



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Οικονομία, Διοίκηση και Πολιτική Υγείας

«Διερεύνηση των επιπέδων στρες και φόβου από τη πιθανότητα επαφής και νόσησης με Covid-19 καθώς και της ψυχικής ανθεκτικότητας σε σχέση με τη ποιότητα ζωής σε επαγγελματίες υγείας, ασθενείς με χρόνια νοσήματα καθώς και στον γενικό πληθυσμό στο Κ.Υ. Άργους»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σωτηροπούλου Όλγα

Επιβλέπων Καθηγητής: Σουλιώτης Κυριάκος

Μέλη επιτροπής: Σαρίδη Μαρία, Λατσού Δήμητρα

ΚΟΡΙΝΘΟΣ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2022

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία διεξήχθη με σκοπό να διερευνήσει τα επίπεδα των δυσάρεστων συναισθημάτων φόβου και στρες κατά την διάρκεια της πανδημίας λόγω covid-19, καθώς και της ψυχικής ανθεκτικότητας συγκριτικά με τη ποιότητα ζωής σε ένα δείγμα πληθυσμού που απαντάται στο Κέντρο Υγείας Άργους και απαρτίζεται από το γενικό πληθυσμό, τους επαγγελματίες υγείας και τους χρόνιους πάσχοντες.

Για τους σκοπούς της έρευνας πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα σε ένα δείγμα 148 ατόμων οι οποίοι εργάζονται και επισκέπτονται το Κέντρο Υγείας Άργους. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, διάφορα δεδομένα για την κατάσταση της υγείας τους και την πανδημία, τη κλίμακα φόβου για τον COVID-19, το ερωτηματολόγιο για το στίγμα του COVID-19, τη κλίμακα προσωρινού άγχους αυτοεκτίμησης (State Anxiety), τη κλίμακα BRIEF-COPE, τη κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητας Connor-Davidson και τη κλίμακα Missoula - Vitas Quality Of Life Index-15 που αφορά τη ποιότητα ζωής στα χρόνια της πανδημίας. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Σε αντίθεση με άλλες παρόμοιες έρευνες τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν χαμηλά προς μέτρια επίπεδα φόβου και άγχους για τη covid-19 με σημαντική ωστόσο θετική συσχέτιση μεταξύ τους. Η ύπαρξη ψυχικής ασθένειας και η μεγαλύτερη ηλικία ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων φάνηκε πως επηρεάζουν θετικά το φόβο. Το στίγμα κυμάνθηκε σε χαμηλά επίπεδα με θετική συσχέτιση ως προς το τόπο διαμονής καθώς παρατηρήθηκε μεγαλύτερος στιγματισμός σε μικρότερες κοινωνίες. Τα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας των συμμετεχόντων ήταν μέτρια και σχετίστηκε αρνητικά με κλίμακες του άγχους, του φόβου και του στίγματος για τη covid-19. Τέλος οι περισσότεροι συμμετέχοντες χαρακτήρισαν μέτρια προς καλή τη ποιότητα ζωής τους και η οποία συσχετίστηκε θετικά με τη κλίμακα της ψυχικής ανθεκτικότητας και αρνητικά με αυτές του φόβου, του άγχους και του στίγματος. Σημαντικές συνιστώσες για μια καλή ποιότητα ζωής αποδείχθηκαν οι διαπροσωπικές σχέσεις και η πνευματικότητα.

Λέξεις κλειδιά: Covid-19, φόβος, άγχος, στιγματισμός, ψυχική ανθεκτικότητα, ποιότητα ζωής

ABSTRACT

The present study was conducted to investigate the levels of unpleasant feelings of fear and stress during the covid-19 pandemic, as well as the mental resilience compared to the quality of life in a sample of the population found at the Argos Health Center and consisting of general population, health professionals and the chronically ill.

For the purposes of the research, a quantitative research was carried out on a sample of 148 people who work and visit the Argos Health Center. The questionnaire used included questions about participants' demographics, various data on their health status and pandemic, COVID-19 fear scale, COVID-19 stigma questionnaire, temporary self-esteem anxiety scale (State Anxiety), the BRIEF-COPE scale, the Connor-Davidson mental resilience scale and the Missoula - Vitas Quality Of Life Index-15 scale for quality of life in pandemic years. The statistical program SPSS 22.0 was used for the analysis of the results.

In contrast to other similar studies, the results of the study showed low to moderate levels of fear and anxiety about covid-19 with a significant but positive correlation between them. The existence of mental illness and older age in terms of demographic characteristics of the participants seemed to have a positive effect on fear. The stigma fluctuated at low levels with a positive correlation in terms of place of residence as greater stigma was observed in smaller societies. Participants' levels of mental resilience were moderate and negatively associated with stress, fear, and stigma scales for covid-19. Finally, most participants described their quality of life as moderate to good, which was positively correlated with the scale of mental resilience and negatively with those of fear, anxiety and stigma. Interpersonal relationships and spirituality have proven to be important components of a good quality of life.

Keywords: Covid-19, fear, anxiety, stigma, mental resilience, quality of life

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	6
ΜΕΡΟΣ Α.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - Νέος κορονοϊός.....	8
Μετάδοση -Συμπτωματολογία	9
Αντιμετώπιση και περιορισμός διασποράς.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2- Φόβος και στρες.....	12
Λόγοι δημιουργίας φόβου	14
Φόβος και ευπαθείς ομάδες.....	17
Φόβος και Επαγγελματίες υγείας	18
Τρόποι διαχείρισης φόβου επαγγελματιών υγείας	22
Στιγματισμός	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3- Ποιότητα ζωής	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - Ψυχική ανθεκτικότητα	30
Ορισμός.....	30
Ψυχική ανθεκτικότητα και επαγγελματίες υγείας	31
Ψυχική ανθεκτικότητα σε γενικό πληθυσμό και χρόνιους πάσχοντες	32
ΜΕΡΟΣ Β- Έρευνα	34
Μεθοδολογία	34
Σκοπός μελέτης και ερωτήματα	34
Δείγμα της έρευνας.....	35
Ηθικοί περιορισμοί.....	35
Ερευνητικά εργαλεία.....	35
Στατιστική Ανάλυση	37
Αποτελέσματα	37
Συζήτηση- Σύνοψη αποτελεσμάτων.....	69
Συμπεράσματα.....	71
Περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική έρευνα	73
Βιβλιογραφία.....	74
Παράρτημα- Ερωτηματολόγιο.....	85

Συντομογραφίες

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

MERS: Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus

SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome

COVID-19: Coronavirus Disease-19

Εισαγωγή

Κατά το ρου της ανθρώπινης ιστορίας πλήθος ασθενειών έχουν κάνει την εμφάνιση τους και έχουν ταλαιπωρήσει ιδιαίτερα την ανθρωπότητα απειλώντας πολλές φορές ακόμα και την ύπαρξή της. Η ιδιάζουσα φύση της υγείας και η διασφάλιση της αποτελεί προτεραιότητα σε παγκόσμιο επίπεδο καθώς αποτελεί θεμελιώδες και αναφαίρετο δικαίωμα και το σημαντικότερο αγαθό στη ζωή ενός ανθρώπου (Σωτηροπούλου,2020).

Η ανάγκη διαφύλαξης της υγείας από παθογόνους για τον άνθρωπο οργανισμούς και ιούς οδήγησε στην ανάπτυξη της δημόσιας υγείας και της έρευνας (Gorbalenya et al., 2020). Κατά τον 20ο αιώνα η επαναλαμβανόμενη εμφάνιση πάνδημων γρίπης και πιο συγκεκριμένα η εμφάνιση της ισπανικής, έδωσε το έναυσμα να συσταθεί η Επιτροπή Υγιεινής της Κοινωνίας των Εθνών ένας προάγγελος του σημερινού Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) στοχεύοντας στην έγκαιρη και ορθή αντιμετώπιση των πανδημιών (Σέργης, 2020).

Αιτίες στις οποίες αποδίδεται η ολοένα και αυξανόμενη εμφάνιση και ευκολότερη μετάδοση των πανδημιών αποτελούν η παγκοσμιοποίηση, η εκθετική αύξηση του πληθυσμού και η ανεμπόδιστη μετακίνησή τους, η υποτίμηση και απαξίωση του περιβάλλοντος, η εξόντωση βιότοπων σε παγκόσμιο επίπεδο και η μη ορθή διαχείριση των ζώων δημιουργώντας ένα ευκαιριακό περιβάλλον ανάπτυξης και ταχύτατης εξάπλωσης των πανδημιών (Росоcк, 2020).

Η ύπαρξη κοινωνιών δυο και τριών ταχυτήτων με ακραίες ανισότητες σε βιοτικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, η παρουσία φαινομένων μη συμμόρφωσης με τη πολιτεία καθώς και η υποαναπτυγμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εντείνει περαιτέρω το πρόβλημα δυσχεραίνοντας τον περιορισμό τους (Μοσχίδου, 2021).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τις τελευταίες δεκαετίες πάνω από 20 μολυσματικοί παράγοντες ευθύνονται για νέες και επανεμφανιζόμενες μεταδοτικές ασθένειες, όπως ο H1N1 καθώς και οι κορονοϊοί SARS και MERS, οι οποίοι αποτέλεσαν πρόκληση για τα δημόσια συστήματα υγείας λόγω της μεγάλης μεταδοτικότητάς τους και του εύρους επικινδυνότητάς τους (De Wit et al., 2016).

Αυτή η νέα κατάσταση που έχει επέλθει και εγκατασταθεί τα τελευταία δυο χρόνια λόγω της πανδημίας έχει απασχολήσει εντόνως την επιστημονική κοινότητα καθώς παρουσιάζονται και συσχετίζονται με αυτή πλήθος επιπτώσεων οικονομικής, κοινωνικής, ψυχολογικής και σωματικής φύσεως. Η αλλαγή της καθημερινότητας, η λήψη περιοριστικών μέτρων προς διαφύλαξη της δημόσιας υγείας, η αβεβαιότητα σχετικά με τη πορεία της πανδημίας και τη διάρκεια της, αποτέλεσαν παράγοντες δημιουργίας φόβου και στίγματος γύρω από το νέο κορονοϊό. Επομένως είναι σημαντικό να διερευνηθεί η ψυχική ανθεκτικότητα των ατόμων και πως τα παραπάνω επηρέασαν τη ποιότητα ζωής τους ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπιστούν οι όποιες επιπτώσεις με τη λήψη των κατάλληλων πολιτικών υγείας και μέτρων κοινωνικής πολιτικής καθώς επίσης και να αποτελέσουν βάση για να προληφθούν παρόμοιες καταστάσεις σε ενδεχόμενες μελλοντικές απειλές.

ΜΕΡΟΣ Α

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - Νέος κορονοϊός

Οι κορονοϊοί είναι οικογένεια RNA ιών που προσβάλλουν τόσο τον άνθρωπο όσο και διάφορα θηλαστικά ζώα και πτηνά προκαλώντας αναπνευστικές λοιμώξεις με ποικίλη σοβαρότητα ενώ ευθύνονται για το 5-10% των οξέων αναπνευστικών λοιμώξεων. Η ονομασία αυτή τους αποδόθηκε λόγω της χαρακτηριστικής όψης ακίδων περιμετρικά στο περίβλημά τους που μοιάζει σαν στέμμα/κορώνα όπως αυτές διακρίνονται στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο (Κίτσος, 2021).

Μόνο έξι είδη της εν λόγω οικογένειας ιών είναι γνωστό ότι είναι παθογόνα για τον άνθρωπο με πιο σοβαρά τα

- SARS- Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο το οποίο πρωτοεμφανίστηκε το 2002 στην Κίνα και
- MERS CoV- Αναπνευστικό Σύνδρομο της Μέσης Ανατολής το 2012,

καθώς έχουν συσχετιστεί με θανατηφόρες περιπτώσεις (Su et al., 2016). Πιο πρόσφατο παράδειγμα και έβδομο είδος της οικογενείας αποτελεί ο SARS-COV-2 ή διαφορετικά ο γνωστός σε όλους COVID-19 (Coronaviridae Study Group, 2020).

Ο εν λόγω ιός είναι η πιο πρόσφατη προσθήκη στην ολοένα και αυξανόμενη λίστα των ανεπιθύμητων νέων ασθενειών και αποτελεί έως και σήμερα μια άκρως μεταδοτική μολυσματική νόσο. Πρωτοεμφανίστηκε στη Κίνα στην πόλη Γιουχάν το 2019, με τον ΠΟΥ να ενημερώνεται στις 31 Δεκεμβρίου για την ύπαρξη σημαντικού αριθμού κρουσμάτων πνευμονίας. Τον Ιανουάριο του 2020 κηρύσσεται ως επείγουσα κατάσταση παγκοσμίου ενδιαφέροντος για τη δημόσια υγεία και το Μάρτιο αναγνωρίζεται επίσημα ως πανδημία λόγω της ραγδαίας εξάπλωσης και μολυσματικής του φύσεως (Ogolodom et al., 2020).

Η ασθένεια αρχικά ονομάστηκε νέα «κορονοϊό-μολυσματική πνευμονία (NCIP)» ενώ μετέπειτα πήρε την τελική ονομασία της COVID-19, από το νέο στέλεχος κορονοϊού που τη προκαλούσε: τον νέο «κορονοϊό 2019» ή SARS-CoV-2, ο οποίος και απομονώθηκε το ίδιο έτος στην Κίνα (Zhu et al., 2020).

Το μέγεθος της αρχικά ονομαζόμενης επιδημίας δεν αναγνώρισε όρια και σύνορα διπλασιάζοντας το μέγεθός της κάθε 7,4 ημέρες με αποτέλεσμα μέσα σε λίγους μόνο μήνες, έως τον Μάιο 2020, να μετρά πάνω από 5 εκατομμύρια κρούσματα και 340

χιλιάδες θανάτους ανά την υφήλιο. Στις μέρες μας έχουν αναφερθεί πάνω από 455 εκατομμύρια επιβεβαιωμένα κρούσματα και πάνω από 6 εκατομμύρια θάνατοι παγκοσμίως (WHO, 2022; Κεσόγλου, 2021).

Η Ευρώπη τέθηκε γρήγορα στο επίκεντρό της πανδημίας με το πρώτο κρούσμα να εντοπίζεται στην Ιταλία και τον Φεβρουάριο του 2020 να φθάνει και στην Ελλάδα και πιο συγκεκριμένα στη Θεσσαλονίκη (Μαλαμή,2021).

Η άγνωστη φύση του ιού προκάλεσε πρωτοφανή πίεση στα συστήματα υγείας και μεγάλη ανησυχία σχετική με την αναχαίτιση της διασποράς και τους τρόπους αντιμετώπισής του οι οποίοι θα αναλυθούν παρακάτω.

Μετάδοση -Συμπτωματολογία

Ο νέος κορονοϊός SARS-CoV-2 αποτελεί σοβαρή απειλή της δημόσιας υγείας λόγω της εξαιρετικά μεταδοτικής φύσεως του η οποία επιτυγχάνεται μέσω των αναπνευστικών σταγονιδίων μολυσμένου ατόμου κατά την ομιλία, τον βήχα ή το φτέρνισμα (Ozlu & Oztas, 2020). Κάθε ένα άτομο που νοσεί δύναται να μολύνει άλλους τρεις, η περίοδος επώασης ποικίλει με μέσο όρο τις 5 ημέρες και η μολυσματικότητα ξεκινά δυο ημέρες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων ενώ σε ορισμένες σοβαρές καταστάσεις μπορεί να διαρκεί έως και δεκατέσσερις ημέρες μετά (European Centre for Disease Prevention & Control, 2020).

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της COVID-19 μοιάζουν με τα αντίστοιχα των SARS και MERS καθώς ανήκουν στην ίδια οικογένεια ιών και καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα από ήπια έως σοβαρή και κρίσιμη νόσηση. Οι ασθενείς μπορεί να είναι ακόμα και ασυμπτωματικοί και να μην έχουν κάποια ενόχληση αλλά να μεταδίδουν τον ιό. Πιο κοινές εκδηλώσεις σε ποσοστό 80% αποτελούν ο πυρετός, η κόπωση, η δύσπνοια, ο βήχας και σε μικρότερο βαθμό η ρινική συμφόρηση και η διάρροια και ο ασθενής αναρρώνει συνήθως χωρίς την ανάγκη ιατρικής παρέμβασης. Σε πιο σοβαρές αλλά σπανιότερες περιπτώσεις μπορεί να εκδηλωθούν αναπνευστική δυσχέρεια, σηπτικό σοκ και οργανική ανεπάρκεια καταλήγοντας μοιραία στο θάνατο (Κεσόγλου, 2021).

Η νόσος επηρεάζει κυρίως το αναπνευστικό σύστημα χωρίς βέβαια να αποκλείονται και τα λοιπά συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Η κατάσταση ενός ασθενούς περιπλέκεται όταν προϋπάρχουν ιατρικές παθήσεις όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, παθήσεις του αναπνευστικού, υπέρταση και άλλα καρδιαγγειακά νοσήματα ή

κακοήθειες. Η θνησιμότητα σε αυτές τις περιπτώσεις κυμαίνεται από 5,6 έως 10,5 συγκριτικά με 0,9 για κάποιον χωρίς συννοσηρότητα ενώ σημαντικό παράγοντα εκδήλωσης επιπλοκών αποτελεί και η παχυσαρκία (Wang et al., 2020a). Γενικότερα η συννοσηρότητα διαδραματίζει καίριο ρόλο στην πορεία και κλινική εικόνα των νοσούντων από COVID-19 καθιστώντας τις ευπαθείς ομάδες ιδιαίτερα ευάλωτες (Cucinotta & Vanelli, 2020).

Στο σύνολο των περιπτώσεων ένα ποσοστό 15% αφορά σοβαρή νόσο και ένα 5% κριτικής σημασίας ενώ ο συνολικός ρυθμός θνησιμότητας κυμαίνεται από 0,5% έως 2,8%, καθιστώντας τα παραπάνω ποσοστά ικανά να ασκήσουν μεγάλη πίεση στα συστήματα υγείας παγκοσμίως (Βραχά, 2021).

Αντιμετώπιση και περιορισμός διασποράς

Η ραγδαία διασπορά της πανδημίας και η εκθετική αύξηση των κρουσμάτων δημιούργησαν την αναγκαιότητα λήψης μέτρων ώστε να περιοριστεί η εξάπλωσή της. Αποτελεσματικά εργαλεία τα οποία χρησιμοποιούνται ανά τους αιώνες σε περιπτώσεις πανδημιών όπως η απομόνωση και η τήρηση αποστάσεων χρησιμοποιήθηκαν και αυτή τη φορά. Η ενημέρωση των πολιτών για τα συμπτώματα, τους τρόπους μετάδοσης της νόσου και η σύσταση λήψης ατομικών μέτρων προστασίας, όπως υγιεινή χεριών, χρήση μάσκας αποτέλεσαν από τα πρώτα μέτρα προσπάθειας περιορισμού της νόσου (Κεσόγλου, 2021).

Σε παγκόσμιο επίπεδο οι εκάστοτε κυβερνήσεις και σύμφωνα με τις οδηγίες του ΠΟΥ έλαβαν μέτρα υποχρεωτικού χαρακτήρα για τους πολίτες τα οποία αφορούσαν κοινωνική αποστασιοποίηση, απαγορεύσεις δημόσιων συναθροίσεων, αυστηρή καραντίνα με κατ' οίκον περιορισμό και αυτοαπομόνωση για τους νοσούντες, γενική καραντίνα (lock-down), κλείσιμο εκπαιδευτικών ιδρυμάτων και επιχειρήσεων, περιορισμός μετακινήσεων εντός ή εκτός των χωρών, υποχρεωτική καραντίνα για τους ταξιδιώτες και τηλεργασία όπου αυτό ήταν δυνατό (Κουϊρουκλή, 2021).

Ως εκ τούτου και η ελληνική κυβέρνηση ακολούθησε αυτό το σχήμα προκειμένου να περιορίσει την εξάπλωση της COVID-19 με τον πρωθυπουργό της χώρας να ανακοινώνει το Μάρτιο του 2020 το πρώτο εθνικό “lockdown” στοχεύοντας στον περιορισμό της διασποράς σε ευάλωτες ομάδες πολιτών και την αποφυγή άσκησης πίεσης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) . Το αποτέλεσμα ήταν επιτυχημένο, καθώς

αντιμετωπίστηκε το πρώτο κύμα της πανδημίας στη χώρα σε αντίθεση με τα επόμενα όπου τα εν λόγω μέτρα δεν λειτούργησαν με τον αναμενόμενο τρόπο (Μαλαμή, 2021).

Όλα τα παραπάνω αποτέλεσαν αρχικούς τρόπους αναχαίτισης της εξάπλωσης του κορονοϊού ενώ αργότερα προστέθηκαν και άλλα όπλα στη φαρέτρα της πολιτείας και των επιστημόνων όπως η ανάπτυξη, δημιουργία και διάθεση εμβολίων και κατάλληλων θεραπειών δίνοντας την ελπίδα ελέγχου της πανδημίας και επιστροφής σε μια κανονικότητα (Μαλαμή, 2021).

Η εφαρμογή των προαναφερόμενων μέτρων και η αναστολή της πλειονότητας των βασικών λειτουργιών μίας κοινωνίας έχουν προφανώς πολυποίκιλες συνέπειες σε τομείς όπως η ψυχοκοινωνική υγεία των πολιτών, η εκπαίδευση, η οικονομία και η κοινωνία σαν σύνολο (Mahdy, 2020).

Η υποχρεωτικότητα των μέτρων όπως η καραντίνα ή σε ορισμένες περιπτώσεις ο εμβολιασμός δημιούργησε αρκετές αντιδράσεις και τροφοδότησε την κοινωνική σύγκρουση, γεγονός που ενισχύει την άποψη που είχε εκφραστεί από τον Rosenberg πως η πίεση που ασκείται μέσω των επιδημιών στις κοινωνίες κάνει εμφανείς λανθασμένες καταστάσεις και δομές, που διαφορετικά δεν θα ήταν ορατές αποκαλύπτοντας τι πραγματικά έχει ουσία (Jones, 2020).

Όλα τα παραπάνω διατάραξαν τη σταθερότητα του ατόμου και της κοινωνίας δίνοντας το χώρο σε καταστάσεις όπως ο περιορισμός της ελευθερίας, η εργασιακή ανασφάλεια και η απώλεια της καθημερινότητας να καλλιεργήσουν αισθήματα ανασφάλειας και φόβου μετατρέποντας την υγειονομική αυτή κρίση σε μια ευρύτερη κοινωνική και ψυχοπνευματική κρίση (Μοσχίδου, 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2- Φόβος και στρες

Η γνώση και "μνήμη" από παλαιότερες πανδημίες ή αντίστοιχων καταστάσεων πυροδοτούν σχεδόν άμεσα το αίσθημα του φόβου καθώς αποτελεί φυσικό επακόλουθο μιας υπαρκτής απειλής της ζωής όπως είναι ο covid-19 στις μέρες μας. Αρχικά να προσδιοριστεί η έννοια του φόβου καθώς συχνά συγχέεται με αυτές του άγχους ή του στρες. Ο φόβος αποτελεί μια από τις πιο πρωτόγονες αντιδράσεις του ανθρώπου και αφορά ένα δυσάρεστο συναίσθημα το οποίο βιώνει απέναντι σε κάποια υπαρκτή και ρεαλιστική απειλή και την επέλευση ενός κινδύνου (Μαλαμή, 2021).

Πρόκειται για έναν αμυντικό μηχανισμό, μια αντίδραση δηλαδή του αυτόνομου νευρικού συστήματος που αποτελεί προειδοποίηση, που ενεργοποιεί τους απαραίτητους λειτουργικούς μηχανισμούς σκέψης ή φυγής συμβάλλοντας στην επιβίωση και προστασία του ατόμου (Pappas et al., 2009).

Προκειμένου να επιτευχθεί η άμεση κινητοποίηση του ατόμου απέναντι στην απειλή, ο φόβος ενεργοποιεί τρία επίπεδα αντίδρασης

- το γνωστικό, το οποία αφορά την ανησυχία λόγω γνώσης κινδύνων και καταστάσεων σχετικών με την απειλή
- το φυσιολογικό, το οποίο αφορά την ανησυχία κάποιου για την έκθεση σε μια απειλητική κατάσταση με εμφάνιση συμπτωμάτων όπως δύσπνοια, ζαλάδα, υπνηλία κλπ (Βραχά, 2021) και
- το κινητικό, όπου το άτομο πλέον υιοθετεί κάποιες συμπεριφορές και πρακτικές προκειμένου να μην τεθεί σε κίνδυνο πχ χρήση μάσκας, αποφυγή συνωστισμού ή χρήσης μέσων μαζικής μεταφοράς κλπ. (Rodríguez & Sánchez, 2020).

Ωστόσο η προσωπική αντίληψη καταστάσεων και κινδύνου δύναται να οδηγήσουν και στο αντίθετο αποτέλεσμα. Όταν το άγχος είναι υπέρμετρο, χρόνιο και δυσανάλογο της απειλής και φθάνει να επικρατεί στη ζωή και καθημερινότητα, επηρεάζοντας αρνητικά την πνευματική κατάσταση και σκέψη του ατόμου με εκδήλωση πανικού ή παράλογων αντιδράσεων (Ahorsu et al., 2020), ζημιώνει εν τέλει το άτομο. Αποτέλεσμα είναι η εκδήλωση ποικίλων συμπτωμάτων όπως αγχώδη διαταραχή, στρες, κατάθλιψη, μετατραυματικό στρες και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές ενώ μπορεί να επηρεάσει και τη κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου με εμφάνιση φοβιών, διακρίσεων, ρατσισμού

και ξενοφοβίας, επηρεάζοντας αρνητικά την προσαρμοστικότητα του ατόμου (Rodríguez-Hidalgo et al., 2020). Από την άλλη σε ελλιπή φόβο το άτομο μπορεί να υιοθετεί απερίσκεπτες συμπεριφορές ή να αγνοεί κινδύνους, κανόνες και καταστάσεις δρώντας επιζήμια τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο (Engelhard et al., 2015).

Για την COVID-19 έχει εισαχθεί και ειδικός όρος «κορονοφοβία», λόγω της επίμονης και ειδικής φοβίας για τη νόσο και απαντάται σε πλήθος βιβλιογραφικών αναφορών, υποδεικνύοντας τη σημαντικότητα και δυσλειτουργικότητα που έχει δημιουργήσει ο φόβος για τη νόσο για το άτομο (Agraci et al., 2020). Πλήθος ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί αναφορικά με τον κορονοϊό, δείχνουν πως ο φόβος σχετίζεται θετικά με άλλες ψυχολογικές διαταραχές όπως άγχος, στρες, κατάθλιψη, διαταραχές του ύπνου κλπ., με αποτέλεσμα όσο αυξάνεται ο φόβος τόσο να μειώνεται η ψυχική υγεία του ατόμου (Harper et al., 2020; Voitsidis et al., 2020).

Εν καιρώ επιδημιών ή πανδημιών ο φόβος αποτελεί ίσως και μια αναγκαιότητα λόγω του λειτουργικού ρόλου που μπορεί να διαδραματίσει ενθαρρύνοντας την υιοθέτηση πιο ασφαλών πρακτικών από το κοινωνικό σύνολο, όπως η συμμόρφωση με την κοινωνική πολιτική, τη διατήρηση αποστάσεων ή η τήρηση των απαραίτητων πρωτοκόλλων υγιεινής (Tannenbaum et al., 2015).

Εν τούτοις παράλληλα αποτελεί αναγκαιότητα και ο έλεγχος του υπέρμετρου φόβου καθώς γνωρίζουμε από προηγούμενες εμπειρίες (SARS, Έμπολα) πως αρκετά συχνά δύναται να ζημιώσει περισσότερο το άτομο και τη κοινωνία ακόμη και από την ίδια την ασθένεια (Guan et al., 2020). Ο υπερβολικός φόβος μπορεί να επιδεινώσει υπάρχοντα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα και να επηρεάσει πολυεπίπεδα τον άνθρωπο, προκαλώντας πνευματικά, γνωστικά και συμπεριφορικά προβλήματα (Μπλιούμη, 2021).

Στην περίπτωση του κορονοϊού έχει καταγραφεί σημαντικός αριθμός αυτοκτονιών καθιστώντας αναγκαία την ύπαρξη κατάλληλων προγραμμάτων παρέμβασης που θα αποτρέψουν παρόμοιες συμπεριφορές στο μέλλον (Mamun & Griffiths, 2020).

Σύμφωνα με τη Kaiser Family Foundation όσο η πανδημία υφίσταται οι προαναφερόμενες ψυχικές διαταραχές που δύναται να παρουσιαστούν, τείνουν να μονιμοποιηθούν με δυσμενή έκβαση για τον μέλλον των προσβεβλημένων ατόμων (Kaiser Family Foundation, 2020), παραδοχή η οποία βρίσκεται σε συμφωνία με τη

μετανάλυση των Rogers et al. (2020) οι οποίοι συμπέραναν πως ο ψυχολογικός αντίκτυπος ατόμων που νόσησαν από κάποια επιδημία είναι τόσο έντονος που οδηγεί στην επίμονη εγκαθίδρυση ψυχολογικών συμπτωμάτων (Μπλιούμη, 2021).

Λόγοι δημιουργίας φόβου

Όπως προαναφέρθηκε ο φόβος για τη πανδημία από τον ιό της covid-19 που έπληξε ταχύτατα την ανθρωπότητα παγκοσμίως δημιούργησε γρήγορα το αίσθημα φόβου όπως αναμενόμενα γεννάται σε κάθε τι υπαρκτό αλλά με άγνωστες επιπτώσεις και συνέπειες για τη ζωή ενός ανθρώπου (Τζέλλα, 2021).

Ο υψηλός ρυθμός μεταδοτικότητας του ιού, η νοσηρότητα, οι επιπτώσεις του και η αβεβαιότητα που αυτόματα δημιουργεί κάθε τι νέο όπως ο νέος κορονοϊός, εντείνουν συμπτώματα όπως άγχος και κατάθλιψη, τα οποία με τη σειρά τους καθιστούν το άτομο απαισιόδοξο ενισχύοντας περαιτέρω το φόβο μόλυνσης, ο οποίος με τη σειρά του οδηγεί σε ακόμη μεγαλύτερη αύξηση άγχους, στρες και κατάθλιψης (Bakioğlu et al., 2020). Επομένως γίνεται αντιληπτό πως δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος συναισθημάτων και ψυχολογικού αδιέξοδου τα οποία μπορούν κάλλιστα και αποδεδειγμένα να οδηγήσουν τα άτομα στην υιοθέτηση εξατομικευμένων και δυσάρεστων συμπεριφορών όπως στιγματισμός ατόμων, εμφάνιση διακρίσεων και όξυνση ανισοτήτων (Pappas et al., 2009).

Οι λόγοι που δημιουργούν το δυσάρεστο συναίσθημα του φόβου στους ανθρώπους είναι πολυποίκιλοι και πολυεπίπεδοι όπως θα αναλυθεί παρακάτω.

Σε αρχικό στάδιο η άξαφνη εμφάνιση του ιού, η υψηλή μεταδοτικότητα και ανεξέλεγκτη διασπορά του, οι δυσμενείς επιπτώσεις του ιού και η αύξηση των εισαγωγών από αυτόν στα νοσοκομεία σε συνδυασμό με την αβεβαιότητα σχετικά με τη βιολογική εξέλιξη του ιού, δημιούργησαν πρόσφορο έδαφος για ανάπτυξη του φόβου (Μοσχίδου, 2021).

Σε επόμενο στάδιο η ελλιπής υγειονομική κάλυψη και ανικανότητα των υφιστάμενων υγειονομικών συστημάτων να ανταποκριθούν επαρκώς και επιτυχώς στην πανδημία με μεγάλη ενίοτε έλλειψη προστατευτικού υλικού (πχ μάσκες, γάντια μιας χρήσης) και η απουσία θεραπείας επέφερε πανικό, ενέτεινε το ήδη υπάρχον άγχος για τη πορεία της πανδημίας και το φόβο για το θάνατο του ίδιου του ατόμου ή των οικείων του σε περίπτωση νόσησης (Xiang et al., 2020).

Παράλληλα η επιβολή πρωτοφανών για την εποχή μας μέτρων όπως τα lockdown δημιούργησαν πληθώρα προβλημάτων όπως κοινωνική απομόνωση, οικονομική ανασφάλεια με σοβαρές επιπτώσεις παγκοσμίως (Μπλιούμη, 2021).

Η επαφή με επιβεβαιωμένα κρούσματα και η πιθανότητα νόσησης ενέτειναν την ανησυχία για την υγεία του ατόμου και των αγαπημένων του προσώπων ενώ η έκθεση σε πληροφορίες αμφίβολης ποιότητας και εγκυρότητας σε έδαφος έλλειψης γνώσης του αντικειμένου από την πλειοψηφία των πολιτών ενέτειναν το φόβο και επιδείνωσαν την πνευματική τους υγεία (Fiorillo & Gorwood, 2020). Σημαντικός λοιπόν παράγοντας καλλιέργειας και ενίσχυσης του φόβου αποτελεί η μεγάλη έκθεση στα ΜΜΕ καθώς απειλείται ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες ψυχολογικής ευπάθειας, το άγχος υγείας, ενισχύοντας το φόβο (Mertens et al., 2020).

Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης όπως και τα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης αποτελούν βασικό πυλώνα ενημέρωσης και πληροφόρησης του σύγχρονου ανθρώπου για τα δρώμενα της εποχής. Η απρόσκοπτη πρόσβαση και η πληθώρα πληροφοριών που παρέχουν τα καθιστά από τις πρώτες πηγές πληροφόρησης του κόσμου για θέματα υγείας. Η υπερβολή, η απαισιοδοξία και ο διαρκής βομβαρδισμός αρνητικών ειδήσεων που παρατηρήθηκε αρχικά σχετικά με τη πορεία του κορονοϊού, τη θνησιμότητα, τις επιπτώσεις του και την αβεβαιότητα για το αύριο είχε σαν αποτέλεσμα να δημιουργηθεί ένα απaráμιλλο σενάριο και να υπερισχύσουν ο φόβος και ο πανικός (Lin et al, 2020).

Ένα σημαντικό αγκάθι που αφορά τον τομέα της ενημέρωσης αφορά τη παραπληροφόρηση καθώς ο φόβος σχετίζεται άμεσα με τη τελευταία (Banerjee, & Rao, 2020). Θεωρίες συνωμοσίας έπληξαν σημαντικά τη πορεία της νόσου και τη προσπάθεια αναχαίτισης τα διασποράς της καθώς η πίστη σε αυτές συνεπάγεται δυσπιστία και μικρότερη εμπιστοσύνη στις υγειονομικές αρχές και στην επιστημονική άποψη (Andrade, 2020). Η παραπληροφόρηση μοιραία επηρεάζει την εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας και στη πολιτεία. Σημαντικό παράδειγμα αποτελεί ο εμβολιασμός ο οποίος αποτελεί ένα μέτρο ικανό να χτίσει ανοσία ώστε να αρχίσει η ανθρωπότητα να ανακάμπτει της πανδημίας ωστόσο οι παραφιλολογίες για τα εμβόλια, την κατασκευή τους και τις επιπτώσεις τους, δεν αφήνουν τα περιθώρια να επιτευχθεί ο επιθυμητός στόχος (Τζέλλα, 2021).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ «μια infodemic είναι πάρα πολλές πληροφορίες, συμπεριλαμβανομένων ψευδών ή παραπλανητικών πληροφοριών σε ψηφιακό και φυσικό περιβάλλον κατά τη διάρκεια μιας ασθένειας. Προκαλεί σύγχυση και συμπεριφορές ανάληψης κινδύνου που μπορούν να βλάψουν την υγεία. Οδηγεί επίσης σε δυσπιστία προς τις υγειονομικές αρχές και υπονομεύει την αντίδραση της δημόσιας υγείας». Γίνεται επομένως αντιληπτό πως το φαινόμενο αυτό έχει πολλαπλά και ολέθρια αποτελέσματα , πρωτίστως για την ψυχική υγεία των ατόμων και τη κοινωνική ευημερία γενικότερα (Pedrosa et al., 2020).

Ωστόσο να αναφερθεί πως σημαντικό ρόλο όσον αφορά τα επίπεδα γνώσης και πληροφόρησης διαδραματίζουν ορισμένα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του ατόμου όπως φύλο, ηλικία, θρησκευτικές πεποιθήσεις, επίπεδο εκπαίδευσης, χαρακτηριστικά προσωπικότητας, η κοινωνικοοικονομική τάξη στην οποία ανήκει, η οικογενειακή κατάσταση, ο τρόπος διαμονής κλπ. και γενικότερα οι άνθρωποι λαμβάνουν αποφάσεις και κρίνουν με βάση τη δική τους αντίληψη για τον κίνδυνο και όχι πάντοτε βασιζόμενοι στον πραγματικό κίνδυνο (Μπεϊνά, 2021).

Έρευνες έχουν δείξει πως ένα υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και πληροφόρησης αποτελεί ασπίδα έναντι στην υιοθέτηση αρνητικών στάσεων απέναντι σε προληπτικές τακτικές και στα κυβερνητικά μέτρα προς περιορισμό της πανδημίας (Valdivia et al, 2020).

Αποδεδειγμένα τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης όπως και τα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης είναι ικανά να λειτουργήσουν τοιούτοτρόπως ώστε να μεταβάλουν πιστεύω, στάσεις και αντιλήψεις σχετικά με τη κατανόηση του κινδύνου. Επομένως καθίσταται αναγκαίο τα άτομα να κατέχουν τις απαραίτητες γνώσεις και πληροφόρηση μέσω της εκπαίδευσης ώστε να μπορούν και κρίνουν ανάμεσα σε πληθώρα δεδομένων και να διακρίνουν επιστημονικά τεκμηριωμένα δεδομένα ή μη, αναζητώντας αξιόπιστες πληροφορίες για την υγεία του ώστε να επέλθει θωράκιση της ψυχικής και σωματικής υγείας τους και ταυτόχρονα αποτελεσματικότερος έλεγχος της πανδημίας (Zeballos Rivas et al., 2021).

Φόβος και ευπαθείς ομάδες

Δεδομένης της επίδρασης της πανδημίας στο γενικό πληθυσμό όπως παραπάνω περιεγράφηκε τόσο σε σωματικό όσο και σε πνευματικό επίπεδο, ας αναλογιστεί κανείς την επιρροή της σε άτομα ευάλωτα και σε ευπαθείς ομάδες. Άτομα με χρόνια προβλήματα υγείας προφανώς αντιλαμβάνονται και βιώνουν σε διαφορετικό βαθμό και συχνότητα τις επιπτώσεις της πανδημίας (Xia et al., 2020).

Ο φόβος και η ανησυχία για μόλυνση και την έκβαση της νόσου εντείνεται σημαντικά καθώς μέσα από μελέτες έχει αποδειχθεί πως όσο περισσότερα και σοβαρότερα είναι τα προβλήματα υγείας ενός ατόμου, δηλαδή όσο περισσότερες συνοσηρότητες απαντώνται τόσο αυξάνονται και οι επιπτώσεις της πανδημίας σε ψυχικό επίπεδο αλλά και στην ποιότητα ζωής τους (Díaz-Buxo et al., 2000).

Οι συνοσηρότητες διαδραματίζουν διττό ρόλο κατά την νόσηση ενός ατόμου ευπαθούς ομάδας καθώς άμεσα επιβαρύνουν τη κατάσταση της υγείας του ενώ δρουν έμμεσα και σε κοινωνικό επίπεδο οξύνοντας τις ήδη υφιστάμενες ανισότητες (Σταχτέας & Σταχτέας, 2020).

Η συχνά υποχρεωτική μετακίνησή τους προκειμένου να λάβουν την απαραίτητη θεραπεία τους απετέλεσε τροχοπέδη κατά τα περιοριστικά μέτρα με επιφόρτιση μεγαλύτερου άγχους λόγω δυσχερειών που προκύπταν κατά την μετάβαση τους σε άλλες περιοχές προκειμένου να λάβουν την θεραπεία τους (Kraemer et al., 2020).

Τέλος το περιβάλλον των νοσοκομείων αποτελεί έναν επιπλέον επιβαρυντικό και στρεσογόνο παράγοντα για τις ευπαθείς ομάδες καθώς είναι επιφορτισμένο με αρκετά μικρόβια και ιούς λόγω της μεγάλης ροής και περίθαλψης ασθενών πάσης φύσεως συμπεριλαμβανομένου του κορονοϊού, επιτείνοντας το αίσθημα ανησυχίας σε περίπτωση μόλυνσης τους και απειλής της ήδη ευάλωτης υγείας τους (Τριανταφυλλίδου, 2020).

Συμπερασματικά σημαντικοί παράγοντες που συντέλεσαν στην ανάπτυξη του φόβου για τον covid-19 είναι η απρόβλεπτη φύση του ιού, η ανησυχία για απώλεια της υγείας ή και της ζωής τόσο του ίδιου του ατόμου όσο και οικείων προσώπων, ο φόβος για ενδεχόμενο στιγματισμό των νοσούντων ατόμων η ακόμη και ατόμων που παρουσιάζουν ενδεχομένως παρόμοια συμπτωματολογία με αυτή του κορονοϊού ή ακόμη και η αδυναμία διεκπεραίωσης καθημερινών πράγματων (Pedrosa et al., 2020).

Ασθένειες τέτοιας φύσεως και βεληνεκούς είναι αναμενόμενο και φυσιολογικό έως ένα βαθμό να οδηγήσουν ακόμη και απόλυτα υγιή άτομα σε συσσώρευση αρνητικών συναισθημάτων καθώς δημιουργείται ένα ευνοϊκό περιβάλλον ανάπτυξης ψυχολογικών διαταραχών, πόσο μάλλον σε άτομα με ήδη επιβαρυσμένη υγεία (Shigemura et al., 2020).

Επιπλέον η αδυναμία των κυβερνήσεων να καθοδηγήσουν και να ενημερώσουν επαρκώς και έγκαιρα τους πολίτες τους για σημαντικά ζητήματα σχετικά με τον ιό (πχ περιοριστικά μέτρα και διάρκεια τους), οι οικονομικές συνέπειες, η απώλεια κοινωνικής συνοχής και καθημερινότητας όπως τη βίωνε μέχρι πρότινος το άτομο, αποτέλεσαν ζωτικής σημασίας παράγοντες που επηρέασαν τη διανοητική υγεία των ατόμων και τη πίστη στην πολιτεία. Σε τέτοιες καταστάσεις έχει παρατηρηθεί πως οι ψυχολογικές επιπτώσεις είναι δευτερεύουσας σημασίας και υποτιμούνται, τόσο σε ατομικό, όσο και σε συλλογικό επίπεδο (Κεσόγλου, 2021).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον ελληνικό πληθυσμό από τους Fountoulakis και συν. (2020) κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος της πανδημίας και του εγκλεισμού, φάνηκε πως ένα μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 29,6% ανέφερε κάποια ψυχική διαταραχή, με πιο συχνή την κατάθλιψη σε ποσοστό 26,9% ενώ έντονο άγχος σημειώθηκε σε ποσοστό άνω του 45% του πληθυσμού.

Φόβος και Επαγγελματίες υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν μια ειδική ομάδα εργαζομένων λόγω της ιδιάζουσας φύσης του επαγγέλματος και της αναγκαιότητας παροχής των υπηρεσιών τους σε καιρό πανδημιών όπως τώρα με τον covid-19. Όπως προαναφέρθηκε ο φόβος λόγω covid μπορεί να δημιουργήσει πλήθος ψυχικών διαταραχών σε όλους τους ανθρώπους πόσο μάλλον σε άτομα εργαζόμενα στην πρώτη γραμμή όπως αυτοί στη διάγνωση, τη θεραπεία και φροντίδα των ασθενών, όπου απαιτείται μια άμεση επαφή με νοσούντες και επομένως υπάρχει αυξημένη επικινδυνότητα μόλυνσής τους (Μοσχίδου, 2021).

Ο κυριότερος λόγος δημιουργίας φόβου για τον νέο κορονοϊό παραμένει σε σημαντικό βαθμό ίδιος όπως και στο γενικό πληθυσμό και αφορά την ανησυχία τόσο για την ίδια τη φύση του ιού όσο και το φόβου του αγνώστου και της αβεβαιότητας που έντονα κυριαρχούν κατά την εκδήλωση νέων πανδημιών (Johari & Omar, 2019).

Η πιθανότητα μόλυνσης και νόσησης από τον ιό είναι ιδιαίτερα αυξημένη στους επαγγελματίες υγείας λόγω του περιβάλλοντος εργασίας, τη παροχή υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς με covid και γενικότερα λόγω υψηλότερου επιπέδου έκθεσης σε αυτόν, οι οποίοι είναι όμως και ιδιαίτερα επιφορτισμένοι με την μετάδοση του στους οικείους, ιδιαίτερα στη περίπτωση που υπάρχουν στον στενό περίγυρο άτομα με χρόνια νοσήματα ή είναι ηλικιωμένοι (Xiang et al., 2020)..

Τα ίδια τα άτομα ενέχουν τον κίνδυνο λόγω υπέρμετρου φόβου να επηρεαστεί σημαντικά ο συναισθηματικός τους κόσμος με συμπεριφορικές επιπτώσεις όπως άγχος, απομόνωση, μοναξιά, προβλήματα ύπνου, ευερεθιστότητα, κατάθλιψη, ανάπτυξη μετατραυματικού στρες, άλλες ψυχωτικές διαταραχές ή ακόμη και αυτοκτονικοί ιδεασμοί (Βραχά, 2021).

Όταν παρουσιάζεται δυσαναλογία στα επίπεδα φόβου δημιουργείται πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη στρες και άγχους τα οποία με τη σειρά τους δύναται να επηρεάσουν και την εργασιακή απόδοση του εργαζομένου διαταράσσοντας την κρίση του, την πνευματική και σωματική του ακεραιότητα ή να οδηγήσουν σε επαγγελματική εξουθένωση με υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και τη δημιουργία λαθών ίσως μοιραίων. Το στρες στον συγκεκριμένο κλάδο εργασίας απαντάται σε υψηλό βαθμό λόγω της μεγάλης ευθύνης και πίεσης που ενέχει για παροχή κατάλληλων υπηρεσιών και φροντίδα υγείας (Βραχά, 2021).

Προφανώς εν καιρώ πανδημίας ο τομέας της υγείας είναι ιδιαίτερα επιφορτισμένος με τους υγειονομικούς να επωμίζονται μεγάλο και σημαντικό μερίδιο ευθύνης. Μία πανδημία δημιουργεί τρομερή ζήτηση για υπηρεσίες υγείας από ένα σύστημα υγείας με περιορισμένες ικανότητες. Τα επαγγέλματα υγείας αφορούν επαγγέλματα υψηλού φόρτου εργασίας ιδιαίτερα ευάλωτα στην ανάπτυξη ψυχιατρικών διαταραχών και ανάπτυξης επαγγελματικής εξουθένωσης με τραγικές επιπτώσεις για τους ίδιους τους εργαζομένους και το περίγυρο τους (Γέρου, 2021).

Η εγκαθίδρυση υψηλών επιπέδων φόβου έχει συσχετιστεί με μειωμένη προσαρμοστικότητα του εργαζομένου, μη σωστή διαχείριση περιορισμένων συχνά πόρων, αδυναμία διεκπεραίωσης καθηκόντων, αποκλίσεις από την εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών προς αποφυγή μόλυνσης λόγω μειωμένης εμπιστοσύνης σε αυτές, μείωση της συγκέντρωσης και των ικανοτήτων λήψης ορθών αποφάσεων (Harper et al., 2020).

Δυστυχώς όμως τόσο ο φόβος όσο και οι υπόλοιπες ψυχικές διαταραχές που δυνητικά μπορεί να εμφανιστούν δεν τελειώνουν μαζί με το πέρας της πανδημίας καθώς οι επιπτώσεις είναι συχνά μακροχρόνιες επηρεάζοντας σημαντικά τη φυσική και ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας ή ακόμη και τη γνωστική λειτουργία και εν τέλει τη ποιότητα ζωής τους γενικότερα (Βραχά, 2021).

Κατά τα αρχικά στάδια της πανδημίας η εκδήλωση μια νόσου υψηλής μεταδοτικότητας για την οποία λίγα είναι γνωστά αναπόφευκτα επιφέρει άγχος, φόβο και στρες ενώ οι συνθήκες που επικράτησαν αρχικά όπως έλλειψη σε είδη προφύλαξης, έλλειψη στήριξης από τις αρμόδιες υγειονομικές αρχές, απουσία καθολικών και ευρέως αποδεκτών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων, απουσία κατάλληλης και αποτελεσματικής θεραπείας, λειτούργησαν επιβαρυντικά στο ψυχικό κόσμο των επαγγελματιών υγείας (Rodríguez & Sánchez, 2020).

Αργότερα οι αλλαγές που συντελέστηκαν στο εργασιακό περιβάλλον όπως ο ιδιαίτερα υψηλός φόρτος εργασίας, η διαχείριση μεγάλου όγκου εργασίας και ασθενών, αλλαγές στις συνήθειες διαδικασίες και πρακτικές, η ενίοτε απασχόληση μη ειδικών επαγγελματιών υγείας σε μονάδες όπως covid, οι μειωμένοι πόροι σε μέσα προφύλαξης και παροχής φροντίδας υγείας (πχ έλλειψη κλινών), η ανάγκη λήψης κρίσιμων και συχνά μη ηθικών αποφάσεων, συντέλεσαν στην εκτόξευση του εργασιακού στρες και άγχους. Η παραπάνω κατάσταση και η εργασία μέσα σε αυτό το περιβάλλον αβεβαιότητας βρήκε πολλούς επαγγελματίες ευάλωτους και μη ικανούς να ανταπεξέλθουν και να διαχειριστούν το νέο αυτό ρυθμό και συνθήκες εργασίας (Shechter et al., 2020).

Έρευνα των Labrague και De Los Santos (2020) σε 261 νοσηλευτές πρώτης γραμμής έδειξε πως όσοι από αυτούς δεν είχαν παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο ή πρόγραμμα σχετικά με το νέο κορονοϊό παρουσίαζαν αυξημένα επίπεδα φόβου και στρες για το ιό.

Αμφότερα το άγχος και το στρες αποτελούν φυσιολογικά απότοκα του φόβου καθώς και του αισθήματος υπέρβασης των δυνατοτήτων ή των πόρων ενός ατόμου προκειμένου να αντιμετωπίσει μια κατάσταση (Halder & Mahato, 2013). Επομένως ως έναν βαθμό το άγχος ιδιαίτερα κατά την εργασία αποτελεί ένα λογικό και αναμενόμενο φαινόμενο. Για αυτό το λόγο εμπίπτει και σε διαχωρισμό όπου συγκεκριμένα το στρες (το οποίο αφορά στην ύπαρξη ρεαλιστικότερου παράγοντα απειλής από ότι το άγχος όπως τώρα με την απειλή από το κορονοϊό), διακρίνεται σε

- Eustress ή δημιουργικό άγχος, το οποίο κινητοποιεί και κρατά σε εγρήγορση το άτομο με αποτελεσματικότερη και ταχεία ανταπόκριση σε μια απειλής και
- Distress ή παθολογικό στρες το οποίο εμποδίζει το άτομο να ανταπεξέλθει, το καθιστά στάσιμο και αντιπαραγωγικό και δημιουργεί αισθήματα πανικού και απουσία λογικής (Le Fevre et al., 2003).

Όπως και για το γενικό πληθυσμό έτσι και οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να υπήρξαν «θύματα» παραπληροφόρησης ή υπερβολικών ειδήσεων αυξάνοντας σημαντικά το άγχος τους λόγω της αμεσότητας με την εργασία τους. Είναι λοιπόν σημαντική η σωστή επιλογή πηγών πληροφόρησης από επίσημες πηγές όπως κυβερνητικές ιστοσελίδες, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κ.λπ., με ακριβείς και έγκυρες πληροφορίες που θα κατευθύνουν σωστά σχετικά με τις εξελίξεις της covid-19 (Γέρου, 2021).

Πλήθος ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί σε παγκόσμιο επίπεδο μαρτυρούν τα παραπάνω. Αρχικά προ του κορονοϊού οι μισοί επαγγελματίες υγείας καταβάλλονταν ήδη από αυξημένο εργασιακό άγχος το οποίο επιβαρύνθηκε ιδιαίτερα με την έναρξη της πανδημίας, όπως και άλλα προβλήματα ψυχοπνευματικής υγείας (West et al., 2018). Προηγούμενες εμπειρίες και έρευνες έχουν αποδείξει τη σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της έναρξης πανδημιών ή άλλων παρόμοιων καταστάσεων (Εμπολα και SARS) με την εκδήλωση η επιδείνωση ψυχικών διαταραχών όπως το άγχος, ο φόβος και ο στιγματισμός κλπ (Liu et al., 2020).

Έρευνα των Alnazly et al (2021) σχετικά με τον κορονοϊό και την εκδήλωση ψυχιατρικών διαταραχών σε 365 υγειονομικούς στην Ιορδανία, έδειξε υψηλά ποσοστά σοβαρής κατάθλιψης των εργαζομένων σε ποσοστό 40% και άγχους στο 60% αυτών.

Σε άλλη έρευνα σχετικά με την διερεύνηση του φόβου των επαγγελματιών υγείας έναντι του covid και της επίδρασης που έχει στην ψυχολογική ευημερία τους σε δείγμα 250 επαγγελματιών υγείας, έδειξε πως υπάρχει έντονος φόβος έναντι της πανδημίας με ποικίλα ψυχολογικά συμπτώματα (Amin, 2020).

Έρευνα των Lai et al. (2020) διαπίστωσαν σε υγειονομικούς πρώτης γραμμής ποσοστά άγχους και κατάθλιψης σχεδόν διπλάσια των υπόλοιπων, γεγονός που έρχεται σε συμφωνία με αντιστοιχίες έρευνες των Guo et al. (2020) και τη μετανάλυση των Bueno-Notivol et al. (2021) με αντίστοιχο ποσοστό 43%, πιθανότατα λόγω φόρτου εργασίας και αυξημένης επικινδυνότητας, έλλειψης προστατευτικού εξοπλισμού, απουσίας θεραπείας, κατάλληλης καθοδήγησης και υποστήριξης.

Τρόποι διαχείρισης φόβου επαγγελματιών υγείας

Από τα παραπάνω διαφαίνεται η επίδραση του φόβου στους επαγγελματίες υγείας και καθίσταται πρωταρχικής σημασίας η πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση του υπέρμετρου φόβου που μπορεί να τους προσβάλλει. Διάφορες στρατηγικές που δύναται να χρησιμοποιηθούν ώστε αυτό να επιτευχθεί είναι η εκπαίδευση ως προς την άμεση αναγνώριση εμφάνισής του φόβου καθώς και τρόπων που μπορούν να τον περιορίσουν, η ταχεία και επιτυχής αναγνώριση των παραγόντων που τον προκαλούν και η αποσυμπίεση των συγκεκριμένων συναισθημάτων (Salari et al., 2020).

Η εξάλειψη αποριών, ανησυχίας και παραγόντων δημιουργίας φόβου όταν αυτές εμφανίζονται είναι σημαντική ώστε να αποφεύγονται φαινόμενα δημιουργίας διακρίσεων και ανισοτήτων και διατήρηση υψηλού αισθήματος καθήκοντος (Γέρου, 2021).

Η ευρεία επικοινωνία μεταξύ συνάδελφων, προϊσταμένων και διοικητών μπορεί να δράσει συμπληρωματικά ενθαρρύνοντας το ηθικό των εργαζομένων με κατανόηση και υποστήριξη των πιο ευάλωτων ατόμων και την προτροπή αυτών να αναζητήσουν την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη προκειμένου να περιορίσουν και να ξεπεράσουν τα όποια εμπόδια έχουν δημιουργηθεί. Ενδεχομένως θα ήταν ωφέλιμη και η ύπαρξη μηχανισμών υποστήριξης στα πλαίσια του χώρου εργασίας (Wu et al., 2020).

Σημαντικός προφανώς ο ρόλος της διοίκησης και πιο συγκεκριμένα της στρατηγική διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων που αποδεδειγμένα αποτελεί κλειδί για την επιτυχία των οργανισμών υγείας καθώς η διοίκηση μιας μονάδας υγείας καλείται να φέρει εις πέρας πλήθος διαδικασιών ώστε να παρέχει ένα ασφαλές περιβάλλον εργασίας και να ενισχύσει παράλληλα και τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η ασφάλεια στην εργασία αποτελεί τον σημαντικότερο ίσως παράγοντα στην ψυχολογική ευημερία των εργαζομένων επομένως πρέπει να παρέχονται τα κατάλληλα μέσα και υλικά τα οποία είναι αναγκαία για τη προστασία του προσωπικού (πχ στολή, γάντια μάσκα, γυαλιά) και τη θεραπεία των ασθενών τους και να εξασφαλίζεται η διαθεσιμότητα εξοπλισμού ενισχύοντας κατά αυτόν το τρόπο τη διάθεση και το ενδιαφέρον για ασφαλή και αποτελεσματική εργασία (Ogolodom et al., 2020).

Απαιτείται η ύπαρξη σαφών διαδικασιών και η δημιουργία συγκεκριμένων προτύπων εργασίας ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο μόλυνσης του επαγγελματία υγείας και

αυξάνοντας την αυτοπεποίθηση για το περιβάλλον εργασίας με αποτέλεσμα χαμηλότερα επίπεδα άγχους και φόβου, μεγαλύτερη ικανοποίηση στο χώρο εργασίας και δέσμευση στα καθήκοντά τους (Βραχά, 2021).

Επιπλέον από ανώτερα μέλη της διοίκησης πρέπει να εξασφαλίζεται η ενημέρωση και εκπαίδευση των εργαζομένων και ο εφοδιασμός τους με τα απαραίτητα ώστε να διαθέτουν μια άμυνα απέναντι στο κίνδυνο και το φόβο από την έκθεση τους στο κορονοϊό καθώς και η ύπαρξη ικανοποιητικής επίβλεψής με άμεση παρέμβαση σε περίπτωση εντοπισμού πιθανών λαθών.(Chen et al, 2020).

Η διαφύλαξη της ευημερίας και ψυχοπνευματικής υγείας των επαγγελματιών υγείας αποτελεί συνακόλουθο της εύρυθμης και μακροπρόθεσμα αποτελεσματικότερης λειτουργίας των μονάδων υγείας. Όπως γνωρίζουμε «Κάλλιον του θεραπεύειν το προλαμβάνειν», οπότε η πρόληψη εμφάνισης σοβαρού άγχους, στρες και φόβου στους επαγγελματίες υγείας και η προστασία της ψυχοπνευματικής τους ευεξίας είναι ουσιώδη ώστε να διατηρείται αμείωτο το ενδιαφέρον για εργασία γι' αυτό η διοίκηση οφείλει να εξασφαλίζει την επαρκή ικανοποίησή τους και διαρκή κινητοποίηση τους ειδικά λόγω του βαρυσήμαντου ρόλου που διαδραματίζουν στην αντιμετώπιση της πανδημίας (Βραχά, 2021).

Στιγματισμός

Αναμενόμενο απότοκο του υπέρμετρου φόβου απέναντι στον covid-19 αποτελεί όπως προαναφέρθηκε ο στιγματισμός, ο οποίος ορίζεται ως ένα είδος διάκρισης σε βάρος ενός ατόμου ή μιας ομάδας με κάποια συγκεκριμένα κοινωνικά χαρακτηριστικά που τα διακρίνουν από τα υπόλοιπα μέλη μιας κοινωνίας. Τα στερεότυπα, δηλαδή συγκεκριμένες πεποιθήσεις αναφορικά με ένα θέμα, αποτελούν τη βάση προκαταλήψεων υποβαθμίζοντας την κοινωνική ταυτότητα του ατόμου. Ένα κοινωνικό στίγμα μπορεί να αφορά πολλούς τομείς μεταξύ των οποίων και η υγεία (Παυλόπουλος, Κορδούτης, 2006).

Η παγκόσμια υγειονομική κρίση που ξέσπασε διατάραξε τις ισορροπίες και η κοινωνία στο σύνολο της οδηγήθηκε σε μια κρίση με εμφάνιση αρνητικών συμπεριφορών και στάσεων απέναντι σε άτομα που είτε νόσησαν είτε παρουσίασαν συμπτώματα παρόμοια με αυτά της covid-19, στον άμεσο κοινωνικό τους περίγυρο ή ακόμα και απέναντι στους φροντιστές τους (Dye et al, 2020).

Ο στιγματισμός αφορά τη συμπεριφορική απάντηση των προκαταλήψεων ενώ θα μπορούσε να αποτελεί και παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων με πληθώρα επιπτώσεων στα κοινωνικά, οικογενειακά ή εργασιακά περιβάλλοντα των ασθενών. Σε ατομικό επίπεδο, ο στιγματισμός σχετίζεται με ανεπαρκή επίπεδα γνώσης και φόβο μετάδοσης και στις αρχές τα πανδημίας παρατηρήθηκε μια αποφυγή από μέρους των ασθενών να αναζητήσουν φροντίδα υγείας δυσχεραίνοντας τον έλεγχο της ασθένειας τους και της πανδημίας από τις αρμόδιες αρχές (Dye et al, 2020).

Οι άνθρωποι που τον βιώνουν υποβάλλονται σε μεγάλη ταλαιπωρία με αποτέλεσμα να εξαντλούνται τα ψυχικά τους αποθέματα και να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης ψυχοπνευματικών ασθενειών όπως άγχος, κατάθλιψη, μετατραυματικό στρες ή και αυτοκτονικούς ιδεασμούς (Brewis et al., 2020).

Από τη μάστιγα αυτή δεν εξαιρέθηκαν ούτε οι επαγγελματίες υγείας καθώς λόγω της άμεσης επαφής τους και έκθεσής τους στον κίνδυνο μόλυνσης πληρώνουν το τίμημα. Οι επαγγελματίες υγείας καλέστηκαν να αντιμετωπίσουν εν μια νυκτί μια άνευ προηγουμένου για τα σύγχρονα δεδομένα κατάσταση, όπου με αυταπάρνηση ενίοτε παρείχαν τις υπηρεσίες τους προς το κοινό όφελος και συμφέρον, με κόστος τόσο ψυχικό όσο και σωματικό λόγω του υψηλού φόρτου εργασίας αυξάνοντας περαιτέρω τα επίπεδα άγχους και εξάντλησης τους (Ramaci et al., 2020).

Αρκετά συχνά το υγειονομικό προσωπικό και ιδιαιτέρως αυτό της πρώτης γραμμής στιγματίζεται σχεδόν αυτόματα από τη κοινωνία σε εξάρσεις μολυσματικών ασθενειών και αντιμετωπίζονται συχνά ως πηγή μόλυνσης (Taylor et al., 2020). Οι τρόποι που βιώνουν τον στιγματισμό ποικίλλουν από το κοινωνικό ή εργασιακό τους χώρο μέχρι και τον οικογενειακό τους περίγυρο μέσω συμπεριφορών όπως η άρνηση λήψης υπηρεσιών υγείας από το πληθυσμό, η άρνηση μίσθωσης οικίας και χρήσης μέσων μαζικής μεταφοράς, παρενοχλήσεις και επιθέσεις, κοινωνική υποβάθμιση και όλα αυτά σε ένα ήδη βεβαρυμμένο περιβάλλον αυξημένου φόρτου εργασίας, ψυχολογικής εξάντλησης, σωματικής κούρασης και επαγγελματικής εξουθένωσης. Όλα τα παραπάνω επιδρούν αρνητικά στον ψυχικό τους κόσμο εμποδίζοντας τους να ανταποκριθούν επαρκώς και επιτυχώς στα καθήκοντά τους (Ransing et al., 2020).

Έρευνες που επιβεβαιώνουν το φαινόμενο του στιγματισμού των επαγγελματιών υγείας είναι των Dye et al., 2020 όπου από τα συνολικά καταγεγραμμένα περιστατικά βίας και παρενόχλησης λόγω στιγματισμού το 67% αυτών αφορούσε άμεσα τους

επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον το φαινόμενο αυτό παρατηρείται παγκοσμίως ανεξαρτήτως χώρας και βαθμού ανάπτυξης της και μέχρι το προηγούμενο έτος είχαν επισήμως καταγραφεί περισσότερα από 200 περιστατικά παρενόχλησης και επίθεσης σε επαγγελματίες υγείας (Bagechi, 2020).

Η κοινωνική απομόνωση και υποτίμηση τους η δημοσιότητα προσβολή τους και η επιρροή του στιγματισμού στην συνολική ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας προφανώς διαδραματίζει σημαντικό ρόλο με μεγάλο αντίκτυπο στις ζωές τους και στην ψυχοπνευματική τους υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3- Ποιότητα ζωής

Με αφορμή τον ορισμό που έδωσε ο ΠΟΥ το 1948 για την υγεία σύμφωνα με τον οποίο ορίζεται ως “η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας και αναπηρίας”, ζητήματα ποιότητας ζωής απασχολούν ολοένα και περισσότερο τον τομέα της υγείας τόσο σε πρακτικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο. Έως το 1973 μόνο πέντε έρευνες σχετικές με την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής απαριθμούνταν ενώ τα έτη που ακολούθησαν και έως σήμερα ο αριθμός τους έχει αυξηθεί εκθετικά (Testa & Simonson, 1996).

Πρώτη αναφορά της ποιότητας ζωής θα μπορούσε να αποδοθεί στον Αριστοτέλη υπό την έννοια της “ευδαιμονίας/ευτυχίας”, οπου αναγνωρίζεται και η διαφορετικότητα που προσδίδει το κάθε άτομο σε αυτή με το προσδιορισμό της ευτυχίας να εξαρτάται από το πως τη θεωρεί καθείς. Στην εποχή του Αριστοτέλη η ποιότητα ζωής σχετιζόταν άμεσα με την προοπτική για μία “καλή ζωή”, μία ζωή με αξίες και ένα υψηλότερο παραξιακό επίπεδο ζωής (Νάκου, 2001).

Πολύ αργότερα το 1920 ο όρος ποιότητα ζωής χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά από τον Ρίγου κατά τη θεωρία του για την οικονομική ευημερία, ωστόσο δεν έτυχε της κατάλληλης σημασίας από την υπόλοιπη επιστημονική κοινότητα παρά μόνο κατά τη δεκαετία του '50 και έπειτα (Fernández-Ballesteros, 2011).

Η απόδοση συγκεκριμένης έννοιας στην ποιότητα ζωής έχει περάσει από πολλά στάδια και έχουν γίνει πολλές προσπάθειες ακριβούς προσδιορισμού της. Όταν εμφανίστηκε ευρέως ο όρος τη δεκαετία του '50 είχε περισσότερο ταυτιστεί με το βιοτικό επίπεδο (Akranavičiūtė & Ruženičius, 2007). Εκείνη την εποχή γενικότερα η ποιότητα ζωής ταυτιζόταν με τον πλούτο και την υλική ευημερία γεγονός που άλλαξε σημαντικά μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου πολέμου οπου συμπεριλήφθηκαν και έννοιες όπως η παιδεία, η υγεία, η ελευθερία, ο προσωπικός χρόνος, η οικονομική ανάπτυξη, παρατηρήθηκε δηλαδή μια μεταστροφή ως προς τις αξίες και το νόημα της ζωής επηρεάζοντας την εννοιολογική σύλληψη της (Ruženičius, 2014).

Παρά τις προσπάθειες των επιστημόνων να αποδώσουν στην έννοια της ποιότητας ζωής έναν ολοκληρωμένο ορισμό έως σήμερα δεν έχει δοθεί ένας κοινός αποδεκτός

ορισμός καθώς βρίσκεται στο μεταίχμιο πολλών κλάδων της επιστήμης (Fernández-Ballesteros, 2011).

Αποτελεί μια αόριστη ιδέα, και ορίζεται ανάλογα με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του επιστημονικού τομέα όπου ανήκει ο κάθε ερευνητής. Σύμφωνα με τον Liu (1976) οι ορισμοί της είναι τόσοι όσοι είναι και οι άνθρωποι δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην ποικιλομορφία του τι θεωρεί κάποιος σημαντικό και ικανό να επηρεάσει τη ζωή του.

Σήμερα ο ΠΟΥ δίνει τον εξής ορισμό «ποιότητα ζωής είναι η αντίληψη που έχει ένα άτομο για τη θέση του στη ζωή, η οποία διαμορφώνεται στο πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξιών στα οποία ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του» (World Health Organization).

Θα μπορούσε σε γενικότερο πλαίσιο να οριστεί ως ο βαθμός στον οποίο επικρατούν σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον οι κατάλληλες συνθήκες καθώς και η ανάλογη ψυχική και συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, που θα του προσφέρουν την ικανοποίηση και οι οποίες επηρεάζονται από τις εμπειρίες, τις πεποιθήσεις και τις αντιλήψεις του ατόμου.

Επομένως η δυσκολία ακριβούς προσδιορισμού της έννοιας της ποιότητας ζωής έγκειται και σε αυτό τι ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της· στην δυσδιάστατη μέτρηση της με αντικειμενικότητα και υποκειμενικότητα (Walker & Lowenstein, 2009).

Η πρώτη αφορά την ικανοποίηση που αντλεί ένα άτομο από υλικά αγαθά, τη κοινωνική του θέση και τη σωματική του ευεξία συγκριτικά με τις απαιτήσεις της κοινωνίας και του πολιτισμού του. Αν και η αντικειμενική διάσταση είναι σημαντική στον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής και υγείας ενός ατόμου, οι υποκειμενικές αντιλήψεις και προσδοκίες του ασθενούς μεταφράζουν αυτή την αντικειμενική αξιολόγηση στην πραγματική ποιότητα ζωής όπως ο ίδιος τη βιώνει και αντιλαμβάνεται (Testa & Simonson, 1996).

Η υποκειμενικότητα της αντίληψης της ποιότητας ζωής διαφαίνεται και από το γεγονός πως οι προσδοκίες σχετικά με την υγεία και την ικανότητα αντιμετώπισης μπορούν να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό την αντίληψη ενός ατόμου για την υγεία και την αίσθηση ικανοποίησης και ευημερίας που αντλούν τα άτομα από το περιβάλλον και τη ζωή τους (Camfield & Skevington, 2008).

Η Bowling διακρίνει δυο κατηγορίες παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής

- τους μακροκοινωνικούς όπως είναι η εκπαίδευση, η απασχόληση, το εισόδημα, το περιβάλλον, η στέγαση, οι συνθήκες διαβίωσης κλπ. και
- τους μικροατομικούς όπου περιλαμβάνονται οι αξίες και οι εμπειρίες ενός ατόμου, οι ανάγκες και προσδοκίες του, οι αντιλήψεις του, η ευημερία, η ευτυχία και η ικανοποίηση από τη ζωή όπως ο ίδιος τα εκλαμβάνει (Κουϊρουκλή, 2021).

Πέραν των παραπάνω κοινωνικών, πολιτικών και οικονομικών παραγόντων, στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής διαδραματίζουν καίριο ρόλο και άλλα χαρακτηριστικά του ατόμου όπως δημογραφικά,, ψυχολογικά, πνευματικά ή και σωματικά. ?

Η ποσοτική μέτρηση και μετατροπή ορισμένων ποιοτικών χαρακτηριστικών και συστατικών που συναντώνται συχνά στο τομέα της υγείας και ο προσδιορισμός πλήθος παραγόντων που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής είναι μια δύσκολη διεργασία που αντλεί πληροφορίες από τα πεδία της κλινικομετρίας, της ψυχομετρίας και των κλινικών αποφάσεων. Ο κάθε ερευνητής ανάλογα με τα στοιχεία που χρειάζεται, σε ποιο τομέα της ποιότητας ζωής επικεντρώνεται και με το βαθμό στον οποίο δίνει έμφαση στην αντικειμενικότητα συγκριτικά με τις υποκειμενικές διαστάσεις, δύναται να τη προσεγγίσει και με διαφορετικό τρόπο (Xu et al, 2012).

Η έρευνα για την ποιότητα ζωής έχει τις ρίζες της στις κοινωνικές επιστήμες και αποτελεί πλέον ακρογωνιαίο λίθο για την επιλογή θεραπευτικών σχημάτων καθώς οι προσδοκίες για την υγεία πλέον έχουν αυξηθεί παράλληλα με τις εξελίξεις στην ιατρική. Αποτελεί πλέον απαίτηση των καιρών η επιλογή κλινικών προγραμμάτων και θεραπευτικών στρατηγικών να γίνεται όχι μόνο με βάση μελέτες κόστους-όφελος και χρήση άλλων κλασσικών δεικτών (πχ θνησιμότητα, νοσηρότητα), αλλά κυρίως με τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς και ιδιαίτερα σε χρόνιες παθήσεις, δεδομένης της σύνθετης και πολυδιάστατης φύσης της ποιότητας ζωής και των παραγόντων που την καθορίζουν καθώς αρκεί η υποβάθμιση ενός εξ αυτών για να επηρεαστεί αρνητικά η ευημερία και ευεξία του ατόμου (Symeonaki, 2017).

Ο Yfantopoulos (2001) διέκρινε τέσσερις σημαντικότερες προσεγγίσεις για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας και την αξιολόγηση της “καλής ζωής”.

1. Η βιοϊατρική η οποία αναγνωρίζει την υγεία ως βιολογικό φαινόμενο και ταξινομεί τις ασθένειες σε κατηγορίες αναλόγως των συμπτωμάτων τους.

2. Η λειτουργική/δυσλειτουργική προσέγγιση, η οποία αφορά τις επιπτώσεις που προκύπτουν από μια δυσλειτουργία (δυσκολία στο περπάτημα, στο ντύσιμο κ.α.) και στο βαθμό που αυτές επηρεάζουν τη καθημερινότητα ενός ατόμου, τα συναισθήματα και τις ικανότητες του.
3. Η πολιτιστική, η οποία μελετά την αντίληψη των ατόμων σχετικά με την έννοια της υγείας η οποία μπορεί να ποικίλει αναλόγως των χαρακτηριστικών του ατόμου. Περιλαμβάνει το στιγματισμό και τις αντιλήψεις της κοινωνίας απέναντι στη διαφορετικότητα και
4. Η οικονομική, η οποία εξετάζει την υγεία σε όρους χρησιμότητας σε συνάρτηση με τις ιατρικές ανάγκες, και κατά πόσον το περιβάλλον ενεργοποιεί το άτομο ώστε να διατηρήσει τις ικανότητές που και τα ενδιαφέροντά του.

Έρευνες για την ποιότητα ζωής αξιολογούν τη λειτουργικότητα ενός ατόμου καθώς και τη σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία του. Επομένως είναι ένας σημαντικός και χρήσιμος δείκτης και σε πεδία όπως η αξιολόγηση τεχνολογιών υγείας όπου ερευνώνται η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας και το όφελος των νέων θεραπειών, προκειμένου να αξιολογηθεί πέραν του οικονομικού κόστους και το ανθρώπινο ως προς τα οφέλη των νέων στρατηγικών και παρεμβάσεων (Κουϊρουκλή, 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - Ψυχική ανθεκτικότητα

Ορισμός

Η ψυχική ανθεκτικότητα χαρακτηρίζεται κυρίως από δυο πράγματα:

- την ύπαρξη ενός τραυματικού συμβάντος στη ζωή ενός ατόμου
- την θετική προσαρμογή του ατόμου σε αυτό ή στην επιστροφή του στην προγενέστερη κατάσταση και

αποδεικνύεται έμμεσα μέσω της ύπαρξης των δυο παραπάνω (Gundogan, 2021).

Υφίστανται δυο μηχανισμοί αναλόγως των χαρακτηριστικών του ατόμου που του επιτρέπουν να προσαρμόζεται επιτυχώς σε αντιξοότητες και τυχόν δυσκολίες. Είτε μέσω προβολής επαρκούς αντίστασης σε αυτά και διατήρηση της τρέχουσας κατάστασης, είτε μέσω επιτυχημένης επαναφοράς του και συνεχιζόμενη βελτίωση του.

Η ψυχική ανθεκτικότητα επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως βιολογικούς, κοινωνικούς, ψυχολογικούς και από κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που επιδρούν στην διαμόρφωση της προσωπικότητας ενός ατόμου. Κάποια από αυτά δρουν ως προστατευτική ασπίδα απέναντι στην εμφάνιση δυσχερειών όπως είναι η αυτονομία, η αυτοπεποίθηση, η κοινωνικότητα, η ύπαρξη σαφών στόχων και σκοπών και η ύπαρξη υψηλών ιδανικών και αξιών (Yildirim & Arslan, 2020).

Στην ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας ωστόσο σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και εξωτερικοί παράγοντες που δύναται να δράσουν συμπληρωματικά και ενισχυτικά στα παραπάνω χαρακτηριστικά όπως η ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, η οικογένεια και γενικότερα το κοινωνικό σύνολο ώστε να μην μεταβληθεί σημαντικά η ψυχολογική υγεία των ατόμων που βιώνουν το τραυματικό γεγονός (Lai et al, 2020). Επομένως η ψυχική ανθεκτικότητα δεν αποτελεί ένα σταθερό και εκ γενετής χαρακτηριστικό ενός ανθρώπου αλλά μια μεταβλητή έννοια που αναπτύσσεται σε βάθος χρόνου αναλόγως των δυσχερειών και απαιτήσεων που εμφανίζονται στη ζωή ενός ατόμου και ανάλογα με αυτά και την επιτυχημένη αντιμετώπισή τους τροποποιείται και ο βαθμός ανάπτυξής της (Βραχά, 2021).

Τα ψυχικά ανθεκτικά άτομα είναι άτομα ικανά να ανταπεξέλθουν σε τραυματικά γεγονότα προστατεύοντας τον ψυχισμό τους. (Μπλιούμη, 2021)

Προστατευτικοί παράγοντες που αναπτύσσονται σε αυτά τα άτομα τους επιτρέπουν να εστιάζουν στη θετική πλευρά των δυσχερειών και να τις αντιμετωπίζουν σαν μια πρόκληση με στόχο να αποκομίσουν κάτι από την εμπειρία. Επομένως θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί πως η ψυχική ανθεκτικότητα αποτελεί προϊόν θετικών στάσεων, εμπειριών, κοινωνικών σχέσεων και ατομικών χαρακτηριστικών (Manomenidis et al, 2019).

Ψυχική ανθεκτικότητα και επαγγελματίες υγείας

Όπως και στο γενικό πληθυσμό η ψυχική ανθεκτικότητα αποτελεί ένα από τα λιγοστά προστατευτικά όπλα των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο φόβο. Η μεγαλύτερη ικανοποίηση που παρέχει στα άτομα και η πιο ελπιδοφόρα στάση απέναντι στην εμφάνιση δυσχερειών περιορίζουν το άγχος και το εργασιακό στρες και μειώνουν σημαντικά τη πιθανότητα εμφάνισης εργασιακής κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης (Μπλιούμη, 2021).

Η ψυχική ανθεκτικότητα τους επιτρέπει να είναι πιο συγκεντρωμένοι και ψύχραιμοι σε στρεσογόνες καταστάσεις και να παρουσιάζουν μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα σε νέα περιβάλλοντα. Η εμφάνιση της πανδημίας πριν δυο περίπου χρόνια έθεσε το συγκριμένο θέμα στο επίκεντρο μελετών καθώς παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον η αλληλεπίδραση του με το φόβο που έχει γεννηθεί για τη COVID-19 και τις επιπτώσεις στους επαγγελματίες υγείας (Barzilay et al., 2020)

Εργασιακοί παράγοντες που δύνανται να επηρεάσουν τα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας είναι η υποστελέχωση των μονάδων και έλλειψη υγειονομικού προσωπικού αυξάνοντας το φόρτο εργασίας, ο φόβος μόλυνσης, η ανεπάρκεια υλικών και γνώσης, η έλλειψη κατάλληλων μέσων και προστατευτικού εξοπλισμού αυξάνοντας το κίνδυνο μόλυνσης του προσωπικού, η ανάγκη λήψης ηθικά δύσκολων αποφάσεων, η κοινωνική απομόνωση και ο στιγματισμός που όπως προαναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας (Hao et al., 2015) (Johari & Omar, 2019).

Η σωστή εκπαίδευση και ενημέρωση των εργαζομένων, η προετοιμασία των μονάδων και η ετοιμότητα σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερο βαθμό των συστημάτων υγείας απέναντι σε πρωτόγνωρες και μη αναμενόμενες καταστάσεις είναι ουσιαστική για τη ψυχολογική υγεία των εργαζομένων υγείας καθώς μειώνουν το φόβο για το άγνωστο ενώ η ύπαρξη σαφών διαδικασιών μειώνουν το άγχος να ενισχύουν την αίσθηση ελέγχου απέναντι στην εμφάνιση κρίσεων (Vinkers et al., 2020).

Η προστασία που παρέχει η ψυχική ανθεκτικότητα στην ψυχολογία των επαγγελματιών υγείας αντανάκλαται και στη σωματική τους υγεία καθώς οι σωματικές αντοχές δεν επηρεάζονται από το φόβο και το στρες, οι αναρρωτικές άδειες εκλείπουν και τα εργασιακά λάθη μειώνονται σημαντικά αυξάνοντας τις εφεδρείες και την ετοιμότητα των συστημάτων υγείας θωρακίζοντας το, γεγονός σημαντικό σε καιρούς πανδημίας (Pappa et al., 2020).

Η θετική επίδραση της ψυχικής ανθεκτικότητας σε σημαντικές ψυχολογικές παραμέτρους του ατόμου διαφαίνεται και από πρόσφατες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν για το σκοπό αυτό (Albott et al., 2020; Gundogan, 2021; Lee & You, 2020 κλπ), με τα αποτελέσματά τους να συμφωνούν πως η ψυχική ανθεκτικότητα δρα προστατευτικά αυξάνοντας τις αντοχές του εργαζομένου, περιορίζοντας σημαντικά το φόβο και τις επιπτώσεις του (Albott et al., 2020). Η ψυχοπνευματική ευημερία καθιστά τα άτομα πιο ικανά στη διαχείριση κρίσεων και στην προσπέλαση αγχωτικών καταστάσεων, μέσω της αντίστασης σε αυτές και της υιοθέτησης της κατάλληλης συμπεριφοράς (Bahar et al., 2020).

Επιπλέον δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας που ενισχύουν την ψυχική ανθεκτικότητα είναι η οικογενειακή κατάσταση και η προϋπηρεσία καθώς αυξάνεται παράλληλα με την εμπειρία (Μπλιούμη, 2021).

Οι επαγγελματίες υγείας πέραν των κοινωνικών περιορισμών και τα μέτρα της πολιτείας που οφείλουν να ακολουθούν όντας μέρος του γενικού πληθυσμού είναι επιφορτισμένοι να εργάζονται υπό συνθήκες καραντίνας, όπου πέραν του εργασιακού στρες που βιώνουν εκείνη τη περίοδο είναι πιθανό να παρουσιαστούν μετατραυματικά συμπτώματα άγχους όπως παρατηρήθηκε σε υγειονομικούς στη Κίνα (Wu et al., 2020) και σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης (Βραχά, 2021).

Επομένως η ψυχική ευημερία είναι σημαντικός παράγοντας στην ζωή και επαγγελματική πορεία ενός επαγγελματία υγείας λόγω των αλλαγών που συντελούνται στο εργασιακό τους περιβάλλον, την αυξημένη επικινδυνότητα μόλυνσης και μετάδοσης του ιού στους οικείους τους και της κοινωνική απομόνωσης ή στιγματισμού που συχνά υφίστανται λόγω της εργασίας τους (Ραππα et al., 2020). Η ανάπτυξη υψηλών επιπέδων ψυχικής ανθεκτικότητας θα επιτρέψει στο συγκριμένο κλάδο εργαζομένων να παρέχει αδιάλειπτα τις υπηρεσίες του, να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα αρνητικά συναισθήματα που προκύπτουν λόγω της πανδημίας προστατεύοντας την ψυχοπνευματική τους υγεία (Bahar et al., 2020).

Με αφορμή λοιπόν τη πανδημία λόγω του κορονοϊού πραγματοποιήθηκαν πολυάριθμες μελέτες σχετικά με το φόβο, το άγχος και το κοινωνικό στιγματισμό που προκύπτει από αυτήν καθώς και τη κατάσταση της ψυχοπνευματικής υγείας των πολιτών και επαγγελματιών υγείας, καταλήγοντας στο συμπέρασμα πως οι δεύτεροι βιώνουν υψηλότερα επίπεδα φόβου, άγχους και κοινωνικού στιγματισμού, λόγω του επαγγέλματός τους.

Έρευνα των Lai et al. (2020) σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική και πνευματική υγεία των επαγγελματιών υγείας σε δείγμα 1257 εργαζομένων σε νοσοκομεία της Κίνας, έδειξε πως οι επαγγελματίες υγείας πρώτης γραμμής και οι νοσηλεύτριες γυναίκες, εμφάνιζαν αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και αϋπνίας και υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης αντίστοιχων συμπτωμάτων.

Ψυχική ανθεκτικότητα σε γενικό πληθυσμό και χρόνιους πάσχοντες

Όπως προαναφέρθηκε η ψυχική ανθεκτικότητα αφορά την ικανότητα του ατόμου να ανακάμπτει επιτυχώς από δυσκολίες ενώ για τους χρόνιους ασθενείς αφορά και την αντίσταση στην ασθένεια προφυλάσσοντας την ψυχολογική τους υγεία και ευημερία. Η αλληλεπίδραση ενδογενών και εξωγενών παραγόντων παρέχουν στο ψυχικά ανθεκτικό άτομο τη δυνατότητα να παραμείνει δυνατό και να βγει από την δυσάρεστη εμπειρία όσο πιο αλώβητο γίνεται αμβλύνοντας τον αντίκτυπο της στην ζωή και στην ψυχολογία του ασθενούς. (Μπλιούμη, 2021)

Αποδεδειγμένα η ποιότητα ζωής των ανθρώπων που μπορούν να ελέγξουν το άγχος είναι καλύτερη ενώ απαραίτητη προϋπόθεση για τη βελτίωση της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι η αναγνώριση των επικίνδυνων παραγόντων από το άτομο (Bahar et al., 2020).

Ας διευκρινιστεί σε αυτό το σημείο πως η ψυχική ανθεκτικότητα δεν αφορά την 'ανοσία' σε στρεσογόνες καταστάσεις και δυσκολίες αλλά στην ικανότητα κάποιου να ανακάμπτει επιτυχώς από αυτές.

Σε χρόνια πάσχοντες η ψυχική ανθεκτικότητα είναι πολύ σημαντική καθώς έρευνες έχουν δείξει την θετική συσχέτιση της με την ελπίδα και την ικανοποίηση από τη ζωή (Yildirim et al., 2020) προφυλάσσοντας την ψυχολογία τους και μειώνοντας τη πιθανότητα πρόκλησης μετατραυματικού στρες (Li et al., 2020). Η υψηλή ψυχική ανθεκτικότητα τους εξοπλίζει με πλήθος θετικών χαρακτηριστικών όπως μειωμένη ευερεθιστότητα, καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις, λιγότερα σωματικά συμπτώματα όπως κεφαλαλγίες και μυοσκελετικοί πόνοι και, κατ' επέκταση έχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή τους και μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης (Arslan et al., 2020).

Παρέχει μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα σε μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα ενώ η ύπαρξη της προδιαθέτει σε θετικότερη στάση και ικανοποίηση από τη ζωή και τα άτομα που τη διαθέτουν συχνά εμφανίζονται πιο ήρεμα και ευτυχισμένα (Μπλιούμη, 2021).

Τα παραπάνω αποτελούν χαρακτηριστικά τα οποία αυξάνουν την ευημερία και ψυχική αντοχή ενός ατόμου και δρουν προστατευτικά για αυτό. Σύμφωνα με έρευνες η ψυχική ανθεκτικότητα συσχετίζεται αρνητικά με την εμφάνιση ψυχολογικών διαταραχών όπως άγχος κατάθλιψη στρες, τα οποία με τη σειρά τους οδηγούν στην εμφάνιση υπέρμετρου φόβου και των συνακόλουθών του (Hu et al., 2015).

Σε περιόδους εξάρσεων επιδημιών ή πανδημιών όπως με τον covid-19 είναι αναμενόμενο να προκαλείται άγχος, φόβος ακόμη και πανικός στους πολίτες ανεξαρτήτως ηλικίας. Ωστόσο δεν αντιδρούν όλοι οι άνθρωποι με τον ίδιο τρόπο λόγω διαφορετικών χαρακτηριστικών και εμπειριών του καθενός σε αγχωτικές καταστάσεις (Blanc et al., 2020).

Ο φόβος και το άγχος που σχετίζονται με την ασθένεια και την πορεία της νόσου επιδεινώνονται συχνά από την υποχρεωτική απομόνωση που υφίστανται οι πολίτες ως αναγκαίο μέτρο για το περιορισμό μιας πανδημίας. Σε έναν ασθενή με ήδη επιβαρυνμένη κατάσταση υγείας η πανδημία και όλα τα συνακόλουθα μέτρα για την αντιμετώπισή της επιδρούν επιβαρυντικά τόσο για το ίδιο το άτομο όσο και τους φροντιστές του. (Βραχά, 2021)

Κατά τη διάρκεια εξάρσεων μεταδοτικών ασθενειών, τα επίπεδα ανθεκτικότητας τείνουν να μειώνονται καθώς πέραν του φόβου μόλυνσης, τις οικονομικές ανασφάλειες, το στιγματισμό και τις κοινωνικές δυσκολίες που πιθανόν αντιμετωπίζουν έχουν να αντιμετωπίσουν και τα περιοριστικά μέτρα (Bonanno, 2004). Η κοινωνική απομόνωση και ο περιορισμός κυκλοφορίας που απαιτούνται προς περιορισμό μιας πανδημίας προκαλούν ψυχολογικές μεταβολές στους ασθενείς (Bahar et al., 2020).

Σύμφωνα με μια έρευνα των Blanc et al., 2020) σε Αμερικανούς πολίτες οι ημέρες λιακάδας, άσκησης και κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και υποστήριξης από το κοινωνικό περίγυρο δρούσαν ευεργετικά στη ψυχολογική υγεία του ασθενή καθιστώντας πιο πιθανό τον περιορισμό των αρνητικών συναισθημάτων και την ανάπτυξη αντοχής σε αυτά. Τελος έρευνες των Qiu et al., (2020) και Wang et al.,

(2020) στην Κίνα όπου και πρωτοεμφανίστηκε ο ιός, έδειξαν πως τα άτομα που τηρούσαν τις κατευθυντήριες οδηγίες και τα προτεινόμενα μέτρα προστασίας και επέλεγαν προσεκτικά τις πηγές των πληροφοριών που λάμβαναν κατάφεραν να περιορίσουν τα αρνητικά συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους καθώς ένιωθαν πως με έναν τρόπο έλεγχαν την κατάσταση και διαφύλαζαν την υγεία τους.

ΜΕΡΟΣ Β- Έρευνα

Μεθοδολογία

Σκοπός μελέτης και ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει τα επίπεδα των συναισθημάτων φόβου και στρες κατά την διάρκεια της πανδημίας λόγω covid-19, καθώς και της ψυχικής ανθεκτικότητας συγκριτικά με τη ποιότητα ζωής σε ένα δείγμα πληθυσμού που απαντάται στο Κέντρο Υγείας Άργους και απαρτίζεται από το γενικό πληθυσμό, τους επαγγελματίες υγείας και χρόνιους πάσχοντες.

Τα ερευνητικά ερωτήματα και οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι τα εξής:

- Η εκτίμηση των επιπέδων άγχους και φόβου που βιώνει το άτομο απέναντι στη πιθανότητα νόσησης από covid-19
- Η εκτίμηση του στιγματισμού που ενδεχομένως υφίστανται κάποια άτομα λόγω της νόσου και της αντίληψης της κοινωνίας για αυτά
- Η εκτίμηση του επιπέδου της ψυχικής ανθεκτικότητας
- Η εκτίμηση του βαθμού στον οποίον η ψυχική ανθεκτικότητα και η ποιότητα ζωής σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με τα επίπεδα φόβου, άγχους και στιγματισμού
- Η διερεύνηση του βαθμού στον οποίον τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων επηρεάζουν και σχετίζονται στατιστικά με τα επίπεδα του φόβου, του άγχους, του στιγματισμού, της ψυχικής ανθεκτικότητας και ποιότητας ζωής τους.

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία σε διεθνές επίπεδο το στρες, ο φόβος και το στίγμα είναι υπαρκτές και σημαντικές εμπειρίες των ατόμων κατά τη διάρκεια της πανδημίας λόγω του covid-19. Η παρούσα έρευνα επιχειρεί να συσχετίσει τα παραπάνω καθώς και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά με την ψυχική ανθεκτικότητα και τη ποιότητα ζωής των ατόμων κατά την πανδημία και να καλύψει με αυτόν τον

τρόπο ένα “κενό” στη βιβλιογραφία καθώς δεν απαντώνται ιδιαίτερες συσχετίσεις μεταξύ των επίπεδων των προαναφερόμενων παραγόντων.

Δείγμα της έρευνας

Για τους σκοπούς της εργασίας διανεμήθηκαν δομημένα ερωτηματολόγια σε ένα δείγμα 148 ατόμων που αποτελούνται από το γενικό πληθυσμό, επαγγελματίες υγείας και χρόνιους πάσχοντες που επισκέπτονται το Κέντρο Υγείας Άργους. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στην φυσική τους μορφή και συμπληρώθηκαν χειρόγραφα και η διαδικασία συλλογής των δεδομένων διήρκησε από 01/11/2021 έως 10/01/2022. Συνολικά μοιράστηκαν 270 ερωτηματολόγια και συμπληρώθηκαν έγκυρα 148.

Ηθικοί περιορισμοί

Για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας, όλοι οι συμμετέχοντες που έλαβαν μέρος ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας και την ανάγκη για τη βοήθειά τους καθώς και για τη χρήση των αποτελεσμάτων για αποκλειστικά επιστημονικούς σκοπούς. Διασφαλίστηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των απαντήσεων, οι οποίες κωδικοποιήθηκαν. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν ανώνυμη και εθελοντική και οι συμμετέχοντες μπορούσαν να αποχωρήσουν από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούσαν.

Ερευνητικά εργαλεία

Προκειμένου να διασφαλιστεί η εγκυρότητα του ερευνητικού εργαλείου και της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα σύνθετο ερευνητικό εργαλείο το οποίο αποτελείται από 6 κλίμακες που έχουν ήδη σταθμιστεί και χρησιμοποιηθεί σε παρόμοιες έρευνες. Αναλυτικότερα, το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα εργασία και παρατίθεται στο Παράρτημα δομείται κατά σειρά:

Αρχικά από την ενότητα των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων με 27 ερωτήσεις οι οποίες εξέταζαν φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, εργασία, δεδομένα για την κατάσταση της υγείας τους και κάποια χαρακτηριστικά τους σχετικά με αντιλήψεις και στάσεις απέναντι στην πανδημία.

Έπειτα ακολουθεί η κλίμακα φόβου για τον SARS-CoV-2 (FCV-19S) που ανέπτυξαν οι Ahorsu και συν. (2020a), ενώ στα ελληνικά έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί από τους Tsiropoulou και συν. (2020). Αποτελείται από 7 ερωτήσεις βαθμονομημένες σε κλίμακα Likert πέντε βαθμίδων, με τη βαθμίδα (1) να αντιστοιχεί στην απάντηση

«Διαφωνώ» και τη βαθμίδα (5) να αντιστοιχεί στην απάντηση «Συμφωνώ Απόλυτα». Οι ενδιάμεσες βαθμίδες της κλίμακας είχαν ως εξής (2) Διαφωνώ Απόλυτα, (3) Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ και (4)νΣυμφωνώ. Το συνολικό σκορ κυμαίνεται από 7 έως 35.

Ερωτηματολόγιο στίγματος προσαρμοσμένη για τον Covid – 19 αποτελούμενη από 18 ερωτήσεις κλειστού τύπου ΝΑΙ/ΟΧΙ προκειμένου να προσδιοριστεί το στίγμα κατά την πανδημία μέσα από ερωτήσεις που μελετούν αντιλήψεις και στάσεις των συμμετεχόντων.

Έπειτα ακολουθεί η κλίμακα προσωρινού άγχους αυτοεκτίμησης (State Anxiety) η οποία εισήλθε από τον Spielberg (1970) και χρησιμοποιείται ευρέως λόγω των αξιόπιστων και έγκυρων αποτελεσμάτων της, ενώ στα ελληνικά μεταφράστηκε από τους Fountoulakis et al (2006). Η κλίμακα αποτελείται από 20 ερωτήσεις βαθμονομημένες σε κλίμακα Likert τεσσάρων βαθμίδων, με τη βαθμίδα 1 να αντιστοιχεί στην απάντηση «Καθόλου», τη βαθμίδα 2 «Κάπως», τη βαθμίδα 3 «Μέτρια» και τη βαθμίδα 4 να αντιστοιχεί στην απάντηση «Πάρα πολύ» με υψηλότερο σκορ να υποδηλώνει την ύπαρξη περισσότερου άγχους.

Ακολουθεί η κλίμακα Brief-COPE των Carver et al (1989) και έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από τους Karsou et al (2010). Περιλαμβάνει 28 στοιχεία και αφορά στάσεις και συμπεριφορές για την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων με 4 πιθανές απαντήσεις βαθμονομημένες σε κλίμακα Likert με τη βαθμίδα (1) να αντιστοιχεί «Δεν το κάνω καθόλου», τη βαθμίδα (2) «Το κάνω λίγο», τη βαθμίδα (3) «Το κάνω σε μέτριο βαθμό και τη βαθμίδα (4) «Το κάνω πολύ».

Έπειτα η κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητας Connor-Davidson (2003), προσαρμοσμένη στην ελληνική γλώσσα από τους Δημητριάδου και Σταλικά (2012). Μελετά τη ψυχική ανθεκτικότητα ως μέτρο προστασίας και αντιμετώπισης στρεσογονων καταστάσεων και αποτελείται από 20 ερωτήσεις κλίμακας Likert πέντε βαθμίδων, με τη βαθμίδα (1) να αντιστοιχεί στην απάντηση «Καθόλου Αληθές» και τη βαθμίδα (5) να αντιστοιχεί στην απάντηση «Σχεδόν Πάντα Αληθές». Ενδιάμεσα η βαθμίδα (2) αντιστοιχεί «Σπάνια Αληθές», η βαθμίδα (3) «Κάποιες Φορές Αληθές» και η (4) «Συχνά Αληθές».

Τέλος η κλίμακα MISSOULA - VITAS QUALITY OF LIFE INDEX (MVQoL-15) των Byock και Merriman (1998) που αφορά τη ποιότητα ζωής και μεταφράστηκε στα ελληνικά από τους Theofilou et al (2013). Περιλαμβάνεται μια ερώτηση για τη

βαθμολόγηση της σφαιρικής ποιότητας ζωής όπως την αντιλαμβάνεται ο συμμετέχοντας και ακόμη 15 ερωτήσεις σε κλίμακα Likert πέντε βαθμίδων με τη βαθμίδα (1) να αντιστοιχεί στην απάντηση «Συμφωνώ απόλυτα», τη βαθμίδα (2) να αντιστοιχεί «Συμφωνώ», τη βαθμίδα (3) «Ούτε συμφωνώ/Ούτε διαφωνώ», τη βαθμίδα (4) «Διαφωνώ» και τη βαθμίδα (5) «Διαφωνώ απόλυτα».

Στατιστική Ανάλυση

Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0. Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (StandardDeviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών ενώ η διάμεσος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών που δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή αλλά και σε περιπτώσεις διευκρινέστερης περιγραφής των μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r_{ho}). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διαστάσεις αλλά και τη συνολική βαθμολογία των κλιμάκων της μελέτης από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Οι αναλύσεις πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έγιναν και με τη χρήση λογαριθμικού μετασχηματισμού της εξαρτημένης μεταβλητής σε περιπτώσεις μη ύπαρξης κανονικότητας. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

Αποτελέσματα

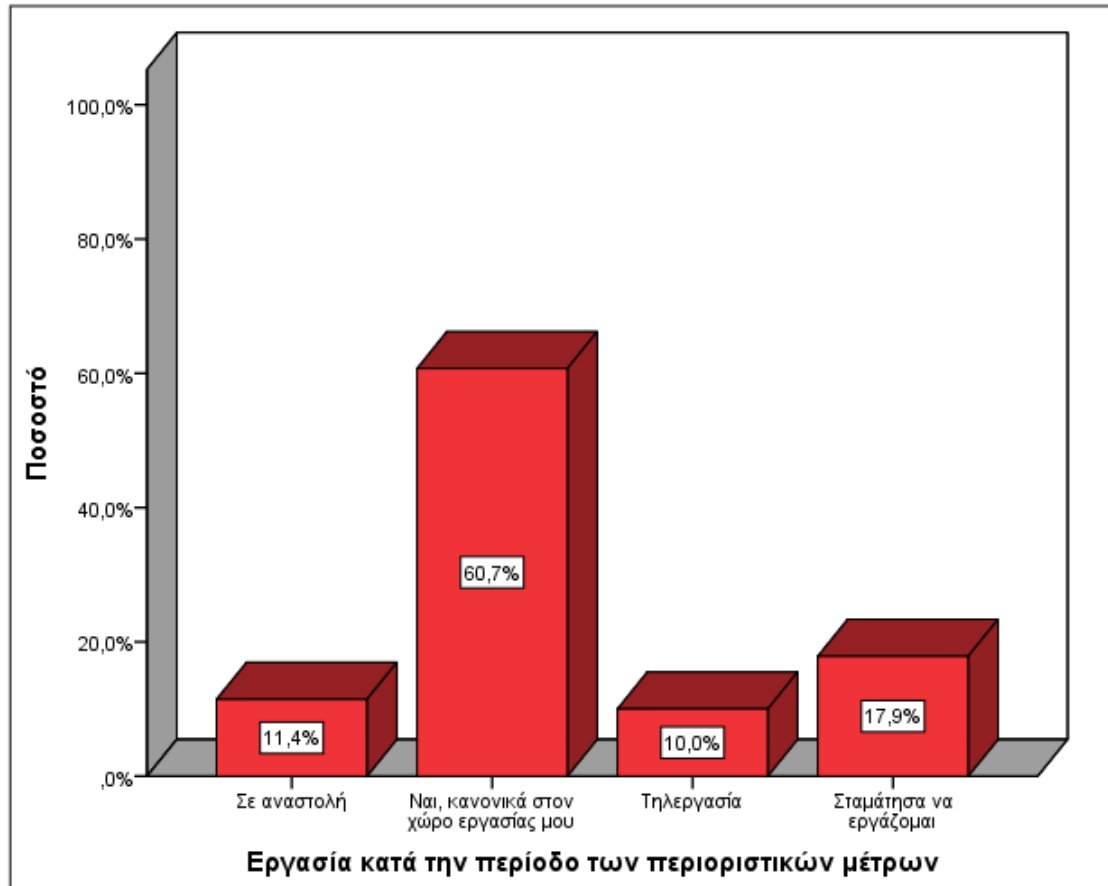
Το δείγμα μας αποτελούνταν από 148 άτομα εκ των οποίων το 43,9% ήταν άνδρες. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

	N	%
Φύλο		
Άνδρας	65	43,9

	Γυναίκα	80	54,1
	Άλλο	3	2,0
Ηλικία	18-29 ετών	35	23,6
	30-40 ετών	32	21,6
	41-59 ετών	52	35,1
	60-70 ετών	22	14,9
	71 ετών και άνω	7	4,7
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	76	51,4
	Άγαμος/η	45	30,4
	Διαζευγμένος/η	11	7,4
	Χηρεία	8	5,4
	Σε συμβίωση	8	5,4
Έχετε παιδιά;		94	63,9
Αριθμός τέκνων	1	26	27,7
	2	41	43,6
	3	22	23,4
	4 και άνω	5	5,3
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	Δημοτικό	18	12,2
	Γυμνάσιο	11	7,4
	Λύκειο	59	39,9
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	41	27,7
	Μεταπτυχιακό	17	11,5
	Διδακτορικό	2	1,4
Πόσα άτομα μένετε στο ίδιο σπίτι	1 άτομο	18	12,2
	2 άτομα	33	22,3
	3 έως 5 άτομα	93	62,8
	από 6 και πάνω άτομα	4	2,7
Εργασιακή κατάσταση	Άνεργος/η	17	11,5
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	38	25,7
	Δημόσιος Υπάλληλος	41	27,7
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	28	18,9
	Συνταξιούχος	16	10,8
	Άλλο	8	5,4
Είστε εργαζόμενος σε κάποιον από τους ακόλουθους τομείς	Εργαζόμενος/η στο χώρο της Υγείας	25	50,0
	Εκπαιδευτικός	13	26,0
	Υπάλληλος στην Εστίαση	12	24,0
Εργασία κατά την περίοδο των περιοριστικών μέτρων	Σε αναστολή	16	11,4
	Ναι, κανονικά στον χώρο εργασίας μου	85	60,7
	Τηλεργασία	14	10,0
	Σταμάτησα να εργάζομαι	25	17,9
Η περιοχή στην οποία διαμένετε βρίσκεται σε	Μεγάλη πόλη	22	14,9
	Μικρή πόλη	90	60,8
	Χωριό	34	23,0
	Νησί	2	1,4
	Άλλο	0	0,0

Το 35,1% ήταν από 41 έως 59 ετών. Έγγαμοι ήταν το 51,4% του δείγματος ενώ παιδιά είχε το 63,9%. Από τους συμμετέχοντες που είχαν παιδιά το 43,6% είχε 2. Απόφοιτοι Λυκείου ήταν περίπου το 40% του δείγματος. Το 62,8% των συμμετεχόντων έμεναν στο ίδιο σπίτι μαζί με 3 έως 5 άτομα. Το 27,7% του δείγματος ως εργασιακή κατάσταση είχε εκείνη του Δημοσίου Υπαλλήλου ενώ το 25,7% εκείνη του Ιδιωτικού. Οι μισοί από τους συμμετέχοντες (50%) εργάζονταν στο χώρο της Υγείας ενώ κατά την περίοδο των περιοριστικών μέτρων το 60,7% συνέχισε κανονικά να δουλεύει στο χώρο εργασίας του. Σε μικρή πόλη διέμενε το 60,8% των συμμετεχόντων.

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων σχετικά με το πώς άλλαξε η εργασιακή τους κατάσταση την περίοδο των περιοριστικών μέτρων.



Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ερωτήσεων σχετικά με την υγεία των συμμετεχόντων.

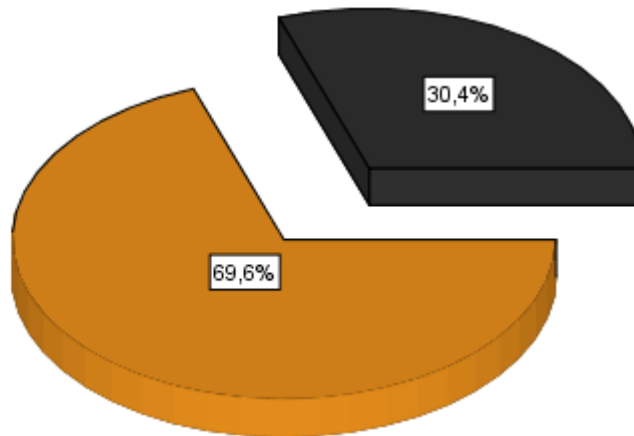
	N	%
Αντιμετωπίζετε κάποια χρόνια σωματική ασθένεια	45	30,4
Εάν ναι, ποια ασθένεια;		
<i>ΧΑΠ</i>	11	24,4
<i>Καρδιοπάθεια</i>	15	33,3
<i>Παχυσαρκία</i>	16	35,6
<i>Σακχαρώδης διαβήτης</i>	20	44,4
<i>Αυτοάνοσο Νόσημα</i>	15	33,3
<i>Άλλο</i>	10	22,2
Αντιμετωπίζετε κάποια χρόνια ψυχική ασθένεια	29	19,6
Είστε καπνιστής/τρια		
Όχι	67	45,3
Ναι	60	40,5
Πρώην καπνιστής	21	14,2
Πόσα ποτήρια αλκοόλ καταναλώνετε την εβδομάδα		
0	52	35,1
1-2	44	29,7
3-4	23	15,5
5-7	24	16,2
8 και πάνω	5	3,4
Αθλείστε πάνω από 3 ώρες εβδομαδιαίως	46	31,1
Κάνετε στην καθημερινότητά σας καθιστική ζωή	82	55,4
Χρησιμοποιείτε υπολογιστή πάνω από 3 ώρες καθημερινά	61	41,2
Χρησιμοποιείτε κινητό πάνω από 3 ώρες καθημερινά	68	45,9
Σε περίπτωση ανάγκης μπορεί να σας βοηθήσει		
<i>φίλος/η</i>	60	40,5
<i>συγκάτοικος</i>	15	10,1
<i>σύντροφος</i>	16	10,8
<i>σύζυγος</i>	70	47,6
<i>παιδιά</i>	39	26,4
<i>άλλο</i>	53	35,8

Το 30,4% του δείγματος αντιμετώπιζε κάποια χρόνια σωματική ασθένεια με το 44,4% αυτών να αντιμετώπιζε σακχαρώδη διαβήτη. Το 19,6% του δείγματος αντιμετώπιζε κάποια χρόνια ψυχική ασθένεια. Το 45,3% δεν ήταν καπνιστής/τρια και το 35,1% δεν κατανάλωνε καθόλου αλκοόλ μέσα στην εβδομάδα. Πάνω από 3 ώρες την εβδομάδα αθλούνταν το 31,1% του δείγματος ενώ το 55,4% έκανε καθιστική ζωή στην καθημερινότητά του. Πάνω από 3 ώρες την ημέρα χρησιμοποιούσε τον υπολογιστή το 41,2% των συμμετεχόντων και το 45,9% χρησιμοποιούσε καθημερινά πάνω από 3 ώρες το κινητό. Σε περίπτωση ανάγκης το 47,6% θα μπορούσε να το βοηθήσει η σύζυγος του ενώ το 40,5% κάποιος φίλος του.

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται το ποσοστό των ασθενών που αντιμετωπίζουν κάποια χρόνια σωματική ασθένεια.

Αντιμετωπίζετε κάποια χρόνια σωματική ασθένεια

■ Όχι
■ Ναι



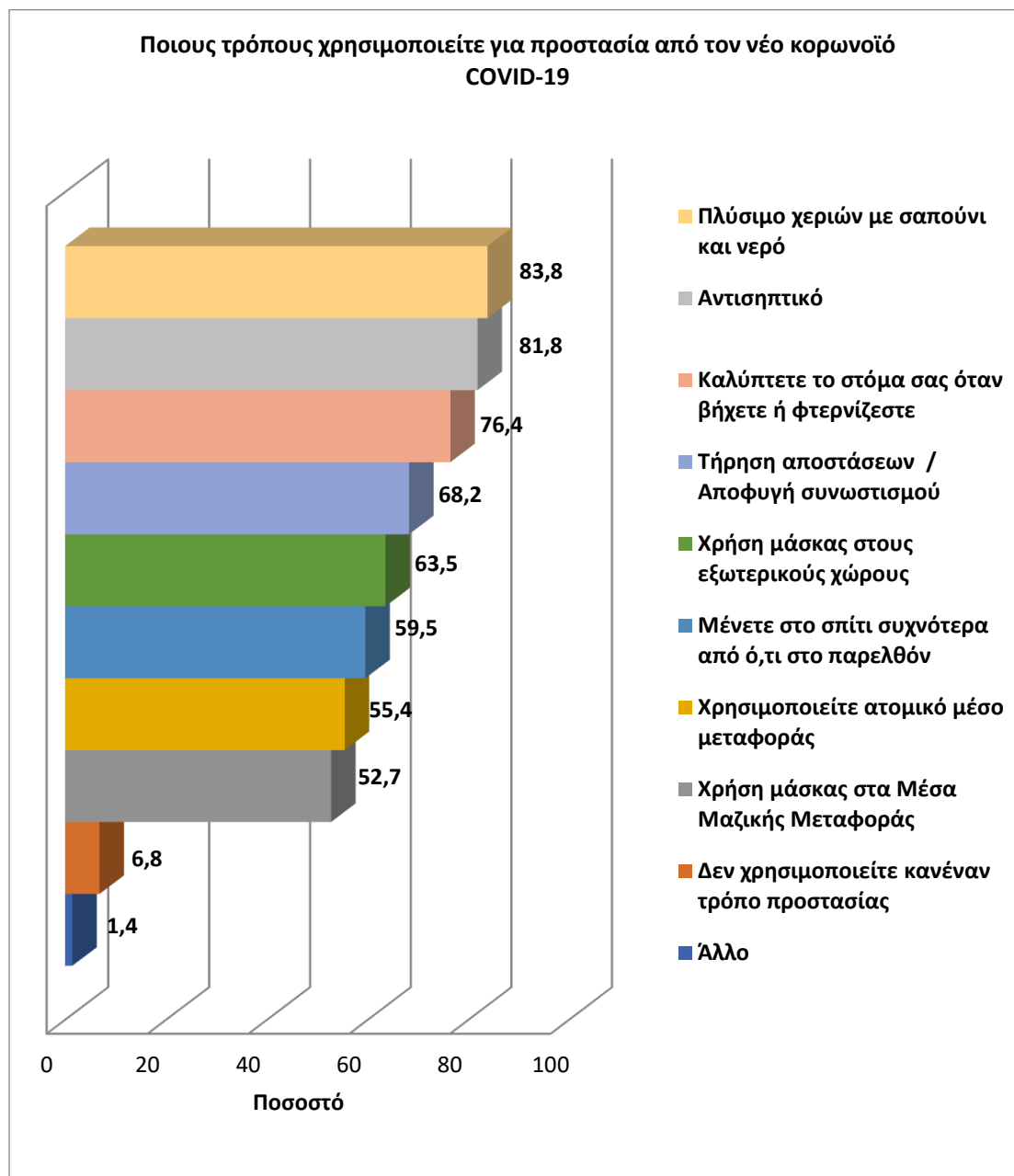
Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ερωτήσεων σχετικά με τον Covid - 19.

		N	%
Έχετε νοσήσει από Covid-19/κορονοϊό		62	41,9
Έχετε εμβολιαστεί για Covid-19/κορονοϊό		129	87,2
Εάν όχι γιατί;			
<i>Δεν έχει ανοίξει ακόμα η πλατφόρμα για την κατηγορία μου</i>		0	0,0
<i>Δεν εμπιστεύομαι / φοβάμαι τα εμβόλια</i>		17	89,5
<i>Δεν έχω κανέναν να με μεταφέρει στο εμβολιαστικό κέντρο</i>		0	0,0
<i>Λόγω προβλημάτων υγείας που δεν επιτρέπουν τον εμβολιασμό</i>		1	5,3
<i>Δεν πιστεύω στον κορονοϊό</i>		4	21,1
Πόση εμπιστοσύνη έχετε στο σύστημα υγείας για την αντιμετώπιση του COVID-19	Καθόλου	12	8,1
	Μέτρια	57	38,5
	Αρκετά	52	35,1
	Πολύ καλά	11	7,4
	Άριστα	16	10,8
Πόση εμπιστοσύνη έχετε στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την αντιμετώπιση του COVID-19	Καθόλου	8	5,4
	Μέτρια	45	30,4
	Αρκετά	45	30,4
	Πολύ καλά	30	20,3
	Άριστα	20	13,5
Ποιους από τους παρακάτω τρόπους χρησιμοποιείτε για προστασία από τον νέο κορονοϊό COVID-19			
<i>Πλύσιμο χεριών με σαπούνι και νερό</i>		124	83,8
<i>Αντισηπτικό</i>		121	81,8
<i>Χρήση μάσκας στα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς</i>		78	52,7
<i>Χρήση μάσκας στους εξωτερικούς χώρους</i>		94	63,5
<i>Τήρηση αποστάσεων / Αποφυγή συνωστισμού</i>		101	68,2
<i>Καλύπτετε το στόμα σας όταν βήχετε ή φτερνίζεστε</i>		113	76,4
<i>Μένετε στο σπίτι συχνότερα από ό,τι στο παρελθόν</i>		88	59,5
<i>Χρησιμοποιείτε ατομικό μέσο μεταφοράς</i>		82	55,4
<i>Δεν χρησιμοποιείτε κανέναν τρόπο προστασίας</i>		7	4,7
<i>Άλλο</i>		2	1,4
Πιστεύετε ότι η πανδημία του νέου κορωνοϊού COVID-19 θα αντιμετωπιστεί σύντομα	Όχι	48	32,4
	Ναι	34	23,0
	Ίσως	66	44,6

Το 41,9% του δείγματος είχε νοσήσει από Covid – 19 και το 87,2% είχε εμβολιαστεί για τον Covid – 19. Από τους συμμετέχοντες που δεν είχαν εμβολιαστεί το 89,5% δεν το έκανε γιατί δεν εμπιστευόταν ή φοβόταν τα εμβόλια. Μέτρια εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας για την αντιμετώπιση του Covid – 19 είχε το 38,5% του δείγματος ενώ το 30,4% είχε μέτρια εμπιστοσύνη στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την αντιμετώπιση του Covid – 19. Για την προστασία από τον νέο κορωνοϊό COVID-19 το 83,8% χρησιμοποιούσε το πλύσιμο των χεριών με σαπούνι και νερό, το 81,8% αντισηπτικό και το 76,4% κάλυπτε το στόμα του όταν έβηχε ή φτερνιζόταν. Πίστη πως

η πανδημία του νέου κορονοϊού COVID-19 θα αντιμετωπιστεί σύντομα είχε το 23% του δείγματος.

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι τρόποι που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες για να προστατευτούν από το νέο κορονοϊό COVID-19.



Κλίμακα φόβου για τον SARS-CoV-2 (FCV-19S)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα φόβου. Η βαθμολογία μπορεί να κυμανθεί από 7 μέχρι 35 μονάδες, με την υψηλότερη βαθμολογία να υποδηλώνει μεγαλύτερο φόβο για τον SARS-CoV-2.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)
Κλίμακα φόβου για κορονοϊό (FCV-19S)	7	35	14,8 (6,2)	14 (11 - 18)

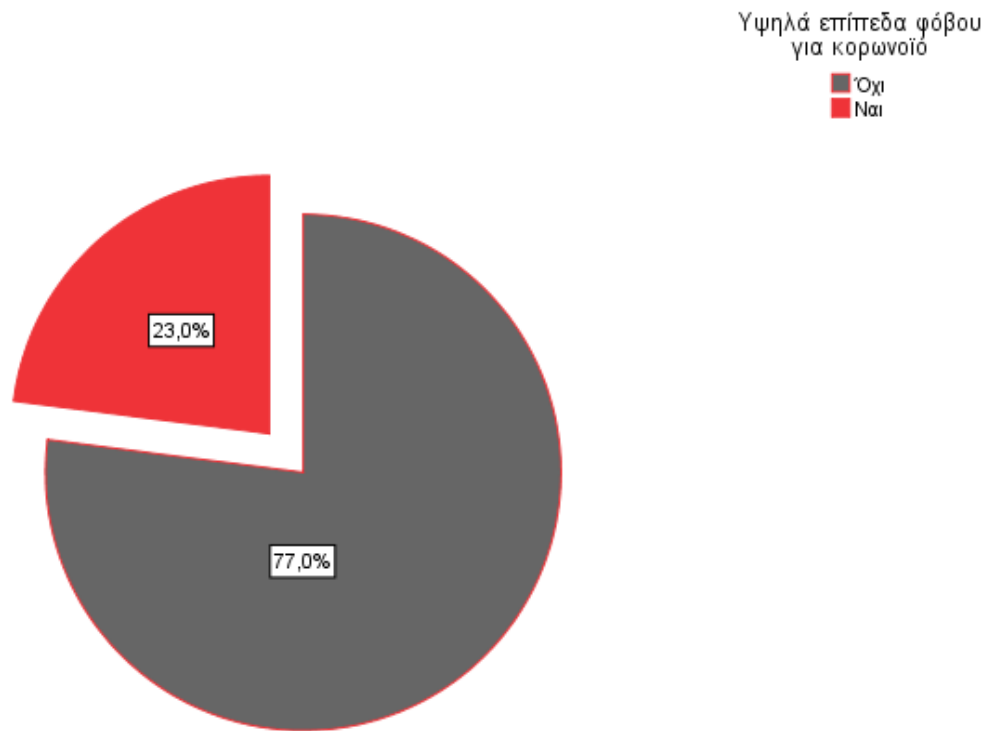
Η βαθμολογία λοιπόν κυμαινόταν από 7 μέχρι 35 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 14,8 μονάδες (SD=6,2 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 14 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 11 – 18 μονάδες).

Τα επίπεδα φόβου των συμμετεχόντων δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Υψηλά επίπεδα φόβου για κορονοϊό	N	%
Όχι	114	77
Ναι	34	23

Το 23% των συμμετεχόντων είχε υψηλά επίπεδα φόβου για τον κορονοϊό.

Τα επίπεδα φόβου των συμμετεχόντων για τον SARS-CoV-2 δίνονται στο γράφημα που ακολουθεί.



Κλίμακα στίγματος για τον Covid – 19.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα στίγματος. Η βαθμολογία μπορεί να κυμανθεί από 0 μέχρι 18 μονάδες, με την υψηλότερη βαθμολογία να υποδηλώνει μεγαλύτερο αίσθημα στίγματος για τον Covid – 19.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)
Κλίμακα στίγματος για Covid - 19	0	15	3,8 (3,2)	3 (2 - 5)

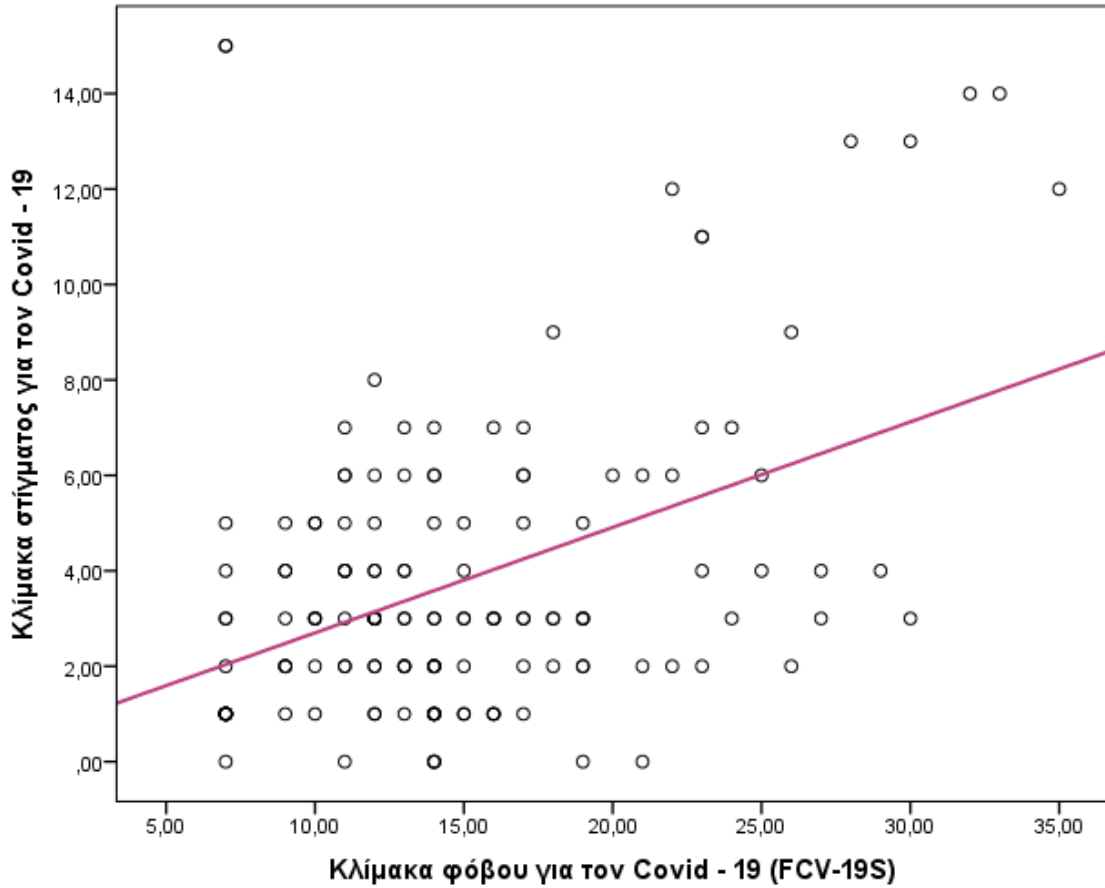
Η βαθμολογία κυμαινόταν από 0 μέχρι 15 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 3,8 μονάδες (SD=3,2 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 3 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 2 – 5 μονάδες).

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman (ρ) μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα φόβου για κορωνοϊό (FCV-19S) και της κλίμακας στίγματος για Covid - 19.

		Κλίμακα στίγματος για τον Covid - 19
Κλίμακα φόβου για τον Covid - 19 (FCV-19S)	ρ	0,30
	P	<0,001

Η βαθμολογία της κλίμακας φόβου για τον Covid – 19 (FCV-19S) συσχετίζεται θετικά σε σημαντικό βαθμό με την βαθμολογία της κλίμακας στίγματος για τον Covid – 19. Αναλυτικότερα όσο μεγαλύτερος είναι ο φόβος για τον Covid – 19 τόσο εντονότερο είναι και το στίγμα που νιώθουν οι συμμετέχοντες.

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται η συσχέτιση ανάμεσα στη βαθμολογία της κλίμακας φόβου για τον Covid – 19 (FCV-19S) και στη βαθμολογία της κλίμακας στίγματος για τον Covid – 19.



Κλίμακα προσωρινού άγχους αυτοεκτίμησης (State Anxiety)

Στον πίνακα που ακολουθεί περιγράφεται η κλίμακα προσωρινού άγχους (State Anxiety). Η κλίμακα παίρνει τιμές από 20 έως 80 μονάδες. *Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν εντονότερο προσωρινό άγχος.*

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)
Κλίμακα προσωρινού άγχους (State Anxiety)	20	72	46,6 (12,4)	47 (38 – 56)

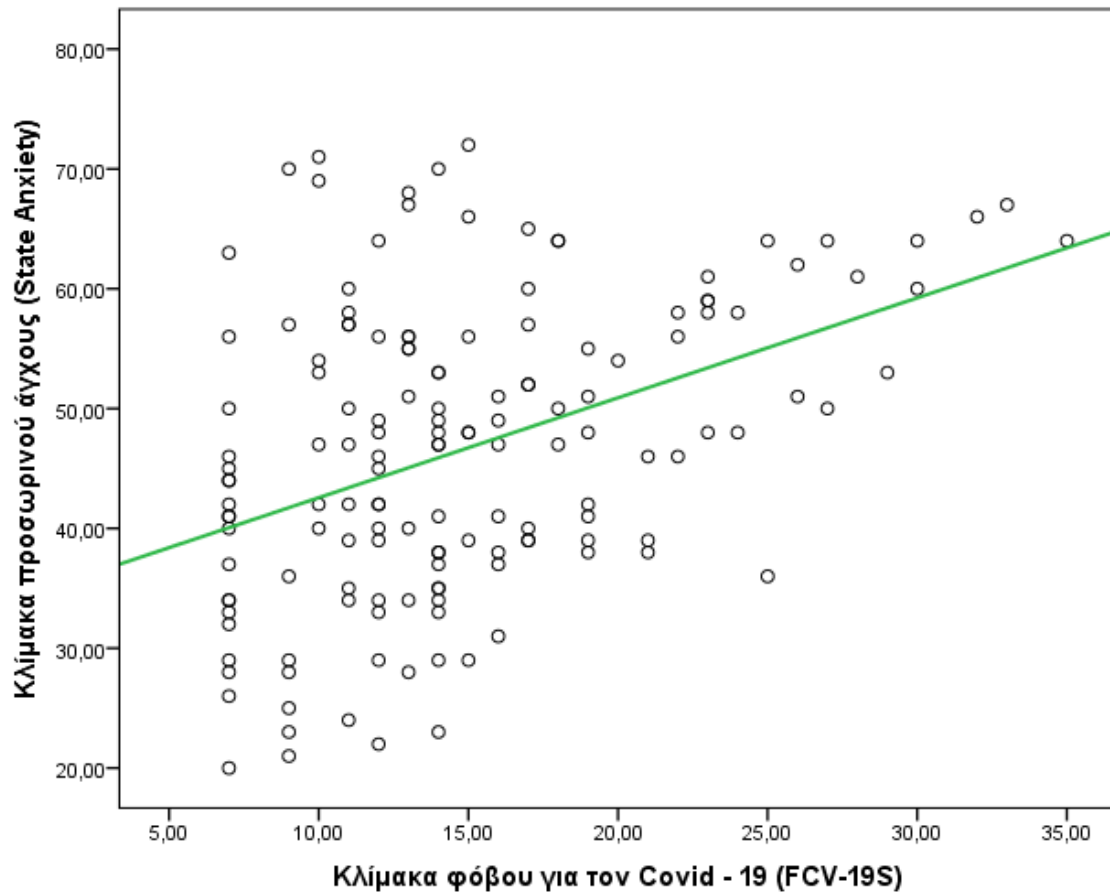
Η κλίμακα προσωρινού άγχους (State Anxiety) κυμαινόταν από 20 έως 72 μονάδες. Η μέση τιμή της κλίμακας ήταν 46,6 μονάδες (SD=12,4 μονάδες) ενώ η διάμεσος τιμή της ήταν 47 μονάδες (Ενδ. Εύρος = 38 – 56 μονάδες).

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman (ρ) μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα προσωρινού άγχους (State Anxiety) και της κλίμακας φόβου για κορονοϊό (FCV-19S) και στίγματος για Covid - 19.

		Κλίμακα προσωρινού άγχους (State Anxiety)
Κλίμακα στίγματος για τον Covid - 19	ρ	0,38
	P	<0,001
Κλίμακα φόβου για τον Covid - 19 (FCV-19S)	ρ	0,38
	P	<0,001

Η βαθμολογία της κλίμακας προσωρινού άγχους (State Anxiety) βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά σε θετικό βαθμό με τη βαθμολογία της κλίμακας φόβου για τον Covid – 19 (FCV-19S) και με τη βαθμολογία της κλίμακας στίγματος για τον Covid – 19. Αναλυτικότερα όσο μεγαλύτερος είναι ο φόβος για τον Covid – 19 και το στίγμα που νιώθουν οι συμμετέχοντες τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα προσωρινού άγχους που αισθάνονται.

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται η συσχέτιση ανάμεσα στη βαθμολογία της κλίμακας φόβου για τον Covid – 19 (FCV-19S) και στη βαθμολογία της κλίμακας προσωρινού άγχους (State Anxiety).



Coping Orientation to Problems Experienced Inventory (Brief-COPE)

Η κλίμακα Brief-COPE διαιρείται σε 8 διαστάσεις. Η διάσταση «**Ενεργή - θετική αντιμετώπιση**» κυμαίνεται από 9 έως 35 μονάδες με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν περισσότερη ενεργή – θετική αντιμετώπιση αγχωτικών συμβάντων. Η διάσταση «**Αναζήτηση υποστήριξης**» κυμαίνεται από 4 έως 16 μονάδες με υψηλότερες τιμές να οδηγούν σε περισσότερη αναζήτηση υποστήριξης ως προς την αντιμετώπιση αγχωτικών συμβάντων. Οι διαστάσεις «**Συμπεριφορική απεμπλοκή**», «**Αποφυγή**» και «**Έκφραση αρνητικών συναισθημάτων**» κυμαίνονται από 3 έως 9 μονάδες με υψηλότερες τιμές να δηλώνουν αποτελεσματικότερο τρόπο αντιμετώπισης αγχωτικών συμβάντων σε κάθε περίπτωση. Τέλος οι διαστάσεις «**Κατάχρηση ουσιών**», «**Θρησκεία**» και «**Χιούμορ**» κυμαίνονται από 2 έως 8 μονάδες με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν περισσότερη αποτελεσματικότητα ή αναποτελεσματικότητα ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης αγχωτικού συμβάντος σε κάθε περίπτωση.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα περιγραφικά αποτελέσματα της κλίμακας και των 8 διαστάσεων της.

	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέση Τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)
Ενεργή - θετική αντιμετώπιση	9	35	24,3 (5,4)	24 (20 - 28)
Συμπεριφορική απεμπλοκή	3	12	5,6 (2,2)	5 (4 - 7)
Κατάχρηση ουσιών	2	8	2,6 (1,3)	2 (2 - 2,5)
Αναζήτηση υποστήριξης	4	16	9,7 (3,2)	10 (8 - 12)
Θρησκεία	2	8	4,4 (1,9)	4(3 - 6)
Χιούμορ	2	8	4,3 (1,6)	4(3 - 5)
Αποφυγή	3	12	7,9 (2,1)	8 (7 - 9)
Έκφραση αρνητικών συναισθημάτων	3	12	7,6 (1,9)	8 (6 - 9)

Η βαθμολογία της διάστασης «Ενεργή - θετική αντιμετώπιση» παίρνει τιμές από 9 έως 35 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 24,3 μονάδες (SD=5,4 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 24 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 20 – 28 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «Συμπεριφορική απεμπλοκή» παίρνει τιμές από 3 έως 12 μονάδες. Η μέση

τιμή της βαθμολογίας ήταν 5,6 μονάδες ($SD=2,2$ μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 5 μονάδες (Ενδ. Εύρος = 4 – 7 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «Κατάχρηση ουσιών» παίρνει τιμές από 2 έως 8 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 2,6 μονάδες ($SD=1,3$ μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 2 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 2 – 2,5 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «Αναζήτηση υποστήριξης» παίρνει τιμές από 4 έως 16 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 9,7 μονάδες ($SD=3,2$ μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 10 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 8 – 12 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «Θρησκεία» παίρνει τιμές από 2 έως 8 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 4,4 μονάδες ($SD=1,9$ μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 4 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 3 – 6 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «Χιούμορ» παίρνει τιμές από 2 έως 8 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 4,3 μονάδες ($SD=1,6$ μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 4 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 3 – 5 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «Αποφυγή» παίρνει τιμές από 3 έως 12 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 7,9 μονάδες ($SD=2,1$ μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 8 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 7 – 9 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «Εκφραση αρνητικών συναισθημάτων» παίρνει τιμές από 3 έως 12 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 7,6 μονάδες ($SD=1,9$ μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 8 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 6 – 9 μονάδες).

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman (ρ) μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας Brief-COPE και των βαθμολογιών στις κλίμακες προσωρινού άγχους (StateAnxiety), φόβου για κορονοϊό (FCV-19S) και στίγματος για Covid - 19.

		Κλίμακα στίγματος για τον Covid - 19	Κλίμακα φόβου για τον Covid - 19 (FCV-19S)	Κλίμακα προσωρινού άγχους (StateAnxiety)
Ενεργή - θετική αντιμετώπιση	ρ	-0,23	-0,10	-0,43
	P	0,005	0,225	<0,001
Συμπεριφορική απεμπλοκή	ρ	0,29	0,20	0,43
	P	<0,001	0,016	<0,001
Κατάχρηση ουσιών	ρ	0,09	-0,02	0,20
	P	0,302	0,804	0,013
Αναζήτηση υποστήριξης	ρ	0,36	0,21	0,29
	P	<0,001	0,011	<0,001
Θρησκεία	ρ	0,38	0,31	0,20
	P	<0,001	<0,001	0,013
Χιούμορ	ρ	-0,40	-0,20	-0,30
	P	<0,001	0,015	<0,001
Αποφυγή	ρ	0,15	0,19	0,25
	P	0,063	0,022	0,003
Έκφραση αρνητικών συναισθημάτων	ρ	0,09	0,11	0,31
	P	0,262	0,194	<0,001

Η βαθμολογία της κλίμακας στίγματος για τον Covid – 19 βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με όλες τις διαστάσεις της κλίμακας Brief-COPE εκτός από την διάσταση «Ενεργή - θετική αντιμετώπιση» με την οποία συσχετίζεται αρνητικά και τις διαστάσεις «Κατάχρηση ουσιών», «Αποφυγή» και «Έκφραση αρνητικών συναισθημάτων» με τις οποίες δεν συσχετίζεται σημαντικά. Η βαθμολογία της κλίμακας φόβου για τον Covid – 19 (FCV-19S) βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με τις διαστάσεις «Συμπεριφορική απεμπλοκή», «Αναζήτηση υποστήριξης», «Θρησκεία» και «Αποφυγή» και σημαντικά αρνητικά με τη διάσταση «Χιούμορ». Η βαθμολογία της κλίμακας προσωρινού άγχους (StateAnxiety) βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με τις διαστάσεις «Συμπεριφορική απεμπλοκή», «Κατάχρηση ουσιών» «Αναζήτηση υποστήριξης», «Θρησκεία», «Αποφυγή» και «Έκφραση αρνητικών συναισθημάτων» και αρνητικά με τις διαστάσεις «Ενεργή - θετική αντιμετώπιση» και «Χιούμορ».

Κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητας (CD-RISC)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητας. Η κλίμακα παίρνει τιμές από 20 έως 100 μονάδες όπου υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν περισσότερη ανθεκτικότητα.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή(SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)
Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας(CD-RISC)	21,3	100	60(17,3)	62,5 (48,1 – 72,5)

Η κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητας (CD - Risc) κυμαινόταν από 21,3 έως 100 μονάδες. Η μέση τιμή της κλίμακας ήταν 60 μονάδες (SD=17,3 μονάδες) ενώ η διάμεσος τιμή της ήταν 62,5 μονάδες (Ενδ. Εύρος =48,1 – 72,5μονάδες).

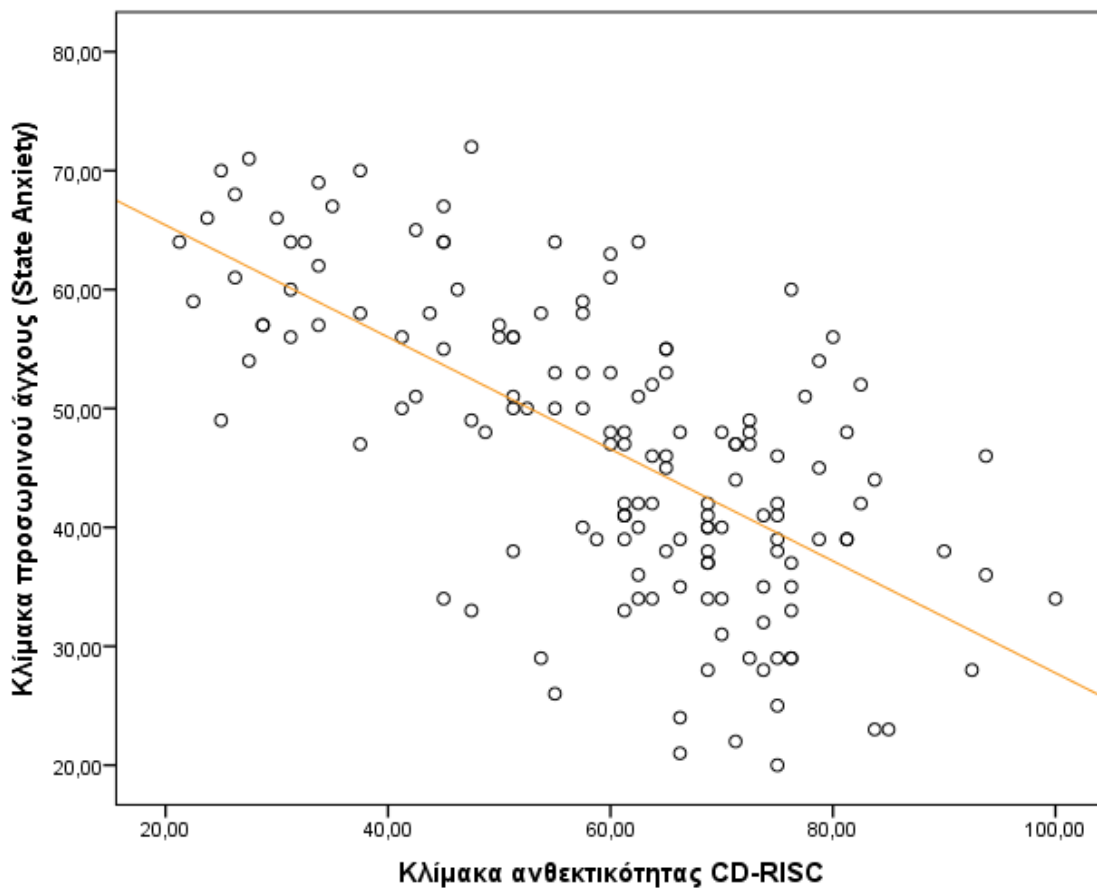
Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman (ρ) μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στην κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητας (CD-RISC) και στις διαστάσεις της κλίμακας Brief-COPE αλλά και στις βαθμολογίες των κλιμάκων προσωρινού άγχους (StateAnxiety), φόβου για κορονοϊό (FCV-19S) και στίγματος για Covid - 19.

		Κλίμακα ανθεκτικότητας CD_risk
Κλίμακα στίγματος για τον Covid - 19	ρ	-0,18
	P	0,029
Κλίμακα φόβου για τον Covid - 19 (FCV-19S)	ρ	-0,25
	P	0,002
Κλίμακα προσωρινού άγχους (StateAnxiety)	ρ	-0,65
	P	<0,001
Ενεργή - θετική αντιμετώπιση	ρ	0,67
	P	<0,001
Συμπεριφορική απεμπλοκή	ρ	-0,43
	P	<0,001
Κατάχρηση ουσιών	ρ	-0,14
	P	0,093
Αναζήτηση υποστήριξης	ρ	-0,07
	P	0,390
Θρησκεία	ρ	0,08
	P	0,308
Χιούμορ	ρ	0,23
	P	0,005
Αποφυγή	ρ	-0,12
	P	0,160
Έκφραση αρνητικών συναισθημάτων	ρ	-0,12
	P	0,161

Η βαθμολογία της κλίμακας ψυχικής ανθεκτικότητας (CD-RISC) βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με τις διαστάσεις «Ενεργή - θετική αντιμετώπιση» και «Χιούμορ»

της κλίμακας Brief-COPE και αρνητικά με τις βαθμολογίες των κλιμάκων προσωρινού άγχους (StateAnxiety), φόβου για κορονοϊό (FCV-19S) και στίγματος για Covid – 19 αλλά και με τη διάσταση «Συμπεριφορική απεμπλοκή» της κλίμακας Brief-COPE.

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται η συσχέτιση ανάμεσα στη βαθμολογία της κλίμακας ψυχικής ανθεκτικότητας (CD-RISC) και στη βαθμολογία της κλίμακας προσωρινού άγχους (StateAnxiety).



Κλίμακα MISSOULA - VITAS® QUALITY OF LIFE INDEX MVQoL-15

Η κλίμακα ποιότητας ζωής στα χρόνια της πανδημίας (MVQoL-15) διαιρείται σε 5 διαστάσεις. Υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις «**Συμπτώματα**», «**Λειτουργικότητα**» και «**Διαπροσωπικές σχέσεις**» οδηγούν σε μείωση των συμπτωμάτων, αύξηση προσωπικής λειτουργικότητας και εντονότερες διαπροσωπικές σχέσεις ανάλογα σε κάθε περίπτωση. Επιπλέον, υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις «**Ευεξία**» και «**Πνευματικότητα**» οδηγούν σε αύξηση του επίπεδου ευεξίας και σε υψηλότερα επίπεδα πνευματικότητας αντίστοιχα. Τέλος στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας MVQoL-15 υψηλότερες τιμές οδηγούν σε καλύτερη ποιότητα ζωής στα χρόνια της πανδημίας.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα περιγραφικά αποτελέσματα της συνολικής κλίμακας και των 5 διαστάσεων της.

	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέση Τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)
Συμπτώματα	-20	30	5,2 (9,8)	4(0 – 12)
Λειτουργικότητα	-25	30	1,2 (10,2)	0 (-8 - 8)
Διαπροσωπικές σχέσεις	-18	30	11,2 (11,9)	12 (3 – 20)
Ευεξία	-30	25	-4,6 (12,9)	-4 (-16 – 5)
Πνευματικότητα	-25	30	10,8 (13,4)	12(0 - 20)
Συνολική βαθμολογία MVQoL-15	10	25,1	17,4 (3)	17,7(15,5 – 19,6)

Η βαθμολογία της διάστασης «**Συμπτώματα**» παίρνει τιμές από -20 έως 30 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 5,2 μονάδες (SD=9,8 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 4 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 0 – 12 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «**Λειτουργικότητα**» παίρνει τιμές από -25 έως 30 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 1,2 μονάδες (SD=10,2 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 0 μονάδες (Ενδ. Εύρος= -8 – 8 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «**Διαπροσωπικές σχέσεις**» παίρνει τιμές από -18 έως 30 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 11,2 μονάδες (SD=11,9 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 12 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 3 – 20 μονάδες). Η βαθμολογία της διάστασης «**Ευεξία**» παίρνει τιμές από -30 έως 25 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν -4,6 μονάδες (SD=12,9 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν -4 μονάδες (Ενδ. Εύρος= -16 – 5 μονάδες). Η βαθμολογία της

διάστασης «Πνευματικότητα» παίρνει τιμές από -25 έως 30 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 10,8 μονάδες (SD=13,4 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 12 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 0 – 20 μονάδες). Η βαθμολογία της συνολικής κλίμακας MVQoL-15 παίρνει τιμές από 10 έως 25,1 μονάδες. Η μέση τιμή της βαθμολογίας ήταν 17,4 μονάδες (SD=3 μονάδες) και η διάμεσος τιμή ήταν 17,7 μονάδες (Ενδ. Εύρος= 15,5 – 19,6 μονάδες). Ο μέσος όρος της σφαιρικής ποιότητας ζωής προέκυψε ότι είναι 3,72.

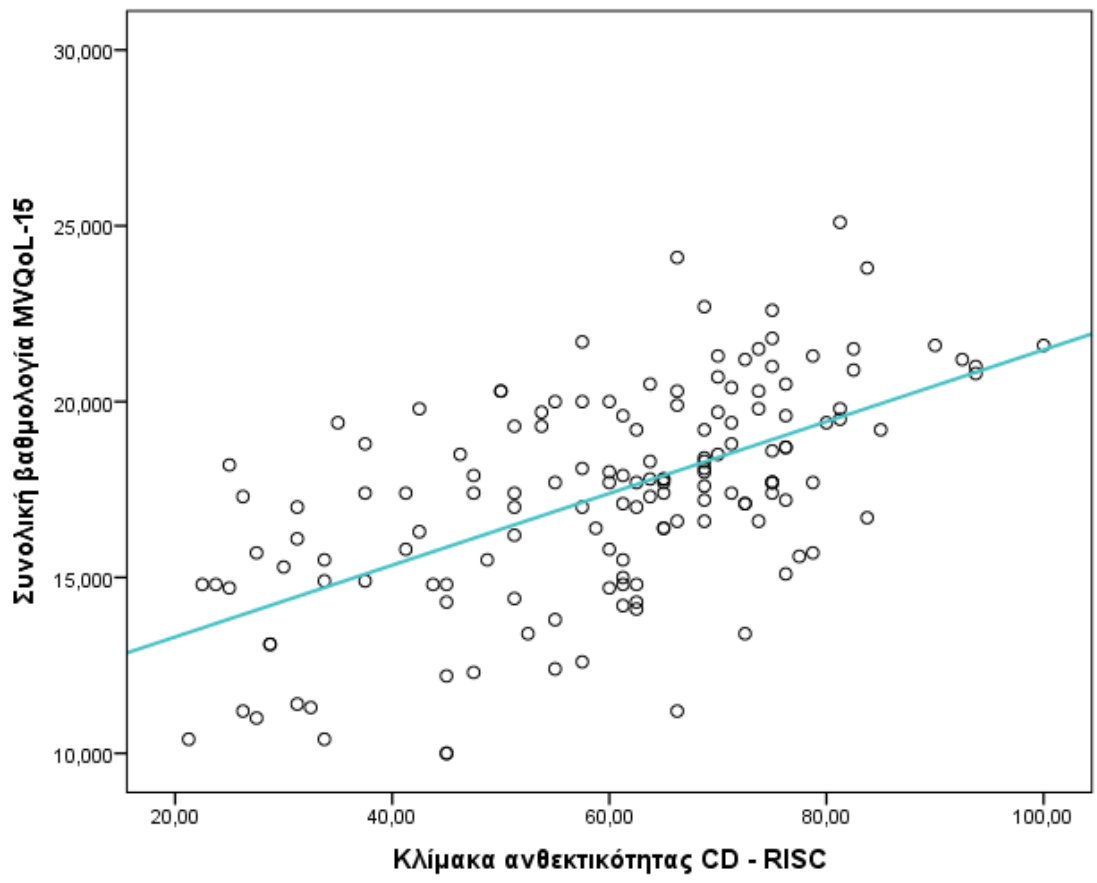
Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman (ρ) μεταξύ των διαστάσεων κλίμακας ποιότητας ζωής στα χρόνια της πανδημίας (MVQoL-15) και των διαστάσεων της κλίμακας Brief-COPE αλλά και στις βαθμολογίες των κλιμάκων προσωρινού άγχους (State Anxiety), φόβου για κορονοϊό (FCV-19S) στίγματος για Covid-19 και ψυχικής ανθεκτικότητας (CD-RISC).

		Συμπτώματα	Λειτουργικότητα	Διαπροσωπικές σχέσεις	Ευεξία	Πνευματικότητα	Συνολική βαθμολογία MVQoL-15
Κλίμακα στίγματος για τον Covid - 19	ρ	-0,08	0,16	-0,04	-0,22	-0,21	-0,20
	P	0,321	0,048	0,628	0,006	0,009	0,015
Κλίμακα φόβου για τον Covid - 19 (FCV-19S)	ρ	-0,17	-0,02	-0,13	-0,17	-0,04	-0,20
	P	0,039	0,832	0,123	0,035	0,593	0,017
Κλίμακα προσωρινού άγχους (StateAnxiety)	ρ	-0,28	0,20	-0,24	-0,25	-0,31	-0,35
	P	0,001	0,013	0,004	0,002	<0,001	<0,001
Ενεργή - θετική αντιμετώπιση	ρ	0,43	0,15	0,09	0,03	0,35	0,40
	P	<0,001	0,070	0,283	0,703	<0,001	<0,001
Συμπεριφορική απεμπλοκή	ρ	-0,26	0,05	-0,20	-0,19	-0,29	-0,34
	P	0,002	0,527	0,016	0,019	<0,001	<0,001
Κατάχρηση ουσιών	ρ	-0,02	0,16	-0,10	-0,07	-0,14	-0,08
	P	0,790	0,054	0,233	0,375	0,099	0,348
Αναζήτηση υποστήριξης	ρ	0,01	0,17	0,16	-0,04	0,00	0,10
	P	0,991	0,037	0,060	0,656	0,979	0,208
Θρησκεία	ρ	0,01	0,12	0,10	-0,07	0,04	0,09
	P	0,942	0,150	0,247	0,395	0,657	0,273
Χιούμορ	ρ	0,02	-0,11	0,04	0,21	0,12	0,13
	P	0,852	0,202	0,638	0,012	0,136	0,125
Αποφυγή	ρ	-0,06	0,11	-0,06	-0,12	0,10	0,01
	P	0,492	0,169	0,489	0,146	0,227	0,942
Έκφραση αρνητικών συναισθημάτων	ρ	-0,05	0,19	-0,06	-0,05	0,19	0,13
	P	0,558	0,019	0,477	0,571	0,021	0,113
Κλίμακα ανθεκτικότητας CD -risc	ρ	0,40	-0,01	0,29	0,33	0,40	0,57
	P	<0,001	0,909	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα θετικές συσχετίσεις βρέθηκαν ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας ποιότητας ζωής στα χρόνια της πανδημίας (MVQoL-15) με την κλίμακα ανθεκτικότητας CD –RISC αλλά και με τη

διάσταση «Ενεργή - θετική αντιμετώπιση» της κλίμακας Brief-COPE ενώ αρνητική με την κλίμακα στίγματος για τον Covid – 19, την κλίμακα φόβου για τον Covid - 19 (FCV-19S), κλίμακα προσωρινού άγχους (State Anxiety) αλλά και με τη διάσταση «Συμπεριφορική απεμπλοκή». Η διάσταση «Συμπτώματα» βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την διάσταση «Ενεργή - θετική αντιμετώπιση» αλλά και με την κλίμακα ανθεκτικότητας CD –RISC ενώ αρνητικά με την κλίμακα φόβου για τον Covid - 19 (FCV-19S) , την κλίμακα προσωρινού άγχους (State Anxiety) αλλά και τη διάσταση «Συμπεριφορική απεμπλοκή». Η διάσταση «Λειτουργικότητα» βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την κλίμακα στίγματος για τον Covid – 19, την κλίμακα προσωρινού άγχους (StateAnxiety) και τις διαστάσεις «Έκφραση αρνητικών συναισθημάτων» και «Αναζήτηση υποστήριξης». Η διάσταση «Διαπροσωπικές σχέσεις» βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την κλίμακα ανθεκτικότητας CD –RISC και αρνητικά με την κλίμακα προσωρινού άγχους (State Anxiety) και τη διάσταση «Συμπεριφορική απεμπλοκή». Η διάσταση «Ευεξία» βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με τη διάσταση «Χιούμορ» και την κλίμακα ανθεκτικότητας CD –RISC και αρνητικά με την κλίμακα στίγματος για τον Covid – 19, την κλίμακα φόβου για τον Covid - 19 (FCV-19S), κλίμακα προσωρινού άγχους (State Anxiety) αλλά και με τη διάσταση «Συμπεριφορική απεμπλοκή». Τέλος η διάσταση «Πνευματικότητα» βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με την κλίμακα στίγματος για τον Covid – 19 και την κλίμακα προσωρινού άγχους (State Anxiety) και με τη διάσταση «Συμπεριφορική απεμπλοκή» ενώ θετικά με τις διαστάσεις «Ενεργή-θετική αντιμετώπιση» και «Έκφραση αρνητικών συναισθημάτων» αλλά και με την κλίμακα ανθεκτικότητας CD –RISC.

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται η συσχέτιση ανάμεσα στη βαθμολογία της κλίμακας ψυχικής ανθεκτικότητας (CD-RISC) και στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας ποιότητας ζωής στα χρόνια της πανδημίας MVQoL-15.



Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση των διαστάσεων και της συνολικής βαθμολογίας ποιότητας ζωής στα χρόνια της πανδημίας (MVQoL-15).

Εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες των διαστάσεων και της συνολικής κλίμακας ποιότητας ζωής στα χρόνια της πανδημίας (MVQoL-15) και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα στοιχεία που αφορούν την υγεία τους, την εργασία τους καθώς και τις υπόλοιπες κλίμακες της μελέτης. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης - αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στους ακόλουθους πίνακες.

Στον επόμενο πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης που σαν εξαρτημένη μεταβλητή έχει τη διάσταση «Συμπτώματα».

	β+	SE++	P
Κλίμακα Brief-COPE			
<i>Ενεργή - θετική αντιμετώπιση</i>	0,79	0,13	<0,001

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η διάσταση «Ενεργή – θετική αντιμετώπιση» της κλίμακας Brief-COPE βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την διάσταση «Συμπτώματα» της κλίμακας ποιότητας ζωής στα χρόνια της πανδημίας (MVQoL-15). Αναλυτικότερα, όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία της διάστασης σχετικά με την ενεργητική αντιμετώπιση αγχωτικών καταστάσεων τόσο μεγαλύτερη είναι και η βαθμολογία της διάστασης «Συμπτώματα» δηλαδή τόσο λιγότερα συμπτώματα ασθένειας ως προς την υγεία τους αισθάνονται οι συμμετέχοντες.

Στον επόμενο πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης που σαν εξαρτημένη μεταβλητή έχει τη διάσταση «Λειτουργικότητα».

	β+	SE++	P
Είστε έγγαμος;			
<i>Όχι (αναφορά)</i>			
<i>Ναι</i>	5,13	1,60	0,002
Πόση εμπιστοσύνη έχετε στο σύστημα υγείας για την αντιμετώπιση του COVID-19	-3,06	0,75	<0,001
Κλίμακα στίγματος για τον Covid - 19	0,60	0,25	0,019

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή

Το αν ήταν έγγαμοι οι συμμετέχοντες, η εμπιστοσύνη που έδειχναν στο σύστημα υγείας για την αντιμετώπιση του Covid – 19 αλλά και η βαθμολογία της κλίμακας στίγματος για τον Covid - 19 βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της διάστασης «Λειτουργικότητα». Συγκεκριμένα:

- Οι έγγαμοι σε σχέση με τους μη έγγαμους είχαν 5,13 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Λειτουργικότητα», δηλαδή είχαν αυξημένα επίπεδα λειτουργικότητας του εαυτού τους.
- Όσο περισσότερη εμπιστοσύνη είχαν οι συμμετέχοντες στο σύστημα υγείας για την αντιμετώπιση του Covid – 19 τόσο μικρότερη βαθμολογία είχαν στη διάσταση «Λειτουργικότητα», δηλαδή χαμηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας.
- Υψηλότερη βαθμολογία της κλίμακας στίγματος για τον Covid – 19, δηλαδή μεγαλύτερη αίσθηση στιγματισμού αναφορικά με τον Covid - 19 οδηγούσε σε υψηλότερη βαθμολογία της διάστασης «Λειτουργικότητα».

Στον επόμενο πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης που σαν εξαρτημένη μεταβλητή έχει τη διάσταση «Διαπροσωπικές σχέσεις».

	β+	SE++	P
Φύλο			
<i>Ανδρας (αναφορά)</i>			
<i>Γυναίκα</i>	4,94	2,31	0,038
Πόση εμπιστοσύνη έχετε στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την αντιμετώπιση του COVID-19	3,16	0,88	0,001
Χρησιμοποιείτε κινητό πάνω από 3 ώρες καθημερινά			
<i>Όχι (αναφορά)</i>			
<i>Ναι</i>	14,47	2,18	<0,001
Κλίμακα προσωρινού άγχους (StateAnxiety)	-0,41	0,09	<0,001

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή

Το φύλο των συμμετεχόντων, η εμπιστοσύνη που έδειχναν στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την αντιμετώπιση του Covid – 19, το αν χρησιμοποιούσαν το κινητό πάνω από 3 ώρες καθημερινά αλλά και η βαθμολογία της κλίμακας προσωρινού άγχους βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της διάστασης «Διαπροσωπικές σχέσεις». Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες είχαν περίπου 5 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία στην διάσταση «Διαπροσωπικές σχέσεις», δηλαδή καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις.
- Όσο περισσότερη εμπιστοσύνη είχαν οι συμμετέχοντες στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την αντιμετώπιση του Covid – 19 τόσο μεγαλύτερη βαθμολογία είχαν στη διάσταση «Διαπροσωπικές σχέσεις».
- Οι συμμετέχοντες που χρησιμοποιούσαν το κινητό πάνω από 3 ώρες καθημερινά είχαν κατά 14,47 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση «Διαπροσωπικές σχέσεις» σε σύγκριση με εκείνους που δεν το χρησιμοποιούσαν.
- Υψηλότερη βαθμολογία της κλίμακας προσωρινού άγχους δηλαδή περισσότερο άγχος οδηγούσε σε χαμηλότερη βαθμολογία της διάστασης «Διαπροσωπικές σχέσεις».

Στον επόμενο πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης που σαν εξαρτημένη μεταβλητή έχει τη διάσταση «Ευεξία».

	β+	SE++	P
Δεν χρησιμοποιείτε κανέναν τρόπο προστασίας για τον Covid - 19			
<i>Όχι (αναφορά)</i>			
<i>Ναι</i>	24,00	6,52	0,001
Χρησιμοποιείτε κινητό πάνω από 3 ώρες καθημερινά			
<i>Όχι (αναφορά)</i>			
<i>Ναι</i>	-7,90	3,61	0,034
Κλίμακα Brief-COPE			
<i>Συμπεριφορική απεμπλοκή</i>	-2,39	0,88	0,009

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή

Το αν χρησιμοποιούσαν οι συμμετέχοντες κάποιο τρόπο προστασίας για τον Covid – 19, το αν χρησιμοποιούσαν το κινητό για πάνω από 3 ώρες καθημερινά αλλά και η βαθμολογία της διάστασης «Συμπεριφορική απεμπλοκή» της κλίμακας Brief-COPE βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της διάστασης «Ευεξία». Πιο αναλυτικά:

- Οι συμμετέχοντες που δεν χρησιμοποιούσαν κανένα τρόπο προστασίας για τον Covid – 19 είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία κατά 24 μονάδες στην διάσταση «Ευεξία» σε σχέση με τους συμμετέχοντες που χρησιμοποιούσαν.
- Οι συμμετέχοντες που χρησιμοποιούσαν το κινητό τους πάνω από 3 ώρες την ημέρα είχαν μικρότερη βαθμολογία κατά 7,9 μονάδες στην διάσταση «Ευεξία» σε σχέση με τους συμμετέχοντες που δεν χρησιμοποιούσαν.
- Υψηλότερη βαθμολογία της διάστασης «Συμπεριφορική απεμπλοκή» της κλίμακας Brief-COPE οδηγούσε σε χαμηλότερη βαθμολογία της διάστασης «Ευεξία», δηλαδή μειωμένα επίπεδα ευεξίας για τους συμμετέχοντες.

Στον επόμενο πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης που σαν εξαρτημένη μεταβλητή έχει τη διάσταση «Πνευματικότητα».

	β+	SE++	P
Πόση εμπιστοσύνη έχετε στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την αντιμετώπιση του COVID-19	4,61	1,18	<0,001
Αθλείστε πάνω από 3 ώρες εβδομαδιαίως			
<i>Όχι (αναφορά)</i>			
<i>Ναι</i>	-8,80	3,14	0,008
Έχετε νοσήσει από Covid-19/κορονοϊό			
<i>Όχι (αναφορά)</i>			
<i>Ναι</i>	-5,85	2,72	0,038
Κλίμακα Brief-COPE			
<i>Έκφραση αρνητικών συναισθημάτων</i>	1,73	0,69	0,016

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή

Το αν αθλούνται οι συμμετέχοντες πάνω από 3 ώρες την εβδομάδα, η εμπιστοσύνη που έδειχναν στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την αντιμετώπιση του Covid – 19, το αν είχαν νοσήσει από Covid – 19 αλλά και η βαθμολογία της διάστασης «Έκφραση αρνητικών συναισθημάτων» της κλίμακας Brief-COPE βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της διάστασης «Πνευματικότητα». Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερη εμπιστοσύνη είχαν οι συμμετέχοντες στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την αντιμετώπιση του Covid – 19 τόσο μεγαλύτερη βαθμολογία είχαν στη διάσταση «Πνευματικότητα», δηλαδή υψηλότερα επίπεδα πνευματικότητας.
- Οι συμμετέχοντες που αθλούνταν πάνω από 3 ώρες την εβδομάδα είχαν κατά 8,8 μονάδες μικρότερη βαθμολογία στη διάσταση «Πνευματικότητα» σε σχέση με εκείνους που δεν αθλούνταν τόσο.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν νοσήσει από Covid – 19 σε σύγκριση με όσους δεν είχαν νοσήσει, είχαν κατά 5,85 μονάδες μικρότερη βαθμολογία στη διάσταση «Πνευματικότητα».
- Υψηλότερη βαθμολογία της διάστασης «Έκφραση αρνητικών συναισθημάτων» της κλίμακας Brief-COPE οδηγούσε σε υψηλότερη βαθμολογία της διάστασης «Πνευματικότητα».

Στον επόμενο πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης που σαν εξαρτημένη μεταβλητή έχει τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας ποιότητας ζωής στα χρόνια της πανδημίας(MVQoL-15).

	β+	SE++	P
Πόσα ποτήρια αλκοόλ καταναλώνετε την εβδομάδα			
0 (αναφορά)			
1-2	-1,28	0,50	0,011
3 και πάνω	-0,22	0,48	0,653
Κλίμακα ανθεκτικότητας CD-Risc	0,10	0,01	<0,001

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ σε ποτήρια, η διάσταση «Έκφραση αρνητικών συναισθημάτων» της κλίμακας Brief-COPE αλλά και η κλίμακα ανθεκτικότητας CD-RISC βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας ποιότητας ζωής στα χρόνια της πανδημίας (MVQoL-15). Πιο αναλυτικά:

- Οι συμμετέχοντες που κατανάλωναν 1 με 2 ποτήρια αλκοόλ εβδομαδιαίως είχαν κατά 1,28 μονάδες μικρότερη συνολική βαθμολογία στη κλίμακα ποιότητας ζωής στα χρόνια της πανδημίας (MVQoL-15), δηλαδή χειρότερη ποιότητα ζωής την περίοδο του Covid – 19 σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν έπιναν καθόλου αλκοόλ.
- Υψηλότερη βαθμολογία της κλίμακας ανθεκτικότητας CD-RISC οδήγούσε σε μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία στη κλίμακα ποιότητας ζωής στα χρόνια της πανδημίας(MVQoL-15).

Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση της κλίμακας φόβου για κορονοϊό (FCV-19S).

Εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της κλίμακας φόβου για κορονοϊό (FCV-19S) και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα στοιχεία που αφορούν την υγεία τους, την εργασία τους καθώς και τις υπόλοιπες κλίμακες της μελέτης. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης - αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον ακόλουθο πίνακα.

	β+	SE++	P
Ηλικία			
18-29 ετών (αναφορά)			
30-40 ετών	0,34	0,09	<0,001
41-59 ετών	0,17	0,08	0,031
60 ετών και άνω	0,35	0,09	<0,001
Αντιμετωπίζετε κάποια χρόνια ψυχική ασθένεια			
Όχι (αναφορά)			
Ναι	0,15	0,08	0,050
Κλίμακα ανθεκτικότητας CD-Risc	-0,01	0,002	0,002

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η ηλικία, το αν οι συμμετέχοντες αντιμετώπιζαν κάποια χρόνια ψυχική ασθένεια, η διάσταση «Ενεργή - θετική αντιμετώπιση» της κλίμακας Brief-COPE αλλά και η βαθμολογία της κλίμακας ανθεκτικότητας CD-RISC βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της κλίμακας για κορονοϊό (FCV-19S). Ειδικότερα:

- Οι συμμετέχοντες ηλικίας 30 έως 40, 41 έως 59 αλλά και άνω των 60 ετών είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα φόβου για κορονοϊό (FCV-19S) δηλαδή περισσότερο φόβο για τον Covid – 19 σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες ηλικίας 18 έως 29.
- Όσοι από τους συμμετέχοντες αντιμετώπιζαν κάποια χρόνια ψυχική ασθένεια σε σχέση με εκείνους που δεν αντιμετώπιζαν είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα του φόβου για κορονοϊό (FCV-19S).
- Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητας οδηγούσε σε λιγότερο αίσθημα φόβου ως προς τον Covid – 19.

Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση της κλίμακας στίγματος για τον Covid - 19.

Εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της κλίμακας στίγματος για τον Covid - 19 και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα στοιχεία που αφορούν την υγεία τους, την εργασία τους καθώς και τις κλίμακες του φόβου για τον Covid – 19 και του προσωρινού άγχους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης - αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον ακόλουθο πίνακα.

	$\beta+$	SE++	P
Η περιοχή στην οποία διαμένετε βρίσκεται σε:			
<i>Μεγάλη πόλη (αναφορά)</i>			
<i>Μικρή πόλη</i>	0,37	0,13	0,007
<i>Χωριό/Νησί</i>	0,42	0,15	0,006
Εργασιακή κατάσταση			
<i>Ανεργος/η/Συνταξιούχος/Άλλο (αναφορά)</i>			
<i>Ιδιωτικός Υπάλληλος</i>	-0,15	0,13	0,255
<i>Δημόσιος Υπάλληλος</i>	-0,15	0,13	0,229
<i>Ελεύθερος Επαγγελματίας</i>	-0,32	0,14	0,023
Κλίμακα προσωρινού άγχους (StateAnxiety)	0,02	0,00	<0,001

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η περιοχή στην οποία διέμεναν οι συμμετέχοντες, η εργασιακή τους κατάσταση και η βαθμολογία της κλίμακας προσωρινού άγχους (State Anxiety) βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της κλίμακας του στίγματος για τον Covid – 19. Αναλυτικότερα:

- Οι συμμετέχοντες που ζούσαν σε μικρή πόλη ή σε κάποιο χωριό/νησί είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα του στίγματος για τον Covid – 19, δηλαδή στιγματίζαν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι σχετίζεται με τον Covid – 19 σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ζούσαν σε κάποια μεγάλη πόλη.

- Όσοι από τους συμμετέχοντες είχαν ως εργασιακή κατάσταση εκείνη του ελεύθερου επαγγελματία είχαν μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα στίγματος για τον Covid – 19 σε σχέση με τους συμμετέχοντες που ήταν άνεργοι ή συνταξιούχοι.
- Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα προσωρινού άγχους (StateAnxiety) οδηγούσε σε υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα του στίγματος για τον Covid – 19.

Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση της κλίμακας προσωρινού άγχους (StateAnxiety).

Εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της κλίμακας προσωρινού άγχους (StateAnxiety) και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης - αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα που περιγράφονται στον ακόλουθο πίνακα.

	β+	SE++	P
Εργασιακή κατάσταση			
<i>Άνεργος/η/Συνταξιούχος/Άλλο (αναφορά)</i>			
<i>Ιδιωτικός Υπάλληλος</i>	0,58	2,61	0,825
<i>Δημόσιος Υπάλληλος</i>	-6,50	2,44	0,008
<i>Ελεύθερος Επαγγελματίας</i>	-5,47	2,72	0,047
Δεν χρησιμοποιείτε κανέναν τρόπο προστασίας κατά του Covid - 19			
<i>Όχι (αναφορά)</i>			
<i>Ναι</i>	-13,63	4,38	0,002
Αντιμετωπίζετε κάποια χρόνια σωματική ασθένεια			
<i>Όχι (αναφορά)</i>			
<i>Ναι</i>	9,69	2,03	<0,001
Πόση εμπιστοσύνη έχετε στο σύστημα υγείας για την αντιμετώπιση του COVID-19			
	-1,87	0,93	0,045

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η εργασιακή κατάσταση των συμμετεχόντων, το αν χρησιμοποιούσαν κάποιο μέτρο προστασίας κατά του Covid-19, το αν αντιμετώπιζαν κάποια χρόνια σωματική ασθένεια αλλά και ο βαθμός εμπιστοσύνης που είχαν στο σύστημα υγείας για την αντιμετώπιση του Covid - 19 βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία της κλίμακας προσωρινού άγχους (StateAnxiety). Πιο συγκεκριμένα:

- Όσοι από τους συμμετέχοντες είχαν ως εργασιακή κατάσταση εκείνη του δημόσιου υπαλλήλου ή του ελεύθερου επαγγελματία είχαν μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα προσωρινού άγχους (StateAnxiety), δηλαδή λιγότερο άγχος σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ήταν άνεργοι ή συνταξιούχοι.
- Όσοι από τους συμμετέχοντες δεν χρησιμοποιούσαν κανένα μέτρο προστασίας κατά του Covid – 19 είχαν μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα προσωρινού άγχους (StateAnxiety) σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που χρησιμοποιούσαν.

- Όσοι από τους συμμετέχοντες αντιμετώπιζαν κάποια χρόνια σωματική ασθένεια είχαν μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα προσωρινού άγχους (StateAnxiety) σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν αντιμετώπιζαν.
- Όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός εμπιστοσύνης των συμμετεχόντων στο σύστημα υγείας για την αντιμετώπιση του Covid – 19 τόσο μικρότερη ήταν η βαθμολογία τους στην κλίμακα του προσωρινού άγχους (StateAnxiety), δηλαδή τόσο λιγότερο ήταν το άγχος που είχαν.

Συζήτηση- Σύνοψη αποτελεσμάτων

Από την παραπάνω ανάλυση σχετικά με τη διερεύνηση φόβου, άγχους, στίγματος, ψυχικής ανθεκτικότητας συγκριτικά με τη ποιότητα ζωής φάνηκε πως το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δεν φοβάται το κορονοϊό καθώς χαρακτηρίζονται από χαμηλά προς μέτρια επίπεδα φόβου έναντι του covid-19 με μέση τιμή 14,8 και με ποσοστό 23% του δείγματος να δηλώνει υψηλά επίπεδα φόβου. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με έρευνα των Fountoylakis και συν (2020) σύμφωνα με τους οποίους πάνω από το 45% του πληθυσμού διακατέχονταν από έντονο άγχος. Η αντίθεση αυτή μπορεί ίσως να αποδοθεί στη χρονική συγκυρία και το χρόνο εκπόνησης της παρούσας μελέτης καθώς έχουν μεσολαβήσει περίπου 2 έτη και ο φόβος του κόσμου για τη covid-19 έχει καταλαγιάσει.

Ως προς το στίγμα η μέση τιμή των βαθμολογιών ήταν σε χαμηλό επίπεδο (μέση τιμή 3,8) με θετική συσχέτιση με τη κλίμακα φόβου, ενώ το άγχος κυμαινόταν σε χαμηλά προς μέτρια επίπεδα (μέση τιμή 46,6) γεγονός αντίθετο με έρευνα των Fitzpatrick et al (2020) στην οποία παρατηρήθηκαν υψηλά ποσοστά φόβου και άγχους για το κορονοϊό. Ωστόσο συσχετίστηκε θετικά με τη κλίμακα φόβου για τον Covid – 19 (FCV-19S) καθώς όσο μεγαλύτερος είναι ο φόβος τόσο εντονότερο είναι και το στίγμα και τόσο υψηλότερα και τα επίπεδα άγχους που αισθάνονται οι συμμετέχοντες.

Η ψυχική ανθεκτικότητα κυμάνθηκε και αυτή σε μέτρια επίπεδα με τη βαθμολογία της κλίμακας CD-RISC να συσχετίζεται θετικά με κάποιες από τις διαστάσεις της κλίμακας Brief-COPE («Ένεργη - θετική αντιμετώπιση» και «Χιούμορ») και αρνητικά με τις βαθμολογίες των κλιμάκων άγχους, φόβου και στίγματος για Covid – 19 αλλά και με τη διάσταση «Συμπεριφορική απεμπλοκή» της κλίμακας Brief-COPE.

Ως προς τη κλίμακα Brief COPE και πιο συγκεκριμένα στη διάσταση «Ενεργή - θετική αντιμετώπιση» η μέση τιμή ήταν 24,3 δηλαδή πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες προσπαθεί να αντιμετωπίσει με θετικό τρόπο τη κατάσταση. Η διάσταση αυτή σχετίστηκε αρνητικά με το στίγμα και το άγχος.

Από τη βαθμολογία για τη κλίμακα ποιότητας ζωής βρέθηκε πως η ποιότητα ζωής σχετίζεται θετικά με τη ψυχική ανθεκτικότητα δηλαδή όσο τα πιο ψυχικά δυνατά είναι τα άτομα τόσο καλύτερη και η ποιότητα ζωής τους. Θετική συσχέτιση υπήρξε και με τη διάσταση «Ενεργή - θετική αντιμετώπιση» της κλίμακας Brief-COPE ενώ αρνητική ήταν η συσχέτιση της ποιότητας ζωής με τις κλίμακες του άγχους, του φόβου και του στίγματος.

Επιπλέον όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία της διάστασης σχετικά με την ενεργητική αντιμετώπιση αγχωτικών καταστάσεων της Brief-COPE τόσο λιγότερα συμπτώματα ασθένειας ως προς την υγεία τους αισθάνονται οι συμμετέχοντες σχετικά με τη κλίμακα της ποιότητας ζωής.

Ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά η μεγαλύτερη ηλικία και η ύπαρξη ψυχικής ασθένειας φάνηκε να επηρεάζουν θετικά το φόβο σε αντίθεση με έρευνα των Arisarnthanarak et al (2020), σύμφωνα με την οποία τα επίπεδα φόβου για τον COVID-19 δεν επηρεάζονται από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Επιπλέον η διαμονή σε μικρότερους οικισμούς όπως χωριό/νησί αυξάνουν τα επίπεδα στίγματος ενώ το επάγγελμα και συγκεκριμένα οι ελεύθεροι επαγγελματίες δείχνουν αρνητική συσχέτιση με το στιγματισμό.

Επιπλέον η εργασιακή κατάσταση και πιο συγκεκριμένα οι δημόσιοι υπάλληλοι ή ελεύθεροι επαγγελματίες διακατέχονται από χαμηλότερα επίπεδα άγχους συγκριτικά με ανέργους ή συνταξιούχους.

Άτομα με κάποια σωματική ασθένεια φάνηκε να έχουν λιγότερο άγχος από τους υγιείς ενώ όσοι χρησιμοποιούσαν κάποιο μέτρο προστασίας είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στη κλίμακα άγχους.

Οι έγγαμοι σε σχέση με τους μη παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας του εαυτού τους στη κλίμακα ποιότητας ζωής.

Οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες είχαν καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς και όσοι χρησιμοποιούσαν το κινητό πάνω από 3 ώρες καθημερινά.

Οι συμμετέχοντες που δεν χρησιμοποιούσαν κανένα τρόπο προστασίας για τον Covid-19 είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην διάσταση «Ευεξία» σε σχέση με τους συμμετέχοντες που χρησιμοποιούσαν, ενώ το 83,8% και 81,8% του συνολικού δείγματος χρησιμοποιούσε ως προστατευτικά μέσα το πλύσιμο των χεριών και το αντισηπτικό αντίστοιχα.

Τέλος όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός εμπιστοσύνης των συμμετεχόντων στο σύστημα υγείας για την αντιμετώπιση του Covid – 19 τόσο μικρότερη ήταν η βαθμολογία τους στην κλίμακα του προσωρινού άγχους (StateAnxiety), δηλαδή τόσο λιγότερο ήταν το άγχος που είχαν.

Συμπεράσματα

Η ξαφνική εμφάνιση του νέου κορονοϊού, η άγνωστη φύση του και οι συνέπειες του και η αβεβαιότητα που κυριάρχησε στην αρχή της πανδημίας αποτέλεσαν παράγοντες δημιουργίας φόβου και άγχους στη πλειοψηφία των πολιτών με δυσμενείς επιπτώσεις για τη κοινωνία και το άτομο. Ένα φυσικό απότοκο του φόβου, ο στιγματισμός, αποτέλεσε υπαρκτό και σημαντικό φαινόμενο ειδικά κατά το πρώτο καιρό και επηρέασε σημαντικά τη ψυχοπνευματική υγεία όσων τον υπέστηκαν. Η ψυχική ανθεκτικότητα αποτελεί προστατευτικό μηχανισμό του ατόμου και το καθιστά ικανό να αντιμετωπίσει επιτυχώς δύσκολες και στρεσογόνες καταστάσεις. Όλα τα παραπάνω επιδρούν άμεσα στη ποιότητα ζωής του ατόμου και στο τρόπο με τον οποίο το ίδιο την εκλαμβάνει.

Η αλληλένδετη φύση των παραπάνω συνιστωσών έδωσε το έναυσμα να πραγματοποιηθεί και αυτή η εργασία. Επομένως έγινε μια προσπάθεια μελέτης των παραπάνω στο πληθυσμό που επισκέπτεται και απασχολείται στο Κέντρο Υγείας Άργους και τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν χαμηλά προς μέτρια επίπεδα φόβου και άγχους για τη covid-19 με σημαντική ωστόσο θετική συσχέτιση μεταξύ τους. Από τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων η ύπαρξη ψυχικής ασθένειας και η μεγαλύτερη ηλικία φάνηκε πως επηρεάζουν θετικά το φόβο ενώ η ύπαρξη σωματικής ασθένειας να μειώνει το άγχος απέναντι στο κορονοϊό.

Η χρήση μάσκας στα μέσα μαζικής μεταφοράς και στους εξωτερικούς χώρους δεν σημείωσε μεγάλα ποσοστά, 52,7% και 63,5% αντίστοιχα, γεγονός που δύναται να αποδοθεί στην χρονική περίοδο διεξαγωγής της έρευνας καθότι έχουν χαλαρώσει τα μέτρα για την υποχρεωτική χρήση της.

Όσον αφορά το στιγματισμό δεν φάνηκε να κυριαρχεί στην παρούσα έρευνα ωστόσο συσχετίστηκε θετικά με το φόβο και το τόπο διαμονής καθώς παρατηρήθηκε μεγαλύτερος στιγματισμός σε μικρότερες κοινωνίες. Τα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας των συμμετεχόντων ήταν μέτρια και σχετίστηκαν αρνητικά με τις κλίμακες του άγχους, του φόβου και του στίγματος για τη covid-19.

Η μέτρια και αρκετή εμπιστοσύνη που έδειξε η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στο σύστημα υγείας και τους επαγγελματίες υγείας, φάνηκε να καταπολεμά τα επίπεδα άγχους και φόβου απέναντι στο κορονοϊό και να αυξάνει τη πνευματικότητα ενώ λιγότερο από το ένα τρίτο του δείγματος φάνηκε απαισιόδοξο πως η πανδημία δεν θα αντιμετωπιστεί σύντομα.

Τέλος οι περισσότεροι συμμετέχοντες χαρακτήρισαν μέτρια προς καλή τη ποιότητα ζωής τους, η οποία και συσχετίστηκε θετικά με τη κλίμακα της ψυχικής ανθεκτικότητας και τη διάσταση «Ενεργή - θετική αντιμετώπιση» της κλίμακας Brief-COPE και αρνητικά με αυτές του φόβου, του άγχους και του στίγματος. Οι διαπροσωπικές σχέσεις και η πνευματικότητα φάνηκε να λειτουργούν σημαντικά και ευεργετικά για μια καλή ποιότητα ζωής.

Λαμβάνοντας λοιπόν υπόψη το προστατευτικό και καίριο ρόλο που διαδραματίζει η ψυχική ανθεκτικότητα στο περιορισμό των συναισθημάτων του φόβου και του άγχους, θα ήταν ωφέλιμο τα παραπάνω αποτελέσματα να αξιοποιηθούν από τη πολιτεία και τους αντίστοιχους φορείς ώστε να δημιουργηθούν προγράμματα παρέμβασης για την καλλιέργεια παραγόντων που θα ενίσχυαν τη ψυχική ανθεκτικότητα ειδικότερα τώρα που διανύουμε μια περίοδο πανδημίας, περιορίζοντας όσο το δυνατόν τις επιπτώσεις της και διασφαλίζοντας την ευημερία πολιτών και κατ' επέκταση την δυνατότητα του να επιτύχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Ο μεγάλος όγκος του ερωτηματολογίου στην προσπάθεια μελέτης πολλών μεταβλητών αποτέλεσε συχνά παράγοντα ανεπαρκούς συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου λόγω της απαίτησης αρκετού χρόνου από μέρους των συμμετεχόντων. Επιπλέον υπήρξε από κάποιους διστακτικότητα αναφορικά με τη συμπλήρωση των πιο προσωπικών ερωτήσεων που αφορούσαν την ύπαρξη σωματικής ή ψυχικής ασθένειας, εμπόδια τα οποία ξεπεράστηκαν έπειτα από τον εφησυχασμό τους και διαβεβαίωση τους για τη χρήση των δεδομένων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι αντιπροσωπευτικά για το Κέντρο Υγείας Άργους ωστόσο ένα μεγαλύτερο δείγμα θα επέτρεπε τη γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας στον ευρύτερο πληθυσμό. Επομένως θα ήταν δόκιμο να πραγματοποιηθεί μια συγκριτική αξιολόγηση των συγκεκριμένων παραγόντων με άλλους φορείς και πιο διευρυμένο δείγμα από διάφορα μέρη της χώρας ώστε να γενικευτούν τα αποτελέσματα με ασφάλεια.

Τέλος λαμβάνοντας υπόψη πως αρκετά από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας σχετικά με το φόβο και το άγχος έρχονται σε αντίθεση με προηγούμενες σχετικές έρευνες, ειδικότερα από την αρχή της πανδημίας, θα ήταν ενδιαφέρουσα η διεξαγωγή έρευνας για μελέτη των παραπάνω μεταβλητών ανά χρονικές περιόδους, δυο ίσως και τριών, καθώς τα συναισθήματα μεταβάλλονται σημαντικά κατά τη πάροδο του χρόνου ή ακόμη και διερεύνηση των επιπέδων φόβου, άγχους και στιγματισμού σε περιόδους πανδημίας και μη ώστε να προσδιοριστεί και ο βαθμός στον οποίο αυτή τα επηρέασε.

Βιβλιογραφία

1. Ahorsu, D. K., Imani, V., Lin, C. Y., Timpka, T., Broström, A., Updegraff, J. A., Årestedt, K., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). Associations Between Fear of COVID19, Mental Health, and Preventive Behaviours Across Pregnant Women and Husbands: An Actor-Partner Interdependence Modelling. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00340-x>
2. Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020a). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
3. Akranavičiūtė, D., & Ruževičius, J. (2007). Quality of Life and its Components' Measurement. *Engineering economics*, 2 (52), 44-49.
4. Albott, C. S., Wozniak, J. R., McGlinch, B. P., Wall, M. H., Gold, B. S., & Vinogradov, S. (2020). Battle Buddies: Rapid Deployment of a Psychological Resilience Intervention for Health Care Workers during the COVID-19 Pandemic. *Anesthesia and Analgesia*, 43–54. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004912>
5. Amin, S. (2020). The psychology of coronavirus fear: Are healthcare professionals suffering from corona-phobia? *International Journal of Healthcare Management*, 13(3), pp. 249-256
6. Apisarntharak, A., Apisarntharak, P., Siripraparat, C., Saengraram, P., Leeprechanon, N. & Weber, D.J. (2020). Impact of anxiety and fear for COVID-19 toward infection control practices among Thai healthcare workers. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 41, pp. 1093-1102.
7. Arslan, G., Yıldırım, M., & Wong, paul. (2020). Meaningful Living, Resilience, Affective Balance, and Psychological Health Problems during COVID-19. <https://doi.org/10.31234/osf.io/wsr3e>
8. Bagcchi, S. (2020). Stigma during the COVID-19 Pandemic. *The Lancet*, 20(7), p.782.
9. Bahar, A., Koçak, H., Bağlama, S. and Çuhadar, D. (2020). Can Psychological Resilience Protect the Mental Health of Healthcare Professionals during the COVID-19 Pandemic Period? *Dubai Medical Journal*, 3(44), pp.133-139

10. Barzilay, R., Moore, T. M., Greenberg, D. M., DiDomenico, G. E., Brown, L. A., White, L. K., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2020). Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Translational Psychiatry*, 10(1), 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00982-4>
11. Blanc, J., Briggs, A., Seixas, A., Reid, M., Jean-Louis, G. and Pandi-Perumal, S. (2020). Addressing Psychological Resilience during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Rapid Review. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(1), pp.29-35.
12. Brewis, A., Wutich, A. and Mahdavi, P. (2020). Stigma, Pandemics, and Human Biology: Looking back, Looking forward. *American Journal of Human Biology*, 32(5), pp.1-6.
13. Bueno-Notivol, J., Gracia-García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López-Antón, R., & Santabárbara, J. (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(1), 100196. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007>
14. Byock I., Merriman M., (1998). The Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQOLI), Guide to Using the MVQOLI, *Palliative Medicine*, 12:231-244.
15. Camfield, L., & Skevington, S. (2008). On subjective well-being and quality of life. *Journal of Health Psychology*. doi:10.1177/1359105308093860
16. Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. In *The Lancet Psychiatry* (Vol. 7, Issue 4, pp. e15–e16). Elsevier Ltd. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
17. Connor K. M., Davidson R.T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor Davidson resilience scale (CD-RISC), *Depression and Anxiety*, 18:76–82.
18. Coronaviridae Study Group (2020). The Species Severe Acute Respiratory Syndrome-Related Coronavirus: Classifying 2019-nCoV and Naming it SARS-

- CoV-2. Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses. *Nature Microbiology*,5(4), pp.536-544.
19. De Wit, E., Van Doremalen, N., Falzarano, D. and Munster, V. (2016). SARS and MERS: Recent Insights into Emerging Coronaviruses. *Nature Reviews Microbiology*, 14(8), pp.523-534
 20. Diaz-Buxo, J., Lowrie, E., Lew, N., Zhang, H., Lazarus, J. (2000). “Quality-of-life evaluation using short form 36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients”, *Journal of the American Society of Nephrology*, 35(2): 293–300.
 21. Dye, T., Alcantara, L., Siddiqi, S., Barbosu, M., Sharma, S., Panko, T. and Pressman, E. (2020). Risk of COVID-19-related Bullying, Harassment and Stigma among Healthcare Workers: An Analytical Cross-sectional Global Study. *BMJ Open*, 10(12), pp.1-15
 22. Engelhard, I. M., van Uijen, S. L., van Seters, N., Velu, N. (2015). The effects of safety behavior directed towards a safety cue on perceptions of threat. *Behavior therapy*, 46(5), 604-610.
 23. European Centre for Disease Prevention and Control. Novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK – sixth update – 12 March 2020. Stockholm: ECDC; 2020.
 24. Fernández-Ballesteros, R. (2011). Quality of Life in Old Age: Problematic Issues. *Applied Research in Quality of Life*, 6(1), 21–40. doi:10.1007/s11482-010-9110-x
 25. Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>
 26. Fitzpatrick, K. M., Harris, C., & Drawve, G. (2020). Fear of COVID-19 and the Mental Health Consequences in America. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/tra000092>
 27. Fountoulakis K., Papadopoulou M., Kleanthous S., Papadopoulou A., Bizeli V., Nimatoudis I., Iacovides A., Kaprinis G. (2006). Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the State-Trait Anxiety Inventory from Y: preliminary data, *Annals of General Psychiatry*,5(2).

28. Fountoulakis, K. N., Apostolidou, M. K., Atsiova, M. B., Filippidou, A. K., Florou, A. K., Gousiou, D. S., ... & Chrousos, G. P. (2021). Self-reported changes in anxiety, depression and suicidality during the COVID-19 lockdown in Greece. *Journal of affective disorders*, 279, 624-629
29. Gorbalenya, A.E., Baker, S.C., Baric, R.S., de Groot, R.J., Drosten, C., Gulyaeva, A.A., Haagmans, B.L., Lauber, C., Leontovich, A.M., Neuman, B.W., Penzar, D., Perlman, S., Poon, L.L.M., Samborskiy, D.V., Sidorov, I.A., Sola, I., Ziebuhr, J. Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses. (2020). The species. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV2. *Nature Microbiology*, 5, 536–544
30. Guan, W., Ni, Z., Hu, Y., Liang, W., Ou, C., He, J., Liu, L., Shan, H., Lei, C., Hui, D.S.C., Du, B., Li, L., Zeng, G., Yuen, K.-Y., Chen, R., Tang, C., Wang, T., Chen, P., Xiang, J., Li, S., Wang, J.-L., Liang, Z., Peng, Y., Wei, L., Liu, Y., Hu, Y.-H, Peng, P., Wang, J.-M., Liu, J., Chen, Z., Li, G., Zheng, Z., Qiu, S., Luo, J., Ye, C., Zhu, S., Zhong, N. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England journal of medicine*, 382(18), 1708-1720
31. Gundogan, S. (2021). The mediator role of the fear of COVID-19 in the relationship between psychological resilience and life satisfaction. *Current Psychology*, 1–9. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01525-w>
32. Guo, J., Liao, L., Wang, B., Li, X., Guo, L., Tong, Z., Guan, Q., Zhou, M., Wu, Y., Zhang, J., & Gu, Y. (2020). Psychological Effects of COVID-19 on Hospital Staff: A National Cross-Sectional Survey of China Mainland. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3550050>
33. Halder, S. and Mahato, A. (2013). Stress and Psychological well Being Status among Health Care Professionals. *International Journal of Occupational Safety and Health*, 3(1), pp.32-35.
34. Hao, S., Hong, W., Xu, H., Zhou, L., & Xie, Z. (2015). Relationship between resilience, stress and burnout among civil servants in Beijing, China: Mediating and moderating effect analysis. *Personality and Individual Differences*, 83, 65–71. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.048>

35. Harper, C. A., Satchell, L. P., Fido, D., & Latzman, R. D. (2020). Functional Fear Predicts Public Health Compliance in the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–14.
36. Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18–27. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>
37. Johari, F. and Omar, R. (2019). Exploring Factors Impacting on Psychological Well-Being of Health Care Workers. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 9(2), pp.5672-5684.
38. Jones, D. (2020). History in a Crisis - Lessons for Covid-19. *New England Journal Of Medicine*, 382(18), 1681-1683. doi:10.1056/nejmp2004361
39. Kaiser Family Foundation. (2020). The implications of COVID-19 for mental health and substance abuse. Available at: <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/the-implicationsof-covid19-for-mental-health-and-substance-use/>.
40. Kapsou M., Panayiotou G., Kokkinos C., Demetriou A. (2010). Dimensionality of coping: An empirical contribution to the construct validation of the Brief-COPE with a Greekspeaking sample., *Journal of Health Psychology*, 15(2): 215–229. doi:10.1177/1359105309346516.
41. Kraemer, M., Yang, C., Gutierrez, B., Wu, C., Klein, B., Pigott, D., et al. (2020). “The effect of human mobility and control measures on the COVID-19 epidemic in China”, *Science*, 368(6490): 493–7.
42. Labrague, L. and De Los Santos, J. (2020). Fear of COVID-19, Psychological Distress, Work Satisfaction and Turnover Intention among Front Line Nurses. Available at: <https://assets.researchsquare.com/files/rs-35366/v1/4e09d4aa-3100-414a-90b9-d8d9e79bc974.pdf>
43. Lai, J., Ma, S., Wang, Y. et al. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3).
44. Le Fevre, M., Matheny, J., & Kolt, G. S. (2003). Eustress, distress, and interpretation in occupational stress. In *Journal of Managerial Psychology* (Vol. 18, Issues 7–8, pp. 726–744). MCB UP Ltd. <https://doi.org/10.1108/02683940310502412>

45. Li, Y., Wang, Y., Jiang, J., Valdimarsdóttir, U. A., Fall, K., Fang, F., Song, H., Lu, D., & Zhang, W. (2020). Psychological distress among health professional students during the COVID-19 outbreak. *Psychological Medicine*, 1–3. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001555>
46. Lin, Y., Hu, Z., Alias, H., & Wong, L. P. (2020). Influence of mass and social media on psychobehavioral responses among medical students during the downward trend of COVID-19 in Fujian, China: Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(7), e19982. <https://doi.org/10.2196/19982>
47. Liu, Q., Luo, D., Haase, J., Guo, Q., Wang, X. Q., Liu, S., Xia, L., Liu, Z., Yang, J. and Yang, B. (2020). The Experiences of Health-care Providers during the COVID-19 Crisis in China: A Qualitative Study. *The Lancet Global Health*, 8(6), pp.790-798
48. Mahdy, M. (2020). The Impact of COVID-19 Pandemic on the Academic Performance of Veterinary Medical Students. *Frontiers in Veterinary Science*, 7. doi:10.3389/fvets.2020.594261
49. Mamun, M. A., & Griffiths, M. D. (2020). First COVID-19 suicide case in Bangladesh due to fear of COVID-19 and xenophobia: Possible suicide prevention strategies. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102073. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102073>
50. Manomenidis, G., Panagopoulou, E., & Montgomery, A. (2019). Resilience in nursing: The role of internal and external factors. *Journal of nursing management*, 27(1), 172-178
51. Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E., & Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of anxiety disorders*, 74, 102258.
52. Ogolodom, M. P., Mbaba, A. N., Alazigha, N., Erundu, O. F., Egbe, N. O., Golden, I., Ugwuanyi, D. C., Achi, G. I., Eke, C. M. (2020). Knowledge, attitudes and fears of HealthCare Workers towards the Corona Virus Disease (COVID-19) Pandemic in South-South, Nigeria. *Health Science Journal*, 1(2), 1-10.
53. Ozlu A, Oztas D. (2020) Learning lessons from the past in combating the novel coronavirus (Covid-19) pandemic. *Ankara Med J*. 2:468-481, DOI: 10.5505/amj.2020.46547

54. Pappas, G., Kiriaze, I. J., Giannakis, P., & Falagas, M. E. (2009). Psychosocial consequences of infectious diseases. In *Clinical Microbiology and Infection*, 15(8), pp. 743–747). Blackwell Publishing Ltd
55. Pedrosa, A. L., Bitencourt, L., Fróes, A. C. F., Cazumbá, M. L. B., Campos, R. G. B., de Brito, S. B. C. S., & Simões e Silva, A. C. (2020). Emotional, Behavioral, and Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology* (Vol. 11).
56. Pocock, L. (2020). ‘‘Pandemics and a New Age of Reason’’, *Middle East Journal of Business*, 13(2): 3-43
57. Ramaci, T., Barattuci, M., Ledda, C. and Rapisada, V. (2020). Social Stigma During COVID-19 and Its Impacts on HCWs Outcomes. *Sustainability*, 12, pp.1-13
58. Ransing, R., Ramalho, R., de Filippis, R., Ojeahere, M. I., Karaliuniene, R., Orsolini, L., da Costa, M., Ullah, I., Grandinetti, P., Bytyci, D., Grigo, O., Mhamunkar, A., El Hayek, S., Essam, L., Larnaout, A., Shalbafa, M., Nofal, M., Soler-Vidal, J., Pereira-Sanchez, V. and Adiukwu, F. (2020). Infectious Disease Outbreak related Stigma and Discrimination during the COVID-19 Pandemic: Drivers, Facilitators, Manifestations, and Outcomes across the World. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, pp.555-558.
59. Rodríguez, B. O., Sánchez, T. L. (2020). The Psychosocial Impact of COVID-19 on health care workers. *International Brazilian journal of urology*, 46, 195-200.
60. Rodríguez-Hidalgo, A. J., Pantaleón, Y., Dios, I., & Falla, D. (2020). Fear of COVID-19, Stress, and Anxiety in University Undergraduate Students: A Predictive Model for Depression. *Frontiers in Psychology*, 11(November). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.59179>
61. Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., Zandi, M. S., Lewis, G., & David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and metaanalysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 611–627. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)
62. Ruževičius, J. (2014). Quality of Life and of Working Life: Conceptions and Research. In *Engineering Economics* (pp. 317–334).

63. Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S. and Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of Stress, Anxiety, Depression among the General Population during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), pp.1-11.
64. Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, D., Ye, S., Agarwal, S., Birk, J., Brodie, D., Cannone, D., Chang, B., Claassen, J., Cornelius, T., Derby, L., Donga, M., Givens, R., Hochman, B., Homma S., Kronish, I., Lee, S., Manzano, W., Mayer, L., McMurry, C., Moitra, V., Pham, P., Rabbani, L., Rivera, R., Schwartz, A., Schwartz, J., Shapiro, P., Shaw, K., Sullivan, A., Vose, C., Wasson, L., Edmondson, D. and Abdalla, M. (2020). Psychological Distress, Coping Behaviors, and Preferences for Support among New York Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. *General Hospital Psychiatry*, 66, pp.1-8
65. Shigemura, J., Ursano, R., Morganstein, J., Kurosawa, M. and Benedek, D. (2020). Public Responses to the Novel 2019 Coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental Health Consequences and Target Populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(4), pp.281-282
66. Spielberger G.D, Gorush R.L, Lushene R.E. The state-trait anxiety inventory. Consulting Psychologists Press, Palo Alto CA, 1970.
67. Su, S., Wong, G., Shi, W., Liu, J., Lai, A.C., Zhou, J., Liu, W., Bi, Y., Gao, G.F., (2016). Epidemiology, genetic recombination, and pathogenesis of coronaviruses. *Trends in microbiology*, 24(6), 490-502
68. Symeonaki, M. (2017). Quality of Life in the third age: a descriptive analysis. *Κοινωνική Πολιτική*, 5, 29.
69. Tannenbaum, M. B., Hepler, J., Zimmerman, R. S., Saul, L., Jacobs, S., Wilson, K., & Albarracín, D. (2015). Appealing to Fear: A Meta-Analysis of Fear Appeal Effectiveness and Theories. *Psychological Bulletin*, 141(6), 1178–1204. <https://doi.org/10.1037/a0039729>
70. Taylor, S., Landry, C., Rachor, G., Paluszek, M., Asmindosn, G. (2020). Fear and Avoidance of Healthcare workers: An Important, Under-Recognized Form of Stigmatization during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Anxiety Disorders*

71. Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England journal of medicine*, 334(13), 835-840.
72. Theofilou P.,Kapsalis F.,Panagiotaki H.(2012)Greek version of MVQOLI - 15: Translation and cultural adaptation, *International Journal of Caring Sciences*,5(3):289
73. Tsipopoulou V., Nikopoulou V.A., Holeva V., Nasika Z., Diakogiannis I., Sakka S., Kostikidou S., Varvara C., Spyridopoulou E., & Parlapani E.(2020).Psychometric Properties of the Greek Version of FCV-19S, *International journal of mental health and addiction*, 1–10. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00319-8>
74. Valdivia, Chino-Vilca, B. N. Ames-Guerrero, R. (2020). Knowledge, perception and attitudes in regard to COVID-19 pandemic in Peruvian population. *PsyArXiv*, DOI: 10.312234/osf.io/kr9ya
75. Voitsidis, P., Nikopoulou, V. A., Holeva, V., Parlapani, E., Sereslis, K., Tsipopoulou, V., Karamouzi, P., Giaskoulidou, A., Tsopaneli, N., & Diakogiannis, I. (2020). The mediating role of fear of COVID-19 in the relationship between intolerance of uncertainty and depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1–10. <https://doi.org/10.1111/papt.12315>
76. Walker, A., & Lowenstein, A. (2009). European perspectives on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*. doi:10.1007/s10433-009-0117-9
77. Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J., Wang, B., Xiang, H., Cheng, Z., Xiong, Y., Zhao, Y. (2020a). Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus–infected pneumonia in Wuhan, China. *Journal of the American Medical Association*, 323(11), 1061-1069
78. West, C., Dyrbye, L. and Shanafelt, T. (2018). Physician Burnout: Contributors, Consequences and Solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), pp.516-529.
79. Wu, Y., Wang, J., Luo, C., Hu, S., Lin, X., Anderson, A. E., Bruera, E., Yang, X., Wei, S., & Qian, Y. (2020). A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e60–e65. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008>

80. Xiang, Y., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T. and Ng, C. (2020). Timely Mental Health Care for the 2019 Novel Coronavirus Outbreak is Urgently Needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), pp.228-229
81. Xu, J., Qiu, J., Chen, J., Zou, L., Feng, L., Lu, Y., ... Zhang, J. (2012). Lifestyle and healthrelated quality of life: A cross-sectional study among civil servants in China. *BMC Public Health*, 12(1). doi:10.1186/1471-2458-12-330
82. Yfantopoulos, J. (2001). Quality of life and QALYs in the measurement of health. *Archives of Hellenic Medicine*. 18(2):114-130
83. Yildirim, M., & Arslan, G. (2020). Exploring the associations between resilience, dispositional hope, preventive behaviours, subjective well-being, and psychological health among adults during early stage of COVID-19. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01177-2>
84. Zeballos Rivas, D. R., Lopez Jaldin, M. L., Nina Canaviri, B., Portugal Escalante, L. F., Alanes Fernández, A. M. C., & Aguilar Ticona, J. P. (2021). Social media exposure, risk perception, preventive behaviors and attitudes during the COVID-19 epidemic in La Paz, Bolivia: A cross sectional study. *PloS One*, 16(1).
85. Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., Zhao, X., Huang, B., Shi, W., Lu, R., Niu, P., (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England journal of medicine*

Ελληνόγλωσση

86. Βραχά, Μ. (2021). Φόβοι, άγχος και εκλαμβανόμενος στιγματισμός των επαγγελματιών υγείας σε νοσοκομείο αναφοράς για COVID-19. Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
87. Γέρου, Η. (2021). Εκτίμηση του φόβου για την επιδημία covid-19 και διερεύνηση των πηγών πληροφόρησης του ιατρικού προσωπικού του Ελπίς, Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
88. Κεσόγλου, Σ. (2021). Ψυχική ανθεκτικότητα, φόβος για τον COVID-19 και η σχέση με την γνωστική λειτουργικότητα και την ψυχική διάθεση του Νοσηλευτικού Προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου του Νομού Κοζάνης. Διπλωματική Εργασία

89. Κίτσος, Γ. (2021). Η επίδραση του φόβου της πανδημίας COVID-19 στην σωματική και ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
90. Κουϊρουκλή, Χ. (2021). Συσχέτιση της ποιότητας ζωής ατόμων της τρίτης ηλικίας που διαβιούν στην κοινότητα με το φόβο απέναντι στο Covid-19. Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
91. Μαλαμή, Ε. (2021). Ψυχολογικές επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 σε υγειονομικό προσωπικό στην Ελλάδα. Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
92. Μοσχίδου, Α. (2021). Η επίδραση του φόβου για τον Covid-19 στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, το στρες, την κατάθλιψη και την ποιότητα του ύπνου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση. Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
93. Νάκου, Σ. (2001). Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην παιδιατρική. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3), 254-266.
94. Παυλόπουλος Β, Κορδούτης Π., (2006). Πεδία Έρευνας στην Κοινωνική Ψυχολογία. Κοινωνικός στιγματισμός: από τη σκοπιά του «θύτη» και του «θύματος», Εκδόσεις Ατραπός, Αθήνα, 126-145
95. Σέργης, Ι. (2020). Οι πανδημίες και οι προσπάθειες διεθνούς αντιμετώπισης τους. Μια συγκριτική εξέταση των πανδημιών και της αντιμετώπισης τους, από την ισπανική γρίπη μέχρι τον covid-19, Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
96. Σταχτέας, Π., Σταχτέας, Φ. (2020). Η πανδημία Covid-19 ως παράγοντας επιδείνωσης των ανισοτήτων υγείας. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 154: 129-148.
97. Σωτηροπούλου, Ό. (2020). Αξιολόγηση της Χρηματοοικονομικής Διαχείρισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφου.
98. Τζέλλα, Β. Δ. (2021). Φόβος της COVID-19, καταθλιπτικά συμπτώματα και άγχος και ο ρόλος του φύλου και της ηλικίας. Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
99. Τριανταφυλλίδου, Μ. (2020). “Οι επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 στην ψυχική υγεία”, Το Βήμα του Ασκληπιού, 19(4): 274-294.

Παράρτημα- Ερωτηματολόγιο

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Το παρόν ερωτηματολόγιο θα χρησιμοποιηθεί για την εκπόνηση έρευνας με θέμα «Διερεύνηση των επιπέδων άγχους και φόβου από τη νόσηση με covid-19 και της επαφής με επαγγελματίες υγείας, σε σχέση με την ποιότητα ζωής τους». Η μελέτη έχει εγκριθεί από το Επιστημονικό Συμβούλιο της Νοσηλευτικής Μονάδας Άργους. Θα τηρηθεί η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται ανώνυμα και απαιτεί 5- 10 λεπτά από τον πολύτιμο χρόνο σας. Η συμβολή σας είναι σημαντική για την διεξαγωγή της έρευνας.

Ενημερώθηκα για το σκοπό της έρευνας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Επιθυμώ να συμμετέχω εθελοντικά στην έρευνα. ΝΑΙ ΟΧΙ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Δημογραφικά Στοιχεία

1. **Φύλο** Άνδρας Γυναίκα Άλλο
2. **Ηλικία** 18-29 ετών 30-40 ετών 41-59 ετών 60-70 ετών 71 ετών και άνω
3. **Οικογενειακή κατάσταση** Έγγαμος/η Άγαμος/η Διαζευγμένος/η Χηρεία Σε συμβίωση
4. **Αριθμός τέκνων** Κανένα 1 2 3 4 και άνω
5. **Εκπαιδευτικό Επίπεδο** Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο ΑΕΙ/ΤΕΙ Μεταπτυχιακό Διδακτορικό
6. **Πόσα άτομα μένετε στο ίδιο σπίτι;** 1 άτομο 2 άτομα 3 έως 5 άτομα από 6 και πάνω άτομα
7. **Εργασιακή κατάσταση** Ανεργος/η Ιδιωτικός Υπάλληλος Δημόσιος Υπάλληλος Ελεύθερος Επαγγελματίας Συνταξιούχος Άλλο
8. **Είστε εργαζόμενος σε κάποιον από τους ακόλουθους τομείς;** Εργαζόμενος/η στο χώρο της Υγείας Εκπαιδευτικός Υπάλληλος στην Εστίαση
9. **Εργασία κατά την περίοδο των περιοριστικών μέτρων** Σε αναστολή Ναι, κανονικά στον χώρο εργασίας μου Τηλεργασία Σταμάτησα να εργάζομαι

10. Η περιοχή στην οποία διαμένετε βρίσκεται σε: Μεγάλη πόλη Μικρή πόλη
Χωριό Νησί Άλλο
11. Αντιμετωπίζετε κάποια χρόνια σωματική ασθένεια; Ναι Όχι
12. Εάν ναι, ποια ασθένεια; ΧΑΠ Καρδιοπάθεια Παχυσαρκία
Σακχαρώδης διαβήτης Αυτοάνοσο Νόσημα Άλλο
13. Αντιμετωπίζετε κάποια χρόνια ψυχική ασθένεια; Ναι Όχι
14. Είστε καπνιστής/τρια; Ναι Όχι Πρώην καπνιστής
15. Πόσα ποτήρια αλκοόλ καταναλώνετε την εβδομάδα; 0 1-2 3-4 5-7 8 και πάνω
16. Αθλείστε πάνω από 3 ώρες εβδομαδιαίως; Ναι Όχι
17. Κάνετε στην καθημερινότητά σας καθιστική ζωή; Ναι Όχι
18. Χρησιμοποιείτε υπολογιστή πάνω από 3 ώρες καθημερινά; Ναι Όχι
19. Χρησιμοποιείτε κινητό τηλέφωνο πάνω από 3 ώρες καθημερινά; Ναι Όχι
20. Σε περίπτωση ανάγκης μπορεί να σας βοηθήσει
φίλος/η συγγάτοικος σύντροφος σύζυγος παιδιά
άλλο
21. Έχετε νοσήσει από Covid-19/κορωνοϊό; Ναι Όχι
22. Έχετε εμβολιαστεί για Covid-19/κορωνοϊό; Ναι Όχι
23. Εάν όχι γιατί;
- Δεν έχει ανοίξει ακόμα η πλατφόρμα για την κατηγορία μου
 - Δεν εμπιστεύομαι / φοβάμαι τα εμβόλια
 - Δεν έχω κανέναν να με μεταφέρει στο εμβολιαστικό κέντρο
 - Λόγω προβλημάτων υγείας που δεν επιτρέπουν τον εμβολιασμό
 - Δεν πιστεύω στον κορωνοϊό
24. Πόση εμπιστοσύνη έχετε στο σύστημα υγείας για την αντιμετώπιση του COVID-19; Καθόλου μέτρια αρκετά πολύ καλά άριστα
25. Πόση εμπιστοσύνη έχετε στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την αντιμετώπιση του COVID-19; Καθόλου μέτρια αρκετά πολύ καλά άριστα
26. Ποιους από τους παρακάτω τρόπους χρησιμοποιείτε για προστασία από τον νέο κορωνοϊό COVID-19;
- Πλύσιμο χεριών με σαπούνι και νερό

- Αντισηπτικό
- Χρήση μάσκας στα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς
- Χρήση μάσκας στους εξωτερικούς χώρους
- Τήρηση αποστάσεων • Αποφυγή συνωστισμού
- Καλύπτετε το στόμα σας όταν βήχετε ή φτερνίζετε
- Μένετε στο σπίτι συχνότερα από ό,τι στο παρελθόν
- Χρησιμοποιείτε ατομικό μέσο μεταφοράς
- Δεν χρησιμοποιείτε κανέναν τρόπο προστασίας
- Άλλο

27. Πιστεύετε ότι η πανδημία του νέου κορωνοϊού COVID-19 θα αντιμετωπιστεί

σύντομα;

- Ναι Όχι Ίσως

Οδηγίες: Διαβάστε κάθε φράση και μετά απαντήστε στα **δεξιά** της φράσης για να δείξετε πόσο διαφωνείτε ή συμφωνείτε με τις ακόλουθες προτάσεις, **σχετικά με την πανδημία Sars-Cov2 (Covid-19)**. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. **Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε μία φράση**, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει πιο καλά το πως αισθάνεστε **τώρα** σχετικά με την πανδημία Sars-Cov2 (Covid-19).

ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΟΒΟΥ ΓΙΑ ΤΟΝ COVID-19

		ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ/ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΣΥΝΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
1.	Είμαι πολύ φοβισμένος,-η για τον κορωνοϊό	1	2	3	4	5
2.	Όταν σκέφτομαι τον κορωνοϊό, νιώθω ανασφάλεια	1	2	3	4	5
3.	Τα χέρια μου ιδρώνουν, όταν σκέφτομαι τον κορωνοϊό	1	2	3	4	5
4.	Φοβάμαι μήπως χάσω τη ζωή μου εξαιτίας του κορωνοϊού	1	2	3	4	5
5.	Όταν βλέπω ειδήσεις σχετικά με τον κορωνοϊό στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, με πιάνει νευρικότητα και άγχος	1	2	3	4	5
6.	Δεν μπορώ να κοιμηθώ, επειδή ανησυχώ μήπως	1	2	3	4	5

	προσβληθώ από τον κορωνοϊό					
7.	Νιώθω την καρδιά μου να χτυπάει πιο γρήγορα ή τους παλμούς μου να ανεβαίνουν, όταν σκέφτομαι ότι μπορεί να προσβληθώ από τον κορωνοϊό	1	2	3	4	5

ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΤΟΥ COVID-19

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
1.	Έχουν όλοι οι αλλοδαποί υψηλότερο κίνδυνο μετάδοσης COVID-19;		
2.	Είναι ο COVID-19 μία θεϊκή τιμωρία;		
3.	Πρέπει οι άνθρωποι να φοβούνται εκείνους που νοσούν με COVID-19;		
4.	Οι άνθρωποι που νοσούν με COVID-19, φοβούνται να ενημερώσουν τους άλλους ότι έχουν νοσήσει;		
5.	Όταν βλέπω ειδήσεις και ακούω ιστορίες σχετικά με τον COVID-19 στην τηλεόραση, τον Τύπο ή τα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης, νιώθω νευρικότητα ή άγχος;		
6.	Είναι ντροπή να αρρωσταίνει κάποιος με COVID-19;		
7.	Πρέπει οι άνθρωποι να λυπούνται τα άτομα που αρρωσταίνουν με COVID-19;		
8.	Οι άνθρωποι νοσούν με COVID-19 λόγω ανεύθυνης συμπεριφοράς;		
9.	Οι άνθρωποι που εργάζονται σε υπηρεσίες υγείας και έρχονται σε επαφή με ασθενείς COVID-19 πρέπει να απομονώνονται από το κοινωνικό σύνολο;		
10.	Τα μέλη των οικογενειών που έχουν ασθενείς με COVID-19 πρέπει να τους φέρονται με λιγότερο σεβασμό;		
11.	Οι ασθενείς με COVID-19, πρέπει να απομονώνονται από την κοινωνία;		
12.	Οι ασθενείς με COVID-19 μπορούν να παραμένουν σε περιοχές με υγιείς γείτονες;		
13.	Φοβάμαι μήπως μολυνθώ από το υγειονομικό προσωπικό που συναντώ σε μέσα μαζικής μεταφοράς, στο δρόμο ή και το σπίτι		
14.	Οι άνθρωποι που νοσούν με COVID-19 είναι ένοχοι;		
15.	Πρέπει τα άτομα που έχουν αναρρώσει από COVID-19 να παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα μακριά από τους χώρους εργασίας τους;		
16.	Πρέπει οι εργαζόμενοι σε υπηρεσίες υγείας να αποφεύγουν τη χρήση Μέσων Μαζικής Μεταφοράς, για να μην διασπείρουν την λοίμωξη COVID-19 στον πληθυσμό;		
17.	Πρέπει οι εργαζόμενοι σε υπηρεσίες υγείας να αποφεύγουν να επιστρέφουν στο σπίτι τους, για να μην μολύνουν την οικογένειά τους;		
18.	Πρέπει οι εργαζόμενοι σε υπηρεσίες υγείας να αποφεύγουν να κυκλοφορούν έξω για να μην μολύνουν άλλον πληθυσμό;		

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΓΧΟΣ Ι

		ΚΑΘΟΛΟΥ	ΚΑΠΩΣ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1.	Αισθάνομαι ήρεμος	1	2	3	4
2.	Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
3.	Νιώθω μια εσωτερική ένταση	1	2	3	4

4.	Έχω αγωνία	1	2	3	4
5.	Αισθάνομαι άνετα	1	2	3	4
6.	Αισθάνομαι αναστατωμένος	1	2	3	4
7.	Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες	1	2	3	4
8.	Αισθάνομαι αναπαυμένος	1	2	3	4
9.	Αισθάνομαι άγχος	1	2	3	4
10.	Αισθάνομαι βολικά	1	2	3	4
11.	Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
12.	Αισθάνομαι νευρική	1	2	3	4
13.	Αισθάνομαι ήσυχος	1	2	3	4
14.	Βρίσκομαι σε διέγερση	1	2	3	4
15.	Είμαι χαλαρωμένος	1	2	3	4
16.	Αισθάνομαι ικανοποιημένος	1	2	3	4
17.	Ανησυχώ	1	2	3	4
18.	Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	1	2	3	4
19.	Αισθάνομαι υπερένταση	1	2	3	4
20.	Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

ΟΔΗΓΙΕΣ: Απαντήστε με βάση το κατά πόσο κάνετε αυτό που αναφέρεται στη δήλωση, **ΌΧΙ** κατά πόσο ο τρόπος αυτός δουλεύει για σας ή όχι.

ΚΛΙΜΑΚΑ BRIEF COPE

		Δεν το κάνω καθόλου	Το κάνω λίγο	Το κάνω σε μέτριο βαθμό	Το κάνω πολύ
1.	Στρέφομαι προς τη δουλειά ή άλλες ασχολίες για να παίρνω το μυαλό μου από τα προβλήματα	1	2	3	4
2.	Επικεντρώνομαι στο να κάνω κάτι για να αλλάξω την κατάσταση στην οποία βρίσκομαι	1	2	3	4
3.	Λέω στον εαυτό μου «αυτό δεν μπορεί να συμβαίνει»	1	2	3	4
4.	Χρησιμοποιώ αλκοολούχα ποτά ή ναρκωτικά για να αισθάνομαι καλύτερα	1	2	3	4
5.	Παίρνω συναισθηματική υποστήριξη από άλλους	1	2	3	4
6.	Παραιτούμαι από την προσπάθεια να το αντιμετωπίσω	1	2	3	4
7.	Λαμβάνω μέτρα για να βελτιώσω την κατάσταση στην οποία βρίσκομαι	1	2	3	4
8.	Αρνούμαι να πιστέψω ότι συμβαίνει	1	2	3	4
9.	Λέω πράγματα για να εκτονωθούν τα αρνητικά μου συναισθήματα	1	2	3	4
10.	Παίρνω βοήθεια και συμβουλές από άλλους	1	2	3	4

11.	Χρησιμοποιώ αλκοολούχα ποτά ή ναρκωτικά για να μπορέσω να το ξεπεράσω	1	2	3	4
12.	Προσπαθώ να δω την κατάσταση με διαφορετικό τρόπο, πιο θετικά	1	2	3	4
13.	Εξασκώ κριτική προς τον εαυτό μου	1	2	3	4
14.	Προσπαθώ να σκεφτώ κάποια στρατηγική για το τι θα κάνω	1	2	3	4
15.	Παίρνω παρηγοριά και κατανόηση από κάποιον	1	2	3	4
16.	Παραιτούμαι από την προσπάθεια να αντεπεξέλθω	1	2	3	4
17.	Ψάχνω για κάτι θετικό σε αυτό που συμβαίνει	1	2	3	4
18.	Κάνω αστεία για αυτό που συμβαίνει	1	2	3	4
19.	Κάνω κάτι για να μην το σκέφτομαι, όπως πηγαίνω στο σινεμά, βλέπω τηλεόραση, διαβάζω, ονειροπολώ, κοιμούμαι, πάω για ψώνια	1	2	3	4
20.	Αποδέχομαι την πραγματικότητα για αυτό που έγινε	1	2	3	4
21.	Εκφράζω τα αρνητικά μου συναισθήματα	1	2	3	4
22.	Προσπαθώ να βρω παρηγοριά στην θρησκεία ή άλλες πνευματικές ενασχολήσεις	1	2	3	4
23.	Προσπαθώ να πάρω συμβουλές και βοήθεια από άλλους για το τι να κάνω	1	2	3	4
24.	Μαθαίνω να ζω με το πρόβλημα	1	2	3	4
25.	Σκέφτομαι σοβαρά για το τι βήματα πρέπει να ακολουθήσω	1	2	3	4
26.	Ρίχνω το φταίξιμο στον εαυτό μου για αυτό που έγινε	1	2	3	4
27.	Προσεύχομαι ή αυτοσυγκεντρώνομαι	1	2	3	4
28.	Ειρωνεύομαι την κατάσταση	1	2	3	4

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακαλούμε επιλέξτε τη δήλωση που περιγράφει καλύτερα τη δική σας πραγματικότητα κατά τη διάρκεια των **τελευταίων 30 ημερών**.

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ CONNOR-DAVIDSON

		ΚΑΘΟΛΟΥ ΑΛΗΘΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ ΑΛΗΘΕΣ	ΚΑΠΟΙΕΣ ΦΟΡΕΣ ΑΛΗΘΕΣ	ΣΥΧΝΑ ΑΛΗΘΕΣ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ ΑΛΗΘΕΣ
1.	Μπορώ να προσαρμόζομαι στην αλλαγή	0	1	2	3	4
2.	Έχω στενές και ασφαλείς σχέσεις	0	1	2	3	4

3.	Μερικές φορές η μοίρα και ο Θεός μπορούν να βοηθήσουν	0	1	2	3	4
4.	Μπορώ να τα βγάλω πέρα με ό,τι μου προκύπτει	0	1	2	3	4
5.	Προηγούμενες επιτυχίες μου δίνουν αυτοπεποίθηση για καινούριες προκλήσεις.	0	1	2	3	4
6.	Βλέπω την εύθυμη πλευρά των πραγμάτων	0	1	2	3	4
7.	Το να αντεπεξέρχομαι στο στρες μου δίνει δύναμη	0	1	2	3	4
8.	Έχω την τάση να ανακάμπτω μετά από κάποια δοκιμασία ή ασθένεια	0	1	2	3	4
9.	Τα πράγματα συμβαίνουν για κάποιο λόγο	0	1	2	3	4
10.	Κάνω την καλύτερη δυνατή προσπάθεια, ό,τι και να γίνει	0	1	2	3	4
11.	Μπορώ να επιτυγχάνω τους στόχους μου	0	1	2	3	4
12.	Όταν τα πράγματα φαίνονται χωρίς ελπίδα, εγώ δεν παραιτούμαι	0	1	2	3	4
13.	Ξέρω πού να στραφώ για βοήθεια	0	1	2	3	4
14.	Όταν βρίσκομαι κάτω από πίεση, συγκεντρώνομαι και σκέφτομαι καθαρά	0	1	2	3	4
15.	Προτιμώ να παίρνω το προβάδισμα στην επίλυση προβλημάτων	0	1	2	3	4
16.	Δεν αποθαρρύνομαι εύκολα από την Αποτυχία	0	1	2	3	4
17.	Με θεωρώ δυνατό άτομο	0	1	2	3	4
18.	Μπορώ να παίρνω μη δημοφιλείς ή δύσκολες αποφάσεις	0	1	2	3	4
19.	Μπορώ να χειρίζομαι δυσάρεστα συναισθήματα	0	1	2	3	4
20.	Έχω ανάγκη να ακολουθώ τη διαίσθησή μου	0	1	2	3	4

ΣΦΑΙΡΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19

	ΠΟΛΥ ΦΤΩΧΗ	ΦΤΩΧΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΛΗ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ
Πως θα βαθμολογούσατε τη συνολική ποιότητα ζωής σας	1	2	3	4	5

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19

		ΣΥΝΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ/ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
1.	Αισθάνομαι άρρωστος/η συνέχεια	1	2	3	4	5
2.	Είμαι ικανοποιημένος με τον τωρινό έλεγχο των συμπτωμάτων μου	1	2	3	4	5
3.	Η σωματική ενόχληση εμποδίζει κάθε ευκαιρία για διασκέδαση	1	2	3	4	5
4.	Δεν είμαι πλέον ικανός/ή να κάνω πολλά από τα πράγματα που μου αρέσει να κάνω	1	2	3	4	5
5.	Αποδέχομαι το γεγονός ότι δεν μπορώ να κάνω πολλά από τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω	1	2	3	4	5
6.	Η ικανοποίηση από τη ζωή μου εξαρτάται από το να είμαι δραστήριος/α και να μπορώ να αυτοεξυπηρετούμαι	1	2	3	4	5
7.	Τον τελευταίο καιρό είμαι ικανός/ή να μοιράζομαι σημαντικά πράγματα με τα κοντινά μου πρόσωπα	1	2	3	4	5
8.	Στην παρούσα φάση περνώ όσο χρόνο θέλω με την οικογένεια και φίλους	1	2	3	4	5
9.	Είναι σημαντικό για μένα να έχω στενές προσωπικές σχέσεις	1	2	3	4	5
10.	Οι υποθέσεις μου δεν είναι τακτοποιημένες. Ανησυχώ για το ότι πολλά πράγματα παραμένουν άλυτα	1	2	3	4	5
11.	Είμαι περισσότερο ικανοποιημένος/η με τον εαυτό μου τώρα από ότι ήμουν πριν την ασθένειά μου	1	2	3	4	5
12.	Είναι σημαντικό για μένα να είμαι καλά με τον εαυτό μου	1	2	3	4	5
13.	Αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει μεγαλύτερο νόημα τώρα από ότι είχε στο παρελθόν	1	2	3	4	5
14.	Η ζωή έχει χάσει κάθε αξία για μένα. Η καθημερινότητα είναι ένα βάρος	1	2	3	4	5
15.	Είναι σημαντικό για μένα να αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει νόημα	1	2	3	4	5