

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ LOCKDOWN ΣΕ
ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

ΤΩΝ

ΒΛΑΧΟΥ ΘΕΟΔΩΡΑ

ΤΡΑΓΟΥΣΤΗ ΦΩΤΕΙΝΗ

ΧΑΡΙΣΚΟΥ ΗΛΙΑΝΑ

ΥΠ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΚΛΕΙΩ ΚΟΥΤΡΑ

**ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΕ ΩΣ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, ΙΟΥΛΙΟΣ 2021 ©

Περιεχόμενα

Περίληψη	6
Abstract	6
Εισαγωγή	8
A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	12
Κεφάλαιο 1	12
1.1 Κοινωνική Εργασία και Ψυχική υγεία	12
1.2 Κοινωνική Εργασία σε καταστάσεις κρίσεις	15
1.3 Θεραπευτικές προσεγγίσεις: Γνωστικο-Συμπεριφορική προσέγγιση	24
2.1 Επιπτώσεις πανδημίας κατά τη διάρκεια του Lockdown και μετά στην ψυχική υγεία.	26
2.2 Ενασχόληση με διαταραχές	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 -ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	37
3.1 Μεθοδολογία Έρευνας	37
4.1 Αποτελέσματα	49
Άγχος και Μοναξιά	51
Φύλο και άγχος	52
Φύλο και μετατραυματικό στρες (PTSD) (έλεγχος χ^2)	53
Φύλο και Κατάθλιψη	54
Φύλο και Στρες	56
Φύλο και Μοναξιά	57
Ηλικία και κατάθλιψη (έλεγχος χ^2)	59
Ηλικία και Στρες (έλεγχος χ^2-output και sig)	60
Ηλικία και Μοναξιά (έλεγχος χ^2 -output και sig)	61
Νεαροί ενήλικες φοιτητές και στρες	62
Νεαροί ενήλικες φοιτητές και μετατραυματικό στρες (PTSD)	64
Ηλικία και Μετατραυματικό Στρες (PTSD)	65
Ηλικία και Άγχος	66
Νεαροί ενήλικες φοιτητές και κατάθλιψη	67
Νεαροί ενήλικες και άγχος	68
Νεαροί ενήλικες και Μοναξιά	69
Άγχος (έλεγχος χ^2- output και sig)	70
Κατάθλιψη (έλεγχος χ^2- output και sig)	72
Συζήτηση	74

Συμπεράσματα έρευνας	78
Προτάσεις	80

Δήλωση πνευματικής ιδιοκτησίας

Copyright@ 2021 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΣΕΥ, ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Πτυχιακής Εργασίας αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία των συγγραφέων Βλάχου Θεοδώρα, Τραγουστή Φωτεινή, Χαρίσκου Ηλιάνα και της επιβλέπουσας καθηγήτριας Κούτρα Κλειώ και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και προστατεύονται από τους νομούς περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνές Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).

Δήλωση τήρησης της ακαδημαϊκής δεοντολογίας

Οι υπογράφουσες φοιτήτριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.,

Βλάχου Θεοδώρα,

Τραγουστή Φωτεινή,

Χαρίσκου Ηλιάνα,

δηλώνουμε υπεύθυνα ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο: «**Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις από το δεύτερο lockdown σε φοιτητές στην Ελλάδα**», είναι στο σύνολο της, προϊόν δικής μας εργασίας και ότι όλες οι πηγές που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται πλήρως. Επίσης, δηλώνουμε ότι δεν αποτελεί προϊόν οποιασδήποτε εξωτερικής μη αδειοδοτημένης βοήθειας και ότι δεν έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε ίδρυμα ή οργανισμό προς αξιολόγηση, ούτε έχει δημοσιευθεί στο παρελθόν μέρος αυτής ή στο σύνολο της.

(Υπογραφή) (Υπογραφή) (Υπογραφή)

Ονοματεπώνυμο Ονοματεπώνυμο Ονοματεπώνυμο

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο «Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις από το δεύτερο lockdown σε φοιτητές στην Ελλάδα» πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια ολοκλήρωσης σπουδών του τμήματος «Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου Κρήτης με έδρα το Ηράκλειο, το έτος 2020-21.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία υλοποιήθηκε από την Βλάχου Θεοδώρα, Τραγουστή Φωτεινή και Χαρίσκου Ηλιάνα. Αποτελείται από μια αποδοτική και επικοινωνιακή συνεργασία μεταξύ των συμμετεχόντων, με ενδιαφέρον καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης και με συνεχή επικοινωνία και συζήτηση για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Πρώτα από όλα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας και Επίκουρη καθηγήτρια, Κούτρα Κλειώ, που μας εμπιστεύθηκε την παρούσα πτυχιακή εργασία με ένα ευαίσθητο θέμα και για την σωστή καθοδήγηση και συμβουλευτική που μας προσέφερε σε όλη τη διάρκεια της προσπάθειας μας.

Εν συνεχεία θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους συμφοιτητές μας και όλους τους φοιτητές που διέθεσαν τον χρόνο τους για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων μας και αποτέλεσαν ένα πολύ σημαντικό κομμάτι για την εκπόνηση της πτυχιακής μας.

Ακόμη, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την διδάκτωρ Ευφροσύνη Κοκαλιάρη, καθηγήτρια στο Springfield College της Μασαχουσέτης, για την διαδικτυακή ομιλία που πραγματοποιήθηκε στο μάθημα «Κοινοτική Ανάπτυξη στην Κοινωνική Εργασία» και μας δόθηκε η ευκαιρία να παρακολουθήσουμε και να λάβουμε χρήσιμες πληροφορίες για το κομμάτι της ψυχικής υγείας.

Τέλος, θερμές ευχαριστίες θα θέλαμε να αποδώσουμε συγκεκριμένα στον κύριο Μαρκάκη Γεώργιο, καθηγητή στατιστικής, ο οποίος μέσα από την καθοδήγηση του μας βοήθησε στην ολοκλήρωση και καλύτερη κατανόηση του ερευνητικού μέρους της εργασίας μας, αλλά και σε όλους τους καθηγητές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου για τις πολύτιμες γνώσεις και τα εφόδια που μας προσέφεραν όλα τα χρόνια φοίτησης μας.

Περίληψη

Η πανδημία Covid-19 έχει προκαλέσει αρκετές αλλαγές στις ζωές των ανθρώπων. Σημαντικότερη από αυτές τις αλλαγές είναι τα προβλήματα ψυχικής υγείας που έχουν αυξηθεί στους περισσότερους ανθρώπους. Λόγω αυτής της κατάστασης, η θέση της κοινωνικής εργασίας είναι πολύτιμη μέσα στη κοινωνία, την οικογένεια αλλά και στα άτομα. Για όλα τα παραπάνω, οι κοινωνικοί λειτουργοί χρησιμοποιούν διάφορες προσεγγίσεις προκειμένου να διαχειριστούν τις καταστάσεις κρίσης, στη συγκεκριμένη περίπτωση αναφέρονται η παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσεις καθώς και στο θεραπευτικό μέρος η γνωστικο-συμπεριφορική προσέγγιση. Η παρούσα μελέτη αφορά τις ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις των προπτυχιακών και μεταπτυχιακών φοιτητών από το δεύτερο lockdown στην Ελλάδα. Εκτός από την απειλή της υγείας, η επιστροφή στην μόνιμη κατοικία, η απομόνωση, η παντελής αποδιοργάνωση των ακαδημαϊκών προγραμμάτων και η αντικατάσταση τους από νέα διαδικτυακά και εξ αποστάσεως μαθήματα σε συνδυασμό με την αβεβαιότητα δημιούργησε μια νέα πραγματικότητα για την ακαδημαϊκή κοινότητα που επέφερε σύγχυση και αρνητικά συναισθήματα. Η παρούσα πτυχιακή ερευνά την ύπαρξη και τα ποσοστά άγχους, κατάθλιψης και μετατραυματικού στρες με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου και της ανάλυσης περιεχομένου, σε ένα δείγμα 58 ατόμων. Στα 58 άτομα που συμμετείχαν και απάντησαν στα ερωτηματολόγια διαφαίνεται πως η μοναξιά λόγω απομόνωσης και εγκλεισμού είναι ένας παράγοντας που έπαιξε ρόλο στην εμφάνιση κατάθλιψης, άγχους και μετατραυματικού στρες στις ηλικίες ενδιαφέροντος 18 έως 44 ετών. Επιπλέον το φύλο είναι ένας παράγοντας που επηρέασε ειδικά στην εμφάνιση μετατραυματικού στρες. Συμπερασματικά γίνεται αντιληπτό πως και οι φοιτητές αποτέλεσαν πληθυσμό που η πανδημία δεν άφησε ανεπηρέαστο και πως ο εγκλεισμός είχε αρνητικό αντίκτυπο στην ομαλή ψυχολογική κατάσταση τους. Τέλος, πέρα από την προσπάθεια ανάδειξης του προβλήματος σε αυτήν την εργασία προτείνονται τρόποι αντιμετώπισης και μείωσης αρνητικών συναισθημάτων σε μια προσπάθεια περιορισμού των συνεπειών.

Abstract

The Covid-19 pandemic has caused several changes in people's lives. Most important of these changes are the mental health problems that have increased in most people. Due to this situation, the position of social work is valuable in society, the family and individuals. For all of the above, social workers use a variety of approaches to manage crisis situations, in this case, the intervention in crisis situations are mentioned, as well as the cognitive-behavioral approach in the therapeutic part. The present study concerns the psychological and social effects of undergraduate and postgraduate students from the second lockdown in Greece. In addition to the threat of health, returning to permanent residence, isolation, and the complete disorganization of academic programs and their replacement by new online and distance learning combined with uncertainty, created a new reality for the academic community that brought confusion and negative emotions. This study investigates the existence and rates of anxiety, depression and post-traumatic stress using the method of questionnaire and content analysis, in a sample of 58 people. The 58 people who participated and answered the questionnaires, concluded that loneliness due to isolation and inclusion is a factor that played a role in the occurrence of depression, anxiety and post-traumatic stress at the ages of interest 18 to 44 years. In addition, gender is a factor that has had a special effect on post-traumatic stress disorder. In conclusion, it is understood that students were also a part of the population where the pandemic did not leave unaffected and that the inclusion had a negative impact on their normal psychological state. Finally, in addition to trying to highlight the problem in this work, we suggest ways to deal with and reduce negative emotions in an effort to limit the consequences of this pandemic.

Εισαγωγή

«COVID-19 will reshape our world. We don't yet know when the crisis will end. But we can be sure that by the time it does, our world will look very different. How different will depend on the choices we make today.» Joseph Borell

Η παραπάνω δήλωση του Joseph Borell, (Υπατος Εκπρόσωπος της Ένωσης για θέματα Εξωτερικής Πολιτικής και Πολιτικής Ασφαλείας), τονίζει τη σοβαρότητα της κατάστασης που βιώνουμε το τελευταίο διάστημα μετά την έξαρση της πανδημίας COVID19.

Σύμφωνα με άρθρο του BBC, χιλιάδες επιστήμονες και ειδικοί στον τομέα της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν εκφράσει «σοβαρές ανησυχίες» σχετικά με τις πολιτικές απαγόρευσης λόγω Covid-19. Υποστηρίζουν πως η έξαρση του Covid-19 και η εφαρμογή lockdown στις χώρες έχει καταστροφικές συνέπειες στην ψυχική και σωματική υγεία των ατόμων, καθώς και στο ευρύτερο πλαίσιο της κοινωνίας.

Όταν η απειλή ενός θέματος υγείας σε επίπεδο πανδημίας εμφανίζεται, τα άτομα είναι πιο ευάλωτα στο να εμφανίσουν ένα θέμα ψυχικής υγείας και διαταραχής. Η καραντίνα που επήλθε λόγω Covid-19 αυξάνει την εμφάνιση ψυχικών και νοητικών διαταραχών, κυρίως λόγω του εγκλεισμού και της απομόνωσης από άλλους ανθρώπους. Η έλλειψη διαπροσωπικών σχέσεων και η αλλαγή της καθημερινής ροής έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση κατάθλιψης και αυξημένου άγχους (Xiao, 2020).

Σκοπός της πτυχιακής είναι να αναδειχθούν οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των φοιτητών. Η κύρια ανησυχία που εμπίπτει στη πληθυσμιακή αυτή ομάδα είναι η αλλαγή στην καθημερινή ροή και στο τρόπο εκμάθησης και διδασκαλίας ως αποτέλεσμα του κλεισίματος των πανεπιστημίων (Lee 2020, Viner 2020).

Μετά από έρευνα που διεξήγαγε η UNESCO, εξαιτίας της εξάπλωσης της νέας πανδημίας, Covid-19, χώρες σε όλο τον κόσμο έχουν λάβει μέτρα αναστολής σχολείων και πανεπιστημίων για να περιορίσουν την περαιτέρω εξάπλωση. Μεταξύ αυτών, η αναστολή μαθημάτων έχει προκαλέσει σχεδόν το 70% των μαθητών σε όλο τον κόσμο να μην μπορούν να συνεχίσουν τις σπουδές τους. Σε άλλες χώρες όπου εφαρμόζεται η μερική αναστολή, πάλι οι μαθητές αντιμετωπίζουν πληθώρα προβλημάτων.

Μετά από αναζήτηση στο διαδίκτυο για άρθρα και επιστημονικές πηγές διαπιστώθηκε πως το υλικό είναι περιορισμένο και πως το συγκεκριμένο ζήτημα της ψυχικής υγείας των φοιτητών δεν αναλύεται αρκετά. Επιπλέον μια άλλη δυσκολία είναι ότι λόγω εθνικού lockdown, και λόγω του ότι είναι μια νέα πραγματικότητα χωρίς προηγούμενο, δεν υπάρχει εύρος βιβλίων που να αναφέρονται σε αυτό το θέμα, αλλά ακόμα και η προσβασιμότητα σε βιβλιοθήκες αυτή τη στιγμή είναι περιορισμένη και δύσκολη. Οι ελλείψεις πάνω στη βιβλιογραφία εντοπίζονται ως επι το πλείστον στον ίδιο τον ιό και τις επιπτώσεις των μέτρων που πάρθηκαν για την εξάλειψη του. Παρόλα αυτά σκοπός της πτυχιακής μας είναι να καταφέρουμε να συγκεντρώσουμε τις πληροφορίες που χρειάζονται και να τονίσουμε την επιρροή της πανδημίας στην ψυχική υγεία των φοιτητών, παρά των δύσκολων και περιοριστικών συνθηκών που επικρατούν.

Μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, προκύπτει ότι η περίοδος του εγκλεισμού λόγω τις πανδημίας παρουσίασε αυξημένα επίπεδα άγχους και στρες στην νεαρότερη ηλικίας. Συγκεκριμένα διαπιστώθηκε πως άτομα νεαρής ηλικίας είναι αρκετά επιρρεπή στις συνέπειες τις πανδημίας στο κομμάτι της ψυχικής υγείας (Varma, Junge, Meaklim & Jackson, 2021). Κρίθηκε λοιπόν, σημαντικό να διερευνηθούν οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία σε προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια του δεύτερου lockdown λόγω του covid-19. Επιπρόσθετα, θα εξετάσουμε τις επιπτώσεις στην κατάθλιψη, το άγχος και το μετατραυματικό στρες που προκάλεσε η απομόνωση στους φοιτητές. Μέσα από την πτυχιακή θα διατυπωθούν προτάσεις για την αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσεως σε καιρό πανδημίας για μια ομάδα του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο.

Προκειμένου να επιτύχουμε τους προαναφερόμενους στόχους μας θα χρησιμοποιήσουμε ως μέσα ένα ερωτηματολόγιο που θα συμπεριλαμβάνει 12 δημογραφικές ερωτήσεις και τις κλίμακες DASS-21, UCLA και PCL-5 (DSM-V) .

UCLA Loneliness Scale: Λαμβάνοντας υπόψιν την απομόνωση των φοιτητών λόγω του δεύτερου lockdown , θα χρησιμοποιήσουμε αυτήν την κλίμακα μέτρησης της μοναξιάς. Η κλίμακα μοναξιάς UCLA, έχει αποδειχθεί ως ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο (Russell, 1996) το οποίο θεωρείται σημαντικό μέσο για την ψυχολογική και κοινωνική έρευνα της μοναξιάς (Russell, Replau, & Cutrona, 1980) και αποτελείται από 20 στοιχεία, τα οποία απαντώνται με «Συχνά», «Μερικές φορές», «Σπάνια» ή «Ποτέ» (Russell, 1996).

DASS- 21: Αποτελεί την πιο σύντομη εκδοχή του DASS και είναι ένα εργαλείο κατάλληλο για τη μέτρηση της κατάθλιψης (DASS- D) του άγχους (DASS-A) και του στρες (DASS-S) στους ενήλικους. Συμπεριλαμβάνει 21 στοιχεία, τα οποία χωρίζονται σε τρεις υποκατηγορίες των 7 στοιχείων για την κάθε κλίμακα. (Le, Tran, Holton, Nguyen, Wolfe, & Fisher, 2017). Έχει αναφερθεί και ως ερωτηματολόγιο αυτοανάλυσης [Self-Analysis Questionnaire (SAQ)] (Lovibond & Lovibond, 1995).

PCL-5 (DSM-V): Το PCL-5 είναι μία κλίμακα αυτοαναφοράς των είκοσι στοιχείων και μπορεί να χρησιμοποιηθεί μεταξύ άλλων για τη διερεύνηση ύπαρξης μετατραυματικού στρες στο άτομο. Τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες του DSM-V εκτιμώνται από τα είκοσι στοιχεία του εργαλείου τα οποία απαντώνται με «Λίγο/Μέτρια», «Πολύ/Αρκετά ή «Πάρα πολύ» (Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr, 2013).

Η παρούσα πτυχιακή εργασία χωρίζεται σε δύο κύρια μέρη: το θεωρητικό και το ερευνητικό μέρος. Το θεωρητικό μέρος αποτελείται από δύο κεφάλαια, τα οποία με τη σειρά τους αποτελούνται από επιμέρους υποκεφάλαια.

Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται σε ορισμούς, όπως είναι ο ορισμός της κοινωνικής εργασίας, της ψυχικής υγείας και της πανδημίας-Covid 19.

Το δεύτερο κεφάλαιο ασχολείται με την κοινωνική εργασία σε καταστάσεις κρίσης, τις επιπτώσεις κατά τη διάρκεια και μετά το lockdown στην ψυχική υγεία των φοιτητών. Στην συνέχεια του κεφαλαίου γίνεται αναφορά στις διαταραχές της κατάθλιψης, της μοναξιάς και του μετατραυματικού στρες. Μέρος του κεφαλαίου δύο αποτελεί και το μοντέλο παρέμβασης σε κρίση. Η κατάσταση που βιώνεται σε παγκόσμιο επίπεδο με την εμφάνιση ενός νέου προβλήματος υγείας που κοστίζει ζωές καθώς και η αποξένωση των ανθρώπων λόγω του εθνικού lockdown για τη μείωση της διασποράς, αποτελεί μια κατάσταση κρίσης. Το τελευταίο υποκεφάλαιο περιλαμβάνει τη θεραπευτική προσέγγιση της γνωστικο-συμπεριφορικής. Ο στόχος της γνωστικο-συμπεριφορικής θεραπείας είναι να αναγνωρίσει τις αυτόματες σκέψεις που κάνει ένα άτομο και να προσπαθήσει να τις αλλάξει.

Αντίστοιχα, το ερευνητικό μέρος αποτελείται από δύο κεφάλαια. Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε και η ανάλυση των ερωτηματολογίων που δόθηκαν σε προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές.

Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο, το οποίο είναι και το τελευταίο της πτυχιακής εργασίας, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την έρευνα καθώς και προτάσεις .

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1

1.1 Κοινωνική Εργασία και Ψυχική υγεία

Σύμφωνα με την Εκτελεστική Επιτροπή της Διεθνούς Ομοσπονδίας Κοινωνικής Εργασίας (IFSW), «Η κοινωνική εργασία είναι ένα επάγγελμα που βασίζεται στην πρακτική και ακαδημαϊκή πειθαρχία που προωθεί την κοινωνική αλλαγή και ανάπτυξη, την κοινωνική συνοχή και την ενδυνάμωση και απελευθέρωση των ανθρώπων. Οι αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της συλλογικής ευθύνης και του σεβασμού της διαφορετικότητας είναι κεντρικές για την κοινωνική εργασία. Με την υποστήριξη των θεωριών της κοινωνικής εργασίας, των κοινωνικών επιστημών, των ανθρωπιστικών επιστημών και των αυτόχθονων γνώσεων, η κοινωνική εργασία εμπλέκει τους ανθρώπους και τις δομές για την αντιμετώπιση των προκλήσεων της ζωής και την ενίσχυση της ευημερίας».

Η ανάγκη να επιλυθούν σημαντικά προβλήματα επιβίωσης είτε σε ατομικό επίπεδο , είτε σε επίπεδο ομάδων, δημιούργησε την κοινωνική εργασία. Αρχικά σε διεθνές επίπεδο, ξεκίνησε με το να εξυπηρετεί την κάλυψη βιοτικών αναγκών. Με την πάροδο του χρόνου απέκτησε υποστηρικτικό χαρακτήρα και εστίασε και στην πρόληψη κοινωνικών προβλημάτων (Καλλινικάκη,2011).

Η κοινωνική εργασία είναι διεπιστημονική καθώς και πανεπιστημιακή. Εντάσσεται στο ευρύ φάσμα των κοινωνικών επιστημών. Ναι μεν διαφοροποιείται από αυτές, αντλεί όμως και χρησιμοποιεί γνώσεις κοινωνικής και κοινοτικής ανάπτυξης, ιατρικής, κοινωνιολογίας, νομικής, οικονομίας, πολιτικών επιστημών, φιλοσοφίας, ψυχολογίας κ.α. , για μια ολοκληρωμένη παρέμβαση (Καλλινικάκη,2011).

Η κοινωνική εργασία είναι ένα επάγγελμα ανθρωποκεντρικό. Ασχολείται με άτομα όλων των ηλικιακών ομάδων, με την οικογένεια σαν σύνολο καθώς και την κοινότητα, όποτε χρήζουν βοήθειας για να ανταπεξέλθουν στους ρόλους ή σε προβλήματα που προκύπτουν. (Καλλινικάκη,2011). Διερευνά τη συμπεριφορά του ατόμου , όπως αυτό ζει και συμπεριφέρεται μέσα στο κοινωνικό και φυσικό του περιβάλλον. Η ενίσχυση και η αποκατάσταση της λειτουργικής ικανότητας του ατόμου, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τις σχέσεις

αλληλεπίδρασης του ίδιου με το σημαντικό για αυτό, περιβάλλον, αποτελεί τη βασική επιδίωξη της Κοινωνικής Εργασίας. Το ενδιαφέρον της Κοινωνικής Εργασίας λοιπόν, έγκειται σε 3 σημεία: αφορά το ίδιο το άτομο, το περιβάλλον μέσα στο οποίο αυτό διαβιώνει και τη σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ αυτών (Παπαδοπούλου,2009). Συνεπώς, σε μια κατάσταση κρίσης που επέρχεται λόγω μεταβολών στο περιβάλλον του και στη ζωή του η παρέμβαση της κοινωνικής εργασίας είναι καταλυτική.

Σύμφωνα με τους Ζήση και Στυλιανίδη (2004) με τον όρο ψυχική υγεία εννοούμε την προσπάθεια της ισορροπίας όλων των λειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού, είτε πρόκειται για τη σωματική, τη διανοητική αλλά και την πνευματική λειτουργία ενός ατόμου. Η έννοια της ψυχικής υγείας είναι αφαιρετική, ευρεία, πολυδιάστατη και υποκειμενική και επομένως είναι δύσκολο να προσδιοριστεί εννοιολογικά. Δεν αναφέρεται μόνο στην απουσία ψυχικής διαταραχής αλλά βασικά στατιστικά της αφορούν στα εξής: θετική αυτο-εικόνα, ικανότητα αυτο-προσδιορισμού, αίσθημα αυτο-αποτελεσματικότητας και αυτο-ελέγχου, αισιοδοξία, ικανότητα θετικής ανταπόκρισης σε προσκλήσεις της ζωής, ικανότητα να ζητάει κανείς βοήθεια ή υποστήριξη αλλά και να την προσφέρει.

Σύμφωνα με Βρετανικό Κυβερνητικό ορισμό (British Health Education Authority, 1999) η ψυχική υγεία είναι η συναισθηματική και η διανοητική εκείνη κατάσταση που επιτρέπει στα άτομα να χαίρονται τη ζωή και να αντεπεξέρχονται στις απογοητεύσεις αλλά και στις δύσκολες συνθήκες που τους συμβαίνουν. Είναι ένα θετικό συναίσθημα της ψυχολογικής ευεξίας και της πίστης μας στη δική μας αξία αλλά και των άλλων.

Με βάση την Αφροδίτη Χ. Ραγιά (1993), η ψυχική υγεία είναι πολυδιάστατο φαινόμενο, αναπόσπαστο από την συνολική υγεία του ανθρώπου. Η σωματική, ψυχολογική και πνευματική υγεία του ατόμου δεν είναι ένα σταθερό καταφύγιο αλλά μιας καθημερινής μάχης στην οποία συνεχώς κινδυνεύουμε. Η ψυχική υγεία είναι η ικανότητα μας να απολαμβάνουμε τη ζωή και να αντιμετωπίζουμε τα εμπόδια που συναντάμε. Αυτό όμως προϋποθέτει τη λήψη αποφάσεων και επιλογών, προκειμένου να προσαρμόσουμε τη συμπεριφορά μας σε δύσκολες καταστάσεις και να τις αντιμετωπίζουμε επιτυχώς.

Οι πρώτοι, θετικοί στον κορονοϊό, ασθενείς αναγνωρίστηκαν το Δεκέμβριου του 2019 και μέχρι σήμερα, αριθμούνται χιλιάδες θάνατοι και κρούσματα καθημερινά παγκοσμίως (Mc Arthur,

Sakthivel, Ataide, Chan, Richards & Narh, 2020). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2020 στο Spinelli & Pellino, 2020) όρισε τον Covid-19 ως πανδημία και «ως κατάσταση έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία, διεθνούς ανησυχίας» (WHO, 2020).

Το άτομο μολύνεται από την άμεση επαφή του με τα αναπνευστικά σταγονίδια κάποιου φορέα κορονοϊού, μέσα από το βήχα, το φτέρνισμα ή και αγγίζοντας το πρόσωπό του με τα χέρια του, εφ' όσον έχει ακουμπήσει κάποια επιφάνεια όπου βρίσκονταν μολυσμένα σταγονίδια. Η συμπτωματολογία της ασθένειας περιλαμβάνει, βήχα, δύσπνοια, πυρετό, ενώ σε πιο σοβαρά περιστατικά συναντάται δυσκολία στην αναπνοή και πνευμονία (WHO,2020). Σπανιότερα ο συγκεκριμένος ιός οδηγεί σε θάνατο και συνήθως αυτό συμβαίνει σε άτομα ηλικιωμένα που αντιμετώπιζαν προϋπάρχοντα ιατρικά προβλήματα. Για τη διάγνωσή του απαιτείται να υποβληθεί το άτομο σε τεστ κορονοϊού(WHO,2020).

Στις ομάδες υψηλού κινδύνου συγκαταλέγονται οι ηλικιωμένοι και άτομα με χρόνιες ιατρικές παθήσεις (πχ. διαβήτη, καρδιακές παθήσεις), ωστόσο άτομα οποιασδήποτε ηλικίας μπορούν να νοσήσουν από τον ιό. Προληπτικά μέτρα για την αποφυγή της ασθένειας, αποτελούν οι καθημερινές ενέργειες προφύλαξης όπως το να μένουμε σπίτι και να πλένουμε συχνά τα χέρια μας, αλλά και τα γενικότερα μέτρα δημόσιας υγείας (WHO, 2020).

Συμπληρωματικά μέτρα αντιμετώπισης του covid-19, πέρα από την τήρηση αποστάσεων και την κοινωνική απομόνωση, αποτελούν πλέον και τα τεστ διάγνωσης καθώς και ο εμβολιασμός. Τα πιο διαδεδομένα φαίνονται να είναι το rapid test και το μοριακό τεστ. Το πρώτο διενεργείται από την αναπνευστική οδό και εντοπίζει την παρουσία αντιγόνων στο άτομο και ενδείκνυται για χρήση στον εντοπισμό οξείας ή πρώιμης λοίμωξης. Σε κάποιες περιπτώσεις συνιστάται παράλληλα με το rapid test η διενέργεια μοριακών επιβεβαιωτικών δοκιμών (WHO, 2020). Το μοριακό τεστ επίσης γίνεται από την αναπνευστική οδό και ανιχνεύει το γενετικό υλικό του. Επίσης κατάλληλο για τον εντοπισμό ασυμπτωματικών περιπτώσεων covid-19 (WHO, 2021).

Ο εμβολιασμός από την άλλη, θεωρείται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2021), πως συμβάλλει στην ενίσχυση της ασφάλειας των ατόμων και αποτελεί μία ωφέλιμη για το άτομο πρακτική. Λαμβάνοντας υπόψιν πως οι ψυχικές ασθένειες σχετίζονται με μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσει κάποιος από covid-19 αντικείμενο μελέτης των ερευνητών αποτελεί και το πως οι ψυχοτρόπες ουσίες και τα φάρμακα των ασθενών θα αποκριθούν στον εμβολιασμό αλλά και το

ποιες είναι οι στάσεις των ατόμων με ψυχική διαταραχή απέναντι στον εμβολιασμό (Mazereel, Van Assche, Detraux & De Hert 2021).

Σημαντική ωστόσο είναι και η αναφορά του κορονοϊού ως ένα κοινωνικό ζήτημα, εφόσον έχει αντίκτυπο στην κοινωνία μέσα από τον πόνο και τις αλλαγές που επέφερε στις ζωές των ανθρώπων, (Mofijur et al., 2021) μέσω της ψυχολογικής δυσφορίας που προκλήθηκε λόγω του εγκλεισμού εξαιτίας του ιού (Fernandez et al., 2020) ενώ παράλληλα αποτελεί κίνδυνο για τη γενική ευημερία (Mofijur et al., 2021).

1.2 Κοινωνική Εργασία σε καταστάσεις κρίσεις

Κρίσεις εντοπίζονται σε επίπεδο ατομικό, διαπροσωπικό, αναπτυξιακό, οικογενειακό, κοινοτικό, ομαδικό, οι οποίες εντείνονται αν ταυτόχρονα βιώνεται μια κρίση σε ευρύτερο κοινωνικό ή και οικονομικό πλαίσιο. Κρίση σε επίπεδο ατομικό και διαπροσωπικό θα μπορούσε να αφορά κακοποίηση, βία, απώλεια, διαζύγιο, σοβαρή ασθένεια κλπ. Κρίση σε ευρύτερο πλαίσιο θα μπορούσε να αφορά δυστυχήματα, σεισμούς και καταστροφές, πόλεμοι, τρομοκρατικές ενέργειες, επιδημίες ή και πανδημίες, όπως αυτή που βιώνουμε, του COVID 19.

Οι επαγγελματίες υγείας, πρόνοιας και ψυχικής υγείας ασχολούνται δι-επαγγελματικά με τις επιπτώσεις αυτών των τραυματικών γεγονότων στη ζωή των ανθρώπων:

- με την ανάπτυξη στρατηγικών μεθόδων παρέμβασης
- την οργάνωση υπηρεσιών και προγραμμάτων διαχείρισης κρίσεων (Ράτσικα,2019).

Η κρίση σε μακροεπίπεδο διαφαίνεται από τους διαταραγμένους τύπους επικοινωνίας, με αποκομμένες και διασπασμένες σχέσεις στο οικογενειακό πλαίσιο αλλά και σε κοινωνικό επίπεδο, με αποδιοργανωμένους τύπους συμπεριφοράς που καλύπτουν μεγάλες ομαδοποιήσεις ατόμων, κοινοτήτων και κρατών. Σε τέτοιες περιπτώσεις δεν επαρκούν οι γνώσεις και οι τεχνικές του κλινικού όπως στο ατομικό επίπεδο, αλλά είναι αναγκαία η συνεργασία διαφόρων επιστημόνων και επαγγελματιών, που σε συνεργασία με κρατικούς και τοπικούς φορείς θα μπορέσουν να διαχειριστούν το πλήθος των επιπτώσεων (Δημοπούλου-Λαγωνίκα,2011).

Η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία αναφέρει ότι τα κοινά σημάδια μιας κρίσης ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν: δραματικές αλλαγές στις συνήθειες ύπνου, ξαφνικές αλλαγές στη διάθεση, απόσυρση από τις κανονικές δραστηριότητες, μειωμένες επιδόσεις στο σχολείο ή την εργασία, παραμέληση της προσωπικής υγιεινής, αλλαγές στο βάρος κλπ. (Αποστολίδου, 2018).

Η απειλή της απώλειας της υγείας, επηρεάζει όλο το σύστημα- οικογένεια, πάσχων περιβάλλον και οι άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με προκλήσεις τόσο σε σωματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό όσο και πνευματικό επίπεδο.

Η πανδημία του Covid-19, όπως έχει προαναφερθεί αποτελεί μια νέα κρίση και πρόκληση για την ανθρωπότητα. Επαγγέλματα όπως η κοινωνική εργασία βρίσκονται στην πρώτη γραμμή βοήθειας σε καταστάσεις κρίσεων. Η κοινωνική εργασία καλείται να λειτουργήσει συμπληρωματικά με την ιατρική παρέμβαση, παρέχοντας παράλληλα ενίσχυση στον πάσχοντα από σοβαρό νόσημα και το οικογενειακό περιβάλλον αυτού (Βερικάκη, 2020).

Επιπροσθέτως, ιδιαίτερης σοβαρότητας για τις υπηρεσίες της επείγουσας ψυχικής υγείας αποτελούν τα ακραία στρεσογόνα γεγονότα όπως οι μαζικές καταστροφές και οι πράξεις βίας, που μπορεί να προκαλέσουν το σύνδρομο της μετατραυματικής από στρες διαταραχής (PTSD). Μετατραυματικό σύνδρομο μπορεί να προκληθεί από απειλούμενο ή τελεσμένο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή γενικότερα από απειλή της ακεραιότητας του ατόμου. Τα άτομα μπορεί επίσης να εγκαταστήσουν το σύνδρομο αυτό σε περιπτώσεις που είναι αυτόπτες μάρτυρες τέτοιων γεγονότων. Η πρακτική έδειξε ότι η έγκαιρη παρέμβαση στην κρίση είναι μία ιδιαίτερα χρήσιμη πρώτης-γραμμής τακτική για την πρόληψη των μακροπρόθεσμων συνεπειών των στρεσογόνων γεγονότων, ιδιαίτερα μάλιστα αυτών που προκαλούν μετατραυματικό σύνδρομο. Παρέμβαση στην κρίση θεωρείται η παροχή ψυχολογικής βοήθειας στα θύματα, με σκοπό την επαναπόκτηση της προηγούμενης λειτουργικότητας και την πρόληψη των συνεπειών του ψυχολογικού τραύματος. Σκοπός λοιπόν της παρέμβασης στην κρίση είναι η σταθεροποίηση, η μείωση των οξέων συμπτωμάτων και η επαναπόκτηση της λειτουργικότητας (Γιωτάκος, 2006).

Στη σημερινή πραγματικότητα, στα πλαίσια μιας διεθνούς κρίσης που αφορά στη δημόσια υγεία καλό είναι να παρέχεται υποστήριξη εξ' αποστάσεως και ιδιαίτερα να διαχειριστούμε ένα πλήθος από καταστάσεις κρίσεων (Πιλήσης, 2020).

Ο αντίκτυπος που επιφέρει η πανδημία του COVID-19, μπορεί να διαφέρει από περιοχή σε περιοχή. Σε ορισμένες περιοχές, εν καιρώ πανδημίας, οι ανάγκες είναι βιοτικές, δηλαδή τα άτομα στερούνται κάλυψης βασικών αναγκών (όπως νερό ή συλλογή αποβλήτων κλπ.) και σε άλλες η ανάγκη βοήθειας αφορά την αύξηση περιστατικών βίας ενδοοικογενειακής και μη, που απαιτούν μέτρα για την προστασία των ευάλωτων. Ένα άλλο κομμάτι είναι το αντίκτυπο στις μαθησιακές ευκαιρίες. Ταυτόχρονα, απαιτητικά ζητήματα όπως η παιδική κακοποίηση βρίσκονται επίσης στον πυρήνα των προληπτικών ενεργειών στην πανδημία COVID-19.

Σύμφωνα με την UNESCO, στη διάρκεια μιας κρίσης που αφορά τη δημόσια υγεία και όχι μόνο, οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται και θα πρέπει να λάβουν κατάλληλη εκπαίδευση και να τους παρέχεται ο αναγκαίος εξοπλισμός για να μπορέσουν να παρέχουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

Σύμφωνα με τον ΣΚΛΕ, οι υπηρεσίες των κοινωνικών λειτουργών ως εξειδικευμένων επιστημόνων χρειάζονται στον δύσκολο αυτό καιρό της πανδημίας που συνοδεύεται από απαιτούμενες ενέργειες όπως η κοινωνική αποστασιοποίηση και η “καραντίνα”. Αυτές οι ενέργειες έχουν συνέπειες στην κοινωνική, συναισθηματική και οικονομική ζωή τόσο σε αυτό το χρονικό διάστημα όσο και στο μακρινό-κοντινό μέλλον, ενισχύοντας την κοινωνική ύφεση, στην οποία ήδη η χώρα μας δοκιμάστηκε μετά την επί σειρά ετών οικονομική και ανθρωπιστική κρίση (ΣΚΛΕ,2020).

Πιο συγκεκριμένα οι κοινωνικοί λειτουργοί και στη χώρα μας οφείλουν να προσαρμόσουν την πρακτική τους στην καθημερινή εργασία τους, ακολουθώντας τις οδηγίες του ΕΟΔΥ, των Πράξεων Νομοθετικού Περιεχόμενου και των Εγκυκλίων που εκδίδει η Πολιτεία. Πολλοί οργανισμοί και φορείς διακόπτουν προσωρινά τις υπηρεσίες -πρόσωπο με πρόσωπο- και μετακινούνται σε ασφαλέστερες λύσεις για την εξυπηρέτηση των πολιτών, όπως απομακρυσμένη επαφή (τηλεπικοινωνία μέσω Skype, ηλεκτρονική επικοινωνία, τηλεφωνικές γραμμές help-line), με σκοπό να διατηρήσουν αυτές τις ανθρώπινες σχέσεις μεταξύ των φορέων και των πολιτών (ΣΚΛΕ,2020).

Οι τηλεφωνικές γραμμές ψυχολογικής στήριξης αποτελούν ένα νέο και αναπτυσσόμενο πεδίο στο χώρο της ψυχικής υγείας. Υπηρεσίες, όπως η συμβουλευτική μέσω διαδικτύου και η τηλεδιάσκεψη, μπορούν να συμβάλλουν ενεργά σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα παρέμβασης στην

κρίση, με στόχο την πρόληψη των συνεπειών του ψυχολογικού τραύματος αλλά και την επαναπόκτηση της λειτουργικότητας του ατόμου.

Θεωρητικές προσεγγίσεις: Παρέμβαση σε κρίση.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΚΡΙΣΗ (ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ):

Η Lydia Rapoport (1960) όρισε την κρίση ως «μια ανατροπή σε μια σταθερή κατάσταση». Το άτομο αναζητά τρόπους να διατηρήσει μια ισορροπία με τη χρήση προσαρμοστικών μηχανισμών στη διάρκεια της ζωής του. Όταν η ομοιοστατική ισορροπία διαταραχτεί από κάποιο γεγονός το άτομο οδηγείται σε κατάσταση κρίσης. Για την επίλυση της κατάστασης αυτής, όπου κυριαρχούν έντονα συναισθήματα άγχους, εκνευρισμού, απόγνωσης κλπ, επιστρατεύονται οι συνηθισμένοι μηχανισμοί επίλυσης προβλημάτων, οι οποίοι όμως συχνά αποτυγχάνουν με αποτέλεσμα την πλήρη αποδιοργάνωση. Να τονιστεί πως σε αυτή τη φάση το άτομο είναι πιο δεκτικό στην παροχή εξειδικευμένης βοήθειας.

Ο Albert Roberts (2015) ορίζει την κρίση ως:

«την περίοδο ψυχολογικής αποδιοργάνωσης που βιώνει το άτομο ως αποτέλεσμα ενός γεγονότος ή μιας νέας κατάστασης που αποτελεί σημαντικό πρόβλημα και δεν μπορεί να επιλυθεί με τη χρήση των συνηθισμένων μηχανισμών επίλυσης προβλημάτων».

Σύμφωνα με Gilliland και James, η κρίση ορίζεται ως μια αντίληψη που σχηματίζει το άτομο βιώνοντας ένα γεγονός το οποίο και θεωρεί ότι είναι ανυπόφορο και δύσκολο να επιλυθεί με τους συνηθισμένους μηχανισμούς. Η ανάκαμψη από μια κατάσταση κρίσης θεωρείται απαραίτητη διαδικασία επιβίωσης. Αν δεν υπάρχει ανάκαμψη έγκαιρα τότε είναι πιθανό να προκύψουν δυσλειτουργίες σε γνωσιακό, συμπεριφορικό και συναισθηματικό επίπεδο. (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2011).

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

Για τον Κοινωνικό Λειτουργό, που εργάζεται με άτομα, οικογένειες, ομάδες και κοινότητα, η γνώση και κατανόηση της δυναμικής της κρίσης είναι αναγκαία. Πιο συγκεκριμένα

θα πρέπει ο επαγγελματίας Κοινωνικός Λειτουργός να μπορεί να διακρίνει έγκαιρα όταν μια κατάσταση κρίσης επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου. Η δυσλειτουργία μπορεί να εντοπιστεί λόγω κακής επικοινωνίας, διασπασμένων δικτύων οικογενειακών ή και κοινωνικών κλπ.

Ο Thomas, προσθέτει στην έννοια της κρίσης το δυναμικό της αλλαγής. Θεωρεί πως η αναταραχή που προκύπτει από μια κατάσταση κρίσης προκαλεί νέες αντιδράσεις και χώρο για νέες εξελίξεις (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2011).

Σύμφωνα με την Rapoport, τρεις παράγοντες οδηγούν σε κρίση:

- 1.το γεγονός κινδύνου
- 2.η απειλή στην ικανοποίηση βασικών αναγκών και,
- 3.η έλλειψη ικανότητας να επιλυθεί το πρόβλημα με τους συνηθισμένους προσαρμοστικούς μηχανισμούς.

Η προβληματική κατάσταση που θα επιφέρει το γεγονός κινδύνου μπορεί να μεταφραστεί από το άτομο ως απειλή, ως απώλεια ή ως πρόκληση. Ο τρόπος που το κάθε άτομο θα μεταφράσει το γεγονός κινδύνου καθορίζεται από τη δύναμη του Εγώ, από τυχόν προηγούμενες εμπειρίες, από τη σημασία του στρεσογόνου γεγονότος, από το υποστηρικτικό περιβάλλον κ.α. (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2011).

ΣΤΑΔΙΑ ΚΡΙΣΗΣ:

Ο Caplan, εντοπίζει 4 στάδια:

- 1) Η παρουσία ενός γεγονότος κινδύνου που λειτουργεί ως εκλυτικός παράγοντας, και συνοδεύεται από ένταση λόγω της διατάραξης της ομοιοστατικής ισορροπίας του ατόμου.
- 2) Η ένταση κορυφώνεται. Η χρήση των συνηθισμένων τρόπων επίλυσης δεν επιφέρουν αποτέλεσμα κάτι που οδηγεί το άτομο να αντιλαμβάνεται το γεγονός ως απειλητικό.
- 3) Η αποτυχία επίλυσης του προβλήματος οδηγεί σε κατάθλιψη ή σε αποδιοργάνωση.
- 4) Τέλος, επιστρατεύονται νέοι μηχανισμοί (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2011).

10 ΑΡΧΕΣ ΚΡΙΣΗΣ:

Σύμφωνα με Lidermann (1944), Caplan (1964), Parad (1966), Rapoport (1970), Golan (1978), Rarad and Parad (1999), Gilliland and James (1993) και Roberts (2000), οι καταστάσεις κρίσεις μπορούν να συμβούν σ όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου, της οικογένειας, των κοινοτήτων και των κρατών και ξεκινούν από κάποιο γεγονός κινδύνου. Το γεγονός κινδύνου ή στρεσογόνο γεγονός επηρεάζει την ομοιοστατική ισορροπία και επιφέρει σύγχυση. Η μη αποτελεσματική επίλυση του προβλήματος με τους συνηθισμένους τρόπους επίλυσης οδηγεί σε μεγαλύτερη ένταση.

Στη φάση της κορύφωσης της έντασης ένας εκλυτικός παράγοντας μπορεί να οδηγήσει σε κατάσταση αποδιοργάνωσης. Πολλές φορές κατά τη διάρκεια της κρίσης το άτομο μπορεί να ερμηνεύσει το γεγονός κινδύνου ως απειλή, απώλεια ή και πρόκληση. Το κάθε άτομο/ σύστημα εκλαμβάνει με διαφορετικό τρόπο ακόμα και το ίδιο στρεσογόνο γεγονός ανάλογα με την υποκειμενική ερμηνεία.

Η περίοδος κρίσης είναι μια πραγματικά δύσκολη περίοδος στη ζωή του ατόμου, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε ακόμα μεγαλύτερη αποδιοργάνωση εάν επανέλθουν από το παρελθόν παλαιότερα βιώματα ή συγκρούσεις. Κάθε κρίση έχει συγκεκριμένες φάσεις και στάδια και αυτοπεριορίζεται σε διάρκεια από 1 έως 6 με 8 εβδομάδες.

Κατά τη διάρκεια της κρίσης το άτομο τείνει να είναι ιδιαίτερα δεκτικό σε βοήθεια από ειδικούς. Η μη αποδοχή της βοήθειας μπορεί να οδηγήσει σε χρήση δυσπροσαρμοστικών τρόπων συμπεριφοράς. Η σωστή αντιμετώπιση μπορεί να επιτευχθεί με την κινητοποίηση νέων δυνάμεων και μηχανισμών.

ΤΥΠΟΙ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΚΡΙΣΗΣ:

1.ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ, «αφορούν γεγονότα στην κανονική ροή της ανθρώπινης εξέλιξης και ανάπτυξης όπου συμβαίνει μια δραματική αλλαγή ή μεταβολή, η οποία παράγει παθολογικές αντιδράσεις πχ. τροχαίο αυτοκινητιστικό δυστύχημα» (Γιωτάκος,2008).

2.ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ, που αφορούν γεγονότα απρόσμενα με έντονη ψυχική αναστάτωση (πχ. θάνατος, ατύχημα, σοβαρή αρρώστια).

Σύμφωνα με τον Caplan, και οι αναπτυξιακές κρίσεις και οι περιστασιακές, έχουν μεταβατικό χαρακτήρα για το άτομο και καθώς βοηθούν στη συναισθηματική του ωρίμανση αλλά

παράλληλα απειλούν και με την κατάρρευση του. (Smith,1984:150, αναφορά σε Δημοπούλου-Λαγωνίκα,2011). Αυτό που διαχωρίζει τις περιστασιακές κρίσεις είναι ότι μια τέτοια κρίση είναι σπάνια, έντονη και συχνά καταστροφική (Γιωτάκος,2008).

3.ΥΠΑΡΞΙΑΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ, που αφορούν εσωτερικές συγκρούσεις και άγχη με θέματα ελευθερίας, δέσμευσης και γενικότερα σοβαρά θέματα αναφορικά με τη ζωή του κάθε ανθρώπου (πχ. συνέχιση της οικογένειας, γάμος, αποχωρισμός γονέων κλπ.). Ο Γιωτάκος (2008), διακρίνει και ένα 4ο τύπο κρίσεων, τις ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ, που προκαλούνται είτε από φυσικές καταστροφές (πχ. πλημμύρα, σεισμός), είτε από τον ίδιο τον άνθρωπο (πχ. πόλεμος).

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΚΡΙΣΗ:

Η έγκαιρη παρέμβαση του ειδικού τοποθετείται στην περίοδο εκείνη, όπου οι προηγούμενοι προσαρμοστικοί μηχανισμοί απέτυχαν. Σε εκείνη τη φάση το άτομο είναι πιο δεκτικό στην αναζήτηση και παροχή βοήθειας. Η παρέμβαση μπορεί να είναι άμεση και να αναφέρεται σε ατομικό επίπεδο ή έμμεση και να αναφέρεται σε επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με τα άτομα και τις οικογένειες σε κρίση (Δημοπούλου-Λαγωνίκα,2011).

Οι Jacobson, Strickler και Morley, επισήμαναν τον διαχωρισμό της κρίσης σε γενικευμένη και σε ατομική παρέμβαση. Η γενικευμένη είναι μια μέθοδος πρωτογενούς πρόληψης σε καταστάσεις οξείας κρίσης. Η παρέμβαση έχει συμβουλευτικό και καθοδηγητικό χαρακτήρα και τροποποιητικό ως προς το περιβάλλον. Η ατομική παρέμβαση συνδυάζει τον υποστηρικτικό χαρακτήρα που χρησιμοποιεί η γενικευμένη παρέμβαση, με χρήση δυναμικών τεχνικών σύνδεσης μεταξύ της πρόσφατης κρίσης και των προηγούμενων συναισθηματικών συγκρούσεων που προκύπτουν από το γεγονός της κρίσης (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2011).

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΚΡΙΣΗ:

Η θετική ή αρνητική ενδυνάμωση, η υπόδηση ρόλου, η αναπλαισίωση, η ανάδραση, η ενδυνάμωση και η συνηγορία είναι μερικές από τις δεξιότητες που είναι χρήσιμες σε πολλά μοντέλα, όπως και σε αυτό της παρέμβασης σε κρίση.

Η Rapoport, τονίζει πως η συστηματική λήψη κοινωνικού ιστορικού δεν είναι απαραίτητη, αλλά απαραίτητη είναι η άμεση παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού και η εκτίμηση

συμπεριφοράς του ατόμου μέσα από ένα κλίμα άμεσης επικοινωνίας. Επιπλέον η παρέμβαση κρίνεται αναγκαίο να ξεκινάει από τη πρώτη συνέντευξη για να μειωθεί η ένταση και το άγχος του ατόμου.

Βασικά εργαλεία αποτελούν η γνησιότητα συναισθήματος, η ενσυναίσθηση, αλλά και η χρήση επαγγελματικής εξουσίας για χειρισμό των συναισθημάτων του ατόμου. Την παρέμβαση λοιπόν σε καταστάσεις κρίσεις πρέπει να τη χειρίζεται έμπειρος επαγγελματίας, καθώς η κατάσταση είναι αρκετά ευάλωτη. Η διαδικασία της παρέμβασης διαρκεί συνήθως σε 2 έως 6 μήνες. Άλλες περιπτώσεις χρήζουν μακρόχρονη συμβουλευτική ή ψυχοθεραπεία για να αντιμετωπιστούν ικανοποιητικά.

MONTELO ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ GOLAN:

Υπάρχουν τρεις φάσεις παρέμβασης:

1. Αρχική: περιλαμβάνει την δημιουργία μιας πρώτης επαφής, την αναφορά στο τρέχον πρόβλημα και κρίση και την συναίνεση για μελλοντική δράση. Ουσιαστικά αφορά την συμφωνία για συνεργασία.

2. Ενδιάμεση: υλοποίηση στόχων από το άτομο, τον κοινωνικό λειτουργό, το οικογενειακό και ευρύτερο σημαντικό πλαίσιο, καθώς και αλλαγή και βελτίωση προηγούμενων προσαρμοστικών μηχανισμών. Σε αυτό το στάδιο γίνεται μια προσπάθεια κατανόησης των συναισθημάτων, συμπεριφορών και σκέψεων και διαφοροποίησης τους από παρελθοντικές καταστάσεις και τωρινές, ώστε να μην συσχετιστούν με παρελθοντικά τραυματικά γεγονότα.

3. Τελική: Περάτωση και ολοκλήρωση της περίπτωσης. Εκτίμηση της δυνατότητας του ίδιου του ατόμου να λειτουργήσει ικανοποιητικά με δικές του δυνάμεις.

Η διάρκεια και η συχνότητα των συνεντεύξεων μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με την περίπτωση. Αναπόσπαστο κομμάτι στην επιτυχημένη παρέμβαση αποτελεί η εμπλοκή των σημαντικών, για το άτομο, άλλων, καθώς και των κοινοτικών δικτύων.

MONTELO ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ROBERTS:

Το μοντέλο παρέμβασης σε καταστάσεις κρίσεις του Roberts (2002), στηρίζεται σε προηγούμενα μοντέλα παρέμβασης, του Caplan (1964), Parad (1966), της Golan (1978), και των

Roberts και Dziegielewski (1995). Το συγκεκριμένο μοντέλο επικεντρώνεται στην επίλυση οξέων συναισθηματικών περιστασιακών κρίσεων και διαταραχών (stress disorders) (Roberts, 2000).

7 ΣΤΑΔΙΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ:

-Άμεση εκτίμηση της κρίσης και του βαθμού επικινδυνότητας στον οποίο μπορεί να βρίσκεται το άτομο. Παραδείγματα είναι η αυτοκτονική ή επιθετική συμπεριφορά στις οποίες και ενημερώνεται η αστυνομία, ιατρικές και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες, καθώς το άτομο διατρέχει κίνδυνο.

-Διαμόρφωση θετικής επικοινωνίας και επαγγελματικής σχέσης.

-Προσδιορισμός βασικών προβλημάτων. Σημαντικό είναι να αναφερθούν α) εκλυκτικός παράγοντας για τον οποίο και το άτομο στρέφεται στην παροχή βοήθειας, β) τυχόν προηγούμενους προσαρμοστικούς μηχανισμούς επίλυσης προβλημάτων, γ) επικινδυνότητα τωρινής κατάστασης. Οι παραπάνω πληροφορίες αντλούνται μέσα από ερωτήσεις που κάνει ο ειδικός.

-Ενθάρρυνση έκφρασης συναισθημάτων

-Διερεύνηση και εκτίμηση εναλλακτικών λύσεων. Ουσιαστικά είναι μια προσπάθεια από τον Κοινωνικό Λειτουργό να φέρει στο συνειδητό του ατόμου δυσλειτουργικούς μηχανισμούς επίλυσης προβλημάτων από το προ-συνειδητό επίπεδο που οδηγούν σε λανθασμένο τρόπο αντιμετώπισης της κρίσης. (Roberts, 2000)

-Επαναφορά γνωστικής λειτουργικότητας με την εφαρμογή ενός σχεδίου δράσης. Συνδυαστικά με το παραπάνω βήμα ο κοινωνικός λειτουργός βοηθάει το άτομο να κατανοήσει ότι συνέβη και οδήγησε σε κρίση αλλά και το παροτρύνει να επεξεργαστεί τρόπους επίλυσης της κατάστασης. Η γνωστική αντιμετώπιση έχει τρεις φάσεις: α) διερεύνηση των λόγων και των γεγονότων που οδήγησαν σε κατάσταση κρίσης, β) κατανόηση του νοήματος της κρίσης που βιώνει το άτομο, και τέλος αναπλαισίωση ή αντικατάσταση προηγούμενων απόψεων, αντιλήψεων και σκέψεων με νέες σωστές.

-Αραιή παρακολούθηση – φάση follow up. Αφού ολοκληρωθούν οι αναγκαίες συνεδρίες, το άτομο έχει τη δυνατότητα να επικοινωνήσει με την οργάνωση ή τον ειδικό όποτε χρειαστεί μια συνάντηση. Συστήνεται ιδιαίτερα σε καταστάσεις κρίσεις που αφορούν έντονα τραυματικά γεγονότα και δυσλειτουργίες (πχ. βιασμός, απειλή ζωής) (Roberts, 2000). Και τα δύο μοντέλα

που παρατέθηκαν παραπάνω είναι κυρίως κλινικά. Είναι μεταξύ τους αλληλοσυμπληρωμένα ανάλογα με την περίπτωση κρίσης.

-Το μοντέλο παρέμβασης της Golan, έχει τη βάση του σε γνώσεις ψυχοδυναμικής προσέγγισης της επικεντρωμένης σε στόχους κοινωνικής εργασίας και των προγραμματισμένων βραχέων θεραπειών. Το μοντέλο των επτά σταδίων του Roberts, αφορά περισσότερο οξείες κρίσεις με έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις που προκύπτουν από έντονα τραυματικά γεγονότα (βιασμός, βία).

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ:

Η παρέμβαση σε κρίση χρησιμοποιεί αρκετές τεχνικές. Εκτός από τις υποστηρικτικές τεχνικές που ανέκαθεν στην παρέμβαση, σημαντική είναι η χρήση της αντιπαράθεσης, της ενδυνάμωσης και της συνηγορίας για να ξεπεράσει το άτομο το στάδιο της κρίσης. Αν το άτομο διαθέτει αρκετά δυνατό Εγώ για να μπορέσει να βρει πιθανούς τρόπους επίλυσης, τότε η χρήση τεχνικών αυτοεπίγνωσης, δηλαδή διασαφήνιση και ερμηνεία, είναι προαιρετικές.

Παρόλα αυτά χρήσιμες είναι δεξιότητες όπως, η ενεργητική ακρόαση, η εκτόνωση των συναισθημάτων, η ενσυναίσθηση, η εστίαση στο πρόβλημα κλπ. Μια βοηθητική σχέση ανάμεσα σε επαγγελματία και θεραπευόμενο χαρακτηρίζεται από ενσυναίσθηση, μη κριτική στάση, παραδοχή, εξατομίκευση, ανταπόκριση και πίστη στην ανθρώπινη δύναμη και αξία για αυτοπραγμάτωση (Δημοπούλου-Λαγωνίκα, 2011).

1.3 Θεραπευτικές προσεγγίσεις: Γνωστικο-Συμπεριφορική προσέγγιση

Η θεραπεία που θα μπορούσε να βοηθήσει άτομα που αντιμετωπίζουν καταστάσεις σε κρίση και κυρίως φοιτητές που βίωσαν την καραντίνα λόγω covid-19 είναι η γνωστικο-συμπεριφορική θεραπεία. Σύμφωνα με τον Σταλικά (2011) η γνωστική ψυχοθεραπευτική προσέγγιση επικεντρώνεται στα γνωστικά-ερμηνευτικά σχήματα, στις γνωστικές δομές και στις πεποιθήσεις του ατόμου. Η γνωστική θεωρία αναφέρει πως τα γνωστικά σχήματα είναι εκείνα που ευθύνονται για το ό,τι παρατηρούν οι άνθρωποι αλλά και για τρόπο με τον οποίο ερμηνεύουν και κωδικοποιούν τις εμπειρίες τους. Οι γνωστικές παρεμβάσεις θεωρούν ότι τα γνωστικά ερμηνευτικά σχήματα και οι αντιλήψεις του εξυπηρετούμενου παίζουν ιδιαίτερο ρόλο στη διαμόρφωση και τη διατήρηση της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς καθώς αυτά αποτελούν την

αιτία που ο εξυπηρετούμενος κατηγορεί και ερμηνεύει τα βιώματα και της εμπειρίες του. Η συγκεκριμένη παρέμβαση θέτει ως στόχο ο εξυπηρετούμενος να αλλάξει τις λανθασμένες αντιλήψεις με άλλες οι οποίες θα είναι πιο λειτουργικές. Επίσης, ο συμπεριφορισμός έχει ως βασική αρχή ότι όλες οι συμπεριφορές αποτελούν αποτέλεσμα εξωτερικών και περιβαλλοντικών διαδικασιών μάθησης και όχι κάποιων έμφυτων ή εσωτερικών ατομικών κινήτρων ή παραγόντων. Μια από τις βασικότερες αρχές της συμπεριφορικής θεραπευτικής προσέγγισης είναι ότι οι άνθρωποι έχουν την δυνατότητα να μαθαίνουν, να απομαθαίνουν αλλά και να διαμορφώνουν την συμπεριφορά τους.

Η τεχνική του συμπεριφορισμού που θα μπορούσε να βοηθήσει τους φοιτητές είναι η τεχνική της τροποποίησης της συμπεριφοράς. Η τεχνική αυτή στηρίζεται στη θετική ενίσχυση της επιθυμητής συμπεριφοράς και στην απόσυρση της θετικής ενίσχυσης της αρχικής και ανεπιθύμητης συμπεριφοράς. Στην αρχική φάση της τεχνικής ο ψυχοθεραπευτής προσπαθεί να προσδιορίσει τα ερεθίσματα που προκαλούν την εμφάνιση της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς. Για να το πετύχει αυτό αναθέτει στον εξυπηρετούμενο εργασία για το σπίτι στην οποία καταγράφει στοιχεία που να σχετίζονται με την συμπεριφορά. Ο θεραπευτής όταν εντοπιστεί το ερέθισμα προσπαθεί να αλλάξει την δυσλειτουργική συμπεριφορά με μια λειτουργική. Επιπλέον, και η τεχνική της χαλάρωσης θα ήταν ιδιαίτερα βοηθητική. Μέσα από αυτή την τεχνική ο εξυπηρετούμενος μαθαίνει πως να ηρεμεί και να χαλαρώνει για να μπορέσει να αποκτήσει τον έλεγχο της κατάστασης και των συναισθημάτων του. Ο στόχος που έχει αυτή η τεχνική είναι να σταματήσει τον φαύλο κύκλο του άγχους. Σύμφωνα με τον φαύλο κύκλο του άγχους το άτομο στην αρχή ανησυχεί πως θα νιώσει άγχος με αποτέλεσμα αυτή η ανησυχία του προκαλεί άγχος και έτσι να μεγαλώνει η ανησυχία του. Όταν ο εξυπηρετούμενος φτάσει στο σημείο να μάθει τα συναισθήματα του τότε θα κατανοήσει πως ο ίδιος είναι εκείνος που μπορεί να ελέγξει τη ζωή του. Σύμφωνα με τον Greenberg (1990) οι βασικότερες δεξιότητες χαλάρωσης είναι ο έλεγχος της αναπνοής, η διαχείριση του χρόνου, ο καθορισμός προτεραιοτήτων, η εστίαση και ο διαλογισμός (Σταλίκας, 2011).

Τέλος, μια ακόμη τεχνική που θα μπορούσε να φανεί χρήσιμη είναι η θεραπεία της πραγματικότητας. Η θεραπεία πραγματικότητας σχετίζεται με την ανάλυση καταστάσεων και ζητούμενων που βρίσκονται στο παρόν, με έμφαση στην αναζήτηση λύσεων και όχι στα προβλήματα. Βασίζεται στην θεμελιωμένη ανάγκη του ανθρώπου να έχει γνώση ότι διαθέτει την

δύναμη να αλλάξει τα πράγματα αλλά και να ανακαλύπτει λύσεις στα προβλήματα του. Η συγκεκριμένη μορφή θεραπείας δεν επικεντρώνεται στις ρίζες του προβλήματος αλλά στους τρόπους για να βελτιωθεί η κατάσταση. Επίσης, έχει ως στόχο να βοηθήσει τον εξυπηρετούμενο να αποκτήσει μια επιτυχημένη ταυτότητα (Μαλικιώση- Λοϊζου, 1998). Ο στόχος της γνωστικο-συμπεριφορικής θεραπείας είναι οι φοιτητές να αλλάζουν τον τρόπο σκέψης αλλά και τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύουν τα γεγονότα που αντιμετωπίζουν και έτσι να υιοθετήσουν νέες λειτουργικές συμπεριφορές

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Επιπτώσεις πανδημίας κατά τη διάρκεια του Lockdown και μετά στην ψυχική υγεία.

Μέσα από το πέρασμα των προηγούμενων μηνών της πανδημίας, έγινε ευρέως γνωστό, πως ο ιός του COVID-19 και οι εξ αυτού απορρέουσες επιπτώσεις προκάλεσαν δραματικές αλλαγές στην καθημερινότητα και στις ζωές των ανθρώπων, εκ των οποίων μεταβολών αξιοσημείωτες είναι αυτές που αφορούν την ψυχική υγεία (Hadjicharalambous et al., 2020).

Ο Covid-19, όπως και άλλες απειλητικές για τη ζωή ασθένειες οδήγησαν στην εμφάνιση ζητημάτων στην ψυχική υγεία, όπως άγχος και κατάθλιψη (Pfefferbaum & al., 2020) εγείροντας δυσάρεστα συναισθήματα σαν και αυτά του τρόμου, του άγχους και της απόγνωσης (Hadjicharalambous et al., 2020). Οι πληθυσμιακές ομάδες των ατόμων με προϋπάρχουν ιατρικό νόσημα, των παρόχων ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών στα νοσοκομεία, αλλά και άλλες ευάλωτες ή υψηλού κινδύνου ομάδες έχουν αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν κάποιο ψυχοκοινωνικό πρόβλημα (Pfefferbaum & North, 2020).

Παράλληλα, ευρήματα ερευνών -όπως αυτά που θα αναφερθούν παρακάτω, που έχουν πραγματοποιηθεί από την έναρξη της πανδημίας κι έπειτα, τονίζουν τις ψυχοσυναισθηματικές δυσκολίες με τις οποίες ήρθαν αντιμέτωποι νεαροί ενήλικες και φοιτητές λόγω της πανδημίας του Covid-19.

Λαμβάνοντας υπόψιν πώς οι νεαροί ενήλικες στους οποίους συμπεριλαμβάνονται και οι φοιτητές, θα αποτελούν μεγάλο μέρος του εργατικού πληθυσμού τα επόμενα χρόνια, γίνεται

αντιληπτό πως η εύρυθμη λειτουργία της κοινωνίας εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο αυτοί προσαρμόστηκαν και ανταπεξήλθαν στην πανδημία του Covid-19. Η ψυχική τους υγεία αποτελεί βάση για το μέλλον της κοινωνίας γι' αυτό και σε παρούσα φάση είναι σημαντικό να την διερευνήσουμε (Liu, Zhang, Wong, Hyun & Hahm, 2020).

Στην αρχική φάση της πανδημίας, γεγονότα όπως η επιστροφή στον τόπο μόνιμης κατοικίας, η εξ αποστάσεως εκπαίδευση και εργασία και τα διαδικτυακά προβλήματα που τις παρεμπόδιζαν, η αναστολή των αποφοιτήσεων αλλά και η απώλεια εργασίας μίας μερίδας των φοιτητών, θέτουν μία ήδη επισφαλή ομάδα ατόμων σε κίνδυνο εμφάνισης συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας, διότι αυτά τα γεγονότα αντιπροσωπεύουν απώλειες που δοκιμάζουν την ψυχική τους υγεία (Liu et al., 2020).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι νεαροί ενήλικες υπέστησαν σοβαρές ψυχολογικές δοκιμασίες κατά τις αρχικές εβδομάδες της πανδημίας με το 43,3% του δείγματος να παρουσιάζει αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και το 45,4% άγχος και συμπτώματα μετατραυματικού στρες. Φάνηκε πως η αυξημένη μοναξιά στους συμμετέχοντες, αλληλοεπίδρασε με αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και μετατραυματικού στρες (Liu et al., 2020).

Μοναξιά

Αναφορικά με τη μοναξιά, δεδομένα της ίδιας έρευνας δείχνουν τη μοναξιά ως επικίνδυνη συνθήκη που μπορεί να επηρεάσει την ψυχική κατάσταση του ατόμου εν μέσω πανδημίας. Ειδικότερα, υποστηρίχθηκε πως ο κατ' οίκον περιορισμός και αποστάσεις ασφαλείας που επιβλήθηκαν λόγω του Covid-19 μετατρέπουν την μοναξιά σε παράγοντα κινδύνου, καθώς οι νεαροί ενήλικες που είναι μικρότεροι των είκοσι πέντε ετών παρουσίαζαν ήδη μοναξιά την οποία ο ιός, με τους περιορισμούς που επιφέρει στην καθημερινή ζωή, μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερα επίπεδα. Επίσης, άτομα που ανέφεραν να βιώνουν έντονη μοναξιά και καταβάλλονταν από έγνοιες σχετιζόμενες με τον Covid-19 χωρίς να μπορούν να αντιμετωπίζουν την θλίψη που τους προξενεί, είχαν περισσότερες πιθανότητες για άγχος, κατάθλιψη και PTSD. Αυτή η συσχέτιση βεβαιώνει την κρισιμότητα των βιωμάτων των νεαρών ενηλίκων κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Liu et al., 2020).

Άγχος

Παράλληλα, η αίσθηση της απόστασης από τους άλλους κατά το lockdown μπορεί να προκαλέσει αρνητικά συναισθήματα, ευαλωτότητα και πεσιμιστικές τάσεις οδηγώντας σε άγχος, το οποίο επίσης αυξάνεται περισσότερο στην περίπτωση κάποιας πανδημίας (Liu et al., 2020). Άλλωστε, έχει αποδειχθεί, πως η έλλειψη άμεσης διαπροσωπικής συνδιαλλαγής και επαφής με τους άλλους οδηγεί σε μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης κάποιας διαταραχής άγχους (Cao, Fang, Hou, Han, Xu, Dong, & Zhen, 2020).

Οι μεταβολές στην καθημερινότητα που προκλήθηκαν εξαιτίας του Covid-19 δημιούργησαν, γενικότερα, άγχος το οποίο επιδρά στην ψυχική κατάσταση των ατόμων (Liu et al., 2020). Συγκεκριμένα για του φοιτητές, τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε στην Κίνα, παρουσίασαν πως υπήρξε αυξημένο άγχος το οποίο σχετιζόνταν με προβλήματα οικονομικής φύσεως, με γενικότερα ζητήματα στην καθημερινότητα καθώς και με αναβολές στην φοίτηση, με το 24,9% των φοιτητών να εμφανίζουν άγχος λόγω του ιού (Cao, Fang, Hou, Han, Xu, Dong, & Zhen, 2020). Επίσης το μεγαλύτερο μέρος των φοιτητών- μελών έρευνας στη Γαλλία ανέφερε αυξημένα επίπεδα άγχους και μέτρια με υψηλά επίπεδα στρες κατά την αρχική περίοδο της εμφάνισης του κορονοϊού (Husky, Masfety, & Swendsen, 2020).

Μετατραυματικό Στρες (Ptds)

Όσον αφορά το μετατραυματικό στρες, οι φοιτητές που υπήρξαν φοβισμένοι λόγω του ιού, αυτοί που πληρούσαν όλες τις προϋποθέσεις για τη λήψη του πτυχίου τους καθώς κι εκείνοι που διέμεναν σε περιοχές με αρκετά κρούσματα, είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες για PTSD (Tang et al., 2020). Ο ίδιος ο ιός του Covid-19 και η επίδρασή του στη ζωή των ατόμων, προκάλεσε άγχος το οποίο ενδεχομένως επηρεάζει αρνητικά τις αισθήσεις που συνδέονται με τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός πως σε σχετική έρευνα, το PTSD ήταν πιο κοινό σε άτομα που προσδιορίζονταν ως τρανσέξουαλ με βιολογικό τους φύλο το αρσενικό (Liu et al., 2020).

Κατάθλιψη

Από την άλλη, κατά τη διάρκεια της πανδημίας συναντιόνται πιο συχνά σωματικά συμπτώματα κατάθλιψης (Ansari, Sherafati, Aghajani, Khonji, Aghajani, & Shahmansouri, 2020). Αρκετοί φοιτητές στο πανεπιστήμιο του Μπαγκλαντές βίωσαν και υπέμειναν συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ τα οικονομικά προβλήματα, η επαγγελματική ανασφάλεια, οι καθυστερήσεις στη

φοίτηση (Islam, Barna, Raihan, Khan & Hossain, 2020) αλλά και η υποψιασμένη η επιβεβαιωμένη ασθένεια covid-19 σε κάποιο μέλος της οικογένειας ή σε συγγενικό πρόσωπο (Wang et al., 2020), οδηγούν σε μεγαλύτερο ενδεχόμενο για εμφάνιση αυτής της ψυχικής διαταραχής (Islam et al., 2020).

Γενικότερα η ψυχολογική δυσφορία και θλίψη κατά την αντιμετώπιση φοιτητικών ή εργασιακών υποχρεώσεων και η έλλειψη σιγουριάς για την έκβαση της πανδημίας ήταν κάτι που συναντιόνταν στους νεαρούς ενήλικους (Liu et al., 2020). Η εξ αποστάσεως εκπαίδευση και η ανησυχία για τις επιπτώσεις της πανδημίας στο ακαδημαϊκό έτος έπαιζαν επίσης σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση αυτής της δυσφορίας (Hasan & Bao, 2020).

Ιδιαίτερα σημαντικό και κρίσιμο είναι το γεγονός πως οι παραπάνω επιπτώσεις στην ψυχική υγεία εξακολουθούν να υφίστανται. Περισσότερο από έναν χρόνο μετά την εμφάνιση του πρώτου κρούσματος και διανύοντας πλέον το τρίτο κύμα της πανδημίας, αρκετές καινούργιες έρευνες ήρθαν να επιβεβαιώσουν τις επιπτώσεις του covid-19 στην ψυχική υγεία, αλλά και να ρίξουν περισσότερο φως στους συμπληρωματικούς παράγοντες που συνδράμουν στην εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων την περίοδο του covid-19.

Εξετάζοντας το αντίκτυπο της πανδημίας παγκοσμίως βρέθηκε πως οι νεαρότερες ηλικιακές ομάδες εξακολουθούν να έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν άγχος, κατάθλιψη και στρες και χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη (Varma, Junge, Meaklim & Jackson, 2021). Παράλληλα οι νεαροί ενήλικες εξακολουθούν να παρουσιάζουν αυξημένη μοναξιά κατά την περίοδο της πανδημίας η οποία σχετίζεται με την απόσταση και την κοινωνική απομόνωση που τους επιβάλλεται λόγω της πανδημίας. Στην σχετική έρευνα αποκαλύφθηκε μεταξύ άλλων η ανάγκη των νεαρών ενήλικων για πραγματική σύνδεση με τους άλλους σε περιόδους κρίσης (Lippke, Fischer & Ratz 2021).

Νεότερα δεδομένα συμφωνούν με την άποψη που θέλει τους φοιτητές να αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας λόγω της πανδημίας. Αποτελέσματα μελέτης στην Κίνα που διερευνούσε το άγχος την κατάθλιψη και το τραυματικό στρες, βρήκαν τους φοιτητές στο 67.05% να αναφέρουν τραυματικό στρες, στο 46,55% να έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα, στο 34,73% να αναφέρουν συμπτώματα άγχους, ενώ ένα ποσοστό αυτών (19,56%) αναφέρθηκαν στον αυτοκτονικό ιδεασμό. Στα συμπτώματα που σχετίζονται με όλες τις προαναφερθείσες διαταραχές στην ψυχική υγεία, βρέθηκε συσχέτιση της πανδημίας με το οικονομικό άγχος, το κοινωνικό

στίγμα και το γυναικείο φύλο (Sun, Goldberg, Lin, Qiao & Operario, 2021). Ακόμη, με αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης στους φοιτητές φάνηκαν να συσχετίζονται τα προβλήματα ύπνου, ο φόβος για νόσηση covid-19 και ο φόβος κατά την έξοδο των οικογενειακών μελών από το σπίτι, το άγχος για τη διαδικτυακή εκπαίδευση και οι επιπτώσεις της πανδημίας στις κοινωνικές συναναστροφές του ατόμου (Yu, Tian, Cui & Wu 2021).

Έρευνα σε Λιβανέζους φοιτητές έδειξε πως η κατάσταση που προκύπτει λόγω της πανδημίας σε συνδυασμό με την εξ αποστάσεως εκπαίδευση, έχουν αρχίσει να τους προκαλούν μέτρια επίπεδα άγχους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ενώ διαφάνηκε σημαντική σχέση ανάμεσα στην ικανοποίηση των μαθητών από την εκπαιδευτική τους εμπειρία και στην κατάθλιψη, του άγχους και του στρες. Οι φοιτητές μίλησαν συγκεκριμένα για άγχος λόγω της απότομης και δραστηκής αλλαγής στην εκπαίδευση αλλά και για τις τεχνικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν ή μπορεί να αντιμετωπίσουν κατά την πρόσβαση τους στην εξ αποστάσεως εκπαίδευση (Fawaz & Samaha, 2021). Η ύπαρξη άγχους επιβεβαιώνεται και από τους Baloch, Sundarassen, Chinna, Nurunnabi, Kamaludin, Khoshaim, Hossain & AlSukayt (2021) οι οποίοι αναφέρουν πως οι πακιστανοί φοιτητές παρουσίασαν από μέτρια έως και ακραία συμπτώματα άγχους, τα οποία σχετίζονταν επίσης με τις εκπαιδευτικές τους υποχρεώσεις όπως την ακαδημαϊκή τους απόδοση και την ολοκλήρωση του τρέχοντος εξαμήνου.

Οι Rudenstine, McNeal, Schulder, Ettman, Hernandez, Gvozdieva και Galea (2020) μελετώντας φοιτητές δημόσιου πανεπιστημίου που χαρακτηρίζονταν από έλλειψη πόρων κατά τη διάρκεια της πανδημίας, βρήκαν υψηλό επιπολασμό και σοβαρότητα στα καταθλιπτικά συμπτώματα καθώς και στα συμπτώματα άγχους, με τον βαθμό έκθεσης στον ιό να αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση τέτοιων συμπτωμάτων. Οι φοιτητές των χαμηλών κοινωνικό-οικονομικών στρωμάτων στις Η.Π.Α φάνηκαν γενικότερα να έχουν έντονη και σοβαρή ψυχολογική δυσφορία.

Το στρες επίσης παραμένει ιδιαίτερα αυξημένο και αποτελεί την αιτία επιδείνωσης της ψυχικής υγείας των φοιτητών στο παρόν ή αλλιώς αποτελεί πρόβλεψη για την επιδείνωσή της στο μέλλον (Krendl, 2021). Σοβαρό και αντιληπτό στρες παρουσίασαν επίσης οι φοιτητές που είχαν οικογενειακό πρόσωπο νοσηλεύόμενο λόγω covid-19. Στους παράγοντες που επιδεινώνουν το στρες προστίθενται, η φασαρία εντός και εκτός του σπιτιού, η αυξημένη καταφυγή στα

αλκοολούχα ποτά και στα τσιγάρα αλλά και το γεγονός πως η ψυχαγωγία από μέσα μαζικής ενημερώσεις δεν προσέφερε πλέον χαλάρωση και ηρεμία (Bourion-Bedes et al., 2021).

Από την άλλη αυξημένα παραμένουν και τα επίπεδα του μετατραυματικού στρες στους φοιτητές, οι οποίοι παρουσιάζουν μέτρια και σοβαρά συμπτώματα PTSD. Με υψηλά συμπτώματα μετατραυματικού στρες σχετίζονται, το κυνήγι εργασίας, οι επιθυμίες για σπουδές στο εξωτερικό, τα οικονομικά βάρη και η κακή εκτίμηση της κατάστασης της υγείας από πλευράς του ατόμου (Song, Zhao & Zu, 2021).

Επίσης, σημαντική και υψηλή διατηρείται η μοναξιά λόγω covid-19 στους νεαρούς ενηλίκους φοιτητές, οι οποίοι μάλιστα εμφανίζουν βαθμολογίες υψηλότερες από αυτές σε προηγούμενες σχετικές μελέτες. Η μειωμένη γνώση για τον covid-19, η αντίληψη του κινδύνου και η χαμηλή ανθεκτικότητα του ατόμου σχετίζονται με την μοναξιά (Padmanabhanunni & Pretorius, 2021).

Από τα παραπάνω νέα ευρήματα, διαφαίνεται πως τα προβλήματα στην ψυχική υγεία που προκύπτουν λόγω πανδημίας εμμένουν δυσχεραίνοντας την ποιότητα ζωής των ατόμων. Η κατάθλιψη, το άγχος, το στρες, το μετατραυματικό στρες και η μοναξιά εξακολουθούν να εμφανίζονται στους φοιτητές επηρεάζοντας αρνητικά την καθημερινότητά τους.

Ολοκληρώνοντας, μπορούμε να πούμε ότι τα ευρήματα αυτά αποτελούν ισχυρές ενδείξεις για τη σημασία της έγκαιρης διερεύνησής των προβλημάτων στην ψυχική υγεία των φοιτητών, ούτως ώστε αυτά να αντιμετωπιστούν και να προληφθεί σε όσο μεγαλύτερο βαθμό είναι εφικτό, η εμφάνισή τους στο μέλλον. Γι' αυτόν τον λόγο θεωρήσαμε σκόπιμη την μελέτη της κατάθλιψης, του άγχους, της μοναξιάς και του μετατραυματικού στρες των φοιτητών, αυτήν την φορά κατά τη διάρκεια του 2ου lockdown, στον Ελλαδικό χώρο.

2.2 Ενασχόληση με διαταραχές

ΜΟΝΑΞΙΑ

Η μοναξιά δεν έχει να κάνει με τον αριθμό των ατόμων που έχουμε δίπλα μας αλλά με την ποιότητα των σχέσεων που έχουμε με αυτούς. Μπορεί να νιώθουμε χαρά ή ικανοποίηση όταν είμαστε μόνοι, ή όταν διαθέτουμε χρόνο για τον εαυτό μας, αυτό το είδος της μοναξιάς ονομάζεται «μοναχικότητα» ή «ιδιωτικότητα». Η μοναξιά όμως γίνεται αισθητή όταν ένα άτομο νιώθει

αρνητική απομόνωση και απομακρύνεται από τους άλλους ανθρώπους. Επίσης, όταν ένα άτομο νιώθει μοναξιά βιώνει αρνητικά συναισθήματα όπως αισθήματα κενού, νιώθει ανεπιθύμητος ή ότι δεν τον εκτιμούν, έχει χαμηλή αυτοπεποίθηση και δυσκολεύεται να ανοιχτεί σε άλλους ανθρώπους. Η μοναξιά υπάρχει περίπτωση να μας επηρεάσει στη σωματική και ψυχική μας υγεία (Parygus, 2019).

Η ασθένεια του Covid-19 έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί μια επικίνδυνη ασθένεια όχι μόνο λόγω της παθοφυσιολογίας της αλλά και των συνεπειών που προκαλεί στην ψυχική υγεία του ατόμου και την πρόκληση μοναξιάς. Ηλικιωμένοι, άστεγοι, μειονότητες έχει αποδειχθεί ότι δυσκολεύονταν να αντιμετωπίσουν την μοναξιά ακόμη και πριν την κρίση (Rokach,2019).

Σύμφωνα με τους Armitage, Nellums (2020) η κοινωνική απομόνωση που τέθηκε ως μέτρο πρόληψης της μετάδοσης του ιού έχει ως αποτέλεσμα ψυχολογικές επιπτώσεις για τους ανθρώπους όπως η μοναξιά. Είναι σημαντικό να μην στιγματίζουμε τους ανθρώπους που έχουν προσληφθεί από τον ιό καθώς ο στιγματισμός οδηγεί σε μοναξιά (Ang,2020).

Οι Jeste, Lee, Cacioppo (2020) αναφέρουν πως σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο διάστημα 23 Μαρτίου έως και 24 Απριλίου από ενήλικες στο Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρει ότι ο επιπολασμός της μοναξιάς ήταν 27%. Οι παράγοντες κινδύνου για την μοναξιά ήταν οι νεαρότερες ηλικιακές ομάδες, διαζευγμένα άτομα, άτομα που δυσκολεύονταν στον ύπνο λόγω της κρίσης ενώ ο γάμος, η συγκατοίκηση και η διαβίωση με μεγαλύτερο αριθμό ενηλίκων αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες. Τα ποσοστά μοναξιάς κατά την αρχική φάση του lockdown ήταν αρκετά υψηλά. Η κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου πριν την εμφάνιση της πανδημίας ανέφερε ότι η μοναξιά αποτελεί σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας και γι'αυτό την περιέγραφε ως επιδημία.

Για να κατανοήσουμε το ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο της πανδημίας του Covid-19 χρειάζεται να κατανοήσουμε ότι η μοναξιά αποτελεί βασική προτεραιότητα (Holmes, Connor & Hugh 2020).

Η μείωση της κοινωνικής επαφής αυξάνει τα ποσοστά μοναξιάς με συνέπεια να αυξηθεί ο επιπολασμός των διαταραχών της διάθεσης, ο αυτοτραυματισμός, η αυτοκτονία αλλά και να επιδεινωθούν οι προϋπάρχουσες καταστάσεις ψυχικής υγείας (Holmes, Connor & Hugh, 2020).

Μελέτες που έχουν γίνει ανέφεραν ότι οι άνθρωποι στην καραντίνα, στην προσπάθεια τους να προσαρμοστούν σε ένα νέο τρόπο ζωής αντίθετο με την κοινωνική φύση των ανθρώπων παρουσίασαν αρνητικές ψυχολογικές αντιδράσεις οι οποίες περιλάμβαναν και την μοναξιά. Η μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την μοναξιά μεταξύ νέων ενηλίκων. Η ανεργία που δημιουργήθηκε λόγω της πανδημίας οδήγησε τους ανθρώπους σε οικονομική ανασφάλεια, σε μείωση του εισοδήματος τους και αυτό είχε ως αποτέλεσμα να αυξηθεί η μοναξιά (Brooks, Smith & Webster, Woodland, Wessely 2020).

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί παγκοσμίως ένα από τα πλέον συχνά νοσήματα ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό η κατάθλιψη βρίσκεται στην τέταρτη θέση ως αιτία απώλειας ετών ζωής, αναπηρίας και κοινωνικής δυσλειτουργίας. Το 2020 προβλέπεται ότι θα βρίσκεται στην δεύτερη θέση ασθένειας μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια (WHO, 2001).

Με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η κατάθλιψη ορίζεται ως μια ασθένεια η οποία χαρακτηρίζεται από έντονη θλίψη και έλλειψη ενδιαφέροντος για ασχολίες που συνήθιζε ο κάθε άνθρωπος να απολαμβάνει. Στην ασθένεια αυτή το άτομο έχει αδυναμία να ολοκληρώσει τις καθημερινές του δραστηριότητες, για τουλάχιστον 2 εβδομάδες. Η κατάθλιψη επηρεάζει όλα τα άτομα ανεξαρτήτως ηλικίας, χώρας, θρησκείας ή φυλής (WHO, 2017).

Η κατάθλιψη επηρεάζει αρκετούς τομείς της ζωής του ανθρώπου. Για να διαγνωστεί κανείς με κατάθλιψη χρειάζεται να παρουσιάσει τουλάχιστον πέντε από τα παρακάτω εννέα συμπτώματα σε διάρκεια δυο εβδομάδων αλλά και να εκδηλώσει έκπτωση της λειτουργικότητας του. Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται τα παρακάτω:

- Η καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και σχεδόν καθημερινά
- Σημαντική απώλεια βάρους ή αύξηση βάρους
- Αϋπνία ή υπερυπνία
- Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση
- Κούραση ή έλλειψη ενέργειας
- Αισθήματα και σκέψεις αναξιότητας ή απρόσφορης ενοχής

- Δυσκολίες στη σκέψη ή στη συγκέντρωση ή στη λήψη αποφάσεων
- Έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης
- Ιδέες θανάτου ή αυτοκτονικός ιδεασμός (Ευθυμίου, Μαυροειδή & Παυλάτου, Καλαντζή –Αζίζι, 2006)

Οι κύριοι τύποι καταθλιπτικών διαταραχών αναλύονται παρακάτω. Στον κάθε τύπο της διαταραχής υπάρχουν διαφοροποιήσεις στον αριθμό των συμπτωμάτων και την σοβαρότητα τους.

- **Μείζων Καταθλιπτική διαταραχή:** Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει ένα συνδυασμό συμπτωμάτων που επηρεάζουν την λειτουργικότητα του ατόμου. Το άτομο σε αυτή τη κατηγορία δυσκολεύεται να φέρει εις πέρας τις εργασιακές του υποχρεώσεις, έχει δυσκολίες στον ύπνο όπως και στην ολοκλήρωση δραστηριοτήτων όπως συνήθιζε να κάνει στο παρελθόν (Ευθυμίου, Μαυροειδή & Παυλάτου, Καλαντζή –Αζίζι, 2006).

- **Δυσθυμική Διαταραχή:** Το άτομο έχει καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και για τις περισσότερες μέρες τις εβδομάδας για τουλάχιστον 2 χρόνια. Η μακροχρόνια αυτή καταθλιπτική διάθεση εμποδίζει το άτομο να λειτουργεί ικανοποιητικά (Ευθυμίου, Μαυροειδή & Παυλάτου, Καλαντζή –Αζίζι, 2006).

- **Διπολικές Διαταραχές (I και II) :** Τα άτομα με διπολική διαταραχή εμφανίζουν διαστήματα καταθλιπτικής και διαστήματα ευχάριστης διάθεσης. Αυτό ονομάζεται μανία στην οποία το άτομο είναι υπερκινητικό, μιλάει με γρήγορους ρυθμούς χωρίς να υπάρχει οργανωμένη σκέψη. Η υπομανία είναι παρόμοια με την μανία, δεν είναι όμως τόσο έντονη και δεν επηρεάζει την λειτουργικότητα του ατόμου. Το βασικό στοιχείο που υπάρχει στη Διπολική Διαταραχή I είναι η παρουσία ενός ή περισσότερων Μανιακών ή μεικτών επεισοδίων ενώ στη Διπολική Διαταραχή II είναι απαραίτητη η παρουσία ενός ή περισσότερων Μείζωνων Καταθλιπτικών επεισοδίων με την συνοδεία τουλάχιστον ενός υπομανιακού επεισοδίου (Ευθυμίου, Μαυροειδή & Παυλάτου, Καλαντζή –Αζίζι, 2006).

- **Κυκλοθυμική Διαταραχή:** Στην κατηγορία αυτή το άτομο έχει διαρκώς διακυμάνσεις στην διάθεση του οι οποίες διαρκούν για χρόνια. Το χρονικό διάστημα της διαταραχής αυτής είναι τουλάχιστον 2 χρόνια κατά τη διάρκεια των οποίων παρατηρούνται

περίοδοι με υπομανιακά συμπτώματα και περίοδοι με καταθλιπτικά συμπτώματα (Ευθυμίου, Μαυροειδή & Παυλάτου, Καλαντζή –Αζίζι, 2006).

- Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη διαφορετικά. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν: η προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή, η ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή, η υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή και η μεταψυχωσιακή καταθλιπτική συνδρομή (Ευθυμίου, Μαυροειδή & Παυλάτου, Καλαντζή –Αζίζι, 2006).

Παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης είναι ψυχοκοινωνικοί και γενετικοί- βιολογικοί. Στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται αρνητικές εμπειρίες που βίωσε το άτομο όπως η ανεργία. Ακόμη και πρώιμες εμπειρίες που συσχετίζονται με κάποια απώλεια όπως ο θάνατος ή το διαζύγιο των γονιών καθιστούν το άτομο ορισμένες φορές πιο ευάλωτο και αυξάνουν τις πιθανότητες να οδηγηθεί το άτομο σε κατάθλιψη. Επίσης, στους γενετικούς παράγοντες ανήκουν ορισμένες ασθένειες που δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και οι οποίες επηρεάζουν την λειτουργία των περιοχών του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Ορισμένες από τις ασθένειες αυτές είναι η νόσος του Πάρκινσον, ο υποθυρεοειδισμός. Ακόμη και η χρήση ουσιών μπορούν να οδηγήσουν το άτομο σε κατάθλιψη (Ευθυμίου, Μαυροειδή & Παυλάτου, Καλαντζή –Αζίζι, 2006).

ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ

Το μετατραυματικό στρες είναι μια διαταραχή η οποία μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα που έχουν βιώσει ή παρακολουθήσει ένα τραυματικό γεγονός. Τέτοια γεγονότα είναι μια φυσική καταστροφή, ένα σοβαρό ατύχημα, μια τρομοκρατική πράξη, ένας πόλεμος, ένας βιασμός, ο θάνατος, σεξουαλική βία ή σοβαρός τραυματισμός. Το μετατραυματικό στρες μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε άνθρωπο ανεξαρτήτως φύλου, εθνικότητας, πολιτισμού ή ηλικίας. Στις Η.Π.Α κάθε χρόνο το 3,5% των ενηλίκων πάσχει από διαταραχή μετατραυματικού στρες. Οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν την συγκεκριμένη διαταραχή σε αντίθεση με τους άντρες. Τα άτομα που πάσχουν από την διαταραχή μετατραυματικού στρες έχουν έντονες, ενοχλητικές σκέψεις και συναισθήματα που αφορούν την εμπειρία τους και διαρκούν περισσότερο μετά το τέλος του τραυματικού γεγονότος. Μέσα από εφιάλτες τα άτομα μπορεί να ξανά ζήσουν το συμβάν που πέρασαν. Επίσης, βιώνουν πολλά αρνητικά συναισθήματα

όπως θυμός, ενοχές και απομακρύνονται από ανθρώπους. Η διάγνωση απαιτεί έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός, η έκθεση όμως μπορεί να είναι και έμμεση (American Psychiatric Association, 2013).

Τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες εντάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες. Παρακάτω αναφέρονται οι κατηγορίες:

- **Εισβολή:** Στην κατηγορία της εισβολής γίνεται παρεμβατική αναδρομή στα γεγονότα του παρελθόντος στην οποία τα άτομα μπορεί να νιώσουν πως βιώνουν ξανά το τραυματικό γεγονός. Ακόμη το άτομο μπορεί να έχει άσχημα όνειρα ή αναμνήσεις που να συνδέονται με την τραυματική εμπειρία (American Psychiatric Association, 2013).
- **Αποφυγή:** Ο ασθενής σε αυτή την κατηγορία δυσκολεύεται να μιλήσει για το τραυματικό γεγονός, για το τι έγινε ή για το πως νιώθει. Επίσης, το άτομο συχνά προσπαθεί να αποφύγει πράγματα που να του υπενθυμίζουν το τραυματικό γεγονός. Για παράδειγμα μπορεί να αποφεύγει ορισμένες δραστηριότητες ή συγκεκριμένους τόπους που να συνδέονται με την τραυματική εμπειρία που βίωσε (American Psychiatric Association, 2013).
- **Μεταβολές στη γνώση και τη διάθεση:** Στην περίπτωση αυτή το άτομο βιώνει αρνητικά συναισθήματα όπως θυμός, ενοχή και έχει έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που τον ευχαριστούσαν στον παρελθόν. Επίσης, δυσκολεύεται να επαναφέρει στη μνήμη του σημαντικά γεγονότα της τραυματικής εμπειρίας αλλά μπορεί να κάνει και εσφαλμένες σκέψεις για την αιτία της τραυματικής εμπειρίας με αποτέλεσμα να έχει διαρκώς εσφαλμένες αντιλήψεις για αυτόν αλλά και για τους άλλους. Για παράδειγμα μπορεί να θεωρεί πως δεν είναι άξιος εμπιστοσύνης ή να πιστεύει πως είναι κακός ή να επιρρίπτει συνεχώς την ευθύνη για το τραυματικό γεγονός στους άλλους ή στον εαυτό του (American Psychiatric Association, 2013).
- **Μεταβολές στην συγκέντρωση και την αντιδραστικότητα:** Στην τελευταία κατηγορία το άτομο αντιμετωπίζει προβλήματα με τον ύπνο αλλά και με την συγκέντρωση. Στην περίπτωση αυτή έχει εκρήξεις θυμού, ενεργεί απερίσκεπτα ή με αυτοκαταστροφικό τρόπο (American Psychiatric Association, 2013).

Ένα άτομο για να διαγνωστεί με μετατραυματικό στρες είναι αναγκαίο τα συμπτώματα να διαρκούν παραπάνω από ένα μήνα και παράλληλα να αντιμετωπίζει σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας του στην καθημερινότητα του. Επίσης, το μετατραυματικό στρες εμφανίζεται

παράλληλα με άλλες διαταραχές όπως η κατάθλιψη, η χρήση ουσιών (American Psychiatric Association, 2013).

Έρευνες που έχουν γίνει αναφέρουν ότι οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα διαταραχή μετατραυματικού στρες σε αντίθεση με τους άντρες (Breslau, 2002). Ειδικότερα, το 5,6% των ανδρών και το 10-14% των γυναικών εμφάνισαν κάποια στιγμή στην ζωή τους τη διαταραχή μετατραυματικού στρες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 -ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.1 Μεθοδολογία Έρευνας

Σκοπός έρευνας- Ερευνητικά ερωτήματα

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής είναι η διερεύνηση των επιπτώσεων στην ψυχική υγεία σε προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια του δεύτερου lockdown λόγω του Covid-19. Επίσης, στόχος της έρευνας είναι να διερευνηθούν οι επιπτώσεις της κατάθλιψης, του άγχους και του μετατραυματικού στρες που προκάλεσε η απομόνωση στους φοιτητές. Τέλος, θα αναφερθούν προτάσεις για την αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσεως σε καιρό πανδημίας για μια ομάδα του πληθυσμού που είναι σε κίνδυνο.

Ειδικότερα, οι ερευνητικές υποθέσεις της έρευνας είναι:

- Το δεύτερο lockdown επέφερε στους νεαρούς ενήλικες φοιτητές αυξημένα επίπεδα μοναξιάς τα οποία σχετίζονται θετικά με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και μετατραυματικού στρες (Liu, Zhang, Wong, Hyan & Hahm, 2020).
- Το φύλο σχετίζεται με την αύξηση της κατάθλιψης, του άγχους και του μετατραυματικού στρες στο δεύτερο lockdown.
- Η ηλικία έχει παίξει ρόλο στην εμφάνιση ψυχικής διαταραχής όπως η κατάθλιψη.
- Τα άτομα που πέρασαν το lockdown με την οικογένεια τους είχαν πολύ μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη και άγχος σε αντίθεση με τα άτομα που πέρασαν τον εγκλεισμό μόνοι τους.

Είδος Δειγματοληψίας, Πληθυσμός και Δείγμα Έρευνας

Η δειγματοληψία που ακολουθήθηκε ήταν ευκολίας και παράλληλα αυτή της χιονοστιβάδας, με την αξιοποίηση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης που χρησιμοποιούν οι φοιτητές ως κανάλι επικοινωνίας, με αποστολή ηλεκτρονικών μηνυμάτων και με παρότρυνση να προωθήσουν τον σύνδεσμο στις δικές τους επαφές. Ο πληθυσμός της έρευνας μας αφορούσε του φοιτητές που διαμένουν στον αστικό χώρο σε οποιαδήποτε περιοχή της Ελλάδας. Το δείγμα μας αποτελούνταν από 58 άτομα. Η ηλικία του δείγματος μας αποτελούνταν από 17 έως και 45.

Ερωτηματολόγιο και κλίμακες

Το ερωτηματολόγιο χωρίζοντας στους ακόλουθους θεματικούς άξονες:

1ος : Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν κάποια δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, φυλετική ταυτότητα, τμήμα σπουδών, έτος σπουδών, μέσος όρος βαθμολογίας μαθημάτων, εργασιακή κατάσταση, προσωπική κατάσταση, σεξουαλικός προσανατολισμός, εξ αποστάσεως εκπαίδευση, που έμενε κατά τη διάρκεια της καραντίνας).

2ος : Ερωτήσεις σχετικά με την κατάθλιψη και την αγχώδη συμπεριφορά (κλίμακα DASS-21)

3ος : Ερωτήσεις σχετικά με την μοναξιά (κλίμακα UCLA)

4ος : Ερωτήσεις σχετικά με το μετατραυματικό στρες PTSD (κλίμακα PCL-5)

DASS-21

Το Dass-21 αποτελεί μία σύντομη έκδοση του Dass-42 και είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση και κατανόηση των αρνητικά φορτισμένων συναισθηματικών περιστάσεων της ζωής του ατόμου, οι οποίες κατά βάση ερμηνεύονται ως κατάθλιψη, άγχος και στρες και είναι κατάλληλο για χρήση σε άτομα που δεν έχουν διαγνωσθεί με κάποια ψυχική διαταραχή καθώς αναπτύχθηκε μέσα από μη κλινικά δείγματα (Lovibond & Lovibond, 1995). Αποτελείται από τρεις κλίμακες αυτοαναφοράς των 7 στοιχείων, μία για την κατάθλιψη (DASS-21 D), μία για το άγχος (DASS-21 A) και μία για το στρες (DASS-21 S). Το σκορ στην κάθε

κλίμακα μπορεί να κυμανθεί από 0-21 (Le, Tran, Holton, Nguyen, Wolfe & Fisher, 2017). Οι δηλώσεις τις κάθε κλίμακας μπορούν να απαντηθούν με «0 =Δεν με αντιπροσωπεύει καθόλου», «1 =Με αντιπροσωπεύει σε μικρό βαθμό ή μερικές φορές», «2 =Με αντιπροσωπεύει σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές», «3 =Με αντιπροσωπεύει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές». (Lonibond & Lonibond, 1995).Σύμφωνα με τον Lonibond κάποιος με υψηλή βαθμολογία θα παρουσιάσει τα εξής χαρακτηριστικά ανάλογα με την κάθε κλίμακα:

Για την κλίμακα της κατάθλιψης

- Αυτό-υποτίμηση
- απελπισμένος, ζοφερός,
- πεπεισμένος ότι η ζωή δεν έχει νόημα ή αξία
- απαισιόδοξος για το μέλλον
- αδυνατεί να βιώσει απόλαυση ή ικανοποίηση
- ανίκανος να ενδιαφερθεί ή να εμπλακεί
- αργός, χωρίς πρωτοβουλία

Για την κλίμακα του άγχους

- ανήσυχος, πανικοβλημένος
- τρομώδης, ασταθής
- με επίγνωση της ξηρότητας του στόματος, της αναπνευστικής δυσκολίας, του χτυπήματος της καρδιάς, του ιδρώτα στις παλάμες
- ανήσυχος για την απόδοση και πιθανή απώλεια ελέγχου

Για την κλίμακα του στρες

- υπερβολική διέγερση, ένταση
- ανίκανος να χαλαρώσει
- ευαίσθητος, εύκολα αναστατωμένος

- ευέξαπτος
- εύκολα τρομαγμένος
- νευρικός
- με δυσανεξία στη διακοπή ή την καθυστέρηση

Η επιβεβαιωμένη από έρευνες υπόθεση στην οποία στηρίχθηκε η ανάπτυξη του Dass-21 είναι πως οι διαφορές αναφορικά με την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες που βιώνουν τα άτομα χωρίς κλινική διάγνωση με εκείνους που έχουν διαγνωσθεί κλινικά είναι διαφορές βαθμού και γι' αυτό τον λόγο δε κατατάσσει τους συμμετέχοντες σε κάποια κατηγορία διάγνωσης όπως το DSM, που απαιτεί τη χρησιμοποίησή του από έμπειρους επαγγελματίες στο κλινικό πεδίο, αλλά αναφέρεται στη σοβαρότητα των αποτελεσμάτων ως κανονική, μέτρια, σοβαρή (Lovibond & Lovibond, 1995). Αν η βαθμολογία του ατόμου είναι μεγαλύτερη ή ίση του 60, τότε αυτό αποτελεί σημάδι σοβαρότητας το οποίο θα πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω από κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας. Το ίδιο ισχύει όταν το σκορ είναι ίσο ή μεγαλύτερο από το 21 στην υποκλίμακα της κατάθλιψης (Beaufort, De Weert-Van Oene, Buwalda, de Leeuw, & Goudriaan, 2017). Για την τελική βαθμολογία κάθε στοιχείο θα πρέπει να πολλαπλασιαστεί με το 2 (Lovibond & Lovibond, 1995).

Οι κλίμακες του Dass-21 θεωρούνται κατάλληλες για τη χρήση τους από ερευνητές και από κλινικούς επαγγελματίες που ενδιαφέρονται να μετρήσουν τις συναισθηματικές καταστάσεις που σχετίζονται με την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες καθώς παρουσιάζουν «υψηλή εσωτερική συνέπεια» αλλά και «σημαντικές διακρίσεις σε μία ποικιλία ρυθμίσεων» (Lovibond & Lovibond, 1995).

UCLA

Για την μέτρηση των συναισθημάτων μοναξιάς και κοινωνικής απομόνωσης επιλέχθηκε το εργαλείο UCLA, που είναι μία κλίμακα των είκοσι στοιχείων για το καθένα από τα οποία ο συμμετέχων στην έρευνα δύναται να απαντήσει με «Συχνά» (ενν. Συχνά νιώθω έτσι), «Μερικές φορές» (ενν. Μερικές φορές νιώθω έτσι), «Σπάνια» (ενν. Σπάνια νιώθω έτσι) ή με «Ποτέ» (ενν. Ποτέ δε νιώθω έτσι) (Russell, Peplau, & Ferguson, 1978). Το τελικό σκορ προκύπτει από το άθροισμα των 20 απαντήσεων (Russel, 1996). Η εν λόγω κλίμακα έχει αναθεωρηθεί δύο φορές,

μία για τη διαμόρφωση αντίστροφης βαθμολογίας στα στοιχεία και μία για την απλούστευση της έκφρασης της (Russell, Replau, & Ferguson, 1978). Τα αποτελέσματα μελετών, μεταξύ των οποίων ήταν και μελέτη που αφορούσε φοιτητές κολλεγίου, έχουν αναδείξει την κλίμακα ως ιδιαίτερα αξιόπιστη αναφορικά με την εσωτερική συνοχή και τα αποτελέσματα test-retest με $r=.73$ για την περίοδο ενός έτους. Αποτελεί ένα εργαλείο με επικυρωμένη κατασκευή και παρέχει μία εξαιρετική εφαρμογή στα δεδομένα των διαφόρων δειγμάτων. Οι συσχετίσεις με άλλα μέτρα μοναξιάς έχουν υποδείξει τη σύγκλιση ισχύος της (Convergent Validity) (Russel, 1996).

PCL-5

Το PCL-5 είναι ένα εργαλείο αυτοαναφοράς 20 στοιχείων κατάλληλο για τη μέτρηση του μετατραυματικού στρες σε συμμετέχοντες σε έρευνα και χρειάζεται πέντε με δέκα λεπτά για τη συμπλήρωσή του. Χρησιμοποιείτε για διάφορους σκοπούς, όπως για τη διερεύνηση ύπαρξης PTSD, για έλεγχο μεταβολών στα συμπτώματα PTSD στην πορεία της θεραπείας και μετά το πέρας της αλλά και όταν είναι αναγκαίο προσφέρει μία προσωρινή διάγνωση μετατραυματικής διαταραχής (Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr, 2013).

Μέσα από τα στοιχεία, τα οποία μπορούν να απαντηθούν με «Καθόλου=0», «Πολύ λίγο=1», «Λίγο/Μέτρια=2», «Πολύ/Αρκετά=3» ή «Πάρα πολύ=4», εκτιμώνται τα συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής του DSM-V. Το σκορ έχει εύρος από 0-80 και προκύπτει από την άθροιση των είκοσι στοιχείων, η οποία μας δείχνει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που σχετίζονται με το μετατραυματικό στρες. Ένα συνολικό σκορ μεταξύ 31-33 αποτελεί ένδειξη για πιθανότητα μετατραυματικού στρες. Εάν κάποιος επιθυμεί να κάνει μία προσωρινή διάγνωση πρέπει να ακολουθήσει παράλληλα τα διαγνωστικά κριτήρια για τη διαταραχή του μετατραυματικού στρες τα οποία απαιτούν: 1 στοιχείο Β (ερωτήσεις 1-5), 1 στοιχείο Γ (ερωτήσεις 6-7), 2 Δ στοιχεία (ερωτήσεις 8-14), 2 Ε στοιχεία (ερωτήσεις 15-20). Αυτή η διάγνωση ωστόσο δεν αντικαθιστά το ιδανικό πρότυπο διάγνωσης που προκύπτει από την κλινική συνέντευξη με τον εξειδικευμένο επαγγελματία (Weathers et al., 2013). Το PCL-5 βάση μελετών αποτελεί μία αποδεκτή μέτρηση των συμπτωμάτων PTSD και παρουσιάζει ισχυρή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Blevins, Weathers, Davis, Witte & Domino, 2015).

SPSS

Για την ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν χρησιμοποιήσαμε το λογισμικό επεξεργασίας στατιστικών δεδομένων SPSS (Ζαφειρόπουλος & Μυλωνάς, 2018). Οι κλίμακες αναλύονται παρακάτω. Να σημειωθεί, πως όταν μιλάμε για σοβαρότητα στην κλίμακα μία διαταραχής, αναφερόμαστε στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που συνδέονται με την εκάστοτε διαταραχή, χωρίς αυτή η σοβαρότητα να αποτελεί διάγνωση. Για τις μεταβλητές της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα DASS-21, για της μοναξιάς η UCLA και για της μεταβλητές του μετατραυματικού στρες η κλίμακα PCL-5. Να σημειωθεί πως στον έλεγχο χ^2 , όταν το sig είναι μικρότερο του 0,05 τότε υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, ενώ όταν είναι μεγαλύτερο από 0,05 τότε δεν υφίσταται σχέση. Στην αξιοπιστία των εργαλείων, για να θεωρείται πως ένα εργαλείο παρουσιάζει εγκυρότητα και αξιοπιστία πρέπει το α του Cronbach να είναι μεγαλύτερο ή ίσο του 0,7.

Πίνακας 1. DASS-21 κλίμακα για τη μέτρηση της κατάθλιψης, του άγχους και τους στρες.

1. Έβρισκα δύσκολο το να ηρεμήσω.	0	1	2	3	Σ
2. Ένιωσα το στόμα μου να στεγνώνει.	0	1	2	3	A
3. Ένιωσα σαν να μην μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα.	0	1	2	3	K
4. Αντιμετώπισα δυσκολία στην αναπνοή (π.χ. υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, δύσπνοια παρά την απουσία σωματικής άσκησης).	0	1	2	3	A
5. Μου φάνηκε δύσκολο να λάβω πρωτοβουλίες για να κάνω πράγματα	0	1	2	3	K
6. Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά σε καταστάσεις.	0	1	2	3	Σ

Πτυχιακή Εργασία των Βλάχου, Τραγουστή, Χαρίσκου

7. Αισθάνθηκα τρέμουλο (π.χ. στα χέρια).	0	1	2	3	A
8. Ένιωσα πολύ νευρικός-ή.	0	1	2	3	Σ
9. Ανησυχούσα για καταστάσεις στις οποίες ενδέχεται να πανικοβαλλόμουν και να γινόμουν ρεζίλι στους άλλους.	0	1	2	3	A
10. Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσδοκώ	0	1	2	3	K
11. Ένιωσα ταραγμένος-η	0	1	2	3	Σ
12. Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω.	0	1	2	3	Σ
13. Ένιωσα κακόκεφος/η και θλιμμένος-η.	0	1	2	3	K
14. Δεν ανεχόμουν οτιδήποτε με εμπόδιζε να συνεχίσω εκείνο που έκανα.	0	1	2	3	Σ
15. Ένιωσα ότι βρισκόμουν στα πρόθυρα του πανικού.	0	1	2	3	A
16. Μου ήταν αδύνατο να ενθουσιαστώ με οτιδήποτε.	0	1	2	3	K
17. Ένιωσα ότι δεν άξιζα ως άτομο.	0	1	2	3	K
18. Ένιωσα μάλλον ευερέθιστος-η.	0	1	2	3	Σ
19. Ένιωθα τους χτύπους της καρδιάς μου ακόμα και παρά την απουσία σωματικής άσκησης (π.χ. αίσθηση αύξησης των καρδιακών παλμών, αρρυθμία).	0	1	2	3	A

20. Ένωσα τρομαγμένος-η χωρίς σοβαρό λόγο.	0	1	2	3	A
21. Ένωσα ότι η ζωή δεν έχει νόημα	0	1	2	3	K

* Όπου K είναι στοιχείο της υποκατηγορίας της κατάθλιψης, όπου A είναι στοιχείο της υποκατηγορίας του άγχους, όπου Σ είναι στοιχείο της υποκατηγορίας του στρες

Πίνακας 3. DASS-21 βαθμολογίες σοβαρότητας για κάθε υποκλίμακα

Σοβαρότητα	DASS-21 D	DASS-21 A	DASS-21 S
Κανονική	0-9	0-7	0-14
Ήπια	10-13	8-9	15-18
Διαχειρίσιμη	14-20	10-14	19-25
Σοβαρή	21-27	15-19	26-33
Πολύ σοβαρή	28+	20+	34+

Να σημειωθεί πως οι παραπάνω ετικέτες «χρησιμοποιούνται για να χαρακτηρίσουν το πλήρες εύρος των βαθμολογιών στον πληθυσμό», επομένως κάποιος που έχει την ετικέτα «ήπιο» βρίσκεται «πάνω από το μέσο όρο του πληθυσμού, αλλά εξακολουθεί να είναι πολύ κάτω από την τυπική σοβαρότητα των ατόμων που ζητούν βοήθεια». Θα μπορούσαμε να πούμε πως αυτό το άτομο χαρακτηρίζεται από διαταραχή σε «ήπια» επίπεδα (Lovibond & Lovibond, 1995).

Πίνακας 4. UCLA Κλίμακα για τη μέτρηση της μοναξιάς.

1. Νιώθω δυστυχισμένος-η που κάνω τόσα πράγματα μόνος-η μου	Συχνά Φορές	Μερικές Σπάνια Ποτέ
---	----------------	------------------------

2. Δεν έχω κανέναν να μιλήσω.	Συχνά Φορές Σπάνια Ποτέ	Μερικές
3. Δεν αντέχω να είμαι τόσο μόνος-η	Συχνά Φορές Σπάνια Ποτέ	Μερικές
4. Μου λείπει η συντροφιά/παρέα	Συχνά Φορές Σπάνια Ποτέ	Μερικές
5. Νιώθω ότι κανείς δεν με καταλαβαίνει πραγματικά.	Συχνά Φορές Σπάνια Ποτέ	Μερικές
6. Πιάνω τον εαυτό μου να περιμένει τους άλλους να τηλεφωνήσουν ή να στείλουν μήνυμα.	Συχνά Φορές Σπάνια Ποτέ	Μερικές
7. Δεν υπάρχει κανένας στον οποίο να μπορώ να απευθυνθώ.	Συχνά Φορές Σπάνια Ποτέ	Μερικές
8. Δεν είμαι πια κοντά με κανέναν.	Συχνά Φορές Σπάνια Ποτέ	Μερικές
9. Οι γύρω μου δεν συμμερίζονται τις ιδέες και τα ενδιαφέροντά μου.	Συχνά Φορές Σπάνια Ποτέ	Μερικές
10. Νιώθω εγκαταλελειμμένος-η	Συχνά Φορές Σπάνια Ποτέ	Μερικές
11. Νιώθω εντελώς μόνος-η.	Συχνά Φορές Σπάνια Ποτέ	Μερικές
12. Δεν είμαι σε θέση να επικοινωνήσω με τους γύρω μου.	Συχνά Φορές Σπάνια Ποτέ	Μερικές
13. Οι κοινωνικές σχέσεις μου είναι επιφανειακές.	Συχνά Φορές Σπάνια Ποτέ	Μερικές

14. Πεθαίνω για συντροφιά.	Συχνά Φορές	Μερικές Σπάνια Ποτέ
15. Κανένας πραγματικά δεν με γνωρίζει καλά.	Συχνά Φορές	Μερικές Σπάνια Ποτέ
16. Νιώθω απομονωμένος-η από τους άλλους.	Συχνά Φορές	Μερικές Σπάνια Ποτέ
17. Είμαι δυστυχισμένος-η που είμαι τόσο απομονωμένος-η.	Συχνά Φορές	Μερικές Σπάνια Ποτέ
18. Είναι δύσκολο για μένα να κάνω φίλους.	Συχνά Φορές	Μερικές Σπάνια Ποτέ
19. Αισθάνομαι αποκλεισμένος-η από τους άλλους.	Συχνά Φορές	Μερικές Σπάνια Ποτέ
20. Οι άνθρωποι είναι γύρω μου αλλά όχι μαζί μου	Συχνά Φορές	Μερικές Σπάνια Ποτέ

*Συχνά=3, Μερικές φορές=2, Σπάνια=1, Ποτέ=0

Σύμφωνα με τον Weathers τα στοιχεία- προβλήματα στη λίστα του **PCL-5** είναι τα εξής:

1.Επαναλαμβανόμενες, ενοχλητικές και ανεπιθύμητες σκέψεις από την στρεσογόνο εμπειρία

2. Επαναλαμβανόμενα και ενοχλητικά όνειρα που προκύπτουν από την στρεσογόνο εμπειρία

3.Το να αισθάνεστε ξαφνικά ή να συμπεριφέρεστε σαν η στρεσογόνος εμπειρία να ξανασυμβαίνει στην πραγματικότητα (σαν να ήσουν πίσω τη στιγμή που το βίωσες)

4. Το να αισθάνεστε έντονη αναστάτωση όταν κάτι σας θυμίζει τη στρεσογόνα εμπειρία
5. Έντονες σωματικές αντιδράσεις όταν κάτι σας θυμίζει τη στρεσογόνα εμπειρία (καρδιοχτύπι, δύσπνοια, εφίδρωση) ,
6. Το να αποφεύγετε αναμνήσεις, σκέψεις και όνειρα που συσχετίζονται με την στρεσογόνο εμπειρία
7. Το να αποφεύγετε εξωτερικά ερεθίσματα που υπενθυμίζουν την στρεσογόνο εμπειρία
8. Τη δυσκολία να θυμηθείτε σημαντικά μέρη της στρεσογόνου εμπειρίας
9. Έχετε αρνητικά πιστεύω για τον εαυτό σας, τους άλλους και γενικότερα τον κόσμο (πχ. να έχετε σκέψεις όπως: Είμαι κακιά, κάτι κακό συμβαίνει με εμένα, κανείς δεν με εμπιστεύεται, ο κόσμος είναι επικίνδυνος)
10. Κατηγορείτε τον εαυτό σας ή κάποιον άλλον για την στρεσογόνα εμπειρία ή για ότι συνέβη μετά από αυτή
11. Νιώθετε έντονα αρνητικά συναισθήματα, όπως φόβο, θυμό, ενοχή ή ντροπή
12. Έχετε χάσει το ενδιαφέρον σας για δραστηριότητες που συνηθίζατε να απολαμβάνετε
13. Αισθάνεστε απομονωμένος ή απόμακρος από τους άλλους ανθρώπους
14. Τη δυσκολία να νιώσετε θετικά συναισθήματα (π.χ., αδυναμία να νιώσετε χαρούμενος ή να νιώσετε αγάπη για τους ανθρώπους που είναι κοντά σας)
15. Νιώθετε ευέξαπτος θυμωμένος, και με εκρήξεις θυμού
16. Λαμβάνετε πολλά ρίσκα ή κάνετε πράγματα τα οποία να μπορούσαν να σας βλάψουν
17. Είστε ανήσυχος ή επιφυλακτικός
18. Αισθάνεστε νευρικός ή τρομάζετέ εύκολα
19. Αντιμετωπίζετε δυσκολία στο να συγκεντρωθείτε
20. Αντιμετωπίζετε δυσκολία στο να αποκοιμηθείτε ή στο να παραμείνετε ξύπνιος

Αξιοπιστία και η εγκυρότητα των εργαλείων στην δική μας έρευνα.

Στο δείγμα μας η χρήση της κλίμακας PCL-5 για την μεταβλητή του μετατραυματικού στρες παρουσίασε άριστη αξιοπιστία και εγκυρότητα με το Cronbach's $\alpha=0,935$, η κλίμακα του DASS-21 για το άγχος καλή αξιοπιστία (α Cronbach=0,852), η ίδια κλίμακα για το στρες και την κατάθλιψη αποδεκτή αξιοπιστία (0,777) και καλή αξιοπιστία (0,892) αντίστοιχα και τέλος η κλίμακα UCLA για τη μεταβλητή της μοναξιάς παρουσίασε άριστη αξιοπιστία με το α του Cronbach να είναι 0,945. Επομένως όλα τα εργαλεία κρίθηκαν αξιόπιστα. Να σημειωθεί πως τα ίδια εργαλεία σε διαφορετικό δείγμα, μπορεί να εμφανίσουν διαφορετική αξιοπιστία.

Περιορισμοί Έρευνας

Οι περιορισμοί που υπήρχαν στην συγκεκριμένη έρευνα είναι ότι το δείγμα ήταν μικρό (58 απαντήσεις στο διαδικτυακό ερωτηματολόγιο), υπήρχε υπό συμμετοχή από τον ανδρικό πληθυσμό όπως και από άτομα που δεν προσδιόριζαν το φύλο τους σε αντίθεση με το γυναικείο πληθυσμό που συμμετείχε σε αρκετό βαθμό (το δείγμα αποτελούνταν από 47 γυναίκες, 10 άντρες και ένα άτομο το οποίο δεν προσδιόριζε το φύλο του). Ακόμη κάποια άτομα δεν απάντησαν σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με αποτέλεσμα οι απαντήσεις τους να μην συμπεριληφθούν στα αποτελέσματα. Για τους παραπάνω λόγους τα αποτελέσματα δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ως αντιπροσωπευτικά.

Η συγκέντρωση των δεδομένων που μας ενδιαφέρουν έγινε με τη χρήση διαδικτυακού ερωτηματολογίου το οποίο δημιουργήθηκε μέσω της πλατφόρμας Preview Survey- Qualtrics, για τη μελέτη της κατάθλιψης, του άγχους, τους στρες, της μοναξιάς και του μετατραυματικού στρες. Η συμπλήρωσή του έπαιρνε από 15 έως 20 λεπτά και δίνονταν η δυνατότητα στους συμμετέχοντες, όταν δεν το επιθυμούσαν, να μην απαντήσουν σε κάποιες ερωτήσεις καθώς και να διακόψουν τη συμμετοχή τους οποιαδήποτε στιγμή. Παράλληλα υπήρξε η παράκληση σε περίπτωση οποιασδήποτε δυσφορίας από πλευράς του συμμετέχοντα, να διακοπεί η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Οι συμμετέχοντες συναίνεσαν στη δήλωση γραπτής συγκατάθεσης ενημέρωσης και οι απαντήσεις τους στους παραπάνω θεματικούς άξονες, διασφαλιζόνταν από εχεμύθεια και ανωνυμία.

4.1 Αποτελέσματα

Περιγραφή πληθυσμού έρευνας

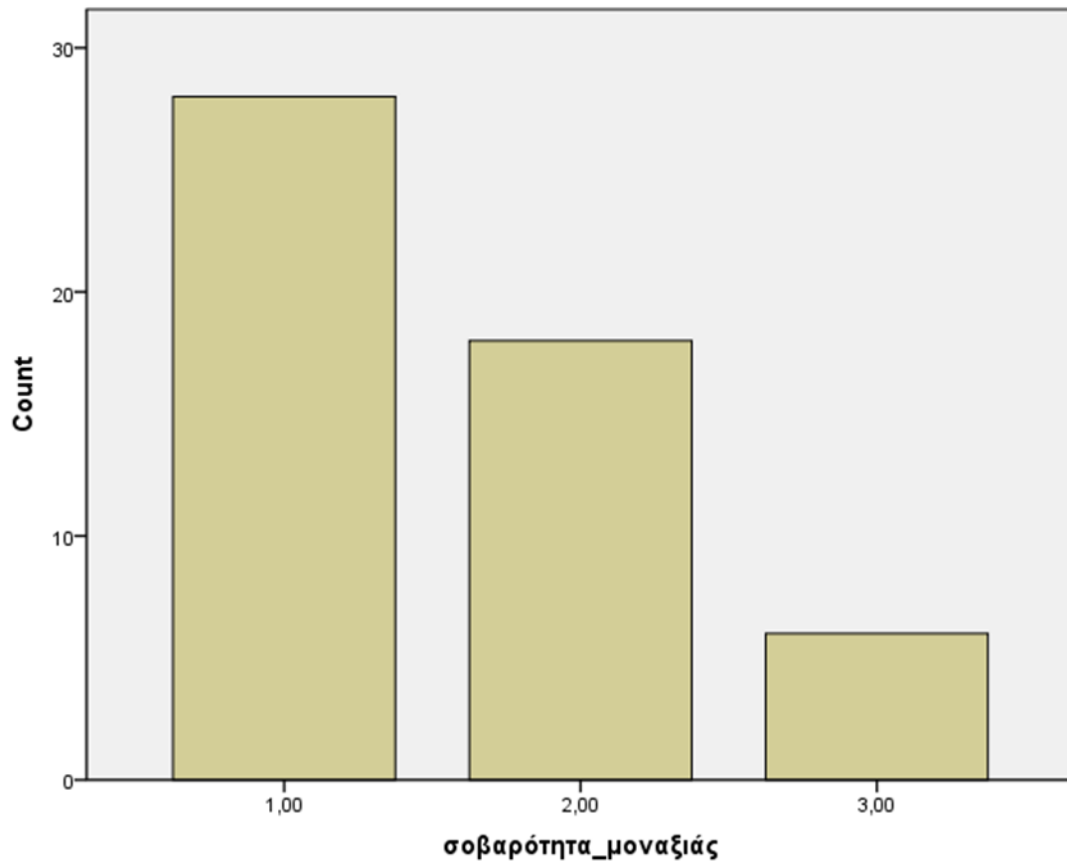
Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε συμμετείχαν συνολικά 58 άτομα, εκ των οποίων το 77% αποτελούνταν από γυναίκες, το 16,4% από άντρες και το 1,6% δεν επιθυμούσε να προσδιορίσει το φύλο του.

1. Το δεύτερο lockdown επέφερε στους φοιτητές αυξημένα επίπεδα μοναξιάς, τα οποία σχετίζονται θετικά με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και μετατραυματικού στρες.

Αρχικά, χρησιμοποιώντας την εντολή frequencies για τα ποιοτικά δεδομένα στο spss, για να δούμε κατά πόσο συσχετίζεται η ιδιότητα του φοιτητή με τη μοναξιά, πήραμε ως output πως το 45,9% των φοιτητών στο δείγμα δεν παρουσίασαν μοναξιά, το 29,2% είχαν χαμηλό επίπεδο μοναξιάς, το 9,8% διαχειρίσιμο επίπεδο μοναξιάς, ενώ κανένας φοιτητής δεν παρουσίαζε υψηλά διαχειρίσιμα επίπεδα μοναξιάς. Αυτή η μοναξιά φάνηκε να συσχετίζεται με το στρες των φοιτητών καθώς εφαρμόζοντας τον έλεγχο χ^2 μεταξύ μοναξιάς και στρες πήραμε output με sig 0,011 - δηλαδή μικρότερο του 0,05 , πράγμα που μας υποδεικνύει πως υπάρχει σχέση μεταξύ αυτών των δύο μεταβλητών. Συγκεκριμένα, οι φοιτητές που είχαν χαμηλά επίπεδα μοναξιάς παρουσίασαν στο 42,9% και σοβαρό στρες και στο 66,7% πολύ σοβαρό στρες. Επίσης οι φοιτητές που παρουσίασαν διαχειρίσιμα επίπεδα μοναξιάς στο 42,9% είχαν παράλληλα σοβαρό στρες και στο 33,3% πολύ σοβαρό στρες.

Εξετάζοντας στη συνέχεια τη σχέση ανάμεσα στο μετατραυματικό στρες και τη μοναξιά πήραμε ως output sig 0,001 πράγμα που φανερώνει την ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στην μοναξιά και το μετατραυματικό στρες. Αναλυτικότερα, όπως φαίνεται στον Πίνακα 4.1.2 για τη μοναξιά των φοιτητών στο δείγμα μας, το 42,9% των φοιτητών που είχε χαμηλό επίπεδο μοναξιάς παρουσίαζε και υψηλό επίπεδο σοβαρότητας συμπτωμάτων PTSD καθώς και το 35,7% που είχε διαχειρίσιμο επίπεδο μοναξιάς παρουσίαζε υψηλό επίπεδο σοβαρότητας συμπτωμάτων PTSD.

Σχήμα 4.1.1 Μοναζιά του δείγματος



**Κωδικοποίηση: 1,00 δεν είχαν μοναζιά 2,00= χαμηλό επίπεδο μοναζιάς, 3,00=διαχειρίσιμο επίπεδο μοναζιάς (το 4,00= υψηλά διαχειρίσιμα επίπεδα μοναζιάς, δεν παρατίθεται καθώς δεν υπήρχε φοιτητής να παρουσίασε υψηλά διαχειρίσιμα επίπεδα μοναζιάς).*

Εξετάζοντας τη σχέση ανάμεσα στη κατάθλιψη και την μοναξιά με τον έλεγχο χ^2 πήραμε ως output sig 0,010 γεγονός που αποδεικνύει την ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στη μοναξιά και την κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα, το 20% των φοιτητών που είχε σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης δεν είχε καθόλου μοναξιά, το 60% με σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης βρίσκονταν σε χαμηλό επίπεδο μοναξιάς ενώ το 20% σε διαχειρίσιμο επίπεδο μοναξιάς. Το 20,0% των φοιτητών με πολύ σοβαρά συμπτώματα δε είχε καθόλου μοναξιά, το 40,0% με πολύ σοβαρά συμπτώματα ήταν χαμηλό επίπεδο μοναξιάς και το 40,0% σε διαχειρίσιμο επίπεδο μοναξιάς. Είναι αναγκαίο να σημειωθεί πως κανείς από το δείγμα μας με σοβαρά συμπτώματα αλλά και με πολύ σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης δεν παρουσίασε υψηλό αλλά διαχειρίσιμο επίπεδο μοναξιάς.

Άγχος και Μοναξιά

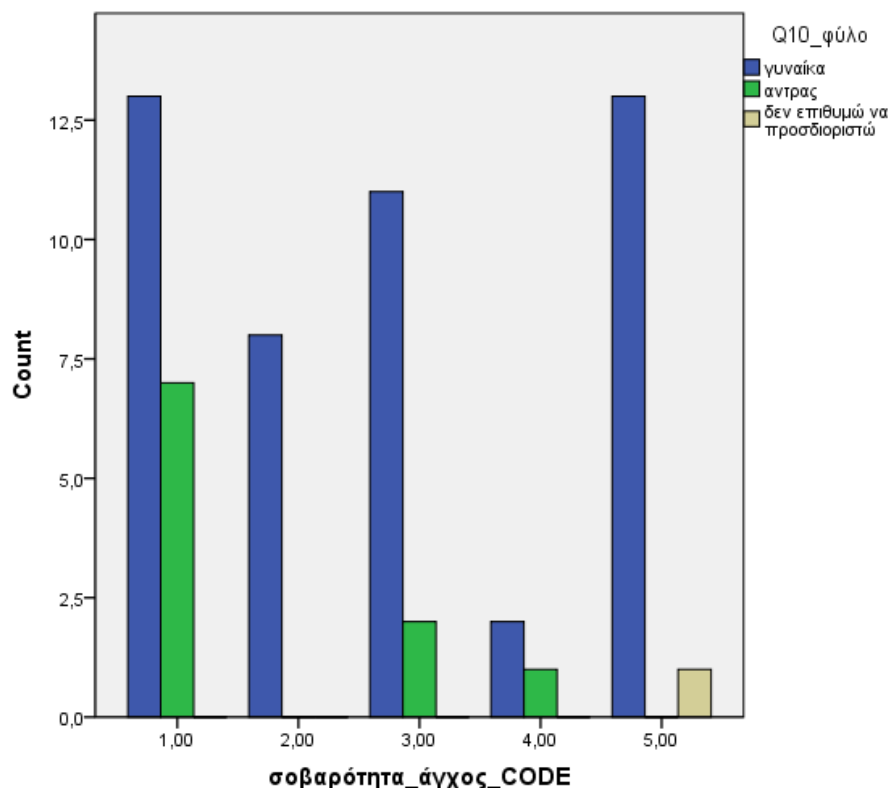
Συσχετίζοντας με τον έλεγχο χ^2 το άγχος με την μοναξιά πήραμε στο output sig 0,069 γεγονός που φανερώνει πως δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στο άγχος και τη μοναξιά. Το 65% που δεν είχε καθόλου μοναξιά βρίσκονταν σε κανονικό επίπεδο άγχους όπως και το 35% που είχε χαμηλό επίπεδο μοναξιάς. Το 71,4% που δεν είχε καθόλου μοναξιά βρίσκονταν σε ήπιο επίπεδο άγχους. Το ίδιο και το 28.6% των φοιτητών που βρίσκονταν σε χαμηλό επίπεδο μοναξιάς. Το 50% του δείγματος που δεν είχε καθόλου μοναξιά βρίσκονταν σε διαχειρίσιμο επίπεδο άγχους, το 20% με χαμηλό επίπεδο μοναξιάς σε διαχειρίσιμο επίπεδο άγχους όπως και το 30% που ήταν σε διαχειρίσιμα επίπεδα μοναξιάς. Το 100% του δείγματος που δεν είχε καθόλου μοναξιά βρίσκονταν σε σοβαρό επίπεδο άγχους, το 23,1 που δεν είχε καθόλου μοναξιά βρίσκονταν σε πολύ σοβαρό επίπεδο άγχους. Το 53,8 που είχε χαμηλό επίπεδο μοναξιάς ήταν σε πολύ σοβαρό επίπεδο άγχους. Το 23,1% που είχε διαχειρίσιμο επίπεδο μοναξιάς ήταν σε πολύ σοβαρό επίπεδο άγχους. Κανείς από το δείγμα μας δεν παρουσίασε υψηλά διαχειρίσιμα επίπεδα μοναξιάς.

2. Το φύλο συσχετίζεται με την αύξηση της κατάθλιψης, άγχους και μετατραυματικού στρες στο δεύτερο Lockdown.

Φύλο και άγχος

Εφαρμόζοντας τον έλεγχο χ^2 πήραμε ως output γενικά για το φύλο πως το 34,50% βρίσκοντας σε κανονικά επίπεδα άγχους, το 13,8% σε ήπιο άγχος, το 22,4% σε διαχειρίσιμο άγχος, το 5,2% σε σοβαρό άγχος και το 24,1% σε πολύ σοβαρά επίπεδα άγχους. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες στο 27,7% είχαν κανονικό άγχος, στο 17,0% ήπιο άγχος, στο 23,4% διαχειρίσιμο άγχος, στο 4,3% σοβαρό άγχος και στο 27,7% πολύ σοβαρό άγχος. Από την άλλη στους άνδρες το 70,0% είχε κανονικά επίπεδα άγχους, το 0,0% ήπιο άγχος, το 20,0% διαχειρίσιμο άγχος, το 10,0% σοβαρό άγχος ενώ κανένας άνδρας στο δείγμα δε φάνηκε να παρουσιάζει πολύ σοβαρό άγχος (0,0% όπως φαίνεται στον πίνακα). Από άτομα που δεν επιθυμούσαν να προσδιοριστεί το φύλο τους στο 100,0% είχαν πολύ σοβαρό άγχος. Στα παραπάνω ευρήματα το sig ήταν 0,134 επομένως δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στο φύλο και στο άγχος.

Σχήμα 4.1.2 Φύλο και άγχος

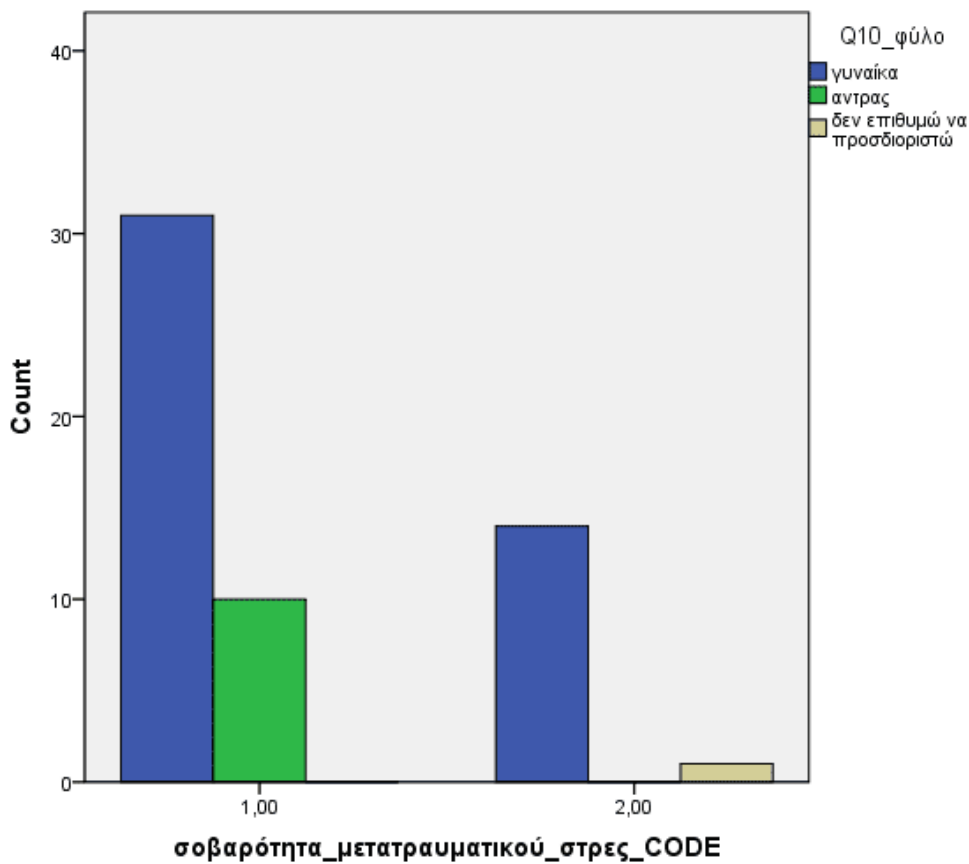


*Κωδικοποίηση: 1,00=κανονικό, 2,00= ήπιο, 3,00=διαχειρίσιμο, 4,00=σοβαρό, 5,00= πολύ σοβαρό

Φύλο και μετατραυματικό στρες (PTSD) (έλεγχος χ^2)

Στο δείγμα μας, αναφορικά με το φύλο βρέθηκε πως το 73,2% δεν είχε σοβαρό επίπεδο συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες ενώ το 26,8% είχε. Στις γυναίκες το 68,9% δεν είχαν σοβαρά συμπτώματα PTSD ενώ το 31,1% είχε. Στους άνδρες το 100,0% του δείγματός μας δεν παρουσίασε σοβαρά επίπεδα συμπτωμάτων PTSD. Σε αντίθεση με τους άνδρες, άτομα που δεν προσδιόριζαν το φύλο τους βρέθηκαν να έχουν στο 100,0% σοβαρά συμπτώματα PTSD (Πίνακας). Με το sig να είναι 0,033 φαίνεται πως το φύλο και η ύπαρξη σοβαρότητας συμπτωμάτων PTSD έχουν σχέση.

Σχήμα 4.1.3 Φύλο και μετατραυματικό στρες του δείγματος



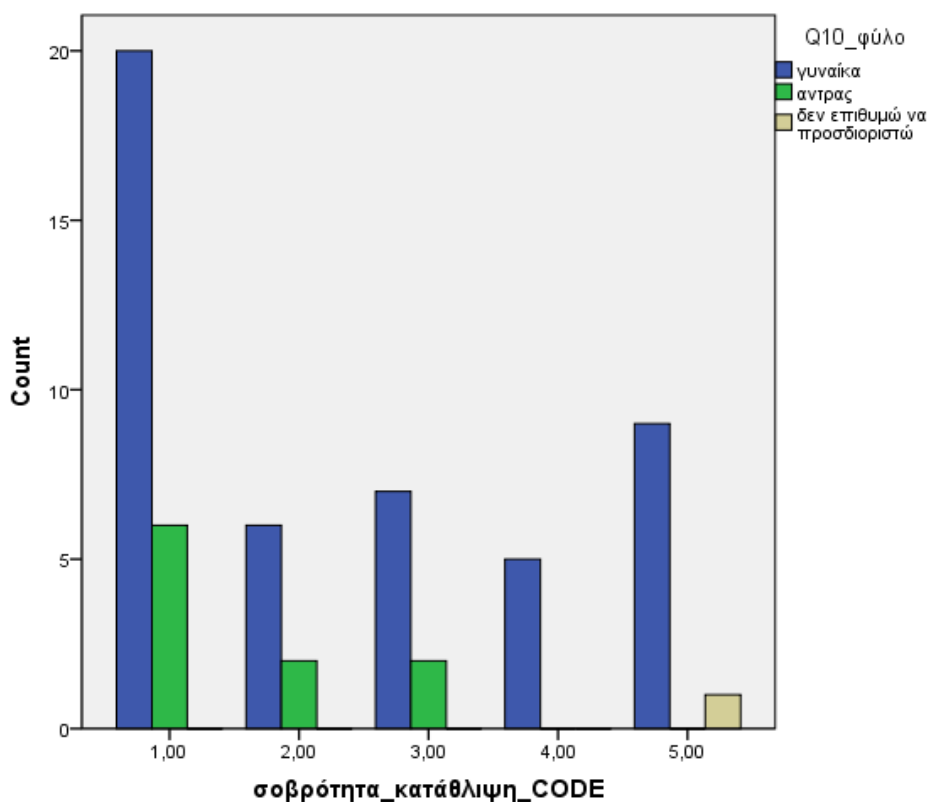
*Κωδικοποίηση: 1,00=Δεν είχαν σοβαρά συμπτώματα, 2,00= είχαν σοβαρά συμπτώματα

Φύλο και Κατάθλιψη

Χρησιμοποιώντας τον έλεγχο χ^2 , ο οποίος είναι έλεγχος για 2 ποιοτικές μεταβλητές, τα αποτελέσματα που πήραμε για το φύλο ήταν πως το 44,8% των ατόμων βρίσκονταν σε κανονικά επίπεδα κατάθλιψης, το 13,8% σε ήπια επίπεδα, το 15,5% σε διαχειρίσιμα επίπεδα, το 8,6% σε σοβαρά επίπεδα και το 17,2% σε πολύ σοβαρά επίπεδα. Ειδικότερα, το 42,6% των γυναικών βρίσκονταν σε κανονικά επίπεδα κατάθλιψης, το 12,6% σε ήπια επίπεδα κατάθλιψης, το 14,9% σε διαχειρίσιμα επίπεδα, το 10,6% βρίσκονταν σε σοβαρά επίπεδα και το 19,1% σε πολύ σοβαρά επίπεδα. Σε αντίθεση με τον γυναικείο πληθυσμό το 60% του ανδρικού πληθυσμού βρίσκονταν σε κανονικό επίπεδο κατάθλιψης, το 20% σε ήπιο επίπεδο, το 20% σε διαχειρίσιμο ενώ κανένας από τον ανδρικό πληθυσμό δεν παρουσίασε ούτε σοβαρά ούτε και πολύ σοβαρά επίπεδα

κατάθλιψης. Στο δείγμα μας εκτός από τον ανδρικό και τον γυναικείο πληθυσμό υπήρχε και ένα ακόμη άτομο το οποίο δεν επιθυμούσε να προσδιορίσει το φύλο του το οποίο παρουσίασε 100% πολύ σοβαρά επίπεδα κατάθλιψης. Στο συγκεκριμένο εύρημα το sig ήταν 0,365 δηλαδή μεγαλύτερο από το 0,05, οπότε συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στο φύλο και στη κατάθλιψη.

Σχήμα 4.1.4 Φύλο και κατάθλιψη του δείγματος



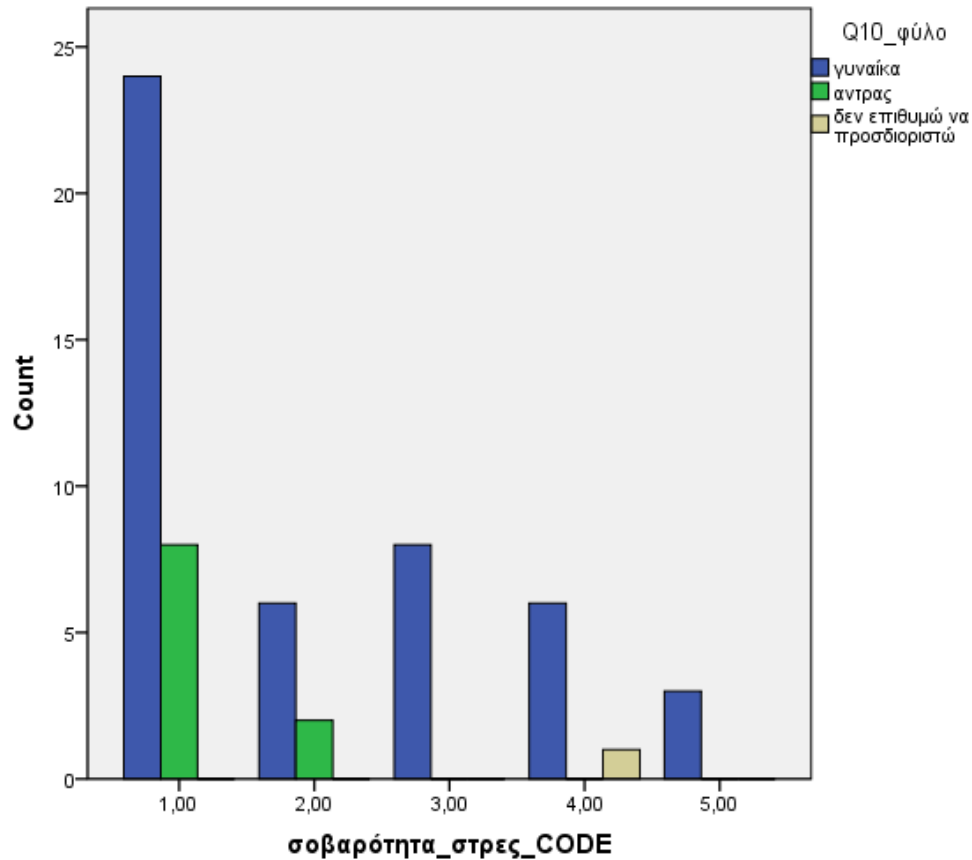
*Κωδικοποίηση: 1,00=κανονικό, 2,00 ήπιο, 3,00=διαχειρίσιμο, 4,00=σοβαρό, 5,00 πολύ σοβαρό

Φύλο και Στρες

Χρησιμοποιώντας τον έλεγχο χ^2 βρήκαμε πως το 55,2% του δείγματος μας είχε κανονικό επίπεδο στρες, το 13,8% ήπιο, το 13,8% διαχειρίσιμο, το 12,1% σοβαρό και το 5,2% πολύ σοβαρό. Πιο συγκεκριμένα, το 51,1% των γυναικών βρίσκονταν σε κανονικό επίπεδο, το 12,8 σε ήπιο επίπεδο, το 17% σε διαχειρίσιμο, το 18,8% σε σοβαρό και το 6,4% σε πολύ σοβαρό επίπεδο. Σε αντίθεση με τον γυναικείο πληθυσμό το 80% του ανδρικού πληθυσμού βρίσκονταν σε κανονικό επίπεδο στρες και το 20% σε ήπιο επίπεδο ενώ κανείς δεν βρισκονταν σε διαχειρίσιμο, σοβαρό και πολύ σοβαρό επίπεδο. Στο δείγμα μας υπήρχε και ένα άτομο το οποίο δεν επιθυμούσε να

προσδιορίζει το φύλο του το οποίο βρίσκονταν σε σοβαρό επίπεδο στρες σε ποσοστό 100% (Πίνακα). Ανάμεσα στο φύλο και το στρες δεν υπάρχει συσχέτιση καθώς το sig είναι 0,131.

Σχήμα 4.1.5 Φύλο και στρες του δείγματος



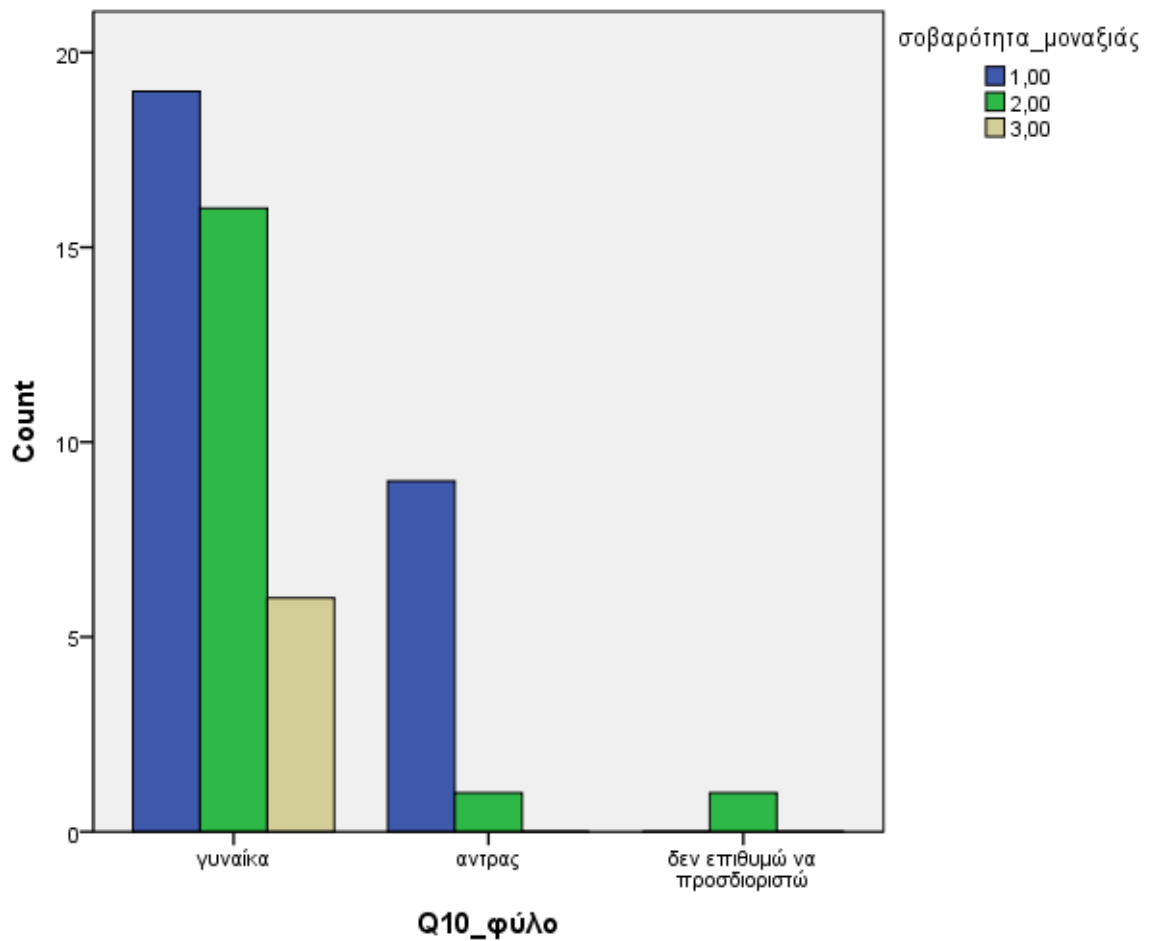
*Κωδικοποίηση: 1,00= κανονικό, 2,00= ήπιο, 3,00= διαχειρίσιμο, 4,00- σοβαρό, 5,00- πολύ σοβαρό.

Φύλο και Μοναξιά

Με την χρήση του χ^2 βρήκαμε πως το 53,8% του δείγματος μας δεν είχε καθόλου μοναξιά, το 34,6% είχε χαμηλό επίπεδο μοναξιάς και 11,5% είχε διαχειρίσιμο επίπεδο μοναξιάς ενώ κανείς

από το δείγμα μας δεν βρίσκονταν σε υψηλό αλλά διαχειρίσιμο επίπεδο. Συγκεκριμένα, το 46,3% των γυναικών δεν είχε καθόλου μοναξιάς σε αντίθεση με τους άνδρες που ήταν στο 90%, το 39% των γυναικών είχε χαμηλό επίπεδο μοναξιάς ενώ οι άνδρες 10% και το 14,6 % των γυναικών ήταν σε διαχειρίσιμο επίπεδο ενώ κανείς από τους άνδρες δεν είχε διαχειρίσιμο επίπεδο μοναξιάς. Στο δείγμα μας υπήρχε και ένα άτομο το οποίο δεν επιθυμούσε να προσδιορίσει το φύλο του το οποίο είχε χαμηλό επίπεδο μοναξιάς. (Πίνακας). Ανάμεσα στις δύο μεταβλητές δεν υπάρχει συσχέτιση καθώς το sig είναι 0,084.

Σχήμα 4.1.6 Φύλο και μοναξιά του δείγματος



*Κωδικοποίηση Μοναξιάς: 1,00= δεν είχαν μοναξιά, 2,00= χαμηλό επίπεδο μοναξιάς, 3,00 διαχειρίσιμο επίπεδο

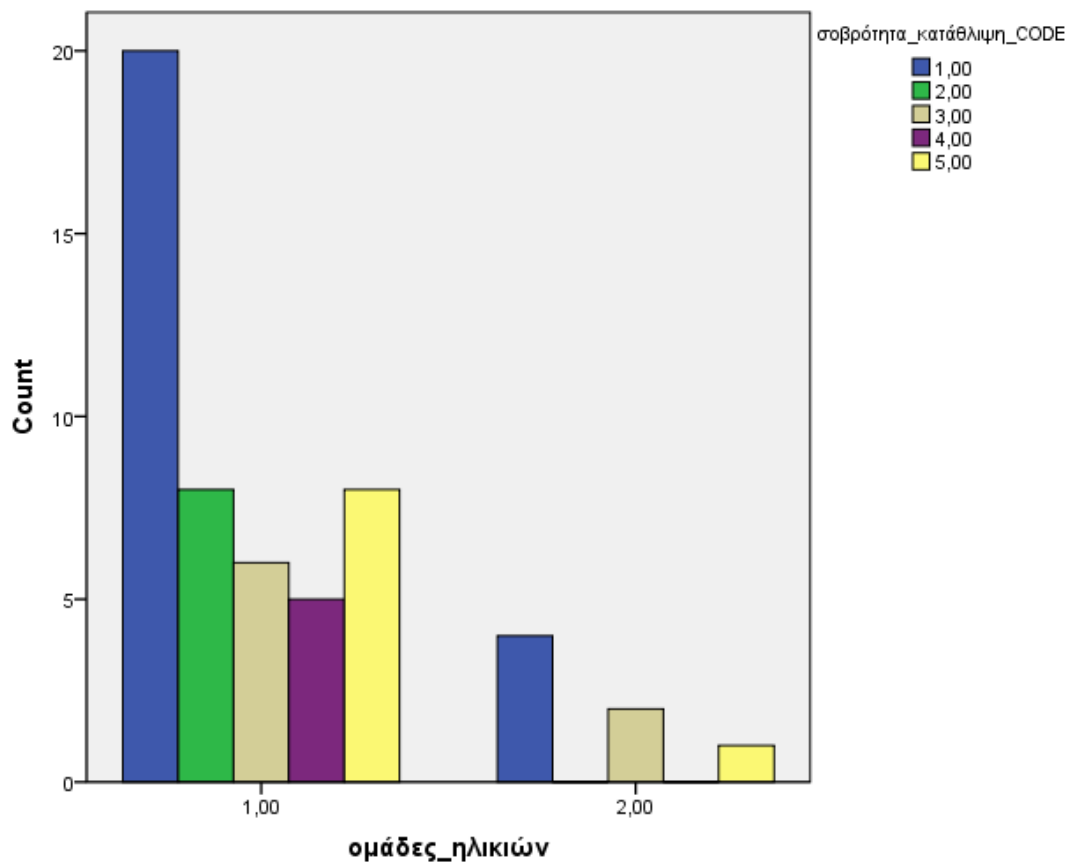
μοναξιάς (το 4,00= υψηλά διαχειρίσιμα επίπεδα μοναξιάς, δεν παρατίθεται καθώς δεν υπήρχε φοιτητής να παρουσίασε υψηλά διαχειρίσιμα επίπεδα μοναξιάς).

3. Η ηλικία έχει παίξει ρόλο στην εμφάνιση ψυχικής διαταραχής όπως η κατάθλιψη

Ηλικία και κατάθλιψη (έλεγχος χ^2)

Το δείγμα μας αποτελούνταν από φοιτητές ηλικίας 17 έως 45. Δημιουργήσαμε έτσι δύο κατηγορίες μία από 17 έως 25 και μία από 26 έως 45. Η πρώτη ηλικιακή κατηγορία (17-25), αναφορικά με την κατάθλιψη, μέσω του ελέγχου χ^2 μας έδωσε Output 42,6% σε κανονικό επίπεδο, 17,0% σε ήπια επίπεδα κατάθλιψης, 12,8 σε διαχειρίσιμα επίπεδα, 10,6 σε σοβαρά επίπεδα και 17,0 % σε πολύ σοβαρά επίπεδα. Η δεύτερη ηλικιακή κατηγορία (26-45) εμφάνισε στο 57,1% κανονικά επίπεδα, στο 0,0% ήπια επίπεδα κατάθλιψης, στο 28,6% διαχειρίσιμα, στο 0,0% σοβαρά και στο 14,3% πολύ σοβαρά επίπεδα κατάθλιψης. Το sig για τα παραπάνω ήταν 0,512 πράγμα που σημαίνει πως δεν υπήρχε σχέση ανάμεσα στην ηλικιακή κατηγορία και στην κατάθλιψη.

Σχήμα 4.1.7 Ηλικιακές κατηγορίες και κατάθλιψη του δείγματος



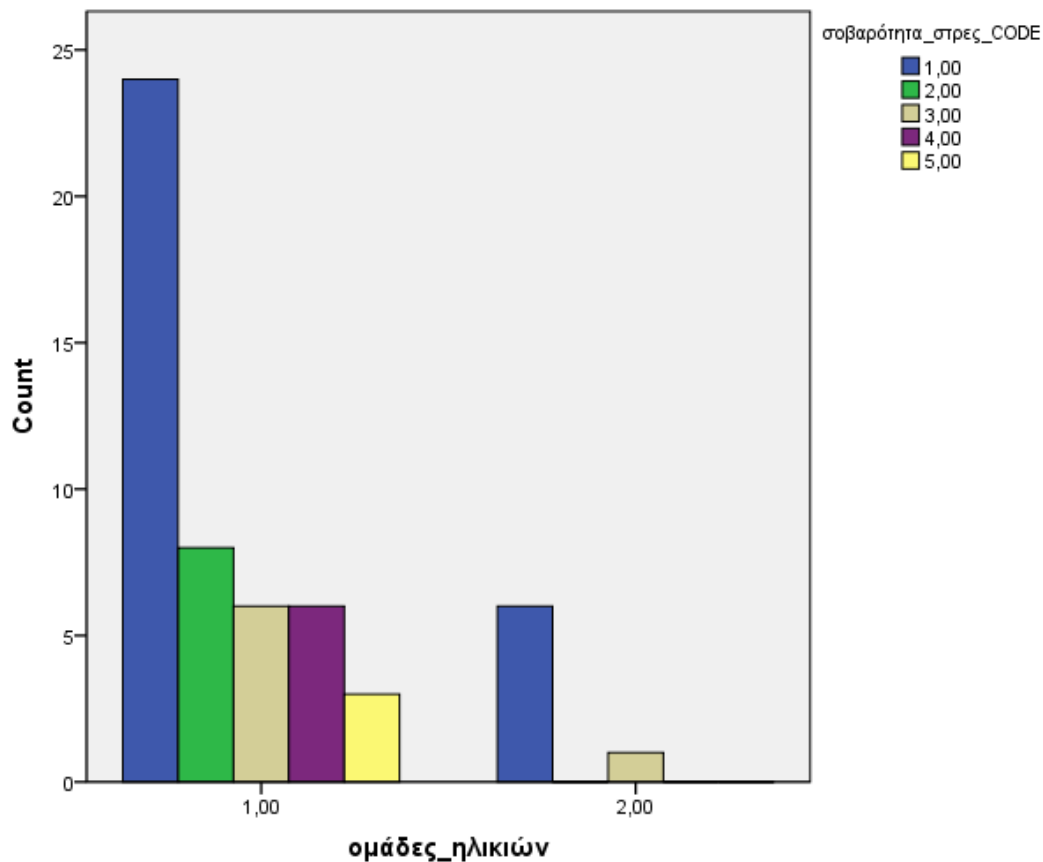
*Κωδικοποίηση: 1,00= κανονικό, 2,00= ήπιο, 3,00= διαχειρίσιμο, 4,00= σοβαρό, 5,00= πολύ σοβαρό

**Κωδικοποίηση(οριζόντια): 1,00= Ηλικία από 17-15, 2,00= Ηλικία από 26-45

Ηλικία και Στρες (έλεγχος χ^2 -output και sig)

Στην πρώτη ηλικιακή κατηγορία (17-25) το 51,1% των φοιτητών του δείγματός μας είχε κανονικό στρες, το 17,0% ήπιο, το 12,8% διαχειρίσιμο, το 12,8% σοβαρό και το 6,4% πολύ σοβαρό στρες. Στην δεύτερη ηλικιακή κατηγορία οι φοιτητές στο 85,7% παρουσίασαν κανονικό άγχος, στο 0,0% ήπιο, στο 14,3% διαχειρίσιμο, ενώ κανένας τους δεν παρουσίασε σοβαρό και πολύ σοβαρό άγχος (0,0% και στα δύο). Το sig για τα παραπάνω ευρήματα ήταν 0,425 επομένως δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ηλικία και το στρες.

Σχήμα 4.1.8 Ηλικιακές κατηγορίες και στρες του δείγματος



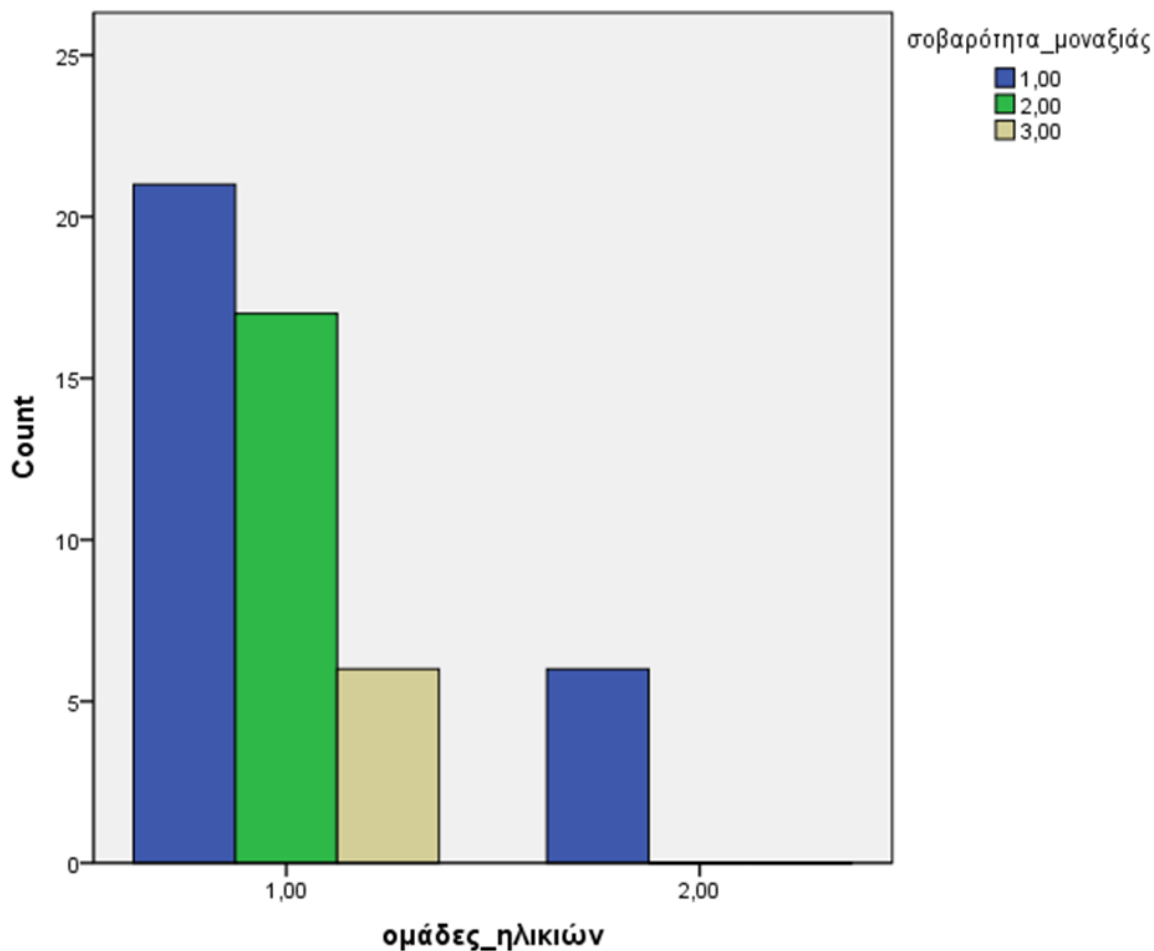
*Κωδικοποίηση: 1,00= κανονικό, 2,00= ήπιο, 3,00= διαχειρίσιμο, 4,00= σοβαρό, 5,00= πολύ σοβαρό**Κωδικοποίηση(οριζόντια): 1,00= Ηλικία από 17-15, 2,00= Ηλικία από 26-45

Ηλικία και Μοναξιά (έλεγχος χ^2 -output και sig)

Για τις ηλικίες από 17-25 (1^η ηλικιακή κατηγορία), το 47,7% αυτών δεν είχε μοναξιά, το 38,6% είχε χαμηλό επίπεδο μοναξιάς, και το 13,6 % είχε διαχειρίσιμο επίπεδο μοναξιάς. Από την άλλη, στις ηλικίες από 26-45 ετών (2^η ηλικιακή κατηγορία), το 100,0% δεν είχαν μοναξιά, επομένως κανένας τους δεν παρουσιάζει χαμηλό επίπεδο και διαχειρίσιμο επίπεδο μοναξιάς. Να

σημειωθεί επίσης, πως σε καμία από τις δύο ηλικιακές κατηγορίες δεν εμφανίστηκε φοιτητής που να έχει υψηλό διαχειρίσιμο επίπεδο μοναξιάς. Το sig για την ηλικία και την μοναξιά ήταν 0,055 επομένως δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα σε αυτές τις δύο μεταβλητές στο δείγμα μας.

Σχήμα 4.1.9 Ηλικιακές κατηγορίες και μοναξιά του δείγματος



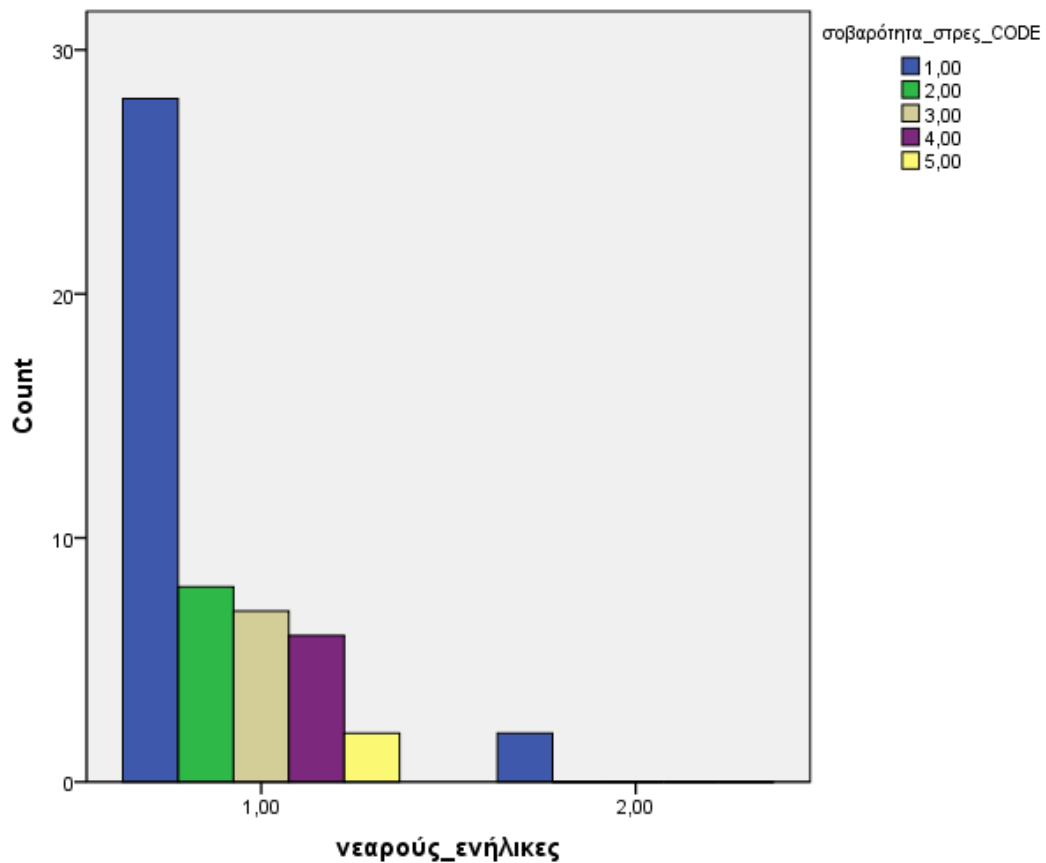
*Κωδικοποίηση: 1,00= δεν είχαν μοναξιά, 2,00= χαμηλό επίπεδο μοναξιάς, 3,00= διαχειρίσιμο επίπεδο μοναξιάς, (το 4,00= υψηλό διαχειρίσιμο επίπεδο μοναξιάς, παραλείπεται καθώς δεν υπήρχε φοιτητής που να παρουσίαζε υψηλό διαχειρίσιμο επίπεδο μοναξιάς).

**Κωδικοποίηση(οριζόντια): 1,00= Ηλικία από 17-15, 2,00= Ηλικία από 26-45

Νεαροί ενήλικες φοιτητές και στρες

Εφαρμόζοντας το chi-2 στο SPSS πήραμε ως output , πως το 54,9% των νεαρών ενηλίκων (δηλαδή ατόμων από 18-30) του δείγματός είχε κανονικό στρες, το 15,7% είχε ήπιο στρες, το 13,7% διαχειρίσιμο, το 11,8% σοβαρό και το 3,9% είχε πολύ σοβαρό στρες. Με το sig να είναι 0,810 δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της νεαρής ενήλικης ηλικίας των φοιτητών και του στρες.

Σχήμα 4.1.10 Νεαροί ενήλικες φοιτητές και στρες του δείγματος

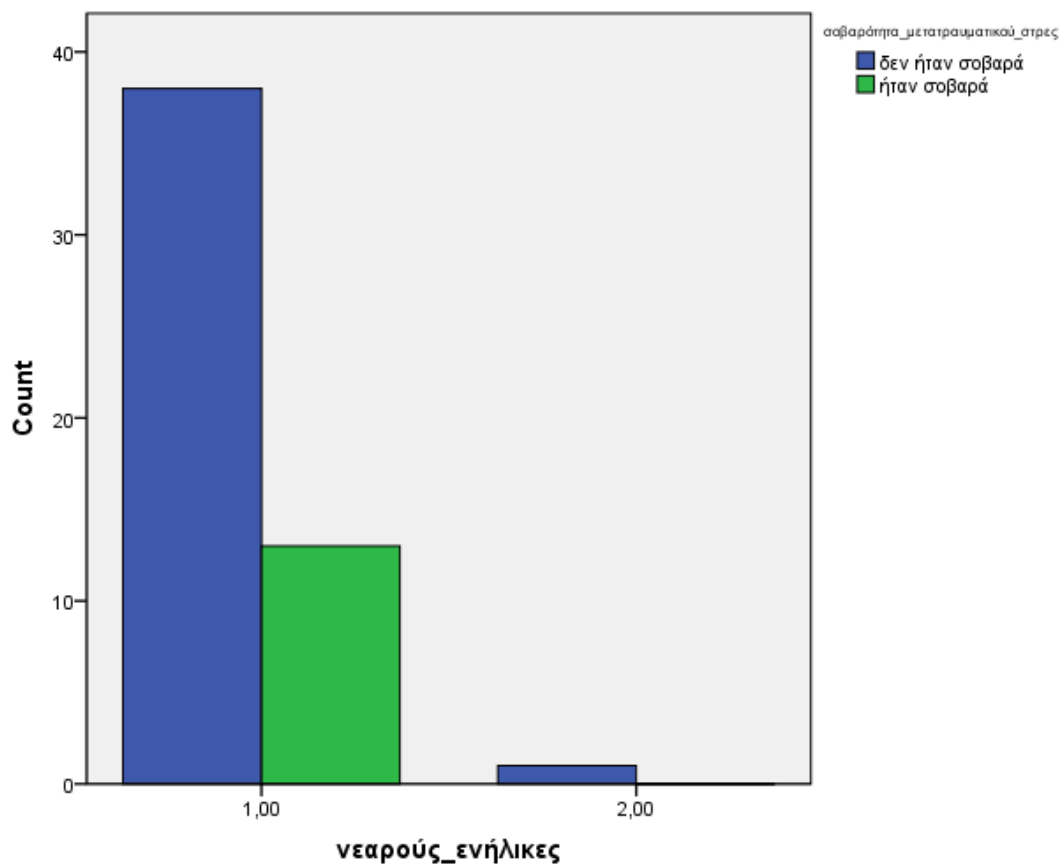


*Κωδικοποίηση: 1,00=κανονικό, 2,00=ήπιο, 3,00= διαχειρίσιμο, 4,00= σοβαρό, 5,00=πολύ σοβαρό**Κωδικοποίηση (οριζόντια): 1,00= νεαροί ενήλικες φοιτητές (18-30)

Νεαροί ενήλικες φοιτητές και μετατραυματικό στρες (PTSD)

Με τον έλεγχο χ^2 πήραμε ως Output πως το 74,5% των νεαρών ενήλικων φοιτητών δεν παρουσιάζει σοβαρά συμπτώματα μετατραυματικού στρες, ενώ το 25,5% παρουσίαζε σοβαρότητα συμπτωμάτων PTSD. Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του μετατραυματικού στρες και των νεαρών ενήλικων φοιτητών καθώς το sig ήταν 0,560.

Σχήμα 4.1.11 Νεαροί ενήλικες φοιτητές και μετατραυματικό στρες του δείγματος

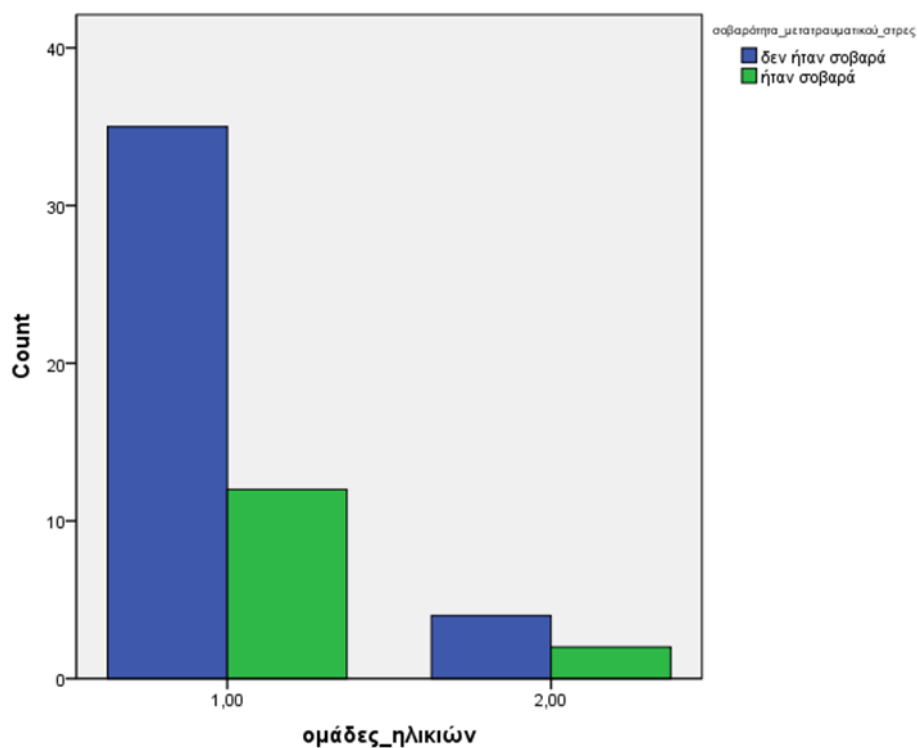


*Κωδικοποίηση: 1,00= νεαροί ενήλικες φοιτητές (18-30)

Ηλικία και Μετατραυματικό Στρες (PTSD)

Στην πρώτη ηλικιακή κατηγορία (17-26) των φοιτητών του δείγματός μας το 74,5% δεν είχε σοβαρά συμπτώματα μετατραυματικού στρες ενώ το 25,5% είχε σοβαρά συμπτώματα. Στη δεύτερη ηλικιακή κατηγορία (27-45) το 66,7% δεν είχε σοβαρά συμπτώματα ενώ το 33,3% είχε σοβαρά συμπτώματα. Το sig για τα παραπάνω ήταν 0,683 το οποίο μας αποδεικνύει ότι δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ηλικιακή κατηγορία και το μετατραυματικό στρες.

Σχήμα 4.1.12 Ηλικιακές κατηγορίες και μετατραυματικό στρες του δείγματος

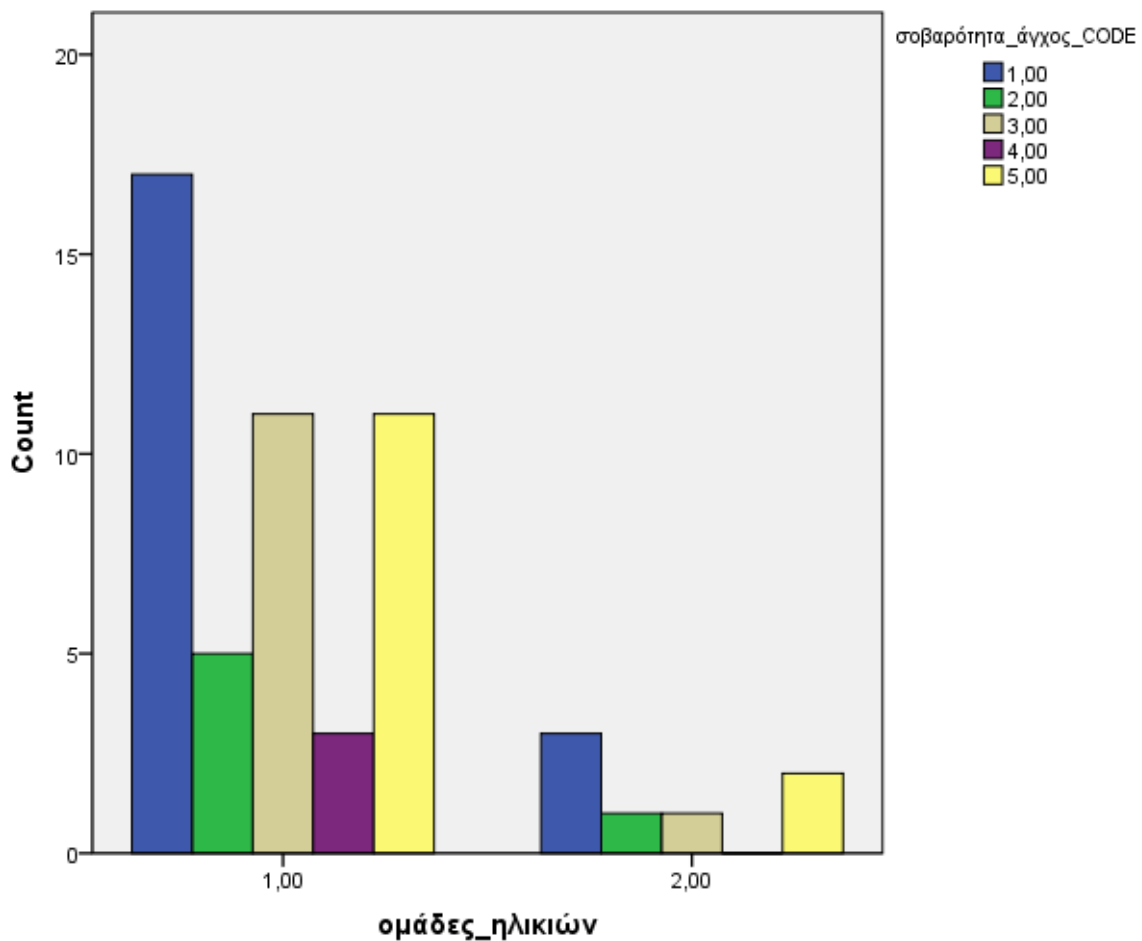


*Κωδικοποίηση: 1,00 ηλικία από 17 έως 26, 2,00 ηλικία από 27 έως 45

Ηλικία και Άγχος

Στη πρώτη ηλικιακή ομάδα (17-26) του δείγματός μας το 36,2% είχε κανονικό άγχος, το 10,6% είχε ήπιο, το 23,4% διαχειρίσιμο, το 6,4% σοβαρό και το 23,4% πολύ σοβαρό άγχος. Στη δεύτερη κατηγορία (27-45) του δείγματος μας το 42,9% είχε κανονικό άγχος, το 14,3% είχε ήπιο, το 14,3% διαχειρίσιμο, κανείς δεν είχε σοβαρό επίπεδο άγχους και το 28,6% είχε πολύ σοβαρό. Το sig για το παραπάνω εύρημα είναι 0,926 το οποίο μας αποδεικνύει ότι δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ηλικία και το άγχος.

Σχήμα 4.1.13 Ηλικιακές κατηγορίες και άγχος του δείγματος

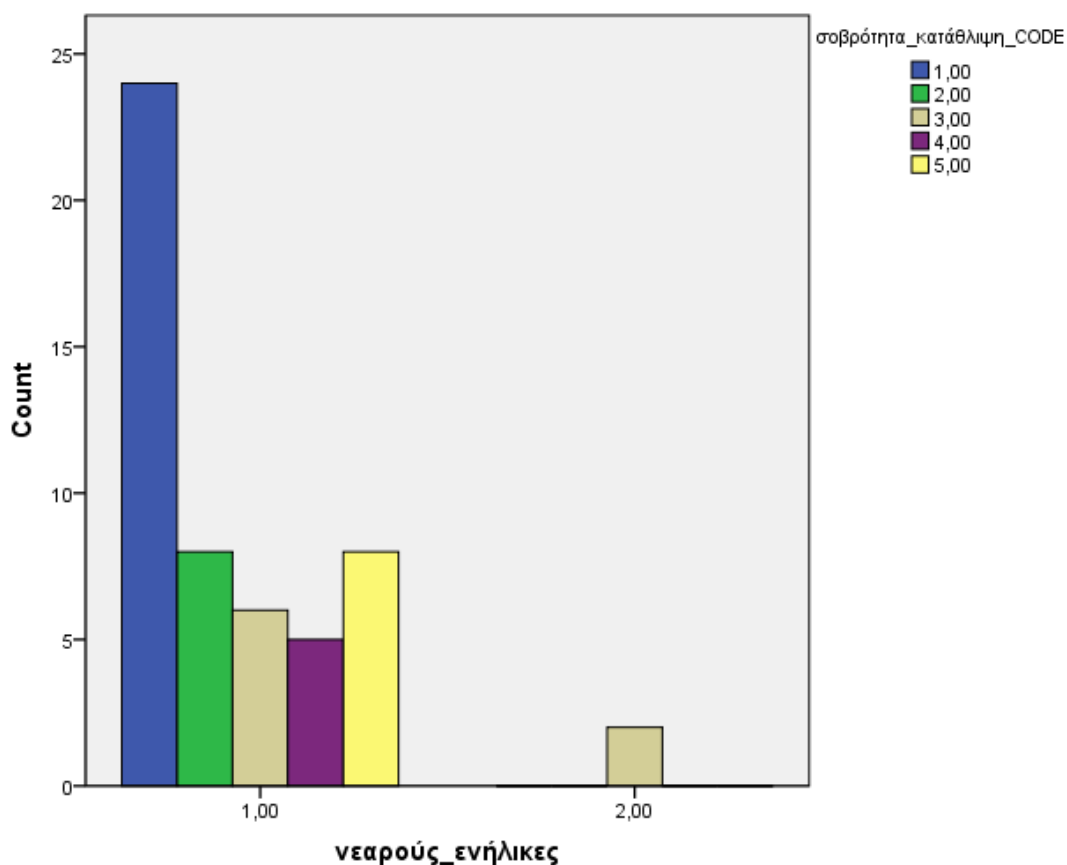


*Κωδικοποίηση σοβαρότητας_άγχος: 1,00=κανονικό, 2,00=ήπιο, 3,00= διαχειρίσιμο, 4,00= σοβαρό, 5,00= πολύ σοβαρό. **Κωδικοποίηση: 1,00= ηλικία 17 έως 26, 2,00=ηλικία από 27 έως 45

Νεαροί ενήλικες φοιτητές και κατάθλιψη

Με τη χρήση του χ^2 βρήκαμε τα εξής αποτελέσματα για τους νεαρούς ενήλικες(δηλαδή ηλικίας από 18 έως 30) και την κατάθλιψη: το 47,1% είχε κανονικό επίπεδο κατάθλιψης, το 15,7% είχε ήπιο, το 11,8% είχε διαχειρίσιμο, το 9,8% σοβαρό και το 15,7% πολύ σοβαρό. Το sig στο συγκεκριμένα εύρημα είναι 0,020 γεγονός που αποδεικνύει ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα νεαρούς ενήλικες φοιτητές και την κατάθλιψη.

Σχήμα 4.1.14 Νεαροί ενήλικες και κατάθλιψη του δείγματος

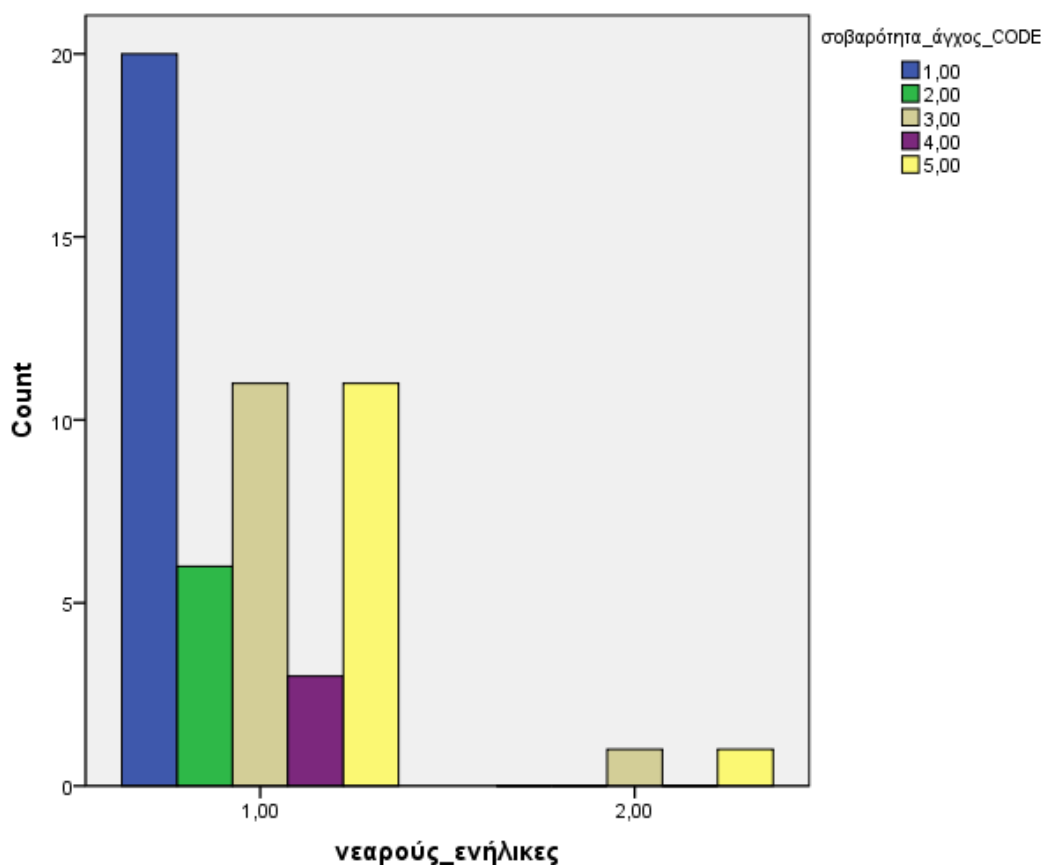


*Κωδικοποίηση σοβαρότητα κατάθλιψης: 1,00=κανονικό, 2,00=ήπιο, 3,00 διαχειρίσιμο, 4,00=σοβαρό, 5,00= πολύ σοβαρό. **Κωδικοποίηση νεαρούς ενήλικες: 1,00= ηλικία από 18 έως 30.

Νεαροί ενήλικες και άγχος

Με τον έλεγχο χ^2 πήραμε ως Output πως το 39,2% των νεαρών φοιτητών(ηλικίας 18 έως 30) είχε κανονικό άγχος, το 11,8% είχε ήπιο άγχος, το 21,6% είχε διαχειρίσιμο άγχος, το 5,9% είχε σοβαρό άγχος και το 21,6% είχε πολύ σοβαρό. Στο συγκεκριμένο εύρημα το sig είναι 0,643 το οποίο αποδεικνύει πως δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στους νεαρούς ενήλικες και το άγχος.

Σχήμα 4.1.15 Νεαροί ενήλικες και άγχος του δείγματος

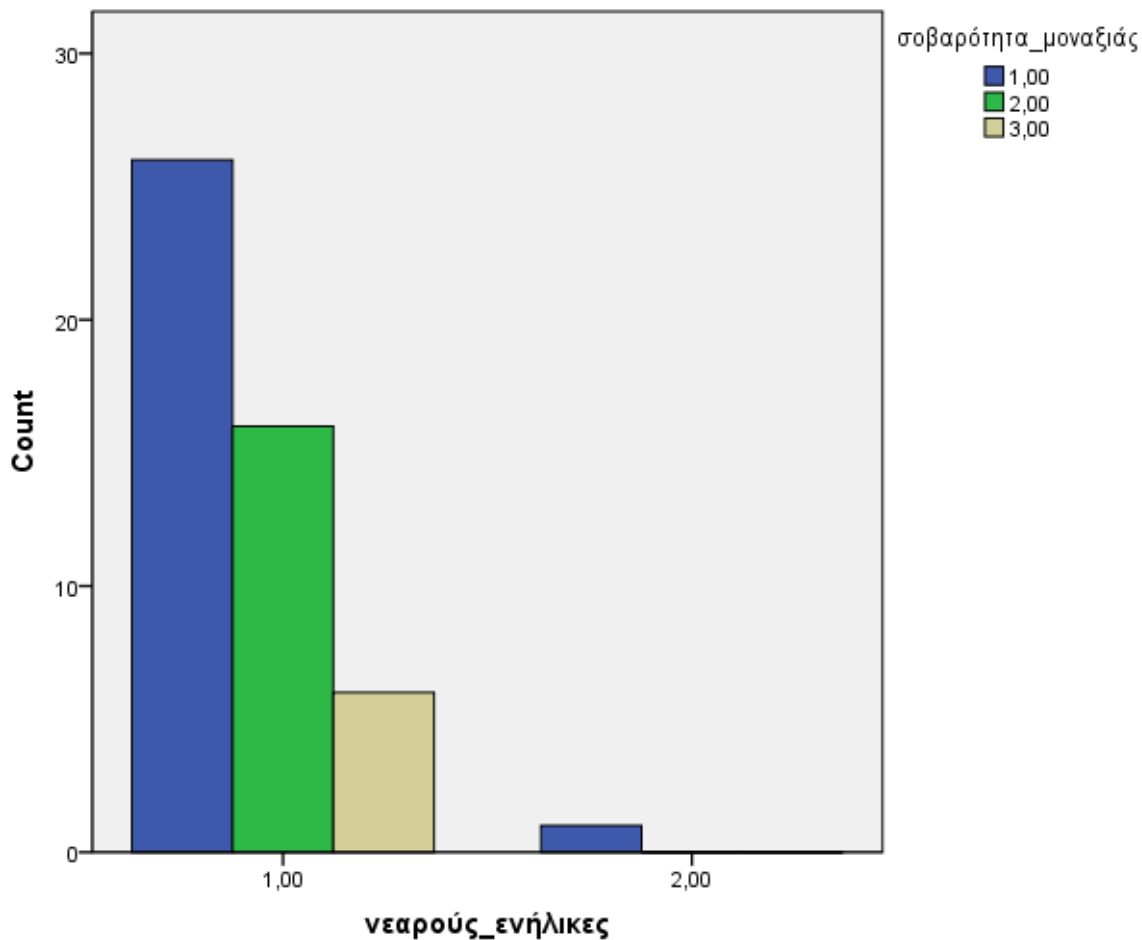


*Κωδικοποίηση σοβαρότητα άγχος: 1,00= κανονικό, 2,00= ήπιο, 3,00= διαχειρίσιμο, 4,00=σοβαρό, 5,00= πολύ σοβαρό. **Κωδικοποίηση νεαρούς ενήλικες: 1,00= ηλικία από 18 έως 30.

Νεαροί ενήλικες και Μοναξιά

Με τον έλεγχο χ^2 πήραμε στο Output πως το 54,2 των νεαρών ενηλίκων (δηλαδή ηλικίας 18 έως 30) δεν είχαν καθόλου μοναξιά, το 33,3% είχε χαμηλό επίπεδο μοναξιάς ενώ το 12,5% είχε διαχειρίσιμο επίπεδο μοναξιάς και κανείς από το δείγμα μας δεν παρουσίασε υψηλό αλλά διαχειρίσιμο επίπεδο μοναξιάς. Το sig στο συγκεκριμένο εύρημα είναι 0,660 γεγονός που αποδεικνύει πως δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στους νεαρούς ενήλικες και την μοναξιά.

Σχήμα 4.1.16 Μοναξιά και νεαροί ενήλικες του δείγματος



*Κωδικοποίηση σοβαρότητα μοναξιάς: 1,00 δεν είχαν καθόλου μοναξιά 2,00= χαμηλό επίπεδο μοναξιάς, 3,00=διαχειρίσιμο επίπεδο μοναξιάς, (το 4,00= υψηλά διαχειρίσιμα επίπεδα μοναξιάς, δεν παρατίθεται καθώς δεν υπήρχε φοιτητής να παρουσίασε υψηλά διαχειρίσιμα επίπεδα μοναξιάς). **Κωδικοποίηση νεαρούς ενήλικες: 1,00= ηλικία από 18 έως 30.

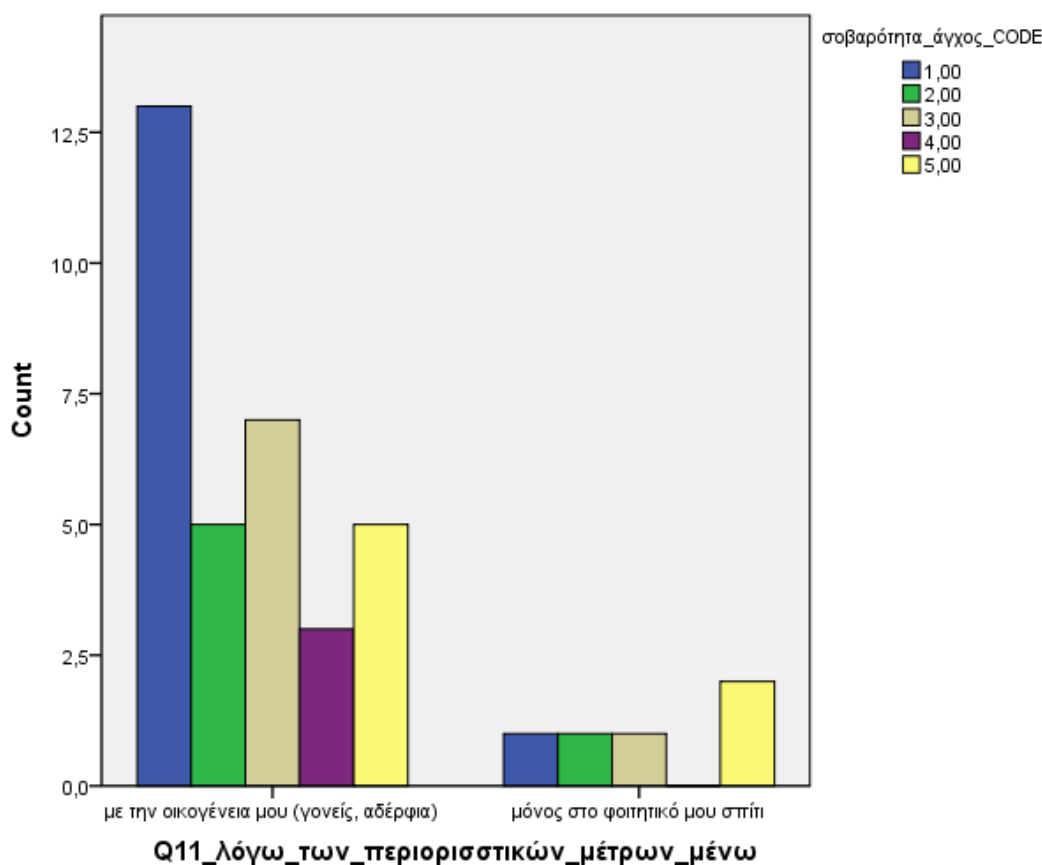
4. Τα άτομα που πέρασαν το Lockdown με την οικογένειά τους είχαν πολύ μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη ή άγχος σε αντίθεση με άτομα που πέρασαν τον εγκλεισμό μόνοι τους.

Άγχος (έλεγχος χ^2 - output και sig)

Τα άτομα που διέμεναν με την οικογένειά τους κατά την περίοδο του lockdown παρουσίασαν στο 39,4% κανονικό άγχος, στο 15,2% ήπιο, στο 21,2% διαχειρίσιμο, στο 9,1%

σοβαρό άγχος και στο 15,20% πολύ σοβαρό άγχος. Από την άλλη, από τα άτομα που ήταν μόνα τους στο σπίτι κατά τη διάρκεια του lockdown, το 20,0% είχε κανονικό άγχος, το 20,0% ήπιο άγχος, το 20,0% διαχειρίσιμο, κανένας του δεν παρουσίασε σοβαρό άγχος ενώ το 40,0% είχε πολύ σοβαρό άγχος. Το sig για τα παραπάνω ήταν 0,659 επομένως δεν υπήρξε σχέση ανάμεσα στο άγχος των φοιτητών και στο αν αυτοί διέμεναν μόνοι τους ή με την οικογένειά τους.

Σχήμα 4.1.17 Άτομα που πέρασαν το lockdown με την οικογένειά τους, άτομα που το πέρασαν μόνοι τους και άγχος του δείγματος

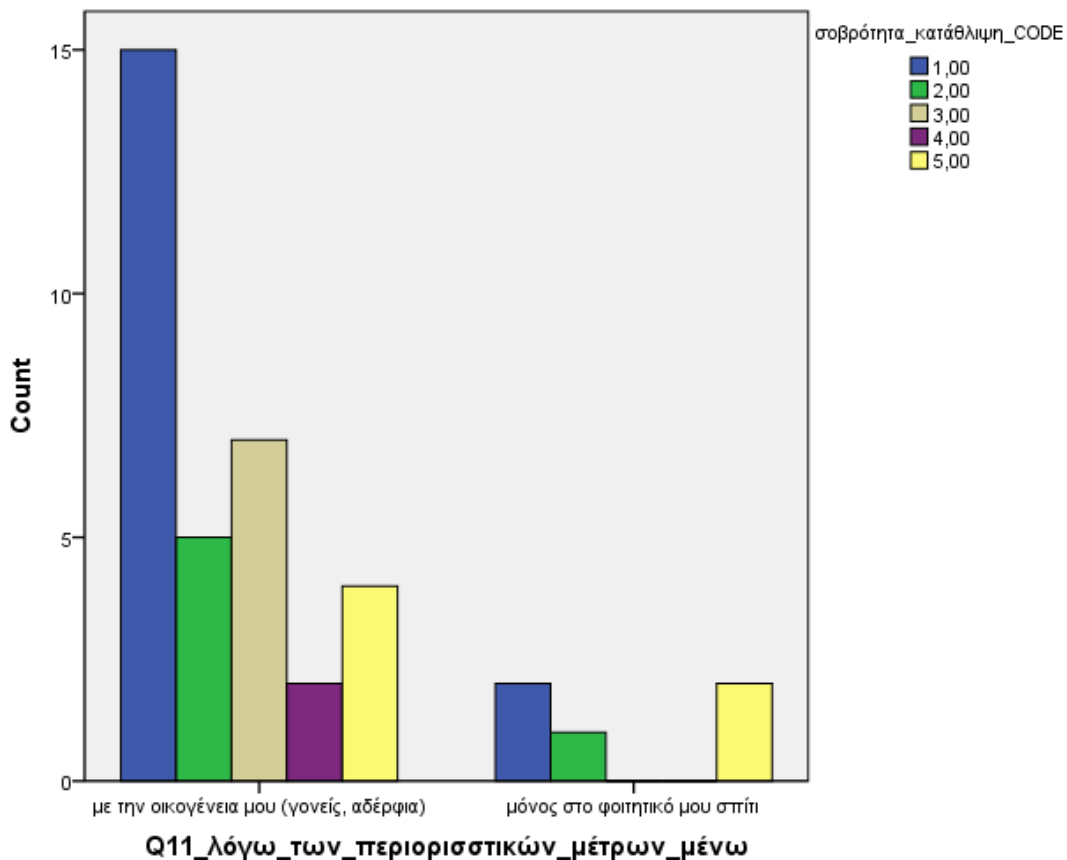


*Κωδικοποίηση: 1,00= κανονικό άγχος, 2,00= ήπιο, 3,00= διαχειρίσιμο, 4,00= σοβαρό, 5,00= πολύ σοβαρό

Κατάθλιψη (έλεγχος χ^2 - output και sig)

Τα άτομα που διέμεναν με την οικογένεια τους κατά την περίοδο του δεύτερου lockdown παρουσίασαν στο 45,5% κανονικό επίπεδο κατάθλιψης, στο 15,2% ήπιο, στο 21,2% διαχειρίσιμο επίπεδο, στο 6,1% σοβαρό και στο 12,1% πολύ σοβαρό. Σε αντίθεση με τα άτομα που έμεναν μόνοι τους στο φοιτητικό τους σπίτι τα οποία παρουσίασαν 40,0% κανονικό επίπεδο, 20,0% ήπιο, κανένα άτομο δεν παρουσίασε διαχειρίσιμο και σοβαρό επίπεδο και 40,0% εκδήλωσαν σοβαρό επίπεδο κατάθλιψης. Το sig για το συγκεκριμένο εύρημα ήταν 0,464 γεγονός που αποδεικνύει πως δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη των φοιτητών και στο αν εκείνοι διέμεναν μόνοι τους ή με την οικογένεια τους.

Σχήμα 4.1.18 Άτομα που πέρασαν το lockdown με την οικογένεια τους, άτομα που το πέρασαν μόνοι τους στο φοιτητικό τους σπίτι και κατάθλιψη του δείγματος



Πτυχιακή Εργασία των Βλάχου, Τραγουστή, Χαρίσκου

**Κωδικοποίηση σοβαρότητα κατάθλιψης: 1,00= κανονικό, 2,00= ήπιο, 3,00= διαχειρίσιμο, 4,00= σοβαρό, 5,00= πολύ σοβαρό.*

Συζήτηση

Η πανδημία του covid είναι ένα απειλητικό γεγονός για την υγεία του ατόμου το οποίο μπορεί να οδηγήσει μέχρι και σε θάνατο (WHO,2020) γεγονός που από μόνο του προκαλεί μεγάλη σύγχυση. Ωστόσο όπως επισημαίνεται σημαντική είναι και η αναφορά του κορονοϊού ως ένα κοινωνικό ζήτημα (Mofijur et al., 2021), εξαιτίας της ψυχολογικής δυσφορίας (Fernandez et al., 2020), της αλλαγής της καθημερινής ροής και της έλλειψης διαπροσωπικών σχέσεων (Χiao, 2020).

Ειδικότερα στη πληθυσμιακή ομάδα του ενδιαφέροντος μας (νεαροί ενήλικες), η πανδημία επέφερε σημαντικές αλλαγές με ψυχο- συναισθηματικές συνέπειες (Liu et al., 2020), που αφορούν τη δημόσια υγεία και όχι μόνο, γεγονός που καθιστά αναγκαία την παρέμβαση από επαγγελματίες υγείας. Σε αυτό το σημείο επισημαίνεται πως κατά τη διάρκεια της κρίσης το άτομο τείνει να είναι ιδιαίτερα δεκτικό σε βοήθεια από ειδικούς (Δημοπούλου- Λαγωνίκα,2011). Το άτομο αναζητά τρόπους να διατηρήσει μια ισορροπία (Rapoport,1960), όταν οι συνηθισμένοι τρόποι επίλυσης αποτύχουν (Roberts,2015). Προκειμένου να γίνουν διαχειρίσιμες οι καταστάσεις κρίσης, στη συγκεκριμένη περίπτωση αναφέρονται η παρέμβαση σε κρίση καθώς και στο θεραπευτικό μέρος η γνωστικο-συμπεριφορική προσέγγιση. Ακολούθως συμπεραίνεται πως η επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας απορρέει από την ανάγκη να επιλυθούν σημαντικά προβλήματα επιβίωσης είτε σε ατομικό επίπεδο , είτε σε επίπεδο ομάδων (Καλλινικάκη,2011), αφορά δηλαδή το ίδιο το άτομο, το περιβάλλον μέσα στο οποίο αυτό διαβιώνει και τη σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ αυτών (Παπαδοπούλου,2009), συνεπώς σε περιόδους κρίσεις η κοινωνική εργασία εμπλέκει τους ανθρώπους και τις δομές για την αντιμετώπιση των προκλήσεων της ζωής και την ενίσχυση της ευημερίας (IFSW).

Συνοψίζοντας οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται και θα πρέπει να προσαρμοστούν στις νέες ανάγκες, λαμβάνοντας νέες γνώσεις και για να μπορέσουν να παρέχουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη (UNESCO,2020). Κατά τη διάρκεια του lockdown διαπιστώθηκε πως πολλοί οργανισμοί και φορείς διέκοψαν τις υπηρεσίες πρόσωπο με πρόσωπο (ΣΚΛΕ,2020), αναγκαίο κρίθηκε όμως να παρέχεται εξ αποστάσεως υποστήριξη (Πιλήσης,2020), όπως τηλεφωνικές

γραμμές επικοινωνίας, χρήση skype κ.α. (ΣΚΛΕ,2020). Καταληκτικά λοιπόν, η συμβουλευτική μέσω διαδικτύου και η τηλεδιάσκεψη, μπορούν να συμβάλλουν ενεργά σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα παρέμβασης στην κρίση. Άλλωστε οι Κοινωνικοί Λειτουργοί είναι εφοδιασμένοι να δρουν σε ατομικό επίπεδο (Καλλινικάκη,2011), σε ομάδες (Κατσορίδου,2009), καθώς και στο μακροεπίπεδο (Δημοπούλου- Λαγωνίκα,2011).

Αρχικά τεκμηριώνεται πως η μοναξιά είναι μία κατάσταση που δύναται να επηρεάσει αρνητικά την ψυχική υγεία του ατόμου καθώς έχει να κάνει με την απομόνωση και την απομάκρυνσή του από άλλους ανθρώπους (Parygus, 2019), συνθήκες στις οποίες βρέθηκαν και οι νεαροί ενήλικες λόγω της απόστασης και της κοινωνικής απομόνωσης που επιβλήθηκε εξαιτίας της πανδημίας (Lippke et al., 2021). Διαπιστώνεται πως η μοναξιά κατά τη διάρκεια της πανδημίας αποτελεί απειλητική συνθήκη για την ψυχική υγεία του ατόμου, η οποία επηρεάζει ιδιαίτερα τους νεαρούς ενήλικους και ειδικότερα εκείνους κάτω των εικοσιπέντε ετών στους οποίους οι οριοθετήσεις κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού, οδήγησαν σε επαύξηση της μοναξιάς που ήδη προϋπήρχε (Liu et al., 2020). Οι νεαροί ενήλικες φοιτητές συγκεκριμένα εμφάνισαν και διατήρησαν υψηλά επίπεδα μοναξιάς εξαιτίας του covid-19, σύμφωνα με τα πορίσματα τελευταίων ερευνών της χρονιάς που διανύουμε τώρα (Padmanabhanunnia & Pretoriusa, 2021). Αναδείχθηκε πως οι νεαροί ενήλικες -ηλικιακή κατηγορία στην οποία ανήκε η πλειονότητα του δείγματος της δικής μας έρευνας- παρουσιάζουν ανάγκη για στενή και πραγματική σύνδεση με τους άλλους ανθρώπους σε περιόδους κρίσεις όπως και αυτή της πανδημίας (Lippke et al., 2021) και η έλλειψη αυτής της ουσιαστικής αλληλεπίδρασης την περίοδο του εγκλεισμού οδήγησε σε μοναξιά (Brooks et al., 2020). Μέσα από τη δική μας έρευνα, οι φοιτητές στην Ελλάδα βρέθηκαν να έχουν χαμηλά και διαχειρίσιμα επίπεδα μοναξιάς όχι όμως ανύπαρκτα, έτσι βάση αυτού και με αφορμή τα ευρημάτα άλλων σχετικών ερευνών, μελετήθηκε περαιτέρω το κατά πόσο αυτή η μοναξιά συνδέεται με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και μετατραυματικού στρες.

Ξεκινώντας συμπεραίνεται πως η μοναξιά πράγματι σχετίζεται με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Άτομα τα οποία κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού καταβάλλονταν από μοναξιά και ανησυχίες σχετικές με την πανδημία δίχως να μπορούν να διαχειριστούν τη θλίψη τους, ήταν πιο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη (Liu et al., 2020). Η σχέση αυτή επιβεβαιώθηκε και μέσα από τη δική μας έρευνα με τη μοναξιά να οδηγεί τους φοιτητές σε σοβαρά και πολύ

σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης. Διαπιστώθηκε επίσης πως η μοναξιά σχετίζεται και με την εμφάνιση μετατραυματικού στρες σε αυξημένα μάλιστα επίπεδα (Liu et al., 2020). Σε μεγάλο μέρος του δείγματός μας επιβεβαιώθηκε πως η μοναξιά αλληλοεπιδρούσε με την εκδήλωση συμπτωμάτων PTSD σε σοβαρό επίπεδο. Αναφορικά με το άγχος, μελετώντας πως προκαλείται από τη φυσική απόσταση η οποία επιφέρει αρνητικά συναισθήματα και απαισιόδοξες στάσεις τα οποία με τη σειρά τους προκαλούν το άγχος, ερευνήθηκε το κατά πόσο αυτό συμβαίνει στους φοιτητές στην Ελλάδα κατά την περίοδο του εγκλεισμού. Στα αποτελέσματα δε βρέθηκε κάποια σημαντική σχέση ανάμεσα στη μοναξιά και το άγχος, ωστόσο θα πρέπει να λογαριάσουμε σε αυτό και τους περιορισμούς της έρευνάς μας.

Αξιοσημείωτο είναι πως εκτός της μοναξιάς, τα κολλήματα σχετικά με την φοίτησή όπως οι τεχνικές δυσκολίες της εξ αποστάσεως εκπαίδευσης αλλά και η μορφή της ίδιας, η αναβολή της λήψης πτυχίου, καθώς και προβλήματα σχετικά με την απώλεια εργασίας (Liu et al., 2020) βρέθηκαν να συσχετίζονται με την εμφάνιση των διαταραχών που συμπεριλάβαμε στην έρευνά μας. Πιο συγκεκριμένα το άγχος συσχετίστηκε με την αναβολή στη φοίτηση (Cao et al., 2020), το μετατραυματικό στρες με τη λήψη πτυχίου (Tang et al., 2020) και η κατάθλιψη με την καθυστέρηση στη φοίτηση (Islam et al., 2020).

Η κατάθλιψη η οποία καθιστά το άτομο αδύναμο χωρίς να μπορεί να φέρει εις πέρας όλες τις καθημερινές του εργασίες (WHO, 2001) βρέθηκε να επηρέασε τις νεότερες ηλικιακές ομάδες. Λαμβάνοντας υπόψη τις επιπτώσεις της πανδημίας βρέθηκε πως οι νεότερες ηλικιακές ομάδες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη με αποτέλεσμα να χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη (Varma, Junge, Meaklim & Jackson, 2021). Σε μελέτη που έγινε διαπιστώθηκε πως αρκετά μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων της έρευνας παρουσίασε καταθλιπτικά συμπτώματα ακόμη και ιδέες αυτοκτονίας. Από την ίδια έρευνα βρέθηκε επίσης πως οι διαταραχές στη ψυχική υγεία είχαν άμεση σύνδεση με το οικονομικό άγχος αλλά και το κοινωνικό στίγμα (Sun, Goldberg, Lin, Qiao & Operario, 2021). Μια ακόμη έρευνα που έγινε σε φοιτητές παρουσίασε πως οι φοιτητές είχαν μέτρια συμπτώματα κατάθλιψης (Fawaz & Samaha, 2021).

Εκτός από την κατάθλιψη οι νεαρότερες ηλικίες εμφάνισαν και υψηλά επίπεδα μετατραυματικού στρες. Πιο συγκεκριμένα τα υψηλά επίπεδα μετατραυματικού στρες σχετίζονται

με την αναζήτηση της εργασίας, την επιθυμία για σπουδές στο εξωτερικό, τα οικονομικά προβλήματα και το άγχος της νόσησης από τον covid-19 (Song, Zhao & Zu, 2021). Η απομάκρυνση από τους άλλους ανθρώπους λόγω της κατάστασης που δημιουργήθηκε είχε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση κάποιας αγχώδης διαταραχής (Cao, Fang, Hou, Han, Xu, Dong, & Zhen, 2020). Παράγοντες που έπαιξαν ρόλο στην διαμόρφωση της ψυχολογικής δυσφορίας των νεαρών ενηλίκων ήταν οι επιπτώσεις της πανδημίας στο ακαδημαϊκό αλλά και στο εργασιακό τομέα (Hasan & Bao, 2020). Από την δική μας έρευνα δεν βρέθηκε να υπάρχει κάποια συσχέτιση της ηλικίας με τις διαταραχές της κατάθλιψης, του μετατραυματικού στρες και της αγχώδης διαταραχής.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί πως η αύξηση της κατάθλιψης, του μετατραυματικού στρες αλλά και του άγχους βρέθηκε να σχετίζεται με το φύλο και συγκεκριμένα με το γυναικείο φύλο (Sun, Goldberg, Lin, Qiao & Operario, 2021). Μέσα από την έρευνα που έγινε στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας διαπιστώθηκε πως το φύλο έχει άμεση σχέση με το μετατραυματικό στρες, με το γυναικείο φύλο να παρουσιάζει υψηλότερο ποσοστό σοβαρότητας συμπτωμάτων σε σχέση με το ανδρικό φύλο, ενώ δεν βρέθηκε στην έρευνα μας να υπάρχει κάποια σχέση του φύλου με την κατάθλιψη και το άγχος.

Η παρούσα συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει σκοπό την αποτύπωση των επιβαρυντικών παραγόντων που συσχετίζονται με την εμφάνιση ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων σε νεαρούς ενήλικες (φοιτητές) ηλικίας 18 έως 44 ετών. Αναφορικά με την ερευνητική μας υπόθεση σχετικά με την επιρροή του τρόπου που οι νεαροί ενήλικες πέρασαν τον εγκλεισμό τους (μόνοι ή σε συμβίωση με οικογενειακό περιβάλλον) και τη συσχέτιση αυτού με την εμφάνιση μεγαλύτερου ή μικρότερου ποσοστού κατάθλιψης ή άγχους, διαπιστώσαμε τα παρακάτω. Παρατηρήθηκε πως επιπτώσεις της πανδημίας στις κοινωνικές συναναστροφές του ατόμου με περιορισμούς (Yu, Tian, Cui & Wu 2021), με γεγονότα όπως η επιστροφή στον τόπο μόνιμης κατοικίας (Liu et al., 2020), και η αίσθηση της απόστασης από τους άλλους κατά το lockdown (Liu et al., 2020), μπορεί να προκαλέσει αρνητικά συναισθήματα (Cao, Fang, Hou, Han, Xu, Dong, & Zhen, 2020) όπως άγχος ή κατάθλιψη (Liu et al., 2020). Εν συνεχεία διαπιστώσαμε πως η συγκατοίκηση και η διαβίωση με μεγαλύτερο αριθμό ενηλίκων αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες (Jeste, Lee, Cacioppo, 2020). Επιπλέον διαφαίνεται πως υπήρξε έντονη η ανάγκη των νεαρών ενηλίκων για πραγματική σύνδεση με τους άλλους σε περιόδους κρίσης (Lippke, Fischer & Ratz 2021). Παρόλα αυτά στα

αποτελέσματα της έρευνας μας δεν υπήρξε σχέση ανάμεσα στο άγχος των φοιτητών και στο αν αυτοί διέμεναν μόνοι τους ή με την οικογένειά τους, κάτι που παρατηρήθηκε να συμβαίνει και στην περίπτωση τη κατάθλιψης. Σε αυτό το σημείο είναι κρίσιμο να τονιστεί το περιοριστικό της κατάστασης στα αποτελέσματα της έρευνας μας και το γεγονός ότι η έρευνα μας έλαβε χώρα εν περίοδο lockdown.

Ολοκληρώνοντας, συμπεραίνουμε ότι για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης κρίσης η γνωστικοσυμπεριφορική είναι εκείνη που θα μπορούσε να βοηθήσει αποτελεσματικά τα άτομα που βίωσαν την καραντίνα λόγω Covid-19. Στόχος της γνωστικοσυμπεριφορικής είναι να εντοπίσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα που βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση και τα οποία οδηγούν σε ένα φαύλο κύκλο δυσλειτουργικών συμπεριφορών και έτσι να οδηγήσει στην υιοθέτηση νέων λειτουργικών συμπεριφορών (Σταλίκας, 2011). Οι φοιτητές έχοντας περάσει ήδη ένα πρώτο lockdown και βιώνοντας και ένα δεύτερο ήταν εύλογο να δημιουργηθούν πολλά αρνητικά συναισθήματα. Η πανδημία είχε ως αποτέλεσμα να επιφέρει πολλές ψυχολογικές επιπτώσεις στην υγεία των νέων (Varma, Junge, Meaklim & Jackson, 2021). Έτσι, τεχνικές της συμπεριφορικής όπως η τροποποίηση της συμπεριφοράς θα βοηθούσαν ιδιαίτερα τους φοιτητές που νιώθουν μια ψυχολογική δυσφορία. Μέσα από αυτή την τεχνική ο θεραπευτής προσπαθεί να εντοπίσει τα ερεθίσματα του φοιτητή που προκαλούν την ανεπιθύμητη συμπεριφορά, αναθέτοντας εργασία για το σπίτι και έτσι να εντοπίσει την δυσλειτουργική συμπεριφορά και να την αλλάξει με μια λειτουργική συμπεριφορά. Επιπλέον, και η τεχνική της πραγματικότητας θα μπορούσε να φανεί ιδιαίτερα χρήσιμη καθώς εστιάζει στο παρόν και στην αναζήτηση λύσεων (Σταλίκας, 2011). Η γνωστικοσυμπεριφορική θα βοηθήσει ιδιαίτερα τους φοιτητές να αλλάζουν τον τρόπο σκέψης τους κυρίως όταν είναι σε απόλυτη συνεργασία με τον θεραπευτή.

Συμπεράσματα έρευνας

Ο σκοπός της συγκεκριμένης πτυχιακής ήταν να διερευνηθούν οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία σε προπτυχιακούς αλλά και μεταπτυχιακούς φοιτητές στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια του δεύτερου lockdown λόγω της πανδημίας του Covid-19. Μέσα από την έρευνα που έγινε με τη χρήση του ερωτηματολογίου συλλέξαμε σημαντικά δεδομένα για την ψυχική υγεία των φοιτητών και γι' αυτό το λόγο θεωρούμε ότι ο σκοπός μας επιτεύχθηκε. Επίσης επιτεύχθηκαν και οι

επιμέρους στόχοι που είχαμε ορίσει στην προσπάθεια μας να μελετήσουμε σε βάθος επιμέρους ζητήματα που αφορούν την ψυχική υγεία των φοιτητών όπως είναι η κατάθλιψη, το άγχος, το μετατραυματικό στρες και η μοναξιά που προκάλεσε η απομόνωση.

Μέσα από τις ερευνητικές υποθέσεις που κάναμε οδηγηθήκαμε στο ότι η μοναξιά που βίωσαν οι φοιτητές κατά τη διάρκεια της καραντίνας συσχετίζεται με το στρες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας οι φοιτητές που είχαν χαμηλά επίπεδα μοναξιάς παρουσίασαν 42,9% σοβαρό στρες και 66,7% πολύ σοβαρό στρες. Με παρόμοια ποσοστά κυμαίνονται και οι φοιτητές που παρουσίασαν διαχειρίσιμα επίπεδα μοναξιάς με ποσοστό 42,9% να είχε σοβαρό στρες και το 33,3% να έχει πολύ σοβαρό. Επίσης, μέσα από τα αποτελέσματα αποδείχθηκε πως υπάρχει σχέση ανάμεσα στη μοναξιά και την κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα, το 20% των φοιτητών που είχαν σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της απομόνωσης δεν ένιωσαν καθόλου μοναξιά, το 60% με σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης είχε χαμηλό επίπεδο μοναξιάς ενώ το 20% είχε διαχειρίσιμο επίπεδο. Ενώ το 20% των φοιτητών με πολύ σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης δεν ένιωσε μοναξιά, το 40% βρίσκονταν σε χαμηλά επίπεδα μοναξιάς και το 40% των φοιτητών με πολύ σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης βρίσκονταν σε διαχειρίσιμο επίπεδο μοναξιάς.

Επίσης, από την έρευνα βρέθηκε πως η απομόνωση και η μοναξιά που ένιωσαν οι φοιτητές δεν σχετίστηκε μόνο με την κατάθλιψη και το στρες αλλά και με το μετατραυματικό στρες. Το 42,9% των φοιτητών που είχε χαμηλό επίπεδο μοναξιάς παρουσίασε και υψηλό επίπεδο συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες όπως και το 35,7% που είχε διαχειρίσιμο επίπεδο μοναξιάς παρουσίασε και υψηλό επίπεδο μετατραυματικού στρες.

Στη συνέχεια της έρευνας μας ασχοληθήκαμε με το αν το φύλο σχετίζεται με την αύξηση της κατάθλιψης, του άγχους και του μετατραυματικού στρες στο δεύτερο lockdown. Η υπόθεση αυτή επιβεβαίωσε πως το φύλο σχετίζεται με το μετατραυματικό στρες. Τα αποτελέσματα της έρευνας μας έδειξαν πως το 26,8 του συνολικού δείγματος μας είχε συμπτώματα μετατραυματικού στρες.

Η έρευνα μας δεν επικεντρώθηκε μόνο στα παραπάνω αλλά προχώρησε στο να ανακαλύψει αν οι νεαροί ενήλικες(ηλικίας από 18 έως 30) του δείγματος μας είχαν κάποια συσχέτιση με την κατάθλιψη, το άγχος και το μετατραυματικό στρες. Από τα αποτελέσματα αποδείχθηκε πως υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στους νεαρούς ενήλικες και την κατάθλιψη.

Συγκεκριμένα, το 47,1% των νεαρών ενηλίκων είχε κανονικό επίπεδο κατάθλιψης, το 15,7% είχε ήπιο, το 11,8% είχε διαχειρίσιμο, το 9,8% είχε σοβαρό και το 15,7% είχε πολύ σοβαρό.

Σημαντικό θεωρήσαμε να διερευνήσουμε κατά πόσο τα άτομα που πέρασαν το lockdown με την οικογένεια τους είχαν πολύ μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη ή άγχος σε αντίθεση με τα άτομα που πέρασαν τον εγκλεισμό μόνοι τους. Η υπόθεση μας αυτή δεν επιβεβαιώθηκε.

Συμπερασματικά, μπορεί να σημειωθεί ότι ο εγκλεισμός επέφερε αρνητικές επιπτώσεις για την ψυχική υγεία των φοιτητών γι' αυτό το λόγο παραθέτουμε παρακάτω ορισμένες προτάσεις που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στη βελτίωση της ψυχικής υγείας των φοιτητών κατά την περίοδο της απομόνωσης.

Προτάσεις

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, ως ερευνητική ομάδα παραθέτουμε κάποιες προτάσεις οι οποίες θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην βελτίωση της ψυχικής υγείας των φοιτητών κατά την περίοδο του Lockdown και της πανδημίας.

Σε πρώτη φάση, αναλογιζόμενοι το γεγονός πως η μοναξιά φαίνεται να έπαιξε ρόλο στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης, στρες και μετατραυματικού στρες, προτείνουμε την αντιμετώπιση της στο μικρο-επίπεδο, δηλαδή από την οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον του φοιτητή. Είναι σημαντικό η οικογένεια να μεριμνά για την δημιουργία ενός ζεστού οικογενειακού περιβάλλοντος εντός του οποίου τα μέλη δε θα αισθάνονται μόνα, παραμελημένα ή αποκομμένα, αλλά θα περνάνε ποιοτικό χρόνο μαζί με την οικογένειά τους δίχως απλά να συζούνε κάτω από την ίδια στέγη. Η ύπαρξη δραστηριοτήτων που γίνονται από κοινού όπως η σωματική άθληση, επιτραπέζια παιχνίδια -ακόμη και οι δουλειές του σπιτιού όπως το μαγείρεμα και τα καθάρσιμα, μπορούν να φέρουν τα μέλη της οικογένειας πιο κοντά και να μειώσουν τις ώρες που ο φοιτητής είναι αναγκασμένος να περνάει μόνος του. Ομοίως και στο φιλικό περιβάλλον. Η συχνή αλληλεπίδραση των φοιτητών με τους φίλους τους θα μπορούσε να ελαφρύνει τα συναισθήματα μοναξιάς και τις επακόλουθες συνέπειες. Αναγνωρίζοντας τον παράγοντα της απόστασης μεταξύ των προσώπων, προτείνεται ειδικότερα, η χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης αλλά και των

διαδικτυακών παιχνιδιών με πολλούς παίκτες, προκειμένου να διατηρείται μία συχνή επαφή ανάμεσα στον φοιτητή και στο μικρο-περιβάλλον του. Πέρα όμως από τις κοινές δραστηριότητες σημασία έχει να αισθάνεται ο φοιτητής πως λειτουργεί μέσα σε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, το οποίο τον βοηθάει να ανταπεξέλθει στα αρνητικά συναισθήματα που του προκαλεί η πανδημία. Για να επιτευχθεί αυτό, μία ακόμη πρόταση είναι η χρήση των μαθημάτων “Minding our Mind Generic” της UNESCO, που λειτουργούν σαν οδηγός για την κατανόηση ζητημάτων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία την περίοδο της πανδημίας, προσφέροντας παράλληλα τεχνικές και μεθόδους υποστήριξης των ατόμων στο περιβάλλον μας που έρχονται αντιμέτωπα με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Γνωρίζοντας ωστόσο την πιθανότητα απουσίας υποστηρικτικού περιβάλλοντος, θα ήταν συνετό να τονίσουμε την σημασία ύπαρξης υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις οποίες να μπορεί να απευθυνθεί ο φοιτητής. Προτείνεται συγκεκριμένα η σύσταση δομών ψυχικής υγείας σε όσο πανεπιστήμια απουσιάζουν, αλλά και η εξόπλιση των ήδη υπαρχόντων δομών με τα απαραίτητα τεχνικά μέσα προκειμένου να μπορούν οι επαγγελματίες να προσφέρουν την υποστήριξη τους εξ αποστάσεως με την μορφή τηλε-συνεδριών. Οι παρεμβάσεις των ειδικών θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν ερωτήσεις σχετικές με το lockdown, εστιάζοντας στα ζητήματα της απόστασης, του στρες και των δυσάρεστων συναισθημάτων που ίσως αυτό προκαλεί στον φοιτητή. Παράλληλα συνιστάται η δημιουργία προληπτικών δράσεων από την πλευρά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, μέσα από webinars, προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης, ενδυνάμωσης και διαχείρισης συναισθημάτων τα οποία επίσης θα γίνονται εξ αποστάσεως και θα απευθύνονται τόσο στους φοιτητές όσο και στο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον τους.

Από τα προαναφερόμενα διακρίνεται επίσης η σημασία της προσφοράς ηλεκτρονικού εξοπλισμού στους φοιτητές σε μία περίοδο όπου μεγάλο μέρος των δραστηριοτήτων γίνεται μέσω του ηλεκτρονικού υπολογιστή. Μία τελευταία λοιπόν πρόταση θα ήταν η συνεργασία των πανεπιστημίων και της κυβέρνησης για παροχή δωρεάν ηλεκτρονικού εξοπλισμού στους φοιτητές που το έχουν ανάγκη, αλλά και σύνδεσης στο διαδίκτυο προκειμένου οι φοιτητές να μην αισθάνονται απομονωμένοι και αποκλεισμένοι.

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

Έντυπη Βιβλιογραφία

- Γιωτάκος, Ο. (2008). *Παρέμβαση στην κρίση*. Εκδόσεις Αρχιπέλαγος: Αθήνα.
- Δημοπούλου-Λαγωνίκα, Μ. (2011). *Μεθοδολογία Κοινωνικής Εργασίας*. Τόπος: Αθήνα.
- Ζαφειρόπουλος, Κ. & Μυλωνάς, Ν. (2018). *Στατιστική με SPSS: Περιέχει θεωρία πιθανοτήτων*. Αθήνα: Τζιόλα
- Καλλινικάκη, Θ. (2011). *Εισαγωγή στη θεωρία και τη πρακτική της κοινωνικής εργασίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.
- Παπαδοπούλου-Κατσορίδου, Χ. (2009). *Κοινωνική Εργασία με Ομάδες*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελλην.
- Σταλίκας, Α. (2011). *Θεραπευτικές παρεμβάσεις*. Αθήνα: Τόπος.
- Banks, S. (2015). *Ηθική και αξίες στην κοινωνική εργασία*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Ηλεκτρονική βιβλιογραφία

- Αποστολίδου, Α. (28 Οκτωβρίου 2018). Τα είδη και οι αιτίες μιας ψυχολογικής κρίσης. Ανακτήθηκε 3 Ιανουαρίου 2020 απο <https://www.psychologynow.gr/arthra-psyxologias/koinonia/koinoniki-psyxologia/6012-ta-eidi-kai-oi-aities-mias-psyxologikis-krisis.html>
- Βερικάκη, Χ. (2020). Η αναγγελία – πληροφόρηση για το σοβαρό νόσημα : Ο ρόλος της κοινωνικής υπηρεσίας «Ο Ευαγγελισμός».
- Γιωτάκος, Ο. (2006). *Παρέμβαση στην Κρίση: Σύγχρονες Δυνατότητες για Ολοκληρωμένη Ψυχολογική Στήριξη. Ιατρική Επιθεώρησης Ενοπλων*

Δυνάμεων, 40(3-4). Ανακτήθηκε από

<http://iatrotek.org/ioArt.asp?id=18380>

Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή -Αζίζι, Α. (2006). *Πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπιση τους*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. Ανακτήθηκε από

<https://ibrt.gr/edu/index.php?q=node/116>

Ζήση, Α. & Στυλιανίδης, Σ. (2004). Αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας:

Αποσαφηνίσεις και προοπτικές. *Εγκέφαλος*, 39(1). Ανακτήθηκε από

<http://www.encephalos.gr/full/41-1-03g.htm>

Κιζιρίδου, Γ. (2015). *Διαχείριση κρίσεων: Ψυχο-κοινωνικές παρεμβάσεις*.

Ανοιχτή Ημερίδα της Ελληνικής Ομάδας Διάσωσης.

Ματθαίου, Ε. (2017). «Οι πολιτικές για την ψυχική υγεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και η διερεύνηση της άσκησης των πολιτικών στις κοινοτικές δομές στο σύστημα ψυχικής υγείας της Κύπρου», Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφου.

Ανακτήθηκε από <http://hephaestus.nup.ac.cy/bitstream/handle/11728/10370/ELENI-MATHEOU-fulltext.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Πιλήσης, Θ. (2020). *Παρέμβαση σε Καταστάσεις Κρίσεων την Περίοδο του*

Covid-19. Εισήγηση στο Σ.Ε.Ε.Π.Ε.Α. Δυτικής Ελλάδας, Πάτρα.

Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργιών Ελλάδος(ΣΚΛΕ). (2020). *ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ #WSWD 2020*. Αθήνα: ΣΚΛΕ.

Ξενόγλωσση ηλεκτρονική βιβλιογραφία

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth edition. Retrieved from

<https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>

Ansari, A.N., Sherafati, A., Aghajani, F., Khonji, M.S., Aghajani, R., & Shahmansouri, N. (2020). Depression and Anxiety among Iranian Medical Students during COVID-19 Pandemic. *Iran J Psychiatry*, 15(3), 228-235. doi: 10.18502/ijps.v15i3.3815

Armitage R., Nellums L. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*. 5 (5)

doi: 10.1016/S2468-2667(20)30061-X

Ang, Y. Y. (2020). When COVID-19 meets centralized, personalized power. *Nature Human Behaviour*. 4, 445–447. doi: 10.1038/s41562-020-0872-3

Baloch, G.M., Sundarasan, S., Chinna, K., Nurunnabi, M., Kamaludin, K., Khoshaim, H.B., ... AlSukayt, A. (2021). COVID-19: Exploring impacts of the pandemic and lockdown on mental health of Pakistani students. *Peerj*, 9. doi: 10.7717/peerj.10612

Breslau, N. (2002) Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47, (10)

<https://doi.org/10.1177/070674370204701003>

Beaufort, I.N., De Weert-Van Oene, G.H., . Buwalda, V.A.J., de Leeuw, J.R.J. & Goudriaan, A.E. (2017). The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) as a Screener for Depression in Substance Use Disorder Inpatients: A Pilot Study. *European Addiction Research*, 23(5), 260–268. doi: 10.1159/000485182

- Bédès, S.B., Tarquinio, C., Batt, M., Tarquinio, P., Lebreuilly, R., Sorsana, B., ...
Baumann, C. (2021). Stress and associated factors among French university students under the COVID-19 lockdown: The results of the PIMS-CoV 19 study. *Journal of affective disorders*, 281, 108-114. doi:10.1016/j.jad.2021.01.041
- Blevins, C.A., Weathers, F.W., Davis, M.T., Witte, T.K. & Domino, J.L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489-98. doi: 10.1002/jts.22059
- Brooks S.K., Smith L.E., Webster R.K., Woodland L., Wessely S. (2020). How to improve adherence with quarantine: rapid review of the evidence, *Public Health*, 182, 163-169 <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.03.007>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J. & Zhen, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287. doi:10.1016/j.psychres.2020.112934
- Eric D. Miller (2020). Loneliness in the Era of COVID-19. *Frontiers in Psychology*. Retrieved from <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.02219/full>
- Fawaz, M. & Samaha, A. (2020). E-learning: Depression, anxiety, and stress symptomatology among Lebanese university students during COVID-19 quarantine. *Nursing Forum*, 56(1), 52-57. doi:10.1111/nuf.12521
- Fernández, R.S., Crivelli, L., Guimet, N.M., Allegri, R.F. & Pedreira, M.E (2020). Psychological distress associated with COVID-19 quarantine: Latent profile analysis, outcome prediction and mediation analysis. *Journal of Affective Disorders*, 277, 75-84. doi:10.1016/j.jad.2020.07.133

Groarke, J. M., Berry, E., Graham-Wisener, L., McKenna-Plumley, P.E., McGlinchey, E., Armour, C. (2020). Loneliness in the UK during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional results from the COVID-19 Psychological Wellbeing Study. *Plos One*.

Retrieved from

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0239698>

Hadjicharalambous, D., Parlalis, S.K. & Erotocritou, K. (2020). The Psychological Impact of Covid-19 Lockdown Measures on Cypriots' Mental Health and Quality of Life. *Journal of Interdisciplinary Sciences*, 4(2), 15-18. Retrieved from

https://www.researchgate.net/publication/345087894_The_Psychological_Impact_of_Covid-19_Lockdown_Measures_on_Cypriots'_Mental_Health_and_Quality_of_Life

Hasan, N. & Bao, Y. (2020). Impact of “e-Learning crack-up” perception on psychological distress among college students during COVID-19 pandemic: A mediating role of “fear of academic year loss. *Children a Youth Services Review*, 118. doi:10.1016/j.chilyouth.2020.105355

Husky, M.M., Masfety, V.K. & Swendsen, J.D. (2020). Stress and anxiety among university students in France during Covid-19 mandatory confinement. *Comprehensive Psychiatry*, 102. doi:10.1016/j.comppsy.2020.152191

Holmes E.A, Connor R., Hugh P. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science, *The Lancet Psychiatry*, 7, (6), 547-560 Retrieved from

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036620301681?via%3Dihub#!>

- Islam, A., Barna, S.D, Raihan, H., Khan, N.A. & Hossain, T. (2020). Depression and anxiety among university students during the COVID-19 pandemic in Bangladesh: A web-based cross-sectional survey. *Plos One*, 15(8). doi:10.1371/journal.pone.0238162
- Jeste D., Lee E., Cacioppo S., (2020), Battling the Modern Behavioral Epidemic of Loneliness, *JAMA Psychiatry*, 77(6). doi: 10.1001 / jamapsychiatry.2020.0027
- Krendl, A.C. (2021). Changes in stress predict worse mental health outcomes for college students than does loneliness; evidence from the COVID-19 pandemic. *Journal of American College Health*. doi:10.1080/07448481.2021.1887198
- Le, M.T.H, Tran, T.D., Holton, S., Nguyen, H.T., Wolfe, R. & Fisher, J. (2017). Reliability, convergent validity and factor structure of the DASS-21 in a sample of Vietnamese adolescents. *Journal Plos One*, 12(7), 1-14. doi: 10.1371/journal.pone.0180557
- Lippke, S., Fischer, M.A. & Ratz, T. (2021). Physical Activity, Loneliness, and Meaning of Friendship in Young Individuals – A Mixed-Methods Investigation Prior to and During the COVID-19 Pandemic With Three Cross-Sectional Studies. *Frontiers in Psychology*, 12. doi:10.3389/fpsyg.2021.617267
- Liu, C.H., Zhang E., Wong, G.T.F, Hyun S. & Hahm, H.C. (2020). Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health'. *Psychiatry Research*, 290. doi:10.1016/j.psychres.2020.113172
- Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd Ed.)*. Sydney: Psychology Foundation.

- PAPYRUS (2019) *Loneliness Awareness Week 2019*, United Kingdom: Papyrus, Suicide Prevention Charity. Retrieved 21 December 2020 from <https://www.papyrus-uk.org/tag/loneliness/>
- Mazereel, V., Van Assche, K., Detraux, J. & De Hert, M. (2021). COVID-19 vaccination for people with severe mental illness: why, what, and how?. *THE LANCET Psychiatry*, 8(5), 444-450. doi:10.1016/S2215-0366(20)30564-2
[https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30564-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30564-2/fulltext)
- McArthur, L., Sakthivel, D., Ataide, R., Chan, F., Richards, J.S., Narh, C.A. (2020). Review of Burden, Clinical Definitions, and Management of COVID-19 Cases. *The American Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(2), 625-638. doi: 10.4269/ajtmh.20-0564
- Mofijur, M., Fattah, I.M.R., Alam, M.A., Islam, A.B.M.S., Ong, H.C., Rahman, S.M.A., ...Mahlia, T.M.I (2021). Impact of COVID-19 on the social, economic, environmental and energy domains: Lessons learnt from a global pandemic. *Sustainable Production and Consumption*, 26, 343-359. doi:10.1016/j.spc.2020.10.016
- Rokach, A., (2019). Development, causes, and effects of social and emotional isolation, *The Psychological Journey To and From Loneliness*, 1. Retrieved from <https://www.elsevier.com/books/the-psychological-journey-to-and-from-loneliness/rokach/978-0-12-815618-6>
- Padmanabhanunni, A. & Pretoriusa, T.B. (2021). The unbearable loneliness of COVID-19: COVID-19-related correlates of loneliness in South Africa in young adults. *Psychiatry Research*, 296. doi:10.1016/j.psychres.2020.113658

- Pfefferbaum, B. & North, C.S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *The new England Journal of Medicine*, 383-512. doi: 10.1056/NEJMp2008017
- Redondo-Sama, G., Matulic, V., Munté-Pascual, A., & de Vicente, I. (2020). Social Work during the COVID-19 Crisis. *Responding to Urgent Social Needs*,12(20),85. doi:10.3390/su12208595
- Rudenshtine, S., McNeal, K., Schulder, T., Ettman, C.K., Hernandez, M., Gvozdieva, K. & Galea, S. (2020). Depression and Anxiety During the COVID-19 Pandemic in an Urban, Low-Income Public University Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 34(1), 12-22. doi:10.1002/jts.22600
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472–480. doi:10.1037/0022-3514.39.3.472
- Russell, D., Peplau, L.A. & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294. doi:10.1207/s15327752jpa4203_11
- Russell, D.W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40. doi: :10.1207/s15327752jpa6601_2
- Spinelli, A. & Pellino, G. (2020). COVID-19 pandemic: perspectives on an unfolding crisis. *British Journal of Surgery*, 107(7), 785-787. doi:10.1002/bjs.11627
- Sun, S., Goldberg, S.B., Lin, D., Qiao, S. & Operario, D. (2021). Psychiatric symptoms, risk, and protective factors among university students in quarantine during

the COVID-19 pandemic in China. *Globalization and Health*, 17(1). doi:
10.1186/s12992-021-00663-x

Tang, W., Hu, T., Baodi, H., Jine, C., Wang, G., Xie, C., ... Xu, J. (2020). Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *Journal of Affective Disorders*, 274, 1-7. doi:10.1016/j.jad.2020.05.009

Tran, T.D., Tran, T. & Fisher J. (2013). Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry*, 13(1), 24. doi: 10.1186/1471-244X-13-24

UNESCO (2020) *How Do We Protect the Mental Health of Students in a Pandemic*. India: Unesco

UNICEF (2020), *Social-Service-Workforce-Safety-and-Wellbeing-during-COVID19-Response*. Retrieved from
<https://www.unicef.org/media/68501/file/Social-Service-Workforce-Safety-and-Wellbeing-during-COVID19-Response.pdf>

Varma, P., Junge, M., Meaklim, H. & Jackson, M.L. (2021). Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 109. doi:10.1016/j.pnpbp.2020.110236

Wang, Z.H, Yang, H.L., Yang, Y.Q, Liu, D., Li, Z.H., Zhang, X.R., ... Mao, C. (2020). Prevalence of anxiety and depression symptom, and the demands for psychological knowledge and interventions in college students during COVID-19 epidemic: A large

cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 275, 188-193.

doi:10.1016/j.jad.2020.06.034

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P.

P. (2013) The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) – Standard [Measurement instrument]. Us Department of Veterans Affairs. Retrieved at 23 April 2021 from <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>

World Health Organization (2021). An update on Testing strategies for COVID-19.

WHO. Retrieved at 22 April 2021 from https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/risk-comms-updates/updates46-testing-strategies.pdf?sfvrsn=c9401268_6

World Health Organization (2020). Advice on the use of point-of-care immunodiagnostic tests for COVID-19. WHO. Retrieved at 22 April 2021 from [https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/advice-on-the-use-of-point-of-care-immunodiagnostic-tests-for-covid-](https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/advice-on-the-use-of-point-of-care-immunodiagnostic-tests-for-covid-19#:~:text=Rapid%20diagnostic%20tests%20(RDT,typically%20within%2030%20minutes.)

[19#:~:text=Rapid%20diagnostic%20tests%20\(RDT,typically%20within%2030%20minutes.](https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/advice-on-the-use-of-point-of-care-immunodiagnostic-tests-for-covid-19#:~:text=Rapid%20diagnostic%20tests%20(RDT,typically%20within%2030%20minutes.)

World Health Organization (2020). Coronavirus disease (COVID-19): Vaccine access and allocation. WHO. Retrieved at 22 April 2021 from [https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccine-access-and-allocation?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=CjwKCAjwmv-DBhAMEiwA7xYrd17rAs9bL-Rc3kxaj6ilf31o0EdB0fwkwyq93jL-deON5r9uYCFyghoCyb8QAvD_BwE](https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccine-access-and-allocation?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=CjwKCAjwmv-DBhAMEiwA7xYrd17rAs9bL-Rc3kxaj6ilf31o0EdB0fwkwyq93jL-deON5r9uYCFyghoCyb8QAvD_BwE)

World Health Organization (2020) *Key Messages and Actions for COVID-19*

Prevention and Control in Schools. New York: UNICEF

Yu, M., Tian, F., Cui, Q. & Wu, H. (2021). Prevalence and its associated factors of depressive symptoms among Chinese college students during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 21(1). doi:10.1186/s12888-021-03066-9