

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Σχολή επαγγελματιών υγείας
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Πτυχιακή Εργασία:

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΑΝΤΙΝΑΣ-ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΕ ΥΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ
ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΕΙ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ, ΣΥΓΚΡΙΣΗ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ ΤΣΕΧΙΑΣ**

ΤΩΝ

**ΚΑΡΟΥΜΠΑΛΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΣΥΡΙΓΟΥ ΜΑΡΟΥΛΙΔΗ**

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του πτυχίου Κοινωνικής Εργασίας

Απρίλιος 2022

Copyright@ 2021 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΣΕΥΠ, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο.

<https://sw.hmu.gr/>

Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Π.Ε. (Η επίδραση της καραντίνας/πανδημίας covid-19 σε υγιή άτομα και άτομα που έχουν διαγνωστεί με ψυχική ασθένεια, σύγκριση αποτελεσμάτων Ελλάδας Τσεχίας) αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία των Βασιλικής Καρούμπαλη και Μαρουλίδης Συρίγου, της επιβλέποντα καθηγήτριας Αικατερίνης Μιχελή και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου όπου και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).

Δήλωση τήρησης της ακαδημαϊκής δεοντολογίας

Ο/Η/Οι υπογράφων/οντες φοιτητής/τές του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου

__ ΚΑΡΟΥΜΠΑΛΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ _____

__ ΣΥΡΙΓΟΥ ΜΑΡΟΥΛΙΔΗ _____

δηλώνω/νουμε υπεύθυνα ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο:

«Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΑΝΤΙΝΑΣ-ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΕ ΥΓΙΗ ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΕΙ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ, ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ ΤΣΕΧΙΑΣ»

Είναι στο σύνολό της προϊόν δικής μου/μας δουλειάς και ότι όλες οι πηγές που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται πλήρως. Επίσης δηλώνω/νουμε 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 σύνολό της.

(Υπογραφή)

(Υπογραφή)

Καρούμπαλη Βασιλική

Όνοματεπώνυμο

Μαρουλίδη Συρίγου

Όνοματεπώνυμο

Περίληψη

Εισαγωγή: Η νέα πανδημία του covid 19, φαίνεται να έχει επιπτώσεις στην ψυχική υγεία τόσο του υγιή πληθυσμού όσο και σε άτομα με ψυχική ασθένεια. Η ψυχική υγεία, σε σχέση με τις συνθήκες ζωής των ανθρώπων, τόσο σε προσωπικό όσο και σε περιβαλλοντικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, έχουν σημαντικό ρόλο για την πορεία τους. Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της επίδρασης της πανδημίας-καραντίνας covid 19 σε υγιή άτομα και σε άτομα που έχουν διαγνωστεί με ψυχική ασθένεια και η σύγκριση αποτελεσμάτων Ελλάδας-Τσεχίας.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα μέσω ερωτηματολογίων, σε 263 άτομα από Ελλάδα και Τσεχία. Τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης διερευνήθηκαν μέσω των ερωτηματολογίων GSD-7 και PHQ-9. Η ποιότητα ύπνου υπολογίστηκε μέσα από ερωτήσεις που αντλήθηκαν από το Insomnia Severity Index. Η μοναξιά, η ποιότητα ζωής, το υποκειμενικό αίσθημα υποστήριξης, η εμπιστοσύνη στο εθνικό σύστημα υγείας και η κρατική διαχείριση υπολογίστηκαν με αυτο αναφερόμενες και υποκειμενικές ερωτήσεις.

Αποτελέσματα: Αναφορικά με τις μονοπαραγοντικές αναλύσεις υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσων αφορά τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, την ποιότητα ύπνου, την κατάχρηση ουσιών, αλκοόλ και καπνίσματος, και την ποιότητα ζωής. Αντίθετα δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά , το αίσθημα μοναξιάς, το αίσθημα υποστήριξης, το αίσθημα ασφάλειας από την παροχή υπηρεσιών υγείας, και την κρίση για την κρατική διαχείριση της πανδημίας. Αναφορικά με τις διαφορές ανάμεσα στις δύο χώρες φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες από την Ελλάδα ένιωθαν περισσότερο μοναξιά σε σχέση με τους συμμετέχοντες από την Τσεχία και είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής. Αντίθετα φαίνεται, ότι οι συμμετέχοντες από την Τσεχία νιώθουν παραπάνω ασφάλεια στην παροχή υπηρεσιών υγείας, θεωρούν ότι η κρατική διαχείριση της πανδημίας ήταν καλύτερη και αναφέρουν υποκειμενικό αίσθημα υποστήριξης σε σχέση με τους Έλληνες.

Τέλος κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση στο σύνολο του δείγματος φάνηκε πως οι συμμετέχοντες που δεν πάσχουν από κάποιο ψυχικό νόσημα έχουν λιγότερο άγχος, από αυτούς που πάσχουν από κάποιο ψυχικό νόσημα.

Συμπέρασμα: Κατά τη διάρκεια της πανδημίας τα συμπτώματα άγχους είναι συχνότερα σε ασθενείς με ψυχικά νοσήματα. Η κατάσταση στην οποία έχει οδηγήσει η πανδημία χρήζει άμεση βοήθεια και απάντηση από την κοινωνική εργασία. Οι κοινωνικοί λειτουργοί χρειάζεται να αναλάβουν ρόλο εκπαιδευτή και συμβούλου με στόχο την ενίσχυση της

ανθεκτικότητας, να χρησιμοποιήσουν πρακτικές ενδυνάμωσης, να ενισχύσουν τη πρόληψη και να λάβουν μέρος σε κοινωνικές πολιτικές.

Λέξεις Κλειδιά: Ψυχική υγεία, ψυχική ασθένεια, κοινωνικό κεφάλαιο, ψυχικές διαταραχές, κυβερνητικά μέτρα, Covid-19, Ελλάδα, Τσεχία, κοινωνική εργασία, κοινωνικός λειτουργός

Abstract

Introduction: The covid-19 pandemic, which lasted almost 2 years, seems to affect the mental health of both the healthy population and people with mental illness. Mental health, in relation to people's living conditions, both personally and in environmental, social and economic level, have an important role to play in their course. The aim of the study is to examine the effect of quarantine / pandemic covid 19 on healthy individuals and people diagnosed with mental illness, a comparison of Greek-Czech results.

Methodology: Quantitative research was conducted through questionnaires on 263 people from Greece and the Czech Republic. Symptoms of anxiety and depression were investigated using the GSD-7 and PHQ-9 questionnaires. Sleep quality was assessed through questions from the Insomnia Severity Index. Loneliness, quality of life, subjective sense of support, trust in the national health system and public administration were counted with this reported and subjective questions.

Results: Regarding single-factor analyzes, there are statistically significant differences between patients with mental illness and a healthy population in terms of anxiety and depression symptoms, quality of sleep, substance abuse, alcohol and smoking, and quality of life. On the contrary, there are no statistically significant differences in the feeling of loneliness, the feeling of support, the feeling of security from the provision of health services, and the crisis for the state management of the pandemic. Regarding the differences between the two countries, it seems that the participants from Greece felt more lonely than the participants from the Czech Republic and had a worse quality of life. On the contrary, it seems that the participants from the Czech Republic feel more secure in the provision of health services, consider that the state management of the pandemic was better and report a subjective feeling of support in relation to the Greeks.

Finally, during the multifactorial analysis of the whole sample, it appeared that the participants who do not suffer from a mental illness have less anxiety, than those who suffer from a mental illness.

Conclusion: During a pandemic, anxiety symptoms are more common in patients with mental illness. The situation in which the pandemic has led needs immediate help and response from social work. Social workers need to take on the role of educator and counselor with a view to enhancing resilience, using empowerment practices, strengthening prevention, and engaging in social policies.

Key words: Mental health, mental illness, social capital, mental disorders, government measures Covid-19, Covid-19, Greece, Czech Republic, social work, social worker.

Περιεχόμενα

<u>Α΄ Θεωρητικό Μέρος</u>	<u>10</u>
<u>Εισαγωγή</u>	<u>10</u>
<u>1ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Ψυχική Υγεία</u>	<u>12</u>
<u>1.1 Ορισμός</u>	<u>12</u>
<u>1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγείας</u>	<u>18</u>
<u>1.3 Κοινωνικό κεφάλαιο και ψυχική υγεία</u>	<u>20</u>
<u>1.4 Επιπτώσεις και κίνδυνοι της ψυχικής υγείας</u>	<u>26</u>
<u>2ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Μορφές ψυχικών διαταραχών</u>	<u>28</u>
<u>2.1 Διαταραχές Συναισθήματος</u>	<u>28</u>
<u>2.2 Ψυχωτικές Διαταραχές</u>	<u>34</u>
<u>2.3 Αγχώδεις Διαταραχές</u>	<u>39</u>
<u>3ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Πανδημία Covid-19</u>	<u>49</u>
<u>3.1 Ορισμός</u>	<u>49</u>
<u>3.2 Κρούσματα και κρατική διαχείριση</u>	<u>51</u>
<u>3.3 Σύστημα υγείας Ελλάδα - Τσεχία (για την ψυχική υγεία):</u>	<u>53</u>
<u>3.4 Επιρροή στους ψυχικά ασθενείς</u>	<u>56</u>
<u>4ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Κοινωνική Εργασία και Πανδημία Covid-19</u>	<u>59</u>
<u>4.1 Ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη ψυχική υγεία</u>	<u>59</u>
<u>4.2 Υποστήριξη και ενδυνάμωση</u>	<u>63</u>
<u>5. Β Ερευνητικό Μέρος</u>	<u>67</u>
<u>5.1 Μεθοδολογία Έρευνας</u>	<u>67</u>
<u>5.2 Αποτελέσματα</u>	<u>75</u>
<u>5.3 Συμπεράσματα και Προτάσεις</u>	<u>94</u>
<u>Βιβλιογραφία:</u>	<u>100</u>
<u>Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο στα Ελληνικά</u>	<u>114</u>
<u>Παράρτημα Β: Ερωτηματολόγιο στα Τσέχικα</u>	<u>131</u>

Ευρετήριο Πινάκων και Εικόνων

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία (σελ 75)

Πίνακας 2: Μεταβλητές Υγείας (σελ 76)

Πίνακας 3: Συνήθειες Υγείας (σελ 78)

Πίνακας 4: Ερωτήσεις για Covid-19 (σελ 79)

Πίνακας 5: Κύρια περιγραφικά μέτρα για το άγχος την κατάθλιψη, την ποιότητα ύπνου και την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων (σελ 82)

Πίνακας 6: Σχέση μεταξύ συμπτωμάτων άγχους και υγιή πληθυσμού και πληθυσμού με ψυχικό νόσημα (σελ 83)

Πίνακας 7: Σχέση μεταξύ συμπτωμάτων άγχους και σύγκριση Ελλάδας -Τσεχίας (σελ 83)

Πίνακας 8: Σχέση μεταξύ συμπτωμάτων κατάθλιψης και υγιή πληθυσμού και πληθυσμού με ψυχικό νόσημα (σελ 84)

Πίνακας 9: Σχέση μεταξύ συμπτωμάτων κατάθλιψης και σύγκριση Ελλάδας- Τσεχίας (σελ 84)

Πίνακας 10: Σχέση μεταξύ διαταραχών ύπνου και υγιή πληθυσμού και πληθυσμού με ψυχικό νόσημα (σελ 85)

Πίνακας 11: Σχέση μεταξύ διαταραχών ύπνου και σύγκριση Ελλάδας-Τσεχίας (σελ 85)

Πίνακας 12: Σχέση μεταξύ αισθήματος μοναξιάς και υγιή πληθυσμού και πληθυσμού με ψυχικό νόσημα (σελ 85)

Πίνακας 13: Σχέση μεταξύ αισθήματος μοναξιάς και σύγκριση Ελλάδας Τσεχίας (σελ 86)

Πίνακας 14: Σχέση μεταξύ κατάχρησης ουσιών, αλκοόλ και καπνίσματος και υγιή πληθυσμού και πληθυσμού με ψυχικό νόσημα (σελ 86)

Πίνακας 15: Σχέση μεταξύ του αισθήματος υποστήριξης και σύγκριση Ελλάδας - Τσεχίας (σελ 87)

Πίνακας 16: Σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και υγιή πληθυσμού και πληθυσμού με ψυχικό νόσημα (σελ 88)

Πίνακας 17: Σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και σύγκριση Ελλάδας - Τσεχίας (σελ 88)

Πίνακας 18: Σχέση μεταξύ ασφάλειας από την παροχή υπηρεσιών υγείας και υγιή πληθυσμού και πληθυσμού με ψυχικό νόσημα (σελ 89)

Πίνακας 19: Σχέση μεταξύ ασφάλειας από την παροχή υπηρεσιών υγείας και σύγκριση Ελλάδας Τσεχίας (σελ 89)

Πίνακας 20: Σχέση μεταξύ κρατικής διαχείρισης και υγιή πληθυσμού και πληθυσμού με ψυχικό νόσημα (σελ 90)

Πίνακας 21: Σχέση μεταξύ κρατικής διαχείρισης και σύγκριση Ελλάδας- Τσεχίας (σελ 90)

Πίνακας 22: Σχέση μεταξύ ύπαρξης ή όχι της ψυχικής νόσου, ανάμεσα σε διαταραχές ύπνου και των συμπτωμάτων άγχους ή κατάθλιψης (σελ 91)

Εικόνα 1. Επιρροή της ψυχικής υγείας στο κοινωνικό κεφάλαιο (WHO, 2005). (σελ 17)

Εικόνα 2. Κοινωνικό κεφάλαιο και ψυχοκοινωνικές διαδικασίες (WHO, 2005). (σελ 23)

Εικόνα 3. Κόστη της ενήλικης ζωής από τη παρουσία ψυχικών διαταραχών κατά τη παιδική ηλικία (Knapp, 2003). (σελ 27)

Εικόνα 4. ABC της ευημερίας της ψυχικής υγείας (Sanjoy& Navdeep, 2020). (σελ 97)

Συντομογραφίες

ΙΨΔ Ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές

Μ.Τ Μέση Τιμή

Τ.Α. Τυπική Απόκλιση

ΠΟΥ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

C.I Confidence Intervals

GAD-7 Generalized anxiety disorder

PHQ-9 Patient Health Questionnaire

Α΄ Θεωρητικό Μέρος

Εισαγωγή

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κήρυξε τη νόσο του Covid-19 σε πανδημία στις 30 Ιανουαρίου 2020. Η νόσος αυτή πρωτοεμφανίστηκε για πρώτη φορά στη Wuhan, Κίνα, η οποία μέχρι στιγμής έχει επηρεάσει την υγεία και την ποιότητα ζωής των ανθρώπων παγκοσμίως. Στην προσπάθεια διαχείρισης της πανδημίας εφαρμόστηκαν μια σειρά από μέτρα όπως η απαγόρευση κυκλοφορίας, η καραντίνα, η παύση των κοινωνικών δραστηριοτήτων (π.χ σχολείο, εργασία, ταξίδια) και το κλείσιμο των καταστημάτων. Αυτά τα μέτρα προκάλεσαν φόβο, άγχος και κατάθλιψη στον περισσότερο κόσμο. Αρκετές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν την περίοδο αυτή έδειξαν αύξηση των ψυχολογικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων της κατάθλιψης, των αγχωτικών διαταραχών, στρες, κρίσεις πανικού, θυμό, παρορμητικότητα, συναισθηματική ανισορροπία, μετατραυματικό στρες και αυτοκτονικές τάσεις (Hossain et al., 2020). Επιπλέον φαίνεται πως η πανδημία έχει επηρεάσει διάφορες κοινωνικές ομάδες όπως μαθητές, νέους, ηλικιωμένους, άτομα υγιά και άτομα με ψυχικό νόσημα. Οι κύριες αιτίες που τροφοδοτούν τα φαινόμενα αυτά είναι η αβεβαιότητα για το μέλλον, ο φόβος για μόλυνση, η θλίψη, η μοναξιά και η οικονομική πίεση (Shah, Mohammad, Qureshi, Abbas, Aleem, 2020). Επιπλέον, άτομα διαγνωσμένα με ψυχική διαταραχή και σε συννοσηρότητα με τον Covid-19, φαίνεται να είναι πιο επιρρεπής στο να καταβληθούν περισσότερο κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Talevi et al, 2020).

Πιο συγκεκριμένα, αυτή η πτυχιακή εργασία αναπτύσσεται με το πρώτο κεφάλαιο να αναφέρεται στη σημασία της ψυχικής υγείας γενικότερα, καθώς και στους παράγοντες που την επηρεάζουν (κοινωνικοί, βιολογικοί, ψυχολογικοί). Έπειτα στο δεύτερο κεφάλαιο κατηγοριοποιούνται οι μορφές ψυχικών διαταραχών (συναισθήματος, ψυχωσικές, αγχώδεις) και περιγράφονται τα χαρακτηριστικά τους. Στο κεφάλαιο τρία ορίζεται η πανδημία covid-19, ο τρόπος που η Ελλάδα και η Τσεχία διαχειρίστηκαν την διάδοση των κρουσμάτων, τα μέτρα που πάρθηκαν για την μέριμνα της ψυχικής υγείας και ποιιά ήταν η επιρροή που είχε η πανδημία στα άτομα με ψυχικό νόσημα. Ακολούθως, στο τέταρτο κεφάλαιο τονίζεται η σχέση της πανδημίας με την κοινωνική εργασία, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη ψυχική υγεία για την υποστήριξη και την ενδυνάμωση. Εν συνεχεία ακολουθεί το ερευνητικό μέρος το οποίο υποδιαιρείται στη μεθοδολογία έρευνας, στα αποτελέσματα, στη συζήτηση, στους περιορισμούς της έρευνας. Τέλος επισυνάπτονται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις με τις οποίες η κοινωνική εργασία θα μπορούσε να βελτιστοποιήσει την παροχή υπηρεσιών της προς τους εξυπηρετούμενους την περίοδο της

Πτυχιακή Εργασία των Καρούμπαλη Βασιλικής και Συρίγου Μαρουλίδης

πανδημίας.

1ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Ψυχική Υγεία

1.1 Ορισμός

Ο ΠΟΥ αναγνώρισε την σημασία της ψυχικής υγείας από οταν πρωτοιδρύθηκε, και είναι φανερό στον ορισμό της υγείας που υπάρχει στο καταστατικό του, όπου αναφέρεται ότι η υγεία δεν είναι “απλώς” η “απουσία νόσου ή ασθένειας”, αλλά, “μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας”. Με το πέρασ του χρόνου και τις προόδους στην βιολογία και στις συμπεριφορικές επιστήμες, ο ορισμός διασαφηνίζεται, και με τις επιστήμες αυτές, γίνονται περισσότερο κατανοητές οι ψυχικές λειτουργίες και η σχέση μεταξύ ψυχικής, σωματικής και κοινωνικής υγείας (ΠΟΥ, 2002)

“Η ψυχική υγεία έχει οριστεί ποικιλοτρόπως από σοφούς διαφόρων πολιτισμών. Αντιλήψεις για την ψυχική υγεία συμπεριλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την υποκειμενική ευεξία και λειτουργικότητα, την αυτονομία, την αποτελεσματικότητα, την αλληλεξάρτηση των γενεών και την αυτοπραγμάτωση των πνευματικών και συναισθηματικών δυνατοτήτων του ατόμου.

Από διαπολιτισμική άποψη, είναι σχεδόν αδύνατο να ορίσεις πλήρως την ψυχική υγεία.

Εντούτοις, είναι γενικά αποδεκτό ότι η ψυχική υγεία είναι κάτι ευρύτερο από την έλλειψη ψυχικών διαταραχών.”

Ακόμα σύμφωνα με την έκθεση του ΠΟΥ (2002) θεωρείται πως οι κυβερνήσεις είναι υπεύθυνες για την ψυχική και σωματική υγεία των πολιτών. Αυτό καθώς οι κυβερνήσεις που εποπτεύουν τα εθνικά συστήματα ψυχικής υγείας οφείλουν ώστε οι πολιτικές υγείας που σχεδιάζονται να εφαρμόζονται κιόλας.

Η ψυχική, σωματική και κοινωνική υγεία είναι παράγοντες ζωτικής σημασίας που συμπλέκονται και αλληλεξαρτώνται στενά. Καθώς αυτή η σχέση γίνεται κατανοητή, είναι προφανές ότι η ψυχική υγεία έχει τεράστια σημασία για την ευεξία ατόμων, κοινωνιών και χωρών. Δυστυχώς σε πολλά μέρη του κόσμου, η ψυχική υγεία δεν αναγνωρίζεται όσο η σωματική, αντίθετα αγνοείται. Αυτό το φαινόμενο έμμεσα αποτελεί αίτιο αύξησης επιπτώσεων των ψυχικών διαταραχών και ενός διευρυμένου “χάσματος θεραπείας” (ΠΟΥ, 2002)

Η κατανόηση του τί είναι η ψυχική υγεία και η ψυχική λειτουργία, έχει μεγάλη σημασία καθώς διαμορφώνει μια βάση επί της οποίας διαμορφώνεται η πληρέστερη κατανόηση της

εκδήλωσης των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Σύγχρονες ανακαλύψεις στους τομείς της νευροεπιστήμης και της συμπεριφορικής ιατρικής έχουν ωθήσει στην κατανόηση των ψυχικών λειτουργιών. Γίνεται αντιληπτό ότι η φυσιολογία, οι σωματικές και κοινωνικές λειτουργίες, η κατάσταση της υγείας μας, συνδέεται με τις ψυχικές λειτουργίες (ΠΟΥ, 2002)

Η δημόσια υγεία των νέων καιρών βλέπει την υγεία μέσα από μια διεθνή οργανωμένη και τοπική προσπάθεια που θέλει να προωθήσει και να προστατέψει την υγεία των πληθυσμών και να μειώσει τις ανισότητες στην υγεία (WHO, 2005). Η νέα δημόσια υγεία είναι μια κοινωνική και πολιτική άποψη που στοχεύει στην βελτίωση της υγείας, την μακροχρόνια ζωή, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής μεταξύ όλων των πληθυσμών (WHO, 1998a).

Η αφοσίωση στα πεδία της ψυχικής υγείας και δημόσιας υγείας δεν είχε σημειώσει μεγάλη ανάπτυξη στο παρελθόν παρά τις ενδείξεις ότι πρόκειται για μία δυνατή σχέση αλληλεξάρτησης (Cooper 1990; Goldberg & Tantam, 1990; Goldstein, 1989). Αυτό συνέβαινε λόγω του στίγματος της ψυχικής ασθένειας, της ασάφειας γύρω από τις ιδέες της ψυχικής υγείας και ψυχικής ασθένειας. Το ενδιαφέρον όμως αναπτύχθηκε, αρχικά επειδή η ψυχική υγεία ήταν ένα αναπόσπαστο κομμάτι για την σωματική υγεία, την ποιότητα ζωής και κατα συνέπεια για την βελτίωση της συνολικής υγείας και της ευημερίας. Μία οπτική που είναι εμφανής σε πολιτικές και πρακτικές. Ακόμα υπάρχουν πολλά στοιχεία που προτείνουν την συνεργασία της σωματικής και ψυχικής υγείας και ευημερίας με εκπαιδευτικά επιτεύγματα, παραγωγικότητα, ανάπτυξη θετικών διαπροσωπικών σχέσεων, βελτίωση σχέσεων μέσα στην οικογένεια, μείωση εγκληματικότητας, μείωση βλαβών από αλκοόλ και ναρκωτικά και γενικότερα ασφαλέστερες κοινότητες. Έπειτα η αύξηση των περιστατικών ψυχικής ασθένειας σε παγκόσμιο επίπεδο είναι φανερή. Όπως και είχε προβλεφθεί για το έτος 2020 από την Murray και Lopez (1996) ότι η κατάθλιψη θα αποτελεί την δεύτερη μεγαλύτερη αιτία βάρους ασθενειών, βλέπουμε από τον ΠΟΥ στοιχεία για το 2021 ότι “η κατάθλιψη είναι η κύρια αιτία αναπηρίας παγκοσμίως και συμβάλλει σημαντικά στη συνολική παγκόσμια επιβάρυνση των ασθενειών.” (WHO, 2021). Το παγκόσμιο βάρος της ψυχικής ασθένειας υπερβαίνει κατά πολύ τις ανεπτυγμένες θεραπευτικές ικανότητες των αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων κρατών και το κοινωνικό και οικονομικό κόστος αυτής δεν θα μπορέσει να μειωθεί μόνο με την μείωση των ψυχικών διαταραχών (WHO, 2001c), αφού μάλιστα υπάρχουν και στοιχεία που δείχνουν ότι η ψυχική ασθένεια σχετίζεται με κοινωνικές ανισότητες (Desjarlais et al., 1995).

Η παγκόσμια επικέντρωση πάνω στην ψυχική ασθένεια έχει ενδυναμώσει το ενδιαφέρον για την προώθηση ψυχικής υγείας όσο και στην πρόληψη και θεραπεία. Υπάρχει ανάγκη για σωστή θεραπεία για όσους έχουν διαγνωστεί με ψυχικές διαταραχές ενώ παράλληλα υπάρχει ανάγκη για μεγαλύτερη εργασία στην προώθηση της ψυχικής υγείας. Πολλοί ασχολούνται με την δημιουργία πολιτικών και πρακτικών που στοχεύουν στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία που προκύπτουν όχι μόνο από βιολογικά και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά αλλά και από κακή κατανομή πόρων. Κατά συνέπεια, η προαγωγή της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της προαγωγής της ψυχικής υγείας και ευημερίας, είναι τόσο αναδυόμενο πολιτικό και κοινωνικό έργο όσο και έργο υγείας (Mittelmark, 2003).

Η ψυχική υγεία και η ψυχική διαταραχή εξαρτώνται από κοινωνικούς, ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες όπως η υγεία και η ασθένεια γενικότερα. Τα στοιχεία δείχνουν ότι όσα ισχύουν σε ανεπτυγμένες χώρες ισχύουν και σε αναπτυσσόμενες, ότι κίνδυνοι για την ψυχική διαταραχή σχετίζονται με την φτώχεια σε σχέση με την εκπαίδευση και μετέπειτα, επίπεδα ασφάλειας, απόγνωσης, κοινωνικής αλλαγής, βία, ασθένειες επηρεάζουν περισσότερο την κάθε περίπτωση (Costello et al., 2003; Rutter, 2003). Μάλιστα όταν μορφές βίας αλληλεπιδρούν με προβλήματα υγείας, κατάθλιψη, άγχος είναι ακόμα πιο δύσκολο να αντιμετωπιστούν σε συνθήκες χαμηλού εισοδήματος, ανεργίας, στρεσογόνου εργασιακού περιβάλλοντος, φυλετικών διακρίσεων, ανθυγιεινών συνθηκών ζωής και παραβίασης ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Desjarlais et al., 1995, p. 6).

Ακόμα, η άποψη ότι η ψυχική υγεία σημαίνει κάτι περισσότερο από την απουσία μιας ψυχικής ασθένειας υποστηρίζεται και από τον Vaillant, ο οποίος αναφέρει ότι η σχετικά καλή ψυχική υγεία δεν σημαίνει υγεία καθώς πάντα περιλαμβάνει και την ψυχοπαθολογία. Το “υγιές” μπορεί να αλλάζει σε σχέση με τον τόπο, την κουλτούρα την ιστορική στιγμή, την κάθε περίπτωση. Για παράδειγμα ένας τραυματισμένος αθλητής ή ένας ασυμπτωματικός άνθρωπος με ιστορικό διπολικής διαταραχής είναι υγιής ή όχι; ‘Η και ο κίνδυνος ερμηνείας αξιών-για το τι σημαίνει το “να είσαι καλά” σε σχέση με την κουλτούρα, τον εαυτό ή την κοινωνία, την ενσωμάτωση, την ευτυχία, την επιβίωση. Τέλος ο Vaillant επισημαίνει ότι η κοινή λογική πρέπει να κυριαρχήσει καθώς συγκεκριμένα ευρήματα έχουν παγκόσμια σημασία για την ψυχική υγεία πέρα από κάθε κουλτούρα (Vaillant, 2003, p. 1374).

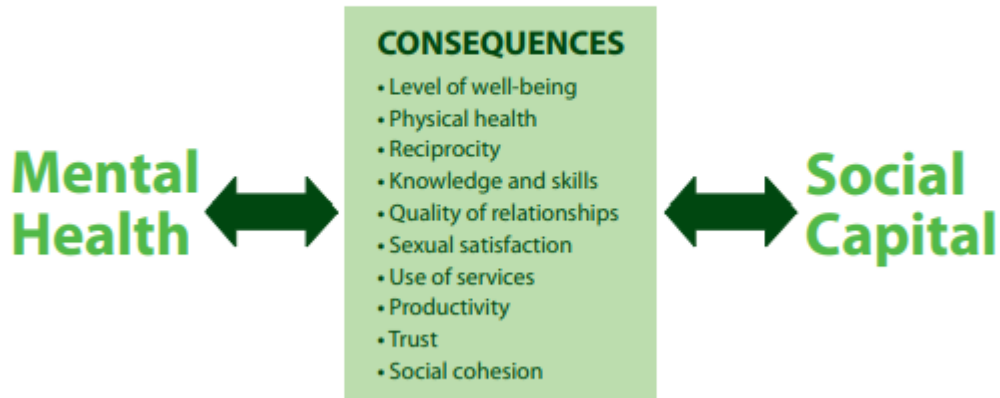
Η υγεία δεν θα μπορούσε να υφίσταται χωρίς την ψυχική υγεία μια συνθήκη η οποία φαίνεται μέσα από έρευνες που διεξάγονται ακόμα και από το 1950, όπου σωματικά

ασθενείς με αρνητική ψυχολογία έχουν χειρότερη εξέλιξη σε σύγκριση με αυτούς που έχουν θετική ψυχολογία. Άλλες έρευνες δείχνουν ότι αισιόδοξοι υγιείς άνθρωποι έχουν λιγότερα ποσοστά θανάτων από καρδιοπάθειες ακόμα και με συνδυασμό άλλων παραγόντων (Giltay et al., 2004). Εν συνεχεία, ο χαμηλός έλεγχος στη δουλειά και η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη επίσης επηρεάζουν τόσο την σωματική όσο και την ψυχολογική υγεία (Korpp, Skrabski & Szedmák, 2000). Άτομα που έχουν διαγνωστεί με HIV/AIDS καθώς και οι οικογένειές τους στιγματοποιούνται, βιώνουν διακρίσεις, κατάθλιψη, άγχος και άλλες ψυχικές διαταραχές (WHO, 2001c). Επιπλέον ο έντονος πόνος συνδέεται με ταλαιπωρία και χαμηλή παραγωγικότητα. Ο ΠΟΥ μέσα από έρευνα που συμμετείχαν 15 κέντρα από την Ασία, Αφρική, Ευρώπη και Αμερική εξέτασαν την σχέση μεταξύ πόνου και ευημερίας σε πάνω από 5.000 άτομα και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσοι υποφέρουν από έντονο πόνο η πιθανότητα να εμφανίσουν άγχος ή καταθλιπτική διαταραχή ήταν τέσσερις φορές μεγαλύτερη σε σχέση με όσους δεν ένιωθαν πόνο (Gureje et al., 1998).

Ένα άλλο ενδιαφέρον σημείο είναι “η ψυχική υγεία ως ατομική ικανότητα και εμπειρία”. Όπως αναφέρεται και στο καταστατικό του ΠΟΥ “η ψυχική υγεία περιλαμβάνει μεταξύ άλλων την «υποκειμενική ευεξία, την αντιληπτή αυτοαποτελεσματικότητα, την αυτονομία, την ικανότητα, την εξάρτηση μεταξύ των γενεών και την αυτοεκτίμηση του συναισθηματικού δυναμικού ενός ατόμου” (WHO, 2001). Η αξία που θέτει καθένας στην ψυχική υγεία φαίνεται από τα θετικά συναισθήματα και τις διαφορετικές ατομικές δεξιότητες και ικανότητες που μπορούν να θεωρηθούν ως συστατικά ή συνέπειες της καλής ψυχικής υγείας (Korkeila, 2000). Μια άλλη άποψη αφορά τη σχέση ανάμεσα στην ψυχική υγεία και στην αίσθηση του προσωπικού ελέγχου πάνω σε όσα έρχονται στη ζωή, στο "σημείο ελέγχου"(Rotter, 1966). Όταν δηλαδή, οι άνθρωποι πιστεύουν ότι μπορούν να επηρεάσουν τα γεγονότα στη ζωή τους, αντιμετωπίζουν καλύτερα στρεσογόνες καταστάσεις ή όταν πιστεύουν ότι μπορούν να επιτύχουν όσα επιθυμούν. Η έννοια ακόμη της συνοχής που έχει αναπτυχθεί από τον Antonovsky (1979) συνδέεται με την ψυχική υγεία, το μοντέλο του οποίου υποστηρίζει ότι τα τρία συστατικά της αίσθησης της συνοχής είναι η κατανοητότητα (ικανότητα εύρεσης δομής σε γεγονότα), διαχειρισιμότητα (έλεγχος περιβάλλοντος) και νοηματοδότηση (σημασία και αξία που είναι εγγενής στα γεγονότα και στη ζωή κάποιου). Τέλος ένα άλλο στοιχείο της καλής ψυχικής υγείας είναι η ανθεκτικότητα, μέσα από την εσωτερική αντίσταση εκδήλωσης ψυχικής διαταραχής στο πέρας της ζωής ενώ εμφανίζονται δυσκολίες (Rutter 1985).

Η ψυχική υγεία συνδέεται και με την κοινωνικοποίηση. Η καλή ψυχική υγεία μπορεί να βασιστεί στην ιδιότητα του να έχει κανείς ικανοποιητικές και μακροχρόνιες σχέσεις με ανθρώπους. Τα κοινωνικά δίκτυα επικοινωνίας είναι ένας προστατευτικός παράγοντας εναντίον της εμφάνισης ψυχικών διαταραχών αλλά και μέσο αντιμετώπισης ψυχικών διαταραχών. Για πολλούς ανθρώπους το περιβάλλον μέσα στο οποίο μεγάλωσαν έχει μεγάλη σημασία για την εξέλιξή τους ως προς τον τρόπο που διαμορφώνουν μετέπειτα οι ίδιοι διαπροσωπικές σχέσεις. Η έννοια της “οικογενειακής ομοιόστασης” όπως αναπτύχθηκε από τον Jackson (1957), αναφέρεται στην δυναμική ισορροπία μεταξύ των σχέσεων των διαφορετικών μελών της οικογένειας και της θέσης δύναμης. Η ψυχική υγεία συμβάλει στην κοινωνική συμμετοχή αλλά και αντιστρόφως. Άτομα που υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές εύκολα μπορούν να απομονωθούν και να στιγματιστούν. Υπάρχουν έρευνες που αποδεικνύουν ότι η κοινωνική απομόνωση από την κοινότητα σχετίζεται με υψηλά ποσοστά αύξησης ψυχικών διαταραχών (Faris και Dunham, 1939). Ένα άλλος πολύ σημαντικός και σύνθετος τομέας της κοινωνικής συμμετοχής είναι η εργασία. Από τη μία πλευρά για να μπορέσει κανείς να εργαστεί χρειάζεται κάποιο επίπεδο καλής ψυχικής υγείας και ψυχολογικής ικανότητας. Η δουλειά είναι και ένας παράγοντας που υποστηρίζει την ψυχική υγεία δίνοντας δομή και ρυθμό στην καθημερινή ζωή, ευκαιρίες αυτοπραγμάτωσης, ενισχύει την αυτοεκτίμηση και προσφέρει ασφάλεια και ευκαιρία δημιουργίας ικανοποιητικών σχέσεων. Από την άλλη πλευρά βέβαια η εργασία μπορεί να αποτελέσει πηγή άγχους και ψυχικής διαταραχής εξαιτίας των στρεσογόνων εργασιακών συνθηκών (WHO, 2005).

Η ψυχική υγεία συμβάλλει ακόμα στο κοινωνικό κεφάλαιο, δηλαδή στην κοινωνία, μια έννοια που δημιουργήθηκε από τον Putnam (1993). Η έννοια αυτή αναφέρει ότι τομείς της κοινωνικής ζωής όπως ινστιτούτα, δίκτυα, νόρμες, κοινωνική εμπιστοσύνη διαμορφώνουν την ποσότητα και την ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων που μπορεί να υποβοηθούν την συλλογικότητα, τον συντονισμό και το κοινό συμφέρον. Έρευνες έχουν δείξει ότι η κοινωνική συνοχή είναι κρίσιμη για την οικονομική ανάπτυξη και βιωσιμότητα. Η εμπιστοσύνη, η κοινωνική υποστήριξη, τα κοινωνικά δίκτυα που συνιστούν το κοινωνικό κεφάλαιο μπορούν να διαμορφώσουν την ψυχική υγεία των ατόμων. Ακόμα το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να διευκολύνει την πρόσβαση σε υπηρεσίες για ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές ή και να μειώσει τη διάρκεια αυτών των διαταραχών (Sartorius, 2003). Στην Εικόνα 1. φαίνεται η επιρροή της ψυχικής υγείας στο κοινωνικό κεφάλαιο.



Εικόνα 1. Η επιρροή της ψυχικής υγείας στο κοινωνικό κεφάλαιο (WHO, 2005)

Έπειτα η σχέση μεταξύ κουλτούρας και ψυχικής υγείας είναι επίσης περίπλοκη καθώς η ψυχική υγεία ανα διάφορους πολιτισμούς της γης είναι μια ξένη έννοια. Είναι όμως σύνηθες να αναγνωρίζουμε αξίες στην κουλτούρα που συνδέονται με τομείς της ψυχικής υγείας. Παράδειγμα αποτελεί ο τρόπος με τον οποίο νοείται η ταλαιπωρία για τον άνθρωπο (π.χ στον Βουδισμό), που μπορεί να σημαίνει ότι συμπληρώνει ή αντικαθιστά τις έννοιες της ψυχικής ασθένειας. Η θετική υποκειμενική εμπειρία μπορεί να αναφέρεται σε μια αίσθηση εσωτερικής και διαπροσωπικής αρμονίας (Wig, 1999) ή να ερμηνευθεί ως θρησκευτικός όρος. Γι'αυτό το λόγο η ερμηνεία της υγείας από τον ΠΟΥ θέλει να σεβαστεί τις διαφορετικές κουλτούρες και να αποφύγει εξιδανικεύσεις που θα μπορούσαν να αποκλείσουν την έγκριση ή τη συμμετοχή ατόμων από οποιοδήποτε πολιτιστική ομάδα (WHO, 2005).

Ακόμα ενδιαφέρον έχουν οι πνευματικές διαστάσεις της ψυχικής υγείας. Η πνευματική ευεξία μπορεί να θεωρηθεί μέρος της πνευματικής υγείας αλλά συγχέεται και πέρα από την άνεση του ατόμου και της κοινότητάς του σε φιλοδοξίες που το ξεπερνούν. Η πνευματικότητα συμβάλλει στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων σε όλο τον κόσμο. Μέσα από έρευνα του ΠΟΥ, ιδιότητες όπως το δέος, το νόημα της ζωής, η πίστη και η σύνδεση με ένα πνευματικό ον συντελεί σημαντικά στο γενικό ποσοστό ποιότητας ζωής, που ξεπερνά ακόμη και την ψυχολογική ευημερία ή την κοινωνική σύνδεση (Saxena, O'Connell & Underwood, 2002). Η πνευματικότητα αν και συνδέεται τις περισσότερες φορές με την θρησκεία έχει και ανεξάρτητη υπόσταση. Σε ένα άρθρο του Chatters (2000) σχετικά με την σχέση της θρησκείας και της δημόσιας υγείας και πρακτικής αναφέρει :

“Τα θρησκευτικά δόγματα μπορεί να υποστηρίξουν θετικές απόψεις για την ανθρώπινη φύση και τον εαυτό που δημιουργούν στάσεις και συναισθηματικές καταστάσεις που συνδέονται με καλύτερα σωματικά και ψυχικά αποτελέσματα υγείας. Η πίστη στην εγγενή αξία και τη μοναδικότητα κάθε ατόμου μπορεί να προάγει συναισθήματα αυτοεκτίμησης. Οι θρησκευτικές εντολές μπορεί να διαμορφώσουν διαπροσωπικές συμπεριφορές και στάσεις απέναντι στους άλλους με τρόπους που τονίζουν μια ποικιλία θετικών και φιλο κοινωνικών στόχων (π.χ. διαπροσωπική ζεστασιά και φιλικότητα, αγάπη, συμπόνια, αρμονία, ανεκτικότητα και συγχώρεση) και που μειώνουν την πιθανότητα επιβλαβών και αγχωτικών διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων.”

1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία

Η ψυχική υγεία και οι ψυχικές διαταραχές επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες ταυτοχρόνως, κοινωνικούς, ψυχολογικούς και βιολογικούς και η υγεία και οι αρρώστιες γενικότερα. Ένα φανερό στοιχείο επιρροής είναι ο ανεπτυγμένος και ο αναπτυσσόμενος κόσμος που σχετίζονται με παράγοντες όπως η φτώχεια, συμπεριλαμβανομένου του επιπέδου εκπαίδευσης, της μη κατάλληλης κατοικίας και του χαμηλού εισοδήματος. Η κύρια ευαλωτότητα των ανθρώπων σε κάθε κοινότητα σε σχέση με τις ψυχικές διαταραχές δημιουργείται όταν νιώθουν ανασφάλεια, απόγνωση, γρήγορη κοινωνική αλλαγή, κίνδυνο βίας ή σωματικής ασθένειας (WHO, 2005)

Ακόμα η ψυχική υγεία συνδέεται με την συμπεριφορά. Ψυχικά, κοινωνικά και συμπεριφοριστικά προβλήματα μπορεί να αλληλουπάρχουν, ως αποτέλεσμα να ενισχύουν τις επιπτώσεις στην συμπεριφορά και στην υγεία. Η χρήση ουσιών, η βία, η κακοποίηση γυναικών και παιδιών από τη μια πλευρά και θέματα υγείας όπως καρδιοπάθεια, κατάθλιψη και άγχος, επικρατούν περισσότερο και είναι ακόμα πιο δύσκολο να τα αντιμετωπίσεις μέσα σε συνθήκες ανεργίας χαμηλού μισθού, εκπαίδευσης, σε αγχωτικές συνθήκες εργασίες, φυλετικές διακρίσεις, μη υγιεινό τρόπο ζωής και παραβίαση δικαιωμάτων (WHO, 2005).

Η καλή σωματική υγεία μπορεί να επηρεάσει τη φύση και την εξέλιξη της ψυχικής και σωματικής ασθένειας. Η σχέση μεταξύ σωματικής και ψυχικής υγείας σε σχέση με κοινωνικούς, βιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες είναι σύνθετη τόσο για αρνητικά αποτελέσματα όσο και για θετικά. Η σύμπραξη της ψυχολογικής, κοινωνικής και φυσικής

κατάστασης ενυπάρχει στην πορεία της ασθένειας, η οποία βέβαια μπορεί να διαφοροποιηθεί με αλλαγές ως προς την προώθηση της ψυχικής υγείας. Η ολιστική προσέγγιση της υγείας είναι βασική σε πολλές κεντρικές πεποιθήσεις για την υγεία και την ευημερία (WHO, 2005).

Συχνή είναι η συννοσηρότητα που παρουσιάζεται στην συνύπαρξη σωματικών και ψυχικών καταστάσεων, με πιθανώς χειρότερα αποτελέσματα και για τις δύο. Η ισχυρή και σύνθετη σύνδεση σωματικής ασθένειας και ψυχικής ασθένειας όπως άγχος ή κατάθλιψη παρουσιάζεται επανειλημμένως (WHO, 2005). Έρευνα στην Αυστραλία έδειξε ότι το 39% των ανθρώπων με κατάθλιψη και άγχος έχουν σωματική ασθένεια και ότι τουλάχιστον 14% ατόμων με σωματική ασθένεια έχουν κατάθλιψη ή άγχος (Andrews et al., 1999). Μια άλλη έρευνα πάνω στην υγεία και στην ευημερία των ανθρώπων με ψυχωτικές διαταραχές έχει δείξει πόσο κακή είναι η σωματική υγεία, με υψηλά ποσοστά εμφάνισης σωματικών διαταραχών και αυξημένη πρόωρη θνησιμότητα από τις συνθήκες αυτές (Coghlan et al., 2001; Lawrence, Holman & Jablensky, 2001).

Η υγεία κάποιου επηρεάζεται από τον τρόπο ζωής του αλλά και από στοιχεία τα οποία δεν είναι θέμα επιλογής, όπως το φύλο ή η καταγωγή. Η πρόσβαση σε κοινωνικούς και αναπτυξιακούς πόρους, όπως η εκπαίδευση, επίσημη είτε ανεπίσημη, παίζει σημαντικό ρόλο. Άνθρωποι με καλύτερη εκπαίδευση γενικότερα έχουν καλύτερη υγεία και πιο συγκεκριμένα για τις γυναίκες. Έχει αποδειχθεί πως, όταν οι γυναίκες λαμβάνουν υψηλή εκπαίδευση έχουν αρκετές γνώσεις για τη δική τους υγεία αλλά και για την υγεία των παιδιών τους (Harrison, 1997).

Η κατοικία, είναι άλλος ένας παράγοντας που επηρεάζει την υγεία καθώς η αστεγία, οι κακές συνθήκες όπως καθαριότητα, ο συγχρωτισμός, σε συνδυασμό με κακό εξαερισμό συνδέονται με αναπνευστικά προβλήματα, τραυματισμούς και κακή ψυχική υγεία. (Howden-Charman, 2002).

Οι κοινωνικές σχέσεις μεταξύ ανθρώπων επίσης επηρεάζουν την υγεία. Ένας άνθρωπος μπορεί να επηρεαστεί θετικά ή αρνητικά ανάλογα με τις συνήθειες των ανθρώπων που έρχεται σε επαφή. Όσον αφορά τις κοινωνικές σχέσεις, η κοινωνική απομόνωση, το κοινωνικό άγχος και αντίθετα η κοινωνική συμμετοχή χειροτερεύει ή βελτιώνει τη υγεία αντίστοιχα (Eng et al., 2002; Mittelman, 1999b; Seeman, 1996). Η υγεία πάλι επηρεάζεται από την οικονομική και την επαγγελματική του κατάσταση. Στην Αυστραλία παρατηρήθηκε

ότι οι παράγοντες κινδύνου χρόνιας νόσου, όπως κάπνισμα, παχυσαρκία, υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ είναι περισσότερο συνδεδεμένα με ομάδες χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης σε σχέση με ομάδες υψηλότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (Hayen et al., 2002). Στην Αμερική το επίπεδο εισοδήματος φανερώνει θνησιμότητα και χειρότερη υγεία (Wagstaff & van Doorslaer, 2000). Μια άλλη παρατήρηση είναι πως η ανεργία επιδεινώνει την υγεία και φέρνει υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας σε σχέση με εργαζόμενους (Morris, 1994). Παρατηρείται ακόμα πως οι διακεκριμένες θέσεις εργασίας σε σχέση με θέσεις με λιγότερη διάκριση επηρεάζονται αντιστοίχως (Marmot et al., 1997). Οι σχέσεις αυτές είναι σύνθετες, και η σύνδεση μεταξύ εργασίας και υγείας βασίζονται και σε άλλους παράγοντες όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση και η κοινωνική τάξη (Morris, 1994).

Η φτώχεια είναι ένας παράγοντας κλειδί που προβλέπει την κακή υγεία του ατόμου και του πληθυσμού, ενώ η βελτίωση της υγείας συνεισφέρει στην καταπολέμηση της φτώχειας, οικονομική ανάκαμψη και ανάπτυξη. Σε πρόσφατες ανασκοπήσεις των εννοιολογικών και εμπειρικών δεσμών μεταξύ της φτώχειας και της κακής υγείας τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις ανεπτυγμένες χώρες, τα εμπειρικά στοιχεία είναι πειστικά ότι η φτώχεια σχετίζεται αιτιολογικά με την κακή υγεία τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο (Subramanian, Belli & Kawachi, 2002; WHO, 2002a).

Τα χαρακτηριστικά του φυσικού περιβάλλοντος πάνω στον οποίο οι άνθρωποι έχουν ελάχιστη δύναμη πάλι επηρεάζει την ψυχική υγεία, συμπεριλαμβανομένου του κλίματος, της κλιματικής αλλαγής, της ρύπανσης του αέρα, το θόρυβο, τις πολεοδομικές δομές, όπως οι δρόμοι, τα κτίρια και η παρουσία ανθυγιεινών ουσιών (WHO, 2002b). Τέλος το εργασιακό περιβάλλον όταν δεν είναι κατάλληλο μπορεί να συνδεθεί με διάφορου τύπου προβλήματα υγείας, τραύματα, εργασιακό στρες τα οποία οδηγούν σε ψυχολογικές διαταραχές (Driscoll et al., 2001; Jin et al., 2000; Leigh & Sheetz, 1989; Loewenson, 1999).

1.3 Κοινωνικό κεφάλαιο και ψυχική υγεία

Στην ενότητα αυτή θα γίνει αναφορά και ανάλυση του “κοινωνικού κεφαλαίου” σε σχέση με την “ψυχική υγεία” με σκοπό να γίνει η ερμηνεία της ανωτέρου ενότητας και μέσω αυτής η ερμηνεία των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία.

Το κοινωνικό κεφάλαιο συνδέεται με την οικονομική ανάπτυξη, με το πόσο αποτελεσματικές είναι οι υπηρεσίες εξυπηρέτησης, και την ανάπτυξη της κοινότητας. Το κοινωνικό κεφάλαιο φαίνεται να μειώνει το κόστος παραγωγής και παράδοσης υλικών και υπηρεσιών και έτσι να βελτιώνει την παραγωγικότητα και την αποτελεσματικότητα (Woolcock, 1998). Σε αυτή όμως την ενότητα το κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται στα χαρακτηριστικά της κοινωνικής οργάνωσης, όπως η κοινωνική συμμετοχή, κανόνες αμοιβαιότητας, εμπιστοσύνης σε άλλους, που βοηθούν την συνεργασία για το κοινό καλό (Kawachi et al., 1997, p. 1491). Ακόμα, παρά τις διάφορες απόψεις γύρω από το κοινωνικό κεφάλαιο υπάρχει η παραδοχή, ότι μπορεί να διευκολύνει την συλλογική δράση και να προωθήσει την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη συνεισφέροντας και σε άλλες μορφές κεφαλαίου (Grootaert, 1998), (WHO, 2005).

Η κατανόηση της σχέσης μεταξύ κοινωνικού κεφαλαίου και ψυχικής υγείας χρειάζεται την ερμηνεία των δύο συστατικών του κοινωνικού κεφαλαίου, του γνωστικού και δομικού. Το γνωστικό κοινωνικό κεφάλαιο συνιστάται από ψυχικές διεργασίες και τις ιδέες που προέκυψαν, οι οποίες επηρεάζονται από “την κουλτούρα, την ιδεολογία, κανόνες, αξίες, στάσεις και πεποιθήσεις που συμβάλλουν στη συνεργατική συμπεριφορά” (Uphoff, 2000, p. 218). Τα δομικά συστατικά του κοινωνικού κεφαλαίου αφορούν “ρόλους, κανόνες, όσα έχουν προηγηθεί και διαδικασίες καθώς και μια μεγάλη ποικιλία δικτύων που συμβάλλουν στη συνεργασία” Uphoff, 2000, p. 218). Ακόμα το δομικό κοινωνικό κεφάλαιο έχει δύο διαστάσεις, την οριζόντια που αποδίδει τις σχέσεις που υπάρχουν μεταξύ των ανθρώπων ή ομάδων και την κάθετη διάσταση που περιλαμβάνει τις ιεραρχικές ή άνισες σχέσεις λόγω των διαφορών στις βάσεις δύναμης και πόρων. Το δομικό κοινωνικό κεφάλαιο διαρθρώνεται από τις κυβερνητικές πολιτικές και τα επίσημα δίκτυα υπηρεσιών που προκύπτουν από την εφαρμογή τους (WHO, 2005).

1.3.1 Κοινωνικό κεφάλαιο, υγεία και ψυχική υγεία

Με στόχο την βελτίωση της υγείας έχουν δοθεί πολύ μεγάλα ποσά είτε σε εθνικό ή διεθνές επίπεδο. Παρόλα αυτά, όπως αναφέρει ο Lomas (1998, p1181):

“Από τη μία πλευρά, εκατομμύρια δολάρια δεσμεύονται να ανακουφίσουν την κακή υγεία μέσω ατομικής παρέμβασης. Εν τω μεταξύ αγνοούμε αυτό που μας λέει η καθημερινή μας εμπειρία, ότι ο τρόπος που οργανώνουμε την κοινωνία μας, τον βαθμό στον οποίο

ενθαρρύνουμε την αλληλεπίδραση μεταξύ των πολιτών, ο βαθμός στον οποίο εμπιστευόμαστε και συνδεόμαστε μεταξύ μας σε κοινότητες φροντίδας είναι ίσως ο πιο σημαντικός καθοριστικός παράγοντας για την υγεία μας”

Ενώ κοινωνικοοικονομικά στοιχεία για την υγεία δείχνουν ότι κοινωνικά απομονωμένα άτομα έχουν χειρότερη υγεία (House, Landis & Umberson, 1988), έρχεται η θεωρία του κοινωνικού κεφαλαίου που δείχνει, ότι όσο περισσότερο ενωμένες είναι οι κοινότητες παρουσιάζονται καλύτερα ποσοστά υγείας με χαμηλότερα ποσοστά θανάτων (Kawachi & Kennedy, 1997). Φαίνεται δηλαδή μέσα από έρευνες η σχέση μεταξύ κακής υγείας και κακού κοινωνικού κεφαλαίου μέσα από τα επίπεδα διαπροσωπικής εμπιστοσύνης και κανόνων αμοιβαιότητας. Αυτό που χρειάζεται να γίνει κατανοητό για την ιδέα του κοινωνικού κεφαλαίου είναι η σχέση του περιβάλλοντος, συμπεριλαμβανομένων και κοινωνικών παραγόντων με ομάδες ανθρώπων. Η μικρότερη ομάδα είναι μία οικογένεια η οποία πολλαπλασιάζεται και φτάνει να εννοείται ακόμη και το ολόκληρο έθνος. Τα δίκτυα σχέσεων μεταξύ των ατόμων με το περιβάλλον εξηγούν όλα όσα προκύπτουν πέρα από τα ατομικά αποτελέσματα κατάστασης υγείας (Putnam, 2001). Όπως θα αναφερθούν και παρακάτω, η κοινωνικοποίηση, η προστασία κατά κρίσεων, εισοδηματικές ανισότητες, αυτοκτονίες και αντικοινωνικές συμπεριφορές προτείνουν μία θεωρητική βάση για σημαντικές σχέσεις μεταξύ της υγείας, της ψυχικής υγείας και του κοινωνικού κεφαλαίου (WHO, 2005).

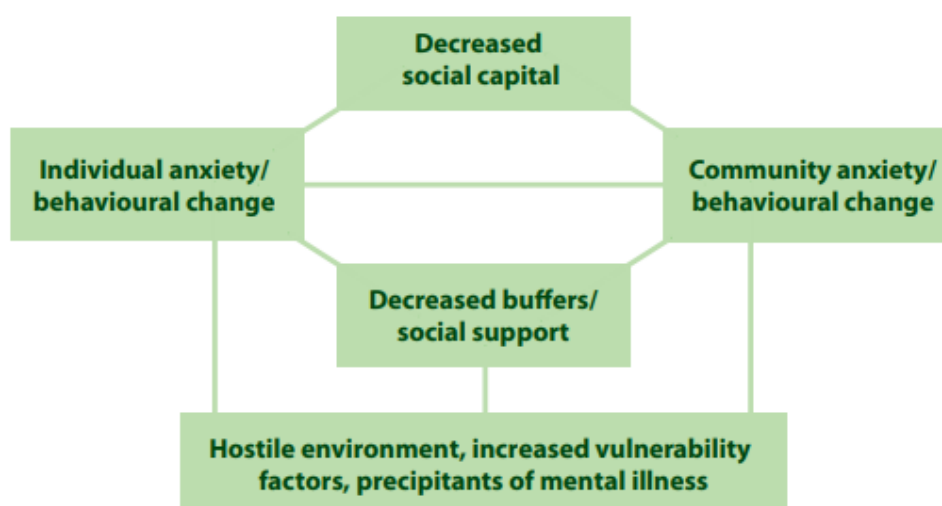
1.3.A Κοινωνικοποίηση

Ο τρόπος με τον οποίο συμπεριφέρεται κανείς κοινωνικά βασίζεται στην κοινωνικοποίηση μέσα από τα κοινωνικά δίκτυα, όπως οικογένεια και κοινότητα. Το πώς λειτουργεί ο καθένας, η ευημερία του (αυτοεκτίμηση, προσωπική ταυτότητα) και ευαλωτότητα επηρεάζονται από τις διάφορες εμπειρίες που λαμβάνει μέσα από τις συνθήκες στο προσωπικό περιβάλλον του κοινωνικού κεφαλαίου (OECD, 2001). Όπως σωστά είχε αναφέρει ο Durkheim (1897) όταν δεν υπάρχει κοινωνική συνοχή τότε εμφανίζονται στην υγεία και ψυχική υγεία αρνητικές συνέπειες. Ακόμα κλασικές μελέτες των Faris και Dunham (1939), Hollingshead και Redlick (1958), Leighton (1959) και Brown και Harris (1978) αποδεικνύουν την σχέση μεταξύ ψυχικής υγείας και κοινωνικής διάρθρωσης, κοινωνικού αποκλεισμού, φτώχειας, γεγονότα όσων συμβαίνουν στη ζωή και ψυχολογικού άγχους. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί με την άποψη ότι το επίπεδο σοβαρότητας της ψυχικής διαταραχής βλάπτει την ψυχολογική και κοινωνική

λειτουργία που οδηγεί σε “κοινωνική μετατόπιση” (Goldberg & Morris, 1963). Προς υποστήριξη της θέσης αυτής ο Murphy (1972) αναφέρει ότι ψυχικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια επεμβαίνουν στο πως ο εξυπηρετούμενος θα διαχειριστεί σύνηθες υποχρεώσεις διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης και αποκωδικοποίησης της κοινωνικής επικοινωνίας. Παρόμοια φαινόμενα μπορεί να προκληθούν και από ήπιες ψυχικές διαταραχές, όπως άγχος ή κατάθλιψη. Τέτοιες ψυχικές διαταραχές μπορεί να οδηγήσουν σε αναταραχή της συζυγικής σταθερότητας (Kessler, Walters & Forthofer, 1998), αύξηση εφηβικής γονεϊκότητας (Kessler et al., 1997), απομακρυσμένες κοινωνικές σχέσεις (Mickelson, Kessler & Shaver, 1997) και άλλους παράγοντες κοινωνικής επιδείνωσης (WHO, 2005).

1.3.B. Προστασία κατά τη διάρκεια κρίσεων

Μια δεύτερη εξήγηση για τη σύνδεση των ψυχικών διαταραχών με κακές κοινωνικές συγκυρίες (που θα μπορούσαν να θεωρηθούν περιβάλλοντα με χαμηλό κοινωνικό κεφάλαιο) είναι ότι τα άτομα σε αυτές τις περιπτώσεις εκτίθενται περισσότερο σε στρεσογόνες καταστάσεις από άλλους σε πιο ευνοϊκά περιβάλλοντα. Η επίδραση αυτών των στρεσογόνων καταστάσεων διαμορφώνεται από ψυχολογικούς, κοινωνικούς και φυσικούς παράγοντες στο περιβάλλον του καθενός. Παρεμβάσεις μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση αυτών των δυσμενών επιπτώσεων (Marsella, 1995; Muntaner & Eaton, 1998). Για παράδειγμα όταν κανείς δεν έχει έμπιστες σχέσεις, είναι άνεργος και έχει χαμηλό κοινωνικό στάτους είναι αρκετά ευάλωτος ώστε να παρουσιάσει κατάθλιψη (Perry, 1996).



Εικόνα 2. Κοινωνικό κεφάλαιο και ψυχοκοινωνικές διαδικασίες (WHO, 2005).

Σε καταστάσεις κρίσης, η βοήθεια και η υποστήριξη βασίζεται στα δίκτυα του κοινωνικού κεφαλαίου. Αυτά ξεκινούν από την πυρηνική οικογένεια, στην διευρυμένη, τους γείτονες και έπειτα σε θρησκευτικές κοινότητες, πολιτικές οργανώσεις και οικονομικά συστήματα. Σε κρίσιμες στιγμές ο καθένας θα στραφεί σε αυτές για να βρει συναισθηματική υποστήριξη και να θεραπεύσει την ψυχική του υγεία (Cunyu, 1994).

1.3.Γ. Εισοδηματικές ανισότητες

Μια αστική κοινότητα, ώστε να θεωρείται ότι αναπτύσσεται χρειάζεται δυνατές οριζόντιες σχέσεις παρά κάθετες. Αυτό έχει αντίκτυπο στο πως ενεργεί το κοινωνικό κεφάλαιο όσον αφορά την ανισότητα (Putnam, 1993). Ακόμα, το κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζεται και με την εισοδηματική ανισότητα και την κλίση της υγείας (e.g. Kaplan et al., 1990). Επίσης οι άνισοι μισθοί προκαλούν κακή υγεία μέσω της ανησυχίας για τις συνέπειες των αυξανόμενων ανισοτήτων που μπορεί να είναι καταλυτικοί παράγοντες ή ακόμα και υπεύθυνες λόγω της υποχρηματοδότησης του ανθρώπινου κεφαλαίου (Kawachi et al., 1994).

1.3.Δ. Αυτοκτονίες και αντικοινωνική συμπεριφορά

Το επίπεδο κοινωνικής συνοχής θεωρείται ότι δημιουργεί εναλλαγές στην ανάπτυξη αντικοινωνικών και αυτοκτονικών συμπεριφορών (OECD, 2001). Ο Durkheim (1897) υποθέτει ότι ο χαμηλός κοινωνικός έλεγχος, η διατάραξη της οργάνωσης της τοπικής κοινωνίας προκαλούν αυξημένα ποσοστά αυτοκτονιών και εγκλημάτων (Shaw & McKay, 1942). Όταν η δομή μιας κοινότητας δεν είναι ικανή να αντιληφθεί τις αξίες των κατοίκων της και να διατηρήσει αποτελεσματικούς κοινωνικούς ελέγχους, τότε αυτό ορίζεται ως κοινωνική αποδιοργάνωση, και αυτό πάλι σχετίζεται με την εμφάνιση εγκλημάτων και αυτοκτονιών (WHO, 2005).

1.3.2. Προώθηση ψυχικής υγείας και κοινωνικό κεφάλαιο

Το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να ενισχύσει την ψυχική υγεία και να μειώσει τις επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών. Από την άλλη πλευρά η προώθηση της ψυχικής υγείας θα μπορούσε να δημιουργήσει κοινωνικό κεφάλαιο με διάφορους τρόπους, με εμφανή

αποτελέσματα τόσο σε επίπεδο κοινωνίας όσο και σε επίπεδο κοινότητας. Όσον αφορά την κοινότητα η προώθηση της ψυχικής υγείας συνδέει την υγεία με το κοινωνικό κεφάλαιο σε σημείο που επηρεάζει τη συμπεριφορά και την παροχή υπηρεσιών μέσα από την ενίσχυση των ψυχολογικών ιδιοτήτων των ανθρώπων και την ενδυνάμωση των σχέσεων τους. Παρακάτω θα αναφερθούν τρεις μηχανισμοί, συμπεριφορές υγείας, η πρόσβαση σε υπηρεσίες και αγαθά και ψυχοκοινωνικές διαδικασίες (WHO, 2005) .

A. Το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να επηρεάσει την υγεία του πληθυσμού ανάλογα με την ταχύτητα διάδοσης των πληροφοριών για την υγεία, σωματική και ψυχική, αυξάνοντας τις πιθανότητες οι άνθρωποι να υιοθετήσουν υγιείς συμπεριφορές αλλά και με τον κοινωνικό έλεγχο ως προς τις κακές συμπεριφορές υγείας (WHO, 2005). Η θεωρία διάδοσης καινοτομιών προτείνει ότι καινοτόμες συμπεριφορές όπως υπηρεσίες πρόληψης, διαχέονται πολύ πιο γρήγορα σε κοινότητες με συνοχή και αίσθημα εμπιστοσύνης (Rogers, 1983). Ακόμα άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι μεγαλύτερο ποσοστό συλλογικής αποτελεσματικότητας, υποβοηθάει την αποτροπή αντικοινωνικής και αποκλίνουσας συμπεριφοράς (Sampson, Raudenbush & Earls, 1997; Berkman & Kawachi, 2000).

B. Το κοινωνικό κεφάλαιο της κοινότητας επηρεάζει την πρόσβαση σε υπηρεσίες και αγαθά. Ενωμένες κοινότητες μπορούν συγκροτήσουν κοινωνικούς οργανισμούς για άμεση πρόσβαση σε υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγεία, κοινοτικές κλινικές υγείας. Όταν η πρόσβαση σε υπηρεσίες και αγαθά είναι περιορισμένη και μειωμένη αυτό σηματοδοτεί την ύπαρξη φτώχειας, κρίσεων και χρόνιων παθήσεων. Το δίκτυο του κοινωνικού κεφαλαίου είναι αρκετά σημαντικό καθώς διαμορφώνει ένα μηχανισμό που βοηθά στη βελτίωση της κοινωνικής υποστήριξης, ένταξης και αποκατάστασης (Putnam, 1995).

Γ. Οι ψυχοκοινωνικές διαδικασίες καθενός δημιουργούνται μέσα από υψηλά επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου ώστε να αντιμετωπίσει στρεσογόνες καταστάσεις στη ζωή και να προστατέψει την υγεία του. Αυτές οι διαδικασίες δημιουργούνται μέσα από την αλληλεπίδραση μέσα στην κοινότητα, η οποία μπορεί να ενισχυθεί μέσα από σχέσεις εμπιστοσύνης, αμοιβαιότητας ενάντια σε άλλες ψυχοκοινωνικές διαδικασίες που μπορεί να προκαλέσουν κακή υγεία. Ακόμα μέλη τέτοιων κοινοτήτων έχουν αναπτύξει αίσθημα υπευθυνότητας ο ένας με τον άλλο ακόμα και αν δεν έχουν συγγενικούς δεσμούς. Αυτές οι στάσεις αμοιβαιότητας και σεβασμού σημαίνουν και ευκολότερη διαπαιδαγώγηση, βελτιωμένη αυτοδιοίκηση και διατήρηση της πολιτισμένης δημόσιας ζωής (Berkman &

Kawachi, 2000). Η διαφοροποίηση των ποσοστών διάθεσης ψυχοκοινωνικών πόρων στην κοινότητα ερμηνεύει και τα ευρήματα, ότι κοινωνικά απομονωμένα άτομα που μένουν σε περισσότερο ενωμένες κοινότητες δεν εμφανίζονται να υποφέρουν τόσο από συνέπειες κακής υγείας όσο άτομα από κοινότητες με λιγότερη συνοχή (Berkman & Kawachi, 2000, p. 105).

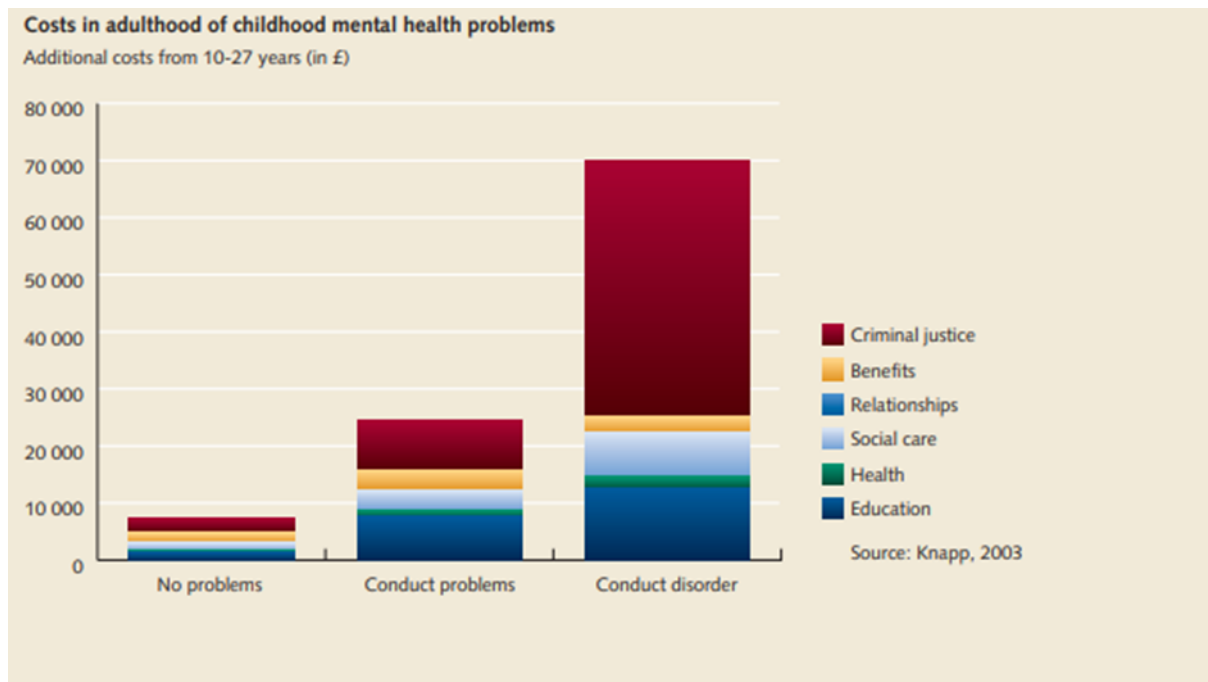
1.4 Επιπτώσεις και κίνδυνοι της ψυχικής υγείας

Παγκοσμίως την τελευταία 20ετία φαίνεται, ότι υποφέρουν περίπου 450.000 εκατομμύρια άνθρωποι με ψυχικές ή συμπεριφορικές διαταραχές, περίπου ένα εκατομμύριο άνθρωποι αυτοκτονούν ετησίως, τέσσερις στους έξι λόγους που οδηγούν σε χρόνια αναπηρία είναι λόγω νευροψυχιατρικών διαταραχών, όπως κατάθλιψη κατάχρηση αλκοόλ, σχιζοφρένεια και διπολικές διαταραχές. Ακόμα μία στις τέσσερις οικογένειες έχει τουλάχιστον ένα άτομο διαγνωσμένο με ψυχική διαταραχή. Τα μέλη της οικογένειας είναι κατά κύριο λόγο αυτοί που το φροντίζουν και το βάρος δεν μπορεί εύκολα να οριστεί και συνήθως αγνοείται αλλά επηρεάζει πολύ την ποιότητα ζωής όλης της οικογένειας. Επίσης εκτός από την υγεία και το κοινωνικό κόστος, σε αυτούς που έχουν διαγνωστεί με ψυχική ασθένεια φαίνεται να καταπατούνται τα ανθρώπινα δικαιώματά τους, να νιώθουν στίγμα, διακρίσεις μέσα και έξω από ψυχιατρικές κλινικές (WHO, 2003).

Γίνεται όλο και περισσότερο εμφανές ότι η ψυχική κατάσταση συνδέεται άρρηκτα με σωματικές και κοινωνικές λειτουργίες που φέρουν αντίστοιχα αποτελέσματα. Για παράδειγμα η κατάθλιψη είναι ένας σχετικός παράγοντας για την εμφάνιση καρκίνου και προβλημάτων καρδιάς. Η κατάθλιψη, το άγχος και η χρήση ουσιών από άτομα που ήδη έχουν σωματικά προβλήματα υγείας μπορούν να οδηγήσουν σε διαταραχή του προγράμματος για την κατάλληλη λήψη της θεραπείας τους. Ακόμα μια σειρά από συμπεριφορές όπως το κάπνισμα έχει συνδεθεί με την ανάπτυξη σωματικών προβλημάτων όπως καρκίνωμα (WHO, 2003).

Επιπλέον η ψυχική ασθένεια έχει και οικονομικές συνέπειες στο προσωπικό εισόδημα, στην ικανότητα του ατόμου ή και των φροντιστών του να εργαστεί ή όχι και να είναι παραγωγικό/οι για την εθνική οικονομία, την χρήση θεραπειών και υπηρεσιών υγείας. Η εμφάνιση διαταραχής ακόμα και από την παιδική ηλικία έχει μεγάλο κόστος το οποίο δεν είναι αρκετά ευκρινές (Knapp et al., 1999). Η διαταραχή μπορεί να είναι αιτία διακοπής των σπουδών από μικρή ηλικία (Kessler et al., 1995) κάτι το οποίο έχει τεράστιες επιπτώσεις εάν

μάλιστα δεν λαμβάνεται η σωστή θεραπεία (Maughan & Rutter, 1998). Στη παρακάτω εικόνα του διαγράμματος του Knapp (2003) φαίνεται ότι τα παιδιά με διαταραχές δημιουργούν παραπάνω κόστη μέχρι και πέρα από την ενηλικίωσή τους, τα οποία μάλιστα δεν συνδέονται με την υγεία όπως θα περίμενε κανείς. Συνδέονται με την εκπαίδευση, την εγκληματική δικαιοσύνη, δημιουργώντας μια σημαντική πρόκληση για το κοινωνικό κεφάλαιο.



Εικόνα 3. Κόστη της ενήλικης ζωής από τη παρουσία ψυχικών διαταραχών κατά τη παιδική ηλικία (Knapp, 2003).

Συμπληρωματικά, όσον αφορά την κατάθλιψη, η οποία επηρεάζει την επαγγελματική και κοινωνική ζωή των ατόμων, σύμφωνα με έρευνα στις ΗΠΑ, υπολογίζεται ότι 1,8% με 3,6% των εργατών υποφέρει από σοβαρή κατάθλιψη, γεγονός που καθιστά διπλάσιο σχεδόν το ποσοστό ανικανότητας σε σχέση με άτομα χωρίς κατάθλιψη (Goldberg & Steury, 2001). Μια άλλη έρευνα στις ΗΠΑ δείχνει ότι 5-6 εκατομμύρια εργαζόμενοι με ψυχικές διαταραχές από την ηλικία 16-54 είτε απολύονται, είτε δεν καταφέρνουν να βρουν είτε δεν μπορούν να βρουν εργασία. Ανάμεσα σε αυτούς που καταφέρνουν να εργαστούν φαίνεται ότι η ύπαρξη διαταραχής μειώνει το ετήσιο εισόδημα κατά 3500\$- 6000\$ (Marcotte & Wilcox-Gok, 2001).

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Μορφές ψυχικών διαταραχών

2.1 Διαταραχές Συναισθήματος:

Οι διαταραχές του συναισθήματος είναι ένα σύνολο διαταραχών όπου διαταράσσεται η συναισθηματική διάθεση. Δηλαδή, ο συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και ορισμένες φορές επηρεάζει τη συμπεριφορά του ατόμου και τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τον κόσμο. Κοινά παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η έξαρση, ο θυμός. Μπορούμε να διακρίνουμε τη συναισθηματική διάθεση από την εξωτερική έκφραση της, το συναίσθημα (Μάνου, 1997).

Κατά το DSM-IV οι διαταραχές της διάθεσης διαιρούνται στις Καταθλιπτικές και στις Διπολικές διαταραχές.

Οι καταθλιπτικές διαταραχές περιλαμβάνουν:

- Μείζων καταθλιπτική Διαταραχή
- Δυσθυμική διαταραχή
- Καταθλιπτική διαταραχή Μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

Οι διπολικές διαταραχές περιλαμβάνουν:

- Διπολική I διαταραχή
- Διπολική II διαταραχή
- Κυκλοθυμική Διαταραχή
- Διπολική διαταραχή Μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

1. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή:

Σύμφωνα με το DSM-IV η μείζων καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από τουλάχιστον ένα Μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς να υπάρχει ιστορικό μανιακού επεισοδίου. Ένα μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο περιλαμβάνει 9 κριτήρια από τα οποία πρέπει να πληρούνται τα 5 για ένα διάστημα 2 συνεχόμενων εβδομάδων.

Το άτομο θα πρέπει να έχει καταθλιπτική διάθεση το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, όπου η καταθλιπτική διάθεση περιλαμβάνει το αίσθημα λύπης, θλίψης, απογοήτευσης και απελπισίας. Επίσης το άτομο βιώνει έλλειψη ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης στις

δραστηριότητες της καθημερινότητας του και υπάρχει έντονη αυξομείωση του βάρους του, αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα και αίσθημα κόπωσης με αισθητή έλλειψη ενέργειας σε καθημερινή βάση. Επιπλέον επικρατεί επιβράδυνση ή ψυχοκινητική διέγερση και ελαττωμένη ικανότητα για συγκέντρωση στην καθημερινότητα. Τέλος, το άτομο αντιμετωπίζει αισθήματα ενοχής και έχει αυτοκτονικές σκέψεις (Μάνου, 1997).

Επιδημιολογικά στοιχεία:

Ο επιπολασμός ζωής της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι 10-25% για τις γυναίκες και 5-12% για τους άντρες χωρίς τα ποσοστά να εξαρτώνται από την εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο, την οικονομική και οικογενειακή κατάσταση του ατόμου (Μάνου, 1997).

2. Δυσθυμική Διαταραχή:

Η δυσθυμική διαταραχή είναι μια επίμονη καταθλιπτική διαταραχή όπου το άτομο έχει καταθλιπτική διάθεση για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και για τουλάχιστον 2 χρόνια.

Το DSM-IV απαριθμεί 8 κριτήρια για την διάγνωση της διαταραχής.

A. Το άτομο θα πρέπει να έχει καταθλιπτική διάθεση τις περισσότερες ώρες της ημέρας, και τις περισσότερες μέρες της εβδομάδας όπου θα έχει προκύψει είτε από υποκειμενική εκτίμηση είτε από την παρατήρηση άλλων ατόμων, για διάστημα τουλάχιστον 2 χρόνων (Μάνου, 1997).

B. Το άτομο θα πρέπει να εμφανίζει 2 ή περισσότερα από τα παρακάτω.

1. Μειωμένη όρεξη ή υπερφαγία
2. αϋπνία ή υπερυπνία
3. μειωμένη ενέργεια ή κόπωση
4. χαμηλή αυτοεκτίμηση
5. έλλειψη συγκέντρωσης ή δυσκολία λήψης αποφάσεων
6. αίσθημα έλλειψης ελπίδας

Γ. Τα κριτήρια Α και Β θα πρέπει να είναι συνεχώς παρών στο διάστημα των 2 χρόνων και να μην απουσιάζουν για πάνω από 2 μήνες.

Δ. Η διαταραχή δεν πρέπει να εξηγείται ως Μείζων καταθλιπτική διαταραχή.

Ε. Δεν πρέπει να πληρούνται τα κριτήρια για κυκλοθυμική διαταραχή και το άτομο δεν πρέπει να έχει βιώσει μανιακό ή υπομανιακό ή μεικτό επεισόδιο

ΣΤ. Τα κριτήρια για την σχιζοφρένεια, την παραληρητική διαταραχή ή κάποια άλλη ψυχωτική διαταραχή δεν εξηγούν καλύτερα την διαταραχή.

Ζ. Τα συμπτώματα της διαταραχής δεν οφείλονται σε αποτελέσματα από την δράση μιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

Η. Τα συμπτώματα της διαταραχής προκαλούν χαμηλή λειτουργικότητα του ατόμου στον κοινωνικό, επαγγελματικό τομέα.

Επιδημιολογικά στοιχεία:

Η δυσθυμική διαταραχή σύμφωνα με το DSM-IV έχει επιπολασμό ζωής 6%.

Στην παιδική ηλικία φαίνεται να εμφανίζεται και στα 2 φύλα και να επηρεάζει τις σχολικές επιδόσεις και την κοινωνικότητα των παιδιών. Τα παιδιά με δυσθυμική διαταραχή εμφανίζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, απαισιοδοξία και χαμηλές κοινωνικές δεξιότητες. Από την άλλη στους ενήλικες, οι γυναίκες είναι εκείνες που έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν τη δυσθυμική διαταραχή από ότι οι άντρες.

Η διαταραχή εμφανίζει μεγαλύτερη συχνότητα σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού που έχουν διαγνωσθεί με μείζων καταθλιπτική διαταραχή, απ' ότι στον γενικό πληθυσμό (Μάνου, 1997).

3. Διπολική Διαταραχή I:

Η διπολική διαταραχή I είναι μια πάθηση κατά την οποία το συναίσθημα του ατόμου που την έχει κινείται σε μη φυσιολογικό εύρος. Σύμφωνα με το DSM-IV το κύριο διαγνωστικό κριτήριο της είναι όταν το άτομο εμφανίζει από ένα ή και παραπάνω μανιακά ή μεικτά επεισόδια. Συνήθως τα άτομα εμφανίζουν και συμπτώματα ενός ή και παραπάνω μείζων καταθλιπτικών επεισοδίων (Μάνου, 1997).

Σύμφωνα με το DSM-IV τα συμπτώματα του μανιακού επεισοδίου περιλαμβάνουν:

- Για διάστημα 1 εβδομάδας παθολογικά και επίμονα ανεβασμένη τη συναισθηματική διάθεση.
- Κατά τη διάρκεια της διαταραχής όταν επιμένουν 3 ή και περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα

1. Υψηλή αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου

2. Μειωμένη ανάγκη για ύπνο

3. Έντονη ομιλητικότητα

4. Φυγή ιδεών

5. Διάσπαση προσοχής

6. Ψυχοκινητική διέγερση

7. Ενασχόληση με ευχάριστες δραστηριότητες που έχουν βλαβερές συνέπειες.

- Τα συμπτώματα δε πρέπει να πληρούν τα κριτήρια για μεικτό επεισόδιο.
- Χαμηλή λειτουργικότητα σε επαγγελματικές και κοινωνικές δραστηριότητες. Όταν είναι απαραίτητη η νοσηλεία του ατόμου ώστε να προληφθεί κακό στο ίδιο το άτομο ή σε άλλους
- Τα συμπτώματα της διαταραχής δεν πρέπει να οφείλονται στα αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας.

Σύμφωνα με το DSM-IV τα συμπτώματα του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου θα πρέπει να υπάρχουν κατά τη διάρκεια των 2 εβδομάδων και περιλαμβάνουν:

- Καταθλιπτική διάθεση τις περισσότερες ώρες της ημέρας και σε καθημερινή βάση η οποία έχει προκύψει είτε από την αναφορά του ίδιου του ατόμου είτε έχει παρατηρηθεί από άλλους.
- Μείωση ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης για δραστηριότητες καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας
- Απώλεια ή αύξηση βάρους
- Έλλειψη ύπνου ή αυξημένη όρεξη για ύπνο

- Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση
- Έλλειψη ενέργειας ή αίσθημα κόπωσης
- Αίσθημα αναξιότητας ή υπερβολικής ενοχής
- Έλλειψη συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα
- Σκέψεις θανάτου, αυτοκτονικός ιδεασμός.

Έκπτωση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας σύμφωνα με το DSM-IV τα συμπτώματα του μεικτού επεισοδίου περιλαμβάνουν:

- Θα πρέπει να πληρούνται τα κριτήρια και για το μανιακό και για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο για τουλάχιστον 1 εβδομάδα και σε καθημερινή βάση.
- Τα συμπτώματα της διαταραχής πρέπει να είναι αρκετά σοβαρά ώστε να προκαλέσουν χαμηλή επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα αλλά να κάνει απαραίτητη και τη νοσηλεία του ατόμου ώστε να μη προκληθεί κακό στον εαυτό του ή σε άλλα άτομα
- Τα συμπτώματα της διαταραχής δεν πρέπει να οφείλονται στα αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας.

Επιδημιολογικά στοιχεία:

Η διπολική διαταραχή I εμφανίζεται το ίδιο συχνά και στους άντρες και στις γυναίκες. Στους άντρες το πρώτο επεισόδιο συνήθως είναι μανιακό ενώ στις γυναίκες μείζον καταθλιπτικό. Η διαταραχή έχει επιπολασμό ζωής από 0,4% ως 1,6% (Μάνου, 1997).

4. Διπολική διαταραχή II

Το βασικό διαγνωστικό κριτήριο της Διπολικής διαταραχής II είναι η ύπαρξη ενός η περισσότερων μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων και ενός υπομανιακού επεισοδίου. Επιπλέον δεν πρέπει να έχει υπάρξει ποτέ μανιακό ή μεικτό επεισόδιο και τα συμπτώματα της διαταραχής δεν πρέπει να εξηγούνται καλύτερα ως σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, σχιζοφρένεια, σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, παραληρητική διαταραχή ή ψυχωτική διαταραχή. Επίσης τα συμπτώματα θα πρέπει να προκαλούν χαμηλή κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα (Μάνου, 1997).

Η υπομανία είναι μια βραχύτερη και λιγότερο σοβαρή μορφή μανίας.

Σύμφωνα με το DSM-IV τα συμπτώματα του υπομανιακού επεισοδίου περιλαμβάνουν τα ίδια κριτήρια με το μανιακό επεισόδιο με διαφοροποίηση στη διάρκεια, όπου στο υπομανιακό επεισόδιο τα συμπτώματα της ανεβασμένης διάθεσης πρέπει διαρκούν 4 μέρες σε αντίθεση με το μανιακό όπου πρέπει να διαρκούν 1 εβδομάδα . Επιπλέον, η αλλαγή στη διάθεση δεν πρέπει να είναι αρκετά σοβαρή ώστε να επηρεάζει την επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου (Μάνου, 1997).

Επιδημιολογικά στοιχεία:

Η διπολική διαταραχή II φαίνεται να εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες εξαιτίας της επιλόχειας περιόδου όπου υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για την εμφάνιση τέτοιων επεισοδίων. Η συγκεκριμένη διαταραχή έχει επιπολασμό ζωής 0,5%. (Μάνου, 1997).

Αιτιολογία:

Όσον αφορά την αιτία των διαταραχών της διάθεσης δεν έχει εντοπιστεί ένας συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας που να τις προκαλεί αλλά ένας συνδυασμός αιτιολογικών παραγόντων. Ένας από αυτούς τους παράγοντες είναι η κληρονομικότητα καθώς σε πολλές οικογένειες με πρώτου βαθμού συγγένειας είναι αρκετά συχνή η εμφάνιση διαταραχών της διάθεσης(Μείζονος καταθλιπτική διαταραχή, Διπολική διαταραχή II). Επίσης, στην διπολική διαταραχή φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο και η ύπαρξη γονιδίων για την εμφάνιση προδιάθεσης της διαταραχής.

Άλλος ένας αιτιολογικός παράγοντας στην εκδήλωση των διαταραχών της διάθεσης είναι τα γεγονότα που προκαλούν στρες και άγχος στη ζωή του ατόμου σε συνδυασμό με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που προκαλούν συναισθηματική πίεση και εναλλαγές της διάθεσης. Πιο συγκεκριμένα για την εμφάνιση της κατάθλιψης φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο και η προσωπικότητα του ατόμου, αφού άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι πιο επιρρεπή στη κατάθλιψη. Άλλες θεωρήσεις για την κατάθλιψη αναφέρουν πως μπορεί να είναι αποτέλεσμα της αστάθειας και της ανασφάλειας στη βρεφονηπιακή ηλικία εξαιτίας των διαταραγμένων σχέσεων μητέρας-παιδιού ή επρόκειτο για φυσιολογικό συναίσθημα στην περίπτωση διαπροσωπικής απώλειας. Τέλος, η ψυχοδυναμική θεώρηση αποδίδει την κατάθλιψη σε αρνητική εκτίμηση του ατόμου για τον εαυτό του (Μάνου, 1997).

2.2 Ψυχωτικές Διαταραχές

Ψυχωτικές διαταραχές ονομάζουμε τις διαταραχές οι οποίες έχουν ως βασικό χαρακτηριστικό τους τα ψυχωτικά συμπτώματα. Αυτά περιλαμβάνουν παραληρητικές ιδέες, προεξάρχουσες ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένο λόγο ή κατατονική συμπεριφορά (Μάνου, 1997).

Οι ψυχωτικές διαταραχές είναι από τις πιο σοβαρές ψυχικές νόσους και προσβάλλουν ένα ποσοστό του πληθυσμού (Getzefeld, 2009).

Κατά το DSM-IV στις ψυχωτικές διαταραχές περιλαμβάνονται οι εξής διαταραχές:

- Σχιζοφρένεια
- Σχιζοφρενικόμορφη Διαταραχή
- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή
- Παραληρητική Διαταραχή
- Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή
- Επινεμόμενη Ψυχωτική διαταραχή
- Ψυχωτική διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση
- Ψυχωτική διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες
- Ψυχωτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

Εμείς θα εστιάσουμε σε 3 ψυχωτικές διαταραχές:

1. Σχιζοφρένεια
2. Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή
3. Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή

1. Σχιζοφρένεια:

Σχιζοφρένεια καλείται το σύνδρομο όπου υπάρχει έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας στην οποία το άτομο ανταποκρίνεται με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του και τους άλλους. Η αλλοίωση αυτή της πραγματικότητας εμφανίζεται με συμπτώματα στην αντίληψη, στη σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και την ψυχοκινητικότητα (Μάνου, 1997).

Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV:

Το DSM-IV απαριθμεί 6 κριτήρια για την διάγνωση της σχιζοφρένειας.

Το κριτήριο Α περιλαμβάνει:

- · παραληρητικές ιδέες
- · ψευδαισθήσεις
- · αποδιοργανωμένος λόγος
- · αρνητικά συμπτώματα όπως συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλία

Το κριτήριο Β περιλαμβάνει:

Την κοινωνική και επαγγελματική δυσλειτουργία. Πιο συγκεκριμένα αναφέρεται στην πτώση διάφορων τομέων της λειτουργικότητας του ατόμου όπως η εργασία, η αυτοφροντίδα και οι διαπροσωπικές σχέσεις σε ένα σημαντικό διάστημα από την έναρξη της διαταραχής (Μάνου, 1997).

Το κριτήριο Γ αναφέρεται:

Στη διάρκεια των συμπτωμάτων της διαταραχής. Συγκεκριμένα τα συμπτώματα πρέπει να επιμένουν για ένα διάστημα 6 μηνών κατά το οποίο για τουλάχιστον 1 μήνα θα πληρούνται πλήρως τα συμπτώματα του κριτηρίου Α. (Μάνου, 1997).

Το κριτήριο Δ περιλαμβάνει:

Τον αποκλεισμό άλλων ψυχικών διαταραχών όπως η Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και η διαταραχή της διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία (Μάνου, 1997).

Το κριτήριο Ε περιλαμβάνει:

Τον αποκλεισμό χρήσης κάποιας ουσίας ή κάποιας γενικής ιατρικής κατάστασης (Μάνου, 1997).

Το κριτήριο ΣΤ περιλαμβάνει:

Τον αποκλεισμό ύπαρξης ιστορικού αυτιστικής διαταραχής ή άλλης βαριάς εκτεταμένης διαταραχής της ανάπτυξης . Σε αυτή την περίπτωση η διάγνωση της σχιζοφρένειας μπαίνει

μόνο όταν υπάρχουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για τουλάχιστον 1 μήνα (Μάνου, 1997).

Υπότυποι Σχιζοφρένειας:

Η διάγνωση των υπότυπων στηρίζεται στην πρόσφατη κατάσταση των ασθενών σύμφωνα με την πιο πρόσφατη ψυχιατρική εξέταση τους (Getzefeld, 2009).

Σύμφωνα με το DSM-IV υπάρχουν 5 υπότυποι σχιζοφρένειας:

- Παρανοϊκός Τύπος
- Αποδιοργανωμένος Τύπος
- Κατατονικός Τύπος
- Αδιαφοροποίητος Τύπος
- Υπολειμματικός Τύπος

Παρανοειδής Τύπος:

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια παρανοειδούς τύπου εμφανίζουν παραληρητικές ιδέες δίωξης ή μεγαλείου. Συνήθως επικρατούν συναισθήματα θυμού, άγχος, καχυποψίας, υπερευαισθησίας σε διαπροσωπικές σχέσεις και εμφανίζουν σωματική επιθετικότητα. Επίσης δεν εμφανίζουν αποδιοργάνωση του λόγου ή κατατονική συμπεριφορά και οι ασθενείς παραμένουν λειτουργικοί σε κοινωνικές και επαγγελματικές καταστάσεις (Μάνου, 1997).

Κατατονικός Τύπος:

Η σχιζοφρένεια κατατονικού τύπου χαρακτηρίζεται από κινητική ακινησία ή υπερβολική κινητική δραστηριότητα και κηρώδης ευκαμψία. Επίσης οι ασθενείς με κατατονικού τύπου σχιζοφρένεια εμφανίζουν ηχολαλία και ηχοπραξία. Ηχολαλία είναι η άσκοπη επανάληψη λέξεων ή φράσεων που έχουν ειπωθεί από άλλα άτομα ενώ ηχοπραξία είναι η μίμηση και η επανάληψη κινήσεων που κάνουν εξίσου άλλα άτομα. Για να διαγνωσθεί ένα άτομο με τον συγκεκριμένο τύπο χρειάζεται να πληροί τα κριτήρια της σχιζοφρένειας και να μην αιτιολογείται με άλλο τρόπο η κατατονία (Μάνου, 1997).

Αποδιοργανωμένος Τύπος:

Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια αποδιοργανωμένου τύπου παρουσιάζουν αποδιοργανωμένο λόγο, συμπεριφορά και επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα. Υπάρχουν αποδιοργανωμένες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις. Επιπλέον υπάρχει μεγάλη κοινωνική έκπτωση (Μάνου, 1997).

Αδιαφοροποίητος Τύπος:

Για να διαγνωστεί ένας ασθενής με σχιζοφρένεια αδιαφοροποίητου τύπου δεν πρέπει να πληροί κανένα κριτήριο των υπόλοιπων τύπων σχιζοφρένειας αλλά να εμφανίζει παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένο λόγο και αρνητικά συμπτώματα όπως συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλία (Μάνου, 1997).

Υπολειμματικός τύπος:

Στη σχιζοφρένεια υπολειμματικού τύπου απουσιάζουν οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις και ο αποδιοργανωμένος λόγος και συμπεριφορά.

Στον συγκεκριμένο τύπο πρέπει να έχει υπάρξει τουλάχιστον ένα επεισόδιο Σχιζοφρένειας αλλά στην τωρινή εικόνα να μην υπάρχουν έντονα ψυχωτικά συμπτώματα (Μάνου, 1997).

2. Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή:

Η σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή εμφανίζει τα ίδια διαγνωστικά κριτήρια με την σχιζοφρένεια όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος και αρνητικά συμπτώματα όπως συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλία. Η βασική διαφορά της σχιζοφρενικόμορφης διαταραχής από την σχιζοφρένεια είναι η ολική διάρκεια της. Διαρκεί τουλάχιστον 1 αλλά τουλάχιστον 6 μήνες. Επίσης δεν απαιτείται έκπτωση της λειτουργικότητας στον κοινωνικό και επαγγελματικό τομέα (Μάνου, 1997).

3. Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή:

Η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή συμπεριλαμβάνει τη συνύπαρξη συμπτωμάτων μείζονος καταθλιπτικού, μανιακού ή μεικτού επεισοδίου, για συγκεκριμένη χρονική περίοδο, και συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος και αρνητικά συμπτώματα.

Οι παραληρητικές ιδέες ή οι ψευδαισθήσεις θα πρέπει να διαρκούν τουλάχιστον για 2 εβδομάδες όπου θα απουσιάζουν τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης.

Γενικότερα, τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης πρέπει να είναι παρόντα στο μεγαλύτερο μέρος της διάρκειας της διαταραχής (Μάνου, 1997).

Επιδημιολογικά στοιχεία:

Σύμφωνα με μελέτες ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας υπολογίζεται από 0,5% έως 1%.

Προσβάλλει εξίσου και τα 2 φύλα και συνήθως άτομα κατώτερων κοινωνικών τάξεων είναι πιο επιρρεπής στην εμφάνιση σχιζοφρένειας, Δεν έχει διευκρινιστεί ο λόγος που συμβαίνει αυτό, αλλά οι περισσότεροι διαγιγνώσκονται με τη διαταραχή είτε στη πρώτα χρόνια της εφηβείας είτε μετά τα 30 τους χρόνια.

Στις γυναίκες η διαταραχή φαίνεται να εμφανίζεται πολύ αργότερα ηλικιακά σε αντίθεση με τους άντρες όπου συνήθως παρουσιάζουν σχιζοφρένεια σε πολύ νεαρή ηλικία. Γενικά, στα άτομα με πρώιμη εμφάνιση της νόσου έχει παρατηρηθεί φτωχότερη προνοσηρή προσαρμογή, χαμηλότερη εκπαίδευση, περισσότερα ευρήματα δομικών αλλοιώσεων στον εγκέφαλο, πιο έντονα αρνητικά σημεία και συμπτώματα (Μάνου, 1997).

Αιτιολογία:

«Η αιτία της σχιζοφρένειας αναζητείται εδώ και πολλά χρόνια, χωρίς να ανευρεθεί.

Προοδευτικά, όμως έχει γίνει αντιληπτό, ότι πιθανότατα είναι λάθος να αναζητούμε ένα συγκεκριμένο αιτιολογικό παράγοντα κι ότι η αιτιολογία της σχιζοφρένειας όπως και πολλών άλλων ψυχικών και σωματικών διαταραχών κατά πάσα πιθανότητα περιλαμβάνει τη συμπλοκή αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών. Οι έρευνες μέχρι πρόσφατα συνήθως έψαχναν για αίτια με μονοδιάστατο τρόπο –παθολογοανατομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο, διαταραχές στην πρώτη αναπτυξιακή ηλικία, μεταβολικές διαταραχές, νευροχημικές ανωμαλίες, ενδοκρινική δυσλειτουργία κτλ. – χωρίς επιτυχία. Ήδη, όμως, έχουν σχεδιαστεί νέες ερευνητικές μεθοδολογίες ικανές να εξετάσουν την αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων. » (Μάνου, 1997).

Εμείς θα αναφερθούμε μόνο σε κάποιες αιτιολογικές υποθέσεις της Σχιζοφρένειας, που έχουν μελετηθεί και είναι οι ακόλουθες: γενετικές, περιβαλλοντικές.

Σύμφωνα με την γενετική βάση της Σχιζοφρένειας, η οποία έχει υποστηριχθεί από ένα μεγάλο αριθμό μελετών που αφορούν: οικογένειες, δίδυμους και υιοθετημένους, έχουν διεξαχθεί τα παρακάτω αποτελέσματα.

«Οικογενειακές μελέτες μας δείχνουν ότι τα αδέλφια σχιζοφρενικών ασθενών έχουν 10% (δεκαπλάσια δηλαδή του γενικού πληθυσμού) πιθανότητα ν' αναπτύξουν Σχιζοφρένεια. Αντίστοιχα, η πιθανότητα είναι 5-6% αν τα παιδιά έχουν ένα γονιό σχιζοφρενικό, 17% αν έχουν έναν αδελφό και ένα γονιό σχιζοφρενικούς, 46% αν έχουν και τους δύο γονείς σχιζοφρενικούς» (Μάνου, 1997).

«Μελέτες διδύμων σταθερά μας δείχνουν υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης Σχιζοφρένειας και στους δύο διδύμους στους μονοζυγώτες (46%) παρά στους διζυγώτες (14%) » (Μάνου, 1997).

« Μελέτες με υιοθετημένα άτομα μας δείχνουν ότι ο κίνδυνος για ανάπτυξη Σχιζοφρένειας είναι μεγαλύτερος στους βιολογικούς συγγενείς υιοθετημένων ατόμων που έχουν Σχιζοφρένεια, απ' ότι στους βιολογικούς συγγενείς υγιών υιοθετημένων.»

Εξαιτίας λοιπόν των παραπάνω μελετών, ξεκίνησαν έρευνες για την αναζήτηση γονιδίων που προκαλούν τη Σχιζοφρένεια. Έτσι μπορούμε να πούμε ότι υπάρχει κληρονομική ή γενετική βάση στη Σχιζοφρένεια αλλά σε ένα μεγάλο ποσοστό διζυγωτών και μονοζυγωτών δεν αναπτύσσεται η Σχιζοφρένεια, κάτι που δείχνει και την ύπαρξη μη γενετικών παραγόντων (Μάνου, 1997).

Όσον αφορά τους περιβαλλοντολογικούς παράγοντες για την εμφάνιση της σχιζοφρένειας έχουν διατυπωθεί διάφορες υποθέσεις. Ωστόσο, μέχρι στιγμής φαίνεται να μην έχει βρεθεί πως κάποιοι περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν επηρεάσει την αιτιολογία της σχιζοφρένειας, παρ' όλα αυτά φαίνεται να συνδέεται η εμφάνιση της σχιζοφρένειας με την ύπαρξη τραυματισμών ή επιπλοκών κατά της διάρκειας της γέννησης του ατόμου (Μάνου, 1997).

2.3 Αγχώδεις Διαταραχές

«Το άγχος αποτελεί μια συναισθηματική αντίδραση, μπορεί να θεωρηθεί μια υπερβολική αντίδραση φόβου σε εξωτερικά ερεθίσματα. Ο φόβος είναι η αντίδραση στον πραγματικό εξωτερικό κίνδυνο ή απειλή που γίνεται αντιληπτός συνειδητά. Σε αντίθεση λοιπόν με το

φόβο, ο οποίος απευθύνεται στην άμεση απειλή, το άγχος δημιουργείται λόγω της αναμονής μελλοντικών απειλών (Getzefeld, 2009).

Όπως και ο φόβος έτσι και το άγχος εκτός της ψυχολογικής διάστασης της τάσης, φόβου και τρόμου συνοδεύεται από διέγερση του συμπαθητικού συστήματος που εκδηλώνεται με ιδρώτα, ταχυκαρδία, τρόμο, επιτάχυνση της αναπνοής και γαστρεντερική δυσφορία (Μάνου, 1997).

Όλες οι αγχώδεις διαταραχές έχουν ένα κοινό βασικό γνώρισμα: το άτομο βιώνει μια συναισθηματική αντίδραση, συνήθως φόβο, που είναι δυσανάλογη με το περιβαλλοντικό ερέθισμα. Το άγχος αυτό προκαλεί ένα γενικότερο πρόβλημα στην ικανότητα του ατόμου να έχει μια φυσιολογική καθημερινότητα και μια φυσιολογική ζωή. Όλες αυτές οι διαταραχές οδηγούν σε μια απαισιόδοξη στάση ζωής και ένα αίσθημα απώλειας ελέγχου απέναντι σε μια επερχόμενη δυσάρεστη κατάσταση.» (Getzefeld, 2009; Μάνου, 1997).

Κατά το DSM-IV οι αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνουν τις παρακάτω διαταραχές:

- Διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία
- Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία
- Αγοραφοβία Χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού
- Ειδική φοβία
- Κοινωνική φοβία
- Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική διαταραχή
- Διαταραχή Μετά από ψυχοτραυματικό στρές
- Διαταραχή από οξύ στρές
- Γενικευμένη Αγχώδης διαταραχή
- Διαταραχή Οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση
- Αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες
- Αγχώδης διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

Εμείς θα εστιάσουμε σε 4 τύπους αγχωδών διαταραχών:

1. Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία
2. Κοινωνική φοβία
3. Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική διαταραχή
4. Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρές

1. Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία:

Κλινικά χαρακτηριστικά:

« Η διαταραχή πανικού μπορεί να διαγνωστεί με ή χωρίς Αγοραφοβία. Η αγοραφοβία είναι ένας υπερβολικός φόβος για τους ανοιχτούς χώρους.

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR(APA, 2000) η Αγοραφοβία ορίζεται ως εξής:

Το άτομο έχει υπερβολικό άγχος όταν βρίσκεται σε καταστάσεις όπου η διαφυγή είναι δύσκολη ή το φέρνει σε αμηχανία. Η Αγοραφοβία θεωρείται ότι έχει προκληθεί από μια κατάσταση όπου το άτομο είχε μια κρίση πανικού σε ένα δημόσιο χώρο που το έφερε σε αμηχανία ή δεν είχε εύκολο τρόπο διαφυγής από ένα δημόσιο χώρο. Έτσι το άτομο θα καταλήξει να αποφεύγει τους δημόσιους χώρους ή τους χώρους χωρίς διέξοδο ή θα βιώνει ακραία ανησυχία και άγχος όταν πρέπει να βρίσκεται σε τέτοιους χώρους. » (Getzefeld, 2009).

Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV:

Για να διαγνωστεί ένα άτομο με διαταραχή πανικού με αγοραφοβία θα πρέπει να έχει:

1. Επαναλαμβανόμενες και απροσδόκητες προσβολές πανικού
2. Τουλάχιστον μία από τις προσβολές να έχει ακολουθήσει για 1 μήνα (ή περισσότερο) από ένα(ή περισσότερα) από τα παρακάτω:
 - a. Επίμονη ανησυχία του ατόμου μήπως έχει και άλλες προσβολές.

- b. Στενοχώρια για τις επιπτώσεις της προσβολής ή τις συνέπειες της.
- c. Σημαντική αλλαγή στη συμπεριφορά, που σχετίζεται με τις προσβολές.

3. Παρουσία αγοραφοβίας

- 4. Οι προσβολές πανικού δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.
- 5. Οι προσβολές πανικού δεν εξηγούνται καλύτερα ως μια άλλη ψυχική διαταραχή, όπως Κοινωνική φοβία, ειδική φοβία, Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρές ή διαταραχή άγχους αποχωρισμού (Μάνου, 1997).

Αιτιολογία:

Όσον αφορά την αιτιολογία της Διαταραχής Πανικού με Αγοραφοβία, έχουν πραγματοποιηθεί ποικίλες έρευνες πάνω στις οποίες έχουν στηριχθεί αρκετές θεωρίες. Οι θεωρίες αυτές είναι η νευροβιολογική, η ψυχαναλυτική και η μαθησιακή.

Η νευροβιολογική θεωρία υποστηρίζει πως εξαιτίας κάποιων ουσιών στον οργανισμό που έχουν διαταραχθεί προκαλούνται κρίσεις πανικού στον άνθρωπο.

«Η ψυχαναλυτική θεωρία, ακολουθώντας τη δεύτερη θεωρία του Freud για το άγχος, αποδίδει το άγχος σε ενδοψυχική σύγκρουση. Το άγχος δηλαδή θεωρείται ως απάντηση του εγώ σε απαγορευμένες ασυνείδητες ενορμήσεις που έρχονται σε σύγκρουση με το εγώ και το υπερεγώ ή την πραγματικότητα» (Μάνου, 1997).

Η μαθησιακή θεωρία υποστηρίζει πως το άτομο αγχώνεται καθώς λειτουργεί σαν μια εξαρτημένη αντίδραση σε κάποιο ερέθισμα που του είχε προκαλέσει φόβο (Μάνου, 1997).

Επιδημιολογικά στοιχεία:

«Ο επιπολασμός ζωής της Διαταραχής Πανικού (με ή χωρίς αγοραφοβία) είναι 1,5%-3,5%. Ο επιπολασμός έτους είναι 1%-2%. Σε δείγματα γενικού πληθυσμού περίπου το 1/3 ως 1/2 των ατόμων με διάγνωση Διαταραχής Πανικού έχουν επίσης και Αγοραφοβία. Η συχνότητα της αγοραφοβίας είναι πολύ μεγαλύτερη σε κλινικά δείγματα. Η διαταραχή Πανικού Χωρίς

Αγοραφοβία είναι δυο φορές και η Διαταραχή Πανικού Με Αγοραφοβία τρεις φορές πιο συχνή στις γυναίκες από ότι στους άντρες» (Μάνου, 1997).

2. Κοινωνική φοβία

Βασικό χαρακτηριστικό της Κοινωνικής φοβίας είναι όταν το άτομο αδυνατεί να παρευρεθεί σε κοινωνικές συνθήκες καθώς νιώθει άβολα και φοβάται να πραγματοποιήσει κάτι ή να εκτεθεί μπροστά σε κόσμο (Μάνου, 1997).

Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την Κοινωνική φοβία:

A. Ένας έντονος και επίμονος φόβος μιας ή περισσότερων κοινωνικών καταστάσεων ή καταστάσεων στις οποίες το άτομο θα πρέπει να επιτελέσει κάτι, στις οποίες το άτομο εκτίθεται σε άγνωστο κόσμο ή σε πιθανό εξουχιστικό έλεγχο από μέρους των άλλων. Το άτομο φοβάται ότι θα ενεργήσει με τρόπο (ή θα δείξει συμπτώματα άγχους) που θα είναι ταπεινωτικά ή αμήχανα.

B. Η έκθεση στην επίφοβη κοινωνική κατάσταση προκαλεί σχεδόν πάντοτε άγχος που μπορεί να παίρνει τη μορφή μιας συνδεδεμένης με ή προδιατεθειμένης από την κατάσταση Προσβολής Πανικού.

Γ. Το άτομο γνώριζε ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός ή παράλογος.

Δ. Οι επίφοβες κοινωνικές καταστάσεις ή καταστάσεις όπου το άτομο θα πρέπει να επιτελέσει κάτι αποφεύγονται ή αλλιώς υπομένονται με έντονο άγχος ή υποκειμενική ενόχληση.

E. Η αποφυγή, αγχώδης αναμονή ή υποκειμενική ενόχληση κατά την επίφοβη κοινωνική κατάσταση ή την κατάσταση που το άτομο θα πρέπει να επιτελέσει κάτι παρεμποδίζει σημαντικά την καθημερινή φυσιολογική ρουτίνα του ατόμου, την επαγγελματική λειτουργικότητα του ή τις κοινωνικές του δραστηριότητες ή τις σχέσεις του ή υπάρχει έντονη υποκειμενική ενόχληση που το άτομο έχει τη φοβία.

ΣΤ. Σε άτομα κάτω των 18 ετών, η διάρκεια είναι τουλάχιστον 6 μήνες.

Z. Ο φόβος ή η αποφυγή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας(π.χ κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης και δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή(π.χ Διαταραχή

Πανικού Με ή Χωρίς Αγοραφοβία, Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού, Σωματοδυσμορφική Διαταραχή, κάποια Βαριά Εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης ή Σχιζοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας.)

Η. Αν κάποια γενική ιατρική κατάσταση ή κάποια άλλη ψυχική διαταραχή είναι παρούσα, ο φόβος στο κριτήριο Α δεν σχετίζεται με αυτήν, π.χ ο φόβος δεν είναι μήπως Τραυλίσει, μήπως τρέμει σε νόσο του Πάρκινσον ή μήπως δείξει παθολογική συμπεριφορά στη πρόσληψη τροφής σε Ψυχογενή Ανορεξία ή Ψυχογενή βουλιμία (Μάνου, 1997 ν273).

Επιδημιολογικά στοιχεία:

Όσον αφορά την Κοινωνική φοβία, εξετάζοντας τον γενικό πληθυσμό φαίνεται να εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες. Ενώ με δείγμα κλινικούς πληθυσμούς, φαίνεται να είναι εξίσου συχνή σε άντρες και σε γυναίκες, με περισσότερη συχνότητα στους άντρες (Μάνου, 1997).

3. Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική διαταραχή

Κλινικά χαρακτηριστικά:

Η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική διαταραχή αποτελείται από επίμονους και επαναλαμβανόμενους ψυχαναγκασμούς και καταναγκασμούς.

Οι ψυχαναγκασμοί αποτελούν επίμονες σκέψεις, εικόνες, ιδέες και παρορμήσεις οι οποίες εισβάλλουν στη νοητική λειτουργία του εγκεφάλου και προκαλούν στα άτομα αυξημένο άγχος και δυσφορία. Οι ψυχαναγκασμοί συνήθως είναι σκέψεις που αφορούν τις μολύνσεις, την τάξη/τακτοποίηση, αμφιβολίες, παρορμήσεις επιθετικότητας ή βίας. Το άτομο ελέγχει τους ψυχαναγκασμούς και ανακουφίζεται από αυτούς μέσω των καταναγκασμών. (Μάνου, 1997)

Οι καταναγκασμοί είναι συμπεριφορές οι οποίες γίνονται κατά επανάληψη και δημιουργούν ανακούφιση από τους ψυχαναγκασμούς. Οι καταναγκασμοί δεν έχουν σκοπό την απόλαυση αλλά να ανακουφίσουν το άγχος και τον φόβο που δημιουργούν κάποιοι ψυχαναγκασμοί (Μάνου, 1997).

Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV:

A. Παρουσία ψυχαναγκασμών είτε καταναγκασμών

Β. Κατά τη διάρκεια της διαταραχής το άτομο έχει συνειδητοποιήσει ότι οι ψυχαναγκασμοί ή οι καταναγκασμοί είναι υπερβολικοί και παράλογοι.

Γ. Οι ψυχαναγκασμοί ή καταναγκασμοί προκαλούν ενόχληση, καταναλώνουν χρόνο, εμποδίζουν την καθημερινότητα του ατόμου και υπάρχει χαμηλή επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα.

Δ. Η διαταραχή δεν πρέπει να οφείλεται στα αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή κάποιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

Αιτιολογία:

Όσον αφορά την αιτιολογία της συγκεκριμένης διαταραχής υπάρχουν διάφορες θεωρίες οι οποίες μπορούν να την εξηγήσουν, όπως είναι οι μαθησιακές και οι νευροβιολογικές.

Σύμφωνα με τη μαθησιακή θεωρία το άγχος έχει ταυτιστεί με κάποιο αρνητικό συμβάν και στη συνέχεια πραγματοποιούνται κάποιες επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές για να το περιορίσει. Εάν αυτός ο τρόπος είναι αποτελεσματικός τότε το άτομο επαναλαμβάνει αυτές τις συμπεριφορές με αποτέλεσμα να γίνονται καταναγκαστικές. Αυτό είναι πιθανόν να συμβεί και με σκέψεις ή εικόνες οι οποίες βοηθούν το άτομο να μειώσει το άγχος και έτσι αυτές οι σκέψεις καταλήγουν σε καταναγκαστικές νοητικές πράξεις (Μάνου, 1997).

Στη συνέχεια με βάση τη νευροβιολογική θεωρία υπάρχει ένα κύκλωμα του εγκεφάλου το οποίο είναι υπεύθυνο για την συμπεριφορά, την επιθετικότητα, την σεξουαλικότητα και των σωματικών εκκρίσεων. Αυτό το κύκλωμα μεταφέρει πληροφορίες από το πιο μπροστινό κομμάτι του μετωπιαίου λοβού σε άλλους σχηματισμούς που βρίσκονται στο κέντρο του εγκεφάλου. Το κύκλωμα αυτό ενεργοποιείται από ερεθίσματα και αυτομάτως δημιουργείται και μια συγκεκριμένη συμπεριφορά ως απάντηση του οργανισμού σε αυτό το ερέθισμα (Καραγιαννίδης).

Επιπλέον φαίνεται πως η σεροτονίνη ως νευροδιαβιβαστής που εμπλέκεται σε πάρα πολλά κυκλώματα του εγκεφάλου όπως του άγχους, του ύπνου, της μνήμης σχετίζεται με τη ΨΚΔ (Μάνου, 1997).

Επιδημιολογικά στοιχεία:

Η διαταραχή εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα και στους άντρες και στις γυναίκες. Επίσης δεν υπάρχει διαφοροποίηση στα κλινικά χαρακτηριστικά μεταξύ παιδιών και ενηλίκων. Η ΨΚΔ θεωρείται μία σπάνια διαταραχή και έχει επιπολασμό ζωής 2,5% και επιπολασμό έτους 1,5% ως 2,1%. (Μάνου, 1997).

4. Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρές:

Κλινικά χαρακτηριστικά:

« Η Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρές αναπτύσσεται σε άτομα που τους έχει συμβεί ένα ακραίο τραυματικό γεγονός, το οποίο περιλαμβάνει το να βιώσει κανείς, να γίνει μάρτυρας ή να έρθει αντιμέτωπος με πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, με σοβαρό τραυματισμό ή με απειλή της σωματικής ακεραιότητας της δικιάς του ή των άλλων. Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της ΔΜΨΣ είναι η επαναβίωση του τραύματος μέσα από όνειρα ή επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του συμβάντος που εισβάλλουν και ταράζουν το άτομο, ένα συναισθηματικό μούδιασμα και μια αίσθηση απομάκρυνσης/ αποστασιοποίησης και αποξένωσης.» (Μάνου, 1997).

Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV:

A. Το άτομο έχει εκτεθεί σ' ένα τραυματικό γεγονός κατά το οποίο και τα δύο από τα παρακάτω ήταν παρόντα:

1. Το άτομο βίωσε, ήταν μάρτυρας ή ήρθε αντιμέτωπο με ένας γεγονός ή γεγονότα τα οποία συνεπαγόταν πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό ή απειλή της σωματική ακεραιότητας του εαυτού ή των άλλων.

2. Η απάντηση του ατόμου περιείχε έντονο φόβο, αίσθημα ανημποριάς ή τρόμο/φρίκη.

B. Το τραυματικό γεγονός επαναβιώνεται επίμονα ή με έναν (ή περισσότερους) από τους παρακάτω τρόπους.

1. Επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του γεγονότος που εισβάλλουν και προκαλούν υποκειμενική ενόχληση και αναταραχή.

2. Επαναλαμβανόμενα όνειρα του γεγονότος που προκαλούν υποκειμενική ενόχληση και αναταραχή.

3. Το άτομο δρα ή νιώθει σαν να ξανά συμβαίνει το τραυματικό γεγονός(περιλαμβάνει αίσθηση επαναβίωσης της εμπειρίας, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και διασχιστικά flashback επεισόδια, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που συμβαίνουν στην αφύπνιση ή όταν το άτομο βρίσκεται σε τοξίκωση.

4. Έντονη ψυχολογική ενόχληση και αναταραχή κατά την έκθεση σε εσωτερικές ή εξωτερικές νύξεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος.

5. φυσιολογική αντιδραστικότητα (διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος) κατά την έκθεση σε εσωτερικές ή εξωτερικές νύξεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος.

Γ. Επίμονη αποφυγή των ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραύμα και μούδιασμα της γενικής απαντητικότητας, όπως φαίνεται από τρία (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

1. Προσπάθειες να αποφύγει σκέψεις, συναισθήματα ή συζητήσεις που συνδέονται με το τραύμα

2. προσπάθειες να αποφύγει δραστηριότητες, μέρη ή ανθρώπους που ξυπνούν αναμνήσεις του τραύματος

3. ανικανότητα να θυμηθεί μια σημαντική πλευρά του τραύματος

4. έντονη μείωση του ενδιαφέροντος ή της συμμετοχής σε σημαντικές δραστηριότητες

5. αίσθημα απομάκρυνσης ή αποξένωσης από τους άλλους

6. περιορισμένο εύρος συναισθήματος

7.αίσθημα βράχυνσης τους μέλλοντος

Δ. Επίμονα συμπτώματα αυξημένης διεγερσιμότητας όπως φαίνεται από τα παρακάτω

1. δυσκολία να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος

2. ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού

3. δυσκολία στη συγκέντρωση

4. υπερεπαγρύπνηση

5. αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος

Ε. Η διάρκεια της διαταραχής πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 1 μήνα

ΣΤ. Η διαταραχή προκαλεί σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Αιτιολογία:

Η βασική αιτία που οδηγεί στη διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρές είναι το στρεσογόνο τραύμα. Βέβαια, συντελούν και άλλοι παράγοντες στην εμφάνιση της διαταραχής όπως η ηλικία, η ύπαρξη κληρονομικότητας της διαταραχής, το ιστορικό για την ύπαρξη άλλης διαταραχής, η προσωπικότητα του ατόμου, η στήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον και τέλος η βαρύτητα και η διάρκεια του τραυματικού γεγονότος (Μάνου, 1997).

3ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Πανδημία Covid-19

3.1 Ορισμός:

“Ο COVID-19 είναι η ασθένεια που προκαλείται από έναν νέο κορονοϊό που ονομάζεται SARS-CoV-2. Ο ΠΟΥ έμαθε για πρώτη φορά για αυτόν τον νέο ιό στις 31 Δεκεμβρίου 2019, μετά από μια αναφορά για μια ομάδα περιπτώσεων «ιογενούς πνευμονίας» στη Wuhan, Λαϊκή Δημοκρατία της Κίνας.” (WHO, 2021) και έπειτα στις 30 Ιανουαρίου 2020 ο ΠΟΥ κήρυξε το ξέσπασμα του ιού Covid-19 ως διεθνής δημόσια υγεία έκτακτης ανάγκης (Lai, C. C., Shih, T. P., Ko, W. C., Tang, H. J., & Hsueh, P. R., 2020). Οι περισσότεροι άνθρωποι που μολύνονται από τον ιό παρουσιάζουν ήπια έως μέτρια αναπνευστική νόσο και αναρρώνουν χωρίς νοσοκομειακή υποστήριξη. Κάποιοι άλλοι όμως μπορεί να αρρωστήσουν αρκετά σοβαρά και να χρειάζονται ιατρική φροντίδα. Ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι και όσοι έχουν διαγνωστεί με ιατρικές παθήσεις όπως καρδιαγγειακή νόσο, διαβήτης, χρόνια αναπνευστική νόσο ή καρκίνο, έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν σοβαρά. Οποιοσδήποτε μπορεί να νοσήσει από τον covid-19 και να νοσήσει σοβαρά, με πιθανότητες ανάρρωσης, αλλά, μπορεί ο ιός, να οδηγήσει και σε θάνατο ανεξαρτήτου ηλικίας. Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι ο πυρετός, βήχας, κόπωση, απώλεια της γεύσης και μυρωδιάς. Λιγότερο συχνά συμπτώματα είναι ο ξηρός λαιμός, πονοκέφαλος, ενοχλήσεις και πόνοι στο σώμα, διάρροια, επιδερμικά εξανθήματα ή αποχρωματισμός των δακτύλων και κόκκινα ή κουρασμένα μάτια. Τέλος σοβαρά συμπτώματα είναι η δυσκολία αναπνοής η δύσπνοια, απώλεια λόγου ή κίνησης ή σύγχυση και πόνος στο στήθος (WHO, 2019).

Όπως αναφέρεται και σε επιστημονικό άρθρο των Kumar & Nayar (2021), η διασπορά του covid-19 θα επηρεάσει διάφορους τομείς, όπως την οικονομία, τη βιομηχανία, την παγκόσμια αγορά, τη γεωργία, την υγεία, την πρόνοια κλπ. Ο ΠΟΥ (2020d) αναφέρεται στις συνέπειες πάνω στην ψυχική υγεία και στις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Θεωρούν ότι η επιβολή μέτρων της κοινωνικής απομόνωσης, της καραντίνας έχουν επηρεάσει τις καθημερινές δραστηριότητες, τις συνήθειες, τον τρόπο ζωής σε σημείο ανάπτυξης αισθήματος μοναξιάς, άγχους, κατάθλιψης, δυσκολίας ύπνου, καταχρήσεων αλκοόλ, χρήσης ουσιών και αυτοκτονικών ή αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών (WHO, 2020). Σε περιόδους κρίσεων και άγχους τα παιδιά τείνουν να προσκολλούνται περισσότερο στους γονείς για υποστήριξη και γίνονται πιο απαιτητικά και αντίστοιχα οι φροντιστές τους αγχώνονται, καθώς βρίσκονταν συνέχεια στο σπίτι λόγω του κλεισίματος των σχολείων, και σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα δεν είχαν υποστήριξη (WHO, 2021). Στρεσογόνοι παράγοντες, όπως η μονοτονία, η απογοήτευση η μη άμεση επικοινωνία με συμμαθητές, φίλους, δασκάλους, ο μη επαρκής προσωπικός χώρος στο σπίτι και οικονομικά προβλήματα που μπορεί να έχει η

οικογένεια μπορεί να αποτελέσουν έναυσμα για δημιουργία εντάσεων ακόμα και ψυχολογικών επιπτώσεων (Wang, Zhang, Zhao, Zhang., & Jiang, 2020). Πιθανή είναι και η μεταφορά αίσθησης φόβου από τους γονείς στα παιδιά (Remmerswaal & Muris, (2011, Wang, Zhang, Zhao, Zhang., & Jiang, 2020). Εν συνεχεία η απομόνωση και η συνεχόμενη παραμονή στο σπίτι οδήγησε σε αύξηση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας, όπου στις περιπτώσεις αυτές λόγω της κατάστασης, οι γυναίκες και τα παιδιά ήταν εγκλωβισμένοι στον ίδιο χώρο με το κακοποιητικό πρόσωπο χωρίς να μπορούν να διαφύγουν (Abramson, 2020; Chandra, 2020; Graham Harrison et al., 2020; World Health Organization, 2020a). Ακόμα κάνουν υποθέσεις σχετικά για περιπτώσεις ανάπτυξης νευρωτικών διαταραχών όπως γενικευμένες διαταραχές άγχους και ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές (OCD) που θα αφορούσε μεγάλες ομάδες πληθυσμού. Για παράδειγμα η συνεχή έμφαση πλυσίματος των χεριών για 20 δευτερόλεπτα μπορεί να επηρεάσει συγκεκριμένες ομάδες παγκοσμίως οι οποίες δεν είναι σε θέση να αντιλαμβάνονται πότε και πόσες φορές να πλένουν τα χέρια τους ώστε να μην νοσήσουν οι ίδιοι ή λόγω κινδύνου διάδοσης του ιού μπορεί να είναι αιτία πρόκλησης αναταραχών στη ψυχολογική κατάσταση με εμφάνιση συναισθηματικών ξεσπασμάτων, ειδικά για κρίσεις πανικού, φόβου, αποφυγή και φόβο συνάντησης με ανθρώπους, στιγματισμό, φόβο του να μην έχουν αρκετά αγαθά, φόβο θανάτου. Εκατομμύρια άνθρωποι έχασαν τις δουλειές τους, και όσον αφορά αυτούς που δούλευαν ανεπίσημα ή σε όχι τόσο οργανωμένους φορείς, εκείνοι πλήγηκαν περισσότερο. Μάλιστα λόγω της περιόδου που ζούμε, της τεχνολογικής ανάπτυξης, όλοι είχαν πρόσβαση σε ειδήσεις για τις οποίες δεν υπήρχαν φίλτρα εγκυρότητας και ο κόσμος παραπληροφορούνταν από διάφορες μη έγκυρες πηγές οι οποίες στόχευαν να δημιουργήσουν φόβο, πανικό, άγχος, ιδιαίτερα μάλιστα με την ακατάπαυστη ροή αυτών (Kumar & Nayar, 2020). Έπειτα ο ΠΟΥ αναφέρει ότι η ανησυχία για συγγενείς με μεγαλύτερη ηλικία είχε αυξηθεί, όσο και το αίσθημα απόγνωσης από διάφορες ομάδες. Μεγαλύτερα άτομα που ήταν σε πρόωρα στάδια άνοιας μπορεί να ανέπτυξαν περισσότερο άγχος, θυμό, ανησυχία, όντας απομονωμένοι. Έφηβοι και νέοι ενήλικες αισθάνονταν ανησυχία και απελπισία για το μέλλον τους, αφού ήταν απομακρυσμένοι από τους συνομηλίκους, από το σχολείο ή το πανεπιστήμιό τους. Άτομα τα οποία είχαν διαγνωσθεί με ψυχικό ή σωματικό πρόβλημα υγείας, κατάχρηση ουσιών, υφίσταντο αποσπασματική υποστήριξη εξαιτίας της επιδημίας με αποτέλεσμα η κατάστασή τους να επιβαρύνεται και να χειροτερεύει. Η υιοθέτηση ανθυγιεινών δραστηριοτήτων, χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, αλόγιστη χρήση online παιχνιδιών, τυχερών παιχνιδιών, ήταν σύνηθες ως ένας μηχανισμός άμυνας και αντιμετώπισης του πανικού και στρες που ένιωθαν λόγω της απομόνωσης (WHO, 2021). Στην Ινδία καταγράφηκε το

φαινόμενο, άτομα που είχαν κολλήσει covid-19, να μην ενημερώνουν και να μην κάνουν διαγνωστικές εξετάσεις επειδή φοβούνταν το κοινωνικό στίγμα και την απομόνωση καθώς ένιωθαν ότι θα θεωρηθούν υπαίτιοι και ότι θα χρειαστεί να απομακρυνθούν από την οικογένειά τους. Τέλος η ψυχική και ψυχολογική υγεία των εργαζομένων υγείας επίσης είχε κλονιστεί. Προσέφεραν φροντίδα ασταμάτητα παρόλο που και οι ίδιοι είχαν φόβο, άγχος, περιορισμένους πόρους και βρίσκονταν σε συνεχή απειλή έκθεσης και μόλυνσης (Kumar & Nayag, 2020).

Βέβαια υπάρχουν και κάποιοι οι οποίοι εκτός των αρνητικών συναισθημάτων, είχαν και θετικές εμπειρίες όπως ανάπτυξη ανθεκτικότητας και αντοχής μέσα από δραστηριότητες που έκαναν. Άλλοι ενάντια στην καταστροφή, μέλη της κοινότητας έκαναν αλtruιστικές πράξεις και μέσω της συνεργασίας ένιωθαν ικανοποίηση στο να βοηθούν άλλους (WHO, 2021).

3.2 Κρούσματα και κρατική διαχείριση

Ελλάδα

Το πρώτο επιβεβαιωμένο κρούσμα covid-19 στην Ελλάδα βρέθηκε στις 26 Φεβρουαρίου 2020 και μέχρι στις 10 Μαρτίου τα κρούσματα είχαν φτάσει τα 89 (Χαλκιάπουλος, (2020). Ο πρώτος ασθενής που απεβίωσε ήταν στις 12 Μαρτίου ηλικίας 66 ετών και άντρας. Έπειτα από τις 10 Μαρτίου έως και 4 Μαΐου, τέθηκαν από την Ελληνική κυβέρνηση μέτρα πρόληψης και περιορισμού για τον ιό, τα οποία κατάφεραν σαν χώρα να έχει τους χαμηλότερους δείκτες νόσησης και θανάτων ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες (Παπαγεωργίου, 2020). Με τη σύσταση του ΦΕΚ Α/42/25.2.2020 πάρθηκαν σημαντικές αποφάσεις για την αποφυγή και διάδοση του Covid-19, όπως η υποχρεωτική κλινική και εργαστηριακή εξέταση των ατόμων που παρουσιάζουν συμπτώματα και ο περιορισμός τους όταν τα αποτελέσματα επιβεβαίωναν τη νόσησή τους. Εν συνεχεία, για μεγαλύτερη πρόληψη και προστασία κλήθηκαν σε αναστολή τα εκπαιδευτικά ιδρύματα, τα καταστήματα εστίασης, χώροι τέχνης και πολιτισμού, χώροι άθλησης και εμπορικά κέντρα (Νόμος 4668/2020) και συντόμως και η απαγόρευση τέλεσης θρησκευτικών λειτουργιών και ιεροπραξιών στους θρησκευτικούς χώρους λατρείας με τον ΦΕΚ 872/Β/16-3-2020. Ακολούθησε επόμενη υπουργική απόφαση που έθετε τον περιορισμό της κυκλοφορίας των πολιτών με εξαίρεση τις ζωτικές, προσωπικές και επαγγελματικές ανάγκες που διαφορετικά δεν θα μπορούσαν να ικανοποιηθούν (ΦΕΚ 986/Β/22- 3-2020). Τα ήδη υπάρχοντα μέτρα ενισχύθηκαν από την

ανάκληση των αδειών προσωπικού των υγειονομικών οργανισμών της χώρας, υποστήριξη τους με επικουρικό προσωπικό, τον περιορισμό κυκλοφορίας οχημάτων και μέσων μαζικής μεταφοράς, απαγόρευση συγκέντρωσης 10 ή περισσότερων ατόμων. Ακόμα εφαρμόστηκε οδηγία για τήρηση σειράς για την είσοδο στα σούπερ μάρκετ με τη χρήση κάρτας εισόδου και παραμονής στο χώρο σε 10 τ.μ ανά πελάτη, συστάσεις τήρησης κανόνων υγιεινής, λειτουργία υπηρεσιών εκτάκτου ανάγκης και επιβεβαίωσης μετακίνησης, απαγόρευση εισόδου σε ελληνικό έδαφος πολιτών εκτός ΕΕ και αναστολή πτήσεων προς χώρες ΕΕ με υψηλά κρούσματα και έλεγχο στους εισερχόμενους στην Ελλάδα με εργαστηριακά δείγματα και κατ'οίκον περιορισμό για 14 ημέρες σε περίπτωση νόσησης. Περιοχές τέθηκαν σε αποκλεισμό όταν τα κρούσματα ήταν πολύ υψηλά, μαρίνες και χώροι αναψυχής έκλεισαν για αποφυγή συνωστισμού και επιβλήθηκαν πρόστιμα σε όσους παραβίαζαν τα μέτρα (ΕΟΔΥ, 2020a). Τέλος η κυβέρνηση από 5 Μαΐου ξεκίνησε τη σταδιακή άρση των μέτρων περιορισμού της κυκλοφορίας σε μία προσπάθεια επιστροφής στην κοινωνική και οικονομική κανονικότητα και στις 10 Μαΐου τέθηκε ως μέτρο η χρήση υποχρεωτική μάσκας σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους. Μέχρι και 5 Μαΐου συνολικά τα κρούσματα ήταν 6.421 και οι συνολικοί θάνατοι 146 από την έναρξη της πανδημίας με μέση ηλικία ασθενών που απεβίωσαν τα 75 έτη (ΕΟΔΥ, 2020b).

Τσεχία

Η εμφάνιση του covid-19 στην Τσεχία έγινε με τα τρία πρώτα επιβεβαιωμένα κρούσματα 1η Μαρτίου 2020. Η χώρα στις 12 Μαρτίου κήρυξε κατάσταση έκτακτης ανάγκης, στις 16 Μαρτίου έκλεισε τα σύνορα, απαγόρευσε την είσοδο στη χώρα σε ξένους χωρίς άδεια παραμονής και έθεσε απαγόρευση κυκλοφορίας. Αν και η απαγόρευση κυκλοφορίας επρόκειτο να είναι σε ισχύ μέχρι και 24 Μαρτίου, να μέτρα επεκτάθηκαν μέχρι και 17 Μαΐου 2020 (*COVID-19 | Onemocnění Aktuálně MZČR*, 2020), (PČR, PS 2017, 43. schůze, část 37 (7. 4. 2020)).

Έπειτα, υπήρχαν κάποιες διαφορές στα μέτρα που είχαν παρθεί σε σχέση με άλλες χώρες. Για παράδειγμα παρά την απαγόρευση κυκλοφορίας μεταξύ 16 Μαρτίου και 24 Απριλίου, ενώ επέτρεπε στους πολίτες την αγορά αναγκαίων προϊόντων και να εργάζονται όπως και σε άλλες χώρες, επέτρεπε την επίσκεψη σε συγγενείς, την βόλτα στα πάρκα και σε ανοιχτούς χώρους (USNESENÍ VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY & Babiš, 2020). Οι υπηρεσίες και τα

καταστήματα είχαν κλείσει από 14 Μαρτίου μέχρι και 11 Μαΐου, όμως όλα τα καταστήματα μπορούσαν να εργαστούν με υπηρεσίες Delivery, παραλαβή προϊόντων στην είσοδο και μέσω ειδικών παραθύρων και μέσω το διαδοχικό άνοιγμα επιλεγμένων καταστημάτων από τις 24 Μαρτίου και μετά (Vláda rozhodla o uzavření všech obchodů kromě prodejen potravin, lékáren, drogerií, čerpacích stanic a některých dalších, 2020). Η Τσεχία ήταν η πρώτη χώρα (Veronika,2020) στην Ευρωπαϊκή Ένωση που όρισε την υποχρεωτική χρήση μάσκας από τις 19 Μαρτίου και μετά (COVID-19 | Onemocnění Aktuálně MZČR, 2020). Ο έλεγχος για covid-19 ήταν ευρέως διαθέσιμος από 14 Μαρτίου (ČTK & Beránková, 2020) και από 27 Μαρτίου, καθένας με συμπτώματα μπορούσε να κάνει δωρεάν τεστ (ČTK & Neumannová, 2020). Μέχρι και 1 Μαΐου 2020 είχαν σημειωθεί 257 θάνατοι, ενώ μέχρι και 17 Νοεμβρίου 2020 είχαν σημειωθεί 6416 θάνατοι λόγω κορωνοϊού (COVID-19 | Onemocnění Aktuálně MZČR, 2020)

3.3 Σύστημα υγείας Ελλάδα - Τσεχία (για την ψυχική υγεία)

Ελλάδα

Το Υπουργείο Υγείας της Ελλάδας και η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας προς αντιμετώπιση της πανδημίας, στις 26 / 11 / 2020 έλαβε μέτρα που αφορούν την προστασία της δημόσιας υγείας και αντιμετώπισης κρουσμάτων ασθενών με κοροναϊό στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας της χώρας. Οι βασικές οδηγίες που δόθηκαν στα Κέντρα ημέρας, στις κινητές μονάδες, στα κέντρα ψυχικής υγείας και στα εξωτερικά ιατρεία ψυχιατρικών τμημάτων είναι κοινές με τις Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, τα ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων, τις ενδονοσοκομειακές μονάδες ψυχιατρικών νοσοκομείων και τους κοινωνικούς συνεταιρισμούς περιορισμένης ευθύνης. Αναφορικά τέθηκαν σε αναστολή πραγματοποίησης οι δια ζώσης ομαδικές δραστηριότητες καθώς και άλλες ομάδες εξωτερικών δράσεων. Οργανώθηκαν και λειτούργησαν εξ αποστάσεως διαδικτυακές θεραπευτικές και ψυχαγωγικές ομάδες μέσω διαδικτυακών εφαρμογών όπως skype/zoom. Περιορισμένος ήταν ο αριθμός των ομάδων που θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν λόγω της απαραίτητης σημασίας τους για τους εξυπηρετούμενους. Βέβαια επιτράπηκε η λειτουργία των Κέντρων ημέρας παιδιών και εφήβων κάθε τύπου και κατηγορίας λόγω διατήρησης της λειτουργίας όλων των μονάδων ειδικής αγωγής. Ακολούθως πραγματοποιήθηκαν και οι απολύτως αναγκαίες ατομικές υποστηρικτικές συναντήσεις με τους εξυπηρετούμενους τηρώντας τα μέτρα προστασίας. Υπήρχε μάλιστα και η 24ωρη τηλεφωνική γραμμή 10306, από την οποία μετά από αξιολόγηση της βαρύτητας της κατάστασης πραγματοποιούνταν και συστηματική

υποστήριξη τηρώντας πάλι τα απαραίτητα μέτρα. Χρησιμοποιήθηκαν και άλλοι διάλογοι επικοινωνίας από απόσταση με τους εξυπηρετούμενους με έμφαση στις ευπαθείς ομάδες, όπως Messenger, viber, whatsapp και κινητών τηλεφώνων. Καθολική ήταν βεβαίως και η χρήση μάσκας από τους εργαζόμενους και τους εξυπηρετούμενους κατά την προσέλευση και παραμονή στους χώρους των δομών. Οι εργαζόμενοι σε στεγαστικές δομές, όταν επέστρεφαν από άδεια υποχρεούνταν σε μοριακό έλεγχο. Έπρεπε να μεριμνήσουν για το μέτρο του χωροταξικά δυνατού με βάση τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες των ενοίκων ώστε να διασφαλίζεται η υγεία όλων. Επίσης αναστάλθηκε η δυνατότητα επίσκεψης κοινωνικού χαρακτήρα καθώς και η δυνατότητα επίσκεψης των ενοίκων σε σπίτια οικείων μέχρι να γινόταν επανεκτίμηση της κατάστασης. Αναστάλθηκε η διαζώσης πραγματοποίηση διεπιστημονικών ομάδων, εποπτειών και εκπαιδεύσεων προσωπικού για την ασφάλεια των εξυπηρετούμενων. Παρόλα αυτά έπρεπε να διασφαλιστεί η δυνατότητα επικοινωνίας μέσω διαδικτύου (βιντεοκλήσεις, συμμετοχή σε διαδικτυακές ομάδες, παροχή υποστήριξης) στους ενοίκους με την παροχή δωρεάν πρόσβασης στο διαδίκτυο και τη διάθεση του αναγκαίου εξοπλισμού. Τέλος για την ένταξη νέων ενοίκων χρειαζόταν πρώτα η διενέργεια σχετικού διαγνωστικού τεστ, για την οποία θα ακολουθούσε και νέο διαγνωστικό τεστ μία ημέρα πριν την οριστική μετάβαση. Μετά από την αναχαίτιση βέβαια του μεγάλου αριθμού κρουσμάτων στις 09 / 06 / 2021 συντάχθηκαν καινούργιες οδηγίες προς τις δομές με στόχο τη σταδιακή άρση των περιορισμών.

Έπειτα η Υφυπουργός Υγείας Ζωή Ράπτη, επισκέφτηκε στις 15/10/2020 το Ναυτικό Νοσοκομείο Πειραιά και το Κέντρο Ειδικής Φροντίδας Παιδιού που σε συνεργασία με το ΥΠΕΘΑ μίλησαν για θέματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης ενηλίκων και παιδιών. Σκοπός της επίσκεψης ήταν να ενημερωθεί για τις δράσεις και τις δυνατές συνέργειες σε ζητήματα ψυχοκοινωνικής στήριξης παιδιών και εφήβων. Η Υφυπουργός τέλος μίλησε για τη σημασία που δίνεται από το Υπουργείο Υγείας σε προγράμματα που σχετίζονται με την ψυχοκοινωνική υποστήριξη παιδιών και εφήβων, αλλά και των οικογενειών τους και τόνισε την ανάγκη αντιμετώπισης των μεσοπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων ψυχολογικών συνεπειών της πανδημίας COVID-19 (*Επίσκεψη Υφυπουργού Υγείας Ζωής Ράπτη στο Ναυτικό Νοσοκομείο Πειραιά και το Κέντρο Ειδικής Φροντίδας Παιδιού - Συνεργασία με το ΥΠΕΘΑ σε θέματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης ενηλίκων και παιδιών, 15-10-2020, (2021)*)

Ακόμα συστάθηκε από το Υπουργείο Υγείας πρόγραμμα ψυχολογικής υποστήριξης για τα άτομα που νόσησαν από τον covid-19, τις οικογένειές τους, το υγειονομικό προσωπικό, τα άτομα με χρόνιες παθήσεις που επηρεάζονται βαριά από τις συνέπειες της πανδημίας. Η δράση πραγματοποιήθηκε με συνεργασία των ΥΠΕ, νοσοκομείων, κλινικών COVID19 και

μονάδων ψυχικής υγείας. Στο πρόγραμμα μπορούν να απευθυνθούν άτομα που νοσούν, άτομα από ευπαθείς ομάδες, άτομα με αναπηρία, τα οποία νιώθουν εκτεθειμένα, χωρίς υποστήριξη, αισθάνονται άγχος, θυμό, παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα που συνδέονται με συναισθήματα ανικανότητας, απόγνωσης, απάθειας και αποθάρρυνσης. Εμπεριέχονται στα παραπάνω οι διαταραχές ύπνου, δυσκολίες στη συγκέντρωση, αποχή από δραστηριότητες, ευερεθιστότητα και διατροφικές διαταραχές. Επίσης μπορούν να απευθυνθούν άτομα που βιώνουν πένθος από τον χαμό δικών τους ανθρώπων λόγω covid-19, άτομα που νιώθουν φόβο λόγω της πανδημίας και παρουσιάζουν μείωση της λειτουργικότητάς τους. Όσον αφορά το υγειονομικό προσωπικό, μπορούν να απευθυνθούν όσοι παρουσιάζουν συμπτώματα έντονου άγχους, ψυχολογικής εξουθένωσης και burnout. Όσοι ένιωθαν την ανάγκη, μπορούσαν να καλέσουν στα διαθέσιμα τηλέφωνα και να κλείσουν ραντεβού με το εξειδικευμένο προσωπικό (Πρόγραμμα Ψυχολογικής Υποστήριξης, 2021). Ακολούθως στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας δημοσιεύτηκαν συμβουλές για την ψυχική υγεία και την αυτοφροντίδα και τη διαχείριση του άγχους κατά τη διάρκεια της καραντίνας. Δινόταν μια συνοπτική εξήγηση για τους τρόπους που το άγχος μπορεί να επηρεάσει τα άτομα, σωματικά, συμπεριφορικά και συναισθηματικά, υπογραμμίζόταν η σημασία της φροντίδας του εαυτού και τέλος προέτρεπαν τους αναγνώστες να ακολουθήσουν τις αναφερόμενες συμβουλές. Μάλιστα υπήρχαν κατηγοριοποιημένες συμβουλές προς τα παιδιά, συγκεκριμένα για την απομόνωση και την ψυχική υγεία γενικότερα (Ψυχική Υγεία - Φροντίδα του εαυτού σας και διαχείριση του άγχους στην περίοδο της πανδημίας, 2020).

Τσεχία

Στην Τσεχία όπως αναφέρει ο Johnston (2020) εγκαθιδρύθηκε η πρώτη γραμμή ψυχολογικής βοήθειας 1221, οργανώθηκε ενημερωτική καμπάνια για την ψυχική υγεία και υπήρχε παροχή ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης είτε δωρεάν είτε σε χαμηλές τιμές για ανθρώπους που το είχαν ανάγκη. Ο πρωθυπουργός Babis αναγνώρισε την τεραστία σημασία της ψυχικής υγείας μέσα στην πανδημία και πρότεινε τη δημιουργία ενός προγράμματος με ιδιωτικούς θεραπευτές που έχουν συμπληρώσει 5 χρόνια στη ψυχοθεραπευτική πρακτική ώστε να παρέχουν δωρεάν μέχρι 10 συνεδρίες ανά εξυπηρετούμενο. Έπειτα το εθνικό ινστιτούτο ψυχικής υγείας και το Υπουργείο Υγείας οργάνωσαν ιστοσελίδες, σεμινάρια και τύπωσαν ενημερωτικά φυλλάδια για την ψυχική υγεία. Το υπουργείο εκπαίδευσης ανέλαβε να ενημερώσει τους μαθητές για την κατάσταση και να προχωρήσει σε παρεμβάσεις για την

πρόληψη εμφάνισης ψυχικού νοσήματος και την ενδυνάμωση της ψυχικής ανθεκτικότητας. Ακόμα ο Babis πρότεινε την συνεργασία με ασφαλιστικές εταιρείες και τη δημιουργία ενός δικτύου κέντρων παρέμβασης κρίσεων ως πρώτο σημείο ανταπόκρισης για άτομα σε κρίση που θα εξυπηρετούσε από εξωτερική υπηρεσία μέχρι και παροχή χώρων παραμονής για επεισόδια κρίσεων. Ακολούθως το κυβερνητικό συμβούλιο για την Ψυχική Υγεία, πέρασε το εθνικό πρόγραμμα για την πρόληψη αυτοκτονιών, ενώ με την εγκαθίδρυση ειδικών κέντρων, όταν οι εξυπηρετούμενοι παρουσιάζουν πολύ σοβαρά συμπτώματα που χρήζουν άμεση βοήθεια, σε όλες τις περιφέρειες της Τσεχίας, να παρέχεται καλύτερη υποστήριξη και να βελτιωθεί η από απόσταση φροντίδα της υγείας μέσω της τηλεϊατρικής (PRAGUELIFE, 2020).

3.4 Επιρροή της πανδημίας covid-19 στους ψυχικά ασθενείς

Η γρήγορη διάδοση της πανδημίας covid-19 παγκοσμίως έχει δημιουργήσει στους ανθρώπους καθολική επίγνωση της κατάστασης, άγχος και ανησυχία, οι οποίες είναι φυσικές ψυχολογικές απαντήσεις στη συνεχόμενη μεταβαλλόμενη κατάσταση. Όσον αφορά όμως τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με ψυχικά νοσήματα, για εκείνους η διαχείριση της κατάστασης είναι περισσότερο δύσκολη. Αρχικά είναι πιο εύκολο να νοσήσουν από μολυσματικές ασθένειες όπως η πνευμονία (Seminog & Goldacre, 2013) και το ρίσκο είναι μεγαλύτερο στο να βιώσουν πιο βαριά τις σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις κατά την έξαρση της πανδημίας. Ακόμα η γνωστική έκπτωση, το χαμηλό επίπεδο επίγνωσης, η μειωμένη αντίληψη κινδύνου και η μειωμένη ανησυχία για την προσωπική υγιεινή μπορούν να αυξήσουν τις πιθανότητες μόλυνσης σε τέτοια άτομα (Yao, Chen & Xu, 2020). Επίσης, συμπεριφορές κοινωνικού αποκλεισμού πάνω σε άτομα με ψυχική νόσο, στην περίπτωση που τα άτομα αυτά νοσήσουν από τον covid-19, η διαχείρισή τους, είναι πιο δύσκολη όταν υπάρχουν θέματα ψυχολογικής συννοσηρότητας (Asmundson, & Taylor ,2020). Έπειτα ασθενείς με ψυχιατρικά νοσήματα μπορεί να υποτροπιάσουν και τα υπάρχοντα συμπτώματα να χειροτερέψουν. Παράδειγμα είναι οι ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές (OCD), οι οποίοι μπορεί να ελέγχουν πολύ συχνά την θερμοκρασία τους για πυρετό, ή να καταπίνουν πολλές φορές το σάλιο τους ώστε να ελέγξουν αν έχουν πόνο στο λαιμό, συμπτώματα του covid-19. Όσον αφορά το συχνό πλύσιμο των χεριών, μια σημαντική οδηγία προς αντιμετώπιση του ιού, μπορεί δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο την κατάστασή τους. Ακολούθως οι αυστηροί κανόνες που καθιερώθηκαν για την μετακίνηση και η επιβολή καραντίνας μπορεί να εμποδίσει την ομαλή πορεία των θεραπευτικών συναντήσεων των

ασθενών με τους ειδικούς είτε ακόμα και να εμπόδιζε την πρόσβαση σε συνταγογραφημένα ψυχιατρικά φάρμακα (Χiao, 2020). Στη περίπτωση ασθενών με υψηλό άγχος, διαγνώσεις με γενικευμένες αγχώδεις διαταραχές, διαταραχή σωματοποίησης, ΙΨΔ είναι πιθανό να ερμηνεύσουν λανθασμένα απλά συμπτώματα, όπως βήχα ή πόνο στους μύες, νομίζοντας ότι έχουν νοσήσει από τον ιό. Αυτό αυξάνει το άγχος και την ανησυχία ακόμη παραπάνω, επηρεάζει τις συμπεριφορές τους και τις επιλογές που κάνουν (Asmundson & Taylor, 2020). Στις περιπτώσεις που παιδιά έχουν διαγνωστεί με ψυχιατρικές διαταραχές, οι αλλαγές λόγω των αποστάσεων με την ρήξη των οικογενειακών υποστηρικτικών δικτύων είναι δυνατό να προκαλέσει και εκεί νέες προκλήσεις (UN News, 2020). Σύμφωνα με άλλη έρευνα, άτομα που είχαν διαγνωστεί με διατροφικές διαταραχές πριν τον covid-19, κατά τη διάρκεια της πανδημίας και έπειτα τα συμπτώματα είχαν χειροτερέψει (Fernández-Aranda., Casas, Claes, Bryan, Favaro, 2020).

Επιπλέον σε συγκριτική έρευνα ατόμων με διπολική διαταραχή και ατόμων από το γενικό πληθυσμό προέκυψε ότι η ομάδα με τη διπολική διαταραχή και ο γενικός πληθυσμός έχουν παρόμοια δημογραφικά χαρακτηριστικά ως προς την δουλειά, το φύλο, την ηλικία, τις συνθήκες διαβίωσης, την απώλεια εργασίας ή τη μείωση εργασιακών ωρών λόγω πανδημίας. Οι περισσότεροι από τους εξυπηρετούμενους με διπολική διαταραχή δήλωσαν ότι λαμβάνουν ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς και ότι αρκετοί εξακολουθούσαν να πραγματοποιούν τις συναντήσεις τους και κατά την διάρκεια της πανδημίας και ελάχιστος αριθμός αυτών ήρθαν σε επαφή με υπηρεσίες έκτακτης ψυχολογικής υποστήριξης. Στους ασθενείς με Δ.Δ φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την υποκειμενική γνωστική δυσλειτουργία η οποία σχετίζεται με την αύξηση του στρες, το άγχος και τη συνολική ψυχολογική δυσφορία λόγω της πανδημίας σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Επιπλέον σε ασθενείς με ΔΔ αυξήθηκαν οι αυτοκτονικές σκέψεις και μειώθηκε η υποκειμενική ποιότητα ζωής. Μη σημαντική ήταν η διαφορά μεταξύ γενικού και ασθενούς πληθυσμού όσον αφορά τα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους λόγω της πανδημίας, του στρες και της ψυχολογικής δυσφορίας. Γενικά η έρευνα υποστηρίζει την μέτρια αλλαγή αρνητικής διάθεσης, του τρόπου ζωής και κοινωνικών ρυθμών που σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, δεν υπήρχε στατιστική διαφορά. Αυτό δείχνει ένα ποσοστό ανθεκτικότητας των εξυπηρετούμενων με Δ.Δ, παρόμοιο με τον υγιή πληθυσμό, βέβαια, αυτό μπορεί να σχετίζεται με το γεγονός ότι αρκετοί από αυτούς δεν σταμάτησαν τις συναντήσεις με ειδικούς και κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Σε ασθενείς με Δ.Δ. η υποκειμενική ποιότητα ζωής ήταν χαμηλότερη σε ασθενείς με αύξηση κατάθλιψης, στρες, αυτοκτονικές σκέψεις και χαμηλή υποκειμενική γνωστική λειτουργία

σχετιζόμενες με τον ιό. Παρόλα αυτά η ποιότητα ζωής φαίνεται να μην επηρεάστηκε από τον φόβο για τον ιό, τις εναλλαγές διάθεσης ή τις αλλαγές συνθηκών ζωής ή τους κοινωνικούς ρυθμούς αυτών με Δ.Δ. Όσοι όμως ένιωθαν φόβο για τον ιό, τότε σε εκείνους ήταν αυξημένα τα ποσοστά άγχους, στρες και εναλλαγών διάθεσης. Όσοι είχαν περισσότερο άγχος είχαν και περισσότερες αυτοκτονικές σκέψεις όπως και όσοι είχαν μεγαλύτερη κατάθλιψη και υποκειμενική γνωστική δυσλειτουργία. Η κατάθλιψη και το άγχος ήταν επίσης μεγαλύτερο σε αυτούς με Δ.Δ που ανέφεραν αύξηση την υποκειμενικής γνωστικής δυσλειτουργίας και σε ασθενείς με περισσότερα συμπτώματα μανίας και/ή σε όσους υιοθέτησαν κακούς συμπεριφορικούς παράγοντες από την αρχή της πανδημίας. Karantonis, Rossell, Berk, & Van Rheenen, (2021)

Εν συνεχεία, σε μια έρευνα στον ελληνικό χώρο, κατά τη διάρκεια της πανδημίας, που πραγματοποιήθηκε στην Κέρκυρα τον Απρίλιο του 2021, σε τυχαίο δείγμα 87 ασθενών του Ψυχιατρικού Τομέα του γενικού Νοσοκομείου σε ενήλικους ασθενείς, φάνηκε ότι το 29.8% των συμμετεχόντων εκδήλωσαν από μέτρια έως σοβαρά καταθλιπτικά επεισόδια αλλά το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 39.1% δεν εκδήλωσε καθόλου συμπτώματα κατάθλιψης. Έπειτα το 24.1% των συμμετεχόντων δήλωσαν από μέτρια έως σοβαρά επεισόδια άγχους αλλά το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων 59.8% δεν εκδήλωσε καθόλου συμπτώματα άγχους. Το 77.55% δείχνει θέληση και ικανότητα να λάβει προληπτικά μέτρα για την αντιμετώπιση της πανδημίας. Ακόμα οι γυναίκες φαίνεται να έχουν 3.1 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία, που σημαίνει ότι αντιμετωπίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης συγκριτικά με τους άντρες. Τέλος τα άτομα ηλικίας 41+ φαίνεται ότι αντιμετωπίζουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης συγκριτικά με τους νεότερους (Τόπτσας, 2021).

4ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Κοινωνική Εργασία και Πανδημία Covid 19

4.1 Ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη ψυχική υγεία

Η Διεθνής Ομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργών ορίζει την κοινωνική εργασία ως “Ένα επάγγελμα που βασίζεται στην πρακτική και μια ακαδημαϊκή πειθαρχία που προάγει την κοινωνική αλλαγή και ανάπτυξη, κοινωνική συνοχή και ενδυνάμωση και απελευθέρωση των ανθρώπων” (IFSW, 2021, p. 1.). Η επικέντρωση της κοινωνικής εργασίας στην ψυχική υγεία δεν γίνεται ιδιαίτερα αντιληπτή, έχει ερευνηθεί λιγότερο και γενικά δεν έχει λάβει ιδιαίτερη προσοχή από την Ευρωπαϊκές πολιτικές. Όταν όμως γίνεται αναφορά σε αυτή επισημαίνεται ότι αλληλεπιδρά με άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας για να συνδράμει σε κοινωνικά φαινόμενα με τη μορφή προοπτικών, θεωριών και πρακτικών σε συνεργασία με άλλα επαγγέλματα υγείας (Stone et al., 2021).

Η κοινωνική εργασία τοποθετεί το ενδιαφέρον της τόσο στην σωματική όσο και στην ψυχική υγεία, ειδικά μάλιστα αφού ξεκίνησε με την “νοσοκομειακή “ και ψυχιατρική” κοινωνική εργασία λαμβάνοντας το παράδειγμα των πρωτοπόρων φιλικών-κοινωνικών βοηθών που βοήθησαν στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών. Η κοινωνική εργασία είναι παρούσα σε όλες τις μορφές δομών, υπηρεσιών και προγραμμάτων υγεία και ψυχικής υγείας χωρίς να περιορίζει τις δράσεις της ανάλογα με την βαθμίδα υγείας, την ηλικία του πληθυσμού που στοχεύει, το είδος της ασθένειας, τον βαθμό του επειγόντος και το όριο ευθύνης τους (Καλλινικάκη, 2011).

Σε όλες τις βαθμίδες υγείας έχει θεσμοθετηθεί η λειτουργία κοινωνικών υπηρεσιών που στελεχώνονται από κοινωνικούς λειτουργούς, όπως η περίπτωση του νοσοκομείου, κατά την οποία διαμορφώνεται μια επιστημονική ομάδα με γιατρούς, νοσηλευτές και ερευνητικό προσωπικό, η οποία συνεδριάζει για τα περιστατικά. Ο κοινωνικός λειτουργός εκεί παρέχει ψυχοκοινωνική φροντίδα στους νοσηλευόμενους ή παρακολουθούμενους μετά από κάποιο περιστατικό βίωσης έντονου στρες ή έντονα συναισθηματικής κατάστασης, περιστατικά αυτοκτονιών, ατυχήματα, κακοποίησης, ασυνόδευτους ή και ανασφάλιστους αλλοδαπούς, περιστατικά εγκατάλειψης νεογνών. Η κλινική προσέγγιση που χρησιμοποιεί ο κοινωνικός λειτουργός για τον ασθενή είναι ίδια με αυτή που χρησιμοποιεί και για την οικογένειά του, ώστε να ξεπεραστούν τραυματικές εμπειρίες και επώδυνα συναισθήματα άγχους, φόβου, ενοχής, αμφιθυμίας κλονισμού εμπιστοσύνης αλλά και πρακτικών ζητημάτων που μπορούν να είναι πηγή των ανωτέρω, όπως κοινωνική ασφάλιση και εξασφάλιση πόρων. Επίσης, μπορεί να αναλάβει και την μετέπειτα πορεία του ασθενή, φροντίδα επανένταξης, κάνει

συνδέσεις με υπηρεσίες που θα τον ωφελήσουν και θα του παρέχουν κατάλληλη ψυχοκοινωνική υποστήριξη, τόσο στους ίδιους όσο και στην οικογένειά του ή τους φροντιστές του ατομικά αλλά και σε ομάδες (Καλλινικάκη, 2011) .

Μετέπειτα, ο κοινωνικός λειτουργός υποστηρίζει το ψυχοσωματικό μοντέλο και την καθολική και ελεύθερη πρόσβαση στην υγεία. Αναγνωρίζει και μεταφέρει τις ανάγκες των ασθενών, την κοινωνική διάσταση των προβλημάτων τους που συχνά δεν είναι ορατά και ερμηνεύονται σε σωματικά συμπτώματα. Τέλος, αποκωδικοποιεί συναισθηματικές καταστάσεις που συχνά μπορεί να δημιουργήσουν λανθασμένη κλινική εικόνα (Καλλινικάκη, 2011).

Η σχέση της κοινωνικής εργασίας με την ψυχική υγεία συστάθηκε από τα πρώτα κιόλας χρόνια καθώς μάλιστα “η πρώτη επαγγελματική ταυτότητά της ήταν η ψυχιατρική”. Στον τομέα της ψυχικής υγείας συγκροτήθηκε η κλινική ειδικότητα αλλά και ο κλάδος της κοινοτικής κοινωνικής εργασίας, όπου συνεχίζουν να αναπτύσσονται οι κλινικές προσεγγίσεις οι οποίες ακόμα και σήμερα υποστηρίζουν τις εφαρμογές της κοινοτικής ψυχιατρικής. Μια ολοκληρωμένη επικέντρωση για την ψυχική υγεία προϋποθέτει ολικές προσεγγίσεις που εμπεριέχουν την κατοικία την συμμετοχή στην κοινότητα και πρόσβαση σε υπηρεσίες. “Οι κοινωνικοί λειτουργοί συνδέονται με τα άτομα και όχι με τα συμπτώματά τους”. Μέσα από τις παρεμβάσεις τους υποστηρίζουν την παρουσία σχέσεων με το περιβάλλον και την μη παραίτηση των ασθενών από τα ενδιαφέροντά τους, ειδικά μάλιστα σε έντονες περιόδους με αυξημένα συμπτώματα. Σε τέτοιες μάλιστα περιπτώσεις, κατά τις οποίες το περιβάλλον (οικογένεια, σχολείο, χώρος εργασίας, γειτονία) ανησυχεί για τον ασθενή, ο κοινωνικός λειτουργός λαμβάνει τον ρόλο του μεσολαβητή ώστε να καθησυχάσει και τις δύο πλευρές. Μπορεί να χρησιμοποιήσει ολιστικές, συμπεριληπτικές και ευαίσθητες στο πολιτισμικό σύστημα των ασθενών πρακτικές σε συνεργασία με την επιστημονική ομάδα και άλλες υπηρεσίες ώστε να επιτύχει το καλύτερο για τον ασθενή. Πολλές είναι οι περιπτώσεις στις οποίες οι ανάγκες των ασθενών αγνοούνται ή παραμελούνται και χρειάζεται να επισημανθούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε περίπτωσης που μπορεί να το καταστεί εύθραυστο (Καλλινικάκη, 2011).

Ο κοινωνικός λειτουργός δίνει έμφαση στην ψυχική υγεία και όχι στην ψυχική ασθένεια, μια προσέγγιση που οδηγεί τον ασθενή σε τρεις θέσεις, σε προσωπική ωρίμανση, με την αυτοπραγμάτωση, αυτοεκτίμηση, αυτοπεποίθηση , σταθερή ταυτότητα και προσωπική

ακεραιότητα. Έπειτα ευνοεί την αυτοδιαχείριση των κοινωνικών σχέσεων, με την δημιουργία και διατήρηση σχέσεων με δυνατούς δεσμούς χωρίς εξάρτηση και τέλος εκπλήρωση των κοινωνικών ρόλων, η οποία ξεκινάει μέσα από την αναγνώριση των ρόλων στην οικογένεια, τη γειτονιά, την κοινότητα περιλαμβανομένης και της ικανότητας για προσαρμογή και αλλαγή (Tilbury, 2002:1-2).

Συμπληρωματικά, ένα μέρος της κοινωνικής κοινοτικής ψυχιατρικής πρακτικής είναι η εξασφάλιση των προϋποθέσεων για την παραμονή ψυχικά ασθενών όταν νοσούν-περιθάλπονται στο περιβάλλον τους ή και την επανένταξή τους σε αυτό με την χρήση των υφιστάμενων πόρων. Στόχοι τους είναι η συνεχόμενη φροντίδα, η καταπολέμηση του στίγματος στις κοινότητες προσέλευσης και διαμονής, και η κάλυψη, νοσηλεία ατόμων που μένουν εκτός συστήματος επείγουσας νοσηλείας αλλά και ασθενών που δεν συμμορφώνονται στην αγωγή τους και ζουν σε άθλιες συνθήκες με κίνδυνο υποτροπής (Καλλινικάκη, 2011).

Με βάση την έρευνα των Stone, Mccusker, Davidson και Vicary που πραγματοποιήθηκε το 2021, κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid19, με στόχο να ερευνηθούν πως η κοινωνική εργασία σε σχέση με την ψυχική υγεία γίνεται αντιληπτή και ασκείται σε διάφορες χώρες της Ευρώπης μέσα από τους κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας, όσον αφορά τους ρόλους και τις προσφορές της κοινωνικής εργασίας στην ψυχική υγεία αξίζει να αναφερθούν τα παρακάτω. Έχοντας κατηγοριοποιήσει για λόγους της έρευνάς τους τις απαντήσεις των ερωτώμενων προκύπτουν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί θεωρούν τον ρόλο τους μοναδικό και απαραίτητο, ασκώντας το επάγγελμα μέσω κοινωνικού και ψυχοκοινωνικού μοντέλου, προσδιοριζόμενο στην ολιστική προσέγγιση, υποστήριξη δικαιωμάτων σε σύγκριση με ιατρικά μοντέλα. Συχνές ήταν οι απαντήσεις που ανέφεραν την ενδυνάμωση και προσεγγίσεις ανάκαμψης αλλά και πως καταλαβαίνουν το κοινωνικό αντίκτυπο της ψυχικής ασθένειας στους ανθρώπους και αντίστοιχα την ανάγκη να μιλούν για το στίγμα, τις διακρίσεις και να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματα των εξυπηρετούμενων. Θεωρούν ότι χωρίς την παρουσία των κοινωνικών λειτουργών θα δημιουργούνταν κενά σε διάφορους τομείς όπου εργάζονται τώρα κοινωνικοί λειτουργοί όπως “στη συνηγορία γύρω από θέματα στέγαση και κοινωνικής πρόνοιας” (Ιρλανδία, 20), αλλά και “κοινωνική δικαιοσύνη” (Ιρλανδία, 15). Άλλοι μιλούν για ένα “προστατευτικό δίκτυο” που είναι μέρος της ολιστικής εικόνας και λιγότερο του ενός στενού καθορισμένου ρόλου. Τέλος ένας από τους κοινωνικούς λειτουργούς που ερωτήθηκαν έκανε λόγο εκτός από

τις παραπάνω αξίες και μια πιο λεπτή σκέψη μιλώντας για εμπόδια που υπάρχουν στην εργασία του κοινωνικού λειτουργού, όπως “η ανάληψη διαφορετικών ρόλων που δεν ταυτίζονται πάντα, το ότι παρόλο που έχουν μια προσωποκεντρική και ολιστική προσέγγιση έχουν περιορισμένες ικανότητες να εργαστούν πάνω σε αυτές λόγω των συγκεκριμένων προσδοκιών και τους συγκεκριμένους ρόλους που μπορούν να αναλάβουν σύμφωνα με τους οργανισμούς που δουλεύουν. Αναρωτιέμαι επίσης εάν άλλοι επαγγελματίες υγείας συμφωνούν με τη άποψη ότι η ολιστική προσέγγιση είναι ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό άσκησης της κοινωνικής εργασίας” (Αγγλία, 181).

Επιπροσθέτως οι απαντήσεις που δόθηκαν για τον ρόλο των κοινωνικών λειτουργών από τους ίδιους επαγγελματίες αρχικά χωρίζονται σε δύο μέρη. Η πρώτη κατηγορία αφορά τους ρόλους που είναι επίσημα θεσμοθετημένοι και ειδικά καθορισμένοι για τους κοινωνικούς λειτουργούς και μόνο, όσον αφορά την φροντίδα των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές όπως στις περιπτώσεις την Αγγλίας, Βόρειας Ιρλανδίας και Σκωτίας, όπου οι ρόλοι καθορίζονται “στο πλαίσιο του νόμου για την ψυχική υγεία, για κράτηση των εξυπηρετούμενων που χρειάζονται επαγγελματική υποστήριξη”, είτε με νομοθεσίες για την ψυχική υγεία είτε με “τον συντονισμό της ακούσια εισαγωγής, επίβλεψης της κηδεμονίας”. Παράλληλα σε αυτήν την κατηγορία αναφέρεται και ο επίσημος και διαδικαστικός ρόλος του επαγγέλματος, που αναφέρεται στην παρουσία στο δικαστήριο, σε κριτήρια κράτησης, διαχείριση υποθέσεων και αξιολόγησης κοινωνικών αναγκών. Υπήρχαν βέβαια και απαντήσεις κοινωνικών λειτουργών που ανέφεραν ότι συμμετείχαν λιγότερο σε τέτοιες διαδικασίες αλλά και ότι δεν υπήρχαν για αυτούς τέτοιοι νόμοι. Η δεύτερη κατηγορία οργανώνει τις απαντήσεις των επαγγελματιών που ανέφεραν ότι δουλεύουν άμεσα με τους ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές αλλά έχουν λιγότερο καθορισμένους ρόλους, που δουλεύουν σε κοινοτικές ομάδες, γραφεία κοινωνικής πρόνοιας, νοσοκομεία, γηροκομεία, στην αστυνομία και φυλακές. Τα καθήκοντα που αναλάμβαναν και ήταν κυρίως κοινά στις απαντήσεις αφορούσαν την αξιολόγηση και τη διαχείριση φροντίδας, οργάνωση πακέτων φροντίδας για την υποστήριξη ατόμων που θα έπαιρναν εξιτήριο από νοσοκομεία, υποστήριξη ατόμων για στέγαση και άλλες προνοιακές υπηρεσίες, σύμφωνα με την Ιρλανδία, Κροατία και Τουρκία. Μια άλλη περίπτωση αφορά την Σουηδία όπου οι ρόλοι χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, σε πλαίσιο ψυχιατρικών κλινικών, στις οποίες η κύρια αρμοδιότητα είναι η οργάνωση για εξιτήριο και έπειτα σε δημοτικό πλαίσιο, στην κατηγορία “κοινωνικής ψυχιατρικής” που αφορά τους επαγγελματίες να απευθύνονται και να παίρνουν αποφάσεις για τις ανάγκες των ανθρώπων χωρίς να δουλεύουν άμεσα μαζί τους. Ακόμα πολλοί αναφέρθηκαν στον

διαχωρισμό των ρόλων στο διαδικαστικό κομμάτι και στην καθαρά θεραπευτική φύση του επαγγέλματος. Σε περίπτωση μάλιστα που ο ρόλος της κοινωνικής εργασίας δεν είναι θεσμοθετημένος αλλά περιγράφεται γενικά ως θεραπευτικός τότε η ίδια η κοινωνική εργασία θεωρείται ως παρέμβαση. Άλλοι ήθελαν να στοχεύσουν στην μη ακριβή νομοθεσία γύρω από την εργασία του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχική υγεία, γεγονός που αναπόφευκτα ωθεί τους κοινωνικούς λειτουργούς να αναλαμβάνουν στον χώρο αυτό γενικότερους ρόλους. Τέλος σε άλλες χώρες όπως στην Αλβανία ήταν προφανές ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας ήταν αρκετά περιορισμένες και αναπτυσσόμενες.

4.2 Υποστήριξη και ενδυνάμωση

Οι κοινωνικοί λειτουργοί κατά τη διάρκεια της πανδημίας έχουν συγκεκριμένους ρόλους τους οποίους χρειάζεται να αναλάβουν, ρόλους που σχετίζονται με κοινωνικές ανάγκες. Για παράδειγμα, παρ' όλες τις κοινωνικές αποστάσεις, να ενώνουν τις οικογένειες και τις κοινότητες, να συνεχιστεί η παροχή υπηρεσιών από τις κοινωνικές υπηρεσίες και να συμπεριληφθούν αξιολόγηση αναγκών, η πρόσβαση στα σπίτια να μην είναι περίπλοκη ή να χρησιμοποιηθούν εξειδικευμένες υπηρεσίες ώστε να μπορεί να επιτευχθεί η προστασία των ενήλικων και παιδιών, να μην αποξενώνονται τα μέλη οικογενειών και οι κοινότητες να αφυπνίζονται γύρω από κοινωνικά θέματα. Βέβαια οι δραστηριότητες που αναλαμβάνουν κατά την δύσκολη αυτή περίοδο είναι περισσότερες από ότι συνήθως καθώς καλούνται να απαντήσουν σε νέες ανάγκες. Έτσι όπως αναφέρονται από την Dominelli (2020):

“• Παραπομπή ατόμων σε άλλες υπηρεσίες, ιδιαίτερα σε υπηρεσίες υγείας.

- Χρήση τηλευπηρεσιών/διαδικτύου/βίντεο/συζητήσεων μέσω κοινωνικής δικτύωσης για μείωση της απομόνωσης και παραμονή συνδεσιμότητας
- Διατήρηση πρόσβασης στις υπηρεσίες, ιδιαίτερα σε σπάνιες και εξήγηση γιατί αυτό είναι απαραίτητο.
- Εύρεση και κινητοποίηση πόρων σε κοινοτικό επίπεδο.
- Κοινοτική εκπαίδευση για τη δημόσια υγεία απαραίτητη για να εξηγήσει πώς οι άνθρωποι μπορούν να φροντίσουν τον εαυτό τους, τους αγαπημένους τους αυτές και οι κοινότητες και γιατί.
- Υποστήριξη ατόμων με συναισθηματικές ανάγκες, συμπεριλαμβανομένου του περιορισμού του φόβου και του άγχους.
- Παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών και υπηρεσιών απώλειας και πένθους.
- Βοηθώντας τους ανθρώπους να προσδιορίσουν πώς να διατηρούνται ασφαλείς, ειδικά σε πρωτοβουλίες κοινωνικής απόστασης.

- Προώθηση της αλληλεγγύης και της κοινωνικής δικαιοσύνης σε ασφαλείς παραμέτρους σχετικά με τη στενή επαφή.
- Συνηγορία με και για τους ανθρώπους ώστε να διασφαλίζεται ο σεβασμός της κοινωνικής δικαιοσύνης και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.
- Φροντίδα για τη δική τους υγεία και ευημερία (αυτοφροντίδα και επίβλεψη) ως κοινωνικοί λειτουργοί.
- Μετάφραση κυβερνητικών πολιτικών σε απλούς ανθρώπους σε εύκολα κατανοητή γλώσσα (εκπαίδευση δημόσιας υγείας).
- Υποστήριξη επαγγελματιών υγείας σε ιατρεία.
- Υποστήριξη των παιδιών στα σχολεία, συμπεριλαμβανομένης της επιμόρφωσης δραστηριοτήτων σε μικρές ομάδες που αποφεύγουν τη στενή επαφή και την έκθεση στον Covid-19.
- Υποστήριξη των παιδιών να έχουν πρόσβαση σε τρόφιμα και άλλα βασικά αγαθά και υπηρεσίες, ειδικά κατά τη διάρκεια του κλεισίματος των σχολείων.
- Υποστήριξη των ηλικιωμένων να έχουν πρόσβαση σε τρόφιμα και άλλα βασικά αγαθά και υπηρεσίες.
- Βοηθώντας τα παιδιά και τις οικογένειες να έχουν πρόσβαση στις εγκαταστάσεις διεξαγωγής τεστ για τον Covid-19 όταν είναι απαραίτητο”

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να είναι σε θέση να μπορούν να υποστηρίξουν τα άτομα, τις οικογένειες, ευάλωτες ομάδες και κοινότητες που έρχονται άμεσα σε κίνδυνο από τις επιπτώσεις του covid-19. Οι κοινωνικές υπηρεσίες και οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν σημαντικό ρόλο για την μη διασπορά του ιού αλλά και για την υλική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη του πληθυσμού. Έτσι λοιπόν οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να παρέχουν ειδικά σε καταστάσεις κρίσης, όπως είναι η πανδημία, τις υπηρεσίες τους σε μέγιστη δυνατή έκταση και διάρκεια, πάντα ακολουθώντας τις υγειονομικές οδηγίες ώστε να προφυλάσσονται και οι ίδιοι. Μετέπειτα, καθώς οι κοινωνικές υπηρεσίες έχουν σημαντικό ρόλο, σαφώς πρέπει να μείνουν ανοιχτές και να εξυπηρετούν τους εξυπηρετούμενους, και όπου χρειάζεται να επαναπροσδιορίσουν το πλάνο παρέμβασής τους. Όμως σε περιπτώσεις που μπορεί να φαίνονται επιζήμιες για την διασπορά του ιού σε ομάδες υψηλού κινδύνου, οι παραδοσιακές πρακτικές, όπως οι κατ’ οίκον επισκέψεις του προγράμματος “Βοήθεια στο σπίτι”, τέτοιου τύπου πρακτικές χρειάζεται να συνεχιστούν καθώς η ευαλωτότητα των εξυπηρετούμενων δεν αφορά μόνο τον covid αλλά πρόσβαση σε είδη πρώτης ανάγκης, τρόφιμα, φάρμακα και τέλος η απομόνωση για αρκετό καιρό μπορεί να

δημιουργήσει καταστροφικές επιπτώσεις. Τέλος η ενίσχυση και η υποστήριξη μπορεί να λάβει την μορφή τακτικών τηλεφωνικών επικοινωνιών και μεταφοράς ειδών πρώτης ανάγκης με τρόπο που να προστατεύεται και ο εξυπηρετούμενος και ο κοινωνικός λειτουργός (Ιωακειμίδης, 2020).

Ακολούθως μπορούμε μέσα από τις αξίες που ακολουθούν οι κοινωνικοί λειτουργοί, να δούμε πως μπορούν να υποστηρίξουν και να ενδυναμώνουν τους εξυπηρετούμενους τους κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Αρχικά κάτω από την κοινωνική δικαιοσύνη, η οποία παρέχεται όταν οι κοινωνικοί λειτουργοί βρίσκονται στις πρώτες γραμμές αντίστασης εναντίων των ανισοτήτων, όταν προωθούν την πολιτισμική ευαισθησία μέσα στις κοινότητες και όταν εκπαιδεύουν την κοινότητα για περιθωριοποιημένες ομάδες (Wilson, 2020). Έπειτα αναγνωρίζοντας την σημασία των ανθρώπινων σχέσεων, με την παροχή γευμάτων μέσα από προγράμματα σε όσους τα χρειάζεται αποδεικνύεται μέσα από έρευνες ότι οι εξυπηρετούμενοι δημιουργούν κοινωνικούς δεσμούς και κοινωνικές σχέσεις οι οποίες με το πέρας του χρόνου δυναμώνουν (Thomas et al., 2020). Η ακεραιότητά στην άσκησή τους, όταν ξεκινούν να χρησιμοποιούν προγράμματα ηλεκτρονικής επίσκεψης ώστε να αντιμετωπίσουν δυσκολίες, όπως κατάθλιψη και κοινωνική απομόνωση (Canady, 2020) και να διατηρήσουν τις σχέσεις μέσα στην κοινότητα (National Council on Aging [NCOA], 2020). Σε σχέση με την αξιοπρέπεια και την ατομική αξία, δεδομένης της πανδημίας κάνουν ότι μπορούν, ώστε να αντιμετωπίσουν τις κοινωνικές και συναισθηματικές ανάγκες όσων μένουν σε γηροκομεία και των μελών της οικογένειάς τους. Ακόμα ασχολούνται με τον προγραμματισμό των εξιτηρίων και την μετέπειτα φροντίδα αφού τα νοσοκομεία ασχολούνται ολοκληρωτικά με τα περιστατικά κορονοϊού. Αναγνωρίζοντας την αξία της επάρκειας προσπαθούν να οργανώνουν εναλλακτικά εκπαιδευτικά σεμινάρια για το υποστηρικτικό προσωπικό των κοινοτήτων αλλά και για τους ίδιους του εξυπηρετούμενους (Miller & Lee, 2020).

Έχει ενδιαφέρον να εξετάσουμε πως οι κοινωνικοί λειτουργοί άσκησαν την πρακτική τους με διαφορετικούς πληθυσμούς κατά τη διάρκεια της πανδημίας στην Ιρλανδία. Αρχικά λοιπόν όπως αναφέρεται στο επιστημονικό άρθρο των Brennan, Reilly, Cuskelly, Donnelly (2020) που περιγράφει την κατάσταση στην Ιρλανδία και τον μεγάλο σε ηλικία πληθυσμό με και χωρίς κάποια ψυχική διαταραχή αποφαίνεται ότι οι πρακτικές που χρησιμοποιούσαν στο παρελθόν στις υπηρεσίες έπρεπε να αλλάξουν κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Έτσι ώστε οι κοινωνικοί λειτουργοί να συνεχίσουν την εργασία τους, έπρεπε να μειώσουν της παροχή

υπηρεσιών πρόσωπο με πρόσωπο και να χρησιμοποιήσουν ηλεκτρονικές μεθόδους επικοινωνίας πέρα από τα τηλέφωνα καθώς ήταν κρίσιμη η διατήρηση επικοινωνίας με τους εξυπηρετούμενους. Ακόμα έχουν αλλάξει τις ώρες εργασίας τους, για να επιτύχουν κοινωνικές αποστάσεις με τους συναδέλφους και μερικοί δουλεύουν και από το σπίτι. Άλλοι έχουν αναλάβει καινούριους ρόλους με ανακατατάξεις σε άλλες θέσεις, δημιουργώντας βέβαια μείωση παροχής υπηρεσιών πρώτης γραμμής. Όσον αφορά τα γηροκομεία, η απουσία υπηρεσιών από κοινωνικούς λειτουργούς έχει φτάσει να είναι σχεδόν ολική. Σε περιπτώσεις που οι κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονται σε νοσοκομειακό ή κοινοτικό περιβάλλον προσπαθούν με άλλους δημιουργικούς τρόπους να συνεχίσουν να υποστηρίζουν τους εξυπηρετούμενους ώστε να αντιμετωπίσουν την κοινωνική απομόνωση, να ενημερώνονται και έχουν παροχή σε αγαθά, ακόμη και τεχνολογική υποστήριξη. Επιδίωξαν έτσι να οργανώσουν συναντήσεις με τους εξυπηρετούμενους σε εξωτερικούς χώρους και να κάνουν “περιπατητικά ραντεβού” , τα οποία βοηθούσαν στην φυσική άθληση, μείωση της αποξένωσης και επέτρεπαν στον κοινωνικό λειτουργό να διατηρήσει άμεση επαφή με τους εξυπηρετούμενους. Έπειτα, με την ύπαρξη του covid19, αυξήθηκε η ανάγκη για αντιμετώπιση της λύπης, θρήνου. Με αφετηρία αυτό, οι κοινωνικοί λειτουργοί που μετατάχθηκαν σε γηροκομεία διευκόλυναν για όσους διέμεναν εκεί την επικοινωνία τους με την οικογένειά τους μέσω εφαρμογών κοινωνικής δικτύωσης και ενθάρρυναν τις οικογένειές τους να τους αγοράσουν ηλεκτρονικές συσκευές ώστε να επιτευχθεί αυτό. Όσοι εργάζονταν σε κοινότητες, ενθάρρυναν εθελοντές να παραδίδουν ψώνια, γεύματα και φάρμακα σε όσους το είχαν ανάγκη αλλά και να τηλεφωνούν και να υπενθυμίζουν τις δόσοληψίες των φαρμάκων αλλά και να διατηρούν κάποια επαφή. Εν συνεχεία, η κοινωνική εργασία συνεχίζει να παρέχει υποστήριξη στις οικογένειες που οι ίδιες παρέχουν υποστήριξη στα μέλη τους. Η παροχή υπηρεσιών, σύνδεση με υπηρεσίες , συναισθηματική υποστήριξη είναι μερικές από τις κύριες ανάγκες κατά την διάρκεια της πανδημίας καθώς πολλοί που φροντίζουν αγαπημένα τους πρόσωπα φοβούνται μήπως πάθουν κάτι και δεν θα είναι σε θέση να παρέχουν βοήθεια. Η υποστήριξη φροντιστών έχει μεγάλη σημασία αφού οι ίδιοι ήδη έχουν άγχος για προ υπάρχοντες ανησυχίες και η συναισθηματική τους ενδυνάμωση είναι κρίσιμη.

Τέλος σε παγκόσμιο επίπεδο ο Διεθνής Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών έχει συνεργαστεί με εθνικές οργανώσεις ώστε να παρέχουν μετεκπαίδευση και στήριξη σε επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς μέσω διαδικτυακών πλατφορμών έχοντας στόχο την ανάδειξη της παγκόσμιας ενότητας.

Β' Ερευνητικό Μέρος

5.1 Μεθοδολογία Έρευνας

A. Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Ο σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στις ψυχολογικές επιπτώσεις της καραντίνας/πανδημίας τόσο σε υγιή άτομα όσο και σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές σε Ελλάδα και Τσεχία.

A1 Επιμέρους στόχοι

Ο συσχετισμός των διαφορών των ψυχολογικών επιπτώσεων της πανδημίας ανάμεσα σε υγιή άτομα και σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές.

Ο συσχετισμός των διαφορών της ποιότητας ζωής και τις συμπεριφορές υγείας ανάμεσα σε υγιή άτομα και σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές.

Ο συσχετισμός των αποτελεσμάτων για τις ψυχικές διαταραχές και την ποιότητα ζωής μεταξύ Ελλάδας - Τσεχίας.

A2 Ερευνητικές υποθέσεις

Η πανδημία επηρεάζει περισσότερο τα άτομα με ψυχική διαταραχή σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό;

Η διαφορετική κρατική διαχείριση (Ελλάδα vs Τσεχία) δημιουργεί περισσότερη ψυχολογική επιβάρυνση ανάμεσα σε άτομα με ψυχικές διαταραχές και υγιή πληθυσμό;

A3. Ερευνητικά ερωτήματα

1. Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά τα συμπτώματα άγχους, κατά τη διάρκεια της καραντίνας/πανδημίας;

2. Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά τα συμπτώματα κατάθλιψης, κατά τη διάρκεια της καραντίνας/πανδημίας;
3. Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά διαταραχές ύπνου, κατά τη διάρκεια της καραντίνας/πανδημίας;
4. Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά το αίσθημα μοναξιάς κατά τη διάρκεια της καραντίνας/πανδημίας;
5. Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά την κατάχρηση ουσιών, αλκοόλ και καπνίσματος, κατά τη διάρκεια της καραντίνας/πανδημίας;
6. Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά το αίσθημα υποστήριξης κατά τη διάρκεια της καραντίνας/πανδημίας;
7. Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά την ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια της καραντίνας/πανδημίας;
8. Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά την ασφάλεια από την παροχή υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια της καραντίνας/πανδημίας;
9. Πως κρίνεται η κρατική διαχείριση της πανδημίας από την ευάλωτη ομάδα και τον γενικό πληθυσμό;
10. Κατά πόσο επηρεάζει η ύπαρξη ή όχι της ψυχικής νόσου, τη σχέση ανάμεσα σε διαταραχές ύπνου και των συμπτωμάτων άγχους ή κατάθλιψης;

B. Ερευνητικός σχεδιασμός

B1 Επιλογή μεθόδου έρευνας

Για να απαντηθούν τα παραπάνω ερευνητικά ερωτήματα, θεωρήθηκε ότι το πιο κατάλληλο είδος έρευνας ήταν η ποσοτική έρευνα, η οποία χαρακτηρίζεται από ευχρηστία και ευκολία συλλογής όγκου ερευνητικών δεδομένων, συνήθως αριθμητικών, σε μικρό χρονικό διάστημα. Επιπρόσθετα, η ποσοτική έρευνα εξυπηρετεί σκοπούς γενικευσιμότητας, ενώ συνδέεται με την εξαγωγή περιγραφικών και επαγωγικών αποτελεσμάτων, τα οποία μπορούν να δώσουν χρήσιμες πληροφορίες για τις στάσεις και τις απόψεις ενός συγκεκριμένου πληθυσμού. Τέλος, για σκοπούς χρονικών περιορισμών, αποφασίστηκε η έρευνα να είναι συγχρονική,

δηλαδή να διεξαχθεί σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, χωρίς επαναμέτρηση όπως γίνεται στις διαχρονικές μελέτες.

B2 Πληθυσμός μελέτης

Ο πληθυσμός της μελέτης επιλέχθηκε τυχαία με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας. Η έρευνα αφορούσε ενήλικες ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και υγιείς υποψήφιους, οι οποίοι κατοικούσαν στις χώρες διεξαγωγής της έρευνας και ομιλούσαν την επίσημη γλώσσα της χώρας.

Οι ασθενείς με ψυχικά νοσήματα επιλέχθηκαν τυχαία μέσω δομών ανοικτής ή κλειστής νοσηλείας σε Ελλάδα και Τσεχία.

Ο υγιής πληθυσμός επιλέχθηκε τυχαία μέσω διαδικτυακών ανώνυμων ερωτηματολογίων τα οποία κοινοποιήθηκαν σε μέσα κοινωνικής δικτύωσης.

Στον αρχικό σχεδιασμό ο αριθμός των υποψηφίων συμμετεχόντων ήταν 100 από την Ελλάδα και 100 από την Τσεχία. Τελικά όμως ο αριθμός των συμμετεχόντων ήταν 152 άτομα από την Ελλάδα και 112 από την Τσεχία, σύνολο 263.

B3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η μέθοδος συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα εργασία είναι η δειγματοληψία ευκολίας. Η συλλογή των απαντήσεων έγινε μέσω της απευθείας συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων μέσω της φόρμας ερωτηματολογίων του Google ή της προσωπικής συνέντευξης με ερωτηματολόγιο.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 8 ενότητες, η δομή του κατασκευάστηκε από τις ερευνήτριες και δοκιμάστηκε πιλοτικά σε δείγμα 7 ατόμων. Αφού έγιναν οι απαραίτητες διορθώσεις με βάση τις υποδείξεις τους, δημιουργήθηκε το τελικό ερωτηματολόγιο.

Ο υγιής πληθυσμός συμπλήρωσε διαδικτυακά το ερωτηματολόγιο μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης.

Για την ευάλωτη ομάδα, ανάλογα με τις δυνατότητες της δομής αλλά και του ερωτώμενου, το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε είτε ηλεκτρονικά είτε με τη μορφή συνέντευξης.

Και στην ηλεκτρονική διανομή του ερωτηματολογίου και στην δια ζώσης συνέντευξη υπήρχε έντυπο συναίνεσης και έντυπο επεξήγησης των σκοπών της έρευνας (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α, Β)

Γ. Ερευνητικό εργαλείο

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση ερωτηματολογίου στο δείγμα, το οποίο ετοιμάστηκε από τις ερευνήτριες. Τα εργαλεία του ερωτηματολογίου αναφέρονται παρακάτω:

Προσδιορισμός άγχους:

Στην παρούσα έρευνα το άγχος προσδιορίστηκε μέσα από το ερωτηματολόγιο των 7 ερωτήσεων (Generalized anxiety disorder) GAD-7, που περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις και έχει κλίμακα "0" (καθόλου) έως "3" (σχεδόν κάθε μέρα). Οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδεικνύουν πιο σοβαρά συμπτώματα άγχους. Το οριακό σημείο 10 ή μεγαλύτερο αντιστοιχεί σε μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα άγχους, υποδεικνύοντας δυνητικά μια κλινικά σημαντική κατάσταση. Το GAD-7 έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στην Ελλάδα (Basta et al., 2019.)

Προσδιορισμός κατάθλιψης:

Η κατάθλιψη προσδιορίστηκε μέσα από το ερωτηματολόγιο Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Kroenke et al., 2010), που περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις και έχει κλίμακα "0" (καθόλου) έως "3" (σχεδόν κάθε μέρα). Το οριακό σημείο 10 ή μεγαλύτερο αντιστοιχεί σε μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης, υποδεικνύοντας δυνητικά μια κλινικά σημαντική κατάσταση. Το ερωτηματολόγιο PHQ-9 έχει χρησιμοποιηθεί και σε ελληνικές μελέτες γενικού πληθυσμού (Basta et al., 2019)

Προσδιορισμός ποιότητας ύπνου:

Η ποιότητα του ύπνου προσδιορίστηκε με ερωτήσεις οι οποίες αντλήθηκαν από το ερωτηματολόγιο The insomnia severity index (Morin, 1993) με 7 ερωτήσεις και κλίμακα Likert 5-βαθμη (0=Καθόλου, 1=Ελάχιστα, 2=Μέτρια, 3=Σοβαρά 4= Πάρα πολύ). ». Για τις ανάγκες της ανάλυσης δημιουργήθηκε αθροιστικός δείκτης από το άθροισμα των

ερωτήσεων. Το υψηλότερο αποτέλεσμα του σταθμισμένου δείκτη ήταν ενδεικτικό χειρότερης ποιότητας ύπνου.

Προσδιορισμός ποιότητας ζωής:

Για τη μέτρηση ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκαν αυτοαναφερόμενες ερωτήσεις για το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ερωτώμενοι σε σχέση με τις υλικές ανέσεις, σχέσεις με κοντινά πρόσωπα, σχέση με σύντροφο, σύζυγο, την υποστήριξη από κοντινά πρόσωπα, την εργασία/απασχόληση με το σπίτι, και την κοινωνικοποίηση/επικοινωνία με φίλους, γνωστούς και νέα πρόσωπα. Οι ερωτήσεις αντλήθηκαν από τα ερωτηματολόγια για την ποιότητα ζωής των Flanagan (1978) και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2012).

Στην παρούσα μελέτη η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε από τις παρακάτω ερωτήσεις :

1) "Πόσο ικανοποιημένος/η νιώσατε κατά τη διάρκεια της καραντίνας όσον αφορά: Τις υλικές ανέσεις(Χρήματα, φαγητό)", 2) "Πόσο ικανοποιημένος/η νιώσατε κατά τη διάρκεια της καραντίνας όσον αφορά: Τις σχέσεις με κοντινά σας πρόσωπα (φίλους οικογένεια);", 3) "Πόσο ικανοποιημένος/η νιώσατε κατά τη διάρκεια της καραντίνας όσον αφορά: Τη σχέση με σύζυγο ή σύντροφο;" 4) "Πόσο ικανοποιημένος/η νιώσατε κατά τη διάρκεια της καραντίνας όσον αφορά: την υποστήριξη από κοντινά σας πρόσωπα, όταν τη χρειαστήκατε;" 5) "Πόσο ικανοποιημένος/η νιώσατε κατά τη διάρκεια της καραντίνας όσον αφορά: την εργασία/ ενασχόληση με το σπίτι;" 6) "Πόσο ικανοποιημένος/η νιώσατε κατά τη διάρκεια της καραντίνας όσον αφορά: την κοινωνικοποίηση/ επικοινωνία με φίλους, γνωστούς, νέα πρόσωπα".

Οι ερωτήσεις είχαν κλίμακα διαβάθμισης από : 0= «πάρα πολύ ικανοποιημένος», 1= « πολύ ικανοποιημένος », 2= « αρκετά », 3= « λίγο », 4= «καθόλου». Για τις ανάγκες της ανάλυσης δημιουργήθηκε αθροιστικός δείκτης από το άθροισμα των ερωτήσεων. Το υψηλότερο αποτέλεσμα του σταθμισμένου δείκτη ήταν ενδεικτικό χειρότερης ποιότητας ζωής

Προσδιορισμός συμπεριφορικών παραγόντων:

Για τον προσδιορισμό συμπεριφορικών παραγόντων χρησιμοποιήθηκαν οι εξής μεταβλητές:

1. Κάπνισμα(ναι/όχι, ποσότητα, συχνότητα), 2. Κατάχρηση αλκοόλ (ναι/όχι, ποσότητα, συχνότητα), 3. κατάχρηση ουσιών (ναι/όχι, ποσότητα, συχνότητα), 4. φυσική άσκηση, (εβδομαδιαία συχνότητα),

Προσδιορισμός μοναξιάς

Η μοναχικότητα προσδιορίστηκε από την αυτοαναφερόμενη ερώτηση «το τελευταίο διάστημα πόσες φορές έχετε αισθανθεί μοναξιά;». Η αξιολόγηση της ερώτησης θα μετρηθεί με την κλίμακα likert (0=καθόλου έως 5= πάρα πολύ). Η αυτοαναφερόμενη ερώτηση μοναξιάς είναι ένας δείκτης που έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές επιδημιολογικές μελέτες (Office of National Statistics, 2018). Το υψηλότερο άθροισμα ήταν ενδεικτικό μεγαλύτερου υποκειμενικού αισθήματος μοναξιάς

Προσδιορισμός υποκειμενικού αισθήματος υποστήριξης:

Για την υποκειμενική αίσθηση υποστήριξης χρησιμοποιήθηκαν αυτο αναφερόμενες ερωτήσεις 1. αίσθησης κοινωνικού αποκλεισμού και βοήθειας από άλλους (διαθεσιμότητα αξιόπιστων ατόμων για προβλήματα (κανένα, μερικές φορές, αρκετά, πολλά, πάντα), 2. πιθανότητα επίλυσης ενός δύσκολου προβλήματος (κανένα, λίγο, αρκετά, σίγουρα) και 3. αίσθημα αποκλεισμού από την κοινωνία (ναι, πιθανώς ναι, πιθανόν όχι, όχι). Οι ερωτήσεις είχαν κλίμακα διαβάθμισης: όπου «κανένα» =0, «μερικές φορές»=1, «αρκετά»=2, «πολλά»=3, «πάντα»=4. και «κανένα»= 0, «λίγο»=1, «αρκετά»=2, «σίγουρα»=3,

Προσδιορισμός εμπιστοσύνης στο εθνικό σύστημα υγείας και την κρατική διαχείριση της πανδημίας.

Για τον προσδιορισμό της εμπιστοσύνης στο εθνικό σύστημα υγείας και την κρατική διαχείριση της πανδημίας χρησιμοποιήθηκαν υποκειμενικές ερωτήσεις: 1. «Πόσο ασφαλείς νιώθετε το τελευταίο διάστημα στο εθνικό σύστημα υγείας», 2. «Πόση εμπιστοσύνη νιώθετε όσον αφορά την κρατική διαχείριση της πανδημίας». Για την αξιολόγηση των ερωτήσεων χρησιμοποιήθηκε κλίμακα αξιολόγησης (Likert). Οι ερωτήσεις είχαν κλίμακα διαβάθμισης όπου «κανένα» =0, «μερικές φορές»=1, «αρκετά»=2, «πολύ»=3, «πάρα πολύ»=4. Το υψηλότερο άθροισμα ήταν ενδεικτικό μεγαλύτερης εμπιστοσύνης στην κρατική διαχείριση της πανδημίας.

Επιπρόσθετες μεταβλητές και κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν επίσης κοινωνικοδημογραφικοί παράμετροι και παράμετροι υγείας

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά περιελάμβαναν το φύλο (άρρεν/ θήλυ/άλλο), την ηλικία, καταγωγή (κάτοικος Ελλάδας-Τσεχίας), οικογενειακή κατάσταση (ελεύθερος/η, παντρεμένος/η, σε σχέση, χήρος/α, χωρισμένος/η), εκπαιδευτικό επίπεδο (Δημοτικό,

Γυμνάσιο, Λύκειο, Πανεπιστήμιο, Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό), οικονομική κατάσταση (Εργαζόμενος, άνεργος, συνταξιούχος, λήψη επιδόματος αναπηρίας).

Η σωματική υγεία προσδιορίστηκε από μεταβλητές αναφορικά με τον αριθμό χρόνιων σωματικών νοσημάτων υγείας

Η ψυχική υγεία προσδιορίστηκε από τις εξής μεταβλητές (από τη διάγνωση ή όχι ψυχικής νόσου, από την αύξηση των επισκέψεων στον ψυχολόγο/ ψυχίατρο κατά τη διάρκεια της καραντίνας/πανδημίας, από το αν έχει γίνει εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική κατά τη διάρκεια της καραντίνας/πανδημίας, και από τη λήψη ή όχι αγωγής).

Η έκθεση σε ειδήσεις σε σχέση με Covid-19 προσδιορίστηκε από την αυτοαναφερόμενη ερώτηση “Πόσο συχνά παρακολουθείτε ειδήσεις σχετικά με τον covid 19;”.

Δ Στατιστική επεξεργασία

Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS v. 25. Οι συνεχείς μεταβλητές υπολογίστηκαν ως μέσες τιμές (min) και τυπικές αποκλίσεις (SD- Standard deviation) και οι κατηγορικές ως συχνότητες (frequency) και ποσοστά (percentage). Για τον έλεγχο της κανονικότητας της κατανομής των συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov..

Για τις Μονοπαραγοντικές αναλύσεις συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (pearson chi square).

Για τη σύγκριση συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test για τους παραμετρικούς ελέγχους και η δοκιμασία mann whitney για τους μη παραμετρικούς

Για να μελετηθεί η σχέση ψυχικής νόσου, ανάμεσα σε διαταραχές ύπνου και των συμπτωμάτων άγχους ή κατάθλιψης εφαρμόστηκαν μοντέλα πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης.

Σε όλες τις αναλύσεις ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $p < 0,05$ ενώ υπολογίστηκαν τα διαστήματα εμπιστοσύνης (Confidence Intervals, C.I) στο 95%.

Η. Ηθικά θέματα

Καθόλη τη διαδικασία της έρευνας λήφθηκε μέριμνα να τηρηθεί η ερευνητική δεοντολογία. Συγκεκριμένα τηρήθηκαν τα ακόλουθα:

- Πληροφορημένη συναίνεση.
- Ανωνυμία και εμπιστευτικότητα.

- Δικαίωμα μη συμμετοχής στην έρευνα χωρίς καμία επίπτωση.
- Ειλικρίνεια και διαφάνεια κατά τη διαδικασία και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

5.2 Αποτελέσματα

A. Περιγραφική Ανάλυση

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία

1.Δημογραφικά Στοιχεία	
	M.T (±T.A)
Ηλικία	M.T 34,51 (T.A.+/- 13,09)
	(%)
Φύλο	
Θήλυ	74,05%
Άρρεν	24,81%
Άλλο	1,15%
Κάτοικοι	
Ελλάδα	57,79%
Γσεχία	42,21%
Οικογενειακή Κατάσταση	
Ελεύθερος/η	39,85%
Παντρεμένος/η	20,31%
Σε σχέση	28,74%
Χωρισμένος	10,34%
Χήρος	0,77%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	
Δημοτικό	6,11%
Γυμνάσιο	1,15%
Λύκειο	29,39%
Πανεπιστήμιο	54,49%
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	6,87%

Οικονομική Κατάσταση	
Εργαζόμενος	52,69%
Άνεργος	33,08%
Συνταξιούχος	8,46%
Λήψη επιδόματος	5,77%

Στον πίνακα 1 των δημογραφικών στοιχείων φαίνεται ότι σε αυτή την έρευνα συμμετείχαν 263 άτομα, 152 άτομα από την Ελλάδα και 112 από την Τσεχία, όπου η μέση ηλικία τους ήταν 34.5, με απόκλιση 13.1 έτη. Έπειτα προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι γυναίκες (N=194,73.8%), το 24.7% αυτών ήταν άντρες, το 1.1% των συμμετεχόντων δεν προσδιόρισαν το φύλο τους και το 0.4% αυτών δεν απάντησαν καθόλου την ερώτηση. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι από την Ελλάδα (N=152, 57.8%) και το 42.2% αυτών είναι από την Τσεχία. Παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν άγαμοι (N=104, 39.8%). Το 28.7% αυτών ήταν σε σχέση, το 20.2% των συμμετεχόντων ήταν παντρεμένοι, το 10.3% αυτών ήταν χωρισμένοι και το 0.8% αυτών ήταν χήροι/ες. Ακόμα οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι απόφοιτοι Πανεπιστημίου (N=148, 56.5%). Το 29.4% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι Λυκείου, το 6.9% των συμμετεχόντων ήταν κάτοχοι Μεταπτυχιακού – διδακτορικού, το 6.1% αυτών ήταν απόφοιτοι Δημοτικού και το 1.1% αυτών ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου. Τέλος οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν εργαζόμενοι (N=137, 52.7%). Το 33.1% των συμμετεχόντων άνεργοι, το 8.5% αυτών ήταν συνταξιούχοι και το 5.8% αυτών ήταν λήπτες επιδόματος.

Πίνακας 2: Μεταβλητές Υγείας

2.Μεταβλητές Υγείας	
Πρόβλημα σωματική υγείας	(%)
Όχι	74,90%
1 πρόβλημα	16,73%
2 προβλήματα	3,04%
3 προβλήματα	3,42%
4 προβλήματα	0,76%
5 και άνω προβλήματα	1,14%

Ψυχική διάγνωση	
Όχι	58,56%
Ναι	41,44%
Ψυχική διάγνωση	
Χωρίς διάγνωση	60,47%
Διάγνωση ψυχικής διαταραχής	6,72%
Διαταραχές συναισθήματος	18,58%
Φοβίες- Άγχος	14,23%
Επίσκεψη σε ψυχολόγο/ψυχίατρο	
Όχι	77,43%
Ναι	22,57%
Εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική	
Όχι	94,66%
Ναι	5,34%
Λήψη Αγωγής	
Όχι	66,67%
Ναι	33,33%

Στον πίνακα 2 όπου αναφέρονται οι μεταβλητές υγείας παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν έχουν πρόβλημα σωματικής υγείας (N=197, 74.9%). Το 16.7% των συμμετεχόντων έχουν ένα πρόβλημα σωματικής υγείας, το 3.4% αυτών έχουν τρία προβλήματα σωματικής υγείας, 3% αυτών έχουν δύο προβλήματα σωματικής υγείας, το 1.1% αυτών έχουν πάνω από 5 προβλήματα σωματικής υγείας και το 0.8% αυτών έχουν 4 προβλήματα σωματικής υγείας. Έπειτα προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν έχουν διαγνωστεί με ψυχικό πρόβλημα (N=154, 58.6%), ενώ το 41.4% αυτών έχουν διαγνωστεί με ψυχικό πρόβλημα. Ακόμα οι περισσότεροι συμμετέχοντες που διαγνώστηκαν με ψυχικό πρόβλημα έπασχαν από διαταραχές συναισθήματος (N=47, 17.9%). Το 13.7% των συμμετεχόντων έπασχαν από φοβίες και άγχος και το 6.5% αυτών ανήκαν σε κατηγορίες ψυχώσεων. Επίσης οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν έχουν επισκεφτεί ψυχολόγο ή ψυχίατρο το τελευταίο διάστημα (N=199, 77.4%) και το 22.6% αυτών έχουν επισκεφτεί ψυχολόγο ή ψυχίατρο το τελευταίο διάστημα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν έχουν

εισαχθεί σε ψυχιατρική κλινική κατά τη διάρκεια της πανδημίας (N=248, 94.3%), ενώ το 5.3% αυτών έχουν εισαχθεί σε ψυχιατρική κλινική κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Τέλος οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν έχουν λάβει κάποια αγωγή (N=174, 66.7%) και το 33.3% αυτών έχουν λάβει κάποια αγωγή.

Πίνακας 3: Συνήθειες Υγείας

3.Συνήθειες Υγείας	
Κάπνισμα	(%)
Όχι	56,92%
Ναι	43,08%
Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ	
Όχι	88,33%
Ναι	11,67%
Κατανάλωση αλκοόλ σε ποτήρια (ΜΤ±Τ.Α)	Μ.Τ. 5,1 (Τ.Α. +/- 11,6)
Κατάχρηση ουσιών	
Όχι	87,21%
Ναι	12,79%
Σωματική άσκηση	
Όχι	47,88%
Ναι	52,12%
Συχνότητα σωματικής άσκησης	
Κάθε μέρα	10,07%
2-3 φορές εβδομαδιαίως	63,31%
3-4 φορές εβδομαδιαίως	12,95%
4-5 φορές εβδομαδιαίως	8,63%
5-6 φορές εβδομαδιαίως	5,04%

Στον πίνακα 3 όπου αναφέρονται οι συνήθειες υγείας παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν καπνίζουν (N=148, 56.9%) και το 43.1% αυτών καπνίζουν. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν κάνουν υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (N=227, 88.3%)

και το 11.7% αυτών κάνουν υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Έπειτα οι συμμετέχοντες κατά μέσο όρο κατανάλωσαν 5 ποτήρια αλκοόλ την περασμένη εβδομάδα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν κάνουν κατάχρηση ουσιών (N=225, 87.2%), ενώ το 12.5% κάνουν κατάχρηση ουσιών. Ακόμα οι περισσότεροι συμμετέχοντες κάνουν σωματική άσκηση (N=135, 51.3%) και το 47.1% αυτών δεν κάνουν σωματική άσκηση. Οι περισσότεροι που πραγματοποιούν σωματική άσκηση ασκούνται το κάνουν 2 – 3 φορές την εβδομάδα (N=88, 53.3%). Το 12.9% των συμμετεχόντων πραγματοποιούν σωματική άσκηση 3 – 4 φορές την εβδομάδα, το 10.1% αυτών πραγματοποιούν σωματική άσκηση κάθε μέρα, το 8.6% αυτών πραγματοποιούν σωματική άσκηση 4 – 5 φορές την εβδομάδα και το 5% αυτών πραγματοποιούν σωματική άσκηση 5 – 6 φορές την εβδομάδα.

Πίνακας 4: Ερωτήσεις για Covid-19

4.Ερωτήσεις για Covid-19	
Παρακολούθηση ειδήσεων σχετικά με τον Covid-19 (%)	
Κάθε μέρα	16,15%
Αρκετές φορές	25%
Μισές μέρες εβδομάδας	32,69%
Καθόλου	25,15%
Μοναξιά το τελευταίο διάστημα	
Καθόλου	23,37%
Λίγο	29,89%
Αρκετά	16,86%
Πολύ	13,79%
Πάρα πολύ	16,09%
Αίσθημα ότι υπάρχουν δικά τους διαθέσιμα άτομα	
κανένα	5,36%
Μερικές φορές	30,65%
Αρκετά	26,82%
Πολλά	20,31%

Πάντα	16,86%
Αίσθημα ότι υπάρχουν δικά τους διαθέσιμα άτομα για επίλυση ενός προβλήματος	
Κανένα	9,23%
Λίγο	25,38%
Αρκετά	39,62%
Σίγουρα	25,77%
Αίσθημα μοναξιάς από την κοινωνία	
ναι	19,69%
Πιθανώς ναι	27,35%
Πιθανόν όχι	23,17%
Όχι	30,12%
Αίσθημα ασφάλειας από το εθνικό σύστημα υγείας το τελευταίο διάστημα	
Καθόλου	44,23%
Λίγο	26,54%
Αρκετά	18,08%
πολύ	8,08%
Πάρα πολύ	3,08%
Βαθμός εμπιστοσύνης όσον αφορά την κρατική διαχείριση της πανδημίας	
Καθόλου	38,31%
Λίγο	27,97%
Αρκετά	20,69%
Πολύ	9,96%
Πάρα πολύ	2,68%

Στον πίνακα 4 όπου αναφέρονται οι ερωτήσεις για τον covid προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες παρακολουθούν ειδήσεις σχετικά με τον COVID – 19 τις μισές μέρες της εβδομάδας (N=85, 32.7%). Το 26.2% των συμμετεχόντων δεν παρακολουθούν καθόλου ειδήσεις σχετικά με τον COVID – 19, το 25% αυτών παρακολουθούν ειδήσεις σχετικά με τον

COVID – 19 αρκετές φορές και 16.2% αυτών παρακολουθούν ειδήσεις σχετικά με τον COVID – 19 κάθε μέρα. Έπειτα οι περισσότεροι συμμετέχοντες ένιωσαν μερικές φορές πως αξιόπιστα δικά τους άτομα ήταν διαθέσιμα για αυτούς το τελευταίο διάστημα (N=80, 30.7%). Το 26.8% των συμμετεχόντων ένιωσαν αρκετές φορές πως αξιόπιστα δικά τους άτομα ήταν διαθέσιμα για αυτούς, το 16.9% αυτών ένιωθαν πάντα πως αξιόπιστα δικά τους άτομα ήταν διαθέσιμα για αυτούς και το 5.4% αυτών δεν νιώθουν κανέναν ότι είναι διαθέσιμος για αυτούς το τελευταίο διάστημα. Ακόμα οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν πως αρκετές φορές υπάρχουν διαθέσιμα δικά τους άτομα για την επίλυση ενός δύσκολου προβλήματος (N=103, 39.6%). Το 25.8% των συμμετεχόντων δήλωσαν πως σίγουρα υπάρχουν διαθέσιμα δικά τους άτομα για την επίλυση ενός δύσκολου προβλήματος, το 25.4% των συμμετεχόντων δήλωσαν πως υπάρχουν ελάχιστα διαθέσιμα δικά τους άτομα για την επίλυση ενός δύσκολου προβλήματος και το 9.2% αυτών δήλωσαν πως δεν υπάρχει κανένα δικό τους άτομο για την επίλυση ενός δύσκολου προβλήματος. Επίσης οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν πως δεν ένιωσαν μόνοι ή αποκλεισμένοι από την κοινωνία (N=78, 30.1%). Το 27% αυτών δήλωσαν πως πιθανώς να ένιωσαν μόνοι ή αποκλεισμένοι από την κοινωνία, το 23.2% αυτών δήλωσαν πως πιθανώς δεν ένιωσαν μόνοι ή αποκλεισμένοι από την κοινωνία και το 19.7% αυτών δήλωσαν πως ένιωσαν μόνοι ή αποκλεισμένοι από την κοινωνία. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν ένιωσαν καθόλου ασφαλείς το τελευταίο διάστημα από το εθνικό σύστημα υγείας (N=115, 44.2%). Το 26.5% των συμμετεχόντων ένιωσαν ελάχιστα ασφαλείς το τελευταίο διάστημα από το εθνικό σύστημα υγείας, το 18.1% αυτών ένιωσαν αρκετά ασφαλείς το τελευταίο διάστημα από το εθνικό σύστημα υγείας, το 8.1% αυτών ένιωσαν πολύ ασφαλείς το τελευταίο διάστημα από το εθνικό σύστημα υγείας και το 3.1% αυτών ένιωσαν πάρα πολύ ασφαλείς το τελευταίο διάστημα από το εθνικό σύστημα υγείας. Τέλος οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν νιώθουν καθόλου εμπιστοσύνη όσον αφορά την κρατική διαχείριση της πανδημίας (N=100, 38.3%). Το 28% αυτών νιώθουν ελάχιστη εμπιστοσύνη όσον αφορά την κρατική διαχείριση της πανδημίας, το 20.7% αυτών νιώθουν αρκετή εμπιστοσύνη όσον αφορά την κρατική διαχείριση της πανδημίας, το 10% αυτών νιώθουν πολύ εμπιστοσύνη όσον αφορά την κρατική διαχείριση της πανδημίας και το 2.7% αυτών νιώθουν πάρα πολύ εμπιστοσύνη όσον αφορά την κρατική διαχείριση της πανδημίας.

Πίνακας 5: Κύρια περιγραφικά μέτρα για το άγχος την κατάθλιψη, την ποιότητα ύπνου και την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων

5.Κύρια περιγραφικά μέτρα για το άγχος την κατάθλιψη, την ποιότητα ύπνου και την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων			
	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	M.T (±TA)
Άγχος	.00	15,06	5,5 (±3,6)
Κατάθλιψη	.00	16,20	3,1 (±2,5)
Ύπνος	.00	3,86	1,4 (± 0,9)
Ποιότητα ζωής	.00	3,83	1,9 (± 0,9)

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται τα κύρια περιγραφικά μέτρα για το άγχος, την κατάθλιψη, την ποιότητα ύπνου και την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων. Από τον πίνακα προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες έχουν σε μέτριο βαθμό συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, ενώ δεν παρουσιάζουν σοβαρά συμπτώματα χαμηλής ποιότητας ύπνου. Όπως φαίνεται από τον πίνακα, η ποιότητα ζωής είναι μέτρια ικανοποιητική.

B. Αποτελέσματα ερευνητικών ερωτημάτων

1. Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά τα συμπτώματα άγχους, κατά τη διάρκεια της καραντίνας/πανδημίας;

Η μηδενική υπόθεση του ελέγχου είναι ότι δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά τα συμπτώματα άγχους, κατά τη διάρκεια της καραντίνας.

Από τον πίνακα (6) προκύπτει ότι υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά τα συμπτώματα άγχους, κατά τη διάρκεια της καραντίνας ($p = 0.000 < 5\%$). Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς που πάσχουν από ψυχικά νοσήματα έχουν περισσότερο άγχος από αυτούς που δεν πάσχουν.

Έπειτα διερευνήθηκε αν υπάρχει διαφορά ανάμεσα σε Ελλάδα και Τσεχία και στις υπό εξέταση μεταβλητές.

Από τον επόμενο πίνακα (7) προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των συμμετεχόντων από την κάθε χώρα και στα συμπτώματα άγχους.

Πίνακας 6: Σχέση μεταξύ συμπτωμάτων άγχους και υγιή πληθυσμού και πληθυσμού με ψυχικό νόσημα

	Ψυχική Διάγνωση	N	M.T.	P-value
Άγχος	Όχι	154	4,9	0,000
	Ναι	105	6,3	

Πίνακας 7: Σχέση μεταξύ συμπτωμάτων άγχους και σύγκριση Ελλάδας –Τσεχίας

	Κάτοικος	N	M.T (± T.A.)	P-value
Άγχος	Ελλάδας	150	5.5 (±3,14)	0.883
	Τσεχίας	109	5.4 (±4,11)	

2.Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά τα συμπτώματα κατάθλιψης, κατά τη διάρκεια της καραντίνας/πανδημίας;

Η μηδενική υπόθεση του ελέγχου είναι ότι δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά τα συμπτώματα κατάθλιψης, κατά τη διάρκεια της καραντίνας.

Από τον πίνακα (8) προκύπτει ότι δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά τα συμπτώματα κατάθλιψης, κατά τη διάρκεια της καραντίνας, ($p = 0.302$).

Έπειτα διερευνήθηκε αν υπάρχει διαφορά ανάμεσα σε Ελλάδα και Τσεχία και στις υπό εξέταση μεταβλητές.

Από τον επόμενο πίνακα (9) προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των συμμετεχόντων από την κάθε χώρα και στα συμπτώματα κατάθλιψης.

Πίνακας 8: Σχέση μεταξύ συμπτωμάτων κατάθλιψης και υγιή πληθυσμού και πληθυσμού με ψυχικό νόσημα

Κατάθλιψη	Ψυχική διάγνωση	N	M.T	P-value
	Όχι	154	3,0	0.302
	Ναι	104	3,2	

Πίνακας 9: Σχέση μεταξύ συμπτωμάτων κατάθλιψης σύγκριση Ελλάδας- Τσεχίας

Κατάθλιψη	Κάτοικος	N	M.T (± T.A)	P-value
	Ελλάδας	150	3,2 (± 2,44)	
	Τσεχίας	108	3,0 (±2,61)	

3.Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά διαταραχές ύπνου, κατά τη διάρκεια της καραντίνας/πανδημίας;

Η μηδενική υπόθεση του ελέγχου είναι ότι δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά διαταραχές ύπνου, κατά τη διάρκεια της καραντίνας.

Από τον πίνακα (10) προκύπτει ότι υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά τις διαταραχές ύπνου, κατά τη διάρκεια της καραντίνας ($p = 0.015 < 5\%$). Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς που πάσχουν από ψυχικά νοσήματα έχουν περισσότερες διαταραχές ύπνου από αυτούς που δεν πάσχουν.

Έπειτα διερευνήθηκε αν υπάρχει διαφορά ανάμεσα σε Ελλάδα και Τσεχία και στις υπό εξέταση μεταβλητές.

Από τον πίνακα (11) προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των συμμετεχόντων από την κάθε χώρα και στις διαταραχές ύπνου.

Πίνακας 10: Σχέση μεταξύ διαταραχών ύπνου και υγιή πληθυσμού και πληθυσμού με ψυχικό νόσημα

Ύπνος	Ψυχική διάγνωση	N	M.T	P-value
	όχι	154	1,28	0,015
	ναι	104	1,57	

Πίνακας 11: Σχέση μεταξύ διαταραχών ύπνου και σύγκριση Ελλάδας-Τσεχίας

Ύπνος	Κάτοικος	N	MT (±T.A)	P-value
	Ελλάδας	150	1,3 (±0,85)	
	Τσεχίας	108	1,5 (±0,96)	

4.Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά το αίσθημα μοναξιάς κατά τη διάρκεια της καραντίνας/πανδημίας;

Η μηδενική υπόθεση του ελέγχου είναι ότι δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά το αίσθημα μοναξιάς κατά τη διάρκεια της καραντίνας.

Από τον πίνακα (12) προκύπτει ότι δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά το αίσθημα μοναξιάς κατά τη διάρκεια της καραντίνας. ($p = 0.095$).

Έπειτα διερευνήθηκε αν υπάρχει διαφορά ανάμεσα σε Ελλάδα και Τσεχία και στην υπό εξέταση μεταβλητές. Από τον επόμενο πίνακα (13) προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των συμμετεχόντων από την κάθε χώρα και το αίσθημα μοναξιάς, όπου οι Έλληνες $M.T = 1,9$, $T.A. = 1,40$) νιώθουν περισσότερη μοναξιά σε σχέση με τους τσέχους ($M.T. = 1,4$, $T.A. = 1,30$).

Πίνακας 12: Σχέση μεταξύ αισθήματος μοναξιάς και υγιή πληθυσμού και πληθυσμού με ψυχικό νόσημα

	ψυχική διάγνωση	N	M.T	P-value
--	-----------------	---	-----	---------

Το τελευταίο διάστημα έχετε αισθανθεί μοναξιά	Όχι	154	1,57	0,095
	Ναι	107	1,87	

Πίνακας 13: Σχέση μεταξύ αισθήματος μοναξιάς και σύγκριση Ελλάδας Τσεχίας

<i>Αίσθημα μοναξιάς</i>	<i>Κάτοικος</i>	<i>N</i>	<i>M.T (± T.A)</i>	<i>P-value</i>
	<i>Ελλάδας</i>	<i>150</i>	1,9 (± 1,40)	
	<i>Τσεχίας</i>	<i>111</i>	1,4 (± 1,30)	

5.Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά την κατάχρηση ουσιών, αλκοόλ και καπνίσματος, κατά τη διάρκεια της καραντίνας/πανδημίας;

Η μηδενική υπόθεση του ελέγχου είναι ότι δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά την κατάχρηση ουσιών, αλκοόλ και καπνίσματος, κατά τη διάρκεια της καραντίνας.

Από τον ακόλουθο πίνακα (14) προκύπτει ότι υπάρχει διαφορά στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και στη ύπαρξη ψυχικής νόσου. Οι συμμετέχοντες που έχουν ψυχική νόσο κάνουν υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν ψυχική νόσο. Ακόμα από τον ακόλουθο πίνακα προκύπτει ότι υπάρχει διαφορά στην υπερβολική κατανάλωση ουσιών και στη ύπαρξη ψυχικής νόσου, όπου οι συμμετέχοντες που έχουν ψυχική νόσο κάνουν υπερβολική κατανάλωση ουσιών σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν ψυχική νόσο.

Πίνακας 14: Σχέση μεταξύ κατάχρησης ουσιών, αλκοόλ και καπνίσματος και υγιή πληθυσμού και πληθυσμού με ψυχικό νόσημα

		<i>Ψυχική νόσος</i>		<i>P-value</i>
		<i>Ναι (%)</i>	<i>Όχι (%)</i>	
<i>Κάπνισμα</i>	<i>Ναι</i>	52	48	0,106

	<i>Όχι</i>	60	40	
<i>Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ</i>	<i>Ναι</i>	19	81	0,006
	<i>Όχι</i>	11	89	
<i>Κατάχρηση ουσιών</i>	<i>Ναι</i>	14	86	0,030
	<i>Όχι</i>	19	81	

6.Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά το αίσθημα υποστήριξης κατά τη διάρκεια της καραντίνας/πανδημίας;

Κατά τη διερεύνηση διαφοράς ανάμεσα σε Ελλάδα και Τσεχία και στην υπό εξέταση μεταβλητές, προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των συμμετεχόντων από την κάθε χώρα αναφορικά με το αίσθημα υποστήριξης από δικά του άτομα.

Πίνακας 15: Σχέση μεταξύ του αισθήματος υποστήριξης και σύγκριση Ελλάδας - Τσεχίας.

	<i>Κάτοικος</i>	<i>N</i>	<i>M.T (± T.A)</i>	<i>P-value</i>
<i>Νιώσατε το τελευταίο διάστημα ότι δικά σας αξιόπιστα άτομα ήταν διαθέσιμα για εσάς</i>	<i>Ελλάδας</i>	150	2,1 (±1,13)	0,46
	<i>Τσεχίας</i>	111	2,2 (±1,25)	
<i>και στην περίπτωση επίλυσης ενός δύσκολου προβλήματος;</i>	<i>Ελλάδα</i>	150	1,8 (± 0,85)	0,88
	<i>Τσεχία</i>	110	1,8 (± 1,02)	

7.Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά την ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια της καραντίνας/πανδημίας;

Η μηδενική υπόθεση του ελέγχου είναι ότι δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά την ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια της καραντίνας.

Από τον πίνακα (16) προκύπτει ότι υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά την ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια της καραντίνας ($p=0.003<5\%$). Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που έχουν ψυχικά νοσήματα έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής από αυτούς που δεν έχουν ψυχικά νοσήματα.

Έπειτα διερευνήθηκε αν υπάρχει διαφορά ανάμεσα σε Ελλάδα και Τσεχία και στην υπό εξέταση μεταβλητές.

Από τον επόμενο πίνακα (17) προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των συμμετεχόντων από την κάθε χώρα και στην ποιότητα ζωής (όπου οι Έλληνες $M.T=2,1$, $T.A.=0,86$) αναφέρουν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους Τσέχους ($M.T.=1,8$, $T.A.=0,87$).

Πίνακας 16: Σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και υγιή πληθυσμού και πληθυσμού με ψυχικό νόσημα

<i>Ποιότητα ζωής</i>	<i>ψυχική διάγνωση</i>	<i>N</i>	<i>M.T.</i>	<i>P-value</i>
	<i>όχι</i>	<i>135</i>	<i>1,8</i>	<i>0.003</i>
	<i>ναι</i>	<i>76</i>	<i>2,2</i>	

Πίνακας 17: Σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής σύγκριση Ελλάδας – Τσεχίας

	Κάτοικος	N	M.T. (± T.A.)	P-value
Ποιότητα ζωής	Ελλάδας	<i>122</i>	<i>2,1 (± 0,86)</i>	<i>0.005</i>
	Τσεχίας	<i>89</i>	<i>1,8 (± 0,87)</i>	

8.Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά την ασφάλεια από την παροχή υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια της καραντίνας/πανδημίας;

Η μηδενική υπόθεση του ελέγχου είναι ότι δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά την ασφάλεια από την παροχή υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια της καραντίνας.

Από τον πίνακα (18) προκύπτει ότι δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα και τον υγιή πληθυσμό όσον αφορά την ασφάλεια από την παροχή

υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια της καραντίνας, αφού το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου είναι μεγαλύτερο του 5%

Έπειτα διερευνήθηκε αν υπάρχει διαφορά ανάμεσα σε Ελλάδα και Τσεχία και στην υπό εξέταση μεταβλητές.

Από τον επόμενο πίνακα (19) προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των συμμετεχόντων από την κάθε χώρα και στην ασφάλεια από την παροχή υπηρεσιών υγείας όπου οι Έλληνες (M.T. =0,7, T.A.=0,99) νιώθουν λιγότερη ασφάλεια σε σχέση με τους Τσέχους (M.T.=1,4, T.A.=1,16).

Πίνακας 18: Σχέση μεταξύ ασφάλειας από την παροχή υπηρεσιών υγείας και υγιή πληθυσμού και πληθυσμού με ψυχικό νόσημα

	<i>ψυχική διάγνωση</i>	N	M.T	<i>P-value</i>
<i>Πόσο ασφαλείς νιώθετε το τελευταίο διάστημα στο εθνικό σύστημα υγείας;</i>	Όχι	154	0,98	0,800
	Ναι	106	1,01	

Πίνακας 19: Σχέση μεταξύ ασφάλειας από την παροχή υπηρεσιών υγείας και σύγκριση Ελλάδας Τσεχίας

	<i>Κάτοικος</i>	N	<i>M.T (± T.A.)</i>	<i>P-value</i>
<i>Πόσο ασφαλείς νιώθετε το τελευταίο διάστημα στο εθνικό σύστημα υγείας;</i>	<i>Ελλάδα</i>	150	0,7 (± 0,99)	0.000
	<i>Τσεχία</i>	110	1,4 (± 1,16)	

9.Πως κρίνεται η κρατική διαχείριση της πανδημίας από την ευάλωτη ομάδα και τον γενικό πληθυσμό;

Η μηδενική υπόθεση του ελέγχου είναι ότι δεν υπάρχει διαφορά στην κρίση της κρατικής διαχείρισης της πανδημίας από την ευάλωτη ομάδα και τον γενικό πληθυσμό.

Από τον πίνακα (20) προκύπτει ότι δεν υπάρχει διαφορά στην κρίση της κρατικής διαχείρισης της πανδημίας από την ευάλωτη ομάδα και τον γενικό πληθυσμό, αφού το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου είναι μεγαλύτερο του 5%.

Έπειτα διερευνήθηκε αν υπάρχει διαφορά ανάμεσα σε Ελλάδα και Τσεχία και στην υπό εξέταση μεταβλητές.

Από τον επόμενο πίνακα (21) προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των συμμετεχόντων από την κάθε χώρα και στην εμπιστοσύνη που νιώθουν όσον αφορά την κρατική διαχείριση της πανδημίας όπου οι Έλληνες $M.T.=0,9$, $T.A.=1,07$) νιώθουν λιγότερη εμπιστοσύνη σε σχέση με τους Τσέχους ($M.T.=1,6$, $T.A.=3,3$).

Πίνακας 20: Σχέση μεταξύ κρατικής διαχείρισης και υγιή πληθυσμού και πληθυσμού με ψυχικό νόσημα

	<i>ψυχική διάγνωση</i>	<i>N</i>	<i>M.T</i>	<i>P-value</i>
<i>Πόσο εμπιστοσύνη νιώθετε όσον αφορά την κρατική διαχείριση της πανδημίας;</i>	<i>όχι</i>	<i>154</i>	<i>1,21</i>	<i>0,061</i>
	<i>ναι</i>	<i>107</i>	<i>1,24</i>	

Πίνακας 21: Σχέση μεταξύ κρατικής διαχείρισης σύγκριση Ελλάδας- Τσεχίας

	<i>Κάτοικος</i>	<i>N</i>	<i>M.T (± T.A)</i>	<i>P-value</i>
<i>Πόσο εμπιστοσύνη νιώθετε όσον αφορά την κρατική διαχείριση της πανδημίας;</i>	<i>Ελλάδα</i>	<i>150</i>	<i>0,9 (± 1,07)</i>	<i>0,028</i>
	<i>Τσεχία</i>	<i>111</i>	<i>1,16 (± 3,3)</i>	

10. Κατά πόσο επηρεάζει η ύπαρξη ή όχι της ψυχικής νόσου, τη σχέση ανάμεσα σε διαταραχές ύπνου και των συμπτωμάτων άγχους ή κατάθλιψης;

Η εξαρτημένη μεταβλητή του μοντέλου είναι η ύπαρξη ψυχικής νόσου και οι ανεξάρτητες μεταβλητές είναι οι διαταραχές ύπνου και τα συμπτώματα άγχους η κατάθλιψης.

Από τον πίνακα (22) παρουσιάζεται η σχέση ανάμεσα στην ψυχική νόσο, τις διαταραχές ύπνου και τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα οι συμμετέχοντες που δεν πάσχουν από κάποιο ψυχικό νόσημα έχουν λιγότερο άγχος, από αυτούς που πάσχουν από κάποιο ψυχικό νόσημα. Οι υπόλοιπες μεταβλητές δεν έδωσαν κάποιο στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα.

Πίνακας 22: Σχέση μεταξύ ύπαρξης ή όχι της ψυχικής νόσου, ανάμεσα σε διαταραχές ύπνου και των συμπτωμάτων άγχους ή κατάθλιψης.

	Ψυχική Διάγνωση (όχι vs ναι)	
	OR (95% C.I)	P-value
Άγχος	0,905 (0,82 0,99)	0,029
Κατάθλιψη	1,003 (0,9- 1,18)	0,97
Ύπνος	0,850 (0,60-1,21)	0,365

Γ. Συζήτηση

Η συγκεκριμένη έρευνα έλαβε χώρα κατά τη διάρκεια της πανδημίας και έλαβαν μέρος 263 άτομα, όπου τα περισσότερα ήταν γυναίκες, είχαν μέση ηλικία 34.5 ετών και το 57,7% ήταν κάτοικοι Ελλάδας ενώ το 42,2% κάτοικοι Τσεχίας. Ακόμα, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν ελεύθεροι, ήταν απόφοιτοι Πανεπιστημίου και ήταν εργαζόμενοι. Επιπρόσθετα, τα περισσότερα άτομα του δείγματος δεν είχαν πρόβλημα στην σωματική τους υγείας και το 42,2% ανέφερε ψυχικό πρόβλημα. Ενώ οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι έπασχαν από κάποιο ψυχικό πρόβλημα ήταν από διαταραχές συναισθήματος. Τέλος από την έρευνα προέκυψε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν είχαν εισαχθεί σε ψυχιατρική κλινική και ούτε είχαν λάβει κάποια αγωγή κατά τη διάρκεια της πανδημίας και παρακολουθούσαν ειδήσεις σχετικά με τον COVID – 19 τις μισές ημέρες της εβδομάδας.

Ακόμα από την έρευνα προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες έχουν σε μέτριο βαθμό συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Επίσης, από την έρευνα προέκυψε ότι η ποιότητα του ύπνου δεν είναι καλή, και η ποιότητα ζωής είναι μέτρια ικανοποιητική. Έπειτα οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν κάπνιζαν και δεν έκαναν υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, όπου κατά μέσο όρο κατανάλωσαν 5 ποτήρια αλκοόλ την περασμένη εβδομάδα. Επιπρόσθετα, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν έκαναν κατάχρηση ουσιών, ενώ έκαναν σωματική άσκηση 2 -3 φορές την εβδομάδα.

Επίσης από την έρευνα προέκυψε ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων αισθάνονταν σε ελάχιστο βαθμό μοναξιά το τελευταίο διάστημα, ένιωθαν μερικές φορές πως αξιόπιστα δικά τους άτομα ήταν διαθέσιμα για αυτούς και δήλωσαν πως αρκετές φορές υπήρχαν διαθέσιμα δικά τους άτομα για την επίλυση ενός δύσκολου προβλήματος. Ακόμα, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν ένιωθαν καθόλου ασφαλείς το τελευταίο διάστημα από το εθνικό σύστημα υγείας και δεν είχαν καθόλου εμπιστοσύνη όσον αφορά την κρατική διαχείριση της πανδημίας.

Αναφορικά με τις μονοπαραγοντικές αναλύσεις προέκυψε ότι τα άτομα που έπασχαν από ψυχικά νοσήματα ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και δυσκολίες στον ύπνο σε σχέση με τα άτομα που δεν έπασχαν. Ακόμα, τα άτομα που έπασχαν από ψυχικά νοσήματα είχαν και χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τα άτομα που δεν έπασχαν. Επίσης, οι συμμετέχοντες που έχουν ψυχική νόσο κάνουν υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και ουσιών σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν ψυχική νόσο.

Κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση προέκυψε ότι, οι συμμετέχοντες που δεν έπασχαν από κάποιο ψυχικό νόσημα είχαν λιγότερο άγχος, από αυτούς που έπασχαν από κάποιο ψυχικό νόσημα.

Τέλος, οι κάτοικοι Ελλάδας αναφέρουν πως νιώθουν περισσότερη μοναξιά και χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους Τσέχους. Ενώ οι κάτοικοι Τσεχίας αναφέρουν καλύτερη ποιότητα ζωής μεγαλύτερη κρατική εμπιστοσύνη στη διαχείριση της πανδημίας, μεγαλύτερη ασφάλεια στο σύστημα υγείας και καλύτερη υποκειμενική αίσθηση υποστήριξης σε σχέση με τους κατοίκους Ελλάδας.

Σε σύγκριση με άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί φαίνεται πως ασθενείς με ψυχιατρικά νοσήματα μπορεί να υποτροπιάσουν και να χειροτερέψουν τα συμπτώματά τους, για παράδειγμα σε περιπτώσεις με ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές (Xiao, 2020) ή ασθενείς που έχουν υψηλό άγχος, αγχώδεις διαταραχές, ΙΨΔ είναι πιθανό να ερμηνεύσουν λανθασμένα απλά συμπτώματα, όπως βήχα ή πόνο στους μύες νομίζοντας ότι έχουν νοσήσει το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε ακόμα περισσότερο άγχος και ανησυχία (Asmundson & Taylor, 2020). Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία, σύγκριση ατόμων με διπολική διαταραχή και γενικού πληθυσμού έδειξε ότι υπήρξαν σημαντικές επιδράσεις αύξησης στρες, άγχους και συνολικής ψυχολογικής δυσφορίας και στις δύο κατηγορίες. Μη σημαντική ήταν η διαφορά μεταξύ γενικού και ασθενούς πληθυσμού όσον αφορά την κατάθλιψη, το άγχος, το στρες και τη ψυχολογική δυσφορία, την οποία ερμηνεύουν οι

Karantonis, Rossell, Berk, & Van Rheenen (2021) με το γεγονός ότι αρκετοί από τα άτομα με Δ.Δ δεν σταμάτησαν τις συναντήσεις με ειδικούς κατά τη διάρκεια της καραντίνας. Έπειτα σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Κέρκυρα στο Ψυχιατρικό τομέα του Γενικού νοσοκομείου έδειξε ότι από δείγμα των 87 ασθενών, το 29,8% εκδήλωσε από μέτρια έως σοβαρά καταθλιπτικά επεισόδια αλλά το μεγαλύτερο ποσοστό 29.1% δεν εκδήλωσε καθόλου συμπτώματα κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Ακόμα το 24,1% των συμμετεχόντων δήλωσαν μέτρια έως σοβαρά επεισόδια άγχους αλλά το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων 59.8% δεν εκδήλωσε καθόλου συμπτώματα άγχους. Ακολούθως στην έρευνά μας όσον αφορά τις καταχρήσεις ουσιών και αλκοόλ φαίνεται ότι άτομα με ψυχική διαταραχή έκαναν περισσότερο χρήση σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Στην έρευνα στην Αυστραλία όμως έδειξε ότι στην υιοθέτηση θετικών ή αρνητικών συνηθειών ζωής δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των δύο κατηγοριών.

Σχετικά με το αίσθημα υποστήριξης στην έρευνά μας φαίνεται ότι το αίσθημα υποστήριξης δεν είχε διαφορές μεταξύ των ομάδων, συμπεριλαμβανομένου και τους αισθήματος αποκλεισμού από την κοινωνία. Για την τελευταία όμως μεταβλητή του αποκλεισμού, στην έρευνα των Asmundson, & Taylor (2020) αναφέρεται ότι σε καταστάσεις κοινωνικού αποκλεισμού και σε περίπτωση νόσησης από Covid-19 τότε η διαχείρισή τους είναι πιο δύσκολη όταν ενυπάρχουν ψυχολογικές διαταραχές.

Επιπλέον στην έρευνά μας όσον αφορά την ποιότητα ζωής φαίνεται ότι τα άτομα με ψυχική διάγνωση έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής από τον γενικό πληθυσμό, αποτέλεσμα που επιβεβαιώνεται από την μελέτη της Αυστραλίας ειδικά για τα άτομα με διπολική διαταραχή. Επίσης, σχετικά με το αίσθημα ασφάλειας από την παροχή υπηρεσιών υγείας, την κριτική πάνω στην κρατική διαχείριση της πανδημίας, φαίνεται ότι οι πληθυσμοί δεν είχαν σημαντική διαφορά στις απαντήσεις τους. Τέλος στην έρευνά μας βρίσκουμε ότι η ύπαρξη ψυχικής νόσου επηρεάζει τη σχέση ανάμεσα σε διαταραχές ύπνου και στα συμπτώματα άγχους. Πιο συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες που πάσχουν από κάποιο ψυχική νόσημα έχουν λιγότερο άγχος από αυτούς που δεν πάσχουν.

Δ. Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα μελέτη έχει κάποιους περιορισμούς που βασίζονται στο σχεδιασμό της:

Αρχικά, ο σχεδιασμός της ως συγχρονική, δημιουργεί αδυναμία στην αιτιολογική ερμηνεία των συσχετίσεων.

Δεύτερον η καταγραφή αυτο αναφερόμενων ερωτήσεων και απαντήσεων δεν μπορεί να αποκλείσει το υποκειμενικό σφάλμα στη μέθοδο μέτρησης. Ωστόσο η χρήση αυτοαναφερόμενων μεθόδων σε μεγάλες διαχρονικές μελέτες παρακολούθησης κοινωνικών φαινομένων είναι μια αποδεκτή μέθοδος (Baranowski, 1985; Brener et al., 2003).

Τρίτον ο αριθμός των συμμετεχόντων της έρευνας από την Ελλάδα και την Τσεχία δεν είναι ισάριθμος, 152 κάτοικοι Ελλάδας και 112 κάτοικοι Τσεχίας.

Τέταρτον πραγματοποιήθηκε μόνο η σύγκριση μεταξύ του συνολικού δείγματος από την Ελλάδα, τη Τσεχία και των μεταβλητών χωρίς τον διαχωρισμό γενικού πληθυσμού και ατόμων με ψυχικό νόσημα.

Πέμπτον δεν καταφέραμε να απαντήσουμε επαρκώς στο ερευνητικό ερώτημα «Κατά πόσο επηρεάζει η ύπαρξη ή όχι της ψυχικής νόσου, τη σχέση ανάμεσα σε διαταραχές ύπνου και των συμπτωμάτων άγχους ή κατάθλιψης.». Έπειτα, δεν πραγματοποιήθηκε η σύγκριση Ελλάδας- Τσεχίας στους συμπεριφορικούς παράγοντες για αλκοόλ, κάπνισμα και ουσίες. Επίσης δεν πραγματοποιήθηκε ανάλυση στη σχέση ανάμεσα στην ψυχική νόσο και τους συμπεριφορικούς παράγοντες

5.3 Συμπεράσματα και προτάσεις

Από την πολυπαραγοντική ανάλυση προέκυψε ότι τα συμπτώματα άγχους είναι συχνότερα στα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Επιπλέον στη σύγκριση ανάμεσα στις 2 χώρες οι κάτοικοι της Ελλάδας νιώθουν περισσότερη μοναξιά, λιγότερη ασφάλεια από το εθνικό σύστημα υγείας το τελευταίο διάστημα, σε σχέση με τους κατοίκους Τσεχίας. Ενώ οι κάτοικοι Τσεχίας αναφέρουν καλύτερη ποιότητα ζωής θεωρούν ότι η κρατική διαχείριση της πανδημίας ήταν καλύτερη και υποκειμενικό αίσθημα υποστήριξης σε σχέση με τους κατοίκους Ελλάδας.

Προτάσεις:

Ο Παγκόσμιος Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών έχει ορίσει με βάση τον Κώδικα Δεοντολογίας τις έξι αρχές της κοινωνικής εργασίας, την παροχή υπηρεσιών, την κοινωνική

δικαιοσύνη, την αξιοπρέπεια και αξία του ατόμου, την σημασία των ανθρώπινων σχέσεων, την ακεραιότητα και την γνωστική επάρκεια (NASW, 2017). Βασιζόμενοι σε αυτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί ασκούν το επάγγελμά τους σε όλα τα επίπεδα, μικρό, μέσο και μεγάλο. Την περίοδο της καραντίνας προσπάθησαν να μεταφέρουν την φυσική επικοινωνία σε απομακρυσμένη χωρίς όμως να χαθεί η βασική σχέση με τους εξυπηρετούμενους.

Όσον αφορά την ενότητα των προτάσεων, θα χωριστεί το κείμενο σε δύο μέρη, στο πρώτο θα αναφερθούν πρακτικές που χρησιμοποιήθηκαν είτε προτάθηκαν κατά τη διάρκεια της απαγόρευσης κυκλοφορίας αλλά και της γενικότερης περιόδου της πανδημίας, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε περίπτωση παρόμοιας περιόδου κρίσης. Και στο δεύτερο μέρος θα αναφερθούν προτάσεις για την μετα covid-19 περίοδο, τη σταδιακή έξοδο από την πανδημία και την επιστροφή προς μια προηγούμενη κανονικότητα.

Σχετικά λοιπόν με το πρώτο μέρος, η κατάσταση στην οποία έχει οδηγήσει η πανδημία είναι τέτοια που χρήζει άμεση βοήθεια και απάντηση από το επάγγελμά μας, η οποία θα ακουστεί σε υπηρεσίες υγείας αλλά και μέσα σε νοικοκυριά τα οποία έχουν πληγεί και μπορεί να μην γνωρίζουν πως να ενεργήσουν για την φροντίδα της υγείας τους.

Έτσι οι κοινωνικοί λειτουργοί θα χρειαστεί να αναλάβουν τον ρόλο του εκπαιδευτή, συμβούλου, συνδέοντας τους εξυπηρετούμενους και τους φροντιστές. Στόχος είναι η ενίσχυση της ανθεκτικότητας μέσω στρατηγικών για δημιουργία σχέσεων και πρακτικών ενδυνάμωσης.

Αναγκαίο είναι οι κοινωνικοί λειτουργοί να λάβουν θέση στο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής μέσω της συνηγορίας. Με την διεκδίκηση της κοινωνικής προστασίας για τις ευάλωτες ομάδες, θα μπορούσε να επιτευχθεί μια ομαλή πραγματικότητα για όσους έχουν θιχτεί από την πανδημία. Μέσω βραχυπρόθεσμων αλλά και μακροπρόθεσμων πολιτικών και παρεμβάσεων θα μπορούσε να συσταθεί ένα “προστατευτικό δίκτυο με εγκαταστάσεις υγείας, κοινωνικής περίθαλψης και στέγασης. Στην Ινδία μάλιστα, οι κοινωνικοί λειτουργοί αναγνωρίζοντας τις επιπτώσεις που είχε η καραντίνα στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες χρησιμοποίησαν προγράμματα για να διασφαλίσουν αγαθά πρώτης ανάγκης όπως φαγητό, νερό, είδη υγιεινής, μάσκες και προσωρινό μέρος κατοικίας. Ακόμα συνεργάστηκαν με την κυβέρνηση για να οργανώσουν διαδικτυακές δωρεές και εράνους για την οικονομική ενίσχυση των κοινωνικά ευάλωτων ομάδων (Sanjoy& Navdeep, 2020).

Ακολούθως, σε γενικότερο κοινωνικό επίπεδο οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να φροντίσουν για την μη διασπορά άτοπων πληροφοριών, κίτρινου τύπου, φημών που σκοπό έχουν να προκαλέσουν φόβο. Χρειάζεται με τον εκπαιδευτικό τους ρόλο να κρατούν τους εξυπηρετούμενους ενημερωμένους με αληθή γεγονότα σε σχέση με τον κορονοϊό σε συνδυασμό με προσπάθεια να εμψυχώσουν, να διατηρήσουν την ελπίδα και την ανθεκτικότητα τους (Amadasun, 2020).

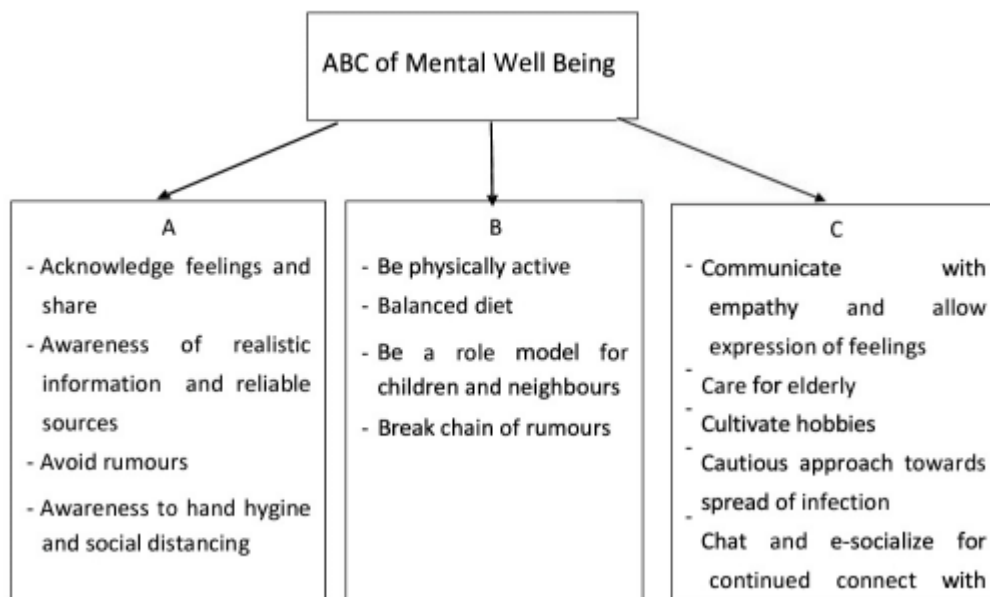
Η πρακτική που χρησιμοποίησαν στην Ισπανία από την πρώτη κιόλας περίοδο της πανδημίας θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ακόμα και τώρα αλλά και να συνεχίσει να χρησιμοποιείται ανάλογα με τις ανάγκες της περιόδου και του πληθυσμού. Τα ζητήματα που έρχονταν προσοχή αφορούσαν: τη βιωσιμότητα του συστήματος πρόνοιας, τη διάδοση καλών πρακτικών ενάντια στην ηλεκτρονική παραπληροφόρηση, σωστές παρεμβάσεις και αξιολόγηση των ανθρώπινων κρίσεων. Λαμβάνοντας αυτά υπόψη, οργανώθηκαν δωρεάν 3 διαδικτυακά σεμινάρια με την υποστήριξη επίσημων δομών και οργανισμών με στόχο να απαντηθούν οι ανησυχίες των πολιτών οι οποίες είχαν καταγεγραφεί μετά από προηγούμενη έρευνα (Castillo de Mesa and LopezPalaez, 2018).

Στο πρώτο σεμινάριο με θέμα “Προβλέποντας σενάρια και απαντήσεις σε αυτά, μετά το ξέσπασμα του covid19: Διαγνωστικός έλεγχος σε περίοδο Covid19” (16 Απριλίου 2020), ανέλυσαν την κατάσταση στην Ισπανία. Στο δεύτερο σεμινάριο “Προβλέποντας σενάρια και απαντήσεις σε αυτά, μετά το ξέσπασμα του covid19: Καλές πρακτικές κατά τη διάρκεια της καραντίνας: Μετάβαση και καινοτομίες” (30 Απριλίου 2020), παρουσίασαν τις καλές πρακτικές που χρησιμοποιούνταν ήδη από τους κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Και στο τρίτο σεμινάριο “Προβλέποντας σενάρια και απαντήσεις σε αυτά, μετά το ξέσπασμα του covid19, Μελλοντικές προκλήσεις και τάσεις: Ψηφιακή κοινωνική εργασία” (7 Μαΐου 2020), συζήτησαν για μελλοντικές τάσεις, επικεντρώθηκαν στον τρόπο οργάνωσης των κοινωνικών υπηρεσιών, πως να βοηθήσουν τις εγκαταλελειμμένες επαρχιακές περιοχές της χώρας και την γενικότερη χρήση του υπολογιστή την περίοδο εκείνη. Τα σεμινάρια πραγματοποιήθηκαν από το κανάλι στο Youtube που δημιουργήθηκε, με τίτλο Ψηφιακή Κοινωνική Εργασία και αντίστοιχου ιστοτόπου που βοηθούσε στην διάδοση αξιόπιστων πληροφοριών και καλών πρακτικών στο τομέα της κοινωνικής εργασίας και των κοινωνικών υπηρεσιών. Ήταν φανερή η ανάγκη των πολιτών ιδιαίτερα μέσα σε κλίμα κίτρινου τύπου, παραπληροφόρησης, πολιτικής πολότητας, για αυστηρή και σωστή επικοινωνία με ειδικούς και επαγγελματίες, ώστε να μειωθεί η ανασφάλεια τους, η διασπορά πληροφοριών και η μείωση ρίσκου υποτίμησης του ιού. Σε

κάθε σεμινάριο μάλιστα μπορούσε το κοινό να αξιολογήσει όσα πρόσφερε, με τα αποτελέσματα να δείχνουν ότι όσοι τα παρακολούθησαν θα συμβουλευόνταν ξανά τα σεμινάρια και θα τα πρότειναν και σε άλλους (López Peláez, Marcuello-Servós, Castillo de Mesa, & Almaguer Kalixto, 2020).

Σε ένα τέτοιο πλαίσιο θα ήταν εύχρηστο να γίνονταν εβδομαδιαίες διαδικτυακές δημόσιες ομιλίες για τον πληθυσμό, για διάφορα θέματα, που μπορεί να χρειάζονται κάποια βοήθεια και να παρέχεται μια απομακρυσμένη και γενική καθοδήγηση, ενδυνάμωση. Παρακολουθούμε καθημερινά ειδήσεις και τα επίπεδα του στρες και του άγχους με όσα συμβαίνουν, ανεβαίνουν σημαντικά. Θα ήταν ιδανικό λοιπόν ανά τακτά διαστήματα, ειδικό να καταπιάνονται με θέματα ψυχολογικής υγείας, ώστε να δημιουργηθεί ένα αντίβαρο στις δυσάρεστες καταστάσεις με συμβουλές για ποιοτικότερη ζωή, θετική στάση, αύξηση κινήτρων. Μάλιστα με αυτόν τον τρόπο ίσως θα μπορούσε να καταρριφθεί η προκατάληψη για την ιδέα επίσκεψης σε ειδικούς για ψυχολογική υποστήριξη και να κανονικοποιηθεί.

Το ψυχιατρικό τμήμα του πανεπιστημίου Ενωμένων Δυνάμεων στην Ινδία δημιούργησε ένα βοηθητικό πίνακα οδηγιών για την ψυχική υγεία “ABC of Mental health”, το οποίο έχει στόχο να βοηθήσει τους εξυπηρετούμενους να είναι ενεργά κινητοποιημένοι κατά τη διάρκεια της καραντίνας και να έχουν περισσότερο έλεγχο στα συναισθήματα και στις συμπεριφορές τους (Sanjoy& Navdeep, 2020) .



Εικόνα 4. ABC της ευημερίας της ψυχικής υγείας (Sanjoy& Navdeep, 2020).

Επιπροσθέτως οι κοινωνικοί λειτουργοί με στόχο να διατηρήσουν την επικοινωνία τους με τους εξυπηρετούμενους χρησιμοποίησαν διαδικτυακή θεραπεία (τηλεϊατρική), ηλεκτρονική επικοινωνία. Πιο συγκεκριμένα για τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας δημιούργησαν γραμμές υποστήριξης, τηλεφωνικές, γραπτές και διαδικτυακές (Sanjoy& Navdeep, 2020).

Ακόμα, οι κοινωνικοί λειτουργοί παρακινούσαν τους εξυπηρετούμενους να συμμετάσχουν σε online λέσχες βιβλίων, διαδικτυακά μαθήματα χορού ή yoga μέσα από πλατφόρμες κοινωνικής δικτύωσης και διαδικτυακές συναυλίες (Sanjoy& Navdeep, 2020). Ακολούθως για να καταπολεμηθεί η κοινωνική απομόνωση θα μπορούσαν να δημιουργηθούν και διαδικτυακές ομάδες δημιουργικής απασχόλησης που θα συντονίζονταν από κοινωνικούς λειτουργούς, για όλες τις ηλικιακές ομάδες

Έπειτα όσον αφορά το δεύτερο μέρος, για την μετά covid-19 περίοδο που διανύουμε ύστερα από ένα μεγάλο διάστημα αυτοαπομόνωσης και κοινωνικής αποξένωσης θα ήταν χρήσιμο να δοθεί ώθηση, στην διοργάνωση δραστηριοτήτων, κοινωνικών και πολιτιστικών δρώμενων όπως προβολές ταινιών, συναυλίες, τουρνουά αθλητικών δραστηριοτήτων και παζάρια. Όλα τα παραπάνω θα έδιναν, ακόμα, μεγαλύτερη δυνατότητα αλληλεπίδρασης, νέων γνωριμιών και απόκτησης κοινών εμπειριών.

Επιπρόσθετα αξίζει να γίνουν προσπάθειες οργάνωσης δωρεάν διαδικτυακών και μη, ατομικών και ομαδικών συνεδριών συμβουλευτικής, ώστε να δίνεται η δυνατότητα σε άτομα που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές και όχι μόνο, να λαμβάνουν υποστήριξη όταν αυτή χρειάζεται.

Γνωρίζοντας την δυσκολία εύρεσης κοντινής ημερομηνίας δωρεάν ραντεβού στο δημόσιο για επισκέψεις σε ειδικούς ψυχολογικής υποστήριξης, με αποτέλεσμα πολύς κόσμος να αποθαρρύνεται από την αναμονή και τελικά να μην συμβουλευτεί κάποιον ειδικό, εύλογο είναι η συνεργασία του δημοσίου με ιδιώτες ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες.

Έπειτα θεωρούμε, ότι χρειάζεται να γίνουν περισσότερες έρευνες από κοινωνικούς λειτουργούς πάνω στην ψυχική υγεία, ώστε να εξακριβωθεί η επιρροή της πανδημίας τόσο στα άτομα με ψυχική ασθένεια αλλά και στον γενικό πληθυσμό ανά περιοχές της χώρας. Έτσι θα υπάρχουν περισσότερα στοιχεία που θα έδιναν πιο καθαρή εικόνα αλλά και θα

αποτελούσαν κινητήριο δύναμη για την εγκαθίδρυση νέων πολιτικών που θα ανταποκρίνονταν στις ανάγκες τους με περισσότερη ακρίβεια.

Χρειάζεται να γίνουν περισσότεροι διορισμοί κοινωνικών λειτουργών ώστε σε κάθε θέση να υπάρχουν αρκετοί επαγγελματίες που θα μπορούν να μοιραστούν τον εργασιακό φόρτο και να αφιερώσουν το απαιτούμενο χρόνο χωρίς καθυστερήσεις για όλους τους εξυπηρετούμενους.

Μετά τη λήψη του ιστορικού καλό θα ήταν να παρθεί ο απαιτούμενος χρόνος για την ουσιαστική εξακρίβωση της ψυχολογικής κατάστασης των εξυπηρετούμενων ώστε γίνει καλύτερος σχεδιασμός των συνεδριών.

Σημαντική είναι η υιοθέτηση επιτυχημένων πρακτικών τόσο σε ιδιωτικές όσο και σε δημόσιες υπηρεσίες που θα βοηθούσαν στην αντιμετώπιση κάθε περίπτωσης.

Τέλος η τακτική ενημέρωση των δήμων και περιφερειών από τους κοινωνικούς λειτουργούς για την ψυχική υγεία των πολιτών επιτυγχάνει να ενημερώνει για την εξέλιξη ή/και τη στασιμότητα των εξυπηρετούμενων με στόχο την διοργάνωση τοπικών σεμιναρίων και καμπανιών προς αντιμετώπιση των επιρροών από την πανδημία Covid-19 αλλά και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Ιδιαίτερα στον τομέα της πρόληψης, σημαντική θα ήταν η διοργάνωση διαδραστικών ημερίδων σε δήμους και κοινότητες από κοινωνικούς λειτουργούς, όπου θα δίνεται η δυνατότητα στο κοινό να συμμετάσχει ενεργά στα θέματα προς συζήτηση και να εκφράσει τυχόν απορίες. Έπειτα θα άξιζε η διοργάνωση εκδηλώσεων ενημερωτικού τύπου σε γονείς και δασκάλους με σκοπό να αναπτυχθεί η ενσυναίσθηση στο πλαίσιο των ψυχικών διαταραχών, η αποδοχή και κατανόησή τους. Επιπλέον στο κομμάτι της ενημέρωσης θα ήταν χρήσιμη η διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων γύρω από την ψυχική υγεία κατά την περίοδο της εποχής covid 19 αλλά και γενικότερες πληροφορίες πάνω στην ψυχική υγεία, σε κοινότητες και γειτονιές. Ακόμα η διανομή ενημερωτικού υλικού για την ψυχική υγεία σε χώρους εργασίας είναι πολύ σημαντικό, από τη στιγμή μάλιστα που οι εργαζόμενοι αν και παραγωγικοί μπορεί να έχουν εμφανίσει ή να εμφανίσουν κάποιο ψυχικό νοσημα, οπότε η αναγνώριση των συμπτωμάτων από τους ίδιους θα μπορούσε να οδηγήσει στην παραπομπή σε ειδικούς ψυχικής υγείας.

Βιβλιογραφία:

Ξενογλώσση

- Abramson, A. (2020). *How COVID-19 may increase domestic violence and child abuse*. Retrieved March 1st 2022, from <https://www.apa.org/topics/covid-19/domestic-violence-child-abuse>
- Amadasun, S. (2020). Social work and COVID-19 pandemic: An action call. *International Social Work*, 63(6), 753–756. <https://doi.org/10.1177/0020872820959357>
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping (The Jossey-Bass Social and Behavioral Science Series)* (1st ed.). Jossey-Bass Inc Pub.
- Asmundson, G. J., & Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of Anxiety Disorders*, 71, 102211. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102211>
- Baranowski, T. (1985). Methodologic Issues in Self-Report of Health Behavior. *Journal of School Health*, 55(5), 179–182. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1985.tb04115>
- Brener, N.D., Billy, J.O.G., Grady, W.R. (2003): Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *Journal of Adolescent Health*; 33:436-457
- Brennan J, Reilly P, Cuskelly K, Donnelly S. (2020) Social work, mental health, older people and COVID-19. *Int Psychogeriatr*. 32(10):1205-1209. doi: 10.1017/S1041610220000873. Epub 2020 May 12. PMID: 32393411; PMCID: PMC7276499.
- Brown G, Harris T (1978). *Social origins of depression*. London, Tavistock
- Canady, V. A. (2020). COVID-19 outbreak represents a new way of mental health service delivery. *Mental Health Weekly*, 30(12), 1–4. <https://doi-org.ezproxy.bgsu.edu/10.1002/mhw.32282> [Google Scholar]
- Chandra, J. (2020, April 2). Covid-19 lockdown | Rise in domestic violence, police apathy: NCW. *The Hindu*. <https://www.thehindu.com/news/national/covid-19-lockdown-spike-in-domestic-violence-say-s-ncw/article31238659.ece>

- Chatters L. M. (2000). Religion and health: public health research and practice. *Annual review of public health*, 21, 335–367. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.21.1.335>
- Coghlan, R., Lawrence, D., Holman, C. D. A. J., & Jablensky, A. (2001) *Duty to Care: physical illness in people with mental illness*. Perth: University of Western Australia.
- Cooper, B. (1990). Epidemiology and prevention in the mental health field. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 25(1), 9–15.
- Costello, E. J., Compton, S. N., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Relationships Between Poverty and Psychopathology. *JAMA*, 290(15), 2023. <https://doi.org/10.1001/jama.290.15.2023>
- COVID-19 | Onemocnění Aktuálně MZČR. (2020). onemocneni-aktualne.mzcr.cz. <https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz/covid-19> [retrieved 27 March 2022]
- COVID-19 should not herald rollback in rights for people with autism: (2020, April 6). UN News. Retrieved March 17 2022 <https://news.un.org/en/story/2020/04/1060912>
- ČTK & Beránková, K. (2020, March 16). *Zmatek v testování na nákazu Covid-19: Vyšetření si můžete zaplatit v pěti laboratořích*. Blesk.cz. <https://www.blesk.cz/clanek/zpravy-koronavirus/637593/zmatek-v-testovani-na-nakazu-covid-19-vysetreni-si-muzete-zaplatit-v-peti-laboratorich.html>
- Cuny, F. C. (1983). *Disasters and Development*. Oxford University Press
- *Depression*. (2021, September 13). World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Dominelli, L. (2020). *Social Work During a Health Pandemic* Retrieved February 16th 2022, from https://www.basw.co.uk/system/files/resources/Social%20Work%20in%20Times%20of%20the%20Covid-19%20Pandemic%2018%20March%202020%20BASW_0.pdf
- Eisenberg, L., Good, B., Kleinman, A., & Desjarlais, R. (1995). *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries* (1st ed.). Oxford Univ Pr.
- Eng P et al. (2002). Social ties and changes in social ties in relation to subsequent total and cause-specific mortality and coronary heart disease incidence in men. *American Journal of Epidemiology*, 155:700–709
- Faris REL, Dunham WH (1939). *Mental disorders in urban areas*. Chicago, University of Chicago Press.

- Fernández-Aranda, F., Casas, M., Claes, L., Bryan, D. C., Favaro, A., Granero, R., Gudiol, C., Jiménez-Murcia, S., Karwautz, A., le Grange, D., Menchón, J. M., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2020). COVID -19 and implications for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 28(3), 239–245. <https://doi.org/10.1002/erv.2738>
- Getzfeld, A. R., Μεσσήνης, Λ., & Gotsis. (2009). *Βασικά στοιχεία ψυχοπαθολογίας*. Πάτρα: Εκδόσεις Gotsis.
- Giltay EJ, Geleijnse JM, Zitman FG, Hoekstra T, Schouten EG. Dispositional Optimism and All-Cause and Cardiovascular Mortality in a Prospective Cohort of Elderly Dutch Men and Women. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(11):1126–1135. doi:10.1001/archpsyc.61.11.1126
- Goldberg, R. J., & Steury, S. (2001). Depression in the workplace: costs and barriers to treatment. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 52(12), 1639–1643. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1639>
- Goldberg, E., & Morrison, S. (1963). Schizophrenia and Social Class. *British Journal of Psychiatry*, 109(463), 785-802. doi:10.1192/bjp.109.463.785
- *Global Definition of Social Work*. (2014). INTERNATIONAL FEDERATION OF SOCIAL WORKERS. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Graham-Harrison, E., Giuffrida, A., Smith, H., Ford, L., Connolly, K., Jones, S., Phillips, T., Kuo, L., & Kelly, A. (2020, July 1). *Lockdowns around the world bring rise in domestic violence*. The Guardian. <https://www.theguardian.com/society/2020/mar/28/lockdowns-world-rise-domestic-violence>
- Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G. E., & Gater, R. (1998). Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA*, 280(2), 147–151. <https://doi.org/10.1001/jama.280.2.147>
- Hall, W., Teesson, M., Henderson, S., Andrews, G., Australia. Department of Health and Aged Care. Mental Health Branch, & National Mental Health Strategy. (1999). *The Mental Health of Australians*. Mental Health Branch, Commonwealth Department of Health and Aged Care
- Harrison, K.A. (1997). The importance of the educated healthy woman in Africa. *Lancet* (London, England), 349(9052), 644–647. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(97\)02192-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(97)02192-2)

- Hayen, A., Lincoln, D., Moore, H., & Thomas, M. (2002). Trends in potentially avoidable mortality in NSW. *New South Wales Public Health Bulletin*, 13(12), 226. <https://doi.org/10.1071/nb02088>
- Herrman, H., Saxena, S., Moodie, R., World Health Organization. Dept. of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse, Victorian Health Promotion Foundation, & University of Melbourne. (2005). *Promoting Mental Health*. World Health Organization.
- Hossain, M. M., Tasnim, S., Sultana, A., Faizah, F., Mazumder, H., Zou, L., McKyer, E. L. J., Ahmed, H. U., & Ma, P. (2020). Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Research*, 9, 636. <https://doi.org/10.12688/f1000research.24457.1>
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science (New York, N.Y.)*, 241(4865), 540–545. <https://doi.org/10.1126/science.3399889>
- Howden-Chapman P. (2002). Housing and inequalities in health. *Journal of epidemiology and community health*, 56(9), 645–646. <https://doi.org/10.1136/jech.56.9.645>
- Jackson, D.D. (1957). The question of family homeostasis. *The Psychiatric quarterly. Supplement*, 31(Suppl 1), 79–90.
- Kaplan, G. A., Pamuk, E. R., Lynch, J. W., Cohen, R. D., & Balfour, J. L. (1996). Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ (Clinical research ed.)*, 312(7037), 999–1003. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7037.999>
- Karantonis, J. A., Rossell, S. L., Berk, M., & Van Rheenen, T. E. (2021). The mental health and lifestyle impacts of COVID-19 on bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 282, 442–447. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.186>
- Kawachi, I., Subramanian, S., Kim, D. (2008). *Social Capital and Health*. In: Kawachi, I., Subramanian, S., Kim, D. (eds) *Social Capital and Health*. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-0-387-71311-3_1
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., & Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American journal of public health*, 87(9), 1491–1498. <https://doi.org/10.2105/ajph.87.9.1491>
- Kawachi I et al. (1994). Income inequality and life expectancy: theory, research, and policy. *Boston, Health Institute*, New England School of Medicine.

- Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (1997). Health and social cohesion: why care about income inequality?. *BMJ (Clinical research ed.)*, 314(7086), 1037–1040. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7086.1037>
 - Kumar, A., & Nayar, K.R. (2021) COVID 19 and its mental health consequences. *Journal of Mental Health*, 30:1, 1-2. doi: 10.1080/09638237.2020.175705
 - Kessler, R. C., Foster, C. L., Saunders, W. B., & Stang, P. E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *The American journal of psychiatry*, 152(7), 1026–1032. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.7.1026>
 - *Key Resources About COVID-19 for Older Adults*. (2020). @NCOAging. <https://ncoa.org/article/key-resources-about-covid-19-for-older-adults>
- L'Enseignement, C. P. L. R. E. L. D., OECD, Organization for Economic Cooperation and Development OECD, la Enseñanza, E. I. L. I. L. P. C. Y., C., Publishing, O., Organisation for Economic Co-operation and Development. Centre for Educational Research and Innovation, Healy, T., Côté, S., Helliwell, J. F., Field, S., Innovation, C. F. E. R. A., Organisation for Economic Co-operation and Development, Centre pour la recherche et l'innovation dans l'enseignement, OECD, OECD, O. E. C. D., Centro para la Investigación y la Innovación en la Enseñanza, Organisation for Economic Co-operation and Development. Centre for Educational Research and Innovation, Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, & OCSE. (2001). *The Well-being of Nations*. Van Haren Publishing.
- Knapp MRJ (2003). Paper presented at the seminar on Mental Health Economics: new European dimension, Madrid, 03 April 2003.
- Knapp M. (1997). Costs of schizophrenia. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 171, 509–518. <https://doi.org/10.1192/bjp.171.6.509>
 - Kopp, M. S., Skrabski, A., & Szedmák, S. (2000). Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. *Social science & medicine (1982)*, 51(9), 1351–1361. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00097-6](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00097-6)
 - Korkeila, J. (2000). *Measuring Aspects of Mental Health*. Stakes.
 - Lai, C. C., Shih, T. P., Ko, W. C., Tang, H. J., & Hsueh, P. R. (2020). Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 55(3), 105924. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105924>
 - Lomas, J. (1998). Social capital and health: Implications for public health and epidemiology. *Social Science & Medicine*, 47(9), 1181–1188. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00190-7](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00190-7)

- López Peláez, A., Marcuello-Servós, C., Castillo De Mesa, J., & Almaguer Kalixto, P. (2020). The more you know, the less you fear: Reflexive social work practices in times of COVID-19. *International Social Work*, 63(6), 746–752. <https://doi.org/10.1177/0020872820959365>
- Marcotte, D. E., & Wilcox-Gök, V. (2001). Estimating the employment and earnings costs of mental illness: recent developments in the United States. *Social science & medicine (1982)*, 53(1), 21–27. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00312-9](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00312-9)
- Marmot, M., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E., & Stansfeld, S. (1997). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *The Lancet*, 350(9073), 235–239. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(97\)04244-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(97)04244-x)
- Marsella, A. J. (1998). Urbanization, mental health, and social deviancy: A review of issues and research. *American Psychologist*, 53(6), 624–634. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.53.6.624>
- McGuire, C. (1962). Cultural and Social Factors in Mental Health. *Review of Educational Research*, 32(5), 455–463. <https://doi.org/10.2307/1169845>
- Mejzlík, L. (2010). Aktuální situace v oblasti IFRS. *Český Finanční a Účetní Časopis*, 2010(4), 4–6. <https://doi.org/10.18267/j.cfuc.8>
- Mickelson, K. D., Kessler, R. C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1092–1106. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.5.1092>
- Miller, V. J., & Lee, H. (2020). Social Work Values in Action during COVID-19. *Journal of Gerontological Social Work*, 63(6–7), 565–569. <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1769792>
- Milner, A., Hjelmeland, H., Arensman, E., & Leo, D. D. (2013). Social-Environmental Factors and Suicide Mortality: A Narrative Review of over 200 Articles. *Sociology Mind*, 03(02), 137–148. <https://doi.org/10.4236/sm.2013.32021>
- Mittelmark M (2003). Mental health and well-being. *VicHealth Newsletter*, 21:13–14
- Mitchell, R., Driscoll, T., & Healey, S. (2004). Work-related road fatalities in Australia. *Accident Analysis & Prevention*, 36(5), 851–860. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2003.06.002>
- Morris, J. K., Cook, D. G., & Shaper, A. G. (1994). Loss of employment and mortality. *BMJ*, 308(6937), 1135–1139. <https://doi.org/10.1136/bmj.308.6937.1135>
- Muntaner, C., Eaton, W. W., Diala, C., Kessler, R. C., & Sorlie, P. D. (1998). Social class, assets, organizational control and the prevalence of common groups of psychiatric

disorders. *Social Science & Medicine*, 47(12), 2043–2053.

[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00309-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00309-8)

- Murphy, H.M.B. (1972). The schizophrenia-evoking role of complex social demands. In: Kaplan AR, ed. Genetic factors in schizophrenia. Springfield, IL, Charles C Thomas
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). *The Global Burden Of Disease: A Comprehensive Assessment Of Mortality And Disability From Diseases, Injuries, And Risk Factors In 1990 And Projected To 2020 (SUMMERY)*. Harvard School Of Public Health.
- Neumannová, K. & ČTK. (2020, March 27). *Česko má 2 279 nakažených. Nově stačí k testu horečka, suchý kašel či dušnost.* iDNES.cz. https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/koronavirus-testovani-covid-19-horecka-kasel-dusnost-doporuceni-pacient-nakazeny-mrtvi.A200327_170734_domaci_rapc
- Perry, M. J. (1996). The relationship between social class and mental disorder. *The Journal of Primary Prevention*, 17(1), 17–30. <https://doi.org/10.1007/bf02262736>
- Putnam, R. D. (1995). Bowling Alone: America's Declining Social Capital. *Journal of Democracy*, 6(1), 65–78. <https://doi.org/10.1353/jod.1995.0002>
- Putnam R (2001). Social capital. Measurement and consequences. *ISUMA – Canadian Journal of Policy Research*, 2(1):41–51
- PČR, PS 2017, 43. schůze, část 37. (7. 4. 2020). (2020). Poslanecká sněmovna Parlament České republiky,. [Retrieved 8 April] 2020. <https://www.psp.cz/eknih/2017ps/stenprot/043schuz/s043037.htm#h8>
- Putnam R (1993). The prosperous community – social capital and public Life. *American Prospect*, 4(13):35–42
- Remmerswaal, D., & Muris, P. (2011). Children's fear reactions to the 2009 Swine Flu pandemic: the role of threat information as provided by parents. *Journal of anxiety disorders*, 25(3), 444–449. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.008>
- Rogers, G., Roger, G., Free Press, & Macmillan Company. (1983). *DIFFUSION OF INNOVATIONS 3RD E REV.* Amsterdam University Press.
- Riobóo-Lois, B. (2021). Respuestas del Trabajo Social ante emergencias sociales y problemáticas sociales complejas de México y España. *Prospectiva*, (31), 463-467. Epub January 01, 2021. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i31.10124>
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28. <https://doi.org/10.1037/h0092976>

- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598–611. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
- Rutter, M., Kim-Cohen, J., & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3–4), 276–295. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01614.x>
- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W., & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science (New York, N.Y.)*, 277(5328), 918–924. <https://doi.org/10.1126/science.277.5328.918>
- Sanjoy, & Navdeep. (2020). Issues and Challenges With COVID-19: Interventions Through Social Work Practice and Perspectives. *Journal of Social Work Values and Ethics*, 17,(2).
- Saxena, S., O'Connell, K., & Underwood, L. (2002). A commentary: cross-cultural quality-of-life assessment at the end of life. *The Gerontologist*, 42 Spec No 3, 81–85. https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.81
- Seminog, O. O., & Goldacre, M. J. (2013). Risk of pneumonia and pneumococcal disease in people with severe mental illness: English record linkage studies. *Thorax*, 68(2), 171–176. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2012-202480>
- Shah, S., Mohammad, D., Qureshi, M., Abbas, M. Z., & Aleem, S. (2021). Prevalence, Psychological Responses and Associated Correlates of Depression, Anxiety and Stress in a Global Population, During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. *Community mental health journal*, 57(1), 101–110. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00728-y>
- Shaw, C. R., & McKay, H. D. (1942). *Juvenile delinquency and urban areas*. University of Chicago Press.
- Social consequences of psychiatric disorders, II: Teenage parenthood. (1997). *American Journal of Psychiatry*, 154(10), 1405–1411. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.10.1405>
- Subramanian, S. V., Belli, P., & Kawachi, I. (2002). The macroeconomic determinants of health. *Annual review of public health*, 23, 287–302. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.23.100901.140540>
- Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., di Bernardo, A., Capelli, F., & Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Rivista di psichiatria*, 55(3), 137–144. <https://doi.org/10.1708/3382.33569>

- Thomas, K. S., Gadbois, E. A., Shield, R. R., Akobundu, U., Morris, A. M., & Dosa, D. M. (2020). “It’s Not Just a Simple Meal. It’s So Much More”: Interactions Between Meals on Wheels Clients and Drivers. *Journal of Applied Gerontology*, 39(2), 151–158. <https://doi.org/10.1177/0733464818820226>
- Uphoff N (2000). Understanding social capital: learning from the analysis and experience of participation. In: Dasgupta P, Serageldin I, eds. *Social capital: a multifaceted perspective*, Washington, DC, The World Bank:215–249
- USNESENÍ VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY, & Babiš, A. (2020, March). *USNESENÍ VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY ze dne 15. března 2020 č. 215 o přijetí krizového opatření (č215)*. VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. <https://apps.odok.cz/attachment/-/down/IHOABMQVW63P>
- Vaillant, G. E. (2003). Mental Health. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1373–1384. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1373>
- Veronika, B. (2020, April 4). *Could Czech’s Measure to Fight Coronavirus Save Thousands of Lives?* Prague Morning. <https://www.praguemorning.cz/could-czechs-measure-to-fight-coronavirus-save-thousands-of-lives-2/>
- Vláda rozhodla o uzavření všech obchodů kromě prodejen potravin, lékáren, drogerií, čerpacích stanic a některých dalších. (2020, March 14). [Press release]. <https://www.vlada.cz/cz/media-centrum/aktualne/vlada-rozhodla-o-uzavreni-vsech-obchodu-krome-prodejen-potravin--lekaren--drogerii--cerpacich-stanic-a-nekterych-dalsich-180327/>
- Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (2000). Income inequality and health: what does the literature tell us?. *Annual review of public health*, 21, 543–567. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.21.1.543>
- Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., & Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet (London, England)*, 395(10228), 945–947. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)
- World Health Organization. Division of Health Promotion, Education, and Communication. (1998). Health promotion glossary. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/64546>
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope (Public Health)*. World Health Organization.
- World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. (2020). Mental health and psychosocial support aspects of the COVID-19 response. WHO Regional Office

for the Western Pacific. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331927>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

- WHO. (2001). Strengthening mental health promotion. Fact Sheet No. 220. Available at: <http://www.who.int/inffs/en/fact220.html>. Accessed 4 August 2003.
- World Health Organization. (2003). Investing in mental health. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42823>
- WHO Commission on Macroeconomics and Health & World Health Organization. (2001). *Macroeconomics and health : investing in health for economic development : executive summary / report of the Commission on Macroeconomics and Health*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42463>
- WHO. (2021). *Coronavirus disease* World Health Organization. [πρόσβαση 09 Μαρτίου 2022 <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>]
- WHO (2019) *Coronavirus disease (COVID-19)* [πρόσβαση 09 Μαρτίου 2022 [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3]
- Wig, N. N. (1999). Mental health and spiritual values. A view from the East. *International Review of Psychiatry*, 11(2-3), 92-96.
- Wilson, M. (2020). *Implications of Coronavirus (COVID-19) for America's Vulnerable and Marginalized Populations*. Social Justice Brief. Retrieved from <https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=U7tEKIRldOU%3D&portalid=0>
- Woolcock, M. (1998). Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and Society*, 27(2), 151–208. <https://doi.org/10.1023/a:1006884930135>
- World Health Organization. (2020b). Helping children cope with stress during the 2019-nCoV outbreak. Πρόσβαση 01 Μαρτίου 2022 <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/helping-children-cope-with-stress-print.pdf>
- World Health Organization. (2020c). Mental health and COVID-19. Πρόσβαση 01 Μαρτίου 2022 <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov-technical-guidance/coronavirus-disease-covid-19-outbreak-technical-guidance-europe/mental-health-and-covid-19>

- World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. (2020). Mental health and psychosocial support aspects of the COVID-19 response. WHO Regional Office for the Western Pacific. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331927>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- WHO. (2020a). COVID-19 and violence against women: What the health sector/system can do. World Health Organization, 01 March 2022. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/COVID-19-VAW-full-text.pdf>
- Xiao C. (2020). A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry investigation*, 17(2), 175–176. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0047>
- Yao, H., Chen, J. H., & Xu, Y. F. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The lancet. Psychiatry*, 7(4), e21. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0)

Ελληνική:

- *Επίσκεψη Υφυπουργού Υγείας Ζωής Ράπτη στο Ναυτικό Νοσοκομείο Πειραιά και το Κέντρο Ειδικής Φροντίδας Παιδιού - Συνεργασία με το ΥΠΕΘΑ σε θέματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης ενηλίκων και παιδιών, 15-10-2020.* (2021,). Υπουργείο Υγείας. [Πρόσβαση 25 Μαρτίου 2022 <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/c312-psyxikh-ygeia/c685-draseis/9681-episkepsh-yfypoyrgoy-ygeias-zwhs-rapth-sto-naytiko-nosokomeio-peiraia-kai-to-kentro-eidikhs-frontidas-paidiow-synergasia-me-to-ypetha-se-themata-psyxokoinwnikhs-yposthrikshs-enhlikwn-kai-paidiwn-15-10-2020>]
- ΓΕΝ. Δ/ΝΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΜΗΜΑ Α, Β (2020) ΘΕΜΑ: *Επικαιροποίηση των μέτρων πρόληψης για την προστασία της δημόσιας υγείας και αντιμετώπισης κρουσμάτων ασθενών με κοροναϊό στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας της χώρας.* Αριθμ. Πρωτ.: Γ3α,β/Γ.Π.οικ.76094. Ελλάδα:Υπουργείο Υγείας.
- ΓΕΝ. Δ/ΝΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΜΗΜΑ Α, Β (2021).5Η *Επικαιροποίηση μέτρων πρόληψης για την προστασία της δημόσιας υγείας και αντιμετώπισης κρουσμάτων ασθενών με κορωνοϊό στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας της χώρας, κατά τη φάση σταδιακής άρσης των περιορισμών.* Αριθμ. Πρωτ.: Γ3α,β/Γ.Π.οικ.36353. Ελλάδα: Υπουργείο Υγείας.

- *Ημερήσιες Εκθέσεις covid-19 2021*. Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. (2020a, May 5). [Retrieved March 2, 2022, from <https://eody.gov.gr/epidimiologika-statistika-dedomena/imerisies-ektheseis-covid-19/ektheseis-covid-19/>]
- *Ημερήσιες Εκθέσεις COVID-19 2020*. Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. (2020, January 3) [Retrieved March 2, 2022 <https://eody.gov.gr/epidimiologika-statistika-dedomena/imerisies-ektheseis-covid-19/imerisies-ektheseis-covid-19-2020/>]
- Ιωακειμίδης, Β. (2020). *Κοινωνική Εργασία σε συνθήκες πανδημίας* | socialpolicy.gr. socialpolicy.gr |. [προσβαση 11Φεβρουαρίου 2022 <https://socialpolicy.gr/2020/03/%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%B5%CF%81%CE%B3%CE%B1%CF%83%CE%AF%CE%B1-%CF%83%CE%B5-%CF%83%CF%85%CE%BD%CE%B8%CE%AE%CE%BA%CE%B5%CF%82-%CF%80%CE%B1%CE%BD%CE%B4%CE%B7%CE%BC.html>]
- Καλλινικάκη, Θ. (2011) *Εισαγωγή στη θεωρία& πρακτική της κοινωνικής εργασίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος
- Καραγιαννίδης, Χ. (2017). *Αίτια ιδεομυχαναγκαστικής διαταραχής*. Νευρολογία Και Ψυχιατρική. [προσβαση 11Φεβρουαρίου 2022 <https://doctorbabis.gr/psychiatry/>]
- Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΚΥΑ) 2867/Υ1 (ΦΕΚ 872/Β/16-3-2020): Επιβολή του μέτρου της προσωρινής απαγόρευσης της τέλεσης κάθε είδους λειτουργιών και ιεροπραξιών στους θρησκευτικούς χώρους λατρείας για το χρονικό διάστημα από 16.3.2020 έως 30.3.2020. ΚΥΑ Δ1 α/Γ.Π οικ 20036/2020. Επιβολή του μέτρου του προσωρινού περιορισμού της κυκλοφορίας των πολιτών προς αντιμετώπιση του κινδύνου διασποράς του κορωνοϊού COVID-19. ΦΕΚ 986/Β/22- 3-2020
- Μάνου, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη, UNIVERSITY STUDIO PRESS (αναθεωρημένη έκδοση)
- Νόμος 4682/2020 (ΦΕΚ 42/Α/25-2-2020): Κατεπείγοντα μέτρα αποφυγής και περιορισμού της διάδοσης κορωνοϊού.
- Νόμος 4682/2020 (ΦΕΚ 64/Α/14-3-2020): Κατεπείγοντα μέτρα αποφυγής και περιορισμού της διάδοσης κορωνοϊού.
- ΠΟΥ (2002) *Έκθεση για την παγκόσμια υγεία 2001 - Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα*, μεταφρ. Πασαντωνόπουλος Γ. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής υγείας, ISBN: 960-87395-0-0

- Παπαγεωργίου, Δ. (2020, March 12). Κορωνοϊός: Ο 66χρονος πρώτος νεκρός της πανδημίας στην Ελλάδα. *Skai.gr*. [προσβαση 11 Φεβρουαρίου <https://www.skai.gr/news/ygeia/koronoios-o-66xronos-protos-nekros-tis-pandimias-stin-ellada>]
- *Πρόγραμμα Ψυχολογικής Υποστήριξης*. (2021). Υπουργείο Υγείας. [Πρόσβαση 5 Μαρτίου <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/c312-psyikh-ygeia/c685-draseis/8388-programma-psyxologikhs-yposthriks>]
- Ραγκάβα.Ε., Παπαστυρόπουλος. Ι. (2015). *Η διπολική διαταραχή και ο ρόλος του νοσηλευτή*(πτυχιακή εργασία). ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Πάτρα
- Τόπτσας, Α. (2021). *Επίδραση της πανδημίας covid-19 σε ασθενείς με σοβαρή ψυχική νόσο*. Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο
- *Ψυχική Υγεία - Φροντίδα του εαυτού σας και διαχείριση του άγχους στην περίοδο της πανδημίας*. (2020). Υπουργείο Υγείας. [Προσβαση 5 Μαρτίου 2022, from <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/c312-psyikh-ygeia/symboyles-gia-thn-psyikh-ygeia/8013-psyikh-ygeia-frontida-toy-eaytoy-sas-kai-diaxeirish-toy-agchoys-sthn-periodo-ths-pandhmias>
- Χαλκιάπουλος, Ν. (2020, March 10). Κορωνοϊός στην Ελλάδα: Ανακοινώθηκαν πέντε νέα κρούσματα. *CNN.gr*. Retrieved April 5, 2022, from <https://www.cnn.gr/ellada/story/210621/koronoios-stin-ellada-anakoinothikan-pente-nea-kroysmata>

Παράρτημα Α

Έντυπο συναίνεσης και Ελληνικό Ερωτηματολόγιο

Αγαπητέ/-ή συμμετέχοντα/-ουσα,

Το ερωτηματολόγιο που καλείστε να συμπληρώσετε αποτελεί μέρος της πτυχιακής μας εργασίας, η θεματολογία της οποίας έχει εγκριθεί από την επιτροπή πτυχιακών με Αρ. Πρωτ. : 6390 για το πόσο έχει επηρεάσει η καραντίνα-πανδημία άτομα με ψυχικές διαταραχές και γενικό πληθυσμό, σύγκριση αποτελεσμάτων μεταξύ Ελλάδας-Τσεχίας. Η παρούσα έρευνα πραγματοποιείται από τις φοιτήτριες, Βασιλική Καρούμπαλη (yk5608@edu.hmu.gr) και Μαρουλίδη Συρίγου (yk5534@edu.hmu.gr) με υπεύθυνη καθηγήτρια την Κατερίνα Μιχελή (kmicheli@hmu.gr), του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας.

Οι απαντήσεις σας θα μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε το μέγεθος των επιπτώσεων που είχε η καραντίνα-πανδημία στη ψυχική υγεία, με απώτερο σκοπό να προταθούν τρόποι αντιμετώπισης.

Σας ενημερώνουμε ότι η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική καθώς κι ότι θα τηρηθεί αυστηρά η εχεμύθεια και η ανωνυμία των απαντήσεων σας, πρόσβαση στις οποίες θα έχει μόνο η ομάδα πτυχιακής προς επεξεργασία αυτών.

(χρόνος συμπλήρωσης 8-15 λεπτά)

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας στην έρευνα!

Α Συμπληρώστε κάποια στοιχεία για τον εαυτό σας:

1. Ηλικία	_____
2. Φύλο	α) Θήλυ
	β) Άρρεν
	γ) Άλλο _____
3. Καταγωγή	_____
4. Οικογενειακή κατάσταση	α) Ελεύθερος
	β) Παντρεμένος
	γ) Σε σχέση
	δ) Χωρισμένος
	ε) Χήρος
5. Εκπαιδευτικό επίπεδο	α) Δημοτικό

	β) Γυμνάσιο
	γ) Λύκειο
	δ) Πανεπιστήμιο
	ε) Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό`
6. Οικονομική κατάσταση	α) Εργαζόμενος
	β) Άνεργος
	γ) Συνταξιούχος
	δ) Λήψη Επιδόματος Αναπηρίας
7. Προβλήματα σωματικής υγείας	α) Ναι. (ποια;) _____
	β) Όχι

8 i) Σας έχει γίνει κάποια διάγνωση όσον	α) Όχι
--	--------

αφορά την ψυχική σας υγεία;	
	β) Ναι (ποια;) _____
ii) Τον τελευταίο καιρό έχουν αυξηθεί οι επισκέψεις σας στον ψυχολόγο/ψυχίατρο;	α) Ναι
	β) Όχι
iii) Σας έχει γίνει εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική κατά τη διάρκεια της πανδημίας;	α) Ναι
	β) Όχι
9. Παίρνετε κάποια αγωγή;	α) Ναι
	β) Όχι

	Κάθε μέρα	Αρκετές φορές	Μισές μέρες της εβδομάδας	Καθόλου
10. Πόσο συχνά παρακολουθείτε ειδήσεις σχετικά με τον covid 19;				

<u>Β Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν την συναισθηματική σας κατάσταση κατά τη διάρκεια της καραντίνας-πανδημίας. Απαντήστε με όσο το δυνατόν περισσότερη ειλικρίνεια για εσάς.</u>				
Στο διάστημα των τελευταίων 2 εβδομάδων πόσο συχνά νιώσατε να σας απασχολεί κάποιο από τα παρακάτω;	Καθόλου	Αρκετές μερες	Περισσότερες από τις μισές μέρες	Κάθε μέρα
1. Πόσο συχνά αισθάνεστε νευρικότητα, ανησυχία ή ταραχή;				

<p>2. Πόσο συχνά είστε σε θέση να κατευνάσετε ή να ελέγξετε τις ανησυχίες σας;</p>				
<p>3. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε υπερβολικές ανησυχίες για πολλά διαφορετικά πράγματα;</p>				
<p>4. Πόσο συχνά δυσκολεύεστε να χαλαρώσετε;</p>				
<p>5. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε έντονη νευρικότητα, σε σημείο που δεν μπορείτε να παραμείνετε σε κατάσταση ηρεμίας;</p>				
<p>6. Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε περιστατικά όπου ενοχλείστε ή εκνευρίζεστε εύκολα</p>				

7. Πόσο συχνά φοβάστε ότι θα συμβεί κάτι τραγικό;				
---	--	--	--	--

Στο διάστημα των τελευταίων 2 εβδομάδων πόσο συχνά σας ενόχλησαν κάποιο από τα παρακάτω;	Καθόλου	Αρκετές φορές	Τις μισές μέρες	Σχεδόν κάθε μέρα
1. Λίγο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση στο να κάνετε πράγματα;				
2. Να νιώθετε πεσμένος/η, μελαγχολικός, απελπισμένος;				
3. Δυσκολία να κοιμηθείτε ή να μείνετε				

κοιμισμένοι ή να κοιμάστε πάρα πολύ;				
4. Να νιώθετε κουρασμένοι ή με λίγη ενέργεια;				
5. Χωρίς όρεξη για φαγητό ή υπερβολική όρεξη;				
6. Να νιώθετε άσχημα για τον εαυτό σας ή ότι είστε αποτυχημένος/η ή ότι απογοητεύσατε τον εαυτό σας ή την οικογένεια;				
7. Δυσκολία να συγκεντρωθείτε, όπως να διαβάσατε εφημερίδα ή να δείτε τηλεόραση;				
8. Να κινείστε ή να μιλάτε τόσο αργά ώστε άλλοι άνθρωποι να το παρατηρούν ; Η αντίθετα να είστε τόσο				

νευρικός ή αγχωμένος που να κινείστε περισσότερο απ' ότι συνήθως;				
9. Να κάνετε σκέψεις, ότι θα προτιμούσατε να είστε νεκρός/η, ή, να βλάψετε τον εαυτό σας με κάποιο τρόπο				

Γ Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν την ποιότητα του ύπνου σας κατά την διάρκεια της καραντίνας-πανδημίας. Απαντήστε με όσο το δυνατόν περισσότερη ειλικρίνεια για εσάς.

	Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Σοβαρά	Πολύ Σοβαρά
1. Δυσκολία να κοιμηθώ					

2. Δυσκολία να μείνω κοιμισμένος/η					
3. Προβλήματα με το να ξυπνάω πολύ νωρίς					
	Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Μέτρια ικανοποιημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Πολύ δυσανεστημένος/η
4. Πόσο ευχαριστημένος/η, δυσανεστημένος/η είστε με την τωρινή κατάσταση ύπνου σας;					
	Καθόλου αισθητό	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ αισθητό
5. Πόσο αισθητό σε άλλους πιστεύετε ότι είναι τα προβλήματα ύπνου όσον αφορά					

την ποιότητα ζωής σας;					
	Καθόλου αγχωμένος/η	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ αγχωμένος/η
6. Πόσο αγχωμένος/η είστε για τα τωρινά προβλήματα ύπνου;					
	Καθόλου παρεμβατικό	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ παρεμβατικό
7. Κατά πόσο πιστεύετε ότι τα τωρινά προβλήματα ύπνου επεμβαίνουν στην καθημερινή σας ζωή (κατά τη διάρκεια της ημέρας, κούραση, διάθεση, καθημερινή δουλειά, στις δουλειές του σπιτιού,					

συγκέντρωση, μνήμη, κτλ);					
------------------------------	--	--	--	--	--

Δ Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν την ποιότητα ζωής σας κατά τη διάρκεια της καραντίνας-πανδημίας. Προσπαθήστε να απαντήσετε με όσον τον δυνατόν περισσότερη ειλικρίνεια για τον εαυτό σας.

Πόσο ικανοποιημένος/η νιώσατε κατά τη διάρκεια της καραντίνας όσον αφορά:

	Πάρα πολύ	Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου
1. Τις υλικές ανέσεις(Χρήματα, φαγητό)					
2. Τις σχέσεις με κοντινά σας πρόσωπα (φίλους οικογένεια);					

<p>3. Τη σχέση με σύζυγο ή συντροφο;</p>					
<p>4. την υποστήριξη από κοντινά σας πρόσωπα, όταν τη χρειαστήκατε;</p>					
<p>5. την εργασία/ενασχόληση με το σπίτι</p>					
<p>6. την κοινωνικοποίηση/επικοινωνία με φίλους, γνωστούς, νέα πρόσωπα</p>					

Ε Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν συμπεριφορικούς παράγοντες, απαντήστε όσο το δυνατόν με περισσότερη ειλικρίνεια.

Πτυχιακή Εργασία των Καρούμπαλη Βασιλικής και Συρίγου Μαρουλίδης

1.Κάπνισμα	α) Ναι				
	β) Όχι				
2. Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ	α) Ναι				
	β) Όχι				
3. Πόσα ποτήρια αλκοόλ καταναλώσατε την προηγούμενη εβδομάδα;	_____				

4. Κατάχρηση ουσιών	α) Ναι				
	β) Όχι				

5. Σωματική άσκηση	α) Ναι				
	β) Όχι				
i. Αν ναι, πόσο συχνά	Κάθε μέρα	2-3 φορές εβδομαδιαίως	3-4 φορές εβδομαδιαίως	4-5 φορές εβδομαδιαίως	5-6 φορές εβδομαδιαίως

Ζ Η παρακάτω ερώτηση αφορά τη μοναχικότητα κατά τη διάρκεια της καραντίνας-πανδημίας, απαντήστε όσο τον δυνατόν πιο ειλικρινά για τον εαυτό σας.

Το τελευταίο διάστημα έχετε αισθανθεί μοναξιά;	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ

<u>Η Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν το αίσθημα υποστήριξης που νιώσατε κατά τη διάρκεια της καραντίνας-πανδημίας, απαντήστε με όσο το δυνατόν περισσότερη ειλικρίνεια για τον εαυτό σας.</u>					
1. Νιώσατε το τελευταίο διάστημα ότι δικά σας αξιόπιστα άτομα	Κανένα	Μερικές φορές	Αρκετά	Πολλά	Πάντα
α) ήταν διαθέσιμα για εσας					
β) και στην περίπτωση επίλυσης ενός δύσκολου προβλήματος;	Κανένα	Λίγο	Αρκετά	Σίγουρα	
2. Νιώσατε μόνος/η ή αποκλεισμένος/η από την κοινωνία;	Ναι	Πιθανώς ναι	Πιθανόν όχι	Όχι	

--	--	--	--	--	--

Θ Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν το αίσθημα εμπιστοσύνης που είχατε στο εθνικό σύστημα υγείας και στην κρατική διαχείριση της πανδημίας κατά την διάρκεια της καραντίνας-πανδημίας.

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
1. Πόσο ασφαλείς νιώθετε το τελευταίο διάστημα στο εθνικό σύστημα υγείας;					
2. Πόσο εμπιστοσύνη νιώθετε όσον αφορά την κρατική διαχείριση της πανδημίας;					

Έχω διαβάσει και κατανοώ πλήρως τους σκοπούς και τους όρους συμπλήρωσης του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου και συναινώ σε αυτή τη διαδικασία.

(υπογραφή)

Παράρτημα Β

Έντυπο συναίνεσης και Τσέχικο Ερωτηματολόγιο

Vážený účastníku,

Dotazník, který máte vyplnit, je součástí naší disertační práce o tom, jak moc karanténa a pandemie zasáhla lidi s duševními poruchami a běžnou populaci - srovnání výsledků mezi Řeckem a Českou republikou. Současný výzkum provádějí studenti, Vasiliki Karoumbali (yk5608@edu.hmu.gr) a Maroulidi Syrigou (yk5534@edu.hmu.gr), odpovědná profesorka Katerina Micheli (kmicheli@hmu.gr) z řecké komunity Středomořské univerzity, Katedra sociální práce.

Vaše odpovědi nám pomohou porozumět rozsahu účinků pandemie CoVid-19 na duševní zdraví a konečným cílem bude navrhnout způsoby, jak se s tímto vypořádat.

Informujeme vás, že Vaše účast v průzkumu je dobrovolná a že bude přísně dodržována důvěrnost a anonymita vašich odpovědí.

Předem děkujeme za Vaši účast v průzkumu!

Vyplňte několik informací o sobě:

1. Věk	_____
1. Pohlaví	α) ženské
	β) mužské
	γ) jiné _____
1. Národnost	_____
1. Stav	α) Svobodný/á
	β) Ženatý/á
	γ) Ve vztahu
	δ) Rozvedený/á
	ε) Vdovec/Vdova
1. Úroveň vzdělání	α) Základní škola
	β) Střední škola
	γ) Vysokoškolské
	δ) Postgraduální / Doktorské
1. Ekonomická situace	α) Zaměstnanec
	β) Nezaměstnaný
	γ) V důchodu
	δ) Příjem příspěvku na invaliditu
1. Fyzické zdravotní problémy	α) Ano (jaké?) _____
	β) Ne

8 i) Byly vám diagnostikovány nějaké duševní problémy?	α) Ne			
	β) Ano (jaké?) _____			
ii) Zvýšily se v poslední době vaše návštěvy psychologa / psychiatra?	α) Ano			
	β) Ne			
iii) Byl jste během pandemie přijat na psychiatrickou kliniku?	α) Ano			
	β) Ne			
9. Užíváte nějaké léky?	α) Ano			
	β) Ne			
	Každý den	Několikrát týdně	jednou do týdne	Vůbec ne
10. Jak často sledujete novinky o covid 19?				

Následující otázky se týkají vašeho emočního stavu během karantény/pandemie. Odpovězte co nejpoctivěji.				
Jak často jste se za poslední 2 týdny cítili některé z následujících...	Vůbec ne	Několik dní	Více než týden	Každý den
1. Nervozitu, úzkost nebo rozrušení?				
2. Jak často se musíte více kontrolovat a uklidnit?				

3. Jak často vás příliš znepokojuje více různých věcí?				
4. Jak často je pro vás těžké se uvolnit?				
5. Jak často pociťujete silnou nervozitu, a nemůžete zůstat v klidu?				
6. Jak často zažíváte příhody, při kterých jste snadno naštvaní nebo podrážděni?				
7. Jak často se bojíte, že se stane něco tragického?				

Jak často během posledních 2 týdnů ...?	Vůbec ne	Několik dní	Více než týden	Téměř každý den
1. Vás naplňovalo a bavilo vás dělat nějakou činnost?				
1. Jste se cítil/a sklesle, melancholicky, zoufale?				
1. Jste obtížně usínal/a, nebo měl/a problémy se spánkem?				
1. Jste se cítil/a unavený/á, nebo že máte nedostatek energie?				
1. Jste neměl/a žádnou chuť k jídlu nebo naopak nadměrnou chuť k jídlu?				
1. Jste měl/a ze sebe špatný pocit, že jste selhal/a, nebo že jste zklamal/a sebe nebo svou rodinu?				

1. Jste měl/a potíže se soustředěním, činnostmi jako je čtení novin, nebo sledování televize?				
1. Jste se pohyboval/a, nebo mluvil/a tak pomalu, že si toho ostatní všimli? Nebo jste byl/a tak nervózní nebo úzkostný/á, že jste se pohyboval/a noapak více, než obvykle?				
1. Jste si myslel/a, že byste raději byl/a mrtvý/á, nebo si nějakým způsobem ublížil/a				

Následující otázky se týkají kvality vašeho spánku během karantény/pandemie. Odpovězte co nejpoctivěji.

	Vůbec ne	Minimálně	Mírně	Vážně	Velmi vážně
1. Obtížné usínání					
1. Potíže se spánkem					
1. Problémy s příliš brzkým probuzením					
	Velmi spokojený/á	Spokojený/á	Středně spokojený/á	Nespokojený/á	Velmi nespokojený/á
1. Jak šťastný/á-nešťastný/á jste se svým současným					

spánkovým stavem?					
	Vůbec	Trochu	Mírně	Dost	Velmi patrné
1. Jak si myslíte, že jsou patrné vaše problémy se spánkem?					
	Vůbec ne	Trochu	Mírně	Dost	Velmi
1. Jak moc se obáváte svých současných problémů se spánkem?					
	Vůbec ne rušivé	Trochu	Mírný	Dost	Velmi rušivé
1. Do jaké míry podle vás zasahují současné problémy se spánkem do vašeho každodenního života (během dne únava, nálady, každodenní práce, domácí práce, soustředění, paměť, atd.)?					

<u>Následující otázky se týkají kvality vašeho života během karantény/pandemie. Pokuste se e odpovědět co nejupřímněji.</u>					
Jak jste byli spokojeni během karantény/pandemie ohledně:					
	Velmi spokojen/á	spokojen/á	spíše spokojen/á	Troch u	Vůbe c ne
1. Materiální pohodlí (peníze, jídlo)					
1. Vztahy s blízkými lidmi (přáteli, rodinou)?					
1. Vztah s manželem nebo partnerem?					
1. podpora lidí ve vašem okolí, když jste ji potřeboval/a?					
1. práce/povolání					
1. socializace/komunikace s přáteli, známými, novými tvářemi					

<u>Následující otázky se týkají faktorů chování, odpovězte co nejčastěji.</u>						
1. jste kuřák?	α) Ano					
	β) Ne					
2. Konzumujete alkohol v nadměrné míře?	α) Ano					
	β) Ne					
3. Kolik sklenic alkoholu jste minulý týden vypil/a?						

4. užíváte drogy	α) Ano					
	β) Ne					
5. věnujete se sportu, tělesné aktivitě	α) Ano					
	β) Ne					
i. Pokud ano, jak často	Každý den	2-3krát týdně	3-4krát týdně	4-5krát týdně	5-6krát týdně	

<u>Následující otázka se týká osamělosti během karantény/pandemie, odpovězte co nejpochtivěji.</u>						
Cítil/a jste se v poslední době osamělý?	Vůbec ne	Trochu	Dost	Velmi	Velmi mnoho	

--	--	--	--	--	--

Νásledující otázky se týkají pocitu podpory, který jste pocíťovali během karantény/pandemie, odpovězte co nejupřímněji.

1. Nedávno jste cíťili, že Vám Vaši blízcí lidé byli dispoziční	Vůbec	Někdy	Dost	Často	Vždy
β) a v případě řešení obtížného problému?	Vůbec	Trochu	Dost	Určitě	
2. Cíťili jste se sami nebo vyloučení ze společnosti?	Ano	Pravděpodobně ano	Asi ne	Ne	

Νásledující otázky se týkají vaší důvěry v národní zdravotní systém a řízení stavu pandemie během karantény/pandemie.

	Vůbec ne	Trochu	Dost	Velmi	Velmi mnoho
1. Jak bezpečné jste se v poslední době cíťili vzhledem k národnímu zdravotnímu systému?					
2. Jakou důvěru cíťíte ve státní správu pandemie?					

