



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

Διπλωματική Εργασία

**Αλλαγές συμπεριφορών σε θέματα υγείας σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα
κατά την περίοδο της πανδημίας**

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ

Επιβλέπων καθηγητής: ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΞΕΝΟΣ

Αθήνα, Ιανουάριος 2021

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



**Αλλαγές συμπεριφορών σε θέματα υγείας σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα
κατά την περίοδο της πανδημίας**

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ

Επιτροπή Επίβλεψης Πτυχιακής / Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

Παναγιώτης Ξένος

Επίκουρος Καθηγητής

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

Αγγελική Φλώκου

Υποψήφια Διδάκτωρ

Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, ΕΑΠ

Αθήνα, Ιανουάριος 2021

Περίληψη

Εισαγωγή: Η πανδημία του Covid-19 έχει αυξηθεί και εξαπλωθεί συγκλονίζοντας την ανθρώπινη υγεία. Έχει επίσης αποδειχθεί πως η ασθένεια του Covid-19 είναι πιο σοβαρή σε ασθενείς με κάποια χρόνια νόσο.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσει την επίδραση του COVID-19, στην σωματική και ψυχική υγεία ασθενών με χρόνια νοσήματα κατά την περίοδο της πανδημίας. Επίσης μελετώνται οι δημογραφικές και επαγγελματικές ομάδες που επηρεάστηκαν περισσότερο και είχαν χαμηλότερο επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας. Ακόμη, διερευνάται αν η ψυχολογική κατάσταση επηρέασε την σωματική δραστηριότητα.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη. Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 84 άτομα που με την μέση ηλικία να είναι περίπου τα 52 έτη, οι οποίοι πάσχουν από χρόνια νόσημα κατά μέσο όρο περίπου 10 χρόνια. Η συντριπτική πλειονότητα του δείγματος ήταν Ελληνικής καταγωγής και είχε δημόσια ασφάλεια. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν πως έχουν 2 παιδιά, ότι έχουν τελειώσει τη δευτεροβάθμια ή την τριτοβάθμια εκπαίδευση και έχουν ετήσιο εισόδημα από τα 6.000 έως τα 15.000 ευρώ. Σχετικά με τα χρόνια νοσήματα το 30% ανέφερε την αρτηριακή υπέρταση. Η πλειοψηφία δήλωσε ότι λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή την οποία και τηρεί πιστά. Ακόμη, οι περισσότεροι συμμετέχοντες αποτελούνταν από καπνιστές ή πρώην καπνιστές με την πλειοψηφία όσων κάπνιζαν να το πραγματοποιούν σε καθημερινή βάση. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Lifestyle related behaviour Questionnaire, SF-36 ($\alpha \geq 0,628$) και HADS ($\alpha \geq 0,848$). Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε σε σημαντικότητα 5%, χρησιμοποιώντας τους ελέγχους independent samples t-test, ANOVA, Mann Whitney Kruskal Wallis, Spearman, Pearson και μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Τηρήθηκαν τα απαραίτητα ηθικά ζητήματα.

Αποτελέσματα: Ο COVID-19 επηρέασε αρνητικά όλες τις παραμέτρους της σωματικής και ψυχικής υγείας, ωστόσο ακόμη και μετά από αυτήν την επιρροή τα επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας παραμένουν ανθεκτικά και σε ικανοποιητικό επίπεδο. Τα επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας επηρεάστηκαν από δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, επαγγελματική κατάσταση, εισόδημα, είδος και διάρκεια ασθένειας. Η ψυχολογική κατάσταση των συμμετεχόντων επηρέασε αρνητικά την σωματική τους δραστηριότητα.

Συμπεράσματα: Ιδιαίτερη ψυχολογική υποστήριξη πρέπει να δοθεί σε γυναίκες, νέους, χήρους, άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, ανέργους, άτομα με χαμηλότερα, εισοδήματα, ανασφάλιστους, ασθενείς με αποφρακτική πνευμονοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια και με γενικά χρόνια νοσήματα για περισσότερο καιρό, προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα ψυχολογικά προβλήματα που οδήγησαν στην επιβάρυνση της σωματικής υγείας.

Λέξεις Κλειδιά: COVID-19, χρόνια νοσήματα, σωματική υγεία, ψυχική υγεία

Changes in health behaviors in patients with chronic diseases during the pandemic period

Konstantina Spyropoulou

Abstract

Introduction: The Covid-19 pandemic has grown and spread, shocking human health. Covid-19 disease has also been shown to be more severe in patients with chronic disease.

Aim: The aim of this study is to study the effect of COVID-19 on the physical and mental health of patients with chronic diseases during the pandemic period. The demographic and occupational groups that were most affected and had lower level of physical and mental health are also studied. It is also being investigated whether their psychological condition affected physical activity.

Methodology: This is a cross sectional study. The present study involved 84 people with an average age of about 52 years, who suffer from chronic disease for an average of about 10 years. The vast majority of the sample was of Greek origin and had public safety. Most participants reported that they have 2 children, that they have completed secondary or tertiary education and have an annual income of 6,000 to 15,000 euros. About 30% of chronic diseases reported hypertension. The majority stated that they receive medication which they adhere to faithfully. Also, most participants consisted of smokers or ex-smokers with the majority of those who smoked doing so on a daily basis. The Lifestyle related behavior Questionnaire, SF-36 ($\alpha \geq 0,628$) and HADS ($\alpha \geq 0,848$) were used. The statistical analysis was performed at a significance of 5%, using the independent samples t-test, ANOVA, Mann Whitney Kruskal Wallis, Spearman, Pearson and multiple linear regression models. The necessary ethical issues were observed.

Results: COVID-19 negatively affected all aspects of physical and mental health, however even after this influence the levels of physical and mental health remain resilient and at a satisfactory level. Physical and mental health levels were influenced by demographic characteristics such as gender, age, marital status, educational level, occupational status, income, type and duration of illness. The psychological state of the participants negatively affected their physical activity.

Conclusions: Special psychological support should be given to women, young people, widows, people with lower educational level, unemployed, people with lower incomes, uninsured, patients with obstructive pulmonary disease, kidney failure and general chronic diseases for a longer time in order to deal with psychological problems that led to the aggravation of physical health.

Keywords: COVID-19, chronic diseases, physical health, mental health

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη	iv
Abstract	v
Πίνακας Περιεχομένων	vi
Κατάλογος Πινάκων	viii
Κατάλογος Γραφημάτων	xi
1. Κεφάλαιο. Εισαγωγή	1
1.1. Η κρίση της πανδημίας του Covid-19	1
1.2. Οι αντιληπτοί κίνδυνοι	3
1.3. Ο φόβος για την ασθένεια – «Πληθυσμοί υψηλού κινδύνου»	5
2. Κεφάλαιο. Υγεία και Ανθρώπινα δικαιώματα	8
2.1. Το ανθρώπινο δικαίωμα της υγείας	8
2.2. Το δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση	10
2.3. Η περίπτωση του Covid-19 σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα	12
3. Κοινωνική υποστήριξη σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα	14
3.1. Μορφές κοινωνικής υποστήριξης	14
3.2. Η κοινωνική υποστήριξη στις χρόνιες νόσους	17
3.3. Η επίδραση του Covid-19 σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα	19
4. Μεθοδολογία έρευνας	22
4.1. Ερευνητικός σκοπός-ερωτήματα	22
4.2. Σχεδιασμός έρευνας	23
4.3. Πληθυσμός-Δείγμα	23
4.4. Ερωτηματολόγιο έρευνας	24
4.5. Στατιστική ανάλυση	25
4.6. Ανάλυση αξιοπιστίας και δημιουργία διαστάσεων	26
4.7. Ηθικά Ζητήματα	27
5. Αποτελέσματα έρευνας	27

5.1. Περιγραφική Στατιστική	27
5.1.1. Δημογραφικά στοιχεία	27
5.1.2. Συμπεριφορές που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής κατά την διάρκεια της πανδημίας.....	36
5.1.3. SF36	39
5.1.4. HADS.....	48
5.2. Επαγωγική Στατιστική	50
5.2.1. Περιγραφική ανάλυση των Διαστάσεων	50
5.2.2. 1 ^ο ερευνητικό ερώτημα	51
5.2.3. 2 ^ο ερευνητικό ερώτημα	52
5.2.4. 3 ^ο ερευνητικό ερώτημα	76
6. Συμπεράσματα έρευνας	81
6.1. Συζήτηση.....	81
6.2. Πρακτικές εφαρμογές.....	85
6.3. Περιορισμοί-Προτάσεις	85
Βιβλιογραφία	87
Παράρτημα.....	93

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Αποτελέσματα ανάλυσης αξιοπιστίας	26
Πίνακας 2: Δημογραφικά (ποιοτικά) στοιχεία	28
Πίνακας 3: Κάπνισμα & Αλκοόλ	33
Πίνακας 4: Δημογραφικά (ποσοτικά) στοιχεία	34
Πίνακας 5: Επιρροή του Covid-19 στον τρόπο ζωής	37
Πίνακας 6: Επισκόπηση της υγείας	39
Πίνακας 7: Αλήθεια προτάσεων για την κατάσταση υγείας	40
Πίνακας 8: Φυσική λειτουργία	41
Πίνακας 9: Φυσικός ρόλος	42
Πίνακας 10: Συναισθηματικός ρόλος	44
Πίνακας 11: Κοινωνική λειτουργικότητα.....	45
Πίνακας 12: Σωματικός πόνος.....	46
Πίνακας 13: Ζωτικότητα.....	47
Πίνακας 14: Ψυχική υγεία	48
Πίνακας 15: Άγχος.....	49
Πίνακας 16: Κατάθλιψη	50
Πίνακας 17: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση των διαστάσεων.....	51
Πίνακας 18: «Αρνητική επιρροή COVID-19»*Υπόλοιπες διαστάσεις, συσχετίσεις Spearman (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα)	52
Πίνακας 19: Διαστάσεις*Φύλο, independent samples t-test (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα).....	53
Πίνακας 20: Διαστάσεις*Ηλικίας, συσχετίσεις Spearman και Pearson (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα).....	55
Πίνακας 21: Διαστάσεις*Οικογενειακή κατάσταση, Kruskal-Wallis (στατιστικά σημαντικές διαφορές).....	56
Πίνακας 22: Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ελέγχων independent samples t-test ως προς την ύπαρξη παιδιών.....	57
Πίνακας 23: Διαστάσεις*Μορφωτικό επίπεδο, ANOVA και Kruskal-Wallis (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα).....	59
Πίνακας 24: Διαστάσεις*Μορφωτικό επίπεδο, ANOVA (στατιστικά σημαντικές διαφορές)	59

Πίνακας 25: Διαστάσεις*Μορφωτικό επίπεδο, LSD post hoc (στατιστικά σημαντικές διαφορές).....	59
Πίνακας 26: Διαστάσεις*Μορφωτικό επίπεδο, Kruskal-Wallis (στατιστικά σημαντικές διαφορές).....	61
Πίνακας 27: Διαστάσεις*Εργασιακή κατάσταση, ANOVA και Kruskal-Wallis (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα)	64
Πίνακας 28: Διαστάσεις*Εργασιακή κατάσταση, ANOVA (στατιστικά σημαντικές διαφορές)	65
Πίνακας 29: Διαστάσεις*Μορφωτικό επίπεδο, LSD post hoc (στατιστικά σημαντικές διαφορές).....	65
Πίνακας 30: Διαστάσεις*Εργασιακή κατάσταση, Kruskal-Wallis (στατιστικά σημαντικές διαφορές).....	66
Πίνακας 31: Διαστάσεις*Εισόδημα, ANOVA και Kruskal-Wallis (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα)	69
Πίνακας 32: Διαστάσεις*Εισόδημα, ANOVA (στατιστικά σημαντικές διαφορές)	70
Πίνακας 33: Διαστάσεις*Εισόδημα, LSD post hoc (στατιστικά σημαντικές διαφορές).....	70
Πίνακας 34: Διαστάσεις* Εισόδημα, Kruskal-Wallis (στατιστικά σημαντικές διαφορές) ...	71
Πίνακας 35: Διαστάσεις*Είδος Ασφάλισης, συσχετίσεις Spearman (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα)	72
Πίνακας 36: Διαστάσεις*Σακχαρώδη Διαβήτη, συσχετίσεις Spearman (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα)	72
Πίνακας 37: Διαστάσεις*Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, συσχετίσεις Spearman (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα)	72
Πίνακας 38: Διαστάσεις*Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια, συσχετίσεις Spearman (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα)	73
Πίνακας 39: Διαστάσεις*Χρονική διάρκεια χρόνιου νοσήματος, συσχετίσεις Spearman (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα)	73
Πίνακας 40: Διαστάσεις*Λήψη φαρμάκου για το χρόνιο νόσημα, independent samples t-test (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα)	74
Πίνακας 41: Διαστάσεις*Κάπνισμα, ANOVA (στατιστικά σημαντικές διαφορές).....	74
Πίνακας 42: «Ζωτικότητα»*Κάπνισμα, Games-Howell post hoc.....	75
Πίνακας 43: «Ψυχική υγεία»*Κάπνισμα, LSD post hoc	75
Πίνακας 44: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Γενική υγεία»	77

Πίνακας 45: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Φυσική λειτουργία».....	77
Πίνακας 46: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τον «Φυσικό ρόλο»	78
Πίνακας 47: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Συναισθηματικό ρόλο».....	78
Πίνακας 48: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Κοινωνική λειτουργικότητα»	79
Πίνακας 49: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τον «Σωματικό πόνο»	79
Πίνακας 50: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Ζωτικότητα».....	79

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1: Φύλο	29
Γράφημα 2: Υπηκοότητα.....	29
Γράφημα 3: Οικογενειακή κατάσταση	30
Γράφημα 4: Έχετε παιδιά	30
Γράφημα 5: Μορφωτικό επίπεδο	30
Γράφημα 6: Εργασιακή κατάσταση	31
Γράφημα 7: Εισόδημα	31
Γράφημα 8: Ασφάλεια.....	31
Γράφημα 9: Αναφέρατε αν πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα.....	32
Γράφημα 10: Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή για το χρόνιο νόσημα σας;	32
Γράφημα 11: Αν ναι, την τηρείται πιστά ή παραλείπετε συχνά δόσεις;	33
Γράφημα 12: Είστε.....	33
Γράφημα 13: Καπνίζετε ή καπνίζατε	34
Γράφημα 14: Πίνετε αλκοόλ;	34
Γράφημα 15: Ηλικία.....	35
Γράφημα 16: Αναφέρατε πόσα χρόνια έχετε διαγνωστεί για το χρόνιο νόσημα σας	35
Γράφημα 17: Αριθμός Παιδιών	36
Γράφημα 18: Επιρροή του Covid-19 στον τρόπο ζωής.....	38
Γράφημα 19: Επισκόπηση της υγείας	39
Γράφημα 20: Αλήθεια προτάσεων για την κατάσταση υγείας.....	40
Γράφημα 21: Φυσική λειτουργία.....	41
Γράφημα 22: Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	42
Γράφημα 23: Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε.....	43
Γράφημα 24: Περιορίσατε τα είδη δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας	43
Γράφημα 25: Δυσκολευτήκατε να επιτελέσετε την εργασία ή άλλες δραστηριότητές σας (καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια).....	43
Γράφημα 26: Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	44
Γράφημα 27: Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε.....	45
Γράφημα 28: Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως	45

Γράφημα 29: Κοινωνική λειτουργικότητα	46
Γράφημα 30: Σωματικός πόνος	46
Γράφημα 31: Ζωτικότητα	47
Γράφημα 32: Ψυχική υγεία.....	48
Γράφημα 33: Άγχος	49
Γράφημα 34: Κατάθλιψη	50
Γράφημα 35: Error bars των διαστάσεων	51
Γράφημα 36: Error bar «Συναισθηματικός ρόλος»*Φύλο	53
Γράφημα 37: Error bar «Ζωτικότητα»*Φύλο	54
Γράφημα 38: Error bar «Ψυχική υγεία»*Φύλο	54
Γράφημα 39: Error bar «Άγχος»*Φύλο.....	54
Γράφημα 40: Boxplot «Γενική υγεία»*Οικογενειακή κατάσταση	56
Γράφημα 41: Boxplot «Φυσική λειτουργία»*Οικογενειακή κατάσταση.....	57
Γράφημα 42: Error bars για «Αρνητική επιρροή COVID-19» * «Έχετε παιδιά».....	58
Γράφημα 43: Error bars για «Γενική υγεία» * «Έχετε παιδιά».....	58
Γράφημα 44: Διάγραμμα μέσων τιμών «Γενική υγεία»*Μορφωτικό επίπεδο	60
Γράφημα 45: Θηκογράμματα «Φυσική λειτουργία»*Μορφωτικό επίπεδο	62
Γράφημα 46: Θηκογράμματα «Φυσικός ρόλος»*Μορφωτικό επίπεδο	62
Γράφημα 47: Θηκογράμματα «Κοινωνική λειτουργικότητα»*Μορφωτικό επίπεδο.....	63
Γράφημα 48: Θηκογράμματα «Κατάθλιψη»*Μορφωτικό επίπεδο	63
Γράφημα 49: Θηκογράμματα «Άγχος»*Μορφωτικό επίπεδο.....	64
Γράφημα 50: Διάγραμμα μέσων τιμών «Φυσική λειτουργία»*Εργασιακή κατάσταση	65
Γράφημα 51: Θηκογράμματα «Αρνητική επιρροή COVID-19»*Εργασιακή κατάσταση	67
Γράφημα 52: Θηκογράμματα «Γενική υγεία»*Εργασιακή κατάσταση.....	67
Γράφημα 53: Θηκογράμματα «Φυσικός ρόλος»*Εργασιακή κατάσταση	68
Γράφημα 54: Θηκογράμματα «Συναισθηματικός ρόλος»*Εργασιακή κατάσταση	68
Γράφημα 55: Θηκογράμματα «Κοινωνική λειτουργικότητα»*Εργασιακή κατάσταση	69
Γράφημα 56: Διάγραμμα μέσων τιμών «Γενική υγεία»*Εισόδημα	70
Γράφημα 57: Θηκογράμματα «Φυσική λειτουργία»* Εισόδημα.....	71
Γράφημα 58: Error bar «Γενική υγεία»*Λήψη φαρμάκου για το χρόνιο νόσημα	74
Γράφημα 59: Διάγραμμα μέσων τιμών «Ζωτικότητα»*Κάπνισμα.....	76
Γράφημα 60: Διάγραμμα μέσων τιμών «Ψυχική υγεία»*Κάπνισμα.....	76

1. Κεφάλαιο. Εισαγωγή

1.1. Η κρίση της πανδημίας του Covid-19

Τον Δεκέμβριο του 2019, ένα ξέσπασμα αναπνευστικής νόσου που προκλήθηκε από την ασθένεια Covid-19 εμφανίστηκε στη Γιουχάν της Κίνας και εξαπλώθηκε γρήγορα σε άλλα μέρη της χώρας και σε όλο τον κόσμο (Zhang et al., 2020). Το ξέσπασμα της πανδημίας έχει μολύνει πάνω από δέκα εκατομμύρια ανθρώπους και έχει οδηγήσει σε περισσότερους από 580.000 θανάτους παγκοσμίως. Οι πρώτες εκτιμήσεις έθεσαν το παγκόσμιο οικονομικό κόστος της πανδημίας σε περίπου 8,8 τρισεκατομμύρια δολάρια (Baig et al., 2021).

Έχουν ληφθεί δύο βασικές στρατηγικές παγκοσμίως, η μία επικεντρώθηκε στην άμβλυνση, αλλά όχι απαραίτητα στη διακοπή της εξάπλωσης του ιού και η άλλη σε πιο αυστηρά μέτρα καταστολής. Ενώ οι περισσότερες δυτικές χώρες εφάρμοσαν αρχικά την πρώτη στρατηγική, όλο και περισσότερες από αυτές (συμπεριλαμβανομένων ευρωπαϊκών χωρών και ΗΠΑ) έκτοτε έχουν στραφεί προς την αυστηρότερη στρατηγική καταστολής ενώ χώρες όπως η Κίνα, η Σιγκαπούρη και η Νότια Κορέα έχουν υιοθετήσει την τελευταία στρατηγική από την αρχή (Zhang et al., 2020).

Πολλές ευρωπαϊκές κυβερνήσεις, όπως αυτές της Δανίας, της Γαλλίας, των Κάτω Χωρών και του Ηνωμένου Βασιλείου, αποφάσισαν επίσης να κλείσουν σύνορα και προσωρινά επιχειρήσεις, σχολεία και δημόσιες δραστηριότητες για να αποτρέψουν την εξάπλωση του ιού και να μειώσουν την πίεση στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι κυβερνήσεις ορισμένων χωρών, συμπεριλαμβανομένων εκείνων της Γαλλίας και του Ηνωμένου Βασιλείου, επέβαλαν απαγόρευση κυκλοφορίας και ακόμη πιο αυστηρά μέτρα δημόσιας υγείας για τον περιορισμό της εξάπλωσης των λοιμώξεων (Varga et al., 2021).

Οι ευρωπαϊκές χώρες που εφάρμοσαν αυστηρότερες πολιτικές μετριασμού τη στιγμή που έφτασαν σε ένα όριο πρόωρης θνησιμότητας την άνοιξη του 2020 έτειναν να αναφέρουν λιγότερους θανάτους που σχετίζονται με το Covid-19 έως τα τέλη Ιουνίου. Χώρες που εφάρμοσαν αυστηρότερες πολιτικές νωρίτερα μπορεί να έχουν σώσει αρκετές χιλιάδες ζωές σε σχέση με εκείνες τις χώρες που εφάρμοσαν παρόμοιες πολιτικές, αλλά αργότερα. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι μια αυστηρή πολιτική, ακόμη και λίγες εβδομάδες νωρίτερα, μπορεί να είναι σημαντική για την πρόληψη της ευρείας μετάδοσης και του μεγάλου αριθμού θανάτων (Fuller et al., 2021).

Δεδομένων των τεράστιων ανθρώπινων και οικονομικών επιπτώσεων, ο ιός του Covid-19 προκάλεσε κατακλυσμό ειδήσεων και απόψεων. Έχει επίσης πυροδοτήσει κυβερνητικές πολιτικές αποκρίσεις, όπως υποχρεωτικό κλείσιμο της αγοράς και κοινωνική απομόνωση. Η συνεχής εισροή ειδήσεων που σχετίζονται με την πανδημία μπορεί να προκαλέσει άγχος στους επενδυτές, επηρεάζοντας τις επενδυτικές τους αποφάσεις. Τέτοιες επιρροές που σχετίζονται με συναισθήματα έχουν σημαντικό αντίκτυπο στις συναλλαγές στις χρηματοπιστωτικές αγορές. Ομοίως, οι περιοριστικές κυβερνητικές πολιτικές μπορούν να προκαλέσουν αβεβαιότητα, η οποία μπορεί να διεγείρει την δυσλειτουργική εμπορική δραστηριότητα και να αποσταθεροποιήσει τις αγορές (Baig et al., 2021).

Η ανάπτυξη και η εφαρμογή των πολιτικών και των παρεμβάσεων στον τομέα της υγείας πρέπει να γίνεται σε συνεργασία με τα άτομα που πλήττονται. Η συνεργατική υγειονομική περίθαλψη απαιτεί τη συμμετοχή ατόμων και κοινοτήτων χρησιμοποιώντας μοντέλα φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή. Αυτά τα μοντέλα ενημερώνονται, αντί να υπαγορεύονται, από επιστημονικές γνώσεις. Η συνεργασία επιτρέπει στους ασθενείς, τις ομάδες χρηστών και τις κοινότητες να διεκδικούν κάποιον έλεγχο επί της παροχής της φροντίδας τους. Μάλιστα, δεδομένης της αβεβαιότητας και της δυσπιστίας σχετικά με τον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισης της πανδημίας Covid-19, η συνεργασία στις μέρες που διανύουμε είναι πιο σημαντική από ποτέ (Turk et al., 2021).

Χωρίς αμφισβήτηση, η υγεία αποτελεί την πιο σημαντική αξία της κοινωνίας μας. Όπως αναγνωρίζεται στο Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα, το δικαίωμα στην υγεία απαιτεί από τα κράτη να λάβουν μέτρα για την πρόληψη, θεραπεία και έλεγχο επιδημιών και να διασφαλίσουν ιατρική υπηρεσία και ιατρική φροντίδα, σε περίπτωση ασθένειας (Pūras et al., 2020). Ωστόσο, πολλές πολιτείες αντιμετώπισαν δυσκολίες στη διασφάλιση της διαθεσιμότητας και της προσβασιμότητας της κάλυψης υγείας που σχετίζεται με το Covid-19, οδηγώντας σε ελλείψεις στην απαραίτητη ιατρική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένων διαγνωστικών εξετάσεων, ιατρικού εξοπλισμού έχοντας καταστήσει τις βασικές υπηρεσίες μη προσβάσιμες για ορισμένους ευάλωτους πληθυσμούς.

Επίσης, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα συστήματα παροχής υγείας σε περιπτώσεις που δεν σχετίζονται με την πανδημία επηρεάζουν τη δημόσια υγεία παγκοσμίως. Έτσι, η εμφάνιση του εμβολίου αποτελεί το εισιτήριο για την επιστροφή στην κανονικότητα. Περίπου ένα χρόνο μετά την εμφάνιση ιού, οι δοκιμές καινοτόμων εμβολίων τρίτης γενιάς ολοκληρώθηκαν σε χρόνο ρεκόρ, με τη βοήθεια της νανοϊατρικής και διατίθενται ήδη στους επαγγελματίες υγείας και στις ευπαθείς ομάδες.

1.2. Οι αντιληπτοί κίνδυνοι

Η κοινωνική απομάκρυνση περιλαμβάνει την απομάκρυνση από τους ανθρώπους για να αποφευχθεί η εξάπλωση και η μόλυνση του ιού. Πρόκειται για μια νέα αναδυόμενη ορολογία που αφορά την αποφυγή του πλήθους. Αυτό ανάγκασε τους ανθρώπους να εργαστούν από το σπίτι, να αποφύγουν τις κοινωνικές συγκεντρώσεις ακόμα και να επικοινωνήσουν με τους κοντινούς τους ανθρώπους. Ο Eric Kleinberg, κοινωνιολόγος του Πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης, δήλωσε ότι «μπήκαμε επίσης σε μια νέα περίοδο κοινωνικού πόνου. Θα υπάρξει ένα επίπεδο κοινωνικής δυστυχίας που σχετίζεται με την απομόνωση και το κόστος της κοινωνικής απόστασης» (Singh, &Singh, 2020).

Ο άνθρωπος είναι ένα κοινωνικό όν και οι κοινωνικές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι του πολιτισμού του. Εξαιτίας όμως της ταχείας εξάπλωσης της πανδημίας του ιού και της αύξησης των μέτρων κοινωνικής απόστασης, αυτός ο ιστός σχέσεων επηρεάστηκε σοβαρά. Από την ανθρώπινη ύπαρξη, αυτές οι κοινωνικές συνδέσεις και σχέσεις έχουν ενσωματωθεί στον τρόπο ζωής μας. Έτσι, εάν υπάρχει απουσία τόσο βαθιών και ουσιαστικών συνδέσεων, οδηγούμαστε αναπόφευκτα σε καταστάσεις άγχους τόσο στο σώμα όσο και στο μυαλό. Η μοναξιά, η αίσθηση άγχους, η κατάθλιψη, οι καταστάσεις πανικού, οι ψυχικές διαταραχές, οι κίνδυνοι για την υγεία και πολλά άλλα θέματα επηρεάζουν τη ζωή του ατόμου και της κοινωνίας στο σύνολό της (Singh, &Singh, 2020).

Αρκετές μελέτες έχουν λάβει χώρα σχετικά με τον αντίκτυπο που έχει η πανδημία στην ψυχική υγεία των ατόμων σε παγκόσμιο επίπεδο. Μέχρι στιγμής, υπάρχει έλλειψη μιας μεγαλύτερης κλίμακας, διακρατικών συγκριτικών μελετών και συγκρίσεων σε δείκτες ψυχικής υγείας. Η έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2020), ισχυρίστηκε ότι κανείς δεν γνωρίζει την ακριβή περίοδο επώασης για αυτόν τον ιό, αλλά τα συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν οπουδήποτε από μία ημέρα έως δύο εβδομάδες μετά την έκθεση σε αυτόν. Ο φόβος και το άγχος για μια ασθένεια μπορεί να είναι συντριπτικοί και να προκαλούν έντονα συναισθήματα σε ενήλικες και παιδιά.

Καθώς η κατάθλιψη και το άγχος έχουν συνδεθεί με ειδήσεις που σχετίζονται με τον Covid-19 είναι πιθανό ότι ορισμένες πολιτικές παρεμβάσεις και δημόσιες ανακοινώσεις κατά τους πρώτους μήνες της πανδημίας να επηρέασαν άμεσα τα συνολικά αποτελέσματα ψυχικής υγείας, όπως για παράδειγμα τα επίπεδα μοναξιάς, τα συναισθήματα απομόνωσης, τις ανησυχίες και το άγχος. Καθώς κάθε χώρα αντιμετώπισε την πανδημία με τον δικό της

συγκεκριμένο τρόπο και ρυθμό, είναι πιθανό ότι οι μεμονωμένες αντιλήψεις και αντιδράσεις μεταξύ των χωρών να ποικίλλουν (Varga et al., 2021).

Ο Varga και οι συνεργάτες του (2021), υποδεικνύοντας πρόσφατα αποτελέσματα από το Ηνωμένο Βασίλειο συμπέραναν ότι υψηλότερα επίπεδα ψυχοκοινωνικής δυσφορίας σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα νοσηλείας που σχετίζονται με το Covid-19. Ο Brooks και οι συνεργάτες του (2020), τόνισαν τα αρνητικά ψυχολογικά αποτελέσματα όπως απογοήτευση και θυμός, του κοινωνικού αποκλεισμού. Οι στρεσογόνοι παράγοντες περιλάμβαναν φόβους μόλυνσης, πλήξη, ανεπαρκείς προμήθειες, ανεπαρκείς πληροφορίες, οικονομική απώλεια και στίγμα.

Πολύ περισσότερο, οι ηλικιωμένοι ενήλικες μπορεί να βιώσουν μοναξιά λόγω κοινωνικής απόστασης και απομόνωσης κατά τη διάρκεια της πανδημίας της νόσου Covid-19. Ο Grossman και οι συνεργάτες του (2020), μελέτησαν τη σχέση μεταξύ της μοναξιάς και των προβλημάτων ύπνου που σχετίζεται με το Covid-19 στους ηλικιωμένους. Η έρευνα υπέδειξε πως η μοναξιά που σχετίζεται με το Covid-19 σχετίζεται με περισσότερα προβλήματα ύπνου. Η σχέση μοναξιάς-ύπνου ήταν ιδιαίτερα ισχυρή μεταξύ εκείνων με περισσότερες ανησυχίες σχετιζόμενες με το Covid-19 ή μεταξύ εκείνων με χαμηλότερη ανθεκτικότητα, δηλαδή όσων αισθάνονται λιγότερο ικανοί στο να προσαρμοστούν στις δύσκολες αυτές συνθήκες.

Επιπροσθέτως, υπάρχει μια μεγάλη αλλαγή στην παγκόσμια οικονομική αγορά, η οποία αιμορραγεί μέρα με τη μέρα. Κλειστά εργοστάσια, εστιατόρια, παμπ, αγορές, πτήσεις, σούπερ μάρκετ, εμπορικά κέντρα, πανεπιστήμια και κολέγια δίνουν την εικόνα μιας ερημωμένης γης. Ο φόβος του ιού έχει περιορίσει την κίνηση των ατόμων. Οι άνθρωποι δεν επρόκειτο καν να αγοράσουν τα καθημερινά είδη πρώτης ανάγκης και όλα αυτά επηρεάζουν την οικονομία του κόσμου συνολικά.

Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) αποκάλυψε επίσης ότι μείωσαν τις προσδοκίες τους για παγκόσμια ανάπτυξη σε 2,4% από 2,9% και προειδοποίησαν ότι το ποσοστό αυτό θα μπορούσε να πέσει στο 1,5%. Σύμφωνα με τους Economic Times, η Ινδία αντιμετωπίζει τεράστια πτώση στα κυβερνητικά έσοδα και αύξηση του εισοδήματος για τουλάχιστον δύο τρίμηνα καθώς ο ιός χτυπά την οικονομική δραστηριότητα της χώρας στο σύνολό της. Παρουσιάζεται επίσης μείωση των επενδυτών και άλλων προσώπων που επηρεάζει επίσης τα σχέδια ιδιωτικοποιήσεων, την κυβέρνηση και τη βιομηχανία (Singh, & Singh, 2020).

Για τον ελλαδικό χώρο, ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) εκτιμά ότι η ελληνική οικονομία συρρικνώθηκε κατά 10,1% το έτος 2020. Επιπλέον, η αδύναμη τουριστική δραστηριότητα, με πτώση 50% του τζίρου των τουριστικών καταλυμάτων και της εστίασης στο τρίτο τρίμηνο σε σχέση με το έτος 2019, οδήγησε στη σημαντική μείωση των πωλήσεων της βιομηχανίας, του χονδρικού και του λιανικού εμπορίου (<https://www.insider.gr/eidiseis/oikonomia/>).

Για τον περιορισμό αυτού του ιού, απαιτούνται συντονισμένες προσπάθειες και οι άνθρωποι πρέπει να κάνουν δυσάρεστες αλλά απαραίτητες αλλαγές στην καθημερινή τους ρουτίνα σύμφωνα με τις συμβουλές και τις προτάσεις της κυβέρνησης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Αυτό θα παράσχει περισσότερες ευκαιρίες στο ιατρικό προσωπικό να παρέμβει αποτελεσματικά με τους περιορισμένους πόρους που έχουν στη διάθεσή τους και να αγοράσει σημαντικό χρόνο για να διαθέσει πρόσθετους πόρους για την ελεγχόμενη διαχείριση αυτής της πανδημίας (Singh, & Singh, 2020).

1.3. Ο φόβος για την ασθένεια – «Πληθυσμοί υψηλού κινδύνου»

Οι ασθενείς που έχουν μολυνθεί με Covid-19 μπορούν να παρουσιάσουν ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων που κυμαίνονται από ήπια έως σοβαρά. Ο πυρετός, ο βήχας και η δύσπνοια είναι τα πιο κοινά συμπτώματα που αναφέρθηκαν σε ποσοστά 83%, 82% και 31% των ασθενών, αντίστοιχα. Η κατάσταση των ασθενών που αναπτύσσουν σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας μπορεί να επιδεινωθεί γρήγορα και να καταλήξουν από πολλαπλή ανεπάρκεια οργάνων. Έχει επίσης αναφερθεί ότι περίπου το 2-10% των ασθενών με Covid-19 είχαν γαστρεντερικά συμπτώματα όπως έμετο, διάρροια και κοιλιακό άλγος. Η διάρροια και η ναυτία προηγήθηκαν της ανάπτυξης πυρετού και αναπνευστικών συμπτωμάτων στο 10% των ασθενών (Ciotti et al., 2019).

Οι εκτιμήσεις ποικίλλουν ευρέως, αλλά ο αριθμός των ατόμων που δεν εμφανίζουν συμπτώματα όταν μολύνονται με Covid-19 φαίνεται πιθανό να είναι περίπου 40%. Οι έρευνες μάλιστα δείχνουν ότι σχεδόν τα μισά από όλα τα συμβάντα μετάδοσης εμφανίζονται πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων και οι άνθρωποι πιστεύεται ότι διασπείρουν πιο εύκολα τον ιό πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων (Li et al., 2020). Αυτό σημαίνει πως για να αποφευχθεί η εξάπλωση της νόσου, τα άτομα πρέπει να απομονώνονται. Οι αναλύσεις μεγάλων επιστημονικών ομάδων έχουν εντοπίσει παράγοντες κινδύνου όπως μεγαλύτερη ηλικία, υπέρταση, χρόνιες αναπνευστικές ασθένειες, διαβήτη και καρδιαγγειακές παθήσεις, ως

παράγοντες αυξημένου κινδύνου για τη σοβαρότητα της νόσου Covid-19 (Verity et al., 2020; Yang et al., 2020).

Όπως τονίστηκε, η προχωρημένη ηλικία έχει επαρκώς τεκμηριωθεί ως παράγοντας κινδύνου για μόλυνση και θάνατο από τον Covid-19. Πάνω από 1 στους 5 ασθενείς στην Ιταλία άνω των 80 ετών υπέκυψε στην ασθένεια, ενώ το 31-70% των επιβεβαιωμένων ασθενών με Covid-19 άνω των 85 ετών, στις Ηνωμένες Πολιτείες, απαιτούν νοσηλεία. Ωστόσο, ενώ οι πολύ ηλικιωμένοι στα 80 τους πλήττονται σοβαρά από την ασθένεια, η μέση ηλικία των νοσοκομειακών ασθενών με Covid-19 σε μια μεγάλη αναδρομική μελέτη στην Κίνα ήταν μόλις τα 52 χρόνια. Το ποσοστό θνησιμότητας περιστατικών για άτομα στην ηλικιακή ομάδα 60-69 ετών αντιστοιχούσε στο 3,5% στην Ιταλία και στο 3,6% στην Κίνα, ενώ οι νοσηλείες σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα ήταν εξαιρετικά συχνές (Livingston και Bucher, 2020).

Να επισημανθεί εδώ, πως παρόλο που η ηλικία αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας σε ασθενείς με Covid-19, η ηλικία από μόνη της δεν επαρκεί για τη διαστρωμάτωση του κινδύνου, σύμφωνα με πιο πρόσφατες μελέτες. Μάλιστα, η διαστρωμάτωση των κινδύνων μπορεί να βελτιωθεί με την ενσωμάτωση πολύπλευρης αξιολόγησης χρησιμοποιώντας καλά καθορισμένα συστήματα κλινικής βαθμολογίας για την πρόγνωση σε πληθυσμό με Covid-19, συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης αδυναμίας και συννοσηρότητας (Pranata et al., 202). Σύμφωνα με τους ερευνητές, η ασθένεια του Covid-19 είναι πιο σοβαρή σε ασθενείς με χρόνια νόσο, όπως υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, ασθένειες αναπνευστικών και καρδιαγγειακών συστημάτων (Yang et al., 2020). Η χρόνια νόσος έχει αναγνωριστεί ως πιθανός παράγοντας κινδύνου για σοβαρές ασθένειες και θνησιμότητα (Li et al., 2020; Phan et al., 2020; Shereen et al., 2020).

Ωστόσο, τα μέχρι στιγμής δεδομένα δεν επιβεβαιώνουν τους ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς στον «πληθυσμό υψηλού κινδύνου» για τον Covid-19, γεγονός που είχε επιβεβαιωθεί από προηγούμενες σχετικές εκδηλώσεις κορονοϊού (MERS και SARS). Η ιατρική πολυπλοκότητα ορισμένων ανοσοκατεσταλμένων ασθενών μπορεί από μόνη της να οδηγήσει σε υψηλότερο κίνδυνο για νοσοκομειακές λοιμώξεις ή επιπλοκές που σχετίζονται με νοσηλεία (Vishnevetsky and Levy, 2020). Δεν υπάρχουν δεδομένα σχετικά με άλλες μεταμοσχεύσεις, ρευματολογικές ή νευροανοσολογικές καταστάσεις, κάτι που προκαλεί το ερώτημα εάν αυτοί οι ασθενείς διατρέχουν όντως μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Vishnevetsky and Levy, 2020).

Αξίζει να επισημανθούν οι περιπτώσεις όπου ένα παιδιατρικό κέντρο μεταμόσχευσης ήπατος στην Ιταλία δεν ανέφερε καμία σημαντική πνευμονική νόσο από το Covid-19 μεταξύ των ασθενών του με αυτοάνοση ηπατική νόσο (D'Antiga, 2020). Επιπλέον, μια έρευνα από την Κίνα σημείωσε αυξημένα ποσοστά μόλυνσης και νοσηρότητας από Covid-19 σε καρκινοπαθείς (Liang et al., 2020). Ωστόσο, το συμπέρασμα του αυξημένου κινδύνου για καρκινοπαθείς αμφισβητήθηκε από τους Χία και τους συνεργάτες του (2020), θεωρώντας τα στοιχεία ανεπαρκή έτσι ώστε να πραγματοποιηθεί συσχέτιση μεταξύ καρκίνου και Covid-19.

Πολλοί δε ερευνητές τόνισαν πως η μειωμένη πρόσβαση σε ποιοτική ιατρική περίθαλψη, παρά στον ίδιο τον ιό, είναι ο πρωταρχικός κίνδυνος που αντιμετωπίζουν οι καρκινοπαθείς στην τρέχουσα πανδημία. Είναι γεγονός πως η μειωμένη ικανότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και η παροχή φροντίδας σε περιπτώσεις που δεν σχετίζονται με την πανδημία επηρεάζει ήδη τη δημόσια υγεία. Το πρόβλημα φυσικά διογκώνεται και αποτελεί κίνδυνο υψίστης σημασίας εν καιρώ της πανδημίας.

Έτσι, πέρα από τους κινδύνους που μπορεί να έχει η άμεση απόκτηση του ιού για ασθενείς με καρκίνο, η καθυστερημένη διάγνωση και η παροχή βέλτιστης φροντίδας μπορεί να έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στον ευρύτερο πληθυσμό ασθενών με καρκίνο. Είναι επιτακτική ανάγκη οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης, οι κλινικές ενώσεις ογκολογίας και οι σχετικοί ρυθμιστικοί φορείς να αναλάβουν δράση για τον μετριασμό των αρνητικών επιπτώσεων στα αποτελέσματα του καρκίνου (Richards et al., 2020).

Βραχυπρόθεσμα, οι διαγνωστικές και θεραπευτικές οδοί πρέπει να προσαρμοστούν ώστε να ελαχιστοποιηθεί η έκθεση από τον ιό. Μεσοπρόθεσμα, οι υπηρεσίες καρκίνου πρέπει να αναδιοργανωθούν για να προστατεύσουν τους ασθενείς τους. Αυτό θα περιλαμβάνει τη χρήση καθορισμένων κέντρων καρκίνου και αυστηρές πολιτικές πρόληψης και ελέγχου των λοιμώξεων. Μακροπρόθεσμα, η ικανότητα διεξαγωγής διαγνωστικών και επιλεκτικών χειρουργικών επεμβάσεων πρέπει να επεκταθεί (Richards et al., 2020).

Ο αντίκτυπος της πανδημίας Covid-19 στη θεραπεία και τη φροντίδα ασθενών που δεν έχουν Covid-19 δεν πρέπει να υποτιμάται. Ωστόσο, τα αρνητικά αποτελέσματα μπορούν να ελαχιστοποιηθούν μέσω των συντονισμένων προσπαθειών παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και ρυθμιστικών φορέων, μεμονωμένων κλινικών και ασθενών. Προκειμένου να βελτιωθούν τα αποτελέσματα της υγείας, ο προσδιορισμός και η επικύρωση παραγόντων που προβλέπουν την εξέλιξη της νόσου του Covid-19 είναι ζωτικής σημασίας.

Παράγοντες όπως η ηλικία, οι συννοσηρότητες, η ανοσοαπόκριση, τα ακτινογραφικά ευρήματα, οι εργαστηριακοί δείκτες και οι δείκτες δυσλειτουργίας οργάνων μπορεί να προβλέψουν μεμονωμένα ή συνολικά την κατάσταση του ασθενούς. Ωστόσο, η δυσκολία πρόβλεψης της σοβαρότητας της νόσου Covid-19 υπογραμμίζεται από το γεγονός ότι ο SARS-CoV-2 φαίνεται να έχει επίπτωση σε διαφορετικούς ιστούς, συμπεριλαμβανομένης κυρίως της αναπνευστικής οδού, αλλά και του εγκεφάλου, του ενδοθηλίου, της καρδιάς, των νεφρών και του ήπατος. Η αναγνώριση παραγόντων που προβλέπουν επιπλοκές του Covid-19 είναι καθοριστικής σημασίας για την καθοδήγηση της κλινικής φροντίδας, τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών και την κατανομή των διαθέσιμων πόρων (Gallo et al., 2021).

2. Κεφάλαιο. Υγεία και Ανθρώπινα δικαιώματα

2.1. Το ανθρώπινο δικαίωμα της υγείας

Με βάση τον ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) ως υγεία ορίζεται «η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας». Οι υποστηρικτές του δικαιώματος στην υγεία ασχολούνται με την κοινωνική, οικονομική και πολιτική διάστασή της. Μεταξύ άλλων, εννοείται η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και η διαθεσιμότητα φαρμάκων, αλλά επίσης η παροχή μέτρων διάθεσης λυμάτων, στέγασης, εκπαίδευσης, ασφάλειας και υγείας στο χώρο εργασίας. Ως εκ τούτου, το δικαίωμα στην υγεία θεωρείται καλύτερα ως «η συλλογική προσπάθεια για να διασφαλίσουμε τις συνθήκες υπό τις οποίες οι άνθρωποι μπορούν να είναι υγιείς» (Evans, 2002).

Μάλιστα, η πανδημία που έπληξε όλο τον πλανήτη, αποτελεί το κατάλληλο παράδειγμα που πιστοποιεί πως το δικαίωμα στην υγεία και η διεθνής βοήθεια συνεργασία αποτελούν έννοιες άρρηκτα συνδεδεμένες μεταξύ τους. Όλα λοιπόν τα κράτη οφείλουν να παράσχουν βοήθεια με κάθε τρόπο όπως μέσω κοινής χρήσης της έρευνας, του ιατρικού εξοπλισμού, των προμηθειών και των βέλτιστων πρακτικών. Με τον τρόπο αυτό θα επωφεληθούν όλοι και κυρίως οι ευάλωτες ομάδες και οι μειονότητες που πλήττονται ανεπανόρθωτα γενικά και πόσο μάλλον σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης όπως αυτή της πανδημίας (Pūras et al., 2020). Δυστυχώς, παρά τις εκκλήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για παγκόσμια αλληλεγγύη εν μέσω

της πανδημίας του Covid-19, πολλά κράτη δεν ανταποκρίθηκαν στην παροχή βοήθειας, επιδεινώνοντας την υγεία των πιο ευάλωτων πληθυσμών.

Για τον Γενικό Διευθυντή της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ), οι χώρες εντοπίζουν τρόπους αντιμετώπισης της πανδημίας και η ενσωμάτωση των εγγυήσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων δεν είναι μόνο ηθική επιταγή, αλλά είναι μονόδρομος στο να αντιμετωπιστεί με επιτυχία. Επισημάνει μάλιστα πως η απόλαυση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας βρίσκεται στην καρδιά του Συντάγματος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, παροτρύνοντας τη δέσμευση όλων των χωρών για την προάσπιση της υγείας ως ανθρώπινο δικαίωμα (WHO, 2020).

Ενώ οι παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων συχνά οδηγούν σε υψηλότερη νοσηρότητα και θνησιμότητα, τα προγράμματα υγείας συμβάλλουν καθοριστικά στην υλοποίησή τους. Όλο και περισσότερο, οι επαγγελματίες στον τομέα της υγείας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αναγνωρίζουν τα κοινά τους συμφέροντα και στόχους. Τα τελευταία χρόνια σημειώθηκαν κάποιες αξιοσημείωτες εξελίξεις στον τομέα των διεθνών ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Για μερικές δεκαετίες, η διεθνής κοινότητα επικεντρώθηκε στα κλασικά αστικά και πολιτικά δικαιώματα - την απαγόρευση κατά των βασανιστηρίων, το δικαίωμα σε δίκαιη δίκη, την ελευθερία του λόγου και ούτω καθεξής. Όμως, από τα τέλη της δεκαετίας του 1990, η διεθνής κοινότητα έχει αρχίσει να δίνει μεγαλύτερη προσοχή στα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα - τα δικαιώματα στην εκπαίδευση, την τροφή και τη στέγαση, καθώς και το δικαίωμα στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας (Yamin, 2005).

Η ιστορία υπέδειξε πως υπήρξαν σημαντικές ανισότητες στην πανδημία γρίπης της Ισπανίας, το 1918. Η διεθνής βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι υπήρχαν ανισότητες στα ποσοστά επικράτησης και θνησιμότητας μεταξύ χωρών υψηλού εισοδήματος και χαμηλού εισοδήματος, όλο και λιγότερο εύπορων γειτονιών, υψηλότερων και χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων, και αστικών και αγροτικών περιοχών. Για παράδειγμα, η Ινδία είχε ποσοστό θνησιμότητας 40 φορές υψηλότερο από τη Δανία και το ποσοστό θνησιμότητας ήταν 20 φορές υψηλότερο σε ορισμένες χώρες της Νότιας Αμερικής από ό, τι στην Ευρώπη (Murray et al., 2006). Στη Νορβηγία, τα ποσοστά θνησιμότητας ήταν υψηλότερα μεταξύ των συνοικιών της εργατικής τάξης του Όσλο (Mamelund, 2006). Στη Σουηδία, υπήρχαν ανισότητες στη θνησιμότητα μεταξύ των υψηλότερων και των χαμηλότερων επαγγελματικών τάξεων (Bengtsson, Dribe & Eriksson, 2018). Αντιθέτως, χώρες με μικρότερες προϋπάρχουσες

κοινωνικές και οι οικονομικές ανισότητες, όπως η Νέα Ζηλανδία, δεν βίωσαν κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη θνησιμότητα (Wilson et al., 2005).

Αρκετές μελέτες έχουν επίσης δείξει ανισότητες στην πανδημία γρίπης H1N1, το 2009. Για παράδειγμα, σε παγκόσμιο επίπεδο, το Μεξικό παρουσίασε υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας από αυτό στις χώρες με υψηλότερο εισόδημα (Charu et al., 2011). Όσον αφορά τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες, το ποσοστό θνησιμότητας από τον H1N1 στις πιο φτωχές γειτονιές της Αγγλίας ήταν τρεις φορές υψηλότερο από ό, τι στις πιο εύπορες. Ήταν επίσης υψηλότερο στις αστικές σε σύγκριση με τις αγροτικές περιοχές (Rutter et al., 2012). Μια άλλη μελέτη διαπίστωσε θετικές συσχετίσεις μεταξύ ατόμων με οικονομικά προβλήματα (π.χ., οικονομικά ζητήματα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη) και ασθένειες που μοιάζουν με γρίπη κατά τη διάρκεια της πανδημίας H1N1 του 2009 στις ΗΠΑ (Biggerstaff et al., 2014).

Όπως τα έτη 1918 και 2009, έτσι και τώρα υπάρχουν ήδη στοιχεία για κοινωνικές ανισότητες σε σχέση με τον Covid-19 από την Ισπανία, τις ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο. Τα ενδιαμέσα στοιχεία που δημοσίευσε η κυβέρνηση της Καταλονίας στην Ισπανία υποδηλώνουν ότι το ποσοστό μόλυνσης από τον Covid-19 είναι έξι ή επτά φορές υψηλότερο στις πιο υποβαθμισμένες περιοχές της περιοχής σε σύγκριση με τις πιο αναπτυγμένες (Bambra et al., 2020). Επίσης, στοιχεία από την Αγγλία και την Ουαλία υπέδειξαν πως τα άτομα διαφορετικής εθνικότητας αντιπροσώπευαν το 34,5% των 4873 ασθενών με σοβαρή ασθένεια Covid-19 (στην περίοδο που έληξε στις 16 Απριλίου 2020) (Care, 2020). Ακόμη πιο ανησυχητικά είναι τα στοιχεία σχετικά με τις φυλετικές ανισότητες στις μολύνσεις και τους θανάτους από τον Covid-19 από διάφορες πολιτείες και δήμους στις ΗΠΑ. Για παράδειγμα, στο Σικάγο (κατά την περίοδο που έληξε στις 17 Απριλίου 2020), το 59,2% των θανάτων από τον Covid-19 ήταν μεταξύ των έγχρωμων κατοίκων (Moriarty et al., 2020).

2.2. Το δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση

Το δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση είναι άμεσα συνδεδεμένο με το δικαίωμα του κάθε ανθρώπου στην υγεία, αποτελώντας ύψιστο ανθρώπινο δικαίωμα. Η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί βασική προϋπόθεση για την προστασία τόσο της εισοδηματικής ασφάλειας όσο και της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη των εργαζομένων και συνταξιούχων. Δυστυχώς ωστόσο, ένα ποσοστό των εργαζομένων δεν έχει κοινωνική ασφάλιση αντιμετωπίζοντας σημαντικές προκλήσεις.

Η κοινωνική ασφάλιση καθρεφτίζει έναν από τους κύριους κοινωνικούς θεσμούς των σημερινών κοινωνιών, περισσότερο των βιομηχανικών κοινωνιών, διαδραματίζοντας σημαντικό ρόλο στην αναζήτηση μεγαλύτερης προστασίας από την αβεβαιότητα, τις ασθένειες και τις στερήσεις που μοιράζονται όλα τα έθνη και οι λαοί του κόσμου. Με άλλα λόγια, θα μπορούσε να πει κανείς, πως η ίδια η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί το μέσο για την προώθηση της οικονομικής ανάπτυξης, της κοινωνικής συνοχής και της δημοκρατίας. Τα διεθνή εργασιακά πρότυπα για την κοινωνική ασφάλιση βοηθούν στην υλοποίηση των φιλοδοξιών που περιγράφονται στην Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων ότι το θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση προστατεύεται από το κράτος δικαίου. Στόχος τους είναι η ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής με την προώθηση της αλληλεγγύης μεταξύ ενεργών και μη ενεργών μελών της κοινωνίας, μεταξύ πλουσίων και φτωχών και μεταξύ της σημερινής γενιάς και των μελλοντικών γενεών (Todorova, 2020).

Οι επιπτώσεις της ύφεσης στις ανισότητες στην υγεία ποικίλλουν επίσης ανάλογα με την ανταπόκριση της δημόσιας πολιτικής. Χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ελλάδα, η Ιταλία και η Ισπανία επέβαλαν συνθήκες λιτότητας, με σημαντικές περικοπές στον προϋπολογισμό για την υγεία και την κοινωνική προστασία, ενώ από την άλλη μεριά η Γερμανία, η Ισλανδία και η Σουηδία επέλεξαν να διατηρήσουν τις δημόσιες δαπάνες και τα δίκτυα κοινωνικής ασφάλισης.

Η σημαντικότητα των δικτύων κοινωνικής ασφάλισης φαίνονται και στην έρευνα των Copeland και των συνεργατών του (2015), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι οι χώρες με υψηλότερα ποσοστά κοινωνικής προστασίας (όπως η Σουηδία) δεν παρουσίασαν αύξηση των ανισοτήτων στην υγεία κατά την οικονομική ύφεση της δεκαετίας του 1990. Ομοίως, οι συντάξεις στο Ηνωμένο Βασίλειο προστατεύονταν από περικοπές λιτότητας μετά την οικονομική κρίση και η έρευνα έδειξε ότι αυτό απέτρεψε την αύξηση των ανισοτήτων στην υγεία μεταξύ του γηραιότερου πληθυσμού (Akhter et al., 2018). Στην Αγγλία επίσης, οι ανισότητες στα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας μειώθηκαν καθώς η παιδική φτώχεια μειώθηκε σε μια περίοδο επέκτασης του δημόσιου τομέα και του κράτους πρόνοιας (από το 2000 έως το 2010), αλλά αυξήθηκε ξανά όταν εφαρμόστηκε η λιτότητα και τα ποσοστά παιδικής φτώχειας αυξήθηκαν, από το 2010 έως το 2017 (Taylor-Robinson et al., 2019).

Παρομοίως, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι χαμηλότερη σε περιθωριοποιημένες κοινότητες - ακόμη και σε καθολικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (Todd et al., 2015). Στην Αγγλία, ο αριθμός των ασθενών ανά γενικό ιατρό είναι 15% υψηλότερος στις πιο υποβαθμισμένες περιοχές από αυτόν στις λιγότερο υποβαθμισμένες

περιοχές. Μάλιστα σε χώρες όπως οι ΗΠΑ περίπου 33 εκατομμύρια Αμερικανοί - από τις πιο μειονεκτούσες και περιθωριοποιημένες ομάδες - έχουν ανεπαρκή ή καθόλου ασφάλιση υγειονομικής περίθαλψης (Bambra, 2011).

Αυτή η μειωμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη - πριν και κατά τη διάρκεια της επιδημίας - συμβάλλει στις ανισότητες στη χρόνια ασθένεια και είναι επίσης πιθανό να οδηγήσει σε χειρότερα αποτελέσματα από το Covid-19 σε πιο μειονεκτικές περιοχές και περιθωριοποιημένες κοινότητες. Τα άτομα με υπάρχουσες χρόνιες παθήσεις (π.χ. καρκίνος ή καρδιαγγειακές παθήσεις) είναι λιγότερο πιθανό να λάβουν θεραπεία και διάγνωση καθώς οι υπηρεσίες υγείας κατακλύζονται από την αντιμετώπιση της πανδημίας.

Η πανδημία του Covid-19 έχει αποκαλύψει τις μακροχρόνιες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές ανισότητες. Φαίνεται πιθανό ότι θα υπάρξει παγκόσμια οικονομική ύφεση μετά το Covid-19 - η οποία θα μπορούσε να επιδεινώσει την κατάσταση των μετοχών υγείας, ιδίως εάν εφαρμοστούν ξανά οι πολιτικές λιτότητας που βλάπτουν την υγεία. Είναι ζωτικής σημασίας αυτήν τη φορά, να αναληφθούν οι σωστές αντιδράσεις δημόσιας πολιτικής, όπως η επέκταση της κοινωνικής προστασίας και των δημόσιων υπηρεσιών και η επιδίωξη στρατηγικών ανάπτυξης χωρίς αποκλεισμούς, έτσι ώστε η πανδημία Covid-19 να μην αυξάνει τις ανισότητες στην υγεία για τις μελλοντικές γενιές.

2.3. Η περίπτωση του Covid-19 σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα

Η πρώτη περίπτωση Covid - 19 αναφέρθηκε την παραμονή της Πρωτοχρονιάς 2019 στο Γουχάν της Κίνας και έκτοτε εξαπλώθηκε παγκοσμίως, θέτοντας πολλά κράτη σε αδιέξοδο. Στο Ηνωμένο Βασίλειο για παράδειγμα, επιβλήθηκε σε εθνικό επίπεδο απαγόρευση κυκλοφορίας από τις 23 Μαρτίου που διήρκεσε πάνω από 12 εβδομάδες, χωρίς να επιτρέπεται στους ανθρώπους να πάνε έξω από το σπίτι τους περισσότερες από μία φορές την ημέρα και μόνο για άσκηση ή ψώνια ή παραλαβή φαρμάκων. Επιπλέον, απαγορεύθηκε η κυκλοφορία σε άτομα ηλικίας 70 ετών και άνω καθώς και άτομα με υποκείμενα νοσήματα (Giebel et al., 2021).

Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι ανισότητες στη μόλυνση από τον Covid-19 και τα ποσοστά θνησιμότητας προκύπτουν ως αποτέλεσμα μιας συνδημίας του Covid-19, των ανισοτήτων στις χρόνιες ασθένειες και των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας. Ο επιπολασμός και η σοβαρότητα της πανδημίας μεγεθύνεται λόγω των προϋπάρχουσων χρόνιων νοσημάτων

– που πολλές φορές είναι κοινωνικά διαμορφωμένες και σχετίζονται με τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας.

Η έννοια της συνδημίας αναπτύχθηκε αρχικά από τον Merrill Singer για να βοηθήσει στην κατανόηση των σχέσεων μεταξύ του HIV/AIDS, της χρήσης ουσιών και της βίας στις ΗΠΑ τη δεκαετία του 1990 (Singer, 2009). Στη συνδημία οι παράγοντες κινδύνου ή οι συννοσηρότητες είναι αλληλένδετοι, διαδραστικοί και σωρευτικοί. Σύμφωνα με τον Singer (2009), «Μια συνδημία είναι ένα σύνολο στενά αλληλένδετων και αλληλοενισχυόμενων προβλημάτων υγείας που επηρεάζουν σημαντικά τη συνολική κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού στο πλαίσιο μιας διαρκούς διαμόρφωσης επιβλαβών κοινωνικών συνθηκών».

Οι άνθρωποι που ζουν σε περιοχές με υψηλότερη κοινωνικοοικονομική στέρηση, εκείνοι που βρίσκονται σε φτώχεια και άλλες περιθωριοποιημένες ομάδες (όπως άστεγοι και κρατούμενοι) έχουν γενικά μεγαλύτερο ποσοστό χρόνιων νοσημάτων. Για παράδειγμα, τα άτομα αυτά έχουν υψηλότερα ποσοστά σχεδόν όλων των γνωστών υποκείμενων κλινικών παραγόντων κινδύνου που αυξάνουν τη σοβαρότητα και τη θνησιμότητα του Covid-19, όπως υπέρταση, διαβήτης, άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσος (ΧΑΠ), καρδιακές παθήσεις, ηπατικές παθήσεις, νεφρικές παθήσεις, καρκίνος, καρδιαγγειακές παθήσεις, παχυσαρκία και κάπνισμα. (Guo et al., 2019). Ομοίως, οι αντίστοιχες ομάδες μειονοτήτων στην Ευρώπη, τις ΗΠΑ και άλλες χώρες με υψηλό εισόδημα αντιμετωπίζουν υψηλότερα ποσοστά των βασικών παραγόντων κινδύνου του Covid-19, συμπεριλαμβανομένης της στεφανιαίας νόσου και του διαβήτη (Tolaiyte and Salway, 2018). Επίσης, η κοινότητα των Ρομά - μία από τις πιο περιθωριοποιημένες μειονοτικές ομάδες στην Ευρώπη - έχει ποσοστό καπνίσματος που είναι δύο έως τρεις φορές τον ευρωπαϊκό μέσο όρο και αυξημένα ποσοστά αναπνευστικών ασθενειών (όπως η ΧΑΠ) και άλλοι παράγοντες κινδύνου Covid-19 (Sándor et al., 2017).

Αυτές οι ανισότητες σε χρόνιες καταστάσεις προκύπτουν ως αποτέλεσμα ανισοτήτων στην έκθεση στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας: τις συνθήκες στις οποίες οι άνθρωποι ζουν, εργάζονται, μεγαλώνουν και γερνούν, της ανεργίας, της πρόσβασης σε βασικά αγαθά και υπηρεσίες (π.χ. νερό, υγιεινή και τροφή), στέγαση και πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη. Για παράδειγμα, υπάρχουν σημαντικές επαγγελματικές ανισότητες στην έκθεση σε δυσμενείς συνθήκες εργασίας. Αυτές οι συνθήκες εργασίας σχετίζονται με αυξημένους κινδύνους αναπνευστικών ασθενειών, ορισμένους καρκίνους, υπέρταση και άγχος (Bambra, 2011).

Παρομοίως, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι χαμηλότερη σε περιθωριοποιημένες κοινότητες. Αυτή η μειωμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη - πριν και κατά τη διάρκεια της επιδημίας - συμβάλλει στις ανισότητες στη χρόνια ασθένεια και είναι επίσης πιθανό να οδηγήσει σε χειρότερα αποτελέσματα από το Covid-19. Τα άτομα με υπάρχουσες χρόνιες παθήσεις (π.χ. καρκίνος ή καρδιαγγειακές παθήσεις είναι λιγότερο πιθανό να λάβουν θεραπεία και διάγνωση καθώς οι υπηρεσίες υγείας κατακλύζονται από την αντιμετώπιση της πανδημίας (Sándor et al., 2017).

Ο αντίκτυπος του Covid-19 στις ανισότητες στην υγεία δεν θα είναι απλώς όσον αφορά τη μόλυνση και τη θνησιμότητα που σχετίζεται με τον ιό, αλλά και από την άποψη των συνεπειών για την υγεία των κυβερνητικών μέτρων που λαμβάνονται στις περισσότερες χώρες. Ενώ ορισμένα παραδοσιακά μέτρα παρακολούθησης της δημόσιας υγείας για τον εντοπισμό επαφών και την ατομική καραντίνα εφαρμόστηκαν επιτυχώς από ορισμένες χώρες (κυρίως από τη Νότια Κορέα και τη Γερμανία) ως τρόπος αντιμετώπισης του ιού στα αρχικά στάδια, οι περισσότερες χώρες απέτυχαν να το πράξουν, και οι κυβερνήσεις παγκοσμίως αναγκάστηκαν τελικά να εφαρμόσουν μέτρα μαζικής καραντίνας.

Αυτοί οι επιβαλλόμενοι από το κράτος περιορισμοί - που συνήθως απαιτούν από την κυβέρνηση να αντιμετωπίσει καταστάσεις έκτακτης ανάγκης - έχουν εφαρμοστεί σε διαφορετικά επίπεδα, αλλά όλοι έχουν από κοινού μια σημαντική αύξηση στην κοινωνική απομόνωση. Οι άμεσες συνέπειες είναι πολλαπλές λόγω απώλειας θέσεων εργασίας και εισοδήματος, μειωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για λόγους που δεν σχετίζονται με τον ιό του Covid-19, καθώς το σύστημα κατακλύζεται από την πανδημία, ψυχικά προβλήματα και επιδείνωση συμπτωμάτων σε άτομα με ήδη διαταραγμένη ψυχική υγεία (Bambra, 2011).

3. Κοινωνική υποστήριξη σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα

3.1. Μορφές κοινωνικής υποστήριξης

Με τον όρο κοινωνική υποστήριξη γενικά περιγράφεται η διαθεσιμότητα αξιόπιστων ανθρώπων, οι οποίοι μας ενημερώνουν, ενδιαφέρονται και μας βοηθούν. Η κοινωνική υποστήριξη περιλαμβάνει αντιλήψεις υποστήριξης (αντιληπτή υποστήριξη) και υποστηρικτικές συμπεριφορές (ληφθείσα υποστήριξη), οι οποίες μπορούν να προωθήσουν τη

γενική ευημερία καθώς και να αυξήσουν την προσωπική αντίσταση σε ενδεχόμενα προβλήματα υγείας. Η κοινωνική υποστήριξη είναι η προσωπική υποκειμενική εκτίμηση της διαθεσιμότητας και της επάρκειας των πόρων και των αντιδράσεων που παρέχονται από τα κοινωνικά δίκτυα. Η ληφθείσα κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται σε αντικειμενικές εκτιμήσεις των προσωπικών κοινωνικών συνδέσεων και των συνακόλουθων λειτουργιών τους (Haber et al., 2007).

Η προέλευση της κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να ποικίλλει. Έτσι, η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να προέρχεται από διαφορετικές πηγές, όπως οικογένεια, φίλοι, εθελοντές και κράτος. Τα κοινωνικά δίκτυα επηρεάζουν τις συμπεριφορές υγείας με διάφορους μηχανισμούς. Οι κοινωνικές επαφές παρέχουν πληροφορίες για πόρους και προϊόντα, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αλλαγή μιας συνηθισμένης συμπεριφοράς. Επιπλέον, τα κοινωνικά δίκτυα παρέχουν κοινωνικό κεφάλαιο ή πληροφορίες για το πώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκτέλεση των εργασιών. Τα τελευταία δε χρόνια, οι έρευνες αναφορικά με την κοινωνική υποστήριξη ως παράγοντας που συνδέεται με την τήρηση της θεραπείας ενός ασθενούς, έχουν αυξηθεί. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν οι έρευνες σε ασθενείς με παχυσαρκία, υπέρταση, διαβήτη τύπου 2 και HIV (Qiao, Li, & Stanton, 2014; Karimy, Koohestani, & Araban, 2018).

Επιπλέον, σχετικά με την προέλευση της κοινωνικής υποστήριξης, ορισμένες παρέχονται από τον εθελοντικό τομέα, ενώ άλλες παρέχονται από το κυβερνητικό σύστημα κοινωνικής φροντίδας, με ορισμένες υπηρεσίες να υπόκεινται σε οικονομική υποστήριξη ενώ άλλες πρέπει να πληρώνονται από τα ίδια τα άτομα. Οι υπηρεσίες κοινωνικής υποστήριξης συνδέονται με βελτιωμένα επίπεδα ευεξίας (Dam et al., 2016; Willis, Semple & de Waal, 2018) και ποιότητα ζωής, καθρεφτίζοντας το σύστημα μιας αναπτυσσόμενης και εξελισσόμενης χώρας. Στο Ηνωμένο Βασίλειο για παράδειγμα, οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν υψηλά ποσοστά κοινωνικής απομόνωσης, ενώ το ένα τρίτο των ηλικιωμένων ζουν μόνοι τους. Έτσι, οι υπηρεσίες κοινωνικής υποστήριξης μπορούν παρέχουν μια σημαντική γραμμή ζωής για την υποστήριξή τους (Giebel, C. M., Challis, D. J., & Montaldi, 2016). Μάλιστα, η μεγαλύτερη κοινωνική δέσμευση έχει συνδεθεί με χαμηλότερα επίπεδα μοναξιάς και κατάθλιψης (Wedgeworth et al., 2017).

Ένας μεγάλος αριθμός μελετών διαπίστωσε σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ κοινωνικών σχέσεων και αποτελεσμάτων υγείας, όπως θνησιμότητα, κατάθλιψη και χρόνιων ασθενειών. Η κοινωνική υποστήριξη έχει οριστεί ως οι πόροι που παρέχονται από άλλα άτομα και ο κύριος λόγος για τον οποίο οι κοινωνικές σχέσεις σχετίζονται θετικά με την υγεία είναι ότι αποτελούν

προϋπόθεση για κοινωνική υποστήριξη. Η διαθεσιμότητα της κοινωνικής υποστήριξης θεωρείται ότι επηρεάζει το άτομο με πολλούς τρόπους, συμπεριλαμβανομένης της ψυχολογικής του κατάστασης, της γνώσης, της συμπεριφοράς και της απόκρισης στο στρες και το άγχος. Έχει αποδειχθεί ότι η κοινωνική υποστήριξη είναι ευεργετική για την σωματική υγεία του ασθενούς με θετικά αποτελέσματα για το καρδιαγγειακό, το ενδοκρινικό και το ανοσοποιητικό σύστημα. Επιπροσθέτως, τα οφέλη της κοινωνικής υποστήριξης είναι και ψυχολογικά, αφού μέσω αυτής, αμβλύνονται τα επίπεδα στρες των ατόμων που χρήζουν βοήθειας (Östberg και Lennartsson, 2007).

Ένα θεμελιώδες ερώτημα όμως είναι ποιοι τύποι κοινωνικής υποστήριξης είναι πιο σημαντικοί. Οι Östberg και Lennartsson, (2007), στην έρευνα τους αναφέρουν πως οι τύποι που διακρίνονται συνήθως περιλαμβάνουν συναισθηματική, οργανική και ενημερωτική υποστήριξη. Η συναισθηματική υποστήριξη είναι, για παράδειγμα, η διαθεσιμότητα εκτίμησης, εμπιστοσύνης, ανησυχίας και ακρόασης ενός ατόμου ως προς το άτομο που χρήζει βοήθειας. Συχνά παρέχεται υπό την μορφή της ενίσχυσης της αυτοπεποίθησης και της εμπιστοσύνης με τρόπο που ο ασθενής να μπορέσει να μιλήσει και να επικοινωνήσει τα προβλήματά του, μειώνοντας έτσι το άγχος και τη θλίψη του.

Σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς, άλλο ένα είδος κοινωνικής υποστήριξης αποτελεί η οργανική υποστήριξη. Αυτό το είδος αναφέρεται σε βοήθεια με συγκεκριμένες ανάγκες και έχει οριστεί ως βοήθεια σε είδος, είτε με μέσω χρηματικού ποσού είτε μέσω παροχής εργασίας. Τέλος, η ενημερωτική υποστήριξη αποτελεί άλλο ένα είδος κοινωνικής υποστήριξης με τη μορφή συμβουλών ή πληροφοριών. Παραδείγματα αποτελούν η συντροφικότητα, η διαθεσιμότητα ενός συνεργάτη για διάφορες δραστηριότητες όπως επίσκεψη, δείπνα, υπαίθριες δραστηριότητες και αθλήματα.

Ωστόσο, η κατανόησή μας για τη σχετική σημασία διαφόρων τύπων κοινωνικής υποστήριξης είναι ακόμη περιορισμένη. Διαφορετικοί τύποι μπορεί να είναι δύσκολο να διαχωριστούν και, στις εμπειρικές μελέτες, η κοινωνική υποστήριξη συχνά εννοείται ως μια μονοδιάστατη παρά ως μια πολυδιάστατη έννοια. Όμως, ο ρόλος της συναισθηματικής υποστήριξης φαίνεται να είναι αδιαμφισβήτητος ως προς την αποτελεσματικότητα και τα πολλαπλά του οφέλη. Ωστόσο, η σχετική σημασία της συναισθηματικής υποστήριξης σε σύγκριση, για παράδειγμα με την οργανική υποστήριξη, είναι λιγότερο σαφής.

Σε κάθε περίπτωση, κάθε τύπος κοινωνικής υποστήριξης αναφέρεται σε μια ποικιλία πόρων, καθένας με διαφορετική σημασία, καθιστώντας τα συνδυασμένα μέτρα πολύ εξαρτώμενα από

την κατασκευή τους. Οι κοινωνικά ενσωματωμένοι άνθρωποι ενδέχεται να είναι λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν προβλήματα υγείας, επειδή έχουν μια πιο διαφορετική συλλογή πόρων που μπορούν να καλούν όταν χρειαστεί. Η ύπαρξη ενός ευρέος φάσματος πόρων θα πρέπει να βοηθήσει τους ανθρώπους να αντιμετωπίσουν καταστάσεις που προκύπτουν, καθιστώντας τους έτσι λιγότερο ευάλωτους (Östberg και Lennartsson, 2007).

3.2. Η κοινωνική υποστήριξη στις χρόνιες νόσους

Οι Dennison, Moss-Morris και Chalder (2009), εξέτασαν τη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης στην προστασία έναντι των αρνητικών ψυχολογικών επιπτώσεων όπως το στρες και το άγχος, των ανθρώπων με χρόνιες νόσους. Στην βιβλιογραφική τους ανασκόπηση διερεύνησαν τους δεσμούς μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και μιας σειράς αποτελεσμάτων προσαρμογής, χρησιμοποιώντας μέτρα που υπολογίζουν τις αξιολογήσεις του ατόμου για το κατά πόσο η υποστήριξη είναι διαθέσιμη και ικανοποιητική. Σε δώδεκα από τις δεκατέσσερις μελέτες που αναλύθηκαν εντοπίστηκαν σχέσεις μεταξύ υψηλής αντιληπτής υποστήριξης και καλύτερης προσαρμογής.

Δυστυχώς, όπως αναφέρουν οι ίδιοι συγγραφείς, οι μελέτες αυτές παρέχουν λίγες λεπτομέρειες σχετικά με συγκεκριμένες πτυχές της κοινωνικής υποστήριξης που είναι σημαντικές στην προσαρμογή στην ασθένεια. Έχουν μάλιστα την τάση να συνδέουν την κοινωνική υποστήριξη με την προσαρμογή χωρίς να εξετάζουν λεπτομέρειες όπως διαφορετικοί πάροχοι υποστήριξης (π.χ. οικογένεια, φίλοι, ιατροί) ή τύποι υποστήριξης (π.χ. οργανική, φυσική βοήθεια ή κοινωνική συντροφικότητα). Μια μελέτη μόνο εντοπίστηκε από τους Dennison, Moss-Morris και Chalder (2009), η οποία διαχωρίζει την κοινωνική υποστήριξη σε διαφορετικούς τομείς, στην οποία η αντιληπτή έλλειψη υποστήριξης συνδέθηκε έντονα με την κατάθλιψη. Συνοπτικά, παρά τις μεθοδολογικές αδυναμίες, οι συγγραφείς συμπέραναν μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, πως οι διαθέσιμες έρευνες είναι αρκετά συνεπείς στο να αποδείξουν ότι η ικανοποιητική κοινωνική υποστήριξη και οι θετικές αλληλεπιδράσεις συνδέονται με καλύτερη προσαρμογή στην ασθένεια, για άτομα με χρόνιες νόσους.

Η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου σε ηλικιωμένους πληθυσμούς, με πολλές μελέτες (Barth et al., 2010; Hawkes et al., 2013), να διαπιστώνουν ότι ασθενείς με χαμηλή παροχή κοινωνικής υποστήριξης έχουν χειρότερα αποτελέσματα μετά από ένα έμφραγμα, συμπεριλαμβανομένης της υψηλότερης θνησιμότητας, τα περισσότερα καρδιακά συμβάντα και την εξασθενημένη

γενικά κατάσταση υγείας. Αν και η βιβλιογραφία για την κοινωνική υποστήριξη και τα χρόνια προβλήματα των καρδιαγγειακών προβλημάτων είναι άφθονη, τα περισσότερα έχουν διεξαχθεί σε πληθυσμούς κυρίως ηλικιωμένων ανδρών. Λίγα είναι γνωστά σχετικά με το ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης σε νεότερους ασθενείς, ιδιαίτερα στις γυναίκες.

Σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους ασθενείς, οι νέοι ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα βρίσκονται σε ένα εντελώς διαφορετικό στάδιο ζωής, με διαφορετικές κοινωνικές συνδέσεις και δομές υποστήριξης. Η έρευνα του Bucholz και των συνεργατών του (2014) έδειξε ότι, ενώ τα ηλικιωμένα άτομα είναι πιο πιθανό να βασίζονται στην άμεση οικογένειά τους για βοήθεια, οι νέοι τείνουν να συμπεριλαμβάνουν λιγότερο τα μέλη της οικογένειας και περισσότερο τους φίλους και συναδέλφους, στα δίκτυα υποστήριξής τους. Επιπλέον, οι νέοι μπορεί να βιώσουν περισσότερο άγχος από την εργασία, να δημιουργήσουν οικογενειακές ή κοινωνικές υποχρεώσεις, οι οποίες ενδέχεται να θέσουν σε κίνδυνο τις καθιερωμένες δομές υποστήριξής τους. Οι ίδιοι συγγραφείς μάλιστα, τόνισαν πως οι νεότεροι άνθρωποι με καρδιαγγειακά προβλήματα και χαμηλή κοινωνική υποστήριξη δήλωσαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής και υψηλότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και φαινόμενα στρες σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν κάποια κοινωνική υποστήριξη.

Σχετικά με τις διάφορες μορφές νεοπλασματικών νόσων και τον ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης ο Eom και οι συνεργάτες του (2013) υπέδειξαν πως οι ασθενείς με χαμηλή παροχή κοινωνικής υποστήριξης εμφάνισαν επίσης χαμηλή ποιότητα ζωής, λειτουργικότητας, έντονο άγχος και καταθλιπτικά φαινόμενα σε σχέση με τους ασθενείς οι οποίοι λάμβαναν ουσιαστική και επαρκή κοινωνική υποστήριξη.

Άλλη μια χρόνια νόσος, ο διαβήτης τύπου 2, θεωρείται ως ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα υγείας στον 21ο αιώνα, προκαλώντας υπεργλυκαιμία. Εκτός από την επιβολή υψηλού οικονομικού βάρους στο άτομο και την κοινωνία, ο διαβήτης τύπου 2 αποτελεί την έκτη κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας που επηρεάζει ετησίως περισσότερα από 4 εκατομμύρια άτομα. Ο διαβήτης τύπου 2 μειώνει το προσδόκιμο ζωής περίπου 15 ετών σε άτομα που έχουν διαγνωστεί με τη νόσο και, ως εκ τούτου, αποτελεί σοβαρή απειλή στον κόσμο. Στον διαβήτη, το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας του διαβήτη πραγματοποιείται από τους ίδιους τους ασθενείς. Παρά τον θετικό αντίκτυπο που είχαν οι συμπεριφορές αυτοεξυπηρέτησης στον έλεγχο χρόνιων παθήσεων όπως ο διαβήτης, αρκετές μελέτες έχουν εξετάσει τη σημασία του ελέγχου ασθενειών από τον ασθενή (Helduser et al., 2013).

Η αυτο-φροντίδα είναι μια έννοια που ο ασθενής χρησιμοποιεί τις γνώσεις του και περιλαμβάνουν υγιεινό πρόγραμμα διατροφής, σωματική δραστηριότητα, αυτο-παρακολούθηση γλυκόζης στο αίμα και λήψη συνιστώμενων φαρμάκων. Η κοινωνική υποστήριξη, όπως έχει προαναφερθεί, θεωρείται ως ένας από τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες για την τήρηση της αυτοεξυπηρέτησης και τον έλεγχο χρόνιων παθήσεων (Rad et al., 2013). Με άλλα λόγια η κοινωνική υποστήριξη είναι μια ψυχολογική αίσθηση του ανήκειν, της αποδοχής και της βοήθειας που αυξάνει την ικανότητα των ανθρώπων να αντιμετωπίζουν καλύτερα τις αγχωτικές συνθήκες.

Μάλιστα, όπως σε όλες τις χρόνιες νόσους, η κοινωνική υποστήριξη στον διαβήτη καθορίζεται ως ζωτικό συστατικό της προώθησης της ψυχικής υγείας ενισχύοντας την αίσθηση στο άτομο να νιώθει ότι αποτελεί μέρος της κοινωνικής δικτύωσης. Η μελέτη του Tang και των συνεργατών του (2008), επιβεβαίωσε την σημαντικότητα της αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης, στη συγκεκριμένη ποιότητα ζωής ενός ατόμου με διαβήτη τύπου 2 και στις συμπεριφορές αυτοεξυπηρέτησης. Από την άλλη πλευρά, η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη είναι πιο σημαντική από άλλες κατηγορίες κοινωνικής υποστήριξης, όπως η κοινωνική υποστήριξη και η κοινωνική σταθεροποίηση (Keogh et al., 2011).

3.3. Η επίδραση του Covid-19 σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα

Ο Covid-19 έχει αυξηθεί και εξαπλωθεί συγκλονίζοντας την ανθρώπινη υγεία, αλλά και επηρεάζοντας τους χρηματοοικονομικούς τομείς, καθώς και το κοινωνικό και πολιτικό γίνεσθαι (Ali and Alharbi, 2020; Ataguba, 2020). Στις 30 Ιανουαρίου 2020, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κήρυξε τον Covid-19 ως "έκτακτη ανάγκη διεθνούς υγείας για τη δημόσια υγεία" λόγω της ταχείας εξάπλωσης του ιού σε πολλές διαφορετικές χώρες και στις 11 Μαρτίου 2020, κηρύχθηκε ως παγκόσμια πανδημία (WHO, 2020).

Η ασθένεια του Covid-19 είναι πιο σοβαρή σε ασθενείς με χρόνια νόσο, όπως υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, ασθένειες αναπνευστικών και καρδιαγγειακών συστημάτων (Yang et al., 2020). Το γήρας και η προϋπάρχουσα χρόνια ασθένεια έχουν αναγνωριστεί ως πιθανοί παράγοντες κινδύνου για σοβαρές ασθένειες και θνησιμότητα (Li et al., 2020; Phan et al., 2020; Shereen et al., 2020). Αξίζει εδώ να επισημανθεί πως δυστυχώς ακόμη και πριν από την πανδημία, η πρόσβαση στην περίθαλψη ποικίλλει ανάλογα με τα κοινωνικά, δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, η μόνιμη κατοικία και η εθνικότητα. Μάλιστα, υπάρχει η

ανησυχία ότι οι επιπτώσεις του Covid-19 μπορεί να διευρύνουν τις υπάρχουσες ανισότητες, ειδικά σε άτομα που το έχουν περισσότερο ανάγκη (Jones et al., 2020).

Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα υποστηρικτικά οικογενειακά περιβάλλοντα συνδέονταν με διάφορες προληπτικές πρακτικές υγείας. Μελέτες (Mohammed et al., 2015; Liu et al., 2020; Xiao et al., 2020) έχουν ήδη διεξαχθεί σχετικά με τη συσχέτιση της κοινωνικής υποστήριξης με το άγχος κατά τη διάρκεια κρίσεων όπως ο Ebola, ο SARS και ο Covid-19, υποδεικνύοντας πως η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη σωματική και ψυχική υγεία.

Σε όλο τον κόσμο, περίπου 50 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με άνοια και ακόμα περισσότεροι να φροντίζουν κάποιον με άνοια. Δεδομένου ότι επί του παρόντος δεν υπάρχει θεραπεία που να τροποποιεί τη νόσο, η κοινωνική περίθαλψη αντιπροσωπεύει τη μεγάλη πλειοψηφία των δαπανών περίθαλψης της άνοιας. Σε πολλές αναπτυγμένες χώρες, ενώ η φροντίδα κατ' οίκο αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο μέρος αυτών των δαπανών, το κόστος περιλαμβάνει επίσης ομάδες υποστήριξης και κέντρα ημερήσιας φροντίδας παρέχοντας ζωτικές δραστηριότητες και φροντίδα για άτομα που πάσχουν από άνοια που ζουν στα σπίτια τους (Prince et al., 2016).

Μια ποιοτική έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο, του Giebel και των συνεργατών του (2020), ανέφερε ότι τα άτομα που πάσχουν από άνοια έχουν βιώσει δυσφορία λόγω μειωμένης διαθεσιμότητας κοινωνικών υπηρεσιών, κατά τη διάρκεια της πανδημίας, με τα συναισθήματα απώλειας ελέγχου, αβεβαιότητας και ανάγκης υψηλότερων επιπέδων φροντίδας να επικρατούν. Τα προκαταρκτικά ευρήματα δείχνουν ότι η ψυχική υγεία στον γενικό πληθυσμό του Ηνωμένου Βασιλείου έχει κλονιστεί από την έναρξη της πανδημίας και των συναφών κοινωνικών αλλαγών. Ωστόσο, μέχρι σήμερα κανένα ποσοτικό στοιχείο δεν έχει αποδείξει τον αντίκτυπο αυτών των διακοπών λειτουργίας στην ψυχική ευεξία.

Ο Giebel και οι συνεργάτες του (2021), σε μια πρόσφατη διαδικτυακή και τηλεφωνική έρευνα σε ολόκληρο το Ηνωμένο Βασίλειο, με ηλικιωμένους, άτομα με άνοια και φροντιστές, κατέγραψε τη χρήση υπηρεσιών κοινωνικής υποστήριξης πριν και μετά τα Covid - 19, τα μέτρα δημόσιας υγείας, την τρέχουσα ποιότητα της ζωής, καθώς και τα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους. Τα αποτελέσματα υπέδειξαν πως η χρήση της υπηρεσίας κοινωνικής υποστήριξης για άνοια έχει μειωθεί σημαντικά από την πανδημία. Υψηλότερες διακυμάνσεις στη χρήση υπηρεσιών κοινωνικής υποστήριξης σε σύγκριση με τα προ-πανδημικά επίπεδα συσχετίστηκαν με αυξημένα επίπεδα άγχους σε ηλικιωμένους ενήλικες και άτομα με άνοια. Μεγαλύτερη διακύμανση στη χρήση υπηρεσιών κοινωνικής υποστήριξης συνδέθηκε επίσης με χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής ευεξίας σε μη αμειβόμενους φροντιστές και ηλικιωμένους.

Οι περιορισμοί στη δημόσια υγεία ως αποτέλεσμα του Covid-19 και οι αλλαγές στις υπηρεσίες κοινωνικής υποστήριξης συνδέονται επομένως με την ευρύτερη ευημερία των ατόμων με άνοια, φροντιστές και ηλικιωμένους ενήλικες. Οι υπηρεσίες κοινωνικής υποστήριξης πρέπει να είναι σε θέση να συνεχίσουν να παρέχουν υποστήριξη σε προσαρμοσμένες μορφές, ιδίως υπό το φως των συνεχιζόμενων περιορισμών στη δημόσια υγεία.

Ο Blecker και οι συνεργάτες του (2021), διαπιστώνοντας πως ταυτόχρονα με τις αυξήσεις σε νοσηλεία για τη νόσο του κοροναϊού 2019, υπήρξαν ενδείξεις μειωμένης νοσηλείας σε καταστάσεις χρόνιων νόσων, εξέτασαν τη συχνότητα νοσηλείας για όλες τις νόσους σε ένα σύστημα υγείας εν μέσω της πανδημίας Covid-19. Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους υπέδειξαν σημαντική μείωση του αριθμού των μη νοσηλευόμενων στο νοσοκομείο Covid-19 σε ένα εύρος διαγνώσεων κατά τη διάρκεια της περιόδου αιχμής του Covid-19. Η μείωση παρατηρήθηκε για νοσηλείες χρόνιων παθήσεων (καρδιακή ανεπάρκεια, ΧΑΠ), οξεία ιατρικά συμβάντα που συνήθως απαιτούν θεραπεία (έμφραγμα του μυοκαρδίου, σκωληκοειδίτιδα) και τραυματισμούς. Λαμβάνοντας υπόψη το εύρος αυτών των διαγνώσεων, οι αιτίες για τη μείωση είναι πιθανότατα πολυπαραγοντικές και περιλαμβάνουν την αποφυγή του ασθενούς από μια επείγουσα περίθαλψη εξαιτίας του φόβου να νοσήσουν από Covid-19 ή λόγω μη ύπαρξης ασφάλισης υγείας. Συγκεκριμένα, οι νοσηλείες που σχετίζονται με χρόνιες παθήσεις σημείωσαν πτώση στα τέλη της περιόδου Covid-19. Οι συνέπειες της μείωσης των νοσοκομειακών νοσημάτων για χρόνιες ασθένειες αφορούν στην πιθανότητα οι ασθενείς να μην λάβουν την απαραίτητη νοσοκομειακή περίθαλψη και να κινδυνεύουν περισσότερο από την υπάρχουσα πάθησή τους παρά από τον ιό του Covid-19.

Οι Addis, Nega και Miretu (2021), μελέτησαν επίσης την ψυχολογική επίδραση της πανδημίας του Covid-19 σε ασθενείς με χρόνια νόσο σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της Βορειοανατολικής Αιθιοπίας. Συνολικά, η πανδημία αυτή παρουσίασε μη φυσιολογική ψυχολογική επίδραση στο ένα τέταρτο περίπου (22,8%) των ασθενών με χρόνια νόσο. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής υπέδειξαν πως η ηλικία, η διάρκεια της χρόνιας νόσου, τα αναπνευστικά συμπτώματα και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης ήταν παράγοντες για την μη φυσιολογική ψυχολογική επίδραση που είχε ο ιός στους ασθενείς με χρόνια νόσο.

Δεδομένης της επίδρασης των χρόνιων ασθενειών στον κίνδυνο σοβαρής μόλυνσης από Covid-19, η παρούσα πανδημία μπορεί να έχει ιδιαίτερα βαθιά επίδραση σε κοινωνικά μειονεκτούσες χώρες. Ο Islam και οι συνεργάτες του (2021), μελέτησαν την περίπτωση συνδημίας μεταξύ της πανδημίας του Covid-19 και των χρόνιων νόσων για τις περιπτώσεις αυτές. Για το λόγο αυτό, οι κομητείες στις ΗΠΑ κατηγοριοποιήθηκαν σε πέντε ομάδες ανά

επίπεδο κοινωνικής ευπάθειας, χρησιμοποιώντας τον δείκτη κοινωνικής ευπάθειας (ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο μέτρο κοινωνικού μειονεκτήματος) που αναπτύχθηκε από τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των ΗΠΑ. Μεταξύ 3141 κομητειών, υπήρχαν 5.010.496 περιπτώσεις συνδημίας και 161058 θάνατοι από το ιό του Covid-19 έως τις 10 Αυγούστου 2020. Τα αποτελέσματα της έρευνας υπέδειξαν πως οι πιο ευάλωτες κομητείες είχαν διπλάσιο ποσοστό περιπτώσεων ατόμων που προσβλήθηκαν από τον ιό Covid-19 και διπλάσιο ποσοστό θανάτων.

Ομοίως, ο επιπολασμός των μεγάλων χρόνιων παθήσεων ήταν 24% -41% υψηλότερος στις πιο ευάλωτες κομητείες. Ειδικά στις νότιες ΗΠΑ, τα αποτελέσματα υπέδειξαν γεωγραφική ομαδοποίηση κομητειών με υψηλή θνησιμότητα Covid-19, υψηλό επιπολασμό χρόνιων ασθενειών και υψηλή κοινωνική ευπάθεια. Με άλλα λόγια, ορισμένες κομητείες αντιμετωπίζουν μια σειρά επιδημιών από το Covid-19 και τις χρόνιες ασθένειες στο πλαίσιο των κοινωνικών μειονεκτημάτων.

Συμπερασματικά, από την μέχρι τώρα βιβλιογραφική ανασκόπηση, είναι αυτονόητο πως τόσο η κυβέρνηση όσο και οι επαγγελματίες υγείας και οι ερευνητές θα πρέπει να συμβάλουν στην πρόληψη της ψυχολογικής και σωματικής επίδρασης του Covid-19 σε ασθενείς με χρόνια νόσο. Οι πιο ευάλωτες ειδικά χώρες απαιτούν ενισχυμένη δημόσια υγεία και κοινωνική υποστήριξη.

4. Μεθοδολογία έρευνας

4.1. Ερευνητικός σκοπός-ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσει την επίδραση του COVID-19, στην σωματική και ψυχική υγεία ασθενών με χρόνια νοσήματα κατά την περίοδο της πανδημίας. Επίσης μελετώνται οι δημογραφικές και επαγγελματικές ομάδες που επηρεάστηκαν περισσότερο και είχαν χαμηλότερο επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας. Ακόμη, διερευνάται αν η ψυχολογική κατάσταση επηρέασε την σωματική δραστηριότητα. Με βάση τον σκοπό της έρευνας παρουσιάζονται παρακάτω τα ερευνητικά ερωτήματα:

1)Πως επέδρασε η πανδημία του COVID-19 την σωματική και ψυχική υγεία;

- 2) Ποιες δημογραφικές ομάδες επηρεάστηκαν περισσότερο από την πανδημία και είχαν χαμηλότερο επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας;
- 3) Η ψυχολογική κατάσταση των συμμετεχόντων επηρέασε την σωματική τους δραστηριότητα;

4.2. Σχεδιασμός έρευνας

Πραγματοποιήθηκε μία ποσοτική έρευνα, πρωτογενής, περιγραφική και συσχέτισης με μη πειραματικό σχεδιασμό μεταξύ και εντός των ομάδων, χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγιο κλίμακας Likert. Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη (cross sectional study) όπου ερευνάται κατά πόσο μια συμπεριφορά υγείας για μια δεδομένη χρονική περίοδο μπορεί να επηρεάσει το επίπεδο υγείας ασθενών με χρόνια νόσημα. Η ποσοτική έρευνα θεωρήθηκε κατάλληλη καθώς η επιρροή της πανδημίας από τον COVID-19 είναι μετρήσιμη όπως και τα επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας, συνεπώς ο ερευνητής μπόρεσε να τα μετρήσει με αντικειμενικό τρόπο (Cohen, Manion & Morrison, 2007). Επιπλέον, σύμφωνα με το 2^ο και 3^ο ερευνητικό ερώτημα απαιτούνται αντίστοιχα συσχετίσεις εντός των ομάδων και συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων, που επιτυγχάνονται μέσω επαγωγικών μεθόδων της ποσοτικής έρευνας (Fowler, 2014), με δυνατότητα γενίκευσης των συμπερασμάτων για τον πληθυσμό, εφόσον το δειγματοληπτικό σφάλμα είναι μικρό (Creswell, 2013). Ακόμη, η μη πειραματική έρευνα κρίνεται κατάλληλη προκειμένου απλώς να αποτυπωθούν συσχετίσεις των μεταβλητών, χωρίς την μελέτη της επίδρασης εξωγενών παραγόντων (Salkind, 2010).

4.3. Πληθυσμός-Δείγμα

Πληθυσμός της έρευνας θεωρείται το σύνολο των ασθενών με χρόνια νοσήματα στην Ελλάδα. Αναφορικά με το δείγμα στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 84 άτομα με την μέση ηλικία να είναι περίπου τα 52 έτη, οι οποίοι πάσχουν από χρόνια νόσημα κατά μέσο όρο περίπου 10 χρόνια. Η συντριπτική πλειονότητα του δείγματος ήταν Ελληνικής καταγωγής και είχε δημόσια ασφάλεια. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν πως έχουν 2 παιδιά. Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο, οι περισσότεροι έχουν τελειώσει τη δευτεροβάθμια ή την τριτοβάθμια εκπαίδευση. Επίσης είναι εργαζόμενοι με το ετήσιο εισόδημα να κυμαίνεται από τα 6.000 έως τα 15.000 ευρώ. Σχετικά με τα χρόνια νοσήματα το 30% ανέφερε την αρτηριακή

υπέρταση. Η πλειοψηφία δήλωσε ότι λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή την οποία και τηρεί πιστά. Ακόμη, οι περισσότεροι συμμετέχοντες αποτελούνταν από καπνιστές ή πρώην καπνιστές με την πλειοψηφία όσων κάπνιζαν να το πραγματοποιούν σε καθημερινή βάση.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με βολική δειγματοληψία, δηλαδή με δείγμα στο οποίο είχε πρόσβαση ο ερευνητής (Creswell, 2013). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με την διανομή ερωτηματολογίου σε χρόνιους ασθενείς μέσα από φαρμακεία. Διανεμήθηκαν ισόποσα ερωτηματολόγια σε 5 ανεξάρτητα φαρμακεία τα οποία βρίσκονται σε περιοχές με διαφορετικό κοινωνικό και οικονομικό υπόβαθρο. Πιο συγκεκριμένα, σε τέσσερα φαρμακεία της Αθήνας (Παλαιό Φάληρο, Κολωνάκι, Άνω και Κάτω Πετράλωνα) και ένα της επαρχίας (Βόρεια Εύβοια).

4.4. Ερωτηματολόγιο έρευνας

Για τις ανάγκες διεξαγωγής της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο 85 ερωτήσεων το οποίο είναι χωρισμένο σε 4 ενότητες.

Η 1^η ενότητα αναφέρεται στα δημογραφικά στοιχεία και περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις σχετικά με το φύλο, την ηλικία, την υπηκοότητα, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη και τον αριθμό παιδιών, το μορφωτικό επίπεδο, την εργασιακή κατάσταση, το εισόδημα, το είδος ασφάλειας, το χρόνιο νόσημα που πάσχουν, τα χρόνια που έχει διαγνωστεί το χρόνιο νόσημα, την λήψη φαρμακευτικής αγωγής για το χρόνιο νόσημα και αν τηρείται πιστά, και την ύπαρξη συνηθειών όπως κάπνισμα και αλκοόλ.

Η 2^η ενότητα περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις σχετικά με συμπεριφορές που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής κατά την διάρκεια της πανδημίας (Lifestyle related behaviour Questionnaire) των Kumari et al. (2020). Η κλίμακα των απαντήσεων είναι από το -2 έως το 2, με τις πιθανές επιλογές να είναι «Αυξήθηκαν σημαντικά», «Αυξήθηκαν ελαφρώς», «Πάνω κάτω το ίδιο», «Μειώθηκαν ελαφρώς» και «Μειώθηκαν σημαντικά». Η κλίμακα εκφράζει την συνολική αρνητική επιρροή του COVID-19 στις συνήθειες των ερωτηθέντων, με τις ερωτήσεις που εκφράζουν θετική επιρροή να αντιστρέφονται. Η ακριβής κωδικοποίηση των ερωτήσεων παρουσιάζεται στο παράρτημα.

Η 3^η ενότητα αποτελείται από το ερωτηματολόγιο SF-36, «Short Form 36 Health Survey» το οποίο περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις σχετικά με την «Γενική υγεία» (6 ερωτήσεις κλίμακας 1-5) την «Φυσική λειτουργία» (10 ερωτήσεις κλίμακας 1-3) τον «Φυσικό ρόλο» (4 ερωτήσεις

διχοτομικές Ναι-Όχι) τον «Συναισθηματικό ρόλο», (3 ερωτήσεις διχοτομικές Ναι-Όχι), την «Κοινωνική λειτουργικότητα», (2 ερωτήσεις κλίμακας 1-5), τον «Σωματικό πόνο», (2 ερωτήσεις κλίμακας 1-5), την «Ζωντάνια» (4 ερωτήσεις κλίμακας 1-6) και την «Ψυχική υγεία» (5 ερωτήσεις κλίμακας 1-6). Το ερωτηματολόγιο σταθμίστηκε στον ελληνικό πληθυσμό το 2005 από Anagnostopoulos, Niakas & Pappa (2005).

Η 4^η ενότητα αποτελείται από το ερωτηματολόγιο HADS (HAD – Scale) το οποίο περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις κλίμακας 0-3 και υπολογίζει το άγχος και την κατάθλιψη, χρησιμοποιώντας από 7 ερωτήσεις για τον κάθε παράγοντα. Το ερωτηματολόγιο σταθμίστηκε στον Ελληνικό πληθυσμό από τον Μιχόπουλο (2007).

Η διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου υπολογίζεται στα 25 λεπτά. Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε σε έντυπη μορφή.

4.5. Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε στο λογισμικό IBM SPSS 24, ενώ χρησιμοποιήθηκε και το Microsoft Office Excel 2016 για σχεδιασμό γραφημάτων. Στην Περιγραφική Στατιστική οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάστηκαν με συχνότητες και ποσοστά ενώ οι διατακτικές και ποσοτικές με μέσο όρο και τυπική απόκλιση.

Η Επαγωγική Στατιστική πραγματοποιήθηκε σε στάθμη σημαντικότητας 5%. Χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικοί και μη παραμετρικοί έλεγχοι ανάλογα το πλήθος των συγκρινόμενων δειγμάτων και την ύπαρξη κανονικής κατανομής η οποία ελέγχθηκε με το Shapiro Wilk test.

Για σύγκριση μέσων τιμών 2 ανεξάρτητων δειγμάτων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος independent samples t-test, ενώ για 3 ή περισσότερα ο έλεγχος ANOVA με Post hoc analysis LSD για ισότητα διασπορών και Games Howell για ανισότητα.

Για σύγκριση κατανομών 2 ανεξάρτητων δειγμάτων, χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann Whitney ενώ για 3 και περισσότερα ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis.

Για έλεγχο συσχέτισης ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman, διαφορετικά ο συντελεστής συσχέτισης Pearson.

Για εύρεση προβλεπτικών παραγόντων της σωματικής υγείας μέσω των παραγόντων της ψυχικής, χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (Field, 2017).

4.6. Ανάλυση αξιοπιστίας και δημιουργία διαστάσεων

Ο Πίνακας 1 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας των διαστάσεων. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχει αποδεκτή εσωτερική αξιοπιστία, αφού οι τιμές του Cronbach's Alpha σε όλες τις διαστάσεις είναι μεγαλύτερες από 0,6 (McLeod, 2007).

Συγκεκριμένα, η διάσταση «Αρνητική επιρροή COVID-19» είχε αξιοπιστία 0,824, η «Γενική υγεία» 0,794, η «Φυσική λειτουργία» 0,914, ο «Φυσικός ρόλος» 0,797, ο «Συναισθηματικός ρόλος» 0,762, η «Κοινωνική λειτουργικότητα» 0,828, ο «Σωματικός πόνος» 0,811, η «Ζωτικότητα» 0,628, η «Ψυχική υγεία» 0,766, το «Άγχος» 0,849 και η «Κατάθλιψη» 0,848.

Λόγω της ικανοποιητικής εσωτερικής αξιοπιστίας που προέκυψε σε όλες τις διαστάσεις οι μεταβλητές τους ομαδοποιήθηκαν με τη χρήση του αμερόληπτου εκτιμητή της μέσης τιμής, αφότου μετασχηματίστηκαν σε κλίμακα από 0 έως 100, με χρήση του τύπου $100 \cdot (X - \text{Ελάχιστη}) / \text{Εύρος}$.

Πίνακας 1: Αποτελέσματα ανάλυσης αξιοπιστίας

Παράγοντες	Ερωτήσεις	Cronbach Alpha
Αρνητική επιρροή COVID-19	A1, A2, A6, A7, A8, A10, A17, A20, A4R, A5R, A11R, A12R, A13R, A14R, A15R, A16R, A19R, A3, A18	0,824*
Γενική υγεία	B1, B2, B11αR, B11β, B11γR, B11δ	0,794
Φυσική λειτουργία	B3α, B3β, B3γ, B3δ, B3ε, B3στ, B3ζ, B3η, B3θ, B3ι	0,914
Φυσικός ρόλος	B4α, B4β, B4γ, B4δ	0,797
Συναισθηματικός ρόλος	B5α, B5β, B5γ	0,762
Κοινωνική λειτουργικότητα	B6, B10	0,828
Σωματικός πόνος	B7, B8	0,811
Ζωτικότητα	B9α, B9ε, BζR, BθR	0,628
Ψυχική υγεία	B9βR, B9γR, B9δ, B9στR, B9η	0,766
Άγχος	Γ1, Γ3, Γ5, Γ7R, Γ9, Γ11, Γ13	0,849
Κατάθλιψη	Γ2R, Γ4R, Γ6R, Γ8, Γ10, Γ12R, Γ14R	0,848

* Δεν υπολογίστηκε η ερώτηση A9 καθώς δεν έγινε κατανοητή ότι αναφέρεται σε θερμιδικές τροφές

4.7. Ηθικά Ζητήματα

Τηρήθηκαν τα απαραίτητα ηθικά ζητήματα τα οποία σχετίζονται με την φύση διεξαγωγής της έρευνας και την ψυχολογία των συμμετεχόντων (BPS, 2014). Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον Πανεπιστημιακό φορέα που διεξάγει την έρευνα και τον σκοπό της. Τονίστηκε η εθελοντική και ανώνυμη συμμετοχή και ότι οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Διασαφηνίστηκε επίσης το δικαίωμα αποχώρησης ανά πάσα στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια/κύρωση, ανακαλώντας τη συγκατάθεσή σας. Οι συμμετέχοντες είχαν το δικαίωμα να μην απαντήσουν σε οποιαδήποτε ερώτηση επιθυμούν χωρίς συνέπειες για την συμμετοχή τους. Επιπλέον, ενημερώθηκαν για τα προσωπικά στοιχεία του ερευνητή, σε περίπτωση που επιθυμήσουν επικοινωνία μαζί του.

5. Αποτελέσματα έρευνας

5.1. Περιγραφική Στατιστική

5.1.1. Δημογραφικά στοιχεία

Στον Πίνακα 2 (και στα Γραφήματα 1-11) παρουσιάζονται τα δημογραφικά (ποιοτικά) στοιχεία των ερωτηθέντων. Όσον αφορά το φύλο, το 58,3% (N=49) είναι γυναίκες και το 41,7% (N=35) άντρες. Σχετικά με την υπηκοότητα, το 97,6% (N=82) δήλωσε ελληνική, ενώ το 2,4% (N=2) «άλλη».

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, το 52,4% (N=44) αποτελείται από έγγαμους, το 25,0% (N=21) από άγαμους, το 11,9% (N=10) από διαζευγμένους, ενώ το 10,7% (N=9) από χήρους. Στη συνέχεια, το 73,8% (N=62) έχει παιδιά, ενώ το υπόλοιπο 26,2% (N=22) δεν έχει. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, το 41,7% (N=35) έχει φοιτήσει στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, το 27,4% (N=23) στην δευτεροβάθμια, το 17,9% (N=15) έχει μεταπτυχιακό/διδακτορικό, το 10,7% (N=9) στην υποχρεωτική εκπαίδευση, ενώ το 2,4% (N=2) δεν έχει ολοκληρώσει το δημοτικό. Σχετικά με την εργασιακή κατάσταση, το 60,7% (N=51) είναι εργαζόμενοι, το 31,0% (N=26) συνταξιούχοι, ενώ το 8,3% (N=7) άνεργοι.

Η επόμενη ερώτηση, η οποία εξετάζει την ασφάλεια των ερωτηθέντων, είναι πολλαπλής επιλογής, το οποίο σημαίνει ότι οι ερωτηθέντες μπορούν να επιλέξουν παραπάνω από μία

απάντηση. Έτσι, το 92,9% (N=78) δήλωσε ότι έχει δημόσια ασφάλεια, το 16,7% (N=14) ιδιωτική, ενώ το 3,6% (N=3) είναι ανασφάλιστοι.

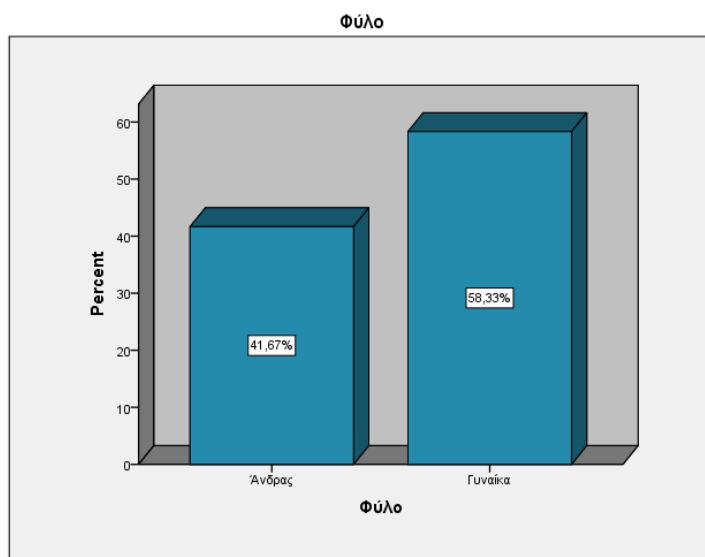
Παρομοίως, η ερώτηση που ακολουθεί είναι επίσης πολλαπλής επιλογής και εξετάζει το εάν πάσχουν οι ερωτηθέντες από κάποιο χρόνια νόσημα. Το 33,30% (N=28) πάσχει από αρτηριακή υπέρταση, το 14,30% (N=12) από σακχαρώδη διαβήτη, το 14,30% (N=12) από καρδιαγγειακές παθήσεις, το 11,90% (N=10) από άσθμα, το 8,30% (N=7) από Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π), το 3,60% (N=3) από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ενώ το 42,90% (N=36) υποφέρει από κάποιο «άλλο» χρόνια νόσημα. Στη συνέχεια, το 75,0% (N=63) λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για το χρόνια νόσημα τους, ενώ το υπόλοιπο 25,0% (N=21) όχι. Τέλος, από τα άτομα, τα οποία δήλωσαν ότι λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, το 90,5% (N=57) την τηρεί πιστά, ενώ το 9,5% (N=6) παραλείπει συχνά δόσεις.

Πίνακας 2: Δημογραφικά (ποιοτικά) στοιχεία

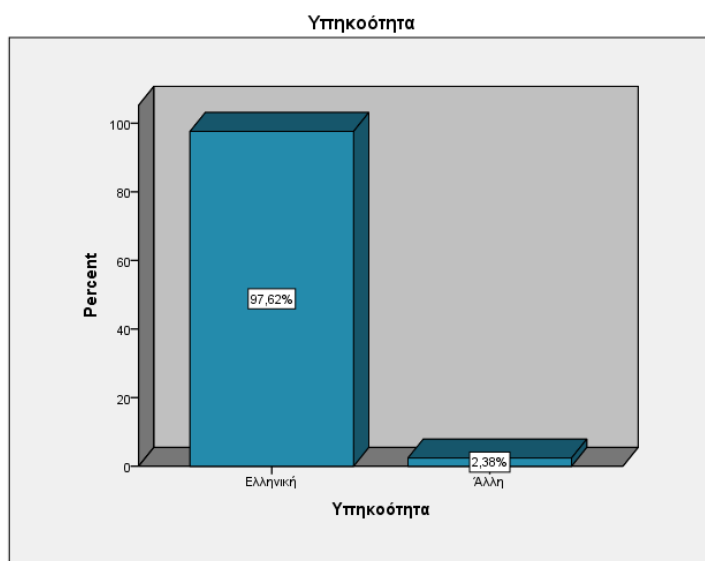
Στοιχείο	Κατηγορία	N	f%
Φύλο	Άντρας	35	41,7
	Γυναίκα	49	58,3
Υπηκοότητα	Ελληνική	82	97,6
	Άλλη	2	2,4
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	21	25,0
	Έγγαμος/η	44	52,4
	Διαζευγμένος/η	10	11,9
	Χήρος/α	9	10,7
Έχετε παιδιά	Ναι	62	73,8
	Όχι	22	26,2
Μορφωτικό επίπεδο	Δεν έχω ολοκληρώσει το δημοτικό	2	2,4
	Υποχρεωτική εκπαίδευση	9	10,7
	Δευτεροβάθμια	23	27,4
	Τριτοβάθμια	35	41,7
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	15	17,9
Εργασιακή κατάσταση	Άνεργος	7	8,3
	Εργαζόμενος	51	60,7
	Συνταξιούχος	26	31,0
Εισόδημα	< 6.000	9	10,7
	6.000 – 10.000	29	34,5
	10.000 – 15.000	25	29,8
	15.000 – 20.000	12	14,3
	20.000 – 25.000	6	7,1
	> 25.000	3	3,6
Ασφάλεια	Ιδιωτική	14	16,70

Αναφέρατε αν πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα	Δημόσια	78	92,90
	Ανασφάλιστος	3	3,60
	Αρτηριακή Υπέρταση	28	33,30
	Σακχαρώδη Διαβήτη	12	14,30
	Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια	7	8,30
	Άσθμα	10	11,90
	Καρδιαγγειακές Παθήσεις	12	14,30
	Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια	3	3,60
	Άλλο	36	42,90
Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή για το χρόνιο νόσημα σας;	Ναι	63	75,0
	Όχι	21	25,0
Αν ναι, την τηρείται πιστά ή παραλείπετε συχνά δόσεις;	Τηρώ Πιστά	57	90,5
	Παραλείπω συχνά δόσεις	6	9,5

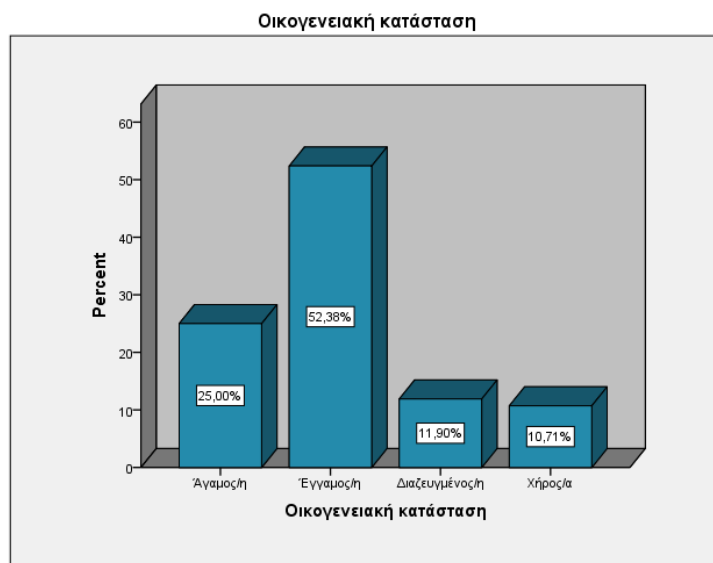
N: Συχνότητα, f %: Σχετική συχνότητα %



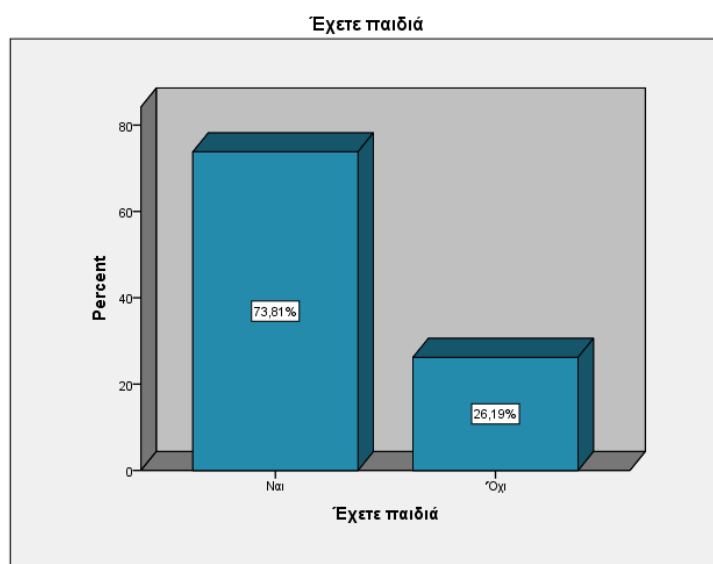
Γράφημα 1: Φύλο



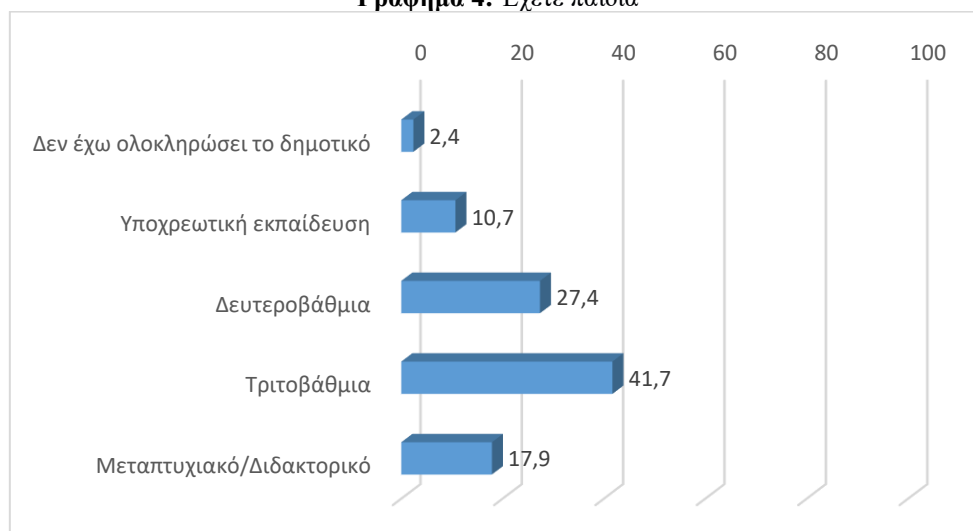
Γράφημα 2: Υπηκοότητα



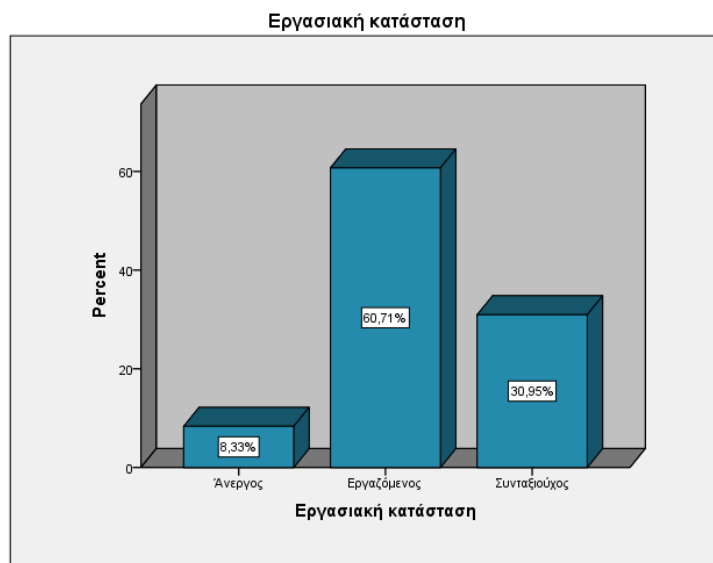
Γράφημα 3: Οικογενειακή κατάσταση



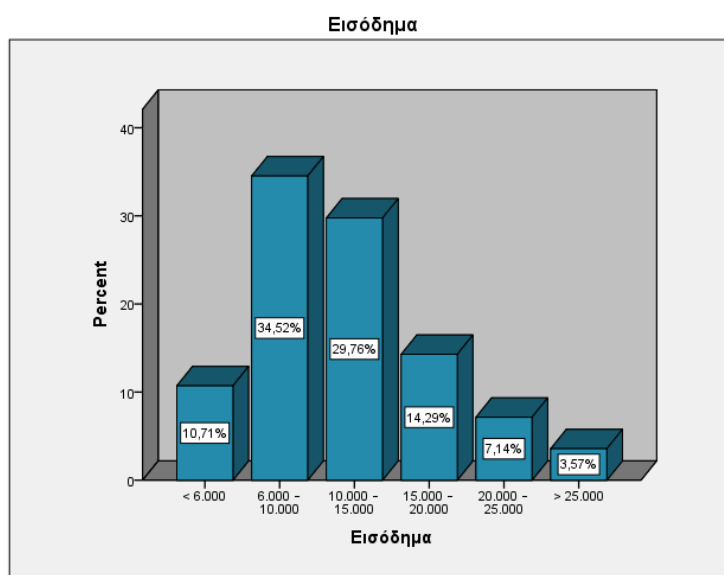
Γράφημα 4: Έχετε παιδιά



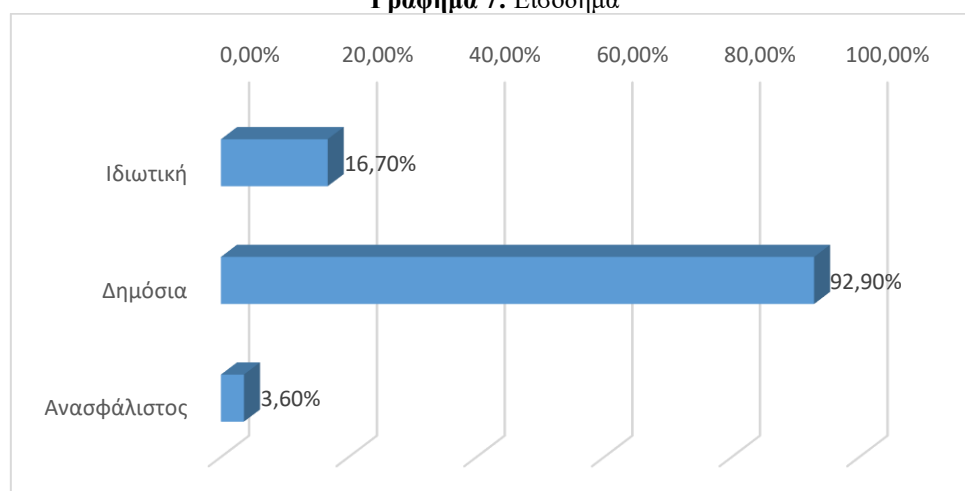
Γράφημα 5: Μορφωτικό επίπεδο



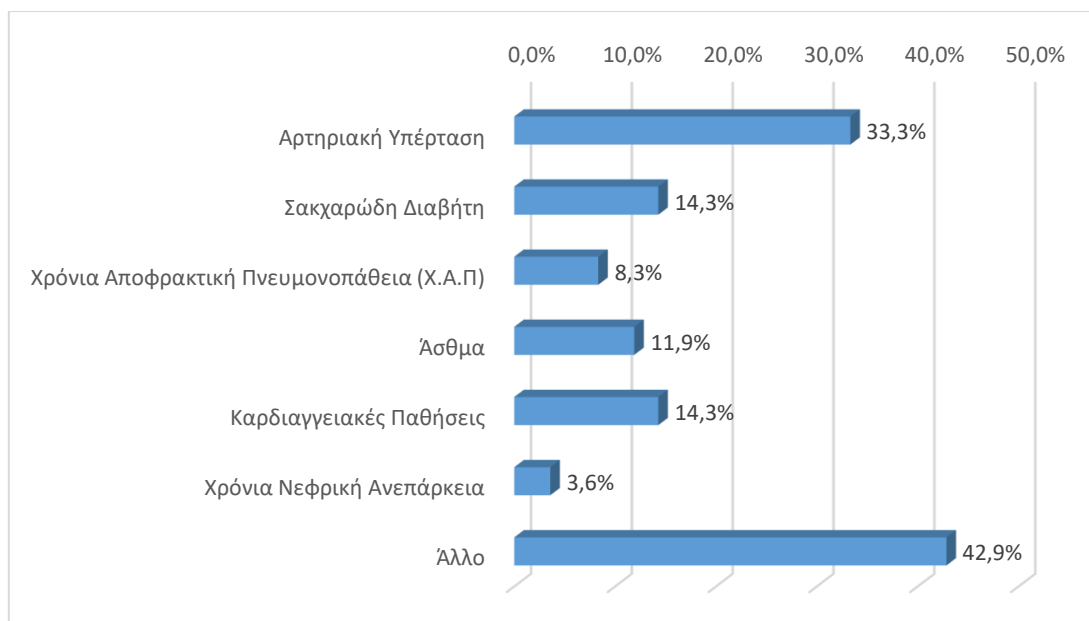
Γράφημα 6: Εργασιακή κατάσταση



Γράφημα 7: Εισόδημα

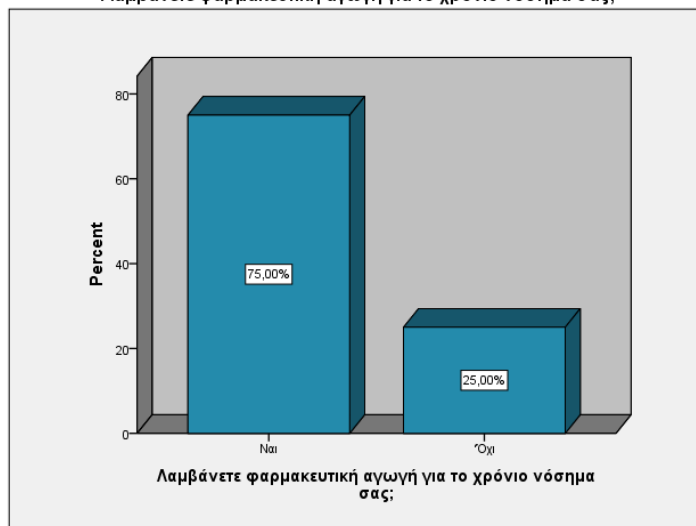


Γράφημα 8: Ασφάλεια



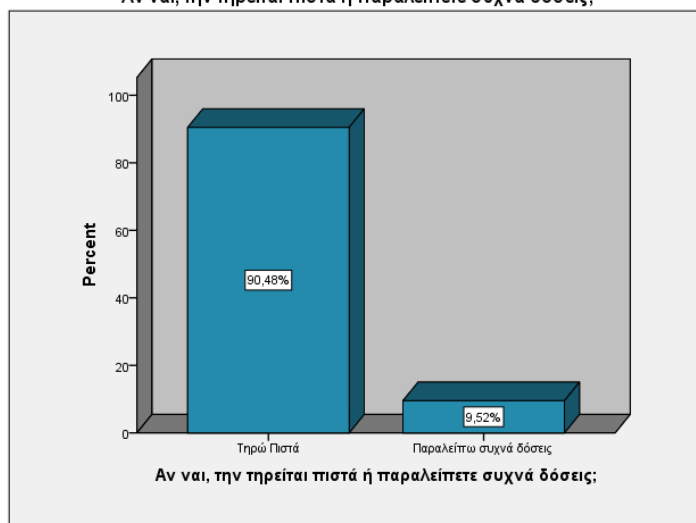
Γράφημα 9: Αναφέρατε αν πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα

Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή για το χρόνιο νόσημα σας;



Γράφημα 10: Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή για το χρόνιο νόσημα σας;

Αν ναι, την τηρείται πιστά ή παραλείπετε συχνά δόσεις;

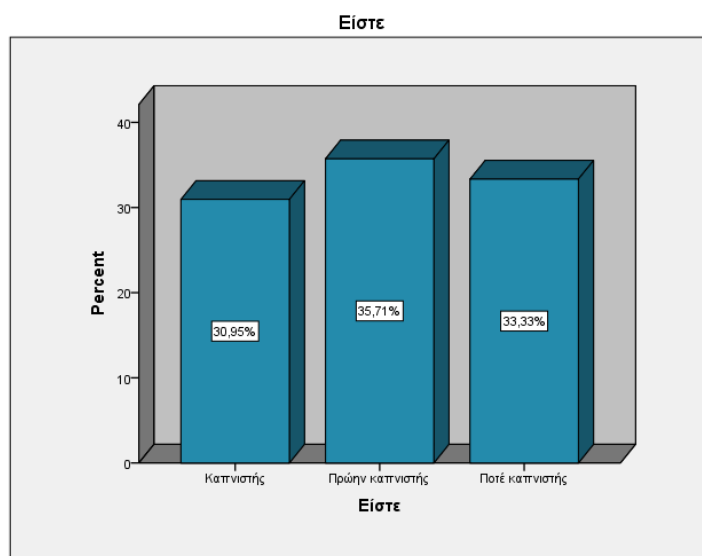


Γράφημα 11: Αν ναι, την τηρείται πιστά ή παραλείπετε συχνά δόσεις;

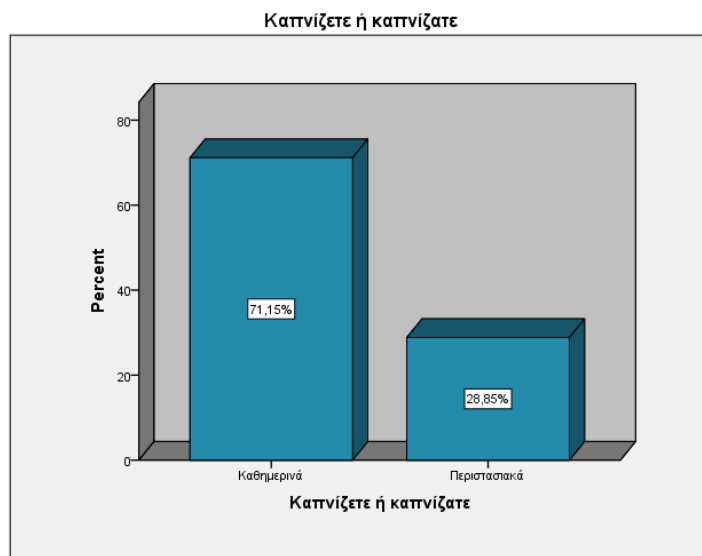
Παρακάτω παρουσιάζονται τα στοιχεία, τα οποία σχετίζονται με το κάπνισμα & αλκοόλ. Από τον Πίνακα 3 (και τα Γραφήματα 12-14) προκύπτει ότι το 35,7% (N=30) είναι πρώην καπνιστές, το 33,3% (N=28) δεν έχουν υπάρξει ποτέ καπνιστές, ενώ το 31,0% (N=26) νυν καπνιστές. Στη συνέχεια, το 71,2% (N=37) καπνίζει ή κάπνιζε καθημερινά, ενώ το 28,8% (N=15) περιστασιακά. Τέλος, το 56,0% (N=47) δεν πίνει αλκοόλ, ενώ το 44,0% (N=37) πίνει.

Πίνακας 3: Κάπνισμα & Αλκοόλ

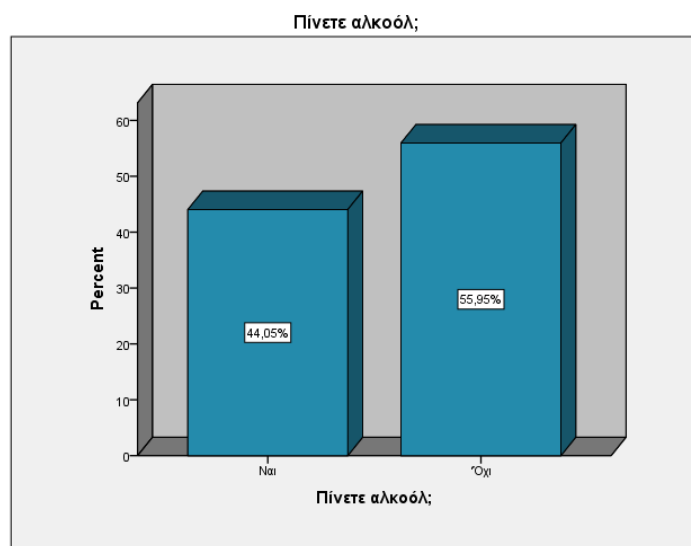
Στοιχείο	Κατηγορία	N	f%
Είστε	Καπνιστής	26	31,0
	Πρώην καπνιστής	30	35,7
	Ποτέ καπνιστής	28	33,3
Καπνίζετε ή καπνίζατε	Καθημερινά	37	71,2
	Περιστασιακά	15	28,8
Πίνετε αλκοόλ;	Ναι	37	44,0
	Όχι	47	56,0



Γράφημα 12: Είστε



Γράφημα 13: Καπνίζετε ή καπνίζατε

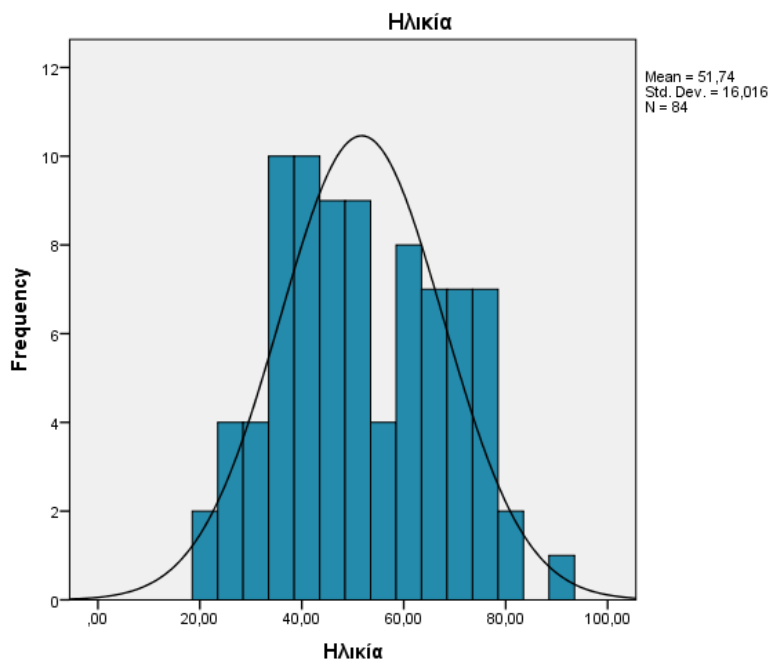


Γράφημα 14: Πίνετε αλκοόλ;

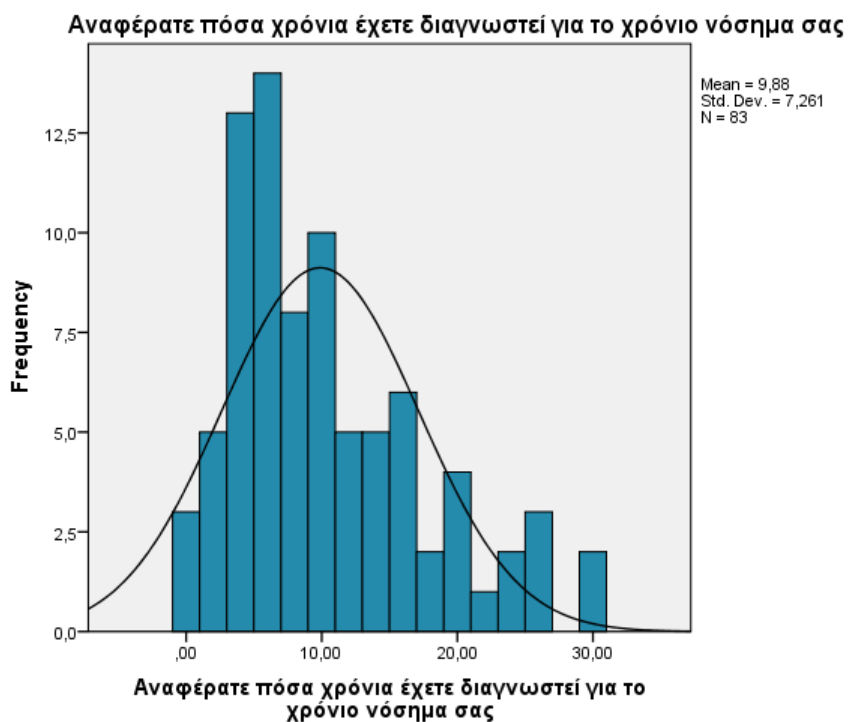
Στον Πίνακα 4 (και στα Γραφήματα 15-17) παρουσιάζονται τα ποσοτικά δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι ερωτηθέντες ήταν κατά μέσο όρο 52 ετών ($M.O.= 51,7 \pm 16,0$), έχουν διαγνωστεί κατά μέσο όρο 10 χρόνια με το χρόνιο νόσημα τους ($M.O.= 9,88 \pm 7,56$) και έχουν κατά μέσο όρο 2 παιδιά ($M.O.= 1,95 \pm 0,73$).

Πίνακας 4: Δημογραφικά (ποσοτικά) στοιχεία

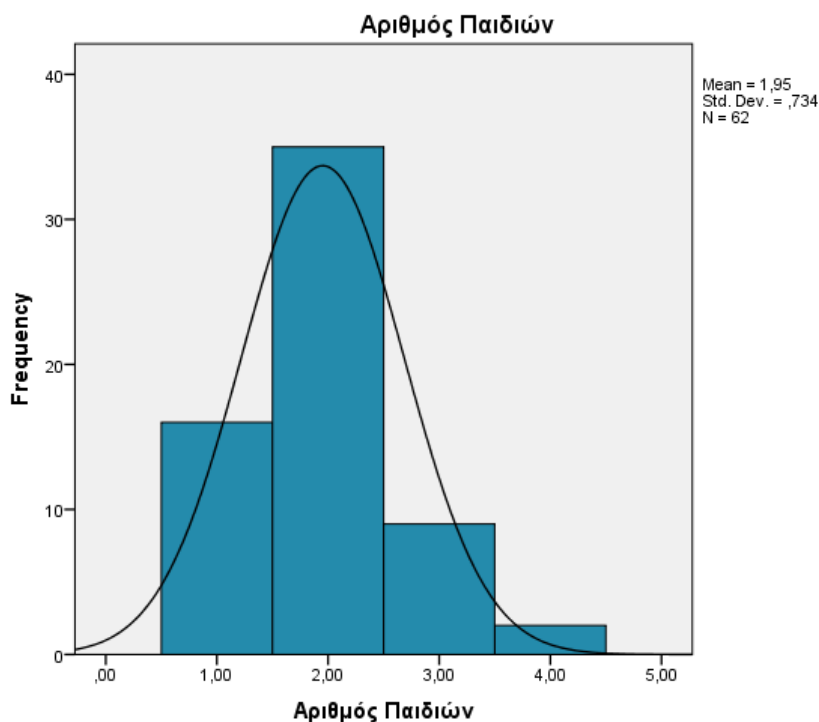
Κατηγορίες	M.O	T.A
Ηλικία	51,7	16,0
Αναφέρατε πόσα χρόνια έχετε διαγνωστεί για το χρόνιο νόσημα σας	9,88	7,26
Αριθμός Παιδιών	1,95	0,73



Γράφημα 15: Ηλικία



Γράφημα 16: Αναφέρατε πόσα χρόνια έχετε διαγνωστεί για το χρόνιο νόσημα σας



Γράφημα 17: Αριθμός Παιδιών

5.1.2. Συμπεριφορές που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής κατά την διάρκεια της πανδημίας

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι ερωτήσεις, οι οποίες εξετάζουν τον αντίκτυπο της πανδημίας Covid-19 και των συναφών περιορισμών, στις συμπεριφορές που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής όπως είναι η διατροφή, η σωματική δραστηριότητα, ο ύπνος. Οι ερωτηθέντες απαντούν μέσω πενταβάθμιας κλίμακας (1= Μειώθηκε σημαντικά, 2= Μειώθηκε ελαφρώς, 3= Πάνω κάτω το ίδιο, 4= Αυξήθηκε ελαφρώς, 5= Αυξήθηκε σημαντικά).

Από τον Πίνακα 5 (και το Γράφημα 18) προκύπτει ότι αυξήθηκε ελαφρώς η ώρα που κάθονται μπροστά σε μια οθόνη (M.O.= $4,00 \pm 0,85$) καθώς και τα επίπεδα αγωνίας και άγχους (M.O.= $3,83 \pm 0,92$). Ακόμη, οι απαντήσεις τους τοποθετήθηκαν μεταξύ του «πάνω κάτω το ίδιο» και του «αυξήθηκε ελαφρώς», όσον αφορά το κατά πόσο άλλαξε η κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών όταν βαριούνται, αγχώνονται ή αναστατώνονται, (M.O.= $3,52 \pm 0,90$), η ποσότητα/μερίδες γευμάτων και σνακ (M.O.= $3,42 \pm 0,89$), καθώς και η συνήθεια τους για σνακ μεταξύ των γευμάτων (M.O.= $3,42 \pm 0,93$).

Στη συνέχεια, δήλωσαν ότι παρέμεινε πάνω κάτω το ίδιο, η κατανάλωση γλυκών/καραμελών/σοκολάτας (M.O.= $3,37 \pm 0,95$), η συμμετοχή τους στο μαγείρεμα νέων/παραδοσιακών συνταγών (M.O.= $3,33 \pm 0,91$), το ενδιαφέρον τους να μάθουν συμβουλές για υγιεινή διατροφή από τα μέσα ενημέρωσης (M.O.= $3,31 \pm 0,90$), η υποστήριξη της

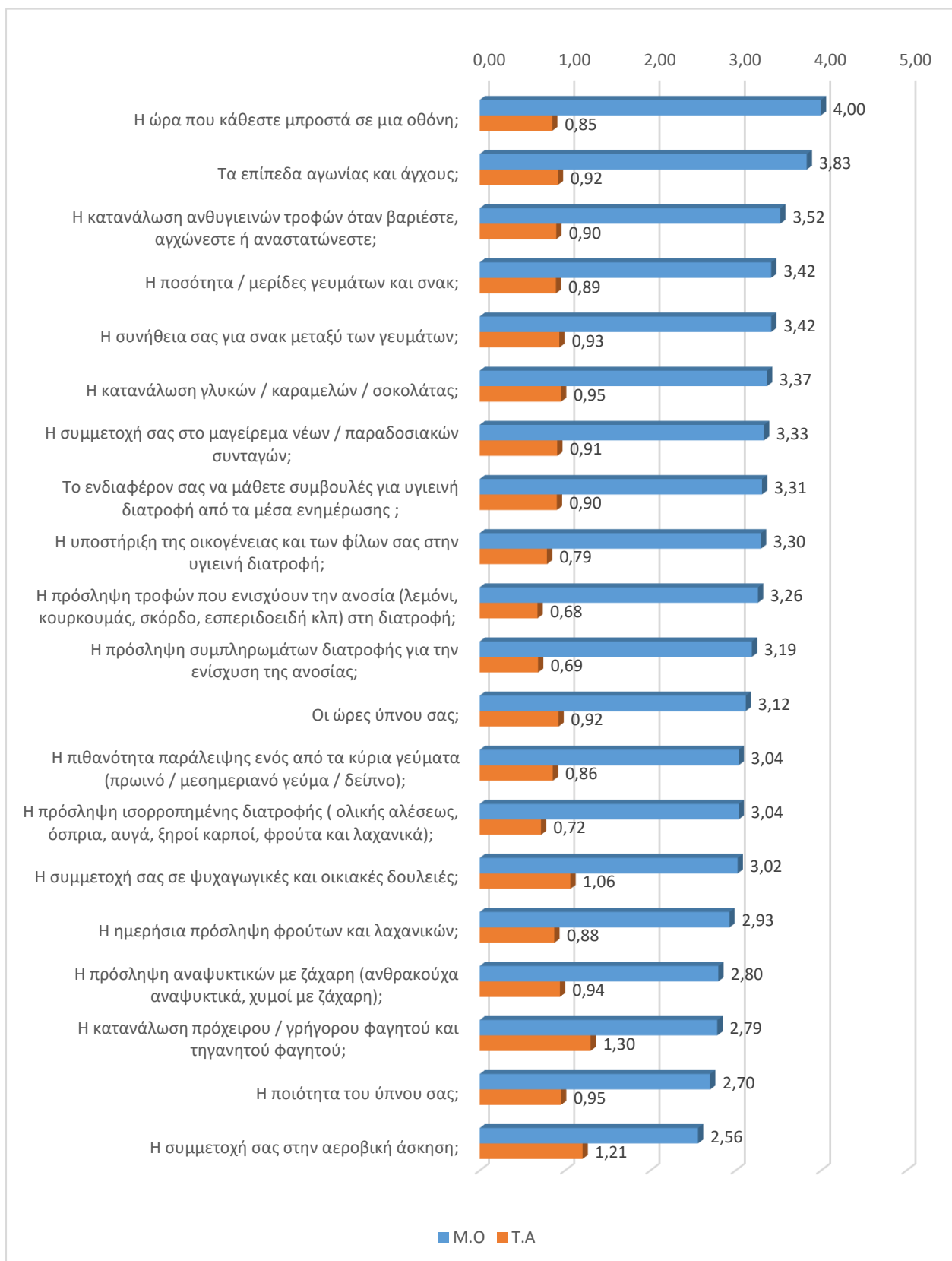
οικογένειας και των φίλων τους στην υγιεινή διατροφή (M.O.= 3,30±0,79), η πρόσληψη τροφών που ενισχύουν την ανοσία (λεμόνι, κουρκουμάς, σκόρδο, εσπεριδοειδή κλπ.) στη διατροφή (M.O.= 3,26±0,68), καθώς και των συμπληρωμάτων διατροφής για την ενίσχυση της ανοσίας (M.O.= 3,19±0,69).

Αναλόγως, απάντησαν ότι παρέμειναν το ίδιο οι ώρες ύπνου (M.O.= 3,12±0,92), η πιθανότητα παράλειψης ενός από τα κύρια γεύματα (πρωινό/μεσημεριανό γεύμα/δείπνο) (M.O.= 3,04±0,86), η πρόσληψη ισορροπημένης διατροφής (ολικής αλέσεως, όσπρια, αυγά, ξηροί καρποί, φρούτα και λαχανικά) (M.O.= 3,04±0,72), η συμμετοχή τους σε ψυχαγωγικές και οικιακές δουλειές (M.O.= 3,02±1,06), η ημερήσια πρόσληψη φρούτων και λαχανικών (M.O.= 2,93±0,88), η πρόσληψη αναψυκτικών με ζάχαρη (ανθρακούχα αναψυκτικά, χυμοί με ζάχαρη) (M.O.= 2,80±0,94), και του πρόχειρου/γρήγορου/τηγανητού φαγητού (M.O.= 2,79±1,30), καθώς και η ποιότητα του του ύπνου τους (M.O.= 2,70±0,95).

Τέλος, οι απαντήσεις τους βρέθηκαν μεταξύ του «μειώθηκε ελαφρώς» και του «παρέμεινε το ίδιο», όσον αφορά το κατά πόσο άλλαξε η συμμετοχή τους στην αεροβική άσκηση (M.O.= 2,56±1,21).

Πίνακας 5: Επίρροή του Covid-19 στον τρόπο ζωής

Πως έχει αλλάξει..	M.O	T.A
Η ώρα που κάθεστε μπροστά σε μια οθόνη;	4,00	0,85
Τα επίπεδα αγωνίας και άγχους;	3,83	0,92
Η κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών όταν βαριέστε, αγχώνεστε ή αναστατώνεστε;	3,52	0,90
Η ποσότητα / μερίδες γευμάτων και σνακ;	3,42	0,89
Η συνήθεια σας για σνακ μεταξύ των γευμάτων;	3,42	0,93
Η κατανάλωση γλυκών / καραμελών / σοκολάτας;	3,37	0,95
Η συμμετοχή σας στο μαγείρεμα νέων / παραδοσιακών συνταγών;	3,33	0,91
Το ενδιαφέρον σας να μάθετε συμβουλές για υγιεινή διατροφή από τα μέσα ενημέρωσης;	3,31	0,90
Η υποστήριξη της οικογένειας και των φίλων σας στην υγιεινή διατροφή;	3,30	0,79
Η πρόσληψη τροφών που ενισχύουν την ανοσία (λεμόνι, κουρκουμάς, σκόρδο, εσπεριδοειδή κλπ.) στη διατροφή;	3,26	0,68
Η πρόσληψη συμπληρωμάτων διατροφής για την ενίσχυση της ανοσίας;	3,19	0,69
Οι ώρες ύπνου σας;	3,12	0,92
Η πιθανότητα παράλειψης ενός από τα κύρια γεύματα (πρωινό / μεσημεριανό γεύμα / δείπνο);	3,04	0,86
Η πρόσληψη ισορροπημένης διατροφής (ολικής αλέσεως, όσπρια, αυγά, ξηροί καρποί, φρούτα και λαχανικά);	3,04	0,72
Η συμμετοχή σας σε ψυχαγωγικές και οικιακές δουλειές;	3,02	1,06
Η ημερήσια πρόσληψη φρούτων και λαχανικών;	2,93	0,88
Η πρόσληψη αναψυκτικών με ζάχαρη (ανθρακούχα αναψυκτικά, χυμοί με ζάχαρη);	2,80	0,94
Η κατανάλωση πρόχειρου/γρήγορου φαγητού και τηγανητού φαγητού;	2,79	1,30
Η ποιότητα του ύπνου σας;	2,70	0,95
Η συμμετοχή σας στην αεροβική άσκηση;	2,56	1,21



Γράφημα 18: Επιρροή του Covid-19 στον τρόπο ζωής

5.1.3. SF36

Επισκόπηση υγείας

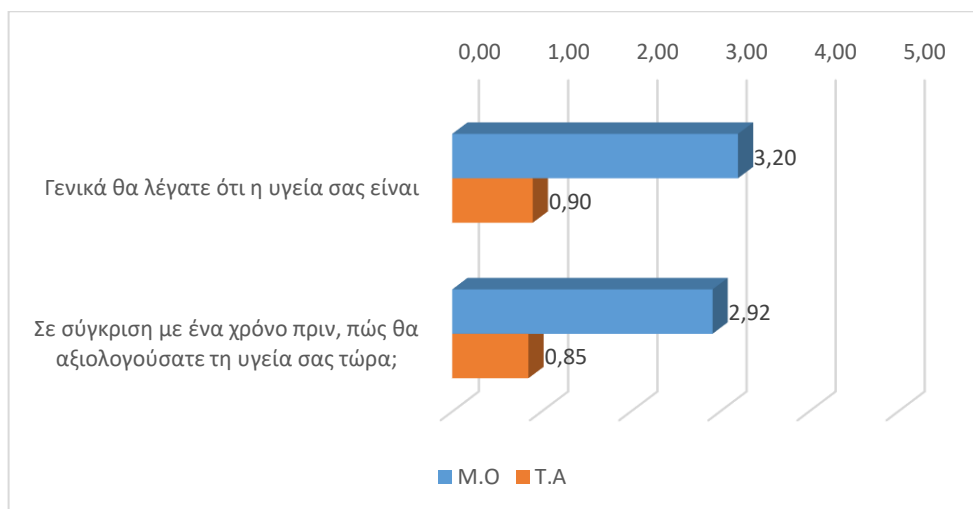
Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι ερωτήσεις, οι οποίες εξετάζουν τις απόψεις των ερωτηθέντων για την υγεία τους την συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

Στον Πίνακα 6 (και το Γράφημα 19) οι ερωτηθέντες απαντούν σε κλίμακα 1-5 (1= Κακή, 2= Μέτρια, 3= Καλή, 4= Πολύ καλή, 5= Εξαιρετική και 1= Πολύ χειρότερη, 2= Κάπως χειρότερη, 3= Περίπου η ίδια, 4= Κάπως καλύτερη, 5= Πολύ καλύτερη).

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η υγεία τους σε γενικές γραμμές είναι καλή (Μ.Ο.= 3,20±0,90) καθώς και περίπου ίδια σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν (Μ.Ο.= 2,92±0,85).

Πίνακας 6: Επισκόπηση της υγείας

Ερωτήσεις	Μ.Ο	Τ.Α
Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι	3,20	0,90
Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε τη υγεία σας τώρα;	2,92	0,85

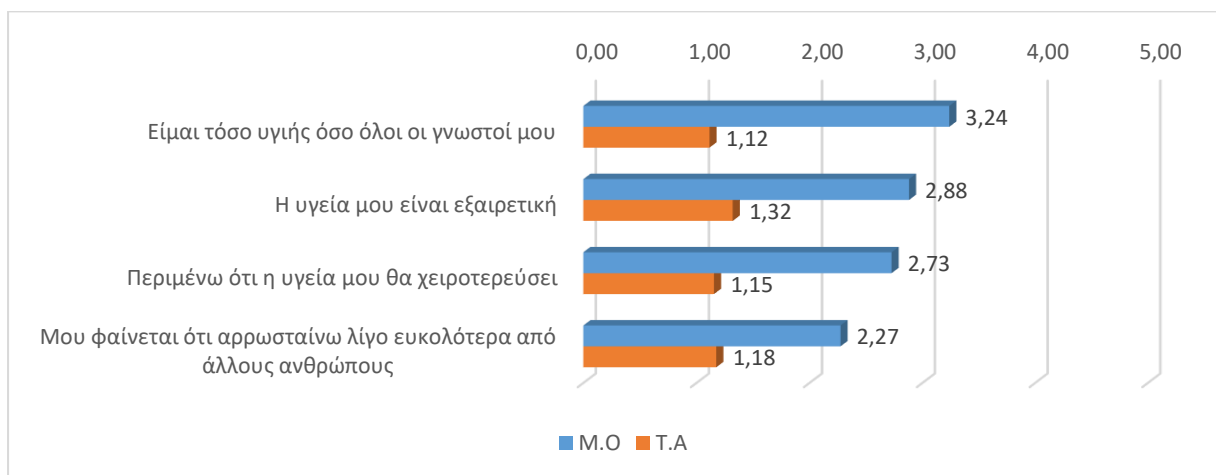


Γράφημα 19: Επισκόπηση της υγείας

Στον Πίνακα 7 (και το Γράφημα 20) οι ερωτηθέντες δηλώνουν το τόσο αληθείς ή ψευδείς είναι οι παρακάτω προτάσεις σε κλίμακα 1-5 (1= Εντελώς ψέμα, 2= Μάλλον ψέμα, 3= Δεν ξέρω, 4= Μάλλον αλήθεια, 5= Εντελώς αλήθεια). Από τα αποτελέσματα παρατηρείται ότι δεν ξέρουν εάν είναι τόσο υγιείς όσο όλοι οι γνωστοί τους (Μ.Ο.= 3,24±1,12), εάν η υγεία τους είναι εξαιρετική (Μ.Ο.= 2,88±1,32), καθώς και εάν περιμένουν ότι η υγεία τους θα χειροτερεύσει (Μ.Ο.= 2,73±1,15). Τέλος, δήλωσαν ότι είναι μάλλον ψέμα η θέση ότι τους φαίνεται ότι αρρωσταίνουν λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους (Μ.Ο.= 2,27±1,18).

Πίνακας 7: Αλήθεια προτάσεων για την κατάσταση υγείας

Ερωτήσεις	M.O	T.A
Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	3,24	1,12
Η υγεία μου είναι εξαιρετική	2,88	1,32
Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	2,73	1,15
Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	2,27	1,18



Γράφημα 20: Αλήθεια προτάσεων για την κατάσταση υγείας

Φυσική λειτουργία

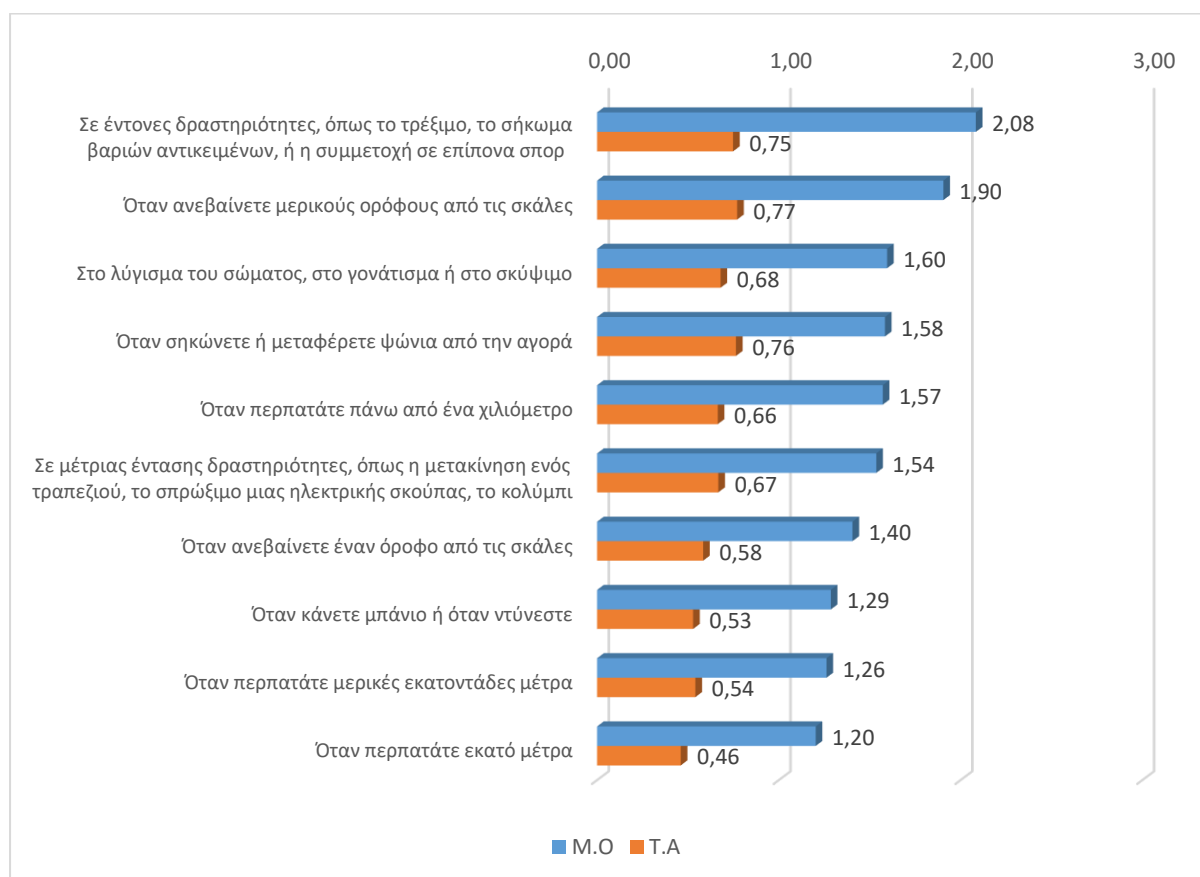
Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι ερωτήσεις οι οποίες εξετάζουν το κατά πόσο περιορίζει η τωρινή κατάσταση της υγείας τους τη φυσική λειτουργία τους κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Οι ερωτηθέντες απαντούν σε κλίμακα 1-3 (1= Καθόλου, 2= Λίγο, 3= Πολύ).

Από τον Πίνακα 8 (και το Γράφημα 21) προκύπτει ότι η τωρινή κατάσταση της υγείας τους, τους περιορίζει λίγο σε έντονες δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε επίπονα σπορ (M.O.= $2,08 \pm 0,75$), καθώς και όταν ανεβαίνουν μερικούς ορόφους από τις σκάλες (M.O.= $1,90 \pm 0,77$). Στη συνέχεια, οι απαντήσεις τους τοποθετήθηκαν μεταξύ του «καθόλου» και του «λίγο», όσον αφορά το κατά πόσο τους περιορίζει η τωρινή τους κατάσταση στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο (M.O.= $1,60 \pm 0,68$), όταν σηκώνουν ή μεταφέρουν ψώνια από την αγορά (M.O.= $1,58 \pm 0,76$), όταν περπατούν πάνω από ένα χιλιόμετρο (M.O.= $1,57 \pm 0,66$), σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιου, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι (M.O.= $1,54 \pm 0,67$), καθώς και όταν ανεβαίνουν έναν όροφο από τις σκάλες (M.O.= $1,40 \pm 0,58$).

Τέλος, δεν τους έχει περιορίσει καθόλου όταν κάνουν μπάνιο ή όταν ντύνονται (M.O.= 1,29±0,53), όταν περπατούν μερικές εκατοντάδες μέτρα (M.O.= 1,26±0,54), καθώς και όταν περπατούν εκατό μέτρα (M.O.= 1,20±0,46).

Πίνακας 8: Φυσική λειτουργία

Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει..	M.O	T.A
Σε έντονες δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε επίπονα σπορ	2,08	0,75
Όταν ανεβαίνετε μερικούς ορόφους από τις σκάλες	1,90	0,77
Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	1,60	0,68
Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	1,58	0,76
Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο	1,57	0,66
Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι	1,54	0,67
Όταν ανεβαίνετε έναν όροφο από τις σκάλες	1,40	0,58
Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	1,29	0,53
Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα	1,26	0,54
Όταν περπατάτε εκατό μέτρα	1,20	0,46



Γράφημα 21: Φυσική λειτουργία

Φυσικός ρόλος

Σε αυτήν την ενότητα παρατίθενται οι ερωτήσεις οι οποίες σχετίζονται με τον φυσικό ρόλο τις τελευταίες 4 εβδομάδες, δηλαδή εξετάζουν το εάν παρουσιάστηκαν προβλήματα στη δουλειά τους, είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή τους δραστηριότητα, ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής τους υγείας.

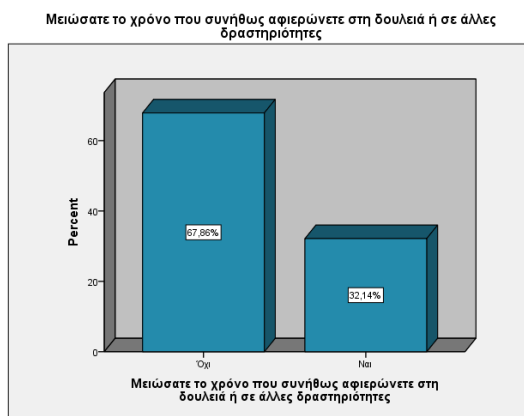
Από τον Πίνακα 9 (και τα Γραφήματα 22-25) προκύπτει ότι τις τελευταίες 4 εβδομάδες το 67,9% (N=57) δεν μείωσε το χρόνο που συνήθως αφιερώνει στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες εξαιτίας της σωματικής του υγείας, ενώ το 32,1% (N=27) τον μείωσε. Επίσης, το 53,6% (N=45) δεν επιτέλεσε λιγότερα από όσα θα ήθελε, ενώ το 46,4% (N=39) επιτέλεσε λιγότερα λόγω της σωματικής του κατάστασης. Ακόμη, το 58,3% (N=49) δήλωσε ότι δεν περιορίσε τα είδη δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων τις τελευταίες 4 εβδομάδες, ενώ το υπόλοιπο 41,7% (N=35) τα περιορίσε. Τέλος, το 69,0% (N=58) απάντησε ότι δεν δυσκολεύτηκε να επιτελέσει την εργασία του ή άλλες δραστηριότητές, ενώ το 31,0% (N=26) δυσκολεύτηκε.

Πίνακας 9: Φυσικός ρόλος

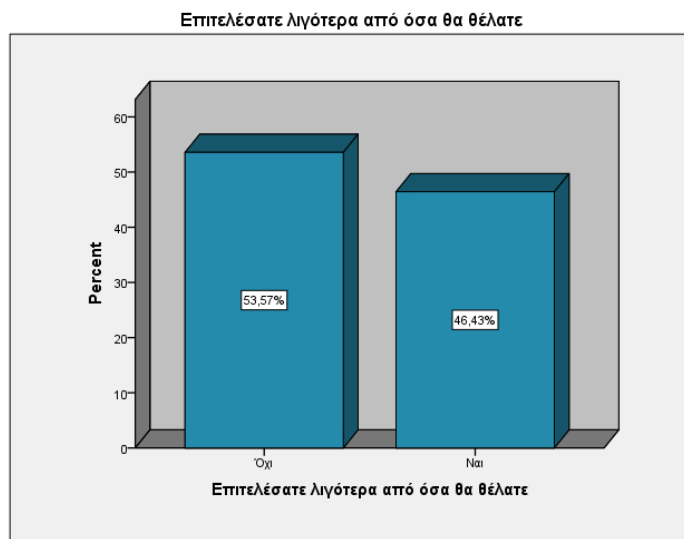
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες..	Κατηγορία	N	f%
Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	Όχι	57	67,9
	Ναι	27	32,1
Επιτέλεσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	Όχι	45	53,6
	Ναι	39	46,4
Περιορίσατε τα είδη δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας	Όχι	49	58,3
	Ναι	35	41,7
Δυσκολευτήκατε να επιτελέσετε την εργασία ή άλλες δραστηριότητές σας (καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)	Όχι	58	69,0
	Ναι	26	31,0

N: Συχνότητα

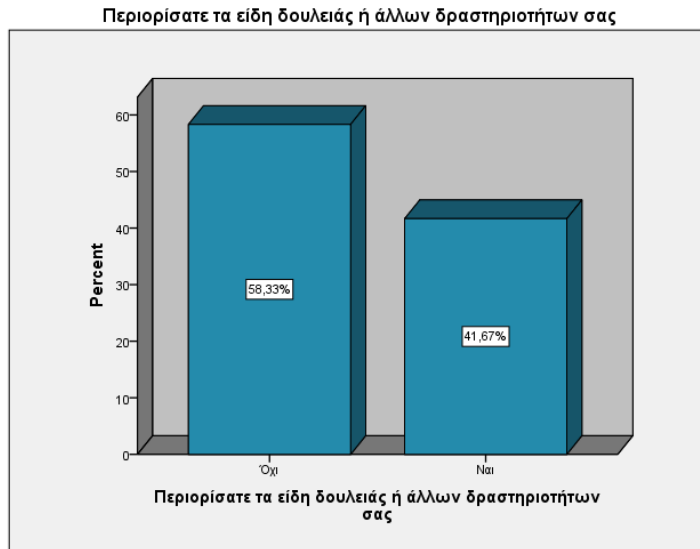
f %: Σχετική συχνότητα %



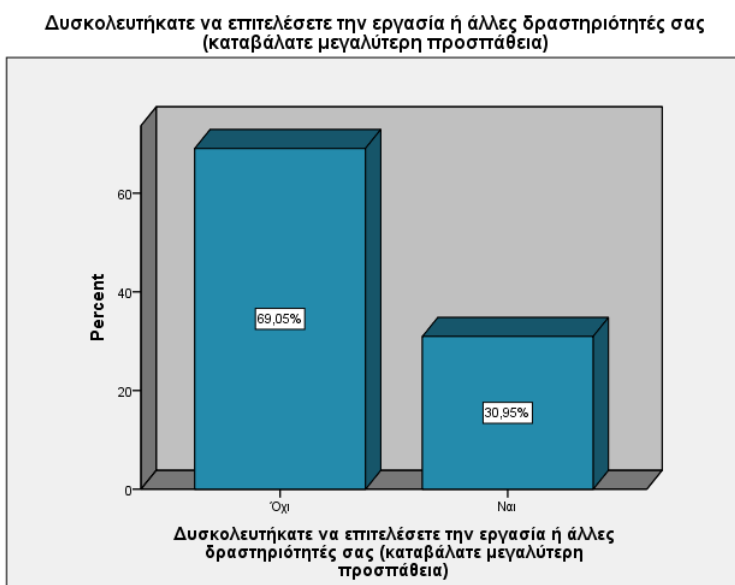
Γράφημα 22: Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες



Γράφημα 23: Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε



Γράφημα 24: Περιορίσατε τα είδη δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας



Γράφημα 25: Δυσκολευτήκατε να επιτελέσετε την εργασία ή άλλες δραστηριότητές σας (καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)

Συναισθηματικός ρόλος

Παρακάτω παρατίθενται οι ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν τον συναισθηματικό ρόλο. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, δηλαδή εξετάζουν το εάν παρουσιάστηκαν προβλήματα στη δουλειά είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα, ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως μελαγχολία ή άγχος).

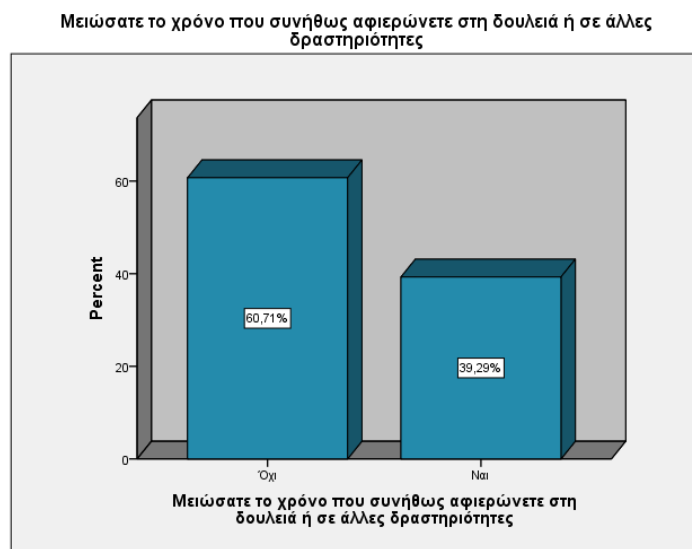
Από τον Πίνακα 10 (και τα Γραφήματα 26-28) προκύπτει ότι τις τελευταίες 4 εβδομάδες το 60,7% (N=51) δεν μείωσε το χρόνο που συνήθως αφιερώνει στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες λόγω κάποιου συναισθηματικού προβλήματος, ενώ το 39,3% (N=33) τον μείωσε. Επίσης, το 59,5% (N=50) επιτέλεσε λιγότερα από όσα θα ήθελε λόγω κάποιου συναισθηματικού παράγοντα, ενώ το 40,5% (N=34) όχι. Τέλος, το 64,3% (N=54) απάντησε ότι δεν έκανε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως, ενώ το 35,7% (N=30) τις έκανε λιγότερο προσεκτικά.

Πίνακας 10: Συναισθηματικός ρόλος

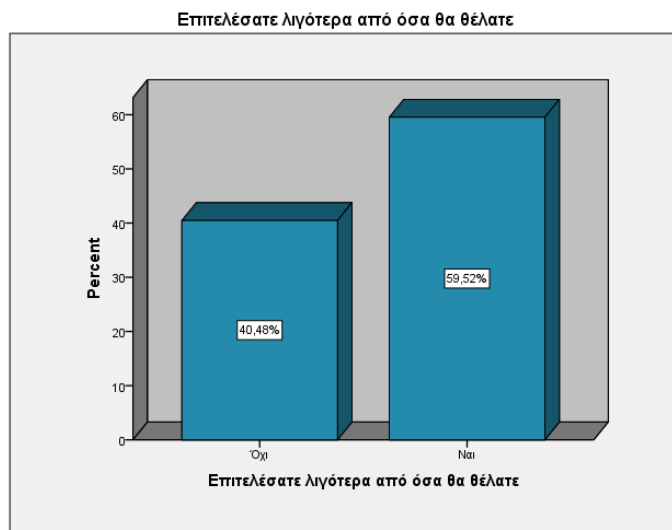
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες	Κατηγορία	N	f%
Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	Όχι	51	60,7
	Ναι	33	39,3
Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	Όχι	34	40,5
	Ναι	50	59,5
Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως	Όχι	54	64,3
	Ναι	30	35,7

N: Συχνότητα

f %: Σχετική συχνότητα %

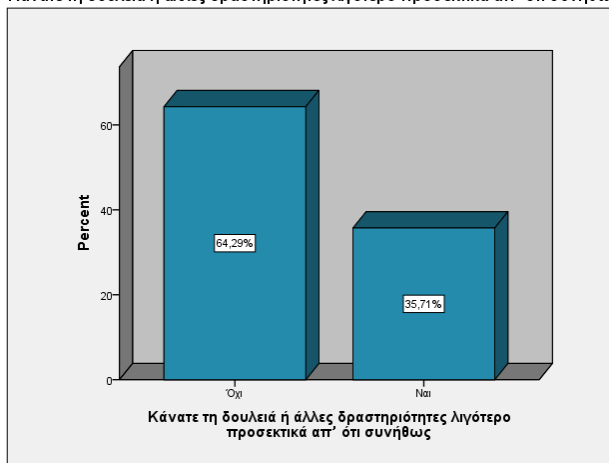


Γράφημα 26: Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες



Γράφημα 27: Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε

Κάνετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' όπi συνήθως



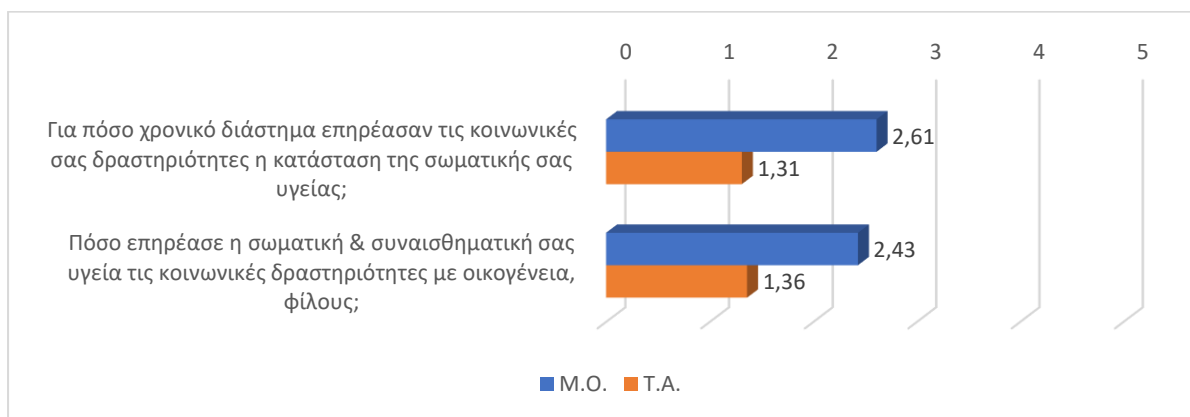
Γράφημα 28: Κάνετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' όπi συνήθως

Κοινωνική λειτουργικότητα

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι ερωτήσεις οι οποίες εξετάζουν την κοινωνική λειτουργικότητα. Οι ερωτηθέντες απαντούν σε κλίμακα 1-5 (1=Καθόλου, 2=Ελάχιστα, 3=Μέτρια, 4=Αρκετά, 5=Πολύ & 1=Καθόλου, 2=Μικρό διάστημα, 3=Μερικές φορές, 4=Το μεγαλύτερο διάστημα, 5=Συνεχώς). Από τον Πίνακα 11 (Γράφημα 29) προκύπτει πως οι συμμετέχοντες μερικές φορές η κατάσταση της σωματικής τους υγείας επηρέασε τις κοινωνικές δραστηριότητες (Μ.Ο.=2,61 ± 1,31) ενώ ελάχιστα ως μέτρια επηρέασε η σωματική και συναισθηματική τους υγεία τις κοινωνικές δραστηριότητες με οικογένεια και φίλους (Μ.Ο.=2,43±1,36).

Πίνακας 11: Κοινωνική λειτουργικότητα

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες..	Μ.Ο.	Τ.Α.
Για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες η κατάσταση της σωματικής σας υγείας;	2,61	1,31
Πόσο επηρέασε η σωματική & συναισθηματική σας υγεία τις κοινωνικές δραστηριότητες με οικογένεια, φίλους;	2,43	1,36



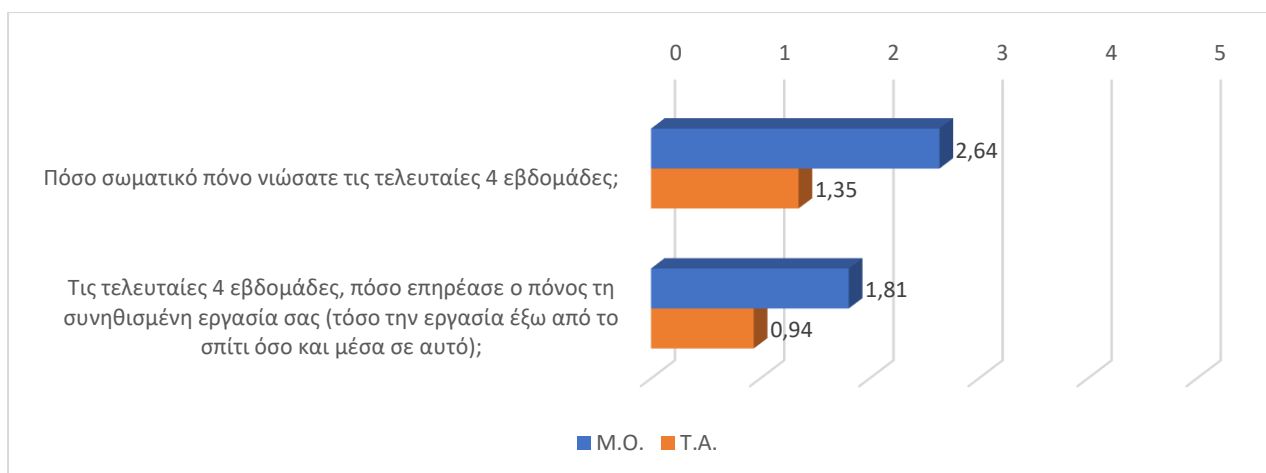
Γράφημα 29: Κοινωνική λειτουργικότητα

Σωματικός πόνος

Παρακάτω παρατίθενται οι ερωτήσεις, οι οποίες εξετάζουν τον σωματικό πόνο των ερωτηθέντων τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Οι ερωτηθέντες απαντούν σε κλίμακα 1-5 (1= Καθόλου, 2=Ελάχιστα, 3= Μέτρια, 4= Αρκετά 5=Πάρα πολύ & 1=Καθόλου, 2=Πολύ ήπιο, 3=Μέτριο, 4=Έντονο, 5=Πολύ έντονο). Από τον Πίνακα 12 (Γράφημα 30) προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες νιώσανε μέτριο σωματικό πόνο τις τελευταίες 4 εβδομάδες (M.O.=2,64 ± 1,35) ο οποίος επηρέασε ελάχιστα την συνηθισμένη εργασία τους (M.O.=1,81 ± 0,94),

Πίνακας 12: Σωματικός πόνος

Ερωτήσεις	M.O.	T.A.
Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;	2,64	1,35
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);	1,81	0,94



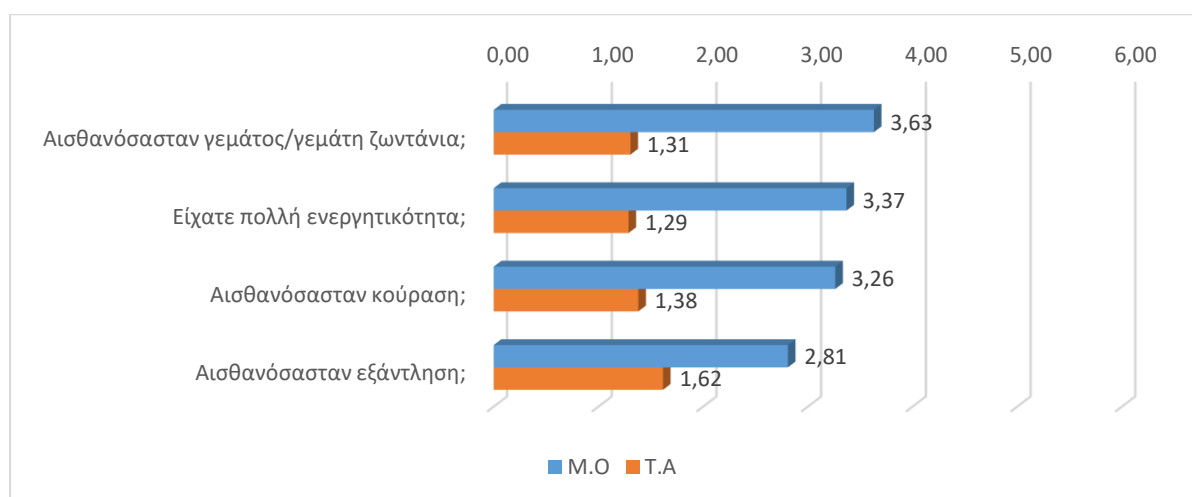
Γράφημα 30: Σωματικός πόνος

Ζωτικότητα

Παρακάτω παρατίθενται οι ερωτήσεις, οι οποίες εξετάζουν την ζωτικότητα των ερωτηθέντων τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Οι ερωτηθέντες απαντούν σε κλίμακα 1-6 (1= Καθόλου, 2= Μικρό διάστημα, 3= Μερικές φορές, 4= Σημαντικό διάστημα, 5= Το μεγαλύτερο διάστημα, 6= Συνεχώς). Από τον Πίνακα 13 (και το Γράφημα 31) προκύπτει ότι σημαντικό διάστημα αισθάνονταν γεμάτοι ζωντάνια τις τελευταίες 4 εβδομάδες (Μ.Ο.= 3,63±1,31). Ακόμη, μερικές φορές είχαν πολλή ενεργητικότητα (Μ.Ο.= 3,37±1,29), αισθάνονταν κούραση (Μ.Ο.= 3,26±1,38), καθώς και εξάντληση (Μ.Ο.= 2,81±1,62).

Πίνακας 13: Ζωτικότητα

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες..	Μ.Ο	Τ.Α
Αισθανόσασταν γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια;	3,63	1,31
Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	3,37	1,29
Αισθανόσασταν κούραση;	3,26	1,38
Αισθανόσασταν εξάντληση;	2,81	1,62



Γράφημα 31: Ζωτικότητα

Ψυχική υγεία

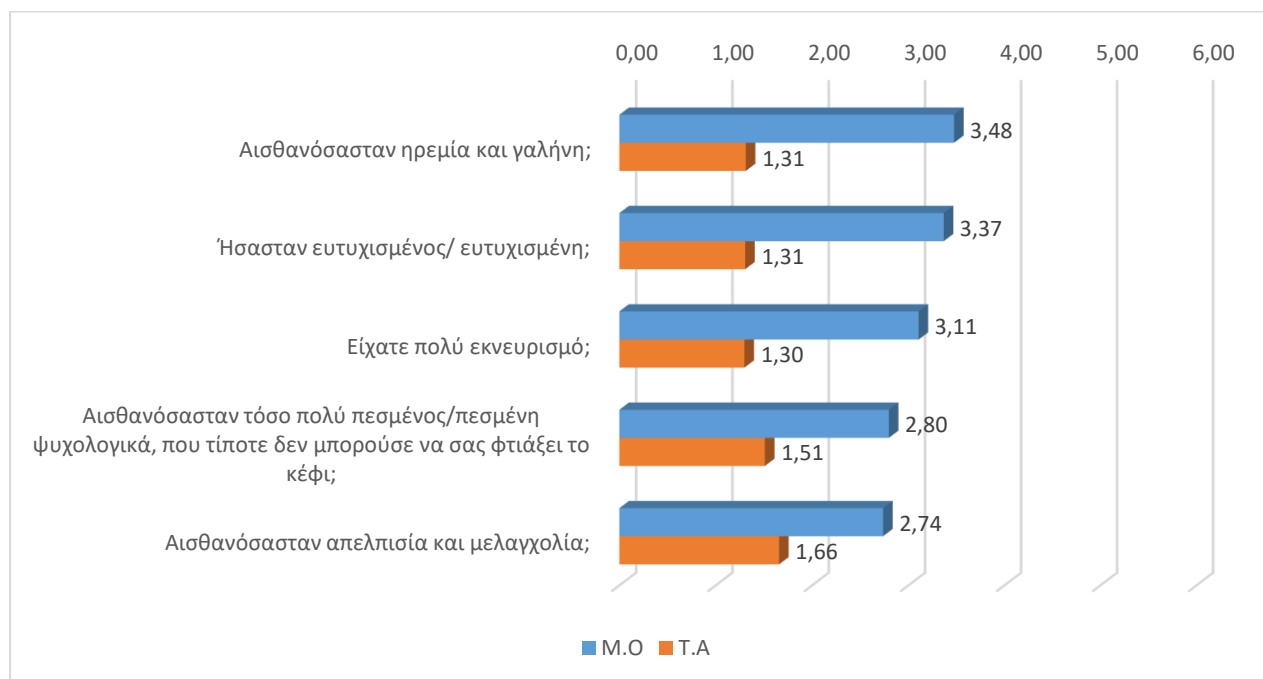
Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι ερωτήσεις οι οποίες εξετάζουν την ψυχική υγεία των ερωτηθέντων τις τελευταίες 4 εβδομάδες και απαντώνται ξανά σε κλίμακα 1-6 (1= Καθόλου, 2= Μικρό διάστημα, 3= Μερικές φορές, 4= Σημαντικό διάστημα, 5= Το μεγαλύτερο διάστημα, 6= Συνεχώς).

Από τον Πίνακα 14 (και το Γράφημα 32) προκύπτει ότι οι απαντήσεις τους τοποθετήθηκαν μεταξύ του «μερικές φορές,» και του «σημαντικό διάστημα», όσον αφορά το κατά πόσο συχνά αισθάνονταν ηρεμία και γαλήνη τις τελευταίες 4 εβδομάδες (Μ.Ο.= 3,48±1,31). Ακόμη, δήλωσαν ότι μερικές φορές ήταν ευτυχισμένοι (Μ.Ο.= 3,37±1,31), είχαν πολύ εκνευρισμό (Μ.Ο.= 3,11±1,30), αισθάνονταν τόσο πολύ πεσμένοι ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε

να τους φτιάξει το κέφι (M.O.= $2,80 \pm 1,51$), καθώς και απελπισία και μελαγχολία (M.O.= $2,74 \pm 1,66$).

Πίνακας 14: Ψυχική υγεία

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες	M.O	T.A
Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;	3,48	1,31
Ήσασταν ευτυχισμένος/ ευτυχισμένη;	3,37	1,31
Είχατε πολύ εκνευρισμό;	3,11	1,30
Αισθανόσασταν τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	2,80	1,51
Αισθανόσασταν απελπισία και μελαγχολία;	2,74	1,66



Γράφημα 32: Ψυχική υγεία

5.1.4. HADS

Άγχος

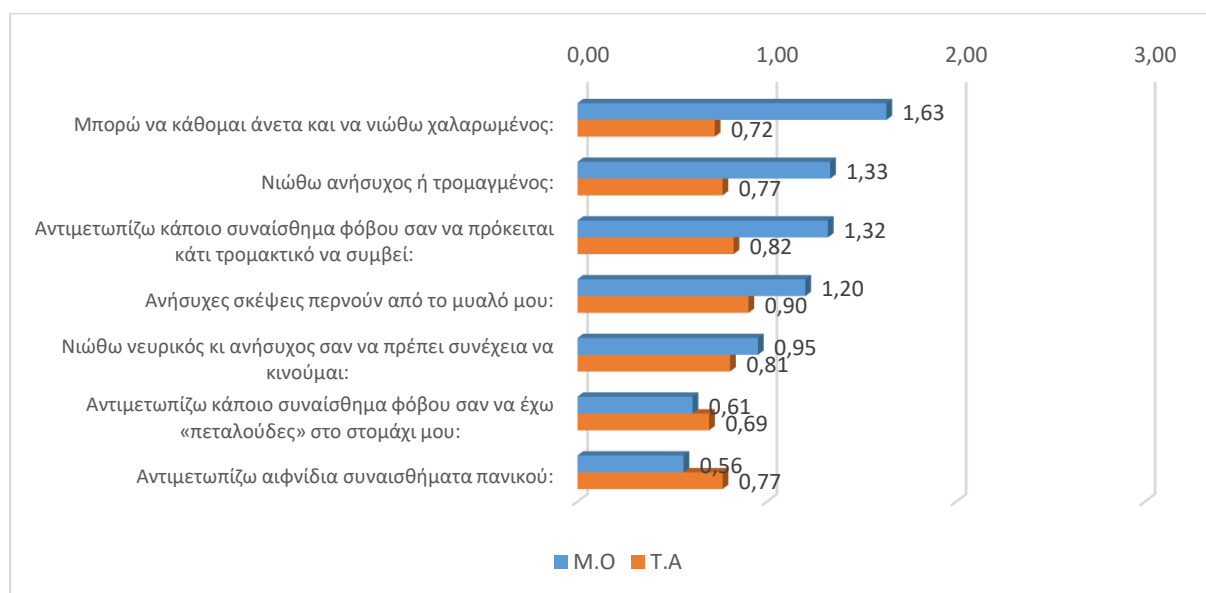
Στην παρούσα ενότητα παρατίθενται οι ερωτήσεις οι οποίες εξετάζουν τα επίπεδα άγχους καθ' όλη την περίοδο της πανδημίας. Οι ερωτηθέντες απαντούν σε κλίμακα 0-3 (0= Καθόλου, 1= Λίγο, 2= Αρκετά, 3= Πολύ).

Από τον Πίνακα 15 (και το Γράφημα 33) προκύπτει ότι καθ' όλη την περίοδο της πανδημίας μπορούν σε αρκετό βαθμό να κάθονται άνετα και να νιώθουν χαλαρωμένοι (M.O.= $1,63 \pm 0,72$). Ακόμη, απάντησαν «λίγο», όσον αφορά το κατά πόσο νιώθουν ανήσυχοι ή τρομαγμένοι (M.O.= $1,33 \pm 0,77$), αντιμετωπίζουν κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί (M.O.= $1,32 \pm 0,82$), περνούν από το μυαλό τους ανήσυχες σκέψεις

(M.O.= $1,20 \pm 0,90$), νιώθουν νευρικοί κι ανήσυχοι σαν να πρέπει συνέχεια να κινούνται (M.O.= $0,95 \pm 0,81$), όπως και λίγο αντιμετωπίζουν κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχουν «πεταλούδες» στο στομάχι (M.O.= $0,61 \pm 0,69$). Τέλος, οι απαντήσεις τους τοποθετήθηκαν μεταξύ του «καθόλου,» και του «λίγο», όσον αφορά το κατά πόσο αντιμετωπίζουν αιφνίδια συναισθήματα πανικού (M.O.= $0,56 \pm 0,77$)

Πίνακας 15: Άγχος

Πώς αισθάνεστε καθ' όλη την περίοδο της πανδημίας	M.O	T.A
Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος	1,63	0,72
Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος	1,33	0,77
Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί	1,32	0,82
Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου	1,20	0,90
Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι	0,95	0,81
Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω «πεταλούδες» στο στομάχι μου	0,61	0,69
Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού	0,56	0,77



Γράφημα 33: Άγχος

Κατάθλιψη

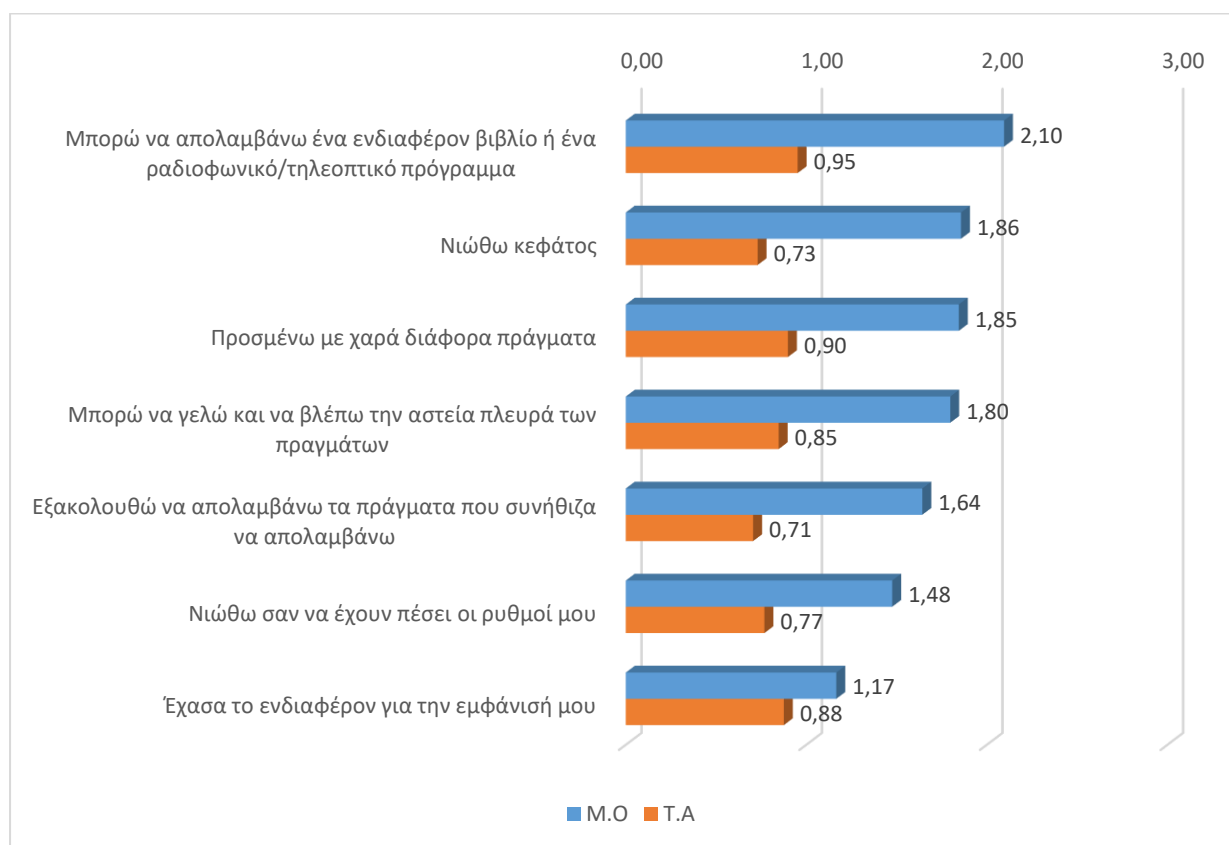
Στην τελευταία ενότητα παρουσιάζονται οι ερωτήσεις οι οποίες εξετάζουν τα επίπεδα της κατάθλιψης καθ' όλη την περίοδο της πανδημίας. Οι ερωτηθέντες απαντούν σε κλίμακα 0-3 (0= Καθόλου, 1= Λίγο, 2= Αρκετά, 3= Πολύ).

Από τον Πίνακα 16 (και το Γράφημα 34) προκύπτει ότι καθ' όλη την περίοδο της πανδημίας μπορούν σε αρκετό βαθμό να απολαμβάνουν ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα (M.O.= $2,10 \pm 0,95$), να νιώθουν κεφάτοι (M.O.= $1,86 \pm 0,73$), να προσμένουν με χαρά διάφορα πράγματα (M.O.= $1,85 \pm 0,90$), να γελούν και να βλέπουν την αστεία πλευρά των πραγμάτων (M.O.= $1,80 \pm 0,85$), καθώς και σε αρκετό βαθμό

εξακολουθούν να απολαμβάνουν τα πράγματα που συνήθιζαν να απολαμβάνουν (Μ.Ο.= $1,64 \pm 0,71$). Ακόμη, οι απαντήσεις τους τοποθετήθηκαν μεταξύ του «λίγο» και του «αρκετά» όσον αφορά το κατά πόσο νιώθουν σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί τους (Μ.Ο.= $1,48 \pm 0,77$). Τέλος έχασαν λίγο το ενδιαφέρον για την εμφάνισή τους (Μ.Ο.= $1,17 \pm 0,88$).

Πίνακας 16: Κατάθλιψη

Δηλώσεις	Μ.Ο	Τ.Α
Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα	2,10	0,95
Νιώθω κεφάτος	1,86	0,73
Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα	1,85	0,90
Μπορώ να γελώ και να βλέπω την αστεία πλευρά των πραγμάτων	1,80	0,85
Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω	1,64	0,71
Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου	1,48	0,77
Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου	1,17	0,88



Γράφημα 34: Κατάθλιψη

5.2. Επαγωγική Στατιστική

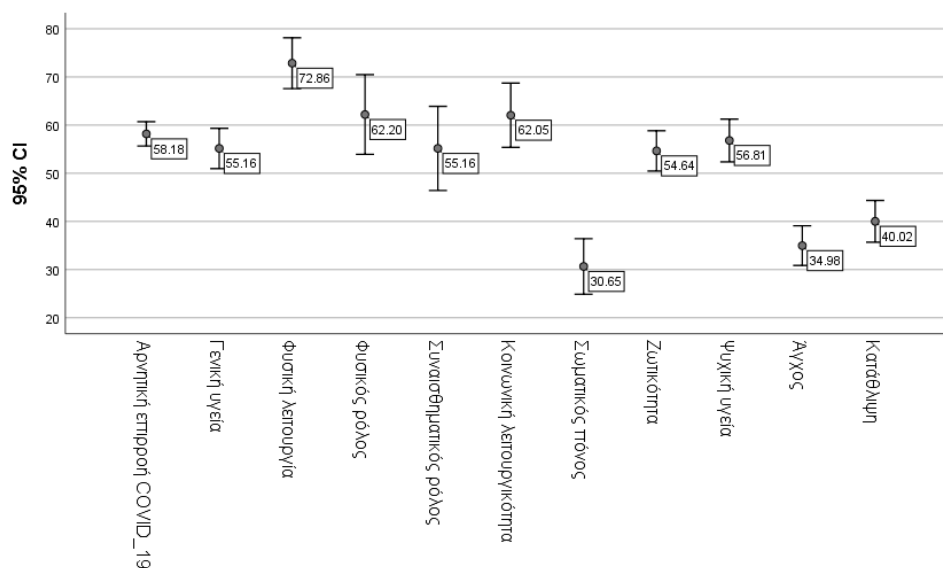
5.2.1. Περιγραφική ανάλυση των Διαστάσεων

Στον Πίνακα 17 (και στο Γράφημα 35) παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία των διαστάσεων. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι ερωτηθέντες δήλωσαν πως συμφωνούν

πολύ με την «Φυσική λειτουργία» (Μ.Ο.=72,86±24,35), ενώ μέτρια έως πολύ με τον «Φυσικό ρόλο» (Μ.Ο.=62,20±38,12) και την «Κοινωνική λειτουργικότητα» (Μ.Ο.=62,05±30,77). Επίσης, ήταν ουδέτεροι με την «Αρνητική επιρροή COVID-19» (Μ.Ο.=58,18±11,65), την «Ψυχική υγεία» (Μ.Ο.=56,81±20,48), τον «Συναισθηματικό ρόλο» (Μ.Ο.=55,16±40,24), τη «Γενική υγεία» (Μ.Ο.=55,16±19,29) τη «Ζωτικότητα» (Μ.Ο.=54,64±19,31) και την «Κατάθλιψη» (Μ.Ο.=40,02±19,99). Τέλος, δήλωσαν πως συμφωνούν λίγο με το «Άγχος» (Μ.Ο.=34,98±18,97) και το «Σωματικό πόνο» (Μ.Ο.=30,65±26,56).

Πίνακας 17: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση των διαστάσεων

Διάσταση	Μ.Ο.	Τ.Α.
Αρνητική επιρροή COVID-19	58,18	11,65
Γενική υγεία	55,16	19,29
Φυσική λειτουργία	72,86	24,35
Φυσικός ρόλος	62,20	38,12
Συναισθηματικός ρόλος	55,16	40,24
Κοινωνική λειτουργικότητα	62,05	30,77
Σωματικός πόνος	30,65	26,56
Ζωτικότητα	54,64	19,31
Ψυχική υγεία	56,81	20,48
Άγχος	34,98	18,97
Κατάθλιψη	40,02	19,99



Γράφημα 35: Error bars των διαστάσεων

5.2.2. 1^ο ερευνητικό ερώτημα

Πως επέδρασε η πανδημία του COVID-19 την σωματική και ψυχική υγεία;

Στον Πίνακα 18 παρουσιάζονται οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις Spearman μεταξύ της διάστασης «Αρνητική επιρροή COVID-19» και των υπολοίπων διαστάσεων.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η αρνητική επιρροή του COVID-19 συσχετίζεται αρνητικά με τις διαστάσεις:

- Γενική υγεία ($\rho = -0,312$, $p < 0,01$)
- Φυσική λειτουργία ($\rho = -0,318$, $p < 0,01$)
- Φυσικός ρόλος ($\rho = -0,315$, $p < 0,01$)
- Συναισθηματικός ρόλος ($\rho = -0,384$, $p < 0,01$)
- Κοινωνική λειτουργικότητα ($\rho = -0,242$, $p < 0,05$)
- Ζωτικότητα ($\rho = -0,579$, $p < 0,01$)
- Ψυχική υγεία ($\rho = -0,564$, $p < 0,01$)

και θετικά με τις διαστάσεις:

- Σωματικός πόνος ($\rho = 0,238$, $p < 0,05$)
- Άγχος ($\rho = 0,298$, $p < 0,01$)
- Κατάθλιψη ($\rho = 0,485$, $p < 0,01$)

Πίνακας 18: «Αρνητική επιρροή COVID-19» *Υπόλοιπες διαστάσεις, συσχετίσεις Spearman (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα)

Συσχετίσεις Spearman	Αρνητική επιρροή COVID-19
Γενική υγεία	-0,312**
Φυσική λειτουργία	-0,318**
Φυσικός ρόλος	-0,315**
Συναισθηματικός ρόλος	-0,384**
Κοινωνική λειτουργικότητα	-0,242*
Σωματικός πόνος	0,238*
Ζωτικότητα	-0,579**
Ψυχική υγεία	-0,564**
Άγχος	0,298**
Κατάθλιψη	0,485**

*, $p < 0,05$

**, $p < 0,01$

5.2.3. 2^ο ερευνητικό ερώτημα

Ποιες δημογραφικές ομάδες επηρεάστηκαν περισσότερο από την πανδημία και είχαν χαμηλότερο επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας;

Φύλο

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζονται τα στατιστικά αποτελέσματα των ελέγχων independent samples t-test των διαστάσεων ως προς το φύλο των ερωτηθέντων.

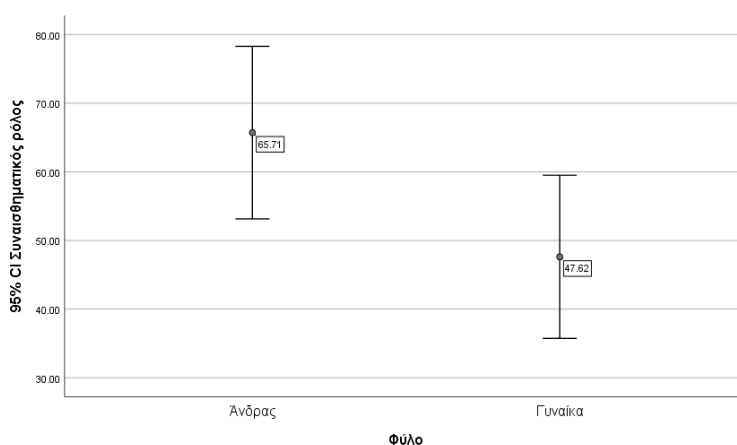
Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών στις διαστάσεις «Συναισθηματικός ρόλος» ($t(82)=2,072$, $p=0,041<0,05$), «Ζωτικότητα» ($t(81,68)=2,083$, $p=0,040<0,05$), «Ψυχική υγεία» ($t(81,98)=3,266$, $p=0,002<0,01$) και «Άγχος» ($t(82)=-3,498$, $p=0,001<0,01$).

Συγκεκριμένα από τον Πίνακα 19 (και τα Γραφήματα 36-39) προκύπτει ότι:

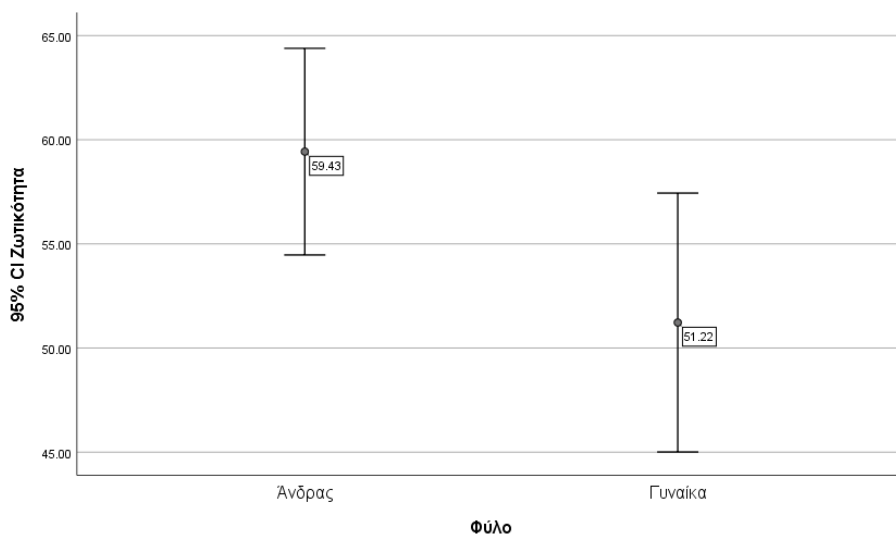
- Για την διάσταση «Συναισθηματικός ρόλος», η μέση τιμή των ανδρών (Μ.Ο.=65,71) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από την μέση τιμή των γυναικών (Μ.Ο.=47,62).
- Για την διάσταση «Ζωτικότητα», η μέση τιμή των ανδρών (Μ.Ο.=59,43) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από την μέση τιμή των γυναικών (Μ.Ο.=51,22).
- Για την διάσταση «Ψυχική υγεία», η μέση τιμή των ανδρών (Μ.Ο.=64,57) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από την μέση τιμή των γυναικών (Μ.Ο.=51,27).
- Για την διάσταση «Άγχος», η μέση τιμή των γυναικών (Μ.Ο.=40,72) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από την μέση τιμή των ανδρών (Μ.Ο.=26,94).

Πίνακας 19: Διαστάσεις*Φύλο, independent samples t-test (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα)

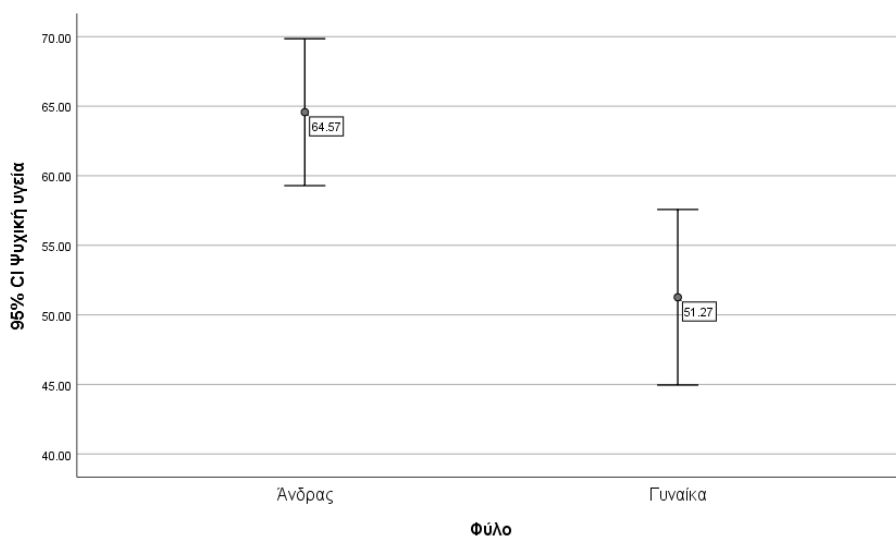
Διάσταση	Φύλο	N	M.O.	t	df	p
Συναισθηματικός ρόλος	Άνδρας	35	65,71	2,072	82	0,041
	Γυναίκα	49	47,62			
Ζωτικότητα	Άνδρας	35	59,43	2,083	81,68	0,040
	Γυναίκα	49	51,22			
Ψυχική υγεία	Άνδρας	35	64,57	3,266	81,98	0,002
	Γυναίκα	49	51,27			
Άγχος	Άνδρας	35	26,94	-3,498	82	0,001
	Γυναίκα	49	40,72			



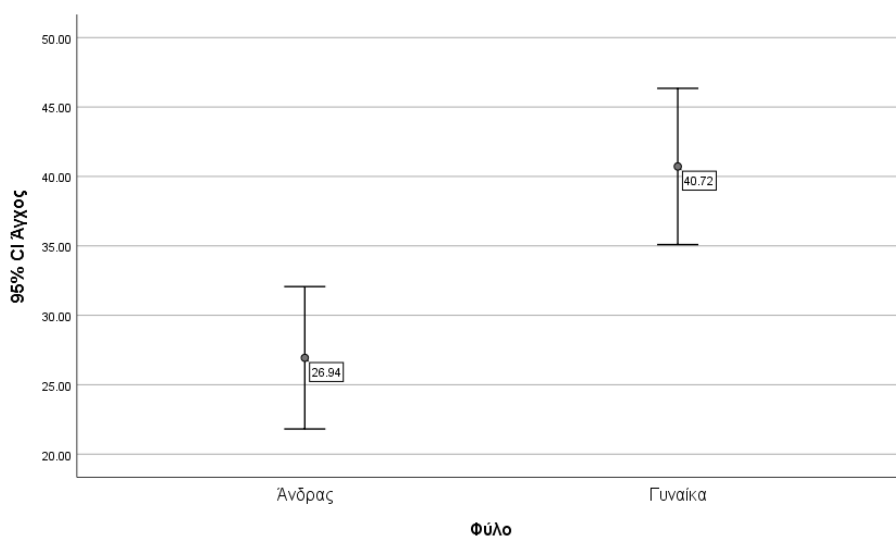
Γράφημα 36: Error bar «Συναισθηματικός ρόλος»*Φύλο



Γράφημα 37: Error bar «Ζωτικότητα»*Φύλο



Γράφημα 38: Error bar «Ψυχική υγεία»*Φύλο



Γράφημα 39: Error bar «Άγχος»*Φύλο

Ηλικία

Στον Πίνακα 20 παρουσιάζονται οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις Spearman και Pearson μεταξύ των διαστάσεων με την ηλικία των ερωτηθέντων.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η ηλικίας των ερωτηθέντων συσχετίζεται αρνητικά με τις διαστάσεις:

- «Αρνητική επιρροή COVID-19» ($r=-0,334$, $p<0,01$)
- «Γενική υγεία» ($r=-0,383$, $p<0,01$)
- «Φυσική λειτουργία» ($\rho=-0,230$, $p<0,05$)

και θετικά με τις διαστάσεις

- «Συναισθηματικός ρόλος» ($\rho=0,251$, $p<0,05$)
- «Ψυχική υγεία» ($\rho=0,222$, $p<0,05$)

Πίνακας 20: Διαστάσεις*Ηλικίας, συσχετίσεις Spearman και Pearson (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα)

Διαστάσεις	Ηλικία	Συσχέτιση
Αρνητική επιρροή COVID-19	-0,334**	Pearson
Γενική υγεία	-0,383**	Pearson
Φυσική λειτουργία	-0,230*	Spearman
Συναισθηματικός ρόλος	0,251*	Spearman
Ψυχική υγεία	0,222*	Spearman

*. $p<0,05$

**. $p<0,01$

Οικογενειακή κατάσταση

Στον Πίνακα 21 παρουσιάζονται τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα των ελέγχων Kruskal-Wallis των διαστάσεων ως προς την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των βαθμίδων των διαστάσεων «Γενική υγεία» ($H(3)=12,607$, $p=0,006<0,01$) και «Φυσική λειτουργία» ($H(3)=8,412$, $p=0,038<0,05$).

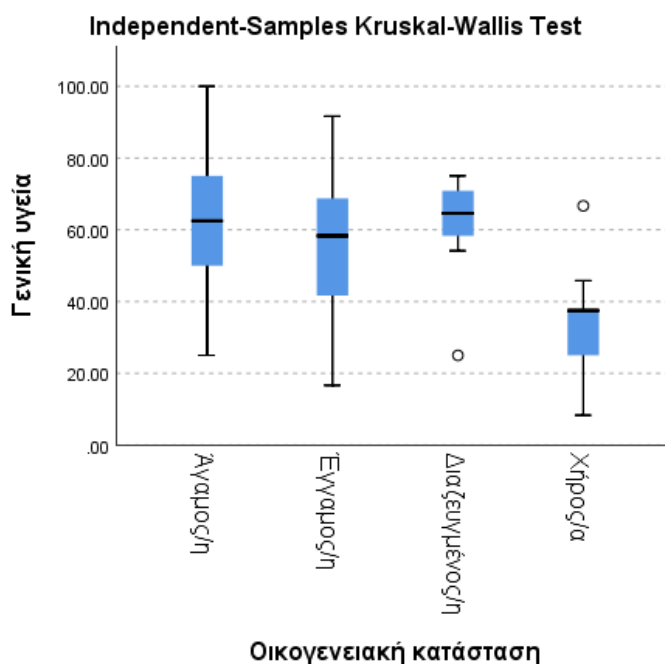
Πιο συγκεκριμένα, από τον Πίνακα 21 (και τα Γραφήματα 40-41) προκύπτει ότι:

- Στη διάσταση «Γενική υγεία», η μέση βαθμίδα των χήρων (M.B.=17,89) ήταν στατιστικά μικρότερη από τη μέση βαθμίδα των άγαμων (M.B.=50,33) (adj. $p=0,005$), των έγγαμων (M.B.=41,89) (adj. $p=0,042$) και των διαζευγμένων (M.B.=50,90) (adj. $p=0,019$).

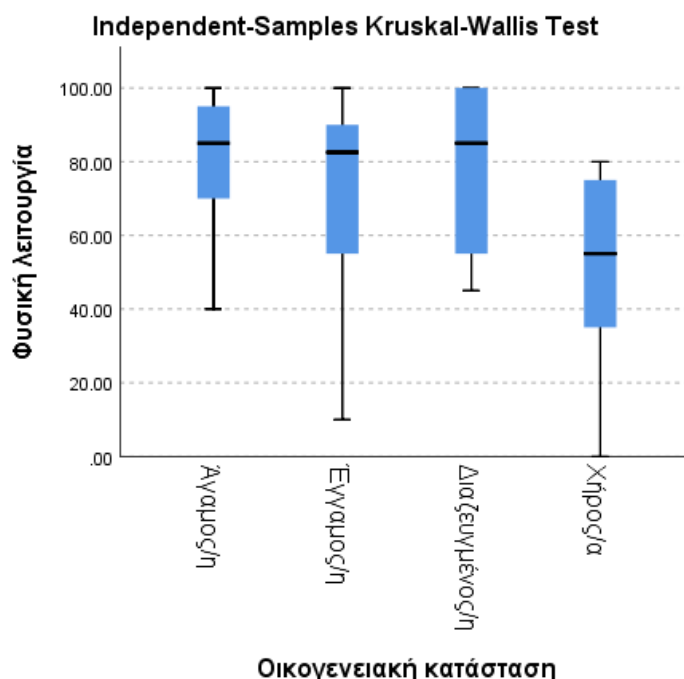
- Στη διάσταση «Φυσική λειτουργία», η μέση βαθμίδα των χήρων (M.B.=21,569) ήταν στατιστικά μικρότερη από τη μέση βαθμίδα των άγαμων (M.B.=48,36) ($p=0,005$), των έγγαμων (M.B.=42,78) ($p=0,017$) και των διαζευγμένων (M.B.=47,80) ($\text{adj. } p=0,033$).

Πίνακας 21: Διαστάσεις*Οικογενειακή κατάσταση, Kruskal-Wallis (στατιστικά σημαντικές διαφορές)

Διάσταση	Οικογενειακή κατάσταση	N	M.B.	df	H	p
Γενική υγεία	Άγαμος/η	21	50,33	3	12,607	0,006
	Έγγαμος/η	44	41,89			
	Διαζευγμένος/η	10	50,90			
	Χήρος/α	9	17,89			
Φυσική λειτουργία	Άγαμος/η	21	48,36	3	8,412	0,038
	Έγγαμος/η	44	42,78			
	Διαζευγμένος/η	10	47,80			
	Χήρος/α	9	21,56			



Γράφημα 40: Boxplot «Γενική υγεία»*Οικογενειακή κατάσταση



Γράφημα 41: Boxplot «Φυσική λειτουργία»*Οικογενειακή κατάσταση

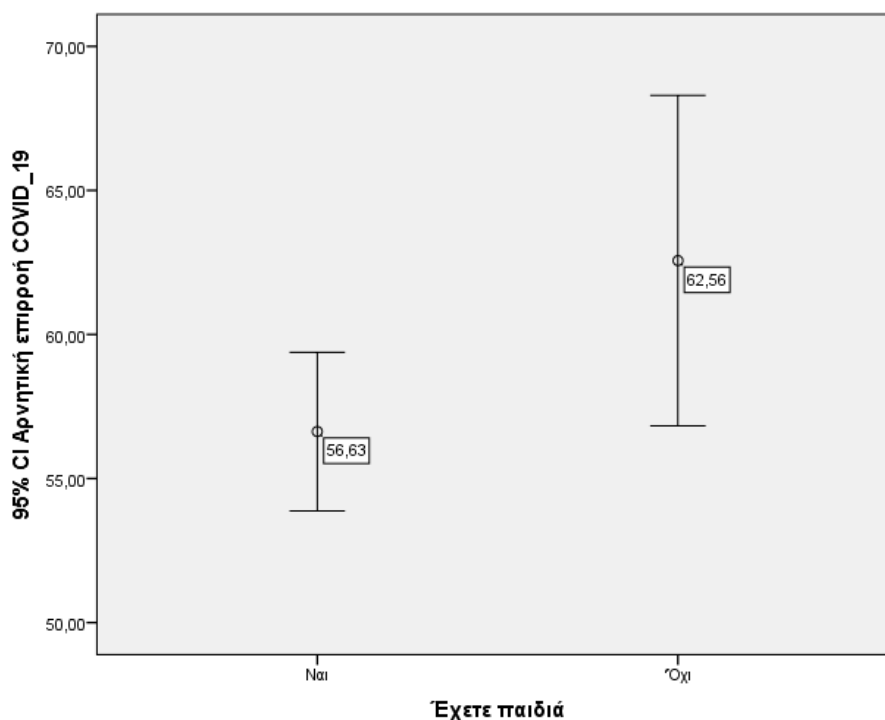
Υπαρξη παιδιών

Στον Πίνακα 22 παρουσιάζονται τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς την ύπαρξη παιδιών, όπου εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στους παράγοντες «Αρνητική επιρροή COVID-19» ($t(82)=-2,094$, $p=0,039$) και «Γενική υγεία» ($t(82)=-2,121$, $p=0,037$).

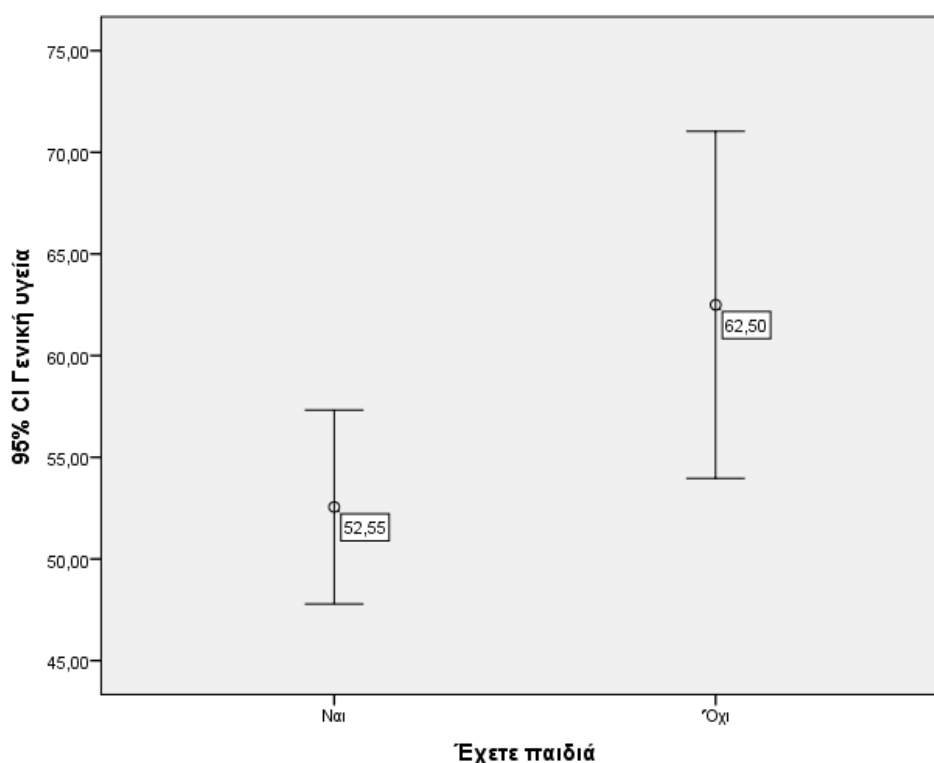
- Στον παράγοντα «Αρνητική επιρροή COVID-19» η μέση τιμή των ατόμων που έχουν παιδιά (M.O.=56,63) ήταν στατιστικά μικρότερη από την αντίστοιχη όσων δεν έχουν (M.O.=62,56). Οι διαφορές παρουσιάζονται στο Γράφημα 42.
- Στον παράγοντα «Γενική υγεία» η μέση τιμή των ατόμων που έχουν παιδιά (M.O.=52,55) ήταν στατιστικά μικρότερη από την αντίστοιχη όσων δεν έχουν (M.O.=62,50). Οι διαφορές παρουσιάζονται στο Γράφημα 43.

Πίνακας 22: Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ελέγχων independent samples t-test ως προς την ύπαρξη παιδιών

Παράγοντας	Υπαρξη παιδιών	N	M.O.	t (82)	p-value
Αρνητική επιρροή COVID-19	Ναι	62	56,63	-2,094	0,039
	Όχι	22	62,56		
Γενική υγεία	Ναι	62	52,55	-2,121	0,037
	Όχι	22	62,50		



Γράφημα 42: Error bars για «Αρνητική επιρροή COVID-19» * «Έχετε παιδιά»



Γράφημα 43: Error bars για «Γενική υγεία» * «Έχετε παιδιά»

Μορφωτικό επίπεδο

Στον Πίνακα 23 παρουσιάζονται τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA και Kruskal-Wallis των διαστάσεων ως προς το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών των διαστάσεων «Γενική υγεία» ($F(3,80)=6,344$, $p=0,001<0,01$) καθώς και στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των βαθμίδων των διαστάσεων «Φυσική λειτουργία» ($H(3)=8,300$, $p=0,040<0,05$), «Φυσικός ρόλος» ($H(3)=9,726$, $p=0,021<0,05$), «Κοινωνική λειτουργικότητα» ($H(3)=8,775$, $p=0,032<0,05$), «Άγχος» ($H(3)=8,803$, $p=0,032$) και «Κατάθλιψη» ($H(3)=9,060$, $p=0,029<0,05$).

Πίνακας 23: Διαστάσεις*Μορφωτικό επίπεδο, ANOVA και Kruskal-Wallis (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα)

Διάσταση	Στατιστικό	p	Τεστ
Γενική υγεία	$F(3,80)=6,344$	0,001	ANOVA
Φυσική λειτουργία	$H(3)=8,300$	0,040	K-W
Φυσικός ρόλος	$H(3)=9,726$	0,021	K-W
Κοινωνική λειτουργικότητα	$H(3)=8,775$	0,032	K-W
Άγχος	$H(3)=8,803$	0,032	K-W
Κατάθλιψη	$H(3)=9,060$	0,029	K-W

Πιο συγκεκριμένα, από τους Πίνακες 24-25 (Γράφημα 44) προκύπτει ότι:

- Για την διάσταση «Γενική υγεία», η μέση τιμή των ερωτηθέντων που είχαν τελειώσει έως την υποχρεωτική εκπαίδευση ($M.O.=37,12$) ήταν στατιστικά μικρότερη ($p=0,039<0,05$) από την μέση τιμή των ερωτηθέντων που είχαν τελειώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση ($M.O.=50,72$), την τριτοβάθμια εκπαίδευση ($M.O.=60,24$) ($p<0,001$), και όσων είχαν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό ($M.O.=63,33$) ($p<0,001$). Επίσης, η μέση τιμή όσων είχαν τελειώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση ($M.O.=50,72$) ήταν στατιστικά μικρότερη από ότι των ερωτηθέντων που είχαν τελειώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση ($M.O.=60,24$) ($p=0,048<0,05$) ή όσων είχαν μεταπτυχιακό/διδακτορικό ($M.O.=63,33$) ($p=0,034<0,05$).

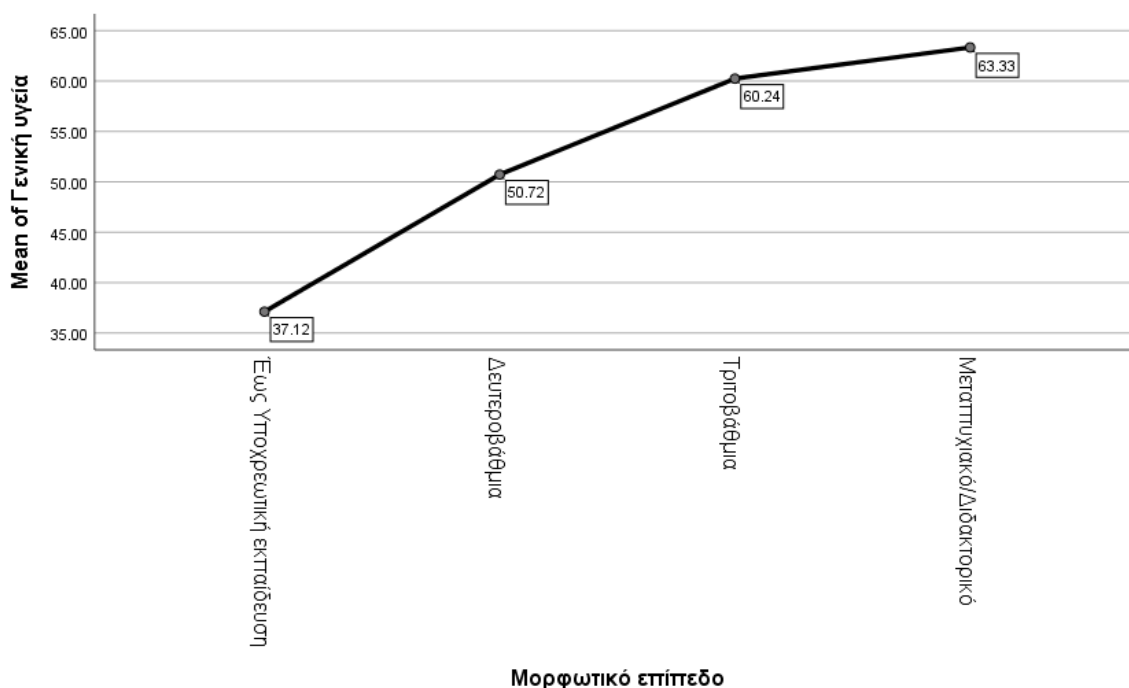
Πίνακας 24: Διαστάσεις*Μορφωτικό επίπεδο, ANOVA (στατιστικά σημαντικές διαφορές)

Διάσταση	Μορφωτικό επίπεδο	N	M.O.	df1	df2	F	p
Γενική υγεία	Έως Υποχρεωτική εκπαίδευση	11	37,12	3	80	6,344	0,001
	Δευτεροβάθμια	23	50,72				
	Τριτοβάθμια	35	60,24				
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	15	63,33				

Πίνακας 25: Διαστάσεις*Μορφωτικό επίπεδο, LSD post hoc (στατιστικά σημαντικές διαφορές)

Διάσταση	Επίπεδο (I)	Επίπεδο (J)	Μέσες διαφορές (I-J)	p
Γενική υγεία	Έως Υποχρεωτική εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια	-13,603*	0,039
		Τριτοβάθμια	-23,117*	<0,001
		Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	-26,212*	<0,001
	Δευτεροβάθμια	Έως Υποχρεωτική εκπαίδευση	13,603*	0,039
		Τριτοβάθμια	-9,513*	0,048
		Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	-12,609*	0,034
	Τριτοβάθμια	Έως Υποχρεωτική εκπαίδευση	23,117*	<0,001
		Δευτεροβάθμια	-9,513*	0,048

Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	Δευτεροβάθμια	9,513*	0,048
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	-3,095	0,572
	Έως Υποχρεωτική εκπαίδευση	26,212*	<0,001
	Δευτεροβάθμια	12,609*	0,034
	Τριτοβάθμια	3,095	0,572



Γράφημα 44: Διάγραμμα μέσων τιμών «Γενική υγεία»*Μορφωτικό επίπεδο

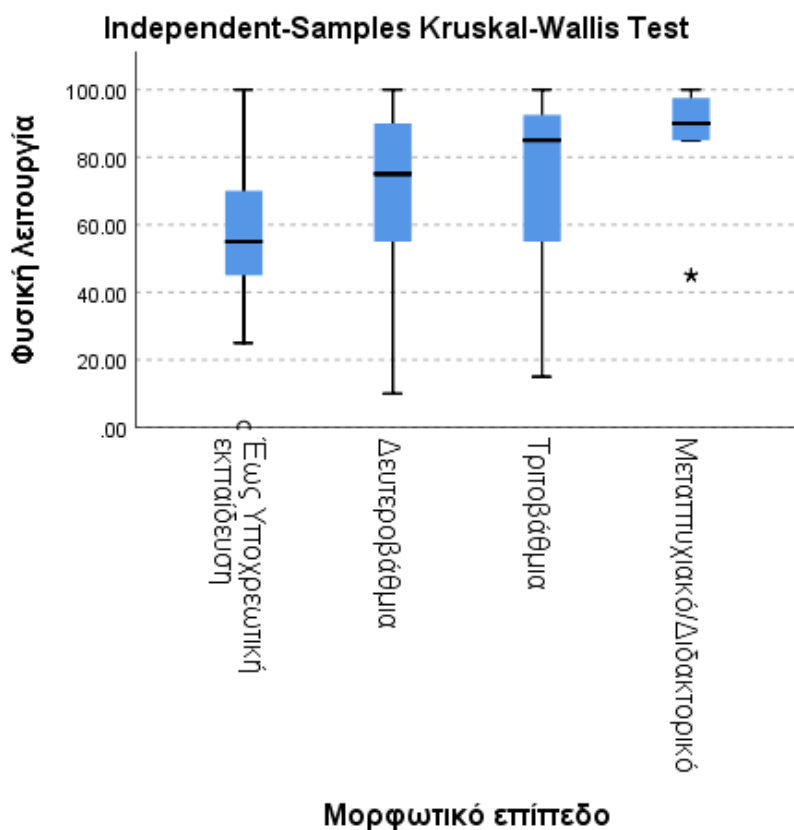
Επίσης, από τον Πίνακα 26 (και τα Γραφήματα 45-49) προκύπτει ότι:

- Στη διάσταση «Φυσική λειτουργία», η μέση βαθμίδα των ερωτηθέντων που είχε τελειώσει μέχρι την υποχρεωτική εκπαίδευση (Μ.Β.=26,77) ήταν στατιστικά μικρότερη από τη μέση βαθμίδα των ερωτηθέντων που είχαν τελειώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση (Μ.Β.=45,20) ($p=0,028$) και όσων είχαν Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό (Μ.Β.=52,97) (adj. $p=0,039$).
- Στη διάσταση «Φυσικός ρόλος», η μέση βαθμίδα των ερωτηθέντων που είχε τελειώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση (Μ.Β.= 49,49) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από τη μέση βαθμίδα των ερωτηθέντων που είχαν τελειώσει μέχρι την υποχρεωτική εκπαίδευση (Μ.Β.=30,50) ($p=0,019$) και όσων είχαν Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό (Μ.Β.=31,20) ($p=0,012$).
- Στη διάσταση «Κοινωνική λειτουργικότητα», η μέση βαθμίδα των ερωτηθέντων που είχε τελειώσει μέχρι την υποχρεωτική εκπαίδευση (Μ.Β.=22,77) ήταν στατιστικά μικρότερη από τη μέση βαθμίδα των ερωτηθέντων που είχαν τελειώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Μ.Β.=43,74) ($p=0,018$), την τριτοβάθμια εκπαίδευση (Μ.Β.=47,04) (adj. $p=0,021$) και όσων είχαν Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό (Μ.Β.=44,47) ($p=0,023$).

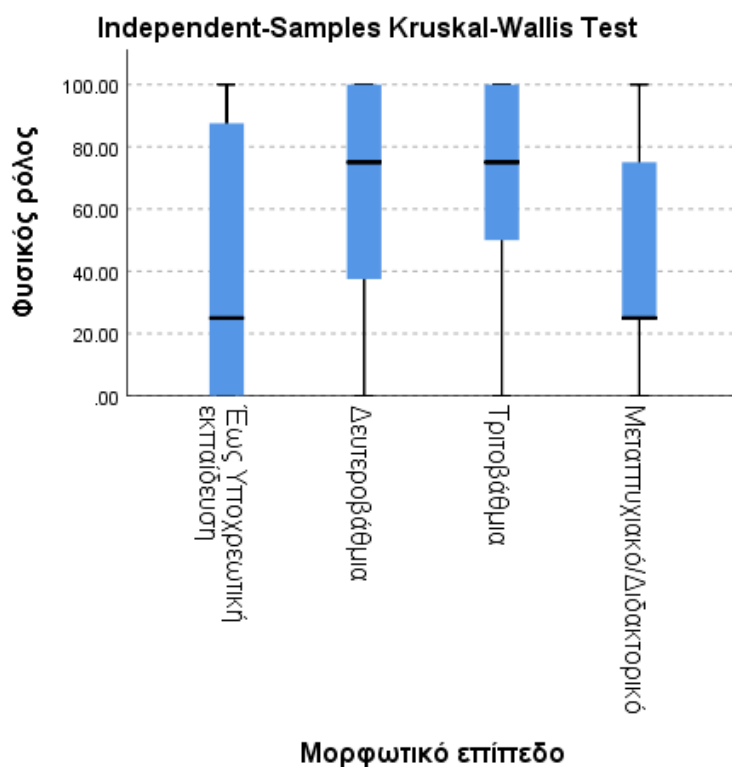
- Στη διάσταση «Κατάθλιψη», η μέση βαθμίδα των ερωτηθέντων που είχε τελειώσει μέχρι την υποχρεωτική εκπαίδευση (M.B.=62,23) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από τη μέση βαθμίδα των ερωτηθέντων που είχαν τελειώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση (M.B.=38,17) (adj. $p=0,041$) και την τριτοβάθμια εκπαίδευση (M.B.=38,40) (adj. $p=0,027$).
- Στη διάσταση «Άγχος», η μέση βαθμίδα των ερωτηθέντων που είχε τελειώσει μέχρι την υποχρεωτική εκπαίδευση (M.B.=62,18) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από τη μέση βαθμίδα των ερωτηθέντων που είχαν τελειώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση (M.B.=37,89) (adj. $p=0,038$) και την τριτοβάθμια εκπαίδευση (M.B.=38,97) (adj. $p=0,034$).

Πίνακας 26: Διαστάσεις*Μορφωτικό επίπεδο, Kruskal-Wallis (στατιστικά σημαντικές διαφορές)

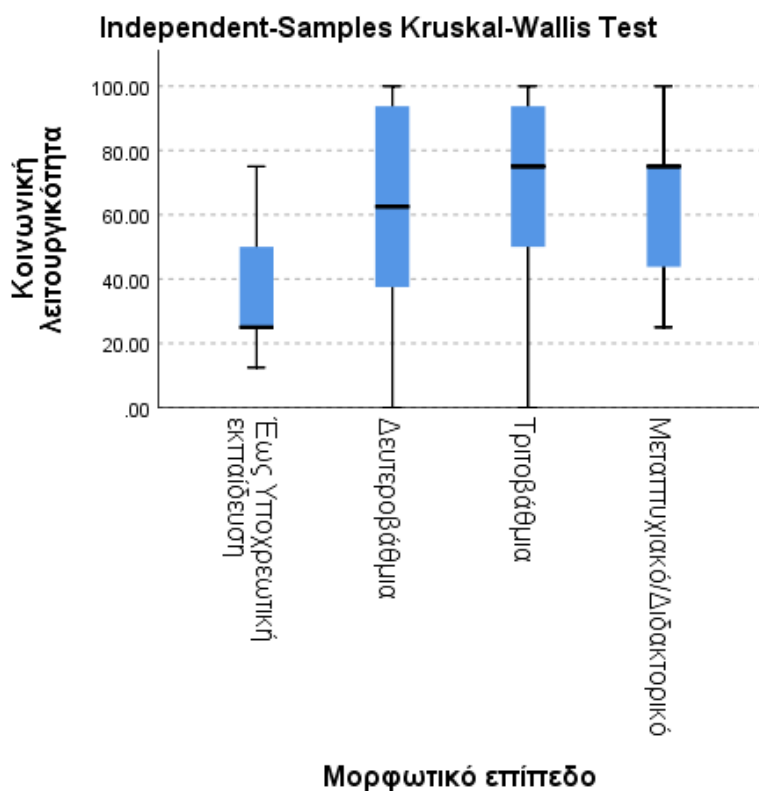
Διάσταση	Μορφωτικό Επίπεδο	N	M.B.	df	H	p
Φυσική λειτουργία	Έως Υποχρεωτική εκπαίδευση	11	26,77	3	8,300	0,040
	Δευτεροβάθμια	23	39,09			
	Τριτοβάθμια	35	45,20			
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	15	52,97			
Φυσικός ρόλος	Έως Υποχρεωτική εκπαίδευση	11	30,50	3	9,726	0,021
	Δευτεροβάθμια	23	44,98			
	Τριτοβάθμια	35	49,49			
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	15	31,20			
Κοινωνική λειτουργικότητα	Έως Υποχρεωτική εκπαίδευση	11	22,77	3	8,775	0,032
	Δευτεροβάθμια	23	43,74			
	Τριτοβάθμια	35	47,04			
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	15	44,47			
Κατάθλιψη	Έως Υποχρεωτική εκπαίδευση	11	62,23	3	9,060	0,029
	Δευτεροβάθμια	23	38,17			
	Τριτοβάθμια	35	38,40			
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	15	44,23			
Άγχος	Έως Υποχρεωτική εκπαίδευση	11	62,18	3	8,803	0,032
	Δευτεροβάθμια	23	37,89			
	Τριτοβάθμια	35	38,97			
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	15	43,37			



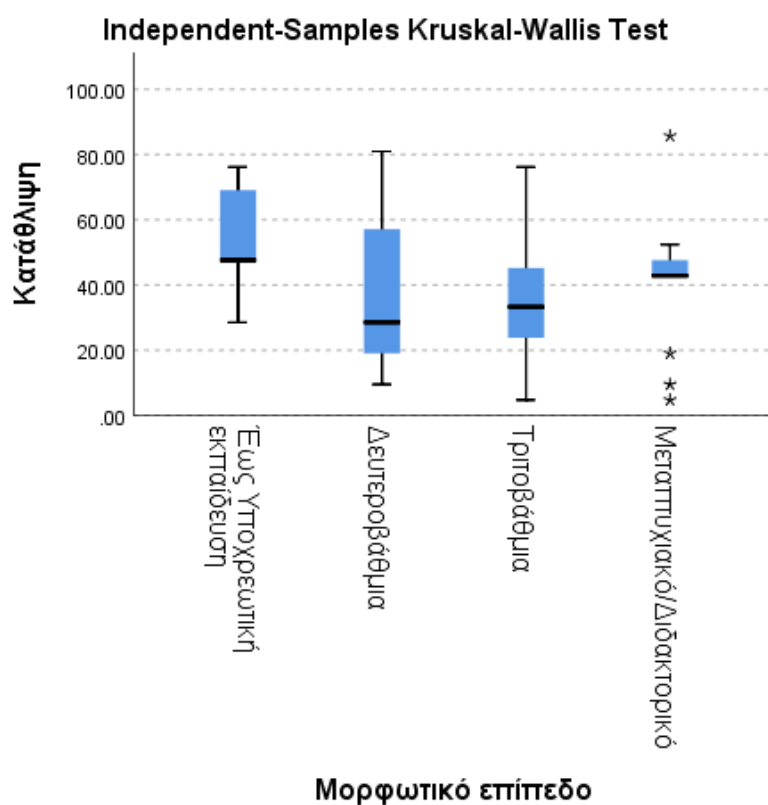
Γράφημα 45: Θηκογράμματα «Φυσική λειτουργία»*Μορφωτικό επίπεδο



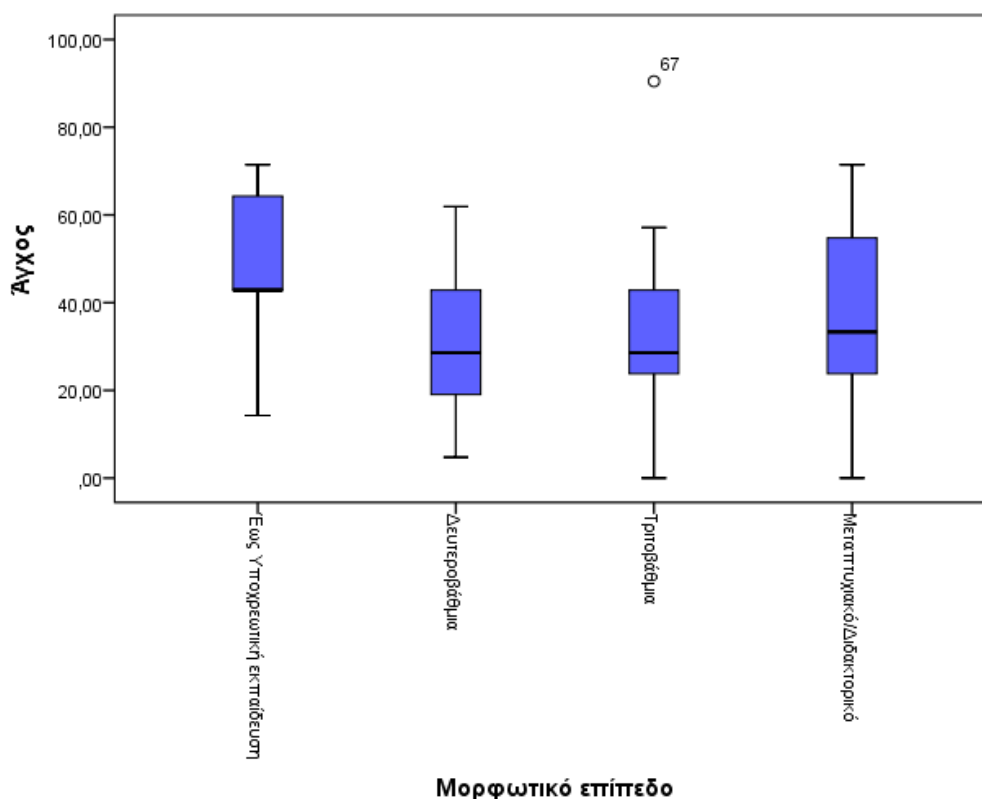
Γράφημα 46: Θηκογράμματα «Φυσικός ρόλος»*Μορφωτικό επίπεδο



Γράφημα 47: Θηκογράμματα «Κοινωνική λειτουργικότητα»*Μορφωτικό επίπεδο



Γράφημα 48: Θηκογράμματα «Κατάθλιψη»*Μορφωτικό επίπεδο



Γράφημα 49: Θηκογράμματα «Άγχος»*Μορφωτικό επίπεδο

Εργασιακή κατάσταση

Στον Πίνακα 27 παρουσιάζονται τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA και Kruskal-Wallis των διαστάσεων ως προς την εργασιακή κατάσταση των ερωτηθέντων. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων τιμών της διάστασης «Φυσική λειτουργία» ($F(2,81)=4,351$, $p=0,016<0,05$), καθώς και στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων βαθμίδων των διαστάσεων «Αρνητική επιρροή COVID-19» ($H(2)=7,496$, $p=0,024<0,05$), «Γενική υγεία» ($H(2)=24,227$, $p<0,001$), «Φυσικός ρόλος» ($H(2)=6,548$, $p=0,038<0,05$), «Συναισθηματικός ρόλος» ($H(2)=7,003$, $p=0,030<0,05$) και «Κοινωνική λειτουργικότητα» ($H(2)=10,149$, $p=0,006<0,01$).

Πίνακας 27: Διαστάσεις*Εργασιακή κατάσταση, ANOVA και Kruskal-Wallis (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα)

Διάσταση	Στατιστικό	p	Τεστ
Αρνητική επιρροή COVID-19	$H(2)=7,496$	0,024	K-W
Γενική υγεία	$H(2)=24,227$	<0,001	K-W
Φυσική λειτουργία	$F(2,81)=4,351$	0,016	ANOVA
Φυσικός ρόλος	$H(2)=6,548$	0,038	K-W
Συναισθηματικός ρόλος	$H(2)=7,003$	0,030	K-W
Κοινωνική λειτουργικότητα	$H(2)=10,149$	0,006	K-W

Πιο συγκεκριμένα, από τους Πίνακες 28-29 (και το Γράφημα 50) προκύπτει ότι:

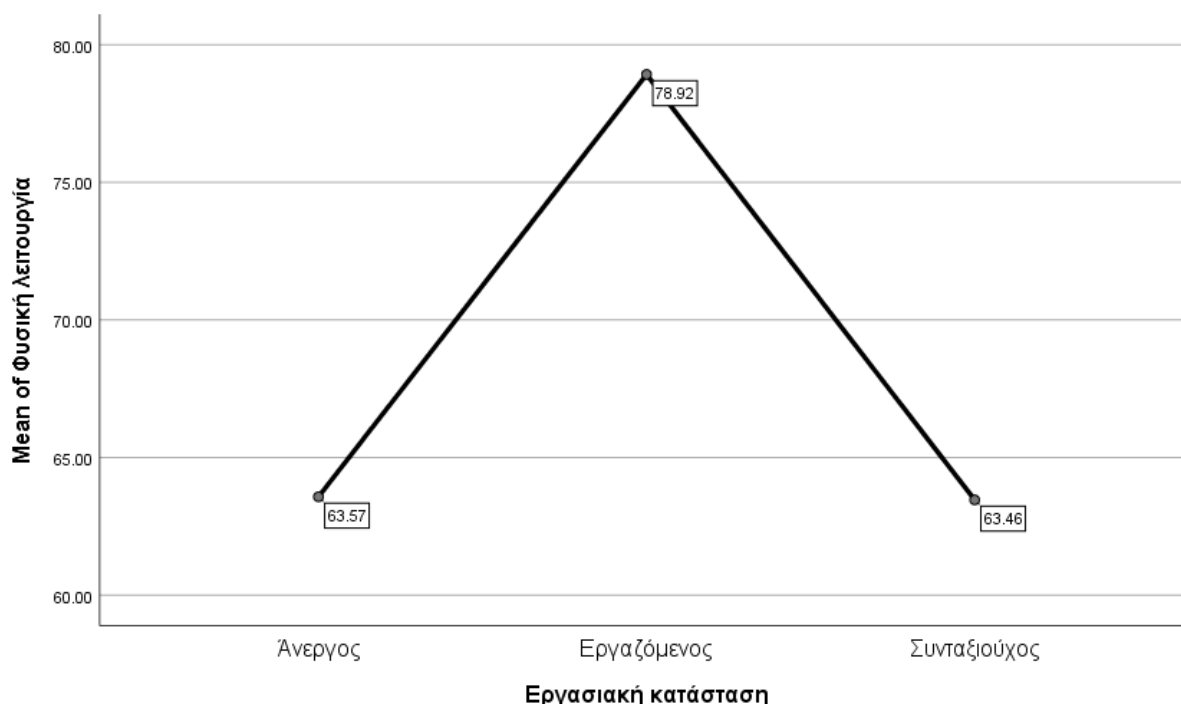
- Για την διάσταση «Φυσική λειτουργία», η μέση τιμή των ερωτηθέντων που εργάζονταν (Μ.Ο.=78,92) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη ($p=0,008<0,01$) από την μέση τιμή των ερωτηθέντων που ήταν συνταξιούχοι (Μ.Ο.=63,46).

Πίνακας 28: Διαστάσεις*Εργασιακή κατάσταση, ANOVA (στατιστικά σημαντικές διαφορές)

Διάσταση	Εργασιακή κατάσταση	N	M.O.	df1	df2	F	p
Φυσική λειτουργία	Άνεργος	7	63,57	2	81	4,351	0,016
	Εργαζόμενος	51	78,92				
	Συνταξιούχος	26	63,46				

Πίνακας 29: Διαστάσεις*Μορφωτικό επίπεδο, LSD post hoc (στατιστικά σημαντικές διαφορές)

Διάσταση	Εργασιακή κατάσταση (I)	Εργασιακή κατάσταση (J)	Μέσες διαφορές (I-J)	p
Φυσική λειτουργία	Άνεργος	Εργαζόμενος	-15,350	0,108
		Συνταξιούχος	0,110	0,991
	Εργαζόμενος	Άνεργος	15,350	0,108
		Συνταξιούχος	15,460*	0,008
	Συνταξιούχος	Άνεργος	-0,110	0,991
		Εργαζόμενος	-15,460*	0,008



Γράφημα 50: Διάγραμμα μέσων τιμών «Φυσική λειτουργία»*Εργασιακή κατάσταση

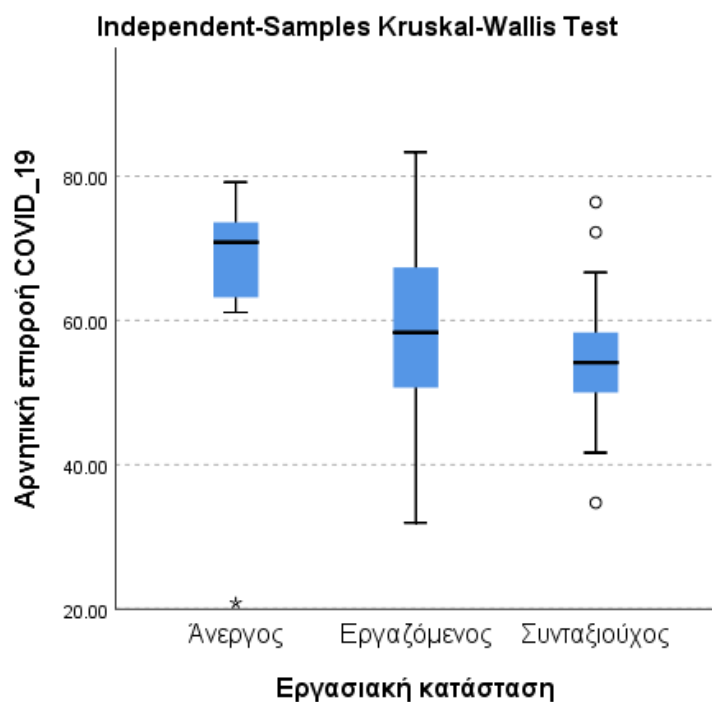
Επίσης, από τον Πίνακα 30 (και τα Γραφήματα 51-55) προκύπτει ότι:

- Στη διάσταση «Αρνητική επιρροή COVID-19», η μέση βαθμίδα των άνεργων (Μ.Β.=60,00) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από τη μέση βαθμίδα των συνταξιούχων (Μ.Β.=33,58) (adj. $p=0,033$).

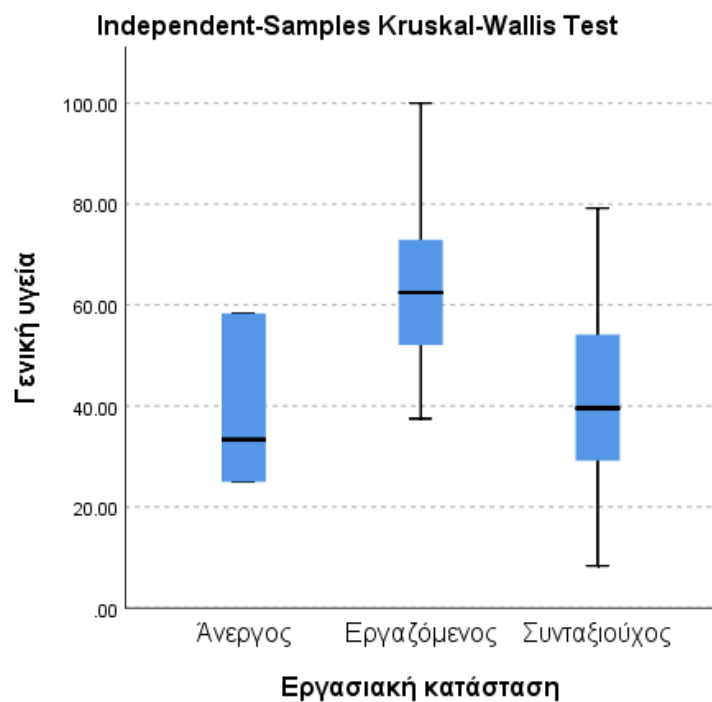
- Στη διάσταση «Γενική υγεία», η μέση βαθμίδα των εργαζομένων (M.B.=52,98) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από τη μέση βαθμίδα των συνταξιούχων (M.B.=27,12) (adj. $P<0,001$) και των άνεργων (M.B.=23,29) (adj. $p=0,007$).
- Στη διάσταση «Φυσικός ρόλος», η μέση βαθμίδα των άνεργων (M.B.=21,21) ήταν στατιστικά μικρότερη από τη μέση βαθμίδα των συνταξιούχων (M.B.=42,54) ($p=0,033$) και των εργαζομένων (M.B.=45,40) (adj. $p=0,031$).
- Στη διάσταση «Συναισθηματικός ρόλος», η μέση βαθμίδα των άνεργων (M.B.=24,36) ήταν στατιστικά μικρότερη από τη μέση βαθμίδα των συνταξιούχων (M.B.=49,87) (adj. $p=0,030$).
- Στη διάσταση «Κοινωνική λειτουργικότητα», η μέση βαθμίδα των εργαζομένων (M.B.=48,90) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από τη μέση βαθμίδα των συνταξιούχων (M.B.=34,77) (adj. $p=0,045$) και των άνεργων (M.B.=24,57) (adj. $p=0,037$).

Πίνακας 30: Διαστάσεις*Εργασιακή κατάσταση, Kruskal-Wallis (στατιστικά σημαντικές διαφορές)

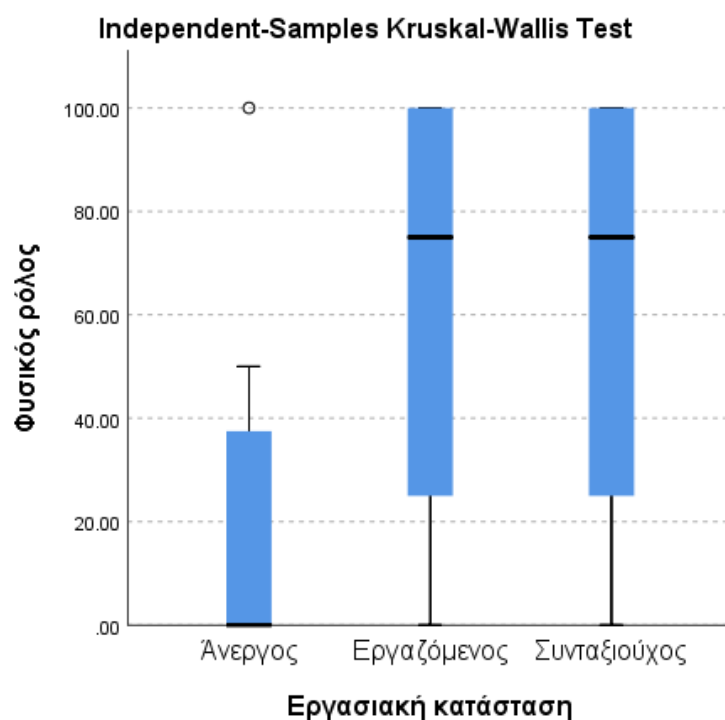
Διάσταση	Εργασιακή κατάσταση	N	M.B.	df	H	p
Αρνητική επιρροή COVID-19	Άνεργος	7	60,00	2	7,496	0,024
	Εργαζόμενος	51	44,65			
	Συνταξιούχος	26	33,58			
Γενική υγεία	Άνεργος	7	23,29	2	24,227	<0,001
	Εργαζόμενος	51	52,98			
	Συνταξιούχος	26	27,12			
Φυσικός ρόλος	Άνεργος	7	21,21	2	6,548	0,038
	Εργαζόμενος	51	45,40			
	Συνταξιούχος	26	42,54			
Συναισθηματικός ρόλος	Άνεργος	7	24,36	2	7,003	0,030
	Εργαζόμενος	51	41,24			
	Συνταξιούχος	26	49,87			
Κοινωνική λειτουργικότητα	Άνεργος	7	24,57	2	10,149	0,006
	Εργαζόμενος	51	48,90			
	Συνταξιούχος	26	34,77			



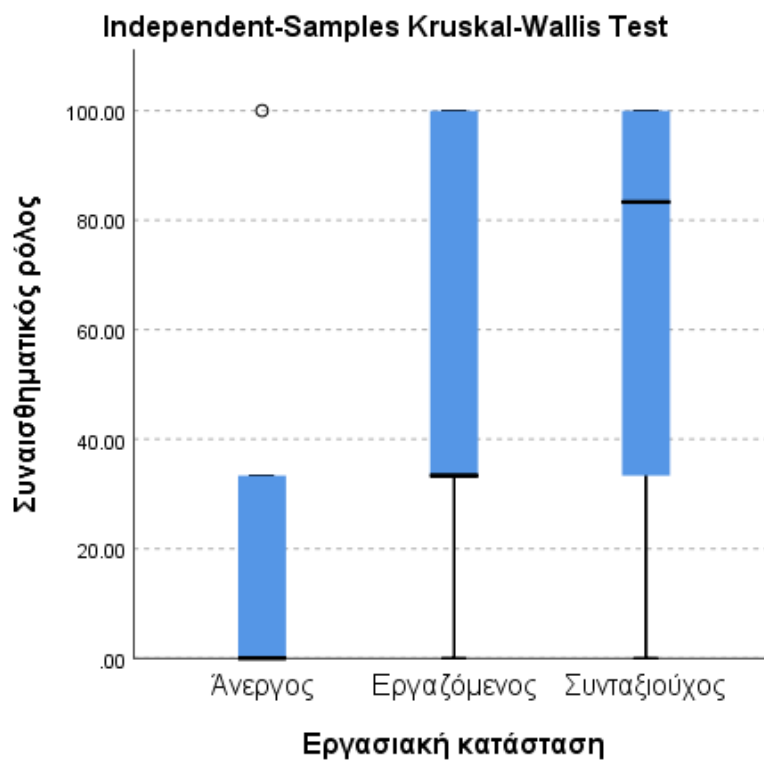
Γράφημα 51: Θηκογράμματα «Αρνητική επιρροή COVID-19»*Εργασιακή κατάσταση



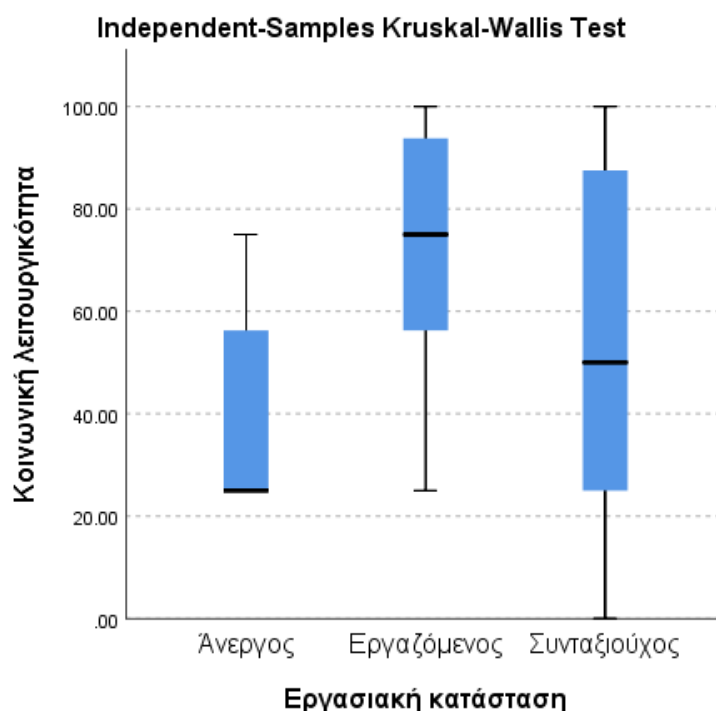
Γράφημα 52: Θηκογράμματα «Γενική υγεία»*Εργασιακή κατάσταση



Γράφημα 53: Θηκογράμματα «Φυσικός ρόλος»*Εργασιακή κατάσταση



Γράφημα 54: Θηκογράμματα «Συναισθηματικός ρόλος»*Εργασιακή κατάσταση



Γράφημα 55: Θηκογράμματα «Κοινωνική λειτουργικότητα»*Εργασιακή κατάσταση

Εισόδημα

Στον Πίνακα 31 παρουσιάζονται τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA και Kruskal-Wallis των διαστάσεων ως προς το εισόδημα των ερωτηθέντων. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών της διάστασης «Γενική υγεία» ($F(4,79)=3,823$, $p=0,007<0,01$), καθώς και στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των βαθμίδων της διάστασης «Φυσική λειτουργία» ($H(4)=13,757$, $p=0,008<0,01$).

Πίνακας 31: Διαστάσεις*Εισόδημα, ANOVA και Kruskal-Wallis (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα)

Διάσταση	Στατιστικό	p	Τεστ
Γενική υγεία	$F(4,79)=3,823$	0,007	ANOVA
Φυσική λειτουργία	$H(4)=13,757$	0,008	K-W

Πιο συγκεκριμένα, από τους Πίνακες 32-33 (και το Γράφημα 56) προκύπτει ότι:

- Για την διάσταση «Γενική υγεία», η μέση τιμή των ερωτηθέντων είχαν εισόδημα μικρότερο από 6.000 ευρώ (M.O.=37,04) ήταν στατιστικά μικρότερη ($p=0,018<0,05$) από την μέση τιμή των ερωτηθέντων που είχαν εισόδημα 6.000 – 10.000 ευρώ (M.O.=53,74), 10.000 – 15.000 ευρώ (M.O.=56,17) ($p=0,008<0,01$), 15.000 – 20.000 ευρώ (M.O.=59,72) ($p=0,006<0,01$) και πάνω από 20.000 ευρώ (M.O.=68,98) ($p<0,001$). Επίσης, η μέση τιμή

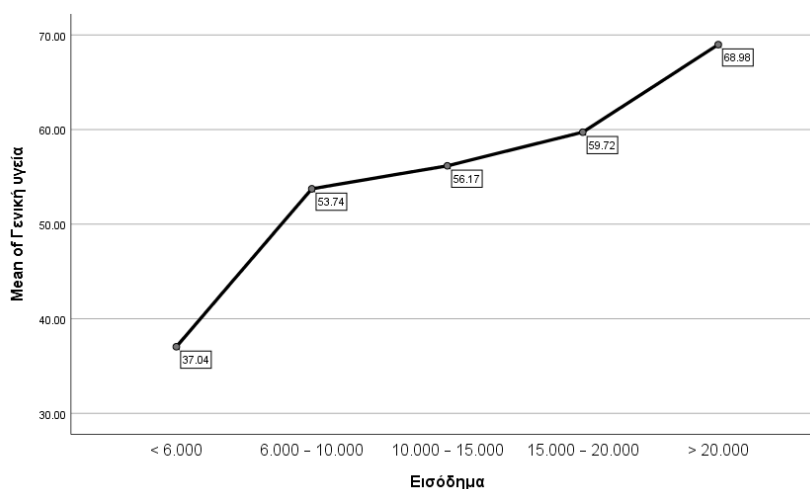
των ερωτηθέντων με εισόδημα πάνω από 20.000 ευρώ ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ερωτηθέντων με εισόδημα 6.000 – 10.000 ευρώ ($p=0,030<0,05$).

Πίνακας 32: Διαστάσεις*Εισόδημα, ANOVA (στατιστικά σημαντικές διαφορές)

Διάσταση	Εισόδημα	N	M.O.	df1	df2	F	p
Γενική υγεία	< 6.000	9	37,04	4	79	3,823	0,007
	6.000 – 10.000	29	53,74				
	10.000 – 15.000	25	56,17				
	15.000 – 20.000	12	59,72				
	> 20.000	9	68,98				

Πίνακας 33: Διαστάσεις*Εισόδημα, LSD post hoc (στατιστικά σημαντικές διαφορές)

Διάσταση	Εισόδημα (I)	Εισόδημα (J)	Μέσες διαφορές (I-J)	p
Γενική υγεία	< 6.000	6.000 – 10.000	-16,699*	0,018
		10.000 – 15.000	-19,130*	0,008
		15.000 – 20.000	-22,685*	0,006
		> 20.000	-31,944*	<0,001
	6.000 – 10.000	< 6.000	16,699*	0,018
		10.000 – 15.000	-2,43	0,624
		15.000 – 20.000	-5,99	0,338
		> 20.000	-15,246*	0,030
	10.000 – 15.000	< 6.000	19,130*	0,008
		6.000 – 10.000	2,43	0,624
		15.000 – 20.000	-3,56	0,577
		> 20.000	-12,81	0,072
	15.000 – 20.000	< 6.000	22,685*	0,006
		6.000 – 10.000	5,99	0,338
		10.000 – 15.000	3,56	0,577
		> 20.000	-9,26	0,249
	> 20.000	< 6.000	31,944*	<0,001
		6.000 – 10.000	15,246*	0,030
		10.000 – 15.000	12,81	0,072
		15.000 – 20.000	9,26	0,249



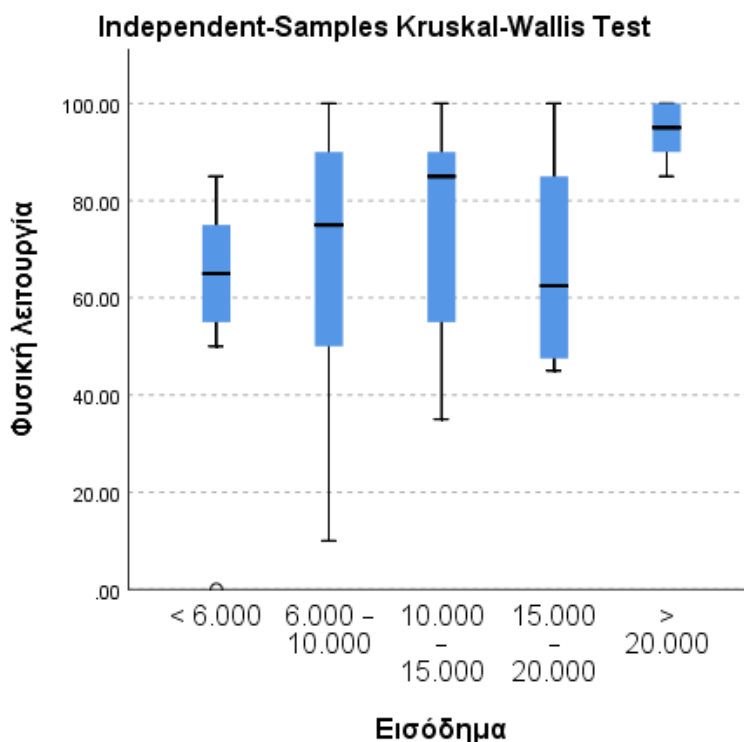
Γράφημα 56: Διάγραμμα μέσων τιμών «Γενική υγεία»*Εισόδημα

Επίσης, από τον Πίνακα 34 (και το Γράφημα 57) προκύπτει ότι:

- Στη διάσταση «Φυσική λειτουργία», η μέση βαθμίδα των ερωτηθέντων με εισόδημα άνω των 20.000 ευρώ (M.B.=65,72) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από τη μέση βαθμίδα των ερωτηθέντων με εισοδήματα κάτω από 6.000 ευρώ (M.B.=29,89) (adj. $p=0,017$), 6.000 – 10.000 ευρώ (M.B.=38,16) (adj. $p=0,029$) και 15.000 – 20.000 ευρώ (M.B.=34,96) (adj. $p=0,040$).

Πίνακας 34: Διαστάσεις* Εισόδημα, Kruskal-Wallis (στατιστικά σημαντικές διαφορές)

Διάσταση	Εισόδημα	N	M.B.	df	H	p
Φυσική λειτουργία	< 6.000	9	29,89	5	13,757	0,008
	6.000 – 10.000	29	38,16			
	10.000 – 15.000	25	47,34			
	15.000 – 20.000	12	34,96			
	> 20.000	9	65,72			



Γράφημα 57: Θηκογράμματα «Φυσική λειτουργία»* Εισόδημα

Είδος Ασφάλισης

Στον Πίνακα 35 παρουσιάζονται οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις Spearman μεταξύ των διαστάσεων και του είδους ασφάλισης των ερωτηθέντων.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι ο αριθμός των ερωτηθέντων που έχουν ιδιωτική ασφάλιση συσχετίζεται θετικά με τις διαστάσεις:

- «Γενική υγεία» ($\rho=0,300$, $p<0,01$)
- «Φυσική λειτουργία» ($\rho=0,354$, $p<0,01$)

και αρνητικά με τη διάσταση:

- «Σωματικός πόνος» ($\rho = -0,279$, $p < 0,05$)

Επίσης, προκύπτει ότι ο αριθμός των ανασφάλιστων ερωτηθέντων συσχετίζεται αρνητικά με τη διάσταση:

- «Κοινωνική λειτουργικότητα» ($\rho = -0,260$, $p < 0,05$)

Πίνακας 35: Διαστάσεις*Είδος Ασφάλισης, συσχετίσεις Spearman (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα)

Συσχετίσεις Spearman	Ιδιωτική	Ανασφάλιστος
Γενική υγεία	0,300**	-0,160
Φυσική λειτουργία	0,354**	-0,114
Κοινωνική λειτουργικότητα	0,107	-0,260*
Σωματικός πόνος	-0,279*	0,146

*. $p < 0,05$

**.. $p < 0,01$

Χρόνιο νόσημα

Σακχαρώδη Διαβήτη

Στον Πίνακα 36 παρουσιάζονται οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις Spearman μεταξύ των διαστάσεων και του αν οι ερωτηθέντες πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το αν οι ερωτηθέντες πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη συσχετίζεται αρνητικά με τη διάσταση: «Γενική υγεία» ($\rho = -0,265$, $p < 0,05$)

Πίνακας 36: Διαστάσεις*Σακχαρώδη Διαβήτη, συσχετίσεις Spearman (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα)

Συσχετίσεις Spearman	Σακχαρώδη Διαβήτη
Γενική υγεία	-0,265*

*. $p < 0,05$

Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π)

Στον Πίνακα 37 παρουσιάζονται οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις Spearman μεταξύ των διαστάσεων και του αν οι ερωτηθέντες πάσχουν από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το αν οι ερωτηθέντες πάσχουν από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια συσχετίζεται αρνητικά με τη διάσταση:

- «Γενική υγεία» ($\rho = -0,233$, $p < 0,05$)

Πίνακας 37: Διαστάσεις*Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, συσχετίσεις Spearman (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα)

Συσχετίσεις Spearman	Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια
Γενική υγεία	-0,233*

*. $p < 0,05$

Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια

Στον Πίνακα 38 παρουσιάζονται οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις Spearman μεταξύ των διαστάσεων και του αν οι ερωτηθέντες πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το αν οι ερωτηθέντες πάσχουν από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια συσχετίζεται αρνητικά με τις διαστάσεις:

- «Γενική υγεία» ($\rho = -0,248$, $p < 0,05$)
- «Φυσική λειτουργία» ($\rho = -0,314$, $p < 0,01$)

και θετικά με τη διάσταση:

- «Σωματικός πόνος» ($\rho = 0,222$, $p < 0,05$)

Πίνακας 38: Διαστάσεις*Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια, συσχετίσεις Spearman (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα)

Συσχετίσεις Spearman	Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια
Γενική υγεία	-0,248*
Φυσική λειτουργία	-0,314**
Σωματικός πόνος	0,222*

*. $p < 0,05$

**. $p < 0,01$

Χρονική διάρκεια χρόνιου νοσήματος

Στον Πίνακα 39 παρουσιάζονται οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις Spearman μεταξύ των διαστάσεων και του της χρονικής διάρκειας από την διάγνωση του χρόνιου νοσήματος.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το η χρονικής διάρκειας από την διάγνωση του χρόνιου νοσήματος συσχετίζεται αρνητικά με τη διάσταση:

- «Γενική υγεία» ($\rho = -0,307$, $p < 0,01$)

και θετικά με τη διάσταση:

- «Κατάθλιψη» ($\rho = 0,240$, $p < 0,05$)

Πίνακας 39: Διαστάσεις*Χρονική διάρκεια χρόνιου νοσήματος, συσχετίσεις Spearman (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα)

Συσχετίσεις Spearman	Χρονική διάρκεια χρόνιου νοσήματος
Γενική υγεία	-0,307**
Κατάθλιψη	0,240*

*. $p < 0,05$

**. $p < 0,01$

Λήψη φαρμάκου για το χρόνιο νόσημα

Στον Πίνακα 40 παρουσιάζονται τα στατιστικά αποτελέσματα των ελέγχων independent samples t-test των διαστάσεων ως προς αν οι ερωτηθέντες λαμβάνουν κάποιο φάρμακο για το χρόνιο νόσημα που αντιμετωπίζουν.

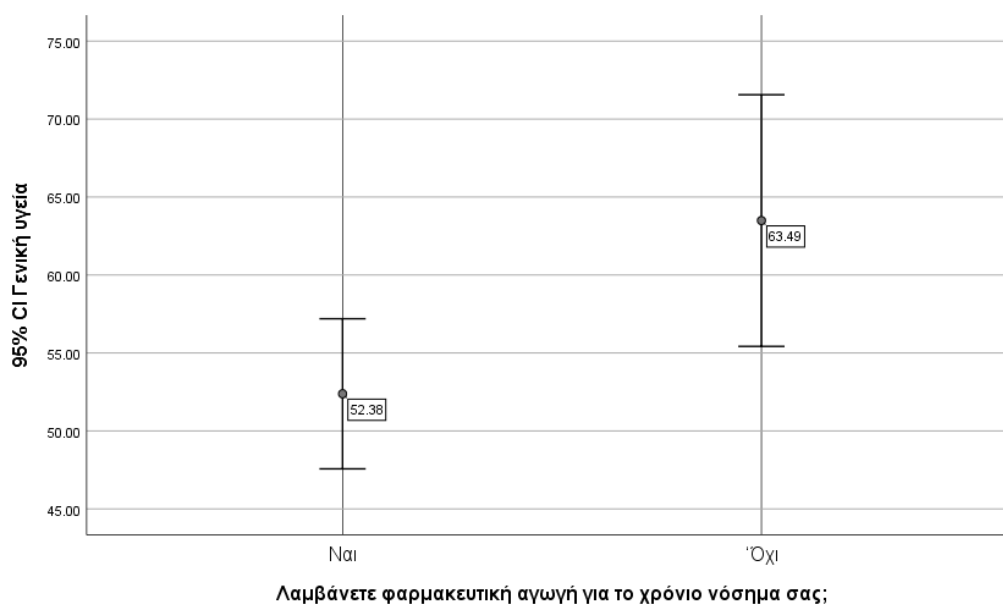
Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών στη διάσταση «Συναισθηματικός ρόλος» ($t(82)=-2,347$, $p=0,021<0,05$).

Συγκεκριμένα από τον Πίνακα 40 (και το Γράφημα 58) προκύπτει ότι:

- Για την διάσταση «Γενική υγεία», η μέση τιμή όσων δεν λαμβάνουν φάρμακο (M.O.=63,49) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από την μέση τιμή όσων λαμβάνουν (M.O.=52,38).

Πίνακας 40: Διαστάσεις*Λήψη φαρμάκου για το χρόνιο νόσημα, independent samples t-test (στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα)

Διάσταση	Λήψη	N	M.O.	t	df	p
Γενική υγεία	Ναι	63	52,38	-2,347	82	0,021
	Όχι	21	63,49			



Γράφημα 58: Error bar «Γενική υγεία»*Λήψη φαρμάκου για το χρόνιο νόσημα

Κάπνισμα

Στον Πίνακα 41 παρουσιάζονται τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA των διαστάσεων ως προς το κάπνισμα. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών των διαστάσεων «Ζωτικότητα» ($F(2,81)=3,653$, $p=0,030<0,05$), και «Ψυχική υγεία» ($F(2,81)=6,412$, $p=0,003<0,01$).

Πίνακας 41: Διαστάσεις*Κάπνισμα, ANOVA (στατιστικά σημαντικές διαφορές)

Διάσταση	Κάπνισμα	N	M.O.	df1	df2	F	p
----------	----------	---	------	-----	-----	---	---

Ζωτικότητα	Καπνιστής	26	47,31	2	81	3,653	0,030
	Πρώην καπνιστής	30	55,00				
	Ποτέ καπνιστής	28	61,07				
Ψυχική υγεία	Καπνιστής	26	47,38	2	81	6,412	0,003
	Πρώην καπνιστής	30	56,27				
	Ποτέ καπνιστής	28	66,14				

Πιο συγκεκριμένα, από τους Πίνακες 42-43 (και τα Γραφήματα 59-60) προκύπτει ότι:

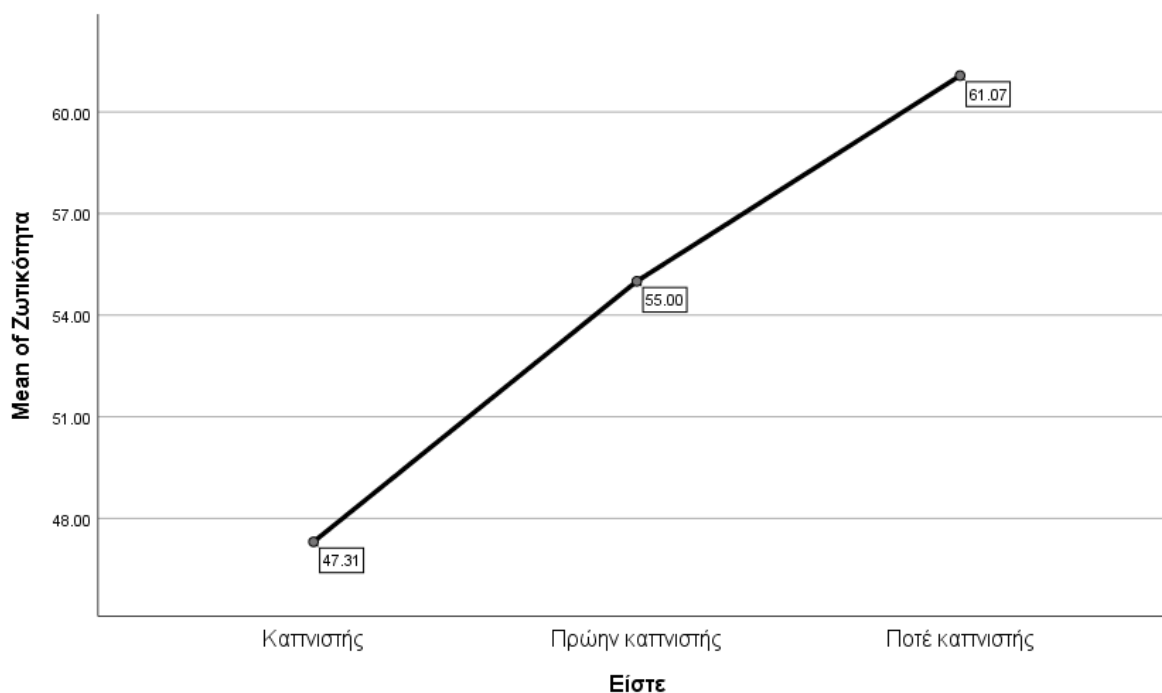
- Για την διάσταση «Ζωτικότητα», η μέση τιμή των ερωτηθέντων που είναι καπνιστές (Μ.Ο.=47,31) ήταν στατιστικά μικρότερη ($p=0,045<0,05$) από την μέση τιμή των ερωτηθέντων ποτέ τους δεν ήταν ποτέ καπνιστές (Μ.Ο.=61,07).
- Για την διάσταση «Ψυχική υγεία», η μέση τιμή των ερωτηθέντων που είναι καπνιστές (Μ.Ο.=47,38) ήταν στατιστικά μικρότερη ($p=0,001<0,01$) από την μέση τιμή των ερωτηθέντων ποτέ τους δεν ήταν ποτέ καπνιστές (Μ.Ο.=66,14).

Πίνακας 42: «Ζωτικότητα»*Κάπνισμα, Games-Howell post hoc

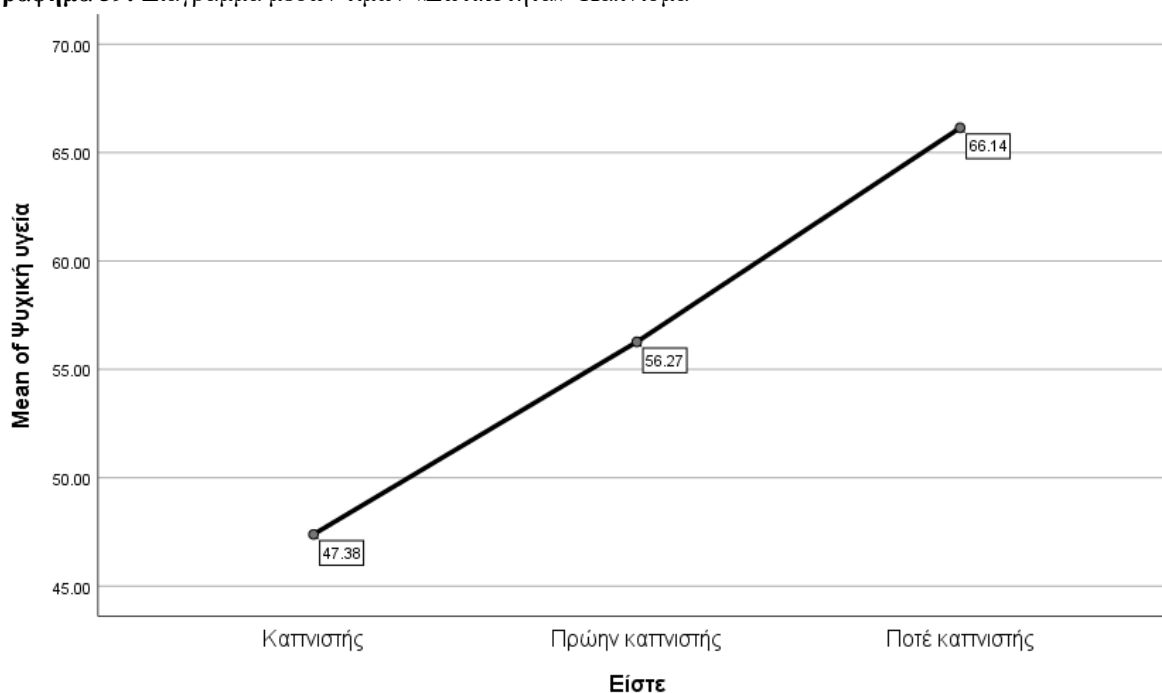
Διάσταση	Κάπνισμα (I)	Κάπνισμα (J)	Μέσες διαφορές (I-J)	p
Ζωτικότητα	Καπνιστής	Πρώην καπνιστής	-7,692	0,342
		Ποτέ καπνιστής	-13.764*	0,045
	Πρώην καπνιστής	Καπνιστής	7,692	0,342
		Ποτέ καπνιστής	-6,071	0,331
	Ποτέ καπνιστής	Καπνιστής	13.764*	0,045
		Πρώην καπνιστής	6,071	0,331

Πίνακας 43: «Ψυχική υγεία»*Κάπνισμα, LSD post hoc

Διάσταση	Κάπνισμα (I)	Κάπνισμα (J)	Μέσες διαφορές (I-J)	p
Ψυχική υγεία	Καπνιστής	Πρώην καπνιστής	-8,882	0,089
		Ποτέ καπνιστής	-18.758*	0,001
	Πρώην καπνιστής	Καπνιστής	8,882	0,089
		Ποτέ καπνιστής	-9,876	0,054
	Ποτέ καπνιστής	Καπνιστής	18.758*	0,001
		Πρώην καπνιστής	9,876	0,054



Γράφημα 59: Διάγραμμα μέσων τιμών «Ζωτικότητα»*Κάπνισμα



Γράφημα 60: Διάγραμμα μέσων τιμών «Ψυχική υγεία»*Κάπνισμα

5.2.4. 3^ο ερευνητικό ερώτημα

Η ψυχολογική κατάσταση των συμμετεχόντων επηρέασε την σωματική τους δραστηριότητα;

Ο Πίνακας 44 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Γενική υγεία» και ανεξάρτητες μεταβλητές την «Ψυχική υγεία», το «Άγχος» και την «Κατάθλιψη». Προέκυψε στατιστικά σημαντική επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη ($F(3,80)=28,989$, $p<0,001$) με υψηλό βαθμό προσαρμογής ($\text{Adj}R^2=0,503>0,250$). Στατιστικά σημαντική θεωρήθηκε η επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών «Ψυχική υγεία» ($\text{Beta}=-0,256$, $t=-2,184$, $p=0,032$) «Άγχος» ($\text{Beta}=-0,246$, $t=-2,278$, $p=0,025$) και «Κατάθλιψη» ($\text{Beta}=-0,718$, $t=-6,609$, $p<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμικότητα ($\text{VIF}<10$).

Πίνακας 44: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Γενική υγεία»

Εξαρτημένη	R	R ²	AdjR ²	F (3,80)	p-value
Γενική υγεία	0,722	0,521	0,503	28,989	<0,001
Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p	VIF
Σταθερά	105,348	-	9,992	<0,001	-
Ψυχική υγεία	-0,241	-0,256	-2,184	0,032	2,293
Άγχος	-0,250	-0,246	-2,278	0,025	1,945
Κατάθλιψη	-0,693	-0,718	-6,609	<0,001	1,972

Ο Πίνακας 45 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Φυσική λειτουργία» και ανεξάρτητες μεταβλητές την «Ψυχική υγεία», το «Άγχος» και την «Κατάθλιψη». Προέκυψε στατιστικά σημαντική επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη ($F(3,80)=5,660$, $p=0,001$) με χαμηλό βαθμό προσαρμογής ($\text{Adj}R^2=0,144<0,250$). Στατιστικά σημαντική θεωρήθηκε η επίδραση της ανεξάρτητης μεταβλητής «Κατάθλιψη» ($\text{Beta}=-0,414$, $t=-2,384$, $p=0,019$). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμικότητα ($\text{VIF}<10$).

Πίνακας 45: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Φυσική λειτουργία»

Εξαρτημένη	R	R ²	AdjR ²	F (3,80)	p-value
Φυσική λειτουργία	0,418	0,175	0,144	5,660	0,001
Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p	VIF
Σταθερά	112,263	-	6,429	<0,001	-
Ψυχική υγεία	-0,203	-0,170	-1,108	0,271	2,293
Άγχος	-0,324	-0,252	-1,781	0,079	1,945
Κατάθλιψη	-0,414	-0,340	-2,384	0,019	1,972

Ο Πίνακας 46 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τον «Φυσικό ρόλο» και ανεξάρτητες μεταβλητές την «Ψυχική υγεία», το «Άγχος» και την «Κατάθλιψη». Προέκυψε στατιστικά σημαντική επίδραση των

ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη ($F(3,80)=9,875$, $p<0,001$) με χαμηλό βαθμό προσαρμογής ($AdjR^2=0,243<0,250$). Στατιστικά σημαντική θεωρήθηκε η επίδραση της ανεξάρτητης μεταβλητής «Άγχος» ($Beta=-0,577$, $t=-2,157$, $p=0,034$). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF<10$).

Πίνακας 46: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τον «Φυσικό ρόλο»

Εξαρτημένη	R	R ²	AdjR ²	F (3,80)	p-value
Φυσικός ρόλος	0,520	0,270	0,243	9,875	<0,001
Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p	VIF
Σταθερά	72,111	-	2,805	0,006	-
Ψυχική υγεία	0,341	0,183	1,265	0,210	2,293
Άγχος	-0,577	-0,287	-2,157	0,034	1,945
Κατάθλιψη	-0,226	-0,119	-0,885	0,379	1,972

Ο Πίνακας 47 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τον «Συναισθηματικό ρόλο» και ανεξάρτητες μεταβλητές την «Ψυχική υγεία», το «Άγχος» και την «Κατάθλιψη». Προέκυψε στατιστικά σημαντική επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη ($F(3,80)=10,223$, $p<0,001$) με αποδεκτό βαθμό προσαρμογής ($AdjR^2=0,250$). Στατιστικά σημαντική θεωρήθηκε η επίδραση της ανεξάρτητης μεταβλητής «Ψυχική υγεία» ($Beta=0,338$, $t=2,349$, $p=0,021$). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF<10$).

Πίνακας 47: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Συναισθηματικό ρόλο»

Εξαρτημένη	R	R ²	AdjR ²	F (3,80)	p-value
Συναισθηματικός ρόλος	0,526	0,277	0,250	10,223	<0,001
Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p	VIF
Σταθερά	36,397	-	1,347	0,182	-
Ψυχική υγεία	0,665	0,338	2,349	0,021	2,293
Άγχος	-0,338	-0,159	-1,202	0,233	1,945
Κατάθλιψη	-0,179	-0,089	-0,666	0,507	1,972

Ο Πίνακας 48 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Κοινωνική λειτουργικότητα» και ανεξάρτητες μεταβλητές την «Ψυχική υγεία», το «Άγχος» και την «Κατάθλιψη». Προέκυψε στατιστικά σημαντική επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη ($F(3,80)=16,396$, $p<0,001$) με αποδεκτό βαθμό προσαρμογής ($AdjR^2=0,358>0,250$). Στατιστικά σημαντική θεωρήθηκε η επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών «Άγχος» ($Beta=-0,342$, $t=-2,789$, $p=0,007$) και

«Κατάθλιψη» (Beta=-0,287, t=-2,325, p=0,023). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα (VIF<10).

Πίνακας 48: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Κοινωνική λειτουργικότητα»

Εξαρτημένη	R	R ²	AdjR ²	F (3,80)	p-value
Κοινωνική λειτουργικότητα	0,617	0,381	0,358	16,396	<0,001
Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p	VIF
Σταθερά	93,205	-	4,875	<0,001	-
Ψυχική υγεία	0,105	0,070	0,524	0,602	2,293
Άγχος	-0,555	-0,342	-2,789	0,007	1,945
Κατάθλιψη	-0,442	-0,287	-2,325	0,023	1,972

Ο Πίνακας 49 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τον «Σωματικό πόνο» και ανεξάρτητες μεταβλητές την «Ψυχική υγεία», το «Άγχος» και την «Κατάθλιψη». Προέκυψε στατιστικά σημαντική επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη (F(3,80)=17,295, p<0,001) με αποδεκτό βαθμό προσαρμογής (AdjR²=0,371>0,250). Στατιστικά σημαντική θεωρήθηκε η επίδραση της ανεξάρτητης μεταβλητής «Άγχος» (Beta=0,456, t=3,754, p<0,001). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα (VIF<10).

Πίνακας 49: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τον «Σωματικό πόνο»

Εξαρτημένη	R	R ²	AdjR ²	F (3,80)	p-value
Σωματικό πόνο	0,627	0,393	0,371	17,295	<0,001
Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p	VIF
Σταθερά	0,564	-	0,035	0,973	-
Ψυχική υγεία	-0,051	-0,039	-0,299	0,766	2,293
Άγχος	0,638	0,456	3,754	<0,001	1,945
Κατάθλιψη	0,267	0,201	1,641	0,105	1,972

Ο Πίνακας 50 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Ζωτικότητα» και ανεξάρτητες μεταβλητές την «Ψυχική υγεία», το «Άγχος» και την «Κατάθλιψη». Προέκυψε στατιστικά σημαντική επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη (F(3,80)=75,815, p<0,001) με πολύ υψηλό βαθμό προσαρμογής (AdjR²=0,730>0,6). Στατιστικά σημαντική θεωρήθηκε η επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών «Ψυχική υγεία» (Beta=0,666, t=7,712, p<0,001) και «Κατάθλιψη» (Beta=-0,203, t=-2,529, p=0,013). Δεν παρατηρήθηκε πολυσυγγραμμικότητα (VIF<10).

Πίνακας 50: Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Ζωτικότητα»

Εξαρτημένη	R	R ²	AdjR ²	F (3,80)	p-value
Ζωτικότητα	0,860	0,740	0,730	75,815	<0,001
Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p	VIF
Σταθερά	28,992	-	3,728	<0,001	-
Ψυχική υγεία	0,628	0,666	7,712	<0,001	2,293
Άγχος	-0,063	-0,062	-0,774	0,441	1,945
Κατάθλιψη	-0,196	-0,203	-2,529	0,013	1,972

6. Συμπεράσματα έρευνας

6.1. Συζήτηση

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη έλαβαν μέρος 84 άτομα που στην μικρή τους πλειοψηφία τους ήταν γυναίκες, με την μέση ηλικία να είναι περίπου τα 52 έτη. Η συντριπτική πλειονότητα του δείγματος ήταν Ελληνικής καταγωγής και είχε δημόσια ασφάλεια. Οι μισοί περίπου συμμετέχοντες ανέφεραν πως είναι έγγαμοι και η πλειοψηφία ανέφερε ότι έχει παιδιά κατά μέσο όρο 2 παιδιά. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, οι περισσότεροι ερωτηθέντες ανέφεραν ότι έχουν τελειώσει τη δευτεροβάθμια ή την τριτοβάθμια εκπαίδευση, είναι εργαζόμενοι με το ετήσιο εισόδημα να κυμαίνεται από τα 6.000 έως τα 15.000 ευρώ. Σχετικά με τα χρόνια νοσήματα, το 30% ανέφερε την αρτηριακή υπέρταση. Οι ερωτηθέντες που έπασχαν από κάποιο χρόνιο νόσημα είχαν διαγνωσθεί με αυτό κατά μέσο όρο πριν 10 περίπου χρόνια. Η πλειοψηφία δήλωσε ότι λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή την οποία και τηρεί πιστά. Ακόμη, οι περισσότεροι συμμετέχοντες αποτελούνταν από καπνιστές ή πρώην καπνιστές με την πλειοψηφία όσων κάπνιζαν να το πραγματοποιούν σε καθημερινή βάση. Τέλος, τα άτομα που δεν καταναλώνουν αλκοόλ ήταν ελαφρώς περισσότερα από ότι τα άτομα που καταναλώνουν.

Από την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε αναδείχθηκε αρχικά πως ο COVID-19 επηρέασε αρνητικά τους ερωτηθέντες, με τα επίπεδα επιρροής να είναι μέτρια. Πολλές έρευνες (Ali and Alharbi, 2020; Ataguba, 2020) που έχουν εξάλλου διεξαχθεί αναφέρουν την αρνητική επίπτωση της πανδημίας στις ζωές των ανθρώπων. Ωστόσο, αναφορικά με τους τομείς που επηρεάστηκαν περισσότερο, οι ερωτηθέντες δήλωσαν πως αυξήθηκε σημαντικά η ώρα που κάθονται μπροστά σε μια οθόνη, τα επίπεδα αγωνία και άγχους και η κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών όταν βαριούνται, αγχώνονται ή αναστατώνονται.

Αναφορικά με την γενική υγεία οι ερωτηθέντες απάντησαν πως η υγεία τους είναι καλή και περίπου στα ίδια επίπεδα με την προηγούμενη χρονιά, ενώ δήλωσαν πως είναι τόσο υγιής όσο και όλοι τους οι γνωστοί ενώ διαφώνησαν πως αρρωσταίνουν λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους.

Ακόμη, από την ανάλυση προέκυψε πως η φυσική λειτουργία των ερωτηθέντων είναι σε πολύ καλό επίπεδο, με αποτέλεσμα να μην έχουν κανένα πρόβλημα να εκτελέσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες, τα ψώνια, το περπάτημα και μέτριας έντασης δραστηριότητες.

Επιπλέον, αναδείχθηκε πως ο φυσικός ρόλος, βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο αφού η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσε πως τις τελευταίες 4 εβδομάδες δεν μείωσαν το χρόνο που συνήθως αφιερώνουν στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες και δεν δυσκολεύτηκαν να επιτελέσουν την εργασία ή άλλες δραστηριότητες.

Σχετικά με τον συναισθηματικό ρόλο η πλειοψηφία δήλωσε πως δεν μείωσε το χρόνο που συνήθως αφιερώνει στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες και ότι δεν έκανε την δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως.

Όσον αφορά την κοινωνική λειτουργικότητα, παρατηρήθηκε πως τις τελευταίες 4 εβδομάδες η σωματική & συναισθηματική τους υγεία επηρέασε μέτρια έως λίγο τις κοινωνικές δραστηριότητες με οικογένεια, φίλους.

Χαμηλά ήταν τα επίπεδα επιρροής κάποιου σωματικού πόνου στη συνηθισμένη εργασία τους. Όσον αφορά την ζωτικότητα και την ψυχική υγεία, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι νιώθουν ζωντάνια και νιώθουν ηρεμία-γαλήνη.

Χαμηλά χαρακτηρίστηκαν τα επίπεδα άγχους καθώς καθ' όλη την περίοδο της πανδημίας δήλωσαν πως δεν ήταν ανήσυχοι ή τρομαγμένοι ούτε αντιμετωπίζουν κάποιο συναίσθημα φόβου και πανικού.

Τέλος, χαμηλό ήταν και το επίπεδο κατάθλιψης των ερωτηθέντων, αφού δήλωσαν πως μπορούν να απολαμβάνουν αρκετά ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα, νιώθουν αρκετά κεφάλτοι, προσμένουν με χαρά διάφορα πράγματα και μπορούν να γελούν και να βλέπουν την αστεία πλευρά των πραγμάτων και διαφώνησαν πως έχασαν το ενδιαφέρον για την εμφάνιση τους.

Από τα ανωτέρω προκύπτει πως τα επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας των ερωτηθέντων είναι σε ικανοποιητικό επίπεδο. Παρόλα αυτά στο 1^ο ερευνητικό ερώτημα, η μελέτη των συσχετίσεων της αρνητικής επιρροή του COVID-19 στην υγεία και την ψυχολογική επιβάρυνση των ατόμων ανέδειξε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Από την ανάλυση αναδείχθηκε ότι οι συμμετέχοντες οι οποίοι συμφώνησαν ότι ήταν έντονη η αρνητική επιρροή από τον COVID-19 στην ζωή τους, παρουσίασαν χειρότερη γενική υγεία, χαμηλότερη φυσική λειτουργία, μειωμένο φυσικό και συναισθηματικό ρόλο, λιγότερη ζωτικότητα, λιγότερη κοινωνική λειτουργικότητα, περισσότερο σωματικό πόνο, χειρότερη ψυχική υγεία, περισσότερο άγχος και κατάθλιψη. Το γενικότερο συμπέρασμα είναι ότι ο COVID-19 επηρέασε αρνητικά όλες τις παραμέτρους της σωματικής και ψυχικής υγείας, ωστόσο ακόμη

και μετά από αυτήν την επιρροή τα επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας παραμένουν ανθεκτικά και σε ικανοποιητικό επίπεδο.

Βιβλιογραφικά, καθώς η κατάθλιψη και το άγχος έχουν συνδεθεί με ειδήσεις που σχετίζονται με τον Covid-19 είναι πιθανό ότι ορισμένες πολιτικές παρεμβάσεις και δημόσιες ανακοινώσεις κατά τους πρώτους μήνες της πανδημίας να επηρέασαν άμεσα τα συνολικά αποτελέσματα ψυχικής υγείας, όπως για παράδειγμα τα επίπεδα μοναξιάς, τα συναισθήματα απομόνωσης, τις ανησυχίες και το άγχος (Varga et al., 2021). Επίσης, ο Brooks και οι συνεργάτες του (2020), εμφάνισαν στην έρευνα τους παρόμοια αρνητικά ψυχολογικά αποτελέσματα όπως απογοήτευση, μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα, άγχος και στρες.

Στο 2^ο ερευνητικό ερώτημα μελετήθηκε το πως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων επηρεάζουν τις συμπεριφορές που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής τους κατά την διάρκεια της πανδημίας, την υγεία τους καθώς και την ψυχολογική τους επιβάρυνση.

Αρχικά, από την ανάλυση προέκυψε πως οι άνδρες είναι πιο ανθεκτικοί με υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικού ρόλου, περισσότερη ζωτικότητα και καλύτερη ψυχική υγεία, ενώ και το άγχος τους ήταν σε χαμηλότερο επίπεδο από ότι των γυναικών.

Όσον αφορά την ηλικία των ερωτηθέντων, αναδείχθηκε πως οι νεότεροι συμμετέχοντες αισθάνθηκαν σε υψηλότερο βαθμό την αρνητική επιρροή του COVID-19 και είχαν χαμηλότερο συναισθηματικό ρόλο και ψυχική υγεία. Αντίθετα, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εμφάνισαν χαμηλότερη γενική υγεία και μικρότερη φυσική λειτουργία. Διαφαίνεται δηλαδή ότι οι νέοι επηρεάστηκαν ψυχολογικά και οι πιο ηλικιωμένοι σωματικά.

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, προέκυψε πως η γενική υγεία των χήρων και η φυσική τους λειτουργία ήταν χειρότερη σε σχέση με τους άγαμους, τους έγγαμους και τους διαζευγμένους. Οι συμμετέχοντες με παιδιά αισθάνθηκαν σε μικρότερο βαθμό την αρνητική επιρροή του COVID-19, ωστόσο είχαν και χαμηλότερα επίπεδα γενικής υγείας, ίσως λόγω υποχρεώσεων. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με την μελέτη των Addis, Nega και Miretu (2021), οι οποίοι διαπίστωσαν πως η έλλειψη οικογενειακής υποστήριξης οδηγούσε σε αύξηση της αρνητικής επιρροής σε ανθρώπους με χρόνια νοσήματα.

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, αναδείχθηκε πως τα άτομα που τελείωσαν μόνο την υποχρεωτική εκπαίδευση είχαν χειρότερη γενική υγεία και κοινωνική λειτουργικότητα από τους υπόλοιπους ερωτηθέντες, ενώ τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, ήταν συγκριτικά υψηλότερα από ότι όσων τελείωσαν τη δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια εκπαίδευση. Υψηλά

επίπεδα φυσικής λειτουργίας παρατηρήθηκαν για τους κατόχους μεταπτυχιακού-διδακτορικού και υψηλά επίπεδα φυσικού ρόλου για τους απόφοιτους Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Σχετικά με την εργασιακή κατάσταση, οι εργαζόμενοι εμφάνισαν υψηλότερη φυσική λειτουργία, σε σύγκριση με τους συνταξιούχους καλύτερη γενική υγεία και κοινωνική λειτουργία σε σύγκριση με ανέργους και συνταξιούχους. Τα επίπεδα φυσικού ρόλου των ανέργων ήταν χαμηλότερα σε σύγκριση με τα αντίστοιχα των συνταξιούχων και των εργαζομένων. Οι άνεργοι εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικού ρόλου σε σύγκριση με τους συνταξιούχους και αισθάνθηκαν πιο έντονα την αρνητική επιρροή του COVID-19.

Επιπλέον, αναδείχθηκε πως η γενική υγεία των ατόμων με χαμηλό εισόδημα έως 6000 ευρώ ήταν χειρότερη από ότι των ατόμων με υψηλότερα εισοδήματα, ενώ οι συμμετέχοντες με εισόδημα άνω των 20.000 ευρώ εμφάνισαν καλύτερη φυσική λειτουργία. Όπως επίσης παρουσιάζει ο Islam και οι συνεργάτες του (2021) στην έρευνά τους, η γενική υγεία των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (άνεργοι, άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο) με χρόνια νοσήματα επηρεάζεται περισσότερο στην διάρκεια της πανδημίας του COVID-19.

Αναφορικά με το είδος ασφάλισης, προέκυψε πως τα άτομα που είχαν ιδιωτική ασφάλεια είχαν καλύτερη γενική υγεία και φυσική λειτουργία και λιγότερο σωματικό πόνο. Από την άλλη όσοι ήταν ανασφάλιστοι είχαν χαμηλότερη κοινωνική λειτουργικότητα. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με την μελέτη του Blecker και των συνεργατών του (2021), οι οποίοι διαπίστωσαν πως τα άτομα με χρόνια νοσήματα χωρίς ασφάλιση υγείας εμφάνισαν χειρότερη γενική υγεία.

Επίσης, τα άτομα που είχαν σακχαρώδη διαβήτη και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια είχαν χειρότερη γενική υγεία. Τα άτομα με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είχαν χειρότερη γενική υγεία, χαμηλότερη φυσική λειτουργία και περισσότερο σωματικό πόνο. Αυτό έρχεται σε συμφωνία με τον Yang και οι συνεργάτες του (2020), οι οποίοι σε έρευνά τους τονίζουν πως η ασθένεια του Covid-19 είναι πιο σοβαρή σε ασθενείς με χρόνια νόσο, όπως νεφρική ανεπάρκεια, σακχαρώδης διαβήτης, ασθένειες αναπνευστικών και καρδιαγγειακών συστημάτων.

Όσον αφορά την χρονική διάρκεια του χρόνιου νοσήματος τους, τα άτομα που είχαν διαγνωστεί με αυτό πριν πολλά χρόνια εμφάνισαν χειρότερη γενική υγεία και περισσότερη κατάθλιψη. Στο συμπέρασμα αυτό κατέληξε και η μελέτη των Addis, Nega και Miretu (2021),

οι οποίοι υπέδειξαν ως σημαντικό παράγοντα της κακής υγείας των ασθενών με χρόνια νοσήματα, την χρονική διάρκεια του εκάστοτε χρόνιου νοσήματος.

Τέλος, η γενική υγεία όσων λαμβάνουν φάρμακο για το χρόνιο νόσημα τους ήταν χειρότερη από ότι όσων δεν λαμβάνουν φάρμακα, ενώ οι καπνιστές είχαν χαμηλότερη ζωτικότητα και χειρότερη ψυχική υγεία.

Στο 3^ο ερευνητικό ερώτημα μελετήθηκε πως η ψυχολογική κατάσταση των συμμετεχόντων επηρέασε την σωματική τους δραστηριότητα. Παρατηρήθηκε πως η καλή ψυχική υγεία συνδέθηκε με αυξημένη ζωτικότητα και υψηλότερο συναισθηματικό ρόλο. Συμμετέχοντες με περισσότερο άγχος εμφάνισαν χειρότερη γενική υγεία, μειωμένο φυσικό ρόλο και κοινωνική λειτουργικότητα καθώς και αυξημένο σωματικό πόνο. Τέλος ασθενείς με περισσότερη κατάθλιψη εμφάνισαν χειρότερη γενική υγεία, μειωμένη φυσική λειτουργία, κοινωνική λειτουργικότητα και ζωτικότητα.

6.2. Πρακτικές εφαρμογές

Ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να δοθεί στις ομάδες οι οποίες παρουσίασαν τα περισσότερα προβλήματα, με την κατεύθυνση της φροντίδας να έγκειται στην ψυχολογική υποστήριξη, με στόχο την μείωση του άγχους και της κατάθλιψης. Συγκεκριμένα μεγαλύτερη υποστήριξη χρειάζονται οι γυναίκες, οι νέοι, οι χήροι, άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου υποχρεωτικής εκπαίδευσης, οι άνεργοι, άτομα με μικρότερα εισοδήματα, οι ανασφάλιστοι, ασθενείς με αποφρακτική πνευμονοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια και με γενικά χρόνια νοσήματα για περισσότερο καιρό.

6.3. Περιορισμοί-Προτάσεις

Τα αποτελέσματα της έρευνας περιορίζονται σε ασθενείς, που έχουν χρόνια νοσήματα περίπου για 10 έτη, μέση ηλικία τα 52 έτη, διαμένουν ως επί το πλείστο στην περιοχή της Αθήνας και δε διαφαίνεται να έχουν νοσήσει από τον ιό.

Επίσης πρόκειται για άτομα που έχουν δημόσια ασφάλεια, είναι έγγαμοι με 2 παιδιά, έχουν μορφωτικό επίπεδο δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και μέτριο εισόδημα από 6000-15000 ευρώ. Επιπλέον, το μέγεθος του δείγματος ήταν σχετικά μικρό για εφαρμογή παραμετρικών ελέγχων σε κάθε περίπτωση και όχι αντιπροσωπευτικό του μεγέθους πληθυσμού-στόχου.

Επιπρόσθετα, η έρευνα δεν εξετάζει τις αλλαγές στην κατανάλωση αλκοόλ και τις καπνιστικές συνήθειες οι οποίες μπορεί να επηρεάζουν σημαντικά τα επίπεδα υγείας και να σχετίζονται έντονα με τα επίπεδα άγχους και στρες. Επικεντρώνεται κυρίως στις αλλαγές των διατροφικών συνηθειών, της σωματικής δραστηριότητας και της ψυχολογικής κατάστασης.

Προτείνεται μελλοντική έρευνα με μεγαλύτερο δείγμα, το μέγεθος του οποίου θα προσδιοριστεί από το μέγεθος του πληθυσμού-στόχου. Τέλος, προτείνεται η εφαρμογή στρωματοποιημένης δειγματοληψίας, προκειμένου το δείγμα να είναι περισσότερο αντιπροσωπευτικό.

Βιβλιογραφία

- Addis, S. G., Nega, A. D., & Miretu, D. G. (2021). Psychological impact of COVID-19 pandemic on chronic disease patients in Dessie town government and private hospitals, Northeast Ethiopia. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 15(1), 129-135.
- Akhter, N., Bambra, C., Mattheys, K., Warren, J., & Kasim, A. (2018). Inequalities in mental health and well-being in a time of austerity: Follow-up findings from the Stockton-on-Tees cohort study. *SSM-population health*, 6, 75-84.
- Ali, I., & Alharbi, O. M. (2020). COVID-19: Disease, management, treatment, and social impact. *Science of the total Environment*, 728, 138861.
- Anagnostopoulos F., Niakas D., & Pappa E. (2005). Construct validation of the Greek SF-36 Health Survey, *Quality of Life Research* 14(8): 1959-1965, doi: 10.1007/s11136-005-3866-8.
- Ataguba, J. E. (2020). *COVID-19 pandemic, a war to be won: understanding its economic implications for Africa*.
- Baig, A. S., Butt, H. A., Haroon, O., & Rizvi, S. A. R. (2021). Deaths, panic, lockdowns and US equity markets: The case of COVID-19 pandemic. *Finance Research Letters*, 38, 101701.
- Bambra, C. (2011). Work, worklessness and the political economy of health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(9), 746-750.
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*, 74(11), 964-968.
- Barth, J., Schneider, S., & Von Känel, R. (2010). Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 72(3), 229-238.
- Bengtsson, T., Dribe, M., & Eriksson, B. (2018). Social class and excess mortality in Sweden during the 1918 influenza pandemic. *American journal of epidemiology*, 187(12), 2568-2576.
- Biggerstaff, M., Jhung, M. A., Reed, C., Garg, S., Balluz, L., Fry, A. M., & Finelli, L. (2014). Impact of medical and behavioural factors on influenza-like illness, healthcare-seeking, and antiviral treatment during the 2009 H1N1 pandemic: USA, 2009–2010. *Epidemiology & Infection*, 142(1), 114-125.
- Blecker, S., Jones, S. A., Petrilli, C. M., Admon, A. J., Weerahandi, H., Francois, F., & Horwitz, L. I. (2021). Hospitalizations for chronic disease and acute conditions in the time of COVID-19. *JAMA Internal Medicine*, 181(2), 269-271.
- British Psychological Society. (2014). *BPS Code of Human Research Ethics* (2nd ed.). <https://www.bps.org.uk/news-and-policy/bps-code-human-research-ethics-2nd-edition-2014>.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920.

- Bucholz, E. M., Strait, K. M., Dreyer, R. P., Geda, M., Spatz, E. S., Bueno, H., & Krumholz, H. M. (2014). Effect of low perceived social support on health outcomes in young patients with acute myocardial infarction: results from the variation in recovery: role of gender on outcomes of young AMI patients (VIRGO) study. *Journal of the American Heart Association*, 3(5).
- Care, I. (2020). National Audit and Research Centre (ICNARC): ICNARC Report on COVID-19 in Critical Care: 24 April 2020.
- Charu, V., Chowell, G., Palacio Mejia, L. S., Echevarría-Zuno, S., Borja-Aburto, V. H., Simonsen, L. & Viboud, C. (2011). Mortality burden of the A/H1N1 pandemic in Mexico: a comparison of deaths and years of life lost to seasonal influenza. *Clinical infectious diseases*, 53(10), 985-993.
- Ciotti, M., Angeletti, S., Minieri, M., Giovannetti, M., Benvenuto, D., Pascarella, S. & Ciccozzi, M. (2019). COVID-19 outbreak: an overview. *Chemotherapy*, 64(5-6), 215-223.
- Cohen L., Manion L. & Morrison K. (2007). *Research Methods in Education*. New York: Routledge Falmer.
- Copeland, A., Bambra, C., Nylén, L., Kasim, A., Riva, M., Curtis, S., & Burström, B. (2015). All in it together? The effects of recession on population health and health inequalities in England and Sweden, 1991–2010. *International Journal of Health Services*, 45(1), 3-24.
- Creswell, J.W. (2013) *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4th Edition, SAGE Publications, Inc., London.
- Dam, A. E., de Vugt, M. E., Klinkenberg, I. P., Verhey, F. R., & van Boxtel, M. P. (2016). A systematic review of social support interventions for caregivers of people with dementia: Are they doing what they promise? *Maturitas*, 85, 117-130.
- D'Antiga, L. (2020). Coronaviruses and immunosuppressed patients: the facts during the third epidemic. *Liver Transplantation*, 26(6), 832-834.
- Dennison, L., Moss-Morris, R., & Chalder, T. (2009). A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical psychology review*, 29(2), 141-153.
- Eom, C. S., Shin, D. W., Kim, S. Y., Yang, H. K., Jo, H. S., Kweon, S. S. & Park, J. H. (2013). Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1283-1290.
- Evans, T. (2002). A human right to health. *Third World Quarterly*, 23(2), 197-215.
- Field, A. (2017). *Discovering Statistics Using IBM SPSS (5th edition)*. Sage Publications Ltd.
- Floyd J Fowler, Jr. (2014). *Survey Research Methods*. BOSTON: Sage Publications
- Fuller, J. A., Hakim, A., Victory, K. R., Date, K., Lynch, M., Dahl, B. & Team, R. (2021). Mitigation Policies and COVID-19–Associated Mortality—37 European Countries, January 23–June 30, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 70(2), 58.

- Gallo Marin, B., Aghagoli, G., Lavine, K., Yang, L., Siff, E. J., Chiang, S. S & Michelow, I. C. (2021). Predictors of COVID-19 severity: A literature review. *Reviews in medical virology*, 31(1), 1-10.
- Giebel, C. M., Challis, D. J., & Montaldi, D. (2016). A revised interview for deterioration in daily living activities in dementia reveals the relationship between social activities and well-being. *Dementia*, 15(5), 1068-1081.
- Giebel, C., Cannon, J., Hanna, K., Butchard, S., Eley, R., Gaughan, A. & Gabbay, M. (2020). Impact of COVID-19 related social support service closures on people with dementia and unpaid careers: a qualitative study. *Aging & Mental Health*, 1-8.
- Giebel, C., Lord, K., Cooper, C., Shenton, J., Cannon, J., Pulford, D. & Gabbay, M. (2021). A UK survey of COVID-19 related social support closures and their effects on older people, people with dementia, and careers. *International journal of geriatric psychiatry*, 36(3), 393-402.
- Greene, J., & D'Oliveira, M. (2007). *Learning to use statistical tests in psychology* (3rd ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Grossman, E. S., Hoffman, Y. S., Palgi, Y., & Shrira, A. (2020). COVID-19 related loneliness and sleep problems in older adults: Worries and resilience as potential moderators. *Personality and individual differences*, 168, 110371.
- Guo, L., Wei, D., Zhang, X., Wu, Y., Li, Q., Zhou, M., & Qu, J. (2019). Clinical features predicting mortality risk in patients with viral pneumonia: the MuLBSTA score. *Frontiers in microbiology*, 10, 2752.
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American journal of community psychology*, 39(1), 133-144.
- Hawkes, A. L., Patrao, T. A., Ware, R., Atherton, J. J., Taylor, C. B., & Oldenburg, B. F. (2013). Predictors of physical and mental health-related quality of life outcomes among myocardial infarction patients. *BMC cardiovascular disorders*, 13(1), 1-9.
- Helduser, J. W., Bolin, J. N., Vuong, A. M., Moudouni, D. M., Begaye, D. S., Huber Jr, J. C. & Forjuoh, S. N. (2013). Factors associated with successful completion of the chronic disease self-management program by adults with type 2 diabetes. *Family & community health*, 36(2), 147-157.
- Islam, N., Lacey, B., Shabnam, S., Erzurumluoglu, A. M., Dambha-Miller, H., Chowell, G. & Marmot, M. (2021). Social inequality and the syndemic of chronic disease and COVID-19: county-level analysis in the USA. *J Epidemiol Community Health*.
- Karimy, M., Koohestani, H. R., & Araban, M. (2018). The association between attitude, self-efficacy, and social support and adherence to diabetes self-care behavior. *Diabetology & metabolic syndrome*, 10(1), 1-6.
- Keogh, K. M., Smith, S. M., White, P., McGilloway, S., Kelly, A., Gibney, J., & O'Dowd, T. (2011). Psychological family intervention for poorly controlled type 2 diabetes. *The American journal of managed care*, 17(2), 105-113.
- Kumari A., Ranjan P., Vikram N.K., Kaur D., Sahu A., Dwivedi S.N., Baitha U., Goel A. (2020). A short questionnaire to assess changes in lifestyle-related behaviour during

COVID 19 pandemic, Diabetes & Metabolic Syndrome: *Clinical Research & Reviews*, 14, 1697-1701, <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.08.020>

- Liang, W., Guan, W., Chen, R., Wang, W., Li, J., Xu, K and He, J. (2020). Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *The lancet oncology*, 21(3), 335-337.
- Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y. & Feng, Z. (2020). Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *New England journal of medicine*.
- Li, R., Pei, S., Chen, B., Song, Y., Zhang, T., Yang, W., & Shaman, J. (2020). Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2). *Science*, 368(6490), 489-493.
- Liu, X., Shao, L., Zhang, R., Wei, Y., Li, J., Wang, C & Zhou, F. (2020). Perceived social support and its impact on psychological status and quality of life of medical staffs after outbreak of SARS-CoV-2 pneumonia: a cross-sectional study. *Available at SSRN 3541127*.
- Livingston, E., & Bucher, K. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Italy. *Jama*, 323(14), 1335-1335.
- Mamelund, S. E. (2006). A socially neutral disease? Individual social class, household wealth and mortality from Spanish influenza in two socially contrasting parishes in Kristiania 1918–19. *Social science & medicine*, 62(4), 923-940.
- McLeod, S. A., (2007). *What is reliability?* Simply Psychology.
- Michopoulos I., Kalkavoura C., Michalopoulou P., Fineti K., Kalemi G., Psarra M.L., Gournellis R., Christodoulou C., Douzenis A., Patapis P, Protopapas K, & Lykouras L. (2007). *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Validation in a Greek general hospital sample*, *Psychiatriki*, 18:217–224.
- Mohammed, A., Sheikh, T. L., Gidado, S., Poggensee, G., Nguku, P., Olayinka, A., & Obiako, R. O. (2015). An evaluation of psychological distress and social support of survivors and contacts of Ebola virus disease infection and their relatives in Lagos, Nigeria: a cross sectional study– 2014. *BMC Public Health*, 15(1), 1-8.
- Moriarty, L. F., Plucinski, M. M., Marston, B. J., Kurbatova, E. V., Knust, B., Murray, E. L. & Friedman, C. R. (2020). California Department of Public Health COVID-19 Team, Solano County COVID-19 Team. 2020. *Public health responses to COVID-19 outbreaks on cruise ships—worldwide*, 347-352.
- Murray, C. J., Lopez, A. D., Chin, B., Feehan, D., & Hill, K. H. (2006). Estimation of potential global pandemic influenza mortality on the basis of vital registry data from the 1918–20 pandemic: a quantitative analysis. *The Lancet*, 368(9554), 2211-2218.
- Östberg, V., & Lennartsson, C. (2007). Getting by with a little help: The importance of various types of social support for health problems. *Scandinavian journal of public health*, 35(2), 197-204.
- Phan, L. T., Nguyen, T. V., Luong, Q. C., Nguyen, T. V., Nguyen, H. T., Le, H. Q., ... & Pham, Q. D. (2020). Importation and human-to-human transmission of a novel coronavirus in Vietnam. *New England Journal of Medicine*, 382(9), 872-874.

- Pranata, R., Huang, I., Lim, M. A., Yonas, E., Vania, R., & Kuswardhani, R. A. T. (2021). Delirium and Mortality in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)—A Systematic Review and Meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 104388.
- Prince, M., Comas-Herrera, A., Knapp, M., Guerchet, M., & Karagiannidou, M. (2016). *World Alzheimer report 2016: improving healthcare for people living with dementia: coverage, quality and costs now and in the future*.
- Pūras, D., de Mesquita, J. B., Cabal, L., Maleche, A., & Meier, B. M. (2020). The right to health must guide responses to COVID-19. *The Lancet*, 395 (10241), 1888-1890.
- Qiao, S., Li, X., & Stanton, B. (2014). Social support and HIV-related risk behaviors: a systematic review of the global literature. *AIDS and Behavior*, 18(2), 419-441.
- Rad, G. S., Bakht, L. A., Feizi, A., & Mohebi, S. (2013). Importance of social support in diabetes care. *Journal of education and health promotion*, 2.
- Richards, M., Anderson, M., Carter, P., Ebert, B. L. & Mossialos, E. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on cancer care. *Nature Cancer*, 1(6), 565-567.
- Rutter, P. D., Mytton, O. T., Mak, M., & Donaldson, L. J. (2012). Socio-economic disparities in mortality due to pandemic influenza in England. *International journal of public health*, 57(4), 745-750.
- Salkind, N. J. (2010). *Encyclopedia of research design*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Sándor, J., Kósa, Z., Boruzs, K., Boros, J., Tokaji, I., McKee, M., & Ádány, R. (2017). The decade of Roma Inclusion: did it make a difference to health and use of health care services? *International journal of public health*, 62(7), 803-815.
- Shereen, M. A., Khan, S., Kazmi, A., Bashir, N., & Siddique, R. (2020). COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *Journal of advanced research*, 24, 91-98.
- Singh, J., & Singh, J. (2020). COVID-19 and its impact on society. *Electronic Research Journal of Social Sciences and Humanities*, 2.
- Singer, M. (2009). *Introduction to syndemics: A critical systems approach to public and community health*. John Wiley & Sons.
- Tang, T. S., Brown, M. B., Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (2008). Social support, quality of life, and self-care behaviors among African Americans with type 2 diabetes. *The diabetes educator*, 34(2), 266-276.
- Taylor-Robinson, D., Lai, E. T., Wickham, S., Rose, T., Norman, P., Bambra, C. & Barr, B. (2019). Assessing the impact of rising child poverty on the unprecedented rise in infant mortality in England, 2000–2017: time trend analysis. *BMJ open*, 9(10).
- Todd, A., Copeland, A., Husband, A., Kasim, A., & Bambra, C. (2015). Access all areas? An area-level analysis of accessibility to general practice and community pharmacy services in England by urbanity and social deprivation. *BMJ open*, 5(5).
- Todorova, B. (2020). New Forms “of Employment, A Challenge for Social Security System. In *Proceedings of the 5th International Conference on New Findings on Humanities and Social Sciences* (pp. 1-13). Diamond Scientific Publishing.

- Toleikyte, L., & Salway, S. (2018). Local action on health inequalities: understanding and reducing ethnic inequalities in health. *Public Health England*.
- Turk, E., Durrance-Bagale, A., Han, E., Bell, S., Rajan, S., Lota, M. M. M. & Legido-Quigley, H. (2021). International experiences with co-production and people centredness offer lessons for Covid-19 responses. *bmj*, 372.
- Varga, T. V., Bu, F., Dissing, A. S., Elsenburg, L. K., Bustamante, J. J. H., Matta, J. & Rod, N. H. (2021). Loneliness, worries, anxiety, and precautionary behaviours in response to the COVID-19 pandemic: a longitudinal analysis of 200,000 Western and Northern Europeans. *The Lancet Regional Health-Europe*, 100020.
- Verity, R., Okell, L. C., Dorigatti, I., Winskill, P., Whittaker, C., Imai, N. & Ferguson, N. M. (2020). Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *The Lancet infectious diseases*, 20(6), 669-677.
- Vishnevetsky, A., & Levy, M. (2020). Rethinking high-risk groups in COVID-19. *Multiple sclerosis and related disorders*, 42.
- Wedgeworth, M., LaRocca, M. A., Chaplin, W. F., & Scogin, F. (2017). The role of interpersonal sensitivity, social support, and quality of life in rural older adults. *Geriatric Nursing*, 38(1), 22-26.
- World Health Organization. (2020). Addressing human rights as key to the COVID-19 response. Available at: <https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/1190>
- Willis, E., Semple, A. C., & de Waal, H. (2018). Quantifying the benefits of peer support for people with dementia: A Social Return on Investment (SROI) study. *Dementia*, 17(3), 266-278.
- Wilson, N., Rice, G., Thomson, G., & Baker, M. (2005). Re-evaluating a local public health control measure used in New Zealand for the pandemic influenza of 1918. *The New Zealand Medical Journal (Online)*, 118(1224).
- Xia, Y., Jin, R., Zhao, J., Li, W., & Shen, H. (2020). Risk of COVID-19 for cancer patients. *Lancet Oncol*, 21(4).
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e923549-1.
- Yamin, A. E. (2005). The future in the mirror: Incorporating strategies for the defense and promotion of economic, social, and cultural rights into the mainstream human rights agenda. *Human Rights Quarterly*, 1200-1244.
- Yang, J., Zheng, Y., Gou, X., Pu, K., Chen, Z., Guo, Q. & Zhou, Y. (2020). Prevalence of comorbidities in the novel Wuhan coronavirus (COVID-19) infection: a systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis*, 10.
- Zhang, L., Ghader, S., Pack, M. L., Xiong, C., Darzi, A., Yang, M. & Hu, S. (2020). An interactive COVID-19 mobility impact and social distancing analysis platform. *medRxiv*.

Παράρτημα

Καλείστε να συμμετάσχετε σε μία επιστημονική έρευνα του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

Ο τίτλος της έρευνας είναι *«Αλλαγές συμπεριφορών σε θέματα υγείας σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα κατά την περίοδο της πανδημίας»*.

Σκοπός της εν λόγω επιστημονικής έρευνας είναι να ερευνηθεί κατά πόσο, στην περίοδο της πανδημίας, ο κίνδυνος της νόσου και η επιβολή συναφών περιορισμών (το λεγόμενο «lock down»), επηρέασαν και πώς τις συμπεριφορές υγείας ατόμων που φέρουν τουλάχιστον ένα χρόνιο νόσημα.

Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά αναγκαία.

Πρέπει να είστε 18 χρονών και άνω για να συμμετάσχετε στην έρευνα.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα θα χρειαστεί να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 85 ερωτήσεις και ο χρόνος που απαιτείται για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ανέρχεται σε 25 λεπτά περίπου.

Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων.

Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές.

Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά.

Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε φαρμακείο ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας.

Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

Μπορείτε να αποχωρήσετε από την έρευνα ανά πάσα στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια/κύρωση, ανακαλώντας τη συγκατάθεσή σας.

Μπορείτε επίσης να αρνηθείτε να απαντήσετε σε οποιεσδήποτε ερωτήσεις δεν επιθυμείτε να απαντήσετε και να παραμείνετε στην έρευνα.

Ο ερευνητής μπορεί να σας ζητήσει να αποσυρθείτε από την έρευνα, αν ανακλύσουν περιστάσεις που το απαιτούν.

Αν έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις, επιθυμείτε πρόσθετες πληροφορίες σχετικά με την έρευνα ή θέλετε να ανακαλέσετε την συγκατάθεση σας μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον υπεύθυνο ερευνητή:

Κωνσταντίνα Σπυροπούλου

Τηλ.: 6936952884

Email: std110720@ac.eap.gr

Έχω διαβάσει τις ανωτέρω αναφερόμενες πληροφορίες και συμφωνώ να συμμετέχω στη συγκεκριμένη επιστημονική έρευνα.

Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντος/συμμετέχουσας στην έρευνα (προαιρετικό):

.....

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

Ερωτηματολόγιο

Α. Δημογραφικά, κοινωνικά και γενικά στοιχεία

1. Φύλο: ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα
2. Ηλικία:
3. Υπηκοότητα: ☐ Ελληνική ☐ Άλλη
4. Οικογενειακή κατάσταση: ☐ Άγαμος/η
☐ Έγγαμος/η
☐ Διαζευγμένος/η
☐ Χήρος/α
5. Έχετε παιδιά: ☐ Ναι ☐ Όχι Αν ναι, πόσα:
6. Μορφωτικό επίπεδο: ☐ Δεν έχω ολοκληρώσει το δημοτικό
☐ Υποχρεωτική εκπαίδευση
☐ Δευτεροβάθμια
☐ Τριτοβάθμια
☐ Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό
7. Εργασιακή κατάσταση: ☐ Άνεργος
☐ Εργαζόμενος
☐ Συνταξιούχος

8. Εισόδημα:
- ☐ < 6.000
- ☐ 6.000 – 10.000
- ☐ 10.000 – 15.000
- ☐ 15.000 – 20.000
- ☐ 20.000 – 25.000
- ☐ > 25.000

9. Ασφάλιση υγείας:
- ☐ Ιδιωτική
- ☐ Δημόσια
- ☐ Ανασφάλιστος

10. Αναφέρατε αν πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα

- ☐ Αρτηριακή Υπέρταση
- ☐ Σακχαρώδη Διαβήτη
- ☐ Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π)
- ☐ Άσθμα
- ☐ Καρδιαγγειακές Παθήσεις
- ☐ Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια
- ☐ Άλλο

11. Αναφέρατε πόσα χρόνια έχετε διαγνωστεί για το χρόνια νόσημα σας

☐ Έτη

12. Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή για το χρόνια νόσημα σας;

☐ Ναι

☐ Όχι

Αν ναι, την τηρείται
πιστά ή παραλείπετε συχνά
δόσεις:

13. Είστε;

☐ Καπνιστής

☐ Πρώην καπνιστής

☐ Ποτέ καπνιστής

☐ Δεν απαντώ

14. Καπνίζετε ή καπνίζατε

☐ Καθημερινά;

☐ Περιστασιακά;

☐ Δεν απαντώ

15. Πίνετε αλκοόλ;

☐ Ναι

☐ Όχι

☐ Δεν απαντώ

B. Συμπεριφορές που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής κατά την διάρκεια της πανδημίας (Lifestyle related behaviour Questionnaire)

Το ερωτηματολόγιο αυτό μελετά τον αντίκτυπο της πανδημίας Covid-19 και των συναφών περιορισμών στις συμπεριφορές που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής όπως είναι η διατροφή, η σωματική δραστηριότητα, ο ύπνος. Διαβάστε κάθε παρακάτω ερώτημα και σημειώστε την απάντηση η οποία είναι πλησιέστερη στην τωρινή σας κατάσταση. Αγνοήστε τους αριθμούς οι οποίοι είναι τυπωμένοι δίπλα από κάθε κουτάκι.

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid:

1. Πώς έχει αλλάξει η πιθανότητα παράλειψης ενός από τα κύρια γεύματα (πρωινό / μεσημεριανό γεύμα / δείπνο);

Αυξήθηκε
σημαντικά

Αυξήθηκε
ελαφρώς

Πάνω κάτω το
ίδιο

Μειώθηκε
ελαφρώς

Μειώθηκε
σημαντικά

☐ -2

☐ -1

☐ 0

☐ 1

☐ 2

2. Πώς έχει αλλάξει η συνήθεια σας για σνακ μεταξύ των γευμάτων;

Αυξήθηκε
σημαντικά

-2

Αυξήθηκε
ελαφρώς

-1

Πάνω κάτω το
ίδιο

0

Μειώθηκε
ελαφρώς

1

Μειώθηκε
σημαντικά

2

3. Πώς έχει αλλάξει η ποσότητα / μερίδες γευμάτων και σνακ;

Αυξήθηκε
σημαντικά

-2

Αυξήθηκε
ελαφρώς

-1

Πάνω κάτω το
ίδιο

0

Μειώθηκε
ελαφρώς

-1

Μειώθηκε
σημαντικά

-2

4. Πώς έχει αλλάξει η ημερήσια πρόσληψη φρούτων και λαχανικών;

Αυξήθηκε
σημαντικά

2

Αυξήθηκε
ελαφρώς

1

Πάνω κάτω το
ίδιο

0

Μειώθηκε
ελαφρώς

-1

Μειώθηκε
σημαντικά

-2

5. Πώς έχει αλλάξει η πρόσληψη ισορροπημένης διατροφής (συμπεριλαμβανομένων υγιών συστατικών όπως ολικής αλέσεως, όσπρια, αυγά, ξηροί καρποί, φρούτα και λαχανικά);

Αυξήθηκε
σημαντικά

2

Αυξήθηκε
ελαφρώς

1

Πάνω κάτω το
ίδιο

0

Μειώθηκε
ελαφρώς

-1

Μειώθηκε
σημαντικά

-2

6. Πώς έχει αλλάξει η κατανάλωση πρόχειρου / γρήγορου φαγητού και τηγανητού φαγητού;

Αυξήθηκε
σημαντικά

-2

Αυξήθηκε
ελαφρώς

-1

Πάνω κάτω το
ίδιο

0

Μειώθηκε
ελαφρώς

1

Μειώθηκε
σημαντικά

2

7. Πώς έχει αλλάξει η πρόσληψη αναψυκτικών με ζάχαρη (ανθρακούχα αναψυκτικά, χυμοί με ζάχαρη);

Αυξήθηκε
σημαντικά

-2

Αυξήθηκε
ελαφρώς

-1

Πάνω κάτω το
ίδιο

0

Μειώθηκε
ελαφρώς

1

Μειώθηκε
σημαντικά

2

8. Πώς έχει αλλάξει η κατανάλωση γλυκών / καραμελών / σοκολάτας;

Αυξήθηκε
σημαντικά

-2

Αυξήθηκε
ελαφρώς

-1

Πάνω κάτω το
ίδιο

0

Μειώθηκε
ελαφρώς

1

Μειώθηκε
σημαντικά

2

9. Πώς έχει αλλάξει η συμμετοχή σας στο μαγείρεμα νέων / παραδοσιακών συνταγών;

Αυξήθηκε
σημαντικά

-2

Αυξήθηκε
ελαφρώς

-1

Πάνω κάτω το
ίδιο

0

Μειώθηκε
ελαφρώς

1

Μειώθηκε
σημαντικά

2

10. Πώς έχει αλλάξει η κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών όταν βαριέστε, αγχώνεστε ή αναστατώνεστε;

Αυξήθηκε
σημαντικά

-2

Αυξήθηκε
ελαφρώς

-1

Πάνω κάτω το
ίδιο

0

Μειώθηκε
ελαφρώς

1

Μειώθηκε
σημαντικά

2

11. Πώς έχει αλλάξει η πρόσληψη τροφών που ενισχύουν την ανοσία (λεμόνι, κουρκουμάς, σκόρδο, εσπεριδοειδή και πράσινα φυλλώδη λαχανικά) στη διατροφή;

Αυξήθηκε
σημαντικά

2

Αυξήθηκε
ελαφρώς

1

Πάνω κάτω το
ίδιο

0

Μειώθηκε
ελαφρώς

-1

Μειώθηκε
σημαντικά

-2

12. Πώς έχει αλλάξει η πρόσληψη συμπληρωμάτων διατροφής για την ενίσχυση της ανοσίας;

Αυξήθηκε
σημαντικά

2

Αυξήθηκε
ελαφρώς

1

Πάνω κάτω το
ίδιο

0

Μειώθηκε
ελαφρώς

-1

Μειώθηκε
σημαντικά

-2

13. Πώς έχει αλλάξει η υποστήριξη της οικογένειας και των φίλων σας στην υγιεινή διατροφή;

Αυξήθηκε
σημαντικά

2

Αυξήθηκε
ελαφρώς

1

Πάνω κάτω το
ίδιο

0

Μειώθηκε
ελαφρώς

-1

Μειώθηκε
σημαντικά

-2

14. Πώς έχει αλλάξει το ενδιαφέρον σας να μάθετε συμβουλές για υγιεινή διατροφή από τα μέσα ενημέρωσης (άρθρα εφημερίδων / blogs περιοδικών / βίντεο / τηλεοπτικές εκπομπές / μηνύματα κειμένου);

Αυξήθηκε σημαντικά	Αυξήθηκε ελαφρώς	Πάνω κάτω το ίδιο	Μειώθηκε ελαφρώς	Μειώθηκε σημαντικά
<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> -1	<input type="text"/> -2

15. Πώς έχει αλλάξει η συμμετοχή σας στην αεροβική άσκηση;

Αυξήθηκε σημαντικά	Αυξήθηκε ελαφρώς	Πάνω κάτω το ίδιο	Μειώθηκε ελαφρώς	Μειώθηκε σημαντικά
<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> -1	<input type="text"/> -2

16. Πώς έχει αλλάξει η συμμετοχή σας σε ψυχαγωγικές και οικιακές δουλειές;

Αυξήθηκε σημαντικά	Αυξήθηκε ελαφρώς	Πάνω κάτω το ίδιο	Μειώθηκε ελαφρώς	Μειώθηκε σημαντικά
<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> -1	<input type="text"/> -2

17. Πώς έχει αλλάξει η ώρα που κάθεστε μπροστά σε μια οθόνη;

Αυξήθηκε σημαντικά	Αυξήθηκε ελαφρώς	Πάνω κάτω το ίδιο	Μειώθηκε ελαφρώς	Μειώθηκε σημαντικά
<input type="text"/> -2	<input type="text"/> -1	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2

18. Πώς έχουν αλλάξει οι ώρες ύπνου σας;

Αυξήθηκαν σημαντικά	Αυξήθηκαν ελαφρώς	Πάνω κάτω το ίδιο	Μειώθηκαν ελαφρώς	Μειώθηκαν σημαντικά
<input type="text"/> -2	<input type="text"/> -1	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> -1	<input type="text"/> -2

19. Πώς έχει αλλάξει η ποιότητα του ύπνου σας;

Αυξήθηκε σημαντικά	Αυξήθηκε ελαφρώς	Πάνω κάτω το ίδιο	Μειώθηκε ελαφρώς	Μειώθηκε σημαντικά
<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> -1	<input type="text"/> -2

20. Πώς έχουν αλλάξει τα επίπεδα αγωνίας και άγχους;

Αυξήθηκαν σημαντικά	Αυξήθηκαν ελαφρώς	Πάνω κάτω το ίδιο	Μειώθηκαν ελαφρώς	Μειώθηκαν σημαντικά
<input type="text"/> -2	<input type="text"/> -1	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2

Γ. Επισκόπηση της υγείας (SF-36)

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας την συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Οι πληροφορίες αυτές θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πως αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητες σας. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιος/βέβαιη για την απάντηση σας παρακαλούμε να δώσετε την απάντησή που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωση σας. Αγνοήστε τους αριθμούς οι οποίοι είναι τυπωμένοι δίπλα από κάθε κουτάκι.

1. Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 5

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε τη υγεία σας τώρα;

Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν
<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 5

3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

	Ναι, με περιορίζει Πολύ	Ναι, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου
--	---	---	--

α. Σε έντονες δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε επίπονα σπορ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
δ. Όταν ανεβαίνετε <u>μερικούς</u> ορόφους από τις σκάλες	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
ε. Όταν ανεβαίνετε <u>έναν</u> όροφο από τις σκάλες	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
στ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
ζ. Όταν περπατάτε πάνω από <u>ένα</u> χιλιόμετρο	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
η. Όταν περπατάτε <u>μερικές</u> εκατοντάδες μέτρα	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
θ. Όταν περπατάτε <u>εκατό</u> μέτρα	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν κάποια από τα παρακάτω προβλήματα είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα, ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Μειώσατε <u>το χρόνο</u> που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
β. <u>Επιτελέσατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
γ. Περιορίσατε <u>τα είδη</u> δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
δ. <u>Δυσκολευτήκατε</u> να επιτελέσετε την εργασία ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν κάποια από τα παρακάτω προβλήματα είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα, ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νοιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μειώσατε <u>το χρόνο</u> που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<u>Επιτελέσατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;

Καθόλου Ελάχιστα Μέτρια Αρκετά Πάρα πολύ

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

Καθόλου Πολύ ήπιο Ήπιο Μέτριο Έντονο Πολύ έντονο

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πάρα πολύ

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πώς τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα...

	Συνεχώς	Το μεγαλύ- τερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
α. Αισθανόσασταν γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
γ. Αισθανόσασταν τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
δ. Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
στ. Αισθανόσασταν απελπισία και μελαγχολία;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
ζ. Αισθανόσασταν εξάντληση;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
η. Ήσασταν ευτυχισμένος/ευτυχισμένη;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
θ. Αισθανόσασταν κούραση;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα;

Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

	Εντελώς Αλήθεια	Μάλλον Αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον Ψέμα	Εντελώς Ψέμα
α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Δ. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ (HAD – Scale)

Διαβάστε κάθε παρακάτω ερώτημα και σημειώστε την απάντηση η οποία είναι πλησιέστερη στα συναισθήματά σας. Μην προβληματίζεστε πολύ για τις απαντήσεις σας. Η άμεση ανταπόκρισή σας σε κάθε ένα από τα ερωτήματα θα είναι πιθανότατα αντιπροσωπευτικότερη από μια μακρόχρονη και αναλυμένη απάντηση. Αγνοήστε τους αριθμούς οι οποίοι είναι τυπωμένοι δίπλα από κάθε κουτάκι.

Πώς αισθάνεστε καθ' όλη την περίοδο της πανδημίας;

1. Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος:

Τον περισσότερο
καιρό

☐ 3

Πολύ καιρό

☐ 2

Από καιρό σε καιρό,
περιστασιακά

☐ 1

Καθόλου

☐ 0

2. Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω:

Σαφέστατα, στον
ίδιο βαθμό

☐ 0

Όχι στον ίδιο βαθμό

☐ 1

Λίγο μόνο

☐ 2

Καθόλου

☐ 3

3. Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί:

Ακριβώς, μάλιστα
σε σοβαρό βαθμό

 3

Ναι, αλλά όχι τόσο
σοβαρά

 2

Ελάχιστα, αλλά δεν
με ανησυχεί

 1

Καθόλου

 0

4. Μπορώ να γελώ και να βλέπω την αστεία πλευρά των πραγμάτων:

Βεβαίως, έτσι όπως
πάντα μπορούσα

 0

Μάλλον όχι τόσο,
όπως στο παρελθόν

 1

Σίγουρα όχι τώρα
τόσο πολύ

 2

Καθόλου

 3

5. Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου:

Πάρα πολύ καιρό

 3

Πολύ καιρό

 2

Όχι τόσο συχνά

 1

Πολύ λίγο

 0

6. Νιώθω κεφάτος:

Ποτέ

 3

Όχι συχνά

 2

Μερικές φορές

 1

Τον περισσότερο
καιρό

 0

7. Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος:

Ακριβώς

 0

Συνήθως

 1

Όχι συχνά

 2

Καθόλου

 3

8. Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου:

Σχεδόν όλο τον
καιρό

 3

Πολύ συχνά

 2

Μερικές φορές

 1

Καθόλου

 0

9. Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω «πεταλούδες» στο στομάχι μου:

Καθόλου	Περιστασιακά	Αρκετά συχνά	Πολύ συχνά
<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3

10. Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου:

Ακριβώς	Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε	Ίσως δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε	Την φροντίζω όπως πάντοτε
<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0

11. Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι:

Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό	Σε αρκετά μεγάλο βαθμό	Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό	Καθόλου
<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0

12. Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα:

Τόσο όπως και στο παρελθόν	Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιζα	Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιζα	Καθόλου
<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3

13. Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού:

Πράγματι πολύ συχνά	Αρκετά συχνά	Όχι τόσο συχνά	Καθόλου
<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0

14. Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα:

Συχνά	Μερικές φορές	Όχι συχνά	Πολύ σπάνια
<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ**

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.