

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

Sara Vogrin

**Socialna anksioznost študentk in študentov
Fakultete za socialno delo Univerze v
Ljubljani med epidemijo Covid-19**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2022

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

Sara Vogrin

**Socialna anksioznost študentk in študentov
Fakultete za socialno delo Univerze v
Ljubljani med epidemijo Covid-19**

Diplomsko delo

Mentorica: doc. dr. Alenka Gril

Ljubljana, 2022

ZAHVALA

Zahvala gre moji mentorici doc. dr. Alenki Gril za vso podporo, potrpežljivost, usmeritve in predajo svojega širokega znanja pri pisanju diplomske naloge.

Zahvala vsem študentom in študentkam Fakultete za socialno delo, ki so si vzeli čas in sodelovali v moji anketi.

Zahvaljujem se svoji družini, da so mi omogočili študij, mi vedno znova vlivali upanje in vame verjeli.

Zahvalila bi se tudi prijateljem, ki so mi v času študija stali ob strani, mi dajali energijo in me spodbujali, da sem prišla do konca.

In hvala tebi Anže, da si in boš vedno ob moji strani.

PODATKI O DIPLOMSKEM DELU

Ime in priimek: Sara Vogrin

Naslov diplomskega dela: Socialna anksioznost študentk in študentov Fakultete za socialno delo Univerze v Ljubljani med epidemijo Covid-19

Kraj: Ljubljana

Leto: 2022

Število strani: 50

Število prilog: 2

Mentorica: doc. dr. Alenka Gril

Ključne besede: socialna anksioznost, epidemija covida-19, študentje fakultete za socialno delo, socialno delo v izrednih razmerah, socialni stiki, pomoč ob duševnih stiskah.

Povzetek: V diplomski nalogi sem raziskovala socialno anksioznost študentk in študentov Fakultete za socialno delo med epidemijo Covid-19. Epidemija je močno spremenila naša življenja. Ukrepi so predvsem omejili tudi študentska življenja. Iz svojih izkušenj lahko povem, da je epidemija vplivala na duševno zdravje mladih, velikokrat sem pa tudi slišala, da so se počutili socialno anksiozni, zato sem želela to stanje preveriti. Diplomsko delo se začne s teoretičnim delom, ki je nastal s pomočjo različne literature. Predstavila sem socialno anksioznost, njene simptome, predvsem na telesni, čustveni, vedenjski in kognitivni ravni, dejavnike, razvoj in tehnike pomoči. Nato sem prešla na temo epidemije, ukrepov in pomoči za študente. Nazadnje pa sem raziskala socialno delo v izrednih razmerah, uporabljene tehnike in razlike med prvim ter drugim valom epidemije. Ker sem v svojo raziskavo vključila samo študente Fakultete za socialno delo, sem lahko tudi preverila, kakšno izkušnjo so imeli z odzivanjem socialnega dela na izredne razmere.

Izvedla sem kvantitativno raziskavo, v kateri sem preverila svoja raziskovalna vprašanja in hipoteze. Rezultati spletne ankete med študenti Fakultete za socialno delo so pokazali, da je več kot polovica študentov med epidemijo pri sebi opazila socialno anksioznost, a se po preverjanju posameznih simptomov na čustveni, vedenjski, kognitivni in telesni ravni ni poznala bistvena razlika med doživljanjem socialne anksioznosti pred in med epidemijo. Pomoči si večinoma niso poiskali. Tako s svojo študijsko prakso kot učinkovitostjo odzivanja socialnega dela na izredne razmere so bili zadovoljni. Vloga pomagajočega v času epidemije je pomagala ublažiti lastno socialno anksioznost.

INFORMATION ON THE DEGREE THESIS

Author's full name: Sara Vogrin

Title of degree thesis: Social anxiety of students of the Faculty of Social work at University of Ljubljana during the Covid-19 epidemic

Place: Ljubljana

Year: 2022

Number of pages: 50

Number of appendices: 2

Advisor: Doc. dr. Alenka Gril

Key words: social anxiety, Covid-19 epidemic, students of Faculty of Social work, social work in etreme circumstances, social contacts, help with mental distress

Abstract of graduation thesis: In my diploma thesis, I researched the social anxiety of male and female students of the Faculty of Social Work during the Covid-19 epidemic. The epidemic has greatly changed our lives. The measures mainly limited the lives of students. From my experience, I saw that the epidemic affected the mental health of young people, but I also heard many times that they felt socially anxious, so I wanted to check this situation. In my diploma, I first presented the theoretical part, where I browsed the literature. I presented social anxiety, its symptoms - mainly on the physical, emotional, behavioral and cognitive levels, factors, development and help techniques. Then I moved on to the subject of the epidemic, measures and help for students. Finally, I researched social work in extreme situations, the techniques used and the differences between the first and second wave of the epidemic. Since I included only students of the Faculty of Social Work in my research, I was also able to check what kind of experience they had with social work responding to emergency situations.

I conducted a quantitative research in which I tested my research questions and hypotheses. The results of an online survey among students of the Faculty of Social Work showed that more than half of the students noticed social anxiety during the epidemic. But after checking individual symptoms on an emotional, behavioral, cognitive and physical level, no significant difference was found between the experience of social anxiety before and during the epidemic. For the most part, they did not seek help. They were satisfied with both their study practice and the effectiveness of social work's response to emergency situations. The role of helper during the epidemic helped alleviate their own social anxiety.

KAZALO VSEBINE

1	PREGLED PROBLEMATIKE	1
1.1	DUŠEVNO ZDRAVJE	1
1.1.1	Socialna anksioznost	2
1.1.2	Razvoj socialne anksioznosti	4
1.1.3	Dejavniki socialne anksioznosti	7
1.1.4	Značilnosti doživljanja socialne anksioznosti	9
1.1.5	Tehnike pomoči	10
1.2	EPIDEMIJA KORONAVIRUSA	12
1.2.1	Karantena in ukrepi na področju visokega šolstva	13
1.2.2	Podpora za študente	16
1.3	SOCIALNO DELO V IZREDNIH RAZMERAH EPIDEMIJE	18
2	FORMULACIJA PROBLEMA	22
2.1	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	22
2.2	HIPOTEZE	23
3	METODOLOGIJA	24
3.1	VRSTA RAZISKAVE	24
3.2	SPREMENLJIVKE	24
3.3	MERSKI INSTRUMENT	27
3.4	POPULACIJA IN VZOREC	27
3.5	ZBIRANJE PODATKOV	27
3.6	OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV	28
4	REZULTATI	29
4.1	OSNOVNE ZNAČILNOSTI ANKETIRANCEV	29
4.1.1	Spol	29
4.1.2	Starost	29
4.1.3	Letnik šolanja v študijskem letu 2021/22	30
4.2	SOCIALNA ANKSIOZNOST PRI ŠTUDENTIH	31
4.3	STIKI NA DALJAVO	33
4.4	POMOČ PRI SOCIALNI ANKSIOZNOSTI	33
4.5	ŠTUDIJSKA PRAKSA MED EPIDEMIJO COVID-19	35
4.6	PREVERJANJE HIPOTEZ	37

5	RAZPRAVA.....	47
6	SKLEPI.....	51
7	PREDLOGI.....	52
8	UPORABLJENA LITERATURA.....	53
9	PRILOGE.....	58
9.1	ANKETNI VPRAŠALNIK.....	58
9.2	TABELE IZRAČUNOV	66

KAZALO SLIK

Slika 4.1: Spol anketirancev	29
Slika 4.2: Starost anketirancev	29
Slika 4.3: Letnik šolanja v študijskem letu 2021/22	30
Slika 4.4: Seznanjenost študentov s socialno anksioznostjo	31
Slika 4.5: Prikaz frekvenc vzdrževanja socialnih stikov študentov fakultete za socialno delo, med epidemijo Covid-19	33
Slika 4.6: Prikaz frekvenc študentov, ki so si pomagali s tehnikami samopomoči ob socialni anksioznosti	34
Slika 4.7: Izvajanje študijske prakse študentov med epidemijo Covid-19	35
Slika 4.8: Zadovoljstvo študentov s študijsko prakso	35
Slika 4.9: Grafični prikaz deleža študentov, ki so v času epidemije Covid-19 opazili socialno anksioznost in deleža študentov, ki niso opazili (N = 90)	37
Slika 4.10: Grafični prikaz deleža študentov, ki so v času epidemije Covid-19 ob pojavu socialne anksioznosti poiskali pomoč, in študentkov, ki pomoči niso poiskali	41
Slika 4.11: Grafični prikaz deleža študentov, ki so v času epidemije Covid-19 bili seznanjeni s storitvami na področju duševnega zdravja in deleža študentkov, ki z njimi niso bili seznanjeni (N = 85)	43

KAZALO TABEL

Tabela 3.1: Spremenljivke	27
Tabela 4.1: Tresenje rok ali glasu pred epidemijo	32
Tabela 4.2: Tresenje rok ali glasu med epidemijo	32
Tabela 4.3: Test deležev za raziskovalno hipotezo 1	37
Tabela 4.4: Seštevek frekvenc znakov socialne anksioznosti na telesni ravni	38
Tabela 4.5: Seštevek frekvenc znakov socialne anksioznosti na čustveni ravni	38
Tabela 4.6: Seštevek frekvenc znakov socialne anksioznosti na vedenjski ravni	38
Tabela 4.7: Seštevek frekvenc znakov socialne anksioznosti na kognitivni ravni	38
Tabela 4.8: χ^2 -test za dva vzorca za spremenljivke telesni, čustveni, vedenjski in kognitivni znaki pred epidemijo in med njo	39
Tabela 4.9: Frekvenčna porazdelitev načinov vzdrževanja socialnih stikov med epidemijo Covid-19	39

Tabela 4.10: χ^2 -test za en vzorec za spremenljivko vzdrževanje socialnih stikov s prijatelji v času epidemije	40
Tabela 4.11: Opisna statistika za oceno kakovosti socialnih stikov med epidemijo	40
Tabela 4.12: T-test za en vzorec za spremenljivko ocena kakovosti socialnih stikov med epidemijo	41
Tabela 4.13: Frekvenčna porazdelitev študentov, ki so ob pojavu socialne anksioznosti med epidemijo poiskali pomoč in tistih, ki niso	42
Tabela 4.14: Test deležev za raziskovalno hipotezo 5	42
Tabela 4.15: Test deležev za raziskovalno hipotezo 6	43
Tabela 4.16: Opisna statistika za oceno študentov glede učinkovitosti odzivanja socialnega dela na izredne razmere	44
Tabela 4.17: T-test za en vzorec za spremenljivko ocena učinkovitosti odzivanja socialnega dela na izredne razmere	44
Tabela 4.18: Opisna statistika za oceno študentov glede ublažitve socialne anksioznosti med prakso.....	45
Tabela 4.19: T-test za en vzorec za spremenljivko ocena študenta glede ublažitve socialne anksioznosti med prakso.....	46

1 PREGLED PROBLEMATIKE

1.1 DUŠEVNO ZDRAVJE

Po definiciji svetovne zdravstvene organizacije je duševno zdravje stanje dobrega počutja, ki posamezniku omogoča, da se spopada s stresom življenja, razvija svoje sposobnosti, se uči in deluje dobro ter prispeva k skupnosti. Duševno zdravje je sestavni del zdravja in dobrega počutja, ki podpira posameznikove individualne in kolektivne sposobnosti sprejemanja odločitev, grajenja odnosov in oblikovanja sveta, v katerem živi (World Health Organisation, 2022). Nacionalni inštitut za zdravje izpostavi, da je duševno zdravje mnogo več, kot le odsotnost duševne bolezni (Nacionalni inštitut za zdravje, b. d.). Je bistveno za posameznikovo sposobnost oblikovanja, grajenja in vzdrževanja odnosov in za vsakodnevno življenje v različnih skupinah, družbah ter kulturah, v katerih posameznik živi (Jeriček Klanšček, Zorko, Bajt in Roškar, 2009, str. 1).

Duševno zdravje je širok kontinuum, ki sega od "pozitivnega" duševnega zdravja do "negativnega" duševnega zdravja. Pod pozitivnim lahko štejemo dober odnos do sebe in z drugimi, uspešno premagovanje izzivov, pozitivna samopodoba, zaupanje vase ipd. Pod negativno pa uvrstimo motnje v duševnem zdravju, kot so anksioznost, depresija itd. (Jeriček Klanšček, Zorko, Bajt in Roškar, 2009, str. 1). Posameznik lahko skozi življenje opazi težave na enem ali več področjih duševnega zdravja. O duševni motnji govorimo takrat, kadar te težave znatno ovirajo njegovo vsakdanje delovanje (Nacionalni inštitut za zdravje, b. d.).

Duševno zdravje je sestavni del javnega zdravja. Ni stvar le zdravstvenega področja, ampak kar vseh sektorjev in politik. Potrebno je, da se vključi celoto skupnosti, vseh zainteresiranih, vključujoč tudi uporabnike, njihovega okolja, svojce itd. Namreč, duševno zdravje se oblikuje v družinah, javnih ustanovah – šolah, javnih krajih in delovnih mestih, in je rezultat tega, kako nas drugi vidijo, obravnavajo in kako potem obravnavamo mi sami sebe (Jeriček Klanšček, Zorko, Bajt in Roškar, 2009, str. 1).

V svoji nalogi bom se osredotočila na motnjo v duševnem zdravju, ki vpliva na posameznikovo delovanje v odnosih z drugim, hkrati pa tudi na odnos do sebe. Gre za socialno anksioznost, ki sega v nekje na sredino kontinuuma duševnega zdravja, ki označuje težave v duševnem zdravju, pa vse do negativnega spektra, ki označuje motnje v duševnem zdravju. To temo se mi zdi pomembno raziskati, predvsem v časih epidemije Covid-19, ki ni vplivala samo na fizično zdravje, ampak tudi na duševno. Zato želim raziskati to povezavo socialne anksioznosti z

epidemijo in jo tudi povezati s stroko socialnega dela, saj je duševno zdravje eno večjih področij v našem delu.

1.1.1 Socialna anksioznost

Socialna anksioznost je bila med vsemi anksioznimi motnjami prepoznana in definirana zadnja (Dernovšek in Valič, 2011, str. 27). Socialna anksiozna motnja (prej imenovana "socialna fobija") je bila uradno priznana kot ločena fobična motnja sredi 60. letih 20. stoletja. V peti izdaji Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj je socialna anksioznost opredeljena kot vztrajen, intenziven strah ali tesnoba v socialnih situacijah, v katerih bi lahko posameznik bil natančno opazovan s strani drugih. Ko je posameznik izpostavljen socialnim situacijam, je zaskrbljen, da bo negativno ocenjen. Skrbi ga, da bo obsojen kot živčen, slaboten, nemočen, nor, neumen, dolgočasen, umazan ali nevšečen (American Psychiatric Association, 2013, str. 203).

Puklek Levpušek (2006, str. 9–10) opredeli socialno anksioznost kot kognitivno-afektivni sindrom in kot posledico posameznikovega zaznavanja, da je s svojo socialno predstavitvijo nezadosten standardom vedenja in pričakovani pojavi v določeni skupini ljudi. Značilno je fiziološko vzburjenje in skrb zaradi možnih negativnih rezultatov, za katere človek močno predvideva, da jim ne more ulti

Medtem pa avtorica Zupančič (1996, str. 39) anksioznost opredeli kot neopredeljeno stanje ogroženosti. Pravi, da anksioznost izhaja iz neopredeljenega strahu in neobstoječe situacije. Od tega se tudi loči od strahu, saj je strah povezan z določenim objektom, anksioznost pa tega določenega objekta nima, je le odziv na nevarnost ali nek strah, ki ne obstaja. Kot odgovor na anksioznost se lahko pojavijo živčnost, depresija, nespečnost, menjavanje razpoloženja, hitro odreagiranje z jezo in velika občutljivost (Zupančič, 1996, str. 34).

Med tipične socialne situacije, ki vzbujajo simptome in občutke socialne anksioznosti, spadajo: srečanja z ljudmi, vključno z neznanci, pogovori na sestankih ali v skupinah, začenjanje pogovorov, pogovor z avtoritetnimi posamezniki, delo, uživanje hrane in pijače pred drugimi, iti v šolo, nakupovanje, biti viden v javnosti, uporaba javnih stranišč in javno nastopanje vključno z javnim govorjenjem (National Collaborating Centre for Mental Health, 2013, str. 15).

Eden izmed prvih raziskovalcev socialne anksioznosti oz. socialne plašnosti, kot jo je tudi sam poimenoval, je Philip G. Zimbardo. V 70. letih 20. stoletja je izvedel Stanfordski projekt

socialne plašnosti. Skozi pogovore s študenti je ustvaril vprašalnik, kjer je ugotovil, da je vsaj pri 40 % študentov opaziti trajno in stabilno doživljanje socialne anksioznosti. Naslednjih 40 % je poročalo o socialni anksioznosti v preteklosti. Približno 15 % študentov pa je povedalo, da so anksiozni le v določenih situacijah. Situacije, v katerih so študenti pogosto doživljali anksioznost, so (Puklek Levpušček, 2006, str. 10):

- biti v središču pozornosti v skupini (npr. Imeti javen govorni nastop),
- biti član velike skupine,
- biti na položaju nižjega statusa,
- socialne situacije nasploh,
- nove situacije,
- zahteve po asertivnosti,
- biti vrednoten s strani drugih,
- biti v središču pozornosti v manjši skupini,
- komunicirati z osebo nasprotnega spola,
- potreba po pomoči.

Osebe, pri katerih so študentje v Zimbardovi raziskavi doživljali socialno anksioznost, po vrstnem redu pogostosti pojavljanja, pa so tujci, nasprotni spol, avtoritete po znanju, avtoritete po statusu, sorodniki, starejši ljudje, prijatelji, otroci in na koncu starši. Evropske študije poročajo, da je najvišjo stopnjo pogostosti doživljanja socialne anksioznosti mogoče opaziti v starostni skupini med 14 in 15 let (Puklek Levpušček, 2006, str. 10–11).

Socialne situacije tudi sicer pogosto izzovejo občutke strahu in tesnobe, zato posameznik z občasnim strahom in tesnobo v socialnih situacijah, ne bo diagnosticiran s socialno anksiozno motnjo (American Psychiatric Association, 2013, str. 203). A ljudje s socialno anksioznostjo zaradi teh situacij pretirano skrbijo in se celo pripravljajo tedne pred njimi. Kadarkoli je to mogoče, se bodo ljudje s socialno anksiozno motnjo poskušali izogniti situacijam, ki se jih najbolj bojijo. Vendar to ni vedno izvedljivo, zato bodo situacijo prenašali pogosto z občutki intenzivne stiske. Običajno bo stanje povzročilo znatno okvaro kot neučinkovito delovanje na socialnem, poklicnem ali drugih področjih delovanja. Osebe s socialno anksiozno motnjo se bojijo, da bodo rekli ali storili (nehote ali kako drugače) nekaj, zaradi česar bodo drugi opazili, da se počutijo ponižano in osramočeno (kot so zardevanje, potenje, tresenje, videti zaskrbljeni ali videti dolgočasni, neumni ali nesposobni) (National Collaborating Centre for Mental Health, 2013, str. 15).

Socialna anksioznost je pogosta, predvsem med mladimi, a tudi redkeje poznana vrsta anksiozne motnje, zato sem želela še sama raziskati to področje. Predvsem tudi zaradi tega, ker je epidemija Covid-19 socialne situacije (ki so tudi ključ za občutke socialne anksioznosti) s svojimi ukrepi, nekako izbrisala. Zato me zanima, ali so naši študentje, ki so navajeni stika z ljudmi in socialnih situacij, zaradi omejitev in karantene začutili tesnobo in simptome anksiozne motnje ob ponovni vzpostavitvi stikov, izpostavljenosti pri novem načinu šolanja in novim oblikam prilagoditve realnosti in ali se je ta tesnoba kazala tudi po epidemiji, kot posledica naše dolgotrajne omejenosti socialnih stikov.

1.1.2 Razvoj socialne anksioznosti

Začetek doživljanja socialne anksioznosti po navadi sega v zgodnje najstniško in celo otroško obdobje, pojavi pa se lahko tudi mnogo let kasneje (Dernovšek in Valič, 2011, str. 27). Začetek socialne anksiozne motnje lahko sledi stresni ali ponižujoči izkušnji (npr. ustrahovanje, bruhanje med javnim govorom) ali pa se razvija počasi (American Psychiatric Association, 2013, str. 205). Socialna anksioznost se tako lahko že začne v obdobju otroštva. Strahovi, ki so tako rekoč socialne narave, se v tem obdobju kažejo pri vzpostavljanju stikov s socialnimi mrežami in z otrokovim vedenjem v tem okolju. Najzgodnejša socialna strahova sta tako previdnost do neznanih ljudi in separacijska anksioznost (Puklek Levpušček, 2006, str. 35). Prva, ki se kaže kot anksioznost do tujcev, se najbolj intenzivno izraža med 6. in 15. mesecem, drugi vrh pa naj bi se pojavil v 18. mesecu. Pri otrocih se kažejo znaki neugodja, opreznosti ali izogibanja, ko je prisoten tujec (Zupančič, 1996, str. 2). Puklek Levpušček (2006, str. 35) pa poroča tudi o ignoriranju poskusov tujca po vzpostavitvi stika ter o otrokovi potrebi po približevanju domači osebi. Hkrati pa se kažejo tudi pozitivne naravnosti, npr. na skrivaj tujca pogledujejo, postopoma približujejo, tako da jih pogosto tujci privlačijo in vznemirjajo hkrati (Zupančič, 1996, str. 2).

Vzporedno z anksioznostjo do tujcev in previdnostjo do neznanih ljudi, se pojavi separacijska anksioznost, kar po prepričanju Bowlbya in njegovih naslednikov pomeni biološko pogojen odziv na zunanjo nevarnost ali grožnjo, da se bo otrok ločil od primarnega skrbnika (Holmes, 1993, str. 72). Zupančič (1996, str. 2) ocenjuje, da se to zgodi med 6. in 8. mesecem ter nato okrog 18. meseca starosti, in pravi, da se pojavi predvsem ob ločitvi od matere. Ločitev od matere pojasnjuje tudi Levpušček (2006, str. 35), saj je mati najpogostejše figura navezanosti, torej skrbnik, ki z otrokom vzpostavlja največ interakcij.

Čeprav sta previdnost do tujih ljudi in separacijska anksioznost najzgodnejši obliki anksioznosti, še vseeno ne moremo trditi, da gre za socialno anksioznost. V tako zgodnjih letih se to neugodje ne pojavi zaradi dvomov v lastno nekompetentnost izpolnitve zahtev okolja ali zaradi socialnega vrednotenja. Ta strahova se pojavita pri večini otrok, lahko pa se iz tega razvije v kasnejšo socialno anksioznost, če otrok ne odrašča v varnem fizičnem in socialnem okolju, si ne zgradi zaupanj vanj in hkrati zaupanja vase in lastnih veščin spoprejanja z različnimi socialnimi situacijami (Puklek Levpušček, 2006, str. 38)

V šolskem obdobju se anksioznost pojavi močneje kot v predšolskem, prav tako ne izgubi svoje moči v obdobju adolescence. Namreč, pogosto se pojavi po obdobju, v katerem otrok doživi pogost in intenziven občutek zaskrbljenosti. To vodi k rušenju samozavesti in k občutkom neprimernosti (Zupančič, 1996, str. 34).

V obdobju mladostništva je v ospredju skrb v zvezi z negativnim socialnim vrednotenjem, predvsem s strani vrstnikov, saj postanejo pomembna referenčna skupina. Tako strah pred dejanskimi fizičnimi stvarmi, kot so živali, poškodbe, nevarnost, bolezen ter strah pred kaznovanjem, ki so predvsem značilni strahovi v obdobju otroštva, v obdobju mladostništva zamenjajo strahovi, povezani z negativnim socialnim vrednotenjem (strah pred kritikami drugih) in vrednotenjem v učnih situacijah (Westenberg, Drewes, Goedhart, Siebelink in Treffers, 2004).

Z razvojnega vidika je ena najpomembnejših nalog otroštva naučiti se sprejemljivih načinov interakcije z vrstniki. Čeprav na to učenje vplivajo medosebne sposobnosti in veščine, ki izhajajo iz varne navezanosti, ter zdrava starševska socializacija čustev, se večina učenja dogaja v kontekstu skupin vrstnikov. Kot take naj bi imele interakcije z vrstniki pomembno vlogo pri medosebnem, socialnem in kognitivnem razvoju otrok. Potrebne so določene socialne veščine za uspešno navezovanje stikov otrok z vrstniki. Te socialne veščine vključujejo sposobnosti za: (1) razumevanje misli in čustev drugih, (2) začetek, vzdrževanje in zaključek interakcij na pozitiven način, (3) ustrezno izražanje čustev in vedenja, in (4) zaviranje vedenja, ki bi ga lahko drugi razumeli kot negativno. Sprejemanje vrstnikov naj bi bilo deloma posledica teh socialnih veščin. Zato je za normativni medosebni razvoj otroka treba imeti socialne veščine, ki jim omogočajo oblikovanje vrstniških odnosov in posledično sprejemanje s strani vrstnikov (Ollendick, Benoit in Grills-Taquechel, 2014, str. 193).

Prvi nastop socialne anksioznosti v odrasli dobi je relativno redek in je verjetneje, da se pojavi po stresnem ali ponižujočem dogodku ali po življenjskih spremembah, ki zahtevajo nove

družbene vloge. Odrasli srednjih let izražajo socialno anksioznost na nižjih ravneh, vendar v širšem obsegu situacij, medtem ko mlajši odrasli izražajo višje stopnje socialne anksioznosti za specifične situacije (American Psychiatric Association, 2013, str. 205). Socialna anksioznost je na splošno pri ljudeh zelo pogosta. Več kot eden od osmih ljudi bo na neki točki svojega življenja trpel za socialno anksioznostjo. Je dvakrat bolj pogosta pri ženskah kot pri moških (Dernovšek in Valič, 2011, str. 27). Treba pa je poudariti, da je socialna anksioznost pri ljudeh prisotna v različni meri in v različnih oblikah (Puklek Levpušček, 2006, str. 11).

Raziskava, izvedena v Ameriki na Fakulteti za zdravje, je raziskovala socialno anksioznost kar med sedmimi državami po svetu. Raziskava je vključila mlade odrasle, stare od 16 do 29 let, po število anketiranih pa je bilo polovica moških in dobra polovica ženskega spola. 55 se jih je opredelilo pod drugo. Mladi odrasli so prihajala iz Brazilije, Kitajske, Indonezije, Rusije, Tajske, Združenih držav Amerike in Vietnama. Raziskava poroča, da ni bistvenih razlik v socialni anksioznosti med ženskami in moškimi, bila pa je bistvena razlika med državami. Indonezija je dosegla najnižjo stopnjo opažene socialne anksioznosti, ZDA pa najvišjo. Poročajo tudi, da so opazili občutno višjo stopnjo socialne anksioznosti med 18- in 24-letniki kot pa med 16- in 17-letniki. A 25- do 29-letniki so imeli najvišjo stopnjo izražene socialne anksioznosti. Prav tako je bilo opaziti razliko med posamezniki s končano srednješolsko izobrazbo in posamezniki, ki te stopnjo niso končali. Več socialne anksioznosti je bilo med posamezniki z višjo stopnjo izobrazbe (Jefferies in Ungar, 2020).

Socialna anksioznost je najpogostejša med mladimi, starimi 10–24 let, v zahodnih državah, kot so ZDA, Nemčija, Avstrija itd. V primerjavi z depresijo, posttravmatskim sindromom in drugimi duševnimi boleznimi, imajo mladi odrasli manj znanja in slabo prepoznavnost socialne anksioznosti (Xinfeng in drugi, 2022). Prepoznavanje socialne anksioznosti v Združenem kraljestvu znaša 19 %, v Avstraliji pa med 3 % in 16 %, v ZDA so socialno anksioznost označili kot motnjo v duševnem zdravju 28 % mladih. Depresija in socialna anksioznost sta med najpogostejši motnji v duševnem zdravju med mladimi. Opravljena je bila raziskava med starostniki, starimi 14–19 let, kjer so preverjali prepoznavnost depresije in socialne anksioznosti. Med spoloma ni bilo bistvene razlike pri prepoznavanju socialne anksioznosti. Več jih je predlagalo, da si je treba poiskati pomoč za depresijo, a tudi kar 50 % jih je predlagalo, da si pomoč poiščejo za socialno anksioznost (Coles, Ravid, Gibb, George-Denn, Bronstein in McLeod, 2016).

Opaziti je, da se socialna anksioznost kaže nekoliko več pri ženskah kot pri moških, prav tako je opaziti večjo mero pri mladih kot starejših. Študije so pokazale, da ima večinoma začetek socialna anksioznost v šolskem obdobju otrok in mladostnikov in se po navadi ne zdravi. Odraža se v slabem šolskem uspehu, celo prenehanju šolanja, brezposelnosti in uživanju alkohola (Wittchen, Stein in Kessler, 1999).

Nedavne raziskave kažejo na to, da socialna anksioznost med mladimi odrasli raste, predvsem zaradi digitalne dobe s socialnimi omrežji. Veliko več je priložnosti za virtualno komunikacijo, in tako posamezniki ostajajo varni z online komunikacijo. Prav ta navidezna varnost za ekrani pa lahko za mlade, ko se nahajajo v obdobju, kjer je razvoj socialnih odnosov kritičen, privede do spirale umika, kjer normalna druženja in socialne interakcije predstavljajo vedno večji izziv (Jefferies in Ungar, 2020).

Pri svoji raziskavi med študenti in študentkami Fakultete za socialno delo pričakujem, da bodo v veliki večini poznali socialno anksioznost. Prav tako menim, da so občutili simptome socialne anksioznosti pogosteje med epidemijo kot pred njo. K temu bodo prispevali "online" stiki in ukrepi karantene, šolanja na daljavo.

1.1.3 Dejavniki socialne anksioznosti

Natančni vzroki socialne anksioznosti niso znani, se pa opazi in zbira mnogo dejavnikov, ki prispevajo k doživljanju socialne anksioznosti (Dernovšek in Valič, 2011, str. 28). Empirični podatki ne morejo potrditi le enega dejavnika kot ključnega pri nastanku in razvoju socialne anksioznosti, ampak gre za interaktivni vpliv tako bioloških kot psiholoških dejavnikov (Puklek Levpušček, 2006, str. 17).

Diagnostični in statistični priročnik o duševnih motnjah navaja pod možne dejavnike socialne anksioznosti temperament, okoljske dejavnike in genetske ter fiziološke dejavnike.

– Temperament

Osebnostne lastnosti, zaradi katerih so posamezniki nagnjeni k socialni anksiozni motnji, vključujejo vedenjsko inhibicijo in strah pred negativno oceno (American Psychiatric Association, 2013, str. 205). Vedenjska inhibicija je otrokova težnja k izogibanju novim situacijam, objektom in ljudem. Značilna je visoka stopnja negativnega čustvovanja, nizka stopnja pozitivnega čustvovanja in nizka toleranca za fiziološko reaktivnost (Kagan, Reznick in Snidman, 1988). Poleg inhibicije tudi druge temperamentne značilnosti otrok, kot sta

socialna plašnost in izogibanje, prav tako predpostavljata dejavnik tveganja za kasnejši razvoj socialne anksioznosti (Puklek Levpušček, 2006, str. 18).

– Okoljski dejavniki

Ni vzročne povezanosti med povečano stopnjo nasilja nad otroci in drugih zgodnjih psihosocialnih težav, z razvojem socialne anksiozne motnje. Vendar pa sta slabo ravnanje in stiska v otroštvu, dejavnika tveganja za socialno anksiozno motnjo (American Psychiatric Association, 2013, str. 205). O socialnih izkušnjah govori tudi Puklek Levpušček (2006, str. 20) in pravi, da se skozi različne socialne izkušnje v družini, vrstniških odnosih in socialno vrednotenih situacijah otroci in mladostniki soočajo z negativnimi odzivi na njih same ali na njihovo vedenje in dosežke. Te negativne izkušnje lahko povečajo občutke anksioznosti, posamezniki se začenjajo socialnim stikom izogibati in hkrati povzročajo primanjkljaje pri učenju socialnih veščin. Med škodljivimi družinskimi dejavniki, ki lahko vplivajo na razvoj socialne anksioznosti, so se izkazali izkušnja zavračanja, čustveno hladno družinsko okolje, socialna izolacija družine in pretirana zaščita starša do otrok ter pretirano kritiziranje staršev (Bruch in Heimberg, 1994). Tudi vrstniške izkušnje pripomorejo k povečanemu doživljanju socialne anksioznosti. Med vrstniki so otroci in mladostniki, ki razvijejo socialno anksioznost, po navadi zavrtni, žrtve trpinčenja in zasmehovanja (Puklek Levpušček, 2006, str. 27).

– Genetski in fiziološki dejavniki

Osebnostne lastnosti, zaradi katerih so posamezniki nagnjeni k socialni anksiozni motnji, kot je vedenjska zavrtost (inhibicija), so pod vplivom genetike. Prav tako je socialna anksiozna motnja na nek način dedna. Sorodniki v prvem kolenu imajo dvakrat do šestkrat večjo možnost, da bodo imeli socialno anksiozno motnjo, nagnjenost k motnji pa vključuje medsebojno delovanje za motnjo specifičnih (npr. strah pred negativno oceno) in nespecifičnih (npr. nevroticizem) genetskih dejavnikov (American Psychiatric Association, 2013, str. 205). Dedni dejavniki pa so sicer tesno povezani z okoljskimi dejavniki, tako da lahko govorimo o genetskem dejavniku kot enem izmed možnih vzrokov socialne anksioznosti, čeprav sam vpliv genetskega dejavnika verjetno ni odločilen (Puklek Levpušček, 2006, str. 18).

Možni dejavniki so lahko tudi samopredstavitvene težnje, negativna prepričanja in pomanjkanje socialnih veščin (Puklek Levpušček, 2006, str. 28–33). Samopredstavitev je podoba o sebi, ki si jo posameznik ustvarja v skladu s tem, kar misli, da bo socialno okolje raje sprejelo. Na primer, osebe, ki želijo ustvariti dober vtis, izpostavljajo tiste lastnosti, za katere mislijo, da so v določeni socialni skupini dobro sprejete. Posameznik tako opazuje odziv drugih, in če je odziv

pozitiven, je posameznik uspešen v svoji socialni predstavitvi. Avtorja pa poudarjata, da kadar posameznik zazna neuspešno socialno predstavitev v socialnem okolju, bolj doživlja simptome socialne anksioznosti. Simptomi bodo močnejši, kot bo mislil, da je samopredstavitev doživljana negativno pri drugih. Tako sta dve temeljni lastnosti oseb s socialno anksioznostjo ti, da posameznik stremi k ustvarjanju dobrega vtisa o sebi v nekem socialnem okolju, a po drugi strani dvomi, da mu bo samopredstavitev uspela (Schlenker in Leary, 1982). Temeljni razlog socialne anksioznosti je tako prepričanje posameznika, da je socialno nespreten in da ni zmožen biti socialno uspešen. Tako se sprožijo avtomatska negativna prepričanja v socialnih situacijah in pretirana pozornost nase. Značilni so visoki standardi za lastno vedenje (Puklek Levpušček, 2006, str. 31).

V svoji nalogi se dejavnikom socialne anksioznosti ne bom veliko posvečala, saj s pripomočkom spletne ankete nisem mogla zajeti obravnave posameznika, ki bi omogočila vpogled v posameznikov temperament, okolje, preteklost in izkušnje. Predpostavljam pa, da je za nekatere dejavnik doživljanje večjega stresnega dogodka, kot je epidemija novega koronavirusa, lahko pripomogel k razvijanju simptomov socialne anksioznosti, čeprav simptomov posameznik pred tem ni zaznaval. Vsekakor pa se mi pri delu s socialno anksioznimi posamezniki zdi pomembno, da imamo znanje o dejavnikih, ki lahko pripomorejo oz. predstavljajo neko osnovo, na kateri posameznik razvije socialno anksiozno motnjo. Dobro se je teh dejavnikov zavedati, jih znati medsebojno povezati, kar nam tudi lahko pomaga pri znanju za ravnanje naprej.

1.1.4 Značilnosti doživljanja socialne anksioznosti

Kadar razmišljamo o tem, ali gre za znake socialne anksioznosti ali ne, je pomembno preveriti vzorce njene intenzitete, trajanja in njen vpliv na kakovost posameznikovega življenja. V doživljanju socialne anksioznosti prav tako obstajajo individualne razlike. Nekateri posamezniki doživljajo čustveno nelagodje, negativne misli in pretirano samozavedanje le v nekaterih socialnih situacijah, nekateri pa doživljajo simptome socialne anksioznosti v večini situacij (Puklek Levpušček, 2006, str. 11–12).

Simptomi socialne anksioznosti po Puklek Levpušček (2006, str. 11):

- telesni simptomi: zardevanje, pospešeno bitje srca, tresenje rok ali glasu, znojenje, suha usta, prebavne težave, mišična napetost, oblivanje vročine ali mrazu;
- čustveni simptomi: nelagodje, tesnoba, napetost, vznemirjenost, zadrega, sram, razdražljivost, krivda;

- kognitivni simptomi: raztresenost, težave s koncentracijo, težave pri učenju, težave s spominom, samoobtožujoče misli, misli o lastni nekompetentnosti, odtujenost iz situacije;
- vedenjski simptomi: govorna zadržanost, molčečnost, zaprta drža telesa, napetost, togost udov pri gibanju, pasivnost v stiku z drugimi, izogibanje očesnemu stiku, umik iz situacije.

Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj navaja kar nekaj lastnosti, ki jih pogosto opazijo pri osebah s socialno anksioznostjo. Posamezniki s socialno anksiozno motnjo so lahko neustrezno odločni ali pretirano podrejeni ali redkeje, zelo nadzorujejo pogovor. Lahko kažejo preveč toga držo telesa ali neustrezen očesni stik ali pa govorijo s preveč mehkim glasom. Ti posamezniki so velikokrat sramežljivi ali zaprti, morda so manj odprti v pogovorih in malo razkrijejo o sebi. Veliko jih išče zaposlitev na delovnih mestih, ki ne zahtevajo socialnih stikov. Doma po navadi živijo dlje. Opazijo, da se socialno anksiozni moški z zamudo poročijo in ustvarijo družino, medtem ko ženske, ki bi želele delati zunaj doma, živijo kot gospodinje in matere. Samozdravljenje s substancami je pogosto (npr. pitje alkohola pred odhodom na zabavo). Socialna anksioznost pri odraslih srednjih let in zrelih odraslih lahko vključuje tudi poslabšanje simptomov zdravstvenih bolezni, kot sta povečan tremor ali tahikardija. Rdečica je značilen fizični odziv socialne anksiozne motnje. Socialna anksioznost pa je pogosto povezana z drugimi anksioznimi motnjami, tudi z depresijo in pretiranim uživanjem substanc. Socialna izolacija v času socialne anksiozne motnje lahko povzroči hudo depresivno motnjo (American Psychiatric Association, 2013, str. 204).

V svoji raziskavi bom kar nekaj pozornosti namenila raziskovanju posameznih simptomov na vseh štirih ravneh: telesni, čustveni, kognitivni in vedenjski. Prav tako bom imela možnost pridobiti vpogled, katere simptome je posameznik občutil pred in katere med epidemijo. Menim, da bodo posamezniki med epidemijo občutili simptome pogosteje. Pri tem pa tudi želim izvedeti, ali še simptome občutijo zdaj, po epidemiji, in tako ugotoviti trenutno dejansko stanje socialne anksioznosti med študenti in študentkami Fakultete za socialno delo.

1.1.5 Tehnike pomoči

V Sloveniji nimamo razvitih standardiziranih instrumentov za diagnozo ugotovitve socialne anksioznosti pri otrocih in mladostnikih. Tuji strokovnjaki po navadi uporabljajo strukturirane in polstrukturirane intervjuje, kjer ugotavljajo, kakšne učinke imajo socialne situacije za osebe,

kakšna čustva in misli se pojavljajo, kakšni so telesni simptomi in kako se vedejo itd. (Puklek Levpušček, 2006, str. 79).

Za zdravljenje socialne anksioznosti se lahko uporabijo psihoterapije, predvsem kognitivno-vedenjske terapije, trening socialnih veščin, posebne spretnostne delavnice, vedenjska terapija nudi tudi trening stopnjevanje izpostavljenosti, terapije na osnovi čuječnosti, psihodinamične terapije ali pa zdravljenje s pomočjo zdravil (Crozier in Alden, 2009, str. 95–100). Programi zdravljenja vključujejo tako psihoedukacijo, kognitivno restrukturiranje, učenje socialnih veščin, trening asertivnosti in domače naloge (Puklek Levpušček, 2006, str. 91).

Kognitivno-vedenjska in vedenjska terapija sta se izkazali za najbolj učinkoviti med ljudmi z anksiozno motnjo, saj terapiji stremita k temu, da se vedenjski vzorci, ki slabšajo simptome, popravijo in da se uvedejo novi vedenjski vzorci, ki simptome omilijo ali poskrbijo, da izginejo. Kognitivno-vedenjske terapije tudi pomagajo posameznikom, da prepoznajo in popravijo neugodna prepričanja ali vzorce razmišljanja, ki naredijo simptome le še slabše. Po navadi programi kognitivno-vedenjske terapije trajajo od 8 do 20 tednov, s strokovnjakom se srečujejo enkrat na teden. Pri nas je sicer takšnih in drugačnih programov manj, strokovnjaki niso posebej izurjeni za to, prav tako se pogosto zgodi, da takšnih programov ne krije zdravstveno zavarovanje. Delavnice za prepoznavanje in premagovanje različnih anksioznih motenj so na voljo na psihiatrični kliniki Ljubljana, prav tako je v Psihiatrični bolnišnici Begunje na voljo dnevni in celodnevni program za obvladovanje anksioznosti (Društvo DAM, 2011, str. 35).

Simptome lahko omilijo tudi tehnike samopomoči. Na voljo so številni priročniki, programi in spletne strani, ki tudi vključujejo program kognitivno-vedenjske terapije. Raziskave so pokazale, da večina posameznikov uporablja razne oblike alternativnega ali komplementarnega zdravljenja za lajšanje simptomov anksioznosti. Med temi so najbolj razširjene: tehnike sproščanja, dihanja, EDMR oziroma desenzitizacija in ponovna predelava z očesnim gibanjem, imaginacija, skupine za samopomoč, hipnoza, zeliščna zdravila, telovadba, joga, kiropraktiki, masaža, sprememba prehrabnih navad, sprememba življenjskega sloga, aromaterapija, smeh in energijska zdravljenja (Društvo DAM, 2011, str. 36).

V svoji raziskavi bom preverila, ali so študentje in študenti seznanjeni s tehnikami pomoči, ali so se med epidemijo ob pojavu socialne anksioznosti odločili za strokovno ali laično pomoč in kako jim je izbrana storitev pomagala pri blaženju socialne anksioznosti. Prav tako bom raziskala, ali so se odločili za kakšno tehniko samopomoči, ki jim je morda v obdobju epidemije bila najbolj priročna.

1.2 EPIDEMIJA KORONAVIRUSA

V svoji raziskavi sem želela preveriti morebitno povezavo socialne anksioznosti in epidemije Covid-19, ki nam je prinesla veliko novih izzivov, nove ukrepe in sprejemanje nove realnosti. Epidemija je v trenutku spremenila naša življenja in zdi se mi pomembno, da se trudimo raziskovati in aktivno spremljati posledice, ki jih je morebiti pustila.

Epidemija je v Slovarju slovenskega knjižnega jezika opredeljena kot: "nenaden izbruh in hitro širjenje kake nalezljive bolezni" (Slovar slovenskega knjižnega jezika, b. d.). Trenutno pandemijo COVID-19 povzroča koronavirus, imenovan SARS-CoV-2. Koronavirusi (CoV) so velika družina virusov, od katerih jih več povzroča bolezni dihal pri ljudeh, od navadnega prehlada do bolj redkih in resnih bolezni, kot sta hud akutni respiratorni sindrom (SARS) in bližnjevzhodni respiratorni sindrom (MERS). Pri odkritju novega virusa, je pomembno razumeti, od kod prihaja, saj tako lahko preprečimo nadaljnje vnose virusa v populacijo, prav tako pa pomaga razumeti dinamiko ob začetku izbruha, ki se lahko uporabi za obveščanje o odzivu javnega zdravja. Prve primere bolezni COVID-19 pri ljudeh, so poročali iz mesta Wuhan na Kitajskem, decembra 2019. Vsi virusi SARS-CoV-2, pri ljudeh, so genetsko tesno povezani s koronavirusi, iz populacij netopirjev (World Health Organization, 2020).

Epidemija Covid-19 je v naša življenja prinesla veliko sprememb in izzivov. Zaradi narave hitrosti širjenja bolezni, so bile države primorane sprejeti različne ukrepe. Poleg zdravstvene grožnje, so se ljudje morali navaditi novim razmeram, prilagoditi življenjske rutine in navade novim ukrepom. Eden izmed njih je bil omejitev gibanja in zbiranja, kar je vplivalo na socialno izolacijo. Spremenili so se tudi delovni pogoji, šolanje na daljavo itd. Vse te spremembe, izzivi in obremenitve, negotovosti glede prihodnosti in zaskrbljenost za svoje zdravje in zdravje drugih, so vplivali na duševno zdravje posameznikov (Lep, 2020, str. 219–241). Takšne in drugačne katastrofe so stresne, saj posameznik doživlja grožnjo življenju, izgubi bližnjih ali premoženja. Tak ogrožajoč dogodek je hud stresor, ki v posamezniku spodbudi močan strah in tesnobo, paniko in druge občutke negotovosti. Stres se izrazi na ravni telesa, mišljenja, vedenja in čustvovanja (Gril in Šeme, 2021).

Epidemija COVID-19 ne vpliva le na zdravstvena tveganja, temveč prizadeva raznolika področja življenja, kot so izobraževanje, delo, družinsko življenje, druženje ipd. Za takšne družbenoekonomske pretrse, ki lahko vplivajo predvsem na finance in psihološko zdravje ter načrtovane življenjske poti posameznikov, so še posebej ogroženi mladi na prehodu v odraslost (Lep in Zupančič, 2020, str. 68). Mladi odrasli so pogosto na nestabilnih mestih na različnih

področjih, kariere, izobraževanja, družbenega življenja itd., zato so jih lahko spreminjajoči ukrepi – zapiranje javnega življenja in vzgojno-izobraževalnih ustanov veliko bolj pretresli (Alonzi, Torre & Silverstein, 2020). Avtorja Flere in Musil povesta, da so že desetletja pred izbruhom pandemije, mladostniki in mladi na prehodu v odraslost v Sloveniji poročali, da svoje okolje jemljejo kot negotovo, kar pri njih povzroča močne občutke tesnobe. Z epidemijo pa se tesnoba lahko le še poveča, saj je svet še bolj nepredvidljiv (Lep in Zupančič, 2020, str. 69).

1.2.1 Karantena in ukrepi na področju visokega šolstva

Vlada Republike Slovenije je 12. 3. 2020 javno razglasila stanje epidemije Covid-19 in za tem z različnimi ukrepi omejila gibanje in združevanje prebivalcev Republike Slovenije (Študentska organizacija Slovenije, 2020a). Separacija od socialnih stikov in omejeno gibanje je bila ena izmed bolj pretresljivih ukrepov med epidemijo Covid-19. Karantena je lahko ena izmed bolj neprijetnih izkušenj, saj gre za izgubo svobode, izoliranost od ljubljenih, nesigurnost glede razhajajoče bolezni, tudi dolčas, in povzroča dramatične efekte. Študije najbolj pogosto poročajo o psiholoških posledicah karantene, med katerimi je posttravmatski sindrom, zmeda, jeza, anksioznost in odtujenost od drugih (Brooks idr., 2020).

Na področju vzgoje in izobraževanja je bil med drugim sprejet ukrep šolanja na daljavo. Tako študentom kot visokošolskim učiteljem je kljub dobro poznani tehnologiji, to pomenilo svojevrsten izziv. Študij na daljavo je posebna učna samoregulacija, ki od študenta zahteva večjo samostojnost in učinkovito upravljanje časa. Nekateri študenti poročajo o slabši kakovosti lastnega učenja zaradi pomanjkanja osebnega stika z drugimi študenti in profesorji (Podlogar, Žerak, Lišić, Lavrih, Fricelj in Juriševič, 2020, str. 205–216). S 16. 3. 2020 je začel veljati tudi ukrep prepovedi bivanja v študentskih domovih (Študentska organizacija Slovenije, 2020a). Narejena je bila raziskava, kjer so sodelovali mladi odrasli, stari od 18 do 30 let, študenti Univerze Združenih držav Amerike. Raziskovali so, kako so premestitve iz študentskih domov/kampusov vplivale na duševno zdravje študentov. Študenti, ki so bili obveščeni o preselitvi, so čutili žalost zaradi izgube pomembnih življenjskih virov in dogodkov. Raziskave so pokazale, da lahko takšne nenadne in nepričakovane izgube, povzročijo intenzivnejšo in zapleteno žalost. Ti študenti so poročali tudi o občutkih osamljenosti in po preselitvi so pogosto doživljali izzive pri vzpostavljanju novih odnosov, manj udobja v odnosih in manj socialne podpore. Selitev je lahko vodila tudi v osamljenost, kar pa ima bistven psihološki vpliv na študente, saj so mreže vrstnikov bistvenega pomena za občutek identitete. Navsezadnje so

študentje, ki so bili premeščeni, poročali o simptomih anksioznosti (Conrad, Hahm, Koire, Pinder-Amakaer in Liu, 2021).

Posledično so sprejeti ukrepi vplivali na izjemen padec ponudb študentskega dela, kar je povzročilo izgubo dohodka pri mnogih študentih (Študentska organizacija Slovenije, 2020a).

NIJZ je od novembra 2020 do januarja 2021 zbiral podatke za raziskavo, v kateri so ocenjevali potrebe po psihosocialni podpori med epidemijo Covida-19. Za populacijo študentov so poročali, da pri večini udeležениh, prevladuje strah pred negotovo prihodnostjo in strah pred izgubo svoboščin. Izražena je bila visoka simptomatika depresije, nekoliko višje pri tistih, ki opravljajo študentsko delo. Taki so doživljali intenzivnejšo stisko zaradi upada dohodka in materialne varnosti, bolj jih je skrbela tudi izguba dela in brezposelnost. Skoraj vsi študentje, vključeni v raziskavo, pa so vsaj kdaj opazili tudi znake anksioznosti. Skoraj polovica jih je poročala o potrebi pomoči, a jih večina izmed teh pomoči ni izbrala. Če že, so pomoč iskali med neformalnimi mrežami v pogovorih s prijatelji in sorodniki ter člankih na spletu in družbenih omrežjih. Poročali so, da bi lajšanje težav in duševnih stisk ob študiju dosegli z osebnimi stiki, manjšo obremenjenostjo, večjo notranjo motivacijo in samodisciplino, študijem v živo ter boljšim delom zaposlenih (kakovostnejša vsebina, večja ažurnost, večja inovativnost in prilagodljivost profesorjev, večja tehnična usposobljenost profesorjev) (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021a).

V knjigi Psihologija pandemije (Lep in Beyasoglou Hacin, 2020) sem zasledila še eno samooceno anksioznosti med epidemijo COVID-19 v Sloveniji. Desetina vzorca je poročala o zmerni ali hudi obliki generalizirane anksioznosti. Najvišje samoocene anksioznosti so bile značilne za ženske, samske, udeležence brez zaposlitve ter udeležence, stare od 18 do 24 let, pretežno študente. Med dejavniki tveganja za anksioznost so bili negativni učinki posledic ukrepov ob epidemiji, zaznani stres in negativna čustva, varovalni dejavniki pa čustvena stabilnost in brezskrbnost kot osebni potezi ter dobro splošno zdravje (Kavčič in Podlesek, 2020, str. 112–113).

NIJZ (2020–2023) je v okviru projekta »Ukrepi na področju obvladovanja širitve covid-19 s poudarkom na ranljivih skupinah prebivalstva«, izvedel raziskavo o doživljanju epidemije COVID-19 med študenti, sprejetimi ukrepi in novo nastalo realnostjo življenjskih razmer študentov. Povprečna starost študentov, ki so izpolnili anketo, je bila 22,85 leta, večina (73 %) je prihajala iz osrednjeslovenske regije. Prevladovala so študentke ženskega spola. Samo 23 % anketirancev ni poročalo o simptomih anksioznosti, 50 % jih je poročalo o zmernih do resnih

simptomih, od tega pa kar 30 % o resnih simptomih. O višji stopnji simptomov anksioznosti so poročale študentke. Tretjina anketirancev pa je ocenila, da te težave nimajo velikega vpliva na njihovo vsakodnevno funkcioniranje. V času epidemije je za svoje stiske poiskalo pomoč kar 56 % udeleženi, od tega je nekje tretjina pomoč iskala in obiskovala pogosto. Najpogosteje so pomoč našli na spletu ali v pogovoru z bližnjimi (Gabrovec, Selak, Crnkovič, Cesar in Šorgo, 2021, str. 95–103).

Kar nekaj raziskav kaže na psihološki učinek karanten. Raziskava, narejena v Londonu, na zaposlenih v zdravstvu, je v primerjavi s tistimi, ki niso bili v karanteni, pokazala, da je karantena dejavnik simptomov akutnega stresa. Posamezniki, ki so bili v karanteni, so poročali o utrujenosti, odtujenosti od drugih, razdražljivosti, nespečnosti, slabi koncentraciji, neodločljivosti in slabši zmogljivosti na delovnem področju. V vseh drugih kvantitativnih raziskavah, ki so vključevale tiste, ki so bili v karanteni, so poročali o visokem deležu simptomov stresa. Študije poročajo o generalnih psiholoških simptomih: čustvenih motnjah, depresiji, stresu, slabem razpoloženju, razdražljivosti, nespečnost, simptomih posttravmatskega stresa, jezi in čustveni izmučenosti. Pokazali so se glavni stresorji med karanteno: trajanje karantene, strah pred okužbo, frustracija in dolgčas, nezadostne zaloge osnovnih potrebščin in neustrezne informacije. Glavna dva stresorja po karanteni pa sta pomanjkanje financ in stigma. Izguba dohodka med karanteno, zaradi nezmožnosti dela, je povzročila veliko socialnoekonomsko stisko, kar lahko rezultira v mnogih psiholoških posledicah (Brooks in drugi, 2020).

Zaradi ukrepa karantene je bila komunikacija iz oči v oči izključena. Z raznimi psihološkimi krizami, kot so povečana stopnja anksioznosti ipd., so se posamezniki morali obrniti na spletno socialno podporo in iskati informacije na spletu. Spletno mreženje in "online" komunikacija je bila najpogostejša spletna dejavnost v zadnjih 10 letih (Stevic, Koban, Binder in Matthes, 2022). Družabna omrežja so vrsta družbenih medijev, ki posebej omogočajo posameznikom, da ustvarijo javni ali delno javni profil znotraj omejenega sistema, artikulirajo seznam drugih uporabnikov, s katerimi si delijo povezavo, in si ogledajo in pregledujejo njihov seznam povezav (Webster, Dunne in Hunter, 2021). Uporaba pametnih telefonov se je med epidemijo tako še povečala, hkrati so bile pametne naprave ene izmed bolj pomembnih pripomočkov za ohranitev socialnih povezav in pridobivanje, deljenje novih novic. Raziskava je bila izvedena v Avstriji, Dunaju. Ugotovljeno je bilo, da imajo komunikacije na daljavo, majhen, a pozitiven vpliv na dobro počutje ljudi, predvsem kot socialna podpora med krizo Covid-19. Preko širjenja dezinformacij ali samoocenjevanja komunikacija na daljavo vpliva negativno na

anksioznost ljudi. Razprava o epidemiji Covida-19 s prijatelji in družino, sicer krepi posameznikovo zaznavo tveganja in stopnjo anksioznosti. Ker ljudje po navadi dajejo prednost komunikaciji s svojo tesnejšo socialno mrežo kot pa vključevanju v širšo socialno mrežo (osredotočenost na novice in platforme družbenih omrežij), se lahko izkaže, da je uporaba pametnih naprav za potrebe komunikacij, bolj škodljiva kot koristna za anksioznost posameznika (Stevic, Koban, Binder in Matthes, 2022).

Študija, ki je vključila študente iz Univerze v Švici, je pokazala, da je posameznikov krog prijateljev ostal stabilen med zaprtjem, a so se naključne interakcije z drugimi precej zmanjšale. Ugotovili so, da so nekateri študenti izpostavljeni večjemu tveganju razvoja težav v duševnem zdravju med epidemijo Covid-19. Predvsem tisti, ki živijo sami, imajo manj neposrednega stika z ožjo družino in prijatelji, prejemajo manj socialne podpore in tisti, ki so slabše vključeni v socialno mreženje študentov (Elmer, Mepham in Stadtfeld, 2020). Izvedena je bila raziskava med študenti univerze v Avstriji med prvim valom epidemije Covid-19 – april in maj 2020. Našli so pozitivno povezavo med uporabo telefona in vzdrževanjem prijateljskih stikov. Socialne mreže tako rekoč niso "trpele", ampak so bile okrepljene skozi uporabo tehnoloških sredstev. Njihovi rezultati kažejo tudi na to, da so bili posamezniki s kakovostjo prijateljstev zadovoljni in da se prijateljstva lahko ohranjajo skozi uporabo pametnih telefonov. Njihovi podatki tudi kažejo na to, da anksioznost lahko skozi čas negativno vpliva na posameznikovo socialno mrežo (Stevic, Koban, Binder in Matthes, 2022).

Sama se bom v svoji raziskavi posvetila, kako so študenti in študentke vzdrževale/i svoje socialne stike med epidemijo in jih tudi pozvala k oceni kakovosti teh "online" stikov. Prav tako me bo posebej zanimalo, kaj so pogrešali pri "online" socialnih stikih, če so kaj. Predpostavljam, da bodo v odprtih vprašanjih o situacijah, kje in kdaj še čutijo socialno anksioznost, omenili ukrepe, ki so bili vzpostavljeni zaradi epidemije Covid-19.

1.2.2 Podpora za študente

Pomoč in podpora, ki se je nudila v izrednih razmerah študentom, so predvsem psihosocialne delavnice, ki so jih ponujale članice Univerze v Ljubljani. Študentska organizacija Univerze v Ljubljani je psihološko svetovanje omogočala v okviru Študentske svetovalnice, Študentska organizacija Univerze v Mariboru pa preko Psihološke svetovalnice. Ponujene in oglaševane so bile razne storitve, od telefonskih klepetalnic, brezplačnih terapij in delavnic (Študentska organizacija Slovenije, 2021).

Sprejeti ukrepi s strani države za študente (Študentska organizacija Slovenije, 2020b):

- možnost dodatnega leta študija zaradi nezmožnosti opravljanja študijskih obveznosti,
- brezplačna vozovnica za JPP, medtem ko uporaba vozovnice ni bila mogoče (ukrep karantene, omejen prehod med regijami, omejitev potnikov),
- brezplačno bivanje v študentskih domovih takrat, ko njihova uporaba ni bila mogoča, vendar le za tiste študente, ki bivajo s subvencijo, za tiste, ki bivajo nesubvencionirano, pa brezplačno bivanje ne velja,
- enkratni finančni dodatek za študente s stalnim bivališčem v Republiki Sloveniji, za tuje študente, to ne velja,
- možnost mirovanja štipendije v naslednjem študijskem letu, kljub neopravljenosti študijskih obveznosti, če zaradi epidemije ni bilo tega mogoče opraviti.

Organizacije, ki so ponujale svojo podporo in pomoč vsem (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021b):

- zdravstveni domovi po Sloveniji, so nudili podporo po telefonskih številkah,
- centri za duševne stiske,
- Društvo psihologov Slovenije je nudilo psihološko podporo vsak dan od 16:00 do 24:00, tudi med vikendom in na telefonsko številko,
- razni telefoni, kot so: Klic v duševni stiski, Zaupna telefona Samarijan in Sopotnik, TOM telefon za otroke in mladostnike,
- Svetovalnica Posvet je nudila telefonska svetovanja,
- Humanitarna organizacija Ozara Slovenija je nudila pomoč v obliki telefonskega pogovora ali po elektronski pošti,
- Zveza prijateljev mladine Moste-Polje je nudila psihosocialno svetovanje preko telefonske številke ali elektronske pošte.

Zbornica kliničnih psihologov Slovenije je javnosti podala sporočilo o psihološkem zdravju med epidemijo. Pojasnili so, da lahko v novi epidemiji, poleg drugih duševnih stisk, zelo pričakujemo tudi strah in anksioznost. Podali so napotke, da ob pojavu psihične stiske, vnaprej načrtujemo preživljanje svojega časa in da se ustvari neka rutina. Za mlade in otroke, ki so vključeni v proces izobraževanje, pa priporočajo sprotno skrb za obveznosti in telesno aktivnost. Priporočajo, da z bližnjimi ostajamo čim bolj na vezi, prek telekomunikacijskih sredstev – telefonski klic, sporočila, video klic in druga družbena omrežja. Spodbujajo pa tudi, da se povežemo z ljudmi, ki so v podobni situaciji. A hkrati menijo, da je treba biti previden, da se pogovarjamo še o drugih stvareh kot o koronavirusu. Če je posameznik zelo tesnoben, naj

se zamoti s prijetnimi aktivnostmi, kot so gledanje filma, branje knjig, miselne uganke, družabne igre, pogovor s prijatelji, itd. Predlagajo tudi tehnike sproščanja, pomemben vir čustvene podpore pa so tudi domače živali (Zbornica kliničnih psihologov Slovenije, 2020).

V svoji raziskavi bom raziskala, ali so študentje in študentke FSD, bili seznanjeni s ponujenimi storitvami na področju duševnega zdravja med epidemijo. Prav tako bom vprašala, s katerimi storitvami so bili seznanjeni. Med drugimi pa bom želela izvedeti, ali so si študenti poiskali pomoč ob pojavu simptomov socialne anksioznosti.

1.3 SOCIALNO DELO V IZREDNIH RAZMERAH EPIDEMIJE

Stroka socialnega dela igra pomembno vlogo na odgovore problemov najranljivejših skupin, še posebej tudi v izrednih razmerah. Vsi ti izredni dogodki se pojavijo nepričakovano in povzročajo škodo tako v naravnem in fizičnem okolju kot tudi v neugodnih psihosocialnih posledicah posameznikov. Ljudje, ki se znajdejo v izrednih razmerah, potrebujejo zunanjo pomoč in podporo pri reševanju raznih posledic in škod ter pri vzpostavitvi ustreznih prilagoditev na novo realnost v procesu okrevanja (Gril in Šeme, 2021).

Uporabniki, s katerimi socialni delavci najpogosteje sodelujejo, so se znašli med epidemijo v velikih stiskah. Pandemija je s svojimi ukrepi vplivala, da je socialno delo moralo iskati nove načine dela, saj stroka socialnega dela temelji predvsem na kakovosti odnosa med strokovno delavko in uporabniki, medosebno in prek neposrednega stika med ljudmi (Sobočan, 2021).

Na področju socialnega dela so stroko pretresli ukrepi: prepoved osebnih stikov na centrih za socialno delo (z izjemami), prilagojeno delo kriznih centrov, odsvetovani so bili stiki pod nadzorom, zaprli so se dnevni centri za otroke in odrasle z intelektualnimi ovirami, prav tako so bili zaprti dnevni centri za različne uporabnike, pa tudi terapevtske storitve in programi, domovi in skupnosti, kjer ljudje bivajo, so bili odprti do prvega pojava okužbe, centri za brezdomce so se zaprli in vsi drugi programi so bili prekinjeni in so delovali preko telefonskih klicev ali spleta. Ti ukrepi so veljali v prvem valu vse do konca maja 2020, nato so se v drugem valu, nekje od jeseni 2020, spet ponovili (Leskošek in Mešl, 2020). A pojavile so se razlike med 1. in 2. valom, saj so bili v prvem valu odzivi povezani z nepripravljenostjo na nove okoliščine in tudi strahom za zdravje in pred okužbo. Razlike med prvim in drugim valom je bilo mogoče opaziti predvsem v dostopnosti zavodov in centrov za ljudi. Več je bilo možnih osebnih stikov z uporabnikov, prav tako je bilo več obiskov na terenu. Pa čeprav je bila dostopnost še kdaj ovira, so se pa v drugem valu začele razvijati nove oblike pomoči in načini

organiziranja. Strokovni delavci poročajo, da so ugotovili, kako pomemben je osebni stik, ko pa to ni mogoče, pa so poskušali vsaj pogosteje vzdrževati stike pred telefona in video klica kot pa v prvem valu (Leskošek in Mešl, b. d.).

Posledice ukrepov povezane s Covidom-19 na področju socialnega dela so bile predvsem, da so se čez noč spremenili institucionalni okvirji za opravljanje socialnega dela. Prizadele so ljudi, ki bi najbolj potrebovali pomoč stroke socialnega dela, saj so se kazale na več ravneh: revščina, izgube služb, duševne stiske ljudi, nasilje v družinah, stiske zaradi izzivov organiziranja vsakdanjega življenja, skrbi za in nege družinskih članov, poglobljanje razlik med otroki zaradi zaprtja vrtcev in šol. Pojavila se je velika dilema, kako sploh opravljati socialno delo, ki temelji na osebnem stiku in se opravlja v okoljih, kjer ljudje živijo, v skupnosti (Leskovšek in Mešl, b. d.).

Ustvarili so se novi načini sodelovanja z ljudmi. Predvsem so prostore zamenjali virtualna okolja. Šole in vrtci so v času zaprtja obdržali stike prek telefona in prek spletnih aplikacij, centri za socialno delo so delovali prav tako preko telefona, v nujnem primeru pa na terenu. Domovi za starejše so zaprli vrata obiskovalcem, z drugimi ljudmi v domu so ohranjali stik, a z zaščitno opremo. Sorodnikom pa so omogočali videoklice. Po nekaj časih so socialne delavke v obliki dnevnikov izpostavljale pomen osebnih stikov, prav tako tudi, da telefonski pogovori ne morejo v celoti nadomestiti osebnega pogovora. Kot primeri dobrih praks so se izkazali fleksibilnost organizacije znotraj zavoda, sodelovanje in podpora med zaposlenimi, osebna zavzetost strokovnih delavcev in delavk ter pomen fizične ter socialne dostopnosti strokovnega delavca ali delavke, tako v smislu dejanske dosegljivosti kot način sodelovanja s posameznikom, da posameznik ve, da se lahko na strokovne delavce vedno obrne (Leskošek in Mešl, b. d.).

Socialne delavke so se v prvih mesecih pandemije znašle pred mnogimi izzivi in dilemami. Eden izmed teh je bil vzpostavljanje in ohranjanje stikov po telefonu ali spletu, s potrebnim spoštovanjem, zaupanjem, zasebnosti in empatičnosti. Sodelovanje na sestankih ali drugih delih od doma, je bilo oteženo, saj je bilo nemogoče zagotavljati zasebnost, protokole za sodelovanje in potrebno opremo za zmožnost takega dela. Epidemija je razlike med ljudmi tudi poglobila, in socialne delavke so se znašle pred izzivom določanja prednosti potreb uporabnikov in uporabnic v okolju zmanjšanih ali celo ukinjenih sredstev za pomoč. Na primer na področju brezdomstva, je bil minimalni prihodek z uličnim časopisom, policija jih je nenehno popisovala, niti ukrep ostani doma za brezdomne ni moral veljati. Spraševale so se tudi, kako obdržati in

skrbeti za oskrbo s prehrano. Na področju duševnega zdravja je bil predvsem problem z možnostjo novega sprejema, ali če bi se uporabnik odločil ustanovo zapustiti. Izpostavile so tudi, da so se učenci, študenti iz dijaških in študentskih domov, lahko vrnili v zelo tvegane ali nevarne družinske okoliščine. Učenci so bili prikrajšani tudi v opremi za šolanje na daljavo, ali celo bivanjskih možnosti. Izziv je tudi predstavljalo iskanje ravnovesja med pravicami, potrebami in tveganji uporabnikov in uporabnic ter osebnih tveganj socialnih delavk, ki želijo nuditi pomoč in opraviti svoje delo. Prav tako so se strokovni delavci in delavke morale odločati o tem, ali bi upoštevale državne ukrepe ali navodila organizacije, v kateri so zaposleni, ali pa bi sledile strokovni diskreciji v okoliščinah, kjer se ukrepi in navodila zdijo neprimerni. Ob vsem tem pa so morale prepoznavati in ravnati tudi z lastnimi čustvi, izčrpanostjo in skrbjo zase (Sobočan, 2021). V Izsledkih raziskav za oceno potreb po psihosocialni podpori med epidemijo Covida-19 so zaposleni na področju socialnega varstva najpogosteje zatrdili, da sicer pomoči ne potrebujejo. Najbolj stresna opravila so jim predstavljala uporaba spletnih orodij in komunikacije, administrativno delo, pomanjkanje osebnega stika, skrb za uporabnike, skrb za lastno zdravje in možnost za prenos okužbe, prilagajanje na spreminjanje dela, usklajevanje dela z drugimi obveznostmi (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021a)

Socialne delavke, ki so sodelovale v anketi, pod okriljem raziskave glede etičnih dimenzij vsakdanje prakse socialnih delavk v času epidemije COVID-19 (rezultati so bili objavljeni v začetku novembra 2020 na spletni strani IFSW) iz različnih držav so menile, da socialno delo ni dovolj avtonomna in spoštovana stroka, saj ni bila vključena v načrtovanje ukrepov, čeprav bi to bila nuja za ustreznejšo pomoč ljudem. Poročale so o stiskah, da so morale opravljati veliko dodatnih nalog, prav tako so se počutile nemočno ob zaprtju institucij. Zato so predlagale, da bi morali ukrepe koordinirati skupaj s stroko socialnega dela, saj so prav strokovni delavci in delavke tisti, ki prepoznajo stanje in potrebe uporabnikov na terenu, torej v stiku z uporabnikom, kjer vidijo njihove potrebe, moči in vplive (Sobočan, 2021).

Velik del znanstvenih raziskav o pojavu odpornosti (naši sposobnosti, da si opomoremo od stiske), je pokazalo, da ima vloga pomagajočega; občutek namena in dajanje podpore drugim, pomemben vpliv na naše dobre počutje. Naše telo in um imata koristi na različne načine, ko pomagamo drugim. Nekatere raziskave so se osredotočile na koncept "helper's high", kar bi v slovenščini opredelila kot nek izrazit občutek zadovoljstva, koristnosti pri vlogi pomagajočega (Parker-Pope, 2020). Lary Dossey je v svojem znanstvenem delu pojasnil, da koncept izhaja že iz 80-tih 20. stoletja. Raziskovalci poročajo, da koncept ni le občutek, ampak biokemične analize kažejo na pozitivne učinke na telesne imunske funkcije in nižji ravni stresnih hormonov.

Tako tudi navaja socialna psihologinja Melanie Rudd, da dobrodelna namernost ne koristi samo tistemu, ki pomoč dobiva, ampak tudi da veliko sreče in užitka tistemu, ki pomoč daje. Skupina klinike Cleveland je s svojimi raziskavami odkrila številne koristi za zdravje, kot so: nižji krvni tlak, večja samozavest, manj depresije, nižje stopnje stresa, daljše življenje in večja sreča. Tako koncept povezujejo tudi z blaženjem doživljanja duševnih motenj (Dossey, 2018).

V svojo raziskavo sem želela vključiti tudi našo stroko – stroko socialnega dela in kako se je ta znašla med epidemijo. Zato sem v svoji raziskavi vključila študente in študentke FSD, ki so v času epidemije opravljali tudi prakso in so tako lahko v moji anketi podali svojo oceno prakse, kako so bili zadovoljni s študijsko prakso med epidemijo. Prav tako me je zanimalo, kaj so študentje opazili in menili o učinkovitosti odziva stroke na izredne razmere. Svoj odgovor lahko tudi po želji pojasnijo. Praksa socialnega dela omogoča pomoč drugim, hkrati pa je lahko tudi opora stiskam strokovnih delavk. Ker je moja naloga namenjena socialni anksioznosti, sem preverila, če je morda vloga pomagajočega na praksi ublažila socialno anksioznost.

2 FORMULACIJA PROBLEMA

Pobuda za izbiro to teme je nastala predvsem iz osebnih izkušenj in želji po raziskovanju v aktualnih časih. Tako sama kot pri prijateljih ali ostalih, sem opazila veliko tesnobe, nesigurnosti pri ponovni vzpostavitvi socialnih stikov, zato sem se želela osredotočiti na socialno anksioznost. Duševno zdravje se mi zdi izjemno pomembno za posameznika, prav tako je bilo kar nekaj časa to tabu tema in šele zdaj začnemo odprto govoriti o tem. Zato bi želela tudi svojo diplomsko delo nameniti temu, prav tako da raziščem in pridobim nove podatke na področju posledic epidemije Covid-19. Želela sem se osredotočiti na skupino študentov, saj se mi zdi, da se nahajajo v pomembnih prelomnicah svojega življenja, in je lahko epidemija povzročila le še dodaten stres. V svoji diplomski nalogi sem si tako zastavila raziskovalni problem, kako se učinki epidemije Covid-19 odražajo v socialni anksioznosti študentov Fakultete za socialno delo. Izbrala sem si populacijo študentov fakultete za socialno delo, saj je način študija študentov socialnega dela tak, da veliko časa preživijo v komunikaciji drug z drugim, zato me zanima, kako so ukrepi za preprečevanja virusa Covid-19, ki so njihovo sodelovanje prekinili, vplivali na doživljanje anksioznosti v socialnih stikih. Prav tako pa bom lahko preverila, kako so študentje skozi prakso videli učinkovitost odzivanja socialnega dela na izredne razmere epidemije. Socialno delo se je znašlo pred novimi izzivi, zato se mi zdi smiselno, da v diplomski nalogi preverim tudi ponujene socialno delovne storitve in kako so študentski populaciji koristile.

2.1 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Koliko študentov je v času epidemije Covid-19 pri sebi opazilo socialno anksioznost?
2. Ali so študentje občutili več simptomov socialne anksioznosti med epidemijo kot pred epidemijo?
3. Kako so študentje vzdrževali socialne stike?
4. Kako kakovostni so bili socialni stiki med epidemijo?
5. V kolikšni meri so si študentje ob pojavu socialne anksioznosti poiskali pomoč?
6. Ali so študentje bili seznanjeni s ponujenimi oblikami pomoči na področju duševnega zdravja med epidemijo?
7. Kako učinkovito se je, po izkušnji študentov na praksi, socialno delo odzivalo na izredne razmere?
8. V kolikšni meri je vloga pomagajočega na praksi socialnega dela, pomagala blažiti lastno socialno anksioznost študentov?

2.2 HIPOTEZE

H1: Vsaj 75 % študentov FSD je v času epidemije Covid-19 pri sebi opazilo socialno anksioznost.

H2: Študentje so čutili več znakov socialne anksioznosti med epidemijo kot pred epidemijo.

H3: Študentje so socialne stike v epidemiji pogosteje vzdrževali na daljavo (online, telefonski klici, sporočila itd.) kot v živo.

H4: Več študentov je socialne stike med epidemijo opredelilo kot manj kakovostne ali zelo nekovostne.

H5: Večina študentov si ni poiskala pomoči pri blaženju socialne anksioznosti.

H6: Študentje so v večini bili seznanjeni s ponujenimi storitvami na področju duševnega zdravja med epidemijo.

H7: Več študentov je imelo pozitivno izkušnjo z učinkovitim odzivanjem SD na izredne razmere kot z ne učinkovitim.

H8: Večini študentov, ki so v epidemiji sami nudili pomoč, je ta vloga pomagala ublažiti lastno socialno anksioznost.

3 METODOLOGIJA

3.1 VRSTA RAZISKAVE

Moja raziskava je opisna ali deskriptivna, saj želim opredeliti in oceniti osnovne značilnosti preučenega pojava, v mojem primeru proučiti socialno anksioznost med študenti in študentkami Fakultete za socialno delo med epidemijo Covid-19. Raziskava bo kvantitativna, saj bom zbirala številčne podatke in jih kvantitativno analizirala. Pojav želim preučevati količinsko oziroma kvantitativno opredeliti, oceniti in ugotoviti obstoj ter jakost zveze med dvema ali več pojavi (Mesec, 2018, str. 81). Hkrati bo raziskava eksplorativna, saj o temi, o kateri bom pisala, še ni veliko raziskanega.

3.2 SPREMENLJIVKE

SPREMENLJIVKA	INDIKATOR	MODALITETA
LETNIK ŠTUDIJA	Odgovor anketiranca iz vprašalnika na vprašanje 1 o letniku, ki ga obiskuje.	1. letnik dodiplomskega študija, 2. letnik dodiplomskega študija, 3. letnik dodiplomskega študija, 4. letnik dodiplomskega študija, Dodatno leto po 1. stopnji, 1. letnik podiplomskega študija Dodatno leto po 2. stopnji
SPOL	Odgovor anketiranca iz vprašalnika na vprašanje 2 o spolu.	Ženski, moški, drugo.
STAROST	Odgovor anketiranca iz vprašalnika na vprašanje 3 o starosti.	Anketiranec zapiše s številko starost.
OPAŽENA SOCIALNA ANKSIOZNOST V ČASU EPIDEMIJE	Odgovor anketiranca iz vprašalnika na vprašanje 5 o opaženosti socialne	Da, ne.

	anksioznosti v času epidemije Covid-19 pri sebi	
OPAŽENI SIMPTOMI SOCIALNE ANKSIOZNOSTI	Odgovor anketiranca iz vprašalnika na vprašanje 6, 7, 8, 9 o opaženih: -Telesnih znakov: zardevanje, pospešeno bitje srca, tresenje rok ali glasu, suha usta, prebavne težave, mišična napetost, oblivanje vročine ali mrazu. -Čustvenih znakov: nelagodje, tesnoba, napetost, vznemirjenost, zadrega, sram, razdražljivost. -Kognitivnih znakov: raztresenost, težave s koncentracijo, težave pri učenju, težave s spominom, samoobtožujoče misli, misli o lastni nekompetentnosti, odtujenost iz situacije. -Vedenskih znakov: govorna zadržanost, molčečnost, zaprta drža telesa, napetost, togost udov pri gibanju, pasivnost v stiku z drugimi, izogibanju očesnemu stiku, umik iz situacije. Pred ali med epidemijo	Da, ne.

VZDRŽEVANJE SOCIALNIH STIKOV MED EPIDEMIJO	Odgovor anketiranca iz vprašalnika na vprašanje 12, o vzdrževanju stikov s prijatelji/cami med epidemijo	"online" – telefonski klici/sporočila, v živo, drugo.
KAKOVOST "ONLINE" STIKOV	Odgovor anketiranca iz vprašalnika na vprašanje 13, na lestvici od 1 do 5 oceni kakovost socialnih stikov s prijatelji/cami med epidemijo	1, 2, 3, 4, 5.
ISKANJE POMOČI MED EPIDEMIJO OB POJAVU SOCIALNE ANKSIOZNOSTI	Odgovor anketiranca iz vprašalnika na vprašanje 16 o iskanju pomoči med epidemijo ob pojavu socialne anksioznosti	Da, ne.
SEZNANJENOST S PONUJENIMI STORITVAMI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA MED EPIDEMIJO	Odgovor anketiranca iz vprašalnika na vprašanje 19, ali je seznanjen/a s ponujenimi storitvami na področju duševnega zdravja,	Da, ne
UČINKOVITOST SOCIALNEGA DELA MED EPIDEMIJO	Odgovor anketiranca iz vprašalnika na vprašanje 24, ocena na lestvici od 1 do 5, kako učinkovito se je po izkušnji anketiranca socialno delo odzivalo na izredne razmere	Zelo neučinkovito, neučinkovito niti učinkovito, niti neučinkovito, učinkovito zelo učinkovito
VLOGA POMAGAJOČEGA IN BLAŽENJE STISKE	Odgovor anketiranca iz vprašalnika na vprašanje 27, ocena na lestvici od 1 do 5, ali je vloga pomagajočega	1. Vloga pomagajočega nikakor ni ublažila socialno anksioznost. 2.

	ublažila socialno anksioznost.	3. 4. 5. Vloga pomagajočega je zelo ublažila socialno anksioznost
--	-----------------------------------	---

Tabela 3.1: Spremenljivke

3.3 MERSKI INSTRUMENT

Pri svoji raziskavi sem uporabila merski instrument anketni vprašalnik. Anketni vprašalnik je sestavljen iz 27 vprašanj. Veliko vprašanj je zaprtega tipa, 8 vprašanj pa je tudi odprtega tipa, kjer so anketiranci pisno zapisali svoj odgovor. V anketi sem vključila tudi lestvice, ki so 5-stopenjske, kjer 1 predstavlja, da se s trditvijo popolnoma ne strinjajo ali pa so s pojavom ne zadovoljni, in 5, da se popolnoma strinjajo in so s pojavom zelo zadovoljni. Pri ostalih vprašanjih so vsi možni odgovori že vnaprej podani in anketiranci izberejo tistega, ki velja zanje. V uvodu, sem pred reševanjem ankete na kratko zapisala, kdo sem, povedala, da je anketa anonimna, prostovoljna in da je raziskava namenjena izključno potrebam diplomskega dela. Anketni vprašalnik sem sestavila s pripomočkom spletne ankete Ika, kjer stran tudi sama pomaga prepoznavati pomanjkljivosti in podatke sama razvršča. Svoj anketni vprašalnik sem sestavila povsem sama glede na svoja raziskovalna vprašanja.

3.4 POPULACIJA IN VZOREC

Moja populacija so študentje, ki so v študijskem letu 2021/22, vpisani na prvo ali drugo stopnjo Fakultete za socialno delo. Povabilo za reševanje ankete sem poslala vsem študentom, ki so člani odprte spletne skupine študentov FSD na družbenem omrežju Facebook. Vzorec bo tako neslučajnostni in priročen, saj nimajo vsi študentje Facebook računa, oziroma niso vsi vključeni v to skupino, tako da bo raziskava izvedena na skupini ljudi, ki so najbolj dostopni, oz. imajo dostop do moje Facebook objave. Mojo anketo je rešilo 90 študentov in študentk, tako da sem dobila zadostno velik vzorec, ki pa ne prikazuje stanja populacije, saj ni reprezentativen.

3.5 ZBIRANJE PODATKOV

Moj merski instrument je anketni vprašalnik. Metoda, uporabljena pri zbiranju podatkov, pa je spraševanje. Vprašalnik sem prvič objavila 21. aprila 2022 in poslala vabilo za sodelovanje študentom FSD, drugič sem poslala opomnik z vabilom 12. maja, tretjič 8. junija in zadnjič 1.

septembra. Zbiranje je tako potekalo 19 tednov. Študente sem kar 4-krat pozvala k sodelovanju pri anketi. V Facebook skupino Študenti FSD sem naredila objavo z nagovorom in povezavo do moje spletne ankete.

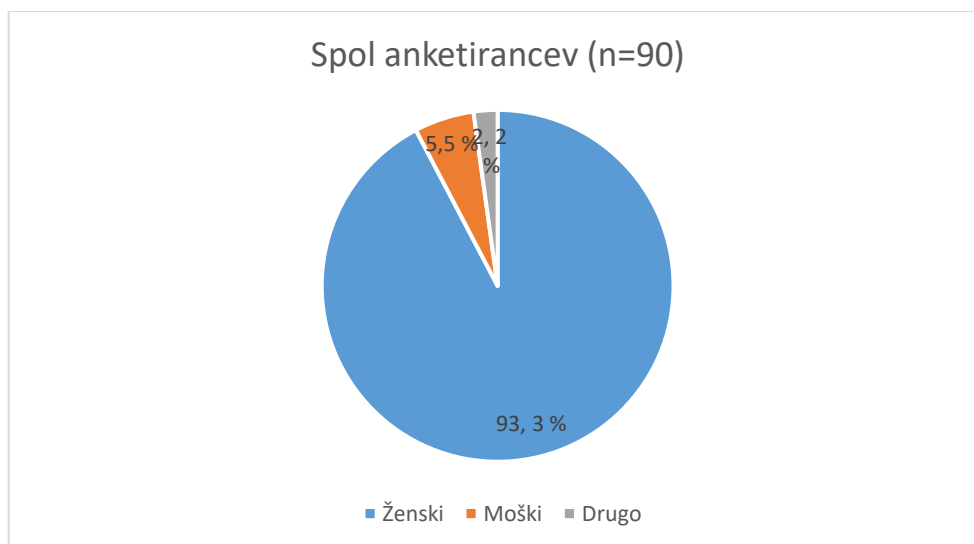
3.6 OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV

Obdelava podatkov je potekala v mesecu novembru 2022. Podatke sem obdelala na kvantitativen način. S pomočjo spletne strani Ika sem prenesla pridobljene podatke glede na posamezno vprašanje. Pri analiziranju hipotez sem uporabila pomoč statističnega programa SPSS, verzije 26. Pri analizi hipotez sem uporabila t-test za en vzorec, test deležev za en vzorec, hi-kvadrat test za en vzorec in hi-kvadrat za dva vzorca. T-test za en vzorec sem uporabila pri analiziranju hipotez, kjer sem operirala s številskimi spremenljivkami. Na drugi strani sem hi-kvadrat in test deležev za en vzorec uporabila pri analiziranju tistih hipotez, kjer sem proučevala imenske spremenljivke, konkretnije sem pri testu deležev analizirala dihotomne spremenljivke z dvema kategorijama.

4 REZULTATI

4.1 OSNOVNE ZNAČILNOSTI ANKETIRANCEV

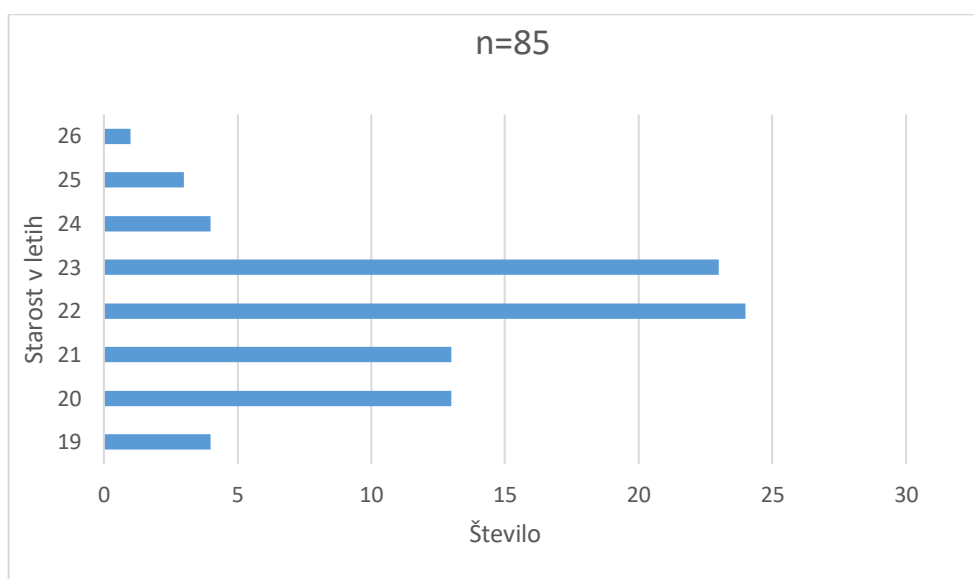
4.1.1 Spol



Slika 4.1: Spol anketirancev

V moji raziskavi je sodelovalo 90 anketirancev. Ženskega spola je bilo 84, kar predstavlja 93,3 %, moškega spola je bilo 5, kar je 5,5 % in pod drugo sta se uvrstila 2, kar je 2,2 % vseh anketirancev. Iz grafikona je vidno, da je prevladovalo sodelovanje oseb ženskega spola.

4.1.2 Starost

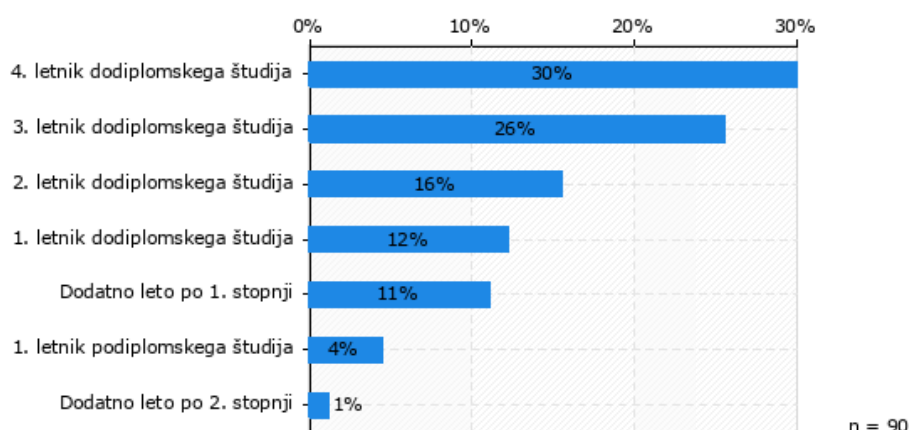


Slika 4.2: Starost anketirancev

Na odgovor o starosti je odgovorilo 85 anketirancev. Od teh so štirje stari 19 let; trinajst jih je starih 20 let; prav tako trinajst jih je starih 21 let; kar štiriindvajset jih je 22 let; triindvajset pa jih je starih 23 let; štirje so stari 24 let; trije so 25 let in eden je 26 let. Največ anketirancev je starih 22 let, najmanj pa 26 let.

Povprečna starost sodelujočih je 21,92 leta.

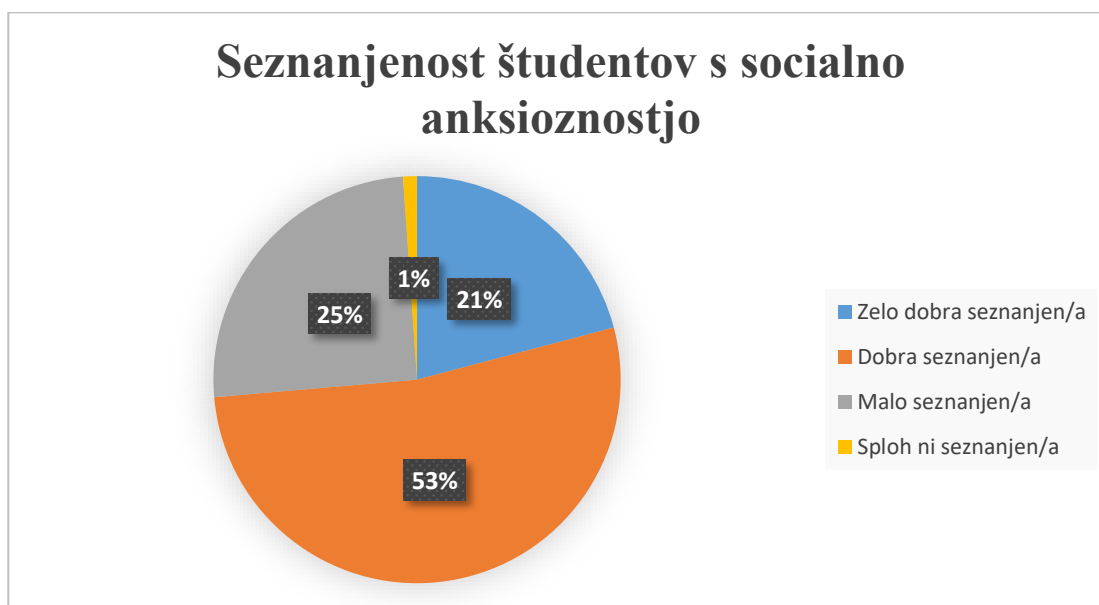
4.1.3 Letnik šolanja v študijskem letu 2021/22



Slika 4.3: Letnik šolanja v študijskem letu 2021/22

Na vprašanje, kateri letnik obiskuje anketiranec v študijskem letu 2021/22, je odgovorilo 90 študentov. 11 jih obiskuje 1. letnik dodiplomskega študija, kar predstavlja 12 %; 14 jih obiskuje 2. letnik dodiplomskega študija, kar je 16 %; 23 jih obiskuje 3. letnik dodiplomskega študija, kar predstavlja 26 %; 4. letnik dodiplomskega študija jih obiskuje 27, kar je 30 %; dodatno leto po 1. stopnji obiskuje 10 anketirancev, kar je 11 %; 1. letnik podiplomskega študija pa 4, kar je 4 % in en obiskuje dodatno leto po 2. stopnji, kar je 1 %. Kot je razvidno iz grafikona, je največ anketirancev kar iz 4. letnika dodiplomskega študija, najmanj pa iz dodatnega leta po 2. stopnji.

4.2 SOCIALNA ANKSIOZNOST PRI ŠTUDENTIH



Slika 4.4: Seznanjenost študentov s socialno anksioznostjo

V vprašanju 4 sem vprašala študente po seznanjenosti s socialno anksioznostjo. Možni odgovori so bili: Zelo dobro sem seznanjen/a, dobro sem seznanjen/a, malo sem seznanjen/a in sploh nisem seznanjen/a. Na vprašanje je odgovorilo 90 anketirancev, eden od teh je obkrožil dva odgovora, in sicer: malo sem seznanjen/a in dobro sem seznanjen/a. Glede na prikazan torti grafikon, bi lahko rekla, da so študentje fakultete za socialno delo seznanjeni s socialno anksioznostjo, saj jih kar skoraj tri četrtine kroga predstavlja zelo dobro seznanjenost ali dobro seznanjenost s socialno anksioznostjo.

Vprašanje 10 je študente nagovorilo, da so odprto odgovorili oz. zapisali, v katerih situacijah so pogosto občutili znake socialne anksioznosti med epidemijo. Najpogostejši odgovor je bil v povezavi s šolanjem na daljavo, kjer so študentje čutili socialno anksioznost pri Zoom predavanjih, pri govornih nastopih, ali ko so se morali oglasiti, prav tako je nekdo izpostavil, da ji je anksiozno delo z novimi sošolci, delo na Zoomu v manjši skupini ljudi. Tudi pogost odgovor je bil, da so jim socialno anksioznost povzročale situacije, kjer so se ponovno srečali z novimi ljudmi, v javnosti, ko so šli nazaj v družbo ali se znašli v družbi neznancev. Nekdo je izpostavil, da je začutil socialno anksioznost med obiskovanjem trgovine.

Na naslednje odprto vprašanje, ali znake socialne anksioznosti občutijo še sedaj in če, katere in v katerih situacijah, so tisti študentje, ki so opazali pri sebi znake socialne anksioznosti že v prejšnjih vprašanjih večinoma tudi na to odgovorili z da. Ocenila bi nekje, da jih je polovica

povedalo, da občutijo znake, vendar nekoliko manj, predvsem pa se je ponavljal odgovor, da čutijo socialno anksioznost ponovno na faksu. Nekateri so tudi omenili, da čutijo simptome kar pogosto v družbi neznanih ljudi. Veliko odgovorov se je vezalo na telesne simptome, omenili so: rdečica (pojavila najpogosteje), tresenje rok, oblivanje mrazu in vročine, pospešeno bitje srca, težke noge, hitrejša dihanje.

Preverila sem tako odgovore na pogostost doživljanja telesnih znakov pred in med epidemijo, pri vprašanju številka 6. Ugotovila sem, da v času epidemije študentje niso občutili več znakov socialne anksioznosti kot pred epidemijo. Bolj konkretno sem ugotovila, da med epidemijo, v primerjavi s pred epidemijo, niso pogosteje zardevali, imeli suha usta, prebavne težave ali da bi jih oblivala vročina ali mraz. Nekoliko pogosteje so navajali pospešeno bitje srca, tresenje rok (največja razlika, pokažem v tabeli 1 in 2) in glasu ter mišično napetost. To pomeni, da so se le nekateri telesni znaki socialne anksioznosti v času epidemije pojavljali pogosteje, medtem ko je več takšnih telesnih znakov, kjer ni bistvene razlike v pogostosti pojavljanja pred in med epidemijo.

Tresenje rok ali glasu_PRED					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ne	54	60,0	65,1	65,1
	Da	29	32,2	34,9	100,0
	Total	83	92,2	100,0	
Missing	-1	7	7,8		
Total		90	100,0		

Tabela 4.1: Tresenje rok ali glasu pred epidemijo

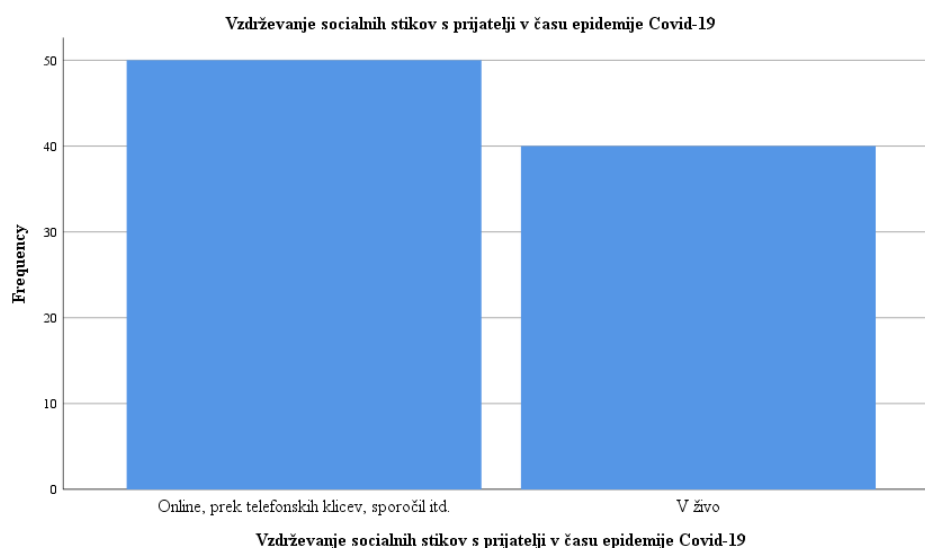
Tresenje rok ali glasu_MED					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ne	32	35,6	38,6	38,6
	Da	51	56,7	61,4	100,0
	Total	83	92,2	100,0	
Missing	-1	7	7,8		
Total		90	100,0		

Tabela 4.2: Tresenje rok ali glasu med epidemijo

Študentje so še po epidemiji opazili nekaj simptomov na čustveni ravni, navajali so tesnobo in zadrego ter na kognitivni ravni, najpogosteje so navajali raztresenost in težave s spominom.

4.3 STIKI NA DALJAVO

Anketiranci so morali odgovoriti na vprašanje, kako so med epidemijo vzdrževali stike. Kar 50 anketirancev je odgovorilo, da so socialne stike vzdrževali online, preko telefonskih klicev, sporočil ipd., 40 anketirancev pa je odgovorilo, da so stike vzdrževali v živo.

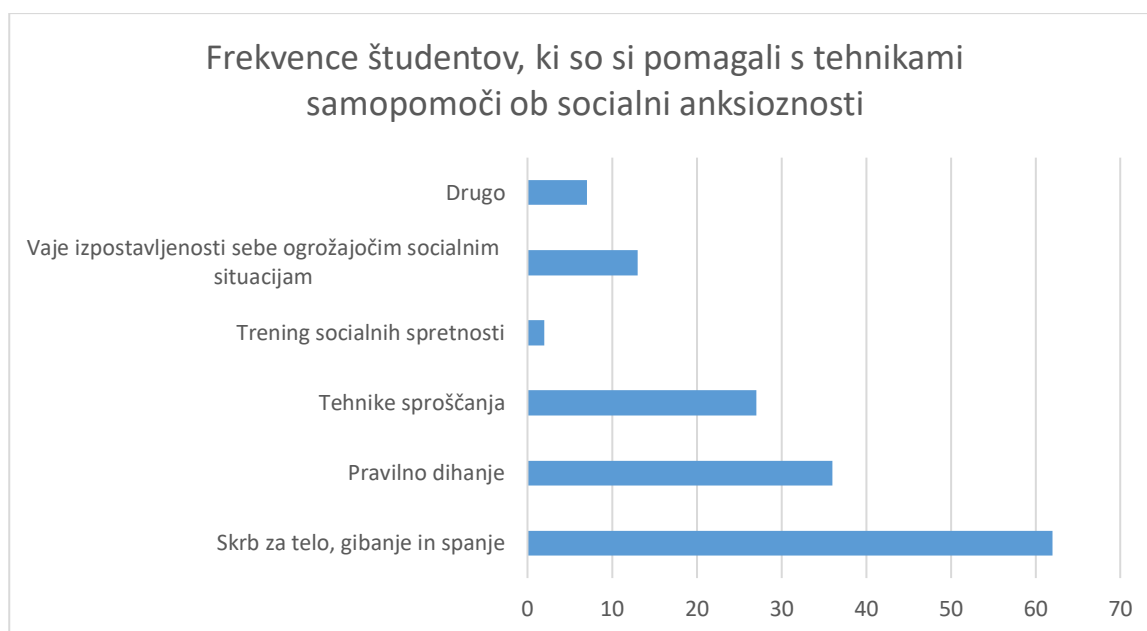


Slika 4.5: Prikaz frekvenc vzdrževanja socialnih stikov študentov fakultete za socialno delo, med epidemijo Covid-19

Vprašanje 14 je bilo zastavljeno odprto, in sicer je študente nagovarjalo, da so zapisali, kaj so pogrešali pri online stikih. Odgovori anketirancev je v večini odgovorov vključeval odgovor, da so pogrešali fizični stik, prisotnost v živo, več druženja, pogrešali so očesne stike, neverbalno mimiko in objeme. Trije anketiranci so poročali, da so se njihovi odnosi ohladili. Manj kot ena četrtnina odgovorov pa je bila tudi vezana, da niso ničesar pogrešali ali da niso opazili nobenih sprememb. Nekdo je pojasnil, da so se s prijatelji dobivali na Zoomu, gledali filme in počeli stvari podobno, kot bi jih drugače.

4.4 Pomoč pri socialni anksioznosti

Vprašanje 15 je vprašalo študente, kako si sami pomagajo, ko občutijo socialno anksioznost. Lahko so obkrožili več izmed ponujenih tehnik obvladovanja socialne anksioznosti ali pod točko drugo napisali svoj odgovor.



Slika 4.6: Prikaz frekvenc študentov, ki so si pomagali s tehnikami samopomoči ob socialni anksioznosti

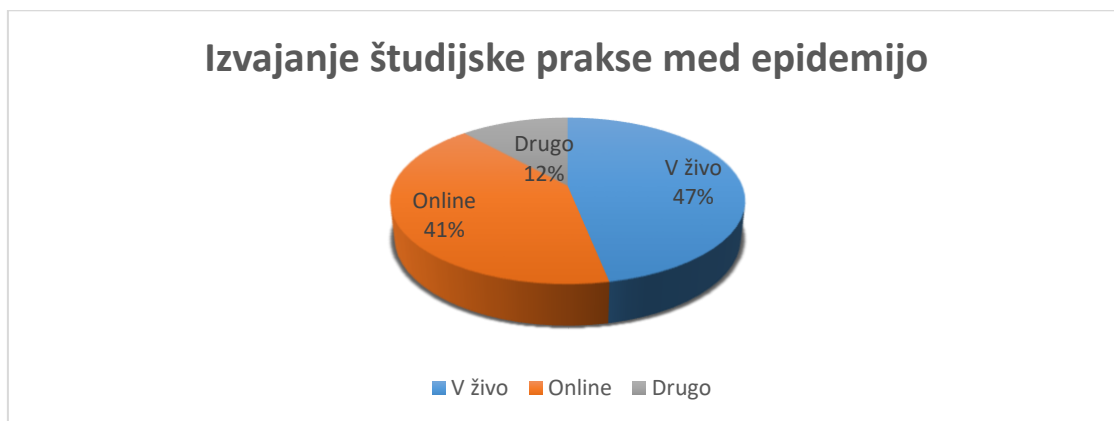
62 anketirancev je odgovorilo, da so izbrali skrb za telo, gibanje in spanje, 36 jih je odgovorilo, da so izbrali tehniko pravilnega dihanja, tehnike sproščanja je izbralo 27 anketirancev, samo dva sta izbrala trening socialnih spretnosti in 13 anketirancev je izbralo vaje izpostavljenosti sebe ogrožajočim socialnim situacijam. Sedem anketirancev je izbralo odgovor drugo, pri tem so trije odgovorili. Eden je povedal, da ne izbere tehnik samopomoči, da se situacijam izogne in je to njegov način spopadanja. Drugi je povedal, da ne uporablja nobenih tehnik, da se po navadi odmakne od ljudi in počaka, da najhujša anksioznost mine. Tretji pa je odgovoril z: "nič, bi pa morala".

Vprašanje 16, se je glasilo: "Ali si si ob pojavu socialne anksioznosti med epidemijo poiskal/-a pomoč?". Na vprašanje je odgovorilo 89 anketirancev, 19 od tega jih je odgovorilo z da, kar predstavlja 21,35 %, 70 anketirancev pa je odgovorilo z ne, kar je 78,65 %. Naslednje vprašanje se je navezovalo na 16., in sicer: "Če da, kje si poiskal/-a pomoč?". Pri tem je bilo 5 odgovorov, da so si poiskali strokovno pomoč, 19 pa, da so si poiskali laično pomoč, kot so neformalne mreže ipd.

Vprašanje 20 je spodbudilo študente, da zapišejo, s katerimi storitvami na področju duševnega zdravja med epidemijo Covid-19 so bili seznanjeni. Odgovori so bili: psihosocialne svetovalnice za študente, SOS telefon in drugi klicni centri, svetovanja s strani posamezne fakultete, CPM, Altra, prav tako so navedli, da so društva nudila pomoč.

4.5 ŠTUDIJSKA PRAKSA MED EPIDEMIJO COVID-19

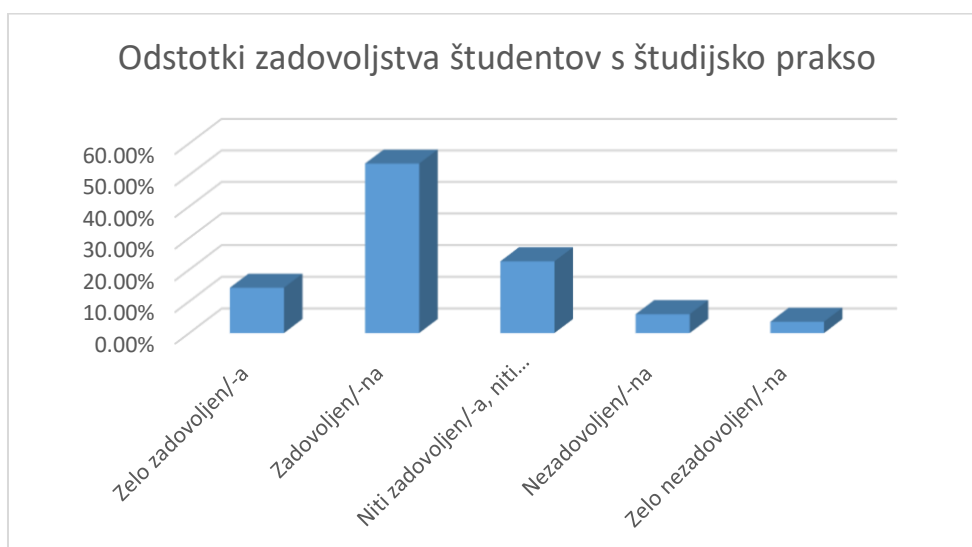
Vprašanje 22 je pri študentih preverilo, kako se je njihova študijska praksa izvajala med epidemijo. Na voljo so bili odgovori: v živo, online ali drugo, kjer so lahko študentje sami zapisali.



Slika 4.7: Izvajanje študijske prakse študentov med epidemijo Covid-19

52 jih je obkrožilo odgovor v živo, 46 jih je obkrožilo, da se je praksa izvajala online, 13 pa jih je obkrožilo drugo. Od teh 13 sta dva povedala, da se je študijska praksa preložila na pozneje, 11 od teh pa je zapisalo, da je bila kombinacija obeh.

Pri vprašanju 23 sem vprašala, kako so bili študentje zadovoljni s študijsko prakso med epidemijo. Na lestvici so označili svoj odgovor. Lestvica je segala od zelo zadovoljen/-a; zadovoljen/-na; niti zadovoljen/-a niti nezadovoljen/-na; nezadovoljen/-na do zelo nezadovoljen/-na.



Slika 4.8: Zadovoljstvo študentov s študijsko prakso

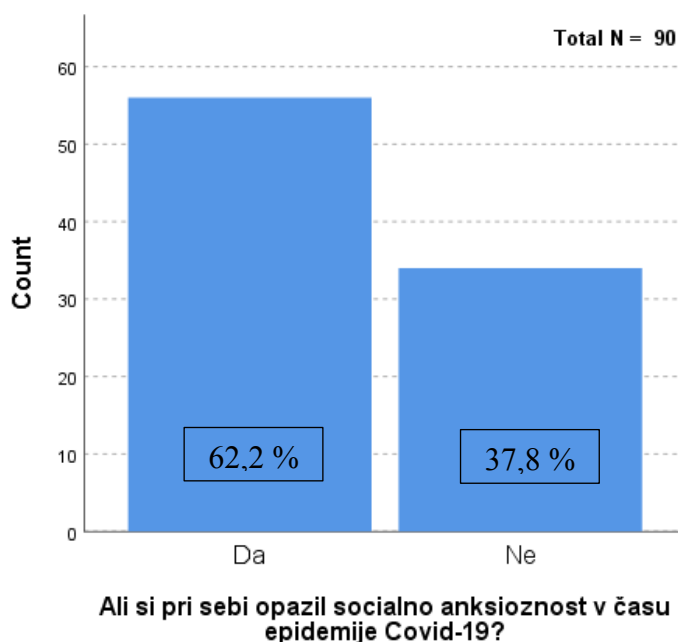
Na vprašanje je odgovorilo 84 anketirancev. 12 jih je odgovorilo z zelo zadovoljen/-a, kar predstavlja 14,29 %; kar 45 jih je odgovorilo z zadovoljen/-na, kar je 53,57 %. Niti zadovoljnih, niti nezadovoljnih je bilo 19 študentov, kar je 22,62 %, nezadovoljnih jih je bilo 5, kar je 5,95, trije pa so bili zelo nezadovoljni, kar je 3,57 %.

Vprašanje 26 je bilo odprtega tipa, in sicer se je glasilo: "Kaj bi bilo treba po svoji izkušnji s prakso spremeniti v socialnem delu v izrednih razmerah?" Prilagam nekaj odgovorov:

- "Večja odzivnost + ozaveščenost o stvareh, ki so ponujene – ljudje sploh ne vedo, kam se lahko obrnejo že na splošno, kaj šele v izrednih razmerah."
- "Potrebno bi bilo več zaposlenih, ki bi delale_i tudi preko spletnih platform, da bi delo potekalo nemoteno."
- "Potrebovali bi več socialnih delavk, da bi lahko vsem zagotovili pomoč, ki jo potrebujejo."
- "Biti bi morali bolj /živi/."
- "Povečati dostop ljudi do pomoči."
- "Imeti zakonsko pripravljene načine in postopke ukrepanja ob izredni situaciji, zato da se ve točno, kaj in kako ukrepati v trenutku (tudi ko gre se za nepoznano izredno situacijo)."
- "Se zavedati, da smo kader, ki lahko veliko prispeva. Menim, da se preveč držimo nazaj."
- "Socialni delavci bi morali svoj poklic zagovarjati in se truditi za delo v živo, kolikor je mogoče."
- "Iskati še več načinov za obdržanje stikov, predvsem fizičnih z uporabniki in res redno preverjanje, po telefonu, če to ni mogoče."
- "Več izobraževanja in učenja inovativnih pristopov in tehnik."

4.6 PREVERJANJE HIPOTEZ

H1: Vsaj 75 % študentov FSD je v času epidemije Covid-19 pri sebi opazilo socialno anksioznost.



Slika 4.9: Grafični prikaz deleža študentov, ki so v času epidemije Covid-19 opazili socialno anksioznost in deleža študentov, ki niso opazili (N = 90)

Osnovna statistika kaže, da je 56 študentov, to je 62,2 %, pri sebi opazilo socialno anksioznost v času epidemije Covid-19, medtem ko 34 študentov, kar je 37,8 %, o tem ne poroča.

One-Sample Binomial Test Summary	
Total N	90
Test Statistic	56,000 ^a
Standard Error	4,108
Standardized Test Statistic	-2,678
Asymptotic Sig.(1-sided test)	,004

a. The alternative hypothesis is that the proportion of records in the success group is less than the hypothesized success probability.

Tabela 4.3: Test deležev za raziskovalno hipotezo 1

Hipotezo 1 sem preverila s pomočjo neparametričnega testa deležev za en vzorec (angl. One Sample Binomial Test). Rezultati so sicer na vzorcu 90 študentov pokazali, da je p-vrednost

testa deležev enaka 0,004, kar pomeni, da je $p < 0,05$, zaradi česar sem ničelno hipotezo lahko ovrgla (testna statistika je 56,000). Torej je statistični test potrdil alternativno hipotezo, da je delež študentov FSD, ki so v času epidemije Covid-19 pri sebi opazili socialno anksioznost, večji od deleža tistih, ki je niso zaznali. Vendar pa distribucija odgovora kaže, da je ta delež 62,2 % in je manjši od predpostavljenega teoretičnega deleža 0,75 v hipotezi 1. Na podlagi dobljenih rezultatov hipoteze 1 ne morem potrditi in zaključujem, da je manj kot 75 % študentov v času epidemije Covid-19 pri sebi opazilo socialno anksioznost.

H2: Študentje so čutili več znakov socialne anksioznosti med epidemijo kot pred epidemijo.

Telesni znaki	NE (med)	DA (med)	Total
NE (pred)	291	82	373
DA (pred)	2	200	202
Total	293	282	575

Tabela 4.4: Seštevek frekvenc znakov socialne anksioznosti na telesni ravni

Čustveni znaki	NE (med)	DA (med)	Total
NE (pred)	208	148	356
DA (pred)	5	253	258
Total	213	401	614

Tabela 4.5: Seštevek frekvenc znakov socialne anksioznosti na čustveni ravni

Vedenjski znaki	NE (med)	DA (med)	Total
NE (pred)	310	132	442
DA (pred)	12	161	173
Total	322	293	615

Tabela 4.6: Seštevek frekvenc znakov socialne anksioznosti na vedenjski ravni

Kognitivni znaki	NE (med)	DA (med)	Total
NE (pred)	251	184	435
DA (pred)	6	175	181
Total	257	359	616

Tabela 4.7: Seštevek frekvenc znakov socialne anksioznosti na kognitivni ravni

	χ^2	df	Sig.
Telesni znaki	311,089	1	1,264
Čustveni znaki	210,689	1	9,718
Vedenjski znaki	199,088	1	3,303
Kognitivni znaki	155,489	1	1,095

Tabela 4.8: χ^2 -test za dva vzorca za spremenljivke telesni, čustveni, vedenjski in kognitivni znaki pred epidemijo in med njo

Pri analizi hipoteze 2 sem se osredotočila na telesne, čustvene, vedenjske in kognitivne znake socialne anksioznosti med študenti ter primerjala prisotnost znakov pred epidemijo in med epidemijo. Za vsako področje sem izvedla svoj χ^2 -test za dva vzorca, pri čemer sem najprej seštel frekvence pojavnosti posameznih simptomov na področju pred in med epidemijo in slednje združila v skupno tabelo. Ugotovila sem, da v času epidemije študentje niso občutili več znakov socialne anksioznosti kot pred epidemijo, saj je p-vrednost pri vseh spremenljivkah večja od 0,05, kar kaže na to, da spremenljivke pred epidemijo in med epidemijo niso statistično povezane. Na podlagi dobljenih rezultatov hipoteze 2 ne morem potrditi.

H3: Študentje so socialne stike v epidemiji pogosteje vzdrževali na daljavo (online, telefonski klici, sporočila itd.) kot v živo.

Vzdrževanje socialnih stikov s prijatelji v času epidemije Covid-19					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Online, prek telefonskih klicev, sporočil itd.	50	55,6	55,6	55,6
	V živo	40	44,4	44,4	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Tabela 4.9: Frekvenčna porazdelitev načinov vzdrževanja socialnih stikov med epidemijo Covida-19

Rezultati so pokazali, da je več študentov socialne stike v času epidemije pogosteje vzdrževalo online, preko telefonskih klicev, sporočil itd. (55,6 %) kot v živo (44,4 %).

One-Sample Chi-Square Test Summary	
Total N	90
Test Statistic	1,111 ^a
Degree Of Freedom	1
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,292

a. There are 0 cells (0%) with expected values less than 5.

The minimum expected value is 45.

Tabela 4.10: χ^2 -test za en vzorec za spremenljivko vzdrževanje socialnih stikov s prijatelji v času epidemije

Rezultati χ^2 testa za en vzorec so pokazali, da je p-vrednost enaka 0,292, kar pomeni, da je $p > 0,05$. Iz tega sledi, da hipoteze 3 ne morem potrditi in sprejemam ničelno hipotezo, da so študenti socialne stike v epidemiji vzdrževali na daljavo in v živo z enako verjetnostjo.

H4: Več študentov je socialne stike med epidemijo opredelilo kot manj kakovostne ali zelo nekovostne.

Anketiranci so na 5-stopenjski lestvici morali oceniti svoje stike s prijatelji v času epidemije Covid-19 od 1 – zelo nekovostni do 5 – zelo kakovostni. Hipotezo 4 sem preverila s pomočjo t-testa za en vzorec, pri čemer sem preverila, ali so odgovori študentov povprečno nižji od ocene 3, ki predstavlja nevtralno oceno (niti kakovostni socialni stiki niti nekovostni socialni stiki).

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Kako bi na lestvici od 1 do 5 ocenil/a svoje socialne stike s prijatelji/-cami med epidemijo od 1 - zelo nekovostni do 5 - zelo kakovostni	74	2,91	,830	,097

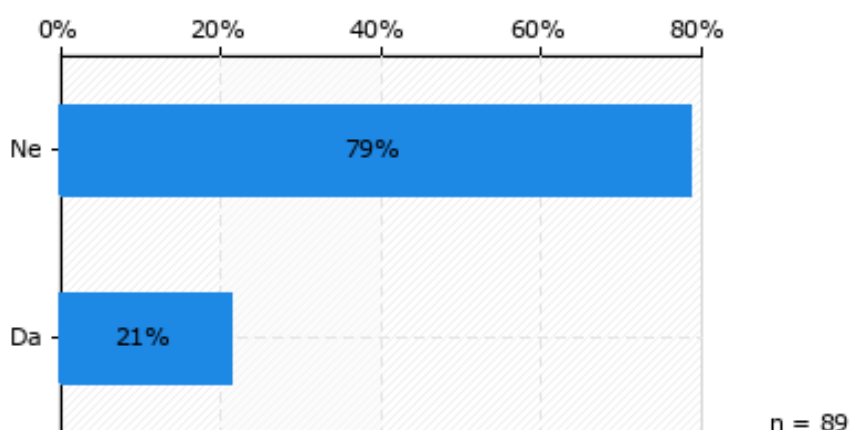
Tabela 4.11: Opisna statistika za oceno kakovosti socialnih stikov med epidemijo

One-Sample Test						
Test Value = 3						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Kako bi na lestvici od 1 do 5 ocenil/a svoje socialne stike s prijatelji/-cami med epidemijo od 1 - zelo neakovostni do 5 - zelo kakovostni	-,980	73	,330	-,095	-,29	,10

Tabela 4.12: T-test za en vzorec za spremenljivko ocena kakovosti socialnih stikov med epidemijo

Rezultati so pokazali, da je p-vrednost enostranskega testa enaka 0,165 ($0,330/2 = 0,165$), kar pomeni, da je $p > 0,05$ ($t = -0,980$). Na podlagi dobljenih rezultatov t-testa lahko zaključim, da je povprečna ocena socialnih stikov študentov enaka 3, kar pomeni, da v povprečju študenti svojih socialnih stikov v času epidemije ne ocenjujejo kot manj kakovostnih ali zelo neakovostnih, temveč imajo nevtralno držo glede kakovosti socialnih stikov v času epidemije. Na podlagi dobljenih rezultatov hipoteze 4 ne morem potrditi.

H5: Večina študentov si ni poiskala pomoči pri blaženju socialne anksioznosti.



Slika 4.10: Grafični prikaz deleža študentov, ki so v času epidemije Covid-19 ob pojavu socialne anksioznosti poiskali pomoč, in študentkov, ki pomoči niso poiskali

Ali si si ob pojavu socialne anksioznosti med epidemijo poiskal/-a pomoč?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ne	70	77,8	78,7	78,7
	Da	19	21,1	21,3	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	-1	1	1,1		
Total		90	100,0		

Tabela 4.13: Frekvenčna porazdelitev študentov, ki so ob pojavu socialne anksioznosti med epidemijo poiskali pomoč in tistih, ki niso

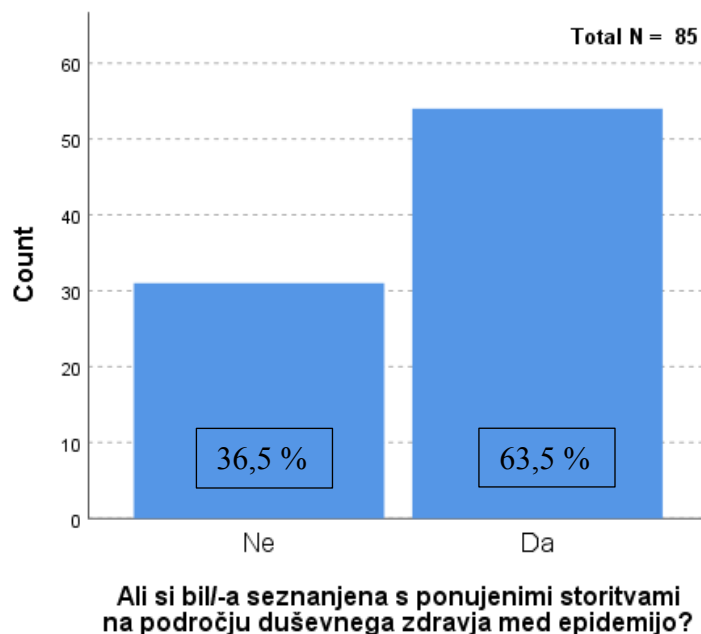
Osnovna statistika kaže, da si 78,7 % študentov, ki je odgovorilo na vprašanje 16, ob pojavu socialne anksioznosti v času epidemije Covid-19 ni poiskalo pomoči, medtem ko si 21,3 % študentov je poiskalo pomoč.

One-Sample Binomial Test Summary	
Total N	89
Test Statistic	19,000
Standard Error	4,717
Standardized Test Statistic	-5,300
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,000

Tabela 4.14: Test deležev za raziskovalno hipotezo 5

Hipotezo 5 sem preverila s pomočjo neparametričnega testa deležev za en vzorec, kjer so rezultati na vzorcu 89 študentov pokazali, da je p-vrednost testa deležev enaka 0,000, kar pomeni, da je $p < 0,05$, zaradi česar sem ničelno hipotezo lahko ovrgla (testna statistika je 19,000). Na podlagi dobljenih rezultatov lahko hipotezo 5 potrdim in lahko zaključim, da si večina študentov pri blaženju socialne anksioznosti med epidemijo ni poiskala pomoči.

H6: Študentje so v večini bili seznanjeni s ponujenimi storitvami na področju duševnega zdravja med epidemijo.



Slika 4.11: Grafični prikaz deleža študentov, ki so v času epidemije Covid-19 bili seznanjeni s storitvami na področju duševnega zdravja in deleža študentkov, ki z njimi niso bili seznanjeni (N = 85)

Osnovna statistika kaže, da je bilo 63,5 % študentov, ki so odgovorili na vprašanje 19, seznanjenih s ponujenimi storitvami na področju duševnega zdravja med epidemijo. Na drugi strani 36,5 % študentov poroča, da s tovrstnimi storitvami ni bila seznanjena.

One-Sample Binomial Test Summary	
Total N	85
Test Statistic	54,000
Standard Error	4,610
Standardized Test Statistic	2,386
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,017

Tabela 4.15: Test deležev za raziskovalno hipotezo 6

Hipotezo 6 sem prav tako preverila s pomočjo neparametričnega testa deležev za en vzorec, kjer so rezultati na vzorcu 85 študentov pokazali, da je p-vrednost testa deležev enaka 0,017, kar pomeni, da je $p < 0,05$, zaradi česar sem ničelno hipotezo lahko ovrgla (testna statistika je 54,000). Statistični test je potrdil alternativno hipotezo, da je delež študentov FSD, ki so v času

epidemije Covid-19 bili seznanjeni s storitvami na področju duševnega zdravja, večji od teoretičnega deleža 0,50. Na podlagi dobljenih rezultatov lahko hipotezo 6 potrdim, da so bili študentje v večini seznanjeni s ponujenimi storitvami na področju duševnega zdravja med epidemijo.

H7: Več študentov je imelo pozitivno izkušnjo z učinkovitim odzivanjem SD na izredne razmere kot z ne učinkovitim.

Anketiranci so na 5-stopenjski lestvici morali oceniti, kako učinkovito se je, po njihovi izkušnji s prakse, socialno delo odzivalo na izredne razmere, pri čemer je 1 pomenilo »zelo neučinkovito«, 2 – »neučinkovito«, 3 – »niti učinkovito niti neučinkovito«, 4 – »učinkovito« in 5 – »zelo učinkovito«. Hipotezo 7 sem preverila s pomočjo t-testa za en vzorec, pri čemer sem preverila, ali so odgovori študentov povprečno višji od ocene 3, ki predstavlja nevtralno oceno (niti učinkovito niti neučinkovito odzivanje socialnega dela na izredne razmere).

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Na lestvici od 1 do 5, kako učinkovito se je, po tvoji izkušnji s prakse, socialno delo odzivalo na izredne razmere.	83	3,35	,847	,093

Tabela 4.16: Opisna statistika za oceno študentov glede učinkovitosti odzivanja socialnega dela na izredne razmere

One-Sample Test						
Test Value = 3						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Na lestvici od 1 do 5, kako učinkovito se je, po tvoji izkušnji s prakse, socialno delo odzivalo na izredne razmere.	3,757	82	,000	,349	,16	,53

Tabela 4.17: T-test za en vzorec za spremenljivko ocena učinkovitosti odzivanja socialnega dela na izredne razmere

Rezultati so pokazali, da je p-vrednost t-testa za en vzorec enaka 0,000, kar pomeni, da je $p < 0,05$ ($t = 3,757$). Na podlagi dobljenih rezultatov lahko ničelno hipotezo zavrnem in zaključim, da se povprečna ocena zaznavanja učinkovitosti odzivanja socialnega dela na izredne razmere razlikuje od 3. Dobljeni rezultati so pokazali, da študenti glede na izkušnje s prakse ocenjujejo, da se je socialno delo na izredne razmere odzivalo bolj učinkovito kot neučinkovito. Povprečna ocena 3,35 nakazuje na to, da študenti ocenjujejo odzivanje socialnega dela kot pozitivno, in blizu učinkovitega. Na podlagi dobljenih rezultatov lahko hipotezo 7 potrdim.

H8: Večini študentov, ki so v epidemiji sami nudili pomoč, je ta vloga pomagala ublažiti lastno socialno anksioznost.

Študenti so morali na 5-stopenjski lestvici označiti, če je njihova vloga pomagajočega na praksi socialnega dela, ublažila njihovo socialno anksioznost, in sicer od 1 – ni ublažila do 5 – je zelo ublažila. Hipotezo 8 sem preverila s pomočjo t-testa za en vzorec, pri čemer sem preverila, ali so odgovori študentov povprečno višji od ocene 3, ki predstavlja nevtralno oceno (niti ni ublažila niti ni neublažila).

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Na lestvici od 1 do 5 označi, če je tvoja vloga pomagajočega na praksi socialnega dela, ublažila tvojo socialno anksioznost od 1 - ni ublažila do 5 - je zelo ublažila.	72	3,38	,895	,105

Tabela 4.18: Opisna statistika za oceno študentov glede ublažitve socialne anksioznosti med prakso

One-Sample Test						
	Test Value = 3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Na lestvici od 1 do 5 označi, če je tvoja vloga pomagajočega na praksi socialnega dela, ublažila tvojo socialno anksioznost od 1 - ni ublažila do 5 - je zelo ublažila.	3,555	71	,001	,375	,16	,59

Tabela 4.19: T-test za en vzorec za spremenljivko ocena študenta glede ublažitve socialne anksioznosti med prakso

Rezultati so pokazali, da je p-vrednost t-testa za en vzorec enaka 0,001, kar pomeni, da je $p < 0,05$ ($t = 3,555$). Na podlagi dobljenih rezultatov lahko ničelno hipotezo ovržem in zaključim, da se povprečna ocena študentov glede ublažitve socialne anksioznosti med nudenjem pomoči drugim na praksi razlikuje od vrednosti 3. Dobljeni rezultati so pokazali, da študenti v povprečju ocenjujejo, da jim je nudenje pomoči drugim med prakso pomagalo ublažiti lastno socialno anksioznost, saj je povprečna vrednost ocene višja od 3 (3,38). Na podlagi dobljenih rezultatov lahko hipotezo 8 potrdim in zaključim, da je študentom, ki so v času epidemije sami nudili pomoč, ta vloga pomagala ublažiti lastno socialno anksioznost.

5 RAZPRAVA

Namen moje diplomske naloge je bil ugotoviti stanje socialne anksioznosti med študenti Fakultete za socialno delo, predvsem med epidemijo Covid-19. Vprašanja so se mi porajala o tem, ali so študentje FSD seznanjeni s socialno anksioznostjo in ali so jo občutili pogosteje med epidemijo Covid-19. Zanimalo me je tudi, ali so si poiskali pomoč, če poznajo tehnike pomoči in ker sem v svojo raziskavo vključila samo študente FSD, sem lahko preverila, kakšne so njihove izkušnje z odzivom stroke socialnega dela med epidemijo Covid-19. Preveriti sem tudi želela, ali študijska praksa v obliki vloge pomagajočega morda pomaga pri blaženju socialne anksioznosti.

Pri mojem raziskovalnem delu je sodelovalo 90 študentov Fakultete za socialno delo. Kar 84 je bilo ženskega spola, 5 jih je bilo moškega in pod drugo sta se uvrstila dva študenta. Ta rezultat sem pričakovala, saj na Fakulteti za socialno delo prevladujejo študentje ženskega spola. Večina anketirancev je prihajala iz 4. letnika dodiplomskega študija, veliko več anketirancev pa je bilo še iz drugih letnikov dodiplomskega študija. Pri sami analizi spletnega vprašalnika sem opazila, da je veliko več študentov kliknilo na povezavo mojega vprašalnika, veliko jih je prišlo čez prva vprašanja, potem so pa odnehali. Menim, da jih je odvrnil moj obširni vprašalnik, ki je vzel lahko tudi več časa, če si želel celostno odgovoriti na vprašanja. Povprečen čas reševanja je bil 13 minut in 10 sekund, kar je nekoliko več, kot sem predvidevala v uvodu. Napovedala sem 10 minut. Z dobljenimi rezultati sem vseeno zadovoljna, saj sem dobila sliko stanja socialne anksioznosti med študenti Fakultete za socialno delo, prav tako pa sem z odprtimi vprašanji dobila še velik vpogled v mišljenja posameznika glede svoje socialne anksioznosti v tem trenutku, socialnih stikov, kaj so pogrešali pri online stikih in svojega mnenja o socialnem delu ter njegovem odzivanju na izredne razmere v času epidemije Covid-19.

Moj vzorec je bil sicer omejen le na študente ene fakultete, tako da bi v prihodnje vzorec lahko razširili vprašalnik na vsaj več fakultet po posameznih regijah. Prav tako so lahko rezultati tega vzorca drugačni od študentov drugih fakultet, saj učni proces študentov FSD, vključuje predmete o duševnem zdravju, tehnikah pomoči in jih pripravlja na soočenje s podobnimi situacijami. Spletni vprašalnik pa je primeren za številsko pridobivanje podatkov ter ugotavljanja količine/razsežnosti pojava med populacijo. Če bi pa želela še bolj poglobljeno ugotoviti pojav socialne anksioznosti med študenti pa bi tudi izvedla kvalitativno raziskavo, kjer bi lahko prišla do podatkov za ugotavljanje dejavnikov razvoja in doživljanje simptomov socialne anksioznosti ter subjektivnih načinov njihove regulacije.

Kar 78 % študentov je bilo dobro ali zelo dobro seznanjenih s socialno anksioznostjo. Raziskave sicer kažejo na to, da imajo mladi odrasli manj znanja o socialni anksioznosti. Prepoznavanje socialne anksioznosti mladih v Združenem kraljestvu, Avstraliji in ZDA znaša med 3 % in 28 % (Coles idr., 2016). Študentje FSD pa so po moji raziskavi dobro seznanjeni s socialno anksioznostjo.

Med epidemijo Covid-19 je pri sebi opazilo socialno anksioznost 56 študentov od 90. NIJZ je v svoji raziskavi dobil drugačne podatke, saj pravi, da so skoraj vsi študentje pri sebi opazili znake anksioznosti (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021a). Prav tako je v raziskavi med študenti, kjer so prevladovale ženske, ugotovil, da jih 23 % ni poročalo o simptomih anksioznosti. Ta podatek se bolj približa mojim ugotovitvam, kjer jih 37,8 % ni poročalo, da so pri sebi opazili socialno anksioznost. Prav tako so statistični testi analize zaznanih simptomov na telesni, čustveni, vedenjski in kognitivni ravni med epidemijo v primerjavi z obdobjem pred njo pokazali, da simptomi niso povezani s pojavom epidemije. Na podlagi teh rezultatov ne morem trditi, da so študentje čutili več znakov socialne anksioznosti med epidemijo kot pred njo. Ta rezultat si razlagam, da so na socialno anksioznost študentov morda vplivali drugi dejavniki, ki niso v povezavi z epidemijo. Diagnostični in statistični priročnik o duševnih motnjah navaja dejavnike, kot so temperament, okoljski dejavniki, genetski in fiziološki dejavniki (American Psychiatric Association, 2013, str. 205), Puklek Levpušek (2006, str. 28–33) pa navaja še samopredstavitvene težnje, negativna prepričanja in pomanjkanje socialnih veščin. Vsi ti so možni dejavniki, ki lahko sočasno vplivajo na socialno anksioznost posameznika. Za potrebe raziskovanja tega bi bila potrebna še dodatna raziskava.

O situacijah, v katerih so občutili socialno anksioznosti, so študentje FSD najpogosteje odgovorili v povezavi s šolanjem (Zoom predavanja), pri govornih nastopih, delo z novimi sošolci, delo v skupinah, prav tako ponoven stik z neznanimi ljudmi in ponovna vključitev v javnost. Puklek Levpušek (2006, str. 10) je podobno kot moje pridobitve navedla te situacije: biti v središču pozornosti (imeti govorni nastop), biti član velike skupine ali biti v središču pozornosti manjše skupine, nove situacije. Od simptomov, ki jih še študentje FSD opazijo. sedaj, se je najpogosteje pojavila rdečica, kar je po diagnostičnem priročniku eden izmed značilnih odzivov socialne anksiozne motnje (American Psychiatric Association, 2013, str. 204).

Študentje so stike med epidemijo vzdrževali tako online kot v živo. Študentje niso poročali, da bi karantena izključila komunikacijo v živo. Povprečno so študentje svoje stike ocenili niti za

kakovostne niti nekatere, s čimer so izrazili nevtrarno držo. Študija v Švici je prav tako pokazala pozitivno povezavo med uporabo telefona in vzdrževanjem socialnih mrež, sodelujoči v raziskavi so bili zadovoljni s kakovostjo prijateljevih vezi. Tudi raziskava v Avstriji kaže na to, da je imela komunikacija na daljavo pozitiven vpliv na počutje ljudi. Za anksioznost posameznika pa je uporaba pametnih telefonov za potrebe socialnih stikov, bolj škodljiva kot koristna (Stevic idr., 2022). A po rezultatih raziskave ne morem trditi, da obstaja povezava med socialno anksioznostjo in uporabo telefona za potrebe komunikacije. Glede na odprte odgovore, ki so mi študentje dali na vprašanje 14, kaj so pogrešali pri online stikih, je veliko odgovorov bilo vezanih na to, kakšne različne alternative druženja so izbrali in da niso opazili sprememb. To si razlagam, da so se študentje med epidemijo znašli, poiskali načine, kako se lahko še podružijo prek telefona in je hkrati to dobro vplivalo na njihove prijateljske vezi.

Večina študentov si ni poiskala pomoči pri socialni anksioznosti. Za pomoč se je odločilo 19 od 89 študentov, kar je 21,35 %. Od tega si je 5 oseb poiskalo strokovno pomoč, 19 pa jih je odgovorilo, da si je pomoč poiskalo laično, pri neformalnih mrežah. Podobno navaja raziskava NIJZ, da si je med epidemijo Covid-19 za svoje stiske poiskalo pomoč 56 % anketiranih študentov. Najpogosteje pa so pomoč našli na spletu ali s pogovori s svojimi bližnjimi (Gabrovec, Selak, Crnkovič, Cesar in Šorgo, 2021, str. 95–103). Rezultati moje raziskave kažejo na to, da se je malo študentov odločilo za pomoč, predvsem pa tudi strokovno. Čeprav je večina študentov bila seznanjena s ponujenimi storitvami na področju duševnega zdravja. Navajali so: psihosocialne svetovalnice za študente, SOS telefon in druge klicne centre, svetovanja s strani posamezne fakultete, CPM, Altra, prav tako so navedli, da so društva nudila pomoč. NIJZ (2021b) še navaja zdravstvene domove in društva, kot so društva psihologov, humanitarno organizacijo Ozara Slovenija in zvezo mladine prijateljev. Tako mislim, da seznanjenost s pomočjo ni bila ovira, bolj so razlogi skriti v posameznikih, zakaj se niso odločili poiskati pomoči.

Študijska praksa med epidemijo se je izvajala online (41 %) in v živo (47 %), nekaj pa jih je poročalo, da se je praksa preložila na pozneje ali se izvajala kombinirano. Leskošek in Mešl (b. d.) poročata, da se je delo stroke socialnega dela moralo vzpostaviti na online, kjer so prek pametnih naprav ohranjali stike in opravljali velike večine dela. Sodelovanje je bilo tako oteženo. Vsaj polovica študentov, sodelujočih v moji raziskavi, je bila s prakso zadovoljna ali zelo zadovoljna. Konkretnije, 57 od 84 jih je bilo zelo zadovoljnih ali zadovoljnih s študijsko prakso, kar predstavlja 67 %. Prav tako je testiranje hipoteze o učinkovitosti odzivanja

socialnega dela na izredne razmere pokazalo, da študentje na podlagi svojih izkušenj s prakse ocenjujejo, da se je socialno delo odzivalo učinkovito, kar lahko vpliva na zadovoljstvo.

Študentje so podali tudi predloge, kaj bi bilo po njihovih izkušnjah treba spremeniti v socialnem delu v izrednih razmerah. Nekaj odgovorov se je nanašalo na to, da bi potrebovali več delovne sile, torej več socialnih delavk. Podobno se je pokazalo tudi v raziskavi Sobočan (2021), v kateri je sodelovala s socialnimi delavkami med epidemijo, kjer so tudi opazile, da so morale opravljati več nalog in se prav tako soočale z izčrpanostjo. Predlogi študentov FSD so se vezali tudi na zakonsko uredbo, in sicer, da bi morali imeti zakonsko pripravljene ukrepe pri izrednih situacijah. Povedali so še, naj se zavedamo, da smo kader, ki veliko prispeva. Tudi socialne delavke iz raziskave, o kateri poroča Sobočan, menijo, da stroka socialnega dela ni bila vključena v načrtovanje ukrepov, da se jih ni poslušalo, spoštovalo, saj tudi menijo, da bi bilo to lahko ključno za izbiro ustrežnejše pomoči ljudem. Največ odgovorov mojih anketirancev pa se je vezalo na izvajanje socialnega dela v živo. Veliko študentov je menilo, da bi se moral povečati dostop ljudi do pomoči in da bi se morali truditi za delo v živo. Lekošek in Mešl (b. d.) sicer poročata o pomembnih razlikah med prvim in drugim valom epidemije, saj so se v drugem valu začeli zavedati pomembnosti osebne stika, če pa to ni bilo mogoče pa so pogostejše stik vzdrževali prek telefona in videoklicev, in sicer pogostejše kot v prvem valu. Študentje so v moji raziskavi ocenili odzivanja socialnega dela kot pozitivno izkušnjo, z učinkovitim odzivanjem socialnega dela na izredne razmere

Navsezadnje so študentje poročali, da jim je vloga pomagajočega pomagala ublažiti lastno socialno anksioznost. Dossey (2018) prav tako ugotavlja, prek veliko znanstvenih del, da vloga pomagajočega daje veliko pozitivnih učinkov na telo in um. Pri tem je pomembno omeniti koristi, kot so večja samozavest, manj depresije, nižja stopnja stresa in več sreče, kar lahko pomembno vpliva na zmanjšanje socialne anksioznosti. Ob tem bi se rada navezala na podatke zgoraj, ki so kazali, da ni bilo razlik o zaznani socialni anksioznosti med in pred epidemijo. Morda je ravno vloga pomagajočega pomagala študentom Fakultete za socialno delo, razbremeniti svojo socialno anksioznost med epidemijo.

6 SKLEPI

Skozi svoje diplomsko delo sem ugotovila naslednji:

- Študentje FSD so dobro seznanjeni s socialno anksioznostjo.
- Malo več kot polovica študentov FSD je v času epidemije Covid-19 opazila pri sebi socialno anksioznost.
- Študentje FSD znakov socialne anksioznosti niso čutili pogosteje med epidemijo kot pred njo.
- Svoje socialne stike so vzdrževali tako v živo kot online.
- Online stike študentje FSD ne ocenjujejo kot manj ali zelo neakovostne.
- Ob pojavu simptomov socialne anksioznosti si večina študentov FSD ni poiskala pomoči.
- Študentje FSD so bili seznanjeni s ponujenimi storitvami na področju duševnega zdravja.
- Študentje FSD so bili s študijsko prakso zadovoljni.
- Študentje FSD so odzivanje socialnega dela na epidemijo Covid-19 ocenili kot učinkovito.
- Vloga pomagajočega v času epidemije je študentom FSD pomagala ublažiti lastno socialno anksioznost.

7 PREDLOGI

Moj predlog bi bil, da bi se podobna raziskava izvedla na veliko večji populaciji študentov, zdaj je vzorec bil res omejen zgolj na študente Fakultete za socialno delo. Raziskava bi lahko pokazala posledice epidemije Covid-19.

Glede na to, da je raziskava pokazala, da so študentje med epidemijo občutili socialno anksioznost in si pri tem niso poiskali pomoči, bi morali razmisliti o različnih oblikah pomoči, ki bi jim jih lahko zagotovili. Pri tem predlagam razne delavnice, ne samo na fakultetah, ampak tudi na drugih visokošolskih programih, srednjih šolah in osnovnih šolah. Predlagala bi kakšne kampanje prek socialnih omrežij, kjer se nahaja velika populacija študentov. Razmisliti bi bilo treba o možnih oblikah pomoči online, če se epidemija spet pojavi in si ustvariti neke nove smernice, ki se lahko ob izrednih razmerah, v novodobni družbi, uporabijo. Prav tako bi morda bilo smiselno zastaviti delavnice na temo govornega nastopa, anksioznosti v šolskih ustanovah, saj je po odgovorih anketirancev to situacija, ki sproži občutke socialne anksioznosti.

Za socialno delo bi po predlogih študentov predlagala, da si te nove prakse, ki so se v epidemiji izkazale kot dobre, ustvarijo kot nov način dela in da se tako lahko pripravijo, na nove izredne razmere. Študentje so predlagali, da naj stroka socialnega dela ostaja aktivna in naj se trudijo ostati čim bolj "med ljudmi".

8 UPORABLJENA LITERATURA

Alonzi, S., La Torre, A. & W. Silverstein, M. (2020). The Psychological Impact of Preexisting Mental and Physical Health; Conditions During the COVID-19 Pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 122, 236–238.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association.

Brooks, K. S., Webster, K. R., Smith, E. L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, J. G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Pridobljeno 10. 10. 2022 s <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930460-8>

Bruch, M. A. & Heimber, R. G. (1994). Differences in perceptions of parental and personal characteristics between generalized and nongeneralized social phobics. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 155–168.

Coles, M. E., Ravid, A., Gibb, B., George-Denn, D., Bronstein, L. K. & McLeod, S. (2016). Adolescent Mental Health Literacy: Young People's Knowledge of Depression and Social Anxiety Disorder. *Journal of Adolescent Health*, 58(1), 57–62.

Conrad, R. C., Hahm, H. C., Koire, A., Pinder-Amakaer, S. & in Liu, C. H. (2021). College student mental health risks during the COVID-19 pandemic: Implications of campus relocation. *Journal of Psychiatric Research*, 136, 117–126.

Crozier, W. R., & Alden, L. E. (2009). *Coping with Shyness and Social Phobia: A guide to Understanding and Overcoming Social Anxiety*. London: Oneworld Publications.

Duštvo DAM (2011). *Orodje za anksiozne motnje: informacije in načini za učinkovito spopadanje z anksioznostjo in anksioznimi motnjami* [pdf]. Pridobljeno 5. 10. 2022 s https://www.karakter.si/media/1243/orodje_anksiozne_motnje-3.pdf

Dernovšek, & Valič. (2011). *Anksioznost: pomoč pri spoprijemanju z anksiozno motnjo*. Ljubljana: Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami.

Dossey, L. (2018). The Helper's High. *Explore*, 14(6), 393–399.

Elmer, Y., Mepham, K. & Stadtfeld, C. (2020). Students under lockdown: Comparisons of students' social networks and mental health before and during the COVID-19 crisis in

Switzerland. *Plos one*, 15 (7). Pridobljeno 10. 10. 2022 s <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0236337>

Gril, A. & Šeme, M. (2021). Vloga socialnega dela v izrednih razmerah. *Socialno delo*, 60, 201–218.

Gabrovec, B., Selak, Š., Crnkovič, N., Cesar, K. & Šorgo, A. (2021). *Raziskava o doživljanju epidemije Covid-19 med študenti: poročilo o opravljeni raziskavi*. Pridobljeno 6. 10. 2022 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/splosno_porocilo_o_opravljeni_raziskavi_-_raziskava_o_dozivljanju_epidemije_covid-19_med_studenti.pdf

Holmes, J. (1993). *John Bowlby and Attachment theory*. New York: Routledge.

Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M., & Roškar, S. (ur.) (2009). *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Jefferies P. & Ungar M. (2020). Social anxiety in young people: A prevalence study in seven countries. *PLoS ONE* 15(9). Pridobljeno 1. 11. 2022 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7498107/pdf/pone.0239133.pdf>

Kagan, J., Reznick, J. S. & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240, 167.

Kavčič, V. & Podlesek, A. (2020). Samoocena anksioznosti med epidemijo COVID-19 v Sloveniji. V Lep, Ž., & Hacin Beyazoglu, K. (ur.). *Psihologija pandemije- posamezniki in družba v času koronske krize* (str. 105–116). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.

Lep, Ž. (2020). Psihologija in COVID-19: namesto zaključka pogled naprej. V Lep, Ž., & Hacin Beyazoglu, K. (ur.). *Psihologija pandemije- posamezniki in družba v času koronske krize* (str. 219–241). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.

Lep, Ž. & Zupančič, M. (2020). Zdaj pa še korona: skrbi mladih na prehodu v odraslost v času tveganj, povezanih z epidemijo COVID-19. V Lep, Ž., & Hacin Beyazoglu, K. (ur.). *Psihologija pandemije- posamezniki in družba v času koronske krize* (str. 68–78). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.

Leskošek, V. & Mešl, N. (b. d.). *Odzivi socialnih delavk in delavcev na epidemijo COVID-19: predstavitev preliminarne rezultate raziskave*. Pridobljeno 12. 10. 2022 s

https://dsdds.splet.arnes.si/files/2021/03/Nina_Odzivi-socialnih-delavk-in-delavcev-na-epidemijo-COVID-19.pptx-3.pdf

Leskošek, V. & Mešl, N. (2020): Slovenia. V L. Dominelli, T. Harrikari, J. Mooney, V. Leskošek & E. Kennedy Tsunoda (ur.), *Covid-19 and Social Work: a collection of country reports* (str. 100–110). Pridobljeno 12. 10. 2022 s <https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2020/07/IASSW-COVID-19-and-Social-Work-Country-Reports-Final-1.pdf>

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2021b). *Strokovnjaki s področja duševnega zdravja v času epidemije COVID-19 na voljo za razbremenilne pogovore*. Pridobljeno 10. 10. 2022 s <https://www.nijz.si/sl/strokovnjaki-s-podrocja-dusevnega-zdravja-v-casu-epidemije-koronavirusa-na-voljo-za-brezplacne>

Nacionalni inštitut za zdravje. (b. d.). Pridobljeno 15. 9. 2022 s <https://www.nijz.si/sl/podrocja-dela/moj-zivljenjski-slog/dusevno-zdravje>

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2021a). *Izsledki raziskave za oceno potreb po psihosocialni podpori med epidemijo Covida-19*. Pridobljeno 5. 10. 2022 s <http://www.dps.si/wp-content/uploads/2021/03/Izsledki-raziskave-za-oceno-potreb.pdf>

National Collaborating Centre for Mental Health (2013). *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment*. London: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.

Ollendick, T. H., Benoit, K. E. & Grills-Tauchel, A. E. (2014). Social Anxiety Disorder in Children and Adolescents. V Weeks, J. W. (ur.), *The Wiley Blackwell handbook of social anxiety disorder* (str. 181–201). Velika Britanija: John Wiley & Sons.

Podlogar, N., Žerak, U., Lišić, A., Lavrih, L., Fricelj, N. & Jurišević, M. (2020). Pogledi in izkušnje študentov pedagoških smeri o študiju na daljavo v času epidemije COVID-19. V Lep, Ž., & Hacin Beyazoglu, K. (ur.). *Psihologija pandemije- posamezniki in družba v času koronske krize* (str. 205–216). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.

Puklek Levpušček, M. (2006). *Socialna anksioznost v otroštvu in mladostništvu: razvojni, šolski in klinični vidiki*. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete.

Slovar slovenskega knjižnega jezika. (b. d.). Pridobljeno 5. 10. 2022 s https://www.fran.si/iskanje?FilteredDictionaryIds=130&View=1&Query=*epidemija

Schlenker, I. G. & Leary, M. R. (1982). Social Anxiety and self-presentation: A conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92, 641–669.

Sobočan, A. (2021). Čas pandemije in izzivi socialnega dela v Sloveniji in po svetu. *Družboslovne razprave*, XXXVII (2021), 96–97, 79–97. Pridobljeno 10. 10. 2022 s <https://www.sociolosko-drustvo.si/wp-content/uploads/2021/09/DR96-97-Sobocan-WEB.pdf>

Stevic, A., Koban, K., Binder, A. & Matthes, J. (2022). You are not alone: Smartphone use, friendship satisfaction, and anxiety during the COVID-19 crisis. *Mobile Media & Communication*, 10, 294–315. Pridobljeno 10. 10. 2022 s <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/20501579211051820>

Študentska organizacija Slovenije (2020a). *Odprto pismo Študentske organizacije Slovenije pristojnim ministrstvom in Vladi Republike Slovenije glede ukrepov pomoči študentom v času epidemije*. Pridobljeno 5. 10. 2022 s <https://www.studentska-org.si/odprto-pismo-studentske-organizacije-slovenije-pristojnim-ministrstvom-vladi-republike-slovenije-glede-ukrepov-pomoci-studentom-v-casu-epidemije/>

Študentska organizacija Slovenije (2020b). *Novinarska konferenca: študenti v času epidemije COVID-19*. Pridobljeno 10. 10. 2022 s <https://www.studentska-org.si/sporocilo-za-javnost-studenti-v-casu-epidemije-covid-19/>

Študentska organizacija Slovenije (2021). *Alarmantni podatki o duševnih stiskah mladih v času epidemije COVID-19*. Pridobljeno 10. 10. 2022 s <https://www.studentska-org.si/alarmanntni-podatki-o-dusevni-stiskah-mladih-v-casu-epidemije-covid-19/>

Zbornica kliničnih psihologov Slovenije (2020). *Sporočilo za medije: Vedite se varno, prekinite fizične stike z drugimi ljudmi ter kljub temu ohranite medsebojno povezanost in skrb za sočloveka*. Pridobljeno 10. 10. 2022 s <http://klinikna-psihologija.si/wp-content/uploads/2020/03/klinicni-psihologi-mediji-covid-spletna-stran.pdf>

Zupančič, M. (1996). *Izbrane teme iz predmeta razvojna psihologija II*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.

Webster, D., Dunne, L. & Hunter, R. (2021). Association Between Social Networks and Subjective Well-Being in Adolescents: A Systematic Review. *Youth & Society*, 53(2), 175–210.

Westenberg P. M., Drewes, M. J., Goedhart, A. W., Siebelink, B. M. & Treffers, P. D. A. (2004). A developmental analysis of self-reported fears in late childhood through mid-adolescence: social-evaluative fears on the rise?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 481–495.

Wittchen, H. U., Stein, M. B. & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*, 29, str. 309–323.

World Health Organization (2020). *Origin of SARS-CoV-2*. Pridobljeno 5. 10. 2022 s <https://www.who.int/publications/i/item/origin-of-sars-cov-2>

World Health Organisation (2022). Mental Health: Strengthening Our Response. Pridobljeno 15. 9. 2022 s <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.

Xinfeng, T., Qiwen, L., Fangton, C., Hui, T., Xiencheng, S. & Suqin, T. (2022). Prevalence of social anxiety disorder and symptoms among Chinese children, adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*. Pridobljeno 1. 11. 2022 s <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.792356/full#B20>

9 PRILOGE

9.1 ANKETNI VPRAŠALNIK

Socialna anksioznost študentk in študentov Fakultete za socialno delo med epidemijo Covid-19

Vprašalnik

Kratko ime ankete: Diploma

Število vprašanj: 27

Pozdravljeni, sem Sara Vogrin, študentka fakultete za socialno delo in letos zaključujem svoj študij na dodiplomski stopnji. Za namene raziskave, ki jo bom opravila v svoji diplomski nalogi, te vabim, da rešiš mojo anketo na temo socialna anksioznost študent in študentov Fakultete za socialno delo med epidemijo Covid-19. Anketa je anonimna in prostovoljna, podatke bom uporabila izključno za potrebe diplomskega dela. Anketa bo vzela nekje 10 minut časa. Za sodelovanje se vam že vnaprej zahvaljujem. :)

Q1 - 1. V kateri letnik ste vpisani, v letošnjem študijskem letu 2021/22, na 1. ali 2. stopnji?

Možnih je več odgovorov

- ☐ 1. letnik dodiplomskega študija
- ☐ 2. letnik dodiplomskega študija
- ☐ 3. letnik dodiplomskega študija
- ☐ 4. letnik dodiplomskega študija
- ☐ Dodatno leto po 1. stopnji
- ☐ 1. letnik podiplomskega študija
- ☐ Dodatno leto po 2. stopnji

Q2 - Spol

Možnih je več odgovorov

☐ Ženska

☐ Moški

☐ Drugo:

Q3 - Zapišite svojo starost.

Q4 - Koliko si seznanjen/a s socialno anksioznostjo?

Možnih je več odgovorov

☐ Zelo dobro sem seznanjen/a

☐ Dobro sem seznanjen/a

☐ Malo sem seznanjen/a

☐ Sploh nisem seznanjen/a

Q5 - Ali si pri sebi opazil/a socialno anksioznost v času epidemije Covid-19?

Možnih je več odgovorov

☐ Da

☐ Ne

Q6 - Če da, označi katere telesne znake, si doživil/a pred ali med epidemijo.

	Pred epidemijo		Med epidemijo	
	Ne	Da	Ne	Da
Zardevanje	☐	☐	☐	☐
Pospešeno bitje srca	☐	☐	☐	☐

Tresenje rok ali glasu	☐	☐	☐	☐
Suha usta	☐	☐	☐	☐
Prebavne težave	☐	☐	☐	☐
Mišična napetost	☐	☐	☐	☐
Oblivanje vročine ali mrazu	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

Q7 - Katera čustvene znake si doživljal/a, pred ali med epidemijo.

	Pred epidemijo		Med epidemijo	
	Ne	Da	Ne	Da
Nelagodje	☐	☐	☐	☐
Tesnobnost	☐	☐	☐	☐
Napetost, vznemirjenost	☐	☐	☐	☐
Zadrega	☐	☐	☐	☐
Sram	☐	☐	☐	☐
Razdražljivost	☐	☐	☐	☐
Krivda	☐	☐	☐	☐

Q8 - Katere vedenjske znake si doživljal/a, pred ali med epidemijo.

	Pred epidemijo		Med epidemijo	
	Ne	Da	Ne	Da
Govorna zadržanost (težko povem tekoče celo misel)	☐	☐	☐	☐
Molčečnost	☐	☐	☐	☐
Zaprta drža telesa (občutek kot da "lezem vase")	☐	☐	☐	☐
Napetost, togost udov pri gibanju	☐	☐	☐	☐
Pasivnost (neodzivnost) v stiku z drugimi	☐	☐	☐	☐
Izogibanje očesnemu stiku	☐	☐	☐	☐
Umik iz situacije	☐	☐	☐	☐

Q9 - Katere kognitivne znake si doživljal/a, pred ali med epidemijo.

	Pred epidemijo		Med epidemijo	
	Ne	Da	Ne	Da
Raztresenost	☐	☐	☐	☐
Težave s koncentracijo (težko se zberem)	☐	☐	☐	☐
Težave pri učenju (ne vem kaj berem, se učim)	☐	☐	☐	☐

Težave s spominom	☐	☐	☐	☐
Samoobtožujoče misli	☐	☐	☐	☐
Misli o lastni nekompetentnosti (misel, da ne znam, nisem sposoben)	☐	☐	☐	☐
Odtujenost iz situacije (kot da nisem prisoten)	☐	☐	☐	☐

Q10 - V katerih situacijah si pogosto občutil/a znake socialne anksioznosti med epidemijo?

Q11 - Ali katere znake socialne anksioznosti občutiš še sedaj? Če da, katere? V katerih situacijah pogosteje?

Q12 - Kako si vzdrževal/a socialne stike s prijatelji/-cami med epidemijo?

Možnih je več odgovorov

☐ "Online", prek telefonskih klicev, sporočil itd.

☐ V živo

☐ Drugo:

Q13 - Kako bi na lestvici od 1 do 5 ocenil/a svoje socialne stike s prijatelji/-cami med epidemijo?

Zelo neakovostni-1- 2- 3- 4 -5- zelo kakovostni. ____

Q14 - Kaj si pogrešal/-a pri "online" stikih?

Q15 - Kako si sam/-a pomagaš, ko občutiš socialno anksioznost? Označi, če si uporabil/-a katero od navedenih tehnik obvladovanja socialne anksioznosti.

Možnih je več odgovorov

- ☐ Skrb za telo, gibanje, spanje
- ☐ Pravilno dihanje
- ☐ Tehnike sproščanja
- ☐ Trening socialnih spretnosti
- ☐ Vaje izpostavljenosti sebe ogrožajočim socialnim situacijam
- ☐ Drugo:

Q16 - Ali si si ob pojavu socialne anksioznosti med epidemijo poiskal/-a pomoč?

Možnih je več odgovorov

- ☐ Da
- ☐ Ne

Q17 - Če da, kje si poiskal/-a pomoč?

Možnih je več odgovorov

- ☐ Poiskal/-a sem si strokovno pomoč
- ☐ Poiskal/-a sem si laično pomoč (neformalne mreže itd.)

Q18 - Kako ti je poiskana oblika pomoči pomagala pri blaženju socialne anksioznosti?

Možnih je več odgovorov

- ☐ Izbrana oblika pomoči mi je zelo ublažila socialno anksioznost
- ☐ Izbrana oblika pomoči mi je nekoliko ublažila socialno anksioznost
- ☐ Izbrana oblika pomoči mi ni ublažila socialne anksioznosti

Q19 - Ali si bil/-a seznanjena s ponujenimi storitvami na področju duševnega zdravja med epidemijo?

Možnih je več odgovorov

☐ Da

☐ Ne

Q20 - S katerimi storitvami si bil/-a seznanjen/-a?

Q21 - Kje si opravljal/-a študijsko prakso med epidemijo Covid-19?

Q22 - Kako se je tvoj/-a študijska praksa izvajala med epidemijo?

Možnih je več odgovorov

☐ V živo

☐ Online

☐ Drugo:

Q23 - Kako si bil/-a zadovoljna s študijsko prakso med epidemijo?

Možnih je več odgovorov

☐ Zelo zadovoljen/-a

☐ Zadovoljen/-na

☐ Niti zadovoljen/-a, niti nezadovoljen/-na

☐ Nezadovoljn/-na

☐ Zelo nezadovoljen/-na

Q24 - Na lestvici od 1 do 5, kako učinkovito se je, po tvoji izkušnji s prakse, socialno delo odzivalo na izredne razmere.

Možnih je več odgovorov

☐ 1- Zelo neučinkovito

☐ 2- Ne učinkovito

☐ 3- Niti učinkovito, niti neučinkovito

☐ 4- Učinkovito

☐ 5- Zelo učinkovito

Q25 - Prosim, pojasni svojo oceno učinkovitosti socialnega dela med epidemijo.

Q26 - Kaj bi bilo potrebno, po svoji izkušnji s prakso, spremeniti v socialnem delu v izrednih razmerah?

Q27 - Na lestvici označi, če je tvoja vloga pomagajočega na praksi socialnega dela, ublažila tvojo socialno anksioznost? Vloga pomagajočega ni blažila -1 2 3 4 5- Vloga pomagajočega je zelo blažila _____

9.2 TABELE IZRAČUNOV

Socialna anksioznost pri študentih

Q4	Koliko si seznanjen/a s socialno anksioznostjo?				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
Q4a	Zelo dobro sem seznanjen/a				
	0	71	29%	79%	79%
	1	19	8%	21%	100%
Veljavni	Skupaj	90	37%	100%	
Q4b	Dobro sem seznanjen/a				
	0	42	17%	47%	47%
	1	48	20%	53%	100%
Veljavni	Skupaj	90	37%	100%	
Q4c	Malo sem seznanjen/a				
	0	67	28%	74%	74%
	1	23	10%	26%	100%
Veljavni	Skupaj	90	37%	100%	
Q4d	Sploh nisem seznanjen/a				
	0	89	37%	99%	99%
	1	1	0%	1%	100%
Veljavni	Skupaj	90	37%	100%	

Q5	Ali si pri sebi opazil/a socialno anksioznost v času epidemije Covid-19?				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
Q5a	Da				
	0	34	14%	38%	38%
	1	56	23%	62%	100%
Veljavni	Skupaj	90	37%	100%	
Q5b	Ne				
	0	56	23%	62%	62%
	1	34	14%	38%	100%
Veljavni	Skupaj	90	37%	100%	

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The categories defined by Ali si pri sebi opazil socialno anksioznost v času epidemije Covid-19? = (Da) and (Ne) occur with probabilities ,750 and ,250.	One-Sample Binomial Test	,004	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,050.

Q6	Če da, označi katere telesne znake, si doživil/a pred ali med epidemijo.											
	Podvprašanja	Pred epidemijo					Med epidemijo					
		Ne	Da	Skupaj	Povprečje	Std. odklon	Ne	Da	Skupaj	Povprečje	Std. odklon	Št. enot
Q6a_1	Zardevanje	44	39	83	1,5	0,5	41	41	82	1,5	0,5	241
		53%	47%	100%			50%	50%	100%			
Q6b_1	Pospešeno bitje srca	36	47	83	1,6	0,5	24	58	82	1,7	0,5	241
		43%	57%	100%			29%	71%	100%			
Q6c_1	Tresenje rok ali glasu	54	29	83	1,3	0,5	32	51	83	1,6	0,5	241
		65%	35%	100%			39%	61%	100%			
Q6d_1	Suha usta	55	27	82	1,3	0,5	49	34	83	1,4	0,5	241
		67%	33%	100%			59%	41%	100%			
Q6e_1	Prebavne težave	64	19	83	1,2	0,4	52	30	82	1,4	0,5	241
		77%	23%	100%			63%	37%	100%			
Q6f_1	Mišična napetost	61	21	82	1,3	0,4	45	38	83	1,5	0,5	241
		74%	26%	100%			54%	46%	100%			
Q6g_1	Oblivanje vročine ali mrazu	60	22	82	1,3	0,4	52	31	83	1,4	0,5	241
		73%	27%	100%			63%	37%	100%			

Q7	Katera čustvene znake si doživil/a, pred ali med epidemijo.											
	Podvprašanja	Pred epidemijo					Med epidemijo					
		Ne	Da	Skupaj	Povprečje	Std. odklon	Ne	Da	Skupaj	Povprečje	Std. odklon	Št. enot
Q7a_1	Nelagodje	40	48	88	1,5	0,5	20	68	88	1,8	0,4	241
		45	55	100			23	77	100			
		%	%	%			%	%	%			
Q7b_1	Tesnobnost	58	30	88	1,3	0,5	25	63	88	1,7	0,5	241
		66	34	100			28	72	100			
		%	%	%			%	%	%			
Q7c_1	Napetost, vznemirjenost	49	39	88	1,4	0,5	26	61	87	1,7	0,5	241
		56	44	100			30	70	100			
		%	%	%			%	%	%			
Q7d_1	Zadrega	46	42	88	1,5	0,5	31	56	87	1,6	0,5	241
		52	48	100			36	64	100			
		%	%	%			%	%	%			
Q7e_1	Sram	48	40	88	1,5	0,5	32	56	88	1,6	0,5	241
		55	45	100			36	64	100			
		%	%	%			%	%	%			
Q7f_1	Razdražljivost	53	35	88	1,4	0,5	33	55	88	1,6	0,5	241
		60	40	100			38	63	100			
		%	%	%			%	%	%			
Q7g_1	Krivda	63	25	88	1,3	0,5	46	42	88	1,5	0,5	241
		72	28	100			52	48	100			
		%	%	%			%	%	%			

Q9	Katere kognitivne znake si doživljal/a, pred ali med epidemijo.											
	Podvprašanja	Pred epidemijo					Med epidemijo					
		Ne	Da	Skupaj	Povprečje	Std. odklon	Ne	Da	Skupaj	Povprečje	Std. odklon	Št. enot
Q9a _1	Raztresenost	60	28	88	1,3	0,5	34	54	88	1,6	0,5	241
		68	32	100			39	61	100			
		%	%	%			%	%	%			
Q9b _1	Težave s koncentracijo (težko se zberem)	68	20	88	1,2	0,4	25	63	88	1,7	0,5	241
		77	23	100			28	72	100			
		%	%	%			%	%	%			
Q9c _1	Težave pri učenju (ne vem kaj berem, se učim)	65	23	88	1,3	0,4	27	61	88	1,7	0,5	241
		74	26	100			31	69	100			
		%	%	%			%	%	%			
Q9d _1	Težave s spominom	71	17	88	1,2	0,4	32	56	88	1,6	0,5	241
		81	19	100			36	64	100			
		%	%	%			%	%	%			
Q9e _1	Samoobtožujoče misli	56	32	88	1,4	0,5	49	39	88	1,4	0,5	241
		64	36	100			56	44	100			
		%	%	%			%	%	%			
Q9f _1	Misli o lastni nekompetentnosti (misl, da ne znam, nisem sposoben)	53	35	88	1,4	0,5	44	44	88	1,5	0,5	241
		60	40	100			50	50	100			
		%	%	%			%	%	%			
Q9g _1	Odtujenost iz situacije (kot da nisem prisoten)	62	26	88	1,3	0,5	46	42	88	1,5	0,5	241
		70	30	100			52	48	100			
		%	%	%			%	%	%			

Socialni stiki

Q12	Kako si vzdrževal/a socialne stike s prijatelji/-cami med epidemijo?				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
Q12a	"Online", prek telefonskih klicev, sporočil itd.				
	0	3	1%	3%	3%
	1	87	36%	97%	100%
Veljavni	Skupaj	90	37%	100%	
Q12b	V živo				
	0	50	21%	56%	56%
	1	40	17%	44%	100%
Veljavni	Skupaj	90	37%	100%	
Q12c	Drugo:				
	0	90	37%	100%	100%
	1	0	0%	0%	100%
Veljavni	Skupaj	90	37%	100%	

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The categories of Vzdrževanje socialnih stikov s prijatelji v času epidemije Covid-19 occur with equal probabilities.	One-Sample Chi-Square Test	,292	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,050.

Q13	Kako bi na lestvici od 1 do 5 ocenil/a svoje socialne stike s prijatelji/-cami med epidemijo? Zelo neakovostni-1- 2- 3- 4 -5- zelo kakovostni.						
		Veljavno	Št. enot	Povprečje	Std. odklon	Minimum	Maksimum
		74	241	2,9	0,83	1	5

Tehnike pomoči

Q16	Ali si si ob pojavu socialne anksioznosti med epidemijo poiskal/-a pomoč?				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
Q16a	Da				
	0	70	29%	79%	79%
	1	19	8%	21%	100%
Veljavni	Skupaj	89	37%	100%	
Q16b	Ne				
	0	19	8%	21%	21%
	1	70	29%	79%	100%
Veljavni	Skupaj	89	37%	100%	

Q17	Če da, kje si poiskal/-a pomoč?							
	Podvprašanja	Enote					Navedbe	
		Frekvence	Veljavni	% - Veljavni	Ustrezni	% - Ustrezni	Frekvence	%
Q17a	Poiskal/-a sem si strokovno pomoč	5	22	23%	241	2%	5	21%
Q17b	Poiskal/-a sem si laično pomoč (neformalne mreže itd.)	19	22	86%	241	8%	19	79%
	SKUPAJ		22		241		24	100%

Q18	Kako ti je poiskana oblika pomoči pomagala pri blaženju socialne anksioznosti?				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
Q18a	Izbrana oblika pomoči mi je zelo ublažila socialno anksioznost				
	0	18	7%	78%	78%
	1	5	2%	22%	100%
Veljavni	Skupaj	23	10%	100%	
Q18b	Izbrana oblika pomoči mi je nekoliko ublažila socialno anksioznost				
	0	8	3%	35%	35%
	1	15	6%	65%	100%
Veljavni	Skupaj	23	10%	100%	
Q18c	Izbrana oblika pomoči mi ni ublažila socialne anksioznosti				
	0	20	8%	87%	87%
	1	3	1%	13%	100%
Veljavni	Skupaj	23	10%	100%	

Q19	Ali si bil/-a seznanjena s ponujenimi storitvami na področju duševnega zdravja med epidemijo?				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
Q19a	Da				
	0	31	13%	36%	36%
	1	54	22%	64%	100%
Veljavni	Skupaj	85	35%	100%	
Q19b	Ne				
	0	52	22%	61%	61%
	1	33	14%	39%	100%
Veljavni	Skupaj	85	35%	100%	

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The categories defined by Ali si bil/-a seznanjena s ponujenimi storitvami na področju duševnega zdravja med epidemijo? = (Da) and (Ne) occur with probabilities ,500 and ,500.	One-Sample Binomial Test	,017	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,050.

Študijska praksa in socialno delo v izrednih razmerah

Q22	Kako se je tvoj/-a študijska praksa izvajala med epidemijo?							
	Podvprašanja	Enote					Navedbe	
		Frekven	Veljav	% - Veljavni	Ustrezni	% - Ustrezni	Frekven	%
Q22a	V živo	52	83	63%	241	22%	52	47%
Q22b	Online	46	83	55%	241	19%	46	41%
Q22c	Drugo:	13	83	16%	241	5%	13	12%
	SKUPAJ		83		241		111	100%
Q22c_text	Q22 (Drugo:)							
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativna			
	kombinacija obojega	1	0%	8%	8%			
	redko v živo	1	0%	8%	15%			
	kombinirani	1	0%	8%	23%			
	kombinirano	3	1%	23%	46%			
	pdvisno od dogovora z mentorico in ukrepov v drzavi.	1	0%	8%	54%			

	prelozili smo prakso	1	0%	8%	62%			
	telefonski klic	1	0%	8%	69%			
	nisem bila na praksi med epidemijo	1	0%	8%	77%			
	nekaj v živo, nekaj online	1	0%	8%	85%			
	oboje	1	0%	8%	92%			
	sem morala počakati da se situacija izboljša in pričela s prakso par mesecev kasneje kot načrtovano	1	0%	8%	100%			
Veljavni	Skupaj	13	5%	100%				

Q23 Kako si bil/-a zadovoljna s študijsko prakso med epidemijo?								
	Podvprašanja	Enote					Navedbe	
		Frekvence	Veljavni	% - Veljavni	Ustrezni	% - Ustrezni	Frekvence	%
Q23a	Zelo zadovoljen/-a	12	82	15%	241	5%	12	14%
Q23b	Zadovoljen/-na	45	82	55%	241	19%	45	54%
Q23c	Niti zadovoljen/-a, niti nezadovoljen/-na	19	82	23%	241	8%	19	23%
Q23d	Nezadovoljen/-na	5	82	6%	241	2%	5	6%
Q23e	Zelo nezadovoljen/-na	3	82	4%	241	1%	3	4%
	SKUPAJ		82		241		84	100%

Q24	Na lestvici od 1 do 5, kako učinkovito se je, po tvoji izkušnji s prakse, socialno delo odzivalo na izredne razmere.							
	Podvprašanja	Enote					Navedbe	
		Frekvence	Veljavni	% - Veljavni	Ustrezni	% - Ustrezni	Frekvence	%
Q24a	1- Zelo neučinkovito	3	83	4%	241	1%	3	4%
Q24b	2- Ne učinkovito	9	83	11%	241	4%	9	11%
Q24c	3- Niti učinkovito, niti neučinkovito	35	83	42%	241	15%	35	42%
Q24d	4- Učinkovito	32	83	39%	241	13%	32	38%
Q24e	5- Zelo učinkovito	5	83	6%	241	2%	5	6%
	SKUPAJ		83		241		84	100%

Q27	Na lestvici označi, če je tvoja vloga pomagajočega na praksi socialnega dela, ublažila tvojo socialno anksioznost? Vloga pomagajočega ni blažila -1 2 3 4 5- Vloga pomagajočega je zelo blažila						
		Veljavno	Št. enot	Povprečje	Std. odklon	Minimum	Maksimum
		72	241	3,4	0,9	1	5