

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Β΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

Διευθύντρια: Καθηγήτρια Τατιανή Σιδηροπούλου

**ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΝΕΟΥ
ΚΟΡΩΝΟΙΟΥ 2019-2020 (COVID-19) ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ,
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΜΑΡΙΑ ΕΛΕΝΗ ΣΜΥΡΝΙΩΤΗ

Ψυχολόγος – Συστημική Ψυχοθεραπεύτρια

Αθήνα 2024

Στοιχεία Διδακτορικής Διατριβής

Ημερομηνία αίτησης για εκπόνηση Διδακτορικής Διατριβής: 18-5-2020

Ορισμός τριμελούς Εισηγητικής Επιτροπής: 30-6-2020

Μέλη τριμελούς Εισηγητικής Επιτροπής:

1. Χρυσάνθη Μπατιστάκη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας
(Επιβλέπουσα)
2. Παρασκευή Ματσώτα, Ομότιμη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας
3. Θεοδόσιος Σαραντέας, Καθηγητής Αναισθησιολογίας

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 28-9-2020

Ημερομηνία αίτησης αντικατάστασης μέλους Εισηγητικής Επιτροπής: 2-2-2023

Νέα σύνθεση τριμελούς Εισηγητικής Επιτροπής:

1. Παρασκευή Ματσώτα, Ομότιμη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας
(Επιβλέπουσα)
2. Θεοδόσιος Σαραντέας, Καθηγητής Αναισθησιολογίας
3. Παναγιώτης Μπριασούλης, Επίκουρος Καθηγητής Αναισθησιολογίας

Εκθέσεις προόδου:

1. 10-3-2022
2. 15-9-2022
3. 30-1-2024

Ημερομηνίας κατάθεσης διατριβής: 16-7-2024

Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής: Νικόλαος Αρκαδόπουλος

Ορισμός Επταμελούς Επιτροπής: 7-6-2024

Μέλη επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής:

1. Νικόλαος Αρκαδόπουλος, Καθηγητής Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
2. Παρασκευή Ματσώτα, Ομότιμη Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ (Επιβλέπουσα)
3. Χρυσούλα Στάικου, Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
4. Θεοδόσιος Σαραντέας, Καθηγητής Αναισθησιολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
5. Τατιανή Σιδηροπούλου, Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
6. Παναγιώτης Μπριασούλης, Επίκουρος Καθηγητής Αναισθησιολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
7. Βασιλική Γιωτσίδη, Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών

Βαθμός: Άριστα

Η έγκριση διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών δεν υποδηλώνει την αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

(Νόμος 5543/1932, άρθρο 202, παράγραφος 2)

**THE IMPACT OF THE NOVEL CORONAVIRUS (COVID-19)
PANDEMIC ON THE ONSET, DURATION AND PSYCHOLOGICAL
EXPRESSION OF CHRONIC PAIN**

PhD Thesis

MARIA ELENI SMYRNIOTI

Psychologist – Systemic Family Therapist

Application date: 18-5-2020

Three-member Advisory Committee:

1. Chrysanthi Batistaki, Associate Professor of Anaesthesiology (Supervisor)
2. Paraskevi Matsota, Professor Emeritus of Anaesthesiology
3. Theodosios Saranteas, Professor of Anaesthesiology

Date of supervisor replacement: 2-2-2023

New three-member Advisory Committee:

1. Paraskevi Matsota, Professor Emeritus of Anaesthesiology (Supervisor)
2. Theodosios Saranteas, Professor of Anaesthesiology
3. Panagiotis Briasoulis, Assistant Professor of Anesthesiology

Seven-member Examination Committee:

1. Nikolaos Arkadopoulos, Professor of Surgery, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens
2. Paraskevi Matsota, Professor Emeritus of Anesthesiology, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens (Supervisor)
3. Chrysoula Staikou, Professor of Anesthesiology, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens
4. Theodosios Saranteas, Professor of Anesthesiology, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens
5. Tatiani Sidiropoulou, Professor of Anesthesiology, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens
6. Panagiotis Briasoulis, Assistant Professor of Anesthesiology, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens
7. Vasiliki Yotsidi, Assistant Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Panteion University of Social and Political Sciences

Examination Date: 16-7-2024

Λίστα δημοσιεύσεων

1. Smyrnioti ME, Lyrakos G, Meindani M, Matsota P, Kostopanagiotou G, Batistaki C. The Impact of the First Wave of the COVID-19 Pandemic on Patients' Perceptions of Chronic Pain. *J Pain Res.* 2021 Aug 21;14:2571-2581. doi: 10.2147/JPR.S323568. PMID: 34456587; PMCID: PMC8387638.
2. Smyrnioti ME, Batistaki C, Yotsidi V, Matsota P. A Comparative Study of the Impact of the Covid-19 Pandemic on Mental Health, Healthcare Access, and Pain Levels of Patients with Chronic Pain from Spring 2020 to Spring 2021. *Risk Manag Healthc Policy.* 2024;17:1323-1338. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S460184>

Παρουσιάσεις σε ημερίδες και συνέδρια:

- Σμυρνιώτη Μ. Οι ασθενείς με χρόνια πόνο στην εποχή της πανδημίας Covid - 19: Ποια είναι τα δεδομένα στον Ελληνικό χώρο. Ημερίδα Αλγολογίας, 24 Οκτώβρη 2020, Grand Hyatt Athens.
- Σμυρνιώτη ΜΕ, Μπατιστάκη Χ, Λυράκος Γ, Μειντάνη Μ, Κωστοπαναγιώτου Γ, Ματσώτα Π. Η επίδραση της πανδημίας Covid-19 στους ασθενείς με χρόνια πόνο (e-poster). 24ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ανασθησιολογίας, 30 Σεπτεμβρίου – 2 Οκτώβρη 2021, Πόρτο Χέλι

Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα

Γεννήθηκα και μεγάλωσα στην Αθήνα. Αποφοίτησα από το Πρόγραμμα Ψυχολογίας του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών το 2006. Στα πλαίσια της πτυχιακής μου, σε συνεργασία με τη "Μονάδα Ανακούφισης Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής - Τζένη Καρέζη", εργάστηκα ως σύμβουλος-ψυχολόγος ασθενών με νεοπλασματικές νόσους στα νοσοκομεία ΓΝΑ "Ελπίς" και ΠΓΝΑ "Αρεταίειον" και εκπόνησα την πτυχιακή μου στο θέμα της Ανακουφιστικής Φροντίδας. Το 2007 εισήχθη στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα Εγκληματολογίας και Ποινικού Δικαίου του King's College London (MA- Criminology and Criminal Justice) και εσίασα στα φαινόμενα της κοινωνικής βίας, της τρομοκρατίας, και των ενδοκρατικών και δια-κρατικών σχέσεων με τις εγκληματικές εκδηλώσεις και συμπεριφορές. Επιστρέφοντας στην Ελλάδα, εκπαιδεύτηκα στην Συστημική Ψυχοθεραπεία στην ΕΣΥΘΕΠΑΣ (Εταιρεία Συστημικής Ψυχοθεραπείας και Παρέμβασης σε Άτομα, Οικογένειες και Ευρύτερα Συστήματα) και στην Θεραπεία Guided Imagery and Music (GIM) υπό την αιγίδα του Swedish Advanced Bonny Method GIM Training Program – Association for Music & Imagery.

Έχω συνεργαστεί στο παρελθόν με τον Σύλλογο Καρκινοπαθών Εθελοντών Φίλων και Ιατρών ΚΕΦΙ και τη Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική ΡΕΑ. Από το 2009 συνεργάζομαι με τη Μονάδα Πόνου του ΠΓΝΑ "Αττικό" (Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Αναισθησιολογίας) ως ψυχολόγος/ επιστημονικός συνεργάτης. Είμαι τακτική εισηγήτρια ψυχολογίας, ψυχοθεραπείας και εγκληματολογίας στα κέντρα ΕΣΥΘΕΠΑΣ και Περί Ψυχής. Έχω συμμετάσχει στην συγγραφή 12 ξενόγλωσσων δημοσιευμένων εργασιών στους τομείς της παρηγορητικής φροντίδας, της μουσικοθεραπείας και της ψυχολογίας υγείας. Διατηρώ ιδιωτικό γραφείο ως Ψυχολόγος – Συστημική Οικογενειακή Ψυχοθεραπεύτρια.

Ευχαριστίες

Τον Οκτώβρη του 2009 πήγα στην Μονάδα Πόνου του ΠΓΝ «Αττικό» για να περάσω λίγο χρόνο, να δω πως δουλεύει ένα νοσοκομειακό τμήμα, και να κάνω την πρακτική μου. Εκείνο τον Οκτώβρη ξεκίνησε μία σχέση η οποία κράτησε 14 χρόνια. Θέλω να ευχαριστήσω την Καθ. Γεωργία Γερολουκά-Κωστοπαναγιώτου που μου έδωσε αυτή την δυνατότητα, και τις κυρίες Μαρία Χρυσάνθη Κίτσου, Μαρία Μπατιστάκη και Χρύσα Αρβανίτη που με υποδέχτηκαν, με εμπιστεύτηκαν, με στήριξαν, πορευτήκαμε μαζί, και μου έμαθαν όσα ξέρω για τον πόνο. Ευχαριστώ θερμά τον Γεώργιο Λυράκο που μου έδωσε την σκυτάλη, έπαιξε σημαντικότερο ρόλο στην ερευνητική μου πορεία ως συνάδελφος, στατιστικολόγος και δάσκαλος. Η στατιστική ανάλυση στην παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια του κου Λυράκου και του κου Α. Αναλυτή. Δύο φορές κατά τη διάρκεια αυτών των 4 χρόνων σκέφτηκα να τα παρατήσω. Δύο άνθρωποι εμφανίστηκαν και μου έδωσαν το σπρώξιμο και το χέρι βοήθειας που χρειαζόμουν, ο κάθε ένας από το δικό του γνωστικό αντικείμενο. Ένα μεγάλο ευχαριστώ λοιπόν στην Βίκυ Γιωτσιόδη και στον Σωκράτη Σκλάβο, γιατί χωρίς αυτούς τους δύο δεν θα έγραφα αυτά τα λόγια ετούτη τη στιγμή. Τέλος, ένα ξεχωριστό «ευχαριστώ» στην Χρυσάνθη Μπατιστάκη, την πρώτη μου επιβλέπουσα, που με μάζεψε, με οργάνωσε και με κατήυθνε τα πρώτα χρόνια της Διατριβής μου, και ένα τεράστιο «ευχαριστώ» στην Βιβή Ματσώτα, που συμμάζεψε όλο το χάος του μυαλού και των κειμένων μου και έκανε αυτήν την εργασία να φαίνεται εφικτή.

Αυτή η Διδακτορική Διατριβή είναι λίγο μικρότερη σε ηλικία από την κόρη μου. Θέλω να ευχαριστήσω τον άντρα μου και την κόρη μου που με ανέχτηκαν και με στήριξαν και τους γονείς μου, που με έκαναν τον άνθρωπο που είμαι.

Περίληψη

Στις 10 Μαρτίου 2020 ανεστάλη για 42 μέρες η λειτουργία όλων των υγειονομικών υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών πόνου. Τα προγραμματισμένα ραντεβού αναβλήθηκαν επ'αόριστον, προκειμένου να αναχαιτιστεί το πρώτο κύμα της πανδημίας Covid-19. Σκοπός της παρούσας μελέτης κοόρτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της πανδημίας Covid-19 και των επακόλουθων περιοριστικών μέτρων στους ασθενείς με χρόνια πόνο κατά τη διάρκεια των πρώτων τριών κυμάτων της πανδημίας Covid-19 στην Ελλάδα. Απώτερος στόχος υπήρξε η διερεύνηση των ψυχολογικών και συμπεριφορικών μεταβολών που επέφερε το πρώτο έτος της πανδημίας Covid-19 στους πάσχοντες από χρόνια πόνο, και η ανίχνευση των λειτουργικών και οργανωτικών μεταβολών που υπέστη το δημόσιο σύστημα υγείας κατά τη διάρκεια του έτους. Στην έρευνα συμμετείχαν 101 ασθενείς την Άνοιξη του 2020 και 100 ασθενείς την Άνοιξη του 2021. Η επίδραση της πανδημίας στον πόνο και την ποιότητα ζωής των ασθενών αξιολογήθηκε με ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο. Η μέτρηση της συναισθηματικής διάθεσης των ασθενών πραγματοποιήθηκε με την χορήγηση (α) της κλίμακας κατάθλιψης, άγχους και στρες DASS42, (β) του Ελληνικού Ερωτηματολογίου Προσωπικότητας 10 ερωτημάτων (ΕΕΠ10) και (γ) της κλίμακας Personal Wellbeing Index (PWI). Η πανδημία επηρέασε αρνητικά τα επίπεδα, την ένταση και διάρκεια του πόνου, και την ποιότητα ζωής. Παρόλο που η επισκεψιμότητα της Μονάδας Πόνου αποκαταστάθηκε σε μεγάλο βαθμό, μειώθηκε η συχνότητα των επισκέψεων στη Μονάδα Πόνου και αυξήθηκαν οι νέοι ασθενείς. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας μειώθηκαν σημαντικά η αίσθηση ασφάλειας, συνδεσιμότητας/ κοινότητας, πνευματικότητας/ θρησκευτικότητας και η γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή, και επηρεάστηκε η οικογενειακή κατάσταση. Σημαντικό ρόλο στις αντιδράσεις των ασθενών έπαιξαν τα χαρακτηριστικά του νευρωτισμού, της ανοιχτότητας σε εμπειρίες και της ευσυνειδησίας.

Λέξεις - κλειδιά: χρόνιας πόνος, υγειονομική φροντίδα, στρες, άγχος, κατάθλιψη, ανθεκτικότητα, χαρακτηριστικά προσωπικότητας, ικανοποίηση από τη ζωή

Abstract

On 10 March 2020, Greece entered an increasingly restrictive 42-day lockdown, to contain the first wave of the Covid-19 pandemic. All scheduled appointments and activities of the pain clinics around the country were postponed indefinitely. This time-lag design study aimed to assess the perceived impact of the Pandemic and the subsequent restrictive measures on Greek patients suffering from chronic pain. The purpose of the study was to evaluate the Covid-19 pandemic sequelae on Greek chronic pain patients' pain experience and symptomatology, access to care, psychosocial and demographic profile across three pandemic waves, as well as the adaptation of the Greek tertiary government healthcare system to the pandemic reality. 101 and 100 chronic pain patients were contacted during the Spring of 2020 and 2021, respectively. A customized questionnaire was used to evaluate the perceived impact of the pandemic on pain levels and healthcare access.

Psychological responses, personality characteristics, and overall well-being were evaluated using the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-42), the Ten-Item Personality Index (TIPI) and the Personal Wellbeing Index (PWI). The perceived effect of the pandemic and the Covid-related restrictions affected significantly pain levels, pain experience, quality of life and access to healthcare, since number of follow up visits per year was reduced. Differences were detected in the PWI sub-scales regarding personal safety, sense of community-connectedness, future security, spirituality-religiousness, general life satisfaction and marital status. The personality traits of neuroticism, openness to experience and conscientiousness had a significant impact on patients' experience during the Pandemic. Changes in chronic pain levels, emotional responses, and overall well-being took place throughout the year. Also, an evident shift took place in the care delivery system. Both tendencies disclose an ongoing adaptation process of chronic pain patients and healthcare services that needs further monitoring.

Keywords: healthcare access; anxiety; stress; resilience; personality traits; emotional wellbeing

Περιεχόμενα

Λίστα δημοσιεύσεων	6
Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα	7
Ευχαριστίες.....	8
Περίληψη.....	9
Abstract	10
Περιεχόμενα.....	11
Ευρετήριο Εικόνων	14
Ευρετήριο Πινάκων	15
Ευρετήριο Γραφημάτων	17
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Πανδημία Covid-19	19
1. Εισαγωγή	19
2. Ο Covid-19 στην Ελλάδα	20
3. Oxford Coronavirus Government Response Tracker Project	23
4. Οι επιπτώσεις της πανδημίας Covid-19 σε χρονίως πάσχοντες ασθενείς.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Πόνος – Χρόνιος πόνος	27
1. Εισαγωγή	27
2. Ορισμός κι επιδημιολογία.....	27
3. Παθοφυσιολογία.....	29
4. Χρόνιος Πόνος	32
5. Ψυχολογική συνοσηρότητα	34
6. Κλίμακες αξιολόγησης του πόνου του ασθενούς.....	36
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Μεθοδολογία.....	40
1. Σκοπός	40
2. Σχεδιασμός μελέτης	40

2.1 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού	41
2.2 Μεθοδολογία	41
3. Ψυχομετρικά εργαλεία	43
3.1 Ειδικό ερωτηματολόγιο επίδρασης της πανδημίας Covid-19 στον πόνο και την ποιότητα ζωής	44
3.2 Αριθμητική Αναλογική Κλίμακα Πόνου (Numeric Pain Intensity Rating Scale – NRS)	46
3.3 Ερωτηματολόγιο μέτρησης άγχους, κατάθλιψης και στρες [Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS 42)]	47
3.4 Ελληνικό Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας 10 Ερωτημάτων (ΕΕΠ10)/ Ten Item Personality Inventory (TIPI)	49
3.5 Personal Wellbeing Index (PWI)	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Αποτελέσματα	52
1. 2020 – το πρώτο κύμα της πανδημίας Covid-19.....	52
1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά	52
1.2 Επίπεδα πόνου	55
1.3 Ένταση και διάρκεια πόνου.....	57
1.4 Πρόσβαση σε υγειονομική φροντίδα, νέα συμπτωματολογία και ανταπόκριση στη θεραπεία	59
1.5 Ποιότητα ζωής.....	63
1.6 Ψυχολογική αξιολόγηση και δημογραφικές συσχετίσεις.....	64
2. 2021 – το τρίτο κύμα της πανδημίας και συγκριτική μελέτη	69
2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά και συλλογή δεδομένων.....	69
2.2 Επίπεδα πόνου	76
2.3 Ένταση και διάρκεια πόνου.....	81
2.4 Πρόσβαση σε υγειονομική φροντίδα, νέα συμπτωματολογία και ανταπόκριση στη θεραπεία	85
2.5 Ποιότητα ζωής.....	91
2.6 Ψυχολογική αξιολόγηση και δημογραφικές συσχετίσεις.....	96

Κεφάλαιο 5: Συζήτηση.....	107
1. Εισαγωγή	107
2. Κύρια ευρήματα	108
2.1 Δομές υγείας, φόβος νόσησης και προσβασιμότητα	108
2.2 Επίπεδα, ένταση και διάρκεια πόνου	109
2.3 Νέα συμπτωματολογία και επισκεψιμότητα.....	112
2.4 Ψυχική νοσηρότητα και ποιότητα ζωής.....	116
3. Δευτερεύοντα ευρήματα	125
3.1 Νέες τεχνολογίες	125
3.2 Δημογραφικοί παράγοντες , οικογενειακή κατάσταση, οικογενειακός ιστός και φόβος νόσησης	128
3.3 Συνεχιζόμενη φροντίδα και ανάγκη για διαπροσωπική επαφή	131
4. Συμπεράσματα και περιορισμοί έρευνας.....	132
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	135
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Έντυπα συγκατάθεσης.....	159
1) Έγγραφο φόρμα συγκατάθεσης.....	159
2) Ηλεκτρονική φόρμα ενημέρωσης και συγκατάθεσης	160
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Ειδικό ερωτηματολόγιο για την επίδραση της πανδημίας Covid-19 στους ασθενείς με χρόνια νόσο.....	161
1) Μέρος Α'	161
2) Μέρος Β'	164
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: Ψυχομετρική αξιολόγηση	168
1) Ερωτηματολόγιο μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες (Depression Anxiety Stress Scale)	168
DASS-42	168
2) Ελληνικό Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας 10 ερωτημάτων (ΕΕΠ10).....	171
3) Personal Wellbeing Index (PWI).....	173

Ευρετήριο Εικόνων

Εικόνα 1. Χρονολόγιο σημαντικών περιοριστικών μέτρων στην Ελλάδα κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας Covid-19, και εξέλιξη αριθμού κρουσμάτων	21
Εικόνα 2. Συγκριτική γραφική αναπαράσταση αριθμού θανάτων από Covid-19 κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας	22
Εικόνα 3. Χρονολόγιο των διακυμάνσεων του Δείκτη Αυστηρότητας (Stringency Index – SI) στην Ελλάδα από τον Φεβρουάριο του 2020 έως το Δεκέμβρη του 2022. Μικρότερη τιμή=2, Μεγαλύτερη τιμή=88, Μέση τιμή=55	24
Εικόνα 4. Σχηματικό διάγραμμα μετάδοσης του αλγεινού ερεθίσματος (Από Bingham et al. 2009) ⁷³	30
Εικόνα 5. Σχηματική απεικόνιση των αλλαγών που σχετίζονται με την ευαισθητοποίηση (Από Klinck & Troncy 2020) ⁷⁹	31
Εικόνα 6. Μονοδιάστατες Κλίμακες Εκτίμησης Πόνου (Από Koch 2014) ¹⁰⁹	38
Εικόνα 7. Προτεινόμενη βέλτιστη πρακτική αξιολόγησης των τριών μεταβλητών της σοβαρότητας του πόνου (ένταση, δυσφορία, λειτουργικότητα) σύμφωνα με το ICD-11 (Από Treede et al., 2019) ⁸¹	38
Εικόνα 8. Αναλογική Αριθμητική Κλίμακα μέτρησης πόνου	47

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1. Item total statistics για τις 15 ερωτήσεις που αφορούν την επίδραση της πανδημίας στους ασθενείς με χρόνια πόνο και περιλαμβάνονται στο Β' μέρος του ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου	45
Πίνακας 2. Νόρμες ερωτηματολογίου Depression Anxiety Stress-42 για τον Ελληνικό πληθυσμό	48
Πίνακας 3. Νόρμες ερωτηματολογίου Ten Item personality Inventory (TIPI)	50
Πίνακας 4. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων της πρώτης κοόρτης (Μάρτιος – Μάιος 2020).	52
Πίνακας 5. Covid-19, ιστορικό και προσωπική εκτίμηση ρίσκου	54
Πίνακας 6. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) σε γονείς και μη.	57
Πίνακας 7. Η επίδραση της πανδημίας Covid-19 και των περιοριστικών μέτρων (lockdown) στην αντίληψη του πόνου, στην πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη και στην ποιότητα ζωής.....	60
Πίνακας 8. Περιγραφικοί δείκτες για τους συμμετέχοντες του 2020: ηλικία, αριθμός παιδιών, αριθμών ημερών από την έναρξη της καραντίνας, αναφερόμενος πόνος, στρες, άγχος, κατάθλιψη, αισιοδοξία, εξωστρέφεια, ευσυνειδησία, προσήνεια, συναισθηματική αστάθεια/ νευρωτισμός, ανοιχτότητα σε εμπειρίες, γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή..	64
Πίνακας 9. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανά μορφωτικό επίπεδο.	66
Πίνακας 10. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανά οικογενειακή κατάσταση.....	68
Πίνακας 11. Σύγκριση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και της μεθόδου συλλογής δεδομένων ανάμεσα στο πρώτο (2020) και το τρίτο κύμα της πανδημίας (2021)	70
Πίνακας 12. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών όσον αφορά στο υποκειμενικό βίωμα της επίδρασης της πανδημίας και των επακόλουθων περιοριστικών μέτρων στην πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, στον πόνο και στην ποιότητα ζωής κατά τα έτη 2020 και 2021	72

Πίνακας 13. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανάλογα με το βαθμό που επηρέασε το γεγονός της πανδημίας τα επίπεδα του πόνου.	78
Πίνακας 14. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανάλογα με το πως θεωρούν ότι τα περιοριστικά μέτρα (καραντίνα) για την αντιμετώπιση της πανδημίας του κορωνοϊού επηρέασαν τα επίπεδα του πόνου.....	80
Πίνακας 15. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανάλογα με το αν νομίζουν ότι η ένταση και η διάρκεια του πόνου θα επηρεάζονταν εάν δεν είχε συμβεί η πανδημία.....	82
Πίνακας 16. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανάλογα με το αν νομίζουν ότι ένταση και η διάρκεια του πόνου θα επηρεάζονταν εάν δεν είχαν εφαρμοστεί τα περιοριστικά μέτρα.	84
Πίνακας 17. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανάλογα με το πως θεωρούν ότι η πανδημία επηρέασε τη θεραπεία	89
Πίνακας 18. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανάλογα με το αν αυξήθηκε η ποσότητα των αναλγητικών που λαμβάνουν ή αν αλλάξαν αγωγή λόγω μη αποτελεσματικότητας κατά τη διάρκεια της πανδημίας.....	90
Πίνακας 19. Διαφορές στα σκορ (TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανάλογα με το βαθμό που επηρέασε το γεγονός της πανδημίας την ποιότητα ζωής	93
Πίνακας 20. Διαφορές στα σκορ (TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανάλογα με το βαθμό που επηρέασαν τα περιοριστικά μέτρα κυκλοφορίας (η καραντίνα) την ποιότητα ζωής	94
Πίνακας 21. Διάμεσες τιμές (interquartile range – IQR) για τα ερωτηματολόγια TIPI, DASS-42 και PWI για το πρώτο (2020) και το δεύτερο (2021) έτος της Πανδημίας.	97
Πίνακας 22. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανάλογα με τον τόπο κατοικίας για τα έτη 2020 και 2021	99
Πίνακας 23. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο για τα έτη 2020 και 2021	102
Πίνακας 24. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση για τα έτη 2020 και 2021	104

Ευρετήριο Γραφημάτων

Γράφημα 1. Ο βαθμός στον οποίο επηρεάστηκαν τα επίπεδα πόνου κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας.....	55
Γράφημα 2. Ο βαθμός στον οποίο επηρεάστηκαν η ένταση και η διάρκεια του πόνου κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας.....	58
Γράφημα 3. Σε ποιο βαθμό επηρεάστηκε η θεραπεία των ασθενών κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας	62
Γράφημα 4. Ο βαθμός στον οποίο επηρεάστηκε η ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια πόνο κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος της πανδημίας.	63
Γράφημα 5. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση «Σε ποιο βαθμό επηρέασε η πανδημία τα επίπεδα του πόνου σας;» κατά τα έτη 2020 και 2021.....	77
Γράφημα 6. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση «Σε ποιο βαθμό θεωρείτε πως τα περιοριστικά μέτρα (καραντίνα) επηρέασαν το επίπεδα του πόνου σας;» κατά τα έτη 2020 και 2021.....	77
Γράφημα 7. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση «Νομίζετε ότι η ένταση και η διάρκεια του πόνου θα επηρεαζόταν αν δεν είχε συμβεί η πανδημία;» κατά τα έτη 2020 και 2021	81
Γράφημα 8. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση «Νομίζετε ότι η ένταση και η διάρκεια του πόνου θα επηρεαζόταν αν δεν είχαν εφαρμοστεί τα περιοριστικά μέτρα;» κατά τα έτη 2020 και 2021	83
Γράφημα 9. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση «Εμφανίστηκαν νέα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της πανδημίας;» κατά τα έτη 2020 και 2021	85
Γράφημα 10. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση «Οι πόνοι σας προϋπήρχαν της πανδημίας του κορωνοϊού;» κατά τα έτη 2020 και 2021	86
Γράφημα 11. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση «Μειώθηκαν ή αυξήθηκαν οι επισκέψεις σας στη Μονάδα Πόνου (κανονικές ή μέσω τηλεφώνου);» κατά τα έτη 2020 και 2021	87

Γράφημα 12. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση «Πόσες επισκέψεις πραγματοποιήσατε στη Μονάδα Πόνου κατά τη διάρκεια του περασμένου έτους;» κατά τα έτη 2020 και 2021 87

Γράφημα 13. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση «Χρησιμοποιήσατε την εφαρμογή της άυλης συνταγογράφησης;» κατά τα έτη 2020 και 2021 88

Γράφημα 14. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση «Σε ποιο βαθμό επηρέασε το γεγονός της πανδημίας την ποιότητα ζωής σας;» κατά τα έτη 2020 και 2021 92

Γράφημα 15. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση «Μετά το ξέσπασμα της πανδημίας η εμπιστοσύνη μου στον κρατικό μηχανισμό...» κατά τα έτη 2020 και 2021 96

Γράφημα 16. Θηκόγραμμα της κατανομής των σκορ του PWI κατά τα έτη 2020 και 2021 .. 97

Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Πανδημία Covid-19

1. Εισαγωγή

Η ασθένεια του κορονοϊού Covid-19 εντοπίστηκε πρώτη φορά τον Δεκέμβρη του 2019 στην περιοχή Wuhan της Κίνας, μετά από μία επιδημία κρουσμάτων πνευμονίας. Πρόκειται για μία οξεία λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού, με πολύ υψηλό δείκτη μεταδοτικότητας και συνεχείς μεταλλάξεις, η οποία προκαλείται από τον κορονοϊό SARS-CoV-2. Τα συνηθέστερα συμπτώματα αφορούν το ανώτερο αναπνευστικό σύστημα και περιλαμβάνουν φαρυγγοδυνία, ξηρό βήχα, πυρετό, καταρροή και κόπωση¹⁻³. Λιγότερο συχνά παρατηρείται απώλεια γεύσης και όσφρησης, μυαλγίες, αρθραλγίες και κεφαλαλγία. Δεδομένων των έως τώρα διαδεδομένων μεταλλάξεων του ιού, γνωρίζουμε πως τα συμπτώματα της νόσου Covid-19 μπορεί να ποικίλουν αρκετά, και χωρίζονται στις εξής κατηγορίες⁴:

1. συστημικά
2. αναπνευστικά
3. οφθαλμών-μύτης- λαιμού
4. γαστρεντερικά
5. κεντρικού νευρικού συστήματος
6. οφθαλμών.

Στις 30 Ιανουαρίου του 2020, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) εξέδωσε ανακοίνωση επείγουσας κατάστασης δημόσιας υγείας διεθνούς εμβέλειας (Public Health Emergency of International Concern – PHEIC). Στις 11 Μάρτη του 2020, ο ΠΟΥ χαρακτήρισε την νόσο Covid-19 ως παγκόσμια πανδημία. Κατά τους πρώτους μήνες της πανδημίας, ο ιός SARS-CoV-2 παρουσίαζε πολύ υψηλά ποσοστά μεταδοτικότητας και θνητότητας. Συγκεκριμένα, 8-15% των ασθενών εκδήλωναν σοβαρή συμπτωματολογία (αναπνευστική ανεπάρκεια, σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας, θρόμβωση, σηψαιμία, πολυοργανική ανεπάρκεια) που

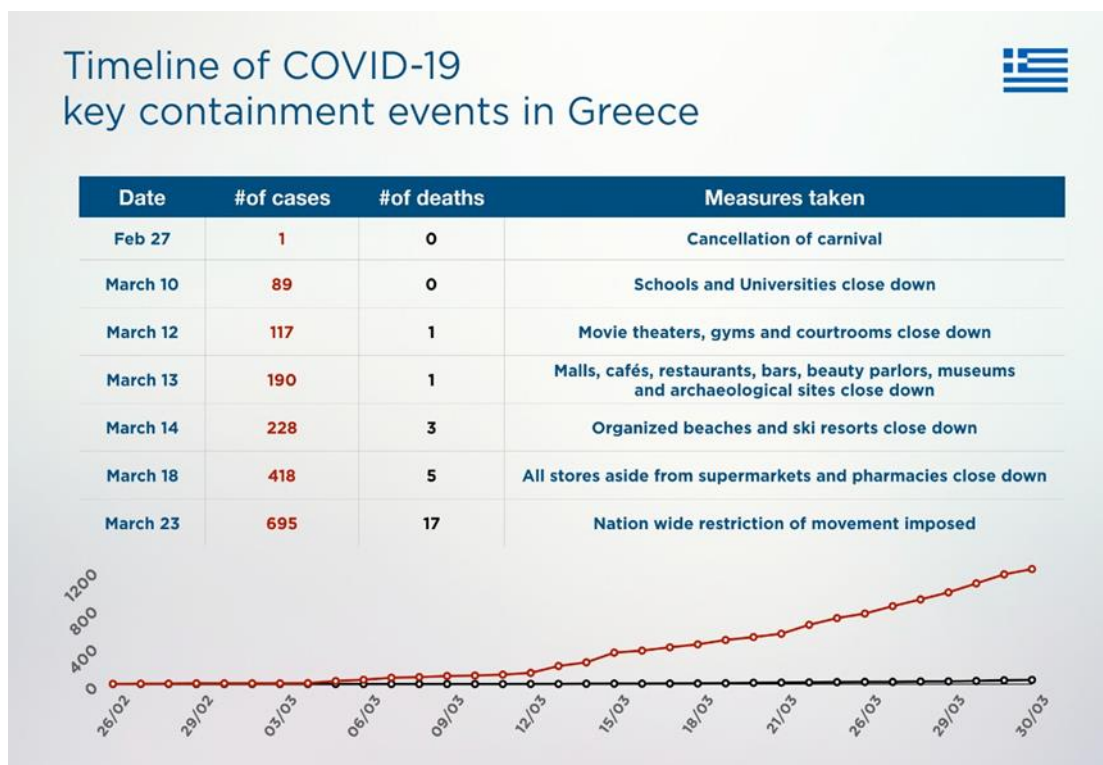
απαιτούσε πολυήμερη νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), λήψη οξυγόνου κι πιθανή διασωλήνωση. Το ποσοστό θνητότητας στους ασθενείς που νοσηλεύονταν σε ΜΕΘ κυμαινόταν από 16% έως 66%, αναλόγως των χαρακτηριστικών των ασθενών και του προϋπάρχοντος ιατρικού ιστορικού τους.¹⁻³

Τρία χρόνια μετά, γνωρίζουμε πως η πανδημία Covid-19 δεν εντάσσεται στις πιο θανατηφόρες πανδημίες.⁵ Παρ'όλα αυτά, οι έμμεσες επιπτώσεις της στην παγκόσμια οικονομία, στις κοινωνικές και υγειονομικές δομές⁶⁻¹¹, στην τεχνολογία, την εκπαίδευση, τον πολιτισμό και το περιβάλλον,^{6,12-13} στις οικογενειακές δυναμικές και στις σχέσεις των φύλων,¹⁴⁻¹⁷ στην ψυχική υγεία, την ψυχοκοινωνική προσαρμογή και την ποιότητα ζωής^{6,18-21} είναι ανυπολόγιστες, και είναι ακόμη υπό διερεύνηση. Η πανδημία Covid-19 πληροί όλα τα κριτήρια ενός μεγάλης κλίμακας ψυχοπιεστικού γεγονότος με παγκόσμιο αντίκτυπο, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές κοινωνικές, πολιτισμικές και οικονομικές μεταβολές καθώς επίσης και να καταγραφεί δυνητικά ως συλλογικό τραύμα.²²⁻²³

2. Ο Covid-19 στην Ελλάδα

Στις 26 Φεβρουαρίου 2020 εντοπίστηκε το πρώτο περιστατικό Covid-19 στην Ελλάδα και το ΠΓΝ «Αττικό» ορίστηκε ως βασικό νοσοκομείο αναφοράς. Τον Μάρτη του 2020 η Ελλάδα, συμπνέοντας με τον παγκόσμιο συναγερμό που είχε κηρυχθεί από την Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ενεργοποίησε μία ολοένα αυξανόμενης αυστηρότητας σειρά περιοριστικών μέτρων για την αναχαίτηση του πρώτου κύματος του Covid-19 (Εικόνα 1). Τα μέτρα περιορισμού συναθροίσεων, κυκλοφορίας και οικονομικών δραστηριοτήτων διήρκεσαν 42 μέρες και άρχισαν να αίρονται σταδιακά στις αρχές Μαΐου του ίδιου έτους. Η οριστική άρση τους ολοκληρώθηκε ένα μήνα αργότερα, την 1 Ιουνίου του 2020.²⁴⁻²⁶

Εικόνα 1. Χρονολόγιο σημαντικών περιοριστικών μέτρων στην Ελλάδα κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας Covid-19, και εξέλιξη αριθμού κρουσμάτων



Πηγή: Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, <https://eody.gov.gr/en/current-state-of-covid-19-outbreak-in-greece-and-timeline-of-key-containment-events/>

Ο άμεσος και αρκετά αυστηρός τρόπος δράσης της Ελληνικής Κυβέρνησης κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας, καθώς και η ανταπόκριση του Ελληνικού πληθυσμού, θεωρήθηκαν επιτυχείς. Η Ελλάδα κατέγραψε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό κρουσμάτων και θανάτων σε σύγκριση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας (Εικόνα 2).²⁷⁻²⁹ Η επιτυχία αυτή υπήρξε πρωτίστως επιτυχία επικοινωνιακή και πολιτική, και στηρίχτηκε εν πολλοίς στη μαζική συμμόρφωση του πληθυσμού. Αυτή η πίστωση χρόνου εξάπλωσης της πανδημίας υπήρξε θεμελιώδης για μία χώρα σαν την Ελλάδα, με ένα ανέτοιμο υγειονομικό μηχανισμό σε μετάβαση, η οποία είχε μόλις εξέλθει από μία 10ετή οικονομική κρίση που επέφερε φοβερές δημοσιονομικές αλλαγές.^{25,28,30}

Εικόνα 2. Συγκριτική γραφική αναπαράσταση αριθμού θανάτων από Covid-19 κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας



Πηγή: Graphs record Greece's impressively low rate of Covid-19 cases and deaths, Tornos News, <https://www.tornosnews.gr/en/transport/airlines/39645-graphs-record-greece%E2%80%99s-impressively-low-rate-of-covid-19-cases-and-deaths.html>

Το 2ο κύμα της πανδημίας ξεκίνησε 5-7 μήνες μετά την έναρξη του πρώτου κύματος. Ο χρόνος έναρξης και η κορύφωσή του σε κάθε χώρα εξαρτάται από ανεξάρτητες καιρικές και οικονομικές μεταβλητές, όπως θερμοκρασία, υγρασία, εσωτερικές κι εξωτερικές μετακινήσεις και τουρισμός, μεταξύ άλλων.³¹ Από τον Οκτώβρη του ίδιου έτους άρχισε να αυξάνεται εκ νέου ο αριθμός των καταγεγραμμένων κρουσμάτων και θανάτων. Στις 7 Νοέμβρη του 2020 ανακοινώθηκε για άλλη μία φορά καθολικός περιορισμός μετακινήσεων και άρση ή περιορισμός των εκπαιδευτικών, αθλητικών κι επαγγελματικών δραστηριοτήτων σε όλη τη χώρα. Ξεκίνησε μία περιορισμένη κι επιλεκτική άρση των μέτρων από τον Ιανουάριο του 2021. Το δεύτερο αυτό περιοριστικό κύμα ωστόσο, συνοδεύοντας ένα δεύτερο και κατόπιν τρίτο παγκόσμιο κύμα έξαρσης της επιδημίας, διήρκεσε

μέχρι και τον Απρίλη του ίδιου έτους. Ήδη έναν χρόνο μετά, ο Covid-19 είχε μετατραπεί σε μία συνθήκη με την οποία οι πληθυσμοί, οι κυβερνήσεις και τα εθνικά συστήματα υγείας έπρεπε να μάθουν να συμπορεύονται.³²

3. Oxford Coronavirus Government Response Tracker Project

Η αρχική επιτυχία που σημείωσε η Ελλάδα και η αυστηρότητα των περιοριστικών μέτρων αναχαίτισης της πανδημίας Covid-19 είχαν σε βάθος χρόνου σημαντικές επιπτώσεις. Προκειμένου να αξιολογηθεί η αυστηρότητα των μέτρων αντιμετώπισης της πανδημίας παγκοσμίως, το Oxford Coronavirus Government Response Tracker Project εισήγαγε μία σειρά δεικτών με στόχο να καταγράφει και να αξιολογεί τις κυβερνητικές αντιδράσεις και πολιτικές για την αντιμετώπιση της Πανδημίας, οι οποίοι δύνανται να κυμανθούν από το 0 (=κανένα ληφθέν μέτρο) έως το 100 (=τα αυστηρότερα δυνατά μέτρα). Ένας από τους πλέον διαδεδομένους δείκτες υπήρξε ο Δείκτης Αυστηρότητας Μέτρων (Stringency Index -SI), που περιελάμβανε μεταξύ άλλων το κλείσιμο σχολικών κι επαγγελματικών μονάδων, την απαγόρευση ταξιδίων και άλλα περιοριστικά μέτρα. Ο Δείκτης Αυστηρότητας μπορεί να κυμανθεί από το 0 (=κανένας περιορισμός) έως το 100 (=πλήρης απαγόρευση κυκλοφορίας).³³

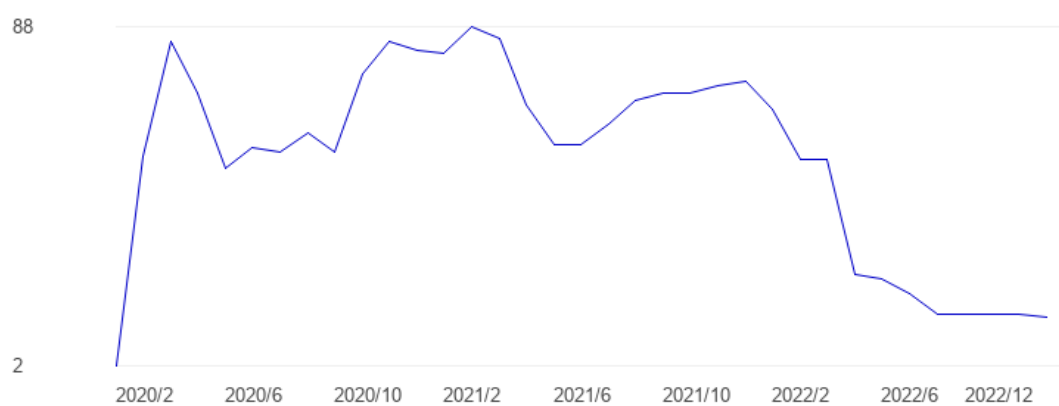
Η Ελλάδα υπήρξε εξ' αρχής μία από τις χώρες με τον πλέον αυξημένο Δείκτη Αυστηρότητας. Κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας ο SI έφτασε στο 85, δεύτερος υψηλότερος στην Ευρώπη μετά την Ιταλία. Κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού έως τα μέσα του Φθινοπώρου της ίδιας χρονιάς έπεσε στο 40, για να σταθεροποιηθεί κάπου στο 85-88 το διάστημα ανάμεσα στο Δεκέμβρη του 2021 έως τον Φλεβάρη του 2022 (Εικόνα 3). Κατά το δεύτερο και τρίτο κύμα της πανδημίας, η Ελλάδα κατατάχθηκε δεύτερη στην Ευρώπη σε αυστηρότητα μετά την Ιταλία, συνυπολογίζοντας μαζί με τον Δείκτη Αυστηρότητας Μέτρων, τους ακόλουθους δείκτες³²:

- a. τον δείκτη περιορισμού της εξάπλωσης και της υγειονομικής πρόληψης (containment and health index – CHI), ο οποίος αναφέρεται στην αυστηρότητα των περιορισμών σε συνδυασμό με τα υγειονομικά μέτρα

(ανίχνευση επαφών, πολιτική διαγνωστικών ελέγχων, περίθαλψη και εμβολιασμός), και

b. τον δείκτη κυβερνητικής πολιτικής (government response index - GRI), ο οποίος περιλαμβάνει όλο το εύρος των κυβερνητικών πολιτικών για την αναχαίτιση και τον περιορισμό της πανδημίας.

Εικόνα 3. Χρονολόγιο των διακυμάνσεων του Δείκτη Αυστηρότητας (Stringency Index – SI) στην Ελλάδα από τον Φεβρουάριο του 2020 έως το Δεκέμβριο του 2022. Μικρότερη τιμή=2, Μεγαλύτερη τιμή=88, Μέση τιμή=55



Measure: index
Source: Our World in Data

[Download data](#) [API](#)

Definition: The index varies between 0 and 100 that records the strictness of government policies regarding Covid-19 pandemic. (0 - lowest strictness, 100 - highest strictness).

Πηγή: TheGlobalEconomy.Com, Greece: Stringency Index,
https://www.theglobaleconomy.com/Greece/covid_stringency_index/

Η καταγεγραμμένη επιτυχία σε επίπεδο δεικτών επέφερε σημαντικές κι ανέλπιστες θετικές μεταβολές, συνοδεύτηκε ωστόσο από ψυχικό και δημοσιονομικό κόστος. Από τη μία πλευρά, οι περιορισμοί επαφών και μετακίνησης, καθώς και η περιορισμένη πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες, μείωσαν τη μετάδοση όλων των εποχιακών λοιμώξεων, γεγονός το οποίο ωφέλησε βραχυπρόθεσμα αρκετές ευάλωτες ομάδες του γενικού πληθυσμού και αρκετές ομάδες χρονίως πασχόντων ασθενών.³⁴ Από την άλλη πλευρά, η ολική στράτευση

ενός δομικά ευάλωτου και ανέτοιμου υγειονομικού συστήματος σε μετάβαση, όπως το Ελληνικό, συνέβη εις βάρος των non-Covid ασθενών.³⁵ Όσον αφορά στον δημοσιονομικό αντίκτυπο, όλες οι χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου που ακολούθησαν αυστηρά περιοριστικά μέτρα και μακροχρόνια παύση των οικονομικών δραστηριοτήτων, κατέγραψαν πτώση του ΑΕΠ. Η Ελλάδα, με μία πτώση της τάξης του 14%, ήταν η χώρα που επλήγη περισσότερο μετά το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ισπανία και την Ουγγαρία.^{25,32}

Σε επίπεδο ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων, ο Δείκτης Αυστηρότητας συνδέεται με φόβο γύρω από τη νόσο, με κατάθλιψη, άγχος και ψυχική δυσφορία (distress).^{19,36-39} Υψηλότερος Δείκτης Αυστηρότητας συνδέεται επίσης με μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στους κυβερνητικούς μηχανισμούς και με αυξημένη αίσθηση ασφάλειας και προστασίας,^{19,40} μεταβλητές οι οποίες συνδέονται αρνητικά με το άγχος και θετικά με την ψυχική ευεξία.^{41,42} Οι γηραιότεροι πληθυσμοί και οι χρονίως πάσχοντες ασθενείς φαίνεται πως ανταποκρίνονται θετικότερα σε περισσότερο αυστηρά περιοριστικά μέτρα όσον αφορά στην ποιότητα ζωής και την ψυχική ευεξία.¹⁹

4. Οι επιπτώσεις της πανδημίας Covid-19 σε χρονίως πάσχοντες ασθενείς

Ο ψυχοκοινωνικός αντίκτυπος της πανδημίας στο υγειονομικό σύστημα και στους πληθυσμούς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα είναι σημαντικός.^{20,43} Για περισσότερα από δύο χρόνια, οι χρονίως πάσχοντες ασθενείς, παγκοσμίως αλλά και στην Ελλάδα, αντιμετώπισαν:

- i. περιορισμούς στην μετακίνηση και την πρόσβαση σε υγειονομική φροντίδα.^{20,44,45} Στην Ελληνική πραγματικότητα, είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί το βάρος που επωμίστηκε ένα υποστελεχωμένο σύστημα υγείας σε δομική μετάβαση, το οποίο μόλις είχε αρχίσει να αναρρώνει από μία δωδεκαετή οικονομική κρίση^{24,25}
- ii. κοινωνική απομόνωση⁴⁵⁻⁴⁸
- iii. μεταβολές στις συνήθειες δραστηριοτήτες όπως δουλειά, εκπαιδευτικές δραστηριότητες και σωματική άσκηση⁴⁸⁻⁵³

- iv. μεταβολές στα δυναμικά των οικογενειακών συστημάτων^{14,15,47,48,53,54}
- v. αυξημένα επίπεδα στρες, άγχους, κατάθλιψης και θυμού.^{44,45,49} Σε συνάρτηση με αυτές τις μεταβλητές, αναφέρονται επίσης σημαντικά αυξημένα επίπεδα αυτοκτονικού ιδεασμού στον Ελληνικό πληθυσμό κατά το πρώτο και δεύτερο κύμα της πανδημίας^{55,56}
- vi. αυξημένο ρίσκο εμφάνισης Μετατραυματικής Διαταραχής (Post-Traumatic Stress Disorder – PTSD)^{45,57}
- vii. αυξημένα επίπεδα καταστροφολογίας^{47,58}
- viii. περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν αυξημένα επίπεδα πόνου και χειρότερη ποιότητα ζωής^{49,51,59}

Δεδομένης της αμφίδρομης σχέσης κοινωνικών, οικονομικών και ψυχικών παραμέτρων και του βιώματος του πόνου, πρωτεύων στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η ανίχνευση της σχέσης ανάμεσα στην πανδημία, τον περιορισμό μετακινήσεων και συναναστροφών (lockdown), τις ψυχολογικές συνέπειες αυτών και την έκφραση του πόνου σε δύο διαφορετικές χρονικές περιόδους: (α) κατά την έναρξη της πανδημίας, και (β) ένα χρόνο μετά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Πόνος – Χρόνιος πόνος

1. Εισαγωγή

Η διαμόρφωση και η εξέλιξη της έννοιας του πόνου κατά τη διάρκεια των αιώνων αποτελεί ένα από τα πιο ενδιαφέροντα κεφάλαια της ιστορίας της ιατρικής. Η έννοια του πόνου όπως είχε αποτυπωθεί από τον Αριστοτέλη, αναφερόταν σε ένα πάθος της ψυχής. Ο πόνος ως νόσος, με όλες τις ψυχικές του προεκτάσεις, ήταν γνωστός ήδη από τα χρόνια του Ιπποκράτη και υπήρχε μεγάλη γκάμα εμπειρικών θεραπειών για την αντιμετώπισή του.

Η λέξη «πόνος» προέρχεται από το αρχαίο ρήμα «παίνομαι», που σημαίνει *μοχθώ, δουλεύω, κοπιάζω*. Ήδη, στα Ομηρικά έπη συναντάμε τον πόνο ως συνώνυμο της μάχης και του υποφέρειν που συνοδεύει τη μάχη. Στα Ομηρικά έπη επίσης εμφανίζονται μαζί οι λέξεις *πόνος, άλγος* και *οδύνη*, ως αποτυπώσεις μίας κατάστασης που περιλαμβάνει ταυτόχρονα το σωματικό σύμπτωμα και το συναισθηματικό βίωμα. Η ίδια λέξη σημασιολογικά παρέπεμπε επίσης στην *ταλαιπωρία, τον κόπο, την πολλή δουλειά*. Σύμφωνα με την Θεογονία του Ησίοδου, ο Πόνος ήταν γιός της Έριδας και εγγονός της Νυκτός. Αδέλφια του, μεταξύ άλλων, είναι η Λήθη, οι Λόγοι, τα Ψευδέα, οι Αμφιλογίες, οι Μάχες, η Δυσνομία, ο Λιμός και τα Αλγεία. Δύο τουλάχιστον μυθολογικές πηγές θέλουν τον Πόνο να έχει σταλεί στους ανθρώπους ως τιμωρία από τους θεούς.⁶⁰⁻⁶²

2. Ορισμός κι επιδημιολογία

Ο πόνος ως νοσολογική οντότητα περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1979, και αναθεωρήθηκε και διευρύνθηκε το 2018. Η Παγκόσμια Εταιρεία Μελέτης Πόνου (International Association for the Study of Pain – IASP) ορίζει τον χρόνιο πόνο ως *μία δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται ή φέρεται να συνδέεται με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη*.^{63,64} Ο ορισμός του πόνου περιλαμβάνει τα εξής 6 σημεία:

- Ο πόνος είναι κατεξοχήν υποκειμενική εμπειρία. Επηρεάζεται σε ποικίλους βαθμούς από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες.
- Ο πόνος και η αλγαισθησία ή αλγοδεκτικότητα (nociception) αποτελούν διαφορετικά φαινόμενα. Ο πόνος δεν είναι αποκλειστικά άμεση συναγωγή της ενεργοποίησης αισθητικών νευρώνων.
- Η έννοια του πόνου «μαθαίνεται» μέσα από εμπειρίες ζωής.
- Όταν ένα υποκείμενο καταγράφει μία εμπειρία ως επώδυνη, η αναφορά του οφείλει να γίνεται σεβαστή.
- Ο πόνος κατ' αρχάς επιτελεί προστατευτική και προσαρμοστική λειτουργία. Δύναται ωστόσο να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην λειτουργικότητα, την κοινωνική και την ψυχική ευεξία του ατόμου.
- Η λεκτική αναφορά του πόνου αποτελεί μόνο έναν από τους τρόπους έκφρασής του. Ένας άνθρωπος ή ένα ζώο δύναται να βιώνει πόνο ακόμη κι αν δεν είναι σε θέση να τον εκφράσει λεκτικά.

Εκατομμύρια ανθρώπων σε ολόκληρο τον πλανήτη υποφέρουν από υποξύ και χρόνια πόνο και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δαπάνη τεράστιων ποσών ετησίως στην υγεία και την αποκατάσταση. Υπολογίζεται πως το 1/3 των ασθενών που θα απασχολήσουν το σύστημα υγείας, φέρουν κάποιο σύμπτωμα πόνου. Το κόστος του εμμένου μη θεραπεύσιμου χρόνιου πόνου έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια ωρών εργασίας από τους πάσχοντες, την ελάττωση της αποδοτικότητάς τους και τη μείωση της παραγωγικότητας και των εσόδων. Σύμφωνα με στατιστικές έρευνες στις ΗΠΑ, η ελαττωμένη παραγωγικότητα εξαιτίας του πόνου κοστίζει στους εργοδότες περίπου 60-100 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως.⁶⁵⁻⁶⁷

Ο επιπολασμός του χρόνιου πόνου ειδικά έχει τεράστιες διακυμάνσεις στις σύγχρονες κοινωνίες και κυμαίνεται από 13% έως 53%. Οι τεράστιες αυτές διαφορές οφείλονται τόσο στον εκάστοτε ορισμό του πόνου και τις αντίστοιχες μεθοδολογικές προσεγγίσεις, όσο και σε ένα πλήθος κοινωνικο-οικονομικών, βιολογικών και δημογραφικών παραγόντων όπως η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, η

κοινωνικο-οικονομική και εργασιακή κατάσταση, η σωματική άσκηση, η διατροφή και η ψυχική υγεία μεταξύ άλλων.⁶⁶⁻⁶⁸

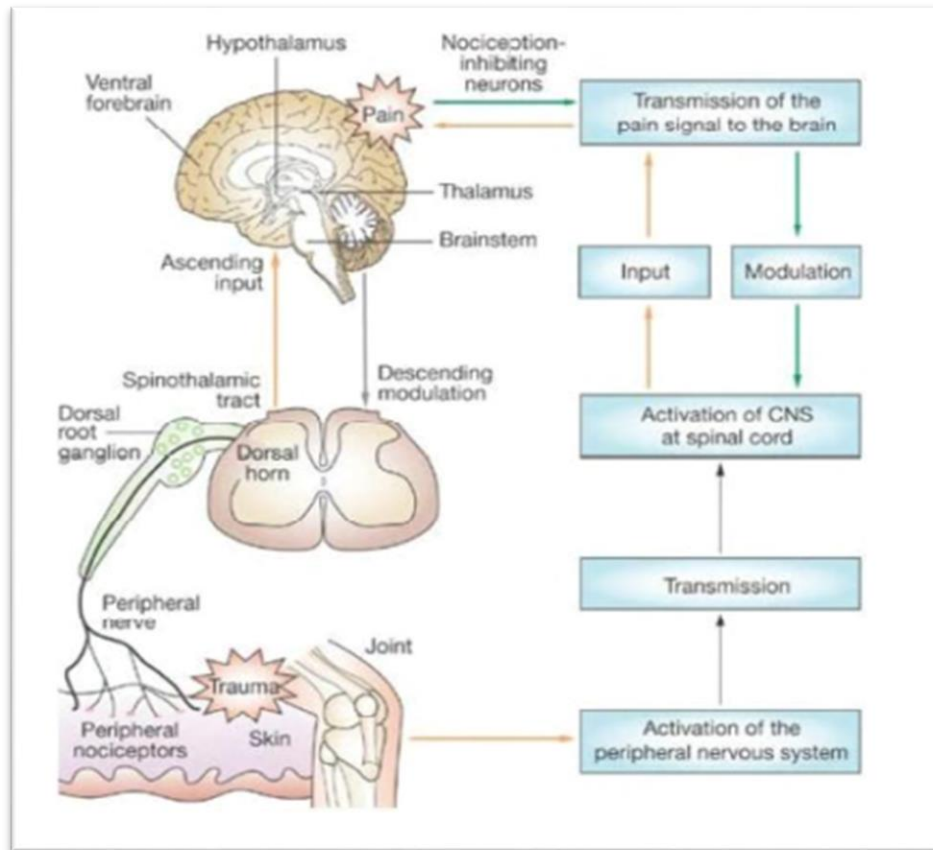
3. Παθοφυσιολογία

Ο πόνος έχει ρόλο προστατευτικό. Συνηθέστερα αποτελεί προειδοποιητικό σήμα μίας ασθένειας, ενός τραύματος η μίας απειλής. Συγκεκριμένα, μπορεί να εξυπηρετεί (α) μία συμπεριφορική μεταβολή ώστε να αποφευχθεί ή να περιοριστεί υπάρχουσα ή δυνητική ιστική βλάβη προκειμένου να διευκολυνθεί η επούλωση β) σύμπτωμα έναρξης σωματικής ασθενείας και (γ) μία σωματική εμπειρία που αντανακλά μία υποκειμενική αίσθηση του ατόμου ότι απειλείται η σωματική και υπαρξιακή του ακεραιότητα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η απομάκρυνση από την απειλητική ή επικίνδυνη συνθήκη και η αντιμετώπιση της υφέρπουσας νόσου/ιστικής βλάβης αναμένεται να εξαφανίσει το επώδυνο σήμα.^{64,69-71}

Υπό φυσιολογικές συνθήκες, το ερέθισμα του πόνου μεταφέρεται από τους περιφερειακούς νευροϋποδοχείς προς στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού μέσω δύο οδών⁷²:

- Μέσω των αμύελων ινών τύπου C
- Μέσω των εμύελων ινών τύπου Αδ

Το κεντρικό κανάλι του νωτιαίου μυελού, το οποίο είναι γεμάτο με εγκεφαλονωτιαίο υγρό, περιβάλλεται από τη φαιά ουσία και την πιο περιφερική λευκή ουσία. Η φαιά ουσία διακρίνεται στα οπίσθια, τα πλάγια και τα πρόσθια κέρατα. Γύρω της οργανώνεται σε δεσμίδες η λευκή ουσία. Τα οπίσθια κέρατα αποτελούνται από αισθητικούς πυρήνες που λαμβάνουν και επεξεργάζονται εισερχόμενες σωματοαισθητικές πληροφορίες. Στα νωτιαιοθαλαμικά δεμάτια του οπίσθιου κέρατος γίνεται ο διαχωρισμός και μεταφέρονται οι διακριτικοί χαρακτήρες του πόνου: εντόπιση, ένταση, διάρκεια, συνοδή δυσθυμία, διέγερση του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος (ΑΝΣ). Εν συνεχεία, το σήμα του πόνου μεταφέρεται προς το θάλαμο και το εγκεφαλικό στέλεχος (Εικόνα 4).⁷³

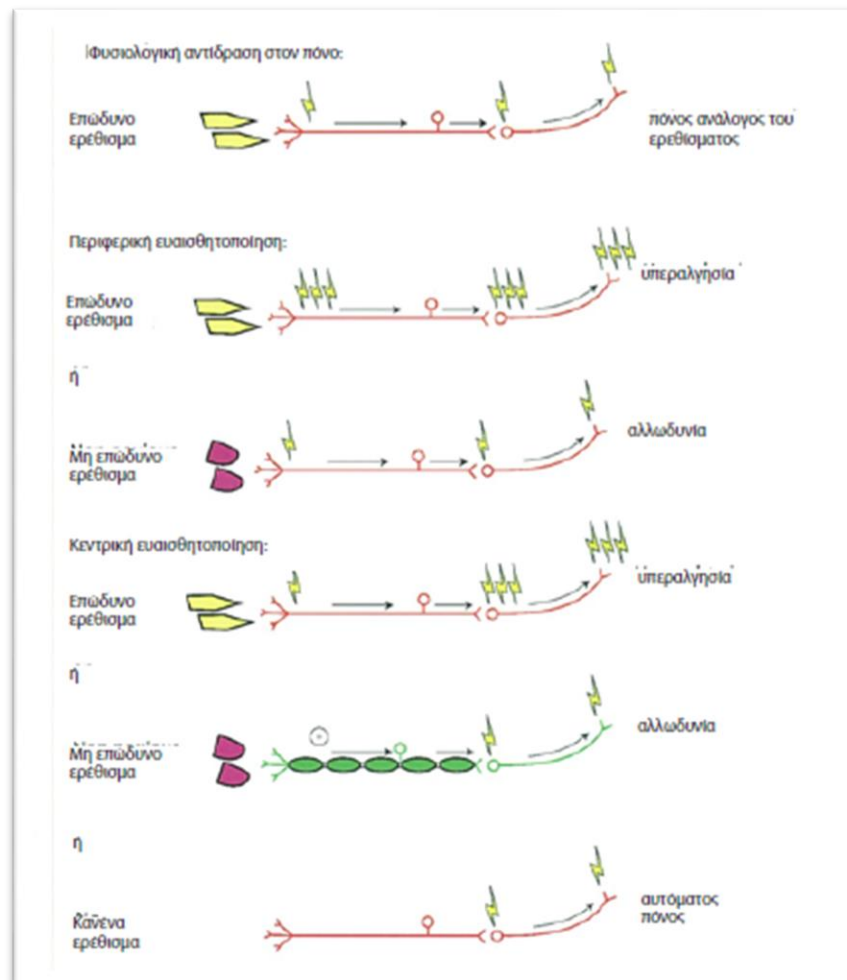


Εικόνα 4. Σχηματικό διάγραμμα μετάδοσης του αλγινού ερεθίσματος (Από Bingham et al. 2009)⁷³

Οι αλγοϋποδοχείς (nociceptors) είναι ευαίσθητοι σε οποιοδήποτε ερέθισμα προκαλεί ή απειλεί να προκαλέσει ιστική βλάβη. Έχουν ωστόσο υψηλούς ουδούς ενεργοποίησης. Η διαδικασία κατά την οποία μειώνεται ο ουδός ενεργοποίησης των αλγοϋποδοχέων και ενισχύονται τα σήματα πόνου ονομάζεται *ευαισθητοποίηση*, που μπορεί να οδηγήσει σε υπεραλγησία, αλλοδυνία ή αυτόματο πόνο, και διακρίνεται σε:

- **Περιφερική ευαισθητοποίηση:** σχετίζεται με εντοπισμένη παρουσία φλεγμονής, βλάβης ή κάκωσης. Αφορά αύξηση ενεργοποίησης των απολήξεων των περιφερικών αλγαισθητικών υποδοχέων, και συνήθως διαρκεί χρονικά όσο υφίσταται η βλάβη.
- **Κεντρική ευαισθητοποίηση:** σχετίζεται με υπερ-διεγερσιμότητα των νωτιαίων νευρώνων, οι οποίοι συνεχίζουν να διεγείρονται ακόμη και

μετά την παύση της μετάδοσης σημάτων από τους περιφερικούς αλγαισθητικούς υποδοχείς. Αυτή η υπερενεργοποίηση οδηγεί επίσης σε αυτόματη νευρωνική δραστηριότητα, ελαττωμένη απάντηση από τα νωτιαία γάγγλια, αλλοιωμένη αισθητική επεξεργασία στον εγκέφαλο, και την δημιουργία «μνήμης πόνου» σε επίπεδο ΚΝΣ.⁷⁴⁻⁷⁶ Η κεντρική ευαισθητοποίηση είναι η κατεξοχήν διαδικασία που συνδέεται με τη μετατροπή του πόνου από οξύ σε χρόνιο^{77,78} (Εικόνα 5).



Εικόνα 5. Σχηματική απεικόνιση των αλλαγών που σχετίζονται με την ευαισθητοποίηση (Από Klinck & Troncy 2020)⁷⁹

4. Χρόνιος Πόνος

Ο πόνος θεωρείται χρόνιος όταν επιμένει ή επανέρχεται για χρονικό διάστημα πέραν του αναμενόμενου προκειμένου να υπάρξει ίαση ή επούλωση. Το χρονικό αυτό διάστημα υπολογίζεται σε 3-6 μήνες από την έναρξη του πόνου. Ο χρόνιος πόνος αποτελεί αυθύπαρκτη κλινική οντότητα και απαιτεί εκ νέου διαγνωστική αξιολόγηση, θεραπεία και αποκατάσταση. Ο χρόνιος πόνος διακρίνεται σε:

- **Αλγαισθητικό:** αντιστοιχεί σε πραγματική ιστική βλάβη και αποτελεί απάντηση σε επώδυνα ερεθίσματα.
- **Νευροπαθητικό:** οφείλεται σε βλάβη ή νόσο του νευρικού συστήματος. Μπορεί να υπάρχει ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή τη συνέχιση του επώδυνου ερεθίσματος και συνήθως είναι δυσανάλογα έντονος.
- **Μεικτό:** πόνος με νευροπαθητικά και αλγαισθητικά στοιχεία.

Σύμφωνα με την IASP και την κατηγοριοποίηση ICD-11, τα σύνδρομα χρόνιου πόνου διακρίνονται σε^{80,81}:

1. **Χρόνιος πρωτοπαθής πόνος:** πόνος σε μία εντοπισμένη περιοχή, ο οποίος επιμένει ή επανέρχεται για > 3 μήνες και συνδέεται με σημαντική συναισθηματική δυσφορία και σημαντική δυσλειτουργία στην διεκπεραίωση των καθημερινών πρακτικών και κοινωνικών υποχρεώσεων.

2. **Χρόνιος καρκινικός πόνος:** πόνος ο οποίος προκαλείται από πρωτοπαθή ή μεταστατικό καρκίνο και/ή από τη θεραπεία αυτού (χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία).

3. **Χρόνιος μετεγχειρητικός ή μετατραυματικός πόνος:** πόνος ο οποίος επιμένει πέραν του αναμενόμενου χρόνου επούλωσης μετά από τραύμα ή χειρουργική επέμβαση. Ενδέχεται να εντοπίζονται παράγοντες χρονιότητας και πριν το πέρας των προσδιορισμένων τριών μηνών. Συχνά, ο πόνος αυτός είναι νευροπαθητικός.

4. **Χρόνιος δευτερογενής μυοσκελετικός πόνος:** επίμονος ή επαναλαμβανόμενος μυοσκελετικός πόνος. Μπορεί να είναι αυτόματος ή να προκαλείται από κίνηση. Ο χρόνιος μυοσκελετικός πόνος είναι αλγαισθητικός.

5. **Χρόνιος δευτερογενής σπλαγχνικός πόνος:** επίμονος ή επαναλαμβανόμενος πόνος που προέρχεται από τα εσωτερικά όργανα κεφαλής/τραχήλου και θωρακικής και κοιλιακής κοιλότητας.

6. **Χρόνιος νευροπαθητικός πόνος:** πόνος ο οποίος προκαλείται λόγω βλάβης ή ασθένειας σε οποιοδήποτε σημείο του νευρικού συστήματος, είτε περιφερικά (χρόνιος περιφερειακός νευροπαθητικός πόνος) είτε κεντρικά (χρόνιος κεντρικός νευροπαθητικός πόνος). Μπορεί να είναι αυτόματος ή να ενεργοποιείται από απλά αισθητηριακά ερεθίσματα. Συνδέεται με παραισθησίες/δυσαισθησίες ή υπαισθησία, καυσαλγίες, πόνο τύπου ηλεκτρικού ρεύματος, αλλοδυνία και υπεραλγησία. Μπορεί να συνοδεύεται από μυϊκή αδυναμία και ατροφία, μεταβολές στην εφίδρωση, τη θερμοκρασία και το χρώμα του δέρματος.

7. **Χρόνια δευτερογενής κεφαλαλγία ή στοματοπροσωπικός πόνος:** Διαγιγνώσκεται όταν ο πόνος διαρκεί για τουλάχιστον 2 ώρες τη μέρα, για τουλάχιστον τις μισές μέρες το μήνα, για ένα διάστημα >3 μηνών.

Η **σοβαρότητα** του χρόνιου πόνου προσδιορίζεται από την συνδυαστική αξιολόγηση των ακόλουθων μεταβλητών^{81,82}:

- *Ένταση του πόνου (pain intensity):* αφορά την ένταση της υποκειμενικής εμπειρίας του πόνου – *Πόσο πολύ πονάτε?*
- *Δυσφορία σχετιζόμενη με τον πόνο (pain-related distress):* αναφέρεται σε μία πολυπαραγοντική, δυσάρεστη συναισθηματική εμπειρία ψυχολογικής, κοινωνικής ή πνευματικής φύσης, εξαιτίας της επιμονής ή της υποτροπής της εμπειρίας πόνου – *Τι συναισθήματα σας προκαλεί ο πόνος?*
- *Παρεμπόδιση δραστηριοτήτων (task interference):* αξιολογεί το βαθμό στον οποίο ο πόνος παρεμποδίζει τις καθημερινές δραστηριότητες και

τις κοινωνικές κι επαγγελματικές συναναστροφές – Πόσο πολύ παρεμβαίνει ο πόνος στην καθημερινότητά σας?

Ως προς τα **χαρακτηριστικά** του, ο πόνος μπορεί να περιγραφεί ως⁸³:

- Παλμικός, οξύς, καυστικός/ζεστός, επίμονος, απαλός, εξουθενωτικός, τρομαχτικός, βασανιστικός/σκληρός
- Σαν σουβλιά, σαν μαχαιριά, σαν κράμπα, σαν αίσθημα βάρους, σαν ροκάνισμα ή δαγκωνιά, σαν σκίσιμο

Ως προς τα **χρονικά χαρακτηριστικά** του, ο πόνος μπορεί να προσδιοριστεί ως⁸¹:

- Συνεχόμενος πόνος
- Επεισοδιακός επαναλαμβανόμενος πόνος
- Συνεχόμενος με εξάρσεις

5. Ψυχολογική συνοσηρότητα

Σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του Engel (1977)⁸⁴, ο χρόνιος πόνος δεν είναι μόνο ένα βιολογικό αισθητηριακό γεγονός. Αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό υποκειμενικό αντιληπτικό φαινόμενο με ψυχολογικές, συμπεριφορικές και κοινωνικές προεκτάσεις. Οι βιοψυχοκοινωνικοί παράγοντες που αλληλεπιδρούν με το βίωμα του πόνου και παίζουν σημαντικό ρόλο στην μετεξέλιξη του πόνου από οξύ σε χρόνια, διακρίνονται σε^{81,85-87}:

1. Γνωστικές διεργασίες και μεταβολές

- a. Εστίαση της προσοχής στον πόνο
- b. Εγρήγορση ή υπερ-εγρήγορση, η οποία αφορά την εμμονική εστίαση της προσοχής του ασθενούς σε δυνητικά σήματα απειλής ή πόνου
- c. Νοηματοδότηση του πόνου και ρεαλιστικές ή μη ρεαλιστικές προσδοκίες (τι σημαίνει ο πόνος μου, πόσο θα κρατήσει κ.λπ.)
- d. Καταστροφολογία, μία γνωσιο-συναισθηματική διεργασία που αφορά επίμονες, μη ρεαλιστικές και έντονα αρνητικές προβλέψεις για την εξέλιξη του πόνου, της υγείας και του γενικότερου μέλλοντος του ασθενούς⁸⁸

- e. Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και προσοχής, διαταραχές μνήμης, διαταραχή στις εκτελεστικές ή επιτελεστικές λειτουργίες^{89,90}

2. Συμπεριφορικές και κοινωνικές μεταβολές

- a. Συμπεριφορές αποφυγής: ο φόβος ενός ενδεχόμενου δυνητικά επώδυνου σήματος ή κίνησης οδηγεί τον πάσχοντα σε ακραίο περιορισμό των κινήσεων και των δραστηριοτήτων του. Η παρελκόμενη αδράνεια ενδέχεται να ενεργοποιήσει έναν φαύλου κύκλο νέου και εντονότερου πόνου και μειωμένης λειτουργικότητας⁹¹
- b. Απόσυρση από κοινωνικές κι επαγγελματικές δραστηριότητες, απομόνωση
- c. Αλλαγή των οικογενειακών ισορροπιών και δυναμικών και ανάληψη του «ρόλου του ασθενούς». Ο ασθενής με πόνο τοποθετεί τον εαυτό του και τοποθετείται από τους οικείους του σε έναν ρόλο «πάσχοντος», ο οποίος συνοδεύεται από ένα πλήθος συμπεριφορικών, σχεσιακών και ψυχικών αλλαγών μεταξύ των οποίων μαθημένη αβοηθησία, μειωμένη λειτουργικότητα, συγχωνευτικές και υπερπροστατευτικές σχέσεις, έντονες συγκρούσεις στο οικογενειακό σύστημα, δυσκολία στη συναισθηματική έκφραση.^{92,93}

3. Ψυχολογικές συνιστώσες

- a. Έντονη συναισθηματική δυσφορία που δύναται να περιλαμβάνει άγχος, θυμό, ενοχές, εκνευρισμό και κατάθλιψη. Η συνδέεται με μειωμένη ικανοποίηση από τη ζωή⁹⁴ και μειωμένη ευεξία⁹⁵. Μειωμένα επίπεδα ευεξίας και έντονη συναισθηματική δυσφορία συνδέονται με χρονιότητα του πόνου, με αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, με μειωμένη λειτουργικότητα και με απομόνωση.
- b. Φόβος, ο οποίος συνδέεται με αισθήματα αβοηθησίας και ανικανότητας, έντονη καταστροφολογία, συμπεριφορές αποφυγής και μειωμένη λειτουργικότητα. Ασθενείς με αυξημένα επίπεδα φόβου τείνουν να αντιλαμβάνονται τα εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα ως απειλητικά.⁹⁶

c. Συναισθήματα άγχους και κατάθλιψης

Η σχέση ανάμεσα στο άγχος, την κατάθλιψη και τον χρόνιο πόνο είναι αμφίδρομη και αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην κατανόηση και την επιτυχή αντιμετώπιση του πόνου. Οι ασθενείς με υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης βιώνουν εντονότερο πόνο και αναφέρουν σε μεγαλύτερα ποσοστά μείωση της λειτουργικότητάς τους εξ' αιτίας του πόνου.^{97,98} Ο χρόνιος πόνος μπορεί να προβλέψει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό διαταραχές της διάθεσης και καταθλιπτικά επεισόδια. Κατ' αντιστοιχία, η καταθλιπτική συμπτωματολογία συνδέεται σημαντικά με την υποτροπή συμπτωμάτων χρόνιου πόνου, με την έναρξη νέων συμπτωμάτων πόνου καθώς και με την έναρξη ή υποτροπή άλλων ιατρικών παθήσεων.⁹⁹ Το άγχος, η κατάθλιψη και η ψυχολογική συννοσηρότητα συνδέονται επίσης με ανταπόκριση και συμμόρφωση στη θεραπεία¹⁰⁰ και με κατάχρηση ή μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή.^{101,102}

Κατ' επέκταση, η αποτελεσματική αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου μεταξύ άλλων προϋποθέτει:

- i. την διατήρηση της ψυχικής υγείας και σταθερότητας του ατόμου σε μια χρόνια διαδικασία νοσηρότητας, με την ταυτόχρονη αντιμετώπιση των συνοδών ψυχικών συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης, απελπισίας και αρνητικών σκέψεων για το μέλλον^{67,103,104}
- ii. την εξασφάλιση ενός βέλτιστου επιπέδου κοινωνικής ζωής και φυσικής δραστηριότητας^{67,105,106} και
- iii. συνέχεια και συνοχή στην παροχή φροντίδας, εμπιστοσύνη στην ικανότητα και τη διαθεσιμότητα των θεραπόντων ιατρών και συνεχή πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα.¹⁰⁷

6. Κλίμακες αξιολόγησης του πόνου του ασθενούς

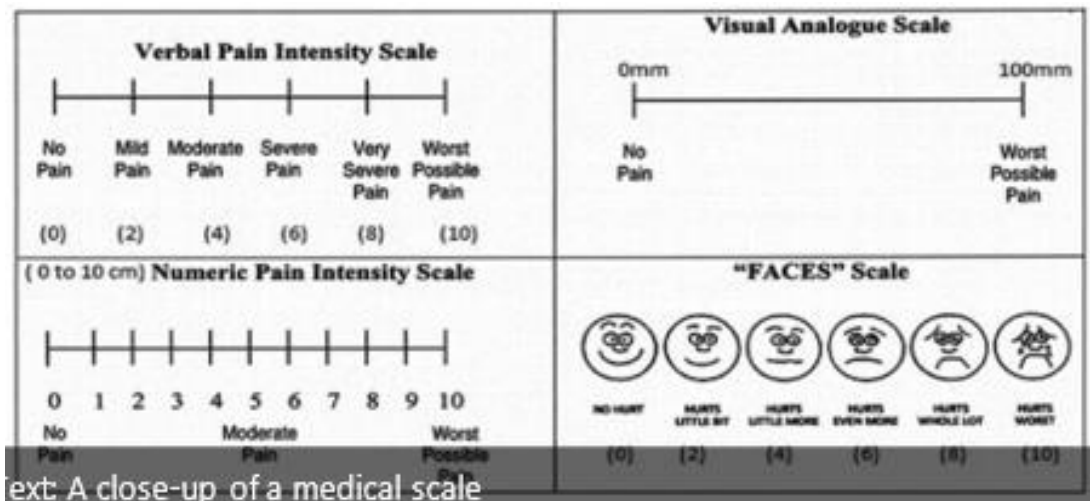
Καθώς ο πόνος αποτελεί υποκειμενικό βίωμα και καθαρά προσωπική εμπειρία, οι μέθοδοι αξιολόγησής του είναι αυτο-αναφορικές και οφείλουν να είναι πολυπαραγοντικές. Η Ελληνική Εταιρεία Αλγολογίας στα πλαίσια των συστάσεων και κατευθυντηρίων οδηγιών βέλτιστης πρακτικής, έχει συγκεντρώσει τα πλέον

ευρέως χρησιμοποιούμενα και αξιόπιστα εργαλεία που έχουν μεταφραστεί και σταθμιστεί στα Ελληνικά για την αξιολόγηση του βιώματος του πόνου.¹⁰⁸ Διακρίνει τα εργαλεία αξιολόγησης σε μονοδιάστατες και πολυδιάστατες κλίμακες, αναλόγως με το πόσες διαστάσεις του πόνου συμπεριλαμβάνει η κάθε κλίμακα. Τα συνηθέστερα εργαλεία μέτρησης είναι τα εξής:

1. **Μονοδιάστατες κλίμακες εκτίμησης πόνου:** αποτελούν τον παλαιότερο και συνηθέστερο τρόπο αξιολόγησης του πόνου. Στην κλινική πρακτική χρησιμοποιούνται κυρίως για την αξιολόγηση της έντασης του πόνου. Συνήθως, οι μονοδιάστατες κλίμακες συνίστανται σε μία συνεχή διαβάθμιση από την ένδειξη «καθόλου» πόνος έως την ένδειξη «ο χειρότερος πόνος που μπορείς να φανταστείς», και ο ασθενής καλείται να τοποθετήσει ένα σημάδι ή να επιλέξει την ένδειξη που αντιστοιχεί στον πόνο του.

Οι μονοδιάστατες κλίμακες έχουν τέσσερις βασικές μορφές (Εικόνα 6)¹⁰⁹:

- a. *Λεκτική/ Περιγραφική Κλίμακα (Verbal Descriptor/ Rating Scale – VDS/VRS):* μία κλίμακα διαβάθμισης με λεκτικούς χαρακτηρισμούς.
- b. *Οπτική Αναλογική Κλίμακα (Visual Analogue Scale – VAS):* μία συνεχής κλίμακα που αποτελείται από μία ευθεία γραμμή μήκους 10 εκ. δίχως διαβαθμίσεις.
- c. *Αριθμητική Κλίμακα (Numeric Rating Scale – NRS):* μία αριθμητική 11βάθμια κλίμακα Likert από το 0 έως το 10
- d. *Κλίμακα Πόνου με Προσωπεία (Faces Rating Scale – FRS):* Αποτελεί κλίμακα ετεροαξιολόγησης και απευθύνεται κυρίως σε μικρά παιδιά ή άτομα με γνωστικά ελλείμματα. Πρόκειται για μία κλίμακα διαβάθμισης εικόνων που απεικονίζουν εκφράσεις του προσώπου.



Εικόνα 6. Μονοδιάστατες Κλίμακες Εκτίμησης Πόνου (Από Koch 2014)¹⁰⁹

Οι πλέον πρόσφατες κατευθυντήριες διαγνωστικές οδηγίες του ICD-11 (Treede 2019) συστήνουν την χρήση μονοδιάστατων κλιμάκων για την αξιολόγηση και των τριών μεταβλητών της σοβαρότητας του πόνου (Εικόνα 7).⁸¹

Pain severity

Pain intensity may be assessed verbally or on a numerical or visual rating scale. For the severity coding, the patient should be asked to rate the average pain intensity for the last week on an 11-point numerical rating scale (NRS) (ranging from 0 "no pain" to 10 "worst pain imaginable") or a 100-mm visual analogue scale (VAS):

mild pain	NRS: 1-3; VAS: <31 mm
moderate pain	NRS: 4-6; VAS: 31-54 mm
severe pain	NRS: 7-10; VAS: 55-100 mm

Pain-related distress may be assessed by asking the person to rate the pain-related distress they experienced in the last week (multifactorial unpleasant emotional experience of a cognitive, behavioral, emotional, social, or spiritual nature due to the persistent or recurrent experience of pain) on an 11-point numerical rating scale or a VAS from "no pain-related distress" to "extreme pain-related distress" ("distress thermometer").

mild distress	NRS: 1-3; VAS: <31 mm
moderate distress	NRS: 4-6; VAS: 31-54 mm
severe distress	NRS: 7-10; VAS: 55-100 mm

Pain-related interference last week as rated by the patient on an 11-point NRS (from 0 "no interference" to 10 "unable to carry on activities") or VAS (0 mm "no interference" to 100 mm "unable to carry on activities").

Code 0	no interference
Code 1	mild interference; NRS: 1-3; VAS: <31 mm
Code 2	moderate interference; NRS: 4-6; VAS: 31-54 mm
Code 3	severe interference; NRS: 7-10; VAS: 55-100 mm

Overall severity combines the ratings of intensity, distress, and disability using a 3-digit code. Example: A patient with a moderate pain intensity, severe distress, and mild disability will receive the code "231." The severity code is optional.

Εικόνα 7. Προτεινόμενη βέλτιστη πρακτική αξιολόγησης των τριών μεταβλητών της σοβαρότητας του πόνου (ένταση, δυσφορία, λειτουργικότητα) σύμφωνα με το ICD-11 (Από Treede et al., 2019)⁸¹

2. **Πολυδιάστατες κλίμακες εκτίμησης πόνου και εξειδικευμένες κλίμακες σε συγκεκριμένες παθήσεις:** αποτελούν εργαλεία με στόχο να αξιολογήσουν όσο το δυνατόν περισσότερες πλευρές του φαινομένου του πόνου ταυτόχρονα. Είναι σχεδιασμένες ώστε να εξετάζουν την εντόπιση, την ένταση, τον χαρακτήρα και τα χαρακτηριστικά του πόνου, καθώς και την συναισθηματική κατάσταση και τα επίπεδα λειτουργικότητας των ασθενών. Οι πλέον χρησιμοποιούμενες είναι:
- a. Συνοπτικό Ερωτηματολόγιο Πόνου McGill (Short- Form McGill Pain Questionnaire –SFMPQ)
 - b. Σύντομη Απογραφή Πόνου (Brief Pain Inventory BPI)
 - c. Ερωτηματολόγιο για το νευροπαθητικό πόνο (Douleur Neuropathetique 4 Questions DN4)
 - d. Ερωτηματολόγιο painDETECT (pD–Q)
 - e. Κατά Leeds εκτίμηση Νευροπαθητικών Συμπτωμάτων και Σημείων (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs LANSS).
3. **Ψυχομετρικές κλίμακες:** Δεδομένης της αμφίδρομης σχέσης ανάμεσα στις ψυχοκοινωνικές μεταβλητές και τα επίπεδα του πόνου, καθίσταται απαραίτητη η επιμέρους αξιολόγηση της ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης του ασθενούς. Τα πιο διαδεδομένα ψυχομετρικά εργαλεία στην ελληνική γλώσσα είναι τα εξής:
- a. Ερωτηματολόγιο κατάθλιψης, άγχους, στρες (Depression, Anxiety, Stress Scale 21–DASS21)
 - b. Ερωτηματολόγιο EuroQoL 5–διαστάσεων 5–επιπέδων (EQ–5D)
 - c. Ερωτηματολόγιο υγείας ασθενούς (Patient Health Quality 9– PHQ9)

Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Μεθοδολογία

1. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της πανδημίας Covid-19 και των επακόλουθων περιοριστικών μέτρων στους ασθενείς με χρόνια πόνο κατά τη διάρκεια των πρώτων τριών κυμάτων της πανδημίας Covid-19 στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, εξετάστηκαν:

- i. τα επίπεδα αναφερόμενου πόνου
- ii. η πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική φροντίδα
- iii. τα επίπεδα στρες, άγχους και κατάθλιψης
- iv. τα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή
- v. τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και
- vi. τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών που επισκέφθηκαν τη Μονάδα Πόνου του ΠΓΝ «Αττικών» την άνοιξη του 2020 και την άνοιξη του 2021.

Απώτερος στόχος υπήρξε η διερεύνηση των ψυχολογικών και συμπεριφορικών μεταβολών που επέφερε το πρώτο έτος της πανδημίας Covid-19 στους πάσχοντες από χρόνια πόνο, και η ανίχνευση των λειτουργικών και οργανωτικών μεταβολών που υπέστη το δημόσιο σύστημα υγείας κατά τη διάρκεια του έτους αυτού.

2. Σχεδιασμός μελέτης

Πρόκειται για μία μελέτη κοόρτης που μελετά και συγκρίνει τους ασθενείς που επισκέφθηκαν τη Μονάδα Πόνου του ΠΓΝ «Αττικών» σε δύο χρονικές περιόδους. Η μελέτη έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας του ΠΓΝ «Αττικό» με αρ. Πρωτοκόλλου 232/11-05-2020.

2.1 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού

Τα κριτήρια ένταξης περιελάμβαν:

- ✓ ασθενείς άνω των 18 ετών
- ✓ με χρόνια πόνο καλοήθους και κακοήθους αιτιολογίας
- ✓ που παρακολουθούνται χρονίως (>3 μήνες) από τη Μονάδα Πόνου για τη διαχείρισή του
- ✓ οι οποίοι μπορούν να κατανοήσουν επαρκώς την Ελληνική γλώσσα.

Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- ✓ η ύπαρξη διάγνωσης ψυχικής διαταραχής του Άξονα Ι και
- ✓ η δυσκολία κατανόησης και επικοινωνίας στην Ελληνική γλώσσα.

Όλοι οι ασθενείς ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της έρευνας και παρείχαν έγγραφη, ηλεκτρονική ή ρητή συγκατάθεση, κατά περίπτωση (Παράρτημα Α).

2.2 Μεθοδολογία

Η έρευνα έλαβε χώρα στη Μονάδα Πόνου του ΠΓΝ «Αττικό» σε δύο στάδια, σε δύο διαφορετικές χρονικές περιόδους.

2.2.1 Α' Στάδιο: 2020

- ❖ **Χρόνος και διάρκεια:** Το πρώτο στάδιο έλαβε χώρα κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος της πανδημίας Covid-19 και διήρκεσε από τις 10 Μαρτίου 2020 έως τις 15 Μαΐου 2020.
- ❖ **Είδος μελέτης και δειγματοληψία:** Πραγματοποιήθηκε μία περιγραφική, συγχρονική μελέτη, η οποία έγινε με δειγματοληψία διαθεσιμότητας. Οι ερευνητές επικοινωνήσαν με όλους τους ασθενείς που έχασαν ή ακύρωσαν το ραντεβού τους λόγω της πανδημίας Covid-19 και των ακόλουθων περιοριστικών μέτρων.
- ❖ **Αριθμός συμμετεχόντων (N):** Συμμετείχαν 101 ασθενείς με χρόνια πόνο, με ποσοστό απόκρισης 77,2%. Λαμβάνοντας υπόψη την περιορισμένη χρονική διαθεσιμότητα για την δειγματοληψία, επιλέξαμε το 100 ως τον ιδανικό

ελάχιστο αριθμό συμμετεχόντων προκειμένου να καταστεί εφικτή η χρήση παραμετρικών στατιστικών μεθόδων ανάλυσης.

- ❖ **Συλλογή δεδομένων:** Η συλλογή δεδομένων έγινε μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης με τον υπεύθυνο ψυχολογο της Μονάδας Πόνου (N=48), μέσω Google Forms από τους ασθενείς που ήταν σε θέση να συμπληρώσουν οι ίδιοι ερωτηματολόγια ηλεκτρονικά (N=38), ενώ ένας μικρός αριθμός ασθενών (N=15) συμπλήρωσε τα ερωτηματολόγια με φυσική παρουσία, καθώς προσήλθαν στη Μονάδα Πόνου ως επείγοντα περιστατικά κατά το διάστημα συλλογής των δεδομένων.
- ❖ **Στατιστική ανάλυση:** Στα δεδομένα εφαρμόστηκε Μονοπαραγοντική Ανάλυση Διακύμανσης (One-Way ANOVA). Η ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα SPSS 24 για Windows.

2.2.2 Β' Στάδιο: 2021

- ❖ **Χρόνος και διάρκεια:** Στις 10 Μαρτίου του 2021 ξεκίνησε η δεύτερη φάση συλλογής δεδομένων και διήρκεσε έως τον Ιούλιο του 2021.
- ❖ **Είδος μελέτης και δειγματοληψία:** Δώδεκα μήνες μετά την πρώτη φάση, επαναλήφθηκε η ίδια διαδικασία δειγματοληψίας διαθεσιμότητας, στην ίδια Κλινική, με συγκρίσιμο αριθμό συμμετεχόντων (N=100) αλλά ουσιαστικά διαφορετική κοόρτη (time-lagged study design).^{110,111} Επιλέχθει ο συγκεκριμένος μεθοδολογικός σχεδιασμός προκειμένου (α) να μπορέσουμε να διερευνήσουμε την επίδραση της πανδημίας σε βάθος ενός έτους, όχι μόνο στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς, αλλά και στην καθεαυτή λειτουργία της Μονάδας Πόνου ενός δημόσιου φορέα τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και (β) να περιοριστεί το συστηματικό σφάλμα των ενδοατομικών διακυμάνσεων με την πάροδο του χρόνου (within-person fluctuation bias).¹¹²
- ❖ Επιλέξαμε να επαναλάβουμε την δειγματοληψία σε χρονικό διάστημα 12 μηνών ώστε (α) να αφήσουμε ένα ικανό χρονικό διάστημα μεταξύ των μετρήσεων προκειμένου να δοθεί χώρος και χρόνος για τυχόν μεταβολές και (β) να ελέγξουμε το συστηματικό σφάλμα των εποχικών διακυμάνσεων

(seasonal component) το οποίο για την ελληνική πραγματικότητα και για τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια πόνο περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων: ηλιοφάνεια και διάρκεια της ημέρας, αλλαγή και διακυμάνσεις θερμοκρασίας και υγρασίας, εποχικές αλλεργίες, έναρξη διακοπών και περιορισμένη προσβασιμότητα ασθενών και φροντιστών, λήξη χειμερινής κι έναρξη θερινής επαγγελματικής σεζόν.

- ❖ **Αριθμός συμμετεχόντων:** Οι ερευνητές επικοινωνήσαν με όλους τους ασθενείς που είχαν ραντεβού στη Μονάδα Πόνου εκείνο το διάστημα και πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στην έρευνα, με ποσοστό απόκρισης 70.9%. Η δειγματοληψία ολοκληρώθηκε μόλις συμπληρώθηκε αριθμός συμμετεχόντων συγκρίσιμος με την προηγούμενη κοόρτη (N=100).
- ❖ **Συλλογή δεδομένων:** Η συλλογή δεδομένων έγινε με τους ίδιους τρόπους: μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης με τον υπεύθυνο ψυχολόγο της Μονάδας Πόνου (N=41), μέσω ηλεκτρονικής συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων στην πλατφόρμα Google Forms (N=27) και μέσω ιδιοσυμπλήρωσης με φυσική παρουσία στο χώρο της Μονάδας Πόνου (N=32).
- ❖ **Στατιστική ανάλυση:** Οι διαφορές ανάμεσα στις δύο κοόρτες (2020 και 2021) αξιολογήθηκαν με τη δοκιμασία t-test για ανεξάρτητα δείγματα. Οι μεταβολές στην κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην έρευνα μεταξύ των ετών 2020 και 2021 διερευνήθηκαν με χρήση της δοκιμασίας asymptotic z-test. Για περισσότερες από 2 ομάδες χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Kruskal-Wallis και σε περίπτωση στατιστικά σημαντικού αποτελέσματος ακολούθησαν έλεγχοι ανά δύο ομάδες με διόρθωση Bonferroni για πολλαπλούς ελέγχους. Όλοι οι έλεγχοι που πραγματοποιήθηκαν ήταν αμφίπλευροι και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ήταν $\alpha=5\%$.

3. Ψυχομετρικά εργαλεία

Η επίδραση της πανδημίας στον πόνο και την ποιότητα ζωής των ασθενών αξιολογήθηκε με ερωτηματολόγιο το οποίο διαμορφώθηκε ειδικά για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης. Η ένταση του πόνου ελέγχθηκε με μία αριθμητική

αναλογική κλίμακα 0-10 (Numeric Rating Scale - NRS 0-10) (Παράρτημα Β). Η μέτρηση της συναισθηματικής διάθεσης των ασθενών πραγματοποιήθηκε με την χορήγηση (α) της κλίμακας κατάθλιψης, άγχους και στρες DASS42, (β) του Ελληνικού Ερωτηματολογίου Προσωπικότητας 10 ερωτημάτων (ΕΕΠ10), (γ) του ερωτηματολογίου στάσης προς τη ζωή GrLot-R και (δ) της κλίμακας Personal Wellbeing Index (PWI) (Παράρτημα Γ).

3.1 Ειδικό ερωτηματολόγιο επίδρασης της πανδημίας Covid-19 στον πόνο και την ποιότητα ζωής

Για τους σκοπούς της παρούσας Διδακτορικής Διατριβής, κατασκευάστηκε ειδικό ερωτηματολόγιο από την ομάδα της Μονάδας Πόνου με στόχο την αξιολόγηση της επίδρασης της πανδημίας Covid-19 στον πόνο και την ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια πόνο. Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε πάνω σε προηγούμενο ψυχομετρικό εργαλείο, το οποίο είχε δημιουργηθεί και χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν από την ίδια ερευνητική ομάδα, προκειμένου να διερευνηθεί η επίδραση της οικονομικής κρίσης στον πόνο και την ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια πόνο.^{30,113}

Το ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της επίδρασης της πανδημίας Covid-19 σε ασθενείς με χρόνια πόνο αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει (α) εννέα δημογραφικές ερωτήσεις (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα, τόπος κατοικίας, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, αριθμός ατόμων ανά νοικοκυριό), (β) έξι ερωτήσεις αναφορικά με το είδος και την αιτιολογία του αναφερόμενου πόνου και την λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή και (γ) μία αριθμητική αναλογική κλίμακα μέτρησης (Numeric Rating Scale – NRS) της έντασης του πόνου τη στιγμή της συμπλήρωσης από το 0=καθόλου πόνος έως το 10=ο χειρότερος δυνατός πόνος (Παράρτημα Β1).

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει εικοσιέξι ερωτήσεις σχεδιασμένες ώστε να αξιολογηθεί ο τρόπος με το οποίο αντιλαμβάνονται οι ασθενείς με χρόνια πόνο την επίδραση της πανδημίας Covid-19 και των επακόλουθων περιοριστικών μέτρων στην ένταση και διάρκεια του πόνου, στην ποιότητα ζωής και στην προσβασιμότητα

της διαθέσιμης υγειονομικής και φαρμακευτικής φροντίδας. Οι απαντήσεις στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου έχουν ως επί το πλείστον τη μορφή κλίμακας Likert τριών διαβαθμίσεων (Παράρτημα Β2). Ο συντελεστής αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας Cronbach's Alpha για τις δεκαπέντε ερωτήσεις που αφορούν συγκεκριμένα την επίδραση της πανδημίας στους ασθενείς με χρόνια πόνο είναι 0.797 και ο δείκτης Standardized Item Alpha είναι 0.80 (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Item total statistics για τις 15 ερωτήσεις που αφορούν την επίδραση της πανδημίας στους ασθενείς με χρόνια πόνο και περιλαμβάνονται στο Β' μέρος του ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου

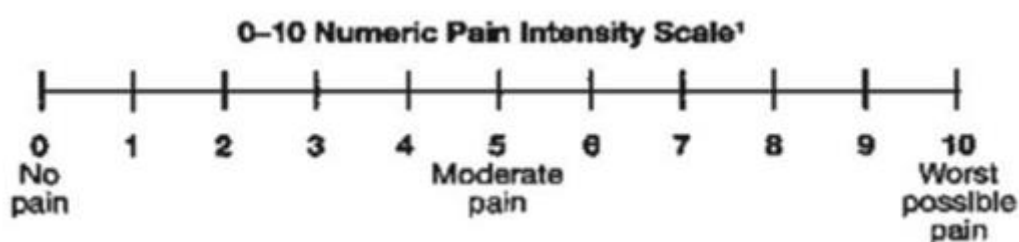
Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Σε ποιο βαθμό επηρέασε το γεγονός της πανδημίας τα επίπεδα του πόνου σας;	27,6139	23,699	,620	,693	,768
Θεωρείτε πως τα περιοριστικά μέτρα (καραντίνα) για την αντιμετώπιση της πανδημίας επηρέασαν τα επίπεδα του πόνου σας;	27,7228	23,602	,579	,655	,770
Θεωρείτε πως η πανδημία επηρέασε τη θεραπεία σας γενικά;	28,4950	25,292	,453	,351	,782
Μειώθηκαν ή αυξήθηκαν οι επισκέψεις σας στη Μονάδα Πόνου;	28,3960	23,902	,382	,505	,790
Εάν ελαττώσατε τις επισκέψεις σας στη Μονάδα Πόνου, σε ποιο βαθμό θεωρείται ότι ευθύνεται η Πανδημία για τη μείωση αυτή;	28,0594	22,096	,651	,683	,761
Εάν ελαττώσατε τις τηλεφωνικές κλήσεις στη Μονάδα Πόνου, σε ποιο βαθμό θεωρείται ότι ευθύνεται η Πανδημία για τη μείωση αυτή;	27,6040	24,342	,494	,399	,778

Ελαττώσατε τις επισκέψεις σας σε άλλες υπηρεσίες υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας;	28,3960	26,082	,181	,215	,807
Μειώθηκε η πρόσβασή σας στη φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση του πόνου σας κατά τη διάρκεια της πανδημίας;	27,3564	27,572	,117	,114	,802
Αυξήθηκε η ποσότητα των αναλγητικών που λαμβάνετε ή αλλάξατε αγωγή λόγω μη αποτελεσματικότητας κατά τη διάρκεια της πανδημίας;	28,4851	25,932	,471	,463	,784
Εμφανίστηκαν νέα συμπτώματα πόνου κατά τη διάρκεια της πανδημίας;	28,3960	27,022	,272	,250	,794
Σε ποιο βαθμό επηρέασε το γεγονός της πανδημίας την ποιότητα ζωής σας;	28,2574	23,793	,526	,700	,775
Σε ποιο βαθμό επηρέασαν τα περιοριστικά μέτρα κυκλοφορίας (η καραντίνα) την ποιότητα ζωής σας;	28,3366	24,146	,512	,654	,776
Νομίζετε ότι η ένταση και η διάρκεια του πόνου θα επηρεάζονταν εάν δεν είχε συμβεί η πανδημία;	28,3366	25,466	,513	,554	,780
Νομίζετε ότι η ένταση και η διάρκεια του πόνου θα επηρεάζονταν εάν δεν είχαν εφαρμοστεί τα περιοριστικά μέτρα;	28,3366	25,666	,434	,487	,784
Μετά το ξέσπασμα της πανδημίας η εμπιστοσύνη μου στον κρατικό μηχανισμό	28,4257	28,067	-,018	,195	,816

3.2 Αριθμητική Αναλογική Κλίμακα Πόνου (Numeric Pain Intensity Rating Scale – NRS)

Πρόκειται για μία από τις πλέον διαδεδομένες μονοδιάστατες κλίμακες αξιολόγησης του πόνου^{109,114}. Πρόκειται για μία 11βάθμια αριθμητική κλίμακα Likert ίσων διαστημάτων, από το 0 έως το 10, όπου 0=καθόλου πόνος, 5=μέτριος

πόνος και 10=ο χειρότερος πόνος που μπορεί κανείς να φανταστεί (Εικόνα 8) (Παράρτημα Β1).



Εικόνα 8. Αναλογική Αριθμητική Κλίμακα μέτρησης πόνου

Η κλίμακα NRS χρησιμοποιείται συνηθέστερα για την αποτύπωση του πόνου σε μία δεδομένη στιγμή. Η βιβλιογραφία προτείνει μία μείωση 2 μονάδων ως δείκτη σημαντικής μείωσης του επιπέδου του πόνου ανάμεσα σε δύο διαφορετικές μετρήσεις.¹¹⁵

3.3 Ερωτηματολόγιο μέτρησης άγχους, κατάθλιψης και στρες [Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS 42)]

Η κλίμακα DASS-42 κατασκευάστηκε από τους Lovibond και Lovibond¹¹⁶ προκειμένου να αξιολογήσει τρεις κυρίαρχες αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις:

1. **Κατάθλιψη:** υποκλίμακα που αξιολογεί την δυσφορία, την απελπισία, την υποτίμηση της ζωής, την αυτό-υποτίμηση, την έλλειψη ενδιαφέροντος και συμμετοχής, την ανηδονία και την αδράνεια.
2. **Άγχος:** υποκλίμακα που αξιολογεί την διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, τις μυοσκελετικές επιπτώσεις, το καταστασιακό άγχος (αντιδραστικό άγχος σε συγκεκριμένες καταστάσεις) και την υποκειμενική εμπειρία της επίδρασης του άγχους.

3. **Στρες:** υποκλίμακα που αξιολογεί τα επίπεδα χρόνιας μη ειδικής διέγερσης και εντοπίζει την δυσκολία χαλάρωσης, την υπερδιέγερση, την ευεξαπτότητα, την ευερεθιστότητα / υπέρ-αντιδραστικότητα και την ανυπομονησία.

Η κλινική αξία της κλίμακας DASS έγκειται στην ικανότητά της να εντοπίζει συμπτώματα και χαρακτηριστικά συναισθηματικής δυσφορίας, χωρίς να αποτελεί κλίμακα διάγνωσης. Αποτελείται από 42 ερωτήματα. Σε κάθε μία από τις τρεις διαστάσεις υπό μελέτη αντιστοιχούν 14 ερωτήσεις, οι οποίες διαιρούνται περεταίρω σε υποκλίμακες των δύο έως πέντε ερωτημάτων. Οι απαντήσεις είναι δοσμένες σε μορφή τετραβάθμιας κλίμακας Likert όπου, 0=Δεν μου ταιριάζει καθόλου, 1=Μου ταιριάζει σε κάποιο βαθμό ή σε κάποιες στιγμές, 2=Μου ταιριάζει σε μεγάλο βαθμό ή για μεγάλο χρονικό διάστημα και 3=Μου ταιριάζει πάρα πολύ ή το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Οι βαθμοί αθροίζονται προκειμένου να υπολογιστεί η τιμή της κάθε υποκλίμακας (από 0 έως 42), καθώς και το συνολικό σκορ συναισθηματικής δυσφορίας για κάθε συμμετέχοντα (από 0 έως 126).

Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα Ελληνικά (Παράρτημα Γ1).¹¹⁷ Οι δείκτες διαβάθμισης (cut-off scores) διαμορφώνονται για τον Ελληνικό πληθυσμό ως εξής (Πίνακας 2)¹¹⁸:

Πίνακας 2. Νόρμες ερωτηματολογίου Depression Anxiety Stress-42 για τον Ελληνικό πληθυσμό

	Κατάθλιψη	Άγχος	Στρες
Φυσιολογικό σκορ	0-4	0-3	0-7
Ήπια έκπτωση	5-7	4-5	8-9
Μέτρια έκπτωση	7-10	6-7	10-12
Σοβαρή έκπτωση	11-13	8-9	13-16
Εξαιρετικά σοβαρή έκπτωση	14+	10+	17+

3.4 Ελληνικό Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας 10 Ερωτημάτων (ΕΕΠ10)/ Ten Item Personality Inventory (TIPI)

Το Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας 10 Ερωτημάτων (Ten Item Personality Inventory) αναπτύχθηκε από τους Gosling και συν.¹¹⁹ Πρόκειται για ένα συνοπτικό, αυτοαναφορικό ψυχομετρικό εργαλείο σχεδιασμένο να αξιολογεί πέντε κεντρικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως ορίζονται από το Μοντέλο των Πέντε Μεγάλων Παραγόντων της Προσωπικότητας¹²⁰:

1. **Εξωστρέφεια (Extraversion):** αφορά την ποσότητα και την ένταση των διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων, την κοινωνικότητα, την ενεργητικότητα, την κοινωνική δραστηριοποίηση. Χαμηλά επίπεδα εξωστρέφειας συνδέονται με απομόνωση, απομάκρυνση, επιφυλακτικότητα, συστολή και αυξημένη αίσθηση καθήκοντος.
2. **Προσήνεια (Agreeableness):** αφορά την ποιότητα των σχέσεων, και αξιολογεί το ενδιαφέρον, την συμπόνοια και την ενσυναίσθηση. Χαμηλά επίπεδα προσήνειας συνδέονται με καχυποψία, αγένεια, παρεμβατικότητα και κυνισμό.
3. **Ευσυνειδησία (Conscientiousness):** αξιολογεί το βαθμό οργάνωσης του ατόμου και συνδέεται με σταθερότητα, συνέπεια, υπευθυνότητα, έλεγχο και τάξη. Χαμηλά επίπεδα ευσυνειδησίας σχετίζονται με έλλειψη στόχων και οργάνωσης και χαμηλή ενεργοποίηση.
4. **Συναισθηματική Αστάθεια/Νευρωτισμός (Neuroticism):** αυξημένη συναισθηματική αστάθεια συνδέεται με άγχος, ανασφάλεια, φοβίες και απαισιοδοξία. Αντιθέτως, η αυξημένη συναισθηματική σταθερότητα συνδέεται με αυξημένα επίπεδα ηρεμίας, ασφάλειας και ικανοποίησης.
5. **Ανοιχτότητα ή Δεκτικότητα στην Εμπειρίες (Openness to Experience):** συνδέεται με αυξημένη δημιουργικότητα και φαντασία και με αυξημένη επιθυμία του ατόμου να αναζητά και να επιδιώκει νέες εμπειρίες. Χαμηλά επίπεδα ανοιχτότητας σε εμπειρίες εμφανίζονται σε άτομα περισσότερο προσγειωμένα, με περιορισμένα ενδιαφέροντα και με δυσκολία στην αναλυτική σκέψη.

Μετάφραση και στάθμιση του ερωτηματολογίου στα Ελληνικό έχει γίνει από τους Λυράκο και συν.¹²¹ Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δέκα ερωτήσεις, οι οποίες ξεκινούν με το κοινό πρόθεμα «Θα περιέγραφα τον εαυτό μου ως άτομο...». Οι απαντήσεις είναι δοσμένες σε μορφή επταβάθμιας κλίμακας Likert, όπου 1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ μέτρια, 3=Διαφωνώ λίγο, 4=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 5=Συμφωνώ λίγο, 6=Συμφωνώ μέτρια και 7=Συμφωνώ απόλυτα (Παράρτημα Γ2) (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Νόρμες ερωτηματολογίου Ten Item personality Inventory (TIPI)

	Μέσος όρος (M)	Τυπική απόκλιση (SD)
Εξωστρέφεια	4.44	1.45
Προσήνεια	5.23	1.11
Ευσυνειδησία	5.40	1.32
Συναισθηματική Σταθερότητα/ Νευρωτισμός	4.83	1.42
Ανοιχτότητα σε εμπειρίες	5.38	1.07

3.5 Personal Wellbeing Index (PWI)

Η κλίμακα Personal Wellbeing Index (PWI) κατασκευάστηκε το 2013 προκειμένου να αξιολογήσει μία υποκειμενική διάσταση της ποιότητας ζωής – το αίσθημα υποκειμενικής ευεξίας και ευημερίας¹²². Πρόκειται για μία αυτοαναφορική κλίμακα 10 ερωτημάτων. Κατασκευάστηκε από τις στάχτες της κλίμακας Comprehensive Quality of Life Scale (ComQoL), η οποία χρησιμοποιούταν ευρέως για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής από το 1994 έως το 2001, οπότε και απεσύρθη από τους δημιουργούς της. Οι κατασκευαστές της κλίμακας Personal Wellbeing Index αξιοποίησαν τα ευρήματα των περασμένων ετών όσων αφορά στους «δυνατότερους» και πιο αξιόπιστους παράγοντες αξιολόγησης της υποκειμενικής ικανοποίησης, και κατέληξαν σε μία κλίμακα οκτώ συν ενός ερωτημάτων με το

κοινό πρόθεμα «Πόσο ικανοποιημένος/ή είστε...». Η ελληνική προσαρμογή της κλίμακας έχει γίνει από τους Terzioti και Manier (Παράρτημα Γ3).¹²³

Κάθε ένα από τα οκτώ ερωτήματα αντιστοιχεί σε έναν παράγοντα αξιολόγησης της ποιότητας ζωής: (1) βιοτικό επίπεδο, (2) υγεία, (3) προσωπικά επιτεύγματα ζωής, (4) σχέσεις, (5) ασφάλεια, (6) αίσθημα κοινότητας/ συνδεσιμότητας, (7) μελλοντική ασφάλεια και (8) πνευματικότητα/ θρησκευτικότητα. Όλοι αυτοί οι παράγοντες εμπεριέχονται θεωρητικά στον παράγοντα «γενικότερης ικανοποίησης από τη ζωή», ο οποίος συμπεριλαμβάνεται στο ερωτηματολόγιο ως ένα επιπλέον ερώτημα. Οι απαντήσεις δίνονται με τη μορφή διατεταγμένης κλίμακας 0-10 όπου, 0=καθόλου ικανοποιημένος/η, 5=ουδέτερα και 10=απόλυτα ικανοποιημένος/η. Κάθε ένας από τους παράγοντες μπορεί να αξιολογηθεί ατομικά. Εναλλακτικά, μπορεί να εξαχθεί ένα συλλογικό σκορ αξιολόγησης. Οι Tomyn, Weinberg & Cummins (2015) προτείνουν την ακόλουθη κατηγοριοποίηση: 70+ = φυσιολογικά ("normal") επίπεδα υποκειμενικής ικανοποίησης, 50-69 = διαταραγμένα ("compromised") επίπεδα υποκειμενικής ικανοποίησης και ≤ 49 = προβληματικά ("challenged") επίπεδα υποκειμενικής ικανοποίησης.¹²⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Αποτελέσματα

1. 2020 – το πρώτο κύμα της πανδημίας Covid-19

1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το δείγμα των συμμετεχόντων κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας αποτελούνταν κυρίως από γυναίκες, κατοίκους αστικής περιοχής, με μέσο όρο ηλικίας τα 58,5 έτη. Σε ένα ποσοστό 50% οι συμμετέχοντες ήταν είτε συνταξιούχοι, είτε ασχολούνταν με οικιακές εργασίες. Η πλειοψηφία των ασθενών ανέφερε πόνο καλοήθους αιτιολογίας με συνηθέστερους τους μυοσκελετικούς πόνους (43,6%) και τις κεφαλαλγίες (29,7%). Το 66.3% των συμμετεχόντων ανέφεραν τουλάχιστον ένα επιπλέον πρόβλημα υγείας πέραν του χρόνιου πόνου, με τα καρδιαγγειακά νοσήματα να συναντώνται συχνότερα (39,7%) (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων της πρώτης κοόρτης (Μάρτιος – Μάιος 2020).

	N=101	%
Φύλο		
Άντρας	17	16.8
Γυναίκα	84	83.2
Επάγγελμα		
Δημόσιος υπάλληλος	15	14.9
Ιδιωτικός υπάλληλος	9	8.9
Ελεύθερος επαγγελματίας	6	5.9
Συνταξιούχος	40	39.6
Οικιακά	12	11.9
Αναπηρική σύνταξη	7	6.9

Άνεργος	10	9.9
Άλλο	2	2.0
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	9	8.9
Συζώ	9	8.9
Έγγαμος/η	58	57.4
Διαζευγμένος/η	6	5.9
Χήρος/α	19	18.8
Κύρια αιτία χρόνιου πόνου		
Κεφαλαλγία	30	29.7
Μυοσκελετικός πόνος	44	43.6
Νευροπαθητικός πόνος	10	9.9
Σπλαγχνικός πόνος	1	1.0
Καρκινικός πόνος	1	1.0
Χρόνιος μετατραυματικός πόνος	3	3.0
Μεικτός πόνος	12	11.9

Το 34% των ασθενών μπόρεσαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια διαδικτυακά. Εξ' αυτών, 11% χρειάστηκαν τη βοήθεια συγγενούς για να χρησιμοποιήσουν την εφαρμογή Google Forms. Μόνο 17,8 % των ασθενών είχε αξιοποιήσει την εφαρμογή της άυλης συνταγογράφησης, ενώ 33,7% των συμμετεχόντων δεν γνώριζαν καν τι είναι.

Ένα τέταρτο των ασθενών >65 ετών ζούσαν μόνοι ή με τον/την σύντροφό τους. Περίπου οι μισοί συμμετέχοντες θεωρούσαν πως ανήκουν σε ευπαθή ομάδα για Covid-19, και 65% των συμμετεχόντων είχαν ή πίστευαν πως έχουν τουλάχιστον ένα στενό οικογενειακό μέλος το οποίο ανήκε σε ευπαθή ομάδα (Πίνακας 5).

Πίνακας 5. Covid-19, ιστορικό και προσωπική εκτίμηση ρίσκου

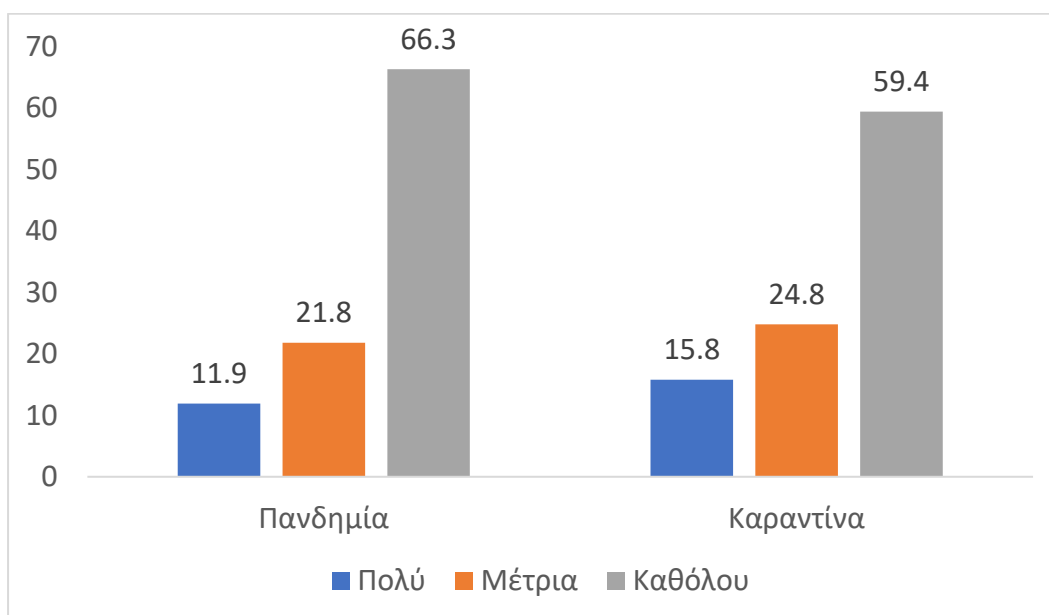
	N=101	%
Νοσήσατε από κορωνοϊό;		
Ναι	0	0
Όχι	92	91.1
Δεν ξέρω	9	8.9
Νόσησε κάποιος οικείος ή γνωστός σας από κορωνοϊό;		
Ναι	8	7.9
Όχι	84	83.2
Δεν ξέρω	9	8.9
Χάσατε αγαπημένο σας πρόσωπο από κορωνοϊό;		
Ναι	3	3.0
Όχι	97	96.0
Δεν ξέρω	1	1.0
Ανήκετε σε ομάδα υψηλού κινδύνου;		
Ναι	49	48.5
Όχι	42	41.6
Δεν ξέρω	10	9.9
Ανήκει κάποιος από τους κοντινούς σας ανθρώπους σε ομάδα υψηλού κινδύνου;		

Ναι	66	65.3
Όχι	31	30.7
Δεν ξέρω	4	4.0

1.2 Επίπεδα πόνου

Το 66,3% των ασθενών ανέφεραν πως το γεγονός της πανδημίας δεν επηρέασε καθόλου τα επίπεδα του πόνου τους, 21,8% ανέφεραν πως επηρεάστηκαν μέτρια και 11,9% ανέφεραν πως επηρεάστηκαν πολύ. Το 59,4% των ασθενών ανέφεραν πως τα περιοριστικά μέτρα για την αντιμετώπιση της πανδημίας δεν επηρέασαν καθόλου τα επίπεδα του πόνου τους, 24,8% ανέφεραν πως επηρεάστηκαν μέτρια και 15,8% ανέφεραν πως επηρεάστηκαν πολύ. Στην ερώτηση «Νομίζετε ότι η διάρκεια και η ένταση του πόνου θα επηρεαζόταν εάν δεν είχαν εφαρμοστεί τα περιοριστικά μέτρα;», 66,3% των ασθενών απάντησαν πως θα ήταν το ίδιο, 25,7% απάντησαν πως θα ήταν καλύτερα και 7,9% απάντησαν πως θα ήταν χειρότερα (Γράφημα 1).

Γράφημα 1. Ο βαθμός στον οποίο επηρεάστηκαν τα επίπεδα πόνου κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας



Στην ερώτηση «Θεωρείτε πως τα περιοριστικά μέτρα (καραντίνα) για την αντιμετώπιση της πανδημίας του κορωνοϊού επηρέασαν τα επίπεδα του πόνου σας;», η μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης έδειξε στατιστικώς σημαντικές διαφορές ως προς τα επίπεδα του στρες [$F(2,98)=12.134$, $p=0.001$], του άγχους [$F(2,98)=8.869$, $p=0.001$], της κατάθλιψης [$F(2,98)=6.927$, $p=0.002$] και της συναισθηματικής αστάθειας [$F(2,98)=3.984$, $p=0.022$] στους ασθενείς που ανέφεραν πως τα επίπεδα του πόνου τους επηρεάστηκαν από τα περιοριστικά μέτρα (Πίνακας 6).

Μετά την εφαρμογή της διόρθωσης κατά Bonferroni, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα στρες ανάμεσα στους ασθενείς που ανέφεραν πως τα επίπεδα του πόνου τους επηρεάστηκαν πολύ, συγκριτικά με τους ασθενείς που επηρεάστηκαν μέτρια και τους ασθενείς που δεν επηρεάστηκαν καθόλου (οι μέσες διαφορές ήταν 11.100 και 14.600 με $p=0.004$ και 0.001 αντίστοιχα). Το ίδιο παρατηρήθηκε και στα επίπεδα του άγχους. Υπήρξε στατιστική σημαντική διαφορά ανάμεσα στους ασθενείς που ανέφεραν πως τα επίπεδα του πόνου τους επηρεάστηκαν πολύ, συγκριτικά με τους ασθενείς που επηρεάστηκαν μέτρια και αυτούς που δεν επηρεάστηκαν καθόλου (οι μέσες διαφορές ήταν 9.340 και 9.616 με $p=0.002$ και 0.001 αντίστοιχα). Όσον αφορά στην κατάθλιψη, επίσης παρατηρήθηκε στατιστική σημαντική διαφορά ανάμεσα στους ασθενείς που ανέφεραν πως τα επίπεδα του πόνου τους επηρεάστηκαν πολύ, συγκριτικά με τους ασθενείς που επηρεάστηκαν μέτρια και αυτούς που δεν επηρεάστηκαν καθόλου (οι μέσες διαφορές ήταν 8.700 και 11.583 με $p=0.048$ και 0.001 αντίστοιχα). Όσον αφορά στα επίπεδα συναισθηματικής σταθερότητας, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς που επηρεάστηκαν πολύ και σε αυτούς που δεν επηρεάστηκαν καθόλου (μέση διαφορά=1.816, $p=0.043$).

Οι ασθενείς με παιδιά ανέφεραν συστηματικά υψηλότερα επίπεδα πόνου σε σχέση με τους ασθενείς που δεν είχαν παιδιά (4.99 vs 3.18, $p=0.022$). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στα επίπεδα αναφερόμενου πόνου (σκορ NRS) και τις υπόλοιπες ψυχομετρικές αξιολογήσεις (Πίνακας 6).

Πίνακας 6. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) σε γονείς και μη.

	Έχετε παιδιά;		
	Όχι	Ναι	
	Mean (SD)	Mean (SD)	p-value*
NRS	3.18 (2.42)	4.99 (3.41)	0.022*
TIPI			
Εξωστρέφεια	3.84 (1.12)	3.88 (1.30)	0.947
Προσήνεια	5.43 (1.22)	5.53 (1.11)	0.755
Ευσυνειδησία	5.43 (1.31)	5.51 (1.33)	0.714
Συναισθηματική σταθερότητα	4.16 (1.37)	4.11 (1.33)	0.649
Ανοιχτότητα σε εμπειρίες	4.14 (1.47)	4.39 (1.54)	0.356
DASS-42			
Στρες	16.36 (10.65)	18.23 (12.56)	0.680
Άγχος	7.82 (6.11)	11.67 (9.52)	0.094
Κατάθλιψη	13.18 (10.54)	13.52 (11.98)	0.785
PWI	54.68 (15.38)	57.85 (15.62)	0.508

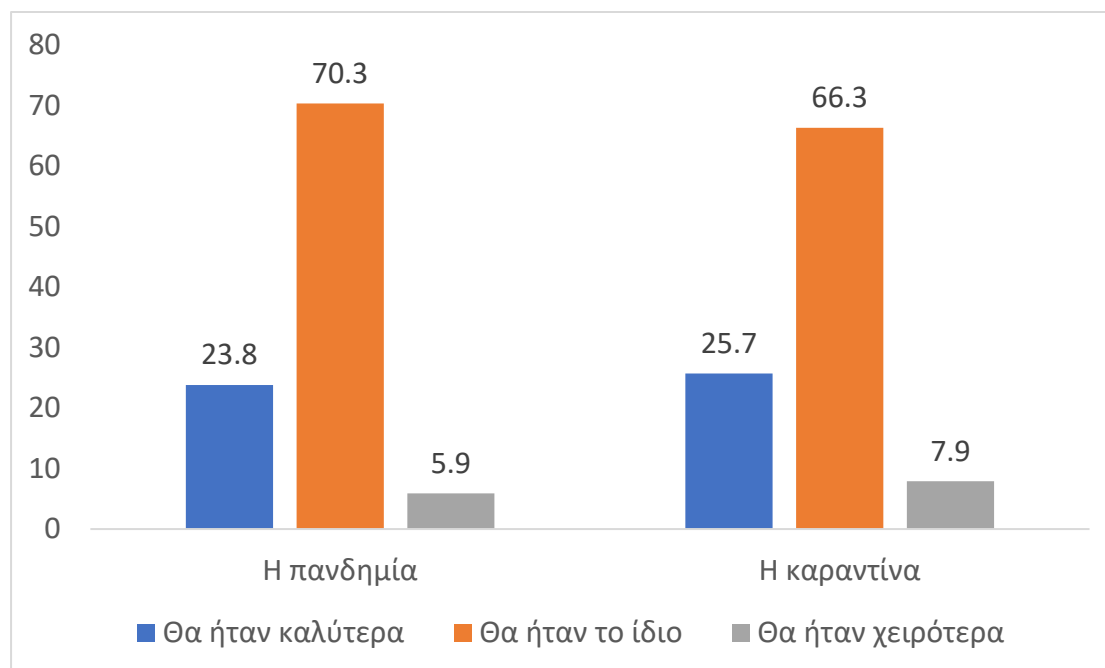
Σημείωση: *p<0.05: στατιστικά σημαντικό

1.3 Ένταση και διάρκεια πόνου

Στην ερώτηση «Νομίζετε ότι η διάρκεια και η ένταση του πόνου θα επηρεαζόταν εάν δεν είχαν εφαρμοστεί τα περιοριστικά μέτρα;», 66,3% των ασθενών απάντησαν πως θα ήταν το ίδιο, 25,7% απάντησαν πως θα ήταν καλύτερα και 7,9% απάντησαν πως θα ήταν χειρότερα. Στην αντίστοιχη ερώτηση για το κατά

πόσον η διάρκεια και η ένταση του πόνου θα επηρεάζονταν εάν δεν είχε συμβεί η πανδημία, 70,3% των ασθενών απάντησαν πως θα ήταν το ίδιο, 23,8% απάντησαν πως θα ήταν καλύτερα και 5,9% απάντησαν πως θα ήταν χειρότερα (Γράφημα 2).

Γράφημα 2. Ο βαθμός στον οποίο επηρεάστηκαν η ένταση και η διάρκεια του πόνου κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας.



Στην ερώτηση «Νομίζετε ότι η ένταση και η διάρκεια του πόνου θα επηρεαζόταν αν δεν είχε συμβεί η πανδημία;», η μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης έδειξε στατιστικώς σημαντικές διαφορές ως προς τα επίπεδα του στρες [$F(2,98)=8.878, p=0.001$], του άγχους [$F(2,98)=3.100, p=0.049$] και της ανοιχτότητας σε εμπειρίες [$F(2,98)=3.644, p=0.030$]. Μετά την εφαρμογή της διόρθωσης κατά Bonferroni, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα στρες ανάμεσα στους ασθενείς που ανέφεραν πως θα ήταν καλύτερα ($M=23.1, SD=12.8$) συγκριτικά με τους ασθενείς που ανέφεραν πως θα ήταν το ίδιο ($M=13.1, SD=9.9$) (μέση διαφορά =9.956, $p=0.001$). Επίσης, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα άγχους ανάμεσα στους ασθενείς που ανέφεραν πως θα ήταν καλύτερα ($M=13.3, SD=11.3$), συγκριτικά όσους ανέφεραν πως θα ήταν το ίδιο ($M=8.1, SD=7.9$) (μέση διαφορά =5.150, $p=0.043$). Όσον αφορά στον παράγοντα της ανοιχτότητας σε εμπειρίες, σημαντική διαφορά εντοπίστηκε

μεταξύ των ασθενών που ανέφεραν πως θα ήταν καλύτερα ($M=8.5$ $SD=2.9$) συγκρινόμενοι με όσους ανέφεραν πως θα ήταν χειρότερη η ένταση και η διάρκεια του πόνου τους εάν δεν είχε συμβεί η πανδημία ($M=11.9$, $SD=1.9$) (μέση διαφορά=-3.333, $p=0.047$).

Στην ερώτηση «Νομίζετε ότι η διάρκεια και η ένταση του πόνου θα επηρεαζόταν εάν δεν είχαν εφαρμοστεί τα περιοριστικά μέτρα;», μετά την μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης εντοπίστηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ως προς τα επίπεδα του στρες [$F(2,98)=9.783$, $p=0.001$], τα επίπεδα του άγχους [$F(2,98)=3.754$, $p=0.027$], την ανοιχτότητα σε εμπειρίες [$F(2,98)=6.211$, $p=0.001$] και την γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή [$F(2,98)=3.123$, $p=0.048$]. Μετά την εφαρμογή της διόρθωσης κατά Bonferroni, παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στα επίπεδα στρες ανάμεσα στους ασθενείς που ανέφεραν πως θα ήταν καλύτερα ($M=24.1$, $SD=11.4$) σε σχέση με όσους ανέφεραν πως θα ήταν το ίδιο ($M=13.1$, $SD=10.9$) (μέση διαφορά =10.978, $p=0.001$) και στα επίπεδα άγχους ανάμεσα στους ασθενείς που ανέφεραν πως θα ήταν καλύτερα ($M=13.5$, $SD=9.9$) συγκριτικά με όσους απάντησαν πως θα ήταν το ίδιο ($M=8.1$, $SD=8.5$) (μέση διαφορά =5.365, $p=0.027$). Όσον αφορά στον παράγοντα της ανοιχτότητας σε εμπειρίες, στατιστικώς σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν ανάμεσα στους ασθενείς που ανέφεραν πως θα ήταν καλύτερα ($M=8.3$, $SD=2.8$) και σε αυτούς που απάντησαν πως θα ήταν χειρότερα ($M=12.1$, $SD=2.1$) (μέση διαφορά=3.817, $p=0.005$). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ανάμεσα στις τρεις ομάδες ασθενών όσον αφορά την γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή.

1.4 Πρόσβαση σε υγειονομική φροντίδα, νέα συμπτωματολογία και ανταπόκριση στη θεραπεία

Η πλειοψηφία των ασθενών παρακολουθούνταν τακτικά στη Μονάδα Πόνου πριν την έναρξη της πανδημίας. Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν προγραμματισμένο ραντεβού στη Μονάδα Πόνου για τακτική επανεξέταση (follow up – 48,5%) ή για επεμβατική θεραπεία (23,8%). Εκ των συμμετεχόντων, 45,5% είχαν επισκεφθεί τη Μονάδα Πόνου 2-3 φορές το περασμένο έτος για ραντεβού επανεξέτασης, συνταγογράφηση ή επεμβατική θεραπεία. Το 28,7% των συμμετεχόντων είχαν

επισκεφθεί τη Μονάδα περισσότερες από 3 φορές κατά το περασμένο έτος και μόνο 19,8% των συμμετεχόντων ήταν νέοι ασθενείς και είχαν επισκεφθεί τη Μονάδα Πόνου μόνο μία φορά πριν την έναρξη της πανδημίας.

Στην ερώτηση “Θεωρείτε πως η πανδημία επηρέασε τη θεραπεία σας γενικά;», 40,6% των συμμετεχόντων απάντησαν πως η θεραπεία τους επηρεάστηκε αρνητικά, 6,9% απάντησαν πως επηρεάστηκε θετικά και 52,5% ανέφεραν πως η θεραπεία τους δεν επηρεάστηκε καθόλου. Ωστόσο, 60,4% των ασθενών μείωσαν τις επισκέψεις στη Μονάδα Πόνου κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας, ενώ 72,3% μείωσαν τις επισκέψεις και σε άλλες μονάδες υγειονομικής φροντίδας μέτρια ή πολύ (Πίνακας 7) (Γράφημα 3).

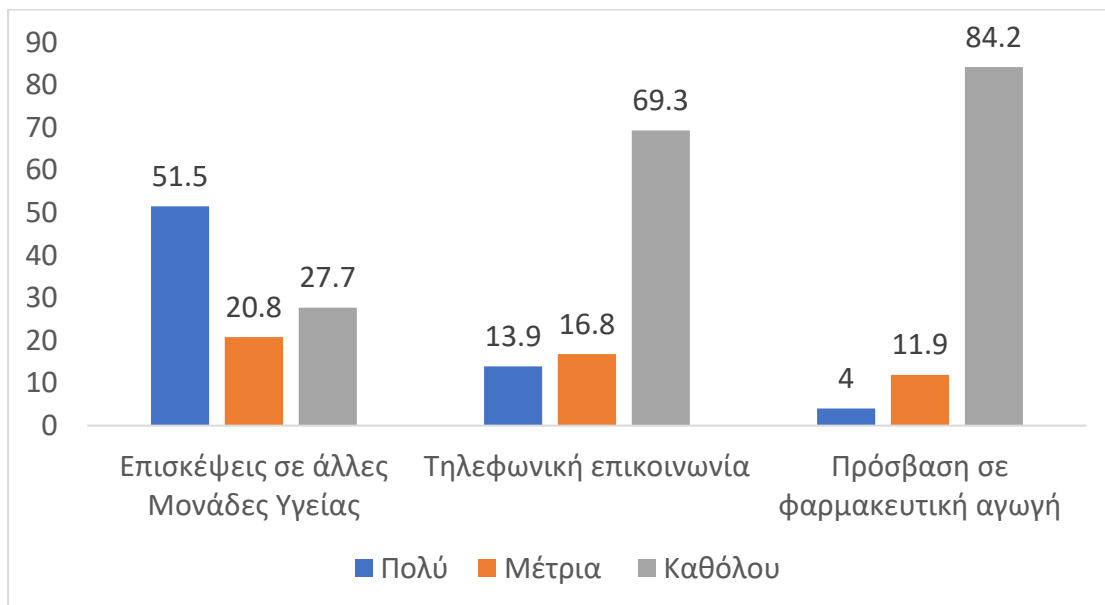
Πίνακας 7. Η επίδραση της πανδημίας Covid-19 και των περιοριστικών μέτρων (lockdown) στην αντίληψη του πόνου, στην πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη και στην ποιότητα ζωής

	N=101	%
Θεωρείτε πως η πανδημία επηρέασε τη θεραπεία σας γενικά;		
Αρνητικά	41	40.6
Καθόλου	53	52.5
Θετικά	7	6.9
Μειώθηκαν ή αυξήθηκαν οι επισκέψεις σας στη Μονάδα Πόνου (κανονικές ή μέσω τηλεφώνου);		
Μειώθηκαν	61	60.4
Αυξήθηκαν	3	3.0
Παρέμειναν ίδιες	37	36.6
Ελαττώσατε τις επισκέψεις σας σε άλλες υπηρεσίες υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας;		
Πολύ	52	51.5

Μέτρια	21	20.8
Καθόλου	28	27.7
Σε ποιο βαθμό επηρέασε το γεγονός της πανδημίας τα επίπεδα του πόνου σας;		
Πολύ	12	11.9
Μέτρια	22	21.8
Καθόλου	67	66.3
Θεωρείτε πως τα περιοριστικά μέτρα (καραντίνα) για την αντιμετώπιση της πανδημίας επηρέασαν τα επίπεδα του πόνου σας;		
Πολύ	16	15.8
Μέτρια	25	24.8
Καθόλου	60	59.4
Νομίζετε ότι η ένταση και η διάρκεια του πόνου θα ήταν διαφορετικά εάν δεν είχε συμβεί η πανδημία;		
Θα ήμουν καλύτερα	24	23.8
Θα ήμουν το ίδιο	71	70.3
Θα ήμουν χειρότερα	6	5.9
Νομίζετε ότι η ένταση και η διάρκεια του πόνου θα ήταν διαφορετικά εάν δεν είχαν εφαρμοστεί τα περιοριστικά μέτρα (καραντίνα);		
Θα ήμουν καλύτερα	26	25.7
Θα ήμουν το ίδιο	67	66.3
Θα ήμουν χειρότερα	8	7.9
Σε ποιο βαθμό επηρέασε το γεγονός της πανδημίας την ποιότητα ζωής σας;		
Πολύ	36	35.6

Μέτρια	39	38.6
Καθόλου	26	25.7
Σε ποιο βαθμό επηρέασαν τα περιοριστικά μέτρα (καραντίνα) την ποιότητα ζωής σας;		
Πολύ	38	37.6
Μέτρια	43	42.6
Καθόλου	20	19.8

Γράφημα 3. Σε ποιο βαθμό επηρεάστηκε η θεραπεία των ασθενών κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας



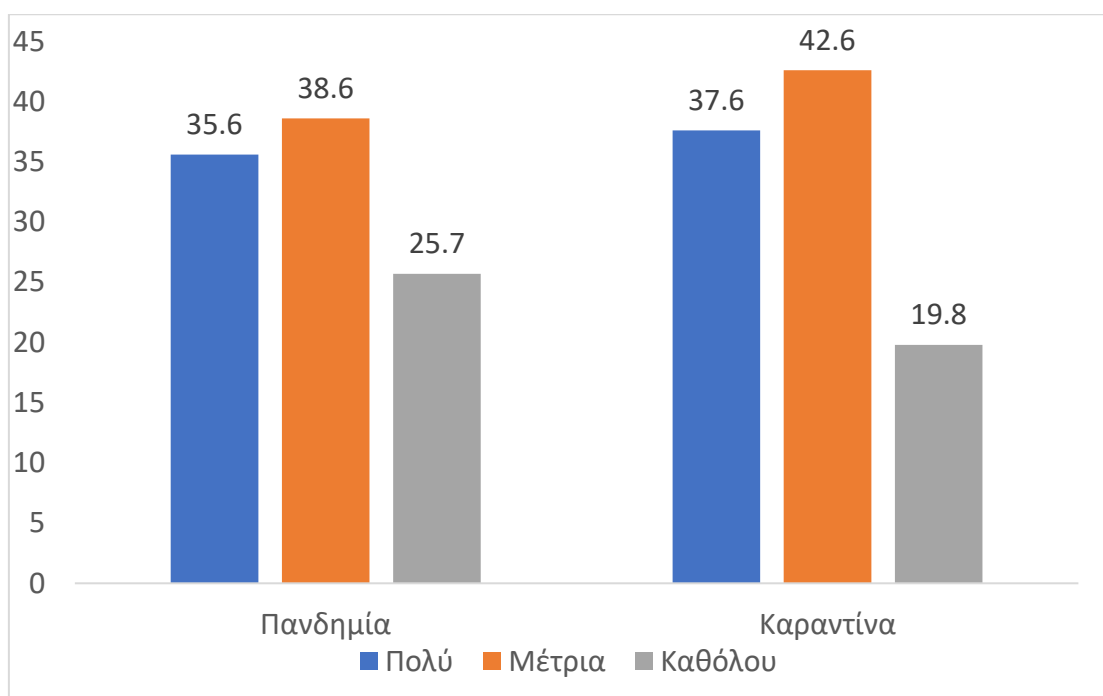
Το 23% των ασθενών εμφάνισαν κάποιο νέο σύμπτωμα πόνου, 70% εκ των οποίων ήταν μυοσκελετικοί. Το 32,7 % των ασθενών αύξησαν την ποσότητα των αναλγητικών ή άλλαξαν αγωγή κατά τη διάρκεια της πανδημίας, λόγω αυξημένων επιπέδων πόνου που οι ερωτηθέντες ασθενείς συνέδεσαν με μειωμένη αποτελεσματικότητα της τρέχουσας αγωγής. Πιο συγκεκριμένα, στην ερώτηση «Αυξήθηκε η ποσότητα των αναλγητικών που λαμβάνετε ή αλλάξατε αγωγή λόγω μη αποτελεσματικότητας κατά τη διάρκεια της πανδημίας;», ο έλεγχος με την κατανομή t για ανεξάρτητα δείγματα (independent sample t-test) έδειξε στατιστικά

σημαντικές διαφορές ως προς τα επίπεδα στρες ($t=2.670$, $p=0.009$) ανάμεσα στους ασθενείς που έκριναν αναποτελεσματική τη θεραπεία τους και άλλαξαν αγωγή ($M=20.4$, $SD=12.2$) και σε όσους δεν το έκαναν ($M=13.9$, $SD=10.9$). Η πρώτη ομάδα ασθενών είχε επίσης σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή ($t=-2.011$, $p=0.04$) και ($M=52.8$, $SD=15.4$) σε σχέση με τη δεύτερη ($M=59.3$, $SD=15.3$).

1.5 Ποιότητα ζωής

Στην ερώτηση «Σε ποιο βαθμό επηρέασε το γεγονός της πανδημίας την ποιότητα ζωής σας;», η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε πως επηρεάστηκε πολύ (35.6%) ή μέτρια (38.6%). Στην αντίστοιχη ερώτηση για την επίδραση των περιοριστικών μέτρων στην ποιότητα ζωής, 37.6% των ασθενών απάντησε “πολύ” και 42.6% απάντησε “μέτρια” (Γράφημα 4).

Γράφημα 4. Ο βαθμός στον οποίο επηρεάστηκε η ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια πόνο κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος της πανδημίας.



Η μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης όσον αφορά στην επίδραση της πανδημίας στην ποιότητα ζωής έδειξε στατιστικώς σημαντικές διαφορές ως προς την επίδραση του στρες [$F(2,98)=4.755$, $p=0.011$] και του άγχους [$F(2,98)=4.590$,

$p=0.012$] στις απαντήσεις των ασθενών. Μετά την εφαρμογή της διόρθωσης κατά Bonferroni, παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στα επίπεδα στρες ανάμεσα στους ασθενείς που ανέφεραν πως η ποιότητα ζωής τους επηρεάστηκε πολύ από την πανδημία ($M=20.3$, $SD=11.7$) συγκριτικά με αυτούς που δεν επηρεάστηκαν καθόλου ($M=11.6$, $SD=10.4$) (μέση διαφορά=8.728, $p=0.010$). Σημαντική διαφορά εντοπίστηκε επίσης στα επίπεδα άγχους ανάμεσα στους ασθενείς των οποίων η ποιότητα ζωής επηρεάστηκε πολύ και στους ασθενείς των οποίων η ποιότητα ζωής δεν επηρεάστηκε καθόλου από την πανδημία (μέση διαφορά=6.589, $p=0.011$).

Όσον αφορά στην επίδραση των περιοριστικών μέτρων (lockdown) στην ποιότητα ζωής, η μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης ανέδειξε διαφορές μόνο ως προς την επίδραση του στρες [$F(2,98)=3.474$, $p=0.035$]. Μετά την εφαρμογή της διόρθωσης κατά Bonferroni, στατιστικώς σημαντικές διαφορές βρέθηκαν στα επίπεδα στρες των ασθενών που ανέφεραν πως επηρεάστηκαν πολύ ($M=19.9$, $SD=11.1$) και όσον ανέφεραν πως επηρεάστηκαν μέτρια ($M=13.7$, $SD=11.9$) (μέση διαφορά=6.173, $p=0.05$).

1.6 Ψυχολογική αξιολόγηση και δημογραφικές συσχετίσεις

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων κατέδειξαν σοβαρή και οριακά εξαιρετικά σοβαρή έκπτωση στα επίπεδα στρες ($M=16.01$, $SD=11.7$), άγχους ($M=9.5$, $SD=8.9$) και κατάθλιψης ($M=13.5$, $SD=11.7$) (Πίνακας 2). Όσον αφορά στα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, οι ασθενείς επέδειξαν σημαντικά αυξημένα επίπεδα εξωστρέφειας ($M=7.74$, $SD=2.51$), συναισθηματικής αστάθειας/νευρωτισμού ($M=8.23$, $SD=2.66$) και ανοιχτότητας σε εμπειρίες ($M=8.66$, $SD=3.04$), και εξαιρετικά αυξημένα επίπεδα προσήνειας ($M=11.01$, $SD=2.26$) και ευσυνειδησίας ($M=10.98$, $SD=2.63$) σε σχέση με τις επίσημες νόρμες (Πίνακας 3). Όσον αφορά στο ερωτηματολόγιο Personal Wellbeing Index, το συνολικό σκορ των συμμετεχόντων ($M=57.15$, $SD=15.55$) φανερώνει διαταραγμένα επίπεδα υποκειμενικής ικανοποίησης από τη ζωή (Πίνακας 8).

Πίνακας 8. Περιγραφικοί δείκτες για τους συμμετέχοντες του 2020: ηλικία, αριθμός παιδιών, αριθμών ημερών από την έναρξη της καραντίνας, αναφερόμενος πόνος, στρες, άγχος, κατάθλιψη,

αισιοδοξία, εξωστρέφεια, ευσυνειδησία, προσήνεια, συναισθηματική αστάθεια/ νευρωτισμός, ανοιχτότητα σε εμπειρίες, γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή

	N	Min	Max	Mean	SD
Ηλικία	101	17,00	88,00	58,5941	16,15746
Αριθμός τέκνων	101	,00	4,00	1,5050	1,00622
Αριθμός ατόμων που μένουν στο σπίτι	101	,00	11,00	2,3564	1,41127
Αριθμός ημερών από την έναρξη του lockdown	101	40,00	98,00	61,5743	16,22982
Ένταση πόνου - Pain intensity (NRS)	101	,00	10,00	4,5941	3,29296
Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS42)					
Στρες	101	,00	42,00	16,0792	11,65477
Άγχος	101	,00	42,00	9,4752	8,94270
Κατάθλιψη	101	,00	42,00	13,4653	11,71031
Ten Item Personality Inventory (TIPI)					
Εξωστρέφεια	101	2,00	14,00	7,7426	2,51656
Προσήνεια	101	3,00	14,00	10,9802	2,63811
Ευσυνειδησία	101	7,00	14,00	11,0198	2,26265
Νευρωτισμός	101	2,00	14,00	8,2376	2,66889
Ανοιχτότητα σε εμπειρίες	101	2,00	14,00	8,6634	3,04394
Personal Wellbeing Inventory (PWI)					

Γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή	101	16,00	90,00	57,1584	15,55039
-----------------------------------	-----	-------	-------	---------	----------

Βρέθηκαν συσχετίσεις ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο και τα επίπεδα πόνου ($p=0.025$), άγχους ($p=0.012$), κατάθλιψης ($p=0.025$) και τον παράγοντα ανοιχτότητας σε εμπειρίες ($p=0.001$). Πιο συγκεκριμένα, τα επίπεδα αναφερόμενου πόνου ήταν σημαντικά υψηλότερα σε απόφοιτους δημοτικού, σε σχέση με τους απόφοιτους τριτοβάθμιας και τεταρτοβάθμιας εκπαίδευσης (5.86 vs 3.50, $p=0.010$). Τα επίπεδα ανοιχτότητας σε εμπειρίες ήταν σημαντικά χαμηλότερα σε απόφοιτους δημοτικού σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν ολοκληρώσει τη βασική εκπαίδευση (3.50 vs 4.10, $p=0.009$) και τους ασθενείς που είχαν προχωρήσει σε τριτοβάθμιες και τεταρτοβάθμιες βαθμίδες εκπαίδευσης (3.50 vs 4.88, $p=0.001$). Αντίστοιχα, οι απόφοιτοι δημοτικού ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με τους απόφοιτους γυμνασίου/λυκείου (14.00 vs 7.56, $p=0.005$; 18.48 vs 9.88, $p=0.011$) (Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανά μορφωτικό επίπεδο.

	Μορφωτικό επίπεδο				Στατιστικά σημαντικές συγκρίσεις κατά ζεύγη p-value*
	Δημοτικό (1)	Γυμνάσιο-Λύκειο (2)	ΑΕΙ/ΤΕΙ/MSc/Phd (3)	p-value	
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)		
NRS	5.86 (3.19)	4.55 (3.31)	3.50 (3.04)	0.025*	1vs3: 0.010
TIPI					
Εξωστρέφεια	3.41 (1.14)	4.10 (1.17)	4.00 (1.39)	0.054	

Προσήνεια	5.22 (1.07)	5.81 (1.14)	5.39 (1.12)	0.091	
Ευσυνειδησία	5.07 (1.25)	5.72 (1.31)	5.58 (1.34)	0.061	
Συναισθηματική σταθερότητα	3.90 (1.33)	4.10 (1.42)	4.34 (1.23)	0.371	
Ανοιχτότητα σε εμπειρίες	3.50 (1.32)	4.50 (1.49)	4.88 (1.45)	0.001***	1vs2: 0.009 1vs3: 0.001
DASS-42					
Στρες	20.21 (10.64)	18.20 (13.40)	15.19 (11.63)	0.238	
Άγχος	14.00 (9.56)	11.15 (9.24)	7.56 (7.16)	0.012*	1vs3: 0.005
Κατάθλιψη	18.48 (12.60)	12.65 (11.32)	9.88 (9.70)	0.025*	1vs3: 0.011
PWI	51.97 (18.19)	58.80 (15.56)	59.81 (11.86)	0.186	

Σημείωση: * $p < 0.05$: στατιστικά σημαντικό; *** $p < 0.001$: πάρα πολύ σημαντικό

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και τα επίπεδα ευσυνειδησίας ($p=0.017$) και γενικότερης ικανοποίησης από τη ζωή ($p=0.007$). Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς που συζούσαν είχαν σημαντικά ψηλότερα επίπεδα ευσυνειδησίας σε σχέση με τους άγαμους ασθενείς (6.44 vs 4.67, $p=0.010$). Οι διαζευγμένοι ασθενείς είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα γενικότερης ικανοποίησης από τη ζωή σε σχέση με όσους συζούσαν (37.83 vs 66.89, $p=0.002$), με όσους ήταν έγγαμοι (37.83 vs 57.69, $p=0.018$) και με όσους ήταν χήροι/ες (37.83 vs 59.26, $p=0.026$) (Πίνακας 10).

Πίνακας 10. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανά οικογενειακή κατάσταση.

	Οικογενειακή κατάσταση						Στατιστικά σημαντικές συγκρίσεις κατά ζεύγη p-value
	Άγαμος (1)	Συζώ (2)	Έγγαμος (3)	Διαζευγμένος (4)	Χήρος (5)	p-value	
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)		
NRS	2.89 (2.37)	4.22 (2.05)	4.79 (3.51)	6.50 (4.37)	4.37 (2.95)	0.301	
TIPI							
Εξωστρέφεια	3.78 (1.18)	4.11 (1.27)	3.79 (1.38)	3.58 (0.80)	4.13 (1.04)	0.686	
Προσήγεια	4.83 (1.15)	5.44 (1.13)	5.68 (1.13)	5.67 (1.03)	5.29 (1.10)	0.259	
Ευσυνειδησία	4.67 (0.79)	6.44 (0.58)	5.43 (1.37)	4.83 (1.72)	5.82 (1.18)	0.017*	1vs2: 0.010
Συναισθηματική σταθερότητα	4.28 (1.52)	4.00 (1.64)	4.24 (1.24)	4.00 (1.95)	3.76 (1.23)	0.871	
Ανοιχτότητα σε εμπειρίες	4.44 (1.57)	5.06 (1.63)	4.16 (1.56)	4.42 (1.16)	4.42 (1.46)	0.623	
DASS-42							
Στρες	16.89 (11.96)	15.78 (9.51)	17.66 (12.68)	24.67 (15.11)	17.58 (11.17)	0.816	
Άγχος	8.22 (4.63)	5.33 (3.87)	10.97 (9.53)	16.33 (13.94)	12.53 (7.83)	0.147	
Κατάθλιψη	16.67 (13.08)	6.89 (5.67)	12.86 (11.31)	23.67 (15.97)	13.58 (11.09)	0.213	

PWI	52.44 (15.18)	66.89 (8.25)	57.69 (15.00)	37.83 (9.93)	59.26 (16.80)	0.007**	2vs4: 0.002 3vs4: 0.018 5vs4: 0.026
------------	------------------	-----------------	------------------	--------------	------------------	----------------	---

Σημείωση: * $p < 0.05$: στατιστικά σημαντικό; ** $p < 0.01$: πολύ σημαντικό

2. 2021 – το τρίτο κύμα της πανδημίας και συγκριτική μελέτη

2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά και συλλογή δεδομένων

Παρά τις διαφορετικές κοόρτες, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ήταν συγκρίσιμα κατά τις δύο ερευνητικές περιόδους (Πίνακας 11). Παρατηρήθηκε μείωση στον μέσο όρο ηλικίας των συμμετεχόντων από 58.59 (16.16) σε 54.28 (17.04), η οποία δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Η μόνη μεταβλητή στην οποία εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο κοόρτες, υπήρξε η οικογενειακή κατάσταση. Το ποσοστό των άγαμων ασθενών αυξήθηκε από 8.9% σε 24% ($p < 0.001$). Το ποσοστό των έγγαμων ασθενών μειώθηκε από 57.4% σε 42% ($p = 0.025$), ενώ το ποσοστό των διαζευγμένων ασθενών αυξήθηκε από 5.9% σε 13% ($p < 0.001$). Επίσης, το ποσοστό των χηρευσάντων μειώθηκε από 18.8% σε 14% ($p = 0.034$).

Όσον αφορά στην μέθοδο συλλογής δεδομένων, μειώθηκε σημαντικά το ποσοστό των ασθενών που επέλεξαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια ηλεκτρονικά μέσω Google Forms (37.6% vs 27%, $p = 0.018$), ενώ ταυτόχρονα αυξήθηκε πολύ σημαντικά το ποσοστό των ασθενών που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια σε έντυπη μορφή (14.9% vs 32%, $p < 0.001$) (Πίνακας 11).

Πίνακας 11. Σύγκριση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και της μεθόδου συλλογής δεδομένων ανάμεσα στο πρώτο (2020) και το τρίτο κύμα της πανδημίας (2021)

	2020			2021			p-value
	N=101			N=100			
	Mean (SD)	min	max	Mean (SD)	Min	max	
Ηλικία	58.59 (16.16)	17.00	88.00	54.28 (17.04)	18.00	88.00	0.067
Αριθμός παιδιών	1.50 (1.01)	0.00	4.00	1.31 (1.11)	0.00	5.00	0.206
Αριθμός ατόμων στο σπίτι	2.36 (1.41)	0.00	11.00	2.29 (1.09)	0.00	6.00	0.694
Ένταση πόνου (NRS)	4.59 (3.29)	0.00	10.00	4.78 (2.89)	0.00	10.00	0.668
	N(%)			N(%)			
Συλλογή δεδομένων							
Τηλεφωνική συνέντευξη	48(47.5)			41(41.0)			0.265
Ηλεκτρονική συμπλήρωση	38(37.6)			27(27.0)			0.018*
Έντυπα ερωτηματολόγια	15(14.9)			32(32.0)			<0.001***
Ποσοστό ανταπόκρισης	77.2%			70.9%			0.604
Φύλο							
Άντρας	17 (16.8)			19 (19.0)			0.429

Γυναίκα	84 (83.2)	81 (81.0)	0.796
Τόπος διαμονής			
Αστικός	87 (86.1)	80 (80.0)	0.551
Ημιαστικός	10 (9.9)	12 (12.0)	0.199
Αγροτικός	4 (4.0)	8 (8.0)	<0.001***
Μορφωτικό επίπεδο			
Δημοτικό	29 (28.7)	25 (25.0)	0.431
Γυμνάσιο/ Λύκειο	40 (39.6)	38 (38.0)	0.715
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	32(31.6)	37(37.0)	0.304
Οικογενειακή κατάσταση			
Άγαμος/η	9 (8.9)	24 (24.0)	<0.001***
Σε σχέση	9 (8.9)	7 (7.0)	0.080
Έγγαμος/η	58 (57.4)	42 (42.0)	0.025*
Χωρισμένος/η	6 (5.9)	13 (13.0)	<0.001***
Χήρος/α	19 (18.8)	14 (14.0)	0.034*

*Σημείωση: *p<0.05: στατιστικά σημαντικό;** p<0.01: πολύ σημαντικό; ***p<0.001: πάρα πολύ σημαντικό*

Οι συγκριτικές απαντήσεις των ασθενών στο ειδικό ερωτηματολόγιο επίδρασης της πανδημίας Covid-19 στον πόνο και την ποιότητα ζωής αποτυπώνονται στον Πίνακα 12.

Πίνακας 12. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών όσον αφορά στο υποκειμενικό βίωμα της επίδρασης της πανδημίας και των επακόλουθων περιοριστικών μέτρων στην πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, στον πόνο και στην ποιότητα ζωής κατά τα έτη 2020 και 2021

	Year		Overall	p-value ⁺
	2020	2021		
	N (%)	N (%)	N (%)	
Οι πόνοι αυτοί προϋπήρχαν πριν την πανδημία κορωνοϊού;				
Ναι	93 (92.1)	81 (81.0)	174 (86.6)	0.399
Όχι	8 (7.9)	18 (18.0)	26 (12.9)	0.047*
Σε ποιο βαθμό επηρέασε το γεγονός της πανδημίας τα επίπεδα του πόνου σας;				
Πολύ	12 (11.9)	25 (25.0)	37 (18.4)	0.030*
Μέτρια	22 (21.8)	28 (28.0)	50 (24.9)	0.377
Καθόλου	67 (66.3)	47 (47.0)	114 (56.7)	0.069
Θεωρείτε πως τα περιοριστικά μέτρα (καραντίνα) για την αντιμετώπιση της πανδημίας του κορωνοϊού επηρέασαν τα επίπεδα του πόνου σας;				
Πολύ	16 (15.8)	27 (27.0)	43 (21.4)	0.087
Μέτρια	25 (24.8)	28 (28.0)	53 (26.4)	0.654
Καθόλου	60 (59.4)	45 (45.0)	105 (52.2)	0.158
Θεωρείτε πως η πανδημία επηρέασε τη θεραπεία σας γενικά;				

Αρνητικά	41 (40.6)	47 (47.0)	88 (43.8)	0.493
Καθόλου	53 (52.5)	47 (47.0)	100 (49.8)	0.582
Θετικά	7 (6.9)	6 (6.0)	13 (6.5)	0.795
Μειώθηκαν ή αυξήθηκαν οι επισκέψεις σας στη Μονάδα Πόνου (κανονικές ή μέσω τηλεφώνου);				
Μειώθηκαν	61 (60.4)	36 (36.0)	97 (48.3)	0.013*
Αυξήθηκαν	3 (3.0)	11 (11.0)	14 (7.0)	0.031*
παρέμειναν ίδιες	37 (36.6)	53 (53.0)	90 (44.8)	0.083
Εάν μειώθηκαν ή αυξήθηκαν οι επισκέψεις σας στη Μονάδα Πόνου κατά τη διάρκεια της πανδημίας, πόσο θεωρείτε ότι επηρεάστηκαν από αυτήν;				
Πολύ	36 (35.6)	30 (30.0)	66 (32.8)	0.485
Μέτρια	19 (18.8)	22 (22.0)	41 (20.4)	0.617
Καθόλου	46 (45.5)	48 (48.0)	94 (46.8)	0.799
Εάν μειώθηκαν ή αυξήθηκαν τα τηλέφωνα που κάνατε στους ιατρούς της Μονάδας Πόνου κατά τη διάρκεια της πανδημίας, πόσο θεωρείτε ότι επηρεάστηκαν από αυτήν;				
Πολύ	14 (13.9)	22 (22.0)	36 (17.9)	0.173
Μέτρια	17 (16.8)	21 (21.0)	38 (18.9)	0.497
Καθόλου	70 (69.3)	57 (57.0)	127 (63.2)	0.272

Κατά τη διάρκεια του περασμένου έτους πόσες επισκέψεις πραγματοποιήσατε στη Μονάδα Πόνου;				
πάνω από τρεις	29 (28.7)	21 (21.0)	50 (24.9)	0.273
δύο με τρεις	46 (45.5)	25 (25.0)	71 (35.3)	0.014*
Μία	20 (19.8)	18 (18.0)	38 (18.9)	0.769
Καμία	6 (5.9)	36 (36.0)	42 (20.9)	<0.001***
Ελαττώσατε τις επισκέψεις σας σε άλλες υπηρεσίες υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας;				
Πολύ	52 (51.5)	35 (35.0)	87 (43.3)	0.076
Μέτρια	21 (20.8)	32 (32.0)	53 (26.4)	0.122
Καθόλου	28 (27.7)	33 (33.0)	61 (30.3)	0.497
Μειώθηκε η πρόσβασή σας στη φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση του πόνου σας κατά τη διάρκεια της πανδημίας;				
Πολύ	4 (4.0)	5 (5.0)	9 (4.5)	0.728
Μέτρια	12 (11.9)	12 (12.0)	24 (11.9)	0.981
Καθόλου	85 (84.2)	83 (83.0)	168 (83.6)	0.928
Χρησιμοποίησατε την εφαρμογή της άυλης συνταγογράφησης;				
Ναι	18 (17.8)	59 (59.0)	77 (38.3)	<0.001***
Όχι	49 (48.5)	25 (25.0)	74 (36.8)	0.006**

Δεν ξέρω τι είναι	34 (33.7)	16 (16.0)	50 (24.9)	0.012*
Αυξήθηκε η ποσότητα των αναλγητικών που λαμβάνετε ή αλλάξατε αγωγή λόγω μη αποτελεσματικότητας κατά τη διάρκεια της πανδημίας;				
Ναι	33 (32.7)	46 (46.0)	79 (39.3)	0.132
Όχι	68 (67.3)	54 (54.0)	122 (60.7)	0.225
Εμφανίστηκαν νέα συμπτώματα πόνου κατά τη διάρκεια της πανδημίας;				
Ναι	24 (23.8)	44 (44.0)	68 (33.8)	0.014*
Όχι	77 (76.2)	56 (56.0)	133 (66.2)	0.078
Σε ποιο βαθμό επηρέασε το γεγονός της πανδημίας την ποιότητα ζωής σας;				
Πολύ	36 (35.6)	46 (46.0)	82 (40.8)	0.250
Μέτρια	39 (38.6)	44 (44.0)	83 (41.3)	0.552
Καθόλου	26 (25.7)	10 (10.0)	36 (17.9)	0.008**
Σε ποιο βαθμό επηρέασαν τα περιοριστικά μέτρα κυκλοφορίας (η καραντίνα) την ποιότητα ζωής σας;				
Πολύ	38 (37.6)	54 (54.0)	92 (45.8)	0.086
Μέτρια	43 (42.6)	34 (34.0)	77 (38.3)	0.326
Καθόλου	20 (19.8)	12 (12.0)	32 (15.9)	0.166

Νομίζετε ότι η ένταση και η διάρκεια του πόνου θα επηρεάζονταν εάν δεν είχε συμβεί η πανδημία;				
θα ήμουν καλύτερα	24 (23.8)	41 (41.0)	65 (32.3)	0.032*
θα ήμουν το ίδιο	71 (70.3)	58 (58.0)	129 (64.2)	0.277
θα ήμουν χειρότερα	6 (5.9)	1 (1.0)	7 (3.5)	0.061
Νομίζετε ότι η ένταση και η διάρκεια του πόνου θα επηρεάζονταν εάν δεν είχαν εφαρμοστεί τα περιοριστικά μέτρα;				
θα ήμουν καλύτερα	26 (25.7)	42 (42.0)	68 (33.8)	0.048*
θα ήμουν το ίδιο	67 (66.3)	57 (57.0)	124 (61.7)	0.399
θα ήμουν χειρότερα	8 (7.9)	1 (1.0)	9 (4.5)	0.020*
Μετά το ξέσπασμα της πανδημίας η εμπιστοσύνη μου στον κρατικό μηχανισμό				
έχει βελτιωθεί	41 (40.6)	16 (16.0)	57 (28.4)	<0.001***
έχει παραμείνει ίδια	46 (45.5)	44 (44.0)	90 (44.8)	0.870
έχει χειροτερέψει	14 (13.9)	40 (40.0)	54 (26.9)	<0.001***

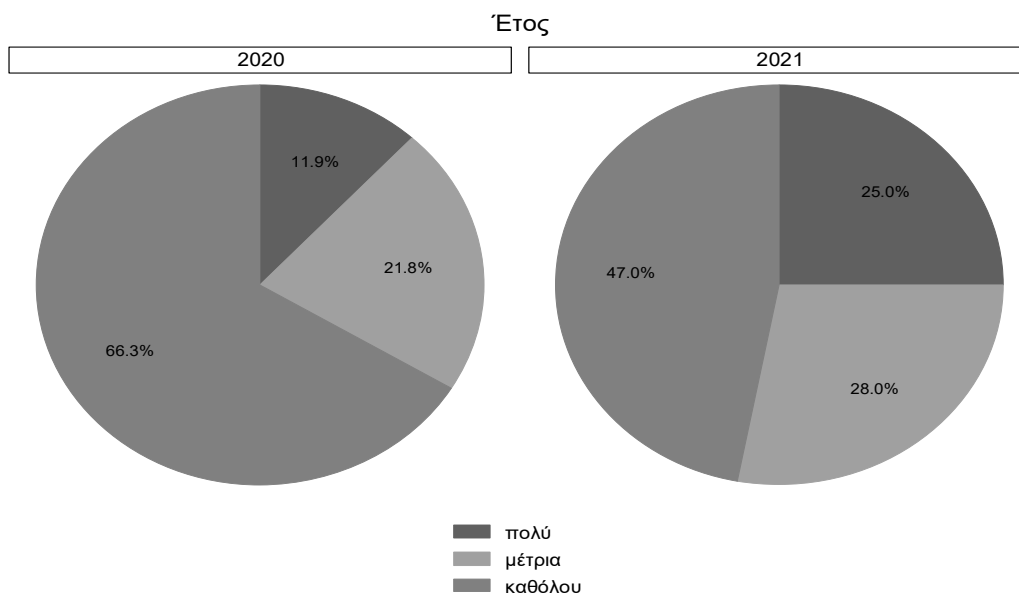
*Σημειώσεις: + Asymptotic normal z-test; *p<0.05: στατιστικά σημαντικό; **p<0.01: πολύ σημαντικό; ***p<0.001: πάρα πολύ σημαντικό*

2.2 Επίπεδα πόνου

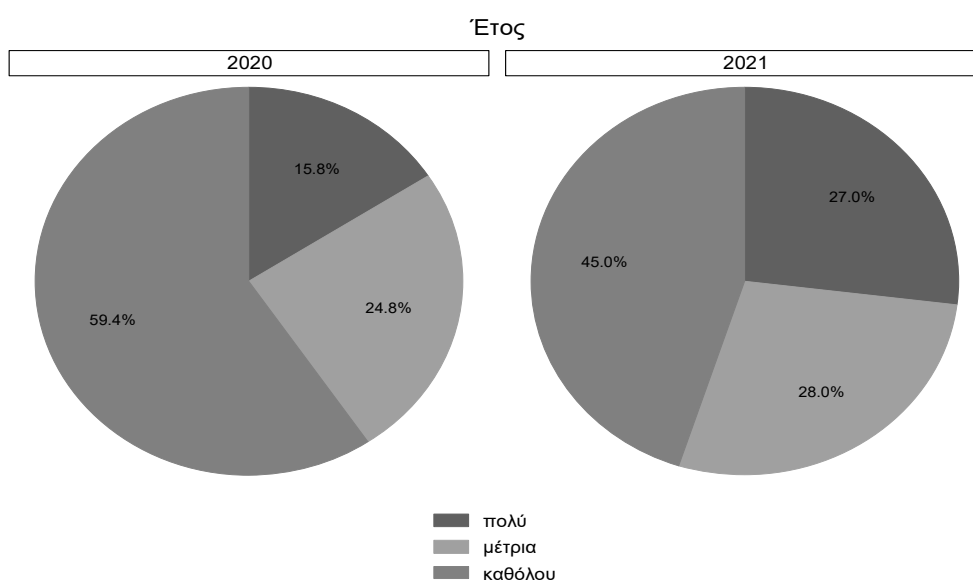
Στο σύνολο των συμμετεχόντων (N=201), 43,3% ανέφερε πως η πανδημία επηρέασε τα επίπεδα του πόνου τους μέτρια ή πολύ και 47,8% ανέφερε πως τα περιοριστικά μέτρα επηρέασαν τα επίπεδα του πόνου τους μέτρια ή πολύ. Αν και βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο έτη όσον αφορά στην επίδραση της πανδημίας στα επίπεδα του πόνου, δεν υπήρξαν σημαντικές

μεταβολές όσον αφορά στην επίδραση των περιοριστικών μέτρων στα επίπεδα του πόνου ανάμεσα στις δύο χρονιές (Πίνακας 12) (Γραφήματα 5 και 6).

Γράφημα 5. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση «Σε ποιο βαθμό επηρέασε η πανδημία τα επίπεδα του πόνου σας;» κατά τα έτη 2020 και 2021



Γράφημα 6. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση «Σε ποιο βαθμό θεωρείτε πως τα περιοριστικά μέτρα (καραντίνα) επηρέασαν το επίπεδα του πόνου σας;» κατά τα έτη 2020 και 2021



Στην ερώτηση «Σε ποιο βαθμό επηρέασε η πανδημία τα επίπεδα του πόνου σας;», το ποσοστό των ασθενών που απάντησε «πολύ» αυξήθηκε από 11,9% το 2020 σε 25% το 2021 ($p=0.030$), ενώ το ποσοστό των ασθενών που απάντησε «καθόλου» μειώθηκε από 66,3% σε 47% ($p=0.069$) (Γράφημα 5).

Όσον αφορά στην συγκεκριμένη ερώτηση, εντοπίστηκαν συσχετίσεις με τις περισσότερες ψυχολογικές μεταβλητές που διερευνήθηκαν. Αυξημένα επίπεδα αναφερόμενου πόνου ($p=0.001$), στρες ($p=0.001$), άγχους ($p<0.001$) και κατάθλιψης ($p=0.001$) και μειωμένα επίπεδα συναισθηματικής σταθερότητας ($p=0.010$) και γενικότερης ικανοποίησης από τη ζωή ($p=0.004$) διαχώριζαν συστηματικά και σταθερά τους ασθενείς οι οποίοι επηρεάστηκαν από την πανδημία πολύ ή μέτρια, από αυτούς που δεν επηρεάστηκαν καθόλου (Πίνακας 13).

Πίνακας 13. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανάλογα με το βαθμό που επηρέασε το γεγονός της πανδημίας τα επίπεδα του πόνου.

	Σε ποιο βαθμό επηρέασε το γεγονός της πανδημίας τα επίπεδα του πόνου σας;				Στατιστικά σημαντικές συγκρίσεις κατά ζεύγη p-value
	Πολύ (1)	Μέτρια (2)	Καθόλου (3)	p-value	
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	p-value	
NRS	6.76 (2.45)	3.96 (2.25)	4.21 (3.01)	0.001**	1vs2: 0.001 1vs3: 0.001
TIPI					
Εξωστρέφεια	3.24 (1.36)	3.70 (1.60)	3.76 (1.80)	0.453	
Προσήνεια	5.70 (1.13)	5.73 (0.97)	5.65 (1.26)	0.991	
Ευσυνειδησία	5.30 (1.34)	5.46 (1.37)	5.77 (1.43)	0.177	

Συναισθηματική σταθερότητα	3.42 (1.28)	3.38 (1.25)	4.19 (1.36)	0.010*	1vs3: 0.025 2vs3: 0.013
Ανοιχτότητα σε εμπειρίες	4.84 (1.82)	4.79 (1.54)	4.41 (1.79)	0.569	
DASS-42					
Στρες	21.92 (11.77)	23.79 (9.43)	15.06 (11.10)	0.001**	1vs3: 0.020 2vs3: 0.001
Άγχος	18.08 (11.91)	13.21 (7.00)	8.00 (6.04)	<0.001***	1vs3:<0.001, 2vs3: 0.004
Κατάθλιψη	20.88 (14.17)	14.43 (12.08)	9.49 (10.45)	0.001**	1vs3:<0.001
PWI	41.32 (16.80)	51.07 (13.72)	55.51 (16.48)	0.004**	1vs3: 0.001

Σημείωση: * $p < 0.05$: στατιστικά σημαντικό; ** $p < 0.01$: πολύ σημαντικό; *** $p < 0.001$: πάρα πολύ σημαντικό

Αντίστοιχη, αν και λίγο πιο ομαλή, ήταν η εικόνα των συσχετίσεων ανάμεσα στο κατά πόσον τα περιοριστικά μέτρα επηρέασαν τα επίπεδα του πόνου και τις ψυχολογικές μεταβλητές. Οι ασθενείς που ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα στρες ($p=0.021$), άγχους ($p=0.004$), κατάθλιψης ($p=0.019$) και νευρωτισμού ($p=0.041$) και μειωμένα επίπεδα γενικότερης ικανοποίησης από τη ζωή ($p=0.020$) ανέφεραν πως επηρεάστηκε ο πόνος τους από τα περιοριστικά μέτρα πολύ, σε αντίθεση με τους ασθενείς που ανέφεραν πως δεν επηρεάστηκε καθόλου. Όσον αφορά τον παράγοντα της γενικότερης ικανοποίησης από τη ζωή ειδικότερα, οι ασθενείς των οποίων ο πόνος επηρεάστηκε πολύ από τα περιοριστικά μέτρα είχαν συστηματικά χαμηλότερο σκορ όχι μόνο σε σχέση με τους ασθενείς των οποίων ο πόνος δεν επηρεάστηκε καθόλου (42.54 vs 54.00, $p=0.011$), αλλά και σε σχέση με τους ασθενείς των οποίων ο πόνος επηρεάστηκε μέτρια (42.54 vs 53.36, $p=0.046$) (Πίνακας 14).

Πίνακας 14. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανάλογα με το πως θεωρούν ότι τα περιοριστικά μέτρα (καραντίνα) για την αντιμετώπιση της πανδημίας του κορωνοϊού επηρέασαν τα επίπεδα του πόνου.

	Θεωρείτε πως τα περιοριστικά μέτρα (καραντίνα) για την αντιμετώπιση της πανδημίας του κορωνοϊού επηρέασαν τα επίπεδα του πόνου σας;				
	Πολύ (1)	Μέτρια (2)	Καθόλου (3)		Στατιστικά σημαντικές συγκρίσεις κατά ζεύγη
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	p-value	p-value
NRS	5.89 (2.93)	4.57 (2.33)	4.24 (3.06)	0.077	
TIPI					
Εξωστρέφεια	3.20 (1.24)	3.89 (1.68)	3.68 (1.81)	0.230	
Προσήνεια	5.72 (1.09)	5.71 (1.06)	5.64 (1.23)	1.000	
Ευσυνειδησία	5.26 (1.35)	5.55 (1.42)	5.76 (1.39)	0.226	
Συναισθηματική σταθερότητα	3.31 (1.26)	3.71 (1.44)	4.08 (1.31)	0.041*	1vs3 p=0.018
Ανοιχτότητα σε εμπειρίες	4.72 (1.79)	4.96 (1.41)	4.36 (1.86)	0.431	
DASS-42					
Στρες	22.00 (11.60)	22.00 (11.23)	15.82 (10.79)	0.021*	1vs3: 0.035 2vs3: 0.027
Άγχος	17.04 (11.31)	12.00 (8.68)	8.93 (6.14)	0.004**	1vs3 p=0.001

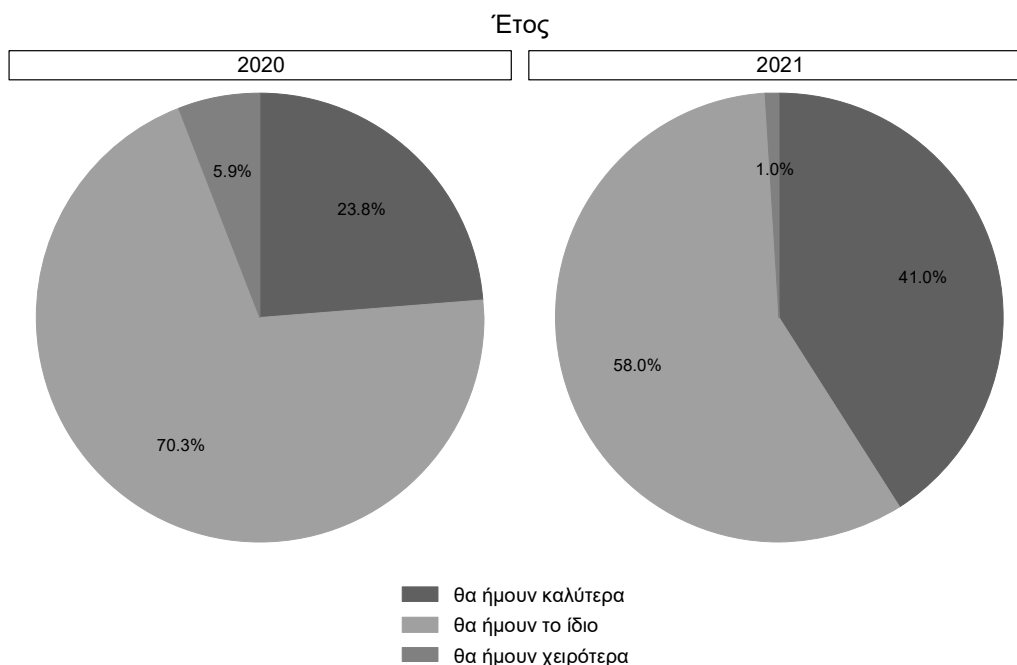
Κατάθλιψη	18.81 (13.75)	14.79 (13.49)	10.00 (10.37)	0.019*	1vs3 p=0.009
PWI	42.52 (17.01)	53.36 (14.84)	54.00 (16.29)	0.020*	1vs2: 0.046 1vs3: 0.011

Σημείωση: * p<0.05: στατιστικά σημαντικό; **p<0.01: πολύ σημαντικό

2.3 Ένταση και διάρκεια πόνου

Όσον αφορά στην ένταση του πόνου, δεν εντοπίστηκαν διαφορές στα σκορ του NRS ανάμεσα στις 2 χρονικές περιόδους. Η ένταση του αυτοαναφερόμενου πόνου παρέμεινε σταθερή. Ωστόσο, το ποσοστό των ασθενών που απάντησε πως θα ήταν καλύτερα στην ερώτηση «Νομίζετε ότι η ένταση και η διάρκεια του πόνου θα επηρεαζόταν αν δεν είχε συμβεί η πανδημία;» αυξήθηκε από 23,8% το 2020 σε 41% το 2021 (p=0.032) (Γράφημα 7).

Γράφημα 7. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση «Νομίζετε ότι η ένταση και η διάρκεια του πόνου θα επηρεαζόταν αν δεν είχε συμβεί η πανδημία;» κατά τα έτη 2020 και 2021



Οι ασθενείς οι οποίοι πίστευαν πως θα ήταν καλύτερα είχαν σημαντικά χαμηλότερο σκορ στον παράγοντα της ευσυνειδησίας (5.26 vs 5.79, $p=0.034$) και στην γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή (45.20 vs 54.66, $p=0.007$) συγκριτικά με τους ασθενείς που ανέφεραν πως η ένταση και η διάρκεια του πόνου τους θα ήταν το ίδιο εάν δεν είχε συμβεί η πανδημία. Μόνο ένας ασθενής απάντησε πως θα ήταν χειρότερα (Πίνακας 15).

Πίνακας 15. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανάλογα με το αν νομίζουν ότι η ένταση και η διάρκεια του πόνου θα επηρεάζονταν εάν δεν είχε συμβεί η πανδημία.

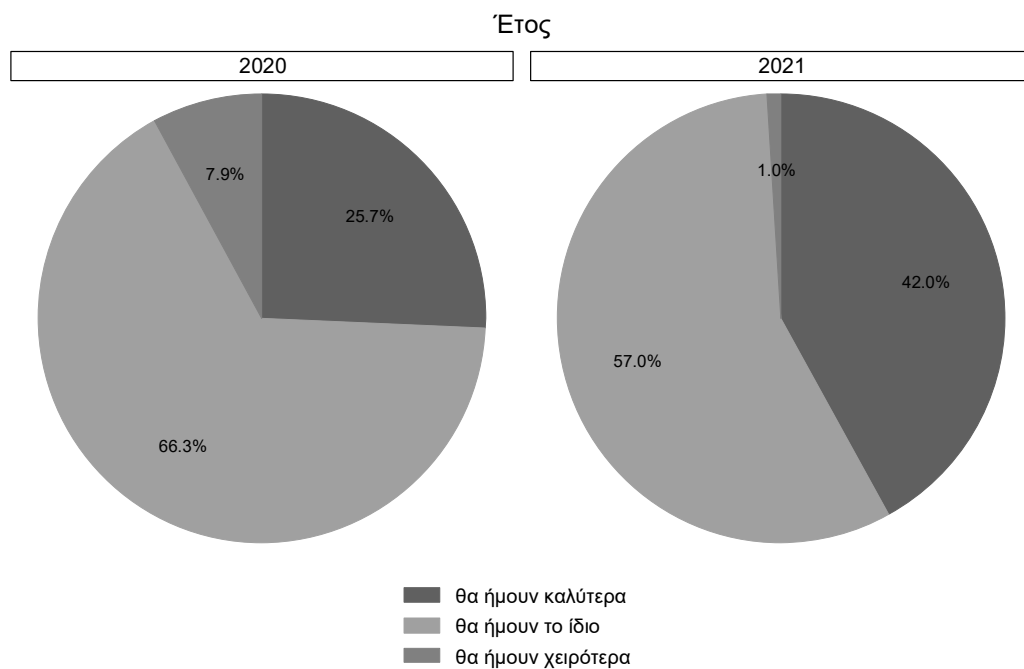
	Νομίζετε ότι η ένταση και η διάρκεια του πόνου θα επηρεάζονταν εάν δεν είχε συμβεί η πανδημία;			
	Θα ήμουν καλύτερα	Θα ήμουν το ίδιο	Θα ήμουν χειρότερα	
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)+	p-value
NRS	5.29 (3.02)	4.43 (2.80)	4.00 (-)	0.141
TIPI				
Εξωστρέφεια	3.50 (1.59)	3.67 (1.70)	4.50 (-)	0.684
Προσήνεια	5.66 (1.13)	5.72 (1.16)	5.00 (-)	0.598
Ευσυνειδησία	5.26 (1.41)	5.79 (1.35)	5.00 (-)	0.034*
Συναισθηματική σταθερότητα	3.65 (1.31)	3.88 (1.40)	2.50 (-)	0.367
Ανοιχτότητα σε εμπειρίες	4.77 (1.68)	4.51 (1.77)	5.50 (-)	0.460
DASS-42				
Στρες	19.41 (10.65)	19.07 (12.16)	20.00 (-)	0.773
Άγχος	13.37 (10.01)	10.93 (8.33)	16.00 (-)	0.241

Κατάθλιψη	14.63 (12.52)	13.10 (12.97)	12.00 (-)	0.400
PWI	45.20 (17.11)	54.66 (15.55)	49.00 (-)	0.007**

Σημείωση: +Μόνο ένας συμμετέχων; * $p < 0.05$: στατιστικά σημαντικό; ** $p < 0.01$: πολύ σημαντικό

Το ποσοστό των ασθενών που ανέφεραν πως η ένταση και η διάρκεια του πόνου τους θα ήταν καλύτερα εάν δεν είχαν εφαρμοστεί τα περιοριστικά μέτρα αυξήθηκε από 25,7% σε 42% ($p = 0.048$) το 2021, ενώ παράλληλα το ποσοστό αυτών που ανέφεραν πως η ένταση και η διάρκεια του πόνου τους θα ήταν χειρότερα μειώθηκε από 7.9% σε 1% ($p = 0.020$) (Γράφημα 8).

Γράφημα 8. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση «Νομίζετε ότι η ένταση και η διάρκεια του πόνου θα επηρεαζόταν αν δεν είχαν εφαρμοστεί τα περιοριστικά μέτρα;» κατά τα έτη 2020 και 2021



Η μόνη συσχέτιση που εντοπίστηκε στην συγκεκριμένη μεταβλητή αφορούσε τον παράγοντα της προσήνειας. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που απάντησαν «θα ήμουν το ίδιο» είχαν σημαντικά μεγαλύτερο σκορ στον παράγοντα της προσήνειας σε σχέση με τους ασθενείς που απάντησαν πως θα ήταν καλύτερα (5.87 vs 5.45, $p = 0.046$). Μόνο ένας ασθενής απάντησε πως η ένταση και η διάρκεια του πόνου

του θα ήταν χειρότερα, εάν δεν είχαν εφαρμοστεί τα περιοριστικά μέτρα (Πίνακας 16).

Πίνακας 16. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανάλογα με το αν νομίζουν ότι ένταση και η διάρκεια του πόνου θα επηρεάζονταν εάν δεν είχαν εφαρμοστεί τα περιοριστικά μέτρα.

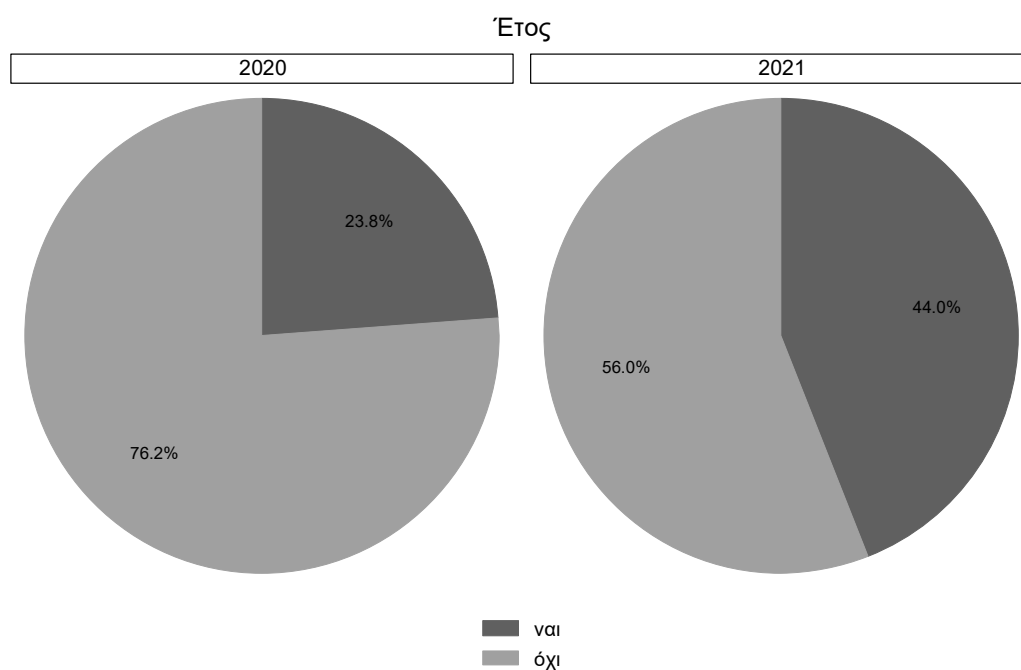
	Νομίζετε ότι η ένταση και η διάρκεια του πόνου θα επηρεάζονταν εάν δεν είχαν εφαρμοστεί τα περιοριστικά μέτρα;			
	Θα ήμουν καλύτερα	Θα ήμουν το ίδιο	Θα ήμουν χειρότερα	
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD) ⁺	p-value
NRS	5.36 (3.03)	4.37 (2.76)	4.00 (-)	0.115
TIPI				
Εξωστρέφεια	3.51 (1.53)	3.67 (1.74)	4.50 (-)	0.790
Προσήνεια	5.45 (1.17)	5.87 (1.10)	5.00 (-)	0.046*
Ευσυνειδησία	5.38 (1.35)	5.71 (1.43)	5.00 (-)	0.119
Συναισθηματική σταθερότητα	3.54 (1.35)	3.96 (1.35)	2.50 (-)	0.105
Ανοιχτότητα σε εμπειρίες	4.80 (1.78)	4.48 (1.70)	5.50 (-)	0.318
DASS-42				
Στρες	20.29 (10.64)	18.42 (12.13)	20.00 (-)	0.357
Άγχος	12.71 (9.98)	11.37 (8.43)	16.00 (-)	0.641
Κατάθλιψη	14.76 (12.71)	12.98 (12.82)	12.00 (-)	0.371
PWI	48.52 (18.16)	52.37 (15.68)	49.00 (-)	0.286

Σημείωση: +Μόνο ένας συμμετέχων; *p<0.05: στατιστικά σημαντικό

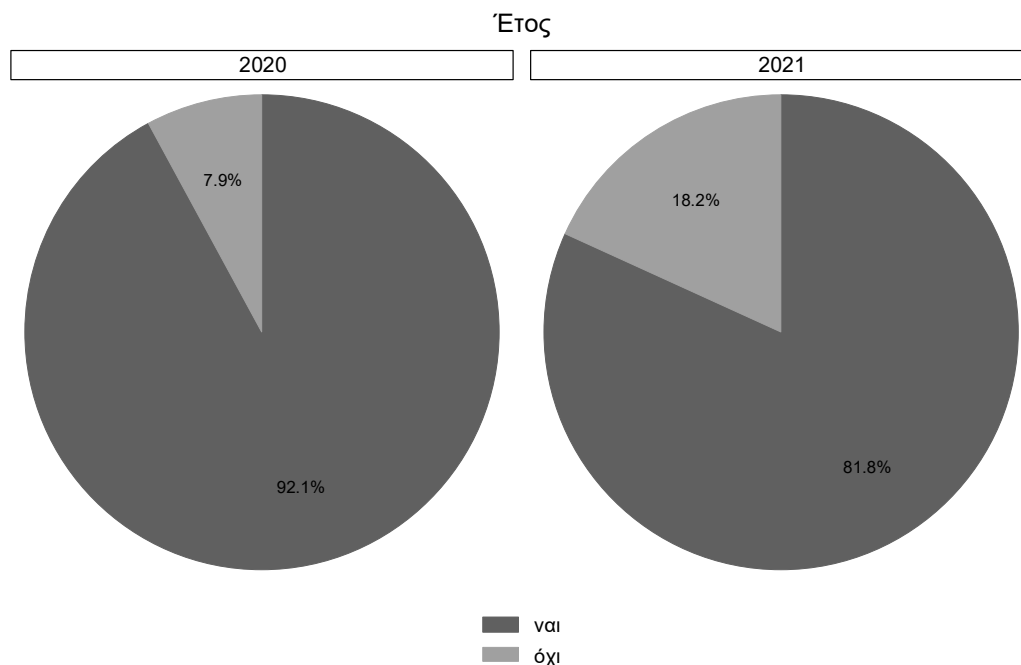
2.4 Πρόσβαση σε υγειονομική φροντίδα, νέα συμπτωματολογία και ανταπόκριση στη θεραπεία

Όσον αφορά στην εμφάνιση νέων επώδυνων συμπτωμάτων, 23,8% των συμμετεχόντων ανέφεραν το 2020 πως οι πόνοι τους αφορούν νέα συμπτώματα, ποσοστό που αυξήθηκε σε 44% το 2021 ($p=0.014$). Στην ερώτηση εάν οι πόνοι για τους οποίους αναζητούν θεραπεία προϋπήρχαν της πανδημίας, το ποσοστό των ασθενών που απάντησε «όχι» αυξήθηκε από 7,9% σε 18% μέσα σε ένα χρόνο ($p=0.047$) (Γραφήματα 9-10).

Γράφημα 9. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση «Εμφανίστηκαν νέα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της πανδημίας;» κατά τα έτη 2020 και 2021

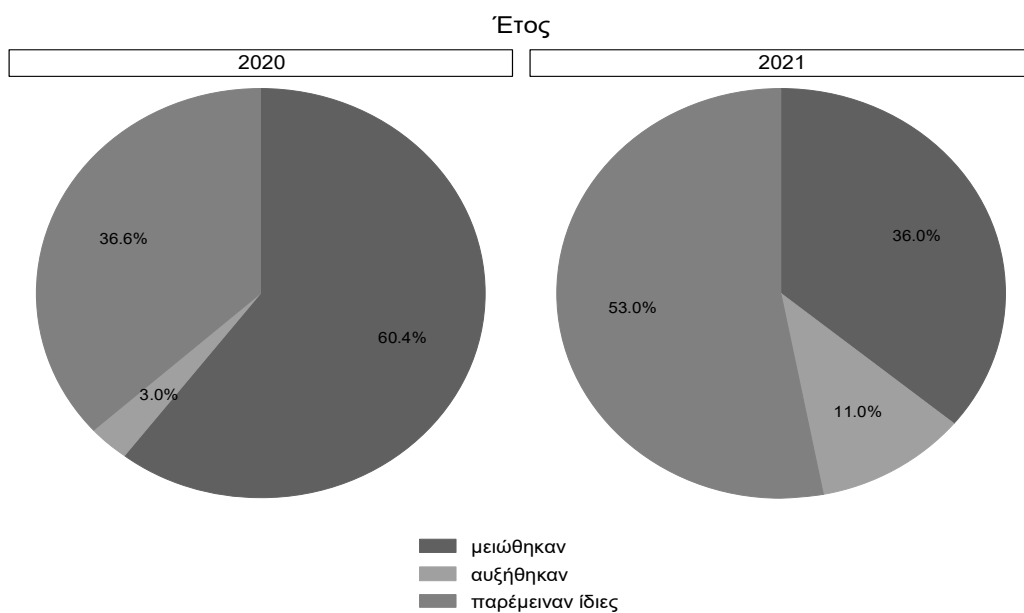


Γράφημα 10. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση «Οι πόνοι σας προϋπήρχαν της πανδημίας του κορωνοϊού;» κατά τα έτη 2020 και 2021

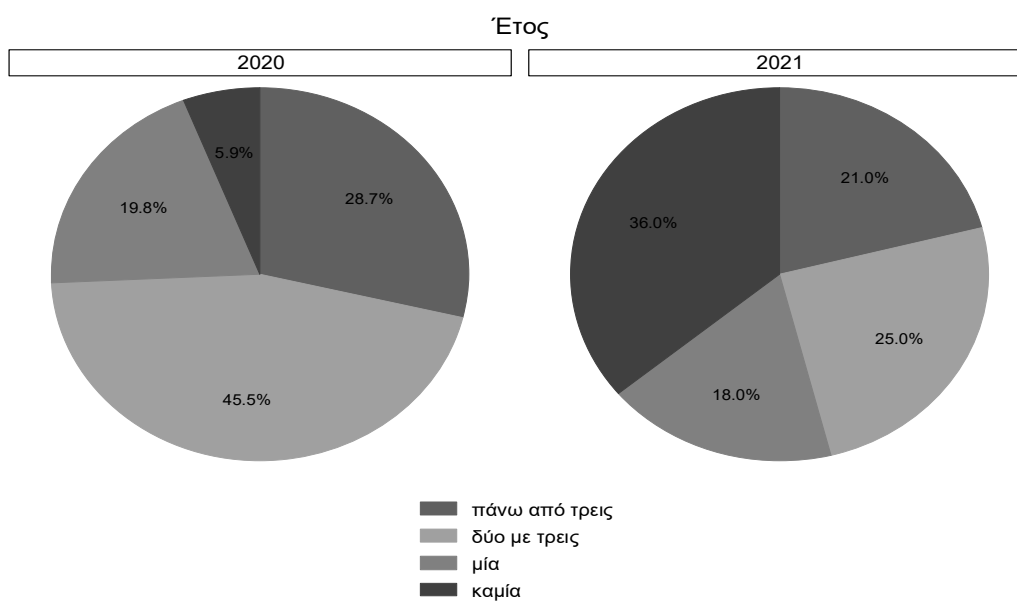


Στην ερώτηση εάν μειώθηκαν ή αυξήθηκαν οι επισκέψεις και/ ή τα τηλέφωνα στη Μονάδα Πόνου, το ποσοστό που απάντησε πως «μειώθηκαν» έπεσε από 60.4% το 2020 σε 36% το 2021 ($p= 0.013$) και το ποσοστό που απάντησε πως «αυξήθηκαν» ανέβηκε από 3% σε 11% ($p=0.031$). Στην ερώτηση «πόσες επισκέψεις πραγματοποιήσατε στη Μονάδα Πόνου κατά τη διάρκεια του περασμένου έτους;», το ποσοστό των ασθενών που απάντησαν «δύο με τρεις» μειώθηκε από 45.5% σε 25% ($p=0.014$), ενώ το ποσοστό των ασθενών που απάντησαν «καμία» αυξήθηκε από 5.9% σε 36% μέσα σε ένα χρόνο ($p< 0.001$) (Γραφήματα 11-12).

Γράφημα 11. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση «Μειώθηκαν ή αυξήθηκαν οι επισκέψεις σας στη Μονάδα Πόνου (κανονικές ή μέσω τηλεφώνου);» κατά τα έτη 2020 και 2021

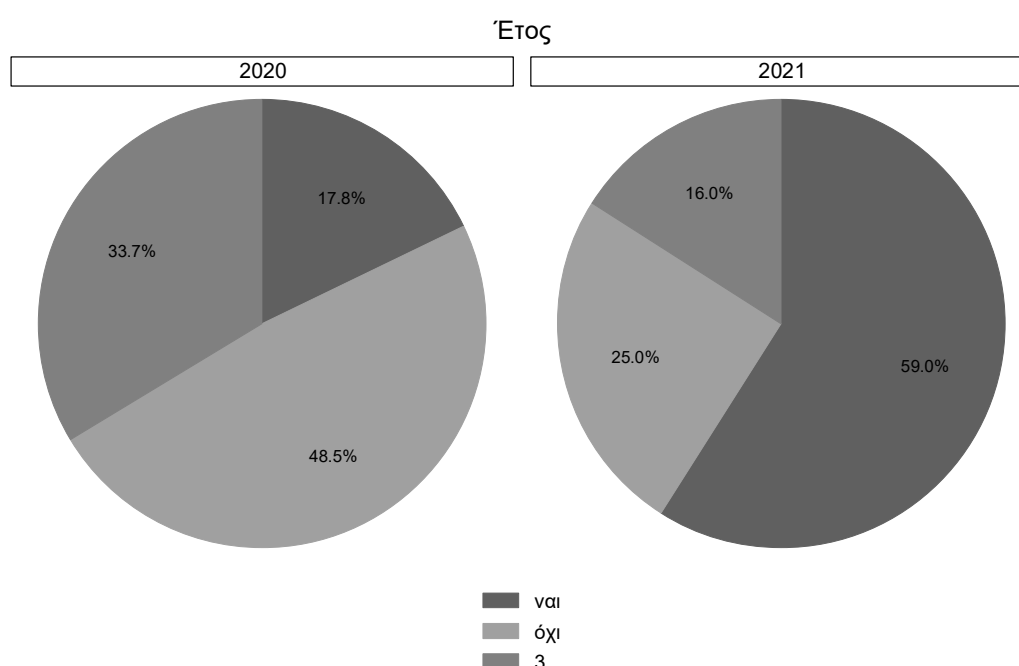


Γράφημα 12. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση «Πόσες επισκέψεις πραγματοποιήσατε στη Μονάδα Πόνου κατά τη διάρκεια του περασμένου έτους;» κατά τα έτη 2020 και 2021



Όσον αφορά άλλες υπηρεσίες υγείας, στο σύνολο των 201 συμμετεχόντων 69,7% μείωσε τις επισκέψεις σε άλλες υγειονομικές υπηρεσίες «μέτρια» ή «πολύ» και 30,3% δεν τις μείωσε καθόλου. Όσον αφορά στην υπηρεσία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, 59% των συμμετεχόντων γνώριζαν και χρησιμοποιούσαν την εφαρμογή το 2021, σε αντιδιαστολή με μόνο 17,8% το 2020 ($p < 0.001$) (Γράφημα 13).

Γράφημα 13. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση «Χρησιμοποίησατε την εφαρμογή της άυλης συνταγογράφησης;» κατά τα έτη 2020 και 2021



Δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά στο βαθμό που θεώρησαν οι συμμετέχοντες πως η πανδημία επηρέασε τη θεραπεία τους. Στην ερώτηση «Θεωρείτε πως η πανδημία επηρέασε τη θεραπεία σας γενικά;» βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ως προς την ανοιχτότητα σε νέες εμπειρίες ($p=0.050$), το στρες ($p=0.048$), το άγχος ($p=0.006$) και την γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή ($p=0.003$).

Μετά την εφαρμογή της διόρθωσης κατά Bonferroni, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα ανοιχτότητας σε εμπειρίες ανάμεσα στους ασθενείς που ανέφεραν πως η πανδημία επηρέασε την θεραπεία τους

αρνητικά και στους ασθενείς που ανέφεραν πως η θεραπεία τους επηρεάστηκε θετικά (4.23 vs 5.58, $p=0.066$). Οι ασθενείς που ανέφεραν πως η θεραπεία τους επηρεάστηκε αρνητικά είχαν σημαντικά αυξημένα επίπεδα στρες και άγχους και μειωμένα επίπεδα γενικότερης ικανοποίησης από τη ζωή, συγκριτικά με τους ασθενείς των οποίων η θεραπεία δεν επηρεάστηκε καθόλου (21.53 vs 16.34 με $p=0.034$, 15.28 vs 8.85 με $p=0.002$ και 44.53 vs 56.34 με $p=0.001$, αντίστοιχα) (Πίνακας 17).

Πίνακας 17. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανάλογα με το πως θεωρούν ότι η πανδημία επηρέασε τη θεραπεία

	Θεωρείτε πως η πανδημία επηρέασε τη θεραπεία σας γενικά;				
	Αρνητικά (1)	Καθόλου (2)	Θετικά (3)		Στατιστικά σημαντικές συγκρίσεις κατά ζεύγη
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	p-value	p-value
NRS	5.26 (3.03)	4.23 (2.64)	5.33 (3.44)	0.146	
TIPI					
Εξωστρέφεια	3.40 (1.51)	3.84 (1.74)	3.42 (1.91)	0.467	
Προσήνεια	5.72 (1.21)	5.62 (1.08)	5.92 (1.07)	0.709	
Ευσυνειδησία	5.32 (1.39)	5.74 (1.43)	6.08 (0.80)	0.167	
Συναισθηματική σταθερότητα	3.53 (1.36)	3.96 (1.30)	4.17 (1.63)	0.321	
Ανοιχτότητα σε εμπειρίες	4.23 (1.60)	4.89 (1.81)	5.58 (1.53)	0.050*	1vs3:p=0.066
DASS-42					

Στρες	21.53 (10.84)	16.34 (11.27)	23.67 (13.82)	0.048*	1vs2:p=0.034
Άγχος	15.28 (10.35)	8.85 (6.54)	10.67 (7.12)	0.006**	1vs2:p=0.002
Κατάθλιψη	17.49 (14.24)	10.55 (10.55)	9.00 (6.16)	0.052	
PWI	44.53 (16.10)	56.34 (16.20)	55.17 (6.88)	0.003**	1vs2:p=0.001

Σημείωση: *p<0.05: στατιστικά σημαντικό; **p<0.01: πολύ σημαντικό

Στην ερώτηση κατά πόσο χρειάστηκε είτε να αυξηθεί η ποσότητα των αναλγητικών, είτε να αλλάξει το φαρμακευτικό θεραπευτικό σχήμα λόγω εντονότερου πόνου και μειωμένης αποτελεσματικότητας της τρέχουσας συστηματικής φαρμακευτικής αγωγής, βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές όσον αφορά στα επίπεδα του αναφερόμενου πόνου (Πίνακας 18). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που έκριναν αναποτελεσματική την τρέχουσα αγωγή ανέφεραν αυξημένο πόνο (Mean=5.76, SD=2.90) σε σχέση με τους ασθενείς που δεν χρειάστηκε να αλλάξουν την αγωγή τους (Mean=3.94, SD=2.64) (p=0.002). Οι ίδιοι ασθενείς ανέφεραν αυξημένα επίπεδα άγχους (Mean=15.30, SD=10.38 vs Mean=9.15, SD=6.63 για p=0.001) και κατάθλιψη (Mean=17.30, SD=14.31 vs Mean=10.67, SD=10.29 για p=0.040) και μειωμένα επίπεδα γενικότερης ικανοποίησης από τη ζωή (Mean=45.26, SD=17.90 vs Mean=55.37, SD=14.19 για p=0.015) σε σχέση με τους ασθενείς που δεν άλλαξαν την αγωγή τους.

Πίνακας 18. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανάλογα με το αν αυξήθηκε η ποσότητα των αναλγητικών που λαμβάνουν ή αν άλλαξαν αγωγή λόγω μη αποτελεσματικότητας κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Αυξήθηκε η ποσότητα των αναλγητικών που λαμβάνετε ή αλλάξατε αγωγή λόγω μη αποτελεσματικότητας κατά τη διάρκεια της πανδημίας;
--

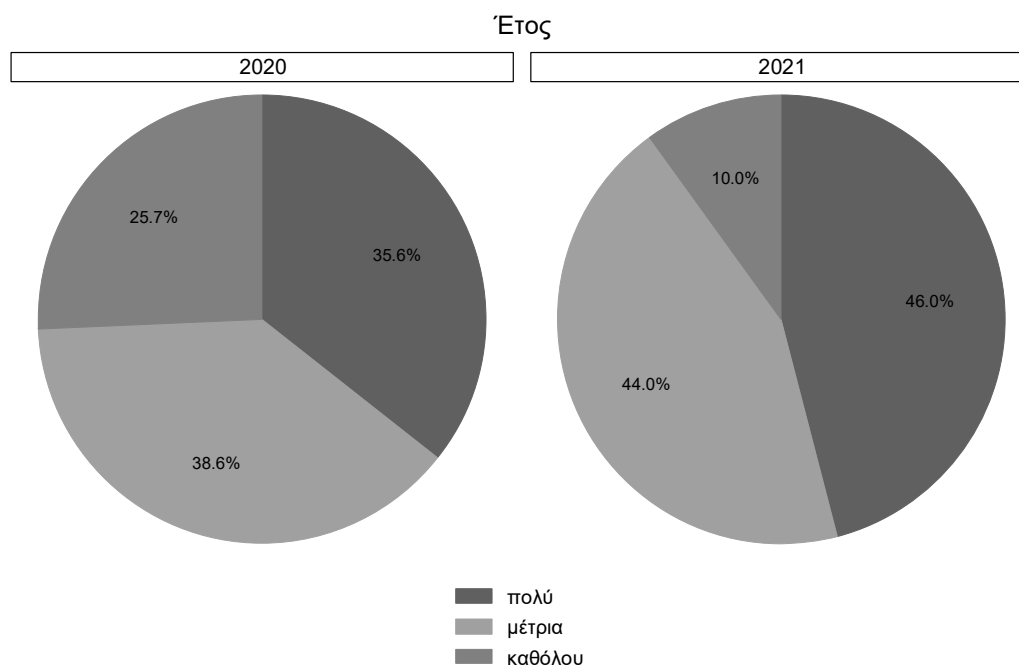
	Ναι	Όχι	
	Mean (SD)	Mean (SD)	p-value
NRS	5.76 (2.90)	3.94 (2.64)	0.002**
TIPI			
Εξωστρέφεια	3.51 (1.49)	3.69 (1.77)	0.757
Προσήνεια	5.73 (1.07)	5.65 (1.20)	0.944
Ευσυνειδησία	5.58 (1.36)	5.56 (1.43)	0.966
Συναισθηματική σταθερότητα	3.68 (1.39)	3.84 (1.34)	0.464
Ανοιχτότητα σε εμπειρίες	4.75 (1.56)	4.52 (1.86)	0.679
DASS-42			
Στρες	21.22 (11.65)	17.52 (11.09)	0.106
Άγχος	15.30 (10.38)	9.15 (6.63)	0.001***
Κατάθλιψη	17.30 (14.31)	10.67 (10.29)	0.040*
PWI	45.26 (17.90)	55.37 (14.19)	0.015*

Σημείωση: * $p < 0.05$: στατιστικά σημαντικό; ** $p < 0.01$: πολύ σημαντικό; *** $p < 0.001$: πάρα πολύ σημαντικό

2.5 Ποιότητα ζωής

Στην ερώτηση «Σε ποιο βαθμό επηρέασε το γεγονός της πανδημίας την ποιότητα ζωής σας;», υπήρξε μικρή αλλά όχι σημαντικά αύξηση στα ποσοστά όσων απάντησαν «πολύ» και «μέτρια». Αντιθέτως, το ποσοστό των ασθενών που απάντησαν «καθόλου» μειώθηκε από 25.7% το 2020 σε 10% το 2021 ($p = 0.008$) (Γράφημα 14).

Γράφημα 14. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση «Σε ποιο βαθμό επηρέασε το γεγονός της πανδημίας την ποιότητα ζωής σας;» κατά τα έτη 2020 και 2021



Στην ερώτηση «σε ποιο βαθμό επηρέασε το γεγονός της πανδημίας την ποιότητα ζωής σας», βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές όσον αφορά στα επίπεδα της ευσυνειδησίας ($p=0.011$), του στρες ($p=0.011$), του άγχους ($p=0.009$), της κατάθλιψης ($p=0.004$) και της γενικότερης ικανοποίησης από τη ζωή ($p=0.004$) (Πίνακας 19). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς των οποίων η ποιότητα ζωής δεν επηρεάστηκε καθόλου από την πανδημία είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ευσυνειδησίας σε σχέση με αυτούς που επηρεάστηκαν πολύ (Mean=6.65, SD=0.58 vs Mean= 5.36, SD=1.48 για $p=0.005$) και με αυτούς που επηρεάστηκαν μέτρια (Mean=6.65, SD=0.58 vs Mean=5.53, SD=1.34, για $p=0.008$). Επίσης, είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα στρες (Mean=9.60, SD=6.85) από τους ασθενείς των οποίων η ποιότητα ζωής επηρεάστηκε πολύ (Mean=21.13, SD=11.33) ($p=0.004$) και από τους ασθενείς των οποίων η ποιότητα ζωής επηρεάστηκε μέτρια (Mean=19.41, SD=11.49) ($p=0.019$).

Οι ασθενείς των οποίων η ποιότητα ζωής επηρεάστηκε πολύ από την πανδημία είχαν υψηλότερο άγχος από αυτούς που δεν επηρεάστηκαν καθόλου (Mean=14.52, SD=8.92 vs Mean=8.60, SD=6.67 για $p=0.007$). Οι ίδιοι ασθενείς είχαν επίσης σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (Mean=17.78, SD=13.18) από τους ασθενείς που επηρεάστηκαν μέτρια (Mean=11.09, SD=11.63) ($p=0.017$) και από τους ασθενείς που δεν επηρεάστηκαν καθόλου (Mean=6.60, SD=8.85) ($p=0.008$). Τέλος, οι ασθενείς των οποίων η ποιότητα ζωής επηρεάστηκε πολύ, είχαν σημαντικά χαμηλότερη γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή από τους ασθενείς των οποίων η ποιότητα ζωής επηρεάστηκε μέτρια από την πανδημία (Mean=45.48, SD=16.98 vs Mean=54.61, SD=15.49 για $p=0.018$).

Πίνακας 19. Διαφορές στα σκορ (TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανάλογα με το βαθμό που επηρέασε το γεγονός της πανδημίας την ποιότητα ζωής

	Σε ποιο βαθμό επηρέασε το γεγονός της πανδημίας την ποιότητα ζωής σας;				
	Πολύ (1)	Μέτρια (2)	Καθόλου (3)		Στατιστικά σημαντικές συγκρίσεις κατά ζεύγη
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	p-value	p-value
TIPI					
Εξωστρέφεια	3.48 (1.52)	3.82 (1.68)	3.30 (2.04)	0.509	
Προσήνεια	5.54 (1.18)	5.82 (1.14)	5.75 (0.98)	0.407	
Ευσυνειδησία	5.36 (1.48)	5.53 (1.34)	6.65 (0.58)	0.011*	1vs3: $p=0.005$ 2vs3: $p=0.008$
Συναισθηματική σταθερότητα	3.49 (1.39)	3.92 (1.23)	4.40 (1.54)	0.083	

Ανοιχτότητα σε εμπειρίες	4.89 (1.54)	4.51 (1.90)	3.90 (1.65)	0.236	
DASS-42					
Στρες	21.13 (11.33)	19.41 (11.49)	9.60 (6.85)	0.011*	1vs3: p=0.004 2vs3: p=0.019
Άγχος	14.52 (8.92)	10.09 (9.12)	8.60 (6.67)	0.009**	1vs3: p=0.007
Κατάθλιψη	17.78 (13.18)	11.09 (11.63)	6.60 (8.85)	0.004**	1vs2: p=0.017 1vs3: p=0.008
PWI	45.48 (16.98)	54.61 (15.49)	57.70 (14.67)	0.019*	1vs2: p=0.018

Σημείωση: *p<0.05: στατιστικά σημαντικό; **p<0.01: πολύ σημαντικό

Στην ερώτηση «σε ποιο βαθμό επηρέασαν τα περιοριστικά μέτρα κυκλοφορίας την ποιότητα ζωής σας», βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μόνο όσον αφορά στα επίπεδα της ευσυνειδησίας ($p=0.023$) και της συναισθηματικής σταθερότητας ($p=0.040$) (Πίνακας 20). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς των οποίων η ποιότητα ζωής δεν επηρεάστηκε καθόλου από τα περιοριστικά μέτρα (Mean=6.50, SD=0.71) είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ευσυνειδησίας σε σχέση με αυτούς που επηρεάστηκαν πολύ (Mean=5.43, SD=1.43) ($p=0.013$) και με αυτούς που επηρεάστηκαν μέτρια (Mean=5.46, SD=1.42) ($p=0.018$). Επίσης, είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής σταθερότητας (Mean=4.42, SD=1.41) από τους ασθενείς των οποίων η ποιότητα ζωής επηρεάστηκε πολύ (Mean=3.54, SD=1.34) ($p=0.032$).

Πίνακας 20. Διαφορές στα σκορ (TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανάλογα με το βαθμό που επηρέασαν τα περιοριστικά μέτρα κυκλοφορίας (η καραντίνα) την ποιότητα ζωής

	Σε ποιο βαθμό επηρέασαν τα περιοριστικά μέτρα κυκλοφορίας (η καραντίνα) την ποιότητα ζωής σας;
--	---

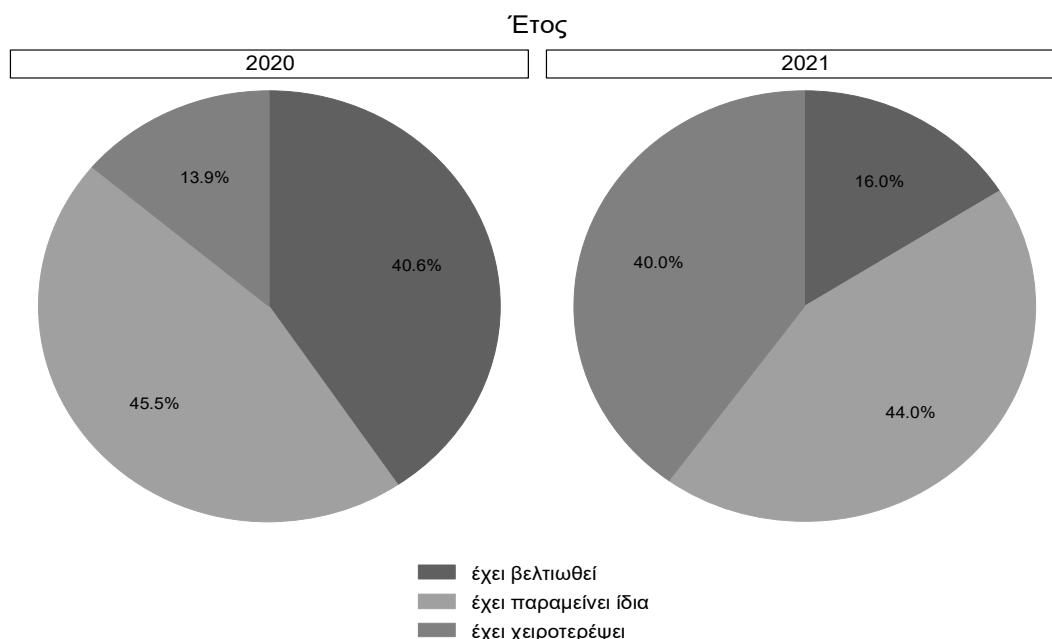
	Πολύ (1)	Μέτρια (2)	Καθόλου (3)		Στατιστικά σημαντικές συγκρίσεις κατά ζεύγη p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	p-value	
TIPI					
Εξωστρέφεια	3.48 (1.44)	3.85 (1.73)	3.50 (2.25)	0.653	
Προσήνεια	5.63 (1.16)	5.76 (1.11)	5.71 (1.21)	0.796	
Ευσυνειδησία	5.43 (1.43)	5.46 (1.42)	6.50 (0.71)	0.023*	1vs3: p=0.013 2vs3: p=0.018
Συναισθηματική σταθερότητα	3.54 (1.34)	3.91 (1.31)	4.42 (1.41)	0.040*	1vs3 p=0.032
Ανοιχτότητα σε εμπειρίες	4.83 (1.65)	4.57 (1.81)	3.83 (1.72)	0.201	
DASS-42					
Στρες	20.78 (11.53)	19.12 (11.83)	12.50 (7.54)	0.072	
Άγχος	13.22 (8.90)	11.53 (9.77)	7.67 (6.49)	0.080	
Κατάθλιψη	15.59 (12.84)	12.35 (12.81)	9.17 (10.70)	0.165	
PWI	47.78 (16.37)	53.15 (16.80)	57.08 (16.43)	0.094	

Σημείωση: *p<0.05: στατιστικά σημαντικό

Στην ερώτηση «Μετά το ξέσπασμα της πανδημίας η εμπιστοσύνη μου στον κρατικό μηχανισμό...», το ποσοστό των ασθενών που απάντησαν πως «έχει

βελτιωθεί» μειώθηκε από 40.6% σε 16% το 2021 ($p < 0.001$), ενώ παράλληλα το ποσοστό όσων απάντησαν πως «έχει χειροτερέψει» αυξήθηκε από 13.9% σε 40% κατά τον πρώτο χρόνο της πανδημίας ($p < 0.001$) (Γράφημα 15).

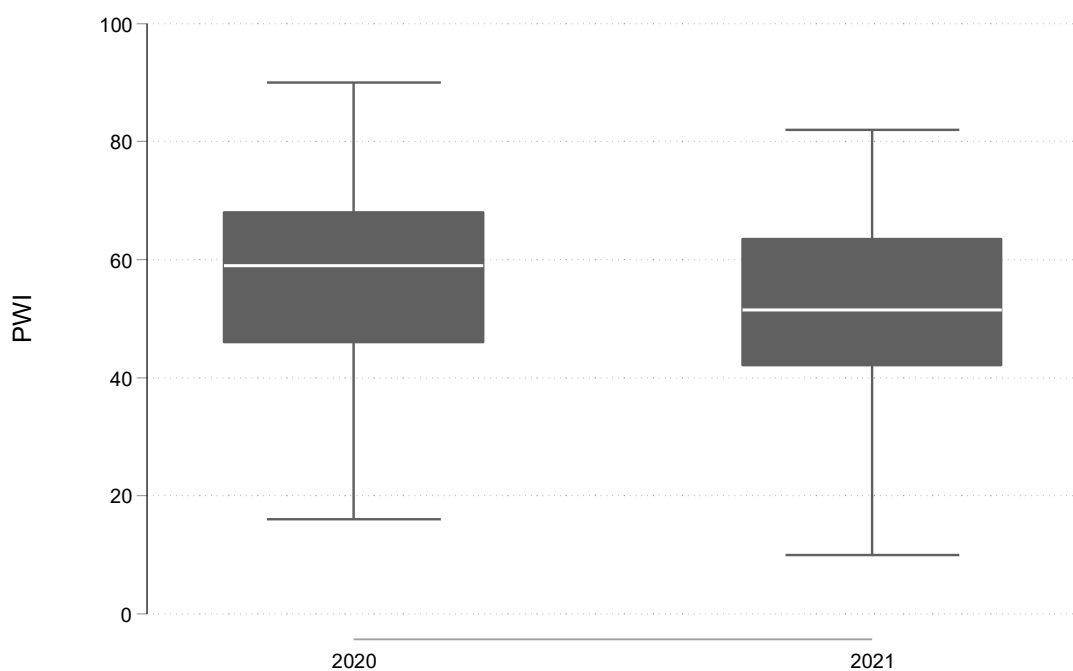
Γράφημα 15. Κατανομή των απαντήσεων των ασθενών στην ερώτηση «Μετά το ξέσπασμα της πανδημίας η εμπιστοσύνη μου στον κρατικό μηχανισμό...» κατά τα έτη 2020 και 2021



2.6 Ψυχολογική αξιολόγηση και δημογραφικές συσχετίσεις

Όσον αφορά στις ψυχομετρικές δοκιμασίες, σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν στην κλίμακα Personal Wellbeing Inventory (PWI) ($p = 0.008$) (Γράφημα 16). Πιο συγκεκριμένα, η υποκλίμακα της προσωπικής ασφάλειας μειώθηκε από 6.22 (2.43) το 2020 σε 5.03 (2.92) το 2021 ($p = 0.003$). Η αίσθηση κοινότητας/ συνδεσιμότητας μειώθηκε από 6.93 (2.20) σε 6.41 (2.01) ($p = 0.039$). Υπήρξε σημαντική μείωση στην αίσθηση μελλοντικής ασφάλειας από 5.23 (2.41) το 2020 σε 4.12 (2.56) το 2021 ($p = 0.003$). Η πνευματικότητα-θρησκευτικότητα μειώθηκε από 7.67 (1.91) το 2020 σε 6.87 (2.39) το 2021 ($p = 0.020$). Η γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή μειώθηκε 6.32 (2.39) σε 5.39 (2.62) ($p = 0.006$) (Πίνακας 21).

Γράφημα 16. Θηκόγραμμα της κατανομής των σκορ του PWI κατά τα έτη 2020 και 2021



Πίνακας 21. Διάμεσες τιμές (interquartile range – IQR) για τα ερωτηματολόγια TIPI, DASS-42 και PWI για το πρώτο (2020) και το δεύτερο (2021) έτος της Πανδημίας.

	2020	2021	
	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value ⁺
NRS	4.59 (3.29)	4.78 (2.89)	0.687
TIPI			
Εξωστρέφεια	3.87 (1.26)	3.61 (1.64)	0.202
Προσήνεια	5.51 (1.13)	5.68 (1.14)	0.197
Ευσυνειδησία	5.49 (1.32)	5.57 (1.39)	0.543
Συναισθηματική σταθερότητα	4.12 (1.33)	3.77 (1.36)	0.061

Ανοιχτότητα σε εμπειρίες	4.33 (1.52)	4.63 (1.73)	0.153
DASS-42			
Στρες	17.82 (12.15)	19.22 (11.44)	0.373
Άγχος	10.83 (9.01)	11.98 (9.06)	0.303
Κατάθλιψη	13.45 (11.63)	13.72 (12.68)	0.954
PWI	57.16 (15.55)	50.72 (16.71)	0.008**
Πόσο ικανοποιημένος / η είστε με το βιοτικό σας επίπεδο;	6.27 (2.41)	5.88 (2.46)	0.225
με την υγεία σας;	4.88 (2.67)	4.50 (2.68)	0.342
με το τι επιτυγχάνετε στη ζωή σας;	6.67 (2.27)	6.12 (2.65)	0.186
με τις διαπροσωπικές σας σχέσεις;	6.97 (2.44)	6.40 (2.60)	0.088
με το πόσο ασφαλής νοιώθετε;	6.22 (2.43)	5.03 (2.92)	0.003**
ως μέλος της κοινότητάς σας;	6.93 (2.20)	6.41 (2.01)	0.039*
με την μελλοντική σας ασφάλεια;	5.23 (2.41)	4.12 (2.56)	0.003**
με την πνευματική σας ζωή, με την θρησκευτικότητα	7.67 (1.91)	6.87 (2.39)	0.020*
με τη ζωή σας γενικότερα;	6.32 (2.39)	5.39 (2.62)	0.006**

Σημειώσεις: +Mann-Whitney test; *p<0.05: στατιστικά σημαντικό; **p<0.01: πολύ σημαντικό

Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου Προσωπικότητας, στα επίπεδα στρες, άγχους και κατάθλιψης και στα επίπεδα αισιοδοξίας. Ωστόσο, υψηλότερα επίπεδα άγχους ($p=0.001$) and κατάθλιψης ($p=0.040$), και χαμηλότερο συνολικό σκορ στην κλίμακα PWI ($p=0.015$) συνδέονταν με κατάχρηση αναλγητικών ή αναποτελεσματικότητα της παρούσας θεραπείας κατά το 2021 (Πίνακας 17). Δεν εντοπίστηκαν αντίστοιχες συσχετίσεις το 2020.

Το 2021 αυξήθηκε σε πάρα πολύ σημαντικό επίπεδο το ποσοστό των συμμετεχόντων που κατοικούσαν σε αγροτικές περιοχές, από 4% σε 8% ($p<0.001$) (Πίνακας 11). Ο τόπος κατοικίας συνδεόταν με υψηλότερο άγχος ($p=0.048$) μόνο για τους συμμετέχοντες του 2021. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που ζούσαν σε αγροτικές περιοχές ανέφεραν αυξημένο άγχος σε σύγκριση με τους κατοίκους των ημιαστικών περιοχών (Mean=17.75, SD=10.28 vs Mean=8.33, SD=8.30 για $p=0.021$) (Πίνακας 22).

Πίνακας 22. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανάλογα με τον τόπο κατοικίας για τα έτη 2020 και 2021

	Αστικός (1)	Ημιαστικός (2)	Αγροτικός (3)		Στατιστικά σημαντικές συγκρίσεις κατά ζεύγη p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	p-value	
2020 (N=101)					
TIPI					
Εξωστρέφεια	3.81 (1.27)	4.25 (1.18)	4.25 (1.19)	0.493	
Προσήνεια	5.57 (1.11)	5.30 (1.34)	4.63 (0.63)	0.236	

Ευσυνειδησία	5.45 (1.37)	5.55 (1.04)	6.25 (0.50)	0.487	
Συναισθηματική σταθερότητα	4.14 (1.36)	4.20 (1.14)	3.38 (1.31)	0.662	
Ανοιχτότητα σε εμπειρίες	4.33 (1.47)	4.25 (2.06)	4.50 (1.68)	0.989	
DASS-42					
Στρες	17.33 (11.97)	18.80 (15.12)	26.00 (5.16)	0.279	
Άγχος	10.97 (9.15)	7.40 (7.66)	16.50 (6.61)	0.107	
Κατάθλιψη	13.49 (11.88)	10.60 (10.67)	19.50 (6.61)	0.329	
PWI	56.77 (15.26)	59.60 (19.75)	59.50 (13.43)	0.456	
	2021 (N=100)				
TIPI					
Εξωστρέφεια	3.59 (1.67)	3.46 (1.50)	4.06 (1.68)	0.779	
Προσήνεια	5.73 (1.08)	5.42 (1.38)	5.63 (1.38)	0.819	
Ευσυνειδησία	5.53 (1.41)	5.58 (1.52)	5.88 (1.06)	0.858	
Συναισθηματική σταθερότητα	3.74 (1.41)	3.92 (1.35)	3.81 (0.88)	0.714	

Ανοιχτότητα εμπειρίες	σε 4.73 (1.72)	4.00 (2.02)	4.50 (1.31)	0.433	
DASS-42					
Στρες	19.07 (11.57)	16.00 (9.46)	25.50 (11.70)	0.208	
Άγχος	11.95 (8.86)	8.33 (8.30)	17.75 (10.28)	0.048*	2vs3: p=0.021
Κατάθλιψη	13.68 (12.17)	9.17 (12.78)	21.00 (15.75)	0.094	
PWI	50.35 (16.40)	55.42 (18.00)	47.38 (18.79)	0.523	

Σημείωση: *p<0.05: στατιστικά σημαντικό

Το μορφωτικό επίπεδο συνδεόταν με άγχος ($p=0.012$), κατάθλιψη ($p=0.25$) και ανοιχτότητα σε νέες εμπειρίες ($p=0.001$) για τους συμμετέχοντες του 2020. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που είχαν τελειώσει Δημοτικό ανέφεραν συστηματικά υψηλότερα επίπεδα άγχους (Mean=14.00, SD=9.56) και κατάθλιψης (Mean=18.48, SD=12.60) και συστηματικά χαμηλότερα επίπεδα ανοιχτότητας σε εμπειρίες (Mean=3.50, SD=1.32) από τους ασθενείς αποφοίτους δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Πίνακας 23). Δεν βρέθηκαν αντίστοιχες συσχετίσεις με άγχος και κατάθλιψη το 2021, ωστόσο βρέθηκαν συσχετίσεις στα χαρακτηριστικά της εξωστρέφειας ($p=0.004$), της προσήνειας ($p=0.011$) και της ανοιχτότητας σε εμπειρίες ($p<0.001$). Το 2021 οι συμμετέχοντες απόφοιτοι δημοτικού παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα εξωστρέφειας ($p=0.004$) και ανοιχτότητας σε εμπειρίες ($p<0.001$) από τους αποφοίτους δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Οι ασθενείς απόφοιτοι Γυμνασίου/Λυκείου επέδειξαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα προσήνειας του 2021, σε σχέση με τους αποφοίτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ($p=0.007$). Δεν βρέθηκαν αντίστοιχες συσχετίσεις για το 2020 (Πίνακας 23).

Πίνακας 23. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο για τα έτη 2020 και 2021

	Δημοτικό (1)	Γυμνάσιο/ Λύκειο (2)	Τριτοβάθμια εκπαίδευση (3)		Στατιστικά σημαντικές συγκρίσεις κατά ζεύγη
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	p-value	p-value
2020 (N=101)					
TIPI					
Εξωστρέφεια	3.41 (1.14)	4.10 (1.17)	4.00 (1.39)	0.054	
Προσήνεια	5.22 (1.07)	5.81 (1.14)	5.39 (1.12)	0.091	
Ευσυνειδησία	5.07 (1.25)	5.72 (1.31)	5.58 (1.34)	0.061	
Συναισθηματική σταθερότητα	3.90 (1.33)	4.10 (1.42)	4.34 (1.23)	0.371	
Ανοιχτότητα σε εμπειρίες	3.50 (1.32)	4.50 (1.49)	4.88 (1.45)	0.001***	1vs2:p=0.009 1vs3: p=0.001
DASS-42					
Στρες	20.21 (10.64)	18.20 (13.40)	15.19 (11.63)	0.238	
Άγχος	14.00 (9.56)	11.15 (9.24)	7.56 (7.16)	0.012*	1vs3: p=0.005
Κατάθλιψη	18.48 (12.60)	12.65 (11.32)	9.88 (9.70)	0.025*	1vs3: p=0.011
PWI	51.97 (18.19)	58.80 (15.56)	59.81 (11.86)	0.186	
2021 (N=100)					

TIPI					
Εξωστρέφεια	2.78 (1.59)	3.67 (1.54)	4.11 (1.59)	0.004**	1vs2:p=0.041 1vs3: p=0.002
Προσήνεια	5.48 (1.15)	6.13 (1.00)	5.36 (1.15)	0.011*	2vs3: p=0.007
Ευσυνειδησία	5.56 (1.34)	5.82 (1.42)	5.31 (1.39)	0.124	
Συναισθηματική σταθερότητα	3.60 (1.57)	3.95 (1.28)	3.70 (1.29)	0.450	
Ανοιχτότητα σε εμπειρίες	3.34 (1.65)	4.79 (1.68)	5.32 (1.34)	<0.001***	1vs2:p=0.003 1vs3: p<0.001
DASS-42					
Στρες	20.16 (11.73)	18.00 (11.02)	19.84 (11.87)	0.733	
Άγχος	13.20 (10.38)	12.79 (9.50)	10.32 (7.52)	0.529	
Κατάθλιψη	18.48 (14.05)	13.37 (13.05)	10.86 (10.54)	0.136	
PWI	43.80 (19.96)	52.39 (16.61)	53.68 (13.16)	0.062	

Σημείωση: *p<0.05: στατιστικά σημαντικό; **p<0.01: πολύ σημαντικό; ***p<0.001: πάρα πολύ σημαντικό

Η οικογενειακή κατάσταση υπήρξε η μόνη δημογραφική μεταβλητή που άλλαξε σημαντικά ανάμεσα στις δύο κοόρτες. Το ποσοστό των άγαμων ασθενών αυξήθηκε από 8.9% σε 24% (p<0.001). Το ποσοστό των έγγαμων ασθενών μειώθηκε από 57.4% σε 42% (p=0.025), ενώ το ποσοστό των διαζευγμένων ασθενών αυξήθηκε από 5.9% σε 13% (p<0.001). Επίσης, το ποσοστό των χηρυσάντων μειώθηκε από 18.8% σε 14% (p=0.034) (Πίνακας 11). Το 2020 βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις της οικογενειακής κατάστασης με την ευσυνειδησία (p=0.010) και την γενικότερη

ικανοποίηση από τη ζωή ($p=0.007$). Οι άγαμοι ασθενείς επέδειξαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ευσυνειδησίας σε σύγκριση με όσους ήταν σε σχέση ($p=0.010$). Οι διαζευγμένοι ασθενείς είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή από τους ασθενείς που ήταν σε σχέση ($p=0.002$), τους ασθενείς που ήταν έγγαμοι ($p=0.018$) και τους χηρεύσαντες ασθενείς ($p=0.026$). Καμία αντίστοιχη συσχέτιση δεν εντοπίστηκε το 2021 στην δεύτερη κούρτη (Πίνακας 24).

Πίνακας 24. Διαφορές στα σκορ (NRS, TIPI, DASS-42, LOT-R, PWI) ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση για τα έτη 2020 και 2021

	Άγαμος/ η (1)	Σε σχέση (2)	Έγγαμος /η (3)	Χωρισμέ νος/η (4)	Χήρος/ α (5)		Στατιστικά σημαντικές συγκρίσεις κατά ζεύγη p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	p-value	
2020 (N=101)							
TIPI							
Εξωστρέφεια	3.78 (1.18)	4.11 (1.27)	3.79 (1.38)	3.58 (0.80)	4.13 (1.04)	0.686	
Προσήγεια	4.83 (1.15)	5.44 (1.13)	5.68 (1.13)	5.67 (1.03)	5.29 (1.10)	0.259	
Ευσυνειδησία	4.67 (0.79)	6.44 (0.58)	5.43 (1.37)	4.83 (1.72)	5.82 (1.18)	0.017*	1vs2: $p=0.010$
Συναισθηματικ ή σταθερότητα	4.28 (1.52)	4.00 (1.64)	4.24 (1.24)	4.00 (1.95)	3.76 (1.23)	0.871	
Ανοιχτότητα σε εμπειρίες	4.44 (1.57)	5.06 (1.63)	4.16 (1.56)	4.42 (1.16)	4.42 (1.46)	0.623	
DASS-42							

Στρες	16.89 (11.96)	15.78 (9.51)	17.66 (12.68)	24.67 (15.11)	17.58 (11.17)	0.816	
Άγχος	8.22 (4.63)	5.33 (3.87)	10.97 (9.53)	16.33 (13.94)	12.53 (7.83)	0.147	
Κατάθλιψη	16.67 (13.08)	6.89 (5.67)	12.86 (11.31)	23.67 (15.97)	13.58 (11.09)	0.213	
PWI	52.44 (15.18)	66.89 (8.25)	57.69 (15.00)	37.83 (9.93)	59.26 (16.80)	0.007* *	2vs4: p=0.002 3vs4: p=0.018 5vs4: p=0.026
2021 (N=100)							
TIPI							
Εξωστρέφεια	3.50 (1.45)	3.71 (1.38)	3.85 (1.71)	3.69 (1.64)	2.96 (1.90)	0.455	
Προσήνεια	5.75 (1.22)	5.79 (0.91)	5.75 (1.14)	5.54 (0.99)	5.46 (1.31)	0.875	
Ευσυνειδησία	5.38 (1.53)	5.64 (1.46)	5.80 (1.25)	5.65 (1.30)	5.07 (1.62)	0.532	
Συναισθηματικ ή σταθερότητα	3.71 (1.44)	3.71 (1.19)	4.07 (1.27)	3.54 (1.46)	3.21 (1.40)	0.239	
Ανοιχτότητα σε εμπειρίες	4.77 (1.74)	5.57 (1.06)	4.43 (1.74)	5.23 (1.42)	3.93 (1.95)	0.168	
DASS-42							
Στρες	19.75 (9.89)	29.71 (12.62)	15.90 (10.48)	21.23 (11.96)	21.14 (13.00)	0.053	
Άγχος	9.75 (5.60)	15.43 (7.00)	10.57 (9.74)	15.23 (11.68)	15.29 (8.79)	0.112	

Κατάθλιψη	14.50 (12.76)	12.29 (11.86)	10.57 (11.52)	17.23 (12.50)	19.29 (15.10)	0.146	
PWI	49.17 (15.10)	47.71 (19.02)	55.31 (16.15)	46.38 (18.91)	45.14 (16.53)	0.187	

Σημείωση: * $p < 0.05$: στατιστικά σημαντικό; ** $p < 0.01$: πολύ σημαντικό

Κεφάλαιο 5: Συζήτηση

1. Εισαγωγή

Η παρούσα έρευνα διενεργήθηκε σε δύο εξαιρετικά ψυχοπιεστικές, για διαφορετικούς λόγους, χρονικές περιόδους. Αντανακλά εύγλωττα το “zeitgeist” - το πνεύμα της εποχής των περιόδων αυτών, από την οπτική γωνία ενός ευάλωτου τμήματος του πληθυσμού, το οποίο ήταν και θα είναι εξαρτημένο από το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Η πρώτη φάση της έρευνας ξεκίνησε εν μέσω του πρώτου κύματος της πανδημίας Covid-19 στη χώρα μας, λίγες μόλις μέρες μετά την έναρξη των πρώτων περιοριστικών μέτρων, τα οποία στη χώρα μας υπήρξαν εκ των αυστηρότερων παγκοσμίως.^{29,32,33} Η ανάδειξη του ΠΓΝ «Αττικόν» σε νοσοκομείο αναφοράς και η επ’ αόριστον αναστολή της λειτουργίας όλων των μονάδων υγείας πανελληνίως²⁴⁻²⁶ συνέβη σε μία χρονική περίοδο που η Μονάδα Πόνου του ΠΓΝ «Αττικό», συσταγαζόμενη με το Ιατρείο Κεφαλαλγίας του Νοσοκομείου, υπολογίζεται μετριοπαθώς σύμφωνα με το βιβλίο ασθενών ότι υποστήριζε κατά μέσο όρο 15 ασθενείς την ημέρα σε πρωινό ή απογευματινό ραντεβού για τακτική επανεξέταση (follow up), επεμβατική θεραπεία, συνταγογράφηση ή επείγουσα φροντίδα. Σε αυτήν τη φάση που τα ερωτήματα ήταν περισσότερα από τις απαντήσεις (πόσο θα κρατήσει; κινδυνεύω; πόσο κινδυνεύω; πόσο κινδυνεύουν οι κοντινοί μου άνθρωποι;), ο πρωταρχικός στόχος της ιατρικής ομάδας της Μονάδας Πόνου, όταν ξεκίνησε την παρούσα έρευνα, ήταν να κρατήσει επαφή με τους τακτικούς ασθενείς, ώστε να μην διαρραγεί το αίσθημα συνέχειας της θεραπείας^{107,125,126} και να αξιολογηθεί η ψυχοσωματική επίδραση της πανδημίας στους ασθενείς με χρόνια πόνο και στην σχέση τους με τις μονάδες φροντίδας.¹²⁷

2. Κύρια ευρήματα

2.1 Δομές υγείας, φόβος νόσησης και προσβασιμότητα

Παρά την σημαντική μείωση των επισκέψεων σε δομές υγείας, κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας η πλειοψηφία των συμμετεχόντων φαινόταν να ανησυχεί περισσότερο για το ενδεχόμενο νόσησης των ιδίων και των οικείων τους από Covid-19, και λιγότερο για την πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτικά αγαθά και περίθαλψη.

Έως εκείνη την χρονική περίοδο ουδείς εκ των συμμετεχόντων είχε αρρωστήσει με Covid-19, ένα πολύ μικρό ποσοστό των συμμετεχόντων γνώριζε κάποιον συγγενή ή γνωστό που είχε νοσήσει και μόλις τρεις ασθενείς είχαν χάσει οικείο πρόσωπο από την νόσο. Ωστόσο, οι μισοί συμμετέχοντες πίστευαν ότι ανήκαν σε ομάδα υψηλού κινδύνου και 65% είχαν ή θεωρούσαν πως έχουν τουλάχιστον ένα πρόσωπο στο κοντινό οικογενειακό περιβάλλον που ανήκε σε ομάδα υψηλού κινδύνου.

Αυτή η εικόνα αποτυπώνει τις εξής συνθήκες:

- i. τον μέσο όρο ηλικίας των συμμετεχόντων και τον επιπολασμό των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νόσο⁶⁵⁻⁶⁷
- ii. τα συστηματικά υψηλά, καταγεγραμμένα επίπεδα χρόνιων επώδυνων συνδρόμων σε φροντιστές ασθενών ή ευάλωτων ατόμων.^{128,129} Πράγματι, όπως φάνηκε από τις τηλεφωνικές συνεντεύξεις, αρκετοί από τους συμμετέχοντες είχαν όντως αναλάβει το ρόλο βασικού φροντιστή ενός παιδιού ή αδερφού/ής με αναπηρία, ενός άρρωστου συζύγου ή ενός ηλικιωμένου γονέα, και
- iii. η ξαφνική εμφάνιση και σαρωτική έξαρση του Covid-19 από ένα πλήθος πληροφοριών από τα μέσα δικτύωσης πήρε διαστάσεις ηθικού πανικού (moral panic).¹³⁰ Ενεργοποίησε παγκοσμίως υψηλότατα επίπεδα φόβου, άγχους νόσησης και θανάτου, παρανοϊκών σκέψεων, απομόνωσης και ιδεοψυχαναγκαστικών συμπεριφορών καθαριότητας, μεταξύ άλλων.¹³¹⁻¹³²

Στα ερωτηματολόγια αποτυπώθηκε μόνο το (υψηλό) ποσοστό των φοβισμένων ανθρώπων. Η ένταση του φόβου και η αγωνία των ασθενών για την υγεία τους και κυρίως για την υγεία των οικείων τους δεν αποτυπώθηκαν σε ποσοστά. Έγιναν ωστόσο έντονα εμφανή στις τηλεφωνικές συνεντεύξεις. Κατά τη διάρκεια των τηλεφωνικών συνομιλιών προέκυψε πως αρκετοί ασθενείς είχαν επιλέξει να ακυρώσουν οι ίδιοι τα προγραμματισμένα ραντεβού τους στην Μονάδα Πόνου φοβούμενοι την επιμόλυνση, αρκετές μέρες πριν την έναρξη και πολλές εβδομάδες μετά την λήξη της 42-ήμερης καραντίνας. Ο φόβος του ιού ενδεχομένως να αντιστάθμισε την ανάγκη των ασθενών με χρόνια πόνο για συνεχιζόμενη φροντίδα.^{133,134}

Έτσι ερμηνεύεται η πεποίθηση των περισσότερων ασθενών πως, παρόλο που μείωσαν τις επισκέψεις τους στη Μονάδα Πόνου και σε άλλες υπηρεσίες υγείας, περίπου οι μισοί συμμετέχοντες ανέφεραν πως η μείωση αυτή δεν επηρεάστηκε από την πανδημία. Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν σίγουροι πως η τηλεφωνική τους επικοινωνία με τη Μονάδα Πόνου παρέμεινε και θα παρέμενε αδιατάρακτη, όπως και η πρόσβαση στη φαρμακευτική αγωγή. Συνολικά, πάνω από τους μισούς ασθενείς θεωρούσαν πως η πανδημία δεν επηρέασε την θεραπεία τους ή την επηρέασε θετικά.

Δεδομένης της επαναδραστηριοποίησης όλων των δομών υγείας ήδη από τον Μάιο του 2020 και του προγράμματος εμβολιασμού που ξεκίνησε εντατικά από το Φθινόπωρο του ίδιου έτους, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι ένα χρόνο μετά, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν πως αύξησαν τις επισκέψεις τους στις δομές υγείας, και πως θεώρησαν ότι η θεραπεία τους δεν έχει επηρεαστεί σημαντικά από την πανδημία και τα επακόλουθα περιοριστικά μέτρα.

2.2 Επίπεδα, ένταση και διάρκεια πόνου

Κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας Covid-19, τα επίπεδα του πόνου δεν φαίνεται να επηρεάστηκαν από την πανδημία, και επηρεάστηκαν ελάχιστα από τα περιοριστικά μέτρα. Μόνο το ένα τέταρτο περίπου των ερωτηθέντων ανέφερε πως η ένταση και η διάρκεια του πόνου τους θα ήταν μικρότερες, εάν δεν είχε συμβεί η

πανδημία ή εάν δεν είχαν εφαρμοστεί τα περιοριστικά μέτρα. Πρόκειται για μία εξαιρετικά αφαιρετική, υποθετική ερώτηση που σκοπό είχε να αξιολογήσει όχι την ένταση του πόνου καθ' εαυτή, αλλά την υποκειμενική εμπειρία του πόνου, τις ψυχικές συνιστώσες, τις συνυποδηλώσεις και τις προσδοκίες που συνδέουν οι ασθενείς με το επώδυνο βίωμα.

Κατά το δεύτερο κύμα της πανδημίας, το ποσοστό των ασθενών που συνέδεσε επιδείνωση του επιπέδου, της έντασης και της διάρκειας του πόνου με το γεγονός της πανδημίας και με την επακόλουθη καραντίνα, σχεδόν διπλασιάστηκε. Σημαντικά υψηλότερα αυτοαναφερόμενα επίπεδα πόνου μετά την έναρξη της πανδημίας απαντώνται συστηματικά στη διεθνή βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα, ψηλότερος αυτοαναφερόμενος πόνος έχει συνδεθεί με κοινωνική απομόνωση και περιορισμό κίνησης και κινητικότητας.^{37,43,49,134,135}

Παρά τον διπλασιασμό των ασθενών που θεώρησαν πως η πανδημία και τα περιοριστικά μέτρα επιδείνωσαν τα επίπεδα, την ένταση και τη διάρκεια του πόνου τους, τα σκορ στην αριθμητική κλίμακα πόνου NRS παρέμειναν σταθερά ανάμεσα στις δύο χρονικές περιόδους. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με την υπόθεση πως ο χρόνιος πόνος αποτελεί μία αρκετά σταθερή παθολογική κατάσταση/οντότητα, παρόλο που το υποκειμενικό βίωμα του πόνου των ασθενών διαμεσολαβείται σημαντικά από ενδογενείς και από εξωγενείς ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.^{30,51,136}

Οι σημαντικότερες ψυχολογικές μεταβλητές όσον αφορά στα επίπεδα, την ένταση και τη διάρκεια του πόνου κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας, υπήρξαν το στρες και το άγχος. Υψηλότερα επίπεδα στρες και άγχους συνδέονταν σημαντικά με υψηλότερα επίπεδα πόνου, υψηλότερη ένταση και διάρκεια πόνου, καθώς και με αυξημένη χρήση αναλγητικών. Παρά την εκτεταμένη βιβλιογραφία που συνδέει την κατάθλιψη με το χρόνιο πόνο,^{137,138} δεν βρέθηκε αντίστοιχη άμεση σύνδεση στην πρώτη κοόρτη των ασθενών με χρόνιο πόνο. Υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης – καθώς και υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού - ανέφεραν μόνο οι ασθενείς οι οποίοι απέδιδαν την αύξηση του πόνου τους στην καραντίνα, στον περιορισμό μετακίνησης και στην κοινωνική απομόνωση.

Αντίστοιχη, αν και λίγο περισσότερο εκτεταμένη, υπήρξε η εικόνα κατά το δεύτερο κύμα της πανδημίας. Το στρες και το άγχος υπήρξαν για άλλη μία φορά καταλυτικοί παράγοντες όσον αφορά στα επίπεδα του αυτοαναφερόμενου πόνου. Στη δεύτερη κοόρτη ωστόσο, αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και νευρωτισμού και μειωμένη γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή διαχώριζαν συστηματικά και σταθερά τους ασθενείς οι οποίοι επηρεάστηκαν από την πανδημία πολύ ή μέτρια, από αυτούς που δεν επηρεάστηκαν καθόλου.

Οι ασθενείς που ανέφεραν πως η καραντίνα και τα περιοριστικά μέτρα επηρέασαν σημαντικά τα επίπεδα του πόνου τους, είχαν σημαντικά ψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και νευρωτισμού κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας. Οι ασθενείς που ανέφεραν πως τα επίπεδα του πόνου τους επηρεάστηκαν και από τα περιοριστικά μέτρα αλλά και από το γεγονός της πανδημίας, είχαν σημαντικά ψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και νευρωτισμού κατά το δεύτερο κύμα της πανδημίας.

Η υπόθεση πως η σχέση της κατάθλιψης και του χρόνιου πόνου δεν είναι άμεση αλλά διαμεσολαβείται από άλλους παράγοντες και πρέπει να ερμηνεύεται με προσοχή, δεν είναι καινοφανής.¹³⁹ Ο νευρωτισμός αναφέρεται σε μία αυξημένη τάση προς αρνητικά συναισθήματα όπως ανησυχία, θλίψη και άγχος^{140,141}, και συνδέεται με σωματοποίηση, μειωμένη σωματική υγεία και αυξημένη ευαλωτότητα σε ασθένειες.¹⁴² Τα ευρήματά μας υποδεικνύουν έναν συστηματικό δεσμό ανάμεσα στον νευρωτισμό, την κατάθλιψη, το βίωμα και τα επίπεδα του αυτοαναφερόμενου πόνου.¹⁴³⁻¹⁴⁵

Όσον αφορά στην διάρκεια και την ένταση του πόνου, κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας οι ασθενείς με ψηλά σκορ στον παράγοντα της ανοιχτότητας σε νέες εμπειρίες ανέφεραν πως η ένταση και η διάρκεια του πόνου τους επηρεάστηκαν σημαντικά τόσο από την πανδημία, όσο και από την καραντίνα. Οι παράγοντες του νευρωτισμού και της ανοιχτότητας σε εμπειρίες έχουν συνδεθεί με άγχος γύρω από την πανδημία (Covid-19 anxiety) και με σύνδρομο άγχους Covid-19 (Covid-19 anxiety syndrome), αντίστοιχα.¹⁴⁶ Η σύνδεση αυτή αντανακλάται στα δικά μας ευρήματα, που συνδέουν τον νευρωτισμό με αυξημένα αυτοαναφερόμενα επίπεδα

πόνου και την ανοιχτότητα σε εμπειρίες με αυξημένη αυτοαναφερόμενη ένταση και διάρκεια πόνου.

Στο σημείο αυτό είναι εντυπωσιακή η διαφοροποίηση της δεύτερη κοόρτης. Κατά το δεύτερο κύμα της πανδημίας μόνο οι ασθενείς με υψηλά σκορ στον παράγοντα της ευσυνειδησίας και χαμηλή γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή ανέφεραν συστηματικά πως η ένταση και η διάρκεια του πόνου τους επηρεάστηκαν σημαντικά από την πανδημία. Όσο για την επίδραση της καραντίνας στην ένταση και τη διάρκεια του πόνου, μόνο η προσήνεια φαίνεται να έπαιξε σημαντικό διαφοροποιητικό ρόλο. Θεωρούμε τα εξής σημεία εξαιρετικά σημαντικά:

1. Ο ψυχολογικός παράγοντας που έπαιξε σημαντικότερο ρόλο στην εμπειρία του πόνου ήταν η γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή, η οποία μειώθηκε σημαντικά ανάμεσα στα δύο έτη.

2. Αντικατοπτρίζεται η πρώιμη διαμόρφωση ψυχικών και πρακτικών μηχανισμών αντιμετώπισης και διαχείρισης (coping mechanisms).

3. Αντίστοιχα, αναδύονται συγκεκριμένα ψυχικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά ως «προστατευτικά» απέναντι στον πόνο αλλά και την ψυχική νοσηρότητα.¹⁴⁷⁻¹⁴⁸

Τα σημεία αυτά αφορούν ψυχοκοινωνικές και δημογραφικές μεταβλητές και θα αναλυθούν διεξοδικά στην αντίστοιχη ενότητα.

2.3 Νέα συμπτωματολογία και επισκεψιμότητα

Ο αριθμός των συμμετεχόντων που αναζήτησαν βοήθεια από τη Μονάδα Πόνου για την αντιμετώπιση ενός νέου επώδυνου συμπτώματος διπλασιάστηκε κατά το πρώτο έτος της πανδημίας. Το 2020, μόνο 6% των συμμετεχόντων ήταν νέοι ασθενείς, ποσοστό το οποίο αυξήθηκε σε 36% μέσα στο επόμενο έτος.

Η πανδημία Covid-19 και τα επακόλουθα μέτρα με τους αλληπάλληλους περιορισμούς, έχουν συνδεθεί με αυξημένα επίπεδα σωματοποίησης.¹⁴⁹⁻¹⁵² Κατά την διάρκεια της πανδημίας, έχουν παρατηρηθεί συστηματικά στους πιο ευάλωτους πληθυσμούς:

a) εμφάνιση νέων επώδυνων συμπτωμάτων

b) χρονιοποίηση/ χρονιότητα ήδη υπαρχόντων επώδυνων συμπτωμάτων και ενοχλήσεων και

c) αυξημένη κόπωση

Αυτή η σωματική επιβάρυνση οξύνεται και επιτείνεται από τις περιρρέουσες ψυχοκοινωνικές συνθήκες που επέβαλλε η πανδημία. Οι περισσότερες από αυτές αποτυπώθηκαν και στην δική μας έρευνα, όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω. Η παύση όλων των οικονομικών δραστηριοτήτων, ο περιορισμός μετακίνησης, η κοινωνική απομόνωση, η μείωση των εισοδημάτων και της φυσικής δραστηριότητας, ο συνεχής φόβος νόσησης, συνδέονται βιβλιογραφικά με δυσκολίες στον ύπνο, άγχος και κατάθλιψη, χαμηλή ποιότητα ζωής κι αίσθηση απειλής. Όλες αυτές οι μεταβλητές διαμεσολαβούν στην έναρξη, την ένταση και την χρονιότητα του πόνου.^{30,133,153-157} Στο ποσοστό των ασθενών που λόγω ηλικίας, οικογενειακής κατάστασης και συνθηκών υγείας είχαν μεγαλύτερη ευαλωτότητα στον χρόνιο πόνο, πρέπει να προστεθεί και το ποσοστό εκείνο των ασθενών που εκδήλωσαν νευρολογικές διαταραχές και συμπτώματα πόνου, οξέως και χρόνιου, μετά από λοίμωξη Covid-19.¹⁵⁷⁻¹⁵⁹

Είναι σημαντικό να μελετήσουμε το φαινόμενο της αύξησης των νέων ραντεβού και της μείωσης των follow up επισκέψεων από δύο πλευρές, τόσο από την πλευρά των ασθενών, όσο και από την πλευρά της λειτουργίας της Μονάδας Πόνου. Στο σημείο αυτό ανακύπτει ένα ζήτημα το οποίο θεωρούμε πως ανήκει στα σημαντικότερα έμμεσα ευρήματα της παρούσας έρευνας.

2.3.1 Οι ασθενείς

Η σημαντικότερη αύξηση του αριθμού των νέων ραντεβού σε συνδυασμό με την αντίστοιχη σημαντική μείωση των follow-up επισκέψεων μπορεί συνεπώς, υπό το πρίσμα του υπό μελέτη πληθυσμού, να αποδοθεί στις ακόλουθες αιτίες:

1) Αυξημένη τάση προς σωματοποίηση, εξ' αιτίας των έμεσων ψυχοκοινωνικών επιδράσεων της πανδημίας και της καραντίνας στους πιο ευάλωτους πληθυσμούς.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τόσο την εκδήλωση νέων συμπτωμάτων πόνου, όσο και την επιδείνωση παλαιότερων ενοχλημάτων.^{149-152,157}

2) Οι άμεσες επιπτώσεις της ίδιας της νόσου Covid-19 στους νοσούντες, οι οποίες περιλαμβάνουν νευρολογικές συνδρομές και εκδηλώσεις οξέως και χρόνιου μυοσκελετικού πόνου.¹⁵⁸⁻¹⁵⁹

3) Η μείωση των follow up επισκέψεων ανάμεσα στα δύο έτη μπορεί να αποδοθεί στην ολοκληρωτική υιοθέτηση του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ανάμεσα στα δύο έτη. Οι περισσότεροι ασθενείς έπαψαν να επισκέπτονται την Μονάδα Πόνου για να κάνουν ανανέωση συνταγογράφησης της φαρμακευτικής αγωγής, μιας και η διαδικασία πλέον γινόταν ηλεκτρονικά και εξ' αποστάσεως. Παρά την σημαντική πρακτική διευκόλυνση τόσο των ίδιων των ασθενών, όσο και του συστήματος υγείας, δεν πρόκειται για ιδανική συνθήκη. Η πρακτική αυτή της μείωσης της συχνότητας της φυσικής κλινικής εξέτασης μπορεί να οδηγήσει στην υπο-διάγνωση και υποαντιμετώπιση υποτροπών ή νέων συμπτωμάτων.^{160,161}

2.3.2 Η Μονάδα Πόνου

Σε αυτό το σημείο οφείλουμε να αναφέρουμε ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που προέκυψαν εμμέσως κατά τη διάρκεια της παρούσας έρευνας, και αποτυπώνεται τόσο στις απαντήσεις των ασθενών όσον αφορά στην επισκεψιμότητα, όσο και -εμμέσως- στην μεγάλη χρονική διαφορά των δύο περιόδων δειγματοληψίας.

Οι ασθενείς της πρώτης κοόρτης που μελετήθηκαν την Άνοιξη του 2020, είχαν όλοι ραντεβού τα οποία ήταν προγραμματισμένα πριν την έναρξη της Πανδημίας. Οι μισοί εξ' αυτών επισκέπτονται την Μονάδα Πόνου από 2 έως 3 φορές το χρόνο για ραντεβού επαναξιολόγησης (follow-up) και για ανανέωση της φαρμακευτικής τους αγωγής. Η συχνότητα επίσκεψης της Μονάδας Πόνου για κάθε ασθενή αντιστοιχούσε σε 1 προγραμματισμένο ραντεβού ανά 4-6 μήνες. Το ένα τρίτο των ασθενών επισκεπτόταν την Μονάδα Πόνου ακόμη τακτικότερα (1 ραντεβού ανά 2-3 μήνες) και ένα ελάχιστο ποσοστό των ασθενών ήταν νέοι ασθενείς.

Η επαναλειτουργία της Μονάδας Πόνου κατά το δεύτερο και τρίτο κύμα της πανδημίας και η επιστροφή στην κανονικότητα για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, έγινε υπό αυστηρούς όρους, σύμφωνα με τις ρυθμίσεις του Νόμου υπ' αριθμ.4876 ΦΕΚ Α'251/23.12.2021 για την αντιμετώπιση της πανδημίας του κορονοϊού Covid-19 και την προστασία της δημόσιας υγείας.¹⁶² Ο χώρος στον οποίο στεγαζόταν η Μονάδα Πόνου έως τότε είχε δύναμη 3 κλινών συν ενός απομονωμένου χώρου με ξεχωριστή κλίνη για τις επεμβατικές θεραπείες. Όλες οι κλίνες είχαν πρόσβαση σε οξυγόνο. Η Μονάδα στελεχωνόταν από 1-2 ειδικευμένους ιατρούς (αναισθησιολόγο και/ή νευρολόγο), 1 νοσηλεύτη και το βοηθητικό προσωπικό (γραμματέα, ψυχολόγο, ειδικό στοματοπροσωπικού πόνου, ειδικευόμενους αναισθησιολόγους ή αλγολόγους, κ.λπ). Σύμφωνα με το βιβλίο επισκέψεων, πριν την έναρξη της πανδημίας η Μονάδα Πόνου του Αττικού Νοσοκομείου διαχειριζόταν κατά μέσο όρο 15 ασθενείς την ημέρα, σε προγραμματισμένο κι έκτακτο επίπεδο.

Λόγω επίταξης του συγκεκριμένου χώρου για να καλυφθούν οι ανάγκες του Νοσοκομείου για κλίνες Covid-19 και λόγω της επίταξης προσωπικού, η Μονάδα μεταφέρθηκε σε έναν χώρο με μία κλίνη, στον οποίο προκειμένου να τηρηθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα, μπορούσε να παρίσταται μέσα στο χώρο μόνο ο εξειδικευμένος γιατρός, ο ασθενής, και 1 νοσηλεύτης, όχι καθημερινά και υπό συνθήκες. Μετά την επανέναρξη της λειτουργίας της, η Μονάδα Πόνου είχε δυνατότητα να διαχειριστεί κατά μέσο όρο 4-6 ασθενείς τη μέρα. Δεδομένου ότι εμείς προσεγγίσαμε τους ασθενείς που είχαν ήδη προγραμματισμένο ραντεβού, αυτός ο υποδιπλασιασμός δεν φάνηκε άμεσα, έγινε ωστόσο εξαιρετικά εμφανής εμμέσως:

1. Για να συγκεντρώσουμε τον ίδιο αριθμό συμμετεχόντων που είχαμε προσεγγίσει την Άνοιξη του 2020, χρειάστηκε να παρατείνουμε τον χρόνο δειγματοληψίας κατά δύο ολόκληρους μήνες.
2. Μειώθηκε σημαντικά ο αριθμός και η συχνότητα των επισκέψεων εντός του έτους. Επίσης, διαφοροποιήθηκε σημαντικά και ο λόγος προσέλευσης ανάμεσα στα δύο έτη. Παρόλο που ο αριθμός των ασθενών που υποβάλλονταν

σε επεμβατική θεραπεία παρέμεινε σταθερός, μειώθηκε σημαντικά ο αριθμός των follow up επισκέψεων.

Οι παραπάνω παρατηρήσεις, σε συνδυασμό με την μικρή (αν και όχι στατιστικά σημαντική) μείωση του μέσου όρου ηλικίας των συμμετεχόντων, μας οδηγούν στην υπόθεση πως ένας αριθμός επωφελούμενων ασθενών, ειδικότερα μεγαλύτερης ηλικίας, αρχίζουν να μένουν εκτός του συστήματος συνεχιζόμενης παρακολούθησης και φροντίδας.¹⁵⁴⁻¹⁵⁶

Τα αποτελέσματά μας όσον αφορά στη λειτουργία και τη λειτουργικότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας αντανακλούν ένα φαινόμενο που πρόσφατα έχει αρχίσει να μελετάται ευρύτερα: τις συστημικές/οργανωτικές επιπτώσεις (organizational impact) της πανδημίας Covid-19.^{58,161,164,165} Ο αντίκτυπος των οργανωτικών και δομικών μεταβολών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, γίνεται εμμέσως εμφανής. Η λειτουργικότητα, η βιωσιμότητα, η κατανομή οικονομικών και υλικών πόρων και η προσβασιμότητα έχουν υποστεί σημαντικές μεταβολές κατά τη διάρκεια της πανδημίας και έχουν αναδιανεμηθεί δυσανάλογα στους εξυπηρετούμενους πληθυσμούς.^{166,167}

2.4 Ψυχική νοσηρότητα και ποιότητα ζωής

2.4.1 Ποιότητα ζωής, στρες, άγχος, κατάθλιψη

Κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας, τα τρία τέταρτα των συμμετεχόντων ανέφεραν πως η ποιότητα ζωής τους επηρεάστηκε μέτρια έως πολύ λόγω της πανδημίας. Το ποσοστό αυξήθηκε σε 90% μέσα σε ένα έτος. Έως το 2021, το ποσοστό των ασθενών που πίστευαν πως η ποιότητα ζωής τους παρέμεινε ανέπαφη από την πανδημία, ήταν πολύ μικρό. Η μείωση αυτή συμπορεύεται με τα διεθνή δεδομένα. Οι ευάλωτοι πληθυσμοί και οι χρονίως πάσχοντες ασθενείς βιώνουν σημαντικά μειωμένα επίπεδα ζωής κατά τη διάρκεια της πανδημίας σε παγκόσμιο επίπεδο.¹⁶⁸⁻¹⁶⁹

Τα σκορ της κλίμακας DASS κατέδειξαν εξαιρετικά σοβαρή έκπτωση στα επίπεδα στρες και άγχους και οριακά εξαιρετικά σοβαρή έκπτωση στα επίπεδα

κατάθλιψης, και στις δύο κοόρτες. Το στρες και το άγχος αυξήθηκαν ελάχιστα. Όχι σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, υπήρξαν ωστόσο εξαιρετικά υψηλά εξ' αρχής. Όσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα στρες και άγχους, τόσο εντονότερη φαίνεται πως ήταν η επίδραση της πανδημίας και της καραντίνας στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Το άγχος και το στρες υπήρξαν το 2020 οι σημαντικότερες ανεξάρτητες μεταβλητές όσον αφορά στον πόνο και την θεραπεία του. Υψηλά επίπεδα στρες συνδέονταν με υψηλότερα επίπεδα αναφερόμενου πόνου, μεγαλύτερη ένταση και διάρκεια του πόνου, καθώς και με κατάχρηση αναλγητικών. Υψηλά επίπεδα άγχους συνδέονταν επίσης με υψηλότερα επίπεδα, διάρκεια και ένταση πόνου, αν και δεν φαίνεται να σχετίζονταν με την ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή. Παρά την σταθερότητα των σκορ, οι συσχετίσεις το 2021 υπήρξαν πολύ περισσότερες. Οι ασθενείς με υψηλότερα επίπεδα άγχους και στρες το 2021 ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα πόνου και συσχέτισαν συστηματικά τον πόνο τους τόσο με την πανδημία, όσο και με τα περιοριστικά μέτρα. Ανέφεραν συστηματικά πως η ποιότητα ζωής και η θεραπεία τους επηρεάστηκε από την πανδημία (αν και όχι από την καραντίνα), και το υψηλό άγχος συνδεόταν και με μειωμένη ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή.

Η διαθέσιμη βιβλιογραφία γύρω από το στρες, το άγχος και την κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της πανδημίας είναι ήδη πολυπληθής και συνεχίζει να διευρύνεται διαρκώς. Τα αποτελέσματα δεν είναι ομοιογενή. Εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την μεθοδολογία, την δειγματοληψία, τον υπό μελέτη πληθυσμό και το πεδίο της εκάστοτε μελέτης. Υψηλότερα επίπεδα στρες κατά την πανδημία Covid-19 έχουν συνδεθεί με:¹⁶⁹⁻¹⁷³

- προϋπάρχον νοσολογικό ιστορικό
- με αλλαγές στον τρόπο πρόσβασης σε ιατρική περίθαλψη
- με αυξημένο φόβο πως θα διαρραγεί η πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη
- με αυξημένα επίπεδα πόνου
- με τον τρόπο με τον οποίο τα μέτρα δημόσιας υγείας υιοθετούνται, επικοινωνούνται στο κοινό, και εφαρμόζονται.

Όλες οι παραπάνω συνθήκες είναι παρούσες στον υπό μελέτη πληθυσμό, πράγμα το οποίο ερμηνεύει τα συστηματικά υψηλά επίπεδα στρες. Από την άλλη πλευρά, το άγχος κατά την διάρκεια της πανδημίας Covid-19 έχει μετατραπεί σε έναν όρο-ομπρέλλα που περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, συναισθήματα όπως ο φόβος, το άγχος νόσησης, το άγχος για την υγεία, και το άγχος θανάτου. Οι μεταβλητές που συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα άγχους κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19 περιλαμβάνουν:¹⁷⁴⁻¹⁷⁷

- τις μεγαλύτερες ηλικίες
- το γυναικείο φύλο
- ιστορικό προϋπάρχουσας νόσου
- απομόνωση
- μεγαλύτερη συχνότητα και αυστηρότητα περιοριστικών μέτρων
- υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο
- οικογενειακή κατάσταση
- ύπαρξη παιδιών

Με εξαίρεση το μορφωτικό επίπεδο, για το οποίο βρήκαμε αντίστροφη συσχέτιση σε σύγκριση με την διαθέσιμη βιβλιογραφία (σημαντικά υψηλότερο άγχος είχαν οι απόφοιτοι δημοτικού στην κοόρτη του 2021), όλες οι υπόλοιπες μεταβλητές ήταν παρούσες στο δείγμα μας και επιβεβαιώθηκαν μέσα από την έρευνά μας.

Παρόλο που αναμέναμε αύξηση στα επίπεδα της κατάθλιψης, η αρχική μας υπόθεση διαψεύστηκε. Τα σκορ των συμμετεχόντων στην υποκλίμακα της κατάθλιψης παρέμειναν απολύτως σταθερά ανάμεσα στις δύο χρονιές. Τα επίπεδα της κατάθλιψης το 2020 δεν φάνηκε να σχετίζονται άμεσα με τον πόνο, ωστόσο οι ασθενείς με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης φάνηκαν να δυσκολεύονται να διαχειριστούν την καραντίνα και την κοινωνική απομόνωση που επέβαλαν τα περιοριστικά μέτρα. Το 2021 αντίθετα, οι ασθενείς με κατάθλιψη απέδωσαν σημαντική αύξηση του πόνου τους στην πανδημία και στην καραντίνα, απέδωσαν σημαντική διατάραξη της ποιότητας ζωής τους στην πανδημία, και είχαν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν κατάχρηση φαρμακευτικής αγωγής.

Θεωρούμε πως η σταθερότητα των μεταβλητών του στρες, του άγχους και της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια των πρώτων τριών κυμάτων της πανδημίας Covid-19 αποτελεί ένδειξη μίας πορείας ψυχικής προσαρμογής εν τη δημιουργία της. Στην βιβλιογραφία αναφέρεται ο όρος *ψυχική ανθεκτικότητα*. Η ψυχική ανθεκτικότητα ορίζεται ως η ικανότητα επιτυχούς προσαρμογής σε συνθήκες αντίξοες, τραυματικές, τραγικές, απειλητικές ή στρεσογόνες, επιδεικνύοντας γνωσιακή, συναισθηματική και συμπεριφορική ευελιξία¹⁷⁸. Πρόκειται για μία ενεργητική και δυναμική διαδικασία που λειτουργεί σε επίπεδο ατομικό, οικογενειακό, κοινοτικό και πολιτισμικό, και συνδέεται μεταξύ άλλων με τα υπάρχοντα πλαίσια στήριξης και με ψυχικές μεταβλητές όπως η ελπίδα, η αίσθηση συνοχής, η ασφάλεια και η σταθερότητα.¹⁷⁹ Η ανθεκτικότητα στο άγχος (stress resilience)¹⁷⁷ ως μία αναδυόμενη διαδικασία αντιμετώπισης, προσαρμογής και διαχείρισης (coping process), η οποία χτίζεται με κάθε έξαρση και κάθε ύφεση της πανδημίας, πιστεύουμε πως εξηγεί την σταθερότητα των επιπέδων στρες στα αποτελέσματά μας.

Στην ίδια αυτή διαδικασία αντιμετώπισης μπορεί επίσης να αποδοθεί και η σταθερότητα των επιπέδων κατάθλιψης του δείγματός μας. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν βρεθεί και σε άλλες έρευνες που έχουν χρησιμοποιήσει την κλίμακα κατάθλιψης-άγχους-στρες DASS-42 σε πληθυσμούς με προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας, κατά τη διάρκεια της πανδημίας.¹⁸⁰ Οι Kleinmann et al.⁵⁰, προκειμένου να ερμηνεύσουν αντίστοιχα ευρήματα, εισήγαγαν την έννοια προστατευτικών σταθεροποιητικών μεταβλητών (protective stabilizing factors) κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Μία σημαντική προστατευτική μεταβλητή είναι η εμπιστοσύνη και η ικανοποίηση από το σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Επίπεδα κατάθλιψης που παραμένουν σταθερά ή μειώνονται κατά τη διάρκεια της πανδημίας έχουν επίσης συνδεθεί με θετικές στρατηγικές αντιμετώπισης, αίσθηση ελέγχου και ψυχική ανθεκτικότητα.^{58,177,180-182}

2.4.2 Συνολική ικανοποίηση από τη ζωή

Παρατηρήθηκε σημαντικότερη μείωση στις περισσότερες υποκλίμακες του επιπέδου ικανοποίησης από τη ζωή ανάμεσα στα δύο έτη. Συγκεκριμένα, υπήρξε σημαντική μείωση στους δείκτες προσωπικής και μελλοντικής ασφάλειας, στην

αίσθηση κοινότητας/ συνδεσιμότητας, στον δείκτη πνευματικότητας/ θρησκευτικότητας και στην γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή.

Ο παράγοντας συνολικής ικανοποίησης από τη ζωή, όπως μετρήθηκε με το PWI, δεν έδειξε σημαντικές διακυμάνσεις στην πρώτη κοόρτη. Ωστόσο, χαμηλότερα επίπεδα συνολικής ικανοποίησης από τη ζωή συνδέονταν συστηματικά με υψηλότερη ένταση και διάρκεια πόνου καθώς επίσης και με κατάχρηση αναλγητικών ή αναποτελεσματικότητα της τρέχουσας συστηματικής φαρμακευτικής αγωγής.

Κατά το τρίτο κύμα της πανδημίας, οι συσχετίσεις ήταν σαρωτικές. Οι ασθενείς με χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή βίωναν υψηλότερα επίπεδα, ένταση και διάρκεια πόνου, ανέφεραν συστηματικά πως επηρεάστηκε αρνητικά η θεραπεία και η ποιότητα ζωής τους από το γεγονός της πανδημίας, είχαν υψηλότερα ποσοστά κατάχρησης αναλγητικών και έχασαν σε μεγαλύτερο βαθμό την εμπιστοσύνη τους στους κρατικούς χειρισμούς και τον κρατικό μηχανισμό. Αυτή η εικόνα συνάδει με την υπάρχουσα βιβλιογραφία πάνω στην αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή, τις ψυχολογικές μεταβλητές του στρες, του άγχους και της κατάθλιψης, και τις στρατηγικές αντιμετώπισης κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Υψηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή αποτελεί σημαντικότατο προστατευτικό ψυχικό παράγοντα και συνδέεται άμεσα με καλύτερη ψυχοκοινωνική εικόνα, μεγαλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα και θετικούς μηχανισμούς διαχείρισης και αντιμετώπισης ψυχοπιεστικών καταστάσεων.^{183,184}

Και στις δύο μετρήσεις, οι έγγαμοι ασθενείς βίωναν σημαντικά ψηλότερη ικανοποίηση σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με την ευρύτερη βιβλιογραφία όσον αφορά την ικανοποίηση από τη ζωή και την οικογενειακή κατάσταση, η οποία θέλει συστηματικά τα έγγαμα ζευγάρια να είναι πιο ικανοποιημένα. Παρόλο που οι επιπτώσεις της πανδημίας και των περιοριστικών μέτρων έχουν μειώσει την ψαλίδα της ικανοποίησης ανάμεσα στους έγγαμους και στους άγαμους ή διαζευγμένους, η διαφορά παραμένει, κάτι που γίνεται ορατό και μέσα από τα δικά μας αποτελέσματα.^{185,186}

Η αίσθηση προσωπικής ασφάλειας, με ό,τι αυτό συνεπάγεται με μία περίοδο πανδημίας (φόβο νόσησης, φόβο για το μέλλον, εμπιστοσύνη στους κρατικούς και στους υγειονομικούς μηχανισμούς μεταξύ άλλων) ήταν από τις πρώτες μεταβλητές που επλήγησαν κατά την διάρκεια της πανδημίας. Η αίσθηση ασφάλειας, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, είναι δυνατόν να αναταμεί σε αρκετά επιμέρους συστατικά:¹⁸⁷

1. **Σωματική, βιολογική ασφάλεια:** ο φόβος νόσησης και η σωματική ευαλωτότητα, ο φόβος πως θα νοσήσουμε ή θα νοσήσουν οι οικείοι μας, φόβοι οι οποίοι ήταν ιδιαίτερα εμφανείς και στην δική μας έρευνα, κυρίως κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας. Πολλοί ασθενείς μείωσαν οικειοθελώς ή ακύρωσαν οι ίδιοι τις επισκέψεις τους στη Μονάδα Πόνου από φόβο μήπως νοσήσουν.¹³³

2. **Ψυχική ασφάλεια:** όπως έχει συζητηθεί και παραπάνω, οι επιπτώσεις της πανδημίας στις ψυχοκοινωνικές μεταβλητές είναι πολλαπλές, πολυεπίπεδες, ιδιοσυγκρασιακές και είναι ακόμη υπό διαμόρφωση και υπό διερεύνηση.

3. **Ασφάλεια εντός της οικογένειας/ της οικίας (household safety):** Κατά τη διάρκεια της πανδημίας αποσταθεροποιήθηκαν οι ενδο-οικογενειακές δυναμικές και αυξήθηκαν σημαντικά τα περιστατικά ενδο-οικογενειακής βίας.¹⁸⁸ Η ξαφνική, υποχρεωτική, δίχως εξωτερικά ερεθίσματα, παρατεταμένη συνύπαρξη σε περιορισμένο χώρο ατόμων που είχαν συνηθίσει σε διαφορετικά μοτίβα αλληλεπίδρασης, κλόνησε σημαντικά την αίσθηση προσωπικού χώρου και τις ενδο-οικογενειακές σχέσεις¹⁵⁻¹⁷. Αν και δεν αποτυπώνεται άμεσα στην δική μας έρευνα αυτή η διάσταση της πανδημίας, πιστεύουμε πως αντανακλάται έμμεσα στην σημαντικότερη διαφορά όσον αφορά στο οικογενειακό προφίλ των συμμετεχόντων, ανάμεσα στις δύο κοόρτες.

4. **Κοινωνική ασφάλεια (societal safety):** ο παράγοντας αυτός περιλαμβάνει τους κοινωνικούς και κοινοτικούς δεσμούς και τις απλές, καθημερινές συμπεριφορές κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Οι διαδοχικές και παρατεταμένες περίοδοι καραντίνας και απομόνωσης ζημίωσαν σημαντικά τις κοινωνικές σχέσεις των ευάλωτων τμημάτων του πληθυσμού.^{189,190} Η αποσταθεροποίηση του αισθήματος κοινωνικής ασφάλειας αντανακλάται στην

σημαντική μείωση της αίσθησης κοινότητας και συνδεσιμότητας ανάμεσα στα δύο έτη. Η διάρρηξη των κοινωνικών δεσμών σε μικροεπίπεδο συνδέεται με κοινωνική αποσταθεροποίηση σε μακροεπίπεδο.¹⁹¹

5. **Δομική/ λειτουργική ασφάλεια (operational structures and safety):**

Πρόκειται για μία υποκατηγορία αίσθησης ασφάλειας η οποία συνδέεται σημαντικά με την προηγούμενη μεταβλητή και αφορά το μακροεπίπεδο – την εμπιστοσύνη στους ευρύτερους φορείς. Ασθενείς οι οποίοι συνέχισαν να παρακολουθούνται τακτικά καθ' όλη τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19 επέδειξαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα προσωπικής ασφάλειας.¹⁹² Αυτού του είδους η αίσθηση ασφάλειας συνδέεται, μεταξύ άλλων, με τον δείκτη αυστηρότητας, τις κυβερνητικές πρακτικές, τον τρόπο με τον οποίο μεταφέρονται κι επικοινωνούνται τα μέτρα στον γενικό πληθυσμό, και με την σταθερότητα και τη λειτουργικότητα των δομών^{19,38,107,173}. Στην παρούσα έρευνα, η αποσταθεροποίηση της δομικής/ οργανωτικής ασφάλειας γίνεται εμφανής σε δύο σημεία: (α) στις λειτουργικές και οργανωτικές επιπτώσεις της πανδημίας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, όπως συζητήθηκε παραπάνω και (β) στην σημαντική αύξηση του ποσοστού των ασθενών που δήλωσαν πως μειώθηκε η εμπιστοσύνη τους στην κυβέρνηση και στους κυβερνητικούς μηχανισμούς κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Πιστεύουμε πως αυτή η αποσταθεροποίηση που αποτυπώθηκε στην έρευνά μας και αφορούσε 12 μήνες, αποτελεί μέρος μία δυναμικής διεργασίας που είναι ακόμη ενεργή. Οι επιπτώσεις της πανδημίας σε επίπεδο κοινωνικοοικονομικό και πολιτικό, σε μία χώρα που πολύ πρόσφατα εξήλθε από μία δεκαετή οικονομική κρίση, παραμένουν ένα ανοιχτό πεδίο έρευνας^{30,166,167,193,194}

Τα επίπεδα πνευματικότητας/ θρησκευτικότητας των συμμετεχόντων φαίνεται πως επίσης μειώθηκαν σημαντικά από το πρώτο έως το τρίτο κύμα της πανδημίας. Οι όροι «πνευματικότητα» και «θρησκευτικότητα» θεωρούνται συχνά ταυτόσημοι, ωστόσο έχουν διαφορετικές συνυποδηλώσεις και σημασίες. Αναφερόμαστε σε αυτές από κοινού με τον γενικό όρο πνευματική ευεξία, ο οποίος έχει δύο συνιστώσες, την πνευματική και την θρησκευτική ευεξία, και ορίζεται αδρά ως ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι κατανοούν και νοηματοδοτούν την ζωή τους σε

σχέση με ένα ευρύτερο πλαίσιο.¹⁹⁵⁻¹⁹⁷ Η πνευματική υγεία και ευεξία αποτελεί σημαντικό παράγοντα νοσηματοδότησης, ενδυνάμωσης, ανακούφισης και διαχείρισης.¹⁹⁷⁻¹⁹⁹ Επίσης, συνδέεται άμεσα με την ψυχική ανθεκτικότητα και την ψυχική υγεία, και κατ' επέκταση έμμεσα με την σωματική υγεία.^{196,197,200} Σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στους τομείς της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας κατά την διάρκεια της πανδημίας, τείνουν να βιώνουν εντονότερη ψυχική δυσφορία και να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα πόνου.²⁰¹

2.4.3 Χαρακτηριστικά προσωπικότητας

Ως χαρακτηριστικά προσωπικότητας ορίζονται οι τάσεις ή προδιαθέσεις προς πρότυπα συμπεριφοράς τα οποία τείνουν να επαναλαμβάνονται μέσα στο χρόνο και δεν εξαρτώνται από τις εξωτερικές συνθήκες.²⁰² Πρόκειται για συμπεριφορικά και θυμικά μοτίβα, τα οποία παραμένουν ως επί το πλείστον σταθερά στην ενήλικη ζωή, και αυτό αντανακλάται στην σταθερότητα των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου προσωπικότητας Ten Item Personality Index ανάμεσα στις δύο μετρήσεις.²⁰³ Ωστόσο, είναι ακόμη υπό διερεύνηση η επίδραση των κρίσιμων γεγονότων ζωής στη διαμόρφωση των χαρακτηριστικών προσωπικότητας και στην εξέλιξή τους μέσα στο χρόνο.²⁰⁴⁻²⁰⁶

Όταν αναφερόμαστε σε χαρακτηριστικά προσωπικότητας, αναφερόμαστε ουσιαστικά σε επαναλαμβανόμενες συμπεριφορικές και συναισθηματικές τάσεις. Κατά συνέπεια, τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας φαίνεται πως επηρέασαν αρκετά το βίωμα και τη συμπεριφορά των ασθενών με χρόνιο πόνο, κατά τη διάρκεια του πρώτου και του τρίτου κύματος της πανδημίας. Τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας που φάνηκαν να συνδέονται περισσότερο με την πανδημία και τις επιπτώσεις της ήταν ο νευρωτισμός, η ανοιχτότητα σε εμπειρίες και η ευσυνειδησία.

Ο παράγοντας του νευρωτισμού συνδέεται με συναισθηματική αστάθεια, άγχος, ανασφάλεια, φοβίες και απαισιοδοξία. Στον αντίποδά του συναντάμε την συναισθηματική σταθερότητα, η οποία συνδέεται με αυξημένο αίσθημα

ασφάλειας, σταθερότητας και με ικανοποιητικότερους μηχανισμούς διαχείρισης.^{140,141} Υψηλά επίπεδα νευρωτισμού συχνά συμπορεύονται με υψηλά επίπεδα συναισθηματικής δυσφορίας και κατάθλιψης, με μειωμένα επίπεδα γενικής υγείας¹⁴⁰⁻¹⁴⁵ και πιο πρόσφατα, με άγχος σχετιζόμενο με την πανδημία (Covid-19 anxiety).¹⁴⁶ Η έρευνά μας συμπλέει με τα διεθνή δεδομένα, που συνδέουν συστηματικά τον νευρωτισμό με την κατάθλιψη και την εμπειρία και ένταση του πόνου.¹⁴³⁻¹⁴⁵ Το 2020, ο παράγοντας του νευρωτισμού συνδέθηκε σημαντικά με μεγαλύτερη επίδραση των περιοριστικών μέτρων κυκλοφορίας στα επίπεδα του πόνου. Τα άτομα με χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής σταθερότητας και υψηλά σκορ νευρωτισμού φαίνεται πως δυσκολεύτηκαν να προσαρμοστούν στην πραγματικότητα της πανδημίας, ένα χρόνο μετά. Το 2021, ο παράγοντας του νευρωτισμού συνδέθηκε με μεγαλύτερη επίδραση τόσο των περιοριστικών μέτρων, όσο και της ίδιας της πανδημίας στα επίπεδα του πόνου. Επίσης, η ποιότητα ζωής των ατόμων με υψηλό σκορ νευρωτισμού επηρεάστηκε περισσότερο από τα περιοριστικά μέτρα, κατά το τρίτο κύμα της πανδημίας.

Οι ασθενείς με υψηλό σκορ στην κλίμακα ανοιχτότητας σε εμπειρίες, φαίνεται αντιθέτως πως ενώ αρχικά επηρεάστηκαν πάρα πολύ, εντέλει προσαρμόστηκαν καλύτερα. Η ανοιχτότητα σε εμπειρίες συνδέεται με αυξημένη δημιουργικότητα και φαντασία και με αυξημένη επιθυμία του ατόμου να αναζητά και να επιδιώκει νέες εμπειρίες και νέα ερεθίσματα. Κατά την περίοδο της πανδημίας ο παράγοντας της ανοιχτότητας συνδέθηκε με σύνδρομο αγχώδους διαταραχής σχετιζόμενο με την πανδημία (Covid-19 stress syndrome).¹⁴⁶ Οι ασθενείς με χρόνια πόνο τείνουν παραδοσιακά να έχουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ανοιχτότητας σε εμπειρίες, ιδίως όταν συνυπάρχουν με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.^{207,208} Οι ασθενείς με υψηλότερο σκορ στην κλίμακα ανοιχτότητας σε νέες εμπειρίες βίωσαν εντονότερα την επίδραση της πανδημίας και των περιοριστικών μέτρων στην ένταση και τη διάρκεια του πόνου κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας. Ένα χρόνο μετά ωστόσο δεν παρατηρήθηκε καμία αντίστοιχη συσχέτιση. Αντιθέτως, το 2021 οι ασθενείς με υψηλά σκορ ανοιχτότητας ανέφεραν βελτιωμένη ροή στη θεραπεία τους, παρά την πανδημία.

Ο παράγοντας της ευσυνειδησίας δεν φάνηκε να επιδρά σημαντικά στην συμπεριφορά και τα βιώματα των συμμετεχόντων κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας. Το 2021 ωστόσο, οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα ευσυνειδησίας φάνηκαν να δυσκολεύονται, κάτι που δεν είχε αποτυπωθεί το 2020. Η ποιότητα ζωής των ασθενών με χαμηλά σκορ ευσυνειδησίας επηρεάστηκε σημαντικά από την πανδημία και από τα περιοριστικά μέτρα το 2021. Η ευσυνειδησία αφορά το βαθμό οργάνωσης του ατόμου και συνδέεται με σταθερότητα, συνέπεια, υπευθυνότητα, έλεγχο και τάξη. Δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός πως οι ασθενείς με υψηλό αίσθημα καθήκοντος, σταθερότητας και τάξης έδειξαν να δυσκολεύονται στην προσαρμογή σε ένα τόσο περιοριστικό, εξωτερικά επιβεβλημένο κανονιστικό πλαίσιο, για τόσο μεγάλο χρονικό διάστημα.

Τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας των συμμετεχόντων καθ' εαυτά δεν είχαν σημαντικές διακυμάνσεις ανάμεσα στις δύο μετρήσεις. Παρόλο που μία πανδημία θεωρείται κρίσιμο γεγονός ζωής, το διάστημα του ενός έτους δεν θεωρείται επαρκές, ώστε να διακρίνουμε διακυμάνσεις σε παράγοντες που θεωρούνται σταθεροί. Ωστόσο, διακρίναμε μικρές «τάσεις» προς αλλαγή ανάμεσα στις δύο κοόρτες. Αυτές οι εκκινόμενες μεταβολές δυνητικά αντανακλούν μία συλλογική απόπειρα διαχείρισης και προσαρμογής (ανεβασμένα επίπεδα ευσυνειδησίας, μειωμένα επίπεδα εξωστρέφειας), σε συνδυασμό με μία συλλογική συσσώρευση συνεχιζόμενων ματαιώσεων, κόπωσης και ανάγκης μίας διεξόδου (μειωμένα επίπεδα συναισθηματικής σταθερότητας και αισιοδοξίας, ανεβασμένα επίπεδα ανοιχτότητας σε εμπειρίες).

3. Δευτερεύοντα ευρήματα

3.1 Νέες τεχνολογίες

Οι παγκόσμιες οδηγίες βέλτιστης ιατρικής πρακτικής που συστάθηκαν κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών έναρξης της πανδημίας, προωθούσαν την τηλεϊατρική.^{163,209-212} Η τηλεϊατρική (telemedicine) ορίζεται ως η αμφίδρομη χρήση ηλεκτρονικών πληροφοριών και η επιστράτευση μέσωων τηλεπικοινωνίας για την

παροχή ιατρικής περίθαλψης εξ' αποστάσεως.²¹³ Η αναγκαστική συλλογική υιοθέτηση της μεθόδου της τηλεϊατρικής αποτέλεσε σημαντικό μέσο για:^{107,211,212,214-216}

(α) την εξασφάλιση συνεχιζόμενης φροντίδας στους χρόνιους ασθενείς παρά την μείωση της προσβασιμότητας των υγειονομικών δομών

(β) την προφύλαξη των ευάλωτων ασθενών από έκθεση στη λοίμωξη Covid-19

(γ) την μείωση του κόστους και του χρόνου μεταφοράς για τους πιο ευάλωτους και δυσκίνητους ασθενείς και

(γ) την ελάφρυνση του βάρους που υφίσταντο τα Συστήματα Υγείας από τον όγκο των τακτικών εξωτερικών ιατρικών επισκέψεων.

Κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας, μόνο 17,8 % των ασθενών είχε αξιοποιήσει την εφαρμογή της άυλης συνταγογράφησης. Το 1/3 των ασθενών δεν γνώριζαν καν τι είναι. Ένα χρόνο μετά, η συνταγογράφηση και η εκτέλεση φαρμάκων γινόταν πλέον κατ' εξοχήν εξ' αποστάσεως, χωρίς όμως να ισχύει το ίδιο και για τις follow up αξιολογήσεις, όπως φάνηκε στην έρευνά μας. Αυξήθηκε η προσβασιμότητα στην Μονάδα Πόνου και η τηλεφωνική επικοινωνία με τους θεράποντες, ωστόσο δεν υιοθετήθηκε το σύστημα της τηλεδιάγνωσης ή της τηλεεξέτασης.

Η εξοικείωση, ή η έλλειψη αυτής, των συμμετεχόντων της έρευνας με τις νέες τεχνολογίες αποτυπώθηκε επίσης στον τρόπο συλλογής των δεδομένων. Το 2020, μόνο 37,6% των ασθενών μπόρεσαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια διαδικτυακά. Το 19% εξ' αυτών χρειάστηκαν τη βοήθεια συγγενούς για να χρησιμοποιήσουν την εφαρμογή. Οι υπόλοιποι συμμετέχοντες προτίμησαν την περισσότερο χρονοβόρα λύση της τηλεφωνικής συνέντευξης, κάτι το οποίο θα συζητηθεί και στην επόμενη ενότητα. Το 2021, ο αριθμός των συμμετεχόντων που επέλεξαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια διαδικτυακά, παρά την ευκολία της διαδικασίας, μειώθηκε σημαντικά. Αντίστοιχα αυξήθηκε σημαντικότερα ο αριθμός των ασθενών που επέλεξαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια διαζώσης.

Παρόλο που υπάρχουν διεθνείς έρευνες που αναφέρουν πως οι χρόνιοι ασθενείς υψηλού κινδύνου είναι πρόθυμοι να υιοθετήσουν νέες μορφές φροντίδας,^{214,216} η έρευνά μας έδειξε πως οι ασθενείς με χρόνια πόνου δεν χρησιμοποιούν την τεχνολογία, εάν μπορούν να το αποφύγουν. Αυτή η παρατήρηση, σε συνδυασμό με την σημαντική διαφοροποίηση στον τρόπο παροχής φροντίδας πόνου κατά τη διάρκεια της πανδημίας, μας κάνει να αναρωτιόμαστε μήπως ένα κομμάτι του γηραιότερου πληθυσμού δεν δύναται να ανταπεξέλθει σε αυτές τις αλλαγές, με αποτέλεσμα να γλιστράει ενδεχομένως εκτός του συστήματος παροχής συνεχιζόμενης ιατρικής περίθαλψης.

Η υπόθεση αυτή δεν είναι καινούρια. Έχουν καταγραφεί διεθνώς επιφυλάξεις για την υιοθέτηση της τηλεϊατρικής, επειδή αφήνει εκτεθειμένες ευάλωτες ομάδες πληθυσμού και ασθενείς > 55 ετών, άνεργους και/ή ανασφάλιστους, οι οποίοι δεν είναι σε θέση να την αξιοποιήσουν.^{160,161,217} Υπάρχει ένα όχι αμελητέο κομμάτι του πληθυσμού που επισκέπτεται την Μονάδα Πόνου του Αττικού Νοσοκομείου που εντάσσεται ακριβώς σε αυτήν την κατηγορία. Επιπλέον, η συστηματική τηλεματική παρακολούθηση ενδέχεται να οδηγήσει σε διαγνωστικές παραλείψεις, σε καθυστερημένη αναγνώριση υποτροπών, και σε μακροπρόθεσμη μείωση του επιπέδου της παρεχόμενης φροντίδας.^{160,161}

Υπό αυτό το πρίσμα, παραμένει ανοιχτό το κατά πόσο μπορούν οι χρονίως πάσχοντες ασθενείς και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης να ανταποκριθούν στις νέες τεχνολογικές και κοινωνικές συνθήκες που επιβάλλει η πανδημία Covid-19. Σε αυτό το σημείο, θα ήταν πολύ ενδιαφέρουσα τόσο μία προοπτική μελέτη ώστε να αξιολογηθούν καλύτερα αυτές οι δυναμικές σε βάθος χρόνου, όσο και μία αναδρομική μελέτη ώστε να δούμε πού βρίσκονται και πως λαμβάνουν φροντίδα οι «παλιοί» τακτικοί ασθενείς της Μονάδας Πόνου, οι οποίοι δεν επανεμφανίστηκαν στην μετα-Covid περίοδο.

3.2 Δημογραφικοί παράγοντες , οικογενειακή κατάσταση, οικογενειακός ιστός και φόβος νόσησης

3.2.1 Οικογενειακή κατάσταση

Όταν προβήκαμε στην σύγκριση των δημογραφικών μεταβλητών ανάμεσα στις δύο κοόρτες, εργαστήκαμε πάνω στις εξής ερευνητικές υποθέσεις:

1. Δεν θα υπάρχει καμία σημαντική διαφορά. Θα έχουμε λοιπόν ένα ομοιογενές δείγμα, άρα θα μπορέσουμε να απομονώσουμε τις επιδράσεις της πανδημίας πάνω στους ασθενείς με χρόνια νόσο.
2. Θα υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις δημογραφικές μεταβλητές. Αυτό θα σημαίνει ένα μη ομοιογενές δείγμα, οπότε η προσοχή μας θα στραφεί στις δομικές μεταβολές που επέβαλε η πανδημία πάνω στο Σύστημα Υγείας, ώστε να προωθηθεί αυτή η ανομοιογένεια.

Τα δείγματα αποδείχθηκαν ομοιογενή, με εξαίρεσή έναν παράγοντα – την οικογενειακή κατάσταση. Οι μεταβολές που επέφερε η πανδημία στις συνήθειες καθημερινές δραστηριότητες και στα δυναμικά των οικογενειακών συστημάτων ήταν σαρωτικές.^{14,15,36,53} Η κοινωνική απομόνωση σε συνδυασμό με την τηλεργασία και την τηλεεκπαίδευση επηρέασαν όλες τις λειτουργίες των οικογενειακών συστημάτων, τις συναισθηματικές αντιδράσεις των μελών τους, και τις σχέσεις και τα δυναμικά μεταξύ τους. Αυτό μεταφράζεται, μεταξύ άλλων, σε αυξημένα επίπεδα φόβου νόσησης εαυτού και οικείων, αυξημένο στρες και άγχος, αυξημένα επίπεδα δυσφορίας και έλλειψης ικανοποίησης από το γάμο, αυξημένο επίπεδο εκπεφρασμένου θυμού και συγκρούσεων, καθώς και σε πιθανές μεταβολές στους ρόλους και στις λειτουργίες του ζευγαριού.^{14-17,218} Επίσης, όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενη ενότητα, αυξήθηκαν σημαντικά τα περιστατικά διεμφυλικής και οικογενειακής βίας και ο απόηχος της αύξησης αυτής φτάνει μέχρι της μέρες μας, παρόλο που μετράμε ήδη πέντε χρόνια από την έναρξη της πανδημίας τη στιγμή που γράφονται αυτές οι γραμμές.^{188,219,220}

Καθώς δεν ήταν αυτός ο στόχος της έρευνάς μας, δεν αποτυπώθηκε άμεσα τίποτα από τα παραπάνω στις απαντήσεις των ασθενών με χρόνια νόσο. Ωστόσο,

μέσα σε ένα έτος τριπλασιάστηκε σχεδόν το ποσοστό το άγαμων ασθενών, διπλασιάστηκε το ποσοστό των διαζευγμένων ασθενών, μειώθηκε σημαντικά το ποσοστό των παντρεμένων ασθενών, και επίσης μειώθηκε και το ποσοστό των χηρευσάντων ασθενών. Μπορούμε να προσεγγίσουμε αυτήν την σαρωτική μετακίνηση της οικογενειακής κατάστασης του πληθυσμού με χρόνιο πόνο από δύο διαφορετικές οπτικές γωνίες:

1. Ενδέχεται η πανδημία πράγματι να έπληξε τόσο έντονα τα οικογενειακά συστήματα, ώστε να αντικρίζουμε, ένα έτος μετά την πανδημία, τόσο μεγάλη αύξηση στους διαζευγμένους ασθενείς με ταυτόχρονη μείωση των έγγαμων ασθενών. Παρόλο που η παγκόσμια βιβλιογραφία αναφέρει πως κατά τη διάρκεια της πανδημίας μειώθηκαν σημαντικά τόσο τα διαζύγια, όσο και οι γάμοι,²²¹⁻²²³ οι απόηχοι των οικογενειακών τριγμών σε συνδυασμό με το γεγονός ότι δεν υπάρχουν ακόμη διαθέσιμα αντίστοιχα ελληνικά δεδομένα, αφήνει ανοιχτά ενδεχόμενα για το μέλλον.²²⁴

2. Η δεύτερη υπόθεσή μας αποπειράται να ερμηνεύσει την πάρα πολύ μεγάλη αύξηση των άγαμων ασθενών, συνδυαστικά με την αύξηση των νέων ασθενών μετά την πανδημία. Είδαμε πως οι έγγαμοι ασθενείς τείνουν να έχουν ψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή, σε σχέση με τους άγαμους.^{185,186} Η γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή συνδέθηκε επίσης στην έρευνά μας με αυξημένα επίπεδα, διάρκεια και ένταση πόνου. Οι ασθενείς με χαμηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή ανέφεραν μεγαλύτερη διατάραξη της ποιότητας ζωής και της θεραπείας τους από την πανδημία και την καραντίνα, καθώς και τάση προς κατάχρηση αναλγητικών ή μη αποτελεσματικότητα της τρέχουσας αγωγής τους. Ενδέχεται λοιπόν να υπάρχει μία έμμεση συσχέτιση ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση, την ικανοποίηση από τη ζωή και την αύξηση της προσέλευσης των άγαμων ασθενών στη Μονάδα Πόνου.

3.2.2 Οικογενειακός ιστός

Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε να καταθέσουμε μία παρατήρηση που προέκυψε μέσα από τις τηλεφωνικές συνεντεύξεις με τους ασθενείς κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας, όσον αφορά τον οικογενειακό ιστό και τους οικογενειακούς δεσμούς.

Ένας από τους βασικούς παράγοντες που προέκυπταν κατά τη διάρκεια της συζήτησης κι έπαιζαν σημαντικό ρόλο στις απαντήσεις των συμμετεχόντων, ήταν οι συνθήκες διαβίωσης και κατά πόσον είχαν ή όχι επαφές με τους οικείους τους κατά τη διάρκεια της καραντίνας. Το γεγονός αυτό δεν μπόρεσε να αποτυπωθεί καθαρά στα ερωτηματολόγια, έγινε ωστόσο εμφανές στις συνεντεύξεις.

Κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας, ελάχιστοι συμμετέχοντες είχαν νοσήσει ή είχαν γνωστούς που είχαν νοσήσει από λοίμωξη Covid-19. Ωστόσο, αρκετοί θεωρούσαν πως ανήκουν σε ομάδα κινδύνου, και ακόμη περισσότεροι φοβούνταν για τους οικείους τους που ανήκαν σε ομάδα κινδύνου. Σε αυτό το σημείο προκύπτουν δύο ζητήματα:

A. Το 26% των ασθενών, οι περισσότεροι άνω των 65 ετών, ζούσαν μόνοι ή με τον/την σύζυγό τους. Αρκετοί εξ' αυτών είτε δεν είχαν οικογένεια, είτε είχαν απομονωθεί από τα παιδιά και τα εγγόνια τους λόγω ευαλωτότητας, λόγω φόβου νόσησης, ή λόγω των περιορισμών μετακίνησης. Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της πανδημίας και της συνακόλουθης καραντίνας στους ηλικιωμένους ασθενείς περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων υψηλά επίπεδα φόβου νόσησης, φόβου θανάτου, μοναξιάς, άγχους και κατάθλιψης.^{38,46,47,174-176,190} Επίσης, οι απομονωμένοι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας αντιμετώπιζαν ακόμη μεγαλύτερες δυσκολίες στην πρόσβαση σε νοσοκομειακή περίθαλψη, καθώς οι περισσότεροι εξ' αυτών αδυνατούσαν να κατανοήσουν την έννοια της άυλης συνταγογράφησης, πόσο μάλλον να διεκπεραιώσουν τις ηλεκτρονικές διαδικασίες για την ενεργοποίησή της.

B. Οι περισσότεροι εκ των συμμετεχόντων ζούσαν στο ίδιο σπίτι με πάνω από δύο άτομα. Αυτό συνεπάγεται πως οι αρκετοί εξ' αυτών, και ιδίως οι γυναίκες, ήταν επιφορτισμένοι με το βάρος της φροντίδας ενός ηλικιωμένου ή ενός παιδιού και σε τουλάχιστον 4 συνεντεύξεις, ο συνεντευξιζόμενος ασθενής ήταν ο ίδιος φροντιστής ενήλικου τέκνου ή άμεσου συγγενούς με ειδικές ανάγκες ή χρόνιο ψυχιατρικό νόσημα. Ο ρόλος του βασικού φροντιστή εντός της οικογένειας είναι τεκμηριωμένα συνυφασμένος με υψηλά επίπεδα

σωματοποίησης και με χρόνια πόνο, κυρίως μυοσκελετικής αιτιολογίας.^{128,129,225-227}

3.3 Συνεχιζόμενη φροντίδα και ανάγκη για διαπροσωπική επαφή

Ένα άλλο ζήτημα το οποίο προέκυψε κατά τη διάρκεια των τηλεφωνικών συνεντεύξεων, αλλά δεν αποτυπώθηκε στα ερωτηματολόγια, ήταν η ανάγκη των συμμετεχόντων για διαπροσωπική επαφή και για συνεχιζόμενη φροντίδα. Αυτό αφορούσε ειδικά τους πιο ηλικιωμένους, των πιο μοναχικούς και των πιο ευάλωτους σωματικά ασθενείς.

Το ποσοστό ανταπόκρισης των ασθενών με τους οποίους επικοινωνήσαμε τηλεφωνικά ήταν πολύ υψηλότερο σε σχέση με τους ασθενείς που έλαβαν τα ερωτηματολόγια ηλεκτρονικά ή σε φυσική μορφή. Πέραν της συνέντευξης, την οποία οι ασθενείς αντιμετώπιζαν σαν εκτεταμένη λήψη ιστορικού και/ή σαν ραντεβού επανεξέτασης, ζητούσαν πληροφορίες για τα αναβληθέντα ραντεβού, για το πώς, τότε και με ποιο τρόπο θα μπορούσαν να μιλήσουν με τους θεράποντες ιατρούς. Ζητούσαν συμβουλές για το πόνο ή την φαρμακευτική τους αγωγή, μας ενημέρωναν για τα νέα, τις εξελίξεις και τα προβλήματα των οικείων τους, ενώ οι παλαιότεροι ασθενείς ζητούσαν να μάθουν τα νέα του προσωπικού της Μονάδας και μετέφεραν ευχές και χαιρετίσματα.

Η παρούσα έρευνα, αθέλητα, αποτέλεσε έναν ζωντανό, σφύζοντα σύνδεσμο των ασθενών με ολόκληρο το προσωπικό της Μονάδας Πόνου. Αυτές οι απλές, δομημένες, «κλινικές» δοκιμασίες παρείχαν στους συμμετέχοντες μία αίσθηση ασφάλειας, συνοχής και φροντίδας, έννοιες οι οποίες έχουν αποδειχθεί σημαντικότερες για την σωματική και ψυχική ευεξία των χρονίως πασχόντων κατά τη διάρκεια της πανδημίας^{46-49,107}. Όπως φάνηκε και στην έρευνά μας, το αίσθημα προσωπικής και μελλοντικής ασφάλειας των ασθενών με χρόνια πόνο υπέστη μεγάλο πλήγμα κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Ακρογωνιαίος λίθος της αίσθησης ασφάλειας και σταθερότητας των χρονίως πασχόντων κατά την διάρκεια της πανδημίας Covid-19 είναι η διατήρηση της συνέχειας στην παροχή φροντίδας^{211,216}.

Ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς ανταποκρίθηκαν στην έρευνα, αντικατοπτρίζει αυτήν ακριβώς την ανάγκη για συνοχή και επαφή με το προσωπικό φροντίδας.

4. Συμπεράσματα και περιορισμοί έρευνας

Η παρούσα έρευνα αποτέλεσε την πρώτη στην Ελλάδα και μία από τις πρώτες διεθνώς που επεδίωξε να διερευνήσει την αλληλεπίδραση της πανδημίας Covid-19 και των ψυχολογικών, δημογραφικών και αλγολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών με χρόνια πόνο, και την εξέλιξή τους κατά τη διάρκεια ενός έτους. Η επίδραση της πανδημίας στον χρόνο πόνο και στη διαχείρισή του υπήρξε πολυεπίπεδη.

Πόνος και προσβασιμότητα

- i. Ανάμεσα στις δύο χρονιές υπήρξε στατιστικά σημαντική αύξηση στο ποσοστό των ασθενών που ανέφεραν πως η πανδημία επηρέασε τα επίπεδα, την ένταση, τη διάρκεια του πόνου και την ποιότητα ζωής τους προς το χειρότερα.
- ii. Παρόλο που η επισκεψιμότητα της Μονάδας Πόνου αποκαταστάθηκε σε μεγάλο βαθμό, σημαντικό ποσοστό των ασθενών μείωσε τον αριθμό και τη συχνότητα των επισκέψεων στη Μονάδα Πόνου.
- iii. Σημαντικό ήταν το ποσοστό των ασθενών που εμφάνισαν νέα συμπτώματα πόνου κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Ψυχική νοσηρότητα

- iv. Από το 2020 στο 2021 υπήρξαν στατιστικά σημαντικές μεταβολές στην ποιότητα ζωής των ασθενών και στην κλίμακα Personal Wellbeing Index (PWI). Συγκεκριμένα, επηρεάστηκαν αρνητικά σε μεγάλο βαθμό οι υποκλίμακες της προσωπικής ασφάλειας, της μελλοντικής ασφάλειας, της συνδεσιμότητας/ αίσθησης κοινότητας, της πνευματικότητας/ θρησκευτικότητας και της γενικότερης ικανοποίησης από τη ζωή.
- v. Υπήρξαν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στις ψυχολογικές μεταβλητές και τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, και το κατά πόσο τα

επίπεδα πόνου και η ποιότητα ζωής επηρεάστηκαν από την πανδημία και την καραντίνα.

vi. Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υποκλίμακες του Ερωτηματολογίου Προσωπικότητας και στα επίπεδα στρες, άγχους και κατάθλιψης.

vii. Εντοπίστηκε σημαντική μετατόπιση στο οικογενειακό προφίλ των συμμετεχόντων

Οργανωτικές και λειτουργικές επιπτώσεις, νέες τεχνολογίες

viii. Μέσα σε ένα έτος υποδιπλασιάστηκε ο αριθμός των ασθενών που μπορούσε να διαχειριστεί η Μονάδα Πόνου σε ημερήσια βάση.

ix. Μέσα σε ένα έτος μειώθηκε σημαντικά η εμπιστοσύνη των ασθενών στον κρατικό μηχανισμό.

x. Αν και αυξήθηκε το ποσοστό των ασθενών που χρησιμοποίησαν την εφαρμογή της άυλης συνταγογράφησης, το χαμηλό ποσοστό των ασθενών που αξιοποίησαν τη δυνατότητα της ηλεκτρονικής συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων αφήνει αρκετά ερωτηματικά ως προς τη δυνατότητα ενός κατεχοχόν γηραιότερου πληθυσμού να προσαρμοστεί στις νέες τεχνολογίες.

Οι βασικότεροι περιορισμοί της παρούσας μελέτης περιλαμβάνουν:

(α) τον σχετικά περιορισμένο αριθμό συμμετεχόντων, ο οποίος αντανακλά σε μεγάλο βαθμό και το γεγονός ότι η έρευνά μας έπρεπε να ολοκληρωθεί σε περιορισμένα χρονικά πλαίσια.

(β) ενδεχόμενα ζητήματα αναφορικά με την σύσταση και την ομοιογένεια των δύο κοορτών. Ελέγξαμε στατιστικά την ομοιογένεια των δειγμάτων, ώστε να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο ομοιογενή. Ωστόσο, μιλάμε για διαφορετικά δείγματα και αυτό δεν είναι πάντα εφικτό. Μία ενδιαφέρουσα πρόταση μελέτης θα ήταν η επικοινωνία με τους ίδιους συμμετέχοντες προκειμένου να αξιολογηθεί η πορεία τους στο χρόνο, όπου αυτό είναι εφικτό.

(γ) συλλογή δεδομένων: υπάρχει ένα a-priori bias στα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, όπως επίσης και στις τηλεφωνικές συνεντεύξεις. Και στις δύο περιπτώσεις ελλοχεύει ο κίνδυνος ο συμμετέχων να υπερβάλλει στις απαντήσεις τους. Η συλλογή δεδομένων έγινε με τρεις τρόπους, ελέγχθηκαν κατά το δυνατόν τυχόν διαφορές μεταξύ των δειγματοληψιών.

(δ) το δείγμα μας προερχόταν από μία μόνο δομή: ένα τριτοβάθμιο δημόσιο νοσοκομείο που καλύπτει τον πληθυσμό του νοτίου τμήματος ενός αστικού κέντρου. Η γενίκευση των αποτελεσμάτων μας θα πρέπει να γίνει με μεγάλη προσοχή. Συνιστάται επανάληψη της έρευνας και σε άλλες Μονάδες Πόνου της Επικράτειας, ιδιωτικές και δημόσιες, προκειμένου να υπάρχει μία πληρέστερη εικόνα της ελληνικής πραγματικότητας.

(ε) στηριχθήκαμε κυρίως σε αυτο-αναφορική αξιολόγηση του πόνου και δεν αντλήσαμε λεπτομερή δεδομένα για το είδος και την αιτιολογία του πόνου. Μία τέτοια διαφοροποίηση ενδέχεται να παρείχε πολύ ενδιαφέρουσα και σημαντική πληροφορία και αποτελεί στόχο επόμενης μελέτης, όσον αφορά την εμφάνιση νέων συμπτωμάτων πόνου.

Οι ασθενείς πόνου φαίνεται πως βιώνουν ένα σύνολο αντικρουόμενων συναισθημάτων και εσωτερικών μετακινήσεων: ανακούφιση, φόβο και ανασφάλεια για το παρόν και το μέλλον, ταυτόχρονα με εμπιστοσύνη στο υγειονομικό σύστημα και έλλειψη εμπιστοσύνης στον κρατικό μηχανισμό. Πιστεύουμε πως μέσα από όλη αυτή τη διαδικασία γινόμαστε μάρτυρες μία διαδικασίας προσαρμογής και ανθεκτικότητας (resilience) που είναι ακόμη εν κινήσει. Ταυτόχρονα, γίνονται εμφανείς οι οργανωτικές και δομικές μεταβολές που έχουν επιφέρει δέκα χρόνια οικονομικής κρίσης και μία παγκόσμιας κλίμακας πανδημία στο Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα προκειμένου να αξιολογηθούν οι δύο αυτές παράλληλες προσαρμοστικές πορείες, των ασθενών και του συστήματος υγείας, στο μέλλον. Οι ψυχικές και πρακτικές επιπτώσεις της μεταβολής που υπέστη ο υγειονομικός μηχανισμός στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς, θα φανούν στο μέλλον.^{166,167,228}

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Dhama K, Khan S, Tiwari R, Sircar S, Bhat S, Malik YS, et al. Coronavirus Disease 2019-COVID-19. *Clin Microbiol Rev* 2020;33(4):e00028-20.
2. Stawicki SP, Jeanmonod R, Miller AC, Paladino L, Gaieski DF, Yaffee AQ, et al. The 2019-2020 Novel Coronavirus (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) Pandemic: A Joint American College of Academic International Medicine-World Academic Council of Emergency Medicine Multidisciplinary COVID-19 Working Group Consensus Paper. *J Glob Infect Dis* 2020;12(2):47-93.
3. Hao YJ, Wang YL, Wang MY, Zhou L, Shi JY, Cao JM, et al. The origins of COVID-19 pandemic: A brief overview. *Transbound Emerg Dis* 2022 Nov;69(6):3181-3197.
4. Grant MC, Geoghegan L, Arbyn M, Mohammed Z, McGuinness L, Clarke EL, et al. The prevalence of symptoms in 24,410 adults infected by the novel coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19): A systematic review and meta-analysis of 148 studies from 9 countries. *PLoS ONE* 2020;15(6).
5. Feehan J, Apostolopoulos V. Is COVID-19 the worst pandemic? *Maturitas* 2021;149:56-58.
6. Brodeur A, Gray D, Islam A, Bhuiyan S. A literature review of the economics of COVID-19. *J Econ Surv* 2021;35:1007–1044.
7. El-Tallawy SN, Nalamasu R, Pergolizzi JV, Gharibo C. Pain management during the COVID-19 pandemic. *Pain Ther* 2020;9(2):453-466.
8. Haldane V, De Foo C, Abdalla SM, Jung AS, Tan M, Wu S, et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med* 2021;27:964–980.
9. Patterson GE, McIntyre KM, Clough HE, Rushton J. Societal impacts of pandemics: comparing COVID-19 with history to focus our response. *Front Public Health* 2021;9:6304496.

10. Yunfeng S, Haiwei L, Ren Z. Effects of pandemic outbreak on economies: Evidence from business history context. *Front Public Health* 2021;9:632043.
11. Managi S, Chen Z. Social-economic impacts of epidemic diseases. *Technol Forecast Soc Change* 2022;175:121316.
12. Brem A, Viardot E, Nylund PA. Implications of the coronavirus (COVID-19) outbreak for innovation: Which technologies will improve our lives? *Technol Forecast Soc Change* 2021;163:120451.
13. Yamin M. Counting the cost of COVID-19. *Int J Inf Technol* 2020;12:311–317.
14. Hensley S, Harris VW. Impacts of the Coronavirus Pandemic on Families: A Family Systems Perspective. *Adv Soc Sci Res J* 2020;9(7):230–238.
15. Peltz JS, Crasta D, Daks JS, Rogge RD. Shocks to the system: The influence of COVID-19-related stressors on coparental and family functioning. *Dev Psychol* 2021 Oct;57(10):1693-1707.
16. Flor LS, Friedman J, Spencer CN, Cagney J, Arrieta A, Herbert ME, et al. Quantifying the effects of the COVID-19 pandemic on gender equality on health, social, and economic indicators: a comprehensive review of data from March, 2020, to September, 2021. *Lancet* 2022;399(10344):2381-2397.
17. Ruprecht MM, Wang X, Johnson AK, Xu J, Felt D, Ihenacho S, et al. Evidence of social and structural COVID-19 disparities by sexual orientation, gender identity, and race/ethnicity in an urban environment. *J Urban Health* 2021;98:27–40.
18. Mukhtar S. Psychological health during the coronavirus disease 2019 pandemic outbreak. *Int J Soc Psychiatry* 2020;66(5):512-516.
19. Long D, Haagsma JA, Janssen MF, Yfantopoulos JN, Lubetkin EI, Bonsel GJ. Health-related quality of life and mental well-being of healthy and diseased persons in 8 countries: Does stringency of government response against early COVID-19 matter? *SSM Popul Health* 2021;15:100913.
20. Lazaridou A, Paschali M, Vilsmark ES, Wilkins T, Napadow V, Edwards R. The impact of COVID-19 pandemic on mental and physical wellbeing in women with fibromyalgia: a longitudinal mixed-methods study. *BMC Women's Health* 2022;22:267.

21. Tiwari GK, Singh AK, Parihar P, Pandey R, Sharma DN, Rai, P. Understanding the perceived psychological distress and health outcomes of children during COVID-19 pandemic. *Educ Dev Psychol* 2023;40(1):103–114.
22. Aydin C. How to forget the unforgettable? On collective trauma, cultural identity, and mnemotechnologies. *Identity* 2017;17(3):125-137.
23. Paladino L, Sharpe RP, Galwankar SC, Sholevar F, Marchionni C, Papadimos TJ, et al. American College of Academic International Medicine (ACAIM). Reflections on the Ebola public health emergency of international concern, part 2: the unseen epidemic of posttraumatic stress among health-care personnel and survivors of the 2014-2016 Ebola outbreak. *Journal of Global Infectious Diseases*, 2017;9(2):45-50.
24. Giannopoulou I, Tsobanoglou GO. COVID-19 pandemic: challenges and opportunities for the Greek health care system. *Ir J Psychol Med* 2020;37(3):226-230.
25. Kousi T, Mitsi LC, Simos J. The early stage of COVID-19 outbreak in Greece: a review of the national response and the socioeconomic impact. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:322.
26. Economou C, Kaitelidou D, Konstantakopoulou O, Vildiridi L. Policy responses for Greece', *Covid 19 Health System Response Monitor*, 2020 June 5. Available online at:
<https://www.covid19healthsystem.org/countries/greece/livinghit.aspx?Section=1.1%20Health%20communication&Type=Section>
27. Peto J, Alwan NA, Godfrey KM, Burgess RA, Hunter DJ, Riboli E, et al. Universal weekly testing as the UK COVID-19 lockdown exit strategy. *Lancet* 2020;395(10234):1420–1421.
28. Ladi S, Angelou A, Panagiotatou D. Regaining trust: evidence-informed policymaking during the first phase of the Covid-19 crisis in Greece, *S Eur Soc Polit* 2021;27(4):551-576.
29. Hatzigeorgiou MN, Raj M. Why is Greece an outlier in EU's Covid-19 response? *EU Observer* 2020 May 19. Available online at:
<https://euobserver.com/opinion/148397>

30. Batistaki C, Mavrocordatos P, Smyrnioti ME, Lyrakos G, Kitsou MC, Stamatiou G, et al. Patients' perceptions of chronic pain during the economic crisis: lessons learned from Greece. *Pain Physician* 2018;21(5):E533-E543.
31. Niu B, Ji S, Zhao S, Lei H. Timing and magnitude of the second wave of the COVID-19 Omicron variant - 189 countries and territories, November 2021 to February 2023. *China CDC Wkly* 2023;5(18):397-401.
32. Chantzaras A, Yfantopoulos J. The impact of COVID-19 pandemic and its associations with government responses in Europe. *Περιφέρεια [Periferia]* 2022;13(13):23–40.
33. Hale T, Angrist N, Goldszmidt R, Kira B, Petherick A, Phillips T, et al. A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker). *Nat Hum Behav* 2021;5(4):529-538.
34. Papiris SA, Bouros D, Markopoulou K, Kolilekas L, Papaioannou AI, Tzilas V, et al. Early COVID-19 lockdown in Greece and idiopathic pulmonary fibrosis: a beneficial "impact" beyond any expectation. *Eur Respir J* 2021;57(3):2003111.
35. Kondilis E, Tarantilis F, Benos A. Essential public healthcare services utilization and excess non-COVID-19 mortality in Greece. *Public Health* 2021;198:85-88.
36. Parlapani E, Holeva V, Voitsidis P, Blekas A, Gliatas I, Porfyri GN, et al. Psychological and behavioral responses to the COVID-19 pandemic in Greece. *Front Psychiatry* 2020;11:821.
37. Pagé MG, Dassieu L, Develay É, Roy M, Vachon-Presseau É, Lupien S, et al. Stress and pain before, during and after the first wave of the COVID-19 pandemic: an exploratory longitudinal mixed methods study. *Front Pain Res (Lausanne)*. 2021;2:725893.
38. Voss G, Paiva AF, Delerue Matos A. A study of the association between the stringency of Covid-19 government measures and depression in older adults across Europe and Israel. *IJERPH* 2021;18(15):8017.
39. Lee JH, Lee H, Kim JE, Moon SJ, Nam EW. Analysis of personal and national factors that influence depression in individuals during the COVID-19 pandemic: a web-based cross-sectional survey. *Global Health* 2021;17(1):3.

40. Rieger MO, Wang M. Trust in government actions during the COVID-19 crisis. *Soc Indic Res* 2022;159(3):967-989.
41. Krok D, Zarzycka B. Risk perception of COVID-19, meaning-based resources and psychological well-being amongst healthcare personnel: The mediating role of coping. *J Clin Med* 2020;9(10).
42. Monterrosa-Castro A, Redondo-Mendoza V, Mercado-Lara M. Psychosocial factors associated with symptoms of generalized anxiety disorder in general practitioners during the COVID-19 pandemic. *JIM* 2020;68(7):1228–1234.
43. Bilen A, Kucukkepeci H. Pain intensity, depression, and anxiety levels among patients with chronic pain during COVID-19 pandemic. *J Nerv Ment Dis* 2022;210(4):270-275.
44. Mohamed Ali O, Borg Debono V, Anthonypillai J, Hapidou EG. A qualitative study of the impact of the COVID-19 pandemic on a sample of patients with chronic pain. *J Patient Exp* 2022;9:23743735221089698.
45. Passavanti M, Argentieri A, Barbieri DM, Lou B, Wijayarathna K, Foroutan Mirhosseini AS, et al. The psychological impact of COVID-19 and restrictive measures in the world. *J Affect Disord* 2021;283:36-51.
46. Smith ML, Steinman LE, Casey EA. Combatting social isolation among older adults in a time of physical distancing: The COVID-19 social connectivity paradox. *Front Public Health* 2020;8:403.
47. Parlapani E, Holeva V, Nikopoulou VA, et al. Intolerance of uncertainty and loneliness in older adults during the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry*. 2020;11:842.
48. Anastasiou E, Duquenne MN. What about the “social aspect of COVID”? Exploring the determinants of social isolation on the Greek population during the COVID-19 lockdown. *Soc Sci* 2021;10(1):27.
49. Müßgens N, Brown C, Twiddy H, Brian E, Frank B, Nurmikko T, et al. Adverse effects of COVID-19-related lockdown on pain, physical activity and psychological well-being in people with chronic pain. *Br J Pain* 2021;15(3):357-368.

50. Kleinmann B, Abberger B, Kieselbach K, Wolter T. Patients with chronic pain prefer maintenance of pain treatment despite COVID-19 pandemic restrictions. *Pain Physician* 2021;24(2):165-173.
51. Lassen CL, Siam L, Degenhart A, Klier TW, Bundscherer A, Lindenberg N. Short-term impact of the COVID-19 pandemic on patients with a chronic pain disorder. *Medicine (Baltimore)* 2021;100(10):e25153.
52. Bourdas DI, Zacharakis ED. Impact of COVID-19 lockdown on physical activity in a sample of Greek adults. *Sports* 2020;8(10):139.
53. Vatavali F, Gareiou Z, Kehagia F, Zervas E. Impact of COVID-19 on urban everyday life in Greece. Perceptions, experiences and practices of the active population. *Sustainability* 2020;12(22):9410.
54. Gkentzi D, Mhliordos K, Karatza A, Sinopidis X, Dimopoulou D, Eleftheriou E, et al. The psychological impact of COVID-19 admission on families: results from a nationwide sample in Greece. *Children (Basel)* 2022;9(12):1933.
55. Fountoulakis KN, Apostolidou MK, Atsiova MB, Filippidou AK, Florou AK, Gousiou DS, et al. Self-reported changes in anxiety, depression and suicidality during the COVID-19 lockdown in Greece. *J Affect Disord* 2021;279:624-629.
56. Gournellis R, Efstathiou V. The impact of the COVID-19 Pandemic on the Greek population: Suicidal ideation during the first and second lockdown. *Psychiatrike* 2021;32(4):267-270.
57. Karaivazoglou K, Konstantopoulou G, Kalogeropoulou M, Iliou T, Vorvolakos T, Assimakopoulos K, et al. Psychological distress in the Greek general population during the first COVID-19 lockdown. *BJPsych Open* 2021 Feb;7(2):e59.
58. Ziadni MS, Jaros S, Anderson SR, You DS, Darnall BD, Mackey SC. A longitudinal investigation of the impact of COVID-19 on patients with chronic pain. *J Pain* 2023;24(10):1830-1842.
59. Hruschak V, Flowers KM, Azizoddin DR, Jamison RN, Edwards RR, Schreiber KL. Cross-sectional study of psychosocial and pain-related variables among patients with chronic pain during a time of social distancing imposed by the coronavirus disease 2019 pandemic. *Pain* 2021;162(2):619-629.

60. Bonica JJ. History of pain concepts and pain therapy. Mt Sinai J Med 1991;58(3):191-202.
61. Fradelos E, Fradelou G, Kasidi E. Pain: Aspects and treatment in Greek Antiquity. J Med Sci Public Health 2014;2(2):29-36
62. Mavrogenis AF, Saranteas T, Markatos K, Kotsiou A, Tesseromatis C. Pharmacies for pain and trauma in ancient Greece. Int Orthop. 2019;43(6):1529-1536.
63. International Association for the Study of Pain (IASP): IASP announces revised definition of pain [internet]. Cited 16 May 2024. Available online from: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
64. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain 2020;161(9):1976-1982.
65. Hasselström J, Liu-Palmgren J, Rasjö-Wrååk G. Prevalence of pain in general practice. Eur J Pain 2002;6(5):375-85.
66. Henschke N, Kamper SJ, Maher CG. The epidemiology and economic consequences of pain. Mayo Clin Proc 2015;90(1):139-47.
67. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. Br J Anaesth 2019;123(2):e273–e283.
68. Croft R, Blyth FM, van der Windt D. Chronic pain epidemiology: from aetiology to public health. Oxford University Press; 2010.
69. Cohen M, Quintner J, van RS. Reconsidering the International Association for the Study of Pain definition of pain. Pain Rep 2018;3:e634.
70. Wright A. A criticism of the IASP's definition of pain. J Conscious Stud 2011;18:19–44.
71. Williams AC, Craig KD. Updating the definition of pain. Pain 2016;157:2420–3.
72. Ιατρού Χ. Όσα πρέπει να γνωρίζουμε για τον αλγαισθητικό πόνο. Ελληνικό Περιοδικό Περιεγχειρητικής Ιατρικής 2003;1:48-57

73. Bingham B, Ajit SK, Blake DR, Samad TA. The molecular basis of pain and its clinical implications in rheumatology. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2009;5(1):28-37.
74. Staud R, Vierck CJ, Cannon RL, Mauderli AP, Price DD. Abnormal sensitization and temporal summation of second pain (wind-up) in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain* 2001;91(1-2):165-175.
75. Staud R, Price DD, Robinson ME, Mauderli AP, Vierck CJ. Maintenance of windup of second pain requires less frequent stimulation in fibromyalgia patients compared to normal controls. *Pain* 2004;110(3):689-696.
76. Zhuo M. A synaptic model for pain: long-term potentiation in the anterior cingulate cortex. *Mol Cells* 2007;23(3):259-71.
77. Woolf CJ, Mannion RJ. Neuropathic pain: aetiology, symptoms, mechanisms, and management. *Lancet* 1999;353(9168):1959-64.
78. Harden RN. Chronic neuropathic pain. Mechanisms, diagnosis, and treatment. *Neurologist* 2005;11(2):111-22.
79. Klinck MP, Troncy E. Φυσιολογία και παθοφυσιολογία του πόνου. Σε: Seymour C, de Vries N, Duke-Novakovsky T. (Επιμ.). Εγχειρίδιο BSAVA Αναισθησία και Αναλγησία του Σκύλου και της Γάτας. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε. 3^η έκδοση; 2019.
80. International Association for the Study of Pain (IASP): Definitions of chronic pain syndromes [internet]. Cited 16 May 2024. Available online from: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/definitions-of-chronic-pain-syndromes/>
81. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019;160(1):19-27.
82. Jensen MP, Chodroff MJ, Dworkin RH. The impact of neuropathic pain on health-related quality of life: review and implications. *Neurol* 2007;68:1178-82.
83. Melzack, R. The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain* 1987;30(2):191-197.

84. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196(4286):129-36.
85. Linton SJ, Shaw WS. Impact of psychological factors in the experience of pain. *Phys Ther* 2011;91(5):700-11.
86. Meints SM, Edwards RR. Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2018;87(Pt B):168-182.
87. Σμυρνιώτη ΜΕ, Ψυχολογικές επιπτώσεις του οξέως πόνου σε παιδιατρικούς, ενήλικες και ηλικιωμένους ασθενείς και αντιμετώπιση. Σε: Κωστοπαναγιώτου Γ. (Επιμ.) Διαχείριση του πόνου στην επείγουσα ιατρική. Αθήνα: Brokenhills-Π.Χ. Πασχαλίδης [υπό δημοσίευση].
88. Quartana PJ, Campbell CM, Edwards RR. Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Rev Neurother* 2009;9(5):745-58.
89. Khera T, Rangasamy V. Cognition and pain: a review. *Front Psychol* 2021;12:673962.
90. Koppel L, Andersson D, Morrison I, Posadzy K, Västfjäll D, Tinghög G. The effect of acute pain on risky and intertemporal choice. *Exp Econ* 2017;20(4):878-893.
91. Gatchel RJ, Neblett R, Kishino N, Ray CT. Fear-avoidance beliefs and chronic pain. *J Orthop Sports Phys Ther* 2016;46(2):38-43.
92. Akbari F, Dehghani M, Khatibi A, Vervoort T. Incorporating Family Function into Chronic Pain Disability: The Role of Catastrophizing. *Pain Res Manag* 2016;2016:6838596.
93. Birnie KA, Chambers CT, Chorney J, Fernandez CV, McGrath PJ, et al. A multi-informant multi-method investigation of family functioning and parent-child coping during children's acute pain. *J Pediatr Psychol* 2017;42(1):28-39.
94. Stålnacke BM. Life satisfaction in patients with chronic pain - relation to pain intensity, disability, and psychological factors. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2011;7:683-9.
95. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA* 1998;280(2):147-51.

96. Timmers I, Quaedflieg CWEM, Hsu C, Heathcote LC, Rovnaghi CR, Simons LE. The interaction between stress and chronic pain through the lens of threat learning. *Neurosci Biobehav Rev* 2019;107:641-655.
97. de Heer EW, Gerrits MM, Beekman AT, Dekker J, van Marwijk HW, de Waal MW, et al. The association of depression and anxiety with pain: a study from NESDA. *PLoS One* 2014;9(10):e106907.
98. Lerman SF, Rudich Z, Brill S, Shalev H, Shahar G. Longitudinal associations between depression, anxiety, pain, and pain-related disability in chronic pain patients. *Psychosom Med* 2015;77 (3):333–341.
99. Tunks ER, Crook J, Weir R. Epidemiology of chronic pain with psychological comorbidity: prevalence, risk, course, and prognosis. *Can J Psychiat* 2008;53(4):224–234.
100. Dresler T, Caratozzolo S, Guldolf K, Huhn JI, Loiacono C, Niiberg-Pikksööt T, et al; European Headache Federation School of Advanced Studies (EHF-SAS). Understanding the nature of psychiatric comorbidity in migraine: a systematic review focused on interactions and treatment implications. *J Headache Pain* 2019;20(1):51.
101. Gilam G, Sturgeon JA, You DS, Wasan AD, Darnall BD, Mackey SC. Negative affect-related factors have the strongest association with prescription opioid misuse in a cross-sectional cohort of patients with chronic pain. *Pain Med* 2020;21(2):e127–e138.
102. Rogers AH, Kauffman BY, Bakhshaie J, McHugh RK, Ditre JW, Zvolensky MJ. Anxiety sensitivity and opioid misuse among opioid-using adults with chronic pain. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2019;45(5):470–478.
103. Boersma K, Linton S. Expectancy, fear and pain in the prediction of chronic pain and disability: a prospective analysis. *Eur J Pain* 2006;10:551e7103.
104. Lee HJ, Choi EJ, Nahm FS, Yoon IY, Lee PB. Prevalence of unrecognized depression in patients with chronic pain without a history of psychiatric diseases. *Korean J Pain* 2018;31:116e24.

105. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;1(1):CD011279.
106. Rausch Osthoff AK, Niedermann K, Braun J, Adams J, Brodin N, Dagfinrud H, et al. 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2018 Sep;77(9):1251-1260.
107. Bültzingslöwen I, Eliasson G, Sarvimäki A, Mattsson B, Hjortdahl P. Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Fam Pract* 2006;23 (2):210–219.
108. Ελληνική Εταιρεία Αλγολογίας: Χρονά Ε. Εργαλεία εκτίμησης ασθενούς [internet]. Cited 16 May 2024. Available online from: <https://algologia.gr/%ce%b5%cf%81%ce%b3%ce%b1%ce%bb%ce%b5%ce%af%ce%b1-%ce%b5%ce%ba%cf%84%ce%af%ce%bc%ce%b7%cf%83%ce%b7%cf%82-%ce%b1%cf%83%ce%b8%ce%b5%ce%bd%ce%bf%cf%8d%cf%82/>
109. Koch, K. Assessing pain in primary care. *SAFP* 2012;54(1):21–24.
110. Falkenström F, Solomonov N, Rubel J. Using time-lagged panel data analysis to study mechanisms of change in psychotherapy research: methodological recommendations. *Couns Psychother Res* 2020;20(3),435-441.
111. Hoffman L. Longitudinal analysis: modeling within-person fluctuation and change (1st ed.). Routledge/Taylor and Francis Group; 2015
112. Griep Y, Vranjes I, Kraak JM, Dudda L, Li Y. Start small, not random: why does justifying your time-lag matter? *Span J Psychol* 2021;24:e45.
113. Σμυρνιώτη ΜΕ, Λυράκος Γ, Μπατιστάκη Χ, Κίτσου ΜΧ, Φλόρου Π, Κωστοπαναγιώτου Γ. Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στις αντιλήψεις των ασθενών με χρόνια πόνο. Παρουσιάστηκε στο: 21^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αναισθησιολογίας, Απρίλιος 23–26, 2015, Ιωάννινα, Ελλάδα.

114. Edwards RR. Pain Assessment. In: Benzon HT, Raja SN, Molloy RE, Liu SS, Fishman SM. (Eds). Essentials of Pain Medicine and Regional Anesthesia (Second Edition), Churchill Livingstone; 2005 p. 29-34
115. Correll D. Chapter 18 – The Measurement of Pain: Objectifying the Subjective. In: Waldman SD. (Ed). Pain management. Elsevier Inc; 2007 p. 197-211.
116. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd. Ed.). Sydney: Psychology Foundation; 1995.
117. Lyrakos GN, Arvaniti C, Smyrnioti M, Kostopanagiotou G. Translation and validation study of the Depression Anxiety Stress Scale in the Greek general population and in a psychiatric patient's sample. European Psychiatry 2011;26:1731
118. Lyrakos GN. DASS Greek Translation and Adaptation - Περιγραφή του Ελληνικού ερωτηματολογίου μέτρησης των αρνητικών συναισθημάτων του άγχους, της κατάθλιψης και του στρες Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS42) [internet]. Cited 16 May 2024. Available online from: <http://lyrakosgeorge.weebly.com/alphaxiiootaomicronlambda972gammaetaisigmaeta-kappalambda943mualphakappaalphasigmaf-dass.html>
119. Gosling SD, Rentfrow PJ, Swann WB Jr. A very brief measure of the Big Five personality domains. J Res Pers 2003;37:504-528.
120. Goldberg LR. An alternative description of personality: The big five factor structure. J pers soc psychol 1990;59:1216-1229.
121. Lyrakos GN, Papazafiropoulou A, Bousmpoulas S, Ypofanti M, Kostopanagiotou C, Batistaki C. et al. The correlation of the personality in relation to the existence of diabetes mellitus. Proceedings of the 1st National Congress of Mental Health in Primary Health Care. 2013 Oct; p. 10-13.
122. International Wellbeing Group. Personal Wellbeing Index: 5th Edition. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, Deakin University; 2013.
123. Terzioti A, Manier D. Modern Greek translation of the Personal Wellbeing Index [internet]. University of Crete, City University of New York.

Cited 16 May 2024. Available online from:

<https://www.acqol.com.au/uploads/pwi-a/pwi-a-greek.pdf>

124. Tomyn AJ, Weinberg MK, Cummins RA. Intervention efficacy among 'at risk' adolescents: A test of subjective wellbeing Homeostasis Theory. *Soc Ind Res* 2015;120(3):883–895.
125. Sek KSY, Tan ATH, Yip AWJ, Boon EME, Teng GG, Lee C. Singapore's experience in ensuring continuity of outpatient care during the COVID-19 pandemic. *Int J Clin Pract* 2020 Oct 27;74(10).
126. Edwards L, Thomas C, Gregory A, Yardley L, O'Cathain A, Montgomery AA, et al. Are people with chronic diseases interested in using telehealth? A cross-sectional postal survey. *J Med Internet Res* 2014 May 8;16(5):e123.
127. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr* 2020 Sep-Oct;14(5):779-788.
128. Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Janzen JA, Hadjistavropoulos T. The relation of pain and caregiver burden in informal older adult caregivers. *Pain Med* 2011;12(1):51-8.
129. Hasuo H, Shizuma H, Fukunaga M. Factors associated with chronic thoracic spine and low back pain in caregivers of cancer patients. *Ann Palliat Med* 2020;apm-20-803.
130. Jasper JM. Moral panics. In: Smelser NJ, Baltes PB (Eds.). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. United States: Pergamon/Elsevier Ltd; 2001 pp. 10029-10033.
131. Nicomedes CJC, Avila RMA. An analysis on the panic during COVID-19 pandemic through an online form. *J Affect Disord* 2020 Nov 1;276:14-22.
132. Hier SP. Suppressing the crisis: moral panics, emerging infectious diseases, and the COVID-19 conjuncture. *Can J Commun* 2023 June;28(2):205-222.
133. Schuster NA, de Breij S, Schaap LA, van Schoor NM, Peters MJL, de Jongh RT, et al. Older adults report cancellation or avoidance of medical care

- during the COVID-19 pandemic: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Eur Geriatr Med* 2021 Oct;12(5):1075-1083.
134. Müßgens D, Burgard LC, Kleine-Borgmann J, Frettlöh J, Sorgatz H, Bingel U. Impact of the COVID-19 pandemic on patients with chronic pain in Germany: Associations with expectations and control beliefs. *Eur J Pain* 2022 Jul;26(6):1343-1354.
135. Fallon N, Brown C, Twiddy H, Brian E, Frank B, Nurmikko T, et al. Adverse effects of COVID-19-related lockdown on pain, physical activity and psychological well-being in people with chronic pain. *Br J Pain* 2021 Aug;15(3):357-368.
136. Tham SW, Murray CB, Law EF, Slack KE, Palermo TM. The impact of the COVID-19 pandemic on pain and psychological functioning in young adults with chronic pain. *Pain* 2022 Oct 1;163(10):e1095-e1101.
137. Sheng J, Liu S, Wang Y, Cui R, Zhang X. The Link between Depression and Chronic Pain: Neural Mechanisms in the Brain. *Neural Plast* 2017;2017:9724371.
138. Holmes A, Christelis N, Arnold C. Depression and chronic pain. *Med J Aust* 2013; 199(6):S17-S20.
139. Romano JM, Turner JA. Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? *Psychol Bull* 1985 Jan;97(1):18-34.
140. Costa PT, McCrae RR. The Revised Neo-Personality Inventory (NEO-PI-R). In: Boyle GJ, Matthews G, Saklofske DH. (Eds). *The Sage Handbook of Personality Theory and Assessment Vol.2*. Sage Publications; 2008 pp. 179-198.
141. Watson, D. Neuroticism. In: Smelser NJ, Baltes PB. (Eds). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. United States: Pergamon; 2001, pp. 10609-10612.
142. Smith TW, MacKenzie J. Personality and risk of physical illness. *Annu Rev Clin Psychol* 2006;2:435-467.

143. Payne LA, Seidman LC, Lung KC, Zeltzer LK, Tsao JCI. Relationship of neuroticism and laboratory pain in healthy children: Does anxiety sensitivity play a role? *Pain* 2013;154(1):103–109.
144. Affleck G, Tennen H, Urrows S, Higgins P. Neuroticism and the pain-mood relation in rheumatoid arthritis: Insights from a prospective daily study. *J Consult Clin Psychol* 1992;60(1):119–126.
145. Kadimpati S, Zale EL, Hooten WM, Ditre JW, Warner DO. Correction: Associations between Neuroticism and Depression in relation to Catastrophizing and Pain-Related Anxiety in Chronic Pain Patients. *PLOS ONE* 2015;10(6):e0129871.
146. Nikčević AV, Marino C, Kolubinski DC, Leach D, Spada MM. Modelling the contribution of the big five personality traits, health anxiety, and COVID-19 psychological distress to generalised anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord* 2021;279:578–584.
147. Engert V, Blasberg JU, Köhne S, Strauss B, Rosendahl J. Resilience and personality as predictors of the biological stress load during the first wave of the COVID-19 pandemic in Germany. *Transl Psychiatry* 2021;11:443.
148. Jakimovski D, Kavak KS, Longbrake EE, Levit E, Perrone CM, Bar-Or A, et. Al, Multiple Sclerosis Resilience to COVID-19 (MSReCOV) Collaborative. Impact of resilience, social support, and personality traits in patients with neuroinflammatory diseases during the COVID-19 pandemic. *Mult Scler Relat Disord* 2022 Dec;68:104235.
149. Clauw DJ, Häuser W, Cohen SP, Fitzcharles MA. Considering the potential for an increase in chronic pain after the COVID-19 pandemic. *Pain* 2020 Aug;161(8):1694-1697.
150. Colloca L, Thomas S, Yin M, Haycock NR, Wang Y. Pain experience and mood disorders during the lockdown of the COVID-19 pandemic in the United States: an opportunistic study. *Pain Rep* 2021 Sep 23;6(3):e958.
151. Jowett S, Shevlin M, Hyland P, Karatzias T. Posttraumatic stress disorder and persistent somatic symptoms during the COVID-19 pandemic: the role of sense of threat. *Psychosom Med* 2021 May 1;83(4):338-344.

152. Shevlin M, Nolan E, Owczarek M, McBride O, Murphy J, Gibson Miller J, et al. COVID-19-related anxiety predicts somatic symptoms in the UK population. *Br J Health Psychol* 2020 Nov;25(4):875-882.
153. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Division of Behavioral and Social Sciences and Education, Health and Medicine Division, Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences, Board on Health Sciences Policy, & Committee on the Health and Medical Dimensions of Social Isolation and Loneliness in Older Adults. *Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2020. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557964/>
154. Smolić S, Čipin I, Međimurec P. Access to healthcare for people aged 50+ in Europe during the COVID-19 outbreak. *Eur J Ageing* 2021;19:793-809.
155. Soulis G, Inzitari M. Medical care emerging challenges for older people during early COVID-19 pandemic. *Eur Ger Med* 2022;13:505–506.
156. Tavares AI. Older Europeans' experience of unmet health care during the COVID-19 pandemic (first wave). *BMC Health Serv Res* 2022;22:182.
157. Angotti M, Mallow GM, Wong A, Haldeman S, An HS, Samartzis D. COVID-19 and its Impact on Back Pain. *Global Spine J*. 2022 Jan;12(1):5-7.
158. Fiala K, Martens J, Abd-Elseyed A. Post-COVID pain syndromes. *Curr Pain Head Rep* 2022;26(5):379-383.
159. Meyer-Frießem CH, Gierthmühlen J, Baron R, Sommer C, Üçeyler N, Enax-Krumova EK. Pain during and after COVID-19 in Germany and worldwide: a narrative review of current knowledge. *Pain Rep* 2021 Jan 20;6(1):e893.
160. Annaswamy TM, Verduzco-Gutierrez M, Frieden L. Telemedicine barriers and challenges for persons with disabilities: COVID-19 and beyond. *Disabil Health J* 2020 Oct;13(4):100973.
161. Țăran AM, Mustea L, Vătavu S, Lobonț OR, Luca MM. Challenges and Drawbacks of the EU Medical System Generated by the COVID-19 Pandemic

- in the Field of Health Systems' Digitalization. *Int J Environ Res Public Health* 2022 Apr 19;19(9):4950.
162. Νομοτέλεια Ηλεκτρονική Νομική Πληροφόρηση: Κορωνοϊός – όλη η επικαιρότητα [Internet]. Cited 16 May 2024. Available online from: https://www.nomotelia.gr/article_detail.asp?m=1&e_cat_id=226&e_article_id=384
163. Puntillo F, Giglio M, Brienza N, Viswanath O, Urits I, Kaye AD, et al. Impact of COVID-19 pandemic on chronic pain management: Looking for the best way to deliver care. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2020 Sep;34(3):529-537.
164. Marinangeli F, Giarratano A, Petrini F. Chronic pain and COVID-19: pathophysiological, clinical and organizational issues. *Minerva Anesthesiol* 2021;87:828-32.
165. Falah Hasan H. Legal and Health Response to COVID-19 in the Arab Countries. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;14:1141-1154
166. Nikiforos M. Crisis, austerity, and fiscal expenditure in Greece: recent experience and future prospects in the post-COVID-19 era. *Eur J Econ Econ Pol* 2021;19(2):186-203
167. Karokis-Mavrikos V, Mavrikou M. Stakeholder perceptions and public health system performance: evidence from Greece. *Eur J Public Health* 2022 Oct 25;32(Suppl 3):ckac131.552.
168. Nshimirimana DA, Kokonya D, Gitaka J, Wesonga B, Mativo JN, Rukanikigitero JMV. Impact of COVID-19 on health-related quality of life in the general population: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Glob Public Health* 2023 Oct 26;3(10):e0002137.
169. Iglesias-López E, García-Isidoro S, Castellanos-Sánchez VO. COVID-19 pandemic: pain, quality of life and impact on public health in the confinement in Spain. *Ann Palliat Med* 2021 Apr;10(4):4338-4353.
170. Bramanti SM, Trumello C, Lombardi L, Babore A. COVID-19 and chronic disease patients: Perceived stress, worry, and emotional regulation strategies. *Rehabil Psychol* 2021 Nov;66(4):380-385.

171. Coupet S, Nicolas G, Louder CN, Meyer M. When public health messages become stressful: Managing chronic disease during COVID-19. *Soc Sci Humanit Open* 2021;4(1):100150. doi: 10.1016/j.ssaho.2021.100150.
172. Al-Rahimi JS, Nass NM, Hassoubah SA, Wazqar DY, Alamoudi SA. Levels and predictors of fear and health anxiety during the current outbreak of COVID-19 in immunocompromised and chronic disease patients in Saudi Arabia: A cross-sectional correlational study. *PLoS One* 2021 Apr 26;16(4):e0250554.
173. Almuzaini Y, Mushi A, Aburas A, Yassin Y, Alamri F, Alahmari A, et al. Risk communication effectiveness during COVID-19 pandemic among general population in Saudi Arabia. *Risk Manag Healthc Policy* 2021;14:779-790
174. Guner TA, Erdogan Z, Demir I. The effect of loneliness on death anxiety in the elderly during the COVID-19 pandemic. *OMEGA J Death Dying* 2021;20:302228211010587.
175. Khademi F, Moayedi S, Golitaleb M, Karbalaie N. The COVID-19 pandemic and death anxiety in the elderly. *Int J Ment Health Nurs* 2020 Dec 1;30(1):346-9.
176. Malesza M, Kaczmarek MC. Predictors of anxiety during the COVID-19 pandemic in Poland. *Pers Individ Differ* 2021;170:110419.
177. Manchia M, Gathier AW, Yapici-Eser H, Schmidt MV, de Quervain D, van Amelsvoort T, et al. The impact of the prolonged COVID-19 pandemic on stress resilience and mental health: A critical review across waves. *Eur Neuropsychopharmacol* 2022 Feb;55:22-83.
178. American Psychological Association: The road to resilience [Internet]. Washington, DC: American Psychological Association; 2014. Cited 16 May 2024. Available online from <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>.
179. Southwick SM, Bonanno GA, Masten AS, Panter-Brick C, Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *Eur J Psychotraumatol* 2014 Oct 1;5. doi: 10.3402/ejpt.v5.25338.

180. Bohlken J, Kostev K, Riedel-Heller S, Hoffmann W, Michalowsky B. Effect of the COVID-19 pandemic on stress, anxiety, and depressive disorders in German primary care: A cross-sectional study. *J Psychiatr Res* 2021 Nov;143:43-49.
181. Skapinakis P, Bellos S, Oikonomou A, Dimitriadis G, Gkikas P, Perdikari E, et al. Depression and its relationship with coping strategies and illness perceptions during the COVID-19 lockdown in Greece: a cross-sectional survey of the population. *Depress Res Treat* 2020 Aug 26;2020:3158954.
182. Umucu E, Lee B. Examining the impact of COVID-19 on stress and coping strategies in individuals with disabilities and chronic conditions. *Rehab Psychol* 2020;65(3), 193–198.
183. Lopes AR, Nihei OK. Depression, anxiety and stress symptoms in Brazilian university students during the COVID-19 pandemic: Predictors and association with life satisfaction, psychological well-being and coping strategies. *PLoS ONE* 2021;16(10): e0258493.
184. Gori A, Topino E, Di Fabio A. The protective role of life satisfaction, coping strategies and defense mechanisms on perceived stress due to COVID-19 emergency: A chained mediation model. *PLoS ONE* 2020;15(11): e0242402.
185. Liu H, Hsieh N. Marital status and happiness during the COVID-19 pandemic. *JMF* 2024;86(2),473–493.
186. Hamermesh DS. Life satisfaction, loneliness and togetherness, with an application to Covid-19 lock-downs. *Rev Econ Household* 2020;18:983–1000.
187. Aikebaier S. COVID-19, new challenges to human safety: a global review. *Front Public Health* 2024 Mar 14;12:1371238.
188. GBD 2019 Disease and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet* 2020;396:1204-22.

189. Karos K, McParland JL, Bunzli S, Devan H, Hirsh A, Kapos FP, et al. The social threats of COVID-19 for people with chronic pain. *Pain* 2020 Oct;161(10):2229-2235.
190. MacLeod S, Tkatch R, Kraemer S, Fellows A, McGinn M, Schaeffer J, et al. COVID-19 era social isolation among older adults. *Geriatrics (Basel)*. 2021 May 18;6(2):52.
191. United Nations Development Programme. New threats to human security in the Anthropocene: Demanding greater solidarity, Special Report [internet]. New York; 2022. Cited on 16 May 2024. Available online from: <https://hs.hdr.undp.org/pdf/srhs2022.pdf>
192. Ingadottir B, Bragadottir B, Zoëga S, Blondal K, Jonsdottir H, Hafsteinsdottir E. Sense of security during COVID-19 isolation improved with better health literacy – A cross-sectional study. *PEC* 2023;114:107788
193. Nicola M, Alsafi Z, Sohrabi C, Kerwan A, Al-Jabir A, Iosifidis C, et al. The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *Int J Surg* 2020 Jun;78:185-193.
194. Verikios G. The dynamic effects of infectious disease outbreaks: The case of pandemic influenza and human coronavirus. *Socio-Econ Plan Sci* 2020;71:100898.
195. Muldoon M, King N. Spirituality, healthcare, and bioethics. *J Rel Health* 1995;34:329-49.
196. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Smyrnioti M, Vlahos L. Assessing Spirituality and Religiousness in Advanced Cancer Patients. *Am J Hosp Palliat Med* 2007;23(6):457-463.
197. Haider SI, Ahmed F, Pasha H, Pasha H, Farheen N, Zahid MT. Life satisfaction, resilience and coping mechanisms among medical students during COVID-19. *PLoS One* 2022 Oct 5;17(10):e0275319.
198. de Diego-Cordero R, Ávila-Mantilla A, Vega-Escañó J, Lucchetti G, Badanta B. The role of spirituality and religiosity in healthcare during the COVID-19 pandemic: an integrative review of the scientific literature. *J Relig Health* 2022 Jun;61(3):2168-2197.

199. Heidari M, Yoosefee S, Heidari A. COVID-19 Pandemic and the necessity of spiritual care. *Iran J Psychiatry* 2020;15(3):262-263.
200. Francis B, Ken CS, Han NY, Ariffin MAA, Md Yusuf MH, Wen LJ, et al. Religious coping during the COVID-19 pandemic: gender, occupational and socio-economic perspectives among Malaysian frontline healthcare workers. *Alpha Psychiatry* 2021 Jun 28;22(4):194-199.
201. Upenieks L. Religious/spiritual struggles and well-being during the COVID-19 pandemic: Does “talking religion” help or hurt? *Rev Relig Res* 2022;64:249–278.
202. Fleeson W, Jayawickreme E. Whole trait theory. *J Res Pers* 2015;56:82–92.
203. Rantanen J, Metsäpelto RL, Feldt T, Pulkkinen L, Kokko K. Long-term stability in the Big Five personality traits in adulthood. *Scand J Psychol* 2007 Dec;48(6):511-8.
204. Bleidorn W, Hopwood CJ, Lucas RE. Life events and personality trait change. *J Pers* 2018;86(1):83-96.
205. De Vries JH, Spengler M, Frintrup A, Mussel P. Personality Development in Emerging Adulthood-How the Perception of Life Events and Mindset Affect Personality Trait Change. *Front Psychol* 2021 Jun 10;12:671421.
206. Specht J. Personality development in reaction to major life events. In: Specht J. (Ed.) *Personality development across the lifespan*. Elsevier Academic Press; 2017 pp. 341-356
207. Ibrahim ME, Weber K, Courvoisier DS, Genevay S. Big Five personality traits and disabling chronic low back pain: association with fear-avoidance, anxious and depressive moods. *J Pain Res* 2020;13:745–754.
208. Magyar M, Gonda X, Pap D, Edes A, Galambos A, Baksa D, et al. Decreased openness to experience is associated with migraine-type headaches in subjects with lifetime depression. *Front Neurol* 2017 Jun 22;8:270.

209. Shanthanna H, Strand NH, Provenzano DA, Lobo CA, Eldabe S, Bhatia A, et al. Caring for patients with pain during the COVID-19 pandemic: consensus recommendations from an international expert panel. *Anaesthesia* 2020 Jul;75(7):935-944.
210. Cohen SP, Baber ZB, Buvanendran A, McLean BC, Chen Y, Hooten WM, et al. Pain management best practices from multispecialty organizations during the COVID-19 pandemic and public health crises. *Pain Med* 2020 Nov 7;21(7):1331-1346.
211. Li LW, Chew A, Gunasekeran DV. Digital health for patients with chronic pain during the COVID-19 pandemic. *Br J Anaesth* 2020;125(5):657–660.
212. Eccleston C, Blyth FM, Dear BF, Fisher EA, Keefe FJ, Lynch ME, et al. Managing patients with chronic pain during the COVID-19 outbreak: considerations for the rapid introduction of remotely supported (eHealth) pain management services. *Pain* 2020 May;161(5):889-893.
213. Institute of Medicine (US) Committee on Evaluating Clinical Applications of Telemedicine; Field MJ. (Ed.) *Telemedicine: A Guide to Assessing Telecommunications in Health Care*. Washington (DC): National Academies Press (US); 1996.
214. Soegaard Ballester JM, Scott MF, Owei L, Neylan C, Hanson CW, Morris JB. Patient preference for time-saving telehealth postoperative visits after routine surgery in an urban setting. *Surgery* 2018;163:672–9.
215. Koonin LM, Hoots B, Tsang CA, Leroy Z, Farris K, Jolly B, et al. Trends in the use of telehealth during the emergence of the COVID-19 pandemic — United States, January–March 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69(43):1595–9.
216. Sek KSY, Tan ATH, Yip AWJ, Boon EME, Teng GG, Lee C. Singapore’s experience in ensuring continuity of outpatient care during the COVID-19 pandemic. *Int J Clin Pract* 2020 Oct 27;74(10).
217. Britton E, Richardson P, Mian I, Conley T, Byrne D, Boyd H, et al. Letter: Covid-19-re-initiating clinical services for chronic gastrointestinal

- diseases. How and when? *Aliment Pharmacol Ther* 2020 Oct;52(8):1414-1415.
218. Bazo-Alvarez JC, Villarreal-Zegarra D, Lázaro-Illatopa WI, Manrique-Millones D, Ipanaqué-Zapata M, Garcia MJ, et al. Differences in family functioning before and during the COVID-19 pandemic: an observational study in Peruvian families. *PeerJ* 2023 Dec 8;11:e16269.
219. Smith-Clapham AM, Childs JE, Cooley-Strickland M, Hampton-Anderson J, Novacek DM, Pemberton JV, et al. Implications of the COVID-19 pandemic on interpersonal violence within marginalized communities: toward a new prevention paradigm. *Am J Public Health* 2023 Jun;113(S2):S149-S156.
220. Thiel F, Büechl VCS, Rehberg F, Mojahed A, Daniels JK, Schellong J, et al. Changes in prevalence and severity of domestic violence during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Front Psychiatry* 2022 Apr 13;13:874183.
221. Manning WD, Payne KK. Marriage and Divorce Decline during the COVID-19 Pandemic: A Case Study of Five States. *Socius* 2021 Jan-Dec;7:10.1177/237802312111006976.
222. Pouradeli S, Ahmadiania H, Rezaeian M. Impact of COVID-19 pandemic on marriage, divorce, birth, and death in Kerman province, the ninth most populous province of Iran. *Sci Rep* 2024 Feb 17;14(1):3980.
223. Apriasari H, Qotrunnada K, Al-Jannah FM, Amani Z. Divorce in the Covid-19 pandemic era: an integrative study. *Proceedings of the 1st Inter-Islamic University Conference on Psychology*; 2021 Feb;1(1).
224. Bekirogullari Z. Why divorces could spike after Covid-19 pandemic. *Proceedings of the 5th International Conference on Health and Health Psychology*; 2020 October.
225. Montero-Cuadrado F, Barrero-Santiago L, Llamas-Ramos R, Llamas-Ramos I. Musculoskeletal pain in family caregivers: does a therapeutic physical program in primary care work? A randomized controlled trial. *Int J Environ Res Public Health* 2022 Dec 23;20(1):185.

226. Camelo Castillo W, Onasanya O, dosReis S, Hogans B, Reeves G. Caregiver burden in caregivers of children with special health care needs and association with chronic pain. *Med Care* 2022 May 1;60(5):368-374.
227. Blyth FM, Cumming RG, Brnabic AJ, Cousins MJ. Caregiving in the presence of chronic pain. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008 Apr;63(4):399-407.
228. Yotsidi V, Bohtsou V, Kroupi K, Pouloudi M. What makes the difference? Community mental health providers' and users' perceptions on dealing with the crisis in Greece. *J Psychosoc Rehabil Ment Health* 2018;1-13.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Έντυπα συγκατάθεσης

1) Έγγραφο φόρμα συγκατάθεσης

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Διευθυντής: Καθηγήτρια. Γ. Γερολουκά-Κωστοπαναγιώτου

Συγκατάθεση ασθενούς

Ο/Η υπογεγραμμένος/η

.....

μετά από ενημέρωσή μου από τον ιατρό/ερευνητή της Μονάδας Πόνου της Β' Πανεπιστημιακής Κλινικής Αναισθησιολογίας, δέχομαι να συμπληρώσω ειδικό ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση της επίδρασης της πανδημίας κορωνοϊού στο χρόνιο πόνο.

Ο ασθενής

Ο υπεύθυνος
ερευνητής της Μονάδας Πόνου

2) Ηλεκτρονική φόρμα ενημέρωσης και συγκατάθεσης

Η πανδημία του νέου κορωνοϊού αποτελεί τη σημαντικότερη υγειονομική πρόκληση που έχει κληθεί να αντιμετωπίσει η Ελλάδα εδώ και έναν αιώνα, μία χώρα η οποία μόλις άρχισε να αναδύεται από την πρόσφατη οικονομική κρίση. Η ανασφάλεια και ο φόβος που καλλιεργούνται από την παρούσα πανδημία έχουν αλλάξει ριζικά τον τρόπο ζωής μας και επηρεάζουν τους ασθενείς με χρόνια νόσο σε πολλά επίπεδα.

Με αυτό το ερωτηματολόγιο θα θέλαμε να διερευνήσουμε τις επιπτώσεις της πανδημίας του κορωνοϊού στον χρόνια νόσο. Ζητούμε τη συνεργασία σας ώστε να κατανοήσουμε αυτές τις επιδράσεις και να βοηθήσουμε στη βελτίωσή τους.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Η συμμετοχή σας στην μελέτη είναι προαιρετική και εθελοντική. Τα δεδομένα που μας δίνετε είναι απόρρητα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας.

Η βοήθεια σας είναι πολύτιμη και σας ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας.

Η παρούσα έρευνα διεξάγεται από τη Μονάδα Πόνου & Ανακουφιστικής Φροντίδας της Β' Πανεπιστημιακής Κλινικής Ανασθησιολογίας, ΠΓΝ "Αττικό"

Υπεύθυνη ερευνήτρια: Μαριλένα Σμυρνιώτη - marilena_smyrnioti@yahoo.gr

Δηλώνω υπεύθυνα πως έχω ενημερωθεί για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας και δέχομαι να συμπληρώσω ειδικό ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση της επίδρασης της πανδημίας κορωνοϊού στο χρόνια νόσο.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Ειδικό ερωτηματολόγιο για την επίδραση της
πανδημίας Covid-19 στους ασθενείς με χρόνια πόνου

1) Μέρος Α΄

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Β΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

Μονάδα Πόνου & Ανακουφιστικής Φροντίδας

ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Δ/τής: Καθηγ. Γ. Γερολουκά-Κωστοπαναγιώτου

Με αυτό το ερωτηματολόγιο θα θέλαμε να διερευνήσουμε τις επιπτώσεις της πανδημίας του κορωνοϊού στον χρόνια πόνου. Ζητούμε τη συνεργασία σας ώστε να κατανοήσουμε αυτές τις επιδράσεις και να βοηθήσουμε στη βελτίωσή τους.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, συμπληρώστε το και δώστε το στον γιατρό σας..

Η βοήθεια σας είναι πολύτιμη και σας ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας.

Παρακαλώ απαντήστε στα παρακάτω ερωτήματα, μαυρίζοντας τον κύκλο στην απάντηση που σας εκφράζει αυτή τη στιγμή. Τα δεδομένα που μας δίνετε είναι απόρρητα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

1. **Φύλο:** Άντρας ① Γυναίκα ②
2. **Η ηλικία σας είναι:** _____
3. **Επάγγελμα:**

- ① Δημόσιος υπάλληλος ② Ιδιωτικός υπάλληλος ③ Ελεύθερος
επαγγελματίας ④ Συνταξιούχος (με κανονική σύνταξη) ⑤ Οικιακά
⑥ Συνταξιούχος - αναπηρική σύνταξη ⑦ Άνεργος
⑧ Άλλο _____

4. Έχετε τελειώσει: ① Δημοτικό, ② Γυμνάσιο-Λύκειο, ③ ΑΕΙ/ ΤΕΙ,
④ Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό

5. Ο τόπος διαμονής σας είναι :

- ① Αστικός ② Ημιαστικός ③ Αγροτικός

6. Η οικογενειακή σας κατάσταση είναι:

- ① Άγαμος-η ② Συζώ ③ Έγγαμος/ η ④ Διαζευγμένος/η
⑤ Χήρος/ α

7. Πόσα παιδιά έχετε; _____

8. Πόσα άτομα μένουν στο σπίτι μαζί με εσάς; _____

9. Πόσες μέρες έχουν περάσει από την έναρξη των περιοριστικών μέτρων για
την αντιμετώπιση του κορωνοϊού (10 Μαρτίου για την Ελλάδα);

_____ (σημειώστε τωρινή ημερομηνία)

• **Αιτία προσέλευσης στη Μονάδα Πόνου:**

- ① Προγραμματισμένο ραντεβού ② Συνταγογράφηση
③ Επεμβατική θεραπεία ④ Τηλεφωνική επικοινωνία για follow up
⑤ Έκτακτη επίσκεψη ⑥ Άλλο _____

- **Κύρια αιτία χρόνιου πόνου:**
- **Άλλα είδη σωματικού πόνου που σας ταλαιπωρούν:**
- **Οι πόνοι αυτοί προϋπήρχαν πριν την πανδημία κορωνοϊού ή είναι νέα συμπτώματα;**

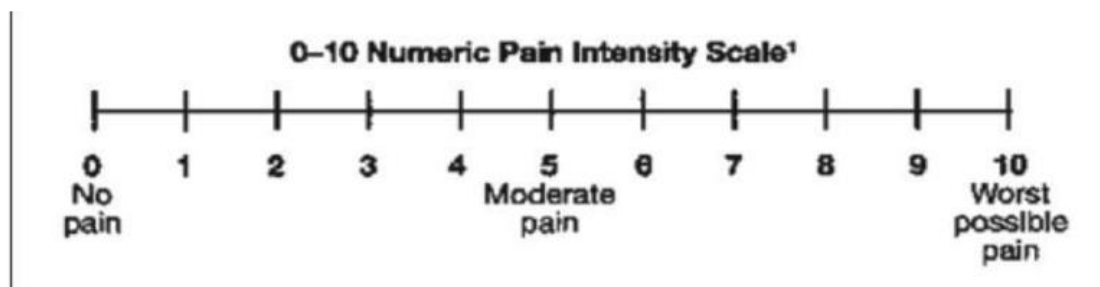
① Προϋπήρχαν

② Είναι νέα συμπτώματα

- **Ποια φαρμακευτική αγωγή λαμβάνετε αυτήν την περίοδο για τον χρόνια πόνο:**

- **Ποια είναι η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνετε για άλλη, οργανική ή ψυχική αιτία:**

Στην παρακάτω κλίμακα παρακαλώ σημειώσατε την ένταση του πόνου σας, όπου 0=καθόλου πόνος και 10=ο χειρότερος δυνατός πόνος αυτή τη στιγμή.



2) Μέρος Β'

1. **Νοσήσατε από κορωνοϊό;**

- ① Ναι ② Όχι ③ Δεν ξέρω

2. **Νόσησε κάποιος οικείος ή γνωστός σας από κορωνοϊό;**

- ① Ναι ② Όχι ③ Δεν ξέρω

3. **Χάσατε αγαπημένο σας άτομο από τον κορωνοϊό;**

- ① Ναι ② Όχι ③ Δεν ξέρω

4. **Ανήκετε σε ομάδα υψηλού κινδύνου;**

- ① Ναι ② Όχι ③ Δεν ξέρω

5. **Ανήκει κάποιος από τους κοντινούς σας ανθρώπους σε ομάδα υψηλού κινδύνου;**

- ① Ναι ② Όχι ③ Δεν ξέρω

6. **Σε ποιο βαθμό επηρέασε το γεγονός της πανδημίας τα επίπεδα του πόνου σας;**

- ① πολύ ② μέτρια ③ καθόλου

7. **Θεωρείτε πως τα περιοριστικά μέτρα (καραντίνα) για την αντιμετώπιση της πανδημίας του κορωνοϊού επηρέασαν τα επίπεδα του πόνου σας;**

- ① πολύ ② μέτρια ③ καθόλου

8. Θεωρείτε πως η πανδημία επηρέασε τη θεραπεία σας γενικά;

- ① αρνητικά ② καθόλου ③ θετικά

9. Μειώθηκαν ή αυξήθηκαν οι επισκέψεις σας στη Μονάδα Πόνου (κανονικές ή μέσω τηλεφώνου);

- ① Μειώθηκαν ② Αυξήθηκαν ③ Παρέμειναν ίδιες

10. Εάν μειώθηκαν ή αυξήθηκαν οι επισκέψεις σας στη Μονάδα Πόνου κατά τη διάρκεια της πανδημίας, πόσο θεωρείτε ότι επηρεάστηκαν από αυτήν;

- ① πολύ ② μέτρια ③ καθόλου

11. Εάν μειώθηκαν ή αυξήθηκαν τα τηλέφωνα που κάνατε στους ιατρούς της Μονάδας Πόνου κατά τη διάρκεια της πανδημίας, πόσο θεωρείτε ότι επηρεάστηκαν από αυτήν;

- ① πολύ ② μέτρια ③ καθόλου

12. Πριν την πανδημία πόσες επισκέψεις το χρόνο πραγματοποιούσατε στη Μονάδα Πόνου;

- ① πάνω από τρεις ② δύο με τρεις ③ μία ④ καμία

13. Ελαττώσατε τις επισκέψεις σας σε άλλες υπηρεσίες υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας;

- ① πολύ ② μέτρια ③ καθόλου

14. Μειώθηκε η πρόσβασή σας στη φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση του πόνου σας κατά τη διάρκεια της πανδημίας (είτε ως προς τη συνταγογράφηση είτε ως προς τη διαθεσιμότητα των φαρμάκων);

- ① πολύ ② μέτρια ③ καθόλου

15. Χρησιμοποιήσατε την εφαρμογή της άυλης συνταγογράφησης;

①.Ναι

② Όχι

③ Δεν ξέρω τι είναι η

άυλη συνταγογράφηση

16. **Αυξήθηκε η ποσότητα των αναλγητικών που λαμβάνετε ή αλλάξατε αγωγή λόγω μη αποτελεσματικότητας κατά τη διάρκεια της πανδημίας;**

①.Ναι

②.Όχι

17. **Εμφανίστηκαν νέα συμπτώματα πόνου κατά τη διάρκεια της πανδημίας;**

①.Ναι

②Όχι

18. **Εάν ναι, ποιο σημείο του σώματος αφορούν;**

① Μέση (οσφυαλγία) ② Κεφάλι (πονοκέφαλος)

③ Κοιλιά ④ Στήθος (θώρακας) ⑤ Γεννητικά όργανα

⑥ Διάχυτοι πόνοι σε διάφορα σημεία

⑦ Άλλο _____

19. **Σε ποιο βαθμό επηρέασε το γεγονός της πανδημίας την ποιότητα ζωής σας;**

①πολύ

② μέτρια

③ καθόλου

20. **Σε ποιο βαθμό επηρέασαν τα περιοριστικά μέτρα κυκλοφορίας (καραντίνα) την ποιότητα ζωής σας;**

①πολύ

② μέτρια

③ καθόλου

21. **Νομίζετε ότι η ένταση και η διάρκεια του πόνου θα επηρεαζόταν αν δεν είχε συμβεί η πανδημία;**

① Θα ήμουν καλύτερα χειρότερα

② Θα ήμουν το ίδιο

③ θα ήμουν

22. **Νομίζετε ότι η ένταση και η διάρκεια του πόνου θα επηρεάζονταν εάν δεν είχαν εφαρμοστεί τα περιοριστικά μέτρα;**

- ① Θα ήμουν καλύτερα ② Θα ήμουν το ίδιο
③ θα ήμουν χειρότερα

23. Εκτός από τον πόνο, ποιο από τα παρακάτω είναι το σημαντικότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζετε αυτή την περίοδο;

- ① ανεργία ② οικονομικό ③ ψυχολογικά προβλήματα ④ άγχος
για το μέλλον ⑤ Φόβος μήπως αρρωστήσω εγώ ⑥ Φόβος μήπως
αρρωστήσει κάποιος δικός μου ⑦ Οι σχέσεις μου με τους άλλους
⑧ Κανένα ⑨ Άλλο _____

24. Μετά το ξέσπασμα της πανδημίας οι σχέσεις μου με την οικογένειά μου

- ① έχουν βελτιωθεί ② έχουν παραμείνει ίδιες ③ έχουν χειροτερέψει
④ δεν έχω οικογένεια

25. Μετά το ξέσπασμα της πανδημίας οι σχέσεις μου με την κοινότητα/ τη γειτονιά

- ① έχουν βελτιωθεί ② έχουν παραμείνει ίδιες ③ έχουν χειροτερέψει
④ δεν έχω επαφή με την κοινότητα

26. Μετά το ξέσπασμα της πανδημίας η εμπιστοσύνη μου στον κρατικό μηχανισμό

- ① έχει βελτιωθεί ② έχει παραμείνει ίδια ③ έχει χειροτερέψει

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: Ψυχομετρική αξιολόγηση

- 1) Ερωτηματολόγιο μέτρησης Άγχους, Κατάθλιψης και Στρες (Depression Anxiety Stress Scale)

DASS-42

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε έναν αριθμό 0 ..1 ..2, ή 3 που προσδιορίζει πόσο η συγκεκριμένη φράση ταιριάζει στο πως αισθανόσαστε την προηγούμενη εβδομάδα. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Μην μένετε πολύ σε κάθε δήλωση.

Βαθμολογήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

0 Δεν μου ταιριάζει καθόλου

1 Μου ταιριάζει σε κάποιο βαθμό ή σε κάποιες στιγμές.

2 Μου ταιριάζει σε μεγάλο βαθμό ή για μεγάλο χρονικό διάστημα .

1	Έπιασα τον εαυτό μου να αναστατώνεται από αρκετά ασήμαντα πράγματα	0	1	2	3
2	Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό	0	1	2	3
3	Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	0	1	2	3
4	Δυσκολευόμουν ν' ανασάνω (π.χ., υπερβολικά γρήγορη αναπνοή ή κόψιμο της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια)	0	1	2	3
5	Μου φαινόταν πως δεν μπορούσα να κινητοποιηθώ	0	1	2	3
6	Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα	0	1	2	3
7	Είχα ένα αίσθημα τρεμούλας (π.χ., σαν να μου κόβονται τα πόδια)	0	1	2	3
8	Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω	0	1	2	3

9	Βρέθηκα σε καταστάσεις που με έκαναν να έχω τόσο άγχος που ένιωσα ανακουφισμένος όταν τελείωσαν	0	1	2	3
10	Ένωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον	0	1	2	3
11	Έπιασα τον εαυτό μου να αναστατώνεται αρκετά εύκολα	0	1	2	3
12	Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα	0	1	2	3
13	Ένωθα λυπημένα και καταθλιπτικά	0	1	2	3
14	Έπιασα τον εαυτό μου να γίνεται ανυπόμονος όταν καθυστερούι οποιοδήποτε τρόπο (π.χ., σε ανελκυστήρες, στα φανάρια κυκλοφορίας, όταν με έκαναν να περιμένω)	0	1	2	3
15	Είχα μια αίσθηση λιποθυμίας	0	1	2	3
16	Ένωθα ότι είχα χάσει το ενδιαφέρον μου σχεδόν για όλα τα πράγματα	0	1	2	3
17	Ένωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο	0	1	2	3
18	Ένωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος	0	1	2	3
19	Ίδρωνα σε εμφανή σημεία (π.χ., χέρια ιδρωμένα) χωρίς να υπάρη υψηλές θερμοκρασίες ή να έχω κάνει σωματική άσκηση	0	1	2	3
20	Ένωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος	0	1	2	3
21	Ένωσα πως η ζωή δεν είναι σημαντική	0	1	2	3

Υπενθύμιση κλίμακας βαθμολόγησης:

0 Δεν μου ταιριάζει καθόλου

1 Μου ταιριάζει σε κάποιο βαθμό ή σε κάποιες στιγμές.

2 Μου ταιριάζει σε μεγάλο βαθμό ή για μεγάλο χρονικό διάστημα .

3 Μου ταιριάζει πάρα πολύ ή το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

22	Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου	0	1	2	3
23	Δυσκολευόμουν να καταπιώ	0	1	2	3
24	Δεν μπορούσα να απολαύσω ότι και να έκανα	0	1	2	3
25	Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία)	0	1	2	3

26	Ένωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος	0	1	2	3
27	Διαπίστωσα ότι ήμουν πολύ οξύθυμος	0	1	2	3
28	Ένωσα πολύ κοντά στον πανικό	0	1	2	3
29	Μου φάνηκε δύσκολο να ηρεμήσω αφού κάτι με είχε αναστατώσει πιο πριν	0	1	2	3
30	Φοβήθηκα ότι κάτι ασήμαντο αλλά μη οικείο θα με έριχνε	0	1	2	3
31	Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό	0	1	2	3
32	Μου ήταν δύσκολο να ανεχτώ να με διακόψει κάποιος σε αυτό που έκανα	0	1	2	3
33	Ήμουν σε μια κατάσταση νευρικής έντασης	0	1	2	3
34	Ένωθα σε αρκετό βαθμό ότι δεν άξιζα	0	1	2	3
35	Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα	0	1	2	3
36	Ένωθα τρομοκρατημένος	0	1	2	3
37	Δεν μπορούσα να δω κάτι ελπιδοφόρο στο μέλλον	0	1	2	3
38	Ένωσα ότι η ζωή μου δεν είχε νόημα	0	1	2	3
39	Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος	0	1	2	3
40	Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους	0	1	2	3
41	Αισθάνθηκα τρεμούλα (πχ στα χέρια)	0	1	2	3
42	Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα	0	1	2	3

2) Ελληνικό Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας 10 ερωτημάτων (ΕΕΠ10)

Ten Item Personality Inventory-(TIPI)

Στην συνέχεια περιγράφονται μια σειρά από χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που μπορεί να ισχύουν ή να μην ισχύουν για εσάς. Παρακαλούμε κυκλώστε έναν αριθμό δίπλα σε κάθε δήλωση που να αναφέρει το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με αυτήν τη δήλωση.

1 = Διαφωνώ απόλυτα

2= Διαφωνώ μέτρια

3 = Διαφωνώ λίγο

4 = Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

5 = Συμφωνώ λίγο

6 = Συμφωνώ μέτρια

7 = Συμφωνώ απόλυτα

Θα περιέγραφα τον εαυτό μου ως άτομο:

Εξωστρεφές, ενθουσιώδες	1	2	3	4	5	6	7
Επικριτικό, εριστικό	1	2	3	4	5	6	7
Άτομο στο οποίο μπορείς να βασιστείς, με αυτοπειθαρχία	1	2	3	4	5	6	7
Αγχώδες, που αναστατώνεται εύκολα	1	2	3	4	5	6	7
Ανοιχτό σε νέες εμπειρίες, με πολλά ενδιαφέροντα	1	2	3	4	5	6	7
Επιφυλακτικό, συνεσταλμένο, ήσυχος	1	2	3	4	5	6	7
Συμπονετικό, ζεστό	1	2	3	4	5	6	7

Με δυσκολία στην οργάνωση, απρόσεκτο/ απερίσκεπτο	1	2	3	4	5	6	7
Ήρεμο, συναισθηματικά σταθερό	1	2	3	4	5	6	7
Παραδοσιακό, χωρίς δημιουργικότητα	1	2	3	4	5	6	7

3) Personal Wellbeing Index (PWI)

Modern Greek translation of the Personal Wellbeing Index

Πόσο ικανοποιημένος / η είστε με κάθε έναν από τους παρακάτω τομείς της ζωής σας;

Χρησιμοποιήστε 0 για να δηλώσετε ότι δεν είστε καθόλου ικανοποιημένος / η, 5 για να δηλώσετε ότι αισθάνεστε ουδέτερα, και 10 για να δηλώσετε ότι είστε απόλυτα ικανοποιημένος / η.

1. Πόσο ικανοποιημένος / η είστε με το βιοτικό σας επίπεδο;

καθόλου			ουδέτερα					απόλυτα		
ικανοποιημένος / η								ικανοποιημένος / η		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Πόσο ικανοποιημένος / η είστε με την υγεία σας;

καθόλου			ουδέτερα					απόλυτα		
ικανοποιημένος / η								ικανοποιημένος / η		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Πόσο ικανοποιημένος / η είστε με το τι επιτυγχάνετε στη ζωή σας;

ικανοποιημένος / η

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ικανοποιημένος / η

8. Πόσο ικανοποιημένος / η νοιώθετε με την πνευματική σας ζωή, με την θρησκευτικότητα σας;

καθόλου

ουδέτερα

απόλυτα

ικανοποιημένος / η

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ικανοποιημένος / η

Σκεπτόμενος / η τη ζωή σας και τις συνθήκες που βιώνετε, πόσο ικανοποιημένος / η νοιώθετε με τη ζωή σας γενικότερα;

καθόλου

ουδέτερα

απόλυτα

ικανοποιημένος / η

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ικανοποιημένος / η

