



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

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Η επίδραση του φόβου της πανδημίας COVID-19 στην σωματική  
και ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας»**

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΙΤΣΟΣ**

**Επιβλέπων: ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΟΝΤΟΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ**

Αθήνα, Ιούνιος, 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.



«Η επίδραση του φόβου της πανδημίας COVID-19 στην σωματική και  
ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας»

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΙΤΣΟΣ

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

Νικόλαος Κοντοδημόπουλος

Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

Ιωάννης Φανουργιάκης

Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ

Αθήνα, Ιούνιος 2021

*Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου, Νίκο Κοντοδημόπουλο, για την καθοδήγησή του και την αμέριστη βοήθεια που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της προσπάθειας.*

*Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τόσο την Διεύθυνση της Κλινικής Βουγιουκλάκειο όσο και όλα τα μέλη του προσωπικού που πήραν μέρος σε αυτή την έρευνα.*

*Τέλος, θα ήθελα να αφιερώσω την εργασία στη σύντροφό μου, Μαρία, και στις δύο κόρες μου, Μελίνα και Νεφέλη, των οποίων η υποστήριξη και η ανοχή τους ήταν καθοριστικές για την ολοκλήρωση αυτής της όμορφης αλλά επίπονης διαδρομής.*

## Περίληψη

Ο νέος κορονοϊός, (Sars-nCov-2019) γνωστός και ως COVID-19, εμφανίστηκε στα τέλη του 2019 στην περιοχή Γιουχάν της Κίνας. Η ραγδαία εξάπλωση του ιού και η ιδιαίτερα μολυσματική φύση του οδήγησαν τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) τον Μάρτιο του 2020 να χαρακτηρίσει την κατάσταση ως πανδημία. Από τα πρώτα μέτρα που εφαρμόστηκαν κατά της ραγδαίας εξάπλωσής του ήταν η κοινωνική αποστασιοποίηση και η αυστηρή καραντίνα με αποτέλεσμα την αναστολή πολλών από τις καθημερινές λειτουργίες των κοινωνιών, τα οποία είχαν άμεση συνέπεια στην ψυχοκοινωνική υγεία των πολιτών καθώς και κοινωνικοοικονομικές προεκτάσεις. Μια από τις πιο ευάλωτες ομάδες πληθυσμού έναντι της πανδημίας είναι οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι βρίσκονται στην πρώτη γραμμή αντιμετώπισης αυτής της κατάστασης. Σε αυτό το πλαίσιο, ο φόβος που μπορεί να βιώσουν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στην πανδημία μπορεί να είναι μεγάλος και επιζήμιος τόσο για την προσωπική όσο και για την επαγγελματική τους ζωή.

Σκοπός της παρούσας εργασίας αποτέλεσε η διερεύνηση του φόβου για την πανδημία COVID-19 και των επιπτώσεών του στη σωματική και ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ιδιωτική γενική κλινική και το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στο σύνολο του προσωπικού. Πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν 105 μέλη του ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού της κλινικής. Το ερωτηματολόγιο αποτελούταν από πέντε ενότητες οι οποίες αφορούσαν τα βασικά δημογραφικά στοιχεία, την κλίμακα φόβου για την πανδημία (FCV-19), την κλίμακα μέτρησης κατάθλιψης, άγχους, στρες (DASS-21), την κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών (AIS) και την κλίμακα επισκόπησης της υγείας (SF-12).

Όπως φάνηκε από την ανάλυση των δεδομένων, οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος της έρευνας, ανεξάρτητα από το φύλο, την επαγγελματική κατηγορία που ανήκουν, το εκπαιδευτικό επίπεδο και την ηλικία τους δεν παρουσιάζουν προβλήματα κατάθλιψης, άγχους και στρες και παράλληλα δηλώνουν καλά επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας. Άνδρες και γυναίκες επαγγελματίες υγείας, φαίνεται να μην διαφοροποιούνται σχετικά με τον φόβο που νιώθουν για την πανδημία ( $M=16,04$  άνδρες,  $M=16,62$  γυναίκες), αντίθετα, διαφοροποιούνται

σχετικά με τα επίπεδα κατάθλιψης ( $M=2,35$  άνδρες,  $M=483$  γυναίκες), άγχους ( $M=1,06$  άνδρες,  $M=3,04$  γυναίκες) και στρες ( $M=4,60$  άνδρες,  $7,18$  γυναίκες). Ο φόβος φαίνεται να έχει σημαντική επίπτωση στην ψυχική τους υγεία, εφόσον από την ανάλυση παλινδρόμησης, παρουσιάστηκε ισχυρή και στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την ψυχική υγεία ( $beta=-.195, p=.043$ ). Παρόμοια, η κατάθλιψη ( $beta=-.804, p<.001$ ) και η αϋπνία ( $beta=-.248, p=.017$ ) φαίνεται να επιδρούν αρνητικά στην ψυχική υγεία. Αντίστοιχα, όσον αφορά την σωματική υγεία, προσδιοριστικοί παράγοντες φαίνεται να είναι το άγχος ( $beta=-.329, p=.033$ ), η μη ύπαρξη κάποιας ασθένειας ( $beta=.262, p=.016$ ) και η αϋπνία ( $beta=-.432, p<.001$ ).

Εν κατακλείδι, οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος της έρευνας, φαίνεται πως ανεξάρτητα από την επαγγελματική κατηγορία που ανήκουν, το εκπαιδευτικό επίπεδο και την ηλικία τους δεν παρουσιάζουν προβλήματα κατάθλιψης, άγχους και στρες και παράλληλα δηλώνουν καλά επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας. Επίσης, άνδρες και γυναίκες φαίνεται να μην διαφοροποιούνται σχετικά με τον φόβο που νιώθουν για την πανδημία, ενώ αντίθετα, διαφοροποιούνται σχετικά με τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες. Παρόλα αυτά, το αίσθημα φόβου για την πανδημία φαίνεται να επηρεάζει την ψυχική τους υγεία καθώς και το επίπεδο κατάθλιψης, άγχους και στρες. Όσο αυξάνεται ο φόβος τόσο αυξάνεται η κατάθλιψη, το άγχος και το στρες που βιώνουν ενώ μειώνεται το καλό επίπεδο της ψυχικής τους υγείας.

**Λέξεις – Κλειδιά:** Covid-19, πανδημία, φόβος, επαγγελματίες υγείας, FCV-19, DASS21, AIS, SF-12

# **The effect of COVID-19 pandemic fear on the physical and mental health of health professionals**

**Georgios Kitsos**

## **Abstract**

The new coronavirus, (Sars-nCov-2019) also known as COVID-19, appeared in late 2019 in the Yuhuan region of China. The rapid spread of the virus and its highly contagious nature led the World Health Organization (WHO) in March 2020 to designate the situation as a pandemic. Among the first measures implemented against its rapid spread were social distancing and strict quarantine resulting in the suspension of many of the daily functions of societies, which had a direct consequence on the psychosocial health of citizens as well as socio-economic implications. One of the most vulnerable groups to the pandemic are healthcare professionals, who are at the forefront of dealing with this condition. In this context, the fear that healthcare professionals may experience about the pandemic can be great and detrimental to both their personal and professional lives.

The purpose of this study is to investigate the fear of the COVID-19 pandemic and its effects on the physical and mental health of healthcare professionals. The survey was conducted in a private general clinic and the questionnaire was distributed to all staff. The target population of the research consisted of 105 members of the medical, nursing, administrative and support staff of the clinic. The questionnaire consisted of five sections which covered the baseline demographics, the Fear of Covid Scale (FCV-19), the Depression, Anxiety, Stress Scales (DASS-21), the Athens Insomnia Scale (AIS), and the Short Form (12) Health Survey (SF-12).

As the analysis of the data showed, the healthcare professionals of the sample, regardless of gender, occupational category, educational level and age do not present problems of depression, anxiety and stress and at the same time declare good levels of physical and mental health. Men and women healthcare professionals do not seem to differ on the fear they feel about the pandemic ( $M = 16.04$  men,  $M = 16.62$  women), However, they differ on the levels of depression ( $M = 2.35$  men,  $M = 4.83$  women), anxiety ( $M = 1.06$  men,  $M = 3.04$  women) and stress ( $M = 4.60$  men,  $M = 7.18$  women). Fear seems to have a significant impact on their mental health, since the regression

analysis showed a strong and statistically significant negative correlation with mental health (beta = -.195,  $p = .043$ ). Similarly, depression (beta = -.804,  $p < .001$ ) and insomnia (beta = -.248,  $p = .017$ ) appear to have a negative effect on mental health. Respectively, in terms of physical health, determining factors seem to be stress (beta = -.329,  $p = .033$ ), the absence of any disease (beta = .262,  $p = .016$ ) and insomnia (beta = -.432,  $p < .001$ ).

In conclusion, it seems that regardless of the professional category healthcare professionals of the sample belong to, their educational level and age do not present problems of depression, anxiety and stress and at the same time they declare good physical and mental health. Also, men and women do not seem to differ on the fear they feel about the pandemic, on the contrary, they differ on the levels of depression, anxiety and stress. However, the fear of the pandemic seems to affect their mental health as well as their level of depression, anxiety and stress. As fear increases, so does the depression, anxiety and stress they experience while reducing their good mental health.

**Keywords:** Covid-19, pandemic, fear, healthcare professionals, FCV-19, DASS21, AIS, SF-12



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη .....	iv
Abstract .....	vi
Κατάλογος Γραφημάτων .....	ix
Κατάλογος Πινάκων .....	x
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια .....	xi
Εισαγωγή .....	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	4
Κεφάλαιο 1. Οι κορονοϊοί – Sars-nCov2, ο νέος κορονοϊός .....	4
Κεφάλαιο 2. Επιπτώσεις της πανδημίας .....	8
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	15
Κεφάλαιο 3. Ερευνητικός σχεδιασμός – Διαδικασία .....	15
3.1 Σκοπός της έρευνας .....	15
3.2 Δείγμα και δεδομένα .....	15
3.3 Το ερωτηματολόγιο .....	16
3.3.1 Δημογραφικά στοιχεία .....	16
3.3.2 Κλίμακα φόβου για την πανδημία COVID-19 (Fear of COVID-19/FCV-19) .....	16
3.3.3 Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους, Στρες (Depression, Anxiety, Stress Scales-21 (DASS21)) .....	17
3.3.4 Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών (Athens Insomnia Scale (AIS)) .....	18
3.3.5 Κλίμακα επισκόπησης της υγείας - SF-12 .....	18
3.4 Καταγραφή και ανάλυση των δεδομένων .....	19
Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα έρευνας .....	21
4.1 Συχνότητες .....	21
4.1.1 Συχνότητες δημογραφικών μεταβλητών .....	21
Γράφημα 1. Κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο .....	22
Γράφημα 2. Κατανομή του δείγματος σε ηλικιακές ομάδες .....	22
Γράφημα 3. Συχνότητες εμφάνισης υποομάδων οικογενειακής κατάστασης .....	23
Γράφημα 4. Συχνότητες εμφάνισης υποομάδων εκπαιδευτικού επιπέδου .....	23
Γράφημα 5. Συχνότητες υποομάδων επαγγέλματος .....	24
4.1.2 Συχνότητες Κλιμάκων .....	24
4.1.2.1 Συχνότητες της Κλίμακας Φόβου (FCV-19) .....	25
4.1.2.2 Συχνότητες της Κλίμακας Κατάθλιψης, Άγχους, Στρες (DASS21) .....	26
4.1.2.2.1 Συχνότητα Κλίμακας κατάθλιψης .....	26
4.1.2.2.2 Συχνότητες Κλίμακας Άγχους .....	27
4.1.2.2.3 Συχνότητες Κλίμακας Στρες .....	28
4.1.2.3 Κλίμακα Ποιότητας Ύπνου (AIS) .....	29
4.1.2.4 Κλίμακα επισκόπησης της υγείας .....	30
4.3 Συσχετίσεις .....	33
4.4 Παλινδρόμηση .....	35
4.4.1 Ανάλυση παλινδρόμησης για την σωματική υγεία .....	35
4.4.2 Ανάλυση παλινδρόμησης για την ψυχική υγεία .....	36
Κεφάλαιο 5. Συζήτηση – Συμπεράσματα .....	38
Κεφάλαιο 6. Περιορισμοί – Προτάσεις .....	42
Βιβλιογραφία .....	43

## Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1. Κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο .....	22
Γράφημα 2. Κατανομή του δείγματος σε ηλικιακές ομάδες.....	22
Γράφημα 3. Συχνότητες εμφάνισης υποομάδων οικογενειακής κατάστασης .....	23
Γράφημα 4. Συχνότητες εμφάνισης υποομάδων εκπαιδευτικού επιπέδου .....	23
Γράφημα 5. Συχνότητες υποομάδων επαγγέλματος .....	24

## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Συχνότητες κλίμακας φόβου (FCV-19).....	25
Πίνακας 2. Συχνότητες κλίμακας Κατάθλιψης.....	27
Πίνακας 3. Συχνότητες κλίμακας Άγχους.....	28
Πίνακας 4. Συχνότητες κλίμακας Στρες .....	29
Πίνακας 5. Συχνότητες κλίμακας Αϋπνίας Αθηνών (AIS) .....	30
Πίνακας 6. Κλίμακα επισκόπησης της υγείας (SF-12) .....	31
Πίνακας 7. Περιγραφικά Στατιστικά του δείγματος ανά κλίμακα.....	32
Πίνακας 8. Σύγκριση Μέσων Όρων.....	33
Πίνακας 9. Συσχετίσεις κλιμάκων FCV-19, AIS, PCS-12, MCS-12, DASS21 .....	34
Πίνακας 10. Επίδραση μεταβλητών στην σωματική υγεία.....	36
Πίνακας 11. Επίδραση μεταβλητών στην ψυχική υγεία .....	37

## Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

Athens Insomnia Scale – AIS

Depression Anxiety Stress Scales<sup>21</sup> – DASS<sup>21</sup>

Fear of COVID-19 Scale – FCV-19

Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus – MERS-CoV

Post-Traumatic Stress Disorder – PTSD

Public Health Emergency of International Concern – PHEIC

Severe Acute Respiratory Syndrome – SARS-CoV

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας – ΠΟΥ

## Εισαγωγή

Ασθένειες μαστίζουν την ανθρωπότητα από τις αρχές της ύπαρξής της. Με την εξάπλωση των ανθρώπων σε όλα τα μήκη και πλάτη του πλανήτη, καθώς και με την δημιουργία ολοένα και μεγαλύτερων αλλά και σταθερότερων κοινωνιών, με το πέρασμα από την νομαδική ζωή στην αγροτική και μετά στη βιομηχανική κοινωνία, αυξήθηκε δραματικά η κλίμακα εξάπλωσης των ασθενειών. Παράλληλα, το εκτεταμένο εμπόριο δημιούργησε νέες ευκαιρίες για μεγαλύτερη και συχνότερη αλληλεπίδραση μεταξύ ανθρώπων αλλά και ανθρώπων με ζώα, συνθήκες οι οποίες επιτάχυναν την εμφάνιση ασθενειών και την μετατροπή τους σε επιδημίες, ακόμα και πανδημίες.

Η ελονοσία, η φυματίωση, η λέπρα, η γρίπη, η ευλογιά και άλλες ασθένειες εμφανίστηκαν για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια αυτών των πρώτων ετών. Όσο πιο πολιτισμένοι έγιναν οι άνθρωποι –με μεγαλύτερες πόλεις, πιο εξωτικά εμπορικά δρομολόγια και αυξημένη επαφή με διαφορετικούς πληθυσμούς ανθρώπων, ζώων και οικοσυστημάτων– τόσο πιο πιθανές ήταν οι πανδημίες. Η αστικοποίηση στον αναπτυσσόμενο κόσμο φέρνει όλο και περισσότερους κατοίκους της υπαίθρου σε πυκνότερες γειτονιές, ενώ η αύξηση του πληθυσμού ασκεί μεγαλύτερη πίεση στο περιβάλλον. Ταυτόχρονα, η εναέρια κυκλοφορία επιβατών σχεδόν διπλασιάστηκε τις τελευταίες δεκαετίες. Αυτές οι μακροοικονομικές τάσεις έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην εξάπλωση των μολυσματικών ασθενειών.

Ενώ οι αλληλεπιδράσεις που δημιουργούνται μέσω του εμπορίου και της αστικής ζωής παίζουν καθοριστικό ρόλο, μια ακόμα βασική παράμετρος για την εξέλιξη μιας ασθένειας σε επιδημία ή πανδημία αποτελεί η μολυσματική φύση κάθε ασθένειας. Οι επιστήμονες χρησιμοποιούν ένα βασικό μέτρο για να παρακολουθούν τη μολυσματικότητα μιας ασθένειας, τον αριθμό αναπαραγωγής, επίσης γνωστό ως  $R_0$  ή "R naught." Αυτός ο αριθμός δηλώνει πόσα άτομα, κατά μέσο όρο, κάθε ασθενής θα μολύνει με τη σειρά του. Για παράδειγμα, η ιλαρά είναι στην κορυφή της λίστας των μεταδοτικών ασθενειών με  $R_0$  μεταξύ 12-18, το οποίο σημαίνει ότι ένα άτομο μπορεί να μολύνει, κατά μέσο όρο, 12 έως 18 άτομα. Αντίδοτο σε αυτή την κατάσταση είναι ο εμβολιασμός του πληθυσμού με την ανοσία που παρέχει, όσο μεγαλύτερος αριθμός ατόμων εμβολιαστούν τόσο μικρότερη η πιθανότητα μετάδοσης της μολυσματικής ασθένειας. Έτσι, τα εμβολιαστικά προγράμματα αποτελούν κρίσιμο παράγοντα στην πρόληψη μετάδοσης και επανεμφάνισης τέτοιων ασθενειών.

Ο νέος κορονοϊός που εμφανίστηκε προς τα τέλη του 2019 στη περιοχή της Γιουχάν της Κίνας, αποτελεί σήμερα μια άκρως μεταδοτική μολυσματική ασθένεια. Η ασθένεια του κορονοϊού 2019 (Coronavirus disease 2019, COVID-19), επίσης γνωστή ως οξεία αναπνευστική νόσος 2019-nCoV, προκαλείται από τον κορονοϊό SARS-CoV-2 (Gorbalenya et al., 2020). Ο ρυθμός εξάπλωσής της είναι ραγδαίος εφόσον φαίνεται ότι κάθε 7,4 ημέρες το μέγεθός της διπλασιάζεται (Li et al., 2020) και έως τις 3 Απριλίου 2020, πάνω από ένα εκατομμύριο περιπτώσεις είχαν διαγνωστεί σε 184 περιοχές, σε έξι ηπείρους, με 53.000 καταγεγραμμένους θανάτους παγκοσμίως (Hassan et al., 2020; Wang et al., 2020c). Σχεδόν ένα χρόνο μετά την εμφάνισή της, τον Ιούνιο 2021, έχουν διαπιστωθεί 179.686.071 κρούσματα κορονοϊού και 3.899.172 θάνατοι σε 220 περιοχές σε ολόκληρο τον κόσμο (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>, 25/6/2021).

Αυτή η ραγδαία εξάπλωση του ιού έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό τόσο τα άτομα όσο και τις κοινωνίες συνολικά. Αφού ορίστηκε ως πανδημία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αρκετές προσεγγίσεις πρόληψης και θεραπείας έχουν εφαρμοστεί παγκοσμίως, με την εφαρμογή της κοινωνικής αποστασιοποίησης και αυστηρής καραντίνας σε πολλές χώρες, να έχουν γίνει από τα βασικότερα εργαλεία για τον περιορισμό της εξάπλωσης της νόσου, ενώ πλέον μετά την ανακάλυψη του εμβολίου από την επιστημονική κοινότητα, στις αρχές του έτους 2021, το εμβόλιο προστέθηκε στα μέσα αντιμετώπισης και περιορισμού της νόσου.

Οι Banerjee (2020) και οι Ornell και συνεργάτες (2020) αναφέρουν ότι υπάρχει σημαντική πιθανότητα να δούμε τις αρνητικές συνέπειες σε κάθε πτυχή της κοινωνίας κατά τη διάρκεια της περιόδου πανδημίας και ότι συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα όπως άγχος, φόβος, κατάθλιψη, αυτοκτονία, κατάχρηση ουσιών κ.λπ. είναι πολύ πιθανό να κάνουν την εμφάνισή τους. Σε αυτό το πλαίσιο, θεωρείται ότι οι επαγγελματίες υγείας, που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή καταπολέμησης της πανδημίας, είναι πολύ πιθανό να εμφανίσουν αυτά τα συμπτώματα (Seçer et al., 2020) και να παρουσιάσουν έντονα αντιδράσεις όπως σοκ, πανικό, έντονο άγχος, μετατραυματικό στρες, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου κ.λπ., κατά τη διαδικασία ψυχολογικής προσαρμογής σε αυτές τις δύσκολες συνθήκες που διαμορφώνονται εν καιρώ πανδημίας (Aydin, 2020).

Σε αυτό το πλαίσιο, η παρούσα εργασία στοχεύει στην εξέταση της επίδρασης του φόβου για την πανδημία COVID-19 στην σωματική και ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας – ιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς – και εν τέλει στην καθημερινότητά τους. Τόσο η διερεύνηση της ύπαρξης φόβου όσο και η επίδραση που μπορεί να έχει στην υγεία των επαγγελματιών υγείας μπορεί να προσδώσει επιπλέον γνώση για την αντιμετώπιση προβληματικών καταστάσεων σε αυτή την ομάδα πληθυσμού, η οποία είναι τόσο ευάλωτη σε καταστάσεις αντιμετώπισης ακραίων υγειονομικών προβλημάτων, όπως αυτό της εξάπλωσης πανδημιών.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από πέντε κεφάλαια. Αρχικά, στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται συνοπτικά στοιχεία για τον κορονοϊό, την εμφάνισή του, τους τρόπους και το εύρος μετάδοσής του καθώς και τους τρόπους προφύλαξης. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις βασικές παραμέτρους σωματικής και ψυχικής υγείας των επαγγελματιών υγείας καθώς και στην επίδραση του φόβου σε αυτές. Γίνεται αναφορά σε προηγούμενες έρευνες τόσο για τον νέο κορονοϊό όσο και σε προηγούμενες πανδημίες και πως αυτές επηρέασαν την υγεία των επαγγελματιών υγείας. Στο επόμενο κεφάλαιο αναλύονται ο σκοπός της έρευνας, τα ερευνητικά ερωτήματα, οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν ως ερευνητικό εργαλείο και το δείγμα της έρευνας. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας με τη χρήση περιγραφικής στατιστικής, δηλαδή με τη χρήση πινάκων και γραφημάτων. Τέλος, στο τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας εξάγονται τα συμπεράσματα και παρουσιάζονται προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### Κεφάλαιο 1. Οι κορονοϊοί – Sars-nCov2, ο νέος κορονοϊός

Ιστορικά, ο τομέας της δημόσιας υγείας και η θεμελιώδης έρευνα έχουν επικεντρωθεί στην ανίχνευση, τον περιορισμό, τη θεραπεία και την ανάλυση ιών που είναι παθογόνοι για τον άνθρωπο (Gorbalenya et al., 2020). Νέοι και επανεμφανιζόμενοι παθογόνοι ιοί αποτελούν παγκόσμιες προκλήσεις για την δημόσια υγεία (Zhu et al., 2020). Οι κορονοϊοί είναι μια μεγάλη οικογένεια ιών RNA οι οποίοι μπορούν να βρεθούν σε διαφορετικά ζωικά είδη, όπως παράδειγμα πουλιά, καμήλες, νυχτερίδες, ποντίκια, σκύλους, γάτες και άλλα ζώα (Weiss & Leibowitz, 2011). Η μεγάλη μεταδοτικότητα και μολυσματικότητα αυτών των ιών τους καθιστά ιδιαίτερα παθογόνους και επικίνδυνους. Αυτοί οι ιοί προκαλούν ασθένειες του αναπνευστικού, του ηπατικού, του νευρικού και του γαστρεντερικού συστήματος στον άνθρωπο (Hassan et al., 2020). Την ονομασία τους την παίρνουν λόγω της εικόνας που έχουν στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, η οποία μοιάζει με κορώνα λόγω της παρουσίας ακίδων γλυκοπρωτεϊνών που έχουν στο περίβλημά τους (Su et al., 2016).

Είναι γνωστά έξι είδη κορονοϊού που μπορούν να προκαλέσουν ανθρώπινη νόσο. Τέσσερις ιοί – 229E, OC43, NL63 και HKU1– συνήθως προκαλούν κοινά συμπτώματα κρυολογήματος, ενώ τα δύο άλλα στελέχη –Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο (SARS-CoV) και το Αναπνευστικό Σύνδρομο της Μέσης Ανατολής (MERS-CoV)– είναι ζωονοσολογικής προέλευσης και έχουν συσχετιστεί με θανατηφόρες ασθένειες (Su et al., 2016). Ο SARS-CoV ήταν ο αιτιώδης παράγοντας των σοβαρών εστιών του οξέος αναπνευστικού συνδρόμου το 2002-2003 στην επαρχία Γκουανγκντόνγκ της Κίνας, και είχε ως αποτέλεσμα 8.000 μολύνσεις και 774 θανάτους σε 37 χώρες (Ksiazek et al., 2003; Zhong et al., 2003). Ο MERS-CoV ήταν υπεύθυνος για σοβαρές εστίες αναπνευστικής νόσου το 2012 στη Μέση Ανατολή, στη Σαουδική Αραβία, και θεωρήθηκε υπεύθυνος για 2.494 μολύνσεις οι οποίες οδήγησαν σε 858 θανάτους (Zaki et al., 2012). Δεδομένου του υψηλού επιπολασμού και της μεγάλης διασποράς των κοροναϊών, καθώς και της μεγάλης γενετικής ποικιλομορφίας και του συχνού ανασυνδυασμού των γονιδιωμάτων τους αλλά και την αύξηση των δραστηριοτήτων που φέρνουν σε επαφή τους ανθρώπους μεταξύ τους αλλά



και της επαφής μεταξύ ανθρώπων και ζώων, οι νέοι κορονοϊοί είναι πιθανό να εμφανίζονται περιοδικά στους ανθρώπους (Wong et al., 2015).

Οι κορονοϊοί ευθύνονται για το 5-10% των οξέων αναπνευστικών λοιμώξεων. Έχει εκτιμηθεί ότι 2% του πληθυσμού θεωρούνται υγιείς φορείς αυτών των ιών, ενώ η κλινική τους εικόνα σε αυτές τις περιπτώσεις μοιάζει με αναπνευστικές λοιμώξεις και κρυολογήματα. Στους ηλικιωμένους και τους ανοσοκατεσταλμένους, μπορούν να επηρεάσουν τις κατώτερες αναπνευστικές οδούς. Οι κορονοϊοί όπως MERS-CoV, SARS-CoV και SARS-CoV-2 παρουσιάζονται ως πνευμονίες (Su et al., 2016). Ο νέος κορονοϊός, ο SARS-CoV-2, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την πανδημία COVID-19, είναι ένας ιός τύπου βήτα-COV. Γονιδιωματικές μελέτες χαρακτηρισμού του νέου στελέχους έδειξαν 89% νουκλεοτιδική αντιστοίχιση με τον ιό SARS της νυχτερίδας CoVZXC21 και 82% αντιστοιχία νουκλεοτιδίων με το ανθρώπινο SARS (Zhong et al., 2003). Ο ιός είναι ευαίσθητος στην υπεριώδη ακτινοβολία και στη θερμότητα. Επιπλέον, αυτοί οι ιοί μπορούν να απενεργοποιηθούν λειτουργικά με τη χρήση αιθανόλης (60%), αιθέρα (75%) και απολυμαντικά με χλώριο.

Η ασθένεια του κορονοϊού 2019 (Coronavirus disease 2019, COVID-19), επίσης γνωστή ως οξεία αναπνευστική νόσος 2019-nCoV, είναι μία μολυσματική ασθένεια που προκαλείται από τον κορονοϊό SARS-CoV-2 (Gorbalenya et al., 2020). Ο ιός εντοπίστηκε για πρώτη φορά στην πόλη Γουχάν της Κίνας στα τέλη του 2019. Η ασθένεια αψηφά τα γεωγραφικά όρια με το μέγεθος της επιδημίας να διπλασιάζεται κάθε 7,4 ημέρες (Li et al., 2020) και έως τις 3 Απριλίου 2020, πάνω από ένα εκατομμύριο περιπτώσεις είχαν διαγνωστεί σε 184 περιοχές, σε έξι ηπείρους με 53.000 θανάτους παγκοσμίως (Hassan et al., 2020; Wang et al., 2020a). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ονόμασε αρχικά αυτήν την ασθένεια «νέο κορονοϊό-μολυσματική πνευμονία (NCIP)» και ονόμασε τον ιό «νέο κορονοϊό 2019 (2019-nCoV)» (Zhu et al., 2020). Στις 11 Φεβρουαρίου 2020, ο ΠΟΥ μετονόμασε επίσημα αυτήν την κλινική κατάσταση σε COVID-19 (μια συντόμευση του Coronavirus Disease-19) (WHO, 2020a). Ο COVID-19 κηρύχθηκε από τον ΠΟΥ ως επείγουσα κατάσταση διεθνούς υγείας (PHEIC) στις 30 Ιανουαρίου 2020 και ταξινομήθηκε ως πανδημία στις 11 Μαρτίου 2020 (Ogolodom et al., 2020, WHO, 2020b).

Ο κορονοϊός θεωρείται ότι προήλθε από την αγορά θαλασσινών στη Γουχάν και είναι ένας ζωονοσογόνος παθογόνος παράγοντας ο οποίος μπορεί να μεταδοθεί μέσω ζώου σε άνθρωπο και

από άνθρωπο σε άνθρωπο (Li et al., 2020). Ο κύριος τρόπος μόλυνσης μεταξύ των ανθρώπων είναι η μετάδοση από άτομο σε άτομο, η οποία γενικά συμβαίνει μέσω αναπνευστικών σταγονιδίων μολυσμένων ατόμων τα οποία βήχουν, φταρνίζονται ή εκπνέουν, ή με άμεση ή έμμεση επαφή με εκκρίσεις του αναπνευστικού (μέσω μολυσμένων χεριών). Συγκεκριμένα, εκτός από την εισπνοή μολυσμένων σταγονιδίων, το άγγιγμα μιας μολυσμένης από σταγονίδια επιφάνειας, και στη συνέχεια το άγγιγμα του προσώπου (μύτη, στόμα, οφθαλμοί) με άπλυτα χέρια είναι ένας σημαντικός τρόπος μετάδοσης. Δεν υπάρχουν αποτελεσματικά θεραπευτικά σκευάσματα, με τις προσπάθειες να περιορίζονται στη διαχείριση των συμπτωμάτων και σε υποστηρικτικά μέτρα με οξυγόνο και ενδοφλέβια υγρά, όπου χρειάζεται, ενώ παρακολουθείται η λειτουργία ζωτικών οργάνων (Vetter et al., 2020).

Η ασθένεια εκδηλώνεται με ένα ευρύ κλινικό φάσμα που κυμαίνεται από ασυμπτωματικούς ασθενείς έως σηπτικό σοκ και πολυλειτουργική δυσλειτουργία (Cascella et al., 2020). Η ασθένεια μπορεί να ταξινομηθεί σε ήπια, μέτρια, σοβαρή και κρίσιμη. Τα πιο κοινά συμπτώματα των ασθενών περιλαμβάνουν πυρετό (98,6%), κόπωση (69,6%), ξηρό βήχα και διάρροια, ενώ το 5% των ασθενών μπορεί να αναπτύξει αναπνευστική ανεπάρκεια, RNAναιμία, καρδιακή δυσλειτουργία, σηπτικό σοκ ή δυσλειτουργία πολλαπλών οργάνων (Wang et al., 2020a). Δεδομένα από το Κινεζικό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) υποδηλώνουν ότι το ποσοστό θνησιμότητας στις περιπτώσεις των κρίσιμων ασθενών είναι 49% (Cascella et al., 2020). Οι ασθενείς με προϋπάρχουσες συννοσηρότητες έχουν μεγαλύτερη θνησιμότητα. Αυτές οι συννοσηρότητες περιλαμβάνουν διαβήτη (7,3%), αναπνευστική νόσο (6,5%), καρδιαγγειακά νοσήματα (10,5%), υπέρταση (6%) και ογκολογικές επιπλοκές (5,6%). Ασθενείς χωρίς συννοσηρότητες έχουν μικρότερο ποσοστό θνησιμότητας (0,9%) (Wang et al., 2020a).

Η απομόνωση και η απόσταση μεταξύ των ατόμων φαίνεται να είναι το πιο αποτελεσματικό μέτρο για τον περιορισμό του COVID-19. Δεν υπάρχουν ειδικά αντιϊκά φάρμακα, ενώ μέχρι τις αρχές του 2021 δεν υπήρχε διαθέσιμο κάποιο εμβόλιο για την αντιμετώπιση του ιού. Ως εκ τούτου, η θεραπεία του COVID-19 περιλαμβάνει συμπτωματική φροντίδα και θεραπεία οξυγόνου. Οι ασθενείς με ήπιες λοιμώξεις χρειάζονται νωρίς υποστηρικτική διαχείριση, η οποία μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση ακεταμινοφαίνης, θεραπεία οξυγόνου, συμπληρώματα διατροφής και αντιβακτηριακή θεραπεία (Cascella et al., 2020). Οι ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση χρειάζονται οξυγόνο υψηλής ροής, θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή και πλάσμα

ανάρρωσης, ενώ η άσκοπη χορήγηση αντιβιοτικών κρίνεται περιττή και θα πρέπει να αποφεύγεται. Η αντιμετώπιση των ασθενών με αναπνευστική ανεπάρκεια μπορεί να απαιτήσει διασωλήνωση, μηχανικό αερισμό, ρινικό οξυγόνο υψηλής ροής ή μη επεμβατικό εξαερισμό. Η θεραπεία του σηπτικού σοκ απαιτεί αιμοδυναμική υποστήριξη με τη χορήγηση αγγειοπλαστικών. Η υποστήριξη της λειτουργίας των οργάνων είναι απαραίτητη για ασθενείς με πολλαπλή δυσλειτουργία οργάνων (Wang et al., 2020a).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, παρά τις προφυλάξεις, περίπου ένα έτος μετά την εμφάνιση της ασθένειας, έχουν διαπιστωθεί 179.686.071 κρούσματα κορονοϊού και 3.899.172 θάνατοι σε 220 περιοχές σε όλο τον κόσμο (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>, 25/6/2021). Το βάρος αυτής της κατάστασης επωμίζονται οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι πρέπει να προσδιορίσουν ποιοι έχουν μολυνθεί από την ασθένεια, να ανταποκριθούν στη φροντίδα των ασθενών και να παρέχουν τις υπηρεσίες τους κατά τη θεραπευτική διαδικασία, ενώ είναι αυτοί που αντιμετωπίζουν καθημερινά την απώλεια πολλών ασθενών με κορονοϊό. Παράλληλα αντιμετωπίζουν τον αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου.

Όλες οι προαναφερόμενες συνθήκες είναι πολύ δύσκολες και απειλούν την ψυχική και σωματική υγεία των επαγγελματιών υγείας και επιφέρουν τόσο βραχυπρόθεσμες όσο και μακροπρόθεσμες αρνητικές συνέπειες στους επαγγελματίες του τομέα υγείας (Seçer et al., 2020).

## Κεφάλαιο 2. Επιπτώσεις της πανδημίας

Οι πανδημίες δεν αποτελούν αποκλειστικά ένα βιολογικό ή ιατρικό φαινόμενο. Έχουν τεράστιες ψυχοκοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις και επηρεάζουν γενικά την κοινωνία (Kumar & Nayar, 2020). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει εκφράσει έντονα το ενδιαφέρον του για τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της πανδημίας στην ψυχική και σωματική υγεία των πολιτών. Υποστηρίζει ότι τα μέτρα κατά της πανδημίας όπως η απομόνωση, η κοινωνική αποστασιοποίηση, η καραντίνα, κ.α, επηρεάζουν τις συνήθειες δραστηριότητες και την καθημερινότητα των ανθρώπων και μπορούν να οδηγήσουν σε αύξηση της μοναξιάς, του άγχους, της κατάθλιψης, των προβλημάτων στον ύπνο, της κατανάλωσης αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών καθώς και των αυτό-τραυματισμών, ακόμα και των αυτοκτονιών. Η καραντίνα και το γενικευμένο lockdown, που εφαρμόζονται για τον περιορισμό της εξάπλωσης της πανδημίας, έχουν οδηγήσει σε αύξηση των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας εφόσον τα θύματα λόγω της καραντίνας δεν έχουν καμία δυνατότητα απομάκρυνσης και διαφυγής από τους θύτες τους (Abramson, 2020).

Η πανδημία αλλάζει ολόκληρο το περιβάλλον του πληθυσμού, δημιουργώντας ψυχολογικά ζητήματα όπως στιγματισμό, φόβο και διακρίσεις, τα οποία τροφοδοτούνται από την έλλειψη ακριβούς και περιεκτικής πληροφόρησης για ολόκληρο τον πληθυσμό (Rajkumar, 2020). Μία από τις πιο κρίσιμες προκλήσεις στην αντιμετώπιση της πανδημίας αποτελεί ο έλεγχος της κοινωνικής αντίδρασης, του φόβου που προκαλείται από την πανδημία γιατί, όπως έχουν δείξει και προηγούμενες επιδημίες και πανδημίες όπως του SARS και του Έμπολα, ο φόβος σε αρκετές περιπτώσεις υπερβαίνει τη ζημία που προκαλείται από την ίδια την ασθένεια (Guan et al., 2020). Ο φόβος αποτελεί ίσως μια από τις πιο πρωτόγονες αντιδράσεις, είναι ένα συναίσθημα που επιτρέπει να αντιδράσουμε σε ένα πραγματικό ή φανταστικό γεγονός που θεωρούμε απειλή, τόσο στο φυσικό όσο και στο ψυχολογικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Έτσι, ο φόβος εγγυάται την επιβίωσή μας. Όπως και άλλα συναισθήματα, ο φόβος ενεργοποιεί τα τρία επίπεδα αντίδρασης το γνωστικό, το φυσιολογικό και το κινητικό (Rodríguez & Sánchez, 2020).

Ο φόβος μπορεί να περιγραφεί ως μια αντίδραση προσαρμογής στο νέο περιβάλλον, ως ένας αμυντικός μηχανισμός ο οποίος είναι σχεδιασμένος να βελτιώσει τις πιθανότητες επιβίωσης (Steimer, 2002). Ο φόβος, παρόλο που σε αρκετές περιπτώσεις είναι λειτουργικός, είναι ένα συναίσθημα που βιώνουμε ως δυσάρεστο και μπορεί να μετατραπεί σε δυσλειτουργικό

συναίσθημα όταν κυριαρχεί στη ζωή και υπερβαίνει το γεγονός που αντιμετωπίζουμε, δημιουργώντας πολύ υψηλά επίπεδα άγχους και μπορεί να αποτελέσει αρνητικό παράγοντα προσαρμογής στην νέα πραγματικότητα. Όταν ο φόβος είναι υπερβολικός, τα αποτελέσματα μπορεί να είναι επιζήμια τόσο σε ατομικό επίπεδο (π.χ. εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας όπως φοβία και κοινωνικό άγχος), όσο και σε κοινωνικό επίπεδο (π.χ. εμφάνιση ξενοφοβίας). Από την άλλη πλευρά, όταν επιδεικνύεται ανεπαρκής φόβος, όπως για παράδειγμα η παραμέληση και παραβίαση των κυβερνητικών μέτρων για την επιβράδυνση της εξάπλωσης της πανδημίας ή εκδίδοντας απερίσκεπτες πολιτικές που αγνοούν τους πραγματικούς κινδύνους, μπορεί επίσης να οδηγήσει σε επιζήμιες καταστάσεις τόσο για τα άτομα όσο και την κοινωνία συνολικά (Deacon & Maack 2008; Engelhard et al., 2015; Olatunji et al., 2011). Τα μέτρα κοινωνικής ασφάλειας, όπως η υποχρεωτική καραντίνα, χρησιμεύουν για την πρόληψη της εξάπλωσης της λοίμωξης, αλλά όταν αυτά τα μέτρα ασφάλειας παρατείνονται υπερβολικά ή είναι υπερβολικά αυστηρά μπορεί να έχουν αρνητικές συνέπειες, τόσο σε ψυχοκοινωνικό όσο και οικονομικό επίπεδο (García-Reyna et al., 2020; Mertens et al., 2020).

Οι αντιδράσεις του ατόμου σε αυτές τις δύσκολες συνθήκες διαβίωσης που διαμορφώνει η εμφάνιση της πανδημίας μπορεί γενικά να είναι το σοκ, ο πανικός, το υπερβολικό άγχος, το μετατραυματικό στρες, η κατάθλιψη, οι διαταραχές του ύπνου κ.λπ., και αφορούν στην διαδικασία ψυχολογικής προσαρμογής του ατόμου σε αυτές τις συνθήκες (Aydin, 2020).

Μια από τις πρώτες έρευνες σχετικά με την επίδραση της πανδημίας COVID-19 στον πληθυσμό διενεργήθηκε στην Κίνα από τους Wang και συνεργάτες (2020b), οι οποίοι δημοσίευσαν μια μελέτη σε 1.210 άτομα από τον γενικό πληθυσμό. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα κατάθλιψης, άγχους, στρες (DASS-21), βάσει της οποίας μελετήθηκε η ύπαρξη συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και στρες καθώς και η κλίμακα μέτρησης της επίδρασης καταστροφικών γεγονότων (IES-R) μέσω της οποίας εκτιμάται ο αντίκτυπος που μπορεί να έχει η εμφάνιση τέτοιων γεγονότων στην ζωή των ατόμων και στην εμφάνιση του συνδρόμου μετατραυματικού στρες. Μεταξύ άλλων ευρημάτων, η έρευνα έδειξε ότι το 6,5% του δείγματος εμφάνισε μέτρια ή σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης, 28,8% εμφάνισε μέτρια ή σοβαρά συμπτώματα άγχους και το 8,1% μέτρια ή σοβαρά συμπτώματα στρες (Wang et al., 2020b). Παρόμοια με τις μελέτες στον γενικό πληθυσμό, στην Κίνα αυτοί οι παράγοντες μελετήθηκαν μεμονωμένα σε ασθενείς καθώς και στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό υγειονομικών

μονάδων. Κοινός παρονομαστής όλων των μελετών ήταν τα υψηλά επίπεδα άγχους και στρες (Li et al., 2020; Xiao et al., 2020).

Αν και το άγχος, η κατάθλιψη και ο φόβος μπορεί να εμφανίζονται σε υψηλά επίπεδα στον γενικό πληθυσμό, ορισμένες ομάδες πληθυσμού μπορεί να είναι πιο ευάλωτες από άλλες στις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των πανδημιών. Αυτές οι ομάδες είναι τα άτομα που προσβάλλονται από την ασθένεια, άτομα με υψηλό κίνδυνο μόλυνσης, άτομα με προϋπάρχοντα ιατρικά και ψυχιατρικά προβλήματα ή προβλήματα με τη χρήση ουσιών και ιδιαιτέρως το υγειονομικό προσωπικό. Αυτή η τελευταία ομάδα, το υγειονομικό προσωπικό, είναι άμεσα εκτεθειμένη τόσο στον ιό όσο και στις ψυχοκοινωνικές συνέπειες που προέρχονται από τη διάδοσή του. Είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι, με δεδομένο τον κίνδυνο έκθεσής τους στον ιό, καθώς και λόγω του φόβου μετάδοσης του ιού στους οικείους τους, της έλλειψης εξοπλισμού ατομικής προστασίας, του μεγάλου φόρτου εργασίας και της εμπλοκής τους σε κρίσιμες αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών (Rodríguez & Sánchez, 2020).

Σε αυτό το πλαίσιο, ο φόβος για την πανδημία είναι ίσως το πρώτο αρνητικό συναίσθημα το οποίο μπορεί να απειλήσει τους επαγγελματίες υγείας. Ο φόβος είναι ένας αμυντικός μηχανισμός του ατόμου έναντι μιας επικίνδυνης κατάστασης που βιώνει και περιλαμβάνει τις βασικές αντιδράσεις του προκειμένου να προστατευθεί και να επιβιώσει από αυτές τις απειλητικές καταστάσεις. Ωστόσο, το δυσανάλογο επίπεδο του φόβου μπορεί να οδηγήσει σε διάφορες ψυχοπαθολογίες και στην εμφάνιση συμπτωμάτων έντονου άγχους και στρες τα οποία δημιουργούν πρόσφορο έδαφος για την εμφάνιση και ανάπτυξη διάφορων ψυχικών διαταραχών (García-Reyna et al., 2020; Ornell et al., 2020; Shigemura et al., 2020; Shin & Liberzon, 2010; Wang et al., 2020b). Από τα επιδημιολογικά δεδομένα και τα αποτελέσματα μελετών σχετικά με τις ψυχολογικές επιπτώσεις του COVID-19, φαίνεται ότι ο φόβος ανάπτυξης της νόσου COVID-19 οδηγεί σε έντονες συναισθηματικές και συμπεριφορικές επιπτώσεις όπως πλήξη, μοναξιά, άγχος, προβλήματα ύπνου, θυμό (Brooks et al., 2020), κατάθλιψη, διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), παρανοϊκές και ψυχωτικές διαταραχές, ακόμη και αυτοκτονία (Xiang et al., 2020). Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορεί επίσης να είναι εκτεθειμένοι σε διάφορες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, η εμφάνιση του COVID-19 θα αυξήσει τις τραυματικές και δύσκολες συνθήκες διαβίωσης οι οποίες μπορούν να είναι περισσότερο συχνές σε άτομα με προηγούμενες ψυχολογικές διαταραχές (Park & Park, 2020; Wang et al., 2020b).



Μελέτες στην Κίνα έδειξαν ότι σημαντικό ποσοστό του υγειονομικού προσωπικού εμφάνισε συμπτώματα κατάθλιψης (50,4%), άγχους (44,6%), αϋπνίας (34%) και γενικότερης δυσφορίας (71,5%) (Lai et al., 2020). Βασικοί επιβαρυντικοί παράγοντες εμφάνισης αυτών των συμπτωμάτων είναι η έλλειψη κατάλληλων και επαρκών μέσων για την αντιμετώπιση της ασθένειας και ο μεγάλος φόρτος εργασίας. Η έλλειψη μέσων έχει να κάνει τόσο με τα μέσα αντιμετώπισης των αυξημένων αναγκών των ασθενών, έλλειψη η οποία μπορεί να οδηγήσει το υγειονομικό προσωπικό σε καταστάσεις λήψης κρίσιμων αποφάσεων για τη ζωή των ασθενών όσο και με τα μέσα προστασίας των ίδιων των εργαζομένων κατά την παροχή φροντίδας στους ασθενείς. Όσον αφορά τον μεγάλο φόρτο εργασίας αυτός αφορά τόσο την ποιοτική όσο και την ποσοτική διάσταση. Η ποσοτική εμφανώς αφορά τις πολλές ώρες εργασίας, τις διπλοβάρδιες και την παροχή φροντίδας σε μεγάλο αριθμό ασθενών ενώ η ποιοτική διάσταση έχει να κάνει με την απαίτηση από το προσωπικό να αντιμετωπίσει καταστάσεις που υπερβαίνουν τις γνωστικές και συναισθηματικές του ικανότητες και δεξιότητες (Rodríguez & Sánchez, 2020). Και οι δύο τύποι εργασιακού φόρτου επιφέρουν δυσφορία στο υγειονομικό προσωπικό με αποτέλεσμα να νιώθουν αναποτελεσματικοί γεγονός που επιβαρύνει ακόμα περισσότερο την ψυχολογική τους κατάσταση.

Όλα τα παραπάνω οδηγούν στο φαινόμενο της εργασιακής εξουθένωσης του προσωπικού, το οποίο έχει ως συνέπεια το υπερβολικό και παρατεταμένο στρες του προσωπικού του οποίου κύρια συστατικά είναι η συναισθηματική κόπωση, η απώλεια ενέργειας, το αίσθημα φθοράς και κόπωσης, η δυσφορία, με αποτέλεσμα την μείωση της απόδοσης στην εργασία καθώς και μείωση της αξίας της εργασίας τους (Rodríguez & Sánchez, 2020).

Ένας ακόμα επιβαρυντικός παράγοντας που προστίθεται στους παραπάνω είναι η εφαρμογή της καραντίνας που εφαρμόζεται για την αποφυγή της διάδοσης του ιού. Στο πρόσφατο παρελθόν καραντίνα εφαρμόστηκε για την αποφυγή της διάδοσης του SARS στην Κίνα αλλά και σε Αφρικανικές χώρες για την αποφυγή διάδοσης του ιού Έμπολα. Από την εφαρμογή του μέτρου σε αυτές τις περιπτώσεις γνωρίζουμε ότι οι ψυχολογικές συνέπειες που προκαλούνται από αυτόν τον τύπο απομόνωσης, σύμφωνα με μελέτη των Liu και των συνεργατών (Liu et al., 2012), το μετα-τραυματικό στρες και τα συμπτώματα κατάθλιψης λόγω της καραντίνας στους επαγγελματίες υγείας μπορεί να διαρκέσουν έως και τρία χρόνια μετά την ολοκλήρωση της κρίσης, ενώ σύμφωνα με την έρευνα, οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη οι οποίοι

τέθηκαν σε καραντίνα παρουσίασαν αυτά τα συμπτώματα σε μεγαλύτερο βαθμό από τον μέσο πληθυσμό.

Αποτελέσματα ερευνών από προηγούμενη επιδημία, όπως του Ebola, υποστηρίζουν επίσης αυτήν την άποψη (Reardon, 2015; Shigemura et al., 2020). Ακόμα κι αν οι περίοδοι πανδημίας έχουν τελειώσει, δευτερογενείς ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις αναμένεται να εμφανιστούν μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι έχουν βιώσει από κοντά τις δύσκολες συνθήκες και μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής του ατόμου για μεγάλο χρονικό διάστημα (Shultz et al., 2016). Έτσι, ο φόβος που βίωσαν οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζοντας τις δύσκολες συνθήκες θα έχει αρνητικό αποτέλεσμα ενεργοποιώντας διάφορα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα. Η συνειδητοποίηση της προστασίας των επαγγελματιών υγείας από την έκθεση και προσβολή τους από τον ιό σε περιόδους πανδημίας είναι δεδομένη αλλά παράλληλα γίνεται επιτακτική η προστασία της συνολικής ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας (Adams & Walls, 2020). Μελέτη των Suryavanshi και συνεργατών (2020) στην Ινδία, έδειξε ότι το 45% των επαγγελματιών υγείας ανέφεραν χαμηλή ποιότητα ζωής. Επιπλέον, ο τρόπος παρουσίας της πανδημίας COVID-19 στα κοινωνικά δίκτυα και τα μέσα ενημέρωσης μπορεί να επιβαρύνει συναισθηματικά τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι αντιμετωπίζουν την κοινωνική απομόνωση, το στίγμα και το άγχος, παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην μειωμένη ποιότητα της ζωής τους (Suryavanshi et al., 2020).

Ο φόβος της μόλυνσης από τον ιό και των ριζικών αλλαγών στην καθημερινή ζωή που φέρνει η πανδημία, ασκούν άγχος στα άτομα, επηρεάζοντας σοβαρά την ψυχική τους υγεία, καθώς και την ποιότητα του ύπνου. Τα αυξημένα επίπεδα άγχους αποτέλεσμα κυρίως της ανησυχίας για την κατάσταση της υγείας τους, τις οικονομικές επιπτώσεις αλλά τις αλλαγές που επιφέρει η πανδημία στην καθημερινή ρουτίνα επηρεάζουν την ποιότητα του ύπνου. Παρόμοια, η μειωμένη σωματική κόπωση καθώς και η μειωμένη έκθεση στον ήλιο και η αυξημένη χρήση ηλεκτρονικών συσκευών μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα του ύπνου (Voitsidis et al., 2020). Η αϋπνία είναι μια κοινή διαταραχή του ύπνου που περιλαμβάνει τόσο την οξεία παροδική μορφή όσο και την χρόνια μορφή, με αντίστοιχο ετήσιο ποσοστό επικράτησης τουλάχιστον 8-9% και 6%, αντίστοιχα για τις δύο μορφές (Ellis et al., 2012; Ohayon, 2002). Η αϋπνία σχετίζεται με τον κίνδυνο ανάπτυξης άλλων ψυχιατρικών διαταραχών (Ford & Kamerow, 1989), με κακή ποιότητα ζωής



(McCall et al., 2000) και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αυτοκτονικής συμπεριφοράς (McCall & Black, 2013; McCall et al., 2019; McCall et al., 2021).

Μελέτη στον ελληνικό πληθυσμό, η οποία πραγματοποιήθηκε τον Απρίλιο του 2020, σχετικά με τις επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 στην ποιότητα του ύπνου, έδειξε ότι το 37,6% των συμμετεχόντων σημείωσε βαθμολογία υψηλότερη του ορίου για την αϋπνία, ποσοστό το οποίο είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο παγκόσμιο ποσοστό επικράτησης της αϋπνίας, το οποίο εκτιμάται ότι πριν από την πανδημία ήταν μεταξύ 3,9% και 22% (Kay-Stacey & Attarian, 2016), υποδεικνύοντας επιδείνωση των διαταραχών ύπνου (Voitsidis et al., 2020). Η αϋπνία φαίνεται να επηρεάζει περισσότερους ανθρώπους κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Οι γυναίκες φαίνεται να είναι πιο ευάλωτες, ένα εύρημα συμβατό με το στοιχείο που υποδηλώνουν ότι είναι πιο επιρρεπείς σε διαταραχές που σχετίζονται με το στρες όπως η διαταραχή μετατραυματικού στρες και διαταραχές άγχους (Li & Graham, 2017). Η διαμονή σε αγροτικές περιοχές φαίνεται να δρα προστατευτικά, παρέχοντας περισσότερες ευκαιρίες για φυσική δραστηριότητα και έκθεση στο φυσικό περιβάλλον, καθώς και λιγότερο αυστηρή εφαρμογή των περιοριστικών μέτρων. Άλλος επιβαρυντικός παράγοντας που σχετίζεται με την αϋπνία είναι η μεγάλη αβεβαιότητα που βιώνουν τα άτομα σχετικά με τον ιό και το συνακόλουθο άγχος που επιφέρει η αντιμετώπιση αυτής της αβεβαιότητας. Ακόμα ένας επιβαρυντικός παράγοντας που συνδέεται με την αϋπνία είναι η μοναξιά, ενώ αντιστρόφως, ο κακός ύπνος αυξάνει την απογοήτευση που σχετίζεται με συναισθήματα απομόνωσης και μπορεί να διαταράξει την επαφή με άλλους, π.χ. λόγω μη φυσιολογικού προγράμματος ύπνου. Τέλος, αυτή η μελέτη ανέδειξε τη σχέση μεταξύ ύπνου και κατάθλιψης (Voitsidis et al., 2020).

Διάφορα σημαντικά στρεσογόνα γεγονότα ζωής προηγούνται συνήθως της οξείας διαταραχής του ύπνου. Τα γεγονότα αυτά μπορεί να είναι είτε ευχάριστα (πχ. γάμος, καινούργια δουλειά) είτε δυσάρεστα (πχ. διαζύγιο, απώλεια εργασίας) και στις περισσότερες των περιπτώσεων είναι ιδιωτικής φύσης και όχι ευρείας κλίμακας. Αντίθετα, στην περίπτωση πανδημίας, όπως η πανδημία SARS παλιότερα και σήμερα η πανδημία COVID-19, αποτελούν παράδειγμα ενός γενικού συμβάντος, το οποίο επηρεάζει μεγάλη μερίδα του πληθυσμού και ιδίως τους επαγγελματίες υγείας (McCall et al., 2021). Το 2007, οι Su και συνεργάτες, εξέτασαν την επικράτηση των ψυχολογικών συμπτωμάτων και την προσαρμογή μεταξύ των νοσοκόμων σε μια μονάδα SARS στην Ταϊβάν. Σε αυτήν την ομάδα, η αϋπνία ήταν πιο διαδεδομένη μεταξύ των

μελών της μονάδας η οποία νοσήλευε περιστατικά με τον ιό SARS συγκριτικά με την μονάδα η οποία δεν αντιμετώπιζε περιστατικά SARS (37% έναντι 9,7%) (Su et al., 2007). Οι Jing Qi και συνεργάτες (2020), συνέκριναν τις διαταραχές ύπνου μεταξύ των επαγγελματιών υγείας πρώτης γραμμής αντιμετώπισης του ιού COVID-19 και των αντίστοιχων επαγγελματιών οι οποίοι δεν εργάζονταν στην πρώτη γραμμή αντιμετώπισης, στην επαρχία Hubei της Κίνας. Αξιολόγησαν αυτές τις διαταραχές του ύπνου με το Δείκτη Ποιότητας Ύπνου του Πίτσμπουργκ (PSQI) και την Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών (AIS). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι επαγγελματίες υγείας πρώτης γραμμής είχαν υψηλότερες βαθμολογίες και μεγαλύτερη επικράτηση αϋπνίας συγκριτικά με τους συναδέλφους τους που δεν εργάζονταν στην πρώτη γραμμή αντιμετώπισης του ιού, καθώς και οι γυναίκες της πρώτης γραμμής είχαν υψηλότερη βαθμολογία από τους άνδρες συναδέλφους τους στην πρώτη γραμμή (Qi et al., 2020). Επίσης, μελέτη που διενεργήθηκε σε επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι παρείχαν φροντίδα σε ασθενείς με COVID-19, έδειξε ότι είχαν χαμηλότερη ποιότητα ύπνου η οποία είχε άμεση συσχέτιση με υψηλά επίπεδα άγχους και σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης, με το γυναικείο φύλο, με το επάγγελμα του νοσηλευτή/-τριας καθώς και χαμηλή ποιότητα ζωής (Stojanov et al., 2020).

Είναι δύσκολο να υπολογιστεί και να προβλεφθεί ο πραγματικός αντίκτυπος του COVID-19, καθώς η πανδημία βρίσκεται σε εξέλιξη και η επιστημονική κοινότητα εξακολουθεί να μελετά και να μαθαίνει ακόμα καινούργιες πληροφορίες για την νέα μορφή κοροναϊού που απειλεί την ανθρωπότητα. Σε αυτό το πλαίσιο, η παρούσα εργασία στοχεύει στην διερεύνηση της ύπαρξης φόβου για την πανδημία στους επαγγελματίες υγείας καθώς και στην εξέταση των προσδιοριστικών παραγόντων του φόβου και της επίπτωσής του σε τομείς της ζωής των επαγγελματιών υγείας.

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### Κεφάλαιο 3. Ερευνητικός σχεδιασμός – Διαδικασία

#### 3.1 Σκοπός της έρευνας

Στόχος της έρευνας ήταν η διερεύνηση του φόβου για την πανδημία Covid-19 στους επαγγελματίες υγείας και η εξέταση της επίδρασης του φόβου στη σωματική και ψυχική τους υγεία. Αρχικά, εξετάστηκε αν αυτός ο πληθυσμός νιώθει φόβο έναντι της πανδημίας, ποιοι παράγοντες μπορεί να συνδέονται με την ύπαρξη του φόβου και τέλος, ποιες οι συνέπειες του φόβου στην υγεία τους, σωματική και ψυχική.

#### 3.2 Δείγμα και δεδομένα

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο σύνολο των μελών του προσωπικού ιδιωτικής κλινικής (δείγμα ευκολίας), της Γενικής Κλινικής Δυτικής Αττικής «Βουγιουκλάκειο», κατά το πρώτο δεκαπενθήμερο του Φεβρουαρίου 2021. Μετά την άδεια που χορηγήθηκε από τους υπεύθυνους της Κλινικής για τη διενέργεια της έρευνας στο χώρο της, διανεμήθηκε ερωτηματολόγιο στο σύνολο του ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού της Κλινικής. Με την παράδοση του ερωτηματολογίου γινόταν μια σύντομη ενημέρωση για το σκοπό και το γενικότερο πλαίσιο διενέργειας της έρευνας, ενώ τονίστηκε με έμφαση πως η συμμετοχή στην έρευνα δεν είναι υποχρεωτική και, παράλληλα, πως η συμπλήρωσή του είναι ανώνυμη, χωρίς την δυνατότητα τα στοιχεία που δίνονται να οδηγήσουν στην ταυτοπροσωπία των συμμετεχόντων. Οι ερωτώμενοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο στο χώρο εργασίας τους και για αυτό το λόγο τους ζητήθηκε να το συμπληρώσουν σε κάποιο κενό ή διάλλειμα από την εργασία τους ώστε να αποφευχθεί η αποσπασματική συμπλήρωση. Δεν δόθηκαν διευκρινιστικές οδηγίες εκτός της αρχικής ενημέρωσης και του ενημερωτικού σημειώματος που συμπεριλαμβανόταν στην αρχική σελίδα του ερωτηματολογίου. Χορηγήθηκαν συνολικά 110 ερωτηματολόγια και ο τελικός αριθμός των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων ήταν εκατό πέντε (105) (ποσοστό συμμετοχής 95%).

### 3.3 Το ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από πέντε (5) ενότητες. Η πρώτη ενότητα καλύπτει τα βασικά δημογραφικά στοιχεία, η δεύτερη περιλαμβάνει την κλίμακα φόβου για την πανδημία COVID-19 (FCV-19), η τρίτη ενότητα την σύντομη εκδοχή της κλίμακας κατάθλιψης, άγχους, στρες (DASS21), η τέταρτη την κλίμακα αϋπνίας Αθηνών (AIS) και η πέμπτη ενότητα, περιλαμβάνει την σύντομη εκδοχή της κλίμακας για την επισκόπηση της υγείας (SF-12). Συνολικά, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από πενήντα επτά (57) ερωτήσεις, εκ των οποίων οι περισσότερες είναι κλειστού τύπου – επιλογή βάσει προκαθορισμένων απαντήσεων – εκτός από τρεις, στις οποίες οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να συμπληρώσουν μόνοι τους την απάντησή τους («Ηλικία», «Έτη προϋπηρεσίας» και «Άλλη νόσο»). Στη συνέχεια παρουσιάζονται αναλυτικά οι ενότητες του ερωτηματολογίου.

#### 3.3.1 Δημογραφικά στοιχεία

Η πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου αποτελείται από εννέα (9) ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν στα βασικά δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού της έρευνας, όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη παιδιών, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα, τα έτη προϋπηρεσίας, αν πάσχουν από κάποια νόσο και τέλος, αν έχουν νοσηλευθεί κατά την τελευταία πενταετία. Οι περισσότερες ερωτήσεις είναι κλειστού τύπου με προκαθορισμένες απαντήσεις ενώ οι ερωτήσεις για την ηλικία, τα έτη προϋπηρεσίας και την άλλη νόσο είναι ανοικτού τύπου, όπου οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα συμπλήρωσης χωρίς προκαθορισμένες απαντήσεις (ανοικτού τύπου ερωτήσεις).

#### 3.3.2 Κλίμακα φόβου για την πανδημία COVID-19 (Fear of COVID-19/FCV-19)

Η δεύτερη ενότητα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει την κλίμακα του φόβου για την πανδημία COVID-19 (FCV-19). Η FCV-19 σχεδιάστηκε από τους Ahorsou και συνεργάτες το 2020 προκειμένου να γίνει δυνατή η αξιολόγηση του φόβου από τον νέο ιό SARS-CoV-2 (Ahorsu et al., 2020). Η μετάφραση και επικύρωση της κλίμακας στην ελληνική γλώσσα έγινε από τους Τσιροπούλου και συνεργάτες (Tsipropoulou et al., 2020). Σύμφωνα με τις αναλύσεις τους, η

κλίμακα έδειξε υψηλή εσωτερική συνέπεια και αξιοπιστία (Cronbach's  $\alpha = .87$ ). Αυτή η μεταφρασμένη και επικυρωμένη κλίμακα χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα.

Η κλίμακα αποτελείται από επτά (7) προτάσεις-ερωτήσεις στις οποίες οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν κατά πόσο διαφωνούν ή συμφωνούν με τη χρήση μιας 5-βάθμιας κλίμακας τύπου Likert (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ Απόλυτα). Οι απαντήσεις κάθε ερωτώμενου αθροίζονται και η τελική βαθμολογία, η οποία μπορεί να πάρει τιμές από 7 έως 35, δηλώνει το επίπεδο του φόβου. Η χαμηλή βαθμολογία δηλώνει μικρό φόβο ενώ αντίθετα η υψηλή μεγαλύτερο φόβο.

### 3.3.3 Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους, Στρες (Depression, Anxiety, Stress Scales-21 (DASS21))

Το ερωτηματολόγιο στην τρίτη ενότητα περιλαμβάνει την σύντομη έκδοχή της κλίμακας μέτρησης της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες. Αρχικά η κλίμακα, η οποία κατασκευάστηκε από τους Lovibond και Lovibond (1995), αποτελούταν από 42 ερωτήσεις και τρεις υποκλίμακες, οι οποίες είναι σχεδιασμένες να μετρούν την αρνητική συναισθηματική διάσταση της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες. Η μέτρηση κάθε διάστασης περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν τον βαθμό κατά τον οποίο θεωρούν ότι τους αντιπροσωπεύει κάθε μια από τις προτάσεις χρησιμοποιώντας μια 4-βάθμια κλίμακα Likert (0=Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα, 1=Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό ή για μικρό χρονικό διάστημα, 2=Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, 3=Ίσχυε για μένα πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές). Οι απαντήσεις κάθε ερωτώμενου αθροίζονται προκειμένου να υπολογιστεί η συνολική τιμή της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης, η οποία μπορεί να πάρει τιμές μεταξύ 0-42. Η χαμηλή βαθμολογία δηλώνει απουσία κάποιου προβλήματος ενώ αντίθετα η υψηλή την παρουσία του. Παράλληλα με την κλίμακα των 42 ερωτήσεων αναπτύχθηκε και η σύντομη μορφή της αρχικής έκδοχής, η οποία αποτελείται από 21 ερωτήσεις. Σε αυτή την σύντομη έκδοχή της κλίμακας (DASS21), οι υποκλίμακες περιλαμβάνουν 7 ερωτήσεις, ενώ η μέτρηση είναι ίδια με την εκτεταμένη μορφή της κλίμακας. Η τελική βαθμολογία της σύντομης έκδοσης της κλίμακας (0-21) πολλαπλασιάζεται με το 2 για την εξαγωγή συγκρίσιμων αποτελεσμάτων με την εκτεταμένη έκδοση της κλίμακας. Η συγκεκριμένη κλίμακα παρουσιάζει πολύ καλά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά και σύμφωνα με

τους Lovibond & Lovibond (1995) ο δείκτης αξιοπιστίας για κάθε υπο-κλίμακα έχει υπολογιστεί σε  $\alpha = .91$  για την κατάθλιψη, σε  $\alpha = .84$  για το άγχος και σε  $\alpha = .90$  για το στρες.

### 3.3.4 Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών (Athens Insomnia Scale (AIS))

Στην τέταρτη ενότητα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνεται η Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών. Αυτή η κλίμακα έχει σκοπό να καταγράψει τις δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίζει κάποιος στον ύπνο. Κατασκευάστηκε από τους Soldatos και συνεργάτες (Soldatos et al., 2000), προκειμένου να εκτιμηθούν τα συμπτώματα αϋπνίας σε ασθενείς με διαταραχές ύπνου. Αποτελείται από 8 ερωτήσεις. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν τον βαθμό κατά τον οποίο θεωρούν ότι τους αντιπροσωπεύει κάθε μια από τις προτάσεις χρησιμοποιώντας μια 4-βάθμια κλίμακα Likert ( $0 = \text{δηλώνει κανένα πρόβλημα και } 3 = \text{δηλώνει την ύπαρξη σοβαρού προβλήματος}$ ). Σε αρκετές περιπτώσεις χρησιμοποιείται και η σύντομη μορφή της, η οποία αποτελείται από τις πρώτες πέντε ερωτήσεις. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η εκτενής εκδοχή της κλίμακας. Η τελική συνολική βαθμολογία για κάθε ερωτώμενο, η οποία μπορεί να πάρει τιμές από 0 έως 24, προκύπτει από την άθροιση των απαντήσεων στο σύνολο των ερωτήσεων. Η χαμηλή βαθμολογία αφορά την μη ύπαρξη κάποιου προβλήματος ενώ αντίθετα η υψηλή την ύπαρξη προβλήματος. Η αξιοπιστία της κλίμακας είναι αρκετά καλή ( $\alpha = .89$ ) (Soldatos et al., 2000).

### 3.3.5 Κλίμακα επισκόπησης της υγείας - SF-12

Τέλος, στην πέμπτη ενότητα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνεται η κλίμακα για την επισκόπηση της υγείας των ερωτώμενων (SF-12). Η κλίμακα για την επισκόπηση της υγείας κατασκευάστηκε προκειμένου να γίνει δυνατή η σύγκριση του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών. Εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας, που δεν προσδιορίζονται ως ειδικές κάποιας ασθένειας ή θεραπείας (Ware & Sherbourne, 1992).

Η αρχική κλίμακα (SF-36) αποτελείται από τριάντα έξι (36) ερωτήσεις-προτάσεις και περιλαμβάνει οκτώ διαστάσεις της υγείας: σωματική λειτουργία (PF), σωματικός ρόλος (RP), σωματικός πόνος (BP), γενική υγεία (GH), ζωτικότητα (VT), κοινωνική λειτουργία (SF),

συναισθηματικός ρόλος (RE) και ψυχική υγεία (MH). Κάθε διάσταση βαθμολογείται σε κλίμακα 0-100 (0 και 100, αντίστοιχα αφορούν στο χειρότερο και καλύτερο επίπεδο υγείας). Αυτές οι οκτώ διαστάσεις μπορούν να συνοψιστούν σε δύο γενικούς υπο-παράγοντες, την σωματική και την ψυχική υγεία, στο εξής αναφέρονται ως PCS-36 και MCS-36 (Κοντοδημόπουλος και συν, 2004).

Η σύντομη εκδοχή της κλίμακας SF-36, η SF-12, αναπτύχθηκε ως εναλλακτική λύση στην SF-36 για χρήση σε μελέτες μεγάλης κλίμακας, και η αξιοπιστία και η εγκυρότητά της έχουν τεκμηριωθεί (Kontodimopoulos et al., 2007). Οι βαθμολογίες της κλίμακας υπολογίζονται για τέσσερις από τις διαστάσεις υγείας (PF, RP, RE και MH) χρησιμοποιώντας δύο ερωτήσεις-προτάσεις για την κάθε διάσταση, ενώ οι υπόλοιπες τέσσερις διαστάσεις (BP, GH, VT και SF) αντιπροσωπεύονται από μια ερώτηση-πρόταση. Και τα δώδεκα στοιχεία χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό της συνοπτικής βαθμολογίας της σωματικής και ψυχικής υγείας (PCS-12 και MCS-12). Η μέτρηση και η εκτίμηση γίνεται βάσει ενός αλγόριθμου, ο οποίος προέρχεται από τα δεδομένα της έρευνας γενικού πληθυσμού των ΗΠΑ. Αυτά τα συνοπτικά αποτελέσματα από την έρευνα στις ΗΠΑ ελέγχθηκαν σε εννέα διαφορετικές χώρες και βάσει των ελέγχων έχει προταθεί ότι οι συνολικές βαθμολογίες της κλίμακας που προέρχονται από τις ΗΠΑ, αποδίδουν μέσο όρο 50 και SD=10. Έτσι, τα συνοπτικά αποτελέσματα κάθε έρευνας εκτιμώνται συγκριτικά με αυτόν τον μέσο όρο (50), όπου η βαθμολογία άνω του μέσου όρου δηλώνει υγεία καλύτερη από το γενικό πληθυσμό, ενώ βαθμολογία χαμηλότερη του μέσου δηλώνει το αντίθετο. Η αξιοπιστία της SF-12 είναι αρκετά καλή, εφόσον η υπο-κλίμακα PCS-12 είχε  $\alpha=.89$  και η υπο-κλίμακα MCS-12 είχε  $\alpha=.77$  (Ware et al., 1995).

### 3.4 Καταγραφή και ανάλυση των δεδομένων

Για την καταγραφή και ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο για Κοινωνικές Έρευνες SPSS v.21. Αρχικά δημιουργήθηκε το φύλλο εισαγωγής των δεδομένων για όλες τις μεταβλητές και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η ανάλυσή τους. Αυτή αρχικά περιλάμβανε την εξέταση των συχνοτήτων κάθε μεταβλητής, η οποία μας επιτρέπει να έχουμε μια σαφή εικόνα των δεδομένων των μεταβλητών της έρευνας. Στη συνέχεια για τον έλεγχο των υποθέσεων χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA). Η ανάλυση αυτή επιτρέπει την σύγκριση πολλαπλών μέσων όρων, ενώ δίνει την δυνατότητα να μελετηθούν συγχρόνως οι



μεμονωμένες (κύριες) επιδράσεις δύο ή περισσότερων ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη, αλλά και οι αλληλεπιδράσεις που προκύπτουν από τον συνδυασμό των ανεξάρτητων μεταβλητών. Τα αποτελέσματα προκύπτουν από τη σύγκριση των διακυμάνσεων των τιμών εντός και μεταξύ των ερευνητικών συνθηκών, από την οποία εκτιμάται η σημαντικότητα της διαφοράς μεταξύ των ομάδων κάθε μεταβλητής. Παράλληλα, ένα ακόμα κριτήριο το οποίο συνέβαλλε στην σύγκριση μέσων όρων ήταν το κριτήριο  $t$  ( $t$ -test). Σε αντίθεση με την ANOVA, το κριτήριο  $t$  χρησιμοποιείται για την ανάδειξη της στατιστικής σημαντικότητας μεταξύ της διαφοράς των μέσων όρων δύο μόνο μεταβλητών. Αν και μικρότερης εμβέλειας, το  $t$ -test είναι ιδιαίτερα χρήσιμο λόγω των λιγότερων προαπαιτούμενων αναφορικά με την φύση των δεδομένων, της γρηγορότερης διαδικασίας και της ευκολότερης ερμηνείας των αποτελεσμάτων. Μέσω του ελέγχου, γίνεται προσπάθεια να εκτιμηθεί πόσο πιθανή θα ήταν η ύπαρξη των διαφορών μεταξύ των μέσων όρων, εάν δεν υπάρχει πραγματική διαφορά μεταξύ των μεταβλητών, πράγμα το οποίο υποστηρίζει η μηδενική υπόθεση. Η στατιστική σημαντικότητα εξασφαλίζει την μεγάλη πιθανότητα οι διαφορές μεταξύ των μέσων όρων να μην έχουν προκύψει από τυχαίους παράγοντες, οδηγώντας στην απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης και την αποδοχή ότι η διαφορά μεταξύ των μεταβλητών είναι πραγματική.

Στην αμέσως επόμενη φάση, έγινε χρήση του στατιστικού κριτηρίου του συντελεστή συσχέτισης (correlation coefficient). Ο συντελεστής αποτελεί χρήσιμη πηγή πληροφοριών για μία έρευνα, καθώς ενημερώνει για το κατά πόσο δύο μεταβλητές συσχετίζονται η μία με την άλλη. Ακόμα, δίνει πληροφορίες για το είδος της συσχέτισης που υπάρχει μεταξύ τους (θετική ή αρνητική) αλλά και για τον βαθμό της συσχέτισης που εντοπίστηκε (χαμηλή, μέτρια, υψηλή συσχέτιση). Τέλος, διενεργήθηκε η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης για την εξέταση της επίδρασης του φόβου και άλλων μεταβλητών τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία των ερωτώμενων. Μέσω αυτής της ανάλυσης είναι δυνατό να προσδιοριστεί ο βαθμός κατά τον οποίο οι τιμές μίας ή περισσότερων ανεξάρτητων μεταβλητών (προβλεπτικές μεταβλητές) προβλέπουν τις τιμές μίας εξαρτημένης μεταβλητής (μεταβλητή κριτήριο). Επίσης, η ανάλυση περιλάμβανε τον έλεγχο αξιοπιστίας των τεσσάρων κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν βάσει του δείκτη Cronbach (Cronbach's alpha).



## Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα έρευνας

### 4.1 Συχνότητες

#### 4.1.1 Συχνότητες δημογραφικών μεταβλητών

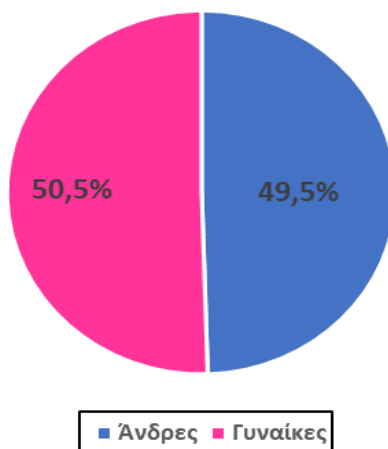
Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η έρευνα διενεργήθηκε στο ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό ιδιωτικής γενικής κλινικής. Οι μισοί σχεδόν συμμετέχοντες ήταν άνδρες και οι υπόλοιποι γυναίκες (49,5% και 50,5%, αντίστοιχα) (Γράφημα 1). Οι ηλικίες κυμαίνονται από τα 24 έως τα 71 έτη με μέση ηλικία τα 44,6 έτη ( $SD=10,54$ ). Οι περισσότεροι είναι μεταξύ 41-55 ετών (54,3%), ακολουθούν με 28,7% τα άτομα ηλικίας 26-40 ετών, το 13,8% είναι ηλικίας 55 ετών και μεγαλύτερης ηλικίας ενώ το 3,2% του πληθυσμού είναι ηλικίας 18-25 ετών (Γράφημα 2).

Το 61% δηλώνουν παντρεμένοι ενώ το 21,9% ανύπαντροι. Από τους υπόλοιπους, το 5,7% δηλώνει πως συμβιώνει με σύντροφο, το 3,7% βρίσκεται σε διάσταση και το 6,7% είναι χωρισμένοι ενώ τέλος, το 1% είναι χήρος/α (Γράφημα 3). Όσον αφορά την ύπαρξη παιδιών, το 66,3% απαντά θετικά ενώ το 33,7% αρνητικά.

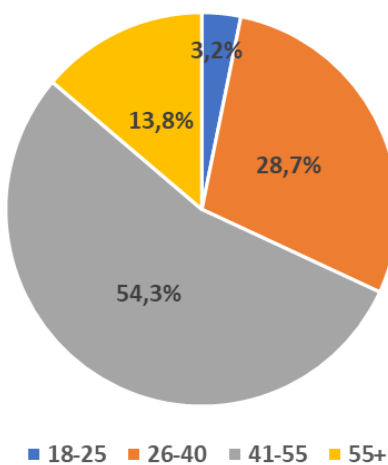
Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο, σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες (49,5%) έχουν ανώτατη εκπαίδευση, το 21,9% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού (10,5% και 11,4%, αντίστοιχα), ενώ το 28,6% είναι βασικής εκπαίδευσης (1% απαντά Γυμνάσιο και 27,6% Λύκειο) (Γράφημα 4). Ιατρικό (45,7%) και νοσηλευτικό προσωπικό (40%) καταλαμβάνουν παρόμοιο ποσοστό όσον αφορά το επάγγελμα των ερωτώμενων. Το 8,6% αποτελούν οι διοικητικοί υπάλληλοι και τέλος το 5,7% αποτελεί βοηθητικό προσωπικό (Γράφημα 5). Όσον αφορά την επαγγελματική τους εμπειρία, η συντριπτική πλειονότητα αναφέρει περισσότερα από 5 έτη προϋπηρεσίας. Πιο συγκεκριμένα, το 30,9% απαντά ότι έχει 6 με 15 έτη προϋπηρεσίας, το 29,9% αναφέρει 16-25 έτη προϋπηρεσίας, το 24,7% αναφέρει 26 έτη και περισσότερα, ενώ το 14,4% αναφέρει μέχρι 5 έτη προϋπηρεσίας.

Οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με την υγεία τους και συγκεκριμένα αν πάσχουν από κάποια νόσο. Το 69,4% δήλωσε ότι δεν πάσχει από κάποια νόσο. Από τους υπόλοιπους, το 5,1% δήλωσε πως πάσχει από καρδιαγγειακές παθήσεις, το 3,1% από χρόνιες πνευμονοπάθειες, το 4,1% από σακχαρώδη διαβήτη τύπου-2. Επίσης, το 4,8% δήλωσε πως έχει

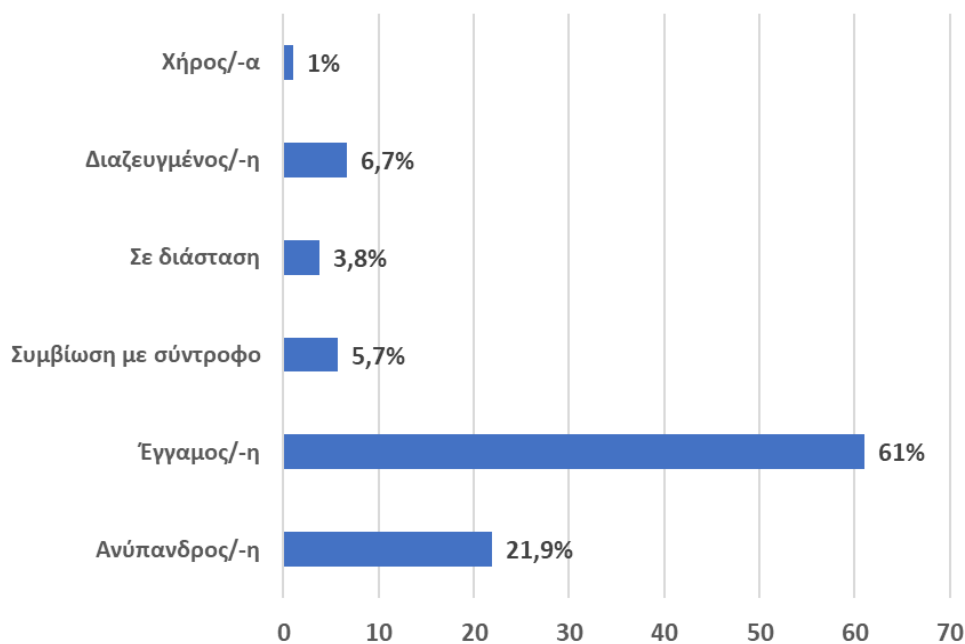
θυρεοειδοπάθεια, το 5% αλλεργικό άσθμα, το 4,8% υπέρταση. Τέλος, η συντριπτική πλειονότητα (92,4%) δεν έχει νοσηλευθεί την τελευταία πενταετία.



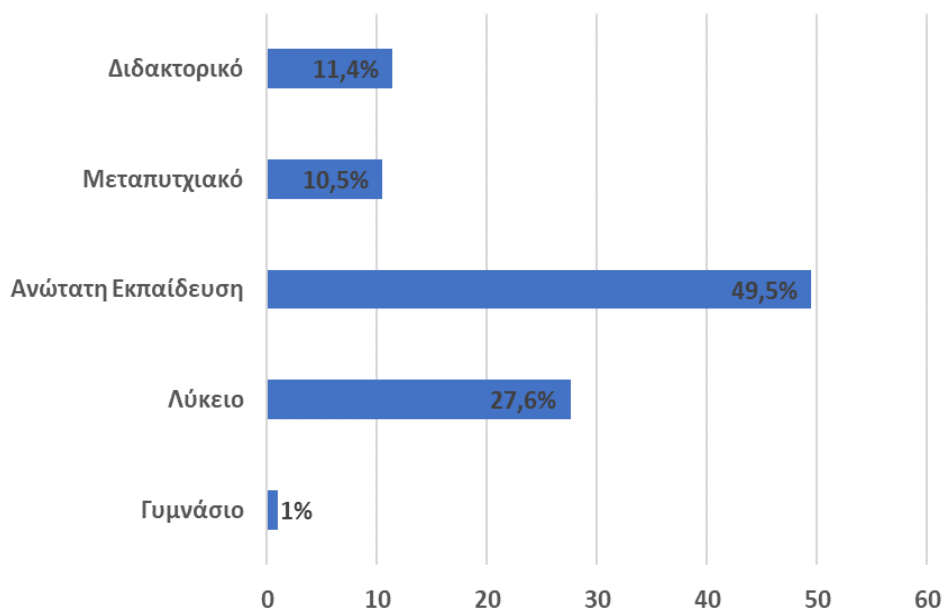
Γράφημα 1. Κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο



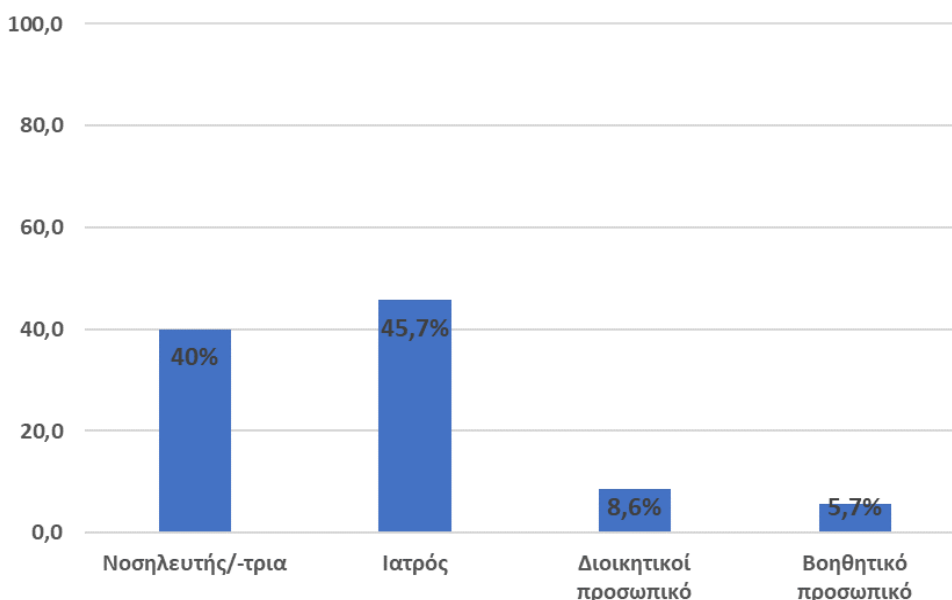
Γράφημα 2. Κατανομή του δείγματος σε ηλικιακές ομάδες



Γράφημα 3. Συχνότητες εμφάνισης υποομάδων οικογενειακής κατάστασης



Γράφημα 4. Συχνότητες εμφάνισης υποομάδων εκπαιδευτικού επιπέδου



Γράφημα 5. Συχνότητες υποομάδων επαγγέλματος

#### 4.1.2 Συχνότητες Κλιμάκων

Πριν προχωρήσουμε στην παρουσίαση των συχνοτήτων για τις ερωτήσεις των κλιμάκων, διενεργήθηκε η ανάλυση αξιοπιστίας για κάθε κλίμακα βάσει του στατιστικού μέτρου *Cronbach's alpha* ( $\alpha$ ). Οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν του φόβου για την πανδημία COVID-19 (FCV-19), η κλίμακα άγχους, κατάθλιψης, στρες (DASS21) οι οποία αποτελείται από τρεις υποκλίμακες, η κλίμακα για την ποιότητα ύπνου (AIS) και τέλος η κλίμακα για την γενικότερη ποιότητα της υγείας (SF-12). Όλες οι κλίμακες είναι ευρέως διαδεδομένες και σταθμισμένες από την επιστημονική κοινότητα. Η ανάλυση αξιοπιστίας της κλίμακας φόβου για την πανδημία (FCV-19) έδειξε υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας ( $\alpha=.846$ ), παρόμοια υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας είχε η κλίμακα κατάθλιψης, άγχους, στρες τόσο συνολικά ( $\alpha=.945$ ) όσο και για κάθε υποκλίμακα ξεχωριστά ( $\alpha=.875$ ,  $\alpha=.885$ ,  $\alpha=.862$ , αντίστοιχα για κατάθλιψη, άγχος, στρες). Η κλίμακα Αυπνίας Αθηνών έδειξε και αυτή υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας ( $\alpha=.830$ ) και τέλος η κλίμακα για την επισκόπηση της υγείας, τόσο η υποκλίμακα της σωματικής ( $\alpha=.845$ ) όσο και η υποκλίμακα της ψυχικής υγείας ( $\alpha=.765$ ) είχαν ικανοποιητικά επίπεδα αξιοπιστίας.

#### 4.1.2.1 Συχνότητες της Κλίμακας Φόβου (FCV-19)

Η κλίμακα για τον φόβο από την πανδημία COVID-19, όπως αναφέραμε παραπάνω, αποτελείται από επτά (7) ερωτήσεις και είναι τύπου Likert. Οι πιθανές απαντήσεις είναι πέντε (5) και παίρνουν τιμές από ένα έως πέντε, όπου 1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, 4=Συμφωνώ και 5=Συμφωνώ απόλυτα. Η βαθμολογία που μπορεί κάποιος ερωτώμενος να πάρει είναι από 7 έως 35, με τη χαμηλότερη βαθμολογία να δηλώνει μικρό φόβο και την υψηλότερη βαθμολογία μεγάλο φόβο. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται, για κάθε ερώτηση της κλίμακας, η συχνότητα των απαντήσεων, η μέση τιμή καθώς και η σταθερή απόκλιση (Πίνακας 1).

	Διαφωνώ απόλυτα (%)	Διαφωνώ (%)	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ (%)	Συμφωνώ (%)	Συμφωνώ απόλυτα (%)	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Είμαι πολύ φοβισμένος/-η για τον κορονοϊό	6,7	18,3	43,3	28,8	2,9	3,03	0,93
Όταν σκέφτομαι τον κορονοϊό, νιώθω ανασφάλεια	6,7	25,0	36,5	27,9	3,8	2,97	0,98
Τα χέρια ιδρώνουν, όταν σκέφτομαι τον κορονοϊό	45,2	42,3	10,6	1,9	0	1,69	0,74
Φοβάμαι μήπως χάσω τη ζωή μου εξαιτίας του κορονοϊού	17,1	32,4	34,3	15,2	1,0	2,50	0,98
Όταν βλέπω ειδήσεις σχετικά με τον κορονοϊό στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, με πιάνει νευρικότητα και άγχος	13,3	32,4	30,5	21,9	1,9	2,67	1,03
Δεν μπορώ να κοιμηθώ, επειδή ανησυχώ μήπως προσβληθώ από τον κορονοϊό	51,4	36,2	9,5	2,9	0	1,64	0,78
Νιώθω την καρδιά μου να χτυπάει πιο γρήγορα ή τους παλμούς μου να ανεβαίνουν, όταν σκέφτομαι ότι μπορεί να προσβληθώ από τον κορονοϊό	39	40	16,2	4,8	0	1,87	0,86
<b>Πίνακας 1. Συχνότητες κλίμακας φόβου (FCV-19)</b>							

Στη συνέχεια διενεργήθηκε άθροιση των τιμών των απαντήσεων στις ερωτήσεις της κλίμακας και υπολογίστηκε η συνολική βαθμολογία κάθε ερωτώμενου. Η βαθμολογία κάθε

ερωτώμενου μπορεί να πάρει τιμές από 7 έως 35, με τη χαμηλή βαθμολογία να δηλώνει μικρό φόβο και η υψηλή βαθμολογία μεγαλύτερο φόβο για την πανδημία. Η μέση τιμή της βαθμολογίας των ερωτώμενων είναι 16,32 (SD=4,56).

#### **4.1.2.2 Συχνότητες της Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους, Στρες (DASS21)**

Η κλίμακα DASS21 αποτελείται από 21 ερωτήσεις με δυνατές τέσσερις απαντήσεις, με τιμές από 0 έως 3, όπου 0=Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα, 1=Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό ή για μικρό χρονικό διάστημα, 2=Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό ή για μεγάλο χρονικό διάστημα και 3=Ίσχυε για μένα πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές. Η κλίμακα αποτελείται από τρεις υποκλίμακες -κατάθλιψης, άγχους, στρες- με την κάθε μία να αποτελείται από επτά ερωτήσεις. Η βαθμολογία που μπορεί να συγκεντρώσει κάθε ερωτώμενος μπορεί να είναι από 0 έως 21, με την χαμηλή βαθμολογία να δηλώνει απουσία κάποιου προβλήματος ενώ την υψηλή βαθμολογία την παρουσία προβλήματος. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων για κάθε υποκλίμακα.

##### **4.1.2.2.1 Συχνότητα Κλίμακας κατάθλιψης**

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 2, η συντριπτική πλειονότητα των ερωτώμενων (άνω του 90%), σε όλες τις ερωτήσεις της υποκλίμακας για την κατάθλιψη απαντά με τέτοιο τρόπο, ο οποίος δηλώνει απουσία κάποιου προβλήματος κατάθλιψης. Αυτή η διαπίστωση φαίνεται και από την κατανομή των απαντήσεων των ερωτώμενων στα διάφορα επίπεδα κατάθλιψης, βάσει της ομαδοποίησης των απαντήσεών τους σε πέντε κατηγορίες σύμφωνα με την συνολική βαθμολογία – Κανονική (0-9), Ήπια (10-13), Μέτρια (14-20), Σοβαρή (21-27), Πολύ Σοβαρή (28-42). Έτσι, το 82,7% των ερωτώμενων ανήκει στην πρώτη κατηγορία, το 8,7% στη δεύτερη, το 6,7% στην τρίτη και το 1,9% στην τέταρτη κατηγορία, ενώ κανένας ερωτώμενος δεν συγκέντρωσε βαθμολογία που να τον κατατάσσει στην πέμπτη κατηγορία. Η μέγιστη βαθμολογία που μπορεί να συγκεντρώσει κάποιος στην υπο-κλίμακα είναι 21. Η μέση τιμή της βαθμολογίας των ερωτώμενων είναι 3,62 (SD=5,361).

	Δεν ίσχυε καθόλου για μένα (%)	Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό ή για μικρό χρονικό διάστημα (%)	Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό ή για μεγάλο χρονικό διάστημα (%)	Ίσχυε για μένα πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές (%)	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	75,2	21,9	1,9	1,0	0,29	0,55
Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα	82,9	15,2	1,9	0	0,19	0,44
Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον	72,4	21,0	5,7	1,0	0,35	0,64
Ένιωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος	60,0	32,4	6,7	1,0	0,49	0,67
Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει κάνει να νιώσω ενθουσιασμό	74,3	21,0	4,8	0	0,30	0,56
Ένιωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο	89,4	7,7	2,9	0	0,13	0,42
Ένιωσα ότι η ζωή δεν είχε νόημα	90,5	8,6	1,0	0	0,10	0,34

**Πίνακας 2. Συχνότητες κλίμακας Κατάθλιψης**

#### **4.1.2.2.2 Συχνότητες Κλίμακα Άγχους**

Παρόμοια και στην περίπτωση της υποκλίμακας άγχους, άνω του 90% των ερωτώμενων δηλώνει την απουσία άγχους. Και σε αυτή την περίπτωση η συνολική βαθμολογία μπορεί να πάρει τιμές από 0 έως 21. Η μέση βαθμολογία των συμμετεχόντων ήταν 2,06 (SD=4,520). Και σε αυτή την υποκλίμακα η ομαδοποίηση των απαντήσεων των ερωτώμενων βάσει της συνολικής βαθμολογίας τους οδηγεί σε πέντε κατηγορίες – Κανονικό (0-7), Ήπιο (8-9), Μέτριο (10-14), Σοβαρό (15-19), Πολύ Σοβαρό (20-42). Η μεγάλη πλειονότητα των ερωτώμενων (90,3%) ανήκει στην πρώτη κατηγορία, το 4,9% ανήκει στην δεύτερη κατηγορία, από 1% των ερωτώμενων ανήκουν στην τρίτη και τέταρτη κατηγορία, ενώ το 2,9% (τρία άτομα) ανήκουν στην πέμπτη κατηγορία.

	Δεν ίσχυε καθόλου για μένα (%)	Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό ή για μικρό χρονικό διάστημα (%)	Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό ή για μεγάλο χρονικό διάστημα (%)	Ίσχυε για μένα πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές (%)	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Ένιωθα ότι το στόμα ήταν ξηρό	88,6	9,5	1,9	0	0,13	0,39
Δυσκολευόμουν ν' ανασάνω (πχ. Υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόψιμο της ανάσας μου χωρίς να έχω σωματική προσπάθεια)	91,4	5,7	2,9	0	0,11	0,40
Αισθάνθηκα τρεμούλα (πχ στα χέρια)	95,2	3,8	1,0	0	0,06	0,27
Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους	81,7	14,4	1,9	1,9	0,24	0,58
Ένιωσα πολύ κοντά στον πανικό	86,5	9,6	2,9	1,0	0,18	0,52
Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία)	83,8	12,4	3,8	0	0,20	0,49
Ένιωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος	83,8	12,4	3,8	0	0,20	0,49
<b>Πίνακας 3. Συχνότητες κλίμακας Άγχους</b>						

#### 4.1.2.2.3 Συχνότητες Κλίμακας Στρες

Όσον αφορά την περίπτωση του στρες, σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων στην σχετική υποκλίμακα, παρουσιάζεται ελαφρά αύξηση του ποσοστού των ερωτώμενων που δηλώνουν κάποιο πρόβλημα με το στρες. Παρόλο που και πάλι η συντριπτική πλειονότητα των ερωτώμενων δηλώνει απουσία στρες, το ποσοστό είναι χαμηλότερο συγκριτικά με το αντίστοιχο ποσοστό στην κλίμακα κατάθλιψης και άγχους. Η μέση βαθμολογία των ερωτώμενων ήταν 5,90 (SD=6,538). Και σε αυτή την υποοκλίμακα, η ομαδοποίηση των απαντήσεων βάσει της συνολικής βαθμολογίας των ερωτώμενων οδήγησε σε πέντε κατηγορίες – Κανονικό (0-14), Ήπιο (15-18), Μέτριο (19-



25), Σοβαρό (26-33), Πολύ Σοβαρό (34-42). Το 89,1% των ερωτώμενων ανήκει στην πρώτη κατηγορία, το 4,0% στην δεύτερη, το 5,9% στην τρίτη και τέλος, το 1,0% στην τέταρτη κατηγορία.

	Δεν ίσχυε καθόλου για μένα (%)	Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό ή για μικρό χρονικό διάστημα (%)	Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό ή για μεγάλο χρονικό διάστημα (%)	Ίσχυε για μένα πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές (%)	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου	80,0	13,3	6,7	0	0,27	0,58
Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα	68,3	23,1	6,7	1,9	0,42	0,71
Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα	65,7	28,6	5,7	0	0,40	0,60
Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος	47,6	38,8	12,6	1,0	0,67	0,73
Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω	59,6	30,8	9,6	0	0,50	0,67
Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα	77,9	16,3	4,8	1,0	0,29	0,60
Ένιωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος	60,0	34,3	5,7	0	0,46	0,60
<b>Πίνακας 4. Συχνότητες κλίμακας Στρες</b>						

#### 4.1.2.3 Κλίμακα Ποιότητας Ύπνου (AIS)

Η κλίμακα αϋπνίας αποτελείται από οκτώ ερωτήσεις. Οι δυνατές απαντήσεις είναι τέσσερις με τιμές από 0-3. Η χαμηλή βαθμολογία δηλώνει απουσία προβλήματος ενώ η υψηλή παρουσία προβλήματος στον ύπνο. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων για κάθε μια ερώτηση της κλίμακας. Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 5, σε όλες τις

ερωτήσεις της κλίμακας, η μεγάλη πλειονότητα των ερωτώμενων δηλώνει την απουσία κάποιου προβλήματος στον ύπνο. Παρόλα αυτά, στις ερωτήσεις που αφορούν τις αφυπνίσεις κατά την διάρκεια του ύπνου, την τελική αφύπνιση σχετικά με τον επιθυμητό χρόνο και τη συνολική διάρκεια του ύπνου, παρατηρούμε ότι το ποσοστό αυτών που δηλώνουν κάποιο ζήτημα αυξάνεται σε σχέση με τις υπόλοιπες ερωτήσεις της κλίμακας. Η συνολική βαθμολογία μπορεί να πάρει τιμές από 0 έως 24. Η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας των συμμετεχόντων ήταν 3,78 (SD=3,364).

	0 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Επέλευση ύπνου	84,6	12,5	2,9	0	0,18	0,46
Αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας	51,4	35,2	11,4	1,9	0,64	0,76
Τελική αφύπνιση σε σχέση με τον επιθυμητό χρόνο	64,8	26,7	7,6	1,0	0,45	0,68
Συνολική διάρκεια ύπνου	50,5	41,0	7,6	1,0	0,59	0,68
Ποιότητα ύπνου	44,8	49,5	4,8	1,0	0,62	0,63
Ευεξία κατά την επόμενη ημέρα	47,6	48,6	1,9	1,9	0,58	0,63
Λειτουργικότητα κατά την επόμενη ημέρα	71,4	26,7	1,9	0	0,30	0,50
Υπνηλία κατά την επόμενη ημέρα	65,7	29,5	4,8	0	0,39	0,58

**Πίνακας 5. Συχνότητες κλίμακας Αϋπνίας Αθηνών (AIS)**

#### **4.1.2.4 Κλίμακα επισκόπησης της υγείας**

Η κλίμακα επισκόπησης της υγείας αποτελείται από 12 ερωτήσεις. Παρακάτω παρουσιάζονται σε έναν συνοπτικό πίνακα οι συχνότητες για κάθε ερώτηση καθώς και η μέση τιμή και η σταθερή απόκλιση (Πίνακας 6). Στην περίπτωση της υπο-κλίμακας της σωματικής υγείας η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας ήταν 51,02 (SD=6,10) ενώ για την υπο-κλίμακα της ψυχικής υγείας η μέση τιμή ήταν 50,79 (SD=7,554).

	Εξαιρετική (%)	Πολύ καλή (%)	Καλή (%)	Μέτρια (%)	Κακή (%)	Μείση τιμή	Τυπική Απόκλιση
<b>1</b> Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι	15,4	54,8	25,0	4,8	0,0	2,19	0,75
Η σημερινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;							
	Ναι με περιορίζα πολύ (%)	Ναι με περιορίζα λίγο (%)	Όχι δεν με περιορίζει καθόλου (%)				
Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρόγγυμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περπάτητος στην εξοχή.	2,9	13,3	83,8			2,81	0,46
<b>3</b> Όταν ανεβάνετε μερικούς ορόφους με τα πόδια.	2,9	45,7	51,4			2,49	0,56
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στη δουλειά σας-είτε σε κάποια άλλη συννηθισμένη δραστηριότητα- κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;							
	Ναι (%)	Όχι (%)					
<b>4</b> Πρηγματοποιήσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε;	17,1	82,9				1,83	0,38
<b>5</b> Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας;	18,1	81,9				1,82	0,39
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στη δουλειά σας-είτε σε κάποια άλλη συννηθισμένη δραστηριότητα- κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας οποιοδήποτε συνισθηματικού προβλήματος (π.χ. σταθερή νύστα με λαγολαία ή άγχος);							
	Ναι (%)	Όχι (%)					
<b>6</b> Πρηγματοποιήσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε;	20,0	80,0				1,80	0,40
<b>7</b> Κάνετε την δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως;	9,5	90,5				1,90	0,30
	Καθόλου (%)	Λίγο (%)	Μέτρια (%)	Αρκετά (%)	Πάρα πολύ (%)		
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συννηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);	63,5	23,1	9,6	2,9	1,0	1,55	0,86
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα:							
	Συνεχώς (%)	Πολύ συχνά (%)	Συχνά (%)	Ορισμένες φορές (%)	Σπάνια (%)	Καθόλου (%)	
<b>9</b> Ασθενούσατε ηρεμία και γαλήνη;	9,6	27,9	37,5	19,2	3,8	1,9	1,08
<b>10</b> Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	13,3	35,2	36,2	15,2	0,0	2,53	0,91
<b>11</b> Ασθενούσατε απελασία και μελαγχολία;	0,0	1,9	6,7	21,0	37,1	4,93	0,99
	Συνεχώς (%)	Το μεγαλύτερο διάστημα (%)	Μερικές φορές (%)	Μικρό διάστημα (%)	Καθόλου (%)		
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 κάποια συνισθηματικά προβλήματα;	6,7	5,7	16,2	14,3	57,0	4,10	1,25

Πίνακας 6. Κλίμακα επισκόπησης της υγείας (SF-12)

## 4.2 Σύγκριση μέσων όρων

Προκειμένου να ελεγχθούν οι ερευνητικές υποθέσεις χρησιμοποιήθηκαν οι αναλύσεις διακύμανσης και το κριτήριο t-test. Πριν προχωρήσουμε στην εξέταση των μέσων όρων των κλιμάκων σε σχέση με άλλες μεταβλητές της έρευνας, παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των κλιμάκων για το σύνολο του δείγματος (Πίνακας 7).

	Μέσος όρος	Διάμεσος	Επικρατούσα τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διακύμανση	Εύρος
Κλίμακα Φόβου (FCV-19)	16,32	17,00	18,00	4,56	20,77	23,00
Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών (AIS)	3,78	3,50	0,00	3,37	11,32	15,00
Υπο-κλίμακα Σωματικής Υγείας (PCS12)	51,02	53,04	56,00	6,61	43,70	26,00
Υπο-κλίμακα Ψυχικής Υγείας (PCS12)	50,79	52,28	58,00	7,55	57,10	35,00
Υπο-κλίμακα Κατάθλιψης (DASS21_D)	3,62	2,00	0,00	5,37	28,74	22,00
Υπο-κλίμακα Άγχους (DASS21_A)	2,06	0,00	0,00	4,52	20,42	24,00
Υπο-κλίμακα Στρες (DASS21_S)	5,90	4,00	0,00	6,53	42,75	28,00
Πίνακας 7. Περιγραφικά Στατιστικά του δείγματος ανά κλίμακα						

Στη συνέχεια εξετάστηκαν οι μέσοι όροι των κλιμάκων της έρευνας σχετικά με το φύλο των ερωτώμενων. Χρησιμοποιήθηκε η σύγκριση μέσων όρων για ανεξάρτητα δείγματα με το κριτήριο  $t$  ώστε να διαπιστωθεί εάν οι διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ των αντρών και των γυναικών είναι στατιστικά σημαντικές. Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 8, η σύγκριση μέσων όρων με το κριτήριο  $t$  έδειξε πως μόνο για τις υπο-κλίμακες της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών. Πιο συγκεκριμένα, η σύγκριση έδειξε ότι οι γυναίκες ( $M = 4,83$ ,  $SD = 5.876$ ) εμφανίζουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης ( $t = -2,410$ ,  $p = .018$ ) από τους άνδρες ( $M = 2,35$ ,  $SD = 4,485$ ), παρόμοια περισσότερα συμπτώματα άγχους ( $M = 3,04$ ,  $SD = 5.538$ ) ( $t = -2,267$ ,  $p = .026$ ) από τους άνδρες ( $M = 1,06$ ,  $SD = 2,894$ ) και στρες ( $M = 7,18$ ,  $SD = 6.802$ ) ( $t = -2,010$ ,  $p = .047$ ) από τους άνδρες ( $M = 4,60$ ,  $SD = 6,051$ ). Για τις υπόλοιπες κλίμακες οι διαφορές που εμφάνισε η σύγκριση των μέσων όρων μεταξύ των δύο φύλων δεν ήταν στατιστικά σημαντικές (Πίνακας 8).

	Φύλο		T
	Άνδρες	Γυναίκες	
	M	M	
Κλίμακα Φόβου (FCV-19)	16,04	16,62	-.642
Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών (AIS)	3,71	3,85	-.203
Υπο-κλίμακα Σωματικής υγείας (PCS-12)	51,91	50,17	1.337
Υπο-κλίμακα Ψυχικής υγείας (MCS-12)	51,76	49,86	1.271
Υπο-κλίμακα Κατάθλιψης (DASS21_D)	2,35	4,83	-2,410*
Υπο-κλίμακα Άγχους (DASS21_A)	1,06	3,04	-2,267*
Υπο-κλίμακα Στρες (DASS21_S)	4,60	7,18	-2.010*
Σημείωση. * $p \leq 0.05$			
Πίνακας 8. Σύγκριση Μέσων Όρων			

Παρόμοια εξετάστηκαν οι διαφορές στους μέσους όρους μεταξύ των μεταβλητών της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, της ύπαρξης παιδιών, του εκπαιδευτικού επιπέδου, του επαγγέλματος και της ύπαρξης κάποιας ασθένειας με τις με τις προαναφερόμενες κλίμακες χρησιμοποιώντας κάθε φορά ανάλογα το είδος της μεταβλητής είτε το κριτήριο t-test είτε την ανάλυση διακύμανσης ANOVA. Για καμία από τις μεταβλητές δεν παρουσιάστηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων όρων.

### 4.3 Συσχετίσεις

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η ανάλυση συσχέτισης των μεταβλητών των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα. Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 9, ο φόβος για την πανδημία εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις μεταβλητές της ψυχικής υγείας, της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες. Συγκεκριμένα, εμφανίζει αρνητική στατιστική συσχέτιση με την ψυχική υγεία, γεγονός που σημαίνει ότι στις περιπτώσεις αύξησης του φόβου για την πανδημία μειώνεται το επίπεδο της ψυχικής υγείας ( $r = -.305$ ,  $p = .002$ ). Αντίθετα, η συσχέτιση με τις μεταβλητές της κατάθλιψης, του άγχους και τους στρες, η συσχέτιση είναι θετική, όσο αυξάνει

ο φόβος για την πανδημία το αυξάνονται τα επίπεδα κατάθλιψης ( $r=.349, p<.001$ ), άγχους ( $r=.361, p=.00$ ) και στρες ( $r=.348, p<.001$ ).

Η κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών (AIS) εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις μεταβλητές της σωματικής και ψυχικής υγείας καθώς και με τις μεταβλητές της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες. Με τις μεταβλητές της σωματικής υγείας ( $r=-.444, p<.001$ ) και ψυχικής υγείας ( $r=-.370, p<.001$ ) εμφανίζει αρνητική συσχέτιση, εφόσον όσο αυξάνονται τα προβλήματα ύπνου τόσο μειώνονται τα επίπεδα της σωματικής και ψυχικής υγείας των ερωτώμενων. Αντίθετα, η αύξηση εμφάνισης προβλημάτων στον ύπνο έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης ( $r=.313, p=.001$ ), άγχους ( $r=.242, p=.014$ ) και στρες ( $r=.402, p<.001$ ).

Παρόμοια, η κλίμακα σωματικής υγείας εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με όλες τις μεταβλητές εκτός της μεταβλητής του φόβου για την πανδημία (Πίνακας 9). Αντίθετα, η κλίμακα της ψυχικής υγείας εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με όλα τις μεταβλητές, όπως συμβαίνει και για τις μεταβλητές της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες (Πίνακας 9).

	1	2	3	4	5	6	7
1. Κλίμακα Φόβου (FCV-19)	1	,127	-,158	-,305**	,349**	,361**	,348**
2. Κλίμακα Αϋπνίας Αθηνών (AIS)	,127	1	-,444**	-,370**	,313**	,242*	,402**
3. Υπο-κλίμακα σωματικής υγείας (PCS12)	-,158	-,444**	1	,265**	-,353**	-,416**	-,426**
4. Υπο-κλίμακα ψυχικής υγείας (MCS12)	-,305**	-,370**	,265**	1	-,664**	-,333**	-,508**
5. Υπο-κλίμακα Κατάθλιψης (DASS21_D)	,349**	,313**	-,353**	-,664**	1	,676**	,795**
6.Υπο-κλίμακα Άγχους (DASS21_A)	,361**	,242*	-,416**	-,333**	,676**	1	,725**
7. Υπο-κλίμακα Στρες (DASS21_S)	,348**	,402**	-,426**	-,508**	,795**	,725**	1
Σημείωση. * $p\leq 0.05$ . ** $p\leq 0.01$ . *** $p\leq 0.001$							
Πίνακας 9. Συσχετίσεις κλιμάκων FCV-19, AIS, PCS-12, MCS-12, DASS21							

## 4.4 Παλινδρόμηση

Στο τελευταίο στάδιο της ανάλυσης διενεργήθηκε η ανάλυση παλινδρόμησης, προκειμένου να εξεταστεί η προβλεπτική αξία των μεταβλητών του φόβου για την πανδημία, της κατάθλιψης, του άγχους, του στρες και των προβλημάτων ύπνου καθώς και των δημογραφικών μεταβλητών για την μεταβολή της σωματικής και ψυχικής υγείας των ερωτώμενων. Συγκεκριμένα, μέσω της ανάλυσης παλινδρόμησης εξετάστηκε σε ποιο βαθμό η μεταβολή της σωματικής και ψυχικής υγείας των ερωτώμενων μπορεί να ερμηνευτεί από την ύπαρξη φόβου για την πανδημία, συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους, στρες, προβλημάτων ύπνου καθώς και από κάποια βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως αυτά του φύλου, της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης, του διαφορετικού επαγγέλματος, του εκπαιδευτικού επιπέδου και της ύπαρξης κάποιας ασθένειας. Για όποιες από τις μεταβλητές ήταν απαραίτητο, πραγματοποιήθηκε η επανακωδικοποίηση και η δημιουργία νέων μεταβλητών (στις μη συνεχείς μεταβλητές οι οποίες είχαν περισσότερες των δύο κατηγοριών δημιουργήθηκαν νέες μεταβλητές δύο κατηγοριών – dummy variables) προκειμένου να συμπεριληφθούν στην ανάλυση παλινδρόμησης.

Για την ανάδειξη αιτιώδους σχέσης μεταξύ των ανεξάρτητων και της εξαρτημένης μεταβλητής, χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης  $r^2$  ο οποίος μας πληροφορεί για το κατά πόσο η διακύμανση της εξαρτημένης μεταβλητής μπορεί να ερμηνευθεί από την διακύμανση των τιμών των ανεξάρτητων μεταβλητών. Επίσης, ο δείκτης *beta* χρησιμοποιήθηκε για την εξέταση της κατεύθυνσης και της έντασης της σχέσης ανεξάρτητων μεταβλητών και εξαρτημένης μεταβλητής.

### 4.4.1 Ανάλυση παλινδρόμησης για την σωματική υγεία

Σύμφωνα με την ανάλυση παλινδρόμησης και τον δείκτη  $r^2$  οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν ερμηνεύουν το 45,1% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής ( $r^2=.451$ ). Παρόλο το υψηλό ποσοστό ερμηνείας, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 10, όσον αφορά την επίδραση κάθε μεταβλητής παρατηρούμε ότι μόνο η ύπαρξη κάποιας ασθένειας ( $beta=.262, p=.016$ ), η κλίμακα της αϋπνίας ( $beta=-.432, p=.000$ ) και η υποκλίμακα του άγχους ( $beta=-.329, p=.033$ ) εμφανίζουν στατιστικά σημαντική επίδραση στη σωματική υγεία, με την μεταβλητή των προβλημάτων ύπνου να είναι ισχυρότερη.

	<b>B</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>	<b>Sig.</b>
Σταθερά	52,223	6,729		<b>,000</b>
Φύλο (Άνδρας)	,744	1,864	,054	,691
Ηλικία (Έτη)	-,044	,097	-,069	,653
Πάσχετε από κάποια ασθένεια (Ναι)	3,887	1,578	,262	<b>,016</b>
Dummy Επάγγελμα (Ιατρός/Διοικητικό-Βοηθητικό)	1,098	2,312	,077	,636
Dummy Επάγγελμα (Νοσηλεύτης/Διοικητικό-Βοηθητικό)	2,678	2,652	,194	,316
Dummy Εκπαιδευτικό επίπεδο (Ανώτατη/Μεταπτυχιακό)	-1,164	2,757	-,072	,674
Dummy Εκπαιδευτικό επίπεδο (Βασική/Μεταπτυχιακό)	,251	1,938	,018	,897
Dummy Οικογενειακή κατάσταση (Έγγαμος/Συμβίωση/Σε διάσταση)	-4,580	2,927	-,283	,123
Dummy Οικογενειακή κατάσταση (Ανύπανδρος/Συμβίωση/Σε διάσταση)	-2,250	2,432	-,158	,358
Dummy Οικογενειακή κατάσταση (Ανύπανδρος/Έγγαμος/Σε διάσταση)	-2,615	4,085	-,072	,524
Κλίμακα Φόβου COVID19	,156	,167	,101	,352
Κλίμακα Κατάθλιψης	,054	,200	,043	,789
Κλίμακα Άγχους	-,514	,235	-,329	<b>,033</b>
Κλίμακα Στρες	-,080	,186	-,074	,670
Κλίμακα Αϋπνίας	-,841	,226	-,432	<b>,000</b>
R <sup>2</sup>	,451			
F Change	3,505			
<b>Πίνακας 10. Επίδραση μεταβλητών στην σωματική υγεία</b>				

#### 4.4.2 Ανάλυση παλινδρόμησης για την ψυχική υγεία

Στην συνέχεια πραγματοποιήθηκε η ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ψυχική υγεία. Σύμφωνα με την ανάλυση, οι ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν ερμηνεύουν το 58,1% ( $r^2=.581$ ) της διακύμανσης της εξαρτημένης. Στατιστικά σημαντικές επιδράσεις στην εξαρτημένη μεταβλητή εμφανίζουν οι μεταβλητές του φόβου για την πανδημία ( $beta=-.195$ ,  $p=.043$ ), της κατάθλιψης ( $beta=-.804$ ,  $p=.000$ ), και της αϋπνίας ( $beta=-.248$ ,  $p=.017$ ).



Την ισχυρότερη επίδραση ασκεί η κατάθλιψη και ακολουθούν τα προβλήματα ύπνου και ο φόβος για την πανδημία (Πίνακας 11).

	<b>B</b>	<b>SE</b>	<b>Beta</b>	<b>Sig.</b>
Σταθερά	56,310	6,378		<b>,000</b>
Φύλο (Άνδρας)	-,723	1,767	-,048	,684
Ηλικία (Ετη)	,056	,092	,082	,544
Πάσχετε από κάποια ασθένεια (Ναι)	,749	1,495	,046	,618
Dummy Επάγγελμα (Ιατρός/Διοικητικό-Βοηθητικό)	,619	2,192	,040	,779
Dummy Επάγγελμα (Νοσηλεύτης/Διοικητικό-Βοηθητικό)	-,281	2,514	-,019	,911
Dummy Εκπαιδευτικό επίπεδο (Ανώτατη/Μεταπτυχιακό)	-,354	2,614	-,020	,893
Dummy Εκπαιδευτικό επίπεδο (Βασική/Μεταπτυχιακό)	,909	1,837	,061	,622
Dummy Οικογενειακή κατάσταση (Έγγαμος/Συμβίωση/Σε διάσταση)	,073	2,775	,004	,979
Dummy Οικογενειακή κατάσταση (Ανύπανδρος/Συμβίωση/Σε διάσταση)	,727	2,306	,047	,754
Dummy Οικογενειακή κατάσταση (Ανύπανδρος/Έγγαμος/Σε διάσταση)	3,693	3,872	,094	,344
Κλίμακα Φόβου COVID19	-,327	,158	-,195	<b>,043</b>
Κλίμακα Κατάθλιψης	-1,100	,189	-,804	<b>,000</b>
Κλίμακα Άγχους	,431	,223	,254	,058
Κλίμακα Στρες	,178	,177	,153	,318
Κλίμακα Αϋπνίας	-,523	,214	-,248	<b>,017</b>
R <sup>2</sup>	,581			
F Change	5,913			
<b>Πίνακας 11. Επίδραση μεταβλητών στην ψυχική υγεία</b>				

## Κεφάλαιο 5. Συζήτηση – Συμπεράσματα

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η εξέταση της επίδρασης της πανδημίας COVID-19 στην σωματική και ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Πως επιδρά δηλαδή, η ανάγκη αντιμετώπισης μιας σπάνιας και σοβαρής κατάστασης, όπως αυτή της πανδημίας η οποία έχει αντίκτυπο σε ολόκληρη την κοινωνία (Banerjee, 2020; Kumar & Nayar, 2020; Ornell et al., 2020), στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι καλούνται να αντιμετωπίσουν αυτή την κατάσταση παρέχοντας τις υπηρεσίες τους στους ασθενείς. Τόσο ο κίνδυνος έκθεσης των επαγγελματιών στον ιό (Rodríguez & Sánchez, 2020) όσο και ο αυξημένος φόρτος εργασίας αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες τόσο για τη σωματική όσο και για την ψυχική τους υγεία (Hu et al., 2020; Seçer et al., 2020), εφόσον καλούνται να αντιμετωπίσουν καταστάσεις που δεν έχουν ξαναζήσει και ενδεχομένως δεν έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση ή και αρμοδιότητα σε αρκετές περιπτώσεις (Rodríguez & Sánchez, 2020).

Μελέτες έχουν δείξει ότι ο διαφορετικός βαθμός εμπλοκής και εγγύτητας στην αντιμετώπιση της πανδημίας καθώς και η επαγγελματική κατηγορία στην οποία ανήκουν – νοσηλευτές, ιατροί, διοικητικό προσωπικό– επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο τους επαγγελματίες υγείας (Wang et al., 2020b), όπως επίσης συμβαίνει και με τους επαγγελματίες διαφορετικού φύλου (Lai et al., 2020). Στην παρούσα έρευνα, ο βαθμός εμπλοκής δεν εξετάστηκε, εφόσον η συγκεκριμένη κλινική δεν αποτέλεσε κέντρο αναφοράς ασθενών COVID-19 ούτε νοσήλευσε τέτοιους ασθενείς, ενώ για τις διαφορετικές επαγγελματικές κατηγορίες δεν παρουσιάστηκε κάποια σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ νοσηλευτικού, ιατρικού και διοικητικού/βοηθητικού προσωπικού. Όσον αφορά το φύλο, σημαντικές διαφορές εμφανίστηκαν σχετικά με τις υπο-κλίμακες της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες, όπου και στις τρεις περιπτώσεις, οι γυναίκες παρουσίασαν στατιστικά σημαντική υψηλότερη μέση βαθμολογία από τους άνδρες, γεγονός που έρχεται σε συμφωνία με ευρήματα άλλων μελετών (Lai et al., 2020).

Βασική επίπτωση της πανδημίας αποτελεί ο φόβος των ατόμων έναντι τόσο του ιού όσο και του άγνωστου που υπάρχει στην αντιμετώπισή του και της συνακόλουθης αβεβαιότητας που επιφέρει (Wang et al., 2020b; Shigemura et al., 2020). Ο φόβος μόλυνσης από τον ιό και η πιθανότητα μετάδοσης στους οικείους τους είναι παράγοντες που επιβαρύνουν τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι καλούνται να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς COVID-

19 (Kumar et al., 2020; Xiang et al., 2020). Επίσης, τα περιορισμένα μέσα προφύλαξης όσο και η μη ύπαρξη των κατάλληλων μέσων θεραπείας, τουλάχιστον στο αρχικό στάδιο εμφάνισης της πανδημίας, λειτουργούν επιβαρυντικά στους επαγγελματίες υγείας (Rodríguez & Sánchez, 2020). Όπως έχουν δείξει μελέτες, ο φόβος μόλυνσης από τον ιό επιδρά αρνητικά στην ψυχολογική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι νιώθουν ευάλωτοι στην μόλυνση αλλά ταυτόχρονα και υπεύθυνοι για την μετάδοση του ιού στους οικείους τους, με αποτέλεσμα να επιβαρύνονται δραματικά (Xiang et al., 2020). Παράλληλα, ο εξαιρετικός φόρτος εργασίας, τον οποίο καλούνται να φέρουν εις πέρας, λόγω των αυξημένων αναγκών στα νοσοκομεία που εργάζονται, τους καθιστά ευάλωτους στην εργασιακή εξουθένωση με τραγικές επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική τους υγεία (Hu et al., 2020; Rodríguez & Sánchez, 2020). Σε όλα τα παραπάνω έρχεται να προστεθεί και η απομόνωση που υφίστανται τόσο λόγω του μέτρου της καραντίνας που εφαρμόζεται για την μείωση της εξάπλωσης του ιού όσο και λόγω της διάκρισης από τους άλλους – απομάκρυνση και απομόνωση λόγω του φόβου μετάδοσης του ιού λόγω του επαγγέλματός τους (Brooks et al., 2020; Liu et al., 2012).

Στην παρούσα έρευνα, φαίνεται ότι ο φόβος των επαγγελματιών υγείας έχει σημαντική επίπτωση στην υγεία τους, εφόσον παρουσιάστηκε ισχυρή και στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την ψυχική υγεία αλλά και με τις υπό-κλίμακες της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες. Παράλληλα, η ποιότητα του ύπνου παρουσίασε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση τόσο με την σωματική όσο και την ψυχική υγεία των επαγγελματιών, εφόσον όσο αυξάνονται τα προβλήματα ύπνου τόσο μειώνονται η σωματική και ψυχική υγεία, καθώς και θετική συσχέτιση με τις υπο-κλίμακες της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες, εφόσον αύξηση των προβλημάτων ύπνου συνδέεται με αύξηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και στρες.

Στοχεύοντας στην διερεύνηση της μεταβολής και των παραγόντων που μπορεί να επιδρούν στην σωματική και ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας, διενεργήθηκε η ανάλυση παλινδρόμησης. Μέσω της ανάλυσης έγινε προσπάθεια ανεύρεσης των προσδιοριστικών παραγόντων για τη σωματική και ψυχική υγεία των επαγγελματιών. Οι παράγοντες που εξετάστηκαν ήταν ο φόβος για την πανδημία, η κατάθλιψη, το άγχος, το στρες, η ποιότητα ύπνου καθώς και βασικές δημογραφικές μεταβλητές του φύλου, της ηλικίας, του επαγγέλματος, της οικογενειακής κατάστασης, του εκπαιδευτικού επιπέδου και της ύπαρξης κάποιας ασθένειας.

Όσον αφορά την σωματική υγεία, η ανάλυση έδειξε ότι από τους εξεταζόμενους προσδιοριστικούς παράγοντες, η ύπαρξη κάποιας ασθένειας, το μεγαλύτερο άγχος και η χειρότερη ποιότητα ύπνου συνδέονται στατιστικά σημαντικά και ερμηνεύουν ποσοστό της μεταβολής της σωματικής υγείας των επαγγελματιών υγείας του δείγματος. Συγκεκριμένα, η ύπαρξη κάποιας ασθένειας επηρεάζει αρνητικά την σωματική υγεία, εφόσον η ύπαρξή της θέτει ίσως κάποιους περιορισμούς στη φυσική δραστηριότητα και αντοχή του ατόμου. Επίσης, το μεγαλύτερο άγχος παρουσιάζει παρόμοια σύνδεση με την σωματική υγεία καθώς και η χειρότερη ποιότητα ύπνου, παράγοντας ο οποίος ασκεί την μεγαλύτερη και στατιστικά σημαντικότερη επίδραση στη σωματική υγεία. Παρόμοια, μελέτη των Lai και συνεργατών (2020) έδειξε ότι η κακή ποιότητα ύπνου και το άγχος συνδέεται με κακή υγεία, ενώ σύμφωνα με τους Pappa και συνεργάτες (2020) οι παραπάνω προσδιοριστικοί παράγοντες όπως η κακή ποιότητα ύπνου και το άγχος επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας.

Όσον αφορά την ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας, η ανάλυση – χρησιμοποιώντας τους ίδιους προσδιοριστικούς παράγοντες – έδειξε ότι ο φόβος για την πανδημία COVID-19, τα αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης και η χειρότερη ποιότητα ύπνου επιδρούν στην μεταβολή της ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, μεγαλύτερος φόβος για την πανδημία επηρεάζει αρνητικά την ψυχική υγεία, εύρημα το οποίο συμφωνεί με αντίστοιχα άλλων μελετών (Seçer et al., 2020; Guan et al., 2020). Παράλληλα, τα περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης με τη σειρά τους επηρεάζουν και αυτά αρνητικά την ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας (Pappa et al., 2020). Τέλος, η χειρότερη ποιότητα ύπνου επιδρά και αυτή στην κακή ψυχική υγεία (Pappa et al., 2020). Την μεγαλύτερη επίδραση φαίνεται να έχει η κατάθλιψη.

Όπως φάνηκε από την ανάλυση των δεδομένων, οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος της έρευνας, ανεξάρτητα από την επαγγελματική κατηγορία που ανήκουν, το εκπαιδευτικό επίπεδο και την ηλικία τους δεν παρουσιάζουν προβλήματα κατάθλιψης, άγχους και στρες και παράλληλα δηλώνουν καλά επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας.

Άνδρες και γυναίκες του προσωπικού της υγειονομικής μονάδας στην οποία διενεργήθηκε η έρευνα φαίνεται να μην διαφοροποιούνται σχετικά με τον φόβο που νιώθουν για την πανδημία, αντίθετα, διαφοροποιούνται σχετικά με τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες. Επίσης, δεν παρατηρήθηκε διαφοροποίηση μεταξύ ατόμων διαφορετικού εκπαιδευτικού επιπέδου,

επαγγελματικής κατηγορίας και ηλικίας, ενώ η ύπαρξη κάποιας ασθένειας φαίνεται να έχει σημαντικό ρόλο για τη σωματική και ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Παρόλα αυτά, το αίσθημα φόβου για την πανδημία φαίνεται να επηρεάζει την ψυχική τους υγεία καθώς και το επίπεδο κατάθλιψης, άγχους και στρες. Όσο αυξάνεται ο φόβος τόσο αυξάνεται η κατάθλιψη, το άγχος και το στρες που βιώνουν ενώ τόσο μειώνεται το καλό επίπεδο της ψυχικής τους υγείας.

Αυτοί οι παράγοντες που επηρεάζονται από τον φόβο για την πανδημία φαίνεται να επηρεάζουν με τη σειρά τους την ποιότητα ύπνου. Όπως φαίνεται από την ανάλυση των απαντήσεών τους, τα αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες καθώς και η χαμηλότερη βαθμολογία στην ψυχική υγεία φαίνεται να συνδέονται με χειρότερη ποιότητα ύπνου. Παράλληλα, η κακή ποιότητα ύπνου συνδέεται και με χαμηλότερο επίπεδο σωματικής υγείας.

Περίπου έναν χρόνο μετά την εμφάνιση της πανδημίας, χρονικό σημείο κατά το οποίο διενεργήθηκε η έρευνα, φαίνεται ότι το υγειονομικό προσωπικό της συγκεκριμένης μονάδας να έχει αναπτύξει τρόπους αντιμετώπισης των συνεπειών της πανδημίας. Επίσης, ένας ακόμα βασικός παράγοντας, ο οποίος θα πρέπει να επισημανθεί, είναι ότι η συγκεκριμένη υγειονομική μονάδα δεν αποτελεί μονάδα αναφοράς περιστατικών COVID-19 αλλά ούτε και νοσηλεύει τέτοια περιστατικά. Όπως παρουσιάστηκε παραπάνω, ο διαφορετικός βαθμός εμπλοκής των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση του ιού καθώς και ο αυξημένος φόρτος εργασίας λόγω αυτών των περιστατικών αποτελούν βασικούς παράγοντες για την σωματική και ψυχική τους υγεία (Hu et al., 2020; Rodríguez & Sánchez, 2020; Seçer et al., 2020; Wang et al., 2020b).

Παράλληλα, ένας ακόμα παράγοντας ο οποίος έχει βαρύνουσα σημασία είναι η ύπαρξη πλέον διαθέσιμου εμβολίου για την καταπολέμηση του ιού. Από τις αρχές του έτους υπάρχει διαθέσιμο εμβόλιο γεγονός που ίσως μετριάξει το φόβο μόλυνσης από τον ιό και τις επιπτώσεις του. Αυτοί οι παράγοντες ίσως είναι σημαντικοί για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων για το συγκεκριμένο δείγμα ατόμων.

## Κεφάλαιο 6. Περιορισμοί – Προτάσεις

Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί μια απεικόνιση της δεδομένης χρονικής στιγμής της συγκεκριμένης υγειονομικής μονάδας και σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εξαγωγή γενικών συμπερασμάτων για το σύνολο του υγειονομικού προσωπικού. Θα ήταν προτιμότερο η έρευνα να περιλάμβανε και προσωπικό από άλλες μονάδες και ιδιαίτερα μονάδες αναφοράς ή νοσηλείας περιστατικών COVID-19, ώστε να ήταν δυνατή η εξέταση των παραμέτρων που εξετάστηκαν σε μέλη του υγειονομικού προσωπικού που αντιμετωπίζουν από την πρώτη γραμμή περιστατικά COVID-19. Επίσης, ένας ακόμα παράγοντας που θα πρέπει να ελεγχθεί είναι η ύπαρξη πλέον διαθέσιμου εμβολίου. Το εμβόλιο αποτελεί σημαντικό όπλο στην αντιμετώπιση του ιού και βασικό εργαλείο για την μείωση της εξάπλωσής του, ενώ παράλληλα η ύπαρξη του δίνει σιγουριά στους επαγγελματίες υγείας με ότι αυτό συνεπάγεται για την σωματική και πολύ περισσότερο την ψυχική τους υγεία.

Τόσο όμως το πλαίσιο μιας διπλωματικής εργασίας όσο και οι συνθήκες στις μονάδες που αντιμετωπίζουν τα περιστατικά COVID-19 λόγω της δυσκολίας προσέγγισης –φόρτος εργασίας, αυστηρά υγειονομικά πρωτόκολλα– δεν έκαναν δυνατή την διενέργεια μιας πιο εκτεταμένης χωρικά και χρονικά έρευνας.

Αυτή η έρευνα, σε επαγγελματίες υγείας διαφορετικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων καθώς και σε διαφορετικά χρονικά σημεία, θα μπορούσε να αποτελέσει μια μελλοντική έρευνα ώστε να διερευνηθεί ή ύπαρξη φόβου για την πανδημία καθώς και οι επιδράσεις του στους επαγγελματίες υγείας ώστε να μπορούν να εξαχθούν έγκυρα συμπεράσματα για την αντιμετώπιση παρόμοιων μελλοντικών καταστάσεων και το σχεδιασμό στρατηγικών αντιμετώπισης των επιπτώσεών τους στους επαγγελματίες υγείας.

## Βιβλιογραφία

### Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Adams, J. G., Walls, R. M. (2020). Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *Jama*, 323(15), 1439-1440.
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., Pakpour, A. H. (2020). The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *International journal of mental health and addiction*, 1-9. doi: 10.1007/s11469-020-00270-8
- Aydin, E. (2020). Effect of Perfectionism, Social Competence and Psychological Well-Being on Physical Activity of Students. *African Educational Research Journal*, 8(1), 90-95.
- Banerjee, D. (2020). The other side of COVID-19: Impact on obsessive compulsive disorder (OCD) and hoarding. *Psychiatry research*, vol 288, 1-2, 112966.
- 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*, vol 395(no 10227), 912-920.
- Cascella, M., Rajnik, M., Aleem, A., Dulebohn, S., Di Napoli, R. (2021). Features, evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19). [Updated 2021 Apr 20]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>
- Deacon, B., Maack, D. J. (2008). The effects of safety behaviors on the fear of contamination: An experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 46(4), 537-547.
- Ellis, J. G., Perlis, M. L., Neale, L. F., Espie, C. A., Bastien, C. H. (2012). The natural history of insomnia: focus on prevalence and incidence of acute insomnia. *Journal of psychiatric research*, 46(10), 1278-1285.



- Engelhard, I. M., van Uijen, S. L., van Seters, N., Velu, N. (2015). The effects of safety behavior directed towards a safety cue on perceptions of threat. *Behavior therapy*, 46(5), 604-610.
- Ford, D. E., Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention? *Jama*, 262(11), 1479-1484.
- García-Reyna B., Castillo-García, G.D., Barbosa-Camacho, F.J., Cervantes-Cardona, G.A., Cervantes-Pérez, E., Torres-Mendoza, B.M., Fuentes-Orozco, C., Pintor-Belmontes, K.J., Guzmán-Ramírez, B.G., Bernal-Hernández, A., González-Ojeda, A., Cervantes-Guevara, G. (2020). Fear of COVID-19 Scale for Hospital Staff in Regional Hospitals in Mexico: a Brief Report. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-12. doi: 10.1007/s11469-020-00413-x
- Gorbalenya, A.E., Baker, S.C., Baric, R.S., de Groot, R.J., Drosten, C., Gulyaeva, A.A., Haagmans, B.L., Lauber, C., Leontovich, A.M., Neuman, B.W., Penzar, D., Perlman, S., Poon, L.L.M., Samborskiy, D.V., Sidorov, I.A., Sola, I., Ziebuhr, J. Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses. (2020). The species. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nature Microbiology*, 5, 536–544
- Guan, W., Ni, Z., Hu, Y., Liang, W., Ou, C., He, J., Liu, L., Shan, H., Lei, C., Hui, D.S.C., Du, B., Li, L., Zeng, G., Yuen, K.-Y., Chen, R., Tang, C., Wang, T., Chen, P., Xiang, J., Li, S., Wang, J.-L., Liang, Z., Peng, Y., Wei, L., Liu, Y., Hu, Y.-H, Peng, P., Wang, J.-M., Liu, J., Chen, Z., Li, G., Zheng, Z., Qiu, S., Luo, J., Ye, C., Zhu, S., Zhong, N. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England journal of medicine*, 382(18), 1708-1720.
- Hassan, S. A., Sheikh, F. N., Jamal, S., Ezech, J. K., Akhtar, A. (2020). Coronavirus (COVID-19): a review of clinical features, diagnosis, and treatment. *Cureus*, 12(3): e7355. doi 10.7759/cureus.7355
- Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L. X., Wan, S. W., Liu, Z., Shen, Q., Yang, J., He, J-G., Zhu, J. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*, 24, 100424, doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424



- Kay-Stacey, M., Attarian, H., (2016). Advances in the management of chronic insomnia. *BMJ* 354, 1–14.
- Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D., Tountas, Y. (2007). Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health and quality of life outcomes*, 5(1), 1-9.
- Ksiazek TG, Erdman D, Goldsmith CS, Zaki SR, Peret T, Emery S, Tong S, Urbani C, Comer JA, Lim W, Rollin PE, Dowell SF, Ling AE, Humphrey CD, Shieh WJ, Guarner J, Paddock CD, Rota P, Fields B, DeRisi J, Yang JY, Cox N, Hughes JM, LeDuc JW, Bellini WJ, Anderson LJ, SARS Working Group. (2003). A novel coronavirus associated with severe acute respiratory syndrome. *New England journal of medicine*, 348(20), 1953-1966.
- Kumar, A., Nayar, K. R. (2020). COVID-19 and its mental health consequences. *Journal of Mental Health*, 180(6), 817-8.
- Kumar, J., Katto, M. S., Siddiqui, A. A., Sahito, B., Ahmed, B., Jamil, M., Ali, M. (2020). Predictive Factors Associated With Fear Faced by Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic: A Questionnaire-Based Study. *Cureus*, 12(8), doi: 10.7759/cureus.9741
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976-e203976, doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., Ren, R., Leung, K.S.M., Lau, E.H.Y., Wong, J.Y., Xing, X., Xiang, N., Wu, Y., Li, C., Chen, Q., Li, D., Liu, T., Zhao, J., Liu, M., Tu, W., Chen, C., Jin, L., Yang, R., Wang, Q., Zhou, S., Wang, R., Liu, H., Luo, Y., Liu, Y., Shao, G., Li, H., Tao, Z., Yang, Y., Deng, Z., Liu, B., Ma, Z., Zhang, Y., Shi, G., Lam, T.T.Y., Wu, J.T., Gao, G.F., Cowling, B.J., Yang, B., Leung, G.M., Feng, Z. (2020). Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus–infected pneumonia. *New England journal of medicine*, 382 (13), 1199-1207
- Li, S.H., Graham, B.M., (2017). Why are women so vulnerable to anxiety, trauma-related and stress-related disorders? The potential role of sex hormones. *Lancet Psychiatry* 4, 73–82

- Liu, X., Kakade, M., Fuller, C. J., Fan, B., Fang, Y., Kong, J., Guan, Z., Wu, P. (2012). Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Comprehensive psychiatry*, 53(1), 15-23.
- Lovibond, P. F., Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- McCall WV, Benca RM, Rosenquist PB, Youssef NA, McCloud L, Newman JC, Case D, Rumble ME, Szabo ST, Phillips M, Krystal AD, (2019). Reducing suicidal ideation through insomnia treatment (REST-IT): a randomized clinical trial. *American journal of psychiatry*, 176(11), 957-965.
- McCall, W. V., Black, C. G. (2013). The link between suicide and insomnia: theoretical mechanisms. *Current psychiatry reports*, 15(9), 389-402.
- McCall, W. V., Mensah-Bonsu, D., Withers, A. E., Gibson, R. W. (2021). Short-term insomnia disorder in health care workers in an academic medical center before and during COVID-19: rates and predictive factors. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 17(4), 749-755.
- Mccall, W. V., Reboussin, B. A., Cohen, W. (2000). Subjective measurement of insomnia and quality of life in depressed inpatients. *Journal of Sleep Research*, 9(1), 43-48.
- Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E., Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102258, [doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102258](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102258)
- Ogolodom, M. P., Mbaba, A. N., Alazigha, N., Erundu, O. F., Egbe, N. O., Golden, I., Ugwuanyi, D. C., Achi, G. I., Eke, C. M. (2020). Knowledge, attitudes and fears of HealthCare Workers towards the Corona Virus Disease (COVID-19) Pandemic in South-South, Nigeria. *Health Science Journal*, 1(2), 1-10.
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep medicine reviews*, 6(2), 97-111.

- Olatunji, B. O., Etzel, E. N., Tomarken, A. J., Ciesielski, B. G., Deacon, B. (2011). The effects of safety behaviors on health anxiety: An experimental investigation. *Behaviour research and therapy*, 49(11), 719-728.
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., Kessler, F. H. P. (2020). “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 232-235.
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 901-907
- Park, S. C., Park, Y. C. (2020). Mental health care measures in response to the 2019 novel coronavirus outbreak in Korea. *Psychiatry investigation*, 17(2), 85.
- Qi, J., Xu, J., Li, B. Z., Huang, J. S., Yang, Y., Zhang, Z. T., Yao, D.A., Liu, Q. H., Jia, M., Gong, D. K., Ni, X. H., Zhang, Q. M., Shang, F. R., Xiong, N., Zhu, C. L., Wang, T., Zhang, X. (2020). The evaluation of sleep disturbances for Chinese frontline medical workers under the outbreak of COVID-19. *Sleep Medicine*, 72, 1-4.
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry*, 52, 102066, doi: [10.1016/j.ajp.2020.102066](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066)
- Reardon, S. (2015). Ebola’s mental-health wounds linger in Africa. *Nature News*, 519(7541), 13-14, [doi.org/10.1038/519013a](https://doi.org/10.1038/519013a)
- Rodríguez, B. O., Sánchez, T. L. (2020). The Psychosocial Impact of COVID-19 on health care workers. *International Brazilian journal of urology*, 46, 195-200.
- Seçer, İ., Ulaş, S., Karaman-Özlu, Z. (2020). The Effect of the Fear of COVID-19 on Healthcare Professionals’ Psychological Adjustment Skills: Mediating Role of Experiential Avoidance and Psychological Resilience. *Frontiers in Psychology*, 11, [doi.org/10.3389/fpsyg.2020.561536](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.561536)
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 74(4), 281-282

- Shin, L. M., Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 169-191
- Shultz, J.M., Cooper, J.L., Baingana, F., Oquendo, M.A., Espinel, Z., Althouse, B.M., Marcelin, L.H., Towers, S., Espinola, M., McCoy, C.B., Mazurik, L., (2016). The role of fear-related behaviors in the 2013–2016 West Africa Ebola virus disease outbreak. *Current psychiatry reports*, 18(11), 1-14.
- Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., Paparrigopoulos, T. J. (2000). Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of psychosomatic research*, 48(6), 555-560.
- Steimer, T. (2002). The biology of fear-and anxiety-related behaviors. *Dialogues in clinical neuroscience*, 4(3), 231-249
- Su, S., Wong, G., Shi, W., Liu, J., Lai, A.C., Zhou, J., Liu, W., Bi, Y., Gao, G.F., (2016). Epidemiology, genetic recombination, and pathogenesis of coronaviruses. *Trends in microbiology*, 24(6), 490-502.
- Su, T. P., Lien, T. C., Yang, C. Y., Su, Y. L., Wang, J. H., Tsai, S. L., Yin, J. C. (2007). Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: a prospective and periodic assessment study in Taiwan. *Journal of psychiatric research*, 41(1-2), 119-130.
- Suryavanshi, N., Kadam, A., Dhumal, G., Nimkar, S., Mave, V., Gupta, A., Cox, S.R., Gupte, N. (2020). Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. *Brain and behavior*, 10(11), e01837. doi.org/10.1002/brb3.1837
- Tsipropoulou, V., Nikopoulou, V.A., Holeva, V., Nasika, Z., Diakogiannis, I., Sakka, S., Kostikidou, S., Varvara, C., Spyridopoulou, E., Parlapani, E., (2020). Psychometric properties of the Greek version of FCV-19S. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-10.
- Vetter, P., Eckerle, I., Kaiser, L. (2020). Covid-19: a puzzle with many missing pieces. *BMJ*, 368, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m627>
- Voitsidis, P., Gliatas, I., Bairachtari, V., Papadopoulou, K., Papageorgiou, G., Parlapani, E., Syngelakis, M., Holeva, V., Diakogiannis, I. (2020). Insomnia during the COVID-19 pandemic

in a Greek population. *Psychiatry research*, 289, 113076, doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113076

Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J., Wang, B., Xiang, H., Cheng, Z., Xiong, Y., Zhao, Y. (2020a). Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *Journal of the American Medical Association*, 323(11), 1061-1069.

Wang, H., Liu, Y., Hu, K., Zhang, M., Du, M., Huang, H., Yue, X. (2020b). Healthcare workers' stress when caring for COVID-19 patients: An altruistic perspective. *Nursing ethics*, 27(7), 1490-1500.

Wang, Y., Wang, Y., Chen, Y., Qin, Q., (2020c). Unique epidemiological and clinical features of the emerging 2019 novel coronavirus pneumonia (COVID-19) implicate special control measures. *Journal of medical virology*, 92(6), 568-576.

Ware John, E., Kosinski, M., Keller, S. D. (1995). SF-12: How to score the SF-12 physical and mental health summary scales. *Boston (Second Edition): The Health Institute of New England Medical Center*.

Ware Jr, J.E., Sherbourne, C.D., (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.

Weiss, S. R., Leibowitz, J. L. (2011). Coronavirus pathogenesis. *Advances in virus research*, 81, 85-164.

Wong, G., Liu, W., Liu, Y., Zhou, B., Bi, Y., Gao, G. F. (2015). MERS, SARS, and Ebola: the role of super-spreaders in infectious disease. *Cell host & microbe*, 18(4), 398-401.

World Health Organization. Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020 (2020a). <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020> (Ανακτήθηκε 6 Μαρτίου 2021).

World Health Organization. Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 (2020b). <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who->

[director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020](#)

(Ανακτήθηκε 6 Μαρτίου 2021)

- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-229.
- 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. doi.org/10.12659/MSM.923549
- Zaki, A. M., Van Boheemen, S., Bestebroer, T. M., Osterhaus, A. D., Fouchier, R. A. (2012). Isolation of a novel coronavirus from a man with pneumonia in Saudi Arabia. *New England Journal of Medicine*, 367(19), 1814-1820.
- Zhong, N.S., Zheng, B.J., Li, Y.M., Poon, L.L.M., Xie, Z.H., Chan, K.H., Li, P.H., Tan, S.Y., Chang, Q., Xie, J.P., Liu, X.Q. (2003). Epidemiology and cause of severe acute respiratory syndrome (SARS) in Guangdong, People's Republic of China, in February, 2003. *The Lancet*, 362(9393), 1353-1358.
- Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., Zhao, X., Huang, B., Shi, W., Lu, R., Niu, P., (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England journal of medicine*.

## Ελληνική Βιβλιογραφία

Κοντοδημόπουλος, Ν., Φραγκούλη, Δ., Παππά, Ε., Νιάκας, Δ. (2004). Στατιστικοί έλεγχοι της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του Ελληνικού SF-36. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 21(5), 451-462.

## Ιστοσελίδες

(<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>, 25/6/2021).

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.