



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΜΠΣ: ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ετοιμότητα και ο ρόλος των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, στην αναγνώριση και αντιμετώπιση ζητημάτων ψυχικής υγείας των μαθητών τους

Κώστα Πανωραία

A.M.: 216078, email: nora.kosta@yahoo.gr

Επιβλέπων Καθηγητής: Αντωνίου Αλέξανδρος-Σταμάτιος

Αθήνα, 2018

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Είμαι βαθύτατα συγκινημένη που άλλος ένας κύκλος στη ζωή μου φτάνει στο τέλος του με επιτυχία. Τελικά δεν υπάρχει άδικα το γνωμικό «Τά αγαθά κόποις κτῶνται». Στο σημείο αυτό, μη θέλοντας να μακρηγορήσω με άλλα παρόμοια γνωμικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον αξιότιμο και σπουδαίο καθηγητή μου, που από το πρώτο έτος των σπουδών μου, επέλεξα να φέρω εις πέρας μαζί του τη συγγραφή της διπλωματικής μου εργασίας. Στον επιβλέποντα Καθηγητή του Π.Τ.Δ.Ε. του ΕΚΠΑ, Αντωνίου Αλέξανδρο-Σταμάτιο. Τον ευχαριστώ θερμά λοιπόν, για την υποδοχή του στο μεταπτυχιακό και την πολύτιμη βοήθεια του και τις γνώσεις που μου μεταλαμπάδευσε, κυρίως όμως για αυτή τη μεγάλη ευκαιρία που μου έδωσε να εξελιχθώ τόσο πνευματικά όσο και επαγγελματικά. Επίσης, τον ευχαριστώ για την εμπιστοσύνη και τη συμπαράσταση που μου υπέδειξε τόσο κατά την διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών, όσο και κατά τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας με τις εύστοχες παρατηρήσεις του.

Τέλος θα επιθυμούσα να ευχαριστήσω τους δικούς μου ανθρώπους, που χωρίς τη δική τους βοήθεια δε θα είχα φτάσει ως εδώ. Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου και την αδερφή μου, οι οποίοι βρίσκονται πάντα στο πλευρό μου και με βοηθούν διαρκώς να εξελίσσομαι. Τους ευχαριστώ γιατί με στήριξαν σημαντικά και με ενθάρρυναν, με όλη αυτή την κοπιαστική αλλά αρκετά κερδοφόρα για εμένα εμπειρία σπουδών. Με βοήθησαν κάθε φορά που ήμουν έτοιμη να «πέσω», να «σηκωθώ» και να σταθώ γερά στα πόδια μου. Ευχαριστώ ιδιαίτερα τη μητέρα μου, η οποία δεν επαναπαύτηκε μόνο στις δικές μου κινήσεις και φιλοδοξίες αλλά ασχολούνταν πάντα με τη σταδιοδρομία μου, όντας το δεξί μου χέρι, ωθώντας με με τον τρόπο της, στην κορυφή. Μεγάλη ήταν λοιπόν, η συμβολή της στην επιλογή του παρόντος μεταπτυχιακού καθώς και στη διάρκεια της διетуός φοίτησης μου σε αυτό. Στους γονείς άλλωστε οφείλουμε το «Εὖ ζῆν». Έπειτα, μεγάλο ρόλο για μένα στη διάρκεια των σπουδών μου διαδραμάτισαν οι παππούδες μου, οι οποίοι καμάρωναν πάντα για τις επιτυχίες μου και βρίσκονταν πάντα στο πλευρό μου με την πίστη και την αγάπη που μου έδειχναν. Δυστυχώς, ο παππούς μου έφυγε πρόσφατα από τη ζωή και δε θα μπορέσω να μοιραστώ μαζί του αυτή μου τη χαρά. Για αυτό το λόγο, την παρούσα εργασία θα ήθελα να την αφιερώσω αρχικά στον ΠΑΠΠΟΥ μου και έπειτα στην αγαπημένη μου και μονάκριβη ΓΙΑΓΙΑ μου, Φωτεινή.

*«Αφιερωμένη
Στον παππού και τη γιαγιά μου»*

Σεπτέμβριος, 2018

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT.....	6
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	9
2.1 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	9
2.1.1 Η έννοια της ψυχικής υγείας.....	9
2.1.2 Ψυχική υγεία και παιδιά	10
2.1.3 Προβλήματα ψυχικής υγείας	11
2.1.4 Στιγματισμός και προβλήματα ψυχικής υγείας	15
2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ	17
2.2.1 Αγχώδεις διαταραχές.....	17
2.2.1.1 Άγχος.....	17
2.2.1.2 Στρες	19
2.2.2 Αναπτυξιακές διαταραχές	20
2.2.2.1 ΔΕΠ-Υ	20
2.2.2.2 Μαθησιακές δυσκολίες	21
2.2.3 Προβλήματα συμπεριφοράς.....	25
2.2.4 Διαταραχές διάθεσης.....	27
2.2.4.1 Κατάθλιψη	27
2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ	31
2.3.1 Διαζύγιο	31
2.3.2 Θλίψη/Απώλεια	32
2.3.3 Μορφές κακοποίησης.....	34
2.3.3.1 Σεξουαλική κακοποίηση	35
2.3.3.2 Σωματική κακοποίηση	36
2.3.4 Εφηβική σεξουαλικότητα.....	38
2.3.5 Πολιτισμικές διαφορές.....	39
2.3.6 Μετάβαση σε νέες καταστάσεις	42
2.3.7 Σχολικός εκφοβισμός/Bullying	44
2.4 Η ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΖΗΤΗΜΑΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΤΟΥΣ	46
2.4.1 Οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την ετοιμότητα και το ρόλο τους	46

2.4.2 Ο ρόλος των εκπαιδευτικών στην αναγνώριση και αντιμετώπιση ζητημάτων ψυχικής υγείας των μαθητών τους	49
2.4.3 Η ετοιμότητα των εκπαιδευτικών σχετικά με την αναγνώριση και αντιμετώπιση ζητημάτων ψυχικής υγείας των μαθητών τους	53
2.4.4 Η αναγκαιότητα προαγωγής της ψυχικής υγείας στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος...	56
3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	62
3.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	62
3.1.1 Σκοπός της έρευνας	62
3.1.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	64
3.1.3 Σχεδιασμός της μελέτης.....	64
3.1.4 Πλαίσιο και δείγμα της μελέτης.....	66
3.1.5 Εργαλεία της έρευνας.....	67
3.1.6 Στατιστική ανάλυση δεδομένων.....	70
3.2 Αποτελέσματα.....	70
3.2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	70
3.2.2 Περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών των ερωτηματολογίων.....	75
3.2.3 Παραγοντική Ανάλυση	82
3.2.4 Ανάλυση γραμμικών συσχετίσεων	105
3.2.5 Στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων των υπό μελέτη μεταβλητών.....	107
3.2.5.1 Φύλο	107
3.2.5.2 Ηλικία.....	108
3.2.5.3 Θέση εργασίας	110
3.2.5.4 Έτη προϋπηρεσίας	111
3.2.5.5 Επίπεδο εκπαίδευσης.....	113
3.2.5.6 Βαθμίδα εκπαίδευσης	115
3.3 Ποιοτική ανάλυση.....	117
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	118
4.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ	118
4.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	124
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	127
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	129

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αυτή η έρευνα διεξήχθη για να διαπιστωθεί εάν οι καθηγητές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είναι καλά προετοιμασμένοι, προκειμένου να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν/διαχειριστούν τα ζητήματα/προβλήματα ψυχικής υγείας που εκδηλώνουν οι μαθητές τους. Όπως θα γίνει αντιληπτό στη εργασία που θα ακολουθήσει, πολλά είναι τα ζητήματα που διαταράσσουν την ψυχική υγεία των παιδιών και των εφήβων. Στο σημείο αυτό, κρίσιμος και αναντικατάστατος κρίνεται ο ρόλος του εκπαιδευτικού στη σωστή ανάπτυξη της ψυχικής υγείας ενός παιδιού. Το σχολείο και η οικογένεια είναι οι πρώτοι φορείς κοινωνικοποίησης του ατόμου, μέσω των οποίων αναπτύσσεται και οι οποίοι με τη σειρά τους θα πρέπει να του παρέχουν τα κατάλληλα εφόδια για να πορευτεί την υπόλοιπη ζωή του. Όσον αφορά τη μέθοδο της έρευνας, προκειται για μια ποσοτική έρευνα, που ως εργαλείο της χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο, το οποίο διανεμήθηκε στην Αττική, σε διάφορα σχολεία Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε ένα δείγμα ($n=260$). Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της τυχαίας δειγματοληψίας προκειμένου τα αποτελέσματα να διεξαχθούν αμερόληπτα. Οι εκπαιδευτικοί κλήθηκαν να απαντήσουν με ειλικρίνεια σε μια σειρά ερωτήσεων. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ($\alpha=5\%$) και τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση του SPSS έκδοσης 25. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν διαφορές στις απόψεις των εκπαιδευτικών, που πιθανόν να προέρχονται από ορισμένους παράγοντες (φύλο, ηλικία, θέση εργασίας, έτη προϋπηρεσίας, επίπεδο και βαθμίδα εκπαίδευσης). Τα αποτελέσματα θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σε μετέπειτα έρευνες, με σκοπό να βελτιωθεί η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών παρέχοντάς τους τα κατάλληλα εφόδια ούτως ώστε να είναι έτοιμοι να ανταπεξέλθουν στο δύσκολο έργο τους.

Λέξεις κλειδιά: Ζητήματα/Προβλήματα Ψυχικής Υγείας, Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, Αττική, τυχαία δειγματοληψία, ετοιμότητα εκπαιδευτικών

ABSTRACT

This research was conducted to examine whether Primary and Secondary Education teachers are well prepared to identify and address/manage the mental health problems their students are experiencing. At this following task, it can be observed that, many are issues that disrupt the mental health of children and adolescents. At this point, the role of the teacher in the proper development of a child's mental health is crucial and irreplaceable. School and family are the first surroundings through which a child grows, and which should provide him with the appropriate skills to spend the rest of his life. In regards to the research, a quantitative method was used as a tool for the questionnaire, distributed in the area of Attiki and used in several primary and secondary schools in a sample ($n = 261$). Random sampling was used to make the results impartial. Teachers were asked to respond honestly to a series of questions. The statistical significance level was set to ($\alpha = 5\%$) and the data were analyzed using SPSS version 25. The results of the survey show differences in the views of teachers, possibly derived from some factors (gender, age, job, years length of service and level of education). Results could be used in later research to improve teacher education by providing them with the necessary skills to be ready to cope with their difficult task.

Keywords: Mental Health Issues/Problems, Primary and Secondary Education, Attica, random sampling, teacher readiness

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι προκλήσεις της ψυχικής υγείας αποτελούν το κορυφαίο ζήτημα υγείας που αντιμετωπίζει η νεολαία παγκοσμίως. Το ενδιαφέρον της κοινωνίας για την υγεία και την ευημερία της νεολαίας εξακολουθούν να είναι υψηλό και πολλοί τομείς έχουν συμμετοχή και ευθύνη για την αντιμετώπιση των αναγκών των παιδιών. Ωστόσο, έχει βρεθεί ότι ένα ευρύ σύνολο καθοριστικών παραγόντων διαμορφώνει την ψυχική υγεία του εκάστοτε ατόμου. Αυτοί οι παράγοντες διακρίνονται σε κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες και αλληλεπιδρώντας περίπλοκα μεταξύ τους συμβάλουν σε μια υγιή ή μη υγιή ψυχική υγεία (Health Calanda, 2000·Jenkins, Bungay, Patterson et al., 2018).

Οι ψυχικές, συμπεριφορικές και αναπτυξιακές διαταραχές συνήθως ξεκινούν στην παιδική και εφηβική ηλικία και αποτελούν μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας, η οποία με τη σειρά της κρίνει αναγκαία την πρώιμη παρέμβαση με σκοπό την προαγωγή της ψυχικής τους υγείας. Αυτές οι διαταραχές μπορεί να είναι παροδικές ή μόνιμες και σχετίζονται με συγκεκριμένες περιόδους κρίσης ή μπορεί ακόμη και να αποτελούν σταθερό χαρακτηριστικό του τρόπου λειτουργίας του παιδιού και του εφήβου. Η ποιότητα, η μορφή και η ένταση της έκφρασης των συναισθηματικών δυσκολιών που εκδηλώνονται από τα παιδιά και τους εφήβους ποικίλλουν ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους, την αιτία και το πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνουν χώρα.

Σημαντικό ρόλο, στην προαγωγή της ψυχικής υγείας αυτής της «ευάλωτης» ομάδας ατόμων, διαδραματίζει το σχολείο, όπου τα παιδιά περνούν τον περισσότερο χρόνο της ημέρας τους, και έπειτα η οικογένεια. Στα πλαίσια αυτά, πρωτεύων κρίνεται ο ρόλος του εκπαιδευτικού στην προσπάθεια βελτίωσης αυτή της κατάστασης. Ο εκπαιδευτικός είναι εκείνος που κατέχει μια στενή σχέση με το μαθητικό του πληθυσμό και ο οποίος φέρει την ευθύνη της σωστής λειτουργίας της τάξης τους. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, σε αυτές τις ευθύνες υπόκεινται τόσο η αναγνώριση των προβλημάτων που πιθανότητα εκδηλώσει κάποιος μαθητής, όσο και η σωστή διαχείριση και αντιμετώπισή τους.

Ωστόσο, μέσω διαφόρων ερευνών που διεξήχθησαν τόσο στο εξωτερικό, όσο και στην Ελλάδα, τα αποτελέσματά τους μας υπέδειξαν, μια αδυναμία του εκπαιδευτικού προσωπικού να φέρει εις πέρας αυτό το δύσκολο έργο που του ανατέθηκε. Οι εκπαιδευτικοί χαρακτηρίζονται από ανεπάρκεια στήριξης των παιδιών με προβλήματα ψυχικής υγείας, γεγονός που οφείλεται όπως γίνεται αντιληπτό, στην έλλειψη ετοιμότητάς τους. Η έλλειψη ετοιμότητας οφείλεται με τη σειρά της, στη μη επαρκή εκπαίδευση που έλαβαν κατά τη διάρκεια των πανεπιστημιακών τους σπουδών και από την έλλειψη συνεχούς ενημέρωσης, είτε με τη μορφή σεμιναρίων εξειδίκευσης, είτε μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Έτσι, στο πρώτο μέρος της εργασίας θα δοθεί ένας σύντομος ορισμός της ψυχικής υγείας, καθώς και τα προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως και οι παράγοντες/ζητήματα που ενδέχεται να τα προκαλούν. Έπειτα, θα γίνει λόγος για τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την ετοιμότητα και το ρόλο τους, στην αντιμετώπιση ζητημάτων και προβλημάτων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των μαθητών τους. Στη συνέχεια, θα διευρυνθεί ο ρόλος των εκπαιδευτικών στην αναγνώριση και αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων, καθώς επίσης, θα γίνει μια σύντομη αναφορά στα αποτελέσματα που έχουν προηγηθεί παλαιότερα σε δείγμα εκπαιδευτικών σχετικά με την ετοιμότητα τους.

Στο δεύτερο μέρος, θα ακολουθήσει το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας, όπου περιλαμβάνεται η μεθοδολογία της έρευνας, καθώς επίσης και εισαγωγικές και εννοιολογικές έννοιες. Θα γίνει αναφορά στο σκοπό και τους στόχους της έρευνας, στα ερευνητικά ερωτήματα και τις υποθέσεις. Ακολουθεί η παρουσίαση του εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα, η διαδικασία συλλογής των δεδομένων, η περιγραφική στατιστική, η στατιστική ανάλυση των δεδομένων με τις στατιστικές τεχνικές και η παρουσίαση των αποτελεσμάτων. Στο τέλος αυτού του μέρους της εργασίας, περιλαμβάνεται η συζήτηση, οι περιορισμοί και επιχειρείται μια καταγραφή των πιο βασικών συμπερασμάτων.

2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

2.1.1 Η έννοια της ψυχικής υγείας

Η έννοια της ψυχικής υγείας δεν είναι εύκολο να ορισθεί με σαφήνεια. Δεν υπάρχουν απόλυτα διαχωριστικά και διαγνωστικά κριτήρια μεταξύ ψυχικής υγείας και ασθένειας. Ανάμεσα στην υγεία και την ασθένεια, υπάρχει ένας αρκετά ευρύς χώρος που χαρακτηρίζεται από την αλληλοεπικάλυψη των δύο αυτών εννοιών. Παρά τις παραπάνω δυσχέρειες που προκύπτουν, από τη πολυπλοκότητα της ανθρώπινης συμπεριφοράς, και το πολλαπλό της προσδιορισμό από ποικίλους παράγοντες όπως: γενετικούς, ψυχολογικούς, ατομικούς, οικογενειακούς, κοινωνικούς και πολιτιστικούς, η ανάγκη για τον προσδιορισμό και τη γνώση των βασικών παραμέτρων που διαφοροποιούν τη φυσιολογική από τη παθολογική συμπεριφορά είναι ξηραντική (Πράσινο βιβλίο, 2005).

Η ψυχική υγεία περιλαμβάνει τη συναισθηματική, ψυχολογική και κοινωνική ευημερία μας. Επηρεάζει τον τρόπο σκέψης, αίσθησης και δράσης. Βοηθά επίσης να καθορίσουμε τον τρόπο με τον οποίο χειριζόμαστε το άγχος, αλληλεπιδρούμε με άλλους και κάνουμε επιλογές. Η ψυχική υγεία είναι σημαντική σε κάθε στάδιο της ζωής, από την παιδική και την εφηβική ηλικία έως την ενηλικίωση. Κατά τη διάρκεια της ζωής, εάν προκύψουν προβλήματα ψυχικής υγείας, θα μπορούσε να επηρεαστεί η σκέψη, η διάθεση και η συμπεριφορά (NIMH, 2017).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (W.H.O., 2001:8), «η ψυχική υγεία δεν προϋποθέτει μόνο την απουσία κάποιας ψυχικής διαταραχής αλλά ορίζεται ως μία κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται συγχρόνως από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά επιτεύγματα». Το άτομο δηλαδή, αντιλαμβάνεται τις ικανότητες και τις δυνατότητές του, μπορεί να αντιμετωπίσει το άγχος της καθημερινότητας, να εργαστεί παραγωγικά και δημιουργικά και είναι ακόμη σε θέση να συνεισφέρει στην ευρύτερη ομάδα στην οποία ανήκει. Δίνεται έμφαση δηλαδή, στη λειτουργικότητα του ατόμου στο ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον, μέσα από την συμβίωση και την συνλειτουργικότητα με άλλα άτομα, καθώς η ψυχική του υγεία εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τον τρόπο που σχετίζεται με τους άλλους ανθρώπους (Πράσινο βιβλίο, 2005).

Είναι κοινώς αποδεκτό, ότι η ψυχική υγεία επηρεάζεται από κοινωνικούς, ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες. Είναι γεγονός λοιπόν ότι, αλλαγές στον κοινωνικό-οικονομικό τομέα, στις συνθήκες εργασίας, στο βιοτικό επίπεδο, όπου η ποιότητα ζωής επηρεάζεται αρνητικά, μπορούν να επηρεάσουν τη ζωή ενός ατόμου σε οποιαδήποτε φάση της ζωής του. Αρκετοί άνθρωποι είναι περισσότερο ευάλωτοι σε τέτοιου είδους αλλαγές

χωρίς να μπορούν εύκολα να αφήσουν το "παλιό" που τους έδινε τη σιγουριά και την ασφάλεια και να προχωρήσουν στο "καινούργιο" άγνωστο, που το βλέπουν δύσκολο, σκουρόχρωμο και γεμάτο ανασφάλεια (Πράσινο βιβλίο, 2005).

Έτσι, από την άλλη πλευρά, η κακή ψυχική υγεία συνεπάγεται με προβλήματα ψυχικής υγείας και ένταση, μειωμένη λειτουργία που συνδέεται με αγωνία, συμπτώματα και διαγνώσεις διανοητικών διαταραχών, όπως η σχιζοφρένεια και η κατάθλιψη. Η ψυχική κατάσταση των ανθρώπων καθορίζεται από πολλαπλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των βιολογικών (π.χ. γενετική, φύλο), των ατομικών (π.χ. προσωπική εμπειρία), των οικογενειακών και των κοινωνικών (π.χ. κοινωνική υποστήριξη), καθώς και των οικονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (π.χ. κοινωνική θέση και συνθήκες διαβίωσης) (Πράσινο βιβλίο, 2005).

2.1.2 Ψυχική υγεία και παιδιά

Οι προκλήσεις της ψυχικής υγείας αποτελούν το κορυφαίο ζήτημα υγείας που αντιμετωπίζει η νεολαία παγκοσμίως. Το ενδιαφέρον της κοινωνίας για την υγεία και την ευημερία της νεολαίας εξακολουθούν να είναι υψηλά και πολλοί τομείς έχουν συμμετοχή και ευθύνη στην αντιμετώπιση των αναγκών τους. Ωστόσο, έχει βρεθεί ότι ένα ευρύ σύνολο καθοριστικών παραγόντων διαμορφώνει την ψυχική υγεία του εκάστοτε ατόμου. Αυτοί οι παράγοντες διακρίνονται σε κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες και αλληλεπιδρώντας περίπλοκα μεταξύ τους συμβάλουν σε μια υγιή ή μη υγιή ψυχική υγεία (Health Canada, 2000·Jenkins, Bungay, Patterson, Saewyc & Johnson., 2018).

Η ψυχική υγεία είναι απαραίτητη συνιστώσα της συνολικής υγείας και της ευημερίας ενός ατόμου και είναι ζωτικής σημασίας για την υγιή εφηβική ανάπτυξη. Η ψυχική υγεία στην εφηβεία παρέχει τα απαραίτητα θεμέλια για *«μια θετική αίσθηση ταυτότητας, την ικανότητα διαχείρισης σκέψεων, την οικοδόμηση κοινωνικών σχέσεων, καθώς και την ικανότητα μάθησης, επιτρέποντας τελικά την πλήρη ενεργό συμμετοχή στην κοινωνία»* (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2013:6). Η θετική ψυχική υγεία διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στην υγεία και την ανάπτυξη των νέων. Θα μπορούσε να δοθεί ένας ορισμός της ψυχικής υγείας σε σχέση με την παιδική και νεανική ηλικία, σύμφωνα με το Ίδρυμα Ψυχικής Υγείας. Με βάση αυτό, ως ψυχικά υγιείς, χαρακτηρίζονται τα παιδιά και οι νέοι, που έχουν την ικανότητα α) να αναπτυχθούν ψυχολογικά, συναισθηματικά, δημιουργικά, διανοητικά και πνευματικά, β) να αναπτύξουν και να διατηρούν αμοιβαία ικανοποιητικές προσωπικές σχέσεις, γ) να χρησιμοποιούν και να απολαμβάνουν τη μοναξιά, δ) να γνωρίζουν τον περίγυρό τους και να συναισθάνονται μαζί τους, ε) να παίζουν και να μαθαίνουν, στ) να αναπτύσσουν την αίσθηση

του σωστού και του λάθους, και ζ) να επιλύουν (αντιμετωπίζουν) προβλήματα και αποτυχίες (Mental Health Foundation, 1999).

Οι κοινωνικοί επιστήμονες έχουν εδώ και καιρό υποστηρίξει πώς οι πτυχές του περιβάλλοντος επηρεάζουν τα αποτελέσματα της υγείας. Η καλή ψυχική υγεία του παιδιού βρίσκεται σε άμεση εξάρτηση όχι μόνο από τα χαρακτηριστικά του παιδιού, αλλά και από την οικογένεια, το σχολικό περιβάλλον και τα συστήματα κοινωνικής υποστήριξης και βοήθειας (Μπεζεβέγκη & Καλαντζή-Αζίζι, 2000). Προκειμένου οι ειδικοί να ανταποκριθούν καλύτερα σε αυτήν την πρόκληση για την υγεία, συνιστούν την προώθηση της ψυχικής υγείας, ωστόσο, αυτή η περιοχή παραμένει ακόμη υποανάπτυκτη. Σε παγκόσμιο επίπεδο, το 20% των προκλήσεων της ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζει η νεολαία σε οποιαδήποτε χρονιά (W.H.O., 2012) εκτιμά ότι, το 31% των νέων 15-24 ετών έχουν δοκιμάσει τις προκλήσεις ψυχικής υγείας στη ζωή τους. Οι έρευνες δείχνουν ότι το 70% των προκλήσεων ψυχικής υγείας προκύπτουν κατά την εφηβεία. Αυτές οι προκλήσεις έχουν βρεθεί ότι διακόπτουν την επίτευξη των αναπτυξιακών ικανοτήτων και των καθηκόντων και με τη σειρά τους συνδέονται με την κοινωνική και οικονομική ανισότητα και την αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα καθ' όλη τη διάρκεια ζωής (Sharac, McCrone, Clement & Thornicroft, 2010·Walker, McGee & Druss, 2015).

2.1.3 Προβλήματα ψυχικής υγείας

Οι διαταραχές της ψυχικής υγείας είναι ένα σημαντικό παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας (Murray & Lopez, 2002) και το κοινωνικό κόστος τέτοιων διαταραχών είναι υψηλό (Ingoldsby & Shaw, 2002). Τα ζητήματα που σχετίζονται με την ψυχική υγεία και συμπεριφορά συχνά προέρχονται από την παιδική ηλικία ή την εφηβεία (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters, 2005) και μπορούν να θέσουν τη νεολαία σε μια αρνητική πορεία κλιμάκωσης των προβλημάτων ψυχικής υγείας (Ingoldsby & Shaw, 2002).

Αναφορικά με τους σημαντικότερους φορείς κοινωνικοποίησης του ατόμου, όπως το σπίτι, η κοινότητα και τα σχολεία, έχει αποδειχθεί ότι παρέχουν προστασία στα παιδιά και τους νέους που διατρέχουν κίνδυνο και κατευθύνουν την ανάπτυξή τους σε θετικές και υγιείς οδούς (Crosnoe & Elder 2004·Doll et al., 2011·Lack & Green, 2009·Schoon, 2006). Τα σχολεία και οι εκπαιδευτικοί έχουν σημαντικές και συνεχείς επαφές με τα περισσότερα παιδιά και τους νέους κατά τη διάρκεια των εκπαιδευτικών χρόνων ανάπτυξης της προσωπικότητας και έτσι μπορούν να είναι ιδανικοί τόποι ή παράγοντες για την ανάπτυξη και την υποστήριξη της γνωσιακής και κοινωνικό-συναισθηματικής ανάπτυξής τους. Ανάλογα με τη σοβαρότητα της περίπτωσης, τα παιδιά αυτά χρειάζονται ειδική ψυχοπαιδαγωγική και ψυχολογική

παρέμβαση/υποστήριξη, εντός ή εκτός σχολείου (Cefai, 2008·Cefai & Cooper, 2009·Doll et al., 2011).

Τα διαθέσιμα ευρήματα από επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι εκατοντάδες χιλιάδες παιδιά και έφηβοι στις ΗΠΑ και σε άλλες χώρες, υποφέρουν από συναισθηματικές δυσκολίες ή από πιο σοβαρές μορφές καταθλιπτικής διαταραχής (Lack & Green, 2009). Το 20% της νεολαίας στην Ελλάδα και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες έχουν αναφέρει ότι έχουν εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Αυτό το ευρύ φάσμα συναισθηματικών δυσκολιών-διαταραχών είναι γνωστό ως καταθλιπτικές, δυσθυμικές ή εσωτερικές δυσκολίες-διαταραχές και καταθλιπτικές επιδράσεις στην εφηβεία (Briggs, 2008). Για πολλές δεκαετίες υποστηρίχθηκε ότι τα παιδιά δεν είναι σε θέση να βιώσουν την πραγματική κατάθλιψη στον ίδιο βαθμό και την ίδια ένταση και ποιότητα με τους ενήλικες, ενώ σήμερα υποστηρίζεται ακριβώς το αντίθετο με βάση τα σημερινά δεδομένα. Εκτός από αυτό, θεωρείται ότι οι παιδικές μορφές κατάθλιψης σχετίζονται με την ανάπτυξη συσσωρευμένων διαταραχών άγχους (Lack & Green, 2009·Mash & Wolfe, 2010).

Επιπλέον, ένα υψηλό ποσοστό παιδιών και εφήβων φαίνεται να υποφέρει από ήπιες μορφές δυσκολιών, οι οποίες όμως απαιτούν ψυχο-εκπαιδευτική παρέμβαση καθώς και εξειδικευμένες συμβουλευτικές υπηρεσίες (Kauffman & Brigham, 2009). Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια αυτοελέγχου, ένα υψηλό ποσοστό εφήβων ισχυρίζονται ότι, έχουν δείξει άγχος και συμπτώματα κατάθλιψης που σχετίζονται με τις σχολικές και ακαδημαϊκές επιδόσεις. Παρά το γεγονός ότι η εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών στην παιδική ηλικία αυξάνει τις πιθανότητες επανεμφάνισής τους στην εφηβεία και αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης άλλων ψυχοκοινωνικών δυσκολιών, μόνο ένα μικρό ποσοστό αυτών εξελίσσεται σε σοβαρό κλινικό σύνδρομο. Αντίθετα, τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια κατά την εφηβεία φαίνεται να επαναλαμβάνονται και σχετίζονται με την εμφάνιση σοβαρής κατάθλιψης κατά την ενηλικίωση (Fraser et al., 2004·Garber, 2000·Goodman & Brand, 2009·Hammen & Rudolph, 2003·Rudolph et al., 2006). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, διάφοροι παράγοντες (ενδογενείς, εξωγενείς, βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί, ατομικοί, οικογενειακοί) που συνδέονται με την αναπτυξιακή και ιστορική πορεία του παιδιού, βρίσκονται σε συνεχή διαλεκτική μεταξύ τους και λειτουργούν συσσωρευτικά στην εκδήλωση της ψυχοπαθολογίας του παιδιού (Goodman & Brand, 2009·Lack & Green, 2009·Sameroff & Fiese, 2000).

Συγκεκριμένα, παράγοντες όπως οι σοβαρές οικογενειακές δυσλειτουργίες, τα σοβαρά γονικά καταθλιπτικά και ψυχολογικά προβλήματα, η έλλειψη ενίσχυσης των γνωστικών και συναισθηματικών στρατηγικών αντιμετώπισης του παιδιού και η αίσθηση της ασφάλειας και

της συγκόλλησης, οι επίμονες γονικές αντιδράσεις άγχους, η ανήσυχη ή διφορούμενη προσκόλληση στο παιδί, κακοποίηση και αμέλεια, δημιουργούν όλες τις προϋποθέσεις για την ανεπαρκή ανάπτυξη των γνωστικών και συναισθηματικών μηχανισμών και της ρύθμισης των συναισθημάτων. Σίγουρα οδηγούν στην εσωτερίκευση των προβληματικών συναισθηματικών, σχεσιακών και επικοινωνιακών προτύπων που εμποδίζουν το παιδί να οικοδομήσει μια συνεκτική και πολύτιμη αίσθηση του εαυτού. Αυτά τα παιδιά συνήθως εσωτερικοποιούν διαμάχες ή αγχωτικές διαπροσωπικές και συναισθηματικές συνήθειες, που δημιουργούν πηγή αγωνίας ή καταθλιπτικών και αμφιλεγόμενων συναισθημάτων. Επιπλέον, είναι σχεδόν βέβαιο ότι, τα παιδιά που προέρχονται από τέτοια οικογενειακά περιβάλλοντα, δε θα είναι σε θέση να αναπτύξουν μια θετική εικόνα για τον εαυτό τους (Barnet et al., 2005).

Στη συνέχεια, οι αγχώδεις διαταραχές είναι το πιο συνηθισμένο πρόβλημα ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν τα παιδιά. Μελέτες αναφέρουν ότι μεταξύ 3-24% των παιδιών ηλικίας κάτω των 12 ετών αναπτύσσουν σημαντικά προβλήματα άγχους, που παρεμβαίνουν στην καθημερινή λειτουργία (Cartwright-Hatton, McNicol & Doubleday, 2006). Η εμφάνιση μιας διαταραχής άγχους φαίνεται να εξαρτάται, από τον τύπο της διαταραχής άγχους που υπάρχει, με ορισμένες διαταραχές γενικά να ξεκινούν από την παιδική ηλικία (π.χ. άγχος αποχωρισμού και συγκεκριμένη φοβία) και άλλες πιθανότητες να αναπτυχθούν στην εφηβεία (π.χ. κοινωνική φοβία και διαταραχή πανικού) (Costello, Foley & Angold, 2006·Kessler et al., 2005·Roza, Hofstra, Van Der Ende & Verhulst, 2003). Επιπλέον, τα παιδιά που έχουν μια αγχώδη διαταραχή διατρέχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να συνεχίσουν να αντιμετωπίζουν μια διαταραχή άγχους καθώς μεταβαίνουν από την παιδική ηλικία στην εφηβεία και την πρώιμη ενηλικίωση (Bittner, Egger, Erkanli, Costello, Foley & Angold, 2007). Οι διαταραχές άγχους μπορούν να έχουν σημαντικές συνέπειες για τα παιδιά. Επίσης, αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης άλλων ψυχολογικών διαταραχών σε εκείνα. Δεδομένου των σοβαρών συνεπειών των διαταραχών άγχους, των υψηλών ποσοστών επιπολασμού και της εμμένουσας φύσης της διαταραχής, είναι ζωτικής σημασίας η έγκαιρη παρέμβαση και η πρόληψη, να αποτελούν το κύριο βάρος των προσπαθειών θεραπείας (Bittner et al., 2007·Copeland, Shanahan & Costello 2009, Costello et al., 2006).

Από την άλλη, σε διαπροσωπικό επίπεδο, οι προσωπικές σχέσεις με τους συνομηλίκους και τους ενήλικες είναι κρίσιμες για τη σχολική και κοινωνική ένταξη του παιδιού και τη συνολική ψυχοκοινωνική του ανάπτυξη. Η έλλειψη διαπροσωπικών σχέσεων είναι ένα χαρακτηριστικό των «προβληματικών εφήβων» ή των παιδιών και των εφήβων με έντονα, εσωτερικευμένα (καταθλιπτικά) προβλήματα και έλλειψη αίσθησης του εαυτού (Rooney, 2002). Στο σχολείο, οι υποκείμενοι κίνδυνοι έχουν να κάνουν με το γεγονός ότι ο

εκπαιδευτικός δεν αναγνωρίζει τα καταθλιπτικά συμπτώματα ή τις συναισθηματικές δυσκολίες σε μια σχολική ηλικία λόγω έλλειψης εξειδικευμένης εποπτείας. Το αρνητικό σχολικό κλίμα, η ανεπαρκής κατάρτιση των εκπαιδευτικών σε σχετικά ζητήματα και η κουλτούρα που εντάσσεται στο σχολείο μπορεί επίσης να αυξήσει τον κοινωνικό και ακαδημαϊκό αποκλεισμό και την περιθωριοποίηση αυτών των παιδιών (Urquhart, 2009).

Συνάμα, ισχυρός είναι ο αντίκτυπος, που προκαλούν οι φυλετικές διακρίσεις στην ψυχοσύνθεση του ατόμου. Οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης, όπως η έκθεση σε μειονεκτούσες γειτονίες, συνδέεται με τη φτωχή ψυχική υγεία (Leventhal & Brooks-Gunn, 2003), αλλά παραμένει άγνωστο ποιοι συγκεκριμένοι μηχανισμοί εξηγούν γιατί ορισμένα χαρακτηριστικά γειτονιάς επηρεάζουν την υγεία (Macintyre, Ellaway & Cummins, 2002·Schmidt, Glymour & Osypuk, 2017). Τα προβλήματα και οι διαταραχές της ψυχικής υγείας ξεκινούν κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία και μπορούν να έχουν δια βίου αποτελέσματα. Η έκθεση λοιπόν, σε κάποια τραυματική εμπειρία κατά την παιδική ηλικία μπορεί να είναι η μεγαλύτερη πρόκληση δημόσιας υγείας στην ψυχιατρική - όπως πρόσφατα δήλωσαν η Sara και ο Larrin στο άρθρο τους (2017). Σύμφωνα με παγκόσμιες έρευνες που έλαβαν τόπο στο Ηνωμένο Βασίλειο, διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά που ζουν σε συνθήκες φτώχειας είναι τέσσερις φορές πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν προβλήματα ψυχικής υγείας από τα παιδιά που προέρχονται από οικογένειες υψηλού εισοδήματος (McEachan, Yang, Roberts et al., 2018).

Συγχρόνως, δε θα μπορούσε να παραλειφθεί ότι ένα πολύ σημαντικό ζήτημα στην ανάπτυξη των εφήβων είναι η ενσωμάτωση των αλλαγών και η αποδοχή του εαυτού τους. Οι αλλαγές στην εφηβεία αφορούν κυρίως την εικόνα του σώματος, την εικόνα του εαυτού, τη συναισθηματική αυτονομία από τους γονείς και την ανάληψη νέων οικογενειακών ρόλων, την απόκτηση νέας ψυχοκοινωνικής ταυτότητας μέσω σχέσεων εκτός της οικογένειας και επενδύσεων σε νέους στόχους και ενδιαφέροντα, νέους ρόλους στο σχολείο και σε κοινωνικές, ετεροφυλόφιλες διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς και εκείνες με ενήλικες. Ως ιδιαίτερο αναπτυξιακό στάδιο, η εφηβεία μπορεί να προκαλέσει άγχος, ανασφάλεια, εσωτερικές εντάσεις, αμφιβολίες και καταθλιπτικά συναισθήματα όσον αφορά τις ικανότητες και τις ρεαλιστικές αποτυχίες. Καταστάσεις που μπορεί να οδηγήσουν με τη σειρά τους σε προβληματικές συμπεριφορικές και συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως οδυνηρές, αποδιοργανωτικές ή ακόμα παραβατικές και αντικοινωνικές αντιδράσεις (Kourkoutas, 2012).

Αναφορικά με την οικογένεια του παιδιού, τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται αυξανόμενο ενδιαφέρον για τους παράγοντες που καθορίζουν την ψυχολογική ευημερία των παιδιών και την ψυχική υγεία. Παρόλο που, υπήρξαν δεκάδες μελέτες σχετικά με τους

περιβαλλοντικούς και γονικούς προγνωστικούς δείκτες σχετικά με τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών, έχουν διερευνήσει ακόμη, το ρόλο των μητρικών παραγόντων στην ψυχική υγεία των παιδιών. Όπως γίνεται αντιληπτό, οι γονικές ιδιότητες των μητέρων και των πατέρων έχουν ποικίλους αλλά ισχυρούς συσχετισμούς με τα παιδιά και την ψυχική υγεία (Abbeduto, Shattuck, Seltzer, Krauss, Orsmond & Murphy, 2004). Τα χαρακτηριστικά της μητέρας είναι πολύ σημαντικά στην πρόβλεψη προβλημάτων συμπεριφοράς που ενδέχεται να παρουσιάσει ένα παιδί και γνωστικών αρμοδιοτήτων (Nikolaev, Baranova & Petunova, 2016).

Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές, διατρέχουν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης προβλημάτων ψυχικής υγείας σε σχέση με τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας οδηγούν επίσης σε λιγότερες βέλτιστες σχολικές και μετα-σχολικές εκβάσεις, με μειωμένες ευκαιρίες απασχόλησης και συμμετοχής στην κοινότητα. Η Earpen στην έρευνά της (2014), τονίζει ότι άτομα με αναπτυξιακές διαταραχές, βρίσκονται σε πενταπλάσιο κίνδυνο για μελλοντικά προβλήματα ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά (Bouras, 2011·Cooper & Smiley, 2007·Earpen, 2014·Matson & Shoemaker, 2011·Morgan et al., 2008).

2.1.4 Στιγματισμός και προβλήματα ψυχικής υγείας

Στις μέρες μας, ουκ ολίγα είναι τα εμπόδια που συναντούν τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας στην αναζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας λόγω του στιγματισμού που υφίστανται. Οι ερευνητές εκτιμούν, ότι ένας ενήλικας έφηβος θα υποφέρει από μια ψυχική διαταραχή (Kataoka, Zhang, & Wells, 2002). Οι μισές από τις ενήλικες διαταραχές θα εμφανιστούν 70% πριν την ηλικία των 18 ετών καθιστώντας την, περίοδο για την ταυτοποίηση και αποκατάσταση των διαταραχών. Χωρίς την κατάλληλη βοήθεια, τέτοιες διαταραχές είναι επιζήμιες για τις σχέσεις, το σχολείο και τη μελλοντική πορεία των νέων (Kessler, Berglund, Demler, Jin & Walters, 2005).

Ειδικότερα, πολλά εμπόδια συνδέονται με την αναζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Τρεις από τις πιο συνηθισμένες αναφορές των νέων, είναι το στίγμα που συνδέεται με την αναζήτηση βοήθειας. Το στίγμα έχει οριστεί με διάφορους τρόπους από ερευνητές σε διαφορετικούς τομείς. Σύμφωνα με την Επιτροπή Ψυχικής Υγείας του Καναδά (2009), ως στίγμα αναφέρονται *«οι πεπιοιθήσεις και οι συμπεριφορές για την ψυχική υγεία και τις ψυχικές ασθένειες που οδηγούν στα αρνητικά στερεότυπα των ανθρώπων και στις προκαταλήψεις εναντίον αυτών και των οικογένειών τους»*. Οι νέοι μπορεί να είναι περισσότερο επιρρεπείς στο στίγμα και λιγότερο πρόθυμοι να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας

σύμφωνα με τους Kranke, Floersch, Townsend και Munson (2010), καθώς ασχολούνται με την κοινωνική αλληλεπίδραση και την αποδοχή από ομότιμους, ενώ βρίσκονται στο σχολείο (Chandra & Minkovitz, 2006).

Πράγματι, το ποσοστό των ανεκπλήρωτων αναγκών ψυχικής υγείας είναι ανησυχητικά υψηλό. Εξάλλου, το 70% των νέων που έχουν ανάγκη ψυχικής υγείας δεν έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Για να κατανοήσουν τα εμπόδια, που οι νέοι συνδέουν με την πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι Chandra και Minkovitz (2007), διεξήγαγαν μια μελέτη και διαπίστωσαν, ότι πολλοί συμμετέχοντες αξιολόγησαν θέματα που σχετίζονται με το στίγμα, ως το μεγαλύτερο εμπόδιο πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν αύξηση των στιγματισμένων απόψεων, όταν οι μαθητές είχαν λιγότερες γνώσεις σχετικά με την ψυχική υγεία. Ένα άλλο κοινό εμπόδιο ήταν η πεποίθηση ότι, οι γονείς τους θα αρνηθούν το ζήτημα ή οι συνομήλικοι θα αντιδρούσαν αρνητικά και θα απέρριπταν την ιδέα πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι συμμετέχοντες θεώρησαν ότι οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να γνωρίζουν καλύτερα την ψυχική υγεία, τις επιπτώσεις της στις σχολικές επιδόσεις και πώς μπορούν να βοηθήσουν τους μαθητές που έχουν κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας (Chandra & Minkovitz, 2007). Οι Short, Ferguson και Santor (2009) υποστηρίζουν ότι σε αυτά τα αποτελέσματα οδήγησε η έλλειψη ετοιμότητας των εκπαιδευτικών, οι οποίοι χαρακτηρίστηκαν ως απροετοίμαστοι για να αντιμετωπίσουν ή να εντοπίσουν προβλήματα ψυχικής υγείας.

Το στίγμα τείνει να αποτελεί εμπόδιο στη θεραπεία εξαιτίας του φόβου να χαρακτηρίζεται αρνητικά. Ο επιπολασμός του στιγματισμού ως φραγμού για την πρόσβαση των νέων στην ψυχική υγεία, διερευνήθηκε από τους Kranke και συν. (2010). Δύο θέματα προέκυψαν στη μελέτη τους: η οικογενειακή αντίληψη και το σχολικό περιβάλλον. Εάν υπήρχε αρνητική αντίληψη για την ψυχική υγεία στην οικογένεια, οι νέοι έτειναν να αισθάνονται μεγαλύτερη ντροπή σε σχέση με την ασθένειά τους. Από την άλλη, στα πλαίσια του σχολικού τους περιβάλλοντος, εάν οι συμπεριφορές αυτές θεωρήθηκαν ως στιγματιστικές ή διακριτικές, οι νέοι έγιναν πιο μυστικοπαθείς, αισθάνοντας μεγαλύτερη ντροπή για την ασθένειά τους και αποσύρονταν συχνότερα από την κοινωνική επαφή. Μια κοινή συνέπεια που προκύπτει από την έλλειψη προσβασιμότητας τους στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, είναι η αυτοκτονία. Αβίαστα λοιπόν καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι, ανεξάρτητα από την πηγή του στίγματος, μπορεί κανείς να υποθέσει ότι η μείωση του, θα οδηγήσει στην αύξηση προσβασιμότητας των παιδιών και των εφήβων σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και κατά συνέπεια στην προαγωγή της ψυχικής τους υγείας (Bowers, Manion, Papadopoulos & Gauvreau, 2013).

2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ

2.2.1 Αγχώδεις διαταραχές

2.2.1.1 Άγχος

Ο Φρόυντ προσπάθησε για πρώτη φορά να εξηγήσει την έννοια του άγχους στο πλαίσιο της επιστήμης. Σύμφωνα με το Φρόυντ (1936), το άγχος θεωρείται μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από όλα όσα καλύπτονται από τη λέξη «νευρικότητα». Με βάση τη φροϋδική θεωρία, το αντικειμενικό άγχος συνεπάγεται με μια σύνθετη εσωτερική αντίδραση στον αναμενόμενο τραυματισμό ή βλάβη από κάποιο εξωτερικό κίνδυνο. Επομένως, η ένταση της αντίδρασης άγχους είναι ανάλογη με το μέγεθος του εξωτερικού κινδύνου που την προκαλεί. Όσο μεγαλύτερος είναι δηλαδή ο εξωτερικός κίνδυνος, όσο ισχυρότερη είναι η αντιληπτή απειλή, τόσο πιο έντονη είναι η αντίδραση που προκύπτει (Freud, 1963).

Σήμερα, το άγχος αντιμετωπίζεται ως μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται αρχικά από υποκειμενικά συναισθήματα έντασης και ανησυχίας, και έπειτα από ενεργοποίηση ή διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος (Bourne, 2006). Πρόσφατα, υπήρξε αυξανόμενη συζήτηση για τις φυσιολογικές θεωρίες πίσω από το άγχος. Αυτές οι θεωρίες εξηγούν ότι τα άτομα με διαταραχή άγχους έχουν αυξημένη φυσιολογική διέγερση όταν συναντούν στρεσογόνους παράγοντες ή κοινωνικές καταστάσεις, τις οποίες ερμηνεύουν ως ένδειξη κινδύνου ή άγχους (Gerlach, Murlane & Rist, 2004). Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικής Διαταραχής (DSM-IV, American Psychiatric Association, 2000) απαριθμεί μια σειρά διαταραχών άγχους, όπως: διαταραχή πανικού, αγοραφοβία, κοινωνική φοβία, απλή φοβία, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, διαταραχή μετατραυματικού στρες και γενικευμένο άγχος. Η συντριπτική πλειοψηφία των μέτρων αυτοαναφοράς, προσπαθεί να αξιολογήσει τη γενικευμένη ανησυχία. Το κυριότερο χαρακτηριστικό του γενικευμένου άγχους, είναι το άγχος των χαρακτηριστικών, όπως η κινητική ένταση, η αυτόνομη υπερδραστηριότητα, ή η επαγρύπνηση (American Psychiatric Association, 2013). Το επίπεδο ανησυχίας έχει συχνά αξιολογηθεί από εκπαιδευτικούς, γονείς ή κλινικούς γιατρούς, ειδικά για νέους (Han, 2009).

Το άγχος είναι η συνηθέστερη διαταραχή της ψυχικής υγείας στα παιδιά και τους εφήβους, με τα ποσοστά επικράτησης κατά τη διάρκεια της ζωής στην ηλικία 18 ετών κατά 30% και με διάμεση έναρξη στην ηλικία 6 ετών (Merikangas et al., 2010). Το άγχος στην παιδική ηλικία είναι ισχυρός προγνωστικός παράγοντας των διαταραχών άγχους κατά τη διάρκεια της εφηβείας (Rapee et al., 2009). Οι διαταραχές άγχους παιδικής ηλικίας προκαλούν σημαντική εξασθένηση στις σχέσεις ομότιμων και οικογενειακών σχέσεων (Drake & Ginsburg,

2012). Δεδομένης της πρώιμης ανησυχίας, υπάρχει μια σαφής αναλογία για να παρέμβουμε νωρίς στα παιδιά που διατρέχουν κίνδυνο. Τα προγράμματα πρόληψης του άγχους για παιδιά και εφήβους μπορούν να είναι αποτελεσματικά (Teubert & Pinquart, 2011).

Έχουν εντοπιστεί οι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου για διαταραχές άγχους (Drake & Ginsburg, 2012). Ένας ξεκάθαρος παράγοντας κινδύνου στην πρώιμη παιδική ηλικία, είναι το ανασταλτικό της ιδιοσυγκρασίας, το οποίο έχει γενετική βάση και αναφέρεται στο φόβο της έκθεσης σε νέα ερεθίσματα (Fox et al., 2005). Οι πρακτικές γονικής μέριμνας, έχουν επίσης μια σημαντική επίδραση και περιλαμβάνουν υπερφυσικές ή υπερπροστατευτικές προωθήσεις και σκληρές ή αρνητικές αλληλεπιδράσεις (Drake & Ginsburg, 2012). Μια παρεμποδισμένη ιδιοσυγκρασία θεωρείται ότι αλληλεπιδρά με τις υπερπροστατευτικές γονικές πρακτικές για να συμβάλλει στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών (Rubin et al., 2009). Αυτό συμβαίνει όταν η παρεμπόδιση της ιδιοσυγκρασίας ενός παιδιού προκαλεί την υπερβολική προστασία των γονέων από καταστάσεις που του προκαλούν άγχος, γεγονός που ενισχύει αθέλητα την αποφυγή του από αυτές και το φόβο και αποκαθιστά συνάμα την παιδική κυριαρχία στην αντιμετώπιση νέων καταστάσεων (Rapee et al., 2005).

Επιπρόσθετα, οι πηγές που προκαλούν συνήθως άγχος κατά την παιδική ηλικία, έχουν σχέση με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά στο σχολικό περιβάλλον. Ιδιαίτερα, σχετίζονται με την επίδοση τους στα σχολικά μαθήματα ή με τους κανόνες πειθαρχίας που επιβάλλονται από αυτό, τις σχέσεις με τους συνομηλίκους τους, πιθανά οικονομικά προβλήματα αν υπάρχουν ή την απώλεια κάποιου αγαπημένου προσώπου, καθώς και τα προσωπικά προβλήματα των παιδιών σε σχέση με την αντίληψη που έχουν για τον εαυτό τους ή ακόμη τις ανησυχίες τους για τις υποχρεώσεις τους και το μέλλον τους. Πρόκειται για καταστάσεις που επιφέρουν στα παιδιά υψηλά επίπεδα άγχους (Morgan, Rapee & Bayer, 2016).

Πιο συγκεκριμένα, μελέτες δείχνουν ότι, το 5-10% των παιδιών και των εφήβων πάσχουν από μια διαταραχή άγχους, που σημαίνει ότι είναι μία από τις πιο συνήθεις ψυχικές διαταραχές για αυτήν την ηλικιακή ομάδα (Pine & Klein, 2008). Οι διαταραχές άγχους σχετίζονται με την τλαιπωρία και τις βλάβες στην καθημερινή ζωή του προσβεβλημένου ατόμου, καθώς και με την οικογένεια όπως προαναφέραμε, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο κατάθλιψης και κατάχρησης ουσιών. Με τη σειρά τους, αυτές οι καταστάσεις προκαλούν βλάβη σε κοινωνικό και συναισθηματικό επίπεδο λειτουργώντας αρνητικά κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της πρώιμης ενηλικίωσης (Fischer, Quadflieg, Fischer & Kohlboeck, 2009·Pine & Klein, 2008). Έτσι, θα πρέπει να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται οι

παιδικές διαταραχές άγχους όσο το δυνατόν νωρίτερα (Vigerland, Ljotsson, Thulin, Ost, Andersson & Serlachius, 2015).

2.2.1.2 Στρες

Η εφηβεία είναι μια ευαίσθητη περίοδος ανάπτυξης του εγκεφάλου που συμπίπτει με σημαντικές αλλαγές στην ψυχοκοινωνική και σωματική ανάπτυξη (Ashby & Isaac, 2011·Blakemore & Choudhury, 2006). Η θεωρητική εννοιολογική κατανόηση του στρες λαμβάνει κυρίως δύο διαστάσεις, εκείνη της στέρησης και εκείνη της απειλής (McLaughlin et al., 2017·Sheridan & McLaughlin, 2014).

Ωστόσο, οι πηγές του στρες για τα παιδιά είναι ποικίλες. Οι μελέτες του Teicher και των συναδέλφων του, έχουν ερευνήσει περαιτέρω τους διαφορετικούς τύπους των απειλητικών εμπειριών (Teicher et al., 2016). Αρχικά, τα άτομα που εκτέθηκαν σε γονική λεκτική κατάχρηση, παρουσιάζουν μετέπειτα μορφολογικές μεταβολές στις δομές του εγκεφάλου τους, που είναι υπεύθυνες για την επεξεργασία των ακουστικών και γλωσσικών ερεθισμάτων. Επιπρόσθετα, τις ίδιες μορφολογικές αλλαγές δέχονται και τα άτομα που έχουν βιώσει οικογενειακή βία, είτε ως θεατές, είτε ως θύματα. Πηγές στρες για τα παιδιά αποτελούν επίσης, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά στο σχολικό τους περιβάλλον και αφορούν πιο συγκεκριμένα, την επίδοσή τους σε δυσκολίες γύρω από τις διαδικασίες μάθησης, τις εξετάσεις, τις σχέσεις με τους εκπαιδευτικούς, όταν προκύψουν συγκρούσεις, και τις σχέσεις με τους συνομηλίκους τους. Επομένως, τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα ψυχικής υγείας είναι επίσης πιθανόν να εξαρτώνται από το είδος των στρεσογόνων παραγόντων (Kessler et al., 2010·McLaughlin et al., 2012·Rodgers et al., 2004). Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό οι μελλοντικές μελέτες να χρησιμοποιούν έγκυρα και αξιόπιστα μέτρα για την αξιολόγηση των διαφόρων τύπων στρες που θα μπορούσαν να έχουν βιώσει τα παιδιά κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας, για να διασαφηνίσουν τις ποικίλες επιπτώσεις τους στην ανάπτυξή τους (Ho, Dennis, Thompson & Gotlib, 2018).

Η έκθεση στο στρες της πρώιμης ζωής συνδέεται με αρνητικές εκβάσεις καθ 'όλη τη διάρκεια ζωής. Το στρες πρώιμης ζωής έχει χρησιμοποιηθεί, για να αναφερθεί σε πολλές αρνητικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία, συμπεριλαμβανομένης της έκθεσης σε παράγοντες άγχους όπως: οξεία επεισόδια που ενδέχεται να σχετίζονται με τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες. Το πρώιμο στρες συνδέεται ακόμη, με δυσμενείς επιπτώσεις καθ 'όλη τη διάρκεια της ζωής. Οι αναδρομικές μελέτες συνδέουν ακραίες δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας (π.χ. κακοποίηση) σε μια σειρά προβλημάτων ψυχικής υγείας. Οι αρνητικές επιδράσεις του πρώιμου στρες θα μπορούσαν να προκαλέσουν επιβλαβείς επιδράσεις στη νευροανάπτυξη

του ατόμου. Ωστόσο, η κατανόηση της σχέσης μεταξύ του πρώιμου στρες και ωρίμανσης εγκεφάλου στα πρώτα χρόνια της παιδικής ηλικίας παραμένει περιορισμένη (Lupien et al., 2009).

Οι αναδρομικές μελέτες σε ενήλικες ανθρώπους, έχουν αποκαλύψει βλαβερές επιδράσεις του πρώιμου στρες στη νευρική λειτουργία των εγκεφαλικών δικτύων σημαντικών για τη μνήμη, τη διέγερση, τον γνωστικό έλεγχο, την επεξεργασία δεδομένων και άλλες δυσκολίες στις συναφείς γνωστικές λειτουργίες (Lupien et al., 2009·Teicher et al., 2001). Μια αυξανόμενη βιβλιογραφία σχετικά με τις επιδράσεις των σοβαρών δυσμενών παιδικών εμπειριών, όπως: η κακομεταχείριση ή η παραμέληση των παιδιών, αποκαλύπτει τις σχέσεις με τις φυσιολογικές ανταποκρίσεις στρες, καθώς και τις λειτουργικές διαφορές που προκαλούνται στον εγκέφαλο (Lupien et al., 2009·Mackey et al., 2012·Pechtel & Pizzagalli, 2011). Ο Buss και οι συνάδελφοί του έδειξαν ότι η έκθεση σε τύπους μητρικού άγχους και αγωνίας (άγχος που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη), προβλέπει αλλαγές εγκεφάλου και εκτελεστικής λειτουργίας κατά την περίοδο της σχολικής ηλικίας των παιδιών (Buss et al., 2010·Buss et al., 2011). Τα αποτελέσματα μας δείχνουν, ότι η έκθεση στο χρόνιο ψυχοκοινωνικό στρες μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη νευρική αντιδραστικότητα στις καθημερινές εμπειρίες, οι οποίες με τη σειρά τους μπορεί να σχετίζονται με την ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας. Με την παρουσία αυξημένων επιπέδων στρες, τα παιδιά ενδέχεται να εμφανίζουν αυξημένη επαγρύπνηση και αντιδραστικότητα στα καθημερινά γεγονότα (Blair & Raver, 2012·Ganzel et al., 2013).

2.2.2 Αναπτυξιακές διαταραχές

2.2.2.1 ΔΕΠ-Υ

Η διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) είναι μια συνήθης συμπεριφορική νόσος της παιδικής ηλικίας, η οποία επιμένει πολλές φορές και στην ενήλικη ζωή. Χαρακτηρίζεται ως μια από τις πιο κοινές παιδικές νευροαναπτυξιακές διαταραχές, που επηρεάζουν το 53% των παιδιών της σχολικής ηλικίας σε όλο τον κόσμο. Όπως υποδηλώνει και η ονομασία της, η νόσος χαρακτηρίζεται από ακατάλληλη, για την ηλικία του παιδιού, απροσεξία και υπερκινητικότητα. Η νεότερη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών, κατατάσσει τη νόσο στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές και την περιγράφει ως ένα εμμένον μοτίβο απροσεξίας και/ή υπερδραστηριότητας-παρόρμησης, το οποίο επηρεάζει τη λειτουργικότητα ή την ανάπτυξη του ατόμου (American Psychiatric Association, 2013).

Έχει τεκμηριωθεί ευρέως ότι τα παιδιά με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, κλινικά διαγνωσμένη ή όχι, είναι πιο πιθανό να έχουν προβληματικές σχέσεις με τους συνομηλίκους τους και μειωμένη κοινωνική προσαρμογή. Μελέτες αναφέρουν ότι έως και το 50% των νεαρών ατόμων με ΔΕΠ-Υ, έχουν σημαντικά προβλήματα στις κοινωνικές τους σχέσεις. Επιπλέον, τα στοιχεία των ερευνών υποστηρίζουν αναμφισβήτητα ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ απορρίπτονται συχνότερα από τους συνομηλίκους τους και από άτομα της ηλικίας τους. Αυτά τα κοινωνικά προβλήματα μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο πολλές πτυχές της ανάπτυξής τους και να οδηγήσουν τα παιδιά σε μια ευρεία ποικιλία από δυσπροσαρμοστικές δυσκολίες και αποτελέσματα (π.χ. άγχος, κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών, παραβατικότητα) και έτσι ως ενήλικες να αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας αν υπάρξει απουσία πρώιμης παρέμβασης (Ling et al., 2014).

Η διαταραχή αυτή, φαίνεται να εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό στα αγόρια (70% αγόρια-30% κορίτσια). Το ενθαρρυντικό όμως είναι ότι υπάρχει πλέον μια γενική αύξηση των διαγνώσεων της διαταραχής, ειδικά στις ανεπτυγμένες χώρες, κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο δεκαετιών. Ωστόσο, συγκεκριμένοι ερευνητές, διαχωρίζουν περαιτέρω τη ΔΕΠ-Υ σε υποκατηγορίες, ανάλογα με το αν τα συμπτώματα αφορούν περισσότερο την απροσεξία, την υπερκινητικότητα ή και τα δύο (συνδυασμένος τύπος). Αυτός ο διαχωρισμός είναι αρκετά εξειδικευμένος και δε θα μας απασχολήσει, καθώς η μεγάλη πλειοψηφία των πασχόντων εμφανίζει ούτως ή άλλως το συνδυασμένο τύπο (Κουμούλα, 2012).

2.2.2.2 Μαθησιακές δυσκολίες

Οι μαθησιακές δυσκολίες έχουν αποκτήσει αυξημένη προσοχή την τελευταία δεκαετία τόσο από τους ερευνητές, όσο και από τους επαγγελματίες. Μια μαθησιακή αναπηρία, είναι μια νευρολογική διαταραχή. Με απλά λόγια, μια μαθησιακή αναπηρία προκύπτει από μια διαφορά στον τρόπο με τον οποίο ο εγκέφαλος ενός ατόμου είναι διαμορφωμένος. Τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες είναι έξυπνα ή πιο έξυπνα από τους συνομηλίκους τους. Μπορεί όμως να έχουν δυσκολία στην ανάγνωση, τη γραφή, την ορθογραφία, τη συλλογιστική και την οργάνωση των πληροφοριών. Μια μαθησιακή αναπηρία δεν μπορεί να θεραπευθεί ή να καθοριστεί αφού είναι ένα ζήτημα δια βίου. Ωστόσο, με τη σωστή υποστήριξη και παρέμβαση, ωστόσο, τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες μπορούν να πετύχουν στο σχολείο και να προχωρήσουν σε επιτυχείς, συχνά διακεκριμένες σταδιοδρομίες μετέπειτα στη ζωή τους (Sana, 2016).

Οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες να προσπαθήσουν για αυτή τη μελλοντική επιτυχία, ενθαρρύνοντας τις δυνάμεις τους,

γνωρίζοντας τις αδυναμίες τους, κατανοώντας το εκπαιδευτικό σύστημα, συνεργαζόμενοι με τους επαγγελματίες και μαθαίνοντας στρατηγικές αντιμετώπισης συγκεκριμένων δυσκολιών. Οι μαθησιακές δυσκολίες δεν περιλαμβάνουν μόνο προβλήματα που οφείλονται κυρίως σε διανοητικές αναπηρίες, συναισθηματικές διαταραχές ή οπτικές, ακοής, συναισθηματικές ή πνευματικές αναπηρίες. Οι ορισμοί που δίνουν διάφοροι συγγραφείς υποδηλώνουν ότι η μαθησιακή αναπηρία αναφέρεται κυρίως, σε μια καθυστέρηση, διαταραχή ή καθυστερημένη ανάπτυξη σε μία ή περισσότερες από τις διαδικασίες της ομιλίας, της γλώσσας, της ανάγνωσης, της ορθογραφίας, της γραφής ή της αριθμητικής. Αυτά τα προβλήματα οφείλονται σε διαταραχές ή ανεπάρκειες σε μία ή περισσότερες από τις βασικές ψυχολογικές διαδικασίες που εμπλέκονται στην κατανόηση ή τη χρήση της προφορικής ή γραπτής γλώσσας. Το παιδί μπορεί επομένως να θεωρηθεί ότι έχει μαθησιακές δυσκολίες αν: i) έχει σημαντικές δυσκολίες την κατανόηση ή τη χρήση προφορικής γλώσσας, ανάγνωσης, γραφής, ορθογραφίας και αριθμητικής, κατά τη διάρκεια της αναπτυξιακής περιόδου (πριν από την ηλικία των 16 ετών), ii) έλλειψη ενδιαφέροντο και κινήτρου για μάθηση (Ramaa, 1992). Υπάρχουν πολλά διαφορετικά είδη μαθησιακών δυσκολιών. Οι περισσότερες μελετητές καταλήγουν σε τρεις ευρείες κατηγορίες: α) αναπηρίες ανάγνωσης (συχνά αναφερόμενες ως δυσλεξία) β) γραπτές αναπηρίες γλώσσας (συχνά αναφερόμενες ως δυσγραφία) και γ) αναπηρίες μαθηματικών (που συχνά ονομάζονται δυσαριθμησία) (Sana, 2016).

I. Δυσλεξία:

Η δυσλεξία είναι ένας από τους πιο διαδεδομένους τύπους συγκεκριμένων μαθησιακών δυσκολιών. Πρόκειται για μια διαταραχή που βασίζεται στην ανάπτυξη, η οποία επηρεάζει την ικανότητα ενός ατόμου να αποκτήσει δεξιότητες στην ανάγνωση λέξεων (δηλ. αναγνώριση λέξεων) (Skiada, Saroniati, Gardeli & Zissis, 2014). Υπάρχουν επίσης προβλήματα με την αυτόματη ανάκτηση των λέξεων, εξ ου και η δυσκολία υπαγόρευσης και ορθογραφίας. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι κατά μέσο όρο, το 10-20% των παιδιών πάσχουν από ειδικές δυσκολίες ανάγνωσης, ενώ περίπου το 5% επηρεάζεται σοβαρά. Αυτό θα σήμαινε ότι 2 παιδιά ανά τάξη 40 μαθητών μπορεί να επηρεαστούν σημαντικά. Η δυσλεξία θεωρείται ότι οφείλεται σε δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος που οδηγεί σε κεντρικό έλλειμμα στην ανάγνωση λόγω της αποτυχίας της ταχείας, ακριβούς και αυτόματης αναγνώρισης και ανάκλησης μεμονωμένων γραπτών λέξεων. Τέτοιες δυσκολίες αναγνώρισης ατομικών λέξεων, αποτελούν με τη σειρά τους, εμφανή εμπόδια στην κατανόηση του τι μεταφέρεται σε μια πρόταση ή μια παράγραφο. Η δυσλεξία και άλλες ειδικές μαθησιακές δυσκολίες φέρουν μαζί τους πολλά δευτερεύοντα προβλήματα. Καθώς αυξάνεται ο χρόνος για την εργασία με προοδευτικό περιορισμό των εξωσχολικών και κοινωνικών

δραστηριοτήτων και των επακόλουθων προβλημάτων, κατόπιν επιδεινώνεται η σχέση μεταξύ παιδιού και γονέων (συνήθως της μητέρας, η οποία εποπτεύει την εργασία) και συχνά αυξάνονται οι αντιπαραθέσεις μεταξύ των γονέων σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης των σχολικών αναγκών και αποτυχιών (Bax, 1999). Με τη σειρά τους, οι εκπαιδευτικοί συχνά παραπονιούνται ότι το παιδί που εμφανίζεται κανονικά ευφυές είναι τεμπέλικο και εκείνο κατ' επέκταση, μπορεί να στιγματιστεί με αυτή του τη στάση, από το σχολείο και τους συμμαθητές. Η αυτοεκτίμηση των παιδιών αυτών βαθμιαία διαβρώνεται, δημιουργούνται δευτερογενή συναισθηματικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς και πολλά μπορούν να εγκαταλείψουν το σχολείο και αργότερα να καταλήξουν σε προβληματικούς νέους και άνεργους ενήλικες (Lan, 2001).

II. Δυσγραφία

Η δυσγραφία είναι μια δυσκολία γραφής/ορθογραφίας. Αυτό σημαίνει ότι το παιδί δυσκολεύεται να γράψει ευανάγνωστα και ενδέχεται να έχει προβλήματα με την ορθογραφία. Μπορεί να είναι δύσκολο να διατάξει τις σκέψεις του, όταν γράφει μια ιστορία ή ένα δοκίμιο. Η δυσγραφία είναι μια μαθησιακή αναπηρία που επηρεάζει τις ικανότητες γραφής. Μπορεί να εκδηλωθεί ως δυσκολία στην ορθογραφία και στην κακή γραφή. Η γραφή των παιδιών αυτών είναι αργή, με ασυνήθιστα σημεία εκκίνησης και λήξης. Συνήθως κάνουν λάθη ορθογραφίας και έχουν δυσκολία με τη χρήση κεφαλαίων γραμμάτων και σημείων στίξεως. Μπορεί επίσης να έχουν ασυνήθιστη χωρική οργάνωση στη σελίδα. Τα λόγια τους μπορεί να είναι ευρέως διατεταγμένα ή να «πιέζονται» μαζί. Μπορεί επίσης να έχουν ένα ζήτημα με κατευθυντικότητα, που είναι συχνά ο λόγος ορθογραφικών σφαλμάτων. Η δυσγραφία συνήθως απαντάται σε σχέση με τη δυσλεξία, καθώς αμφότερα είναι θέματα που αφορούν τη γλώσσα και επηρεάζονται από αδυναμίες στην κατεύθυνση και την αλληλουχία. Το γράψιμο γενικά, είναι δύσκολο γι' αυτά τα άτομα, αλλά πέρα από την απλή μηχανική της γραφής, έχουν επίσης και δυσκολία με την οργάνωση του γραπτού τους (DSM-IV, 2013).

Εντούτοις, μεγάλη είναι η συμβολή των μαθησιακών δυσκολιών στη διαμόρφωση της ψυχικής υγείας του εκάστοτε μαθητή. Γενικά, η βιβλιογραφία σε αυτό το θέμα διαπιστώνει ότι όσοι έχουν μαθησιακές δυσκολίες, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για μετέπειτα προβλήματα ψυχικής υγείας. Οι υπάρχουσες μελέτες επικεντρώθηκαν σε συγκεκριμένες πτυχές της ψυχικής υγείας, όπως το άγχος, την ανησυχία ή την κατάθλιψη (Heath & Ross, 2000). Ακόμη, τα υψηλότερα ποσοστά στρες που σχετίζονται με το σχολείο εντοπίστηκαν σε δείγματα μαθητών Δημοτικού και Γυμνασίου (Wenz-Gross & Siperstein, 1998). Επειδή τα σχολικά έτη αντιπροσωπεύουν έναν από τους σημαντικότερους κύριους στρεσογόνους παράγοντες, το άγχος μπορεί να μειωθεί μετά τη λήξη της σχολικής φοίτησης. Επίσης, βρέθηκαν υψηλότερα

ποσοστά ανησυχίας μεταξύ των αγοριών με μαθησιακές δυσκολίες. Έχουν αναφερθεί επίσης, αυξημένα επίπεδα άγχους και ανησυχίας και μειωμένα επίπεδα αυτοπεποίθησης και σταθερότητας μεταξύ των ενηλίκων με μαθησιακές δυσκολίες (Hales, 2001), γεγονός που οδήγησε στην άποψη ότι, το μακροπρόθεσμο άγχος οδηγεί σε χαμηλή αυτοπεποίθηση. Μεταξύ των μαθητών Γυμνασίου, έχουν αναφερθεί υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης. Τόσο οι εκπαιδευτικοί (Newcomer, Barenbaum & Pearson, 1995), όσο και οι γονείς (Wright-Strawderman & Watson, 1992), έχουν προκαλέσει υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε μαθητές με κάποιο είδος μαθησιακής δυσκολίας.

Εκτός από τα υψηλότερα επίπεδα στρες και κατάθλιψης, μερικές μελέτες έχουν υποδείξει αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Οι ερευνητές ανέφεραν ότι το 5,7% των εφήβων με μαθησιακές δυσκολίες, προσπάθησε να αυτοκτονήσει τους προηγούμενους 12 μήνες (Svetaz, Ireland & Blum, 2000). Τόσο τα προσωπικά χαρακτηριστικά (π.χ. παρορμητικότητα), όσο και η κατάθλιψη, έχουν αναφερθεί ως παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία σε μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες. Τα αυξημένα επίπεδα, ιδίως μεταξύ ατόμων ηλικίας 15 έως 21 ετών (46% για άνδρες με μαθησιακές δυσκολίες και 65% για γυναίκες), μπορεί να οφείλονται σε συγκεκριμένους παράγοντες πίεσης, όπως είναι οι ακαδημαϊκοί ή σχολικοί παράγοντες άγχους. Το γεγονός ότι οι πιέσεις συνεχίζονται πέρα από τα σχολικά έτη, μπορεί να αντικατοπτρίζουν το γεγονός ότι τα ίδια προβλήματα που σχετίζονται με τη σχολική μάθηση παραμένουν και στη ενήλικη ζωή των ατόμων. Επιπλέον, αυτά τα υψηλά επίπεδα άγχους και τα αγχωτικά γεγονότα έχουν συσχετιστεί με την επανάληψη της κατάθλιψης ένα χρόνο αργότερα (Cohen, Hammen, Henry & Daley, 2004). Οι διαταραχές άγχους είναι οι συνηθέστερες παιδικές και εφηβικές διαταραχές ψυχικής υγείας (Bosquet & Egeland, 2006) με μέση ηλικία έναρξης 11 ετών (Kessler et al., 2005). Η κοινωνική φοβία είναι μια πτυχή ανησυχίας, δεδομένου ότι η κοινωνική ανικανότητα και η κοινωνική απομόνωση συχνά, αν και όχι πάντα, συνδέονται με την ύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών (Wilson, Armstrong, Furrie & Walcot, 2009).

III. Δυσαριθμησία

Οι μαθηματικές δυσκολίες εμφανίζονται κυρίως σε προβλήματα που σχετίζονται με: α) την αυτοματοποίηση των μαθηματικών γεγονότων, β) τις αριθμητικές στρατηγικές και την ταχεία ανάκληση των γεγονότων, όπως αυτά που απαιτούνται στη μηχανική αριθμητική, γ) τη γλωσσική ανάλυση των προβλημάτων της μαθηματικής συλλογιστικής, και δ) τις οπτικές-χωρικές ικανότητες για κατανόηση πολλών μαθηματικών εννοιών και δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων για πολύπλοκα μαθηματικά καθήκοντα (Sana, 2016). Οι μαθηματικές δυσκολίες που εκδηλώνονται σε μαθητές, είναι πιθανόν να επιμείνουν σε όλη τη διάρκεια της

ζωής τους (Patton, Cronin, Bassett & Koppel 1997). Μελέτες που έγιναν, προσπάθησαν να εντοπίσουν τις γνωστικές και νευροψυχολογικές πτυχές των μαθηματικών και να δείξουν πώς αυτές οι πτυχές επηρεάζουν τις ικανότητες ενός ατόμου να εκτελεί μαθηματικά καθήκοντα (Jordan, Levine & Huttenlocher, 1995). Η κατανόηση των γνωστικών και νευροψυχολογικών συμπεριφορών που συνθέτουν μαθηματικές αναπηρίες, είναι κρίσιμης σημασίας για τους επαγγελματίες, που είναι υπεύθυνοι για την αξιολόγηση και τον εντοπισμό των μαθηματικών αναπηριών και για τους ερευνητές που μελετούν τη φύση των μαθηματικών δυσκολιών στα μαθηματικά και επιδιώκουν να επικυρώσουν αποτελεσματικές παρεμβάσεις (Bryant, Bryant & Hammil, 2000).

2.2.3 Προβλήματα συμπεριφοράς

Σχετικά με τα προβλήματα συμπεριφοράς που εκδηλώνουν τα παιδιά και οι έφηβοι έχουν γίνει περιορισμένες έρευνες. Προηγούμενες μελέτες, έχουν εμπλέξει μια ευρεία ποικιλία παραγόντων στην αιτιολογία των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών, αλλά πολλοί από αυτούς τους παράγοντες συσχετίζονται. Τέσσερις ευρείες κατηγορίες παραγόντων έχουν συσχετιστεί με προβλήματα συμπεριφοράς παιδιών: α) μητρικά κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά, β) τρόπος ζωής της μητέρας, γ) πρακτικές μητρικής ψυχικής κατάστασης παιδιών, και δ) σωματική υγεία της μητέρας και του παιδιού. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών αντικατοπτρίζονται από μια ποικιλία κατηγοριών προβλημάτων συμπεριφοράς. Αυτά τα προβλήματα συνήθως εντοπίζονται, όταν προκαλούν δυσφορία είτε στο παιδί, είτε σε άλλους. Οι περισσότεροι ερευνητές παρεκκλίνουν στην άποψη ότι οι διαταραχές της συμπεριφοράς (προβλήματα ψυχικής υγείας) είναι εμφανείς στην πρώιμη παιδική ηλικία και συχνά παραμένουν στην ενηλικίωση-ιδιαίτερα εκείνες που σχετίζονται με επιθετική συμπεριφορά (Najman, Bor, Anderson, O'Callaghan & Williams, 2000).

Είναι γνωστό ότι η βία είναι ένα σημαντικό πρόβλημα ψυχικής υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο. Μια από τις πιο ορατές μορφές βίας είναι η βία κατά των ανηλίκων, η οποία καλείται να διαπραχθεί από νέους ηλικίας μεταξύ 10 και 21 ετών. Όσον αφορά το περιβάλλον στο οποίο λαμβάνει χώρα η βία κατά παιδιών και εφήβων, ως πρωτεύον χώρος εμφανίζεται το σχολείο, όπου συναντάται η επιθετική συμπεριφορά μεταξύ των μαθητών. Η βία στο σχολείο είναι ένα σοβαρό και πολύπλοκο κοινωνικό πρόβλημα και ίσως το πιο συχνό και ορατό πρόβλημα της βίας των ανηλίκων. Το σχολείο έχει μεγάλη σημασία για τα παιδιά και τους εφήβους, αφού θεωρείται τόπος μάθησης όπου οι επιδόσεις τους αξιολογούνται, βάσει δοκιμαστικών βαθμών και εκπλήρωσης ακαδημαϊκών καθηκόντων. Εκείνοι που δεν το απολαμβάνουν, είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν μια μη ικανοποιητική απόδοση, σωματικά

και συναισθηματικά προβλήματα ή ανεκπλήρωτα συναισθήματα προς τη ζωή. Οι θετικές διαπροσωπικές σχέσεις και η ακαδημαϊκή ανάπτυξη συνδέονται άμεσα. Επομένως, οι μαθητές που συνειδητοποιούν μια τέτοια σχέση είναι πιο πιθανό να φτάσουν σε ένα καλό επίπεδο μάθησης, με αποτέλεσμα η αποδοχή από τους συνομηλίκους να είναι θεμελιώδης για την ανάπτυξη της υγείας των παιδιών και των εφήβων, βοηθώντας τους να βελτιώσουν τις κοινωνικές τους ικανότητες και να ενισχύσουν την ικανότητα αντίδρασης ενάντια στις τεταμένες καταστάσεις (Neto, 2005).

Η ύπαρξη μια ευρέως διατυπωμένης αντίληψης, υποστηρίζει ότι η νεανική παραβατικότητα και η θυματοποίηση συνυπάρχουν εκτενώς στον πληθυσμό της νεολαίας, αλλά υπάρχουν πρόσθετες οδοί με τις οποίες συνδέονται. Η θυματοποίηση και η εγκληματικότητα μπορεί να οφείλονται σε επικίνδυνο περιβάλλον ή σε διαπροσωπικές σχέσεις. Πιο αναλυτικά, σημαντικό ρόλο στην παραβατικότητα της νεολαίας, διαδραματίζει το γεγονός της σεξουαλικής θυματοποίησης που ενδεχομένως έχουν υποστεί οι δράστες όντας παιδιά στο παρελθόν ή της κακομεταχείρισής τους από την οικογένειά τους (Cuevas, 2012). Πρέπει ωστόσο να τονιστεί ότι οι κοινωνικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες, δεν εκδηλώνονται μόνο από τα πάσχοντα άτομα με τη μορφή της εξωτερίκευσης, αλλά μπορεί να εκδηλωθούν με τη μορφή της εσωτερίκευσης, έτσι ώστε η απειλή να προσβάλλει το ίδιο το άτομο και όχι τον περιβάλλοντά του κόσμο (πχ αυτοκαταστροφικότητα, αυτοκτονία, κατάχρηση ουσιών κλπ.) (Cooper, 2010).

Μια άλλη διαταραχή που χρήζει ιδιαίτερης σημασίας, είναι η αντιφατική ενοχλητική διαταραχή. Πρόκειται για μια διαταραχή που παρατηρείται συνήθως σε παιδιά ηλικίας κάτω των 9-10 ετών και στην οποία τα παιδιά αγνοούν ή αμφισβητούν τα αιτήματα και τους κανόνες των ενηλίκων. Τείνουν να κατηγορούν τους άλλους για τα λάθη και τις δυσκολίες τους. Όταν ρωτήθηκαν γιατί είναι τόσο προκλητικοί, ισχυρίστηκαν ότι ενεργούν μόνο ενάντια σε παράλογους κανόνες. Διαφέρουν από τα παιδιά με συμπεριφορικές διαταραχές, καθώς δεν παραβιάζουν τα δικαιώματα των άλλων. Αυτές οι συμπεριφορές είναι παρούσες στο σπίτι, αλλά όχι απαραίτητα σε άλλες καταστάσεις, όπως το σχολείο ή με άλλους ενήλικες. Ορίζεται από την παρουσία έντονης προκλητικής ανυπακοής, προκλητικής συμπεριφοράς και από την απουσία πιο σοβαρών επιθετικών πράξεων που παραβιάζουν το νόμο ή τα δικαιώματα των άλλων. Οι συμπεριφορές της αντιφατικής ενοχλητικής διαταραχής, συνήθως εμφανίζονται όταν το παιδί βρίσκεται στο Δημοτικό σχολείο, αλλά η διαταραχή μπορεί να βρεθεί σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των τριών ετών. Οι μαθητές που πάσχουν από τη συγκεκριμένη διαταραχή, μπορούν να αμφισβητήσουν με συνέπεια τους κανόνες της τάξης, να αρνηθούν να κάνουν αναθέσεις, να υποστηρίξουν ή να πολεμήσουν άλλους μαθητές. Αυτή η συμπεριφορά

μπορεί να προκαλέσει σημαντική εξασθένηση, τόσο στην κοινωνική όσο και στην ακαδημαϊκή λειτουργία. Η συνεχής εξέταση των ορίων και η συζήτηση μπορεί να δημιουργήσουν ένα αγχωτικό περιβάλλον στην τάξη (Denise, 2005).

2.2.4 Διαταραχές διάθεσης

2.2.4.1 Κατάθλιψη

Ένα ευρύ φάσμα καταθλιπτικών διαταραχών και ανεπίλυτων συναισθηματικών εντάσεων παρατηρείται στην εφηβεία, μαζί με σοβαρότερα επεισόδια μείζονος κατάθλιψης, καθώς και αυτοκτονικές ή εξαιρετικά καταστροφικές συμπεριφορές, που συμβαίνουν σε περιπτώσεις όπου ο έφηβος βιώνει το εσωτερικό του άγχος με πολύ αποδιοργανωμένο τρόπο (Κούρκουτας, 2012·Mash & Wolfe, 2010·Young et al., 2004). Η κατάθλιψη είναι πολύ συχνότερη στα κορίτσια μετά από τα 13 τους έτη, αλλά λίγο πιο κοινή στα αγόρια πριν από τα 13 τους έτη. Η πλειονότητα των νέων με κατάθλιψη έχει τουλάχιστον μία συνοσυσυρή ψυχιατρική διαταραχή, οι πιο συνηθισμένες εκ των οποίων είναι οι διαταραχές συμπεριφοράς (40%) και οι αγχώδεις διαταραχές (34%) (Wilkinson, 2009). Ακόμη, κατά την περίοδο της εφηβείας, οι έφηβοι με συμπτώματα κατάθλιψης μπορεί να παρουσιάσουν μια παρόμοια εικόνα της απόσυρσης ή της μελαγχολίας και της έντονης συναισθηματικής ανασφάλειας. Αυτοί οι έφηβοι μπορεί επίσης να είναι περιστασιακά επιρρεπείς σε συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς, ανάλογα με τη δομή και την οργάνωση της προσωπικότητάς τους, τις οικογενειακές τους εμπειρίες και τους παράγοντες που προκαλούν κατάθλιψη (Poulou & Norwich, 2000). Τα ευρήματα της έρευνας δείχνουν ότι οι εκπαιδευτικοί δεν αναφέρονται συχνά στα παιδιά με συναισθηματικές δυσκολίες ή συμπτώματα κατάθλιψης σε σχετικές υπηρεσίες, παρόλο το γεγονός ότι μέχρι σήμερα έχουν μεγαλύτερη επίγνωση της σημασίας των ιδιαίτερων δυσκολιών που εμφανίζουν (Kourkoutas, Vitelaki & Perysinaki, 2015).

Οι παράμετροι οι οποίες, σε ατομικό επίπεδο, θεωρούνται ότι σχετίζονται με την εμφάνιση προβληματικών αντιδράσεων στην παιδική ηλικία είναι, μεταξύ άλλων, οι ακόλουθες: η βιολογική/γενετική προδιάθεση, η ποιότητα της πρώιμης κοινωνικοποίησης (πρωταρχικές σχέσεις/δεσμοί), η ποιότητα των εσωτερικών αναπαραστάσεων του αυτοαποκαλούμενου γνωστικού μοντέλου, οι συσχετισμοί, οι συσσωρευμένες ψυχολογικές δυσκολίες και η είσοδος σε ειδικές φάσεις (π.χ. εφηβεία), "απαιτητικά" περιβάλλοντα (π.χ. σχολείο), χρόνιες ασθένειες, σοβαρές σωματικές, ακαδημαϊκές δυσκολίες και διαταραχές, ιδιαίτερα προικισμένα παιδιά και απώλεια παιδικής ηλικίας (Silk et al., 2007·Young et al., 2004).

Σε οικογενειακό επίπεδο, υπάρχουν τώρα πιο επαρκή ευρήματα που συνδέουν την ποιότητα, το στυλ, τις στάσεις και τις στρατηγικές των γονέων με την ανάπτυξη ψυχολογικών διαταραχών στα παιδιά και την κατάθλιψη ειδικότερα (Bruce et al., 2006). Η πλειονότητα των ακαδημαϊκών και ερευνητών υποστηρίζει ότι τα παιδιά των οποίων οι γονείς έχουν συμπτώματα κατάθλιψης ή υποφέρουν από προβλήματα ή διαταραχές στη διάθεση ή αδυνατούν να αντιμετωπίσουν το στρες που προκαλείται από περιβαλλοντικούς παράγοντες, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης παρόμοιων συμπτωμάτων ή άλλων ψυχολογικών δυσκολιών. Συγκεκριμένα, παράγοντες όπως: οι σοβαρές οικογενειακές δυσλειτουργίες, τα σοβαρά γονικά καταθλιπτικά και ψυχολογικά προβλήματα, η έλλειψη ενίσχυσης των γνωστικών και συναισθηματικών στρατηγικών αντιμετώπισης του παιδιού, η αίσθηση της ασφάλειας και της συγκόλλησης, οι επίμονες γονικές αντιδράσεις άγχους, η ανήσυχη ή διφορούμενη προσκόλληση στο παιδί, καθώς και η κακοποίηση και η αμέλεια, δημιουργούν όλες τις προϋποθέσεις για την ανεπαρκή ανάπτυξη των γνωστικών και συναισθηματικών μηχανισμών και της ρύθμισης των συναισθημάτων. Σίγουρα οδηγούν στην εσωτερίκευση των προβληματικών συναισθηματικών, σχεσιακών και επικοινωνιακών προτύπων που εμποδίζουν το παιδί να οικοδομήσει μια συνεκτική και πολύτιμη αίσθηση του εαυτού (Bruce et al., 2006).

Τα παιδιά που έχουν βιώσει χρόνια, συχνά πολλαπλά στρεσογόνα μέσα σε ένα σύστημα φροντίδας που είναι το ίδιο ανεπαρκές, συχνά αναπτύσσουν καταθλιπτικές ή γενικές συναισθηματικές (δυσθυμικές) δυσκολίες, καθώς αποδεικνύονται ανίκανοι να αντιμετωπίσουν αυτές τις αποσταθεροποιητικές εμπειρίες ή να ρυθμίσουν τα συναφή συναισθήματα (Blaustein & Kinniburgh, 2010·Smith, 2012). Οι εμπειρίες της συναισθηματικής κακοποίησης και της συναισθηματικής παραμέλησης, έχουν συσχετιστεί με ισχυρά και διαχρονικά ψυχολογικά επακόλουθα, όπως ντροπή, ταπείνωση, θυμό, αισθήματα αδράνειας και συναισθηματική αναστολή. Ανάλογα με τη σοβαρότητα της περίπτωσης, αυτά τα παιδιά χαρακτηρίζονται ως έχοντα πολύπλοκα αναπτυξιακά τραύματα ή τραυματικές σχέσεις που θέτουν σε κίνδυνο την ψυχοκοινωνική τους τροχιά, θέτοντάς τους σε κίνδυνο σοβαρών διαταραχών ψυχικής υγείας, εάν αυτά τα προβλήματα δεν αντιμετωπιστούν επαρκώς. Σε γενικές γραμμές, η δυσλειτουργική γονική πρακτική μπορεί να οδηγήσει σε προβληματικές συναισθηματικές εμπειρίες, ελλιπείς δεσμούς φροντίδας και ενοχλητικούς δεσμούς προσκόλλησης που με τη σειρά τους οδηγούν σε έλλειμμα ή εύθραυστη αίσθηση εαυτού και κυρίαρχη καταθλιπτική επίδραση (Schmidt, 2010·Smith, 2012).

Χρειάζεται επίσης να επισημανθεί ότι οι μαθητές με συναισθηματικές δυσκολίες που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς, διατρέχουν τον κίνδυνο μυστικής ή ανοικτής

απόρριψης από τους συνομηλίκους και τους δασκάλους τους, οδηγώντας τους στον αποκλεισμό από τις σχολικές δραστηριότητες και τις ακαδημαϊκές διαδικασίες που με τη σειρά του, αυξάνει την πιθανότητα περαιτέρω σοβαρότερων προβλημάτων ψυχικής υγείας (Simpson & Mundschenk, 2102). Τα παιδιά που εκδηλώνουν συναισθηματικές ή καταθλιπτικές δυσκολίες, σχετικά συμπεριφορικά προβλήματα είναι πιθανό να προκύψουν, όπως: κατάχρηση ουσιών, εγκληματική συμπεριφορά και διαγνώσεις ψυχιατρικών διαταραχών (Conroy, Dumlop, Clarke & Alter, 2005·Severson, Walker, Hope-Doolittle, Kratochwill & Gresham, 2007).

Το κυριότερο είναι όμως, οι εκπαιδευτικοί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη της ψυχοκοινωνικής ευημερίας και της ακαδημαϊκής ανθεκτικότητας των ευάλωτων μαθητών. Στο σημείο αυτό, ο τρόπος με τον οποίο οι εκπαιδευτικοί συνεργάζονται με τα παιδιά, τους παρέχει τη δυνατότητα κατάκτησης τόσο μιας ακαδημαϊκής επιτυχίας όσο και των κατάλληλων εμπειριών που θα πρέπει να διαβλέπουν μια ανθρώπινη σχέση. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, η σχολική απομόνωση και η έλλειψη σχολικών συμπτωμάτων με σχολικά μοντέλα, που συνδέονται με διαφορετικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, συσχετίζονται, προκαλούν ανησυχία, ανισότητες, σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας και κοινωνική συναισθηματική απόσυρση (Rudolph et al., 2006·Young et al., 2004).

Από την άλλη πλευρά, οι εκπαιδευτικοί με τη σειρά τους, είτε είναι εκπαιδευτικοί γενικής εκπαίδευσης, είτε ειδικής εκπαίδευσης, δεν έχουν την απαραίτητη προετοιμασία και δεξιότητες για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των φοιτητών με τις προαναφερθείσες δυσκολίες (Kamens, Loprete, & Slostad, 2003·Simpson & Mundschenk, 2102). Όταν οι εκπαιδευτικοί είναι απροετοίμαστοι για να καλύψουν τις ανάγκες αυτών των μαθητών, οι τελευταίοι με τη σειρά τους, εκτίθενται επανειλημμένα σε αναποτελεσματικές εκπαιδευτικές πρακτικές (Sutherland & Oswald, 2005·Sutherland et al., 2008), μια διαδικασία που με την πάροδο του χρόνου μπορεί να έχει σοβαρές αρνητικές συνέπειες για τους ίδιους. Οι Boe και Cook (2006), Sutherland και Oswald, (2005), επισημαίνουν ότι οι εκπαιδευτικοί, είναι ακόμη λιγότερο προετοιμασμένοι να ανταποκριθούν στις μαθησιακές και συναισθηματικές/συμπεριφορικές αντιλήψεις και στην υποστήριξη των μαθητών με συναισθηματικές και καταθλιπτικές δυσκολίες. Επιπλέον, οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί δεν είναι επαρκώς καταρτισμένοι και αγνοούν τους βασικούς τρόπους αντιμετώπισης και συνδρομής του «υπερβολικού ή καταθλιπτικού παιδιού». Πολλοί από αυτούς αποφεύγουν να χρησιμοποιούν τον όρο κατάθλιψη για χάρη της αποφυγής κάθε είδους στιγματισμού, πιστεύοντας ότι τα συμπτώματα θα επιδεινωθούν εάν προσπαθήσουν να παρέμβουν. Αξίζει να επισημανθεί ότι οι διάφορες μορφές εσωτερικοποιημένων δυσκολιών (διαταραχές άγχους, ήπιες μορφές καταθλιπτικών

συμπτωμάτων) πιθανότατα θα επιδεινωθούν, εάν δεν υπάρξει κανένας τύπος πρώιμης παρέμβασης και υποστήριξης του παιδιού μέσα στα θεμελιώδη πλαίσια της ζωής του (οικογένεια, σχολείο) (Kourkoutas, Vitalaki & Perysinaki, 2015).

2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ

2.3.1 Διαζύγιο

Αποτελεί κοινό τόπο ότι η διάλυση του οικογενειακού υποσυστήματος της οικογένειας φαίνεται να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχολογία, όχι μόνο των ενηλίκων αλλά κυρίως και των παιδιών. Ένα από τα πιο συχνά μελετημένα θέματα της ψυχολογίας σχετικά με τις οικογένεια χωρισμένων γονιών, είναι ο αντίκτυπος της οικογενειακής τους διάλυσης στη διαμόρφωση της ψυχικής υγείας των παιδιών τους (Motataianu, 2015).

Επεκτείνοντας το συλλογισμό μας, θα λέγαμε ότι, η οικογένεια είναι ο πρώτος και ο ισχυρότερος παράγοντας, αν όχι σε όλες τις κοινωνίες, τουλάχιστον στις περισσότερες από αυτές, που είναι γνωστές ως απαραίτητο συστατικό και βάση της προσωπικότητας και των μελλοντικών συμπεριφορών του παιδιού. Ορισμένοι από τους ψυχολόγους πίστευαν ότι το μεγαλύτερο μέρος των διαταραχών της προσωπικότητας και οι ψυχολογικές ασθένειες έχουν τις ρίζες τους στην πρωτογενή φροντίδα της οικογένειας. Σύμφωνα με τους ερευνητές, οι διαταραχές των παιδιών, συνδέονται έντονα με τις ψυχολογικές δυσκολίες των γονέων και το στυλ που εκείνοι καλλιεργούν. Η συζυγική σύγκρουση, είναι μια από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά σε όλο τον κόσμο. Η οικογένεια είναι η ισχυρότερη επιρροή και το πλησιέστερο στρώμα του περιβάλλοντος επηρεάζοντας όλες τις πτυχές της ανάπτυξης παιδιών. Σύμφωνα με τη θεωρία της «δυναμικής» της οικογένειας του Brown (1978), όταν υπάρχει κακή λειτουργία στη σχέση του γάμου, επηρεάζεται η συμπεριφορά του παιδιού (Dartaj & Mohammadi, 2010). Ο Kerig (2000), καθώς και οι Levendosky και Graham-Bermann (2006), διαπίστωσαν ότι η συζυγική σύγκρουση, είναι ο προγνωστικός παράγοντας της κατάθλιψης, του άγχους, της επιθετικότητας και της παραβατικότητας των παιδιών. Μερικοί από τους ερευνητές πιστεύουν ότι, η συζυγική σύγκρουση αποτελεί έναν αγχωτικό παράγοντα που επηρεάζει αρνητικά διάφορες πτυχές της υγείας και της λειτουργίας των παιδιών, προσβάλλοντας κυρίως την ψυχολογική τους ευημερία (Motataianu, 2015).

Είναι γεγονός ότι, όλο και περισσότεροι γονείς διαζευγνύονται, αφήνοντας τα παιδιά τους σε υψηλότερο κίνδυνο ψυχολογικών προβλημάτων όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη. Ωστόσο, δεν ευθύνεται το ίδιο το διαζύγιο, αλλά η σύγκρουση και η αντιπαράθεση μεταξύ των μελών της οικογένειας, που επηρεάζει την ευημερία των παιδιών. Δηλαδή το πώς οι γονείς μπορούν να εργαστούν από κοινού προκειμένου να χωρίσουν τα προβλήματα, καθώς πολλές φορές φορές οι γονείς αντιμετωπίζουν προβλήματα στο διαχωρισμό των ρόλων τους σε αυτήν την οικογενειακή μετάβαση (Lamela & Figueiredo, 2016).

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι, η οικογένεια είναι το πρώτο υγιές περιβάλλον, όπου ένα παιδί πρέπει να ικανοποιεί την ανάγκη του για αγάπη και αποδοχή. Ο θυμός που εκδηλώνεται

από τους γονείς συχνά επηρεάζει την ψυχοσύνθεση των παιδιών τους, αλλάζοντας έτσι τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Η κακή διαχείριση του θυμού είναι στενά συνδεδεμένη με τα μελλοντικά προβλήματα του παιδιού, όπως η εγκατάλειψη του σχολείου, η αποτυχία, οι κακές ανθρώπινες σχέσεις, με αποτέλεσμα την απόρριψη των οικογενειακών αξιών του. Μια διαζευγμένη οικογένεια δημιουργεί κακές προσκολλήσεις και θλίψη στα παιδιά. Οι γονείς θα πρέπει να υποστηρίζουν και να βοηθούν τα παιδιά με σκοπό να ικανοποιούν τις συναισθηματικές τους ανάγκες και να ξεπερνούν εύκολα το τραύμα του διαζυγίου (Lamela & Figueredo, 2016).

Επιπρόσθετα, η οικογένεια είναι το πρώτο περιβάλλον ενός παιδιού, όπου κάνει τα πρώτα του μικρά, δειλά και αδέξια βήματα προς την κατεύθυνση της ανάπτυξής του. Είναι απαραίτητο η οικογένεια να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του παιδιού, αλλά κυρίως στη συναισθηματική του υποστήριξη. Το παιδί πρέπει να αισθάνεται ότι είναι αγαπητό, αποδεκτό, και τα συναισθήματά του πρέπει να διατηρηθούν πλήρως. Οι ενήλικες νιώθουν συχνά ότι η συναισθηματική τους ασφάλεια απειλείται, θρηνούν την απώλεια, έχουν αισθήματα απογοήτευσης, ενοχής, θυμού, χαμηλής αυτοεκτίμησης, ενώ τα παιδιά εκδηλώνουν κακή απόδοση στο σχολείο, συμπεριφορικά προβλήματα, ακόμη και παραβατική συμπεριφορά, δυσκολία προσαρμογής, αισθήματα ενοχής και θυμό (Motataianu, 2015).

Δυστυχώς όμως, τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι ο αριθμός των διαζυγίων έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Παρ' όλα αυτά, δεν είναι τόσο αυτό καθ' αυτό το διαζύγιο που διαταράσσει την ψυχική υγεία των παιδιών αλλά κυρίως, το βίαιο περιβάλλον στο οποίο ζουν και οι διαμάχες μεταξύ των γονέων με την παρουσία τους. Αυτό συμβαίνει διότι, το παιδί μαθαίνει μέσω απομίμησης, παρατηρεί τους άλλους που ενεργούν γύρω του και στη συνέχεια ακολουθεί πιστά αυτά τα πρότυπα. Ακόμη, υπάρχουν περιπτώσεις που οι γονείς επικεντρώνονται στα δικά τους συναισθηματικά προβλήματα, μειώνοντας έτσι την προσοχή τους απέναντι στα παιδιά τους. Πρόκειται για μια κατάσταση η οποία επιφέρει στο παιδί πολλαπλά προβλήματα. Στην προκειμένη περίπτωση το παιδί μπορεί να αναπτύξει ένα ανασφαλές στυλ προσκόλλησης προς τους δύο γονείς του, να αισθάνεται ανασφαλές και εγκαταλελειμμένο (Motataianu, 2015).

2.3.2 Θλίψη/Απώλεια

Μία από τις πιο οδυνηρές εμπειρίες στην ζωή ενός ανθρώπου είναι ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου. Η κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο που έχει υποστεί μία τέτοια απώλεια ονομάζεται πένθος, ενώ ο θρήνος είναι η πρωταρχική συγκινησιακή αντίδραση στην απώλεια. Σύμφωνα λοιπόν με τον Freud (1917), μια υγιής διαδικασία

προσαρμογής σε μια απώλεια, απαιτεί ότι αυτός που την βιώνει, αντιμετωπίζει και εκφράζει τα συναισθήματά του, όποια και αν είναι αυτά. Διαφορετικά θα δυσκολευτεί πολύ να προσαρμοστεί στη νέα πραγματικότητα. Η ψυχολογική λειτουργία του θρήνου έχει ως στόχο την απελευθέρωση του ατόμου από τους δεσμούς του με τον αποθανόντα (Stroebe, Schut & Stroebe, 2005).

Παρόλο που, η κοινωνία προσπαθεί να προστατεύσει τα παιδιά από το βίωμα της απώλειας, τα περισσότερα παιδιά θα βιώσουν την απώλεια ενός γονέα, φίλου ή συγγενή καθώς μεγαλώνουν. Ο θάνατος ενός κοντινού προσώπου πιθανότατα να αποτελέσει το πιο δύσκολο και οδυνηρό συμβάν που θα μπορούσε να αντιμετωπίσει ένα παιδί στη ζωή του. Η απώλεια επηρεάζει καθοριστικά τη συμπεριφορά του, το συναισθηματικό του κόσμο και την ανάπτυξη της προσωπικότητάς του. Επίσης, διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο θα αντιμετωπίζει τον κόσμο μετά το οδυνηρό αυτό γεγονός και τον τρόπο με τον οποίο θα αντιδρά (Λεονταρή, 2006).

Τα παιδιά διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους ως προς την πρώτη αντίδρασή τους στην είδηση του θανάτου (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2008). Οι πιο συνηθισμένες αντιδράσεις των παιδιών σύμφωνα με το Herbert (2004), είναι αρχικά ο κλονισμός και άρνηση, όπου μερικά παιδιά αρνούνται πεισματικά το γεγονός, κρατώντας μακριά τους το οδυνηρό συμβάν. Γεγονός που αποτελεί έναν μηχανισμό άμυνας, ο οποίος βοηθάει ώστε να δοθεί χρόνος στο παιδί να αποδεχθεί το συμβάν. Έπειτα, ακολουθεί ο θυμός με τον οποίο εκδηλώνεται μια αίσθηση ματαίωσης από την αδυναμία του ατόμου να κάνει κάτι ώστε να εμποδίσει το θάνατο του αγαπημένου του προσώπου, και η βίωση μιας παλινδρόμησης σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης. Στη συνέχεια, τα παιδιά αισθάνονται ενοχή και αυτοκατηγορούνται. Πολλές φορές τα παιδιά βιώνουν ενοχές, θεωρώντας ότι ευθύνονται τα ίδια για το θάνατο (LeFebvre, 2010).

Ως επακόλουθο αυτών των συναισθημάτων, διέρχεται το έντονο άγχος και ο φόβος, καθώς μετά το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου τα παιδιά νιώθουν απροστάτευτα και μόνα (Lyles, 2004). Το άγχος των παιδιών εκδηλώνεται ως φόβος, πως κάτι μπορεί να συμβεί στους γονείς τους ή και στα ίδια. Ακόμη, μερικές φορές αρνούνται να πάνε σχολείο και συχνά αναπτύσσουν ένα φόβο ότι μπορεί να πεθάνουν. Κάποιες φορές ακόμη, τα παιδιά συναντούν δυσκολίες στον ύπνο. Υποφέρουν από αϋπνίες, δυσκολεύονται να κοιμηθούν, αρνούνται να κοιμηθούν ή ξυπνούν συχνά έχοντας εφιάλτες. Πολύ συχνά, τα παιδιά φοβούνται να κοιμηθούν, καθώς το περιβάλλον τους χρησιμοποιεί τη λέξη ύπνος, για να περιγράψει το θάνατο. Τα παιδιά που δεν είχαν την ευκαιρία να μιλήσουν για το συμβάν και να εκφραστούν ή αυτά που σκόπιμα προσπαθούν να μπλοκάρουν τις σκέψεις τους, υποφέρουν περισσότερο

από εφιάλτες. Επιπρόσθετα, δεν απουσιάζουν οι στιγμές που εκείνα βιώνουν το αίσθημα της απόσυρσης (κλείσιμο στον εαυτό τους, ψυχρότητα, απάθεια, ανέκφραστη όψη). Ένα μεγάλο μέρος των παιδιών που βιώνουν απώλεια νιώθουν απομονωμένα, ιδιαίτερα κατά την αρχική φάση του πένθους. Και τέλος, τα παιδιά ενδέχεται να παρουσιάσουν κάποιες σωματικές εκδηλώσεις. Τα παιδιά αναπτύσσουν συχνά ψυχοσωματικά συμπτώματα όπως απώλεια όρεξης, πονοκεφάλους, στομαχικές διαταραχές, κόπωση, έλλειψη ενεργητικότητας (Dyregrov, 2008·Dyregrov & Dyregrov, 2008).

Πρόκειται, όπως είναι εμφανές, για καταστάσεις οι οποίες πιθανολογείται με τη σειρά τους να προκαλέσουν προβλήματα στο σχολείο. Συχνά τα παιδιά εμφανίζουν προβλήματα συγκέντρωσης στο μάθημα. Η θλίψη και οι διεργασίες του θρήνου, προκαλούν ένα βραδύτερο τρόπο σκέψης, έλλειψη ενέργειας και έλλειψη ανάληψης πρωτοβουλιών. Άλλες αντιδράσεις περιλαμβάνουν την παλινδρόμηση σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης, αλλαγές στην προσωπικότητα, απαισιοδοξία για το μέλλον και υπεραπασχόληση με το νόημα του συμβάντος και τις αιτίες που το προκάλεσαν (Dyregrov, 2008). Η διάρκεια και η σοβαρότητα των αντιδράσεων αυτών επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες, όπως η σχέση του παιδιού με το θανόντα, η στήριξη που του παρέχεται, το αν ο θάνατος ήταν απροσδόκητος ή όχι, οι συνθήκες του θανάτου και το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού (Λεονταρή, 2006).

Όσον αφορά το παιδί που πενθεί, ο εκπαιδευτικός οφείλει να το στηρίξει σε αυτήν τη δύσκολη στιγμή της ζωής του. Αρχικά, πρέπει να μπορεί να αναγνωρίσει τα προβλήματα που συνδέονται με την εμπειρία της απώλειας και του πένθους. Η χαμηλή επίδοση, η υπερκινητικότητα, η παρορμητικότητα και η διάσπαση προσοχής είναι φυσιολογικές αντιδράσεις, οι οποίες δεν πρέπει να συγχέονται και να αξιολογούνται ως παθολογικά, δυσλειτουργικά συμπτώματα (Judith, Cohen, & Mannarino, 2011). Κατόπιν, ο εκπαιδευτικός οφείλει να ξέρει πως η εμπειρία και οι αντιδράσεις στην απώλεια διαφέρει σε κάθε παιδί. Θα πρέπει να δείχνει κατανόηση στον προβληματισμό, στη θλίψη και στην ανάγκη διαφορετικής εκτόνωσης που αισθάνεται το κάθε παιδί, αλλά παράλληλα να διατηρεί μια σταθερή συμπεριφορά και προσδοκίες, ώστε να μην το διαφοροποιεί από τα υπόλοιπα παιδιά. Ο εκπαιδευτικός δε θα πρέπει να σιωπά απέναντι στο παιδί που πενθεί. Η σιωπή μπορεί να επιφέρει μεγαλύτερο άγχος στο παιδί που πενθεί και να προκαλέσει την αίσθηση ότι δεν είναι άξιο ενδιαφέροντος και συμπόνιας (Haggard, 2005).

2.3.3 Μορφές κακοποίησης

Η κακομεταχείριση παιδιών, η οποία περιλαμβάνει όλους τους τύπους κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών, είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας που

συνδέεται με ένα σημαντικό βάρος πάθησης (Gilbert et al., 2009). Τα εθνικά αντιπροσωπευτικά στοιχεία από την έρευνα για την υγεία του Καναδά το 2012 ανακάλυψαν ότι το 32% του γενικού ενήλικου πληθυσμού ανέφερε την κατάχρηση παιδιών, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής κακοποίησης (26%), της σεξουαλικής κακοποίησης (10%) και/ή της έκθεσης σε ενδοοικογενειακή βία (8%) (Afifi et al., 2014). Αποτελέσματα από μια συγκρίσιμη έρευνα των Ηνωμένων Πολιτειών (ΗΠΑ) έδειξαν, παρόμοια επικράτηση της σωματικής κακοποίησης (18%) και της σεξουαλικής κακοποίησης (11%) (Afifi et al., 2011).

2.3.3.1 Σεξουαλική κακοποίηση

Η σεξουαλική κακοποίηση παιδιών, ορίζεται τυπικά από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (2003), ως «*συμμετοχή ενός παιδιού σε σεξουαλική δραστηριότητα που δεν κατανοεί πλήρως και στην οποία ένα παιδί δεν είναι σε θέση να δώσει συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης ή για το οποίο το παιδί δεν είναι αναπτυξιακά προετοιμασμένο*». Περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, απόπειρες και ολοκληρωμένες σεξουαλικές πράξεις, σεξουαλική επαφή, παρενόχληση χωρίς επαφή και έκθεση σε πορνογραφία (Murray, Nguyen, & Cohen, 2014). Η σεξουαλική κακοποίηση τόσο των αγοριών όσο και των κοριτσιών, έχει μελετηθεί σε διάφορες έρευνες που έλαβαν τόπο στην Ήπειρο της Αφρικής. Μολονότι, λίγες μελέτες από αυτές ασχολούνται ειδικά με τη σεξουαλική κακοποίηση των αγοριών. Η σεξουαλική κακοποίηση συμβαίνει συνήθως με φυσική και συναισθηματική κακοποίηση και αναφέρεται ότι, αυξάνει την πιθανότητα μεταγενέστερων προβλημάτων ψυχικής υγείας των θυμάτων (Afifi et al., 2014·Easton & Kong, 2017·Turner et al., 2017). Η σεξουαλική κακοποίηση συνδέεται από καιρό με μια διαφορά ισχύος μεταξύ του δράστη και του θύματος, είτε προέρχεται από το φύλο και την ηλικία, είτε από άλλες διαφορές, όπως η ψυχική ικανότητα (Reynaert, 2015). Αυτή η διαφορά συμβάλει έντονα στην έλλειψη βοήθειας του ατόμου που έχει κακοποιηθεί και συνάμα στον εξαναγκασμό, στο φόβο και στο στιγματισμό του. Οι μελετητές καταλήγουν σε τρεις μορφές σεξουαλικής κακοποίησης: i) εξαναγκασμένη επαφή, ii) στοματικό σεξ και iii) διεισδυτικό σεξ.

Για να γίνει πιο σαφές, η σεξουαλική κακοποίηση διαπράττεται όχι μόνο από ενήλικες ή από άτομα μεγαλύτερης ηλικίας αλλά ακόμη και από άτομα παρόμοιας ηλικίας (παιδικής, εφηβικής). Για το λόγο αυτό, πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στα σχολεία και τις κοινότητες για την πρόληψη της σεξουαλικής κακοποίησης κατά την ίδια ηλικία, μέσω των σχολικών πολιτικών, των προγραμμάτων δεξιοτήτων ζωής στα σχολεία, των προγραμμάτων ευαισθητοποίησης μέσω κοινοτικών οργανώσεων και μέσω υπηρεσιών που ενθαρρύνουν την αποκάλυψη και δίωξη των παραβατών, για την πρόληψη της επανεμφάνισης και των

προβλημάτων ψυχικής υγείας στη νεαρή ενηλικίωση. Η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία διαπιστώθηκε ότι συνδέεται με την ψυχική δυσφορία στην ενηλικίωση, ειδικά όσον αφορά το άγχος και την κατάθλιψη (Richter, Mathews, Nonterah & Masilela, 2018).

Η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία αποτελεί απειλή για τη δημόσια υγεία. Πρόσφατα στοιχεία από την έρευνα που έλαβε τόπο στον Καναδά, εκτιμά ότι το 10% των ενηλίκων εμφάνισαν σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία πριν από την ηλικία των 16 ετών (Afifi et al., 2014). Η σεξουαλική κακοποίηση έχει συνδεθεί με πολυάριθμα αρνητικά αποτελέσματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων τόσο των χρόνιων σωματικών, όσο και των διανοητικών συνθηκών (Afifi et al., 2008·Afifi, Henriksen, Asmundson & Sareen, 2012·Afifi et al., 2014·Fuller-Thomson, Roane & Brennenstuhl, 2016·MacMillan et al., 2001·Molnar, Buka & Kessler, 2001·Scott, McLaughlin, Smith & Ellis, 2012). Πολλές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η σεξουαλική κακοποίηση σχετίζεται επίσης με ψυχιατρικές καταστάσεις, όπως διαταραχές διάθεσης και άγχους (Afifi et al., 2008·Afifi et al., 2014·Kessler et al., 1997·MacMillan et al., 2001·Molnar et al., 2001). Επιπλέον, μεγάλος αριθμός των θυμάτων κατατρέχει στη χρήση ουσιών, οι οποίες είναι εξαιρετικά συννοσηρές με ψυχιατρικές καταστάσεις. Τα παιδιά που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση εκδηλώνουν χαρακτηριστικά κατάθλιψης, άγχους, χαμηλής αυτοεκτίμησης, αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, μυστικότητας, απόγνωσης, αισθάνονται παγιδευμένα, καθυστερούν και αντιφάσκουν κατά τη διαδικασία της αποκάλυψης, όπως επίσης αντιφάσκουν ή αναιρούν τα λεγόμενά τους. Τα παιδιά αυτά είναι απομονωμένα-υιοθετούν συμπεριφορά απόσυρσης, αισθάνονται αδύναμα και ένοχα (Gilman & Abraham, 2001·Grant et al., 2004·Swendsen & Merikangas, 2000·Tjepkema, 2004).

2.3.3.2 Σωματική κακοποίηση

Κατά κοινή ομολογία, οι σχέσεις γονέων-παιδιού είναι ζωτικής σημασίας για την υγιή ανάπτυξη των παιδιών ψυχολογικά και σωματικά, καθώς έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ευημερία των παιδιών που μπορεί να εκδηλωθεί στην παιδική ηλικία και αργότερα στην ενήλικη ζωή τους. Αν και τα άτομα μπορούν να σχηματίσουν πολλές διαπροσωπικές σχέσεις καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, οι σχέσεις γονέα-παιδιού είναι οι πιο κρίσιμοι παράγοντες που καθορίζουν την ανάπτυξή τους και την προσαρμογή τους. Παρότι, δε μπορεί να συμφωνηθεί ευρέως κανένας σαφής ορισμός της κακοποίησης παιδιών, οι βασικοί τομείς κακοποίησης παραμένουν οι ίδιοι: i) σωματική κακοποίηση, ii) συναισθηματική κακοποίηση και iii) αμέλεια. Η φυσική κακοποίηση ορίστηκε ως «*σκόπιμη πρόκληση σωματικής βλάβης*» (Corby, 2006:89). Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει το χτύπημα, το κούνημα, χαστούκια ή κλωτσιές. Μερικές φορές υποστηρίζεται ότι η σωματική τιμωρία μπορεί να είναι ένα

δικαιολογημένο μέσο πειθαρχίας που βοηθάει τον έλεγχο ενός παιδιού, αλλά η σοβαρή σωματική βλάβη δε μπορεί να δικαιολογηθεί με το αιτιολογικό ότι είναι εύλογη τιμωρία (Corby, 2006:89). Από την άλλη, η συναισθηματική κακοποίηση ορίστηκε ως «*η επίμονη συναισθηματική κακομεταχείριση ενός παιδιού που προκαλεί σοβαρές και επίμονες δυσμενείς επιπτώσεις στη συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού*». Και τέλος, η παραμέληση ορίστηκε ως «*η επίμονη αποτυχία να ικανοποιηθούν οι σωματικές και/ή ψυχολογικές ανάγκες του παιδιού, οι οποίες ενδέχεται να οδηγήσουν σε σοβαρή βλάβη της υγείας ή της ανάπτυξης του*» (American School Counselor Association, 1999).

Αναμένεται για ένα παιδί, «*ότι ο αντίκτυπος της κακοποίησης θα είναι πιο σοβαρός, αν αυτός επιβάλλεται από τους γονείς του, καταστάσεις που μπορούν να ονομαστούν ενδοοικογενειακή βία*» (Jouriles et al., 2008:221). Αυτό συμβαίνει διότι, το παιδί είναι κακοποιημένο από τα ίδια τα άτομα στα οποία απευθύνεται για την ικανοποίηση των αναγκών της αγάπης και της προστασίας. Η μελέτη των αιτιών και των συνεπειών της κακοποίησης και της αμέλειας των γονέων είναι σημαντική για όλους τους επαγγελματίες που ασχολούνται με τη διαφύλαξη των παιδιών, καθώς βοηθάει στην αντιμετώπιση της δυσμενούς κατάστασης που δημιουργεί η πρωτοφανής (Jouriles et al., 2008).

Είναι αξιοπρόσεκτο ότι, η κακοποίηση παιδιών έχει δυσμενείς μακροπρόθεσμες συνέπειες, σωματικά και συναισθηματικά. Φυσικά, μελέτες απέδειξαν ότι η κακοποίηση παιδιών, η παραμέληση και άλλες περιστάσεις που διαταράσσουν τη σχέση γονέα-παιδιού είναι που σχετίζονται σημαντικά με πολλές από τις κύριες αιτίες θανάτου ενηλίκων, όπως εγκεφαλικό επεισόδιο, καρκίνο και καρδιακές παθήσεις (Stirling & Jackson, 2008). Η κακοποίηση παιδιών είναι επίσης γνωστή ως ένας από τους καθοριστικούς παράγοντες της "μη οργανικής ανάπτυξης" του ατόμου μετέπειτα (Corby, 2006). Τα παιδιά που έχουν βιώσει την κακοποίηση με οποιοδήποτε τρόπο, αποκτούν προβλήματα ψυχικής υγείας όπως: κατάχρησης ναρκωτικών, παραβατικότητας και βίαιης εγκληματικότητας (Corby, 2006 & Fraad, 2008). Είναι επίσης σύνηθες το γεγονός ότι τα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί υιοθετούν ορισμένες τακτικές επιβίωσης για να προστατευτούν οι ίδιοι μπροστά στους καταχρηστικούς γονείς τους (Corby, 2006·Lambie, 2005). Η μακροπρόθεσμη βλάβη μπορεί επίσης, να περιλαμβάνει αναπτυξιακή καθυστέρηση, μαθησιακές διαταραχές, προβλήματα στη διαμόρφωση σχέσεων, διαπροσωπικές και κοινωνικές δυσκολίες, επιθετική συμπεριφορά, κατάθλιψη και χαμηλό ακαδημαϊκό επίτευγμα (Lambie, 2005).

Στη συνέχεια, ως ενήλικες, οι άνθρωποι οι οποίοι είχαν κακοποιηθεί κατά την παιδική ηλικία, τείνουν να έχουν ρομαντικές σχέσεις κακής ποιότητας (Larsen et al., 2011). Όσον αφορά τις άμεσες συνέπειες της κακοποίησης των παιδιών, τα παραμελημένα παιδιά

εμφανίζουν πολλές εκδηλώσεις ανασφάλειας (Stirling & Jackson, 2008). Οι άμεσες επιπτώσεις της κακοποίησης για τα μεγαλύτερα παιδιά μπορεί να περιλαμβάνουν αισθήματα αδυναμίας, απελπισίας και ντροπής. Τα θύματα μπορεί να αισθάνονται ανάξια να έχουν φίλους και να φοβούνται ότι το «οικογενειακό μυστικό» θα αποκαλυφθεί. Ως εκ τούτου, μπορεί να απομονωθούν και να αποσυρθούν (Lambie, 2005). Υπάρχουν ενδείξεις ότι, η κακοποίηση προσβάλλει άμεσα την αυτοεκτίμηση του παιδιού και την αυτο-εικόνα του. Τα κακοποιημένα παιδιά δείχνουν έλλειψη αυτοπεποίθησης, ακραία συστολή και αισθήματα ανεπάρκειας. Δείχνουν επίσης την ανικανότητα να συμμετέχουν και να απολαμβάνουν ευχάριστες δραστηριότητες. Η ποιότητα ζωής του παιδιού είναι μία από τις πιο κρίσιμες περιοχές που μπορεί να επηρεαστεί δραστικά από την κακομεταχείριση (Romeo, 2000).

2.3.4 Εφηβική σεξουαλικότητα

Υποστηρίζεται συχνά ότι, η σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων είναι σημαντική, λόγω του αυξανόμενου αριθμού των σεξουαλικά ενεργών εφήβων παγκοσμίως (Π.Ο.Υ., 2012). Ενώ η έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας αποτελεί μέρος της φυσιολογικής συμπεριφοράς και ανάπτυξης, μπορεί επίσης να συσχετιστεί με αρνητικά αποτελέσματα, εάν η σεξουαλική συμπεριφορά συνεπάγεται με συμμετοχή σε σεξουαλική δραστηριότητα πολύ νωρίς ή χωρίς να δίνεται προσοχή στους σχετικούς κινδύνους (Maswikwa, Richter, Kaufman & Nandi, 2015). Οι έφηβοι και οι νέοι ενήλικες ενδέχεται να αντιμετωπίσουν πολλούς κινδύνους σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας που προέρχονται από πρόωρη, απροστάτευτη ή ανεπιθύμητη σεξουαλική δραστηριότητα (Π.Ο.Υ., 2012). Για παράδειγμα, η έγκαιρη έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας αυξάνει την περίοδο που οι έφηβοι εκτίθενται στον κίνδυνο των σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων ή της ακούσιας εγκυμοσύνης (Girma & Paton, 2015· Klettke & Mellor, 2012· Martinez, Copen, & Abma, 2011· Maswikwa et al., 2015· WHO, 2011· Yarrow et al., 2014).

Αναντίρρητα, τα παιδιά που έχουν εκτεθεί σε ενδοοικογενειακή βία, παραμέληση, κακοποίηση και γενικά χαοτικά περιβάλλοντα, συχνά έχουν μάθει πολλά περισσότερα για το φύλο από ότι είναι κατάλληλο. Κάποια από αυτά τα παιδιά έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά, έχουν δει σεξουαλική κακοποίηση, έχουν δει πορνογραφία ή έχουν γίνει μάρτυρες σε ενήλικες σεξουαλικές πράξεις στα σπίτια τους. Επειδή οι εγκεφαλοι των παιδιών δεν αναπτύσσονται πλήρως, δε μπορούν να έχουν την έννοια της σεξουαλικότητας με τον τρόπο που μπορούν οι ενήλικες. Επομένως, σκέψεις ή αναμνήσεις σχετικά με την ακατάλληλη σεξουαλικότητα πλημμυρίζουν και ενεργούν ως ένας τρόπος αντιμετώπισης. Αυτά τα παιδιά αναφέρονται συχνά ως "σεξουαλικά αντιδραστικά", που σημαίνει ότι αντιδρούν στις δικές τους ανθυγιεινές

εμπειρίες σεξουαλικότητας (Johnson, 2002). Όταν τα παιδιά αυτά ενεργούν σεξουαλικά, το άγχος τους μειώνεται, γεγονός που ενισχύει την ενεργητικότητα. Ως εκ τούτου, τα παιδιά με προβλήματα σεξουαλικής συμπεριφοράς πρέπει να μάθουν διαφορετικές, αποδεκτές δεξιότητες αντιμετώπισης για τη μείωση του στρες. Όταν αποκτήσουν καλές ικανότητες αντιμετώπισης του, θα μπορούν να εγκαταλείψουν τους ανθυγιεινούς τρόπους που χρησιμοποιούν, όπως τη σεξουαλικότητα. Μερικά παιδιά δείχνουν ότι είναι συγκλονισμένα από σεξουαλικές σκέψεις ή αναμνήσεις, μιλώντας συχνά για σεξ. Αυτά τα παιδιά μετατρέπουν τις μη σεξουαλικές εμπειρίες σε σεξουαλικές (Steelhammer, 2003· Mills et al., 2017).

Βέβαια, η σεξουαλική συμπεριφορά μπορεί να επηρεαστεί από πολλούς φυσιολογικούς παράγοντες, εκτός από τις πολιτιστικές και κοινωνικές πιέσεις που μπορούν να αλλάξουν γρήγορα από τη μια γενιά στην άλλη. Η κατανόηση των φυσιολογικών επιδράσεων που προκαλούν τη σεξουαλική δραστηριότητα των εφήβων, όπως οι ορμονικές, χημικές και νευρολογικές αντιδράσεις και αλλαγές, μπορεί να βοηθήσει στην ενημέρωση των παρεμβάσεων για την υποστήριξη των εφήβων στη λήψη κατάλληλων επιλογών σχετικά με τη σεξουαλική τους συμπεριφορά (Pringle et al., 2017).

Με δεδομένα τα παραπάνω, δεν εκπλήσσει το γεγονός ότι, το σχολείο, η οικογένεια, η θρησκεία, οι συμμαθητές και τα μέσα ενημέρωσης έχουν αποδειχθεί ότι ασκούν μεγάλη επιρροή. Ο ρόλος της σχολικής σεξουαλικής εκπαίδευσης φαίνεται να είναι αμφιλεγόμενος. Ένα μέρος του πληθυσμού ανησυχεί για το γεγονός ότι τα πρόωρα και ολοκληρωμένα προγράμματα σεξουαλικής εκπαίδευσης, μπορούν να ενθαρρύνουν τους μαθητές να γίνουν σεξουαλικά ενεργοί. Φαίνεται όμως ότι, δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία που να υποστηρίζουν αυτή την άποψη. Το σχολείο θεωρείται σημαντική πηγή γνώσεων σχετικά με το σεξ, την αντισύλληψη και τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, παρόλο που η αποτελεσματικότητά του στην καθυστέρηση της σεξουαλικής έναρξης και στη μείωση των ποσοστών εγκυμοσύνης στην εφηβεία παραμένει αμφισβητήσιμη. Η ανεπαρκής εκπαίδευση των εκπαιδευτικών και η έλλειψη ενδιαφέροντος για την παροχή του μαθήματος, επηρέασαν την έκβαση αυτής της εκπαίδευσης (Buston, Wight & Scott 2001· Yiu, 2010).

2.3.5 Πολιτισμικές διαφορές

Σήμερα, σε μια πολυμορφική και ποικίλη κοινωνία, τα σχολεία χαρακτηρίζονται από τον ετερογενή πληθυσμό τους ως αποτέλεσμα διαφορετικών πληθυσμών στην προέλευση και τα επίπεδα πολιτιστικής συνείδησης. Στην κοινωνία του 21^{ου} αιώνα, το σχολείο πρέπει να αντιμετωπίσει ορισμένες προκλήσεις, ιδίως την ύπαρξη διαφορετικών πολιτισμικών ταυτοτήτων στο σχολικό πλαίσιο. Πρόκειται για μια κατάσταση η οποία αποτελεί μια νέα

πρόκληση για το σχολείο και τους εκπαιδευτικούς, που πρέπει να αντιμετωπίσουν άγνωστες εκπαιδευτικές ανάγκες (Gómez, Medina & Gil, 2011).

Σε αυτή τη νέα κοινωνικό-εκπαιδευτική πραγματικότητα, διαπιστώνουμε μια κοινή επιθυμία από το διδακτικό προσωπικό, να προσαρμόσει τη διδασκαλία σε νέα δεδομένα προκειμένου να συμμορφωθεί σύμφωνα με τις ανάγκες των μειονοτήτων. Ο Leiva (2011), υποστήριξε ότι οι σχολικές αίθουσες διδασκαλίας έχουν μετατραπεί μέσα σε λίγα χρόνια από μονοπολιτιστικοί χώροι, σε πολυπολιτισμικοί, με όλες τις ευκαιρίες αλλά και τις δυσκολίες που αυτό συνεπάγεται. Είναι σαφές ότι αυτό το νέο πλαίσιο, αναγκάζει την ευαισθητοποίηση και αναγκαιότητα της εκπαίδευσης ολόκληρης της εκπαιδευτικής κοινότητας σχετικά με αυτό το ζήτημα, με σκοπό να αποφευχθεί η ανεπαρκής εκπαίδευση που θα μπορούσε να προκύψει λόγω της πολιτισμικής ποικιλομορφίας μέσα στην τάξη.

Ωστόσο, τα προβλήματα που συναντούμε στα σχολεία λόγω της ποικιλομορφίας τους, δεν εκλείπουν. Ένα από αυτά τα προβλήματα, σύμφωνα με τις συνήθεις δηλώσεις του εκπαιδευτικού προσωπικού, είναι η προσοχή στην πολιτιστική συνείδηση των μαθητών. Οι Gómez, Medina και Gil (2011) ισχυρίζονται ότι, ο εκπαιδευτικός έχει γίνει υποκινητής και διαμεσολαβητής των διαπολιτισμικών σχέσεων στο σχολείο. Για αυτό κρίνεται αναγκαία η περαιτέρω εκπαίδευση των εκπαιδευτικών. Επισημαίνουν ως βασικά χαρακτηριστικά αυτής της εκπαίδευσης: i) τη γνώση τόσο του δικού τους πολιτισμού, όσο και των άλλων, ii) τις διαπολιτισμικές μεθοδολογίες και στρατηγικές, iii) τις επικοινωνιακές ικανότητες, iv) την επίλυση συγκρούσεων, v) τη συνεργατική εργασία και μάθηση κλπ..

Ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των μεταναστευτικών οικογενειών που ζουν στην Ελλάδα, έχει αναγκάσει τους εκπαιδευτικούς, να ασχοληθούν με έναν ακόμη παράγοντα που επηρεάζει τη δυναμική της τάξης, δηλαδή τις στάσεις των μαθητών προς τους μετανάστες συμμαθητές τους, τις οικογένειές τους και τους μετανάστες γενικότερα. Η Ευρώπη έχει οδηγήσει σε εισροή μεταναστών από πολλές γειτονικές χώρες στην Ελλάδα. Λόγω του υψηλού βαθμού ομοιογένειας της Ελλάδας, η εισαγωγή νέων εθνοτικών ομάδων έχει οδηγήσει σε πολλές κοινωνικές αλλαγές, τις οποίες η ελληνική κοινωνία και το ελληνικό κράτος δε φαίνεται έτοιμο να αντιμετωπίσει. Ο Νικολάου (2000) και ο Τραβασαρού (2001) συμφωνούν ότι η σωστή προσέγγιση στην ενσωμάτωση των μεταναστών πρέπει να περιλαμβάνει τις απαραίτητες εκπαιδευτικές υπηρεσίες και την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη γι' αυτούς και οι οικογένειές τους. Για παράδειγμα, προς το σκοπό αυτό, ένα ειδικά σχεδιασμένο πρόγραμμα σπουδών θα επιτρέψει στους μετανάστες να μάθουν τη μητρική τους γλώσσα, την ιστορία και τον πολιτισμό τους, και ταυτόχρονα να ακολουθήσουν το πρόγραμμα σπουδών των Ελλήνων μαθητών και έτσι να μάθουν περισσότερα για την

κοινωνία υποδοχής τους. Τα συνεργατικά σχέδια θα βοηθούσαν τους Έλληνες μαθητές να συνειδητοποιήσουν τα οφέλη της μελέτης μαζί με τους μετανάστες συμμαθητές τους και έτσι να ελαχιστοποιήσουν την αρνητική στάση τους προς εκείνους.

Ο Δαμανάκης (1998) πρότεινε ότι κάθε σχολείο που επιδιώκει τις αρχές της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης θα πρέπει να βασίζεται στις ακόλουθες αρχές: i) ισότητα των πολιτισμών, ii) ισότητα των εκπαιδευτικών ευκαιριών και iii) ισότητα εκπαιδευτικού περιβάλλοντος για τα παιδιά από διάφορα πολιτισμικά περιβάλλοντα. Πραγματικά, ένα τέτοιο σχολείο θα ωφελήσει όχι μόνο τους μετανάστες, αλλά και τους τοπικούς μαθητές, επειδή θα μάθουν να αποφεύγουν τις διακρίσεις μεταξύ τους, δείχνοντας σεβασμό στην καταγωγή και τον πολιτισμό του εκάστοτε μαθητή, παρέχοντας σε όλους ίσες ευκαιρίες να εξερευνήσουν τον πολιτιστικό πλούτο και των διαφόρων πολιτισμών.

Ωστόσο, ένας μεγάλος αριθμός μεταναστών, αντιμετωπίζουν σχολική αποτυχία και άλλα σχολικά προβλήματα (Νικολάου, 2000). Όπως τόνισε ο Drettakis (2000), αυτοί οι μαθητές ήρθαν αντιμέτωποι με μια νέα γλώσσα και πολιτισμό χωρίς σωστό προσανατολισμό, την κατάλληλη ακαδημαϊκή διδασκαλία και την απαραίτητη διαπολιτισμική ψυχολογική υποστήριξη. Για το λόγο αυτό και αυτά τα παιδιά θεωρούνται ότι βρίσκονται σε κατάσταση επικινδυνότητας να αναπτύξουν ψυχικές δυσκολίες/προβλήματα. Καθώς δυσκολεύονται να ανταποκριθούν στις νέες συνθήκες και στις απαιτήσεις του καινούριου και αγνώστου για αυτά, κοινωνικού και σχολικού περιβάλλοντος. Τα παιδιά αυτά νιώθουν ανασφάλεια, απόρριψη, άγχος, βρίσκονται σε σύγκρουση/σύγχυση για το ποιο πολιτισμικό πλαίσιο θα επιλέξουν να ανήκουν. Όλα αυτά προκαλούν ιδιαίτερες δυσκολίες προσαρμογής των αλλοδαπών παιδιών στο νέο σχολικό περιβάλλον. Επίσης, όταν αυτές οι συνθήκες αποδειχθούν πιεστικές και καθόλου ευνοϊκές, το παιδί εκδηλώνει αντικοινωνική συμπεριφορά, απόσυρση, έντονες αντιδράσεις, προκλητική και επιθετική συμπεριφορά τόσο σε ατομικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο (π.χ. στιγματισμό, περιθωριοποίηση) (Dimakos & Tassiopoulou, 2003).

Τα σχολεία πρέπει να ενθαρρύνουν την πολιτιστική ταυτότητα, να οικοδομούν μεμονωμένα και συλλογικά μια σχέση ισότητας και εμπιστοσύνης χωρίς αποκλεισμούς. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να ενεργούμε σε συνεχή διαπολιτισμικό διάλογο, στο οποίο η συνεχής μάθηση, όπως υποστηρίζει ο Leiva (2005), θα βοηθήσει στην αναγνώριση των πολιτιστικών ριζών, με αποτέλεσμα τη δυνατότητα εισαγωγής νέων επιρροών και συνεισφορών σχετικά με το πεδίο συμμετοχής και την κοινωνική δραστηριότητα σε εκπαιδευτικά πλαίσια. Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματά κάποιων ερευνών δείχνουν ότι, σχεδόν το ήμισυ των εκπαιδευτικών (46%) δεν αισθάνονται καλά προετοιμασμένοι για την εκπλήρωση των εκπαιδευτικών

αναγκών που απορρέουν από την πολιτιστική πολυμορφία. (Pérez-Cusó, Martínez-Clares & González-Morga, 2014· Vallespir & Romey, 2006).

Οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί λόγω του ότι συναντούν μαθητές από διαφορετικούς πολιτισμούς στις τάξεις, θα πρέπει να εργάζονται όσο το δυνατόν περισσότερο και να σχεδιάζουν τα μαθήματά τους προσαρμοσμένα στις εκάστοτε ανάγκες των μαθητών. Αυτό θα μπορούσε να επετευχθεί με την πλήρη γνώση της κάθε πολιτιστικής ταυτότητας, με σκοπό να διακρίνονται τα ξεχωριστά και ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε μαθητή ούτως ώστε να μπορέσει να γίνει σωστή η διδασκαλία μικτών τάξεων. Το σχολείο είναι ένας προνομιούχος χώρος για την προώθηση διαπολιτισμικών ικανοτήτων, όπως η ικανότητα εκμάθησης και ο σεβασμός των πολιτισμικών διαφορών (Contini & Maturo, 2010· Giovannini, 2008).

2.3.6 Μετάβαση σε νέες καταστάσεις

Η μετάβαση των μαθητών και μαθητριών από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο είναι μια περίοδος πολύ σημαντική για τη ζωή των παιδιών. Το πέρασμα από ένα σταθερό και συνήθως πολύ ανεκτικό πλαίσιο, όπως αυτό του Δημοτικού, σε ένα περισσότερο απαιτητικό, όπως αυτό του Γυμνασίου, ενέχει κινδύνους και εκπλήξεις. Είναι ένα σημαντικό γεγονός της ζωής αυτών των παιδιών και αναπαριστά μια δυναμική κατάσταση αλλαγής που ενδέχεται να έχει θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα (Sirsch, 2003). Ως μετάβαση νοείται η χρονική εκείνη περίοδος αλλαγής εκπαιδευτικής βαθμίδας, που θέτει συγκεκριμένες προκλήσεις ή/και απειλές για την «ευεξία» των εφήβων σε διάφορους τομείς της ακαδημαϊκής και κοινωνικής τους ζωής (Sirsch, 2003).

Ωστόσο, η εν λόγω περίοδος δεν είναι πάντα μια ομαλή και «ανέφελη» διαδικασία. Ανυπολόγιστες είναι οι περιπτώσεις μαθητών και μαθητριών που αντιμετωπίζουν διάφορα και πολλές φορές σημαντικά προβλήματα με την έναρξη της νέας σχολικής χρονιάς στο Γυμνάσιο. Οι αλλαγές αυτές μπορεί να είναι απέναντι: α) στους εκπαιδευτικούς και την παιδαγωγική σχέση, β) στους συμμαθητές τους, γ) στα διδακτικά αντικείμενα και τις δυνατότητές τους να ανταπεξέλθουν και δ) στην ίδια τη μαθησιακή διαδικασία και την οργάνωση του τρόπου δουλειάς στο Γυμνάσιο (Μπότσας, Κωτούλας & Μπότσας, 2012).

Αναλυτικότερα, είναι μια κρίσιμη περίοδος για τους μαθητές, λόγω: i) της προσπάθειας προσαρμογής τους σε ένα νέο και άγνωστο περιβάλλον, ii) την ψυχολογική δυσχέρεια και iii) τις αναπτυξιακές αλλαγές (Lyons & Woods, 2012). Πρόκειται για δυσκολίες, οι οποίες είναι πιθανόν με τη σειρά τους να προκαλέσουν διάφορα προβλήματα στην ψυχική υγεία των μαθητών, οι οποίοι μπορεί να βιώσουν διάφορες αρνητικές επιπτώσεις κατά τη διάρκεια της μετάβασης, συμπεριλαμβανομένου του άγχους και του φόβου. Σύμφωνα με τους Shoshani

και Slone (2013), οι μαθητές που μεταβαίνουν από την Δημοτικό στο Γυμνάσιο, επιδεικνύουν μια πτώση της αυτοεκτίμησης τους, η οποία επιφέρει χαμηλότερα επιτεύγματα και ακαδημαϊκές ικανότητες, οδηγώντας επακόλουθα στην αύξηση του άγχους. Ο Choi (2012), δήλωσε πως οι μαθητές που μεταβαίνουν σε ένα νέο σχολείο, αισθάνονται το φόβο της θυματοποίησης κάποιου σχολικού εκφοβισμού που μπορεί να συναντήσουν, ανησυχούν για το άγνωστο περιβάλλον στο οποίο καλούνται να προσαρμοστούν και ανησυχούν ακόμη, για τις νέες απαιτητικές ακαδημαϊκές προκλήσεις που θα συναντήσουν.

Παρά ταύτα, οι μαθητές βιώνουν ακόμη, έντονα συνήθως την πολυπλοκότητα των εξωτερικών τους αλλαγών που εμφανίζονται στο σώμα τους, το οποίο δύναται να αλλάζει συνεχώς, καθώς ξεκινά η εφηβεία (Dillon, 2008). Οι Bender και Williford (2013), δήλωσαν ότι οι νέοι αντιμετωπίζουν μια σειρά σωματικών και συναισθηματικών αλλαγών κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου και η μετάβαση που προκύπτει από το Δημοτικό, στο Γυμνάσιο είναι περίπλοκη για πολλούς μαθητές. Η περίοδος αυτή γενικά απαιτεί από τους μαθητές να μετακινηθούν από ένα μικρό και υποστηρικτικό σχολείο, σε ένα μεγαλύτερο και λιγότερο προσωπικό εκπαιδευτικό περιβάλλον. Επίσης, σημαίνει ότι πρέπει να δημιουργήσουν νέες φιλίες σε μια εποχή που η αποδοχή από ομότιμους είναι εξαιρετικά σημαντικό. Σύμφωνα με τον Choi (2012), οι μαθητές της έκτης τάξης μπορεί να αισθάνονται ανήσυχοι για τη μετέπειτα σύναψη φιλιών. Οι μαθητές του Δημοτικού, αντιμετωπίζουν πολλές νέες αλλαγές από ένα ευρύτερο περιβάλλον, αλλάζοντας τις τάξεις με διαφορετικούς εκπαιδευτικούς, οι οποίοι έχουν νέες και διαφορετικές προσδοκίες από εκείνους. Οι μαθητές μπορεί να κατακλύζονται από άγχος και φόβο, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η εμφάνιση της κατάθλιψης και μια πτώση της αυτοεκτίμησης (Akos, 2006). Μια ακόμη ανησυχία για ορισμένους μαθητές του Δημοτικού, είναι η συνάντηση με τους μεγαλύτερους μαθητές του Γυμνασίου, καθώς θέλουν να γίνουν αποδεκτοί και να αισθάνονται το αίσθημα του «ανήκειν». Σύμφωνα με μια έρευνα που διεξήχθη το 2006, έγινε αντιληπτό ότι τις περισσότερες φορές, οι μαθητές του Δημοτικού, όταν μεταβαίνουν στο Γυμνάσιο, δυσκολεύονται να κάνουν φίλους και βιώνουν συναισθήματα μοναξιάς (Hill & Mobley, 2016).

Χωρίς όμως την εκδήλωση της ατομικής και συλλογικής προσπάθειας η αντιμετώπιση του προβλήματος καθίσταται δυσχερής. Τα σχολεία μπορούν να κάνουν τη μετάβαση ευκολότερη και πιο άνετη με τη δημιουργία ενθουσιασμού και την παροχή ευκαιριών για τους μαθητές να περιοδεύσουν και να εξερευνήσουν το Γυμνάσιο πριν από την έναρξή του. Η εφαρμογή ενός τέτοιου μεταβατικού προγράμματος, μπορεί να είναι επωφελές για τους μελλοντικούς μαθητές της Δευτεροβάθμιας πλέον εκπαίδευσης, οδηγώντας σε αύξηση της φοίτησης των μαθητών, στην ακαδημαϊκή βελτίωση και τόνωση της πειθαρχίας (Bru, Stornes,

Munthe & Thuen, 2010). Εν κατακλείδι, η ικανότητα των εκπαιδευτικών να υποστηρίζουν τους μαθητές είναι ένα κρίσιμο στοιχείο για την ποιοτική μάθηση του περιβάλλοντος. Οι μαθητές που αισθάνονται ότι υποστηρίζονται από τους εκπαιδευτικούς, έχουν βρεθεί έχοντας θετικό προσανατολισμό προς τη σχολική εργασία και αντιμετωπίζουν θετικές κοινωνικές και συναισθηματικές εμπειρίες (Bru, Stornes, Munthe & Thuen, 2010·Hanewal, 2013).

2.3.7 Σχολικός εκφοβισμός/Bullying

Ο εκφοβισμός/θυματοποίηση (Bullying), είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο και οι συνέπειες που προκαλεί στα παιδιά μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη και γενικά την ψυχική τους υγεία. Αρχικά, προκαλεί δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχολογία των θυμάτων, συμπεριλαμβανομένων των προβλημάτων ψυχικής υγείας όπως: το άγχος, την κατάθλιψη, τον αυξημένο κίνδυνο αυτοτραυματισμού και την προσπάθεια ή την ολοκλήρωση της αυτοκτονίας κάποιες φορές. Έπειτα, αρκετές μελέτες έχουν αναφέρει μακροπρόθεσμες σχέσεις μεταξύ εκφοβισμού και προβλημάτων ύπνου, ευερεθιστικότητας, έλλειψη συγκέντρωσης και σωματικές ενοχλήσεις, όπως ο μυϊκός-σκελετικός πόνος και η κόπωση (Arseneault, Bowes & Shakoor, 2010·Bowling & Beehr, 2006·Nielsen & Einarsen, 2012). Μέσω ακόμη διαφορών ερευνών, απορρέει το συμπέρασμα ότι, ο εκφοβισμός πιθανότατα αποτελεί την αιτία για τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες που μπορεί να εμφανιστούν στην εφηβική ή ενήλικη ζωή κάποιου ατόμου. Οι επιπτώσεις στην υγεία μπορεί να διαρκέσουν στην πρώιμη ενηλικίωση ή ακόμη και στη μέση ζωή (Birkeland Nielsen, Tangen, Idsoe, Matthiesen & Magerøy, 2015·Takizawa, Maughan & Arseneault, 2014).

Η συσχέτιση μεταξύ εκφοβισμού και κακής ψυχολογικής υγείας μπορεί να λειτουργήσει και προς τις δύο κατευθύνσεις. Ο Fekkes και συν (2006), διαπίστωσαν ότι τα θύματα του εκφοβισμού είχαν σημαντικά μεγαλύτερες πιθανότητες ψυχοσωματικών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν είχαν εκφοβισθεί. Επιπρόσθετα, τα παιδιά με συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, είχαν περισσότερες πιθανότητες να εκφοβιστούν (Fekkes, Pijpers, Fredriks, Vogels & Verloove-Vanhorick, 2005). Έρευνες έδειξαν ότι, τα αγόρια είναι πιο πιθανό να εμπλέκονται σε εκφοβισμό, είτε ως θύτες είτε ως θύματα, από τα κορίτσια (Kaltiala-Heino et al., 2000·Nansel et al., 2001·Rigby, 2000·Seals & Young, 2003).

Αξίζει να τονιστεί ότι, τα παιδιά ενδέχεται να εκφοβίζονται για διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένης της εμφάνισής τους, της ομιλίας του, ή της έλλειψης μηχανισμών αντιμετώπισης που κατέχουν. Σύμφωνα με μια έρευνα που διεξήχθη στη Σουηδία το 2014, ο παράγοντας που ευνοεί κυρίως τον εκφοβισμό, είναι αρχικά η έλλειψη ασφαλούς σχολικού περιβάλλοντος, καθώς υπερισχύει η άποψη μεταξύ των μαθητών στα σχολεία, ότι δεν τους

παρέχεται η απαραίτητη προστασία στην περίπτωση που βρεθούν στο στόχαστρο κάποιου εκφοβισμού. Στην παρούσα έρευνα, οι μαθητές δηλώσαν ότι δεν αισθάνονται σίγουροι για την ικανότητα των εκπαιδευτικών του σχολείου να τους στηρίξουν σε μια τέτοια κατάσταση. Επίσης, μερικοί μαθητές ανησυχούν για την τιμωρία που επρόκειτο να υποστούν, αν αναφέρουν τέτοιες συμπεριφορές σε κάποιον εκπαιδευτικό του σχολείου. Οι εκπαιδευτικοί του σχολείου δήλωσαν με τη σειρά τους ότι, διστάζουν να αναφερθούν στον εκφοβισμό, εξαιτίας των αρνητικών αντιλήψεων που αντιμετωπίζει κάποιος γονιός όταν αντιμετωπίζονται τέτοια θέματα μεταξύ συμμαθητών στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος (Birkeland Nielsen, Tangen, Idsoe, Matthiesen & Magerøy, 2015).

2.4 Η ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΖΗΤΗΜΑΤΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΤΟΥΣ

2.4.1 Οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την ετοιμότητα και το ρόλο τους

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι πεποιθήσεις και οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών όσον αφορά τα ζητήματα ψυχικής υγείας, επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους μέσα στην τάξη. Εάν ένας εκπαιδευτικός έχει μια δυσμενή στάση απέναντι στο ρόλο τους ως αξιολογητή ψυχικής υγείας ή αισθάνεται ότι δεν έχει καμία επιρροή στη δημιουργία ενός επιθυμητού αποτελέσματος (δηλαδή του μαθητή που χρειάζεται υπηρεσίες ψυχικής υγείας), είναι απίθανο να αξιολογήσει και να αναφέρει μαθητές με προβλήματα ψυχικής υγείας (Rothi, Leavey & Best, 2008).

Επιπροσθέτως, οι Rothi et al. (2008) διερεύνησαν τις ανησυχίες που διέπουν τους εκπαιδευτικούς σχετικά με την ευθύνη τους στη διαχείριση της ψυχικής υγείας των μαθητών τους στην τάξη. Τα ευρήματα, υποδεικνύουν ότι ενώ οι εκπαιδευτικοί αισθάνονται ότι έχουν την ευθύνη να μπουν στο ρόλο του «αξιολογητή» ψυχικής υγείας, ανησυχούν ταυτόχρονα για τη φύση των ευθυνών τους, διότι αισθάνονται ανεπαρκώς προετοιμασμένοι να υποστηρίξουν αυτό το ρόλο. Οι Loades και Mastrogiannopoulou (2010), ανακάλυψαν ότι οι εκπαιδευτικοί παρουσιάζουν ορισμένες προκαταλήψεις. Οι δάσκαλοι λόγου χάρη, πίστευαν ότι τα συμπτώματα συμπεριφοράς ήταν πιο σοβαρά από τις συναισθηματικές διαταραχές (Kelleher, 2014).

Αποτελεί κοινή παραδοχή πως ο εκπαιδευτικός σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης έρχεται αντιμέτωπος με προβληματικές συμπεριφορές μαθητών που πηγάζουν από διαφορετικές αιτίες. Ένα από τα βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι εκπαιδευτικοί είναι, η διαχείριση των ήπιων ή πιο σοβαρών καθημερινών προβλημάτων συμπεριφοράς στο πλαίσιο της τάξης, όπως για παράδειγμα η διαχείριση του στρες. Δεδομένα ερευνών δείχνουν ότι οι αποκλίσεις και οι διαταραχές στη συμπεριφορά των παιδιών στο σχολείο, αποτελούν βασικές πηγές άγχους και ανησυχίας για τους εκπαιδευτικούς. Αυτό σημαίνει ότι οι εκπαιδευτικοί δεν είναι επαρκώς ενημερωμένοι, για να αντιμετωπίσουν τους μαθητές τους που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς. Ο ρόλος του εκπαιδευτικού, όχι μόνο στην εκπαιδευτική πορεία των μαθητών, αλλά και στην ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους, καθίσταται σημαντικός. Οι μαθητές στο σχολείο αξιολογούνται τόσο ως προς την επίδοσή τους που θα συμβάλει στην ακαδημαϊκή επιτυχία, όσο και ως προς τη συμπεριφορά τους. Παρόλο που, η επίδοση των μαθητών (αίτια και παράγοντες αποτυχίας ή επιτυχίας) έχει απασχολήσει την έρευνα και τους κοινωνικούς επιστήμονες, δε συμβαίνει το ίδιο με την κοινωνική συμπεριφορά τους (Νικολάου, 2007). Για την αντιμετώπιση της παραπάνω

συμπεριφοράς καθοριστικό ρόλο παίζουν το κλίμα της τάξης και οι παρεμβάσεις του εκπαιδευτικού. Μια συμπεριφορά είναι προβληματική ή διαταραγμένη ή ανεπιθύμητη, όταν ενοχλεί το ίδιο το παιδί ή τον περίγυρό του και προκαλεί δυσάρεστα συναισθήματα στο ίδιο ή στα πρόσωπα του περιβάλλοντός του (Πουρσανίδου, 2015).

Δεν πρέπει να λησμονούμε ακόμη ότι 1 στα 5 παιδιά κινδυνεύουν να παρουσιάσουν διανοητικά, συναισθηματικά ή συμπεριφορικά προβλήματα (Π.Ο.Υ., 2004). Τα σχολεία είναι ο κύριος χώρος για παροχή υπηρεσιών σε παιδιά με προβλήματα ψυχικής υγείας (Stormont et al., 2010·White & Kratochwill, 2005). Ωστόσο, τα σχολεία σήμερα στερούνται συστηματικών και συντονισμένων προσπάθειών για την κάλυψη των αναγκών ψυχικής υγείας των μαθητών παρά το γεγονός, ότι είναι το κύριο σύστημα για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε αυτούς (Rones & Hoagwood, 2000·Walker, 2004). Αυτό είναι απογοητευτικό επειδή, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός παρεμβάσεων για την πρόληψη ή τη βελτίωση συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων, που δυστυχώς τείνει να μην εφαρμόζεται (Greenberg et al., 2003·Greenwood et al., 2008·Hoagwood et al., 2007). Αυτές οι παρεμβάσεις, έχουν οριστεί ως *«θεραπευτικές προσεγγίσεις, οι οποίες έχουν διερευνηθεί συστηματικά και έχουν αποδειχθεί ότι έχουν θετική διαφορά στα παιδιά»* (Association for Children's Mental Health, 2004).

Ωστόσο, δεν είναι σαφές εάν οι εκπαιδευτικοί χρησιμοποιούν αυτές τις θεραπευτικές προσεγγίσεις για να αυξήσουν τις γνώσεις τους σχετικά με τις διαθέσιμες παρεμβάσεις. Η γνώση των προγραμμάτων και των πρακτικών που βασίζονται σε στοιχεία είναι σημαντική, ακόμη και αν οι εκπαιδευτικοί δεν υλοποιήσουν συγκεκριμένες παρεμβάσεις. Ορισμένα προγράμματα παρέμβασης ενδέχεται να είναι πιο κατάλληλα για την εφαρμογή από έναν άλλο επαγγελματία, όπως ένας σχολικός ψυχολόγος ή σχολικός σύμβουλος (Greenberg et al., 2001). Επιπλέον, οι εκπαιδευτικοί είναι βασικοί εκτελεστές στις τρέχουσες προσπάθειες πρόληψης. Τα σχολεία σε ολόκληρη τη χώρα υιοθετούν συστήματα σχολικής υποστήριξης θετικής συμπεριφοράς, τα οποία περιλαμβάνουν τη δημιουργία βαθμίδων υποστήριξης με αυξανόμενα επίπεδα έντασης για την πρόληψη ή τη βελτίωση προβλημάτων συμπεριφοράς (Horner et al., 2009·Melisa, Reinke & Kerman, 2011·Scott, 2001).

Μολαταύτα, τα παιδιά με επιθετικά ή αντικοινωνικά πρότυπα συμπεριφοράς δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της σχολικής ζωής και των κανόνων της σχολικής τάξης. Η όλη συμπεριφορά τους προκαλεί αρνητικές αντιδράσεις στους συμμαθητές τους και στον εκπαιδευτικό. Οι αρνητικές αλληλεπιδράσεις που βιώνουν οι μαθητές αυτοί αρχικά μέσα στην οικογένειά τους και στη συνέχεια στο σχολείο, επηρεάζουν το συναισθηματικό τους κόσμο και εξαιτίας αυτών, κατακλύζονται από αρνητικά συναισθήματα.

Δυστυχώς, δεν είναι λίγοι οι εκπαιδευτικοί που απαντούν επιθετικά σε ένα επιθετικό παιδί αγνοώντας ότι επιδεινώνουν έτσι την ήδη επιβαρυνμένη κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο μαθητής. Αντιμετωπίζουν εχθρικά τους μαθητές που τους προκαλούν «προβλήματα στην τάξη», χρησιμοποιώντας αρνητικές στρατηγικές, όπως: τιμωρίες, αποπομπή του μαθητή από την τάξη κλπ., με σκοπό την τροποποίηση της προβληματικής συμπεριφοράς, οι οποίες συχνά καταλήγουν στην αναστολή της φοίτησης των μαθητών (Goodman & Burton, 2010·Hudson-Baker, 2005). Δεν εκλείπουν και οι περιπτώσεις όπου ορισμένοι εκπαιδευτικοί, προάγουν την αντίδραση, την απέχθεια, την αποστροφή των μαθητών τους για το σχολικό περιβάλλον και την περιθωριοποίησή τους (Roache & Lewis, 2011), δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι οι εχθρικές, κριτικές και τιμωρητικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ του εκπαιδευτικού και των εν λόγω μαθητών. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις με τη σειρά τους μπορεί να επηρεάσουν τις σχέσεις των «προβληματικών» παιδιών με τους συμμαθητές τους και να προκαλέσουν την έλλειψη αποδοχής τους από τους συνομηλίκους (Koundourou, 2012·Lannie & McCurdy, 2007· Roache & Lewis, 2011).

Σύμφωνα με τους Hughes, Cavell & Jackson (1999), η απόρριψη από τους συμμαθητές συμβάλλει στη σταθεροποίηση των προβλημάτων συμπεριφοράς και μιας περισσότερο αυξητικής πορείας τους. Άλλοι παράγοντες που λειτουργούν επιβαρυντικά στη διαχείριση προβλημάτων της τάξης, είναι οι στερεοτυπικές στάσεις των εκπαιδευτικών έναντι των μαθητών αυτών. Δεν είναι όμως λίγες οι φορές, που οι μαθητές αυτοί είναι ο εύκολος στόχος και όλα τα «ρίχνουμε σ' αυτούς ακόμη και όταν οι ίδιοι δεν ευθύνονται». Η πεποίθηση ορισμένων εκπαιδευτικών ότι ο κακός χαρακτήρας των μαθητών αυτών δεν αλλάζει και ότι οι αιτίες των συμπεριφορών τους είναι εγγενείς ή ότι ευθύνεται η οικογένεια τους, τους κάνει να αποποιούνται κάθε ευθύνη.

Δεν είναι λίγοι οι εκπαιδευτικοί, που δίνουν μεγάλη βαρύτητα στη διδακτική διαδικασία και μάθηση και θεωρούν πάρεργο την ενασχόλησή τους με τα προβλήματα διαχείρισης της σχολικής τάξης. Η θεωρία της κοινωνικής ετικέτας, οι αρνητικοί χαρακτηρισμοί δηλαδή που αποδίδονται από τους εκπαιδευτικούς στους μαθητές τους, έχουν σοβαρές συνέπειες στη συμπεριφορά τους. Σύμφωνα με τις κοινωνικό-οικολογικές θεωρίες, οι αλληλεπιδράσεις του εκπαιδευτικού με τους μαθητές που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς μπορούν να διαμορφώσουν τις αντιλήψεις και τη συμπεριφορά των συμμαθητών τους, οι οποίες με τη σειρά τους επηρεάζουν την προσαρμογή εκείνων στο σχολείο (Brofenbrenner, 1979). Ως εκ τούτου, οι συνομήλικοι παίζουν έναν σπουδαίο ρόλο στη σχολική, ακαδημαϊκή και κοινωνικό-συναισθηματική προσαρμογή αυτών των παιδιών. Οι διαπροσωπικές σχέσεις του εκπαιδευτικού με τους μαθητές και των μαθητών μεταξύ τους, διαμορφώνουν το

ψυχοκοινωνικό κλίμα μέσα στην τάξη. Η παιδαγωγική πράξη αποκτά υπόσταση μέσα από την άμεση και διαπροσωπική επικοινωνία μεταξύ παιδαγωγού και παιδαγωγουμένου (Scanlon & Barnes, 2013).

Έχει διαπιστωθεί από έρευνες, ότι οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις στην τάξη και στο σχολείο γενικότερα, δεν ευνοούν μόνο την προσωπική ανάπτυξη των μαθητών, αλλά συμβάλλουν επίσης στην ανάπτυξη της πειθαρχίας μέσα στη σχολική μονάδα και στην τάξη (Lambert & McCombs, 1998). Γενικότερα, οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τους μαθητές με προβλήματα συμπεριφοράς, επηρεάζει την ένταξή τους και οι πολιτικές ένταξης που εφαρμόζονται συνδέονται άρρηκτα, με τις πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών (Goodman & Burton, 2010· Scanlon & Barnes, 2013· Πουρσανίδου, 2015).

2.4.2 Ο ρόλος των εκπαιδευτικών στην αναγνώριση και αντιμετώπιση ζητημάτων ψυχικής υγείας των μαθητών τους

Οι εκπαιδευτικοί όλων των βαθμίδων γνωρίζουν ότι η διδασκαλία είναι μια δύσκολη και απαιτητική διαδικασία. Τα προβλήματα συμπεριφοράς που εκδηλώνουν οι μαθητές, μπορούν να διαταράξουν το κλίμα στη σχολική τάξη, να «σπαταλήσουν» το διδακτικό χρόνο, να εξουθενώσουν τον εκπαιδευτικό και συνεπώς να επηρεάσουν τη μαθησιακή διαδικασία καθώς και την κοινωνική και ακαδημαϊκή ανάπτυξη τους. Οι συμπεριφορές που παρουσιάζουν δυσκολίες στη διαχείρισή τους ποικίλλουν, περιλαμβάνοντας το άγχος, τη μοναχικότητα-απόσυρση, την επιθετικότητα, την παραβατικότητα κ.ά. (Jull, 2008· Oliver & Reschly, 2010).

Οι επαγγελματίες του σχολείου πρέπει να είναι έτοιμοι να στηρίξουν τα παιδιά με συναισθηματικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς. Οι εκπαιδευτικοί ειδικότερα, θα πρέπει να γνωρίζουν τους πόρους που παρέχονται από το σχολείο τους, καθώς και τις διαθέσιμες πρακτικές που βασίζονται σε τεκμήρια για την υποστήριξη των παιδιών με προβλήματα συμπεριφοράς. Είναι ζωτικής σημασίας, όλοι οι εκπαιδευτικοί να επικεντρωθούν στη λήψη πιο ενημερωμένων αποφάσεων σχετικά με τον τρόπο χρήσης των σχολικών πόρων. Πολύ συχνά, τα σχολεία χρησιμοποιούν πολύτιμους πόρους για προγράμματα που δεν διαθέτουν στοιχεία που να υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητά τους. Σε ορισμένες δηλαδή περιπτώσεις, τα σχολεία χρησιμοποιούν προγράμματα που έχουν αρνητικές επιπτώσεις στα παιδιά (Lilienfeld, 2007).

Το πρώτο βήμα που πρέπει να λάβουν τα σχολεία όταν καθορίζουν την τρέχουσα χρήση των πρακτικών βασισμένων σε αποδεικτικά στοιχεία, είναι η συλλογή δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων αξιολόγησης των αναγκών. Τα σχολεία μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα δεδομένα για να προσδιορίσουν αν αυτά είναι ικανά να ικανοποιήσουν

τις ανάγκες των μαθητών στον τομέα της συναισθηματικής και συμπεριφορικής υγείας. Είναι σημαντικό να διατηρούνται πληροφορίες για τα είδη των προβλημάτων που έχουν τα παιδιά, με σκοπό να καθοδηγήσουν τις ανάγκες της επαγγελματικής τους εξέλιξης. Είναι επίσης σημαντικό, να προσφέρεται επαγγελματική εξέλιξη για το στοχευόμενο προσωπικό, ώστε να αναπτύξει μεγαλύτερη εμπειρογνωμοσύνη για να ανταποκριθεί στις συγκεκριμένες ανάγκες ενός σχολείου. Οι εκπαιδευτικοί αντιμετωπίζουν όλο και περισσότερο πολλές προκλήσεις σε ένα ευρύ φάσμα τομέων, κυρίως εκείνων που σχετίζονται με τα προβλήματα συμπεριφοράς και την ψυχολογική ευημερία των μαθητών τους (Starmont, Reinke & Herman, 2011).

Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι εκπαιδευτικοί μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά τους μαθητές που διατρέχουν κίνδυνο ή αντιμετωπίζουν δυσκολίες, όταν καθοδηγούνται επαρκώς και υποστηρίζονται από καλά εκπαιδευμένους σχολικούς συμβούλους. Οι καταστροφικές ή προκλητικές συμπεριφορές, οι αναπτυξιακές διαταραχές, οι μαθησιακές δυσκολίες, ο εκφοβισμός και η σχολική βία είναι κάποια από τα κύρια προβλήματα που εκδηλώνονται από τους μαθητές, απειλώντας την ψυχική διάθεση στο σύγχρονο εκπαιδευτικό πλαίσιο. Το ποσοστό των παιδιών που χρειάζονται υποστήριξη συμβουλευτικής και παρέμβασης στα σχολεία ποικίλλει (από 3 έως 25%) ανάλογα με τη σοβαρότητα και την επιμονή της δυσκολίας ή της πρόκλησης συμπεριφοράς (Simpson & Mundschenk, 2012). Οι εξαιρετικά δύσκολες συμπεριφορές που οι εκπαιδευτικοί δεν είναι σε θέση να διαχειριστούν συνήθως, οδηγούν σε αντιφατικές καταστάσεις και ακατάλληλες πρακτικές, παγιδεύοντας την κακή συμπεριφορά των «προβληματικών» μαθητών (Kourkoutas & Giovazolou, 2015).

Άλλη έρευνα έχει αποδείξει ότι μια θετική σχέση με τους εκπαιδευτικούς δυνατόν να μειώσει σημαντικά τις συμπεριφορικές και ψυχοκοινωνικές δυσκολίες των παιδιών και να στοχεύσει στην προαγωγή της ψυχικής τους υγείας (Jennings & Greenberg, 2009·Rohner, 2010·Sutherland, Lewis-Palmer, Stichter & Morgan, 2008). Εντούτοις, είναι σαφές ότι η συναισθηματική ικανότητα των εκπαιδευτικών παίζει σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματική διδασκαλία (π.χ. πρόληψη της εξάντλησης, συμβολή στη μάθηση και απόδοση των μαθητών) (Richardson & Shupe, 2003). Δεν υπάρχει πιο σαφής μέθοδος από αυτή για την ενίσχυση αυτών των ικανοτήτων (Hen & Sharabi-Nov, 2014). Ο Gibbs (2003), ισχυρίστηκε ότι οι εκπαιδευτικοί πρέπει αρχικά να αναπτύξουν την ικανότητα άσκησης ελέγχου στον εσωτερικό τους κόσμο (συναισθήματα, σκέψεις και αισθήματα), με σκοπό να βελτιώσουν τις ικανότητές διδασκαλίας τους. Οι δάσκαλοι μπορούν να παράσχουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη συμπεριφορά και τη λειτουργία τους και να βοηθήσουν τους επαγγελματίες να σχεδιάσουν κατάλληλες παρεμβάσεις (Kourkoutas & Giovazolou, 2015).

Είναι γνωστό ότι τα παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς, παρουσιάζουν μεγάλη ετερογένεια ως προς το γνωστικό, συναισθηματικό, κοινωνικό, οικογενειακό επίπεδο και ως εκ τούτου καθένα από αυτά χρήζει διαφορετικής αντιμετώπισης και παρέμβασης με απώτερο στόχο την ενσωμάτωσή τους στην τάξη. Βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τη λειτουργία της τάξης (Κουρκούτας, 2007) είναι: • η δημιουργία θετικού κλίματος στην τάξη, • η δημιουργία εξατομικευμένων σχέσεων εμπιστοσύνης με τα παιδιά που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς, • η αποφυγή στιγματισμού, • η οριοθέτηση κανόνων και η συμμετοχή των μαθητών στη διαμόρφωσή τους, • η συνεχής αναφορά στους κανόνες, • οι σταθερές επιβραβεύσεις, • η ευελιξία στη χρήση συμπεριφορικών μεθόδων, • η αποδραματοποίηση, • η χρήση χιούμορ, • η προώθηση των δεξιοτήτων και των διαπροσωπικών σχέσεων του παιδιού που παρουσιάζει προβλήματα συμπεριφοράς, • η γνώση του χαρακτήρα και της ψυχολογίας των παιδιών και • η επαρκής πληροφόρηση της οικογένειας αναφορικά με τα προβλήματα του παιδιού. Εύλογα προκύπτει από τις προαναφερθείσες βασικές αρχές ότι η στάση του εκπαιδευτικού απέναντι στους μαθητές με προβλήματα συμπεριφοράς είναι καθοριστικής σημασίας, διότι ο ίδιος έρχεται σε καθημερινή επαφή με αυτούς και συνεπώς είναι σε θέση να διαχειριστεί τις αδυναμίες και τις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Βεβαίως, τα παραπάνω προϋποθέτουν την επιστημονική του κατάρτιση και τη συνεχή επιμόρφωσή του (Πουρσανιδού, 2015).

Σύμφωνα με τους Roache & Lewis (2011), τα μοντέλα διαχείρισης της σχολικής τάξης και της συμπεριφοράς των μαθητών είναι: i) το προσανατολισμένο στον εκπαιδευτικό, με ανταμοιβές και τιμωρίες ως ενισχυτές των προσδοκιών του εκπαιδευτικού ii) το προσανατολισμένο στο μαθητή, που με την αυτορρύθμιση του ο ίδιος αναπτύσσει υπεύθυνη συμπεριφορά και iii) το προσανατολισμένο στην ομάδα, όπου η λήψη των αποφάσεων γίνεται από τους μαθητές με την καθοδήγηση του εκπαιδευτικού. Η εμπλοκή των μαθητών στο μάθημα, συνεπάγεται τη μείωση των προβλημάτων συμπεριφοράς και πειθαρχίας. Μέθοδοι διδασκαλίας, οι οποίες έχουν ως κύρια χαρακτηριστικά την αυθεντία του εκπαιδευτικού και την ατομική προσπάθεια των μαθητών, έχουν περισσότερες πιθανότητες να συνδεθούν με προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς (Χρηστάκης, 2011). Γι' αυτό το λόγο, η ομαδοσυνεργατική διδασκαλία θεωρείται αποτελεσματική, διότι εξασφαλίζει αυθεντικές καταστάσεις προβληματισμού και επικοινωνίας, που συνεπάγονται με την κινητοποίηση και την εμπλοκή των μαθητών. Δηλαδή, οι μαθητές μαθαίνουν πώς να συνεργάζονται, γεγονός που περιορίζει δραστικά τα προβλήματα συμπεριφοράς. Με τη συμμετοχή τους στην ομάδα, ενισχύεται η αυτοπεποίθησή τους και αποκτούν θετικά συναισθήματα, που έχουν αντίκτυπο

στη συμπεριφορά τους μέσα στην τάξη και στη μαθησιακή διαδικασία. Η αξία της αποδοχής και του «ανήκειν» σε μια ομάδα είναι αναφαίρετο δικαίωμα του καθενός και με αυτήν την έννοια, η ένταξη των μαθητών με συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες, όπως και κάθε άλλης ιδιαίτερης ομάδας, καθίσταται επιτακτική. Πρέπει να επισημάνουμε ότι μέσα στη σχολική τάξη διαμορφώνεται η προσωπικότητα και συντελείται η κοινωνικοποίηση των μαθητών. Για τον λόγο αυτό, ο εκπαιδευτικός πρέπει να ενεργοποιεί μέσα στην τάξη εκείνες τις συμπεριφορές που θα βοηθήσουν τους μαθητές να έχουν καλύτερη επίδοση στα μαθήματά τους και να επιτύχουν στον μέγιστο βαθμό την ομαλή προσαρμογή (Gal et al., 2010).

Συγχρόνως, ο εκπαιδευτικός, λόγω του πολυσήμαντου και πολυποίκιλου ρόλου του, είναι ο πρώτος που πρέπει να τηρήσει τέτοια στάση απέναντι στο μαθητή που λειτουργεί τονωτικά για το «εγώ» του. Πρέπει να του δημιουργήσει το αίσθημα εμπιστοσύνης και την αίσθηση αυτοελέγχου, εφόσον αποτελεί ένα είδος προτύπου ταύτισης. Η συμπεριφορά του, τα λόγια του, το ύφος του, οι τεχνικές που χρησιμοποιεί απέναντι στο «προβληματικό» παιδί, είτε του προσφέρουν μία θετική ψυχολογική ώθηση που το παρακινεί να προσπαθεί, είτε το ετικετοποιεί και το οδηγεί στην απόρριψη και στην αποτυχία. Σε κάθε περίπτωση, η επικοινωνία μεταξύ εκπαιδευτικού και μαθητών αποτελεί βασικό γνώρισμα της αλληλεπίδρασης στο πλαίσιο της παιδαγωγικής σχέσης. Οι εκπαιδευτικοί, συνήθως, αναπτύσσουν ποικίλες τακτικές και τρόπους για να επικοινωνούν. Ο εκπαιδευτικός προκειμένου να αναπτύξει θετικό επικοινωνιακό κλίμα, πρέπει να αναπτύξει δεξιότητες αποστολής και λήψης μηνυμάτων. Τα μηνύματα που αποστέλλει πρέπει να είναι σαφή, να αναφέρονται στο παρόν και να ανατροφοδοτούν κάθε μορφή συμπεριφοράς των μαθητών, θετική ή αρνητική (Πουρσανίδου, 2015).

Όσον αφορά τις δεξιότητες λήψης μηνυμάτων από τους μαθητές, ο εκπαιδευτικός, πρέπει να αναπτύξει τις δεξιότητες της προσεκτικής ακρόασης και της συναισθηματικής κατανόησης (empathy). Η πρώτη θα του επιτρέψει να έχει ολοκληρωμένη εικόνα του μαθητή, ενώ η δεύτερη θα καταστήσει δυνατή την κατανόησή και τη θέαση των πραγμάτων από την οπτική γωνία του μαθητή. Μέσα στην τάξη ωστόσο, η επιλογή του επικοινωνιακού τρόπου είναι δυνατό να επηρεάσει αρνητικά τη δημιουργία αποτελεσματικών σχέσεων με τους μαθητές. Η διαχείριση των προβλημάτων συμπεριφοράς στη σχολική τάξη είναι εξαιρετικά δύσκολη και απαιτητική. Ο έγκαιρος εντοπισμός των προβλημάτων κρίνεται απαραίτητος, διότι επηρεάζει την ακαδημαϊκή και τη διαπροσωπική ανάπτυξη του μαθητή. Η συνεχής αύξηση σε συχνότητα και ένταση των προβλημάτων συμπεριφοράς, παρεμποδίζουν σε μεγάλο βαθμό την εύρυθμη λειτουργία της σχολικής τάξης, προκαλώντας άγχος στους

εκπαιδευτικούς, οι οποίοι είναι πολλές φορές ανέτοιμοι να αντιμετωπίσουν και να διαχειριστούν μαθητές με ανάλογες δυσκολίες (Plotts, 2012).

2.4.3 Η ετοιμότητα των εκπαιδευτικών σχετικά με την αναγνώριση και αντιμετώπιση ζητημάτων ψυχικής υγείας των μαθητών τους

Κατά την τελευταία δεκαετία, αυξάνεται η διεθνής επικέντρωση στη βελτίωση της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για τα παιδιά και συγκεκριμένα ο ρόλος των σχολείων στον εντοπισμό, την προώθηση και την πρόληψη προβλημάτων ψυχικής υγείας (Attride-Stirling, Davis, Markless, Sclare & Day, 2001). Τα σχολεία και ιδιαίτερα οι εκπαιδευτικοί, βρίσκονται σε μια μοναδική θέση για να εντοπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως το υπερβολικό άγχος των μαθητών τους, επειδή έχουν εμπειρία σε ένα ευρύ φάσμα παιδιών. Αυτή η θέση, τους επιτρέπει να εντοπίζουν τη μη κανονική συμπεριφορά που μπορεί να εκδηλώσει ένα παιδί. Στην Αυστραλία, συμφώνα με έρευνες, οι εκπαιδευτικοί της Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης είναι μια εύκολα προσιτή πηγή υποστήριξης και έχουν τη δυνατότητα να ενθαρρύνουν τη θεραπεία με την παραπομπή των παιδιών, στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο σχολείο ή σε μια κοινότητα με βάση την οργάνωση (Rickwood, Deane, Wilson & Ciarrochi, 2005). Αναγνωρίζονται συχνά ως οι πρώτοι ενήλικες, εκτός της οικογενειακής μονάδας, που είναι υπεύθυνοι για τον προσδιορισμό των ανησυχιών σχετικά με την ψυχική υγεία των μαθητών και οι γονείς συχνά στηρίζονται σε αυτούς για καθοδήγηση και υποστήριξη σε τέτοια θέματα (United Kingdom Department for Education, 2011).

Παρόλο που οι εκπαιδευτικοί διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην αναγνώριση πιθανών προβλημάτων ψυχικής υγείας των παιδιών, δεν αναμένεται να κάνουν διάγνωση. Κατά τον εντοπισμό συμπεριφορικών ή συναισθηματικών προβλημάτων στα παιδιά, οι εκπαιδευτικοί μπορούν να επιλέξουν να διαχειριστούν τα ζητήματα εσωτερικά (δηλαδή μέσα στην τάξη), εάν πιστεύουν ότι διαθέτουν τις κατάλληλες δεξιότητες για να αντιμετωπίσουν τις ανησυχίες. Εάν όχι, σε αυτή την περίπτωση, ανατρέχουν στο σύμβουλο σχολικής καθοδήγησης για αξιολόγηση και διαχείριση (Rickwood, 2005). Πιο συγκεκριμένα, οι εκπαιδευτικοί δεν έχουν επαρκή εκπαίδευση ή κατάρτιση στην ψυχική υγεία των παιδιών ως μέρος των διδακτικών προσόντων τους. Σύμφωνα με τις εκθέσεις των δασκάλων τονίζεται ότι αυτή η παράλειψη δε τους επιτρέπει να είναι καλά εξοπλισμένοι προκειμένου να αναγνωρίσουν και να ανταποκριθούν κατάλληλα στις ανάγκες των παιδιών μέσα στην τάξη. Εκτός από το γεγονός ότι δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσουν αυτά τα παιδιά και να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους, αυτή η έλλειψη εκπαίδευσης μπορεί επίσης να οδηγήσει σε ακατάλληλες παραπομπές (Gowers, Thomas & Deeley, 2004).

Σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Αυστραλία, οι εκπαιδευτικοί αναγνωρίζουν ότι υπάρχει ανάγκη να εντοπίσουν συμπτώματα άγχους στους μαθητές, ωστόσο δεν αισθάνονται επαρκώς ικανοί να την εφαρμόσουν εξαιτίας της έλλειψης κατάρτισης. Οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι εκπαιδευτικοί συχνά παραλείπουν να παρατηρούν τα παιδιά με προβλήματα εσωτερικοποίησης, επειδή αυτά τα παιδιά συχνά συμπεριφέρονται καλά (Molins & Clopton, 2002) ή ακόμα υποθέτουν ότι τα προβλήματα εσωτερικοποίησης θα βελτιωθούν καθώς το παιδί ωριμάζει (Green et al., 1996). Πρόσφατες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι παρόλο που οι δάσκαλοι είναι σε θέση να αναγνωρίσουν την ύπαρξη ψυχολογικών διαταραχών, ανησυχούν πολύ περισσότερο για τα παιδιά με εξωτερικές διαταραχές παρά με εσωτερικές (Loades & Mastroyannopoulou, 2010·Papandrea & Winefield, 2011·Walter et al., 2006). Δεδομένου του υψηλού επιπολασμού διαταραχών εσωτερίκευσης, όπως οι διαταραχές άγχους, οι εκπαιδευτικοί δυσκολεύονται να κατανοήσουν τις εσωτερικές διαταραχές, τις συνέπειες αυτών των διαταραχών ή τον εντοπισμό των συμπτωμάτων που είναι ενδεικτικά μιας τέτοιας διαταραχής. Φαίνεται ότι η εγγενής φύση των εσωτερικευμένων διαταραχών, ιδιαίτερα των διαταραχών άγχους, παρουσιάζει προκλήσεις για τους εκπαιδευτικούς στο να αναγνωρίσουν τα σχετικά συμπτώματα. Έρευνες έχουν δείχνει ότι οι εκπαιδευτικοί ίσως να μην γνωρίζουν ότι το άγχος μπορεί να είναι μια προστατευτική απάντηση, την οποία όλοι οι άνθρωποι βιώνουν. Αυτή η έλλειψη συνειδητοποίησης δείχνει ότι, απαιτείται περισσότερη εκπαίδευση γύρω από τη φύση του άγχους και τη διάκριση του άγχους σε όλο το συνεχές. Οι εκπαιδευτικοί αναγνώρισαν συχνά ότι, το άγχος έχει σημαντικές συνέπειες για τα παιδιά, αλλά δεν κατάφεραν να αναγνωρίσουν κάποια θετικά αποτελέσματα και επικεντρώθηκαν σε μεγάλο βαθμό στις αρνητικές επιπτώσεις του. Η έρευνα έδειξε ότι το άγχος μπορεί να έχει προστατευτικά χαρακτηριστικά και ότι ένας βαθμός άγχους μπορεί να αυξήσει την απόδοση, έως ότου επιτευχθεί ένα βέλτιστο επίπεδο διέγερσης. Λαμβάνοντας υπόψη ότι πολλοί εκπαιδευτικοί χαρακτήρισαν το άγχος ως μια αρνητική εμπειρία με επικίνδυνα αποτελέσματα, αυτό το συμπέρασμα θα σήμαινε ότι θα ήταν πιο πιθανό να παραπέμπουν ένα παιδί με άγχος για θεραπεία (Headley & Campell, 2013·Zahner & Daskalakis, 1997).

Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις ότι λίγοι καθηγητές τάξεων γενικής εκπαίδευσης υποστηρίζονται επαρκώς για να βοηθήσουν και να «συμπεριλάβουν» τους μαθητές με κοινωνικές, συναισθηματικές διαταραχές ή προβλήματα συμπεριφοράς σε αποτελεσματικές μεθόδους και στρατηγικές για την αποτελεσματική συμμετοχή τους (Simpson & Mundschenk, 2012). Σε πολλές σχολές του Ηνωμένου Βασιλείου, οι καλές προθέσεις, σε συνδυασμό με την ανεπαρκή κατάρτιση του προσωπικού, αποδείχθηκαν συνταγή αποτυχίας, συμβάλλοντας

συχνά στην άνοδο των κοινωνικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών, οι οποίες με τη σειρά τους έχουν ως αποτέλεσμα το εκπαιδευτικό προσωπικό να εξαντληθεί συναισθηματικά, φτάνοντας έτσι σε ένα επαγγελματικό αδιέξοδο. Οι εκπαιδευτικοί που δουλεύουν με δύσκολους ή προκλητικούς μαθητές, εκτίθενται σε πολλές αγχωτικές καταστάσεις και προχωρούν άθελά τους, στην ανάπτυξη ακατάλληλων εκπαιδευτικών αντιδράσεων (Hanko, 2001). Για παράδειγμα, οι εκπαιδευτικοί μπορεί να αντιδράσουν υπερβολικά σε μια κατάσταση ή τείνουν να αποδίδουν την προβληματική συμπεριφορά στην παιδική ηλικία, η οποία είναι συναισθηματικά αμφιλεγόμενη όταν σχετίζεται με δύσκολους μαθητές (Kourkoutas & Gionazolas, 2015).

Παρά την επιτακτική αυτή (σε μεγάλο βαθμό μη ικανοποιητική) ανάγκη ψυχικής υγείας σε παιδιά και εφήβους, οι εκπαιδευτικοί δεν εκπαιδεύονται αποτελεσματικά στη σωστή διαχείριση των νέων με προβλήματα ψυχικής υγείας (Rones & Hoagwood, 2000). Ωστόσο, οι υπηρεσίες δεν μπορούν να εξηγήσουν πλήρως αυτή την έλλειψη προετοιμασίας των εκπαιδευτικών. Από θεσμική άποψη, τα σχολεία δεν έχουν καθιερώσει αποτελεσματικά συστήματα για την αντιμετώπιση των αναγκών ψυχικής υγείας όλων των παιδιών και των εφήβων. Σύμφωνα με τον Adelman & Taylor (2000), τα ολοκληρωμένα προγράμματα ψυχικής υγείας στο σχολείο είναι σπάνια και όπου υπάρχουν, τείνουν να είναι κατακερματισμένα και να λειτουργούν μεμονωμένα και συχνά είναι αναποτελεσματικά στην παροχή της απαραίτητης βοήθειας στα παιδιά (Koller, Osterlind, Paris & Weston, 2012).

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Κένυα, διερευνήθηκαν οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την αντίληψη των εκπαιδευτικών σχετικά με την κατάρτιση και τις συμπεριφορές, όπως: το φύλο, η διδακτική εμπειρία, το επίπεδο εκπαίδευσης και ο τύπος του κολλεγίου που παρακολουθήθηκαν. Οι διαπιστώσεις έδειξαν ότι ενώ η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών αντιλήφθηκε ότι είναι καλά προετοιμασμένοι να ασχοληθούν με θέματα ψυχικής υγείας που παρουσιάζουν οι μαθητές, υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων και μεταξύ των επιπέδων της διδακτικής εμπειρίας. Συγκεκριμένα, κατά τη σύγκριση των διαφορών μεταξύ του τρόπου με τον οποίο τα αρσενικά και τα θηλυκά βαθμολογούν την προετοιμασία τους λιγότερο ευνοϊκά από τους άνδρες εκπαιδευτικούς για διάφορους λόγους. Ακόμη και οι γυναίκες που είχαν φοιτήσει επιτυχώς σε κάποια κολλέγια, εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόοδο της σταδιοδρομίας τους και στην ικανότητα να κάνουν την εργασία τους αποτελεσματικά (Nyutu & Bertel, 2012). Ο Kiamba (2008), ανέφερε ότι ορισμένα θέματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες που εργάζονται στα εκπαιδευτικά ιδρύματα της Κένυας περιλαμβάνουν: έλλειψη υποστήριξης και χειραφέτησης, πολιτιστικά εμπόδια, ανεπαρκή καθοδήγηση και πρόσθετες οικογενειακές ευθύνες. Ενώ οι γυναίκες

εκπαιδευτικοί στην Κένυα έχουν παρακολουθήσει παρόμοια επαγγελματική κατάρτιση με τους άνδρες, είναι πιθανό ότι αυτοί οι πολιτιστικοί και κοινωνικοί παράγοντες να επηρεάζουν την ικανότητά τους να νιώθουν ικανές να ασχοληθούν με τα προβλήματα ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν οι μαθητές.

Οι διαπιστώσεις αυτής της μελέτης έδειξαν επίσης, ενδιαφέρουσες διαφορές μεταξύ των εκπαιδευτικών σε διάφορα επίπεδα διδακτικής εμπειρίας. Πρώτον, οι εκπαιδευτικοί με λιγότερο από 4 χρόνια εμπειρίας αισθάνονται καλύτερα προετοιμασμένοι από τους εκπαιδευτικούς με 4 ή περισσότερα έτη διδακτικής εμπειρίας. Ορισμένοι πιθανοί λόγοι για τέτοια αποτελέσματα υποβλήθηκαν. Είναι πιθανό τα πρόσφατα προγράμματα κατάρτισης εκπαιδευτικών στην Κένυα να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στη σημασία των θεμάτων ψυχικής υγείας, σε σύγκριση με τα προγράμματα σπουδών που χρησιμοποιήθηκαν στο παρελθόν. Μια άλλη πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι ότι οι αρχάριοι δάσκαλοι δεν είναι τόσο ενήμεροι για τα θέματα ψυχικής υγείας των μαθητών, ως έμπειροι εκπαιδευτικοί. Μερικοί παράγοντες που είναι κοινοί στην Αφρική (συμπεριλαμβανομένης της Κένυας), επηρεάζουν την εμπειρία και την επαγγελματική εξέλιξη των εκπαιδευτικών. Αυτοί οι παράγοντες, σύμφωνα με τους Bennell και Akyeampong (2007), περιλαμβάνουν τα επίμονα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα, τα χαμηλά πρότυπα, την ανεπαρκή αμοιβή, το υπερβολικά φορτωμένο πρόγραμμα σπουδών και τις κακές συνθήκες εργασίας. Αυτοί οι παράγοντες, μπορούν να μειώσουν το ηθικό των εκπαιδευτικών και την ικανότητα να νιώθουν ικανοί να διαχειριστούν τα προβλήματα των μαθητών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, κρίθηκε αναγκαίο να προστεθούν μαθήματα για την αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων στα προγράμματα σπουδών, με σκοπό την πλήρη κατάρτιση των εκπαιδευτικών. Εν κατακλείδι, άλλες υπηρεσίες, όπως η παροχή συμβουλών και καθοδήγησης, πρέπει να παρέχονται σε όλους τους εκπαιδευτικούς και όχι να παραμένουν μαθήματα επιλογής, διότι μπορεί να παρέχουν στους εκπαιδευτικούς βασικές δεξιότητες παροχής συμβουλών (Nyutu & Bertel, 2012).

2.4.4 Η αναγκαιότητα προαγωγής της ψυχικής υγείας στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος

Οι εκπαιδευτικοί είναι εκείνοι που αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη ποικιλία αντιδράσεων μέσα στην τάξη, που απαιτούν μεγαλύτερη διαφοροποίηση στη διδασκαλία και τις δεξιότητες διαχείρισης των μαθητών τους. Υποστηρίχθηκε ότι τα σχολεία διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην παροχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στην αναγνώριση των προβλημάτων

ψυχικής υγείας των παιδιών, και στην προώθηση ενός περιβάλλοντος που να ευνοεί την ψυχική ευημερία (Rothi, Leavey & Best, 2008).

Τα περισσότερα σχολεία γνωρίζουν τα σύνθετα κοινωνικά και συναισθηματικά ζητήματα που αντιμετωπίζουν πολλά παιδιά και νέοι, κυρίως λόγω της άμεσης σχέσης μεταξύ ψυχικής υγείας και ακαδημαϊκού επιτεύγματος (DeSocio & Hootman, 2004·Lamb, Puskar, Sereika, Patterson & Kaufmann, 2003·Lynn et al., 2003). Οι εκπαιδευτικοί εφαρμόζουν πολλές πτυχές της προώθησης της υγείας σε σχολεία, καθώς εκπληρώνουν τις υποχρεώσεις τους όσον αφορά τις απαιτήσεις διδακτέας ύλης, συμπεριλαμβανομένης της διδασκαλίας διαφόρων θεμάτων που σχετίζονται με την υγεία, όπως: η διατροφή, η ασφάλεια, η ανάπτυξη και η πρόληψη των ναρκωτικών. Η έρευνα που βασίζεται στις ΗΠΑ δείχνει ότι οι καθηγητές συνήθως αισθάνονται ότι δεν είναι καλά εξοπλισμένοι ή δηλώνουν απρόθυμοι να εξετάσουν τη συναισθηματική υγεία (Kirchner et al., 2000·Koller & Bertel, 2006·Walter, Gouze & Lim, 2006).

Μια έρευνα που κατέγραψε τις απόψεις των εκπαιδευτικών σε σχέση με την ψυχική υγεία των μαθητών τους ή το επίπεδο εμπιστοσύνης τους στην παροχή κατάλληλης υποστήριξης, διαπίστωσε ότι η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών δεν κατείχε επαρκώς την ικανότητά τους να ασχοληθεί με θέματα ψυχικής υγείας. Ωστόσο, ήταν εμφανές από τις ποιοτικές απαντήσεις της έρευνας ότι πολλοί αγωνίστηκαν να αντιμετωπίσουν τις πολυπλοκότητες των ρόλων τους και να εξισορροπήσουν τις πολλές προσδοκίες τους. Η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών ήταν πολύ αφοσιωμένη στην εκπαίδευση για την ψυχική υγεία και ήταν πολύ πρόθυμη να συμμετάσχει σε εξωσχολικά προγράμματα εκπαίδευσης για την ψυχική υγεία αν «τους δινόταν περισσότερο χρόνος και πόροι» για να το κάνει αυτό. Τα θέματα που σχετίζονται με την οικογένεια θεωρήθηκαν ως ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια για τα ζητήματα ευημερίας των μαθητών και αντί να αισθάνονται ότι θα μπορούσαν να συνεργαστούν στενότερα με τους γονείς, οι εκπαιδευτικοί θεώρησαν ότι έπρεπε να αποδεχθούν περισσότερες ευθύνες των γονέων (Graham, Phelps & Fitzgerald, 2011).

Τα προβλήματα συμπεριφοράς στη σχολική τάξη σχετίζονται κυρίως με τρεις διαστάσεις της εκπαιδευτικής κατάστασης: i) τον τρόπο δόμησης της εκπαιδευτικής διαδικασίας, ii) την αλληλεπίδραση με συνομηλίκους και iii) την αλληλεπίδραση με τον εκπαιδευτικό (Bulotsky-Shearer, Fantuzzo & McDermott, 2008). Κρίνεται επιτακτική, η ανάγκη αναζήτησης άμεσων παρεμβάσεων στο πλαίσιο της τάξης, προκειμένου τα παιδιά με αποκλίνουσα συμπεριφορά να μπορέσουν να αναδείξουν τους εαυτούς τους κατά τη διάρκεια της εκπαιδευτικής διαδικασίας και να μην περιθωριοποιηθούν. Η γνώση και η εφαρμογή επιτυχημένων στρατηγικών, είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στη σωστή

διαχείριση της συμπεριφοράς και στη βελτίωση της απόδοσης των μαθητών και γενικότερα, αναβαθμίζει την ποιότητα του μαθήματος (Siedentop, 2002). Η ικανότητα του εκπαιδευτικού να χρησιμοποιεί με επιδεξιότητα ποικιλία στρατηγικών για να διαχειριστεί τις διαφορετικές καταστάσεις που προκύπτουν στην τάξη, διαφοροποιώντας και προσαρμόζοντας τη διδασκαλία στις ανάγκες διαφορετικών μαθητών, αποτελεί χαρακτηριστικό του αποτελεσματικού διδάσκοντος. Αυτές οι στρατηγικές πρέπει να βασίζονται σε μία αληθινή σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ εκπαιδευτικού και μαθητών. Ο εκπαιδευτικός με τα συναισθήματά του, τις διαθέσεις του και τις στάσεις του, έχει τη δυνατότητα να κάνει τους μαθητές να ξεπεράσουν τις φοβίες και τα άγχη τους (Darling-Hammond, 2000).

Η παροχή ενός αποτελεσματικού μαθησιακού περιβάλλοντος αφορά τις στρατηγικές που περιλαμβάνουν όχι μόνο την πρόληψη και την αντιμετώπιση της ανάρμοστης συμπεριφοράς, αλλά πρωτίστως την αποτελεσματική αξιοποίηση του χρόνου διδασκαλίας, τη δημιουργία ατμόσφαιρας που συντελεί στην καλλιέργεια του ενδιαφέροντος, την αναζήτηση της γνώσης, καθώς και την παροχή ευκαιριών για δραστηριότητες που ενεργοποιούν το νου και τη φαντασία των μαθητών. Οι θετικές σχέσεις μεταξύ εκπαιδευτικού και μαθητών, επηρεάζουν την προσαρμογή των μαθητών στο σχολείο, τη διαδικασία της μάθησης και εμποδίζουν την ανάπτυξη προβλημάτων συμπεριφοράς. Η ποιότητα της σχέσης μεταξύ μαθητή και εκπαιδευτικού αποτελεί ισχυρό παράγοντα πρόγνωσης της κοινωνικής επάρκειας (Burchinal et al., 2010). Αντίστοιχα, η κοινωνική επάρκεια συνδέεται με την ομαλή σχολική προσαρμογή και τη δημιουργία θετικής σχέσης μεταξύ των συνομηλίκων. Η στάση του εκπαιδευτικού βοηθά και στην αποδοχή του παιδιού από τους συνομηλίκους του. Του δίνεται έτσι, η ευκαιρία να γνωρίσει και τις θετικές πλευρές της ζωής, την αποδοχή από τους υπολοίπους, από την παρέα, από το άλλο φύλο, πλευρές από τις οποίες το απέκλειαν αυτόματα η επιθετικότητα και η αντιδραστική του συμπεριφορά (Howes, 2000).

Αποφασιστικής σημασίας κρίνεται η συμβολή του εκπαιδευτικού και του σχολείου. Ο εκπαιδευτικός και το σχολείο πρέπει να εξασφαλίσουν ένα σταθερό και θετικό πλαίσιο που θα βοηθήσει τα παιδιά να αποφευχθούν αποπροσανατολισμό ή σύγχυση και να πάψουν έτσι να αντιμετωπίζουν με τόση μεγάλη ανασφάλεια ή θυματοποίηση την επιβίωσή τους στο σχολικό περιβάλλον (Adelman & Taylor, 2006). Στην πραγματικότητα, οι μαθητές με κοινωνικές συναισθηματικές δυσκολίες ή καταθλιπτικές επιπτώσεις ενδέχεται να αντιμετωπίσουν τους ακόλουθους κινδύνους στο σχολικό πλαίσιο: i) τον κίνδυνο να βιώσουν σημαντικά χειρότερα ακαδημαϊκά και ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα μέσω της σχολικής εκπαίδευσης, ii) τον κίνδυνο θυματοποίησης (σωματικά/προφορικά) και κοινωνικά περιθωριοποίησης ή της απόκλισης στον ακαδημαϊκό τομέα, και iii) τον κίνδυνο ανάπτυξης περαιτέρω και πιο

σοβαρών προβλημάτων ψυχικής υγείας ή κοινωνικών προβλημάτων και αποκλεισμών κατά την εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή.

Το πρώτο και σημαντικότερο βήμα για τη δημιουργία μιας εκπαιδευτικής παρέμβασης είναι η αναγνώριση της κατάστασης του παιδιού χωρίς δραματοποίηση, άγχος ή ακραία ανησυχία. Η εξειδικευμένη αξιολόγηση και αξιολόγηση των αδυναμιών και δυνατοτήτων του παιδιού, καθώς και η δημιουργία ψυχοκοινωνικής παρέμβασης με στοχοθετημένους θεραπευτικούς (ατομικούς ή οικογενειακούς) στόχους, όταν απαιτείται, αποτελούν σημαντικές συνιστώσες αποτελεσματικών προσεγγίσεων. Το πρόγραμμα παρέμβασης πρέπει να σχεδιαστεί ανάλογα με τη σοβαρότητα των δυσκολιών. Ανάλογα με την περίπτωση, θα πραγματοποιηθεί η κατάλληλη θεραπεία, η οποία ενδεχομένως θα συμπεριλαμβάνει: α) φαρμακευτική αγωγή σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις, ατομική θεραπευτική παρέμβαση, β) ομαδική θεραπεία, γονική συμβουλευτική για τη βελτίωση της υπερβολικής λειτουργίας και γονική εκπαίδευση για τη ρύθμιση των δίδυμων προβλημάτων, γ) θεραπευτικά προγράμματα (από ομάδα εμπειρογνομόνων: ψυχολόγος, ειδικός εκπαιδευτικός, δάσκαλος κλπ.), δ) ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (από εκπαιδευμένους δασκάλους) με επίκεντρο την ανάπτυξη και συμμετοχή του παιδιού σε δομημένες ή ελεύθερες δραστηριότητες, και ε) προγράμματα υποστήριξης μαθητών και ατομικές ψυχο-εκπαιδευτικές παρεμβάσεις από τον εκπαιδευτικό στην τάξη ή έξω από το σχολείο (Koller, Osterlind, Paris & Weston, 2012).

Η συμμετοχή και συνεργασία των εκπαιδευτικών στις περισσότερες παρεμβάσεις είναι απαραίτητη και σημαντική. Εκτός από τον ειδικό ρόλο του εξειδικευμένου εκπαιδευτικού ή του συμβούλου, αλλά και των επιστημόνων που συμμετέχουν στην παρέμβαση, ο εκπαιδευτικός μπορεί επίσης να εργαστεί «θεραπευτικά» μέσα και έξω από την τάξη σε συνεργασία με την ομάδα παρέμβασης (Heller, 2000). Το παιδί με επιμονή στην κατάθλιψη χρειάζεται ένα ασφαλές και αξιόπιστο περιβάλλον, έναν τόπο όπου μπορεί να αισθάνεται αρκετά ασφαλής για να εκφράσει τις δικές του ανάγκες και φιλοδοξίες και ένα κλίμα σχολικής συνεργασίας, αποδοχής και προστασίας από αδικαιολόγητες επιθέσεις ή τάσεις αποκλεισμού από τους συμμαθητές του. Μια θετική στάση αποδοχής εκ μέρους του εκπαιδευτικού μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην αυτο-ιδέα του παιδιού, στην εικόνα του εαυτού του και στην αυτοπεποίθησή του. Επιπλέον, η θετική στάση των εκπαιδευτικών μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στα συναισθήματα και τη συμπεριφορά των άλλων παιδιών προς τον "ευάλωτο" συμμαθητή τους (Kourkoutas, Vitalaki & Perysinaki, 2015).

Ο εκπαιδευτικός πρέπει να είναι απόλυτος και αδιαπραγμάτευτος όσον αφορά την ανάγκη προστασίας και υποστήριξης του παιδιού με συναισθηματικά ή καταθλιπτικά συναισθήματα. Το παιδί πρέπει να προσεγγίζεται με ευγενή, ευαίσθητο και διακριτικό τρόπο,

ειδικά στην αρχή. Ο εκπαιδευτικός πρέπει να στοχεύει στην ανάπτυξη μιας σταθερής σχέσης εμπιστοσύνης. Μια σταθερή και θετική σχέση με τον εκπαιδευτικό, είναι ευεργετική και μπορεί να λειτουργήσει ως «συναισθηματικό καταφύγιο» για το παιδί σε κατάσταση κατάθλιψης (Heller, 2000). Ο ίδιος πρέπει να διευκολύνει την επικοινωνία και την αλληλεπίδραση μεταξύ του εν λόγω παιδιού και των συμμαθητών του. Η αμετάβλητη συμπεριφορά του εκπαιδευτικού προς το καταθλιπτικό παιδί, βοηθά τον τελευταίο να οικοδομήσει μακροπρόθεσμα μια καλύτερη αίσθηση του εαυτού στην τάξη, να αναπτύξει μια αίσθηση ταυτότητας και αυτοελέγχου σε συνεργασία με τους εξειδικευμένους θεραπευτές των οποίων η θεραπευτική παρέμβαση εξυπηρετεί για τη σταδιακή εξάλειψη των εξωτερικών σχολικών παραγόντων που συμβάλλουν στη δημιουργία συμπτωμάτων κατάθλιψης. Η σταθερή ακαδημαϊκή ή ψυχοκοινωνική στήριξη και καθοδήγηση των (καταθλιπτικών) παιδιών από τον καθηγητή (ή άλλους επαγγελματίες) προκειμένου να ξεπεραστούν τα εμπόδια μάθησης και να συμπεριληφθούν στην τάξη είναι θεμελιώδης, δημιουργώντας με τη σειρά της, μια αίσθηση ικανοποίησης και επιτυχίας (Kourkoutas, Vitalaki & Perysinaki, 2015).

Η ανάγκη διδασκαλίας των εκπαιδευτικών για τις αρχές και τις πρακτικές της ψυχικής υγείας στην τάξη είναι έντονη. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι Adelman και Taylor (2000) αναφέρουν ότι περίπου ένα στα πέντε παιδιά, στις Ηνωμένες Πολιτείες, θα παρουσιάσουν συμπτώματα διαγνωστικής ψυχικής διαταραχής κατά τη διάρκεια ενός έτους. Ωστόσο, εκτιμάται ότι ένα συντριπτικό 70% των παιδιών με διαγνωσθείσα ψυχική ασθένεια, δεν λαμβάνει καμία θεραπεία που αποδεικνύεται επαρκής (Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας των Η.Π.Α., 2000). Ως αποτέλεσμα, οι εκπαιδευτικοί σε όλα τα επίπεδα αντιμετωπίζουν μαθητές που δεν διαθέτουν τους κοινωνικούς και συναισθηματικούς πόρους για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του σχολείου (Koller, Osterlind, Paris & Weston, 2012). Επιπλέον, φαίνεται να υπάρχει έλλειψη βιβλιογραφίας σχετικά με παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τις στάσεις και την ικανότητα των εκπαιδευτικών να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες των μαθητών.

Τα αυξανόμενα στοιχεία δείχνουν ότι η παροχή αποτελεσματικών και πρακτικών προγραμμάτων ψυχικής υγείας που επικεντρώνονται στην πρόληψη μπορούν να συμβάλει θετικά στη βελτίωση των εκπαιδευτικών αποτελεσμάτων (Jennings, Pearson & Harris, 2000·Koller & Svoboda, 2002). Στις ΗΠΑ, μια μελέτη που διεξήχθη στο Πανεπιστήμιο του Μισσούρι, υπογράμμισε ότι οι δάσκαλοι θα πρέπει να έχουν τη βάση γνώσεων και την προετοιμασία δεξιοτήτων για να βοηθήσουν τους μαθητές με τα ακόλουθα θέματα: α) κατανόηση και λήψη των κατάλληλων αποφάσεων σχετικά με τα ναρκωτικά/οινόπνευμα, καπνό και χρήση άλλων επιβλαβών ουσιών, β) ανάπτυξη του σεβασμού της πολιτιστικής ποικιλομορφίας, γ) τρόπο συμπεριφοράς προς την οικογένεια, δ) απόκτηση δεξιοτήτων για

την επίλυση των προβλημάτων με ασφαλή και υπεύθυνο τρόπο και ε) ανάπτυξη αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης της βίας με σκοπό την εξασφάλιση προσωπικής ασφάλειας (Koller et al., 2004).

3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1.1 Σκοπός της έρευνας

Ανάλογα με το είδος των δεδομένων της έρευνας, η έρευνα διακρίνεται σε ποιοτική και ποσοτική (Βαμβούκας, 2007). Στην παρούσα έρευνα ωστόσο, η συλλογή δεδομένων έγινε με τη μέθοδο της ποσοτικής μεθόδου, παρόλο που υπήρχε ένα μικρό μέρος ποιοτικών ερωτήσεων.

Η ποσοτική μέθοδος, είναι μια μέθοδος η οποία βασίζεται σε στατιστικές συγκρίσεις των αντικειμένων ή των περιπτώσεων που εξετάζονται από τον/την ερευνητή/τρια. Η ποσοτική ανάλυση έχει μερικά χαρακτηριστικά που τη διακρίνουν από την ποιοτική προσέγγιση (π.χ., Υιοθετεί στην ανάλυσή της τις μεθόδους των φυσικών επιστημών, όπου η ουδετερότητα είναι κεντρικό στοιχείο), ενδιαφέρεται για γενικούς νόμους και εμπειρικούς κανόνες (Mertens, 2009). Σκοπός της ποσοτικής ανάλυσης είναι να ανακαλύψει τις αιτίες της αλλαγής των κοινωνικών φαινομένων, μέσω αντικειμενικής μέτρησης και αριθμητικής ανάλυσης. Το είδος της έρευνας αυτής, χρησιμοποιεί συνήθως τη Deductive reasoning, δηλαδή ο ερευνητής αρχίζει με μία ήδη υπάρχουσα θεωρία – αναμένει μία απάντηση. Η ποσοτική ανάλυση αποβλέπει στην επαλήθευση μιας υπόθεσης μέσω αριθμητικών στοιχείων. Καθώς η κοινωνική ζωή έχει μια κανονικότητα, στόχος είναι η γενίκευση (γενικές αρχές). Δηλαδή, καταλήγει σε γενικεύσεις και σε εμπειρικά θεμελιωμένες θεωρίες, μέσω ερευνητικών υποθέσεων (Bryman, 2004).

Όσον αφορά τώρα την προσθήκη του ποιοτικού μέρους ερωτήσεων, σκοπός ήταν τόσο η δυνατότητα συλλογής αυθεντικών πληροφοριών, όσο και η ανάπτυξη νέων κατευθύνσεων για περαιτέρω μελλοντικές έρευνες σχετικά με την προετοιμασία και την κατάρτιση των εκπαιδευτικών μέσω της εκπαίδευσής τους στα ζητήματα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων.

Πιο συγκεκριμένα, η παρούσα εργασία ερευνά τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών. Διερευνά κυρίως, το κατά πόσο τόσο οι εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, όσο και οι εκπαιδευτικοί Δευτεροβάθμιας είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα προβλήματα ψυχικής υγείας που εκδηλώνουν οι μαθητές στο πλαίσιο του σχολικού περιβάλλοντος και κατά πόσο η εκπαίδευση που έλαβαν, τούς προετοίμασε επαρκώς προκειμένου να είναι σε θέση να τα διαχειριστούν και να τα αντιμετωπίσουν.

Στοχεύουμε κυρίως, μέσω των απόψεων των εκπαιδευτικών, να διερευνήσουμε την πιθανή σχέση της ετοιμότητας, της προετοιμασίας και της κατάρτισης των εκπαιδευτικών για την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας των μαθητών, μέσα από τις γνώσεις που

τους παρέχει η εκπαίδευσή τους, καθώς και ποιοι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν και να διαφοροποιήσουν τις απόψεις τους. Επομένως, σκοπός της έρευνάς μας, είναι να καθορίσουμε τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την ετοιμότητά τους στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας των μαθητών τους, αλλά και στα εμπόδια που κάποιες φορές προκύπτουν και δυσκολεύουν αυτό τους το έργο. Εν κατακλείδι, η κατανόηση των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών στα θέματα αυτά, μπορούν να αποτελέσουν σημαντικές πληροφορίες και να χρησιμοποιηθούν με σκοπό να καλύψουν το κενό της έρευνας για την εφαρμογή πιο κατάλληλων και αποτελεσματικών πρακτικών ψυχικής υγείας με βάση το σχολείο.

Δεδομένης της ελλιπούς βιβλιογραφίας που υπάρχει όσον αφορά τις αντιλήψεις, τις γνώσεις και την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών σε θέματα ψυχικής υγείας των μαθητών τους, στόχος της έρευνάς μας ήταν να προσπαθήσει να καλύψει αυτό το κενό. Η μελέτη αυτή λοιπόν, στοχεύει να διερευνήσει α) την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τα ζητήματα ψυχικής υγείας στα ελληνικά σχολεία, και β) αν η εκπαίδευση που έλαβαν, τους προετοίμασε ικανοποιητικά προκειμένου να τα διαχειρίζονται και να τα αντιμετωπίζουν. Όπως είναι γνωστό, η επιτυχία του εκπαιδευτικού δεν εξαρτάται μόνο από το υψηλό επίπεδο γνώσεων, την πληθώρα πτυχίων και τη συνεχή πληροφόρηση του για τα γνωστικά αντικείμενα που πρόκειται να διδάξει, αλλά από τις γνώσεις που κατέχει για τα ζητήματα ψυχικής υγείας που εκδηλώνουν οι μαθητές τους. Ο ρόλος του εκπαιδευτικού επομένως είναι βαρυσήμαντος και πολύπλευρος και η σωστή εκπαίδευση και ενημέρωση που έχει, θα το βοηθήσει να υλοποιήσει και να φέρει εις πέρας αυτό το δύσκολο του έργο.

Πρωτεύουσα κρίνεται λοιπόν η ανάγκη της αναγνώρισης των προβλημάτων ψυχικής υγείας που μπορεί να εκδηλώσει κάποιος μαθητής από την πρώιμη ηλικία, με σκοπό να αντιμετωπιστούν εγκαίρως. Αν υπάρξει μια πρώιμη παρέμβαση από το Δημοτικό σχολείο από την πλευρά των εκπαιδευτικών, είναι πιο πιθανόν να βελτιωθεί η πορεία της ζωής των μαθητών μειώνοντας την επιδείνωση της κατάστασης στη μετέπειτα ζωή τους, οδηγώντας έτσι σταδιακά σε καλύτερα ακαδημαϊκά και επαγγελματικά αποτελέσματα. Με αυτό τον τρόπο, κρίνεται αναγκαία η σωστή προετοιμασία και επάρκεια των εκπαιδευτικών σχετικά με τα ζητήματα ψυχικής υγείας και θα πρέπει να αποτελεί κύρια προτεραιότητα τους, η προαγωγή της καλής ψυχικής υγείας των μαθητών τους.

Ωστόσο, όπως περιγράφηκε στο θεωρητικό κομμάτι της παρούσας εργασίας, παρόλο που τα προβλήματα ψυχικής υγείας των μαθητών είναι ποικίλα και πολύ συχνά εμφανιζόμενα, ελάχιστη είναι η ενημέρωση των εκπαιδευτικών στα ζητήματα αυτά. Επίσης, μέσω της ανασκόπησης πληθώρας βιβλιογραφίας, διαπιστώθηκε ότι πολύ λίγες είναι οι έρευνες που

διεξήχθησαν στην Ελλάδα σχετικά με τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών και οι περισσότερες από αυτές, εστιάζουν σε μεμονωμένα ζητήματα ψυχικής υγείας και όχι συνολικά. Για αυτό το λόγο, η παρούσα έρευνα προσπάθησε να καλύψει αυτό το κενό των ερευνών, με σκοπό να συμπεριλάβει όσο το δυνατόν περισσότερα ζητήματα ψυχικής υγείας που εκδηλώνουν οι μαθητές και όχι μεμονωμένα ένα συγκεκριμένο ζήτημα ψυχικής υγείας.

3.1.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Στην υποενότητα αυτή θα παρουσιαστούν τα ερευνητικά ερωτήματα που θα απαντηθούν στο ερευνητικό μέρος της εργασίας.

- Κατά πόσο οι εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης πιστεύουν ότι διαθέτουν την ετοιμότητα να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται τα ζητήματα που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των μαθητών τους;
- Κατά πόσο οι εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης πιστεύουν ότι η εκπαίδευση που έλαβαν τούς προετοίμασε ώστε να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται αποτελεσματικά διάφορα θέματα ψυχικής υγείας των μαθητών τους κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού τους έργου;
- Κατά πόσο οι εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης πιστεύουν ότι η εκπαίδευση τους τούς παρείχε μια συνολική και αποτελεσματική προετοιμασία ώστε να έχουν τα απαραίτητα εφόδια να φέρουν εις πέρας εκτός από το διδακτικό τους έργο και την ευθύνη της διαχείρισης θεμάτων ψυχικής υγείας των μαθητών τους;
- Διαφέρουν οι παραπάνω απόψεις ως προς το φύλο του εκπαιδευτικού, την ηλικία του, τη θέση εργασίας του, τα έτη προϋπηρεσίας, τη βαθμίδα και το επίπεδο εκπαίδευσης του;

3.1.3 Σχεδιασμός της μελέτης

Η έρευνα μας πραγματοποιήθηκε κατά το σχολικό έτος 2017-2018 σε Δημοτικά σχολεία, Γυμνάσια και Λύκεια αστικών περιοχών στο νομό της Αττικής. Πιο συγκεκριμένα, τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στις περιοχές του Χολαργού, Παπάγου, Χαλανδρίου, Γέρακα, Νέας Ιωνίας, Ζωγράφου, Γουδί, Αγίου Δημητρίου, Δάφνης και Πετρούπολης. Ωστόσο τα δεδομένα του δείγματός συλλέχθηκαν με δύο τρόπους. Αρχικά, μοιραστήκαν έντυπα ερωτηματολόγια σε συνεννόηση με τη διεύθυνση του εκάστοτε σχολείου, στις περιοχές που προαναφερθήκαν και μετέπειτα δημιουργήθηκε ένα ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο μέσω της Google Forms, το οποίο κοινοποιούνταν ανά τακτά διαστήματα σε διαφορές σελίδες εκπαιδευτικών.

Τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν από τους εκπαιδευτικούς, χωρίς την παρέμβαση του ερευνητή για να αποφευχθούν τυχόν μεροληψίες, αλλά και με σκοπό να διατηρηθεί η ανωνυμία. Παρόλα αυτά κατά τη διαδικασία συλλογής του δείγματος προέκυψαν πολλές δυσκολίες. Στα περισσότερα σχολεία λόγω του μεγάλου φόρτου εργασίας εξαιτίας των σχολικών και των πανελλαδικών εξετάσεων που πλησίαζαν (περίοδος Μαΐου-Ιουλίου), διακατέχονταν από άρνηση για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, με σκοπό να δυσκολεύουν ακόμη παραπάνω την έρευνα. Σε κάποια άλλα σχολεία, τα ερωτηματολόγια, είχαν χαθεί. Σε άλλα σχολεία, παρότι το δείγμα της έρευνας αφορούσε όλες τις ειδικότητες των εκπαιδευτικών και όχι κάποια συγκεκριμένη, τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια ήταν πολύ λίγα σε σύγκριση με τον αριθμό των ερωτηματολογίων που είχαν προς συμπλήρωση και σε σύγκριση με το μεγάλο πληθυσμό εκπαιδευτικών που βρισκόταν στο εκάστοτε σχολείο. Επίσης, μεγαλύτερη απροθυμία για την παροχή βοήθειας έδειξαν οι εκπαιδευτικοί Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Σχετικά με το χρονικό διάστημα που διέθετε κάθε σχολείο προκειμένου να συμπληρώσει το εν λόγω ερωτηματολόγιο, κυμαινόταν από πέντε έως δέκα μέρες. Δεδομένου του ότι πρόκειται για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, τα αποτελέσματα και η έκβαση της κατάστασης, δεν ήταν ικανοποιητικά.

Ο αρχικός αριθμός των ερωτηματολογίων που μοιράστηκαν ήταν 500 εκ των οποίων απαντήθηκαν τα 165 ερωτηματολόγια. Πιο συγκεκριμένα, από τα 165 ερωτηματολόγια, τα 147 απαντήθηκαν από τους εκπαιδευτικούς των Δημοτικών σχολείων, ενώ μόνο τα 18 από αυτά, από τους εκπαιδευτικούς των Γυμνασίων και τα Λυκείων. Πρόκειται για μια αντιπροσωπευτική κατάσταση, της δυσκολίας και της άρνησης των εκπαιδευτικών Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Δυσκολίες υπήρξαν και στο διαδίκτυο, καθώς στις περισσότερες σελίδες των εκπαιδευτικών, είτε διέγραφαν την ανάρτηση του ερωτηματολογίου, είτε την απόκρυπταν. Επιπλέον, πολλές φορές απλά την αγνοούσαν, τονίζοντας ότι ο σκοπός της σελίδας τους δεν ήταν αυτός. Παρά τα εμπόδια, κατέστη εφικτό εν τέλει να συλλεχθούν ηλεκτρονικά 96 ερωτηματολόγια με σκοπό να συγκεντρωθούν 260 στο σύνολο.

Κατά το τελικό στάδιο της επεξεργασίας των δεδομένων, έγινε αρχικός διαχωρισμός των ερωτηματολογίων σε εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και εκπαιδευτικούς Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Στη συνέχεια, έγινε έλεγχος όλων των ερωτηματολογίων για την ύπαρξη τυχόν παραλήψεων σε κάποιες ερωτήσεις και ακολούθως η κωδικοποίηση των μεταβλητών και η εισαγωγή τους στο στατιστικό λογισμικό SPSS 25.0, από το οποίο έγιναν οι απαραίτητες αναλύσεις προς απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων που τέθηκαν.

3.1.4 Πλαίσιο και δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της παρούσας μελέτης που χρησιμοποιήθηκε ήταν κυρίως εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που ασκούν το επάγγελμα τους ενεργά στα πλαίσια του σχολείου. Για το λόγο αυτό, συλλέχθηκε το δείγμα από Δημοτικά σχολεία, Γυμνάσια και Λύκεια. Έπειτα, όσον αφορά τις ειδικότητες των εκπαιδευτικών δεν υπήρχε περιορισμός, καθώς στα δημογραφικά στοιχεία του ερωτηματολογίου, παρέχεται η δυνατότητα επιλογής της εκάστοτε κατεύθυνσής τους (π.χ. Θετικές Επιστήμες, Φιλοσοφική Σχολή, Παιδαγωγικά κλπ.). Ζητούμενο της έρευνας δεν ήταν το γνωστικό αντικείμενο του εκπαιδευτικού, αλλά η γενικότερη αντίληψη του σε θέματα ψυχικής υγείας που εκδηλώνουν οι μαθητές του. Στη συνέχεια, υπήρχε ευελιξία στην ηλικία των εκπαιδευτικών χωρίς περιορισμούς, γεγονός που επέτρεπε μια πιθανότατα πιο πλήρη εικόνα των πραγμάτων, αφού η εκπαιδευτική εμπειρία και τα χρόνια προϋπηρεσίας, όπως έχει γίνει φανερό, επηρεάζουν τις εκάστοτε απόψεις. Επιπρόσθετα, δεν τέθηκε κάποιος περιορισμός στο φύλο επιλογής των εκπαιδευτικών (άνδρας, γυναίκα), με σκοπό τη συλλογή ενός μεγάλου εύρους απόψεων.

Η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε είναι η τυχαία δειγματοληψία (Simple Random Sampling). Αφού έχει αποδειχθεί ότι τα τυχαία δείγματα είναι αμερόληπτα και τα πιο κατάλληλα στην επιστημονική εμπειρική έρευνα γιατί είναι αντιπροσωπευτικά και επίσης επιτρέπουν τη χρήση των νόμων των πιθανοτήτων για την επαγωγή και τη γενίκευση των αποτελεσμάτων της μελέτης στον πληθυσμό. Ενώ σε αντίθεση, τα μη τυχαία δείγματα δεν μπορούν να δώσουν γενικεύσεις από το δείγμα στον πληθυσμό, γιατί δεν είναι αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού.

Παρόλο που ο προσδιορισμός του δείγματος δεν έγινε με ανάλυση ισχύος για την εκτίμηση του μεγέθους του δείγματος (power analysis), ωστόσο τηρήθηκαν κάποιοι κανόνες που προτείνονται από τη βιβλιογραφία προκειμένου να διεξαχθεί η παραγοντική ανάλυση (factor analysis). Ενδεικτικά κάποιοι από αυτούς προτείνουν:

- Ο κανόνας των 100: Οι Gorsuch (1983) και Kline (1979, σελ. 40) προτείνουν το λιγότερο 100 άτομα.
- Ο Hatcher (1994) προτείνει πως ο αριθμός των υποκειμένων θα πρέπει να είναι 5 φορές μεγαλύτερος από τις μεταβλητές (στην παρούσα έρευνα αυτό σημαίνει 90 άτομα για το α' μέρος του ερωτηματολογίου και 105 άτομα για το β' μέρος του ερωτηματολογίου) ή 100 άτομα.
- Ο κανόνας των 150: Οι Huthcheson και Sofroniou (1999) προτείνουν το λιγότερο 150-300 περιπτώσεις.

3.1.5 Εργαλεία της έρευνας

Στην παρούσα έρευνα επιλέξαμε ως ερευνητικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο, ένα ευρέως διαδεδομένο όργανο μέτρησης για τη συλλογή επιστημονικών δεδομένων στις επιστημονικές έρευνες. Πρόκειται για ένα ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιείται ευρύτατα στις κοινωνικές, επιστημονικές και εκπαιδευτικές έρευνες και επιτρέπει την έμμεση συλλογή πολλών και διάφορων πληροφοριών από ένα δείγμα πληθυσμού, σε ένα σύντομο χρονικό διάστημα, καθώς και την εξαγωγή συμπερασμάτων γενικεύσιμων για τον πληθυσμό μετά από τη στατιστική ανάλυση του.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει μια σειρά δομημένων ερωτήσεων, στις οποίες ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει γραπτά και με μία συγκεκριμένη σειρά. Με τα ερωτηματολόγια, συλλέγονται δεδομένα ζητώντας από ανθρώπους να απαντήσουν στο ίδιο ακριβώς σύνολο ερωτήσεων. Χρησιμοποιούνται συνήθως στα πλαίσια μιας ερευνητικής στρατηγικής, προκειμένου να συλλεχθούν περιγραφικά και επεξηγηματικά δεδομένα για απόψεις, συμπεριφορές, χαρακτηριστικά, στάσεις κλπ. Μολονότι υπάρχουν διάφοροι ορισμοί, χρησιμοποιούμε το ερωτηματολόγιο ως ένα γενικό όρο που περιλαμβάνει τεχνικές συλλογής δεδομένων, όπου κάθε ερωτώμενος απαντά στο ίδιο σύνολο ερωτήσεων, με προκαθορισμένη σειρά.

Τα κυριότερα πλεονεκτήματα των ερωτηματολογίων είναι η δυνατότητα αποστολής τους σε μεγάλο αριθμό ανθρώπων, η εύκολη δημιουργία τους και η ευκολία χρήσης τους. Ακόμη, οι ερωτώμενοι δυνάμνται να εκφραστούν ελεύθερα (έλλειψη άμεσης επικοινωνίας), οι τρόποι ανάλυσης του υλικού είναι τυποποιημένοι, ο ερευνητής δεν μπορεί να επηρεάσει τις απαντήσεις και αποτελεί μία λιγότερο χρονοβόρα μέθοδο συγκριτικά με τις υπόλοιπες. Το ερωτηματολόγιο αποτελεί το μέσο επικοινωνίας μεταξύ ερευνητή και ερωτώμενων, με άμεσο ή έμμεσο τρόπο, ανάλογα με τη μέθοδο συλλογής των δεδομένων. Η δομή του ερωτηματολογίου, λόγω των ιδιοτήτων που έχει, αποτελεί την πλέον κρίσιμη και λεπτή εργασία, καθοριστικής σημασίας για την επιτυχία μιας στατιστικής έρευνας (Παρασκευόπουλος, 1999).

Επιπρόσθετα, ένα μεγάλο ερωτηματολόγιο είναι εξαρχής αποθαρρυντικό. Το μέγεθος του ερωτηματολογίου γίνεται εκ πρώτης όψεως αντιληπτό από τον όγκο των σελίδων του και από τον αριθμό των ερωτήσεων. Έτσι, για να μειώσουμε τον αριθμό των σελίδων, χρησιμοποιήσαμε την κατάλληλη γραμματοσειρά, η οποία είχε ένα αρκετά ικανοποιητικό μέγεθος, ώστε και να μην καλύπτει πολύ χώρο, αλλά και οι χαρακτήρες να είναι ευανάγνωστοι προκειμένου να μην κουράζουν τον αναγνώστη. Ακόμη, οι ερωτήσεις πρέπει να είναι

συνοπτικές και περιεκτικές, ώστε να συμπληρώνονται εύκολα και αυτό προσπαθήσαμε να κάνουμε. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε η σκίαση σε κάποιο μέρος του ερωτηματολογίου, προκειμένου να κερδίσουμε το ενδιαφέρον του αναγνώστη.

Η δομή του ερωτηματολογίου και οι θεματικές του ενότητες στηρίχτηκαν κατά βάση στην έρευνα των Nyutu και Bertel (2012) που διερεύνησαν «Τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την ετοιμότητα και τη στάση τους σχετικά με την ψυχική υγεία των μαθητών τους στην Κένυα». Παρόλα αυτά, η αρχική ιδέα του ερωτηματολογίου υιοθετήθηκε και χρησιμοποιήθηκε από τους Koller, Osterlind, Paris και Weston (2012), οι οποίοι και το κατασκεύασαν σε μια προσπάθεια τους να διερευνήσουν «Τις διαφορές μεταξύ έμπειρων καθηγητών και αρχάριων σχετικά με την ετοιμότητα τους στην αναγνώριση και αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας των μαθητών τους». Το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο ήταν προσαρμοσμένο στην αγγλική ξένη γλώσσα και για αυτό έπρεπε να το τροποποιήσουμε στα δεδομένα του ελληνικού εκπαιδευτικού συστήματος προκειμένου να καταστεί δυνατό να αντλήσει τη μέγιστη πληροφορία για τους σκοπούς της έρευνας μας.

Η ύπαρξη ενός ήδη έτοιμου ερωτηματολογίου, μας παρέχει τη δυνατότητα της σύγκρισης των ευρημάτων της έρευνας. Παρόλα αυτά, επιλέξαμε να προσθέσουμε τρεις επιπλέον ερωτήσεις από ερωτηματολόγια άλλων ερευνητών, με σκοπό να αντλήσουμε όσο το δυνατόν περισσότερες, πιο ακριβείς και αξιόπιστες πληροφορίες σχετικά με την έρευνα μας. Για την ακρίβεια, οι ερωτήσεις που προσθέσαμε βρίσκονται ταξινομημένες στο τέλος του ερωτηματολογίου και εξετάζουν κάποια θέματα που απ' ότι φάνηκε υπάρχει έλλειψη της βιβλιογραφίας τους. Πιο αναλυτικά, η ερώτηση «Δ», αντλήθηκε από την κλίμακα του «Teachers' Sense of Efficacy Scale (TSES)», όπου πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο το οποίο κατασκευάστηκε με σκοπό «Την καλύτερη κατανόηση του επιπέδου άνεσης των εκπαιδευτικών». Έπειτα, οι ερωτήσεις «Ε, Ζ», επιλέχτηκαν από την έρευνα των Loades και Mastroiannopoulou (2009), οι οποίοι εξέτασαν με τη σειρά τους «Την ικανότητα των δασκάλων στην αναγνώριση και αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας των μαθητών». Όπως είναι σαφές, πρόκειται για ένα εργαλείο που στόχο έχει, την όσο δυνατόν πιο αποτελεσματική διαδικασία εκμαίευσης πληροφοριών από το συμμετέχοντα στην έρευνα αυτή.

Επιπρόσθετα, το ερωτηματολόγιο περιέχει γραπτό εισαγωγικό σημείωμα, προκειμένου να προϋδεάσει τους αναγνώστες του για την έρευνα που επρόκειτο να ακολουθήσει. Έπειτα, τους διαβεβαιώνει πως τα στοιχεία τους θα διατηρήσουν την ανωνυμία τους και τους ζητά ακόμη να απαντήσουν με ειλικρίνεια στα ερωτήματα που θα ακολουθήσουν. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τα δημογραφικά του στοιχεία και δύο βασικές ενότητες. Στα

δημογραφικά στοιχεία αναφέρεται το φύλο του συμμετέχοντα, η ηλικία, οι Πανεπιστημιακές Σπουδές, η εργασιακή του κατάσταση, η σχολική του μονάδα, καθώς και τα χρόνια προϋπηρεσίας του.

Οι δυο επόμενες ενότητες, περιλαμβάνουν κατά βάση ερωτήσεις κλειστού τύπου αλλά και κάποιες (λιγότερες) ανοικτού τύπου που αφορούν μια ποικιλία θεμάτων ψυχικής υγείας. Οι ανοικτού τύπου ερωτήσεις, ζητούν κυρίως σύντομες απαντήσεις από τους εκπαιδευτικούς. Η πρώτη ενότητα αποτελείται από 18 ερωτήσεις οι οποίες έχουν ως στόχο να κατανοήσουν το κατά πόσο η εκπαίδευση που έλαβαν οι εκπαιδευτικοί, τους προετοίμασε προκειμένου να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τα διάφορα θέματα ψυχικής υγείας των μαθητών στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος. Η δεύτερη ενότητα με τη σειρά της, αποτελείται από 21 ερωτήσεις που έχουν ως στόχο να κατανοήσουν το κατά πόσο η εκπαίδευση που έλαβαν, τους προετοίμασε προκειμένου να μπορούν να διαχειριστούν και να αντιμετωπίσουν τα θέματα ψυχικής υγείας των μαθητών τους κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού τους έργου.

Το παρόν ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει κυρίως ερωτήσεις αυστηρά κλειστού τύπου, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ευκολία στην απάντησή τους από τους συμμετέχοντες σε αυτό. Οι ερωτήσεις αποτελούνται από διαβαθμισμένη κλίμακα, όπου διατυπώνουμε καταφατικά μια πρόταση και ζητάμε από τον ερωτώμενο να δηλώσει το βαθμό συμφωνίας του στην πρόταση που διατυπώσαμε, τύπου κλίμακας Likert. Στις ερωτήσεις αυτές κλήθηκαν επομένως να απαντήσουν οι συμμετέχοντες κυκλώνοντας έναν αριθμό από το 1 έως το 5, για να δηλώσουν το κατά πόσο συμφωνούν ή όχι με τις αναφερόμενες προτάσεις (1=καθόλου, 2=λίγο, 3=αρκετά, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ).

Όσον αφορά τις ανοικτού τύπου ερωτήσεις, ζητούν από τους εκπαιδευτικούς σύντομες απαντήσεις και πιο συγκεκριμένα στις ερωτήσεις (Α,Γ), ζητούν να αναφέρουν «Ποια άλλα θέματα ψυχικής υγείας πιστεύουν ότι θα πρέπει να ενσωματωθούν στην εκπαίδευσή» (Α), και να αναφέρουν «Ότι άλλο εκείνοι πιστεύουν ότι θα μπορούσε να ενισχύσει την ετοιμότητα τους να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν θέματα ψυχικής υγείας στο σχολικό περιβάλλον» (Γ). Τέλος, υπάρχει και μια ερώτηση εναλλακτικής απάντησης (Β), όπου ζητά από τους εκπαιδευτικούς «Να αξιολογήσουν αν η εκπαίδευση που έλαβαν, τους προετοίμασε να διαχειριστούν αποτελεσματικά καταστάσεις πέραν του γνωστικού τους αντικειμένου όπως «Προβλήματα διαχείρισης τάξης και θέματα ψυχικής υγείας» στην οποία έπρεπε να απαντήσουν με μια εναλλακτική απάντηση τύπου «ναι», «όχι», «δε γνωρίζω».

3.1.6 Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Για την επεξεργασία και τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα στατιστικών εφαρμογών SPSS έκδοσης 25 (IBM Statistical Package for Social Sciences for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp).

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε κατά την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης (factor analysis) είναι η μέθοδος των κυρίων συνιστωσών (Principal Component Analysis). Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης, ελέγχθηκαν όλες οι απαραίτητες υποθέσεις εφαρμογής της όπως οι συσχετίσεις, το Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) τεστ, τα Measures of Sampling Adequacy (MSA), η ορίζουσα (determinant) και το τεστ σφαιρικότητας του Bartlett. Ο προσδιορισμός του αριθμού των παραγόντων έγινε με γνώμονα τρία κριτήρια: α) τον κανόνα, β) του Kaiser, γ) το scree plot και τη διακύμανση που εξηγούν οι παράγοντες. Η περιστροφή έγινε με τη μέθοδο «Varimax with Kaiser Normalization».

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του εργαλείου χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's alpha.

Για τον προσδιορισμό του συντελεστή συσχέτισης χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson (με αμφίπλευρο έλεγχο) καθώς πληρούνταν η προϋπόθεση της κανονικότητας. Ο έλεγχος της κανονικότητας έγινε με τον έλεγχο ασυμμετρίας και κύρτωσης, καθώς και με τα τεστ Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk.

Για την παρατήρηση των στατιστικών διαφορών δύο ανεξάρτητων δειγμάτων αφού πληρούνταν η υπόθεση της κανονικότητας, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος t-test [αφού ελέγχθηκε η υπόθεση ίσων διακυμάνσεων (Levene's test) και εφαρμόστηκε κατά περίπτωση].

Για όλες τις προαναφερθείσες αναλύσεις το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 5%.

3.2 Αποτελέσματα

3.2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

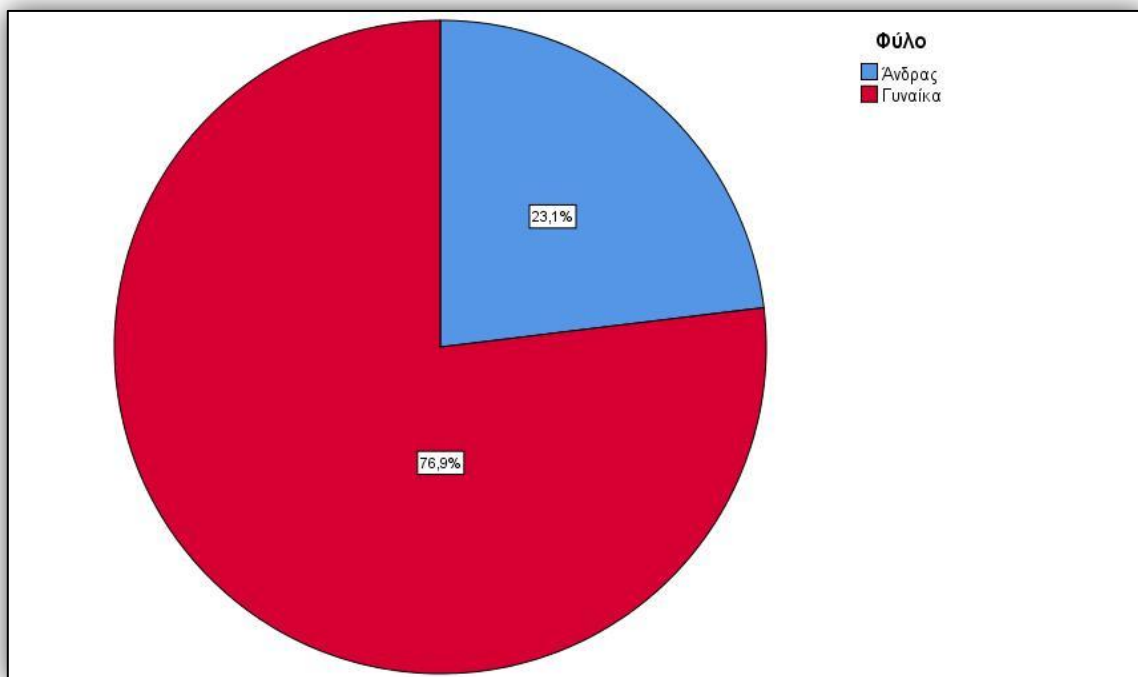
Στα παρακάτω γραφήματα παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος όπως το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση κ.ά.

Πιο συγκεκριμένα, το 23,1% αποτελούνταν από άνδρες και το 76,9% από γυναίκες. Η πλειοψηφία του δείγματος 40,8% δήλωσαν πως είναι 45-54 ετών, το 26,9% 35-44 ετών, το 23,1% 25-34 ετών και το 9,2% 51-60 ετών. Το 59,6% δήλωσαν πως είναι παντρεμένοι, το 34,6% ανύπαντροι, το 4,6% χωρισμένοι και το 1,2% σε άλλη οικογενειακή κατάσταση πλην των προαναφερθέντων.

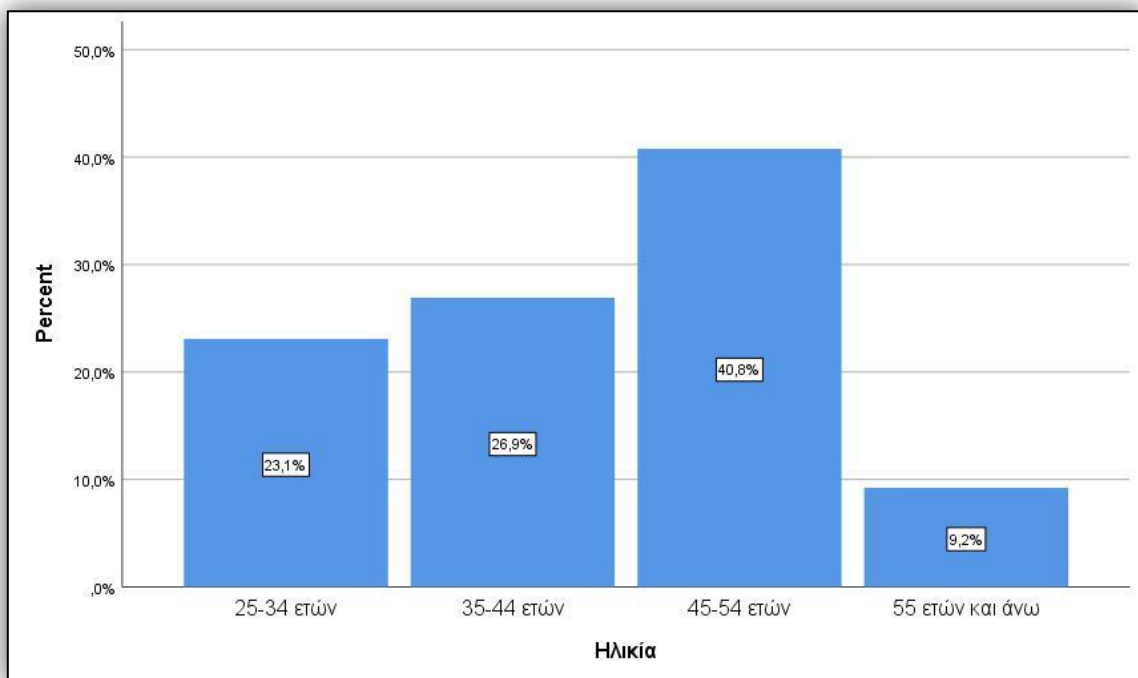
Από τους συμμετέχοντες δασκάλους στην έρευνα, το 5,5% δήλωσε πως είναι διευθυντής του σχολείου, το 76,8% δήλωσε δάσκαλος γενικής αγωγής και το 17,7% δήλωσε δάσκαλος ειδικής αγωγής. Από τους καθηγητές Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που συμμετείχαν στην έρευνα, το 6,3% δήλωσε πως είναι διευθυντής του σχολείου, το 77,1% δήλωσε καθηγητής γενικής αγωγής και το 16,7% δήλωσε καθηγητής ειδικής αγωγής. Το 70,4% των συμμετεχόντων δήλωσε πως είναι εκπαιδευτικός με μόνιμη θέση ενώ το 29,6% δήλωσε πως είναι αναπληρωτής.

Όσον αφορά στις πανεπιστημιακές σπουδές των συμμετεχόντων εκπαιδευτικών, το 9,2% αποφοίτησε από σχολή θετικών και τεχνολογικών επιστημών, το 2,3% από παιδαγωγικό τμήμα ειδικής αγωγής, το 46,2% από παιδαγωγικό τμήμα δημοτικής εκπαίδευσης, το 15,4% από φιλοσοφική σχολή, το 23,5% έχει μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και τέλος το 3,5% έχει διδακτορικό τίτλο σπουδών.

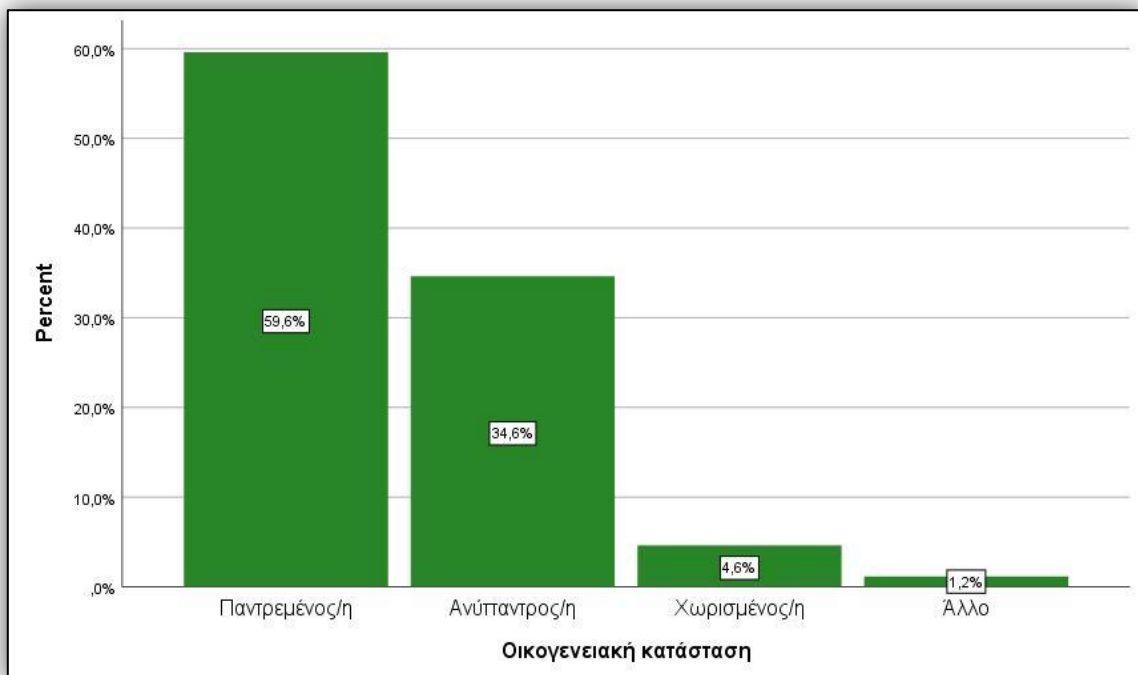
Τα έτη προϋπηρεσίας που δήλωσαν οι συμμετέχοντες εκπαιδευτικοί είναι από 1 έτος έως 40 έτη με μέσο όρο 15,6 έτη και τυπική απόκλιση 9,9 έτη.



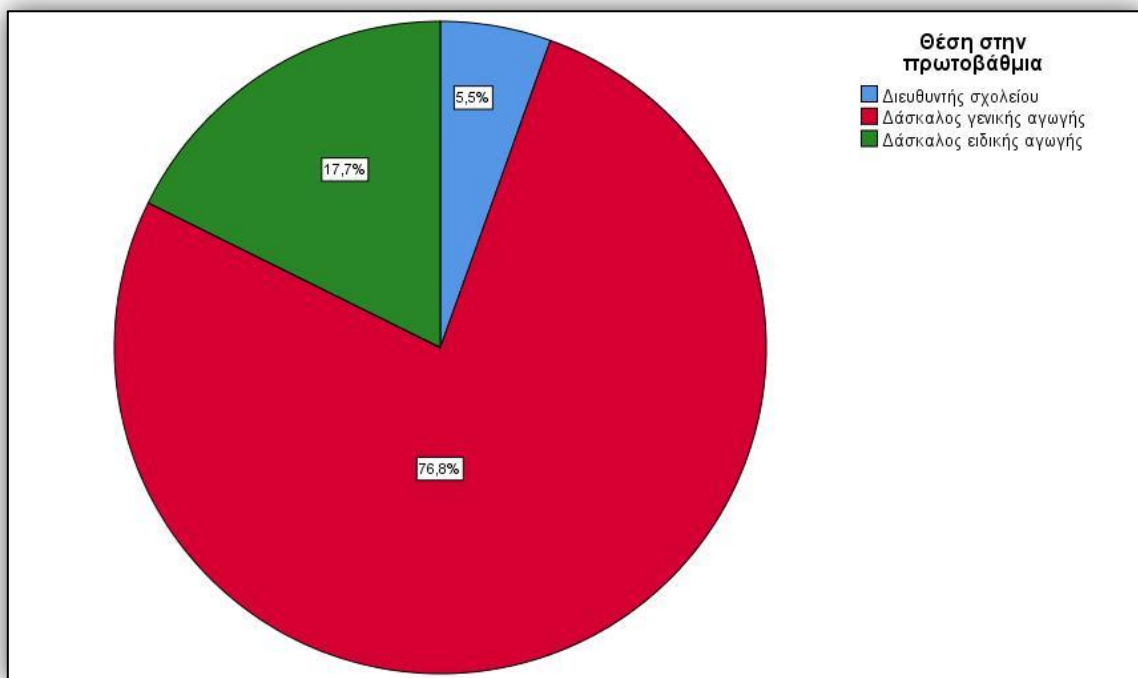
Γράφημα 1. Διάγραμμα πίτας (pie chart) για το φύλο



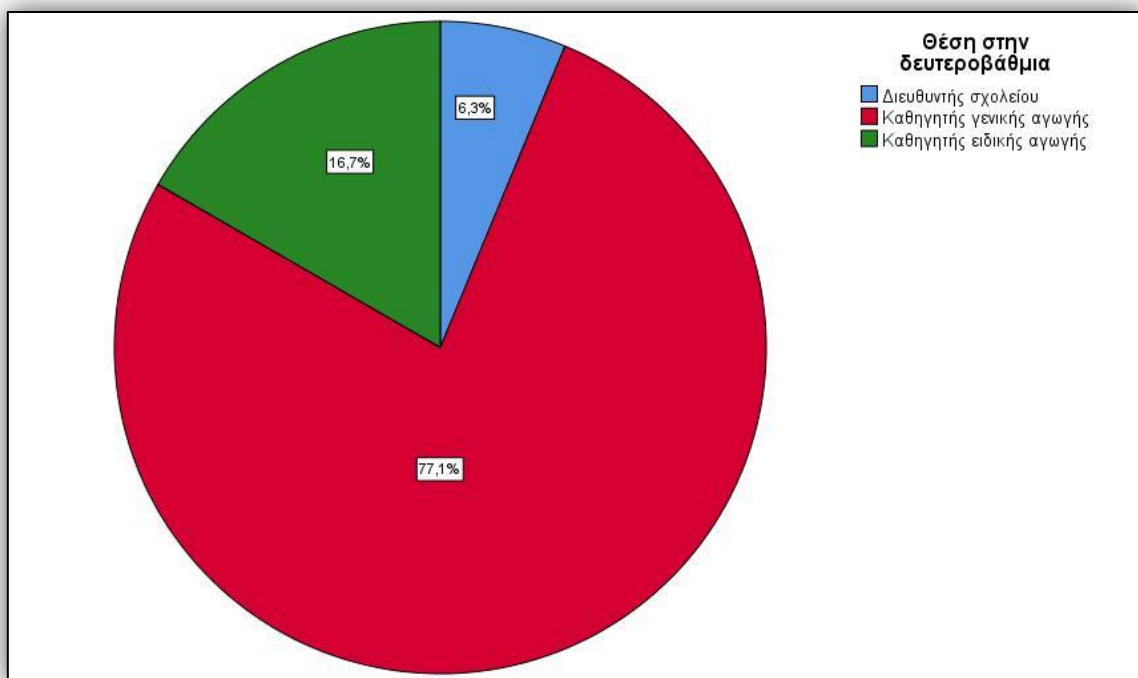
Γράφημα 2. Ραβδόγραμμα (bar chart) για την ηλικία



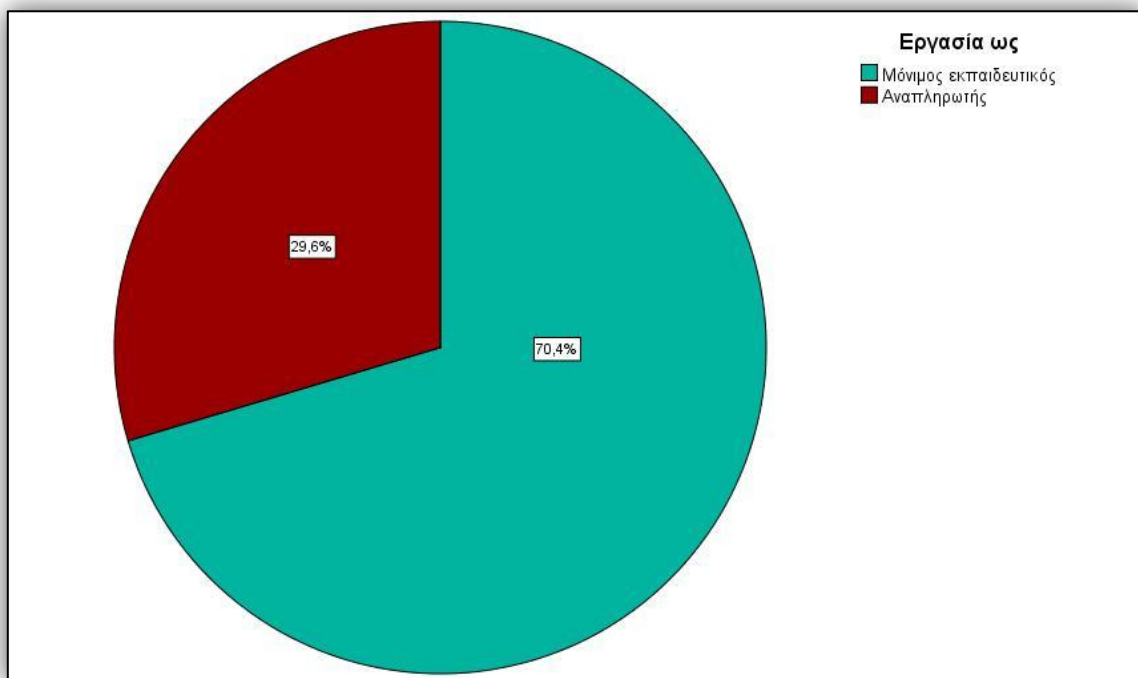
Γράφημα 3. Ραβδόγραμμα (bar chart) για την οικογενειακή κατάσταση



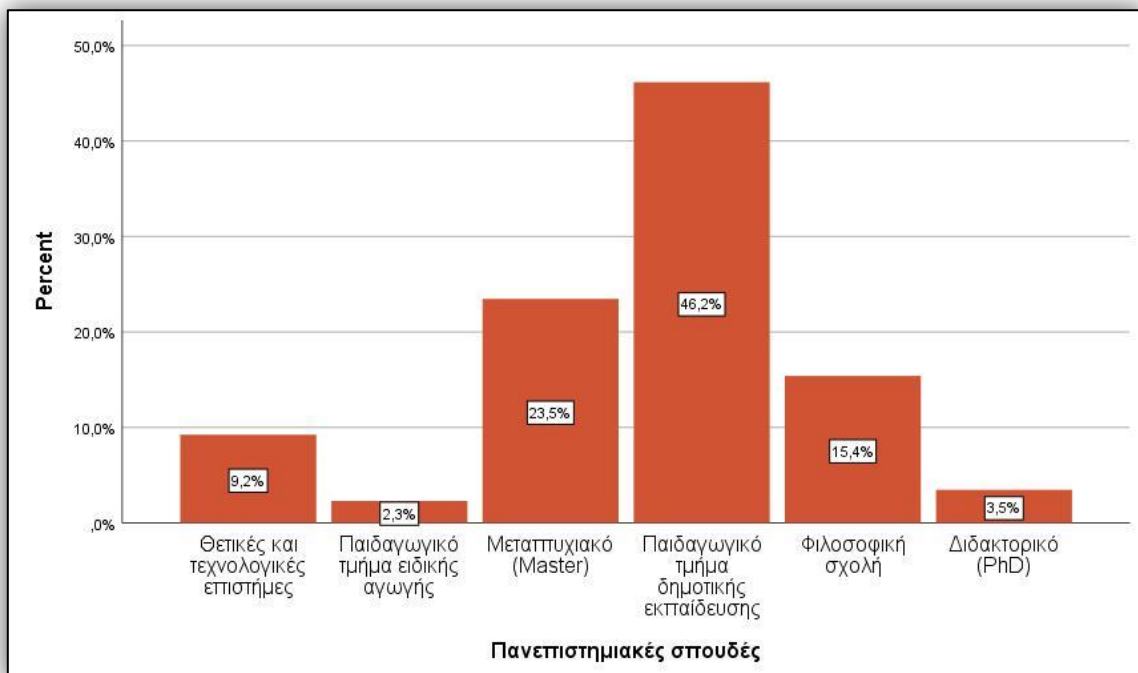
Γράφημα 4. Διάγραμμα πίτας (pie chart) για την θέση στην Πρωτοβάθμια εκπαίδευση



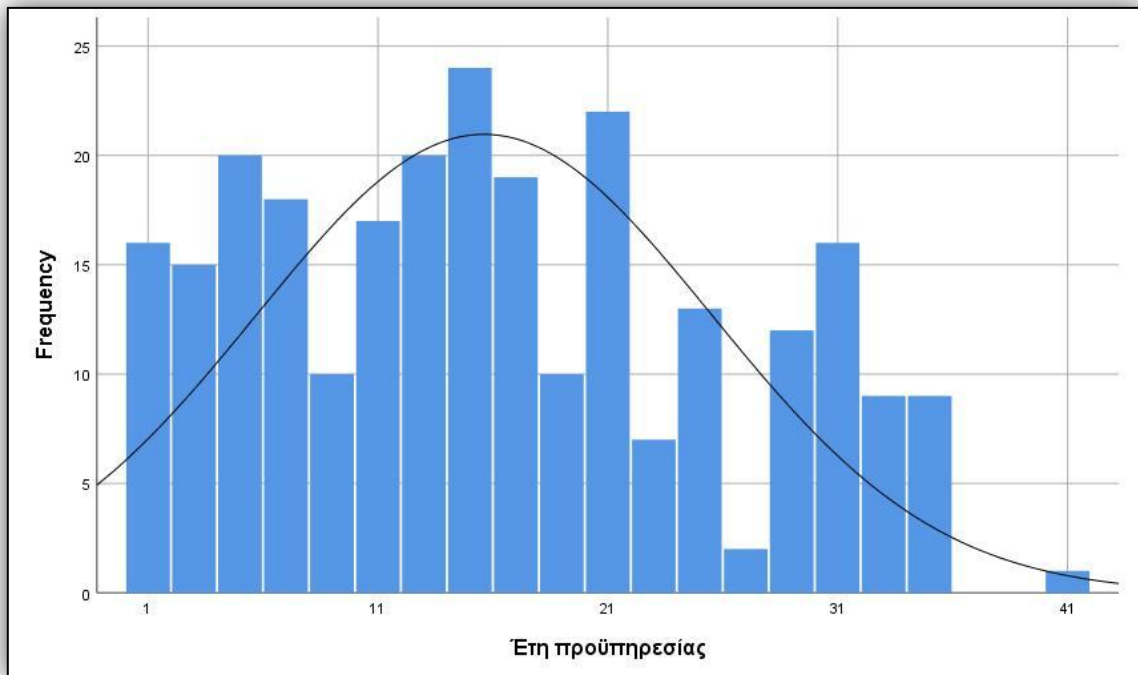
Γράφημα 5. Διάγραμμα πίτας (pie chart) για την θέση στην Δευτεροβάθμια εκπαίδευση



Γράφημα 6. Διάγραμμα πίτας (pie chart) για την εργασία ως μόνιμος ή αναπληρωτής εκπαιδευτικός



Γράφημα 7. Ραβδόγραμμα (bar chart) για τις πανεπιστημιακές σπουδές



Γράφημα 8. Ιστόγραμμα (histogram) για τα έτη προϋπηρεσίας

3.2.2 Περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών των ερωτηματολογίων

Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται τα περιγραφικά μέτρα των ερωτήσεων που απαρτίζουν το ερωτηματολόγιο.

Πιο συγκεκριμένα, το 42,3% δήλωσε ότι δε θεωρεί επαρκή την εκπαίδευσή τους να αναγνωρίσουν και να διαχειριστούν τον εκφοβισμό (bullying) στο σχολικό περιβάλλον, το 30,0% θεωρεί ότι η εκπαίδευση τους είναι αρκετή στη διαχείριση αυτού του θέματος, ενώ το 27,7% τη θεωρεί πολύ ή πάρα πολύ επαρκή.

Για τη διαχείριση της τάξης και συμπεριφοράς, το 28,9% θεωρεί την εκπαίδευσή του για την αναγνώριση και διαχείριση αυτού του θέματος καθόλου ή λίγο επαρκή, το 31,5% αρκετά επαρκή και το 39,7% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για τη διαχείριση βίας στο σχολείο (σωματική επιθετικότητα κλπ.), το 39,2% θεωρεί την εκπαίδευσή του για την αναγνώριση και διαχείριση αυτού του θέματος καθόλου ή λίγο επαρκή, το 30,0% αρκετά επαρκή και το 30,8% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για τη δυνατότητα στήριξης του παιδιού να διαχειριστεί το διαζύγιο, το 49,6% θεωρεί την εκπαίδευσή του για την αναγνώριση και διαχείριση αυτού του θέματος καθόλου ή λίγο επαρκή, το 25,8% αρκετά επαρκή και το 24,6% πολύ ή πάρα πολύ

επαρκή. Για την αναγνώριση ενδείξεων κατάθλιψης στην παιδική και εφηβική ηλικία, το 49,6% θεωρεί την εκπαίδευσή του για την αναγνώριση και διαχείριση αυτού του θέματος καθόλου ή λίγο επαρκή, το 21,2% αρκετά επαρκή και το 29,2% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή.

Για τη στήριξη της εθνικής και πολιτισμικής ταυτότητας του κάθε παιδιού στην τάξη, το 40,4% θεωρεί την εκπαίδευσή του για την αναγνώριση και διαχείριση αυτού του θέματος καθόλου ή λίγο επαρκή, το 26,9% αρκετά επαρκή και το 32,7% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για τη δημιουργία κλίματος στην τάξη που σέβεται τις πολιτισμικές διαφορές, το 34,6% θεωρεί την εκπαίδευσή του για την αναγνώριση και διαχείριση αυτού του θέματος καθόλου ή λίγο επαρκή, το 21,9% αρκετά επαρκή και το 43,4% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή.

Για την αναγνώριση ενδείξεων του παιδικού άγχους, το 40,3% θεωρεί την εκπαίδευσή του για την αναγνώριση αυτού του θέματος καθόλου ή λίγο επαρκή, το 26,5% αρκετά επαρκή και το 33,1% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για τη διαχείριση και αντιμετώπιση του παιδικού άγχους, το 46,5% θεωρεί την εκπαίδευσή του για τη διαχείριση αυτού του θέματος καθόλου ή λίγο επαρκή, το 21,5% αρκετά επαρκή και το 31,9% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για την υποστήριξη των μαθητών να διαχειριστούν τη θλίψη και την απώλεια, το 52,7% θεωρεί την εκπαίδευσή του για την αναγνώριση και διαχείριση αυτού του θέματος καθόλου ή λίγο επαρκή, το 21,5% αρκετά επαρκή και το 25,8% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή.

Για την αναγνώριση για ίχνη σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης, το 58,5% θεωρεί την εκπαίδευσή του για την αναγνώριση και διαχείριση αυτού του θέματος καθόλου ή λίγο επαρκή, το 19,6% αρκετά επαρκή και το 21,9% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για τη διαχείριση των δυσκολιών του αργού σε κατανόηση και μάθηση μαθητή, το 28,9% θεωρεί την εκπαίδευσή του για την αναγνώριση και διαχείριση αυτού του θέματος καθόλου ή λίγο επαρκή, το 30,4% αρκετά επαρκή και το 40,8% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή.

Για την υποστήριξη των μαθητών με προβλήματα συγκέντρωσης προσοχής, το 35,8% θεωρεί την εκπαίδευσή του για την αναγνώριση και διαχείριση αυτού του θέματος καθόλου ή λίγο επαρκή, το 25,4% αρκετά επαρκή και το 36,8% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για την κινητοποίηση των μαθητών για μάθηση, το 23,4% θεωρεί την εκπαίδευσή του για την αναγνώριση και διαχείριση αυτού του θέματος καθόλου ή λίγο επαρκή, το 28,8% αρκετά επαρκή και το 47,7% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για τη διαμόρφωση αίσθησης κοινότητας στη σχολική μονάδα, το 28,9% θεωρεί την εκπαίδευσή του για την αναγνώριση και διαχείριση αυτού του θέματος καθόλου ή λίγο επαρκή, το 30,8% αρκετά επαρκή και το 40,4% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για την κατανόηση της εφηβικής σεξουαλικότητας, το 48,1% θεωρεί την εκπαίδευσή του για την αναγνώριση και διαχείριση αυτού του θέματος καθόλου ή λίγο επαρκή, το 25,4% αρκετά επαρκή και το 26,5% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για τους τρόπους

αποτελεσματικής αντιμετώπισης μαθητών που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς, το 37,7% θεωρεί την εκπαίδευσή του για την αναγνώριση και διαχείριση αυτού του θέματος καθόλου ή λίγο επαρκή, το 30,0% αρκετά επαρκή και το 32,3% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για την υποστήριξη των μαθητών για ομαλή ένταξη τους σε νέες καταστάσεις (π.χ. μετάβαση από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο, εφηβεία κλπ), το 41,6% θεωρεί την εκπαίδευση του για την αναγνώριση και διαχείριση αυτού του θέματος καθόλου ή λίγο επαρκή, το 27,7% αρκετά επαρκή και το 30,7% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή.

Πίνακας 1 Περιγραφικά μέτρα των ερωτήσεων που απαρτίζουν το α' μέρος του ερωτηματολογίου					
	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Διαχείριση του εκφοβισμού (bullying) στο σχολικό περιβάλλον	40 (15,4%)	70 (26,9%)	78 (30,0%)	57 (21,9%)	15 (5,8%)
Διαχείριση τάξης και συμπεριφοράς	21 (8,1%)	54 (20,8%)	82 (31,5%)	87 (33,5%)	16 (6,2%)
Διαχείριση βίας στο σχολείο (σωματική επιθετικότητα κλπ.)	37 (14,2%)	65 (25,0%)	78 (30,0%)	65 (25,0%)	15 (5,8%)
Στήριξη του παιδιού να διαχειριστεί το διαζύγιο	76 (29,2%)	53 (20,4%)	67 (25,8%)	52 (20,0%)	12 (4,6%)
Αναγνώριση ενδείξεων κατάθλιψης στην παιδική και εφηβική ηλικία	57 (21,9%)	72 (27,7%)	55 (21,2%)	56 (21,5%)	20 (7,7%)
Στήριξη της εθνικής και πολιτισμικής ταυτότητας του κάθε παιδιού στην τάξη	47 (18,1%)	58 (22,3%)	70 (26,9%)	55 (21,2%)	30 (11,5%)
Δημιουργία κλίματος στην τάξη που σέβεται τις πολιτισμικές διαφορές	37 (14,2%)	53 (20,4%)	57 (21,9%)	77 (29,6%)	36 (13,8%)
Αναγνώριση ενδείξεων του παιδικού άγχους	43 (16,5%)	62 (23,8%)	69 (26,5%)	58 (22,3%)	28 (10,8%)
Διαχείριση και αντιμετώπιση του παιδικού άγχους	57 (21,9%)	64 (24,6%)	56 (21,5%)	60 (23,1%)	23 (8,8%)
Υποστήριξη των μαθητών να διαχειριστούν τη θλίψη και την απώλεια	67 (25,8%)	70 (26,9%)	56 (21,5%)	52 (20,0%)	15 (5,8%)
Αναγνώριση για ίχνη σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης	80 (30,8%)	72 (27,7%)	51 (19,6%)	44 (16,9%)	13 (5,0%)
Διαχείριση των δυσκολιών του αργού σε κατανόηση και μάθηση μαθητή	28 (10,8%)	47 (18,1%)	79 (30,4%)	74 (28,5%)	32 (12,3%)
Υποστήριξη των μαθητών με προβλήματα συγκέντρωσης προσοχής	29 (11,2%)	64 (24,6%)	66 (25,4%)	64 (24,6%)	37 (14,2%)
Κινητοποίηση των μαθητών για μάθηση	18 (6,9%)	43 (16,5%)	75 (28,8%)	93 (35,8%)	31 (11,9%)
Διαμόρφωση αίσθησης κοινότητας στη σχολική μονάδα	27 (10,4%)	48 (18,5%)	80 (30,8%)	84 (32,3%)	21 (8,1%)
Κατανόηση της εφηβικής σεξουαλικότητας	60 (23,1%)	65 (25,0%)	66 (25,4%)	51 (19,6%)	18 (6,9%)
Τρόποι αποτελεσματικής αντιμετώπισης μαθητών που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς	31 (11,9%)	67 (25,8%)	78 (30,0%)	65 (25,0%)	19 (7,3%)
Υποστήριξη των μαθητών για ομαλή ένταξη τους σε νέες καταστάσεις (π.χ. μετάβαση	47 (18,1%)	61 (23,5%)	72 (27,7%)	62 (23,8%)	18 (6,9%)

από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο, εφηβεία κλπ)

Οι τιμές αφορούν σε συχνότητες και ποσοστά (%).

Στην ερώτηση του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου που αφορούσε στη συνολική αξιολόγηση για το αν η εκπαίδευση που είχαν οι εκπαιδευτικοί τούς προετοίμασε για να διαχειριστούν αποτελεσματικά καταστάσεις πέραν του γνωστικού τους αντικειμένου, το 28,8% απάντησε θετικά, το 62,3% αρνητικά ενώ το 8,8% απάντησε πως δεν γνωρίζει.

Πίνακας 2 Περιγραφικά μέτρα της ερώτησης σχετικά με τη συνολική αξιολόγηση της εκπαίδευσης που έλαβε (του α' μέρους του ερωτηματολογίου)

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Συνολικά πιστεύετε ότι η εκπαίδευση σας προετοίμασε για να διαχειριστείτε αποτελεσματικά καταστάσεις πέραν του γνωστικού σας αντικειμένου	75 (28,8%)	162 (62,3%)	23 (8,8%)
Οι τιμές αφορούν σε συχνότητες και ποσοστά (%).			

Όσον αφορά στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου, το 53,4% δήλωσε ότι δε θεωρεί επαρκή την εκπαίδευσή τους να διαχειριστούν αποτελεσματικά τον εκφοβισμό (bullying) στο σχολικό περιβάλλον κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού τους έργου, το 25,4% θεωρεί ότι η εκπαίδευσή τους είναι αρκετή στη διαχείριση αυτού του θέματος ενώ το 21,1% την θεωρεί πολύ ή πάρα πολύ επαρκή.

Για τη διαχείριση τάξης και συμπεριφοράς, το 40,7% θεωρεί την εκπαίδευσή του για τη διαχείριση αυτού του θέματος κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου καθόλου ή λίγο επαρκή, το 30,0% αρκετά επαρκή και το 29,2% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για τη διαχείριση βίας στο σχολείο (σωματικής βίας, όπλα κλπ.), το 53,1% θεωρεί την εκπαίδευσή του για τη διαχείριση αυτού του θέματος κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου καθόλου ή λίγο επαρκή, το 27,7% αρκετά επαρκή και το 19,3% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για τη βοήθεια/στήριξη του παιδιού να διαχειριστεί το διαζύγιο των γονέων, το 58,1% θεωρεί την εκπαίδευσή του για τη διαχείριση αυτού του θέματος κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου καθόλου ή λίγο επαρκή, το 25,0% αρκετά επαρκή και το 16,9% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή.

Για τη διαμόρφωση αίσθησης κοινότητας εντός της σχολικής μονάδας, το 43,5% θεωρεί την εκπαίδευσή του για τη διαχείριση αυτού του θέματος κατά την άσκηση του

εκπαιδευτικού έργου καθόλου ή λίγο επαρκή, το 33,5% αρκετά επαρκή και το 23,0% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για τη διαχείριση αναγκών του μαθητή με αργό τρόπο κατανόησης και μάθησης, το 41,6% θεωρεί την εκπαίδευσή του για τη διαχείριση αυτού του θέματος κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου καθόλου ή λίγο επαρκή, το 28,1% αρκετά επαρκή και το 30,4% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για την αναγνώριση ενδείξεων του παιδικού άγχους και τρόπους αντιμετώπισης, το 53,5% θεωρεί την εκπαίδευσή του για τη διαχείριση αυτού του θέματος κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου καθόλου ή λίγο επαρκή, το 22,3% αρκετά επαρκή και το 24,2% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για τις στρατηγικές ώστε να βοηθήσουν τους μαθητές να διαχειρίζονται τη θλίψη και την απώλεια, το 56,1% θεωρεί την εκπαίδευση του για τη διαχείριση αυτού του θέματος κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου καθόλου ή λίγο επαρκή, το 26,2% αρκετά επαρκή και το 17,7% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή.

Για την υποστήριξη μαθητών με προβλήματα προσοχής, το 40,4% θεωρεί την εκπαίδευσή του για τη διαχείριση αυτού του θέματος κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου καθόλου ή λίγο επαρκή, το 26,5% αρκετά επαρκή και το 33,1% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για την παροχή κινήτρων για μάθηση, το 31,6% θεωρεί την εκπαίδευσή του για τη διαχείριση αυτού του θέματος κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου καθόλου ή λίγο επαρκή, το 31,9% αρκετά επαρκή και το 36,5% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για την ικανότητα διαχείρισης ενός αναστατωμένου μαθητή, το 44,6% θεωρεί την εκπαίδευσή του για τη διαχείριση αυτού του θέματος κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου καθόλου ή λίγο επαρκή, το 30,0% αρκετά επαρκή και το 25,4% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για τους τρόπους αποτελεσματικής αντιμετώπισης μαθητών που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς, το 44,2% θεωρεί την εκπαίδευσή του για τη διαχείριση αυτού του θέματος κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου καθόλου ή λίγο επαρκή, το 25,8% αρκετά επαρκή και το 30,0% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για τη γνώση του πώς να δημιουργήσετε ένα θετικό συναισθηματικό περιβάλλον για τα παιδιά, το 26,6% θεωρεί την εκπαίδευσή του για τη διαχείριση αυτού του θέματος κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου καθόλου ή λίγο επαρκή, το 30,8% αρκετά επαρκή και το 32,6% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για την αναγνώριση ενδείξεων κατάθλιψης στην παιδική και εφηβική ηλικία, το 54,3% θεωρεί την εκπαίδευσή του για τη διαχείριση αυτού του θέματος κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου καθόλου ή λίγο επαρκή, το 26,2% αρκετά επαρκή και το 19,6% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή.

Για την στήριξη της εθνικής και πολιτισμικής ταυτότητας του κάθε παιδιού στην τάξη, το 47,3% θεωρεί την εκπαίδευσή του για τη διαχείριση αυτού 23,8% αρκετά επαρκή και το 28,8% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για τη δημιουργία ψυχολογικού κλίματος στην τάξη που σέβεται τις πολιτισμικές διαφορές, το 43,1% θεωρεί την εκπαίδευσή του για τη διαχείριση αυτού του

θέματος κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου καθόλου ή λίγο επαρκή, το 27,3% αρκετά επαρκή και το 29,6% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για την υποστήριξη των μαθητών για ομαλή ένταξη τους σε νέες καταστάσεις (π.χ. μετάβαση από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο, εφηβεία κλπ.), το 47,7% θεωρεί την εκπαίδευσή του για τη διαχείριση αυτού του θέματος κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου καθόλου ή λίγο επαρκή, το 27,3% αρκετά επαρκή και το 25,0% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή.

Για την κατανόηση της εφηβικής σεξουαλικότητας, το 57,3% θεωρεί την εκπαίδευσή του για τη διαχείριση αυτού του θέματος κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου καθόλου ή λίγο επαρκή, το 23,1% αρκετά επαρκή και το 19,6% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για τη δυνατότητα προσαρμογής των μαθημάτων στο κατάλληλο επίπεδο για τους μεμονωμένους μαθητές, το 44,2% θεωρεί την εκπαίδευσή του για τη διαχείριση αυτού του θέματος κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου καθόλου ή λίγο επαρκή, το 29,6% αρκετά επαρκή και το 26,1% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για τη δυνατότητα διάκρισης των διαφορετικών βαθμίδων σοβαρότητας εμφάνισης μιας συγκεκριμένης διαταραχής μεταξύ των μαθητών, το 47,3% θεωρεί την εκπαίδευσή του για τη διαχείριση αυτού του θέματος κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου καθόλου ή λίγο επαρκή, το 26,9% αρκετά επαρκή και το 25,8% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή. Για την εκδήλωση εντονότερης ανησυχίας για τα συμπτώματα μιας συναισθηματικής παρά συμπεριφορικής διαταραχής, το 48,1% θεωρεί την εκπαίδευσή του για τη διαχείριση αυτού του θέματος κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου καθόλου ή λίγο επαρκή, το 26,2% αρκετά επαρκή και το 25,8% πολύ ή πάρα πολύ επαρκή.

Πίνακας 3 Περιγραφικά μέτρα των ερωτήσεων που απαρτίζουν το β' μέρος του ερωτηματολογίου					
	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Στρατηγικές χειρισμού του εκφοβισμού (bullying) στο σχολικό περιβάλλον	51 (19,6%)	88 (33,8%)	66 (25,4%)	45 (17,3%)	10 (3,8%)
Στρατηγικές διαχείρισης τάξης και συμπεριφοράς	30 (11,5%)	76 (29,2%)	78 (30,0%)	65 (25,0%)	11 (4,2%)
Διαχείριση βίας στο σχολείο (σωματικής βίας, όπλα κλπ.)	64 (24,6%)	74 (28,5%)	72 (27,7%)	42 (16,2%)	8 (3,1%)
Στρατηγικές βοήθειας/στήριξης του παιδιού να διαχειριστεί το διαζύγιο των γονέων	81 (31,2%)	70 (26,9%)	65 (25,0%)	38 (14,6%)	6 (2,3%)
Διαμόρφωση αίσθησης κοινότητας εντός της σχολικής μονάδας	45 (17,3%)	68 (26,2%)	87 (33,5%)	49 (18,8%)	11 (4,2%)
Διαχείριση αναγκών του μαθητή με αργό τρόπο κατανόησης και μάθησης	35	73	73	60	19 (7,3%)

	(13,5%)	(28,1%)	(28,1%)	(23,1%)	
Αναγνώριση ενδείξεων του παιδικού άγχους και τρόπους αντιμετώπισης	58 (22,3%)	81 (31,2%)	58 (22,3%)	51 (19,6%)	12 (4,6%)
Στρατηγικές ώστε να βοηθήσουν τους μαθητές να διαχειρίζονται τη θλίψη και την απώλεια	76 (29,2%)	70 (26,9%)	68 (26,2%)	39 (15,0%)	7 (2,7%)
Υποστήριξη μαθητών με προβλήματα προσοχής	37 (14,2%)	68 (26,2%)	69 (26,5%)	65 (25,0%)	21 (8,1%)
Παροχή κινήτρων για μάθηση	29 (11,2%)	53 (20,4%)	83 (31,9%)	69 (26,5%)	26 (10,0%)
Ικανότητα διαχείρισης ενός αναστατωμένου μαθητή	47 (18,1%)	69 (26,5%)	78 (30,0%)	52 (20,0%)	14 (5,4%)
Τρόποι αποτελεσματικής αντιμετώπισης μαθητών που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς	39 (15,0%)	76 (29,2%)	67 (25,8%)	62 (23,8%)	16 (6,2%)
Πώς να δημιουργήσετε ένα θετικό συναισθηματικό περιβάλλον για τα παιδιά	27 (10,4%)	68 (26,2%)	80 (30,8%)	62 (23,8%)	23 (8,8%)
Αναγνώριση ενδείξεων κατάθλιψης στην παιδική και εφηβική ηλικία	61 (23,5%)	80 (30,8%)	68 (26,2%)	40 (15,4%)	11 (4,2%)
Στήριξη της εθνικής και πολιτισμικής ταυτότητας του κάθε παιδιού στην τάξη	48 (18,5%)	75 (28,8%)	62 (23,8%)	57 (21,9%)	18 (6,9%)
Δημιουργία ψυχολογικού κλίματος στην τάξη που σέβεται τις πολιτισμικές διαφορές	45 (17,3%)	67 (25,8%)	71 (27,3%)	56 (21,5%)	21 (8,1%)
Υποστήριξη των μαθητών για ομαλή ένταξη τους σε νέες καταστάσεις (π.χ. μετάβαση από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο, εφηβεία κλπ.)	56 (21,5%)	68 (26,2%)	71 (27,3%)	53 (20,4%)	12 (4,6%)
Κατανόηση της εφηβικής σεξουαλικότητας	72 (27,7%)	77 (29,6%)	60 (23,1%)	40 (15,4%)	11 (4,2%)
Δυνατότητα προσαρμογής των μαθημάτων στο κατάλληλο επίπεδο για τους μεμονωμένους μαθητές	36 (13,8%)	79 (30,4%)	77 (29,6%)	49 (18,8%)	19 (7,3%)
Δυνατότητα διάκρισης των διαφορετικών βαθμίδων σοβαρότητας εμφάνισης μιας συγκεκριμένης διαταραχής μεταξύ των μαθητών	49 (18,8%)	74 (28,5%)	70 (26,9%)	53 (20,4%)	14 (5,4%)
Εκδήλωση εντονότερης ανησυχίας για τα συμπτώματα μιας συναισθηματικής παρά συμπεριφορικής διαταραχής	47 (18,1%)	78 (30,0%)	68 (26,2%)	48 (18,5%)	19 (7,3%)
Οι τιμές αφορούν σε συχνότητες και ποσοστά (%).					

3.2.3 Παραγοντική Ανάλυση

Ερωτηματολόγιο «αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την ετοιμότητά τους και τη στάση τους σχετικά με την ψυχική υγεία των μαθητών»

Η παραγοντική ανάλυση (factor analysis) είναι μια στατιστική διαδικασία που έχει σκοπό να εντοπίσει την ύπαρξη κοινών παραγόντων μέσα από μία ομάδα μεταβλητών. Έτσι, εκφράζοντας αυτούς τους παράγοντες (οι οποίοι δεν είναι μια υπαρκτή ποσότητα, αλλά την «κατασκευάζουμε» για τις ανάγκες μας) μπορούμε να μειώσουμε τις διαστάσεις του προβλήματος, να δημιουργήσουμε νέες μεταβλητές και να εξηγήσουμε τις συσχετίσεις που υπάρχουν στα δεδομένα (Καρλής, 2005).

Κατά την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης στους παράγοντες του ερωτηματολογίου «αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την ετοιμότητά τους και τη στάση τους σχετικά με την ψυχική υγεία των μαθητών», ελέγχθηκαν όλες οι απαραίτητες υποθέσεις (assumptions) που απαιτούνται για την εφαρμογή της αυτής της ανάλυσης. Πιο συγκεκριμένα, το Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) μέτρο δειγματικής καταλληλότητας (πίνακας 4) το οποίο δείχνει πόσο κατάλληλα είναι τα δεδομένα για την ανάλυση των παραγόντων. Μετράει την επάρκεια της δειγματοληψίας για κάθε μεταβλητή στο μοντέλο αλλά και για το πλήρες μοντέλο. Στην παραγοντική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε για το ερωτηματολόγιο «αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την ετοιμότητά τους και τη στάση τους σχετικά με την ψυχική υγεία των μαθητών», το Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) μέτρο δειγματικής καταλληλότητας βρέθηκε πως είναι ,961 και χαρακτηρίζεται ως θαυμάσιο (marvelous) (Kaiser, 1974).

Στον ίδιο πίνακα φαίνεται το Bartlett's τεστ (έλεγχος σφαιρικότητας του Bartlett) και το P-value αυτού. Ο έλεγχος σφαιρικότητας του Bartlett καθορίζει αν υπάρχει ή όχι υψηλός βαθμός συσχέτισης ανάμεσα σε τουλάχιστον ένα ζευγάρι από τις συμπεριλαμβανόμενες μεταβλητές. Η μηδενική υπόθεση που ελέγχεται εδώ είναι αν ο παρατηρούμενος πίνακας συσχετίσεων είναι ίδιος με το μοναδιαίο πίνακα ή διαφορετικά αν οι μεταβλητές είναι ασυσχέτιστες. Στην προκειμένη παραγοντική ανάλυση παρατηρείται πως απορρίπτουμε την αρχική υπόθεση του Bartlett's τεστ αφού $p < ,001$ (τιμή ελεγχουσυνάρτησης 4900,784 και βαθμοί ελευθερίας 153).

Πίνακας 4 <i>Kaiser-Meyer-Olkin και έλεγχος Bartlett παραγοντικής ανάλυσης ερωτηματολογίου «αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την ετοιμότητά τους και τη στάση τους σχετικά με την ψυχική υγεία των μαθητών»</i>		
Kaiser-Meyer-Olkin μέτρο δειγματικής καταλληλότητας		,961
Έλεγχος σφαιρικότητας του Bartlett	χ^2	4900,784
	Βαθμοί ελευθερίας	153
	<i>P</i>	<,001

Η τρίτη υπόθεση εφαρμογής της παραγοντικής ανάλυσης είναι οι συσχετίσεις οι οποίες δεν πρέπει να ούτε πολύ υψηλές ούτε ασθενείς. Αυτό διαπιστώνεται από τον επόμενο πίνακα.

Πίνακας 5

Πίνακας συσχετίσεων (correlation matrix) των μεταβλητών του ερωτηματολογίου «αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την ετοιμότητά τους και τη στάση τους σχετικά με την ψυχική υγεία των μαθητών»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Ερ. 1	1,000																	
Ερ. 2	,734	1,000																
Ερ. 3	,738	,730	1,000															
Ερ. 4	,672	,612	,750	1,000														
Ερ. 5	,625	,587	,721	,725	1,000													
Ερ. 6	,638	,617	,703	,717	,688	1,000												
Ερ. 7	,620	,648	,710	,686	,646	,819	1,000											
Ερ. 8	,653	,629	,708	,725	,789	,685	,712	1,000										
Ερ. 9	,695	,655	,723	,718	,765	,688	,680	,876	1,000									
Ερ. 10	,652	,583	,709	,755	,749	,697	,648	,780	,824	1,000								

Ερ. 11	,644	,589	,734	,722	,717	,680	,661	,661	,728	,759	1,000								
Ερ. 12	,624	,650	,664	,602	,674	,650	,644	,712	,689	,653	,640	1,000							
Ερ. 13	,588	,638	,670	,599	,652	,641	,658	,655	,647	,604	,596	,838	1,000						
Ερ. 14	,557	,631	,615	,575	,600	,615	,678	,634	,621	,592	,558	,743	,734	1,000					
Ερ. 15	,560	,631	,675	,630	,597	,649	,699	,664	,638	,642	,601	,661	,667	,782	1,000				
Ερ. 16	,598	,575	,671	,702	,671	,665	,637	,671	,702	,681	,676	,571	,570	,602	,660	1,000			
Ερ. 17	,598	,661	,708	,592	,676	,663	,621	,674	,703	,664	,641	,708	,712	,656	,689	,655	1,000		
Ερ. 18	,665	,647	,724	,709	,682	,662	,697	,747	,755	,732	,720	,690	,661	,631	,678	,745	,734	1,000	

Η επόμενη υπόθεση που εξετάστηκε είναι τα μέτρα δειγματικής καταλληλότητας (Measures of sampling adequacy – MSA) όλων των ερωτήσεων (πίνακας 6). Για κάθε μεταβλητή τα μέτρα δειγματικής καταλληλότητας δεν πρέπει να είναι κάτω του 0,5 ή του 0,8 (πιο αυστηρό κριτήριο).

Η ερώτηση «Διαχείριση του εκφοβισμού (bullying) στο σχολικό περιβάλλον» βρέθηκε πως έχει MSA ίσο με ,968. Η «Διαχείριση τάξης και συμπεριφοράς» έχει MSA ίσο με ,967, η «Διαχείριση βίας στο σχολείο (σωματική επιθετικότητα κλπ.)» έχει MSA ίσο με ,975, η «Στήριξη του παιδιού να διαχειριστεί το διαζύγιο» έχει MSA ίσο με ,973, η «Αναγνώριση ενδείξεων κατάθλιψης στην παιδική και εφηβική ηλικία» έχει MSA ίσο με ,973, η «Στήριξη της εθνικής και πολιτισμικής ταυτότητας του κάθε παιδιού στην τάξη» έχει MSA ίσο με ,950, η «Δημιουργία κλίματος στην τάξη που σέβεται τις πολιτισμικές διαφορές» έχει MSA ίσο με ,942, η «Αναγνώριση ενδείξεων του παιδικού άγχους», έχει MSA ίσο με ,939, η «Διαχείριση και αντιμετώπιση του παιδικού άγχους» έχει MSA ίσο με ,951, η «Υποστήριξη των μαθητών να διαχειριστούν τη θλίψη και την απώλεια» έχει MSA ίσο με ,972, η «Αναγνώριση για ίχνη σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης» έχει MSA ίσο με ,968, η «Διαχείριση των δυσκολιών του αργού σε κατανόηση και μάθηση μαθητή» έχει MSA ίσο με ,946, η «Υποστήριξη των μαθητών με προβλήματα συγκέντρωσης προσοχής» έχει MSA ίσο με ,954, η «Κινητοποίηση των μαθητών για μάθηση» έχει MSA ίσο με ,953, η «Διαμόρφωση αίσθησης κοινότητας στη σχολική μονάδα» έχει MSA ίσο με ,958, η «Κατανόηση της εφηβικής σεξουαλικότητας» έχει MSA ίσο με ,975, οι «Τρόποι αποτελεσματικής αντιμετώπισης μαθητών που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς» έχει MSA ίσο με ,967 και η «Υποστήριξη των μαθητών για ομαλή ένταξη τους σε νέες καταστάσεις (π.χ. μετάβαση από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο, εφηβεία κλπ)» έχει MSA ίσο με ,972.

Πίνακας 6 Μέτρα δειγματικής καταλληλότητας (Measures of sampling adequacy – MSA) των μεταβλητών του ερωτηματολογίου «αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την ετοιμότητά τους και τη στάση τους σχετικά με την ψυχική υγεία των μαθητών»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Ερ. 1	,968 ^α	-,357	-,207	-,094	,017	-,082	,042	,022	-,116	-,033	-,027	-,070	,025	-,007	,082	-,004	,081	-,081
Ερ. 2	-,357	,967 ^α	-,206	-,016	,055	,026	-,091	,022	-,082	,096	,042	-,058	-,015	-,088	-,055	,023	-,138	-,007
Ερ. 3	-,207	-,206	,975 ^α	-,183	-,118	,016	-,100	,003	,017	-,001	-,162	,039	-,078	,089	-,105	-,004	-,141	-,014
Ερ. 4	-,094	-,016	-,183	,973 ^α	-,119	-,147	-,004	-,104	,064	-,187	-,107	,083	-,058	,010	-,041	-,151	,182	-,082
Ερ. 5	,017	,055	-,118	-,119	,973 ^α	-,084	,067	-,298	-,003	-,087	-,169	-,023	-,080	-,054	,122	-,096	-,112	,093
Ερ. 6	-,082	,026	,016	-,147	-,084	,950 ^α	-,536	,067	,004	-,115	-,019	-,087	,003	,072	,000	-,116	-,163	,138
Ερ. 7	,042	-,091	-,100	-,004	,067	-,536	,942 ^α	-,189	,027	,104	-,103	,107	-,090	-,165	-,112	,053	,149	-,150
Ερ. 8	,022	,022	,003	-,104	-,298	,067	-,189	,939 ^α	-,532	-,073	,231	-,181	,066	,059	-,109	,036	,048	-,117
Ερ. 9	-,116	-,082	0,017	0,064	-,003	,004	,027	-,532	,951 ^α	-,293	-,142	,044	-,025	-,030	,096	-,104	-,100	-,022
Ερ. 10	-,033	,096	-,001	-,187	-,087	-,115	,104	-,073	-,293	,972 ^α	-,219	-,033	,065	-,007	-,096	,025	-,026	-,075
Ερ. 11	-,027	,042	-,162	-,107	-,169	-,019	-,103	,231	-,142	-,219	,968 ^α	-,133	,059	,064	,000	-,079	,004	-,129
Ερ. 12	-,070	-,058	,039	,083	-,023	-,087	,107	-,181	,044	-,033	-,133	,946 ^α	-,515	-,246	,045	,120	-,056	-,096
Ερ. 13	,025	-,015	-,078	-,058	-,080	,003	-,090	,066	-,025	0,065	,059	-,515	,954 ^α	-,153	-,018	,029	-,161	-,013
Ερ. 14	-,007	-,088	,089	,010	-,054	,072	-,165	,059	-,030	-,007	,064	-,246	-,153	,953 ^α	-,439	-,088	-,010	0,053
Ερ. 15	,082	-,055	-,105	-,041	,122	,000	-,112	-,109	,096	-,096	,000	,045	-,018	-,439	,958 ^α	-,132	-,155	-,035
Ερ. 16	-,004	,023	-,004	-,151	-,096	-,116	,053	,036	-,104	0,025	-,079	,120	,029	-,088	-,132	,975 ^α	-,069	-,275

Ερ. 17	,081	-,138	-,141	,182	-,112	-,163	,149	,048	-,100	-,026	,004	-,056	-,161	-,010	-,155	-,069	,967 ^α	-,227
Ερ. 18	-,081	-,007	-,014	-,082	,093	,138	-,150	-,117	-,022	-,075	-,129	-,096	-,013	,053	-,035	-,275	-,227	,972 ^α
^α Μέτρα δειγματικής καταλληλότητας (Measures of sampling adequacy – MSA)																		

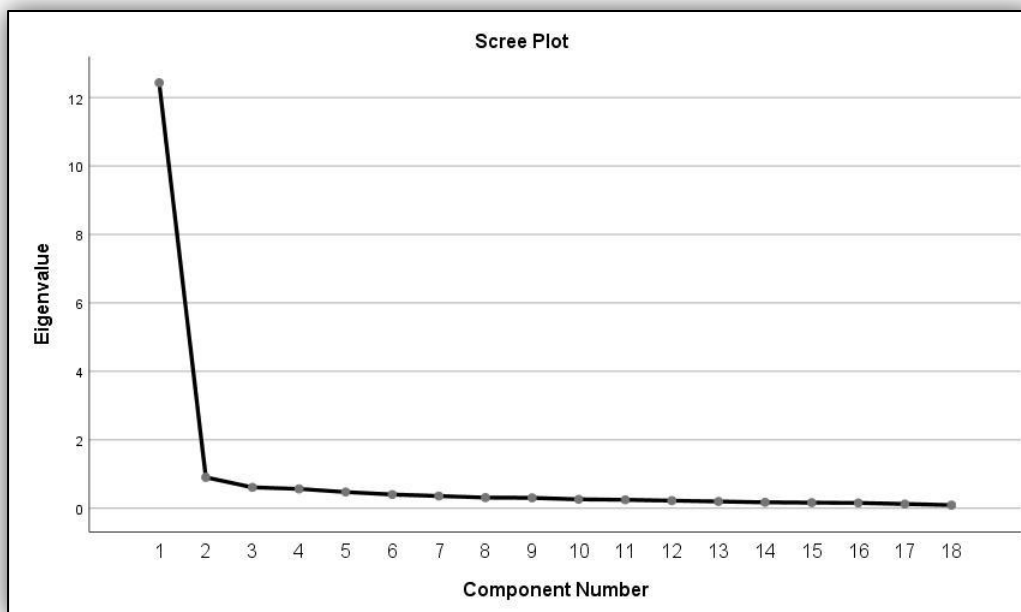
Τελευταία υπόθεση που ελέγχθηκε είναι οι εταιρικότητες (communalities). Οι χαμηλές τιμές σε μία μεταβλητή υποδηλώνουν ότι η μεταβλητή αυτή δεν είναι πολύ σχετική για τον ορισμό των παραγόντων στο συγκεκριμένο συνδυασμό και μπορεί να εξαλειφτεί. Από τον πίνακα 7, διαπιστώνεται πως καμία μεταβλητή δεν βρέθηκε να έχει κάποια χαμηλή εταιρικότητα (είτε υποκειμενικά είτε όχι).

Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε πως η «Διαχείριση του εκφοβισμού (bullying) στο σχολικό περιβάλλον» έχει εταιρικότητα ίση με ,638, η «Διαχείριση τάξης και συμπεριφοράς» ίση με ,645, η «Διαχείριση βίας στο σχολείο (σωματική επιθετικότητα κλπ.)» ίση με ,757, η «Στήριξη του παιδιού να διαχειριστεί το διαζύγιο» ίση με ,770, η «Αναγνώριση ενδείξεων κατάθλιψης στην παιδική και εφηβική ηλικία» ίση με ,741, η «Στήριξη της εθνικής και πολιτισμικής ταυτότητας του κάθε παιδιού στην τάξη» ίση με ,699, η «Δημιουργία κλίματος στην τάξη που σέβεται τις πολιτισμικές διαφορές» ίση με ,698, η «Αναγνώριση ενδείξεων του παιδικού άγχους» ίση με ,773, η «Διαχείριση και αντιμετώπιση του παιδικού άγχους» ίση με ,809, η «Υποστήριξη των μαθητών να διαχειριστούν τη θλίψη και την απώλεια» ίση με ,796, η «Αναγνώριση για ίχνη σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης» ίση με ,739, η «Διαχείριση των δυσκολιών του αργού σε κατανόηση και μάθηση μαθητή» ίση με ,790, η «Υποστήριξη των μαθητών με προβλήματα συγκέντρωσης προσοχής» ίση με ,802, η «Κινητοποίηση των μαθητών για μάθηση» ίση με ,812, η «Διαμόρφωση αίσθησης κοινότητας στη σχολική μονάδα» ίση με ,733, η «Κατανόηση της εφηβικής σεξουαλικότητας» ίση με ,674, οι «Τρόποι αποτελεσματικής αντιμετώπισης μαθητών που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς» ίση με ,710 και η «Υποστήριξη των μαθητών για ομαλή ένταξη τους σε νέες καταστάσεις (π.χ. μετάβαση από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο, εφηβεία κλπ)» ίση με ,748.

Πίνακας 7 Εταιρικότητες (communalities) των μεταβλητών του ερωτηματολογίου «αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την ετοιμότητά τους και τη στάση τους σχετικά με την ψυχική υγεία των μαθητών»		
	Αρχικώς	Κατά την εξαγωγή
Ερ. 1	1,000	,638
Ερ. 2	1,000	,645
Ερ. 3	1,000	,757
Ερ. 4	1,000	,770
Ερ. 5	1,000	,741

Ερ. 6	1,000	,699
Ερ. 7	1,000	,698
Ερ. 8	1,000	,773
Ερ. 9	1,000	,809
Ερ. 10	1,000	,796
Ερ. 11	1,000	,739
Ερ. 12	1,000	,790
Ερ. 13	1,000	,802
Ερ. 14	1,000	,812
Ερ. 15	1,000	,733
Ερ. 16	1,000	,674
Ερ. 17	1,000	,710
Ερ. 18	1,000	,748
Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε κατά την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης είναι η μέθοδος κυρίων συνιστωσών (Principal Component Analysis).		

Σχετικά με τον προσδιορισμό του αριθμού των παραγόντων, αυτός έγινε με τρία κριτήρια, τον κανόνα του Kaiser, το γράφημα ιδιοτιμών ως προς τον αύξοντα αριθμό τους (scree plot) και τη διακύμανση που εξηγούν οι παράγοντες. Αφού η κλίση του scree plot αλλάζει μετά την 2η συνιστώσα, το 50% των παρατηρήσεων εξηγείται από 1 συνιστώσα και 1 παράγοντας έχει ιδιοτιμή (eigenvalue) μεγαλύτερη του ενός, αποφασίστηκε οι παράγοντες να είναι δύο.



Γράφημα 9. Scree Plot ανάλυσης ερωτηματολογίου «αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την ετοιμότητά τους και τη στάση τους σχετικά με την ψυχική υγεία των μαθητών» (γράφημα ιδιοτιμών ως προς τον αύξοντα αριθμό τους)

Βλέποντας ποιες ερωτήσεις έχουν μεγαλύτερες επιβαρύνσεις στον κάθε παράγοντα μετά την περιστροφή, αποφασίστηκε ποια μεταβλητή θα συμπεριληφθεί στον κάθε παράγοντα. Απαραίτητη προϋπόθεση ήταν οι ερωτήσεις να έχουν φόρτιση μεγαλύτερη του 0,4 ώστε να συμπεριληφθούν στον κάθε παράγοντα.

Οι παράγοντες που προέκυψαν είναι 2 και εξηγούν συνολικά το 74,1% της διακύμανσης με συνολικό δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας $\alpha = ,97$ (πίνακας 8):

- Αναγνώριση και διαχείριση προσωπικών προβλημάτων του παιδιού. Αυτός ο παράγοντας εξηγεί το 42,2% της διακύμανσης, έχει δείκτη αξιοπιστίας $\alpha = ,96$ και αποτελείται από τις ερωτήσεις 1, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11 και 16. Πιο συγκεκριμένα αποτελείται από ερωτήσεις που ζητούν από τον εκπαιδευτικό κατά πόσο η εκπαίδευση που έλαβε τον/την προετοίμασε να διαχειρίζεται τον εκφοβισμό (bullying) στο σχολικό περιβάλλον, να διαχειρίζεται τη βία στο σχολείο (σωματική επιθετικότητα κλπ.), να στηρίζει το παιδί να διαχειριστεί το διαζύγιο, να αναγνωρίζει ενδείξεις κατάθλιψης στην παιδική και εφηβική ηλικία, να αναγνωρίζει ενδείξεις του παιδικού άγχους, να διαχειρίζεται και αντιμετωπίζει το παιδικό άγχος, να υποστηρίζει τους μαθητές να διαχειριστούν τη θλίψη και την απώλεια, να αναγνωρίζει ίχνη σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης και να κατανοεί την εφηβική σεξουαλικότητα.
- Αναγνώριση και διαχείριση προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης. Αυτός ο παράγοντας εξηγεί το 31,9% της διακύμανσης, έχει δείκτη αξιοπιστίας $\alpha = ,95$ και αποτελείται από τις ερωτήσεις 2, 6, 7, 12,

13, 14, 15, 17 και 18. Πιο συγκεκριμένα αποτελείται από ερωτήσεις που ζητούν από τον εκπαιδευτικό κατά πόσο η εκπαίδευση που έλαβε τον/την προετοίμασε να διαχειρίζεται την τάξη και συμπεριφορά, να στηρίζει την εθνική και πολιτισμική ταυτότητα του κάθε παιδιού στην τάξη, να δημιουργεί κλίμα στην τάξη που σέβεται τις πολιτισμικές διαφορές, να διαχειρίζεται τις δυσκολίες του αργού σε κατανόηση και μάθηση μαθητή, να υποστηρίζει τους μαθητές με προβλήματα συγκέντρωσης προσοχής, να κινητοποιεί τους μαθητές για μάθηση, να διαμορφώνει την αίσθηση της κοινότητας στη σχολική μονάδα, να βρίσκει τρόπους αποτελεσματικής αντιμετώπισης μαθητών που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς, να υποστηρίζει τους μαθητές για ομαλή ένταξη τους σε νέες καταστάσεις (π.χ. μετάβαση από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο, εφηβεία κλπ).

Πίνακας 8 Παράγοντες ερωτηματολογίου «αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για την ετοιμότητά τους και τη στάση τους σχετικά με την ψυχική υγεία των μαθητών» έπειτα από την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης			
Παράγοντες	Συντελεστής αξιοπιστίας (Cronbach'a)	Ποσοστό διακύμανσης που εξηγείται από τον παράγοντα	Ερωτήσεις που απαρτίζουν τον παράγοντα
Αναγνώριση και διαχείριση προσωπικών προβλημάτων του παιδιού (7,6)	,96	42,2	Διαχείριση του εκφοβισμού (bullying) στο σχολικό περιβάλλον (,671)
			Διαχείριση βίας στο σχολείο (σωματική επιθετικότητα κλπ.) (,708)
			Στήριξη του παιδιού να διαχειριστεί το διαζύγιο (,809)
			Αναγνώριση ενδείξεων κατάθλιψης στην παιδική και εφηβική ηλικία (,758)
			Αναγνώριση ενδείξεων του παιδικού άγχους (,747)
			Διαχείριση και αντιμετώπιση του παιδικού άγχους (,795)
			Υποστήριξη των μαθητών να διαχειριστούν τη θλίψη και την απώλεια (,820)
			Αναγνώριση για ίχνη σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης (,785)

			Κατανόηση της εφηβικής σεξουαλικότητας (,715)
Αναγνώριση και διαχείριση προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης (5,7)	,95	31,9	Διαχείριση τάξης και συμπεριφοράς (,628)
			Στήριξη της εθνικής και πολιτισμικής ταυτότητας του κάθε παιδιού στην τάξη (,503)
			Δημιουργία κλίματος στην τάξη που σέβεται τις πολιτισμικές διαφορές (,584)
			Διαχείριση των δυσκολιών του αργού σε κατανόηση και μάθηση μαθητή (,781)
			Υποστήριξη των μαθητών με προβλήματα συγκέντρωσης προσοχής (,816)
			Κινητοποίηση των μαθητών για μάθηση (,843)
			Διαμόρφωση αίσθησης κοινότητας στη σχολική μονάδα (,737)
			Τρόποι αποτελεσματικής αντιμετώπισης μαθητών που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς (,662)
			Υποστήριξη των μαθητών για ομαλή ένταξη τους σε νέες καταστάσεις (π.χ. μετάβαση από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο, εφηβεία κλπ) (,509)
Οι τιμές τις πρώτης στήλης («παράγοντες») αφορούν στις ιδιοτιμές αυτών. Οι τιμές της τελευταίας στήλης («Ερωτήσεις που απαρτίζουν τον παράγοντα») αφορούν στις φορτίσεις αυτών μετά από ορθογώνια περιστροφή μέγιστης διακύμανσης (varimax with Kaiser Normalization). Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε κατά την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης είναι η μέθοδος κυρίων συνιστωσών (Principal Component Analysis).			

Ερωτηματολόγιο «διαχείριση θεμάτων ψυχικής υγείας κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου των εκπαιδευτικών»

Κατά την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης στους παράγοντες του ερωτηματολογίου «διαχείριση θεμάτων ψυχικής υγείας κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου των εκπαιδευτικών», ελέγχθηκαν όλες οι απαραίτητες υποθέσεις (assumptions) που απαιτούνται για την εφαρμογή της αυτής της ανάλυσης. Πιο συγκεκριμένα, το Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) μέτρο δειγματικής καταλληλότητας (πίνακας 9) βρέθηκε πως είναι ,965 και χαρακτηρίζεται ως θαυμάσιο (marvelous) (Kaiser, 1974).

Στον ίδιο πίνακα φαίνεται το Bartlett's τεστ (έλεγχος σφαιρικότητας του Bartlett) και το P-value αυτού. Στην προκειμένη παραγοντική ανάλυση παρατηρείται πως απορρίπτουμε την αρχική υπόθεση του Bartlett's τεστ αφού $p < ,001$ (τιμή ελεγχουσυνάρτησης 5902,644 και βαθμοί ελευθερίας 210).

Πίνακας 9 Kaiser-Meyer-Olkin και έλεγχος Bartlett παραγοντικής ανάλυσης ερωτηματολογίου «διαχείριση θεμάτων ψυχικής υγείας κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου των εκπαιδευτικών»		
Kaiser-Meyer-Olkin μέτρο δειγματικής καταλληλότητας		,965
Έλεγχος σφαιρικότητας του Bartlett	χ^2	5902,644
	Βαθμοί ελευθερίας	210
	P	<,001

Η τρίτη υπόθεση εφαρμογής της παραγοντικής ανάλυσης είναι οι συσχετίσεις οι οποίες δεν πρέπει να ούτε πολύ υψηλές, ούτε ασθενείς. Αυτό διαπιστώνεται από τον επόμενο πίνακα.

Πίνακας 10

Πίνακας συσχετίσεων (correlation matrix) των μεταβλητών του ερωτηματολογίου «διαχείριση θεμάτων ψυχικής υγείας κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου των εκπαιδευτικών»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Δ	Ε	Ζ
Ερ. 1	1																				
Ερ. 2	,763	1																			
Ερ. 3	,779	,713	1																		
Ερ. 4	,689	,641	,773	1																	
Ερ. 5	,665	,697	,704	,669	1																
Ερ. 6	,652	,666	,689	,617	,717	1															
Ερ. 7	,645	,642	,727	,696	,719	,712	1														
Ερ. 8	,700	,608	,737	,805	,686	,692	,787	1													
Ερ. 9	,658	,678	,678	,652	,678	,798	,673	,667	1												
Ερ. 10	,556	,660	,603	,618	,718	,740	,663	,635	,753	1											
Ερ. 11	,678	,671	,667	,644	,730	,764	,704	,687	,755	,765	1										
Ερ. 12	,697	,717	,715	,690	,702	,766	,724	,744	,772	,762	,814	1									
Ερ. 13	,608	,658	,598	,603	,719	,715	,663	,621	,671	,741	,774	,730	1								

Ep. 14	,646	,611	,708	,735	,659	,623	,743	,786	,622	,657	,710	,708	,663	1							
Ep. 15	,630	,633	,707	,701	,721	,680	,650	,667	,670	,692	,699	,684	,679	,733	1						
Ep. 16	,635	,637	,705	,630	,736	,674	,638	,659	,682	,695	,689	,659	,661	,724	,840	1					
Ep. 17	,660	,625	,686	,714	,662	,661	,695	,756	,663	,660	,707	,730	,677	,770	,701	,746	1				
Ep. 18	,616	,580	,636	,737	,642	,558	,729	,717	,547	,621	,644	,653	,639	,785	,669	,656	,790	1			
Ep. Δ	,546	,606	,584	,585	,570	,656	,597	,610	,631	,631	,637	,669	,634	,621	,622	,609	,651	,596	1		
Ep. E	,559	,561	,565	,608	,576	,631	,565	,625	,607	,579	,636	,648	,601	,636	,636	,598	,620	,585	,770	1	
Ep. Z	,563	,544	,591	,609	,572	,615	,583	,607	,550	,573	,630	,658	,595	,668	,616	,589	,585	,621	,721	,784	1

Η επόμενη υπόθεση που εξετάστηκε είναι τα μέτρα δειγματικής καταλληλότητας (Measures of sampling adequacy – MSA) όλων των ερωτήσεων (πίνακας 11). Για κάθε μεταβλητή τα μέτρα δειγματικής καταλληλότητας δεν πρέπει να είναι κάτω του 0,5 ή του 0,8 (πιο αυστηρό κριτήριο).

Η ερώτηση «Στρατηγικές χειρισμού του εκφοβισμού (bullying) στο σχολικό περιβάλλον» βρέθηκε πως έχει MSA ίσο με ,956. Η ερώτηση «Στρατηγικές διαχείρισης τάξης και συμπεριφοράς» έχει MSA ίσο με ,965, «Διαχείριση βίας στο σχολείο (σωματικής βίας, όπλα κλπ.)» έχει MSA ίσο με ,963, «Στρατηγικές βοήθειας/στήριξης του παιδιού να διαχειριστεί το διαζύγιο» έχει MSA ίσο με ,950, Διαμόρφωση αίσθησης κοινότητας εντός της σχολικής μονάδας» έχει MSA ίσο με ,979, «Διαχείριση αναγκών του μαθητή με αργό τρόπο κατανόησης και μάθησης» έχει MSA ίσο με ,973, «Αναγνώριση ενδείξεων του παιδικού άγχους και τρόπους αντιμετώπισης» έχει MSA ίσο με ,966, «Στρατηγικές ώστε να βοηθήσουν τους μαθητές να διαχειρίζονται τη θλίψη και την απώλεια» έχει MSA ίσο με ,954, «Υποστήριξη μαθητών με προβλήματα προσοχής» έχει MSA ίσο με ,969, «Παροχή κινήτρων για μάθηση» έχει MSA ίσο με ,973, «Ικανότητα διαχείρισης ενός αναστατωμένου μαθητή» έχει MSA ίσο με ,979, «Τρόποι αποτελεσματικής αντιμετώπισης μαθητών που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς» έχει MSA ίσο με ,976, «Πώς να δημιουργήσετε ένα θετικό συναισθηματικό περιβάλλον για τα παιδιά» έχει MSA ίσο με ,981, «Αναγνώριση ενδείξεων κατάθλιψης στην παιδική και εφηβική ηλικία» έχει MSA ίσο με ,974, «Στήριξη της εθνικής και πολιτισμικής ταυτότητας του κάθε παιδιού στην τάξη» έχει MSA ίσο με ,963, «Δημιουργία ψυχολογικού κλίματος στην τάξη που σέβεται τις πολιτισμικές διαφορές» έχει MSA ίσο με ,946, «Υποστήριξη των μαθητών για ομαλή ένταξη τους σε νέες καταστάσεις (π.χ. μετάβαση από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο, εφηβεία κλπ.)» έχει MSA ίσο με ,966, «Κατανόηση της εφηβικής σεξουαλικότητας» έχει MSA ίσο με ,952, «Δυνατότητα προσαρμογής των μαθημάτων στο κατάλληλο επίπεδο για τους μεμονωμένους μαθητές» έχει MSA ίσο με ,969, «Δυνατότητα διάκρισης των διαφορετικών βαθμίδων σοβαρότητας εμφάνισης μιας συγκεκριμένης διαταραχής μεταξύ των μαθητών» έχει MSA ίσο με ,954, «Εκδήλωση εντονότερης ανησυχίας για τα συμπτώματα μιας συναισθηματικής παρά συμπεριφορικής διαταραχής» έχει MSA ίσο με ,953.

Πίνακας 11 Μέτρα δειγματικής καταλληλότητας (Measures of sampling adequacy – MSA) των μεταβλητών του ερωτηματολογίου «διαχείριση θεμάτων ψυχικής υγείας κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου των εκπαιδευτικών»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Δ	Ε	Ζ
1	,956 ^a	-,403	-,302	,008	-,024	-,019	,103	-,171	-,085	,208	-,137	-,019	-,027	,041	,023	-,011	-,030	-,085	,093	-,012	-,050
2	-,403	,965 ^a	-,093	-,066	-,141	,008	-,059	,177	-,033	-,126	,069	-,142	-,079	-,014	,030	-,022	,028	,022	-,139	-,016	,077
3	-,302	-,093	,963 ^a	-,318	-,063	-,102	-,195	,042	,007	0,103	,044	-,090	,114	-,085	-,054	-,155	-,013	,132	-,036	,097	-,044
4	,008	-,066	-,318	,950 ^a	-,054	,128	,114	-,379	-,160	-,044	,045	,049	,002	,004	-,207	,218	-,030	-,252	,049	-,044	-,059
5	-,024	-,141	-,063	-,054	,979 ^a	-,081	-,160	-,067	,054	-,126	-,096	,043	-,162	,114	-,058	-,203	,064	-,039	,101	-,029	-,006
6	-,019	,008	-,102	,128	-,081	,973 ^a	-,148	-,136	-,300	-,112	-,097	-,044	-,116	,141	-,069	,013	-,044	,126	-,059	-,026	-,101
7	,103	-,059	-,195	,114	-,160	-,148	,966 ^a	-,294	-,078	,014	-,037	-,018	-,039	-,124	,028	,094	,080	-,280	-,031	,069	,023
8	-,171	,177	,042	-,379	-,067	-,136	-,294	,954 ^a	,049	,018	,052	-,158	,090	-,253	,094	-,030	-,139	,076	-,018	-,083	,078
9	-,085	-,033	,007	-,160	,054	-,300	-,078	,049	,969 ^a	-,209	-,115	-,158	,050	,033	,026	-,125	-,035	,154	-,057	-,082	,137
10	,208	-,126	,103	-,044	-,126	-,112	,014	,018	-,209	,973 ^a	-,133	-,174	-,149	-,041	-,037	-,108	0,054	-,086	-,069	0,072	0,016
11	-,137	,069	,044	,045	-,096	-,097	-,037	,052	-,115	-,133	,979 ^a	-,255	-,224	-,120	-,019	,008	-,039	,015	,041	-,044	-,027
12	-,019	-,142	-,090	,049	,043	-,044	-,018	-,158	-,158	-,174	-,255	,976 ^a	-,056	,012	-,033	,148	-,136	,026	-,013	,020	-,143
13	-,027	-,079	,114	,002	-,162	-,116	-,039	,090	,050	-,149	-,224	-,056	,981 ^a	-,052	-,069	,027	-,070	-,052	-,078	,001	-,006
14	,041	-,014	-,085	,004	,114	,141	-,124	-,253	0,033	-,041	-,120	,012	-,052	,974 ^a	-,120	-,111	-,104	-,213	,050	-,014	-,163

15	,023	,030	-,054	-,207	-,058	-,069	,028	,094	,026	-,037	-,019	-,033	-,069	-,120	,963 ^a	-,506	,079	-,033	-,010	-,100	,031
16	-,011	-,022	-,155	,218	-,203	,013	,094	-,030	-,125	-,108	,008	,148	,027	-,111	-,506	,946 ^a	-,266	-,001	-,007	,026	-,050
17	-,030	,028	-,013	-,030	,064	-,044	,080	-,139	-,035	,054	-,039	-,136	-,070	-,104	,079	-,266	,966 ^a	-,374	-,128	-,044	,171
18	-,085	,022	,132	-,252	-,039	,126	-,280	,076	,154	-,086	,015	,026	-,052	-,213	-,033	-,001	-,374	,952 ^a	-,026	,035	-,123
Δ	,093	-,139	-,036	,049	,101	-,059	-,031	-,018	-,057	-,069	,041	-,013	-,078	,050	-,010	-,007	-,128	-,026	,969 ^a	-,362	-,208
E	-,012	-,016	,097	-,044	-,029	-,026	,069	-,083	-,082	,072	-,044	,020	,001	-,014	-,100	,026	-,044	,035	-,362	,954 ^a	-,432
Z	-,050	,077	-,044	-,059	-,006	-,101	,023	,078	,137	,016	-,027	-,143	-,006	-,163	,031	-,050	,171	-,123	-,208	-,432	,953 ^a
^a Μέτρα δειγματικής καταλληλότητας (Measures of sampling adequacy – MSA)																					

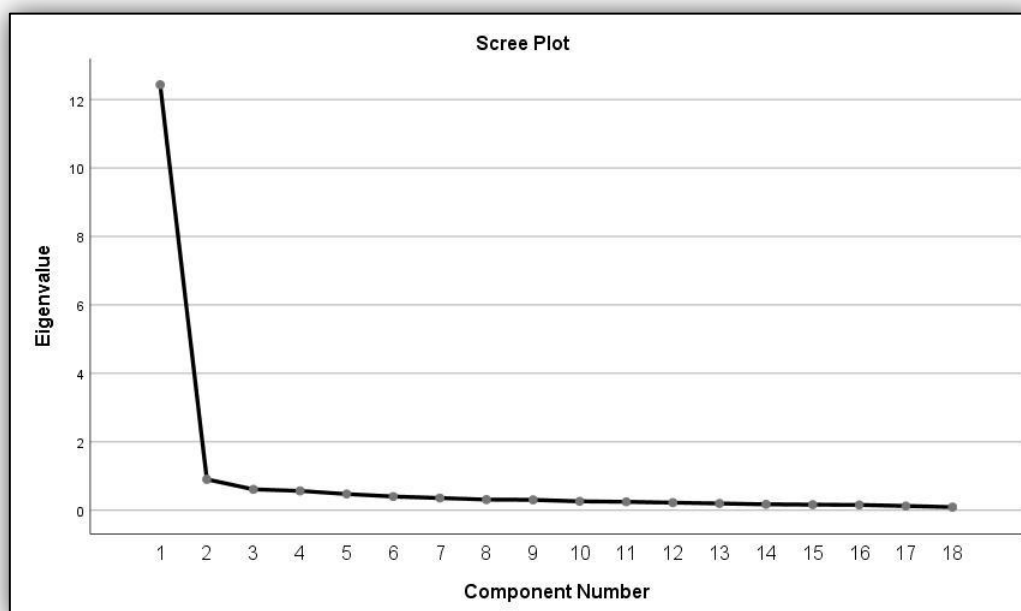
Τελευταία υπόθεση που ελέγχθηκε είναι οι εταιρικότητες (communalities). Οι χαμηλές τιμές σε μία μεταβλητή υποδηλώνουν ότι η μεταβλητή αυτή δεν είναι πολύ σχετική για τον ορισμό των παραγόντων στο συγκεκριμένο συνδυασμό και μπορεί να εξαλειφτεί. Από τον πίνακα 12, διαπιστώνεται πως καμία μεταβλητή δεν βρέθηκε να έχει κάποια χαμηλή εταιρικότητα (είτε υποκειμενικά είτε όχι).

Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε πως η ερώτηση «Στρατηγικές χειρισμού του εκφοβισμού (bullying) στο σχολικό περιβάλλον» έχει εταιρικότητα ίση με ,696, η ερώτηση «Στρατηγικές διαχείρισης τάξης και συμπεριφοράς» ίση με ,646, η ερώτηση «Διαχείριση βίας στο σχολείο (σωματικής βίας, όπλα κλπ.)» ίση με ,772, η ερώτηση «Στρατηγικές βοήθειας/στήριξης του παιδιού να διαχειριστεί το διαζύγιο» ίση με ,750, η ερώτηση «Διαμόρφωση αίσθησης κοινότητας εντός της σχολικής μονάδας» ίση με ,711, η ερώτηση «Διαχείριση αναγκών του μαθητή με αργό τρόπο κατανόησης και μάθησης» ίση με ,730, η ερώτηση «Αναγνώριση ενδείξεων του παιδικού άγχους και τρόπους αντιμετώπισης» ίση με ,737, η ερώτηση «Στρατηγικές ώστε να βοηθήσουν τους μαθητές να διαχειρίζονται τη θλίψη και την απώλεια» ίση με ,772, η ερώτηση «Υποστήριξη μαθητών με προβλήματα προσοχής» ίση με ,696, η ερώτηση «Παροχή κινήτρων για μάθηση» ίση με ,701, η ερώτηση «Ικανότητα διαχείρισης ενός αναστατωμένου μαθητή» ίση με ,758, η ερώτηση «Τρόποι αποτελεσματικής αντιμετώπισης μαθητών που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς» ίση με ,777, η ερώτηση «Πώς να δημιουργήσετε ένα θετικό συναισθηματικό περιβάλλον για τα παιδιά» ίση με ,692, η ερώτηση «Αναγνώριση ενδείξεων κατάθλιψης στην παιδική και εφηβική ηλικία» ίση με ,745, η ερώτηση «Στήριξη της εθνικής και πολιτισμικής ταυτότητας του κάθε παιδιού στην τάξη» ίση με ,711, η ερώτηση «Δημιουργία ψυχολογικού κλίματος στην τάξη που σέβεται τις πολιτισμικές διαφορές» ίση με ,697, η ερώτηση «Υποστήριξη των μαθητών για ομαλή ένταξη τους σε νέες καταστάσεις (π.χ. μετάβαση από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο, εφηβεία κλπ.) » ίση με ,738, η ερώτηση «Κατανόηση της εφηβικής σεξουαλικότητας» ίση με ,685, η ερώτηση «Δυνατότητα προσαρμογής των μαθημάτων στο κατάλληλο επίπεδο για τους μεμονωμένους μαθητές» ίση με ,774, η ερώτηση «Δυνατότητα διάκρισης των διαφορετικών βαθμίδων σοβαρότητας εμφάνισής μιας συγκεκριμένης διαταραχής μεταξύ των μαθητών» ίση με ,773 και τέλος η ερώτηση «Εκδήλωση εντονότερης ανησυχίας για τα συμπτώματα μιας συναισθηματικής παρά συμπεριφορικής διαταραχής» ίση με ,716.

Πίνακας 1 Εταιρικότητες (communalities) των μεταβλητών του ερωτηματολογίου «διαχείριση θεμάτων ψυχικής υγείας κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου των εκπαιδευτικών»		
	Αρχικώς	Κατά την εξαγωγή
Ερ. 1	1,000	,696
Ερ. 2	1,000	,646
Ερ. 3	1,000	,772
Ερ. 4	1,000	,750
Ερ. 5	1,000	,711
Ερ. 6	1,000	,730
Ερ. 7	1,000	,737
Ερ. 8	1,000	,772
Ερ. 9	1,000	,696
Ερ. 10	1,000	,701
Ερ. 11	1,000	,758
Ερ. 12	1,000	,777
Ερ. 13	1,000	,692
Ερ. 14	1,000	,745
Ερ. 15	1,000	,711
Ερ. 16	1,000	,697
Ερ. 17	1,000	,738
Ερ. 18	1,000	,685
Ερ. Δ	1,000	,774
Ερ. Ε	1,000	,773
Ερ. Ζ	1,000	,716
Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε κατά την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης είναι η μέθοδος κυρίων συνιστωσών (Principal Component Analysis).		

Σχετικά με τον προσδιορισμό του αριθμού των παραγόντων, αυτός έγινε με τρία κριτήρια• τον κανόνα του Kaiser, το γράφημα ιδιοτιμών ως προς τον αύξοντα αριθμό τους

(scree plot) και την διακύμανση που εξηγούν οι παράγοντες. Αφού η κλίση του scree plot αλλάζει μετά την 2η συνιστώσα, το 50% των παρατηρήσεων εξηγείται από 1 συνιστώσα και 1 παράγοντας έχει ιδιοτιμή (eigenvalue) μεγαλύτερη του ενός, αποφασίστηκε οι παράγοντες να είναι δύο.



Γράφημα 10. Scree Plot ανάλυσης ερωτηματολογίου «διαχείριση θεμάτων ψυχικής υγείας κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου των εκπαιδευτικών» (γράφημα ιδιοτιμών ως προς τον αύξοντα αριθμό τους)

Βλέποντας ποιες ερωτήσεις έχουν μεγαλύτερες επιβαρύνσεις στον κάθε παράγοντα μετά την περιστροφή, αποφασίστηκε ποια μεταβλητή θα συμπεριληφθεί στον κάθε παράγοντα. Απαραίτητη προϋπόθεση ήταν οι ερωτήσεις να έχουν φόρτιση μεγαλύτερη του 0,4 ώστε να συμπεριληφθούν στον κάθε παράγοντα.

Οι παράγοντες που προέκυψαν είναι 2 και εξηγούν συνολικά το 72,8% της διακύμανσης με συνολικό δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας $\alpha = ,97$ (πίνακας 13):

- Στρατηγικές αντιμετώπισης προσωπικών προβλημάτων του παιδιού κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου. Αυτός ο παράγοντας εξηγεί το 42,2% της διακύμανσης, έχει δείκτη αξιοπιστίας $\alpha = ,96$ και αποτελείται από τις ερωτήσεις 1, 3, 4, 7, 8, 11, 13, 14 και 18. Πιο συγκεκριμένα αποτελείται από ερωτήσεις που ζητούν από τον εκπαιδευτικό κατά πόσο η εκπαίδευση που έλαβε τον/την προετοίμασε να διαχειρίζεται αποτελεσματικά κατά την

άσκηση του εκπαιδευτικού έργου τις στρατηγικές χειρισμού του εκφοβισμού (bullying) στο σχολικό περιβάλλον, τη διαχείριση βίας στο σχολείο (σωματικής βίας, όπλα κλπ.), τις στρατηγικές βοήθειας/στήριξης του παιδιού να διαχειριστεί το διαζύγιο, την αναγνώριση ενδείξεων του παιδικού άγχους και τρόπους αντιμετώπισης, τις στρατηγικές ώστε να βοηθήσουν τους μαθητές να διαχειρίζονται τη θλίψη και την απώλεια, την ικανότητα διαχείρισης ενός αναστατωμένου μαθητή, πώς να δημιουργούν ένα θετικό συναισθηματικό περιβάλλον για τα παιδιά, την αναγνώριση ενδείξεων κατάθλιψης στην παιδική και εφηβική ηλικία, την κατανόηση της εφηβικής σεξουαλικότητας.

- Στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου. Αυτός ο παράγοντας εξηγεί το 30,6% της διακύμανσης, έχει δείκτη αξιοπιστίας $\alpha = ,96$ και αποτελείται από τις ερωτήσεις 2, 5, 6, 9, 10, 12, 15, 16, Δ, Ε και Ζ. . Πιο συγκεκριμένα αποτελείται από ερωτήσεις που ζητούν από τον εκπαιδευτικό κατά πόσο η εκπαίδευση που έλαβε τον/την προετοίμασε να διαχειρίζεται αποτελεσματικά κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου τις στρατηγικές διαχείρισης τάξης και συμπεριφοράς, τη διαμόρφωση αίσθησης κοινότητας εντός της σχολικής μονάδας, τη διαχείριση αναγκών του μαθητή με αργό τρόπο κατανόησης και μάθησης, την υποστήριξη μαθητών με προβλήματα προσοχής, την παροχή κινήτρων για μάθηση, τους τρόπους αποτελεσματικής αντιμετώπισης μαθητών που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς, τη στήριξη της εθνικής και πολιτισμικής ταυτότητας του κάθε παιδιού στην τάξη, τη δημιουργία ψυχολογικού κλίματος στην τάξη που σέβεται τις πολιτισμικές διαφορές, την υποστήριξη των μαθητών για ομαλή ένταξη τους σε νέες καταστάσεις (π.χ. μετάβαση από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο, εφηβεία κλπ.), την δυνατότητα προσαρμογής των μαθημάτων στο κατάλληλο επίπεδο για τους μεμονωμένους μαθητές, την δυνατότητα διάκρισης των διαφορετικών βαθμίδων σοβαρότητας εμφάνισής μιας συγκεκριμένης διαταραχής μεταξύ των μαθητών και την εκδήλωση εντονότερης ανησυχίας για τα συμπτώματα μιας συναισθηματικής παρά συμπεριφορικής διαταραχής.

Πίνακας 13 Παράγοντες ερωτηματολογίου «διαχείριση θεμάτων ψυχικής υγείας κατά την άσκηση τους εκπαιδευτικού έργου των εκπαιδευτικών» έπειτα από την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης

Παράγοντες	Συντελεστής αξιοπιστίας (Cronbach'a)	Ποσοστό διακύμανσης που εξηγείται	Ερωτήσεις που απαρτίζουν τον παράγοντα
------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--

		από τον παράγοντα	
Στρατηγικές αντιμετώπισης προσωπικών προβλημάτων του παιδιού κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου (8,9)	,96	42,2	Στρατηγικές χειρισμού του εκφοβισμού (bullying) στο σχολικό περιβάλλον (,762)
			Διαχείριση βίας στο σχολείο (σωματικής βίας, όπλα κλπ.) (,812)
			Στρατηγικές βοήθειας/στήριξης του παιδιού να διαχειριστεί το διαζύγιο (,795)
			Αναγνώριση ενδείξεων του παιδικού άγχους και τρόπους αντιμετώπισης (,759)
			Στρατηγικές ώστε να βοηθήσουν τους μαθητές να διαχειρίζονται τη θλίψη και την απώλεια (,790)
			Ικανότητα διαχείρισης ενός αναστατωμένου μαθητή (,604)
			Πώς να δημιουργήσετε ένα θετικό συναισθηματικό περιβάλλον για τα παιδιά (,542)
			Αναγνώριση ενδείξεων κατάθλιψης στην παιδική και εφηβική ηλικία (,739)
			Κατανόηση της εφηβικής σεξουαλικότητας (,736)
Στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου (6,4)	,96	30,6	Στρατηγικές διαχείρισης τάξης και συμπεριφοράς (,460)
			Διαμόρφωση αίσθησης κοινότητας εντός της σχολικής μονάδας (,470)
			Διαχείριση αναγκών του μαθητή με αργό τρόπο κατανόησης και μάθησης (,647)
			Υποστήριξη μαθητών με προβλήματα προσοχής (,595)
			Παροχή κινήτρων για μάθηση (,635)
			Τρόποι αποτελεσματικής αντιμετώπισης μαθητών που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς (,612)
			Στήριξη της εθνικής και πολιτισμικής ταυτότητας του κάθε παιδιού στην τάξη (,521)
			Δημιουργία ψυχολογικού κλίματος στην τάξη που σέβεται τις πολιτισμικές διαφορές

			(,496)
			Υποστήριξη των μαθητών για ομαλή ένταξη τους σε νέες καταστάσεις (π.χ. μετάβαση από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο, εφηβεία κλπ.) (,453)
			Δυνατότητα προσαρμογής των μαθημάτων στο κατάλληλο επίπεδο για τους μεμονωμένους μαθητές (,815)
			Δυνατότητα διάκρισης των διαφορετικών βαθμίδων σοβαρότητας εμφάνισης μιας συγκεκριμένης διαταραχής μεταξύ των μαθητών (,821)
			Εκδήλωση εντονότερης ανησυχίας για τα συμπτώματα μιας συναισθηματικής παρά συμπεριφορικής διαταραχής (,771)
Οι τιμές τις πρώτης στήλης («παράγοντες») αφορούν στις ιδιοτιμές αυτών. Οι τιμές της τελευταίας στήλης («Ερωτήσεις που απαρτίζουν τον παράγοντα») αφορούν στις φορτίσεις αυτών μετά από ορθογώνια περιστροφή μέγιστης διακύμανσης (varimax with Kaiser Normalization). Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε κατά την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης είναι η μέθοδος κυρίων συνιστωσών (Principal Component Analysis).			

3.2.4 Ανάλυση γραμμικών συσχετίσεων

Σε αυτή την υποενότητα, εξετάστηκε αν υπάρχει γραμμική συσχέτιση μεταξύ των υπό εξέταση παραγόντων των ερωτηματολόγιων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα. Όπως φαίνεται από την παρακάτω ανάλυση γραμμικών συσχετίσεων, βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές γραμμικές συσχετίσεις σε όλους τους παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της «διαχείρισης προσωπικών προβλημάτων του παιδιού» και του παράγοντα «διαχείριση προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης» ($r = ,892$, $p < ,001$), του παράγοντα «στρατηγικές αντιμετώπισης προσωπικών προβλημάτων του παιδιού κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου» ($r = ,794$, $p < ,001$), του παράγοντα «στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου» ($r = ,739$, $p < ,001$). Επιπλέον για τον παράγοντα «διαχείριση προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης» βρέθηκε συσχέτιση με τον παράγοντα «στρατηγικές αντιμετώπισης προσωπικών προβλημάτων του παιδιού κατά την

άσκηση εκπαιδευτικού έργου» ($r = ,773$, $p < ,001$) και τον παράγοντα «στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου» ($r = ,811$, $p < ,001$). Επίσης μεταξύ των παραγόντων «στρατηγικές αντιμετώπισης προσωπικών προβλημάτων του παιδιού κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου» και «στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου» βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση ($r = ,926$, $p < ,001$).

Πίνακας 13 Συσχετίσεις των παραγόντων των ερωτηματολογίων				
	1	2	3	4
1.Αναγνώριση και διαχείριση προσωπικών προβλημάτων του παιδιού	1,000			
2. Αναγνώριση και διαχείριση προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης	,892 ^{***}			
3. Στρατηγικές αντιμετώπισης προσωπικών προβλημάτων του παιδιού κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου	,794 ^{***}	,773 ^{***}		
4. Στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού έργου	,739 ^{***}	,811 ^{***}	,926 ^{***}	1,000
Οι τιμές αφορούν συντελεστές συσχέτισης Pearson.				
***Στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο σημαντικότητας ,001.				

3.2.5 Στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων των υπό μελέτη μεταβλητών

Αυτή η υποενότητα αφορά στον έλεγχο στατιστικών υποθέσεων. Παρακάτω έγινε διαχωρισμός των υποενοτήτων με βάση την υπό εξέταση μεταβλητή.

3.2.5.1 Φύλο

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι παράγοντες των ερωτηματολογίων ανάλογα με το φύλο.

Από τον παρακάτω πίνακα φαίνεται πως οι γυναίκες δήλωσαν σε μικρότερο βαθμό ότι η εκπαίδευση που έλαβαν τις προετοίμασε να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται διάφορα θέματα ψυχικής υγείας των μαθητών τους είτε στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος είτε κατά την άσκηση του εκπαιδευτικού τους έργου ωστόσο αυτές οι διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους.

Πίνακας 14 Διερεύνηση της σχέσης των διαφόρων παραγόντων και του φύλου				
	Άνδρες $n = 60$	Γυναίκες $n = 200$	t	p
Διαχείριση προσωπικών προβλημάτων του παιδιού	$2,9 \pm 1,1$	$2,6 \pm 1,0$	1,905	,058
Διαχείριση προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης	$3,2 \pm 0,9$	$3,0 \pm 1,0$	1,567	,118
Στρατηγικές αντιμετώπισης προσωπικών προβλημάτων του παιδιού κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου	$2,6 \pm 1,0$	$2,5 \pm 1,0$	1,055	,292
Στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου	$2,9 \pm 1,0$	$2,7 \pm 0,9$	1,091	,276
Οι τιμές αφορούν μέσους όρους $\pm$ τυπικές αποκλίσεις, ελέγχους t -test και αντίστοιχο p -value.				
Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.				

Στην ερώτηση του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου που αφορούσε στη συνολική αξιολόγηση για το αν η εκπαίδευση που είχαν οι εκπαιδευτικοί τούς προετοίμασε για να διαχειριστούν αποτελεσματικά καταστάσεις πέραν του γνωστικού τους αντικειμένου, δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά αναλόγως του φύλου του εκπαιδευτικού (Πίνακας 15).

Πίνακας 15 Διερεύνηση της σχέσης της συνολικής αξιολόγησης της εκπαίδευσης που έλαβε ο εκπαιδευτικός και του φύλου					
		Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	<i>p</i>
Φύλο	Άνδρας	22 (36,7%)	32 (53,3%)	6 (10,0%)	,249
	Γυναίκα	53 (26,5%)	130 (65,0%)	17 (8,5%)	
	Σύνολο	75 (28,8%)	162 (62,3%)	23 (8,8%)	
Οι τιμές αφορούν συχνότητες (ποσοστά) αντίστοιχο <i>p</i> -value του χ^2 test. Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.					

3.2.5.2 Ηλικία

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι παράγοντες των ερωτηματολογίων ανάλογα με την ηλικία του εκπαιδευτικού.

Από τον παρακάτω πίνακα φαίνεται πως οι νεαρότεροι σε ηλικία εκπαιδευτικοί δήλωσαν ότι η εκπαίδευση που έλαβαν τούς προετοίμασε να διαχειρίζονται διάφορα προσωπικά προβλήματα των μαθητών τους στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος σε πιο επαρκή βαθμό ($MO = 2,8$, $TA = 1,0$) σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία εκπαιδευτικούς ($MO = 2,5$, $TA = 1,1$) με τη διαφορά αυτή να είναι στατιστικώς σημαντική ($t(258) = 2,246$, $p = ,026$).

Πίνακας 16 Διερεύνηση της σχέσης των διαφόρων παραγόντων και της ηλικίας				
	25-44 ετών $n = 130$	45+ ετών $n = 130$	t	p
Διαχείριση προσωπικών προβλημάτων του παιδιού	2,8 ± 1,0	2,5 ± 1,1	2,246	,026

Διαχείριση προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης	3,1 ± 0,9	2,9 ± 1,0	1,834	,068
Στρατηγικές αντιμετώπισης προσωπικών προβλημάτων του παιδιού κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου	2,6 ± 1,0	2,5 ± 0,9	1,051	,294
Στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου	2,8 ± 1,0	2,7 ± 1,0	1,298	,195
Οι τιμές αφορούν μέσους όρους ± τυπικές αποκλίσεις, ελέγχους <i>t</i> -test και αντίστοιχο <i>p</i> -value. Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.				

Στην ερώτηση του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου που αφορούσε στη συνολική αξιολόγηση για το αν η εκπαίδευση που είχαν οι εκπαιδευτικοί τούς προετοίμασε για να διαχειριστούν αποτελεσματικά καταστάσεις πέραν του γνωστικού τους αντικειμένου, δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά αναλόγως της ηλικίας του εκπαιδευτικού (Πίνακας 17).

Πίνακας 17 Διερεύνηση της σχέσης της συνολικής αξιολόγησης της εκπαίδευσης που έλαβε ο εκπαιδευτικός και της ηλικίας					
		Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	<i>p</i>
Ηλικία	25-44 ετών	34 (26,2%)	80 (61,5%)	16 (12,3%)	,122
	45+ ετών	41 (31,5%)	82 (63,1%)	7 (5,4%)	
	Σύνολο	75 (28,8%)	162 (62,3%)	23(8,8%)	
Οι τιμές αφορούν συχνότητες (ποσοστά) αντίστοιχο <i>p</i> -value του χ^2 test. Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.					

3.2.5.3 Θέση εργασίας

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι παράγοντες των ερωτηματολογίων ανάλογα με την θέση εργασίας του εκπαιδευτικού (μόνιμος ή αναπληρωτής).

Από τον παρακάτω πίνακα φαίνεται πως οι αναπληρωτές εκπαιδευτικοί δήλωσαν ότι η εκπαίδευση που έλαβαν τούς προετοίμασε να διαχειρίζονται διάφορα προσωπικά προβλήματα των μαθητών τους στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος σε πιο επαρκή βαθμό (ΜΟ = 2,9, ΤΑ = 1,0) σε σχέση με τους μόνιμους συναδέλφους τους (ΜΟ = 2,5, ΤΑ = 1,0) με τη διαφορά αυτή να είναι στατιστικώς σημαντική ($t(258) = -2,674$, $p = ,008$). Επίσης οι αναπληρωτές εκπαιδευτικοί μπορούν να διαχειρίζονται προβλήματα που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης σε μεγαλύτερο βαθμό (ΜΟ = 3,3, ΤΑ = 0,9) σε σχέση με τους μόνιμους εκπαιδευτικούς (ΜΟ = 2,9, ΤΑ = 1,0) με τη διαφορά αυτή να είναι στατιστικώς σημαντική ($t(258) = -2,712$, $p = ,007$). Τέλος, στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t(258) = -2,588$, $p = ,010$) βρέθηκε και στον παράγοντα «στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου» με τους αναπληρωτές να δηλώνουν μεγαλύτερη επάρκεια από την εκπαίδευση τους σε σχέση με τη διαχείριση των συγκεκριμένων θεμάτων (ΜΟ = 3,0, ΤΑ = 0,9) σε σχέση με τους μόνιμους εκπαιδευτικούς (ΜΟ = 2,7, ΤΑ = 1,0).

Πίνακας 18 Διερεύνηση της σχέσης των διαφόρων παραγόντων και της θέσης εργασίας				
	Μόνιμος $n = 183$	Αναπληρωτής $n = 77$	t	p
Διαχείριση προσωπικών προβλημάτων του παιδιού	2,5 ± 1,0	2,9 ± 1,0	-2,674	,008
Διαχείριση προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης	2,9 ± 1,0	3,3 ± 0,9	-2,712	,007
Στρατηγικές αντιμετώπισης προσωπικών προβλημάτων του παιδιού κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου	2,4 ± 1,0	2,7 ± 1,0	-1,939	,054
Στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου	2,7 ± 1,0	3,0 ± 0,9	-2,588	,010

Οι τιμές αφορούν μέσους όρους $\pm$ τυπικές αποκλίσεις, ελέγχους t -test και αντίστοιχο p -value.

Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Στην ερώτηση του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου που αφορούσε στη συνολική αξιολόγηση για το αν η εκπαίδευση που είχαν οι εκπαιδευτικοί τούς προετοίμασε για να διαχειριστούν αποτελεσματικά καταστάσεις πέραν του γνωστικού τους αντικειμένου, δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά αναλόγως της θέσης εργασίας του εκπαιδευτικού (Πίνακας 19).

Πίνακας 19

Διερεύνηση της σχέσης της συνολικής αξιολόγησης της εκπαίδευσης που έλαβε ο εκπαιδευτικός και της θέσης εργασίας

		Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	p
Θέση εργασίας	Μόνιμος	52 (28,4%)	117 (63,9%)	14 (7,7%)	,522
	Αναπληρωτής	23 (29,9%)	45 (58,4%)	9 (11,7%)	
	Σύνολο	75 (28,8%)	162 (62,3%)	23 (8,8%)	

Οι τιμές αφορούν συχνότητες (ποσοστά) αντίστοιχο p -value του χ^2 test.

Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

3.2.5.4 Έτη προϋπηρεσίας

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι παράγοντες των ερωτηματολογίων ανάλογα με την εμπειρία του εκπαιδευτικού (έτη προϋπηρεσίας).

Από τον παρακάτω πίνακα φαίνεται πως οι άπειροι εκπαιδευτικοί δήλωσαν ότι η εκπαίδευση που έλαβαν τούς προετοίμασε να διαχειρίζονται διάφορα προσωπικά προβλήματα των μαθητών τους στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος σε πιο επαρκή βαθμό ($MO = 2,9$, $TA = 1,0$) σε σχέση με τους πιο έμπειρους συναδέλφους τους ($MO = 2,5$, $TA = 1,0$) με τη διαφορά αυτή να είναι στατιστικώς σημαντική ($t(258) = 2,855$, $p = ,005$). Επίσης οι πιο άπειροι εκπαιδευτικοί μπορούν να διαχειρίζονται προβλήματα που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης σε μεγαλύτερο βαθμό ($MO = 3,3$, $TA = 0,9$) σε σχέση με τους έμπειρους εκπαιδευτικούς ($MO = 2,9$, $TA =$

1,0) με τη διαφορά αυτή να είναι στατιστικώς σημαντική ($t(258) = 2,835$, $p = ,005$). Τέλος, στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t(212) = 2,395$, $p = ,017$) βρέθηκε και στον παράγοντα «στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου» με τους άπειρους εκπαιδευτικούς να δηλώνουν μεγαλύτερη επάρκεια από την εκπαίδευση τους σε σχέση με τη διαχείριση των συγκεκριμένων θεμάτων ($MO = 2,9$, $TA = 0,8$) σε σχέση με τους έμπειρους εκπαιδευτικούς ($MO = 2,7$, $TA = 1,0$).

Πίνακας 20 Διερεύνηση της σχέσης των διαφόρων παραγόντων και των ετών προϋπηρεσίας				
	1 – 10 έτη $n = 91$	11+ έτη $n = 169$	t	p
Διαχείριση προσωπικών προβλημάτων του παιδιού	2,9 ± 1,0	2,5 ± 1,0	2,855	,005
Διαχείριση προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης	3,3 ± 0,9	2,9 ± 1,0	2,835	,005
Στρατηγικές αντιμετώπισης προσωπικών προβλημάτων του παιδιού κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου	2,6 ± 1,0	2,4 ± 1,0	1,481	,140
Στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου	2,9 ± 0,8	2,7 ± 1,0	2,395	,017
Οι τιμές αφορούν μέσους όρους ± τυπικές αποκλίσεις, ελέγχους t -test και αντίστοιχο p -value.				
Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.				

Στην ερώτηση του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου που αφορούσε στη συνολική αξιολόγηση για το αν η εκπαίδευση που είχαν οι εκπαιδευτικοί τούς προετοίμασε για να διαχειριστούν αποτελεσματικά καταστάσεις πέραν του γνωστικού τους αντικείμενου, δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά αναλόγως των ετών προϋπηρεσίας του εκπαιδευτικού (Πίνακας 21).

Πίνακας 21

Διερεύνηση της σχέσης της συνολικής αξιολόγησης της εκπαίδευσης που έλαβε ο εκπαιδευτικός και των ετών προϋπηρεσίας

		Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	<i>p</i>
Έτη προϋπηρεσίας	1-10 έτη	24 (26,4%)	55 (60,4%)	12 (13,2%)	,187
	11+ έτη	51 (30,2%)	107 (63,3%)	11 (6,5%)	
	Σύνολο	75 (28,8%)	162 (62,3%)	23 (8,8%)	

Οι τιμές αφορούν συχνότητες (ποσοστά) αντίστοιχο p -value του χ^2 test.
Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

3.2.5.5 Επίπεδο εκπαίδευσης

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι παράγοντες των ερωτηματολογίων ανάλογα με την εκπαίδευση που έχει λάβει ο εκπαιδευτικός αφότου κατηγοριοποιήθηκαν οι απαντήσεις «θετικές και τεχνολογικές επιστήμες», «παιδαγωγικό τμήμα ειδικής αγωγής», «παιδαγωγικό τμήμα δημοτικής εκπαίδευσης», «Φιλοσοφική σχολή» σε «ΑΕΙ» και οι απαντήσεις «μεταπτυχιακό» και «Διδακτορικό (PhD)» σε «μεταπτυχιακό-διδακτορικό».

Από τον παρακάτω πίνακα φαίνεται πως οι εκπαιδευτικοί με μεταπτυχιακούς ή διδακτορικούς τίτλους σπουδών δήλωσαν ότι η εκπαίδευση που έλαβαν τούς προετοίμασε να διαχειρίζονται προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης σε πιο επαρκή βαθμό ($MO = 3,3$, $TA = 1,0$) σε σχέση με τους έμπειρους συναδέλφους τους που έχουν ένα πτυχίο ΑΕΙ παιδαγωγικού τμήματος ή άλλης σχολής ($MO = 2,9$, $TA = 1,0$) με τη διαφορά αυτή να είναι στατιστικώς σημαντική ($t(258) = -2,371$, $p = ,018$). Επίσης οι εκπαιδευτικοί με μεταπτυχιακούς ή διδακτορικούς τίτλους σπουδών μπορούν να αντιμετωπίζουν τα προσωπικά προβλήματα των παιδιών κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου σε μεγαλύτερο βαθμό ($MO = 2,8$, $TA = 1,0$) σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που έχουν ένα πτυχίο ΑΕΙ παιδαγωγικού τμήματος ή άλλης σχολής ($MO = 2,4$, $TA = 0,9$) με τη διαφορά αυτή να είναι στατιστικώς σημαντική ($t(258) = -2,562$, $p = ,011$). Τέλος, στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t(258) = -3,045$, $p = ,003$) βρέθηκε και στον παράγοντα «στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου» με τους εκπαιδευτικούς με μεταπτυχιακούς ή διδακτορικούς τίτλους σπουδών να δηλώνουν μεγαλύτερη επάρκεια από την εκπαίδευση τους σε σχέση με τη διαχείριση των

συγκεκριμένων θεμάτων (MO = 3,1, TA = 1,0) σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που έχουν ένα πτυχίο ΑΕΙ παιδαγωγικού τμήματος ή άλλης σχολής (MO = 2,7, TA = 0,9).

Πίνακας 22 Διερεύνηση της σχέσης των διαφόρων παραγόντων και του επιπέδου εκπαίδευσης				
	ΑΕΙ <i>n</i> = 190	Μεταπτ.-Διδ.ακτ. <i>n</i> = 70	<i>t</i>	<i>p</i>
Διαχείριση προσωπικών προβλημάτων του παιδιού	2,6 ± 1,0	2,8 ± 1,1	-1,499	,135
Διαχείριση προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης	2,9 ± 1,0	3,3 ± 1,0	-2,371	,018
Στρατηγικές αντιμετώπισης προσωπικών προβλημάτων του παιδιού κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου	2,4 ± 0,9	2,8 ± 1,0	-2,562	,011
Στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου	2,7 ± 0,9	3,1 ± 1,0	-3,045	,003
Οι τιμές αφορούν μέσους όρους ± τυπικές αποκλίσεις, ελέγχους <i>t</i> -test και αντίστοιχο <i>p</i> -value. Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.				

Στην ερώτηση του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου που αφορούσε στη συνολική αξιολόγηση για το αν η εκπαίδευση που είχαν οι εκπαιδευτικοί τους προετοίμασε για να διαχειριστούν αποτελεσματικά καταστάσεις πέραν του γνωστικού τους αντικειμένου, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά αναλόγως του επιπέδου εκπαίδευσης του εκπαιδευτικού (Πίνακας 23). Πιο συγκεκριμένα, οι εκπαιδευτικοί με μεταπτυχιακούς ή διδακτορικούς τίτλους σπουδών δήλωσαν μεγαλύτερη επάρκεια από την εκπαίδευση τους συνολικά αναφορικά με την αποτελεσματική διαχείριση καταστάσεων πέραν του γνωστικού τους αντικειμένου όπως προβλήματα διαχείρισης της τάξης και θέματα ψυχικής υγείας σε σχέση με τους συναδέλφους τους που έχουν ένα πτυχίο ΑΕΙ παιδαγωγικού τμήματος ή άλλης σχολής.

Πίνακας 23 Διερεύνηση της σχέσης της συνολικής αξιολόγησης της εκπαίδευσης που έλαβε ο εκπαιδευτικός και του επιπέδου εκπαίδευσης					
		Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	<i>p</i>
Επίπεδο εκπαίδευσης	ΑΕΙ	47 (24,7%)	123 (64,7%)	20 (10,5%)	,029
	Μεταπτυχ.-Διδ.δ.	28 (40,0%)	39 (55,7%)	3 (4,3%)	
	Σύνολο	75 (28,8%)	162 (62,3%)	23 (8,8%)	
Οι τιμές αφορούν συχνότητες (ποσοστά) αντίστοιχο <i>p</i> -value του χ^2 test. Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.					

3.2.5.6 Βαθμίδα εκπαίδευσης

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι παράγοντες των ερωτηματολογίων ανάλογα με τη βαθμίδα εκπαίδευσης που έχει λάβει ο εκπαιδευτικός (Πρωτοβάθμια ή Δευτεροβάθμια).

Από τον παρακάτω πίνακα φαίνεται πως οι εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης δήλωσαν ότι η εκπαίδευση που έλαβαν τούς προετοίμασε να διαχειρίζονται διάφορα προσωπικά προβλήματα των μαθητών τους στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος σε πιο επαρκή βαθμό ($MO = 2,8$, $TA = 1,0$) σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($MO = 2,4$, $TA = 1,1$) με τη διαφορά αυτή να είναι στατιστικώς σημαντική ($t(181) = 2,977$, $p = ,003$). Επίσης οι εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης μπορούν να διαχειρίζονται προβλήματα που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης σε μεγαλύτερο βαθμό ($MO = 3,2$, $TA = 0,9$) σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($MO = 2,8$, $TA = 1,1$) με τη διαφορά αυτή να είναι στατιστικώς σημαντική ($t(165) = 3,051$, $p = ,003$). Τέλος, στατιστικώς σημαντική διαφορά ($t(168) = 2,373$, $p = ,019$) βρέθηκε και στον παράγοντα «στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου» με τους εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να δηλώνουν μεγαλύτερη επάρκεια από την εκπαίδευση τους σε σχέση με τη διαχείριση των συγκεκριμένων θεμάτων ($MO = 2,9$, $TA = 0,9$) σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($MO = 2,6$, $TA = 1,1$).

Πίνακας 24 Διερεύνηση της σχέσης των διαφόρων παραγόντων και της βαθμίδας εκπαίδευσης

	Πρωτο- βάθμια $n = 164$	Δευτερο-βάθμια $n = 96$	t	p
Διαχείριση προσωπικών προβλημάτων του παιδιού	$2,8 \pm 1,0$	$2,4 \pm 1,1$	2,977	,003
Διαχείριση προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης	$3,2 \pm 0,9$	$2,8 \pm 1,1$	3,051	,003
Στρατηγικές αντιμετώπισης προσωπικών προβλημάτων του παιδιού κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου	$2,6 \pm 0,9$	$2,4 \pm 1,1$	1,717	,088
Στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης κατά την άσκηση εκπαιδευτικού έργου	$2,9 \pm 0,9$	$2,6 \pm 1,1$	2,373	,019
Οι τιμές αφορούν μέσους όρους $\pm$ τυπικές αποκλίσεις, ελέγχους t -test και αντίστοιχο p -value. Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.				

Στην ερώτηση του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου που αφορούσε στη συνολική αξιολόγηση για το αν η εκπαίδευση που είχαν οι εκπαιδευτικοί τούς προετοίμασε για να διαχειριστούν αποτελεσματικά καταστάσεις πέραν του γνωστικού τους αντικειμένου, βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά αναλόγως της βαθμίδας εκπαίδευσης που υπηρετεί ο εκπαιδευτικός (Πίνακας 25). Πιο συγκεκριμένα, οι εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης δήλωσαν μεγαλύτερη επάρκεια από την εκπαίδευση τους συνολικά αναφορικά με την αποτελεσματική διαχείριση καταστάσεων πέραν του γνωστικού τους αντικειμένου, όπως προβλήματα διαχείρισης της τάξης και θέματα ψυχικής υγείας, σε σχέση με τους συναδέλφους τους Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Πίνακας 25 Διερεύνηση της σχέσης της συνολικής αξιολόγησης της εκπαίδευσης που έλαβε ο εκπαιδευτικός και του επιπέδου εκπαίδευσης

		Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	<i>p</i>
Επίπεδο εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια	51 (31,1%)	91 (55,5%)	22 (13,4%)	,001
	Δευτεροβάθμια	24 (25,0%)	71 (74,0%)	1 (1,0%)	
	Σύνολο	75 (28,8%)	162 (62,3%)	23 (8,8%)	
Οι τιμές αφορούν συχνότητες (ποσοστά) αντίστοιχο <i>p</i> -value του χ^2 test. Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.					

3.3 Ποιοτική ανάλυση

Όπως αναφέρθηκε στην ενότητα της μεθοδολογίας, προστέθηκαν στην έρευνα δύο ανοικτές ερωτήσεις/δηλώσεις/αξιολογήσεις οι οποίες ήταν οι εξής:

- Παρακαλούμε αναφέρετε ποια άλλα θέματα ψυχικής υγείας πιστεύετε ότι πρέπει να ενσωματωθούν στην εκπαίδευση (κατάρτιση) των εκπαιδευτικών.
- Αναφέρετε οτιδήποτε άλλο πιστεύετε ότι θα μπορούσε να ενισχύσει την ετοιμότητά σας να αναγνωρίσετε και να αντιμετωπίσετε θέματα ψυχικής υγείας στο σχολικό περιβάλλον.

Στις δύο παραπάνω ερωτήσεις, δεν σχολίασαν κάτι όλοι οι εκπαιδευτικοί γι' αυτό σε αυτό το σημείο θα αναφερθούν τα σημαντικότερα συμπεράσματα που εξήχθησαν από αυτές. Για την ερώτηση «Παρακαλούμε αναφέρετε ποια άλλα θέματα ψυχικής υγείας πιστεύετε ότι πρέπει να ενσωματωθούν στην εκπαίδευση (κατάρτιση) των εκπαιδευτικών» οι σημαντικότερες αναφορές είναι οι εξής:

- Αγχώδεις διαταραχές
- Αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές
- Αυτοκτονικοί ιδεασμοί
- Διαχείριση συμπεριφοράς παιδιών με συμμαθητές με μαθησιακές ή άλλες δυσκολίες
- Αυτισμός
- Διαφόρων ειδών εξαρτήσεις
- Ζητήματα συμβουλευτικής γονέων
- Διαταραχές συναισθηματικές, συμπεριφοράς
- Συνολικά για την ψυχοσύνθεση του παιδιού
- Ψυχικής υγεία των καθηγητών
- Ψέματα και μυθοπλασία

Για την ερώτηση «Αναφέρετε οτιδήποτε άλλο πιστεύετε ότι θα μπορούσε να ενισχύσει την ετοιμότητά σας να αναγνωρίσετε και να αντιμετωπίσετε θέματα ψυχικής υγείας στο σχολικό περιβάλλον» οι σημαντικότερες αναφορές είναι οι εξής:

- Βιωματικά/ειδικά σεμινάρια και επιμόρφωση
- Διαρκής και εξειδικευμένη επιμόρφωση
- Εκμάθηση μεθόδων παρέμβασης
- Παρουσία ψυχολόγων στα σχολεία
- Πρακτική άσκηση
- Αξιολόγηση αδυναμιών του προσωπικού δια μέσου του κράτους

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

4.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η μελέτη αυτή διεξήχθη για να εξετάσει τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε κάποιες περιοχές της Αττικής, σχετικά με την εκπαίδευση που έλαβαν για θέματα ψυχικής υγείας και τη στάση τους απέναντι στα θέματα αυτά. Το κατά πόσο δηλαδή, η εκπαίδευση που έλαβαν τους προετοίμασε επαρκώς προκειμένου να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν πρωτίστως τα προβλήματα ψυχικής υγείας που μπορεί να εκδηλώσει ένας μαθητής και έπειτα αν είναι σε θέση να τα διαχειριστούν και να τα αντιμετωπίσουν. Επιλέχτηκε η τυχαία δειγματοληψία για τη συλλογή του δείγματος, με σκοπό να αποφευχθούν τυχόν μεροληψίες και τα αποτελέσματα να είναι πιο ασφαλή. Παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την αντίληψη των εκπαιδευτικών σχετικά με την κατάρτιση και τις συμπεριφορές τους, όπως το φύλο, η ηλικία, η θέση εργασίας, τα έτη προϋπηρεσίας, το επίπεδο εκπαίδευσης και η βαθμίδα εκπαίδευσης διερευνήθηκαν επίσης. Οι διαπιστώσεις έδειξαν ότι ενώ η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών αντιλήφθηκε ότι δεν είναι καλά προετοιμασμένοι να ασχοληθούν με θέματα ψυχικής υγείας που παρουσιάζουν οι μαθητές, υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων, της θέσης εργασίας, των ετών προϋπηρεσίας, και μεταξύ των επιπέδων και της βαθμίδας εκπαίδευσης όπως θα γίνει αντιληπτό στη συνέχεια.

Πιο συγκεκριμένα, μια συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος του πληθυσμού της έρευνάς μας (62,3%), φαίνεται να έχει αρνητική άποψη για την ετοιμότητά τους στην αναγνώριση και αντιμετώπιση ζητημάτων ψυχικής υγείας των μαθητών τους. Επιλέξαμε μέσω της παραγοντικής ανάλυσης να εντοπίσουμε μια ομάδα παραγόντων μέσα από μία ομάδα μεταβλητών και έτσι οι συνιστώσες που προέκυψαν ήταν δύο. Όσον αφορά το πρώτο παράγοντα του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου «Αναγνώριση και αντιμετώπιση προσωπικών προβλημάτων του παιδιού», οι περισσότεροι συμμετέχοντες απάντησαν αρνητικά. Οι συμμετέχοντες έδειξαν μια αδυναμία ως προς την αναγνώριση ζητημάτων που σχετίζονται με την προσωπικότητα του κάθε παιδιού. Αυτά τα ζητήματα αφορούσαν τη διαχείριση του εκφοβισμού και της βίας στο σχολείο και τη διαχείριση του παιδιού να διαχειριστεί το διαζύγιο. Έπειτα, μεγάλη δυσκολία συναντούν οι ίδιοι στην αναγνώριση ζητημάτων που σχετίζονται με την αναγνώριση και διαχείριση παιδικού άγχους και της κατάθλιψης, την υποστήριξη των μαθητών να διαχειριστούν τη θλίψη και την απώλεια. Ακόμη απροετοίμαστοι δείχνουν ως προς την αναγνώριση για ίχνη σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης, καθώς και στην κατανόηση της εφηβικής σεξουαλικότητας. Όπως

είναι εμφανές, πρόκειται για ζητήματα καθαρά ψυχικά και ψυχιατρικά, που πιθανότητα ο εκπαιδευτικός λόγω του αντικειμένου του να μην έχει τα απαραίτητα εφόδια και γνώσεις προκειμένου να τα αντιμετωπίσει. Πρόκειται για περίπλοκα και σοβαρά ζητήματα με τα οποία ο κάθε εκπαιδευτικός διστάζει να έρθει σε επαφή, αφού τα προγράμματα σπουδών που έλαβε δεν τον προετοίμασαν, όπως θα ήταν λογικό, για αυτά. Παρόλα αυτά, αν σε κάποια περίπτωση κάποιος εκπαιδευτικός είναι επαρκώς προετοιμασμένος προκειμένου να τα διαχειριστεί, καθίσταται και πάλι δύσκολο, αφού θα πρέπει μέσα από ένα μεγάλο σύνολο μαθητών, να εστιάσει μεμονωμένα μέσα στην τάξη. Σε αυτό το σημείο, απαραίτητη κρίνεται η παρέμβαση κάποιου σχολικού συμβούλου ή ψυχολόγου, προκειμένου να βοηθήσει το δύσκολο έργο του εκπαιδευτικού.

Όσον αφορά το δεύτερο παράγοντα του πρώτου μέρους «Αναγνώριση και αντιμετώπιση προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης», οι εκπαιδευτικοί υπέδειξαν μια θετικότερη εικόνα. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκαν αρκετά προετοιμασμένοι προκειμένου να διαχειριστούν την τάξη και τη συμπεριφορά των μαθητών και να δημιουργήσουν ένα κλίμα που να σέβεται τις πολιτισμικές διαφορές. Επίσης, πολύ καλά προετοιμασμένοι δήλωσαν στη διαχείριση των δυσκολιών κάποιου αργού σε κατανόηση μαθητή και του μαθητή με προβλήματα συγκέντρωσής. Οι συμμετέχοντες φάνηκαν ακόμη πολύ καλά προετοιμασμένοι στην κινητοποίηση των μαθητών για μάθηση και στη διαμόρφωση μιας αίσθησης κοινότητας στη σχολική μονάδα. Η θετική τους αυτή αντίληψη, πιθανόν να απορρέει από το γεγονός ότι πρόκειται για ζητήματα που σχετίζονται με τη μάθηση και την επίδοση του μαθητή στο σχολείο, αντικείμενα τα οποία διδάσκονται στον κύκλο σπουδών και στα οποία εκπαιδεύονται καλύτερα οι εκπαιδευτικοί. Στη συνέχεια, μια άλλη πιθανή εξήγηση για αυτή τη θετική τους στάση σε αυτά τα ζητήματα θα μπορούσε να είναι ότι πρόκειται για καθημερινά και συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο εκπαιδευτικός στα πλαίσια του σχολείου και τείνουν να μην τον προβληματίζουν και να αισθάνονται θετικοί ως προς τη διαχείρισή τους.

Παρόλα αυτά, όσον αφορά τον πρώτο και το δεύτερο παράγοντα του δεύτερου μέρους, τα αποτελέσματα των εκπαιδευτικών έδειξαν μια μεγάλη και κοινή ανησυχία ως προς ανεπάρκειά τους να διαχειρίζονται και να αντιμετωπίζουν τα ζητήματα ψυχικής υγείας των μαθητών. Είτε αυτά τα ζητήματα ήταν προσωπικού περιεχόμενου, είτε διδακτικού/σχολικού. Η μόνη ερώτηση στη οποία υπέδειξαν άνεση και καλή προετοιμασία οι εκπαιδευτικοί, ήταν η δημιουργία ενός θετικού συναισθηματικού περιβάλλοντος για τα παιδιά, γεγονός που υποδεικνύει τη θέληση και τη προθυμία τους για παροχή βοήθειας.

Όπως γίνεται αντιληπτό, παρότι στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου οι εκπαιδευτικοί φάνηκαν αρκετά καλά εξοπλισμένοι προκειμένου να αναγνωρίσουν ζητήματα που σχετίζονται με τη σχολική επίδοση, δε θεωρούν ικανούς τους εαυτούς τους προκειμένου να τα αντιμετωπίσουν. Αυτό μπορεί να συμβαίνει διότι, οι γνώσεις που τους παρείχαν αφορούν και εστιάζουν κυρίως σε κάποιο θεωρητικό υπόβαθρο της ψυχικής υγείας και όχι σε στρατηγικές αντιμετώπισής της, με σκοπό οι εκπαιδευτικοί να δείχνουν άνεση στην αναγνώριση κάποιων προβλημάτων ωστόσο να αδυνατούν να τα αντιμετωπίσουν. Μια ακόμη πιθανή αιτία που θα μπορούσε να συμβάλει σε αυτή την αρνητική έκβαση των αποτελεσμάτων, είναι η περιστασιακή, μη συνεχής και αποσπασματική γνώση του καθενός, όπου ο κάθε εκπαιδευτικός ενημερώνεται με δική του πρωτοβουλία με σκοπό να σταθεί καλά προετοιμασμένος, ωστόσο δεν του παρέχει τα επαρκή και κατάλληλα εφόδια να αντιμετωπίσει και να διαχειριστεί την κατάσταση. Στο σημείο αυτό, και άλλες έρευνες που διεξήχθησαν στο εξωτερικό υποστηρίζουν αυτή την αδυναμία και την έλλειψη ετοιμότητας των εκπαιδευτικών, οι οποίοι αισθάνονται ανίκανοι και απροετοίμαστοι για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα ψυχικής υγείας των μαθητών (Rothi et. al., 2008·Koller et al., 2012·Rones & Hoagwood, 2000·Walter et al., 2006).

Εν συντομία, τα πιο υψηλά ποσοστά αυτοπεποίθησης που συναντούμε στους εκπαιδευτικούς, αφορούν κυρίως την αναγνώριση και διαχείριση των προβλημάτων που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και τη συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης. Και τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοπεποίθησης, ανιχνεύονται κυρίως στην αναγνώριση και αντιμετώπιση ζητημάτων ψυχικής υγείας που αφορούν προσωπικά προβλήματα του παιδιού. Όπως είναι εμφανές, οι εκπαιδευτικοί αναγνωρίζουν ότι υπάρχει ανάγκη να εντοπίσουν συμπτώματα άγχους στους μαθητές, ωστόσο δεν αισθάνονται επαρκώς ικανοί να την εφαρμόσουν εξαιτίας της έλλειψης κατάρτισης. Οι ερευνητές έχουν ακόμη διαπιστώσει ότι οι εκπαιδευτικοί συχνά παραλείπουν να παρατηρούν τα παιδιά με προβλήματα εσωτερικοποίησης, επειδή αυτά τα παιδιά συχνά συμπεριφέρονται καλά. Παρόλο που οι εκπαιδευτικοί είναι σε θέση να αναγνωρίσουν την ύπαρξη ψυχολογικών διαταραχών, ανησυχούν πολύ περισσότερο για τα παιδιά με εξωτερικές διαταραχές παρά με εσωτερικές (Loades & Mastrogiannopoulou, 2010· Molins & Clopton, 2002·Papandrea & Winefield, 2011·Walter et al., 2006). Επιπρόσθετα, εντονότερη ανησυχία υπέδειξαν οι εκπαιδευτικοί για τα συμπτώματα μιας συναισθηματικής, παρά συμπεριφορικής διαταραχής. Στην ίδια άποψη καταλήγουν και τα αποτελέσματα της έρευνας των Loades και Mastrogiannopoulou (2010), οι οποίοι υποστήριξαν ότι οι εκπαιδευτικοί παρουσιάζουν ορισμένες προκαταλήψεις. Οι εκπαιδευτικοί λόγω χάρη, πίστευαν ότι τα συμπτώματα

συμπεριφοράς ήταν πιο σοβαρά από τις συναισθηματικές διαταραχές. Ακόμη, και άλλες έρευνες έδειξαν ότι η αναζήτηση βοήθειας από τους εκπαιδευτικούς τείνει να είναι υψηλότερη για τα παιδιά με διαταραχές συμπεριφοράς σε σύγκριση με τις συναισθηματικές διαταραχές (Meltzer et al., 2003·Rothi et al., 2008). Αυτό μπορεί να συμβαίνει διότι, τα συναισθηματικά προβλήματα, όπως το άγχος και η κατάθλιψη παραμελούνται ή λείπουν. Επιπλέον, αυτή η τάση μπορεί να οφείλεται στην ορατότητα και την επίδραση της συμπεριφορικής συμπτωματολογίας στην τάξη, γεγονός που καθιστά ευκολότερο τον εντοπισμό των συμπτωμάτων και έχει επίσης πιο ενοχλητικό αντίκτυπο στην τάξη ως σύνολο. Φαίνεται ότι η εγγενής φύση των εσωτερικευμένων διαταραχών, ιδιαίτερα των διαταραχών άγχους, παρουσιάζει προκλήσεις για τους εκπαιδευτικούς στο να αναγνωρίσουν τα σχετικά συμπτώματα.

Επιπλέον στην έρευνά μας εξετάσαμε τις υπό μελέτη μεταβλητές προκειμένου να αποκτήσουμε μια πιο συγκεκριμένη εικόνα της κατάστασης. Πιο συγκεκριμένα, εξετάσαμε παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάσουν και να διαφοροποιήσουν τις απόψεις των εκάστοτε εκπαιδευτικών, όπως: το φύλο, η ηλικία, τα έτη προϋπηρεσίας, η θέση εργασίας, το επίπεδο και η βαθμίδα εκπαίδευσης.

Αρχικά, όσον αφορά το φύλο της έρευνας, οι γυναίκες δήλωσαν σε μικρότερο βαθμό ότι η εκπαίδευση που έλαβαν τους προετοίμασε να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται διάφορα θέματα ψυχικής υγείας των μαθητών από τους άνδρες όπως παρατηρείται και στην έρευνα του Nyutu και Bertel (2012). Ωστόσο, πρόκειται για μια διαφορά η οποία δεν κρίθηκε στατιστικά σημαντική.

Έπειτα, αναφορικά με την ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας του συμμετέχοντα, φαίνεται ότι οι νεότεροι σε ηλικία (25-44 ετών) εκπαιδευτικοί δήλωσαν ότι η εκπαίδευση που έλαβαν τους προετοίμασε να διαχειρίζονται διάφορα προσωπικά προβλήματα των μαθητών στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος σε πιο επαρκή βαθμό, σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία (45+ ετών) εκπαιδευτικούς. Ακόμη, οι άπειροι εκπαιδευτικοί φαίνεται να μπορούν να διαχειρίζονται προβλήματα που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στο σύνολο της τάξης σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους έμπειρους εκπαιδευτικούς. Αυτό το γεγονός μπορεί να συμβαίνει για διάφορους λόγους. Αρχικά, ένας λόγος θα μπορούσε να είναι ότι πιθανότατα οι νεότεροι εκπαιδευτικοί, επιμορφώνονται συχνότερα μέσω σεμιναρίων, είτε με σκοπό να αποκτήσουν γνώσεις για προσωπικό τους όφελος, είτε με σκοπό να στοχεύσουν στη μέγιστη μοριοδότηση τους προκειμένου να εξελιχθούν επαγγελματικά. Οι νέοι εκπαιδευτικοί μπορεί να είναι περισσότερο προσαρμοσμένοι στις ατομικές εκπαιδευτικές ανάγκες των παιδιών, γεγονός

που ενισχύει την εξέταση των προβλημάτων ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν τα παιδιά. Έπειτα, είναι πιθανό τα πρόσφατα προγράμματα κατάρτισης εκπαιδευτικών στην Ελλάδα να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στη σημασία των θεμάτων ψυχικής υγείας, σε σύγκριση με τα προγράμματα σπουδών που χρησιμοποιήθηκαν στο παρελθόν. Παρόλα αυτά, μια άλλη πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι ότι οι αρχάριοι δάσκαλοι δεν συνειδητοποιούν ότι στην πραγματικότητα στερούνται αποτελεσματικής προετοιμασίας στον τομέα της κατάρτισης για την ψυχική υγεία, μέχρι να βιώσουν άμεση ανάγκη στο σχολείο. Δηλαδή, καθώς αυτοί οι εκπαιδευτικοί κερδίζουν περισσότερη εμπειρία και αντιμετωπίζουν έναν αυξανόμενο αριθμό συνεχιζόμενων και προκλητικών καταστάσεων στην τάξη, οι σκέψεις τους για την προσωπική προετοιμασία τους μπορεί να είναι διαφορετικές και πιο αρνητικές. Στα ίδια συμπεράσματα καταλήγουν και οι Nyutu και Bertel (2012) στην έρευνά τους.

Αναφορικά με τη θέση εργασίας, κρίνεται και εδώ στατιστικά σημαντική η διαφορά των απαντήσεων μεταξύ των αναπληρωτών εκπαιδευτικών και των μόνιμων. Οι αναπληρωτές δήλωσαν μεγαλύτερη επάρκεια από την εκπαίδευση που έλαβαν, σε σχέση με τους μόνιμους καθηγητές. Πρόκειται για μια κατάσταση η οποία πιθανόν εξηγείται, από τα όσα αναφέραμε παραπάνω (Nyutu & Bertel, 2012).

Ωστόσο, επιβλητικής σημασίας κρίνεται ο παράγοντας του επιπέδου εκπαίδευσης στη διαμόρφωση των απόψεων σχετικά με την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών στα θέματα ψυχικής υγείας των μαθητών τους. Φαίνεται αισθητή διαφορά ανάμεσα στους εκπαιδευτικούς που έχουν ένα πτυχίο ΑΕΙ παιδαγωγικού τμήματος ή άλλης σχολής, σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που φέρουν ένα διδακτορικό ή μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Παρατηρήθηκε μεταξύ τους μια στατιστικώς σημαντική διαφορά, όπου οι εκπαιδευτικοί με μεταπτυχιακούς ή διδακτορικούς τίτλους σπουδών δείχνουν να διαχειρίζονται και να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα που έχουν να κάνουν με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά στην τάξη σε πιο επαρκή βαθμό, σε σχέση με τους πτυχιούχους κάποιας σχολής ΑΕΙ. Επίσης, οι εκπαιδευτικοί με μεταπτυχιακούς ή διδακτορικούς τίτλους σπουδών μπορούν να αντιμετωπίζουν τα προσωπικά προβλήματα των μαθητών σε μεγαλύτερο βαθμό, σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς που έχουν υπό την κατοχή τους κάποιο πτυχίο ΑΕΙ. Πρόκειται για μια κατάσταση η οποία εξηγείται χωρίς περαιτέρω εικασίες και επιχειρήματα.

Ακόμη, καταβλήθηκε προσπάθεια προκειμένου να διαπιστώσουμε και να διαφοροποιήσουμε τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης συγκρίνοντας τα αποτελέσματά τους. Οι διαφορές μεταξύ τους ανέφεραν ότι οι εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης είναι καλύτερα προετοιμασμένοι από τους

εκπαιδευτικούς Δευτεροβάθμιας στην αναγνώριση και αντιμετώπιση θεμάτων ψυχικής υγείας των μαθητών τους και πρόκειται για διαφορές που αποδείχτηκαν στατιστικά σημαντικές. Οι εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης δήλωσαν ότι η εκπαίδευση που έλαβαν τους προετοίμασε να διαχειρίζονται διάφορα προσωπικά προβλήματα των μαθητών στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος σε πιο επαρκή βαθμό, σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα οι εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας βρέθηκαν πιο έτοιμοι στη διαχείριση και αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με τη σχολική επίδοση και συμπεριφορά των μαθητών μέσα στην τάξη. Στο σημείο αυτό, θα μπορούσε να δικαιολογήσει την κατάσταση αυτή το γεγονός ότι αρχικά οι εκπαιδευτικοί Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης έχουν να αντιμετωπίσουν πιο δύσκολες και απαιτητικές καταστάσεις, αφού πρόκειται για μια μετάβαση των μαθητών σε νέες καταστάσεις και την περίοδο εμφάνισης της εφηβείας που ενδέχεται να κλονίσει την προσωπικότητα των μαθητών. Ενώ οι εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας έρχονται αντιμέτωποι με μικρότερα σε ηλικία παιδιά τα οποία πιθανότατα είναι πιο εύκολο να τα διαχειριστούν. Μετά, αυτή η άνεση των δασκάλων θα μπορούσε να οφείλεται στο γεγονός ότι εκείνοι περνούν περισσότερο χρόνο με τους μαθητές τους, σε σύγκριση με τους καθηγητές που τους βλέπουν αποσπασματικά κάποια φορές τη βδομάδα. Έτσι, αυτή η συνεχόμενη επαφή των δασκάλων τους μαθητές τους, τους επιτρέπει να έχουν μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για την προσωπικότητά τους και να παρέμβουν στο σημείο που εκείνοι θεωρούν απαραίτητο.

Κλείνοντας το κεφάλαιο της συζήτησης, θα γίνει λόγος για τις απαντήσεις του ανοικτού τύπου ερωτήσεων που περιείχε το εργαλείο της έρευνάς μας. Παρόλο που ο αριθμός απαντήσεων ήταν μικρός, θα μπορούσαμε ωστόσο να καταγράψουμε κάποια συμπεράσματα. Πιο αναλυτικά, στην ερώτηση (Α) «Παρακαλούμε αναφέρετε ποια άλλα θέματα ψυχικής υγείας πιστεύετε ότι πρέπει να ενσωματωθούν στην εκπαίδευση (κατάρτιση) των εκπαιδευτικών», οι λίγοι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν κυρίως σε θέματα όπως: ζητήματα συμβουλευτικής γονέων, αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, αυτοκτονικοί ιδεασμοί, διαχείριση συμπεριφοράς παιδιών με μαθησιακές ή άλλες δυσκολίες, αυτισμός και έντονη επιθετική συμπεριφορά, συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς, ψέματα και μυθοπλασία παιδιών, ψυχική υγεία εκπαιδευτικών και συνολικά για τη ψυχροσύνθεση του παιδιού.

Απαραίτητο, παρόλα αυτά, κρίνεται να αναφερθεί στο σημείο αυτό, η ύπαρξη απαντήσεων με μεγάλη ασάφεια και λανθασμένη ερμηνεία. Κάποιοι από τους συμμετέχοντες ανέφεραν θέματα ψυχικής υγείας που ήδη προϋπήρχαν στο παρόν

ερωτηματολόγιο, γεγονός που αποδεικνύει ότι οι εκπαιδευτικοί δεν έχουν τις απαραίτητες γνώσεις σχετικά με θέματα ψυχικής υγείας και πολλές φορές νιώθουν σύγχυση ως προς την ορολογία που χρησιμοποιούν από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Rothi et al., 2008).

Ακολουθώντας, στην ερώτηση ανοικτού τύπου (Γ) του ερωτηματολογίου «Αναφέρετε οτιδήποτε άλλο πιστεύετε ότι θα μπορούσε να ενισχύσει την ετοιμότητά σας να αναγνωρίσετε και να αντιμετωπίσετε θέματα ψυχικής υγείας στο σχολικό περιβάλλον», οι περισσότεροι συμμετέχοντες κατέληξαν σχεδόν στα ίδια συμπεράσματα. Οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί σε αυτό το σημείο της έρευνας τόνισαν την ανάγκη ύπαρξης εκπαιδευτικών προγραμμάτων, βιωματικών/ειδικών σεμιναρίων και επιμόρφωση, εκμάθηση και μεθόδους παρέμβασής. Ακόμη, ουσιαστική έκριναν οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί την παρουσία ψυχολόγου στα σχολεία. Έκριναν επίσης απαραίτητη την παρακίνηση πρακτικής άσκησης από μέρους των σχολών υπό την εποπτεία ενός επιβλέποντα για τυχόν διευκρινήσεις. Όπως προκύπτει, υπήρξαν και εκείνοι εκπαιδευτικοί οι οποίοι υποστήριξαν τις συνεχείς αξιολογήσεις δια μέσου του κράτους, προκειμένου εκείνο με τη σειρά του να αξιοποιεί τις δυνατότητες του προσωπικού του και να επεμβαίνει όταν συναντά ελλείψεις.

4.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με σκοπό να διερευνήσει τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, που ασκούν το επάγγελμά τους ενεργά, σχετικά με την ετοιμότητα που διαθέτουν ως προς την αναγνώριση και διαχείριση των θεμάτων ψυχικής υγείας που εκδηλώνουν οι μαθητές στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος. Η ετοιμότητα τους αφορά, όπως είναι εμφανές, την προετοιμασία και την κατάρτιση που τους πρόσφερε η εκπαίδευση που έλαβαν.

Παρότι καταβλήθηκε μεγάλη προσπάθεια προκειμένου το δείγμα να είναι πολύ μεγαλύτερο και το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε μεγάλο αριθμό δασκάλων και καθηγητών, αυτό δεν κατέστη εφικτό, καθώς πολλοί εκπαιδευτικοί δεν το συμπλήρωσαν, ούτε επέστρεψαν μεγάλο αριθμό ερωτηματολογίων, εκφράζοντας μια γενικότερη αρνητική στάση. Επομένως δε θα μπορούσαμε να γενικεύσουμε τα αποτελέσματα σε ολόκληρο τον πληθυσμό της Αττικής. Οι εκπαιδευτικοί είναι γνωστό ότι προσεγγίστηκαν σε μία περίοδο κατά την οποία ήταν απασχολημένοι με την περίοδο των εξετάσεων, γεγονός που δικαιολογεί αυτό το χαμηλό ποσοστό εθελοντών. Παρά το χαμηλό αριθμό δείγματος, η μελέτη παρείχε σημαντικά στοιχεία σχετικά με την προετοιμασία των εκπαιδευτικών για θέματα ψυχικής υγείας στην περιφέρεια της Αττικής. Πρόκειται για σημαντικά ευρήματα, για

ένα θέμα που στην Ελλάδα δεν έχει διευρυνθεί όπως θα έπρεπε και οι έρευνες πάνω στο συγκεκριμένο δείγμα είναι σε γενικά πλαίσια σχεδόν ανύπαρκτες.

Επίσης, η ερευνά μας έλαβε τόπο όπως προαναφέρθηκε μόνο σε αστικές περιοχές τις Αττικής και όχι σε μη αστικές ή ακόμη και επαρχιακές. Πρόκειται και πάλι για ένα γεγονός που δε μας επιτρέπει να γενικεύσουμε τα αποτελέσματα σε ολόκληρο τον πληθυσμό των εκπαιδευτικών. Τα αποτελέσματα επομένως των αστικών περιοχών ενδέχεται να διαφοροποιούνται σε σχέση με εκείνα των επαρχιακών. Γεγονός από απορρέει από το ενδεχόμενο, ότι οι εκπαιδευτικοί στην επαρχία αντιμετωπίζουν πιθανώς διαφορετικές ανησυχίες για την ψυχική υγεία, που επηρεάζονται από κοινωνικοπολιτικά θέματα και ενδέχεται να μην αντικατοπτρίζουν παρόμοιες τάσεις κατά την αξιολόγηση της ετοιμότητας και της στάσης τους για θέματα ψυχικής υγείας στα σχολεία.

Ένας ακόμη περιορισμός που διαπιστώθηκε στην έρευνά μας, είναι η συντριπτική μειονότητα συμμετοχής του ανδρικού φύλου. Αφού, όπως διαπιστώθηκε μέσω της ανάλυσης των δημογραφικών στοιχείων, οι γυναίκες ξεπέρασαν κατά μεγάλο αριθμό τους άνδρες. Γεγονός που μας επιτρέπει να καταλήξουμε σε ένα συμπέρασμα είτε της πιθανής άρνησης συμμετοχής του ανδρικού φύλου στην παρούσα έρευνα, είτε της γενικότερης απουσίας του ανδρικού φύλου από τα πλαίσια της εκπαίδευσης.

Ο σημαντικότερος ωστόσο περιορισμός της συγκεκριμένης μελέτης, ήταν η απουσία παρόμοιων ερευνών σε δείγμα εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό. Πρόκειται για μία κατάσταση η οποία δυσκόλεψε αρκετά την έρευνά μας, εφόσον δε έγινε εφικτό να συγκριθούν τα αποτελέσματα με κάτι παρόμοιο και εκτός αυτού συναντήθηκε και μεγάλη δυσκολία στο στάδιο της βιβλιογραφικής μας ανασκόπησης, κατά τη συγγραφή του πρώτου μέρους της εν λόγω εργασίας. Οι περισσότερες έρευνες που αφορούσαν τα θέματα ψυχικής υγείας, διαδραματίστηκαν ως επί το πλείστον κυρίως σε Δημοτικά σχολεία και αφορούσαν τις απόψεις των δασκάλων, με αποτέλεσμα να μη υπάρχει καμιά εμπειριστατωμένη άποψη σχετικά με τις αντιλήψεις των καθηγητών της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Ωστόσο, πρόκειται για μία κατάσταση η οποία αποτέλεσε πρόκληση για τη συγγραφή της εργασίας μας στο κομμάτι αυτό.

Επιπρόσθετα, παρόλο που υπήρχε μεγάλη προθυμία για τη συλλογή περισσότερων και περαιτέρω πληροφοριών για τα υπό μελέτη ζητήματα μέσω των ερωτήσεων ανοικτού τύπου, αυτό δεν έγινε πραγματοποιήσιμο. Αυτό συνέβη διότι το δείγμα δεν απάντησε σε επαρκή αριθμό απαντήσεων και με σαφήνεια στο ποιοτικό σκέλος του ερωτηματολογίου. Μια πιθανή υπόθεση για αυτή τους την άρνηση, θα μπορούσε να είναι το γεγονός ότι το

συγκεκριμένο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελεί για εκείνους μια επίπονη και κουραστική εργασία λόγου του χρόνου που θα πρέπει να του αφιερώσουν. Ωστόσο, προσπαθήσαμε να καταγράψουμε κάποια συμπεράσματα από τις απαντήσεις τους, με σκοπό να τις αξιοποιήσουμε όσο το δυνατόν βέλτιστα.

Λαμβάνοντας υπόψη τους προαναφερθέντες περιορισμούς, θεωρούμε ότι τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης θα μπορούσαν να αποτελέσουν μια νέα αρχή και σημαντική πηγή για περαιτέρω διευκρινήσεις επί του θέματος, καθώς παρέχει περιθώρια βελτίωσης και παρέχει σε μελλοντικούς ερευνητές την ευκαιρία και τη δυνατότητα αξιοποίησης των ευρημάτων της.

Θα μπορούσε αρχικά να κατασκευαστεί μια πιο συστηματική μελέτη εκ νέου με τη χρήση ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων με τη συλλογή ενός μεγαλύτερου αριθμού δείγματος με βάση το ίδιο εργαλείο, με σκοπό να διερευνήσει την ετοιμότητα των εκπαιδευτικών σχετικά με τα ίδια ζητήματα ψυχικής υγείας, προκειμένου είτε να επιβεβαιώσουμε τα αποτελέσματά μας, είτε να ανακαλύψουμε νέα δεδομένα.

Θα μπορούσε ακόμη να πραγματοποιηθεί μια μελλοντική μελέτη με τυχαία επίσης δειγματοληψία σε αστικές, και μη αστικές περιοχές, καθώς και σε επαρχιακές, με σκοπό να υπάρξει μια ολοκληρωμένη άποψη επί του θέματος και τα αποτελέσματα να μπορέσουν να συγκριθούν μεταξύ τους και έπειτα να γενικευτούν τα αποτελέσματα σε ολόκληρο τον πληθυσμό των εκπαιδευτικών, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τυχόν ελλείψεις, ούτως ώστε να υπάρξει μια πιθανότητα βελτίωσης του εκπαιδευτικού συστήματος της χώρας μας.

Επίσης, χρήσιμο θα ήταν να πραγματοποιηθεί κάποια μελλοντική έρευνα στα σχολεία Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμια εκπαίδευσης με σκοπό να γίνει μια σύγκριση των αποτελεσμάτων όσον αφορά τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με το επίπεδο ετοιμότητάς τους. Θα μπορούσε αυτή η έρευνα, να υλοποιηθεί με τη μορφή συνέντευξης, προκειμένου να επιτευχθεί η συλλογή ποιοτικών και ποσοτικών απαντήσεων στο μέγιστο και με σκοπό να καταγραφτούν οι παράγοντες που επηρεάζουν και διαφοροποιούν την ύπαρξη διαφορετικών απόψεων μεταξύ των δύο δειγμάτων.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η μελέτη αυτή είναι πιθανόν να είναι η πρώτη του είδους της, η οποία επικεντρώθηκε στη διερεύνηση των αντιλήψεων των εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην περιφέρεια της Αττικής, ως προς την ετοιμότητα τους στη διαχείριση των ζητημάτων ψυχικής υγείας των μαθητών τους. Ως αποτέλεσμα των διαπιστώσεων και των αποτελεσμάτων αυτής της μελέτης, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι εκπαιδευτικοί εμφανίζονται απροετοίμαστοι και ανεπαρκείς στην αναγνώριση και διαχείριση αυτών των ζητημάτων. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες που μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη εκπαιδευτικών παρεμβάσεων για τους εκπαιδευτικούς. Αυτή η εκπαίδευση μπορεί να τους βοηθήσει να είναι σε θέση να ανιχνεύσουν εκείνα τα παιδιά που χρήζουν άμεσης παρέμβασης για θεραπεία και μπορεί επίσης να ενισχύσει την εμπιστοσύνη των εκπαιδευτικών στον προσδιορισμό και τη διαχείριση του άγχους στην τάξη.

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας συνεχίζονται αμείωτα στους νέους ανθρώπους, παρά τις συντονισμένες προσπάθειες πολλών. Πουθενά αυτό δεν είχε μεγαλύτερο αντίκτυπο από ό, τι στα σχολεία, όπου τα παιδιά και οι έφηβοι περνούν το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας τους. Παρόλα αυτά, η διαχείριση των προβλημάτων συμπεριφοράς στη σχολική τάξη είναι εξαιρετικά δύσκολη και απαιτητική διαδικασία. Ο έγκαιρος εντοπισμός των προβλημάτων κρίνεται απαραίτητος, διότι επηρεάζει την ακαδημαϊκή και τη διαπροσωπική ανάπτυξη του μαθητή (Plotts, 2012). Η συνεχής αύξηση σε συχνότητα και ένταση των προβλημάτων συμπεριφοράς παρεμποδίζουν σε μεγάλο βαθμό την εύρυθμη λειτουργία της σχολικής τάξης, προκαλούν άγχος στους εκπαιδευτικούς, οι οποίοι είναι πολλές φορές δείχνουν ανέτοιμοι να αντιμετωπίσουν και να διαχειριστούν μαθητές με ανάλογες δυσκολίες.

Σήμερα, το σχολείο πρέπει να διαδραματίσει διαφορετικό ρόλο στη διαχείριση των ψυχοκοινωνικών δυσκολιών των παιδιών, αφού όπως πιστεύεται είναι ο ιδανικός χώρος παρέμβασης (Adelman & Taylor, 2000·Weist & Evans, 2005). Ο ρόλος του εκπαιδευτικού έχει διευρυνθεί εξίσου. Οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να εκπαιδεύονται και να αναπτύξουν ένα ευρύ φάσμα ψυχοκοινωνικών τεχνικών, σε συνεργασία με ειδικούς, προκειμένου να ανταποκριθούν θετικά στις πολύπλοκες ανάγκες των μαθητών τους (Simpson & Mundschenk, 2012). Η κατάρτιση των εκπαιδευτικών σε θέματα ψυχικής υγείας, ο θεσμός των υποστηρικτικών υπηρεσιών παροχής συμβουλών, η εφαρμογή σχολικών ψυχοκοινωνικών προγραμμάτων και η τροποποίηση του προγράμματος σπουδών, με στόχο την προώθηση της κοινωνικής/συναισθηματικής ευημερίας όλων των μαθητών,

θεωρούνται βασικά στοιχεία του νέας σχολικής «φιλοσοφίας». (Brehm & Doll, 2009·Urquhart, 2009). Η καινοτομία και η «ριζοσπαστικοποίηση» ενός προγράμματος σπουδών με την εισαγωγή εναλλακτικών διδακτικών πρακτικών και ελκυστικών μεθόδων με επίκεντρο τον παιδί, αποτελούν πρόκληση για το σύγχρονο σχολείο, το οποίο αναμένεται να ανταποκριθεί αποτελεσματικά τόσο στις ακαδημαϊκές δυσκολίες των παιδιών όσο και στις κοινωνικές συναισθηματικές (Cefai & Cooper, 2009·Κούρκουτας, 2012) δυσκολίες. Επιπλέον, η διερεύνηση τρόπων υποστήριξης της κοινωνικής και ακαδημαϊκής συμμετοχής του παιδιού με το συμβουλευτικό προσωπικό, είναι ζωτικής σημασίας βήματα για μια αποτελεσματικότερη σχολική ή εξειδικευμένη παρέμβαση. Οι εκπαιδευτικοί, μαζί με τους σχολικούς εκπαιδευτικούς ψυχολόγους, διαδραματίζουν καίριο ρόλο σε αυτό το πλαίσιο (Greenberg, 2003).

Ο εκπαιδευτικός δε θα πρέπει να αποτελεί μόνο τον μεταδότη γνώσεων στο σχολείο, αλλά επιπλέον να έχει και το ρόλο του παιδαγωγού, του συμβουλάτορα και του υποστηρικτή. Αυτός διαδραματίζει έναν πολύ σπουδαίο ρόλο στην ανάπτυξη της προσωπικότητας των μαθητών του, στη διαπαιδαγώγησή τους και η στάση του αφήνει τα αποτυπώματά της στην ψυχοσύνθεσή τους. Στόχος του είναι η πνευματική, κοινωνική, ψυχολογική και ψυχική ανάπτυξη και ολοκλήρωση του παιδιού, που σημαίνει ότι πρέπει να είναι συνοδοιπόρος στη ζωή του, να του αναπτύσσει περαιτέρω δεξιότητες, πέρα από αυτές που προστάζουν τα αναλυτικά προγράμματα.

Ο σύγχρονος εκπαιδευτικός είναι ανάγκη να κατέχει γνώσεις και δεξιότητες, να γνωρίζει στρατηγικές και τεχνικές, ώστε να είναι ικανός να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τα προβλήματα συμπεριφοράς που παρουσιάζονται στην τάξη. Για όλα τα παραπάνω χρειάζεται η συνεχής επιμόρφωση του εκπαιδευτικού, μέσω της οποίας θα επιδιώκεται μεταξύ άλλων η επικαιροποίηση των γνώσεών του για θέματα διαχείρισης προβλημάτων σχολικής τάξης και η ανάπτυξη δεξιοτήτων. Η αγωγή και η εκπαίδευση των παιδιών, βεβαίως, δεν είναι μόνο υπόθεση των εκπαιδευτικών αλλά και των γονέων, στην οποία συμμετέχουν και οι δύο πλευρές με διακριτούς και συμπληρωματικούς ρόλους. Η συνεργασία και η επικοινωνία μεταξύ εκπαιδευτικών και γονέων αποτελεί προϋπόθεση για την ομαλή ανάπτυξη και κοινωνικοποίηση των μαθητών. Κρίνεται επίσης, απαραίτητη η παρουσία σχολικού ψυχολόγου στα σχολεία, ο οποίος θα βοηθήσει στην επίλυση προβλημάτων συμπεριφοράς στον χώρο της εκπαίδευσης, δεδομένου ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό πεδίο, το οποίο είναι ενδιαφέρον αλλά ταυτόχρονα περίπλοκο. Ως εκ τούτου η αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς θα πρέπει να στοχεύει σε μία πολυπαραγοντική, ολιστική, συστηματική προσέγγιση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Abbeduto, L, Seltzer, M.M., Shattuck, P., Krauss, M.W., Orsmond G. & Murphy M.M. (2004). Psychological Well-Being and Coping in Mothers of Youths With Autism, Down Syndrome, or Fragile X Syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 109 (3), 237-254.

Adelman, H.S. & Taylor, L. (2000). Promoting mental health in schools in the midst of school reform. *Journal of School Health*, 70, 171–8.

Afifi, T.O., Enns, M.W., Cox, B.J., Asmundson, G.J., Stein, M.B., & Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American Journal of Public Health*, 98, 946–952.

Afifi, T.O., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., Enns, M.W., MacMillan, H. & Sareen, J. (2011). Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative polutation-based study. *Journal of Psychiatric Research*, 45 (6), 814-822. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.008>

Afifi, T.O., Henriksen, C.A., Asmundson, G.J. & Sareen, J. (2012). Childhood maltreatment and substance use disorders among men and women in a nationally representative sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57, 677–686.

Afifi, T.O., MacMillan, H.L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K. & Sareen, J. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 186, 324–332.

Afifi, T.O., MacMillan, H.L., Taillieu, T., Cheng, K., Turner, S., Tonmyr, L. & Hovdestad, W. (2015). Relationship between child abuse exposure and reporte contact with child protection organizations: Results from the Canadian Community Health Survey. *Child Abuse and Neglect*, 46, 198-206.

Akos, P. (2006). Extracurricular participation and the transition to middle school. *Research in Middle Level Education Online*, 29 (9), 1–8.

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2018). Children and grief. Retrieved August 12, 2018, from

https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Children-And-Grief-008.aspx

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 429–484.

American School Counselor Association (1999). *Position statement: Child abuse: The professional school counselor and child abuse and neglect prevention*. Retrieved May 16, 2018 from http://www.mtschoolcounselor.org/files/ASCA_Position_Statements.pdf

Arseneault, L., Bowes, L. & Shakoor, S. (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: ‘Much ado about nothing’? *Psychological Medicine*, 40 (5), 717–729. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991383>

Ashby, M.C. & Isaac J.T. (2011). Maturation of a recurrent excitatory neocortical circuit by experience-dependent unsilencing of newly formed dendritic spines. *Neuron*, 70 (3), 510–521. doi: 10.1016/j.neuron.2011.02.057

Association for Children’s Mental Health (2004). *Evidence based practice beliefs, definition, suggestions for families*. Retrieved 10 June, 2018, from www.acmhmi.org/41447_ACMH_Booklet.pdf

Attride-Stirling, J., Davis, H., Markless, G., Sclare, I. & Day, C. (2001). Someone to talk to who’ll listen: Addressing the psychosocial needs of children and families. *Journal of Community and Applied Psychology*, 11, 179-191. <https://doi.org/10.1002/casp.613>

Βαμβρούκας, Μ. (2007). *Εισαγωγή στην ψυχοπαιδαγωγική έρευνα και μεθοδολογία*. Αθήνα: Γρηγόρη.

Barnet, O., Miller-Perrin, C. L. & Perrin, R.D. (2005). Child psychological maltreatment. In O. Barnet, C. L. Miller-Perrin, & R. D. Perrin (Eds.), *Family violence across the lifespan: An introduction 2nd Edition* (pp. 151–178). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Bax, M. (1999) Specific Learning disorders / neurodevelopmental disorders. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 41 (3), 147-213.

Bennell, P. & Akyeampong, K. (2007). *Teacher motivation and incentives in sub-Saharan Africa and Asia*. Departement of International Development (DFID). Researching the Issues, 71. Retrieved 24 August, 2018, from <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08be640f0b652dd000f9a/ResearchingtheIssuesNo71.pdf>

Birkeland-Nielsen, M., Tangen, T., Idsoe, T., Matthiesen, S. & Magerøy, N. (2015). Post-traumatic stress disorder as a consequence of bullying at work and at school. A literature review and meta-analysis *Aggression and Violent Behavior*, 21, 17–24. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.01.001>

Bittner, A., Egger, H.L., Erkanli, A., Costello, E., Foley, D.L. & Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal Child Psychol Psychiatry*. 48 (12), 1174-83.

Blair, C. & Raver, C.C. (2012). Child development in the context of adversity: experiential canalization of brain and behavior. *Am. Psychol.* 67 (4), 309.

Blakemore, S.J. & Choudhury, S. (2006). Brain development during puberty: state of the science. *Dev. Sci.* 9, 11–14.

Blaustein, M. E. & Kinniburgh, K. M. (2010). *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents: How to Foster Resilience through Attachment, Self-Regulation, and Competency*. New York: The Guilford Press

Boe, E.E., & Cook, L.H. (2006). The chronic and increasing shortage of fully-certified teachers in special and general education. *Exceptional Children*, 72 (4), 443-460.

Bosquet, M. & Egeland, B. (2006). The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Development and Psychopathology*, 18, 517–550.

Bouras, N. (2011). Mental health problems and related health issues for people with developmental and intellectual disability. *Current Opin.Psychiatry*, 24 (5), 365-366.

Bourne, E.J. (2006). *The anxiety and phobia workbook* (4th ed.). Oakland, CA: New Harbinger Publications, 4–29.

Βούλγαρης, Σ. & Ματσαγγούρας, Η. (2007) Μετάβαση από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο: Μελέτη ψυχολογικών και μαθησιακών παραμέτρων του σχολικού περιβάλλοντος στο Γυμνάσιο. Στο Γ. Καψάλης & Α. Κατσίκης (Επιμ.) Πρακτικά του Συνεδρίου της Σχολής Επιστημών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, “Η Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση και οι προκλήσεις της εποχής μας”, 959- 975. Ιωάννινα.

Bowling, N.A. & Beehr, T.A. (2006). Workplace harassment from the victim's perspective: A theoretical model and meta analysis. *Journal of Applied Psychology*, 91 (5), 998–1012.

Brandy, S. (2003). Dealing Effectively with Child Sexual Behaviors, retrieved 10 June, 2018 from <file:///C:/Users/home/Desktop/%CE%B4%CE%B9%CF%80%CE%BB%CF%89%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE/%CE%B5%CF%86%CE%B7%CE%B2%CE%B9%CE%BA%CE%B7%20%CF%83%CE%B5%CE%BE%CE%BF%CF%85%CE%B1%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1/DealingEffectivelyChildSexualBehaviorProblems.pdf>

Briggs, S. (2008). *Working with Adolescents: A Contemporary Psychodynamic approach*. New York: Palgrave

Browsers, H., Manion, I., Papadopoulos, D. & Gauvreau, E. (2013). Stigma in school-based mental health: perceptions of young people and service providers. *Child and Adolescent Mental Health*, 18 (3), 165–17.

Brown, P. (1978). Changing family roles: Women and Divorce. *Journal of Divorce*, 1 (4), 315-328.

Bru, E., Stornes, T., Munthe, E. & Thuen, E. (2010). Students' perceptions of teacher support across the transition from primary to secondary school. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 54 (6), 519-533.

Bruce, A.E., Cole, D.A., Dallaire, D.H., Jacquez, F.M., Pineda, A.Q. & LaGrange, B. (2006). Relations of parenting and negative life events to cognitive diatheses for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 321-333.

Bryman, A. (2004). *Social Research Methods (second edition)*. Oxford University Press.

Bulotsky-Shearer, R.J., Fantuzzo, J.W. & McDermott, P.A. (2008). An Investigation of Classroom Situational Dimensions of Emotional and Behavioral Adjustment and Cognitive and Social Outcomes for Head Start Children. *Developmental Psychology*, 44 (1), 139-154. doi: 10.1037/0012-1649.44.1.139

Burchinal, M., Vandergrift, N., Pianta, R. & Mashburn, A. (2010). Threshold analysis of association between child care quality and child outcomes for low-income children in pre-kindergarten programs. *Early Childhood Research Quarterly*, 25 (2), 166-176. doi: 10.1016/j.ecresq.2009.10.004

Buss, C., Davis, E.P., Hobel, C.J. & Sandman, C.A. (2011). Maternal pregnancy-specific anxiety is associated with child executive function at 6–9years age. *Stress* 14 (6), 665–676.

Buss, C., Davis, E.P., Muftuler, L.T., Head, K. & Sandman, C.A. (2010). High pregnancy anxiety during mid-gestation is associated with decreased gray matter density in 6–9-year-old children. *Psychoneuroendocrinology*, 35 (1), 141–153.

Buston, K., Wight, D. & Scott, S. (2001). Difficulty and diversity: the context and practice of sex education. *British Journal of Sociology of Education* 22, 353-68.

Byrant D., Bryant R. & Hammil D. (2000). Characteristic Behaviors of Students with LD Who Have Teacher-Identified Math Weaknesses. *Journal of Learning Disabilities*, 33, 168-199.

Carwright-Hatton, S., McNikol, K. & Doubleday E. (2006). Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clin Psychol Rev*, 26 (7), 817-33.

Cefai, C. (2008). *Promoting Resilience in the Classroom*. London: J. Kingsley.

Cefai, C. & Cooper, P. (2009). *Promoting emotional education*. London: J. Kingsley.

Chahine, F.E. (2014). Child Abuse and Its Relation to Quality of Life of Male and Female Children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 159, 161 – 168.

Chandra, A. & Minkovitz, C.S. (2007). Factors that influence mental health stigma among 8th grade adolescents. *Journal of Youth/Adolescence*, 36, 763–774.

Chandra, A. & Minkovitz, C.S. (2006). Stigma starts early: Gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health*, 38, 754.

Choi, K. (2012). Supporting transition from primary to secondary school using the Protective Behaviours programme. *Educational & Child Psychology*, 29 (3), 27– 37.

Cohen, A.N., Hammen, C., Henry, R.M. & Daley, S.E. (2004). Effects of stress and social support on recurrence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82, 143–147.

Conroy, M.A., Dunlap, G., Clarke, S. & Alter, P. (2005). A descriptive analysis of behavioral intervention research with young children with challenging behavior. *Topics in Early Childhood Special Education*, 25, 157-166.

Contini, M. & Maturo, A. (2010). Multi-ethnic society and cross-cultural perspectives in the school. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 5, 1537–1545.

Cooper, P. (2010). Social, Emotional and Behavioural Difficulties in Young People: The Challenge for Policy Makers. *The International Journal of Emotional Education*, 2 (1), 4–16.

Cooper, S.A. & Smiley, E. (2007). The prevalence, incidence and factors predictive of mental ill-health in adults with profound intellectual disabilities: prospective study. *Journal Intellectual Disability*, 20, 493-501.

Copeland, E., Shanahan, L., Costello, J. & Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 66 (7), 764-72. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.85

Corby, B. (2006). *Child abuse: Toward a knowledge base*. (3rd ed.). Maidenhead, England: Open University Press

Costello, E.J., Foley, D.L. & Angold, A. (2006). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. *Developmental epidemiology*, 45 (1), 8-25.

Crosnoe, R. & Elder, G.H. (2004). Family dynamics, supportive relationships, and educational resilience during adolescence. *Journal of Family Issues*, 25, 571–602.

Cuevas, A.C. (2007). Juvenile Delinquency and Victimization A Theoretical Typology. *Journal of Interpersonal Violence*, 22 (12), 1581-1602.

Δαμανάκης, Μ. (1998) *Η εκπαίδευση των παλιννοστούντων και αλλοδαπών μαθητών στην Ελλάδα. Διαπολιτισμική προσέγγιση*, Αθήνα: Gutenberg

Darling-Hammond, L. (2000). Teacher Quality and Student Achievement: A review of state policy evidence. *Education Policy Analysis Archives*, 8 (1), 1-44.

Dartaj, F. & Mohammadi, A. (2010). Comparing the function of children with Hypertension / attention deficit and children without Hypertension / Attention Deficit. *Family investigation*, 6 (2), 211-226.

Demir-Lira, E., Voss, L.J., Jonathan, T.O., Briggs-Gowan J., Wakschlag L.S. & Booth J.R. (2016). Early-life stress exposure associated with altered prefrontal resting-state fMRI connectivity in young children. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 19, 107–114.

Denise, B. (2005). Oppositional Defiant Disorder. Retrieved 10 July, 2018 from <http://docplayer.net/15402470-Oppositional-defiant-disorder.html>

DeSocio, J. & Hootman, J. (2004). Children's mental health and school success. *Journal of School Nursing*, 20 (4), 189–196.

Dillon, N. (2008). The transition years. *American School Board Journal*, 195 (1), 16–19.

Dimakos, I. & Tasiopoulou, T. (2003). Attitudes Towards Migrants: what do Greek students think about their immigrant classmates? *Intercultural Education*, 14 (3), 307-316.

Doll, B., Jones, K., Osborn, A., Dooley, K. & Turner, A. (2011). The promise and the caution of resilience models for schools. *Psychology in the Schools*, 48 (7), 652-659.

Drake, K. & Ginsburg, G. (2012). Family factors in the development, treatment, and prevention of childhood anxiety disorders. *Clin. Child. Fam. Psychol. Rev.*, 15, 144–162.

Drettakis, M.G. (2000). Repatriated and immigrant children are increasing in schools. *Sygchroni Ekpaideysi*, 113, 27–35.

Dyregrov, A. (2008). *Grief in Children: A Hand book for Adults*. Great Britain: Athenaeum Press, Gateshead, Tyne and Wear.

Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2008). *Effective Grief and Bereavement Support: The Role of Family, Friends, Colleagues, school and support professionals*. Great Britain: Athenaeum Press, Gateshead, Tyne and Wear. Retrieved 15 August, 2018 from <https://gpreview.kingborn.net/630000/d14f4e3295204d8fb3e34f4846238bd2.pdf>

Eapen, V. (2014). Developmental and mental health disorders: Two sides of the same coin. *Asian Journal of Psychiatry*, 8, 7-11.

Easton, S.D. & Kond, J. (2017). Mental health indicators fifty years later: A population-based study of men with histories of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 63, 273-283.

Einfeld, S.L., Piccinin, A.M., Mackinnon, A., Hofer, S.M., Taffe, J., Gray, K.M., Bontempo, D.E. et al. (2006). Psychopathology in young people with intellectual disability. *Jpn. Automobile Manuf Association*, 296 (16), 1981-1993.

Fekkes, M., Pijpers, F. & Verloove-Vanhorick, S. (2005). Bullying: who does what, when and where? Involvement of children, teachers and parents in bullying behavior. *Health Education Research*, 20, 81–91.

Fichter, M., Quadflieg, N., Fischer, U. & Kohlboeck, G. (2009). Twenty-five-year course and outcome in anxiety and depression in the Upper Bavarian Longitudinal Community Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122 (1), 75-85. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01512.x>

Fox, N.A., Henderson, H.A., Marshall P.J., Nichols K.E. & Ghera, M.M. (2005). Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework. *Annu. Rev. Psychol.* 56, 235–262.

Fraad, H. (2008). Child abuse and crime. *The Journal of Psychohistory*, 36 (1), 85-87.

Fraser, M.W., Kirby, L.D. & Smokowski, P.R. (2004). Risk and resilience in childhood. In M.W. Fraser (Ed.), *Risk and Resilience in Childhood. An Ecological perspective*, (pp.13-66). Washington, DC: NAWS Press.

Freud, S (1915). *Considerations actuelles sur la Guerre et sur la Mort. Edition électronique*. Universite du Quebec.

Freud, S. & Pfister, O. (1963). Psychoanalysis and faith: the letters of Sigmund Freud and Oskar Pfister. Ed. Ernst L. Freud and Heinrich Meng. Tr. Eric Mosbacher. New York: Basic. (PDF) *Freud, Religion, and Anxiety*. Retrieved 10 July, 2018 from https://archive.org/stream/psychoanalysisfa00freu/psychoanalysisfa00freu_djvu.txt

Fuller-Thomson, E., Roane, J.L. & Brennenstuhl, S. (2016). Three types of adverse childhood experiences and alcohol and drug dependence among adults: An investigation using population-based data. *Substance Use & Misuse*, 51, 1451–1461.

Gal, E., Schreur, N. & Engel-Yeger, B., (2010). Inclusion in children with disabilities: teachers' attitudes and requirements of environmental accommodations. *International Journal of Special Education*, 25 (2), 89-99.

Garber, J. (2000). Depression and development. In A.J. Sameroff, M. Lewis & S.M. Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology*, 2nd Ed. (pp. 467-490). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Geary, D.C. (2006). Dyscalculia at an early age: Characteristics and potential influence on socio-emotional development. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development [online]* (pp.1-4). Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development. Retrieved 10 August from <http://web.missouri.edu/~gearyd/files/GearyANGxp.pdf>

Gerlach, A.L., Murlane, D. & Rist, F. (2004). Public and private heart rate feedback in social phobia: A manipulation of anxiety visibility. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33, 36–45.

Gibbs, C. (2003). Explaining effective teaching: Self efficacy and thought control of action. *The Journal of Educational Enquiry*, 4, 1-14.

Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373, 68-81. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7

Gilman, S.E. & Abraham, H.D. (2001). A longitudinal study of the order of onset of alcohol dependence and major depression. *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 277–286.

Giovannini, G. (2008). La scuola. In *Tredicesimo rapporto sulle migrazioni 2007* (pp. 131-143). Milano: Fondazione Ismu, Franco Angeli.

Gómez, I.M., Medina, A. & Gil, P. (2011). La competencia intercultural en el plan de estudios de Graduado en Maestro de Educación Infantil en la Universidad de Castilla La Mancha. [Intercultural competence in the content material of primary education degree at the University of Castilla La Mancha]. *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 26, 35-54.

Goodman, R.L. & Burton, D.M. (2010). The inclusion of students with BESD in mainstream schools: teachers' experiences of and recommendations for creating a successful inclusive environment. *Emotional and Behavioral Difficulties*, 15 (3), 223-237.

Goodman, S.H. & Brand, S.R. (2009). Depression and early adverse experiences. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression and Its Treatment*, 2nd edition (pp. 249-274). New York: Guilford.

Gorsuch, R.L. (1983). *Factor analysis* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Gowers, S., Thomas, S. & Deeley, S. (2004). Can primary schools contribute effectively to Tier I child mental health services? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 419-425. doi:10.1177/1359104504043924

Graham A., Phelps R., Maddison C. & Fitzgerald (2011). Supporting children's mental health in schools: teacher views, *Teachers and Teaching: theory and practice*, 17 (4), 479–496

Grant, B.F., Stinson, F. S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Dufour, M.C., Compton, W. et al. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61, 807–816.

Green, M.T., Clopton, J.R., & Pope, A.W. (1996). Understanding gender differences in referral of children to mental health services. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 4, 182-190. doi:10.1177/106342669600400305

Greenberg, M.T. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58 (6-7), 466-474.

Greenberg, M.T., Domitrovich, C. & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention and Treatment*, 4 (1), 1-59.

Hae-Ra, H. (2009). Measuring anxiety in children: a methodological review in literature. *Asian Nursing Research*, 3 (2), 49-62.

Haggard, G. (2005). Providing School Support for the Grieving Child. Delta KappaGamma , *Bulletin*, 72 (1), 25-26.

Hales, G. (2001). *The pattern of personality in Dyslexic children and adults: The invisible symptoms and the effects they produce*. Paper presented at the Fifth International Conference of the British Dyslexia Association, York, UK.

Hammen, C. & Rudolph, K. D. (2003). Childhood mood disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (Vol. 2, pp. 233-278). New York: Guilford.

Hanewal, R. (2013). Transition Between Primary and Secondary School: Why it is Important and How it can be Supported. *Australian Journal of Teacher Education*, 38 (1), 62-74.

Hanko, G. (2002). Making psychodynamic insights accessible to teachers as an integral part of their professional task. *Psychodynamic Practice*, 8 (3), 375-389. doi:10.1080/1353333021000018980

Hatcher, L. (1994). *A Step-by-Step Approach to Using the SAS® System for Factor Analysis and Structural Equation Modeling*. Cary, NC: SAS Institute, Inc.

Headley, C. & Campbell, M. (2013). Teachers' knowledge of anxiety and identification of excessive anxiety in children. *Australian Journal of Teacher Education*, 38 (5), 48-66.

Health Canada (2000). *Developing a population health promotion model*. Retrieved 18 August, 2018 from <https://www.canada.ca/en/public-health.html>

Heath, N.L. & Ross, S. (2000). Prevalence and expression of depressive symptomology in students with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 23, 24–36.

Heller, F. (2000). Creating a holding environment in an inner city school. In N. Barwick (Ed.), *Clinical counselling in schools* (pp. 81-95). London: Routledge.

Hen, M. & Sharabi-Nov, A. (2014). Teaching the teachers: Emotional intelligence training for teachers. *Teaching Education*, 25, 375-390. doi:10.1080/10476210.2014.908838

Hill, L.M. & Mobley, J.A. (2016). Making the Change From Elementary to Middle School, *Vistas Online*, 22, 1-12.

Ho, T., Dennis, E., Thompson, P. & Gotlib, H.J. (2018). Network-based approaches to examining stress in the adolescent brain. *Neurobiology of Stress* 8, 147-157.

Hoagwood, K., Olin, S., Kerker, B., Kratochwill, T., Crowe, M. & Saka, N. (2007). Empirically based school interventions targeted at academic and mental health functioning. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15, 66–92. doi:10.1177/10634266070150020301

Horner, R. H., Sugai, G., Smolkowski, K., Eber, L., Nakasato, J., Todd, A. W., et al. (2009). A randomized, wait-list controlled effectiveness trial assessing school-wide positive behavior support in elementary schools. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 11, 133–144.

Howes, C. (2000). Social-emotional classroom climate in child care, child-teacher relationships and children's second grade peer relations. *Social Development*, 9 (2), 191-204.

Hudson-Baker, P. (2005). Managing student behavior: how ready are teachers to meet the challenge? *American Secondary Education*, 33 (3), 51-64.

Hughes, J.N., Cavell, T.A. & Jackson, T. (1999). Influence of the teacher-Student Relationship on Childhood Conduct Problems: A Prospective Study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28 (2), 173-184.

Hutcheson, G. & Sofroniou, N. (1999). *The multivariate social scientist: Introductory statistics using generalized linear models*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Ingoldsby, E.M. & Shaw, D.S. (2002). Neighborhood contextual factors and early starting antisocial pathways. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5 (1), 1-35.

Jenkins, E., Bungay, V., Patterson, A., Saewyc, M. & Johnson M. (2018). Assessing the impacts and outcomes of youth driven mental health promotion: A mixed-methods assessment of the Social Networking Action for Resilience study. *Journal of Adolescence*, 67, 1-11.

Jennings, J., Pearson, G. & Harris, M. (2000) Implementing and maintaining school-based mental health services in a large, urban school district. *Journal of School Health*, 70, 201–205.

Jennings, P.A. & Greenberg, M.T. (2009). The prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. *Review of Educational Research*, 79, 491-525. doi:10.3102/0034654308325693

Jenson, J.M., Brisson, D., Bender, K.A. & Williford, A.P. (2013). Effects of the youth matters prevention program on patterns of bullying and victimization in elementary and middle school. *Social Work Research*, 37 (4), 361–372.

Johnson, K.A. & Tyler, K.A. (2007). Adolescent sexual onset: An intergenerational analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 939–949.

Jordan, N.C., Levine, S.C. & Huttenlocher, J. (1995). Calculation abilities of young children with different patterns of cognitive functioning. *Journal of Learning Disabilities*, 28, 53-64.

Jouriles, E.N., McDonald, R., Smith-Slep, A.M., Heyman, R.E., & Garrido, E. (2008). Child abuse in the context of domestic violence: Prevalence, explanations, and practice implications. *Violence and Victims*, 23 (2), 221-235.

Judith, A. Cohen, J.A. & Mannarino, A.P. (2011). Supporting children with traumatic grief: What educators need to know. *School Psychology International*, 32,117-131.

Jull, S.K., (2008). Emotional and behavioural difficulties (EBD): the special educational need justifying exclusion. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 8 (1), 13-18.

Kaiser, H. (1974). An index of factor simplicity. *Psychometrika* 39, 31–36.

Kaltiala-Heino, R., Rimpela, M., Rantanen, P. & Rimpela, A. (2000). Bullying at school – an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of Adolescence*, 23, 661–674.

Kamens, M.W., Loprete, S.J. & Slostad, F.A. (2003). Inclusive classrooms: What practicing teachers want to know. *Action Teacher Education*, 25, (1), 20- 26.

Καρλής, Δ. (2005). *Πολυμεταβλητή στατιστική ανάλυση*. Αθήνα: Εκδόσεις Σταμούλη.

Kataoka, S.H., Zhang, I. & Wells, K.B. (2002). Unmet need for mental health care among U.S. children: Variation by ethnicity and insurance status. *American Journal of Psychiatry*, 19, 1548–1555.

Kauffman, J.M. & Brigham, F.J. (2009). *Working with troubled children*. Verona, WI: Attainment Company

Kelleher, S.R. (2014). Teachers' Beliefs About Mental Health Issues, *Electronic Theses, Projects, and Dissertations*, 16, 1-55.

Kerig, P. (2000). Triangles in the family circle: Effects of family structure on marriage, parenting, and child adjustment. *Journal of Family Psychology*, 9, 28-43.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. & Walters, M.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.

Kessler, R.C., McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M. et al. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO world mental health surveys. *Br. J. Psychiatry* 197, 378–385.

Kiamba, J.M. (2008). Women and leadership positions: Social and cultural barriers to success. *Wagadu: A Journal of Transnational Women's & Gender Studies*, 6, 7–26.

Kirchner, J.E., Yoder, M.C., Kramer, T.L., Lindsey, M.S. & Thrushs, C.R. (2000). Development of an education program to increase school personnel's awareness about child and adolescent depression. *Education*, 121 (2), 235–246.

Klettke, B. & Mellor, D. (2012). At what age can females consent to sexual activity? A survey of jury-eligible Australians. *Psychiatry, Psychology and Law*, 19, 198–208.

Kline, P. (1979). *Psychometrics and psychology*. London: Acaderric Press.

Koller, J. & Svoboda, S. (2002) The application of a strengths-based mental health approach in schools. *Journal of the Association for Childhood Education International*, 78, 291–5.

Koller, J. & Bertel, J. (2006). Responding to today's mental health needs of children, families and schools: Revisiting the preservice training and preparation for school-based personnel. *Education & Treatment of Children*, 29 (2), 168–197.

Koller, J., Osterlind, S.J., Paris, K. & Weston, J.K. (2012). Differences Between Novice and Expert Teachers' Undergraduate Preparation and Ratings of Importance in the Area of Children's Mental Health. *International Journal of Mental Health Promotion*, 6 (2), 39-45.

Κουμουλά, Α. (2012). Η εξελιγή της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερικινητικότητας (ΔΕΠΥ) στο χρόνο, *Ψυχιατρική*, 23 (1), 49–59.

Koundourou, C. (2012). Developing staff skills through emotional literacy to enable better practices with children with social emotional and behavioural difficulties (SEBD). Strategies and Interventions for Children with Social, Emotional and Behavioural Difficulties. *International Perspectives on Inclusive Education*, 2, 93–106.

Kourkoutas, E. & Giovazolias, T. (2015). School-Based Counselling Work With Teachers: An Integrative Model. *The European Journal of Counselling Psychology*, 3 (2), 137–158.

Kourkoutas, E., Vytalaki, E. & Perysinaki, E. (2015). Emotional and depressive difficulties in school-age children: Promoting positive and resilient based inclusive practices In E. Kourkoutas & A. Hart (Eds.), *Innovative practices for children and adolescents with psychosocial difficulties and disabilities* (232-274). Cambridge Scholar Publications. Retrieved 10 May, 2018 from <file:///C:/Users/home/Downloads/Emotionalanddepressivedifficultiesinschool-agechildren.pdf>

Kourkoutas, E. & Xavier Raul, M. (2010). Counseling children at risk in a resilient contextual perspective: A paradigmatic shift of school psychologists' role in inclusive education, *Social and Behavioral Science*, 5, 1210-19.

Κουρκούτας, Η. (2007). Θέματα Ειδικής Αγωγής: Παράγοντες κινδύνου για την ένταξη και ενσωμάτωση παιδιών με αντικοινωνικές τάσεις και προβλήματα συμπεριφοράς στο πλαίσιο του κανονικού σχολείου. *Πανελλήνιος Επιστημονικός Σύλλογος Ειδικής Αγωγής (Π.Ε.Σ.Ε.Α.)*, 38, 1-220. <file:///C:/Users/home/Downloads/2007..pdf>

Kranke, D., Floersch, J., Townsend, L. & Munson, M. (2010). Stigma experience among adolescents taking psychiatric medication. *Children and Youth Services Review*, 31, 496–505.

Kyriacou, C. (1996). Teacher stress: A review of some international comparisons. *Education Section Review*, 20, 17-20.

Lack, C.W. & Green, A.L. (2009). Mood Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 24 (1), 13-25.

Lam, C. (2001). Dyslexia and other Specific Learning Disabilities. *Child Assessment Service*, 6 (3), 1-7. Retrieved 08 July, 2018 from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.573.3752&rep=rep1&type=pdf>

Lamb, J., Puskar, K., Sereika, S., Patterson, K. & Kaufmann, J. (2003). Anger assessment in rural high school students. *Journal of School Nursing*, 19 (1), 30–40.

Lambie, G.W. (2005). Child abuse and neglect: A practical guide for professional school counselors. *Professional School Counseling*, 8 (3), 249-264.

Lamela, D. & Figueiredo, B. (2016). Copareting after marital dissolution and children's mental health: a systematic review. *Journal Pediatric*, 92 (4), 331-342.

Lannie, A.L. & McCurdy, B.L., (2007). Preventing disruptive behavior in the urban classroom: effects of the good behavior game on student and teacher behavior. *Education and Treatment of Children*, 30 (1), 85-98.

LeFebvre, J. (2010). *Parenting the Preschooler. Children and Grief*. Διαθέσιμο: <http://waukesha.uwex.edu/files/2010/05/ChildrenandGrief.pdf>. Ανασύρθηκε: 12- 10-2011

Leiva, J.J. (2011). La educación intercultural: Un compromiso educativo para construir una escuela sin exclusiones. [Intercultural education: an educational commitment to build a non-excluding school]. *Revista Iberoamericana de Educación*, 56 (1), 1-14.

Λεονταρή, Α. (2006). Παιδιά και πένθος. Στο Φ. Βλάχος, Φ. Μπονώτη, Π. Μεταλλίδου, Ε. Δερμιτζάκη και Α. Ευκλείδη (Επιμ.), *Ανθρώπινη συμπεριφορά και εκπαίδευση, Επιστημονική Επετηρίδα της Ψυχολογικής Εταιρίας Βορείου Ελλάδος*. Τόμος 4 (σσ. 283-299). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Levendosky, A.A. & Graham-Bermann, S. A. (2006). Parenting in Battered women: The effects of domestic violence on women and their children. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 171-192.

Leventhal, T. & Brooks-Gunn, J. (2003). Moving to opportunity: an experimental study of neighborhood effects on mental health. *American Journal of Public Health*, 93 (9), 1576–1582

Lilienfeld, S.O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 53–70.

Ling Tseng, W., Kawabata, Y., Shur-Fen Gau, S. & Crick, R.N. (2014). Symptoms of Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder and Peer Functioning: a Transactional Model of Development. *Journal of Abnormal Child Physiology*, 42 (8) , 1353-1365.

Loades, M.E. & Mastroyannouloulou, K. (2010). Teachers' recognition of children's mental health problems. *Child and Adolescent Mental Health*, 15 (3), 150-156. doi: 10.1111/j.1475-3588.2009.00551.x [http://xerxes .calstate.edu/](http://xerxes.calstate.edu/)

Lopes-Neto Aramis, A. (2005). Bullying – aggressive behavior among students: Review article. *Journal de Pediatric*, 81 (5), 164-172.

Lupien, S.J., McEwen, B.S., Gunnar, M.R. & Heim C (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat. Rev. Neurosci.* 10, 434–445.

Lynn, C., McKay, M. & Atkins, M. (2003). School social work: Meeting the mental health needs of students through collaboration with teachers. *Children & Schools*, 25 (4), 197–209.

Lyons, R. & Woods, K. (2012). Effective transition to secondary school for shy, less confident children: A case study using 'Pyramid' group work. *Educational & Child Psychology*, 29 (3), 8–26.

Macintyre, S., Ellaway, A. & Cummins, S. (2002). Place effects on health: How can we conceptualise, operationalise, and measure them? *Social Science Medicine*, 55, 125–139.

MacMillan, H.L., Fleming, J.E., Streiner, D.L., Lin, E., Boyle, M.H., Jamieson, E. et al. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1878–1883.

Mash, E. & Wolfe, D. (2010). *Abnormal child psychology*. Pacific Grove, Ca: Brooks

Maswikwa, B., Richter, L., Kaufman, J. & Nandi, A. (2015). Minimum marriage age laws and the prevalence of child marriage and adolescent birth: Evidence from subsaharan Africa. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41, 58–68.

Matson, J.L. & Shoemaker, M.E. (2011). Psychopathology and intellectual disability. *Curr. Opin. Psychiatry*, 25 (5), 367-371.

McEachan, R.R.C., Yang, T.C., Roberts, H., Pickett K., Arseneau-Powell D. Gidlow, C. (2018). Availability, use of, and satisfaction with green space, and children's mental wellbeing at age 4 years in a multicultural, deprived, urban area: results from the Born in Bradford cohort study. *Lancet Planet Health*, 2, 244–54.

McLaughlin, K.A., Sheridan, M.A. & Nelason C.A. (2017). Neglect as a violation of species-expectant experience: neurodevelopmental consequences. *Biol. Psychiatr.* 82, 462–471.

Melisa, S., Reinke, W. & Kerman, K. (2011). Teachers' Knowledge of Evidence-Based Interventions and Available School Resources for Children with Emotional and Behavioral Problems. *Journal Behavioral Education* 20, 138–147.

Mental Health Commission of Canada. (2009). Toward recovery & well-being. Calgary,AL: Mental Health Commission of Canada. *SSM - Population Health*, 318-325.

Mental Health Foundation (1999). *The big picture: Promoting children and young people's mental health*. Mental Health Foundation.

Merikanas, K.R., He, J-P., Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S. & Cui, L. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 49, 980-989.

Mertens, D.M. (2009). *Έρευνα και Αξιολόγηση στην Εκπαίδευση και την Ψυχολογία*. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Pringle, J., Mills, k., McAteer, J., Jepson R., Hogg E., Anand N. et al. (2017). The psychology of adolescent sexual behavior: a systematic review. *Cogent Social Sciences*, 3, 1-14. Doi: 10.1080/23311886.2017.1368858

Mojtabai, R., Olfson, M. & Han, B. (2018). National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics*, 138 (6), 1-10.

Molins, N.C. & Clopton, J.R. (2002). Teachers' reports of the problem behavior of children in their classrooms. *Psychological Reports*, 90, 157-164. doi:10.2466/PRO.90.1.157164

Molnar, B.E., Buka, S.L. & Kessler, R.C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91, 753–760.

Morgan, A.J., Rapee, R.M. & Bayer, J.K. (2016). Prevention and early intervention of anxiety in young children: A pilot evaluation of Cool Little Kids Online. *Internet Interv.*, 18 (4), 105-112.

Morgan, V.A., Leonard, H., Brouke, H. & Jablensky, A. (2008). Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: population-based study. *Br. Journal Psychiatric*, 193 (5), 364-372.

Motataianu, R.I. (2015). The Relation between Anger and Emotional Synchronization in Children from Divorced Families. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 203, 158 – 162.

Murray, C. & Lopez, A. (2002). World Health Report 2002: *Reducing risks, promoting healthy life Switzerland*: Geneva.

Murray, L.K., Nguyen, A. & Cohen, J.A. (2014). Child sexual abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23 (2), 321–337.

Μπεζεβέγκης, Η. & Καλαντζη-Αζίζι (2000). *Θέματα επιμόρφωσης / ευαισθητοποίησης στελεχών ψυχικής υγείας και εφήβων: αξιολόγηση γνωστικών λειτουργιών και δυσκολιών μάθησης, διάγνωση, πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών προσαρμογής, θέματα οικογένειας, διεπαγγελματική συμβουλευτική*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μπότσας, Γ., Κωτούλας, Β. & Μπότσας, Θ. (2012). Μετάβαση από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο: Μελέτη ατομικών χαρακτηριστικών. *Επιστήμες Αγωγής*, 4, 93-112.

Najman, J., Bor, W., Andersen, M.J., O'Callaghan M. & Williams, M. (2000). Preschool children and behavior problems A prospective study. *Childhood*, 7 (4), 439–466.

National Institute of Mental Health (2017). Retrieved 10 June, 2018 from <https://www.nimh.nih.gov/health/index.shtml>

National Research Council and Institute of Medicine (2009). Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities. Committee on the prevention of mental disorders and substance abuse among children, youth, and young Adults: Research advances and promising interventions. In M. E. O'Connell, T. Boat, & K. E. Warner (Eds.). *Board on children, youth, and families, division of behavioral and social sciences and education* (pp. 80-93). Washington, DC: The National Academies Press.

Nemeroff, C.B. (2016). Paradise lost: the neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron* 89, 892–909.

Newcomer, P., Barenbaum, E. & Pearson, N. (1995). Depression and anxiety in children and adolescents with learning disabilities, conduct disorders, and no disabilities. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 3, 27–39.

Nielsen, M.B. & Einarsen, S. (2012). Outcomes of workplace bullying: A meta-analytic review. *Work and Stress*, 26 (4), 309–332.

Nikolaev, L.E., Baranova, E.A. & Petunova, S.A. (2016). Mental Health Problems in Young Children: the Role of Mothers' Coping and Parenting Styles and Characteristics of Family Functioning. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 233, 94 – 99.

Νικολάου, Γ. (2000). *Ένταξη και εκπαίδευση των αλλοδαπών μαθητών στο Δημοτικό σχολείο. Από την «ομοιογένεια» στην πολυπολιτισμικότητα*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Νικολάου, Ζ.Μ. (2007). Διαχείριση προβλημάτων σχολικής τάξης-Προβλήματα συμπεριφοράς, στο Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (επιμ.). *Θέματα διαχείρισης προβλημάτων σχολικής τάξης*, τόμος Α' (σσ. 203-221). Αθήνα: ΥΠΕΠΘ, Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.

Nyutu, P. & Bertel, M. (2012). Perceptions of teacher preparation and attitudes regarding students' mental health in Kenya. *Advances in School Mental Health Promotion*, 5 (1), 63–74.

Oliver, R.M. & Reschly, D.J. (2010). Special education teacher preparation in classroom management: implications for students with emotional and behavioral disorders. *Behavioral Disorders*, 35 (3), 188-199.

Papandrea, K. & Winefield, H. (2011). It's not just the squeaky wheels that need the oil: Examining teachers' views on the disparity between referral rates for students with internalizing versus externalizing problems. *School Mental Health*, 3, 222-235. doi: 10.1007/s12310-011-9063-8

Παρασκευόπουλος Ι. (1999). *Ερωτηματολόγιο διαπροσωπικής και ενδοπροσωπικής προσαρμογής*. Ελληνικά Γράμματα.

Patton, J.R., Cronin, M.E., Bassett, D.S. & Koppel, A.E. (1997). A life skills approach to mathematics instruction: Preparing students with learning disabilities for the real-life math demands of adulthood. *Journal of Learning Disabilities*, 30, 178-187.

Pechtel, P. & Pizzagalli, D.A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology (Berl.)* 214 (1), 55–70.

Pérez-Cusó, F., Martínez-Clares, P. & González-Morga, N. (2014). The Initial Training for Educators about Cultural Diversity in School. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 132, 413–419. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.330>

Pine, D. & Klein, R. (2008). Anxiety disorders. *Rutter's child and adolescent psychiatry* (pp. 628-647). Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd. <http://dx.doi.org/10.1002/9781444300895.ch39>

Plotts, C.A. (2012). Assessment of students with emotional and behavioral disorders. Behavioral disorders: Identification, assessment, and instruction of students with EBD. *Advances in Special Education*, 22, 51–85.

Poulou, M. & Norwich, B. (2000). Teachers' causal attributions, cognitive, emotional and behavioural responses to students with emotional and behavioral difficulties. *The British Journal of Educational Psychology*, 70 (4), 559-81.

Πουρσανίδου, Ε. (2016). Προβλήματα συμπεριφοράς στην τάξη και παρέμβαση του δάσκαλου. *Ερευνα στην Εκπαίδευση*, 5 (1), 62-75.

Πράσινο βιβλίο, Βρυξέλλες (2005). *Βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Προς μια στρατηγική σχετικά με τη ψυχική υγεία για την Ευρωπαϊκή Ένωση*. Ανακτήθηκε 10 Μαΐου, 2018 από http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_el.pdf

Pringle, J., Mills, K., McAteer, J., Jepson, G.R., Hogg, E., Anand, J. & Blaker, J. (2017). The physiology of adolescent sexual behavioral: a systematic review. *Cogent Social Sciences*, 3, 1-14.

Rapee, R.M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S. & Sweeney L. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *J. Consult. Clinical Psychol.* 73, 488–497.

Rapee, R.M., Schniering, C.A. & Hudson, J.L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annu. Rev. Clinical Psychol.* 5, 311–341.

Reddy, L.A. & Richardson, L. (2006). School-based prevention and intervention programs for children with emotional disturbance. *Education and Treatment of Children*, 29, 1–26.

Raynaert, M. (2015). Sexual abuse of children as a form of power abuse and abuse of the body. *Acta Theologica*, 35 (1), 189-200.

Richard, E. & Garrido, E. (2008). Child abuse in the context of domestic violence: Prevalence, explanations, and practice implications. *Violence and Victims*, 23 (2), 221-235.

Richardson, B.G. & Shupe, M.J. (2003). The importance of teacher self-awareness in working with students with emotional and behavioral disorders. *Teaching Exceptional Children*, 36, 8-13.

Richter, L., Mathews, S., Nonterah, E. & Masilela, L. (2018). A longitudinal perspective on boys as victims of childhood sexual abuse in South Africa: Consequences for adult mental health. *Child Abuse & Neglect*, 84, 1-10.

Rickwood, D., Deane, F.P., Wilson, C.J. & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4 (3), 1-34. doi:10.1375/ajgc.15.2.137

Rigby, K. (2000). Effects of peer victimization in schools and perceived social support on adolescent well-being. *Journal of Adolescence*, 23, 57–68.

Roache, J.E. & Lewis, R. (2011). The carrot, the stick, or the relationship: what are the effective disciplinary strategies? *European Journal of Teacher Education*, 34 (2), 233-248.

Rodgers, C.S., Lang, A.J., Laffaye, C., Saltz, L.E., Dresselhaus, T.R. & Stein, M.B. (2004). The impact of individual forms of childhood maltreatment on health behavior. *Child Abuse Negl.* 28, 575–586.

Rohner, R.P. (2010). Perceived teacher acceptance, parental acceptance, and the adjustment, and behavior of school-going youths internationally. *Cross-Cultural Research*, 44 (3), 211-221. doi:10.1177/10693971110366849

Romeo, F.F. (2000). The educator's role in reporting the emotional abuse of children. *Journal of Instructional Psychology*, 27 (3), 183.

Rones, M. & Hoagwood, K. (2000). School-based mental health services: A research review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 223–241. doi:10.1023/A:1026425104386

Rooney, S. (2002). Inclusive solutions for children with emotional and behavioral difficulties. In P. Farrell & M. Ainscow (Eds.), *Making special education inclusive* (pp. 87-100). London: D. Fulton Publ.

Rothi, M., Leavey, G. & Best, R. (2008). On the front-line: Teachers as active observers of pupils' mental health. *Teaching and Teacher Education*, 24, 1217–1231.

Rothon, C., Head, J., Klineberg, E. & Stansfeld, S. (2011). Can social support protect bullied adolescents from adverse outcomes? A prospective study on the effects of bullying on the educational achievement and mental health of adolescents at secondary schools in East London. *Journal of Adolescence*, 34, 579–588.

Roza, S.J., Hofstra, M.B., VanderEnde, J. & Verhulst, F.C. (2003). Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: a 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *Am J Psychiatry*, 160 (12), 2116-21.

Rubin, K.H., Coplan, R.J. & Bowker, J.C. (2009). Social withdrawal in childhood. *Annu. Rev. Psychology*, 160, 335-345.

Rudolph, K.D. & Clark, A.G. (2001). Conceptions of Relationships in Children with Depressive and Aggressive Symptoms: Social-Cognitive Distortion or Reality? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 41-56.

Rudolph, K.D., Hammen, C. & Daley, S.E. (2006). Mood disorders. In D. A. Wolfe & E. J. Mash (Eds.), *Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, assessment, and treatment* (pp. 300-342). New York: Guilford.

Sameroff, A. & Fiese, H. (2000). Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention. In J.P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Intervention* (pp. 135-159). Cambridge: Cambridge University Press.

Sana, A. (2016). Learning Disabilities: Characteristics and Instructional Approaches. *International Journal of Humanities Social Sciences and Education*, 3 (4), 111-115.

Sara, G & Lappin, J. (2017). Childhood trauma: psychiatry's greatest public health challenge? *Lancet Public Health*, 2, 300–01.

Scanlon, G. & Barnes-Holmes, Y. (2013). Changing attitudes: supporting teachers in effectively including students with emotional and behavioral difficulties in mainstream education. *Emotional and Behavioral Difficulties*, 18 (4), 374-395.

Schmidt, N.R. (2010). *Core Principles of Assessment and Therapeutic Communication with Children, Parents and Families: Towards the promotion of child and family wellbeing*. New York: Routledge

Seals, D. & Young, J. (2003). Bullying and victimization: prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem, and depression. *Adolescence*, 38, 735–757.

Severson, H.H., Walker, H.M., Hope-Doolittle, J., Kratochwill, T.R. & Gresham, F.M. (2007). Proactive, early screening to detect behaviorally at-risk students: Issues, approaches, emerging innovations, and professional practices. *Journal of School Psychology*, 45, 193–223.

Sharac, J., McCrone, P., Clement S. & Thornicroft, G. (2010). The economic impact of mental health stigma and discrimination: A systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 19 (3), 223–232. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001159>.

Sheridan, M.A. & McLaughlin, K.A. (2014). Dimensions of early experience and neural development: deprivation and threat. *Trends Cognit. Sci.* 18, 580–585.

Short, K., Ferguson, B. & Santor, D. (2009). *Scanning the practice landscape in school-based mental health in Ontario*. Paper prepared for the Provincial Centre of Excellence for Child and mYouth Mental Health at CHEO. Retrieved 22 June, 2018 from http://www.excellenceforchildandyouth.ca/sites/default/files/resource/policy_sbmh_practice_scan.pdf

Shoshani, A. & Slone, M. (2013). Middle school transition from the strengths perspective: Young adolescents' character strengths, subjective well-being, and school adjustment. *Journal of Happiness Studies*, 14 (4), 1163–1181. doi:10.1007/s10902-012-9374-y

Siedentop, D. (2002). Ecological perspectives in teaching research. *Journal of Teaching in Physical Education*, 21, 427-440.

Silk, J.S., Vanderbilt-Adriance, E., Swaw, D.S., Forbes, E.E., Whalen, D.J., Ryan, N.D. et al. (2007). Resilience among children and adolescents at risk of depression: Mediation and moderation across social and neurobiological contexts, *Development and Psychopathology*, 19 (3), 841-865.

Simpson, R. & Mundschenk, N.A. (2012). *Inclusion and students with emotional and behavioral disorders*. In J.P. Bakken, F.E. Obiakor, & A.F. Rotatori (Eds.), *Behavioral disorders: Practice concerns and students with EBD* (pp. 1-22). Bingley, United Kingdom: Emerald.

Sirsch, U. (2003) The impending transition from primary to secondary school: Challenge or threat? *International Journal of Behavioral Development*, 27 (5), 385-395.

Skiada, R., Soroniati, E., Gardeli, A. & Zissis, D. (2014). EasyLexia: A Mobile Application for Children with Learning Difficulties. *Procedia Computer Science* 27, 218 – 228.

Smith, G. (2012). *Working with trauma: Systemic approaches*. New York: Palgrave/Mcmillan

Stirling, J. & Jackson-Amaya, L. (2008). Understanding the behavioral and emotional consequences of child abuse. *Pediatrics*, 122 (3), 667-673.

World Health Organization (1997). *WHOQOL- Measuring Quality of Life*. World Health Organization.

Stormont, M., Reinke, W. & Herman, K. (2011). Teachers' Knowledge of Evidence-Based Interventions and Available School Resources for Children with Emotional and Behavioral Problems. *Journal Behavioral Education*, 20, 138–147.

Stormont, M., Reinke, W.M. & Herman, K.C. (2010). Introduction to the special issue: Using prevention science to address mental health issues in schools. *Psychology in the Schools*, 47, 1–4.

Stroebe, M., Hansson, R., Schut, H. & Stroebe, W. (2008). *Handbook of Bereavement Research And Practice: Advances in Theory and Intervention*. Washington: American Psychological Association, 21 (4). Retrieved 18 June, 2018 from https://www.researchgate.net/publication/41563364_Handbook_of_Bereavement_Research_and_Practice_Advances_in_Theory_and_Intervention_edited_by_Margaret_S_Stroebe_Robert_O_Hansson_and_Wolfgang_Stroebe

Sutherland, K. S. & Oswald, D. (2005). The relationship between teacher and student behavior in classrooms for students with emotional and behavioral disorders: Transactional processes. *Journal of Child and Family Studies*, 14, 1–14.

Sutherland, K.S., Lewis-Palmer, T., Stichter, J. & Morgan, P.L. (2008). Examining the influence of teacher behavior and classroom context on the behavioral and academic outcomes for students with emotional or behavioral disorders. *The Journal of Special Education*, 41 (4), 223-233. doi:10.1177/0022466907310372

Svetaz, M., Ireland, M. & Blum, R. (2000). Adolescents with learning disabilities: Risk and protective factors associated with emotional wellbeing: Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of Adolescent Health*, 27, 340–348.

Takizawa, R., Maughan, B. & Arseneault, L. (2014). Adult health outcomes of childhood bullying victimization: evidence from a fi ve-decade longitudinal British birth cohort. *Am J Psychiatry*, 171, 777–84.

Teicher, M.H., Anderson C.M., Ohashi, O. & Polcari A. (2013). Childhood maltreatment: altered network centrality of cingulated, precuneus, temporal pole and insula. *Biol. Psychiatry*. 76, 297–305.

Teicher, M.H., Samson, J.A., Anderson, C.M. & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat. Rev. Neurosci.* 17, 652–666.

Teubert, D. & Pinquart, M. (2011). A meta-analytic review on the prevention of symptoms of anxiety in children and adolescents. *J. Anxiety Disorder*, 25, 1046–1059.

Tjepkema, M. (2004). Alcohol and illicit drug dependence. *Health Reports*, 9-19.

Turner, S., Taillieu, T., Cheung, K. & Afifi, T. (2017). The relationship between childhood sexual abuse and mental health outcomes among males: Results from a nationally representative United States sample. *Child Abuse & Neglect*, 66, 64-72.

Τραβασάρου, Δ. (2001) Εκπαίδευση παιδιών μεταναστών και παλιννοστούντων. Η πολιτική της βίαιης ενσωμάτωσης, *Θέματα Παιδείας*, 1, 21-26.

U.S. Public Health Service (2000). *Report on the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A national action agenda*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

United Kingdom Department for Education (2011). *Me and my school: Findings from the National Evaluation of Targeted Mental Health in Schools*. (Reference No. DFERR177). Retrieved from <https://www.education.gov.uk/publications/RSG/publicationDetail/Page1/DFERR177#downloadableparts>

Urquhart, I. (2009). The psychology of inclusion: the emotional dimension. In P. Hick, R. Kershner, & P. Farrell, (Eds.), *Psychology for Inclusive Education: New directions in theory and practice* (pp. 66-77). Abingdon: Routledge.

Vallespir, J. & Morey, M. (2006). *La formación del profesorado de educación primaria de las Illes Balears ante la diversidad cultural*. [Primary education teaching personnel education for cultural diversity at the Balear islands]. Paper presented at International Congress of Intercultural Education: Teachers' training and scholar practice. Madrid (Spain).

Vigerland, S., Ljotsoon, B., Thulin, U., Ost, L., Andersson, G. & Serlachius, G. (2015). Internet delivered cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behavioral Research and Therapy*, 76, 47-56.

Walker, E.R., McGee, R.E. & Druss, B.G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72 (4), 334–341. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>

Walker, H.M. (2004). Commentary: Use of evidence-based interventions in schools: Where we've been, where we are, where we need to go. *School Psychology Review*, 33, 398–407.

Walter, H.J., Gouze, K. & Lim, K.G. (2006). Teachers' beliefs about mental health needs in inner city elementary schools. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 61-68. doi:10.1097/01.chi.0000187243.17824.6c

Weist, M.D. & Evans, S.W. (2005). Expanded school mental health: Challenges and opportunities in an emerging field. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 3-6.

Wenz-Gross, M. & Siperstein, G. (1998). Students with learning problems at risk in middle school: Stress, social support and adjustment. *Exceptional Children*, 65, 91–100.

White, J.L. & Kratochwill, T.R. (2005). Practice Guidelines in School Psychology: Issues and Directions for Evidence-based Interventions in Practice and Training. *Journal of School Psychology*, 43, 99–115. doi:10.1016/j.jsp.2005.01.001

Wilkinson, P.O., Croudace, T.J. & Goodyer I.M. (2013). Rumination, anxiety, depressive symptoms and subsequent depression in adolescents at risk of psychopathology: a longitudinal cohort study. *BMC Psychiatry*, 13 (1), 250-258.

Wilmshurst, L. (2009). *Abnormal child psychology. A developmental perspective*. New York: Routledge

Wilson, M.A., Armstrong, D.C., Furrie, A. & Walcot E. (2009). The Mental Health of Canadians With Self-Reported Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 42 (1), 24-40. Doi: 10.1177/0022219408326216

Woon, F.L. & Hedges, D.W. (2008). Hippocampal and amygdala volumes in children and adults with childhood maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Hippocampus* 18 (8), 729–736.

World Health Organization (2012). *Adolescent mental health: Mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations*.

Retrieved 10 July, 2018 from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44875/1/9789241503648_eng.pdf

World Health Organization, World Health Report (2001). *Mental health: new understanding, new hope*, W.H.O. Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2004). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Summary Report. Geneva: Author.

World Health Organization (2013). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geneva: World Health Organization. Retrieved 08 June, 2018 from http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf

Wright-Strawder

man, C. & Watson, B. (1992). The prevalence of depressive symptoms in children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 25, 258–26.

Yarrow, E., Anderson, K., Aplan, K. & Watson, K. (2014). Can a restrictive law serve a protective purpose? The impact of age-restrictive laws on young people's access to sexual and reproductive health services. *Sexuality & Culture*, 18, 257–278.

Yiu, J. (2010). Sex education beyond school: Implications for practice and research. *Sexuality, Society, Learning*, 10 (2), 187-199. Doi: 10.1080/14681811003666515

Young, K.R., Marchant, M. & Wilder, L.K. (2004). School-based interventions for students with emotional and behavioural disorders. In P. Allen-Meares & M. Fraser (Eds.), *Interventions with children and adolescents*. An interdisciplinary perspective (pp. 175-204). Boston: Pearson.

Zahner, G.E.P. & Daskalakis, C. (1997). Factors associated with mental health, general health, and school-based service use for child psychopathology. *American Journal of Public Health*, 87, 1440-1448. doi:10.2105/AJPH.87

Χρηστάκης, Κ. (2010). *Προβλήματα Συμπεριφοράς στη σχολική ηλικία: Τάσεις και προοπτική*. Ανακτήθηκε 18 Ιουλίου, 2018, από <https://www.dyslexia-goneis.gr/view.asp?ItemID=57&ns=1&mcid=9&cid=23&scid=16&page=6>

