίζεται με την καθημερινή ευημερία (Kashdan & Nezlek, 2012). Υπάρχουν ακόμα μελέτες που υποστηρίζουν ότι η αυξημένη πνευματικότητα ενισχύει το αίσθημα ευγνωμοσύνης και ο συνδυασμός αυτός βοηθά εκείνους που βιώνουν άγχος και κατάθλιψη μετά από κάποια απώλεια ή κάποιο τραυματικό γεγονός (Emmons & McCullough, 2003). Ορισμένες μορφές θρησκευτικότητας ή πνευματικότητας όπως η παρακολούθηση της εκκλησίας έχουν

συνδεθεί με μειωμένο στρες και κατάθλιψη, με μειωμένα ποσοστά θνησιμότητας και με ποικίλα οφέλη για την υγεία (Powell, Shahabi, & Thoresen, 2003. Worthington et al., 2003).

Λόγω όλων των παραπάνω οι ερευνητές έχουν μελετήσει το ενδεχόμενο να ενσωματωθεί στη θεραπεία της καταθλιπτικής και αγχώδους διαταραχής η ενασχόληση και συζήτηση ζητημάτων πνευματικότητας και θρησκευτικότητας. Παρόλο που οι ερευνητές που έχουν ασχοληθεί με αυτό το θέμα δε συμφωνούν μεταξύ τους (Koenig, 2001. Sloan & Bagiella, 2001), το ζήτημα της ενσωμάτωσης της πνευματικότητας στη θεραπεία έχει συζητηθεί σε επιστημονικά βιβλία (Pargament, 2007), σε υλικά αυτοβοήθειας (Williams, Richards, & Whitton, 2002) και σε μελέτες περιπτώσεων (McCorke, Bohn, Hughes, & Kim, 2005). Δεν υπάρχουν ωστόσο ακόμα σαφή θετικά αποτελέσματα της ενσωμάτωσης αυτής σε κάποιο συγκεκριμένο είδος θεραπείας. Κάποιες έρευνες δείχνουν ότι η γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία όταν συμπεριλαμβάνει την πνευματικότητα είναι αποτελεσματική αν γίνεται από μη θρησκευόμενους θεραπευτές (Propst, Ostrom, Watkins, Dean, & Mashburn, 1992) . Μια αναντιστοιχία ωστόσο στις πεποιθήσεις του ασθενούς και του θεραπευτή θα μπορούσε να επηρεάσει αρνητικά τη θεραπεία (Paukert et al., 2009). Επομένως ένα θέμα που εγείρεται σε αυτές τις μελέτες είναι κατά πόσο οι πνευματικές αναζητήσεις του θεραπευτή επηρεάζουν τη θεραπεία.

Υπάρχουν από την άλλη πλευρά και έρευνες που καταδεικνύουν ότι η υψηλή θρησκευτικότητα και πνευματικότητα αυξάνουν την καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία και διαταραχή όταν το άτομο σκεπτόμενο ότι έκανε κάτι αντίθετο από τα θρησκευτικά διδάγματα αισθάνεται φόβο, άγχος και ενοχή (Exline, Yali & Sanderson, 2000. Blazer, 2012).

1.4.2 Πνευματικότητα και νόημα ζωής

Τα άτομα με υψηλή πνευματικότητα φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα νοήματος ζωής (Hicks & King, 2008). Η ενασχόληση με τη πνευματικότητα παρέχει στο άτομο την αίσθηση του νοήματος και του σκοπού, όταν βιώνει δυσκολίες και τραυματικά γεγονότα (O'Connor & Vallerand, 1989).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω πολλοί ερευνητές προσπαθώντας να ορίσουν την πνευματικότητα εμπερίεξαν και το νόημα ζωής και υποστήριξαν ότι είναι άρρηκτα συνδεδεμένα και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Σε αυτό το σημείο αξίζει να

επαναλάβουμε τους ορισμούς του Piedmont (1999, 2001) όπου ανέφερε ότι «η πνευματικότητα είναι η προσπάθεια του ανθρώπου να ερμηνεύσει και να νοηματοδοτήσει την ύπαρξη του έχοντας γνώση της θνητότητας του» καθώς και του Reed (1992) ο οποίος όρισε την πνευματικότητα ως «τη τάση του ανθρώπου να βρει νόημα μέσα από τη σύνδεση με διαστάσεις που ξεπερνούν τον εαυτό του, σαν ένα τρόπο να ενδυναμώνεται και να μην υποτιμά τον εαυτό του».

1.5. Ερευνητικές υποθέσεις

Τα ολοένα αυξανόμενα ποσοστά των καταθλιπτικών και αγχώδων διαταραχών στη χώρα μας αλλά και η έλλειψη ικανοποιητικού αριθμού μελετών στην Ελλάδα σχετικά με τη σχέση των μεταβλητών του νοήματος ζωής, της ψυχικής ανθεκτικότητας και της πνευματικότητας με την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών όπως οι καταθλιπτικές και οι αγχώδεις διαταραχές, αποτελούν τους λόγους έναρξης της συγκεκριμένης έρευνας. Με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που παρατέθηκε παραπάνω προχωράμε στη διατύπωση των ερευνητικών υποθέσεων της παρούσας έρευνας .

1. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων (γενικός πληθυσμός και άτομα με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή) όσον αφορά την εμφάνιση κατάθλιψης, άγχους και στρες.

1α. Η ομάδα με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή εμφανίζει υψηλότερες τιμές κατάθλιψης, άγχους και στρες σε σχέση με την ομάδα από το γενικό πληθυσμό.

2. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά το νόημα ζωής.

2α. Η ομάδα του γενικού πληθυσμού έχει νόημα ζωής περισσότερο σε σχέση με την ομάδα των ατόμων με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή.

2β. Η ομάδα του γενικού πληθυσμού αναζητά περισσότερο νόημα ζωής σε σχέση με την ομάδα των ατόμων με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή.

3. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τη ψυχική ανθεκτικότητα.

3α. Η ομάδα του γενικού πληθυσμού έχει υψηλότερη ψυχική ανθεκτικότητα σε σχέση με την ομάδα των ατόμων με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή.

4. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τη πνευματικότητα.

4α. Η ομάδα του γενικού πληθυσμού παρουσιάζει υψηλότερη πνευματικότητα σε σχέση με την ομάδα των ατόμων με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή όσον αφορά τις πεποιθήσεις και πρακτικές και την κοινωνική υποστήριξη.

5. Η ψυχική ανθεκτικότητα σχετίζεται με την εμφάνιση κατάθλιψης, άγχους, στρες, με το νόημα ζωής και με την πνευματικότητα.

5α. Τα άτομα με υψηλότερη ψυχική ανθεκτικότητα και από τις δύο ομάδες παρουσιάζουν χαμηλότερη κατάθλιψη, άγχος και στρες.

5β. Τα άτομα με υψηλότερη ψυχική ανθεκτικότητα και από τις δύο ομάδες παρουσιάζουν αυξημένο νόημα ζωής.

5γ. Τα άτομα με υψηλότερη ψυχική ανθεκτικότητα και από τις δύο ομάδες παρουσιάζουν υψηλότερη πνευματικότητα.

6. Η πνευματικότητα σχετίζεται με την εμφάνιση κατάθλιψης, άγχους, στρες καθώς και με το νόημα ζωής.

6α. Τα άτομα με υψηλότερη πνευματικότητα και από τις δύο ομάδες παρουσιάζουν χαμηλότερη κατάθλιψη, άγχος και στρες.

6β. Τα άτομα με υψηλότερη πνευματικότητα και από τις δύο ομάδες παρουσιάζουν αυξημένο νόημα ζωής.

7. Το νόημα ζωής σχετίζεται με την εμφάνιση κατάθλιψης, άγχους και στρες.

7α. Τα άτομα που έχουν υψηλότερο νόημα ζωής και των δύο ομάδων εμφανίζουν χαμηλότερη κατάθλιψη, άγχος και στρες.

7β. Τα άτομα που αναζητούν περισσότερο νόημα ζωής και των δύο ομάδων εμφανίζουν χαμηλότερη κατάθλιψη, άγχος και στρες.

8. Κάποια από τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, εργασία, τόπος κατοικίας) σχετίζονται με την ανάπτυξη καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής.

9. Το σύνολο των μεταβλητών (νόημα ζωής, ψυχική ανθεκτικότητα, πνευματικότητα, εμφάνιση κατάθλιψης, άγχους και στρες, δημογραφικά στοιχεία) προβλέπουν την ανάπτυξη καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής.

Κεφάλαιο 2ο: Μεθοδολογία

2.1 Δείγμα

Για την πραγματοποίηση της έρευνας το δείγμα συγκεντρώθηκε από δύο ομάδες ενηλίκων, ανδρών και γυναικών από 18 έως 55 ετών, μια ομάδα από το γενικό πληθυσμό και μια άλλη από κλινικό πληθυσμό διαγνωσμένο από ψυχιάτρους με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή. Το δείγμα αποτελείται από 149 άτομα συνολικά, τα 105 από το γενικό πληθυσμό και τα 44 από κλινικό πληθυσμό.

Από την ομάδα του γενικού πληθυσμού το 23.3% είναι άνδρες και το 76.7 % γυναίκες ενώ από την κλινική ομάδα το 31.8% είναι άνδρες και το 68.2% είναι γυναίκες. Από την ομάδα του γενικού πληθυσμού το 16.2% είναι μεταξύ 18 και 25 ετών και από την ομάδα του κλινικού πληθυσμού σε αυτή την ηλικία βρίσκεται το 15.9%. Το 25.7% των συμμετεχόντων του γενικού πληθυσμού είναι 26-30 ετών, το 42.9% των συμμετεχόντων του γενικού πληθυσμού είναι 31-40 ετών και το 15.7% είναι 41- 55 ετών. Επίσης, το 18.2% των συμμετεχόντων του κλινικού πληθυσμού είναι μεταξύ 26 - 30 ετών, το 34.1% είναι μεταξύ 31- 40 ετών και το 31.8% είναι 41-55 ετών.

Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο το 13.3% του γενικού πληθυσμού έχει βασική εκπαίδευση (Λύκειο, ΤΕΕ, ΙΕΚ, Άλλο) , το 44.8% έχει ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο (ΑΕΙ, ΤΕΙ) και το 41.9% έχει ανώτατο επίπεδο εκπαίδευσης (Μεταπτυχιακές/Διδακτορικές Σπουδές). Τα αντίστοιχα ποσοστά για την ομάδα του κλινικού δείγματος είναι 36.4%, 40.9% και 22.7%. Οι έγγαμοι είναι 69.5% στο γενικό πληθυσμό και 63,6 στο κλινικό πληθυσμό. Σε μεγάλα αστικά κέντρα κατοικεί το 87.6 του γενικού πληθυσμού και το 81.8% του κλινικού πληθυσμού ενώ σε μικρά χωριά κατοικεί το 1.9% του γενικού πληθυσμού και το 0% του κλινικού πληθυσμού. Τέλος από το γενικό πληθυσμό το 81% εργάζεται ενώ από τον κλινικό πληθυσμό το 65,9% δηλώνει ότι έχει εργασία όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα.

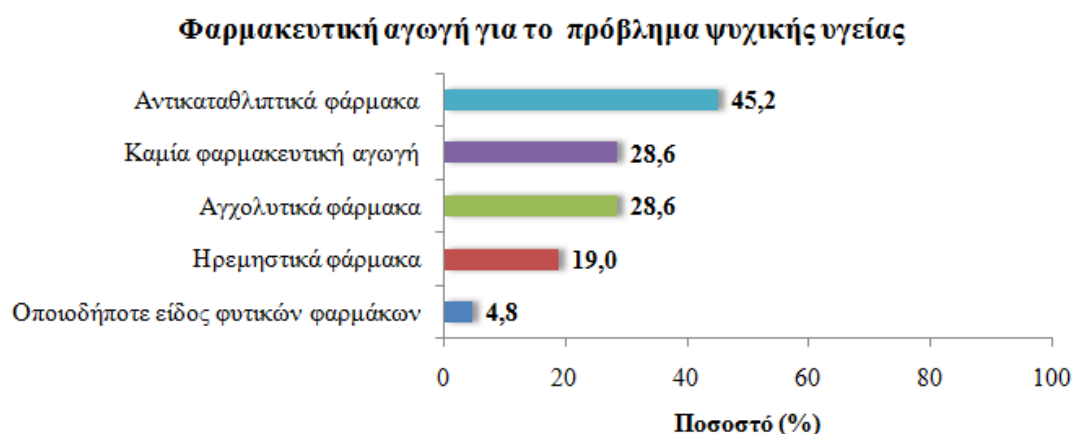
Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

		Καταθλιπτικές /Αγχώδεις διαταραχές			
		Όχι (N=105)		Ναι (N=44)	
		N	%	N	%
Φύλο	Άνδρας	24	23.3	14	31.8
	Γυναίκα	79	76.7	30	68.2
Ηλικία	18-25	17	16.2	7	15.9
	26-30	27	25.7	8	18.2
	31-40	45	42.9	15	34.1
	41-55	16	15.2	14	31.8
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Λύκειο (ή Εξατάξιο Γυμνάσιο)	6	5.7	7	15.9
	ΤΕΕ ή ΙΕΚ	8	7.6	8	18.2
	ΤΕΙ	12	11.4	7	15.9
	ΑΕΙ	35	33.3	11	25.0
	Μεταπτυχιακές Σπουδές	36	34.3	10	22.7
	Διδακτορικές σπουδές	8	7.6	0	0.0
	Άλλο	0	0.0	1	2.3
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Λύκειο (ή Εξατάξιο Γυμνάσιο)/ ΤΕΕ ή ΙΕΚ/ Άλλο	14	13.3	16	36.4
	ΤΕΙ/ ΑΕΙ	47	44.8	18	40.9
	Μεταπτυχιακές / Διδακτορικές σπουδές	44	41.9	10	22.7
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος-η	70	66.7	25	56.8
	Έγγαμος-η	32	30.5	16	36.4
	Σε διάσταση	0	0.0	2	4.5
	Διαζευγμένος-η	2	1.9	1	2.3
	Χήρος-α	1	1.0	0	0.0
Έγγαμοι	Όχι	73	69.5	28	63.6
	Ναι	32	30.5	16	36.4
Παιδιά	Όχι	79	75.2	32	72.7
	Ναι	26	24.8	12	27.3
Κατοικείτε σε	Πόλη(>100.000 κατοίκους)	92	87.6	36	81.8
	Πόλη (15.000-100.000)	9	8.6	8	18.2
	Κωμόπολη (1.500-15.000)	2	1.9	0	0.0
	Χωριό (Μέχρι 1.500)	2	1.9	0	0.0
Εργάζεστε	Με πλήρη απασχόληση	72	68.6	24	54.5
	Με μερική απασχόληση	13	12.4	5	11.4
	Φοιτητής, σπουδαστής, Μαθητής	12	11.4	2	4.5
	Οικιακά	3	2.9	4	9.1
	Συνταξιούχος	2	1.9	2	4.5
	Εκτός εργασίας	3	2.9	7	15.9
Εργάζεστε	Όχι	20	19.0	15	34.1
	Ναι	85	81.0	29	65.9

Επιπλέον αξίζει να αναφερθεί ότι από την ομάδα των ατόμων με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή το 36.4% αντιμετώπιζε κάποιο πρόβλημα σωματικής υγείας τους τελευταίους έξι μήνες και το 21.9% από το γενικό πληθυσμό. Τα προβλήματα

σωματικής υγείας που ανέφεραν και οι δύο ομάδες αφορούσαν αναπνευστικά προβλήματα, γαστρεντερολογικά ζητήματα, ορθοπεδικά προβλήματα, αυτοάνοσα, υπερκόπωση, θέματα θυροειδούς, άλλα προβλήματα όπως ίλιγγοι, υψηλή αρτηριακή πίεση. Η ακριβής καταγραφή των σωματικών συμπτωμάτων παρατίθεται στο παράρτημα Β.

Όσον αφορά τα προβλήματα ψυχικής υγείας όλοι οι συμμετέχοντες της ομάδας των ατόμων με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή ανέφεραν ότι είχαν κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας και όλοι είχαν ψυχιατρική διάγνωση. Το 75% των συμμετεχόντων με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή είχαν διαγνωσθεί πάνω από ένα χρόνο και μάλιστα ο διάμεσος χρόνος από τη διάγνωση ήταν 3.8 έτη (2 – 6.8 έτη). Το 45.2% των συμμετεχόντων του κλινικού δείγματος έπαιρνε αντικαταθλιπτικά, το 28.6% αγχολυτικά και το ίδιο ποσοστό (28.6%) δεν έπαιρνε καμία φαρμακευτική θεραπεία ενώ το 4.8 λάμβανε φυτικά φάρμακα όπως φαίνεται και στο παρακάτω διάγραμμα.



Διάγραμμα 1: Φαρμακευτική θεραπεία των συμμετεχόντων με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή.

Ακόμα αξίζει να αναφερθεί ότι το 79.5% έπαιρνε μέρος και σε άλλου είδους θεραπεία για την αντιμετώπιση του ζητήματος ψυχικής υγείας. Το 88.6% ανέφερε ότι έκανε ψυχοθεραπεία. Το 2.9 % ομοιοπαθητική, το 8.6% ενναλλακτικές θεραπείες και το 8.6% άλλη θεραπεία. Όλα τα παραπάνω στοιχεία παρατίθενται αναλυτικά στο Παράρτημα Β.

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας που ανέφεραν οι συμμετέχοντες της ομάδας με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή αφορούσαν καταθλιπτική διάθεση, αγοραφοβία, φοβίες, κρίσεις πανικού, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και καταγράφονται αναλυτικά στο Παράρτημα Β.

2.2 Ψυχομετρικά εργαλεία

Οι συμμετέχοντες της έρευνας, εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία , συμπλήρωσαν τέσσερα ερωτηματολόγια, δηλαδή ένα για κάθε μία μεταβλητή της έρευνας, τα οποία περιγράφονται παρακάτω.

2.2.1 Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες

Η κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες (Depression Anxiety Stress Scale 21 [DASS 21]) κατασκευάστηκε από τους Lovibond και Lovibond το 1995 και έχει προσαρμοστεί και σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό από το Λυράκο, την Αρβανίτη, τη Σμυρνιώτη και την Κωστοπαναγιώτου το 2011.

Ο σκοπός της κλίμακας είναι η αξιολόγηση της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης και συγκεκριμένα της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες. Η τελική κλίμακα αυτοαναφοράς αποτελείται από ένα σύνολο τριών αυτοχορηγούμενων κλιμάκων, σχεδιασμένων να μετρούν την αρνητική συναισθηματική διάσταση της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες και αποτελείται από 21 προτάσεις. Αποτελεί τη συνοπτική μορφή της κλίμακας κατάθλιψης, άγχους και στρες των 42 προτάσεων. Κάθε μια από τις τρεις κλίμακες του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 7 ερωτήματα. Η κλίμακα κατάθλιψης αξιολογεί τη δυσφορία, την απελπισία, την υποτίμηση της ζωής, την αυτουποτίμηση, την έλλειψη ενδιαφέροντος /συμμετοχής, την ανηδονία και την απάθεια. Η κλίμακα του άγχους αξιολογεί τη διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, την επίδραση στο μυοσκελετικό, το άγχος ως κατάσταση και την υποκειμενική εμπειρία της επίδρασης του άγχους. Η κλίμακα του στρες είναι ευαίσθητη σε επίπεδα χρόνιας μη ειδικής διέγερσης. Αξιολογεί τη δυσκολία χαλάρωσης, την υπερδιέγερση, την ευεξαπτότητα, την ευερεθιστότητα/υπεραντιδραστικότητα και την ανυπομονησία.

Οι συμμετέχοντες δηλώνουν το βαθμό στον οποίο θεωρούν ότι τους αντιπροσωπεύει καθεμιά από τις προτάσεις χρησιμοποιώντας μια κλίμακα τύπου Likert τεσσάρων διαβαθμίσεων (όπου 0=δεν ίσχυσε καθόλου για εμένα, 1=ίσχυε για εμένα σε ένα ορισμένο βαθμό ή για μικρό χρονικό διάστημα, 2=ίσχυε για εμένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό ή για μεγάλο χρονικό διάστημα, 3=ίσχυε για εμένα πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές). Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν υπάρχει χρονικό όριο.

Το ερωτηματολόγιο έχει σταθμιστεί σε δείγμα 537 ατόμων (178 άνδρες και 349 γυναίκες, 12 δεν απάντησαν) από 17 έως 67 ετών από όλη την Ελλάδα έπειτα από επεξεργασία της κλίμακας των 42 ερωτημάτων. Ο μέσος όρος της βαθμολογίας στο υγιές δείγμα είναι 12.5/63 με τυπική απόκλιση 11.6, ενώ στους ασθενείς (N=62) είναι 28.5/63 με τυπική απόκλιση 14.9. Ο μέσος όρος για την κλίμακα κατάθλιψης είναι 3.7 (τυπική απόκλιση=4.7), για την κλίμακα άγχους 3.1 (τυπική απόκλιση=3.5) και για την κλίμακα στρες 5.6 (τυπική απόκλιση=4.7). Στο κλινικό δείγμα ο μέσος όρος για την κλίμακα της κατάθλιψης είναι 9.7 (τυπική απόκλιση=6.2), για την κλίμακα άγχους 9.2 (τυπική απόκλιση 6.2) και για την κλίμακα στρες 10.6 (τυπική απόκλιση=5.5).

Οι συμμετέχοντες βαθμολογούνται για κάθε πρόταση του τεστ με κριτήριο το κατά πόσο δηλώνουν ότι το περιεχόμενο της τους χαρακτηρίζει. Η βαθμολογία που μπορεί να πάρει η κάθε πρόταση κυμαίνεται από 0 έως 3 βαθμούς. Οι βαθμοί κάθε συμμετέχοντα αθροίζονται προκειμένου να υπολογιστεί η συνολική τιμή της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης. Η ανώτερη τιμή είναι 63 για το σύνολο του ερωτηματολογίου και 21 για την κάθε κλίμακα.

Σύμφωνα με το Λυράκο, 2011 (όπως αναφέρεται στο (Σταλίκας, Α., Τριλιβά, Σ., Ρούσση, Π., 2012) το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει καλή εγκυρότητα περιεχομένου καθώς και καλή εννοιολογική εγκυρότητα, αφού η ανάλυση σε κύριες συνιστώσες των 21 ερωτημάτων έδωσε τρεις παράγοντες με ιδιοτιμές μεγαλύτερες του 1 που μετρούσαν το 56,6% της διακύμανσης και οι ενδοσυσχετίσεις κυμάνθηκαν από .445 έως .77 για την κάθε κλίμακα.

Επίσης ο βαθμός συσχέτισης ανάμεσα στην κλίμακα κατάθλιψης και στο ερωτηματολόγιο Beck για την κατάθλιψη είναι στατιστικά σημαντικός ($r=.69$). Ο βαθμός συσχέτισης ανάμεσα στην κλίμακα άγχους και στην κλίμακα στρες με την κλίμακα άγχους του Spielberger είναι στατιστικά σημαντικός : $r=.63$ και $r=.61$

αντίστοιχα. Ο βαθμός συσχέτισης ανάμεσα στο σύνολο του ερωτηματολογίου και στα ερωτηματολόγια κατάθλιψης του Beck και άγχους του Spielberger, το οποίο εξετάζει δύο διαστάσεις του άγχους, το άγχος ως κατάσταση και το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, είναι στατιστικά σημαντικός: $r=.74$, $r=.72$, $r=.76$ αντίστοιχα. Οι συσχετίσεις ανά ζεύγος όλων των κλιμάκων του ερωτηματολογίου των 21 ερωτημάτων με τις κλίμακες του ερωτηματολογίου των 42 ερωτημάτων ήταν στατιστικά σημαντικές. Συγκεκριμένα για το στρες 21 και το στρες 42 ήταν $r=.97$, για το άγχος 21 και το άγχος 42 ήταν $r=.97$, για την κατάθλιψη 21 και την κατάθλιψη 42 $r=.98$ και για το συνολικό 21 και το συνολικό 42 ήταν $r=.99$

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's α) για το σύνολο των προτάσεων της κλίμακας είναι $\alpha=.93$ και Standardized Item Alpha $=.93$. Η αξιοπιστία των ημίσεων ή ημικλαστών είναι $\alpha=.83$. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για την κλίμακα της κατάθλιψης είναι $\alpha=.83$, για την κλίμακα του άγχους $\alpha=.81$ και για την κλίμακα του στρες $\alpha=.89$.

2.2.2 Ερωτηματολόγιο Νοήματος Ζωής

Το ερωτηματολόγιο νοήματος ζωής (Meaning in Life Questionnaire [MLQ]) κατασκευάστηκε το 2006 από τους Steger, Frazier, Oishi και Kaler και έχει προσαρμοστεί και σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό από τον Πεζιρκιανίδη, το Γαλανάκη, τη Καρακασίδου και το Σταλίκα το 2016.

Το ερωτηματολόγιο αξιολογεί δύο παράγοντες: κατά πόσο το άτομο έχει νόημα στη ζωή του, και κατά πόσο αναζητεί κάποιο νόημα. Αποτελείται από 10 προτάσεις, ομαδοποιημένες σε δυο υποκλίμακες οι οποίες αφορούν δυο παράγοντες. Ο πρώτος είναι η ύπαρξη νοήματος στη ζωή του ανθρώπου και ο δεύτερος η αναζήτηση του ατόμου για νόημα στη ζωή του. Το ερωτηματολόγιο νοήματος ζωής είναι βελτιωμένο σε σχέση με τα υπόλοιπα ερωτηματολόγια που μετρούν το νόημα ζωής, δεδομένου ότι οι προτάσεις του δεν δημιουργούν επικάλυψη με μέτρα κατάθλιψης, η δομή των παραγόντων που μετρά είναι σταθερή και δεν είναι μακροσκελές.

Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου γίνεται σε μια κλίμακα τύπου Likert επτά διαβαθμίσεων. Τα άτομα που συμμετέχουν στην αξιολόγηση βαθμολογούν κάθε πρόταση του ερωτηματολογίου ανάλογα με το κατά πόσο θεωρούν ότι το περιεχόμενό της τους χαρακτηρίζει. Οι βαθμολογίες που μπορεί να λάβουν ανά πρόταση κυμαίνονται από 1 έως 7 βαθμούς (1=απόλυτα αναληθές, 7=απόλυτα αληθές).

Στο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιούνται και ανεστραμμένες προτάσεις, στις οποίες οι συμμετέχοντες αξιολογούνται με βαθμό αντίστροφο από το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας που έχουν δηλώσει. Οι βαθμοί κάθε συμμετέχοντα αθροίζονται για να υπολογιστεί η συνολική τιμή των δύο παραγόντων: της ύπαρξης νοήματος στη ζωή και της αναζήτησης νοήματος. Η ανώτερη τιμή για κάθε παράγοντα είναι 35. Στην αγγλική έκδοση έχει πολύ καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα (.33). Το ερωτηματολόγιο στην αγγλική έκδοση εμφανίζει πολύ καλή αξιοπιστία. Ο δείκτης Cronbach's α για την υποκλίμακα ύπαρξης νοήματος είναι .82 και για την υποκλίμακα αναζήτησης νοήματος .87 (Steger, Frazier, Oishi, & Kaler, 2006).

Όσον αφορά τη στάθμιση του ερωτηματολογίου στον ελληνικό πληθυσμό η προσαρμογή βασίστηκε σε στοιχεία που συλλέχθηκαν από 6287 άτομα που κατοικούν σε αστικές περιοχές, χρησιμοποιώντας κοινή ανάλυση στατιστικών στοιχείων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι προτάσεις της κλίμακας έχουν ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες. Οι μέσες βαθμολογίες κυμαίνονταν από 4.17 έως 5.25 ενώ η διακύμανση κυμαινόταν από 1.71 έως 4.25 ανά πρόταση. Οι μέσες βαθμολογίες ανά πρόταση σε σχέση με τις τυπικές αποκλίσεις και διακυμάνσεις είναι ενδεικτικές της κανονικής κατανομής όσον αφορά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων.

Ορισμένες ανησυχίες υπήρξαν όσον αφορά την πρόταση Νο. 1 (αντιλαμβάνομαι το νόημα της ζωής μου) και την πρόταση Νο.7 (πάντα αναζητώ κάτι που κάνει τη ζωή μου να είναι σημαντική). Αυτές οι δύο προτάσεις έχουν κάπως υψηλότερο μέσο όρο (5.11, 5.05) και χαμηλότερη από την αναμενόμενη διακύμανση (1.99, 1.71). Μία πιθανή εξήγηση για τους μέσους όρους και τις διακυμάνσεις στις δύο αυτές προτάσεις μπορεί να είναι ότι αντιπροσωπεύουν κοινές αναζητήσεις και πεποιθήσεις που συχνά εμφανίζονται σε μη κλινικούς πληθυσμούς. Επιπλέον, αυτές οι δύο προτάσεις ήταν χρήσιμες για την αξιοπιστία και τη δομή του ερωτηματολογίου.

Οι αλληλεξαρτήσεις μεταξύ των προτάσεων έχουν θετικούς στατιστικά σημαντικούς συσχετισμούς που κυμαίνονται από .1 έως .6. Η ανάλυση έδειξε ότι οι συσχετισμοί μεταξύ όλων των προτάσεων κυμαίνονταν από $r=.38$ έως $r=.67$ όπως αναμενόταν. Αυτό το εύρημα είναι ενδεικτικό της επαρκούς εγκυρότητας κατασκευής.

Όσον αφορά την αξιοπιστία, η κλίμακα έχει ικανοποιητική αξιοπιστία. Συγκεκριμένα, ο δείκτης Cronbach Alpha για την κλίμακα ήταν $\alpha=.76$, για το υποσύνολο παρουσίας ήταν $\alpha=.83$ και για το υποσύνολο αναζήτησης ήταν $\alpha=.82$. Ο δείκτης split half

reliability για τις δέκα προτάσεις της κλίμακας νοήματος ζωής ήταν Spearman - Brown Coefficient (ίσο και άνισο μήκος)=.66 και Guttman Coefficient=.65. Ανιχνεύθηκαν υψηλότεροι δείκτες ημίσεως για την υποκλίμα της παρουσίας (Spearman - Brown Coefficient=.82, Guttman Coefficient=.79) και το υποσύνολο αναζήτησης (Spearman - Brown Coefficient=.79, Guttman Coefficient=.77). Επιπλέον, η ανάλυση προτάσεων έδειξε ότι η πιθανή διαγραφή οποιουδήποτε αριθμού από τις προτάσεις δεν θα μπορούσε να αυξήσει το επίπεδο αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου.

Η παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου εξετάστηκε μέσω διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων (factor analysis). Σύμφωνα με την ανάλυση παραγόντων και το κριτήριο Kaiser (ιδιοτιμές μεγαλύτερες του 1) φαίνεται ότι υπάρχουν δύο κύριοι παράγοντες που εξηγούν το 62.06% της μεταβλητής διακύμανσης. Το ίδιο συμπέρασμα μπορεί επίσης να αντληθεί από το plot plot και το Monte Carlo PCA για παράλληλη ανάλυση (δύο από τις ιδιοτιμές των συντελεστών είναι μεγαλύτερες από τις τυχαίες ιδιοτιμές). Ο πρώτος παράγοντας αποτελείται από πέντε σημεία σημασίας και ο δεύτερος παράγοντας αποτελείται από πέντε στοιχεία αναζήτησης. Δεν βρέθηκαν διπλές φορτώσεις. Η ανάλυση παραγόντων επιβεβαιώνει την αρχική δομή των παραγόντων της κλίμακας.

Επιπλέον, παρέχεται περαιτέρω εμπειρική υποστήριξη όσον αφορά την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιώντας ως κριτήρια συγκεκριμένες μεταβλητές βάσει της βιβλιογραφίας. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες μεταβλητές ως κριτήρια: αρνητικές συναισθήσεις, άγχος, κατάθλιψη, άγχος, ικανοποίηση ζωής, ψυχική ανθεκτικότητα, έμπνευση, θετικά συναισθήματα και υποκειμενική ευτυχία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τόσο ο παράγοντας ύπαρξης νοήματος όσο και ο παράγοντας αναζήτησης έχουν ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίων.

Συμπερασματικά, το Ερωτηματολόγιο Νοήματος Ζωής μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αξιόπιστο και έγκυρο ψυχομετρικό εργαλείο για τη μέτρηση του νοήματος της ζωής στον ελληνικό πληθυσμό (Pezirkianidis, Galanakis, Karakasidou, Stalikas, 2016) .

2.2.3. Κλίμακα Ανθεκτικότητας

Η κλίμακα ανθεκτικότητας (The Connor- Davidson Resilience Scale [CD-RISC]) κατασκευάστηκε από τους Connor και Davidson το 2003 και βρίσκεται σε διαδικασία προσαρμογής και στάθμισης στον ελληνικό πληθυσμό.

Σκοπός της κλίμακας είναι η ποσοτική μέτρηση της ανθεκτικότητας στο γενικό πληθυσμό και η εκτίμηση της μεταβλητότητας της ανθεκτικότητας σε κλινικά δείγματα. Η κλίμακα αποτελείται από 25 αυτοαναφορικές δηλώσεις των πέντε διαβαθμίσεων (1=καθόλου αληθές, 1=σπάνια αληθές, 2=κάποιες φορές αληθές, 3=συχνά αληθές, 5=σχεδόν πάντα αληθές), οι οποίες έχουν δομηθεί με βάση τη μελέτη προηγούμενων ερευνών και συγγενών με την ανθεκτικότητα εννοιολογικών κατασκευών και αντιστοιχούν στους πέντε ακόλουθους παράγοντες: (1) προσωπική επάρκεια, υψηλά στάνταρντ και επιμονή, (2) εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο, μακροθυμία όσον αφορά την αρνητική διάθεση και ενδυναμωτική επίδραση του στρες, (3) θετική αποδοχή της αλλαγής και ασφαλείς σχέσεις, (4) έλεγχος, (5) πνευματικού χαρακτήρα επιρροές.

Η κλίμακα έχει δοκιμαστεί τόσο σε γενικό πληθυσμό όσο και σε κλινικά δείγματα (πέντε διαφορετικές ομάδες που αριθμούν συνολικά 806 άτομα, με μέση ηλικία τα 43.8 έτη, εκ των οποίων 65% γυναίκες και 35% άνδρες, 77% λευκοί και 23% μη λευκοί). Η ελληνική μετάφραση της κλίμακας βρίσκεται σε διαδικασία στάθμισης με ικανό δείγμα πληθυσμού. Η βαθμολόγηση γίνεται με κριτήριο το πώς έχουν αισθανθεί οι εξεταζόμενοι κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Το εύρος των αποτελεσμάτων κυμαίνεται από 0 έως 100, με τις υψηλότερες τιμές να υποδεικνύουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα. Η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική συγκλίνουσα και αποκλίνουσα εγκυρότητα και αντικατοπτρίζει διαφορετικά επίπεδα ανθεκτικότητας σε πληθυσμούς που -μεταξύ άλλων- θεωρείται ότι διαφέρουν ως προς τον βαθμό ανθεκτικότητας (π.χ. γενικός πληθυσμός έναντι ασθενών με διαταραχές άγχους). Η δοκιμασία της κλίμακας τόσο σε γενικό πληθυσμό όσο και σε κλινικά δείγματα έδειξε καλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach's α .89), καθώς και καλή αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (συντελεστής ενδοσυσχέτισης .87) (Σταλίκας, Τριλιβά, Ρούσση, 2012).

Καθώς δεν έχει ολοκληρωθεί η στάθμισή στον ελληνικό πληθυσμό, στην παρούσα έρευνα μελετήθηκε η παραγοντική της δομή, η οποία παρουσιάζεται αναλυτικά στο 3ο Κεφάλαιο.

2.2.4 Ερωτηματολόγιο ως προς τα Συστήματα Πεποιθήσεων

Το ερωτηματολόγιο ως προς τα συστήματα πεποιθήσεων (Systems of Belief Inventory [SBI-15R]) κατασκευάστηκε από τους Holland, Kash, Passik, Gronert, Sison, Lederberg, Russak, Baider και Fox το 1998 και δεν έχει ακόμα σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό.

Το ερωτηματολόγιο ως προς τα συστήματα πεποιθήσεων σχεδιάστηκε για να μετρά τις θρησκευτικές και πνευματικές πεποιθήσεις και πρακτικές και την κοινωνική υποστήριξη που προέρχεται από μια κοινότητα που μοιράζεται αυτές τις πεποιθήσεις.

Το 1992, μια πολυεπιστημονική ερευνητική ομάδα στο Τμήμα Ψυχιατρικής στο Memorial SloanKettering κέντρο καρκίνου στη Νέα Υόρκη, συναντήθηκε για να αντιμετωπίσει το ζήτημα της θρησκευτικότητας και της ποιότητας ζωής. Η ομάδα ανέλαβε την ανάπτυξη και επικύρωση ενός μέτρου θρησκευτικότητας που θα μπορούσε να συμπεριληφθεί στις πολυδιάστατες μελέτες ποιότητας ζωής των ασθενών με σοβαρή χρόνια ασθένεια. Η ανάπτυξη αυτού του ερωτηματολογίου ήταν μια διαδικασία τεσσάρων φάσεων (Holland et al., 1998): Στη πρώτη φάση (δημιουργία θέματος) δημιουργήθηκαν 35 προτάσεις για να καλύψουν τέσσερις παράγοντες: (1) τον βαθμό στον οποίο ο συμμετέχων έχει υπαρξιακή προοπτική, (2) τη χρήση θρησκευτικών τελετουργιών και πρακτικών, (3) τη σχέση με ένα ανώτερο όν, και (4) την κοινωνική υποστήριξη που έλαβε από την θρησκευτική κοινότητα. Αυτές οι ερωτήσεις χορηγήθηκαν μέσω συνεντεύξεω σε 12 νοσηλευόμενους ασθενείς με καρκίνο. Στη δεύτερη φάση σχηματίστηκε ερωτηματολόγιο με 54 προτάσεις και υιοθετήθηκε μια μορφή αυτοαναφοράς με μια κλίμακα Likert τεσσάρων βαθμών (0=Διαφωνώ απόλυτα, 1=Διαφωνώ κάπως, 2=Συμφωνώ κάπως, 3=Συμφωνώ απόλυτα). Στη τρίτη φάση ξεκίνησε η αρχική επικύρωση του ερωτηματολογίου. Για να ξεκινήσει η επικύρωση, 301 υγιή άτομα χωρίς ιστορικό καρκίνου ή σοβαρής ασθένειας κατά το προηγούμενο έτος κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο ως προς τα συστήματα πεποιθήσεων με 54 προτάσεις και άλλα ερωτηματολόγια ως μέτρα ελέγχου όπως τα: (1) η κλίμακα του θρησκευτικού προσανατολισμού (Inventory of Religion Orientation-ROI, Allport and Ross, 1967), (2) ο Δείκτης Πνευματικών Εμπειριών (Index of spiritual Experience, Kass et al., 1991), (3) η κλίμακα συνοπτικής αναφοράς συμπτωμάτων (Brief Symptom Inventory, Derogatis, 1982) και (4) η μελέτη ιατρικών αποτελεσμάτων της γενικής έρευνας υγείας σύντομης μορφής (Medical Outcome Study , Stewart et al, 1988). Υψηλή εσωτερική συνοχή βρέθηκε για το

ερωτηματολόγιο ως προς τα συστήματα πεποιθήσεων (.97), καθώς και για τους τέσσερις παράγοντες. Υπήρχαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του ερωτηματολογίου ως προς τα συστήματα πεποιθήσεων και των άλλων δύο μέτρων θρησκευτικότητας (συγκλίνουσα ισχύς), αλλά δεν υπήρχαν σημαντικές συσχετίσεις με τη κλίμακα συνοπτικής αναφοράς συμπτωμάτων και τη μελέτη ιατρικών αποτελεσμάτων της γενικής έρευνας υγείας σύντομης μορφής (αποκλίνουσα ισχύς). Το ερωτηματολόγιο ως προς τα συστήματα πεποιθήσεων έδειξε ισχυρή διακριτική εγκυρότητα. Μια βασική ανάλυση των συνιστωσών με την περιστροφή του Varimax εντόπισε δύο και όχι τέσσερις παράγοντες. Στη τέταρτη φάση διεξήχθη ανάλυση βασικών συνιστωσών. Έγινε εντοπισμός και επιλογή προτάσεων με σταθερά υψηλότερα φορτία συντελεστών. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα δέκα προτάσεις να φορτίσουν σε ένα παράγοντα (πεποιθήσεις και πρακτική) και πέντε προτάσεις να φορτίσουν σε ένα δεύτερο παράγοντα(κοινωνική υποστήριξη).

Το νέο ερωτηματολόγιο ως προς τα συστήματα πεποιθήσεων των 15 προτάσεων συσχετίστηκε σε μεγάλο βαθμό με το ερωτηματολόγιο ως προς τα συστήματα πεποιθήσεων των 54 προτάσεων, και παρουσίασε συγκλίνουσα, αποκλίνουσα και διακριτική ισχύ. Οι ερευνητές του ερωτηματολογίου ως προς τα συστήματα πεποιθήσεων των 15 προτάσεων αναδιατύπωσαν μία πρόταση προκειμένου να διευρύνουν την εφαρμογή του σε ασθενείς εκτός από εκείνους με διάγνωση καρκίνου και σε υγιή άτομα και έτσι το ερωτηματολόγιο αναθεωρήθηκε.

Επομένως το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 15 προτάσεις και καλύπτει δύο παράγοντες, τις πεποιθήσεις και τις πρακτικές (10 προτάσεις) και την κοινωνική υποστήριξη μέσω της θρησκευτικής οργάνωσης (5 προτάσεις). Σε κάθε στοιχείο αποδίδεται βαθμολογία σε κλίμακα τεσσάρων σημείων (0=Διαφωνώ απόλυτα, 1=Διαφωνώ κάπως, 2=Συμφωνώ κάπως, 3=Συμφωνώ απόλυτα) βάσει του βαθμού στον οποίο εφαρμόζεται το δεδομένο στοιχείο.

Τόσο το ερωτηματολόγιο ως προς τα συστήματα πεποιθήσεων των 54 προτάσεων, όσο και εκείνο των 15 προτάσεων παρουσιάζουν καλές ψυχομετρικές ιδιότητες και έχουν χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με καρκίνο του μελανώματος και του μαστού (Holland et al., 1998, 1999. Kash et al., 1995). Το ερωτηματολόγιο ως προς τα συστήματα πεποιθήσεων των 15 προτάσεων ανταποκρίθηκε σε δοκιμές εσωτερικής συνέπειας, καλής αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων (.95) και συγκλίνουσας και αποκλίνουσας εγκυρότητας τόσο σε υγιή όσο και σε ασθενή άτομα.

Η μετάφραση του ερωτηματολογίου ως προς τα συστήματα πεποιθήσεων των 15 προτάσεων σε άλλες γλώσσες άρα και σε διαφορετικά πολιτιστικά πλαίσια απαιτεί ξεχωριστή στάθμιση της κλίμακας.

Εξαιτίας του ότι το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν έχει σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό, ούτε έχει μελετηθεί η αξιοπιστία του μελετήθηκε η παραγοντική του δομή και η αξιοπιστία των παραγόντων και των προτάσεων, η οποία παρουσιάζεται αναλυτικά στο 3ο Κεφάλαιο

2.2.5 Δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία σωματικής και ψυχικής υγείας

Τα τέσσερα ερωτηματολόγια που παρουσιάστηκαν παραπάνω συνοδεύονταν από ένα επιπλέον σύντομο ερωτηματολόγιο, που περιείχε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, τύπος κατοικίας, επαγγελματική κατάσταση καθώς και ένα ερωτηματολόγιο με μία ομάδα ερωτήσεων αναφορικά με την ύπαρξη ή μη κάποιου προβλήματος σωματικής και ψυχικής υγείας τους τελευταίους έξι μήνες. Πιο συγκεκριμένα οι ερωτήσεις αυτές αφορούσαν την ύπαρξη ή μη κάποιου προβλήματος σωματικής υγείας τους τελευταίους έξι μήνες, την ονομασία του προβλήματος, τη χρονική περίοδο της διάγνωσης, την ακριβή καταγραφή της ημερομηνίας της διάγνωσης, την ύπαρξη ή μη κάποιου προβλήματος ψυχικής υγείας τους τελευταίους έξι μήνες, την ονομασία του προβλήματος αυτού, την ύπαρξη ψυχιατρικής διάγνωσης σε περίπτωση που η απάντηση ήταν θετική στο προηγούμενο ερώτημα, τη χρονική περίοδο της διάγνωσης, την ακριβή καταγραφή της ημερομηνίας της διάγνωσης, τη λήψη ή μη φαρμακευτικής αγωγής για το παραπάνω πρόβλημα εφόσον υπάρχει, τη συμμετοχή σε άλλου είδους θεραπείες για το συγκεκριμένο πρόβλημα ψυχικής υγείας αν έχει αναφερθεί κάτι στο προηγούμενο ερώτημα.

2.3 Διαδικασία – Συλλογή υλικού

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω της συμπλήρωσης ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς και από τις δύο ομάδες. Όλα τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες και των δύο ομάδων ως ένα σύνολο, που αποτελούνταν από έξι μέρη, δηλαδή ένα για κάθε ερωτηματολόγιο μαζί με ενημέρωση

για την ερευνήτρια και την έρευνα καθώς και σύντομες οδηγίες συμπλήρωσης. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν τόσο ατομικά στον καθένα ξεχωριστά όσο και ηλεκτρονικά. Κάθε υποκείμενο, αφού ενημερώνονταν προφορικά ή γραπτά για τους σκοπούς της έρευνας και λάμβανε τη διαβεβαίωση για την ανωνυμία των προσωπικών του δεδομένων και της συμμετοχής του, ρωτούνταν αν επιθυμούσε να συμμετάσχει εθελοντικά στην έρευνα. Για την κλινική ομάδα τα υποκείμενα ενημερώνονταν είτε από την ίδια την ερευνήτρια είτε από τους ψυχιάτρους ή ψυχολόγους που συνεργάστηκαν για την ανεύρεση του δείγματος. Για το γενικό πληθυσμό η ενημέρωση γινόταν με προφορικό ή γραπτό λόγο από την ερευνήτρια. Για να διασφαλιστούν, λοιπόν, οι παραπάνω προϋποθέσεις ενημέρωσης στο σύνολο του πληθυσμού που συμπλήρωσε τα ερωτηματολόγια, συντάχθηκε ένα εισαγωγικό σημείωμα με τα προαναφερόμενα, το οποίο χορηγούνταν πάντα συνοδευτικά με τα ερωτηματολόγια (Παράρτημα Α).

Το δείγμα του γενικού πληθυσμού χωρίς καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή συγκεντρώθηκε με επίσκεψη της ερευνήτριας σε διαφορετικού τύπου πλαίσια όπως μια θεατρική ομάδα, μια εταιρεία, ένα γυμναστήριο, ένας χώρος κοινωνικής εστίασης (καφετέρια) καθώς και ηλεκτρονικά. Το δείγμα των ατόμων με καταθλιπτική και αγχώδη διαταραχή αναζητήθηκε σε ιδιωτικά γραφεία τεσσάρων ψυχιάτρων, σε ιδιωτικά γραφεία πέντε ψυχολόγων και στην Ελληνική Εταιρεία Διαταραχών Διάθεσης «Μαζί».

Για την πρώτη ομάδα του γενικού πληθυσμού με απουσία καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της συμπτωματικής δειγματοληψίας μέσα από ένα δείγμα ευχέρειας, βασισμένο σε διαθέσιμα υποκείμενα της ερευνήτριας, από διάφορους χώρους και περιοχές της Ελλάδας με κριτήρια να βρίσκονται ηλικιακά μεταξύ 18 και 55 ετών και να μην έχουν ψυχιατρική διάγνωση με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή. Έπειτα, ζητήθηκε από τα υποκείμενα να προωθήσουν το ερωτηματολόγιο, εφόσον το επιθυμούν, σε άλλα άτομα που να πληρούν τα παραπάνω κριτήρια, εφαρμόζοντας, έτσι, τη δειγματοληπτική μέθοδο της χιονοστιβάδας (Babbie, 2011). Επιπλέον, για την ομάδα του γενικού πληθυσμού το ερωτηματολόγιο διατέθηκε μέσω προσωπικής αλληλογραφίας σε οικεία άτομα της ερευνήτριας που εκδήλωσαν το ενδιαφέρον να συμμετέχουν στην έρευνα, τοποθετήθηκε και γνωστοποιήθηκε σε διάφορους ιστότοπους κοινωνικών δικτύων όπως το Facebook, καθώς και σε διάφορες

ομάδες που υπάρχουν σε αυτό, όπως τόποι συζήτησης (forum) φοιτητών διαφόρων πανεπιστημίων και εθελοντικών οργανώσεων.

Όσον αφορά τη δεύτερη ομάδα αφού ενημερώθηκαν οι ψυχίατροι, οι ψυχολόγοι και το μη κερδοσκοπικό σωματείο «Μαζί» για το σκοπό της έρευνας και το τρόπο χορήγησης και συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, ανατέθηκε σε αυτούς η χορήγηση των ερωτηματολογίων στους ασθενείς τους οι οποίοι θα επισκέπτονταν το γραφείο τους για διάστημα δύο μηνών (Απρίλιος – Μαΐος 2018) και θα πληρούσαν τα εξής κριτήρια : θα ήταν μεταξύ 18 και 55 ετών, θα είχαν διαγνωστεί με καταθλιπτική διαταραχή οποιουδήποτε βαθμού ή με κάποια από τις αγχώδεις διαταραχές. Η ερευνήτρια παρευρέθηκε κάποιες φορές στα ιδιωτικά γραφεία και χορήγησε η ίδια τα ερωτηματολόγια στο δείγμα της δεύτερης ομάδας.

Κεφάλαιο 3ο: Αποτελέσματα

3.1 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Αφού συλλέχθηκαν τα δεδομένα μέσω των παραπάνω ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς αρχικά πραγματοποιήθηκε η παραγοντική ανάλυση ξεχωριστά για τις δύο κλίμακες που δεν ήταν σταθμισμένες στον ελληνικό πληθυσμό (Κλίμακα Ανθεκτικότητας και Ερωτηματολόγιο ως προς τα Συστήματα Πεποιθήσεων). Αφού καταλήξαμε σε έναν αριθμό αξιόπιστων παραγόντων, που να συμφωνούν σε γενικές γραμμές νοηματικά με αυτούς των κατασκευαστών, χρησιμοποιήσαμε τους παράγοντες που αποδόθηκαν στις επόμενες αναλύσεις για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Αμέσως μετά έγινε η σύγκριση όλων των κλιμάκων μεταξύ των δύο ομάδων και συσχετίστηκαν οι κλίμακες χωριστά στην κάθε ομάδα. Έπειτα έγινε η περιγραφή των δημογραφικών στοιχείων στις δύο ομάδες και σύγκριση των στοιχείων μεταξύ των ομάδων. Τέλος πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική ανάλυση για τις κλίμακες στο σύνολο του δείγματος με εξαρτημένη μεταβλητή την ύπαρξη καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετοχόντων, τα στοιχεία από το ατομικό τους ιστορικό σωματικής και ψυχικής υγείας και τις βαθμολογίες τους στην Κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες, στο Ερωτηματολόγιο νοήματος ζωής, στην Κλίμακα Ανθεκτικότητας και στο Ερωτηματολόγιο ως προς τα συστήματα πεποιθήσεων, με σκοπό να μελετηθεί η πρόβλεψη της καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής από το νόημα ζωής, τη ψυχική ανθεκτικότητα, την πνευματικότητα, την εμφάνιση κατάθλιψης, άγχους, στρες και τα δημογραφικά στοιχεία

3.2 Παραγοντικές αναλύσεις

Ξεκινώντας τις αναλύσεις πραγματοποιήθηκε η διαδικασία της παραγοντικής ανάλυσης για κάθε μία από τις δυο κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα και δεν ήταν σταθμισμένες στον ελληνικό πληθυσμό, με σκοπό να ελεγχεί η αξιοπιστία τους μετά την προσαρμογή τους στα ελληνικά. Παρακάτω περιγράφεται αναλυτικά η διαδικασία της παραγοντικής ανάλυσης για κάθε κλίμακα.

3.2.1 Παραγοντική ανάλυση της Κλίμακας Ανθεκτικότητας

Όπως παρατέθηκε και παραπάνω η κλίμακα ανθεκτικότητας που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα δεν είναι ακόμα αλοκληρωμένα σταθμισμένη στην Ελλάδα. Επομένως χρειάστηκε να γίνει η παραγοντική ανάλυση με τη μέθοδο ανάλυσης βασικών συνιστωσών και στη συνέχεια περιστροφές παραγόντων.

Προέκυψαν έξι παράγοντες με ιδιοτιμή μεγαλύτερη από 1. Μια ερώτηση (14. Όταν βρίσκομαι κάτω από πίεση, συγκεντρώνομαι και σκέφτομαι καθαρά) δεν κατάφερε να «φορτώσει» σε κανένα παράγοντα. Η τιμή του κριτηρίου Kaiser-Meyer-Olkin ήταν .91 (άνω του αποδεκτού ορίου 6) και το κριτήριο σφαιρικότητας του Bartlett ήταν στατιστικά σημαντικό ($\chi^2(300)=1722.5$, $p<.001$). Ο πρώτος παράγοντας εξηγεί το 19.5% της μεταβλητότητας, ο δεύτερος το 14.6%, ο τρίτος το 11,4%, ο τέταρτος το 7.3%, ο πέμπτος το 7.0% και ο έκτος το 5.6%. Συνολικά, οι έξι παράγοντες, που παρουσιάζονται παρακάτω εξηγούν το 65.4%.

Η συνολική βαθμολογία κυμαινόταν από 13 μέχρι 100 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 63.74 μονάδες (τυπική απόκλιση=16.26 μονάδες). Ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach για τον πρώτο παράγοντα ήταν .89, για το δεύτερο παράγοντα .87, για το τρίτο παράγοντα .94, για το τέταρτο παράγοντα .92, για τον πέμπτο παράγοντα .93, για τον έκτο παράγοντα .90. Επομένως αφού ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (.7) υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Η πλήρης λίστα των προτάσεων και οι φορτίσεις τους σε κάθε παράγοντα παρουσιάζονται στο παράρτημα(Παράρτημα Γ- Πίνακας Γ1, Γ2)

Παράγοντας 1: Αποτελείται από επτά προτάσεις και εξηγεί το 19.5% της συνολικής διακύμανσης. Ο παράγοντας αυτός μπορεί να οριστεί ως «Επιμονή, Έλεγχος» και αντιπροσωπεύει την επιμονή που δείχνει το άτομο σε ό,τι κάνει και την αίσθηση ελέγχου της ζωής του. Ο παράγοντας αυτός συμπίπτει με μέρος του πρώτου και το τέταρτο παράγοντα του Connor και Davidson (2003), των κατασκευαστών του ερωτηματολογίου. Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

10. Κάνω την καλύτερη δυνατή προσπάθεια ό,τι και να γίνει.....(.71)
12. Όταν τα πράγματα φαίνονται χωρίς ελπίδα εγώ δεν παραιτούμαι.....(.76)
15. Προτιμώ να παίρνω το προβάδισμα στην επίλυση προβλημάτων.....(.69)

16. Δεν αποθαρρύνομαι εύκολα από την αποτυχία.....(.64)
17. Με θεωρώ δυνατό άτομο.....(.65)
- 18.Μπορώ να παίρνω μη δημοφιλείς ή δύσκολες αποφάσεις.....(.67)
22. Νιώθω ότι έχω τον έλεγχο της ζωής μου.....(.50)

Παράγοντας 2: Αποτελείται από επτά προτάσεις και εξηγεί το 14.6% της συνολικής διακύμανσης. Ο παράγοντας αυτός μπορεί να οριστεί ως «Θετική αποδοχή και προσαρμογή στην αλλαγή και Ενδυναμωτική επίδραση του στρες» και αντιπροσωπεύει τη τάση του ατόμου να τα καταφέρνει στις αλλαγές βλέποντας την εύθυμη πλευρά των πραγμάτων και να ενδυναμώνεται από το στρες που προκαλεί κάποια δοκιμασία, ασθένεια, αλλαγή ή πρόκληση. Ο παράγοντας αυτός συμπίπτει μέρος του δεύτερου και τρίτου παράγοντα του Connor και Davidson (2003), των κατασκευαστών του ερωτηματολογίου. Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

- 1.Μπορώ να προσαρμόζομαι στην αλλαγή.....(.80)
4. Μπορώ να τα βγάλω πέρα με ό,τι μου προκύπτει.....(.61)
- 6.Βλέπω την εύθυμη πλευρά των πραγμάτων.....(.64)
7. Το να ανταπεξέρχομαι στο στρες μου δίνει δύναμη.....(.53)
8. Έχω τη τάση να ανακάμπτω μετά από κάποια δοκιμασία ή ασθένεια.....(.53)
- 19.Μπορώ να χειρίζομαι δυσάρεστα συναισθήματα.....(.53)
23. Μου αρέσουν οι προκλήσεις.....(.54)

Παράγοντας 3: Αποτελείται από τέσσερις προτάσεις και εξηγεί το 11.4% της συνολικής διακύμανσης. Ο παράγοντας αυτός μπορεί να οριστεί ως «Προσωπική επάρκεια» και αντιπροσωπεύει τη τάση του ατόμου να ενδυναμώνεται από προηγούμενες επιτυχίες, να εργάζεται, να πετυχαίνει και τελικά να νιώθει ικανοποιημένος από τα επιτεύγματα του. Ο παράγοντας αυτός συμπίπτει μέρος του πρώτου παράγοντα του Connor και Davidson (2003), των κατασκευαστών του ερωτηματολογίου. Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

5. Προηγούμενες επιτυχίες μου δίνουν αυτοπεποίθηση για καινούριες προκλήσεις.....(.53)
11. Μπορώ να επιτύχω τους στόχους μου.....(.62)
24. Εργάζομαι για να επιτύχω τους στόχους μου.....(.65)
25. Καμαρώνω για τις επιτεύξεις μου(.79)

Παράγοντας 4: Αποτελείται από δυο προτάσεις και εξηγεί το 7.3% της συνολικής διακύμανσης. Ο παράγοντας αυτός μπορεί να οριστεί ως «Ασφαλείς σχέσεις» και αντιπροσωπεύει τις σχέσεις που έχει το άτομο μέσα στις οποίες αισθάνεται ασφάλεια και ανατρέχει όταν χρειάζεται βοήθεια. Ο παράγοντας αυτός συμπίπτει με μέρος του τρίτου παράγοντα του Connor και Davidson (2003), των κατασκευαστών του ερωτηματολογίου. Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

2. Έχω στενές και ασφαλείς σχέσεις(.69)
13. Ξέρω πού να στραφώ για βοήθεια(.79)

Παράγοντας 5: Αποτελείται από δυο προτάσεις και εξηγεί το 7.0% της συνολικής διακύμανσης. Ο παράγοντας αυτός μπορεί να οριστεί ως «Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο» και αντιπροσωπεύει την ανάγκη του ατόμου να ακολουθεί τη διαίσθηση του παραμένοντας πιστός στο σκοπό του. Ο παράγοντας αυτός συμπίπτει με μέρος του δεύτερου παράγοντα του Connor και Davidson (2003), των κατασκευαστών του ερωτηματολογίου. Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

20. Έχω ανάγκη να ακολουθώ τη διαίσθησή μου.....(.82)
21. Έχω ισχυρή αίσθηση σκοπού.....(.51)

Παράγοντας 6: Αποτελείται από δυο προτάσεις και εξηγεί το 5.6% της συνολικής διακύμανσης. Ο παράγοντας αυτός μπορεί να οριστεί ως «Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές» και αντιπροσωπεύει την ανάγκη του ατόμου να αποδίδει τα γεγονότα σε ανώτερες δυνάμεις. Ο παράγοντας αυτός συμπίπτει με τον πέμπτο παράγοντα του Connor και Davidson (2003), των κατασκευαστών του ερωτηματολογίου. Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

3. Μερικές φορές η μοίρα και ο Θεός μπορούν να βοηθήσουν.....(.77)

9.Τα πράγματα συμβαίνουν για κάποιο λόγο.....(.76)

Συμπερασματικά οι πέντε παράγοντες και οι έννοιες που εμπεριέχουν των κατασκευαστών Connor και Davidson (2003) : (1) προσωπική επάρκεια, υψηλά στάνταρντ και επιμονή, (2) εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο, μακροθυμία όσον αφορά την αρνητική διάθεση και ενδυναμωτική επίδραση του στρες, (3) θετική αποδοχή της αλλαγής και ασφαλείς σχέσεις, (4) έλεγχος, (5) πνευματικού χαρακτήρα επιρροές, συμπίπτουν με τους έξι παράγοντες της παραγοντικής ανάλυσης που παρουσιάζεται παραπάνω (1) επιμονή, έλεγχος, (2) θετική αποδοχή και προσαρμογή στην αλλαγή και ενδυναμωτική επίδραση του στρες, (3) προσωπική επάρκεια, (4) ασφαλείς σχέσεις, (5) εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο, (6) πνευματικού χαρακτήρα επιρροές. Λόγω του γεγονότος ότι ο κάθε παράγοντας των κατασκευαστών έμπεριέχει αρκετές έννοιες και δεν αφορά ξεκάθαρα μια, στην παραγοντική ανάλυση προέκυψε ένας παραπάνω παράγοντας από αυτούς των κατασκευαστών.

3.2.2 Παραγοντική ανάλυση του Ερωτηματολογίου ως προς τα Συστήματα Πεποιθήσεων

Όπως αναφέρθηκε και στο δεύτερο κεφάλαιο το Ερωτηματολόγιο ως προς τα Συστήματα Πεποιθήσεων που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα δεν έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό. Κατά συνέπεια χρειάστηκε να γίνει η παραγοντική ανάλυση, για να μπορέσει να χρησιμοποιηθεί στην έρευνα. Η ανάλυση παραγόντων έγινε με τη μέθοδο ανάλυσης βασικών συνιστωσών και στη συνέχεια περιστροφές παραγόντων.

Προέκυψαν δύο παράγοντες με ιδιοτιμή μεγαλύτερη του 1. Όλες οι ερωτήσεις φόρτωσαν σε κάποιον παράγοντα, ενώ υπήρχαν και κάποιες που είχαν και δευτερεύον φορτίο (ερωτήσεις:3,5,10,11). Η τιμή του κριτηρίου Kaiser-Meyer-Olkin ήταν .94 (άνω του αποδεκτού ορίου .6) και το κριτήριο σφαιρικότητας του Bartlett ήταν σημαντικό ($\chi^2(105)=1595.9$, $p<.001$). Ο πρώτος παράγοντας εξηγεί το 43.6% της μεταβλητότητας και ο δεύτερος το 24.0%. Συνολικά, οι δύο παράγοντες εξηγούν το 67.6%.

Ο πρώτος παράγοντας αποτελείται από 10 προτάσεις και η βαθμολογία του κυμαινόταν από 0 μέχρι 30 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 13.16 μονάδες (τυπική απόκλιση=8.96 μονάδες). Ο δεύτερος παράγοντας αποτελείται από 5 προτάσεις και η

βαθμολογία του κυμαινόταν από 0 μέχρι 15 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 3.42 μονάδες (τυπική απόκλιση=3.64 μονάδες). Ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach για τον πρώτο παράγοντα ήταν .94 και για το δεύτερο παράγοντα .85. Επομένως αφού ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (.7) υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Η πλήρης λίστα των προτάσεων και οι φορτίσεις τους σε κάθε παράγοντα παρουσιάζονται στο παράρτημα (Παράρτημα Γ- Πίνακας Γ3, Γ4)

Παράγοντας 1: Αποτελείται από δέκα προτάσεις και εξηγεί το 43.6% της συνολικής διακύμανσης. Ο παράγοντας αυτός μπορεί να οριστεί ως «Πεποιθήσεις και Πρακτικές» και αντιπροσωπεύει τις θρησκευτικές και πνευματικές πεποιθήσεις του ατόμου αλλά και τις πρακτικές που βασίζονται σε αυτές. Ο παράγοντας αυτός συμπίπτει με τον πρώτο παράγοντα των Holland, Kash, Passik, Gronert, Sison, Lederberg, Russak, Baider και Fox (1998), των κατασκευαστών του ερωτηματολογίου. Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

1. Η θρησκεία είναι σημαντική στην καθημερινή μου ζωή(.86)
2. Η προσευχή ή ο διαλογισμός με βοήθησε να τα βγάλω πέρα σε περιόδους σοβαρών ασθενειών.....(.72)
3. Μου αρέσει να παρακολουθώ θρησκευτικές λειτουργίες που γίνονται από τη θρησκευτική ή πνευματική μου ομάδα.....(.68)
4. Είμαι σίγουρος ότι ο Θεός υπάρχει σε κάποια μορφή(.78)
6. Πιστεύω ότι ο Θεός δεν θα μου δώσει ένα φορτίο /δοκιμασία που δεν μπορώ να κουβαλήσω.....(.73)
8. Σε περιόδους ασθένειας , οι θρησκευτικές ή πνευματικές πεποιθήσεις μου έχουν ενισχυθεί.....(.69)
10. Έχω βιώσει την αίσθηση της ελπίδας, ως αποτέλεσμα των θρησκευτικών ή πνευματικών πεποιθήσεων μου.....(.67)
12. Η ζωή και ο θάνατος ενός ατόμου ακολουθεί ένα σχέδιο του Θεού.....(.78)
14. Πιστεύω ότι ο Θεός με προστατεύει από το κακό.....(.84)
15. Προσεύχομαι για βοήθεια κατά τη διάρκεια άσχημων περιόδων.....(.85)

Παράγοντας 2: Αποτελείται από πέντε προτάσεις και εξηγεί το 24.0% της συνολικής διακύμανσης. Ο παράγοντας αυτός μπορεί να οριστεί ως «Κοινωνική Υποστήριξη» και αντιπροσωπεύει την ανάγκη του ατόμου να αναζητά υποστήριξη από άτομα που ανήκουν στην ίδια θρησκευτική ή πνευματική ομάδα και μοιράζονται τις ίδιες πεποιθήσεις. Ο παράγοντας αυτός συμπίπτει με το δεύτερο παράγοντα των Holland, Kash, Passik, Gronert, Sison, Lederberg, Russak, Baider και Fox (1998), των κατασκευαστών του ερωτηματολογίου. Οι προτάσεις με τη μεγαλύτερη φόρτιση ήταν οι εξής:

5. Όταν χρειάζομαι υποδείξεις και συμβουλές για το πώς να αντιμετωπίσω προβλήματα, γνωρίζω κάποιον στην θρησκευτική ή πνευματική μου κοινότητα στον οποίο μπορώ να απευθυνθώ.....(.61)

7. Μου αρέσει να συναντώ ή να μιλώ συχνά με ανθρώπους που μοιράζονται τις θρησκευτικές ή πνευματικές πεποιθήσεις μου.....(.85)

9. Όταν νιώθω μοναξιά, βασίζομαι για υποστήριξη σε ανθρώπους που μοιράζονται τις πνευματικές ή θρησκευτικές πεποιθήσεις μου(.80)

11. Έχω βιώσει την «ειρήνη του μυαλού» (ψυχική ηρεμία) μέσα από το διαλογισμό και τις προσευχές μου.....(.61)

13. Αναζητώ ανθρώπους μέσα στη θρησκευτική ή πνευματική μου κοινότητα , όταν χρειάζομαι βοήθεια.....(.72)

Συμπερασματικά οι δύο παράγοντες που προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση (1) Πεποιθήσεις και Πρακτικές και (2) Κοινωνική Υποστήριξη είναι ταυτόσημοι με αυτούς των Holland, Kash, Passik, Gronert, Sison, Lederberg, Russak, Baider και Fox (1998), των κατασκευαστών του ερωτηματολογίου.

3.3. Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την εμφάνιση Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες, το Νόημα Ζωής, τη Ψυχική Ανθεκτικότητα και τη Πνευματικότητα

Προκειμένου να ξεκινήσει η μελέτη των υποθέσεων έγινε σύγκριση των δύο ομάδων του δείγματος δηλαδή της ομάδας του γενικού πληθυσμού και της ομάδας με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή ως προς την εμφάνιση κατάθλιψης, άγχους και στρες , ως προς το νόημα ζωής, τη ψυχική ανθεκτικότητα και τη πνευματικότητα.

3.3.1 Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την εμφάνιση Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες

Σκοπεύοντας να εργαστούμε πάνω στην πρώτη υπόθεση της εργασίας αυτής δηλαδή στην υπόθεση ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά την εμφάνιση κατάθλιψης , άγχους και στρες (H1) και πιο συγκεκριμένα ότι η ομάδα με καταθλιπτική ή αγχώδη συμπτωματολογία παρουσιάζει υψηλότερες τιμές κατάθλιψης ,άγχους και στρες σε σχέση με την ομάδα του γενικού πληθυσμού (H1α) προχωρήσαμε στη σύγκριση της Κλίμακας κατάθλιψης, άγχους και στρες ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Για τη σύγκριση χρησιμοποιήσαμε το μη παραμετρικό έλεγχο Mann-Whitney μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων για μη κανονική κατανομή.

Από τη στατιστική ανάλυση Mann-Whitney προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις «Κατάθλιψη» (U=1302.5, $p<,001$), «Άγχος» (U=936.0, $p<,001$) και «Στρες» (U=1177.0, $p<,001$) καθώς και στη συνολική βαθμολογία (U=963.0, $p<,001$), υποδηλώνοντας περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και στρες, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες από το γενικό πληθυσμό, κάτι που επιβεβαιώνει την αρχική μας υπόθεση.

Πίνακας 2: Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την εμφάνιση Κατάθλιψης, Αγχους και Στρες

<i>DASS-21</i>	Καταθλιπτική/Αγχώδης διαταραχή				U
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Κατάθλιψη	4.86 (5.28)	3 (1 - 7)	9.02 (6.23)	7.5 (5 - 14)	1302.5***
Αγχος	3.57 (4.39)	2 (0 - 5)	8.58 (5.62)	8 (3.5 - 14)	936.0***
Στρες	6.95 (5.31)	7 (2 - 10)	11,53 (5.07)	13 (8 - 16)	1177.0***
Συνολική βαθμολογία	15.45 (13.78)	12 (4 - 22)	29.38 (14.78)	31 (20 - 39)	963.0***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

3.3.2 Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς το Νόημα ζωής

Προχωρώντας για να ελέγξουμε την υπόθεση ότι οι δυο ομάδες παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές όσον αφορά το νόημα ζωής (H2) και πιο συγκεκριμένα ότι η ομάδα του γενικού πληθυσμού έχει νόημα ζωής ή αναζητά το νόημα ζωής περισσότερο από την ομάδα των ατόμων με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή (H2a και H2b), πραγματοποιήσαμε τη σύγκριση των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο νοήματος ζωής ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Για τη σύγκριση των δύο ομάδων σχετικά με τον παράγοντα «Υπαρξη» χρησιμοποιήσαμε τη στατιστική ανάλυση Student's t-test μεταξύ δύο ανεξάρτητων δειγμάτων για κανονική κατανομή. Για τη σύγκριση των δύο ομάδων σχετικά με τον παράγοντα «Αναζήτηση» χρησιμοποιήσαμε το μη παραμετρικό έλεγχο Mann-Whitney μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων για μη κανονική κατανομή.

Η στατιστική ανάλυση Student's t-test έδειξε σημαντικά υψηλότερες τιμές στον παράγοντα «Υπαρξη» των συμμετεχόντων που είχαν καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή σε σύγκριση με εκείνων που δεν είχαν ($t(145) = -2.29, p = .023$). Οι τιμές του παράγοντα «Αναζήτηση» μετά την ανάλυση Mann-Whitney ήταν παρόμοιες στις δύο ομάδες ($U = 2026.0, p = .370$).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στους παράγοντες του ερωτηματολογίου Νόημα ζωής ανάλογα με το αν έπασχαν από καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή ή όχι.

Πίνακας 3: Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς το Νόημα ζωής

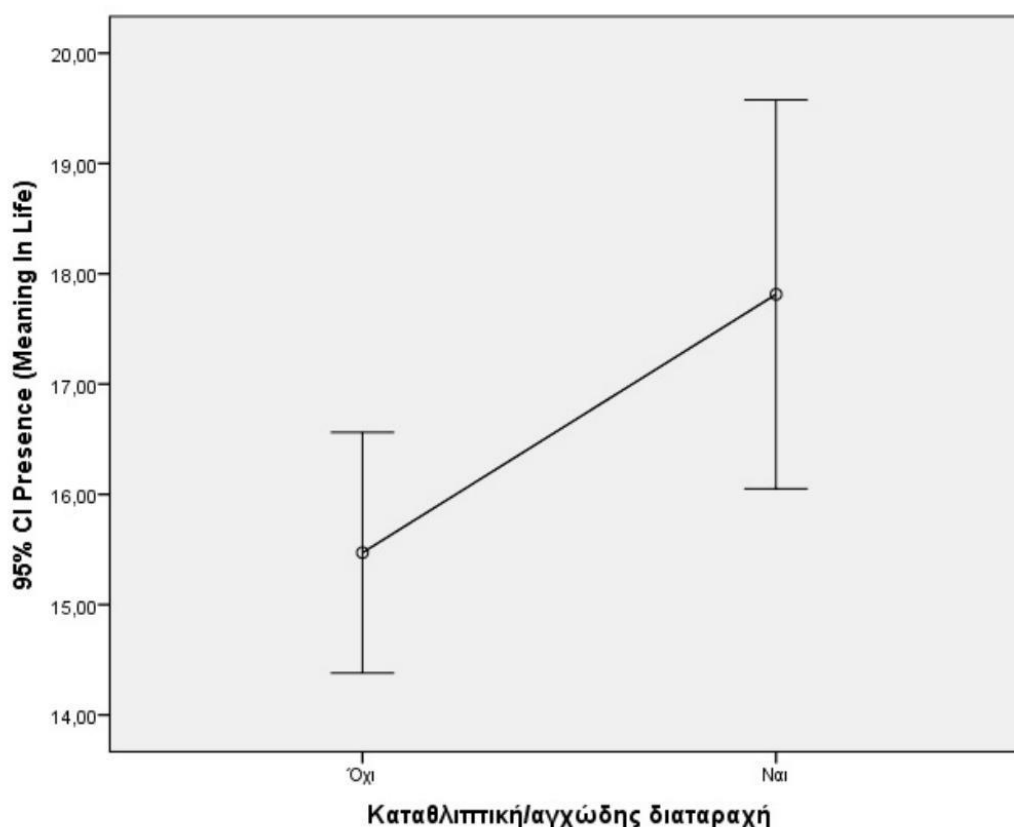
Νόημα ζωής	Καταθλιπτική/Αγχώδης διαταραχή				Τιμή κριτηρίου
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Ύπαρξη	15.47 (5.61)	16 (11 - 19)	17.81 (5,73)	18 (13 - 23)	-2.29 (145)‡*
Αναζήτηση	15.02 (6.57)	14 (10 - 19)	16.12 (6,74)	16 (11 - 20)	2026.0¶

¶U τιμή από κριτήριο Mann-Whitney

‡t- τιμή (β.ε.) από Student's t-test

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Στο διάγραμμα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στον παράγοντα «Ύπαρξη», ανάλογα με το αν είχαν καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή ή όχι.



Διάγραμμα 1 : Ύπαρξη Νοήματος Ζωής στις δύο ομάδες

Όπως φαίνεται τόσο από τον παραπάνω πίνακα όσο και από το διάγραμμα οι συμμετέχοντες με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή εμφανίζονται να έχουν νόημα ζωής περισσότερο από εκείνους χωρίς διαταραχή. Επομένως η υπόθεση μας ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ως προς την ύπαρξη νοήματος επιβεβαιώθηκε (H2) αλλά δεν επιβεβαιώθηκε η υπόθεση ότι ο γενικός πληθυσμός εμφανίζεται να έχει νόημα ζωής περισσότερο από την ομάδα με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή (H2α). Οι αναλύσεις του δείγματος έδειξαν το αντίθετο από την αρχική υπόθεση. Όσον αφορά την αναζήτηση του νοήματος σύμφωνα με τις αναλύσεις δεν προέκυψε σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων κάτι που δεν επιβεβαίωσε την υπόθεση ότι ο γενικός πληθυσμός εμφανίζεται να αναζητά περισσότερο νόημα ζωής από την ομάδα με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή (H2β).

3.3.3 Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς τη Ψυχική Ανθεκτικότητα

Έπειτα για να ελέγξουμε την υπόθεση ότι οι δυο ομάδες παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη ψυχική ανθεκτικότητα (H3) και πιο συγκεκριμένα ότι η ομάδα του γενικού πληθυσμού παρουσιάζει υψηλότερη ψυχική ανθεκτικότητα σε σχέση με την ομάδα των ατόμων με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή (H3α), πραγματοποιήσαμε τη σύγκριση των απαντήσεων στην κλίμακα ανθεκτικότητας ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Για τη σύγκριση χρησιμοποιήσαμε το μη παραμετρικό έλεγχο Mann-Whitney μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων για μη κανονική κατανομή.

Από τη στατιστική ανάλυση Mann-Whitney προέκυψε ότι σημαντικά χαμηλότερες ήταν οι τιμές στην κλίμακα ανθεκτικότητας των συμμετεχόντων με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή, υποδηλώνοντας χαμηλότερη ανθεκτικότητα, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες του γενικού πληθυσμού ($U=1274.0$, $p=.002$).

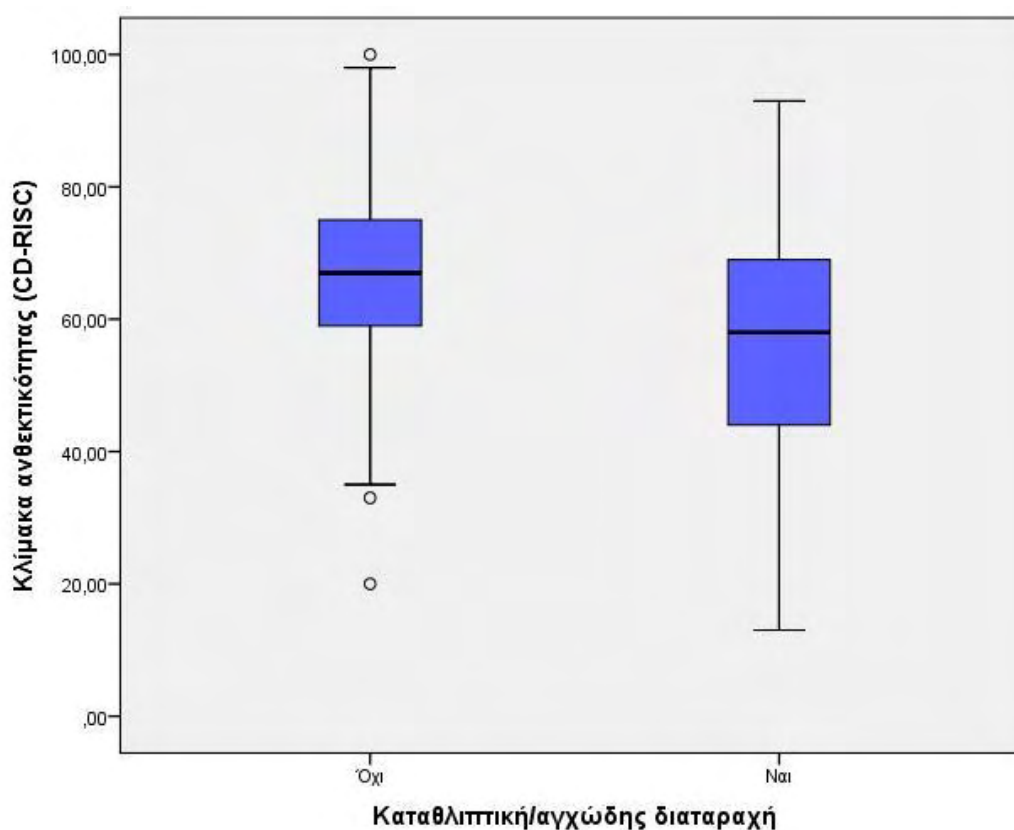
Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα ανθεκτικότητας, ανάλογα με το αν έπασχαν από καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή ή όχι.

Πίνακας 4: Σύγκριση Ψυχικής Ανθεκτικότητας στις δύο ομάδες

	Καταθλιπτική/Αγχώδης Διαταραχή				U
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Κλίμακα ανθεκτικότητας	66.58 (14.18)	67 (59 - 75)	56.11 (19.02)	58 (44 - 69)	1274.0**

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα ανθεκτικότητας, ανάλογα με το αν έπασχαν από καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή ή όχι.



Διάγραμμα 2: Σύγκριση Ψυχικής Ανθεκτικότητας στις δύο ομάδες

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία οι υποθέσεις μας ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τη ψυχική ανθεκτικότητα (H3) και ότι η ομάδα του γενικού πληθυσμού παρουσιάζει υψηλότερη ψυχική ανθεκτικότητα σε σχέση με την ομάδα των ατόμων με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή επιβεβαιώνονται.

3.3.4 Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την Πνευματικότητα

Στη συνέχεια για να ελέγξουμε την υπόθεση ότι οι δυο ομάδες παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές όσον αφορά την πνευματικότητα (H4) και πιο συγκεκριμένα ότι η ομάδα του γενικού πληθυσμού παρουσιάζει υψηλότερη πνευματικότητα σε σχέση με την ομάδα των ατόμων με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή, όσον αφορά τις πεποιθήσεις και πρακτικές και την κοινωνική υποστήριξη (H4a), πραγματοποιήσαμε τη σύγκριση των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο ως προς τα συστήματα πεποιθήσεων ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Για τη σύγκριση χρησιμοποιήσαμε το μη παραμετρικό έλεγχο Mann-Whitney μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων για μη κανονική κατανομή.

Από τη στατιστική ανάλυση Mann-Whitney προέκυψε ότι δεν υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά της πνευματικότητας στις δύο ομάδες. Επομένως οι υποθέσεις μας ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά την πνευματικότητα (H4) και ότι ο γενικός πληθυσμός παρουσιάζει υψηλότερη πνευματικότητα (H4a) δεν επιβεβαιώθηκαν για κανέναν από τους δύο παράγοντες «Πεποιθήσεις και Πρακτικές» και « Κοινωνική Υποστήριξη».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας πνευματικότητας, ανάλογα με το αν έπασχαν από κατάθλιψη ή αγχώδη διαταραχή ή όχι.

Πίνακας 5: Σύγκριση των δύο ομάδων ως προς την Πνευματικότητα

	Καταθλιπτική/Αγχώδης διαταραχή				U
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Πεποιθήσεις και Πρακτικές	13 (8,92)	13 (5 - 19)	13.55 (9,14)	13 (5 - 20)	2095.0
Κοινωνική Υποστήριξη	3.25 (3,39)	2 (1 - 4)	3.86 (4,22)	3 (0 - 5)	2108.5

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

3.4 Συσχέτιση της ψυχικής ανθεκτικότητας με την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες, το νόημα ζωής και τη πνευματικότητα ξεχωριστά στις δύο ομάδες

Για να μελετήσουμε τη σχέση που έχει η ψυχική ανθεκτικότητα με την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες, το νόημα ζωής και την πνευματικότητα (H5, 5α, 5β, 5γ) χρησιμοποιήσαμε το συντελεστή συσχέτισης μεταβλητών του Spearman, ξεχωριστά για τους συμμετέχοντες με καταθλιπτικές ή αγχώδεις διαταραχές και για το γενικό πληθυσμό.

Από τη συσχέτιση βρέθηκε ότι στους συμμετέχοντες που δεν είχαν καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της κλίμακας ανθεκτικότητας με τη διάσταση «Κατάθλιψη» ($r(102)=-.49, p<.001$), τη διάσταση «Άγχος» ($r(102)=-.44, p<.001$), τη διάσταση «Στρες» ($r(100)=-.44, p<.001$) καθώς και τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας κατάθλιψης, άγχους, στρες ($r(100)=-.51, p<.001$). Οπότε, υψηλότερη ανθεκτικότητα σχετιζόταν με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και στρες επιβεβαιώνοντας την υπόθεση μας (5α). Όσον αφορά τη συσχέτιση της ψυχικής ανθεκτικότητας και του νοήματος ζωής η ανάλυση έδειξε ότι υψηλότερη ανθεκτικότητα σχετιζόταν με σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Υπαρξη» ($r(101)= -.62, p<.001$) μη επιβεβαιώνοντας την υπόθεση μας (H5β).

Στους συμμετέχοντες που είχαν καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της κλίμακας ανθεκτικότητας με τη διάσταση «Κατάθλιψη» ($r(36)=-.34, p=.045$). Οπότε, υψηλότερη ανθεκτικότητα σχετιζόταν με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης επιβεβαιώνοντας και πάλι την υπόθεση μας (H5α). Επίσης φάνηκε ότι η υψηλότερη ανθεκτικότητα σχετιζόταν με σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στο παράγοντα «Υπαρξη» ($r(37)=-.77, p<.001$) μη επιβεβαιώνοντας και σε αυτή την ομάδα την υπόθεση μας (H5β) .

Ο παράγοντας «Αναζήτηση» νοήματος ζωής αλλά και η πνευματικότητα δε φάνηκαν να σχετίζονται με τη ψυχική ανθεκτικότητα και στις δύο ομάδες μη επιβεβαιώνοντας την υπόθεση μας (H5γ).

Πίνακας 6: Συσχέτιση (Spearman) Ψυχικής Ανθεκτικότητας με την Κατάθλιψη, το Άγχος και το Στρες, το Νόημα Ζωής και τη Πνευματικότητα

	Χωρίς καταθλιπτική/αγχώδη διαταραχή	Με καταθλιπτική/αγχώδη διαταραχή
	Κλίμακα ανθεκτικότητας	Κλίμακα ανθεκτικότητας
Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες		
Κατάθλιψη	-.49***	-.34*
Άγχος	-.44***	-.24
Στρες	-.44***	-.22
Συνολική βαθμολογία	-.51***	-.18
Ερωτηματολόγιο Νοήματος Ζωής		
Ύπαρξη	-.62***	-.77***
Αναζήτηση	-.19	-.31
Ερωτηματολόγιο ως προς τα Συστήματα Πεποιθήσεων		
Πεποιθήσεις & πρακτικές	.02	.27
Κοινωνική υποστήριξη	.05	.01

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

3.5 Συσχέτιση της Πνευματικότητας με την Κατάθλιψη, το Άγχος, το Στρες και το Νόημα ζωής ξεχωριστά στις δύο ομάδες

Για να μελετήσουμε τη σχέση που έχει η πνευματικότητα με την κατάθλιψη, το άγχος, το στρες και το νόημα ζωής (H6, 6α, 6β) χρησιμοποιήσαμε το συντελεστή συσχέτισης μεταβλητών του Spearman, ξεχωριστά για τους συμμετέχοντες με καταθλιπτικές ή αγχώδεις διαταραχές και για το γενικό πληθυσμό.

Στους συμμετέχοντες του γενικού πληθυσμού δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση των παραγόντων του ερωτηματολογίου ως προς τα συστήματα πεποιθήσεων με τις διαστάσεις των κλιμάκων κατάθλιψη, άγχος, στρες και του ερωτηματολογίου νόημα ζωής, ($p > .05$). Άρα για την ομάδα του γενικού πληθυσμού η πνευματικότητα δε φαίνεται να σχετίζεται με την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες αλλά ούτε και με το νόημα ζωής μη επιβεβαιώνοντας τις υποθέσεις μας (H6α, H6β).

Στους συμμετέχοντες που είχαν καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση μόνο του παράγοντα «πεποιθήσεις και πρακτικές» με τη διάσταση «Κατάθλιψη» ($r(41) = -.35$, $p = .027$). Οπότε, υψηλότερη τιμή στη διάσταση

«πεποιθήσεις και πρακτικές» σχετιζόταν με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης. Άρα στην ομάδα των ατόμων με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή φαίνεται ότι η πνευματικότητα σχετίζεται με την κατάθλιψη και συγκεκριμένα όσο υψηλότερη είναι η πνευματικότητα τόσο λιγότερη η κατάθλιψη, επιβεβαιώνοντας μερικώς την υπόθεση μας (H6a). Οι παράγοντες «Άγχος», «Στρες» και «Νόημα Ζωής» δε βρέθηκε να σχετίζονται με την πνευματικότητα σε αυτή την ομάδα.

Πίνακας 7: Συσχέτιση (Spearman) της Πνευματικότητας με την Κατάθλιψη, το Άγχος και το Στρες και το Νόημα ζωής ξεχωριστά στις δύο ομάδες

	Χωρίς καταθλιπτική/αγχώδη διαταραχή		Με καταθλιπτική/αγχώδη διαταραχή	
	Πεποιθήσεις&πρακτικές	Κοινωνική υποστήριξη	Πεποιθήσεις&πρακτικές	Κοινωνική υποστήριξη
Κλίμακα κατάθλιψης, άγχους, στρες				
Κατάθλιψη	.12	.09	-.35*	-.07
Άγχος	.06	.08	-.24	-.04
Στρες	.03	-.04	-.19	-.03
Συνολική βαθμολογία	.06	.01	-.27	-.09
Νόημα ζωής				
Ύπαρξη	.01	-.04	-.16	-.07
Αναζήτηση	.05	-.06	.04	-.03

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

3.6 Συσχέτιση της Κατάθλιψης, του Άγχους και του Στρες με το Νόημα ζωής ξεχωριστά στις δύο ομάδες

Για να μελετήσουμε τη σχέση που έχει η κατάθλιψη, το άγχος και το στρες με το νόημα ζωής (H7, H7a, H7β) χρησιμοποιήσαμε το συντελεστή συσχέτισης μεταβλητών του Spearman, ξεχωριστά για τους συμμετέχοντες με καταθλιπτικές ή αγχώδεις διαταραχές και για το γενικό πληθυσμό.

Στους συμμετέχοντες από το γενικό πληθυσμό υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση του παράγοντα «Ύπαρξη» με τη διάσταση «Κατάθλιψη» ($r(104)=.51$, $p < .001$), τη διάσταση «Άγχος» ($r(104)=.35$, $p < .001$), τη διάσταση «Στρες» ($r(102)=.42$, $p < .001$) καθώς και τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας κατάθλιψης, άγχους και στρες

($r(102)=.48, p<.001$). Οπότε, υψηλότερη βαθμολογία στον παράγοντα «Ύπαρξη» νοήματος ζωής σχετιζόταν με περισσότερη κατάθλιψη, άγχος και στρες. Αντίθετα, υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση του παράγοντα «Αναζήτηση» με τη διάσταση «Κατάθλιψη» ($r(104)=-.22, p<.001$), τη διάσταση «Άγχος» ($r(104)=-.26, p<.001$), τη διάσταση «Στρες» ($r(102)=-.26, p<.001$) καθώς και τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας κατάθλιψη, άγχος και στρες ($r(102)=-.25, p<.001$). Οπότε, υψηλότερη βαθμολογία στο παράγοντα «Αναζήτηση» νοήματος ζωής σχετιζόταν με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και στρες.

Για την ομάδα λοιπόν του γενικού πληθυσμού η υψηλότερη ύπαρξη νοήματος ζωής σχετίζεται με υψηλότερη κατάθλιψη, άγχος και στρες μη επιβεβαιώνοντας την υπόθεση μας και μάλιστα δείχνοντας το αντίθετο από την υπόθεση μας (H7α). Από την άλλη, η υψηλότερη αναζήτηση νοήματος ζωής σχετίζεται με χαμηλότερη κατάθλιψη, άγχος και στρες επιβεβαιώνοντας την υπόθεση μας (H7β).

Στους συμμετέχοντες με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων των κλιμάκων κατάθλιψη, άγχος και στρες και στο ερωτηματολόγιο νοήματος ζωής ($p>.05$).

Πίνακας 8: Συσχέτιση (Spearman) της Κατάθλιψης, του Άγχους και του Στρες με το Νόημα ζωής

Κλίμακα Κατάθλιψης, άγχους, στρες	Χωρίς καταθλιπτική/αγχώδη διαταραχή		Με καταθλιπτική/αγχώδη διαταραχή	
	Ύπαρξη	Αναζήτηση	Ύπαρξη	Αναζήτηση
Κατάθλιψη	.51***	-.22*	.29	.05
Άγχος	.35***	-.26**	.02	-.24
Στρες	.42***	-.26**	.05	-.22
Συνολική βαθμολογία	.48***	-.25*	.09	-.12

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

3.7 Σύγκριση Δημογραφικών στοιχείων στις δύο ομάδες

Σε αυτό το σημείο προκειμένου να εξετάσουμε αν κάποιο από τα δημογραφικά στοιχεία συμβάλλει στην ανάπτυξη των καταθλιπτικών ή των αγχώδων διαταραχών και να μελετήσουμε την υπόθεση H_8 σύμφωνα με την οποία κάποια από τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, εργασία, τόπος κατοικίας) σχετίζονται με την ανάπτυξη της καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής, κάναμε σύγκριση όλων των δημογραφικών στοιχείων για τις δύο ομάδες .

Χρησιμοποιήσαμε τη μη παραμετρική στατιστική δοκιμασία χ^2 τεστ για όλες τις κατηγορικές μεταβλητές και την μη παραμετρική στατιστική ανάλυση Mann-Whitney για το αριθμό των παιδιών .

Για το εκπαιδευτικό επίπεδο και την οικογενειακή κατάσταση ομαδοποιήσαμε τις απαντήσεις. Για το εκπαιδευτικό επίπεδο από 7 έγιναν 3 ενώ για την οικογενειακή κατάσταση από 5 παρέμειναν 2 .

Από τις αναλύσεις προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες της ομάδας με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή είχαν σημαντικά χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες του γενικού πληθυσμού ($\chi^2(6)=14.58, p=.015$). Επιπροσθέτως, το ποσοστό των συμμετεχόντων με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή που εργάζονταν ήταν σημαντικά χαμηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό του γενικού πληθυσμού ($\chi^2(1)=3.91, p=.048$). Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά ως προς τα υπόλοιπα στοιχεία του παραπάνω πίνακα ($p>.05$).

Επομένως η υπόθεση μας ότι η καταθλιπτική και αγχώδης διαταραχή σχετίζεται με κάποια από τα δημογραφικά στοιχεία (H_8) επιβεβαιώθηκε και συγκεκριμένα φάνηκε ότι μόνο το εκπαιδευτικό επίπεδο και η ύπαρξη εργασίας σχετίζονται με τη καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται αναλυτικά η σύγκριση των τιμών στα δημογραφικά στοιχεία στις δύο ομάδες.

Πίνακας 9: Σύγκριση των δημογραφικών στοιχείων στις δύο ομάδες

0		Καταθλιπτικές/Αγχώδεις διαταραχές				χ^2 (β.ε.)
		Όχι (N=105)		Ναι (N=44)		
		N	%	N	%	
Φύλο	Άνδρας	24	23.3	14	31.8	1.17 (1)
	Γυναίκα	79	76.7	30	68.2	
Ηλικία	18-25	17	16.2	7	15.9	5.58 (3)
	26-30	27	25.7	8	18.2	
	31-40	45	42.9	15	34.1	
	41-55	16	15.2	14	31.8	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Λύκειο (ή Εξατάξιο Γυμνάσιο)	6	5.7	7	15.9	14.58 (6)*
	ΤΕΕ ή ΙΕΚ	8	7.6	8	18.2	
	ΤΕΙ	12	11.4	7	15.9	
	ΑΕΙ	35	33.3	11	25.0	
	Μεταπτυχιακές Σπουδές	36	34.3	10	22.7	
	Διδακτορικές σπουδές	8	7.6	0	.0	
	Άλλο	0	.0	1	2.3	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Λύκειο (ή Εξατάξιο Γυμνάσιο)/ ΤΕΕ ή ΙΕΚ/ Άλλο	14	13.3	16	36.4	11.42 (2)**
	ΤΕΙ/ ΑΕΙ	47	44.8	18	40.9	
	Μεταπτυχιακές / Διδακτορικές σπουδές	44	41.9	10	22.7	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος-η	70	66.7	25	56.8	5.44 (4)
	Έγγαμος-η	32	30.5	16	36.4	
	Σε διάσταση	0	0.0	2	4.5	
	Διαζευγμένος-η	2	1.9	1	2.3	
	Χήρος-α	1	1.0	0	0.0	
Έγγαμοι	Όχι	73	69.5	28	63.6	.49 (1)
	Ναι	32	30.5	16	36.4	
Παιδιά	Όχι	79	75.2	32	72.7	.10 (1)
	Ναι	26	24.8	12	27.3	
Αν ναι, πόσα, μέση τιμή (τυπική απόκλιση)		1.7 (0.8)	2 (1 - 2)	1.4 (0.5)	1 (1 - 2)	123.5¶
Κατοικείτε σε	Πόλη(>100.000 κατοίκους)	92	87.6	36	81.8	3.49 (3)
	Πόλη (15.000-100.000)	9	8.6	8	18.2	
	Κωμόπολη (1.500-15.000)	2	1.9	0	0.0	
	Χωριό (Μέχρι 1.500)	2	1.9	0	0.0	
Εργάζεστε	Με πλήρη απασχόληση	72	68.6	24	54.5	12.86 (5)*
	Με μερική απασχόληση	13	12.4	5	11.4	
	Φοιτητής, σπουδαστής, Μαθητής	12	11.4	2	4.5	
	Οικιακά	3	2.9	4	9.1	
	Συνταξιούχος	2	1.9	2	4.5	
	Εκτός εργασίας	3	2.9	7	15.9	
Εργάζεστε	Όχι	20	19.0	15	34.1	3.91(1)*
	Ναι	85	81.0	29	65.9	

¶U τιμή από κριτήριο Mann-Whitney *p<.05 **p<.01 ***p<.001

3.8 Η πρόβλεψη της καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής από το νόημα ζωής, τη ψυχική ανθεκτικότητα, την πνευματικότητα, την εμφάνιση κατάθλιψης, άγχους, στρες και τα δημογραφικά στοιχεία

Στη συνέχεια προκειμένου να διερευνηθεί σε ποιο βαθμό μπορεί να προβλεφθεί η εμφάνιση καταθλιπτική ή αγχώδους διαταραχής και για να εξεταστεί η υπόθεση H9 έγινε πολυπαραγοντική λογαριθμιστική παλινδρόμηση (αφού η εξαρτημένη μεταβλητή είναι ποιοτική με δύο κατηγορίες) έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή την ύπαρξη καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα στοιχεία από το ατομικό τους ιστορικό σωματικής και ψυχικής τους υγείας, την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες, το νόημα ζωής με τους δύο παράγοντες «Ύπαρξη» και «Αναζήτηση», την ψυχική ανθεκτικότητα και την πνευματικότητα με τους δύο παράγοντες «Πεποιθήσεις και πρακτικές» και «Κοινωνική Υποστήριξη». Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης για να εξετάσουμε ποιες από τις μεταβλητές σχετίζονται πιο ισχυρά με την εμφάνιση καταθλιπτικής ή αγχώδους συμπτωματολογίας.

Από την ανάλυση προέκυψε ότι η ψυχική ανθεκτικότητα, ο παράγοντας «Ύπαρξη» του νοήματος ζωής και το αν εργάζονταν οι συμμετέχοντες σχετίζονται ανεξάρτητα με την ύπαρξη καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής ($\chi^2(2)=15.62, p<.001$). Πιο συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται η ψυχική ανθεκτικότητα των συμμετεχόντων τόσο μειώνεται η πιθανότητα καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής (OR=0.96, p=.001), ενώ όσο αυξάνει η βαθμολογία στη διάσταση «Ύπαρξη» τόσο αυξάνει η πιθανότητα καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής (OR=1.08, p=.020). Επίσης, οι συμμετέχοντες που εργάζονταν είχαν κατά 60% μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν εργάζονταν (OR=0.40, p=.040).

Επομένως σε σχέση με την υπόθεση μας H9 σύμφωνα με την οποία το σύνολο των μεταβλητών εξηγούν την ανάπτυξη καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας, χρειάζεται να αναφαιρούμε πώς κάποιες και όχι όλες οι μεταβλητές φάνηκε να προβλέπουν την καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή και αυτές είναι η μειωμένη ψυχική ανθεκτικότητα, η ύπαρξη νοήματος ζωής και η απουσία εργασίας όπως φαίνεται και στον πίνακα παρακάτω.

Πίνακας 10: Πολυπαραγοντική λογαριθμιστική παλινδρόμηση για τους παράγοντες που προβλέπουν την καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή

	OR	95% ΔΕ	Wald	df	P
Κλίμακα ανθεκτικότητας (CD-RISC)	.96	.93 – .98	11.19	1	.001
presence	1.08	1.01-1.15	5.43	1	.020
Εργάζεστε (αναφορά: Όχι)					
Ναι	.40	.17 – .96	4.21	1	.040

Σημείωση: OR=σχετικός λόγος

Κεφάλαιο 4ο: Συζήτηση – Συμπεράσματα –Προτάσεις

Αρχικά, όπως φάνηκε από την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν, οι συμμετέχοντες που άνηκαν στο κλινικό δείγμα, δηλαδή αυτοί οι οποίοι είχαν διαγνωστεί με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή είχαν σημαντικά χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες από το γενικό πληθυσμό. Το παρόν εύρημα συμφωνεί με τη βιβλιογραφία αφού κάποιοι ερευνητές αναφέρουν το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ανάμεσα στους παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση της καταθλιπτικής διαταραχής (Χατζάκη, 2008). Πολλές είναι βέβαια και οι έρευνες που επιβεβαιώνουν τη σχέση του χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου με τις αγχώδεις διαταραχές (Παπαδάκη, 2014).

Ακόμα από την ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων προκύπτει ότι το ποσοστό των συμμετοχόντων του κλινικού δείγματος που εργαζόταν, ήταν σημαντικά χαμηλότερο από το αντίστοιχο των συμμετοχόντων του γενικού πληθυσμού. Επομένως φάνηκε ότι η ανεργία αποτελεί παράγοντα που συμβάλλει στην εμφάνιση της καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής. Με βάση την πολυπαραγοντική ανάλυση που έγινε προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες που εργάζονταν είχαν κατά 60% μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν εργάζονταν. Το εύρημα αυτό υποστηρίζεται και βιβλιογραφικά, αφού οι αναφερόμενες ψυχολογικές επιπτώσεις της ανεργίας έχουν να κάνουν κυρίως με καταθλιπτική συμπτωματολογία, άγχος, αγωνία, ψυχοσωματικά συμπτώματα, χαμηλή ευεξία και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Paul & Moser, 2009). Άλλωστε έχει ήδη αναφερθεί ότι οι άνθρωποι που είναι άνεργοι για έξι μήνες ή και περισσότερο παρατηρείται να εμφανίζουν ένα ποσοστό κατάθλιψης τρεις φορές μεγαλύτερο από εκείνο του γενικού πληθυσμού (Langlieb & DePaulo, 2008).

Τα παραπάνω ευρήματα προέκυψαν από την ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων των δύο ομάδων και επιβεβαίωσαν την υπόθεση της έρευνας ότι κάποια από τα δημογραφικά στοιχεία σχετίζονται με την εμφάνιση καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής. Θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν, ώστε να προταθεί η δημιουργία προγραμμάτων ψυχολογικής υποστήριξης των ανέργων με σκοπό να προληφθεί κάποιο ποσοστό ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας. Επίσης, με βάση τα ευρήματα αυτά θα μπορούσε να προταθεί η ενίσχυση προγραμμάτων δια βίου μάθησης, μέσω των οποίων τα άτομα

θα δέχονται ποικίλλα ερεθίσματα και θα τους δίνεται η δυνατότητα να βελτιώσουν τις γνώσεις τους και το μορφωτικό τους επίπεδο, σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, ως μέτρο πρόληψης της ανάπτυξης συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους.

Συνεχίζοντας τη συζήτηση για τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, χρειάζεται να σημειώσουμε ότι η πρώτη ερευνητική υπόθεση, σύμφωνα με την οποία τα άτομα με διαγνωσμένη καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες, επιβεβαιώθηκε. Φυσικά και η επιβεβαίωση της υπόθεσης αυτής ήταν αναμενόμενη αφού το δείγμα της μιας ομάδας επιλέχτηκαν από διαγνωσμένο πληθυσμό που ήδη επισκέπτεται ψυχίατρο. Αξίζει ωστόσο να αναφερθεί ότι το 71,4% της κλινικής ομάδας παίρνει φαρμακευτική ή φυτική αγωγή για το πρόβλημα ψυχικής υγείας και το 75% κάνει θεραπεία άλλου είδους (ψυχοθεραπεία, ομοιοπαθητική, εναλλακτικές θεραπείες, άλλο) μαζί ή χωρίς τη φαρμακευτική θεραπεία. Επίσης ο μέσος χρόνος από τη διάγνωση ήταν 3,8 έτη κάτι που εγείρει ερωτήματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των θεραπειών. Βέβαια για να απαντήσει κανείς σε αυτού του είδους τα ερωτήματα χρειάζεται να γίνει παραπάνω έρευνα ώστε να συνυπολογιστούν και άλλοι παράγοντες όπως η προσωπικότητα, τα γεγονότα ζωής και το υποστηρικτικό πλαίσιο των ατόμων .

Οι υποθέσεις της παρούσας έρευνας που εικάζουν τη σχέση του νοήματος ζωής με τη καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή και αναφέρουν ότι ο γενικός πληθυσμός έχει ή αναζητά νόημα ζωής περισσότερο από την ομάδα με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή και ότι τα άτομα με υψηλό νόημα ζωής εμφανίζουν μειωμένη κατάθλιψη, άγχος και στρες δεν επιβεβαιώθηκαν από τις αναλύσεις των δεδομένων της παρούσας έρευνας .

Όσον αφορά τον παράγοντα «Ύπαρξη» η ανάλυση των δεδομένων μας έδωσε μια οπτική ακριβώς αντίθετη από αυτή της βιβλιογραφίας. Πληθώρα ερευνητών επισήμαναν τη σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη νοήματος ζωής και την απουσία δυσλειτουργίας ή ψυχοπαθολογίας (Chan, 2009. Halama & Dedova, 2007. Ho, Cheung, & Cheung, 2010. Holahan, Holahan, & Suzuki, 2008. Owens, Steger, Whitesell, & Herrera, 2009). Η απουσία νοήματος στη ζωή έχει συνδεθεί και πιο συγκεκριμένα με κατάθλιψη και άγχος (Debats, van der Lubbe, & Wezeman, 1993).

Στη παρούσα έρευνα βρέθηκαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στον παράγοντα «Ύπαρξη» στους συμμετέχοντες που είχαν καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή σε

σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν. Επίσης από τις συσχετιστικές αναλύσεις προέκυψε ότι η «Υπαρξη» νοήματος σχετίζεται με αυξημένη κατάθλιψη, άγχος και στρες. Η πολυπαραγοντική επιπλέον ανάλυση, επιβεβαίωσε ότι η «Υπαρξη» νοήματος ζωής αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες για καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή.

Τα αποτελέσματα αυτά ίσως μπορούν να εξηγηθούν από το γεγονός ότι μεγάλο μέρος των συμμετοχόντων με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή κάνει ψυχοθεραπεία. Στη ψυχοθεραπευτική διαδικασία το άτομο συνήθως καλείται να επεξεργαστεί την έννοια του νοήματος και τους λόγους που έχει για να ξεφύγει από την καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή (Hill et al., 2015). Επιπλέον το γεγονός ότι το κλινικό δείγμα αναζητήθηκε σε ιατρικούς χώρους, ψυχολογικά γραφεία ή συλλόγους ίσως να συνέβαλλε στα παραπάνω αποτελέσματα, αφού οι άνθρωποι που αναζητούν θεραπεία συνήθως έχουν λόγους να γίνουν καλά και συνεπώς έχουν κάποιο νόημα ζωής.

Σε αυτό το σημείο χρειάζεται να αναφερθεί ότι και στη βιβλιογραφία έχουν υπάρξει έρευνες που συζητούν τις δυσλειτουργικές επιπτώσεις, δηλαδή την αύξηση του άγχους, του στρες και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε άτομα που έχουν νόημα ζωής (Baumeister, 1991). Όταν το νόημα ζωής του ατόμου δεν εκπληρώνεται στην πραγματικότητα, τότε είναι πολύ πιθανό να βιώνει την ασυμφωνία αυτή αναπτύσσοντας συμπτώματα καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής (Steger, Frazier, Zacchanini, 2008). Όταν τα επίπεδα ύπαρξης νοήματος είναι υψηλά αλλά τα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή χαμηλά τότε είναι πιθανό να βιώσει το άτομο κατάθλιψη, άγχος ή στρες (Steger, Kashdan, Sullivan & Lorentz, 2008).

Σίγουρα όλα τα παραπάνω χρειάζεται να ερευνηθούν περαιτέρω σε έρευνες όχι μόνο με μεγαλύτερο δείγμα αλλά και που θα συνυπολογίζουν όλους τους παραπάνω παράγοντες και άλλους ακόμα όπως τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τα τραυματικά γεγονότα, το είδος και η διάρκεια της ψυχοθεραπείας που κάνουν τα άτομα.

Όσον αφορά τον παράγοντα της «Αναζήτησης» νοήματος ζωής από τη μια πλευρά δε φάνηκε να υπάρχει κάποια διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες που εξετάσαμε αλλά από την άλλη πλευρά στη συσχετιστική ανάλυση προέκυψε ότι τα άτομα από το γενικό πληθυσμό που αναζητούν νόημα ζωής εμφανίζουν λιγότερη κατάθλιψη, άγχος και στρες. Ο Frankl (1963) ισχυρίστηκε ότι κάθε άνθρωπος χαρακτηρίζεται από μια

εμφυτη προαπάθεια να αναζητά νόημα στη ζωή του και η αποτυχία αυτού τον οδηγεί στη ψυχολογική δυσφορία. Σύμφωνα με κάποιους ερευνητές όταν κάποιος δεν έχει και δεν αναζητά το νόημα της ζωής του κινδυνεύει να χάσει τη ψυχολογική του ευημέρια και να πέσει σε «υπαρξιακό κενό» κάτι που μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση συμπτωμάτων πλήξης και κατάθλιψης ή/και στην παρουσία επιθετικής συμπεριφοράς (Frankl, 1967). Ο Maddi (1967) θεωρεί επίσης ότι η προσπάθεια του ατόμου για ανεύρεση νοήματος συμβάλλει στην ευημέρια. Οι συσχετιστικές αναλύσεις των δεδομένων της παρούσας έρευνας επιβεβαίωσαν τη συσχέτιση της αναζήτησης νοήματος με την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες, όπως την παρουσιάζουν οι παραπάνω ερευνητές. Ο λόγος που δεν επιβεβαιώθηκε η υπόθεση ότι η ομάδα με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή παρουσιάζει χαμηλότερη αναζήτηση νοήματος ζωής από το γενικό πληθυσμό μπορεί να σχετίζεται αφενός με το μικρό δείγμα της κλινικής ομάδας και αφετέρου με το γεγονός ότι πολλά άτομα της κλινικής ομάδας κάνουν ψυχοθεραπεία. Στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία το άτομο αναζητά νόημα ζωής. Άλλωστε και μόνο η συμμετοχή σε μια ψυχοθεραπεία, σηματοδοτεί την εκκίνηση του ατόμου για αναζήτηση νοήματος (Γεωργαντά, 2003).

Όσον αφορά τις υποθέσεις της παρούσας έρευνας σχετικά με τη ψυχική ανθεκτικότητα, διαπιστώθηκε πράγματι ότι η ομάδα του γενικού πληθυσμού είχε υψηλότερη ψυχική ανθεκτικότητα σε σχέση με την κλινική ομάδα. Επιπλέον στη συσχετιστική ανάλυση φάνηκε ότι για τους συμμετέχοντες και των δύο ομάδων η υψηλότερη ψυχική ανθεκτικότητα συνδεόταν με χαμηλότερη κατάθλιψη, άγχος και στρες. Ακόμα στην πολυπαραγοντική ανάλυση επιβεβαιώθηκε ότι η μειωμένη ψυχική ανθεκτικότητα είναι ένας από τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής. Η υψηλότερη ψυχική ανθεκτικότητα έχει συνδεθεί με μειωμένη ψυχοπαθολογία και το αντίστροφο δηλαδή μικρά ποσοστά ψυχικής ανθεκτικότητας οδηγούν σε αύξηση της εμφάνισης ψυχοπαθολογίας (Campbell-Sills, Cohana, & Steina, 2006). Η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας περιλαμβάνει την αίσθηση αυτοεκτίμησης, την υπομονή και την ικανότητα προσαρμογής στις μεταβαλλόμενες συνθήκες, το χιούμορ ενάντια στις δυσκολίες και την πεποίθηση ότι τα προβλήματα μπορούν να λυθούν (Connor & Davidson, 2003), χαρακτηριστικά που προλαμβάνουν τη ψυχική ασθένεια.

Ο συσχετισμός της καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας με τη ψυχική ανθεκτικότητα έχει ερευνηθεί σε πλήθος ερευνών που καταπιάνονται με

συγκεκριμένους πληθυσμούς οι οποίοι έχουν αυξημένους παράγοντες επικινδυνότητας όπως είναι οι μετανάστες, τα σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά, άνθρωποι με δύσκολα τραυματικά γεγονότα. Ωστόσο δεν υπάρχει μεγάλος αριθμός ερευνών στη χώρα μας που να μελετά τη σχέση της ψυχικής ανθεκτικότητας με ψυχοπαθολογία στο πρώτο άξονα του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM – V). Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως αφετηρία για την πραγματοποίηση μιας μεγαλύτερης έρευνας, με μεγαλύτερο δείγμα σε ψυχιατρικά νοσοκομεία άλλα και σε μικρότερες ψυχιατρικές δομές, με απώτερο σκοπό να επιβεβαιωθεί εκ νέου η σχέση ψυχικής ανθεκτικότητας με την ψυχοπαθολογία, να σχεδιαστούν και να πραγματοποιηθούν ποικίλλα προγράμματα ενίσχυσης των προστατευτικών παραγόντων που σχετίζονται με τη ψυχική ανθεκτικότητα σε διάφορους πληθυσμούς και ηλικιακές ομάδες. Η αξία και η χρησιμότητα της πρότασης αυτής ενισχύεται από τα ολοένα αυξανόμενα ποσοστά καταθλιπτικών και αγχώδων διαταραχών στη χώρα μας και από την εκτόξευση των ποσοστών χρήσης φαρμακευτικής αγωγής (αντικαταθλιπτικά, αγχολιτικά, ηρεμιστικά).

Σχετικά με τη σχέση της ψυχικής ανθεκτικότητας με το νόημα ζωής, η συσχετιστική ανάλυση δεν επιβεβαίωσε την υπόθεση ότι τα άτομα με υψηλότερη ψυχική ανθεκτικότητα εμφανίζουν αυξημένο νόημα ζωής. Και μάλιστα η ανάλυση έδειξε το ακριβώς αντίθετο, ότι η υψηλότερη ανθεκτικότητα συνοδεύεται με χαμηλότερο νόημα ζωής κάτι που έρχεται σε αντίθεση με την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία. Το αποτέλεσμα αυτό είτε μπορεί να οφείλεται στο μικρό δείγμα της παρούσας έρευνας είτε μπορεί να σχετίζεται με το γεγονός ότι οι περισσότερες έρευνες για τη σχέση της ψυχικής ανθεκτικότητας με το νόημα ζωής έχουν γίνει σε ανθρώπους που έχουν βιώσει έντονο τραύμα. Οι ψυχικά ανθεκτικοί άνθρωποι παρουσιάζουν υψηλότερο νόημα ζωής και αυτό έχει μελετηθεί από πληθώρα ερευνών σε ανθρώπους που έχουν περάσει από τραυματικές εμπειρίες (Tugade & Fredrickson, 2004). Το δείγμα της παρούσας έρευνας δεν είναι γνωστό αν έχει περάσει κάποιο έντονο τραύμα, οπότε ίσως δε θα μπορούσαμε να συγκρίνουμε τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής με τα αποτελέσματα ερευνών που καταπίνονται με ομάδες με δύσκολα τραυματικά γεγονότα. Όσον αφορά τον παράγοντα της αναζήτησης νοήματος ζωής δε φάνηκε να σχετίζεται με τη ψυχική ανθεκτικότητα ίσως για τους ίδιους λόγους που παρατέθηκαν παραπάνω.

Σχετικά με τη σχέση της ψυχικής ανθεκτικότητας με τη πνευματικότητα, η συσχετιστική ανάλυση δεν επιβεβαίωσε την υπόθεση ότι τα άτομα με υψηλότερη

ψυχική ανθεκτικότητα εμφανίζουν αυξημένη πνευματικότητα. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να οφείλεται στο μικρό δείγμα αλλά εγείρει διάφορα ερωτήματα και αποτελεί πρόκληση για επόμενες έρευνες με θέμα τη συσχέτιση της ψυχικής ανθεκτικότητας και πνευματικότητας στον ελληνικό πληθυσμό.

Αναφορικά με τις υποθέσεις της έρευνας για τη σχέση της πνευματικότητας με τη καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή στη σύγκριση των δύο ομάδων δεν φάνηκε να υπάρχει σημαντική διαφορά ως προς την πνευματικότητα ανάμεσα στην ομάδα του γενικού πληθυσμού και στην ομάδα του κλινικού πληθυσμού. Από τη συσχετιστική ανάλυση, φάνηκε στους συμμετέχοντες του κλινικού δείγματος ο παράγοντας «πεποιθήσεις και πρακτικές» να σχετίζεται με χαμηλότερη κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα η υψηλότερη πνευματικότητα σχετίζεται με χαμηλότερη κατάθλιψη επιβεβαιώνοντας τις βιβλιογραφικές αναφορές. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση δε φάνηκε η πνευματικότητα να συμβάλλει στη καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή.

Πληθώρα ερευνών έχει δείξει ότι η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα παρέχουν υποστήριξη και καθοδήγηση και με αυτό το τρόπο μειώνεται η εμφάνιση καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας (Dein, 2006). Η υψηλότερη πνευματικότητα φαίνεται να συνυπάρχει με χαμηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας ανεξάρτητα με το θρήσκευμα, την εθνικότητα και την κοινωνική και οικονομική τάξη (Desrosiers & Miller, 2007) .

Παρόλο που η ερευνητική μας υπόθεση με βάση τη σύγκριση των δύο ομάδων δεν επιβεβαιώθηκε αξίζει να σημειωθεί ότι στην ομάδα του κλινικού πληθυσμού η υψηλότερη τιμή στη διάσταση «Πεποιθήσεις και πρακτικές» φάνηκε να σχετίζεται με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης. Οι λόγοι που παρατηρείται αυτή η αναντιστοιχία θα μπορούσαν να είναι ποικίλλοι. Μια αιτία σίγουρα θα μπορούσε να είναι το μικρό δείγμα των δυο ομάδων. Μια άλλη αιτία θα μπορούσε να σχετίζεται με τα πλαίσια συλλογής του κλινικού δείγματος. Το μεγαλύτερο μέρος του κλινικού δείγματος συγκεντρώθηκε από γραφεία ψυχιάτρων, ψυχολόγων και μη κερδοσκοπικά σωματεία κάτι που ίσως σχετίζεται με την υπόθεση ότι σε αυτούς τους χώρους αναζητούν βοήθεια ως επί τω πλείστω άνθρωποι που εμπιστεύονται την ιατρική και γενικότερα την επιστημονική θέση για την αιτιολόγηση και θεραπεία του προβλήματός τους. Θα μπορούσε να σκεφτεί κανείς να συλλέξει κλινικό δείγμα από κέντρα με εναλλακτικές θεραπείες, κέντρα διαλογισμού, εκκλησίες ή άλλους χώρους θρησκευτικής λατρείας ώστε να γίνει μια παρόμοια έρευνα.

Τέλος από τη συσχετιστική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε δε φάνηκε να σχετίζεται η πνευματικότητα με το νόημα ζωής. Τα αποτελέσματα αυτά δεν επιβεβαίωσαν τη βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία, τα άτομα με υψηλότερη πνευματικότητα φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα νοήματος ζωής (Hicks & King, 2008) και δεν βρέθηκαν ανάλογες βιβλιογραφικές αναφορές που να μην επιβεβαιώνουν τη σχέση αυτή.

Συμπερασματικά και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης οι παράγοντες που βρέθηκαν να συμβάλλουν περισσότερο, από αυτούς που μελετήσαμε στην παρούσα έρευνα, στην εμφάνιση καταθλιπτικής ή αγχώδους διαταραχής είναι η ψυχική ανθεκτικότητα, η ύπαρξη ή μη εργασίας και η ύπαρξη ή μη νοήματος ζωής.

Περιορισμοί

Όπως σε κάθε έρευνα, έτσι και στην παρούσα, υπάρχουν διαφόρων ειδών περιορισμοί οι οποίοι αξίζει να παρουσιάστούν. Ένας από αυτούς τους περιορισμούς είναι το γεγονός ότι στην παρούσα έρευνα, όπως και σε κάθε άλλη συσχετιστική έρευνα μπορούμε να διαπιστώσουμε την ύπαρξη ή μη σχέσης μεταξύ των μεταβλητών, αλλά δεν μπορούμε να απαντήσουμε στο γιατί και πώς η μία μεταβλητή επηρεάζει την άλλη. Επομένως τα αποτελέσματα μας βασίζονται σε συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών, και όχι σε αιτιώδεις σχέσεις και άρα δεν δύναται να βγουν συμπεράσματα αιτίας-αιτιατού από τα παραπάνω αποτελέσματα.

Σίγουρα έναν ακόμη περιορισμό αποτελεί και η μέθοδος συλλογής του δείγματος. Δεδομένου ότι το δείγμα μας προέρχεται από διαθέσιμα υποκείμενα, ακόμη και αν η επιλογή τους ήταν τυχαία, είναι δυνατόν να υπάρξει ασυνείδητη μεροληψία σε ορισμένους ανθρώπους ή ακόμη και μιας ομάδας ανθρώπων με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Επιπλέον η δειγματοληψία μέσω της τεχνικής της χιονοστιβάδας που χρησιμοποιήθηκε για την ομάδα του γενικού πληθυσμού, μπορεί να οδηγήσει επίσης σε κομμάτια του πληθυσμού με παρόμοια χαρακτηριστικά, αποκλείοντας άλλους πληθυσμούς. Συνεπώς, η γενίκευση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας στο γενικό πληθυσμό δε δύναται να πραγματοποιηθεί. Επιπλέον το κλινικό δείγμα συγκεντρώθηκε από γραφεία ιδιωτών ψυχιάτρων οι οποίοι είχαν ασθενείς και ιδιωτικά και μέσω του δημόσιου συστήματος υγείας, ψυχολόγων και του σωματίου «Μαζί» και σε καμία περίπτωση δε μπορεί να είναι αντιπροσωπευτικό αφού τα πλαίσια ήταν

λίγα αλλά και το προφίλ των ατόμων που αναζητούν βοήθεια σε τέτοια πλαίσια θα μπορούσε να έχει διάφορα χαρακτηριστικά.

Ακόμα όσον αφορά το δείγμα, περιορισμό αποτελεί και ο αριθμός των υποκειμένων που χρησιμοποιήθηκαν στη συγκεκριμένη έρευνα και για τις δύο ομάδες, μιας και είναι πολύ μικρός συγκριτικά με τον συνολικό πληθυσμό του ελλαδικού χώρου, για να μπορεί να είναι αντιπροσωπευτικός.

Επιπρόσθετα, η χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς που στηρίζεται αποκλειστικά στην υποκειμενική κρίση των συμμετεχόντων μπορεί να υποπέσει στο φαινόμενο του «κοινωνικά επιθυμητού», όπου το υποκείμενο απαντά με βάση έναν ιδεατό εαυτό, με αποτέλεσμα η ορθότητα και ειλικρίνεια των απαντήσεων να μην μπορεί να διασφαλιστεί. Για παράδειγμα όσον αφορά το κλινικό δείγμα τα ερωτηματολόγια πολλές φορές χορηγούνταν από το ψυχίατρο τους και θα μπορούσε κανείς να επισημάνει ότι ενδεχομένως κάποια υποκείμενα νομίζοντας ότι θα τα αξιολογήσει ο ίδιος τα στοιχεία, για την προσαρμογή της φαρμακευτικής τους αγωγής, να αλλοιώσαν τις απαντήσεις τους. Η πιθανή προσπάθεια τους να ευχαριστήσουν ή να προκαλέσουν τον ερευνητή ή το ψυχίατρο τους ή η πιθανή κούραση τους στη συμπλήρωση όλων των ερωτηματολογίων είναι δυνατόν να έχουν αλλοιώσει την αξιοπιστία των ευρημάτων.

Ακόμα το γεγονός ότι οι ομάδες ήταν δυο, κλινικό δείγμα και δείγμα από το γενικό πληθυσμό και επιλέχτηκε να απαντήσουν και οι δύο αυτές ομάδες στη Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους, Στρες ίσως έκανε περίπλοκη και πιο συγχυσμένη την εξαγωγή αποτελεσμάτων αφού κάποιες φορές δεν είναι ευδιάκριτα τα όρια της ψυχοπαθολογίας από την ύπαρξη απλής συμπτωματολογίας.

Όλοι οι παραπάνω περιορισμοί δεν μειώνουν τη σημαντικότητα της παρούσας έρευνας αφού τα αποτελέσματα της αποτελούν ένα σημείο αναφοράς για περαιτέρω έρευνα του πληθυσμού με καταθλιπτικές ή αγχώδεις διαταραχές. Η μελέτη των εννοιών του νοήματος ζωής, της ψυχικής ανθεκτικότητας και της πνευματικότητας σε σχέση με τη ψυχοπαθολογία θα βοηθήσει τόσο την εξέλιξη των συμβουλευτικών και ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων όσο και τη δημιουργία και υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης των καταθλιπτικών και των αγχωδών διαταραχών και επακόλουθα τη μείωση της κατανάλωσης ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής και την μείωση των κρατικών και ατομικών οικονομικών εξόδων για τη θεραπεία.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Allport G.W, & Ross, J.M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of personality and social Psychology*, 5: 432-443
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*, 5th edition: DSM-5. American Psychiatric Publishing: 5 edition
- Ancibure F., Galan- Ancibure M., Stauret M. J. (2010). *Κατάθλιψη*. Αθήνα: Νόβολι
- Anderson P, McDaid D, Basu S, Stuckler D. (2011). *Impact of economic crises on mental health*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Andrews G, Poulton R & Skoog I. (2005). Lifetime risk of depression: restricted to a minority or waiting for most? *Br J Psychiatry*, 187:495-6.
- Barbarin, O. (1993). Coping and resilience: Exploring the inner lives of African American children. *Journal of Black Psychology*, 4(19), 478-492.
- Battista, J., & Almond, R. (1973). The development of meaning in life. *Psychiatry*, 36, 409–427.
- Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165 (8), 969-977.
- Blazer, D. (2012). Religion/spirituality and depression: what can we learn from empirical studies? *American Journal of Psychiatry*, 10–12.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
- Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. Paper presented at the Development of cognition, affect, and social relations: *The Minnesota symposia on child psychology*.
- Brown, R.P. (2005). Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression: Part I — Neurophysiologic Model. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(1), 189–201.
- Brown, G. K., Newman, C. F., Charlesworth, S., Crits-Cristoph P. (2009). An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*.
- Bryant, A. N. (2007). Gender Differences in Spiritual Development During the College Years. *Sex Roles*, 56(11-12), 835–846.
- Campbell-Sills, L., Cohana, S.L., & Steina, M.B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 585–599.
- Carr, A. (2016). *Handbook of child and adolescent Clinical psychology: A contextual approach* (3 ed.). New York: Routledge.
- Celano CM & Huffman JC. (2011). Depression and cardiac disease: a review. *Cardiol Rev*. 19(3):130-42.

- Chan, D. W. (2009). Orientations to happiness and subjective well-being among Chinese prospective and in-service teachers in Hong Kong. *Educational Psychology, 29*, 139-151. doi:10.1080/01443410802570907
- Crawford, E., Wright, M. OD., & Masten, A. S. (2006). Resilience and spirituality in youth. In E. C. Roehlkepartain, P. E. King, L. Wagener, & P. L. Benson (Eds.), *The handbook of spiritual development in childhood and adolescence* (pp. 355-370). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology, 20*, 200-207.
- Cohen, A. (2002). The Importance of Spirituality in Well-Being for Jews and Christians. *Journal of Happiness Studies, 3*(3), 287-310.
- Condly, S. J. (2006). Resilience in Children: A Review of Literature With Implications for Education. *Urban education, 41*(3), 211-236
- Connor, K.M., & Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76-82.
- Connor, K. M., Davidson J. R.T, & Lee L. (2003) Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey, *Journal of Traumatic Stress, 16*, 487-494
- Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology, 20*, 200-207.
- Debats, D. L., van der Lubbe, P. M., & Wezeman, F. R. A. (1993). A measure of meaningful life. *Personality and Individual Differences, On the psychometric properties of the Life Regard Index (LRI): 14*, 337-345.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuit: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11*, 227-268
- Dein, S. (2006). Religion, spirituality and depression: implications for research and treatment. *Primary Care and Community Psychiatry, 11*(2), 67-72.
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1982). *Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedure manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Re-search.
- Desrosiers, A. & Miller, L. (2007). Relational spirituality and depression in adolescent girls. *Journal of Clinical Psychology, 63*(10), 1021-1037.
- Doolittle, B. & Farrell, M. (2004). The Association between Spirituality and Depression in an Urban Clinic. *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry, 6*(3), 114-118.
- Ellis, A. (1987). A sadly neglected cognitive element in depression. *Cognitive Therapy and Research, 11*(1), 121-145.
- Ellison, C. G., & Fan, D. (2008). Daily spiritual experiences and psychological well-being among US adults. *Social Indicators Research, 88*, 247-271.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(2), 377-389.
- Exline, J., Yali, A. & Sanderson, W. (2000). Guilt, discord, and alienation: The role of religious strain in depression and suicidality. *Journal of Clinical Psychology, 56*(12), 1481-1496.
- Frankl, V. (1959). *Man's search for meaning*. London: Hodder & Stoughton.

- Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. New York: Washington Square Press.
- Frankl, V. E. (1965). *The doctor and the soul: From psychotherapy to logotherapy*. New York: Vintage Books.
- Frankl, V. (1967). *Psychotherapy and existentialism: Selected papers on logotherapy*. New York: Simon and Schuster.
- Frankl, V. E. (1973). *Psychotherapy and Existentialism: Selected Papers on Logotherapy*. London: Pelican Books.
- Frankl, V. E. (1985). *Man's Search for Meaning*. New York: Washington Square Press. Retrieved from <https://ernstchan.com/b/src/1435009987453.pdf>
- Freeman, A. (1990) *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. In J. Strachey, & A. Freud (Eds.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp. 77-175). London: The Hogarth Press.
- Gall, T. (2006). Spirituality and coping with life stress among adult survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 30(7), 829-844.
- Garnezy, N. (1974). The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In E. Anthony & C. Koupemik (Eds.), *A child in his family: Children at psychiatric risk*. (Vol. 3, pp. 77-97). New York: Wiley.
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric annals*, 20(9), 459-466.
- Goldman, H., (2000). *Review of general psychiatry*. New York/ London: Lange Medical Books/McGraw-Hill
- Halama, P., & Dedova, M. (2007). Meaning in life and hope as predictors of positive mental health: Do they explain residual variance not predicted by personality traits? *Studia Psychologica*, 49, 191-200.
- Harlow, L. L., Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1986). Depression, self-derogation, substance use, and suicide ideation: Lack of purpose in life as a mediational factor. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 5-21.
- Hart, S., Fonareva, I., Merluzzi, N., & Mohr, D. C. (2005). Treatment for depression and its relationship to improvement in quality of life and psychological well-being in multiple sclerosis patients. *Quality of Life Research*, 14, 695-703. doi:10.1007/s11136-004-1364-z
- Hefti, R. (2011). Integrating religion and spirituality into mental health care, psychiatry and psychotherapy. *Religions*, 2(4), 611-627.
- Hicks, J. A., & King, L. A. (2008). Mood and religion as information about meaning in life. *Journal of Research in Personality*, 42, 43-57.
- Hidaka, B. H. (2012). Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. *Journal of Affective Disorders*, 140(3), 205-214.
- Hill, C. E., Kanazawa, Y., Knox, S., Schauerman, I., Loureiro, D., James, D., Carter, I., King, S., Razzak, S., Scarff, M. & Moore, J. (2015). Meaning in life in psychotherapy: The perspective of experienced psychotherapists, *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2015.1110636

- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, *58*, 64-74
- Ho, M. Y., Cheung, F. M., & Cheung, S. F. (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*, *48*, 658-663. doi:10.1016/j.paid.2010.01.008
- Hoehn-Saric, R., & McLeod, D. R. (1988). The peripheral sympathetic nervous system. Its role in normal and pathologic anxiety. *Psychiatric Clinics of North America*, *11*(2), 375-386.
- Hogg, M. A., Adelman, J. R., & Blagg, R. D. (2010). Religion in the face of uncertainty: An uncertainty-identity theory account of religiousness. *Personality and Social Psychology Review*, *14*, 72-83.
- Holahan, C. K., Holahan, C. J., & Suzuki, R. (2008). Purposiveness, physical activity, and perceived health in cardiac patients. *Disability and Rehabilitation*, *30*, 1772-1778. doi:10.1080/10428190701661508
- Holland JC, Kash KM, Passik S, Gronert M, et al. (1998). A brief spiritual inventory for the use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-Oncology* 7: 460–469.
- Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J, Ly KL. (2002) Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. *Palliat Med* 2002 Mar;16(2):81-97
- Joyce AT, Smith P, Khandker R, Melin JM, Singh A (2009). Hidden cost of rheumatoid arthritis (RA): estimating cost of comorbid cardiovascular disease and depression among patients with RA. *J Rheumatol.* ;36(4):743-52.
- Kass, J.D., Friedman, R., Leserman, J., Zuttermeister P.C., Benson, H., *Journal for the Scientific Study of Religion*, Vol. 30, No. 2 (Jun., 1991), pp. 203-211
- Kash, KM, Holland JC, Passik SD, Lederberg M, Sison A, Gronert MK. (1995). The Systems of Belief Inventory—SBI: a scale to measure spiritual and religious beliefs in quality of life and coping research. *Psychosom Med* 57: 62
- Kashdan, T.B., Nezlek, J. B (2012). Whether, when and how is spirituality related to well-being? Moving beyond single occasion questionnaires to understanding daily process. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *38*, 1523-1535
- Katon W. J. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in clinical neuroscience*, *13*(1), 7-23.
- Kenyon, G. M. (2000). Philosophical foundations of existential meaning. In G. T. Reker & K. Chamberlain (Eds.), *Exploring existential meaning: Optimizing human development across the life span* (pp. 7–22). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kessler, R. and Bromet, E. (2013). The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annual Review of Public Health*, *34*(1), pp.119-138.
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., Wang, P., Wells, K. B., Zaslavsky, A. M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England journal of medicine*, *352*(24), 2515-23.
- Klinger, E. (1977). *Meaning and void*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Klefaras, G. & Psarra, E. (2012). Meaning in Life, Psychological Well-Being and Depressive Symptomatology: A Comparative Study. *Psychology*, *3*, 337-345. doi: [10.4236/psych.2012.34048](https://doi.org/10.4236/psych.2012.34048).

- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, 37(1), 1.
- Koenig, H. G., Cohen, H. J., Blazer, D. G., Kudler, H. S., Ranga Rama Krishnan, K., & Sibert, T. E. (1995). Religious coping and cognitive symptoms of depression in elderly medical patients. *Psychosomatics*, 36(4), 369-375.
- Koenig, H.G. (2001). Spiritual assessment in medical practice. *American Family Physician*, 63, 33-34.
- Koenig, H. (2002). *Spirituality in Patient Care: Why, How, When and What*. Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H. G. (2007). Spirituality and depression: a look at the evidence. *Southern medical journal*, 100(7), 737-9.
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Canadian journal of psychiatry*. 54(5), 283-91.
- Langlieb AM & DePaulo JR. (2008). Etiology of depression and implications on work environment. *J Occup Environ Med.* ;50(4):391-5.
- Larson, D. B., Swyers, J. P., & McCullough, M. E. (1997). *Scientific research on spirituality and health: A consensus report*. Rockville, MD: National Institute for Healthcare Research.
- Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation.
- Luthar, S. S. (1993). Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of child psychology and psychiatry*, 34(4), 441-453.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562.
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology, Vol 3: Risk, disorder, and adaptation*. (2 ed., pp. 739-795). New York: Wiley.
- Lyon, D. E., & Younger, J. B. (2001). Purpose in life and depressive symptoms in persons living with HIV Disease. *Journal of Nursing Scholarship*, 33, 129-133. doi:10.1111/j.1547-5069.2001.00129.x
- Lyrakos, G.N.; Arvaniti, C.; Smyrnioti, M.; Kostopanagiotou, G. Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the Greek general population and in a psychiatric patient's sample. *Eur. Psychiatry* 2011, 26, 1731; doi:10.1016/S0924-9338(11)73435-6.
- Maddi, S. R. (1967). The existential neurosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 311-325. doi:10.1037/h0020103
- Maddi, S. R. (1970). The search for meaning. In M. Page (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 137-186). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Maddi, S.R. & Khoshaba, D.M. (2005). *Resilience At Work: How To Succeed No Matter What Life Throws At You*. New York.
- Maharaj, R. G. , Alli, F. , Cumberbatch, K. , Laloo, P. , Mohammed, S. , Ramesar, A. , Ramtahal, I. (2008). Depression among adolescents, aged 13-19 years, attending secondary schools in Trinidad: prevalence and associated factors. *West Indian Medical Journal*, 57(4), 352-9.

- Margetic, B. A. & Margetic, B. (2005) Religiosity and Health Outcomes: Review of Literature. *Collegium antropologicum*, 29(1), 365-371
- Mascaro, N., & Rosen, D. H. (2005). Existential meaning's role in the enhancement of hope and prevention of depressive symptoms. *Journal of Personality*, 73, 985-1013. doi:10.1111/j.1467-6494.2005.00336.x
- Mascaro, N., & Rosen, D. H. (2008). Assessment of existential meaning and its longitudinal relations with depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27, 576-599. doi:10.1521/jscp.2008.27.6.576
- Maslow, A. H. (1971). *The further reaches of human nature*. New York: Viking.
- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 8, pp. 1-52). New York: Plenum Press.
- Masten, A. S., Morison, P., Tellegen, D., & Pellegrini, A. (1990). Competence under stress: Risk and protective factors. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 236-256). New York: Cambridge University Press.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American psychologist*, 53(2), 205.
- Masten, A. S. & Curtis, W.J. (2000) Integrating competence and psychopathology: Pathways toward a comprehensive science of adaptation in development . *Development and psychopathology*, 12, 529-550
- Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Masten, A.S., & Reed, M.J. (2002). Resilience in Development. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: Morrow.
- McCorke, B.H., Bohn, C., Hughes, T., & Kim, D. (2005). "Sacred moments": Social anxiety in a larger perspective. *Mental Health, Religion and Culture*, 8, 227-238.
- McCullough, M. & Larson, D. (1999). Religion and depression: a review of the literature. *Twin Research* 2(2), 126-136.
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58, 24-35.
- Mirsky, J. (2009). Mental health implications of migration. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(3), 179-187.
- Mondimore, F. M., Zandi, P. P., MacKinnon, D. F., McInnis, M. G., Miller, E. B., Schweizer, B., Crowe, R. P., Scheftner, W. A., Weissman, M. M., Levinson, D. F., DePaulo, J. R., ... Potash, J. B. (2006). A comparison of the familiarity of chronic depression in recurrent early-onset depression pedigrees using different definitions of chronicity. *Journal of affective disorders*, 100(1-3), 171-7.
- Muldoon, M., & King, N. (1995). Spirituality, health care, and bioethics. *Journal of Religion and Health*, 34, 329-349.

- O'Connor BP, Vallerand RJ. (1989) Religious motivation in the elderly: a French-Canadian replication and an extension. *J Soc Psychology*; 130:53-59.
- O'Grady, M. A., Tennen, H., & Armeli, S. (2010). Depression history, depression vulnerability and the experience of everyday negative events. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(9), 949–974.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.U., Jönsson, B. & (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1), 155-162.
- Owens, G. P., Steger, M. F., Whitesell, A. A., & Herrera, C. J. (2009). Posttraumatic stress disorder, guilt, depression, and meaning in life among military veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 654-657.
- Pargament, K.I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. New York: Guilford Publications, Inc.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 30, 115–144.
- Park, C. L. (2007). Religiousness/spirituality and health: A meaning systems perspective. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 319-328.
- Paukert, A., Phillips, L., Cully, J.A., Loboprabhu, S.M., Lomax, J.W., & Stanley, M.A. (2009). Integration of religion into cognitive behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *Journal of Psychiatric Practice*, 15, 103–112.
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282.
- Paykel, E. (2001). Continuation and maintenance therapy in depression. *British Medical Bulletin*, 57, pp. 145-159.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, DC: Oxford University Press.
- Pezirkianidis, C. , Galanakis, M. , Karakasidou, I. and Stalikas, A. (2016) Validation of the Meaning in Life Questionnaire (MLQ) in a Greek Sample. *Psychology*, 7, 1518-1530. doi: 10.4236/psych.2016.713148.
- Piedmont, R. (1999). Does Spirituality Represent the Sixth Factor of Personality? Spiritual Transcendence and the Five Factor Model. *Journal of personality*, 67(6), 985-1013.
- Piedmont, R. L. (2001). Spiritual transcendence and the scientific study of spirituality, *Journal of Rehabilitation*, (67), 4–14.
- Powell, L.H., Shahabi, L., & Thoresen, C.E. (2003). Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American Psychology*, 58, 36–52.
- Propst, L.R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T., & Mashburn, D. (1992). Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 94–103.
- Rajakumar, S., Jillings, C., Osborne, M., & Tognazzini, P. (2008). Spirituality and depression: the role of spirituality in the process of recovering from depression. *Spirituality and Health International*, 9(2), 90–101.
- Reed, P. G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing and Health*, 15, 349–357.

- Reker, G. T. (2000). Theoretical perspective, dimensions, and measurement of existential meaning. In G. T. Reker, & K. Chamberlain (Eds.), *Exploring existential meaning: Optimizing human development across the life span* (pp.3955). Thousand Oaks: Sage Publication.
- Reker, G. T. & Wong, P. T. (1988). Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. In J. E. Birren & V. L. Bengtson (Eds.), *Emergent theories of aging* (pp. 214-246). New York: Springer Publishing Company. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/266261451_Aging_as_an_individual_process_Toward_a_theory_of_personal_meaning
- Reker G. T., & Chamberlain K. (2000). Existential meaning: Reflections and directions. In G. T. Reker, & K. Chamberlain (Eds.) *Exploring existential meaning: Optimizing human development across the life span* (pp. 199-209). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Richards, P. Owens, L. & Stein, S. (1993). A religiously oriented group counseling intervention for self-defeating perfectionism: A pilot study. *Counseling and Values*, 37(2), 96-104
- Robak, R. W., & Griffin, P. W. (2000). Purpose in life: What is its relationship to happiness, depression, and grieving? *North American Journal of Psychology*, 2, 113-119
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 651-682). New York, NY, US: Cambridge University. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511529320.030>
- Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Analys of the New York Academy of Science*, 1094, 1-12
- Rost, K. (2009). Disability from depression: the public health challenge to primary care. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(1), pp. 17-21.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1–28.
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire. Assessing the Presence of and Search for Meaning in Life. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 80-93. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
- Steger, M. F., Frazier, P. A., & Zacchanini, J. L. (2008). Terrorism in two cultures: Stress and growth following September 11 and the Madrid train bombings. *Journal of Loss and Trauma*, 13(6), 511-527. <https://doi.org/10.1080/15325020802173660>
- Steger, M. F., Kashdan, T. B., Sullivan, B. A., & Lorentz, D. (2008). Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of Personality*, 76(2), 199-228. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2007.00484.x>
- Stewart, A., Hays, R., & Ware, J. (1988). The MOS Short-Form General Health Survey: Reliability and Validity in a Patient Population. *Medical Care*, 26(7), 724-735. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/3765494>
- Simonelli, L. A., Fowler, J., Maxwell, G. L., & Andersen, B. L. (2008). Physical sequelae and depressive symptoms in gynecologic cancer survivors: Meaning in life as a mediator. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 275-284. doi:10.1007/s12160-008-9029-8

- Sloan, R.P., & Bagiella, E. (2001). Spirituality and medical practice: A look at the evidence. *American Family Physician*, 63, 33–34.
- Smith, T. B., McCullough, M. E., & Poll, J. (2003). Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129(4), 614–636.
- Sorajjakool, S., Aja, V., Chilson, B., Ramírez-Johnson, J., & Earll, A. (2008). Disconnection, Depression, and Spirituality: A Study of the Role of Spirituality and Meaning in the Lives of Individuals with Severe Depression. *Pastoral Psychology*, 56(5), 521–532.
- Stolovy, T., Lev-Wiesel, R., Adiel, D., & Gelkopf, M. (2009). The meaning in life for hospitalized patients with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 133-135. doi:10.1097/NMD.0b013e3181963ede
- Steger, M. F., Frazier, P., Kaler, M., & Oishi, S. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80-93. DOI: 10.1037/0022-0167.53.1.80
- Tugade, M. & Fredrickson, B. (2004). Psychological Resilience and Positive Emotional Granularity: Examining the Benefits of Positive Emotions on Coping and Health. *Journal of Personality*, 72:6.
- Tugade, M.M. & Fredrickson, B.L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>
- Weisbuch-Remington, M., Mendes, W. B., Seery, M. D., & Blascovich, J. (2005). The non-conscious influence of religious symbols in motivated performance situations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 1203-1216.
- Werner, EE. (1984). Resilient children. *Young Children*. 40, 68–72
- Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., Van Beljouw, I. M. J., & Margriet, A. (2010). Improvement in personal meaning mediates the effects of a life review intervention on depressive symptoms in a randomized controlled trial. *Gerontologist*, 50, 541-549. doi:10.1093/geront/gnp168
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(02), 152-169.
- Williams, C., Richards, P., & Whitton, I. (2002). *I'm not supposed to feel like this: A Christian approach to coping with depression and anxiety*. London: Hodder & Stoughton
- Wong, P. T. P., Reker, G. T., & Peacock, E. J. (2006). A resource-congruence model of coping and the development of the coping schema inventory. In P. T. P. Wong & L. C. J. Wong (Eds.), *International and Cultural Psychology Series. Handbook of multicultural perspectives on stress and coping* (pp. 223-283). Dallas, TX, US: Spring Publications.
- http://dx.doi.org/10.1007/0-387-26238-5_11
- Wong, P. T. P., Wong, L. C. J., McDonald, M. J., & Klaassen, D. W.(2007). *The positive psychology of meaning and spirituality*. Abbotsford, British Columbia, Canada: INPM Press.
- Wong, P. T. P. (2011). Positive psychology 2.0: Towards a balanced interactive model of the good life. *Canadian Psychology*, 52(2), 69-81.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, (2017). *Depression and other common mental disorders*. Retrieved from: https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/

Worthington Jr, E.L., Wade, N.G., Hight, T.L., Ripley, J.S., McCullough, M.E., Berry, J.W., O'Connor, L. (2003). The Religious Commitment Inventory-10: Development, refinement, and validation of a brief scale for research and counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 84–96.

Wright, L., Frost, C. & Wisecarver, S. (1993). Church attendance, meaningfulness of religion, and depressive symptomology among adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(5), 559-568.

Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

Ysseldyk, R., Matheson, K., & Anisman, H. (2010). Religiosity as identity: Toward an understanding of religion from a social identity perspective. *Personality and Social Psychology Review*, 14, 60-71

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

Αλεβίζος, Β. (2008) *Άγχος*. Βήτα: Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις.

Babbie, E. (2011). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Έρευνα* (Κ. Ζαφειρόπουλος, επίμ., & Γ. Βογιατζής, μετάφρ., 1η έκδ.). Αθήνα: Κριτική Α.Ε.

Γεωργαντά, Ε. (2003). *Τι είναι ψυχοθεραπεία*. Αθήνα: Ασημάκης.

Herbert, M. (1989) *Ψυχολογικά προβλήματα της παιδικής ηλικίας: πλήρης οδηγός για όλους τους ενδιαφερόμενους*. 1ος τόμος, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μοσχοβάκη, Α. (2013) *Άγχος: Σωματικά συμπτώματα που προκαλούνται από αγχώδεις διαταραχές*. Αναρτήθηκε από: <http://www.iatrikanea.gr/2013/3765/#ixzz4ZVγAptNd>

Παπαδάκη, Α. (2013). *Άγχος και Εφηβεία*. Αναρτήθηκε από: <https://www.slideshare.net/4lykkerk/b3-201314>

Spielberger, C. (1982). *Ο κύκλος της ζωής: Άγχος - Στρες και πώς να το αντιμετωπίσουμε*, Μετάφραση: Κωστόπουλος, Ι. Αθήνα: Ψυχογιός

Σταλίκας, Α., Κουδιγκέλη, Φ. & Δημητριάδου, Ε. (2008). Θετικά Συναισθήματα, Ψυχολογική Ανθεκτικότητα και Μάθηση. Στο *Ανάπτυξη της Συναισθηματικής Νοημοσύνης μέσα από τη Συνεργατική Μάθηση*. Κυπριακός Σύνδεσμος Συνεργατικής Μάθησης.

Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2012). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα: Μία συλλογή και παρουσίαση των ερωτηματολογίων, δοκιμασιών και καταλόγων καταγραφής χαρακτηριστικών στον ελληνικό χώρο*. Αθήνα: Πεδίο.

Χατζάκη, Α. (2008). Σύγχρονη και βιολογική θεώρηση της κατάθλιψης. Νευροπεπτίδια και νέες θεραπευτικές επιλογές. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(4), 456-462.

Χατζηχρήστου, Χ. (2011). *Σχολική Ψυχολογία*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Παράρτημα Α : Εισαγωγικό σημείωμα και ψυχομετρικά εργαλεία



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ –
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Έρευνα: Νόημα ζωής, πνευματικότητα, ψυχική ανθεκτικότητα σε σχέση με την καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία

Αγαπητοί/-ές,

Είμαι μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Συμβουλευτική στην Ειδική Αγωγή, την Εκπαίδευση και την Υγεία» του Παιδαγωγικού Τμήματος Ειδικής Αγωγής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και διεξάγω, υπό την εποπτεία του καθηγητή κυρίου Κλεφτάρα Γεωργίου, την παρούσα δειγματοληπτική έρευνα. Σκοπός της έρευνας είναι η μελέτη της σχέσης της ύπαρξης νοήματος ζωής, πνευματικότητας και ψυχικής ανθεκτικότητας με την εμφάνιση ή μη καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας. Η έρευνα διεξάγεται σε ενήλικες άνδρες και γυναίκες ηλικίας 18 έως 55 ετών. Στον παρόν φάκελο συμπεριλαμβάνεται ένα ερωτηματολόγιο, που αποτελείται από πέντε μέρη, ενώ δίνονται οδηγίες συμπλήρωσης στην αρχή κάθε μέρους. Θα σας παρακαλούσα να απαντήσετε ολοκληρωμένα, δίχως να παραλείψετε κάποιες από τις ερωτήσεις, μιας και αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα αποτελέσματα της έρευνας.

Το ερωτηματολόγιο είναι **ανώνυμο**, οι απαντήσεις απολύτως **εμπιστευτικές** και τα δεδομένα συλλέγονται αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις με την έννοια ότι το σημαντικό είναι η δική σας προσωπική, αυθόρμητη και ειλικρινής άποψη. Θα το εκτιμούσα πολύ αν αφιερώνατε λίγο χρόνο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του αποτελεί τη συγκατάθεσή σας για την αξιοποίηση των απαντήσεών σας στην έρευνα. Η εθελοντική συμμετοχή σας σε αυτήν την έρευνα θα είναι πολύ σημαντική βοήθεια στην προαγωγή της γνώσης και της κατανόησής μας σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με την καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία. Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία και τη συμβολή σας. Για οποιαδήποτε διευκρίνιση μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου στην ηλεκτρονική διεύθυνση mariakoromila@hotmail.com ή στο 6976605411

Με εκτίμηση,
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Κορομηλά Μαρία



Δημογραφικά Στοιχεία

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

Ηλικία : 18-25 31-40

26-30 41-55

Τι εκπαίδευση έχετε;

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Τάξεις δημοτικού | <input type="checkbox"/> ΤΕΙ |
| <input type="checkbox"/> Δημοτικό | <input type="checkbox"/> ΑΕΙ |
| <input type="checkbox"/> Γυμνάσιο | <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακές Σπουδές |
| <input type="checkbox"/> Λύκειο (ή Εξατάξιο Γυμνάσιο) | <input type="checkbox"/> Διδακτορικές Σπουδές |
| <input type="checkbox"/> ΤΕΕ ή ΙΕΚ | <input type="checkbox"/> Άλλο |

Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Άγαμος-η | <input type="checkbox"/> Έγγαμος-η |
| <input type="checkbox"/> Σε διάσταση | <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος-η |
| <input type="checkbox"/> Χήρος-α | |

Έχετε παιδιά; Ναι Όχι

Αν ναι, πόσα;

- Κατοικείτε σε:** Πόλη (>100.000 κατοίκους) Χωριό (μέχρι 1.500)
- Πόλη (15.000-100.000) Άλλο:.....
- Κωμόπολη (1.500-15.000)

Εργάζεστε:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Με πλήρη απασχόληση | <input type="checkbox"/> Οικιακά |
| <input type="checkbox"/> Με μερική απασχόληση | <input type="checkbox"/> Συνταξιούχος |
| <input type="checkbox"/> Φοιτητής, σπουδαστής, Μαθητής | <input type="checkbox"/> Εκτός εργασίας |

Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα σωματικής υγείας τους τελευταίους έξι μήνες;

- Ναι Όχι

Ονομάστε το πρόβλημα σωματικής υγείας:

Πότε έγινε η αρχική διάγνωση;

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Το τελευταίο μήνα | <input type="checkbox"/> Το τελευταίο χρόνο |
| <input type="checkbox"/> Τους τελευταίους έξι μήνες | <input type="checkbox"/> Πάνω από ένα χρόνο |

Ημερομηνία αρχικής διάγνωσης:.....

Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας τους τελευταίους έξι μήνες ;

- Ναι Όχι

Ονομάστε το πρόβλημα ψυχικής υγείας:

Έχετε ψυχιατρική διάγνωση για το παραπάνω πρόβλημα ψυχικής υγείας;

- Ναι Όχι

Πότε έγινε η αρχική διάγνωση;

- Το τελευταίο μήνα Το τελευταίο χρόνο
 Τους τελευταίους έξι μήνες Πάνω από ένα χρόνο

Ημερομηνία αρχικής διάγνωσης:.....

Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή για το παραπάνω πρόβλημα ψυχικής υγείας;

- Ηρεμιστικά φάρμακα Οποιοδήποτε είδος φυτικών φαρμάκων
 Αγχολυτικά φάρμακα Καμία φαρμακευτική αγωγή
 Αντικαταθλιπτικά φάρμακα

Παίρνετε μέρος σε άλλου είδους θεραπεία για το παραπάνω πρόβλημα ψυχικής υγείας;

- Ψυχοθεραπεία Εναλλακτικές θεραπείες (π.χ διαλογισμός, βελονισμός)
 Ομοιοπαθητική Άλλη θεραπεία

DASS21

Greek translation and Adaptation
George N. Lyrakos and Chrysa Arvaniti

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε έναν αριθμό 0 ..1 ..2 ή 3 που προσδιορίζει πόσο η δήλωση σας αντιπροσώπευσε κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Δεν υπάρχει καμία σωστή ή λανθασμένη απάντηση. Μην ξοδέψετε πάρα πολύ χρόνο σε οποιαδήποτε δήλωση.

Βαθμολογήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

0 Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα

1 Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα.

2 Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα.

3 Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές.

1	Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου	0	1	2	3
2	Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό	0	1	2	3
3	Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	0	1	2	3
4	Δυσκολευόμουν ν' ανασάνω (π.χ., υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόπωση της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια)	0	1	2	3
5	Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα	0	1	2	3
6	Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετωπίζα	0	1	2	3
7	Αισθάνθηκα τρεμούλα (πχ στα χέρια)	0	1	2	3
8	Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα	0	1	2	3
9	Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους	0	1	2	3
10	Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον	0	1	2	3
11	Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος	0	1	2	3
12	Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω	0	1	2	3
13	Ένιωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος	0	1	2	3
14	Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα	0	1	2	3
15	Ένιωσα πολύ κοντά στον πανικό	0	1	2	3
16	Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό	0	1	2	3
17	Ένιωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο	0	1	2	3
18	Ένιωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος	0	1	2	3
19	Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία)	0	1	2	3
20	Ένιωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος	0	1	2	3
21	Ένιωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα	0	1	2	3

Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (The ConnorDavidson Resilience Scale [CD- RISC]) (Προσαρμογή: Ε. Δημητριάδου και Α. Σταλίκας)

Παρακαλούμε επιλέξτε τη δήλωση που περιγράφει καλύτερα τη δική σας πραγματικότητα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών. Είναι σημαντικό να απαντήσετε με τη μεγαλύτερη δυνατή ειλικρίνεια και να θυμάστε ότι δεν υπάρχουν “σωστές” ή “λάθος” απαντήσεις. Απαντήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

Καθόλου αληθές	Σπάνια αληθές	Κάποιες φορές αληθές	Συχνά αληθές	Σχεδόν πάντα αληθές
1	2	3	4	5

1. Μπορώ να προσαρμόζομαι στην αλλαγή
2. Έχω στενές και ασφαλείς σχέσεις
3. Μερικές φορές η μοίρα και ο Θεός μπορούν να βοηθήσουν
4. Μπορώ να τα βγάλω πέρα με ό,τι μου προκύπτει
5. Προηγούμενες επιτυχίες μου δίνουν αυτοπεποίθηση για καινούριες προκλήσεις
6. Βλέπω την εύθυμη πλευρά των πραγμάτων
7. Το να αντεπεξέρχομαι στο στρες μου δίνει δύναμη
8. Έχω την τάση να ανακάμπτω μετά από κάποια δοκιμασία ή ασθένεια
9. Τα πράγματα συμβαίνουν για κάποιο λόγο
10. Κάνω την καλύτερη δυνατή προσπάθεια, ότι και να γίνει
11. Μπορώ να επιτυγχάνω τους στόχους μου
12. Όταν τα πράγματα φαίνονται χωρίς ελπίδα, εγώ δεν παραιτούμαι
13. Ξέρω πού να στραφώ για βοήθεια
14. Όταν βρίσκομαι κάτω από πίεση, συγκεντρώνομαι και σκέφτομαι καθαρά
15. Προτιμώ να παίρνω το προβάδισμα στην επίλυση προβλημάτων
16. Δεν αποθαρρύνομαι εύκολα από την αποτυχία
17. Με θεωρώ δυνατό άτομο
18. Μπορώ να παίρνω μη δημοφιλείς ή δύσκολες αποφάσεις
19. Μπορώ να χειρίζομαι δυσάρεστα συναισθήματα
20. Έχω ανάγκη να ακολουθώ τη διαίσθησή μου
21. Έχω ισχυρή αίσθηση σκοπού
22. Νιώθω ότι έχω τον έλεγχο της ζωής μου
23. Μου αρέσουν οι προκλήσεις
24. Εργάζομαι για να επιτυγχάνω τους στόχους μου
25. Καμαρώνω για τις επιτεύξεις μου

Ερωτηματολόγιο ως προς τα Συστήματα Πεποιθήσεων

Systems of Belief Inventory [SBI-15R]

Προσαρμογή: Γιώργος Κλεφτάρας

Το παρακάτω είναι ένα ερωτηματολόγιο που αναφέρεται στις πεποιθήσεις σχετικά με την πνευματικότητα. Παρακαλώ κυκλώστε τον κατάλληλο αριθμό κάτω από κάθε δήλωση που δείχνει σε ποιο βαθμό πιστεύετε την συγκεκριμένη δήλωση. Δεν υπάρχουν "σωστές" ή "λάθος" απαντήσεις. Ο βαθμός με τον οποίο βιώνετε αυτό που εκφράζεται από τις δηλώσεις, θα πρέπει να είναι η απάντησή σας. Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις δηλώσεις του ερωτηματολογίου, όσο το δυνατόν πιο ειλικρινά. Οι πληροφορίες που δίνετε είναι εμπιστευτικές.

1. Η θρησκεία είναι σημαντική στην καθημερινή μου ζωή.
 - 0 - Διαφωνώ απόλυτα
 - 1 - Διαφωνώ κάπως
 - 2 - Συμφωνώ κάπως
 - 3 - Συμφωνώ απόλυτα
2. Η προσευχή ή ο διαλογισμός με βοήθησε να τα βγάλω πέρα σε περιόδους σοβαρών ασθενειών.
 - 0 - Καθόλου
 - 1 - Για μικρό χρονικό διάστημα
 - 2 - Για μεγάλο χρονικό διάστημα
 - 3 - Πάντοτε
3. Μου αρέσει να παρακολουθώ θρησκευτικές λειτουργίες που γίνονται από τη θρησκευτική ή πνευματική μου ομάδα.
 - 0 - Διαφωνώ απόλυτα
 - 1 - Διαφωνώ κάπως
 - 2 - Συμφωνώ κάπως
 - 3 - Συμφωνώ απόλυτα
4. Είμαι σίγουρος ότι ο Θεός υπάρχει σε κάποια μορφή.
 - 0 - Διαφωνώ απόλυτα
 - 1 - Διαφωνώ κάπως
 - 2 - Συμφωνώ κάπως
 - 3 - Συμφωνώ απόλυτα
5. Όταν χρειάζομαι υποδείξεις και συμβουλές για το πώς να αντιμετωπίσω προβλήματα, γνωρίζω κάποιον στην θρησκευτική ή πνευματική μου κοινότητα στον οποίο μπορώ να απευθυνθώ.
 - 0 - Διαφωνώ απόλυτα
 - 1 - Διαφωνώ κάπως

- 2 - Συμφωνώ κάπως
 - 3 - Συμφωνώ απόλυτα
6. Πιστεύω ότι ο Θεός δεν θα μου δώσει ένα φορτίο/δοκιμασία που δεν μπορώ να κουβαλήσω.
- 0 - Διαφωνώ απόλυτα
 - 1 - Διαφωνώ κάπως
 - 2 - Συμφωνώ κάπως
 - 3 - Συμφωνώ απόλυτα
7. Μου αρέσει να συναντώ ή να μιλώ συχνά με ανθρώπους που μοιράζονται τις θρησκευτικές ή πνευματικές πεποιθήσεις μου.
- 0 - Καθόλου
 - 1 – Για μικρό χρονικό διάστημα
 - 2 – Για μεγάλο χρονικό διάστημα
 - 3 – Πάντοτε
8. Σε περιόδους ασθένειας, οι θρησκευτικές ή πνευματικές πεποιθήσεις μου έχουν ενισχυθεί.
- 0 - Διαφωνώ απόλυτα
 - 1 - Διαφωνώ κάπως
 - 2 - Συμφωνώ κάπως
 - 3 - Συμφωνώ απόλυτα
9. Όταν νιώθω μοναξιά, βασίζομαι για υποστήριξη σε ανθρώπους που μοιράζονται τις πνευματικές ή θρησκευτικές πεποιθήσεις μου.
- 0 - Διαφωνώ απόλυτα
 - 1 - Διαφωνώ κάπως
 - 2 - Συμφωνώ κάπως
 - 3 - Συμφωνώ απόλυτα
10. Έχω βιώσει την αίσθηση της ελπίδας, ως αποτέλεσμα των θρησκευτικών ή πνευματικών πεποιθήσεών μου.
- 0 - Διαφωνώ απόλυτα
 - 1 - Διαφωνώ κάπως
 - 2 - Συμφωνώ κάπως
 - 3 - Συμφωνώ απόλυτα
11. Έχω βιώσει την «ειρήνη του μυαλού» (ψυχική ηρεμία) μέσα από το διαλογισμό και τις προσευχές μου.
- 0 - Διαφωνώ απόλυτα
 - 1 - Διαφωνώ κάπως
 - 2 - Συμφωνώ κάπως
 - 3 - Συμφωνώ απόλυτα
12. Η ζωή και ο θάνατος ενός ατόμου ακολουθεί ένα σχέδιο του Θεού.
- 0 - Διαφωνώ απόλυτα
 - 1 - Διαφωνώ κάπως

- 2 - Συμφωνώ κάπως
- 3 - Συμφωνώ απόλυτα

13. Αναζητώ ανθρώπους μέσα στη θρησκευτική ή πνευματική μου κοινότητα, όταν χρειάζομαι βοήθεια.

- 0 - Καθόλου
- 1 – Για μικρό χρονικό διάστημα
- 2 – Για μεγάλο χρονικό διάστημα
- 3 – Πάντοτε

14. Πιστεύω ότι ο Θεός με προστατεύει από το κακό.

- 0 - Διαφωνώ απόλυτα
- 1 - Διαφωνώ κάπως
- 2 - Συμφωνώ κάπως
- 3 - Συμφωνώ απόλυτα

15. Προσεύχομαι για βοήθεια κατά τη διάρκεια άσχημων περιόδων.

- 0 - Καθόλου
- 1 – Για μικρό χρονικό διάστημα
- 2 – Για μεγάλο χρονικό διάστημα
- 3 – Πάντοτε

Ερωτηματολόγιο νοήματος ζωής

Meaning in Life Questionnaire [MLQ], M. F. Steger, P. Frazier & S. Oishi, 2006

Προσαρμογή: Κ. Φιλιππή και Α. Σταλίκας

Παρακαλώ σκεφτείτε για λίγο χρόνο τι κάνει τη ζωή σας να είναι σημαντική για εσάς. Απαντήστε στις επόμενες προτάσεις με όση ειλικρίνεια και ακρίβεια μπορείτε. Να θυμάστε ότι οι ερωτήσεις αυτές είναι πολύ υποκειμενικές και ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Απαντήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

Απόλυτα Απόλυτα Αληθές	Πολύ Αναληθές Αληθές	Αρκετά Αναληθές	Δεν μπορώ να πω Αναληθές Αληθές ή αναληθές	Αρκετά Αληθές	Πολύ Αληθές
1	2	3	4	5	6
7					

1. ___ Αντιλαμβάνομαι το νόημα της ζωής μου.
2. ___ Αναζητώ κάτι που κάνει τη ζωή μου να έχει νόημα.
3. ___ Πάντα αναζητώ να βρω το σκοπό της ζωής μου.
4. ___ Η ζωή μου έχει έναν σαφή σκοπό.
5. ___ Έχω καλή επίγνωση του τι κάνει τη ζωή μου να έχει νόημα.
6. ___ Έχω ανακαλύψει έναν ικανοποιητικό σκοπό στη ζωή μου.
7. ___ Πάντα αναζητώ κάτι που κάνει τη ζωή μου να είναι σημαντική.
8. ___ Αναζητώ έναν σκοπό ή αποστολή στη ζωή μου.
9. ___ Η ζωή μου δεν έχει σαφή σκοπό.
10. ___ Αναζητώ νόημα στη ζωή μου.

Παράρτημα Β : Πίνακες αναφορικά με τη σωματική και ψυχική υγεία των συμμετοχόντων

Πίνακας Β1: Πίνακας συχνοτήτων και απόλυτων συχνοτήτων ανάλογα με τη σωματική υγείας των συμμετοχόντων.

		Καταθλιπτικές/Αγχώδεις διαταραχές			
		Όχι		Ναι	
		N	%	N	%
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα σωματικής υγείας τους τελευταίους έξι μήνες;	Όχι	82	78.1	28	63.6
	Ναι	23	21.9	16	36.4
Πότε έγινε η αρχική διάγνωση	Τον τελευταίο μήνα	3	13.0	1	6.3
	Τους τελευταίους έξι μήνες	8	34.8	2	12,5
	Τον τελευταίο χρόνο	1	4.3	2	12.5
	Πάνω απο ένα χρόνο	11	47.8	11	68.8
Έτη από αρχική διάγνωση, μέση τιμή (ΤΑ) Διάμεσος (ενδ. εύρος)		2.7 (3.1)	0.8 (0.5 – 3.8)	6.3 (8.1)	1.8 (1 – 9.8)

Πίνακας Β2: Αναλυτική καταγραφή των προβλημάτων σωματικής υγείας των συμμετοχόντων

Πρόβλημα σωματικής υγείας	Κατάθλιψη/Αγχώδη διαταραχή			
	Όχι		Ναι	
	N	%	N	%
Αλλεργίες.	1	1.0	0	0.0
Αναπνευστικό	1	1.0	0	0.0
Άσθμα	1	1.0	0	0.0
Βροχικό άσθμα	1	1.0	0	0.0
Γαστρεντερολογικά	1	1.0	0	0.0
Εκτακτες συστολές καρδιακής κοιλίας	0	0.0	1	2.3
Εμμυνόπαυση-Υπέρταση	1	1.0	0	0.0
Επιχείλιος έρπης	1	1.0	0	0.0
Εφίδρωση έντονη και βροχίτιδα	0	0.0	1	2.3
Ηπια χρόνια γαστρίτιδα	0	0.0	1	2.3
Θλάση σε μια πολύ μικρή και βαθειά φλέβα του δεξιού μου ποδιού	1	1.0	0	0.0
Θρομβοφιλία,Ενδομητρίωση	1	1.0	0	0.0
Θυρεοειδίτιδα	1	1.0	0	0.0

Πρόβλημα σωματικής υγείας	Κατάθλιψη/Αγχώδη διαταραχή			
	Όχι		Ναι	
	N	%	N	%
Ίλαρα	0	0.0	1	2.3
Ίλιγγος	1	1.0	0	0.0
Ινομυαλγία-Τοξική θυροειδίτιδα	1	1.0	0	0.0
Ισχιαλγία	0	0.0	1	2.3
Κάκωση γονάτου, πρόβλημα με τη μέση	1	1.0	0	0.0
Κάταγμα κοπώσεως με οστικό οίδημα, Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση με οισοφαγίτιδα	0	0.0	1	2.3
Κυστίτιδες	0	0.0	1	2.3
Λάσπη στη χολή	0	0.0	1	2.3
Λοίμωξη αναπνευστικού και λαρυγγίτιδα και ίωση και αυχενικό σύνδρομο και επικονδυλίτιδα στα χέρια	0	0.0	1	2.3
Μυοσκελετικό	0	0.0	1	2.3
Μυοσκελετικός τραυματισμός	1	1.0	0	0.0
Νόσος Crohn	1	1.0	0	0.0
Οσφυαλγία, Διάστρεμμα, Ίλιγγος, Θυροειδής	1	1.0	0	0.0
Πόνος μέσης/Δισκοπάθεια	1	1.0	0	0.0
Πόνους στη μέση	1	1.0	0	0.0
Πρόβλημα και πόνος στο ισχίο και τη μέση	0	0.0	1	2.3
Σπαστική κολίτιδα, Αυχενικό σύνδρομο	0	0.0	1	2.3
Στένωση βασικής-Ομοκυστείνη	0	0.0	1	2.3
Στομαχικούς πόνους, Κόπωση	0	0.0	1	2.3
Τενοντίτιδα σε όλη τη δεξιά μεριά	1	1.0	0	0.0
Υπερκόπωση	1	1.0	0	0.0
Υπέρταση, Ινομυαλγία, Αρθρίτιδα	0	0.0	1	2.3
Υψηλή αρτηριακή υπέρταση	0	0.0	1	2.3
Φλεβική ανεπάρκεια	1	1.0	0	0.0
Ψωρίαση	1	1.0	0	0.0
Ψωριασική Αρθρίτιδα	1	1.0	0	0.0

Πίνακας Β3: Πίνακας συχνοτήτων και απόλυτων συχνοτήτων ανάλογα με τη ψυχική υγεία των συμμετεχοχόντων.

		Κατάθλιψη/Αγχώδη διαταραχή				U
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας	Όχι	105	100.0	0	0.0	
	Ναι	0	0.0	44	100.0	

		Κατάθλιψη/Αγχώδη διαταραχή				U
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
τους τελευταίους έξι μήνες ;						
Πότε έγινε η αρχική διάγνωση	Τον τελευταίο μήνα	-	-	2	4,5	
	Τους τελευταίους έξι μήνες	-	-	6	13.6	-
	Τον τελευταίο χρόνο	-	-	3	6.8	
	Πάνω απο ένα χρόνο	-	-	33	75.0	
Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή για το παραπάνω πρόβλημα ψυχικής υγείας; ¹	Ηρεμηστικά φάρμακα	-	-	8	19.0	-
	Αγχολυτικά φάρμακα	-	-	12	28.6	-
	Αντικαταθλιπτικά φάρμακα	-	-	19	45.2	-
	Οποιοδήποτε είδος φυτικών φαρμάκων	-	-	2	4.8	-
Παίρνετε μέρος σε άλλου είδους θεραπεία για το παραπάνω πρόβλημα ψυχικής υγείας	Καμία φαρμακευτική αγωγή	-	-	12	28.6	-
	Όχι	-	-	9	20.5	
	Ναι	-	-	35	79.5	
	Αν ναι, προσδιορίστε ²	Ψυχοθεραπεία	-	-	31	88.6
Ομοιοπαθητική		-	-	1	2,9	
Εναλλακτικές θεραπείες (π.χ διαλογισμός,βελονισμός)		-	-	3	8.6	
Άλλη θεραπεία		-	-	3	8.6	

Πίνακας Β4: Αναλυτική καταγραφή των προβλημάτων ψυχικής υγείας των συμμετοχόντων με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή

	N	%
Καταθλιπτική διαταραχή	1	2.3
Αγοραφοβία, ΙΔΨ Διαταραχή	1	2.3
Άγχος κρίσεις πανικού	1	2.3
Άγχος σωματικής υγείας	1	2.3
Άγχος υγείας (αρρωστοφοβία)	1	2.3
Άγχος, κατάθλιψη	1	2.3
Αγχώδη ή καταθλιπτική διαταραχή	1	2.3
Αγχώδης διαταραχή	8	18.2
Αγχώδης διαταραχή και ΔΕΠΥ	1	2.3
Αγχώδης διαταραχή και κρίσεις πανικού και αγοραφοβία	1	2.3

	N	%
Αγχώδης διαταραχή και κρίσεις πανικού με καταθλιπτικές εκδηλώσεις	1	2.3
Αγχώδης διαταραχή, φοβίες	1	2.3
Αγχώδης κατάθλιψη	1	2.3
ΓΑΔ, κατάθλιψη	1	2.3
Γνωσιακή συμπεριφορά	1	2.3
Ελαφριά κατάθλιψη με αγχώδης διαταραχή πανικού	1	2.3
Ιδεοληψίες, Ψυχαναγκασμός, Αυτοκτονικός ιδεασμός	1	2.3
ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	1	2.3
Καταθλιπτική περίοδος	1	2.3
Κατάθλιψη	12	27.3
Κατάθλιψη, Αγχώδης διαταραχή	1	2.3
Κρίσεις άγχους	1	2.3
Κρίση πανικού	1	2.3
Κρίση πανικού και φοβία	1	2,3
Φοβίες	1	2.3
Ψυχοσωματικά προβλήματα /	1	2.3

Παράρτημα Γ: Αποτελέσματα παραγοντικών αναλύσεων

Πίνακας Γ1: Παραγοντική ανάλυση Κλίμακας Ψυχικής Ανθεκτικότητας

	Παράγοντας						Συνολικό
	1	2	3	4	5	6	
Μπορώ να προσαρμόζομαι στην αλλαγή		.80					.69
Έχω στενές και ασφαλείς σχέσεις				.69			.59
Μερικές φορές η μοίρα και ο Θεός μπορούν να βοηθήσουν						.77	.63
Μπορώ να τα βγάλω πέρα με ό,τι μου προκύπτει	.50	.61					.66
Προηγούμενες επιτυχίες μου δίνουν αυτοπεποίθηση για καινούριες προκλήσεις		.52	.53				.70
Βλέπω την εύθυμη πλευρά των πραγμάτων	.43	.64					.64
Το να αντεπεξέρχομαι στο στρες μου δίνει δύναμη		.53	.47				.58
Έχω την τάση να ανακάμπτω μετά από κάποια δοκιμασία ή ασθένεια	.40	.53					.59
Τα πράγματα συμβαίνουν για κάποιο λόγο						.76	.66
Κάνω την καλύτερη δυνατή προσπάθεια, ότι και να γίνει	.71						.69
Μπορώ να επιτυγχάνω τους στόχους μου	.51		.62				.71
Όταν τα πράγματα φαίνονται χωρίς ελπίδα, εγώ δεν παραιτούμαι	.76						.70
Ξέρω πού να στραφώ για βοήθεια				.79			.73
Όταν βρίσκομαι κάτω από πίεση, συγκεντρώνομαι και σκέφτομαι καθαρά							.43
Προτιμώ να παίρνω το προβάδισμα στην επίλυση προβλημάτων	.69						.62
Δεν αποθαρρύνομαι εύκολα από την αποτυχία	.64						.59
Με θεωρώ δυνατό άτομο	.65						.61
Μπορώ να παίρνω μη δημοφιλείς ή δύσκολες αποφάσεις	.67						.67

	Παράγοντας						Συνολικό
	1	2	3	4	5	6	
Μπορώ να χειρίζομαι δυσάρεστα συναισθήματα		.53			.43		.65
Έχω ανάγκη να ακολουθώ τη διαίσθησή μου					.82		.76
Έχω ισχυρή αίσθηση σκοπού	.46				.51		.63
Νιώθω ότι έχω τον έλεγχο της ζωής μου	.50		.45				.65
Μου αρέσουν οι προκλήσεις	.41	.54					.71
Εργάζομαι για να επιτυγχάνω τους στόχους μου			.65				.67
Καμαρώνω για τις επιτεύξεις μου			.79				.73
% μεταβλητότητας που εξηγείται	19.5	14.6	11.4	7.3	7.0	5.6	

Πίνακας Γ2: Συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητας.

	Αριθμός ερωτήσεων	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Cronbach's a
Κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητας	25	13	100	63.74 (16.26)	65 (56.5 – 74.5)	.93

Πίνακας Γ3: Παραγοντική ανάλυση Ερωτηματολογίου ως προς τα Συστήματα Πεποιθήσεων

		1ος παράγοντας (Πεποιθήσεις και πρακτικές)	2ος παράγοντας (Κοινωνική υποστήριξη)	Συνολικό
1	Η θρησκεία είναι σημαντική στην καθημερινή μου ζωή	.86		.80
2	Η προσευχή ή ο διαλογισμός με βοήθησε να τα βγάλω πέρα σε περιόδους σοβαρών ασθενειών.	.72		.65
3	Μου αρέσει να παρακολουθώ θρησκευτικές λειτουργίες που γίνονται από τη θρησκευτική ή πνευματική μου ομάδα.	.68	.44	.65
4	Είμαι σίγουρος ότι ο Θεός υπάρχει σε κάποια μορφή	.78		.63
5	Όταν χρειάζομαι υποδείξεις και συμβουλές για το πώς να αντιμετωπίσω	.51	.61	.63

	1ος παράγοντας (Πεποιθήσεις και πρακτικές)	2ος παράγοντας (Κοινωνική υποστήριξη)	Συνολικό
	προβλήματα, γνωρίζω κάποιον στην θρησκευτική ή πνευματική μου κοινότητα στον οποίο μπορώ να απευθυνθώ.		
6	Πιστεύω ότι ο Θεός δεν θα μου δώσει ένα φορτίο/δοκιμασία που δεν μπορώ να κουβαλήσω	.73	.58
7	Μου αρέσει να συναντώ ή να μιλώ συχνά με ανθρώπους που μοιράζονται τις θρησκευτικές ή πνευματικές πεποιθήσεις μου		.85 .72
8	Σε περιόδους ασθένειας, οι θρησκευτικές ή πνευματικές πεποιθήσεις μου έχουν ενισχυθεί	.69	.57
9	Όταν νιώθω μοναξιά, βασίζομαι για υποστήριξη σε ανθρώπους που μοιράζονται τις πνευματικές ή θρησκευτικές πεποιθήσεις μου		.80 .71
10	Έχω βιώσει την αίσθηση της ελπίδας, ως αποτέλεσμα των θρησκευτικών ή πνευματικών πεποιθήσεών μου	.67	.51 .72
11	Έχω βιώσει την «ειρήνη του μυαλού» (ψυχική ηρεμία) μέσα από το διαλογισμό και τις προσευχές μου	.45	.61 .58
12	Η ζωή και ο θάνατος ενός ατόμου ακολουθεί ένα σχέδιο του Θεού	.78	.70
13	Αναζητώ ανθρώπους μέσα στη θρησκευτική ή πνευματική μου κοινότητά, όταν χρειάζομαι βοήθεια		.72 .66
14	Πιστεύω ότι ο Θεός με προστατεύει από το κακό	.84	.75
15	Προσεύχομαι για βοήθεια κατά τη διάρκεια άσχημων περιόδων	.85	.79
	<i>% μεταβλητότητας που εξηγείται</i>	43.6	24.0

Σημείωση. Με πλάγια γραμματοσειρά είναι τα δευτερεύοντα φορτία

Πίνακας Γ4: Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας πνευματικότητας.

	Αριθμός ερωτήσεων	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Cronbach's a
Πεποιθήσεις και πρακτικές	10	.00	30.00	13.16 (8.96)	13 (5 - 19)	.94
Κοινωνική Υποστήριξη	5	.00	15.00	3.42 (3.64)	2 (1 - 5)	.85