



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Ψυχική Υγεία και Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Μοναξιά και Συμπτώματα Άγχους σε Παιδιά, Εφήβους και Νεαρούς Ενήλικες
με Οπτική Αναπηρία Κατά την Πανδημία COVID-19: Μία Μελέτη Κοόρτης»**

Μυρτώ-Λαμπρινή Μετσίνη

A.M. : 20180229

Επιβλέπουσα:

**Αικατερίνη Παπανικολάου, Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Ιατρικής
Σχολής ΕΚΠΑ**

Τριμελής Επιτροπή:

Αικατερίνη Παπανικολάου, Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Γεράσιμος Κολαΐτης, Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,

Διευθυντής Παιδοψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ

**Γεώργιος Γιαννακόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής
ΕΚΠΑ**

ΑΘΗΝΑ 2021



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Ψυχική Υγεία και Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Μοναξιά και Συμπτώματα Άγχους σε Παιδιά, Εφήβους και Νεαρούς Ενήλικες
με Οπτική Αναπηρία Κατά την Πανδημία COVID-19: Μία Μελέτη Κοόρτης»**

Μυρτώ-Λαμπρινή Μετσίνη

A. M. : 20180229

Επιβλέπουσα:

**Αικατερίνη Παπανικολάου, Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Ιατρικής
Σχολής ΕΚΠΑ**

Τριμελής Επιτροπή:

Αικατερίνη Παπανικολάου, Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Γεράσιμος Κολαΐτης, Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,

Διευθυντής Παιδοψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ

**Γεώργιος Γιαννακόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής
ΕΚΠΑ**

ΑΘΗΝΑ 2021

Περίληψη

Θεωρητικό υπόβαθρο: Στη μοναξιά οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τις κοινωνικές σχέσεις ως μη ικανοποιητικές, ενώ στο άγχος αισθάνονται φόβο σε άγνωστο κίνδυνο. Η πανδημία επηρεάζει αυτά τα αισθήματα.

Σκοπός: Η μελέτη επικεντρώθηκε στη σχέση μοναξιάς και αγχώδων διαταραχών (κρίσεων πανικού, γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και κοινωνικού άγχους) και στην επίδραση της πανδημίας COVID-19 στα συναισθήματα αυτά σε παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες με οπτική αναπηρία.

Μεθοδολογία: Στην έρευνα συμμετείχαν 41 γονείς και τα παιδιά τους, που ενημερώθηκαν μέσω του Κέντρου Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Τυφλών (ΚΕΑΤ) και του μη κερδοσκοπικού σωματείου «Φάρος Τυφλών της Ελλάδος». Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια: Louvain Loneliness Scale for Children and Adolescents (LLCA) για την αξιολόγηση της μοναξιάς, Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) για την εκτίμηση των αγχώδων διαταραχών και Coronavirus Health and Impact Survey (CRISIS) για τη μελέτη των επιπτώσεων της πανδημίας.

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος ηλικίας των παιδιών ήταν 16,5 έτη (Τ.Α.: 4,1) και το 53,7% ήταν αγόρια. Βρέθηκε σχέση «μοναξιάς σε σχέση με συνομηλίκους» με κρίσεις πανικού ($r=0,44$), γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ($r=0,60$) και κοινωνικό άγχος ($r=0,57$) ($p<0,05$). Επιπλέον, η οικονομική ανασφάλεια σχετίζεται με τη μοναξιά σε σχέση με τους γονείς ($r=0,32$) και με τους συνομηλίκους ($r=0,31$) ($p<0,05$). Τέλος, η «μοναξιά σε σχέση με τους γονείς» σχετίζεται με τη βελτίωση της ποιότητας των σχέσεων με την οικογένεια ($r=-0,35$) ($p<0,05$).

Συμπεράσματα: Αναδείχθηκε η σχέση ανάμεσα στη μοναξιά και στη συμπτωματολογία των αγχώδων διαταραχών καθώς και η επίδραση της πανδημίας COVID-19 στη μοναξιά. Συνεπώς, προκύπτει η αναγκαιότητα υποστηρικτικών προγραμμάτων στα παιδιά με οπτική αναπηρία και στους γονείς τους.

Λέξεις κλειδιά: μοναξιά, αγχώδεις διαταραχές, οπτική αναπηρία, COVID-19

Abstract

Background: Lonely people perceive their social relations as non-satisfactory, whereas anxious people express feelings of fear feelings toward an unknown danger. The pandemic affects these feelings.

Aim: The study focuses on the relation between loneliness and anxiety disorders (panic disorders, generalized anxiety disorders and social anxiety) and on the COVID-19 pandemic impact on these feelings in children, adolescents and young adults with visual impairment.

Methods: 41 parents and their children participated in the study. Participants were approached through KEAT and the nonprofit association “Lighthouse for the Blind”. Louvain Loneliness Scale for Children and Adolescents (LLCA) was used for loneliness assessment, Spence Children’s Anxiety Scale” (SCAS) for the assessment of anxiety disorders and Coronavirus Health and Impact Survey (CRISIS) for the impact of the pandemic.

Results: Children's mean age was 16.5 years (SD: 4.1) and 53.7% of them were boys. A correlation between "Loneliness in relationships with peers" and panic disorders ($r= 0.44$), general anxiety disorder ($r=0.60$) and social anxiety ($r= 0.57$) ($p<0,05$) was found. Furthermore, economic insecurity was correlated to loneliness in relationships with parents ($r= 0.32$) and with peers ($r=0.31$) ($p<0,05$). Finally, "loneliness in relationships with parents" was correlated with improved quality of relations with family ($r= -0.35$) ($p<0,05$).

Conclusions: The study points out the correlation between loneliness and symptomatology of anxiety disorders, as well as the impact of COVID-19 pandemic on loneliness levels. Efforts should be addressed towards supporting programs for children with visual impairment and their parents.

Keywords: loneliness, anxiety disorders, visual impairment, COVID-19

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΑΦΙΕΡΩΣΗ.....	11
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΑΣΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ.....	15
1.1. Ορισμός της αναπηρίας.....	15
1.2. Ορισμός της οπτικής αναπηρίας.....	16
1.3. Ορισμός της πανδημίας.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΟΝΑΞΙΑ	17
2.1. Ορισμός της μοναξιάς.....	17
2.2. Το αίσθημα της μοναξιάς.....	18
2.3. Το αίσθημα της μοναξιάς στην παιδική και εφηβική ηλικία	19
2.4. Το βίωμα της μοναξιάς σε άτομα με αναπηρία / χρόνια προβλήματα υγείας	22
2.5. Το βίωμα της μοναξιάς σε άτομα με οπτική αναπηρία.....	24
2.6. Οι ιδιαιτερότητες των κοινωνικών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων των ατόμων με οπτική αναπηρία	25
2.6.1. Ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες.....	25
2.6.2. Περιορισμένα κοινωνικά δίκτυα.....	26

2.6.3. Περιορισμένη χρήση ψηφιακών κοινωνικών δικτύων.....	27
2.6.4. Περιορισμένες κοινωνικές δραστηριότητες	28
2.6.5. Επιπρόσθετοι παράγοντες.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΓΧΟΣ	29
3.1. Ορισμός και συμπτώματα του άγχους / στρες.....	29
3.2. Το άγχος στην παιδική και εφηβική ηλικία.....	30
3.3. Διαταραχή πανικού με και χωρίς αγοραφοβία	32
3.4. Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή.....	33
3.5. Κοινωνικό άγχος (Κοινωνική φοβία).....	34
3.6. Αγχώδεις διαταραχές: από το DSM-IV στο DSM-5.....	35
3.7. Το άγχος σε άτομα με οπτική αναπηρία.....	37
3.8. Το κοινωνικό άγχος σε άτομα με οπτική αναπηρία.....	38
3.9. Σχέση Μοναξιάς και Κοινωνικού Άγχους	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΤΟΥ COVID-19 ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	39
4.1. Η έναρξη της πανδημίας.....	39
4.2. Πανδημίες παρελθόντων ετών και ψυχική υγεία.....	41

4.3. Επιπτώσεις της πανδημίας του Κορωνοϊού / COVID-19 στην ψυχική υγεία	42
4.3.1. Η μοναξιά εν μέσω της πανδημίας του Κορωνοϊού / COVID-19	43
4.3.2. Το άγχος εν μέσω της πανδημίας του COVID-19	44
4.3.3. Οι επιπτώσεις της πανδημίας του Κορωνοϊού / COVID-19 στην ψυχική υγεία στον ελληνικό πληθυσμό	46
4.3.4. Οι επιπτώσεις της πανδημίας του Κορωνοϊού / COVID-19 στην ψυχική υγεία των ατόμων με αναπηρία	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	50
5.1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης	50
5.2. Τύπος μελέτης και κριτήρια συμμετοχής	51
5.3. Διαδικασία	52
5.4. Εργαλεία συλλογής δεδομένων	53
5.4.1. Ερωτηματολόγια γονέων	53
5.4.2. Ερωτηματολόγια παιδιών	54
5.5. Στατιστική ανάλυση	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	57
6.1. Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.....	57

6.2. Συμπεριφορές, συναισθήματα και έκθεση στον COVID-19.....	62
6.3. Περιγραφικά μέτρα της κλίμακας μοναξιάς και της συμπτωματολογίας των αγχωδών διαταραχών.....	72
6.4. Παραγοντική ανάλυση (factor analysis)	75
6.5. Μοναξιά ανάλογα με το βαθμό οπτικής αναπηρίας	77
6.6. Συσχετίσεις	78
6.7. Πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις.....	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	83
7.1. Συζήτηση ερευνητικών ευρημάτων	83
7.2. Περιορισμοί της παρούσας μελέτης.....	87
7.3. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	88
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	89
Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία.....	89
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	90

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.....	58
Πίνακας 2.....	59
Πίνακας 3.....	61
Πίνακας 4.....	61
Πίνακας 5.....	63
Πίνακας 6.....	64
Πίνακας 7.....	65
Πίνακας 8.....	66
Πίνακας 9.....	67
Πίνακας 10.....	69
Πίνακας 11.....	70
Πίνακας 12.....	71
Πίνακας 13.....	73
Πίνακας 14.....	73
Πίνακας 15.....	73
Πίνακας 16.....	74
Πίνακας 17.....	74
Πίνακας 18.....	76
Πίνακας 19.....	77
Πίνακας 20.....	79
Πίνακας 21.....	79
Πίνακας 22.....	80
Πίνακας 23.....	80

Πίνακας 24.....	82
Πίνακας 25.....	82

Αφιέρωση

Το πόνημα αυτό το αφιερώνω από καρδιάς στην οικογένειά μου (στους γονείς μου και στα αδέρφια μου) που σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου με υποστήριξαν ενθαρρύνοντάς με στην επίτευξη των προσωπικών μου στόχων!

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία με τίτλο «Μοναξιά και Συμπτώματα Άγχους σε Παιδιά, Εφήβους και Νεαρούς Ενήλικες με Οπτική Αναπηρία Κατά την Πανδημία COVID-19: Μία Μελέτη Κοόρτης» εκπονήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος με τίτλο «Ψυχική Υγεία και Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων», της Σχολής Επιστημών Υγείας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Κατ' αρχάς, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους διδάσκοντες και το διευθυντή του ΠΜΣ, κύριο Γεράσιμο Κολαΐτη για την κλινική και ερευνητική εμπειρία που μου μετέδωσαν στα χρόνια των σπουδών μου. Ακόμα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα της διπλωματικής μου, κυρία Αικατερίνη Παπανικολάου, για την υποστήριξη και τη συνεργασία κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας και συγγραφής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Φοίβο Ζαραβίνο–Τσάκο, επιστημονικό συντονιστή του ΠΜΣ, για τις καίριες παρατηρήσεις κατά τη διόρθωση του κειμένου.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Φίλιππο Κατσούλη, διευθυντή του Δημοτικού Σχολείου στο ΚΕΑΤ Αθηνών, την κυρία Μαρία Πανηγυράκη, εργαζόμενη στο ΚΕΑΤ Αθηνών και τον κύριο Γεώργιο Καρβελά, εργαζόμενο στο ΚΕΑΤ Θεσσαλονίκης, οι οποίοι προσφέρθηκαν να διαμεσολαβήσουν ανάμεσα σε εμένα και τους γονείς και τέλος τους μαθητές του ΚΕΑΤ προκειμένου να υλοποιηθεί η έρευνα. Η βοήθειά τους ήταν πολύτιμη, καθώς λόγω των συνθηκών που επέβαλε η πανδημία, η παρουσία μου στο χώρο του σχολείου κατέστη αδύνατη.

Επιπροσθέτως, νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω ορισμένους δικούς μου ανθρώπους χάρη στους οποίους έφερα εις πέρας το πόνημα αυτό. Οι πρακτικές δυσκολίες που αντιμετώπισα, όντας άτομο με αναπηρία, ήταν ποικίλες και εκτείνονταν σε πολλά επίπεδα. Θέλω να ευχαριστήσω μέσα από την καρδιά μου τα αδέρφια μου Αργυρώ, Βιργινία και Κώστα. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τις φίλες μου Βάσω Μόσχου, Μαρία Τσιόλκα και Χαρά Ζερβού καθώς επίσης και τον κύριο Γεώργιο Βουγιουκλίδη, δάσκαλό μου στο Δημοτικό Σχολείο, για τις καίριες παρεμβάσεις τους κατά την τελική διόρθωση του κειμένου.

Εισαγωγή

«Θα σου πω ποια μοναξιά με τρομάζει περισσότερο,
εκείνη που τη νιώθεις μέσα στο πλήθος γιατί κανείς δεν ακούει τα λόγια σου,
δεν μετράει τους παλμούς της καρδιάς σου,
δεν απλώνει το χέρι να πιάσει το δικό σου,
απλά βαδίζει δίπλα σου και πολλές φορές
σε σπρώχνει για να περάσει...»

Γιάννης Ρίτσος

Στο παραπάνω απόσπασμα ο ποιητής προβάλλει εύγλωττα το αίσθημα της μοναξιάς κατά την παρουσία πλήθους. Αυτό μπορεί να συμβαίνει για δύο λόγους την παρούσα χρονική στιγμή: Πρώτον, το άτομο αντιλαμβάνεται τη διαφορά ανάμεσα στις πραγματικές και επιθυμητές σχέσεις (Margalit, 1994) αξιολογώντας τις ως μη ικανοποιητικές, είτε ποσοτικά είτε ποιοτικά (Perlman & Peplau, 1981). Δεύτερον, κατά την τρέχουσα περίοδο της πανδημίας του COVID-19, επιβλήθηκε κοινωνική αποστασιοποίηση, ως μέτρο κατά της εξάπλωσης του ιού, η οποία εντείνει την υπάρχουσα μοναξιά ή προκαλεί επιζήμια επίπεδα μοναξιάς σε άτομα που δεν επηρεάζονταν ιδιαίτερα πριν από την πανδημία (Holmes et al., 2020).

Η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε σε παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες με οπτική αναπηρία. Η οπτική αναπηρία προκύπτει από την εξασθένιση της όρασης που προκαλεί μερική ή ολική τύφλωση προκαλούμενη από ποικίλες αιτίες, επηρεάζοντας παιδιά και ενήλικες σε όλο τον κόσμο. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 1500000 παιδιά είναι τυφλά (WHO, 2014). Τα σοβαρά αυτά προβλήματα στην όραση επηρεάζουν τη μάθηση, την κοινωνική προσαρμογή και ορισμένες φορές την ψυχική υγεία του ατόμου. Η έρευνα αυτή έχει σκοπό να μελετήσει τη σχέση της μοναξιάς και της συμπτωματολογίας των αγχωδών διαταραχών υπό την πανδημία του COVID-19. Πιο συγκεκριμένα, μελετήθηκε αν η μερική ή ολική απώλεια όρασης επηρεάζει τα επίπεδα μοναξιάς. Επίσης, αναζητήθηκε η σχέση μεταξύ μοναξιάς και συμπτωματολογίας τριών αγχωδών διαταραχών. Τέλος, ερευνήθηκαν οι επιπτώσεις της πανδημίας στην ψυχική

υγεία των νέων με οπτική αναπηρία και η επίδρασή οι τους στη μοναξιά και στη συμπτωματολογία των αγχωδών διαταραχών.

Τα πρώτα κεφάλαια αποτελούν το θεωρητικό υπόβαθρο της παρούσας εργασίας. Αναλυτικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας παρατίθενται οι ορισμοί που διατρέχουν όλο το κείμενο όπως η αναπηρία, η οπτική αναπηρία και η πανδημία. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια της μοναξιάς και οι παράγοντες που την επηρεάζουν δίνοντας έμφαση σε εκείνους που καθορίζουν και αλληλοεπιδρούν στο βίωμα της μοναξιάς των παιδιών με οπτική αναπηρία. Κατόπιν, στο τρίτο κεφάλαιο δίνεται ο ορισμός του άγχους, των αγχωδών διαταραχών, εξειδικεύοντας το άγχος σε παιδιά με προβλήματα όρασης, και παρουσιάζονται έρευνες που αναδεικνύουν τη συσχέτιση της μοναξιάς και του κοινωνικού άγχους. Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο του θεωρητικού πλαισίου, παρουσιάζονται οι επιπτώσεις της πανδημίας του COVID-19 στην ψυχική υγεία. Πιο συγκεκριμένα, δίνεται έμφαση στη μοναξιά και στο άγχος που βιώνουν τα παιδιά κατά την τρέχουσα περίοδο και στις επιπτώσεις της πανδημίας στα άτομα με αναπηρία.

Τα επόμενα κεφάλαια αποτελούν το ερευνητικό μέρος της εργασίας. Στο πέμπτο κεφάλαιο, περιγράφεται ο σκοπός της μελέτης, οι ερευνητικές υποθέσεις και η μεθοδολογία. Έπειτα, στο έκτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης, όπως είναι τα περιγραφικά στατιστικά και οι στατιστικές αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν. Στο έβδομο κεφάλαιο, πραγματοποιείται η συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας σχολιάζοντάς τα και συγκρίνοντάς τα με άλλες έρευνες. Δίνονται οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης και ορισμένες μελλοντικές προτάσεις για έρευνα.

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Κεφάλαιο 1: Βασικοί ορισμοί

1.1. Ορισμός της αναπηρίας

Ο όρος αναπηρία χρησιμοποιείται για τον ορισμό των βλαβών και των περιορισμών σε δραστηριότητες, οι οποίοι προκύπτουν από μια μη βέλτιστη αλληλεπίδραση μεταξύ των συνθηκών υγείας, των περιβαλλοντικών παραγόντων και των προσωπικών παραγόντων. Η αναπηρία και η λειτουργικότητα αναφέρονται στην αλληλεπίδραση μεταξύ των ατόμων με κάποιο πρόβλημα υγείας (π.χ. εγκεφαλική παράλυση, σύνδρομο Down, κατάθλιψη) και προσωπικών ή εξωτερικών παραγόντων, (π.χ. αρνητική συμπεριφορά, μη προσβάσιμη μετακίνηση, έλλειψη προσβασιμότητας σε δημόσια κτίρια και περιορισμένη κοινωνική αρωγή) (WHO, 2020). Το International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) παρέχει ένα βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο αναπηρίας, επιτρέποντας την ταξινόμηση του ανθρώπινου επιπέδου λειτουργικότητας και την ταυτοποίηση σχετικών φυσιολογικών λειτουργιών, ανατομικών δομών, δράσεων, εργασιών, τομέων ζωής και εξωτερικών επιρροών (WHO & World Bank, 2011). Σύμφωνα με το βίο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας, στο οποίο εστιάζεται η προσοχή από το 2001, η αναπηρία επικεντρώνεται στις ατομικές, κοινωνικές και σωματικές πτυχές των βλαβών, των περιορισμών σε δραστηριότητες και συμμετοχής στο περιβάλλον (Peterson, Mprofu & Oakland, 2010).

Σχεδόν όλοι οι άνθρωποι είναι πιθανόν να βιώσουν κάποιο είδος αναπηρίας, προσωρινό ή μόνιμο, κάποια στιγμή στη ζωή τους. Πάνω από ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι ζουν με κάποιο είδος αναπηρίας το οποίο αναλογεί περίπου στο 15% του παγκόσμιου πληθυσμού, ενώ περισσότεροι από 190 εκατομμύρια άνθρωποι (3,8%) έχουν σημαντικές δυσκολίες στην ανεξάρτητη διαβίωση και συχνά χρειάζονται βοήθεια από κάποιο φροντιστή (WHO, 2020). Ο αριθμός των ανθρώπων με αναπηρία αυξάνεται, γεγονός που οφείλεται μερικώς στην γήρανση του πληθυσμού και στην αύξηση των χρόνιων νοσημάτων (WHO, 2020).

1.2. Ορισμός της οπτικής αναπηρίας

Η οπτική αναπηρία στην παιδική ηλικία προκύπτει από την εξασθένηση της δομής και της λειτουργίας του ματιού, που επηρεάζει τη διαδικασία της μάθησης μέσω της αίσθησης της όρασης με αρνητικό τρόπο (Deitz & Ferrell, 1993). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) όρισε την «τύφλωση» ως την οπτική οξύτητα <3/60 στο καλύτερο μάτι, τη «σοβαρή οπτική δυσλειτουργία» ως την οπτική οξύτητα χειρότερη από 6/60 και ίση ή καλύτερη από 3/60 και τη «μέτρια οπτική δυσλειτουργία» ως την οπτική οξύτητα σε εύρος από 6/18 έως 6/60 (Gogate, Kalua & Courtright, 2009). Σύμφωνα με τα κριτήρια του ΠΟΥ, υπάρχουν 19 εκατομμύρια παιδιά με προβλήματα όρασης παγκοσμίως και 1,4 εκατομμύρια από αυτά είναι τυφλά (WHO, 2014). Η όραση είναι μια πολύ σημαντική αίσθηση επικοινωνίας μεταξύ του παιδιού και του εξωτερικού κόσμου.

1.3. Ορισμός της πανδημίας

Ως πανδημία χαρακτηρίζεται η παγκόσμια διασπορά μίας νέας ασθένειας. Η πανδημία γρίπης εμφανίζεται όταν ένας νέος ιός γρίπης εμφανίζεται και διασπείρεται σε ολόκληρο τον κόσμο και οι περισσότεροι άνθρωποι δεν έχουν ανοσία. Οι ιοί οι οποίοι έχουν προκαλέσει πανδημίες στο παρελθόν τυπικά προέρχονται από ιούς γρίπης των ζώων (WHO, 2010). Η πανδημία της γρίπης και η εποχιακή γρίπη έχουν κοινά αλλά και διαφορετικά χαρακτηριστικά. Για παράδειγμα, η εποχιακή και η πανδημική γρίπη μπορούν να προκαλέσουν λοίμωξη σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και οι περισσότερες περιπτώσεις έχουν ως αποτέλεσμα μία αυτό-περιοριζόμενη νόσο από την οποία το άτομο αναρρώνει χωρίς ειδική θεραπεία. Παρ' όλα αυτά η τυπική εποχιακή γρίπη προκαλεί τους περισσότερους θανάτους ανάμεσα στους ηλικιωμένους ενώ εμφανίζονται περιπτώσεις σοβαρής νόσησης κυρίως σε άτομα με ποικίλα προβλήματα υγείας. Αντίθετα, η πανδημία H1N1 προκάλεσε περισσότερο σοβαρή ή θανατηφόρα νόσηση σε νεότερους ανθρώπους με χρόνια νοσήματα, όπως και σε υγιή άτομα, και περισσότερες

περιπτώσεις ιογενούς πνευμονίας από αυτές που φυσιολογικά παρατηρούνται στην εποχιακή γρίπη. Επιπλέον, στην εποχιακή και πανδημική γρίπη ο συνολικός αριθμός που νοσούν σοβαρά μπορεί να ποικίλει. Παρόλα αυτά, ο αντίκτυπος ή η σοβαρότητα της νόσου τείνουν να είναι υψηλότερα στην πανδημία, εν μέρει λόγω του μεγαλύτερου αριθμού ατόμων του πληθυσμού που δεν έχουν προϋπάρχουσα ανοσία στον καινούριο ιό. Όταν ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού μολύνεται, ο συνολικός αριθμός των σοβαρών περιπτώσεων μπορεί να είναι αρκετά μεγάλος. Τέλος, αναφορικά με την εποχιακή και την πανδημική γρίπη, υψηλότερα επίπεδα ενεργών κρουσμάτων αναμένονται να εμφανιστούν στην κανονική περίοδο που συνήθως εμφανίζεται η γρίπη σε μία περιοχή. Για παράδειγμα, στις εύκρατες κλιματικές ζώνες η περίοδος αυτή είναι συνήθως οι χειμωνιάτικοι μήνες. Όμως, όπως αποδείχτηκε με την πανδημία H1N1, οι πανδημίες μπορούν να έχουν ασυνήθιστη επιδημιολογική κατανομή και μεγάλες εξάρσεις τους θερινούς μήνες (WHO, 2010).

Κεφάλαιο 2: Μοναξιά

2.1. Ορισμός της μοναξιάς

Η μοναξιά έχει έναν γενικευμένο χαρακτήρα που προέρχεται από την καθολική, παγκόσμια ανάγκη του «ανήκειν» (Baumeister & Leary, 1995). Παρόλο που η αίσθηση της μοναξιάς έχει καθολικότητα, είναι μια υποκειμενική αίσθηση και μπορεί να μετρηθεί μόνο με βάση τη διαφορά που αντιλαμβάνεται το κάθε άτομο ανάμεσα στις πραγματικές και επιθυμητές σχέσεις (Margalit, 1994). Συνεπώς, οι άνθρωποι αισθάνονται μοναξιά, όταν αντιλαμβάνονται τις κοινωνικές τους σχέσεις ως μη ικανοποιητικές, είτε ποσοτικά είτε ποιοτικά (Perlman & Perla, 1981). Στην προσπάθεια προσδιορισμού της έννοιας της μοναξιάς έχουν δοθεί διάφοροι ορισμοί. Ανακεφαλαιώνοντας, οι Perla & Perlman (1982) αναφέρονται σε 3 στοιχεία που βρίσκουμε σε όλους τους ορισμούς της μοναξιάς:

- Η μοναξιά βασίζεται στις ελλείψεις στις κοινωνικές σχέσεις του ατόμου,
- Η μοναξιά είναι μια εσωτερική και υποκειμενική ψυχολογική εμπειρία και διαφέρει από τη φυσική απομόνωση,

- Η μοναξιά είναι μια δυσάρεστη και στρεσογόνος ψυχολογική κατάσταση, κατά τα πρώτα στάδια της οποίας αυξάνονται οι προσπάθειες του ατόμου για να την ξεπεράσει.

2.2. Το αίσθημα της μοναξιάς

Η μοναξιά ως αίσθημα ποικίλει στη συχνότητα εμφάνισης, στη διάρκεια και στην ηλικία που απαντάται. Ένα ποσοστό της τάξεως του 6% του πληθυσμού αναφέρει ότι αισθάνεται μοναξιά, ενώ τα ποσοστά αυξάνονται στις ηλικίες κάτω των 25 και άνω των 55, αγγίζοντας το 9% (Victor & Yang, 2012). Τα ποσοστά αυτά είναι αυξημένα στη σχολική ηλικία καθώς το 12% των παιδιών ηλικίας 5 έως 6 ετών αναφέρουν ότι αισθάνονται μοναξιά στο σχολικό πλαίσιο (Masi et al., 2011), ενώ στις ηλικίες 8 έως 10 ετών το ποσοστό αγγίζει το 80% (Berguno et al., 2004).

Η διάρκεια των κοινωνικών επαφών δεν έχει αντίκτυπο στη μοναξιά. Για παράδειγμα, οι μοναχικοί άνθρωποι περνούν περισσότερο χρόνο με ξένους και γνωστούς, χωρίς να εντάσσονται στην ομάδα, και λιγότερο χρόνο με φίλους και συγγενείς από τους μη μοναχικούς (Jones, 1981). Η παρατεταμένη και τραυματική αυτή εμπειρία έχει επιβλαβείς επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία (Cacioppo et al., 2015; Stravynski & Boyer, 2001; Van Dulmen & Goossens, 2013). Ακόμα, η μοναξιά μοιράζεται νευρολογικές ομοιότητες με τον σωματικό πόνο, καθώς ευρήματα αποκαλύπτουν παρόμοιες σωματο-αισθητηριακές αναπαραστάσεις στον εγκέφαλο μεταξύ φυσικού πόνου και κοινωνικής απόρριψης (Kross et al., 2011).

Ωστόσο, για τους περισσότερους ανθρώπους, η μοναξιά είναι μια παροδική εμπειρία χωρίς μακροχρόνιες αρνητικές συνέπειες. Αυτό υποστηρίζει και η εξελικτική θεωρία της μοναξιάς των Cacioppo et al., (2015). Συγκεκριμένα, η μοναξιά είναι συνήθως παροδική επειδή τα αποτρεπτικά συναισθήματα που σχετίζονται με τη μοναξιά παρακινούν τα άτομα να ξανασυνδεθούν με άλλους ανθρώπους. Αυτό χαρακτηρίζεται ως κίνητρο επανασύνδεσης (Reaffiliation Motive, RAM, Qualter et al., 2015). Η μοναξιά αποτελεί μια ισχυρή κινητήρια δύναμη στην ανάπτυξη (Sullivan, 1953). Όπως ακριβώς ο σωματικός πόνος είναι ένα μήνυμα που εξελίχθηκε για να παρακινήσει ένα άτομο να

αναλάβει δράση για να ελαχιστοποιήσει τη βλάβη στο φυσικό σώμα του, έτσι και η μοναξιά είναι μια αποτρεπτική κατάσταση που παρακινεί ένα άτομο να ελαχιστοποιήσει τη βλάβη στο κοινωνικό σώμα του ατόμου (Cacioppo et al., 2006). Σύμφωνα με το μοντέλο επανασύνδεσης (Qualter et al., 2015), η αποστροφή της μοναξιάς παρακινεί τους ανθρώπους να αποχωρήσουν από κοινωνικές συναντήσεις. Η απόσυρση επιτρέπει στον επόμενο σύνδεσμο του μηχανισμού - τη διαδικασία της γνωστικής επανασύνδεσης - να λειτουργήσει αποτελεσματικά. Όταν οι άνθρωποι αποσύρονται από άμεσες κοινωνικές συναντήσεις, μπορούν να εκτιμήσουν το επίπεδο απειλής και να προσδιορίσουν εάν πρέπει να βρουν άλλους τρόπους συμπεριφοράς για να επανασυνδεθούν (Cacioppo & Hawkley, 2009; Gardner et al., 2005).

2.3. Το αίσθημα της μοναξιάς στην παιδική και εφηβική ηλικία

Η μοναξιά στην παιδική και εφηβική ηλικία έχει γίνει αντικείμενο διχογνωμιών αναφορικά με το αν τα παιδιά μπορούν να τη βιώσουν ή αν είναι συναίσθημα που γίνεται κατανοητό και αντιληπτό κατά την εφηβική ηλικία ή και αργότερα. Παλαιότερες αναφορές κάνουν λόγο για απουσία του αισθήματος της μοναξιάς κατά την παιδική ηλικία και υποστηρίζουν ότι η μοναξιά γίνεται αντιληπτή σαν βίωμα κατά την εφηβεία και αργότερα (Sullivan, 1953; Weiss, 1973). Μια εναλλακτική άποψη υποστηρίζει ότι το αίσθημα της μοναξιάς διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία κατά τα πρώτα στάδια της ζωής. Το παιδί στην προσχολική ηλικία μπορεί να αισθανθεί μοναξιά όταν δεν έχει κάποιο συμπαίκτη στην ομάδα του, το παιδί της σχολικής ηλικίας αισθάνεται μοναξιά όταν ο φίλος του δεν μπορεί να μοιραστεί τα μυστικά μαζί του, ενώ ο έφηβος μπορεί να αισθανθεί μόνος όταν δεν έχει κάποια ιδιαίτερη διαπροσωπική σχέση ή όταν δε γίνεται αποδεκτός στα πλαίσια μιας ομάδας (Parkhurst & Hartmeyer, 1998). Γενικά, φαίνεται, όμως, ότι οι έφηβοι αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς από τα παιδιά (Margalit, 2010; Perlman & Sandlot, 1999) λόγω της αυξανόμενης σημασίας της αποδοχής από συνομηλίκους κατά την αναπτυξιακή αυτή περίοδο (Larea & Grinstein, 1999; Rape & Spence, 2004).

Μολονότι τα παιδιά πρώιμης σχολικής και σχολικής ηλικίας βιώνουν μικρότερα επίπεδα μοναξιάς από τους εφήβους, φαίνεται πως είναι σε θέση να προσδιορίσουν τη μοναξιά. Παιδιά ηλικίας έως πέντε ετών έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν έγκυρους ορισμούς της μοναξιάς και να συζητούν τα σχετικά αποτρεπτικά συναισθήματα, όπως η θλίψη και η μοναχικότητα (Cassidy & Asher, 1992). Επιπλέον, μεγαλύτερα παιδιά σχολικής ηλικίας εντοπίζουν διάφορα προβλήματα που σχετίζονται με τη μοναξιά, συμπεριλαμβανομένης της απώλειας, της προσωρινής απουσίας και της ψυχολογικής απόστασης (Hymel, Truly, Thomson & Terrell-Deutsch, 1999) και διαθέτουν σαφείς τρόπους αντιμετώπισης της μοναξιάς, αναφέροντας την ανάγκη να έρθουν σε επαφή με άλλους (Besieges & Falanaka, 2010; Quilter, 2003; Quilter & Munn, 2002). Επιπροσθέτως, τα παιδιά σχολικής ηλικίας φαίνεται πως είναι σε θέση να κατανοήσουν τη διαφορά μεταξύ του υποκειμενικού αισθήματος μοναξιάς (loneliness) και της μοναχικότητας (aloneness) σε ποσοστό 72,2%. Αναλυτικότερα, έρευνα που συμπεριέλαβε μαθητές Β, Δ και ΣΤ Δημοτικού συνέκρινε μέσω απαντήσεων την κατανόηση της διαφοράς μεταξύ μοναξιάς και μοναχικότητας. Η παραπάνω έρευνα κατέληξε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική αύξηση αυτού του ποσοστού με την ηλικία, καθώς το 61,7% της Β Δημοτικού, το 66,7% της Δ Δημοτικού και το 88,3% της ΣΤ' Δημοτικού κατανοούν τη διαφορά μεταξύ της μοναξιάς και της μοναχικότητας (Galanaki, 2004).

Στη συνέχεια θα αναφερθούν ορισμένοι παράγοντες που προκαλούν μοναξιά στην παιδική και εφηβική ηλικία. Αρχικά, η φιλία με συνομηλικούς μπορεί να αποτελέσει παράγοντα μοναξιάς στην πρώιμη παιδική ηλικία. Σε αυτή τη φάση, ο σχηματισμός και η διατήρηση της φιλίας βασίζονται κυρίως σε χαρακτηριστικά όπως η εγγύτητα και οι κοινές δραστηριότητες, ενώ αργότερα στην παιδική ηλικία, η ποιότητα της φιλίας καθίσταται ολοένα και πιο σημαντική (Bigelow, 1977; Parker & Asher, 1993). Τα παιδιά δεν θέλουν πλέον να είναι απλά κοντά σε άλλους αλλά θέλουν στενές φιλίες που χαρακτηρίζονται από εκτίμηση, κατανόηση, αυτό-αποκάλυψη και ενσυναίσθηση (Bigelow, 1977; Parker & Asher, 1993). Κατά την εφηβεία και την ενηλικίωση παρατηρείται αυξανόμενη εστίαση στην οικειότητα (Buhrmester, 1990; Steinberg & Morris, 2001). Συμπεραίνοντας, ενώ η ποσότητα της φιλίας μπορεί να είναι πιο

σημαντική για την πρόβλεψη της μοναξιάς στα μικρά παιδιά, η ποιότητα της φιλίας φαίνεται να είναι πιο σημαντική στα τέλη της παιδικής ηλικίας και στην εφηβεία.

Ένας δεύτερος παράγοντας μοναξιάς απορρέει από την ομάδα των συνομηλίκων. Στην πρώιμη παιδική ηλικία, η συμμετοχή σε μια ομάδα συνομηλίκων δεν φαίνεται να αποτελεί βασικό μέλημα (Parkhurst & Horpmeyer, 1999), αν και ακραία σημάδια αποκλεισμού, όπως η θυματοποίηση, έχουν συνδεθεί με μοναξιά σε νήπια ηλικίας τριών έως πέντε ετών (Kochenderfer-Ladd & Wardrop, 2001). Καθώς μεγαλώνουν τα παιδιά ανησυχούν για την αποδοχή τους από την ομάδα των συνομηλίκων και η απόρριψη από αυτούς σχετίζεται με συναισθήματα μοναξιάς στην παιδική ηλικία (Gifford-Smith & Brownell, 2003). Στην εφηβεία, τα άτομα ανησυχούν για την αποδοχή από την κοινωνική ομάδα (Crone & Dahl, 2012). Οι έφηβοι θέλουν να αρέσουν σε έναν στενό φίλο, αλλά έχουν επίσης την επιθυμία να αρέσουν σε όλους τους συνομηλίκους. Καταλήγοντας, η έλλειψη φίλων, η χαμηλή ποιότητα φιλίας, η απόρριψη από συνομηλίκους και η θυματοποίηση είναι όλοι προγνωστικοί παράγοντες της μοναξιάς στην εφηβεία (Vanhalst, Luyckx & Goossens, 2014).

Επιπλέον, ένας τρίτος παράγοντας της μοναξιάς σχετίζεται με τις ρομαντικές σχέσεις (Collins, Welsh & Furman, 2009). Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, οι ρομαντικές εμπειρίες γίνονται πιο κανονιστικές και η ποιότητα της ρομαντικής σχέσης γίνεται όλο και πιο σημαντική (Dush & Amato, 2005). Τέταρτον, διαχρονικές μελέτες δείχνουν ότι οι ακατάλληλες γνωστικές προκαταλήψεις (π.χ. δυσπιστία στους άλλους) θέτουν τα παιδιά σε αυξημένο κίνδυνο για μια αυξανόμενη και σταθερή τροχιά υψηλής μοναξιάς (Qualter et al., 2013). Πέμπτον, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (όπως η εσωστρέφεια και η συναισθηματική αστάθεια), έχουν βρεθεί ότι προβλέπουν παρατεταμένη μοναξιά σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες (Dykstra et al., 2005; Newall et al., 2013; Qualter et al., 2013; Vanhalst et al., 2013). Η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η χαμηλή εμπιστοσύνη και η εξωτερική έδρα ελέγχου φαίνεται να διατηρούν και να επιδεινώνουν τους παράγοντες της μοναξιάς, ίσως επειδή παρέχουν ένα θεμέλιο για την πεποίθηση ότι η μοναξιά δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί (Larsen & Hart, 2013; Qualter et al., 2013). Τέλος, το αίσθημα της μοναξιάς στην παιδική και εφηβική ηλικία συχνά σχετίζεται με άλλα αρνητικά συναισθήματα και αρνητικά αποτελέσματα όπως είναι το σχολικό «drop-out», τα καταθλιπτικά συμπτώματα, το κοινωνικό άγχος, ο

αυτοκτονικός ιδεασμός, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, οι διατροφικές διαταραχές και τα προβλήματα ύπνου (Hawley & Capitation, 2015; Heinrich & Gullone, 2006).

Αναφορικά με τη διαφορά στο βίωμα της μοναξιάς από τα δύο φύλα, υπάρχουν αντιθετικά ευρήματα. Σε μια έρευνα φαίνεται ότι το αίσθημα της μοναξιάς δεν διαφέρει μεταξύ των δύο φύλων στην εφηβική ηλικία (Maes et al., 2019) ενώ σε άλλες εντοπίζεται διαφορά μεταξύ των δύο φύλων καθώς τα κορίτσια να αισθάνονται συχνότερα μοναξιά (Galanaki, 2004; Galanaki & Azizi, 1999).

2.4. Το βίωμα της μοναξιάς σε άτομα με αναπηρία / χρόνια προβλήματα υγείας

Η ύπαρξη μιας χρόνιας πάθησης είναι ένας μη φυσιολογικός και στρεσογόνος παράγοντας που μπορεί να παρεμβαίνει ουσιαστικά στην καθημερινή ζωή (La Greca & Bearman, 2000; Lifshitz et al., 2007). Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που φαίνεται να ευθύνονται περισσότερο για το αίσθημα της μοναξιάς που βιώνουν τα άτομα με σωματικά προβλήματα. Αρχικά, γίνεται σαφές ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με σωματικά προβλήματα διατρέχουν κίνδυνο για απουσία από το σχολείο (Emerson et al., 2016), γεγονός που περιορίζει τον χρόνο που διανύουν με τους συνομηλίκους, μειώνοντας έτσι την ενίσχυση που λαμβάνουν από τις δραστηριότητες (Shute & Walsh, 2005). Ακόμα, σε παιδιά και εφήβους με χρόνιες σωματικές παθήσεις παρατηρήθηκαν κοινωνικά ελλείμματα που αντανακλώνται στις φιλικές σχέσεις που είναι χαμηλότερης ποιότητας και στη μικρότερη αποδοχή και υποστήριξη από τους συνομηλίκους (Martinez, Carter & Legato, 2011; Piquart & Teubert, 2012). Η μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα, με τη σειρά της, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα αισθήματα μοναξιάς (Heinrich & Gullone, 2006). Επιπροσθέτως, η συμμετοχή σε ομάδα συνομηλίκων μπορεί να είναι πιο δύσκολη για παιδιά και εφήβους με χρόνια σωματική πάθηση, καθώς μπορεί να αισθάνονται στιγματισμένοι και διαφορετικοί από τους συνομηλίκους τους (Emerson et al., 2016), να γίνονται θύματα βίας (Jones et al., 2012) και να εκφοβίζονται συχνότερα (Pittet et al., 2010) λόγω των σωματικών προβλημάτων τους.

Ακόμα, η συμμετοχή σε μια ομάδα συνομηλίκων μπορεί να είναι πιο δύσκολη για τα παιδιά και τους εφήβους με χρόνιες σωματικές παθήσεις, όπως επισημαίνεται σε μια

ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας (Maes et al., 2017) για δύο ακόμη λόγους: Τα μειωμένα επίπεδα ενέργειας και οι σωματικοί περιορισμοί που συνοδεύουν την ασθένειά τους μπορούν να αποτρέψουν περαιτέρω τα παιδιά και τους εφήβους από την υλοποίηση κοινωνικών δραστηριοτήτων όπως ο αθλητισμός, ενώ σε ορισμένες ασθένειες, τα καθήκοντα που σχετίζονται με τη θεραπεία μπορεί να αποτρέψουν την πλήρη συμμετοχή σε δραστηριότητες με τους συνομηλικούς οδηγώντας σε συναισθήματα μοναξιάς και στην απομόνωση. Ο διαβήτης τύπου 1, για παράδειγμα, απαιτεί ένα περίπλοκο θεραπευτικό σχήμα με ορισμένη διατροφή, παρακολούθηση γλυκόζης στο αίμα και καθημερινές χορηγήσεις ινσουλίνης, γεγονός που δυσκολεύει αυτούς τους νέους να πάνε σε ένα πάρτι ή σε ένα δείπνο με φίλους (Seiffge-Krenke, 2001).

Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν πως τα επίπεδα της μοναξιάς στα παιδιά και τους εφήβους με διάφορα είδη προβλημάτων υγείας και αναπηριών είναι υψηλά και, όταν υπάρχει ομάδα ελέγχου υγιούς πληθυσμού, είναι συγκριτικά υψηλότερα. Σε ένα δείγμα 187 μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, που προέρχεται από τμήματα ένταξης ελληνικών σχολείων, της Ε' και ΣΤ' τάξης Δημοτικού, φάνηκε ότι τα επίπεδα μοναξιάς είναι υψηλά και ότι τα κορίτσια έχουν υψηλότερα επίπεδα (5,19) σε σχέση με τα αγόρια (4,60) (Andreou, Didaskalou & Vlachou, 2015). Η μοναξιά των παιδιών στα τμήματα ένταξης είναι μεγαλύτερη όταν συγκριθεί με εκείνη των συμμαθητών τους. Σε έρευνα που συνέκρινε το επίπεδο μοναξιάς μεταξύ των μαθητών ηλικίας 8 με 12 ετών φάνηκε ότι εκείνοι με τις ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες που φοιτούσαν σε τμήματα ένταξης βιώνουν εντονότερα συναισθήματα μοναξιάς σε σύγκριση με τους συμμαθητές τους (Kourkoutas, Stavrou & Propersi, in press).

Μια μετα-ανάλυση που συμπεριέλαβε 43 μελέτες, εκ των οποίων οι 23 είχαν ομάδα ελέγχου, ερεύνησε την πιθανότητα εμφάνισης της μοναξιάς σε παιδιά και εφήβους με χρόνιες σωματικές παθήσεις (Maes et al., 2017). Σε αυτή την μελέτη, η μοναξιά στους πληθυσμούς με χρόνιες σωματικές παθήσεις εμφανίζεται να είναι μεγαλύτερη σε σύγκριση με τους υγιείς πληθυσμούς, με οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά. Επίσης, ένα ενδιαφέρον εύρημα της ίδιας μετα-ανάλυσης, που τίθεται σε αμφισβήτηση και από τους ίδιους τους ερευνητές λόγω του μικρού αριθμού μελετών που συμπεριλήφθηκαν, είναι το γεγονός ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με οπτική και ακουστική αναπηρία βιώνουν μεγαλύτερη μοναξιά σε σχέση με ασθενείς νευρολογικών παθήσεων. Η ύπαρξη

ακουστικών ή οπτικών προβλημάτων έχει μεγάλη επίδραση στην ικανότητα επικοινωνίας με άλλους, γεγονός που μπορεί να διαταράξει τη διαπροσωπική σχέση (Cacioppo et al., 2015; Wallhagen et al., 2001).

Ολοκληρώνοντας την αναφορά μας στα συναισθήματα της μοναξιάς, έτσι όπως βιώνονται από παιδιά και εφήβους με προβλήματα υγείας και σωματικές αναπηρίες, πρέπει να επισημάνουμε τον κλινικό αντίκτυπό τους καθώς έχουν συσχετιστεί με χαμηλότερη προσαρμογή στη νόσο (Curtin & Siegel, 2003). Επίσης, οι έφηβοι με συγγενείς καρδιακές παθήσεις εμφάνισαν περισσότερα καρδιολογικά συμπτώματα, είχαν περισσότερες δυσκολίες στην επικοινωνία με τους κλινικούς ιατρούς και στην αποδοχή της σωματικής τους εμφάνισης, όταν βίωναν έντονα συναισθήματα μοναξιάς (Vanhalst et al., 2013).

2.5. Το βίωμα της μοναξιάς σε άτομα με οπτική αναπηρία

Όπως επισημαίνουν οι Pinguart & Pfeiffer (2012), η εφηβεία είναι μια εποχή που οι νέοι αρχίζουν να εξερευνούν την ταυτότητά τους, γίνονται πιο ανεξάρτητοι και οι σχέσεις μεταξύ συνομηλίκων γίνονται όλο και πιο σημαντικές, συμπεριλαμβανομένων των στενών σχέσεων. Ωστόσο, οι έφηβοι με προβλήματα όρασης αντιμετωπίζουν πρόσθετες προκλήσεις σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους. Μελέτες που διεξήχθησαν με παιδιά και εφήβους που είχαν διαγνωστεί με προβλήματα όρασης σε διαφορετικούς πολιτισμούς και κουλτούρες φανέρωσαν υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς στους μαθητές με οπτική αναπηρία σε σύγκριση με εκείνους χωρίς οπτική αναπηρία (George & Duquette, 2006; Hadidi & AlKhateeb, 2013; Hamurcu et al., 2016; McGaha & Farran, 2001). Αντιθέτως, οι Kef, Hox & Habotheke (2000) δεν βρήκαν σημαντική διαφορά στους εφήβους με και χωρίς προβλήματα όρασης στο αίσθημα της μοναξιάς και στην αντιληπτή υποστήριξη που έλαβαν από τους συνομηλίκους τους.

Μία έρευνα του Royal National Institute of Blind People (RNIB) στο Ηνωμένο Βασίλειο, που συμπεριέλαβε σχεδόν 1000 παιδιά και νέους με οπτική αναπηρία, διαπίστωσε ότι το 31% των παιδιών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης δήλωσαν ότι ήταν «μερικές φορές μοναχικά» (30% των αγοριών και 34% των κοριτσιών) (Keil et al.,

2001). Αντιθέτως, στην έρευνα NSPCC για παιδιά χωρίς αναπηρία της ίδιας ηλικίας (Ghate & Daniels, 1997) μόνο το 11% δήλωσε πως αισθανόταν μοναξιά (9% των αγοριών και 13% των κοριτσιών). Μια ακόμα έρευνα (Huurre & Aro, 1998) επιβεβαιώνει την ευαλωτότητα των κοριτσιών με πρόβλημα όρασης απέναντι στη μοναξιά, καθώς το 57% των κοριτσιών με προβλήματα όρασης στην εφηβεία ανέφεραν συναισθήματα μοναξιάς, όταν το ποσοστό στα κορίτσια χωρίς προβλήματα όρασης ήταν 33%. Το αντίστοιχο ποσοστό για τα αγόρια με προβλήματα όρασης ήταν 20% ενώ σε εκείνα χωρίς προβλήματα όρασης ήταν 24%. Στο ίδιο αποτέλεσμα κατέληξε και μια πιο πρόσφατη μελέτη, όπου αναφέρεται ότι τα αγόρια είναι λιγότερο μοναχικά (Jessup, Bundy, Broom & Hancock, 2018). Ακόμα, τα κορίτσια με προβλήματα όρασης έχουν σπανιότερα πολλούς φίλους σε σύγκριση με τις συνομήλικες τους χωρίς οπτική αναπηρία (Jessup, Bundy, Broom & Hancock, 2018). Συγκεκριμένα, το 75% των αγοριών με προβλήματα όρασης δήλωσε ότι έχει πολλούς φίλους σε αντίθεση με το 92% των συνομηλίκων τους χωρίς πρόβλημα όρασης. Αντίστοιχα, το 57% των κοριτσιών με πρόβλημα όρασης είχαν πολλούς φίλους, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των βλέπόντων κοριτσιών ήταν συντριπτικά μεγαλύτερο, δηλαδή 95%. Διαφορές δεν υπάρχουν μόνο μεταξύ των δύο φύλων αλλά και μεταξύ των ηλικιών καθώς το αίσθημα μοναξιάς και πιο συγκεκριμένα το συναίσθημα της κοινωνικής αποξένωσης είναι μεγαλύτερο στα παιδιά ηλικίας 10 έως 18 ετών σε σύγκριση με τα παιδιά ηλικίας 5 έως 9 ετών (Khadka et al., 2012).

2.6. Οι ιδιαιτερότητες των κοινωνικών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων των ατόμων με οπτική αναπηρία

2.6.1. Ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες

Φαίνεται ότι οι κοινωνικές δεξιότητές των παιδιών με προβλήματα όρασης αναπτύσσονται καθυστερημένα σε σύγκριση με τους βλέποντες συνομηλίκους τους. Οι μη βλέποντες πρέπει να βασίζονται εν μέρει ή πλήρως στις άλλες αισθήσεις τους για να

μάθουν και να κατανοήσουν το περιβάλλον τους. Οι δεξιότητες, που οι βλέποντες μαθαίνουν τυπικά μέσω της παρατήρησης του περιβάλλοντος, πρέπει να διδάσκονται ρητά στους μη βλέποντες, με αποτέλεσμα τα παιδιά με προβλήματα όρασης συχνά να υστερούν στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων (Huurre και Aro, 1998). Για παράδειγμα, τα παιδιά με προβλήματα όρασης δυσκολεύονται να διαβάσουν τη γλώσσα του σώματος ή τις ενδείξεις του προσώπου ή να ανταποκριθούν σε οπτικές προσκλήσεις για παιχνίδι και αυτό μπορεί να εμποδίσει την κοινωνική αλληλεπίδραση, ιδιαίτερα στα μικρά παιδιά. Συνεπώς, αλληλοεπιδρούν λιγότερο κατά τον ελεύθερο χρόνο τους (Egin, Dignan & Brown, 1991). Οι μαθητές με προβλήματα όρασης δυσκολεύονται να αναπτύξουν τις διαπροσωπικές τους δεξιότητες επειδή έχουν λιγότερους φίλους και λιγότερες ευκαιρίες κοινωνικοποίησης σε σύγκριση με τους βλέποντες μαθητές (Huurre & Aro, 2000; Rosenblum, 1998). Επομένως, ως αποτέλεσμα της έλλειψης κοινωνικών δεξιοτήτων και πιθανώς πιο περιορισμένων ευκαιριών, τα παιδιά και οι έφηβοι με προβλήματα όρασης ενδέχεται να διατρέχουν κίνδυνο να απομονωθούν κοινωνικά, ιδιαίτερα όταν επιδεινωθεί η όρασή τους, αλλάξουν σχολείο ή όταν εισέρχονται στην εφηβεία (Douglas et al., 2009).

2.6.2. Περιορισμένα κοινωνικά δίκτυα

Οι έφηβοι με προβλήματα όρασης τείνουν να έχουν μικρότερα δίκτυα φίλων και να είναι πιο μοναχικοί από τους βλέποντες συνομηλίκους τους (Kef, 2002; Wolffe & Sacks, 1997). Αυτό έχει μεγάλο αρνητικό αντίκτυπο στην ευημερία των εφήβων αλλά και στην ποιότητα της φιλίας (Rosenbaum & Gortler, 2012). Το κοινωνικό δίκτυο των παιδιών με προβλήματα όρασης, όπως φαίνεται από παλαιότερες έρευνες, περιορίζεται σε μεγάλο βαθμό στα μέλη της οικογένειας, στους συγγενείς και σε άλλα άτομα με αναπηρία (Eaglestein, 1975; Van Hasselt, 1983; Wesolowski, 1987). Στην πιο πρόσφατη έρευνα του RNIB φάνηκε ότι το 21% των παιδιών με προβλήματα όρασης κάτω των 16 ετών δυσκολεύονται να κάνουν φίλους και το ποσοστό αυτό αυξήθηκε σε 33% στην ηλικιακή ομάδα 16-25 ετών (Keil et al., 2001). Με το εύρημα αυτό συνηγορεί και η έρευνα των Huurre & Aro (1998) όπου οι περισσότεροι έφηβοι με προβλήματα όρασης

δήλωσαν ότι δυσκολεύονται να κάνουν φίλους πιο συχνά από τους βλέποντες συνομηλίκους τους. Είναι ενδιαφέρον ότι οι φίλιες στα σχολεία είναι σπάνιες καθώς οι έφηβοι με οπτική αναπηρία νιώθουν ότι δεν μπορούν να επηρεάσουν τις αντιδράσεις και τις αντιλήψεις των βλέπόντων συνομηλίκων τους σχετικά με την αναπηρία τους και ως εκ τούτου απομακρύνονται (Worth, 2013). Οι νέοι με προβλήματα όρασης εκφράζουν ανησυχίες διότι οι βλέποντες δεν ξέρουν πώς να αλληλοεπιδράσουν μαζί τους λόγω της αναπηρίας τους (Rosenblum, 2000). Όταν όμως οι έφηβοι με προβλήματα όρασης καταφέρνουν και δημιουργούν φιλίες, αυτές είτε είναι χαμηλής ποιότητας (Lifshitz et al., 2007) είτε χρειάζεται να προσπαθήσουν περισσότερο για να τις δημιουργήσουν και να τις διατηρήσουν σε σύγκριση με τους βλέποντες συνομηλίκους τους (Leigh & Barclay, 2000). Στην ίδια έρευνα, όμως, φάνηκε ότι οι καλύτεροι φίλοι των νέων με προβλήματα όρασης αναγνώρισαν πως η φιλία τους απαιτούσε επιπλέον προσπάθεια λόγω της αδυναμίας του φίλου τους, αλλά είναι κάτι που αξίζει τον κόπο.

2.6.3. Περιορισμένη χρήση ψηφιακών κοινωνικών δικτύων

Η κοινωνική δικτύωση μέσω διαδικτύου αποτελεί πλέον μέρος της καθημερινής ζωής για τα περισσότερα παιδιά και εφήβους. Σε μια μελέτη παιδιών με προβλήματα όρασης στις ΗΠΑ, αναφέρεται ότι μόνο το 23% των παιδιών ηλικίας 6-12 και το 38% των εφήβων ηλικίας 13-16 ετών χρησιμοποιούσαν email ή chatroom τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα (Kelly & Smith, 2008). Παρόλο που η μελέτη δεν περιλάμβανε ομάδα ελέγχου, οι συγγραφείς σχολιάζουν ότι το ποσοστό αυτό είναι πολύ χαμηλότερο από αυτό που αναφέρεται συνήθως για παιδιά χωρίς προβλήματα όρασης και εκτιμούν ότι αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αποκλεισμό των παιδιών από αυτήν τη μορφή κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Φαίνεται, όμως, ότι σε πιο πρόσφατες έρευνες τα ποσοστά χρήσης των κοινωνικών δικτύων από τα παιδιά με προβλήματα όρασης αυξάνονται αρκετά. Για παράδειγμα, το 76% των εφήβων ηλικίας 14-17 ετών είχαν πρόσβαση στο διαδίκτυο καθημερινά, κυρίως σε ιστοσελίδες κοινωνικής δικτύωσης (Hewett et al., 2012). Επιπλέον, το 91% είχε προφίλ σε ιστότοπο κοινωνικής δικτύωσης και το 25% το χρησιμοποιούσε για να διατηρήσει επαφή με φίλους. Επιπροσθέτως, το 75% είχε

“smartphones” και το 93% χρησιμοποιούσε το κινητό του καθημερινά για να διατηρεί επαφή με φίλους και συγγενείς. Ακόμα, σε ένα καναδικό δείγμα, το 75% των νέων κοινωνικοποιήθηκαν ή έμειναν σε επαφή μέσω διαδικτυακών τόπων και το 26% δήλωσε ότι είχε γνωρίσει νέους ανθρώπους με ηλεκτρονικά μέσα (Gold et al., 2010).

2.6.4. Περιορισμένες κοινωνικές δραστηριότητες

Οι έφηβοι με προβλήματα όρασης προτιμούν να συμμετάσχουν σε πιο παθητικές δραστηριότητες, όπως είναι η παρακολούθηση τηλεόρασης και η ενασχόληση με βιντεοπαιχνίδια (Gold, Shaw & Wolffe, 2010; Jessup, Bundy, Broom & Hancock, 2018) ή σε άλλες προκαθορισμένες δραστηριότητες που είναι μοναχικές και δεν είναι ιδιαίτερα διαδραστικές (Kroksmark & Nordell, 2001). Για παράδειγμα, οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις των παιδιών με προβλήματα όρασης πραγματοποιούνται μέσω διαδικτύου ή μέσω τηλεφώνου, αλλά ο περισσότερος χρόνος αφιερώνεται στο να μένουν μόνοι στο σπίτι (Jessup, Bundy, Hancock & Broom, 2017). Επιπλέον, η μελέτη “Shaping the Future” διαπίστωσε ότι οι πιο συχνές δραστηριότητες για άτομα με προβλήματα όρασης κάτω των 16 ετών ήταν η παρακολούθηση τηλεόρασης ή βίντεο και τα παιχνίδια σε υπολογιστές (Keil et al., 2001). Μόνο το 35% των παιδιών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ανέφεραν κοινωνική επαφή με φίλους ως μια από τις τρεις κύριες δραστηριότητες, εύρημα που οι συγγραφείς συγκρίνουν με την έρευνα NSPCC (Ghate & Daniels, 1997) που συμπεριέλαβε παιδιά χωρίς αναπηρία ηλικίας 12-15 ετών, όπου το 61% περνούσαν χρόνο με φίλους κάθε μέρα. Επιπροσθέτως, οι περιορισμένες σωματικές και κινητικές ικανότητες μειώνουν σημαντικά τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις των ατόμων με προβλήματα όρασης. Η περιορισμένη νυχτερινή όραση των εφήβων παρεμποδίζει τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και τις φιλίες καθώς περιορίζει τις βραδινές δραστηριότητες και συνεπώς τις ευκαιρίες κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Gold, Shaw & Wolffe, 2010). Ομοίως, η έλλειψη δεξιοτήτων κινητικότητας και προσανατολισμού, που αφορούν τη χρήση λευκού μαστουνιού ή σκύλου οδηγού, δημιουργεί εξάρτηση των εφήβων από τους άλλους, κυρίως από τους γονείς μειώνοντας

έτσι την ανεξαρτησία τους στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις τους (Huurre & Aro, 2000; Gold, Shaw & Wolffe, 2010).

2.6.5. Επιπρόσθετοι παράγοντες

Στα παραπάνω αξίζει να αναφερθούν κάποιοι ακόμα παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα μοναξιάς, όπως είναι η σοβαρότητα του προβλήματος στην όραση και η παρουσία του κατά τη γέννηση ή όχι. Οι διαταραχές της όρασης από τη γέννηση συνδέονταν με πιο προβληματικές σχέσεις με φίλους και όσο πιο αυξημένη ήταν η σοβαρότητα του προβλήματος της όρασης τόσο αυξανόταν και το αίσθημα της μοναξιάς (Huurre και Aro, 2000; Jessup, Bundy, Broom & Hancock, 2018). Ωστόσο, μια άλλη μελέτη ανέφερε ότι οι τυφλοί είχαν μεγαλύτερα κοινωνικά δίκτυα από εκείνους με χαμηλή όραση (Gold, Shaw & Wolffe, 2010). Τέλος, η φοίτηση σε γενικό ή ειδικό σχολείο φαίνεται να επηρεάζει τα επίπεδα της μοναξιάς. Οι μαθητές στα γενικά σχολεία ένιωθαν μοναχικοί, ότι δεν γίνονται αποδεκτοί ή ότι δεν ταιριάζουν με τους συμμαθητές τους, καθώς τα άτομα με προβλήματα όρασης δεν μπορούσαν να συμμετάσχουν στη δραστηριότητα που οι συνομήλικοί τους ήταν απασχολημένοι (Jessup, Bundy, Broom & Hancock, 2017; Jessup, Bundy, Broom & Hancock, 2018).

Κεφάλαιο 3: Άγχος

3.1. Ορισμός και συμπτώματα του άγχους / στρες

Το άγχος περιγράφεται ως μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο που είναι άγνωστος ή μη αναγνωρίσιμος (Μάνος, 1997). Η πηγή του φόβου είναι αυτή που διαφοροποιεί το άγχος από τον φόβο και το στρες. Ο φόβος ορίζεται ως συναίσθημα πολύ στενά συνδεδεμένο με το στρες και αφορά σε μια ρεαλιστική απειλή και ανησυχία απέναντι σε έναν πραγματικό κίνδυνο, ενώ το άγχος αφορά μια απροσδιόριστη απειλή (Παλαιολόγου, 2001).

Για να γίνει εύληπτη η έννοια του στρες, είναι αναγκαίο να αναφερθεί το θεμελιώδες μοντέλο του «Συνδρόμου Γενικής Προσαρμογής» (General Adaptation Syndrome-GAS) που διατυπώθηκε από τον Selye (Αντωνίου, 2002). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό υπάρχουν 3 φάσεις προσαρμογής σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα: η αντίδραση συναγερμού, το στάδιο αντίστασης και το στάδιο εξάντλησης. Η πιο κοινή αντίδραση προσαρμογής του οργανισμού, όταν εκτίθεται σε μια απειλή, είναι η αντίδραση πάλης/φυγής. Ο οργανισμός προκειμένου να προετοιμαστεί για μια τέτοια αντίδραση τροποποιεί κάποιες φυσιολογικές λειτουργίες του, με στόχο να αυξήσει την ενέργειά του. Εάν η αντίδραση πάλης ή φυγής του οργανισμού επιτευχθεί, ο οργανισμός ανακτά την ισορροπία του. Διαφορετικά, ο οργανισμός συνεχίζει την προσπάθεια μέχρι να επιτύχει ή να εξαντληθεί. Στην περίπτωση που ο οργανισμός δεν καταφέρει να αντιμετωπίσει την απειλή, τότε εισέρχεται στο τρίτο στάδιο όπου πλέον φαίνονται τα σημάδια εξάντλησης του οργανισμού, λόγω της παρατεταμένης υπερδιέγερσής του (Αντωνίου, 2002).

Σε αντίθεση με το στρες, το άγχος χαρακτηρίζεται από μια πληθώρα συμπτωμάτων σε ψυχικό και σωματικό επίπεδο, όπως αναφέρονται από τον Μαδιανό (2003). Στα ψυχολογικά συμπτώματα συγκαταλέγονται: η ανησυχία και η ανυπομονησία, το αίσθημα απροσδιόριστου φόβου και αγωνίας, η νευρικότητα, η διάσπαση της προσοχής, η δυσκολία στη συγκέντρωση και το αίσθημα μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας. Από την άλλη πλευρά, στα σωματικά συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται: η δύσπνοια, το αίσθημα πνιγμού, το αίσθημα «κόμπου στο λαιμό», ο πόνος στο στήθος, η δυσκαταποσία, το αίσθημα παλμών, τα κρύα χέρια, η λιποθυμική τάση, η ξηροστομία, η ανορεξία, η ναυτία, ο ίλιγγος, τα κοιλιακά άλγη, η μυϊκή τάση, η κινητική ανησυχία, ο τρόμος, η αδυναμία, η ζάλη, οι εφιδρώσεις, η συχνοουρία και η κεφαλαλγία τάσης (Μαδιανός, 2003).

3.2. Το άγχος στην παιδική και εφηβική ηλικία

Μέχρι προσφάτως το άγχος στην παιδική ηλικία δεν τύγχανε ιδιαίτερου ενδιαφέροντος, επειδή οι εκφάνσεις του θεωρούνταν «ασταθείς» και επικρατούσε η

λανθασμένη αντίληψη ότι «ξεπερνιέται» από μόνο του κατά την παιδική ηλικία (Αγγελοσοπούλου, Ρούση-Βέργου & Ζαφειροπούλου, 2012). Παρόλα αυτά, η παρουσία του άγχους στην παιδική ηλικία αυξάνει το μελλοντικό κίνδυνο ανάπτυξης κάποιας αγχώδους διαταραχής ή και άλλης διαταραχής (Kovacs, 2006). Οι αγχώδεις διαταραχές είναι παγκοσμίως οι επικρατέστερες ψυχιατρικές διαταραχές στην παιδική ηλικία, αντιπροσωπεύοντας το 10% του γενικού πληθυσμού (Bienvenu & Ginsburg, 2007; Costello et al., 2003; Monga, Young & Owens, 2009).

Τα παιδιά εσωτερικεύουν τα προβλήματά τους εκφράζοντας ανησυχία, απόσυρση, απομόνωση, φοβίες και σωματικά συμπτώματα (Achenbach, 1991; 1996). Κατά τη σύγκριση παιδιών με προβλήματα εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης, φαίνεται ότι τα αγχώδη παιδιά (δηλαδή με προβλήματα εσωτερίκευσης) είναι ντροπαλά, συνεσταλμένα, λιγότερο διεκδικητικά, υπερευαίσθητα στην κριτική, αποσυρμένα, έχουν χαμηλή αυτό-αντίληψη και ελλείψεις δεξιότητες στις σχέσεις με τους συνομηλίκους (Ginsburg, La Greca & Silverman, 1998). Ακόμα, αντιμετωπίζουν εμπόδια στην ακαδημαϊκή τους απόδοση καθώς δυσκολεύονται να ξεκινήσουν και να ολοκληρώσουν εργασίες εξαιτίας του φόβου ότι αυτό που κάνουν «δεν είναι ποτέ αρκετό» (Barrett & Pahl, 2006).

Τα αγχώδη παιδιά εμφανίζουν από νωρίς μοτίβα συμπεριφορών που προβλέπουν τη μελλοντική εμφάνιση των αγχωδών διαταραχών. Οι αναφορές γονέων αποκαλύπτουν ότι τα παιδιά με αγχώδεις διαταραχές έχουν ένα ιστορικό δύσκολης ιδιοσυγκρασίας ως βρέφη (κλάματα, ιδιοτροπίες, ευερεθιστότητα, δυσκολία να κατευναστούν) και βιώνουν περισσότερους φόβους ως νήπια (Rapee, 1997). Επιπλέον, εμφανίζουν μεγαλύτερα προβλήματα προσαρμογής σε συνήθεις καθημερινές δραστηριότητες από τους συνομηλίκους τους που δεν έχουν αγχώδεις διαταραχές (Rapee, 1997). Εν συνεχεία, η αποφυγή καταστάσεων που προκαλούν άγχος, οι ανεπαρκείς δεξιότητες (όπως κοινωνικές, συναισθηματικές, σχολικές), η γνωστική μεροληψία στην ερμηνεία των καταστάσεων ως απειλητικών, οι αρνητικές εμπειρίες και η υπερπροστατευτική /περιοριστική συμπεριφορά γονέα/φροντιστή αποτελούν παράγοντες διατήρησης/ενίσχυσης του άγχους (Vasey & Dadds, 2001; Ollendick, Vasey & King, 2001). Το διαρκές αίσθημα ανησυχίας στην παιδική και εφηβική ηλικία έχει άμεσες συνέπειες στη λειτουργικότητα, που μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στο θάνατο. Τα

άσχημα ακαδημαϊκά επιτεύγματα, η απομόνωση, οι δύσκολες κοινωνικές σχέσεις και η αυτοκτονία είναι μερικές από τις συνέπειες του άγχους (Sanders & Wills, 2003).

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας θα παρουσιαστούν οι αγχώδεις διαταραχές έτσι όπως ορίζονται από το DSM-IV. Πιο συγκεκριμένα, θα περιγραφούν η διαταραχή πανικού/αγοραφοβία, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και το κοινωνικό άγχος (κοινωνική φοβία). Επιλέχθηκε η προηγούμενη έκδοση του DSM για την παρουσίαση των διαταραχών καθώς το ερωτηματολόγιο της παρούσας μελέτης είναι το Spence Children's Anxiety Scale (SCAS), κλίμακα που βασίζεται στο DSM-IV. Μεταξύ των δύο εκδόσεων του διαγνωστικού στατιστικού εγχειριδίου υπάρχουν ορισμένες διαφορές. Δεδομένου ότι η παρούσα εργασία δεν έχει διαγνωστικό στόχο, θεωρήθηκε ότι αυτό δεν θα δημιουργήσει πρόβλημα.

3.3. Διαταραχή πανικού με και χωρίς αγοραφοβία

Σύμφωνα με το DSM-IV (APA, 1994) οι κρίσεις πανικού περιλαμβάνουν μια σειρά έντονων σωματικών, συναισθηματικών και γνωστικών συμπτωμάτων που προκύπτουν από έναν έντονο φόβο/δυσφορία χωρίς πραγματικό και επικείμενο κίνδυνο. Η εκδήλωση του πανικού είναι αιφνίδια και συνήθως κορυφώνεται μετά από 10 περίπου λεπτά. Στα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνονται: ταχυπαλμίες, εφίδρωση, τρόμος, σύντομες αναπνοές, αίσθηση ασφυξίας ή και θανάτου, πόνος στο στήθος, ζαλάδα, έντονη ανάγκη διαφυγής, αίσθηση απώλειας του ελέγχου ή και τρέλας και αίσθηση αποδόμησης της προσωπικότητας. Οι κρίσεις πανικού μπορεί να είναι απροσδόκητες ή να προκληθούν από καταστάσεις ή συνθήκες του περιβάλλοντος (π.χ. πλήθος, ύψη, κλειστοί χώροι). Η διαταραχή πανικού διαγιγνώσκεται όταν ένα άτομο υποφέρει από επαναλαμβανόμενες ή απροσδόκητες κρίσεις πανικού ή το απασχολούν έμμονοι φόβοι ότι θα πάθει κρίσεις πανικού. Η διαταραχή πανικού μπορεί να διαγνωστεί με ή χωρίς αγοραφοβία (π.χ. φόβος για δημόσιους χώρους). Αυτό οδηγεί σε συμπεριφορές αποφυγής που μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου.

Η πρώτη εμφάνιση της διαταραχής πανικού τοποθετείται μεταξύ ύστερης εφηβείας και αρχών της τέταρτης δεκαετίας της ζωής, με ποσοστό διά βίου επιπολασμού

που φτάνει στο 3,5% σε κοινοτικό δείγμα. Οι γυναίκες έχουν διπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης της διαταραχής (APA, 1994). Ο επιπολασμός της διαταραχής πανικού στους εφήβους είναι όμοιος αλλά ο επιπολασμός των κρίσεων πανικού είναι σημαντικά υψηλότερος από ότι στους ενήλικες (Hayward, Killen & Taylor, 1989). Τα συμπτώματα των κρίσεων πανικού στην εφηβεία μοιάζουν με εκείνα των ενηλίκων, ενώ οι έφηβοι συχνότερα κάνουν λόγο για ναυτία, ταχυπαλμία, γρήγορη αναπνοή και ακραίες θερμοκρασίες (WILMSHURST, 2011). Αντιθέτως, οι κρίσεις πανικού στην παιδική ηλικία συνήθως δεν είναι απροσδόκητες και αποτελούν συνάρτηση γεγονότων (Ollendick, 1998).

Η διαταραχή πανικού με αγοραφοβία φαίνεται να είναι οικογενειακή υπόθεση καθώς γονείς και παιδιά υποφέρουν από την ίδια διαταραχή (Last et al., 1991). Η διαταραχή πανικού σε παιδιά και εφήβους συνοδεύεται συχνά από συμπτώματα κατάθλιψης και αυξημένη ευαισθησία στο άγχος (Kearney et al., 1997). Επίσης, η αλληλεπίδραση της ιδιοσυγκρασίας (υψηλή αντιδραστικότητα και συμπεριφορική αναστολή) και προβλημάτων προσκόλλησης (δυσφορία για τον αποχωρισμό) δημιουργούν μια ευαλωτότητα στα παιδιά αυτά για πιθανή εμφάνιση της διαταραχής πανικού (Ollendick, 1998).

3.4. Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (ΓΑΔ) χαρακτηρίζεται από υπερβολική ανησυχία αναφορικά με περιστάσεις, γεγονότα ή συγκρούσεις της καθημερινότητας. Το άγχος είναι δύσκολο να ελεγχθεί, προκαλεί υποκειμενική δυσφορία και ελλείμματα σε σημαντικούς τομείς της ζωής του ατόμου. Η αγχώδης αντίδραση αποτελεί ένα «προσανατολισμένο προς το μέλλον συναίσθημα» που συνοδεύεται από μια αίσθηση «μη ελεγχσιμότητας και μη προβλεψιμότητας» σχετικά με ένα «δυσνητικά αρνητικό γεγονός» (Barlow, 2002). Προκειμένου να περιοριστεί η δυσάρεστη κατάσταση της υπερδιέγερσης, το άτομο οδηγείται στην αποφυγή καταστάσεων ή γεγονότων που πυροδοτούν την αγχώδη αντίδραση παρεμποδίζοντας την φυσιολογική ανάπτυξη.

Τα παιδιά με ΓΑΔ παρουσιάζουν ένα ή παραπάνω από τα παρακάτω συμπτώματα: αεικινήσια/νευρικότητα, εύκολη κόπωση, ευερεθιστότητα, προβλήματα συγκέντρωσης, μυϊκή ένταση και προβλήματα ύπνου. Τα παιδιά ηλικίας 9-13 ετών που πάσχουν από ΓΑΔ αναφέρουν συχνά σωματικά προβλήματα (Kendall & Pimentel, 2003). Τα παιδιά με ΓΑΔ εκφράζουν ανησυχίες για θέματα επίδοσης τόσο σε ακαδημαϊκό όσο και σε επίπεδο αναψυχής (αθλητισμός), απαιτώντας υπερβολική επιβεβαίωση. Χαρακτηρίζονται από υπερβολική τελειομανία, συμμόρφωση με τους κανόνες και άρνηση να εμπλακούν σε δραστηριότητες εκτός σπιτιού (WILMSHURST, 2011). Το άγχος και οι αγχώδεις διαταραχές είναι από τις πιο συνήθεις διαταραχές που εμφανίζονται στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία. Τα ποσοστά ετήσιου επιπολασμού για τις αγχώδεις διαταραχές στην παιδική ηλικία εκτιμάται ότι ανέρχονται στο 13% του πληθυσμού (Costello et al., 1996). Η διαταραχή έχει πρόωμη ηλικία έναρξης, μεταξύ 8 και 10 ετών (Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1992).

3.5. Κοινωνικό άγχος (Κοινωνική φοβία)

Ως κοινωνικό άγχος χαρακτηρίζεται η κατάσταση ενός εξέχοντα φόβου μιας ή περισσοτέρων κοινωνικών καταστάσεων στις οποίες το άτομο εκτίθεται σε άγνωστο περιβάλλον ή σε πιθανό έλεγχο από άλλα άτομα (APA, 1994). Τα άτομα με συμπτώματα κοινωνικού άγχους ανησυχούν ότι θα παρουσιάσουν συμπτώματα άγχους (π.χ. κοκκίνισμα ή φωνή που τρέμει) και θα προκαλέσουν αρνητική αξιολόγηση από άλλους. Τα συμπτώματα κοινωνικού άγχους είναι κοινά στην παιδική και εφηβική ηλικία με αυτά των ενηλίκων, όπως προσδιορίζονται από το DSM-IV, με την υποσημείωση ότι το άγχος μπορεί να εμφανιστεί όχι μόνο με την παρουσία ενηλίκων ατόμων αλλά και παιδιών.

Το κοινωνικό άγχος συνήθως κάνει την εμφάνισή του παράλληλα με την έναρξη της εφηβείας. Κατά την ηλικιακή αυτή περίοδο, τα άτομα έχουν επίγνωση ότι ο φόβος των κοινωνικών καταστάσεων είναι παράλογος, ενώ τα παιδιά μπορεί να μην έχουν επίγνωση του παράλογου φόβου. Και στις 2 ηλικιακές ομάδες η δυσκολία έγκειται στην αδυναμία τους να τον ελέγξουν. Τα συμπτώματα της διαταραχής εξακολουθούν να υφίστανται καθ' όλη τη διάρκεια της εφηβείας (Kessler et al., 2012; Nelemans et al.,

2014) δυσχεραίνοντας σημαντικά την ευημερία των εφήβων, τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και τα ακαδημαϊκά επιτεύγματά τους. Τα κορίτσια φαίνεται να έχουν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικού άγχους σε σύγκριση με τα αγόρια από την πρώιμη εφηβεία και μετά (Erkins & Heckler, 2011; Nelemans et al., 2016; Ranta et al., 2007; Storch et al., 2004; Tillfors et al., 2012). Η έναρξη της διαταραχής στην παιδική ηλικία είναι σημαντικά μικρότερη και υπολογίζεται μεταξύ 1% και 2% (Beidel, Turner & Morris, 1999). Τα συμπτώματα του κοινωνικού άγχους στα μικρά παιδιά εκδηλώνονται με την άρνηση των κοινωνικών καταστάσεων ακολουθούμενα από ξεσπάσματα οργής, κλάματα ή «πάγωμα». Επιπλέον, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα συννοσηρότητας με μία άλλη αγχώδη διαταραχή καθώς το 27% των παιδιών με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και το 5% των παιδιών με διαταραχή άγχους του αποχωρισμού είχαν κοινωνικό άγχος (Bernstein & Borchardt, 1991) ενώ είναι πιθανότερο τα παιδιά αυτά αργότερα να εμφανίσουν κατάθλιψη (Last et al., 1992).

Η θεωρία αυτό-παρουσίασης (Self-presentational Theory) προτείνει ότι οι άνθρωποι βιώνουν κοινωνικό άγχος όταν έχουν ένα κίνητρο να κάνουν ιδιαίτερες εντυπώσεις σε άλλους, αλλά αμφιβάλουν για το αν θα τα καταφέρουν (Leary, 1983; Schlenker & Leary, 1982). Η θεωρία βασίζεται στην υπόθεση ότι οι αντιληπτές αποτυχίες αυτο-παρουσίασης οδηγούν σε άγχος, επειδή το άτομο αποτυγχάνει να δημιουργήσει καλές εντυπώσεις και αυτό με τη σειρά του παρεμβαίνει στην επίτευξη πολλών επιθυμητών στόχων (όπως το να κάνει φίλους και να βρει δουλειά). Όμως, το κοινωνικό άγχος δεν είναι παρόν μόνο κατά την προσπάθεια των ατόμων να δημιουργήσουν καλές εντυπώσεις στους άλλους. Για παράδειγμα, μερικοί άνθρωποι αισθάνονται άβολα να μιλάνε στους υπαλλήλους των καταστημάτων. Στις περιπτώσεις αυτές, η θεωρία του κοινωνικού αποκλεισμού υποθέτει ότι η απειλή μπορεί να είναι βαθύτερη, προκαλώντας ανησυχίες σχετικά με την ικανότητα κάποιου να γίνει αποδεκτός και να παραμείνει μέλος ομάδων (Leary, 1990).

3.6. Αγχώδεις διαταραχές: από το DSM-IV στο DSM-5

Μεταξύ των δύο τελευταίων εκδόσεων του διαγνωστικού στατιστικού εγχειριδίου της Αμερικανικής Ένωσης Ψυχιάτρων υπάρχουν ορισμένες διαφορές στα διαγνωστικά κριτήρια των κρίσεων πανικού, της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και του κοινωνικού άγχους. Η διάγνωση των κρίσεων πανικού και της αγοραφοβίας διαφέρει σε ορισμένα καίρια σημεία (Asmundson, Taylor & Smits, 2014). Αρχικά, η διαταραχή πανικού και η αγοραφοβία αποτελούν πλέον ξεχωριστές διαγνωστικές κατηγορίες. Επιπροσθέτως, οι κρίσεις πανικού είναι προσδιοριστής σε οποιαδήποτε διάγνωση του DSM- 5. Ακόμα, έγινε σαφέστερη η διάκριση της αγοραφοβίας από την ειδική φοβία ενώ για τη διάγνωση της αγοραφοβίας απαιτείται η εμφάνιση των συμπτωμάτων για τουλάχιστον έξι μήνες. Τέλος, πραγματοποιήθηκαν αλλαγές στην περιγραφή της διαταραχής. Όσον αφορά τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, δεν παρατηρούνται αλλαγές ανάμεσα στις δύο τελευταίες εκδόσεις του DSM.

Το άγχος των κοινωνικών καταστάσεων αναφέρεται στο DSM-IV ως κοινωνική φοβία ενώ στο DSM-5 ως κοινωνική αγχώδης διαταραχή. Η διαφορά όμως είναι πιο ουσιαστική. Πριν από την πέμπτη του έκδοση, το DSM απέκλειε τη διάγνωση της διαταραχής του κοινωνικού άγχους στα άτομα με χρόνιες παθήσεις, υποθέτοντας ότι οι φόβοι τους σχετιζόνταν αποκλειστικά με τις ανησυχίες για την σωματική τους κατάσταση (APA, 1994). Πλέον, το DSM-5 αναγνωρίζει την εμφάνιση της διαταραχής του κοινωνικού άγχους κατά την ταυτόχρονη παρουσία σωματικής πάθησης. Αυτή η αλλαγή αναγνωρίζει ότι η κοινωνική διαταραχή άγχους μπορεί να είναι δευτερεύουσα σε μια ιατρική συνθήκη και η οποία αξίζει κλινική και ερευνητική προσοχή (Heimberg et al., 2014). Μια ακόμα διαφορά μεταξύ των δύο εκδόσεων του εγχειριδίου έγκειται στο γεγονός ότι στην πέμπτη έκδοση δεν απαιτείται πλέον από το άτομο να αναγνωρίσει ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός ή παράλογος, αλλά σημειώνεται ότι ο φόβος δεν είναι ανάλογος με την πραγματική απειλή που δημιουργεί η κατάσταση.

Το κοινωνικό άγχος σε εφήβους με σωματικά προβλήματα συνοδεύεται από ορισμένους βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Οι έφηβοι ασθενείς που έχουν υψηλά και σταθερά στο χρόνο σκορ στο κοινωνικό άγχος ήταν πιο πιθανό να έχουν περισσότερα γνωστικά ελλείμματα, χαμηλότερα ποσοστά κοινωνικής συμμετοχής, μικρότερη υποστήριξη από τους συμμαθητές και λιγότερο θετική οικογενειακή λειτουργία σε σύγκριση με την ομάδα που προέρχονταν από το ίδιο δείγμα αλλά είχε χαμηλά επίπεδα

κοινωνικού άγχους (McDougall, DeWit & Wright, 2019). Το κοινωνικό άγχος δεν δημιουργεί μόνο προβλήματα στα παιδιά με σωματικά προβλήματα και διάφορες δυσκολίες, αλλά φαίνεται να είναι και μεγαλύτερο στους πληθυσμούς αυτούς, όπως τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες. Μια μελέτη που διεξήχθη στο Ισραήλ συνέκρινε το κοινωνικό άγχος, συμπεριλαμβάνοντας 70 Χριστιανούς Άραβες μαθητές ηλικίας 12-13 ετών (Peleg, 2011). Οι μαθητές χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες: μια ομάδα μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες που φοιτούσαν σε ειδική τάξη, μια ομάδα μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες που φοιτούσαν σε γενική τάξη και μια ομάδα μαθητών χωρίς μαθησιακές δυσκολίες που φοιτούσαν σε γενική τάξη. Από τη μελέτη αναδείχθηκε πως οι μαθητές χωρίς μαθησιακές δυσκολίες ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικού άγχους από τις άλλες δύο ομάδες μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες. Επίσης, οι μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες που φοιτούσαν σε γενική τάξη ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικού άγχους από ό,τι αυτοί στην ειδική τάξη (Peleg, 2011).

3.7. Το άγχος σε άτομα με οπτική αναπηρία

Η ίδια η διαδικασία προσαρμογής στην τύφλωση (όπως και σε κάθε απώλεια) έχει ένα ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο που προσδιορίζεται από ορισμένες φάσεις: αποδοχή, άρνηση και κατάθλιψη / άγχος. Η αποδοχή είναι αναμφίβολα η καλύτερη απάντηση. Η άρνηση, που είναι ένας ασυνείδητος αμυντικός μηχανισμός, μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να βοηθήσει την προοδευτική αποδοχή του μειονεκτήματος. Αυτές οι εναλλαγές των σταδίων μπορεί να μειώσουν το άγχος που διαφορετικά θα μπορούσε να γίνει διάχυτο (Hallemani, Kale & Gholap, 2012). Πράγματι, οι έρευνες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους σε παιδιά με προβλήματα όρασης σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους (Hamurcu et al., 2016; Mbugua & Okul, 2013). Το άγχος με τη σειρά του επηρεάζει την ψυχολογική τους σταθερότητα, οδηγεί σε αδυναμία συγκέντρωσης, αυξάνει το αίσθημα της εγκατάλειψης και της έλλειψης σεβασμού από τους άλλους (Mbugua & Okul, 2013). Μια ακόμα έρευνα αναδεικνύει τα υψηλότερα επίπεδα άγχους

σε παιδιά με στραβισμό¹. Πιο συγκεκριμένα το συνολικό άγχος (όπως εκτιμάται από την κλίμακα SCARED), το άγχος αποχωρισμού και η σχολική φοβία ήταν αυξημένα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου που αποτελούνταν από παιδιά χωρίς στραβισμό (Cumurcu et al., 2011).

3.8. Το κοινωνικό άγχος σε άτομα με οπτική αναπηρία

Συχνές είναι οι αναφορές εμφάνισης του κοινωνικού άγχους δευτερογενώς σε ασθενείς με στραβισμό. Ο στραβισμός μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα πολλές αρνητικές ψυχοκοινωνικές συνέπειες για τους πάσχοντες ασθενείς (Paysse et al., 2001) στην εικόνα του εαυτού και στις διαπροσωπικές σχέσεις με συνέπεια το κοινωνικό άγχος (Menon et al., 2002). Πάνω από τους μισούς (δηλαδή το 53,1%) των ασθενών, ηλικίας 15 έως 65 ετών, με στραβισμό είχαν συμπτώματα κοινωνικού άγχους τη στιγμή που το αντίστοιχο ποσοστό των ατόμων που δεν είχαν διαγνωστεί με στραβισμό ήταν μόλις 17,4% (Bez et al., 2009). Το κοινωνικό άγχος φαίνεται να μειώνεται όμως μετά την επέμβαση, που συχνά υποβάλλονται τα άτομα με στραβισμό ως μέσο της θεραπείας τους. Προεγχειρητικά, η διάγνωση του κοινωνικού άγχους δόθηκε σε πάνω από τους μισούς ασθενείς (δηλαδή στο 54,8%), ενώ μετεγχειρητικά μόνο το 19,4% των ασθενών πληρούσαν τα κριτήρια για τη διάγνωση του κοινωνικού άγχους (Alpak et al., 2014). Όμοια είναι τα αποτελέσματα και στα παιδιά με στραβισμό, ηλικίας 8 έως 12 ετών, όπου τα επίπεδα κοινωνικού άγχους ήταν υψηλότερα σε σύγκριση με τους υγιείς συνομηλίκους τους (Cumurcu et al., 2011). Το κοινωνικό άγχος στα παιδιά με οπτική αναπηρία δεν μειώνει μόνο την υποκειμενική ευημερία και την ποιότητα ζωής, αλλά έχει αντίκτυπο και στη λειτουργία των κοινωνικών ρόλων και την εξέλιξη της σταδιοδρομίας τους (Wittchen & Fehm, 2003).

¹Ο στραβισμός είναι η έλλειψη ευθυγράμμισης ενός ή και των δύο ματιών με αποτέλεσμα η γραμμή όρασης να μην δείχνει το ίδιο αντικείμενο και για τους δύο οφθαλμούς, κατάσταση που προκαλείται από μια ανισορροπία στους εξωτερικούς οφθαλμικούς μύες που ελέγχουν την θέση των ματιών. Στα παιδιά με στραβισμό, ο εγκέφαλος μπορεί να μάθει να αγνοεί το οπτικό ερέθισμα από το ένα μάτι οδηγώντας σε αμβλυωπία, μια πιθανώς μόνιμη μείωση της όρασης σε αυτό το μάτι (ICD tenth revision, 2004).

3.9. Σχέση Μοναξιάς και Κοινωνικού Άγχους

Η συστολή, ο φόβος επικοινωνίας, η αμηχανία και η ντροπή είναι ορισμένα χαρακτηριστικά που περιγράφονται ως μια υποκειμενική εμπειρία συναισθηματικής δυσφορίας σε πραγματικές ή αναμενόμενες κοινωνικές καταστάσεις. Τα παραπάνω απαντώνται τόσο στη μοναξιά όσο και στο κοινωνικό άγχος (Buss, 1980; Schlenker & Leary, 1982). Φαίνεται, λοιπόν, να υπάρχει μια σχέση μεταξύ των δύο βιωμάτων που έχει γίνει αντικείμενο έρευνας. Η μοναξιά και τα συμπτώματα κοινωνικού άγχους έχουν αμοιβαία σχέση στην πάροδο του χρόνου στον ενήλικο πληθυσμό, ενώ τα συμπτώματα κοινωνικού άγχους προβλέπουν καταθλιπτικά συμπτώματα μέσω της μοναξιάς (Lim et al., 2016). Ακόμα, η μοναξιά, το κοινωνικό άγχος και η κοινωνική αποφυγή σχετίζονται (Lau και Kong, 1999) αλλά ταυτόχρονα είναι διακριτά προβλήματα (Crick & Ladd, 1993; Stark et al., 1993).

Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα μελετών που έχουν διεξαχθεί με παιδιά και εφήβους. Σε μια διαχρονική μελέτη στους πληθυσμούς αυτούς, φάνηκε μια αμοιβαία σχέση μεταξύ μοναξιάς και κοινωνικού άγχους (Prinstein & La Greca, 2002) ενώ τα συμπτώματα κοινωνικού άγχους φαίνεται χρονικά να προηγούνται της μοναξιάς (Gallagher et al., 2014). Τέλος, προσπαθώντας να μελετηθούν εις βάθος οι σχέσεις αυτές, οι Danne et al., (2019) μέτρησαν και τα καταθλιπτικά συμπτώματα στην εφηβική ηλικία. Από εκεί φάνηκε ότι υπάρχει σημαντική έμμεση επίδραση της εφηβικής μοναξιάς μέσω συμπτωμάτων κοινωνικού άγχους στα καταθλιπτικά συμπτώματα που εμφανίζονται 2 χρόνια αργότερα.

Κεφάλαιο 4: Επιπτώσεις της πανδημίας του COVID-19 και ψυχική υγεία

4.1. Η έναρξη της πανδημίας

Την 31η Δεκεμβρίου 2019, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), και πιο συγκεκριμένα το γραφείο της Κίνας, έλαβε πληροφορίες σχετικά με το ξέσπασμα μιας

σειράς κρουσμάτων πνευμονίας στο Wuhan, Hubei, στην Κίνα. Η αιτία ήταν ακόμη άγνωστη, αν και η κλινική εκδήλωση έμοιαζε με ιογενή πνευμονία. Μια εβδομάδα αργότερα, ένα νέο coronavirus, 2019-nCoV, απομονώθηκε σε εργαστήριο στην Κίνα και οι πληροφορίες κοινοποιήθηκαν παγκοσμίως προκειμένου να αναπτυχθούν διαγνωστικά τεστ. Στο μεταξύ, είχε ξεκινήσει η εξάπλωση του ιού σε γειτονικές ασιατικές χώρες, στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ. Η εξάπλωση ήταν ταχύτερη καθώς μέχρι τα τέλη Φεβρουαρίου, ο ιός είχε εξαπλωθεί σε χώρες σε όλο τον κόσμο. Ως αποτέλεσμα της εξάπλωσης του ιού, στις 11 Μαρτίου, ο ΠΟΥ κήρυξε την πανδημία του Novel coronavirus 2019-nCoV.

Η πρώτη επιβεβαιωμένη περίπτωση COVID-19 στην Ελλάδα ήταν μια Ελληνίδα που επέστρεψε στη χώρα από τη Βόρεια Ιταλία στις 26 Φεβρουαρίου. Από την επόμενη μέρα, η ελληνική κυβέρνηση άρχισε να επιβάλλει μέτρα κατά της εξάπλωσης του COVID-19, όπως η ματαίωση του φεστιβάλ Καρναβαλιού, η επιλεκτική αναστολή σχολείων και πολιτιστικών εκδηλώσεων. Λίγο αργότερα, δηλαδή στις 10 Μαρτίου, και ενώ οι επιβεβαιωμένες περιπτώσεις COVID-19 ανέρχονταν σε 89, η ελληνική κυβέρνηση προχώρησε στο κλείσιμο όλων των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων σε εθνικό επίπεδο. Κατόπιν, στις 23 Μαρτίου επιβλήθηκαν αυστηρότερα μέτρα που επέβαλαν περιορισμό της κυκλοφορίας και απαγόρευση των άσκοπων μετακινήσεων σε όλη την επικράτεια (το αναφερόμενο από τους περισσότερους ως lockdown), χρονική στιγμή που οι επιβεβαιωμένες περιπτώσεις COVID-19 ανέρχονταν σε 695 και οι θάνατοι που σχετίζονται με τον COVID-19 σε 17. Επιπλέον, ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας δημοσίευσε κατευθυντήριες γραμμές για προληπτικούς ελέγχους από και προς άλλες χώρες καθώς και για αυτοπεριορισμό στο σπίτι για 2 εβδομάδες σε περίπτωση έκθεσης ή πιθανής έκθεσης στο COVID-19. Τα αυστηρά αυτά μέτρα περιορισμού μετακινήσεων ίσχυαν έως τις 4 Μαΐου 2020, χρονική στιγμή που ολοκληρώθηκε το πρώτο διάστημα απαγόρευσης κυκλοφορίας.

Ακολούθησαν 6 μήνες στους οποίους επιτρεπόταν η κυκλοφορία του πληθυσμού χωρίς περιορισμούς και χωρίς ειδικές άδειες με επιβολή ορισμένων μέτρων κατά περιόδους όπως η υποχρεωτική χρήση της μάσκας σε όλους τους κλειστούς χώρους, η απαγόρευση μετακινήσεων από και προς τη χώρα κ.α. Στις 7 Νοεμβρίου του 2020 επιβλήθηκε νέα απαγόρευση της κυκλοφορίας καθώς παρατηρήθηκε ραγδαία αύξηση των καθημερινών κρουσμάτων, των σχετιζόμενων θανάτων με τον ιό και των ασθενών

που ήταν διασωληνωμένοι σε όλες τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας της χώρας. Η παρούσα έρευνα είχε ξεκινήσει πριν την επιβολή των μέτρων και ολοκληρώθηκε κατά τη διάρκειά της.

4.2. Πανδημίες παρελθόντων ετών και ψυχική υγεία

Σε παρελθοντικές πανδημικές καταστάσεις, συμπτώματα στην ψυχική υγεία κάνουν την εμφάνισή τους στο γενικό πληθυσμό υπό τον φόβο της εξάπλωσης της μολυσματικής ασθένειας. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας του Έμπολα, που έπληξε τη Δυτική Αφρική το 2013, μια μελέτη αποκάλυψε ότι τα μέλη της κοινωνίας βίωσαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και στρες (Shultz et al., 2016). Κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης της γρίπης των χοίρων H1N1, το 30% του πληθυσμού στη Μ. Βρετανία ανέφερε ότι είναι εξαιρετικά ανήσυχο αναφορικά με τη μόλυνση του ιού (Rubin, Potts & Michie, 2010). Την ίδια περίοδο καταγράφηκαν στην Ελλάδα σε διάστημα 10 μηνών (Μάιος 2009-Φεβρουάριος 2010) 140 θάνατοι που σχετίζονται με τον H1N1 μεταξύ 18.075 επιβεβαιωμένων εργαστηριακών περιπτώσεων (Centers for Disease Control and Prevention, CDC, 2010). Η εξάπλωση αυτή όμως δεν ήταν αρκετή για να επηρεαστεί ο ελληνικός πληθυσμός, συνεπώς η μόνη έρευνα που διεξήχθη μελέτησε την ψυχολογική επίδραση του H1N1 στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, αναδεικνύοντας ότι πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες (56,7%) ανέφεραν ότι βίωσαν μεγάλη ανησυχία (Goulia et al., 2010).

Η Ελλάδα έχει επηρεαστεί και από άλλες πανδημίες / επιδημίες στον 21^ο αιώνα οι οποίες είχαν μικρότερο αντίκτυπο στο γενικό πληθυσμό και στο σύστημα υγείας. Σε αυτές συγκαταλέγονται το ξέσπασμα του ιού του Δυτικού Νείλου (2010-2011) και του ιού ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (2011). Σε αυτές τις περιπτώσεις, δεν αξιολογήθηκε ο ψυχολογικός αντίκτυπος στο γενικό πληθυσμό, καθώς ο αριθμός των θανάτων λόγω του ιού του Δυτικού Νείλου ήταν περιορισμένος, ενώ η επιδημία του HIV περιορίστηκε σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό (Bonovas & Nikolopoulos, 2012). Τέλος, αναφορικά με την επιδημία SARS 2003,

παρόλο που τα ελληνικά νοσοκομεία έλαβαν μέτρα και ετοιμάστηκαν να δεχθούν κρούσματα, η επιδημία δεν επηρέασε την Ελλάδα.

4.3. Επιπτώσεις της πανδημίας του Κορωνοϊού / COVID-19 στην ψυχική υγεία

Η πανδημία του COVID-19 έχει αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των ανθρώπων όλων των ηλικιών και πολιτισμών. Από την μια πλευρά βρίσκεται η απειλή για την σωματική υγεία του ατόμου και του περίγυρού του και από την άλλη πλευρά βρίσκονται τα περιοριστικά μέτρα που εφαρμόστηκαν από την πρώτη στιγμή της εξάπλωσης της πανδημίας και συνεχίζουν έως αυτή τη στιγμή, όπως η απαγόρευση της κυκλοφορίας, η κοινωνική αποστασιοποίηση ή απομόνωση, η χρήση μάσκας, προκειμένου να περιοριστεί η εξάπλωση του ιού. Όλες αυτές οι πρωτόγνωρες συνθήκες έχουν μεγάλη επιρροή στην ψυχική υγεία καθώς πρόσφατη έρευνα δείχνει ότι ο φόβος της λοίμωξης, η πλήξη, τα συναισθήματα της απογοήτευσης και η απαγόρευση των δραστηριοτήτων μπορεί να προκαλέσει σοβαρή ψυχολογική δυσφορία (Brooks et al., 2020), ενώ η απαγόρευση της κυκλοφορίας θα μπορούσε να οδηγήσει σε άγχος, ιδεοληψίες ή παραληρητικές σκέψεις και μηρυκασμό σε ευάλωτα άτομα (Mucci, Mucci & Diolaiuti, 2020).

Οι Choi et al., (2020) παρατήρησαν ότι η άνευ προηγουμένου κρίση στην παγκόσμια υγεία που δημιουργήθηκε από την πανδημία COVID-19 οδήγησε σε μια «δεύτερη πανδημία» στην ψυχική υγεία. Αυτό θα επηρεάσει ουσιαστικά όλο τον πληθυσμό - παιδιά, εφήβους, ενήλικες, ηλικιωμένους - και ως εκ τούτου πρέπει να αντιμετωπιστεί ταυτόχρονα, παρά το ήδη καταβεβλημένο σύστημα ιατρικής περίθαλψης. Οι Dalton et al., (2020) διαπίστωσαν ότι υπάρχει μια επιτακτική ανάγκη φροντίδας του ενήλικου πληθυσμού, κάνοντας αόρατη την επείγουσα ψυχολογική ανάγκη των παιδιών που αντιπροσωπεύουν πάνω από το 42% του παγκόσμιου πληθυσμού. Στην παρούσα ενότητα θα αναφερθούμε στις επιπτώσεις της πανδημίας στη μοναξιά, στο άγχος και στη γενικότερη ανησυχία που προκαλούν οι επικρατούσες συνθήκες κυρίως σε παιδιά και εφήβους.

4.3.1. Η μοναξιά εν μέσω της πανδημίας του Κορωνοϊού / COVID-19

Η κοινωνική απομόνωση μπορεί να προκαλέσει διάφορα προβλήματα, όπως συναισθηματική διαταραχή, διαταραχές του ύπνου, άγχος, στρες, επαγγελματική εξουθένωση, συναισθήματα αβεβαιότητας, φόβου και απελπισίας (Hawryluck et al., 2004; Holt-Lunstad et al., 2015; Mushtaq et al., 2014; Shultz et al., 2016). Η κοινωνική αποστασιοποίηση, που επιβλήθηκε σε ορισμένες χώρες ή συστάθηκε σε άλλες, επηρέασε και επηρεάζει τα επίπεδα μοναξιάς. Τα τελευταία είναι πιθανό να αυξηθούν εν μέσω της πανδημίας, κάτι που έχει συμβεί κατά τη διάρκεια προηγούμενων πανδημιών (DiGiovanni, Conley, Chiu & Zaborski, 2004). Τα μέτρα κοινωνικής αποστασιοποίησης περιορίζουν την κοινωνική επαφή, απομονώνοντας άτομα και οικογένειες στα σπίτια τους και χωρίζοντάς τα από συναδέλφους, φίλους και συγγενείς. Έτσι, τα περιοριστικά μέτρα μπορεί να εντείνουν την υπάρχουσα μοναξιά, καθώς και να προκαλέσουν επιζήμια επίπεδα μοναξιάς σε άτομα που δεν επηρεάζονταν ιδιαίτερα πριν από την πανδημία (Holmes et al., 2020). Σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα παρουσιάζουν μια αύξηση του αισθήματος της μοναξιάς σε φοιτητές, εφήβους και παιδιά. Οι φοιτητές στη Νορβηγία είχαν υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς στην κλίμακα ULS-8 (Hoffart, Johnson & Ebrahimi, 2020) σε σύγκριση με παλαιότερες μελέτες προερχόμενες από τη Βόρεια Αμερική (Hartshorne, 1993; Hays & DiMatteo, 1987) που είχαν υλοποιηθεί σε μη πανδημικές συνθήκες. Η μοναξιά που βιώνουν οι φοιτητές στη Νορβηγία εν μέσω της πανδημίας σχετίζεται με μεγαλύτερη ανησυχία για τη δουλειά και την οικονομία, υψηλότερα επίπεδα άγχους για την υγεία και γενικότερο μηρυκασμό και ανησυχία (Hoffart, Johnson & Ebrahimi, 2020). Συχνά όμως η μοναξιά που βιώνεται κατά την πανδημία συνοδεύεται και από άλλα χαρακτηριστικά ή προβλήματα ψυχικής υγείας. Οι έρευνες που υλοποιήθηκαν σε φοιτητικό πληθυσμό παρουσίασαν μια θετική σχέση μεταξύ της μοναξιάς και της αντίληψης κινδύνου, της κατάθλιψης, του στρες, του πανικού και του άγχους και αρνητική σχέση με την ανθεκτικότητα και τις γνώσεις για τον COVID-19 (Misirlis, Zwaan & Weber, 2020; Padmanabhanunni & Pretorius, 2021).

Τα παιδιά και οι έφηβοι δεν θα μπορούσαν να μην επηρεάζονται από την κοινωνική αποστασιοποίηση βιώνοντας μεγαλύτερη μοναξιά. Οι γονείς παιδιών ηλικίας 3 έως 18 ετών από την Ισπανία και την Ιταλία, που κλήθηκαν να αξιολογήσουν

ορισμένες συμπεριφορές των παιδιών τους, παρατήρησαν μια αύξηση αρκετών προβλημάτων σε συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τις αναφορές των γονέων, τα παιδιά ήταν πιο ανήσυχα (38,8%), αισθάνονταν πιο μοναχικά (31,3%) και ήταν πιο αγχώδη (28,4%). Άλλα προβλήματα που κατέγραψε η εν λόγω έρευνα και σημείωσαν αύξηση άνω του 30% ήταν η δυσκολία στη συγκέντρωση, το αίσθημα πλήξης, η ευερεθιστότητα, η νευρικότητα και το αίσθημα αβεβαιότητας (Orgilés et al., 2020).

Σημαντική μείωση της μοναξιάς παρατηρήθηκε όμως όταν οι έφηβοι ξόδεψαν περισσότερο χρόνο με την οικογένεια και τους φίλους και όταν ασκούσαν περισσότερο (Ellis, Dumas & Forbes, 2020). Η ίδια έρευνα φανέρωσε ότι το φύλο είναι θετικός προγνωστικός παράγοντας της μοναξιάς, καθώς τα κορίτσια βιώνουν υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς. Το άγχος COVID-19 ήταν ένας ακόμα σημαντικός θετικός προγνωστικός παράγοντας για μεγαλύτερη μοναξιά.

4.3.2. Το άγχος εν μέσω της πανδημίας του COVID-19

Η απειλητική για τη σωματική υγεία κατάσταση που προέκυψε μετά την εξάπλωση του COVID-19 έχει προκαλέσει πρωτοφανή αύξηση του άγχους και του στρες αλλά και μιας γενικότερης ανησυχίας αναφορικά με την προσωπική σωματική υγεία, την υγεία συγγενών και φίλων και τις οικονομικές επιπτώσεις που έπονται. Μια διαχρονική έρευνα δείχνει αξιοσημείωτη αύξηση του άγχους κατά τη σύγκριση της περιόδου πριν την πανδημία και εκείνης μετά την έναρξη της. Το δείγμα αποτελούσαν 205 φοιτητές με μέσο όρο ηλικίας τα 18,4 έτη. Οι μετρήσεις έγιναν σε 4 χρονικά σημεία: Αύγουστος 2019, Δεκέμβριος 2019, Φεβρουάριος 2020 και Απρίλιος 2020. Τα επίπεδα άγχους μετά την εξάπλωση του COVID-19 ήταν σημαντικά υψηλότερα από όλα τα άλλα χρονικά σημεία των μετρήσεων. Τον Αύγουστο του 2019 ο μέσος όρος στην κλίμακα General Anxiety Disorder 7 ήταν 8,29 ενώ τον Απρίλιο του 2020 ο μέσος όρος της ίδιας κλίμακας ήταν 9,71, διαφορά που ήταν στατιστικά σημαντική (Zimmermann, Bledsoe & Papa, 2020). Η αύξηση αυτή σήμανε και την κλινική αύξηση του άγχους όπως προσδιορίζεται από την κλίμακα GAD-7 καθώς οι 137 συμμετέχοντες (66,5%) ήταν κάτω από το κλινικό

όριο GAD-7 τον Φεβρουάριο ενώ οι 50 από αυτούς (36,5%) ήταν πάνω από το κλινικό όριο τον Απρίλιο. Κατά τον έλεγχο του προϋπάρχοντος άγχους, τα κορίτσια παρουσίασαν μεγαλύτερες αυξήσεις στο αντιληπτό άγχος και πιο σοβαρά συμπτώματα.

Το άγχος / στρες δεν είναι χαρακτηριστικό μόνο του ενήλικου πληθυσμού καθώς παιδιά και έφηβοι επηρεάζονται από την πανδημία η οποία τους προκαλεί υψηλά επίπεδα ανησυχίας. Μια μελέτη, στην οποία κλήθηκαν να συμμετάσχουν 190 γονείς και παιδιά (ηλικίες παιδιών: 8 - 13) παρατήρησε αύξηση του άγχους κατά τον Ιούνιο - Ιούλιο του 2020 συγκριτικά με το άγχος 3 μήνες πριν την έναρξη της πανδημίας. Όλοι οι δείκτες παιδικής ευημερίας στο ερωτηματολόγιο «CRISIS» δείχνουν μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία (Mactavish et al., 2020). Υψηλά επίπεδα άγχους αναφέρονται και από μια έρευνα που διεξήχθη στην Κίνα, χώρα όπου ξεκίνησε η πανδημία και καταγράφηκαν πολλά κρούσματα του COVID-19, στην οποία συμμετείχαν 493 μαθητές Γυμνασίου και Λυκείου τον Απρίλιο του 2020, καθώς το 10,3% των μαθητών Γυμνασίου και το 10,9% των μαθητών Λυκείου εμφάνισε συμπτώματα μέτριου άγχους (Zhang et al., 2020). Καθόλου αμελητέα δεν είναι τα ποσοστά των μαθητών που παρουσίασαν σοβαρά ή εξαιρετικά σοβαρά συμπτώματα άγχους καθώς το 10,0% των μαθητών του Γυμνασίου και το 7,2% των μαθητών Λυκείου ανήκουν σε αυτή την κατηγορία (Zhang et al., 2020).

Δεν είναι ξεκάθαρο το κατά πόσο τα αγόρια ή τα κορίτσια είναι εκείνα που βιώνουν μεγαλύτερο άγχος. Σύμφωνα με μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Νιγηρία σε 287 μαθητές Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, τα κορίτσια φαίνεται να είναι πιο ευάλωτα απέναντι στο άγχος του COVID-19 καθώς οι μαθήτριες στο Λύκειο βίωσαν περισσότερο άγχος (Rakhmanov, Shaimerdenov & Dane, 2020). Αντίθετα, η έρευνα των Mactavish et al., (2020) βρήκε ότι τα αγόρια ήταν εκείνα που είχαν υψηλότερα επίπεδα συνολικού άγχους, γενικευμένου άγχους, πανικού / σωματοποίησης και σοβαρά συμπτώματα μετατραυματικού στρες.

Η ανησυχία που έχει πυροδοτηθεί από την πανδημία επηρεάζεται από τις τρέχουσες συνθήκες. Για παράδειγμα, η αυξημένη παρακολούθηση ή το διάβασμα ειδήσεων για τον COVID-19 και η αφιέρωση περισσότερου χρόνου στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης σχετίζονται με αυξημένη ανησυχία για την πανδημία στον εφηβικό πληθυσμό (Ellis, Dumas & Forbes, 2020). Ακόμα, το βιωμένο άγχος στον εφηβικό πληθυσμό επηρεάζεται και από τους λόγους που ωθούν τους εφήβους στην κοινωνική

αποστασιοποίηση. Οι έφηβοι που ήταν κοινωνικά απομονωμένοι επειδή δεν ήθελαν να αρρωστήσουν προσωπικά ή επειδή ήθελαν να αποφύγουν την κριτική των άλλων ανέφεραν μεγαλύτερα συμπτώματα άγχους από τους συνομηλίκους τους (Oosterhoff et al., 2020). Παρόλα αυτά, η απομόνωση δεν είχε στατιστικά σημαντική επίδραση στο άγχος COVID-19 στους μαθητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Rakhmanov, Shaimerdenov & Dane, 2020).

Οι συνέπειες όμως της πανδημίας στην ψυχική υγεία μπορεί να είναι παρούσες και μετά το τέλος της πανδημίας καθώς η μοναξιά, η κατάθλιψη και το άγχος φαίνεται να συνεχίζονται ακόμη και μετά την άρση των μέτρων κοινωνικής αποστασιοποίησης εξαιτίας της αυτοσυντηρούμενης ανατροφοδότησης μεταξύ των συμπτωμάτων αυτών των καταστάσεων (Borsboom, 2017). Για παράδειγμα, είναι γνωστό ότι τα γεγονότα ενεργοποίησης μπορούν να προκαλέσουν μοναξιά και κατάθλιψη πολύ μετά το τέλος των καταστάσεων που τις πυροδότησαν (Fried et al., 2015).

4.3.3. Οι επιπτώσεις της πανδημίας του Κορωνοϊού / COVID-19 στην ψυχική υγεία στον ελληνικό πληθυσμό

Με δεδομένο ότι η πανδημία άρχισε να εξαπλώνεται και στην Ελλάδα από το Μάρτιο του 2020, προέκυψε η ανάγκη μελέτης των επιπτώσεων της στην ψυχική υγεία των κατοίκων της χώρας. Σε μια διαδικτυακή έρευνα ευρείας κλίμακας με 3.029 ενήλικες συμμετέχοντες, που πραγματοποιήθηκε από τις 10 Απριλίου έως τις 13 Απριλίου 2020, δηλαδή 3 εβδομάδες μετά την επιβολή απαγόρευσης κυκλοφορίας, φάνηκε ότι περίπου τα 3/4 των ερωτηθέντων (77,4%) ανέφεραν συμπτώματα μέτριου έως σοβαρού άγχους (Parlapani et al., 2020). Οι γυναίκες φαίνεται να είναι πιο ευάλωτες απέναντι σε αυτή την πανδημία, αναφορικά με την ψυχική τους υγεία, καθώς ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα φόβου που σχετίζεται με το COVID-19 και πιο σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους σε σύγκριση με τους άνδρες (Parlapani et al., 2020). Ακόμα, το γενικευμένο άγχος προέβλεπε σημαντικά το φόβο για τον COVID-19 καθώς η αύξηση μιας μονάδας στην κλίμακα της αγχώδους διαταραχής (GAD-7) συνεπάγεται την αύξηση στη βαθμολογία του φόβου για τον COVID-19 (FCV-19) κατά 0,88 μονάδες.

Τα παιδιά και οι έφηβοι αντιμετωπίζουν διαφορετικά την ψυχική πίεση που προκαλεί η πανδημία. Οι γονείς αναγνωρίζουν ως τις πιο συχνές δυσκολίες των παιδιών τους, κατά τη διάρκεια απαγόρευσης της κυκλοφορίας τον Απρίλιο και το Μάιο στην Ελλάδα, την κοινωνική απομόνωση (35%), την αύξηση του χρόνου που αφιέρωναν σε ηλεκτρονικές συσκευές (28%), τη μείωση της σωματικής δραστηριότητας (13%) και την απομάκρυνση από εκπαιδευτικές δραστηριότητες (12%) (Magklara et al., 2020). Τα παραπάνω προβλήματα εντείνονται από ορισμένους παράγοντες όπως η ανεργία του γονέα, η αδυναμία του γονέα να εργαστεί από το σπίτι, η αύξηση των οικογενειακών συγκρούσεων, η εξασθενημένη ψυχολογική κατάσταση του γονέα κατά τη διάρκεια της απαγόρευσης κυκλοφορίας και το προηγούμενο ιστορικό σωματικής ασθένειας του παιδιού (Magklara et al., 2020).

Ανεπηρέαστοι δεν θα μπορούσαν να μείνουν και οι μαθητές της 3ης Λυκείου, που συνήθως βιώνουν έντονο άγχος λόγω των εξετάσεων. Ένα δείγμα 442 μαθητών Γ' Λυκείου έλαβε μέρος σε μια μελέτη που αξιολόγησε το άγχος και την κατάθλιψη που βίωναν εν μέσω της πανδημίας (Giannopoulou et al., 2021). Όπως οι ίδιοι ανέφεραν υπήρχε αύξηση του άγχους και της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της πανδημίας σε σχέση με αυτό που ίδιοι ανέφεραν ότι βίωναν ένα μήνα πριν την πανδημία. Βέβαια εδώ υπάρχει πιθανό σφάλμα ανάκλησης καθώς στην έρευνα ζητήθηκε από τους ίδιους τους συμμετέχοντες να αξιολογήσουν τα συμπτώματα ένα μήνα πριν την πανδημία και τη στιγμή της έρευνας. Το ποσοστό του άγχους που αξιολογήθηκε με την κλίμακα GAD-7 αυξήθηκε καθώς ήταν 28,3% πριν από την πανδημία και έφτασε το 49,5% για την περίοδο της επιβολής απαγόρευσης κυκλοφορίας. Αντίστοιχα, παρατηρήθηκε αύξηση και στο ποσοστό των μαθητών που βίωναν σοβαρό άγχος, καθώς πριν την πανδημία το ποσοστό αυτό ανερχόταν στο 3,8% ενώ μετά την έναρξη της πανδημίας εκτοξεύτηκε στο 20,5% (Giannopoulou et al., 2021). Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι μεγάλη αύξηση παρουσίασαν και τα σοβαρά συμπτώματα της κατάθλιψης, σύμφωνα πάντα με την ίδια έρευνα, καθώς το ποσοστό των σοβαρών συμπτωμάτων ήταν 10% πριν από την πανδημία ενώ κατά τη διάρκεια της πανδημίας έφτασε το 27%. Τέλος, το άγχος και η κατάθλιψη που παρουσιάστηκε ένα μήνα πριν από την πανδημία αποτελούσαν προβλεπτικούς παράγοντες άγχους και κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της παραμονής στο σπίτι.

4.3.4. Οι επιπτώσεις της πανδημίας του Κορωνοϊού / COVID-19 στην ψυχική υγεία των ατόμων με αναπηρία

Τα άτομα που ζουν με αναπηρίες αντιμετωπίζουν συνήθως προκλήσεις κατά την άσκηση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους ανεξάρτητα από την πανδημία του COVID-19, όπως περιγράφεται σε μια πρόσφατη βιβλιογραφική ανασκόπηση (Lebrasseur et al., 2020). Αυτές οι προκλήσεις εντοπίζονται στα εμπόδια στην κινητικότητα εντός της κοινότητας, στις δυσκολίες πρόσβασης στις δημόσιες συγκοινωνίες, στην περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και στα εμπόδια στην επικοινωνία. Μια πανδημία μπορεί να αυξήσει τις προκλήσεις των ατόμων με αναπηρία και ως εκ τούτου ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εφιστά την προσοχή των κυβερνήσεων, των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, των παρόχων υπηρεσιών και των φορέων αναπήρων, των ιδρυμάτων και των κοινοτήτων (WHO, 2020). Τα άτομα με αναπηρίες συχνά επηρεάζονται άμεσα από ελλείψεις και κενά στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (WHO, 2018). Επίσης, τα άτομα αυτά μπορεί να βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο προσβολής από τον COVID-19 και αυξημένων επιπλοκών. Στα παραπάνω πρέπει να σημειωθεί ότι αντιμετωπίζουν πρόσθετα εμπόδια κατά την τήρηση των μέτρων κοινωνικής αποστασιοποίησης καθώς μπορεί να χρησιμοποιούν δημόσιες συγκοινωνίες, να έχουν τακτικά ραντεβού για την υγειονομική περίθαλψη ή την αποκατάστασή τους, να απαιτείται στενή επαφή με φροντιστές ή επαγγελματίες υγείας για να επιτύχουν την καθημερινή τους ρουτίνα και να έχουν μειωμένη ικανότητα επικοινωνίας φορώντας τις προστατευτικές μάσκες (Lebrasseur et al., 2020). Τα παραπάνω, και υπό την πίεση του επείγοντος της κατάστασης, δεν φαίνεται να λήφθηκαν υπόψιν από τις χώρες καθώς απέτυχαν να αξιολογήσουν την αναπηρία ως παράγοντα που επηρεάζεται ιδιαίτερος από τα μέτρα που έλαβαν για να περιορίσουν την πανδημία. Αυτό εξέθεσε τα άτομα με αναπηρία σε τρεις μεγάλους κινδύνους με καταστροφικές συνέπειες: να διασπείρουν τον COVID-19, να εκδηλώσουν σοβαρά συμπτώματα ή ακόμα και να πεθάνουν από COVID-19 και να έχουν χειρότερη

υγεία κατά τη διάρκεια ή και μετά την πανδημία είτε μολύνθηκαν από τη νόσο, είτε όχι (WHO, 2020).

Κατά τη διάρκεια προηγούμενων καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, όπως σεισμοί, τυφώνες και πλημμύρες, οι ανάγκες των ατόμων με αναπηρίες (όπως η ανησυχία για τη κινητικότητα, η πρόσβαση σε πληροφορίες και σε φάρμακα έκτακτης ανάγκης, η προσωπική βοήθεια και η υγειονομική περίθαλψη) συχνά παραβλέφθηκαν (WHO, 2013). Μια σύγχρονη έρευνα αναδεικνύει ότι οι ανησυχίες και τα προβλήματα των ατόμων με αναπηρία είναι παρόντα και σε αυτή την υγειονομική κρίση. Στην έρευνα συμμετείχαν 2469 Αμερικανοί ενήλικες με αναπηρία από τους οποίους το 44% αντιμετωπίζουν νέες προκλήσεις για την υγεία τους λόγω της πανδημίας COVID-19 (Drum et al., 2020) ενώ η πλειοψηφία (86,3%) ανησυχούσε για την επίδραση που έχει η πανδημία COVID-19 στη ζωή τους.

Ανησυχίες εκφράζουν και οι έφηβοι με αναπηρία στην Ιταλία, ηλικίας 13 έως 18 ετών, σχετικά με την πανδημία και τις συνέπειές της. Οι συμμετέχοντες της μελέτης στην πλειονότητά τους (83%) προσδιόρισαν την αναπηρία τους ως σωματική. Οι βασικές ανησυχίες που ανέφεραν οι έφηβοι αφορούν την απόσταση από τους φίλους τους (67,9%), τη διακοπή των δραστηριοτήτων του ελεύθερου χρόνου (49,1%), τον κίνδυνο να αρρωστήσει κάποιος συγγενής ή φίλος (43,4%) και τη διακοπή του σχολείου (41,5%). Ακόμα, το άγχος συσχετίστηκε με την αντίληψη των οικονομικών προβλημάτων και την ανησυχία για το μέλλον (Faccioli et al., 2021).

Οι γονείς παιδιών με αναπηρίες (όπως νευροαναπτυξιακές διαταραχές, μαθησιακές διαταραχές, ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές, σωματικές και οπτικές αναπηρίες) εκφράζουν κυρίως ανησυχίες σε πιο πρακτικά θέματα. Ανησυχούν για τον εαυτό τους, για τους άλλους, για το μέλλον του παιδιού τους αναφορικά με τις ελλείψεις στις σχολικές ικανότητες και με τη φροντίδα του παιδιού τους εάν αυτοί αποβιώσουν ως συνέπεια του COVID-19 (Asbury et al., 2020). Στην ίδια έρευνα περιγράφονται ορισμένες απώλειες λόγω του COVID-19 όπως η απώλεια ρουτίνας, η απώλεια δικτύου και δομών υποστήριξης, η απώλεια ειδικής παροχής υπηρεσιών και η οικονομική απώλεια.

Μια άλλη έρευνα έφερε στο φως προβλήματα συναισθηματικής και συμπεριφορικής φύσεως εν μέσω της πανδημίας που περιγράφουν οι γονείς των παιδιών

με αναπηρία. Στην πλειοψηφία τους (66,4%) τα παιδιά βρίσκονταν στο φάσμα της νοητικής αναπηρίας ενώ το υπόλοιπο 33,6% βρίσκονταν στο φάσμα της κινητικής αναπηρίας. Οι ερωτηθέντες ανέφεραν επιθετικές και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, ανησυχίες, μειωμένη διάθεση, πιο καθιστικές συμπεριφορές και παλινδρόμηση ως αποτέλεσμα της επιβολής της απαγόρευσης κυκλοφορίας (Theis et al., 2021). Συγκεκριμένα, το 42% των ερωτηθέντων αξιολόγησαν την ψυχική υγεία ως «πολύ χειρότερη» ενώ το 23% την αξιολόγησαν ως «λίγο χειρότερη» κατά τη διάρκεια της επιβολής απαγόρευσης κυκλοφορίας σε σχέση με το παρελθόν. Η κακή ψυχική υγεία συσχετίστηκε με την έλλειψη πρόσβασης στο σχολείο, στις ειδικές υπηρεσίες, στο υπαίθριο παιχνίδι και στην σωματική άσκηση. Η τελευταία ήταν μειωμένη κατά 48% σε σύγκριση με πριν την πανδημία.

Εντυπωσιακό είναι το εύρημα ότι η συντριπτική πλειοψηφία (92,5%) του εφηβικού πληθυσμού με αναπηρία εξέφρασε ότι βίωνε θετικές συνέπειες από την πανδημία και το 64,2% ήταν ευχαριστημένο που περνούσε περισσότερο χρόνο με την οικογένειά του (Faccioli et al., 2021). Αυτό είναι πιθανό να συμβαίνει γιατί το παιδί δυσκολεύεται στο σχολείο και αισθάνεται ασφαλέστερο στο σπίτι (Asbury et al., 2020). Για αυτά τα παιδιά, η αυτο-απομόνωση και η κοινωνική απόσταση μπορεί να οδηγήσουν σε μια περίοδο ήρεμης ανάπαυλας, δημιουργώντας ένα πιο χαλαρό περιβάλλον για τα ίδια και τις οικογένειές τους.

Κεφάλαιο 5: Μεθοδολογία της μελέτης

5.1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, γίνεται σαφές ότι υπάρχει βιβλιογραφικό έλλειμμα στη μελέτη της συσχέτισης μοναξιάς και αγχωδών διαταραχών σε άτομα με οπτική αναπηρία στην Ελλάδα. Η έρευνα αυτή θα προσπαθήσει να δώσει μια εικόνα της μοναξιάς και της συμπτωματολογίας των αγχωδών διαταραχών που βιώνουν τα παιδιά, οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες με οπτική αναπηρία. Επιπλέον, σύμφωνα με την αναζήτησή της τρέχουσας βιβλιογραφίας αλλά και με τη διαπίστωση

μιας βιβλιογραφικής ανασκόπησης που υλοποιήθηκε τον Αύγουστο του 2020, παρατηρήθηκε έλλειψη μελετών που εξετάζουν τις επιπτώσεις της πανδημίας στην ψυχική υγεία σε άτομα με προβλήματα όρασης (Lebrasseur et al., 2020). Αυτό το κενό θα προσπαθήσει να καλύψει η παρούσα μελέτη εξετάζοντας τη μοναξιά και το άγχος που βιώνουν παιδιά, έφηβοι και νεαροί ενήλικες εν μέσω της πανδημίας του COVID-19 στην Ελλάδα.

Οι ερευνητικές υποθέσεις είναι οι ακόλουθες:

1η υπόθεση: τα άτομα με ολική απώλεια όρασης θα νιώθουν μεγαλύτερη μοναξιά σε σύγκριση με εκείνα με μερική απώλεια όρασης.

2η υπόθεση: η μοναξιά θα σχετίζεται θετικά με τη συμπτωματολογία της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, της διαταραχής πανικού και του κοινωνικού άγχους.

3η υπόθεση: η ανησυχία για οικονομικά προβλήματα και η γενικότερη ανησυχία για την πανδημία θα σχετίζονται με το αίσθημα μοναξιάς.

4η υπόθεση: Υποθέτουμε ότι η βελτίωση της ποιότητας των σχέσεων του παιδιού με τα μέλη της οικογένειάς του και τους φίλους του και η αυξημένη σωματική άσκηση θα σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα μοναξιάς.

5η υπόθεση: Υποθέτουμε ότι ο αυξημένος χρόνος για διάβασμα ειδήσεων και συζητήσεων για τον COVID-19 και ο περισσότερος χρόνος στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης θα σχετίζονται με την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και τις κρίσεις πανικού.

5.2. Τύπος μελέτης και κριτήρια συμμετοχής

Η έρευνα είναι μια συγχρονική επιδημιολογική μελέτη και τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη διαδικασία της δειγματοληψίας ευκολίας. Τα κριτήρια επιλογής των συμμετεχόντων στη μελέτη είναι τα ακόλουθα:

α. Τα παιδιά να έχουν τη διάγνωση της οπτικής αναπηρίας, είτε μερική είτε ολική απώλεια της όρασης. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) όρισε την «τύφλωση» ως την οπτική οξύτητα <3/60 στο καλύτερο μάτι και τη «μερική οπτική δυσλειτουργία» ως την οπτική οξύτητα χειρότερη από 6/60 (Gogate, Kalua & Courtright, 2009).

β. γονείς και παιδιά να γνωρίζουν καλά την ελληνική γλώσσα, έτσι ώστε να κατανοούν τα ερωτηματολόγια.

γ. Να έχει δοθεί η συγκατάθεση γονέων ή κηδεμόνων για τη συμμετοχή των παιδιών στην έρευνα και αν πρόκειται για εφήβους ή νεαρούς ενήλικες να έχουν δώσει και οι ίδιοι τη συγκατάθεσή τους.

δ. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ερωτηματολόγια τα οποία είχαν απαντηθεί από το γονέα και το τέκνο του.

Τα κριτήρια αποκλεισμού των συμμετεχόντων από τη μελέτη είναι:

α. Δε συμπεριλήφθηκαν άτομα με νοητική αναπηρία ή άλλη αισθητηριακή διαταραχή, πλην της διαταραχής της όρασης.

β. Δε συμπεριλήφθηκαν οι απαντήσεις γονέων των οποίων τα παιδιά για οποιοδήποτε λόγο δεν απάντησαν στο ερωτηματολόγιο και αντίστοιχα οι απαντήσεις παιδιών των οποίων οι γονείς δεν έδωσαν απαντήσεις.

5.3. Διαδικασία

Η έρευνα διεξήχθη από τις 02/10/2020 έως τις 13/12/2020. Μέχρι τις 06/11/2020 είχαν απαντηθεί 22 ερωτηματολόγια. Την επόμενη μέρα, 07/11/2020, επιβλήθηκε απαγόρευση της κυκλοφορίας από την κυβέρνηση με σκοπό τον περιορισμό της εξάπλωσης της πανδημίας του COVID-19. Κατά το διάστημα αυτό και μέχρι την ολοκλήρωση της μελέτης συμπληρώθηκαν 19 ακόμα ερωτηματολόγια.

Η συλλογή των δεδομένων υλοποιήθηκε με τη μέθοδο συμπλήρωσης ερωτηματολογίων από τους γονείς και τα παιδιά τους. Οι γονείς ενημερώθηκαν μέσω email για τη διεξαγωγή της μελέτης μέσω των ειδικών σχολείων (Κέντρο Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Τυφλών Αθηνών και Θεσσαλονίκης) και του μη κερδοσκοπικού σωματείου «Φάρος Τυφλών Ελλάδος». Το KEAT Αθηνών και Θεσσαλονίκης και ο Φάρος Τυφλών χορήγησαν στην ερευνήτρια γραπτή απάντηση/αποδοχή της έρευνας. Επιπλέον, συμμετείχαν στην έρευνα ορισμένα ανεξάρτητα μέλη της κοινότητας των τυφλών, οι οποίοι ενημερώθηκαν για την έρευνα μέσω κοινωνικών επαφών των γονέων των συμμετεχόντων της έρευνας.

Τα σχολεία και ο φορέας κοινοποίησαν μέσω σελίδας κοινωνικής δικτύωσης και μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου μια διαδικτυακή πλατφόρμα (που δημιουργήθηκε μέσω των φορμών google) η οποία περιλάμβανε τα στοιχεία της μελέτης, τη συγκατάθεση συμμετοχής στην έρευνα του γονέα και τα ερωτηματολόγια του γονέα/κηδεμόνα. Στην ίδια φόρμα ζητήθηκε από τους γονείς να δώσουν στοιχεία επικοινωνίας (όπως τηλέφωνο και mail) προκειμένου να επιτευχθεί η επικοινωνία της ερευνήτριας με τα παιδιά τους. Συνεπώς, οι γονείς συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια που τους αντιστοιχούσαν ηλεκτρονικά ενώ τα παιδιά τους απάντησαν τα ερωτηματολόγια τους τηλεφωνικά λόγω της αδυναμίας τους να χρησιμοποιήσουν ηλεκτρονικό υπολογιστή. Καθώς έγινε γνωστή η έρευνα στον κύκλο των ατόμων με προβλήματα όρασης, 12 γονείς εξέφρασαν το ενδιαφέρον να συμμετάσχουν στην έρευνα εκείνοι και τα παιδιά τους, παρόλο που αδυνατούσαν να κάνουν χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή. Στις περιπτώσεις αυτές η ερευνήτρια επικοινωνήσε με τους γονείς και αφού έδωσαν τη συγκατάθεσή τους, απάντησαν τηλεφωνικά στα ερωτηματολόγια τόσο εκείνοι όσο και τα παιδιά τους. Όλοι οι γονείς και τα παιδιά ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και για την εμπιστευτικότητα των απαντήσεών τους. Ακόμα, τα προσωπικά στοιχεία των γονέων (όπως το τηλέφωνο και το mail) που απαιτούνταν προκειμένου να πραγματοποιηθεί η επικοινωνία μαζί τους καταχωρήθηκαν σε διαφορετικό αρχείο με σκοπό η αντιστοίχιση των απαντήσεων με τα προσωπικά στοιχεία να είναι αδύνατη. Όλοι οι γονείς και τα παιδιά ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και για την εμπιστευτικότητα των απαντήσεών τους. Ακόμα, τα προσωπικά στοιχεία των γονέων (όπως το τηλέφωνο και το mail) που απαιτούνταν προκειμένου να πραγματοποιηθεί η επικοινωνία μαζί τους καταχωρήθηκαν σε διαφορετικό αρχείο με σκοπό η αντιστοίχιση των απαντήσεων με τα προσωπικά στοιχεία να είναι αδύνατη.

5.4. Εργαλεία συλλογής δεδομένων

5.4.1. Ερωτηματολόγια γονέων

α. Για τη συλλογή δημογραφικών χαρακτηριστικών δημιουργήθηκε από την ερευνήτρια σχετικό ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλαμβάνει ερωτήσεις για το φύλο, την ηλικία, τον τόπο διαμονής και άλλα δημογραφικά στοιχεία. Επίσης, στο ερωτηματολόγιο έχουν συμπεριληφθεί ερωτήσεις σχετικά με την οπτική αναπηρία, όπως την ηλικία του παιδιού κατά την οποία εμφανίστηκε το πρόβλημα στην όραση, τη διάγνωση, τον τρόπο μετακίνησης του παιδιού κτλ.

β. Για την αξιολόγηση των επιπτώσεων από την πανδημία του COVID-19 χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «Crisis» (Coronavirus Health and Impact Survey) των επιπτώσεων από την πανδημία του COVID-19 για γονείς / φροντιστές. Το ερωτηματολόγιο αυτό προέκυψε μετά τη συνεργασία τεσσάρων ερευνητικών ομάδων. Οι επικεφαλής των ομάδων ήταν οι Merikangas, Stringaris, Milham & Kline. Η μετάφραση έγινε από τους Βλάχος, Δούκα, Περβανίδου & Στριγγάρης. Αποτελείται από ερωτήματα που αξιολογούν την έκθεση στον ιό SARS-CoV-2, τις καθημερινές συμπεριφορές (π.χ. κλείσιμο σχολείου), τα συναισθήματα (π.χ. δυσφορία, ευεξία, μοναξιά, ανησυχία κτλ.) τη χρήση μέσων κοινωνικής δικτύωσης και ουσιών τις τελευταίες 2 εβδομάδες. Στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η αναφορά γονέα για ένα παιδί.

5.4.2. Ερωτηματολόγια παιδιών

α. Για την Εκτίμηση και αξιολόγηση της μοναξιάς σε παιδιά και εφήβους χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «Κλίμακα Μοναξιάς για Παιδιά και Εφήβους της Λουβαίνης» «Louvain Loneliness Scale for Children and Adolescents» (LLCA) των Goossens & Marcoen (1999) που έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τους Didaskalou & Klefтарas (2005). Αποτελείται από 48 ερωτήσεις και διαιρείται σε 4 υποκλίμακες: μοναξιά σε σχέση με τους γονείς (π.χ. Νιώθω πολύ δεμένος/η με τους γονείς μου), μοναξιά σε σχέση με τους συνομηλίκους (π.χ. Πιστεύω ότι έχω λιγότερους φίλους από ό,τι έχουν οι άλλοι), αρνητική στάση (αποστροφή) προς τη μοναξιά (π.χ. Όταν είμαι μόνος/η μου, νιώθω άσχημα) και θετική στάση (προτίμηση) προς τη μοναξιά (π.χ. Απομακρύνομαι από τους άλλους, όταν θέλω να κάνω πράγματα). Μεγαλύτερες βαθμολογίες στην κλίμακα δείχνουν μεγαλύτερη μοναξιά. Οι

συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε μια 4/βάθμια κλίμακα: συχνά (4), μερικές φορές (3), σπάνια (2) και ποτέ (1). Στην υποκλίμακα «μοναξιά σε σχέση με τους γονείς» η βαθμολόγηση γίνεται αντίστροφα. Η βαθμολογία σε κάθε υποκλίμακα κυμαίνεται από 12 έως 48. Η παραγοντική ανάλυση στο ελληνικό δείγμα έχει ανάλογους παράγοντες με την αρχική έκδοση. Η κλίμακα έχει ικανοποιητική συγκλίνουσα και διακριτική εγκυρότητα (Goossens & Beyers, 2002) και υψηλή εσωτερική συνέπεια όπου το Cronbach's alpha =.80 (Marcoen & Goossens, 1993; Marcoen, Goossens & Caes, 1987).

β. Για την αξιολόγηση των αγχώδων διαταραχών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα "Spence Children's Anxiety Scale" (SCAS) (Spence, 1997; 1998), η οποία αξιολογεί τα συμπτώματα των διαταραχών άγχους σε παιδιά σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV (APA, 1994). Η κλίμακα αυτή, η οποία έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην Ελλάδα από τους Mellon & Moutavelis (2007), αποτελείται από 45 ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούν τη συχνότητα με την οποία εμφανίζονται καθεμία από τις κλινικές συμπεριφορές που σχετίζονται με τις αγχώδεις διαταραχές, μέσω μιας 4/βάθμιας κλίμακας. Οι υποκλίμακες καταγράφουν τα συμπτώματα της διαταραχής πανικού / αγοραφοβίας (π.χ. Ξαφνικά, χωρίς κανένα λόγο, νιώθω ότι δεν μπορώ να αναπνεύσω), του κοινωνικού άγχους (π.χ. Ανησυχώ, τί σκέφτονται οι άλλοι για μένα), της αγχώδους διαταραχής αποχωρισμού (π.χ. Φοβάμαι όταν πρέπει να κοιμηθώ μόνος μου, χωρίς άλλον στο δωμάτιο), της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής (π.χ. Με ανησυχούν πολλά και διάφορα πράγματα), της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (π.χ. Πρέπει να κάνω κάποιες πράξεις με συγκεκριμένο τρόπο, σωστή σειρά για να μη συμβούν άσχημα πράγματα) και του φόβου για σωματική βλάβη, που συμπεριλαμβάνει συχνές φοβίες των παιδιών, (π.χ. Φοβάμαι τα σκυλιά). Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν οι υποκλίμακες των κρίσεων πανικού / αγοραφοβίας, της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και του κοινωνικού άγχους. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιπροσωπεύουν υψηλότερες συχνότητες των συμπεριφορών που σχετίζονται με την αγχώδη διαταραχή. Επιπλέον, η κλίμακα αυτή (SCAS-GR) περιλαμβάνει και έξι ερωτήσεις που περιγράφουν θετικές συμπεριφορές και είναι αντισταθμιστικές στις αρνητικές απαντήσεις, προκειμένου να αποφευχθεί η μεροληψία. Οι ερωτήσεις αυτές δεν βαθμολογούνται. Η εσωτερική συνέπεια στο ελληνικό δείγμα ήταν υψηλή 0.90 (Mellon & Moutavelis, 2007). Τέλος, η εγκυρότητα και η εσωτερική συνοχή της ελληνικής έκδοσης ήταν

ικανοποιητική κατά τη χρήση της κλίμακας σε εφηβικό πληθυσμό με το Cronbach's alpha να αγγίζει το 0,91 για ολόκληρη την κλίμακα ενώ για τις υποκλίμακες ο δείκτης Cronbach's alpha κυμαίνονταν από 0,64 έως 0,77 (Essau, Anastassiou-Hadjicharalambous & Munoz, 2011).

5.5. Στατιστική ανάλυση

Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov ελέγχθηκαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Για εκείνες που κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (T.A., Standard Deviation) για την περιγραφή τους, ενώ για εκείνες που δεν κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (Interquartilerange). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Προκειμένου να ομαδοποιηθούν οι ερωτήσεις που αφορούσαν στην ανησυχία των παιδιών έγινε factor analysis με τη μέθοδο Principal Component (Rotation Method: Varimax). Το κριτήριο KMO και το τεστ του Bartlett χρησιμοποιήθηκαν για να ελεγχθεί η επάρκεια του δείγματος. Το όριο για τα φορτία (loadings) τέθηκε στο 0,4 και για τις ιδιοτιμές (Eigenvalues) στο 1. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διαστάσεις της κλίμακας μοναξιάς από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (Standard Errors=SE). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική

σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα

6.1. Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος

Το δείγμα αποτελείται από 41 γονείς και τα παιδιά τους με προβλήματα όρασης με μέση ηλικία τα 16,5 χρόνια (Τ.Α.= 4,1 χρόνια). Το 53,7% των παιδιών (N=22) ήταν αγόρια και το υπόλοιπο 46,3% ήταν κορίτσια (N=19) (πίνακας 1). Στο 78% των περιπτώσεων συμμετείχαν οι μητέρες των παιδιών και στο υπόλοιπο 22% οι πατέρες. Ακόμα, το 34,1% των παιδιών ήταν φοιτητές, το 31,7% ήταν μαθητές λυκείου, το 14,6% ήταν μαθητές γυμνασίου και το υπόλοιπο 19,5% ήταν μαθητές δημοτικού. Η πλειονότητα των παιδιών έμεναν στην Αθήνα με το ποσοστό να είναι 56,1%. Το 7,3% έμενε στη Θεσσαλονίκη, το 7,3% έμενε σε πόλη άνω των 50.000 κατοίκων και το 29,3% έμενε σε χωριό ή σε μικρή πόλη. Ακόμα, το 7,3% φοιτούσε σε ειδικό σχολείο, το 24,4% φοιτούσε σε τμήμα ένταξης γενικού σχολείου, το 31,7% φοιτούσε σε σχολική τάξη γενικού σχολείου με παράλληλη στήριξη και το 2,4% σε σχολική τάξη γενικού σχολείου.

Στην πλειονότητα του δείγματος οι γονείς ήταν παντρεμένοι με το ποσοστό να είναι 95,1%, ενώ άγαμοι ή σε χηρεία ήταν το 4,8 % του δείγματος (Πίνακας 2). Η μέση ηλικία των πατέρων ήταν 46,8 έτη (Τ.Α.= 10 έτη) και των μητέρων ήταν 43,2 έτη (Τ.Α.= 9,9 έτη). Επίσης, το 80,5% των παιδιών είχε αδέρφια και το 12,2% είχε κάποιον στην οικογένεια με το ίδιο πρόβλημα υγείας με αυτό του παιδιού. Σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων, το 29,3% των παιδιών είχαν πατέρα απόφοιτο ΤΕΙ/ΑΕΙ, το 26,8% είχαν πατέρα απόφοιτο Λυκείου και το 19,5% είχαν πατέρα απόφοιτο γυμνασίου. Το 34,1% των συμμετεχόντων είχαν μητέρα απόφοιτο ΤΕΙ/ΑΕΙ, το 31,7% είχαν μητέρα απόφοιτο λυκείου και το 14,6% είχαν μητέρα απόφοιτο ΙΕΚ. Αναφορικά με το επάγγελμα των γονιών, το 26,8% των συμμετεχόντων είχε πατέρα ο οποίος ήταν ελεύθερος επαγγελματίας και το 12,2% είχε πατέρα που ήταν άνεργος. Το 26,8% των συμμετεχόντων είχε μητέρα ιδιωτική υπάλληλο και το 34,1% είχε άνεργη μητέρα.

Μέτρια ήταν η οικονομική κατάσταση σύμφωνα με το 53,7% του δείγματος, καλή σύμφωνα με το 34,1% και κακή σύμφωνα με το υπόλοιπο 12,2%. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ήταν ασφαλισμένοι στον ΕΟΠΥΥ, με το ποσοστό να είναι 87,8%, το 2,4% είχε ασφάλεια στρατού, το 4,9% ιδιωτική και το υπόλοιπο 4,9% δεν είχε ασφάλεια.

Πίνακας 1

Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

Στοιχεία συμμετέχοντα		N	%
Φύλο παιδιού	Κορίτσια	19	46,3
	Αγόρια	22	53,7
Συμμετέχων γονέας	Πατέρας	9	22,0
	Μητέρα	32	78,0
Ηλικία παιδιού, μέση τιμή (Τ.Α.)		16,5 (4,1)	
Σχολική βαθμίδα παιδιού	Δημοτικό	8	19,5
	Γυμνάσιο	6	14,6
	Λύκειο	13	31,7
	Φοιτητής /πτυχιούχος	14	34,1
Τόπος κατοικίας παιδιού	Αθήνα	23	56,1
	Θεσσαλονίκη	3	7,3
	Πόλη άνω των 50.000 κατοίκων	3	7,3
	Χωριό ή μικρή πόλη έως 50.000 κάτοικοι	12	29,3
Είδος σχολικής τάξης παιδιού	Σε σχολική τάξη γενικού σχολείου	1	2,4
	Σε σχολική τάξη γενικού σχολείου με παράλληλη στήριξη	13	31,7
	Σε τμήμα ένταξης γενικού σχολείου	10	24,4
	Σε ειδικό σχολείο	3	7,3
	Απόφοιτος πανεπιστημίου	14	34,1

Πίνακας 2

Οικογενειακά στοιχεία δείγματος

Στοιχεία Οικογένειας		N	%
Οικογενειακή κατάσταση γονέων	Άγαμοι	1	2,4
	Έγγαμοι	39	95,1
	Σε χηρεία	1	2,4
Ηλικία πατέρα, μέση τιμή (Τ.Α.)		46,8 (10,0)	
Ηλικία μητέρας, μέση τιμή (Τ.Α.)		43,2 (9,9)	
Αδέλφια	Όχι	8	19,5
	Ναι	33	80,5
Μέλος οικογένειας με ίδιο πρόβλημα υγείας με του παιδιού	Όχι	36	87,8
	Ναι	5	12,2
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	Απόφοιτος Δημοτικού	5	12,2
	Απόφοιτος Γυμνασίου	8	19,5
	Απόφοιτος Λυκείου	11	26,8
	Απόφοιτος ΙΕΚ	3	7,3
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	12	29,3
	Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου	2	4,9
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	Απόφοιτος Δημοτικού	4	9,8
	Απόφοιτος Γυμνασίου	3	7,3
	Απόφοιτος Λυκείου	13	31,7
	Απόφοιτος ΙΕΚ	6	14,6
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	14	34,1
	Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου	1	2,4
Επάγγελμα πατέρα	Αγρότης/κτηνοτρόφος	5	12,2
	Άνεργος	5	12,2
	Γεωπόνος	1	2,4
	Δημόσιος Υπάλληλος	2	4,9
	Εκπαιδευτικός	3	7,3
	Ελεύθερος επαγγελματίας	11	26,8
	Εργάτης	3	7,3
	Ιδιωτικός υπάλληλος	8	19,5
Συνταξιούχος	3	7,3	
Επάγγελμα μητέρας	Αγρότης/κτηνοτρόφος	2	4,9
	Άνεργος	14	34,1
	Δημόσιος υπάλληλος	4	9,8
	Εκπαιδευτικός	4	9,8
	Ελεύθερος επαγγελματίας	5	12,2
	Ιδιωτικός υπάλληλος	11	26,8
Συνταξιούχος	1	2,4	

Συνεχίζεται

Συνέχεια

Στοιχεία Οικογένειας		N	%
Οικονομική κατάσταση	Πολύ κακή	0	0,0
	Κακή	5	12,2
	Μέτρια	22	53,7
	Καλή	14	34,1
	Πολύ καλή	0	0,0
Άτομα που κατοικούν στο σπίτι με το παιδί, μέση τιμή (Τ.Α.) διάμεσος (ενδ. εύρος)		2,8 (1,1)	3 (2 - 3)
Σύνολο δωματίων σπιτιού, μέση τιμή (Τ.Α.) διάμεσος (ενδ. εύρος)		3,5 (1,3)	3 (2 - 5)
Ασφάλεια υγείας γονέα και παιδιού	Όχι	2	4,9
	Ναι, ΕΟΠΥΥ	36	87,8
	Ναι, ιδιωτική	2	4,9
	Ναι, στρατού	1	2,4

Αναφορικά με την διάγνωση του προβλήματος όρασης, το 34,1% του δείγματος είχε διαγνωστεί με γενετικές καταστάσεις, το 24,4% με βλάβη ή τραυματισμό του ματιού, το 19,5% με παιδιατρικό γλαύκωμα ή καταρράκτη ή καρκίνο, το 17,1% με νευρολογικές παθήσεις, το 2,4% με ασθένειες που συμβαίνουν σε πρόωρα νεογνά ή κατά την περιγεννητική περίοδο και το 2,4% με δομικές ανωμαλίες του ματιού (Πίνακας 3). Στο 63,4% των περιπτώσεων η απώλεια όρασης ήταν ολική και στο υπόλοιπο 36,6% ήταν μερική. Το 17,1% των παιδιών είχε και κάποια άλλη αναπηρία εκτός από την απώλεια της όρασης. Τα περισσότερα από τα παιδιά εμφάνισαν το πρόβλημα όρασης κατά τη γέννηση, με το ποσοστό να είναι 65,9% ενώ το 31,7% το εμφάνισε σε ηλικία 0 έως 5 ετών. Αιφνίδια ήταν η απώλεια όρασης στο 63,4% του δείγματος.

Σχεδόν τα μισά από τα παιδιά (51,2%) μετακινούνταν μόνα τους με λευκό μπαστούνι, το 70,7% μετακινούνταν με βοήθεια συνοδού, το 17,1% μετακινούνταν τελείως μόνα τους και το 2,4% μετακινούνταν μόνα τους με σκύλο-οδηγό (Πίνακας 4). Ακόμα, το 70,7% των παιδιών γράφουν και διαβάζουν με γραφή Braille, το 56,1% με ηλεκτρονικές συσκευές με πρόγραμμα ανάγνωσης οθόνης και το 22,0% με ηλεκτρονικές συσκευές με πρόγραμμα μεγέθυνσης ή με μεγεθυμένα γράμματα σε έντυπη μορφή. Σχετικά με τη διαμονή, η πλειοψηφία του δείγματος (78%) έμενε με την πατρική οικογένεια.

Πίνακας 3

Στοιχεία για την οπτική αναπηρία του παιδιού

Στοιχεία αναπηρίας		N	%
Διάγνωση οπτικής αναπηρίας του παιδιού	Ασθένειες που συμβαίνουν σε πρόωρα νεογνά ή κατά την περιγεννητική περίοδο	1	2,4
	Βλάβη ή τραυματισμός του ματιού	10	24,4
	Γενετικές καταστάσεις	14	34,1
	Δομικές ανωμαλίες του ματιού	1	2,4
	Νευρολογικές παθήσεις	7	17,1
	Παιδιατρικό γλαύκωμα ή καταρράκτης ή καρκίνος	8	19,5
Απώλεια όρασης του παιδιού	Μερική	15	36,6
	Ολική	26	63,4
Συνυπάρχουσα αναπηρία	Όχι	34	82,9
	Ναι	7	17,1
Τύπος συνυπάρχουσας αναπηρίας	Αιμοροφυλία	1	2,4
	Αφαίρεση υπόφυσης	1	2,4
	Βαρηκοΐα	1	2,4
	Πάρεση	1	2,4
	Δυστονία δεξιάς πλευράς	1	2,4
	Ορμονικές διαταραχές	1	2,4
	Υποτονία, ελλείματα στη λεπτή κινητικότητα, προβλήματα ισορροπίας	1	2,4
Ηλικία εμφάνισης προβλήματος όρασης	Κατά τη γέννηση	27	65,9
	0-5 ετών	13	31,7
	6-18 ετών	1	2,4
Εκ γενετής πρόβλημα όρασης	Όχι	14	34,1
	Ναι	27	65,9
Η απώλεια της όρασης ήταν:	Αιφνίδια	26	63,4
	Σταδιακή	15	36,6

Πίνακας 4

Στοιχεία για την καθημερινότητα του παιδιού

Στοιχεία καθημερινότητας		N	%
Το παιδί σας μετακινείται:	Μόνος/η	7	17,1
	Μόνος/η με σκύλο-οδηγό	1	2,4
	Μόνος/η με λευκό μαστούνι	21	51,2
	Με τη βοήθεια συνοδού	29	70,7

Συνεχίζεται

Συνέχεια

	Στοιχεία καθημερινότητας	N	%
Το παιδί σας γράφει και διαβάζει:	Ηλεκτρονικές συσκευές με πρόγραμμα ανάγνωσης οθόνης	23	56,1
	Ηλεκτρονικές συσκευές με πρόγραμμα μεγέθυνσης/ έντυπη μεγαλογράμματη γραφή	9	22,0
	Με γραφή Braille	29	70,7
Το παιδί σας μένει:	Με την πατρική οικογένεια	32	78,0
	Με σύντροφο	2	4,9
	Με την Μητέρα	1	2,4
	Μόνος/η	2	4,9
	Σε οικοτροφείο (ΚΕΑΤ)	4	9,8

6.2. Συμπεριφορές, συναισθήματα και έκθεση στον COVID-19

Το 90,2% των γονέων θα αξιολογούσε από καλή έως εξαιρετική τη συνολική σωματική υγεία του παιδιού τους (Πίνακας 5). Στο 39% των περιπτώσεων δεν αναφέρεται κανένα άλλο πρόβλημα υγείας για τα παιδιά, ενώ στο 14,6% αναφέρονται συναισθηματικά ή ψυχικά προβλήματα. Το 90,2% των γονέων θα αξιολογούσε από καλή έως εξαιρετική τη συνολική ψυχική/συναισθηματική υγεία του παιδιού τους πριν την πανδημία του COVID-19 στη χώρα.

Το 95,1% των παιδιών δεν είχαν εκτεθεί και δεν είχαν έρθει σε επαφή με κάποιο ύποπτο κρούσμα (Πίνακας 6). Σε καμία από τις οικογένειες δεν υπήρξε κάποιος που να έχει διαγνωστεί με COVID-19. Ακόμα, στο 26,8% αναφέρθηκε μειωμένη ικανότητα να κερδίσει χρήματα, στο 9,8% αναφέρθηκε απώλεια εργασίας και στο ίδιο ποσοστό υπήρξε εθελοντική απομόνωση χωρίς συμπτώματα λοίμωξης.

Σύμφωνα με τις αναφορές των γονέων, το 48,8% των παιδιών ανησυχούσε λίγο ότι θα μολυνθεί το ίδιο ενώ το 19,5% δεν ανησυχούσε καθόλου (Πίνακας 7). Ακόμα, το 29,3% των παιδιών ανησυχούσε λίγο ότι θα μολυνθούν φίλοι ή μέλη της οικογένειας ενώ το 26,8% δεν ανησυχούσε καθόλου. Το 46,3% των παιδιών δεν ανησυχούσε καθόλου ότι η σωματική του/της υγεία θα επηρεαστεί από τον COVID-19 και το 34,1% των παιδιών δεν ανησυχούσε καθόλου ότι η ψυχική/συναισθηματική του/της υγεία θα επηρεαστεί από τον COVID-19. Περιστασιακά κάνει ερωτήσεις, διαβάζει, ή μιλάει για τον COVID-19 το

41,5%, συχνά το 31,7% και σπάνια το 22%. Σύμφωνα με το 68,3% των γονέων η κρίση για τον COVID-19 στη χώρα δεν έχει οδηγήσει σε καμία θετική αλλαγή στη ζωή του παιδιού τους, ενώ το 31,7% βρίσκει θετικές αλλαγές, με την κυριότερη τον περισσότερο και ποιοτικότερο χρόνο με την οικογένεια. Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται στοιχεία αναφορικά με την σχολική ζωή των παιδιών στον καιρό της πανδημίας.

Πίνακας 5

Στοιχεία για την κατάσταση υγείας του παιδιού

Κατάσταση υγείας παιδιού		N	%
Αξιολόγηση σύμφωνα με τον γονέα για τη συνολική σωματική υγεία παιδιού	Εξαιρετική	9	22,0
	Πολύ καλή	12	29,3
	Καλή	16	39,0
	Ικανοποιητική	4	9,8
	Φτωχή	0	0,0
Διαγνωσμένα προβλήματα υγείας τώρα ή στο παρελθόν	Εποχιακές αλλεργίες	7	17,1
	Καρδιακά προβλήματα	3	7,3
	Διαταραχές του Ανοσοποιητικού	3	7,3
	Καρκίνο	4	9,8
	Συχνές ή έντονες κεφαλαλγίες	4	9,8
	Επιληψία/σπασμούς	2	4,9
	Σοβαρά γαστρεντερικά προβλήματα	2	4,9
	Σοβαρή ακμή ή δερματολογικά προβλήματα	2	4,9
	Συναισθηματικά ή ψυχικά προβλήματα όπως κατάθλιψη ή άγχος	6	14,6
	Κανένα από τα παραπάνω	16	39,0
	Άλλο	3	7,3
Αξιολόγηση σύμφωνα με τον γονέα για την ψυχική/συναισθηματική υγεία παιδιού ΠΡΙΝ την πανδημία COVID-19	Εξαιρετική	12	29,3
	Πολύ Καλή	18	43,9
	Καλή	7	17,1
	Ικανοποιητική	4	9,8
	Φτωχή	0	0,0

Πίνακας 6

Επαφή με COVID-19

Μεταβλητές	N	%	
Έκθεση/επαφή με ύποπτο κρούσμα COVID-19	Όχι	39	95,1
	Ναι, κάποιον με θετικό τεστ	2	4,9
	Ναι, κάποιον με ιατρική διάγνωση αλλά όχι τεστ	0	0,0
	Ναι, κάποιον με πιθανά συμπτώματα, αλλά όχι ιατρική διάγνωση	0	0,0
το παιδί ως ύποπτο κρούσμα COVID-19	Όχι	39	95,1
	Ναι, χωρίς συμπτώματα ή σημεία	2	4,9
Παρουσία συμπτωμάτων στο παιδί	Πυρετό	1	2,4
	Βήχα	2	4,9
	Δυσκολία στην αναπνοή	1	2,4
	Πονόλαιμο	1	2,4
	Κόπωση	6	14,6
	Απώλεια γεύσης ή όσφρησης	1	2,4
	Κανένα από τα παραπάνω	34	82,9
Διάγνωση κρούσματος COVID-19 στην οικογένεια	Όχι	41	100,0
	Ναι	0	0,0
Συμβάντα στην οικογένεια λόγω COVID-19	Σωματική ασθένεια	0	0,0
	Νοσηλεία	0	0,0
	Εθελοντική απομόνωση (καραντίνα) με συμπτώματα λοίμωξης	0	0,0
	Εθελοντική απομόνωση (καραντίνα) χωρίς συμπτώματα λοίμωξης	4	9,8
	Απώλεια εργασίας	4	9,8
	Μειωμένη ικανότητα να κερδίσει χρήματα	11	26,8
	Θάνατος	0	0

Πίνακας 7

Επιρροή πανδημίας στην ψυχική υγεία και στην καθημερινότητα

Συναισθήματα και συμπεριφορές παιδιού σχετικά με τον COVID-19 τις δύο τελευταίες εβδομάδες	N	%
Ανησυχία μόλυνσης του ίδιου	Καθόλου	8 19,5
	Λίγο	20 48,8
	Μέτρια	8 19,5
	Πολύ	5 12,2
	Πάρα πολύ	0 0,0
Ανησυχία μόλυνσης φίλων ή μελών της οικογένειας	Καθόλου	11 26,8
	Λίγο	12 29,3
	Μέτρια	8 19,5
	Πολύ	9 22,0
	Πάρα πολύ	1 2,4
Ανησυχία επίδρασης της σωματικής του/της υγείας	Καθόλου	19 46,3
	Λίγο	8 19,5
	Μέτρια	11 26,8
	Πολύ	3 7,3
	Πάρα πολύ	0 0,0
Ανησυχία επίδρασης της ψυχικής/συναισθηματικής του/της υγείας	Καθόλου	14 34,1
	Λίγο	12 29,3
	Μέτρια	8 19,5
	Πολύ	7 17,1
	Πάρα πολύ	0 0,0
Ενασχόληση με θέματα σχετικά με τον COVID-19	Ποτέ	1 2,4
	Σπάνια	9 22,0
	Περιστασιακά	17 41,5
	Συχνά	13 31,7
	Τον περισσότερο καιρό	1 2,4
Θετικές αλλαγές στη ζωή του από την κρίση COVID-19	Καμία	28 68,3
	Ελάχιστες	8 19,5
	Ναι, Κάποιες	5 12,2
Προσδιορισμός θετικών αλλαγών	Μέτρα αυτοπροστασίας από τον COVID-19	2 4,9
	Οφέλη από την τηλεκπαίδευση και τη χρήση του διαδικτύου γενικότερα	4 9,8
	περισσότερος χρόνος για εξωσχολικές δραστηριότητες	1 2,4
	περισσότερος χρόνος για εξωσχολικές δραστηριότητες, Χρόνος για επικοινωνία με τους φίλους μέσω κοινωνικών δικτύων	1 2,4
	Ποιοτικός και ποσοτικός χρόνος με την οικογένεια	5 12,2

Πίνακας 8

Σχολική ζωή παιδιών σε καιρό πανδημίας

Σχολική ζωή		N	%
Κλείσιμο του σχολείου τις δύο τελευταίες εβδομάδες	Όχι	22	53,7
	Ναι	19	46,3
Πραγματοποίηση μαθημάτων	Όχι	0	0,0
	Ναι	22	100,0
Παρακολούθηση μαθημάτων από κοντά	Όχι	2	9,1
	Ναι	20	90,9
Πραγματοποίηση μαθημάτων διαδικτυακά	Όχι	1	5,3
	Ναι	18	94,7
Εύκολη πρόσβαση του παιδιού στο διαδίκτυο και σε υπολογιστή	Όχι	2	10,5
	Ναι	17	89,5
Ανάθεση εργασιών	Όχι	7	36,8
	Ναι	12	63,2
	Λίγο	14	35,0
	Μέτρια	8	20,0
	Πολύ	7	17,5
	Υπερβολικά	1	2,5

Καθόλου στρες δεν προκάλεσαν οι περιορισμοί κυκλοφορίας στο παιδί τους σύμφωνα με το 39% των γονέων, ενώ το 22% δήλωσε ότι προκλήθηκε ήπιο ή μέτριο στρες και το 17,1% πολύ στρες από τους περιορισμούς της κυκλοφορίας (Πίνακας 9). Το 41,5% των γονέων δήλωσε ότι το παιδί τους δεν είχε καμία δυσκολία στο να ακολουθήσει τις συστάσεις και να μένει μακριά από στενές επαφές με άλλους. Περίπου ίδια ήταν η ποιότητα των σχέσεων του παιδιού με τα μέλη της οικογένειας σύμφωνα με το 82,9% των γονέων ενώ το 65,9% των παιδιών δεν εμφάνισε στρες εξαιτίας των αλλαγών στις οικογενειακές επαφές. Αναφορικά με την ποιότητα των σχέσεων του παιδιού με τους φίλους του, το 78% των γονέων δήλωσε ότι είναι περίπου η ίδια. Το 56,1% των γονέων δήλωσε ότι δεν προκλήθηκε στρες από τις αλλαγές στις κοινωνικές επαφές των παιδιών τους. Οικονομικά προβλήματα προκλήθηκαν στο διάστημα της πανδημίας σε ποσοστό 80,5% του δείγματος. Η ανησυχία των παιδιών για τη σταθερότητα στην κατάσταση διαβίωσης αναφέρθηκε από το 61% των γονέων.

Πίνακας 9

Κοινωνική ζωή παιδιών εν καιρώ πανδημίας

Κοινωνική ζωή τις δύο τελευταίες εβδομάδες		N	%
Με πόσα άτομα, εκτός σπιτιού, είχε το παιδί σας προσωπική, από κοντά συνομιλία;		10,1 (10,6)	5 (2 - 20)
Πόσο χρόνο αφιέρωνε το παιδί σας στο να βγαίνει εκτός σπιτιού;	Καθόλου	6	14,6
	1-2 Μέρες την εβδομάδα	18	43,9
	Λίγες μέρες την εβδομάδα	9	22,0
	Αρκετές μέρες την εβδομάδα	5	12,2
Πόσο στρες προκάλεσαν στο παιδί σας οι περιορισμοί κυκλοφορίας;	Κάθε μέρα	3	7,3
	Καθόλου	16	39,0
	Ήπιο	9	22,0
	Μέτριο	9	22,0
Έχουν αλλάξει οι επαφές του παιδιού σας με τον κόσμο εκτός σπιτιού σχετικά με την περίοδο πριν την κρίση του COVID-19 στη χώρα;	Πολύ	7	17,1
	Υπερβολικό	0	0,0
	Πολύ λιγότερες	12	29,3
	Λίγο λιγότερες	7	17,1
	Περίπου οι ίδιες	20	48,8
Πόση δυσκολία είχε το παιδί σας να ακολουθήσει τις συστάσεις να μένει μακριά από στενές επαφές με άλλους ανθρώπους;	Λίγο περισσότερες	1	2,4
	Πολύ περισσότερες	1	2,4
	Καμία	17	41,5
	Λίγη	12	29,3
	Μέτρια	7	17,1
Έχει αλλάξει η ποιότητα των σχέσεων του παιδιού σας με τα μέλη της οικογένειάς του;	Πολύ	2	4,9
	Πολύ μεγάλη	3	7,3
	Πολύ χειρότερη	0	0,0
	Λίγο χειρότερη	2	4,9
	Περίπου ή ίδια	34	82,9
Πόσο στρες προκάλεσαν στο παιδί σας αυτές οι αλλαγές στις οικογενειακές επαφές;	Λίγο καλύτερη	2	4,9
	Πολύ καλύτερη	3	7,3
	Καθόλου	27	65,9
	Ήπιο	8	19,5
	Μέτριο	4	9,8
	Πολύ	2	4,9
	Υπερβολικό	0	0,0

Συνεχίζεται

Συνέχεια

Κοινωνική ζωή τις δύο τελευταίες εβδομάδες		N	%
Έχει αλλάξει η ποιότητα των σχέσεων του παιδιού σας με τους/τις φίλους/ες του/της;	Πολύ χειρότερη	0	0,0
	Λίγο χειρότερη	6	14,6
	Περίπου ή ίδια	32	78,0
	Λίγο καλύτερη	3	7,3
	Πολύ καλύτερη	0	0,0
Πόσο στρες προκάλεσαν στο παιδί σας οι αλλαγές αυτές στις κοινωνικές επαφές;	Καθόλου	23	56,1
	Ήπιο	6	14,6
	Μέτριο	9	22,0
	Πολύ	1	2,4
	Υπερβολικό	2	4,9
Πόσο δύσκολη ήταν για το παιδί σας η ακύρωση σημαντικών γεγονότων της ζωής του (όπως το Πάσχα, οι σχολικές εκδρομές, οι εορτασμοί, τα πάρτι κτλ.) ;	Καθόλου	6	14,6
	Λίγο	8	19,5
	Μέτρια	12	29,3
	Πολύ	11	26,8
	Υπερβολικά	4	9,8
Σε τι βαθμό οι αλλαγές που σχετίζονται με την κρίση του COVID-19 στη χώρα προκάλεσαν οικονομικά προβλήματα στην οικογένειά σας;	Καθόλου	8	19,5
	Λίγο	12	29,3
	Μέτρια	9	22,0
	Πολύ	10	24,4
	Υπερβολικά	2	4,9
Σε τι βαθμό ανησυχεί το παιδί σας για τη σταθερότητα στην κατάσταση διαβίωσής σας;	Καθόλου	16	39,0
	Λίγο	11	26,8
	Μέτρια	7	17,1
	Πολύ	7	17,1
	Υπερβολικά	0	0,0
Το παιδί σας ανησυχούσε μήπως δεν έχετε να φάτε λόγω έλλειψης χρημάτων;	Όχι	31	75,6
	Ναι	10	24,4
Πόσο αισιόδοξο είναι το παιδί σας ότι η κρίση με τον COVID-19 στη χώρα θα τελειώσει σύντομα;	Καθόλου	4	9,8
	Λίγο	8	19,5
	Μέτρια	18	43,9
	Πολύ	9	22,0
	Υπερβολικά	2	4,9

Έξι με οκτώ ώρες καθημερινά κοιμόταν το 53,7% των παιδιών του δείγματος και 8 με 10 ώρες το 34,1% (Πίνακας 10). Σχετικά με την εβδομαδιαία άσκηση, το 46,3% του δείγματος δεν έκανε καμία μέρα άσκηση ενώ το 29,3% έκανε μία με δύο μέρες τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Στον πίνακα παρακάτω παρουσιάζονται τα συναισθήματα των παιδιών έτσι όπως τα κατέγραψαν οι γονείς τους. Το 73% ήταν ανήσυχα, το 65,9% ήταν μοναχικά, το 63,4% ήταν εκνευρισμένα/τσαντισμένα, το 58,5% ήταν

κουρασμένα/εξουθενωμένα, το 56,1% ήταν νευρικά/ ανήσυχα, το 29,2 ήταν αγχωμένα, το 17,1% λυπημένα και το 14,7% ήταν απρόσεκτα.

Όπως αναφέρουν οι γονείς, μία με τρεις ώρες την ημέρα έβλεπε τηλεόραση το 39% και τέσσερις με έξι ώρες το 26,8% (πίνακας 11). Σχετικά με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, το 29,3% των παιδιών δεν τα χρησιμοποιούσε καθόλου, το 29,3% τα χρησιμοποιούσε λιγότερο από μία ώρα την ημέρα, το 19,5% μία με τρεις ώρες και το 17,1% τέσσερις με έξι ώρες. Στον πίνακα 12 παρουσιάζονται τα ποσοστά χρήσης ουσιών, όπως το αλκοόλ, το ηλεκτρονικό τσιγάρο και ο καπνός /τσιγάρο.

Πίνακας 10

Καθημερινές συνήθειες και ψυχολογική κατάσταση παιδιών σε καιρό πανδημίας

Συμπεριφορές και ψυχική κατάσταση τις δύο τελευταίες εβδομάδες		N	%
Ώρες νυχτερινού ύπνου	<6 ώρες	4	9,8
	6-8 ώρες	22	53,7
	8-10 ώρες	14	34,1
	>10 ώρες	1	2,4
Μέρες άσκησης	Καμία	19	46,3
	1-2 μέρες	12	29,3
	3-4 μέρες	6	14,6
	5-6 μέρες	2	4,9
	καθημερινά	2	4,9
Χρόνος εκτός σπιτιού	Καμία	14	34,1
	1-2 μέρες	15	36,6
	3-4 μέρες	4	9,8
	5-6 μέρες	2	4,9
	Καθημερινά	6	14,6
Γενική ανησυχία	Καθόλου	11	26,8
	Λίγο	14	34,1
	Μέτρια	10	24,4
	Πολύ	4	9,8
	Υπερβολικά	2	4,9
Λυπημένο/χαρούμενο	Πολύ λυπημένο	0	0,0
	Μέτρια λυπημένο	7	17,1
	Ουδέτερο	15	36,6
	Μέτρια χαρούμενο	8	19,5
	Πολύ χαρούμενο	11	26,8

Συνεχίζεται

Συνέχεια

Συμπεριφορές και ψυχική κατάσταση τις δύο τελευταίες εβδομάδες		N	%
Χαλαρό/αγχωμένο	Πολύ χαλαρό	8	19,5
	Μέτρια χαλαρό	9	22,0
	Ουδέτερο	12	29,3
	Μέτρια αγχωμένο	11	26,8
	Πολύ αγχωμένο	1	2,4
Νευρικό/ανήσυχο	Καθόλου	15	36,6
	Λίγο	11	26,8
	Μέτρια	12	29,3
	Πολύ	3	7,3
	Πάρα πολύ	0	0,0
Κουρασμένο/εξουθενωμένο	Καθόλου	17	41,5
	Λίγο	13	31,7
	Μέτρια	9	22,0
	Πολύ	1	2,4
	Πάρα πολύ	1	2,4
Ικανότητα συγκέντρωσης/εστίασης	Πολύ εστιασμένο/προσεκτικό	15	36,6
	Μέτρια εστιασμένο/προσεκτικό	10	24,4
	Ουδέτερο	10	24,4
	Μέτρια απρόσεκτο/διασπασμένο	4	9,8
	Πολύ απρόσεκτο/διασπασμένο	2	4,9
Εκνευρισμένο/τσαντισμένο	Καθόλου	15	36,6
	Λίγο	12	29,3
	Μέτρια	13	31,7
	Πολύ	1	2,4
	Υπερβολικά	0	0,0
Αίσθημα μοναξιάς/μοναχικότητας	Καθόλου	14	34,1
	Λίγο	9	22,0
	Μέτρια	11	26,8
	Πολύ	5	12,2
	Υπερβολικά	2	4,9

Πίνακας 11

Χρήση ψηφιακών μέσων και κοινωνικών δικτύων

Ψηφιακά μέσα τις δύο τελευταίες εβδομάδες		N	%
Καθημερινός χρόνος στην τηλεόραση/στα ψηφιακά μέσα	Καθόλου	2	4,9
	Λιγότερο από 1 ώρα	7	17,1
	1-3 ώρες	16	39,0
	4-6 ώρες	11	26,8
	Περισσότερο από 6 ώρες	5	12,2

Συνεχίζεται

Συνέχεια

Ψηφιακά μέσα τις δύο τελευταίες εβδομάδες		N	%
Καθημερινός χρόνος στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης	Καθόλου	12	29,3
	Λιγότερο από 1 ώρα	12	29,3
	1-3 ώρες	8	19,5
	4-6 ώρες	7	17,1
	Περισσότερο από 6 ώρες	2	4,9
Καθημερινός χρόνος στα βιντεοπαιχνίδια	Καθόλου	29	70,7
	Λιγότερο από 1 ώρα	6	14,6
	1-3 ώρες	5	12,2
	4-6 ώρες	0	0,0
	Περισσότερο από 6 ώρες	1	2,4

Πίνακας 12

Χρήση καπνού, αλκοόλ και παράνομων ουσιών

Χρήση ουσιών τις δύο τελευταίες εβδομάδες		N	%
Αλκοόλ	Καθόλου	36	87,8
	Σπάνια	2	4,9
	Περιστασιακά	3	7,3
	Συχνά	0	0,0
	Τακτικά	0	0,0
Άτμισμα (ηλεκτρονικό τσιγάρο)	Καθόλου	40	97,6
	Σπάνια	1	2,4
	Περιστασιακά	0	0,0
	Συχνά	0	0,0
	Τακτικά	0	0,0
Καπνός/τσιγάρο	Καθόλου	39	95,1
	Σπάνια	0	0,0
	Περιστασιακά	0	0,0
	Συχνά	1	2,4
	Τακτικά	1	2,4
Μαριχουάνα/κάνναβη	Καθόλου	41	100,0
	Σπάνια	0	0,0
	Περιστασιακά	0	0,0
	Συχνά	0	0,0
	Τακτικά	0	0,0
Οπιούχα, ηρωίνη, κοκαΐνη, κρακ, αμφεταμίνη, μεθαμφεταμίνη, παραισθησιογόνα/ έκσταση	Καθόλου	41	100,0
	Σπάνια	0	0,0
	Περιστασιακά	0	0,0
	Συχνά	0	0,0
	Τακτικά	0	0,0

6.3. Περιγραφικά μέτρα της κλίμακας μοναξιάς και της συμπτωματολογίας των αγχωδών διαταραχών

Οι διαστάσεις της κλίμακας μοναξιάς περιγράφονται στον πίνακα 13. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερη μοναξιά. Η διάμεσος στη διάσταση «Μοναξιά στη σχέση με γονείς» ήταν 16 (ενδ. εύρος: 14 – 20 μονάδες). Η διάμεσος στη διάσταση «Μοναξιά στη σχέση με συνομηλίκους» ήταν 21 (ενδ. εύρος: 17 – 29 μονάδες). Η διάμεσος στη διάσταση «Αποστροφή προς τη μοναξιά» ήταν 32 (ενδ. εύρος: 26 – 37 μονάδες). Η διάμεσος στη διάσταση «Προτίμηση προς τη μοναξιά» ήταν 31 (ενδ. εύρος: 28 – 35 μονάδες).

Τα κορίτσια ένωσαν σημαντικά περισσότερη μοναξιά στη σχέση με συνομηλίκους σε σύγκριση με τα αγόρια (Πίνακας 14). Αναλυτικά, στη διάσταση «Μοναξιά στη σχέση με γονείς» η διάμεσος των αγοριών ήταν 16,5 (ενδ. εύρος: 14 – 18) και των κοριτσιών ήταν 16 (ενδ. εύρος: 14 – 22), $p=0,599$. Στη διάσταση «Μοναξιά στη σχέση με συνομηλίκους» η διάμεσος των αγοριών ήταν 20 (ενδ. εύρος: 14 – 26) και των κοριτσιών ήταν 27 (ενδ. εύρος: 18 – 33), $p=0,027$. Στη διάσταση «Αποστροφή προς τη μοναξιά» η διάμεσος των αγοριών ήταν 32 (ενδ. εύρος: 25 – 37) και των κοριτσιών ήταν 30 (ενδ. εύρος: 26 – 37), $p=0,979$. Στη διάσταση «Προτίμηση προς τη μοναξιά» η διάμεσος των αγοριών ήταν 30,5 (ενδ. εύρος: 25 – 33) και των κοριτσιών ήταν 32 (ενδ. εύρος: 28 - 38), $p=0,339$.

Στον πίνακα 15 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman της ηλικίας με τις διαστάσεις της κλίμακας μοναξιάς. Σημαντική θετική συσχέτιση υπήρξε μεταξύ της ηλικίας και της κλίμακας «Προτίμηση προς τη μοναξιά», υποδηλώνοντας ότι μεγαλύτερη ηλικία σχετιζόταν με σημαντικά περισσότερη Προτίμηση προς τη μοναξιά.

Οι διαστάσεις της κλίμακας άγχους περιγράφονται στον πίνακα 16. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερο άγχος. Η διάμεσος στη διάσταση «Κρίσεις πανικού και αγοραφοβία» ήταν 2 (ενδ. εύρος: 0 – 5 μονάδες). Η διάμεσος στη διάσταση «Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή» ήταν 8 (ενδ. εύρος: 5 – 12 μονάδες). Η διάμεσος στη διάσταση «Κοινωνικό άγχος» ήταν 7 (ενδ. εύρος: 3 – 9 μονάδες).

Πίνακας 13

Περιγραφικά μέτρα διαστάσεων της κλίμακας μοναξιάς

Υποκλίμακες ερωτηματολογίου μοναξιάς (LLCA)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)
Μοναξιά στη σχέση με γονείς	16 (14 – 20)
Μοναξιά στη σχέση με συνομηλίκους	21 (17 – 29)
Αποστροφή προς τη μοναξιά	32 (26 – 37)
Προτίμηση προς τη μοναξιά	31 (28 – 35)

Πίνακας 14

Βαθμολογίες στις διαστάσεις της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με το φύλο των παιδιών

Υποκλίμακες ερωτηματολογίου μοναξιάς(LLCA)	Φύλο		P Mann-Whitney test
	Κορίτσια Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)	Αγόρια Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Μοναξιά στη σχέση με γονείς	16 (14 – 22)	16,5 (14 – 18)	0,599
Μοναξιά στη σχέση με συνομηλίκους	27 (18 – 33)	20 (14 – 26)	0,027
Αποστροφή προς τη μοναξιά	30 (26 – 37)	32 (25 – 37)	0,979
Προτίμηση προς τη μοναξιά	32 (28 – 38)	30,5 (25 – 33)	0,339

Πίνακας 15

Συντελεστές συσχέτισης της ηλικίας με τις διαστάσεις της κλίμακας μοναξιάς

Υποκλίμακες ερωτηματολογίου μοναξιάς(LLCA)	Ηλικία παιδιού	
Μοναξιά στη σχέση με γονείς	r	0,17
	P	0,289
Μοναξιά στη σχέση με συνομηλίκους	r	0,19
	P	0,223
Αποστροφή προς τη μοναξιά	r	-0,09
	P	0,560
Προτίμηση προς τη μοναξιά	r	0,35
	P	0,026

Πίνακας 16

Περιγραφικά μέτρα διαστάσεων της κλίμακας άγχους

Υποκλίμακες ερωτηματολογίου αγχώδων διαταραχών (SCAS)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)
Κρίσεις πανικού και αγοραφοβία	2 (0 – 5)
Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	8 (5 – 12)
Κοινωνικό άγχος	7 (3 – 9)

Τα κορίτσια είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και περισσότερο κοινωνικό άγχος σε σύγκριση με τα αγόρια (Πίνακας 17). Αναλυτικά, στη διάσταση «Κρίσεις πανικού και αγοραφοβία» η διάμεσος των αγοριών ήταν 1,5 (ενδ. εύρος: 0 – 3) και των κοριτσιών ήταν 4 (ενδ. εύρος: 1 – 5), $p=0,100$. Στη διάσταση «Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή» η διάμεσος των αγοριών ήταν 7 (ενδ. εύρος: 5 – 9) και των κοριτσιών ήταν 11 (ενδ. εύρος: 8 – 13), $p=0,031$. Στη διάσταση «Κοινωνικό άγχος» η διάμεσος των αγοριών ήταν 5,5 (ενδ. εύρος: 2 – 8) και των κοριτσιών ήταν 8 (ενδ. εύρος: 5 – 10), $p=0,050$.

Πίνακας 17

Βαθμολογίες αγοριών και κοριτσιών στις διαστάσεις της κλίμακας άγχους

Υποκλίμακες ερωτηματολογίου αγχώδων διαταραχών(SCAS)	Φύλο		P Mann-Whitney test
	Κορίτσια Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Αγόρια Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Κρίσεις πανικού και αγοραφοβία	4 (1 – 5)	1,5 (0 – 3)	0,100
Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	11 (8 – 13)	7 (5 – 9)	0,031
Κοινωνικό άγχος	8 (5 – 10)	5,5 (2 – 8)	0,050

6.4. Παραγοντική ανάλυση (factor analysis)

Προκειμένου να ομαδοποιηθούν οι ερωτήσεις που αφορούσαν στην ανησυχία των παιδιών, οι οποίες συμπεριλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο crisis έγινε factor analysis με τη μέθοδο Principal component (Rotation Method: Varimax), τα αποτελέσματα της οποίας δίνονται στον πίνακα 18. Η τιμή του κριτηρίου KMO ήταν 0,73, η οποία ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,5), οπότε υπήρχε επάρκεια του δείγματος και ήταν κατάλληλο για παραγοντική ανάλυση. Επίσης, το κριτήριο του Bartlett ήταν σημαντικό ($p < 0,001$), οπότε υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ερωτήσεων, υποστηρίζοντας την καταλληλότητα των δεδομένων για την διεξαγωγή παραγοντικής ανάλυσης.

Οι ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν σε 2 παράγοντες «Γενική ανησυχία - στρες για την πανδημία» και «Οικονομική ανασφάλεια». Συγκεκριμένα στον παράγοντα «Γενική ανησυχία - στρες για την πανδημία» συμπεριλήφθηκαν όλες οι ερωτήσεις που είχαν φορτίο άνω του 0,4, δηλαδή οι ερωτήσεις «Πόσο ανησυχεί ότι θα μολυνθεί το ίδιο;», «Πόσο ανησυχεί ότι θα μολυνθούν φίλοι ή μέλη της οικογένειας;», «Πόσο ανησυχεί ότι η σωματική του/της υγεία θα επηρεαστεί από τον COVID-19;», «Πόσο ανησυχεί ότι η ψυχική/συναισθηματική του/της υγεία θα επηρεαστεί από τον COVID-19;», «Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων, πόσο στρες προκάλεσαν στο παιδί σας οι περιορισμοί κυκλοφορίας;», «Κατά την διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων, πόσο νευρικό/ανήσυχο ήταν το παιδί σας;» και «Κατά την διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων, σε τι βαθμό το παιδί σας ανησυχούσε γενικά;». Ο παράγοντας «Γενική ανησυχία - στρες για την πανδημία» εξηγεί το 42,8% της μεταβλητότητας. Στον παράγοντα «Οικονομική ανασφάλεια» συμπεριλήφθηκαν όλες οι ερωτήσεις που είχαν φορτίο άνω του 0,4, δηλαδή οι ερωτήσεις «Κατά την διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων, σε τι βαθμό ανησυχεί το παιδί σας για τη σταθερότητα στην κατάσταση διαβίωσής σας;» και «Κατά την διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων, σε τι βαθμό οι αλλαγές που σχετίζονται με την κρίση του COVID-19 στη χώρα προκάλεσαν οικονομικά προβλήματα στην οικογένειά σας;». Η ερώτηση «Κατά την διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων, πόσο νευρικό/ανήσυχο ήταν το παιδί σας;» είχε δευτερεύον φορτίο αλλά συμπεριλήφθηκε στον πρώτο παράγοντα βάσει της εννοιολογικής εγγύτητας. Ο

παράγοντας «Οικονομική ανασφάλεια» εξηγεί το 21,6% της μεταβλητότητας και συνολικά οι δύο παράγοντες εξηγούν το 64,4%.

Στη συνέχεια αθροίστηκαν οι ερωτήσεις σε κάθε παράγοντα και το άθροισμά τους διαιρέθηκε με το πλήθος τους. Έτσι, προέκυψαν οι βαθμολογίες στους παράγοντες που μπορούν να κυμανθούν από 1 έως 5 μονάδες, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν περισσότερη γενικευμένη ανησυχία-στρες και περισσότερη οικονομική ανασφάλεια. Η διάμεσος στον παράγοντα «Γενική ανησυχία - στρες για την πανδημία» ήταν 2 (ενδ. εύρος: 1,6 – 2,7 μονάδες). Η διάμεσος στον παράγοντα «Οικονομική ανασφάλεια» ήταν 2,5 (ενδ. εύρος: 1,5 – 3 μονάδες).

Πίνακας 18

Φορτία (loadings) ερωτήσεων για την ανησυχία των παιδιών από factor ανάλυση με τη μέθοδο Principal Component (Rotation Method Varimax)

Ερωτήσεις παραγοντικής ανάλυσης	Γενική ανησυχία - στρες για την πανδημία	Οικονομική ανασφάλεια
Πόσο ανησυχεί ότι θα μολυνθεί το ίδιο;	0,81	
Πόσο ανησυχεί ότι θα μολυνθούν φίλοι ή μέλη της οικογένειας;	0,87	
Πόσο ανησυχεί ότι η σωματική του/της υγεία θα επηρεαστεί από τον COVID-19;	0,75	
Πόσο ανησυχεί ότι η ψυχική/συναισθηματική του/της υγεία θα επηρεαστεί από τον COVID-19;	0,82	
Κατά την διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων, σε τι βαθμό ανησυχεί το παιδί σας για τη σταθερότητα στην κατάσταση διαβίωσής σας;		0,77
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων, πόσο στρες προκάλεσαν στο παιδί σας οι περιορισμοί κυκλοφορίας;	0,51	
Κατά την διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων, σε τι βαθμό οι αλλαγές που σχετίζονται με την κρίση του COVID-19 στη χώρα προκάλεσαν οικονομικά προβλήματα στην οικογένειά σας;		0,86
Κατά την διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων, πόσο νευρικό/ανήσυχο ήταν το παιδί σας;	0,43	0,63
Κατά την διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων, σε τι βαθμό το παιδί σας ανησυχούσε γενικά;	0,80	
% Μεταβλητότητας που εξηγείται	42,8	21,6

6.5. Μοναξιά ανάλογα με το βαθμό οπτικής αναπηρίας

Η μοναξιά δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των παιδιών με μερική και των παιδιών με ολική απώλεια όρασης (Πίνακας 19). Αναλυτικά, στη διάσταση «Μοναξιά στη σχέση με γονείς» η διάμεσος των παιδιών με μερική απώλεια όρασης ήταν 18 (ενδ. εύρος: 15 – 21) και των παιδιών με ολική απώλεια όρασης ήταν 15,5 (ενδ. εύρος: 14 – 20), $p=0,289$. Στη διάσταση «Μοναξιά στη σχέση με συνομηλίκους» η διάμεσος των παιδιών με μερική απώλεια όρασης ήταν 19 (ενδ. εύρος: 14 - 26) και των παιδιών με ολική απώλεια όρασης ήταν 25,5 (ενδ. εύρος: 17 – 32), $p=0,116$. Στη διάσταση «Αποστροφή προς τη μοναξιά» η διάμεσος των παιδιών με μερική απώλεια όρασης ήταν 30 (ενδ. εύρος: 25 – 38) και των παιδιών με ολική απώλεια όρασης ήταν 32 (ενδ. εύρος: 26 – 36), $p=0,903$. Στη διάσταση «Προτίμηση προς τη μοναξιά» η διάμεσος των παιδιών με μερική απώλεια όρασης ήταν 31 (ενδ. εύρος: 29 – 36) και των παιδιών με ολική απώλεια όρασης ήταν 31 (ενδ. εύρος: 25 - 35), $p=0,786$.

Πίνακας 19

Βαθμολογίες στις διαστάσεις της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με τον τύπο της απώλειας όρασης

Υποκλίμακες ερωτηματολογίου μοναξιάς	Η απώλεια όρασης του παιδιού σας είναι		P Mann- Whitney test
	Μερική Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Ολική Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Μοναξιά στη σχέση με γονείς	18 (15 – 21)	15,5 (14 – 20)	0,289
Μοναξιά στη σχέση με συνομηλίκους	19 (14 – 26)	25,5 (17 – 32)	0,116
Αποστροφή προς τη μοναξιά	30 (25 – 38)	32 (26 – 36)	0,903
Προτίμηση προς τη μοναξιά	31 (29 – 36)	31 (25 – 35)	0,786

6.6. Συσχετίσεις

Οι διαστάσεις άγχους-φοβίας δεν σχετίζονταν σημαντικά με την μοναξιά που ένιωθαν τα παιδιά στη σχέση με τους γονείς τους (Πίνακας 20). Αντιθέτως, υψηλότερες τιμές στη διάσταση «Κρίσεις πανικού και αγοραφοβία» σχετίζονταν με σημαντικά υψηλότερη μοναξιά στη σχέση με συνομηλίκους ($r=0,44$, $p=0,004$) και λιγότερη αποστροφή προς τη μοναξιά ($r=0,49$, $p=0,001$). Επίσης, υψηλότερες τιμές στη διάσταση «Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή» σχετίζονταν με σημαντικά υψηλότερη μοναξιά στη σχέση με συνομηλίκους ($r=0,60$, $p<0,001$), λιγότερη αποστροφή προς τη μοναξιά ($r=0,42$, $p=0,007$) και περισσότερη Προτίμηση προς τη μοναξιά ($r=0,53$, $p<0,001$). Ακόμα, υψηλότερες τιμές στη διάσταση «Κοινωνικό άγχος» σχετίζονταν με σημαντικά υψηλότερη μοναξιά στη σχέση με συνομηλίκους ($r=0,57$, $p<0,001$), λιγότερη αποστροφή προς τη μοναξιά ($r=0,32$, $p=0,045$) και περισσότερη προτίμηση προς τη μοναξιά ($r=0,44$, $p=0,004$).

Περισσότερη οικονομική ανασφάλεια σχετιζόταν με περισσότερη μοναξιά στη σχέση με τους γονείς και τους συνομηλίκους ($r=0,32$, $p=0,043$ και $r=0,31$, $p=0,050$ αντίστοιχα) (Πίνακας 21). Η οικονομική ανασφάλεια δεν βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τις υπόλοιπες διαστάσεις της κλίμακας μοναξιάς. Επίσης, ο παράγοντας «Γενική ανησυχία - στρες για την πανδημία» δεν βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με καμία από τις διαστάσεις της κλίμακας μοναξιάς.

Τα παιδιά που κατά τη διάρκεια της πανδημίας βελτίωσαν την ποιότητα των σχέσεων με τα μέλη της οικογένειάς τους, βίωναν χαμηλότερα επίπεδα μοναξιάς σε σχέση με τους γονείς τους ($r=-0,35$, $p=0,025$) (Πίνακας 22). Η βελτίωση της ποιότητας των σχέσεων του παιδιού με τα μέλη της οικογένειάς του δεν βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τις υπόλοιπες διαστάσεις της κλίμακας μοναξιάς. Επίσης, η βελτίωση της ποιότητας των σχέσεων του παιδιού με τους φίλους τους και η συχνότητα σωματικής άσκησης δεν βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με καμία από τις διαστάσεις της κλίμακας μοναξιάς.

Ο αυξημένος χρόνος για διάβασμα ειδήσεων και συζητήσεων για τον COVID-19 και ο περισσότερος χρόνος στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης δεν σχετίζονταν σημαντικά

με τη συμπτωματολογία των κρίσεων πανικού και της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής (Πίνακας 23).

Πίνακας 20

Σχέση μοναξιάς και συμπτωματολογίας αγχωδών διαταραχών

Υποκλίμακες ερωτηματολογίου αγχωδών διαταραχών(SCAS)		Μοναξιά στη σχέση με γονείς	Μοναξιά στη σχέση με συνομηλίκους	Αποστροφή προς τη μοναξιά	Προτίμηση προς τη μοναξιά
Κρίσεις πανικού και αγοραφοβία	r	-0,07	0,44	0,49	0,29
	P	0,676	0,004	0,001	0,066
Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	r	-0,07	0,60	0,42	0,53
	P	0,665	<0,001	0,007	<0,001
Κοινωνικό άγχος	r	0,17	0,57	0,32	0,44
	P	0,295	<0,001	0,045	0,004

Πίνακας 21

Σχέση μοναξιάς και ανησυχίας για την πανδημία

Παράγοντες		Μοναξιά στη σχέση με γονείς	Μοναξιά στη σχέση με συνομηλίκους	Αποστροφή προς τη μοναξιά	Προτίμηση προς τη μοναξιά
Γενική ανησυχία - στρες για την πανδημία	r	0,16	0,10	0,03	0,26
	P	0,317	0,532	0,863	0,096
Οικονομική ανασφάλεια	r	0,32	0,31	0,25	-0,04
	P	0,043	0,050	0,108	0,792

Πίνακας 22

Σχέσεις μοναξιάς και ποιότητας σχέσεων των παιδιών - συχνότητας σωματικής άσκησης

Μεταβλητές		Μοναξιά στη σχέση με γονείς	Μοναξιά στη σχέση με συνομηλίκους	Αποστροφή προς τη μοναξιά	Προτίμηση προς τη μοναξιά
Κατά την διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων, έχει αλλάξει η ποιότητα των σχέσεων του παιδιού σας με τα μέλη της οικογένειάς του;	r	-0,35	-0,23	-0,21	-0,13
	P	0,025	0,157	0,197	0,423
Κατά την διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων, έχει αλλάξει η ποιότητα των σχέσεων του παιδιού σας με τους/τις φίλους/ες του/της;	r	0,02	-0,23	-0,04	-0,12
	P	0,902	0,148	0,780	0,462
Κατά την διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων, πόσες μέρες την εβδομάδα έκανε άσκηση το παιδί σας για τουλάχιστον 30 λεπτά;	r	-0,25	-0,08	-0,02	0,07
	P	0,113	0,606	0,889	0,657

Πίνακας 23

Σχέση συμπτωματολογίας αγχωδών διαταραχών και ενασχόλησης με θέματα COVID-19-χρόνου στα κοινωνικά δίκτυα

Μεταβλητές		Κρίσεις πανικού και αγοραφοβία	Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 εβδομάδων πόσο συχνά το παιδί σας κάνει ερωτήσεις, διαβάζει, ή μιλάει για τον COVID-19;	r	0,10	-0,13
	P	0,514	0,434
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων πόσο χρόνο την ημέρα αφιέρωνε το παιδί σας να χρησιμοποιεί μέσα κοινωνικής δικτύωσης	r	-0,08	0,25
	P	0,617	0,123

6.7. Πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις

Στη συνέχεια έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις έχοντας σαν εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις μοναξιάς. Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές

χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία, η ύπαρξη εκ γενετής προβλήματος όρασης, ο βαθμός της απώλειας όρασης, η μετακίνηση με τη βοήθεια συνοδού, η ποιότητα σχέσεων των παιδιών με την οικογένεια και τους φίλους τους, η συχνότητα σωματικής άσκησης, η συμπτωματολογία των αγχωδών διαταραχών και οι παράγοντες της γενικής ανησυχίας - στρες για την πανδημία και για την οικονομική ανασφάλεια. Με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών και τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα (πίνακας 24).

Πρώτον, όσο περισσότερο βελτιώθηκε η ποιότητα των σχέσεων των παιδιών με τα μέλη της οικογένειάς του τόσο λιγότερη μοναξιά στη σχέση με τους γονείς ένιωθαν ($\beta=-0,06$, $SE=0,02$, $p=0,021$). Επίσης, οι υψηλότερες τιμές στο κοινωνικό άγχος σχετίζονταν με σημαντικά υψηλότερη μοναξιά στη σχέση με τους συνομηλίκους ($\beta=0,02$, $SE=0,01$, $p<0,001$). Αναφορικά με την αποστροφή προς τη μοναξιά, βρέθηκε ότι οι υψηλότερες τιμές στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή σχετίζονταν με σημαντικά χαμηλότερη αποστροφή προς τη μοναξιά ($\beta=0,01$, $SE=0,003$, $p=0,004$). Οι υψηλότερες τιμές στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή σχετίζονταν ακόμα με σημαντικά υψηλότερη προτίμηση προς τη μοναξιά ($\beta=0,01$, $SE=0,002$, $p=0,001$). Επίσης, η μεγαλύτερη ηλικία σχετιζόταν με σημαντικά περισσότερη προτίμηση προς τη μοναξιά ($\beta=0,01$, $SE=0,003$, $p=0,037$).

Ακολούθως, έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις έχοντας σαν εξαρτημένες μεταβλητές τα συμπτώματα των αγχωδών διαταραχών. Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία, η ύπαρξη εκ γενετής προβλήματος όρασης, ο βαθμός της απώλειας όρασης, η μετακίνηση με τη βοήθεια συνοδού, η ποιότητα σχέσεων των παιδιών με την οικογένεια και τους φίλους τους, η συχνότητα σωματικής άσκησης καθώς και οι παράγοντες της γενικής ανησυχίας - στρες για την πανδημία και της οικονομικής ανασφάλειας. Με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών και τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα (πίνακας 25).

Δεν σχετίζεται καμία ανεξάρτητη μεταβλητή με τις κρίσεις πανικού / την αγοραφοβία. Ακόμα, τα άτομα με εκ γενετής πρόβλημα όρασης είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα γενικευμένης αγχώδους διαταραχής σε σύγκριση με τα άτομα με επίκτητο πρόβλημα όρασης ($\beta=0,19$, $SE=0,09$, $p=0,035$). Επιπλέον, τα αγόρια είχαν

σημαντικά λιγότερο κοινωνικό άγχος σε σύγκριση με τα κορίτσια ($\beta=-0,22$, $SE=0,10$, $p=0,035$). Επίσης, όσο περισσότερο είχαν βελτιωθεί οι σχέσεις των συμμετεχόντων με την οικογένειά τους, τόσο λιγότερο ήταν το κοινωνικό τους άγχος ($\beta=-0,20$, $SE=0,08$, $p=0,022$).

Πίνακας 24

Πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις της μοναξιάς

Επίδραση	Συντελεστής εξάρτησης (β)	Τυπικό σφάλμα (SE)	95% CI LL-UL	P
Μοναξιά σε σχέση με γονείς $R^2=0,11$				
Βελτίωση ποιότητας σχέσεων παιδιού με οικογένεια	-0,05	0,02	-0,10 – -0,01	0,021
Μοναξιά σε σχέση με συνομηλίκους $R^2=0,33$				
Κοινωνικό άγχος	0,02	0,01	0,01 – 0,03	<0,001
Αποστροφή προς τη μοναξιά $R^2=0,17$				
Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	0,01	0,003	0,003 – 0,014	0,004
Προτίμηση προς τη μοναξιά $R^2=0,32$ ($R^2_{\text{change}}= 0.20$)				
Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	0,01	0,002	0,004 – 0,013	0,001
Ηλικία παιδιού	0,01	0,003	0,000 – 0,013	0,037

Πίνακας 25

Πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις της συμπτωματολογίας των αγχωδών διαταραχών

Επίδραση	Συντελεστής εξάρτησης (β)	Τυπικό σφάλμα (SE)	95% CI LL-UL	P
Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή $R^2=0,09$				
Εκ γενετής πρόβλημα όρασης (αναφορά: χωρίς εκ γενετής πρόβλημα)	0,19	0,09	0,02 – 0,37	0,035

Συνεχίζεται

Συνέχεια

Επίδραση	Συντελεστής εξάρτησης (β)	Τυπικό σφάλμα (SE)	95% CI LL-UL	P
Κοινωνικό άγχος $R^2=0,17$ ($R^2_{\text{change}}= 0,07$)				
Φύλο (αναφορά: αγόρια)	0,22	0,10	-0,42 — -0,02	0,035
Βελτίωση ποιότητας σχέσεων παιδιού με οικογένεια;	0,20	0,08	-0,36 — -0,03	0,022

Κεφάλαιο 7: Συζήτηση

7.1. Συζήτηση ερευνητικών ευρημάτων

Η παρούσα ερευνητική εργασία έθεσε ως βασικό στόχο τη σχέση της μοναξιάς με τη συμπτωματολογία των αγχωδών διαταραχών σε παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες με οπτική αναπηρία. Ακόμα, μελετήθηκαν οι επιδράσεις της πανδημίας στη μοναξιά και στη συμπτωματολογία του άγχους. Συνοπτικά, αξίζει να αναφερθούν τα παρακάτω ευρήματα. Βρέθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στη μοναξιά και στις αγχώδεις διαταραχές (κρίσεις πανικού, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και κοινωνικό άγχος). Αξιοσημείωτο εύρημα αποτελεί η σχέση της μοναξιάς σε σχέση με τους συνομηλίκους και με τις τρεις αγχώδεις διαταραχές. Επίσης, η οικονομική ανασφάλεια που αισθάνονται τα παιδιά σχετίζεται θετικά με τη μοναξιά σε σχέση με τους γονείς και με τους συνομηλίκους. Επιπρόσθετα, η βελτίωση της ποιότητας των σχέσεων με τους γονείς είναι ικανή να μειώσει τη μοναξιά σε σχέση με τους γονείς.

Σύμφωνα με την πρώτη υπόθεση, τα άτομα με ολική απώλεια όρασης θα νιώθουν μεγαλύτερη μοναξιά σε σύγκριση με εκείνα με μερική απώλεια όρασης. Η υπόθεση αυτή απορρίφθηκε καθώς δεν βρέθηκε διαφορά στο αίσθημα της μοναξιάς μεταξύ των δύο ομάδων (Πίνακας 19). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα πιο σοβαρά προβλήματα της όρασης αυξάνουν το αίσθημα της μοναξιάς (Huurre & Aro, 2000; Jessup, Bundy, Broom & Hancock, 2018), ενώ αντίθετα μια άλλη μελέτη έδειξε ότι οι τυφλοί είχαν μεγαλύτερα κοινωνικά δίκτυα από εκείνους με χαμηλή όραση (Gold, Shaw & Wolffe, 2010).

Συνεπώς, διαφαίνεται ότι ορισμένοι κοινοί παράγοντες επηρεάζουν την ένταξη των ατόμων με προβλήματα όρασης και τον τρόπο ζωής τους. Αρχικά, στην Ελλάδα, και όπως φάνηκε και από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματός μας, ολικώς και μερικώς τυφλοί συνεκπαιδεύονται στο γενικό σχολείο από εκπαιδευτικό ειδικής αγωγής (Κατσούλης & Χαλικιά, 2007). Η συνεκπαίδευση συμβάλει τα μέγιστα στην προσαρμογή των μαθητών στο σχολικό πλαίσιο η οποία επιτυγχάνεται μέσω της συμμετοχής σε κοινές δραστηριότητες, της ανάπτυξης φιλιών, της συνεργασίας και των κοινωνικών συναναστροφών (Κατσούλης & Χαλικιά, 2007). Επιπλέον, ολικώς και μερικώς τυφλοί χρησιμοποιούν υποστηρικτικές τεχνολογίες (π.χ. βοηθήματα χαμηλής όρασης, τετράδια με έντονες γραμμές, γραφομηχανές Braille, H/Y, αναγνώστες οθόνης, εκτυπωτές Braille, συσκευές επικοινωνίας, κλπ.) τα οποία χρησιμοποιούνται για να αυξήσουν, να διατηρήσουν ή να βελτιώσουν λειτουργικές ικανότητες των ατόμων με αναπηρία (Κατσούλης & Χαλικιά, 2007). Οι Υποστηρικτικές Τεχνολογίες μπορεί να βοηθήσουν το παιδί με αναπηρία να συμμετέχει όσο το δυνατόν περισσότερο στο σχολείο, αλλά και στις προσχολικές και εξωσχολικές του δραστηριότητες, βοηθώντας το να είναι περισσότερο ανεξάρτητο, παραγωγικό και αποτελεσματικό.

Η δεύτερη υπόθεση έλεγξε τις σχέσεις μεταξύ των αγχώδων διαταραχών και των υποκλιμάκων της μοναξιάς από την οποία προέκυψε ότι η υποκλίμακα της μοναξιάς σε σχέση με τους συνομηλικούς σχετίζεται και με τις τρεις αγχώδεις διαταραχές. Αναλυτικότερα, η μοναξιά σε σχέση με τους συνομηλικούς έχει μέτρια συσχέτιση με τις κρίσεις πανικού και υψηλή με τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ενώ τα χαμηλότερα επίπεδα αποστροφής προς τη μοναξιά σχετίζονται με τη συμπτωματολογία των δύο αυτών διαταραχών. Βιβλιογραφικά, οι δυο αγχώδεις διαταραχές φαίνεται να σχετίζονται με τη μοναξιά σε μια σύγχρονη μελέτη που διεξήχθη εν μέσω της πανδημίας (Misirlis, Zwaan & Weber, 2020). Ακόμα, η σχέση κοινωνικού άγχους και μοναξιάς επιβεβαιώθηκε καθώς βρέθηκε υψηλή θετική σχέση μεταξύ κοινωνικού άγχους και της μοναξιάς στη σχέση με τους συνομηλικούς. Το κοινωνικό άγχος σχετίζεται επίσης με λιγότερη αποστροφή προς τη μοναξιά και περισσότερη προτίμηση προς τη μοναξιά. Εφόσον τα άτομα με κοινωνικό άγχος αποφεύγουν την έκθεση σε κοινό και τις κοινωνικές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις ακόμα και με φίλους, είναι επόμενο να αισθάνονται μοναξιά στις σχέσεις με τους συνομηλικούς τους. Παρόλα αυτά, η ίδια η

μοναξιά είναι ανακουφιστική για εκείνους που την προτιμούν και την επιλέγουν εξασφαλίζοντας μειωμένα επίπεδα άγχους. Τη σχέση μοναξιάς και κοινωνικού άγχους επιβεβαιώνουν και άλλες έρευνες όπως αυτή των Prinstein & La Greca (2002). Η συσχέτιση δεν αποτελεί αιτιώδη σχέση, παλαιότερη έρευνα όμως φανέρωσε ότι τα συμπτώματα κοινωνικού άγχους προηγούνται χρονικά της μοναξιάς (Gallagher et al., 2014). Οι δύο αυτές διαστάσεις, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, σχετίζονται ακόμα με την κοινωνική αποφυγή (Johnson, Lavoie & Mahoney, 2001) και με τη θυματοποίηση (Storch & Masia-Warner, 2004).

Η τρίτη υπόθεση μελέτησε αν η ανησυχία για οικονομικά προβλήματα και η γενικότερη ανησυχία για την πανδημία σχετίζεται με τη μοναξιά. Όπως φάνηκε η οικονομική ανασφάλεια που αισθάνονται τα παιδιά σχετιζόταν με περισσότερη μοναξιά στη σχέση με τους γονείς και τους συνομηλίκους. Η βιβλιογραφία που υποστηρίζει αυτή την υπόθεση αναφέρεται σε φοιτητικό πληθυσμό (Hoffart, Johnson & Ebrahimi, 2020) αλλά το ίδιο φαίνεται να συμβαίνει και σε μικρότερες ηλικίες. Φυσικά δεν μπορούμε να γνωρίζουμε ακριβώς τι διαμεσολαβεί ανάμεσα στη μοναξιά και στην οικονομική ανησυχία. Πρόκειται για δύο δυσάρεστα αισθήματα που συνυπάρχουν στον πληθυσμό αυτή τη στιγμή ή για μια πολύπλοκη σχέση στην οποία υποκρύπτεται μια πληθώρα παραγόντων; Από την άλλη πλευρά, η μοναξιά δεν σχετίζεται σημαντικά με τον παράγοντα «Γενική ανησυχία - στρες για την πανδημία». Εξάλλου, το δείγμα μας δεν εξέφρασε μεγάλη ανησυχία καθώς η μέση τιμή της ανησυχίας για την πανδημία ήταν 2,2 μονάδες σε μια 5/βάθμια κλίμακα.

Σύμφωνα με την τέταρτη υπόθεση, η βελτίωση της ποιότητας των σχέσεων του παιδιού με τα μέλη της οικογένειάς του και τους φίλους του και η αυξημένη σωματική άσκηση θα σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα μοναξιάς. Πράγματι, όσα παιδιά βελτίωσαν τις σχέσεις με τους γονείς τους στο διάστημα της πανδημίας, ένιωθαν λιγότερη μοναξιά στη σχέση με τους γονείς. Εξάλλου, το 31,7% των γονέων του δείγματος αναφέρουν θετικές συνέπειες από την πανδημία και η πιο συχνή θετική συνέπεια είναι ο περισσότερος και ποιοτικότερος χρόνος με την οικογένεια. Οι έρευνες δείχνουν ότι ειδικά τα παιδιά με αναπηρία εκφράζουν την ευχαρίστησή τους που, κατά την περίοδο της πανδημίας, περνούσαν περισσότερο χρόνο με τις οικογένειές τους (Faccioli et al., 2021). Όμως, η βελτίωση της ποιότητας των σχέσεων του παιδιού με

τους φίλους τους δεν βρέθηκε να σχετίζεται με τη μοναξιά. Αυτό ίσως συμβαίνει επειδή μόνο το 7,3% των γονέων ανέφεραν ότι οι σχέσεις των παιδιών τους με τους φίλους τους είναι λίγο καλύτερες ενώ το διπλάσιο ποσοστό (14,6%) ανέφερε ότι είναι λίγο χειρότερη. Επιπροσθέτως, το κλείσιμο των σχολείων απομάκρυνε τα παιδιά από τους φίλους τους, κάτι που μάλλον αύξησε και τη μοναξιά που ένιωθαν σε σχέση με αυτούς. Ούτε η συχνότητα της σωματικής άσκησης δεν βρέθηκε να μειώνει σημαντικά καμία από τις διαστάσεις της μοναξιάς. Περίπου οι μισοί συμμετέχοντες (46,3%) δεν έκαναν καμία μέρα σωματική άσκηση τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Τα παιδιά με οπτική αναπηρία χρειάζονται ένα ασφαλές και σταθερό περιβάλλον για σωματική άσκηση (όπως ένα κλειστό γυμναστήριο ή μια ομάδα με τυφλούς συμπαίχτες). Είναι δύσκολο αλλά και επικίνδυνο για αυτά να ασκούνται σε ανοιχτό και ανοργάνωτο χώρο όπως είναι ένα πάρκο. Συνεπώς προκύπτει λογικά το συμπέρασμα ότι η σωματική άσκηση δεν ήταν αρκετή για να μειώσει τα επίπεδα μοναξιάς. Μια ακόμα έρευνα αναδεικνύει ότι τα παιδιά με αναπηρία φαίνεται ότι μείωσαν τη σωματική τους άσκηση κατά 48% σε σύγκριση με πριν την πανδημία (Theis et al., 2021).

Η πέμπτη και τελευταία υπόθεση αναφέρει ότι ο αυξημένος χρόνος για διάβασμα ειδήσεων και συζητήσεων για τον COVID-19 και ο περισσότερος χρόνος στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης θα σχετίζονταν με τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και τις κρίσεις πανικού. Προηγούμενη έρευνα αναφέρει ότι οι παραπάνω ασχολίες σχετίζονται με αυξημένη ανησυχία για την πανδημία στον εφηβικό πληθυσμό (Ellis, Dumas & Forbes, 2020). Στη δική μας έρευνα ούτε ο χρόνος ενασχόλησης με τις ειδήσεις για τον COVID-19 ούτε ο χρόνος στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης σχετίστηκε με τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και τις κρίσεις πανικού. Το δείγμα μας παρουσίασε μια αποστασιοποίηση από την παρακολούθηση ειδήσεων, τη διεξαγωγή συζητήσεων και την αφιέρωση χρόνου στα κοινωνικά δίκτυα, ίσως λόγω της οπτικής αναπηρίας των συμμετεχόντων η οποία και δυσκολεύει τη παρακολούθηση ειδήσεων στην τηλεόραση και τη χρήση του διαδικτύου καθώς μόνο το 1/3 των συμμετεχόντων κάνει συχνά ερωτήσεις, διαβάζει, ή μιλάει για τον COVID-19 και το 58,6% δεν χρησιμοποιεί καθόλου ή χρησιμοποιεί λιγότερο από μια ώρα την ημέρα τα κοινωνικά δίκτυα. Ακόμα, με δεδομένο ότι η έρευνα ξεκίνησε 7 μήνες μετά το ξέσπασμα της πανδημίας και ως τότε ο όγκος των πληροφοριών που είχε διακινήθει μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης και

των κοινωνικών δικτύων ήταν υπερβολικός, ενδεχομένως να υπήρξε ένας κορεσμός στις πληροφορίες που το άτομο χρειαζόταν και επιθυμούσε πλέον να μάθει σχετικά με την πανδημία.

7.2. Περιορισμοί της παρούσας μελέτης

Η παρούσα έρευνα παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς οι οποίοι είναι αναγκαίο να ληφθούν υπόψιν. Λόγω της δυσκολίας κατά τη συλλογή του δείγματος (που προέκυψε κυρίως εξαιτίας της πανδημίας) και προκειμένου να αυξηθεί το δείγμα, έγινε διεύρυνση των ηλικιακών ορίων των συμμετεχόντων στη μελέτη. Ενδεχομένως η ανομοιογένεια αυτή στο δείγμα να επηρέασε τα αποτελέσματα καθώς παιδιά, έφηβοι και νεαροί ενήλικες εκφράζουν διαφορετικά τα συναισθήματα της μοναξιάς και του άγχους και ίσως οι διαφορετικές ηλικίες να επηρεάστηκαν από την πανδημία σε διαφορετικούς τομείς της ζωής τους. Ακόμα, η χρήση της κλίμακας SCAS βασίζεται στην προηγούμενη έκδοση του DSM. Στο σημείο αυτό είναι αναγκαίο να εξηγηθεί η επιλογή της κλίμακας. Δεν βρέθηκε κάποια άλλη κλίμακα που να αξιολογεί το κοινωνικό άγχος σε παιδιά και εφήβους και να είναι σταθμισμένη και μεταφρασμένη στα ελληνικά.

Επιπροσθέτως, οι αναφορές για τις επιπτώσεις της πανδημίας στα παιδιά έγιναν από τους γονείς τους. Ο βασικότερος λόγος που επιλέχθηκε να χορηγηθεί το ερωτηματολόγιο των επιπτώσεων της πανδημίας στους γονείς ήταν η πληθώρα των ερωτήσεων που προέκυπταν και από τα τρία ερωτηματολόγια και ο χρόνος που θα απαιτούνταν για τη συμπλήρωσή τους. Τέλος, όπως προαναφέρθηκε στη μεθοδολογία, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τα παιδιά έγινε μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας, τεχνική που ήταν και μεν απαραίτητη, καθώς αρκετά παιδιά με πρόβλημα όρασης δεν είναι εξοικειωμένα με τη χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή, αλλά ενδεχομένως να επηρέασε τις απαντήσεις τους με δύο τρόπους. Κατ' αρχάς, οι συμμετέχοντες μπορεί να επιθυμούσαν να δώσουν κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις. Δεύτερον, υποψήφιοι συμμετέχοντες που ήταν πιο ντροπαλοί και συνεσταλμένοι πιθανόν

να απέφυγαν να συμμετάσχουν στην έρευνα υπό τον φόβο της επικοινωνίας με κάποιον άγνωστο.

7.3. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Μια μελλοντική έρευνα που θα αξιολογούσε τους παράγοντες που επηρεάζουν τη μοναξιά και το άγχος σε παιδιά με προβλήματα όρασης, θα μπορούσε να συμπεριλάβει μεγαλύτερο αριθμό παιδιών που φοιτούν σε ειδικά σχολεία και παιδιά που εμφάνισαν το πρόβλημα όρασης κατά τη σχολική ηλικία. Βάσει βιβλιογραφίας, φαίνεται ότι και οι δύο αυτοί παράγοντες παίζουν ρόλο στα επίπεδα μοναξιάς. Ακόμα, αξίζει να μελετηθούν τυχόν διαφορές στη μοναξιά και στο άγχος μεταξύ των ηλικιών. Ενδιαφέρον θα είχε επίσης η μελέτη διαμεσολαβητικών παραγόντων στη σχέση μοναξιάς και κοινωνικού άγχους, συμπεριλαμβάνοντας την κατάθλιψη, την ποιότητα της φιλίας και τον σχολικό εκφοβισμό. Τέλος, μια συγκριτική έρευνα που θα μελετούσε τη μοναξιά και το άγχος σε παιδιά με και χωρίς προβλήματα όρασης, θα αποτελούσε καινοτομία, δείχνοντας τους παράγοντες που επηρεάζουν περισσότερο ή λιγότερο τα άτομα με οπτική αναπηρία.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- Αγγελοσοπούλου, Α., Ρούση-Βέργου, Χ. Ι., & Ζαφυροπούλου, Μ., (2012). «Ο Αγχόσαυρος»: ένα ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη διαχείριση του άγχους σε παιδιά. *Κατασκευή και πιλοτική έρευνα. Ψυχολογία*, 19(1), 245-262.
- Αντωνίου, Α., Σ., (2002). *Ζώντας με στρες*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.
- Κατσούλης, Φ., & Χαλικιά, Ι., (2007). *Εισαγωγή στην εκπαίδευση των μαθητών με μερική ή ολική απώλεια όρασης*. Πάντειο Πανεπιστήμιο–Τμήμα Ψυχολογίας, Αθήνα.
- Μαδιανός, Μ., (2003). *Κλινική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Μάνος, Ν., (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Παλαιολόγου, Α., Μ., (2001). *Προσανατολισμοί Κλινικής Ψυχολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(7), 1-37. <https://doi.org/10.1037/h0093906>

Alpak, G., Coskun, E., Erbagci, I., Bez, Y., Okumus, S., Oren, B., & Gurler, B. (2014). Effects of corrective surgery on social phobia, psychological distress, disease-related disability and quality of life in adult strabismus patients. *British Journal of Ophthalmology*, 98(7), 876-879. <https://doi.org/10.1136/bjophthalmol-2014-304888>

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: APA

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: APA

Andreou, E., Didaskalou, E., & Vlachou, A. (2015). Bully/victim problems among Greek pupils with special educational needs: Associations with loneliness and self-efficacy for peer interactions. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 15(4), 235-246. <https://doi.org/10.1111/1471-3802.12028>

Asbury, K., Fox, L., Deniz, E., Code, A., & Toseeb, U. (2020). How is COVID-19 affecting the mental health of children with special educational needs and

disabilities and their families?. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-9.

<https://doi.org/10.1007/s10803-020-04577-2>

Asmundson, G. J., Taylor, S., & AJ Smits, J. (2014). Panic disorder and agoraphobia: An overview and commentary on DSM-5 changes. *Depression and Anxiety*, 31(6), 480-486.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Guilford Press.

Barrett, P. M., & Pahl, K. M. (2006). School-based intervention: Examining a universal approach to anxiety management. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 16(1), 55-75. <https://doi.org/10.1375/ajgc.16.1.55>

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>

Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(6), 643-650. <https://doi.org/10.1097/00004583-199906000-00010>

Berguno, G., Leroux, P., McAinsh, K. & Shaikh, S. (2004). Children's experience of loneliness at school and its relation to bullying and the quality of teacher interventions. *The Qualitative Report*, (3), 483-399.

Bernstein, G. A., & Borchardt, C. M. (1991). Anxiety disorders of childhood and adolescence: A critical review. *Journal of the American Academy of Child &*

Adolescent Psychiatry, 30(4), 519-532. <https://doi.org/10.1097/00004583-199107000-00001>

Besevegis, E., & Galanaki, E. P. (2010). Coping with loneliness in childhood. *European Journal of Developmental Psychology*, 7(6), 653-673. <https://doi.org/10.1080/17405620903113306>

Bez, Y., Coşkun, E., Erol, K., Cingu, A. K., Eren, Z., Topçuoğlu, V., & Özertürk, Y. (2009). Adult strabismus and social phobia: A case-controlled study. *Journal of American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, 13(3), 249-252. <https://doi.org/10.1016/j.jaapos.2009.02.010>

Bienvenu, O. J., & Ginsburg, G. S. (2007). Prevention of anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 19(6), 647-654. <https://doi.org/10.1080/09540260701797837>

Bigelow, B. J. (1977). Children's friendship expectations: A cognitive-developmental study. *Child Development*, 48(1), 246. <https://doi.org/10.2307/1128905>

Bonovas, S., & Nikolopoulos, G. (2012). High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. *Journal of preventive medicine and hygiene*, 53(3).

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8)

- Buhrmester, D. (1990). Intimacy of friendship, interpersonal competence, and adjustment during preadolescence and adolescence. *Child Development*, 61(4), 1101. <https://doi.org/10.2307/1130878>
- Buss, A. H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco: Freeman.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Ernst, J. M., Burleson, M., Berntson, G. G., Nouriani, B., & Spiegel, D. (2006). Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of Research in Personality*, 40(6), 1054-1085. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.11.007>
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(10), 447-454. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>
- Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 238-249. <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>
- Cassidy, J., & Asher, S. R. (1992). Loneliness and peer relations in young children. *Child Development*, 63(2), 350. <https://doi.org/10.2307/1131484>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Deaths and Hospitalizations Related to 2009 Pandemic Influenza A (H1N1)-Greece, May 2009-February 2010. June 11, 2010. *Centers for Disease Control and Prevention* (2010) 59(22):682-6, Retrieved from <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5922a2.htm>.
- Choi, K. R., Heilemann, M. V., Fauer, A., & Mead, M. (2020). A second pandemic: Mental health spillover from the novel coronavirus (COVID-19). *Journal of the*

- American Psychiatric Nurses Association, 26(4), 340-343.
<https://doi.org/10.1177/1078390320919803>
- Collins, W. A., Welsh, D. P., & Furman, W. (2009). Adolescent romantic relationships. *Annual Review of Psychology*, 60(1), 631-652.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163459>
- Costello, E. J. (1996). The great smoky mountains study of youth. *Archives of General Psychiatry*, 53(12), 1129. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830120067012>
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>
- Crick, N. R., & Ladd, G. W. (1993). Children's perceptions of their peer experiences: Attributions, loneliness, social anxiety, and social avoidance. *Developmental Psychology*, 29(2), 244-254. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.29.2.244>
- Crone, E. A., & Dahl, R. E. (2012). Understanding adolescence as a period of social–affective engagement and goal flexibility. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(9), 636-650. <https://doi.org/10.1038/nrn3313>
- Cumurcu, T., Cumurcu, B. E., Ozcan, O., Demirel, S., Duz, C., Porgali, E., & Doganay, S. (2011). Social phobia and other psychiatric problems in children with strabismus. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 46(3), 267-270.
<https://doi.org/10.1016/j.jcjo.2011.05.017>
- Curtin, L. S., & Siegel, A. W. (2003). Social functioning in adolescents with epilepsy. *Children's Health Care*, 32(2), 103-114.
https://doi.org/10.1207/s15326888chc3202_2

- Dalton, L., Rapa, E., & Stein, A. (2020). Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), 346-347. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(20\)30097-3](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(20)30097-3)
- Danneel, S., Nelemans, S., Spithoven, A., Bastin, M., Bijttebier, P., Colpin, H., Van Den Noortgate, W., Van Leeuwen, K., Verschueren, K., & Goossens, L. (2019). Internalizing problems in adolescence: Linking loneliness, social anxiety symptoms, and depressive symptoms over time. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(10), 1691-1705. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00539-0>
- Deitz, S. J., & Ferrell, K. A. (1993). Early services for young children with visual impairment: From diagnosis to comprehensive services. *Infants & Young Children*, 6(1), 68-76. <https://doi.org/10.1097/00001163-199307000-00012>
- Didaskalou, E., & Kleftras, G., (2005, July). Dimensions of loneliness and depressive symptomatology in Greek primary school children. 27th International School Psychology Association (ISPA) - Colloquium 2005, Athens
- DiGiovanni, C., Conley, J., Chiu, D., & Zaborski, J. (2004). Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science*, 2(4), 265-272. <https://doi.org/10.1089/bsp.2004.2.265>
- Douglas, G., McCall, S., Mclinden, M., Pavey, S., Ware, J. & Farrell, A. M. (2009) International review of the literature of evidence of best practice models and outcomes in the education of blind and visually impaired children. Trim, County Meath, National Council for Special Education.

- Drum, C. E., Oberg, A., Cooper, K., & Carlin, R. (2020). COVID-19 & Adults with Mobility Disabilities: Health and Health Care Access Online Survey Report.
- Dush, C. M., & Amato, P. R. (2005). Consequences of relationship status and quality for subjective well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22(5), 607-627. <https://doi.org/10.1177/0265407505056438>
- Dykstra, P. A., Van Tilburg, T. G., & Gierveld, J. D. (2005). Changes in older adult loneliness. *Research on Aging*, 27(6), 725-747. <https://doi.org/10.1177/0164027505279712>
- Eaglestein, A. S. (1975). The social acceptance of blind high school students in an integrated school. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 69(10), 447-451. <https://doi.org/10.1177/0145482x7506901005>
- Ellis, W. E., Dumas, T. M. & Forbes, L. M. (2020). Physically isolated but socially connected: Psychological adjustment and stress among adolescents during the initial COVID-19 crisis. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 52(3), 177-187. <https://doi.org/10.1037/cbs0000215>
- Emerson, N. D., Distelberg, B., Morrell, H. E., Williams-Reade, J., Tapanes, D., & Montgomery, S. (2016). Quality of life and school absenteeism in children with chronic illness. *The Journal of School Nursing*, 32(4), 258-266. <https://doi.org/10.1177/1059840515615401>
- Epkins, C. C., & Heckler, D. R. (2011). Integrating Etiological models of social anxiety and depression in youth: Evidence for a cumulative interpersonal risk model. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(4), 329-376. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0101-8>

- Erin, J., Dignan, K., & Brown, P. (1991). Are social skills teachable? A review of the literature. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 85(2), 58-61. <https://doi.org/10.1177/0145482x9108500205>
- Essau, C. A., Anastassiou-Hadjicharalambous, X., & Muñoz, L. C. (2011). Psychometric properties of the Spence children's anxiety scale (SCAS) in Cypriot children and adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(5), 557-568. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0232-7>
- Faccioli, S., Lombardi, F., Bellini, P., Costi, S., Sassi, S., & Pesci, M. C. (2021). How did Italian adolescents with disability and parents deal with the COVID-19 emergency? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1687. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041687>
- Fried, E. I., Bockting, C., Arjadi, R., Borsboom, D., Amshoff, M., Cramer, A. O., Epskamp, S., Tuerlinckx, F., Carr, D., & Stroebe, M. (2015). From loss to loneliness: The relationship between bereavement and depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 256-265. <https://doi.org/10.1037/abn0000028>
- Galanaki, E. (2004). Are children able to distinguish among the concepts of aloneness, loneliness, and solitude? *International Journal of Behavioral Development*, 28(5), 435-443. <https://doi.org/10.1080/01650250444000153>
- Galanaki, E. P., & Azizi, A. K. (1999). Loneliness and social dissatisfaction. *Child Study Journal*, 29(1), 1-22.
- Gallagher, M., Prinstein, M. J., Simon, V., & Spirito, A. (2014). Social anxiety symptoms and suicidal ideation in a clinical sample of early adolescents: Examining

- loneliness and social support as longitudinal mediators. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 871-883. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9844-7>
- Gardner, W. L., Pickett, C. L., Jefferis, V., & Knowles, M. (2005). On the outside looking in: Loneliness and social monitoring. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(11), 1549-1560. <https://doi.org/10.1177/0146167205277208>
- George, A. L., & Duquette, C. (2006). The psychosocial experiences of a student with low vision. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 100(3), 152-163. <https://doi.org/10.1177/0145482x0610000304>
- Ghate, D. & Daniels, A. (1997) *Talking about My Generation: A Survey of 8-15 Year-olds Growing Up in the 1990s*. London, NSPCC.
- Giannopoulou, I., Efstathiou, V., Triantafyllou, G., Korkoliakou, P., & Douzenis, A. (2021). Adding stress to the stressed: Senior high school students' mental health amidst the COVID-19 nationwide lockdown in Greece. *Psychiatry Research*, 295, 113560. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113560>
- Gifford-Smith, M. E., & Brownell, C. A. (2003). Childhood peer relationships: Social acceptance, friendships, and peer networks. *Journal of School Psychology*, 41(4), 235-284. [https://doi.org/10.1016/s0022-4405\(03\)00048-7](https://doi.org/10.1016/s0022-4405(03)00048-7)
- Ginsburg, G., La Greca, A.M., & Silverman, W.K. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: Relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26 (3), 175-185.
- Gogate, P., Kalua, K., & Courtright, P. (2009). Blindness in childhood in developing countries: Time for a reassessment? *PLoS Medicine*, 6(12), e1000177. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000177>

- Gold, D., Shaw, A., & Wolffe, K. (2010). The social lives of Canadian youths with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 104(7), 431-443. <https://doi.org/10.1177/0145482x1010400706>
- Goossens, L., & Beyers, W. (2002). Comparing measures of childhood loneliness: Internal consistency and confirmatory factor analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31(2), 252-262. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3102_10
- Goossens, L., & Marcoen, A. (1999). Relationships during adolescence: Constructive vs. negative themes and relational dissatisfaction. *Journal of Adolescence*, 22(1), 65-79. <https://doi.org/10.1006/jado.1998.0201>
- Goulia, P., Mantas, C., Dimitroula, D., Mantis, D., & Hyphantis, T. (2010). General Hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the a/H1N1 influenza pandemic. *BMC Infectious Diseases*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2334-10-322>
- Hadidi, M. S., & AlKhateeb, J. M. (2013). Loneliness among students with blindness and sighted students in Jordan: A brief report. *International Journal of Disability, Development and Education*, 60(2), 167-172. <https://doi.org/10.1080/1034912x.2012.723949>
- Hallemani, S., Kale, M., & Gholap, M. (2014). Level of Stress and Coping Strategies Adopted by Adolescents with Visual Impairment. *International Journal of Science and Research*, 3 (7) 1182-1187. https://www.ijsr.net/get_abstract.php?paper_id=20141262
- Hamurcu, M., Kara, K., Congologlu, M. A., Hamurcu, U., Almbaidheen, M., Turan, A., & Karaman, D. (2016). Relationship between perceived parenting style with

- anxiety levels and loneliness in visually impaired children and adolescents. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 43(5), 112-115.
<https://doi.org/10.1590/0101-60830000000096>
- Hartshorne, T. S. (1993). Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the UCLA loneliness scale. *Journal of Personality Assessment*, 61(1), 182-195.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6101_14
- Hawley, L. C., & Capitanio, J. P. (2015). Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: A lifespan approach. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 370(1669), 20140114.
<https://doi.org/10.1098/rstb.2014.0114>
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206-1212.
<https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>
- Hays, R., & DiMatteo, M. R. (1987). A short-form measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 51(1), 69-81.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5101_6
- Hayward, C., Killen, J. D., & Taylor, C. B. (1989). Panic attacks in young adolescents. *The American journal of psychiatry*, 146(8), 1061-1062.
<https://doi.org/10.1176/ajp.146.8.1061>
- Heimberg, R. G., Hofmann, S. G., Liebowitz, M. R., Schneier, F. R., Smits, J. A., Stein, M. B., Hinton, D. E., & Craske, M. G. (2014). Social anxiety disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 31(6), 472-479.
<https://doi.org/10.1002/da.22231>

- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695-718. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>
- Hewett, R., Douglas, G., Ramli, A. & Keil, S. (2012) Post-14 transitions - A survey of the social activity and social networking of blind and partially sighted young people: Technical Report. Birmingham, University of Birmingham.
- Hoffart, A., Johnson, S. U., & Ebrahimi, O. V. (2020). Loneliness and social distancing during the COVID-19 pandemic: Risk factors and associations with psychopathology. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.589127>
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547-560. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30168-1)
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Huurre, T., & Aro, H. (2000). The psychosocial Well-being of Finnish adolescents with visual impairments versus those with chronic conditions and those with no disabilities. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 94(10), 625-637. <https://doi.org/10.1177/0145482x0009401003>

- Huurre, T. M., & Aro, H. M. (1998). Psychosocial development among adolescents with visual impairment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(2), 73-78. <https://doi.org/10.1007/s007870050050>
- Hymel, S., Tarulli, D., Thomson, L. H., & Terrell-Deutsch, B. (1999). Loneliness through the eyes of children. *Loneliness in Childhood and Adolescence*, 80-106. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511551888.005>
- Jessup, G., Bundy, A. C., Broom, A., & Hancock, N. (2017). The social experiences of high school students with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 111(1), 5-19. <https://doi.org/10.1177/0145482x1711100102>
- Jessup, G. M., Bundy, A. C., Hancock, N., & Broom, A. (2018). Being noticed for the way you are: Social inclusion and high school students with vision impairment. *British Journal of Visual Impairment*, 36(1), 90-103. <https://doi.org/10.1177/0264619616686396>
- Johnson, H. D., Lavoie, J. C., & Mahoney, M. (2001). Interparental conflict and family cohesion. *Journal of Adolescent Research*, 16(3), 304-318. <https://doi.org/10.1177/0743558401163004>
- Jones, L., Bellis, M. A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., Bates, G., Mikton, C., Shakespeare, T., & Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, 380(9845), 899-907. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60692-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60692-8)
- Jones, W. H. (1981). Loneliness and social contact. *The Journal of Social Psychology*, 113(2), 295-296. <https://doi.org/10.1080/00224545.1981.9924386>

- Kearney, C. A., Albano, A. M., Eisen, A. R., Allan, W. D., & Barlow, D. H. (1997). The phenomenology of panic disorder in youngsters: An empirical study of a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(1), 49-62. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(96\)00034-5](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(96)00034-5)
- Kef, S. (2002). Psychosocial adjustment and the meaning of social support for visually impaired adolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 96(1), 22-37. <https://doi.org/10.1177/0145482x0209600104>
- Kef, S., Hox, J., & Habekothé, H. (2000). Social networks of visually impaired and blind adolescents. Structure and effect on well-being. *Social Networks*, 22(1), 73-91. [https://doi.org/10.1016/s0378-8733\(00\)00022-8](https://doi.org/10.1016/s0378-8733(00)00022-8)
- Kelly, S. M., & Smith, T. J. (2008). The digital social interactions of students with visual impairments: Findings from two national surveys. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 102(9), 528-539. <https://doi.org/10.1177/0145482x0810200903>
- Kendall, P. C., & Pimentel, S. S. (2003). On the physiological symptom constellation in youth with generalized anxiety disorder (GAD). *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 211-221. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(02\)00196-2](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(02)00196-2)
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J., ... & Merikangas, K. R. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69(4), 372-380.
- Khadka, J., Ryan, B., Margrain, T. H., Woodhouse, J. M., & Davies, N. (2012). Listening to voices of children with a visual impairment: A focus group study. *British Journal of Visual Impairment*, 30(3), 182-196. <https://doi.org/10.1177/0264619612453105>

- Kochenderfer-Ladd, B., & Wardrop, J. L. (2001). Chronicity and instability of children's peer victimization experiences as predictors of loneliness and social satisfaction trajectories. *Child Development, 72*(1), 134-151. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00270>
- Kourkoutas, E., Stavrou, P.-D., & Propersi, F. (in press). Parental and Teacher Acceptance-Rejection, Sense of Loneliness, and Social Dissatisfaction in Children with and without Special Educational Needs: Implications for Practice. *International Journal of Special Educational Needs*.
- Kovacs, M. (2006). Next steps for research on child and adolescent depression prevention. *American Journal of Preventive Medicine, 31*(6), 184-185. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.07.008>
- Kroksmark, U., & Nordell, K. (2001). Adolescence: The age of opportunities and obstacles for students with low vision in Sweden. *Journal of Visual Impairment & Blindness, 95*(4), 213-225. <https://doi.org/10.1177/0145482x0109500403>
- Kross, E., Berman, M. G., Mischel, W., Smith, E. E., & Wager, T. D. (2011). Social rejection shares somatosensory representations with physical pain. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 108*(15), 6270-6275. <https://doi.org/10.1073/pnas.1102693108>
- La Greca, A. M., & Prinstein, M. J. (1999). The peer group. In W. K. Silverman, & T. H. Ollendick (Eds.), *Developmental issues in the clinical treatment of children and adolescents*(pp. 171-198). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A., Orvaschel, H., & Perrin, S. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry, 48*(10), 928-934.

- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1070-1076. <https://doi.org/10.1097/00004583-199211000-00012>
- Lau, S., & Kong, C. (1999). The acceptance of lonely others: Effects of loneliness and gender of the target person and loneliness of the perceiver. *The Journal of Social Psychology*, 139(2), 229-241. <https://doi.org/10.1080/00224549909598377>
- Laursen, B., & Hartl, A. C. (2013). Understanding loneliness during adolescence: Developmental changes that increase the risk of perceived social isolation. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1261-1268. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.06.003>
- Leary, M R (1983). *Understanding social anxiety*. Beverly Hills, CA. Sage.
- Leary, M. R. (1990). Responses to social exclusion: Social anxiety, jealousy, loneliness, depression, and low self-esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(2), 221-229. <https://doi.org/10.1521/jscp.1990.9.2.221>
- Lebrasseur, A., Fortin-Bédard, N., Lettre, J., Bussièrès, E., Best, K., Boucher, N., Hotton, M., Beaulieu-Bonneau, S., Mercier, C., Lamontagne, M., & Routhier, F. (2021). Impact of COVID-19 on people with physical disabilities: A rapid review. *Disability and Health Journal*, 14(1), 101014. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.101014>
- Leigh, S. A., & Barclay, L. A. (2000). High school braille readers: Achieving academic success. *RE: view*, 32(3), 123.

- Lifshitz, H., Hen, I., & Weisse, I. (2007). Self-concept, adjustment to blindness, and quality of friendship among adolescents with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 101(2), 96-107. <https://doi.org/10.1177/0145482x0710100204>
- Lim, M. H., Rodebaugh, T. L., Zyphur, M. J., & Gleeson, J. F. (2016). Loneliness over time: The crucial role of social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(5), 620-630. <https://doi.org/10.1037/abn0000162>
- Mactavish, A., Mastronardi, C., Menna, R., Babb, K. A., Battaglia, M., Amstadter, A., & Rappaport, L. M. (2020). The acute impact of the COVID-19 pandemic on children's mental health in southwestern Ontario. <https://doi.org/10.31234/osf.io/5cwb4>
- Maes, M., Qualter, P., Vanhalst, J., Van den Noortgate, W., & Goossens, L. (2019). Gender differences in loneliness across the lifespan: A meta-analysis. *European Journal of Personality*, 33(6), 642-654. <https://doi.org/10.1002/per.2220>
- Maes, M., Van den Noortgate, W., Fustolo-Gunnink, S. F., Rassart, J., Luyckx, K., & Goossens, L. (2017). Loneliness in children and adolescents with chronic physical conditions: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(6), 622-635. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsx046>
- Magklara, K., Lazaratou, H., Barbouni, A., Poulas, K., & Farsalinos, K. (2020). Impact of COVID-19 pandemic and lockdown measures on mental health of children and adolescents in Greece. <https://doi.org/10.1101/2020.10.18.20214643>
- Marcoen, A., & Goossens, L. (1993). Loneliness, attitude towards loneliness and solitude: Age differences and developmental significance during adolescence. In

- S. Jackson & H. Rodriguez-Tome (Eds.), *Adolescence and its social worlds* (pp. 197-227). Hove, UK: Erlbaum.
- Marcoen, A., Goossens, L., & Caes, P. (1987). Loneliness in pre-through late adolescence: Exploring the contributions of a multidimensional approach. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(6), 561-577. <https://doi.org/10.1007/bf02138821>
- Margalit, M. (1994). Loneliness among children with special needs. <https://doi.org/10.1007/978-1-4612-2622-2>
- Margalit, M. (2010). Lonely children and adolescents. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6284-3>
- Martinez, W., Carter, J. S., & Legato, L. J. (2011). Social competence in children with chronic illness: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(8), 878-890. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsr035>
- Masi, C. M., Chen, H., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266. <https://doi.org/10.1177/1088868310377394>
- Mbugua, W. A., & Okul, K. F. (2013). Psychological Dispositions of Anxiety among Learners with Visual Impairment: A Study of High School for the Blind, Thika. *International Journal of Humanities and Social Science*, 3(17), 67-76.
- McDougall, J., DeWit, D. J., & Wright, F. V. (2019). Social anxiety symptoms among youth with chronic health conditions: Trajectories and related factors. *Disability and Rehabilitation*, 42(23), 3293-3305. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1590742>

- McGaha, C. G., & Farran, D. C. (2001). Interactions in an inclusive classroom: The effects of visual status and setting. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 95(2), 80-94. <https://doi.org/10.1177/0145482x0109500203>
- Misirlis, N., Zwaan, M., Sotiriou, A., & Weber, D. (2020). International Students' Loneliness, Depression and Stress Levels in COVID-19 Crisis: The Role of Social Media and the Host University. *Journal of Contemporary Education Theory & Research (JCETR)*, 4(2), 20-25.
- Mellon, R. C., & Moutavelis, A. G. (2007). Structure, developmental course, and correlates of children's anxiety disorder-related behavior in a Hellenic community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 1-21. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.008>
- Menon, V., Saha, J., Tandon, R., Mehta, M., & Sudarshan, S. (2002). Study of the psychosocial aspects of strabismus. *Journal of Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, 39(4), 203-208. <https://doi.org/10.3928/0191-3913-20020701-07>
- Merikangas, K., Milham, M., Sringaris, A., Bromet, E., Colcombe, S., & Zipunnikov, V. (2020). The Coronavirus Health Impact Survey (CRISIS). <https://github.com/nimh-mbdu/CRISIS>
- Monga, S., Young, A., & Owens, M. (2009). Evaluating a cognitive behavioral therapy group program for anxious five to seven year old children: A pilot study. *Depression and Anxiety*, 26(3), 243-250. <https://doi.org/10.1002/da.20551>
- Mucci, F., Mucci, N., & Diolaiuti, F. (2020). Lockdown and isolation: psychological aspects of COVID-19 pandemic in the general population. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 63-64.

Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T., & Mushtaq, S. (2014). Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 8(9), WE01.

Nelemans, S. A., Hale, W. W., Branje, S. J., Raaijmakers, Q. A., Frijns, T., Van Lier, P. A., & Meeus, W. H. (2014). Heterogeneity in development of adolescent anxiety disorder symptoms in an 8-year longitudinal community study. *Development and Psychopathology*, 26(1), 181-202. <https://doi.org/10.1017/s0954579413000503>

Nelemans, S. A., Hale, W. W., Raaijmakers, Q. A., Branje, S. J., Van Lier, P. A., & Meeus, W. H. (2016). Longitudinal associations between social anxiety symptoms and cannabis use throughout adolescence: The role of peer involvement. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(5), 483-492. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0747-8>

Newall, N. E., Chipperfield, J. G., & Bailis, D. S. (2013). Predicting stability and change in loneliness in later life. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(3), 335-351. <https://doi.org/10.1177/0265407513494951>

Ollendick, T. H. (1998). Panic disorders in children and adolescents: New developments, new directions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(3), 234-245. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2703_1

Ollendick, T. H., Vasey, M. W., & King, N. J. (2001). Operant conditioning influences in childhood anxiety. In M. W. Vasey, & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (1 ed., pp. 231 - 252). Oxford University Press.

- Oosterhoff, B., Palmer, C., Wilson, J., & Shook, N. (2020). Adolescents' motivations to engage in social distancing during the COVID-19 pandemic: Associations with mental and social health. <https://doi.org/10.31234/osf.io/jd2kq>
- Padmanabhanunni, A., & Pretorius, T. (2021). The unbearable loneliness of COVID-19: COVID-19-related correlates of loneliness in South Africa in young adults. *Psychiatry Research*, 296, 113658. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113658>
- Parker, J. G., & Asher, S. R. (1993). Friendship and friendship quality in middle childhood: Links with peer group acceptance and feelings of loneliness and social dissatisfaction. *Developmental Psychology*, 29(4), 611-621. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.29.4.611>
- Parkhurst, J. T., & Hopmeyer, A. (1998). Sociometric popularity and peer-perceived popularity. *The Journal of Early Adolescence*, 18(2), 125-144. <https://doi.org/10.1177/0272431698018002001>
- Parkhurst, J. T., & Hopmeyer, A. (1999). Developmental change in the sources of loneliness in childhood and adolescence: Constructing a theoretical model. *Loneliness in Childhood and Adolescence*, 56-79. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511551888.004>
- Parlapani, E., Holeva, V., Voitsidis, P., Blekas, A., Gliatas, I., Porfyri, G. N., Golemis, A., Papadopoulou, K., Dimitriadou, A., Chatzigeorgiou, A. F., Bairachtari, V., Patsiala, S., Skoupra, M., Papigkioti, K., Kafetzopoulou, C., & Diakogiannis, I. (2020). Psychological and behavioral responses to the COVID-19 pandemic in Greece. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00821>

- Paysse, E. A., Steele, E. A., McCreery, K. M., Wilhelmus, K. R., & Coats, D. K. (2001). Age of the emergence of negative attitudes toward strabismus. *Journal of American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus*, 5(6), 361-366. <https://doi.org/10.1067/mpa.2001.119243>
- Peleg, O. (2011). Social anxiety among Arab adolescents with and without learning disabilities in various educational frameworks. *British Journal of Guidance & Counselling*, 39(2), 161-177. <https://doi.org/10.1080/03069885.2010.547053>
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy*(pp. 1-20). New York, NY: Wiley-Interscience.
- Perlman, D., & Landolt, M. A. (1999). Examination of loneliness in children–adolescents and in adults: Two solitudes or unified enterprise? *Loneliness in Childhood and Adolescence*, 325-347. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511551888.016>
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In S. Duck & R. Gilmour (Eds.), *Personal relationships in disorder* (Vol. 3, pp. 31-56). London: Academic Press.
- Pinquart, M., & Pfeiffer, J. P. (2011). Associations of extroversion and parental Overprotection with forming relationships with peers among adolescents with and without visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 105(2), 96-107. <https://doi.org/10.1177/0145482x1110500207>
- Pinquart, M., & Teubert, D. (2012). Academic, physical, and social functioning of children and adolescents with chronic physical illness: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(4), 376-389. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsr106>

- Peterson, D. B., Mpofu, E., & Oakland, T. (2010). Concepts and models in disability, functioning, and health.
- Pittet, I., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P., & Suris, J. H. (2010). Are adolescents with chronic conditions particularly at risk for bullying? *Archives of Disease in Childhood*, 95(9), 711-716. <https://doi.org/10.1136/adc.2008.146571>
- Prinstein, M. J., & La Greca, A. M. (2002). Peer crowd affiliation and internalizing distress in childhood and adolescence: A longitudinal follow-back study. *Journal of Research on Adolescence*, 12(3), 325-351. <https://doi.org/10.1111/1532-7795.00036>
- Qualter, P. (2003). Loneliness in children and adolescents: What do schools and teachers need to know and how can they help? *Pastoral Care in Education*, 21(2), 10-18. <https://doi.org/10.1111/1468-0122.00257>
- Qualter, P., Brown, S., Rotenberg, K., Vanhalst, J., Harris, R., Goossens, L., Bangee, M., & Munn, P. (2013). Trajectories of loneliness during childhood and adolescence: Predictors and health outcomes. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1283-1293. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.01.005>
- Qualter, P., & Munn, P. (2002). The separateness of social and emotional loneliness in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(2), 233-244. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00016>
- Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., Van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., Maes, M., & Verhagen, M. (2015). Loneliness across the life span. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 250-264. <https://doi.org/10.1177/1745691615568999>

- Rakhmanov, O., Shaimerdenov, Y., & Dane, S. (2020). The Effects of COVID-19 Pandemic on Anxiety in Secondary School Students. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 8(6), 186-190.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Koivisto, A., Tuomisto, M. T., Pelkonen, M., & Marttunen, M. (2007). Age and gender differences in social anxiety symptoms during adolescence: The social phobia inventory (SPIN) as a measure. *Psychiatry Research*, 153(3), 261-270. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.12.006>
- Rapee, R. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17(1), 47-67. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(96\)00040-2](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(96)00040-2)
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 737-767. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.06.004>
- Rosenbaum, P., & Gorter, J. W. (2012). The 'F-words' in childhood disability: I swear this is how we should think! *Child: Care, Health and Development*, 38(4), 457-463. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01338.x>
- Rosenblum, L. P. (1998). Best friendships of adolescents with visual impairments: A descriptive study. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 92(9), 593-608. <https://doi.org/10.1177/0145482x9809200903>
- Rosenblum, L. P. (2000). Perceptions of the impact of visual impairment on the lives of adolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 94(7), 434-445. <https://doi.org/10.1177/0145482x0009400703>

- Rubin, G., Potts, H., & Michie, S. (2010). The impact of communications about swine flu (influenza A H1N1v) on public responses to the outbreak: Results from 36 national telephone surveys in the UK. *Health Technology Assessment*, 14(34). <https://doi.org/10.3310/hta14340-03>
- Sanders, D., & Wills, F., (2003). *Counselling for Anxiety Problems (Second Edition)*. Thousand Oaks, United States: Sage Publication Ltd.
- Schlenker, B. R., & Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization model. *Psychological Bulletin*, 92(3), 641-669. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.92.3.641>
- Seiffge-Krenke, I. (2001). Diabetic adolescents and their families. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511500022>
- Shultz, J. M., Cooper, J. L., Baingana, F., Oquendo, M. A., Espinel, Z., Althouse, B. M., Marcelin, L. H., Towers, S., Espinola, M., McCoy, C. B., Mazurik, L., Wainberg, M. L., Neria, Y., & Rechkemmer, A. (2016). The role of fear-related behaviors in the 2013–2016 West Africa Ebola virus disease outbreak. *Current Psychiatry Reports*, 18(11). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0741-y>
- Shute, R. H., & Walsh, C. (2005). Adolescents with chronic illnesses: School absenteeism, perceived peer aggression, and loneliness. *The Scientific World JOURNAL*, 5, 535-544. <https://doi.org/10.1100/tsw.2005.68>
- Spence, S. H. (1997). Spence Children's anxiety scale. *PsycTESTS Dataset*. <https://doi.org/10.1037/t10518-000>

- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 545-566. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00034-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00034-5)
- Stark, K. D., Humphrey, L. L., Laurent, J., Livingston, R., & Christopher, J. (1993). Cognitive, behavioral, and family factors in the differentiation of depressive and anxiety disorders during childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(5), 878-886. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.61.5.878>
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 83-110. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.83>
- Storch, E. A., & Masia-Warner, C. (2004). The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescent females. *Journal of Adolescence*, 27(3), 351-362. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.03.003>
- Storch, E. A., Masia-Warner, C., Dent, H. C., Roberti, J. W., & Fisher, P. H. (2004). Psychometric evaluation of the social anxiety scale for adolescents and the social phobia and anxiety inventory for children: Construct validity and normative data. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(5), 665-679. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2003.09.002>
- Stravynski, A., & Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: A population-wide study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 32-40. <https://doi.org/10.1521/suli.31.1.32.21312>
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W. W. Norton.
- Theis, N., Campbell, N., De Leeuw, J., Owen, M., & Schenke, K. C. (2021). The effects of COVID-19 restrictions on physical activity and mental health of children and

- young adults with physical and/or intellectual disabilities. *Disability and Health Journal*, 101064. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101064>
- Tillfors, M., Persson, S., Willén, M., & Burk, W. J. (2012). Prospective links between social anxiety and adolescent peer relations. *Journal of Adolescence*, 35(5), 1255-1263. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.04.008>
- Van Dulmen, M. H., & Goossens, L. (2013). Loneliness trajectories. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1247-1249. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.08.001>
- Van Hasselt, V. B. (1983). Social adaptation in the blind. *Clinical Psychology Review*, 3(1), 87-102. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(83\)90007-7](https://doi.org/10.1016/0272-7358(83)90007-7)
- Vanhalst, J., Goossens, L., Luyckx, K., Scholte, R. H., & Engels, R. C. (2013). The development of loneliness from mid- to late adolescence: Trajectory classes, personality traits, and psychosocial functioning. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1305-1312. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.04.002>
- Vanhalst, J., Luyckx, K., & Goossens, L. (2014). Experiencing loneliness in adolescence: A matter of individual characteristics, negative peer experiences, or both? *Social Development*, 23(1), 100-118. <https://doi.org/10.1111/sode.12019>
- Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (Eds.). (2001). *The developmental psychopathology of anxiety*. Oxford University Press.
- Wallhagen, M. I., Strawbridge, W. J., Shema, S. J., Kurata, J., & Kaplan, G. A. (2001). Comparative impact of hearing and vision impairment on subsequent functioning. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(8), 1086-1092. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49213.x>

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.

Wesolowski MD (1987) Differences in sizes of social networks of rehabilitation clients versus those of nonclients. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 31:17-27

Wilmshurst, L. (2011). *Εξελικτική ψυχοπαθολογία. Μια αναπτυξιακή προσέγγιση*. (μτφρ. Κουλεντιανού Μαργαρίτα, επιμ. Μπεζεβέγκης Ηλίας) Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Wittchen, H., & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 4-18. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.108.s417.1.x>

Wolffe, K., & Sacks, S. (1997). The lifestyles of blind, low vision, and sighted youths: A quantitative comparison. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 91(3), 245-257. <https://doi.org/10.1177/0145482x9709100310>

World Health Organization. (2004). *ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision, 2nd ed.* World Health Organization.

World Health Organization. (2010). What is a pandemic? Retrieved from https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/. World Health Organization. (2018). Disability and health. <https://www.who.int/news://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/disability-and-health;room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

- World Health Organization. (2013). Guidance note on disability and emergency risk management for health. Retrieved from <https://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/disability/en>
- World Health Organization. (2014). Visual impairment and blindness. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>.
- World Health Organization. (2020). Disability considerations during the COVID-19 outbreak. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1277373/>;
- World Health Organization (2020). Disability and health Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- World Health Organization & World Bank. (2011). World report on disability. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44575>.
- Worth, N. (2013). Visual impairment in the city: Young people's social strategies for independent mobility. *Urban Studies*, 50(3), 574-586. <https://doi.org/10.1177/0042098012468898>
- Zhang, C., Ye, M., Fu, Y., Yang, M., Luo, F., Yuan, J., & Tao, Q. (2020). The psychological impact of the COVID-19 pandemic on teenagers in China. *Journal of Adolescent Health*, 67(6), 747-755. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.08.026>
- Zimmermann, M., Bledsoe, C., & Papa, A. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on college student mental health: A longitudinal examination of risk and protective factors. <https://doi.org/10.31234/osf.io/2y7hu>