

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

MAGISTRSKO DELO

AKUTNI STRESNI ODZIV IN MISELNA
NARAVNANOST: DOŽIVLJANJE IN SOOČANJE S
KARANTENO MED EPIDEMIJO COVID-19

LEA KRAJNC

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Magistrsko delo

**Akutni stresni odziv in miselna naravnost: doživljanje in
soočanje s karanteno med epidemijo COVID-19**

(Acute stress response and state of mind: experiencing and coping with
quarantine during the COVID-19 epidemic)

Ime in priimek: Lea Krajnc

Študijski program: Biopsihologija, 2. stopnja

Mentor: izr. prof. dr. Simona Kralj Fišer

Somentor: doc. dr. Maja Smrdu

Koper, september 2021

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Lea KRAJNC

Naslov zaključne naloge: Akutni stresni odziv in miselna naravnost: doživljanje in soočanje s karanteno med epidemijo COVID-19

Kraj: Koper

Leto: 2021

Število listov: 144 Število slik: 15 Število tabel: 25

Število prilog: 4 Št. strani prilog: 22

Število referenc: 209

Mentor: izr. prof. dr. Simona Kralj Fišer

Somentor: doc. dr. Maja Smrdu

UDK: 159.944.4:616-036.22(043.2)

Ključne besede: COVID-19, stres, duševno zdravje, miselna naravnost, kortizol

Izvleček:

Od izbruha bolezni COVID-19 v Vuhanu konec leta 2020 se je ta bolezen razširila v skoraj vse države na svetu – Slovenija ni bila izjema. Vlada Republike Slovenije je 11. marca 2020 razglasila epidemijo in po izgledu ostalih držav sprejela ukrepe za hitrejšo zaježitev širjenja okužb. Sprejeti ukrepi so močno vplivali na življenje posameznikov in so resno vplivali na duševno zdravje ljudi po vsem svetu. Ta raziskava je preučevala soočanje in doživljanje pandemije COVID-19 pri starših šoloobveznih otrok v Sloveniji med in po karanteni. Udeleženci so izpolnili štiri vprašalnike, ki so bili sestavljeni v namen raziskave in sicer sociodemografski vprašalnik, vprašalnik o aktivnostih, vprašalnik o akutnem stresu in vprašalnik miselne naravnosti. Prvega so rešili le enkrat, ostale pa 1. teden karantene, 2. teden karantene in 2. tedna po karanteni. Na isti dan reševanja vprašalnikov so posamezniki v epruvete Salivette© oddali vzorec slin, s pomočjo katere smo analizirali nivoje metabolitov kortizola. Podatke smo analizirali s pomočjo generaliziranih linearnih mešanih modelov, nivoje kortizola pa smo določili s pomočjo biokemijskih pristopov na InnoRenew CoE. Ugotovili smo, da je bil nivo samoocenjenega stresa višji pri posameznikih, ki jih je bilo bolj strah okužbe in so bili bolj negotovi glede finančnih posledic. Delno smo potrdili hipoteze, ki pravijo, da bo stres med karanteno višji kot po karanteni, da se bo miselna naravnost posameznikov po karanteni razlikovala glede na miselno naravnostjo med karanteno in da bodo njene dimenzije medsebojno povezane s komponentami stresa. Naše ugotovitve nakazujejo na povezavo med stresom in miselno naravnostjo in odpira nova

obzorja za razumevanje delovanja človeškega uma. Razumevanje tega kaj posameznikom povzroča največ negativnih čustev in stresa, lahko javnozdravstvenim organom pomaga oblikovati nadaljnje načrte, kako pomagati posameznikom v izrednih razmerah, ki nastanejo pri edinstvenih življenjskih situacijah, kot je epidemija COVID-19.

Key document information

Name and SURNAME: Lea KRAJNC

Title of the final project paper: Acute stress response and state of mind: experiencing and coping with quarantine during the COVID-19 epidemic

Place: Koper

Year: 2021

Number of pages: 144 Number of figures: 15 Number of tables: 25

Number of appendix: 4 Number of appendix pages: 22

Number of references: 209

Mentor: Assoc. Prof. Simona Kralj Fišer, PhD

Co- Mentor: Assist. Prof. Maja Smrdu, PhD

UDC: 159.944.4:616-036.22(043.2)

Keywords: COVID-19, stress, mental health, states of mind, cortisol

Abstract:

Since the COVID -19 outbreak in Wuhan in late 2019, the disease has spread to almost every country in the world - Slovenia was no exception. On March 11, 2020, the government of the Republic of Slovenia declared the epidemic throughout Slovenian territory and, following the example of other countries, took measures to limit the spread of COVID -19. These measures had a strong impact on people's lives and consequently on their mental health. This study investigated how parents of school-aged children in Slovenia experienced and coped with COVID-19 during quarantine. Participants completed four questionnaires: a socio-demographic questionnaire, a questionnaire on activities during quarantine, a questionnaire on acute stress response and a state of mind questionnaire. The first questionnaire was completed only once, and the others were completed during the first week of quarantine, the second week of quarantine, and the second week after quarantine. Participants also provided saliva samples (at the 1st week of quarantine, 2nd week of quarantine, and 2nd week post-quarantine) in Salivette© tubes to analyze cortisol metabolite levels. Data were analyzed using generalized linear mechanical models, and cortisol levels were determined using biochemical methods in the InnoRenew CoE. We found that levels of self-rated stress were higher in individuals who were more concerned about contagion and in those who were more uncertain about financial consequences. We partially confirmed the hypothesis that stress during quarantine will be higher than after quarantine, that post-

quarantine state of mind differs from state of mind during quarantine and that its dimensions are related to stress components. Our results suggest a link between stress and state of mind and open new horizons for understanding the functioning of the human mind. Understanding the main causes of negative emotions and stress may help public health authorities to further plan how to help people in emergencies that occur in unique life situations such as the COVID -19 epidemic.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	1
1.1	TRAVMATSKI DOGODKI, EPIDEMIJE IN PANDEMIJE: NAUČENE LEKCIJE.....	1
1.1.1	Duševno zdravje v času preteklih pandemij in epidemij.....	3
1.1.2	Duševno zdravje v času pandemije COVID-19	4
1.1.3	Duševno zdravje ob koncu prvega vala epidemije	5
1.1.4	Ranljive skupine v času COVID-19	6
1.1.4.1	Vpliv pandemije COVID-19 na duševno zdravje starejših.....	7
1.1.4.2	Vpliv pandemije COVID-19 na duševno zdravje otrok in mladostnikov	7
1.1.4.3	Vpliv pandemije COVID-19 na duševno zdravje zdravstvenih delavcev	8
1.1.4.4	Vpliv pandemije COVID-19 na duševno zdravje ljudi z že obstoječimi duševnimi boleznimi	8
1.1.4.5	Vpliv pandemije COVID-19 na duševno zdravje okuženih in prebolelih	9
1.1.4.6	Vpliv pandemije COVID-19 na duševno zdravje staršev mlajših otrok in osnovnošolcev	9
1.2	STRES	11
1.2.1	Opredelitev stresa	11
1.2.2	Stresorji.....	12
1.2.2.1	Karantena (Lockdown).....	12
1.2.2.2	Delo od doma	14
1.2.2.3	Šolanje od doma	14
1.2.2.4	Prosti čas	15
1.2.2.5	Strah pred okužbo in prenosom okužbe drugim.....	16
1.2.2.6	Finančna izguba.....	17
1.2.3	Akutni stresni odziv	17
1.2.3.1	Telesni in psihološki odzivi	19
1.2.3.2	Fiziološki odziv	19
1.2.4	Merjenje stresa in cortisol awakening response	21
1.3	MISELNA NARAVNOST.....	22
1.3.1	Glavne dimenzije miselne naravnosti	24
1.3.2	Vpliv stresa na miselno naravnost	26
1.3.3	Princip delovanja miselne naravnosti	27
1.4	NAMEN IN CILJI ZAKLJUČNE NALOGE	30
1.5	HIPOTEZE.....	31
2	METODE	33
2.1	VZOREC	33

2.2	PRIPOMOČKI.....	34
2.2.1	Vprašalnik o osnovnih podatkih.....	34
2.2.2	Vprašalnik o aktivnostih.....	35
2.2.3	Vprašalnik o akutnem stresu	35
2.2.4	Vprašalnik o miselni naravnosti	36
2.2.5	Epruvete Salivette©	37
2.3	POSTOPEK	37
2.3.1	Zbiranje podatkov	38
2.3.2	Analiza podatkov.....	39
2.3.2.1	Analiza vprašalnikov	39
2.3.2.2	Analiza nivojev metabolitov kortizola.....	40
3	REZULTATI.....	42
3.1	STOPNJA STRESA MED IN PO KARANTENI.....	42
3.2	STRAH PRED OKUŽBO IN STRES	49
3.3	STRAH PRED OKUŽBO DRUŽINSKEGA ČLANA IN STRES	51
3.4	NEGOTOVOST GLEDE FINANČNIH POSLEDIC IN STRES	52
3.5	PROSTI ČAS IN STRES	53
3.6	MISELNA NARAVNANOST	55
3.6.1	Razpon zaznavanja.....	55
3.6.2	Obseg pozornosti.....	56
3.6.3	Obseg misli.....	57
3.6.4	Odprtost za izkušnje	58
3.6.5	Razpoloženje	59
3.7	POVEZANOST MED AKUTNIM ČUSTVOVANJEM (AKUTNI STRES) IN MISELNO NARAVNANOSTJO.....	60
4	RAZPRAVA	65
5	SKLEP	74
6	VIRI	77

KAZALO PREGLEDNIC

Tabela 1 Demografski podatki.....	34
Tabela 2 Wilcoxonov test parnih razlik za samopercepcijo, povprečni kortizol, maksimalni kortizol in kortizolno odzivnost med 1. in 2. tednom karantene	42
Tabela 3 Opisna statistika samopercepcije stresa, povprečnega kortizola, maksimalnega kortizola in kortizolne odzivnosti med karanteno in po karanteni	43
Tabela 4 Wilcoxonov test parnih razlik za razliko v stopnji stresa med in po karanteni merjena preko kortizola in preko vprašalnika (samopercepcija).....	44
Tabela 5 Wilcoxonov test parnih razlik - razlika med 1. in 2. tednom karantene v komponentah stresa	45
Tabela 6 Wilcoxonov test parnih razlik - razlika med tedni v vedenjski komponenti stresa	45
Tabela 7 Wilcoxonov test parnih razlik - razlika med tedni v čustveni komponenti stresa	46
Tabela 8 Wilcoxonov test parnih razlik - razlika med tedni v kognitivni komponenti stresa	46
Tabela 9 Wilcoxonov test parnih razlik - razlika med tedni v telesni komponenti stresa...	47
Tabela 10 Wilcoxonov test parnih razlik - razlika med tedni v odtujenosti.....	48
Tabela 11 Spearmanova korelacija med dojetanjem nevarnosti okužbe sebe (odvisna spremenljivka) in stopnjo stresa med karanteno merjena preko kortizola in samoocenjevalnega vprašalnika (neodvisna spremenljivka)	50
Tabela 12 Rezultati Kruskal Wallis testa primerjave strahu pred okužbo družinskega člana in stopnjo stresa v prvem tednu karantene merjena preko kortizola in samoocenjevalnega vprašalnika	51
Tabela 13 Rezultati Kruskal Wallis testa primerjave strahu pred okužbo družinskega člana in stopnjo stresa 2 teden karantene merjena preko kortizola in samoocenjevalnega vprašalnika	52
Tabela 14 Spearmanova korelacija med negotovostjo glede finančnih posledic (odvisna spremenljivka) in stopnjo stresa med karanteno merjena preko kortizola in samoocenjevalnega vprašalnika (neodvisna spremenljivka)	52
Tabela 15 Spearmanova korelacija med prostim časom zase (odvisna spremenljivka) in stopnjo stresa med karanteno merjena preko kortizola in samoocenjevalnega vprašalnika (neodvisna spremenljivka).....	54
Tabela 16 Spearmanova korelacija med prostim časom s partnerjem (odvisna spremenljivka) in stopnjo stresa med karanteno merjena preko kortizola in samoocenjevalnega vprašalnika (neodvisna spremenljivka)	54
Tabela 17 Spearmanova korelacija med prostim časom z ožjimi družinskimi člani (odvisna spremenljivka) in stopnjo stresa med karanteno merjena preko kortizola in samoocenjevalnega vprašalnika (neodvisna spremenljivka)	55

Tabela 18	<i>Wilcoxonov test parnih razlik - razlika med tedni v razponu zaznavanja</i>	55
Tabela 19	<i>Wilcoxonov test parnih razlik - razlika med tedni v obsegu pozornosti.....</i>	56
Tabela 20	<i>Wilcoxonov test parnih razlik - razlika med tedni v obsegu misli</i>	57
Tabela 21	<i>Wilcoxonov test parnih razlik - razlika med tedni v odprtosti za izkušnje</i>	58
Tabela 22	<i>Wilcoxonov test parnih razlik - razlika med tedni v razpoloženju</i>	59
Tabela 23	<i>Spearmanova korelacija med komponentami stresa in dimenzijami miselne naravnosti v prvem tednu karantene</i>	62
Tabela 24	<i>Spearmanova korelacija med komponentami stresa in dimenzijami miselne naravnosti v drugem tednu karantene</i>	63
Tabela 25	<i>Spearmanova korelacija med komponentami stresa in dimenzijami miselne naravnosti dva tedna po karanteni</i>	64

KAZALO SLIK IN GRAFIKONOV

Slika 1 Shema dimenzij miselne naravnosti	25
Slika 2 Prikaz mehanizma delovanja miselne naravnosti.....	28
Slika 3 Prikaz hipotetične porazdelitve miselne naravnosti pri različnih duševnih motnjah	29
Slika 4 Epruveta Salivette©.....	37
Slika 5 In vivo aparat »IDS-iSYS Multi-Discipline Automated System«.....	41
Slika 6 Škatla z brki - razlika med maksimalnim kortizolom po karanteni in maksimalnim kortizolom med karanteno	44
Slika 7 Škatla z brki - razlika med tedni v kognitivni komponenti stresa	47
Slika 8 Škatla z brki - razlika med tedni v telesni komponenti stresa	48
Slika 9 Škatla z brki - razlika med tedni v odtujenosti.....	49
Slika 10 Korelacija med samopercepcijo stresa med karanteno in povprečnim strahom pred okužbo med karanteno	50
Slika 11 Korelacija med samopercepcijo stresa med karanteno in povprečno skrbjo za finance med karanteno.....	53
Slika 12 Škatla z brki - razlika med tedni v obsegu pozornosti	56
Slika 13 Škatla z brki - razlika med tedni v obsegu misli	57
Slika 14 Škatla z brki - razlika med tedni v odprtosti za izkušnje.....	58
Slika 15 Škatla z brki - razlika med tedni v razpoloženju	59

KAZALO PRILOG

PRILOGA A	<i>Sociodemografski vprašalnik</i>
PRILOGA B	<i>Vprašalnik o aktivnostih med karanteno</i>
PRILOGA C	<i>Vprašalnik o akutnem stresu</i>
PRILOGA D	<i>Vprašalnik miselne naravnosti</i>

SEZNAM KRATIC

ACTH	Adenokortikotropni hormon
COVID-19	Bolezen, ki jo povzroča SARS-CoV-2
HPA os	Hipotalamus-hipofiza-nadledvična stresna os
MERS	Bližnjevzhodni respiratorni sindrom
NE	Noradrenalin
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
PTSM	Posttravmatska stresna motnja
SARS	Hud akutni respiratorni sindromom
SARS-CoV-2	Hud akutni respiratorni sindrom Coronavirus 2
WHO	Svetovna zdravstvena organizacija

ZAHVALA

Ogromne zahvale gredo mentorici dr. Simoni Kralj Fišer in somentorici dr. Maji Smrdu za vse nasvete, pomoč, podporo in vodenje pri pisanju magistrskega dela ter za prijetno izkušnjo pri sodelovanju.

Rada bi se zahvalila tudi Deanu Lipovcu za pomoč pri analizi nivojev metabolitov kortizola in za znanje, ki mi ga je pri tem podal.

Posebna zahvala gre vsem sodelujočim v raziskavi. Za sodelovanje se vam najlepše zahvaljujem.

Nazadnje naj se iskreno zahvalim moji družini in fantu, ki so me podpirali, stali ob strani, verjeli vame in me spodbujali skozi življenje, brez vas ne bi bila to kar sem.

*Magistrsko delo posvečam vama, oči in dedek, ker vem, da bi bila name zelo ponosna.
»Unable are the loved to die. For love is immortality«
-Emily Dickinson*

1 UVOD

Nenadnemu izbruhu bolezni, ki po številu obolelih ali velikosti prizadetega območja presega običajno stanje in se hitro širi, pravimo epidemija. Epidemiji, ki zajame več držav ali celin, na velikem geografskem območju in povzroča zdravstvene težave precejšnemu deležu prebivalstva pravimo pandemija (Frelj, 2012). Že pred izbruhom trenutne pandemije je Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) opozarjala, da predstavlja pandemična gripa eno največjih nevarnosti, ki bi lahko ogrožala globalno zdravje v letu 2019 (Akbar, 2021). Nova koronavirusna bolezen, ki jo je WHO uradno imenovala kot COVID-19, je bila prvič zaznana v Vuhanu na Kitajskem kot nepojasnjen primer pljučnice decembra 2019 in je danes znana kot hud akutni respiratorni sindrom, ki jo povzroča virus SARS-CoV-2 (Adhikari idr., 2020). Koronavirusi so družina virusov, ki lahko povzročijo okužbe tako pri ljudeh, kot pri živalih. Redko se zgodi, da koronavirusi, ki povzročajo obolenja pri živalih, mutirajo tako, da se lahko bolezen prenaša iz živali na človeka in nato širi iz človeka na človeka. Koronavirusi so znani kot povzročitelji blažjih respiratornih obolenj, kot je prehlad, in tudi težjih, kot sta hudi akutni respiratorni sindrom (SARS) in bližnjevzhodni respiratorni sindrom (MERS) (WHO, 2020b). WHO je januarja 2020 zaradi hitrega širjenja virusa v druge države razglasila globalno ogroženost javnega zdravja, marca 2020 pa pandemijo. Tako je COVID-19 po SARS in MERS tretja pandemija, ki jo je povzročila koronavirusna bolezen (Peeri idr. 2020; WHO, 2020a). V Sloveniji je vlada 11. marca 2020 razglasila epidemijo po tem, ko so točno teden dni prej 4. marca 2020, potrdili prvo okužbo na območju Slovenije (gov.si, 2021a). Tako kot v Sloveniji (gov.si, 2021b), so vlade po vsem svetu sprejele veliko število ukrepov v namen hitrejšje zaježitve širjenja okužb. Socialna distanca, nošenje mask, omejitve gibanja, zapiranje šol in delo od doma so le nekateri od najbolj odmevnih ukrepov, ki so nepričakovano in hitro postali del vsakdanjika. Omenjeni nenadni, zapleteni ter dolgotrajni izredni ukrepi in druga dodatna priporočila lahko predstavljajo vir stresa in vplivajo ne le na fizično, temveč tudi na duševno zdravje in splošno dobro počutje posameznika (Brooks idr., 2020; Dubey idr., 2020). V povezavi z izrazoma pandemija in epidemija naj omenimo, da smo v naši nalogi uporabljali oba. Ker je bila naša raziskava izvedena v Sloveniji, kjer je vlada razglasila epidemijo, bomo ob omenbi naše in drugih raziskav izvedenih v Sloveniji, uporabili izraz epidemija. Ko bomo omenjali tuje raziskave, pa bomo uporabili izraz pandemija, saj so avtorji teh, uporabili ta izraz.

1.1 TRAVMATSKI DOGODKI, EPIDEMIJE IN PANDEMIJE: NAUČENE LEKCIJE

Na splošno se posledice različnih nesreč meri s stroški socialne in ekonomske škode, a nikakor ne smemo zanemariti posledice, ki jih za seboj puščajo travmatični dogodki na področju duševnega zdravja posameznika (Ćosić idr., 2020). Veliko študij opozarja na močno povezavo med naravnimi nesrečami in epidemijami ter pojavi duševnih bolezni, kot

so depresija, tesnoba in posttravmatska stresna motnja (Brooks idr., 2020; Sprang in Silman, 2013; Wu idr., 2005).

Ne glede na to, da pandemijo COVID-19 avtorji primerjajo z naravnimi nesrečami, vojnimi stanji, terorističnimi napadi, socialnimi krizami ter podobnimi stanji in travmatičnimi dogodki, se moramo zavedati, da je primerjava skorajda nemogoča. Raznovrstni travmatični dogodki se med seboj zelo razlikujejo, vsak dogodek ponuja edinstvene zahteve in ustvari zelo posebne potrebe. Prav tako se lahko posamezniki na enak dogodek različno odzovejo. V teoriji in praksi se ponuja veliko napotkov, kako ublažiti situacijo z vidika duševnega zdravja, vendar je nesmiselno pričakovati, da bodo splošni napotki povzeti iz ugotovitev in napovedi raziskav, skladni za vse travmatične dogodke (Kaniasty, 2020). Čeprav so si travmatični dogodki na grobo sicer podobni (nenadna sprememba v vsakdanjem življenju, občutek negotovosti glede prihodnosti, raznorazne omejitve, strah za osebno blaginjo ipd.), je nedvomno, da se med seboj tudi zelo razlikujejo. Če primerjamo naravne nesreče s trenutnim izbruhom COVID-19, so pri naravnih nesrečah razmere običajno omejene na določeno območje in čas, kar pomeni, da ljudje, ki se znajdejo v takih okoliščinah, lahko pobegnejo, če želijo oziroma če imajo možnost, kot na primer množična evakuacija ljudi ob katastrofalnih požarih v Avstraliji leta 2019 (Dugdale in Lemiale, 2021). Trenutna situacija v primerjavi z naravnimi nesrečami ni omejena na določeno območje in čas, saj je COVID-19 zajel več kot 200 držav in nihče ne ve, kdaj bodo (če sploh), virus zajezili – pred njim se ne moremo skriti in mu ne moremo ubežati. Če trenutno pandemijo primerjamo z okoliščinami, povezanimi z vojnimi stanji, ko je sovražnik načeloma zlahka prepoznaven, je trenutni »sovražnik« oziroma »grožnja« vsepovsod in jo lahko vede ali nevede prenaša oseba poleg nas. Vsekakor pa imajo ne glede na vse razlike pandemije, naravne katastrofe, vojni spopadi, socialne krize ipd. nekaj skupnega - za seboj lahko puščajo globoke čustvene travme, ki povzročijo duševne motnje, povezane s stresom in travmo. Posledice, ki se pri posameznikih pogosto kažejo po travmatičnih izkušnjah, so čustvena nestabilnost, stresne reakcije, tesnoba in drugi simptomi duševnih stisk, ki močno vplivajo na življenje posameznika in na družbo kot celoto (Ćosić idr., 2020; Fiorillo in Gorwood, 2020). Izpostavljenost travmatičnemu dogodku je bistveni element za razvoj akutne stresne motnje ali posttravmatske stresne motnje (PTSM). Povečana pojavnost PTSM je bila tako zaznana po potresu leta 1999 v Turčiji (25%), po požaru leta 2016 v Alberti v Kanadi (29%), kjer je bila zaznana tudi višja stopnja depresije (med posamezniki, ki so zaradi požara morali evakuirati iz svojih domov), povečana pojavnost PTSM, depresije in tesnobe so bile zaznane tudi pri odraslih posameznikih po cunamiju leta 2004 v Indijskem oceanu (Ćosić idr., 2020). Najbolj zastrašujoči pa so podatki o povečanih odstotkih samomorov po naravnih katastrofah ali gospodarskih krizah (Chang idr., 2013; Krug idr., 1999).

1.1.1 Duševno zdravje v času preteklih pandemij in epidemij

Bolj podrobno lahko pandemijo COVID-19 primerjamo s preteklimi pandemijami oziroma epidemijami nalezljivih bolezni, kot so SARS, prašičja gripa, ebola, MERS, ptičja gripa in španska gripa. S pregledom literature podobnih izbruhov v preteklosti je mogoče predvideti posledice sedanje pandemije COVID-19 (Esterwood in Saeed, 2020). V preteklosti je bilo opravljenih več raziskav, katerih namen je bila ocena psihosomatskih težav, ki so jih za seboj pustili nenadni izbruhi bolezni (Zürcher idr., 2020). Ugotovitve kažejo na to, da spoprijemanje z naglimi spremembami vplivajo na več področij človeškega življenja in so lahko vzrok duševnih stisk posameznikov (Goodwin idr., 2009; Khalid idr., 2016; Mohammed idr., 2014). Psihološki odzivi na pandemije vključujejo neprilagojeno vedenje, čustveno stisko in obrambne odzive, kot so tesnoba, strah, frustracija, osamljenost, jeza, dolgočasje, depresija, stres in izogibanje (Taylor, 2019).

Pri posameznikih, ki so preživeli okužbo s SARS-om, je bila zaznana višja raven stresa v primerjavi s kontrolnimi osebami. Eno leto po okužbi so poleg povišane ravni stresa, posamezniki poročali tudi o visoki stopnji izraženosti simptomov depresije, tesnobe in posttravmatskih stresnih simptomov. Splošno prebivalstvo je poročalo o prekomernem strahu, živčnosti, občutkih krivde, zmedenosti, jezi, otrplosti in tesnobi, kot posledice karantene (DiGiovanni idr., 2004; Lee idr., 2007; Reynolds idr., 2008). Med izbruhom prašičje gripe leta 2009 so posamezniki poročali o visoki stopnji izraženosti občutkov tesnobe in skrbi, neposredno povezanih s strahom pred okužbo. Družinski člani okuženih so imeli povišano raven stresa, simptomov depresije in zmerne ravni tesnobe v primerjavi s kontrolno populacijo (Elizarrarás-Rivas idr., 2010; Goodwin idr., 2010; Jones in Salathé, 2009). Študije o posledicah, ki jih za seboj pusti bližnjevzhodni respiratorni sindrom ali MERS, so opozorile na višjo stopnjo tesnobe, skrbi in socialno izogibajočega vedenja v splošni populaciji (Ro idr., 2017). Leta 2015 je MERS izbruhnil v Koreji, rezultati raziskav so pokazali, da je 47% bolnikov med dvotedensko izolacijo poročalo o simptomih tesnobe, 19% pa je navedlo, da so simptomi vztrajali tudi do 6 mesecev po tem (Jeong idr., 2016). Raziskave (Caleo idr., 2018; Desclaux idr., 2017; Lötsch idr., 2017) o duševnem zdravju med karanteno zaradi izbruhov ebole kažejo na podobne psihološke odzive, kot pri ostalih epidemijah oziroma pandemijah. Posamezniki so poročali o povišani stopnji strahu, jeze, nespečnosti, depresije, tesnobe in posttravmatskega stresa.

Glede na omenjene posledice, ki so jih za seboj pustile pretekle pandemije in epidemije, bi lahko prevedeli, kako se bodo posamezniki odzvali na trenutno pandemijo COVID-19, vendar so nekateri avtorji že pred trenutno situacijo napovedovali, da bodo morebitni naslednji izbruhi nalezljivih bolezni za seboj pustili bolj izrazite, razširjene in dolgotrajnejše psihološke posledice v primerjavi s somatskimi posledicami okužbe. Pravijo, da bo

psihološki "odtis", ki ga bo za seboj pustila pandemija verjetno večji od medicinskega (Taylor, 2019). Zato ne moremo trditi, da bodo posledice trenutne pandemije skladne s prejšnjimi in jo moremo obravnavati kot edinstveni dogodek.

1.1.2 Duševno zdravje v času pandemije COVID-19

Za diagnozo specifičnih duševnih motenj je potreben čas, saj je diagnozo mogoče postaviti šele, ob preteku določenega časa trajanja simptomov. To lahko predstavlja težavo, saj se pri mnogih posameznikih simptomi in težave ne pojavijo takoj ob stresnem dogodku – včasih se simptomi pojavijo šele mesece ali leta po dogodku. Povrh vsega pa je lahko diagnoza otežena zaradi mnogih kompleksnih zavajajočih spremenljivk. To predstavlja glavne razloge, zakaj so raziskave psiholoških stisk povezanih s COVID-19 šele v začetnih fazah raziskovanja oziroma jih je zelo malo. Ne glede na vse težave, pa se postopoma pojavljajo študije, ki nam ponujajo vpogled v posledice, ki jih za seboj pušča pandemija COVID-19 na duševno zdravje posameznikov (Kar idr., 2020).

Pandemija COVID-19 ustvarja pri ljudeh raznolike strahove in skrbi, dodatne izzive pa povzročajo ukrepi, povezani z omejevanjem širjenja novega koronavirusa (Park idr., 2020; Bavel idr., 2020). Raziskave poročajo o povečani stopnji strahu in tesnobe med posamezniki zaradi nezadostnega znanja o virusu, kot so inkubacijska doba virusa, način prenosa, zdravljenje in varnostni ukrepi (Goyal idr., 2020; Ho idr., 2020). Omejitev gibanja je prisilila posameznike, da so večino časa preživeli doma, kar je povzročilo negativne posledice v duševnem zdravju, kot sta tesnoba in negotovost glede prihodnosti (Brooks idr., 2020; Mihashi idr., 2009; DiGiovanni idr., 2004). Ho idr. (2020) poročajo tudi o občutkih monotonosti, razočaranja in večji razdražljivosti v povezavi z omejitvijo gibanja. Opazen je bil pojav duševnih motenj, kot so depresivne motnje, anksiozne motnje, panične motnje in porast somatskih simptomov, samoobtoževanja, krivde, PTSM, delirija, psihoze in povečano število samomorov (Goyal idr., 2020; Yi idr., 2020). Rezultati raziskav, izvedenih na Kitajskem (Cao idr., 2020), Italiji (Casagrande idr., 2020), Španiji (Odriozola-González idr., 2020), Nemčiji (Petzold idr., 2020) in ZDA (Twenge in Joiner, 2020) kažejo na upad blagostanja ter porast zaznanega stresa, depresivnosti in tesnobe. Podobne rezultate prikazuje sistematični pregled rezultatov študij izvedenih v Italiji, Turčiji, Iranu, Španiji, Nepalju na Kitajskem in Danskem odkrili povišane stopnje depresije (15% do 48%), tesnobe (6% –51%), stresa (8,1% do 81,9%), relativno visoke stopnje simptomov posttravmatske stresne motnje (7% do 54%) in duševnih stisk (34% do 38%) (Xiong idr., 2020).

Esterwood in Saeed (2020) predvidevata, da se bodo posledice povišanega stresnega odziva na trenutno pandemijo kazale na tri načne in sicer kot razvoj nove epizode motnje pri tistih z nagnjenostjo k duševni motnji ali akutnem poslabšanju pri tistih, ki motnjo že imajo; razvoj

travme ali s stresorjem povezane motnje, kot so akutna stresna motnja, PTSM ali motnje prilagajanja in razvoj simptomatskega stresnega odziva, ki ne izpolnjuje diagnostičnih meril duševne motnje. Ker pandemija vpliva na naše življenje na veliko načinov sta duševno zdravje in njegova stabilnost ogroženi, kar pomeni da bo duševno blagostanje izziv, s katerim se bodo številni soočali ne le v času trajanja pandemije, ampak še dolgo po tem, ko bo le ta preklicana (Kar idr., 2020). Kar lahko zagotovo trdimo je, da izidi duševnega zdravja, povezani s pandemijo, predstavljajo zapleteno in večplastno vprašanje, ki vpliva na posameznika, njegove bližnje in na celotno družbo.

1.1.3 Duševno zdravje ob koncu prvega vala epidemije

Brooks idr. (2020) menijo, da je psihološki vpliv karantene lahko dolgotrajen. Ta se kaže kot dolgoročne vedenjske spremembe (na primer prekomerno umivanje rok in izogibanje množicam, zloraba alkohola in drugih prepovedanih substanc), ki so prisotne tudi do treh let po karanteni. Pri posameznikih, ki so bili v karanteni zaradi virusa SARS, so simptomi jeze in tesnobe trajali tudi do šest mesecev po karanteni. Longitudalna raziskava Daly idr. (2020) je raziskovala spremembe v razširjenosti težav v duševnem zdravju med trajanjem uradnih ukrepov, povezanih s karanteno in življenjem pred tem. Longitudalna raziskava Daly idr. (2020) je raziskovala spremembe v razširjenosti težav v duševnem zdravju med trajanjem uradnih ukrepov, povezanih s karanteno in življenjem pred tem. V letih 2017 do 2019 (življenje pred epidemijo) je bila prevalenca duševnih težav pri opazovani populaciji 24%, aprila 2020 pa se je povišala na 38%. Maja in junija je ostala povišana oz. precej nad nivoji prevalence duševnih težav pred karanteno, vendar so se v primerjavi z najvišjimi nivoji v aprilu, ravni težav z duševnim zdravjem znižale (35% - 32%). Ta začetni porast težav v duševnem zdravju, ki mu je sledil trend pada v maju in juniju, je skladen z vzorcem »okrevanja«, ki ga običajno opazimo kot odziv na stresne ali travmatične dogodke v življenju. Hkrati pa upad težav sovpada z opuščanjem stroge karantene. Tudi raziskavi Vulić-Prtorić idr. (2020) in Fancourt idr. (2020) navajata upad simptomov duševnih stisk, ki sovpadajo s sproščanjem ukrepov karantene.

Slovenska raziskava Kavčič idr. (2020) je ugotovila, da je stres od začetka do konca prvega vala uradne epidemije (od marca do junija 2020) upadal, duševno blagostanje pa se je izboljšalo. Domnevajo, da je upad intenzivnosti stresnih ravni pokazatelj dobrega spoprijemanja in prilagajanja posameznikov na epidemijo. Do podobnih zaključkov in ugotovitev je prišla raziskava Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ), kjer avtorji poročajo o izboljšanju duševnega blagostanja posameznikov v Sloveniji v času od 4.12.2020 (začetek raziskave) do 13.5.2021 (konec raziskave) in implicirajo, da je izboljšanje posledica uspešnega prilagajanja novim situacijam in dobrega obvladovanja stresorjev (NIJZ, 2021).

Lep idr. (2020) so raziskali čustvene in vedenjske odzive ob koncu prvega vala epidemije in ukinitvi izrednih razmer v Srbiji. Neposredno po ukinitvi karantene in z njo povezanih razmer so posamezniki poročali o ustaljenih čustvenih odzivih. Sicer pa je porast negativnih zaznav med karanteno trajal približno prve štiri tedne karantene, nato pa je sledil upad, kar je lahko vzrok čustvene izčrpanosti in otopelosti, mnenja, da je situacija dobro obvladljiva ali pa so se posamezniki v tem času na spremembe že prilagodili. Efuribe idr. (2020) in Fegert idr. (2020) poročajo o povečanih obremenitvah, povezanih s potrebo po nadomestitvi izgubljenega časa med karanteno, v času umirjanja razmer oziroma v tretji fazi epidemije, ko se življenje posameznikov vrača v ustaljene tirnice.

Vendar tudi v slednjem primeru ni vse črno – belo. Izpostaviti moramo, da je uspešno prilagajanje in obvladovanje stresorjev redkost izbranih posameznikov. Ali se bodo razvile duševne motnje, psihološke stiske, vsesplošno slabo počutje in večji občutek stresa stresa, je odvisno od posameznika do posameznika. Obstajajo posamezniki, ki spadajo v skupino ranljivih skupin, za katere na splošno velja, da imajo večje tveganje za slabše zdravstveno stanje. Posamezniki, ki so bolj odporni na stres, bodo ob koncu pandemije brez večjih zapletov nadaljevali s svojim življenjem. Seveda pa obstajajo tudi posamezniki, ki bodo občutili hudo stisko, ki lahko za sabo pusti posledice na čustvenem, kognitivnem ali vedenjskem področju (Taylor, 2019).

1.1.4 Ranljive skupine v času COVID-19

Očitno je, da COVID-19 ne prizadene le okuženih posameznikov. Ukrepi za preprečevanje nenadzorovanega širjenja virusa so spremenili način življenja in dela skoraj vsakemu sleherniku (Rudolph idr., 2020). Posledice pandemije COVID-19 bodo nesorazmerno vplivale na duševno zdravje ljudi. Najbolj ranljive in prikrajšane skupine so tiste z že obstoječimi duševnimi boleznimi (Yao idr., 2020), starejše osebe, osebe s kroničnimi dolgoročnimi zdravstvenimi težavami (Amerio idr., 2020), otroci oziroma najstniki (Varma idr., 2021), zdravstveni delavci (Zhang, Wang idr., 2020) in starši otrok in najstnikov (Canadian Mental Health Association, 2020).

Glede na to, da duševne motnje predstavljajo globalno breme, lahko razumevanje psihološkega vpliva COVID-19 na ranljivo prebivalstvo, strokovnjakom na področju duševnega zdravja zagotovi informacije, potrebne za učinkovito usmerjanje pomoči.

Naše zaključno delo se osredotoča na eno izmed naštetih ranljivih skupin in sicer na starše, podrobneje na starše otrok, ki obiskujejo vrtec ali šolo in so stari med 3 in 14 let. V nadaljevanju bomo na kratko opisali vpliv pandemije COVID-19 na najbolj ranljive skupine.

1.1.4.1 Vpliv pandemije COVID-19 na duševno zdravje starejših

Starejšim odraslim predstavlja okužba s COVID-19 visoko tveganje za življenjsko nevarne zaplete. Približno 8 od 10 prijavljenih smrtnih primerov v ZDA predstavljajo posamezniki starejši od 65 let, zato je razumljivo, da so številni starejši odrasli trenutno zelo zaskrbljeni, da bi se okužili z virusom (United Nations Sustainable Development Group, 2021).

Veliko starejših posameznikov je poročalo tudi o neprijetnih posledicah ukrepov za zajezitev širjenja COVID-19. Poročali so, da so ukrepi glede omejitve javnega prevoza negativno vplivali na njih saj niso imeli možnosti dostopa do lekarn, zdravnikov ali ustrezne oskrbe (Yang idr, 2020). To je še posebej vplivalo na posameznike z obstoječimi zdravstvenimi težavami (United Nations Sustainable Development Group, 2021). Socialna izolacija starejšim predstavlja dejavnik tveganja za razvoj duševnih stisk zaradi njihove bio-psiho-socialne ranljivosti. Socialno distanciranje, čeprav glavna strategija za boj proti COVID-19, je glavni vzrok za osamljenost, zlasti v okoljih, kot so negovalni domovi ali domovi za ostarele (Hirst idr., 2020). Ker velika večina starejših odraslih ne zna uporabljati ali nima dostopa do informacijskih tehnologij, je bilo ohranjanje medosebnih stikov oteženo ali celo nemogoče, kar je vodilo do hujših posledic socialne izolacije (Yang idr, 2020). Poleg tega so mediji COVID-19 prikazovali kot bolezen starejših, kar je vodilo do družbene stigme, negativnih stereotipov in starostne diskriminacije starejših in je povzročilo dodatne stiske ne samo njim, temveč tudi njihovim družinam (Pan American Health Organization, 2020). Cudjoe in Kotwal (2020) navajata, da lahko vsi omenjeni ukrepi in težave povezane z njimi, pri starejših, povečajo občutke strahu in vplivajo na občutek izgube smisla življenja.

1.1.4.2 Vpliv pandemije COVID-19 na duševno zdravje otrok in mladostnikov

Razvijajoči možgani otrok in mladostnikov so zelo občutljivi na okoljske spremembe, zunanje stresorje in stiske. COVID-19 je otroke izpostavil kroničnim stresnim razmeram, kot je prisilna izolacija od vrstnikov, karantena, omejitev gibanja in skrb za zdravstveno in finančno stanje staršev (Gautam idr., 2020; Tsamakis idr., 2021). Glede na to, da se veliko duševnih motenj razvije prav v času adolescence in mladosti, so prav posamezniki v teh starostnih skupinah najbolj dovzetni za razvoj simptomov s stresom povezanih duševnih motenj. Dejavniki, kot so zaprtje šol in univerz, izguba rutine in socialne povezanosti, pa predstavljajo dejavnike tveganja za razvoj duševne motnje (United Nations Sustainable Development Group, 2021). Novejša študija (Varma idr., 2021) je preučila vpliv pandemije COVID-19 na psihološko stisko mladih v 63 državah in ugotovila dejavnike, ki lahko poslabšajo upadanje duševnega zdravja. Opazili so visoko stopnjo stresa, tesnobe, depresije in slabega spanca. Več kot 70% anketirancev je imelo več kot zmerno raven stresa, 59% jih je izpolnjevalo merila za diagnozo klinične anksioznosti, 39% pa jih je poročalo o zmernih

simptomih depresije. Mladi z že obstoječimi duševnimi motnjami so občutili večje psihološke stiske (Varma idr., 2021). Simptomi depresije in tesnobe so močno povezani z občutki osamljenosti in zdi se, da je trajanje osamljenosti napovedovalec duševnih stisk in motenj, saj raziskave kažejo, da so otroci, ki so bili prisiljeni v izolacijo ali karanteno, imeli višjo raven posttravmatskega stresa. To je še posebej zastrašujoče, saj so bili otroci v času karantene in omejitev gibanja dlje časa brez stika s sovrstniki in prijatelji (Loades idr., 2020)

1.1.4.3 Vpliv pandemije COVID-19 na duševno zdravje zdravstvenih delavcev

Med izbruhom COVID-19 so bili zdravstveni delavci v bolnišnicah in zdravstvenih ustanovah izpostavljeni velikemu tveganju poslabšanja duševnega zdravja, saj so se soočali z vse večjimi izzivi (Tsamakis idr., 2020). Na »prvi bojni liniji« so se soočali s preobremenjenimi zdravstvenimi sistemi, ekstremnimi delovnimi obremenitvami, smrtjo bolnikov, ločitvijo od družin, stigmatizacijo in navsezadnje s strahom pred okužbo sebe ali širjenjem okužbe na sorodnike (Cai idr., 2020; Kang idr., 2020). Omenjene obremenitve so povzročile visoko stopnjo tesnobe, depresije, nespečnost, stiske, pojavitev obsesivno-kompulzivnih simptomov (Lai idr., 2020; Zhang, Wang idr., 2020) in povečano tveganje za razvoj PTSM in simptomov posttravmatskega stresa (Carmassi idr., 2020). Avtorji raziskave izvedene v New Yorku ugotavljajo, da približno 57% zdravstvenih delavcev poroča o simptomih akutnega stresa, 48% o simptomih depresije in 33% o simptomih tesnobe (Shechter idr., 2020).

1.1.4.4 Vpliv pandemije COVID-19 na duševno zdravje ljudi z že obstoječimi duševnimi boleznimi

Bolniki z že obstoječimi težavami na področju duševnega zdravja so med pandemijo COVID-19 zelo ranljivi, saj lahko SARS-CoV-2 poslabša obstoječe simptome tesnobe, depresije, panike, delirija in psihoze, lahko pa tudi povzroči relaps bolezni (Gutam idr., 2020). Za tiste z že obstoječimi duševnimi motnjami raziskava izvedena v Kanadi poroča o dvakrat večji verjetnosti poslabšanja duševnega zdravja, petkrat večji verjetnosti depresivnega razpoloženja, štirikrat večji verjetnosti za prisotnost samomorilnih misli in štirikrat večji verjetnosti samopoškodovanja v primerjavi s kontrolno skupino posameznikov, ki nimajo diagnosticirane duševne bolezni (Canadian Mental Health Association, 2020).

1.1.4.5 Vpliv pandemije COVID-19 na duševno zdravje okuženih in prebolelih

Domnevajo, da se psihopatološki simptomi pri okuženih s COVID-19, pojavijo iz več razlogov. Te se lahko pojavijo zaradi prisotnosti hudih kliničnih simptomov, poslabšanja bolezni, strahu pred prenosom virusa na druge, socialne izolacije, negotovosti, fizičnega nelagodja ipd. (Talevi idr., 2020). Raziskave poročajo o visokih stopnjah simptomov postravmatskega stresa med bolniki, ki so okužbo že preboleli (Pinkham idr., 2020). Poleg tega so posamezniki, ki so bili sprejeti na intenzivne oddelke, pogosto poročali o sindromu kritično bolnega, ki se kaže s kognitivnimi, psihološkimi in nevrološkimi simptomi ali kot diseksekutivni sindrom (Helms idr., 2020). Fizična izolacija, ki jo oboleli občuti med bivanjem v bolnišnici, lahko povzroči duševne stiske (Moreno, idr., 2020). V nedavno objavljeni študiji, je bilo tveganje za depresijo večje pri bolnikih s COVID-19, v primerjavi s kontrolno skupino zdravih posameznikov (Zhang, Lu idr. 2020). To je lahko posledica COVID-19, ki neposredno ali posredno vpliva na možgane z indukcijo velikega odziva citokinov, ki škoduje možganom (Rogers idr., 2020). Na podlagi predhodnih izkušenj z okužbo s SARS, kjer je bila stopnja depresije višja 1 mesec in 1 leto po okrevanju, se tudi v primeru COVID-19 pričakuje, da bodo posamezniki, ki so preboleli okužbo imeli višjo stopnjo simptomov depresije (Vindegaard in Benros, 2020). Druga študija je poročala, da lahko bolniki, okuženi s COVID-19, doživijo intenzivne čustvene in vedenjske reakcije, kot so strah, dolgočasje, osamljenost, tesnoba, nespečnost ali jeza (Brooks idr., 2020). Takšna stanja se lahko razvijejo v motnje, bodisi depresivne, tesnobne (vključno z napadi panike in postravmatskim stresom), psihotične ali paranoične in lahko vodijo v samomor (Maunder idr., 2003; Xiang idr., 2020).

1.1.4.6 Vpliv pandemije COVID-19 na duševno zdravje staršev mlajših otrok in osnovnošolcev

Medtem, ko so nekateri starši omejitve gibanja in karanteno izkoristili kot priložnost, da so s svojo družino preživeli več kakovostnega časa, je drugim to predstavljalo motnjo v družinski dinamiki in poslabšanje dobrega počutja v družinskem okolju (Fegert idr., 2020). Prav to je bila ena izmed ugotovitev Fontanesi idr. (2020), ki pa so poudarili, da je kljub temu potrebno pozornost nameniti predvsem negativnim učinkom. Starševski stres je namreč dejavnik tveganja za slabo duševno zdravje tako staršev kot njihovih otrok (Bøe idr., 2018; Conger idr., 1992; Masarik in Conger, 2017; Sobolewski in Amato, 2005). Ugotovili so, da so karantena, negotovost glede financ in duševne stiske vplivali na stopnjo starševskega stresa med pandemijo COVID-19. Poleg tega so se starši spopadali z dodatnim stresom in čustvenimi težavami, saj so se naloge staršev zaradi šole na daljavo med epidemijo COVID-19 občutno povečale. Starši so za otroke skrbeli tako rekoč cel dan, poleg tega pa so se nekateri morali spoprijeti še s spremembami kot je izguba službe, prilagoditev

delu od doma, skrb za šolanje otrok, opravljanje dela za službo tudi izven običajnega urnika. Vse to lahko vodi v izgorelost, ki se odraža v kakovosti odnosa s partnerjem, počutju in duševnem zdravju njihovih otrok (Adams idr., 2021; Griffith 2020).

Zaradi povečanega obsega nalog in stiske med epidemijo COVID-19 lahko pride do izgorelosti. Izgorelost staršev je lahko povezana z vsakodnevnimi nalogami, ki vključujejo otroke, na primer urejanje otrokovih aktivnosti, pomoč ali pregled domačih nalog in opravil. Izčrpanost, povezana s starševstvom, lahko privede do prepričanja, da starševstvo zahteva preveč zavzetosti, zaradi česar se starši lahko počutijo preveč utrujeni, da bi preživel čas s svojimi otroki, kar lahko povzroči čustveno distanciranje in / ali splošno pomanjkanje vpletenosti v življenje svojih otrok (Mikolajczak idr., 2018). Johnson idr. (2020) poročajo o občutkih izgorelosti pri četrtini staršev vključenih v raziskavo v času karantene. Prav tako je 29% staršev poročalo, da so bili v času karantene bolj jezni na svojega otroka kot običajno. Starši z že prisotno diagnozo duševne bolezni so občutili znatno večji starševski stres v primerjavi s posamezniki brez diagnoze. Poročajo tudi o povečanih simptomih depresije in tesnobe. Med 2868 starši jih je 25% poročalo o simptomih depresije in 24% o simptomih tesnobe. Poleg tega so starši, ki so bili doma s svojimi otroki in večinoma sledili navodilom o socialnem distanciranju, poročali o znatno večjem številu simptomov depresije (29%) in tesnobe (27%) v primerjavi s starši, ki se niso dosledno držali pravil (tj. depresija 13% in anksioznost 15%).

Rezultati raziskave izvedene med karanteno v Kanadi poročajo, da starši, ki živijo z otroki mlajšimi od 18 let, kažejo več težav na področju duševnega zdravja, kot starši, ki živijo s starejšimi otroki. 53% vseh staršev v raziskavi, ki živijo z mlajšimi otroki se počuti tesnobno. Tretjina poroča o povečani konzumaciji alkohola, 45% jih je poročalo o poslabšanju stanja duševnega zdravja, 1 od 10 jih je poročalo o samomorilnih mislih. Zaradi karantene in izolacije poročajo o zaskrbljenosti zaradi finančne prihodnosti (45%), izgube službe (31%), o povečanih konfliktih z otroki (23 %), o prisotnosti vpitja ali kričanja (17%) in pogostejši uporabi ostrih besed (11%) (Canadian Mental Health Association, 2020).

Slovenska raziskava navaja, da so se starši v Sloveniji na razmere dobro odzvali in prilagodili, čeprav poročajo o povečanem stresu v povezavi s službo, zaskrbljenosti glede bolezni in z dolgotrajnosti. Kot najbolj negativne vidike karantene so starši navedli usklajevanje službe in družine, preobremenjenost, prepire, stres, pomankanje socialnih stikov in težave s šolskim delom otrok (Hacin Beyazoglu idr., 2020).

1.2 STRES

Dandanes se izraz »stres« uporabljata v mnogih kontekstih, zato je izredno težko zagotoviti preprosto razlago pojma. Poskusi, da bi »stres« utemeljili v zadovoljstvo vseh, so ostali neuspešni, saj ima različen pomen za različne ljudi pod različnimi pogoji. V sodobni družbi je izraz postal zelo popularen in se pogosto uporablja kot razlaga za različne psihološke in zdravstvene težave posameznikov in ima večinoma negativen pomen. Stres je pojem, s katerim se lahko vsak poistoveti, vendar ga večina ljudi ne more definirati in ga velikokrat enačijo kot sinonim za občutek preobremenjenosti, tesnobe ali občutkov pretiranega bremena. Velikokrat pa se nanj gleda z vidika stresorjev tj. dogodkov, situacij ali izzivov, ki povzročajo stres. Z napredkom sodobnih tehnologij in očitnim pospeševanjem življenjskega tempa so stresorji v današnjem svetu še posebej težavni ali pa so vsaj bolj opazni in razširjeni, zaradi česar je obveljalo vsesplošno prepričanje, da je pojavnost duševnih in fizičnih motenj več, kot kdaj koli prej (Slavich, 2016).

1.2.1 Opredelitev stresa

Prva in najbolj splošna opredelitev stresa je tista, ki jo je predlagal Hans Selye, znan kot »oče raziskav stresa«, pred nekaj več kot 60 leti. Leta 1956 je objavil delo *The Stress of Life*, v katerem je povzel svoje raziskave o fizioloških posledicah stresa. Za razliko od drugih pred njim, Selye zavrne preučevanje posebnih znakov in simptomov bolezni in se namesto tega osredotoči na splošne reakcije posameznikov na stresorje. Pojem stres je prenesel v biološki okvir in ga definiral kot nespecifičen odziv oziroma kakršno koli prilagoditev ali spremembo posameznika na škodljivi oz. ogrožajoči dražljaj. Selyerjeva definicija stresa ne podpira ideje, da lahko stres opredelimo kot čustveno vznemirjenje ali živčno napetost, saj se stres lahko pojavi kot odziv na anestezijo pri človeku in živalih, lahko pa tudi pri rastlinah in bakterijah, ki nimajo živčnega sistema. Za nekatere je njegova opredelitev preveč splošna, ignorira kognitivne in psihološke dejavnike in se opira predvsem na biološki koncept stresa (Fink, 2009; Stangor in Walinga, 2014; Tan in Yip, 2018).

Pojem stres se je nato zelo hitro začel pojavljati tudi v psihologiji. Psiholog Lazarus (1966, v Fink, 2009) poudarja, da obstajajo ne glede na to, da je stres splošno priznan kot osrednji problem v človeškem življenju, težave pri doseganju splošne definicije stresa. Pravi, da so znanstveniki različnih disciplin resda konceptualizirali pojem stresa, vendar ima vsako znanstveno področje v mislih nekaj drugačnega glede definicije njegovega pomena. Na primer, sociolog se osredotoča na socialno neravnovesje, torej na motnje v družbeni strukturi, v kateri ljudje živijo, fiziologi se ukvarjajo s fizičnimi stresorji, ki vključujejo širok spekter dražljajev, ki so za telo škodljivi, fiziki in inženirji pa na stres gledajo kot na zunanjo silo, ki povzroča spremembe predmetom, ki so sili (stresu) izpostavljeni. Lazarus je zato

poudaril razliko med psihološkim, fiziološkim in socialnim vidikom stresa, sam pa ga je kot psiholog opredelil v bolj psihološkem vidiku. Stres je poskušal definirati kot dinamičen proces, rezultat odnosa med posameznikom in njegovim okoljem. Na rezultat odnosa vplivajo posameznikove psihološke in psihične značilnosti, predhodne izkušnje in trenutna ocena situacije oz. trenutno stanje posameznika (Cindrić, 2016; Fink, 2009).

Novejša pojmovanja ločijo pojem stres od pojmov »stresorji« in »stresni odziv« (Chrousos, 2009). Stresor je dražljaj, ki ga posameznik doživlja kot stresni element, je lahko karkoli kar posamezniku predstavlja izziv ali obremenitev. To so dogodki, ki predstavljajo grožnjo ali izziv - notranje ali zunanje škodljive sile, ki povzročijo stanje napetosti in ustvarijo motivacijo za stresni odziv. Stres je torej mogoče razumeti kot subjektivno izkušnjo posameznika, ko organizem spremembe v zunanjem ali notranjem okolju razume kot grožnjo homeostazi, kar vodi do fizioloških, vedenjskih, čustvenih in kognitivnih (stresnih) odzivov, kot poskus prilagoditve spremembam in ponovne vzpostavitve homeostaze (Dernovšek idr., 2006; Greenberg idr., 2002; Tušak idr., 2016).

1.2.2 Stresorji

Stresorji so resnični ali navidezni izzivi, ki posamezniku predstavljajo grožnjo. Kadar stresorji trajajo predolgo, lahko dolgoročno prizadenejo posameznikovo zdravje. Posledice so lahko akutne ali dolgotrajne in v skrajnih situacijah povzročajo izgorelost, kronične bolezni in celo smrt (Murison, 2016). Poudariti je potrebno, da sta stiska in tesnoba običajni reakciji na nevarno in nepredvidljivo situacijo, kot je pandemija COVID-19, vendar so ukrepi, ki so bili sprejeti za zaježitev virusa, predstavljali posameznikom dodatno breme in okrepili simptome, povezane s stresom. Stresorji povezani s pandemijo COVID-19 so v ljudeh vzpodbudili neprijetne občutke, spremenjen tok mišljenja, strah, žalost, jezo in podobna občutja in čustva in so posledice spremenjene rutine, omejenih stikov, zaskrbljenosti glede lastnega zdravja in zdravja družinskih članov, negotovosti glede prihodnosti, zaprtja šol, dela od doma ipd. (Fiorillo in Gorwood, 2020; Vinkers idr., 2020).

1.2.2.1 Karantena (Lockdown)

V preteklosti je karantena postala eden redkih znanih ukrepov za zaščito življenj in mest med epidemijami kuge v 14. stoletju. Pristaniška mesta, kot so na primer Benetke, so zahtevala, da se vse na novo prispele ladje zasidrajo na morju in vsaj 40 dni počakajo, preden pristanejo v pristanišču, z namenom preprečitve širjenja virusa v mestu (Centres for Disease Control and Prevention, 2021). Beseda "karantena" izvira iz italijanskih besed "quaranta giorni", kar pomeni 40 dni – toliko časa so bili izolirani, saj je bilo toliko dni potrebnih da so se razvili simptomi. Kot ukrep javnega zdravja se karantena še vedno uporablja in je eden

od najpogostejših ukrepov, ki se ga uporablja za zaježitev širjenja okužbe, sploh v sedanjem času obstoja virusa COVID-19 (Centres for Disease Control and Prevention, 2021).

Čeprav sta karantena in izolacija ukrepa, sprejeta za zaščito zdravja pred nalezljivimi boleznimi, je potrebno upoštevati posledice, ki jih lahko imata na področju duševnega zdravja. Nekateri avtorji navajajo pozitivne učinke karantene (npr. osebna rast in čas z družino) (Lavrič idr., 2020; Hacin Beyazoglu idr., 2020), drugi navajajo negativne posledice, ki jih lahko ima na duševno zdravje ljudi (jeza, strah, PTSM, stres zaradi finančnih posledic itd.) (Brooks idr., 2020; Esterwood in Saeed, 2020). Queen in Harding (2020) opozarjata na to, da je dlje trajajoča karantena še posebej obremenilna. Ob dolgotrajni karanteni se lahko čustva še bolj kopičijo in so bolj intenzivna, kar lahko vodi do čustvene izgorelosti in razvoja različnih duševnih motenj (de Lima idr., 2020; Stefana idr., 2020). Sprang in Silman (2013) sta primerjala psihološke odzive med posamezniki, ki so bili v karanteni in tistimi, ki niso bili. Podrobneje sta primerjala pojavnost posttravmatskih stresnih motenj pri otrocih in starših, ki so bili v karanteni s tistimi, ki niso bili. Otroci, ki so bili v karanteni, so v povprečju dosegali štirikrat višje rezultate na lestvici merjenja travmatičnega stresa. Pri starših pa se je izkazalo, da so tisti, ki so bili v karanteni v 28% poročali o simptomih ali skupini simptomov, ki upravičujejo diagnozo duševne motnje, povezane s stresom in travmo, v primerjavi s 6% staršev, ki niso bili v karanteni (Sprang in Silman, 2013).

Druge raziskave se osredotočajo na pojavnost duševno zdravstvenih težav pri posameznikih med in po karanteni. Opazili so porast duševnih stisk in motenj tudi med ljudmi, ki pred karanteno teh niso imeli. Zabeležili so porast čustvenih motenj (Desclaux idr., 2017), jeze (Marjanovič idr., 2007) in čustvene izčrpanosti (Maunder idr., 2003), stresa (DiGiovanni idr., 2004), slabega razpoloženja, razdražljivosti, nespečnosti (Lee idr., 2005), depresije (Hawryluck idr., 2004) in posttravmatskih stresnih motenj (Reynolds idr., 2008). Reynolds idr., (2008), poročajo o različnih negativnih odzivih posameznikov v povezavi s karanteno v Kanadi, zaradi virusa SARS. Več kot 20% ljudi je poročalo o strahu, 18% o nervozni, 18% o žalosti in 10% je poročalo o občutkih krivde. Le malo jih je poročalo o pozitivnih občutkih. 5% jih je poročalo o občutkih sreče in 4% o občutkih olajšanja. Študije so pokazale, da je daljše trajanje karantene povezano s slabšim duševnim zdravjem, zlasti s simptomi posttravmatskega stresa (Hawryluck idr., 2004; Reynolds idr., 2008) in jezo (Marjanovic idr., 2007). Hawryluck idr. (2004) so ugotovili, da so posamezniki, ki so bili v karanteni več kot 10 dni kazali znatno večje simptome posttravmatskega stresa kot tisti v karanteni manj kot 10 dni.

Študije, ki so preučevale vpliv karantene na duševno zdravje v času COVID-19, poročajo o dolgčas, osamljenosti, jezi, povišanih simptomih depresije, tesnobe, obupu, nespečnosti, o povečani uporabi prepovedanih substanc (Dong in Bouey 2020; Jassim idr., 2021; Li idr.,

2020; Wang idr., 2020; Yi idr., 2020). Študija Dong in Bouey (2020) poroča, da imajo ljudje v karanteni več samomorilnih nagnjenosti in samomorilnih misli kot tisti, ki niso bili v karanteni. López Steinmetz idr. (2021), poročajo o upadu duševnih stisk v drugem tednu karantene v primerjavi s prvim tednom, ter povečanjem duševnih stisk z vsakim tednom podaljšane karantene.

Spopadanje s karanteno zaradi COVID-19 je še posebej stresna izkušnja za starše, ki morajo uravnotežiti osebno življenje, delo in vzgojo otrok. Ta položaj je znatno povečal tveganje za stres in negativna čustva pri starših, kar ima lahko negativne učinke na dobro počutje njihovih samih in tudi otrok (Spinelli idr., 2020).

1.2.2.2 Delo od doma

Zaradi karantene in omejitve gibanja je bilo veliko posameznikov primorano delati od doma. Ne le, da so se posamezniki morali navaditi na delo od doma, izpostavljeni so bili tudi posebnim psihosocialnim tveganjem, kot so izolacija, zabrisane meje med delom in družino ter povečanim tveganjem za nasilje v družini. Zaradi strahu pred izgubo službe in zmanjšanjem plač so posamezniki občutili strah in stres zaradi negotovosti glede prihodnosti, kar lahko močno vpliva na duševno zdravje. Poleg tega, da so se med pandemijo COVID-19 številni delavci soočali z visokimi delovnimi zahtevami, so si morali posamezniki urediti tudi domače življenje in skrbeti za družinske člane, zlasti če imajo otroke, skrbijo za starejše člane družine ali pa so družinski člani bolni. Težave lahko nastanejo tudi, če posamezniki nimajo prostora, kjer bi lahko v miru izvajali službene obveznosti in si morajo prostore deliti s partnerjem ali otroki. Zaradi zaprtja šol so posamezniki z otroki morali prevzeti dodatne naloge, kot je varstvo otrok in šolanje na domu, kar predstavlja dodaten stres in težave pri usklajevanju delovnih in družinskih obveznosti. Poleg tega pa omejeno javno življenje resno vpliva na družbeno življenje ljudi. Vsi ti stresorji prispevajo k poslabšanju ravnovesja med poklicnim in zasebnim življenjem, kar negativno vpliva na duševno zdravje posameznikov (International Labour Organization, 2020; Rigotti idr., 2021). Rezultati analize raziskave Hayes idr. (2020) kažejo, da se je zaznani stres v času omejitev COVID-19 povečal zlasti pri ljudeh z omejenimi izkušnjami pri delu od doma in pri ženskah. Rezultati kažejo, da lahko delo od doma vzrok za višje občutke stresa in povzroči večjo izgorelost.

1.2.2.3 Šolanje od doma

Eden izmed ukrepov za upočasnitev širjenja COVID-19 je bilo tudi zapiranje šol in ustanov za varstvo otrok po vsem svetu. Ne glede na to, da so bile šole zaprte, se je šolanje nadaljevalo v domačem okolju. V veliko primerih so učitelji izobraževalno gradivo pošiljali

po elektronski pošti, otroci pa so morali naloge reševati doma, vendar so pri tem potrebovali bolj ali manj stalen nadzor in podporo svojih staršev (Huber in Helm, 2020). Ker je poleg tega veliko staršev, kot smo že prej opisali, delalo od doma, je ravnotežje med delom, rednim varstvom in izobraževanjem predstavljalo poseben izziv za družine s šolajočimi se otroki, saj so se morali spoprijeti s spremembami vsakdanje rutine družinskega življenja (Brown idr., 2020; Prime idr., 2020). Nedavne raziskave o vplivu pandemije COVID-19 kažejo, da je bilo duševno blagostanje staršev med pandemijo nižje, kot pred izbruhom bolezni (Calarco idr., 2020; Huebener idr., 2020; McCrory, 2020; Westrupp idr., 2020). Starši poročajo tudi o večji obremenjenosti zaradi usklajevanja dela, učenja na daljavo in varstva otrok (Hiraoka in Tomoda, 2020). Avtorji raziskave Schmidt idr. (2020) poročajo, da so se starši med šolanjem na daljavo počutili manj energične, bolj pod stresom, utrujene, jezne, brezvoljne, živčne in precej zaskrbljene v primerjavi s časom, ko se otroci šolajo v izobraževalnih ustanovah. Ista raziskava pravi, da starši niso pod stresom samo zaradi pomoči pri razlagi, ampak tudi zaradi vloge motivatorja. Zaradi šolanja na domu so bili starši prisiljeni prevzeti vlogo učiteljev.

Neizkušnost v poučevanju, pomanjkanje znanja o učni vsebini, pa tudi nepoznavanje didaktike, skupaj s potrebo po uravnoteženi družinski dinamiki in gospodinjstvu, lahko privede do povišane stopnje stresa pri starših (Schmidt idr., 2020). Thorell idr. (2021) so preučili starševske izkušnje šolanja na domu med pandemijo COVID-19 v družinah z otrokom z duševno motnjo in brez nje. Študija je vključevala 6720 staršev iz sedmih evropskih držav: Združeno kraljestvo (n = 508), Švedska (n = 1436), Španija (n = 1491), Belgija (n = 508), Nizozemska (n = 324), Nemčija (n = 1662) in Italija (n = 794). Rezultati kažejo, da so številni starši po vsej Evropi poročali o negativnih učinkih šolanja na domu, ki so vplivali tako na njih kot na otroke. Poročali so o nekvalitetnem šolanju na domu, o večji stopnji stresa, skrbi, socialne izolacije, konfliktov v družini in celo o večji uporabi alkohola ali mamil.

1.2.2.4 Prosti čas

Raziskave preživljanja prostega časa v situacijah, pri katerih so bili ljudje nenadoma prisiljeni preživeti veliko časa doma, se prilagoditi novim okoliščinam in razviti nove rutine, pogosto poročajo o reorganizaciji prostega časa (Aguiar idr., 2013). Tudi med pandemijo COVID-19 raziskave kažejo, da so mnogi posamezniki, čeprav so lahko nadaljevali z delom od doma, morali reorganizirati prosti čas ali zaradi dela od doma, izgube zaposlitve, ali pa zaradi večje odgovornosti za varstvo otrok (Zhou idr., 2020). Posamezniki po vsem svetu poročajo o zmanjšani količini prostočasnih dejavnosti, saj so državni ukrepi prepovedali nakupovanje, enodnevne izlete, obiske zabav, neposredne družabne interakcije in večino

dejavnosti v javnih prostorih. Raziskava Brodeur idr. (2020) priča o negativnih učinkih teh omejitev na vedenje, kar kaže na povečanje intenzivnosti dolgčasa, osamljenosti in jeze.

Študije o kakovostnem preživljanju prostega časa kažejo, da imajo lahko hobiji pozitiven vpliv na ublažitev simptomov depresije (Fancourt idr., 2019), ukvarjanje s telesno aktivnostjo lahko zmanjša raven depresije in tesnobe ter izboljša kakovost življenja (Paluska idr., 2000; Lubans idr., 2016; Soga idr., 2017; Sommerfeld idr., 2010). Dejavnosti, kot so branje in poslušanje glasbe, ublažijo simptome depresije in tesnobe, hkrati pa povečajo optimizem, spodbudijo socialno povezanost in izboljšajo zadovoljstvo z življenjem (Brown idr., 2012; Fancourt in Finn, 2019; Mellor idr., 2008; Oatley idr., 1999; Yuen idr., 2008). Vendar pa lahko druga vedenja oziroma drugačno izkoriščanje prostega časa negativno vplivajo na duševno zdravje. Ugotovljeno je bilo, da je ukvarjanje z dejavnostmi, kot so na primer, gospodinjska opravila, (v določenih okoliščinah) povezana z višjo stopnjo depresije (Fekete idr., 2019). Tudi preživljanje časa za računalnikom in gledanje ali brskanje novic v zvezi s stresnimi dejavniki lahko poveča tveganje za depresijo (Teychenne idr., 2010).

Bu idr. (2020) so preučili vpliv kakovosti izkoriščenega prostega časa na duševno zdravje med pandemijo COVID-19. Ugotovili so, da je bil čas, porabljen za delo, gospodinjska opravila, vrtnarjenje, telovadbo, branje, hobije, komunikacijo s prijatelji ali družino in poslušanje glasbe, povezan z izboljšanjem duševnega zdravja in dobrega počutja. Medtem sta bila spremljanje novic o COVID-19 in pretirano gledanje televizije povezana s slabšim duševnim zdravjem in dobrim počutjem. Avtorji raziskave o psihološkem vplivu pandemije COVID-19 v Španiji pravijo, da če so posamezniki lahko uživali v prostem času med karanteno, je to predstavljalo varovalni dejavnik pred tesnobo, stresom, vsiljivimi mislimi in izogibanjem, ne pa tudi pred depresijo (García-Álvarez idr., 2020).

1.2.2.5 Strah pred okužbo in prenosom okužbe drugim

Strah je človeško čustvo s prilagoditveno funkcijo, ki pomaga pri obvladovanju določenih groženj, ne glede na to, pa lahko postane moteč glede na situacijo, njegovo intenzivnost in pogostost (Capone, idr., 2020). Strah pred neznanim je lahko zelo intenziven, moteč in daje posameznikom občutek neobvladljivosti situacije. Pandemija COVID-19 predstavlja tako situacijo, ne glede na to, da sprva ljudje COVID-19 niso jemali resno, sta se med ljudmi razširila občutka panike in tesnobe, še posebej po tem, ko so ljudje videli, kakšne zdravstvene težave lahko povzroči okužba. Na duševno zdravje ljudi je vplivala tudi nevednost, kdaj se bo pandemija končala, začetno pomanjkanje informacij in ukrepi povezani z zaježitvijo virusa (Koçak idr., 2021). Številne študije so poročale, da je pandemija sprožila povečanje strahu pred COVID-19, ki prispeva k naraščajočemu stresu, tesnobi in depresiji (Morales-Rodríguez, 2021; Pieh idr., 2020; Tzur Bitan idr., 2020) ter

posttravmatskemu stresu (Ramírez-Ortiz idr., 2020). Colizzi idr. (2020) so opozorili, da lahko strah pred okužbo s COVID-19 poslabša že obstoječe duševne težave ali povzroči ekstremne tesnobne reakcije. Eden osrednjih dejavnikov povišane ravni stresa in tesnobe sta strah pred okužbo in strah, da bi okužili bližnje in prijatelje (Brooks idr., 2020). Reile idr.(2021) in Park idr. (2020) kot stresor omenjajo strah pred okužbo (sebe) s COVID-19, Brooks idr. (2020) pa poročajo o tem, da se ljudje bojijo okužbe s COVID-19, saj jih je strah, da bi okužili družinske člane. Strah je bil še bolj izrazit pri posameznikih zaposlenih v zdravstvu, šolstvu ali službah, kjer imajo zaposleni stik z ljudmi, saj so izpostavljeni večji nevarnosti okužbe (Liu idr., 2020).

Tudi raziskave preteklih epidemij in pandemij poročajo o povezavi med strahom pred okužbo (sebe ali pomembnih drugih) in višjo stopnja stresa (Bai idr., 2004; Cava idr., 2005; Desclaux idr., 2017; Hawryluck idr.,2004; Jeong idr., 2016; Maunder idr., 2003; Reynolds idr., 2008; Robertson idr., 2004). Strah je bil močnejši, če je posameznik imel kakršne koli fizične simptome, ki bi lahko bili povezani z okužbo (Desclaux, 2017). Pri preteklih izbruhih bolezni SARS in prašičja gripa je strah pred okužbo posameznika in okužbo družinskih članov, prijateljev ali znancev napovedoval pojavnost posttravmatskih simptomov (Lee idr., 2006; Xu idr., 2011).

1.2.2.6 Finančna izguba

V pregledanih študijah je bilo ugotovljeno, da je finančna izguba zaradi karantene povzročila resno socialno-ekonomsko stisko (Pellecchia idr., 2015) in je dejavnik tveganja za simptome duševnih motenj (Mihashi idr., 2009), jeze in tesnobe tudi do nekaj mesecev po karanteni (Jeong idr., 2016). Desclaux idr. (2017) poročajo, da so se posamezniki med karanteno zaradi ebole počutili krivo, saj je bila finančna pomoč, ki so jo prijeli preizkušnja, zaradi česar so številni postali odvisni od svojih družin (v času karantene), kar je bilo posameznikom težko sprejeti. Hawryluck idr. (2004) pravijo, da so posamezniki z dohodkom gospodinjstva, manjšim od 40.000 USD, pokazali bistveno večje količine posttravmatskega stresa in simptomov depresije, kot posamezniki z višjim dohodkom.

1.2.3 Akutni stresni odziv

Ko govorimo o stresnem odzivu oziroma stresni reakciji, imamo v mislih zaporedje posameznikovih odzivov na stresorje. Evolucijsko gledano je človeško telo še vedno zasnovano tako, da se na stresorje odzove na načine, ki naj bi ga zaščitili pred grožnjami plenilcev in drugih agresorjev. V današnjem svetu imajo stresorji bolj subtilno, a enako ogrožajočo obliko, kot je na primer (pre)velika obremenitev, oskrba družine in skrb za otroke ali starejše sorodnike. Človeško telo vsak zaznani stresor obravnava kot grožnjo. V mejah

normalnega je stresni odziv prisoten vsakodnevno, ko posameznik obvladuje stres in premaguje predvidene težave. Ko na neki točki posameznik občuti, da so zahteve, izzivi ali obremenitve za njega pretirane se sproži povečani stresni odziv (Ziherl, 2015).

Akutni stresni odziv se pojavi, ko se simptomi razvijejo zaradi posebej stresnega dogodka. Beseda "akutni" pomeni, da se simptomi hitro razvijejo, vendar običajno ne trajajo dolgo (se umirijo v nekaj urah po travmatičnem dogodku). Če se ne umirijo in se nadaljujejo v daljše časovno obdobje, lahko vplivajo na kakovost življenja in motijo posameznikovo delovanje v vseh pogledih. Če trajajo več kot mesec dni po travmatičnem dogodku, lahko nastopi posttravmatska stresna motnja, ki je lahko prisotna tudi leta po travmatičnem dogodku. Iz tega vidika, je pomembno prepoznati stresne odzive in preprečiti razvoj hujših duševnih težav (Dernovšek idr., 2006; Koopman idr., 1995).

Razvoj in intenzivnost simptomov je rezultat medsebojnega delovanja več dejavnikov in se razlikujeta med posamezniki. Stresni odziv je najprej odvisen od posameznikovega dožemanja stresne situacije. Manjšo količino stresa bo posameznik občutil, če bo izziv smatral kot manj zahteven v primerjavi z izzivom, ki ga bo dojemal kot grožnjo – takrat bo najverjetneje občutil veliko mero stresa (Cindrić, 2016). Drugi dejavniki, ki vplivajo na razvoj in intenzivnost simptomov pa so posameznikova osebnost, predhodne izkušnje, okoliščine, v katerih se posameznik nahaja, okolje, življenjska naravnost in podobne subjektivne značilnosti posameznika, ki vplivajo na posameznikov stresni odziv (Taylor, 2019; Tušak idr., 2016). Stresni odziv je torej subjektivna izkušnja posameznika, zato lahko ista stresna situacija za nekoga predstavlja izziv, ki presega njegove sposobnosti za drugega pa dejavnik motivacije (Cindrić, 2016). To sta ugotovila že kardiologa Meyer Friedman in R. H. Rosenman, ko sta raziskovala povezavo med stresom in boleznimi srca in opazila, da čeprav imajo zakonski partnerji pogosto podoben življenjski slog, način prehranjevanja in vadbe, imajo moške na splošno več težav in bolezni srca kot njihove žene. Ugotovila sta, da se moške na vsakdanje življenjske stresorje v veliki večini odzovejo z bolj negativnimi čustvi in sovražnostjo kot njihove žene (Stangor in Walinga, 2014).

Poudariti moramo, da sta stiska in tesnoba običajni reakciji na tako nevarno in nepredvidljivo situacijo, kot je pandemija COVID-19. Možne reakcije, povezane s stresom, ki jih bodo posamezniki občutili kot odziv na pandemijo COVID-19, lahko vključujejo spremembe na nivoju kognicije, čustev, vedenja, telesnih odzivov, lahko pa se pojavijo celo občutki odtujenosti. Specifični znaki in simptomi stresa se med posamezniki razlikujejo. Nekateri ljudje imajo predvsem fizične simptome, kot so bolečine v križu, težave z želodcem, izpuščaji na koži ipd. Drugi ga doživljajo bolj kot čustvene reakcije, kot sta jok ali preobčutljivost. Pri nekaterih pa se kaže kot sprememba v razmišljanju ali vedenju. Resnost teh simptomov bo vsaj delno odvisna od trajanja in obsega karantene, občutkov

osamljenosti, strahu pred okužbo in ostalih stresorjev, povezanih s pandemijo COVID-19 (Brooks idr., 2020; Manderscheid idr., 1975).

1.2.3.1 Telesni in psihološki odzivi

Telesni odzivi na stres se lahko kažejo kot utrujenost, glavobol, bolečine v mišicah, občutek malodušnosti, ki je lahko prisotna že v jutranjih urah, težave s spanjem ali prekinjeno spanje, nelagodje v želodcu in bolečine v želodcu, neenakomerno bitje srca, zmanjšan apetit, znojenje, prebavne motnje, nemiren želodec ipd. Občutki nesposobnosti, pomanjkanje sposobnosti jasnega mišljenja, težave s koncentracijo in sprejemanjem odločitev, pozabljivost, iracionalnost, obotavljanje in težavno lotevanje novih zadev, tog način razmišljanja, težave s pomnjenjem in miselne blokade so le nekatere od težav, ki jih lahko občutijo posamezniki pod stresom. Posamezniki poleg teh težav opisujejo tudi pojavnost nezaželenih in ponavljajočih se negativnih misli povezanih s stresno situacijo. Obupanost, zaskrbljenost, jokavost, pobitost, nemoč, odsotnost, zadržanost, živčnost, izbruhi jeze, nezadovoljstvo, občutek krivde in nezadostnosti, odrinjenost, pomanjkanje samospoštovanja, občutki manjvrednosti, pomanjkanje energije, pretirana občutljivost, brezup glede prihodnosti, depresivnost idr. Čustveni simptomi stresa se nanašajo na posameznikovo duševno zdravje in počutje. Vključujejo splošno razdražljivost, napade strahu, obupanost, jokavost, nemoč, izbruhi jeze, pretirana občutljivost, brezup, idr. S stresom obremenjeni posamezniki kažejo spremembe tudi v vedenju. Značilno je nezanimanje za zunanji videz, druge ljudi, oz. aktivnosti v katerih so posamezniki prej uživali. Motnje spanja, večja pogostost medosebnih konfliktov, počasnejši odzivi, nepotrpežljivost, vzkipljivost so le nekatere spremembe, ki jih posameznik lahko zazna zaradi stresa. Posameznik, ki je pod zelo visokim stresom lahko občuti občutek odtujenosti, kar pomeni, da se posameznik zmanjšano zaveda sebe, svoje identitete in ima zmanjšan občutek resničnosti sveta okoli njega (Manderscheid idr., 1975).

1.2.3.2 Fiziološki odziv

Možgani ob takojšnji zaznavi potencialno ogrožajočega signala (stresorja) koordinirajo odziv na stres. Fiziološki odziv na stres vključuje aktivacijo treh medsebojno povezanih sistemov. Stres najprej zaznajo senzorični sistemi možganov, ki dobijo informacije preko čutil in perifernega živčnega sistema. Te senzorični (čutilni) predeli skorje stresno situacijo najprej ocenijo in jo primerjajo s prejšnjimi stresnimi izkušnjami organizma (Morris in Fillenz, 2003).

Nato, po oceni ogrožajočega dražljaja, možgani s takojšnjim stresnim odzivom aktivirajo najbolj prepoznaven odziv na stres t.j. aktivacija simpatičnega živčnega sistema, ki sproži

sproščanje kateholaminov oz. noradrenalina in adrenalina iz sredice nadledvične žleze. Kateholamini sprožijo odziv »boj ali beg«, ki se kaže kot zvišan srčni utrip, krvni tlak, potenje in splošen občutek strahu, hkrati pa sproščajo glukozo iz jeter v krvni obtok, povišajo metabolizem, povečajo zaloge energije in preusmerijo kri iz kože in črevesja v skeletne mišice in možgane (zmanjšajo dotok krvi k manj pomembnim funkcijam) (Morris in Fillenz, 2003; Škrinjar, 2019; Špendal, 2009). Nazadnje, se pri zakasnelem stresnem odzivu aktivira pot hipotalamus – hipofiza – nadledvična žleza (HPA os). Endokrine žleze hipotalamus, hipofiza in nadledvična žleza predstavljajo osrednji sistem odziva na stres in sprožijo povečano sproščanje kortizola in mineralokortikoidov (uravnavajo krvni tlak) iz skorje nadledvične žleze. Pri tem hipotalamus predstavlja ključno možgansko področje, ki uravnava delovanje številnih hormonov. Prav ta koordinira informacije iz amigdale in možganskega debla in posreduje hormonske dražljaje v hipofizo, ki začne izločati adrenokortikotropin (ACTH), ki vzpodbudi povečano izločanje kortizola v skorji nadledvične žleze (Morris in Fillenz, 2003).

Kortizol, ki ga imenujejo tudi primarni stresni hormon, zviša sladkor (glukozo) v krvnem obtoku, poveča uporabo glukoze v možganih in razpoložljivost snovi, ki obnavljajo poškodovana tkiva. S tem telesu priskrbi energijo za boj oz. beg. Poleg tega, kortizol tudi omeji funkcije, ki v primeru »boja ali bega« niso nujne za delovanje posameznika ali pa so škodljive. V tem primeru lahko spreminja odzive imunskega sistema, zavira aktivnost prebavnega sistema, reproduktivnega sistema in procese rasti, kar pomeni, da se z aktivacijo osi energija, ki je bila prej usmerjena v ohranjanje homeostaze organizma preusmeri v procese, ki so potrebni za preživetje. Deluje imunosupresivno in protivnetno (Fink, 2016).

Ta alarmni sistem komunicira tudi z možganskimi predeli, ki nadzorujejo razpoloženje posameznika, njegovo motivacijo in strah. Običajno je tak odziv telesa začasen, kar pomeni, da ko zaznana grožnja mine se raven hormonov normalizira. To povzroči, da se srčni utrip in krvni tlak povrneta na izhodiščno raven, drugi sistemi pa nadaljujejo z običajnim delovanjem. Ko pa je grožnja oziroma pritisk vedno prisoten in je sistem odziva na stres dolgotrajno aktiviran, lahko prekomerna izpostavljenost kortizolu in drugim stresnim hormonom, vodi v kronični stres, ki moti skoraj vse telesne procese in poveča tveganje za številne duševne in fizične zdravstvene težave (Stangor in Walinga, 2014).

Številne študije so pokazale, da lahko kronični stres in posledično kopičenje kortizola v možganih poškodujeta in oslabita delovanje možganov. Nevroznanstveniki so ugotovili, da kronični stres povzroči dolgotrajne spremembe v strukturi možganov, kar pojasnjuje, zakaj imajo posamezniki, ki so zgodaj izpostavljeni stresnim dogodkom večjo verjetnost, da bodo pozneje v življenju bolj ranljivi za tesnobo in motnje razpoloženja (Starcevic, 2019).

Tri možganske strukture, ki jih kronični stres najbolj prizadene so hipokampus, amigdala in prefrontalni režnj, kar ni nič nenavadnega, saj prav v teh strukturah najdemo receptorje za glukokortikoide, kateri glavni predstavnik je kortizol. Študije kažejo, da so posledice kroničnega stresa zmanjšan volumen hipokampusa in prefrontalnega režnja, saj zvišan kortizol vpliva na zmanjšanje plastičnosti sinaps, povzroča atrofijo dendritov in zmanjšuje prostornino možganske sivine. Nasprotno pa v amigdali glukokortikoidi zvišujejo plastičnost sinaps in spodbujajo rast dendritov, posledica tega pa je povečana amigdala, ki je prekomerno aktivirana (burno odreagira že na stresorje, ki so drugače obvladljivi). Zaradi morfoloških sprememb prefrontalnega korteksa (sedež racionalnega nadziranja, doživljanja in vedenja), ta ne uspe procesirati vseh signalov, ki mu jih pošilja amigdala, zato posameznik doživlja prekomeren strah. Raziskave, ki so proučevale vpliv stresa na amigdalo poročajo o tem, da je stres dejavnik tveganja za nastanek ne le depresije in PTSM ampak tudi drugih psihopatoloških stanj kot so anksiozne motnje, shizofrenija in odvisniška vedenja (Tomat, 2021).

1.2.4 Merjenje stresa in cortisol awakening response

Kortizol je glavni nadledvični glukokortikoidni hormon in končni produkt HPA osi. Proizvaja ga nadledvična žleza kot del normalnega dnevnega hormonskega cikla. Njegove vrednosti segajo od višjih koncentracij kmalu po prebujanju (cortisol awakening response ali CAR) do nižjih ravni zvečer, po stalnem dnevnem upadanju koncentracije. Je hormon, ki je najbolj podvržen vplivom stresorjev, zato se ta velikokrat uporablja za oceno stresnega odziva. Lahko ga merimo v urinu, plazmi v slini, priljubljena pa postaja tudi analiza kortizola preko las (Stalder in Kirschbaum, 2012).

Običajno se kortizol pri ljudeh sintetizira in izloča s hitrostjo približno 10 mg na dan. Ko pa se med stresnimi dogodki aktivira HPA os, se lahko raven kortizola poveča vsaj 10-krat (Schimmer in Parker 2001). Po odstranjeni »grožnji« v laboratorijskih pogojih se raven prostega nevezanega kortizola običajno zmanjša po približno 20 minutah (Kirschbaum in Hellhammer, 1989). V normalnih pogojih se veže na glukokortikoidni receptor in deluje protivnetno. Vendar pa lahko dolgotrajna izpostavljenost kroničnemu stresu povzroči motnjo v delovanju HPA osi - ta je neprestano aktivirana. Ker HPA os deluje preko negativne povratne zanke je posledica tega dolgotrajno ali prekomerno izločanje kortizola, ki vzpodbuja hipotalamus k še večjemu stimuliranju HPA osi. Končna posledica tega je zmanjšana odzivnost glukokortikoidnih receptorjev, ki zaustavijo vezavo kortizola, nato pa hipotalamus kot odgovor na to, blokira zaznavo povratnih signalov, kar povzroči zmanjšano izločanje kortizola (znižan jutranji kortizol, znižana dnevna krivulja kortizola ali znižano izločanje ob stresnih situacijah). Zvišan nivo kortizola se kaže kot vznemirjenost, povišana energija ali celo evforija. Na drugi strani pa se nizke ravni kortizola kažejo kot depresivnost,

nesposobnost koncentracije, utrujenost, nemir, nespečnost, socialna izolacija, razdražljivost in negativizem. Nizke ravni kortizola so značilne za izgorele osebe, visoke pa za osebe, ki izgorevajo (Hannibal in Bishop, 2014; Galer, 2012).

V krvi je večina kortizola vezanega na beljakovinske prenašalce, glavna prednost vzorčenja kortizola v slini pa je, da kortizol v slini predstavlja njegovo biološko aktivno, prosto vrednost (Baum in Grunberg 1997; King idr., 2000). Rezultati merjenja kortizola iz sline nam lahko dajo pomembne informacije o aktivnosti HPA osi v normalnih pogojih, stresnih pogojih in informacije o boleznih, povezanih z njenim nepravilnim delovanjem (Jessop in Turner-Cobb, 2008 v Kravos, 2017). Tako lahko merjenje nivoja kortizola pomaga prepoznati telesne spremembe, ki so specifične za stres, prepoznati osebe, katerim grozi razvoj motenj povezanih s stresom in navsezadnje lahko merimo učinkovitost ukrepov za zmanjšanje stresa (King in Hegadoren, 2002).

Izločanje kortizola iz nadledvičnih žlez, kot že omenjeno sledi dnevni ciklusu, ki se po prebujanju močno poveča. CAR je obdobje povečane aktivnosti kortizola, ki se sproži z jutranjim prebujanjem in običajno doseže vrh 30 do 45 minut po prebujanju in je poseben del dnevnega hormonskega ritma, izločanja kortizola in delovanja HPA osi (Stephoe in Serwinski, 2016). Povezan je z reaktivacijo informacij iz spomina na podlagi aktivacijskih procesov nevronov v času prebujanja in pripravljanja organizma, da se »spopade« z zahtevami prihajajočega dne (prihajajočega stresa). CAR je prilagodljiv in povezan s postopki predvidevanja, ki pa so lahko zavestni ali pa tudi ne (Powell in Schlotz, 2012). Raziskave kažejo, da je CAR višji pri tistih posameznikih, ki so preobremenjeni z delom (Stephoe idr., 2000), pri akutnem stresu (Rohleder idr., 2007), so pod vplivom kroničnega stresa in jih močno skrbi (Schlotz idr., 2004; Wüst idr., 2000) so izgoreli (De Vente idr., 2003; Grossi idr., 2005), poleg tega pa je CAR višji med tednom (delovniki), kot med vikendom (Schlotz idr., 2004; Thorn idr., 2006).

1.3 MISELNA NARAVNANOST

Kot že omenjeno stresa ne moremo opredeliti kot enoten koncept, je subjektivna in edinstvena izkušnja vsakega posameznika. Razvoj in intenzivnost simptomov sta odvisna od dogodka samega, od posameznikovih predispozicij in sloga odzivanja na stisko (Nolen-Hoeksema in Morrow, 1991; Schneiderman idr., 2005).

Kako in zakaj se na določen način posameznik odzove na stresne dogodke, je monumentalna tema dolgotrajnega znanstvenega zanimanja. Večina avtorjev omenja osebnost kot eno pomembnejših dejavnikov, ki napoveduje posameznikovo vedenje ob stresni situaciji, saj le ta napoveduje podoben slog razmišljanja ali delovanja pri posameznikih s podobnimi

osebnostnimi lastnostmi. Osebnostne lastnosti so stabilne in načeloma ostajajo nespremenjene v celotni odrasli dobi posameznika (Afshar idr., 2015).

Po drugi strani pa vemo, da lahko posamezniki dokažejo presenetljivo variabilnost v kognitivnih, čustvenih in vedenjskih odzivih v različnih stresnih kontekstih, kar pomeni, da je lahko isti dražljaj, situacija ali dogodek bolj ali manj stresen za različne posameznike ali celo za istega posameznika v različnih okoliščinah (Calvo in Gutiérrez-García, 2016).

Kot bo razloženo v nadaljevanju, so človeški možgani sposobni »razumeti« različne kontekste, ki se lahko korenito razlikujejo med seboj, pri čemer dinamično spreminjajo miselna stanja posameznika. Pomemben korak je razumevanje, da lahko ena struktura, en organ vzdržuje različna miselna stanja (Bar, 2021).

Za lažje razumevanje kompleksnosti delovanja možganov si pogledajmo naslednje primere. Disociativna motnja identitete je duševna motnja, za katero je značilna prisotnost dveh (ali več) različnih identitet oziroma osebnostnih stanj. Vsaka identiteta ima svoje edinstvene lastnosti, vključno s svojim lastnim imenom, preteklostjo, različnim naborom čustvenih stanj, vedenjskih tendenc, kognitivnih sposobnosti, vzorcev zaznavanja in mišljenja o sebi in drugih. Ta duševna motnja, čeprav redka, kaže na številne različne mehanizme upravljanja, ki jih zmorejo naši možgani – razviden je soobstoj različnih miselnih stanj in mehanizmov spopadanja v enih možganih znotraj istega posameznika (Bar, 2020; Herz idr., 2020; bar idr, 2006). Tudi pri osebah, ki trpijo za bipolarno motnjo je zanimivo dejstvo, da lahko tako zelo različna uma, depresiven in maničen, soobstajata v istih možganih. V maničnih epizodah ne doživljajo le pozitivno razpoloženje, temveč tudi prehitvejoče misli, neprekinjen tok govora, nagibajo se k impulzivnim dejanjem, imajo zelo pozitivno samopodobo in prisotnost grandioznih idej, značilno pa je tudi ukvarjanje s tveganimi dejavnostmi in povečana ustvarjalnost. Med depresivnimi epizodami ti isti posamezniki izkazujejo zmanjšano zanimanje za prej prijetne dejavnosti in hobije, značilen je razdrobljen način razmišljanja in oslABLJENO besedno govorjenje, razpoloženje je negativno s prisotnostjo žalosti in obupa, pomankanje energije ipd. (American Psychiatric Association, 2013; Herz idr., 2020; Santosa idr., 2007).

Sicer pa ima prav vsak posameznik različne načine spoprijemanja z izzivi, četudi se ti med seboj manj razlikujejo, kot na primer pri posameznikih z bipolarno motnjo. Vsak se kdaj pa kdaj počuti poln samozavesti, deluje ponosno in brez zadržkov, drugič pa se lahko počuti negotovo, neuspešno in zadržano – odvisno od situacije, počutja ipd. Razvidno je, da ima človeški um različna stališča in težnje, ki so odvisna od situacijskih dogodkov in niso stalna (Bar, 2020; Herz idr., 2020).

Glede na opisano spremenljivost kognitivnih, čustvenih in vedenjskih odzivih pri posameznikih v različnih kontekstih, so Herz idr. (2020) ponudili nov koncept o miselni naravnosti, ki nam podaja boljše razumevanje, kako se um prilagaja različnim situacijam. Vodilna ideja je, da je miselna naravnost vmesni dejavnik med akutnim odzivom na situacijo in osebnostjo. Tako miselna naravnost kot osebnost pojasnjujeta vpliv predhodnih dispozicij na vedenje, kognicijo in čustvovanje posameznika, vendar je v nasprotju z osebnostjo, miselna naravnost dinamična in se lahko spreminja skozi čas v nasprotju z napovedovanjem vedenja iz fiksnega nabora osebnostnih lastnosti. Zamisel temelji na tem, da miselna naravnost vpliva na način, kako posameznik doživlja okolje (zaznavno in kognitivno), kako se počuti, odloča in deluje ter nato sinhrono korigira posameznikove težnje in potrebe, ki jih zahteva konkretna okoliščina. Na primer, opis osebnostnih lastnosti tradicionalno napoveduje, da bo oseba, ki je visoko ocenjena pri dimenziji »odprtost za izkušnje« v modelu velikih pet, bolj odprta za nove izkušnje in ideje, željna novosti, izvorna, ustvarjalna in informirana. V okviru miselne naravnosti, pa se bo ista oseba verjetno odzvala na nove dogodke bolj odprto in raziskovalno, ko bo srečna, v primerjavi s takrat, ko bo nesrečna, saj je »odprtost za izkušnje« spremenljivo stanje odvisno od situacijskih dejavnikov (Herz idr., 2020).

1.3.1 Glavne dimenzije miselne naravnosti

Miselna naravnost je psihološki konstrukt, ki pravi, da so miselna stanja posameznika dinamična oz., da lahko posameznik prikaže presenetljivo variabilnost v kognitivnih, čustvenih in vedenjskih dispozicijah v različnih kontekstih. Avtorji predlagajo pet glavnih dimenzij miselne naravnosti, in sicer *razpon zaznavanja*, *obseg pozornosti*, *obseg misli*, *odprtost za izkušnje* in *čustvovanje*. S kombiniranjem le teh pa lahko izpeljemo tudi druge duševne pojave, kot sta na primer motivacija in absorpcija. Po teoriji so dimenzije tesno povezane med seboj in se spreminjajo (glede na okoliščine) med dvema poloma, pri čemer eden označuje ozko izraženost in drugi široko izraženost posamezne dimenzije. (Herz idr., 2020).

Slika 1 prikazuje dimenzije miselne naravnosti in njihove skrajne točke kontinuuma. Skrajni točki predstavljata široko in ozko miselno naravnost, pravzaprav pa je posameznik redko v kateri koli skrajnosti tega kontinuuma (Herz idr., 2020).

Slika 1

Shema dimenzij miselne naravnosti (Herz idr., 2020)



Opomba: BU = procesiranje informacij »od spodaj navzgor«; TD = procesiranje informacij »od zgoraj navzdol«; BU:TD razmerje = razmerje med procesiranjem informacij od »spodaj navzgor« in »od zgoraj navzdol«

V nadaljevanju sledijo opisi dimenzij. Nikakor ne smemo pozabiti, da je opis značilnosti posameznika na enem ali drugem polu kontinuuma odraz trenutne miselne naravnosti posameznika, ki se spreminja glede na okoliščine.

Zaznavanje je lahko usmerjeno na sedanost in temelji na tem, da se posameznik zanaša na sproti prihajajoče (senzorne) informacije (takrat je njegova miselna naravnost bolj široka) ali pa se opira na predvidevanja in pričakovanja. Če je posameznik usmerjen v preteklost, nanj vplivajo spomini in pretekle izkušnje, lahko pa nanj vplivajo tudi pričakovanja, če veliko razmišlja o prihodnosti. V obeh primerih je tedaj miselna naravnost bolj ozka (Herz idr., 2020).

Pri dimenziji obseg pozornosti ima lahko posameznik bolj specifično ali bolj splošno usmerjeno pozornost. Pri specifični pozornosti je posameznik nagnjen k zaznavanju in razmišljanju o podrobnostih, delih nečesa in manj o celotni situaciji, ki je značilno razmišljanje za splošno usmerjeno pozornost. Pri specifični pozornosti je značilna tudi večja usmerjenost na že znan kontekst situacij (Herz idr., 2020).

Dimenzija obseg misli se giblje od ozkega do širokega konca kontinuuma. Ozko razmišljanje je bolj omejeno v svojem obsegu, zanj je značilno posvečanje pozornosti eni sami situaciji (nalogi) in ne večim hkrati in ponavljajoče razmišljanje o istih stvareh in dogodkih, kar lahko

privede do obsesij in ruminacije. Za drugo skrajnost dimenzije je značilno ukvarjanje vedno novimi projekti in neprestano razmišljanje o novih idejah (misli lahko manevrirajo od ene ideje do druge). Na čisto skrajnem koncu spektra širokega razmišljanja se lahko zazna kognitivno funkcioniranje, ki je tipično pri shizofreniji, t.j. prevelika asociativna razrahljanost, z asociacijami z manj realne osnove (Herz idr., 2020).

Obseg, v katerem raziskujemo okolje za nove informacije ali pa izkoriščamo le tisto, kar nam je že znano, tvori dimenzijo odprtosti do izkušenj. Posameznik je lahko na eni skrajnosti usmerjen v raziskovanje novosti, novih odkritij, je radoveden in odprt za učenje. Lahko je kreativen in ustvarjalen in ni usmerjen v izrabljanje že znanih informacij, kot je to značilno za posameznika, ki je na drugem koncu kontinuuma. Značilnost nasprotnega pola je tudi zanašanje na obstajajoče znanje in rutine (Herz idr., 2020).

Zadnja dimenzija predstavlja razpoloženje. En pol dimenzije opisuje pozitivno razpoloženje, kjer je posameznik bolj sproščen in vesel, na drugi strani, negativni pol dimenzije opisuje občutke žalosti, zaskrbljenosti in tesnobe. Oba konca razpoloženjskega kontinuuma lahko predstavljata pomembne razpoloženjske motnje: depresijo na negativnem koncu in manijo na pozitivnem koncu kontinuuma. To so seveda ekstremi, povsem normalno je, da lahko vsakdanji dogodki izzovejo nihanje razpoloženja in se posameznik premika iz enega dela kontinuuma k drugemu (Bar, 2020; Bar, 2021; Herz idr., 2020).

1.3.2 Vpliv stresa na miselno naravnost

Kot že opisano, stres vpliva na naše telo, misli, občutke in vedenje. Stres in tesnoba ne vodita le do zaznavanja, ki je osredotočeno na senzorne informacije ampak tudi povzročita, da posamezniki delujejo po vnaprej načrtovanem vedenju, ne da bi iskali nove alternativne ideje ali vedenja, kar pomeni, da se miselna naravnost v stresnih situacijah bolj opira na obdelavo podatkov »od zgoraj navzdol«. Avtorji (Vasey idr., 2012) so to dokazali s pristranskim zaznavanjem strahu pri posameznikih, ki trpijo zaradi določenih fobij. Rezultati so pokazali, da so visoke stopnje strahu in stresa povezane s povečanim zaznavanjem fobičnih dražljajev. Natančneje, ko so bili posamezniki izpostavljeni srečanju s pajki so avtorji ugotovili pomembno pozitivno povezavo med ocenami velikosti pajkov in strahom, o katerem so poročali. Ti rezultati podpirajo idejo, da je strah vključen v kodiranje in obdelavo zaznavnih informacij.

Rezultati druge študije kažejo na to, da kronični stres vpliva na daljše odzivanje in slabšo natančnost pri reševanju nalog. Avtorji pravijo, da lahko to odraža pozornost, na katero vpliva procesiranje informacij »od zgoraj navzdol«. To podpira tudi teorija, da visoke ravni noradrenalina (NE) (stres in stresorji spodbujajo sproščanje noradrenalina) povzročajo ciljno

usmerjeno vedenje z zmanjšano pozornostjo (Herz idr., 2020). Na drugi strani pa nizke ravni NE, omogočajo aktiviranje širokega asociativnega razmišljanja (Herz idr., 2020), kar vodi v izboljšano uspešnost pri reševanju nalog, ki zahtevajo visoko stopnjo prilagodljivosti in uporabo asociativnih omrežij in dela spomina, ki ga imenujemo mentalni leksikon (Campbell idr., 2008). Posledica sproščanja NE (v stresni situaciji) je specifično usmerjena pozornost, ki je usmerjena na že znan kontekst situacij (predhodne izkušnje) (Conrad, 2011), za katero avtorji Herz idr. (2020), pravijo da je značilna za procesiranje informacij »od spodaj navzgor«.

Psihoterapija lahko zmanjša zaznavna izkrivljanja in spremeni vzorce vedenja, mišljenja in čustvovanja, ki so posledica prekomernega stresa z vključevanjem metod, kot so sprememba mišljenja, aktivno izpostavljanje (strašljivim) situacijam in mišična relaksacija (Shiban idr., 2016). Tudi fizična vadba lahko zmanjša pristransko zaznavanje (Heenan in Troje, 2014), kar nakazuje na to, da lahko spremembe mišljenja, razpoloženja in vedenja v smeri široke miselne naravnosti vplivajo na zmanjšano obdelavo informacij »od zgoraj navzdol«.

Avtorji (Herz idr., 2020) pravijo, da bo modulacija ene od dimenzij miselne naravnosti povzročila ustrezno spremembo v drugih dimenzijah. Kar pomeni, da če bo stres vplival na percepcijo ali katero koli drugo dimenzijo, bo to vplivalo na spremembo ostalih in obratno, če na primer s pomočjo terapije spremenimo mišljenje, bo to vplivalo na vse dimenzije miselne naravnosti.

1.3.3 Princip delovanja miselne naravnosti

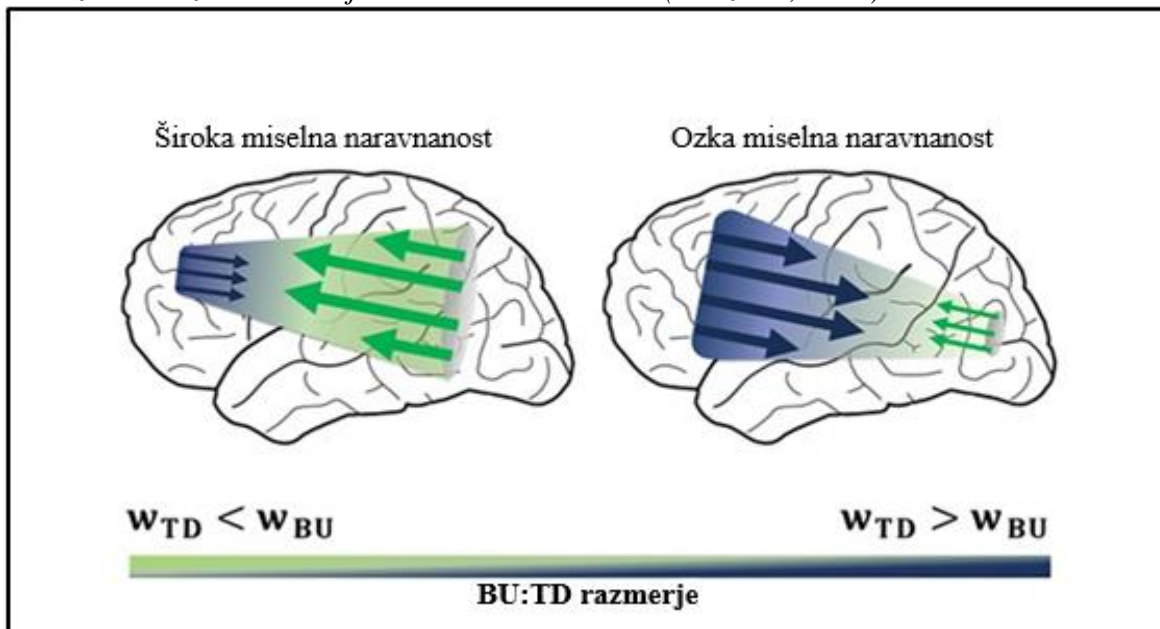
Avtorji predlagajo, da miselna naravnost deluje po dveh osnovnih mehanizmi procesiranja informacij. Predpostavljajo, da je stanje dimenzij v konkretni situaciji odraz ravnovesja med načinom obdelave informacij, ki je lahko »od zgoraj navzdol« (ang. top-down), ki je značilna za ozko miselno naravnost ali »od spodaj navzgor« (ang. bottom-up), ki je značilna za široko miselno naravnost (Slika 2) (Herz idr., 2020).

Procesiranje informacij »od zgoraj navzdol« pomeni zanašanje na napovedi, ki izhajajo iz preteklih izkušenj, spomina ali pričakovanj prihodnosti. Na drugi strani procesiranje informacij z mehanizmom »od spodaj navzgor« sproži okolje in temelji na neposrednem prijemanju senzornih informacij preko čutil (Zacks idr., 2007). Herz idr. (2020) predlagajo, da naši možgani procesirajo informacije s kombinacijo obeh mehanizmov, odvisno od okoliščine v kateri se posameznik nahaja, kar se vrednoti preko njunega razmerja (TB:BU razmerje). Predpostavljajo, da mehanizma ne delujeta strogo ločeno, torej, da bi posameznik procesiral informacije samo na en ali drugi način, temveč da potekata sočasno. Informacije

so potemtakem procesirane z obema mehanizmoma hkrati, vendar je eden od njiju, glede na situacijo dominanten, to pa določa ali bo miselna naravnost bolj ozko ali široko usmerjena.

Slika 2

Prikaz mehanizma delovanja miselne naravnosti (Herz idr., 2020)

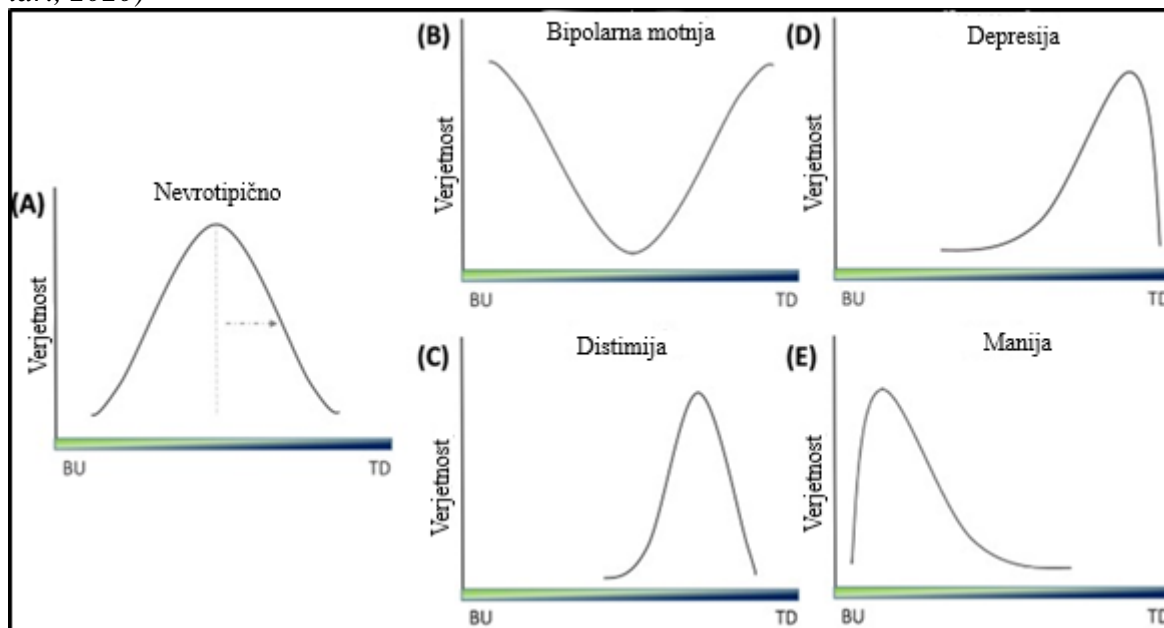


Opombe: TD = procesiranje informacij »od zgoraj navzdol«; BU = procesiranje informacij »od spodaj navzgor«; $BU:TD$ razmerje = razmerje med procesiranjem informacij od »spodaj navzgor« in »od zgoraj navzdol«

Slika 2 prikazuje opisan mehanizem delovanja, zeleno-modra os na dnu slike prikazuje razmerje med procesiranjem informacij. Če se posameznikova miselna naravnost trenutno nahaja na širšem koncu kontinuuma, se njegovo zaznavanje bolj zanaša na procesiranje senzornih informacij, torej prevladuje mehanizem »od spodaj navzgor« ($W_{TD} < W_{BU}$). Če je posameznik na ozkem koncu, pa se bolj opira na predvidevanja in pričakovanja, in so informacije v veliki večini procesirane z mehanizmom »od zgoraj navzdol« ($W_{TD} > W_{BU}$). Težnja miselne naravnosti je najboljše delovanje posameznika v dani situaciji, zato usklajuje dimenzije v smeri optimizacije. Ta je dosežena tako, da vse dimenzije izpolnjujejo notranje ali zunanje zahteve s podobno perspektivo oziroma širino na kontinuumu. Kljub temu so možne izjeme. Zgodi se, da določene situacije zahtevajo od posameznika nasprotujoče si zahteve. Na primer, posameznikovo razpoloženje je lahko pozitivno in sproščeno, a ko zasliši oddaljen krik se njegova pozornost usmeri zelo ozko, kar ustvari neskladnost (Herz idr., 2020).

Slika 3

Prikaz hipotetične porazdelitve miselne naravnosti pri različnih duševnih motnjah (Herz idr., 2020)



Opombe: TD = procesiranje informacij »od zgoraj navzdol«; BU = procesiranje informacij »od spodaj gor«

Slika 3 prikazuje hipotetično porazdelitev miselne naravnosti pri različnih duševnih motnjah, s pomočjo katere bomo boljše pojasnili njeno delovanje. Graf A prikazuje hipotetično porazdelitev miselne naravnosti pri nevrotipičnih posameznikih. Razmerje mehanizma procesiranja informacij »od spodaj navzgor« in »od zgoraj navzdol« se razlikuje glede na okoliščine, pri čemer je ravnovesje v večini uravnoteženo in redko doseže skrajnosti kontinuuma. Porazdelitev miselne naravnosti pri bipolarni motnji predstavlja graf B. Iz grafa so razvidni drastični premiki od širokega do ozkega konca kontinuuma, kar je posledica strogega nanašanja na samo en mehanizem procesiranja informacij, odvisno od tega ali je posameznik v epizodi manije ali depresije. Pri distimiji (graf C) opazimo, da krivulja teži k ozkemu koncu kontinuuma za katerega je značilen mehanizem procesiranja informacij »od zgoraj navzdol« in vodi k nizki prilagodljivosti na spremembe in ozki miselni naravnosti. Graf G prikazuje porazdelitev miselne naravnosti pri depresivni motnji, kjer opazimo, da krivulja teži še bolj skrajno k ozkemu koncu kontinuuma kot pri distimiji, kar pomeni, da se posameznik zanaša na močne napovedi iz preteklih izkušenj, ki jih procesira mehanizem »od zgoraj navzdol« in vodi v izredno ozko miselno naravnost. Zadnji graf (E) prikazuje krivuljo, ki opisuje porazdelitev miselne naravnosti pri maniji in je zrcalna krivulji, ki smo jo opisali pri depresivni motnji. Pri manični motnji so informacije procesirane z velikim zanašanjem na mehanizem »od spodaj navzgor«, kar vodi do izjemno široke miselne naravnosti.

1.4 NAMEN IN CILJI ZAKLJUČNE NALOGE

Zaradi izbruha novega koronavirusa in bolezni, ki ga povzroča, smo bili ljudje primorani upoštevati vladne ukrepe, z namenom obvarovati lastno zdravje in zdravje bližnjega. Večini je nastala situacija predstavljala razmeroma novo izkušnjo, katera je s seboj prinesla veliko število stresorjev, kot so delo od doma, zaprtje šol in šolanje na domu, finančne težave, omejitve gibanja, izolacija, karantena ipd.

Za ciljno skupino smo izbrali starše otrok starih od 3 do 14 let oziroma šoloobveznih otrok, saj so se njihove naloge v času pandemije COVID-19 povečale (Griffith 2020). Za oblikovanje učinkovitih ukrepov, ki bi pomagale posameznikom pri krepitvi in izboljšavi duševnega zdravja v času epidemije, je potrebno zbirati in analizirati podatke ter spremljati duševno zdravje posameznikov. Namen študije je bil analizirati stopnjo stresa pri starših šoloobveznih otrok, med karanteno zaradi COVID-19 v Sloveniji leta 2020. Želeli smo raziskati, kateri so tisti dejavniki, ki vplivajo na to, kako so doživljali in se soočili z epidemijo COVID-19 in ali obstaja povezava med stopnjo stresa in miselno naravnostjo. Cilj raziskave je boljše poznavanje in razumevanje doživljanja in spoprijemanja s stresom v času med in po epidemiji COVID-19 v Sloveniji. Zbrane informacije lahko dajo boljši vpogled in razumevanje vpliva epidemije COVID-19 na posameznikovo življenje in bi lahko služile kot pomoč pri postavljanju smernic za varovanje duševnega zdravja v času epidemije COVID-19.

1.5 HIPOTEZE

Na podlagi predhodnih študij in namena in ciljev naloge, smo si zastavili naslednje hipoteze:

H1: Med karanteno, bo stopnja stresa, tako merjena preko kortizola kot merjenega z vprašalnikom, višja kot po karanteni.

Na podlagi rezultatov slovenskih raziskav Lep idr. (2020) in Kavčič idr. (2020) ter tujih raziskav Vulić-Prtorić idr. (2020) in Fancourt idr. (2020) predpostavljamo, da bo stopnja stresa po karanteni upadla, bodisi zaradi zmanjšanja števila stresorjev in posledičnega mnenja o boljši obvladljivosti situacije, bodisi zaradi izčrpanosti in adaptacije na situacijo.

H2: Na nivo stresa med karanteno bo vplivalo posameznikovo dožemanje o nevarnosti okužbe sebe.

Glede na to, da se je stopnja stresa, tesnobe in depresije povečala med pandemijo COVID-19 (Morales-Rodríguez, 2021; Pieh idr., 2020; Tzur Bitan idr., 2020) in da je eden izmed stresorjev po poročanju Park idr. (2020) strah pred okužbo sebe, predpostavljamo, da bo nivo stresa povezan z dožemanjem nevarnosti okužbe sebe.

H3: Strah pred okužbo družinskega člana bo vplival na nivo stresa med karanteno.

Tretja hipoteza je zelo podobna drugi in temelji na poročanju Brooks idr., (2020), ki pravi da se ljudje bojijo okužbe s COVID-19, tudi ker jih je strah, da bi okužili družinske člane.

H4: Negotovost glede finančnih posledic bo imela vpliv na nivo stresa med karanteno.

Hawryluck idr. (2004) pravijo, da so posamezniki z dohodkom gospodinjstva, manjšim od 40.000 USD, pokazali bistveno večje količine posttravmatskega stresa in simptomov depresije po karanteni zaradi SARS v Kanadi. Finančna izguba predstavlja dejavnik tveganja za simptome psiholoških motenj (Mihashi idr., 2009), jeze in tesnobe tudi do nekaj mesecev po karanteni (Jeong idr., 2016). Zato smo predpostavljali, da bo negotovost glede finančnih posledic imela vpliv na nivo stresa.

H5: Posameznikovo doživljanje prostega časa (med karanteno) bo imelo vpliv na nivo stresa med karanteno.

García-Álvarez idr. (2020) pravijo, da dobro izkoriščen prosti čas med karanteno oziroma, če so posamezniki uživali v prostem času med karanteno, ta predstavlja varovalni dejavnik

pred tesnobo, stresom, vsiljivimi mislimi in izogibanjem. Predpostavljamo, da je posameznikovo dožemanje prostega časa imelo vpliv na nivo stresa, ki so ga posamezniki občutili med karanteno.

H6: Miselna naravnost posameznikov med karanteno in po karanteni se bo razlikovala.

Herz idr. (2020) miselno naravnost opišejo kot dinamičen, spreminjajoč konstrukt v nasprotju z napovedovanjem vedenja iz fiksnega nabora osebnostnih lastnosti. Vpliva na način, kako posameznik doživlja okolje, kako se počuti, odloča in ravna. Stres vpliva na miselno naravnost, saj spodbuja sproščanje noradrenalina, ki povzroča ciljno usmerjeno vedenje z zmanjšano pozornostjo (ta je značilna za ozko miselno naravnost). Zaradi omenjenega opisa miselne naravnosti smo predvidevali, da se bo le ta med in po karanteni razlikovala, ker smo predpostavljali, da se bo tudi stopnja stresa med in po karanteni pri posameznikih razlikovala.

H7: Komponente stresa in dimenzije miselne naravnosti bodo medsebojno odvisne.

Stres in tesnoba ne vodita le do zaznavanja, ki je osredotočen na senzorne informacije ampak tudi povzročita, da posamezniki delujejo po vnaprej načrtovanem vedenju, ne da bi iskali nove alternativne ideje ali vedenja (Herz idr., 2020). Ker je koncept miselne naravnosti razmeroma nov in ne obstajajo še raziskave na tem področju, smo se odločili, da na podlagi omenjene povezanosti med stresom in miselno naravnostjo, ki jo omenjajo avtorji preverimo, ali miselna naravnost korelira s komponentami stresa.

2 METODE

2.1 VZOREC

Vzorec smo pridobili z verižnim vzorčenjem tako, da smo poiskali znance, ki so ustrezali željeni ciljni skupini. Te smo prosili, da nas najprej seznanijo s posamezniki, ki so ustrezali pogojem in so si želeli sodelovati v raziskavi. Kontaktirali smo jih s pomočjo socialnih omrežij, elektronske pošte ali preko telefona. V samem začetku smo posameznikom razložili namen, cilje in postopek raziskave. Posamezniki so bili seznanjeni, da jim bo dodeljena naključna številka, ki je bila nam nepoznana, s tem so bili podatki, ki smo jih pridobili s študijo, anonimni in slepi. V raziskavi se niso zbirali identificirani osebni podatki - vsi odgovori so bili ne-identificirani in anonimni (od udeležencev nismo zahtevali podatkov kot so ime in priimek ali druge identifikacijske informacije). Seznanjeni so bili s tem, da bodo rezultati študije uporabljeni izključno za potrebe raziskovanja, pisanje magistrskega dela ali znanstvenih člankov, torej zgolj v raziskovalne in družbeno-koristne in nekomercialne namene. Udeleženci so bili v raziskavo vključeni prostovoljno po podanem soglasju ter ob izpolnjevanju pogojev starosti med 30 in 55 let in skupnega gospodinjstva s partnerjem in otrokom (ali več teh) od 3 do 14 let (obiskujejo vrtec ali osnovno šolo). Izključitveni pogoj je bil jemanje zdravil, ki vplivajo na kortizol, s stresom povezane motnje (npr. izgorelost) in duševne motnje. Če je oseba izpolnjevala vsaj enega od omenjenih izključitvenih pogojev, v raziskavi ni mogla sodelovati.

V prvi fazi zbiranja vzorca se je odzvalo 65 oseb, katerim so bili posredovani vsi pripomočki za izvedbo raziskave. Deset oseb je bilo izključenih iz raziskave, ker nismo prejeli njihovih rešenih vprašalnikov oziroma vzorcev sline. Končni vzorec je vključeval 55 oseb, 34 žensk in 21 moških. Najmlajša oseba je imela v času raziskave 30 let, najstarejša pa 55 let. Deset udeležencev je imelo enega otroka, štirideset udeležencev je imelo dva, pet udeležencev pa je v času raziskave imelo tri otroke. Najkrajša partnerska zveza je bila v času raziskave dolga pet, najdaljša pa devetindvajset let. Tri osebe so bile v času raziskave brezposelne, dve sta se opredeli kot študentki, sedem je bilo samozaposlenih, enaindvajset zaposlenih v javnem sektorju, dvaindvajset pa jih je v času raziskave delalo v privatnem sektorju. Podrobnejši podatki o vzorcu so prikazani v Tabeli 1.

Tabela 1*Demografski podatki*

Spremenljivka		N	Razpon	M	SD
Spol	Ženska	34 (43,0%)			
	Moški	21 (26,6%)			
Starost		55 (69,6%)	30 – 55	40,64	6,467
Število otrok	En otrok	10 (12,7%)			
	Dva otroka	40 (50,6%)			
	Trije otroci	5 (6,3%)			
Leta partnerstva		54 (68,4%)	5 – 29	15,19	6,325
Zaposlitev	Brezposeln	3 (3,8%)			
	Študent	2 (2,5%)			
	Samozaposlen	7 (8,9%)			
	Javni sektor	21 (26,6%)			
	Privatni sektor	22 (27,8%)			

Opombe. N = numerus/št. odgovorov; M = aritmetična sredina; SD = standardna deviacija

2.2 PRIPOMOČKI

Za izvedbo raziskave so bili uporabljeni štiri vprašalniki (vsi sestavljeni v namen raziskave) in epruvete Salivette© za zbiranje vzorcev sline, s pomočjo katerih smo določili raven stresnega hormona, kortizola.

2.2.1 Vprašalnik o osnovnih podatkih

Vprašalnik o osnovnih podatkih oziroma demografski vprašalnik poda splošne podatke o spolu, starosti, velikosti kraja bivanja in izobrazbi udeležencev. Preverja tudi število ljudi v gospodinjstvu, število in spol otrok ter trajanje partnerskega odnosa.

Naslednji sklop vprašanj se nanaša na zaposlitev, kjer vprašalnik sprašuje o vrsti zaposlitve, področju zaposlitve, delovni dobi na trenutnem delovnem mestu, morebitnih spremembah zaslužka zaradi karantene, o tem ali služba omogoča delo od doma in ali imajo izpolnjene vse pogoje za delo od doma. Zadnji del vprašalnika sestavljajo vprašanja o zdravstvenih težavah, duševnih ali telesnih boleznih posameznika. Vsebuje tudi dodatno vprašanje o tem ali kdo od družinskih članov potrebuje več (dodatne) pomoči (telesne ali duševne motnje, daljša / huda bolezen, razvojne posebnosti ipd.).

2.2.2 Vprašalnik o aktivnostih

Vprašalnik o aktivnostih (priloga B) je preverjal podatke o posameznikovih aktivnostih med karanteno, na primer kam in kako pogosto so odhajali ven iz stanovanja v času karantene in katere dejavnosti so za njih predstavljale večjo obremenitev kot pred karanteno. Naslednji sklop vprašanj se je navezoval na prosti čas posameznika (med karanteno), koliko so ga imeli na voljo (samo zase, s partnerjem in z ožjimi družinskimi člani) in kaj so takrat počeli. Spraševal je tudi po družinski dinamiki oziroma konfliktih, če je do njih prihajalo, kaj je bil njihov povod ter med katerimi člani družine jih je bilo največ. Nato so sledila vprašanja o strahu pred okužbo in pred prenosom okužbe na drugega družinskega člana, kjer se je udeležence spraševalo o morebitnih socialnih stikih z bližnjo osebo in ali ta imela mogoče kronične zdravstvene težave ali oslabiljen imunski sistem ali starost nad 65 let in ali je bila oskrbovanec doma za ostarele ali drugega socialnega zavoda. Posamezniki so tudi ocenili, kako močno jih je skrbelo finančna situacija po karanteni. Vprašalnik je podal tudi informacije o spremljanju novic o COVID-19 (kako pogosto in preko katerih medijev) in o komunikaciji z drugimi - izven doma (kako pogosto in preko katerih orodij). Nazadnje je vprašalnik zajemal vprašanja o tem, ali se je v zadnjem tednu posamezniku zgodil kakšen izrazito stresen dogodek, o stvareh, ki so ga pomirjale ali spravljale v dobro voljo in vprašanje o dobrinah, ki jih je posameznik najbolj pogrešal zaradi zaprtja trgovin in drugih storitev.

2.2.3 Vprašalnik o akutnem stresu

Tretji vprašalnik, Vprašalnik o akutnem stresu, nam poda informacije o stresni ravni, želeli smo izmeriti stres kot neposredni odziv na pandemijo COVID-19 in ne kot splošno merilo. Vprašalnik ponuja seznam doživljanj, katerih pojav je možen tekom stresnih dogodkov.

Posameznik na 6-stopenjski lestvici (od 0 - sploh se ne zgodi do 5 - zelo pogosto se zgodi) oceni, kako dobro ta doživljanja opisujejo njegovo izkušnjo med epidemijo COVID-19, v preteklem tednu. Vprašalnik zajema 47 postavk, ki se jih na koncu sešteva v skupen rezultat. Ta lahko zajame rezultat od 0 do 235. Višje število točk predstavlja višjo raven akutnega stresa. Šest postavk ni pozitivno naravnanih, zato jih je treba pred seštevkom končnega rezultata obratno vrednotiti, te postavke so 33, 36, 44, 45, 46 in 47. Zadnje vprašanje, vprašanje številka 48 sprašuje udeleženke koliko časa je preteklo od zadnjega menstrualnega ciklusa oziroma ali so noseče. Ti podatki bi lahko imeli vpliv na raven akutnega stresa.

Dodatno smo stres izmerjen s samoocenjevalnim vprašalnikom razdelili na pet komponent, to so vedenjska, čustvena, kognitivna, telesna komponenta in odtujenost. Te smo pridobili tako, da smo sešteli posamezne postavke med seboj glede na to, v katero komponento sodijo.

Veljavnosti posameznih komponent vprašalnika o akutnem stresu so bile izmerjene na vzorcu 1260 udeležencev, pri čemer Cronbach alfa (α) za čustveno komponento znaša $\alpha = 0.93$, za vedenjsko komponento $\alpha = 0.78$, za kognitivno komponento $\alpha = 0.75$, za telesno komponento $\alpha = 0.89$ in za lestvico odtujenosti $\alpha = 0.83$.

Vprašalnik je prirejen po Stanfordovem vprašalniku akutnega stresa in WHO-5, ki je kratek samoocenjevalni vprašalnik kakovosti življenja (merilo dobrega počutja), z njim pa se lahko preverja tudi prisotnost depresije. Zanesljivost WHO-5 vprašalnika se giblje od $\alpha = 0.83$ do 0.93 (Sischa idr., 2020). Predstavljen je bil leta 1998 s strani Svetovne zdravstvene organizacije, kot del projekta DEPCARE (world health organisation- Five well-being index (WHO-5), b.d.). Ker pri obeh vprašalnikih primanjkuje postavk, ki bi beležili fizične reakcije stresa, smo dodali tovrstne postavke skladne z ICD-10 in DSM-5. Stanfordov vprašalnik o akutnem stresnem odzivu, je bil razvit leta 2000, za oceno anksioznosti, prekomernega vznurjenja, disociacijskih simptomov in akutnega stresa po travmatičnih dogodkih (po merilih DSM-IV za akutno stresno motnjo). Zanesljivost lestvice SASRQ variira od $\alpha = 0.80$ do 0.95. Tudi njene vrednosti konstrukcije, konvergentne, diskriminatorne in napovedne veljavnosti potrjujejo SASRQ kot verodostojen vprašalnik. Avtorji vprašalnika so Etzel Cardeña, Cheryl Koopman, Catherine Classen, Lynn C. Waelde in David Spiegel (Cardeña idr., 2000).

2.2.4 Vprašalnik o miselni naravnosti

S četrtem vprašalnikom, Vprašalnik o miselni naravnosti, želimo dobiti podatke o miselni naravnosti posameznika, v konkretnem Covid-19 epidemičnem obdobju. Podobno kot pri vprašalniku akutnega stresa, nas tudi tu ne zanima splošna miselna naravnost, temveč specifična, v času karantene in po karanteni. Vprašalnik je bil sestavljen v namen raziskave, na osnovi koncepta miselne naravnosti, ki so ga postavili Herz idr. (2020), avtorica je dr. Maja Smrdu. Vprašalnik ima opisana različna vedenja in razmišljanja, ki jih posameznik oceni na 6- stopenjski lestvici Likertovega tipa, od 0 (sploh se ne zgodi) do 5 (zelo pogosto se zgodi) tako, da obkroži številko, ki najbolje opisuje njegovo naravnost v preteklem tednu. Vprašalnik meri pet glavnih dimenzij miselne naravnosti: razpon zaznavanja, obseg pozornosti, obseg misli, odprtost za izkušnje in razpoloženje. Vprašalnik zajema 47 postavk, zadnje štiri pa od posameznika zahtevajo zapis asociacije na podane besede oziroma besedne zveze.

2.2.5 Epruvete Salivette©

Odvzem vzorca ustne tekočine (sline) smo pridobili s sterilnimi tamponi Salivette©. Na epruветah (Slika 4) so bile nalepljene nalepke, ki zagotovijo prostor za oznako datuma in ure odvzema vzorca in v našem primeru naključne številke, ki jo je imel posameznik. Tamponi Salivette so zasnovani za doseganje natančnih analitskih vrednosti iz majhnih količin slin in vzorcev z zelo nizko koncentracijo kortizola. Na dan, ko so posamezniki dali vzorec slin, so prvi vzorec dali zjutraj, takoj ko so se prebudili. Čez natanko 30 minut (po prvem vzorčenju), so posamezniki dali še en vzorec. Udeleženci so oddali dva vzorca slin, ker smo želeli izračunati CAR vrednost. Pred dajanjem vzorca si posamezniki niso smeli umiti zob, kaditi, jesti, pili so lahko le vodo in niso smeli jemati zdravil. Posamezniki so oddali vzorček tako, da so v ustih žvečili tampon (v vsaki epruветi je en) celo minuto, tako so spodbudili slinjenje. Po oddanem vzorcu slin, so tampon z absorbirano slino shranili nazaj v epruветo, ga tesno zaprli, ustrezno označili po priloženih navodilih in shranili v priloženi vrečki v zmrzovalniku.

Slika 4

Epruвета Salivette©



2.3 POSTOPEK

Pred začetkom izvajanja raziskave smo pridobili mnenje za etiko raziskovanja Oddelka za psihologijo UP Famnit, ki je raziskavo odobrila. »Komisija za etiko raziskovanja Oddelka za psihologijo UP Famnit je presodila, da je raziskava ustrezala načelom etike v raziskovanju (številka obravnavane vloge 2020-07).«

2.3.1 Zbiranje podatkov

Posameznikom smo dostavili pripomočke, potrebne za izvajanje raziskave, to so: natančna navodila, štiri vprašalnike (vsak vprašalnik v tolikih izvodih, kolikokrat ga je bilo potrebno rešiti), šest epruвет Salivette©, plastična vrečka za shranjevanje epruвет in naključna številka, ki je bila dodeljena vsakemu sodelujočemu in je bila izvajalcem raziskave nepoznana.

V namen spremljanja časovnih sprememb na individualni ravni so prostovoljci izpolnili vprašalnike in dali vzorce dvakrat med karanteno in dva tedna po karanteni (v začetku vsakega tedna, samo prostovoljce opomnili na reševanje vprašalnikov in oddajo vzorcev slin v izogib pozabi), in sicer: posamezniki so prvi vprašalnik o osnovnih sociodemografskih podatkih rešili kadarkoli do konca raziskave. Vprašalnik o aktivnostih so rešili na začetku (prvi teden raziskave) in nato še enkrat po sedmih dneh (drugi teden raziskave). Tretji vprašalnik, kjer se je preverjala stresna raven in četrti vprašalnik o miselni naravnosti, so posamezniki rešili na začetku (prvi teden raziskave), po sedmih dneh (drugi teden raziskave) in dva tedna po koncu karantene.

Vzorec slin so posamezniki dali na začetku (prvi teden raziskave), po sedmih dneh (drugi teden raziskave) in dva tedna po koncu karantene (udeleženci so oddali vzorec slin in reševali vprašalnike na isti dan).

V začetnih navodilih je bilo zapisano, da bodo udeleženci oddali zadnji vzorec slin in rešili zadnje vprašalnike štiri tedne po karanteni. Epidemija je bila sicer preklicana 31.5.2020, a so nekateri ukrepi še vedno veljali. Zato smo za konec karantene sami določili datum v začetku meseca junija (ko so se lahko v vrtce in šole vrnili vsi otroci) tako, da so zadnji vzorec slin udeleženci dali v tednu po 22.6.2020 - na isti dan v tednu kot so dajali med karanteno in rešili zadnje vprašalnike. S tem smo želeli doseči, da imajo vsi udeleženci enake pogoje (v povezavi s šolanjem otrok od doma) in sicer, da šola ne poteka več od doma, tako da udeleženci niso več obremenjeni z učno pomočjo. Naknadno smo se odločili, da vzorce oddajo dva tedna in ne štiri tedne po karanteni, ker se je bližalo obdobje poletnih dopustov in nismo želeli dodatno bremeniti udeležence z mislijo na obveznosti do raziskave v času dopustov. Dodatno smo bili mnenja, da se je zaradi rahljanja ukrepov življenje posameznikov počasi vračalo v ustaljene tirnice in da bodo razlike v rezultatih med in po karanteni v nivoju kortizola v slini in rešenih vprašalnikih opazne že po dveh tednih. Po koncu študije so udeleženci izpolnjene vprašalnike poslali na naslov priložen v navodilih. Vzorce slin pa smo prevzele raziskovalke, saj so morali do analize biti na nizki temperaturi. Način prevzema je zagotavljal anonimnost.

2.3.2 Analiza podatkov

2.3.2.1 Analiza vprašalnikov

Najprej smo podatke pridobljene iz vprašalnikov vnesli v preglednice (bazo podatkov) v programu Microsoft Excel. Kjer je bilo potrebno, smo postavke vprašalnikov kodirali in obratno vrednotili. Kategorične spremenljivke smo kodirali tako, da je odgovor a) pomenil številko 1, odgovor b) številko 2 in tako naprej. Pri vprašanjih, ki so vsebovale številke lestvice, smo v bazo podatkov enostavno vnesli izbrano številko. Pri vprašanjih z več možnimi odgovori, smo vsak odgovor vpisali v svoj stolpec. Pri vprašanjih, kjer je bil možni odgovor »drugo« ali pa so od udeleženca zahtevala zapis, smo s tekstom napisali, kaj so udeleženci odgovorili. V naslednjem koraku smo odgovore združili v kategorije in jim pripisali številčno vrednost. Če odgovora na vprašanje ni bilo, smo to označili z NA (*not applicable*).

Pri vprašalniku o aktivnostih smo pri vprašanjih o prostem času udeleženca (samo zase, s partnerjem in z ožjimi družinskimi člani) sešteli dobljene odgovore o pogostosti prostega časa in dobili dodatno spremenljivko – količina prostega časa. Višji rezultat je pomenil več prostega časa – ta podatek smo potrebovali za analizo zastavljene hipoteze.

Pri vprašalniku o akutnem stresu smo obratno vrednotili 6 postavk, nato pa sešteli vse postavke in s tem pridobili skupno vrednost, kjer je višji rezultat predstavljal višjo raven akutnega stresa. Kot že omenjeno smo dodatno stres razdelili na pet komponent in v analizah uporabili tudi to različico podatkov za analizo podatkov.

Pri vprašalniku o miselni naravnosti smo rezultate dobili tako, da smo znotraj posamezne dimenzije obrnili postavke, ki so ponazarjale en pol dimenzije. Tako je rezultat predstavljal eno dimenzijo. V našem primeru smo postavke obratno vrednotili tako, da je višji rezultat seštevka pomenil, da so na posameznikovo zaznavo močno vplivale napovedi (te izhajajo iz preteklih izkušenj, spomina in konteksta), da je njegova pozornost bila bolj specifična, da je bil obseg misli bolj ozek, da je bilo razpoloženje bolj pozitivno in pri dimenziji odprtost za izkušnje je višji rezultat pomenil bolj poudarjene raziskovalne interese. Zadnje štiri postavke, kjer so udeleženci zapisovali asociacije na podane besede ali besedne zveze, smo kodirali. Zbrane kvantitativne podatke smo nato statistično obdelali s pomočjo programa IBM SPSS 25.0. Podatke smo analizirali s pomočjo generaliziranih linearnih mešanih modelov, te so natančneje opisani v poglavju rezultati.

2.3.2.2 Analiza nivojev metabolitov kortizola

Iz vzorcev sline smo analizirali nivoje metabolitov kortizola. Nivoje kortizola smo določili s pomočjo biokemijskih pristopov v podjetju InnoRenew CoE. Analiza prostega serumskega kortizola je vključevala dva koraka: centrifugiranje vzorcev, ki ji je sledilo določanje kortizola v slini s pomočjo aparata »IDS-iSYS Multi-Discipline Automated System« (Slika 5). IDS-iSYS Multi-Discipline Automated System je *in vitro* diagnostična naprava, namenjena kvantitativnemu določanju kortizola iz ustne tekočine – sline.

Vzorci so bili pred analizo zamrznjeni na $-20\text{ }^{\circ}\text{C}$. Pred centrifugiranjem smo vzorce imeli na sobni temperaturi, saj je priporočljivo pred centrifugiranjem opraviti proces odtaljevanja. Po centrifugiranju smo na dnu epruvete imeli vzorec sline, epruveto smo previdno odprli, odstranili tampon in epruveto vstavili v *in-vitro* diagnostično napravo. Nadaljnja analiza temelji na kemijski tehnologiji s pomočjo kemiluminiscenčne tehnologije¹.

Načelo testa sledi tipičnemu konkurenčnemu scenariju vezave. Neoznačeni antigen (prisoten v vzorcih slin udeležencev) »tekmuje« z encimom označenim antigenom (konjugatom) za omejeno število mest vezave protiteles. Postopki izpiranja pa odstranjujejo nevezane materiale. Po koraku izpiranja se doda raztopino reagenta. Nato aparat odčita količino kortizola v vzorcih udeležencev.

V našem primeru smo vzorec inkubirali z označevalcem za kortizol (označena z biotinitiranim nukleotidom) in z monoklonskim protitelesom proti kortizolu, konjugiranim z akridinijem. V drugi fazi inkubacije smo dodali magnetne delce, označene s streptavidinom. Magnetni delci so se ujeli z magnetom, postopek izpiranja pa je odstranil nevezane materiale. Po koraku izpiranja smo dodali sprožilni reagent - ta reagira z akridinijem. Svetloba, ki je nastala med kemično reakcijo reagenta in akridinijem je obratno sorazmerna s koncentracijo analita v prvotnih vzorcih udeležencev (Sarstedt, 2016).

Kot omenjeno so udeleženci en vzorec sline oddali takoj po prebujanju, drugega 30 min po prvem. Teoretično bi morala biti koncentracija drugega vzorca višja (CAR), kar pa se ni pokazalo pri naših podatkih, vsaj ne pri vseh osebah oz. vseh vzorčenjih. Razlike med nivoji kortizola med posamezniki tako nismo morali meriti s pomočjo CAR, zato smo se končne analize lotili na drugačen način. Iz pridobljenih podatkov o koncentraciji kortizola v slini smo za vsak odvzem (dan) izračunali povprečno vrednost kortizola, maksimalno vrednost kortizola in (absolutno) razliko v koncentraciji med prvim in drugim odvzemom v dnevu, t.j. kortizolna odzivnost.

¹ Kemiluminiscenca je oddajanje svetlobe, ki nastane, ko substrat iz vzbujenega stanja, ki ga povzroči kemična reakcija, razpade v osnovno stanje (Utroša, 2015).

Slika 5

In vitro aparat »IDS-iSYS Multi-Discipline Automated System«



3 REZULTATI

V sledečih podpoglavjih poročamo o rezultatih analiz, ki temeljijo na podlagi zastavljenih hipotez. Rezultate smo zaradi lažje preglednosti razvrstili v podpoglavja, ta si sledijo v zaporedju zastavljenih hipotez.

3.1 STOPNJA STRESA MED IN PO KARANTENI

Stopnjo stresa med in po karanteni smo ocenili na več načinov. Iz podatkov koncentracije kortizola iz slin iz prvega in drugega tedna med karanteno in štiri tedne po karanteni smo izračunali povprečno vrednost kortizola, maksimalni kortizol in kortizolno odzivnost za vsak teden posebej. Poleg tega smo ocenili samopercepcijo stresa iz vprašalnika. Ker nas je zanimala predvsem primerjava v vrednostih med in po karanteni, smo z Wilcoxonovim testom parnih razlik najprej preverili, ali med 1. in 2. tednom karantene obstajajo razlike v merjenih parametrih oz. ocenah. (Tabela 2). Rezultati niso pokazali statistično značilnih razlik med 1. in 2. tednom karantene; samopercepcija (Wilcoxonov test parnih razlik, $Z = -0,734$; $p = 0,469$), povprečni kortizol ($Z = -1,081$; $p = 0,280$), maksimalni kortizol ($Z = -1,175$; $p = 0,240$) in kortizolna odzivnost ($Z = -0,666$; $p = 0,506$) (Tabela 2).

Tabela 2

Wilcoxonov test parnih razlik za samopercepcijo, povprečni kortizol, maksimalni kortizol in kortizolno odzivnost med 1. in 2. tednom karantene

	Samopercepcija 2. teden- Samopercepcija 1. teden	Povprečni kortizol 2. teden- Povprečni kortizol 1. teden	Maksimalni kortizol 2. teden- Maksimalni kortizol 1. teden	Kortizolna odzivnost 2. teden- Kortizolna odzivnost 1. teden
Z	-0,724 ^b	-1,081 ^c	-1,175 ^c	-0,666 ^c
p	0,469	0,280	0,240	0,506

Opombe. $Z = Z$ – vrednost; p = signifikanca dvostranskega testa; b = na podlagi pozitivnih rangov; c = na podlagi negativnih rangov

Ker se vrednosti pri omenjenih parametrih niso razlikovale (Tabela 2), smo združili podatke iz 1. in 2. tedna karantene in nato primerjali stres v obdobju med karanteno (1. in 2. teden združena v povprečje) z obdobjem po karanteni.

Tabela 3 prikazuje rezultate opisne statistike zbranih podatkov. Iz nje je razvidno, da je samoocenjevalni vprašalnik akutnega stresa med karanteno rešilo 55 udeležencev, razpon med rezultati je bil 152,50 in sicer od najnižje vrednosti 11 do najvišje 163,50. Aritmetična sredina je znašala 54,35. Tudi po karanteni je samoocenjevalni vprašalnik rešilo 55 udeležencev. Razpon med najnižjo (0) in najvišjo (155) vrednostjo je bil sicer večji kot med

karanteno (155), a je bila aritmetična sredina manjša 47,98. Podrobnejši podatki o zbranih podatkih kortizola in samopercepcije stresa so prikazani v Tabeli 3.

Tabela 3

Opisna statistika samopercepcije stresa, povprečnega kortizola, maksimalnega kortizola in kortizolne odzivnosti med karanteno in po karanteni

	N	Razpon	Min	Max	M	SD	V
Samopercepcija med karanteno	55	152,50	11,00	163,50	54,3545	30,63732	938,645
Povprečni kortizol med karanteno	54	1,55	0,41	1,96	1,0124	0,32514	0,106
Maksimalni kortizol med karanteno	54	2,06	0,46	2,51	1,3291	0,46049	0,212
Kortizolna odzivnost med karanteno	54	1,38	0,06	1,44	0,3079	0,23597	0,056
Samopercepcija po karanteni	55	155	0	155	47,98	29,503	870,426
Povprečni kortizol po karanteni	54	1,54	0,31	1,85	1,0070	0,35670	0,127
Maksimalni kortizol po karanteni	54	1,69	0,33	2,03	1,1553	0,41927	0,176
Kortizolna odzivnost po karanteni	52	0,72	0,01	0,73	0,3080	0,20924	0,044
Št. veljavnih enot	52						

Opombe. N = numerus/št. odgovorov; *Min* = najnižja dosežena vrednost; *Max* = najvišja dosežena vrednost; *M* = aritmetična sredina; *SD* = standardna deviacija; *V* = varianca

Rezultati analize kažejo, da v stopnji stresa med in po karanteni merjena preko kortizola kot preko vprašalnika (Tabela 4), ni prišlo do statistično pomembnih razlik pri samopercepciji ($Z = -1,429$; $p = 0,153$), povprečnem kortizolu ($Z = -0,331$; $p = 0,740$) in pri kortizolni odzivnosti ($Z = 0,000$; $p = 1,000$). Razlika med maksimalnim kortizolom med karanteno in maksimalnim kortizolom po karanteni pa je bila statistično značilna ($Z = -2,501$; $p = 0,012$) in sicer je bil maksimalni kortizol med karanteno višji kot po karanteni.

Tabela 4

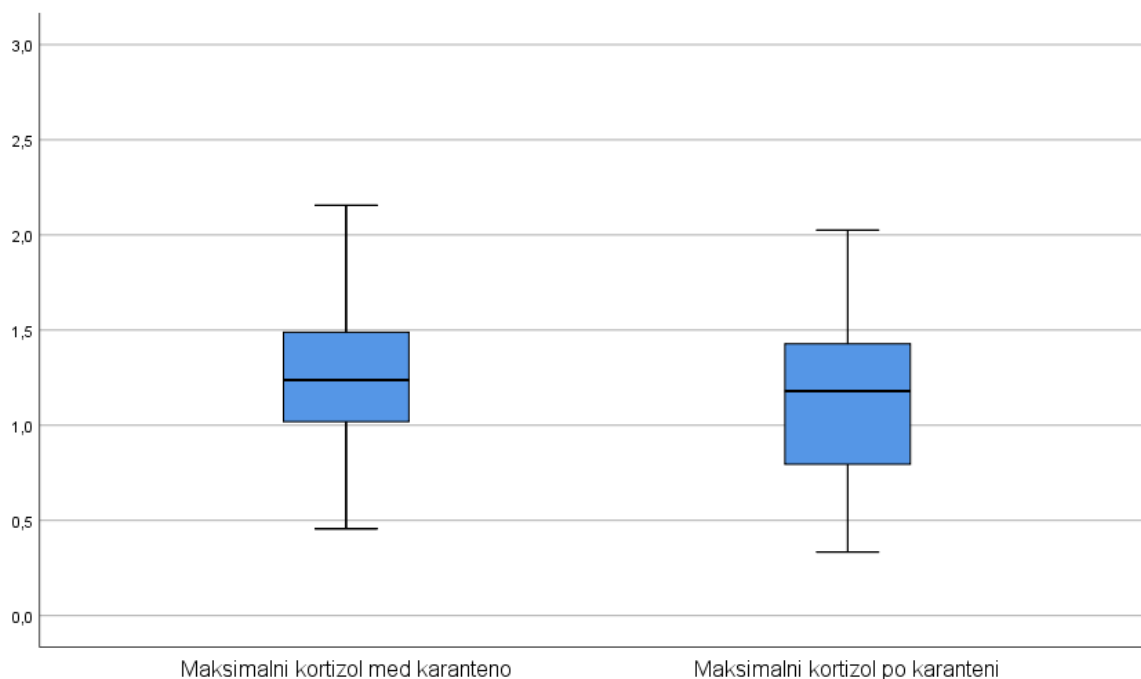
Wilcoxonov test parnih razlik za razliko v stopnji stresa med in po karanteni merjena preko kortizola in preko vprašalnika (samopercepcija)

	Samopercepcija po karanteni - Samopercepcija med karanteno	Povprečni kortizol po karanteni - Povprečni kortizol med karanteno	Maksimalni kortizol po karanteni - Maksimalni kortizol med karanteno	Kortizolna odzivnost po karanteni - Kortizolna odzivnost med karanteno
Z	-1,429 ^b	-0,331 ^b	-2,501^b	0,000 ^c
p	0,153	0,740	0,012	1,000

Opombe. Z = Z – vrednost; p = signifikanca dvostranskega testa; b = na podlagi pozitivnih rangov; c = vsota negativnih rangov je enaka vsoti pozitivnih rangov

Slika 6

Škatla z brki - razlika med maksimalnim kortizolom po karanteni in maksimalnim kortizolom med karanteno



Dodatno smo preverili, ali obstaja razlika med tedni v samopercepciji stresa, glede na komponente stresa. Tudi v tem primeru (kot pri primerjavi celotnega rezultata samopercepcije stresa in ocene kortizola) smo z Wilcoxonovim testom parnih razlik najprej preverili, ali med 1. in 2. tednom karantene obstajajo razlike v merjenih komponentah (Tabela 5). Rezultati so pri kognitivni komponenti pokazali statistično značilno razliko med 1. in 2. tednom karantene ($Z = -2,227$; $p = 0,026$), kar pomeni, da so udeleženci v prvem

tednu karantene zaznali več kognitivnega stresa kot v drugem tednu karantene. Zaradi statistično pomembnega rezultata pri omenjeni komponenti, smo v nadaljnji analizi primerjali 1. in 2. teden karantene ločeno.

Tabela 5

Wilcoxonov test parnih razlik - razlika med 1. in 2. tednom karantene v komponentah stresa

	Vedenjska komponenta 2. teden – Vedenjska komponenta 1. teden	Čustvena komponenta 2. teden – Čustvena komponenta 1. teden	Kognitivna komponenta 2. teden – Kognitivna komponenta 1. teden	Telesna komponenta 2. teden – Telesna komponenta 1. teden	Odtujenost 2. teden – Odtujenost 1. teden
Z	-0,041 ^b	-0,118 ^b	-2,227^b	-1,153 ^b	-1,119 ^b
p	0,967	0,906	0,026	0,249	0,263

Opombe. Z = Z – vrednost; p = signifikanca dvostranskega testa; b = na podlagi pozitivnih rangov

Tabela 6 prikazuje rezultate Wilcoxonovega testa parnih razlik primerjave razlik med tedni pri vedenjski komponenti stresa. Rezultati so pokazali, da med tedni ni bilo statistično značilnih razlik; vedenjska komponenta 2. teden karantene – vedenjska komponenta 1. teden karantene ($Z = -0,041$, $p = 0,967$), vedenjska komponenta 3.teden po karanteni – vedenjska komponenta 1. teden karantene ($Z = -1,499$, $p = 0,134$) in vedenjska komponenta 2. teden po karanteni – vedenjska komponenta 2. teden karantene ($Z = -1,035$ $p = 0,301$).

Tabela 6

Wilcoxonov test parnih razlik - razlika med tedni v vedenjski komponenti stresa

	Vedenjska komponenta 2. teden – Vedenjska komponenta 1. teden	Vedenjska komponenta 2. tedna po karanteni – Vedenjska komponenta 1. teden	Vedenjska komponenta 2. tedna po karanteni – Vedenjska komponenta 2. teden
Z	-0,041 ^b	-1,499 ^b	-1,035 ^b
p	0,967	0,134	0,301

Opombe. Z = Z – vrednost; p = signifikanca dvostranskega testa; b = na podlagi pozitivnih rangov

Tudi pri čustveni komponenti stresa ni prišlo do statistično značilnih razlik pri primerjavi med tedni; čustvena komponenta 2. teden – čustvena komponenta 1. teden ($Z = -0,118$, $p = 0,906$), čustvena komponenta 2. teden po karanteni – čustvena komponenta 1. teden ($Z = -1,509$, $p = 0,131$) in čustvena komponenta 2. teden po karanteni – čustvena komponenta 2. teden ($Z = -0,607$, $p = 0,544$) (Tabela 7).

Tabela 7

Wilcoxonov test parnih razlik - razlika med tedni v čustveni komponenti stresa

	Čustvena komponenta 2. teden – Čustvena komponenta 1. teden	Čustvena komponenta 2. tedna po karanteni – Čustvena komponenta 1. teden	Čustvena komponenta 2. tedna po karanteni – Čustvena komponenta 2. teden
Z	-0,118 ^b	-1,509 ^b	-0,607 ^b
p	0,906	0,131	0,544

Opombe. Z = Z – vrednost; p = signifikanca dvostranskega testa; b = na podlagi pozitivnih rangov

Pri kognitivni komponenti stresa je prišlo do statistično značilnih razlik pri primerjavi kognitivne komponente v 1. tednu karantene s kognitivno komponento v 2. tednu karantene ($Z = -2,227$, $p = 0,026$) in pri primerjavi kognitivne komponente v 2. tednu karantene s kognitivno komponento v 2. tednu po karanteni ($Z = -2,292$, $p = 0,022$) in sicer v prvem tednu karantene so posamezniki občutili več kognitivnega stresa kot v drugem tednu karantene in prav tako so dva tedna po karanteni občutili več kognitivnega stresa kot drugi teden karantene. Pri primerjavi kognitivne komponente v 1. tednu karantene s kognitivno komponento 2. tedna po karanteni ni prišlo do statistično značilnih razlik ($Z = -0,043$, $p = 0,965$) (Tabela 8).

Tabela 8

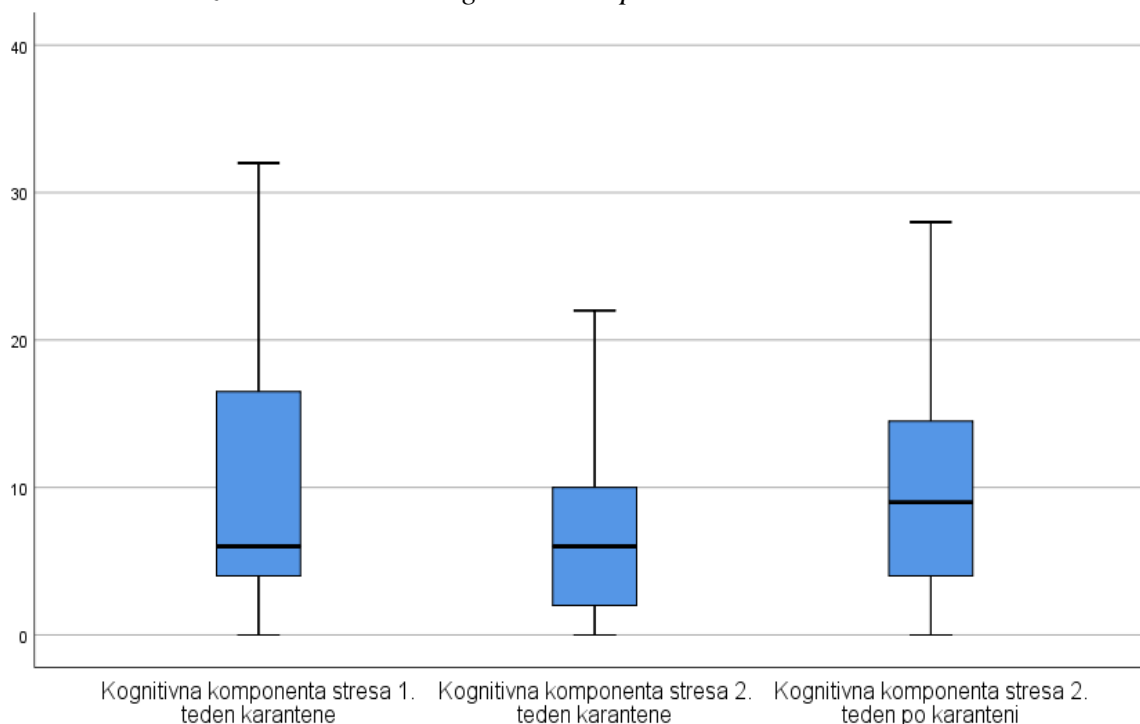
Wilcoxonov test parnih razlik - razlika med tedni v kognitivni komponenti stresa

	Kognitivna komponenta 2. teden – Kognitivna komponenta 1. teden	Kognitivna komponenta 2. tedna po karanteni – Kognitivna komponenta 1. teden	Kognitivna komponenta 2. tedna po karanteni – Kognitivna komponenta 2. teden
Z	-2,227 ^b	-0,043 ^b	-2,292 ^c
p	0,026	0,965	0,022

Opombe. Z = Z – vrednost; p = signifikanca dvostranskega testa; b = na podlagi pozitivnih rangov; c = na podlagi negativnih rangov

Slika 7

Škatla z brki - razlika med tedni v kognitivni komponenti stresa



Telesna komponenta stresa se je statistično značilno razlikovala pri primerjavi 1. tedna karantene z 2. tednom po karanteni ($Z = -2,673$, $p = 0,008$), kar pomeni, da so posamezniki drugi teden karantene občutili več telesnega stresa kot prvi teden karantene. Pri ostalih dveh primerjavah razlika ni bila statistično značilna; primerjava telesne komponente v 1. tednu karantene s telesno komponento v 2. tednu karantene ($Z = -1,492$; $p = 0,136$) in primerjava telesne komponente v 1. tednu karantene s telesno komponento 2. tedna po karanteni ($Z = -1,224$; $p = 0,221$) (Tabela 9).

Tabela 9

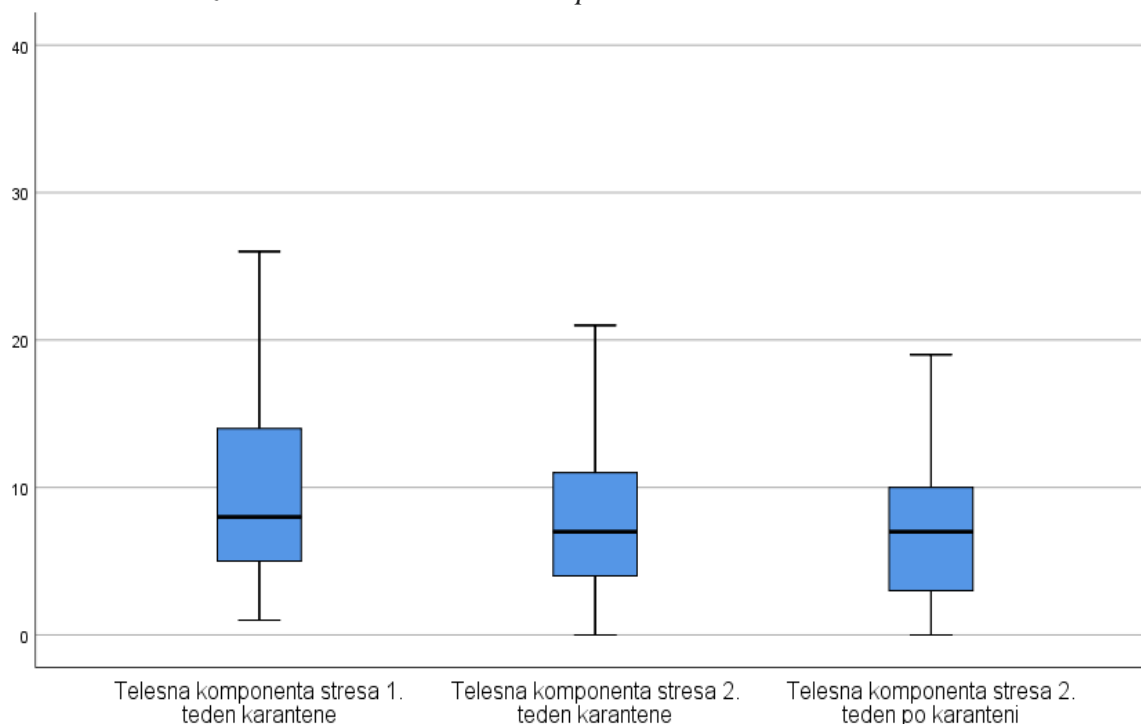
Wilcoxonov test parnih razlik - razlika med tedni v telesni komponenti stresa

	Telesna komponenta 2. teden – Telesna komponenta 1. teden	Telesna komponenta 2. tedna po karanteni – Telesna komponenta 1. teden	Telesna komponenta 2. tedna po karanteni – Telesna komponenta 2. teden
Z	-1,153 ^b	-2,673^b	-1,551 ^b
p	0,249	0,008	0,121

Opombe. Z = Z – vrednost; p = signifikanca dvostranskega testa; b = na podlagi pozitivnih rangov

Slika 8

Škatla z brki - razlika med tedni v telesni komponenti stresa



Wilcoxonov test parnih razlik je pokazal statistično značilno razliko pri primerjavi odtujenosti 1. tedna karantene v primerjavi z 2. tednom po karanteni ($Z = -2,962$; $p = 0,003$), in sicer odtujenost v 1 tednu karantene je bila višja kot 2. teden po karanteni. Negativna razlika se je pokazala tudi pri primerjavi odtujenosti v 2. tednu karantene z odtujenostjo 2. tedna po karanteni ($Z = -1,909$; $p = 0,056$) - torej je bila odtujenost v 2 tednu karantene višja v primerjavi z 2. tednom po karanteni, a razlika ni bila statistično značilna. Primerjava odtujenosti v 1. tednu karantene z 2. tednom karantene ni prikazala statističnih razlik ($Z = -1,119$; $p = 0,263$) (Tabela 10).

Tabela 10

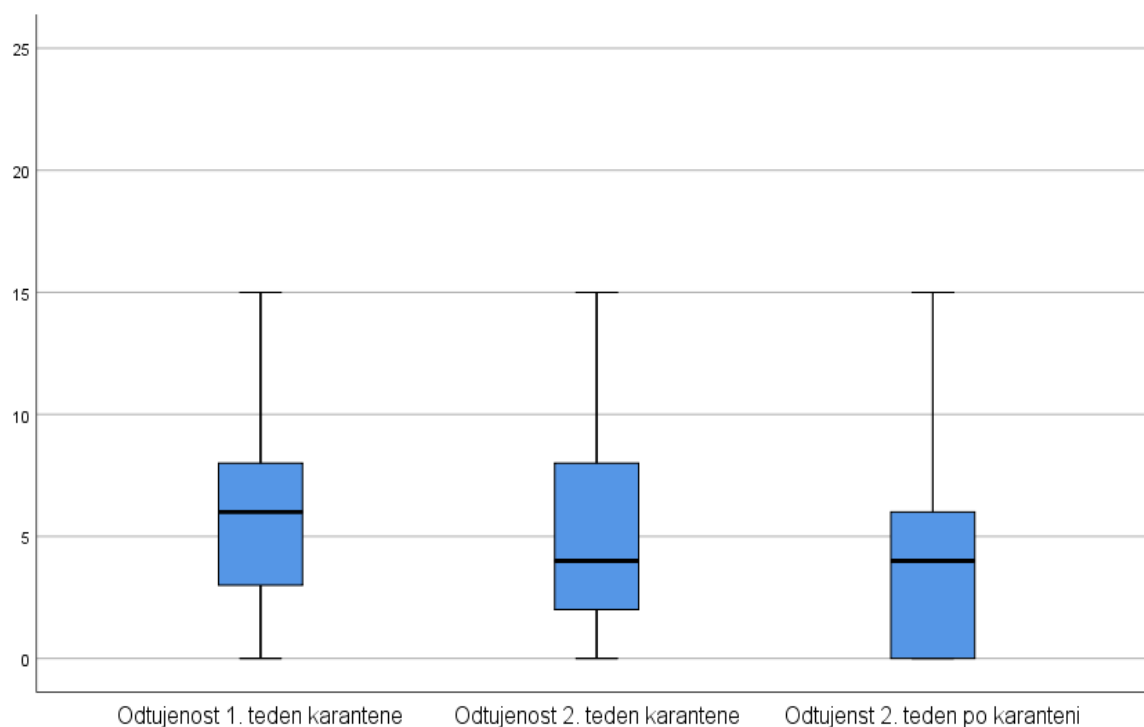
Wilcoxonov test parnih razlik - razlika med tedni v odtujenosti

	Odtujenost 2. teden – Odtujenost 1. teden	Odtujenost 2. tedna po karanteni – Odtujenost 1. teden	Odtujenost 2. tedna po karanteni – Odtujenost 2. teden
Z	-1,119 ^b	-2,962 ^b	-1,909 ^b
p	0,263	0,003	0,056

Opombe. Z = Z – vrednost; p = signifikanca dvostranskega testa; b = na podlagi pozitivnih rangov

Slika 9

Škatla z brki - razlika med tedni v odtujenosti



3.2 STRAH PRED OKUŽBO IN STRES

Stopnja strahu pred okužbo s COVID-19 se med prvim in drugim tednom karantene ni statistično značilno razlikovala ($Z = -1,254$; $p = 0,210$). Ker med 1. in 2. tednom karantene ni razlik, smo združili odgovore spremenljivke v povprečni strah pred okužbo med karanteno in v nadaljnji analizi uporabili združeno različico.

Stopnja strahu pred okužbo je pozitivno korelirala s samopercepcijo stresa med karanteno (Spearmanova korelacija, $r_s = 0,438$; $p = 0,001$) in negativno s kortizolno odzivnostjo, vendar stopnja povezanosti ni bila statistično značilna ($r_s = -0,263$; $p = 0,055$). Stopnja strahu pred okužbo ni bila povezana s povprečnim in maksimalnim kortizolom med karanteno (Tabela 11).

Tabela 11

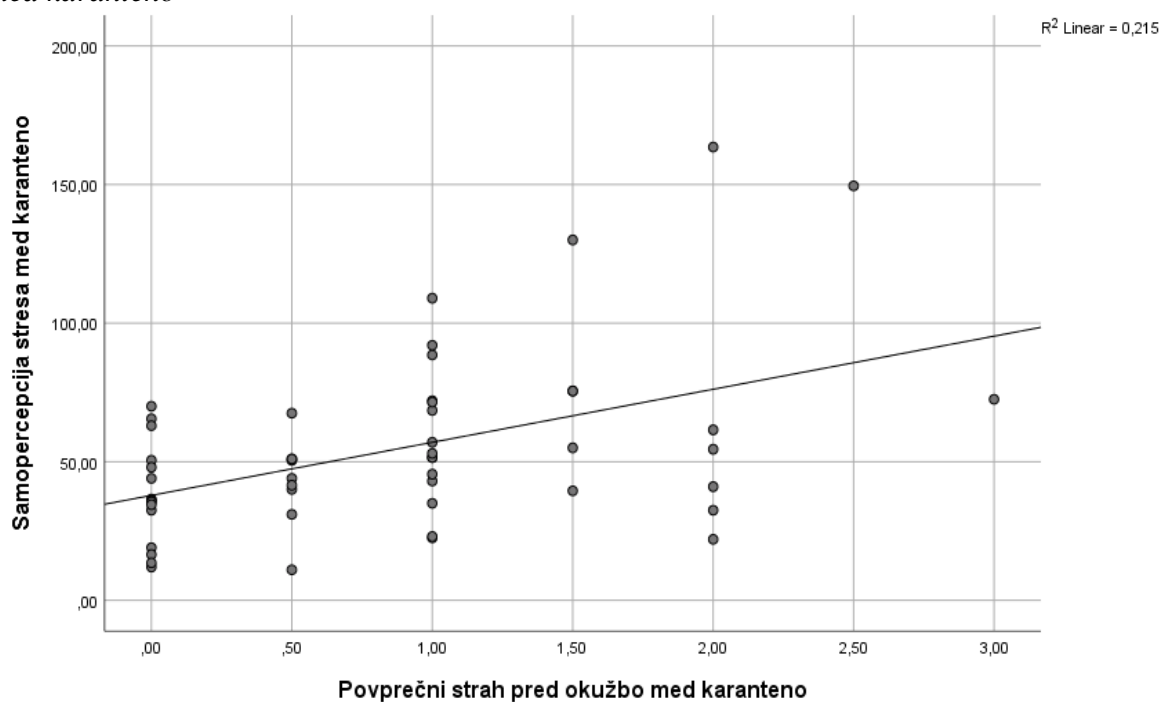
Spearmanova korelacija med dojetanjem nevarnosti okužbe sebe (odvisna spremenljivka) in stopnjo stresa med karanteno merjena preko kortizola in samoocenjevalnega vprašalnika (neodvisna spremenljivka)

Stopnja stresa med karanteno	Koeficient korelacije	p	N
Samopercepcija med karanteno	0,438**	0,001	55
Povprečni kortizol med karanteno	0,033	0,814	54
Maksimalni kortizol med karanteno	-0,051	0,715	54
<i>Kortizolna odzivnost med karanteno</i>	<i>-0,263</i>	<i>0,055</i>	<i>54</i>

Opombe. ** korelacija je statistično pomembna na nivoju tveganja 0,01; p = signifikanca dvostranskega testa; N = numerus/št. odgovorov

Slika 10

Korelacija med samopercepcijo stresa med karanteno in povprečnim strahom pred okužbo med karanteno



3.3 STRAH PRED OKUŽBO DRUŽINSKEGA ČLANA IN STRES

Stopnja strahu pred okužbo družinskega člana s COVID-19 se je med prvim in drugim tednom statistično značilno razlikovala ($Z = -2,535$; $p = 0,011$), ta je bil 1. teden karantene višji v primerjavi z 2. tednom karantene. Zaradi statistično značilnih razlik, smo v nadaljnji analizi primerjali 1. in 2. teden karantene ločeno. Strah pred okužbo družinskega člana ni bil povezan s stopnjo stresa merjenega preko kortizola in samoocenjevalnega vprašalnika v prvem tednu karantene: samopercepcija (Kruskal Wallis test, $H = 6,210$; $p = 0,184$), povprečni kortizol ($H = 1,897$; $p = 0,755$), maksimalni kortizol ($H = 2,783$; $p = 0,595$) in kortizolna odzivnost ($H = 4,279$; $p = 0,370$) (Tabela 12).

Tabela 12

Rezultati Kruskal Wallis testa primerjave strahu pred okužbo družinskega člana in stopnjo stresa v prvem tednu karantene merjena preko kortizola in samoocenjevalnega vprašalnika

	Samopercepcija 1. teden karantene	Povprečni kortizol 1. teden karantene	Maksimalni kortizol 1. teden karantene	Kortizolna odzivnost 1. teden karantene
Kruskal-Wallis H	6,210	1,897	2,783	4,279
df	4	4	4	4
p	0,184	0,755	0,595	0,370

Opombe. df = prostostna stopnja; p = signifikanca dvostranskega testa

Prav tako ni bilo statistično značilnih razlik v drugem tednu karantene: povprečni kortizol ($H = 4,443$; $p = 0,349$), maksimalni kortizol ($H = 5,491$; $p = 0,241$) in kortizolna odzivnost ($H = 1,646$; $p = 0,800$). Strah pred okužbo družinskega člana je sicer pozitivno koreliral s samopercepcijo, vendar stopnja povezanosti ni bila statistično značilna ($H = 8,259$; $p = 0,083$) (Tabela 13).

Tabela 13

Rezultati Kruskal Wallis testa primerjave strahu pred okužbo družinskega člana in stopnjo stresa 2 teden karantene merjena preko kortizola in samoocenjevalnega vprašalnika

	<i>Samopercepcija 2. teden karantene</i>	Povprečni kortizol 2. teden karantene	Maksimalni kortizol 2. teden karantene	Kortizolna odzivnost 2. teden karantene
Kruskal-Wallis H	8,259	4,443	5,491	1,646
df	4	4	4	4
p	0,083	0,349	0,241	0,800

Opombe. df = prostostna stopnja; p = signifikanca dvostranskega testa

3.4 NEGOTOVOST GLEDE FINANČNIH POSLEDIC IN STRES

Negotovost glede finančnih posledic se med prvim in drugim tednom karantene ni statistično značilno razlikovala ($Z = -0,048$; $p = 0,962$). Ker med 1. in 2. tednom karantene ni razlik, smo združili odgovore spremenljivke v povprečno skrb za finance med karanteno in v nadaljnji analizi uporabili združeno različico.

Negotovost glede finančnih posledic je pozitivno korelirala s samopercepcijo stresa med karanteno ($r_s = 0,319$; $p = \mathbf{0,017}$), ni pa bila povezana s povprečnim kortizolom ($r_s = 0,042$; $p = 0,764$), maksimalnim kortizolom ($r_s = -0,009$; $p = 0,950$) in kortizolno odzivnostjo ($r_s = -0,021$; $p = 0,877$) med karanteno (Tabela 14).

Tabela 14

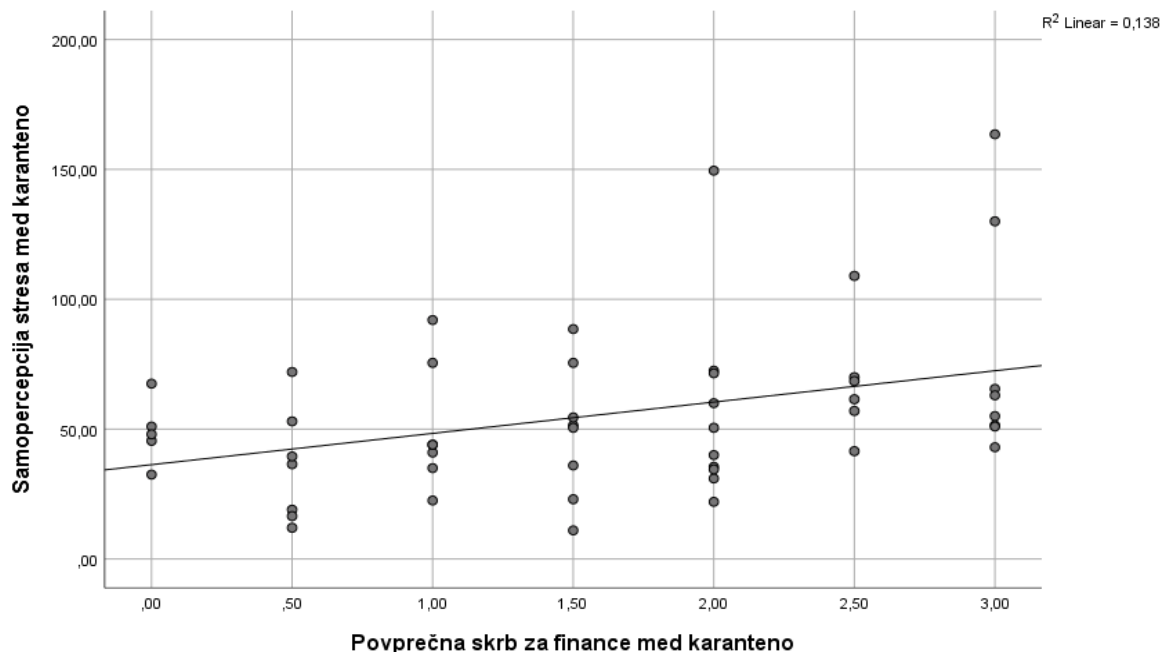
Spearmanova korelacija med negotovostjo glede finančnih posledic (odvisna spremenljivka) in stopnjo stresa med karanteno merjena preko kortizola in samoocenjevalnega vprašalnika (neodvisna spremenljivka)

Stopnja stresa med karanteno	Koeficient korelacije	p	N
Samopercepcija med karanteno	0,319*	0,017	55
Povprečni kortizol med karanteno	0,042	0,764	54
Maksimalni kortizol med karanteno	-0,009	0,950	54
Kortizolna odzivnost med karanteno	-0,021	0,877	54

Opombe. * korelacija je statistično pomembna na nivoju tveganja 0,05; p = signifikanca dvostranskega t-testa; N = numerus/št. odgovorov

Slika 11

Korelacija med samopercepcijo stresa med karanteno in povprečno skrbjo za finance med karanteno



3.5 PROSTI ČAS IN STRES

Prosti čas smo razvrstili v tri kategorije (prosti čas zase, prosti čas s partnerjem in prosti čas z ožjimi družinskimi člani) in primerjali ali obstajajo razlike med prvim in drugim tednom karantene. Ker rezultati niso pokazali statistično značilnih razlik med 1. in 2. tednom karantene; prosti čas zase ($Z = -0,697$; $p = 0,485$), prosti čas s partnerjem ($Z = -1,812$; $p = 0,070$) in prosti čas z ožjimi člani ($Z = -0,582$; $p = 0,561$), smo kategorije združili v povprečne proste čase med karanteno in v nadaljnji analizi uporabili združeno različico.

Tabela 15 prikazuje rezultate Spearmanove korelacije med prostim časom zase in stopnjo stresa med karanteno. Prosti čas zase ni bil povezan s stopnjo stresa merjenega tako preko kortizola kot preko samoocenjevalnega vprašalnika; samopercepcija ($r_s = 0,042$; $p = 0,761$), povprečni kortizol med karanteno ($r_s = 0,059$; $p = 0,672$), maksimalni kortizol med karanteno ($r_s = 0,128$; $p = 0,357$), kortizolna odzivnost med karanteno ($r_s = 0,165$; $p = 0,233$).

Tabela 15

Spearmanova korelacija med prostim časom zase (odvisna spremenljivka) in stopnjo stresa med karanteno merjena preko kortizola in samoocenjevalnega vprašalnika (neodvisna spremenljivka)

Stopnja stresa med karanteno	Koeficient korelacije	p	N
Samopercepcija med karanteno	0,042	0,761	55
Povprečni kortizol med karanteno	0,059	0,672	54
Maksimalni kortizol med karanteno	0,128	0,357	54
Kortizolna odzivnost med karanteno	0,165	0,233	54

Opombe. p = signifikanca dvostranskega testa; N = numerus/št. odgovorov

Tudi prosti čas s partnerjem (Tabela 16) in prosti čas z ožjimi družinskimi člani (Tabela 17) nista bila povezana s stopnjo stresa merjenega preko kortizola in preko samoocenjevalnega vprašalnika. Prosti čas s partnerjem; samopercepcija ($r_s = -0,038$; $p = 0,781$), povprečni kortizol med karanteno ($r_s = 0,092$; $p = 0,506$), maksimalni kortizol med karanteno ($r_s = 0,085$; $p = 0,541$), kortizolna odzivnost med karanteno ($r_s = 0,047$; $p = 0,733$) (Tabela 15). Prosti čas z ožjimi družinskimi člani; samopercepcija ($r_s = 0,061$; $p = 0,656$), povprečni kortizol med karanteno ($r_s = -0,044$; $p = 0,753$), maksimalni kortizol med karanteno ($r_s = -0,045$; $p = 0,746$), kortizolna odzivnost med karanteno ($r_s = 0,021$; $p = 0,880$) (Tabela 17).

Tabela 16

Spearmanova korelacija med prostim časom s partnerjem (odvisna spremenljivka) in stopnjo stresa med karanteno merjena preko kortizola in samoocenjevalnega vprašalnika (neodvisna spremenljivka)

Stopnja stresa med karanteno	Koeficient korelacije	p	N
Samopercepcija med karanteno	-0,038	0,781	55
Povprečni kortizol med karanteno	0,092	0,506	54
Maksimalni kortizol med karanteno	0,085	0,541	54
Kortizolna odzivnost med karanteno	0,047	0,733	54

Opombe. p = signifikanca dvostranskega testa; N = numerus/št. odgovorov

Tabela 17

Spearmanova korelacija med prostim časom z ožjimi družinskimi člani (odvisna spremenljivka) in stopnjo stresa med karanteno merjena preko kortizola in samoocenjevalnega vprašalnika (neodvisna spremenljivka)

Stopnja stresa med karanteno	Koeficient korelacije	p	N
Samopercepcija med karanteno	0,061	0,656	55
Povprečni kortizol med karanteno	-0,044	0,753	54
Maksimalni kortizol med karanteno	-0,045	0,746	54
Kortizolna odzivnost med karanteno	0,021	0,880	54

Opombe. p = signifikanca dvostranskega testa; N = numerus/št. odgovorov

3.6 MISELNA NARAVNANOST

Z Wilcoxonovim testom parnih razlik smo najprej preverili, ali med 1. in 2. tednom karantene obstajajo razlike v merjenih dimenzijah miselne naravnosti. Rezultati so pokazali statistično značilno razliko le pri dimenziji odprtost za izkušnje ($Z = -5,727$; $p < 0,001$). Pri ostalih dimenzijah statistične značilne razlike ni bilo; razpon zaznavanja ($Z = -0,265$; $p = 0,791$), obseg pozornosti ($Z = -0,876$; $p = 0,381$), obseg misli ($Z = -0,635$; $p = 0,525$) in razpoloženje ($Z = -1,492$; $p = 0,136$). Ker so obstajale statistično značilne razlike pri omenjeni dimenziji, smo v nadaljnji analizi primerjali 1. in 2. teden karantene ločeno.

3.6.1 Razpon zaznavanja

Tabela 18 prikazuje rezultate Wilcoxonovega testa parnih razlik primerjave razlik med tedni pri dimenziji razpon zaznavanja. Rezultati so pokazali, da med tedni ni bilo statistično značilnih razlik; razpon zaznavanja 2. teden karantene – razpon zaznavanja 1. teden karantene ($Z = -0,265$; $p = 0,791$), razpon zaznavanja 2. teden po karanteni – razpon zaznavanja 1. teden karantene ($Z = -0,608$; $p = 0,543$) in razpon zaznavanja 2. teden po karanteni – razpon zaznavanja 2. teden karantene ($Z = -0,314$; $p = 0,754$).

Tabela 18

Wilcoxonov test parnih razlik - razlika med tedni v razponu zaznavanja

	Razpon zaznavanja 2. teden karantene – Razpon zaznavanja 1. teden karantene	Razpon zaznavanja 2. teden po karanteni – Razpon zaznavanja 1. teden karantene	Razpon zaznavanja 2. teden po karanteni – Razpon zaznavanja 2. teden karantene
Z	-0,265 ^b	-0,608 ^c	-0,314 ^c
p	0,791	0,543	0,754

Opombe. $Z = Z$ – vrednost; p = signifikanca dvostranskega testa; b = na podlagi negativnih rangov; c = na podlagi pozitivnih rangov

3.6.2 Obseg pozornosti

Rezultati v spodnji tabeli (Tabela 19) prikazujejo, da ni bilo statistično značilnih razlik med 1. in 2. tednom karantene pri dimenziji obseg pozornosti ($Z = -0,681$; $p = 0,496$). Statistično značilni rezultati pa so se pokazali pri primerjavi 1. tedna karantene z 2. tednom po karanteni ($Z = -2,872$; $p = 0,004$) in 2. tedna karantene z 2. tednom po karanteni ($Z = -3,085$; $p = 0,002$). Obseg pozornosti je bil v 1. tednu karantene višji kot v 2. tednu po karanteni. Prav tako je bil v 2. tednu karantene višji kot 2. teden po karanteni.

Tabela 19

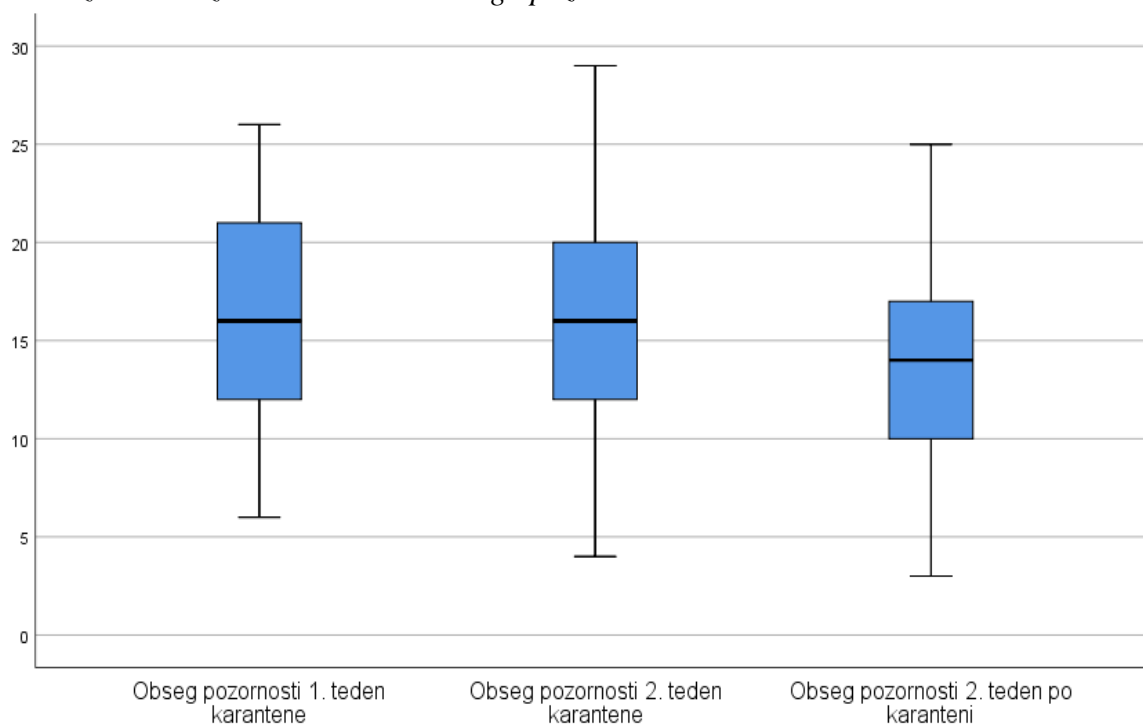
Wilcoxonov test parnih razlik - razlika med tedni v obsegu pozornosti

	Obseg pozornosti 2. teden karantene – Obseg pozornosti 1. teden karantene	Obseg pozornosti 2. teden po karanteni – Obseg pozornosti 1. teden karantene	Obseg pozornosti 2. teden po karanteni – Obseg pozornosti 2. teden karantene
Z	-0,681 ^b	-2,872 ^b	-3,085 ^b
p	0,496	0,004	0,002

Opombe. Z = Z – vrednost; p = signifikanca dvostranskega testa; b = na podlagi pozitivnih rangov

Slika 12

Škatla z brki - razlika med tedni v obsegu pozornosti



3.6.3 Obseg misli

Statistično značilne razlike se niso izrazile (dimenzija obseg misli) pri primerjavi 1. in 2. tedna karantene ($Z = -0,635$; $p = 0,525$) in 2. tedna karantene z 2. tednom po karanteni ($Z = -1,272$ $p = 0,203$). Izražene so bile pri primerjavi 1. tedna karantene z 2. tednom po karanteni ($Z = -1,953$; $p = 0,051$) kar pomeni, da je bil obseg misli 1. teden karantene nekoliko višji v primerjavi z 2. tednom po karanteni, a razlika ni bila statistično značilna (Tabela 20).

Tabela 20

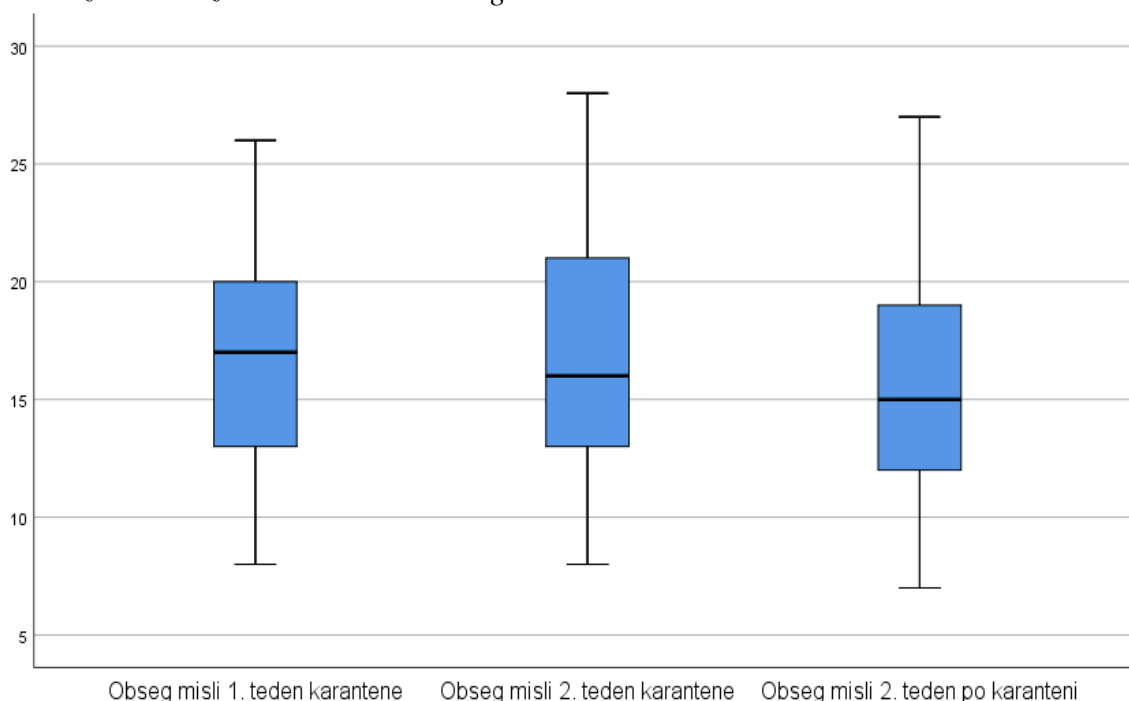
Wilcoxonov test parnih razlik - razlika med tedni v obsegu misli

	Obseg misli 2. teden karantene – Obseg misli 1. teden karantene	Obseg misli 2. teden po karanteni – Obseg misli 1. teden karantene	Obseg misli 2. teden po karanteni – Obseg misli 2. teden karantene
Z	-0,635 ^b	-1,953 ^b	-1,272 ^b
p	0,525	0,051	0,203

Opombe. Z = Z – vrednost; p = signifikanca dvostranskega testa; b = na podlagi pozitivnih rangov

Slika 13

Škatla z brki - razlika med tedni v obsegu misli



3.6.4 Odprtost za izkušnje

Pri dimenziji odprtost za izkušnje, je bila statistično značilna razlika tako pri primerjavi 1. tedna karantene z 2. tednom karantene ($Z = -5,727$; $p < 0,001$), kot primerjava 2. tedna karantene z 2. tednom po karanteni ($Z = -4,830$; $p < 0,001$) in sicer je bila odprtost za izkušnje višja v 2. tednu karantene v primerjavi z 1 tednom karantene in 2. tednom po karanteni. Razlike so se pokazale tudi pri primerjavi 1. tedna karantene z 2. tednom po karanteni, a razlike niso bile statistično značilne ($Z = -1,767$; $p = 0,077$) (Tabela 21), kaže se pa tendenca, da je bila odprtost za izkušnje višja 2. teden po karanteni v primerjavi z 1. tednom karantene.

Tabela 21

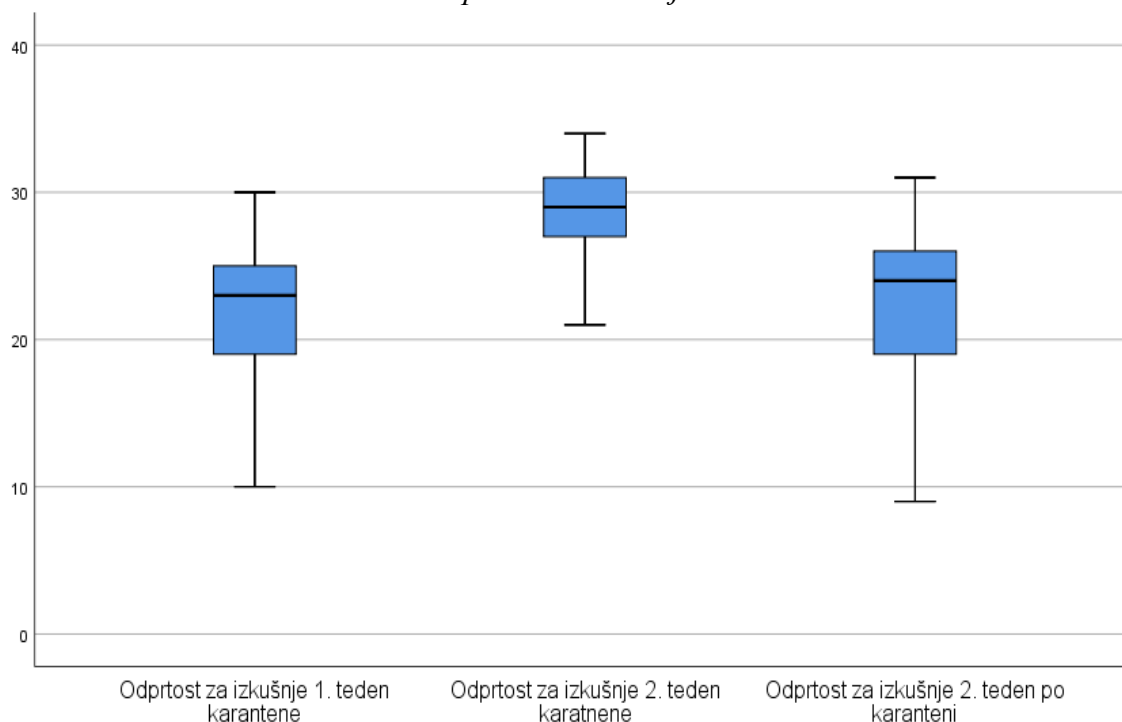
Wilcoxonov test parnih razlik - razlika med tedni v odprtosti za izkušnje

	Odprtost za izkušnje 2. teden karantene – Odprtost za izkušnje 1 teden karantene	<i>Odprtost za izkušnje 2. teden po karanteni – Odprtost za izkušnje 1. teden karantene</i>	Odprtost za izkušnje 2. teden po karanteni – Odprtost za izkušnje 2. teden karantene
Z	-5,727^b	<i>-1,767^b</i>	-4,830^c
p	>0,001	<i>0,077</i>	>0,001

Opombe. Z = Z – vrednost; p = signifikanca dvostranskega testa; b = na podlagi negativnih rangov; c = na podlagi pozitivnih rangov

Slika 14

Škatla z brki - razlika med tedni v odprtosti za izkušnje



3.6.5 Razporeženje

Pri dimenziji razporeženje se je statistično pomembna razlika pokazala le pri primerjavi 2. tedna karantene z 2. tednom po karanteni ($Z = -3,029$; $p = 0,002$) in sicer v 2 tednu po karanteni je bilo razporeženje nižje kot v 2. tednu karantene. Pri ostalih dveh primerjavah razlika ni bila statistično značilna; primerjava 1. tedna karantene z 2. tednom karantene ($Z = -1,492$; $p = 0,136$) in primerjava 1. tedna karantene z 2. tednom po karanteni ($Z = -1,224$; $p = 0,221$) (Tabela 22).

Tabela 22

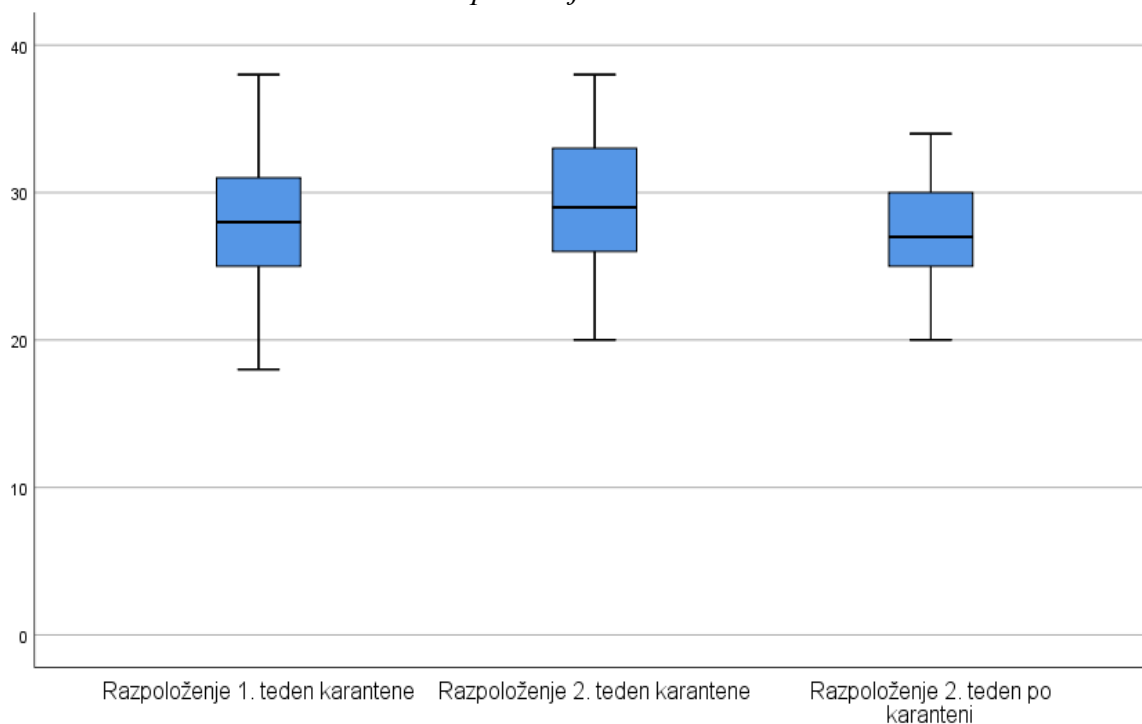
Wilcoxonov test parnih razlik - razlika med tedni v razporeženju

	Razporeženje 2. teden karantene – Razporeženje 1. teden karantene	Razporeženje 2. teden po karanteni – Razporeženje 1. teden karantene	Razporeženje 2. teden po karanteni – Razporeženje 2. teden karantene
Z	-1,492 ^b	-1,224 ^c	-3,029^c
p	0,136	0,221	0,002

Opombe. Z = Z – vrednost; p = signifikanca dvostranskega testa; b = na podlagi negativnih rangov; c = na podlagi pozitivnih rangov

Slika 15

Škatla z brki - razlika med tedni v razporeženju



3.7 POVEZANOST MED AKUTNIM ČUSTVOVANJEM (AKUTNI STRES) IN MISELNO NARAVNANOSTJO

Stres izmerjen s samoocenjevalnim vprašalnikom smo razdelili na pet komponent (vedenjska, čustvena, kognitivna, telesna komponenta in odtujenost) in primerjali ali obstajajo korelacije med njimi in dimenzijami miselne naravnosti v prvem tednu karantene (Tabela 23), drugem tednu karantene (Tabela 24) in dva tedna po karanteni (Tabela 25).

Vedenjska komponenta v prvem tednu karantene (Tabela 23) pozitivno korelira z razponom zaznavanja ($r_s = 0,395$; $p = 0,003$), obsegom pozornosti ($r_s = 0,454$; $p = 0,001$), obsegom misli ($r_s = 0,432$; $p = 0,001$) in negativno z odprtostjo za izkušnje ($r_s = -0,417$; $p = 0,002$). Čustvena komponenta stresa je pozitivno korelirala z razponom zaznavanja ($r_s = 0,317$; $p = 0,021$), obsegom pozornosti ($r_s = 0,506$; $p < 0,001$), obsegom misli ($r_s = 0,503$; $p < 0,001$) in negativno z odprtostjo za izkušnje ($r_s = -0,337$; $p = 0,014$) in razpoloženjem ($r_s = -0,394$; $p = 0,003$). Iz tabele je razvidno, da je analiza podatkov pokazala statistično značilno pozitivno korelacijo pri primerjavi kognitivne kategorije z razponom zaznavanja ($r_s = 0,294$; $p = 0,033$), obsegom pozornosti ($r_s = 0,545$; $p < 0,001$) in obsegom misli ($r_s = 0,514$; $p < 0,001$). Telesna komponenta korelira z vsemi dimenzijami miselne naravnosti; in sicer pozitivno z razponom zaznavanja ($r_s = 0,316$; $p = 0,021$), obsegom pozornosti ($r_s = 0,410$; $p = 0,002$), obsegom misli ($r_s = 0,429$; $p = 0,001$) ter negativno z odprtostjo za izkušnje ($r_s = -0,294$; $p = 0,032$) in razpoloženjem ($r_s = -0,472$; $p < 0,001$). Zadnja komponenta stresa, odtujenost v prvem tednu karantene kaže pozitivno povezanost z obsegom pozornosti ($r_s = 0,307$; $p = 0,025$) in obsegom misli ($r_s = 0,303$; $p = 0,027$) ter negativno povezanost z odprtostjo za izkušnje ($r_s = -0,302$; $p = 0,028$) in razpoloženjem ($r_s = -0,298$; $p = 0,030$).

V drugem tednu karantene (Tabela 24) vedenjska komponenta stresa pozitivno korelira z razponom zaznavanja ($r_s = 0,290$; $p = 0,041$), obsegom pozornosti ($r_s = 0,482$; $p < 0,001$) in obsegom misli ($r_s = 0,299$; $p = 0,035$). Čustvena kompetenca v drugem tednu, pozitivno korelira s štirimi dimenzijami miselne naravnosti: razpon zaznavanja ($r_s = 0,373$; $p = 0,008$), obseg pozornosti ($r_s = 0,536$; $p < 0,001$), obseg misli ($r_s = 0,339$; $p = 0,016$) in negativno z odprtostjo za izkušnje ($r_s = -0,299$; $p = 0,035$). Razpoloženje sicer negativno korelira s čustveno kompetenco, vendar stopnja povezanosti ni bila statistično značilna ($r_s = -0,270$; $p = 0,058$). Tudi kognitivna komponenta je v drugem tednu pokazala pozitivno povezanost z razponom zaznavanja ($r_s = 0,313$; $p = 0,027$), obsegom pozornosti ($r_s = 0,483$; $p < 0,001$), obsegom misli ($r_s = 0,305$; $p = 0,031$) in negativno povezanost z odprtostjo za izkušnje ($r_s = -0,279$; $p = 0,050$). Telesna komponenta pozitivno korelira z razponom zaznavanja ($r_s = 0,325$; $p = 0,021$) in negativno z razpoloženjem ($r_s = -0,281$; $p = 0,048$). Odtujenost pa pozitivno korelira z razponom zaznavanja ($r_s = 0,354$; $p = 0,031$) in obsegom pozornosti ($r_s = 0,398$; $p = 0,004$).

Dva tedna po karanteni (Tabela 25) je vedenjska komponenta pozitivno korelirala z razponom zaznavanja ($r_s = 0,386$; $p = 0,006$), obsegom pozornosti ($r_s = 0,554$; $p < 0,001$), obsegom misli ($r_s = 0,448$; $p = 0,001$) in negativno z razpoloženjem ($r_s = -0,330$; $p = 0,019$). Čustvena komponenta pozitivno korelira z obsegom pozornosti ($r_s = 0,590$; $p < 0,001$) in obsegom misli ($r_s = 0,519$; $p < 0,001$) ter negativno z razpoloženjem ($r_s = -0,482$; $p < 0,001$), pri vseh treh je bila korelacija statistično pomembna na nivoju tveganja 0,01. Statistična pomembna pozitivna povezanost je bila zaznana pri kognitivni komponenti v povezavi z obsegom pozornosti ($r_s = 0,493$; $p < 0,001$) in obsegom misli ($r_s = 0,462$; $p = 0,001$), negativno pa z razpoloženjem ($r_s = -0,346$; $p = 0,014$). Telesna komponenta je pozitivno korelirala z obsegom pozornosti ($r_s = 0,466$; $p = 0,001$) in obsegom misli ($r_s = 0,353$; $p = 0,012$). Nazadnje je bilo opaziti pozitivno korelacijo med odtujenostjo z obsegom pozornosti ($r_s = 0,545$; $p < 0,001$) in obsegom misli ($r_s = 0,351$; $p = 0,013$) ter negativno korelacijo z razpoloženjem ($r_s = -0,431$; $p = 0,002$).

Tabela 23

Spearmanova korelacija med komponentami stresa in dimenzijami miselne naravnosti v prvem tednu karantene

		Vedenjska komponenta	Čustvena komponenta	Kognitivna komponenta	Telesna komponenta	Odtujenost
Razpon zaznavanja	Koeficient korelacije	0,395**	0,317**	0,294*	0,316*	0,235
	p	0,003	0,021	0,033	0,021	0,090
	N	53	53	53	53	53
Obseg pozornosti	Koeficient korelacije	0,454**	0,506**	0,545**	0,410**	0,307*
	p	0,001	<0,001	<0,001	0,002	0,025
	N	53	53	53	53	53
Obseg misli	Koeficient korelacije	0,432**	0,503**	0,514**	0,429**	0,303*
	p	0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,027
	N	53	53	53	53	53
Odrprtost za izkušnje	Koeficient korelacije	-0,417**	-0,337*	-0,212	-0,294*	-0,302*
	p	0,002	0,014	0,127	0,032	0,028
	N	53	53	53	53	53
Razpoloženje	Koeficient korelacije	-0,210	-0,394**	-0,261	-0,472**	-0,298*
	p	0,131	0,003	0,059	<0,001	0,030
	N	53	53	53	53	53

Opombe. * korelacija je statistično pomembna na nivoju tveganja 0,05; ** korelacija je statistično pomembna na nivoju tveganja 0,01; *p* = signifikanca dvostranskega testa; *N* = numerus/št. odgovorov

Tabela 24

Spearmanova korelacija med komponentami stresa in dimenzijami miselne naravnosti v drugem tednu karantene

		Vedenjska komponenta	Čustvena komponenta	Kognitivna komponenta	Telesna komponenta	Odtujenost
Razpon zaznavanja	Koeficient korelacije	0,290*	0,373**	0,313*	0,325*	0,354*
	p	0,041	0,008	0,027	0,021	0,012
	N	50	50	50	50	50
Obseg pozornosti	Koeficient korelacije	0,482**	0,536**	0,483**	0,263	0,398**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,065	0,004
	N	50	50	50	50	50
Obseg misli	Koeficient korelacije	0,299*	0,339*	0,305*	0,180	0,207
	p	0,035	0,016	0,031	0,210	0,150
	N	50	50	50	50	50
Odrprtost za izkušnje	Koeficient korelacije	-0,219	-0,299*	-0,279*	-0,141	-0,066
	p	0,126	0,035	0,050	0,329	0,650
	N	50	50	50	50	50
Razpoloženje	Koeficient korelacije	-0,201	-0,270	-0,242	-0,281*	-0,171
	p	0,161	0,058	0,091	0,048	0,234
	N	50	50	50	50	50

Opombe. * korelacija je statistično pomembna na nivoju tveganja 0,05; ** korelacija je statistično pomembna na nivoju tveganja 0,01; *p* = signifikanca dvostranskega testa; *N* = numerus/št. odgovorov

Tabela 25

Spearmanova korelacija med komponentami stresa in dimenzijami miselne naravnosti dva tedna po karanteni

		Vedenjska komponenta	Čustvena komponenta	Kognitivna komponenta	Telesna komponenta	Odtujenost
Razpon zaznavanja	Koeficient korelacije	0,386**	0,191	0,192	0,230	0,271
	p	0,006	0,185	0,182	0,107	0,057
	N	50	50	50	50	50
Obseg pozornosti	Koeficient korelacije	0,554**	0,590**	0,493**	0,466**	0,545**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,000
	N	50	50	50	50	50
Obseg misli	Koeficient korelacije	0,448**	0,519**	0,462**	0,353*	0,351*
	p	0,001	<0,001	0,001	0,012	0,013
	N	50	50	50	50	50
Odprtost za izkušnje	Koeficient korelacije	0,084	0,178	0,239	0,245	0,196
	p	0,562	0,216	0,094	0,086	0,173
	N	50	50	50	50	50
Razpoloženje	Koeficient korelacije	-0,330*	-0,482**	-0,346*	-0,267	-0,431**
	p	0,019	<0,001	0,014	0,061	0,002
	N	50	50	50	50	50

Opombe. * korelacija je statistično pomembna na nivoju tveganja 0,05; ** korelacija je statistično pomembna na nivoju tveganja 0,01; p = signifikanca dvostranskega testa; N = numerus/št. odgovorov

4 RAZPRAVA

Pandemija COVID-19 predstavlja veliko zdravstveno krizo in povzroča dramatične spremembe na številnih področjih vsakdanjega življenja milijonov ljudi po vsem svetu. Za hitrejšo zajezitev prenosa bolezni so bili sprejeti ukrepi, vključno z omejitvijo gibanja, socialnim distanciranjem, nošenjem mask ter zaprtjem šol in vrtcev. Negotovost glede življenja po pandemiji je skupaj z zdravstvenimi posledicami in spremembami življenjskega sloga povzročilo zvišano raven psihološkega stresa ljudem po vsem svetu. Poleg tega je pandemija povzročila tudi resne gospodarske težave, kot so izguba delovnih mest, delo od doma in zaprtje podjetij (Moriarty idr., 2021).

V magistrskem delu smo raziskovali, kako so posamezniki doživljali in se soočali s prvim valom epidemije COVID-19 v Sloveniji. Na podlagi obstoječe literature prejšnjih izbruhov bolezni in novejših raziskav trenutne pandemije, smo si zastavili sedem hipotez, ki smo jih preverjali s pomočjo statističnih analiz.

V prvi hipotezi smo proučevali, ali bo stopnja stresa merjena tako preko kortizola kot z vprašalnikom med karanteno višja kot po karanteni. Pri analizi podatkov smo ugotovili, da je bila statistično značilna razlika med in po karanteni le pri maksimalnem kortizolu, pri drugih parametrih, statistično značilnih razlik ni.

Ugotovili smo, da se rezultati naše študije razlikujejo od rezultatov predhodnih raziskav (Daly idr., 2020; Fancourt idr. 2020; Kavčič idr, 2020; Lep idr., 2020; Vulić-Prtorić idr., 2020), pri katerih je bila stopnja stresa med karanteno višja kot po karanteni. Morda smo merili stres prezgodaj med karanteno, ko udeleženci še niso bili izčrpani in so udeleženci mislili, da bodo pandemijo dobro obvladovali. Poleg tega se na začetku karantene v službah in šolah na situacijo še niso prilagodili in zato zahteve še niso bile tako velike kot po tem, ko se je karantena zavlekla (kasneje je bilo več šolskega dela in več zahtev s strani službe). Zanimivo bi bilo, če bi lahko primerjali stopnjo stresa dlje časa med in po karanteni, npr. po osmih tednih in ne po dveh tednih po karanteni, vendar tudi to najverjetneje ne bi dalo dejanske slike, ker se pandemija še ni končala. Teoretično bi naše rezultate lahko primerjali le z vrednosti pred pandemijo, katerih pa žal nimamo.

Stres je subjektivno doživetje, kar pomeni, da je od posameznika odvisno, katere dogodke občuti kot stresne in katere ne. Avtorji navajajo, da je doživljanje stresa večinoma odvisno od posameznikove osebnosti, predhodnih izkušenj, situacijskih dejavnikov, okolja ipd. (Taylor, 2019; Tušak idr., 2016). Karantena je na nekatere (zlasti na začetku) lahko imela tudi pozitivne učinke, saj so imeli več časa za počitek in preživljanje kvalitetnega časa z bližnjimi. poleg tega je morda služba bolj stresna kot karantena. V stresu so bili verjetno

predvsem tisti pri katerih so bile ogrožene njihove službe, niso imeli pogojev za delo od doma ali niso zmogli uravnotežiti zahtev osebnega in službenega življenja. Te individualne razlike v doživljanju stresa so se pokazale tudi pri naših meritvah kortizola.

Ugotovili smo, da je v našem vzorcu zelo visoka »notranja stabilnost« v ravneh kortizola, kar pomeni, da so posamezniki imeli ali vedno visoke ali vedno nizke koncentracije kortizola. Menimo, da so te lastnosti posameznikom »lastne« in najverjetneje biološko pogojene. Pri maksimalnem kortizolu se je izkazalo, da je bil višji med karanteno kot po karanteni kar nakazuje na to, da so najvišje vrednosti kortizola bile izražene med karanteno, ne glede na omenjeno »notranjo stabilnost«. Torej tako pri tistih z vedno nizko kot pri tistih z vedno visoko ravno kortizola so bile *najvišje dnevne* vrednosti kortizola med karanteno statistično značilno višje kot tiste po karanteni, kar nakazuje na to, da so bili udeleženci med karanteno morda nekoliko bolj pod stresom. Zaradi neujemanja tega rezultata z ostalimi merami kortizola pa tega ne moremo zanesljivo trditi.

Ljudje se razlikujejo tudi po tem, kako reagirajo na potencialno stresne dogodke, zato nas je na tej točki zanimalo, ali se bodo pokazale razlike med tedni v samopercepciji stresa, če ga razdelimo na komponente stresa (vedenjski, telesni, čustveni, kognitivni stres in odtujenost). Rezultati kažejo statistično značilne razlike pri telesni in kognitivni komponenti stresa ter pri odtujenosti. Posamezniki so občutili več telesnega stresa (npr. pospešeno bitje srce, neenakomerno dihanje, pomanjkanje energije itd.) in se počutili bolj odtujene (zmanjšano zavedanje sebe, svoje identitete, občutek lastne odtujenosti) v prvem tednu v primerjavi z drugim tednom karantene. Rezultati primerjanja kognitivne komponente stresa nam kažejo, da so posamezniki najmanj kognitivnega stresa občutili v drugem tednu karantene (posledice tega so težave s koncentracijo, pomnjenjem, miselne blokade itd.). Možno je, da so se udeleženci v drugem tednu karantene že dobro prilagodili naglim spremembam življenjskega sloga, zato so bile ocene kognitivnega stresa v drugem tednu nižje v primerjavi s prvim (Kavčič idr., 2020). Možno je tudi, da so se posamezniki strogo držali ukrepov in je posledično takratno stanje epidemije dajalo vtis dobre obvladljivosti, kar je lahko vplivalo na bolj optimističen pogled na prihodnost. Porast kognitivnega stresa po karanteni bi lahko pojasnili s ponovnim navajanjem na življenje pred karanteno, ki prinaša nove skrbi t.j. ponovno navajanje na osebno interakcijo z ljudmi, preklic dela od doma itd. (Efuribe idr. 2020; Fegert idr., 2020). Poleg tega je bila na začetku karantene situacija glede COVID-19 in karantene še zelo negotova in z veliko neznankami, kar lahko pojasni višjo raven kognitivnega stresa v prvem tednu karantene. Zaradi statistično značilnih razlik med in po karanteni pri maksimalnem kortizolu in pri nekaterih komponentah stresa (kognitivna in telesna komponenta ter odtujenost) hipotezo ne moremo ne potrditi ne zavreči, zato smo prvo hipotezo delno potrdili.

Druge študije so pokazale, da je daljše trajanje karantene povezano s slabšim duševnim zdravjem (Hawryluck idr., 2004; Reynolds idr., 2008). Morda bi bili tudi naši rezultati drugačni, če bi merili raven stresa tudi v nadaljevanju karantene in ne le 1. in 2. teden, saj je karantena v času izvedbe naše raziskave trajala veliko več kot le dva tedna. Mogoče je to tudi eden izmed razlogov, da rezultati naše analize niso pokazali statistično značilno razliko v stopnji stresa med in po karanteni, saj nejevolja glede nenehnega podaljševanja le te, vpliva na raven stresa, ki ga posameznik občuti med karanteno (López Steinmetz idr., 2021). Tudi de Lima idr. (2020) in Stefana idr. (2020) opozarjajo na to, da so posledice dolgotrajne karantene intenzivna negativna čustva, ki lahko vodijo do izgorelosti in razvoja duševnih motenj. V takem primeru so posledice stresa dolgotrajnejše in ne moremo napovedovati (kot smo napovedali v prvi hipotezi), da bi posameznik po karanteni občutili nižjo raven stresa kot med karanteno. Ne smemo pa zanemariti možnosti, da je za določene posameznike karantena lahko imela tudi pozitivne vidike (več časa z bližnjimi, več počitka, več sprehodov itd.).

Pri drugi hipotezi smo predvidevali, da bo nivo stresa povezan s posameznikovim dožemanjem nevarnosti okužbe. Rezultati študije so potrdile, da je stopnja strahu pred okužbo s COVID-19 povezana s samopercepcijo stresa, kar se sklada z rezultati predhodnih raziskav (Bai idr., 2004; Cava idr., 2005; Desclaux idr., 2017; Hawryluck idr., 2004; Jeong idr., 2016; Maunder idr., 2003; Park idr., 2020; Reile idr., 2021; Reynolds idr., 2008; Robertson idr., 2004). Kortizolna odzivnost sicer negativno korelira s strahom pred okužbo, vendar stopnja povezanosti ni bila statistično značilna ($p = 0,055$), zato tega rezultata ne moremo ne potrditi in ne zavreči. Zaradi omenjenega smo drugo hipotezo delno potrdili. Na tej točki naj omenimo, da obstaja možnost, da do statistično značilnih razlik pri kortizolu med in po karanteni ni prišlo zaradi specifične narave stresne osi. Tako je za osebe, ki so pod kroničnim stresom in za osebe, ki izgorevajo ali so izgoreli, značilna prekomerna aktivacija HPA osi in posledično prekomerno odzivna ali neodzivna HPA os (Hannibal in Bishop, 2014; Galer, 2012). Tovrstna korelacija med ravnema kortizola in stresa potencialno lahko razloži odsotnost statistične povezanosti med njima v naši študiji. Nadalje, v naši študiji pri vzorcih kortizola druga jutranja vrednost ni bila vedno najvišja, kar predstavlja metodološki problem, saj nismo morali izračunati CAR vrednosti. Poleg tega udeleženci, ki niso spali oz. so imeli težave s spancem niso vedeli, kdaj naj oddajo prvi vzorec, kar je lahko tudi vplivalo na rezultate.

Pri tretji hipotezi smo predvidevali, da bo strah pred prenosom okužbe na družinskega člana vplival na nivo stresa med karanteno. Rezultati niso prikazali statistično značilne povezave med strahom in stopnjo stresa (tako preko samoocene kot preko kortizola), zato smo tretjo hipotezo ovrgli.

Poraja se nam ideja, da udeležence ni bilo strah prenosa okužbe na druge, ker je to pod posameznikovo kontrolo. Če jih je bilo strah, niso odšli na obisk oz. z družinskimi člani in niso imeli stikov. Za kratko obdobje socialne distance morda res ni težko držati, zato so morda v obdobju naše raziskave (prva dva tedna karantene) upoštevali ukrepe in nasvete zdravstvenih institucij in držali socialno distanco od družinskih članov, kar bi pojasnilo, da ni bilo prisotnega strahu pred okužbo družinskega člana. Zanimivo bi bilo preveriti, ali se je v nadaljnjih tednih karantene strah pojavil (morebiti zaradi tega, ker se niso več striktno držali socialne distance). Kortizol odraža splošen (skupen) stres tako, da specifičen strah, kot je strah pred prenosom okužbe verjetno ne vpliva na njegovo višjo izraženost, kar je lahko razlog, da se v naši raziskavi razlike niso izrazile kot statistično pomembne.

Četrta hipoteza pravi, da bo negotovost glede finančnih posledic imela vpliv na nivo stresa med karanteno. Griffith idr. (2020) pravijo, da skrb glede financ negativno vpliva na blagostanje staršev in na stopnjo starševskega stresa. Na podlagi rezultatov smo ugotovili, da se negotovost glede finančnih posledic statistično značilno povezuje s samopercepcijo stresa ($r_s = 0,319$), kar se sklada z ugotovitvami raziskav Hawryluck idr. (2004), Jeong idr (2016) in Mihashi idr. (2009) ni pa bila statistično značilno povezana s stresom merjenim preko kortizola. Četrto hipotezo smo delno potrdili iz istega razloga kot hipotezo dve, saj rezultati kažejo na statistično značilno povezavo pri samopercepciji stresa, ne pa pri stresu merjenega preko kortizola, kar lahko, kot omenjeno pri hipotezi dve, kaže na nepravilno delovanje HPA osi oz. se povezave niso izrazile zaradi tega, ker kortizol odraža splošen (skupni) stres.

Peta hipoteza se glasi »posameznikovo doživljanje prostega časa (med karanteno), bo imelo vpliv na nivo stresa med karanteno«. Prosti čas smo razdelili na prosti čas (samo)zase, s partnerjem in z ožjimi družinskimi člani. Rezultati študije kažejo, da stopnja stresa (merjena preko samopercepcije in preko kortizola) ni bila statistično značilno povezana s prostim časom med karanteno, zato smo peto hipotezo zavrnil.

V raziskavi smo se osredotočili na vpliv prostega časa med karanteno na stres, vendar nismo ocenili, koliko je pravzaprav prosti čas za posameznika pomemben. Morda je prosti čas bolj pomemben posameznikom, ki imajo drugače zelo malo prostega časa in manj pomemben tistim, ki imajo v življenju veliko prostega časa. Načeloma velja, da ima prosti čas pozitivne učinke na posameznikovo življenje, ampak sprašujemo se, ali je lahko tudi prosti čas stresen (če se preveč ukvarjaš s športom, preveč razmišljaš itd.) in bi potemtako preveč prostega časa in negativno razpoloženje bila dejavnika za razvoj psihičnega stresa. Hkrati pa se moramo še enkrat zavedati pomena individualnih razlik, saj lahko tudi delo (ki načeloma ne spada v definicijo prostega časa) določene posameznike sprosti in daje občutek kontrole nad situacijo, kar pozitivno vpliva na njihovo dobro počutje. V naši raziskavi pa smo

posameznikom dali navodilo, da pri oceni prostega časa ne ocenjujejo aktivnosti, ki jih dojemajo kot delo.

Predzadnja, šesta zastavljena hipoteza pravi, da se bo miselna naravnost posameznikov med in po karanteni razlikovala. Statistično značilne razlike so se pokazale pri dimenzijah obseg pozornosti, odprtost za izkušnje in razpoloženje.

Pri obsegu pozornosti so se statistično značilne razlike pokazale pri primerjavi 2. tedna po karanteni s 1. in 2. tednom karantene, kar pomeni, da je pozornost bila statistično značilno različna med in po karanteni. Posamezniki so potemtakem v prvem in drugem tednu karantene imeli bolj specifično usmerjeno pozornost v primerjavi z dvema tednoma po karanteni. To pomeni, da so udeleženci med karanteno bili bolj nagnjeni k razmišljanju o podrobnostih – o delu nečesa in manj o celotni situaciji. V začetnih tednih karantene se je v medijih veliko govorilo o epidemiji in z njo povezani karanteni, kar lahko vpliva na to, da so posamezniki bili bolj nagnjeni k zaznavanju in razmišljanju o podrobnostih (o COVID-19 in manj o drugih stvareh).

Pri odprtosti za izkušnje so statistično značilne razlike bile pri primerjavi 2. tedna karantene s 1. tednom karantene in 2. tednom po karanteni. V drugem tednu karantene so torej posamezniki imeli bolj poudarjene raziskovalne interese v primerjavi s 1. tednom karantene, kar bi lahko pomenilo, da so se posamezniki dobro prilagodili na novonastalo situacijo in so zato bili bolj odprti za raziskovanje novosti, so bili bolj radovedni in odprti za učenje. Morda, so se udeleženci po karanteni opirali na že obstajajoče znanje in rutine t.j. vračanje v službe, šolanje otrok v izobraževalnih institucijah ipd. (Efuribe idr., 2020; Fegert idr., 2020), ki so jih imeli pred razglasitvijo epidemije, kar bi lahko pojasnilo statistično značilno razliko v primerjavi 2. tedna karantene z 2. tednom po karanteni.

Razlika med tedni v razpoloženju se je pokazala pri primerjavi 2. tedna po karanteni in 2. tednom karantene in sicer pokaže se, da so bili posamezniki bolj negativnega razpoloženja 2. tedna po karanteni kot 2. teden karantene. Tudi to lahko navežemo z ugotovitvami Efuribeta idr. (2020) in Fegerta idr. (2020), ki poročajo o povečanih obremenitvah (novih skrbah) po koncu karantene oziroma v času umirjanja razmer, kar vpliva na posameznikovo razpoloženje. Poleg tega se ta rezultat povezuje s prejšnjo ugotovitvijo pri dimenziji odprtosti za izkušnje, saj Herz idr. (2020) pravijo, da se bo oseba v okviru miselne naravnosti verjetno bolj odprto in raziskovalno odzvala na nove dogodke, če bo pozitivno razpoložena v primerjavi s časi, ko je negativno razpoložena, kar se sklada z rezultati naše raziskave, saj so v 2. tednu karantene, ko so posamezniki poročali o bolj pozitivnem razpoloženju, bili tudi bolj odprti za nove izkušnje.

Pri dimenziji obseg misli se kaže tendenca razlike med 2. tednom po karanteni in 1. tednom karantene ($Z = -1,953$; $p = 0,051$), kar je mejno statistično značilno. Razlike pri obsegu misli torej so in kažejo na to, da so posamezniki imeli bolj ozek obseg misli v 1. tednu karantene v primerjavi z 2. tednom po karanteni, kar lahko navežemo s prejšnjimi ugotovitvami pri obsegu pozornosti. Med karanteno (1. in 2. teden karantene) je bilo značilno zaznavanje in razmišljanje o podrobnostih, neprestano premišljevanje in posvečanje pozornosti eni situaciji pa lahko v ekstremnih situacijah pripelje do ruminacij in obsesij.

Pri dimenziji razpon zaznavanja, rezultati niso pokazali statistično značilne razlike med in po karanteni.

Šesto hipotezo smo delno potrdili, saj se razlike v eni dimenziji miselne naravnosti niso izrazile kot statistično pomembne.

Sedma hipoteza, ki smo jo zastavili pravi, da bosta akutno čustvovanje (akutni stres) in miselna naravnost korelirala. V prvem tednu karantene so vse dimenzije miselne naravnosti statistično značilno povezovala z vsaj štirimi komponentami stresa. Obseg pozornosti in obseg misli sta imela statistično značilne pozitivne povezave z vsemi komponentami stresa, kar pomeni, da je višja raven (samopercepcije) stresa bila povezana z bolj specifično usmerjeno pozornostjo oziroma bolj ozko miselnostjo t.j. razmišljanje o podrobnostih, usmerjanje na že znan konstrukt, usmerjenost na eno nalogo in posvečanje pozornosti vedno istim stvarim. Morda so posamezniki v prvem tednu karantene bolj ozko razmišljali in imeli bolj specifično usmerjeno percepcijo, ker se je v medijih in drugod veliko govorilo o COVID-19 (neprestane novice o novih okužbah, poročanje stanja okužb v drugih državah, posledice okužbe ipd.) in ni presenetljivo, da bi potemtakem posamezniki neprestano razmišljali o epidemiji in o bolezni COVID-19. Poleg tega, se lahko ob prisotnosti strahu pred okužbo (kar potrjujejo rezultati druge hipoteze), pojavijo neprestane negativne misli oz. premišljevanje o morebitni okužbi, kar povzroča stres.

V prvem tednu le komponenta odtujenost ni bila statistično značilno povezana z razponom zaznavanja, pri ostalih komponentah stresa se je izkazalo, da večji kot je občutek stresa bolj na posameznikovo pozornost vplivajo napovedi torej, bolj se opirajo na pretekle spomine ali na pričakovanja. To bi lahko pomenilo, da je višja raven stresa vpliva na zaznavanje tako, da so posamezniki prijete informacije pretvorili v napovedi (pričakovanja), kakšen bo nadaljnji potek karantene in epidemije. Glede na to, da so informacije bile večinoma negativne in da posamezniki niso imeli zanesljivih informacij glede nadaljevanja karantene (nezmožnost nadzora prihodnosti) so bila posledično tudi pričakovanja in napovedi (glede nadaljevanja karantene in epidemije) negativna. Kot smo že omenili, so posamezniki v prvem tednu bolj ozko razmišljali in imeli bolj specifično pozornost (zaradi prekomernega

razmišljanja o situaciji COVID-19). Ruminativno razmišljanje (o COVID-19) in razmišljanje usmerjeno v podrobnosti pa lahko vplivata na podkrepitev negativnih pričakovanj in negativnih napovedi glede karantene. Negativna zanka, ki pri tem nastane (ruminativno razmišljanje, negativne napovedi in pozornost usmerjena na podrobnosti – na situacijo COVID-19), lahko poslabša posameznikovo razpoloženje in posledično vpliva na višje ravni stresa. Rezultati analize, kažejo tudi to, da so posamezniki v prvem tednu karantene občutili višjo raven stresa na čustveni in telesni komponenti ali so se počutili bolj odtujene, ko je bilo njihovo razpoloženje bolj negativno.

V povezavi z dimenzijo odprtosti za izkušnje se pokaže, da ta negativno korelira z rezultatom samopercepcije stresa na vedenjski, čustveni, telesni komponenti in odtujenosti, kar pomeni, da so udeleženci z višjo ravno stresa bili bolj nagnjeni k izkoriščanju že znanih informacij in vedenju v skladu z rutinami. To pa morda zato, ker v začetnih tednih karantene še ni bilo verodostojnih informacij oz. je bilo veliko dezinformacij o delovanju, zaščiti in posledicah takrat novi bolezni COVID-19. Udeleženci z višjim nivojem stresa so se tako slabše prilagodili situaciji in bili manj situacijsko radovedni (radovednost vezana na COVID-19), kar se sklada s tem, da so ruminativno razmišljali o podrobnostih ter že znanih informacijah in niso raziskovali novosti, kar vodi v negativno razpoloženje in nezmožnost kompleksnega razumevanja morebitnih posledic karantene.

Tudi v drugem tednu karantene so vse dimenzije miselne naravnosti statistično značilno korelirale z vsaj eno komponento stresa. Razpon zaznavanja (ponovno) statistično značilno korelira z vsemi komponentami stresa, razpoloženje pa le s telesno komponento – bolj so posamezniki občutili stres na telesni ravni, bolj negativno je bilo njihovo razpoloženje. Višja zaznava stresa na vedenjski, čustveni in kognitivni komponenti ter odtujenosti je bila statistično pozitivno povezana z obsegom pozornosti, kar spet nakazuje, da imajo posamezniki, ki občutijo več stresa bolj specifično usmerjeno pozornost. Nagnjenost k ozkemu obsegu misli je bila značilna, ko so posamezniki občutili višje ravni stresa na vedenjski, čustveni in kognitivni komponenti. Odprtost za izkušnje je negativno korelirala s čustveno in kognitivno komponento. Zanašanje na že znane informacije in rutine je bilo tako značilno za udeležence, ki so občutili več stresa na omenjenima komponentama v drugem tednu karantene.

Dva tedna po karanteni odprtost za izkušnje ni bila statistično značilno povezana z nobeno komponento stresa, sta pa obseg misli in obseg pozornosti statistično značilno pozitivno povezani z vsemi komponentami stresa, enako kot prvi teden karantene. Razpon zaznavanja je v primerjavi z rezultati med karanteno, pozitivno korelirala z le eno komponento stresa in sicer vedenjsko komponento, razpoloženje pa obratno kot v drugem tednu karantene, ni statistično koreliralo s telesno komponento stresa, z ostalimi komponentami pa je kazala

statistično značilne negativne povezave – višja raven stresa kaže na bolj negativno razpoloženje.

To, da se v določenih situacijah razlike pokažejo v drugih pa ne, oz. da se v določenem trenutku ene dimenzije statistično povezujejo s komponentami stresa druge ne, kaže na to, da obstajajo edinstvene okoliščine, kjer dimenzije miselne naravnosti niso tesno povezane med seboj in se ne spreminjajo vedno hkrati, na kar opozarjajo tudi Herz idr. (2020).

Če pogledamo vse statistično značilne povezave, (prvi teden karantene, drugi teden karantene in dva tedna po karanteni), se čisto vsaka dimenzija miselne naravnosti statistično značilno povezuje z vsako komponento stresa, vendar se v določenih situacijah izrazijo v drugih pa ne (npr. razpon zaznavanja v 1. tednu karantene ne korelira z odtujenostjo, v 2. tednu karantene pa korelirata). Zaradi omenjenih statistično značilnih povezav, ki pa se niso pokazale pri vseh primerjanjih smo zadnjo, sedmo hipotezo delno potrdili.

Pri interpretaciji in podajanju ugotovitev naše raziskave je potrebno upoštevati tudi omejitve, ki jih ima raziskava. Naša raziskava je analizirala doživljanje in soočanje s pandemijo COVID-19 v Sloveniji pri starših šoloobveznih otrok. Ugotovitve naše raziskave zato ne moremo posploševati na celotno populacijo. Ena izmed omejitev je bila določitev konca karantene. Uradno je v Sloveniji bila epidemija preklicana 31.5.2020, vendar so določeni ukrepi, ki so še veljali lahko imeli še vedno močan vpliv na posameznikovo življenje. Zato smo za konec karantene sami določili datum in sicer v začetku meseca junija, ko so se v vrtce in šole vrnili vsi otroci, kar je predstavljalo točko, kjer so udeleženci imeli »enake pogoje« glede preklica šolanja od doma in s tem manj obremenjenosti z učno pomočjo. Ker smo na začetku razglasitve karantene mislili, da bo le ta trajala manj časa, smo raziskavo zasnovali tako, da je merjenje stresa in miselne naravnosti potekalo le 1. in 2. teden karantene. Začetna zasnova raziskave ni predvidevala, da se bo karantena podaljševala, zato nismo merili omenjenih parametrov v nadaljnjih tednih karantene, kar je omejitev naše raziskave, saj bi nam podatki, ki bi jih dobili z nadaljnjim raziskovanjem podali širšo sliko o tem, kako so se posamezniki soočali in spoprijemali s karanteno. Ena izmed omejitev je tudi nenatančnost udeležencev pri dajanju vzorcev sline, navkljub natančnim navodilom. Udeleženci bi morali takoj ob prebujanju dati prvi vzorec in naslednjega čez natanko 30 minut. Predvidevamo, da posamezniki niso oddali vzorca takoj ob prebujanju, saj se je pri analizi vzorcev sline pokazalo, da so bile vrednosti CAR negativne (vrednost kortizola drugega vzorčenja je bilo nižje kot vrednost prvega), kar se lahko zgodi, če posamezniki niso oddali prvi vzorec sline takoj ob prebujanju in je zamuda prve oddaje pomenila kasnejšo oddajo drugega vzorca sline kar pomeni, da nismo dobili podatka o najvišji vrednosti kortizola (po 30 minutah po prebujanju), ki bi ga moral zajeti drugi vzorec sline. Nastalo

situacijo smo rešili tako, da smo izračunali povprečno vrednost kortizola, maksimalni kortizol in kortizolno odzivnost za vsako oddajo vzorca posebej in v analizah uporabili te podatke. Ker so posamezniki po zaključeni raziskavi izpolnjene vprašalnike po pošti poslali na dogovorjen naslov, so se nekateri vprašalniki na žalost izgubili, pri analizi pa se je pripetilo, da je ponekod manjkal vzorec sline ali pa ga je bilo premalo, da bi iz njega lahko pridobili kortizol za analizo podatkov, kar sta še dve omejitvi naše raziskave.

5 SKLEP

Pandemija COVID-19 je predstavljala predstavlja (in še predstavlja) globalni izziv. Virus se je zelo hitro razširil po vsem svetu, kar je povzročilo velike spremembe v skoraj vseh vidikih življenja posameznikov. Dokazi o preteklih epidemijah ali pandemijah virusov in trenutnem izbruhu SARS-CoV-2 kažejo na visoko stopnjo razširjenosti težav z duševnim zdravjem, ki se lahko kažejo kot kratkoročne ali dolgoročne posledice (Brooks idr., 2020). Z raziskavo smo želeli raziskati, kako so posamezniki doživljali epidemijo COVID-19 in kako so se z njo soočili.

Rezultati naše raziskave so delno potrdili pet hipotez, dve pa so zavrnil:

H1: Stopnja stresa, merjena preko kortizola, se med karanteno in po karanteni ni statistično značilno razlikovala. Vseeno pa je bila maksimalna koncentracija kortizola merjena med karanteno višja od tiste po karanteni. Skupna stopnja stresa merjena preko vprašalnika se med in po karanteni ni statistično značilno razlikovala, vendar je bila stopnja stresa med karanteno višja za določene komponente stresa. Statistično značilne razlike med in po karanteni smo tako pokazali za kognitivni in telesni stres ter odtujenost. Hipotezo smo delno potrdili.

H2: Samopercepcija stresa je bila statistično značilno povezana s posameznikovim dojemanjem o nevarnosti okužbe. Bolj kot so se udeleženci bali okužbe, več stresa so občutili. Stopnja stresa merjena preko kortizola ni bila povezana s posameznikovim strahom pred okužbo. Hipotezo smo delno potrdili.

H3: Strah pred okužbo družinskega člana ni bil statistično značilno povezan niti s stopnjo stresa merjeno preko kortizola, niti s stopnjo stresa merjeno preko vprašalnika, zato smo tretjo hipotezo zavrnil.

H4: Stopnja negotovosti glede finančnih posledic se je statistično značilno povezovala s samopercepcijo stresa, ni pa statistično značilno korelirala s stresom merjenim preko kortizola. Hipotezo smo delno potrdili.

H5: Posameznikovo doživljanje prostega časa med karanteno ni statistično značilno koreliralo s stresom (samopercepcijo in koncentraciji kortizola), zato smo peto hipotezo zavrnil.

H6: Štiri dimenzije miselne naravnosti (razpoloženje, odprtost za izkušnje, obseg misli in obseg pozornosti) so se statistično značilno razlikovale med karanteno in po karanteni. Pri

dimenziji razpon zaznavanja pa ni bilo statistično značilnih razlik. Hipotezo smo delno sprejeli.

H7: Če pogledamo komponente stresa (kognitivna, telesna, čustvena, vedenjska komponenta in odtujenost) in dimenzije miselne naravnosti (razpoloženje, odprtost za izkušnje, obseg pozornosti, obseg misli in razpon zaznavanja) se med njimi kažejo statistično značilne povezave (čisto vsaka dimenzija miselne naravnosti je statistično značilno korelirala z vsako komponento stresa), vendar so se v določenih situacijah izrazile v drugih ne (npr. razpon zaznavanja v 1. tednu karantene ne korelira z odtujenostjo, v 2. tednu karantene pa korelirata). Zaradi omenjenih statistično značilnih povezav, ki pa se niso pokazale pri vseh primerjanjih smo zadnjo, sedmo hipotezo delno potrdili.

Zavrnilo smo dve hipotezi in sicer drugo in peto hipotezo, ki pravita da bosta strah pred okužbo družinskega člana oziroma preživljanje prostega časa vplivala na nivo stresa med karanteno. Merjenje je potekalo čisto na začetku karantene, ko je situacija zgedala obvladljiva in kratkotrajna, kar je lahko vplivalo na to, da posamezniki niso občutili veliko mero stresa. Poleg tega pa je stres zelo individualen, kar pomeni, da ni nujno, da je karantena vsem posameznikom predstavljala stresno situacijo. Najverjetneje so tudi individualne razlike v dojetanju prostega časa vplivale na to, da nismo dobili statistično značilnih rezultatov pri analizi pete hipoteze.

Stopnja stresa merjena preko kortizola ni bila statistično značilno povezana s potencialnimi stresorji (okužba, prenos okužbe itd) in se ni statistično značilno razlikovala med in po karanteni. Možno je, da so posamezniki imeli neprestan nizek ali visok nivo kortizola, kar lahko nakazuje na nepravilno delovanje HPA osi oziroma na to, da so nekateri udeleženci pod kroničnim stresom, izgorevajo ali so izgoreli. Povrh tega pa nam kortizol prikazuje splošen (skupen) stres in obstaja možnost, da specifični stresorji ne vplivajo toliko na celokupen kortizol, da bi se pokazale statistično značilne razlike oz. povezave.

Največ stresa (samopercepcija) sta posameznikom povzročila strah pred okužbo in negotovost glede finančnih posledic karantene. Glede na rezultate korelacije med dojetanjem nevarnosti okužbe sebe in stopnjo stresa med karanteno bi bilo smiselno ljudem ponuditi ustrezno psihoedukacijo in jih podučiti o ustreznem samozaščitnem vedenju. Komunikacija o zaščitnem vedenju in navsezadnje tudi psihoedukacija morata biti jasna in nedvoumna, saj lahko negotovost in slabo informiranje povečata občutke stresa. Poleg vsega omenjenega je posameznike treba podučiti, kdaj poiskati pomoč in navsezadnje nuditi psihosocialno podporo vsem, ki jo potrebujejo.

Glede na to, da rezultati kažejo, da negotovost glede finančnih posledic vpliva na samopercepcijo stresa, kar lahko prinaša dolgotrajne posledice na duševnem zdravju, bi bilo smiselno, da posameznikom, v kolikor je možno, institucije pomagajo s finančnimi nadomestili in podporo. Smiselno bi bilo, da se tako delodajalci kot uslužbenci udeležijo delavnic in se informirajo glede dela od doma in drugih sprememb, ki jih karantena prinaša na področju dela.

Empirični del naše raziskave delno potrjuje domnevo, da je bila miselna naravnost posameznikov med karanteno različna od miselne naravnosti po karanteni. Hkrati smo delno dokazali, da so komponente stresa in dimenzije miselne naravnosti medsebojno povezane. Izmerjene dimenzije miselne naravnosti v naši raziskavi veljajo za posameznike v konkretni COVID-19 situaciji, v kakšni drugi situaciji, bi lahko bile povsem drugačne.

Zanimivo bi bilo preveriti, kako so posamezniki drugih ranljivih skupin (otroci in mladostniki, starejši odrasli, zdravstveni delavci ipd.) doživljali epidemijo COVID-19 in kako so se z njo soočali. Rezultati teh raziskav bi strokovnjakom na področju duševnega zdravja podali pomembne informacije, ki bi jim bile v pomoč pri zastavljanju konkretnih načrtov in napotkov, kako pomagati posameznikom, na kaj biti še posebej pozorni (kateri stresorji so za določeno skupino »najbolj nevarni«) in pri promociji duševnega zdravja, kot preventivo pred negativnimi dejavniki, ki jih za seboj prinašajo izredne razmere, kot je epidemija COVID-19.

6 VIRI

Adadms, E. L., Smith, D., Caccavale, L. J. in Bean, M. K. (2020). Parents are stressed! Patterns of parent stress across COVID-19. *Research square*, rs.3.rs-66730. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-66730/v2>

Adhikari, S., Meng, S., Wu, Y., Mao, Y., Ye, R., Wang, Q., Sun, C., Sylvia, S., Rozelle, S., Raat, H. in Zhou H. (2020). Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infectious Diseases Of Poverty*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00646-x>

Afshar, H., Roohafza, H. R., Keshteli, A. H., Mazaheri, M., Feizi, A. in Adibi, P. (2015). The association of personality traits and coping styles according to stress level. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 20(4), 353–358.

Aguiar, M., Hurst, E. in Karabarbounis, L. (2013). Time Use During the Great Recession. *American Economic Review*, 103(5), 1664-1696. <https://doi.org/10.1257/aer.103.5.1664>

Akbar, R. (n.d.). *Ten health issues WHO will tackle this year*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Amerio, A., Bianchi, D., Santi, F., Costantini, L., Odone, A., Signorelli, C., Costanza, A., Serafini, G., Amore, M. in Aguglia, A. (2020). Covid-19 pandemic impact on mental health: a web-based cross-sectional survey on a sample of Italian general practitioners. *Acta Biomed*, 91(2), 83-88. doi: 10.23750/abm.v91i2.9619

Bai, Y., Lin, C., Lin, C., Chen, J., Chue, C. in Chou, P. (2004). Survey of Stress Reactions Among Health Care Workers Involved With the SARS Outbreak. *Psychiatric Services*, 55(9), 1055-1057. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.9.1055>

Bar, M. (2021). From Objects to Unified Minds. Current Directions. *Psychological Science*, 30(2), 129-137. <https://doi.org/10.1177/0963721420984403>

Bar, M. (2020). Wanted: Architecture for changing minds. *Physics Of Life Reviews*, 36, 35-36. <https://doi.org/10.1016/j.plrev.2020.08.004>

Baum A. in Grunberg N. (1997). Measurement of stress hormones. V S. Cohen, R. C. Kessler, in L. U. Gordon (ur). *Measuring stress: A guide for health and social scientists* (str. 175-192). New York: Oxford University Press.

Bavel, J. J. V., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., Crockett, M. J., Crum, A. J., Douglas, K. M., Druckman, J. N., Drury, J., Dube, O., Ellemers, N., Finkel, E. J., Fowler, J. H., Gelfand, M., Han, S., Haslam, S. A., Jetten, J., ...in Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4(5), 460-471. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>

Bøe, T., Serlachius, A., Sivertsen, B., Petrie, K. in Hysing, M. (2017). Cumulative effects of negative life events and family stress on children's mental health: the Bergen Child Study. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 53(1), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1451-4>

Brodeur, A., Clark, A., Fleche, S. in Powdthavee, N. (2021). COVID-19, lockdowns and well-being: Evidence from Google Trends. *Journal Of Public Economics*, 193, 104346. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104346>

Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. in Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8)

Brown, E., Gray, R., Lo Monaco, S., O'Donoghue, B., Nelson, B., Thompson, A., Francey, S. in McGorry, P. (2020). The potential impact of COVID-19 on psychosis: A rapid review of contemporary epidemic and pandemic research. *Schizophrenia Research*, 222, 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.005>

Brown, K., Hoye, R. in Nicholson, M. (2012). Self-Esteem, Self-Efficacy, and Social Connectedness as Mediators of the Relationship Between Volunteering and Well-Being. *Journal Of Social Service Research*, 38(4), 468-483. <https://doi.org/10.1080/01488376.2012.687706>

Calarco, J., Anderson, E., Meanwell, E. in Knopf, A. (2020). "Let's Not Pretend It's Fun": How COVID-19-Related School and Childcare Closures are Damaging Mothers' Well-Being. <https://doi.org/10.31235/osf.io/jyvk4>

Caleo, G., Duncombe, J., Jephcott, F., Lokuge, K., Mills, C., Looijen, E., Theoharaki, F., Kremer, R., Kleijer, K., Squire, J., Lamin, M., Stringer, B., Weiss, H. A., Culli, D., Di Tanna, G. L. in Greig, J. (2018). The factors affecting household transmission dynamics and community compliance with Ebola control measures: a mixed-methods study in a rural village in Sierra Leone. *BMC Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5158-6>.

Calvo, M. in Gutiérrez-García, A. (2016). Cognition and Stress. V G. Fink, *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*. 139-143. Academic Press, an imprint of Elsevier.

Campbell, H., Tivarus, M., Hillier, A. in Beversdorf, D. (2008). Increased task difficulty results in greater impact of noradrenergic modulation of cognitive flexibility. *Pharmacology Biochemistry And Behavior*, 88(3), 222-229. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2007.08.003>

Canadian Mental Health Association. (2020). *COVID-19 effects on the mental health of vulnerable populations*. <https://cmhastarttalking.ca/news/covid-19-effects-on-the-mental-health-of-vulnerable-populations>

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J. in Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>

Capone, V., Caso, D., Donizzetti, A. in Procentese, F. (2020). University Student Mental Well-Being during COVID-19 Outbreak: What Are the Relationships between Information Seeking, Perceived Risk and Personal Resources Related to the Academic Context?. *Sustainability*, 12(17), 7039. <https://doi.org/10.3390/su12177039>

Carmassi, C., Foghi, C., Dell'Oste, V., Cordone, A., Bertelloni, C., Bui, E. in Dell'Osso, L. (2020). PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 292, 113312. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113312>

Casagrande, M., Favieri, F., Tambelli, R. in Forte, G. (2020). The enemy who sealed the world: effects quarantine due to the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in the Italian population. *Sleep Medicine*, 75, 12-20. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.05.011>.

Cava, M., Fay, K., Beanlands, H., McCay, E. in Wignall, R. (2005). The Experience of Quarantine for Individuals Affected by SARS in Toronto. *Public Health Nursing*, 22(5), 398-406. <https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2005.220504.x>

Centres for Disease Control and Prevention. (2021). *History of Quarantine*. <https://www.cdc.gov/quarantine/historyquarantine.html>

Chang, S., Stuckler, D., Yip, P. in Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*, 347. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5239>

Chrousos, G. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature Reviews Endocrinology*, 5(7), 374-381. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2009.106>

Cindrić B. (2016). *Problematika stresa na delovnem mestu medicinskih sester*. [Magistrsko delo]. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za upravo.

Colizzi, M., Bortoletto, R., Silvestri, M., Mondini, F., Puttini, E., Cainelli, C., Gaudino, R., Ruggeri, M. in Zoccante, L. (2020). Medically unexplained symptoms in the times of COVID-19 pandemic: A case-report. *Brain, Behavior, & Immunity - Health*, 5. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100073>

Conger, R., Conger, K., Elder, G., Lorenz, F., Simons, R. in Whitbeck, L. (1992). A Family Process Model of Economic Hardship and Adjustment of Early Adolescent Boys. *Child Development*, 63(3), 526-541. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1992.tb01644.x>

Conrad, C. (2011). *The handbook of stress*. Wiley-Blackwell.

Cudjoe, T., K., M. in Kotwal, A., A. (2020). "Social distancing" amid a crisis in social isolation and loneliness. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68 (6), E27–E29. <https://doi.org/10.1111/jgs.16527>

Ćosić, K., Popovic, S., Sarlija, M. in Kesedzic, I. (2020). Impact of human disasters and covid-19 pandemic on mental health: potential of digital psychiatry. *Psychiatria Danubina*, 32(1), 25-31. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.25>

Daly, M., Sutin, A. R. in Robinson, E. (2020). Longitudinal changes in mental health and the COVID-19 pandemic: evidence from the UK Household Longitudinal Study. *Psychological Medicine*, 1–10. <https://doi.org/10.1017/s0033291720004432>

de Lima, C., Cândido, E. L., da Silva, J. A., Albuquerque, L. V., Soares, L. M., do Nascimento, M. M., de Oliveira, S. A. in Neto, M. (2020). Effects of quarantine on mental health of populations affected by Covid-19. *Journal of Affective Disorders*, 275 , 253–254. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.063>

De Vente, W., Olf, M., Van Amsterdam, J. G., Kamphuis, J. H. in Emmelkamp, P. M. (2003). Physiological differences between burnout patients and healthy controls: blood pressure, heart rate, and cortisol responses. *Occupational and environmental medicine*, 60, i54–i61. https://doi.org/10.1136/oem.60.suppl_1.i54

Dernovšek M. Z., Gorenc M. in Jeriček H. (2006). *Ko te stresa stres: kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje*. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije: Ljubljana.

Desclaux, A., Badji, D., Ndione, A. in Sow, K. (2017). Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal. *Social Science & Medicine*, 178, 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.009>

DiGiovanni, C., Conley, J., Chiu, D. in Zaborski, J. (2004). Factors Influencing Compliance with Quarantine in Toronto During the 2003 SARS Outbreak. *Biosecurity And Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, And Science*, 2(4), 265-272. <https://doi.org/10.1089/bsp.2004.2.265>

Dong, L. in Bouey, J. (2020). Public Mental Health Crisis during COVID-19 Pandemic, China. *Emerging Infectious Diseases*, 26(7), 1616-1618. <https://doi.org/10.3201/eid2607.200407>

Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M., Chatterjee, S., Lahiri, D. in Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(5), 779-788. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035>

Dugdale, J. in Lemiale, V. (2021). Citizens' behaviours related to smoke in bushfires and their implications for computational models of evacuation. *Proceedings Of The 54Th Hawaii International Conference On System Sciences*, 2226-2234. <https://doi.org/10.24251/hicss.2021.273>

Efuribe, C., Barre-Hemingway, M., Vaghefi, E. in Suleiman, A. B. (2020). Coping with the COVID-19 crisis: A call for youth engagement and the inclusion of young people in matters that affect their lives. *The Journal of Adolescent Health*, 67 (1), 16–17. <https://doi.org/10.1016/j.jadoheal- th.2020.04.009>

Elizarrarás-Rivas, J., Vargas-Mendoza, J., Mayoral-García, M., Matadamas-Zarate, C., Elizarrarás-Cruz, A., Taylor, M. in Agho, K. (2010). Psychological response of family members of patients hospitalised for influenza A/H1N1 in Oaxaca, Mexico. *BMC Psychiatry*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-10-104>

Esterwood, E. in Saeed, S. (2020). Past Epidemics, Natural Disasters, COVID19, and Mental Health: Learning from History as we Deal with the Present and Prepare for the Future. *Psychiatric Quarterly*, 91(4), 1121-1133. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09808-4>

Fancourt, D. in Finn, S. (2019). *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 67).

Fancourt, D., Opher, S. in de Oliveira, C. (2019). Fixed-Effects Analyses of Time-Varying Associations between Hobbies and Depression in a Longitudinal Cohort Study: Support for Social Prescribing?. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 89(2), 111-113. <https://doi.org/10.1159/000503571>

Fancourt, D., Steptoe, A. in Bu, F. (2020). Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 141-149. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30482-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30482-x)

Fegert, J., Vitiello, B., Plener, P. in Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child And Adolescent Psychiatry And Mental Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>

Fekete, C., Siegrist, J., Post, M. in Brinkhof, M. (2019). Productive activities, mental health and quality of life in disability: exploring the role enhancement and the role strain hypotheses. *BMC Psychology*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0276-6>

Fink, G. (2016). Stress, Definitions, Mechanisms, and Effects Outlined. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, And Behavior*, 3-11. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-800951-2.00001-7>

Fink, G. (2009). Stress: Definition and History. *Encyclopedia Of Neuroscience*, 549-555. <https://doi.org/10.1016/b978-008045046-9.00076-0>

Fiorillo, A. in Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>

Fontanesi, L., Marchetti, D., Mazza, C., Di Giandomenico, S., Roma, P. in Verrocchio, M. (2020). The effect of the COVID-19 lockdown on parents: A call to adopt urgent measures. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*, 12(S1), S79-S81. <https://doi.org/10.1037/tra0000672>

Frelih, T. (2012). *Preiskava izbruha*. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/preiskava_izbruha.pdf.

Galer, N. (2012). *Sindrom adrenalne izgorelosti pedagoških strokovnih delavcev*. [Diplomsko delo]. Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta, Maribor

García-Álvarez L., de la Fuente-Tomás L., García-Portilla M. P., Sáiz P.A., Lacasa C.M., Dal Santo F., González-Blanco L., Bobes-Bascarán M.T., García M.V., Vázquez C.Á., Iglesias Á.V., Cao C.M., Fernández A.G., Bascarán Fernández M.T., Fernández A.P., Revuelta J.R., Zazo E.S., Madera P.Z., Álvarez M.S., Sánchez, Á. P., ...in Bobes J. (2020). Early psychological impact of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) pandemic and lockdown in a large Spanish sample. *Journal Of Global Health*, 10(2). <https://doi.org/10.7189/jogh.10.020505>

Gautam, M., Thakrar, A., Akinyemi, E. in Mahr, G. (2020). Current and Future Challenges in the Delivery of Mental Healthcare during COVID-19. *SN Comprehensive Clinical Medicine*, 2(7), 865-870. <https://doi.org/10.1007/s42399-020-00348-3>

Goodwin, R., Gaines, S., Myers, L. in Neto, F. (2010). Initial Psychological Responses to Swine Flu. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 18(2), 88-92. <https://doi.org/10.1007/s12529-010-9083-z>

Goodwin, R., Haque, S., Neto, F. in Myers, L. (2009). Initial psychological responses to Influenza A, H1N1 ("Swine flu"). *BMC Infectious Diseases*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2334-9-166>

GOV.SI. (2021a). *Koronavirus* (SARS-CoV-2). <https://www.gov.si/teme/koronavirus-sars-cov-2/>

GOV.SI. (2021b). *Measures to contain the spread of COVID-19 infections*. <https://www.gov.si/en/topics/coronavirus-disease-covid-19/measures-to-contain-the-spread-of-covid-19-infections/>

Goyal, K., Chauhan, P., Chhikara, K., Gupta, P. in Singh, M. (2020). Fear of COVID 2019: First suicidal case in India !. *Asian Journal Of Psychiatry*, 49, 101989. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101989>

Greenberg, N. (2002). Causes and Consequences of Stress. *Integrative And Comparative Biology*, 42(3), 508-516. <https://doi.org/10.1093/icb/42.3.508>

Griffith, A. (2020). Parental Burnout and Child Maltreatment During the COVID-19 Pandemic. *Journal Of Family Violence*. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00172-2>

Grossi, G., Perski, A., Ekstedt, M., Johansson, T., Lindström, M. in Holm, K. (2005). The morning salivary cortisol response in burnout. *Journal Of Psychosomatic Research*, 59(2), 103-111. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.02.009>

Hannibal, K. E. in Bishop, M. D. (2014). Chronic stress, cortisol dysfunction, and pain: a psychoneuroendocrine rationale for stress management in pain rehabilitation. *Physical therapy*, 94(12), 1816–1825. <https://doi.org/10.2522/ptj.20130597>

Hawryluck, L., Gold, W., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S. in Styra, R. (2004). SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206-1212. doi: 10.3201/eid1007.030703

Hayes, S., Priestley, J., Ishmakhametov, N. in Ray, H. (2020). "I'm not Working from Home, I'm Living at Work": Perceived Stress and Work-Related Burnout before and during COVID-19. <https://doi.org/10.31234/osf.io/vnkwa>

Heenan, A. in Troje, N. (2014). Both Physical Exercise and Progressive Muscle Relaxation Reduce the Facing-the-Viewer Bias in Biological Motion Perception. *Plos ONE*, 9(7), e99902. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0099902>

Helms, J., Kremer, S., Merdji, H., Clere-Jehl, R., Schenck, M., Kummerlen, C., Collange, O., Boulay, C., Fafi-Kremer, S., Ohana, M., Anheim, M. in Meziani, F. (2020). Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection. *New England Journal Of Medicine*, 382(23), 2268-2270. <https://doi.org/10.1056/nejmc2008597>

Herz, N., Baror, S. in Bar, M. (2020). Overarching States of Mind. *Trends In Cognitive Sciences*, 24(3), 184-199. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2019.12.015>

Hiraoka, D. in Tomoda, A. (2020). Relationship between parenting stress and school closures due to the COVID -19 pandemic. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, 74(9), 497-498. <https://doi.org/10.1111/pcn.13088>

Hirst, R. B., Jordan, J. T., Schüssler-Fiorenza Rose, S. M., Schneider, L., Kawai, M., Gould, C. E., Anker, L., Chick, C. F., Beaudreau, S. A., Hallmayer, J. in O'hara, R. (2020). The 5-HTTLPR long allele predicts two-year longitudinal increases in cortisol and declines in verbal memory in older adults. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 35(9), 982-988. <https://doi.org/10.1002/gps.5319>

Ho, C., Chee, C. in Ho, R. (2020). Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of CoronavirusDisease 2019 (COVID-19) Beyond Paranoia and Panic. *Annals Of The Academy Of Medicine*, 49(3), 155-160. <https://doi.org/10.47102/annals-acadmedsg.202043>

Huber, S. in Helm, C. (2020). COVID-19 and schooling: evaluation, assessment and accountability in times of crises—reacting quickly to explore key issues for policy, practice and research with the school barometer. *Educational Assessment, Evaluation And Accountability*, 32(2), 237-270. <https://doi.org/10.1007/s11092-020-09322-y>

Huebener, M., Waights, S., Spiess, C., Siegel, N. in Wagner, G. (2021). Parental well-being in times of Covid-19 in Germany. *Review Of Economics Of The Household*, 19(1), 91-122. <https://doi.org/10.1007/s11150-020-09529-4>

International Labour Organization. (2020). *ILO Monitor: COVID-19 and the world of work*. Third edition. Geneva: ILO.
https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/impactsandresponses/WCMS_745963/lang--en/index.htm

Jassim, G., Jameel, M., Brennan, E., Yusuf, M., Hasan, N. in Alwatani, Y. (2021). Psychological Impact of COVID-19, Isolation, and Quarantine: A Cross-Sectional Study. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*, 17, 1413-1421.
<https://doi.org/10.2147/ndt.s311018>

Jeong, H., Yim, H., Song, Y., Ki, M., Min, J., Cho, J. in Chae, J. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiology And Health*, 38, e2016048. <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>

Jessop, D. in Turner-Cobb, J. (2008). Measurement and meaning of salivary cortisol: A focus on health and disease in children. *Stress*, 11(1), 1-14.
<https://doi.org/10.1080/10253890701365527>

Johnson, M., Skjerdingsstad, N., Ebrahimi, O., Hoffart, A. in Johnson, S. (2020). Parenting in a Pandemic: Parental Stress During the Physical Distancing Intervention Following the onset of the COVID-19 Outbreak. <https://doi.org/10.31234/osf.io/3nsda>

Jones, J. in Salathé, M. (2009). Early Assessment of Anxiety and Behavioral Response to Novel Swine-Origin Influenza A(H1N1). *Plos ONE*, 4(12), e8032.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0008032>

Hacin Beyazoglu, K., Bertogna, T., Hostnik, L., Jakopič T., Škoda, K., Zakelšek M. in Fekonja U. (2020). Težave in izzivi družin z otroki v zgodnjem in srednjem otroštvu med karanteno zaradi epidemije COVID-19. V Lep, Ž. in Hacin Beyazoglu, K. (ur.), *Psihologija pandemije: posamezniki in družba v času koronske krize*. Filozofska fakulteta, Univerza v Ljubljani. Oddelek za psihologijo. <https://e-knjige.ff.uni-lj.si/znanstvena-zalozba/catalog/download/243/347/5746-1?inline=1>

Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H. in Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), e14. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30047-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30047-x)

Kaniasty, K. (2020). Social support, interpersonal, and community dynamics following disasters caused by natural hazards. *Current Opinion In Psychology*, 32, 105-109. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.07.026>

Kar, S., Yasir Arafat, S., Kabir, R., Sharma, P. in Saxena, S. (2020). Coping with Mental Health Challenges During COVID-19. *Medical Virology: From Pathogenesis To Disease Control*, 199-213. https://doi.org/10.1007/978-981-15-4814-7_16

Kavčič, T., Avsec, A. in Zager Kocjan, G. (2020). Od začetka do konca uradne epidemije COVID-19 v Sloveniji: stresorji, stres in blagostanje. V Lep, Ž. in Hacin Beyazoglu, K. (ur.), *Psihologija pandemije: posamezniki in družba v času koronske krize*. Zdravstvena fakulteta, Univerza v Ljubljani. Filozofska fakulteta, Univerza v Ljubljani. Oddelek za psihologijo. <https://e-knjige.ff.uni-lj.si/znanstvena-zalozba/catalog/download/243/347/5746-1?inline=1>

Khalid, I., Khalid, T., Qabajah, M., Barnard, A. in Qushmaq, I. (2016). Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. *Clinical Medicine & Research*, 14(1), 7-14. <https://doi.org/10.3121/cmr.2016.1303>

King J.A., Rosal M.C., Ma Y., Reed G., Kelly T.A., Stanek E.J. in Ockene I.S. (2000). Sequence and seasonal effects of salivary cortisol. *Behav Med.*, 26(2), 67-73. doi: 10.1080/08964280009595753.

King, S. in Hegadoren, K. (2002). Stress Hormones: How Do They Measure Up?. *Biological Research For Nursing*, 4(2), 92-103. <https://doi.org/10.1177/1099800402238334>

Kirschbaum, C. in Hellhammer, D. (1989). Salivary Cortisol in Psychobiological Research: An Overview. *Neuropsychobiology*, 22(3), 150-169. <https://doi.org/10.1159/000118611>

Koçak, O., Koçak, Ö. in Younis, M. (2021). The Psychological Consequences of COVID-19 Fear and the Moderator Effects of Individuals' Underlying Illness and Witnessing Infected Friends and Family. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 18(4), 1836. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041836>

Koopman, C., Classen, C., Cardeña, E. in Spiegel, D. (1995). When disaster strikes, acute stress disorder may follow. *Journal Of Traumatic Stress*, 8(1), 29-46. <https://doi.org/10.1002/jts.2490080103>

Kravos, K. (2017). *Določitev koncentracije kortizola v slini s tandemsko masno spektrometrijo za opredelitev odziva na stres pri pediatričnih bolnikih s sladkorno boleznijo tipa I* [Magistrsko delo]. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo, Ljubljana.

Krug, E., Kresnow, M., Peddicord, J., Dahlberg, L., Powell, K., Crosby, A. in Annett, J. (1999). Retraction: Suicide after Natural Disasters. *New England Journal Of Medicine*, 340(2), 148-149. <https://doi.org/10.1056/nejm199901143400213>

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z. in Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.

Lavrič, M., Gomboc, V., Krohne, N., Podlogar, T., Poštuvan, V., Zadavec Šedivy, N. in de Leo, D. (2020, 24.-25. september). *Skrbi, pozitivne spremembe in predlogi za psihološko podporo v času epidemije COVID-19: Tematska analiza* [prispevek na konferenci]. 4. Rostoharjevi dnevi: Psihološki pogledi na pandemijo COVID-19, Ljubljana.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

Lee, T., Chi, I., Chung, L. in Chou, K. (2006). Ageing and psychological response during the post-SARS period. *Aging & Mental Health*, 10(3), 303-311. <https://doi.org/10.1080/13607860600638545>

Lee, A. M., Wong, J. G., Mcalonan, G. M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P. C., Chu, C., Wong, P., Tsang, K. W. in Chua, S. E. (2007). Stress and Psychological Distress among SARS Survivors 1 Year after the Outbreak. *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 52(4), 233-240. <https://doi.org/10.1177/070674370705200405>

Lee, S., Chan, L., Chau, A., Kwok, K. in Kleinman, A. (2005). The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens. *Social Science & Medicine*, 61(9), 2038-2046. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.04.010>

Lep, Ž., Damnjanović, K., Ilić, S., Teovanović, P. in Hacin Beyazoglu K. (2020). HomoPostpandemicus: vedenjski in čustveni odzivi na pandemijo COVID-19 po koncu prvega vala v Srbiji. V Lep, Ž. in Hacin Beyazoglu, K. (ur.), *Psihologija pandemije: posamezniki in družba v času koronske krize*. Filozofska fakulteta, Univerza v Ljubljani. Oddelek za psihologijo. <https://e-knjige.ff.uni-lj.si/znanstvena-zalozba/catalog/download/243/347/5746-1?inline=1>

Li, W., Yang, Y., Liu, Z., Zhao, Y., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T. in Xiang, Y. (2020). Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *International Journal Of Biological Sciences*, 16(10), 1732-1738. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45120>

Liu, Q., Luo, D., Haase, J. E., Guo, Q., Wang, X. Q., Liu, S., Xia, L., Liu, Z., Yang, J. In Yang, B. X. (2020). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *The Lancet Global Health*, 8(6), e790-e798. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30204-7)

Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M. N., Borwick, C. in Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>.

López Steinmetz, L., Leyes, C., Dutto Florio, M., Fong, S., López Steinmetz, R. in Godoy, J. (2021). Mental Health Impacts in Argentinean College Students During COVID-19 Quarantine. *Frontiers In Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.557880>

Lötsch, F., Schnyder, J., Goorhuis, A. in Grobusch, M. (2017). Neuropsychological long-term sequelae of Ebola virus disease survivors – A systematic review. *Travel Medicine And Infectious Disease*, 18, 18-23. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2017.05.001>

Lubans, D., Richards, J., Hillman, C., Faulkner, G., Beauchamp, M., Nilsson, M., M., Kelly, P., Smith, J., Raine, L. in And Biddle, S. (2016). Physical Activity for Cognitive and Mental Health in Youth: A Systematic Review of Mechanisms. *PEDIATRICS*, 138(3), e20161642-e20161642. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1642>

Manderscheid, R., Silbergeld, S. in Dager, E. (1975). Alienation: A Response to Stress. *Journal Of Cybernetics*, 5(1), 91-105. <https://doi.org/10.1080/01969727508546083>

Marjanovic, Z., Greenglass, E. in Coffey, S. (2007). The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: An online questionnaire survey. *International Journal Of Nursing Studies*, 44(6), 991-998. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.02.012>

Masarik, A. in Conger, R. (2017). Stress and child development: a review of the Family Stress Model. *Current Opinion In Psychology*, 13, 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.05.008>

Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J., Verhaeghe, L. M., Steinberg, R. in Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*, 168(10), 1245–1251.

McCrory, A. (2020) 'What a Coronacoaster!' Navigating primary science education in primary schools during the ongoing COVID-19 pandemic: EYFS and primary school teacher perspectives on the affective and pedagogical impacts of the pandemic. *Journal of Emergent Science*, 19, 6-18.

Mellor, D., Hayashi, Y., Firth, L., Stokes, M., Chambers, S. in Cummins, R. (2008). Volunteering and Well-Being: Do Self-Esteem, Optimism, and Perceived Control Mediate the Relationship?. *Journal Of Social Service Research*, 34(4), 61-70. <https://doi.org/10.1080/01488370802162483>

Mihashi, M., Otsubo, Y., Yinjuan, X., Nagatomi, K., Hoshiko, M. in Ishitake, T. (2009). Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak. *Health Psychology*, 28(1), 91-100. <https://doi.org/10.1037/a0013674>

Mikolajczak, M., Brianda, M., Avalosse, H. in Roskam, I. (2018). Consequences of parental burnout: Its specific effect on child neglect and violence. *Child Abuse & Neglect*, 80, 134-145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.025>

Mohammed, A., Sheikh, T. L., Gidado, S., Poggensee, G., Nguku, P., Olayinka, A., Ohuabunwo, C., Waziri, N., Shuaib, F., Adeyemi, J., Uzoma, O., Ahmed, A., Doherty, F., Nyanti, S. B., Nzuki, C. K., Nasidi, A., Oyemakinde, A., Oguntimehin, O., Abdus-Salam, I. A. in Obiako, R. O. (2015). An evaluation of psychological distress and social support of survivors and contacts of Ebola virus disease infection and their relatives in Lagos, Nigeria: a cross sectional study – 2014. *BMC Public Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2167-6>

Morales-Rodríguez, F. (2021). Fear, Stress, Resilience and Coping Strategies during COVID-19 in Spanish University Students. *Sustainability*, 13(11), 5824. <https://doi.org/10.3390/su13115824>

Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., Cannon, M., Correll, C. U., Byrne, L., Carr, S., Chen, E. Y. H., Gorwood, P., Johnson, S., Kärkkäinen, H., Krystal, J. H., Lee, J., Lieberman, J., López-Jaramillo, C., Männikkö, M., Phillips, M. R., Uchida, H., Vieta, E., Vita, A. in Arango, C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 813-824. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30307-2)

Morris, R. in Fillenz, M. (2003). *Neuroscience: the Science of the Brain*. (1. izd.). British Neuroscience Association.

Murison, R. (2016). The Neurobiology of Stress. *Neuroscience Of Pain, Stress, And Emotion*, 29-49. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-800538-5.00002-9>

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2021). *Pandemija covid-19 v sloveniji Izsledki panelne spletne raziskave o vplivu pandemije na življenje*, 8. val. https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/panda_porocilo_po_8._valu_koncno_1.pdf

Nolen-Hoeksema, S. in Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 61(1), 115-121. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>

Oatley, K. (1999). Why Fiction May be Twice as True as Fact: Fiction as Cognitive and Emotional Simulation. *Review Of General Psychology*, 3(2), 101-117. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.3.2.101>

Odriozola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Iurtia, M. in de Luis-García, R. (2020). Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Research*, 290, 113108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113108>

Paluska, S. in Schwenk, T. (2000). Physical Activity and Mental Health. *Sports Medicine*, 29(3), 167-180. <https://doi.org/10.2165/00007256-200029030-00003>

Pan American Health Organization. (2020). *Policy Brief: The impact of COVID-19 on older persons*. <https://www.paho.org/en/documents/policy-brief-impact-covid-19-older-persons>

Park, Y. J., Choe, Y. J., Park, O., Park, S. Y., Kim, Y., Kim, J., Kweon, S., Woo, Y., Gwack, J., Kim, S. S., Lee, J., Hyun, J., Ryu, B., Jang, Y. S., Kim, H., Shin, S. H., Yi, S., Lee, S., Kim, H. K. ... Jeong, E. K. (2020). Contact Tracing during Coronavirus Disease Outbreak, South Korea. (2020). *Emerging Infectious Diseases*, 26(10), 2465-2468. <https://doi.org/10.3201/eid2610.201315>

Peeri, N. C., Shrestha, N., Rahman, M. S., Zaki, R., Tan, Z., Bibi, S., Baghbanzadeh, M., Aghamohammadi, N., Zhang, W. in Haque, U. (2020). The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned?. *International Journal Of Epidemiology*, 49(3), 717-726. <https://doi.org/10.1093/ije/dyaa033>

Pellecchia, U., Crestani, R., Decroo, T., Van den Bergh, R. in Al-Kourdi, Y. (2015). Social Consequences of Ebola Containment Measures in Liberia. *PLOS ONE*, 10(12), e0143036. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143036>

Petzold, M. B., Bendau, A., Plag, J., Pyrkosch, L., Mascarell Maricic, L., Betzler, F., Rogoll, J., Grosse, J. in Ströhle, A (2020). Risk, resilience, psychological distress, and anxiety at the beginning of the COVID-19 pandemic in Germany. *Brain And Behavior*, 10(9). <https://doi.org/10.1002/brb3.1745>

Pieh, C., Budimir, S., Delgadillo, J., Barkham, M., Fontaine, J. in Probst, T. (2020). Mental Health During COVID-19 Lockdown in the United Kingdom. *Psychosomatic Medicine*, 83(4), 328-337. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000871>

Pinkham, A., Ackerman, R., Depp, C., Harvey, P. in Moore, R. (2020). A Longitudinal Investigation of the Effects of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Individuals with Pre-existing Severe Mental Illnesses. *Psychiatry Research*, 294, 113493. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113493>

Powell, D. in Schlotz, W. (2012). Daily Life Stress and the Cortisol Awakening Response: Testing the Anticipation Hypothesis. *Plos ONE*, 7(12), e52067. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0052067>

Prime, H., Wade, M. in Browne, D. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 75(5), 631-643. <https://doi.org/10.1037/amp0000660>

Queen, D. in Harding, K. (2020). Societal pandemic burnout: A COVID legacy. *International Wound Journal*, 17, 873–874 <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>

Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F. in Escobar-Córdoba, F. (2020). Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombian Journal Of Anesthesiology*, 48(4). <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>

Reile, R., Kullamaa, L., Hallik, R., Innos, K., Kukk, M., Laidra, K., Nurk, E., Tamson, M. in Vorobjov, S. (2021). Perceived Stress During the First Wave of COVID-19 Outbreak: Results From Nationwide Cross-Sectional Study in Estonia. *Frontiers In Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.564706>

Reinders, A., Nijenhuis, E., Quak, J., Korf, J., Haaksma, J., Paans, A., Willemsen, A. T. in Den Boer, J. A. (2006). Psychobiological Characteristics of Dissociative Identity Disorder: A Symptom Provocation Study. *Biological Psychiatry*, 60(7), 730-740. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.12.019>

Reynolds, D., Garay, J., Deamond, S., Moran, M., Gold, W. in Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology And Infection*, 136(7), 997-1007. <https://doi.org/10.1017/s0950268807009156>

Rigotti, T., Yang, L., Jiang, Z., Newman, A., De Cuyper, N. in Sekiguchi, T. (2021). Work-Related Psychosocial Risk Factors and Coping Resources during the COVID-19 Crisis. *Applied Psychology*, 70(1), 3-15. <https://doi.org/10.1111/apps.12307>

Ro, J., Lee, J., Kang, S. in Jung, H. (2017). Worry experienced during the 2015 Middle East Respiratory Syndrome (MERS) pandemic in Korea. *PLOS ONE*, 12(3), e0173234. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173234>

Robertson, E., Hershenfield, K., Grace, S. in Stewart, D. (2004). The Psychosocial Effects of Being Quarantined following Exposure to SARS: A Qualitative Study of Toronto Health Care Workers. *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 49(6), 403-407. <https://doi.org/10.1177/070674370404900612>

Rogers, J., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T., McGuire, P., Fusar-Poli, P., Zandi, M. S., Lewis, G. And David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 611-627. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30203-0)

Rohleder, N., Beulen, S., Chen, E., Wolf, J. in Kirschbaum, C. (2007). Stress on the Dance Floor: The Cortisol Stress Response to Social-Evaluative Threat in Competitive Ballroom Dancers. *Personality And Social Psychology Bulletin*, 33(1), 69-84. <https://doi.org/10.1177/0146167206293986>

Rudolph, C., Allan, B., Clark, M., Hertel, G., Hirschi, A., Kunze, F., Shockley, K., Shoss, M., Sonnentag, S. in Zacher, H. (2020). Pandemics: Implications for Research and Practice in Industrial and Organizational Psychology. <https://doi.org/10.31234/osf.io/k8us2>

Santosa, C., Strong, C., Nowakowska, C., Wang, P., Rennie, C. in Ketter, T. (2007). Enhanced creativity in bipolar disorder patients: A controlled study. *Journal Of Affective Disorders*, 100(1-3), 31-39. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.10.013>

Schimmer, B. P. in Parker, K. L. (2001) Adrenocorticotrophic hormone; adrenocortical steroids and their synthetic analogs; inhibitors of the synthesis and actions of adrenocortical hormones. V Gilman, A.G., Hardman, J.G. in Limbird, L.E. (ur). *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 10th Edition, The McGraw-Hill Companies, New York, 1635-1648

Schlotz, W., Hellhammer, J., Schulz, P. in Stone, A. (2004). Perceived Work Overload and Chronic Worrying Predict Weekend–Weekday Differences in the Cortisol Awakening Response. *Psychosomatic Medicine*, 66(2), 207-214. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000116715.7>

Schmidt, A., Kramer, A., Brose, A., Schmiedek, F., & Neubauer, A. (2020). Distance learning, parent-child interactions, and affective well-being of parents and children during the COVID-19 pandemic: A daily diary study. <https://doi.org/10.31234/osf.io/sntxz>

Schneiderman, N., Ironson, G. in Siegel, S. (2005). Stress and Health: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 1(1), 607-628. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141>

Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, D. E., Ye, S., Agarwal, S., Birk, J. L., Brodie, D., Cannone, D. E., Chang, B., Claassen, J., Cornelius, T., Derby, L., Dong, M., Givens, R. C., Hochman, B., Homma, S., Kronish, I. M., Lee, S. A.,... in Abdalla, M. (2020). Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General Hospital Psychiatry*, 66, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.06.007>

Shiban, Y., Fruth, M., Pauli, P., Kinateder, M., Reichenberger, J. in Mühlberger, A. (2016). Treatment effect on biases in size estimation in spider phobia. *Biological Psychology*, 121, 146-152. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2016.03.005>

Slavich, G. (2016). Psychological Stressors. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, And Behavior*, 109-115. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-800951-2.00013-3>

Sobolewski, J. in Amato, P. (2005). Economic hardship in the family of origin and children's psychological well-Being in adulthood. *Journal Of Marriage And Family*, 67(1), 141-156. <https://doi.org/10.1111/j.0022-2445.2005.00011.x>

Soga, M., Gaston, K. in Yamaura, Y. (2017). Gardening is beneficial for health: A meta-analysis. *Preventive Medicine Reports*, 5, 92-99. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.11.007>

Sommerfeld, A., Waliczek, T. in Zajicek, J. (2010). Growing Minds: Evaluating the Effect of Gardening on Quality of Life and Physical Activity Level of Older Adults. *Horttechnology*, 20(4), 705-710. <https://doi.org/10.21273/horttech.20.4.705>

Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M. in Fasolo, M. (2020). Parents' Stress and Children's Psychological Problems in Families Facing the COVID-19 Outbreak in Italy. *Frontiers In Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01713>

Sprang, G. in Silman, M. (2013). Posttraumatic Stress Disorder in Parents and Youth After Health-Related Disasters. *Disaster Medicine And Public Health Preparedness*, 7(1), 105-110. <https://doi.org/10.1017/dmp.2013.22>

Stalder, T. in Kirschbaum, C. (2012). Analysis of cortisol in hair – State of the art and future directions. *Brain, Behavior, And Immunity*, 26(7), 1019-1029. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2012.02.002>

Stangor, C. in Walinga, J. (2014). *Introduction to Psychology – 1st Canadian Edition*. Victoria, B.C.: BCcampus. <https://opentextbc.ca/introductiontopsychology/>

Starcevic, A. (2019). *Chronic stress and its effect on brain structure and connectivity*. IGI global.

Stefana, A., Youngstrom, E. A., Hopwood, C. J. in Dakanalis, A. (2020). The CO - VID-19 pandemic brings a second wave of social isolation and disrupted services. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 270 , 785–786. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01137-8>

Step toe, A. in Serwinski, B. (2016). Cortisol Awakening Response. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, And Behavior*, 277-283. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-800951-2.00034-0>

Step toe, A., Copley, M., Griffith, J. in Kirschbaum, C. (2000). Job Strain and Anger Expression Predict Early Morning Elevations in Salivary Cortisol. *Psychosomatic Medicine*, 62(2), 286-292. <https://doi.org/10.1097/00006842-200003000-00022>

Škrinjar, L. (2019). *Regulacija stresa preko joge [Zaključna naloga]*. Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije, Koper.

Špendal, N. (2009). *Koncentracija kortizola v slini kot pokazatelj stresa pri otrocih med manjšim operativnim posegom [Diplomsko delo]*. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo, Ljubljana.

Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., Di Bernardo, A., Capelli, F. in Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Rivista Di Psichiatria*, 55(3), 137-144. <https://doi.org/10.1708/3382.33569>

Tan, S. in Yip, A. (2018). Hans Selye (1907–1982): Founder of the stress theory. *Medical Journal*, 59(4), 170-171. <https://doi.org/10.11622/smedj.2018043>

Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.

Teychenne, M., Ball, K. in Salmon, J. (2010). Sedentary Behavior and Depression Among Adults: A Review. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 17(4), 246-254. <https://doi.org/10.1007/s12529-010-9075-z>

Thorell, L. B., Skoglund, C., De La Peña, A. G., Baeyens, D., Fuermaier, A. B. M., Groom, M. J., Mammarella, I. C., Van Der Oord, S., Van Den Hoofdakker, B. J., Luman, M., De Miranda, D. M., Siu, A. F. Y., Steinmayr, R., Idrees, I., Soares, L. S., Sörlin, M., Luque, J. L., Moscardino, U. M., Roch, in Christiansen, H. (2021). Parental experiences of homeschooling during the COVID-19 pandemic: differences between seven European countries and between children with and without mental health conditions. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01706-1>

Thorn, L., Hucklebridge, F., Evans, P. in Clow, A. (2006). Suspected non-adherence and weekend versus week day differences in the awakening cortisol response. *Psychoneuroendocrinology*, *31*(8), 1009-1018. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2006.05.012>

Tomat, N. (2017). Možgani pod stresom: od celic do duševnih motenj. *eSINAPSA*, *14*. https://www.sinapsa.org/eSinapsa/stevilke/2017-14/217/mozgani_pod_stresom_od_celic_do_dusevnih_motenj

Tsamakis, K., Rizos, E., Manolis, A., Chaidou, S., Kypouropoulos, S., Spartalis, E., Spandidos, D., Tsiptsios, D. in Triantafyllis, A. (2020). COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. *Experimental And Therapeutic Medicine*. <https://doi.org/10.3892/etm.2020.8646>

Tsamakis, K., Tsiptsios, D., Ouranidis, A., Mueller, C., Schizas, D., Terniotis, C., Nikolakakis, N., Tyros, G., Kypouropoulos, S., Lazaris, A., Spandidos, D., Smyrnis, N. in Rizos, E. (2021). COVID-19 and its consequences on mental health (Review). *Experimental And Therapeutic Medicine*, *21*(3). <https://doi.org/10.3892/etm.2021.9675>

• Tušak, M., Marinšek, M. in Blatnik, P. (2016). Stres in strategije učinkovitega soočanja (Stress and effective coping). V Tušak, M., Zirnstein, E. in Blatnik, P. (ur.), *Psihološki, ekonomski in pravni vidiki promocije zdravja na delovnem mestu*, 7–20. Ljubljana: Fakulteta za šport

Twenge, J. in Joiner, T. (2020). Mental distress among U.S. adults during the COVID-19 pandemic. *Journal Of Clinical Psychology*, *76*(12), 2170-2182. <https://doi.org/10.1002/jclp.23064>

Tzur Bitan, D., Grossman-Giron, A., Bloch, Y., Mayer, Y., Shiffman, N. in Mendlovic, S. (2020). Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. *Psychiatry Research*, 289, 113100. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113100>

United Nations Sustainable Development Group. (2020). *Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health*. <https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-covid-19-and-need-action-mental-health>

Utroša, P. (2015). *Kemiluminiscenca kot vir fotopolimerizacije*. [Diplomsko delo]. Univerza v Mariboru, Fakulteta za kemijo in kemijsk tehnologijo, Maribor.

Varma, P., Junge, M., Meaklim, H. in Jackson, M. (2021). Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey. *Progress In Neuro-Psychopharmacology And Biological Psychiatry*, 109, 110236. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110236>.

Vasey, M., Vilensky, M., Heath, J., Harbaugh, C., Buffington, A. in Fazio, R. (2012). It was as big as my head, I swear!. *Journal Of Anxiety Disorders*, 26(1), 20-24. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.08.009>

Vindegaard, N. in Benros, M. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, And Immunity*, 89, 531-542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>

Vinkers, C. H., Van Amelsvoort, T., Bisson, J. I., Branchi, I., Cryan, J. F., Domschke, K., Howes, O. D., Manchia, M., Pinto, L., De Quervain, D., Schmidt, M. V. In Van Der Wee, N. J. (2020). Stress resilience during the coronavirus pandemic. *European Neuropsychopharmacology*, 35, 12-16. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.05.003>

Vulić-Prtorić, A., Selak, M. in Sturnela, P. (2020). The psychological distress in students during the COVID-19 crisis: An 8-wave longitudinal study. <https://doi.org/10.31234/osf.io/vtfxg>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. in Ho, R. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Westrupp, E., Karantzas, G., Macdonald, J. A., Olive, L., Youssef, G. J., Greenwood, C., Sciberras, E., Fuller-Tyszkiewicz, M., Mikocka-Walus, A., Ling, M., Cummins, R., Hutchinson, D., Melvin, G. A., Fernando, J., Teague, S., Wood, A., Toumbourou, J., Berkowitz, T. S., Linardon, J., ... Olsson, C. (2020). Study Protocol for the COVID-19 Pandemic Adjustment Survey (CPAS): A Longitudinal Study of Australian Parents of a Child 0–18 Years. *Frontiers In Psychiatry, 11*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.555750>

World Health Organization. (2020a). *Origin of SARS-CoV-2, 26 March 2020*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332197>.

World Health Organization. (2020b). *Virus origin / Origins of the SARS-CoV-2 virus*. World Health Organization. <https://www.who.int/health-topics/coronavirus/origins-of-the-virus>.

Wu, K., Chan, S. in Ma, T. (2005). Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Journal Of Traumatic Stress, 18*(1), 39-42. <https://doi.org/10.1002/jts.20004>

Wüst, S., Federenko, I., Hellhammer, D. in Kirschbaum, C. (2000). Genetic factors, perceived chronic stress, and the free cortisol response to awakening. *Psychoneuroendocrinology, 25*(7), 707-720. [https://doi.org/10.1016/s0306-4530\(00\)00021-4](https://doi.org/10.1016/s0306-4530(00)00021-4)

Xiang, Y., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T. in Ng, C. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry, 7*(3), 228-229. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30046-8)

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A. in McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal Of Affective Disorders, 277*, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

Xu, J., Zheng, Y., Wang, M., Zhao, J., Zhan, Q., Fu, M., Wang, Q., Xiao, J. in Cheng, Y. (2011). Predictors of symptoms of posttraumatic stress in Chinese university students during the 2009 H1N1 influenza pandemic. *Medical Science Monitor, 17*(7), PH60-PH64. <https://doi.org/10.12659/msm.881836>

Yang, Y., Li, W., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T. in Xiang, Y. (2020). Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e19. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30079-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30079-1)

Yao, H., Chen, J. in Xu, Y. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e21. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30090-0)

Yi, Y., Lagniton, P., Ye, S., Li, E. in Xu, R. (2020). COVID-19: what has been learned and to be learned about the novel coronavirus disease. *International Journal Of Biological Sciences*, 16(10), 1753-1766. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45134>

Yuen, H., Huang, P., Burik, J. in Smith, T. (2008). Impact of Participating in Volunteer Activities for Residents Living in Long-Term-Care Facilities. *American Journal Of Occupational Therapy*, 62(1), 71-76. <https://doi.org/10.5014/ajot.62.1.71>

Zacks, J., Speer, N., Swallow, K., Braver, T. in Reynolds, J. (2007). Event perception: A mind-brain perspective. *Psychological Bulletin*, 133(2), 273-293. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.2.273>

Zhang, J., Lu, H., Zeng, H., Zhang, S., Du, Q., Jiang, T. in Du, B. (2020). The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain, Behavior, And Immunity*, 87, 49-50. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.031>

Zhang, W., Wang, K., Yin, L., Zhao, W., Xue, Q., Peng, M., Min, B., Tian, Q., Leng, H., Du, J., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F., Yan, T., Dong, H., Han, Y., Wang, Y., Cosci, F. in Wang, H. (2020). Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 89(4), 242-250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

Zhou, M., Hertog, E., Kolpashnikova, K. in Kan, M. (2020). Gender inequalities: Changes in income, time use and well-being before and during the UK COVID-19 lockdown. <https://doi.org/10.31235/osf.io/u8ytc>

Ziherl, S. (2015). *Stresne motnje in obvladovanje stresa*. Psihiatrična bolnišnica Begunje. <https://www.pb-begunje.si/gradiva/Ziherl1351439582197.pdf>

Zürcher, S. J., Kerksieck, P., Adamus, C., Burr, C. M., Lehmann, A. I., Huber, F. K., & Richter, D. (2020). Prevalence of Mental Health Problems During Virus Epidemics in the General Public, Health Care Workers and Survivors: A Rapid Review of the Evidence. *Frontiers in public health*, 8, 560389. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.560389>

IZJAVA O AVTORSTVU MAGISTRSKEGA DELA

Spodaj podpisana Lea Krajnc, z vpisno številko 89182035, vpisana v študijski program Biopsihologija, 2. stopnja, sem avtorica magistrskega dela z naslovom:

Akutni stresni odziv in miselna naravnost: doživljanje in soočanje s karanteno med epidemijo COVID-19

S svojim podpisom zagotavljam, da je predloženo magistrsko delo izključno rezultat mojega lastnega dela. Prav tako se zavedam, da je predstavljanje tujih del kot mojih lastnih kaznivo po zakonu.

Soglašam z objavo elektronske verzije magistrskega dela v zbirki »Dela FAMNIT« ter zagotavljam, da je elektronska oblika magistrskega dela identična tiskani.

Lea Krajnc

PRILOGE

PRILOGA A *Socioemografski vprašalnik*

Datum: _____ Moja številka: _____

1. Obkroži spol: Ž M drugo

2. Starost: _____ let

3. Izobrazba:

- A) Osnovna šola.
- B) 3 - letna srednja šola (poklicna).
- C) 4 - letna srednja šola.
- D) Fakultetna izobrazba (1. bolonjska stopnja).
- E) Magisterij (2. bolonjska stopnja) / univerzitetna izobrazba.
- F) Doktorat znanosti, magisterij (pred bolonjsko prenovitvijo).

4. Koliko ljudi živi z vami v skupnem gospodinjstvu? _____

5. Koliko otrok živi z vami, njihova starost in spol?

Spol: M Ž; starost _____ Spol: M Ž; starost _____
Spol: M Ž; starost _____ Spol: M Ž; starost _____

6. Koliko časa ste v zadnjem partnerskem odnosu? _____

7. Kje živite?

- A) Mesto nad 100.000 ljudi (npr. Ljubljana, Maribor).
- B) Mesto med 20.000 in 50.000 ljudi (npr. Koper, Kranj, Celje, Novo mesto, Ptuj, Velenje).
- C) Mesto med 10.000 in 20.000 ljudi (npr. Trbovlje, Škofja Loka, Nova Gorica, Murska Sobota, Kamnik, Jesenice, Izola, Domžale).
- D) Mesto med 5.000 in 10.000 ljudi (npr. Ajdovščina, Bled, Črnomelj, Grosuplje, Idrija, Kočevje, Krško, Litija, Logatec, Postojna, Slovenj Gradec, Vrhnika).
- E) Mesto med 1.000 do 5.000 ljudi (Železniki, Žalec, Vipava, Tolmin, Šoštanj, Piran, Ormož, Metlika, Ljutomer, Lendava, Ilirska Bistrica).
- F) Naselje pod 1.000 ljudi.

8. Vrsta zaposlitve:

- A) Brezposeln (nadaljujte pri vprašanju 15).
- B) Študent (nadaljujte pri vprašanju 15).
- C) Samozaposlen.
- D) Javni sektor - določen čas - nedoločen čas (podčrtajte).
- E) Privatni sektor - določen čas - nedoločen čas (podčrtajte).
- F) Drugo_____

9. Področje zaposlitve:

- A) Šolstvo.
- B) Turizem.
- C) Zdravstvo.
- D) Trgovina.
- E) Storitve (npr. frizerstvo, gradbeništvo, avtomehanika).
- F) Proizvodnja.
- G) Mediji.
- I) Drugo: _____.

10. Čas zaposlitve oz. dela na trenutnem delovnem mestu (približno število let):_____

11. Ali vam vaša narava vašega dela (služba) omogoča delo od doma?

- A) DA, vse kar delam v službi, lahko delam tudi doma.
- B) DA, večino tega kar delam v službi, lahko delam tudi doma.
- C) Nekatere stvari lahko delam doma, drugih ne morem (~50:50).
- D) NE, večine tega kar delam v službi, doma ne morem narediti.
- E) NE, doma ne morem narediti ničesar, kar delam v službi.
- F) Drugo:_____

12. Če delate od doma, ali imate izpolnjene vse pogoje za delo od doma?

- A) DA, imam vse pogoje.
- B) NE, nimam (ustreznega) lastnega računalnika.
- C) NE, nimam dovolj dobre internetne povezave.
- D) NE, nimam primerne prostora.
- E) NE, nimam dovolj časa (npr. pomoč otrokom pri šolanju, gospodinjstvo).
- F) Drugo:_____

13. Kako bo z vašim zaslužkom zaradi »karantene«?

- A) Več kot prej.
- B) Podobno kot prej.
- C) Malo manj kot prej.
- D) Približno pol manj kot prej.
- E) Veliko manj kot prej.
- F) Bom na popolni izgubi.
- G) Drugo: _____

14. Ocenite, kako močno vas trenutno skrbi finančna situacija po "karanteni" (0 - sploh me ne skrbi, 1 - nekoliko me skrbi, 2 - zmerno me skrbi, 3 - precej me skrbi, 4 - močno me skrbi) ?

0 1 2 3 4

15. Pri naštetih dejavnostih označite ali so za vas prejšnji teden predstavljale večjo obremenitev kot pred epidemijo (1 - veliko manjšo, 2 - nekoliko manjšo, 3 - enako, 4 - nekoliko večjo, 5 - veliko večjo) ter kako močan stres zaradi omenjene obremenitve ste doživljali (0 – stres ni prisoten, 1 - veliko manjši stres, 2 - nekoliko manjši, 3 – enako močan stres, 4 - nekoliko večji, 5 - veliko večji stres).

Dejavnost	Mera obremenitve	Moč stresa
Delo, vezano na službo	1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Poučevanje otrok (pomoč)	1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Gospodinjstvo	1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Pomoč drugim (npr. starejšim, staršem, prijateljem)	1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Varstvo otrok	1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Prostovoljstvo	1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Drugo:	1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

16. Kam in kako pogosto ste prejšnji teden šli ven iz stanovanja (0 - nikoli; 1 – enkrat do dvakrat, 2 – trikrat do štirikrat, 3 – petkrat do šestkrat, 4 - vsakodnevno, 5 - večkrat na dan)?

Kam?	Kako pogosto?
Na balkon, teraso.	0 1 2 3 4 5
Na vrt, v atrij (ali drugam neposredno ob svoji hiši /stanovanju).	0 1 2 3 4 5
V trgovino, pošto, lekarno ipd.	0 1 2 3 4 5
Na delo (v službo).	0 1 2 3 4 5
Na sprehod (ipd.) sam/a ali v družbi družinskih članov.	0 1 2 3 4 5
Športne aktivnosti sam/a ali v družbi družinskih članov.	0 1 2 3 4 5
Šel / šla sem ven (npr. na sprehod) z osebami izven svojega gospodinjstva	0 1 2 3 4 5
Drugo:	0 1 2 3 4 5

17. Ocenite, kako močno vas je trenutno strah (0 - sploh me ni strah, 1 - nekoliko me je strah, 2 - zmerno me je strah, 3 - precej me je strah, 4 - močno me je strah), da bi zboleli za COVID-19?

0 1 2 3 4

18. Ali imate katero od spodnjih zdravstvenih telesnih težav?

- A) Imam kronične zdravstvene težave (podčrtajte ustrezen odgovor): visok pritisk, sladkorna bolezen, srčno-žilne bolezni, kronične respiratorne bolezni, rak.
- B) Možgansko-žilne bolezni.
- C) Bolezni ledvic.
- D) Imam oslabiljen imunski sistem (npr. splenektomija, jemanjem zdravila, ki zmanjšujejo imunost).
- E) Drugo: _____

19. Ocenite, kako močno vas je trenutno strah, da bi S COVID-19 okužili bližnjo osebo (0 - sploh me ni strah, 1 - nekoliko me je strah, 2 - zmerno me je strah, 3 - precej me je strah, 4 - močno me je strah)? 0 1 2 3 4

20. Ali za katerega od vaših bližnjih velja, da A - ima kronične zdravstvene težave, B - ima oslabiljen imunski sistem, C - star je nad 65 let, D - je oskrbovanec doma za ostarele/drugega socialnega zavoda. Če velja za koga od vaših bližnjih, napišite vaše sorodstveno razmerje z njimi (npr. otrok, starš)? Pri vsakemu označite, ali živite skupaj; ali ste se prejšnji teden srečali oz. ste bili v socialni interakciji z upoštevanjem varnostnih ukrepov proti širjenju COVID-19 (npr. upoštevanje varne razdalje, preko Skype) ali brez upoštevanja? (Glejte primer v tabeli.)

Sorodstveno razmerje	A, B in / ali C	Živimo skupaj (DA / NE)	Srečanje z upoštevanjem ukrepov (DA / NE)	Srečanje se brez upoštevanja ukrepov (DA / NE)
Oče	A, B, C	NE		

21. Ali ste imeli prejšnji teden kaj prostega časa (vsaj eno uro) samo zase (brez drugih družinskih članov) in v povprečju, kako pogosto (0 - nikoli; 1 – enkrat do dvakrat, 2 – trikrat do štirikrat, 3 – petkrat do šestkrat, 4 - vsakodnevno, 5 - večkrat na dan)? Sem ne štejejo aktivnosti, ki jih dojemate kot delo. V kolikor niste imeli prostega časa zase, odključajte prvo trditev.

Kaj sem delal_a sam_a v prostem času?	Kako pogosto?
Nisem imel_a prostega časa.	
ZNOTRAJ DOMA:	
Nič.	0 1 2 3 4 5
Branje.	0 1 2 3 4 5
Brskanje po svetovnem spletu (internetu).	0 1 2 3 4 5
Gledanje TV, serije, filme.	0 1 2 3 4 5
Pospravljanje.	0 1 2 3 4 5
Kuhanje, peka.	0 1 2 3 4 5
Aktivnost na socialnih omrežjih.	0 1 2 3 4 5
Igranje računalniških in drugih iger (npr. miselne igre, pasjansa, puzzle).	0 1 2 3 4 5
Sprostitutvene tehnike (npr. meditacija).	0 1 2 3 4 5
Telovadba, ples.	0 1 2 3 4 5
Poslušanje glasbe.	0 1 2 3 4 5
Ustvarjanje (npr. risanje, pisanje, šivanje).	0 1 2 3 4 5
Obiski prijateljev.	0 1 2 3 4 5
Drugo:	0 1 2 3 4 5
ZUNAJ DOMA:	
Sprehod (sam_a, s psom, nabiranje čemaža, regrata ipd.)	0 1 2 3 4 5
Urejanje vrta (tudi njive, sadovnjaka ipd.)	0 1 2 3 4 5
Ukvarjanje s športom (npr. tek, kolesarjenje).	0 1 2 3 4 5
Druženje s prijatelji.	0 1 2 3 4 5
Drugo:	0 1 2 3 4 5

22. Ali sta imela prejšnji teden skupaj s svojim partnerjem kaj prostega časa (vsaj eno uro) in v povprečju kako pogosto (0 - nikoli; 1 – enkrat do dvakrat, 2 – trikrat do štirikrat, 3 – petkrat do šestkrat, 4 - vsakodnevno, 5 - večkrat na dan)? Sem ne štejejo aktivnosti, ki jih dojemate kot delo. V kolikor niste prostega časa preživljali s partnerjem, odključajte prvo trditev.

Kaj ste delali v prostem času s partnerjem?	Kako pogosto?
Nisem imel_a prostega časa, ki bi ga preživel_a samo s partnerjem.	
ZNOTRAJ DOMA:	
Nič.	0 1 2 3 4 5
Branje (npr. knjige, časopis).	0 1 2 3 4 5
Kuhanje/pečenje.	0 1 2 3 4 5
Igra (npr. družabne igre).	0 1 2 3 4 5
Gledanje TV, serij, filmov.	0 1 2 3 4 5
Sproščanje (npr. joga, meditacija, masaža).	0 1 2 3 4 5
Telovadba, ples.	0 1 2 3 4 5
Poslušanje glasbe.	0 1 2 3 4 5
Pitje alkoholnih pijač.	0 1 2 3 4 5
Spremljanje aktualnih novic.	0 1 2 3 4 5
Poležavanje.	0 1 2 3 4 5
Drugo:	0 1 2 3 4 5
ZUNAJ DOMA:	
Sprehod.	0 1 2 3 4 5
Šport (npr. kolesarjenje, tek).	0 1 2 3 4 5
Urejanje okolice doma.	0 1 2 3 4 5
Obisk ožjih družinskih članov.	0 1 2 3 4 5
Druženje na balkonu/terasi.	0 1 2 3 4 5
Drugo:	0 1 2 3 4 5

23. Ali ste prejšnji teden s svojimi ožjimi člani družine skupaj preživljali prosti čas (vsaj eno uro) in v povprečju kako pogosto (0 - nikoli; 1 – enkrat do dvakrat, 2 – trikrat do štirikrat, 3 – petkrat do šestkrat, 4 - vsakodnevno, 5 - večkrat na dan)? Sem ne štejejo aktivnosti, ki jih dojemate kot delo. V kolikor niste imeli prostega časa, ki ga lahko preživljate z družino, obkljukajte prvo trditev.

Kaj sem počel_a z družino?	Kako pogosto?
Nisem imel_a prostega časa, ki bi ga preživel sam_a z družino.	
ZNOTRAJ DOMA:	
Nič.	0 1 2 3 4 5
Poslušanje glasbe.	0 1 2 3 4 5
Telovadba, ples.	0 1 2 3 4 5
Ustvarjanje.	0 1 2 3 4 5
Pospravljanje.	0 1 2 3 4 5
Kuhanje/pečenje.	0 1 2 3 4 5
Igra (npr. družabne igre).	0 1 2 3 4 5
Gledanje TV, serij, filmov.	0 1 2 3 4 5
Sproščanje (Npr. joga, meditacija).	0 1 2 3 4 5
Drugo:	0 1 2 3 4 5
ZUNAJ DOMA:	
Sprehod.	0 1 2 3 4 5
Obisk ožjih družinskih članov.	0 1 2 3 4 5
Urejanje okolice doma.	0 1 2 3 4 5
Šport (npr. kolesarjenje, tek).	0 1 2 3 4 5
Druženje na balkonu/terasi.	0 1 2 3 4 5
Drugo:	0 1 2 3 4 5

24. Preko katerih orodij ste prejšnji teden komunicirali z drugimi (izven doma) in s kakšnim namenom? Kako pogosto (0 – nikoli, 1 – enkrat do dvakrat, 2 – trikrat do štirikrat, 3 – petkrat do šestkrat, 4 - vsakodnevno, 5 - večkrat na dan)?

Orodja	Kako pogosto za službene namene?	Kako pogosto za druge namene?
Tekstovno komuniciranje: Viber, Messenger, sms, mms, WhatsApp	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Komuniciranje preko objav na socialnih omrežjih: Facebook, Twitter, Instagram, ...	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Videokonferenčna orodja: Skype, Zoom...	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Po telefonu (telefonski klici)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Drugo:	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

25. Ali ste se v družini dobro razumeli?

- A) Da, večinoma.
- B) Da, vendar smo se kar pogosto sporekli.
- C) Še kar.
- D) Ne, pogosto smo se sporekli.
- E) Ne, večinoma smo bili ločeni in med sabo smo le malo komunicirali.
- F) Drugo: _____

26. Če je prihajalo do konfliktov, ocenite med katerimi člani se je to največkrat zgodilo?

- A) Ni prihajalo do konfliktov oz. je bilo teh malo.
- B) Med partnerjema.
- C) Med starši in otroki.
- D) Med otroki.
- E) Drugo: _____

27. Če je prišlo do konfliktov, kaj jih je najpogosteje povzročilo? Naštejte 3 najbolj pogoste vzroke.

**28. Ali je v vaši družini član, ki potrebuje več pomoči (telesne ali duševne motnje, daljša / huda bolezen, razvojne posebnosti ipd.)? DA
NE**

29. Kako pogosto ste prejšnji teden spremljali informacije o COVID-19?

- A) Skoraj nikoli.
- B) Enkrat na teden.
- C) Nekajkrat na teden.
- D) Enkrat dnevno.
- E) Večkrat dnevno.
- F) Drugo: _____

30. Katere medije ste uporabljali za dostop do informacij povezanih s COVID-19, kako pogosto (0 – nikoli, 1 – enkrat do dvakrat, 2 – trikrat do štirikrat, 3 – petkrat do šestkrat, 4 - vsakodnevno, 5 - večkrat na dan) ter koliko zaupate posameznim vsebinam (1 - sploh ne zaupam, 2 - nekoliko zaupam, 3 - srednje zaupam, 4 - večinoma zaupam, 5 - povsem zaupam)?

Vir informacij	Kako pogosto?	Vaše zaupanje
Domači časopisi (npr. Delo, Dnevnik, MMC)-tudi če so v spletni obliki	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Tuji časopisi (npr. Spiegel, Guardian, BBC, CNN)-tudi če so v spletni obliki	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Neuradni spletni viri (npr. forumi, blogi, Facebook, Youtube)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Informativne TV oddaje	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Radio	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Spleten strani vladnih ali zdravstvenih ustanov (npr. NIJZ, WHO)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Drugo:	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

31. Ali vam zaradi zaprtja večine trgovin manjka katera od dobrin ali storitev. Če je odgovor »da«, katere? Naštej 3, ki jih najbolj pogrešate (npr. frizer, trgovina s čevlji).

32. Ali se vam je v zadnjem tednu zgodil kakšen izrazito stresen dogodek, po katerem nismo vprašali? Če da, ga prosim napišite.

33. Ali imate katero od duševnih in / ali telesnih bolezni? Ali že dlje jemljete katera od zdravil, katera?

34. Naštejte 3 stvari, ki vas v tem času najbolj pomirjajo ali spravijo v dobro voljo:

35. Imate komentar, ki bi ga nam radi posredovali? če ja, ga prosim napišite.

Datum: _____ Moja številka: _____

1. Kam in kako pogosto ste šli prejšnji teden ven iz stanovanja (0 - nikoli; 1 – enkrat do dvakrat, 2 – trikrat do štirikrat, 3 – petkrat do šestkrat, 4 - vsakodnevno, 5 - večkrat na dan)?

Kam?	Kako pogosto?
Na balkon, teraso.	0 1 2 3 4 5
Na vrt, v atrij (ali drugam neposredno ob svoji hiši /stanovanju).	0 1 2 3 4 5
V trgovino, pošto, lekarno ipd.	0 1 2 3 4 5
Na delo (v službo).	0 1 2 3 4 5
Na sprehod (ipd.) sam/a ali v družbi družinskih članov.	0 1 2 3 4 5
Športne aktivnosti sam/a ali v družbi družinskih članov.	0 1 2 3 4 5
Šel / šla sem ven (npr. na sprehod) z osebami izven svojega gospodinjstva	0 1 2 3 4 5
Drugo:	0 1 2 3 4 5

2. Pri naštetih dejavnostih označite ali so za vas prejšnji teden predstavljale večjo obremenitev kot pred epidemijo (1 - veliko manjšo, 2 - nekoliko manjšo, 3 - enako, 4 - nekoliko večjo, 5 - veliko večjo) ter kako močan stres zaradi omenjene obremenitve ste doživljali (0 – stres ni prisoten, 1 - veliko manjši stres, 2 - nekoliko manjši, 3 – enako močan stres, 4 - nekoliko večji, 5 - veliko večji stres).

Dejavnost	Mera obremenitve	Moč stresa
Delo, vezano na službo	1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Poučevanje otrok (pomoč)	1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Gospodinjstvo	1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Pomoč drugim (npr. starejšim, staršem, prijateljem)	1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Varstvo otrok	1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Prostovoljstvo	1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Drugo:	1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

3. Ali ste imeli prejšnji teden kaj prostega časa (vsaj eno uro) samo zase (brez drugih družinskih članov) in v povprečju, kako pogosto (0 - nikoli; 1 – enkrat do dvakrat, 2 – trikrat do štirikrat, 3 – petkrat do šestkrat, 4 - vsakodnevno, 5 - večkrat na dan)? Sem ne štejejo aktivnosti, ki jih dojemate kot delo. V kolikor niste imeli prostega časa zase, odključajte prvo trditev.

Kaj sem delal_a sam_a v prostem času?	Kako pogosto?
Nisem imel_a prostega časa.	
ZNOTRAJ DOMA:	
Nič.	0 1 2 3 4 5
Branje.	0 1 2 3 4 5
Brskanje po svetovnem spletu (internetu).	0 1 2 3 4 5
Gledanje TV, serije, filme.	0 1 2 3 4 5
Pospravljanje.	0 1 2 3 4 5
Kuhanje, peka.	0 1 2 3 4 5
Aktivnost na socialnih omrežjih.	0 1 2 3 4 5
Igranje računalniških in drugih iger (npr. miselne igre, pasjansa, puzzle).	0 1 2 3 4 5
Sprostitutvene tehnike (npr. meditacija).	0 1 2 3 4 5
Telovadba, ples.	0 1 2 3 4 5
Poslušanje glasbe.	0 1 2 3 4 5
Ustvarjanje (npr. risanje, pisanje, šivanje).	0 1 2 3 4 5
Obiski prijateljev.	0 1 2 3 4 5
Drugo:	0 1 2 3 4 5
ZUNAJ DOMA:	
Sprehod (sam_a, s psom, nabiranje čemaža, regrata ipd.)	0 1 2 3 4 5
Urejanje vrta (tudi njive, sadovnjaka ipd.)	0 1 2 3 4 5
Ukvarjanje s športom (npr. tek, kolesarjenje).	0 1 2 3 4 5
Druženje s prijatelji.	0 1 2 3 4 5
Drugo:	0 1 2 3 4 5

4. Ali sta imela prejšnji teden skupaj s svojim partnerjem kaj prostega časa (vsaj eno uro) in v povprečju kako pogosto (0 - nikoli; 1 – enkrat do dvakrat, 2 – trikrat do štirikrat, 3 – petkrat do šestkrat, 4 - vsakodnevno, 5 - večkrat na dan)? Sem ne štejejo aktivnosti, ki jih dojemate kot delo. V kolikor niste prostega časa preživljali s partnerjem, odključajte prvo trditev.

Kaj ste delali v prostem času s partnerjem?	Kako pogosto?
Nisem imel_a prostega časa, ki bi ga preživel_a samo s partnerjem.	
ZNOTRAJ DOMA:	
Nič.	0 1 2 3 4 5
Branje (npr. knjige, časopis).	0 1 2 3 4 5
Kuhanje/pečenje.	0 1 2 3 4 5
Igra (npr. družabne igre).	0 1 2 3 4 5
Gledanje TV, serij, filmov.	0 1 2 3 4 5
Sproščanje (npr. joga, meditacija, masaža).	0 1 2 3 4 5
Telovadba, ples.	0 1 2 3 4 5
Poslušanje glasbe.	0 1 2 3 4 5
Pitje alkoholnih pijač.	0 1 2 3 4 5
Spremljanje aktualnih novic.	0 1 2 3 4 5
Poležavanje.	0 1 2 3 4 5
Drugo:	0 1 2 3 4 5
ZUNAJ DOMA:	
Sprehod.	0 1 2 3 4 5
Šport (npr. kolesarjenje, tek).	0 1 2 3 4 5
Urejanje okolice doma.	0 1 2 3 4 5
Obisk ožjih družinskih članov.	0 1 2 3 4 5
Druženje na balkonu/terasi.	0 1 2 3 4 5
Drugo:	0 1 2 3 4 5

5. Ali ste prejšnji teden s svojimi ožjimi člani družine skupaj preživljali prosti čas (vsaj eno uro) in v povprečju kako pogosto (0 - nikoli; 1 – enkrat do dvakrat, 2 – trikrat do štirikrat, 3 – petkrat do šestkrat, 4 - vsakodnevno, 5 - večkrat na dan)? Sem ne štejejo aktivnosti, ki jih dojemate kot delo. V kolikor niste imeli prostega časa, ki ga lahko preživljate z družino, obkljukajte prvo trditev.

Kaj sem počel_a z družino?	Kako pogosto?
Nisem imel_a prostega časa, ki bi ga preživel sam_a z družino.	
ZNOTRAJ DOMA:	
Nič.	0 1 2 3 4 5
Poslušanje glasbe.	0 1 2 3 4 5
Telovadba, ples.	0 1 2 3 4 5
Ustvarjanje.	0 1 2 3 4 5
Pospravljanje.	0 1 2 3 4 5
Kuhanje/pečenje.	0 1 2 3 4 5
Igra (npr. družabne igre).	0 1 2 3 4 5
Gledanje TV, serij, filmov.	0 1 2 3 4 5
Sproščanje (Npr. joga, meditacija).	0 1 2 3 4 5
Drugo:	0 1 2 3 4 5
ZUNAJ DOMA:	
Sprehod.	0 1 2 3 4 5
Obisk ožjih družinskih članov.	0 1 2 3 4 5
Urejanje okolice doma.	0 1 2 3 4 5
Šport (npr. kolesarjenje, tek).	0 1 2 3 4 5
Druženje na balkonu/terasi.	0 1 2 3 4 5
Drugo:	0 1 2 3 4 5

6. Ali ste se v družini dobro razumeli?

- A) Da, večinoma.
- B) Da, vendar smo se kar pogosto sporekli.
- C) Še kar.
- D) Ne, pogosto smo se sporekli
- E) Ne, večinoma smo bili ločeni in med sabo le malo komunicirali.
- F) Drugo: _____

7. Če je prihajalo do konfliktov, ocenite med katerimi člani se je to največkrat zgodilo?

- A) Ni prihajalo do konfliktov oz. je bilo teh malo.
- B) Med partnerjema.
- C) Med starši in otroki.
- D) Med otroki.
- E) Drugo: _____

8. Če je prišlo do konfliktov, kaj jih je najpogosteje povzročilo? Naštejte 3 najbolj pogoste vzroke.

9. Preko katerih orodij ste prejšnji teden komunicirali z drugimi (izven doma) in s kakšnim namenom? Kako pogosto (0 – nikoli, 1 – enkrat do dvakrat, 2 – trikrat do štirikrat, 3 – petkrat do šestkrat, 4 - vsakodnevno, 5 - večkrat na dan)?

Orodja	Kako pogosto za službene namene?	Kako pogosto za druge namene?
Tekstovno komuniciranje: Viber, Messenger, sms, mms, WhatsApp	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Komuniciranje preko objav na socialnih omrežjih: Facebook, Twitter, Instagram, ...	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Videokonferenčna orodja: Skype, Zoom...	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Po telefonu (telefonski klici)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Drugo:	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

10. Ocenite, kako močno vas je trenutno strah (0 - sploh me ni strah, 1 - nekoliko me je strah, 2 - zmerno me je strah, 3 - precej me je strah, 4 - močno me je strah), da bi zboleli za COVID-19?

0 1 2 3 4 5

11. Ocenite, kako močno vas je trenutno strah, da bi S COVID-19 okužili bližnjo osebo (0 - sploh me ni strah, 1 - nekoliko me je strah, 2 - zmerno me je strah, 3 - precej me je strah, 4 - močno me je strah)?

0 1 2 3 4 5

12. Ali ste bili prejšnji teden v socialnih stikih s kom od vaših bližnjih, ki A - ima kronične zdravstvene težave, B - ima oslabilen imunski sistem, C - star je nad 65 let, D - je oskrbovanec doma za ostarele ali drugega socialnega zavoda. Če ja, napišite vaše sorodstveno razmerje z njimi (npr. otrok, sorojenec, starš)? Pri vsakemu označite, ali živite skupaj; ali ste se srečali oz. ste bili v socialni interakciji z upoštevanjem varnostnih ukrepov proti širjenju COVID-19 (npr. upoštevanje varne razdalje, preko Skype) ali brez upoštevanja? (glejte primer v tabeli).

Sorodstveno razmerje	A, B in / ali C	Živimo skupaj (DA / NE)	Srečanje z upoštevanjem ukrepov (DA / NE)	Srečanje brez upoštevanja ukrepov (DA / NE)
Oče	A, B, C	NE		

13. Ocenite, kako močno vas trenutno skrbi finančna situacija po "karanteni" (0 - sploh me ne skrbi, 1 - nekoliko me skrbi, 2 - zmerno me skrbi, 3 - precej me skrbi, 4 - močno me skrbi) ?

0 1 2 3 4

14. Kako pogosto ste prejšnji teden spremljali informacije o COVID-19?

- A) Skoraj nikoli.
- B) Enkrat na teden.
- C) Nekajkrat na teden.
- D) Enkrat dnevno.
- E) Večkrat dnevno.
- F) Drugo: _____

15. Katere medije ste prejšnji teden uporabljali za dostop do informacij povezanih s COVID-19, kako pogosto (0 – nikoli, 1 – enkrat do dvakrat, 2 – trikrat do štirikrat, 3 – petkrat do šestkrat, 4 - vsakodnevno, 5 - večkrat na dan) ter koliko zaupate posameznim vsebinam (1 - sploh ne zaupam, 2 - nekoliko zaupam, 3 - srednje zaupam, 4 - večinoma zaupam, 5 - povsem zaupam)?

Vir informacij	Kako pogosto?	Vaše zaupanje
Domači časopisi (npr. Delo, Dnevnik, MMC)-tudi če so v spletni obliki	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Tuji časopisi (npr. Spiegel, Guardian, BBC, CNN)-tudi če so v spletni obliki	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Neuradni spletni viri (npr. forumi, blogi, Facebook, Youtube)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Informativne TV oddaje	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Radio	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Spleten strani vladnih ali zdravstvenih ustanov (npr. NIJZ, WHO)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
Drugo:	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

16. Ali vam zaradi zaprtja večine trgovin manjka katera od dobrin ali storitev. Če je odgovor »da«, katere? Naštej 3, ki jih najbolj pogrešate (npr. frizer, trgovina s čevlji).

17. Ali se vam je v zadnjem tednu zgodil kakšen izrazito stresen dogodek, po katerem nismo vprašali? Če da, ga prosim napišite.

18. Naštejte 3 stvari, ki vas v tem času najbolj pomirjajo ali spravijo v dobro voljo:

19. Imate komentar, ki bi ga nam radi posredovali? če ja, ga prosim napišite.

PRILOGA C *Vprašalnik o akutnem stresu*

Moja številka: _____

Datum: _____

Vprašalnik o akutnem stresu
(prirejen po Stanfordovem vprašalniku akutnega stresa in WHO-5)

NAVODILA: Spodaj je seznam doživljanj, katerih pojav je možen tekom stresnih dogodkov. Prosim, da natančno preberite spodnje trditve in ocenite, kako dobro opišejo vašo izkušnjo med epidemijo COVID-19, v zadnjem tednu. Pri ocenjevanju uporabite spodnjo šeststopenjsko lestvico od 0 (sploh se ne zgodi) do 5 (zelo pogosto se zgodi) in obkrožite številko, ki najbolj opisuje vašo izkušnjo.

	0-----	1-----	2-----	3-----	4-----	5
	Sploh se ne zgodi	Zelo redko se zgodi	Redko se zgodi	Včasih se zgodi	Pogosto se zgodi	Zelo pogosto se zgodi
1.					0	1 2 3 4 5
2.					0	1 2 3 4 5
3.					0	1 2 3 4 5
4.					0	1 2 3 4 5
5.					0	1 2 3 4 5
6.					0	1 2 3 4 5
7.					0	1 2 3 4 5
8.					0	1 2 3 4 5
9.					0	1 2 3 4 5
10.					0	1 2 3 4 5
11.					0	1 2 3 4 5
12.					0	1 2 3 4 5
13.					0	1 2 3 4 5
14.					0	1 2 3 4 5
15.					0	1 2 3 4 5
16.					0	1 2 3 4 5
17.					0	1 2 3 4 5
18.					0	1 2 3 4 5
19.					0	1 2 3 4 5

	0	1	2	3	4	5
Sploh se ne zgodi	Zelo redko se zgodi	Redko se zgodi	Včasih se zgodi	Pogosto se zgodi	Zelo pogosto se zgodi	
20. Počutim se oddaljen_a od lastnih čustev.	0	1	2	3	4	5
21. Počutim se razdražljiv_a ali imam izbruhe jeze.	0	1	2	3	4	5
22. Izogibam se stiku z ljudmi, ki me opominjajo na COVID-19.	0	1	2	3	4	5
23. Imam občutek, da bodo čustva, ki jih doživljam v trenutni situaciji, po končani karanteni še vedno prisotna.	0	1	2	3	4	5
24. Imam miselno blokado ("brain fog").	0	1	2	3	4	5
25. V času trajanja epidemije COVID-19, izgubljam občutek zavedanja sebe.	0	1	2	3	4	5
26. Zaradi situacije, povezane s COVID-19, sem v pogostejših konfliktih z drugimi ljudmi (npr. če ne upoštevajo socialne distance).	0	1	2	3	4	5
27. Imam težave s koncentracijo.	0	1	2	3	4	5
28. Počutim se odtujen_a in odmaknjen_a od drugih ljudi.	0	1	2	3	4	5
29. Zaskrbljen_a sem, da se bo sedanja situacija, povezana s COVID-19, v prihodnosti ponovila.	0	1	2	3	4	5
30. Poskušam se izogniti mestom, ki me je opominjajo na COVID-19.	0	1	2	3	4	5
31. Sem bolj vznemirjen_a.	0	1	2	3	4	5
32. Sem sproščen_a in mirn_a.	0	1	2	3	4	5
33. Prijetno mi je.	0	1	2	3	4	5
34. Čutim napetost v želodcu.	0	1	2	3	4	5
35. Srce mi hitreje in/ali močnejše bije.	0	1	2	3	4	5
36. Počutim se varno.	0	1	2	3	4	5
37. Občutim tesnobo.	0	1	2	3	4	5
38. Diham neenakomerno.	0	1	2	3	4	5
39. Počutim se nemočno.	0	1	2	3	4	5
40. Obliva me vročina.	0	1	2	3	4	5
41. Občutek imam, kot da imam cmok v grlu.	0	1	2	3	4	5
42. Ne zaupam vase.	0	1	2	3	4	5
43. Imam negativne misli.	0	1	2	3	4	5
44. Sem vesel_a in dobre volje.	0	1	2	3	4	5
45. Zbujam se svež_a in spočit_a.	0	1	2	3	4	5
46. Moje vsakodnevno življenje je zapolnjeno s stvarmi, ki me zanimajo.	0	1	2	3	4	5
47. Počutim se živahno in polno energije.	0	1	2	3	4	5
48. Če ste ženska, prosim napišite, koliko dni je preteklo od vaše zadnje menstruacije oz. ali ste noseči.						

Datum: _____

Moja številka: _____

Vprašalnik miselnih naravnosti

NAVODILA: Spodaj so opisana različna vedenja in razmišljanja. Prosimo, da natančno preberite spodnje trditve in ocenite, kako dobro opišejo vašo izkušnjo med epidemijo COVID-19, v zadnjem tednu. Pri ocenjevanju uporabite spodnjo šeststopenjsko lestvico od 0 (sploh se ne zgodi) do 5 (zelo pogosto se zgodi) in obkrožite številko, ki najbolje opisuje vašo naravnost.

	0-----	1-----	2-----	3-----	4-----	5
	Sploh se ne zgoti	Zelo redko se zgoti	Redko se zgoti	Včasih se zgoti	Pogosto se zgoti	Zelo pogosto se zgoti
1. Ko poslušam opise znakov COVID-19, je to zame bolj postranska informacija, ker vse že dovolj dobro vem.	0	1	2	3	4	5
2. Če začnem razmišljati o COVID-19, ne morem kontrolirati misli.	0	1	2	3	4	5
3. V tej situaciji sem zaskrbljen_a.	0	1	2	3	4	5
4. Ob določeni spremembi telesnega stanja bližnjega (npr. kašelj, vneto grlo), razmišljam da ima COVID-19.	0	1	2	3	4	5
5. Jezim se na tiste, ki ne spoštujejo "karantene" in ne pomislijo, da bi lahko škodili drugim.	0	1	2	3	4	5
6. Lahko imam intimna in ljubeča čustva do drugih.	0	1	2	3	4	5
7. Dokler ne bo jasno, kako se bo končala situacija s COVID-19, se ne morem resno posvetiti nobeni drugi stvari.	0	1	2	3	4	5
8. Trenutno se poskušam izogniti novim situacijam in okoljem.	0	1	2	3	4	5
9. Veliko razmišljam o preteklosti ali o prihodnosti.	0	1	2	3	4	5
10. Ljudje smo večinoma varni pred slabimi stvarmi.	0	1	2	3	4	5
11. Trenutno situacijo poskušam izkoristiti za spremembe v svojem življenju.	0	1	2	3	4	5
12. Ko poslušam poročila o simptomih COVID-19, se spominjam svojih predhodnih zdravstvenih težav.	0	1	2	3	4	5
13. "Karantena" je zame nova situacija, v kateri poskušam ohranjati predhodne vzorce.	0	1	2	3	4	5
14. Kljub situaciji s COVID-19 se brez problema ukvarjam z istimi stvarmi kot prej ali celo z novimi projekti.	0	1	2	3	4	5
15. Jezen_a sem, da moramo biti v "karanteni", kljub temu, da ni nihče od mojih bližnjih ali jaz, bolan.	0	1	2	3	4	5
16. Informacije o COVID-19 me čustveno preplavljajo.	0	1	2	3	4	5
17. Ves čas razmišljam o telesnih simptomih, značilnih za COVID-19 (npr. vnet grlo, kašelj, povišana telesna temperatura).	0	1	2	3	4	5

	0-----1-----2-----3-----4-----5					
Sploh se ne zgodi	Zelo redko se zgodi	Redko se zgodi	Včasih se zgodi	Pogosto se zgodi	Zelo pogosto se zgodi	
18. To situacijo poskušam videti kot izziv in raziskati priložnosti, ki mi jih lahko ponuja.	0	1	2	3	4	5
19. Raje iščem nove vire novic, kot pa da bi raziskal_a podrobnosti dosedanjih virov.	0	1	2	3	4	5
20. Ne zaznam telesne napetosti ali neugodja, dokler ta ni zelo močan in šele takrat postanem pozoren_a nanj.	0	1	2	3	4	5
21. Kljub težki situaciji poskušam v njej videti kakšne dobre stvari.	0	1	2	3	4	5
22. Ponovno sem začel_a delati stvari, za katere sem že predhodno vedela, da so dobre zame.	0	1	2	3	4	5
23. Če se me sedaj prekine v neki službeni aktivnosti, se le s težka vrnem k tej.	0	1	2	3	4	5
24. Imam ponavljajoče misli o težavnosti socialne izolacije.	0	1	2	3	4	5
25. Ob spremljanju novih informacij o simptomih COVID-19 sem se veliko naučil_a o virusih.	0	1	2	3	4	5
26. Težko sledim pogovorom, če je hkrati prisotnih več zvokov.	0	1	2	3	4	5
27. Ko mi bližnji poročajo o svojem zdravstvenem stanju, povsem pozabim na svoje občutke.	0	1	2	3	4	5
28. Trenutno lahko preživim dan, ne da bi razmišljal_a o svoji varnosti.	0	1	2	3	4	5
29. Ko slišim novice o COVID-19, vedno znova popravljam svoje ideje o tej bolezni.	0	1	2	3	4	5
30. Zelo sem pozoren_a, ali kdo ne nosi maske.	0	1	2	3	4	5
31. Kljub situaciji sem v splošnem dobro razpoložen_a.	0	1	2	3	4	5
32. Misli mi preskakujejo iz ene bolezni na drugo.	0	1	2	3	4	5
33. Ne čutim se dovolj samozavestno, da bi lahko sprejemal_a dobre odločitve.	0	1	2	3	4	5
34. Iščem nove načine ohranjenja imunskega sistema.	0	1	2	3	4	5
35. Imam potrebo po umiku od drugih.	0	1	2	3	4	5
36. Trenutno težko preklapljam iz ene aktivnosti na drugo.	0	1	2	3	4	5
37. Pri razmišljanju o COVID-19 so mi pomembne tudi najmanjše informacije.	0	1	2	3	4	5
38. V tem času raje ustvarjam (npr. rišem, kuham) po svoji domišljiji in idejah kot po predhodno videnih slikah (oz. receptih).	0	1	2	3	4	5
39. Moram biti zelo previden_a, saj se nikoli ne ve, kaj se še lahko zgodi.	0	1	2	3	4	5
40. Zlahka se nasmejim.	0	1	2	3	4	5
41. Izmišljujem si vedno nove igre ali aktivnost za otroke.	0	1	2	3	4	5
42. Posamezni možni simptomi COVID-19 me tako obremenjujejo, da tudi normalne telesne odzive interpretiram kot možen del bolezni (npr. jutranja sluz v nosu)	0	1	2	3	4	5
43. Zdi se mi, kot da bi bil_a v svojem svetu, odmaknjen_a od ostalega sveta.	0	1	2	3	4	5

44. Zapišite prvo besedo, ki se vam porodi ob besedni zvezi »COVID-19«: _____
45. Zapišite prvo besedo, ki se vam porodi ob besedi »otrok«: _____
46. Zapišite prvo besedo, ki se vam porodi ob besedni zvezi »socialna
distanca«: _____
47. Zapišite prvo besedo, ki se vam porodi ob besedi »služba«: _____