



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΠΜΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ**

## **Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία**

**«ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕΣΩ ΨΗΦΙΑΚΩΝ  
ΜΕΘΟΔΩΝ»**

**Συγγραφέας:**

**Κιαγιάδακη Αναστασία**

**ΑΜ:2241**

**Επιβλέπουσα:**

**Σακελλάρη Ευανθία**

**Αθήνα, Φεβρουάριος 2024**



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA  
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH  
DEPARTMENT OF PUBLIC AND COMMUNITY HEALTH  
MSc EPIDEMIOLOGY AND HEALTH PROMOTION**

**Diploma Thesis**

**«MENTAL HEALTH PROMOTION AMONG ADULTS  
THROUGH DIGITAL METHODS»**

**Student name and surname:**

**Kiagiadaki Anastasia**

**Registration Number: 2241**

**Supervisor name and surname:**

**Sakellari Evanthia**

**Athens, February 2024**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΠΜΣ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ**

**Τίτλος εργασίας: «Προαγωγή ψυχικής υγείας σε ενήλικες μέσω ψηφιακών μεθόδων»**

**Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή**

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

<b>A/a</b>	<b>ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ</b>	<b>ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ ΙΔΙΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b>
1	ΕΥΑΝΘΙΑ ΣΑΚΕΛΛΑΡΗ	ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ/ ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ	
2	ΑΡΕΤΗ ΛΑΓΙΟΥ	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ/ ΜΕΛΟΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ	
3	ΑΓΑΘΗ ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΥ	ΕΔΙΠ/ ΜΕΛΟΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ	

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Κιαγιαδάκη Αναστασία του Κωνσταντίνου, με αριθμό μητρώου epi2241 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών "Επιδημιολογία και Προαγωγή Υγείας" του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, της Σχολής Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

*\*Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 12 μήνες και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του Επιβλέποντα Καθηγητή.*

Η Δηλούσα  
Κιαγιαδάκη Αναστασία



## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Με την πάροδο του χρόνου, καταγράφεται μια παγκόσμια αύξηση των διαταραχών ψυχικής υγείας, υπογραμμίζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο, τόσο τη σπουδαιότητα, όσο και την ανάγκη εφαρμογής παρεμβάσεων προαγωγής ψυχικής υγείας, στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο του πληθυσμού. Προς αυτή την κατεύθυνση, η πρόοδος της τεχνολογίας, προσφέρει τη δυνατότητα εφαρμογής καινοτόμων ψηφιακών εργαλείων, που στοχεύουν στην ενίσχυση της ψυχικής ευεξίας και ανθεκτικότητας των ατόμων.

**Σκοπός:** Ο σκοπός της συγκεκριμένης συστηματικής ανασκόπησης, είναι η αναζήτηση και η καταγραφή των παρεμβάσεων προαγωγής ψυχικής υγείας μέσω ψηφιακών μεθόδων στον ενήλικο πληθυσμό.

**Μεθοδολογία:** Η ανασκόπηση διενεργήθηκε με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες PRISMA, για συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις. Από τον Σεπτέμβριο έως τον Οκτώβριο του 2023, αναζητήθηκαν στις έγκριτες επιστημονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Scopus οι λέξεις-κλειδιά «health promotion, adults, mental health, mental health promotion, digital methods και digital intervention programs». Τα κριτήρια ένταξης των μελετών ήταν τα εξής: α) άρθρα στην αγγλική γλώσσα, β) χρονολογία δημοσίευσης (2013 – 2023), γ) ενήλικες (ηλικίας  $\geq 18$  ετών), δ) ψηφιακές παρεμβάσεις προαγωγής ψυχικής υγείας, ε) μελέτες με μεθοδολογία ποσοτικής έρευνας.

**Αποτελέσματα:** Μετά την εφαρμογή των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού και την ανάγνωση τίτλων και περιλήψεων, συμπεριλήφθηκαν και αναλύθηκαν 8 παρεμβάσεις. Οι ψηφιακές παρεμβάσεις για την προαγωγή της ψυχικής υγείας, ήταν είτε διαδικτυακές, είτε βασίζονταν σε εφαρμογές για κινητές συσκευές και είχαν θετικό αντίκτυπο στον πληθυσμό – στόχο.

**Συμπεράσματα:** Οι ψηφιακές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν, ενίσχυσαν τις γνώσεις των ατόμων και συνέβαλαν αποτελεσματικά στην προαγωγή της ψυχικής τους υγείας. Παρόλα αυτά, οι παρεμβάσεις που έχουν υλοποιηθεί ήταν περιορισμένες και για το λόγο αυτό, καθίσταται αναγκαία η διεξαγωγή περαιτέρω παρεμβάσεων.

**Λέξεις-Κλειδιά:** προαγωγή ψυχικής υγείας, ψηφιακές παρεμβάσεις, ενήλικες

## **Abstract**

**Introduction:** Over the years, mental health disorders have increased globally. In turn, the significance alongside the need for applying various intervention methods of ameliorating the mental health of the general public has been underlined. To this end, the technological progress readily fosters the potential of implementing pioneering digital tools in order to facilitate the reinforcement of the mental wellbeing and the human resilience.

**Objective:** The principal aim of the specific systematic review is the prospection and the registration of mental health promotion interventions through digital methods in adults.

**Methodology:** The review was conducted based on the PRISMA guidelines for systematic reviews and meta-analyses. From September until October of 2023, the keywords “health promotion, adults, mental health, mental health promotion, digital methods and digital intervention programs”, were searched of valid scientific databases PubMed and Scopus. The criteria for the classification of the studies were: a) articles in the English language, b) publication date (2013-2023), c) adults aged 18 and over, d) digital interventions for the promotion of mental health and e) studies based on quantitative research.

**Results:** After the implementation of both inclusion and exclusion criteria as well as the study of titles and summaries, eight interventions were considered and analyzed. The digital interventions concerning mental health promotion were either online or based on smartphones applications and had a favorable impact on the target population.

**Conclusions:** All the digital methods used enriched the knowledge level of individuals and contributed to the promotion of mental health significantly. Nonetheless, those interventions, were limited and for this reason it is imperative that further interventions be conducted.

**Keywords:** mental health promotion, digital interventions, adults

## Πρόλογος

Η παρούσα διπλωματική εργασία με τίτλο «Προαγωγή ψυχικής υγείας σε ενήλικες μέσω ψηφιακών μεθόδων», συγγράφηκε στα πλαίσια της μεταπτυχιακής μου διατριβής που εντάσσεται στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Επιδημιολογία και Προαγωγή Υγείας», του τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Στο σημείο αυτό, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κα Σακελλάρη Ευανθία, που υπήρξε αρωγός στην προσπάθειά μου, για την αμέριστη βοήθειά της και την επιστημονική της καθοδήγηση, καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας. Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, για την συνεχή υποστήριξη που μου παρείχαν, στην εκπλήρωση των στόχων μου, όπως και τους φίλους μου, που υπήρξαν συνοδοιπόροι σε αυτή μου την προσπάθεια.

*«Η ψυχική δύναμη είναι η πιο σημαντική απ' όλες τις αρετές,  
γιατί χωρίς αυτήν, δεν μπορείς να εξασκήσεις  
καμία άλλη αρετή σου με επιμονή»  
-Maya Angelou-*

## Περιεχόμενα

<b>Κατάλογος Πινάκων</b> .....	6
<b>Συντομογραφίες</b> .....	7
<b>Εισαγωγή</b> .....	8
<b>Κεφάλαιο 1° : Θεωρητικό υπόβαθρο</b> .....	10
1.1 Καθοριστικοί παράγοντες ψυχικής υγείας .....	10
1.1.1 Παράγοντες κινδύνου ψυχικής υγείας.....	11
1.1.2 Προστατευτικοί παράγοντες ψυχικής υγείας.....	13
1.2 Επιδημιολογικά δεδομένα παγκοσμίως.....	14
1.3 Επιδημιολογικά δεδομένα Ελλάδας .....	16
<b>Κεφάλαιο 2° : Προαγωγή ψυχικής υγείας</b> .....	18
2.1 Βελτίωση ψυχικής υγείας .....	18
2.2 Η έννοια της πρόληψης .....	19
2.3 Πρόληψη και προαγωγή ψυχικής υγείας.....	20
2.3.1 Προαγωγή ψυχικής υγείας σε άτομα υψηλού κινδύνου .....	23
2.4 Χρήση ψηφιακών μεθόδων για την προαγωγή ψυχικής υγείας στους ενήλικες .....	23
<b>Κεφάλαιο 3° : Συστηματική Ανασκόπηση</b> .....	27
3.1 Σκοπός – Ερευνητικά ερωτήματα .....	27
3.2 Μεθοδολογία.....	27
3.3 Αποτελέσματα.....	31
3.3.1 Χαρακτηριστικά μελετών.....	31
3.3.2 Παρεμβάσεις που εμπειρεύσαν τη χρήση κινητής συσκευής .....	37
3.3.3 Παρεμβάσεις που εμπειρεύσαν τη χρήση υπολογιστή και διαδικτύου.....	45
<b>Κεφάλαιο 4° : Συζήτηση - Συμπεράσματα</b> .....	52
<b>Κεφάλαιο 5° : Επίλογος</b> .....	56
<b>Βιβλιογραφία</b> .....	57



## **Κατάλογος Πινάκων**

Πίνακας 1. Κριτήρια ένταξης μελετών.....	27
Πίνακας 2. Κριτήρια αποκλεισμού μελετών.....	28
Πίνακας 3. Μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση.....	35

## **Συντομογραφίες**

APA	American Psychological Association
DALY	disability-adjusted life year
eLMS	electronic learning management system
mHealth	mobile health
MHF	Mental Health Foundation
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
WHO	World Health Organization

## Εισαγωγή

Η ψυχική υγεία, αντικατοπτρίζει μια κατάσταση ψυχικής ευεξίας που δεν περιορίζεται στην απουσία ψυχικών διαταραχών, καθώς παρέχει τη δυνατότητα αντιμετώπισης του άγχους της καθημερινότητας των ατόμων, της συνειδητοποίησης των ικανοτήτων τους, της απόδοσης στον εργασιακό χώρο και της συνεισφοράς στην κοινότητα που διαμένουν. Αποτελεί, αναπόσπαστο συστατικό της υγείας και της ευημερίας, που στηρίζει, τόσο τις ατομικές, όσο και τις συλλογικές ικανότητες των ατόμων, στη λήψη αποφάσεων, στην οικοδόμηση σχέσεων εμπιστοσύνης, όπως και στη διαμόρφωση του κόσμου που ζουν. Επίσης, η ψυχική υγεία αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα και αναπόσπαστο μέρος της προσωπικής, κοινοτικής και κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης. Βιώνεται διαφορετικά από το κάθε άτομο, με πολυάριθμους βαθμούς δυσκολίας και αγωνίας και με δυνητικά διαφορετικά κοινωνικά και κλινικά αποτελέσματα (World Health Organization, 2022a).

Αναφορικά με τις καταστάσεις ψυχικής υγείας, περιλαμβάνονται οι ψυχικές διαταραχές, οι ψυχοκοινωνικές αναπηρίες, καθώς και άλλες ψυχικές καταστάσεις, που περικλύζονται από δυσφορία, έκπτωση στη λειτουργικότητα ή ενέχουν τον κίνδυνο αυτοτραυματισμού. Τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, έχουν αυξημένες πιθανότητες να βιώσουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής ευεξίας, χωρίς αυτό να αποτελεί μια εδραιωμένη συνθήκη (WHO, 2022a).

Για την προώθηση της ψυχικής υγείας και ευημερίας, αναπτύχθηκε το Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2013-2030, στο οποίο υπογραμμίζεται πως «δεν υπάρχει υγεία, χωρίς ψυχική υγεία» (WHO, 2021). Ωστόσο, με την πάροδο του χρόνου, παρατηρείται επιδείνωση της ψυχικής ευεξίας, με τις ψυχικές διαταραχές, να αποτελούν μία από τις κύριες αιτίες παγκοσμίως των ετών ζωής προσαρμοσμένων στην αναπηρία (DALYs), στις οποίες οι καταθλιπτικές διαταραχές ευθύνονται για το 1,8% των DALY και το άγχος για το 1,1% των DALY (Saleem et al., 2021). Ο επιπολασμός της κατάθλιψης αυξάνεται συνεχώς, καθιστώντας την, ως κύρια αιτία αναπηρίας παγκοσμίως, όπως αποδεικνύεται από την αυξανόμενη χρήση αντικαταθλιπτικών και το υψηλό ποσοστό αυτοκτονιών. Επίσης, έχει αποδειχθεί, πως όσοι πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη, ενέχουν επικινδυνότητα πρόωρου θανάτου, κατά 40% έως 60% (Renfrew et al., 2020). Ως εκ τούτου, γίνεται αντιληπτό, πως καταγράφεται μια παγκόσμια αύξηση των ψυχικών διαταραχών με την πάροδο του χρόνου και αναδεικνύεται η ανάγκη πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού. Έτσι, οι ψηφιακές

παρεμβάσεις διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο, συνδυαστικά με αυτές που πραγματοποιούνται πρόσωπο με πρόσωπο (Saleem et al., 2021).

Οι ψηφιακές παρεμβάσεις που λαμβάνουν χώρα στην ψυχική υγεία, ορίζονται εκείνες που χρησιμοποιούν ποικίλες τεχνολογικές προσεγγίσεις, συμπεριλαμβανομένων, των ψηφιακών πλατφορμών, το διαδίκτυο, εφαρμογές για κινητές συσκευές, γραπτά μηνύματα SMS σε οποιαδήποτε πλατφόρμα, όπως και την εικονική πραγματικότητα (Saleem et al., 2021).

Παρέχουν τη δυνατότητα παράκαμψης των εμποδίων διαθεσιμότητας και προσβασιμότητας, συμπεριλαμβανομένων του χρόνου και της γεωγραφικής θέσης, υπάρχει θετική σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας και προσφέρονται σε χρήστες που διαθέτουν υπολογιστή και κινητές συσκευές. Ακόμα, λόγω του στίγματος που αντιμετωπίζουν τα άτομα που αναζητούν βοήθεια για προβλήματα σχετικά με την ψυχική υγεία, παρέχεται η ανωνυμία, για παράκαμψη αυτών των φραγμών. Παρ' όλα αυτά, ιδιαίτερης σημασίας για την αποτελεσματικότητά τους, καθίσταται η διατήρηση της δέσμευσης των χρηστών, η οποία αποτελεί πρόκληση για τους ερευνητές που εφαρμόζουν ψηφιακές παρεμβάσεις (Saleem et al., 2021 ; Renfrew et al., 2020).

Συμπεραίνοντας, οι διαταραχές ψυχικής υγείας στους ενήλικες, παραμένουν ένα σημαντικό ζήτημα που προξενεί το ενδιαφέρον στην επιστημονική κοινότητα. Δεδομένης της αύξησης του επιπολασμού του άγχους, της κατάθλιψης και των σωματόμορφων διαταραχών, έγκυται η ανάγκη ανίχνευσής τους σε πρώιμο στάδιο, μέσω καινοτόμων παρεμβάσεων. Έχοντας ως κατευθυντήρια γραμμή τα προαναφερθέντα, ο σκοπός της συγκεκριμένης συστηματικής ανασκόπησης, είναι η καταγραφή των διαθέσιμων ψηφιακών παρεμβάσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας στον ενήλικο πληθυσμό και οι επιμέρους στόχοι, περιλαμβάνουν την ανάδειξη της σημασίας για βελτίωση της ψυχικής υγείας του συγκεκριμένου πληθυσμού – στόχου.

Ως εκ τούτου, τα ερευνητικά ερωτήματα που γεννώνται από την ανασκόπηση, είναι ποιες ψηφιακές μέθοδοι χρησιμοποιήθηκαν, ποιος ήταν ο σκοπός τους, πώς αξιολογήθηκαν και ποια ήταν η αποτελεσματικότητα αυτών των μεθόδων στα προγράμματα προαγωγής ψυχικής υγείας. Κλείνοντας, μέσω της παράθεσης έγκυρων πληροφοριών, η συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση, έχει ως μακροπρόθεσμο στόχο, να αποτελέσει κινητήριος δύναμη, για την εφαρμογή περαιτέρω παρεμβάσεων και σε άλλες ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού.

## Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> : Θεωρητικό υπόβαθρο

### 1.1 Καθοριστικοί παράγοντες ψυχικής υγείας

Τα τελευταία χρόνια, έχουν συσσωρευθεί πληθώρα στοιχείων, που υποστηρίζουν πως κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες, επηρεάζουν την ψυχική υγεία των ατόμων. Οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες, έχουν ως απόρροια τις βαθιά ριζωμένες παγκόσμιες ανισότητες υγείας, όπως χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής, υψηλά ποσοστά παιδικής θνησιμότητας και μεγαλύτερη επιβάρυνση των μειονεκτούμενων πληθυσμών (Alegria et al., 2018).

Παρόλα αυτά, η ψυχική υγεία βιώνεται διαφορετικά από άτομο σε άτομο, καθώς διαμορφώνεται από μια σύνθετη αλληλεπίδραση ατομικών, οικογενειακών, κοινοτικών και δομικών παραγόντων, που ποικίλλουν στο χώρο και το χρόνο. Έτσι, οι καταστάσεις ψυχικής υγείας που προκύπτουν, είναι ένα κράμα μεταξύ της ευαλωτότητας του ατόμου, του άγχους της καθημερινότητας και των χρόνιων στρεσογόνων παραγόντων (WHO, 2022b). Οι συγκεκριμένοι καθοριστικοί παράγοντες, μπορούν να συνδυαστούν, για να προστατεύσουν ή να αυξήσουν τον κίνδυνο για ψυχικές διαταραχές και παρατίθενται παρακάτω (WHO, 2022a).

#### *1. Ατομικοί, ψυχολογικοί και βιολογικοί παράγοντες*

Οι παραπάνω παράγοντες, σχετίζονται με την ικανότητα που διακατέχουν τα άτομα, διαχείρισης των συναισθημάτων τους, δημιουργίας σχέσεων εμπιστοσύνης και ανάληψης των ευθυνών. Η εμφάνιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας, έχει άμεση επιρροή στους γνωστικούς, διαπροσωπικούς και βιολογικούς παράγοντες. Οι τελευταίοι, περιλαμβάνουν τη γενετική και συγκεκριμένα τις καταχρήσεις της μητέρας που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η υγεία του εγκεφάλου, κατά τη γέννηση. Όμως, η πλειονότητα, τόσο των κινδύνων, όσο και των προστατευτικών παραγόντων, επηρεάζουν τη ψυχική υγεία, μέσω της λειτουργίας και δομής του εγκεφάλου. Τέλος, υψίστης σημασίας για την ψυχική υγεία των ατόμων, είναι οι στρεσογόνοι παράγοντες, που προκαλούνται από την οικογένεια, την κοινότητα και από το περιβάλλον που διαμένουν (WHO, 2022b).

#### *2. Οικογένεια και κοινότητα*

Σ' αυτή την κατηγορία, συγκαταλέγεται το άμεσο περιβάλλον των ατόμων, το οποίο περιλαμβάνει την οικογένεια, τους φίλους, τις ευκαιρίες συμμετοχής σε δραστηριότητες, όπως και τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες. Αξίζει να γίνει

αναφορά, τόσο στις γονικές συμπεριφορές, όσο και στην ψυχική υγεία των γονέων, που επηρεάζουν άμεσα τα παιδιά, από τη βρεφική ηλικία έως την εφηβεία. Έχει αποδειχθεί, πώς η υπερβολική σκληρότητα και αυστηρότητα στην ανατροφή των παιδιών, όπως η σωματική τιμωρία και ο εκφοβισμός, φέρουν τα αντίθετα αποτελέσματα, καθώς αυξάνουν τον κίνδυνο έκπτωσης της ψυχικής υγείας όπου μακροπρόθεσμα οδηγούν σε προβλήματα συμπεριφοράς (WHO, 2022b).

### *3. Δομικοί παράγοντες*

Οι δομικοί παράγοντες, σχετίζονται με το ευρύτερο κοινωνικοπολιτισμικό και γεωπολιτικό περιβάλλον, στο οποίο συνυπάρχουν οι υποδομές, οι ανισότητες, η κοινωνική σταθερότητα και η ποιότητα του περιβάλλοντος. Τα παραπάνω, διαμορφώνουν τις συνθήκες της καθημερινότητας σε συνδυασμό με την πρόσβαση στις υπηρεσίες και στα αγαθά, όπου συμπεριλαμβάνονται τα τρόφιμα, το νερό, η στέγη, η υγεία και το κράτος δικαίου, όπου διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της ψυχικής υγείας των ατόμων. Επίσης, τόσο η ασφάλεια, όσο και οι πεποιθήσεις, ιδιαίτερα αυτές που σχετίζονται με το φύλο, τη φυλή και τη σεξουαλικότητα, μπορούν να επηρεάσουν σε σημαντικό βαθμό τη ψυχοσύνθεση των ατόμων (WHO, 2022b).

Συμπεραίνεται ότι, οι προαναφερθείς παράγοντες, αλληλοεπιδρούν ο ένας με τον άλλον με δυναμικό τρόπο και συμβάλουν στην ψυχική ευεξία των ατόμων. Επιπλέον, οι βιολογικοί και οι κοινωνικοί παράγοντες, αποτελούν σημαντική επιρροή στα άτομα. Όπως, σημαντικό ρόλο αποτελούν και οι ατομικοί ψυχολογικοί παράγοντες, στους οποίους υπάρχει η δυνατότητα επιλογής για την ύπαρξή τους. Απεναντίας, τα άτομα που ζουν σε αντίξοες συνθήκες, έχουν περιορισμένες δυνατότητας επιρροής, για την εμφάνιση ή μη αυτών των παραγόντων (WHO, 2022b).

#### **1.1.1 Παράγοντες κινδύνου ψυχικής υγείας**

Οι κίνδυνοι εμφάνισης ψυχικής διαταραχής, μπορούν να εκδηλωθούν σε όλα τα στάδια της ζωής. Όμως, εκείνοι που παρουσιάζονται σε ευαίσθητες αναπτυξιακά περιόδους, ιδιαίτερα στην πρώιμη παιδική ηλικία, καθίστανται ιδιαίτερα επιβαρυντικοί. Η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε κινδύνους, σε όλα τα στάδια διαμόρφωσης της ζωής, ενέχει τον κίνδυνο να επηρεάσει την ψυχική ευεξία για πολλά χρόνια. Έτσι, παρόλο που πληθώρα ατόμων παρουσιάζει ανθεκτικότητα σε κινδύνους, τα άτομα που εκτίθενται σε δυσμενείς περιστάσεις, διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης ψυχικής διαταραχής (WHO, 2012 ; WHO, 2022a ; WHO, 2022b).

Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν διανύσει μια υποστηρικτική περίοδο, μεταξύ παιδικής ηλικίας και εφηβείας και όσοι διακατέχονται από συναισθηματικό έλεγχο,

διαθέτουν τα απαραίτητα εφόδια, να αντιμετωπίσουν το σύνολο των επιλογών και των προκλήσεων που παρουσιάζονται κατά την ενηλικίωση. Αξίζει να αναφερθεί, πως μια από τις πιο κρίσιμες επιλογές που έρχονται αντιμέτωποι οι άνθρωποι, σχετίζεται με την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής. Συγκεκριμένα, το στρες και το άγχος είναι απόηχος όσων ξοδεύουν πολύ χρόνο στην εργασία τους ή εργάζονται σε ένα μη ασφαλή εργασιακό περιβάλλον. Τις ίδιες επιπτώσεις αντιμετωπίζουν και τα άτομα που θέλουν να εργαστούν, αλλά δυσμενείς κοινωνικοοικονομικές συνθήκες δεν το επιτρέπουν (WHO, 2012).

Ταυτόχρονα, η ανεργία, αποτελεί ένα εδραιωμένο παράγοντα κινδύνου για ψυχική διαταραχή και συνδέεται με μεγαλύτερη ανάγκη χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και με υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Ακόμα, τα άτομα που ζουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους σε περιβάλλον που στερείται βασικούς οικονομικούς πόρους, υποβαθμίζεται το βιοτικό τους επίπεδο, έχοντας περιορισμένες ευκαιρίες εκπαίδευσης και εργασίας. Έτσι, το καθημερινό άγχος που βιώνουν, ενέχει υψηλό κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών ψυχικής υγείας. Ομοίως, τα άτομα με ψυχική διαταραχή, έχουν πιο αυξημένες πιθανότητες να βιώσουν συνθήκες φτώχειας, μέσω απώλειας της εργασίας τους. Το στίγμα και η περιθωριοποίηση που βιώνουν, ενέχει τη φθορά της κοινωνικής τους υπόστασης και επιδείνωσης της υπάρχουσας ψυχικής κατάστασης. Κατά συνέπεια, με αυτόν τον τρόπο, ενισχύεται ο φαύλος κύκλος, μεταξύ φτώχειας και ψυχικής ασθένειας (WHO, 2012 ; WHO, 2022b).

Συμπληρωματικά, στις ευάλωτες ομάδες, εντάσσονται οι άστεγοι, οι πρόσφυγες, όπως και τα άτομα με σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (HIV/AIDS). Οι συγκεκριμένες ομάδες, τείνουν να έχουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης ψυχικής διαταραχής, συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό, όπως και μεγαλύτερο κίνδυνο κατάθλιψης και απόπειρας αυτοκτονίας. Ομοίως, ο κοινωνικά καθορισμένος ρόλος του γυναικείου πληθυσμού, οδηγεί σε μεγαλύτερο άγχος και σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, όπως η οικογενειακή βία και η κακοποίηση, η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης, κατά τη διάρκεια της ζωής τους μεγιστοποιείται. Αντίστοιχα, ευάλωτα σε σωματική παραμέληση, κακοποίηση και οικογενειακή απομόνωση είναι τα ηλικιωμένα άτομα, γεγονότα που συμβάλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης σε μεγαλύτερη ηλικία. Δεδομένου ότι οι χρόνιες ασθένειες αποτελούν παράγοντα κινδύνου για κατάθλιψη, όταν συνυπάρχουν με τα παραπάνω, αυξάνονται τα ποσοστά εμφάνισης, σ' αυτή την ηλικιακή ομάδα (WHO, 2012 ; WHO, 2022b).

Επιπρόσθετα, υπάρχουν και άλλοι κίνδυνοι, που επηρεάζουν οποιαδήποτε ηλικιακή

ομάδα και εκδηλώνονται σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής. Σ' αυτούς συγκαταλέγεται η παραβίαση του φυσικού περιβάλλοντος, διότι όταν επέρχεται κλιματική αλλαγή, απώλεια βιοποικιλότητας, εκμετάλλευση και ρύπανση, επηρεάζεται η ψυχική υγεία των ατόμων. Πολυάριθμα στοιχεία αποτυπώνουν, πως η έκθεση στην ατμοσφαιρική ρύπανση, φέρει επιπτώσεις στον εγκέφαλο, με σημαντικές επιρροές στις συνθήκες ψυχικής υγείας. Ακόμα, για την ευημερία των ατόμων, ζωτικής σημασίας είναι η ενασχόληση με δραστηριότητες της κοινότητας. Όμως, σε καταστάσεις βίας, εγκληματικότητας, κατάρρευσης εμπιστοσύνης και σεβασμού των πολιτών, αυτές οι δραστηριότητες εκλείπουν και επηρεάζεται, τόσο η ψυχική υγεία των ατόμων, όσο και το κοινωνικό κεφάλαιο της κοινότητας (WHO, 2012 ; WHO, 2022b).

Κλείνοντας, μια βασική διάσταση της ατομικής ευημερίας είναι η ίδια η υγεία, που δεν περιορίζεται στην ολοκλήρωση εργασιών και δραστηριοτήτων, αλλά προβάλλεται με την καθολική της έννοια και περιλαμβάνει την απουσία νόσου. Συνεπώς, η κακή υγεία ή η αναπηρία, αποτελούν καθοριστικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση ψυχικής διαταραχής (WHO, 2012).

### **1.1.2 Προστατευτικοί παράγοντες ψυχικής υγείας**

Οι κίνδυνοι για την ψυχική υγεία είναι πολλαπλοί, το ίδιο ισχύει και για τους προστατευτικούς παράγοντες που την διαμορφώνουν. Σχετίζονται με μειωμένη πιθανότητα αρνητικών αποτελεσμάτων ή ελαχιστοποιούν τον αντίκτυπο ενός παράγοντα κινδύνου. Ορισμένοι είναι σταθεροί και δεν αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου, ενώ άλλοι παρουσιάζουν μεταβλητότητα. Επίσης, στους προστατευτικούς παράγοντες, συγκαταλέγονται άτομα, οικογένειες ή κοινότητες, που υποστηρίζουν την ανθεκτικότητα, συμβάλουν στην αποτελεσματική διαχείριση των στρεσογόνων γεγονότων της ζωής και ενισχύουν τους παράγοντες που ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχικής διαταραχής ή κατάχρησης ουσιών (WHO, 2022b ; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, x,x ; Mental Health First Aid, 2022).

Πιο συγκεκριμένα, οι κοινωνικές συνήθειες που εδραιώνονται κατά τη διάρκεια της ζωής, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση του άγχους της καθημερινότητας. Ως εκ τούτου, αποτελούν βασικό προστατευτικό παράγοντα για την ψυχική υγεία. Ταυτόχρονα, τόσο οι οικογενειακοί, όσο και οι κοινοτικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την ψυχική υγεία των ατόμων, καθώς οι οικογενειακές συναναστροφές, η ποιοτική εκπαίδευση, οι αξιοπρεπείς συνθήκες εργασίας, οι ασφαλείς γειτονίες και η συνοχή της κοινότητας, δρουν ευεργετικά στην ψυχοσύνθεση των ατόμων. Ιδιαίτερα κατά την ενηλικίωση, η απασχόληση σε υγιή επαγγελματικά



περιβάλλοντα, είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ψυχική υγεία. Αναφορικά με τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με κάποιας μορφής ψυχική νόσο, όπως σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή, το περιβάλλον εργασίας μπορεί είτε να αποτελέσει μια υπέρμετρη πηγή άγχους, είτε να προάγει την αυτοεκτίμηση και την βελτίωση του βιοτικού επιπέδου τους (WHO, 2022b).

Επιπρόσθετα, σημαντικός παράγοντας αποτελεί το φυσικό περιβάλλον. Συγκεκριμένα, οι ασφαλείς γειτονιές που προσφέρουν ευκαιρίες αναψυχής, η πρόσβαση σε χώρους πρασίνου, συμπεριλαμβανομένων των πάρκων, των δασών και των παιδικών χαρών, συνδέονται με λιγότερα περιστατικά καταχρήσεων, φέρνοντας ευεργετικά αποτελέσματα στο άγχος και με μακροπρόθεσμα οφέλη στην ψυχική υγεία των ατόμων (WHO, 2022b).

Ομοίως, η δημοκρατία, η ίση πρόσβαση στη δικαιοσύνη, η μείωση των περιπτώσεων φτώχειας και η αποδοχή της διαφορετικότητας, αποτελούν σημαντικές πτυχές για τη βέλτιστη ψυχική υγεία. Έτσι, γίνεται αντιληπτό, πως σε όλα τα επίπεδα, από το ατομικό έως το δομικό, συμπεριλαμβάνονται προστατευτικοί παράγοντες που βελτιώνουν την ελαστικότητα των ατόμων και αποτελούν μέσα, τόσο προώθησης, όσο και προστασίας της ψυχικής υγείας. Κλείνοντας, εάν οι προστατευτικοί παράγοντες δρουν συνδυαστικά με τις δεξιότητες αντιμετώπισης του άγχους, ενισχύεται η ανθεκτικότητα, με αποτέλεσμα τα άτομα να ξεπερνούν τις αντιξοότητες. Η ανθεκτικότητα με τη σειρά της, περιλαμβάνει συμπεριφορές, σκέψεις και ενέργειες, που αναπτύσσονται στα άτομα με την πάροδο του χρόνου (WHO, 2022b ; Mental Health First Aid, 2022).

## **1.2 Επιδημιολογικά δεδομένα παγκοσμίως**

Λαμβάνοντας υπόψιν τα δεδομένα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και από τη διεθνή βιβλιογραφία, οι ψυχικές διαταραχές, αποτελούν μια από τις κύριες αιτίες αναπηρίας και κόστους. Συγκεκριμένα, μεταξύ των χρονολογιών 2019 – 2020, καταγράφηκε πως 25% περισσότερα άτομα ζούσαν με ψυχική διαταραχή και παρόλο που παρουσιάστηκε αύξηση του παγκόσμιου πληθυσμού, ο επιπολασμός παρέμεινε σταθερός στο 13% (Υπουργείο Υγείας, 2023 ; WHO, 2022b).

Επιπρόσθετα, ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών παρουσιάζει ποικιλομορφία αναλογικά με το φύλο και την ηλικία. Στους άνδρες και στις γυναίκες, στις πιο διαδομένες ψυχικές διαταραχές, συγκαταλέγονται το άγχος και η κατάθλιψη, με την τελευταία να είναι η πιο διαδεδομένη στον ενήλικο πληθυσμό. Ακόμα, οι γυναίκες που έχουν βιώσει σωματική ή σεξουαλική βία από τον σύντροφό τους, είναι ευάλωτες στην ανάπτυξη ψυχικής διαταραχής, όπως κατάθλιψης, άγχους και αυτοκτονικού ιδεασμού.

Αναφορικά με τους ενήλικες ηλικίας 70 ετών και άνω, δεδομένα του 2019, ανέφεραν πως το 14,2% των γυναικών και το 11,7% των ανδρών, ζούσαν με κάποιας μορφής ψυχική διαταραχή (WHO, 2022b).

Συμπληρώνοντας, οι ψυχικές διαταραχές παρουσιάζουν γεωγραφικές ανισότητες, σύμφωνα με τα δεδομένα του ΠΟΥ. Στις περιοχές της Αφρικής, ο επιπολασμός κυμαίνεται στο 10,9%, ενώ στην Αμερική στο 15,6%. Αυτά τα στοιχεία υποδηλώνουν, πως είναι πιο διαδεδομένες στις χώρες υψηλού εισοδήματος, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι εκλείπουν από τις οικονομικά υποδεέστερες χώρες. Αυτές οι διακυμάνσεις στα ποσοστά επικράτησης μεταξύ των χωρών, εξηγούνται από ποικίλες αιτίες, συμπεριλαμβανομένων των δημογραφικών, των συγκρούσεων και των πολέμων που ενδεχομένως επικρατούν στις χώρες και των κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων. Επομένως, συνδυάζοντας την ηλικία, το φύλο και τη γεωγραφική θέση, μπορούν να αποκαλυφθούν σημαντικές διαφορές στις ανάγκες ψυχικής υγείας μεταξύ των ανθρώπων (WHO, 2022b).

Επιπρόσθετα, παγκόσμια δεδομένα για τα έτη ζωής σταθμισμένα ως προς την αναπηρία, αποτυπώνουν πως η σχιζοφρένεια ευθύνεται για 15,5 εκατομμύρια DALYs, η διπολική διαταραχή για 9 εκατομμύρια, οι αγχώδεις διαταραχές για 3-7 εκατομμύρια η κάθε μία, ενώ η κατάθλιψη κυριαρχεί, προκαλώντας 54 εκατομμύρια DALYs. Από το 2000, τόσο η κατάθλιψη, όσο και το άγχος, ανήκουν στις δέκα κορυφαίες αιτίες όλων των ετών ζωής με αναπηρία παγκοσμίως, με τις καταθλιπτικές διαταραχές να αποτελούν την δεύτερη κύρια αιτία των παγκόσμιων YLDs (WHO, 2022b ; Υπουργείο Υγείας, 2023).

Όμως, η ψυχική νόσος συνοδεύεται από πολύ – συνοσηρότητα, έχοντας ως αποτέλεσμα την πρόωμη θνησιμότητα, με τους ψυχικά πάσχοντες να αποβιώνουν τουλάχιστον 13-30 χρόνια νωρίτερα, συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Οι περισσότεροι από αυτούς τους θανάτους, οφείλονται σε ασθένειες που μπορούν να προληφθούν, όπως σε καρδιαγγειακά και αναπνευστικά νοσήματα, που είναι πιο συχνά σε άτομα με ψυχική νόσο. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, η ψυχική νόσος, μπορεί να μην αποτελεί την αιτία θανάτου, αλλά ένα σημαντικό παράγοντα που συμβάλλει σε αυτό το γεγονός. Επιπλέον, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, είναι πιθανότερο να εκτεθούν σε παράγοντες κινδύνου για μη μεταδοτικά νοσήματα, συμπεριλαμβανομένων του καπνίσματος, του αλκοόλ, της ανθυγιεινής διατροφής και της σωματικής αδράνειας, επιδεινώνοντας περαιτέρω την ήδη υπάρχουσα κατάσταση. Αυτό το τεράστιο φορτίο θνησιμότητας που εγκυμονούν οι ψυχικές παθήσεις, επισημαίνει την ανάγκη

διαμόρφωσης ενός υψηλότερου επιπέδου υγείας (WHO, 2022b ; Υπουργείο Υγείας, 2023).

### **1.3 Επιδημιολογικά δεδομένα Ελλάδας**

Πληθώρα επιδημιολογικών ερευνών παγκοσμίως, αποτυπώνει με εμπειριστατωμένα δεδομένα, τόσο την επιβάρυνση, όσο και τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών. Σύμφωνα με προβλέψεις του 2030, η κατάθλιψη θα αποτελεί την κύρια αιτία αναπηρίας, αντιπροσωπεύοντας το 6% της συνολικής αναπηρίας. Δεδομένων αυτών των στοιχείων, η οργάνωση των εθνικών συστημάτων υγείας, είναι καίριας σημασίας, για τη βέλτιστη διαχείριση των ψυχικών διαταραχών και της κατάχρησης ουσιών. Προς αυτή την κατεύθυνση, οι έρευνες στον γενικό πληθυσμό, αποτελούν το πρωτεύον βήμα, καθώς η συμβολή τους είναι πολύτιμη, για την παροχή αντιπροσωπευτικών πληροφοριών αναφορικά με τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών, σε μια γεωγραφική κλίμακα (Skaripnakis et al., 2013).

Πιο συγκεκριμένα, σε αρκετές χώρες της Ευρώπης και παγκοσμίως, έχουν ήδη πραγματοποιηθεί μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες, εξάγοντας κατ' αυτόν τον τρόπο, πληθώρα στοιχείων και συμπερασμάτων, σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές, ενώ τα δεδομένα για την Ελλάδα είναι ελλιπή. Σε πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη το 2019, αποτυπώθηκαν οι δείκτες θνησιμότητας, καθώς και ο ελάχιστος εκτιμώμενος επιπολασμός των βασικών ψυχικών διαταραχών, σε δείγμα γενικού πληθυσμού, ηλικίας 18-65 ετών. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν, πως ο επιπολασμός της σχιζοφρένειας και των ψυχώσεων ήταν 1%, της διπολικής διαταραχής 1-2%, της μείζονας κατάθλιψης 6%, των αγχώδων διαταραχών 15%, της ιδεοκαταναγκαστικής διαταραχής 1% και της εξάρτησης από αλκοόλ και ουσίες κυμαινόταν από 5-7% (Skaripnakis et al., 2013 ; Υπουργείο Υγείας, 2023).

Επιπρόσθετα, άλλα επιδημιολογικά δεδομένα του ελληνικού πληθυσμού, για τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών, προέρχονται από παλαιότερη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2010, σε τυχαίο δείγμα ατόμων, ηλικίας 18-74 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν, πως το 14% των ατόμων έπασχε από κάποια ψυχική διαταραχή, συνήθως κατάθλιψη ή αγχώδη διαταραχή, το 7% είχε κάποια ψυχική διαταραχή, ιδιαίτερα σοβαρή που έχρηζε θεραπευτική αντιμετώπιση, ενώ μόνο το 25% των πασχόντων είχε ζητήσει βοήθεια από ψυχίατρο και το 50% είχε συζητήσει για τη νόσο του, σε κάποιον οικογενειακό γιατρό. Εντούτοις, σημαντικό εύρημα της προαναφερθείσας έρευνας, ήταν η συχνότητα, τόσο των ψυχικών διαταραχών, όσο και μερικών συμπτωμάτων, σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού (Υπουργείο Υγείας,

2023).

Ειδικότερα, η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης στους ανέργους και στους συνταξιούχους, ήταν υπερδιπλάσια συγκριτικά με τους εργαζόμενους και στα άτομα που αντιμετώπιζαν οικονομικές αντιξοότητες, η εμφάνιση κάποιας μορφής ψυχική διαταραχή, ήταν επτά φορές μεγαλύτερη, από τα άτομα με επαρκές βιοτικό επίπεδο. Το οξύμωρο όμως ήταν, πως τα ποσοστά κατάθλιψης, ήταν κατά πολύ υψηλότερα στους τελευταίους (Υπουργείο Υγείας, 2023).

Επιπρόσθετα, λαμβάνοντας υπόψιν τις τελευταίες εκτιμήσεις της Μελέτης Παγκόσμιας Επιβάρυνσης ασθενειών για την Ελλάδα το 2019, διαπιστώθηκε πως 1,4 εκατομμύρια άτομα, υπέφεραν από κάποια ψυχική πάθηση, συμπεριλαμβανομένης της ψύχωσης, της κατάθλιψης και των αγχωδών διαταραχών. Σύμφωνα με το προφίλ της Ελλάδας στον Άτλαντα Ψυχικής Υγείας του ΠΟΥ το 2017, τα DALYs ανά 100.000 κατοίκους, ανέρχονταν σε 3.417, 48 , ενώ το ποσοστό θνησιμότητας από απόπειρες αυτοκτονίας, στον ίδιο πληθυσμό, ήταν 5,00 (Υπουργείο Υγείας, 2023).

Συμπερασματικά, οι επιδημιολογικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε πληθυσμιακό επίπεδο, ήταν λίγες σε αριθμό, με αποτέλεσμα να μην προκύπτει μια εμπειριστατωμένη εικόνα, που να είναι συγκρίσιμη σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Ως εκ τούτου, καθίσταται ύψιστης ανάγκης, η διεξαγωγή μιας μεγάλης κλίμακας πληθυσμιακή έρευνα των ψυχικών διαταραχών σε ολόκληρη τη χώρα, για την αξιολόγηση, τόσο του επιπολασμού, όσο και της συσχέτισης μεταξύ ψυχικών διαταραχών και επιβλαβών ουσιών (Skaripinakis et al., 2013 ; Υπουργείο Υγείας, 2023).

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> : Προαγωγή ψυχικής υγείας

### 2.1 Βελτίωση ψυχικής υγείας

Η βέλτιστη ψυχική υγεία, αποτελεί θεμελιώδη δικαίωμα κάθε ατόμου και περιλαμβάνει, τόσο την ευημερία, όσο και την δυνατότητα να ζει μια εύλογη ποιότητα ζωής. Απεναντίας, η υποβάθμισή της, σχετίζεται με ψυχική καταπόνηση και στην πλειονότητα των περιπτώσεων, με κοινωνικό αποκλεισμό. Η ψυχική νόσος συνοδεύεται με υποβάθμιση της ευεξίας και της λειτουργικότητας των ατόμων, γεγονότα που αυξάνουν τον κίνδυνο περιπτώσεων αυτοκτονίας και εμφάνισης σωματικής ασθένειας. Έτσι, η επένδυση στην ψυχική υγεία, μπορεί να μειώσει σε μεγάλο βαθμό τις περιπτώσεις ατόμων που βιώνουν μια επιβαρυντική κατάσταση υγείας, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής τους, την λειτουργικότητά τους και αυξάνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο το προσδόκιμο ζωής τους (WHO, 2022b).

Επομένως, απαιτείται η κινητοποίηση ολόκληρης της κοινωνίας, επενδύοντας σε όλα τα επίπεδα πρόληψης. Προς αυτή την κατεύθυνση, υψίστης σημασίας κρίνεται η συνεργασία της πολιτείας, των τοπικών αρχών και των οργανισμών, για την υλοποίηση ανάπτυξης καθολικών λύσεων, που να λειτουργούν προς όφελος του πληθυσμού. Στη δημόσια υγεία, η συγκεκριμένη προσέγγιση καλείται «αναλογική οικουμενικότητα», υποδηλώνοντας ότι οι ενέργειες πρέπει να απευθύνονται σε όλα τα άτομα που απαρτίζουν την κοινωνία, δίνοντας βαρύτητα σε αυτά με τον υψηλότερο κίνδυνο ή με τα περισσότερα προβλήματα (Mental Health Foundation, 2019).

Όταν πρόκειται για ζήτημα ψυχικής υγείας, δεν υπάρχει μια εφάπαξ λύση, που να προστατεύει τα άτομα και να εκμηδενίζει τις πιθανότητες εμφάνισης ψυχικών διαταραχών. Παρόλα αυτά, αξίζει να επισημανθεί, πως η επένδυση στην ψυχική υγεία, αποτελεί μεσολαβητή μια καλής υγείας σε μια κοινότητα, που θα την χαρακτηρίζει η καλύτερη ποιότητα ζωής, η βελτιωμένη σωματική υγεία, η μείωση των αυτοκτονιών και η μείωση του αλκοολισμού. Για την αξία της πρόληψης, απαιτείται συνεχής επαγρύπνηση των ατόμων, καθώς για πολλές δεκαετίες κυριαρχούσε το στίγμα σε αυτόν τον τομέα της υγείας (Mental Health Foundation, 2019).

Παρά ταύτα, για αρκετά χρόνια, αμφισβητούνταν η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων ψυχικής υγείας. Όμως, με την πάροδο του χρόνου, έχουν συλλεχθεί επαρκή αποδεικτικά στοιχεία, που αποτυπώνουν τη μείωση της επιβάρυνσης της δημόσιας υγείας, μέσω αυτών των ενεργειών. Η δημόσια υγεία πλαισιώνεται από την προώθηση και την προστασία, τόσο της ψυχικής, όσο και της σωματικής υγείας, από

τους υποκείμενους παράγοντες που την καθορίζουν και την επηρεάζουν. Σ' αυτούς, συμπεριλαμβάνονται οι ατομικοί, οι κοινωνικοί και οι δομικοί, με τις παρεμβάσεις να στοχεύουν στην ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων ή στην μείωση των κινδύνων που εγκυμονούν. Αυτές οι παρεμβάσεις, περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, όπου απευθύνονται, είτε στον γενικό πληθυσμό, είτε σε ευάλωτες ομάδες. Το περιεχόμενό τους μπορεί να σχετίζεται με:

- I. Στρατηγικές πρόληψης για την αυτοκτονία
- II. Κοινωνική και συναισθηματική μάθηση
- III. Προαγωγή της ψυχικής υγείας στο περιβάλλον εργασίας (WHO, 2022b).

Όμως, στα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, η προώθηση και η πρόληψη δεν είναι επαρκής, αντιθέτως απαιτούνται παρεμβάσεις που στοχεύουν στην βελτίωση ή στην αποκατάσταση της ψυχικής υγείας. Προς αυτή την κατεύθυνση, ο ΠΟΥ, ενσωμάτωσε το πρόγραμμα δράσης Mental Health Gap (mhGAP), το οποίο εστίαζε στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην ρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης των ατόμων με ψυχικές νόσους (WHO, 2022b).

## **2.2 Η έννοια της πρόληψης**

Η ολιστική έννοια της πρόληψης, περιλαμβάνει την «πράξη της αποτροπής να συμβεί κάτι». Συνδέεται άμεσα με την ψυχική υγεία, η οποία κυμαίνεται ανάλογα με τα γεγονότα της ζωής. Αξίζει να αναφερθεί, πως δεν απευθύνεται μόνο στα άτομα που αισθάνονται «καλή υγεία», αλλά στον γενικό πληθυσμό. Το αρχικό προληπτικό μοντέλο που προτάθηκε από την Επιτροπή για τις Χρόνιες Ασθένειες το 1957, περιελάμβανε τρία είδη πρόληψης, την πρωτογενή, την δευτερογενή και την τριτογενή πρόληψη (Singh et al., 2022 ; Mental Health Foundation, 2019).

### ***1. Πρωτογενής πρόληψη***

Η πρωτογενής πρόληψη, περιλαμβάνει την προαγωγή της υγείας και βρίσκει εφαρμογή, πριν την εμφάνιση της νόσου. Αφορά όλο τον πληθυσμό και σε πολλές περιπτώσεις, ολόκληρες κοινωνίες ή έθνη, με αποτέλεσμα να ονομάζεται και «καθολική». Κατ' αυτό τον τρόπο, μπορεί να θεωρηθεί ως παρέμβαση για την πρόληψη μιας ασθένειας, αποτρέποντας έτσι την νοσηρότητα της ψυχικής υγείας. Αναφορικά με την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, προτείνονται παρεμβάσεις που μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισής τους και περιλαμβάνουν τη μείωση των παραγόντων κινδύνου και ενίσχυσης των προστατευτικών παραγόντων. Αυτές οι παρεμβάσεις, είναι χρήσιμες για τον γενικό πληθυσμό ή για υποομάδες αυτού, χωρίς αναγνωρίσιμους παράγοντες κινδύνου και μπορούν να εφαρμοστούν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Οι

συγκεκριμένες παρεμβάσεις, κατηγοριοποιούνται και στις επιλεκτικές προληπτικές παρεμβάσεις ψυχικής υγείας, οι οποίες απευθύνονται, τόσο σε άτομα, όσο και σε υποομάδες, που διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Ενδεικτικά, σ' αυτή τη κατηγορία, συγκαταλέγονται τα άτομα που έχουν πέσει θύματα κακοποίησης, τα παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες, οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με γενετικούς παράγοντες κινδύνου για ψυχική νόσο (Singh et al., 2022).

Συμπερασματικά, η πρόληψη και η προαγωγή της ψυχικής υγείας, έχει ως γενικό στόχο, τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης νέων περιπτώσεων ψυχικών διαταραχών και την καθυστέρηση εμφάνισής τους. Ωστόσο, παρόλο που στην ψυχική υγεία αυτές οι έννοιες αλληλοσυμπληρώνονται, ο συνδυασμός τους στο πλαίσιο τη δημόσιας υγείας, έχει θετικό πρόσημο, καθώς μειώνει το στίγμα, αυξάνει τη σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας, λειτουργώντας έτσι προς όφελος του γενικού συνόλου (Singh et al., 2022 ; Mental Health Foundation, 2019).

## **2. Δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη**

Η δευτερογενής πρόληψη, εστιάζει στην έγκαιρη ανίχνευση της νόσου, πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων, η οποία συνήθως πραγματοποιείται μέσω προληπτικών εξετάσεων και επιδιώκει την αποτροπή εμφάνισης της ασθένειας. Εν συνεχεία, η τριτογενής πρόληψη, υλοποιείται σε άτομα που παρουσιάζουν συμπτώματα και στοχεύει στη μείωση της βαρύτητας της νόσου (Kisling et al., 2023).

### **2.3 Πρόληψη και προαγωγή ψυχικής υγείας**

Οι παράγοντες που προάγουν, τόσο την ευημερία, όσο και την ανθεκτικότητα των ατόμων, διαδραματίζουν καίριο ρόλο στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Παρόλα αυτά παρατηρείται, πως οι έρευνες πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας, έχουν παραγκωνισθεί και το επιστημονικό ενδιαφέρον να στρέφεται στην πτυχή της νόσου, δηλαδή στην θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Αυτό το γεγονός, φαίνεται να έχει άμεση σχέση με τη μη εξοικείωση, τόσο των επαγγελματιών υγείας, όσο και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, στις έννοιες και τις προσεγγίσεις που προάγουν την ψυχική ευημερία. Παρόλα αυτά, τα οφέλη που ενέχουν οι ολοκληρωμένες παρεμβάσεις ψυχικής υγείας, φαίνεται να περιορίζονται στις χώρες υψηλού εισοδήματος, καθώς στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, τέτοιες ενέργειες φαίνεται να παραμελούνται (Singh et al., 2022 ; Burton et al., 2010 ; Kalra et al., 2012 ; Barry et al., 2013).

Επιπλέον, με τον όρο «προαγωγή υγείας», αποτυπώνεται μια προσέγγιση, για τη

βελτίωση της δημόσιας υγείας, η οποία απαιτεί την ευρεία συμμετοχή των πολιτών και περιλαμβάνει ενέργειες, για την αντιμετώπιση των δυνητικά τροποποιήσιμων καθοριστικών παραγόντων της υγείας. Η προαγωγή της ψυχικής υγείας, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της προαγωγής υγείας και περιλαμβάνει πληθώρα παρεμβάσεων, που λειτουργούν προς όφελος των ατόμων. Αυτές οι παρεμβάσεις, εστιάζουν στους ατομικούς, κοινωνικούς και δομικούς καθοριστικούς παράγοντες της ψυχικής υγείας, παρεμβαίνοντας στους κινδύνους που εγκυμονούν και δημιουργώντας ένα υποστηρικτικό περιβάλλον ψυχικής υγείας. Μπορούν να σχεδιαστούν, είτε για άτομα ή υποομάδες, είτε για όλο το πληθυσμό και βρίσκουν εφαρμογή σε περιβάλλοντα, όπου οι άνθρωποι ζουν, εργάζονται και ευδοκιμούν. Ενδεικτικά, περιλαμβάνουν προγράμματα ψυχικής υγείας στο σχολικό περιβάλλον και στον εργασιακό χώρο, παρεμβάσεις πρώιμης παιδικής ηλικίας, προγράμματα ενδυνάμωσης των γυναικών και κατά των διακρίσεων, όπως και παρεμβάσεις που προσφέρονται για την ενεργό συμμετοχή των ατόμων στην κοινότητα. Όμως, για τη μεγιστοποίηση του αντικτύπου, αυτές οι δραστηριότητες, θα ήταν ωφέλιμο να έχουν άμεση σύνδεση με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και να εστιάζουν στους τομείς της εκπαίδευσης, της εργασίας, του περιβάλλοντος, της δικαιοσύνης και της πρόνοιας (WHO, x,x ; WHO, 2022a ; WHO, 2005).

Στους στόχους της προαγωγής της ψυχικής υγείας, περιλαμβάνεται η ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει τις προκλήσεις του κοινωνικού κόσμου, μέσω της συμμετοχής στην κοινότητα και ανοχής στην διαφορετικότητα. Ταυτόχρονα, περιλαμβάνεται η ικανότητα διαχείρισης των σκέψεων και των συναισθημάτων, που έχει άμεση σύνδεση με την αυτοεκτίμηση, την αποτελεσματική διαχείριση των συγκρούσεων και την πρόθεση για μάθηση. Η καλλιέργεια αυτών των δεξιοτήτων, είναι ιδιαίτερα σημαντική, για την προαγωγή της ψυχικής υγείας των ατόμων. Όμως, η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη, είναι έννοιες αλληλεπικαλυπτόμενες, καθώς η πρώτη εστιάζει στους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, ενώ η δεύτερη στις αιτίες της νόσου. Παρ' όλα αυτά, η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, συμβάλλει στην προαγωγή της ψυχικής υγείας (WHO, 2005).

Επιπλέον, ένα ιδιαίτερο ζήτημα που απασχολεί την επιστημονική κοινότητα και περιλαμβάνεται στους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης, αποτελεί η πρόληψη των περιπτώσεων αυτοκτονίας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη συμβολή και την υπεύθυνη αναφορά των μέσων ενημέρωσης, με την κοινωνική και συναισθηματική μάθηση κατά την εφηβική ηλικία και με την έγκαιρη παρέμβαση. Ακόμα, ένας αυξανόμενος τομέας



ενδιαφέροντος, αποτελεί η προαγωγή της ψυχικής υγείας στο εργασιακό περιβάλλον, που μπορεί να υποστηριχθεί μέσω στρατηγικών, εποικοδομητικών κανονισμών, εκπαίδευσης των διευθυντών και παρεμβάσεων στους εργαζόμενους (WHO, 2022a).

Έχοντας ως γνώμονα τα προαναφερθέντα, γίνεται αντιληπτό, πως η προαγωγή της ψυχικής υγείας, μπορεί να επιτευχθεί μέσω στρατηγικών πρόληψης που να απευθύνονται σε ολόκληρο το πληθυσμό, στοχεύοντας στην ενίσχυση της συνολικής ευημερίας τους. Αυτό υλοποιείται, μέσω της αναδιαμόρφωσης των καθοριστικών παραγόντων ψυχικής υγείας, δημιουργώντας κατ' αυτόν τον τρόπο ένα υποστηρικτικό περιβάλλον. Ακόμα, αυτές οι παρεμβάσεις, παρουσιάζουν ποικιλομορφία, καθώς πολλές δραστηριοποιούνται σε επίπεδο κοινότητας, ενώ άλλες μέσω νομοθεσίας και εξειδικευμένων στρατηγικών. Όμως πρακτικά, συνδυάζουν διαφορετικές στρατηγικές, τόσο σε ατομικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο (WHO, 2022b).

Πιο συγκεκριμένα, οι στρατηγικές ατομικού επιπέδου, εστιάζουν στην ενίσχυση των συναισθηματικών και γνωστικών δεξιοτήτων, όπως και στη βελτίωση των γνώσεων και των στάσεων. Αυτό ευδοκμεί, μέσω παρεμβάσεων που προωθούν:

1. Την ικανότητα να ζουν τα άτομα μια ποιοτική ζωή και να εργάζονται υλοποιώντας, τόσο τις ατομικές φιλοδοξίες τους, όσο και τα οφέλη του ευρύτερου συνόλου. Επιτυγχάνεται, μέσω της εκμάθησης βασικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων, ενίσχυσης της κριτικής αντίληψης και αφογκράζοντας την ενσυναίσθηση, την αυτογνωσία και την επιλογή συμπεριφορών και τρόπων ζωής, που λειτουργούν προς όφελος της υγείας.
2. Την ανθεκτικότητα και την προσαρμογή στους ποικίλους στρεσογόνους παράγοντες της ζωής.
3. Την ενδυνάμωση του αισθήματος κυριαρχίας, ελπίδας και δικαιοσύνης (WHO, 2022b).

Συμπληρώνοντας, η οικοδόμηση των ατομικών δεξιοτήτων, περιλαμβάνει και παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην αλλαγή συμπεριφοράς, στους παράγοντες κινδύνου της σωματικής και της ψυχικής υγείας. Τα χαμηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, η χρήση καπνού, αλκοόλ και ναρκωτικών, ο μη ποιοτικός ύπνος και τα ανθυγιεινά διατροφικά πρότυπα, αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχικής διαταραχής. Απεναντίας, κατά την ενηλικίωση, οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις, στο σπίτι, στην εργασία και στην ευρύτερη κοινότητα, προάγουν την ψυχική υγεία. Κλείνοντας, στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, ιδιαίτερα σημαντική καθίσταται η κοινωνική διασύνδεση, ελαχιστοποιώντας το αίσθημα μοναξιάς και των συμπτωμάτων

κατάθλιψης, βελτιώνοντας έτσι την ψυχική τους υγεία (WHO, 2022b).

### **2.3.1 Προαγωγή ψυχικής υγείας σε άτομα υψηλού κινδύνου**

Οι παρεμβάσεις προαγωγής ψυχικής υγείας, απευθύνονται, άλλοτε σε ολόκληρους πληθυσμούς, ή σε άτομα και ομάδες ατόμων, που βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης κάποιας πάθησης ψυχικής υγείας. Οι τελευταίοι, κατατάσσονται στη συγκεκριμένη κατηγορία, είτε λόγω των συνθηκών ζωής, είτε λόγω εκδήλωσης συμπτωμάτων, που μελλοντικά ενδεχομένως να αναδυθούν σε κάποιας μορφής ψυχική διαταραχή. Ενδεικτικά, στα άτομα υψηλού κινδύνου, ανήκουν τα άτομα με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο ή εκείνοι που ζουν σε συνθήκες φτώχειας, οι μετανάστες, οι πρόσφυγες, τα άτομα με αναπηρία, οι οικογένειες και οι φροντιστές ατόμων με ψυχικές και σωματικές ασθένειες και όσοι υφίστανται μεταβάσεις στη ζωή τους, όπως απώλεια κάποιου προσώπου (WHO, 2022b ; Jané-Llopis et al., 2005).

Το ολοκληρωμένο Σχέδιο Δράσης Ψυχικής Υγείας 2013-2030, επισημαίνει πως στις στρατηγικές υγείας, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται και η προαγωγή ψυχικών διαταραχών, που να ανταποκρίνεται στα άτομα υψηλού κινδύνου καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Οι επιλεκτικές παρεμβάσεις, συχνά ανταποκρίνονται σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες, όπως για παράδειγμα στα ηλικιωμένα άτομα, που προτείνεται η αύξηση της συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες και η διεύρυνση των κοινωνικών επαφών, ενέργειες που είναι ζωτικής σημασίας για την προστασία της ψυχικής τους υγείας (WHO, 2022b).

Επιπρόσθετα, οι ενδεικνυόμενες παρεμβάσεις, έχουν σχεδιαστεί για τις ομάδες ατόμων που έχουν εμφανίσει συμπτώματα ψυχικής διαταραχής και δεν πληρούν τα κριτήρια επίσημης διάγνωσης. Στα άτομα με συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, προτείνονται οι παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν ψυχοθεραπείες, όπως η CBT και η IPT, διότι καθυστερούν ή αποτρέπουν την έναρξη των προαναφερθέντων διαταραχών. Τέλος, μια εναλλακτική προσέγγιση, είναι η αυτοβοήθεια, μέσω βιβλίων και ψηφιακού υλικού, όπως και οι πρώιμες παρεμβάσεις από εξειδικευμένους συμβούλους ψυχικής υγείας (WHO, 2022b).

### **2.4 Χρήση ψηφιακών μεθόδων για την προαγωγή ψυχικής υγείας στους ενήλικες**

Η εφαρμογή ψηφιακών τεχνολογιών στον κλάδο της ψυχικής υγείας, ενδείκνυται για την πρόληψη και την προαγωγή της ψυχικής υγείας, την φροντίδα της ευημερίας, την έγκαιρη παρέμβαση και για την θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Στο μείζον θέμα ενδιαφέροντος, η συμβολή τους στην προαγωγή της ψυχικής υγείας, αποδεικνύεται ιδιαίτερα σημαντική. Ωστόσο, για την βέλτιστη αποτελεσματικότητά τους, αυτές οι

ψηφιακές τεχνολογίες, θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις των ενδιαφερόντων (Bond et al., 2023).

Συγκεκριμένα, η προαγωγή υγείας, έχει ως επίκεντρο τη δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, που στοχεύει στην βελτίωση της ευημερίας των ατόμων. Για την προαγωγή της ψυχικής υγείας στον ψηφιακό χώρο, ενδείκνυται παρεμβάσεις που χρησιμοποιούν ψηφιακά εργαλεία, όπως εφαρμογές smartphone ή εικονική πραγματικότητα (VR), ενώ άλλες μπορεί να επικεντρώνονται στη χρήση διαδικτυακών πλατφορμών. Οι ψηφιακές εφαρμογές για την ψυχική υγεία, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για ψυχοεκπαίδευση, για την καταγραφή της διάθεσης, προσφέροντας δραστηριότητες ψυχικής υγείας, όπως ασκήσεις αναπνοής και ενσυνειδητότητας, προάγοντας έτσι την ψυχική υγεία των χρηστών (Bond et al., 2023 ; Fleming et al., 2021).

Επιπλέον, οι εφαρμογές ψυχικής ευεξίας, απευθύνονται στον γενικό πληθυσμό και προσφέρουν μια μεγάλη ποικιλία ψηφιακών εργαλείων, που προάγουν τον διαλογισμό, τον καλύτερο ύπνο και τα θετικά συναισθήματα. Ταυτόχρονα, η διαδικτυακή εκπαίδευση, έχει ως στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη ψυχικών διαταραχών, προσφέροντας γνώσεις και δεξιότητες. Μια άλλη ψηφιακή προσέγγιση, είναι η χρήση βίντεο ή κειμένων, που παρέχουν πληροφορίες ψυχικής υγείας, οι οποίες λειτουργούν προς όφελος των ατόμων που εμπλέκονται στην παρέμβαση, αντικαθιστώντας τη συνεδρία που παρέχεται πρόσωπο με πρόσωπο (Roland et al., 2020).

Λαμβάνοντας υπόψιν τα προαναφερθέντα, γίνεται αντιληπτό, πως οι παρεμβάσεις για την προαγωγή της ψυχικής υγείας που βασίζονται σε ψηφιακά εργαλεία, προσφέρουν ποικίλα οφέλη στους ενδιαφερόμενους χρήστες. Πιο συγκεκριμένα, οι παρεμβάσεις που βασίζονται σε εφαρμογές παρέχουν ευελιξία χρόνου, καθώς είναι διαθέσιμες καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, επιτρέποντας έτσι την ενασχόληση στους χρήστες οποιαδήποτε ώρα επιθυμούν. Ακόμα, αυτές οι παρεμβάσεις, προσφέρουν ένα επίπεδο ανωνυμίας, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την αποφυγή οποιουδήποτε στίγματος. Δεδομένου πως με την πάροδο του χρόνου όλο και περισσότερα άτομα είναι εξοικειωμένα με την χρήση των smartphone, η συμβολή τους στα προγράμματα προαγωγής ψυχικής υγείας, καθίσταται ιδιαίτερα ωφέλιμη. Μέσω των υπηρεσιών και των γνώσεων που προσφέρουν, μετριάζεται η εκδήλωση μια ενδεχόμενης ψυχικής διαταραχής (Bond et al., 2023).

Επιπρόσθετα, στις παρεμβάσεις, μπορούν να χρησιμοποιηθούν συνδυαστικά ποικίλα

ψηφιακά εργαλεία, για την ολιστική κάλυψη των αναγκών ψυχικής ευεξίας των ατόμων. Μία εφαρμογή που βασίζεται στη βελτίωση του ύπνου, μπορεί ταυτόχρονα να χρησιμοποιεί μεθόδους ενσυνειδητότητας και καταγραφής της διάθεσης, επιδρώντας κατ' αυτόν τον τρόπο στη συνολική ευημερία των ατόμων (Bond et al., 2023).

Επιπλέον, χάρη στην αυξανόμενη χρήση κινητών τηλεφώνων και συσκευών tablet, οι παρεμβάσεις που βασίζονται σε εφαρμογές, θεωρούνται μια αποτελεσματική επιλογή, για την εκπαίδευση των ατόμων, σχετικά με την ψυχική τους υγεία και την προώθηση της ευημερίας τους. Συγκεκριμένα οι εφαρμογές που βασίζονται στο διαδίκτυο και σε κινητές συσκευές προσφέρουν:

### *1. Γνωσιακή – Συμπεριφορική Ψυχοεκπαίδευση*

Με την πάροδο του χρόνου, παρατηρείται, πως οι εφαρμογές που βασίζονται στη γνωσιακή συμπεριφορική προσέγγιση, βοηθούν τους ανθρώπους, στην αντιμετώπιση του άγχους της καθημερινότητας, αυξάνουν την συναισθηματική επίγνωση και προάγουν την ψυχική υγεία τους. Ακόμα, καταφέρνουν να τροποποιήσουν τα συναισθήματά τους, μειώνοντας τη ψυχική δυσφορία και αλλάζοντας τις συμπεριφορές, που έχουν άμεση συσχέτιση με τη διάθεσή τους. Τέλος, λόγω του ότι η συγκεκριμένη προσέγγιση είναι προσεκτικά δομημένη, οι πληροφορίες που προσφέρονται μέσω των κινητών συσκευών, είναι σαφείς και βοηθούν τα άτομα να κατανοήσουν τις έννοιες της ψυχικής υγείας.

### *2. Εκπαίδευση βασισμένη στην ενσυνειδητότητα*

Χάρη στην πρόοδο της τεχνολογίας, η εκπαίδευση που βασίζεται στην ενσυνειδητότητα, είναι ολοένα και περισσότερο διαθέσιμη στο διαδίκτυο. Αυτού του είδους η προσέγγιση, επισημαίνει την παροδικότητα, τόσο των σκέψεων, όσο και των συναισθημάτων, περιλαμβάνει αυτορρύθμιση της προσοχής και εστιάζει στην καλλιέργεια της συνειδητοποίησης των γεγονότων τη δεδομένη στιγμή με διαφάνεια. Κατ' αυτόν τον τρόπο, προσφέρονται ποικίλα οφέλη στα άτομα, όπως αποδεικνύουν πληθώρα ερευνών, καθώς βελτιώνεται η ψυχική τους υγεία, μειώνεται η ψυχική δυσφορία και ικανοποιούνται από τη ζωή τους.

### *3. Εκπαίδευση αυτοσυμπόνιας*

Με τον όρο αυτοσυμπόνια, ορίζεται η φροντίδα του εαυτού, όταν έρχεται αντιμέτωπος με κακουχίες, η αναγνώριση της αποτυχίας, ως μιας ανθρώπινης εμπειρίας και η ισορροπημένη προσέγγιση, τόσο των σκέψεων, όσο και των συναισθημάτων. Τα άτομα που καταφέρνουν να συμπονοούν τον εαυτό τους, κατανοούν τα στενάχωρα συναισθήματά τους, χωρίς να τα αποφεύγουν και έχουν την ικανότητα να

μεταμορφώσουν τις αρνητικές καταστάσεις, σε θετικές. Τα ψηφιακά προγράμματα, που εκπαιδεύουν τα άτομα για την αξία της αποδοχής τους εαυτού τους, οδηγούν σε αύξηση της ευτυχίας και της αυτοπεποίθησης και μειώνουν, τόσο το άγχος, όσο και το αίσθημα κατωτερότητας (Mak et al., 2018).

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> : Συστηματική Ανασκόπηση

### 3.1 Σκοπός – Ερευνητικά ερωτήματα

Ο σκοπός της συγκεκριμένης συστηματικής ανασκόπησης, είναι η αναζήτηση και η καταγραφή των παρεμβάσεων προαγωγής ψυχικής υγείας μέσω ψηφιακών μεθόδων στον ενήλικο πληθυσμό. Τα ερευνητικά ερωτήματα που γεννώνται από την ανασκόπηση είναι τα ακόλουθα:

1. Ποιες είναι οι ψηφιακές μέθοδοι που αξιοποιούνται για την προαγωγή ψυχικής υγείας σε ενήλικες;
2. Ποιος είναι ο σκοπός των ψηφιακών μεθόδων στα προγράμματα προαγωγής ψυχικής υγείας στον ενήλικο πληθυσμό;
3. Πως γίνεται η αξιολόγηση των ψηφιακών μεθόδων στα προγράμματα προαγωγής ψυχικής υγείας στους ενήλικες;
4. Ποια είναι η αποτελεσματικότητα αυτών των μεθόδων στα προγράμματα προαγωγής ψυχικής υγείας;

### 3.2 Μεθοδολογία

Η ανασκόπηση διενεργήθηκε με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες PRISMA, για συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-ανάλυσεις (Page et al., 2021). Η έρευνα για την εύρεση των μελετών έγινε σε έγκριτες επιστημονικές βάσεις δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των PubMed και Scopus. Το χρονικό διάστημα που διεξήχθη ο έλεγχος στις προαναφερθείς βάσεις, ήταν από τον Σεπτέμβριο – Οκτώβριο 2023.

Επιπλέον, καθίσταται απαραίτητη η παράθεση των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού των μελετών, που αντλήθηκαν μέσω της συστηματικής αναζήτησης, όπου παρουσιάζονται αναλυτικά στους παρακάτω πίνακες (Πίνακας 1 & 2).

#### *Πίνακας 1:* Κριτήρια ένταξης μελετών

Αγγλική γλώσσα
Δημοσιεύσεις δεκαετίας, έτη 2013 - 2023
Συμμετέχοντες ηλικίας $\geq 18$ ετών από τον γενικό πληθυσμό
Ψηφιακές παρεμβάσεις για την προαγωγή της ψυχικής υγείας
Οποιαδήποτε μελέτη με μεθοδολογία ποσοτικής έρευνας

## Πίνακας 2: Κριτήρια αποκλεισμού μελετών

Συμμετέχοντες ηλικίας < 18 ετών
Διδακτορικές διατριβές
Δημοσιευμένες περιλήψεις ή πρακτικά συνεδρίων
Μελέτες στις οποίες συμμετείχαν άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας
Μελέτες με ψηφιακές παρεμβάσεις, που δεν σχετίζονταν με την ψυχική υγεία
Μελέτες με μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας
Συστηματικές ανασκοπήσεις
Μελέτες που δεν αναφέρουν την αποτελεσματικότητα των ψηφιακών παρεμβάσεων στα αποτελέσματα της ψυχικής υγείας

Ακόμα, για μεγιστοποίηση των τύπων ψηφιακών παρεμβάσεων για την υγεία και τις συνθήκες ψυχικής υγείας που αποτυπώθηκαν στην αναζήτηση, χρησιμοποιήθηκαν οι εξής λέξεις-κλειδιά: health promotion, adults, mental health, mental health promotion, digital methods, digital intervention programs. Η αρχική αναζήτηση έγινε με τις προαναφερθείς λέξεις – κλειδιά και στη συνέχεια έγινε περαιτέρω αναζήτηση με τις εξής λέξεις: digital tools, applications, technology, mental condition, health promotion approaches, health promotion intervention. Επομένως, η αναζήτηση που ακολούθησε ήταν η εξής: “digital methods” OR “digital tools” OR “applications” OR “technology” OR “computer” AND “mental health” OR “mental illness” OR “mental condition” OR “mental state” AND “health promotion interventions” OR “health promotion strategies” OR “health promotion approaches” OR “health promotion programs” OR “health promotion projects” AND “adults” OR “adult” OR “young adult” OR “young adults”.

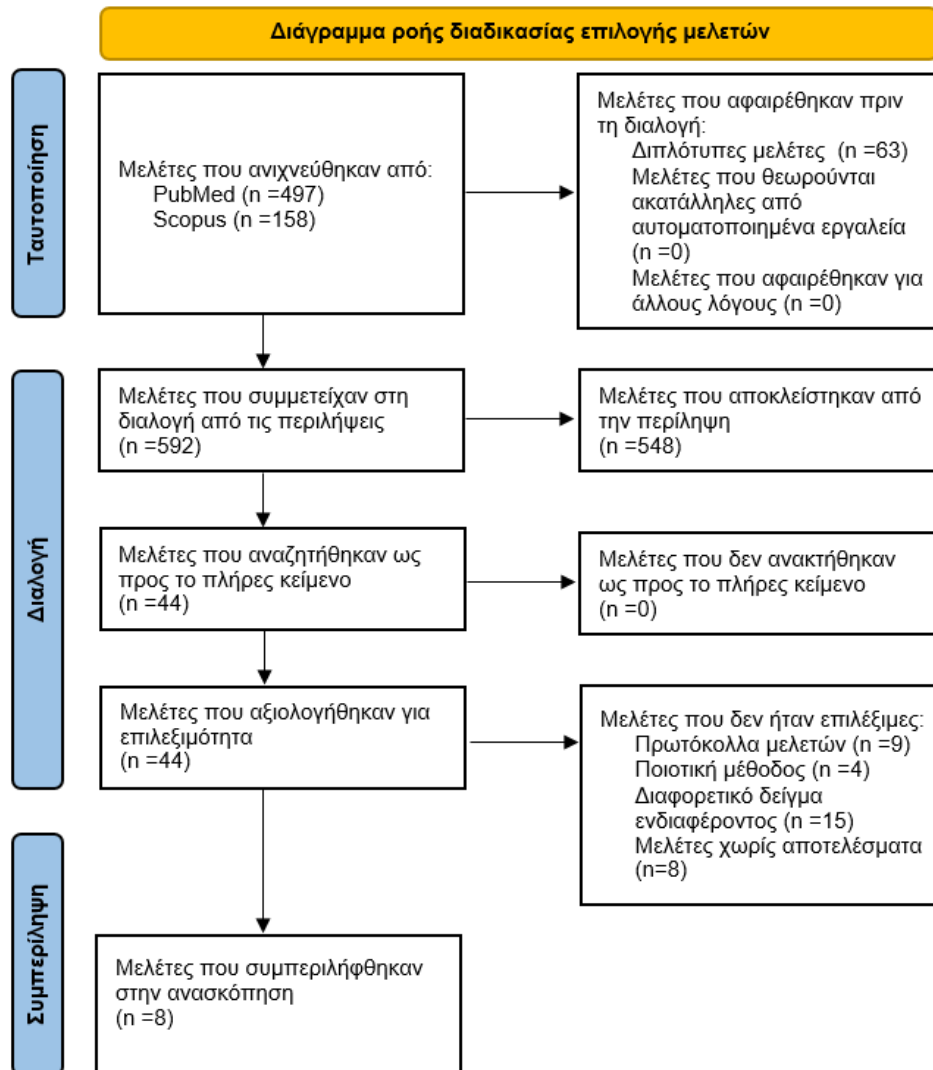
Επιπλέον, στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση στο πρώτο στάδιο ελέγχου, έγινε εφαρμογή των φίλτρων στις μηχανές αναζήτησης των βάσεων δεδομένων, που σχετίζονταν με τη γλώσσα συγγραφής, η οποία έπρεπε να είναι στην αγγλική γλώσσα και με το έτος δημοσίευσης των μελετών (2013 – 2023). Στη συνέχεια, έγινε αφαίρεση των διπλότυπων μελετών, δηλαδή των μελετών που εντοπίζονταν ταυτόχρονα και στις δύο βάσεις δεδομένων και από τα εναπομείναντα άρθρα, έγινε ανάγνωση των τίτλων και των περιλήψεων, από τα οποία αξιολογήθηκε η συνάφεια με το θέμα της μελέτης. Στο τελευταίο στάδιο, έγινε ανάγνωση των πλήρη κειμένων των μελετών, στο οποίο εφαρμόστηκαν τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού. Μετά το πέρας των παραπάνω

διαδικασιών, προέκυψε ο τελικός αριθμός των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση.

Πιο συγκεκριμένα, κατά την αρχική αναζήτηση και ύστερα από την εφαρμογή των φίλτρων, εντοπίστηκαν 497 άρθρα στη βάση δεδομένων PubMed και 158 άρθρα στη βάση δεδομένων Scopus, με τον τελικό αριθμό των άρθρων που προέκυψαν να είναι 655. Στη συνέχεια, έγινε έλεγχος των διπλότυπων εγγραφών, όπου αφαιρέθηκαν 63 διπλότυπα. Ύστερα από αυτή τη διαδικασία, ο τελικός αριθμός των άρθρων που προέκυψαν, ήταν 592. Ακολούθησε ανάγνωση των τίτλων και των περιλήψεων, όπου αφαιρέθηκαν άρθρα που 1) δεν σχετίζονταν με το θέμα της παρούσας ανασκόπησης και 2) ήταν συστηματικές ανασκοπήσεις και μετά – αναλύσεις. Έτσι, τα εναπομείναντα άρθρα ήταν 44, στα οποία εξετάστηκε το πλήρες κείμενο. Από αυτά, αποκλείστηκαν 13, λόγω του ότι ήταν πρωτόκολλα μελετών, με μη δημοσιευμένες μελέτες και άλλα εφάρμοζαν ποιοτική μέθοδο για το σχεδιασμό της μελέτης. Ακόμα, αποκλείστηκαν 15 άρθρα, καθώς το δείγμα της μελέτης δεν ήταν ενήλικος πληθυσμός ή το ηλικιακό εύρος συμπεριλάμβανε και έφηβους, κάτω των 18 ετών. Επίσης, αποκλείστηκαν 8 παρεμβάσεις, διότι δεν ανέφεραν τα αποτελέσματα της μελέτης. Επομένως, για τη συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση, χρησιμοποιήθηκαν 8 άρθρα, τα οποία είχαν πλήρη συνάφεια με το θέμα ενδιαφέροντος. Το διάγραμμα ροής που αποτυπώνει αναλυτικά την τελική επιλογή των μελετών, παρατίθενται παρακάτω.



Διάγραμμα ροής κατά PRISMA 2020



### 3.3 Αποτελέσματα

#### **3.3.1 Χαρακτηριστικά μελετών**

Συνολικά 8 μελέτες συμπεριλήφθηκαν στη συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση, η οποία πραγματοποιήθηκε μέχρι και τον Οκτώβριο του 2023. Μια σύνοψη των μελετών που περιλαμβάνονται στην ανασκόπηση, παρουσιάζονται στον Πίνακα 3, στον οποίο αποτυπώνονται οι συγγραφείς, το έτος και η χώρα διεξαγωγής των μελετών, το είδος των μελετών, ο αριθμός των συμμετεχόντων, οι μέθοδοι αξιολόγησης και τα αποτελέσματα. Στη συνέχεια, γίνεται κατηγοριοποίηση των παρεμβάσεων, όπως και αναλυτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων των μελετών.

<i>Συγγραφείς / Έτος / Χώρα</i>	<i>Είδος μελέτης</i>	<i>Συμμετέχοντες</i>	<i>Μέθοδοι αξιολόγησης</i>	<i>Αποτελέσματα</i>
Kawadler et al., 2020 Ηνωμένο Βασίλειο	Observational study	Αμειβόμενοι (n=25) (Γυναίκες n=14, Άνδρες n=11) Μη αμειβόμενοι (n=30) (Γυναίκες n=16, Άνδρες n=14)  Ηλικία: 18 έως 65 ετών	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depression Anxiety Stress Scale [DASS])</li> <li>• 6-item State-Trait Anxiety Inventory [STAI]</li> <li>• Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale [WEMWBS]</li> <li>• Ανατροφοδότησης</li> </ul>	Μείωση του άγχους, αύξηση της ψυχικής ευεξίας, μετά από 4 εβδομάδες χρήσης του BioBase στο περιβάλλον εργασίας.
Renfrew et al., 2020 Αυστραλία	Randomized Comparative Study	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standard automated email group (S) (n=157) (Γυναίκες n=124, Άνδρες n=33)</li> <li>• Standard plus SMS message group (S+pSMS) (n=163) (Γυναίκες n=126, Άνδρες n=37)</li> <li>• Standard plus videoconference support group (S+VCS) (n=137) (Γυναίκες n=106, Άνδρες n=31)</li> </ul> Ηλικία: 18 ετών και άνω	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7 Dimensions of Wellness Index [7DWI]</li> <li>• 36-item Short Form Health Survey [SF-36]</li> <li>• 21-item Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21)</li> <li>• Diener 5-item Satisfaction With Life Scale (SWLS)</li> <li>• Diener brief 8-item Flourishing Scale</li> </ul>	Η παρέμβαση που εστίαζε στον τρόπο ζωής, βελτίωσε την ψυχική ευημερία σε υγιείς ενήλικες.
Mak et al., 2017 Χονγκ Κονγκ	Randomized Controlled Trial	1 <sup>η</sup> παρέμβαση : iCBT (n=651) (Γυναίκες n=478, Άνδρες n= 173)  2 <sup>η</sup> παρέμβαση: iMIND (n=604) (Γυναίκες n=455, Άνδρες n=149)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• WHO 5-item WBI</li> <li>• 18-item MHI</li> <li>• 5-item Satisfaction with Life Scale (SWLS).</li> <li>• Visual analogue scale (VAS).</li> <li>• 4-item sleep disturbance subscale of the Medical Outcomes Study (MOS).</li> </ul>	Τόσο το iMIND, όσο και το iCBT, ήταν αποτελεσματικά στη βελτίωση της ψυχικής υγείας, της ικανοποίησης από τη ζωή, του ύπνου και του επιπέδου ενέργειας.

<i>Συγγραφείς / Έτος / Χώρα</i>	<i>Είδος μελέτης</i>	<i>Συμμετέχοντες</i>	<i>Μέθοδοι αξιολόγησης</i>	<i>Αποτελέσματα</i>
		Ηλικία: 18 ετών και άνω	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8-item Client Satisfaction Questionnaire (CSQ).</li> <li>• 6-item Credibility or Expectancy Questionnaire (CEQ).</li> </ul>	
Mak et al., 2018 Χονγκ Κονγκ	Randomized Controlled Noninferiority Trial	MBP (n= 703) (Γυναίκες n=500, Άνδρες n=203)  SCP (n= 705) (Γυναίκες n=506, Άνδρες n=199)  CBP (n= 753) (Γυναίκες n=569, Άνδρες n=184)  Ηλικία: άνω των 18 ετών	<ul style="list-style-type: none"> <li>• World Health Organization 5-item Well-Being Index (WBI).</li> <li>• 6-item Kessler Psychological Distress Scale (K6).</li> <li>• Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS).</li> <li>• 13 items from Self-Compassion Scale.</li> <li>• 8-item Client Satisfaction Questionnaire (CSQ).</li> </ul>	Η εφαρμογή για κινητές συσκευές που εμπειριέχε αυτές τις τρεις συνθήκες, φάνηκε να ήταν αποτελεσματική στη βελτίωση της ψυχικής ευεξίας.
Champion et al., 2018 Ηνωμένο Βασίλειο	Randomized Controlled Trial	Ομάδα παρέμβασης (n=29) (Γυναίκες n= 13, Άνδρες n= 16)  Ομάδα ελέγχου λίστας αναμονής (n=33) (Γυναίκες n= 24, Άνδρες n= 9)  Ηλικία: 25-59 ετών	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Satisfaction with Life Scale (SWLS)</li> <li>• The Perceived Stress Scale (PSS)</li> <li>• The Wagnild Resilience Scale (WRS)</li> <li>• Δέσμευσης και εμπειρίας</li> </ul>	Η εφαρμογή ενσυνειδητότητας, επέφερε σημαντικές βελτιώσεις στο άγχος, στην ανθεκτικότητα και στην ικανοποίηση από τη ζωή. Αυτά τα οφέλη εντοπίστηκαν στις 10 ημέρες χρήσης της αλλά και μετά από 30 ημέρες.
Umanodan et al., 2014 Ιαπωνία	Cluster Randomized Controlled Trial	Ομάδα παρέμβασης (n=142)  Ομάδα ελέγχου (n=121)  Μέση ηλικία: 40έτη	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Το εργασιακό στρες αξιολογήθηκε με το 18-item Brief Job Stress Questionnaire (BJSQ).</li> <li>• Η ικανοποίηση από την εργασία αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας το single item of the BJSQ.</li> <li>• Η δέσμευση στην εργασία αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας</li> </ul>	Το πρόγραμμα ήταν αποτελεσματικό για τη βελτίωση των γνώσεων που σχετίζονταν με τη διαχείριση του άγχους. Για τους συμμετέχοντες που είχαν αρκετό χρόνο για να ολοκληρώσουν όλες τις συνεδρίες, ήταν αποτελεσματικό και για τη βελτίωση των δεξιοτήτων αντιμετώπισής του.

<i>Συγγραφείς / Έτος / Χώρα</i>	<i>Είδος μελέτης</i>	<i>Συμμετέχοντες</i>	<i>Μέθοδοι αξιολόγησης</i>	<i>Αποτελέσματα</i>
			<p>τη σύντομη μορφή της ιαπωνικής έκδοσης του Utrecht Work Engagement Scale (UWES-J).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Η εργασιακή απόδοση αξιολογήθηκε με το World Health Organization (WHO) Health and Work Performance Questionnaire (HPQ).</li> <li>• Οι δεξιότητες αντιμετώπισης αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας μια υποκλίμακα από το Brief Scales for Coping Profile (BSCP).</li> <li>• Η κοινωνική υποστήριξη αξιολογήθηκε με 6 στοιχεία του BJSQ.</li> <li>• Οι γνώσεις που σχετίζονταν με τον τρόπο αντιμετώπισης του άγχους, αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας 6 ερωτήσεις που σχετίζονταν με ποικίλες δεξιότητες.</li> <li>• Οι απαιτήσεις της εργασίας αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας υποκλίμακες 3 στοιχείων του BJSQ.</li> </ul>	

<i>Συγγραφείς / Έτος / Χώρα</i>	<i>Είδος μελέτης</i>	<i>Συμμετέχοντες</i>	<i>Μέθοδοι αξιολόγησης</i>	<i>Αποτελέσματα</i>
Przybylko et al., 2021  Αυστραλία	Randomized Controlled Trial	Ομάδα παρέμβασης (n= 159) (Γυναίκες n=111, Άνδρες n=48)  Ομάδα ελέγχου (n=162) (Γυναίκες n=119, Άνδρες n=43)  Ηλικία: 18 έως 88 ετών	Όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο ευεξίας που ονομάζεται «7 Dimensions of Wellness Index».  <ul style="list-style-type: none"> <li>Ψυχική υγεία και ζωτικότητα</li> </ul> The 36-item Short Form Health Survey <ul style="list-style-type: none"> <li>Κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες</li> </ul> The 21-item Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). <ul style="list-style-type: none"> <li>Κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή</li> </ul> The 5-item Satisfaction With Life Scale (SWLS).	Βελτίωσε την ψυχική υγεία και τη συναισθηματική ευεξία, υποδηλώνοντας ότι τέτοιου είδους διαδικτυακές παρεμβάσεις, μπορεί να είναι χρήσιμες για την πρόληψη και προαγωγή της ψυχικής υγείας.
Bendtsen et al., 2020  Σουηδία	Randomized Controlled Trial	Ομάδα παρέμβασης (n=348) (Γυναίκες n=277, Άνδρες n=69, Άλλο n=2)  Ομάδα ελέγχου (n=306) (Γυναίκες n=233, Άνδρες n=69, Άλλο n=4)  Ηλικία: Φοιτητές πανεπιστημίου, μέση ηλικία 25 έτη	<ul style="list-style-type: none"> <li>Πρωταρχικό αποτέλεσμα Η ψυχική υγεία, μετρήθηκε χρησιμοποιώντας το MHC-SF 14 στοιχείων.</li> <li>Δευτερεύοντα αποτελέσματα Η συμπτωματολογία κατάθλιψης και άγχους, μετρήθηκε βάση της βαθμολογίας, σε αντίστοιχες υποκλίμακες του HADS.</li> <li>Διερευνητικά αποτελέσματα Μετρήθηκε περαιτέρω η συναισθηματική, κοινωνική και ψυχική ευεξία, με βάση τη μέση βαθμολογία κάθε υποκλίμακας του MHC-SF.</li> </ul>	Η παρέμβαση mHealth, αύξησε την ψυχική υγεία, στη συγκεκριμένη ομάδα ατόμων. Επίσης, βρέθηκε μια προστατευτική επίδραση της παρέμβασης, στα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους.

**Πίνακας 3:** Μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση

Από τις μελέτες που αναλύθηκαν, εξάγονται πληθώρα στοιχείων που αποδεικνύουν τη συμβολή των ψηφιακών μεθόδων στα προγράμματα προαγωγής της ψυχικής υγείας στον ενήλικο πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα, οι παρεμβάσεις απευθύνονταν σε ενήλικες, οι οποίοι δεν αντιμετώπιζαν κάποια ψυχική νόσο και ήταν στην πλειονότητά τους υγιείς. Για την προαγωγή της ψυχικής υγείας του συγκεκριμένου πληθυσμού – στόχου, εντοπίστηκαν παρεμβάσεις που εφάρμοσαν τη χρήση κινητής συσκευής, ενώ άλλες τη χρήση υπολογιστή. Στην πλειονότητά τους, οι ψηφιακές μέθοδοι εμπεριείχαν εκπαιδευτικό και ενημερωτικό περιεχόμενο, το οποίο συνδυάζονταν σε ορισμένες περιπτώσεις και με βιωματική μάθηση, για την πρακτική εφαρμογή των γνώσεων που αποκόμιζαν οι συμμετέχοντες. Επίσης, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην ενσυνειδητότητα και στην αυτοσυμπόνια, για τη βελτίωση της ψυχικής ευεξίας των ατόμων της παρέμβασης. Ενδεικτικά το περιεχόμενο των παρεμβάσεων, σχετιζόταν με τη σημασία του τρόπου ζωής, την αναγνώριση των εσωτερικών συναισθημάτων, της δύναμης της προσωπικότητας και των υγιών σχέσεων.

Επιπρόσθετα, αξίζει να επισημανθεί πως όλες οι παρεμβάσεις που αναλύθηκαν ήταν αποτελεσματικές, καθώς είχαν θετικό αντίκτυπο στον ενήλικο πληθυσμό. Ειδικότερα, στην ομάδα της παρέμβασης, καταγράφηκε αύξηση της ψυχικής ευεξίας, αύξηση της ενσυνειδητότητας, ενίσχυση της αυτοσυμπόνιας, μείωση του άγχους, αύξηση της ανθεκτικότητας, βελτίωση της ψυχικής υγείας, της ικανοποίησης από τη ζωή και του επιπέδου ενέργειας, όπως και βελτίωση των γνώσεων που σχετιζόταν με τη διαχείριση του άγχους, αλλά και των δεξιοτήτων αντιμετώπισής του. Σε ορισμένες έρευνες που αναλύθηκαν, αυτές οι βελτιώσεις, διατηρήθηκαν και μετά από εύλογο χρονικό διάστημα, γεγονός που αποδεικνύει την αποτελεσματικότητα, τόσο των παρεμβάσεων, όσο και των ψηφιακών μεθόδων. Επιπλέον, στην πλειονότητα των μελετών, εκπαιδευμένα άτομα παρείχαν συνεχής ειδοποιήσεις στους συμμετέχοντες, μέσω εξατομικευμένων μηνυμάτων SMS και email, τα οποία αύξησαν σε σημαντικό βαθμό την αφοσίωση των συμμετεχόντων στις παρεμβάσεις. Ακόμα, η ευελιξία χρήσης των εφαρμογών και τα γραφικά που εμπεριείχαν, κέντρισαν το ενδιαφέρον των ατόμων και συνέβαλαν αποτελεσματικά στη δέσμευσή τους στις παρεμβάσεις.

Στη συνέχεια, γίνεται κατηγοριοποίηση των ψηφιακών μεθόδων, καθώς και αναλυτική παρουσίαση, τόσο του περιεχομένου, όσο και των αποτελεσμάτων της κάθε παρέμβασης που συμπεριλήφθηκαν στη συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση.

### 3.3.2 Παρεμβάσεις που εμπειρεύσαν τη χρήση κινητής συσκευής

Συνολικά πέντε μελέτες εμπειρεύσαν τη χρήση κινητής συσκευής. Στην πρώτη μελέτη, οι Kawadler et al., 2020, πραγματοποίησαν μια μελέτη παρατήρησης 4 εβδομάδων σε 55 υγιείς ενήλικες. Η παρέμβαση αποτελούνταν από το πρόγραμμα BioBase, που περιελάμβανε μια εφαρμογή για κινητά, τη BioBase, συνδυαστικά με το φορητό BioBeam, που τοποθετούνταν στον καρπό. Το περιεχόμενο αποτελούνταν από 42 ενότητες, οι οποίες σχεδιάστηκαν σε 3 μαθήματα, τα οποία επισήμαναν τη σημασία του τρόπου ζωής, όπως η υγιεινή και η επίγνωση του ύπνου, τα επίπεδα δραστηριότητας, καθώς και την αναγνώριση των εσωτερικών συναισθημάτων. Κάθε μάθημα αποτελούνταν από 14 ενότητες, οι οποίες παρουσιάζονταν, είτε σε μορφή κειμένου, είτε σε μορφή ήχου. Επίσης, το περιεχόμενο εξατομικευόταν βάση των αναγκών του χρήστη, καθώς στην αρχή τα άτομα συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο και στη συνέχεια προτεινόταν οι εκάστοτε ενότητες. Η φορητή συσκευή BioBeam, σύλλεγε δεδομένα που σχετίζονταν με τη σωματική δραστηριότητα, την ποιότητα του ύπνου και τους καρδιακούς παλμούς, τα οποία προβάλλονταν μέσω ενός πίνακα, προκειμένου να αυξηθεί η επίγνωση, για την κατάσταση της ευημερίας των ατόμων. Ακόμα, η εφαρμογή παρείχε μια στιγμιαία αξιολόγηση, που βασιζόταν στο Circumplex Model of Affect, η οποία παρείχε τη δυνατότητα στα άτομα να καταγράψουν τη διάθεσή τους, τη δεδομένη στιγμή.

Ο στόχος της συγκεκριμένης μελέτης, ήταν η αξιολόγηση της χρηστικότητας, της αποδοχής και της προκαταρκτικής αποτελεσματικότητας του BioBase, σε άτομα με πλήρη απασχόληση, για τη μείωση του άγχους και την αύξηση της ψυχικής ευεξίας. Η πρόσληψη των αμειβόμενων συμμετεχόντων, έγινε από μια υπηρεσία, την People for Research UK, ενώ οι μη αμειβόμενοι προσλήφθηκαν μέσω δειγματοληψίας ευκολίας, από τοπική καμπάνια του Facebook. Τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού των συμμετεχόντων, εξετάσθηκαν μέσω ενός διαδικτυακού ερωτηματολογίου. Στα κριτήρια ένταξης, περιλαμβάνονταν το ηλικιακό εύρος 18 – 65 ετών, που ήταν άτομα πλήρους απασχόλησης, είχαν iPhone και γνώριζαν αγγλικά. Στα κριτήρια αποκλεισμού, συμπεριλαμβάνονταν το ιστορικό κλινικής διάγνωσης ψυχικής νόσου ή κάποιας νευρολογικής διαταραχής, η εγκυμοσύνη και η ταυτόχρονη συμβουλευτική ή θεραπεία.

Επιπλέον, στην αρχή της μελέτης, για τη συλλογή των δημογραφικών στοιχείων, χρησιμοποιήθηκαν διαδικτυακά ερωτηματολόγια και για την καταγραφή του άγχους, η υποκλίμακα στρες της κλίμακας DASS-21. Τόσο στην αρχή, όσο και στις 4 εβδομάδες,



έγινε χρήση του 6 – item State-Trait Anxiety Inventory (STAI), που μετρά το άγχος, όπως και η κλίμακα ψυχικής ευημερίας Warwick-Edinburgh (WEMWBS). Ακόμα, η αφοσίωση στην εφαρμογή, μετρήθηκε από τη συνολική διάρκεια χρήσης, τον αριθμό των ενοτήτων που ολοκληρώθηκαν και από τα συνολικά εργαλεία που ολοκληρώθηκαν, στη διάρκεια των 4 εβδομάδων. Επίσης, στο τέλος της μελέτης, δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο ανατροφοδότησης, που συνδυάζονταν με μια προαιρετική ημιδομημένη συνέντευξη με τον ερευνητή, για την καταγραφή της εμπειρίας των ενδιαφερόμενων, σχετικά με την εφαρμογή.

Τα αποτελέσματα έδειξαν, πως οι αμειβόμενοι συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν την εφαρμογή περισσότερες ημέρες, με μέσο όρο 23,9 ημέρες, ενώ οι μη αμειβόμενοι 18,4 ημέρες, ολοκλήρωσαν περισσότερες ενότητες και είχαν μεγαλύτερη διάρκεια χρήσης της εφαρμογής, συγκριτικά με τους μη αμειβόμενους. Ακόμα, και στις δύο κατηγορίες συμμετεχόντων, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του άγχους, όπως και αύξηση της ψυχικής ευεξίας, μετά το πέρας του προγράμματος. Επίσης, 32 από τους 55 συμμετέχοντες, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ανατροφοδότησης, με τα αποτελέσματα να αποτυπώνουν, πως ήταν εύκολο στη χρήση. Το 80% των συμμετεχόντων, συνδεόταν στο σπίτι (24/30), και το 70% (21/30) στο χώρο εργασίας. Ακόμα, η πλειοψηφία θα συνιστούσε το πρόγραμμα σε ένα φίλο και το 50%, ήθελε να συνεχιστεί και μετά το πέρας των 4 εβδομάδων. Οι προληπτικοί μηχανισμοί που συμπεριλαμβάνονταν στις ενότητες, είχαν θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του άγχους, στις συνήθειες του ύπνου και επισημάνθηκε αύξηση της κοινωνικότητας. Οι Mak et al., 2018, πραγματοποίησαν μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή τριών σκελών, με τρεις ομάδες παρέμβασης (MBP, SCP και CBP). Η πρόσληψη των συμμετεχόντων, έγινε μεταξύ Μαρτίου 2015 και Απριλίου 2016, με τον πληθυσμό – στόχο να ήταν ενήλικες του γενικού πληθυσμού που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης της μελέτης. Συγκεκριμένα, έπρεπε να ήταν άνω των 18 ετών, να ήταν γνώστες της κινεζικής γλώσσας, να ήταν κάτοχοι κινητής συσκευής και να είχαν πρόσβαση στο διαδίκτυο. Όλοι οι συμμετέχοντες, ανατέθηκαν τυχαία σε μία από τις τρεις συνθήκες, μέσω ενός αυτόματου συστήματος του υπολογιστή.

Ο στόχος της συγκεκριμένης μελέτης, ήταν η εξέταση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος που βασίζονταν στην ενσυνειδητότητα, του προγράμματος συμπόνιας τους εαυτού και του προγράμματος που σχετίζονταν με την γνωσιακή – συμπεριφορική ψυχοεκπαίδευση, που ήταν διαθέσιμα σε εφαρμογή για κινητές συσκευές, για την βελτίωση της ψυχικής ευεξίας του πληθυσμού.

Πιο συγκεκριμένα, και τα τρία προγράμματα αποτελούνταν από 28 ημερήσιες συνεδρίες, που χωρίζονταν σε 4 ενότητες την εβδομάδα. Τα παραπάνω προγράμματα, ήταν διαθέσιμα στην εφαρμογή Living With Heart (LWH), η οποία λειτουργούσε σε κινητά, που διέθεταν είτε Google Play, είτε Apple Store. Μέσω της εφαρμογής, οι χρήστες μπορούσαν να καταγράψουν την διάθεσή τους, με βάση αυτά που είχαν μάθει σε καθένα από τα προγράμματα που άνηκαν, περιλαμβάνονταν και συμβουλές ευεξίας, όπως και αυτοκόλλητα, για ενίσχυση των συμμετεχόντων όταν ολοκλήρωναν τις συνεδρίες. Προς διευκόλυνση των ατόμων, το περιεχόμενο των συνεδριών, ήταν διαθέσιμο, σε γραπτή και σε ηχογραφημένη μορφή.

Αναλυτικότερα, το πρόγραμμα MBP, περιελάμβανε γραφικά που ανέλυναν την έννοια της ενσυνειδητότητας, όπως και ασκήσεις αναπνοής, της ενσυνειδητής διατροφής, όπως και ασκήσεις αποστασιοποίησης των σκέψεων. Το πρόγραμμα SCP, περιείχε ποικίλες ασκήσεις, σχετιζόμενες με τη επίγνωση της συμπόνιας του εαυτού, καθώς και γραφικά που ανέλυναν τη σύνδεση της αυτοσυμπόνιας με την ψυχική υγεία. Τέλος, το πρόγραμμα CBP, περιελάμβανε συνεδρίες που σχετίζονταν με την ψυχική υγεία και το άγχος, προς εκπαίδευση των συμμετεχόντων, για τις βασικές δεξιότητες επίλυσης των προβλημάτων, καθώς και στρατηγικές ελέγχου των ενδεχόμενων αρνητικών σκέψεων, με στόχο την προαγωγή της ψυχικής τους υγείας.

Στην αρχή της μελέτης, συμπλήρωσαν οι συμμετέχοντες τα δημογραφικά τους στοιχεία και στη συνέχεια μετρήθηκαν τα πρωτογενή και δευτερογενή αποτελέσματα των προγραμμάτων. Ειδικότερα, για την μέτρηση της ψυχικής ευεξίας, χρησιμοποιήθηκε ο WBI 5 στοιχείων, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, σε μια κλίμακα Likert 6 βαθμών, από το 0 έως το 5. Για τη μέτρηση της ψυχικής δυσφορίας, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Kessler Psychological Distress Scale 6 στοιχείων, όπου κάθε ερώτηση βαθμολογούνταν από το 0 έως το 4. Ακόμα, για την αξιολόγηση του επιπέδου ενσυνειδητότητας, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS) 5 στοιχείων, σε μια κλίμακα Likert 6 βαθμών, από το 1 έως το 6. Για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας που είχε η εφαρμογή για την ενίσχυση της αυτοσυμπόνιας, εφαρμόστηκε η κλίμακα Self – Compassion 13 στοιχείων, σε μια κλίμακα Likert 5 βαθμών, που κυμαίνονταν από το 1 έως το 5. Μετά το πέρας της μελέτης, οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ικανοποίησης CSQ 8 στοιχείων, σε μια κλίμακα Likert 4 βαθμών.

Σχετικά με τα αποτελέσματα της μελέτης, η εφαρμογή ενίσχυσε την ψυχική ευεξία των συμμετεχόντων και η ψυχική δυσφορία μειώθηκε σημαντικά, από την έναρξη, μετά το

πέρασ του προγράμματος και ύστερα από την παρακολούθηση των 3 μηνών και στις τρεις συνθήκες. Ακόμα, η ενσυνειδητότητα αυξήθηκε σημαντικά από την έναρξη, έως το τέλος της μελέτης και στα τρία προγράμματα. Η αυτοσυμπόνια από τα προγράμματα SCP και CBP, ενισχύθηκε σημαντικά, ενώ από το πρόγραμμα MBP, δεν εντοπίστηκε σημαντική βελτίωση. Κλείνοντας, οι συμμετέχοντες και των τριών προγραμμάτων, επισήμαναν παρόμοια ολιστική ικανοποίηση από τη χρήση και από το περιεχόμενο της εφαρμογής.

Οι Champion et al., 2018, πραγματοποίησαν μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή, στην οποία συμπεριλήφθηκαν μια ομάδα παρέμβασης και μια ομάδα ελέγχου λίστας αναμονής. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν μέσω δειγματοληψίας ευκολίας, καθώς ένα μαζικό email, στάλθηκε σε εργαζόμενους που βρίσκονταν στον ίδιο οργανισμό και ο πληθυσμός – στόχος, ήταν εθελοντές του γενικού πληθυσμού. Τα ενδιαφερόμενα άτομα, συμπλήρωσαν αρχικά ένα ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε τα δημογραφικά στοιχεία, όπως και ένα δεύτερο ερωτηματολόγιο μέσω του Survey Monkey, το οποίο χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού της μελέτης. Στα κριτήρια αποκλεισμού συμπεριλήφθηκαν, η ταυτόχρονη συμμετοχή σε πρόγραμμα ενσυνειδητότητας ή διαλογισμού, το ιστορικό και η παρουσία ψυχικής διαταραχής και ο αυτοκτονικός ιδεασμός. Τα κριτήρια συμπερίληψης, περιελάμβαναν το ηλικιακό εύρος 18 ετών και άνω και η πρόσβαση σε smartphone.

Επιπλέον, η μελέτη διεξήχθη εξ ολοκλήρου διαδικτυακά, με την επιλογή των συμμετεχόντων να πραγματοποιήθηκε από τον Απρίλιο του 2016 έως τον Αύγουστο του ίδιου έτους. Μετά τη συμπλήρωση των αρχικών ερωτηματολογίων, οι επιλέξιμοι συμμετέχοντες τυχαιοποιήθηκαν από την ερευνητική ομάδα μέσω υπολογιστή, είτε στην ομάδα παρέμβασης, είτε στην ομάδα ελέγχου λίστας αναμονής. Οι τελευταίοι ενημερώθηκαν, πως δεν θα είχαν πρόσβαση στο περιεχόμενο της παρέμβασης μέχρι την 30<sup>η</sup> ημέρα της μελέτης και αντίστοιχα η ομάδα της παρέμβασης, έπρεπε να συμπληρώσει τα ερωτηματολόγια παρακολούθησης την 10<sup>η</sup> και την 30<sup>η</sup> ημέρα.

Ο στόχος της παρούσας μελέτης, ήταν η αξιολόγηση μιας εφαρμογής που βασίζεται στην ενσυνειδητότητα, στην αύξηση των πτυχών της ψυχοκοινωνικής ευεξίας, σε υγιείς ενήλικες, κατά τη 10<sup>η</sup> και 30<sup>η</sup> ημέρα χρήσης της. Προς αυτή την κατεύθυνση, η εφαρμογή «Headspace» ήταν διαθέσιμη σε συσκευές iOS ή Android, στην οποία οι συμμετέχοντες κατευθύνθηκαν στην ολοκλήρωση του εισαγωγικού τμήματος της εφαρμογής, που αποτελούνταν από τρία επίπεδα, όπου το καθένα περιελάμβανε 10 συνεδρίες. Το πρόγραμμα στόχευε στην αποτύπωση των βασικών αρχών της

ενσυνειδητότητας και στην εφαρμογή τους στην καθημερινή πράξη. Η κάθε σύνδεση διαρκούσε 10 λεπτά, με τους χρήστες να είχαν την δυνατότητα αύξησης της διάρκειας σε 15 και 20 λεπτά. Ακόμα, υπήρχε ηχητικό περιεχόμενο, το οποίο πλαισιωνόταν από εκπαιδευτικά βίντεο και από animations.

Επιπρόσθετα, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, κατά την έναρξη της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε ένα εργαλείο προσυμπτωματικού ελέγχου, το οποίο περιελάμβανε, τόσο τα δημογραφικά στοιχεία των ενδιαφερόμενων, όσο και στοιχεία που σχετίζονταν με τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού. Στη συνέχεια, δόθηκε στους συμμετέχοντες ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε την υγεία τους, το GHQ 28 στοιχείων, που αξιολογούνταν με τις βαθμολογίες 0 και 1. Ακόμα, η ικανοποίηση από τη ζωή, μετρήθηκε από την κλίμακα Satisfaction with Life Scale (SWLS) 5 στοιχείων, σε μια κλίμακα Likert 7 βαθμών, από το 1 έως το 7. Για το αντιληπτό στρες, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Perceived Stress Scale (PSS) 10 στοιχείων, σε μια κλίμακα Likert 5 βαθμών, από το 0 έως το 4. Η αξιολόγηση της ανθεκτικότητας, έγινε με την κλίμακα Wagnild Resilience Scale (WRS) 14 στοιχείων, σε μια κλίμακα Likert 7 βαθμών, από το 1 έως το 7. Τέλος, στην ομάδα της παρέμβασης, δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο δέσμευσης και εμπειρίας, κατά την 10<sup>η</sup> και 30<sup>η</sup> ημέρα, στο οποίο βαθμολόγησαν την εμπειρία τους από την εφαρμογή, κατέγραψαν τον αριθμό των ημερών που την χρησιμοποίησαν, όπως και την διάρκεια κάθε συνεδρίας.

Αξίζει να αναφερθεί, πως τελικώς, η ομάδα παρέμβασης αποτελούνταν από 29 άτομα, ενώ η ομάδα ελέγχου λίστας αναμονής, από 33. Το ηλικιακό εύρος κυμαινόταν από 25 – 59 έτη, στο οποίο υπερερούσε ο γυναικείος πληθυσμός. Πριν την έναρξη της μελέτης, τα αρχικά ερωτηματολόγια, κατέδειξαν πως οι συμμετέχοντες είχαν μέτρια ικανοποίηση από τη ζωή, μέτρια επίπεδα στρες και μέτρια ανθεκτικότητα. Αναλυτικότερα, σχετικά με τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, η ικανοποίηση από τη ζωή, αυξήθηκε στην ομάδα παρέμβασης, από την έναρξη έως τη 10<sup>η</sup> ημέρα, με περαιτέρω αύξηση να σημειώνεται από τη 10<sup>η</sup> έως την 30<sup>η</sup> ημέρα. Αντίθετα, στην ομάδα ελέγχου λίστας αναμονής, δεν παρατηρήθηκε αύξηση, σε κανένα από τα σημεία αξιολόγησης. Αναφορικά με το αντιληπτό άγχος, παρατηρήθηκε μείωση στην πρώτη ομάδα, τα ίδια χρονικά πλαίσια, ενώ στην δεύτερη ομάδα, το άγχος αυξήθηκε σημαντικά, μεταξύ της 10<sup>η</sup> και 30<sup>η</sup> ημέρας. Ακόμα, η ανθεκτικότητα στην ομάδα που έλαβε την παρέμβαση, αυξήθηκε κατά την έναρξη έως τη 10<sup>η</sup> ημέρα, καθώς και μεταξύ της 10<sup>ης</sup> και 30<sup>ης</sup> ημέρας. Αντίθετα, στην ομάδα ελέγχου λίστας αναμονής, δεν παρατηρήθηκαν αλλαγές. Τέλος, οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν την εφαρμογή ως

εύκολη στη χρήση, με τις συνεδρίες να τους αποφέρουν ποικίλα οφέλη.

Οι Bendtsen et al., 2020, πραγματοποίησαν μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή, με τους συμμετέχοντες να κατανέμονται, μέσω αυτόματης τυχαιοποίησης, είτε στην ομάδα παρέμβασης, είτε στην ομάδα ελέγχου. Στα κριτήρια επιλεξιμότητας, συμπεριλήφθηκαν οι σουηδοί φοιτητές πανεπιστημίου, η γνώση σουηδικής γλώσσας και η πρόσβαση σε κινητό τηλέφωνο. Οι φοιτητές προσλήφθηκαν από 15 πανεπιστήμια της Σουηδίας, από τις 8 Οκτωβρίου 2018 έως τις 30 Απριλίου 2019. Ο στόχος της συγκεκριμένης μελέτης, ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης, μιας παρέμβασης mHealth, πλήρως αυτοματοποιημένης, στη ψυχική υγεία και στα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, στον συγκεκριμένο πληθυσμό – στόχο.

Πιο συγκεκριμένα, το πρόγραμμα είχε ως στόχο, την ενίσχυση της ψυχικής υγείας των ατόμων της παρέμβασης. Περιελάμβανε πληροφορίες ευεξίας, ασκήσεις αυτοβοήθειας, συμβουλές, αυτοπαρακολούθηση και ανατροφοδότηση. Επίσης, καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος, στέλνονταν στους χρήστες γραπτά μηνύματα, που εμπεριείχαν περιεχόμενο για περαιτέρω ανάγνωση και συνδέσμους με διαδραστικές ασκήσεις. Η διάρκεια του προγράμματος ήταν 10 εβδομάδες, με ποικίλη θεματολογία κάθε εβδομάδα, συμπεριλαμβανομένων της ευγνωμοσύνης, των θετικών συναισθημάτων, της δύναμης της προσωπικότητας, των υγιών σχέσεων, του κοινωνικού περιβάλλοντος, των υγιών συμπεριφορών, της αισιοδοξίας και του καθορισμού στόχων. Από την άλλη μεριά η ομάδα ελέγχου, ενημερώθηκε για την κατανομή, μέσω γραπτού μηνύματος, που εμπεριείχε τα στοιχεία επικοινωνίας, του τοπικού φοιτητικού κέντρου υγείας, του κέντρου πρωτοβάθμιας περίθαλψης και του κυβερνητικού εθνικού ιστοτόπου υγείας. Επιπρόσθετα, κατά την έναρξη του προγράμματος, έγινε καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων, ενώ 5 εβδομάδες μετά την τυχαιοποίηση, έλαβαν ένα σύνδεσμο μέσω γραπτού μηνύματος, για την αξιολόγηση της συχνότητας, τόσο των θετικών σκέψεων, όσο και των συναισθημάτων, σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10. Μετά από 3 μήνες, στάλθηκε ένας σύνδεσμος, που εμπεριείχε ένα ερωτηματολόγιο παρακολούθησης, για τη διερεύνηση των πρωτογενών, δευτερογενών και διερευνητικών αποτελεσμάτων. Στα πρωτογενή αποτελέσματα μετρήθηκε η ψυχική υγεία, με τη χρήση του MHC-SF 14 στοιχείων, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να καταδεικνύουν μεγαλύτερη συναισθηματική, κοινωνική και ψυχική ευεξία. Στα δευτερεύοντα αποτελέσματα, έγινε μέτρηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους, με τις βαθμολογίες στις υποκλίμακες του HADS. Τέλος, στα διερευνητικά αποτελέσματα, έγινε περαιτέρω μέτρηση της συναισθηματικής,

κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας, βάση των μέσων βαθμολογιών, κάθε υποκλίμακας του MHC-SF.

Επιπλέον, η ομάδα παρέμβασης αποτελούνταν από 348 συμμετέχοντες, ενώ η ομάδα ελέγχου από 306 άτομα. Μετά την παρακολούθηση των τριών μηνών, τα αποτελέσματα έδειξαν πως η ψυχική υγεία, ήταν υψηλότερη της ομάδας παρέμβασης, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου και οι βαθμολογίες στα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, ήταν χαμηλότερες στα άτομα της παρέμβασης. Επίσης, οι βαθμολογίες για την συναισθηματική, κοινωνική και ψυχική ευεξία, ήταν υψηλότερες στην ομάδα της παρέμβασης, απ' ότι στην ομάδα ελέγχου.

Οι Renfrew et al., 2020, πραγματοποίησαν μια πολύπλευρη τυχαίοποιημένη συγκριτική μελέτη, με 3 ομάδες παρέμβασης, οι οποίες διέφεραν ανάλογα με τους τρόπους ανθρώπινης υποστήριξης. Συγκεκριμένα η ομάδα 1: Standard – fully automated emails (S), η ομάδα 2: Standard plus personalized SMS support (S+pSMS) και η ομάδα 3: Standard plus videoconferencing support (S+VCS). Σε κάθε ομάδα, όλοι οι συμμετέχοντες είχαν ταυτόχρονα πρόσβαση στην παρέμβαση, από τον Σεπτέμβριο έως τον Δεκέμβριο του 2018. Η πρόσληψη των συμμετεχόντων, έγινε από μια θρησκευτική κοορτή, από την Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία και για την ένταξη στην παρέμβαση, χρησιμοποιήθηκε διαφημιστικό υλικό, που κατεύθυνε τους πιθανούς συμμετέχοντες σε μια ιστοσελίδα, για να γίνει έλεγχος των κριτηρίων ένταξης, να ενημερωθούν για τις προσδοκίες του προγράμματος και στη συνέχεια να συμπληρώσουν την αίτηση εγγραφής.

Στα κριτήρια ένταξης, περιλαμβάνονταν το ηλικιακό εύρος 18 ετών και άνω, η παροχή κινητού τηλεφώνου με δυνατότητα SMS, η πρόσβαση στο διαδίκτυο, οι συμμετέχοντες να ήταν κάτοικοι της Αυστραλίας ή της Νέας Ζηλανδίας, η γνώση αγγλικών, η παροχή συγκατάθεσης ύστερα από ενημέρωση και η άδεια χρήσης ανώνυμων δεδομένων για την έρευνα. Ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας, ήταν η σύγκριση της επιρροής των 3 τρόπων ανθρώπινης υποστήριξης, για την προαγωγή της ψυχικής υγείας σε μια υγιή ομάδα ενηλίκων, η οποία εφάρμοζε τη χρήση, τόσο του διαδικτύου, όσο και του κινητού τηλεφώνου.

Πιο συγκεκριμένα, η παρέμβαση περιελάμβανε ένα eLMS και μια εφαρμογή για κινητά, που ονομάζονταν “My Wellness” και επιδίωκε μέσω της εκπαίδευσης να αλλάξει τη συμπεριφορά των ατόμων και να αυξήσει τον έλεγχο, μέσω εβδομαδιαίων προκλήσεων. Προς αυτή την κατεύθυνση, εφάρμοσε το παιδαγωγικό πλαίσιο του Learn, Experience, Think, Share, για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των

συμμετεχόντων. Όλοι οι συμμετέχοντες, είχαν δωρεάν πρόσβαση στην παρέμβαση και συνδέονταν, είτε στο eLMS, είτε στην εφαρμογή για κινητά, όπου τους παρέχόταν πρόσβαση στην εβδομαδιαία συνεδρία, που εμπεριείχε 30 λεπτά οπτικοακουστικού υλικού, ένα βιβλίο εργασίας, καθώς και επιπρόσθετο υλικό που σχετίζονταν με τη θεματολογία. Ακόμα, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στη βιωματική μάθηση, με τους συμμετέχοντες να ενθαρρύνονται σε καθημερινές προκλήσεις, μέσω των οποίων αποκόμιζαν πόντους.

Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες της ομάδας 1, έλαβαν ένα email, μια ημέρα πριν από την συνεδρία, που εμπεριείχε ένα σύνδεσμο για ένα βίντεο, το οποίο τους παρότρυνε να συμμετάσχουν στην παρουσίαση. Στην ομάδα 2, εστάλησαν αυτοματοποιημένα μηνύματα email, συνδυαστικά με μηνύματα SMS, τα οποία αποστέλλονταν εβδομαδιαία. Τέλος, στην ομάδα 3, εκτός από email, εστάλη και μια συνεδρία τηλεδιάσκεψης, μέσω της εφαρμογής “Zoom”.

Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο «7 Dimensions of Wellness Index» (7DWI), τόσο πριν από την παρέμβαση, όσο και μετά το πέρας της, που περιελάμβανε ερωτήσεις, σχετιζόμενες με τα δημογραφικά στοιχεία και τον τρόπο ζωής. Για την μέτρηση των πτυχών της ψυχικής ευεξίας, χρησιμοποιήθηκαν δύο υποκλίμακες του SF-36, για την ψυχική υγεία και τη ζωτικότητα, η κλίμακα DASS-21, για τη μέτρηση του στρες, η κλίμακα SWLS του Diener, για την μέτρηση της ικανοποίησης από τη ζωή, όπως και η κλίμακα 8 στοιχείων του Diener, για τη μέτρηση της κοινωνικής ευημερίας. Όσο για τη μέτρηση της συμμόρφωσης, υπολογίστηκε ο συνολικός αριθμός των βίντεο που προβλήθηκαν στις παρουσιάσεις.

Αναφορικά με τα αποτελέσματα, ο αριθμός των συμμετεχόντων που ολοκλήρωσε την παρέμβαση ήταν 458, με μέση ηλικία τα 45,5 έτη. Παρατηρήθηκαν σημαντικές βελτιώσεις σε όλες τις ομάδες, από πριν έως και μετά το πέρας της παρέμβασης, σε όλους τους τομείς της ψυχικής υγείας που μετρήθηκαν. Ακόμα, δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στη συμμόρφωση μεταξύ των ομάδων, αλλά εντοπίστηκε μεταβλητότητα στις απαντήσεις που δόθηκαν. Στην ομάδα 3, η δευτερογενής ανάλυση εντόπισε, πως οι συμμετέχοντες που παρακολούθησαν περισσότερες από 7 συνεδρίες με βίντεο, είχαν σημαντικά μεγαλύτερες βελτιώσεις στην ψυχική υγεία, στη ζωτικότητα και στην ικανοποίηση από τη ζωή, συγκριτικά με τα άτομα που παρακολούθησαν λιγότερες συνεδρίες. Παρόλα αυτά, ο τρόπος ανθρώπινης υποστήριξης, δεν επέφερε κανένα σημαντικό αποτέλεσμα, με τη συμμετοχή στις τηλεδιασκέψεις να ήταν χαμηλή, εμποδίζοντας τη δυνατότητα συγκρίσεων.

### **Στόχοι μελετών**

Επομένως, γίνεται αντιληπτό πως για την προαγωγή της ψυχικής υγείας στον ενήλικο πληθυσμό, πέντε ήταν οι μελέτες που χρησιμοποίησαν εφαρμογές για κινητές συσκευές. Συγκεκριμένα, η πρώτη πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο και η δεύτερη στο Χονγκ Κονγκ, με αυτές να διήρκεσαν 4 εβδομάδες, η τρίτη στο Ηνωμένο Βασίλειο με διάρκεια 1 μήνα, η τέταρτη στη Σουηδία με διάρκεια μερικές εβδομάδες (10 εβδομάδες) και η τελευταία στην Αυστραλία με διάρκεια 3 μήνες. Αυτές, στην πλειονότητά τους μέσω του εκπαιδευτικού περιεχομένου που διέθεταν, είχαν ως γενικό στόχο την βελτίωση της ψυχικής ευεξίας και τη μείωση των συμπτωμάτων άγχους, με απώτερο στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας του ενήλικου πληθυσμού.

### **Εργαλεία αξιολόγησης**

Για τη διαδικασία αξιολόγησης, χρησιμοποιήθηκαν ποικίλα εργαλεία μέτρησης, για την εξαγωγή των αντίστοιχων αποτελεσμάτων. Πιο συγκεκριμένα τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα εξής: 1) Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), 2) State-Trait Anxiety Inventory (STAI), 3) Warwick-Edinburgh (WEMWBS), 4) WBI του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, 5) Kessler Psychological Distress Scale, 6) Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS), 7) Self – Compassion Scale, 8) Satisfaction with Life Scale (SWLS), 9) Perceived Stress Scale (PSS), 10) Wagnild Resilience Scale (WRS), 11) MHC-SF, 12) HADS, 13) Short Form Health Survey (SF-36) και 14) Diener. Τα παραπάνω ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση του στρες, του άγχους, της ψυχικής ευημερίας, της ψυχικής εξάντλησης, της ενσυνειδητότητας, της αυτοσυμπόνιας, της ικανοποίησης από τη ζωή, της ανθεκτικότητας, της ψυχικής υγείας και της κοινωνικής ευημερίας, αντίστοιχα.

### **Αποτελέσματα μελετών**

Αναφορικά με τα αποτελέσματα των παραπάνω μελετών, συμπεραίνεται πως όλες επέφεραν σημαντικά αποτελέσματα, καθώς οι προληπτικοί μηχανισμοί που συμπεριλαμβάνονταν, είχαν θετικό αντίκτυπο στην αντιμετώπιση του άγχους, στις συνήθειες του ύπνου, επισημάνθηκε αύξηση της κοινωνικότητας και της ενσυνειδητότητας, όπως και ενίσχυση της ψυχικής ευεξίας και της συμπόνιας του εαυτού. Κλείνοντας, μειώθηκε το αντιληπτό άγχος, αυξήθηκε η ανθεκτικότητα των ατόμων και βελτιώθηκε η ψυχική τους υγεία.

### **3.3.3 Παρεμβάσεις που εμπειρεύσαν τη χρήση υπολογιστή και διαδικτύου**

Συνολικά τρεις μελέτες εμπειρεύσαν τη χρήση υπολογιστή. Πιο συγκεκριμένα, οι Mak et al., 2017, πραγματοποίησαν μια τυχαιοποιημένη παράλληλη δοκιμή, που



περιελάμβανε δύο παρεμβάσεις που βασίζονταν στο διαδίκτυο, το iMIND και το iCBT. Οι συμμετέχοντες ήταν φοιτητές και νέοι εργαζόμενοι ενήλικες, στους οποίους έγινε έλεγχος της ψυχικής τους υγείας και των δημογραφικών στοιχείων, μέσω διαδικτυακού ιστοτόπου. Στα κριτήρια ένταξης στην έρευνα, περιλαμβάνονταν, το ηλικιακό εύρος 18 ετών και άνω, η γνώση κινεζικής γλώσσας, η γνώση υπολογιστών και η πρόσβαση στο διαδίκτυο. Συμπληρωματικά, στα κριτήρια αποκλεισμού εντάσσονταν, η ένδειξη αυτοκτονίας, σύμφωνα με το Mental Health Inventory (MHI), η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η λήψη φαρμάκων ψυχικής υγείας.

Ο στόχος της συγκεκριμένης μελέτης, ήταν η εξέταση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος εκπαίδευσης ενσυνειδητότητας που βασίζεται στο διαδίκτυο, το iMIND, συγκριτικά με το πρόγραμμα γνωσιακής-συμπεριφορικής εκπαίδευσης που βασίζεται στο διαδίκτυο, το iCBT, για την προαγωγή της ψυχικής υγείας των φοιτητών και των εργαζόμενων ενηλίκων. Αναφορικά με την παρέμβαση και τα δύο προγράμματα, χορηγήθηκαν μέσω διαδικτύου, σε δύο διαφορετικές ιστοσελίδες που ήταν στην κινεζική γλώσσα, αποτελούνταν από 8 συνεδρίες, διάρκειας 30-45 λεπτών και είχαν διάρκεια 8 εβδομάδες. Πιο αναλυτικά, το iMIND, περιελάμβανε διδακτικές αναγνώσεις, βιοματική μάθηση, όπως και εφαρμογές της καθημερινής ζωής. Επίσης, οι συμμετέχοντες έλαβαν βίντεο και ηχητικό περιεχόμενο, που τους βοηθούσε στις ασκήσεις τους. Από την άλλη μεριά, το iCBT, περιελάμβανε εργασίες για το σπίτι, μετά το πέρας των συνεδριών, για να εξασκήσουν αυτά που έμαθαν και για να τα εφαρμόσουν στην καθημερινότητά τους. Ακόμα, προσφέρθηκαν και φύλλα εργασίας, που σχετίζονταν με τη διάθεσή τους και τον υγιεινό τρόπο ζωής, στα οποία οι ενδιαφερόμενοι κατέγραφαν τις απαντήσεις τους. Αξίζει να αναφερθεί, πως και στα δύο προγράμματα, εκπαιδευόμενα άτομα παρείχαν εβδομαδιαία υποστήριξη στους ενδιαφερόμενους, μέσω κινητού και email.

Επιπρόσθετα, στα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, για τη μέτρηση της ψυχικής ευεξίας, εφαρμόστηκε το WBI 5 στοιχείων του ΠΟΥ, όπου το καθένα βαθμολογήθηκε σε μια κλίμακα Likert 6 βαθμών, από το 0 έως το 5. Η ψυχική υγεία αξιολογήθηκε από το MHI 18 στοιχείων, σε μια κλίμακα Likert 6 βαθμών, από το 1 έως το 6 και η ικανοποίηση από τα ζωή, μετρήθηκε από την Satisfaction with Life Scale (SWLS) 5 στοιχείων, σε μια κλίμακα Likert 6 βαθμών, από το 1 έως το 6. Ακόμα, το επίπεδο ενέργειας αξιολογήθηκε από την Visual Analogue Scale (VAS), από το 0 έως το 100, ο ύπνος από το Medical Outcomes Study Sleep Scale (MOS) 4 στοιχείων, σε μια κλίμακα Likert 6 βαθμών, από το 1 έως το 6 και το επίπεδο του πόνου, αξιολογήθηκε

με το VAS, από το 0 έως το 100. Επίσης, στο πέρας του προγράμματος, η ικανοποίηση από τις παρεμβάσεις, αξιολογήθηκε από την κινέζικη έκδοση του ερωτηματολογίου CSQ 8 στοιχείων, σε μια κλίμακα Likert 4 βαθμών, από το 1 έως το 4.

Επιπλέον, ο συνολικός αριθμός των συμμετεχόντων και στα δύο προγράμματα ήταν 1255, στο iCBT ήταν 651 άτομα και στο iMIND, 604 άτομα. Τα αποτελέσματα έδειξαν, πως και τα δύο προγράμματα ήταν εξίσου αποτελεσματικά, καθώς παρατηρήθηκε βελτίωση της ψυχικής υγείας, της ικανοποίησης από τη ζωή, του επιπέδου ενέργειας, της διαταραχής του ύπνου και του ενδεχόμενου πόνου, στο πέρας των 8 εβδομάδων. Αυτές οι βελτιώσεις διατηρήθηκαν ύστερα από παρακολούθηση 3 μηνών, με εξαίρεση την βελτίωση του πόνου, καθώς σε αυτή την ομάδα του πληθυσμού, παρατηρήθηκαν χαμηλά επίπεδα πόνου. Ακόμα, η ικανοποίηση των συμμετεχόντων, ήταν παρόμοια και στα δύο προγράμματα. Αυτά τα αποτελέσματα υποδεικνύουν, πως τα παραπάνω προγράμματα ψυχικής υγείας που βασίζονται στο διαδίκτυο, είναι ιδιαίτερα χρήσιμα, για την πρόληψη και την προαγωγή ψυχικής υγείας, τόσο των φοιτητών, όσο και των εργαζόμενων ενηλίκων.

Οι Umanodan et al., 2014, πραγματοποίησαν ένα πρόγραμμα προαγωγής ψυχικής υγείας, το οποίο διεξήχθη σε μια μεταποιητική εταιρεία. Για το λόγο αυτό, εφάρμοσαν μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή σε ομάδες, στην οποία οι συμμετέχοντες κατανεμήθηκαν τυχαία ανά μονάδα εργασίας, είτε στην ομάδα παρέμβασης που βασίστηκε στη χρήση υπολογιστή (n=142), είτε στην ομάδα ελέγχου λίστας αναμονής (n=121). Όλοι οι εργαζόμενοι ήταν πλήρους απασχόλησης, στους οποίους δόθηκαν διαδικτυακά ερωτηματολόγιο, τα οποία έπρεπε να συμπληρώσουν στις 9 εβδομάδες (T1) και στις 19 εβδομάδες (T2), μετά την έρευνα. Πραγματοποιήθηκε αρχικά μια βασική έρευνα, με τους συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης, να ξεκινούν το πρόγραμμα των 7 εβδομάδων, αμέσως μετά το πέρας της. Αντίστοιχα, η ομάδα ελέγχου λίστας αναμονής, ξεκίνησε το πρόγραμμα, μετά από 19 εβδομάδες (T2).

Ο σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης, ήταν η ανάπτυξη ενός προγράμματος εκπαίδευσης για τη διαχείριση του άγχους (SMT) με τη χρήση υπολογιστή και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς του, τόσο στην ψυχική υγεία των εργαζομένων, όσο και στην απόδοση στο περιβάλλον εργασίας τους. Το παρόν πρόγραμμα, αποτελούνταν από τεχνικές συμπεριφοράς, επικοινωνίας και γνώσεων. Αυτές οι τεχνικές, παρείχαν και τις αντίστοιχες δεξιότητες. Αυτές οι δεξιότητες χωρίστηκαν, στην φάση απόκτησης και στη φάση εξάσκησης. Κατά το πρώτο στάδιο, οι συμμετέχοντες επικεντρώθηκαν στην κατανόηση κάθε δεξιότητας και στη συνέχεια

ενθαρρύνθηκαν στην εφαρμογή τους, στην καθημερινότητά τους. Ακόμα, το πρόγραμμα είχε μέση διάρκεια 7,4 εβδομάδες, αποτελούνταν από 6 μαθήματα και πραγματοποιούνταν 1 μάθημα την εβδομάδα. Πριν την έναρξή του, στους συμμετέχοντες και των δύο ομάδων, δόθηκαν κωδικοί πρόσβασης, οι οποίοι συμμετείχαν κατά τις εργάσιμες ώρες. Τέλος, οι συμμετέχοντες με τον συγγραφέα, επικοινωνούσαν μόνο μέσω email, καθ' όλη τη διάρκεια της παρέμβασης.

Επιπρόσθετα, οι κλίμακες και οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν, χορηγήθηκαν μέσω διαδικτυακών ερωτηματολογίων. Συγκεκριμένα, το εργασιακό στρες μετρήθηκε με το Brief Job Stress Questionnaire (BJSQ) 18 στοιχείων, σε μια κλίμακα 4 βαθμών, από το 1 έως το 4. Η ικανοποίηση από την εργασία, μετρήθηκε με τη χρήση ενός στοιχείου του BJSQ, σε μια κλίμακα 4 βαθμών, από το 1 έως το 4. Η δέσμευση στην εργασία, μετρήθηκε με την ιαπωνική έκδοση της Utrecht Work Engagement Scale (UWES-J) 9 στοιχείων, σε μια κλίμακα 7 βαθμών, από το 0 έως το 6 και η εργασιακή απόδοση, αξιολογήθηκε από το World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). Επίσης, έγινε μέτρηση και των δευτερογενών αποτελεσμάτων και πιο συγκεκριμένα, οι δεξιότητες αντιμετώπισης, αξιολογήθηκαν από το Brief Scales for Coping Profile (BSCP), η κοινωνική υποστήριξη μετρήθηκε με τη χρήση 6 στοιχείων του BJSQ, οι γνώσεις που σχετίζονταν με τους τρόπους αντιμετώπισης του άγχους, μετρήθηκαν με 6 ερωτήσεις, σχετικές με ποικίλα θέματα δεξιοτήτων και οι απαιτήσεις στην εργασία, αξιολογήθηκαν με τις υποκλίμακες 3 στοιχείων του BJSQ. Τα παραπάνω ερωτηματολόγια, συμπληρώθηκαν κατά την έναρξη της παρέμβασης, μετά το πέρας της και 2 μήνες μετά την παρέμβαση. Τέλος, μέσω ερωτηματολογίων, έγινε και η συλλογή των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων.

Αναφορικά με τα αποτελέσματα της μελέτης, παρατηρήθηκε πως το ποσοστό ολοκλήρωσης της παρέμβασης από τους συμμετέχοντες, ήταν ιδιαίτερα υψηλό και οι εργαζόμενοι που είχαν στην αρχική μέτρηση, υψηλά επίπεδα ψυχικής δυσφορίας, έτειναν να μην ολοκληρώσουν την παρέμβαση και να την εγκαταλείψουν. Ακόμα, η παρέμβαση είχε σημαντική επίδραση, στις γνώσεις σχετικά με τη διαχείριση του άγχους κατά την 9<sup>η</sup> εβδομάδα και στις δεξιότητες αντιμετώπισής του, κατά την 9<sup>η</sup> και 19<sup>η</sup> εβδομάδα. Επίσης, εντοπίστηκε πως δεν υπήρχε αρκετός χρόνος εφαρμογής των γνώσεων και των δεξιοτήτων στην καθημερινή τους ζωή. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί, πως στις μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν κατά την 9<sup>η</sup> και 19<sup>η</sup> εβδομάδα, δεν βρέθηκαν σημαντικές βελτιώσεις, στα υπόλοιπα πρωτογενή και δευτερογενή

αποτελέσματα.

Κλείνοντας, στους περιορισμούς της παρέμβασης, εντάσσονται το δείγμα της μελέτης, που ήταν εργαζόμενοι και στην πλειονότητα άνδρες, όπως και η μη εύρεση ενδείξεων, για το διάστημα που χρειάζεται για να διατηρηθούν τα αποτελέσματα της παρέμβασης. Παρά ταύτα, το πρόγραμμα βελτίωσε τις γνώσεις διαχείρισης του άγχους και στους συμμετέχοντες που είχαν αρκετό χρόνο ολοκλήρωσης όλων των συνεδριών, παρατηρήθηκαν βελτιώσεις και στις δεξιότητες αντιμετώπισής του.

Οι Przybylko et al., 2021, πραγματοποίησαν μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή με τους συμμετέχοντες να προέρχονται από την Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία. Τα κριτήρια ένταξης περιελάμβαναν, το ηλικιακό εύρος 18 ετών και άνω, τη γνώση αγγλικών, την πρόσβαση σε email και σε διαδίκτυο, ενώ η μη δυνατότητα συμμετοχής σε σωματική δραστηριότητα μέτριας έντασης, αποτέλεσε το κριτήριο αποκλεισμού από τη μελέτη. Εν συνεχεία, τυχαιοποιήθηκαν, είτε στην ομάδα παρέμβασης, είτε στην ομάδα ελέγχου λίστας αναμονής, από ένα μέλος που δεν προέρχονταν από την ερευνητική ομάδα, με τη χρήση υπολογιστή. Η ομάδα της παρέμβασης, συμμετείχε στην παρέμβαση διάρκειας 10 εβδομάδων, που εμπειρείχε θεματικές εβδομαδιαίες συνεδρίες. Ακόμα, οι μετρήσεις που σχετίζονταν με την ψυχική υγεία και τη συναισθηματική ευεξία, έλαβαν χώρα κατά την έναρξη της παρέμβασης, μετά το πέρας της και 12 εβδομάδες μετά την παρέμβαση. Η δεύτερη ομάδα είχε πρόσβαση στην παρέμβαση, μετά την περάτωση της μελέτης και πραγματοποίησε τις ίδιες μετρήσεις, κατά τις ίδιες χρονικές περιόδους.

Ο σκοπός της μελέτης, ήταν η εξέταση της αποτελεσματικότητας μιας διαδικτυακής παρέμβασης, που εμπειρείχε στρατηγικές από την Lifestyle Medicine και από την Positive Psychology, για την βελτίωση της ψυχικής υγείας και της συναισθηματικής ευεξίας. Πιο συγκεκριμένα, η παρέμβαση ονομάστηκε «The Live More Project» ή «The Lift Project» και εμπειρείχε ένα βιωματικό παιδαγωγικό πλαίσιο, μέσω ενός συστήματος ηλεκτρονικής μάθησης. Σε κάθε συνεδρία που παρεχόταν εβδομαδιαία, οι συμμετέχοντες παρακολουθούσαν ένα εκπαιδευτικό βίντεο, στο οποίο προβάλλονταν στρατηγικές προώθησης της ψυχικής υγείας και της συναισθηματικής ευεξίας. Μετέπειτα, δινόταν η προτροπή για συμμετοχή, τόσο σε καθημερινές, όσο και σε εβδομαδιαίες προκλήσεις, για την πρακτική εφαρμογή των γνώσεων που αποκόμιζαν. Αφότου ολοκλήρωναν επιτυχώς τις εργασίες που τους αναθέτονταν, ακολουθούσε η απονομή, με τους αντίστοιχους πόντους. Τέλος, οι συμμετέχοντες έλαβαν ένα επιπρόσθετο υλικό για ανάγνωση, ένα ηλεκτρονικό βιβλίο εργασίας, όπως και

ειδοποιήσεις, για την περάτωση των προκλήσεων και των εβδομαδιαίων θεμάτων. Επιπρόσθετα, η ομάδα της παρέμβασης, συμπλήρωσε ένα ερωτηματολόγιο ευεξίας, που ονομάστηκε «7 Dimensions of Wellness Index», κατά την 1<sup>η</sup>, την 12<sup>η</sup> και την 24<sup>η</sup> εβδομάδα, το οποίο εμπεριείχε ποικίλα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία, προκειμένου να προσδιοριστούν τα πρωταρχικά αποτελέσματα ψυχικής υγείας. Στη συνέχεια για τη μέτρηση της ψυχικής υγείας και της ζωτικότητας, χρησιμοποιήθηκαν 5 και 4 στοιχεία αντίστοιχα, από την Short Form Health Survey 36 στοιχείων. Για την μέτρηση της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) 21 στοιχείων και για την ικανοποίηση από τη ζωή χρησιμοποιήθηκε, η κλίμακα Satisfaction With Life Scale (SWLS) 5 στοιχείων. Ακόμα, η συγκεκριμένη παρέμβαση αποτελούνταν από 159 συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης και από 162, στην ομάδα ελέγχου λίστας αναμονής. Οι αναλύσεις έδειξαν, πως η ομάδα παρέμβασης εμφάνισε μεγαλύτερες βελτιώσεις με την πάροδο του χρόνου, σε όλα τα μέτρα έκβασης, συγκριτικά με την άλλη ομάδα. Πιο αναλυτικά, σημαντικές αλλαγές παρατηρήθηκαν από την 1<sup>η</sup> έως την 12<sup>η</sup> εβδομάδα σε όλα τα μέτρα, με αυτές να διατηρούνται και κατά την 24<sup>η</sup> εβδομάδα. Απεναντίας, η ομάδα ελέγχου λίστας αναμονής, παρουσίασε βελτιώσεις από την 1<sup>η</sup> έως την 12<sup>η</sup> εβδομάδα, μόνο στο στρες και στην ψυχική υγεία, με τα αποτελέσματα σε όλα τα μέτρα κατά την 1<sup>η</sup> εβδομάδα, να είναι παρόμοια με αυτά της 24<sup>η</sup> εβδομάδας. Λαμβάνοντας υπόψιν τα παραπάνω δεδομένα, οι διαδικτυακές παρεμβάσεις, μπορούν να θεωρηθούν ωφέλιμες, για την προαγωγή της ψυχικής υγείας.

### **Στόχοι μελετών**

Επομένως, για την προαγωγή της ψυχικής υγείας στους ενήλικες, εκτός από τις μελέτες που χρησιμοποίησαν εφαρμογές για κινητές συσκευές, εντοπίστηκαν και εκείνες που εφάρμοσαν τη χρήση υπολογιστή. Πιο συγκεκριμένα, η πρώτη πραγματοποιήθηκε στο Χονγκ Κονγκ και είχε διάρκεια 8 εβδομάδες, η δεύτερη στην Ιαπωνία, με διάρκεια 7 εβδομάδες και η τελευταία στην Αυστραλία, με διάρκεια 10 εβδομάδες. Οι μελέτες αυτές, μέσω του εκπαιδευτικού περιεχομένου που εμπεριείχαν, είχαν ως γενικό στόχο τη βελτίωση της ψυχικής υγείας, της ικανοποίησης από τη ζωή και της συναισθηματικής ευεξίας, με απώτερο στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας των ατόμων. Αξίζει να επισημανθεί, πως σε όλες τις μελέτες, οι συμμετέχοντες λάμβαναν συνεχείς ειδοποιήσεις μέσω email, για την περάτωση των εβδομαδιαίων θεμάτων που τους αναθέτονταν.

### **Εργαλεία αξιολόγησης**

Επιπλέον, για τη διαδικασία αξιολόγησης, χρησιμοποιήθηκαν πολυάριθμα εργαλεία μέτρησης, τα οποία ήταν τα εξής: 1) WBI του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, 2) MHI, 3) Satisfaction with Life Scale (SWLS), 4) Visual Analogue Scale (VAS), 5) Medical Outcomes Study Sleep Scale (MOS), 6) Brief Job Stress Questionnaire (BJSQ), 7) Utrecht Work Engagement Scale (UWES-J), 8) World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ), 9) Brief Scales for Coping Profile (BSCP), 10) 7 Dimensions of Wellness Index, 11) Short Form Health Survey (SF-36) και 12) Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). Τα παραπάνω ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της ψυχικής ευεξίας, της ψυχικής υγείας, της ικανοποίησης από τη ζωή, του επιπέδου ενέργειας, όπως και για την ποιότητα του ύπνου. Ακόμα, αξιολογήθηκαν το εργασιακό στρες, οι δεξιότητες αντιμετώπισης του άγχους, αλλά και οι γνώσεις που σχετίζονταν με το άγχος. Όλες οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν κατά την έναρξη και κατά την περάτωση των μελετών, αλλά και κάποιους μήνες μετά το πέρας τους.

### **Αποτελέσματα μελετών**

Όσων αφορά τα αποτελέσματα των μελετών, όλες ήταν εξίσου αποτελεσματικές, καθώς στην πρώτη καταγράφηκε βελτίωση της ψυχικής υγείας των ατόμων, του επιπέδου ενέργειας και της ποιότητας του ύπνου. Επίσης, η δεύτερη μελέτη είχε σημαντική επίδραση στις γνώσεις που σχετίζονταν με τη διαχείριση του άγχους, αλλά και στις δεξιότητες αντιμετώπισής του, ενώ η τελευταία μείωσε το στρες των ενηλίκων και βελτίωσε τη συναισθηματική ευεξία, με όλες τις παραπάνω βελτιώσεις να διατηρούνται και σε αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα, μετά την περάτωση των μελετών.

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> : Συζήτηση - Συμπεράσματα**

Με την πάροδο του χρόνου, γίνεται ευρέως αντιληπτό, πως καταγράφεται μια παγκόσμια αύξηση των διαταραχών ψυχικής υγείας, υπογραμμίζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο, τόσο την σπουδαιότητα, όσο και την ανάγκη εφαρμογής παρεμβάσεων προαγωγής ψυχικής υγείας, στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο του πληθυσμού (Saleem et al., 2021). Προς αυτή την κατεύθυνση, η πρόοδος της τεχνολογίας, προσφέρει τη δυνατότητα παροχής στρατηγικών προαγωγής της ψυχικής υγείας, οι οποίες είναι εύκολα προσβάσιμες και διατίθενται στον ευρύτερο πληθυσμό (Przybylko et al., 2021). Σ' αυτές τις παρεμβάσεις, γίνεται χρήση ποικίλων τεχνολογικών προσεγγίσεων, συμπεριλαμβανομένων του διαδικτύου, του υπολογιστή και των κινητών συσκευών. Παράλληλα, σε πολλές περιπτώσεις, γίνεται συμπερίληψη γραπτών μηνυμάτων SMS, με πρωτεύον στόχο, την δέσμευση των συμμετεχόντων της παρέμβασης (Saleem et al., 2021).

Στα πλεονεκτήματα των ψηφιακών παρεμβάσεων, συγκριτικά με αυτών που παρέχονται πρόσωπο με πρόσωπο, περιλαμβάνονται η παράκαμψη των εμποδίων προσβασιμότητας, η σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας και η ανωνυμία των χρηστών, με αποτέλεσμα να προσπηδούνται οι αμφιβολίες στιγματισμού τους. Όμως, λόγω των πολυάριθμων προκλήσεων που θέτονται, η παροχή ανθρώπινης υποστήριξης, προσφέρει θετική επίδραση, τόσο στη συμμόρφωση, όσο και στα αποτελέσματα των παρεμβάσεων (Saleem et al., 2021 ; Renfrew et al., 2020).

Στην παρούσα εργασία, πραγματοποιήθηκε μια συστηματική ανασκόπηση, στην οποία οι μελέτες είχαν δημοσιευθεί την τελευταία δεκαετία και σχετίζονταν με παρεμβάσεις προαγωγής ψυχικής υγείας σε ενήλικο πληθυσμό, με τη χρήση ψηφιακών μεθόδων τεχνολογίας. Από την αναζήτηση εξαιρέθηκαν τα άτομα με διαγνωσμένη ψυχική νόσο και έτσι προέκυψαν 8 μελέτες, οι οποίες στη συνέχεια αναλύθηκαν ως προς το περιεχόμενό τους. Συγκεκριμένα, καταγράφηκαν οι ψηφιακές παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν, όπως και ο βαθμός αποτελεσματικότητάς τους, στα προγράμματα προαγωγής ψυχικής υγείας.

Ως επί το πλείστον, οι παρεμβάσεις στο σύνολό τους, είχαν θετικό αντίκτυπο, καθώς το εκπαιδευτικό και ενημερωτικό περιεχόμενο που εμπεριείχαν, αποδείχθηκε αποτελεσματικό για την προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού – στόχου. Πιο συγκεκριμένα, η παρέμβαση που αποτελούνταν από την εφαρμογή για κινητές συσκευές, τη BioBase, εμπεριείχε 42 ενότητες, οι οποίες εστίαζαν στη σημασία του

τρόπου ζωής, της επίγνωσης του ύπνου, των επιπέδων δραστηριότητας και στην αναγνώριση των εσωτερικών συναισθημάτων. Στόχευε στην αξιολόγηση της χρηστικότητας και της αποτελεσματικότητας της εφαρμογής, σε άτομα πλήρους απασχόλησης, για τη μείωση του άγχους και την αύξηση της ψυχικής ευεξίας. Οι προληπτικοί μηχανισμοί που συμπεριλήφθηκαν, αναδείχθηκαν αποτελεσματικοί, στην αντιμετώπιση του άγχους, στις συνήθειες του ύπνου και επισημάνθηκε αύξηση της κοινωνικότητας και της ψυχικής ευεξίας (Kawadler et al., 2020). Ακόμα, άλλη μια παρέμβαση, χρησιμοποίησε εφαρμογή που λειτουργούσε σε κινητές συσκευές, η οποία ονομαζόταν “Living With Heart (LWH)” και αποτελούνταν από τρεις ομάδες παρέμβασης, με τους συμμετέχοντες να κατανέμονται στα προγράμματα MBP, SCP και CBP. Στόχευε στην εξέταση της αποτελεσματικότητας, του προγράμματος που βασιζόταν στην ενσυνειδητότητα, του προγράμματος αυτοσυμπόνιας και του προγράμματος που εμπειριείχε γνωσιακή – συμπεριφορική ψυχοεκπαίδευση, για τη βελτίωση της ψυχικής ευεξίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν, πως η εφαρμογή ενίσχυσε την ψυχική ευεξία των συμμετεχόντων, από την έναρξη, μέχρι το πέρας του προγράμματος, με τις βελτιώσεις να διατηρούνται και ύστερα από 3 μήνες και στις τρεις συνθήκες (Mak et al., 2018).

Ακόμα, οι Bendtsen et al, 2020, πραγματοποίησαν μια παρέμβαση, με τη χρήση κινητού τηλεφώνου και στόχευαν στην ενίσχυση της ψυχικής υγείας. Υπήρχε ποικίλη θεματολογία, συμπεριλαμβανομένων της ευγνωμοσύνης, των θετικών συναισθημάτων, της δύναμης της προσωπικότητας, όπως και των υγιών σχέσεων και συμπεριφορών. Μετά την παρακολούθηση των τριών μηνών, τα αποτελέσματα της ομάδας παρέμβασης, κατέδειξαν υψηλή συναισθηματική, κοινωνική και ψυχική ευεξία.

Επιπρόσθετα, μια μελέτη που διεξήχθη εξ ολοκλήρου διαδικτυακά, στόχευε στην αξιολόγηση της εφαρμογής που βασιζόταν στην ενσυνειδητότητα, για την αύξηση των πτυχών της ψυχοκοινωνικής ευεξίας, σε υγιείς ενήλικες. Η εφαρμογή ήταν διαθέσιμη σε κινητές συσκευές και ονομαζόταν “Headspace” και περιελάμβανε ηχητικό περιεχόμενο, όπου πλαισιωνόταν από εκπαιδευτικά βίντεο και από animations. Τα αποτελέσματα έδειξαν, αύξηση της ικανοποίησης από τη ζωή και της ανθεκτικότητας, όπως και μείωση του αντιληπτού άγχους των ατόμων της παρέμβασης (Champion et al., 2018).

Μια εξίσου αποτελεσματική παρέμβαση, ήταν αυτή που επικεντρώθηκε στη σημασία και στην επιρροή τριών τρόπων ανθρώπινης υποστήριξης, η οποία χρησιμοποίησε τόσο το διαδίκτυο, όσο και το κινητό τηλέφωνο, σε μια υγιή ομάδα ενηλίκων. Περιελάμβανε



ένα eLMS και μια εφαρμογή για κινητά που ονομαζόταν “My Wellness”, στα οποία οι συμμετέχοντες είχαν πρόσβαση σε συνεδρίες με εκπαιδευτικό περιεχόμενο. Στα αποτελέσματα της παρέμβασης, αποτυπώθηκαν σημαντικές βελτιώσεις, σε όλους τους τομείς της ψυχικής υγείας που μετρήθηκαν (Renfrew et al., 2020).

Επιπλέον, στις υπόλοιπες μελέτες που συμπεριλήφθηκαν, οι συμμετέχοντες είχαν πρόσβαση σε υπολογιστή, για την υλοποίηση των προγραμμάτων. Μια από αυτές, στόχευε στην εξέταση της αποτελεσματικότητας, δύο προγραμμάτων εκπαίδευσης που βασίζονταν στο διαδίκτυο, το iMIND και το iCBT, για την προαγωγή της ψυχικής υγείας, τόσο των φοιτητών, όσο και των εργαζόμενων ενηλίκων. Αξίζει να αναφερθεί, πως και στα δύο προγράμματα, εκπαιδευόμενα άτομα παρείχαν υποστήριξη, μέσω email, με τα αποτελέσματα να αποτυπώνουν την ισάξια αποτελεσματικότητα και των δύο προγραμμάτων, στις εκφάνσεις της ψυχικής υγείας (Mak et al., 2017).

Μια άλλη μελέτη, στόχευε στην ανάπτυξη ενός προγράμματος εκπαίδευσης για τη διαχείριση του άγχους και αξιολόγησε την αποτελεσματικότητά του, στην ψυχική υγεία των εργαζομένων και στην απόδοση στην εργασία τους. Αποδείχθηκε αποτελεσματική, καθώς είχε σημαντική επίδραση στις γνώσεις που σχετίζονταν με τη διαχείριση του άγχους, όπως και στις δεξιότητες αντιμετώπισής του (Umanodan et al., 2014). Η τελευταία παρέμβαση που συμπεριλήφθηκε στην ανασκόπηση, ονομαζόταν “The Live More Project”, η οποία εμπειρείχε ένα βιωματικό παιδαγωγικό πλαίσιο, μέσω ενός συστήματος ηλεκτρονικής μάθησης, για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας και της συναισθηματικής ευεξίας του πληθυσμού – στόχου. Οι αναλύσεις έδειξαν, πως με την πάροδο του χρόνου, τα άτομα της ομάδας παρέμβασης, εμφάνισαν μεγαλύτερες βελτιώσεις, σε όλα τα μέτρα έκβασης, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου λίστας αναμονής (Przybylko et al., 2021).

Παρόλα αυτά, από τη συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση προέκυψαν ποικίλη περιορισμοί. Πιο συγκεκριμένα, οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν προέκυψαν από δύο βάσεις δεδομένων, γεγονός που περιόρισε την αναζήτηση των παρεμβάσεων, που σχετίζονταν με το αντικείμενο της έρευνας. Ακόμα, οι πλειονότητα των μελετών που σχετίζονταν με την ψυχική υγεία, απευθύνονταν σε πληθυσμό με διαγνωσμένη ψυχική νόσο και είχαν θεραπευτικό περιεχόμενο, οι οποίες όμως ήταν ένα από τα κριτήρια αποκλεισμού της έρευνας. Από την άλλη μεριά, οι μελέτες που απευθύνονταν σε άτομα του γενικού πληθυσμού ήταν περιορισμένες, γεγονός που οδήγησε στον μικρό αριθμό μελετών που αναλύθηκαν στην παρούσα εργασία. Ακόμα, οι μελέτες είχαν σαν κριτήριο ένταξης, άτομα με γνώση υπολογιστών ή ήταν κάτοχοι smartphone, κριτήρια

που ενδεχομένως απέκλειαν από την έρευνα ηλικιωμένα άτομα, που στην πλειονότητά τους είναι τεχνολογικά αναλφάβητοι. Κλείνοντας, αξίζει να επισημανθεί, πως οι τεχνολογικές προσεγγίσεις που εφαρμόστηκαν και το περιεχόμενο που εμπεριείχαν, είχαν σημαντικά οφέλη στην προαγωγή της ψυχικής υγείας του ενήλικου πληθυσμού, με τις βελτιώσεις να διατηρούνται και σε εύλογο χρονικό διάστημα μετά το πέρας των παρεμβάσεων.

## Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> : Επίλογος

Η συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση έδειξε, πως οι παρεμβάσεις προαγωγής ψυχικής υγείας που χρησιμοποιούν ψηφιακές μεθόδους και απευθύνονται σε ενήλικο πληθυσμό, είναι περιορισμένες, γεγονός που αποδεικνύει τον μικρό αριθμό μελετών που αναλύθηκαν. Παρόλα αυτά, χρησιμοποιήθηκε πληθώρα τεχνολογικών προσεγγίσεων, συμπεριλαμβανομένων, των διαδικτυακών ιστοτόπων και των εφαρμογών που διατίθονταν σε υπολογιστή και σε κινητές συσκευές. Οι συνεδρίες που παρέχονταν, εμπειρείχαν εκπαιδευτικό περιεχόμενο, το οποίο σε αρκετές περιπτώσεις συνδυάζονταν με βιωματική μάθηση και με πρακτικές που εφαρμόζονταν στην καθημερινή ζωή. Ήταν πλήρως οργανωμένες, με το περιεχόμενο να διακλαδίζεται στις αντίστοιχες θεματικές ενότητες, οι οποίες στόχευαν στην ενίσχυση των γνώσεων των συμμετεχόντων και στην προαγωγή των ψυχικής τους υγείας.

Επιπρόσθετα, στην πλειονότητα των μελετών, εκπαιδευμένα άτομα παρείχαν συνεχής ειδοποιήσεις στους συμμετέχοντες, μέσω εξατομικευμένων μηνυμάτων SMS και email, τα οποία αύξησαν σημαντικά την αφοσίωσή τους στις παρεμβάσεις. Ακόμα, η ευελιξία χρήσης των εφαρμογών, το κατανοητό περιεχόμενο και τα γραφικά που εμπειρείχαν, κέντρισαν το ενδιαφέρον των ατόμων και ενίσχυσαν τη δέσμευση, όπως διαπιστώθηκε από την ανασκόπηση.

Επιπλέον, είναι αξιοσημείωτη η παρατήρηση, πως οι συμμετέχοντες που είχαν στις αρχικές μετρήσεις χαμηλότερες βαθμολογίες ψυχικής υγείας, δεν ολοκλήρωσαν τις παρεμβάσεις. Αυτό το γεγονός, στηρίζεται σε εμπειριστατωμένα στοιχεία, που υποδηλώνουν, ότι οι αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, οδηγούν τα άτομα σε παραμέληση του εαυτού τους και σε μη βέλτιστες επιλογές στον τρόπο ζωής τους. Απεναντίας, η καλή ψυχική υγεία, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα μακροπρόθεσμης προσκόλλησης σε θετικές συμπεριφορές υγείας (Przybylko et al., 2021).

Λαμβάνοντας υπόψιν τα ευρήματα της συστηματικής ανασκόπησης, οι ψηφιακές παρεμβάσεις θα πρέπει να παρέχουν σχετικό περιεχόμενο, σύμφωνα με τις προτιμήσεις των ατόμων, για τη διασφάλιση, τόσο της αποδοχής, όσο και της αποτελεσματικότητάς τους. Κλείνοντας, η συγκεκριμένη ανασκόπηση, έχει ως μακροπρόθεσμο στόχο, να αποτελέσει κινητήριο δύναμη, για την εφαρμογή περαιτέρω παρεμβάσεων προαγωγής ψυχικής υγείας και σε άλλες ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού.

## Βιβλιογραφία

- Alegría, M., NeMoyer, A., Falgàs Bagué, I., Wang, Y., & Alvarez, K. (2018). Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. *Current psychiatry reports*, 20(11), 95. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0969-9>
- American Psychological Association (APA). (2019). *Mental Health Issues Increased Significantly in Young Adults Over Last Decade*. <https://www.apa.org/news/press/releases/2019/03/mental-health-adults>
- Barry, M. M., Clarke, A. M., Jenkins, R., & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC public health*, 13, 835. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-835>
- Bendtsen, M., Müssener, U., Linderoth, C., & Thomas, K. (2020). A Mobile Health Intervention for Mental Health Promotion Among University Students: Randomized Controlled Trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(3), e17208. <https://doi.org/10.2196/17208>
- Bond, R.R., Mulvenna, M.D., Potts, C. et al. Digital transformation of mental health services. *npj Mental Health Res* 2, 13 (2023). <https://doi.org/10.1038/s44184-023-00033-y>
- Burton, N. W., Pakenham, K. I., & Brown, W. J. (2010). Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: a pilot study of the READY program. *Psychology, health & medicine*, 15(3), 266–277. <https://doi.org/10.1080/13548501003758710>
- Champion, L., Economides, M., & Chandler, C. (2018). The efficacy of a brief app-based mindfulness intervention on psychosocial outcomes in healthy adults: A pilot randomised controlled trial. *PLoS one*, 13(12), e0209482. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209482>

Chen, Y., Wei, M., & Ortiz, J. (2022). How do digital lives affect resident mental health in the digital era? Empirical evidence based on Chinese general social survey. *Frontiers in public health*, *10*, 1085256.

<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1085256>

Fleming T, Dewhirst M, Haenga-O'Brien A, Chinn V, Ormerod F, Kafatolu D, Andreae H, O'Brien K, Haase A, Pine R, Da Rocha M, Sutcliffe K, Szabo A, Lucassen M, and Aspin C (2021). Digital Tools for Mental Health and Wellbeing: Opportunities & Impact. Findings from the literature and community research. Wellington: Te Hiringa Hauora | Health Promotion Agency. [https://www.hpa.org.nz/sites/default/files/Digital%20Tools%20for%20Mental%20Health%20and%20Wellbeing\\_Report.pdf](https://www.hpa.org.nz/sites/default/files/Digital%20Tools%20for%20Mental%20Health%20and%20Wellbeing_Report.pdf)

Global Health Estimates 2019: disease burden by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019. Geneva, World Health Organization; 2020  
[https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghes2019\\_yld\\_global\\_2000\\_2019c417f68b841d-4a7a-9e5c-f087f9f86e48.xlsx?sfvrsn=dac29788\\_7](https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghes2019_yld_global_2000_2019c417f68b841d-4a7a-9e5c-f087f9f86e48.xlsx?sfvrsn=dac29788_7)

Groot, J., MacLellan, A., Butler, M., Todor, E., Zulfiqar, M., Thackrah, T., Clarke, C., Brosnan, M., & Ainsworth, B. (2023). The Effectiveness of Fully Automated Digital Interventions in Promoting Mental Well-Being in the General Population: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR mental health*, *10*, e44658.

<https://doi.org/10.2196/44658>

Jané-Llopis, E. & Anderson, P. (2005). Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen  
[https://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_projects/2002/promotion/fp\\_promotion\\_2002\\_a01\\_16\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a01_16_en.pdf)

Kalra, G., Christodoulou, G., Jenkins, R., Tsipas, V., Christodoulou, N., Lecic-Tosevski, D., Mezzich, J., Bhugra, D., & European Psychiatry Association (2012). Mental health promotion: guidance and strategies. *European psychiatry : the*

*journal of the Association of European Psychiatrists*, 27(2), 81–86.

<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.10.001>

Kawadler, J. M., Hemmings, N. R., Ponzo, S., Morelli, D., Bird, G., & Plans, D. (2020). Effectiveness of a Smartphone App (BioBase) for Reducing Anxiety and Increasing Mental Well-Being: Pilot Feasibility and Acceptability Study. *JMIR formative research*, 4(11), e18067. <https://doi.org/10.2196/18067>

Kisling, L. A., & M Das, J. (2023). Prevention Strategies. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Mak, W. W., Chio, F. H., Chan, A. T., Lui, W. W., & Wu, E. K. (2017). The Efficacy of Internet-Based Mindfulness Training and Cognitive-Behavioral Training With Telephone Support in the Enhancement of Mental Health Among College Students and Young Working Adults: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 19(3), e84. <https://doi.org/10.2196/jmir.6737>

Mak, W. W., Tong, A. C., Yip, S. Y., Lui, W. W., Chio, F. H., Chan, A. T., & Wong, C. C. (2018). Efficacy and Moderation of Mobile App-Based Programs for Mindfulness-Based Training, Self-Compassion Training, and Cognitive Behavioral Psychoeducation on Mental Health: Randomized Controlled Noninferiority Trial. *JMIR mental health*, 5(4), e60. <https://doi.org/10.2196/mental.8597>

Mental Health First Aid. (2022). *How Protective Factors Can Promote Resilience*. <https://www.mentalhealthfirstaid.org/2022/01/how-protective-factors-can-promote-resilience/>

Mental Health Foundation. (2019). *Prevention and mental health: Understanding the evidence so that we can address the greatest health challenge of our times*. <https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/2022-09/MHF-Prevention-and-mental-health-report.pdf>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C.

- D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Przybylko, G., Morton, D., Kent, L., Morton, J., Hinze, J., Beamish, P., & Renfrew, M. (2021). The effectiveness of an online interdisciplinary intervention for mental health promotion: a randomized controlled trial. *BMC psychology*, 9(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00577-8>
- Renfrew, M. E., Morton, D. P., Morton, J. K., Hinze, J. S., Beamish, P. J., Przybylko, G., & Craig, B. A. (2020). A Web- and Mobile App-Based Mental Health Promotion Intervention Comparing Email, Short Message Service, and Videoconferencing Support for a Healthy Cohort: Randomized Comparative Study. *Journal of medical Internet research*, 22(1), e15592. <https://doi.org/10.2196/15592>
- Roland J, Lawrance E, Insel T, Christensen H. The digital mental health revolution: Transforming care through innovation and scale-up. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health, 2020. [https://vb.nweurope.eu/media/12272/wish-forum\\_report-on-mental-health-and-digital-technologies\\_11-2020.pdf](https://vb.nweurope.eu/media/12272/wish-forum_report-on-mental-health-and-digital-technologies_11-2020.pdf)
- Saleem, M., Kühne, L., De Santis, K. K., Christianson, L., Brand, T., & Busse, H. (2021). Understanding Engagement Strategies in Digital Interventions for Mental Health Promotion: Scoping Review. *JMIR mental health*, 8(12), e30000. <https://doi.org/10.2196/30000>
- Singh, V., Kumar, A., & Gupta, S. (2022). Mental Health Prevention and Promotion-A Narrative Review. *Frontiers in psychiatry*, 13, 898009. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.898009>
- Skapinakis, P., Bellos, S., Koupidis, S., Grammatikopoulos, I., Theodorakis, P. N., & Mavreas, V. (2013). Prevalence and sociodemographic associations of common

- mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC psychiatry*, 13, 163. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-163>
- Smits, M., Kim, C. M., van Goor, H., & Ludden, G. D. S. (2022). From Digital Health to Digital Well-being: Systematic Scoping Review. *Journal of medical Internet research*, 24(4), e33787. <https://doi.org/10.2196/33787>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (SAMHSA). (x.x). *Risk and Protective Factors*. <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/20190718-samhsa-risk-protective-factors.pdf>
- Umanodan, R., Shimazu, A., Minami, M., & Kawakami, N. (2014). Effects of computer-based stress management training on psychological well-being and work performance in japanese employees: a cluster randomized controlled trial. *Industrial health*, 52(6), 480–491. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2013-0209>
- World Health Organization (WHO). (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43286/9241562943\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43286/9241562943_eng.pdf?sequence=1)
- World Health Organization (WHO). (2012). *Risks to Mental Health: An Overview of Vulnerabilities and Risk Factors*. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/risks\\_to\\_mental\\_health\\_en\\_27\\_08\\_12.pdf?sfvrsn=44f5907d\\_10&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/risks_to_mental_health_en_27_08_12.pdf?sfvrsn=44f5907d_10&download=true)
- World Health Organization (WHO). (2021b). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- World Health Organization (WHO). (2022a). *Mental health*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gclid=Cj0KCQjwy4KqBhD0ARIsAEbCt6iYXnAe7KztDFB8Ce52\\_pMB4B\\_o9udYiVYIhC85kO59E6aBGirWR5AaAjrUEALw\\_wcB](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gclid=Cj0KCQjwy4KqBhD0ARIsAEbCt6iYXnAe7KztDFB8Ce52_pMB4B_o9udYiVYIhC85kO59E6aBGirWR5AaAjrUEALw_wcB)



World Health Organization (WHO). (2022b). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

World Health Organization (WHO). (x.x). *Promoting mental health*. <https://www.who.int/westernpacific/activities/promoting-mental-health>

World Health Organization (WHO). (2018). *Mental health atlas 2017*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/272735>

World Health Organization (WHO). (2021a). *Mental health atlas 2020*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/345946>.

Ελληνική Δημοκρατία. Υπουργείο Υγείας. (2023). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία. <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/c312-psyxikh-ygeia/c685-drasesis/11499-ethniko-sxedio-drashs-gia-thn-psyxikh-ygeia>