



Меѓународен Универзитет Визион - International Vision
University-Universiteti Ndërkombëtar Vizion-Uluslararası
Vizyon Üniversitesi

Adres: Ul. Major C. Filiposki No.1, Gostivar –
Makedonyatel: +389 42 222 325,
www.vizyon.edu.mk, info@vizyon.edu.mk

ФАКУЛТЕТ ЗА ОПШТЕСТВЕНИ НАУКИ
ДОКТОРСКА ПРОГРАМА ПО КЛИНИЧКА ПСИХОЛОГИЈА

ДОКТОРСКА ДИЗЕРТАЦИЈА

**ТЕМА: ОДНОСОТ МЕЃУ АНКСИОЗНОСТА, ДЕПРЕСИЈАТА И ПОСТ-
ТРАУМАТСКИОТ СТРЕС МЕЃУ МЕДИЦИНСКИОТ ПЕРСОНАЛ ОД
КОСОВО ВО ПЕРИОДОТ НА КОВИД-19 ВО 2020 ГОДИНА.**

Кандидат:

м-р Вальбоне Рамај

Ментор:

Проф. д-р Муса Мусаи

Гостивар, 2024

- ДОКТОРСКА ДИЗЕРТАЦИЈА -

ТЕМА: ОДНОСОТ МЕЃУ АНКСИОЗНОСТА, ДЕПРЕСИЈАТА И ПОСТ-ТРАУМАТСКИОТ СТРЕС МЕЃУ МЕДИЦИНСКИОТ ПЕРСОНАЛ ОД КОСОВО ВО ПЕРИОДОТ НА КОВИД-19 ВО 2020 ГОДИНА.

Гостивар, 2024



Меѓународен Универзитет Визион-International Vision University
Universiteti Ndërkombëtar Vizion-Uluslararası Vizyon Üniversitesi

Ментор:

Проф. д-р Муса Мусаи-----
Филозофски факултет
Универзитетот во Тетово – Тетово

Членови на комисијата:

Проф. д-р Куфли Османи (претседател)-----
Филозофски факултет
Универзитетот во Тетово – Тетово

Проф. д-р Љупчо Кеверески-----
Педагошки факултет
Универзитет св. Климент Охридски - Битола

Проф д-р Менсур Нуредин-----
Факултет за општествени науки
Меѓународен Универзитет Визион - Гостивар

Проф д-р Булент Дервиш-----
Факултет за општествени науки
Меѓународен Универзитет Визион - Гостивар

Изјава за авторство

Јас, Ваљбоне Рамај, изјавувам дека оваа работа е направена со целосна свест, почитувајќи ги научните и етичките правила за реализација на научно-истражувачката дејност, која ги опфаќа цитатите, параграфите и референтната литература, кои се споменати во трудот.

Исто така, изјавувам дека оваа работа е направена под менторство и дека идејниот проект е однапред замислен и дека никогаш досега не бил презентираан или објавен.

Во случај да се истражи каква било академска нечесност која вклучува лажни изјави, невистинити податоци, плагијат (освен во случаи на непочитување на правилата за цитирање поради невнимание или незнаење, кои се разликуваат од оние каде што нечесноста е намерна и очигледна) , авторот ќе сноси морална и правна одговорност.

Ваљбоне Рамај -----

Приштина, на 02 Фебруари 2024

Благодарност

Најпрво, му благодарам на Бога, кој ми даде можност, волја и трпение за успешно завршување на оваа студија.

Посебна благодарност и благодарност до моето семејство, кои беа мојот столб на поддршка и мотив во моето патување.

Благодарност и благодарност до професорите од мојот трет циклус студии, кои во секое време покажаа волја и трпение да ми помогнат во различни прашања.

Abstract

The aim of the research was to investigate the relationship between depression, anxiety, anxiety on the DAS axis, traumatic experiences experienced during the Covid 19 pandemic among medical (doctors, medical technicians, etc.) and non-medical (psychologists, etc.) personnel.

To provide relevant data for the study, a quantitative method was applied from which primary and important data for the research was absorbed. Primary data were collected from a total of 300 respondents employed in medical institutions from 7 cities. Regarding the involvement of the respondents, it follows that medical technical staff and doctors are the most represented with 80%, of which medical staff with 45% while doctors with 35%, followed by professional staff with 17% and other types of staff are represented with 3% .

Descriptive analysis showed that depression was present in 21.3% of respondents, while anxiety was present in 15.3%. The correlation analysis fully confirmed the expected assumption of the existence of a correlation between anxiety, depression and post-traumatic stress syndrome. The results show that 3 out of a total of 5 predictors: mental violence, illness without the possibility of help and facing death and loss of loved ones or friends. Two predictors are excluded from the set of predictors: the pandemic as a state of war and isolation whose valence is not sufficient in predicting the criterion variable. The effect size for profession is very large (0.078) on the degree of expressed anxiety and low for the degree of expressed depression (0.025) and anxiety on the DAS axis (0.040), which shows that the type of profession is much more significant for predicting anxiety and anxiety. on the DAS axis. The post-traumatic syndrome does not correlate with the sociodemographic characteristics of work experience, the age of the respondents, the level of completed education and the perception of financial income in the family. The anxiety of the DAS axis among health workers is significantly but negatively correlated with the level of education and the perception of financial income. The correlation analysis did not show significant correlations between anxiety of the DAS axis and work experience and age.

Keywords: depression, anxiety, predictors, PTSD

Резиме

Целта на истражувањето беша да се истражи односот помеѓу депресивноста, анксиозност, вознемиреност на оската ДАС, трауматските искуства доживевани за време на пандемијата со Ковид 19 кај медицински (доктори, медицински техничари и др) и немедицински (психолози и др) персонал.

За да се обезбедат релевантни податоци за студијата, беше применета квантитативна метода од која беа апсорбирани примарни и важни податоци за истражувањето. Примарни податоци беа собрани од вкупно 300 испитаника вработени во медицински установи од 7 града. Во однос на вклученоста на испитаниците, следи дека медицинскиот технички персонал и докторите се најзастапени и тоа со 80%, од кои медицинскиот персонал со 45% додека докторите 35%, следени од стручниот персонал со 17% и друг вид персонал е застапен со 3%.

Дескриптивната анализа покажа дека депресијата е присутна кај 21,3% од испитаниците додека анксиозноста 15.3%. Корелационата анализа во целост ја потврди очекуваната претпоставка за постоење на корелација помеѓу анксиозноста, депресивноста и посттрауматскиот стрес синдром. Резултатите покажуваат дека 3 од вкупно 5 предиктори: психичко насилство, заболување без можност за помош и соочување со смртта и губење на блиски или пријатели. Од сето предиктори се исклучуваат два предиктора: пандемијата како состојба на војна и изолација чија валенса не е доволна при предвидување на критериумската варијабла. Големината на ефектот за професијата е многу голема (0.078) врз степенот на изразената анксиозноста а низок за степенот на изразената депресија (0.025) и вознемиреност на оската ДАС (0.040), што покажува дека видот на професијата е многу позначаен за предвидување на анксиозност и вознемиреност на оската ДАС. Посттрауматскиот синдром, не корелира со социодемографските карактеристики работниот стаж, возраста на испитаниците, степенот на завршено образование и перцепцијата на финансиските приходи во семејството. Вознемиреноста на оската ДАС кај здравствените работници, значајно но негативно корелира со степенот на образование и со перцепцијата на финансиските приходи, Корелационата анализа не покажа значајни корелации меѓи вознемиреност на оската ДАС и работниот стаж и возраста.

Клучни зборови: депресија, анксиозност, предиктори, ПТСД

Содржина

Содржина

Абстракт	9
Резиме	10
Изјава за авторство	11
Вовед	12
I. ТЕОРЕТСКА РАМКА	11
1.1. Депресија	11
1.1.1. Концепт на депресија и депресија	11
1.2. Епидемиологија и аспекти на депресија	14
1.3. РИЗИК ФАКТОРИ ЗА РАЗВОЈ НА ДЕПРЕСИЈА	15
1.3.1. Генетски фактори	16
1.3.2. Полот	16
1.3.3. Старост	17
1.3.4. Социо-економски фактори	18
1.3.5. Семејни фактори	19
1.3.6. Стресни животни настани	20
1.3.7. Хронични заболувања	20
1.5. Клиничка слика и дијагностифицирање на депресијата	21
1.6. Анксиозност	24
1.7. Психички стресори – трауматски искуства	27
1.8. Фактори на посредување	31
1.9. Депресија, анксиозност и стрес	33
1.10. Релевантни истражувања	36
Литература	40
II. МЕТОДОЛОГИЈА И ИСТРАЖУВАЧКИ ДИЗАЈН	47
2.1. Истржувачки цели	47
2.2. Истражувачки проблем и истражувачки прашања	48
2.3. Истражувачки варијабли	51
2.4. Истражувачки хипотези	51

2.5.	Преглед на методологијата на истражување	57
2.5.1.	Техники и инструменти	59
2.6.	Популација и истражувачки примерок	59
2.6.1.	Примерок на испитаници	60
2.7.	Собирање и администрација на податоци	63
2.8.	Анализа на податоци	64
2.9.	Ограничувања на истражувањето	65
III.	РЕЗУЛТАТИ И АНАЛИЗА	66
3.1.	Дескриптивни показатели	66
3.1.1.	Дескриптивна статистика за трауматски искуства	66
3.2.	Резултати поврзани со корелациона анализа	79
3.2.1.	Интеркорелациона анализа	79
3.2.2.	Поврзаност меѓу истражувачките вариабли и социодемографските карактеристики	82
3.3.	Дескриптивна статистика	86
3.3.1.	Диференцијална статистика	86
3.2.1.	Диференцијална статистика	88
3.3.2.	Диференцијалните разлики зависно трауматските искуства	122
3.3.3.	Диференцијална статистика по однос на трауматските искуства	124
3.3.3.1.	Изолација како трауматско искуство	125
3.3.3.2.	Заболување без можност за помош како трауматско искуство	136
3.3.3.3.	Соочување со смрт како трауматско искуство	150
3.3.3.4.	Губење на блиски и пријатели како трауматско искуство	163
3.3.3.6.	Непосредна смрт на блиски како трауматско искуство	177
3.3.3.7.	Психичко наислство како трауматско искуство	191
3.4.	Предиктивна регресиона анализа	217
3.4.1.	Регресиона анализа за социодемографски карактеристики	217
3.4.2.	Регресиона анализа за трауматски искуства	223
3.4.3.	Регресиона анализа за кретејирумска варијабла: анксиозност	227
3.4.4.	Регресиона анализа за вознемиреност на оската ДАС	231
3.4.5.	Корелациона матрица и фактори на варијанса	234
IV.	ДИСКУСИЈА	237
4.1.	Дискусија на резултати од статистичка анализа	237

4.1.1	Дискусија на резултати поврзани со корелациона анализа	241
4.1.2	Дискусија по однос на разлики зависно од социодемографија	244
4.1.3.	Дискусија во однос на разлики зависно од трауматските искуства	248
4.1.4	Дискусија во однос на резултатите од регресионата анализа	256
4.2.	Ограничувања на истражувањето	258
4.3.	Препораки	260
	Литература	262
	ПРИЛОГ	267

Вовед

Пандемијата COVID-19 е посебна и ретка ситуација. Тоа може да влијае на луѓето физички, но и психолошки. Првпат беше идентификуван во Вухан, главниот град на кинеската провинција Хубеи, откако луѓето почнаа да развиваат пневмонија без очигледна причина и за кои постоечките вакцини или третмани не беа ефективни. Вирусот покажа докази за пренос од човек на човек, а неговата стапка на пренос (стапка на зараза) почна да ескалира во средината на јануари 2020 година, со неколку земји во Европа, Северна Америка и Азија Пацифик. Периодот на инкубација (времето од изложување до развој на симптоми) на вирусот е помеѓу два и десет дена, а останува да се утврди дали е заразен во тој период.

Симптомите вклучуваат треска, кашлање и отежнато дишење, а тоа може да биде фатално. Како резултат на оваа пандемија, многу луѓе доживуваат стресни реакции, анксиозност и депресија. За да се вратиме во новата нормала откако ќе помине пандемијата, имаме два вида трендови. Од една страна имаме копнеж и глад за работите што не ги правевме во карантинските месеци, од друга страна имаме вознемиреност и неизвесност да ги промениме нашите вообичаени рутини научени во периодот на карантин. Исто така, овој период беше проследен и продолжува со присуство на непријатни психолошки ситуации.

Посттрауматско стресно растројство (ПТСД) е психијатриско нарушување кое може да се појави кај луѓе кои доживеале или биле сведоци на трауматски настан како природна катастрофа, сериозна несреќа, терористички чин, војна или насилен личен напад. Повеќето луѓе кои поминуваат низ трауматски настани може да имаат привремени тешкотии да се справат, но со текот на времето и добрата грижа за себе, тие обично стануваат подобри. Ако симптомите се влошат, траат со месеци или дури години и го попречуваат нивното секојдневно функционирање, тие може да имаат ПТСД.

Оваа тема е релевантна бидејќи се занимава со проблем кој е доста актуелен ширум светот. Студијата за посттрауматски стрес кај медицинскиот персонал е од особено значење бидејќи се добиваат важни информации за анксиозноста и самоубиствените мисли.

Постојат повеќе причини за одредување на истражувањето на овој проблем или тема. Меѓу главните причини се:

- Бидејќи инвазијата на луѓето со КОВИД-19 е алармантна во периодот јануари - декември 2020 година, проучувањето на оваа проблематика ќе обезбеди информации за епидемиолошката состојба во овој многу тежок период за човештвото;
- Медицинскиот персонал беше на првата линија на војната со оваа непозната пандемија, затоа истражувањето на последиците од оваа пандемија врз овој персонал ќе им послужи на епидемиолозите во изнаоѓање решенија или техники за елиминирање на стресот и вознемиреноста предизвикани во текот на 2020 година.

I. ТЕОРЕТСКА РАМКА

1.1. Депресија

Зборот депресија доаѓа од латинскиот збор *deprimere*, што значи депресивна состојба на умот, несвестица, анксиозност, очај и безволност (Dodig and all, 2008). Историски гледано, депресијата била опишана дури и во старата античка држава под името „меланхолија“. Меланхолијата била препознаена во времето на Хипократ и таа останала термин за ментално растројство во текот на периодот на галенската медицина и средниот век (Paykel and all, 2008). Во буквален превод, меланхолија значи „црна жолчка“, што е поврзано со античката хуморална теорија на каузалноста. Овој термин беше врамен и поврзан со очај само во „Анатомија на меланхолијата“ на Ричард Бартон, објавена во 1621 година.

1.1.1. Концепт на депресија и депресија

Термините меланхолија и манија прераснаа во она што сега се дефинира како биполарно или манично-депресивно растројство од Аратеј од Кападокија дури во 1854 година. Терминот депресија се појавил и во 19 век и означувал состојба на тага. На крајот на 19 век, се појавија првите помодерни класификации на психијатриски нарушувања, вклучувајќи ги и депресивните нарушувања. Во тоа време се сметало дека депресијата се развива врз основа на невролошки медицински модел, па затоа не била поврзана со психолошки фактори и стрес. Со појавата на психоаналитичкиот тренд, се менува погледот на концептот на депресија (Paykel, 2008; Zalar and all, 2018).

Најновата теорија за развој на депресија се заснова на оската на микробиоти - гастроинтестинален систем - централен нервен систем. Оваа оска се состои од централен нервен систем (ЦНС), невроендокрини и невроимуни системи, автономен нервен систем (симпатичен и парасимпатичен), ентеричен систем и цревна микробиота. Постојат многу докази кои ја потврдуваат улогата на микробиотата во анксиозните нарушувања и нарушувањата на расположението. Постојаниот психолошки стрес влијае на промената на структурата на микробиотата. Одредени бактериски соеви како што се *Lactobacillus* и *Bifidobacterium* лачат гама-аминобутерна киселина (GABA), која е клучен инхибиторен

невротрансмитер во ЦНС. Неурамнотежените или модифицираните сигнални патишта на ГАБА се поврзани со анксиозни нарушувања и депресија (Zalar and all, 2018). Механизмот на депресија сè уште не е целосно разбран. Во моментот, постојат две основни теории за потеклото на нарушувањата на расположението кои се надополнуваат едни со други - теоријата на моноамин и теоријата на невроендокрините (Micovl, 2019).

Теоријата на моноамините (Табела 1.1) се залага дека депресијата се јавува како резултат на функционален дефицит на моноаминергичен пренос во одредени региони на мозокот - првенствено предниот мозок и лимбичките структури (Foleneovic and all, 2004). Невроендокрината (невротрофична) теорија го поддржува фактот дека големата депресија се јавува како резултат на губење на невроните во хипокампусот и префронталниот кортекс. Загубата на овие неврони е значајна, бидејќи на ниво на хипокампусот и префронталниот кортекс постои сложена интеракција на влијанија кои ја контролираат експресијата на гените одговорни за апоптоза и неврогенеза. Ослободениот кортизол на ниво на хипокампусот / префронталниот кортекс ја зголемува експресијата на гените одговорни за апоптоза (Lisitsyna and all, 2018).

Tabela 1. Приказ за влијанието на норадреналинот и серотонинот кои вклучуваат симптоми на депресивност

Noradrenalin	Serotonin	Заедничко влијание (норадреналин и серотонин)
интерес	апетит	расположение
енергија	агресивност	емоции
мотивираност	импулсивност	анксиозност

Заедничка карактеристика на сите депресивни нарушувања е присуството на тажно, празно или раздразливо расположение, придружено со соматски и когнитивни промени кои значително влијаат на функционалниот капацитет на личноста. Овие нарушувања се разликуваат по интензитетот, времетраењето и времето на појава на симптомите, како и

претпоставената етиологија. Современиот концепт на депресија беше формиран преку две нови класификации кои се користат денес: меѓународна статистичка класификација на болести и сродни здравствени проблеми, десетта ревизија - МКБ-10 (англиска меѓународна класификација на болести - МКБ) и Дијагностички и статистички прирачник за ментална Нарушувања, петто издание - ДСМ-5 (Дијагностички и статистички прирачник за ментални нарушувања - ДСМ) (Lisitsyna and all, 2018). Повеќето психолози и психијатри се согласуваат дека депресијата е сложен феномен, но сè уште не постои јасно дефинирана граница помеѓу депресивната состојба и депресивното растројство. Епидемиолошката студија на Кесиг за депресивните подтипови покажа дека депресијата е динамична состојба во која состојбите и нарушувањата се менуваат со текот на времето (Kessing and all, 2007). Депресијата е состојба која се карактеризира со изразен пад на расположението, кој човек не може да го контролира и кој влијае на неговото размислување, перцепција, однесување, физичко и социјално функционирање (АРА, 2015). Депресивниот пациент е депресивен (дисфорија), има намалена енергија, интерес и задоволство (анхедонија) и намалена волја (хипотимија).

Депресијата се однесува на низа афективни нарушувања кои се карактеризираат со интензивни чувства на тага, безнадежност, беспомошност, неразумно чувство на вина и склоност кон самоубиство. Американската психијатриска асоцијација ја дефинира депресијата како ментална состојба која се карактеризира со постојано нерасположение, губење на интерес и уживање во секојдневните активности, невро-вегетативно нарушување и намалена енергија, што предизвикува различни нивоа на социјална и професионална дисфункција (Savic, 2019; Bernard, 2018). Депресивните растројства се чести кај луѓе од сите возрасти и може да се класифицираат во зависност од времетраењето, сериозноста и бројот на симптомите и степенот на функционално оштетување. Сепак, терминот депресија не означува само специфичен дијагностички ентитет, туку се користи и за карактеризирање на изолиран симптом кој се јавува како компонента на нормалниот опсег на човечки емоционални реакции што многу луѓе ги доживуваат во одредени периоди од нивниот живот, што може да доведе до одредени забуни (Bernard, 2018, Trivedy, 2004).

Во системите за класификација, депресијата се категоризира според интензитетот и времетраењето. Проблемот во терминологијата на депресија е предмет на контроверзии

меѓу многу експерти бидејќи овој термин се користи за опишувајќи состојби кои придружуваат различни ментални и физички болести, но и независни категории на нарушувања. Значењето на терминот не е единствено или целосно определено во ниту една од овие области. Во ова динамично движење на психолошки симптоми, емоционални примеси и неафективни компоненти, не може да се најде јасна граница ниту во однос на клиничката слика, ниту во однос на текот и исходот помеѓу пациентите со ендогена депресија наспроти невротичниот/реактивниот подтип (Ukatu and all, 2018; Mekonen and all, 2022).

Во клиничката пракса во последните две децении, истражувањата се повеќе се фокусираат на препознавање на таканаречените субсиндромски депресии, кои не ги исполнуваат сите критериуми за дијагноза на депресивна епизода и се слични на состојбите кои во минатото биле познати како „невротична“ или „карактериолошка“ депресија. Субсиндромската депресија е причина за значително зголемување на морбидитетот и доведува до психо-социјална и работна попреченост, зголемување на трошоците за здравствена заштита. Оваа состојба често му претходи на целосниот развој на депресивна епизода (Casper, 1998; Perrotta, 2019).

1.2. Епидемиологија и аспекти на депресија

Во современиот свет, депресивните растројства претставуваат голем товар за општеството. Покрај високата фреквенција, овие нарушувања се карактеризираат со долго траење, повторлив карактер, поврзана појава со долги болести, високи трошоци и зголемена инвалидност (Kessler, 2012). Податоците на Светската здравствена организација (СЗО) покажуваат дека бројот на пациенти во светот никогаш не паѓа под 120 милиони. Статистичките податоци на глобално ниво покажуваат дека депресивното растројство е на четврто место по зачестеност кај вкупната популација, а воедно е и втор најчест здравствен проблем кај женската популација. Според податоците од извештајот на СЗО од 2017 година, 419.302 луѓе (5% од населението) страдаат од депресија кај општата популација во Србија (WHO, 2017), а во една студија која ја вклучува популацијата на примарната здравствена заштита во Војводина, преваленца на Регистрирани се 24,5% од заболениите (NIMH, 2022) .

Најновите податоци поврзани со севкупната преваленца на депресивните растројства беа добиени во студија од 2021 година од Arias de la Tor et al., чија цел беше да се испита преваленцата на депресивните растројства во 27 европски земји (Arias-de la Tore, 2021). Констатирана е многу висока просечна преваленца од 6,38%, додека меѓу набљудуваните земји се забележани големи варијации во застапеноста на депресијата, а во Чешка застапеноста на депресијата е 2,58%, додека во Исланд е дури 10,33%. Преваленцата на депресивно растројство е поголема кај жените (7,74%) отколку кај мажите (4,89%). Се претпоставува дека за ова придонесуваат хормоналните промени кај жените, бременоста, научената беспомошност и однапред одредените животни улоги. Сепак, разликата се намалува, благодарение на поголемото зголемување на ризикот од болеста кај помладите мажи во споредба со помладите жени (Arias-de la Tore, 2021). Забележана е голема разлика во преваленцата на депресија утврдена со оваа студија во споредба со претходно проценетата преваленца на студија од 2018 година која се однесуваше на Европа. Во таа прилика, не се забележани значајни разлики меѓу распространетоста на депресијата во руралните и урбаните средини (13% наспроти 17,7%), додека депресијата е двојно почеста кај жените. Спроведените студии покажуваат значително поголема преваленца на депресија во европскиот регион во споредба со преваленцата од 4,2%, што е официјалниот податок на СЗО (WHO, 2022). Студиите покажуваат дека распространетоста на депресијата варира кај пациентите со ПЗЗ во опсег од 2,3% - 48,5% (34-37). Мета-анализата од 2018 година (n = 1.112.573 возрасни) покажува дека нема разлика помеѓу руралните и урбаните средини (13% наспроти 17,7%), додека депресијата е двојно почеста кај жените (Jacoby and all, 2004). Истражувањето спроведено од Јакоби и сор покажа дека доживотната преваленца на депресија кај жените е околу 23,3%, во споредба со 11,1% кај мажите, додека годишната преваленца беше 14% кај жените и 7,5% кај мажите (Myller and all, 20216).

1.3. РИЗИК ФАКТОРИ ЗА РАЗВОЈ НА ДЕПРЕСИЈА

Депресијата е болест која е под влијание на бројни фактори кои поединечно или најчесто заедно доведуваат до развој на депресивни симптоми и затоа се смета дека е тесно поврзана со генетски, биолошки, културни и психолошки фактори, како и со фактори на животната средина. Неодамнешните студии покажуваат дека факторите на животната средина играат

значајна улога во развојот на депресијата, во споредба со наследните фактори, што е потврдено со мета-анализи на шест студии спроведени во установи за ПЗЗ (Bienvenu at all, 2011; Shadrana and all 2018).

1.3.1. Генетски фактори

Се покажа дека наследноста е доминантен фактор кај тешките форми на депресија. Тежината на болеста зависи и од тоа дали депресивното растројство е наследено од мајката или од таткото (Tyrrell at all, 2019). Гените за кои се смета дека се поврзани со депресија имаат различни функции. Некои од овие гени можат да го контролираат производството (синтезата), транспортот и активноста на хемиските агенси наречени невротрансмитери. Невротрансмитерите формираат хемиски сигнали кои им овозможуваат на нервните клетки, невроните, да комуницираат едни со други. Други гени кои можат да влијаат на ризикот од депресија вклучуваат раст, созревање и одржување на невроните, како и способноста на синапсите да се менуваат со текот на времето како одговор на стимулација, што е карактеристично познато како синаптичка пластичност (Eid at all, 2019). Затоа, иако постојат неспорни податоци кои говорат во прилог на наследноста на депресивните растројства, сè уште не е со сигурност познат точниот механизам на наследување, ниту пак се мапирани гените кои играат улога во наследувањето и изразувањето на депресијата.

1.3.2. Полот

Познато е дека ризикот од заболување од депресија е поголем кај жените отколку кај мажите, што е идентично во целиот свет и постојано со текот на времето. Меѓу достапните податоци, постојат мали варијации во процентот на заболени жени во споредба со мажите, но поголемиот дел од студиите се согласуваат дека жените имаат речиси двојно поголем ризик да развијат депресивни растројства од мажите. Ова се објаснува претежно со социодемографската положба на жените во светот, додека помал удел имаат факторите поврзани со физиолошките разлики меѓу жените и мажите.

Улогата на жената во општеството е повеќеслојна: жените, многу повеќе од мажите, се принудени да ја балансираат својата кариера со домашните и мајчинските обврски, што ги

прави поранливи на стрес. Главен проблем кој опстојува и покрај модернизацијата на општеството и зголемувањето на културната свест е насилството врз жените, што претставува значаен предиспонирачки фактор за појава на депресија (Labaka and all, 2018). Жените исто така се поподготвени да се жалат на своите тегоби отколку мажите и претпочитаат да побараат помош од лекар и да прифатат терапија. Оттука и поголемиот број на успешно дијагностицирани жени, додека кај мажите е многу потешко да се дијагностицира, бидејќи тие се научени да се кријат и сами да се борат со своето ментално страдање (Mirowsky and all, 2016).

1.3.3. Старост

Податоците поврзани со движењето на преваленцата на депресијата во однос на возраста се хетерогени, а во исто време постои и проблемот со разликите во клиничката слика на депресијата кај помладите и постарите луѓе, а многу е тешко да се направи споредба. Помладите луѓе покажуваат склоност кон поизразени и пократки епизоди на депресија, додека постарите луѓе покажуваат слаби до умерени, но подолготрајни депресивни фази. Повеќето студии се согласуваат со податоците кои ја поддржуваат најголемата инциденца на депресивни нарушувања кај луѓето на возраст од 18-25 години, што може да се објасни со излегувањето од пубертетот и влегувањето во „светот на возрасните“, кога се појавуваат многу разочарувања или луѓето самостојно се соочуваат за прв пат. време одредени проблеми, без помош од родители и роднини (Wium and all, 2020). Може да се заклучи дека адолесцентната фаза не претставува ризик за развој на депресија во однос на возраста, а важна улога во овој период можат да имаат и социјалните и економските фактори. Инциденцата на депресија потоа одржува просечни вредности до почетокот на староста (65 години), кога повторно ќе се сретнат различни податоци. Една група автори зборува за најмала инциденца на депресија (Snowdon, 2002), додека од друга страна има автори кои зборуваат за повторно зголемување на инциденцата на депресивни состојби во староста (Freeman and all, 2016). Оваа разлика се објаснува со културните разлики и обичаи на набљудуваните групи луѓе, како и со степенот на развиеност и урбанизација на средината во која живее постарото лице. Сепак, трендот на зголемување на инциденцата на депресија во староста има неколку оправдувања и се објаснува со постоењето на бројни

коморбидитети, соматски проблеми и губење на функционалноста. Социјално-економските околности, финансиските проблеми, губењето на независноста, чувството на бескорисност, губењето на саканата личност, осаменоста и недостатокот на емоционална поддршка од семејството дополнително придонесуваат за депресија во овој период од животот (Eaton, 2001).

1.3.4. Социо-економски фактори

Односот помеѓу социо-економскиот статус и психијатриските нарушувања е еден од најважните аспекти на односот помеѓу социјалната структура и менталниот живот и еден од најконзистентните односи во областа на психијатриската епидемиологија. Во светот постојат и опстојуваат нееднаквости, сиромаштија, невработеност, маргинализација итн. Нискиот социо-економски статус е поврзан со поголема преваленца на депресија, што значи дека лошиот материјален и социјален статус, невработеноста, пониското ниво на образование и економската неактивност се значајни предиктори за депресија. Лошата материјална состојба и ниските приходи ги зголемуваат животните грижи и создаваат лоши предвидувања за иднината, доведуваат до хроничен финансиски стрес, што го зголемува ризикот од депресија. Индиректно овие фактори можат влијаат на зголемување на зачестеноста на депресијата, поради фактот што сиромаштијата условува развој на други хронични болести, кои дополнително ја намалуваат работната способност и создаваат маѓепсан круг на безизлезна ситуација. Сиромаштијата ја намалува способноста за плаќање на трошоците за лекување, што е дополнителна отежнувачка околност (Klerman, 1989).

Ниското образование, исто така, има влијание врз преваленцата на депресивните растројства. Поврзаноста е повеќедимензионална, бидејќи, од една страна, пониското образование обично се поврзува со помали примања и сиромаштија, што е значаен фактор за развој на депресија. Има негативно влијание врз физичкото и менталното здравје и ја намалува работната способност. Од друга страна, депресијата има негативно влијание врз физичкото и менталното здравје, на степенот на образование, ја намалува работната способност и ги зголемува трошоците за лекување. Невработеноста има големо негативно влијание и врз менталното здравје, бидејќи се развива материјална несигурност и неизвесност, се јавува стрес, фрустрација и анксиозност, што го олеснува појавувањето на

депресивни симптоми. Функционалноста на личноста и можноста за вработување се намалуваат и се развива чувство на безнадежност (Maselko at all, 2018).

Се покажа дека високото образование и повисокиот економски статус се заштитни фактори од депресија. Поголемиот приход беше поврзан со помали шанси личноста да има депресија, што не се објаснува со поседувањето на материјални работи, туку со самиот факт дека таквата личност е психолошки посигурна и има помалку грижи и хроничен стрес. Така, се доаѓа до конечниот заклучок дека хроничниот стрес формиран од безнадежни ситуации игра одлучувачка улога во развојот на депресивните растројства (Restifo at all, 2009).

1.3.5. Семејни фактори

Широк опсег на разлики во родителската грижа и семејните фактори се поврзани со ризикот од депресија кај младите луѓе. Факторите на ризик може да се рефлектираат во форма на патологија на родителите, стил на родителство, емоционална клима во семејството итн. Семејните фактори може да се гледаат како внатрешни и надворешни. Внатрешни фактори би биле семејната кохезија, квалитетот на комуникацијата, размената на емоции, поддршката, критиката итн., додека надворешните фактори ја опишуваат економската состојба на семејството, образованието итн. Факт е дека родителите имаат значително поголемо влијание врз развојот на депресија кај децата отколку децата врз родителите. Тоа може лесно да се разбере и објасни со фактот дека родителите се постари, ментално зрели луѓе, додека младите се во турбулентен ментален и емоционален развој, а и најмалите промени можат да предизвикаат ментален немир (Restifo at all, 2009; Gittins & Hunt 2020).

Ризикот од депресија е поврзан со социјалниот, интерперсоналниот и семејниот контекст во кој живеат децата и тие можат да имаат значително влијание врз развојот на депресија кај младите (лош социо-економски статус, семејни конфликти, прерана смрт на родители, психијатриски заболувања и семејно насилство) (Govina at all, 2019).

Семејството треба да обезбеди поддршка, сигурност, заштита и удобност на своите членови, со цел значително да се намали ризикот од развој на депресија. За разлика од нив, нефункционалните семејства во кои има недоразбирање, кавги, недоверба итн. тие имаат сосема спротивен ефект, односно го олеснуваат спуштањето на поединецот во депресивни

растројства. Родителите кои покажуваат занемарен тип на однесување покажуваат рамнодушност, отсуство, повлекување, влијаат на неповолниот развој на детето, бидејќи не обезбедуваат безбедна средина во која детето би се чувствувало добро и слободно би истражувало и созревало (Hammen, 2005).

1.3.6. Стресни животни настани

Искусните стресни животни настани биле 2,5 пати поверојатно кај депресивни пациенти во споредба со здравите субјекти. Околу 80% од депресивните луѓе наведуваат некои од главните стресни животни настани како причина за нивната болест (Mello at all, 2007; Simon, 2001).

Човечкиот организам има одредени компензаторни механизми, односно механизми со кои успева да ги приспособи или да ги надмине стресните животни настани на начин што не го оштетува, но не доведува до прекини во континуитетот и квалитетот на функционирањето. Меѓутоа, компензаторните механизми можат и да се надминат со интензитетот и да се исцрпат со зачестеноста и времетраењето на одреден стимул или изменета состојба. Затоа, секоја стресна ситуација која трае доволно долго (хронична болест, екстремна сиромаштија), или е премногу силна (смрт на дете) има способност да доведе до психички, а потоа и физички нарушувања, бидејќи организмот влегува во таканаречена декомпензирана состојба во што настанува определена штета (Simon, 2001).

1.3.7. Хронични заболувања

Хроничните болести се поврзани со зголемена преваленца на депресивни симптоми и нарушувања на расположението. На пример, депресијата може да влијае на текот на исхемичната срцева болест преку зголемена активација на тромбоцитите или дијабетес преку намалена толеранција на гликоза. Исто така, депресивните растројства можат да влијаат на овие болести со тоа што пациентот не се придржува до третман или физичка активност, а од друга страна ја зголемува потрошувачката на тутун и алкохолни производи. Во некои случаи, депресијата се јавува како резултат на специфични биолошки ефекти на хронична болест (Паркинсонова болест, цереброваскуларни заболувања, мултиплекс

склероза, ендокрини нарушувања, хипотироидизам итн.) (Simon, 2001). Во други случаи, причините можат да бидат психолошки и емоционални по природа. Ограничувањето на физичката активност наметната од основната болест доведува до постепено повлекување на болното лице и последователен развој на депресивни нарушувања. Токму тоа се причините зошто општ лекар мора да ја провери можноста за депресија кај своите пациентисо хронични заболувања (Lotfaliany et al, 2018).

Депресијата значително го зголемува вкупниот товар на болеста кај пациенти со хронични заболувања. Исто така, депресијата е поврзана со зголемување од 50% до 100% во користењето и трошоците за здравствена заштита. Депресијата е исто така поврзана со зголемен морбидитет и морталитет поврзан со болести, ги влошува постоечките физички состојби (соматски заболувања), што резултира со зголемена стапка на смртност во споредба со очекуваната стапка на смртност за таа болест посебно (71).

Присуството на хронична болест може да ја намали веројатноста дека лекарите ќе ја препознаат или лекуваат депресијата. Соматските симптоми често одразуваат комбинација на соматски и психолошки фактори, а присуството на јасно медицинско објаснување за овие симптоми не ја исклучува депресијата како фактор што придонесува. Дополнителен проблем се јавува при утврдувањето на хронологијата на болеста, односно при одредувањето на редоследот на настанување на болеста, бидејќи многу психички болести можат да бидат предизвикани од соматски заболувања и обратно. Така, депресивните нарушувања со текот на времето можат да влијаат на развојот на кардиоваскуларни заболувања, тумори, ендокринолошки нарушувања итн. (Andrews, 2001).

1.5. Клиничка слика и дијагностифицирање на депресијата

Иако депресијата може да се појави само еднаш во животот на поединецот, како епизода, повеќето луѓе обично имаат повеќе епизоди. За време на овие епизоди, симптомите се појавуваат поголемиот дел од денот, речиси секој ден, и може да вклучуваат (77):

- Промена на расположението во текот на денот. Често лошото расположение е најсилно наутро, така што се подобрува во текот на денот, но може да биде и обратно.

- Нарушен сон, рано будење и станување и прекинато спиење и спиење поради бројни мисли кои тие „поминуваат“ низ главата.
- Необјаснети физички проблеми, како што се главоболки или болки во грбот.
- Општо забавување на мисловниот тек, говорот и виталните функции.
- Слаб апетит и последователно слабеење.
- Чести или повторливи мисли за смрт, самоубиствени мисли, самоубиство или обиди за самоубиство.
- Чувство на загриженост, недостаток на енергија, неможност за уживање, слаба концентрација.
- Заборавност, анксиозност, возбуда или немир.

Опсегот на симптоматологија што се јавува кај депресијата е исклучително широк и неспецифичен. Има уште многу манифестации и симптоми кои депресивните луѓе ги наведуваат како поплаки. Некои од нив се постојано чувство на вина, фиксација на минатите неуспеси и неможност да се надминат. Ова резултира со самообвинување и недостаток на самодоверба, каде што луѓето развиваат таканаречено чувство на безнадежност. Ако луѓето страдаат од некоја хронична болест, често постои преокупација со тие болести и претерување во загриженост. Менталните проблеми достигнуваат такви размери што и депресивните луѓе доживуваат ослабено либидо (78).

Дијагнозата се поставува врз основа на внимателно клиничко интервју и испитување на менталниот статус. Значителни докази сугерираат дека таквото интервју е споредливо по чувствителност и специфичност со радиолошките или лабораториските тестови кои вообичаено се користат во медицината. Дијагнозата на голема депресија се заснова на медицинската историја и физичкиот преглед на пациентот. На овој начин, други психијатриски нарушувања (опсесивно-компулсивно растројство, панично растројство, булимија нервоза, деменција), други хронични болести, употреба на дрога или злоупотреба на супстанции може соодветно да се земат предвид и последователно да се упатат на релевантни дијагностички испитувања (79).

Достапни се голем број алатки за скрининг кои можат да им помогнат на лекарите да идентификуваат пациенти кои се изложени на висок ризик за развој на депресија. Како и кај

повеќето инструменти, инструментите за скрининг имаат тенденција да бидат доста чувствителни, но не многу специфични за идентификување на депресијата. Повеќето лекари се повикуваат на скрининг кога имаат некои оправдани сомневања за депресија, обично специфични депресивни симптоми, необјаснети физички симптоми, нарушено функционирање или субјективно вознемирување непропорционално со општата здравствена состојба или друго психијатриско нарушување (80).

Лекарите исто така имаат на располагање стандардизирани прашалници кои содржат прашања насочени кон откривање на следните симптоми на депресија (81):

1. депресивно расположение;
2. губење на интерес или задоволство во речиси сите активности;
3. значајни промени во телесната тежина или апетитот (повеќе од 5% за еден месец);
4. речиси секојдневни промени во сонот (несоница, хиперсомнија);
5. психомоторна агитација или ретардација;
6. замор или губење на енергија;
7. чувство на бескорисност или вина;
8. намалена способност за размислување или концентрација / неодлучност;
9. повторливи мисли за смрт или самоубиство или обид за самоубиство.

Исто така, постојат проблеми со разликување на степенот на депресија: блага, умерена и тешка депресија. Во табела се претставени критериумите за дијагноза на депресивна епизода (F32) според МКБ-10.

Табела 2. Типични и други вообичаени симптоми на депресија

Типични симптоми	Други чести симптоми
<ul style="list-style-type: none">• депресивно расположение• губење на интерес и задоволство• намалување на енергијата, зголемен замор, намалена активност	<ul style="list-style-type: none">• нарушена концентрација и внимание• намалена самодоверба и самопочит• чувство на вина и безвредност• мрачен и песимистички поглед на иднината• идеи за самоповредување и самоубиство• нарушен сон• намален апетит

Интензитетот на депресивното растројство се проценува врз основа на присуството на одредени симптоми, кои се поделени на типични и други чести (други) симптоми. Едно лице мора да има историја на најмалку две или повеќе големи депресивни епизоди кои траат најмалку две недели, без историја на манични, мешани или хипоманични епизоди. Според МКБ-10, блага депресивна епизода (F32.0) се карактеризира со присуство на најмалку два типични и два од другите симптоми, умерено силна депресивна епизода (F32.1) се опишува кога најмалку два типични и три од другите симптоми се присутни, додека тешката депресивна фаза бара постоење на сите три типични и четири или повеќе од другите симптоми. Исто така, се разликува тешка депресивна епизода без психотични симптоми (F32.2) и со психотични симптоми (F32.3) (Bernard, 2018, National Institute of Mental Health, 2022).

1.6. Анксиозност

Повеќето психолошки теории за анксиозноста се засноваат на претпоставката дека таа е одговор на перцепцијата или исчекувањето на потенцијално заканувачка или штетна ситуација или настан. Анксиозноста може да се смета за продолжување на основната емоција на страв, која исто така е одговор на перцепцијата дека некоја ситуација или настан претставува извор на опасност (Рискинд & Ректор, 2018).

Барлоу (2000) ја опиша анксиозноста како единствена и кохерентна когнитивно-афективна структура во нашиот одбранбен мотивациски систем, а во центарот на таа структура е

искуството на неконтролираност фокусирано главно на можни идни закани, опасности или други претстојни потенцијално негативни настани, за разлика од тоа да се плашиш, каде што опасноста е присутна и неизбежна. Затоа, анксиозноста може грубо да се окарактеризира како состојба на беспомошност поради согледана неспособност да се предвидат, контролираат или да се постигнат посакуваните резултати или исходи во одредени претстојни, лично важни ситуации или контексти. Покрај оваа негативна афективна состојба, анксиозноста содржи и изразена физиолошка или соматска компонента, која претставува физиолошки супстрат на подготвеност, односно состојба на подготвеност за борба против беспомошноста. Будноста, или будноста (или хипервнимателноста) е уште една карактеристика на анксиозноста која сугерира подготвеност и подготовка за справување со потенцијално негативни настани. Според тоа, анксиозноста е расположение насочено кон иднината, во кое лицето е подготвено да се обиде да се справи со претстојните негативни настани.

Стравот е примитивна автоматска неврофизиолошка состојба на будност, која вклучува когнитивна проценка на непосредна закана или опасност за безбедноста на поединецот. Од друга страна, анксиозноста претставува комплексен когнитивен, афективен, физиолошки и бихејвиорален систем на одговор кој се активира кога предвидените настани или околности се перципираат како многу аверзивни, бидејќи се сметаат за непредвидливи, неконтролирани и се проценува дека потенцијално можат, во различни начини, дури и опасни по живот, го загрозуваат поединецот (Кларк & Бек, 2010).

Анксиозните растројства вклучуваат нарушувања кои споделуваат прекумерен страв, анксиозност и поврзани нарушувања во однесувањето. Овие нарушувања се разликуваат од вообичаените развојни стравови или анксиозности по тоа што нивното изразување е поголемо или нивното времетраење е подолго од соодветните развојни периоди. Тие се разликуваат од минливите стравови или вознемирности, кои често се предизвикани од стрес, со тоа што тие се упорни (на пример, обично траат шест месеци или подолго) (Американско психијатриско здружение, 2013).

Метакогнитивниот модел на психолошки нарушувања тврди дека загриженоста е централна компонента на синдромот на когнитивно внимание, за кој се смета дека придонесува за сите видови патологија.

Генерализираното анксиозно растројство може да се смета за архетипска манифестација на синдромот на когнитивно внимание. Поединците кои страдаат од ова нарушување покажуваат екстремна и/или хронична загриженост, како и поврзани физички симптоми. Овие лица имаат потешкотии да ја контролираат својата грижа и се жалат на проблеми како што се замор, немир, раздразливост, мускулна напнатост и несоница (Велс, 2009).

Генерализираното анксиозно растројство се карактеризира со грижа за различни настани, за разлика од другите анксиозни растројства во кои лицето е загрижено за специфични стимули или проблеми (на пр. загриженост дека ќе има напад на паника при панично растројство или се грижи дека е непријатно во социјални ситуации во социјалните анксиозно растројство) (Leahy et al. et al., 2012).

Грижите претставуваат синџир на катастрофални мисли кои се претежно вербални. Се состои од разгледување на потенцијално опасни ситуации и лични стратегии за справување. Грижите се наметливи по природа, тие се контролирани, иако често се доживуваат како неконтролирани. Загриженоста е поврзана со мотивацијата да се спречи или избегне потенцијална опасност. Самата грижа може да се гледа како стратегија за справување, но таа може да стане фокус, односно предмет на грижа. (Велс, 1999б). Оваа дефиниција има за цел да долови неколку важни карактеристики на грижата: неговата форма, која вклучува низи вербални мисли; неговата содржина, која вклучува катастрофирање на опасностите и размислување за справување; и неговите функционални аспекти, т.е. стратегии за справување и стратегии за избегнување. Дополнително, дефиницијата нагласува дека грижата субјективно се перцепира како неконтролирана, иако таа всушност може да се контролира. Така, постои дисоцијација помеѓу вистинската и проценетата контролираност. Конечно, последниот дел од дефиницијата, кој зборува за грижата како самиот предмет на неа, ја вклучува разликата помеѓу неа „тип 1“ и неа „тип 2“ (Велс, 2005).

Генерализираното анксиозно растројство се карактеризира со загриженост за различни настани, за разлика од другите анксиозни растројства во кои лицето е загрижено за специфични стимули или проблеми (на пр., загриженост за напад на паника при панично растројство или загриженост дека е непријатно во социјални ситуации во социјално анксиозно растројство) (Leahy et al. et al., 2012).

Грижите претставуваат синџир на катастрофални мисли кои се претежно вербални. Се состои од разгледување на потенцијално опасни ситуации и лични стратегии за справување. Грижите се наметливи по природа, тие се контролирани, иако често се доживуваат како неконтролирани. Загриженоста е поврзана со мотивацијата да се спречи или избегне потенцијална опасност. Самата грижа може да се гледа како стратегија за справување, но таа може да стане фокус, односно предмет на грижа. (Велс, 1999б). Оваа дефиниција има за цел да долови неколку важни карактеристики на грижата: неговата форма, која вклучува низи вербални мисли; неговата содржина, која вклучува катастрофирање на опасностите и размислување за справување; и неговите функционални аспекти, т.е. стратегии за справување и стратегии за избегнување. Дополнително, дефиницијата нагласува дека грижата субјективно се перцепира како неконтролирана, иако таа всушност може да се контролира. Така, постои дисоцијација помеѓу вистинската и проценетата контролираност. Конечно, последниот дел од дефиницијата, кој зборува за грижата како самиот предмет на неа, ја вклучува разликата помеѓу неа „тип 1“ и неа „тип 2“ (Велс, 2005).

1.7. Психички стресори – трауматски искуства

Прекумерните животни промени, условени од трауматски животни настани, го загрозуваат физичкиот, психолошкиот и социјалниот интегритет на една личност, предизвикуваат генерализиран и релативно неспецифичен комплекс на психолошки одговори, што Селџе го нарекува стрес. Во рамките на општиот концепт на стрес, настаните во надворешната средина претставуваат компонента на стресот и ги нарекуваме стресни настани, т.е. стресори. Стресорите се ситуации во кои постои проценка дека е потребен дополнителен напор за да се прилагодиме. Таквото определување подразбира дека стресната ситуација вклучува промена во однос на претходната состојба, и дека времетраењето на стресот може да се определи со поголема или помала прецизност, т.е. дека стресните ситуации не вклучуваат многу долготрајни (неповолни) животни услови кои можат да имаат различни (неповолни) ефекти врз психофизиолошкото функционирање на организмот и неговиот развој, а кои практично играат улога на развоен фактор (Зотовиќ М, 1999).

Вообичаено е да се поделат стресорите на ситуационо-ненормативни (на пр. воени настани, појава на природни катастрофи, болести итн.) и развојно-нормативни, на пр. настани од

одредени фази од животниот циклус (Јовановиќ А, 1997). Стресорите може да се класифицираат и според други карактеристики и нивното влијание врз реакцијата на стрес. Тие можат да бидат подредени и анализирани по фреквенција, интензитет, времетраење, опасност по животот, значење итн. Стресните фактори можат да се поделат и на физички и социокултурни (Зотовиќ М, 1999).

Структурата на социјалните улоги исто така може да ја фаворизира појавата на стрес. Ова се случува кога општествената улога вклучува премногу обврски или кога има конфликт помеѓу различни улоги (на пример, родителска или професионална), меѓучовечки конфликт во рамките на истата улога (на пример, конфликти меѓу колеги), неможност за промена на општествената улога кога е непожелна или спротивното.присилно напуштање на саканата улога (на пр. смена од функцијата итн.) (Зотовиќ М, 1999).

Стресорите се разликуваат и по временските карактеристики. Времетраењето на стресот (трауматски настан) може да има значително влијание врз текот и последиците од стресот. Стресните фактори можат да бидат долготрајни (на пр. воени стресори кои траеле 4-5 години). Некои стресни фактори се краткотрајни.

Физиолошките ефекти на стресот можат да бидат многу различни, во зависност од тоа дали стресот е краткотраен или хроничен, континуиран или не. Времетраењето на стресот влијае и на психосоцијалните, невролошките, ендокринолошките и имунолошките ефекти на стресот - холистички пристап (Rabin BS et al, 1989). Важна временска димензија на стресните фактори е ненадејноста или очекувањето. Студиите за загубата покажуваат дека ненадејната смрт, исто така, може да влијае на силата на негативните ефекти. Познато е дека фазата на исчекување на проблемот може да биде многу стресна (на пр. постојана напнатост поради исчекување на опасност), но може да обезбеди и можност за спроведување психолошка и практична подготовка за претстојниот проблем или настан - „проактивно справување со стрес“ (Тејлор СЕ, Aspinwall LG, 1992).

Со комбинирање на димензиите на времетраењето и интензитетот, се добива најпознатата поделба на стресни настани, или видови стресори (Зотовиќ М, 1999):

- траума,
- хронични оптоварувања,

- трауматски животни настани i
- дневни микростресори.

Траумите се настани со релативно кратко времетраење, но многу опасни заканувачки настани кои го надминуваат доменот на заедничките човечки искуства (на пр. воени рани, смрт...).

Хроничниот стрес се ситуации чиј интензитет на загрозеност е помал отколку во случај на трауматски настани, но траењето е подолго (на пр. подолг престој во несоодветни услови за живот, раздор во бракот, љубомора...).

Трауматските животни настани се со различно времетраење, но имаат дефиниран почеток и крај (на пример, развод предизвикан од престој на бојното поле). Се случува хроничниот стрес да доведе до трауматски животни настани и обратно (на пр. долги или чести отсуства од семејството и распаѓањето на семејството).

Според тоа, стресорите можат да бидат од биолошка, психолошка или социјална природа. Тешко, а понекогаш и невозможно е да се разликуваат психолошките и социјалните стресори. Затоа е вообичаено да се вклучат под заедничкото име психосоцијални стресори. Тие се многубројни, најчести, релативно малку истражени и се од особено значење за современите истражувања на стресот.

Сè што го загрозува животот, материјалното постоење, честа, угледот и достоинството на една личност делува како стрес. Стресно дејство имаат и тешките социо-економски околности. Исто така, брзите промени во социјалното опкружување (промени и нарушување на вредносните системи, норми, обичаи итн.) често имаат стресно дејство (т.н. акултурациски стрес). Преселбите, преместувањата и другите миграциски движења имаат стресно дејство (т.н. акултурациски стрес).

Делата на Адолф Мајер (Адолф Маер, 1950) и Франц Александар (Франц Александар, 1964) беа проследени со првите емпириски студии за „стресните животни настани“ како етиолошки фактори во почетокот на болеста (Доренвенд и Доренвенд, 1974; Голдберг, Comstock 1976; Rabkin, Struening 1976; Adamovic 1984; Rutter, 1986). Во лабораторијата на Харолд Волф (Волф), професор на Медицинскиот факултет Корнел на Универзитетот во Њујорк, Лоренс Хинкл и неговите колеги спроведоа обемни ретроспективни и

проспективни студии во кои, меѓу другото, се покажа дека кај оние кои често и умерено често болен, акумулацијата на болеста има тенденција да се совпаѓа „со периодот кога поединецот доживува многу барања и фрустрации, кои се јавуваат во неговата социјална средина или во неговите меѓучовечки односи“ (Хинкл, 1974).

Почнувајќи од 1949 година, во споменатата лабораторија на Харолд Волф се користела процедурата на правење „мапа на животни настани“ на пациентите, која некогаш ја препорачал А.Мајер.

Меѓу ангажираните истражувачи беше и Томас Холмс, една од највлијателните личности во областа на проучувањето на животниот стрес од втората половина на 60-тите години наваму.

Со цел да го подобрат квалитетот на собраните податоци, Холмс и Рахе почнаа да ја скалираат „вредноста на стресот“ на одредени настани од списокот што го користеле во нивното истражување (Holmes, Rahe 1967). Тие се одлучиле за методот „проценка на големината“ кој бил развиен во психофизиката. Настанот „браќ“ беше земен како произволна тежина според која ги скалираа другите настани. За полесно пресметување на индивидуалните и групните резултати, Холмс и Реј ги поделија добиените средни вредности за секој настан со бројот 10. Така „смрт на браќниот другар“ доби вредност од 100 (највисока точка на скалата), „развод“ 73 (втор најстресен настан), „браќ“ 50 (седмо по ранг), „годишен/ одмор“ 13 (ранг бр. 41). Тие ги нарекоа овие вредности „единици за промена на животот“ (LCU) и, според нивното мислење, тие би претставувале мерка за стресот на кој лицето било изложено во наведениот период пред прегледот. Со собирање на тие оценки се добива вкупната единица на животната промена на испитаникот. Емпириски, Холмс и сор утврдиле дека личноста чиј вкупен резултат на единици за промена на животот во текот на една година е 150 или повеќе, може да се каже дека е во „животна криза“. Добиената скала ја нарекоа скала за оценка за општествено приспособување (SRRS) и веднаш почнаа да ја користат во истражувањето на голем број испитаници (Holmes, Rahe 1967). Верзиите од таа скала беа брзо конструирани и модифицирани за некои специфични популации, како што се деца, студенти итн. (Холмс, Масуда, 1974; Голдберг, Комсток, 1976; Рабкин, Струенинг 1976; Тенант, Ендрјус, 1976 година).

Неконзистентноста на тие резултати, како и фактот дека повеќето од коефициентите на корелација помеѓу стресните настани и болестите се под 0,30, што значи дека тие настани објасниле помалку од 9% од варијансата на болеста (Rabkin, Streuning 1976), доведе многу автори да биде критичен кон пристапот Холмс и Реј (Holmes, Rahe 1967).

И невроендокриниот систем е чувствителен на емоционални фактори. Емоциите влијаат и на имунолошкиот систем. Терминот психоимунологија го користеле Соломон и Мус (1964) во нивното дело Емоции, имунитет и болест. Денес најчесто се користи терминот психоневроимунологија, иако би било поправилно да се зборува за психоневроендокриноимунологија, бидејќи се работи за двонасочни интеракции на психолошки, нервни, ендокрини и имунолошки процеси. Психоневроимунологијата (ПНИ) претпоставува дека сите болести се, во поголема или помала мера, мултифакторни и биопсихосоцијални по нивното потекло, тек и исход. Тие се развиваат преку интеракција на специфични етиолошки фактори (бактерии, вируси, канцерогени и сл.), како и генетски, ендокрини, нервни, имунолошки, емоционални, фактори на однесување. Лекарите и претходно забележале дека тешките стресни ситуации се придружени со почести заболувања од разни соматски заболувања, што укажувало на нарушувања на имунолошкиот систем. Сепак, поради потешките за мерење на имунолошките функции, посериозните експериментални и клинички истражувања за меѓусебната интеракција на психата, нервниот, ендокриниот и имунолошкиот систем започнаа само во последните петнаесет години. Така, ПНИ стана нов холистички пристап, неопходен за модерната медицина. Психоневроендокриноимунологијата ја поддржа теоријата за органско единство предложена од Гудман (1991), повикувајќи на укинување на дихотомијата помеѓу физичкото и психичкото во теоријата и практиката на медицината.

1.8. Фактори на посредување

Според Ребкин и Струнинг (Rabkin, Struening, 1976), многу високата варијабилност на резултатите од испитувањето на стресните животни настани и нивните последици, како и нискиот процент на интерпретирана варијанса, укажуваат на важноста на она што тие го нарекуваат „фактори за посредување“. Честото повикување на нивната статија „Животни настани, стрес и болест“ (Rabkin and Struening, 1976) зборува за влијанието на ова врз

определбата на многу научни работници да го „прочистат“ своето истражување за врската помеѓу стресните животни настани и болеста од земајќи ги предвид различните посреднички фактори. Ребкин и Стрининг ги дефинираат, во гореспоменатата статија, факторите на посредување како „оние карактеристики на стресниот настан, поединецот и неговиот систем за социјална поддршка кои влијаат на неговата перцепција или чувствителност на стресорите“ и ги класифицираат во три групи: а) карактеристики на стресор, б) карактеристики индивидуални и в) надворешни посреднички фактори.

Овде ќе ги наведеме „формалните карактеристики на стресните настани“ кои Ребкин и Стрининг ги издвоија, врз основа на претходните истражувања, како значајни: 1) големина на отстапување од основните услови, 2) интензитет или степен на промена, 3) времетраење, 4) непредвидливост и 5) новина. Овие карактеристики може да се сфатат како придонес во анализата на структурата на животните настани, но останува прашањето за нивната операционализација и конкретно мерење.

Во врска со карактеристиките на поединецот, Ребкин и Стрининг пишуваат: „Критичен фактор во проценката на влијанието на стресните настани е нивната перцепција од страна на поединецот. Таа перцепција зависи од личните карактеристики кои ја одредуваат евалуацијата на потенцијално штетните, предизвикувачки или заканувачки настани. Овој когнитивен процес прави разлика помеѓу стресорите и стимулите и ја одредува природата на реакцијата на стрес и последователните активности за справување“ (Rabkin, Struening, 1976: 1018).

Следејќи го Доренвенд (Б. и П. Доренвенд), тие ги делат факторите кои влијаат на перцепцијата на стресните настани на лични (биолошки и психолошки прагови на чувствителност, интелигенција, вербални способности, состојба на умот /морал/, тип на личност, психолошка одбрана, претходно искуство и „чувство на контрола над сопствената судбина“) и демографски карактеристики (возраст, образование, ниво на приходи и занимање, т.е. работата што ја работи).

Од бројните надворешни посреднички фактори, Ребкин и Стрининг разгледуваат само три: социјална изолација (или, како што би рекле денес: социјална поддршка), маргиналност (поради припадност на социјална група со низок статус или претставување нумеричко малцинство во дадена средина.) и статусна недоследност.

Важноста на посредничките или „модераторските“ променливи беше посочена од некои автори многу пред нив, во рамките на истражувањето на стресните животни настани (на пр. Антоновски, 1974), односно во областа на истражувањето на стресот (на пр. Лазар, 1966). . Затоа, некои автори почнаа, уште пред објавувањето на тој напис, да воведуваат одредени посреднички променливи во нивното истражување (на пр. Dohrenwend, 1973; Nuckolls, Cassel, Kaplan, 1972). Меѓутоа, Ребкин и Стрининг, најверојатно, вербализирале духовна клима која владеела во заедницата на оние кои биле ангажирани во истражувањето на врската помеѓу стресните животни настани и болеста. Затоа, нивниот напис даде импулс на истражувањето на посредничките променливи и тој тренд продолжува и денес (Andrews, Tennant, Henson, & Vaillant, 1978; Canton et al. 1988; Holahan, Moos, 1985; Kobasa, 1979; Kobasa, Maddi, & Kahn, 1982; Накано, 1990; Свичевик, 1983). Општо земено, резултатите укажуваат на важноста на користените посреднички променливи. Андријус et al. животни настани. Сузана Кобаса (1979), од друга страна, во своето истражување, ја покажа важноста на конструкцијата на личноста што ја нарече „дврстина“ за одржување на добро здравје на лицата кои доживеале висок степен на стрес, мерено со помош на модифицирана верзија на Холмс и скала за социјално приспособување. Оваа конструкција се покажа значајна во една проспективна студија (Кобаса, Мади, Кан, 1982), но само во случај на лица кои доживеале висок степен на стрес (Влајковиќ, 1992). Касел (Касел, 1976) укажува на важноста на „социјалното опкружување“ како фактор на отпорност на стрес. Веројатно во врска со горенаведените влијанија, голем поттик доби истражувањето на социјалната поддршка како особено значајна детерминанта на здравјето од крајот на седумдесеттите години наваму. Повеќе од тоа, во текот на осумдесеттите, социјалната поддршка како променлива (независна, посредувачка, зависна) ќе стане вистинска мода, „одговор на сите прашања“ во оваа област - феномен што ќе предизвика значителни полемики и критички забелешки (Broadhead et al. 1984; Каплан, Салис, Патерсон, 1993).

1.9. Депресија, анксиозност и стрес

Депресијата, анксиозноста и стресот се препознаваат како основни негативни показатели за менталното здравје и некои од главните здравствени проблеми, а интересот за истражување

е насочен кон разбирање на нивната природа, причини и третман (Lovibond & Lovibond, 1995).

Ловибонд и Ловибонд (1995) истакнуваат дека депресијата, анксиозноста и стресот се три посебни, концептуално различни, но меѓусебно поврзани феномени. Индивидуалната депресија се карактеризира со искуства на дисфорија, безнадежност, девалвација на себеси и на животот во целина, осиромашување на општествениот живот и анхедонија. Анксиозноста е ментална состојба која се карактеризира со субјективно искуство на страв, чувство на беспомошност и високо ниво на возбуда на организмот. Негативниот стрес е состојба на висока возбуда на организмот што се јавува како резултат на еден или повеќе заканувачки настани, со силни негативни емоции на ментално ниво (Lovibond & Lovibond, 1995; Jovanović et al., 2014).

Луѓето кои се генерално склони кон анксиозност, по правило, често изразуваат симптоми на депресија, и обратно. Стресот е исто така поврзан и со депресија и со анксиозност (Lovibond & Lovibond, 1995). Во овој труд депресијата, анксиозноста и стресот ги сметавме како негативни показатели за менталното здравје на испитаниците, односно собраните податоци за нивоата на депресија, анксиозност и општо стрес во текот на животот ги користевме како негативни особини на личноста, а не како емоционални државите. За овие цели, користевме адаптирана верзија на инструментот DASS-42 создадена од Ловибонд и Ловибонд (Lovibond & Lovibond, 1995).

Истражувањата покажаа дека пандемијата COVID-19 има сериозно влијание врз менталното здравје и на здравствените работници и на општата популација (Канг и сор., 2020; Вујчиќ и сор., 2021). Едно истражување за психичко вознемирување кое опфати 958 здравствени работници од градот Вухан, Кина, покажа дека повеќе од половина од испитаниците имале симптоми поврзани со депресија и анксиозност. Поточно, 54% од вкупниот примерок имале симптоми на анксиозност и 58% на депресија, при што преваленцата на стрес е повисока од онаа што претходно била откриена кај здравствените работници кои се бореле со вирусот САРС (Xiao et al., 2020). Во студија во која учествувале 1.257 здравствени работници од Кина, од кои 760 од Вухан, 71,5% од испитаниците покажале симптоми на стрес, 44,6% анксиозност, 50,4% депресија и 34% несоница. Овие симптоми беа потешки кај медицинските техничари/медицински сестри, персоналот од

„првата линија“, како и кај оние кои работела во Вухан, епицентарот на избувнувањето на пандемијата COVID-19 (Лај и сор., 2020). Слични резултати беа пронајдени во европските земји, како што е Германија, каде здравствените работници, особено медицинските сестри, пријавија висока преваленца на стрес, емоционален замор и депресивни симптоми (Zerbini et al., 2020).

Синдромот на исцрпеност на работа мора да се разликува од стресот и депресијата. Главната разлика во споредба со стресот е тоа што синдромот на исцрпеност на работа е кумулативен процес кој има свои фази и слика на хронично нарушување. Можно е прегорување на работа да се гледа како резултат на работните услови и стресот што се јавува како последица на тоа. Повеќето лекари имаат тенденција да работат долги часови и постојано се грижат за благосостојбата на своите пациенти. Освен тоа, стравот дека работите ќе тргнат наопаку ги става под дополнителен притисок, што може да предизвика вознемиреност. Во многу земји, постои растечка „култура на вина“ во здравствениот систем што придонесува за овој стрес. Од друга страна, склоноста кон анксиозност, пребирливоста и речиси опсесивната личност доаѓаат со медицинската професија (Bhugra et al., 2021).

Синдромот на исцрпеност, исто така, треба да се разликува од незадоволството од работата и депресијата. Разликата во однос на депресијата е во тоа што синдромот на исцрпеност на работа се однесува на работното место и е поврзан исклучиво со содржината на работното место, за разлика од депресијата која е поврзана со сите делови од животот на човекот, барем на почетокот. Забележано е дека луѓето склони кон депресија се почувствителни на појава на синдром на исцрпеност на работа (Дедиќ, 2005). Забележана е и врската помеѓу анксиозноста и синдромот на исцрпеност на работа. Во едно истражување спроведено во Србија, докажано е дека со зголемување на вкупниот резултат на скалата на анксиозност, оценката за димензиите на исцрпеност при работа, емоционална исцрпеност и обезличување се зголемува, а на димензијата на лични достигнувања се намалува (Војводиќ & Дедиќ, 2020).

Во моментот, ниту една од достапните алатки за проценка на синдромот на професионално согорување не обезбедува инструменти за диференцијална дијагноза. Поврзаноста помеѓу исцрпеноста на работа и синдромот на хроничен замор, и исцрпеноста и депресијата е особено релевантна, бидејќи сите ентитети споделуваат прилично вообичаени симптоми, а исцрпеноста на работа е фактор на ризик за развој на депресија (Korczak et al., 2010).

Генерализираното анксиозно растројство се карактеризира со загриженост за различни настани, за разлика од другите анксиозни растројства во кои лицето е загрижено за специфични стимули или проблеми (на пр., загриженост за напад на паника при панично растројство или загриженост дека е непријатно во социјални ситуации во социјално анксиозно растројство) (Leahy et al. et al., 2012).

Грижите претставуваат синџир на катастрофални мисли кои се претежно вербални. Се состои од разгледување на потенцијално опасни ситуации и лични стратегии за справување. Грижите се наметливи по природа, тие се контролирани, иако често се доживуваат како неконтролирани. Загриженоста е поврзана со мотивацијата да се спречи или избегне потенцијална опасност. Самата грижа може да се гледа како стратегија за справување, но таа може да стане фокус, односно предмет на грижа. (Велс, 1999б). Оваа дефиниција има за цел да долови неколку важни карактеристики на грижата: неговата форма, која вклучува низи вербални мисли; неговата содржина, која вклучува катастрофирање на опасностите и размислување за справување; и неговите функционални аспекти, т.е. стратегии за справување и стратегии за избегнување. Дополнително, дефиницијата нагласува дека грижата субјективно се перцепира како неконтролирана, иако таа всушност може да се контролира. Така, постои дисоцијација помеѓу вистинската и проценетата контролираност. Конечно, последниот дел од дефиницијата, кој зборува за грижата како самиот предмет на неа, ја вклучува разликата помеѓу неа „тип 1“ и неа „тип 2“ (Велс, 2005).

1.10. Релевантни истражувања

Со прегледување на литературата достапна на PubMed и Google Scholar, пребарување со помош на клучните зборови преваленца на депресија во примарната здравствена заштита, добиени се 8 студии кои се спроведени помеѓу 2009 и 2018 година и се прикажани во Табела 2.

Табела 3. Преваленца на депресија во примарната здравствена заштита

Популација	Резултати
<p>Возрасните амбуланти (n = 509.945) го пополнија прашалникот за депресија PHQ-9 за време на посетите на примарната здравствена заштита, специјалистичка психијатриска амбулантска клиника и други даватели на амбулантски услуги (Cary and all, 20216).</p>	<p>Средбите во кои беа користени прашалници вклучуваа 500.751 (41%) со специјалисти за ментално здравје, 442.509 (36%) со општи лекари и 285.048 (23%) со разни други медицински или хируршки специјалисти (вклучувајќи и посети на итната медицинска помош). Користејќи ја конвенционалната класификација на резултатите PHQ-9, депресијата била минимална (оценка од 0 до 4) кај 408.575 (34%), блага (оценка од 5 до 9) кај 295.907 (25%), умерена (оценка од 10 до 14) кај 221.845 (19%), умерено тешки (оценки од 15 до 19) кај 153.946 (13%) и тешки (20 или повеќе) кај 103.098 субјекти (9%).</p>
<p>Беше регрутиран примерок од 3.626 возрасни кои посетуваат 12 австралиски општи ординации (Rancans and all, 20218).</p>	<p>При проценка на тежината на депресијата, користениот PHQ-9 тест покажа точност во 95% (0,92-0,93) од испитуваните случаи. PHQ тестот покажа чувствителност од 91% и специфичност од 78% за откривање на можни случаи на депресија.</p>
<p>Во текот на 2011 година беше спроведена пресек студија кај општата популација за употреба на супстанции во Летонија (Choi and all, 2017).</p>	<p>Преваленција на депресија беше 6,7%.</p>
<p>Во повторената студија на Хајнц Никсдорф, 3.880 испитаници на возраст од 51-81 година учествувале во периодот 2006-2008 година. години (Mitchell and all, 2009).</p>	<p>Фреквенцијата на депресивно расположение (CES-D \geq 16) беше 7,57%.</p>
<p>Студијата ја опфати општата популација на Кореја, случаен примерок од неинституционализираната популација (Berardi and all, 2002).</p>	<p>Точка преваленца на депресија (PHQ резултат 10 или повеќе) беше 6,7% (95% интервал на доверба [CI], 5,7-7,6) кај 4.949 субјекти.</p>

<p>Во истражувањето учествувале 2.294 пациенти, кои биле прегледани во 38 ординации од општа пракса од три града - Саутемптон, Ливерпул и Норфолк помеѓу април 2006 година и март 2007 година. Беа користени компјутеризирани медицински досиеја на пациенти со тешка депресија (Ansseau and all, 2004).</p>	<p>Беше забележан покачен резултат за депресија: 1.658 за PHQ-9, 584 за HADS и 52 за BDI-II. Со На PHQ-9, 1.384 (83,5%) од 1.658 пациенти беа категоризирани како со умерена до тешка депресија (за која генерално се препорачува активна интервенција), во споредба со само 325 (55,6%) од 584 пациенти оценети со HADS.</p>
<p>Беше спроведена кохортна студија, 47.170 субјекти беа идентификувани од популација од 1.287.829 субјекти на возраст од 10-79 години со снимена дијагноза на депресија (Read code) помеѓу 1 јануари 2002 и 31 декември 2004 година (46).</p>	<p>Преваленцата на депресија беше 11,23% (95% CI, 11,18-11,28).</p>

Групи автори веруваат дека достапните податоци се само врвот на ледениот брег. Тие заклучуваат дека голем број депресивни состојби се незабележани и недијагностицирани и дека депресијата и депресивните растројства претставуваат многу поголем и поширок проблем отколку што се мисли. Преваленцата и инциденцата на депресијата се испитувани во многу глобални студии користејќи различни дијагностички критериуми (7).

Трендот на зголемена преваленца и инциденца на депресија започна во раните години на минатиот век во сите земји погодени од бранот на индустријализација, а продолжува и денес. Беше забележан и тренд на поместување на прагот на депресија кон помлади возрасти. На зголемената фреквенција на депресивни растројства влијае и зголемувањето на животниот век и поголемиот број на соматски оштетувања, кои често се придружени со депресивни нарушувања, зголемувањето на зачестеноста на јатрогени депресији, како и континуираното зголемување на нивото на стрес во сите региони во светот. Депресивните растројства не треба да се гледаат изолирано, како ментални болести, бидејќи е докажано дека тие имаат влијание и врз соматскиот карактер на болеста и како такви претставуваат фактор на ризик за развој на коморбидитети и зголемена смртност (Sullivan and all, 2000).

Врската помеѓу депресијата и другите нарушувања е многукратна. Депресијата е фактор на ризик за развој на кардиоваскуларни и цереброваскуларни заболувања и рак. Луѓето кои

страдаат од хронични заболувања (дијабетес, срцеви заболувања, терминални стадиуми на малигни заболувања) имаат значително поголеми шанси за развој на депресија. Со коегзистирање, депресијата и другите болести реципрочно се влошуваат, што го прави третманот покомплициран, подолг, понесигурен и поскап (Bienvenu and all, 2011). Пациентите со претходен миокарден инфаркт кои страдаат од депресија имаат 4-8 пати поголема стапка на смртност во споредба со пациентите без депресија. Коморбидитетот на рак и депресија покажува поголем ризик од смртност и поголем број денови на болничко лекување. Појавата на депресивни симптоми, кои се наоѓаат кај 30% од дијабетичарите, доведува до полоша контрола на болеста, полоши резултати и повисоки трошоци за лекување (50).

Анксиозноста - нерасположението предизвикано од животни проблеми, веројатно припаѓа на емоциите кои се од најголемо значење за научните истражувања кои се занимаваат со причините за болестите и начините за нивно излекување (Адамовиќ В, 1984). Во современиот живот, анксиозноста стана прекумерна и неразумна. Постојаните напади на анксиозност се знак за зголемен стрес (Brown T et al, 1993). Интересна студија за стрес беше спроведена во Хинду Куш, планинско село во регионот Хитрал во Пакистан (Mumford DB, Nazir M, Jilani FU, 1996). Утврдено е дека нивото на емоционална вознемиреност, поради специфичноста на стресните фактори во руралното подрачје, е многу слично со она во урбаната средина. Дури беше откриено дека жените повеќе страдаат од анксиозност и депресивни нарушувања отколку оние во западните општества.

Литература

- World Health Organization. Investing in mental health: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2013.
- Pratt LA, Brody DJ. Depression in the U.S. household population, 2009–2012. NCHS data brief. 2014; (172): 1–8.
- Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJ, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. PLoS medicine. 2013; 10(11): e1001547.
- Kamiya Y, Doyle M, Henretta JC, Timonen V. Depressive symptoms among older adults: the impact of early and later life circumstances and marital status. Aging & mental health. 2013; 17(3): 349–357.
- Craven MA, Bland R. Depression in primary care: current and future challenges. Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie. 2013; 58(8): 442–448.
- Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL. Family disruption in childhood and risk of adult depression. The American journal of psychiatry. 2003; 160(5): 939–946.
- Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. Human psychopharmacology. 2002; 17 Suppl 1: S1–11.
- Gilbody S, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 2008; 178(8): 997–1003.
- Riggs PD, Davies RD. A clinical approach to integrating treatment for adolescent depression and substance abuse. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2002; 41(10): 1253–1255.
- Katon W, Sullivan MD. Depression and chronic medical illness. The Journal of clinical psychiatry. 1990; 51 Suppl: 3–11; discussion 12–14.
- Yuliasari A, Prabawa A. Design of Information System to Detect Antenatal Depression. IOP Conference Series: Materials Science and Engineering. 2020; 874(1):

012014.

- Gaynes BN, Lux L, Gartlehner G, Asher G, Forman-Hoffman V, Green J, et al. Defining treatment-resistant depression. *Depression and anxiety*. 2020; 37(2): 134–145.
- Warner J. The Wrong Story About Depression. 2010. Dostupno na: <https://www.nytimes.com/2010/01/09/opinion/09warner.html>
- Waugh CE, Koster EH. A resilience framework for promoting stable remission from depression. *Clinical psychology review*. 2015; 41: 49–60.
- Dodig G. Je li pred nama stoljeće depresije? *Medicus*. 2004; 13(1): 7–9.
- Paykel ES. Basic concepts of depression. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2008; 10(3): 279–289.
- Zalar B, Haslberger A, Peterlin B. The Role of Microbiota in Depression - a brief review. *Psychiatria Danubina*. 2018; 30(2): 136–141.
- Micov A. Lekovi u terapiji afektivnih poremećaja. Beograd: Univerzitet u Beogradu, Farmaceutski fakultet; 2019.
- Folnegović-Šmalc V, Grošić P, Henigsberg N, Kozumplik O, Makarić G, Mimica N, et al. Farmakoterapija depresija. *Medicus*. 2004; 13: 31–39.
- Lisitsyna TA, Veltishchev DY, Seravina OF, Kovalevskaya OB, Starovoytova MN, Desinova OV, et al. Comparative analysis of anxiety-depressive spectrum disorders inpatients with rheumatic diseases. *Terapevticheskii arkhiv*. 2018; 90(5): 30–37.
- Kessing LV. Epidemiology of subtypes of depression. *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 2007; (433): 85–89.
- American Psychiatric Association. *Depressive Disorders: DSM-5® Selections*; 2015.
- Savić M. Farmakoterapija unipolarne depresije i bipolarnog poremećaja. Beograd: Univerzitet u Beogradu, Farmaceutski fakultet; 2019.
- Bernard JER. Depression: A review of its definition. *MOJ Addiction Medicine & Therapy*. 2018; 5(1): 6–7.
- Trivedi MH. The link between depression and physical symptoms. Primary care companion to the *Journal of clinical psychiatry*. 2004; 6(Suppl 1): 12–16.
- Ukatu N, Clare CA, Brulja M. Postpartum Depression Screening Tools: A Review. *Psychosomatics*. 2018; 59(3): 211–219.

- Mekonen T, Ford S, Chan GCK, Hides L, Connor JP, Leung J. What is the short-term remission rate for people with untreated depression? A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2022; 296: 17–25.
- Casper RC. Depression and eating disorders. *Depression and anxiety*. 1998; 8 Suppl 1: 96–104.
- Perrotta G. Depressive disorders: definitions, contexts, differential diagnosis, neural correlates and clinical strategies *Archives of Depression and Anxiety*. 2019; 5(2): 9–33.
- Kessler RC. The costs of depression. *The Psychiatric clinics of North America*. 2012; 35(1): 1–14.
- World Health Organization. *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Geneva: World Health Organization; 2017.
- National Institute of Mental Health. Major Depression. 2022. Dostupno na: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression>
- Arias-de la Torre J, Vilagut G, Ronaldson A, Serrano-Blanco A, Martin V, Peters M, et al. Prevalence and variability of current depressive disorder in 27 European countries: a population-based study. *The Lancet Public health*. 2021; 6(10): e729–e738.
- Ellervik C, Kvetny J, Christensen KS, Vestergaard M, Bech P. Prevalence of depression, quality of life and antidepressant treatment in the Danish General Suburban Population Study. *Nordic journal of psychiatry*. 2014; 68(7): 507–512.
- Iloh GUP, Aguocha GU, Amadi AN, Chukwuonye ME. Depression among ambulatory adult patients in a primary care clinic in southeastern Nigeria. *The Nigerian postgraduate medical journal*. 2018; 25(4): 204–212.
- Luitel NP, Baron EC, Kohrt BA, Komproe IH, Jordans MJD. Prevalence and correlates of depression and alcohol use disorder among adults attending primary health care services in Nepal: a cross sectional study. *BMC health services research*. 2018; 18(1): 215.
- Zung WW, Broadhead WE, Roth ME. Prevalence of depressive symptoms in primary care. *The Journal of family practice*. 1993; 37(4): 337–344.

- Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Scientific reports*. 2018; 8(1): 2861.
- Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Hofler M, Pfister H, Muller N, et al. Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*. 2004; 34(4): 597–611.
- Muller A, Claes L, Smits D, Brahler E, de Zwaan M. Prevalence and Correlates of Self-Harm in the German General Population. *PloS one*. 2016; 11(6): e0157928.
- Carey M, Boyes A, Noble N, Waller A, Inder K. Validation of the PHQ-2 against the PHQ-9 for detecting depression in a large sample of Australian general practice patients. *Australian journal of primary health*. 2016; 22(3): 262–266.
- Rancans E, Trapencieris M, Ivanovs R, Vrublevska J. Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 to screen for depression in nationwide primary care population in Latvia. *Annals of general psychiatry*. 2018; 17–33.
- Milanovic SM, Erjavec K, Poljicanin T, Vrabec B, Brecic P. Prevalence of depression symptoms and associated socio-demographic factors in primary health care patients. *Psychiatria Danubina*. 2015; 27(1): 31–37.
- Choi YJ, Lee WY. The prevalence of suicidal ideation and depression among primary care patients and current management in South Korea. *International journal of mental health systems*. 2017; 11–18.
- Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 2009; 374(9690): 609–619.
- Berardi D, Leggieri G, Ceroni GB, Rucci P, Pezzoli A, Paltrinieri E, et al. Depression in primary care. A nationwide epidemiological survey. *Family practice*. 2002; 19(4): 397–400.
- Ansseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of affective disorders*. 2004; 78(1): 49–55.
- Wang YH, Li JQ, Shi JF, Que JY, Liu JJ, Lappin JM, et al. Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-

- analysis of cohort studies. *Molecular psychiatry*. 2020; 25(7): 1487–1499.
- Moreno-Agostino D, Wu YT, Daskalopoulou C, Hasan MT, Huisman M, Prina M. Global trends in the prevalence and incidence of depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2021; 281: 235–243.
- Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *The American journal of psychiatry*. 2000; 157(10): 1552–1562.
- Bienvenu OJ, Davydow DS, Kendler KS. Psychiatric 'diseases' versus behavioral disorders and degree of genetic influence. *Psychological medicine*. 2011; 41(1): 33–40.
- Shadrina M, Bondarenko EA, Slominsky PA. Genetics Factors in Major Depression Disease. *Frontiers in psychiatry*. 2018; 9: 334.
- Tyrrell J, Mulugeta A, Wood AR, Zhou A, Beaumont RN, Tuke MA, et al. Using genetics to understand the causal influence of higher BMI on depression. *International journal of epidemiology*. 2019; 48(3): 834–848.
- Eid RS, Gobinath AR, Galea LAM. Sex differences in depression: Insights from clinical and preclinical studies. *Progress in neurobiology*. 2019; 176: 86–102.
- Labaka A, Goni-Balentiaga O, Lebena A, Perez-Tejada J. Biological Sex Differences in Depression: A Systematic Review. *Biological research for nursing*. 2018; 20(4): 383–392.
- Mirowsky J, Ross CE. Age and depression. *Journal of health and social behavior*. 1992; 33(3): 187-205; discussion 206–112.
- Wium-Andersen MK, Dalgaard Villumsen M, Wium-Andersen IK, Jorgensen MB, Hjelmberg JB, Christensen K, et al. Familial risk and heritability of depression by age at first diagnosis in Danish twins. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2020; 142(6): 446–455.
- Snowdon J. How high is the prevalence of depression in old age? *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2002; 24: 42–47.
- Freeman A, Tyrovolas S, Koyanagi A, Chatterji S, Leonardi M, Ayuso-Mateos JL, et al. The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC public health*. 2016; 16(1): 1098.

- Eaton WW, Muntaner C, Bovasso G, Smith C. Socioeconomic status and depressive syndrome: the role of inter- and intra-generational mobility, government assistance, and work environment. *Journal of health and social behavior*. 2001; 42(3): 277–294.
- Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *Jama*. 1989; 261(15): 2229–2235.
- Maselko J, Bates L, Bhalotra S, Gallis JA, O'Donnell K, Sikander S, et al. Socioeconomic status indicators and common mental disorders: Evidence from a study of prenatal depression in Pakistan. *SSM - population health*. 2018; 4: 1–9.
- Restifo K, Bogels S. Family processes in the development of youth depression: translating the evidence to treatment. *Clinical psychology review*. 2009; 29(4): 294–316.
- Robertson JF, Simons RL. Family Factors, Self-Esteem, and Adolescent Depression. *Journal of Marriage and Family*. 1989; 51(1): 125–138.
- Gittins CB, Hunt C. Self-criticism and self-esteem in early adolescence: Do they predict depression? *PloS one*. 2020; 15(12): e0244182.
- Govina O, Vlachou E, Kalemikerakis I, Papageorgiou D, Kavga A, Konstantinidis T. Factors Associated with Anxiety and Depression among Family Caregivers of Patients Undergoing Palliative Radiotherapy. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. 2019; 6(3): 283–291.
- Hammen C. Stress and depression. *Annual review of clinical psychology*. 2005; 1: 293–319.
- Mello AF, Juruena MF, Pariente CM, Tyrka AR, Price LH, Carpenter LL, et al. [Depression and stress: is there an endophenotype?]. *Revista brasileira de psiquiatria*. 2007; 29 Suppl 1: S13–18.
- Simon GE. Treating depression in patients with chronic disease: recognition and treatment are crucial; depression worsens the course of a chronic illness. *The Western journal of medicine*. 2001; 175(5): 292–293.
- Lotfaliany M, Bowe SJ, Kowal P, Orellana L, Berk M, Mohebbi M. Depression and chronic diseases: Co-occurrence and communality of risk factors. *Journal of affective disorders*. 2018; 241: 461–468.

Kim H, Kim SH, Cho YJ. Combined Effects of Depression and Chronic Disease on the Risk of Mortality: The Korean Longitudinal Study of Aging (2006-2016). *Journal of Korean medical science*. 2021; 36(16): e99.

Andrews G. Should depression be managed as a chronic disease? *Bmj*. 2001; 322(7283): 419–421.

II. МЕТОДОЛОГИЈА И ИСТРАЖУВАЧКИ ДИЗАЈН

2.1. Истражувачки цели

Истражувачки цели се поставени во зависност од целите и статистичката анализа преку која се постигнуваат истите и тоа: дескриптивни, **предиктивни**, зависно од истражувачките варијабли, доживеаните трауматските искуства за време на пандемија и социодемографските карактеристики. За таа цел се поставени следните цели:

- a) Да се види дали истражувачките варијабли депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС се асиметрични по однос на дистрибуираноста во мострата на испитаници медицинскиот (доктори и друг медицински технички персонал) и немедицинскиот персонал (психолози и др) кој бил ангажиран во медицински установи со цел справување со Пандемијата Ковид 19 во периодот од започнување 2020 па се до завршување на кризната ситуација.
- b) Да се види дали постои определна застапеност на доживеаните трауматски искуства кај медицинскиот (доктори и друг медицински технички персонал) и немедицинскиот персонал (психолози и др) кој бил ангажиран во медицински установи со цел справување со Пандемијата Ковид 19 во периодот од започнување 2020 па се до завршување на кризната ситуација.
- c) Да се утврди дали постои корелација помеѓу депресивноста, анксиозноста и пострауматскиот стрес синдром, од една страна и вознемиреноста на оската ДАС кај медицинскиот персонал вработен во здравствени установи а кои биле изложени на стресорот Ковид 19.
- d) Да се утврди дали постои комплементарност меѓу истражувачките вариабли (депресивност, анксиозност, пострауматски стрес синдром и вознемиреност на оската ДАС) од една страна и социодемографските карактеристики како работниот стаж, возраста на испитаниците, степенот на завршено образование и перцепцијата на финансиските приходи во семејството.
- e) Да се утврди дали постојат статистички значајна разлика во однос на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност социодемографските карактеристики (полот, семејните приходи, брачниот статус и професијата:

медицински технички персонал, доктори или немедицински персонал (психолози и др) како и во зависност од доживеаните трауматските настани за време на пандемијата со Ковид 19 кај медицинскиот технички персонал, докторите и немедицинскиот персонал (психолози и др)

- f) Да се утврди дали панел на предиктор варијабли: психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели се одликуваат со предиктивна вредност во предвидувањето на критериум променливита депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС.
- g) Да се утврди предиктивната вредност на сет варијабли, односно дали панел на предиктор социодемографски карактеристики: брачен статус, финансиски приходи, работен стаж и возраст се одликуваат со предиктивна вредност во предвидувањето на критериум променливита депресивноста, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС.

Секоја акција што се презема во општествените науки, без разлика дали се работи за личниот или професионалниот живот на поединецот во општеството, има цел што се надеваме дека ќе ја постигнеме во иднина како поединец. Но, колку и да си поставиме цел, ако не преземеме соодветни мерки, односно ако не си поставиме цели кои ќе ја постигнат целта, тогаш тоа е цабе. Нормално, по утврдувањето на целта на дисертациската работа, важно е и како ќе ја постигнеме суштинската цел на оваа работа. Како ќе се постигне целта и целите на работата ќе биде објаснето во делот методологија.

2.2. Истражувачки проблем и истражувачки прашања

Да се истражи односот помеѓу депресивноста, анксиозност, вознемиреност на оската ДАС, трауматските искуства доживеани за време на пандемијата со Ковид 19 кај медицински (доктори, медицински техничари и др) и немедицински (психолози и др) персонал.

Врз основа на целите на истражувањето, оваа студија има за цел да одговори на истражувачките прашања. Во зависност од целите и статистичката анализа истражувачките прашања се класифицирани во неколку категории и тоа:

- a) Истражувачки прашања од доменот на дескриптивна анализа;
- b) Истражувачки прашања кои се однесуваат на **корелациона анализа** зависно од доживеаните трауматските искуства за време на пандемија и социодемографските карактеристики;
- c) Истражувачки прашања кои се однесуваат на **диференцијалните разлики** зависно од доживеаните трауматските искуства за време на пандемија и социодемографските карактеристики;
- d) Истражувачки прашања кои се однесуваат на **регресиона анализа** каде во улога на предиктор варијабли се јавуваат трауматските искуства и социодемографските карактеристики.

Истражувачки прашања од доменот на дескриптивна анализа:

П.1.1 Истражувачките варијабли депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС се асиметрични по однос на дистрибуираноста во мострата на испитаници медицинскиот (доктори и друг медицински технички персонал) и немедицинскиот персонал (психолози и др) кој бил ангажиран во медицински установи со цел справување со Пандемијата Ковид 19 во периодот од започнување 2020 па се до завршување на кризната ситуација.

Н.1.2. Постои определна застапеност на доживеаните трауматски искуства кај медицинскиот (доктори и друг медицински технички персонал) и немедицинскиот персонал (психолози и др) кој бил ангажиран во медицински установи со цел справување со Пандемијата Ковид 19 во периодот од започнување 2020 па се до завршување на кризната ситуација.

Истражувачки прашања кои се однесуваат на **корелациона анализа** зависно од доживеаните трауматските искуства за време на пандемија и социодемографските карактеристики, се следните:

П.2.1 Дали постои корелација помеѓу депресивноста, анксиозноста и пострауматскиот стрес синдром, од една страна и вознемиреноста на оската ДАС кај

медицнскиот персонал вработен во здравствени установи а кои биле изложени на стресорот Ковид 19?

П.2.2. Дали постои комплементарност меѓу истражувачките вариабли (депресивност, анксиозност, постраумтаски стрес синдром и вознемиреност на оска ДАС) од една страна и социодемографските карактеристики како работниот стаж, возраста на испитаниците, степенот на завршено образование и перцепцијата на финансиските приходи во семејството.

Истражувачки прашања кои се однесуваат на **диференцијалните разлики** зависно од доживеаните трауматските искуства за време на пандемија и социодемографските карактеристики, се следните:

П.3.1. Дали постојат статистички значајна разлика во однос на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оска ДАС во зависност од полот, семејните приходи, брачниот статус и професијата: медицински технички персонал, доктори или немедицински персонал (психолози и др)?

П.3.2. Дали постои статистички значајна разлика во однос на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оска ДАС во зависност од доживеаните трауматските настани за време на пандемијата со Ковид 19 кај медицинскиот технички персонал, докторите и немедицинскиот персонал (психолози и др)?

Истражувачки прашања кои се однесуваат на **регресиона анализа** каде во улога на предиктор варијабли се јавуваат трауматските искуства и социодемографските карактеристики, се поставени следните две истражувачки прашања:

П.4.1. Дали панел на предиктор варијабли: психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смртта и губење на блиски или пријатели се одликуваат со предиктивна вредност во предвидувањето на критериум променливата депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС?

П.4.2 Дали панел на предиктор варијабли: брачен статус, финансиски приходи, работен стаж и возраст се одликуваат со предиктивна вредност во предвидувањето

на критериум променливата депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС?

2.3. Истражувачки варијабли

Посттрауматско стресно растројство (ПТСН) е состојба на ментално здравје која е предизвикана од ужасен настан - и/или е искусена и/или сведочена од лицето. Симптомите може да вклучуваат напади на паника, особено ноќе, и генерализирана анксиозност, како и неконтролирани мисли за настанот. Повеќето луѓе кои поминуваат низ трауматски настани може да имаат привремени тешкотии да се справат, но со текот на времето и добрата грижа за себе, тие обично стануваат подобри. Ако симптомите се влошат, траат со месеци или дури години и го попречуваат нивното секојдневно функционирање, тие може да имаат ПТСН.

Депресијата е минлива состојба на обесхрабрување и тага. Депресијата може да се манифестира во широк спектар на физички и психолошки состојби. Интензитетот на депресијата варира од личност до личност. Депресијата е состојба на лошо расположение и аверзија кон активност. Тоа може да влијае на мислите, однесувањето, мотивацијата, чувствата и чувството за благосостојба на една личност.

Анксиозноста е одговор на нејасна или непозната закана. Анксиозноста настанува кога веруваме дека може да се случи опасен или немил настан во нашите животи и го чекаме. Секој доживува анксиозност до индивидуален степен и интензитет. На интензитетот на анксиозното искуство во голема мера влијае перцепцијата на очекуваниот настан

2.4. Истражувачки хипотези

Хипотези од доменот на дескриптивна анализа:

H.1. Истражувачките варијабли депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС

H.1.1. Истражувачките варијабли депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС се асиметрични по однос на дистрибуираноста во мострата н

аиспитаници медицинскиот (доктори и друг медицински технички персонал) и немедицнскиот персонал (психолози и др) кој бил ангажиран во медицински установи со цел справување со Пандемијата Ковид 19 во периодот од започнување 2020 па се до завршување на кризната ситуација.

H.1.2. Постои определна застапеност на доживеаните трауматски искуства кај медицинскиот (доктори и друг медицински технички персонал) и немедицнскиот персонал (психолози и др) кој бил ангажиран во медицински установи со цел справување со Пандемијата Ковид 19 во периодот од започнување 2020 па се до завршување на кризната ситуација.

Хиппотези од доменот на корелациона анализа:

H.0. Не постои корелација помеѓу депресивноста, анксиозноста и пострауматскиот стрес синдром, од една страна и вознемиреноста на оската ДАС кај медицнскиот персонал вработен во здравствени установи а кои биле изложени на стресорот Ковид 19.

H.A. Постои корелација помеѓу депресивноста, анксиозноста и пострауматскиот стрес синдром, од една страна и вознемиреноста на оската ДАС кај медицнскиот персонал вработен во здравствени установи а кои биле изложени на стресорот Ковид 19

H.0. Не постои комплементарност меѓу истражувачките вариабли (депресивност, анксиозност, постраумтаски стрес синдром и вознемиреност на оска ДАС) од една страна и социодемографските карактеристики како работниот стаж, возраста на испитаниците, степенот на завршено образование и перцепцијата на финансиските приходи во семејството.

H.A. Постои комплементарност меѓу истражувачките вариабли (депресивност, анксиозност, постраумтаски стрес синдром и вознемиреност на оска ДАС) од една страна и социодемографските карактеристики како работниот стаж, возраста на испитаниците, степенот на завршено образование и перцепцијата на финансиските приходи во семејството.

Хипотези од доменот на диференцијална анализа:

1. Хипотези кои се однесуваат на диференцијалните разлики во однос на истражувачките варијабли зависно од социодемографските карактеристики
2. Хипотези кои се однесуваат на диференцијалните разлики зависно од доживеаните трауматските искуства за време на пандемија

Хипотези кои се однесуваат на диференцијалните разлики во однос на истражувачките варијабли а зависно од социодемографските карактеристики, се следните:

H0: Не постои статистички значајна разлика во однос на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од полот, семејните приходи, брачниот статус и професијата: медицински технички персонал, доктори или немедицински персонал (психолози и др).

Ha: Постои статистички значајна разлика во однос на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од полот, семејните приходи, брачниот статус и видот професијата: медицински технички персонал, доктори или немедицински персонал (психолози и др).

Во рамките на диференцијалната анализа се поставени 4 посебни хипотези, и тоа:

X1: Видот на професијата која ја извршуваат во рамките на медицинската установа, медицински технички персонал, доктори или немедицински персонал (психолози и др), статистички значително влијае на степенот на изразеноста на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот технички персонал и психолозите за разлика од докторите манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас депресивност и анксиозност.

X2: Статистички значајни полови разлики се евидентни во однос на степенот на изразеноста на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС. Жените за разлика од машкиот медицински персонал манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас, депресивност и анксиозност.

X3: Семејните приходи на испитаниците статистички значително влијае на степенот на изразеноста на анксиозноста депресивност и вознемиреност на оската ДАС. Вработените во медицински установи кои за време на пандемијата доживеале трауматски искуства а чии семејни приходи се ниски во поголема мерка пројавуваат

анксиозност, депресивност и вознемиреност на оската ДАС споредено со своите колеги со повисоки семејни приходи.

X4 Брачениот статус на испитаниците статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на анксиозноста, депресивност и вознемиреност на оската ДАС. Со други зборови, вработените во медицински установи кои за време на пандемијата доживеале трауматски искуства а чиј брачен статус е разведени односно во брак во поголема мерка пројавуваат анксиозност, депресивност и вознемиреност на оската ДАС споредено со своите колеги чиј брачен статус е сингл односно верени.

Хипотези кои се однесуваат на **диференцијалните разлики** зависно од доживеаните трауматските искуства за време на пандемија, се следните:

H0: Не постои статистички значајна разлика во однос на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од доживеаните трауматските настани за време на пандемијата со Ковид 19 кај медицинскиот технички персонал, докторите и немедицинскиот персонал (психолози и др).

Ha: Постои статистички значајна разлика во однос на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од доживеаните трауматските настани за време на пандемијата со Ковид 19 кај медицинскиот технички персонал, докторите и немедицинскиот персонал (психолози и др).

Во рамките на диференцијалната анализа се поставени 8 посебни хипотези, и тоа:

X1: „Изолација“ како трауматско искуство со кој во неколку наврати се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал персонал (психолози и др) ангажиран за време на пандемијата како вработени во медицинските установи, статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот и немедицинскиот персонал кој се соочил лично или посредно со изолацијата за време на Ковид пандемијата за разлика од персоналот кој не ја доживеал изолацијата како трауматско искуство манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас депресивност и анксиозност.

X2: „Заболување без можност за помош“ како трауматско искуство со кој за време на пандемијата се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и

немедицинскиот персонал персонал (психолози и др), статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анскизозност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот и немедицинскиот персонал кој се соочил лично или посредно со инфективноста со Ковид без можност да се помогне за разлика од персоналот кој не го доживеал трауматското искуство на инефктираност со Ковид манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас депресивност и анскизозност.

- Х3: Недостигот на храна со кој се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал персонал (психолози и др) ангажиран за време на пандемијата како вработени во медицинските установа, статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анскизозност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот и немедицинскиот персонал кој се соочил лично или посредно со недостигот на храна за време на Ковид пандемијата за разлика од персоналот кој не го доживеал недостигот на храна како трауматско искуство манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас депресивност и анскизозност.
- Х4: „Соочување со смрта“ како трауматско искуство со кое за време на пандемијата се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал (психолози и др), статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анскизозност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот и немедицинскиот персонал кој се соочил лично или посредно со смрта за време на Ковид пандемијата за разлика од лица манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас депресивност и анскизозност за разлика од персоналот кој не се соочил со смрта како трауматско искуство
- Х5. „Губење на членови на семејството или пријатели“ како трауматско искуство со кое за време на пандемијата се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал (психолози и др), статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анскизозност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот и немедицинскиот персонал кој се соочил лично или посредно со губење на членови на семејството или пријатели на Ковид пандемијата за разлика од лицата манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас

депресивност и анскизоност за разлика од персоналот кој не се соочил со губење на членови на семејството или пријатели како трауматско искуство.

X6. „неприродна смрт на членови на семејството или блиски“ како трауматско искуство со кое за време на пандемијата се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал (психолози и др), статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анскизоност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот и немедицинскиот персонал кој се соочил лично или посредно неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на Ковид пандемијата за разлика од лица манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас депресивност и анскизоност за разлика од персоналот кој не се соочил со неприродна смрт на членови на семејството или блиски како трауматско искуство.

X7. „доживување на психичко насилство“ за време на пандемијата, како трауматско искуство, со кое се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал (психолози и др), статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анскизоност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот и немедицинскиот персонал кој се соочил лично или посредно со психичко насилство за време на Ковид пандемијата манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската ДАС, депресивност и анскизоност за разлика од персоналот кој не се соочил со психичко насилство како трауматско искуство за време на пандемија.

X8 Трауматското искуство „доживување на пандемијата како состојба на војна“ за време на пандемијата, со кое се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал (психолози и др), статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анскизоност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот и немедицинскиот персонал кој пандемијата ја доживеал како состојба на војна манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската ДАС, депресивност и анскизоност за разлика од персоналот кој не кој пандемијата ја доживеал како состојба на војна

Хипотези кои се однесуваат на **регресиона анализа** каде во улога на предиктор варијабли се јавуваат трауматските искуства и социодемографските карактеристики, се следните:

Н.0. Панел на предиктор варијабли: психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели не се одликуваат со висока предиктивна вредност во предвидувањето на критериум променливита депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС.

Н.А. Панел на предиктор варијабли: психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели се одликуваат со висока предиктивна вредност во предвидувањето на критериум променливита депресивноста, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС.

Н.0. Панел на предиктор варијабли: брачен статус, финансиски приходи, работен стаж и возраст не се одликуваат со висока предиктивна вредност во предвидувањето на критериум променливита депресивноста, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС.

Н.А. Панел на предиктор варијабли: брачен статус, финансиски приходи, работен стаж и возраст се одликуваат со висока предиктивна вредност во предвидувањето на критериум променливита депресивноста анксиозност и вознемиреност на оската ДАС.

2.5. Преглед на методологијата на истражување

Истражувањето се базира на комбиниран истражувачки пристап од квантитативни и квалитативни пристапи за да се идентификува актуелната поставеност на медицинскиот персонал и критичните фактори на влијание кај персоналот како последица од се она што се случуваше за време на пандемијата со Ковид 19 и нивното влијание врз работењето на сектори. Квантитативниот пристап вклучува нумеричко мерење и анализа, а квалитативниот пристап вклучува текстуален опис на истражувањето, кој иако изгледа како

два различни пристапи, во пракса, тие може да се комбинираат во студија со мешани методи (Easterby-Smith et al., 2002)

Благодарение на методологијата на истражување вклучена во студијата за да се обезбедат релевантни податоци за студијата, беше применета квантитативна метода од која беа апсорбирани примарни и важни податоци за истражувањето. Примарни податоци беа собрани од вкупно 300 испитаника вработени во медицински установи од 7 града. Примарни податоци се статистика на истражувачот за истражување на проблем кој има намера да го проучува и анализира. Во оваа тема е користен квантитативниот метод на истражување, поткрепен со прашалник заснован на хипотези. Примарните податоци беа собрани специјално за решавање на предметниот проблем и беа спроведени од самиот истражувач, во избрани медицински установи. Исто така, користени се секундарни податоци.

Секундарните податоци не се статистика собрани од тековната студија, туку од студии кои имале иста цел или кои даваат податоци поврзани со темата избрана за истражување. Во работата е користена литература од различни автори, студии, публикации, извештаи од владини и невладини институти и сл. Тешкотиите во обезбедувањето секундарни податоци се претставени во различни форми, како што е недостатокот на слични студии во земјата и регионот за избраната тема, непознавање на истражуваната област од многу извори што се користат во Р.Косово итн. Сепак, успешно се собираа потребните информации од претходни искуства во други земји и од различни автори. Имајќи го ова на ум, истражувачот обезбеди доволно податоци за да одговори на истражувачкото прашање (Blumberg et al., 2005)

Дополнително, оваа студија е исто така ограничена со тоа што не ги претставува сите фактори кои можат да играат улога или да имаат влијание врз развојот на знаењето. Врз основа на секундарните податоци, беа користени голем број на различни написи и книги, студии и публикации од различни автори се користени за да се создаде солидно знаење за истражувачките варијабли.

2.5.1. Техники и инструменти

За реализација на ова истражување ќе се користат мерни инструменти, а тоа ќе бидат прашалници за мерење на анксиозност, депресија и посттрауматски стрес.

Прашалникот што ќе се користи е наречен Бек тест за депресија, Беков тест за анксиозност, како и Прашалник за траума на Харвард.

Преку прашалникот ќе ги собереме податоците за да ги потврдиме варијаблите и хипотезите на истражувањето. Прашалникот го избравме од причина што е посоодветен начин да се примени во нашиот конкретен случај, како инструмент кој не бара стандардизација и е поефикасен за собирање на информациите што ги бараме за ова истражување.

Бек-тестот или Бековската скала за депресија е дијагностичка метода развиена од Арон Бек во 1961 година. Тоа е најчесто користениот прашалник при првиот контакт со лице за кое постои сомневање дека е депресивно. Бековската скала за депресија се состои од 21 прашање. Можете да изберете еден од четирите одговори за секое прашање. На секој му се доделува вредност од 0 до 3 поени. При одговарањето, треба да се земе предвид неодамнешното минато, на пр. изминатиот квартал, месец или недела. Прашањата се однесуваат на ставовите кон себе и другите, задоволството од животот, неодамнешните настани и емоции, посветеноста, задоволството и радоста. Тестот за благосостојба треба да се направи без брзање, со соодветно разгледување на секое прашање.

Откако ќе го положите тестот, треба да ги соберете вашите поени и да видите што значат резултатите. Во зависност од бројот на добиени поени, можете да дознаете дали страдате од депресија и дали е толку веројатно, каква е тежината на нејзините симптоми.

2.6. Популација и истражувачки примерок

Во случај на студии кои вклучуваат големи популации, избраните методи мора да ги исполнуваат условите каде што трошоците и временските ограничувања се прифатливи, но во исто време и точноста на извршените проценки. Во оваа студија беше применето

двостепено кластерско креирање примероци. Во овој случај, кластерот претставува група од популацијата, која може да има слични карактеристики поврзани со целта на студијата и ја сочинува единицата за земање примероци (наместо поединецот, што е во случај на едноставен случаен примерок).

Предностите на двостепениот кластерски примерок се:

- a. Изборот на примерок е економичен и списокот со примероци често е подготвен на ниво на кластер;
- b. Можете да го зголемите бројот на примерокот без да ги промените трошоците (зголемете го бројот на членови на кластер а не тој кластер) и
- c. Погоден за студии на институционално ниво.

Ограничувањата поврзани со оваа методологија се

- a. Различноста помеѓу кластери (помеѓу различни кластери) не се рефлектира;
- b. Обезбедува помалку информации од истиот број, примерок со едноставна случаен избор и
- c. Други елементи во кластерот може да имаат слични карактеристики.

Примената на двостепениот кластер примерок бара постапка која поминува низ два чекора: 1) првиот чекор е одредување на нивото на кластерот што одговара на организациите (постојат четири вида: банкарски, небанкарски, јавен и приватен финансиски сектор) и избор на кластер од вкупниот број на кластери;) и 2) вториот чекор е избор на поединци во кластерот избрани од првиот чекор.

Следно, ќе ги прикажеме описните податоци од испитуваниот примерок, исто така во две форми: табеларни и графички.

2.6.1. Примерок на испитаници

Пред да се претстави анализата на регресија на панел-податоците, првично ќе бидат прикажани податоци за застапеноста на испитаниците во зависност од социодемографските карактеристики: професија, образование, стаж и др, врз основа на податоците добиени од прашалникот.

Tabela 4. Дескриптивен приказ на испитаниците според професијата (Извор: автор на студија)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Доктор	105	35.0	35.0	35.0
Психолог	51	17.0	17.0	52.0
Инфермиер	135	45.0	45.0	97.0
Друго	9	3.0	3.0	100.0
Total	300	100.0	100.0	

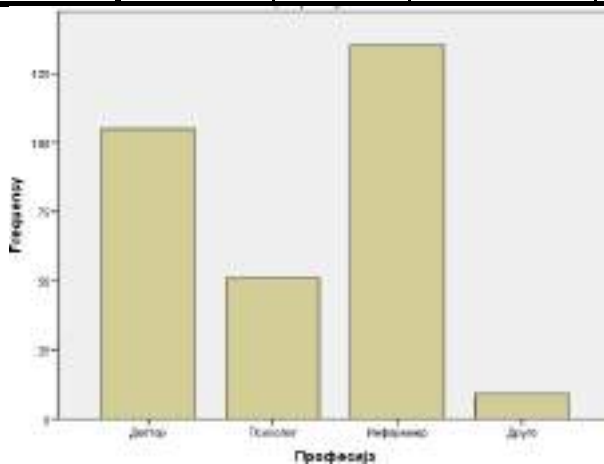


График 1. Графички приказ на испитаниците во зависност на професијата според видот (Извор: автор на студија)

Во табелите 4 и 5 се дадени описни дескриптивни статистички податоци за варијаблите за испитаниците, врз основа на видот на професијата.

Во однос на вклученоста на испитаниците, следи дека медицинскиот технички персонал и докторите се најзастапени и тоа со 80%, од кои медицинскиот персонал со 45% додека докторите 35%, следени од стручниот персонал со 17% и друг вид персонал е застапен со 3%.

Tabela 5. видот на професијата на испитаниците во зависност од работното место (Извор: автор на студија)

			Работно место						Total	
			Приштина	Призрен	Гилане	Пеќ	Митровица	Урошевац		Гаковица
Професија	Доктор	Count	52	12	4	3	5	28	1	105
		% within Професија	49.5%	11.4%	3.8%	2.9%	4.8%	26.7%	1.0%	100.0%
		% within Град	44.1%	48.0%	17.4%	10.7%	13.9%	90.3%	2.6%	35.0%
		% of Total	17.3%	4.0%	1.3%	1.0%	1.7%	9.3%	0.3%	35.0%
Психолог		Count	24	2	1	3	21	0	0	51
		% within Професија	47.1%	3.9%	2.0%	5.9%	41.2%	0.0%	0.0%	100.0%
		% within Град	20.3%	8.0%	4.3%	10.7%	58.3%	0.0%	0.0%	17.0%
		% of Total	8.0%	0.7%	0.3%	1.0%	7.0%	0.0%	0.0%	17.0%
Информер		Count	40	10	17	21	6	3	38	135
		% within Професија	29.6%	7.4%	12.6%	15.6%	4.4%	2.2%	28.1%	100.0%
		% within Град	33.9%	40.0%	73.9%	75.0%	16.7%	9.7%	97.4%	45.0%
		% of Total	13.3%	3.3%	5.7%	7.0%	2.0%	1.0%	12.7%	45.0%
Друго		Count	2	1	1	1	4	0	0	9
		% within Професија	22.2%	11.1%	11.1%	11.1%	44.4%	0.0%	0.0%	100.0%
		% within Град	1.7%	4.0%	4.3%	3.6%	11.1%	0.0%	0.0%	3.0%
		% of Total	0.7%	0.3%	0.3%	0.3%	1.3%	0.0%	0.0%	3.0%
Total		Count	118	25	23	28	36	31	39	300
		% within Професија	39.3%	8.3%	7.7%	9.3%	12.0%	10.3%	13.0%	100.0%
		% within Град	100.0%	100.0%	100%	100%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	39.3%	8.3%	7.7%	9.3%	12.0%	10.3%	13.0%	100.0%

Степенот на завршено образование на испитаниците вклучени во истражувањето е следниот: со завршен прв циклус на високо образование се опфатени 61.0% од испитаниците, со втор циклус на студии се опфатени 37.0%, и со завршен трет циклус на студии 2.0%.

2.7. Собирање и администрација на податоци

Прелиминарниот чекор во истражувањето е одлучување за целите на истражувањето, потоа избирање на целната популација (Weisberg, 2005). Следниот чекор е да се одлучи како да се спроведе тестирањето: дали да се спроведе тестирањето лице в лице, преку телефон, е-пошта, интернет истражување или некој друг метод. Ова е познато како режим на преглед. Потоа следи одлуката за изборот на дизајнот на истражувањето: дали се работи за еднократна пресек студија или лонгитудинална студија која вклучува повторени интервјуа со истите луѓе со цел да се набљудуваат промените во нивните ставови и/или однесување со текот на времето. По одлуката за дизајнот на истражувањето следи и одлуката како да се земат примероците од испитаниците. Дел од оваа одлука вклучува преминување од целната популација кон реална рамка за земање примероци - збир на единици од кои ќе се земе примерокот. Поставените прашања треба да бидат запишани во прашалникот како инструмент за истражување. Најдобро е прво да го тестирате прашалникот за да се уверите дека сè функционира како што треба. Вистинското интервјуирање кое се случува во следната фаза вклучува ангажирање на вистинските интервјуирани и поставување прашања. После тоа, податоците треба да се обработат и да се анализираат резултатите.

Табела 6. Фази во истражувачкиот процес (Weinberg, 2005)

Фаза
Одлука за целите на истражувањето
Одредување на целната популација
Одлука за начинот на спроведување на истражувањето и дизајн на истражување
Избор на рамка за земање примероци
Избор на методи за земање примероци
Утврдување на прашањето
Прелиминарно тестирање на прашалникот
Означување на испитаниците
Поставување прашања
Обработка на резултатите

Процесот на прибирање податоци беше координиран со одобрението за сопственост (февруари 2023 година). Периодот на прибирање податоци траеше околу 1 месец (февруари 2023 година). Податоците беа внесени во програмата SPSS. Пакетите со инструменти беа кодирани за да се олесни процесот на собирање и анализа на податоци (Taffel, R., 2001).

Со цел да се соберат податоци што е можно покохерентно, беше имплементирана збирна табела од за секоја организација. Прашалниците за вработените во медицинските установи, како медицински персонал (доктори, медицински техничари и др) така и немедицински персонал (психолози и др) беа администрирани од самиот истражувач со дата база која опфаќа 300 испитаници. Времето потребно за пополнување на прашалниците од страна на испитаниците беше приближно 30-45 минути.

Во процесот на администрирање на прашалниците внимание беше посветено и на прашањето за доверливост. Вработените во медицинските установи, како медицински персонал (доктори, медицински техничари и др) така и немедицински персонал (психолози и др) поединечно го пополнуваа прашалникот со кој усно беше истакнато дека нивните одговори ќе останат анонимни.

2.8 Анализа на податоци

Откако беше завршено собирањето на податоците, тие беа анализирани со помош на статистичкиот пакет IBM SPSS верзија 22. Типот на анализа применета во оваа студија вклучуваше:

1. Описна анализа со цел да се организираат и сумираат податоците на сите вработени во финансискиот сектор преку пресметка на ниво на образование, работен стаж, пол, брачен статус, финансиски приходи итн. Оваа анализа ги изразува карактеристиките на целата популација бидејќи избраниот примерок гарантира значителна точност на добиените резултати.
2. Статистичка анализа за корелација на варијабли во функција на применети истражувачки прашања (Пирсон корелација, коефициент Ета).

3. Во овој случај, користените тестови за значајност беа Анова тест ($p \leq 0,05$) во случај на разлики помеѓу категорични променливи (како што се, разлики меѓу видот на финансиски сектори во контекст на придобивки од финтек, влијанието на финтек итн.); како и t-тест за независни променливи.
4. Регресивна анализа преку која се врши предвидување на објаснувањето на критериумот на променливата преку предвидувачката вредност на предвидувачите вклучени во моделот.

2.9. Ограничувања на истражувањето

Ова истражување е ограничено според избраниот примерок и времето кога е применет.

Секоја истражувачка, студиска и научна работа подлежи на рамковни критериуми, како и на истражувачки и научни методи и форми, според кои воопшто се врши истражувачката работа. Оваа тема, значи, е труд кој бара сериозно и доследно истражување и проучување. Во фокусот на темата, имаме повеќедимензионално истражување и третман на прашањата и очигледно, суштината на целиот труд е поврзана со широк процес, како за истражувачки интерес, така и за потребата од научно проучување на оваа процес.

Затоа и ова истражување има свои ограничувања. Ограничувањата на оваа докторска теза може да се сумираат во следните точки:

- Вредноста на овој научен труд зависи од веродостојноста и искреноста на одговорите дадени од интервјуираните (медицинскиот персонал со кој разговараше авторот на трудот);
- Кратко време за интервју. Колку подолго е времето за интервју и големината на примерокот, толку повеќе информации ќе бидат обезбедени;
- Недоволна литература од оваа област на истражување, бидејќи ова истражување е меѓу првите истражувања во Косово поврзани со овие психолошки проблеми предизвикани од пандемијата COVID 19.

III. РЕЗУЛТАТИ И АНАЛИЗА

Врз основа на Поглавје 1 (преглед на литература) и Поглавје 2 (истражувачка методологија), истражувачкиот прашалник беше дизајниран да овозможи анализа со користење на квантитативни и квалитативни методи. Во ова поглавје, ќе ја примениме статистичка анализа користејќи описна, инференцијална статистика и модели на регресија на панел податоци. Резултатите ќе бидат претставени и споредени по сектори.

Така, ова поглавје ќе ги претстави резултатите и анализата на податоците добиени од нашата статистичка анализа и ќе биде организирано во посебни подпоглавја.

3.1. Дескриптивни показатели

Пред да се претстави анализата на регресија на панел-податоците, првично ќе бидат прикажани податоци за застапеноста на испитаниците во зависност од трауматските искуства доживевани за време на пандемијата добиени преку соодветен прашалник.

3.1.1. Дескриптивна статистика за трауматски искуства

Интересно беше да се види каков степенот на доживеваните трауматски искуства на медицинскиот и немидинскиот персонал за време на Пандемијата од 2020. За таа цел спроведовме статистичка дескриптивна анализа, а резултатите се прикажани во вид на табеларен приказ, кои последователно следат.

Табела 7. Застапеност на трауматското искуство „Недостиг на храна или вода“ кај (не)медицинскиот персонал за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студија)

		Анксиозност	Депресивност	Пост трауматски синдром	Вознемиреост на оска ДАС
N	Valid	300	300	300	300
	Missing	0	0	0	0
Mean		32.8200	35.5663	32.8200	38.7000
Percentiles	25	29.0000	29.0000	52.0000	34.0000
	50	31.0000	35.0000	55.0000	37.5000
	75	36.0000	41.0000	60.0000	44.0000

Од табеларното приказ следи заклучок за распротанетоста на истражувачките варијабли во популацијата на медицинскиот и немедицинскиот персонал. Скоровите кои се добиваат од горниот квантил каде што се опфаќаат 25% од испитаниците со највисоки скорови претставуваат „cut point“ за да се процени застапеноста на депресивноста, анксиозноста и вознемиреноста на оската ДАС.



График 2 Процентуална застапеност на депресивноста, анксиозноста, вознемиреноста кај испитаниците опфатени со истражување (Извор: автор на студија)

Распространетоста на депресијата во нашата студија, кај медицинскиот и немедицинскиот персонал, е 21,3%. Анксиозноста кај медицинскиот и немедицинскиот персонал е застапена 15.3%. Застапеноста на нивото на вознемиреноста на оската ДАС кај медицинскиот и немедицинскиот персонал е 18.7%.

Табела 8. Застапеност на трауматското искуство „Недостиг на храна или вода“ кај медицинскиот и немедицинскиот персонал за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студија)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid лично искуство	92	30.7	30.7	30.7
Сведок	160	53.3	53.3	84.0
Чуено од други	31	10.3	10.3	94.3
Не	17	5.7	5.7	100.0
Total	300	100.0	100.0	

На прашањето, дали вработените во медицинските установи за време на Ковид 19 доживевале директно или индиректно трауматско искуство како последица на „недостаток на храна или вода“, 30.7% од испитаниците одговориле потврдно дека лично доживевале такво искуство, односно 53.3% одговориле дека биле сведоци на такво искуство (на лица кои за време на пандемијата се соочиле со „недостаток на храна или вода“) и 10.3% од медицинскиот и немедицинскиот персонал изјавиле дека чуле од колеги или пациенти кои се соочиле со трауматското искуство. Останиот процент, од 5.7% на медицинскиот односно немедицинскиот персонал, изјавиле дека на ниеден начин не го доживевале или пак се затекнале посредно како сведоци или дека чуле дека некој го доживеал трауматското искуство за време на пандемијата.

Табела 9. Застапеност на трауматското искуство „Заболен без можност за добивање односно пружање на помош“ кај медицинскиот и немедицинскиот персонал за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студија)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid лично искуство	60	20.0	20.0	20.0
Сведок	85	28.3	28.3	48.3
Чуено од други	9	3.0	3.0	51.3
Не	146	48.7	48.7	100.0
Total	300	100.0	100.0	

На прашањето, дали вработените во медицинските установи за време на Ковид 19 доживевале директно или индиректно трауматско искуство како последица на „заболен без можност за помош“, 20.0% од испитаниците одговориле потврдно дека лично доживевале такво искуство, односно 28.3% одговориле дека биле сведоци на такво искуство (на лица кои за време на пандемијата се соочиле со „заболување без можност за добивање на помош“) и 3% од медицинскиот и немедицинскиот персонал изјавиле дека чуле од колеги или пациенти кои се соочиле со трауматското искуство. Останиот процент, од 48.7% на медицинскиот односно немедицинскиот персонал, изјавиле дека на ниеден начин не го доживевале или пак се затекнале посредно како сведоци или дека чуле дека некој доживеал трауматското искуство за време на пандемијата.

Табела 10. Застапеност на трауматското искуство „Без покрив на глава“ кај медицинскиот и немедицинскиот персонал за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студија)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid лично искуство	20	6.7	6.7	6.7
Сведок	164	54.7	54.7	61.3
Чуено од други	52	17.3	17.3	78.7
Не	64	21.3	21.3	100.0
Total	300	100.0	100.0	

На прашањето, дали вработените во медицинските установи за време на Ковид 19 доживевале директно или индиректно трауматско искуство како последица на „без покрив на глава“, 6.7% од испитаниците одговориле потврдно дека лично доживевале такво искуство, односно 54.7% одговориле дека биле сведоци на такво искуство (на лица кои за време на пандемијата се соочиле со „без покрив на глава“) и 17.3% од медицинскиот и немедицинскиот персонал изјавиле дека чуле од колеги или пациенти кои се соочиле со трауматското искуство. Останиот процент, од 21.3% на медицинскиот односно немедицинскиот персонал, изјавиле дека на ниеден начин не го доживевале или пак се затекнале посредно како сведоци или дека чуле дека некој го доживеал трауматското искуство за време на пандемијата.

Табела 11. Застапеност на трауматското искуство „Изолација“ кај медицинскиот и немедицинскиот персонал за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студија)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid лично искуство	35	11.7	11.7	11.7
Сведок	104	34.7	34.7	46.3
Чуено од други	82	27.3	27.3	73.7
Не	79	26.3	26.3	100.0
Total	300	100.0	100.0	

На прашањето, дали вработените во медицинските установи кои за време на Ковид 19 доживевале директно или индиректно трауматско искуство како последица на „изолација поради заразување со вирусот Ковид 19“, 11.7% од испитаниците одговориле потврдно дека лично доживевале такво искуство, односно 34.7% одговориле дека биле сведоци на такво

искуство (на лица кои за време на пандемијата се соочиле со „изолација поради заразување со вирусот Ковид 19“) и 27.3% од медицинскиот и немедицинскиот персонал изјавиле дека чуле од колеги или пациенти кои се соочиле со трауматското искуство. Останиот процент, од 26.3% на медицинскиот односно немедицинскиот персонал, изјавиле дека на ниеден начин не го доживеале или пак се затекнале посредно како сведоци или дека чуле дека некој го доживеал трауматското искуство за време на пандемијата.

Табела 12. Застапеност на трауматското искуство „Сериозна повреда“ кај медицинскиот и немедицинскиот персонал за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студија)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid лично искуство	8	2.7	2.7	2.7
Сведок	216	72.0	72.0	74.7
Чуено од други	36	12.0	12.0	86.7
Не	40	13.3	13.3	100.0
Total	300	100.0	100.0	

На прашањето, дали вработените во медицинските установи кои за време на Ковид 19 доживеале директно или индиректно трауматско искуство како последица на „сериозна повреда“, 2.7% од испитаниците одговориле потврдно дека лично доживеале такво искуство, односно 72.0% одговориле дека биле сведоци на такво искуство (на лица кои за време на пандемијата се соочиле со „сериозна повреда“) и 12.0% од медицинскиот и немедицинскиот персонал изјавиле дека чуле од колеги или пациенти кои се соочиле со трауматското искуство. Останиот процент, од 13.3% на медицинскиот односно немедицинскиот персонал, изјавиле дека на ниеден начин не го доживеале или пак се затекнале посредно како сведоци или дека чуле дека некој го доживеал трауматското искуство за време на пандемијата.

Табела 13. Застапеност на трауматското искуство „Пандемија која наликува на состојба која наликува на војна“ кај медицинскиот и немедицинскиот персонал за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студија)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid лично искуство	249	83.0	83.0	83.0
Сведок	13	4.3	4.3	87.3
Чуено од други	30	10.0	10.0	97.3
Не	8	2.7	2.7	100.0
Total	300	100.0	100.0	

На прашањето, дали вработените во медицинските установи кои за време на Ковид 19 доживевале директно или индиректно трауматско искуство како последица на „Пандемија како состојба која наликува на војна“, високи 83.0% од испитаниците одговориле потврдно дека лично доживевале такво искуство, односно 4.3% одговориле дека биле сведоци на такво искуство (на лица кои за време на пандемијата се соочиле со „Пандемија која наликува на војна“) и 10.0% од медицинскиот и немедицинскиот персонал изјавиле дека чуле од колеги или пациенти кои се соочиле со трауматското искуство. Останиот процент, од 2.7% на медицинскиот односно немедицинскиот персонал, изјавиле дека на ниеден начин не го доживевале или пак се затекнале посредно како сведоци или дека чуле дека некој доживевал трауматското искуство за време на пандемијата.

Табела 14. Застапеност на трауматското искуство „Психичко насилство“ кај медицинскиот и немедицинскиот персонал за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студија)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid лично искуство	5	1.7	1.7	1.7
Сведок	105	35.0	35.0	36.7
Чуено од други	16	5.3	5.3	42.0
Не	174	58.0	58.0	100.0
Total	300	100.0	100.0	

На прашањето, дали вработените во медицинските установи кои за време на Ковид 19 доживевале директно или индиректно трауматско искуство како последица на „доживеано психичко насилство за време на пандемијата со вирусот Ковид 19“, 1.7% од испитаниците

одговориле потврдно дека лично доживеале такво искуство, односно 35.0% одговориле дека биле сведоци на такво искуство (на лица кои за време на пандемијата се соочиле со „доживеано психичко насилство за време на пандемијата со вирусот Ковид 19“) и 5.3% од медицинскиот и немедицинскиот персонал изјавиле дека чуле од колеги или пациенти кои се соочиле со трауматското искуство. Останиот процент, од 58.0% на медицинскиот односно немедицинскиот персонал, изјавиле дека на ниен начин не го доживеале или пак се затекнале посредно како сведоци или дека чуле дека некој го доживеал трауматското искуство за време на пандемијата.

Табела 15. Застапеност на трауматското искуство „Принудна изолација“ кај медицинскиот и немедицинскиот персонал за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студија)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid лично искуство	4	1.3	1.3	1.3
Сведок	74	24.7	24.7	26.0
Чуено од други	187	62.3	62.3	88.3
Не	35	11.7	11.7	100.0
Total	300	100.0	100.0	

На прашањето, дали вработените во медицинските установи кои за време на Ковид 19 доживеале директно или индиректно трауматско искуство како последица на „принудна изолација за време на пандемијата со вирусот Ковид 19“, 1.3% од испитаниците одговориле потврдно дека лично доживеале такво искуство, односно 24.7% одговориле дека биле сведоци на такво искуство (на лица кои за време на пандемијата се соочиле со „принудна изолација за време на пандемијата со вирусот Ковид 19“) и 62.3% од медицинскиот и немедицинскиот персонал изјавиле дека чуле од колеги или пациенти кои се соочиле со трауматското искуство. Останиот процент, од 11.7% на медицинскиот односно немедицинскиот персонал, изјавиле дека на ниен начин не го доживеале или пак се затекнале посредно како сведоци или дека чуле дека некој го доживеал трауматското искуство за време на пандемијата.

Табела 16. Застапеност на трауматското искуство „Соочување со смрт“ кај медицинскиот и немедицинскиот персонал за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студија)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid лично искуство	4	1.3	1.3	1.3
Сведок	185	61.7	61.7	63.0
Чуено од други	19	6.3	6.3	69.3
Не	92	30.7	30.7	100.0
Total	300	100.0	100.0	

На прашањето, дали вработените во медицинските установи кои за време на Ковид 19 доживевале директно или индиректно трауматско искуство како последица на „соочување со смрт за време на пандемијата со вирусот Ковид 19“, 1.3% од испитаниците одговориле потврдно дека лично доживевале такво искуство, односно 61.7% одговориле дека биле сведоци на такво искуство (на лица кои за време на пандемијата се соочиле со „соочување со смрт за време на пандемијата со вирусот Ковид 19“) и 6.3% од медицинскиот и немедицинскиот персонал изјавиле дека чуле од колеги или пациенти кои се соочиле со трауматското искуство. Останиот процент, од 30.7% на медицинскиот односно немедицинскиот персонал, изјавиле дека на ниеден начин не го доживевале или пак се затекнале посредно како сведоци или дека чуле дека некој го доживевал трауматското искуство за време на пандемијата.

Табела 17. Застапеност на трауматското искуство „Насилно одвојување од членовите на семејството“ кај медицинскиот и немедицинскиот персонал за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студија)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid лично искуство	3	1.0	1.0	1.0
Сведок	129	43.0	43.0	44.0
Чуено од други	9	3.0	3.0	47.0
Не	159	53.0	53.0	100.0
Total	300	100.0	100.0	

На прашањето, дали вработените во медицинските установи кои за време на Ковид 19 доживевале директно или индиректно трауматско искуство како последица на „Присилна изолација од членовите на семејството за време на пандемијата со вирусот Ковид 19“, 1% од испитаниците одговориле потврдно дека лично доживевале такво искуство, односно 43% одговориле дека биле сведоци на такво искуство (на лица кои за време на пандемијата се соочиле со „присилна изолација од членовите на семејството за време на пандемијата со вирусот Ковид 19“) и 3% од медицинскиот и немедицинскиот персонал изјавиле дека чуле од колеги или пациенти кои се соочиле со трауматското искуство. Останиот процент, од 53% на медицинскиот односно немедицинскиот персонал, изјавиле дека на ниеден начин не го доживевале или пак се затекнале посредно како сведоци или дека чуле дека некој го доживеал трауматското искуство за време на пандемијата.

Табела 18. Застапеност на трауматското искуство „Смрт на членови на семејството или пријатели“ кај медицинскиот и немедицинскиот персонал за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студија)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid лично искуство	71	23.7	23.7	23.7
Сведок	35	11.7	11.7	35.3
Чуено од други	51	17.0	17.0	52.3
Не	143	47.7	47.7	100.0
Total	300	100.0	100.0	

На прашањето, дали вработените во медицинските установи кои за време на Ковид 19 доживевале директно или индиректно трауматско искуство како последица на „смрт на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со вирусот Ковид 19“, 23.7% од испитаниците одговориле потврдно дека лично доживевале такво искуство, односно 11.7% одговориле дека биле сведоци на такво искуство (на лица кои за време на пандемијата се соочиле со „смрт на членови на семејството или пријатели за време на пандемија со вирусот Ковид 19“) и 17.0% од медицинскиот и немедицинскиот персонал изјавиле дека чуле од колеги или пациенти кои се соочиле со трауматското искуство. Останиот процент, од 47.7% на медицинскиот односно немедицинскиот персонал, изјавиле дека на ниеден

начин не го доживеале или пак се затекнале посредно како сведоци или дека чуле дека некој го доживеал трауматското искуство за време на пандемијата.

Табела 19. Застапеност на трауматското искуство „Неприродна смрт на членови на семејството или пријатели“ кај медицинскиот и немедицинскиот персонал за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студија)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid лично искуство	23	7.7	7.7	7.7
Сведок	80	26.7	26.7	34.3
Чуено од други	99	33.0	33.0	67.3
Не	98	32.7	32.7	100.0
Total	300	100.0	100.0	

На прашањето, дали вработените во медицинските установи кои за време на Ковид 19 доживеале директно или индиректно трауматско искуство како последица на „неприродна смрт на членови на семејството или пријателите за време на пандемијата со вирусот Ковид 19“, 7.7% од испитаниците одговориле потврдно дека лично доживеале такво искуство, односно 26.7% одговориле дека биле сведоци на такво искуство (на лица кои за време на пандемијата се соочиле со „неприродна смрт на членови на семејството или пријателите за време на пандемијата со вирусот Ковид 19“) и 33.0% од медицинскиот и немедицинскиот персонал изјавиле дека чуле од колеги или пациенти кои се соочиле со трауматското искуство. Останиот процент, од 32.7% на медицинскиот односно немедицинскиот персонал, изјавиле дека на ниеден начин не го доживеале или пак се затекнале посредно како сведоци или дека чуле дека некој го доживеал трауматското искуство за време на пандемијата.

Табела 20. Застапеност на трауматското искуство „Смрт на непознато лице или странец“ кај медицинскиот и немедицинскиот персонал за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студија)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid лично искуство	23	7.7	7.7	7.7
Сведок	37	12.3	12.3	20.0
Чуено од други	66	22.0	22.0	42.0
Не	174	58.0	58.0	100.0
Total	300	100.0	100.0	

На прашањето, дали вработените во медицинските установи кои за време на Ковид 19 доживевале директно или индиректно трауматско искуство како последица на „смрт на непознато лице или странец за време на пандемијата со вирусот Ковид 19“, 7.7% од испитаниците одговориле потврдно дека лично доживевале такво искуство, односно 22.0% одговориле дека биле сведоци на такво искуство (на лица кои за време на пандемијата се соочиле со „ смрт на непознато лице или странец за време на пандемијата со вирусот Ковид 19 “) и 22.0% од медицинскиот и немедицинскиот персонал изјавиле дека чуле од колеги или пациенти кои се соочиле со трауматското искуство. Останиот процент, од 58.0% на медицинскиот односно немедицинскиот персонал, изјавиле дека на ниеден начин не го доживевале или пак се затекнале посредно како сведоци или дека чуле дека некој годоживеал трауматското искуство за време на пандемијата.

Табела 21. Застапеност на трауматското искуство „Исчезнување на некое лице или киднапирање“ кај медицинскиот и немедицинскиот персонал за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студија)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid лично искуство	3	1.0	1.0	1.0
Сведок	267	89.0	89.0	90.0
Чуено од други	15	5.0	5.0	95.0
Не	15	5.0	5.0	100.0
Total	300	100.0	100.0	

На прашањето, дали вработените во медицинските установи кои за време на Ковид 19 доживевале директно или индиректно трауматско искуство како последица на „изчезнување на некое лице или киднапирање на непознато лице или странец за време на пандемијата со вирусот Ковид 19“, 1.0% од испитаниците одговориле потврдно дека лично доживевале такво искуство, односно 89.0% одговориле дека биле сведоци на такво искуство (на лица кои за време на пандемијата се соочиле со „ изчезнување на некое лице или киднапирање на непознато лице или странец за време на пандемијата со вирусот Ковид 19“) и 5.0% од медицинскиот и немедицинскиот персонал изјавиле дека чуле од колеги или пациенти кои се соочиле со трауматското искуство. Останиот процент, од 5.0% на медицинскиот односно немедицинскиот персонал, изјавиле дека на ниеден начин не го доживевале или пак се затекнале посредно како сведоци или дека чуле дека некој годоживеал трауматското искуство за време на пандемијата.



График 3. Застапеност на трауматските искуства „лично,, од страна на медицинскиот и немедицинскиот персонал за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студија)

Од графичкиот приказ следи дека медицинскиот и немедицинскиот персонал од прва рака, односно лично 83% пандемијата ја имаат доживеано како „состојба на војна“ што како трауматско искуство се врежало во сеќавањето на испитаниците кои како персонал

биеше битка со „непознатиот непријател“. Следно најзастапено трауматско искуство е „недостаток на храна и вода за време на соочување со пандемијата Ковид 19, за кое речиси 31% од медицинскиот односно немедицинскиот персонал изјавиле дека лично се соочиле. Со двоцифрена бројка се јавуваат следните трауматски искуства: смрт на член на семејство или пријател е застапена со 23.7% и заболување од Ковид без можност за добивање на помош и со 20.0% изолацијата за време на пандемијат асе доживеаала како трауматско искуство. Отанатите трауматски искуства, прикажани графички, се застапени со едноцифрен процент.

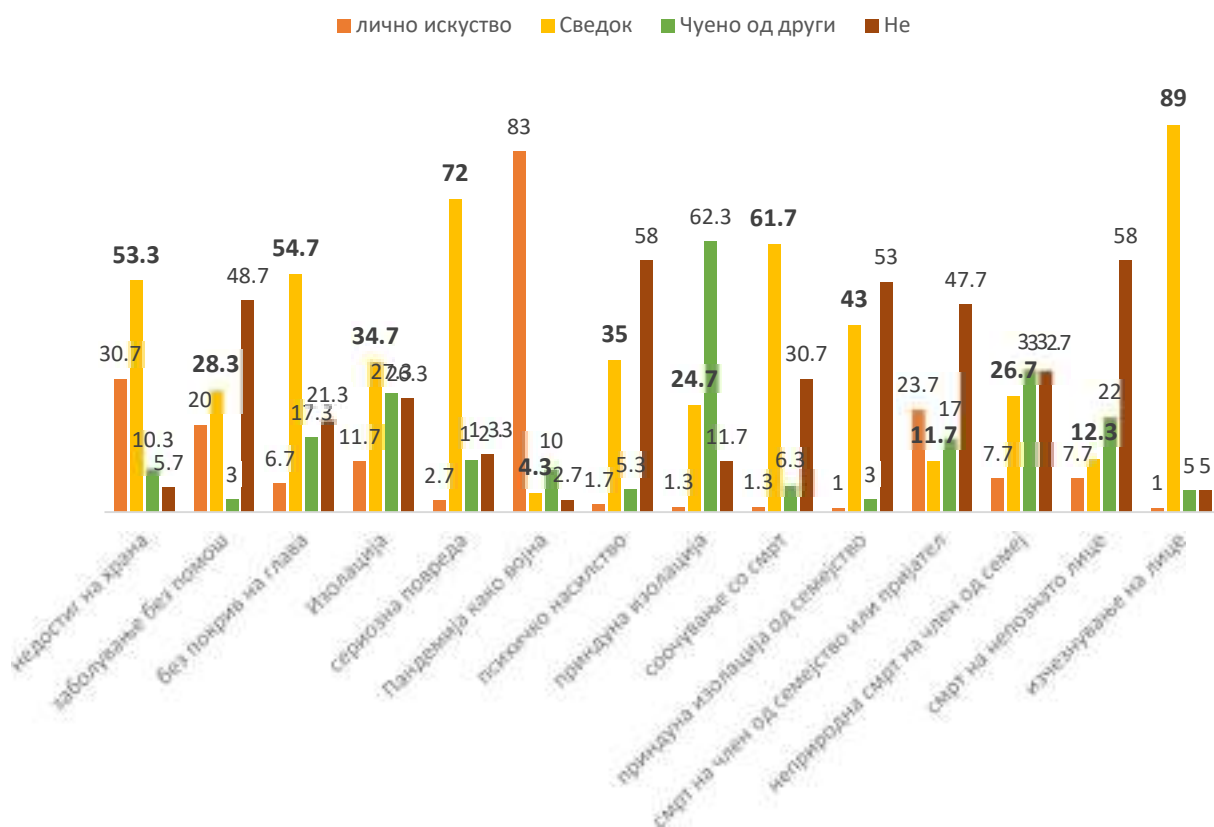


График 4. Застапеност на трауматските искуства од страна на медицинскиот и немедицинскиот персонал за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студија)

3.2. Резултати поврзани со корелациона анализа

Во продолжение ќе ги презентираме статистичките податоци, како за развиената корелативна анализа, така и за компаративната анализа.

3.2.1. Интеркорелационал анализа

Во рамките на истражувачката методологија беше поставена истражувачка цел, а од неа беа развиени и соодветни прашања и хипотези, да преку соодветни статистички модели за да се анализира односот меѓу анксиозноста, депресивноста и пострауматскиот стрес синдром. За таа цел беше развиена *хипотеза дека постои врска помеѓу* меѓу анксиозноста, депресивноста и пострауматскиот стрес синдром и се тоа кај медиционскиот персонал од Косово. Што поизразен степен на застапеност на анксиозноста, депресивноста, поизразен ќе биде и пострауматскиот стрес синдром кај медиционскиот персонал, со тоа поизразен ќе биде и одразот врз севкупното работење на медиционскиот персонал т.е перформирачките капацитети на медиционскиот персонал во кои што се вработени испитаниците вклучени во истражувањето.

Табела 22. Табеларен приказ на коефициентите на корелација помеѓу анксиозноста, депресивноста и пострауматскиот стрес синдром

Pearson Correlation	Депресивност	Анксиозност	Пост трауматски синдром	Вознемиреост на оска ДАС
Депресивност	1	.362**	.414**	-.352**
r				
Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000
N	300	300	300	300
Анксиозност	.362**	1	.472**	-.331**
r				
Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000
N	300	300	300	300
Пост трауматски синдром	.414**	.472**	1	-.045
r				
Sig. (2-tailed)	.000	.000		.439
N	300	300	300	300
Вознемиреост на оска ДАС	-.352**	-.331**	-.045	1
r				
Sig. (2-tailed)	.000	.000	.439	
N	300	300	300	300

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Корелативната анализа беше развиена за да се одговори на прелиминарната хипотеза. Резултатите од корелациската анализа се прикажани во табелата подолу во која се прикажани корелациите и нивното значење.

Резултатите содржани во Табела 22, во делот во кој се претставени резултатите, како и статистичките вредности за значајноста на корелацијата, дадени меѓу нив, јасно говорат за постоењето на корелација помеѓу анксиозноста, депресивноста и пострауматскиот стрес синдром, поизразена ќе биде вознемиреноста на оската депресивност, анксиозност дистрес кај медицинскиот персонал т.е перформирачките капацитети на медицинскиот персонал во здравствените институции каде што се вработени испитаниците вклучени во истражувањето, од друга страна. За попрегледен приказ на корелациите истите ќе бидат прикажани редоследно, и тоа:

а. Меѓу манифестираната скала на депресивност и анксиозност на медицинскиот персонал, постои корелација. Врз основа на добиената вредност и висина на коефициентот на корелација $r = 0,362$; $p < 0,01$, можеме да заклучиме дека постои корелација, која е статистички значајна. Предметната корелација има позитивен предзнак, што значи дека повисоки вредности на скалата депресивност се следени со растечки вредности на скалата анксиозност,

б. Меѓу депресивноста на медицинскиот персонал и пројавениот посттрауматскиот синдром, постои корелација. Врз основа на добиената вредност и висина на коефициентот на корелација $r = 0,414$ $p < 0,01$, можеме да заклучиме дека постои корелација, која е статистички значајна, односно меѓу депресивноста и пострауматскиот синдром постои поврзаност. Предметната корелација има позитивен предзнак, што значи дека вредностите во депресивноста се следени со покачување на вредности во степенот на изразеноста на пострауматскиот стрес синдром на вработените во медицинскиот сектор,

в. Меѓу анксиозноста на медицинскиот персонал и пострауматскиот стрес синдром, постои корелација. Врз основа на добиената вредност и висина на коефициентот на корелација $r = 0,472$ $p < 0,01$, можеме да заклучиме дека постои корелација, која е статистички значајна, односно меѓу анксиозноста и пострауматскиот стрес синдром постои поврзаност. Предметната корелација има позитивен предзнак, што значи дека

вредностите во анксиозноста се следени со линеарен тренд на зголемување на вредности во степенот на изразеноста на пострауматскиот стрес синдром на вработените во медицинскиот сектор,

г. Меѓу анксиозноста на медицинскиот персонал и пројавената вознемиреност на оската ДАС, постои корелација. Врз основа на добиената вредност и висина на коефициентот на корелација $r = -0,331$ $p < 0,01$, можеме да заклучиме дека постои корелација, која е статистички значајна, односно меѓу анксиозноста и вознемиреност на оската ДАС постои поврзаност. Предметната корелација има негативен предзнак, што значи дека вредностите во анксиозност се следени со намалување на вредности во степенот на изразеноста на вознемиреноста на оската ДАС на вработените во медицинскиот сектор,

в. Меѓу вознемиреноста на оската ДАС на медицинскиот персонал и пострауматскиот стрес синдром, не постои корелација. Врз основа на добиената вредност и висина на коефициентот на корелација $r = 0,472$ $p < 0,01$, можеме да заклучиме дека не постои корелација, која е статистички значајна, односно меѓу вознемиреноста на оската ДАС и пострауматскиот стрес синдром не постои поврзаност.

Од корелационата анализа следи дека се прфаќа целосно тврдењето содржано во хипотезата дека постои врска помеѓу депресивноста, анксиозноста и пострауматскиот стрес синдром, од една страна и вознемиреноста на оската ДАС кај медицинскиот персонал вработен во здравствени установи а кои биле изложени на стресорот Ковид 19.

За подобра прегледност на резултатите од спроведената корелациона анализа корелациите ќе бидат прикажани графички.



Слика 5. Графички приказ на добиените корелации (Извор: Автор)

3.2.2. Поврзаност меѓу истражувачките вариабли и социодемографските карактеристики

Во рамките на истражувачката методологија беше поставена истражувачка цел, а од неа беа развиени и соодветни прашања и хипотези, да преку соодветни статистички модели за да се анализираат комплементарноста меѓу истражувачките вариабли (депресивност, анксиозност, постраумтаски стрес синдром и вознемиреност на оска ДАС) од една страна и социодемографските карактеристики (работниот стаж, возраста на испитаниците, степенот на завршено образование и перцепцијата на финансиските приходи во семејството), од друга страна. За таа цел беше развиена *хипотеза дека постои врска помеѓу* меѓу истражувачките вариабли (депресивност, анксиозност, постраумтаски стрес синдром и вознемиреност на оска ДАС) од една страна и социодемографските карактеристики работниот стаж, возраста на испитаниците, степенот на завршено образование и перцепцијата на финансиските приходи во семејството. Што поизразени социодемографски карактеристики односно поголем работен стаж, повисока возраст на испитаниците, повисок

степен на завршено образование и поизразена перцепцијата на финансиските приходи во семејството ќе имаме по намален степен на изразеност на истражувачките вариабли: депресивност, анксиозност, постраумтаски стрес синдром и вознемиреност на оска ДАС.

Табела 23. Табеларен приказ на коефициентите на корелација помеѓу истражувачките вариабли

	Pearson Correlation	Работен стаж	Возраст	Образование	Приходи
Депресивност	r	.332**	.386**	-.148*	-.365**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.010	.000
	N	300	300	300	300
Анксиозност	r	-.210**	-.125*	.065	.067
	Sig. (2-tailed)	.000	.031	.260	.244
	N	300	300	300	300
Пост трауматски синдром	r	-.064	-.021	-.039	-.076
	Sig. (2-tailed)	.268	.712	.499	.190
	N	300	300	300	300
Вознемиреост на оска ДАС	r	-.016	-.184**	-.200**	.203**
	Sig. (2-tailed)	.784	.001	.000	.000
	N	300	300	300	300

Корелативната анализа беше развиена за да се одговори на прелиминарната хипотеза. Резултатите од корелативната анализа се прикажани во табелата подолу во која се прикажани корелациите и нивното значење.

Резултатите содржани во Табела 23, во делот во кој се претставени резултатите, како и статистичките вредности за значајноста на корелацијата, дадени меѓу нив, јасно говорат за постоењето на корелација помеѓу социодемографските карактеристики (работниот стаж, возраста на испитаниците, степенот на завршено образование и перцепцијата на финансиските приходи во семејството и истражувачките вариабли (депресивност, анксиозност, постраумтаски стрес синдром и вознемиреност на оска ДАС). За попрегледен приказ на корелациите истите ќе бидат прикажани редоследно, и тоа:

- a. Меѓу степенот на пројавената депресивност на здравствените работници, од една страна и социодемографските карактеристики работниот стаж, возраста на испитаниците, степенот на завршено образование и перцепцијата на финансиските приходи во семејството) од друга страна постои корелација. Врз основа на добиената вредност и висина на коефициентот на корелација депресивноста значајно корелира

со работниот стаж $r = 0,332$ $p < 0,01$ и возраста на испитаниците 0.386 . Предметната корелација има позитивен предзнак, што значи дека со зголемување на работниот стаж и кога возраста на здравствените работници е поголема се зголемува и степенот на манифестната депресија кај истите. Корелационата анализа покажа дека депресивноста корелира и со перцепцијата на семејните приходи на здравствените работници -0.365 $p < 0,01$. Меѓутоа оваа корелација е со негативен предзнак што може да се протолкува дека негативната перцепција на финансиските приходи корелира со поизразената депресивност и обратно.

б. Меѓу степенот на пројавената анксиозност на здравствените работници, од една страна и социодемографските карактеристики работниот стаж, возраста на испитаниците, степенот на завршено образование и перцепцијата на финансиските приходи во семејството) од друга страна постои определен однос, но истиот не е во полза на дефинираната хипотеза која тврди дека анксиозноста како и депресивноста висококорелираат. Врз основа на добиената вредност и висина на коефициентот на корелација анксиозноста значајно корелира со работниот стаж $r = 0,210$ $p < 0,01$. Предметната корелација има негативен предзнак, што значи дека со зголемување на работниот стаж на здравствените работници степенот на манифестната анксиозност е намалена и обратно. Корелационата анализа не покажа значајни корелации меѓи анксиозноста и возраста $r = -0.125$ $p > 0,01$, степенот на образование $r = 0.065$ $p > 0,01$ и перцепцијата на приходите $r = 0.067$ $p > 0,01$.

в. Меѓу степенот на пројавениот посттрауматски синдром на здравствените работници како последица од работа со пациенти инфицирани со Ковид 19, од една страна и социодемографските карактеристики работниот стаж, возраста на испитаниците, степенот на завршено образование и перцепцијата на финансиските приходи во семејството) од друга страна не постои определен однос, и истиот не е во полза на дефинираната хипотеза која тврди дека посттрауматскиот синдром и социодемографските карактеристики високо корелираат. Врз основа на добиената вредност и висина на коефициентот на корелација посттрауматскиот синдром не корелира значајно со работниот стаж $r = -0,064$ $p > 0,01$ со возраста $r = -0,021$ $p > 0,01$,

степенот на образованието $-0,039$ $p > 0,01$ и перцепцијата на сопствените приходи $-0,076$ $p > 0,01$.

б. Меѓу степенот на пројавената вознемиреност на оската ДАС кај здравствените работници, од една страна и социодемографските карактеристики работниот стаж, возраста на испитаниците, степенот на завршено образование и перцепцијата на финансиските приходи во семејството, од друга страна постои определен однос, но истиот не е во полза на дефинираната хипотеза која тврди дека вознемиреноста на оската ДАС како и депресивноста висококорелираат. Врз основа на добиената вредност и висина на коефициентот на корелација вознемиреност на оската ДАС значајно корелира со степенот на образование $r = 0,200$ $p < 0,01$ и со перцепцијата на финансиските приходи. Предметната корелација има негативен предзнак, што значи дека со зголемување на степенот на образование и перцепцијата на финансиските приходи на здравствените работници тогаш се очекува степенот на манифестната вознемиреност на оската ДАС да е намалена и обратно. Корелационата анализа не покажа значајни корелации меѓи вознемиреност на оската ДАС и работниот стаж $r = -0,016$ $p > 0,01$, и возраста $r = -0,184$ $p > 0,01$.



Слика 6. Графички приказ на добиените корелации (Извор: Автор)

3.3. Дескриптивна статистика

Во табела 24 се прикажани описни показатели во форма на необработени скорови за сите измерени варијабли во тековното истражување. Врз основа на вредностите на скјунез и куртозис, може да се види дека степените на отстапување не ги загрозуваат статистичките претпоставки кои се неопходни за понатамошна анализа на истражувањето.

Tabela 24. Дескриптивни податоци за вариаблите во истражувањето (Извор: Автор)

Вариабли	AS	SD	Sk	Ku	Min	Max
Депресивност	35.56	7.22	.384	.141	23	59
Анксиозност	32.82	5.81	2.492	.141	23	65
Вознемиреност на оската ДАС	38.70	5.36	.323	.141	21	52

Напомена: AS – аритметичка средина; SD – стандардна девијација; Sk – Скјунез; Ku – Куртозис; Min – minimum; Max – maksimum

Пред да се продолжи со главните статистички анализи, беше проверена мултиколинearноста на променливите оценети во ова истражување. Добиените наоди сугерираат дека, дури и во ситуација кога депресивноста, анксиозноста и вознемиреноста на оската ДАС од тестот како предиктор, се забележани истовремено во истата анализа, коефициентите на ВИФ не надминуваат најчесто предложените критични вредности (5 или 10, според Kutner, Nachtsheim, Neter, & Li, 2004). Највисоката утврдена вредност на измерените променливи е 1,69. Затоа, мултиколинearноста на променливите не влијае значително на резултатите од истражувањето презентирани во следните поглавја од трудот.

3.3.1 Диференцијална статистика

Во рамките на методолошката рамка, и преку користење на соодветни статистички модели, беше поставено прашањето за да се анализираат истражувачките варијабли: депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС кај медицинскиот и немедицинскиот персонал вклучени во истражувањето. Статистичката дескриптивна и диференцијална анализа ќе ги опфати четирите истражувачки варијабли: депресивност,

анксиозност и вознемиреност на оска ДАС како и четирите вариабли зависно од трауматските искуства. Исто така, факторите ќе бидат анализирани и низ призма на постоење на разлики по однос на степенот на образование на испитаниците опфатени со истражување.

Резултатите од спроведената диференцијална анализа, поради појасен преглед во разликите, ќе бидат прикажани табеларно и преко графички приказ.

ANOVA е тест, како и Т-тестот, кој тестира дали има статистички значајна разлика во средните вредности на категориите што ги споредуваме.

Разликата помеѓу АНОВА и Т-тестот е во тоа што Т-тестот споредува само две категории, додека АНОВА споредува три или повеќе категории. Врз основа на оваа карактеристика на ANOVA, таа беше користена за променливи кои имаат три, и пет категории, кои ќе бидат прикажани подолу.

Се поставува следнава хипотеза:

H₀: Варијансите се хомогени.

Најпрво е направен Тестот на хомогеност на варијансата врз основа на кој се донесува заклучок дека варијансите се хомогени бидејќи Сиг. > 0,05, што значи дека H₀ е прифатена, односно варијансите се хомогени.

Се поставува следнава хипотеза:

H₀: Не постои статистички значајна разлика во однос на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оска ДАС во зависност од полот, семејните приходи, брачниот статус и професијата: медицински технички персонал, доктори или немедицински персонал (психолози и др).

Ha: Постои статистички значајна разлика во однос на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оска ДАС во зависност од полот, семејните приходи, брачниот статус и видот професијата: медицински технички персонал, доктори или немедицински персонал (психолози и др).

Во рамките на диференцијалната анализа се поставени 4 посебни хипотези, и тоа:

Првата специфична хипотеза гласи:

H₁: Видот на професијата која ја извршуваат во рамките на медицинската установа, медицински технички персонал, доктори или немедицински персонал (психолози и

др), статистички значително влијае на степенот на изразеноста на депресивност, анскизност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот технички персонал и психолозите за разлика од докторите манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас депресивност и анскизност.

X2: Статистички значајни полови разлики се евидентни во однос на степенот на изразеноста на депресивност, анскизност и вознемиреност на оската ДАС. Жените за разлика од машкиот медицински персонал манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас, депресивност и анксиозност.

Третата специфична хипотеза гласи:

X3: Семејните приходи на испитаниците статистички значително влијае на степенот на изразеноста на анксиозноста депресивност и вознемиреност на оската ДАС. Вработените во медицински установи кои за време на пандемијата доживеале трауматски искуства а чии семејни приходи се ниски во поголема мерка пројавуваат анксиозност, депресивност и вознемиреност на оската ДАС споредено со своите колеги со повисоки семејни приходи.

X4 Брачениот статус на испитаниците статистички значително влије врз степенот на изразеноста на анксиозноста, депресивност и вознемиреност на оската ДАС. Со други зборови, вработените во медицински установи кои за време на пандемијата доживеале трауматски искуства а чиј брачен статус е разведени односно во брак во поголема мерка пројавуваат анксиозност, депресивност и вознемиреност на оската ДАС споредено со своите колеги чиј брачен статус е сингл односно верени.

3.2.1. Диференцијална статистика

Во ова подпоглавје, ќе бидат прикажани резултати од спроведена статистичка дескриптивна и диференцијална анализа која ги опфаќа испитаниците во зависност од половата припадност, семејните приходи и видот на професијата за која е задолжен во рамките на медицинските установи: доктори, медицински стручен персонал и немедицински персонал (психолози и др), по однос на секој од трите фактори: депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС.

Во рамките на првата помошна хипотеза Х1 беше поставена претпоставката дека видот на професијата која ја извршуваат во рамките на медицинската установа, медицински технички персонал, доктори или немедицински персонал (психолози и др), статистички значително влијае на степенот на изразеноста на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот технички персонал и психолозите за разлика од докторите манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас депресивност и анксиозност.

Пред да поминеме на статистичка диференцијална анализа, преку која ќе се тестираат разликите, беше спроведена дополнителна статистичка анализа за да се види степенот на асоциативност помеѓу факторите вклучени во хипотезите. Ета квадрат е мерка за големината на ефектот што вообичаено се користи во моделите ANOVA. Го мери процентот на варијанса поврзан со секој главен ефект и ефект на интеракција во моделот ANOVA.

Табела 25. Тест за асоциативност помеѓу видот на професијата и факторите на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС (Извор: авторот на студијата)

	R	R Squared	Eta	Eta Squared
Депресивност * Професија	.126	.016	.157	.025
Анксиозност * Професија	-.145	.021	.280	.078
Вознемиреност на оска	.184	.034	.201	.040
ДАС * Професија				

Врз основа на Ета коефициентот на асоцијација би заклучиле дека големината на ефектот за професијата е многу голема (0.078) врз степенот на изразената анксиозноста а низок за степенот на изразената депресија (0.025) и вознемиреност на оската ДАС (0.040). Овие резултати се совпаѓаат со р-вредностите прикажани на оутпутот од табелата ANOVA. Р-вредноста за депресивноста (>0.060) е многу поголема од р-вредноста за анксиозноста (<0.000) и вознемиреноста (<0.007), што покажува дека видот на професијата е многу позначајно за предвидување на анксиозност и вознемиреност на оската ДАС.

Од спроведената статистичка анализата за степенот на асоциативноста помеѓу видот на професијата и трите истражувачки вариабли врз основа на Ета квадратот следат корисни заклучоци:

- a. иако видот на професијата за депресивноста е статистички незначаен ($p = 0.060$), големината на ефектот поврзана со него е всушност прилично мала.
- b. иако видот на професијата за анксиозноста е статистички значаен ($p = 0.000$), големината на ефектот поврзана со него е всушност прилично голем.
- c. иако видот на професијата за вознемиреноста на оската ДАС е статистички значаен ($p = 0.007$), големината на ефектот поврзана со него е всушност прилично мала.

Во продолжение ќе следи приказ на резултатите од спроведената диференцијална анализа преку АНОВА.

Табела 26. Тест Scheffe за утврдување на хомогеност во зависност од депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС

Професија	N	Депресивност	Анксиозност	Вознемиреност на оската ДАС
		Subset for alpha = 0.05	Subset for alpha = 0.05	Subset for alpha = 0.05
Друго	9	34.0000	35.3333	38.8889
Доктор	105	34.1524	33.4381	37.2571
Психолог	51	36.0392	35.3922	39.1765
Инфермиер	135	36.5852	31.2000	39.6296
Sig.		.623	.058	.436

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 27.091

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Табела 27. Тестот на Levin за утврдување на хомогеност на варијанса помеѓу групите

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Депресивност	3.373	3	296	.019
Анксиозност	5.754	3	296	.001
Вознемиреност на оската ДАС	10.824	3	296	.000

Во Табела 26 и Табела 27 се прикажани статистици кои се предуслов за продолжување со диференцијална анализа помеѓу испитаниците зависно од видот на професијата кои ја извршувале за време на пандемијата и која актуелно ја извршуваат.

Висината на вредноста на тестот на Левин за факторот депресивност 3.373; $p < 0.05$, за факторот анксиозност 5.754; $p < 0.05$, и за факторот вознемиреност на оската Дас 10.824; $p < 0.01$ кај испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал постаи нехомогеност по однос на прашањето за разликите по факторите.

Табела 28. Дескриптивна статистика за факторот факторите депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од видот на професијата (Извор: автор на студијата)

	N	Депресивност			Анксиозност			Вознемиреност на оската ДАС		
		Mean	Std. Deviation	Std. Error	Mean	Std. Deviation	Std. Error	Mean	Std. Deviation	Std. Error
Доктор	105	34.152	7.399	.7220	33.438	3.390	.33092	37.257	4.420	.43138
Психолог	51	36.039	7.146	1.0007	35.392	7.861	1.10083	39.176	5.652	.79148
Инфермиер	135	36.585	7.031	.6051	31.200	5.840	.50271	39.629	5.598	.48181
Друго	9	34.000	6.363	2.1213	35.333	7.483	2.49444	38.888	7.356	2.45201
Total	300	35.563	7.218	.4167	32.820	5.810	.33546	38.700	5.365	.30980

Во Табела – се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика за факторот депресија, зависно од тоа на која позиција се вработени испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал. За факторот депресија, просечната вредност за мострата изнесува $M=35.56$ со $СД=7.21$ додека трендот на движење во зависност од професијата се движи помеѓу $M=34.00$ до $M=36.59$. Кај докторите се забележува просек испод просечната вредност на групата $M=34.15$ со $СД=7.39$, за стручниот медицински персонал (инфермиери) вредноста е над просекот на групата $M=36.59$ и $СД=7.031$, за стручниот немедицински персонал - психолози истотака е над просекот $M=36.04$ и $СД=7.15$. Највисока просечна вредност се воочува кај стручниот медицински персонал - инфермиери $M=36.59$ и $СД=7.03$ додека најнизок степен на депресивност се забележува кај стручниот немедицински персонал - психолози и други $M=34.00$ и $СД=6.36$.

За да се види дали депресивноста, анксиозноста и вознемиреност на оската ДАС во зависност од видот на професијата на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози), се разликуваат

значајно, или разликите може да ги поистоветиме како незначајни, е спроведена диференцијална анализа додека резултатите од анализата се прикажани во Табела 29.

Табела 29. АНОВА за разлики по однос на фактор депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од видот на професијата (Извор: автор на студијата)

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Депресивност * Професија	Between Groups	(Combined)	383.543	3	127.848	2.490	.060
		Linearity	248.000	1	248.000	4.831	.029
		Deviation from Linearity	135.543	2	67.771	1.320	.269
	Within Groups		15196.254	296	51.339		
	Total		15579.797	299			
Анксиозност * Професија	Between Groups	(Combined)	788.676	3	262.892	8.362	.000
		Linearity	211.745	1	211.745	6.735	.010
		Deviation from Linearity	576.930	2	288.465	9.176	.000
	Within Groups		9305.604	296	31.438		
	Total		10094.280	299			
Вознемиреост на оска ДАС * Професија	Between Groups	(Combined)	347.161	3	115.720	4.146	.007
		Linearity	293.024	1	293.024	10.498	.001
		Deviation from Linearity	54.137	2	27.068	.970	.380
	Within Groups		8261.839	296	27.912		
	Total		8609.000	299			

Во Табела 29 се прикажани резултати од спроведената анализа на варијанса за утврдување на разлики помеѓу вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) во однос на факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС.

- a. Висината на F и степените на слобода $F=2.490$; $p>0.05$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) не се разликуваат значајно во однос на факторот депресивност. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека стручниот медицински персонал-инferмиери $M=36.59$ за разлика од докторите $M=34.15$ и медицинскиот стручен немедицински кадар-психолози и др $M=36.04$ се разликуваат значајно

по однос на депресивноста. Не значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа нултата хипотеза која тврди не постоење на меѓу групни разлики.

- b. Висината на F и степените на слобода $F=8.36$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) се разликуваат значајно во однос на факторот анксиозност. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека стручниот медицински персонал-инфермиери $M=31.20$ за разлика од докторите $M=33.44$ и медицинскиот стручен немедицински кадар-психолози и др $M=35.39$ се разликуваат значајно по однос на анксиозноста. Значајното F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.
- c. Висината на F и степените на слобода $F=4.15$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) се разликуваат значајно во однос на факторот вознемиреност на оската ДАС. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека стручниот медицински персонал-инфермиери $M=39.62$ за разлика од докторите $M=37.26$ и медицинскиот стручен немедицински кадар-психолози и др $M=39.18$ се разликуваат значајно по однос на вознемиреност на оската ДАС. Значајното F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.

Во рамките на диференцијалната анализа беше поставено прашањето за постоење на статистички значајни разлики помеѓу вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози), вклучени во истражувањето, во однос на факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС. За таа цел се пристапи кон процесот на спроведување на анализа на варијанса.

Резултатите од спроведената анализа се прикажани како на дескриптивно така и на ниво на утврдување на постоечки можни разлики во однос на факторот вклучен во анализата.

Табела 30. Дескриптивна статистика за факторите депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од видот на професијата (Извор: автор на студијата)

(I) Професија	(J) Професија	Депресивност			Анксиозност			Вознемиреност на оската на ДАС		
		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Доктор	Психолог	-1.88683	1.22294	.498	-1.95406	.95699	.246	-1.91933	.90173	.212
	Инфермиер	-2.43280	.93232	.081	2.23810*	.72958	.026	-2.37249*	.68744	.008
	Друго	.15238	2.48862	1.000	-1.89524	1.94743	.814	-1.63175	1.83497	.852
Психолог	Доктор	1.88683	1.22294	.498	1.95406	.95699	.246	1.91933	.90173	.212
	Инфермиер	-.54597	1.17768	.975	4.19216*	.92158	.000	-.45316	.86835	.965
	Друго	2.03922	2.59055	.892	.05882	2.02720	1.000	.28758	1.91013	.999
Инфермиер	Доктор	2.43280	.93232	.081	-2.23810*	.72958	.026	2.37249*	.68744	.008
	Психолог	.54597	1.17768	.975	-4.19216*	.92158	.000	.45316	.86835	.965
	Друго	2.58519	2.46670	.778	-4.13333	1.93028	.207	.74074	1.81880	.983
Друго	Доктор	-.15238	2.48862	1.000	1.89524	1.94743	.814	1.63175	1.83497	.852
	Психолог	-2.03922	2.59055	.892	-.05882	2.02720	1.000	-.28758	1.91013	.999
	Инфермиер	-2.58519	2.46670	.778	4.13333	1.93028	.207	-.74074	1.81880	.983

Со оглед дека АНОВА потврди статистички значајни разлики во однос на анксиозност и вознемиреност на оската ДАС беше спроведена дополнителна Post Hoc анализа. Анализата покажа дека разлики постојат само во однос на анксиозност и вонемиреност на оската ДАС и тоа помеѓу определени категории на вработени:

- a. Во однос на факторот анксиозност евидентни статистички значајни разлики се воочуваат: помеѓу докторите $M=33.44$ и медицинскиот стручен персонал – инфермиери $M=31.20$, каде овие првите пројавуваат поизразен степен на анксиозност за разлика од инфермиерите. Пост хок анализата евидентира постоење на статистички значајни разлики помеѓу стручниот медицински-инфермиери $M=31.20$ и немедицински персонал- психолози $M=35.39$, каде психолозите се јавуваат повулнерабилна популација за разлика од инфермиерите. Останатите разлики не се статистички значајни.

а. Диференцијалната анализа покажа постоење на разлики и во однос на факторот „вознемиреност на оската ДАС“. Имено, евидентни статистички значајни разлики на скалата вознемиреност се евидентирани помеѓу медицинскиот стручен персонал – инфермиери $M=39.62$ и докторите $M=37.26$. Медицинскиот стручен персонал – инфермиери во поголема мерка покажува повисоки скорови на скалата вознемиреност на оската ДАС за разлика од докторите. Останатите разлики не се статистички значајни.

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот депресија во зависност од професијата на вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека докторите имаат испод просечна вредност на скалата депресија додека највисока се воочува кај стручниот медицински персонал - инфермиери.

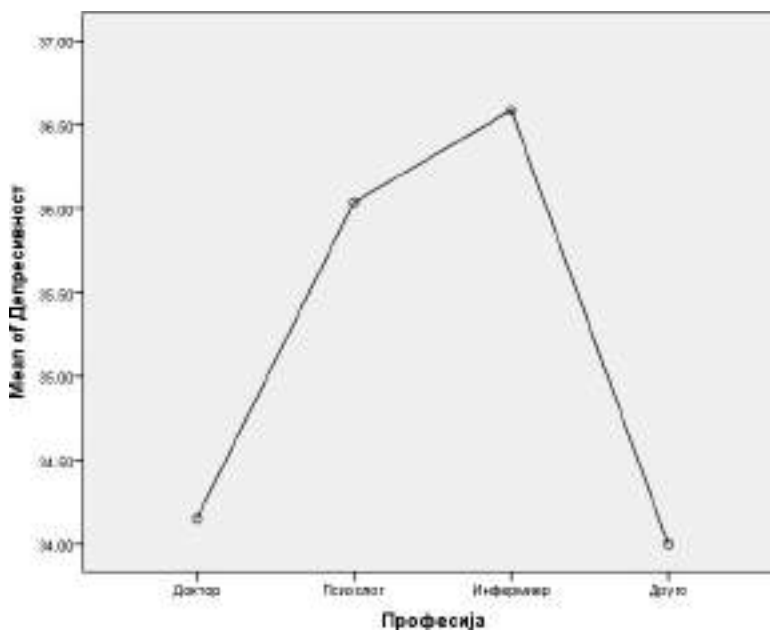


График 7. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот депресивност во зависност од видот на професијата на испитаниците: доктор, медицински технички персонал и немедицински персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот анксиозност во зависност од професијата на вработените во медицинскиот сектор:

доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека стручниот медицински персонал - инфермиери имаат испод просечна вредност на скалата анксиозност додека највисока се воочува кај стручниот немедицински персонал - психолози.

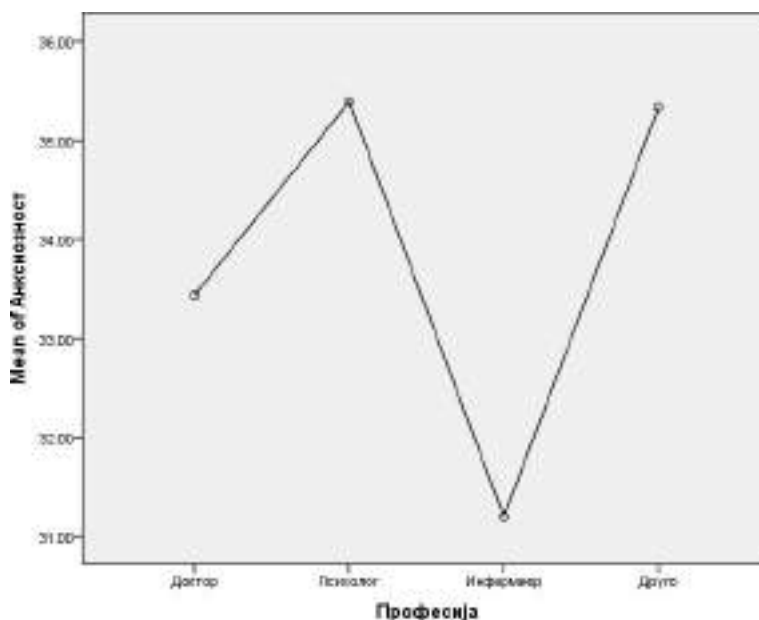


График 8. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот анксиозност во зависнот од видот на професијата на испитаниците: доктор, медицински технички персонал и немедицински персонал (психолози) (Извор: автор на студиата)

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот вознемиреност на оската ДАС во зависнот од професијата на вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека докторите имаат испод просечна вредност на скалата вознемиреност на оската ДАС додека највисока се воочува кај стручниот медицински персонал - инфермиери.

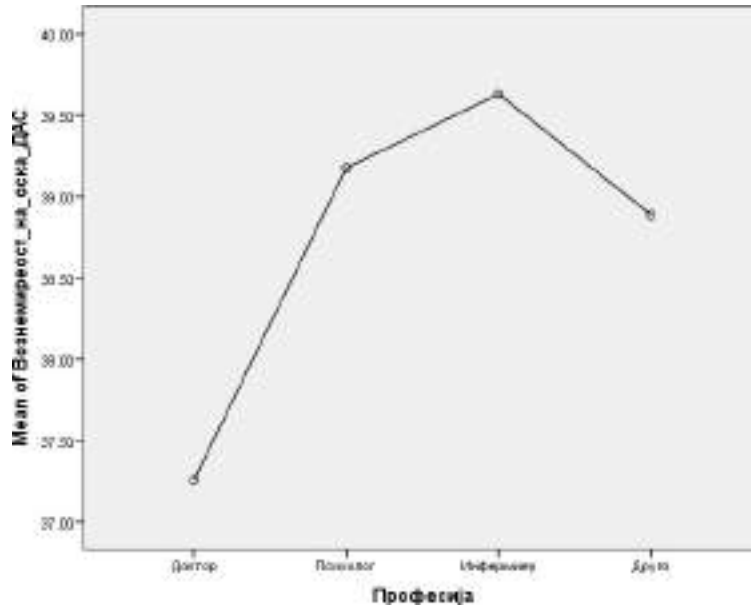


График 9. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот вознемиреност на оската ДАС во зависност од видот на професијата на испитаниците: доктор, медицински технички персонал и немедицински персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во втората хипотеза Х2 беше креирана претпоставката за постоење на статистички значајни полови разлики во однос на степенот на изразеноста на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС, односно вработените во медицинските установи припаднички на понежниот пол за разлика од машкиот медицински персонал манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас, депресивност и анксиозност.

Статистиката што се користи за тестирање на следнава хипотеза е анализа на разликата на средини помеѓу променливите, односно t-тестот.

За да се истражи интеракцијата помеѓу полот и трите фактора на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС, беше направена анализа на Т-тест со две насоки. Компаративната анализа за хипотезата Н.2 ќе биде претставена за секоја подхипотеза посебно.

Табела 31. T-test за разлики помеѓу аритметички средини за утврдување на полови во зависност од факторите на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС (Извор: авторот на студијата)

	Пол	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Депресивност	Машко	107	31.9065	6.86189	.66336
	женско	193	37.5907	6.60045	.47511
Анксиозност	Машко	107	32.9813	5.47547	.52933
	женско	193	32.7306	6.00000	.43189
Вознемиреност на оската ДАС	Машко	107	39.9720	5.40345	.52237
	женско	193	37.9948	5.22663	.37622

Анализирајќи ги просеците постигнати од вработените во медицинските установи припаднички на понежниот пол со просечните постигнувања на машкиот медицински персонал кои биле активно вклучени во справување на пандемијата со Ковид 19 во контекст на депресивноста, анксиозноста и вознемиреноста на оската ДАС, се забележува дека:

- a. припадничките на понежниот пол кои биле активно вклучени во справување на пандемијата со Ковид 19 манифестираат повисоки скорови на скалата депресивност (N=193, M=37,59), за разлика од припадниците на појакиот пол (N=107, M=31,91),
- b. во однос на факторот анксиозност, се забележува дека припадничките на понежниот пол кои биле активно вклучени во справување на пандемијата со Ковид 19 манифестираат пониски скорови на скалата анксиозност (N=193, M=32,73), за разлика од припадниците на појакиот пол (N=107, M=32,98),
- c. во однос на факторот вознемиреност на оската ДАС, врз основа на декриптивните показатели, се забележува дека припадничките на понежниот пол манифестираат пониски скорови на скалата вознемиреност на скалата ДАС (N=193, M=37,99), за разлика од припадниците на појакиот пол (N=107, M=39,97) кои биле активно вклучени во справување на пандемијата со Ковид 19.

За да одговориме на претоставените помошни хипотези за постоење на сигнификативни полови разлики кај вработените во медицински установи а кои биле активно вклучени во справување на пандемијата со Ковид 19 во контекст на депресивноста, анксиозноста и вознемиреноста на оската ДАС, беше спроведена статистичка анализа преку т-тестот. Резултатите од спроведената анализа се прикажани во Табела 32.

Табела 32. T-test за разлики помеѓу аритметички средини за утврдување на полови во зависност од факторите на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС (Извор: авторот на студијата)

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Депресивност	Equal variances assumed	.014	.907	7.04	298	.000	-5.684	.80689	-7.27	-4.09
	Equal variances not assumed			6.96	211.86	.000	-5.684	.81595	-7.29	-4.07
Анксиозност	Equal variances assumed	4.699	.031	.358	298	.721	.250	.70134	-1.12	1.63
	Equal variances not assumed			.367	236.29	.714	.250	.68317	-1.09	1.59662
Вознемиреност на оската ДАС	Equal variances assumed	.007	.933	3.10	298	.002	1.97	.63762	.72	3.23
	Equal variances not assumed			3.07	212.86	.002	1.97	.64375	.71	3.24

Во резултатите прикажани во табелата е претставена t-test анализата на постигнувањата на вработените во медицински установи а кои биле активно вклучени во справување на пандемијата со Ковид 19 во контекст на депресивноста, анксиозноста и вознемиреноста на оската ДАС. Беше направена анализа на т-тест со двата правца за да се истражат оловите разлики.

- a. Левиновиот тест за хомогеноста на варијансата за припадничките на понежниот пол кои биле активно вклучени во справување на пандемијата со Ковид 19 и припадниците на појакиот пол, сугерира дека вредноста не е статистички значајна (0,014; $p > 0,05$). Тоа значи дека припадниците од двата пола во однос на скалата депресивност, постојат квантитативни разлики.

Диференцијалната анализа докажува дека вредноста на разликата ($t=-7,04$, $p<0,01$) е статистички значајна на ниво од 0,01. Статистичкиот наод е дека постојат разлики помеѓу скоровите на испитаниците од двата пола. Од презентираниите резултати можеме да заклучиме дека претходно презентираниата хипотеза прифатена, односно дека припадничките на понежниот пол кои биле активно вклучени во справување на пандемијата со Ковид 19 манифестираат повисоки скорови на скалата депресивност ($N=193$, $M=37,59$), за разлика од припадниците на појакиот пол ($N=107$, $M=31,91$).

- b. Левиновиот тест за хомогеноста на варијансата за припадничките на понежниот пол кои биле активно вклучени во справување на пандемијата со Ковид 19 и припадниците на појакиот пол, сугерира дека вредноста е статистички значајна ($4,699$; $p>0,05$). Тоа значи дека кај припадниците од двата пола во однос на скалата анксиозност, постојат квалитативни разлики но не и квантитативни разлики во однос на анксиозноста. Диференцијалната анализа докажува дека вредноста на разликата ($t=0.358$, $p>0,05$) е статистички незначајна. Статистичкиот наод е дека не постојат разлики помеѓу скоровите на испитаниците од двата пола. Од презентираниите резултати можеме да заклучиме дека претходно презентираниата хипотеза се отфрла, односно дека припадничките на понежниот пол кои биле активно вклучени во справување на пандемијата со Ковид 19 не манифестираат повисоки скорови на скалата депресивност за разлика од припадниците на појакиот пол.
- c. Левиновиот тест за хомогеноста на варијансата за припадничките на понежниот пол кои биле активно вклучени во справување на пандемијата со Ковид 19 и припадниците на појакиот пол, сугерира дека вредноста не е статистички значајна ($0,007$; $p>0,05$). Тоа значи дека припадниците од двата пола во однос на скалата вознемиреност на оската ДАС, постојат квантитативни разлики. Диференцијалната анализа докажува дека вредноста на разликата ($t= 3,10$, $p<0,01$) е статистички значајна на ниво од 0,01. Статистичкиот наод е дека постојат разлики помеѓу скоровите на испитаниците од двата пола. Од презентираниите резултати можеме да заклучиме дека претходно презентираниата хипотеза е прифатена, односно дека

припадничките на појакиот пол манифестираат повисоки скорови на скалата вознемиреност на оската ДАС (N=107, M=39,97), за разлика од припадниците на понежниот пол (N=193, M=37,99) кои биле активно вклучени во справување на пандемијата со Ковид 19.

Во рамките на методолошката рамка беше поставена претпоставка артикулирана во хипотеза Х3 дека семејните приходи на испитаниците статистички значително влијаат врз степенот на изразеноста на анксиозноста, депресивност и вознемиреност на оската ДАС. Со други зборови, вработените во медицински установи кои за време на пандемијата доживеале трауматски искуства а чии семејни приходи се ниски во поголема мерка пројавуваат анксиозност, депресивност и вознемиреност на оската ДАС споредено со своите колеги со повисоки семејни приходи.

Како и кај првата подхипотеза, така и за третата помошна хипотеза, беше спроведена дополнителна статистичка анализа за да се види степенот на асоциативност помеѓу факторите вклучени во хипотезите.

Табела 33. Тест за асоциативност помеѓу нивото на приходи и факторите на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС (Извор: авторот на студијата)

	R	R Squared	Eta	Eta Squared
Депресивност * Приходи	.387	.150	.410	.168
Анксиозност * Приходи	-.114	.013	.143	.020
Вознемиреост на оска ДАС * Приходи	-.182	.033	.190	.036

Врз основа на Ета коефициентот на асоцијација би заклучиле дека големината на ефектот за приходот е изразено голема (0.168) врз степенот на изразената депресивноста а низок за степенот на изразената анксиозноста (0.020) и вознемиреност на оската ДАС (0.036). Овие резултати се совпаѓаат со р-вредностите прикажани на оутпутот од табелата ANOVA. Р-вредноста за депресивноста (<0.00) е многу поголема од р-вредноста за анксиозноста (<0.047) и вознемиреноста (<0.004), што покажува дека нивото на приходи е многу позначајно за предвидување на депресивноста и вознемиреност на оската ДАС.

Од спроведената статистичка анализата за степенот на асоциативноста помеѓу нивото на приходи и трите истражувачки вариабли врз основа на Eta квадратот следат корисни заклучоци:

- a. нивото на приходи за депресивноста е статистички значаен ($p = 0.168$), големината на ефектот поврзана со него е всушност изразено голем,
- b. иако нивото на приходи за анксиозноста е статистички значаен ($p = 0.000$), големината на ефектот поврзана со него е всушност прилично низок.
- c. иако нивото на приходи за вознемиреноста на оската ДАС е статистички значаен ($p = 0.007$), големината на ефектот поврзана со него е всушност прилично мала.

Во продолжение ќе следи приказ на резултатите од спроведената диференцијална анализа преку АНОВА.

Табела 34. Тест Scheffe за утврдување на хомогеност во зависност од депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС

Приходи	N	Депресивност		Анксиозност	Вознемиреност на оската ДАС	
		Subset for alpha = 0.05		Subset for alpha = 0.05	Subset for alpha = 0.05	
		1	2	1	1	
просечни приходи	41	28.5366		34.9024	40.1951	40.1951
лоши приходи	5	29.4000		32.6000		44.8000
солидни приходи	254		36.8189	32.6000	38.3386	
Sig.		.945		.563	.667	.084

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 13.139

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Табела 35. Тестот на Levin за утврдување на хомогеност на варијанса помеѓу групите

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Депресивност	13.033	2	297	.000
Анксиозност	.817	2	297	.443
Вознемиреост на оска ДАС	2.574	2	297	.078

Во Табела 34 и 35 се прикажани статистики кои се предуслов за продолжување со диференцијална анализа помеѓу испитаниците зависно од нивото на приходи кои ја извршувале за време на пандемијата и која актуелно ја извршуваат. Висината на вредноста на тестот на Левин за факторот депресивност 13.033; $p < 0.01$, за факторот анксиозност 0.817; $p > 0.05$, и за факторот вознемиреност на оската Дас 2.574; $p > 0.05$ кај испитаниците со различни семејни приходи постои хомогеност по однос на прашањето за разликите по факторите освен за факторот депресивност каде е евидентна нехомогеност.

Табела 36. Deskriptivna statistika za faktorot depresivnost, anksioznost i vozneмиrenost na oската ДАС во зависност од нивото на приходи (Извор: автор на студијата)

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max	
					Lower Bound	Upper Bound			
Депресивност	лоши приходи	5	29.40	2.966	1.32665	25.7166	33.0834	25.00	32.00
	просечни приходи	41	28.53	3.362	.52510	27.4753	29.5978	23.00	38.00
	солидни приходи	254	36.81	7.022	.44065	35.9511	37.6867	24.00	59.00
	Total	300	35.56	7.218	.41676	34.7432	36.3835	23.00	59.00
Анксиозност	лоши приходи	5	32.60	3.577	1.60000	28.1577	37.0423	31.00	39.00
	просечни приходи	41	34.90	3.832	.59858	33.6927	36.1122	29.00	42.00
	солидни приходи	254	32.48	6.046	.37939	31.7410	33.2353	23.00	65.00
	Total	300	32.82	5.810	.33546	32.1598	33.4802	23.00	65.00
Вознемиреностна оска ДАС	лоши приходи	5	44.80	6.870	3.07246	36.2695	53.3305	33.00	51.00
	просечни приходи	41	40.19	6.042	.94367	38.2879	42.1023	30.00	52.00
	солидни приходи	254	38.33	5.126	.32166	37.7051	38.9721	21.00	50.00
	Total	300	38.70	5.365	.30980	38.0903	39.3097	21.00	52.00

Во Табела 36 се прикажани резултати од спроведена deskriptivna statistika за факторот депресија, зависно од нивото на приходите. За факторот депресија, просечната вредност за мострата изнесува $M=35.56$ со $СД=7.21$ додека трендот на движење во зависност од приходите се движи помеѓу $M=28.53$ до $M=36.61$. Кај испитаниците со лоши приходи се забележува просек испод просечната вредност на групата $M=29.40$ со $СД=2.97$, за испитаниците со просечни примања вредноста е исподпросекот на групата $M=28.54$ и $СД=3.36$ и за испитаниците со солидни приходи вредности на скалата депресија над просекот $M=36.81$ и $СД=7.02$. Највисока просечна вредност се воочува кај испитаниците со солидни приходи $M=36.81$ и $СД=7.02$ додека најнизок степен на депресивност се забележува кај испитаниците со просечни приходи и други $M=28.54$ и $СД=3.36$.

Во истата Табела 36 се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика за факторот анксиозност, зависно од нивото на приходите. За факторот анксиозност, просечната вредност за мострата изнесува $M=32.82$ со $СД=5.81$ додека трендот на движење во зависност од приходите се движи помеѓу $M=32.49$ до $M=34.90$. Кај испитаниците со лоши приходи се забележува просек испод просечната вредност на групата $M=32.60$ со $СД=3.58$, за испитаниците со просечни примања вредноста е исподпросекот на групата $M=34.90$ и $СД=3.38$ и за испитаниците со солидни приходи вредности на скалата анксиозност над просекот $M=32.48$ и $СД=6.04$. Највисока просечна вредност за скалата анксиозност се воочува кај испитаниците со просечни приходи $M=34.90$ и $СД=3.38$ додека најнизок степен на анксиозност се забележува кај испитаниците со солидни приходи и други $M=32.48$ и $СД=6.04$.

И на крај во истата Табела 36 се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика за факторот вознемиреност на оската ДАС, зависно од нивото на приходите. За факторот анксиозност, просечната вредност за мострата изнесува $M=38.70$ со $СД=5.36$ додека трендот на движење во зависност од приходите се движи помеѓу $M=38.70$ до $M=44.80$. Кај испитаниците со лоши приходи се забележува просек изнад просечната вредност на групата $M=44.80$ со $СД=6.87$, за испитаниците со просечни примања вредноста е изнадпросекот на групата $M=40.19$ и $СД=6.04$ и за испитаниците со солидни приходи вредности на скалата вознемиреност на оската ДАС испод просекот $M=38.34$ и $СД=5.13$. Највисока просечна вредност вознемиреност на оската ДАС се воочува кај испитаниците со лоши приходи $M=44.80$ и $СД=6.87$ додека најнизок степен на вознемиреност на оската ДАС се забележува кај испитаниците со солидни приходи и други $M=38.34$ и $СД=5.13$.

За да се види дали депресивноста, анксиозноста и вознемиреност на оската ДАС во зависност од нивото на приходи на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози), се разликуваат значајно, или разликите може да ги поистоветиме како незначајни, е спроведена диференцијална анализа додека резултатите од анализата се прикажани во Табела 37.

Табела 37. АНОВА за разлики по однос на фактор депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од нивото на приходи (Извор: автор на студијата)

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Депресивност * Приходи	Between	(Combined)	2614.732	2	1307.366	29.949	.000
	Groups	Linearity	2337.303	1	2337.303	53.542	.000
		Deviation from Linearity	277.429	1	277.429	6.355	.012
	Within Groups		12965.064	297	43.653		
Total			15579.797	299			
Анксиозност * Приходи	Between	(Combined)	206.006	2	103.003	3.094	.047
	Groups	Linearity	132.217	1	132.217	3.971	.047
		Deviation from Linearity	73.789	1	73.789	2.216	.138
	Within Groups		9888.274	297	33.294		
Total			10094.280	299			
Вознемиреност на оска ДАС * Приходи	Between	(Combined)	310.879	2	155.440	5.563	.004
	Groups	Linearity	285.826	1	285.826	10.230	.002
		Deviation from Linearity	25.053	1	25.053	.897	.344
	Within Groups		8298.121	297	27.940		
Total			8609.000	299			

Во Табела 37 се прикажани резултати од спроведената анализа на варијанса за утврдување на разлики помеѓу вработените зависно од нивото на приходи во однос на факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС.

- a. Висината на F и степените на слобода $F=29.949$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) зависно од нивото на приходи се разликуваат значајно во однос на факторот депресивност. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека испитаниците со пониски приходи $M=29.40$ за разлика од испитаниците со повисоки приходи $M=28.54$ и солидни приходи $M=36.82$ се разликуваат значајно по однос на депресивноста. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики. Меѓутоа, правецот на разликите не оди сходно претпоставката. Со други

зборови солидни испитаниците со солидни примања имаат поизразена депресивност за разлика од испитаниците со пониските приходи.

- б. Висината на F и степените на слобода $F=3.09$; $p<0.05$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) зависно од приходите се разликуваат значајно во однос на факторот анксиозност. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека испитаниците со пониски приходи $M=32.60$ за разлика од испитаниците со повисоки приходи $M=34.90$ и солидни приходи $M=32.49$ се разликуваат значајно по однос на скалата анксиозност. Значајното F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.
- с. Висината на F и степените на слобода $F=5.56$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) зависно од приходите се разликуваат значајно во однос на факторот вознемиреност на оската ДАС. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека стручниот испитаниците со пониски примања $M=44.80$ за разлика од колегите со просечни примања $M=40.20$ и колегите со солидни примања $M=38.34$ се разликуваат значајно по однос на вознемиреност на оската ДАС. Значајното F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.

Во рамките на диференцијалната анализа беше поставено прашањето за постоење на статистички значајни разлики помеѓу вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) зависно од приходите, вклучени во истражувањето, во однос на факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС. За таа цел се пристапи кон процесот на спроведување на анализа на варијанса. Резултатите од спроведената анализа се прикажани како на

дескриптивно така и на ниво на утврдување на постоечки можни разлики во однос на факторот вклучен во анализата.

Табела 38. Дескриптивна статистика за факторите депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од нивото на приходи (Извор: автор на студијата)

Dependent Variable	(I) Приходи	(J) Приходи	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Депресивност	лоши приходи	просечни приходи	.86341	3.12976	.963	-6.8362	8.5631
		солидни приходи	-7.41890*	2.98371	.047	-14.7593	-.0785
	просечни приходи	лоши приходи	-.86341	3.12976	.963	-8.5631	6.8362
		солидни приходи	-8.28231*	1.11202	.000	-11.0180	-5.5466
	солидни приходи	лоши приходи	7.41890*	2.98371	.047	.0785	14.7593
		просечни приходи	8.28231*	1.11202	.000	5.5466	11.0180
Анксиозност	лоши приходи	просечни приходи	-2.30244	2.73328	.702	-9.0267	4.4218
		солидни приходи	.11181	2.60573	.999	-6.2987	6.5223
	просечни приходи	лоши приходи	2.30244	2.73328	.702	-4.4218	9.0267
		солидни приходи	2.41425*	.97115	.047	.0251	4.8034
	солидни приходи	лоши приходи	-.11181	2.60573	.999	-6.5223	6.2987
		просечни приходи	-2.41425*	.97115	.047	-4.8034	-.0251
Вознемиреностна оска ДАС	лоши приходи	просечни приходи	4.60488	2.50388	.186	-1.5550	10.7648
		солидни приходи	6.46142*	2.38704	.027	.5890	12.3339
	просечни приходи	лоши приходи	-4.60488	2.50388	.186	-10.7648	1.5550
		солидни приходи	1.85654	.88964	.115	-.3321	4.0452
	солидни приходи	лоши приходи	-6.46142*	2.38704	.027	-12.3339	-.5890
		просечни приходи	-1.85654	.88964	.115	-4.0452	.3321

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Со оглед дека диференцијалната анализа АНОВА потврди статистички значајни разлики во однос на трите фактора: депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС беше спроведена дополнителна Post Hoc анализа. Анализата покажа дека разлики постојат само во однос на депресивност, анксиозност и вонемиреност на оската ДАС и тоа помеѓу определени категории на вработени:

- a. Во однос на факторот депресивност евидентни статистички значајни разлики се воочуваат: помеѓу испитаниците со лоши примања $M=29.40$ и испитаниците со солидни примања $M=36.82$, каде овие првите пројавуваат поизразен степен на депресивност за разлика од колегите со пониски примања. Истотака, пост хок анализата евидентира постоење на статистички значајни разлики помеѓу испитаниците со просечни примања $M=28.54$ и испитаниците со солидни приходи $M=36.82$, каде испитаниците со солидни примања се јавуваат како повулнерабилна популација за разлика од колегите со просечни примања. Останатите разлики не се статистички значајни.
- b. Во однос на факторот анксиозност евидентни статистички значајни разлики се воочуваат: помеѓу испитаниците со просечни примања $M=34.90$ и испитаниците со солидни примања $M=32.49$, каде испитаниците со просечни примања се јавуваат како повулнерабилна популација за разлика од колегите со солидни примања. Останатите разлики не се статистички значајни.
- d. Диференцијалната анализа покажа постоење на разлики и во однос на факторот „вознемиреност на оската ДАС“. Имено, евидентни статистички значајни разлики на скалата вознемиреност се евидентирани помеѓу испитаниците со пониски примања $M=44.80$ и испитаниците со солидни примања $M=38.34$. Испитаниците со пониски примања во поголема мерка покажуваат повисоки скорови на скалата вознемиреност на оската ДАС за разлика од колегите со солидни примања. Останатите разлики не се статистички значајни.

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот депресија во зависност од приходите на вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека испитаниците со просечни примања имаат испод просечна вредност на скалата депресија додека највисока се воочува кај нивните колеги со солидни примања.

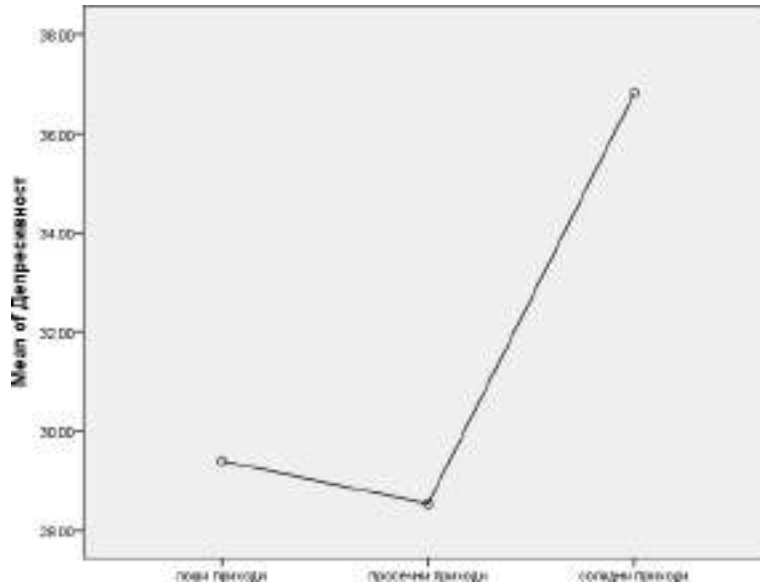


График 10. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот депресивност во зависнот од нивото на приходи на испитаниците: доктор, медицински технички персонал и немедицински персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот анксиозност во зависнот од приходите на вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека испитаниците со солдини примања имаат испод просечна вредност на скалата анксиозност додека највисока се воочува кај испитаниците со просечн и примања.

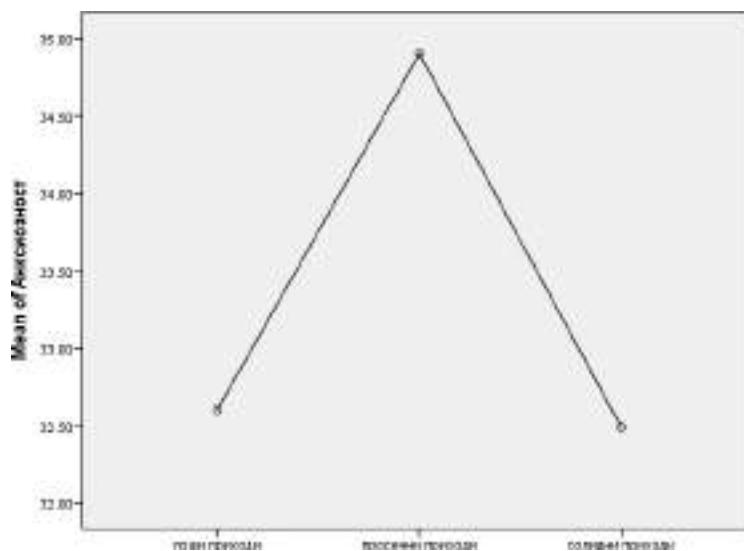


График 11. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот анксиозност во зависнот од нивото на приходи на испитаниците: доктор, медицински технички персонал и немедицински персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот вознемиреност на оската ДАС во зависнот од приходите на вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека испитаниците со солидни примања имаат испод просечна вредност на скалата вознемиреност на оската ДАС додека највисока се воочува кај испитаниците со лоши примања.

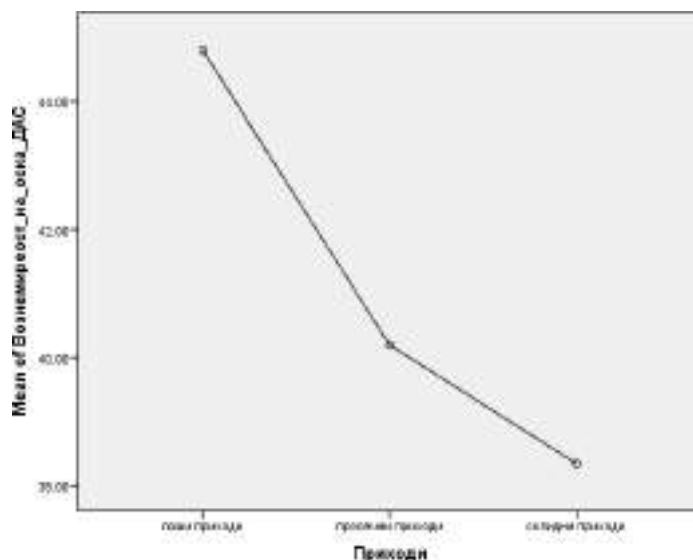


График 12. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот вознемиреност на оската ДАС во зависнот од нивото на приходи на испитаниците: доктор, медицински технички персонал и немедицински персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во рамките на методолошката рамка беше поставена претпоставка артикулирана во хипотеза Х4 дека брачениот статус на испитаниците статистички значително влије врз степенот на изразеноста на анксиозноста, депресивноста и вознемиреноста на оската ДАС. Со други зборови, вработените во медицински установи кои за време на пандемијата доживеале трауматски искуства а чиј брачен статус е разведени односно во брак во поголема мерка пројавуваат анксиозност, депресивноста и вознемиреноста на оската ДАС споредено со своите колеги чиј брачен статус е сингл односно верени.

Како и кај првата подхипотеза, така и за третата помошна хипотеза, беше спроведена дополнителна статистичка анализа за да се види степенот на асоциативност помеѓу факторите вклучени во хипотезите.

Табела 39. Тест за асоциативност помеѓу брачен статус и факторите на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС (Извор: авторот на студијата)

	R	R Squared	Eta	Eta Squared
Депресивност *				
Браченстатус	-.343	.118	.517	.268
Анксиозност *				
Браченстатус	-.088	.008	.195	.038
Вознемиреост на оска				
ДАС * Браченстатус	.198	.039	.218	.048

Врз основа на Ета коефициентот на асоцијација би заклучиле дека големината на ефектот за брачниот статус е изразено голема (0.268) врз степенот на изразената депресивноста а низок за степенот на изразената анксиозноста (0.038) и вознемиреност на оската ДАС (0.048). Овие резултати се совпаѓаат со р-вредностите прикажани на оутпутот од табелата ANOVA. Р-вредноста за депресивноста (<0.00) е многу поголема од р-вредноста за анксиозноста (<0.009) и вознемиреноста (<0.002), што покажува дека брачен статус е многу позначајен за предвидување на трите фактори: депресивноста, анксиозноста и вознемиреноста на оската ДАС.

Од спроведената статистичка анализата за степенот на асоциативноста помеѓу брачен статус и трите истражувачки вариабли врз основа на Ета квадратот следат корисни заклучоци:

- d. брачен статус за депресивноста е статистички значаен ($p = 0.268$), големината на ефектот поврзана со него е всушност изразено голем,
- e. иако брачен статус за анксиозноста е статистички значаен ($p = 0.038$), големината на ефектот поврзана со него е всушност прилично низок.
- f. иако брачен статус за вознемиреноста на оската ДАС е статистички значаен ($p = 0.048$), големината на ефектот поврзана со него е всушност просечен.

Во продолжение ќе следи приказ на резултатите од спроведената диференцијална анализа преку АНОВА.

Табела 40. Тест Scheffe за утврдување на хомогеност во зависност од депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС

Брачен статус	N	Депресивност		Анксиозност		Вознемиреност на оската ДАС	
		Subset for alpha = 0.05		Subset for alpha = 0.05		Subset for alpha = 0.05	
		1	2	1	2	1	2
верени	40	28.0250		32.6750	32.6750	41.0000	41.0000
Сингл	17	29.4118			36.7059	37.6471	
разведени	11	30.1818		29.4545			42.0909
во брак	232		37.5690	32.7198	32.7198	38.2198	38.2198
Sig.		.718	1.000	.306	.139	.212	.112

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 22.34

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Табела 41. Тестот на Levin за утврдување на хомогеност на варијанса помеѓу групите

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Депресивност	9.125	3	296	.000
Анксиозност	4.250	3	296	.006
Вознемиреност на оската ДАС	5.448	3	296	.001

Во Табела 40 - 41 се прикажани статистики кои се предуслов за продолжување со диференцијална анализа помеѓу испитаниците зависно од брачен статус кои ја извршувале за време на пандемијата и која актуелно ја извршуваат. Висината на вредноста на тестот на Левин за факторот депресивност 9.125; $p < 0.01$, за факторот анксиозност 4.250; $p < 0.01$, и за факторот вознемиреност на оската Дас 5.448; $p < 0.01$ кај испитаниците со различен брачен статус не постои хомогеност по однос на прашањето за разликите по факторите.

Табела 42. Дескриптивна статистика за факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од брачен статус (Извор: автор на студијата)

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max	Between-Component Variance
						Lower Bound	Upper Bound			
Депресивност	Сингл	17	29.41	3.2988	.809	27.71	31.17	23.00	36.00	
	во брак	232	37.56	6.7928	.445	36.69	38.47	23.00	59.00	
	разведени	11	30.18	4.1186	1.241	27.41	32.98	25.00	36.00	
	верени	40	28.02	3.2382	.512	26.98	29.00	24.00	34.00	
	Total	300	35.56	7.2184	.416	34.74	36.38	23.00	59.00	
	Model	Fixed Effects			6.2090	.358	34.85	36.26		
	Random Effects				4.712	20.56	50.55			35.58373
Анксиозност	Сингл	17	36.05	4.6336	1.123	34.32	39.08	29.00	48.00	
	во брак	232	32.71	6.2449	.410	31.91	33.52	23.00	65.00	
	разведени	11	29.45	2.8762	.867	27.52	31.38	26.00	36.00	
	верени	40	32.67	2.6543	.419	31.82	33.52	28.00	39.00	
	Total	300	32.82	5.8103	.335	32.15	33.48	23.00	65.00	
	Model	Fixed Effects			5.7274	.330	32.16	33.47		
	Random Effects				1.291	28.71	36.92			2.51170
Вознемиреностна оска ДАС	Сингл	17	37.64	4.2564	1.032	35.45	39.83	33.00	45.00	
	во брак	232	38.21	5.5595	.365	37.50	38.93	21.00	52.00	
	разведени	11	42.09	4.0113	1.209	39.39	44.78	34.00	47.00	
	верени	40	41.00	3.9483	.624	39.73	42.28	31.00	47.00	
	Total	300	38.7	5.3658	.309	38.09	39.37	21.00	52.00	
	Model	Fixed Effects			5.2628	.303	38.10	39.20		
	Random Effects				1.369	34.34	43.02			2.87414

Во Табела 42 се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика за факторот депресија, зависно од брачен статус. За факторот депресија, просечната вредност за мострата изнесува $M=35.56$ со $СД=7.21$ додека трендот на движење во зависност од брачниот статус се движи помеѓу $M=28.02$ до $M=37.57$. Кај испитаниците чиј брачен статус е „сингл“ се забележува просек испод просечната вредност на групата $M=29.41$ со $СД=3.29$, за испитаниците кои се во брак вредноста е изнадпросекот на групата $M=37.57$ и $СД=6.79$, за испитаниците чиј брачен статус „разведен“ $M=30.18$ и $СД=4.11$ и за испитаниците чиј

брачен статус е „во врска-верени“ вредности на скалата депресија под просекот $M=28.02$ и $СД=3.23$. Највисока просечна вредност се воочува кај испитаниците кои се во брак вредноста е изнадпросекот на групата $M=37.57$ и $СД=6.79$ додека најнизок степен на депресивност се забележува кај испитаниците чиј брачен статус е „во врска-верени“ вредности на скалата депресија под просекот $M=28.02$ и $СД=3.23$.

Во истата Табела 42 се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика за факторот анксиозност, зависно од брачен статус на испитаниците. За факторот анксиозност, просечната вредност за мострата изнесува $M=32.82$ со $СД=5.81$ додека трендот на движење во зависност од брачниот статус се движи помеѓу $M=29.45$ до $M=36.71$. Кај испитаниците чиј брачен статус е „сингл“ се забележува просек испод просечната вредност на групата $M=36.71$ со $СД=4.63$, за испитаниците кои се во брак вредноста е изнадпросекот на групата $M=32.72$ и $СД=6.24$, за испитаниците чиј брачен статус „разведен“ $M=29.45$ и $СД=2.88$ и за испитаниците чиј брачен статус е „во врска-верени“ вредности на скалата депресија под просекот $M=32.68$ и $СД=2.65$. Највисока просечна вредност се воочува кај испитаниците кои се сингл вредноста е изнадпросекот на групата $M=36.71$ и $СД=4.63$ додека најнизок степен на депресивност се забележува кај испитаниците чиј брачен статус е „разведени“ вредности на скалата депресија под просекот $M=29.45$ и $СД=2.88$.

И на крај во истата Табела 42 се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика за факторот вознемиреност на оската ДАС, зависно од брачен статус те. За факторот анксиозност, просечната вредност за мострата изнесува $M=38.70$ со $СД=5.36$ додека трендот на движење во зависност од брачниот статус се движи помеѓу $M=37.64$ до $M=42.09$. Кај испитаниците чиј брачен статус е „сингл“ се забележува просек испод просечната вредност на групата $M=37.64$ со $СД=4.26$, за испитаниците кои се во брак вредноста е изнадпросекот на групата $M=38.22$ и $СД=5.55$, за испитаниците чиј брачен статус „разведен“ $M=42.09$ и $СД=4.01$ и за испитаниците чиј брачен статус е „во врска-верени“ вредности на скалата депресија изнадпросекот $M=41.00$ и $СД=3.94$. Највисока просечна вредност се воочува кај испитаниците чиј брачен статус „разведен“ $M=42.09$ и $СД=4.01$ додека најнизок степен на депресивност се забележува кај испитаниците чиј

брачен статус е „сингл“ се забележува просек испод просечната вредност на групата $M=37.64$ со $СД=4.26$.

За да се види дали депресивноста, анксиозноста и вознемиреност на оската ДАС во зависност од брачен статус на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози), се разликуваат значајно, или разликите може да ги поистоветиме како незначајни, е спроведена диференцијална анализа додека резултатите од анализата се прикажани во Табела 43.

Табела 43. АНОВА за разлики по однос на фактор депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од брачен статус (Извор: автор на студијата)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Депресивност	Between Groups	4168.171	3	1389.390	36.039	.000
	Within Groups	11411.626	296	38.553		
	Total	15579.797	299			
Анксиозност	Between Groups	384.460	3	128.153	3.907	.009
	Within Groups	9709.820	296	32.803		
	Total	10094.280	299			
Вознемиреност на оската ДАС	Between Groups	410.420	3	136.807	4.939	.002
	Within Groups	8198.580	296	27.698		
	Total	8609.000	299			

Во Табела 43 се прикажани резултати од спроведената анализа на варијанса за утврдување на разлики помеѓу вработените зависно од брачен статус во однос на факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС.

- а. Висината на F и степените на слобода $F=36.039$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) зависно од брачен статус се разликуваат значајно во однос на факторот депресивност. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека испитаниците чиј брачен статус е разведен $M=30.18$ и брачен статус во брак $M=37.57$ за разлика од испитаниците кои се сингл $M=29.41$ односно „во врска“ $M=28.03$ се разликуваат значајно по однос на депресивноста. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се

прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики. Меѓутоа, правецот на разликите не оди сходно претпоставката. Со други зборови испитаниците со брачен статус во брак и разведени имаат поизразена депресивност за разлика од испитаниците кои се сингл односно се во врска.

- b. Висината на F и степените на слобода $F=3.97$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) зависно од брачниот статус се разликуваат значајно во однос на факторот анксиозност. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека испитаниците чиј брачен статус е разведен $M=29.45$ и брачен статус во брак $M=32.72$ за разлика од испитаниците кои се сингл $M=36.71$ односно „во врска“ $M=32.68$ се разликуваат значајно по однос на анксиозност. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики. Меѓутоа, правецот на разликите не оди сходно претпоставката. Со други зборови испитаниците со брачен статус во брак и сингл имаат поизразена анксиозност за разлика од испитаниците кои се разведени односно се во врска.
- c. Висината на F и степените на слобода $F=4.939$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) зависно од брачниот статус се разликуваат значајно во однос на факторот вознемиреност на оската ДАС. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека испитаниците чиј брачен статус е во брак $M=38.22$ и брачен статус разведен $M=42.09$ за разлика од испитаниците кои се сингл $M=37.65$ односно „во врска“ $M=41.00$ се разликуваат значајно по однос на вознемиреност на оската ДАС. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики. Меѓутоа, правецот на разликите не оди сходно претпоставката. Со други

зборови испитаниците со брачен статус во врска и разведени имаат поизразена вознемиреност на оската ДАС за разлика од испитаниците кои се сингл односно се во брак.

Во рамките на диференцијалната анализа беше поставено прашањето за постоење на статистички значајни разлики помеѓу вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) зависно од брачниот статус, вклучени во истражувањето, во однос на факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС. За таа цел се пристапи кон процесот на спроведување на анализа на варијанса. Резултатите од спроведената анализа се прикажани како на дескриптивно така и на ниво на утврдување на постоечки можни разлики во однос на факторот вклучен во анализата.

Табела 44. Дескриптивна статистика за факторите депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од брачен статус (Извор: автор на студијата)

Dependent Variable	(I) Брачен статус	(J) Брачен статус	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Депресивност	Сингл	во брак	-8.15720*	1.56012	.000	-12.5437	-3.7707
		разведени	-.77005	2.40263	.991	-7.5254	5.9853
		верени	1.38676	1.79767	.897	-3.6676	6.4412
	во брак	Сингл	8.15720*	1.56012	.000	3.7707	12.5437
		разведени	7.38715*	1.91598	.002	2.0001	12.7742
		верени	9.54397*	1.06301	.000	6.5552	12.5328
	разведени	Сингл	.77005	2.40263	.991	-5.9853	7.5254
		во брак	-7.38715*	1.91598	.002	-12.7742	-2.0001
		верени	2.15682	2.11391	.791	-3.7867	8.1004
	верени	Сингл	-1.38676	1.79767	.897	-6.4412	3.6676
		во брак	-9.54397*	1.06301	.000	-12.5328	-6.5552
		разведени	-2.15682	2.11391	.791	-8.1004	3.7867
Анксиозност	Сингл	во брак	3.98605	1.43910	.055	-.0602	8.0323
		разведени	7.25134*	2.21625	.015	1.0201	13.4826
		верени	4.03088	1.65822	.119	-.6314	8.6932
	во брак	Сингл	-3.98605	1.43910	.055	-8.0323	.0602
		разведени	3.26528	1.76735	.334	-1.7039	8.2344
		верени	.04483	.98055	1.000	-2.7121	2.8018
	разведени	Сингл	-7.25134*	2.21625	.015	-13.4826	-1.0201
		во брак	-3.26528	1.76735	.334	-8.2344	1.7039
		верени	-3.22045	1.94993	.437	-8.7029	2.2620
	верени	Сингл	-4.03088	1.65822	.119	-8.6932	.6314
		во брак	-.04483	.98055	1.000	-2.8018	2.7121
		разведени	3.22045	1.94993	.437	-2.2620	8.7029

Вознемиреност на оската ДАС	Сингл	во брак	-.57277	1.32238	.980	-4.2908	3.1453
		разведени	-4.44385	2.03649	.193	-10.1697	1.2820
		верени	-3.35294	1.52372	.186	-7.6371	.9312
	во брак	Сингл	.57277	1.32238	.980	-3.1453	4.2908
		разведени	-3.87108	1.62400	.131	-8.4372	.6950
		верени	-2.78017*	.90102	.025	-5.3135	-.2468
	разведени	Сингл	4.44385	2.03649	.193	-1.2820	10.1697
		во брак	3.87108	1.62400	.131	-.6950	8.4372
		верени	1.09091	1.79177	.946	-3.9469	6.1287
	верени	Сингл	3.35294	1.52372	.186	-.9312	7.6371
		во брак	2.78017*	.90102	.025	.2468	5.3135
		разведени	-1.09091	1.79177	.946	-6.1287	3.9469

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Со оглед дека диференцијалната анализа АНОВА потврди статистички значајни разлики во однос на трите фактора: депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС беше спроведена дополнителна Post Hoc анализа. Анализата покажа дека разлики постојат во однос на депресивност, анксиозност и вонемиреност на оската ДАС и тоа помеѓу определени категории на вработени:

- a. Во однос на факторот депресивност евидентни статистички значајни разлики се воочуваат: помеѓу испитаниците кои се во брак со испитаниците чиј брачен статус е сингл, разведени или кои се во врска, каде испитаниците кои се во брак пројавуваат поизразен степен на депресивност за разлика од колегите сингл, разведени односно кои се во врска. Останатите разлики не се статистички значајни.
- b. Во однос на факторот анксиозност евидентни статистички значајни разлики се воочуваат: помеѓу испитаниците чиј брачен статус е сингл и испитаниците чиј брачен статус е „разведен“, каде испитаниците со брачен статус „сингл“ се јавуваат како повулнерабилна популација за разлика од колегите со брачен статус „разведен“. Останатите разлики не се статистички значајни.
- e. Диференцијалната анализа покажа постоење на разлики и во однос на факторот „вознемиреност на оската ДАС“. Имено, евидентни статистички значајни разлики на скалата вознемиреност се евидентирани помеѓу испитаниците чиј брачен статус е „во брак“ $M=38.22$ и испитаниците со кои се во врска $M=41.00$. Испитаниците кои се во врска во поголема мерка

покажуваат повисоки скорови на скалата вознемиреност на оската ДАС за разлика од колегите со брачен статус „во брак“. Останатите разлики не се статистички значајни.

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот депресија во зависност од брачниот статус на вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека испитаниците со брачен статус „во брак“ имаат изнадпросечна вредност на скалата депресија додека најниска се воочува кај нивните колеги кои се во врска-верени“.

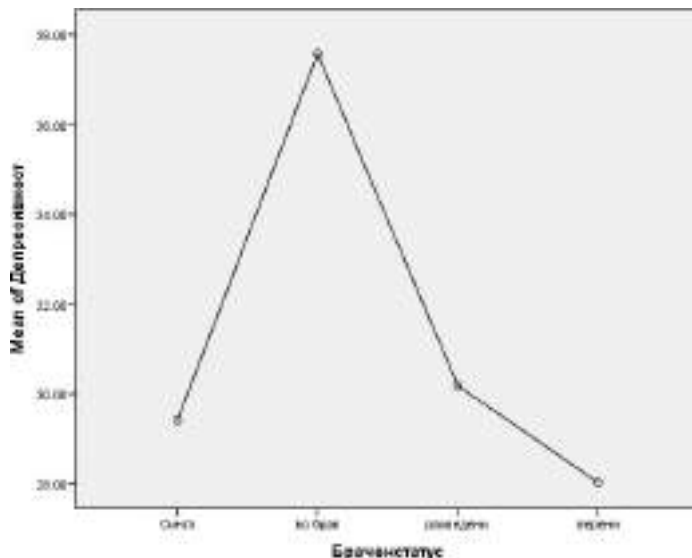


График 13. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот депресивност во зависност од брачен статус на испитаниците: сингл, во брак, разведен и во врска (Извор: автор на студијата)

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот анксиозност во зависност од брачниот статус на вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека испитаниците чиј брачен статус „разведени“ имаат испод просечна вредност на скалата анксиозност додека највисока се воочува кај испитаниците чиј брачен статус е „сингл“.

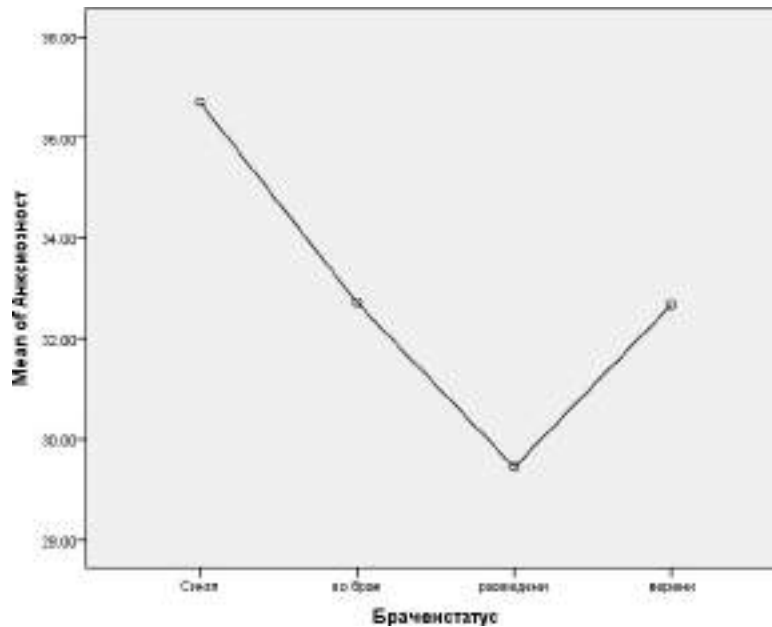


График 14. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот анксиозност во зависност од брачен статус на испитаниците: сингл, во брак, разведен и во врска (Извор: автор на студијата)

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот вознемиреност на оската ДАС во зависност од брачниот статус на вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека испитаниците чиј брачен статус „сингл“ имаат испод просечна вредност на скалата вознемиреност на оската ДАС додека највисока се воочува кај испитаниците чиј брачен статус е „разведен“.

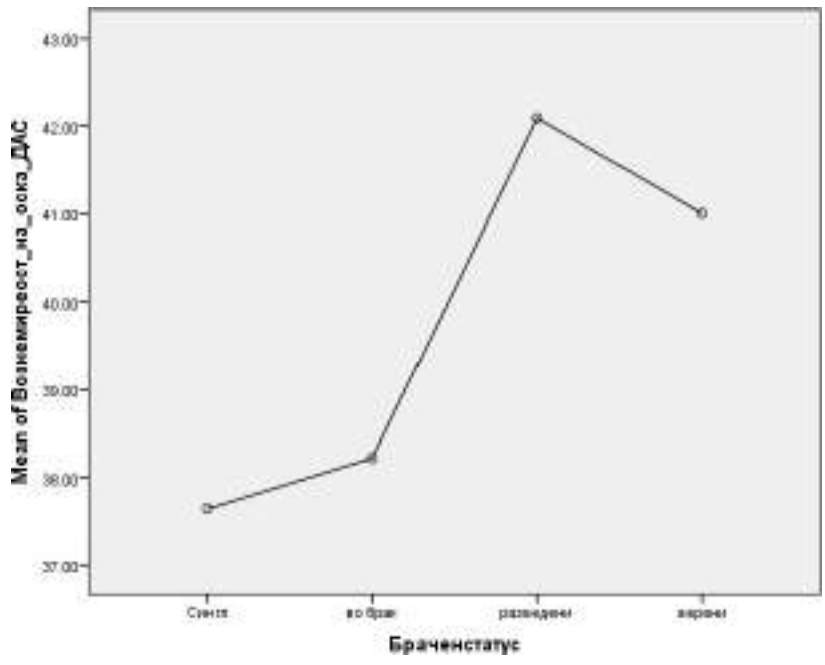


График 15. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот вознемиреност на оската ДАС во зависност од брачен статус на испитаниците: сингл, во брак, разведен и во врска (Извор: автор на студијата)

3.3.2 Диференцијалните разлики зависно трауматските искуства

Се поставува следнава хипотеза:

H0: Не постои статистички значајна разлика во однос на депресивност, анксиозност и вознемиреност на ооска ДАС во зависност од доживеаните трауматските настани за време на пандемијата со Ковид 19 кај медицинскиот технички персонал, докторите и немедицинскиот персонал (психолози и др).

Ha: Постои статистички значајна разлика во однос на депресивност, анксиозност и вознемиреност на ооска ДАС во зависност од доживеаните трауматските настани за време на пандемијата со Ковид 19 кај медицинскиот технички персонал, докторите и немедицинскиот персонал (психолози и др).

Во рамките на диференцијалната анализа се поставени 3 посебни хипотези, и тоа:

X1: „Изолација“ како трауматско искуство со кој во неколку наврати се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал персонал (психолози и др) ангажиран за време на пандемијата како вработени во медицинските установа, статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анскизоност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот и немедецинскиот персонал кој се соочил лично или посредно со изолацијата за време на Ковид пандемијата за разлика од персоналот кој не ја доживеал излоцијата како трауматско искуство манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас депресивност и анскизоност.

X2: „Заболување без можност за помош“ како трауматско искуство со кој за време на пандемијата се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал персонал (психолози и др), статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анскизоност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот и немедецинскиот персонал кој се соочил лично или посредно со инфективноста со Ковид без можност да се помогне за разлика од персоналот кој не го доживеал трауматското искуство на инефктираност со Ковид манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас депресивност и анскизоност.

- X3: Недостигот на храна со кој се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал персонал (психолози и др) ангажиран за време на пандемијата како вработени во медицинските установа, статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анскизозност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот и немедецинскиот персонал кој се соочил лично или посредно со недостигот на храна за време на Ковид пандемијата за разлика од персоналот кој не го доживеал недостигот на храна како трауматско искуство манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас депресивност и анскизозност.
- X4: „Соочување со смрта“ како трауматско искуство со кое за време на пандемијата се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал (психолози и др), статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анскизозност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот и немедецинскиот персонал кој се соочил лично или посредно со смрта за време на Ковид пандемијата за разлика од лица манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас депресивност и анскизозност за разлика од персоналот кој не се соочил со смрта како трауматско искуство
- X5. „Губење на членови на семејството или пријатели“ како трауматско искуство со кое за време на пандемијата се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал (психолози и др), статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анскизозност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот и немедецинскиот персонал кој се соочил лично или посредно со губење на членови на семејството или пријатели на Ковид пандемијата за разлика од лицата манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас депресивност и анскизозност за разлика од персоналот кој не се соочил со губење на членови на семејството или пријатели како трауматско искуство.
- X6. „неприродна смрт на членови на семејството или блиски“ како трауматско искуство со кое за време на пандемијата се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал (психолози и др),

статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анскизозност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот и немедицинскиот персонал кој се соочил лично или посредно неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на Ковид пандемијата за разлика од лица манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас депресивност и анскизозност за разлика од персоналот кој не се соочил со неприродна смрт на членови на семејството или блиски како трауматско искуство.

X7, „доживување на психичко насилство“ за време на пандемијата, како трауматско искуство, со кое се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал (психолози и др), статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анскизозност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот и немедицинскиот персонал кој се соочил лично или посредно со психичко насилство за време на Ковид пандемијата манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската ДАС, депресивност и анскизозност за разлика од персоналот кој не се соочил со психичко насилство како трауматско искуство за време на пандемија.

X8 Трауматското искуство „доживување на пандемијата како состојба на војна“ за време на пандемијата, со кое се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал (психолози и др), статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анскизозност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот и немедицинскиот персонал кој пандемијата ја доживеал како состојба на војна манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската ДАС, депресивност и анскизозност за разлика од персоналот кој не кој пандемијата ја доживеал како состојба на војна.

3.3.3. Диференцијална статистика по однос на трауматските искуства

Во ова подпоглавје, ќе бидат прикажани резултати од спроведена статистичка дескриптивна и диференцијална анализа која ги опфаќа испитаниците во зависност од доживеаните трауматски настани за време на периодот на справување со Ковид 19, како:

доктори, медицински стручен персонал и немедицински персонал (психолози и др), по однос на секој од трите фактори: депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС.

3.3.3.1. Изолација како трауматско искуство

Во рамките на првата помошна хипотеза X1 беше поставена претпоставката дека „Изолација“ како трауматско искуство со кој во неколку наврати се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал (психолози и др) ангажиран за време на пандемијата како вработени во медицинските установа, статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот технички персонал и психолозите кои доживеале трауматско искуство „изолација“ манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас депресивност и анксиозност за разлика од колегите кои не го доживеале.

Пред да поминеме на статистичка диференцијална анализа, преку која ќе се тестираат разликите, беше спроведена дополнителна статистичка анализа за да се види степенот на асоциативност помеѓу факторите вклучени во хипотезите. Ета квадрат е мерка за големината на ефектот што вообичаено се користи во моделите ANOVA. Го мери процентот на варијанса поврзан со секој главен ефект и ефект на интеракција во моделот ANOVA.

Табела 46. Тест за асоциативност помеѓу изолацијата како трауматско искуство и факторите на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС (Извор: авторот на студијата)

	R	R Squared	Eta	Eta Squared
Депресивност * изолација	.126	.016	.157	.025
Анксиозност * изолација	-.145	.021	.280	.078
Вознемиреност на оската ДАС * изолација	.184	.034	.201	.040

Врз основа на Ета коефициентот на асоцијација би заклучиле дека големината на ефектот за трауматското искуство е многу голем (0.078) врз степенот на изразената анксиозноста а низок за степенот на изразената депресија (0.025) и вознемиреност на оската ДАС (0.040). Овие резултати се совпаѓаат со р-вредностите прикажани на оутпутот од

табелата ANOVA. P-вредноста за депресивноста (>0.060) е многу поголема од p-вредноста за анксиозноста (<0.000) и вознемиреноста (<0.007), што покажува дека трауматското искуство е многу позначајно за предвидување на анксиозност и вознемиреност на оската ДАС.

Од спроведената статистичка анализата за степенот на асоциативноста помеѓу трауматското искуство и трите истражувачки вариабли врз основа на Eta квадратот следат корисни заклучоци:

- a. иако трауматското искуство за депресивноста е статистички незначаен ($p = 0.060$), големината на ефектот поврзана со него е всушност прилично мала.
- b. иако трауматското искуство за анксиозноста е статистички значаен ($p = 0.000$), големината на ефектот поврзана со него е всушност прилично голем.
- c. иако трауматското искуство за вознемиреноста на оската ДАС е статистички значаен ($p = 0.007$), големината на ефектот поврзана со него е всушност прилично мала.

Во продолжение ќе следи приказ на резултатите од спроведената диференцијална анализа преку АНОВА.

Табела 47. Тестот на Levene за утврдување на хомогеност на варијанса помеѓу групите

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Депресивност	2.837	3	296	.038
Анксиозност	1.850	3	296	.138
Вознемиреост на оска ДАС	13.587	3	296	.000

Во Табела 47 се прикажани статистики кои се предуслов за продолжување со диференцијална анализа помеѓу испитаниците зависно од доживеаното трауматско искуство на изолација за време на пандемијата со Ковид 19. Висината на вредноста на тестот на Левин за факторот депресивност 2.783 и $p < 0.05$, за факторот анксиозност 1.850; $p > 0.05$, и за факторот вознемиреност на оската Дас 13.587; $p < 0.01$ кај испитаниците од

медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал постаа нехомогеност по однос на прашањето за разликите по факторите.

Табела 48. Дескриптивна статистика за факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од изолацијата како доживеано трауматско искуство за време на пандемијата (Извор: автор на студијата)

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max	
					Lower Bound	Upper Bound			
Депресивност	лично искуство	92	31.457	5.48607	.57196	30.3204	32.5927	24.00	58.00
	Сведок	160	39.071	6.44388	.50943	38.0626	40.0749	23.00	59.00
	Чуено од други	31	34.193	6.72517	1.20788	31.7267	36.6604	27.00	58.00
	Не	17	27.294	2.99509	.72642	25.7542	28.8341	25.00	36.00
	Total	300	35.563	7.21847	.41676	34.7432	36.3835	23.00	59.00
Анксиозност	лично искуство	92	29.554	5.28395	.55089	28.4601	30.6486	25.00	64.00
	Сведок	160	34.563	5.05528	.39965	33.7732	35.3518	27.00	65.00
	Чуено од други	31	33.677	7.36834	1.32339	30.9747	36.3801	29.00	60.00
	Не	17	32.529	4.81037	1.16669	30.0561	35.0027	23.00	48.00
	Total	300	32.820	5.81035	.33546	32.1598	33.4802	23.00	65.00
Вознемиреност на оската ДАС	лично искуство	92	43.435	3.84109	.40046	42.6393	44.2302	37.00	52.00
	Сведок	160	34.775	2.52522	.19964	34.3807	35.1693	30.00	45.00
	Чуено од други	31	44.065	2.61961	.47050	43.1036	45.0254	37.00	48.00
	Не	17	40.235	6.05732	1.46912	37.1209	43.3497	21.00	47.00
	Total	300	38.700	5.36588	.30980	38.0903	39.3097	21.00	52.00

Во Табела 48 се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика за факторот депресија, зависно од степенот на изолација како доживеано трауматско искуство на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал. За факторот депресија, просечната вредност за мострата изнесува $M=35.56$ со $СД=7.21$ додека трендот на движење во зависност од степенот на изолација како доживеано трауматско искуство се движи помеѓу $M=27.29$ до $M=39.07$. Кај испитаниците кои лично ја доживеале изолацијата како дел од личното искуство се забележува просек испод просечната вредност на групата $M=31.46$ со $СД=5.49$, за испитаниците кои биле сведоци на влијанието на изолацијата кај други лица вредноста е над просекот на групата $M=39.07$ и $СД=6.44$, за испитаниците кои имаат „чуено од други“ за негативното влијание

на изолацијата истотака е над просекот $M=34.19$ и $CD=2.99$, додека најниска вредност се воочува кај испитаниците кај кои изолацијата не се перцепирала како трауматски фактор $M=34.19$ и $CD=2.99$. Највисока просечна вредност се воочува кај посредно доживување на изолацијата $M=39.07$ и $CD=6.44$.

Во однос на факторот „анксиозност“, преку табеларен приказ се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика, зависно од степенот на изолација како доживеано трауматско искуство на испитаниците вработени во медицинските установи: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал. За факторот анксиозност, просечната вредност за мострата изнесува $M=29.56$ со $CD=5.28$ додека трендот на движење во зависност од степенот на изолација како доживеано трауматско искуство се движи помеѓу $M=29.55$ до $M=34.56$. Кај испитаниците кои лично ја доживеале изолацијата како дел од личното искуство се забележува просек на анксиозност испод просечната вредност на групата $M=29.55$ со $CD=5.29$, за испитаниците кои биле сведоци на влијанието на изолацијата кај други лица вредноста е над просекот на групата $M=34.56$ и $CD=5.06$, за испитаниците кои имаат „чуено од други“ за негативното влијание на изолацијата истотака е над просекот $M=33.68$ и $CD=6.37$, додека степенот на анксиозноста кај испитаниците кои изолацијата не ја перцепираат како трауматско искуство изнесува $M=32.53$ и $CD=4.81$. Највисока просечна вредност се воочува кај доживување на изолацијата кај другите $M=34.56$ и $CD=5.06$.

Во однос на факторот „вознемиреност на оската ДАС“, преку табеларен приказ се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика, зависно од степенот на изолација како доживеано трауматско искуство на испитаниците вработени во медицинските установи: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал. За факторот вознемиреност на оската ДАС, просечната вредност за мострата изнесува $M=38.70$ со $CD=5.37$ додека трендот на движење во зависност од степенот на изолација како доживеано трауматско искуство се движи помеѓу $M=34.77$ до $M=44.06$. Кај испитаниците кои лично ја доживеале изолацијата како дел од личното искуство се забележува просек на вознемиреност на оската ДАС изнад просечната вредност на групата $M=43.44$ со $CD=3.84$, за испитаниците кои биле сведоци на влијанието на изолацијата кај други лица вредноста е над просекот на групата $M=34.77$ и $CD=2.53$, за испитаниците кои имаат „чуено од други“

за негативното влијание на изолацијата истотака е над просекот $M=44.06$ и $СД=2.61$, додека степенот на вознемиреност на оската ДАС кај испитаниците кои изолацијата не ја перцепираат како трауматско искуство изнесува $M=40.24$ и $СД=6.06$. Највисока просечна вредност на вознемиреност се воочува кај формата на чоено за влијанието на изолацијата кај другите $M= 44.06$ и $СД=2.61$.

За да се види дали депресивноста, анксиозноста и вознемиреност на оската ДАС во зависност од доживувањето на изолацијата како трауматско искуство на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози), се разликуваат значајно, или разликите може да ги поистоветиме како незначајни, е спроведена диференцијална анализа додека резултатите од анализата се прикажани во Табела 49.

Табела 49. АНОВА за разлики по однос на фактор депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од доживувањето на изолацијата како трауматско искуство (Извор: автор на студијата)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Депресивност	Between Groups	4738.359	3	1579.453	43.123	.000
	Within Groups	10841.438	296	36.626		
	Total	15579.797	299			
Анксиозност	Between Groups	1491.167	3	497.056	17.102	.000
	Within Groups	8603.113	296	29.065		
	Total	10094.280	299			
Вознемиреност на оска ДАС	Between Groups	5459.562	3	1819.854	171.039	.000
	Within Groups	3149.438	296	10.640		
	Total	8609.000	299			

Во Табела 49 се прикажани резултати од спроведената анализа на варијанса за утврдување на разлики помеѓу вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) во однос на факторот депресивност,

анксиозност и вознемиреност на оската ДАС а во зависност од начинот на доживување на изолацијата како трауматско искуство.

- a. Висината на F и степените на слобода $F=43.123$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) се разликуваат значајно во однос на факторот депресивност а во зависност од начинот на доживување на изолацијата како трауматско искуство. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека испитаниците кои изолацијата лично ја доживеале како трауматско искуство $M=31.45$, или биле сведоци за трето лице кој изолацијата ја доживеале како трауматско искуство $M=39.07$ или за влијанието имаат слушнато $M=34.19$ за разлика од испитаниците кои изолацијата воопшто не ја доживеале како трауматско искуство $M=27.29$ се разликуваат значајно по однос на депресивноста. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.
- b. Висината на F и степените на слобода $F=17.10$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) се разликуваат значајно во однос на факторот анксиозност а во зависност од начинот на доживување на изолацијата како трауматско искуство. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека испитаниците кои изолацијата лично ја доживеале како трауматско искуство $M=29.55$, или биле сведоци за трето лице кој изолацијата ја доживеале како трауматско искуство $M=34.56$ или за влијанието на изолацијата имаат слушнато $M=33.68$ за разлика од испитаниците кои изолацијата воопшто не ја доживеале како трауматско искуство $M=32.82$ се разликуваат значајно по однос на анксиозноста. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.

- с. Висината на F и степените на слобода $F=171.04$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) се разликуваат значајно во однос на факторот вознемиреност на оската ДАС а во зависност од начинот на доживување на изолацијата како трауматско искуство. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека испитаниците кои изолацијата лично ја доживеале како трауматско искуство $M=29.55$, или биле сведоци за трето лице кој изолацијата ја доживеале како трауматско искуство $M=34.56$ или за влијанието на изолацијата имаат слушнато $M=33.68$ за разлика од испитаниците кои изолацијата воопшто не ја доживеале како трауматско искуство $M=32.82$ се разликуваат значајно по однос на вознемиреност на оската ДАС. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.

Во рамките на диференцијалната анализа беше поставено прашањето за постоење на статистички значајни разлики помеѓу вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози), вклучени во истражувањето, во однос на факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС, а во зависност од начинот на доживување на изолацијата како трауматско искуство. За таа цел се пристапи кон процесот на спроведување на анализа на варијанса. Резултатите од спроведената анализа се прикажани како на дескриптивно така и на ниво наутврдување на постоечки можни разлики во однос на факторот вклучен во анализата.

Со оглед дека АНОВА потврди статистички значајни разлики во однос на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС беше спроведена дополнителна Post Hoc анализа.

Табела 51. Дескриптивна статистика за факторите депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од начинот на доживување на изолацијата како трауматско искуство (Извор: автор на студијата)

Dependent Variable	(I) Недостиг на храна или вода	(J) Недостиг на храна или вода	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Депресивност	лично искуство	Сведок	-7.61223*	.79185	.000	-9.8386	-5.3858
		Чуено од други	-2.73703	1.25683	.194	-6.2708	.7967
		Не	4.16240	1.59769	.081	-.3297	8.6545
	Сведок	лично искуство	7.61223*	.79185	.000	5.3858	9.8386
		Чуено од други	4.87520*	1.18761	.001	1.5361	8.2143
		Не	11.77463*	1.54383	.000	7.4339	16.1153
	Чуено од други	лично искуство	2.73703	1.25683	.194	-.7967	6.2708
		Сведок	-4.87520*	1.18761	.001	-8.2143	-1.5361
		Не	6.89943*	1.82647	.003	1.7641	12.0348
	Не	лично искуство	-4.16240	1.59769	.081	-8.6545	.3297
		Сведок	-11.7746*	1.54383	.000	-16.115	-7.4339
		Чуено од други	-6.89943*	1.82647	.003	-12.034	-1.7641
Анксиозност	лично искуство	Сведок	-5.00815*	.70539	.000	-6.9915	-3.0249
		Чуено од други	-4.12307*	1.11959	.004	-7.2710	-.9752
		Не	-2.97506	1.42324	.227	-6.9767	1.0266
	Сведок	лично искуство	5.00815*	.70539	.000	3.0249	6.9915
		Чуено од други	.88508	1.05793	.873	-2.0894	3.8596
		Не	2.03309	1.37526	.536	-1.8336	5.8998
	Чуено од други	лично искуство	4.12307*	1.11959	.004	.9752	7.2710
		Сведок	-.88508	1.05793	.873	-3.8596	2.0894
		Не	1.14801	1.62704	.919	-3.4266	5.7226
	Не	лично искуство	2.97506	1.42324	.227	-1.0266	6.9767
		Сведок	-2.03309	1.37526	.536	-5.8998	1.8336
		Чуено од други	-1.14801	1.62704	.919	-5.7226	3.4266
Вознемиреност на оската ДАС	лично искуство	Сведок	8.65978*	.42679	.000	7.4598	9.8598
		Чуено од други	-.62973	.67741	.834	-2.5344	1.2749
		Не	3.19949*	.86112	.004	.7783	5.6207
	Сведок	лично искуство	-8.65978*	.42679	.000	-9.8598	-7.4598
		Чуено од други	-9.28952*	.64010	.000	-11.089	-7.4898
		Не	-5.46029*	.83209	.000	-7.7998	-3.1207
	Чуено од други	лично искуство	.62973	.67741	.834	-1.2749	2.5344
		Сведок	9.28952*	.64010	.000	7.4898	11.0892
		Не	3.82922*	.98443	.002	1.0614	6.5971
	Не	лично искуство	-3.19949*	.86112	.004	-5.6207	-.7783
		Сведок	5.46029*	.83209	.000	3.1207	7.7998
		Чуено од други	-3.82922*	.98443	.002	-6.5971	-1.0614

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Постхок анализата покажа дека разлики постојат само во однос на депресивност, анксиозност и вонемиреност на оската ДАС а во зависност од начинот на доживување на изолацијата како трауматско искуство и тоа помеѓу определени одговори на испитаниците:

- a. Во однос на факторот анксиозност евидентни статистички значајни разлики се воочуваат: помеѓу испитаниците кои изолацијата лично ја доживеале како трауматско искуство и испитаниците кои биле сведоци дека трето лице ја има доживеано изолацијата како трауматско искуство, каде овие вторите пројавуваат поизразен степен на анксиозност за разлика од испитаниците кои лично ја доживеале изолацијата како трауматско искуство. Пост хок анализата евидентира постоење на статистички значајни разлики помеѓу испитаници кои биле сведоци дека трето лице ја има доживеано изолацијата како трауматско искуство со останатите три категории: испитаници кои слушнале за лица кои изолацијата ја доживеале како трауматско искуство, лицата кои неја доживеале изолацијата како трауматско искуство. Останатите разлики не сестатистички значајни.
- b. Диференцијалната анализа покажа постоење на разлики и во однос на факторот „анксиозност“. Имено, евидентни статистички значајни разлики на скалата анксиозност се евидентирани помеѓу помеѓу испитаниците кои изолацијата лично ја доживеале како трауматско искуство и испитаниците кои биле сведоци дека трето лице ја има доживеано изолацијата како трауматско искуство и лицата кои имаат слушнато дека други лица исолацијата ја доживеале како трауматско искуство, каде овие вторите пројавуваат поизразен степен анксиозност за разлика од испитаниците кои биле сведоци дека трети лица ја доживеале изолацијата како трауматско искуство. Останатите разлики не се статистички значајни.
- c. Диференцијалната анализа покажа постоење на разлики и во однос на факторот „вознемиреност на оската ДАС“. Имено, евидентни статистички значајни разлики на скалата вознемиреност се евидентирани помеѓу помеѓу испитаниците кои изолацијата лично ја доживеале како трауматско искуство и испитаниците кои биле сведоци дека трето лице ја има доживеано

изолацијата како трауматско искуство и лицата кои изолацијата не ја доживеале изолацијата како трауматско искуство, каде овие првите пројавуваат поизразен степен на вознемиреност на оската Дас за разлика од испитаниците кои биле сведоци дека трети лица ја доживеале изолацијата како трауматско искуство. Пост хок анализата евидентира постоење на статистички значајни разлики помеѓу испитаници кои биле сведоци дека трето лице ја има доживеано изолацијата како трауматско искуство со останатите три категории: испитаници кои слушнале за лица кои изолацијата ја доживеале како трауматско искуство, лицата кои не ја доживеале изолацијата како трауматско искуство. Останатите разлики не се статистички значајни.

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот депресија во зависнот од начинот и степенот на доживеанат аизолација како трауматско искуство вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедициснки стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека испитаниците кои биле сведоци дека втори или трети лица ја имаат доживеано како трауматско искуство имаат изнад просечна вредност на скалата депресија додека најниска се воочува кај испитаниците кои не биле жртви на изолацијата.

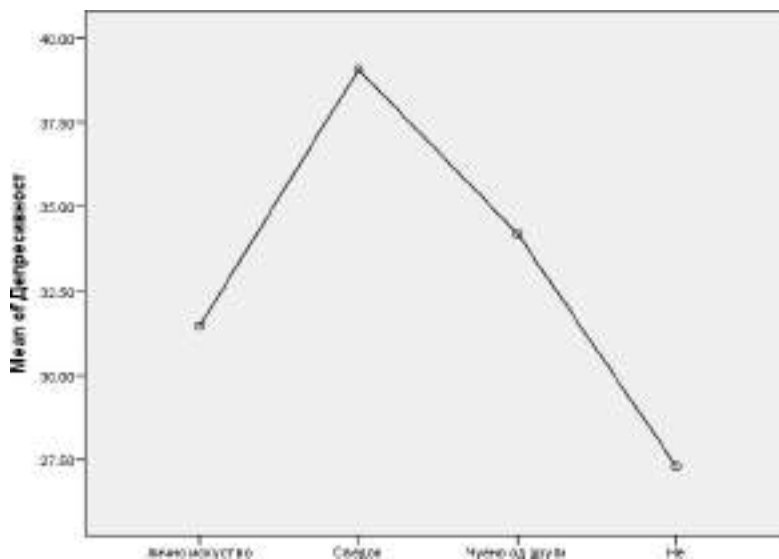


График 16. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот депресивност во зависнот начинот и степенот на доживување на изолацијата како трауматско искуство кај докторите, медицинскиот технички персонал и немедицинскиот персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во продолжение следи графичкиот приказ за трендот на движење на анксиозноста кај испитаниците вклучени во истражувањето.

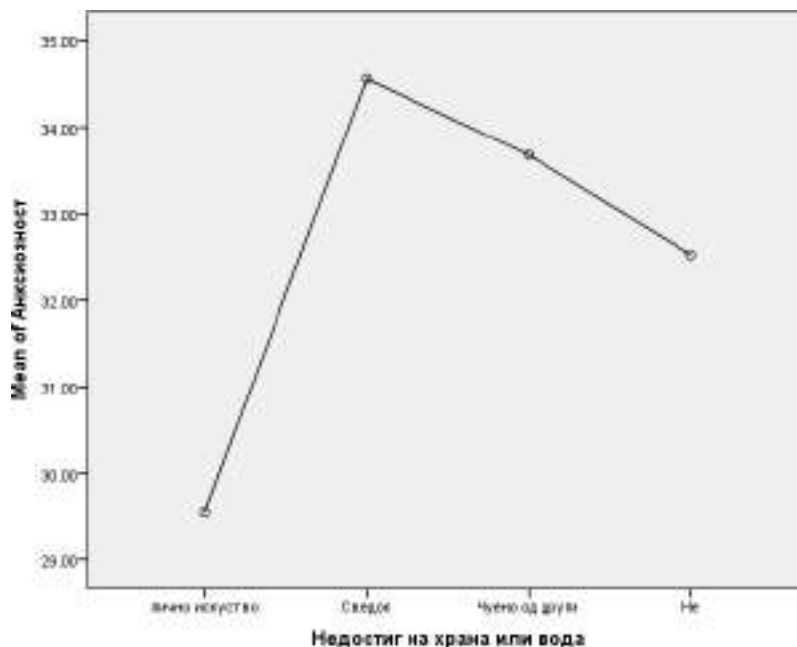


График 17. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот анксиозност во зависниот начинот и степенот на доживување на излацијата како трауматско искуство кај докторите, медицинскиот технички персонал и немедицинскиот персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот анксиозност во зависниот од начинот и степенот на доживеаната изолација како трауматско искуство вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека испитаниците кои биле сведоци дека втори или трети лица ја имаат доживеано како трауматско искуство имаат изнад просечна вредност на скалата анксиозност додека најниска се воочува кај испитаниците кои не биле жртви на изолацијата.

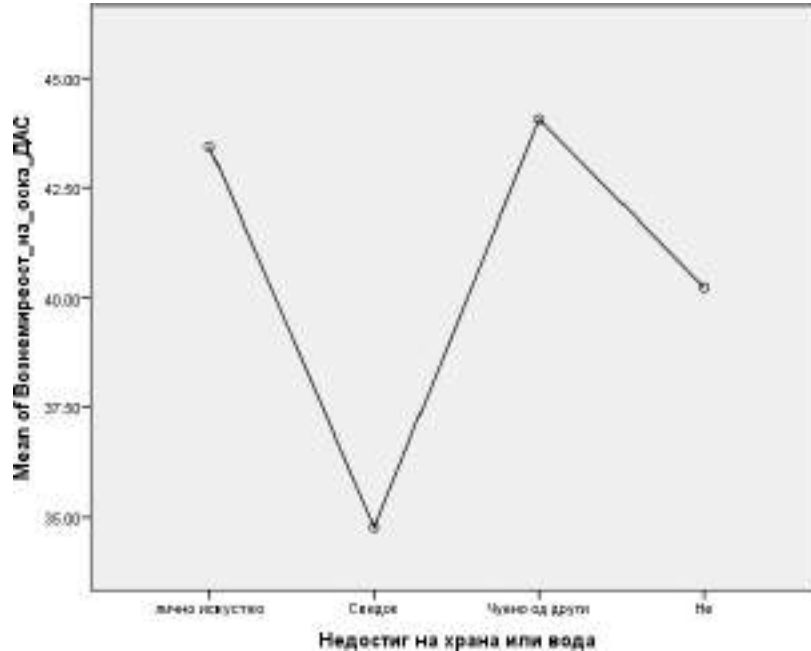


График 18. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот вознемиреност на оската ДАС во зависност од начинот и степенот на доживување на изолацијата како трауматско искуство кај докторите, медицинскиот технички персонал и немедицинскиот персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот вознемиреност на оската Дас, во зависност од начинот и степенот на доживувањата на изолација како трауматско искуство вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека испитаниците кои лично ја имаат доживеано како трауматско искуство и испитаниците кои имаат чуено од други лица за трауматските ефекти на изолацијата во споредба со испитаниците имаат изнад просечна вредност на скалата вознемиреност на оската Дас додека најниска се воочува кај испитаниците кои биле сведоци дека втори или трети лица ја имаат доживеано како трауматско искуство.

3.3.3.2. Заболување без можност за помош како трауматско искуство

Во рамките на првата помошна хипотеза Х2 беше поставена претпоставката дека Х2: „Заболување без можност за помош“ како трауматско искуство со кој за време на пандемијата се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и

немедицинскиот персонал персонал (психолози и др), статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот и немедицинскиот персонал кој се соочил лично или посредно со инфективноста со Ковид без можност да се помогне за разлика од од персоналот кој не го доживеал трауматското искуство на инфицираност со Ковид манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас депресивност и анксиозност.

Пред да поминеме на статистичка диференцијална анализа, преку која ќе се тестираат разликите, беше спроведена дополнителна статистичка анализа за да се види степенот на асоциативност помеѓу факторите вклучени во хипотезите.

Табела 52. Тест за асоциативност помеѓу инфицираност со Ковид 19 и без можност од добивање на помошкако трауматско искуство и факторите на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС (Извор: авторот на студијата)

	R	R Squared	Eta	Eta Squared
Заболен без можност за пошмош * Депресивност	-.283	.080	.566	.320
Заболен без можност за пошмош * Анксиозност	-.639	.408	.767	.589
Заболен без можност за пошмош * Вознемиреност на оска ДАС	.647	.419	.740	.547

Врз основа на Ета коефициентот на асоцијација би заклучиле дека големината на ефектот за трауматското искуство е многу голем (0.32) врз степенот на изразената депресивност, врз степенот на изразеноста на анксиозност (0.589) какои и за степенот на изразената вознемиреност на оската ДАС (0.547). Овие резултати се совпаѓаат со р- вредностите прикажани на оутпутот од табелата ANOVA. Р-вредноста за депресивноста (<0.00) е многу поголема од р-вредноста за анксиозноста (<0.000) и вознемиреноста (<0.00),што покажува дека инфицираноста со Ковид 19 без притоа да се имаа билокаква можност за помагање е многу позначајно за предвидување на анксиозност, вознемиреност на оската ДАС и депресивноста.

Од спроведената статистичка анализата за степенот на асоциативноста помеѓу инфицираноста со Ковид 19 без притоа да се имаа билокаква можност за помагање и трите истражувачки вариабли врз основа на Ета квадратот следат корисни заклучоци:

- a. иако трауматското доживеано искуство за депресивноста е статистички значаен ($p = 0.000$), големината на ефектот поврзана со него е низок.
- b. иако трауматското доживеано искуство за анксиозноста е статистички значаен ($p = 0.000$), големината на ефектот поврзана со него е всушност прилично голем.
- c. иако трауматското доживеано искуство за вознемиреноста на оската ДАС е статистички значаен ($p = 0.000$), големината на ефектот поврзана со него е всушност прилично голема.

Во продолжение ќе следи приказ на резултатите од спроведената диференцијална анализа преку АНОВА.

Табела 53. Тест Scheffe за утврдување на хомогеност во зависност од депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС

Заболел без можност за пошмош	N	Депресивност			Анксиозност			Вознемиреност на оската ДАС		
		Subset for alpha = 0.05			Subset for alpha = 0.05			Subset for alpha = 0.05		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
Не	146	33.71	33.71		29.43					42.38
Чуено од други	9	32.11			32.77	32.77			38.33	
Сведок	85	36.95	36.95			34.07		34.94		
лично искуство	60		38.63				39.28	35.12		
Sig.		.086	.078		.052	.761	1.00	.999	1.00	1.00

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.
 a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 27.324.
 b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Табела 54. Тестот на Levin за утврдување на хомогеност на варијанса помеѓу групите

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Депресивност	1.678	3	296	.172
Анксиозност	24.474	3	296	.000
Вознемиреост на оска ДАС	9.644	3	296	.000

Во Табела 54 се прикажани статистици кои се предуслов за продолжување со диференцијална анализа помеѓу испитаниците зависно од инфицираноста со Ковид 19 без

притоа да се имаа било каква можност за помагање. Висината на вредноста на тестот на Левин за факторот депресивност 1.678 и $p>0.05$, за факторот анксиозност 24.474; $p<0.01$, и за факторот вознемиреност на оската Дас 9.644; $p<0.01$ кај испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал постаи нехомогеност по однос на прашањето за разликите по факторите. Преку висината на вредноста на тестот на Левин за факторот депресивност 1.678 и $p>0.05$ констатираме дека варијансата за факторот кај испитаниците е хомогена.

Табела 55. Дескриптивна статистика за факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од инфицираност со Ковид 19 без можност од добивање на помош како доживеано трауматско искуство за време на пандемијата (Извор: автор на студијата)

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max
					Lower Bound	Upper Bound		
Депресивност лично искуство	60	38.6333	7.73275	.99829	36.6358	40.6309	23.00	59.00
	85	36.9529	7.16125	.77675	35.4083	38.4976	23.00	46.00
	9	32.1111	6.80890	2.26963	26.8773	37.3449	26.00	42.00
	146	33.7055	6.44999	.53380	32.6504	34.7605	24.00	51.00
	300	35.5633	7.21847	.41676	34.7432	36.3835	23.00	59.00
Анксиозност лично искуство	60	39.2833	8.22376	1.06168	37.1589	41.4078	30.00	65.00
	85	34.0706	3.32662	.36082	33.3531	34.7881	27.00	42.00
	9	32.7778	2.72845	.90948	30.6805	34.8751	30.00	38.00
	146	29.4384	2.35759	.19512	29.0527	29.8240	23.00	37.00
	300	32.8200	5.81035	.33546	32.1598	33.4802	23.00	65.00
Вознемиреност на оската ДАС лично искуство	60	35.1167	2.95785	.38186	34.3526	35.8808	32.00	47.00
	85	34.9412	3.10281	.33655	34.2719	35.6104	30.00	47.00
	9	38.3333	5.02494	1.67498	34.4708	42.1958	32.00	46.00
	146	42.3836	4.64500	.38442	41.6238	43.1434	21.00	52.00
	300	38.7000	5.36588	.30980	38.0903	39.3097	21.00	52.00

Во Табела 55 се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика за факторот депресија, зависно од инфицираноста со Ковид 19 без притоа да се имаа билокаква можност за помагање на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал. За факторот депресија, просечната вредност за мострата изнесува $M=35.56$ со $СД=7.21$ додека трендот на движење во

зависност од инфицираноста со Ковид 19 без притоа да се имаа билокаква можност за помагање се движи помеѓу $M=32.11$ до $M=38.63$. Кај испитаниците кои лично ја доживеале инфицираност со Ковид 19 без можност од добивање на помошкако дел се забележува изнад просечна вредност на групата $M=38.63$ со $СД=7.73$, за испитаниците кои биле сведоци на влијанието на инфицираност со Ковид 19 и без можност да им се пружи помош на други лица вредноста е над просекот на групата $M=36.95$ и $СД=7.16$, за испитаниците кои имаат „чуено од други“ за инфицираноста без да им се пружи соодветна помош е исподпросекот $M=32.11$ и $СД=6.81$, каао што се воочува и кај испитаниците кај кои инфицираност со Ковид 19 без можност од добивање на помош се перцепирала како трауматски фактор $M=33.71$ и $СД=6.45$. Највисока просечна вредност се воочува кај лицатакои самите биле инфицирани со Ковид 19 и без можност од добивање на помош $M= 38.63$ и $СД=7.73$.

Во однос на факторот „анксиозност“, преку табеларен приказ се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика, зависно од инфицираноста со Ковид 19 без притоа да се имаа било каква можност за помош на испитаниците вработени во медицинските установи: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал. За факторот анксиозност, просечната вредност за мострата изнесува $M=29.56$ со $СД=5.28$ додека трендот на движење во зависност од инфицираноста со Ковид 19 без притоа да се имаа билокаква можност за помагање се движи помеѓу $M=29.44$ до $M=39.28$. Кај испитаниците кои лично ја доживеале инфицираност со Ковид 19 и без можност од добивање на помошкако дел од личното искуство се забележува просек на анксиозност изнад просечната вредност на групата $M=39.28$ со $СД=8.22$, за испитаниците кои биле сведоци на влијанието на инфицираност со Ковид 19 и без можност од добивање на помошкај други лица вредноста е над просекот на групата $M=34.07$ и $СД=8.22$, за испитаниците кои имаат „чуено од други“ за негативното влијание на инфицираност со Ковид 19 и без можност од добивање на помош истотака е малку испод просекот $M=32.78$ и $СД=2.7,2$ додека степенот на анксиозноста кај испитаниците кои инфицираност со Ковид 19 и без можност од добивање на помош ја перцепираат како трауматско искуство изнесува $M=29.44$ и $СД=2.36$. Највисока просечна вредност се воочува кај лица кои самите биле инфицирани со Ковид 19 а без можност од добивање на помош кај другите $M= 39.28$ и $СД=8.22$.

Во однос на факторот „вознемиреност на оската ДАС“, преку табеларен приказ се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика, зависно од инфицираноста со Ковид 19 без притоа да се имаа билокаква можност за помагање на испитаниците вработени во медицинските установи: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал. За факторот вознемиреност на оската ДАС, просечната вредност за мострата изнесува $M=38.70$ со $СД=5.37$ додека трендот на движење во зависност од инфицираноста со Ковид 19 без притоа да се имаа билокаква можност за помагање се движи помеѓу $M=34.94$ до $M=42.38$. Кај испитаниците кои лично биле инфицирани со Ковид 19 а притоа не ја добиле адекватната помош се забележува просек на вознемиреност на оската ДАС испод просечната вредност на групата $M=35.11$ со $СД=2.96$, за испитаниците кои биле сведоци на влијанието на инфицираност со Ковид 19 и без можност од добивање на помош кај други лица вредноста е испод просекот на групата $M=34.94$ и $СД=3.10$, за испитаниците кои имаат „чуено од други“ за инфицираност со Ковид 19 без можност од добивање на помош е над просекот $M=38.33$ и $СД=5.02$. Највисока вредност на скалата вознемиреност на оската ДАС се забележува кај испитаниците кои инфицираност со Ковид 19 без можност за добивање на помош, како трауматско искуство, изнесува $M=42.28$ и $СД=4.64$.

Табела 56. АНОВА за разлики по однос на фактор депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од доживувањето на инфицираност и без можност од добивање на помошкако трауматско искуство (Извор: автор на студијата)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Депресивност	Between Groups	1340.827	3	446.942	9.291	.000
	Within Groups	14238.970	296	48.105		
	Total	15579.797	299			
Анксиозност	Between Groups	4309.019	3	1436.340	73.490	.000
	Within Groups	5785.261	296	19.545		
	Total	10094.280	299			
Вознемиреност на оската ДАС	Between Groups	3953.590	3	1317.863	83.792	.000
	Within Groups	4655.410	296	15.728		
	Total	8609.000	299			

За да се види дали депресивноста, анксиозноста и вознемиреност на оската ДАС во зависност од доживувањето на инфицираност со Ковид 19 без можност од добивање на помош, како трауматско искуство, на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози), се разликуваат

значајно, или разликите може да ги поистоветиме како незначајни, е спроведена диференцијална анализа додека резултатите од анализата се прикажани во Табела 56.

Во Табела 56 се прикажани резултати од спроведената анализа на варијанса за утврдување на разлики помеѓу вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) во однос на факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС а во зависност од начинот на доживување на инфицираност со Ковид 19 и без можност од добивање на помош како трауматско искуство.

- a. Висината на F и степените на слобода $F=9.29$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) се разликуваат значајно во однос на факторот депресивност а во зависност од начинот на доживување на инфицираност со Ковид 19 и без можност од добивање на помошкако трауматско искуство. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека испитаниците кои инфицираност со Ковид 19 и без можност од добивање на помошлично ја доживеале како трауматско искуство $M=38.63$, или биле сведоци за трето лице кој инфицираност со Ковид 19 и без можност од добивање на помош ја доживеале како трауматско искуство $M=36.95$ или за влијанието имаат слушнато $M=32.11$ за разлика од испитаниците кои инфицираност со Ковид 19 и без можност од добивање на помошвоопшто не ја доживеале како трауматско искуство $M=33.71$ се разликуваат значајно по однос на депресивноста. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.
- b. Висината на F и степените на слобода $F=73.49$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) се разликуваат значајно во однос на факторот анксиозност а во зависност од начинот на доживување на инфицираност со Ковид 19 и без можност од

добивање на помошкако трауматско искуство. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека испитаниците кои инфицираност со Ковид 19 и без можност од добивање на помошлично ја доживеале како трауматско искуство $M=39.28$, или биле сведоци за трето лице кој инфицираност со Ковид 19 и без можност од добивање на помошја доживеале како трауматско искуство $M=34.07$ или за влијанието на инфицираност со Ковид 19 и без можност од добивање на помошимаат слушнато $M=32.78$ за разлика од испитаниците кои инфицираност со Ковид 19 и без можност од добивање на помош воопшто не ја доживеале како трауматско искуство $M=29.44$ се разликуваат значајно по однос на анксиозноста. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.

- с. Висината на F и степените на слобода $F=83.79$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) се разликуваат значајно во однос на факторот вознемиреност на оската ДАС а во зависност од начинот на доживување на инфицираност со Ковид 19 без можност од добивање на помошкако трауматско искуство. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека испитаниците кои инфицираност со Ковид 19 и без можност од добивање на помош лично го доживеале како трауматско искуство $M=35.12$, или биле сведоци за трето лице кој инфицираност со Ковид 19 и без можност од добивање на помош го доживеале како трауматско искуство $M=34.94$ или за влијанието на инфицираност со Ковид 19 и без можност од добивање на помош имаат слушнато $M=38.33$ за разлика од испитаниците кои инфицираноста со Ковид 19 без можност од добивање на помош воопшто не ја доживеале како трауматско искуство $M=42.38$ се разликуваат значајно по однос на вознемиреност на оската ДАС. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.

Табела 57. Дескриптивна статистика за факторите депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од начинот на доживување на инфицираност со Ковид 19 и без можност од добивање на помош како трауматско искуство (Извор: автор на студијата)

Dependent Variable	(I) Недостиг на храна или вода	(J) Недостиг на храна или вода	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Депресивност	лично искуство	Сведок	1.68039	1.16948	.560	-1.6078	4.9685
		Чуено од други	6.52222	2.47925	.077	-.4485	13.4930
		Не	4.92785*	1.06359	.000	1.9374	7.9183
	Сведок	лично искуство	-1.68039	1.16948	.560	-4.9685	1.6078
		Чуено од други	4.84183	2.43123	.267	-1.9939	11.6776
		Не	3.24746*	.94627	.009	.5869	5.9080
	Чуено од други	лично искуство	-6.52222	2.47925	.077	-13.4930	.4485
		Сведок	-4.84183	2.43123	.267	-11.6776	1.9939
		Не	-1.59437	2.38211	.930	-8.2920	5.1033
	Не	лично искуство	-4.92785*	1.06359	.000	-7.9183	-1.9374
		Сведок	-3.24746*	.94627	.009	-5.9080	-.5869
		Чуено од други	1.59437	2.38211	.930	-5.1033	8.2920
Анксиозност	лично искуство	Сведок	5.21275*	.74544	.000	3.1168	7.3087
		Чуено од други	6.50556*	1.58031	.001	2.0623	10.9488
		Не	9.84498*	.67795	.000	7.9388	11.7511
	Сведок	лично искуство	-5.21275*	.74544	.000	-7.3087	-3.1168
		Чуено од други	1.29281	1.54970	.874	-3.0644	5.6500
		Не	4.63223*	.60316	.000	2.9364	6.3281
	Чуено од други	лично искуство	-6.50556*	1.58031	.001	-10.9488	-2.0623
		Сведок	-1.29281	1.54970	.874	-5.6500	3.0644
		Не	3.33942	1.51839	.187	-.9297	7.6086
	Не	лично искуство	-9.84498*	.67795	.000	-11.7511	-7.9388
		Сведок	-4.63223*	.60316	.000	-6.3281	-2.9364
		Чуено од други	-3.33942	1.51839	.187	-7.6086	.9297
Вознемиреност на оската ДАС	лично искуство	Сведок	.17549	.66870	.995	-1.7047	2.0556
		Чуено од други	-3.21667	1.41762	.164	-7.2025	.7692
		Не	-7.26689*	.60816	.000	-8.9768	-5.5570
	Сведок	лично искуство	-.17549	.66870	.995	-2.0556	1.7047
		Чуено од други	-3.39216	1.39016	.116	-7.3008	.5165
		Не	-7.44239*	.54107	.000	-8.9637	-5.9211
	Чуено од други	лично искуство	3.21667	1.41762	.164	-.7692	7.2025
		Сведок	3.39216	1.39016	.116	-.5165	7.3008
		Не	-4.05023*	1.36208	.033	-7.8799	-.2206
	Не	лично искуство	7.26689*	.60816	.000	5.5570	8.9768
		Сведок	7.44239*	.54107	.000	5.9211	8.9637
		Чуено од други	4.05023*	1.36208	.033	.2206	7.8799

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Во рамките на диференцијалната анализа беше поставено прашањето за постоење на статистички значајни разлики помеѓу вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози), вклучени во истражувањето, во однос на факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност наоската ДАС, а во зависност од начинот на доживување на инфицираност со Ковид 19 и безможност од добивање на помошкако трауматско искуство. За таа цел се пристапи кон процесот на спроведување на анализа на варијанса. Резултатите од спроведената анализа сеприкажани како на дескриптивно така и на ниво на утврдување на постоечки можни разликиво однос на факторот вклучен во анализата.

Со оглед дека АНОВА потврди статистички значајни разлики во однос на депресивност, анксиозност и вознемиреност наоската ДАС беше спроведена дополнителна Post Hoc анализа. Анализата покажа дека разлики постојат во однос на депресивност, анксиозност и вонемиреност наоската ДАС а во зависност од начинот на доживување на инфицираност со Ковид 19 без можност од добивање на помошкако трауматско искуство и тоа помеѓу определени одговори на испитаниците:

- a. Во однос на факторот анксиозност евидентни статистички значајни разлики се воочуваат: помеѓу испитаниците кои инфицираност со Ковид 19 без можност од добивање на помош лично го доживеале како трауматско искуство и останатите испитаници од другите три категории кои биле сведоци дека трето лице ја има доживеано инфицираност со Ковид 19 без можност од добивање на помош како трауматско искуство или пак чуле од трети лица за трауматичното искуство или пак воопшто не биле засегнати од трауматичното искуство, каде овие првите пројавуваат поизразен степен на анксиозност. Пост хок анализата евидентира постоење на статистички значајни разлики помеѓу испитаници кои биле сведоци дека трето лице ја има доживеано инфицираност со Ковид 19 без можност од добивање на помош како трауматско искуство постигнува по исразена анксиозност само во однос на лица кои воопшто не биле засегнати од трауматичното искуство. Останатите разлики не се статистички значајни.

- d. Диференцијалната анализа покажа постоење на разлики и во однос на факторот „депресивност“. Имено, евидентни статистички значајни разлики на скалата депресивност се евидентирани помеѓу испитаниците кои самите биле инфицирани од Ковид 19 а притоа без да имаат можност на добивање на помош како трауматско искуство и испитаниците воопшто не биле засегнати од трауматичното искуство. Пост хок анализата утврди разлики и помеѓу испитаниците кои биле сведоци дека трето лице ја има доживеано инфицираност со Ковид 19 без можност од добивање на помош како трауматско искуство и лицата кои воопшто не биле засегнати од трауматичното искуство како и разлики помеѓу лицата кои имале слушнато дека други лица биле инфицирани а не добиле помош, каде овие првите пројавуваат поизразен степен депресивност. Останатите разлики не се статистички значајни.
- e. Диференцијалната анализа покажа постоење на разлики и во однос на факторот „вознемиреност на оската ДАС“. Имено, евидентни статистички значајни разлики на скалата вознемиреност се евидентирани, од една страна помеѓу испитаниците кои инфицираност со Ковид 19 а притоа без да имаат можност од добивање на помош, испитаниците кои биле сведоци дека трето лице ја има доживеано инфицираност со Ковид 19 и без можност од добивање на помош како трауматско искуство и лицата кои инфицираност со Ковид 19 и без можност од добивање на помош ја доживеале инфицираност со Ковид 19 и без можност од добивање на помош како трауматско искуство, и од друга страна лицата кои воопшто не биле засегнати од трауматското искуство каде овие последните пројавуваат поизразен степен на вознемиреност на оската Дас за разлика од лицата кои по било кој основ биле засегнати од инфицираноста. Пост хок анализата не евидентира статистички значајни разлики помеѓу останатите групи

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот депресија во зависност од степенот на засегнатост трауматското искуство инфицираност без добивање адекватна помош кај вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот

покажува дека испитаниците кои чуле за лица инфицирани од Ковид а без притоа да имат можност да им се пружи адекватна помош имаат најниска депресивност додека највисока се забележува кај лица кои имале лично искуство.

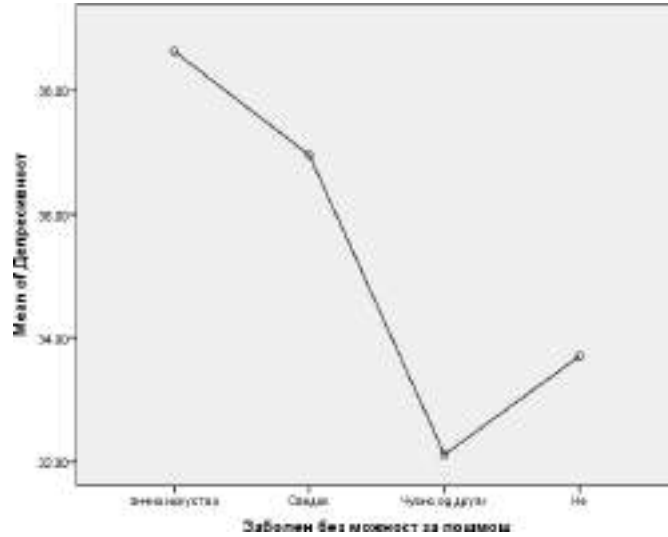


График 19. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот депресивност во зависот начинот и степенот на доживување на трауматско искуство инфицираност без адекватна помош кај докторите, медицинскиот технички персонал и немедицинскиот персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во продолжение следи графичкиот приказ за трендот на движење на анксиозноста кај испитаниците вклучени во истражувањето.

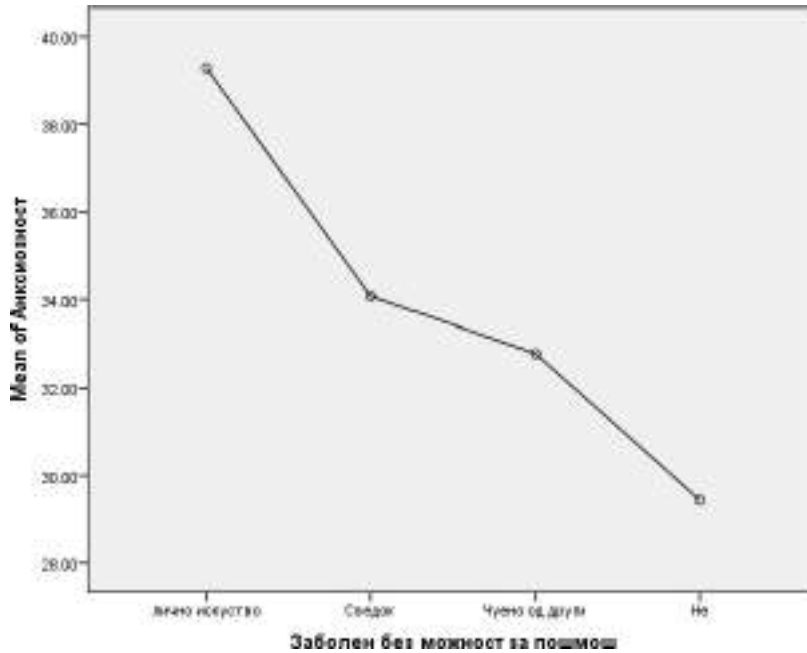


График 20. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот анксиозност во зависот начинот и степенот на доживување на трауматско искуство инфицираност без адекватна помош како трауматско искуство кај докторите, медицинскиот технички персонал и немедицинскиот персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот анксиозност во зависот од начинот и степенот на доживеаната изолација како трауматско искуство вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека испитаниците кои биле лично били инфицирани како и лица кои биле сведоци дека втори или трети лица ја имаат доживеано како трауматско искуство имаат изнад просечна вредност на скалата анксиозност додека најниска се воочува кај испитаниците кои не биле жртви на изолацијата.

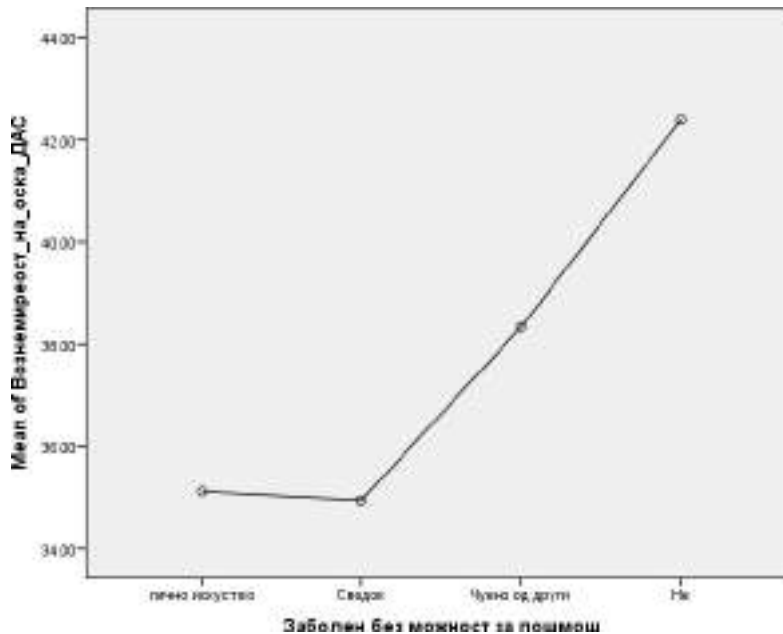


График 21. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот вознемиреност на оската ДАС во зависност од начинот и степенот на доживување на трауматско искуство инфицираност без адекватна помош како трауматско искуство кај докторите, медицинскиот технички персонал и немедицинскиот персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот вознемиреност на оската Дас, во зависност од начинот и степенот на доживеаната трауматско искуство инфицираност без адекватна помош кај вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека испитаниците кои лично го имаат доживеано како трауматско искуство и испитаниците кои биле сведоци на ефектите на инфицираноста со Ковид 19 и без можност од добивање на помош споредба со испитаниците имаат испод просечна вредност на скалата вознемиреност на оската Дас додека највисока се воочува кај испитаниците кои чуле дека втори или трети лица ја имаат доживеано како трауматско искуство и лица кои не биле засегнати од трауматското искуство.

3.3.3.3. Соочување со смрт како трауматско искуство

Во рамките на **помошната хипотеза Х4** беше поставена претпоставката дека Х4: „Соочување со смрта“ како трауматско искуство со кое за време на пандемијата се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал (психолози и др), статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот и немедицинскиот персонал кој се соочил лично или посредно со смрта за време на Ковид пандемијата за разлика од докторите манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас депресивност и анксиозност за разлика од персоналот кој не се соочил со смрта како трауматско искуство.

Пред да поминеме на статистичка диференцијална анализа, преку која ќе се тестираат разликите, беше спроведена дополнителна статистичка анализа за да се види степенот на асоциативност помеѓу факторите вклучени во хипотезите.

Табела 58. Тест за асоциативност помеѓу личното или посредно соочување со смрта за време на Ковид пандемијата како трауматско искуство и факторите на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС (Извор: авторот на студијата)

	R	R Squared	Eta	Eta Squared
Соочување со смрта * Депресивност	-.688	.473	.819	.671
Соочување со смрта * Анксиозност	-.199	.039	.517	.268
Соочување со смрта * Вознемиреност на оската ДАС	.447	.200	.638	.407

Врз основа на Ета коефициентот на асоцијација би заклучиле дека големината на ефектот за трауматското искуство е многу голем (0.671) врз степенот на изразената депресивност, врз степенот на изразеноста на анксиозност (0.268) како и за степенот на изразената вознемиреност на оската ДАС (0.407). Овие резултати се совпаѓаат со р- вредностите прикажани на оутпутот од табелата ANOVA. Р-вредноста за депресивноста (<0.00) е многу поголема од р-вредноста за анксиозноста (<0.000) и вознемиреноста (<0.00), што покажува дека личното или посредно соочување со смрта за време на Ковид

пандемијата како трауматско искуство е многу позначајно за предвидување на анксиозност, вознемиреност на оската ДАС и депресивноста.

Од спроведената статистичка анализата за степенот на асоциативноста помеѓу личното или посредно соочување со смрта за време на Ковид пандемијата како трауматско искуство и трите истражувачки вариабли врз основа на Eta квадратот следат корисни заклучоци:

- иако трауматското доживеано искуство за депресивноста е статистички значаен ($p = 0.000$), големината на ефектот поврзана со него е низок.
- иако трауматското доживеано искуство за анксиозноста е статистички значаен ($p = 0.000$), големината на ефектот поврзана со него е всушност прилично голем.
- иако трауматското доживеано искуство за вознемиреноста на оската ДАС е статистички значаен ($p = 0.000$), големината на ефектот поврзана со него е всушност прилично голема.

Во продолжение ќе следи приказ на резултатите од спроведената диференцијална анализа преку АНОВА.

Табела 59. Тест Scheffe за утврдување на хомогеност во зависност од депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС

Заболел без можност за пошмош	N	Депресивност			Анксиозност			Вознемиреност на оската ДАС		
		Subset for alpha = 0.05			Subset for alpha = 0.05			Subset for alpha = 0.05		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
Чуено од други	19	28.368	33.71		27.6316					44.000
Не	92	28.771			31.8696				41.7283	41.7283
лично искуство	4		34.500		33.5676			36.2500		
Сведок	185		39.707			44.7500		36.702	36.702	
Sig.		.998	.074		.062	1.000		.996	.067	.687

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 12.54.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Табела 60. Тестот на Levin за утврдување на хомогеност на варијанса помеѓу групите

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Депресивност	6.918	3	296	.000
Анксиозност	6.899	3	296	.000
Вознемиреост на оска ДАС	2.334	3	296	.074

Во Табела 59 и 60 се прикажани статистики кои се предуслов за продолжување со диференцијална анализа помеѓу испитаниците зависно од личното или посредно соочување со смрта за време на Ковид пандемијата како трауматско искуство. Висината на вредноста на тестот на Левин за факторот депресивност 6.918 и $p < 0.01$, за факторот анксиозност 6.899; $p < 0.01$, и за факторот вознемиреност на оската Дас 2.244; $p > 0.01$ кај испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал постаи нехомогеност по однос на прашањето за разликите по факторите. Преку висината на вредноста на тестот на Левин за факторот вознемиреност на оската ДАС 2.334 и $p > 0.05$ констатираме дека варијансата за факторот кај испитаниците е хомогена.

Табела 61. Дескриптивна статистика за факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од личното или посредно соочување со смрта за време на Ковид пандемијата како трауматско искуство (Извор: автор на студијата)

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max	
					Lower Bound	Upper Bound			
Депресивност лично искуство	4	34.5000	10.08299	5.04149	18.4557	50.5443	25.00	48.00	
	Сведок	185	39.7027	5.60602	.41216	38.8895	40.5159	23.00	59.00
	Чуено од други	19	28.3684	2.06049	.47271	27.3753	29.3615	26.00	34.00
	Не	92	28.7717	3.33843	.34806	28.0804	29.4631	23.00	38.00
	Total	300	35.5633	7.21847	.41676	34.7432	36.3835	23.00	59.00
Анксиозност лично искуство	4	44.7500	9.70824	4.85412	29.3020	60.1980	36.00	57.00	
	Сведок	185	33.5676	6.31656	.46440	32.6513	34.4838	25.00	65.00
	Чуено од други	19	27.6316	3.21819	.73830	26.0805	29.1827	26.00	37.00
	Не	92	31.8696	3.34210	.34844	31.1774	32.5617	23.00	42.00
	Total	300	32.8200	5.81035	.33546	32.1598	33.4802	23.00	65.00
Вознемиреност на оската ДАС лично искуство	4	36.2500	1.70783	.85391	33.5325	38.9675	34.00	38.00	
	Сведок	185	36.7027	4.64889	.34179	36.0284	37.3770	31.00	50.00
	Чуено од други	19	44.0000	4.09607	.93970	42.0258	45.9742	33.00	49.00
	Не	92	41.7283	4.89697	.51054	40.7141	42.7424	21.00	52.00
	Total	300	38.7000	5.36588	.30980	38.0903	39.3097	21.00	52.00

Во Табела 61 се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика за факторот депресија, зависно од личното или посредно соочување со смрта за време на

Ковид пандемијата како трауматско искуство на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал. За факторот депресија, просечната вредност за мострата изнесува $M=35.56$ со $СД=7.21$ додека трендот на движење во зависност од личното или посредно соочување со смрта за време на Ковид пандемијата како трауматско искуство се движи помеѓу $M=28.36$ до $M=39.70$. Кај испитаниците кои лично се соочиле со смрта за време на Ковид пандемијата како трауматско искуство се забележува изнад просечна вредност на групата $M=34.50$ со $СД=10.08$, за испитаниците кои биле сведоци на лица кои се соочиле со смрта за време на Ковид 19 вредноста е над просекот на групата $M=39.70$ и $СД=5.61$, за испитаниците кои имаат „чуено од други“ за лица кои се соочиле со смрта за време на Ковид пандемијата е испод просекот $M=28.37$ и $СД=2.06$, како што се воочува и кај испитаниците кај кои не се соочиле со смрта како трауматско искуство $M=28.77$ и $СД=3.34$. Највисока просечна вредност се воочува кај лицата кои биле сведоци на лица кои се соочиле со смрта $M=39.70$ и $СД=5.60$.

Во однос на факторот „анксиозност“, преку табеларен приказ се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика, зависно од личното или посредно соочување со смрта за време на Ковид пандемијата како трауматско искуство на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал. За факторот депресија, просечната вредност за мострата изнесува $M=35.56$ со $СД=7.21$ додека трендот на движење во зависност од личното или посредно соочување со смрта за време на Ковид пандемијата како трауматско искуство се движи помеѓу $M=27.63$ до $M=44.75$. Кај испитаниците кои лично се соочиле со смрта за време на Ковид пандемијата како трауматско искуство се забележува изнад просечна вредност на групата $M=44.75$ со $СД=9.70$, за испитаниците кои биле сведоци на лица кои се соочиле со смрта за време на Ковид 19 вредноста е над просекот на групата $M=33.57$ и $СД=6.32$, за испитаниците кои имаат „чуено од други“ за лица кои се соочиле со смрта за време на Ковид пандемијата е испод просекот $M=27.63$ и $СД=3.21$, како што се воочува и кај испитаниците кај кои не се соочиле со смрта како трауматско искуство $M=31.87$ и $СД=3.34$. Највисока просечна вредност се воочува кај лицата кои биле сведоци на лица кои се соочиле со смрта $M=44.75$ и $СД=9.70$.

Во однос на факторот „вознемиреност на оската ДАС“, преку табеларен приказ се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика, зависно од личното или посредно соочување со смрта за време на Ковид пандемијата како трауматско искуство на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал. За факторот депресија, просечната вредност за мострата изнесува $M=35.56$ со $СД=7.21$ додека трендот на движење во зависност од личното или посредно соочување со смрта за време на Ковид пандемијата како трауматско искуство се движи помеѓу $M=36.25$ до $M=44.00$. Кај испитаниците кои лично се соочиле со смрта за време на Ковид пандемијата како трауматско искуство се забележува изнад просечна вредност на групата $M=36.25$ со $СД=1.70$, за испитаниците кои биле сведоци на лица кои се соочиле со смрта за време на Ковид 19 вредноста е над просекот на групата $M=36.70$ и $СД=4.65$, за испитаниците кои имаат „чуено од други“ за лица кои се соочиле со смрта за време на Ковид пандемијата е испод просекот $M=44.00$ и $СД=4.09$, како што се воочува и кај испитаниците кај кои не се соочиле со смрта како трауматско искуство $M=41.73$ и $СД=4.89$. Највисока просечна вредност на вознемиреност на оската ДАС се воочува кај лицата кои биле сведоци на лица кои се соочиле со смрта $M=44.00$ и $СД=4.09$.

За да се види дали депресивноста, анксиозноста и вознемиреност на оската ДАС во зависност од доживувањето на личното или посредно соочување со смрта за време на Ковид пандемијата како трауматско искуство, на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози), се разликуваат значајно, или разликите може да ги поистоветиме како незначајни, е спроведена диференцијална анализа додека резултатите од анализата се прикажани во Табела 62.

Табела 62. АНОВА за степенот на асоциативност по однос на фактор депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС и доживувањето на трауматско искуство соочување со смрта за време на Ковид пандемијата - било лично или посредно (Извор: автор на студијата)

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Соочување со смрта * Депресивност	Between Groups	(Combined)	173.807	31	5.607	17.638	.000
		Linearity	122.608	1	122.608	385.715	.000
		Deviation from Linearity	51.199	30	1.707	5.369	.000
	Within Groups		85.190	268	.318		
	Total		258.997	299			
Соочување со смрта * Анксиозност	Between Groups	(Combined)	69.351	28	2.477	3.539	.000
		Linearity	10.219	1	10.219	14.603	.000
		Deviation from Linearity	59.132	27	2.190	3.130	.000
	Within Groups		189.645	271	.700		
	Total		258.997	299			
Соочување со смрта * Вознемиреност на оска ДАС	Between Groups	(Combined)	105.289	23	4.578	8.220	.000
		Linearity	51.786	1	51.786	92.987	.000
		Deviation from Linearity	53.503	22	2.432	4.367	.000
	Within Groups		153.708	276	.557		
	Total		258.997	299			

Табела 63. АНОВА за разлики по однос на фактор депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од доживувањето на трауматско искуство соочување со смрта за време на Ковид пандемијата - било лично или посредно (Извор: автор на студијата)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Депресивност	Between Groups	8401.520	3	2800.507	115.480	.000
	Within Groups	7178.276	296	24.251		
	Total	15579.797	299			
Анксиозност	Between Groups	1267.269	3	422.423	14.165	.000
	Within Groups	8827.011	296	29.821		
	Total	10094.280	299			
Вознемиреност на оска ДАС	Between Groups	2139.395	3	713.132	32.627	.000
	Within Groups	6469.605	296	21.857		
	Total	8609.000	299			

Во Табела 63 се прикажани резултати од спроведената анализа на варијанса за утврдување на разлики помеѓу вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) во однос на факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС а во зависност од степенот на доживување на трауматското искуство преку интериоризирање на искуството при соочување со смрта за време на пандемијата со Ковид 19.

- a. Висината на F и степените на слобода $F=115.48$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) се разликуваат значајно во однос на факторот депресивност а во зависност од степенот на доживување на трауматското искуство преку интериоризирање на искуството стекнато при соочување со смрта за време на пандемијата со Ковид 19. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека испитаниците кои од личното или посредно соочување со смрта за време на Ковид пандемијата како трауматско искуство $M=34.50$ со $СД=10.08$, испитаниците кои биле сведоци на лица кои се соочиле со смрта за време на Ковид 19 $M=39.70$ и $СД=5.61$, испитаниците кои имаат „чуено од други“ за лица кои се соочиле со смрта за време на Ковид пандемијата е испод просекот $M=28.37$ и $СД=2.06$, и испитаниците кај кои не се соочиле со смрта како трауматско искуство $M=28.77$ и $СД=3.34$ се разликуваат значајно по однос на депресивноста. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.
- b. Висината на F и степените на слобода $F=14.17$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) се разликуваат значајно во однос на факторот анксиозност а во зависност од степенот на доживување на трауматското искуство преку интериоризирање на искуството при соочување со смрта за време на пандемијата со Ковид 19. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека испитаниците испитаниците кои лично се соочиле со смрта за време на Ковид пандемијата

како трауматско искуство $M=44.75$ со $СД=9.70$, испитаниците кои биле сведоци на лица кои се соочиле со смрта за време на Ковид 19 $M=33.57$ и $СД=6.32$, испитаниците кои имаат „чуено од други“ за лица кои се соочиле со смрта за време на Ковид пандемијата $M=27.63$ и $СД=3.21$, и испитаниците кај кои не се соочиле со смрта како трауматско искуство $M=31.87$ и $СД=3.34$, се разликуваат значајно по однос на анксиозноста. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.

- с. Висината на F и степените на слобода $F=32.627$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) се разликуваат значајно во однос на факторот вознемиреност на оската ДАС а во зависност од степенот на доживување на трауматското искуство преку интериоризирање на искуството при соочување со смрта за време на пандемијата со Ковид 19. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека испитаниците кои лично се соочиле со смрта за време на Ковид пандемијата како трауматско искуство $M=36.25$ со $СД=1.70$, испитаниците кои биле сведоци на лица кои се соочиле со смрта за време на Ковид 19 $M=36.70$ и $СД=4.65$, испитаниците кои имаат „чуено од други“ за лица кои се соочиле со смрта за време на Ковид пандемијата $M=44.00$ и $СД=4.09$, и испитаниците кај кои не се соочиле со смрта како трауматско искуство $M=41.73$ и $СД=4.89$ се разликуваат значајно по однос на вознемиреност на оската ДАС. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.

Табела 64. Дескриптивна статистика за факторите депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од начинот на доживување на трауматското искуство лично или посредно соочување со смрта за време на Ковид (Извор: автор на студијата)

Dependent Variable	(I) Недостиг на храна или вода	(J) Недостиг на храна или вода	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Депресивност	лично искуство	Сведок	-5.20270	2.48874	.226	-12.2001	1.7947
		Чуено од други	6.13158	2.70908	.166	-1.4854	13.7485
		Не	5.72826	2.51522	.161	-1.3436	12.8002
	Сведок	лично искуство	5.20270	2.48874	.226	-1.7947	12.2001
		Чуено од други	11.33428*	1.18636	.000	7.9987	14.6699
		Не	10.93096*	.62824	.000	9.1646	12.6973
	Чуено од други	лично искуство	-6.13158	2.70908	.166	-13.7485	1.4854
		Сведок	-11.33428*	1.18636	.000	-14.6699	-7.9987
		Не	-.40332	1.24095	.991	-3.8924	3.0858
	Не	лично искуство	-5.72826	2.51522	.161	-12.8002	1.3436
		Сведок	-10.93096*	.62824	.000	-12.6973	-9.1646
		Чуено од други	.40332	1.24095	.991	-3.0858	3.8924
Анксиозност	лично искуство	Сведок	11.18243*	2.75979	.001	3.4229	18.9420
		Чуено од други	17.11842*	3.00413	.000	8.6719	25.5649
		Не	12.88043*	2.78916	.000	5.0383	20.7225
	Сведок	лично искуство	-11.18243*	2.75979	.001	-18.9420	-3.4229
		Чуено од други	5.93599*	1.31557	.000	2.2371	9.6349
		Не	1.69800	.69666	.117	-.2608	3.6568
	Чуено од други	лично искуство	-17.11842*	3.00413	.000	-25.5649	-8.6719
		Сведок	-5.93599*	1.31557	.000	-9.6349	-2.2371
		Не	-4.23799*	1.37611	.025	-8.1071	-.3689
	Не	лично искуство	-12.88043*	2.78916	.000	-20.7225	-5.0383
		Сведок	-1.69800	.69666	.117	-3.6568	.2608
		Чуено од други	4.23799*	1.37611	.025	.3689	8.1071
Вознемиреност на оската ДАС	лично искуство	Сведок	-.45270	2.36270	.998	-7.0958	6.1904
		Чуено од други	-7.75000*	2.57188	.030	-14.9812	-.5188
		Не	-5.47826	2.38784	.156	-12.1920	1.2355
	Сведок	лично искуство	.45270	2.36270	.998	-6.1904	7.0958
		Чуено од други	-7.29730*	1.12628	.000	-10.4640	-4.1306
		Не	-5.02556*	.59642	.000	-6.7025	-3.3486
	Чуено од други	лично искуство	7.75000*	2.57188	.030	.5188	14.9812
		Сведок	7.29730*	1.12628	.000	4.1306	10.4640
		Не	2.27174	1.17810	.296	-1.0407	5.5841
	Не	лично искуство	5.47826	2.38784	.156	-1.2355	12.1920
		Сведок	5.02556*	.59642	.000	3.3486	6.7025
		Чуено од други	-2.27174	1.17810	.296	-5.5841	1.0407

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Во рамките на диференцијалната анализа беше поставено прашањето за постоење на статистички значајни разлики помеѓу вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози), вклучени во истражувањето, во однос на факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност наоската ДАС, а во зависност од начинот на доживување на личното или посредно соочувањесо смрта за време на Ковид пандемијата како трауматско искуство. За таа цел се пристапи кон процесот на спроведување на анализа на варијанса. Резултатите од спроведената анализа се прикажани како на дескриптивно така и на ниво на утврдување на постоечки можни разлики во однос на факторот вклучен во анализата.

Со оглед дека АНОВА потврди статистички значајни разлики во однос на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС беше спроведена дополнителна Post Hoc анализа. Анализата покажа дека разлики постојат во однос на депресивност, анксиозност и вонемиреност на оската ДАС а во зависност од начинот на доживување на трауматското искуство лично или посредно соочување со смрта за време на Ковид пандемијата како трауматско искуство и тоа помеѓу определени одговори на испитаниците:

- a. Во однос на факторот анксиозност евидентни статистички значајни разлики се воочуваат: помеѓу испитаниците кои лично или посредно се соочиле со смрта за време на Ковид пандемијата како трауматско искуство и останатите испитаници од другите три категории кои биле сведоци дека трети лица се соочиле со смрта за време на Ковид пандемијата како трауматско искуство или пак чуле од трети лица за трауматичното искуство или пак воопшто не биле засегнати од трауматичното искуство, каде овие првите пројавуваат произразен степен на анксиозност. Пост хок анализата евидентира постоење на статистички значајни разлики помеѓу испитаници кои лично го има доживеано трауматското искуство соочување со смрта статистички значајно се разликуваат и од испитаниците кои биле само сведоци дека трето лице го има доживеано лично или посредно искуството соочување со смрта за време на Ковид пандемијата како трауматско искуство како и со лицаа кои не биле засегнати од трауматското искуство, со оглед дека манифестираат по исразена анксиозност. Од друга страна испитаниците кои биле сведоци на искуството

значајно се разликуваат со испитаниците кои чуле за трети лица дека се соочиле со трауматското искуство но не се разликуваат со лицата кои не биле засегнати од трауматското искуство. Останатите разлики не се статистички значајни.

- f. Диференцијалната анализа покажа постоење на разлики и во однос на факторот „депресивност“. Имено, Пост хок анализата евидентира статистички значајни разлики на скалата депресивност помеѓу испитаниците кои биле сведоци дека друго лице се соочило со смрта за време на пандемијата и испитаниците кои чуле дека трети лица се соочиле со трауматското искуство како и со лица кои воопшто не биле засегнати од трауматичното искуство каде овие првите пројавуваат поизразен степен депресивност. Останатите разлики не се статистички значајни.
- g. Диференцијалната анализа покажа постоење на разлики и во однос на факторот „вознемиреност на оската ДАС“. Имено, евидентни статистички значајни разлики на скалата вознемиреност се евидентирани, од една страна помеѓу испитаниците кои воопшто не биле засенати од трауматското искуство соочување со смрта за време на пандемија со Ковид 19 и лица кои чуле за трети лица кои се соочиле со смрта, и од друга страна испитаниците кои биле сведоци дека трето лице се соочило со смрта за време на пандемијата и лицата кои лично се соочиле со смрта за време на Ковид 19 пандемијата, каде овие последните пројавуваат низок степен на вознемиреност на оската Дас за разлика од првите. Пост хок анализата не евидентира статистички значајни разлики помеѓу останатите групи

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот депресија во зависност од степенот на засегнатост трауматското искуство соочување со смрт за време на пандемија со Ковид 19 кај вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека испитаниците кои биле сведоци за лица кои се соочиле со смрт за време на пандемија со Ковид 19 имаат највисока стапка на симптоми на депресивност додека највисока се забележува кај лица кои немале вакво трауматско искуство.

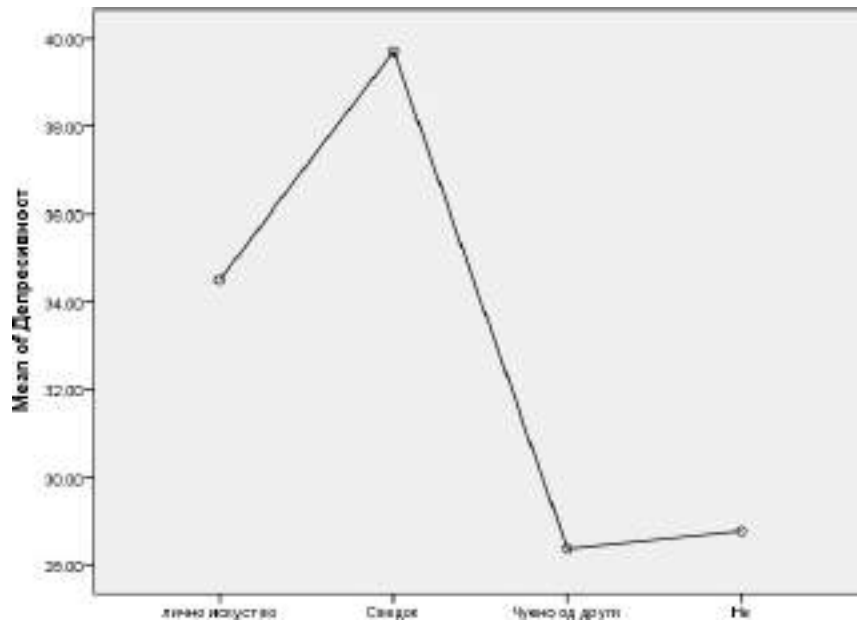


График 22. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот депресивност во зависниот начинот и степенот на доживување на трауматско искуство соочување со смрт за време на пандемија со Ковид 19 докторите, медицинскиот технички персонал и немедицинскиот персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во продолжение следи графичкиот приказ за трендот на движење на анксиозноста кај испитаниците вклучени во истражувањето.

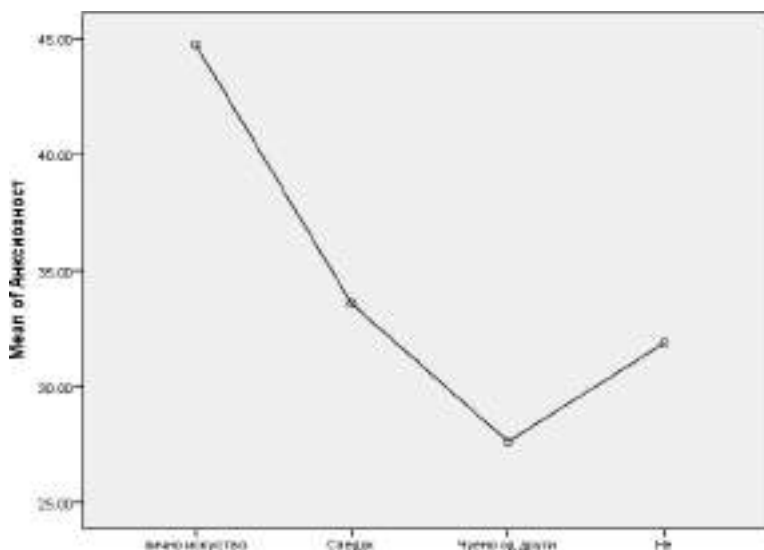


График 23. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот анксиозност во зависниот начинот и степенот на доживување на трауматско искуство соочување со смрт за време на пандемија со Ковид 19 кај докторите, медицинскиот технички персонал и немедицинскиот персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во графичкиот приказ 24 кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот анксиозност во зависнот од начинот и степенот на доживеаното искуство на соочување со смрт за време на пандемија со Ковид 19 кај вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека испитаниците кои биле лично или посредно биле засегнати со трауматското искуство (биле сведоци дека втори или трети лица ја имаат доживеано како трауматско искуство) имаат изнад просечна вредност на скалата анксиозност додека најниска се воочува кај испитаниците кои не биле или не се соочиле со смрта ниту лично ниту посредно за време на пандемија со Ковид 19.

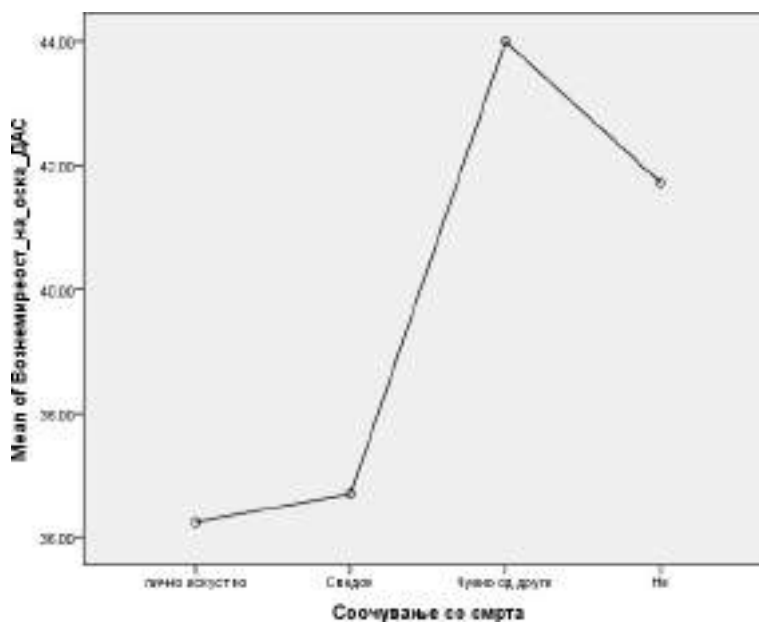


График 24. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот вознемиреност на оската ДАС во зависнот од начинот и степенот на доживување на трауматско искуство соочување со смрт за време на пандемија со Ковид 19 кај докторите, медицинскиот технички персонал и немедицинскиот персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот вознемиреност на оската Дас, во зависнот од начинот и степенот на доживеаната трауматско искуство соочување со смрт за време на пандемија со Ковид 19 кај вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал

(психолози). Трендот покажува дека испитаниците кои лично го имаат доживеано како трауматско искуство и испитаниците кои биле сведоци на ефектите на соочување со смрт за време на Ковид 19 пандемијата во споредба со испитаниците кои имаат чуено или пак воопшто не се соочиле со смрта ниту лично ниту посредно за време на пандемија со Ковид 19 имаат изнад просечна вредност на скалата вознемиреност на оската Дас.

3.3.3.4. Губење на блиски и пријатели како трауматско искуство

Во рамките на *помошната хипотеза Х5* беше поставена претпоставката дека „Губење на членови на семејството или пријатели“ како трауматско искуство со кое за време на пандемијата се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал (психолози и др), статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот и немедицинскиот персонал кој се соочил лично или посредно со губење на членови на семејството или пријатели на Ковид пандемијата за разлика од докторите манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас депресивност и анксиозност за разлика од персоналот кој не се соочил со губење на членови на семејството или пријатели како трауматско искуство.

Пред да поминеме на статистичка диференцијална анализа, преку која ќе се тестираат разликите, беше спроведена дополнителна статистичка анализа за да се види степенот на асоциативност помеѓу факторите вклучени во хипотезите.

Табела 65. Тест за асоциативност помеѓу трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на Ковид пандемијата како и факторите на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС (Извор: авторот на студијата)

	R	R Squared	Eta	Eta Squared
Губење на членови на семејството или пријатели * Депресивност	-.613	.376	.740	.548
Губење на членови на семејството или пријатели * Анксиозност	-.558	.311	.761	.579
Губење на членови на семејството или пријатели * Вознемиреност на оската ДАС	.652	.425	.782	.612

Врз основа на Eta коефициентот на асоцијација би заклучиле дека големината на ефектот за трауматското искуство е многу голем (0.548) врз степенот на изразената депресивност, врз степенот на изразеноста на анксиозност (0.579) како и за степенот на изразената вознемиреност на оската ДАС (0.612). Овие резултати се совпаѓаат со р- вредностите прикажани на оутпутот од табелата ANOVA. Р-вредноста за депресивноста (<0.00) е многу поголема од р-вредноста за анксиозноста (<0.000) и вознемиреноста (<0.00), што покажува дека личното или посредно соочување со трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 е многу позначајно за предвидување на анксиозност, вознемиреност на оската ДАС и депресивноста.

Од спроведената статистичка анализата за степенот на асоциативноста помеѓу трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 и трите истражувачки вариабли врз основа на Eta квадратот следат корисни заклучоци:

- a. иако трауматското доживеано искуство за депресивноста е статистички значаен ($p = 0.000$), големината на ефектот поврзана со него е прилично висок.
- b. иако трауматското доживеано искуство за анксиозноста е статистички значаен ($p = 0.000$), големината на ефектот поврзана со него е всушност прилично висок.
- c. иако трауматското доживеано искуство за вознемиреноста на оската ДАС е статистички значаен ($p = 0.000$), големината на ефектот поврзана со него е всушност прилично голем.

Во продолжение ќе следи приказ на резултатите од спроведената диференцијална анализа преку ANOVA.

Табела 66. Тест Scheffe за утврдување на хомогеност во зависност од депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС

Губење на близок член или пријател за време на пандемија	N	Депресивност			Анксиозност			Вознемиреност на оската ДАС		
		Subset for alpha = 0.05			Subset for alpha = 0.05			Subset for alpha = 0.05		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
Не	143	29.902			30.6084	30.6084				42.3776
лично искуство	71		40.056				39.0141	34.1690		
Сведок	35		41.028				32.9143	35.1143	35.1143	
Чуено од други	51		41.434		30.3333				37.1569	
Sig.		1.000	.497		.992	.069	1.000	.650	.055	1.000

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 57.756.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Табела 67. Тестот на Levin за утврдување на хомогеност на варијанса помеѓу групите

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Депресивност	5.910	3	296	.001
Анксиозност	13.910	3	296	.000
Вознемиреност на оската ДАС	31.080	3	296	.000

Во Табела 66 и 67 се прикажани статистики кои се предуслов за продолжување со диференцијална анализа помеѓу испитаниците зависно од трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19. Висината на вредноста на тестот на Левин за факторот депресивност 5.910 и $p < 0.01$, за факторот анксиозност 13.910; $p < 0.01$, и за факторот вознемиреност на оската Дас 31.080; $p > 0.01$ кај испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал постаи нехомогеност по однос на прашањето за разликите по факторите. Преку висината на вредноста на тестот на Левин за сите три фактори депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС констатираме дека варијансите за факторите кај испитаниците не се хомогени.

Табела 68. Дескриптивна статистика за факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од трауматско искуство губење на членови на семсјтвото или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студијата)

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max
						Lower Bound	Upper Bound		
Депресивност	лично искуство	71	40.0563	6.35809	.75457	38.5514	41.5613	29.00	59.00
	Сведок	35	41.0286	3.45122	.58336	39.8430	42.2141	26.00	45.00
	Чуено од други	51	41.4314	5.12349	.71743	39.9904	42.8724	23.00	51.00
	Не	143	29.9021	3.94917	.33025	29.2493	30.5549	23.00	39.00
	Total	300	35.5633	7.21847	.41676	34.7432	36.3835	23.00	59.00
Анксиозност	лично искуство	71	39.0141	7.41137	.87957	37.2598	40.7683	35.00	65.00
	Сведок	35	32.9143	2.84265	.48050	31.9378	33.8908	27.00	40.00
	Чуено од други	51	30.3333	2.23308	.31269	29.7053	30.9614	28.00	40.00
	Не	143	30.6084	3.73984	.31274	29.9902	31.2266	23.00	42.00
	Total	300	32.8200	5.81035	.33546	32.1598	33.4802	23.00	65.00
Вознемиреност на оската ДАС	лично искуство	71	34.1690	1.60344	.19029	33.7895	34.5485	33.00	39.00
	Сведок	35	35.1143	1.69378	.28630	34.5325	35.6961	33.00	41.00
	Чуено од други	51	37.1569	4.61897	.64679	35.8578	38.4560	31.00	48.00
	Не	143	42.3776	4.82190	.40323	41.5805	43.1747	21.00	52.00
	Total	300	38.7000	5.36588	.30980	38.0903	39.3097	21.00	52.00

Во Табела 68 се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика за факторот депресија, зависно од трауматско искуство губење на членови на семсјтвото или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал. За факторот депресија, просечната вредност за мострата изнесува $M=35.56$ со $СД=7.21$ додека трендот на движење во зависност од трауматско искуство губење на членови на семсјтвото или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 се движи помеѓу $M=29.90$ до $M=41.44$. Кај испитаниците кои лично се соочиле трауматско искуство на губење на членови на семсјтвото или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 се забележува изнад просечна вредност на групата $M=40.06$ со $СД=6.36$, за испитаниците кои биле сведоци на лица кои изгубиле членови од семејството или пријатели за време на Ковид 19 вредноста е над просекот на групата $M=41.03$ и $СД=3.45$, за испитаниците кои имаат „чуено од други“ за лица кои се соочиле со трауматско искуство губење на членови на семсјтвото или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 е испод просекот $M=41.43$ и $СД=5.12$, како што се воочува и кај

испитаниците кај кои не се соочиле со смрта како трауматско искуство $M=29.90$ и $СД=3.95$. Највисока просечна вредност се воочува кај лицата кои слушнале или биле сведоци на лица кои изгубеле блиски или пријатели $M= 41.43$ и $СД=5.13$.

Во однос на факторот „анксиозност“, преку табеларен приказ се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика, зависно од трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал. За факторот анксиозност, просечната вредност за мострата изнесува $M=35.56$ со $СД=7.21$ додека трендот на движење во зависност од трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 се движи помеѓу $M=29.90$ до $M=41.44$. Кај испитаниците кои лично се соочиле трауматско искуство на губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 се забележува изнад просечна вредност на групата $M= 39.01$ и $СД=7.41$, за испитаниците кои биле сведоци на лица кои изгубиле членови од семејството или пријатели за време на Ковид 19 вредноста е над просекот на групата $M=32.91$ и $СД=2.84$, за испитаниците кои имаат „чуено од други“ за лица кои се соочиле со трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 е испод просекот $M=30.33$ и $СД=3.73$, како што се воочува и кај испитаниците кај кои не се соочиле со смрта како трауматско искуство $M=30.61$ и $СД=3.74$. Највисока просечна вредност се воочува кај лицата кои слушнале или биле сведоци на лица кои изгубеле блиски или пријатели $M= 39.01$ и $СД=7.41$.

Во однос на факторот „вознемиреност на оската ДАС“, преку табеларен приказ се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика, зависно од трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал. За факторот вознемиреност на оската ДАС, просечната вредност за мострата изнесува $M=35.56$ со $СД=7.21$ додека трендот на движење во зависност од трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 се движи помеѓу $M=34.17$ до $M=42.38$. Кај испитаниците кои лично се соочиле трауматско искуство на губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 се забележува изнад просечна вредност на групата $M=34.17$ со

СД=1.60, за испитаниците кои биле сведоци на лица кои изгубиле членови од семејството или пријатели за време на Ковид 19 вредноста е над просекот на групата $M=35.11$ и $СД=1.69$, за испитаниците кои имаат „чуено од други“ за лица кои се соочиле со трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 е испод просекот $M=37.16$ и $СД=4.62$, како што се воочува и кај испитаниците кај кои изгубиле блиски или пријатели како трауматско искуство $M= 42.38$ и $СД=4.82$. Највисока просечна вредност се воочува кај лицата кои слушнале или биле сведоци на лица кои изгубиле блиски или пријатели $M= 42.38$ и $СД=4.82$.

За да се види дали депресивноста, анксиозноста и вознемиреност на оската ДАС во зависност од трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19, на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози), се разликуваат значајно, или разликите може да ги поистоветиме како незначајни, е спроведена диференцијална анализа додека резултатите од анализата се прикажани во Табела 69.

Табела 69. АНОВА за степенот на асоциативност по однос на фактор депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС и трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студијата)

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Губење на членови на семејството или пријатели * Депресивност	Between Groups	(Combined) Linearity	250.949	31	8.095	10.471	.000
		Deviation from Linearity	172.391	1	172.391	222.980	.000
			78.558	30	2.619	3.387	.000
	Within Groups		207.197	268	.773		
	Total		458.147	299			
Губење на членови на семејството или пријатели * Анксиозност	Between Groups	(Combined) Linearity	265.328	28	9.476	13.318	.000
		Deviation from Linearity	142.446	1	142.446	200.203	.000
			122.882	27	4.551	6.397	.000
	Within Groups		192.818	271	.712		
	Total		458.147	299			
Губење на членови на семејството или пријатели * Вознемиреност на оската ДАС	Between Groups	(Combined) Linearity	280.201	23	12.183	18.896	.000
		Deviation from Linearity	194.739	1	194.739	302.047	.000
			85.462	22	3.885	6.025	.000
	Within Groups		177.946	276	.645		
	Total		458.147	299			

Табела 70. АНОВА за разлики по однос на фактор депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од трауматско искуство губење на членови на семсјството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студијата)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Депресивност	Between Groups	8817.911	3	2939.304	128.667	.000
	Within Groups	6761.885	296	22.844		
	Total	15579.797	299			
Анксиозност	Between Groups	3739.148	3	1246.383	58.052	.000
	Within Groups	6355.132	296	21.470		
	Total	10094.280	299			
Вознемиреност на оската ДАС	Between Groups	3963.132	3	1321.044	84.167	.000
	Within Groups	4645.868	296	15.696		
	Total	8609.000	299			

Во Табела 70 се прикажани резултати од спроведената анализа на варијанса за утврдување на разлики помеѓу вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) во однос на факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС а во зависност трауматско искуство губење на членови на семсјството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19.

- a. Висината на F и степените на слобода $F=128.667$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) се разликуваат значајно во однос на факторот депресивност а во зависност од степенот на доживување на трауматското искуство преку интериоризирање на искуството стекнато при губење на близок или пријател за време на пандемијата со Ковид 19. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека испитаниците кои изгубиле членови на семсјството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 $M= 39.01$ и $СД=7.41$, испитаниците кои биле сведоци на лица кои изгубиле членови од семејството или пријатели за време на Ковид 19 $M=32.91$ и $СД=2.84$, испитаниците кои имаат „чуено од други“ за лица кои се соочиле со трауматско искуство на губење на членови на

семсјтвото или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 ($M=30.33$ и $СД=3.73$), и испитаниците кои не се соочиле со смрта како трауматско искуство $M=30.61$ и $СД=3.744$ се разликуваат значајно по однос на депресивноста. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.

- б. Висината на F и степените на слобода $F=58.05$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) се разликуваат значајно во однос на факторот анксиозност а во зависност од трауматско искуство губење на членови на семсјтвото или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека испитаниците кои лично се соочиле трауматско искуство на губење на членови на семсјтвото или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 ($M=39.01$ и $СД=7.41$), испитаниците кои биле сведоци на лица кои изгубиле членови од семејството или пријатели за време на Ковид 19 ($M=32.91$ и $СД=2.84$), испитаниците кои имаат „чуено од други“ за лица кои се соочиле со трауматско искуство губење на членови на семсјтвото или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 ($M=30.33$ и $СД=3.73$), и испитаниците кои не се соочиле со губење на блиски или пријатели како трауматско искуство $M=30.61$ и $СД=3.744$, се разликуваат значајно по однос на анксиозноста. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.
- в. Висината на F и степените на слобода $F=84.16$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) се разликуваат значајно во однос на факторот вознемиреност на оската ДАС а во зависност од степенот на доживување на трауматско искуство губење на членови на семсјтвото или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека лица кои лично се

соочиле трауматско искуство на губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 ($M=34.17$ со $СД=1.60$), лица кои биле сведоци на лица кои изгубиле членови од семејството или пријатели за време на Ковид 19 кај кои се воочува вредност над просекот на групата $M=35.11$ и $СД=1.69$, испитаниците кои имаат „чуено од други“ за лица кои се соочиле со трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 ($M=37.16$ и $СД=4.62$), и испитаниците кои изгубиле блиски или пријатели како трауматско искуство ($M=42.38$ и $СД=4.82$) се разликуваат значајно по однос на вознемиреност наоската ДАС. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.

Во рамките на диференцијалната анализа беше поставено прашањето за постоење на статистички значајни разлики помеѓу вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози), вклучени во истражувањето, во однос на факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност наоската ДАС, а во зависност од начинот на доживување на трауматското искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19. За таа цел се пристапи кон процесот на спроведување на анализа на варијанса. Резултатите од спроведената анализа се прикажани како на дескриптивно така и на ниво на утврдување на постоечки можни разлики во однос на факторот вклучен во анализата.

Табела 71. Дескриптивна статистика за факторите депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од начинот на доживување на трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата (Извор: автор на студијата)

Dependent Variable	(I) Губење на членови на семејството или пријатели	(J) Губење на членови на семејството или пријатели	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Депресивност	лично искуство	Сведок	-.97223	.98714	.808	-3.7477	1.8032
		Чуено од други	-1.37503	.87731	.484	-3.8417	1.0916
		Не	10.15424*	.69390	.000	8.2032	12.1052
	Сведок	лично искуство	.97223	.98714	.808	-1.8032	3.7477
		Чуено од други	-.40280	1.04910	.986	-3.3525	2.5469
		Не	11.12647*	.90136	.000	8.5922	13.6608
	Чуено од други	лично искуство	1.37503	.87731	.484	-1.0916	3.8417
		Сведок	.40280	1.04910	.986	-2.5469	3.3525
		Не	11.52927*	.77954	.000	9.3375	13.7210
	Не	лично искуство	-10.1542*	.69390	.000	-12.105	-8.2032
		Сведок	-11.1264*	.90136	.000	-13.660	-8.5922
		Чуено од други	-11.5292*	.77954	.000	-13.721	-9.3375
Анксиозност	лично искуство	Сведок	6.09980*	.95699	.000	3.4091	8.7905
		Чуено од други	8.68075*	.85052	.000	6.2894	11.0721
		Не	8.40569*	.67271	.000	6.5143	10.2971
	Сведок	лично искуство	-6.09980*	.95699	.000	-8.7905	-3.4091
		Чуено од други	2.58095	1.01706	.094	-.2787	5.4406
		Не	2.30589	.87382	.075	-.1510	4.7628
	Чуено од други	лично искуство	-8.68075*	.85052	.000	-11.072	-6.2894
		Сведок	-2.58095	1.01706	.094	-5.4406	.2787
		Не	-.27506	.75573	.988	-2.3999	1.8498
	Не	лично искуство	-8.40569*	.67271	.000	-10.297	-6.5143
		Сведок	-2.30589	.87382	.075	-4.7628	.1510
		Чуено од други	.27506	.75573	.988	-1.8498	2.3999
Вознемиреност на оската ДАС	лично искуство	Сведок	-.94527	.81823	.721	-3.2458	1.3553
		Чуено од други	-2.98785*	.72720	.001	-5.0325	-.9432
		Не	-8.20861*	.57517	.000	-9.8258	-6.5914
	Сведок	лично искуство	.94527	.81823	.721	-1.3553	3.2458
		Чуено од други	-2.04258	.86960	.140	-4.4876	.4024
		Не	-7.26334*	.74713	.000	-9.3640	-5.1627
	Чуено од други	лично искуство	2.98785*	.72720	.001	.9432	5.0325
		Сведок	2.04258	.86960	.140	-.4024	4.4876
		Не	-5.22076*	.64615	.000	-7.0375	-3.4040
	Не	лично искуство	8.20861*	.57517	.000	6.5914	9.8258
		Сведок	7.26334*	.74713	.000	5.1627	9.3640
		Чуено од други	5.22076*	.64615	.000	3.4040	7.0375

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Со оглед дека АНОВА потврди статистички значајни разлики во однос на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС беше спроведена дополнителна Post Hoc анализа. Анализата покажа дека разлики постојат во однос на депресивност, анксиозност и вонемиреност на оската ДАС а во зависност од начинот на доживување на трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 и тоа помеѓу определени одговори на испитаниците:

- a. Во однос на факторот депресивност евидентни статистички значајни разлики се воочуваат: помеѓу испитаниците кои лично или посредно се соочиле со трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 и останатите испитаници од другите три категории кои биле сведоци дека трети лица се соочиле со смрта за време на Ковид пандемијата како трауматско искуство или пак чуле од трети лица за трауматичното искуство или пак воопшто не биле засегнати од трауматичното искуство, каде овие првите пројавуваат поизразен степен на депресивност. Пост хок анализата евидентира постоење на статистички значајни разлики помеѓу испитаници кои лично го има доживеано трауматското искуство губење на близок член или пријател за време на пандемијата статистички значајно се разликуваат само со испитаниците кои не биле засегнати од трауматското искуство, со оглед дека овие првите манифестираат по исразена депресивност. Од друга страна испитаниците кои биле сведоци на искуството како и испитаници кои слушнале за лица кои изгубиле блиски или пријатели за време на пандмијата значајно се раликуваат со испитаниците кои не биле засегнати од трауматското искуство. Останатите разлики не се статистички значајни.
- h. Диференцијалната анализа покажа постоење на разлики и во однос на факторот „анксиозност“. Имено, Пост хок анализата евидентира статистички значајни разлики на скалата анксиозност помеѓу испитаниците кои лично го има доживеано трауматското искуство губење на близок член или пријател за време на пандемијата статистички значајно се разликуваат по однос на анксиозноста во однос на лицата кои биле сведоци дека друго лице се соочило

со губење на близок или пријател за време на пандемијата и испитаниците кои чуле дека трети лица се соочиле со трауматското искуство како и со лица кои воопшто не биле засегнати од трауматичното искуство каде овие првите пројавуваат поизразен степен на анксиозност. Останатите разлики не се статистички значајни.

- i. Диференцијалната анализа покажа постоење на разлики и во однос на факторот „вознемиреност на оската ДАС“. Имено, евидентни статистички значајни разлики на скалата вознемиреност се евидентирани, од една страна помеѓу испитаниците кои воопшто не биле засегнати од трауматското искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19, од друга страна, и лица кои лично изгубиле блиски или пријатели или пак биле сведоци односно чуле за лица кои изгубиле блиски или пријатели за време на пандемијата каде овие првите пројавуваат повисок степен на вознемиреност на оската Дас за разлика од првите. Пост хок анализата истоатака евидентира дека лица кои лично изгубиле блиски или пријатели и лица кои чуле за лица кои изгубиле блиски или пријатели за време на пандемијата значајно се разликуваат по однос на вознемиреноста на оската ДАС. Останатите разлики не се статистички значајни.

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот депресија во зависност од степенот на засегнатост со трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 кај вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека испитаниците кои лично се соочиле со губиток или биле сведоци за лица кои се соочиле со губиток на близок за време на пандемија со Ковид 19 имаат највисока стапка на симптоми на депресивност додека најниска се забележува кај лица кои немале вакво трауматско искуство.

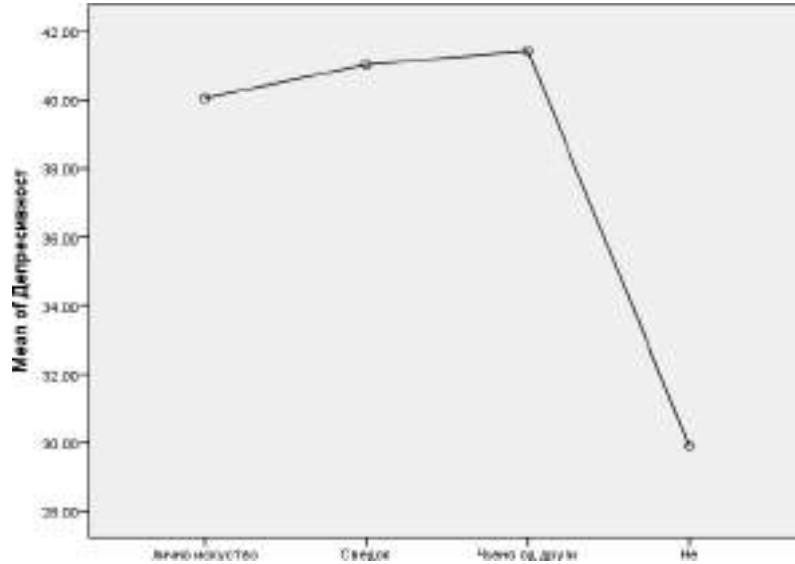


График 25. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот депресивност во зависниот начинот и степенот на доживување на трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата (Извор: автор на студијата)

Во продолжение следи графичкиот приказ за трендот на движење на анксиозноста кај испитаниците вклучени во истражувањето.

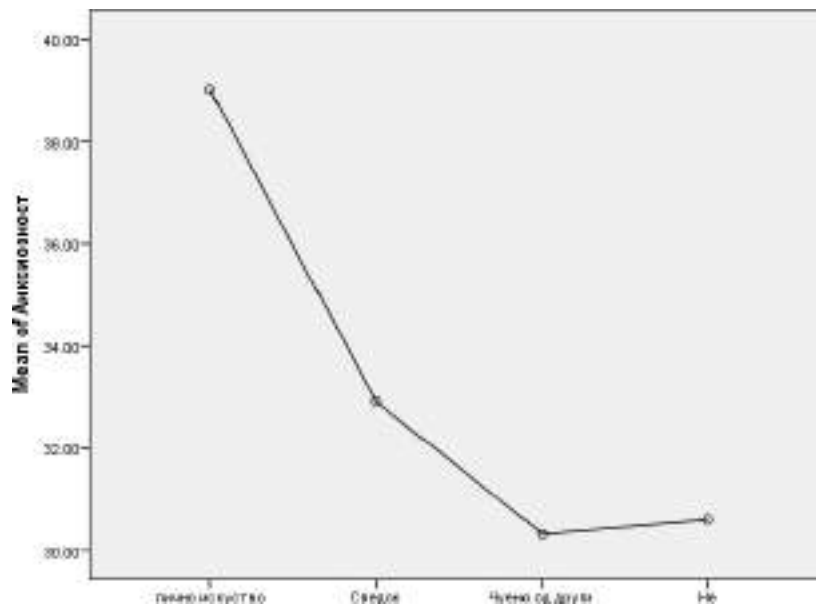


График 26. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот анксиозност во зависниот начинот и степенот на доживување на трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата кај докторите, медицинскиот технички персонал и немедицинскиот персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот анксиозност во зависнот од начинот и степенот на доживеанато трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 кај вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека испитаниците кои биле лично или посредно биле засегнати со трауматското искуство (биле сведоци дека втори или трети лица ја имаат доживеано како трауматско искуство) имаат изнад просечна вредност на скалата анксиозност додека најниска се воочува кај испитаниците кои не биле или не се соочиле со трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19.

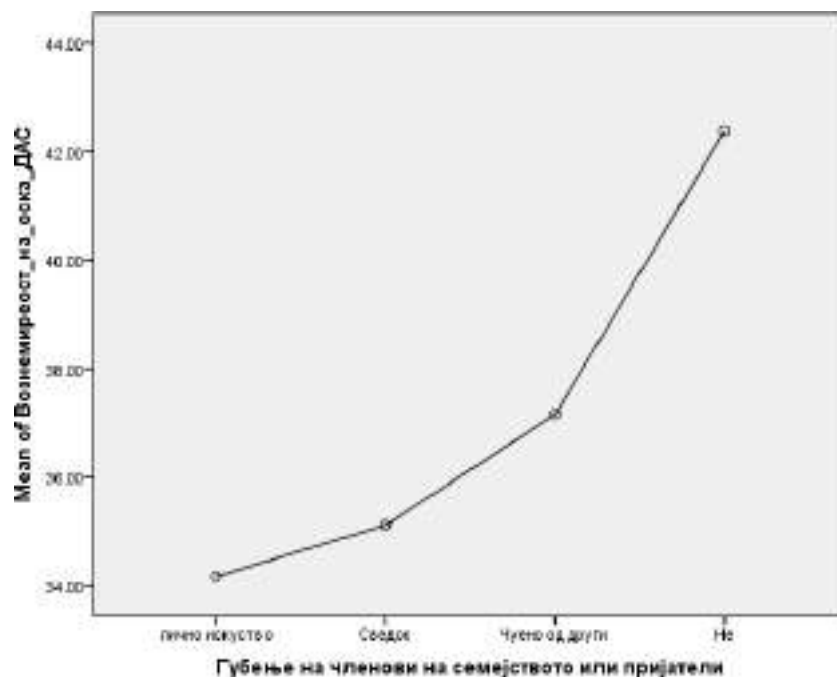


График 27. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот вознемиреност на оската ДАС во зависнот од начинот и степенот на доживување на трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 кај докторите, медицинскиот технички персонал и немедицинскиот персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот вознемиреност на оската Дас, во зависнот од начинот и степенот на доживеаната

трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 кај вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека испитаниците кои лично го имаат доживеано како трауматско искуство и испитаниците кои биле сведоци на ефектите на губење на блиски или пријатели во текот на Ковид 19 во споредба со испитаниците кои имаат чуено или пак воопшто не се соочиле со трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 имаат изнад просечна вредност на скалата вознемиреност на оската Дас.

3.3.3.6. Непосредна смрт на блиски како трауматско искуство

Во рамките на **помошната хипотеза Х6** беше поставена претпоставката дека „неприродна смрт на членови на семејството или блиски“ како трауматско искуство со кое за време на пандемијата се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал (психолози и др), статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анскизозност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот и немедицинскиот персонал кој се соочил лично или посредно со неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на Ковид пандемијата манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската Дас, депресивност и анскизозност за разлика од персоналот кој не се соочил со неприродна смрт на членови на семејството или пријатели како трауматско искуство.

Пред да поминеме на статистичка диференцијална анализа, преку која ќе се тестираат разликите, беше спроведена дополнителна статистичка анализа за да се види степенот на асоциативност помеѓу факторите вклучени во хипотезите.

Табела 72. Тест за асоциативност помеѓу трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски како и факторите на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС (Извор: авторот на студијата)

	R	R Squared	Eta	Eta Squared
Неприродна смрт на членови на семејството или пријатели * Депресивност	-.174	.030	.595	.353
Неприродна смрт на членови на семејството или пријатели * Анксиозност	.265	.070	.507	.258
Неприродна смрт на членови на семејството или пријатели * Вознемиреост на оска ДАС	.009	.000	.516	.266

Врз основа на Ета коефициентот на асоцијација би заклучиле дека големината на ефектот за трауматското искуство е многу голем (0.353) врз степенот на изразената депресивност, врз степенот на изразеноста на анксиозност (0.258) како и и за степенот на изразената вознемиреност на оската ДАС (0.266). Овие резултати се совпаѓаат со р- вредностите прикажани на оутпутот од табелата ANOVA. Р-вредноста за депресивноста (<0.00) е многу поголема од р-вредноста за анксиозноста (<0.000) и вознемиреноста (<0.00), што покажува дека личното или посредно соочување со трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски е многу позначајно за предвидување на анксиозност, вознемиреност на оската ДАС и депресивноста.

Од спроведената статистичка анализата за степенот на асоциативноста помеѓу трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски и трите истражувачки вариабли врз основа на Ета квадратот следат корисни заклучоци:

- a. иако трауматското доживеано искуство за депресивноста е статистички значаен ($p = 0.000$), големината на ефектот поврзана со него е прилично низок.
- b. иако трауматското доживеано искуство за анксиозноста е статистички значаен ($p = 0.000$), големината на ефектот поврзана со него е всушност прилично низок.
- c. иако трауматското доживеано искуство за вознемиреноста на оската ДАС е статистички значаен ($p = 0.000$), големината на ефектот поврзана со него е всушност прилично низок.

Во продолжение ќе следи приказ на резултатите од спроведената диференцијална анализа преку АНОВА.

Табела 73. Тест Scheffe за утврдување на хомогеност во зависност од депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС

Губење на близок член или пријател за време на пандемија	N	Депресивност			Анксиозност			Вознемиреност на оската ДАС		
		Subset for alpha = 0.05			Subset for alpha = 0.05			Subset for alpha = 0.05		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
лично искуство	23	30.269				33.087				44.478
Чуено од други	99	33.422	33.424		28.798					42.030
Не	98		34.214				37.102		37.765	
Сведок	80			41.387		32.475		34.065		
Sig.		.084	.936	1.000	1.000	.933	1.000	1.000	1.000	1.000

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 52.436.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Табела 74. Тестот на Levin за утврдување на хомогеност на варијанса помеѓу групите

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Депресивност	26.557	3	296	.000
Анксиозност	13.972	3	296	.000
Вознемиреност на оската ДАС	43.454	3	296	.000

Во Табела 73 и 74 се прикажани статистики кои се предуслов за продолжување со диференцијална анализа помеѓу испитаниците зависно од трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19. Висината на вредноста на тестот на Левин за факторот депресивност 26.557 и $p < 0.01$, за факторот анксиозност 13.972; $p < 0.01$, и за факторот вознемиреност на оската Дас 43.454; $p < 0.01$ кај испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал постои нехомогеност по однос на прашањето за разликите по факторите. Преку висината на вредноста на тестот на Левин за сите три фактори депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС констатираме дека варијансите за факторите кај испитаниците не се хомогени.

Табела 75. Дескриптивна статистика за факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студијата)

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max
						Lower Bound	Upper Bound		
Депресивност	лично искуство	23	30.2609	3.64589	.76022	28.6843	31.8375	23.00	34.00
	Сведок	80	41.3875	1.74656	.19527	40.9988	41.7762	32.00	46.00
	Чуено од други	99	33.4242	7.18287	.72191	31.9916	34.8568	24.00	51.00
	Не	98	34.2143	7.86385	.79437	32.6377	35.7909	23.00	59.00
	Total	300	35.5633	7.21847	.41676	34.7432	36.3835	23.00	59.00
Анксиозност	лично искуство	23	33.0870	2.76197	.57591	31.8926	34.2813	29.00	40.00
	Сведок	80	32.4750	2.81486	.31471	31.8486	33.1014	27.00	36.00
	Чуено од други	99	28.7980	2.01008	.20202	28.3971	29.1989	25.00	34.00
	Не	98	37.1020	7.52657	.76030	35.5931	38.6110	23.00	65.00
	Total	300	32.8200	5.81035	.33546	32.1598	33.4802	23.00	65.00
Вознемиреност на оската ДАС	лично искуство	23	44.4783	1.27456	.26576	43.9271	45.0294	43.00	47.00
	Сведок	80	34.0625	1.79552	.20075	33.6629	34.4621	31.00	43.00
	Чуено од други	99	42.0303	3.84775	.38671	41.2629	42.7977	35.00	50.00
	Не	98	37.7653	5.73972	.57980	36.6146	38.9160	21.00	52.00
	Total	300	38.7000	5.36588	.30980	38.0903	39.3097	21.00	52.00

Во Табела 75 се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика за факторот депресија, зависно од трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал. За факторот депресија, просечната вредност за мострата изнесува $M=35.56$ со $СД=7.21$ додека трендот на движење во зависност од трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 се движи помеѓу $M=30.26$ до $M=41.39$. Кај испитаниците кои лично се соочиле трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 се забележува изнад просечна вредност на групата $M=30.26$ со $СД=3.65$, за испитаниците кои биле сведоци на лица кои доживеале неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 вредноста е над просекот на групата $M=41.39$ и $СД=1.75$, за испитаниците кои имаат „чуено од други“ за лица кои се соочиле со трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид

19е испод просекот $M=33.42$ и $CD=7.18$, како што се воочува и кај испитаниците кај кои не се соочиле со смрта како трауматско искуство $M=34.12$ и $CD=7.86$. Највисока просечна вредност се воочува кај лицата кои биле сведоци на лица кои изгубеле блиски или пријатели со неприродна смрт $M=41.39$ и $CD=1.75$.

Во однос на факторот „анксиозност“, преку табеларен приказ се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика, зависно од трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал. За факторот анксиозност, просечната вредност за мострата изнесува $M=35.56$ со $CD=7.21$ додека трендот на движење во зависност од трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 се движи помеѓу $M=28.80$ до $M=37.10$. Кај испитаниците кои лично се соочиле трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 се забележува изнад просечна вредност на групата $M=33.09$ со $CD=2.76$, за испитаниците кои биле сведоци на лица кои доживеале неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 вредноста е над просекот на групата $M=32.48$ и $CD=2.81$, за испитаниците кои имаат „чуено од други“ за лица кои се соочиле со трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19е испод просекот $M=28.80$ и $CD=2.01$, како што се воочува и кај испитаниците кај кои не се соочиле со смрта како трауматско искуство $M=37.11$ и $CD=7.53$. Највисока просечна вредност се воочува кај лицата кои не се соочиле со трауматското искуство $M=37.10$ и $CD=7.52$.

Во однос на факторот „вознемиреност на оската ДАС“, преку табеларен приказ се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика, зависно од неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал. За факторот вознемиреност на оската ДАС, просечната вредност за мострата изнесува $M=35.56$ со $CD=7.21$ додека трендот на движење во зависност од трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 се движи помеѓу $M=34.06$ до $M=44.48$. Кај испитаниците кои лично се соочиле трауматско искуство

неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 се забележува изнад просечна вредност на групата $M=44.48$ и $СД=1.27$, за испитаниците кои биле сведоци на лица кои доживеале неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 вредноста е над просекот на групата $M=34.06$ и $СД=1.79$, за испитаниците кои имаат „чуено од други“ за лица кои се соочиле со трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 е испод просекот $M=42.03$ и $СД=3.85$, како што се воочува и кај испитаниците кај кои не се соочиле со неприродната смрт на близок како трауматско искуство $M=37.77$ и $СД=5.74$. Највисока просечна вредност се воочува кај лицата кои лично изгубиле ненадејно со неприродна смрт близок или пријател $M=44.48$ и $СД=1.27$.

Табела 76. АНОВА за степенот на асоциативност по однос на фактор депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС и трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студијата)

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Неприродна смрт на членови на семејството или пријатели * Депресивност	Between Groups	(Combined) Linearity	94.507	31	3.049	4.726	.000
		Deviation from Linearity	8.054	1	8.054	12.485	.000
			86.453	30	2.882	4.467	.000
	Within Groups		172.880	268	.645		
Total			267.387	299			
Неприродна смрт на членови на семејството или пријатели * Анксиозност	Between Groups	(Combined) Linearity	68.864	28	2.459	3.357	.000
		Deviation from Linearity	18.742	1	18.742	25.585	.000
			50.122	27	1.856	2.534	.000
	Within Groups		198.522	271	.733		
Total			267.387	299			
Неприродна смрт на членови на семејството или пријатели * Вознемиреност на оската ДАС	Between Groups	(Combined) Linearity	71.080	23	3.090	4.345	.000
		Deviation from Linearity	.021	1	.021	.030	.862
			71.058	22	3.230	4.541	.000
	Within Groups		196.307	276	.711		
Total			267.387	299			

За да се види дали депресивноста, анксиозноста и вознемиреноста на оската ДАС во зависност од трауматското искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19, на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори,

медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози), се разликуваат значајно, или разликите може да ги поистоветиме како незначајни, е спроведена диференцијална анализа додека резултатите од анализата се прикажани во Табела 77.

Табела 77. АНОВА за разлики по однос на фактор депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 (Извор: автор на студијата)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Депресивност	Between Groups	3991.693	3	1330.564	33.987	.000
	Within Groups	11588.104	296	39.149		
	Total	15579.797	299			
Анксиозност	Between Groups	3409.565	3	1136.522	50.325	.000
	Within Groups	6684.715	296	22.583		
	Total	10094.280	299			
Вознемиреност на оската ДАС	Between Groups	3672.062	3	1224.021	73.388	.000
	Within Groups	4936.938	296	16.679		
	Total	8609.000	299			

Во Табела 77 се прикажани резултати од спроведената анализа на варијанса за утврдување на разлики помеѓу вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) во однос на факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС а во зависност трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19.

- a. Висината на F и степените на слобода $F=33.987$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) се разликуваат значајно во однос на факторот депресивност а во зависност од степенот на доживување на трауматското искуство преку интериоризирање на искуството стекнато при губење со неприродна смрт на близок или пријател за време на пандемијата со Ковид 19. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека испитаниците кои изгубиле членови на семејството или пријатели чија смрт е ненадејна и неприродна за време на пандемијата со

Ковид 19 $M=30.26$ со $СД=3.65$, испитаниците кои биле сведоци на лица кои изгубиле членови од семејството или пријатели за време на Ковид 19 чија смрт била ненадејна и неприродна $M=41.39$ и $СД=1.75$, испитаниците кои имаат „чуено од други“ за лица кои се соочиле со трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 ($M=33.42$ и $СД=7.18$), и испитаниците кои не се соочиле со смрта како трауматско искуство $M=34.12$ и $СД=7.86$ се разликуваат значајно по однос на депресивноста. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.

- b. Висината на F и степените на слобода $F=50.325$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) се разликуваат значајно во однос на факторот анксиозност а во зависност од трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека испитаниците кои лично се соочиле со трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 ($M=33.09$ со $СД=2.76$), испитаниците кои биле сведоци на лица кои доживеале неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 ($M=32.48$ и $СД=2.81$), испитаниците кои имаат „чуено од други“ за лица кои се соочиле со трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 ($M=28.80$ и $СД=2.01$), како што се воочува и кај испитаниците кај кои не се соочиле со смрта како трауматско искуство ($M=37.11$ и $СД=7.53$), се разликуваат значајно по однос на анксиозноста. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.
- c. Висината на F и степените на слобода $F=73.388$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори,

медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) се разликуваат значајно во однос на факторот вознемиреност на оската ДАС а во зависност од степенот на доживување на трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека лица кои лично се соочиле трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 ($M=44.48$ и $СД=1.27$), испитаниците кои биле сведоци на лица кои доживеале неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 ($M=34.06$ и $СД=1.79$), испитаниците кои имаат „чуено од други“ за лица кои се соочиле со трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 ($M=42.03$ и $СД=3.85$), и испитаниците кои не се соочиле со неприродната смрта на близок како трауматско искуство ($M=37.77$ и $СД=5.74$) се разликуваат значајно по однос на вознемиреност на оската ДАС. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.

Во рамките на диференцијалната анализа беше поставено прашањето за постоење на статистички значајни разлики помеѓу вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози), вклучени во истражувањето, во однос на факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС, а во зависност од начинот на доживување на трауматското искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19. За таа цел се пристапи кон процесот на спроведување на анализа на варијанса. Резултатите од спроведената анализа се прикажани како на дескриптивно така и на ниво на утврдување на постоечки можни разлики во однос на факторот вклучен во анализата.

Табела 78. Дескриптивна статистика за факторите депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од начинот на доживување на трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата (Извор: автор на студијата)

Dependent Variable	(I) Губење на членови на семејството или пријатели	(J) Губење на членови на семејството или пријатели	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Депресивност	лично искуство	Сведок	-11.1266*	1.48037	.000	-15.289	-6.9644
		Чуено од други	-3.16337	1.44830	.192	-7.2355	.9087
		Не	-3.95342	1.44969	.061	-8.0294	.1226
	Сведок	лично искуство	11.12663*	1.48037	.000	6.9644	15.2889
		Чуено од други	7.96326*	.94064	.000	5.3185	10.6080
		Не	7.17321*	.94278	.000	4.5224	9.8240
	Чуено од други	лично искуство	3.16337	1.44830	.192	-.9087	7.2355
		Сведок	-7.96326*	.94064	.000	-10.608	-5.3185
		Не	-.79004	.89159	.853	-3.2969	1.7168
	Не	лично искуство	3.95342	1.44969	.061	-.1226	8.0294
		Сведок	-7.17321*	.94278	.000	-9.8240	-4.5224
		Чуено од други	.79004	.89159	.853	-1.7168	3.2969
Анксиозност	лично искуство	Сведок	.61196	1.12436	.961	-2.5493	3.7733
		Чуено од други	4.28898*	1.10000	.002	1.1962	7.3818
		Не	-4.01508*	1.10106	.005	-7.1109	-.9193
	Сведок	лично искуство	-.61196	1.12436	.961	-3.7733	2.5493
		Чуено од други	3.67702*	.71443	.000	1.6683	5.6857
		Не	-4.62704*	.71606	.000	-6.6403	-2.6137
	Чуено од други	лично искуство	-4.28898*	1.10000	.002	-7.3818	-1.1962
		Сведок	-3.67702*	.71443	.000	-5.6857	-1.6683
		Не	-8.30406*	.67717	.000	-10.208	-6.4001
	Не	лично искуство	4.01508*	1.10106	.005	.9193	7.1109
		Сведок	4.62704*	.71606	.000	2.6137	6.6403
		Чуено од други	8.30406*	.67717	.000	6.4001	10.2080
Вознемиреност на оската ДАС	лично искуство	Сведок	10.41576*	.96626	.000	7.6990	13.1325
		Чуено од други	2.44796	.94533	.084	-.2100	5.1059
		Не	6.71295*	.94623	.000	4.0525	9.3734
	Сведок	лично искуство	-10.4157*	.96626	.000	-13.132	-7.6990
		Чуено од други	-7.96780*	.61397	.000	-9.6941	-6.2415
		Не	-3.70281*	.61537	.000	-5.4330	-1.9726
	Чуено од други	лично искуство	-2.44796	.94533	.084	-5.1059	.2100
		Сведок	7.96780*	.61397	.000	6.2415	9.6941
		Не	4.26500*	.58195	.000	2.6288	5.9012
	Не	лично искуство	-6.71295*	.94623	.000	-9.3734	-4.0525
		Сведок	3.70281*	.61537	.000	1.9726	5.4330
		Чуено од други	-4.26500*	.58195	.000	-5.9012	-2.6288

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Со оглед дека АНОВА потврди статистички значајни разлики во однос на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС беше спроведена дополнителна Post Hoc анализа. Анализата покажа дека разлики постојат во однос на депресивност, анксиозност и вонемиреност на оската ДАС а во зависност од начинот на доживување на трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 и тоа помеѓу определени одговори на испитаниците:

- a. Во однос на факторот депресивност евидентни статистички значајни разлики се воочуваат: помеѓу испитаниците кои трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 го доживеале посредно како сведоци и останатите испитаници од другите три категории кои лично изгубиле блиски лица преку неприродна смрт, лица кои чуле за губиток на лица на неприроден начин или воопшто не биле засегнати од посоченото трауматско искуство, каде овие вторите пројавуваат помалце изразен степен на депресивност. Пост хок анализата евидентира постоење на статистички значајни разлики помеѓу испитаници кои лично доживеале губиток на близок член или пријател на неприрореден начин за време на пандемијата статистички значајно се разликуваат само со испитаниците кои се сведоци на трауматското искуство, со оглед дека овие вторите манифестираат по исразена депресивност. Останатите разлики не се статистички значајни.
- ј. Диференцијалната анализа покажа постоење на разлики и во однос на факторот „анксиозност“. Имено, Пост хок анализата евидентира статистички значајни разлики на скалата анксиозност помеѓу испитаниците кои лично доживеале губиток на близок член или пријател на неприрореден начин за време на пандемијата статистички значајно се разликуваат по однос на анксиозноста во однос на лицата кои чуле дека трети лица се соочиле со трауматското искуство како и со лица кои воопшто не биле засегнати од трауматичното искуство каде овие последните пројавуваат поизразен степен на анксиозност. Останатите разлики не се статистички значајни.

k. Диференцијалната анализа покажа постоење на разлики и во однос на факторот „вознемиреност на оската ДАС“. Имено, евидентни статистички значајни разлики на скалата вознемиреност се евидентирани, од една страна помеѓу испитаниците кои воопшто небиле засегнати од трауматското искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19, од друга страна, и лица кои лично ненадејно изгубиле блиски или пријатели или пак чуле за лица кои изгубиле блиски или пријатели за време на пандемијата каде овие првите пројавуваат повисок степен на вознемиреност на оската Дас за разлика од вторите. Пост хок анализата истоатака евидентира дека лица кои биле сведоци на лица кои изгубиле ненадејно со неприродна смрт на блиски или пријатели и лица кои чуле за лица кои изгубиле блиски или пријатели за време на пандемијата значајно се разликуваат по однос на вознемиреноста на оската ДАС. Останатите разлики не се статистички значајни.

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот депресија во зависнот од степенот на засегнатост со трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 кај вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека испитаниците кои лично се соочиле со губиток или чуле за неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 имаат најниска стапка на симптоми на депресивност додека највисока се забележува кај лица кои биле сведоци на губиток на блиски лица кои починале на неприроден начин.

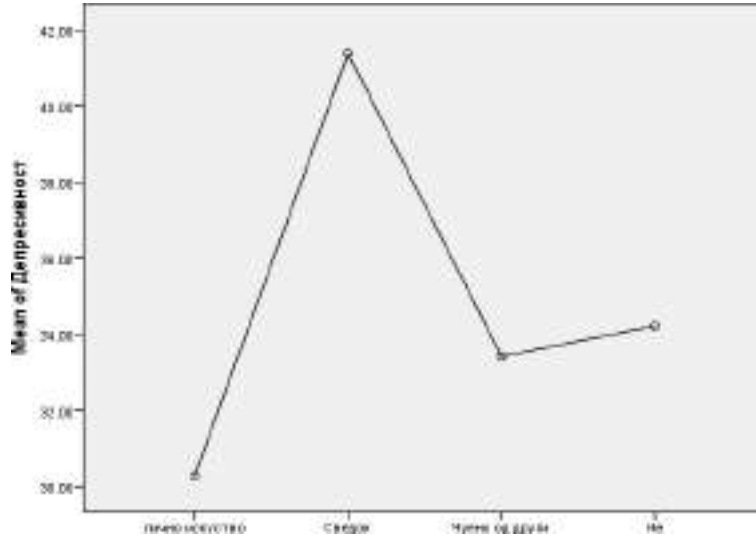


График 28. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот депресивност во зависот начинот и степенот на доживување на трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата докторите, медицинскиот технички персонал и немедицинскиот персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во продолжение следи графичкиот приказ за трендот на движење на анксиозноста кај испитаниците вклучени во истражувањето.

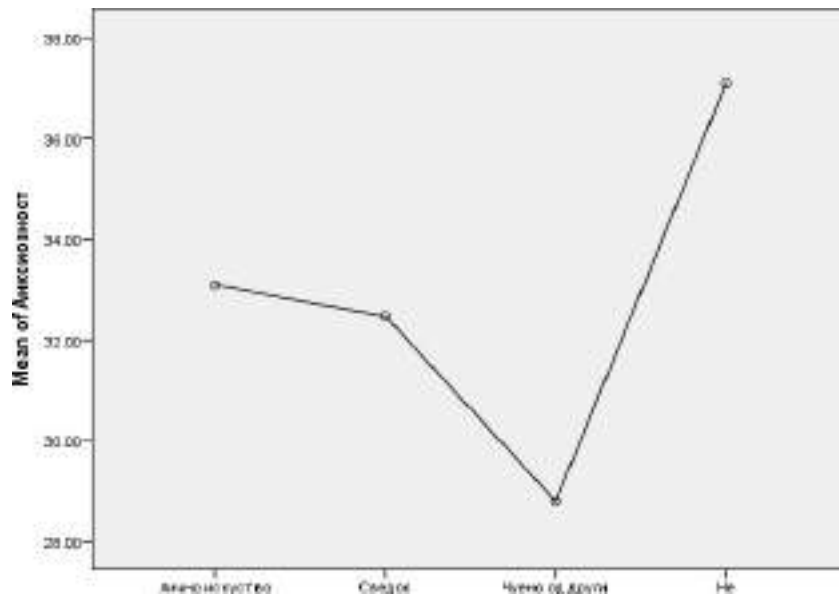


График 29. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот анксиозност во зависот начинот и степенот на доживување на трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата кај докторите, медицинскиот технички персонал и немедицинскиот персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот анксиозност во зависнот од начинот и степенот на доживеанато трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 кај вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека испитаниците кои биле лично или посредно биле засегнати со трауматското искуство (биле сведоци дека втори или трети лица ја имаат доживеано како трауматско искуство) имаат испод просечна вредност на скалата анксиозност додека највисока се воочува кај испитаниците кои не биле или не се соочиле со трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19.

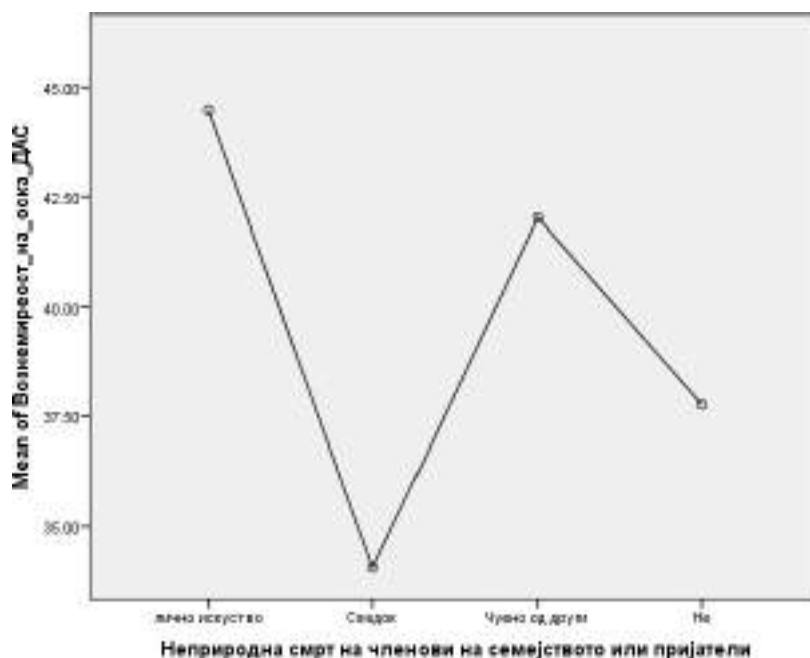


График 30. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот вознемиреност на оската ДАС во зависнот од начинот и степенот на доживување на трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 кај докторите, медицинскиот технички персонал и немедицинскиот персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во графичкиот приказ 30 кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот вознемиреност на оската Дас, во зависнот од начинот и степенот на доживеаната трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на

пандемијата со Ковид 19 кај вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека испитаниците кои лично го имаат доживеано како трауматско искуство и испитаниците кои посредно се соочиле со трауматското искуство на губење на блиски или пријатели во текот на Ковид 19 во споредба со испитаниците кои биле сведоци или пак воопшто не се соочиле со трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 имаат изнад просечна вредност на скалата вознемиреност на оската ДАС.

3.3.3.7. Психичко насилство како трауматско искуство

Во рамките на **помошната хипотеза X7** беше поставена претпоставката дека „доживување на психичко насилство“ за време на пандемијата, како трауматско искуство, со кое се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал (психолози и др), статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот и немедицинскиот персонал кој се соочил лично или посредно со психичко насилство за време на Ковид пандемијата манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската ДАС, депресивност и анксиозност за разлика од персоналот кој не се соочил со психичко насилство како трауматско искуство за време на пандемија.

Пред да поминеме на статистичка диференцијална анализа, преку која ќе се тестираат разликите, беше спроведена дополнителна статистичка анализа за да се види степенот на асоциативност помеѓу факторите вклучени во хипотезите.

Табела 79. Тест за асоциативност помеѓу трауматско искуство психичко насилство како и факторите на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС (Извор: авторот на студијата)

	R	R Squared	Eta	Eta Squared
Психичко насилство * Депресивност	.709	.502	.872	.761
Психичко насилство * Анксиозност	.044	.002	.544	.295
Психичко насилство * Вознемиреност на оската ДАС	-.464	.216	.634	.403

Врз основа на Eta коефициентот на асоцијација би заклучиле дека големината на ефектот за трауматското искуство е многу голем (0.761) врз степенот на изразената депресивност, врз степенот на изразеноста на анксиозност (0.295) како и за степенот на изразената вознемиреност на оската ДАС (0.403). Овие резултати се совпаѓаат со р- вредностите прикажани на оутпутот од табелата ANOVA. Р-вредноста за депресивноста (<0.00) е многу поголема од р-вредноста за анксиозноста (<0.000) и вознемиреноста (<0.00), што покажува дека личното или посредно соочување со психичкото насилство кое се врежало како трауматско искуство е многу позначајно за предвидување на анксиозност, вознемиреност на оската ДАС и депресивноста.

Од спроведената статистичка анализата за степенот на асоциативноста помеѓу личното или посредно соочување со психичкото насилство кое се врежало како трауматско искуство и трите истражувачки вариабли врз основа на Eta квадратот следат корисни заклучоци:

- a. иако трауматското доживеано искуство за депресивноста е статистички значаен ($p = 0.000$), големината на ефектот поврзана со него е висок.
- b. иако трауматското доживеано искуство за анксиозноста е статистички значаен ($p = 0.000$), големината на ефектот поврзана со него е всушност прилично низок.
- c. иако трауматското доживеано искуство за вознемиреноста на оската ДАС е статистички значаен ($p = 0.000$), големината на ефектот поврзана со него е всушност просечен.

Во продолжение ќе следи приказ на резултатите од спроведената диференцијална анализа преку АНОВА.

Табела 80. Тест Scheffe за утврдување на хомогеност во зависност од депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС

Губење на близок член или пријател за време на пандемија	N	Депресивност			Анксиозност			Вознемиреност на оската ДАС		
		Subset for alpha = 0.05			Subset for alpha = 0.05			Subset for alpha = 0.05		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
Сведок	105	28.828			31.0286				42.6000	
лично искуство	5	31.800				42.6000		34.8000		
Чуено од други	16	33.7500				42.5000		36.632		
Не	174		39.9023		32.7299			36.632		
Sig.		.075	1.000		.851	1.000		.704	1.000	

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 14.00.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Табела 81. Тестот на Левин за утврдување на хомогеност на варијанса помеѓу групите

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Депресивност	21.744	3	296	.000
Анксиозност	16.281	3	296	.000
Вознемиреност на оската ДАС	2.020	3	296	.111

Во Табела 81 се прикажани статистики кои се предуслов за продолжување со диференцијална анализа помеѓу испитаниците зависно од личното или посредно соочување со психичкото насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство. Висината на вредноста на тестот на Левин за факторот депресивност 21.744 и $p < 0.01$, за факторот анксиозност 16.281; $p < 0.01$, и за факторот вознемиреност на оската Дас 2.020; $p < 0.01$ кај испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал постои нехомогеност по однос на прашањето за разликите по факторите. Преку висината на вредноста на тестот на Левин за два фактора депресивност и анксиозност констатираме дека варијансите за факторите кај испитаниците не се хомогени додека единствената варијанса по однос на која постои хомогеност се забележува кај факторот вознемиреност на оската ДАС..

Табела 82. Дескриптивна статистика за факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од личното или посредно соочување со психичкото насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство (Извор: автор на студиата)

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max	
					Lower Bound	Upper Bound			
Депресивност	лично искуство	5	31.8000	10.23230	4.57602	19.0949	44.5051	25.00	48.00
	Сведок	105	28.8286	3.17883	.31022	28.2134	29.4438	23.00	38.00
	Чуено од други	16	33.7500	12.11886	3.02971	27.2923	40.2077	23.00	59.00
	Не	174	39.9023	4.65289	.35273	39.2061	40.5985	25.00	58.00
	Total	300	35.5633	7.21847	.41676	34.7432	36.3835	23.00	59.00
Анксиозност	лично искуство	5	42.6000	9.68504	4.33128	30.5744	54.6256	34.00	57.00
	Сведок	105	31.0286	3.46537	.33819	30.3579	31.6992	26.00	42.00
	Чуено од други	16	42.5000	10.60189	2.65047	36.8507	48.1493	35.00	65.00
	Не	174	32.7299	5.08216	.38528	31.9694	33.4903	23.00	60.00
	Total	300	32.8200	5.81035	.33546	32.1598	33.4802	23.00	65.00
Вознемиреност на оската ДАС	лично искуство	5	34.8000	2.16795	.96954	32.1081	37.4919	33.00	38.00
	Сведок	105	42.6000	4.15701	.40568	41.7955	43.4045	30.00	52.00
	Чуено од други	16	36.8125	3.35099	.83775	35.0269	38.5981	33.00	45.00
	Не	174	36.6322	4.89807	.37132	35.8993	37.3651	21.00	50.00
	Total	300	38.7000	5.36588	.30980	38.0903	39.3097	21.00	52.00

Во Табела 82 се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика за факторот депресија, зависно од личното или посредно соочување со психичкото насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал. За факторот депресија, просечната вредност за мострата изнесува $M=35.56$ со $СД=7.21$ додека трендот на движење во зависност од трауматско искуство доживеано во форма на психичкото насилство за време на пандемијата со Ковид 19 се движи помеѓу $M=28.83$ до $M=39.90$. Кај испитаниците кои лично се соочиле трауматско искуство доживеано во форма на психичкото насилство за време на пандемијата со Ковид 19 се забележува изнад просечна вредност на групата $M=31.80$ со $СД=10.23$, за испитаниците кои биле сведоци на лица кои доживеале психичко насилство за време на пандемијата со Ковид 19 вредноста е над просекот на групата $M=28.83$ и $СД=3.18$, за испитаниците кои имаат „слушнато од други“ за лица кои се соочиле со трауматско искуство доживеано во форма на психичкото

насилство за време на пандемијата со Ковид 19 е испод просекот $M=33.75$ и $СД=12.12$, како што се воочува и кај испитаниците кај кои не се соочиле со психичкото насилство како трауматско искуство $M=39.90$ и $СД=4.65$. Највисока просечна вредност се воочува кај лицата кои не доживеале психичко насилство $M=39.90$ и $СД=4.65$.

Во однос на факторот „анксиозност“, преку табеларен приказ се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика, зависно од личното или посредно соочување со психичкото насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал. За факторот анксиозност, просечната вредност за мострата изнесува $M=35.56$ со $СД=7.21$ додека трендот на движење во зависност од трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 се движи помеѓу $M=31.03$ до $M=42.60$. Кај испитаниците кои лично се соочиле со трауматско искуство доживеано во форма на психичкото насилство за време на пандемијата со Ковид 19 се забележува изнад просечна вредност на групата $M=42.60$ со $СД=9.62$, за испитаниците кои биле сведоци на лица кои доживеале психичко насилство за време на пандемијата со Ковид 19 вредноста е над просекот на групата $M=31.03$ и $СД=3.47$, за испитаниците кои имаат „слушнато од други“ за лица кои се соочиле со трауматско искуство доживеано во форма на психичкото насилство за време на пандемијата со Ковид 19 е испод просекот $M=42.50$ и $СД=10.60$, како што се воочува и кај испитаниците кај кои не се соочиле со психичкото насилство како трауматско искуство $M=32.73$ и $СД=5.08$. Највисока просечна вредност се воочува кај лицата кои лично биле жртви на психичко насилство и кое се доживеало како трауматското искуство $M=42.60$ со $СД=9.62$.

Во однос на факторот „вознемиреност на оската ДАС“, преку табеларен приказ се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика, зависно од личното или посредно соочување со психичкото насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал. За факторот вознемиреност на оската ДАС, просечната вредност за мострата изнесува $M=35.56$ со $СД=7.21$ додека трендот на движење во зависност од трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 се движи помеѓу $M=34.80$ до $M=42.60$. Кај

испитаниците кои лично се соочиле трауматско искуство доживеано во форма на психичкото насилство за време на пандемијата со Ковид 19 се забележува испод просечна вредност на групата $M=38.70$ со $СД=2.17$, за испитаниците кои биле сведоци на лица кои доживеале психичко насилство за време на пандемијата со Ковид 19 вредноста е над просекот на групата $M=42.60$ и $СД=4.16$, за испитаниците кои имаат „слушнато од други“ за лица кои се соочиле со трауматско искуство доживеано во форма на психичкото насилство за време на пандемијата со Ковид 19 е испод просекот $M=36.81$ и $СД=3.51$, како што се воочува и кај испитаниците кај кои не се соочиле со психичкото насилство како трауматско искуство $M=36.63$ и $СД=4.89$. Највисока просечна вредност се воочува кај лицата кои лично изгубиле ненадејно со неприродна смрт близок или пријател $M=42.60$ и $СД=4.16$.

Табела 83. АНОВА за степенот на асоциативност по однос на фактор депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС и личното или посредно соочување со психичкото насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство (Извор: автор на студијата)

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Психичко насилство * Депресивност	Between Groups	(Combined)	218.607	31	7.052	27.473	.000
		Linearity	144.372	1	144.372	562.461	.000
		Deviation from Linearity	74.234	30	2.474	9.640	.000
	Within Groups		68.790	268	.257		
	Total		287.397	299			
Психичко насилство * Анксиозност	Between Groups	(Combined)	84.915	28	3.033	4.059	.000
		Linearity	.552	1	.552	.738	.391
		Deviation from Linearity	84.363	27	3.125	4.182	.000
	Within Groups		202.482	271	.747		
	Total		287.397	299			
Психичко насилство * Вознемиреост на оската ДАС	Between Groups	(Combined)	115.692	23	5.030	8.085	.000
		Linearity	61.951	1	61.951	99.581	.000
		Deviation from Linearity	53.740	22	2.443	3.926	.000
	Within Groups		171.705	276	.622		
	Total		287.397	299			

За да се види дали депресивноста, анксиозноста и вознемиреноста на оската ДАС во зависност од личното или посредно соочување со психичкото насилство за време на

пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство, на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози), се разликуваат значајно, или разликите може да ги поистоветиме како незначајни, е спроведена диференцијална анализа додека резултатите од анализата се прикажани во Табела 84.

Табела 84. АНОВА за разлики по однос на фактор депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од личното или посредно соочување со психичкото насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство (Извор: автор на студијата)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Депресивност	Between Groups	8161.743	3	2720.581	108.558	.000
	Within Groups	7418.053	296	25.061		
	Total	15579.797	299			
Анксиозност	Between Groups	2315.861	3	771.954	29.376	.000
	Within Groups	7778.419	296	26.278		
	Total	10094.280	299			
Вознемиреност на оската ДАС	Between Groups	2474.103	3	824.701	39.791	.000
	Within Groups	6134.897	296	20.726		
	Total	8609.000	299			

Во Табела 84 се прикажани резултати од спроведената анализа на варијанса за утврдување на разлики помеѓу вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) во однос на факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС а во зависност личното или посредно соочување со психичкото насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство.

- a. Висината на F и степените на слобода $F=108.558$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) се разликуваат значајно во однос на факторот депресивност а во зависност од степенот на доживување на трауматското искуство преку интериоризирање на искуството стекнато при доживување на психичко насилство за време на пандемијата со Ковид 19. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше

дека испитаниците кои лично се соочиле трауматско искуство доживеано во форма на психичкото насилство за време на пандемијата со Ковид 19 кај кои се забележува изнад просечна вредност на групата $M=31.80$ со $СД=10.23$, испитаниците кои биле сведоци на лица кои доживеале психичко насилство за време на пандемијата со Ковид 19 ($M=28.83$ и $СД=3.18$), испитаниците кои имаат „слушнато од други“ за лица кои се соочиле со трауматско искуство доживеано во форма на психичкото насилство за време на пандемијата со Ковид 19 ($M=33.75$ и $СД=12.12$), и испитаниците кои не се соочиле со психичкото насилство како трауматско искуство ($M=39.90$ и $СД=4.65$) се разликуваат значајно по однос на депресивноста. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.

- б. Висината на F и степените на слобода $F=29.376$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) се разликуваат значајно во однос на факторот анксиозност а во зависност од личното или посредно соочување со психичкото насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека испитаниците кои лично се соочиле трауматско искуство доживеано во форма на психичкото насилство за време на пандемијата со Ковид 19 ($M=42.60$ со $СД=9.62$), испитаниците кои биле сведоци на лица кои доживеале психичко насилство за време на пандемијата со Ковид 19 ($M=31.03$ и $СД=3.47$), испитаниците кои имаат „слушнато од други“ за лица кои се соочиле со трауматско искуство доживеано во форма на психичкото насилство за време на пандемијата со Ковид 19 ($M=42.50$ и $СД=10.60$), и испитаниците кои не се соочиле со психичкото насилство како трауматско искуство ($M=32.73$ и $СД=5.08$), се разликуваат значајно по однос на анксиозноста. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.

- с. Висината на F и степените на слобода $F=39.791$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) се разликуваат значајно во однос на факторот вознемиреност на оската ДАС а во зависност од степенот на доживување на личното или посредно соочување со психичкото насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека испитаниците кои лично се соочиле трауматско искуство доживеано во форма на психичкото насилство за време на пандемијата со Ковид 19 ($M=38.70$ со $СД=2.17$), за испитаниците кои биле сведоци на лица кои доживеале психичко насилство за време на пандемијата со Ковид 19 ($M=42.60$ и $СД=4.16$), испитаниците кои имаат „слушнато од други“ за лица кои се соочиле со трауматско искуство доживеано во форма на психичкото насилство за време на пандемијата со Ковид 19 ($M=36.81$ и $СД=3.51$), како што се воочува и кај испитаниците кај кои не се соочиле со психичкото насилство како трауматско искуство $M=36.63$ и $СД=4.89$ се разликуваат значајно по однос на вознемиреност на оската ДАС. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.

Во рамките на диференцијалната анализа беше поставено прашањето за постоење на статистички значајни разлики помеѓу вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози), вклучени во истражувањето, во однос на факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС, а во зависност од начинот на доживување на личното или посредно соочување со психичкото насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство. За таа цел се пристапи кон процесот на спроведување на анализа на варијанса. Резултатите од спроведената анализа се прикажани како на дескриптивно така и на ниво на утврдување на постоечки можни разлики во однос на факторот вклучен во анализата.

Табела 89. Дескриптивна статистика за факторите депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од начинот на доживување на личното или посредно соочување со психичкото насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство (Извор: автор на студиата)

Dependent Variable	(I) Губење на членови на семејството или пријатели	(J) Губење на членови на семејството или пријатели	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Депресивност	лично искуство	Сведок	2.97143	2.29148	.641	-3.4714	9.4142
		Чуено од други	-1.95000	2.56486	.901	-9.1615	5.2615
		Не	-8.10230*	2.27073	.006	-14.486	-1.7178
	Сведок	лично искуство	-2.97143	2.29148	.641	-9.4142	3.4714
		Чуено од други	-4.92143*	1.34350	.004	-8.6989	-1.1440
		Не	-11.0737*	.61863	.000	-12.813	-9.3344
	Чуено од други	лично искуство	1.95000	2.56486	.901	-5.2615	9.1615
		Сведок	4.92143*	1.34350	.004	1.1440	8.6989
		Не	-6.15230*	1.30780	.000	-9.8294	-2.4752
	Не	лично искуство	8.10230*	2.27073	.006	1.7178	14.4868
		Сведок	11.07373*	.61863	.000	9.3344	12.8131
		Чуено од други	6.15230*	1.30780	.000	2.4752	9.8294
Анксиозност	лично искуство	Сведок	11.57143*	2.34648	.000	4.9740	18.1689
		Чуено од други	.10000	2.62642	1.000	-7.2846	7.4846
		Не	9.87011*	2.32523	.001	3.3324	16.4078
	Сведок	лично искуство	-11.5714*	2.34648	.000	-18.168	-4.9740
		Чуено од други	-11.4714*	1.37574	.000	-15.339	-7.6033
		Не	-1.70131	.63348	.068	-3.4824	.0798
	Чуено од други	лично искуство	-.10000	2.62642	1.000	-7.4846	7.2846
		Сведок	11.47143*	1.37574	.000	7.6033	15.3395
		Не	9.77011*	1.33919	.000	6.0048	13.5354
	Не	лично искуство	-9.87011*	2.32523	.001	-16.407	-3.3324
		Сведок	1.70131	.63348	.068	-.0798	3.4824
		Чуено од други	-9.77011*	1.33919	.000	-13.535	-6.0048
Вознемиреност на оската ДАС	лично искуство	Сведок	-7.80000*	2.08389	.003	-13.659	-1.9409
		Чуено од други	-2.01250	2.33250	.863	-8.5707	4.5457
		Не	-1.83218	2.06502	.852	-7.6383	3.9739
	Сведок	лично искуство	7.80000*	2.08389	.003	1.9409	13.6591
		Чуено од други	5.78750*	1.22179	.000	2.3523	9.2227
		Не	5.96782*	.56259	.000	4.3860	7.5496
	Чуено од други	лично искуство	2.01250	2.33250	.863	-4.5457	8.5707
		Сведок	-5.78750*	1.22179	.000	-9.2227	-2.3523
		Не	.18032	1.18932	.999	-3.1636	3.5243
	Не	лично искуство	1.83218	2.06502	.852	-3.9739	7.6383
		Сведок	-5.96782*	.56259	.000	-7.5496	-4.3860
		Чуено од други	-.18032	1.18932	.999	-3.5243	3.1636

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Со оглед дека АНОВА потврди статистички значајни разлики во однос на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС беше спроведена дополнителна Post Hoc анализа. Анализата покажа дека разлики постојат во однос на депресивност, анксиозност и вонемиреност на оската ДАС а во зависност од начинот на доживување на личното или посредно соочување со психичкото насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство и тоа помеѓу определени одговори на испитаниците:

- a. Во однос на факторот депресивност евидентни статистички значајни разлики се воочуваат: помеѓу испитаниците, , од една страна, кои не биле засегнати од трауматското искуство психичко насилство, и од друга страна испитаници кои лично или посредно (биле сведоци или пак чуле за психичко насилство) се соочиле со психичкото насилство за време на пандемија со Ковид 19, каде овие вторите пројавуваат помалку изразен степен на депресивност. Пост хок анализата евидентира постоење на статистички значајни разлики помеѓу испитаници кои биле сведоци на психичко насилство за време на пандемијата статистички значајно се разликуваат само со испитаниците кои слушнале за трауматското насилство, со оглед дека овие вторите манифестираат по изразена депресивност. Останатите разлики не се статистички значајни.
- b. Диференцијалната анализа покажа постоење на разлики и во однос на факторот „анксиозност“. Имено, Пост хок анализата евидентира статистички значајни разлики на скалата анксиозност помеѓу испитаниците кои лично доживеале психичко насилство или лица кои чуле дека трети лица се соочиле со трауматското искуство за време на пандемијата статистички значајно се разликуваат по однос на анксиозноста споредено со лица кои воопшто не биле засегнати од трауматичното искуство или биле само сведоци на психичко насилство каде овие првите пројавуваат поизразен степен на анксиозност. Останатите разлики не се статистички значајни.
- c. Диференцијалната анализа покажа постоење на разлики и во однос на факторот „вознемиреност на оската ДАС“. Имено, евидентни статистички

значајни разлики на скалата вознемиреност се евидентирани, од една страна помеѓу испитаниците кои воопшто небиле засегнати од трауматското искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19, од друга страна, и лица кои лично ненадејно изгубиле блиски или пријатели или пак чуле за лица кои изгубиле блиски или пријатели за време на пандемијата каде овие првите пројавуваат повисок степен на вознемиреност на оската Дас за разлика од вторите. Останатите разлики не се статистички значајни.

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот депресија во зависност од степенот на засегнатост со трауматско искуство личното или посредно соочување со психичкото насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство кај вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека испитаниците кои за време на пандемија не биле жртви на психичко насилство покажуваат поизразена депресивност додека најниска кај лица кои биле сведоци на психичко насилство.

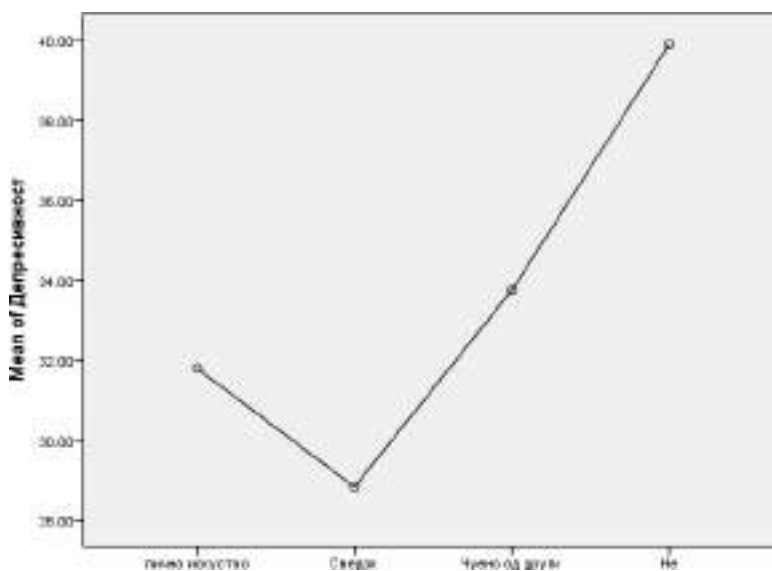


График 31. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот депресивност во зависност личното или посредно соочување со психичкото насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство докторите, медицинскиот технички персонал и немедицинскиот персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во продолжение следи графичкиот приказ за трендот на движење на анксиозноста кај испитаниците вклучени во истражувањето.

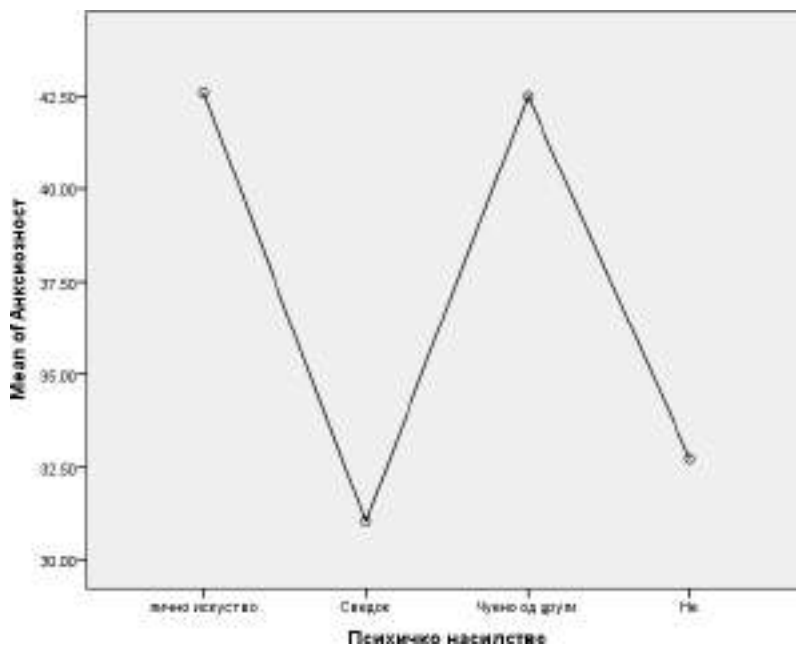


График 32. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот анксиозност во зависно личното или посредно соочување со психичкото насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство кај докторите, медицинскиот технички персонал и немедицинскиот персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот анксиозност во зависно од начинот и степенот на доживеаното трауматско искуство личното или посредно соочување со психичкото насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство кај вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека испитаниците кои лично го имаат доживеано трауматското искуство и испитаниците кои посредно се соочиле со трауматското искуство на психичко насилство во текот на Ковид 19 пандемија во споредба со испитаниците кои биле сведоци или пак воопшто не се соочиле со трауматско искуство личното или посредно соочување со психичкото насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство имаат изнад просечна вредност на скалата анксиозност.

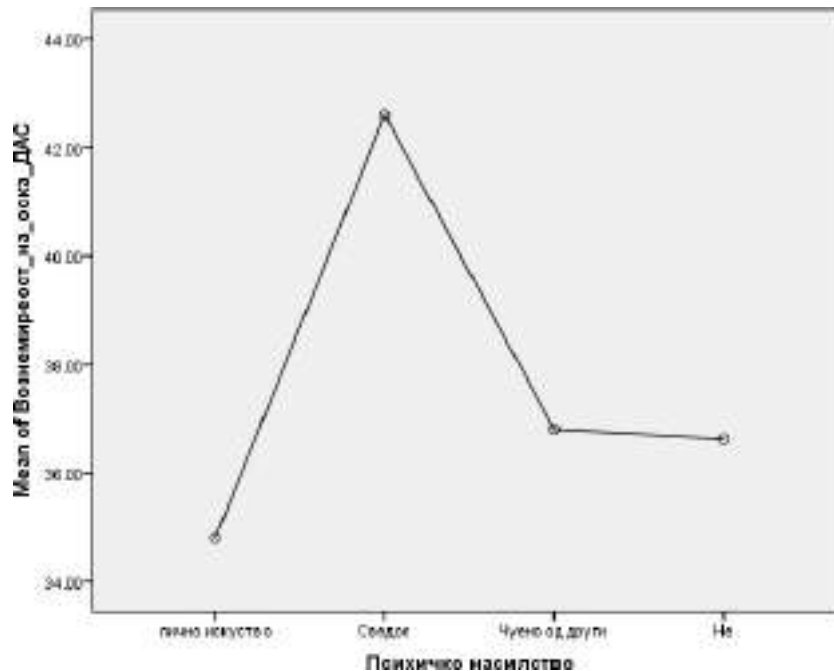


График 33. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот вознемиреност на оската ДАС во зависност од личното или посредно соочување со психичкото насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство кај докторите, медицинскиот технички персонал и немедицинскиот персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот вознемиреност на оската Дас, во зависност од личното или посредно соочување со психичкото насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство кај вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот на анксиозноста го потврдува она што е констатирано преку статистички показатели покажува дека лицата кои биле посредно биле засегнати со трауматското искуство (биле сведоци дека втори или трети лица ја имаат доживеано како трауматско искуство) имаат изнад просечна вредност на скалата вознемиреност на оската ДАС додека најниска се воочува кај испитаниците кои не биле или не се соочиле со трауматско искуство личното или лично доживеале психичко насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство.

3.3.3.8. Доживување на пандемија како состојба на војна

Во рамките на **помошната хипотеза X8** беше поставена претпоставката дека трауматското искуство „доживување на пандемијата како состојба на војна“ за време на пандемијата, со кое се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал (психолози и др), статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС. Медицинскиот и немедицинскиот персонал кој пандемијата ја доживеал како состојба на војна манифестираат повисок степен на вознемиреност на оската ДАС, депресивност и анксиозност за разлика од персоналот кој не кој пандемијата ја доживеал како состојба на војна.

Пред да поминеме на статистичка диференцијална анализа, преку која ќе се тестираат разликите, беше спроведена дополнителна статистичка анализа за да се види степенот на асоциативност помеѓу факторите вклучени во хипотезите.

Табела 90. Тест за асоциативност помеѓу доживување на пандемијата како состојба на војна како и факторите на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС (Извор: авторот на студијата)

	R	R Squared	Eta	Eta Squared
Состојба на војна * Депресивност	-.349	.122	.613	.375
Состојба на војна * Анксиозност	-.012	.000	.506	.256
Состојба на војна * Вознемиреност на оската ДАС	.205	.042	.502	.252

Врз основа на Ета коефициентот на асоцијација би заклучиле дека големината на ефектот за трауматското искуство е многу голем (0.375) врз степенот на изразената депресивност, врз степенот на изразеноста на анксиозност (0.256) како и за степенот на изразената вознемиреност на оската ДАС (0.252). Овие резултати се совпаѓаат со р- вредностите прикажани на оутпутот од табелата ANOVA. Р-вредноста за депресивноста (<0.00) е многу поголема од р-вредноста за анксиозноста (<0.000) и вознемиреноста (<0.00), што покажува дека личното или посредно доживување на пандемијата како состојба на

војна како трауматско искуство е многу позначајно за предвидување на анксиозност, вознемиреност на оската ДАС и депресивноста.

Од спроведената статистичка анализата за степенот на асоциативноста помеѓу личното или посредно доживување на пандемијата како состојба на војна како трауматско искуство и трите истражувачки вариабли врз основа на Eta квадратот следат корисни заклучоци:

- a. иако трауматското доживеано искуство за депресивноста е статистички значаен ($p = 0.000$), големината на ефектот поврзана со него е висок.
- b. иако трауматското доживеано искуство за анксиозноста е статистички значаен ($p = 0.000$), големината на ефектот поврзана со него е всушност прилично низок.
- c. иако трауматското доживеано искуство за вознемиреноста на оската ДАС е статистички значаен ($p = 0.000$), големината на ефектот поврзана со него е всушност просечен.

Во продолжение ќе следи приказ на резултатите од спроведената диференцијална анализа преку АНОВА.

Табела 91. Тест Scheffe за утврдување на хомогеност во зависност од депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС

Губење на близок член или пријател за време на пандемија	N	Депресивност			Анксиозност			Вознемиреност на оската ДАС		
		Subset for alpha = 0.05			Subset for alpha = 0.05			Subset for alpha = 0.05		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
лично искуство	249		36.743		32.7510			38.245		
Сведок	13	29.615			33.0000			39.614		
Чуено од други	30	30.467	30.466		35.2308			40.867		
Не	8	27.6250			30.375			43.250		
Sig.		.687	.067		.122			.059		

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 16.77.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Табела 92. Тестот на Levin за утврдување на хомогеност на варианса помеѓу групите

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Депресивност	11.597	3	296	.000
Анксиозност	1.535	3	296	.206
Вознемиреност на оската ДАС	6.582	3	296	.000

Во Табела 92 се прикажани статистики кои се предуслов за продолжување со диференцијална анализа помеѓу испитаниците зависно од личното или посредно доживување на пандемијата како состојба на војна за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство. Висината на вредноста на тестот на Левин за факторот депресивност 11.597 и $p < 0.01$, за факторот анксиозност 1.535; $p > 0.01$, и за факторот вознемиреност на оската Дас 6.582; $p < 0.01$ кај испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал постои нехомогеност по однос на прашањето за разликите по факторите. Преку висината на вредноста на тестот на Левин за два фактора депресивност и анксиозност констатираме дека варијансите за факторите кај испитаниците не се хомогени додека единствената варијанса по однос на која постои хомогеност се забележува кај факторот анксиозност.

Табела 93. Дескриптивна статистика за факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од личното или посредно доживување на пандемијата како состојба на војна кое се врежало како трауматско искуство (Извор: автор на студијата)

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max	
					Lower Bound	Upper Bound			
Депресивност	лично искуство	249	36.7430	7.25613	.45984	35.8373	37.6487	23.00	59.00
	Сведок	13	29.6154	3.96943	1.10092	27.2167	32.0141	24.00	34.00
	Чуено од други	30	30.4667	2.64879	.48360	29.4776	31.4557	25.00	34.00
	Не	8	27.6250	2.38672	.84383	25.6297	29.6203	24.00	31.00
	Total	300	35.5633	7.21847	.41676	34.7432	36.3835	23.00	59.00
Анксиозност	лично искуство	249	32.7510	6.13706	.38892	31.9850	33.5170	25.00	65.00
	Сведок	13	35.2308	2.55453	.70850	33.6871	36.7745	32.00	39.00
	Чуено од други	30	33.0000	3.90402	.71277	31.5422	34.4578	29.00	40.00
	Не	8	30.3750	3.92565	1.38793	27.0931	33.6569	23.00	37.00
	Total	300	32.8200	5.81035	.33546	32.1598	33.4802	23.00	65.00

Вознемиреност на оска ДАС	лично искуство	249	38.2450	4.99276	.31640	37.6218	38.8682	31.00	50.00
	Сведок	13	39.6154	6.21206	1.72292	35.8615	43.3693	30.00	46.00
	Чуено од други	30	40.8667	5.22417	.95380	38.9159	42.8174	33.00	48.00
	Не	8	43.2500	10.71381	3.78790	34.2930	52.2070	21.00	52.00
	Total	300	38.7000	5.36588	.30980	38.0903	39.3097	21.00	52.00

Во Табела 93 се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика за факторот депресија, зависно од личното или посредно доживување на пандемијата како состојба на војна кое се врежало како трауматско искуство на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал. За факторот депресија, просечната вредност за мострата изнесува $M=35.56$ со $СД=7.21$ додека трендот на движење во зависност од доживување на пандемијата како состојба на војна се движи помеѓу $M=27.63$ до $M=36.74$. Кај испитаниците кои лично се соочиле доживување на пандемијата како состојба на војна се забележува изнад просечна вредност на групата $M=36.74$ со $СД=7.25$, за испитаниците кои биле сведоци на лица кои доживување на пандемијата како состојба на војна вредноста е над просекот на групата $M=29.62$ и $СД=3.96$, за испитаниците кои имаат „слушнато од други“ за лица кои се соочиле со доживување на пандемијата како состојба на војна е испод просекот $M=30.47$ и $СД=2.65$, како што се воочува и кај испитаниците кај кои не пандемијата не ја доживеале како состојба на војна $M=27.62$ и $СД=2.39$. Највисока просечна вредност се воочува кај лицата кои лично пандемијата ја доживеале како состојба на војна $M=36.74$ со $СД=7.25$.

Во однос на факторот „анксиозност“, преку табеларен приказ се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика, зависно од личното или посредно доживување на пандемијата како состојба на војна на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал. За факторот анксиозност, просечната вредност за мострата изнесува $M=35.56$ со $СД=7.21$ додека трендот на движење во зависност од трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 се движи помеѓу $M=30.37$ до $M=35.23$. Кај испитаниците кои лично пандемијата ја доживеале како состојба на војна се забележува испод просечна вредност на групата $M=32.75$ со $СД=6.13$, за испитаниците кои биле сведоци на лица кои пандемијата ја доживеале како состојба на војна вредноста е над просекот на групата $M=35.23$ и $СД=2.55$, за испитаниците кои имаат „слушнато од други“ за лица кои

пандемијата ја доживеале како состојба на војна е испод просекот $M=33.00$ и $СД=3.90$, како што се воочува и кај испитаниците кои пандемијата не ја доживеале како состојба на војна $M=30.38$ и $СД=3.92$. Највисока просечна вредност се воочува кај лицата кои биле сведоци на лица кои пандемијата ја доживеале како состојба на војна $M=35.23$ и $СД=2.55$.

Во однос на факторот „вознемиреност на оската ДАС“, преку табеларен приказ се прикажани резултати од спроведена дескриптивна статистика, зависно од доживување на пандемијата како состојба на војна на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, стручен медицински и стручен немедицински персонал. За факторот вознемиреност на оската ДАС, просечната вредност за мострата изнесува $M=35.56$ со $СД=7.21$ додека трендот на движење во зависност од доживување на пандемијата како состојба на војна се движи помеѓу $M=38.25$ до $M=43.25$. Кај испитаниците кои лично пандемијата ја доживеале како состојба на војна се забележува испод просечна вредност на групата $M=38.25$ со $СД=4.99$, за испитаниците кои биле сведоци на лица кои пандемијата ја доживеале како состојба на војна вредноста е над просекот на групата $M=39.62$ и $СД=6.21$, за испитаниците кои имаат „слушнато од други“ за лица кои пандемијата ја доживеале како состојба на војна е испод просекот $M=40.87$ и $СД=5.22$, како што се воочува и кај испитаниците кои пандемијата не ја доживеале како состојба на војна $M=43.25$ и $СД=10.71$. Највисока просечна вредност се воочува кај лицата кои пандемијата не ја доживеале како состојба на војна $M=43.25$ и $СД=10.71$.

За да се види дали депресивноста, анксиозноста и вознемиреноста на оската ДАС во зависност од личното или посредно пандемијата ја доживеале како состојба на војна, на испитаниците од медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози), се разликуваат значајно, или разликите може да ги поистоветиме како незначајни, е спроведена диференцијална анализа додека резултатите од анализата се прикажани во Табела 94.

Табела 94. АНОВА за степенот на асоциативност по однос на фактор депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС и личното или посредно пандемијата ја доживеале како состојба на војна (Извор: автор на студијата)

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Состојба на војна * Депресивност	Between Groups	(Combined)	65.186	31	2.103	5.196	.000
		Linearity	21.121	1	21.121	52.194	.000
		Deviation from Linearity	44.064	30	1.469	3.630	.000
	Within Groups		108.451	268	.405		
Total		173.637	299				
Состојба на војна * Анксиозност	Between Groups	(Combined)	44.529	28	1.590	3.338	.000
		Linearity	.027	1	.027	.057	.812
		Deviation from Linearity	44.502	27	1.648	3.460	.000
	Within Groups		129.107	271	.476		
Total		173.637	299				
Состојба на војна * Вознемиреност на оска ДАС	Between Groups	(Combined)	43.811	23	1.905	4.050	.000
		Linearity	7.324	1	7.324	15.570	.000
		Deviation from Linearity	36.487	22	1.659	3.526	.000
	Within Groups		129.825	276	.470		
Total		173.637	299				

Табела 95. АНОВА за разлики по однос на фактор депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од личното или посредно пандемијата ја доживеале како состојба на војна (Извор: автор на студијата)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Депресивност	Between Groups	2089.828	3	696.609	15.285	.000
	Within Groups	13489.969	296	45.574		
	Total	15579.797	299			
Анксиозност	Between Groups	125.535	3	41.845	1.242	.294
	Within Groups	9968.745	296	33.678		
	Total	10094.280	299			
Вознемиреност на оска ДАС	Between Groups	368.900	3	122.967	4.417	.005
	Within Groups	8240.100	296	27.838		
	Total	8609.000	299			

Во Табела 95 се прикажани резултати од спроведената анализа на варијанса за утврдување на разлики помеѓу вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински

стручен и немедицински стручен персонал (психолози) во однос на факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС а во зависност личното или посредно пандемијата ја доживеале како состојба на војна.

- a. Висината на F и степените на слобода $F=15.285$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) се разликуваат значајно во однос на факторот депресивност а во зависност од степенот на доживување на трауматското искуство преку интериоризирање на пандемијата како доживување на состојба на војна. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека испитаниците кои лично пандемијата ја доживеале како состојба на војна $M=32.75$ со $СД=6.13$, испитаниците кои биле сведоци на лица кои пандемијата ја доживеале како состојба на војна $M=35.23$ и $СД=2.55$, испитаниците кои имаат „слушнато од други“ за лица кои пандемијата ја доживеале како состојба на војна $M=33.00$ и $СД=3.90$, и испитаниците кои пандемијата не ја доживеале како состојба на војна $M=30.38$ и $СД=3.92$ се разликуваат значајно по однос на депресивноста. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.
- b. Висината на F и степените на слобода $F=1.242$; $p>0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) не се разликуваат значајно во однос на факторот анксиозност а во зависност од личното или посредно пандемијата ја доживеале како состојба на војна. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа нултатата хипотеза која тврди не постоење на меѓу групни разлики.
- c. Висината на F и степените на слобода $F=4.417$; $p<0.01$ сугерираат на статистички заклучок дека вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози) се разликуваат значајно во однос на факторот вознемиреност на оската ДАС а во

зависност од степенот на доживување на личното или посредно пандемијата ја доживеале како состојба на војна. Во рамките на методолошката рамка се очекуваше дека испитаниците кои лично пандемијата ја доживеале како состојба на војна $M=38.25$ со $СД=4.99$, испитаниците кои биле сведоци на лица кои пандемијата ја доживеале како состојба на војна вредноста е над просекот на групата $M=39.62$ и $СД=6.21$, испитаниците кои имаат „слушнато од други“ за лица кои пандемијата ја доживеале како состојба на војна $M=40.87$ и $СД=5.22$, и испитаниците кои пандемијата не ја доживеале како состојба на војна $M=43.25$ и $СД=10.71$ се разликуваат значајно по однос на вознемиреност на оската ДАС. Значајно F покажа дека се прифаќа претпоставката за постоење на статистички значајни разлики и се прифаќа алтернативната хипотеза која тврди постоење на меѓу групни разлики.

Во рамките на диференцијалната анализа беше поставено прашањето за постоење на статистички значајни разлики помеѓу вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози), вклучени во истражувањето, во однос на факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС, а во зависност од начинот на доживување на личното или посредно пандемијата ја доживеале како состојба на војна. За таа цел се пристапи кон процесот на спроведување на анализа на варијанса. Резултатите од спроведената анализа се прикажани како на дескриптивно така и на ниво на утврдување на постоечки можни разлики во односна факторот вклучен во анализата.

Табела 96. Дескриптивна статистика за факторите депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од начинот на доживување на личното или посредно пандемијата ја доживеале како состојба на војна (Извор: автор на студијата)

Dependent Variable	(I) Состојба на војна	(J) Состојба на војна	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Депресивност	лично искуство	Сведок	7.12759*	1.92061	.004	1.7275	12.5276
		Чуено од други	6.27631*	1.30467	.000	2.6080	9.9446
		Не	9.11797*	2.42483	.003	2.3002	15.9357
	Сведок	лично искуство	-7.12759*	1.92061	.004	-12.5276	-1.7275
		Чуено од други	-.85128	2.24162	.986	-7.1539	5.4513
		Не	1.99038	3.03356	.934	-6.5389	10.5197
	Чуено од други	лично искуство	-6.27631*	1.30467	.000	-9.9446	-2.6080
		Сведок	.85128	2.24162	.986	-5.4513	7.1539
		Не	2.84167	2.68625	.773	-4.7111	10.3944
	Не	лично искуство	-9.11797*	2.42483	.003	-15.9357	-2.3002
		Сведок	-1.99038	3.03356	.934	-10.5197	6.5389
		Чуено од други	-2.84167	2.68625	.773	-10.3944	4.7111
Вознемиреост на оската ДАС	лично искуство	Сведок	-1.37040	1.50107	.841	-5.5909	2.8501
		Чуено од други	-2.62169	1.01968	.088	-5.4886	.2453
		Не	-5.00502	1.89514	.075	-10.3335	.3234
	Сведок	лично искуство	1.37040	1.50107	.841	-2.8501	5.5909
		Чуено од други	-1.25128	1.75195	.917	-6.1771	3.6746
		Не	-3.63462	2.37090	.504	-10.3007	3.0315
	Чуено од други	лично искуство	2.62169	1.01968	.088	-.2453	5.4886
		Сведок	1.25128	1.75195	.917	-3.6746	6.1771
		Не	-2.38333	2.09945	.732	-8.2862	3.5196
	Не	лично искуство	5.00502	1.89514	.075	-.3234	10.3335
		Сведок	3.63462	2.37090	.504	-3.0315	10.3007
		Чуено од други	2.38333	2.09945	.732	-3.5196	8.2862

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Со оглед дека АНОВА потврди статистички значајни разлики во однос на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС беше спроведена дополнителна Post Hoc анализа. Анализата покажа дека разлики постојат во однос на депресивност, анксиозност и вонемиреност на оската ДАС а во зависност од начинот на доживување на личното или посредно пандемијата ја доживеале како состојба на војна и тоа помеѓу определени одговори на испитаниците:

- a. Во однос на факторот депресивност евидентни статистички значајни разлики се воочуваат: помеѓу испитаниците, од една страна, кои пандемијата не ја доживеале како состојба на војна, и од друга страна испитаници кои лично или посредно (биле сведоци или пак чуле за истио) пандемијата ја доживеале како состојба на војна, каде овие вторите пројавуваат по изразен степен на депресивност. Пост хок анализата не евидентира постоење на други статистички значајни разлики
- b. Диференцијалната анализа покажа постоење на разлики и во однос на факторот „вознемиреност на оската ДАС“. Имено, евидентни статистички значајни разлики на скалата вознемиреност се евидентирани помеѓу испитаниците кои воопшто не биле засегнати од трауматското искуство и лица кои лично пандемијата ја доживеале како состојба на војна каде овие првите пројавуваат повисок степен на вознемиреност на оската Дас за разлика од вторите. Останатите разлики не се статистички значајни.

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот депресија во зависност од степенот на засегнатост со трауматско искуство кои лично или посредно пандемијата ја доживеале како состојба на војна, кај вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот покажува дека испитаниците кои за време на пандемија не истата не ја доживеале како состојба на војна покажуваат најниска стапка на депресивност додека највисока кај лица кои биле лично пандемијата ја доживеале како состојба на војна.

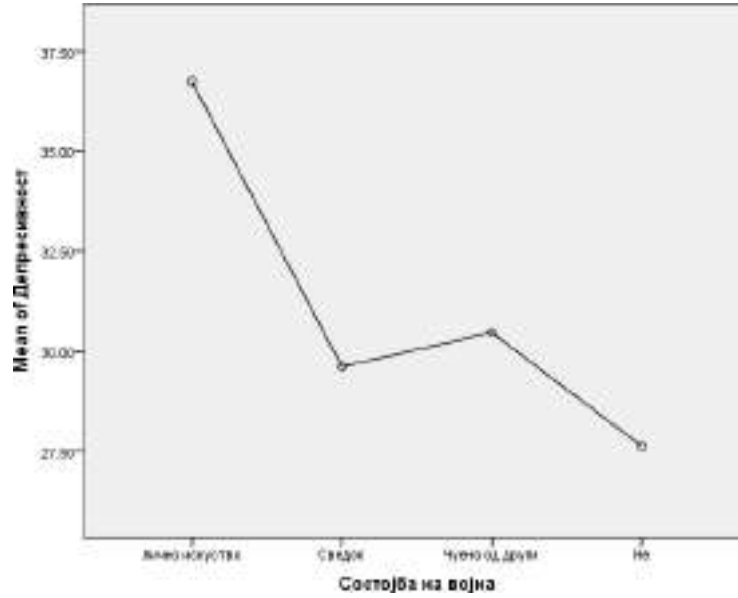


График 34. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот депресивност во зависот лично или посредно пандемијата ја доживеале како состојба на војна (Извор: автор на студијата)

Во продолжение следи графичкиот приказ за трендот на движење на вонемиреноста на оската ДАС додека за анксиозноста нема да биде прикажан графичкиот приказ, со оглед дека не се воочени статистички значајни разлики кај испитаниците вклучени во истражувањето.

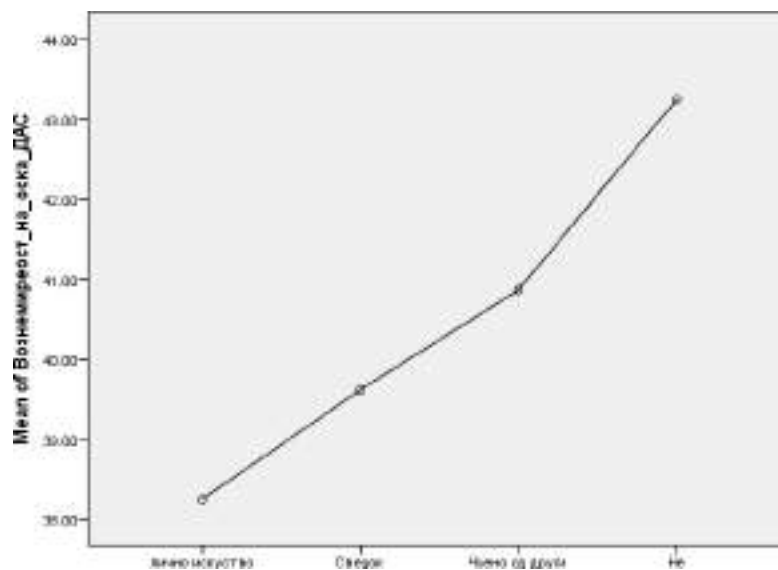


График 35. Графички приказ за трендот на движење по однос на факторот вознемиреност на оската ДАС во зависот од личното или посредно доживување на пандемијата како состојба на војна, кај докторите, медицинскиот технички персонал и немедицинскиот персонал (психолози) (Извор: автор на студијата)

Во графичкиот приказ кој следи е прикажан трендот на движење по однос на факторот вознемиреност на оската Дас, во зависност од личното или посредно пандемијата ја доживеале како состојба на војна кое се врежало како трауматско искуство кај вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози). Трендот на анксиозноста го потврдува она што е констатирано преку статистички показатели покажува дека лицата кои пандемијата ја немаат доживеано како трауматско искуство) имаат изнад просечна вредност на скалата вознемиреност на оската ДАС додека најниска се воочува кај испитаниците кои личното пандемијата ја имаат доживеано како состојба на војна.

3.4. Предиктивна регресиона анализа

Во рамките на методолошката рамка беа поставени цели и истражувачки хипотези кои се однесуваат на поврзаноста на критериумските варијабли со панел предикторски варијабли. За таа цел беше спроведена регресиона анализа на главни компоненти. Во продолжение ќе бидат прикажани резултатите од наведените хипотези за секој од трите критериумски варијабли: депресија, анскиозност и вознемиреност на оската ДАС. Како сет предиктори се јавуваат две групи на предиктори:

- a) Социодемографски карактеристики: брачен статус, финансиски приходи, работен стаж и возраст, и
- b) Трауматски настани: брачен статус, финансиски приходи, работен стаж и возраст,

3.4.1. Регресиона анализа за социодемографски карактеристики

Во рамките на методолошката рамка а во контекст на регресионата анализа беа поставени следните истражувачки хипотези:

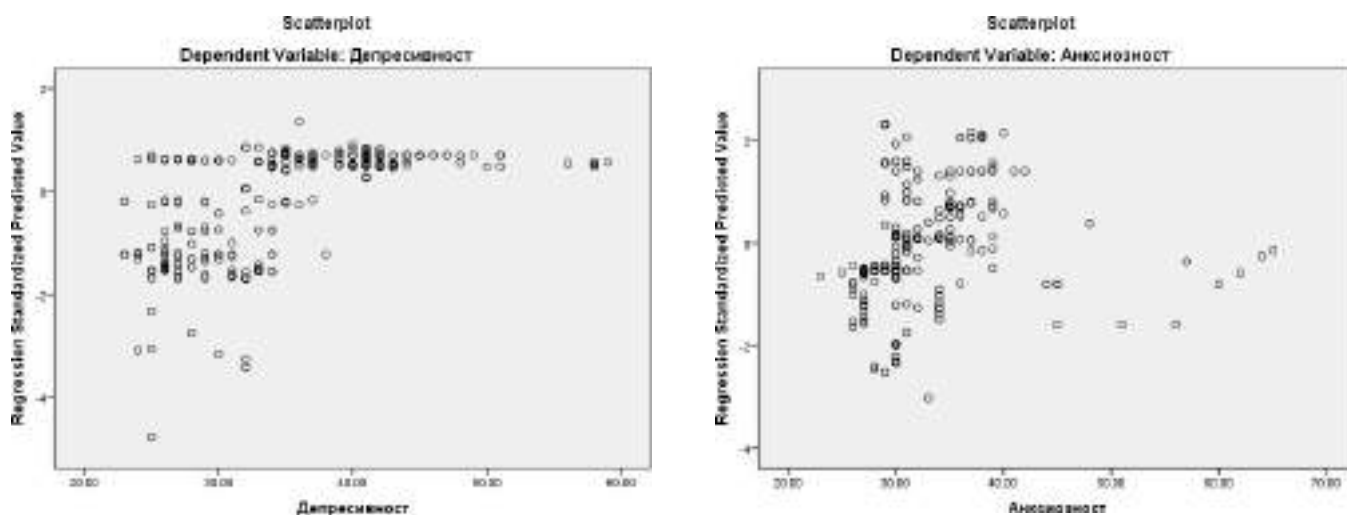
H.0. Панел на предиктор варијабли: брачен статус, финансиски приходи, работен стаж и возраст не се одликуваат со висока предиктивна вредност во предвидувањето на критериум променливата депресивноста.

H.A. Панел на предиктор варијабли: брачен статус, финансиски приходи, работен стаж и возраст се одликуваат со висока предиктивна вредност во предвидувањето на критериум променливата депресивноста.

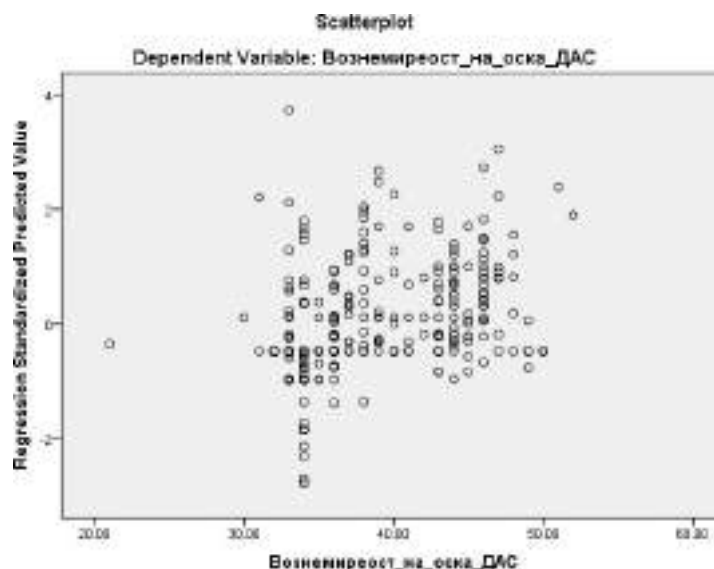
Критериумската варијабла депресија статистички значајно може да се предвиди од панелот на предиктор варијабли: брачен статус, финансиски приходи, работен стаж и возраст. Претпоставивме дека депресивноста на медицинскиот и немедицинскиот кадар статистички значајно е позрзан и високопредиктивен од панелот на предиктор варијабли кои

всушност преставуваат социодемографски карактеристики како брачен статус, финансиски приходи, работен стаж и возраст (хипотеза H_0).

За да се потврдат овие хипотези, беа спроведени низа регресивни анализи во кои како предиктор варијабли беа вклучени резултатите на вработените од медицинските установи и тоа, брачен статус, финансиски приходи, работен стаж и возраст. Во овие анализи како критериумски варијабли беа користени резултатите од самооценувањето на лицата вработени во медицинските установи. Како и во претходниот случај, ја пресметавме просечната вредност за секој од критериумите и ги користевме тие податоци како вредност на варијаблите на критериумите.



Фигура 36. Скатерплот дијаграм за интеркорелативност меѓу критериумска и сет предкторски варијабли



Фигура 37. Скатерплов дијаграм за интеркорелативност меѓу критериумска и сет предикторски варијабли

Потврдени се статистичките предуслови од анализите. Линеарната врска помеѓу предикторите и критериумите, како и хомогеноста на варијансата, беше одредена со користење на резидуално-фит парциални коефициенти. Овие два предуслови се претежно исполнети, но облиците на дијаграмите за расејување укажуваат на постоење на одредена хетероскедастичност кај некои варијабли. Понатаму, се покажа дека нема проблеми со мултиколинеарноста (максималниот VIF беше 3,3).

Табела 97. Предусловни регресивни анализи за трите фактори (Автор на студијата)

Model		депресивност		анксиозност		Вознемиреност ДАС	
		Collinearity Statistics		Collinearity Statistics		Collinearity Statistics	
		Tolerance	VIF	Tolerance	VIF	Tolerance	VIF
	Стаж	.327	3.061	.327	3.061	.327	3.061
	Возраст	.298	3.360	.298	3.360	.298	3.360
	Приходи	.804	1.243	.804	1.243	.804	1.243
	Брачен статус	.713	1.402	.713	1.402	.713	1.402

Со цел да се испита поврзаноста помеѓу панел предиктори: брачен статус, финансиски приходи, работен стаж и возраст, спроведовме регресивна анализа на повеќе нивоа во која предвидувачи беа брачен статус, финансиски приходи, работен стаж и

возраст, додека критериум баријабла беше депресивноста. Резултатите од оваа анализа може да се најдат во Табела 98.

Табела 98. Регресиони коефициенти за панел предикторски и критериумска варијабла

Model	Депресивност				Анксиозност				Вознемиреност на ДАС			
	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.581 ^a	.338	.329	5.91344	.255 ^a	.065	.052	5.65678	.391 ^a	.153	.142	4.97175

a. Predictors: (Constant), Брачен статус, Приходи, Стаж, Возраст

b. Dependent Variable: Депресивност, Анксиозност и Вознемиреност на оската ДАС

Во Табела 98 се прикажани регресиони коефициенти за панел предикторски и критериумските варијабли (депресивност, анксиозност и вознемиреност ДАС) Коефициентите на меѓукласна корелација покажуваат дека:

- a) 32.9% од варијансата во критериумската варијабла депресивноста на медицинскиот и немедицинскиот персонал, може да им се припише на панел предикторите: брачен статус, приходи, стаж и возраст.
- b) 5.2% од варијансата во критериумската варијабла анксиозност на медицинскиот и немедицинскиот персонал, може да им се припише на панел предикторите: брачен статус, приходи, стаж и возраст.
- c) 14.2% од варијансата во критериумската варијабла вознемиреност на оската ДАС како за медицинскиот така и за немедицинскиот персонал, може да им се припише на панел предикторите: брачен статус, приходи, стаж и возраст.

За да се види дали процентот на објаснета варијанса во критериумските варијабли може да им се припише на сето предикторски варијабли беше спроведена дополнителна анализа преку анализа на варијанса а Ф коефициентите прикажан во табелата која што следи.

Табела 99. Коефициенти на регресија и значајност на F за % на објаснета варијанса

Model	депресивност				Анксиозност				Вознемиреност на ДАС			
	Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.	Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.	Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
1 Regression	5264.09	4	1316.002	37.63;	654.54	4	163.63	5.11;	1317.9	4	329.27	13.32;
Residual	10315.78	295	34.969	$p < 0.01$	9439.75	295	31.999	$p < 0.01$	7291.99	295	24.78	$p < 0.01$
Total	15579.79	299			10094.28	299			8609.00	299		

a. Dependent Variable: Депресивност, Анксиозност и Вознемиреност на оската ДАС

b. Predictors: (Constant), Брачен статус, Приходи, Стаж, Возраст

Вредноста на варијанса коефициентите покажува дали процентот на објаснета варијабла е статистички значаен, и тоа:

- a) $F=37.630$ $p < 0.01$, укажува дека моделот во кој што се вклучени предиктор варијаблите: брачен статус, финансиски приходи, работен стаж и возраст, значително ја објаснува варијансата во критериум варијаблата: депресивноста на медицинскиот (психолози и др) и медицинскиот кадар (докторски, медицински техничари и др).
- b) $F=5.110$ $p < 0.01$, укажува дека моделот во кој што се вклучени предиктор варијаблите: брачен статус, финансиски приходи, работен стаж и возраст, значително ја објаснува варијансата во критериум варијаблата: анксиозноста на медицинскиот (психолози и др) и медицинскиот кадар (докторски, медицински техничари и др).
- c) $F=13.320$ $p < 0.01$, укажува дека моделот во кој што се вклучени предиктор варијаблите: брачен статус, финансиски приходи, работен стаж и возраст, значително ја објаснува варијансата во критериум варијаблата: вознемиреноста на оската ДАС на медицинскиот (психолози и др) и медицинскиот кадар (докторски, медицински техничари и др).

Табела 100. Коефициенти на регресија и пропорција на објаснета варијанса на повеќестепени регресивни модели со предиктори во редовите на табелата и критериуми во колоните на табелите.

Model		Депресивност			Анксиозност			Вознемиреност на оската ДАС		
		Standardized Coefficients	t	Sig.	Standardized Coefficients	t	Sig.	Standardized Coefficients	t	Sig.
1	(Constant)		5.149	.000		11.973	.000		17.779	.000
	Стаж	-.035	-4.19	.676	-.260	-2.640	.009	.443	4.721	.000
	Возраст	.163	1.882	.061	.020	.198	.843	-.395	-4.026	.000
	Приходи	.426	8.061	.000	-.003	-.047	.962	-.282	-4.719	.000
	Брачен статус	-.354	-6.307	.000	-.142	-2.129	.034	.180	2.845	.005

a. Dependent Variable: Депресивност, Анксиозност и Вознемиреност на оската ДАС

Резултатите покажуваат дека не сите 4-те предиктори: брачен статус, финансиски приходи, работен стаж и возраст може да ги предвидат трите критериумски варијабли: депресивноста, анксиозноста и вознемиреноста на оската ДАС кај медицинскиот и немедицинскиот кадар вработен во медицинските установи, и тоа за:

- a) Критериумската варијабла депресивност значително може да се предвиди и објасни преку сето предиктори: брачен статус ($b=0.426$, $p < .01$) и финансиски приходи ($b=-0.354$, $p < .01$). Панел предикторите: работен стаж ($b=-0.035$, $p > .01$) и возраст ($b=0.163$, $p > .01$) не ја предвидуваат депресивноста на медицинскиот и немедицинскиот кадар вработен во медицинските установи.
- b) Критериумската варијабла анксиозноста значително може да се предвиди и објасни преку сето предиктори: брачен статус ($b=0.260$, $p < .01$) и стаж ($b=-0.142$, $p < .01$). Панел предикторите: возраст ($b=-0.020$, $p > .01$) и финансиски приходи ($b=0.047$, $p > .01$) не ја предвидуваат анксиозноста на медицинскиот и немедицинскиот кадар вработен во медицинските установи.
- c) Критериумската варијабла вознемиреност на оската ДАС значително може да се предвиди и објасни преку сето предиктори: стаж ($b=0.443$, $p < .01$) возраст ($b=-0.395$, $p < .01$) финансиски приходи ($b=-0.282$, $p < .01$) и брачен статус ($b=-$

0.180, $p < 0.01$) ја предвидуваат вознемиреност на оската ДАС на медицинскиот и немедицинскиот кадар вработен во медицинските установи.

Горенаведените резултати делумно ја потврдуваат хипотезата H_a .

3.4.2. Регресиона анализа за трауматски искуства

Во рамките на методолошката рамка а во контекст на регресионата анализа беа поставени следните истражувачки хипотези:

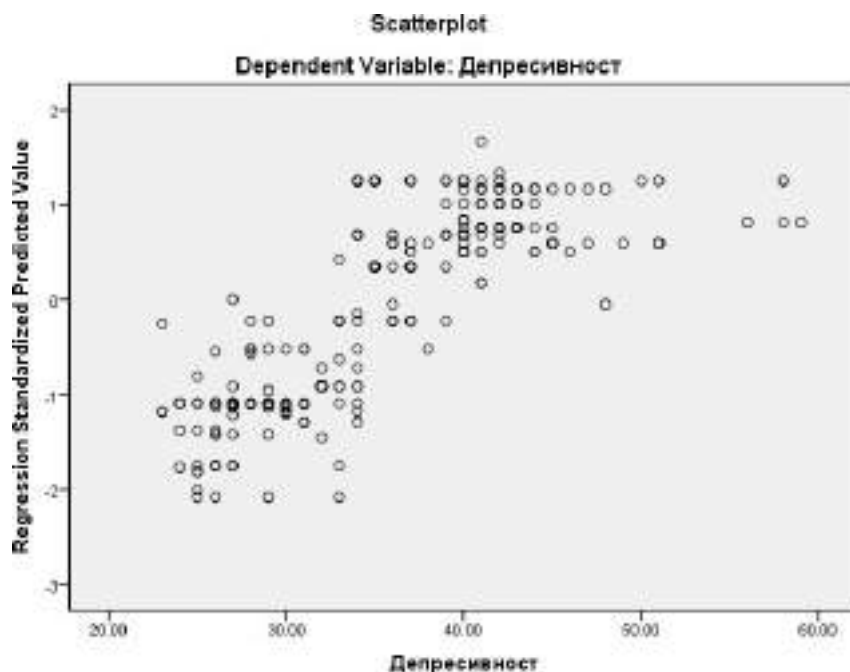
H.0. Панел на предиктор варијабли: психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели не се одликуваат со висока предиктивна вредност во предвидувањето на критериум променливата депресивноста.

H.A. Панел на предиктор варијабли: психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели се одликуваат со висока предиктивна вредност во предвидувањето на критериум променливата депресивноста.

Критериумската варијабла депресија статистички значајно може да се предвиди од панелот на предиктор варијабли: психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели. Претпоставивме дека депресивноста на медицинскиот и немедицинскиот кадар статистички значајно е позрзан и високопредиктивен од панелот на предиктор варијабли кои всушност преставуваат трауматски настани и искуства доживевани за време на пандемијата како психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели (хипотеза H_a).

За да се потврдат овие хипотези, беа спроведени низа регресивни анализи во кои како предиктор варијабли беа вклучени резултатите на вработените од медицинските

установи и тоа, психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели. Во овие анализи како критериумски варијабли беа користени резултатите од самооценувањето на лицата вработени во медицинските установи. Како и во претходниот случај, ја пресметавме просечната вредност за секој од критериумите и ги користевме тие податоци како вредност на варијаблите на критериумите.



Фигура 38. Скатерплот дијаграм за интеркорелативност меѓу критериумска и сет предкторски варијабли

Потврдени се статистичките предуслови од анализите. Линеарната врска помеѓу предикторите и критериумите, како и хомогеноста на варијансата, беше одредена со користење на резидуално-фит парциални коефициенти. Овие два предуслови се претежно исполнети, но облиците на дијаграмите за расејување укажуваат на постоење на одредена хетероскедастичност кај некои вариабли. Понатаму, се покажа дека нема проблеми со мултиколинearноста (максималниот VIF беше 1,01).

Со цел да се испита поврзаноста помеѓу панел предиктори: психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на

војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели, спроведовме регресивна анализа на повеќе нивоа во која предвидувачи беа психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели, додека критериум баријабла беше депресивноста. Резултатите од оваа анализа може да се најдат во Табела 101.

Табела 101. Регресиони коефициенти за панел предикторски и критериумска варијабла

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.803 ^a	.645	.639	4.33766	.645	106.808	5	294	.000	.373

a. Predictors: (Constant), Губење на членови на семејството или пријатели, доживување на пандемија како состојба на војна, Психичко насилство, Заболен без можност за пошмош, Изолација

b. Dependent Variable: Депресивност

Коефициентите на меѓукласна корелација покажуваат дека 64.0% од варијансата во депресивноста на вработените, како кај медицинскиот така и кај немедицинскиот персонал, може да им се припише на панел предикторите.

Табела 102. Коефициенти на регресија и значајност на F за % на објаснета варијанса

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	10048.094	5	2009.619	106.808	.000 ^b
	Residual	5531.702	294	18.815		
	Total	15579.797	299			

a. Dependent Variable: Депресивност

b. Predictors: (Constant), Губење на членови на семејството или пријатели, Состојба на војна, Психичко насилство, Заболен без можност за пошмош, Изолација

Вредноста на $F=106.808$ $p < 0.01$, укажува дека моделот во кој што се вклучени предиктор варијаблите: психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели, значително ја објаснува варијансата во критериум варијаблата: депресивноста на медицинскиот (психолози и др) и медицинскиот кадар (докторски, медицински техничари и др).

Табела 103. Коefициенти на регресија и пропорција на објаснета варијанса на повеќестепени регресивни модели со предиктори во редовите на табелата и критериуми во колоните на табелите.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	36.752	2.045		17.974	.000
	Заболен без можност за пошмош	1.909	.320	.328	5.967	.000
	Изолација	-3.310	.437	-.454	-7.567	.000
	Состојба на војна	-1.132	.367	-.119	-3.083	.002
	Психичко насилство	2.513	.373	.341	6.730	.000
	Губење на членови на семејството или пријатели	-1.453	.421	-.249	-3.454	.001

a. Dependent Variable: Депресивност

Резултатите покажуваат дека сите 5 предиктори психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели може да ја предвиди депресивноста кај медицинскиот и немедицинскиот кадар вработен во медицинските установи. Критериумската варијабла депресивност значително може да се предвиди и објасни преку сетот предиктори: психичко насилство ($b=0.328$, $p < .01$), изолација ($b=-0.454$, $p < .01$), заболување без можност за помош ($b=-0.119$, $p < .01$), доживување на пандемијата како состојба на војна ($b=0.341$, $p < .01$), соочување со смрта и губење на блиски или пријатели ($b=-0.249$, $p < .01$).

Горенаведените резултати делумно ја потврдуваат хипотезата Ха.

3.4.3. Регресиона анализа за критејирумска варијабла: анксиозност

Во рамките на методолошката рамка а во контекст на регресионата анализа беа поставени следните истражувачки хипотези:

H.0. Панел на предиктор варијабли: психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели не се одликуваат со висока предиктивна вредност во предвидувањето на критериум варијаблата анксиозност.

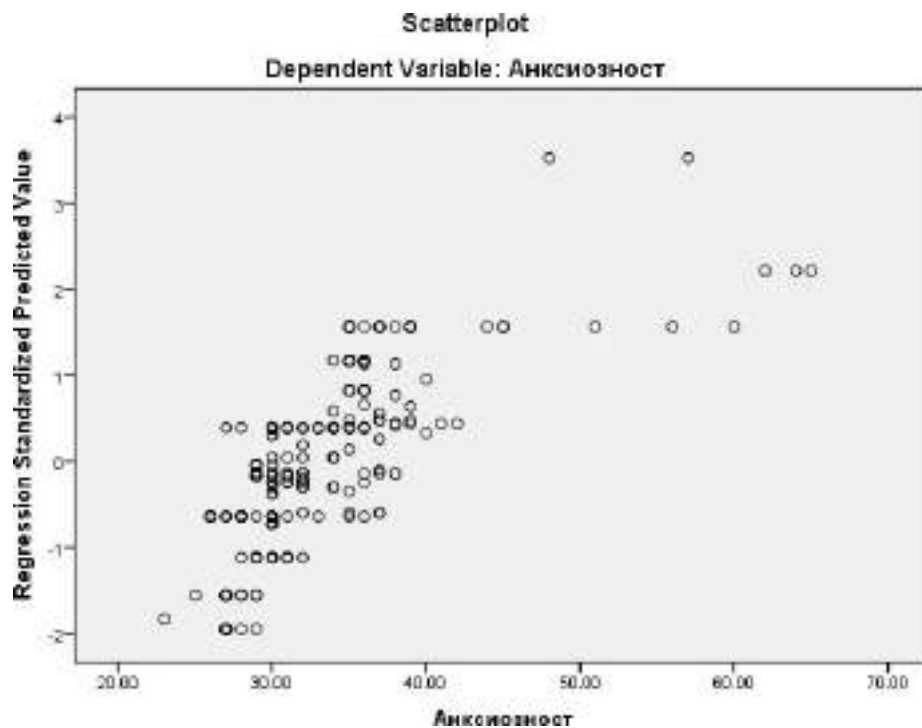
H.A. Панел на предиктор варијабли: психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели се одликуваат со висока предиктивна вредност во предвидувањето на критериум варијаблата анксиозност.

Критериумската варијабла анксиозност статистички значајно може да се предвиди од панелот на предиктор варијабли: психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели. Претпоставивме дека анксизноста на медицинскиот и немедицинскиот кадар статистички значајно е позрзан и високопредиктивен од панелот на предиктор варијабли кои всушност преставуваат трауматски настани и искуства доживевани за време на пандемијата како психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели (хипотеза H_a).

За да се потврдат овие хипотези, беа спроведени низа регресивни анализи во кои како предиктор варијабли беа вклучени резултатите на вработените од медицинските установи и тоа, психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски

или пријатели. Во овие анализи како критериумски варијабли беа користени резултатите од самооценувањето на лицата вработени во медицинските установи. Како и во претходниот случај, ја пресметавме просечната вредност за секој од критериумите и ги користевме тие податоци како вредност на критериумска варијабла.

Потврдени се статистичките предуслови од анализите. Линеарната врска помеѓу предикторите и критериумот, како и хомогеноста на варијансата, беше одредена со користење на резидуално-фит парциални коефициенти. Овие два предуслови се претежно исполнети, но облиците на дијаграмите за расејување укажуваат на постоење на одредена хетероскедастичност кај некои вариабли. Понатаму, се покажа дека нема проблеми со мултиколинearноста (максималниот VIF беше 1,01).



Фигура 39. Скатерплот дијаграм за интеркорелативност меѓу критериумска и сет предкторски варијабли

Со цел да се испита поврзаноста помеѓу панел предиктори: психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели, спроведовме регресивна

анализа на повеќе нивоа во која предвидувачи беа психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели, додека критериум баријабла беше анксиозноста. Резултатите од оваа анализа може да се најдат во Табела 104.

Табела 104. Регресиони коефициенти за панел предикторски и критериумска варијабла

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.746 ^a	.557	.549	3.90043	.557	73.903	5	294	.000	.245

a. Predictors: (Constant), Губење на членови на семејството или пријатели, доживување на пандемија како состојба на војна, Психичко насилство, Заболен без можност за помош, Изолација

b. Dependent Variable: Депресивност

Коефициентите на меѓукласна корелација покажуваат дека 55.0% од варијансата во анксиозноста на вработените, како кај медицинскиот (доктори, медицински техничари) така и кај немедицинскиот персонал (психолози и др), може да им се припише на панел предикторите.

Табела 105. Коефициенти на регресија и значајност на F за % на објаснета варијанса

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5621.542	5	1124.308	73.903	.000 ^b
	Residual	4472.738	294	15.213		
	Total	10094.280	299			

a. Dependent Variable: Анксиозност

b. Predictors: (Constant), Губење на членови на семејството или пријатели, Состојба на војна, Психичко насилство, Заболен без можност за помош, Изолација

Вредноста на $F=73.903$ $p < 0.01$, укажува дека моделот во кој што се вклучени предиктор варијаблите: психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели, значително ја објаснува варијансата во критериум варијаблата: анксиозност на медицинскиот (психолози и др) и медицинскиот кадар (докторски, медицински техничари и др).

Табела 106. Коефициенти на регресија и пропорција на објаснета варијанса на повеќестепени регресивни модели со предиктори во редовите на табелата и критериуми во колоните на табелите.

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	55.868	1.839		30.386	.000
Заболен без можност за пошмош	-1.486	.288	-.317	-5.165	.000
Изолација	-1.721	.393	-.293	-4.375	.000
Состојба на војна	.169	.330	.022	.513	.608
Психичко насилство	-2.838	.336	-.479	-8.452	.000
Губење на членови на семејството или пријатели	-1.876	.378	-.400	-4.960	.000

a. Dependent Variable: Анксиозност

Резултатите покажуваат дека 4 од 5 предиктори: психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели може да ја анксиозноста кај медицинскиот и немедицинскиот персонал вработен во медицинските установи за време на пандемија. Критериумската варијабла анксиозноста значително може да се предвиди и објасни преку сетот предиктори: психичко насилство ($b=0.317$, $p < .01$), изолација ($b=-0.293$, $p < .01$), заболување без можност за помош ($b=-0.479$, $p < .01$) и соочување со смрта и губење на блиски или пријатели ($b=-0.400$, $p < .01$). Регресионата анализа покажа дека само предикторот доживување на пандемијата како состојба на војна ($b=0.022$, $p > .01$),

Горенаведените резултати делумно ја потврдуваат хипотезата Ха.

3.4.4. Регресиона анализа за вознемиреност на оската ДАС

Во рамките на методолошката рамка а во контекст на регресионата анализа беа поставени следните истражувачки хипотези:

H.0. Панел на предиктор варијабли: психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели не се одликуваат со висока предиктивна вредност во предвидувањето на критериум вознемиреност на оската ДАС.

H.A. Панел на предиктор варијабли: психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели се одликуваат со висока предиктивна вредност во предвидувањето на критериум вознемиреност на оската ДАС.

Критериумската варијабла вознемиреност на оската ДАС статистички значајно може да се предвиди од панелот на предиктор варијабли: психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели. Претпоставивме дека вознемиреност на оската ДАС на медицинскиот и немедицинскиот кадар статистички значајно е позрзан и високопредиктивен од панелот на предиктор варијабли кои всушност претставуваат трауматски настани и искуства доживевани за време на пандемијата како психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели (хипотеза H_a).

За да се потврдат овие хипотези, беа спроведени низа регресивни анализи во кои како предиктор варијабли беа вклучени резултатите на вработените од медицинските установи и тоа, психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели. Во овие анализи како критериумски варијабли беа користени резултатите од самооценувањето на лицата вработени во медицинските установи. Како и во претходниот

случај, ја пресметавме просечната вредност за секој од критериумите и ги користевме тие податоци како вредност на варијаблите на критериумите.

Потврдени се статистичките предуслови од анализите. Линеарната врска помеѓу предикторите и критериумите, како и хомогеноста на варијансата, беше одредена со користење на резидуално-фит парциални коефициенти. Овие два предуслови се претежно исполнети, но облиците на дијаграмите за расејување укажуваат на постоење на одредена хетероскедастичност кај некои вариабли. Понатаму, се покажа дека нема проблеми со мултиколинеарноста (максималниот VIF беше 1,01).

Со цел да се испита поврзаноста помеѓу панел предиктори: психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели, спроведовме регресивна анализа на повеќе нивоа во која предвидувачи беа психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели, додека критериум баријабла беше вознемиреност на оската ДАС. Резултатите од оваа анализа може да се најдат во Табела 107.

Табела 107. Регресиони коефициенти за панел предикторски и критериумска варијабла

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.711 ^a	.505	.497	3.80745	.505	59.972	5	294	.000	.334

a. Predictors: (Constant), Губење на членови на семејството или пријатели, доживување на пандемија како состојба на војна, Психичко насилство, Заболен без можност за пошмош, Изолација

b. Dependent Variable: вознемиреност на оската ДАС

Коефициентите на меѓукласна корелација покажуваат дека 50.0% од варијансата во вознемиреност на оската ДАС на вработените, како кај медицинскиот така и кај немедицинскиот кадар, може да им се припише на панел предикторите.

Табела 108. Коефициенти на регресија и значајност на F за % на објаснета варијанса

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4346.977	5	869.395	59.972	.000 ^b
	Residual	4262.023	294	14.497		
	Total	8609.000	299			

a. Dependent Variable: вознемиреност на оската ДАС

b. Predictors: (Constant), Губење на членови на семејството или пријатели, Состојба на војна, Психичко насилство, Заболен без можност за помош, Изолација

Вредноста на $F=59.972$ $p < 0.01$, укажува дека моделот во кој што се вклучени предиктор варијаблите: психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели, значително ја објаснува варијансата во критериум варијаблата: вознемиреност на оската ДАС на медицинскиот (психолози и др) и медицинскиот кадар (докторски, медицински техничари и др).

Табела 109. Коефициенти на регресија и пропорција на објаснета варијанса на повеќестепени регресивни модели со предиктори во редовите на табелата и критериуми во колоните на табелите.

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	33.570	1.795		18.704	.000
	Заболен без можност за помош	1.767	.281	.408	6.291	.000
	Изолација	.316	.384	.058	.823	.411
	Состојба на војна	-.060	.322	-.009	-.187	.851
	Психичко насилство	-.953	.328	-.174	-2.908	.004
	Губење на членови на семејството или пријатели	.851	.369	.196	2.304	.022

a. Dependent Variable: Вознемиреност на оската ДАС

Резултатите покажуваат дека сите 3 од вкупно 5 предиктори психичко насилство, заболување без можност за помош, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели

може да ја предвиди вознемиреноста на оската ДАС кај медицинскиот и немедицинскиот кадар вработен во медицинските установи. Критериумската варијабла вознемиреност на оската ДАС значително може да се предвиди и објасни преку сетот предиктори: психичко насилство ($b=0.408$, $p < .01$), заболување без можност за помош ($b=-0.009$, $p < .01$) и соочување со смрта и губење на блиски или пријатели ($b=0.199$, $p < .01$). доживување на Од сетот предиктори се исклучуваат два предиктора: пандемијата како состојба на војна ($b=-0.174$, $p < .01$) и изолација ($b=0.058$, $p < .01$) чија валенса не е доволна при предвидување на критериумската варијабла.

Горенаведените резултати делумно ја потврдуваат хипотезата Ха.

3.4.5. Корелациона матрица и фактори на варијанса

Кога постои висок степен на корелација помеѓу две или повеќе независни вариабли, проценките може да бидат погрешни, па дури и заклучоците од проценетиот модел може да бидат погрешни. Според тоа, претпоставката што треба да се следи е дека независните вариабли се независни една од друга. За да го направите тоа, откако ја тестиравме стационарноста на вариаблите, следниот чекор е да се тестира присуството на мултиколинеарност помеѓу независните вариабли. Табелите 110 ги даваат матриците на коефициентот на вкрстена корелација за секоја од независните варијабли основа на секторите.

Tabela 110. Крос корелациона анализа Матрица на вкрстени корелации помеѓу факторите

		Заболен без можност за помош	Изолација	Состојба на војна	Психичко насилство	Губење на членови на семеј. или пријатели
Заболен без можност за пошмош	Pearson Correlation	1	.641**	.184**	-.331**	.742**
	Sig. (2-tailed)		.000	.001	.000	.000
	N	300	300	300	300	300
Изолација	Pearson Correlation	.641**	1	.172**	-.597**	.787**
	Sig. (2-tailed)	.000		.003	.000	.000
	N	300	300	300	300	300

Состојба на војна	Pearson Correlation	.184**	.172**	1	-.403**	.298**
	Sig. (2-tailed)	.001	.003		.000	.000
	N	300	300	300	300	300
Психичко насилство	Pearson Correlation	-.331**	-.597**	-.403**	1	-.629**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000
	N	300	300	300	300	300
Губење на членови на семејството или пријатели	Pearson Correlation	.742**	.787**	.298**	-.629**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	
	N	300	300	300	300	300

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Според Гударати (2003), ако коефициентот на корелација на секој од двата регресори надмине 0,80, може да има проблем со мултиколинеарност. Бидејќи сите вредности се под 0,80, може да заклучиме дека еден од предусловите за спроведување на регресионата анализа. Со други зборови, средните корелации се доволен доказ дека нема проблем со мултиколинеарноста во оваа студија.

Tabela 111. Дополнителна анализа за исклучување на колинеарноста

Model		депресивност		анксиозност		Вознемиреност на оската ДАС	
		Collinearity Statistics					
		Tolerance	VIF	Tolerance	VIF	Tolerance	VIF
1	Заболен без можност за пошмош	.400	2.500	.400	2.500	.400	2.500
	Состојба на војна	.336	2.979	.336	2.979	.336	2.979
	Изолација	.804	1.243	.804	1.243	.804	1.243
	Психичко насилство	.469	2.130	.469	2.130	.469	2.130
	Губење на членови на семејството или пријатели	.232	4.310	.232	4.310	.232	4.310

Сепак, можеме да видиме дека има некои релативно високи корелации (блиску до и над 0,7) кои постојат помеѓу независните варијабли во матриците прикажани погоре. Од оваа причина, пристапиме кон дополнителна анализа, односно примениме VIF анализа за базата на податоци за со цел дополнително да провериме за проблемот со повеќеколинеарност. VIF се движи од 1 нагоре, а вредноста го покажува процентот со кој варијансата се надува за секој коефициент. Општо земено, VIF еднакво на 1 покажува никаква корелација, VIF помеѓу 1 и 5 укажува на умерена корелација, а VIF над 5 покажува

висока корелација. Дополнително, вредност над 10 VIF укажува на превисока корелација и може да биде причина за загриженост за мултиколинearноста (Dodge, 2008).

Во табела 111 се претставени ВИФ за сите варијабли кај сетот предиктори вклучени во студијата. Од Табела 111, заклучуваме дека единствено изолација, е релативно поголема од другите. Ова покажува дека овој фактор има релативно поголема корелација со другите независни фактори. Исто така, бидејќи факторите поврзани со депресивноста, анксиозноста и вознемиреноста покажуваат релативно повисока корелација со другите варијабли, што укажува на повисоки интеракции помеѓу варијаблите поврзани со изолацијата и загубата на блиски членови од семејството и пријатели. Ова укажува на важноста на изолацијата и загуба на блиски и пријатели за време на пандемијата при прроценка на депресивноста, анксиозноста и вознемиреноста на оската ДАС. Психолозите треба да обрнат поголемо внимание на овие варијабли за да спречат поголемо поместување кон други варијабли на ризик. Накратко, бидејќи сите VIF се под 10, резултатите ги проверуваат резултатите од матрицата за корелација и укажуваат дека нема потреба од загриженост за постоење на повеќекратна корелација во оваа студија.

IV. ДИСКУСИЈА

Во денешниот свет, речиси сите се запознаени со термините „анксиозност“ и „депресија“. Ниту еден дел од светот не е ослободен од анксиозност и депресија (Institute of Medicine, 2001) Сепак, како феномен на ледениот брег, овие болести се потценети, недоволно дијагностицирани и недоволно третирани. Соодветното ментално здравје е основна потреба на секое човечко суштество како предуслов за добар живот.

Целта на истражувањето беше да се истражи односот помеѓу депресивноста, анксиозност, вознемиреност на оската ДАС, трауматските искуства доживевани за време на пандемијата со Ковид 19 кај медицински (доктори, медицински техничари и др) и немедицински (психолози и др) персонал.

Во рамките на методолошката рамка беа поставени истражувачки прашања, хипотези и цели од доменот на дескриптивна, диференцијална и корелациона и регресиона анализа зависно од доживеаните трауматските искуства за време на пандемија и социодемографските карактеристики.

За да се обезбедат релевантни податоци за студијата, беше применета квантитативна метода од која беа апсорбирани примарни и важни податоци за истражувањето. Примарни податоци беа собрани од вкупно 300 испитаника вработени во медицински установи од 7 града. Во однос на вклученоста на испитаниците, следи дека медицинскиот технички персонал и докторите се најзастапени и тоа со 80%, од кои медицинскиот персонал со 45% додека докторите 35%, следени од стручниот персонал со 17% и друг вид персонал е застапен со 3%.

4.1. Дискусија на резултати од статистичка анализа

Медицинскиот и немедицинскиот персонал не се имуни на анксиозност и депресија. Тие треба соодветно да се проверуваат за анксиозност и депресија во редовни интервали во животот за да се избегне влошување на нивното здравје и да се намалат шансите за запоставување на пациентот (Atif and all, 2016).

Распространетоста на депресијата во нашата студија од 21,3% беше речиси на исто ниво со мета-анализата направена од Mata (Mata and all, 2015) опфаќа повеќе земји, кои имале преваленца на депресија од 28,3% меѓу медицинските и хируршките стационари. Додека (Zaman et al.2004) покажал 21%, Демир и сор (Demir and all, 2007) во Истанбул покажува 16,0%, а 17,3% од Гу и сор (Gu and all, 2015). Нашите резултати ја имаат оваа разлика веројатно поради нивната помала големина на примерокот (n = 53) и различните скали што ги користат.

Анксиозноста кај медицинскиот и немедицинскиот персонал е застапена 15.3%. Застапеноста на нивото на вознемиреноста на оската ДАС 18.7% беше малку помало од она што беше пронајдено во слична студија направена во Њу Делхи од Саини и сор (Saini and all 2010) кои пријавиле дека е 32,8%, Коен и Патен (Koen&Patten, 2005) пријавиле 34%, а Каси и сор (Kasi and all, 2007) пријавиле 55%. Ова можеби се должи на поголемата големина на примерокот и поголем број на медицински установи опфатени со нив.

Интересно беше да се види каков е степенот на доживеаните трауматски искуства на медицинскиот и немедицинскиот персонал за време на Пандемијата од 2020. Резултиреше дека трауматското искуство како последица на „недостаток на храна или вода“, е присатно кај 30.7% од испитаниците кои одговориле потврдно дека лично доживеале такво искуство, односно 53.3% одговориле дека биле сведоци на такво искуство (на лица кои за време на пандемијата се соочиле со „недостаток на храна или вода“) и 10.3% од медицинскиот и немедицинскиот персонал изјавиле дека чуле од колеги или пациенти кои се соочиле со трауматското искуство.

Од друга страна, медицинскиот и немедицинскиот персонал за време на пандемијата доживеал трауматско искуство како последица на „заболен без можност за помош“. 20.0% од испитаниците лично доживеале такво искуство, 28.3% биле сведоци дека лица кои за време на пандемијата се соочиле со „заболување без можност за добивање на помош“ и 3% чуле и на крај 48.7% од медицинскиот односно немедицинскиот персонал, изјавиле дека на ниенден начин не го доживеале или пак се затекнале посредно како сведоци или дека чуле дека некој го доживеал трауматското искуство за време на пандемијата.

Изолацијата беше една од првите колективни искуства доживеани не само о дпоединец туку и од пошироката маса. Интересно беше да се види дали тоа искуство се доживеало како трауматско искуству односно колкав процент отпаѓа на лица кои воопшто

небиле засегнати од искуството. Дескриптивната анализа покажа дека, 11.7% од испитаниците одговориле потврдно дека лично доживеале „изолација поради заразување со вирусот Ковид 19“, 27.3% посредно чуле од колеги или пациенти кои се соочиле со трауматското искуство и 26.3% изјавиле дека на ниеден начин не го доживеале трауматското искуство за време на пандемијата. Најголемиот процент од 34.7% отпаѓа на на изјавите дека биле сведоци на такво искуство (на лица кои за време на пандемијата се соочиле со „изолација поради заразување со вирусот Ковид 19“ што е и очекувано со оглед дека се работи за медицински персонал кој директно се грижел за лица кои биле инфицирани од вирусот, и кои поради медицинските протоколи биле ставени во карантин

Како трауматско искуство се јавува и лично или посредно доживување на „сериозна повреда“ за време на пандемијата. Иако е мал процент, само 2.7% од испитаниците кој изјавиле дека лично доживеале такво искуство, од друга страна голем е процентот дури 72.0% одговориле дека биле сведоци на такво искуство (на лица кои за време на пандемијата се соочиле со „сериозна повреда“) односно 12.0% од медицинскиот и немедицинскиот персонал изјавиле дека чуле од колеги или пациенти кои се соочиле со трауматското искуство. 13.3% на медицинскиот односно немедицинскиот персонал, изјавиле дека не биле засегнати од искуството.

Интересен податок се добива за трауматското искуство „Пандемија како состојба која наликува на војна“. Високи 83.0% од испитаниците одговориле потврдно дека лично пандемијата ја доживеале како трауматско искуство. Останатите проценти се незначителни, односно 4.3% биле сведоци на лица кои за време на пандемијата се соочиле со „Пандемија која наликува на војна“, 10.0% дека чуле од колеги или пациенти кои се соочиле со трауматското искуство. Само 2.7% пандемијата ја доживеале како и секое друго искуство.

Со оглед дека во последно време многу се зборува за психичкото насилство, беше интересно да се види дали медицинскиот персонаж доживеал некоја од формите на психичко насилство за време на пандемијата со Ковид 19. Мал проценти, 1,7% лично доживеале психичко насилство, 35.0% одговориле дека биле сведоци на такво искуство (на лица кои за време на пандемијата се соочиле со „ доживеано психичко насилство за време на пандемијата со вирусот Ковид 19“) и 5.3% од медицинскиот и немедицинскиот персонал изјавиле дека чуле од колеги или пациенти кои се соочиле со трауматското искуство. ½ од испитаниците, односно 58.0% од (не)медицинскиот, изјавиле дека на ниеден начин не го

доживеале или пак се затекнале посредно како сведоци или дека чуле дека некој годоживеал трауматското искуство за време на пандемијата.

Пандемијата со Ковид 19 носеше големи непознаници, па не за дабе беше прогласен како „непознат непријател кој вреба“ со голема предикција на смртност на почеток. Па така, не само медицинскиот персонал па и населението во целина Ковидот 19 го доживеа како „соочување со смрт“. 1.3% од испитаниците одговориле потврдно дека лично доживеале такво искуство, односно 61.7% одговориле дека биле сведоци на такво искуство (на лица кои за време на пандемијата се соочиле со „соочување со смрт за време на пандемијата со вирусот Ковид 19“) и 6.3% од медицинскиот и немедицинскиот персонал изјавиле дека чуле од колеги или пациенти кои се соочиле со трауматското искуство. Останиот процент, од 30.7% на медицинскиот односно немедицинскиот персонал, изјавиле дека на ниеден начин не го доживеале или пак се затекнале посредно како сведоци или дека чуле дека некој го доживеал трауматското искуство за време на пандемијата.

За време на пандемијата населението и медицинскиот персонал се соочуваше со настани како „Прсилна изолација од членовите на семејството за време на пандемијата со вирусот Ковид 19“. Со оглед дека се работи за медицински персонал сосема е очекувано дека 1% од испитаниците одговориле потврдно дека лично доживеале такво искуство високи 43% дека биле сведоци на такво искуство со оглед дека истите биле актери кои треба да изолираат други лица инфицирани со вирусот Ковид 19“. Останиот процент, од 53% на медицинскиот односно немедицинскиот персонал, изјавиле дека на ниеден начин не го доживеале или пак се затекнале посредно како сведоци или дека чуле дека некој годоживеал трауматското искуство за време на пандемијата.

За време на пандемијата голем број на лица иги изгубија своите најблиски, и тоа се врежалокако трауматско искуство. 23.7% од испитаниците одговориле потврдно дека лично доживеале такво искуство „смрт на членови на семејството или пријатели за време на пандемија со вирусот Ковид 19“, 11.7% биле сведоци на такво искуство (на лица кои за време на пандемијата изгубиле членови на семејство и 17.0% од медицинскиот и немедицинскиот персонал изјавиле дека чуле. Речиси половина, или 47.7% на (не)медицинскиот персонал, изјавиле дека не биле засегнати од трауматското искуство.

Слично на претходното прашање беше и искуството со соочување со „неприродна смрт на членови на семејството или пријателите за време на пандемијата со вирусот Ковид

19“. 7.7% од испитаниците одговориле потврдно дека лично доживеале такво искуство, односно 26.7% одговориле дека биле сведоци на такво искуство (на лица кои за време на пандемијата се соочиле со „неприродна смрт на членови на семејството или пријателите за време на пандемијата со вирусот Ковид 19“) и 33.0% од медицинскиот и немедицинскиот персонал изјавиле дека чуле од колеги или пациенти кои се соочиле со трауматското искуство. Останиот процент, од 32.7% на медицинскиот односно немедицинскиот персонал, изјавиле дека на ниеден начин не го доживеале или пак се затекнале посредно како сведоци или дека чуле дека некој го доживеал трауматското искуство за време на пандемијата.

Ако направиме пресек за дисперзијата на трауматските искуства може да заклучиме дека (не)медиционскиот персонал од прва рака, односно лично 83% пандемијата ја имаат доживеано како „состојба на војна“ што како трауматско искуство се врежало во сеќавањето на испитаниците кои како персонал биеше битка со „непознатиот непријател“. Следно најзастапено трауматско искуство е „недостаток на храна и вода за време на соочување со пандемијата Ковид 19, за кое речиси 31% од медицинскиот односно немедицинскиот персонал изјавиле дека лично се соочиле. Со двоцифрена бројка се јавуваат следните трауматски искуства: смрт на член на семејство или пријател е застапена со 23.7% и заболување од Ковид без можност за добивање на помош и со 20.0% изолацијата за време на пандемијат асе доживеаала како трауматско искуство. Останатите трауматски искуства, се застапени со едноцифрен процент.

4.1.1 Дискусија на резултати поврзани со корелациона анализа

Анксиозноста и депресијата имаат негативно влијание врз личниот и професионалниот живот (Khuwaja and all, 2004). Но, повеќето луѓе, дури и здравствените работници, не се подготвени да прифатат скрининг или третман за здравствени проблеми.

Во рамките на истражувачката методологија беше поставена *хипотеза* што поизразен степен на застапеност на анксиозноста, депресивноста, поизразен ќе биде и пострауматскиот стрес синдром кај медицинскиот персонал, со тоа поизразен ќе биде и одразот врз севкупното работење на медицинскиот персонал т.е перформирачките

капацитети на медицинскиот персонал во кои што се вработени испитаниците вклучени во истражувањето.

Корелационата анализа во целост ја потврди очекуваната претпоставка за постоење на корелација помеѓу анксиозноста, депресивноста и пострауматскиот стрес синдром, односно дека што поизразена вознемиреност на оската депресивност, анксиозност дистрес кај медицинскиот персонал т.е перформирачките капацитети на медицинскиот персонал во здравствените институции каде што се вработени испитаниците вклучени во истражувањето, од друга страна. Меѓу манифестираната скала на депресивност и анксиозност на медицинскиот персонал, постои корелација со позитивен предзнак, што значи дека повисоки вредности на скалата депресивност се следени со растечки вредности на скалата анксиозност. И во однос на поврзаноста меѓу депресивноста на медицинскиот персонал и пројавениот посттрауматскиот синдром, постои корелација со позитивен предзнак, што значи дека вредностите во депресивноста се следени со покачување на вредности во степенот на изразеноста на пострауматскиот стрес синдром на вработените во медицинскиот сектор. Меѓу анксиозноста на медицинскиот персонал и пострауматскиот стрес синдром, постои корелација со позитивен предзнак, што значи дека вредностите во анксиозноста се следени со линеарен тренд на зголемување на вредности во степенот на изразеноста на пострауматскиот стрес синдром на вработените во медицинскиот сектор. Меѓу анксиозноста на медицинскиот персонал и пројавената вознемиреност на оската ДАС, постои корелација со негативен предзнак, што значи дека вредностите во анксиозност се следени со намалување на вредности во степенот на изразеноста на вознемиреноста на оската ДАС на вработените во медицинскиот сектор.

Факторите кои водат до зголемени стапки на анксиозност и депресија кај лекарите вклучуваат обемен обем на работа, продолжено работно време, преоптоварени пациенти, скудни ресурси, етички и правни прашања и трауматично или критичко одлучување (Khuwaja&Qureshi, 2004). Во Карачи, имаше висока поврзаност помеѓу анксиозноста и депресијата и работно време повеќе од 48 часа неделно (Khuwaja&Qureshi, 2004). Во Турција лекарите со ниски примања биле склони кон поголема анксиозност (Erdur and all, 2006)

Во рамките на истражувачката методологија беше анализирана комплементарноста меѓу истражувачките вариабли (депресивност, анксиозност, постраумтаски стрес синдром и вознемиреност на оска ДАС) од една страна и социодемографските карактеристики (работниот стаж, возраста на испитаниците, степенот на завршено образование и перцепцијата на финансиските приходи во семејството), од друга страна. Корелационата анализа потврди дека депресивноста на здравствените работници значајно корелира со работниот стаж и возраста на испитаниците што значи дека со зголемување на работниот стаж и кога возраста на здравствените работници е поголема се зголемува и степенот на манифестната депресија кај истите. Корелационата анализа покажа дека депресивноста негативно корелира и со перцепцијата на семејните приходи на здравствените работници што може да се протолкува дека негативната аперцепција на финансиските приходи корелира со поизразената депресивност и обратно.

Овие резултати не се совпаѓаат со резултатите од други истражувања каде социоекономскиот статус не беше значително поврзан со зголемена депресија, анксиозност или стрес (Sarthak and all, 2018). Тоа може да биде затоа што приходите на сите испитаници е униформа и тоа речиси ја изедначува економската состојба на медицинскиот персонал во државата.

Анксиозноста единствено значајно негативно корелира со работниот стаж, што значи дека со зголемување на работниот стаж на здравствените работници степенот на манифестната анксиозност е намалена и обратно. Корелационата анализа не покажа значајни корелации меѓу анксиозноста и возраста, степенот на образование и перцепцијата на приходите.

Анксиозноста се дефинира како состојба на вознемиреност, страв или преголема загриженост (Iacovou, 2011), што може да доведе до непријатна состојба, несакани психолошки и физички симптоми (Seligman and all, 2006) Ниското расположение и одбивноста за учество во секојдневните активности се нарекуваат депресија (Salaman and all, 1997). Секоја анксиозна или депресивна личност е склони да имаат лошо ментално/физичко здравје и шанси да развијат растројства на личноста (Khuwaja&Qureshi, 2004). Докторите не се исклучок. Психолошки нездрав лекар не може да ги направи своите услуги компатибилни со своите другари кои се ментално добро. Лекарите со анксиозност

или депресија имаат тенденција да прикажуваат слаба работна ефикасност (Khuwaja&Qureshi, 2004). Преваленцата на ментални нарушувања вклучувајќи анксиозност/депресија, злоупотреба на супстанции и самоубиство никогаш не биле адекватно проучени меѓу лекарите (Miller and all, 2000).

Посттрауматскиот синдром на здравствените работници како последица од работа со пациенти инфицирани со Ковид 19, не корелира со социодемографските карактеристики работниот стаж, возраста на испитаниците, степенот на завршено образование и перцепцијата на финансиските приходи во семејството.

Вознемиреноста на оската ДАС кај здравствените работници, значајно но негативно корелира со степенот на образование и со перцепцијата на финансиските приходи, што значи дека со зголемување на степенот на образование и перцепцијата на финансиските приходи на здравствените работници тогаш се очекува степенот на манифестната вознемиреност на оската ДАС да е намалена и обратно. Корелационата анализа не покажа значајни корелации меѓи вознемиреност на оската ДАС и работниот стаж и возраста.

4.1.2 Дискусија по однос на разлики зависно од социодемографија

Лекарите поради нивната работа се изложени на зголемен ризик да носат предизвици за менталното здравје кои можат да предизвикаат или влошат анксиозност и депресија. Проблемите со менталното здравје на лекарите главно се занемаруваат не само од јавноста, туку дури и од самите лекари. Иако е направена значајна работа во развиените земји како САД и Канада за да се оцени психолошкиот статус на лекарите, сепак земјите во развој значително заостануваат (Erdur and all, 2006)

Во рамките на методолошката рамка, беше поставено претпоставката за поостоење на статистички значајна разлика во однос на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС во зависност од полот, семејните приходи, брачниот статус и видот професијата: медицински технички персонал, доктори или немедицински персонал (психолози и др).

Врз основа на Ета коефициентот на асоцијација би заклучиле дека големината на ефектот за професијата е многу голема (0.078) врз степенот на изразената анксиозноста а низок за степенот на изразената депресија (0.025) и вознемиреност на оската ДАС (0.040), што покажува дека видот на професијата е многу позначаен за предвидување на анксиозност и вознемиреност на оската ДАС.

Дескриптивната анализа покажа дека највисока просечна вредност на депресивност се воочува кај стручниот медицински персонал - инфермиери додека најнизок степен на депресивност се забележува кај стручниот немедицински персонал -психолози и други. Диференцијалната анализа спроведена преку постхок и АНОВА, утврди разлики помеѓу стручниот медицински персонал - инфермиери кои имаат испод просечна вредност на скалата анксиозност додека највисока се воочува кај стручниот немедицински персонал - психолози ($F=8.36$; $p<0.01$). Трендот покажува дека докторите имаат испод просечна вредност на скалата вознемиреност на оската ДАС додека највисока се воочува кај стручниот медицински персонал - инфермиери ($F=4.15$; $p<0.01$). Слични резултати се добиени и во повеќе други студии (Atif and all, 2016)

Кога го споредивме истото меѓу клиничките и неклиничките сектори, добивме статистички значајна разлика во нивото на анксиозност, што беше повеќе кај оние испитаниците кои работат во клиничките гранки во споредба со оние во неклиничките сектори (психолози и др) што кореспондира во потполност со слични студии (Sarthak and all, 2018). Ова беше во спротивност со наодите на Томас (Thomas, 2004)

Во втората хипотеза H_2 беше креирана претпоставката за постоење на статистички значајни полови разлики во однос на степенот на изразеноста на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС. Анализирајќи ги просеците постигнати од вработените во медицинските установи припаднички на понежниот пол со просечните постигнувања на машкиот медицински персонал кои биле активно вклучени во справување на пандемијата со Ковид 19, се забележува дека во однос на факторот анксиозност и вознемиреност припадничките на понежниот пол кои биле активно вклучени во справување на пандемијата со Ковид 19 манифестираат пониски скорови на двете скали, за разлика од припадниците на појакиот пол. Единствено повисоки скорови припадничките од понежниот пол покажуваат на скалата депресија.

Нивоата на депресија и анксиозност беа повисоки кај мажите отколку кај жените, што се потврдува и во други слични студии (Sarhak and all, 2018). Ова веројатно може да се должи на фактот дека мажите повеќе ги претпочитаат клиничките гранки отколку жените. Не беше пронајдена значајна разлика во нивото на стрес меѓу половите исто како студијата на Џени и Лесли (Jenny & Leslie, 1988)

Диференцијалната анализа докажа постоење на две статистички разлики и тоа во однос на депресивноста ($t=-7,04$, $p<0,01$) и вознемиреноста на оската ДАС ($t= 3,10$, $p<0,01$). Додека во однос на анксиозноста ($t=0.358$, $p>0,05$) не се утврдени полови разлики. Статистичкиот наод е дека постојат разлики помеѓу скоровите на испитаниците од двата пола. Од презентираниите резултати можеме да заклучиме дека претходно презентираната хипотеза прифатена, односно дека припадничките на понежниот пол кои биле активно вклучени во справување на пандемијата со Ковид 19 манифестираат повисоки скорови на скалата депресивност и вознемиреност на оската ДАС, за разлика од припадниците на појакиот пол.

Во рамките на методолошката рамка беше поставена претпоставка артикулирана во хипотеза Х3 дека семејните приходи на испитаниците статистички значително влијаат врз степенот на изразеноста на анксиозноста, депресивност и вознемиреност на оската ДАС. Претпоставка беше дека вработените во медициски установи кои за време на пандемијата доживеале трауматски искуства а чии семејни приходи се ниски во поголема мерка пројавуваат анксиозност, депресивност и вознемиреност на оската ДАС споредено со своите колеги со повисоки семејни приходи. Анализата за асоцијативност покажа дека семејните приходи се јавуваат во улога на солидни фактор предиктори за депресивност но со ниска за анксиозност и вознемиреност.

Факторот депресија се воочува кај испитаниците со солидни приходи додека најнизок степен на депресивност се забележува кај испитаниците со просечни приходи и други. За факторот анксиозност, се воочува понагласено присаство кај испитаниците со просечни приходи додека најнизок степен на анксиозност се забележува кај испитаниците со солидни приходи и други, додека факторот вознемиреност на оската ДАС се воочува кај испитаниците со лоши приходи додека најнизок степен на вознемиреност на оската ДАС се забележува кај испитаниците со солидни приходи и други. Диференцијалната анализа ги

потврди разликите во однос на трите фактори, и тоа за депресивност ($F=29.949$; $p<0.01$), анксиозност ($F=3.09$; $p<0.05$) и вознемиреност на оската ДАС ($F=5.56$; $p<0.01$).

Post Hoc анализа покажа дека разлики постојат само во однос на депресивност, анксиозност и вонемиреност на оската ДАС и тоа помеѓу определени категории на вработени. Во однос на факторот депресивност евидентни статистички значајни разлики се воочуваат: испитаниците со лоши примања пројавуваат поизразен степен на депресивност за разлика од колегите со пониски примања како што испитаниците со солидни примања се јавуваат како повулнерабилна популација за разлика од колегите со просечни примања. Во однос на факторот анксиозност евидентни статистички значајни разлики се воочуваат: помеѓу испитаниците со просечни примања и испитаниците со солидни примања, каде испитаниците со просечни примања се јавуваат како повулнерабилна популација за разлика од колегите со солидни примања. Во однос на факторот „вознемиреност на оската ДАС“ каде испитаниците со пониски примања се со поизразена вознемиреност во споредба со испитаниците со солидни примања.

Во рамките на методолошката рамка беше поставена претпоставка артикулирана во хипотеза Х4 дека брачниот статус на испитаниците статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на анксиозноста, депресивност и вознемиреност на оската ДАС. Спроведената статистичка анализата покажа постоење на асоциативност помеѓу брачниот статус и трите истражувачки вариабли каде брачниот статус се утврди како многу позначајен за предвидување депресивноста а помалку значаен во предвидување на анксиозноста и вознемиреноста на оската ДАС.

Post Hoc анализа покажа за разлики во однос на факторот депресивност значајни разлики ($F=36.039$; $p<0.01$) се воочуваат помеѓу испитаниците кои се во брак со испитаниците чиј брачен статус е сингл, разведени или кои се во врска, каде испитаниците кои се во брак пројавуваат поизразен степен на депресивност за разлика од колегите сингл, разведени односно кои се во врска. Во однос на факторот анксиозност евидентни значајни разлики ($F=3.97$; $p<0.01$) се воочуваат: помеѓу испитаниците чиј брачен статус е сингл и испитаниците чиј брачен статус е „разведен“, каде испитаниците со брачен статус „сингл“ се јавуваат како повулнерабилна популација за разлика од колегите со брачен статус „разведен“. Во однос на факторот „вознемиреност на оската ДАС“ разлики се евидентирани

($F=4.939$; $p<0.01$) помеѓу испитаниците чиј брачен статус е „во брак“ и испитаниците со кои се во врска во преваленца кај првите.

Во оваа студија, не беше откриено значајно влијание од брачниот статус и дополнителното работно време врз резултатите од *anksioznost* на испитаниците. Истражувачите документираа различни резултати. „Брачниот статус медицинскиот персонал“ се документирани во некои студии како несреќни, бидејќи лекарите остануваат толку посветени во својата професија што често им даваат предност на професионалните обврски пред личната среќа и слободно време (Miller and all, 2000).

Оженетите субјекти во нашата студија имаат поголема веројатност да развијат симптоми на анксиозност во споредба со невенчаните. Ова е во согласност со резултатите од други студии (Chen and all 2019). Тоа може да се објасни со поголем страв кај членовите на блиското семејство, како што беше споменато, една од најчестите грижи на здравствените работници за време на пандемијата.

4.1.3. Дискусија во однос на разлики зависно од трауматските искуства

Во рамките на истражувачката методологија беше поставено прашањето за постоење на статистички значајна разлика во однос на депресивност, анксиозност и вознемиреност на скала ДАС во зависност од доживеаните трауматските настани за време на пандемијата со Ковид 19 кај медицинскиот технички персонал, докторите и немедицинскиот персонал (психолози и др). За да се одговори на хипотезата беа развиени помошни хипотези.

Многу лонгитудинални и вкрстени студии ја опишаа депресијата како нарушување што е значително поврзано со стресни животни настани (Bifulco and all 2002; Wiersma, 2009). Стресните настани често се предизвикувачи за депресивна епизода и се препознаваат како фактор на ризик за развој на депресија, бидејќи тие се појавуваат ненадејно (Wagner and all, 1988).

Во рамките на првата помошна хипотеза $X1$ беше поставена претпоставката дека „Изолација“ како трауматско искуство со кој во неколку наврати се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал (психолози и др)

ангажиран за време на пандемијата како вработени во медицинските установа, статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анскизозност и вознемиреност на оската ДАС.

Преку степенот на асоцијативноста имавме за цел да утврдиме дали постои и во кој однос се факторите вклучени во хипотезите и трауматските искуства. Ета квадрат го мери процентот на варијанса поврзан со секој главен ефект и ефект на интеракција во моделот ANOVA. За првото трауматско искуство „изолација“ или по народски кажано „карантин“ Ета мерката за асоцијативнос е многу голема (0.078) врз степенот на изразената анксиозноста а низок за степенот на изразената депресија (0.025) и вознемиреност на оската ДАС (0.040), што покажува дека видот на професијата е многу позначајно за предвидување на анксиозност и вознемиреност на оската ДАС.

Статистичката анализа спроведена преку анализа на варијанса и постхокок анализа покажува дека испитаниците кои биле сведоци дека втори или трети лица ја имаат доживеано како трауматско искуство имаат изнад просечна вредност на скалата депресија додека најниска се воочува кај испитаниците кои не биле жртви на изолацијата ($F=43.123$; $p<0.01$). Трендот покажува дека испитаниците кои биле сведоци дека втори или трети лица ја имаат доживеано како трауматско искуство имаат изнад просечна вредност на скалата анксиозност додека најниска се воочува кај испитаниците кои не биле жртви на изолацијата ($F=17.10$; $p<0.01$). Трендот покажува дека испитаниците кои лично ја имаат доживеано како трауматско искуство и испитаниците кои имаат чуено од други лица за трауматските ефекти на изолацијата во споредба со испитаниците имаат изнад просечна вредност на скалата вознемиреност на оската Дас додека најниска се воочува кај испитаниците кои биле сведоци дека втори или трети лица ја имаат доживеано како трауматско искуство ($F=171.04$; $p<0.01$).

Во рамките на втората помошна хипотеза X_2 беше поставена претпоставката дека трауматското искуство „заболување без можност за помош“ како трауматско искуство со кој за време на пандемијата се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал персонал (психолози и др), статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анскизозност и вознемиреност на оската ДАС. Интересни заклучоци произведе асоцијативната анализа изведена преку Ета коефициентот на асоцијација. Главниот ефект покажува дека трауматското искуство

солиден предиктор за анксиозност, вознемиреност на оската ДАС додека низок за депресивноста.

Трендот покажува дека испитаниците кои чуле за лица инфицирани од Ковид а без притоа да имаат можност да им се пружи адекватна помош имаат најниска депресивност додека највисока се забележува кај лица кои имале лично искуство ($F=9.29$; $p<0.01$). Трендот покажува дека испитаниците кои биле лично били инфицирани како и лица кои биле сведоци дека втори или трети лица ја имаат доживеано како трауматско искуство имаат изнад просечна вредност на скалата анксиозност додека најниска се воочува кај испитаниците кои не биле жртви на изолацијата ($F=73.49$; $p<0.01$). Трендот покажува дека испитаниците кои лично го имаат доживеано како трауматско искуство и испитаниците кои биле сведоци на ефектите на инфицираноста со Ковид 19 и без можност од добивање на помошво споредба со испитаниците имаат испод просечна вредност на скалата вознемиреност на оската Дас додека највисока се воочува кај испитаниците кои чуле дека втори или трети лица ја имаат доживеано како трауматско искуство и лица кои не биле засегнати од трауматското искуство ($F=83.79$; $p<0.01$).

Во рамките на диференцијалната анализа беше поставено прашањето и помошна хипотеза Х4 за постоење на статистички значајни разлики помеѓу вработените во медицинскиот сектор: доктори, медицински стручен и немедицински стручен персонал (психолози), вклучени во истражувањето, во однос на факторот депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС, а во зависност од начинот на доживување на личното или посредно соочување со смртта за време на Ковид пандемијата како трауматско искуство. Врз основа на Ета коефициентот на асоцијација заклучивме дека големината на ефектот за трауматско искуство „соочување со смртта“ е многу позначајно за предвидување на депресивноста и вознемиреност на оската ДАС додека со понизок главен ефект за анксиозноста. Трендот покажува дека испитаниците кои биле сведоци за лица кои се соочиле со смрт за време на пандемија со Ковид 19 имаат највисока стапка на симптоми на депресивност додека највисока се забележува кај лица кои немале вакво трауматско искуство ($F=115.48$; $p<0.01$). Трендот покажува дека испитаниците кои биле лично или посредно биле засегнати со трауматското искуство (биле сведоци дека втори или трети лица ја имаат доживеано како трауматско искуство) имаат изнад просечна вредност на скалата анксиозност додека најниска се воочува кај испитаниците кои не биле или не се соочиле со

смрта ниту лично ниту посредно за време на пандемија со Ковид 19 ($F=14.17$; $p<0.01$). Трендот покажува дека испитаниците кои лично го имаат доживеано како трауматско искуство и испитаниците кои биле сведоци на ефектите на соочување со смрт за време на Ковид 19 пандемијата во споредба со испитаниците кои имаат чуено или пак воопшто не се соочиле со смрта ниту лично ниту посредно за време на пандемија со Ковид 19 имаат изнад просечна вредност на скалата вознемиреност на оската Дас ($F=32.627$; $p<0.01$).

Во рамките на *помошната хипотеза Х5* беше поставена претпоставката дека „Губење на членови на семејството или пријатели“ како трауматско искуство со кое за време на пандемијата се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал (психолози и др), статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС. Статистичката анализа за степенот на асоцијативност покажа постоење на висок степен на асоцијативност на трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 и депресивноста, анксиозноста и вознемиреноста на оската ДАС, што го прави солиден предиктор за предвидување на анксиозност, вознемиреност на оската ДАС и депресивноста.

Диференцијалната анализа покажува дека испитаниците кои лично се соочиле со губиток или биле сведоци за лица кои се соочиле со губиток на близок за време на пандемија со Ковид 19 имаат највисока стапка на симптоми на депресивност додека најниска се забележува кај лица кои немале вакво трауматско искуство ($F=128.667$; $p<0.01$). Трендот покажува дека испитаниците кои биле лично или посредно биле засегнати со трауматското искуство (биле сведоци дека втори или трети лица ја имаат доживеано како трауматско искуство) имаат изнад просечна вредност на скалата анксиозност додека најниска се воочува кај испитаниците кои не биле или не се соочиле со трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 ($F=58.05$; $p<0.01$). Трендот покажува дека испитаниците кои лично го имаат доживеано како трауматско искуство и испитаниците кои биле сведоци на ефектите на губење на блиски или пријатели во текот на Ковид 19 во споредба со испитаниците кои имаат чуено или пак воопшто не се соочиле со трауматско искуство губење на членови на семејството или пријатели за време на пандемијата со Ковид 19 имаат изнад просечна вредност на скалата вознемиреност на оската Дас ($F=84.16$; $p<0.01$).

Во рамките на **помошната хипотеза Х6** беше поставена претпоставката дека „неприродна смрт на членови на семејството или блиски“ како трауматско искуство со кое за време на пандемијата се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал (психолози и др), статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС.

Ета коефициентот на асоцијација покажа асоциативност помеѓу трите фактори и ефектот за трауматското искуство „неприродна смрт на членови на семејството или блиски“ е многу низок како врз степенот на изразената депресивност, така и врз степенот на изразеноста на анксиозност и за степенот на изразената вознемиреност на оската ДАС што сепак може да се заклучи трауматското искуство е значаен фактор за предвидување на анксиозност, вознемиреност на оската ДАС и депресивноста.

Во однос на факторот депресивност евидентни статистички значајни разлики се воочуваат: помеѓу испитаниците кои трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 го доживеале посредно како сведоци и останатите испитаници од другите три категории кои лично изгубиле блиски лица преку неприродна смрт, лица кои чуле за губиток на лица на неприроден начин или воопшто не биле засегнати од посоченото трауматско искуство, каде овие вторите пројавуваат помалце изразен степен на депресивност. Пост хок анализата за факторот депресивност евидентира постоење на статистички значајни разлики помеѓу испитаници кои лично доживеале губиток на близок член или пријател на неприрореден начин за време на пандемијата статистички значајно се разликуваат само со испитаниците кои се сведоци на трауматското искуство, со оглед дека овие вторите манифестираат по исразена депресивност. За факторот „анксиозност“. пост хок анализата евидентира статистички значајни разлики помеѓу испитаниците кои лично доживеале губиток на близок член или пријател на неприрореден начин за време на пандемијата статистички значајно се разликуваат по однос на анксиозноста во однос на лицата кои чуле дека трети лица се соочиле со трауматското искуство како и со лица кои воопшто не биле засегнати од трауматичното искуство каде овие последните пројавуваат поизразен степен на анксиозност. Диференцијалната анализа за факторот „вознемиреност на оската ДАС“ се евидентирани, од една страна помеѓу испитаниците кои воопшто не биле засегнати од трауматското искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на

пандемијата со Ковид 19, од друга страна, и лица кои лично ненадејно изгубиле блиски или пријатели или пак чуле за лица кои изгубиле блиски или пријатели за време на пандемијата каде овие првите пројавуваат повисок степен на вознемиреност на оската ДАС за разлика од вторите. Пост хок анализата истоатака евидентира дека лица кои биле сведоци на лица кои изгубиле ненадејно со неприродна смрт на блиски или пријатели и лица кои чуле за лица кои изгубиле блиски или пријатели за време на пандемијата значајно се разликуваат по однос на вознемиреноста на оската ДАС.

Трендот покажува дека испитаниците кои лично се соочиле со губиток или чуле за неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 имаат најниска стапка на симптоми на депресивност додека највисока се забележува кај лица кои биле сведоци на губиток на блиски лица кои починале на неприроден начин. Трендот покажува дека испитаниците кои биле лично или посредно биле засегнати со трауматското искуство (биле сведоци дека втори или трети лица ја имаат доживеано како трауматско искуство) имаат испод просечна вредност на скалата анксиозност додека највисока се воочува кај испитаниците кои не биле или не се соочиле со трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19. Трендот покажува дека испитаниците кои лично го имаат доживеано како трауматско искуство и испитаниците кои посредно се соочиле со трауматското искуство на губење на блиски или пријатели во текот на Ковид 19 во споредба со испитаниците кои биле сведоци или пак воопшто не се соочиле со трауматско искуство неприродна смрт на членови на семејството или блиски за време на пандемијата со Ковид 19 имаат изнад просечна вредност на скалата вознемиреност на оската ДАС.

Во рамките на помошната хипотеза Х7 беше поставена претпоставката дека „доживување на психичко насилство“ за време на пандемијата, како трауматско искуство, со кое се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал (психолози и др), статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анскизоност и вознемиреност на оската ДАС. Врз основа на Ета коефициентот покажа дека личното или посредно соочување со психичкото насилство кое се врежало како трауматско искуство е многу позначајно за предвидување на депресивност и вознемиреност на оската ДАС додека за анксиозноста низок.

Дескриптивна статистика за факторот депресија, покажа дека највисока просечна вредност се воочува кај лицата кои не доживеале психичко насилство, додека за факторот „анксиозност“, највисока просечна вредност се воочува кај лицата кои лично биле жртви на психичко насилство и кое се доживеало како трауматското искуство додека за факторот „вознемиреност на оската ДАС“, највисока просечна вредност се воочува кај лицата кои лично изгубиле ненадејно со неприродна смрт близок или пријател. Испитаниците кои не се соочиле со психичкото насилство како трауматско искуство значајно ($F=108.558$; $p<0.01$) отстапуваат по однос на депресивноста за разлика од колегите кои доживеале психичко насилство лично или пак посредно (сведоци или како врежано во меморија). Разлики се евидентирани ($F=29.376$; $p<0.01$) и во однос на факторот анксиозност, каде медицинскиот персонал кој лично доживевал или пак посредно преку интериоризирање на туѓи сиксуства покажуваат поизразена анксиозност за разлика од колегите кои биле сведоци или воопшто небиле засегнати. Вознемиреноста на оската ДАС ($F=39.791$; $p<0.01$) е позастапена кај испитаниците лично се соочиле трауматско искуство или пак биле сведоци на лица кои доживеале психичко насилство за време на пандемијата во споредба од колегите кои „слушнале од други“ кои воопшто небиле засегнати од искуството.

Трендот покажува дека испитаниците кои за време на пандемија не биле жртви на психичко насилство покажуваат највисока стапка на депресивност додека најниска кај лица кои биле сведоци на психичко насилство. Трендот покажува дека испитаниците кои лично го имаат доживеано трауматското искуство и испитаниците кои посредно се соочиле со трауматското искуство на психичко насилство во текот на Ковид 19 пандемија во споредба со испитаниците кои биле сведоци или пак воопшто не се соочиле со трауматско искуство личното или посредно соочување со психичкото насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство имаат изнад просечна вредност на скалата анксиозност. Трендот на анксиозноста го потврдува она што е констатирано преку статистички показатели покажува дека лицата кои биле посредно биле засегнати со трауматското искуство (биле сведоци дека втори или трети лица ја имаат доживеано како трауматско искуство) имаат изнад просечна вредност на скалата вознемиреност на оската ДАС додека најниска се воочува кај испитаниците кои не биле или не се соочиле со трауматско искуство личното или лично доживеале психичко насилство за време на пандемија со Ковид 19 кое се врежало како трауматско искуство.

Во рамките на **помошната хипотеза X8** беше поставена претпоставката дека трауматското искуство „доживување на пандемијата како состојба на војна“ за време на пандемијата, со кое се соочил медицинскиот (медицински технички персонал, доктори) и немедицинскиот персонал (психолози и др), статистички значително влијае врз степенот на изразеноста на депресивност, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС. Степенот на асоциативност помеѓу личното или посредно доживување на пандемијата како состојба на војна врз основа на Eta квадратот беше констатирано дека трауматско искуство е многу позначајно за предвидување на вознемиреност на оската ДАС и депресивноста а пониско за анксиозноста. Во однос на факторот вознемиреност на оската ДАС а во зависност од степенот на личното или посредно доживување на пандемијата како состојба на војна, анализата покажа дека испитаниците кои имаат „слушнато од други“ за лица кои пандемијата ја доживеале како состојба на војна и испитаниците кои пандемијата не ја доживеале како состојба на војна покажуваат поизразена вознемиреност за разлика од колегите кои лично или пак биле само сведоци. Во однос на факторот анксиозност ($F=1.242$; $p>0.01$) не се утврдени разлики во однос на трауматското искуство. Разлики се утврдени и во однос на факторот депресивност, каде испитаниците кои лично пандемијата ја доживеале како состојба на војна, испитаниците кои биле сведоци на лица кои пандемијата ја доживеале како состојба на војна, манифестираат поизразена депресивност за разлика од колегите кои имаат слушнато или пак не биле засеграни од трауматското искуство.

Post Hoc анализата покажа дека разлики постојат во однос на депресивност, анксиозност и вонемиреност на оската ДАС а во зависност од начинот на доживување на личното или посредно пандемијата ја доживеале како состојба на војна и тоа помеѓу определени одговори на испитаниците:

Во однос на факторот депресивност евидентни статистички значајни разлики се воочуваат: помеѓу испитаниците, од една страна, кои пандемијата не ја доживеале како состојба на војна, и од друга страна испитаници кои лично или посредно (биле сведоци или пак чуле за истио) пандемијата ја доживеале како состојба на војна, каде овие вторите пројавуваат по изразен степен на депресивност. Диференцијалната анализа покажа постоење на разлики и во однос на факторот „вознемиреност на оската ДАС“. Имено, евидентни статистички значајни разлики на скалата вознемиреност се евидентирани помеѓу испитаниците кои воопшто не биле засегнати од трауматското искуство и лица кои лично

пандемијата ја доживеале како состојба на војна каде овие првите пројавуваат повисок степен на вознемиреност на оската ДАС за разлика од вторите.

Трендот покажува дека испитаниците кои за време на пандемија истата не ја доживеале како состојба на војна покажуваат најниска стапка на депресивност додека највисока кај лица кои биле лично пандемијата ја доживеале како состојба на војна. Трендот на анксиозноста го потврдува она што е констатирано преку статистички показатели покажува дека лицата кои пандемијата ја немаат доживеано како трауматско искуство) имаат изнад просечна вредност на скалата вознемиреност на оската ДАС додека најниска се воочува кај испитаниците кои личното пандемијата ја имаат доживеано како состојба на војна.

Основната цел да се спроведе оваа студија беше да се дојде до продуктивен заклучок и претстојни тактики за ублажување на постоечката енигма на анксиозност и депресија кај лекарите, со надеж да се развијат мерки кои можат да помогнат да се намали оваа инциденца во наредните денови. Треба да се користи превенција како најдобар лек за елиминирање на анксиозноста и депресијата кај лекарите (Khuwaja&Qureshi, 2004).

4.1.4 Дискусија во однос на резултатите од регресионата анализа

Стресните и трауматските настани се сметаат како значајни предиктори во предвидување на стерсните состојби и болести (Rabkin, Streuning 1976).

Во рамките на методолошката рамка беа поставени цели и истражувачки хипотези кои се однесуваат на поврзаноста на критериумските вариабли со панел предикторски варијабли. За таа цел беше спроведена регресиона анализа на главни компоненти. Беше поставено тврдење дека панел на предиктор варијабли: брачен статус, финансиски приходи, работен стаж и возраст се одликуваат со висока предиктивна вредност во предвидувањето на критериум променливата депресивноста.

Регресионите коефициенти за панел предикторски и критериумските варијабли (депресивност, анксиозност и вонемиреност ДАС) покажа дека 32.9% од варијансата во критериумската варијабла депресивноста, 5.2% од за анксиозност и 14.2% за вознемиреност на оската ДАС на медицинскиот и немедицинскиот персонал, може да им се припише на

панел предикторите: брачен статус, приходи, стаж и возраст. Ф коефициентите исто така потврдија дека моделот во кој што се вклучени предиктор варијаблите: брачен статус, финансиски приходи, работен стаж и возраст, значително ја објаснува варијансата на критериумските варијабли.

Критериумската варијабла депресивност и анксиозност значително може да се предвиди и објасни преку сетот предиктори: брачен статус и стаж за разлика од возраста и финансиските приходи кои се без ефект на предвидување кај (не)медицинскиот персонал вработен во медицинските установи. За критериумската варијабла вознемиреност на оската ДАС сетот предиктори: работен стаж, возраст, финансиски приходи и брачен статус значително ја предвидуваат вознемиреност на оската ДАС на медицинскиот и немедицинскиот кадар вработен во медицинските установи.

Во рамките на методолошката рамка а во контекст на регресионата анализа беше поставена претпоставка дека панел на предиктор варијабли: психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели се одликуваат со висока предиктивна вредносот во предвидувањето на критериум променливита депресивноста, анксиозност и вознемиреност на оската ДАС.

Фактот дека повеќето од коефициентите на корелација помеѓу стресните настани и болестите се под 0,30, што значи дека тие настани објасниле помалку од 9% од варијансата на болеста (Rabkin, Streuning 1976), доведе многу автори да биде критичен кон пристапот Холмс и Реј (Holmes, Rahe 1967).

Коефициентите на меѓукласна корелација покажуваат дека 64.0% од варијансата во депресивноста на вработените, како кај медицинскиот така и кај немедицинскиот персонал, може да им се припише на панел предикторите. Резултатите покажуваат дека сите 5 предиктори психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, доживување на пандемијата како состојба на војна, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели може да ја предвиди депресивноста кај медицинскиот и немедицинскиот кадар вработен во медицинските установи.

Коефициентите на меѓукласна корелација покажуваат дека 55.0% од варијансата во анксиозноста на вработените, како кај медицинскиот (доктори, медицински техничари) така и кај немедицинскиот персонал (психолози и др), може да им се припише на панел

предикторите. Резултатите покажуваат дека 4 од 5 предиктори: психичко насилство, изолација, заболување без можност за помош, соочување со смрта и губење на блиски или пријатели може да ја анксиозноста кај медицинскиот и немедицинскиот персонал вработен во медицинските установи за време на пандемија.

Коефициентите на меѓукласна корелација покажуваат дека 50.0% од варијансата во вознемиреност на оската ДАС на вработените, како кај медицинскиот така и кај немедицинскиот кадар, може да им се припише на панел предикторите. Резултатите покажуваат дека 3 од вкупно 5 предиктори: психичко насилство, заболување без можност за помош и соочување со смрта и губење на блиски или пријатели. Од сетот предиктори се исклучуваат два предиктора: пандемијата како состојба на војна и изолација чија валенса не е доволна при предвидување на критериумската варијабла.

Во контекст на заклучокот изнесен погоре за ниската предиктивност на стресните настани (Rabkin, Streuning 1976), за многумина, прво се поставува прашањето за неговата доволност, а не за нејзината образложение. Така, на пример, Pauket et al веруваат дека степенот на земјотресот (вознемирен), т.е. неволјите или несреќите е поадекватна концепција на стресноста на животните настани затоа што, покрај промената на начинот на адаптација, што Холмс и Реј ја нагласуваат, го вклучува и „прашањето за нивната вредност или пожелност“ (Пајкел, Прусоф и Уленхут, 1971). Како што се очекуваше, корелациите помеѓу споредливите ставки на скалата за проценка на социјалното приспособување и скалата на Пејкел и други се движат од 0,44 до 0,89, што укажува на значителен степен на преклопување помеѓу овие концепти.

4.2. Ограничувања на истражувањето

Генерализацијата на студијата не може да се гарантира бидејќи сите лекари од Косово не можеа да бидат вклучени. Стапката на одговор беше ниска, така што пристрасноста во изборот беше неизбежна. Испитаниците би можеле да бидат повеќе свесни за здравјето, да имаат дополнителен интерес за медицински истражувања, да одвојат време за да учествуваат или можеби помалку се плашат од стигматизирање на нарушување на менталното здравје. Постои голема веројатност за пристрасност на интервјуто бидејќи

барем некои од испитаниците можеби не се подготвени да ја пријават нивната вистинска состојба на ментално здравје.

Сепак, оваа работа е уникатна бидејќи не е спроведено такво истражување кај лекари кои работеле во болницата за време на пандемијата во Косово. Студијата даде значителни податоци за неочекувано висока преваленца на анксиозност и депресија кај учесниците. Понатамошните истражувања и анализи може да дадат плодни резултати, помагајќи ни да формулираме упатства за проверка на анксиозноста и депресијата кај лекарите и да се справиме со страдањата посоодветно и во раните фази. Здравите лекари можат да гарантираат експлицитна испорака на здравствена заштита.

Второ, бидејќи учеството беше доброволно, анкетата беше пополнета од медицинскиот персонал кои избраа да ја пополнат. Затоа, мерките беа самопријавени. Ова значи дека точноста на одговорите може да биде загрозна и истражувачите не се во можност да ја потврдат валидноста. Пред да одговорат на кое било прашање, медицинскиот персонал беше известен за одредбите за доверливост во делот за информирана согласност. Без оглед на доверливиот карактер на анкетата, постои можност некои вработени во медицинските установи да не одговориле вистинито. Може да има стигма поврзана со анксиозност и депресија што може да има влијание врз нивото на оценка за овие ставки. Дополнително, влијанието врз оценките може да биде ограничување на тековната студија, особено кај оние вработени кои имаат најнизок реален Успех.

Трето, сметаме дека добивањето податоци за личните навики и психолошки нарушувања пред и за време на пандемијата COVID 19 би било порепрезентативно во однос на вистинското влијание на тековната пандемија врз менталниот статус кај медицинскиот и немедицинскиот персонал. Сметаме дека студијата би била поинформативна доколку има прашања во врска со инфекција со САРС КоВ-2 и подетални прашања во врска со фактичката положба на медицинскиот персонал (т.е. доктори, психолози, медицинска сестра итн.). Прашањата во врска со третманот на заразените пациенти (позиции на првата линија) и трансферот во други институции или работни позиции би дале поконкретни информации за менталното здравје на овие учесници. Така, со повеќе информативни податоци и мултицентрична студија, заедно со другите центри во Косово, би се обиделе да спроведеме слична и поилустративна истрага во врска со психолошкото влијание на

пандемијата COVID 19 врз медицинскиот и немедицинскиот персонал во медицински установи.

Имајќи предвид дека ова истражување е корелациски дизајн, нема потенцијал да произведе знаење за причинско-последичните односи. Потребни се надолжни студии за да се реши овој проблем. Понатаму, бидејќи користевме инструменти за самоизвестување при собирањето податоци, може да биде присутна пристрасност за самоизвестување. Исто така, треба да се земе предвид едноцентричноста на студијата, која не дозволува генерализацијата на резултатите да важат за целата популација на здравствени работници.

Покрај споменатите ограничувања, важно е да се нагласи научниот придонес на нашето истражување и фактот дека дел од оваа работа е и првата објавена студија во светот која го испитуваше ефектот на ментализирачкиот капацитет врз синдромот на исцрпеност при работа во здравството. работници за време на пандемијата COVID-19.

4.3. Препораки

По анализата и интерпретацијата на резултатите, дојдовме до следните препораки:

- Да се спроведат дополнителни студии за нивото на депресија, анксиозност и посттрауматски стрес кај здравствените работници во поголем број предмети, со цел да се осмислат соодветни интервенции на национално ниво.
- Развивање на политики за нивна психолошка поддршка со цел да се одржи нивното психофизичко здравје и благосостојба.
- Тоа ќе послужи како основа за споредби помеѓу психолошките практики поврзани со надминување на овие психолошки проблеми на медицинскиот персонал предизвикани од пандемијата COVID 19;
- Ќе послужи за развој и избор на психолошки стратегии кои ќе овозможат надминување на последиците од СОВИД 19, кои во голема мера се одразиле на психологијата на медицинскиот персонал;
- Студијата има практична вредност во услови кога пандемијата COVID 19 остави многу последици во општеството на сите земји во светот, како од економско-материјален, така и од психолошки аспект;

- Темата на овој труд е важна за оние кои сакаат да се занимаваат со проучување на психолошки проблеми како анксиозност, депресија и посттрауматски стрес во исклучителни услови како што се пандемии, војни, меѓуетнички конфликти итн.;
- Преку резултатите од овој труд е наменет да се дадат неколку препораки во однос на можностите за надминување на психолошките последици предизвикани од пандемијата COVID 19 на медицинскиот персонал, кој во многу тешки околности се соочи со непознатите ефекти и последици од оваа пандемија.

Литература

- Institute of Medicine. Neurological, psychiatric, and developmental disorders: meeting the challenge in the developing world. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
- Khuwaja AK, Qureshi R. Prevalence and Factors associated with Anxiety and Depression among Family Practitioners in Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc.* 2004; 54:45.
- Erdur B, Ergin A, Turkcuer I, Parlak I, Ergin N, Boz B. A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli, Turkey. *Emerg Med J.* 2006;23(10):759–763.
- Atif, K., Khan, HU., Ullah, MZ., Shah, FS., Latif, A. (2016). Prevalence of anxiety and depression among doctors; the unscreened and undiagnosed clientele in Lahore, Pakistan. *Pakistan Medical Journal.*
- Saraceno B. A landmark year for world mental health 2001. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2001;11:190–191.
- Erdur B, Ergin A, Turkcuer I, Parlak I, Ergin N, Boz B. A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli, Turkey. *Emerg Med J.* 2006;23(10):759–763.
- Ali BS, Rahbar MH, Naeem S, Tareen AL, Gul A, Samad L. Prevalence of and factors associated with anxiety and depression among women in a lower middle class semi-urban community of Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc.* 2002;52(11):513–517.
- Miller MN, MCGOWEN KR, James H. The Painful Truth: Physicians Are Not Invincible. *South Med J.* 2000;93(10)
- Hansen CH, Walker J, Thekkumpurath P, Kleiboer A, Beale C, Sawhney A, et al. Screening medical patients for distress and depression: does measurement in the clinic prior to the consultation overestimate distress measured at home. *Psychol Med.* 2013;43:2121–2128. doi:10.1017/S0033291712002930.
- Iacovou S. What is the Difference Between Existential Anxiety and so Called Neurotic Anxiety?: ‘The sine qua non of true vitality’: An Examination of the Difference Between Existential Anxiety and Neurotic Anxiety. *Existential Analysis.* 2011;22(2):356–367.
- Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL. *Abnormal psychology.* 4th ed. New York: W.W. Norton & Company;
- Salmans S. *Depression: Questions You Have – Answers You Need.* Allentown PA: People’s Medical Society; 1997.

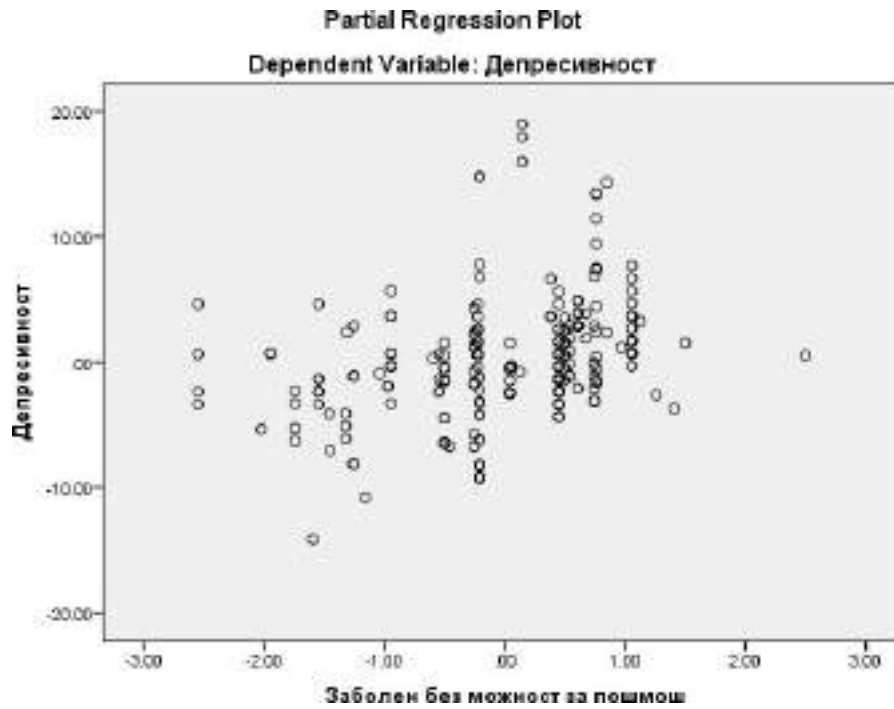
- Joules N, Williams DM, Thompson AW. Depression in resident physicians: A systematic review *Open J Depress*. 2014;3:89–100
- Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: A survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta *BMC Med Educ*. 2005;5:21
- Lovibond SH, Lovibond PF *Manual for Depression Anxiety and Stress scales*. 1995 2nd ed. Sydney Psychology Foundation
- Sahoo S, Khess CR. Prevalence of depression, anxiety, and stress among young male adults in India: A dimensional and categorical diagnoses-based study *J Nerv Ment Dis*. 2010;198:901–4
- Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: A Systematic review and meta-analysis *JAMA*. 2015;314:2373–83
- Zaman S, Rahim MA, Khan AH, Habib SH, Rahman MM, Ahsan MS, et al Prevalence of depression among post graduate medical trainees: A multi-centric Survey *Birdem Med J*. 2004;4:18–21
- Demir F, Ay P, Erbaş M, Ozdil M, Yaşar E. The prevalence of depression and its associated factors among resident doctors working in a training hospital in Istanbul *Turk Psikiyatri Derg*. 2007;18:31–7
- Gu A, Onyeama GM, Bakare MO, Igwe MN. Prevalence of depression among resident doctors in a teaching hospital *Int J Clin Psychiatry*. 2015;3:1–5
- Saini NK, Agrawal S, Bhasin SK, Bhatia MS, Sharma AK. Prevalence of stress among resident doctors working in medical colleges of Delhi *Indian J Public Health*. 2010;54:219–23
- Kasi PM, Khawar T, Khan FH, Kiani JG, Khan UZ, Khan HM, et al Studying the association between postgraduate trainees' work hours, stress and the use of maladaptive coping strategies *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2007;19:37–41
- Chen Q, Zhang Y, Zhuang D, Mao X, Mi G, Wang D, et al. Health anxiety in medical employees: A multicentre study. *J Int Med Res*. SAGE Publications Ltd; 2019;47(10):4854-61. DOI:10.1177/0300060519872310
- Bifulco A, Moran PM, Baines R, Bunn A, Stanford K. Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2002; 66(3): 241–258.
- Wiersma JE, Hovens JG, van Oppen P, Giltay EJ, van Schaik DJ, Beekman AT, et al. The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *The Journal of clinical psychiatry*. 2009; 70(7): 983–989.
- Wagner BM, Compas BE, Howell DC. Daily and major life events: a test of an integrative model of psychosocial stress. *American journal of community psychology*. 1988; 16(2): 189–205.
- Kaplan, B., & Sandock, A. (2014). *Traktat i plotë i psikiatrisë*.
- E. Jerry Phares, *Clinical Psychology, Concept, Methods, and profesion*, Fourth edition, 1991, Steate department.

- Burkovik Y., Ankthi, Shkaqet, pasojat dhe metodat per sherimine tij, Shtepia botuese Pena, Prizren, 2016.
- Clayton, M., Brilant, Menaxhimi I stresit, Botime Damo, 2011, Britani e madhe.
- Osmani, Q. Metodologjia ne Psikologji, Arberia design, Tetov, 2018.
- Nushi., P. (1995). Psikologjia e përgjithshme, Prishtinë.
- Pettyjohn., T. (2010). Psikologjia – një hyrje koncize , Botimi II, Tiranë.
- Stangor., Ch. (2008). Introduction to psychology.
- Pajazit., Juniku., N. & Bërxulli., D. (2005). “Psikologjia 11“, Libri Shkollor, Prishtinë.
- Charles., M.G., & Maisto., A.A. (2008). Psikologjia shkenca e proceseve mendore dhe e sjelljes njerëzore. Qendra për Arsim Demokratik, Tiranë.
- Shala., M. & Lenjani., B. Kujdesi shëndetësor. Prishtinë. Finger., S. Boller., F. & Stiles., A. Neurology, and Neuroscience: Neurological and Psychiatric Disorders, (2Ed.).
- Wilhelm S. & Steketee’s G. S. (2006). Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder A Guide for Professionals.
- DeBattista., Ch. & Glick., I.D. (2020). Clinical Psychiatry: A Handbook for Medical Students, Residents, and Clinicians; Scion Publishing Limited.
- Waldinger., R.J. (1997). Psychiatry for Medical Students; American Psychiatric Pub.
- Zhu Z, Xu S, Wang H, et al. (2020). COVID-19 in Wuhan: immediate psychological impact on 5062 health workers. medRxiv,
- Apóstolo JLA, Rodrigues MA, Olvera JP. (2007). Evaluacion de los estados emocionales de estudiantes de enfermería. Index Enferm. 56:26-9.
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Liang Y, Chen M, Zheng X, Liu J. (2020). Screening for Chinese medical staff mental health by SDS and SAS during the outbreak of COVID-19. *J Psychosom Res.*133:110102.
- Alexander, J. L., Dennerstein, L., Kotz, K., & Richardson, G. (2007), “Women, anxiety and mood: A review of nomenclature, c o m o r b i d i t y a n d e p i d e m i o l o g y ” ; Expert Review of Neurotherapeutics, 7; 11Suppl.),s45-S58, <https://doi.org/10.1586/14737175.7.7.11s.S45>.

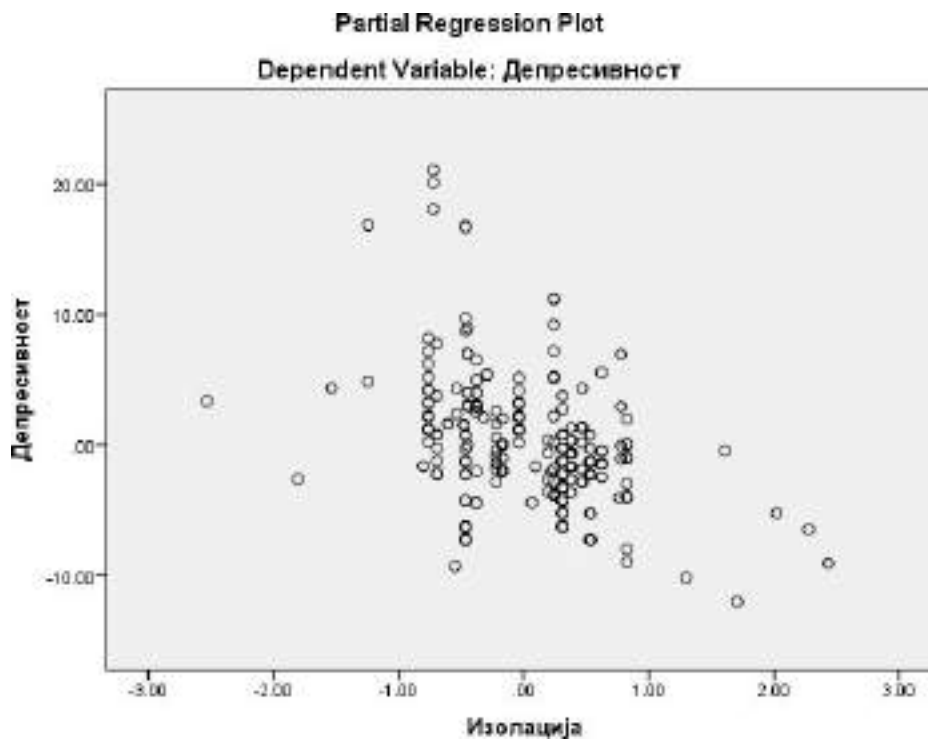
- Aronson, E. (2008). "Fear, denial and sensible action in the face of disasters", *Soc Res Int Quart*, 75:855-872. Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., Zheng, J. (2020). "The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China", *Psychiatry Research*, 287, 112934; <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>.
- Geukes, K., Nestler, S., Hutteman, R., Küfner, A. C., & Back, M. D. (2017). "Trait personality and state variability: Predicting individual differences in within-and cross-context fluctuations in effect, self-evaluations, and behavior in everyday life", *Journal of Research in Personality*, 69, 124-138.
- González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos M, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C. (2020) "Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain", *Brain Behav. Immun.* doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.040. S0889- 1591(20)30812-6.
- Kim, S.J., Han, J.A., Lee, T.Y., Hwang, T.Y., Kwon, K. S., Park, K. S., ...Lee, S.Y. (2014), Community-based risk communication survey: Risk prevention behaviours in communities during the H1N1 crisis. 2010. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 5(1), 9-19. doi.org/10.1016/j.phrp.2013.12.001.
- Kroencke, Lara & Geukes, Katharina & Utesch, Till & Kuper, Niclas & Back, Mitja. (2020). Neuroticism and Emotional Risk During the Covid-19 Pandemic. Preprint: 10.31234/osf.io/8c6nh.
- Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64, 241-256.
- Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019 (2020). *JAMA NetW Open*. 3(3) doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
- Lau, J. T; Yang, X.; Pang, E.; Tsui, H.Y.; Wong, E.; Wing, Y.K. (2005). Sars-related perceptions in Hong-Kong. *Emerg. Infect. Dis.*, 11, 417- 424.
- Lu, C.W., Liu, X, F., & Jia, Z.F. (2020) 2019- nCoV transmission through the ocular surface must not be ignored. *The Lancet*, 395 (10224)e39. doi.org /10.1016/S0140-6736(20)30313-5.
- Lucas, R. E. (2018). Exploring the associations between personality and subjective wellbeing. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being* (pp. 257-271). DEF Publishers.
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and metaanalysis. *Psychiatry research*, 291, 113190. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>.

- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2005). The relationship between the fivefactor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 101-114.
- Maunder R, Hunter J, Vincent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M. (2003). “The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital”, *CMAJ*.168(10):1245– 1251.
- Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C. (2020). “A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors”; *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 17(9):3165. doi: 10.3390/ ijerph17093165.
- Ozdin, S., & Ozdin, S.B. (2020) Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, <https://doi.org/10.1177/0020764020927051>.
- Sønderskov KM, Dinesen PT, Santini ZI, Østergaard SD. (2020). “The depressive state of denmark during the COVID-19 pandemic”, *Acta Neuropsychiatr*, 1–3; doi: 10.1017/neu.2020.15.
- Winokur, A., Winokur, D., Rickles, K., & Cox, D. (1984). “Symptoms of emotional distress in a family planning servie:Stability over a four-week period”, *British Journal of Psychiatry*, 144(4), 395-399. doi:10.1192/ bjp.144.4.395.
- Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T. (2020). “Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed”, *Lancet Psychiatry*, 7(3):228–229. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8.
- Zhang, Y., Ma, Zh.F. (2020). “Impact of the COVID-19 on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, Chine: A Cross-Sectional Study”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 2381.
- Seligman, M.E.P.; Walker, E.F.; Rosenhan, D.L. (2001). Abnormal psychology (bot. 4th)). New York: W.W. Norton & Company.*
- Davison, Gerald C. (2008). Abnormal Psychology. Toronto: Veronica Visentin. fq. 154. ISBN 978-0-470-84072-6.*
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (bot. Fifth)). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. fq. 189. ISBN 978-0-89042-555-8.*

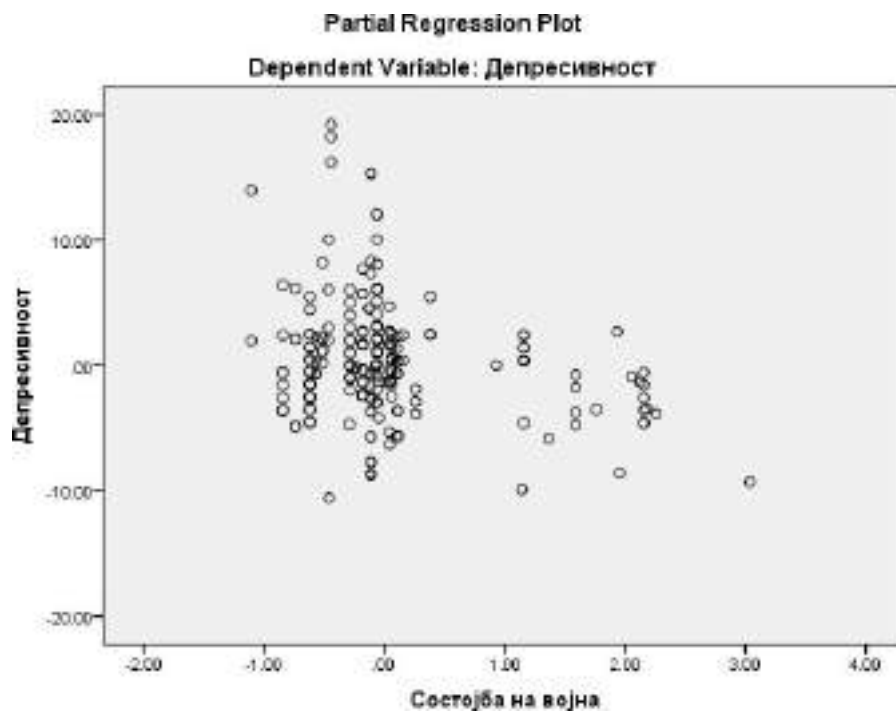
ПРИЛОГ



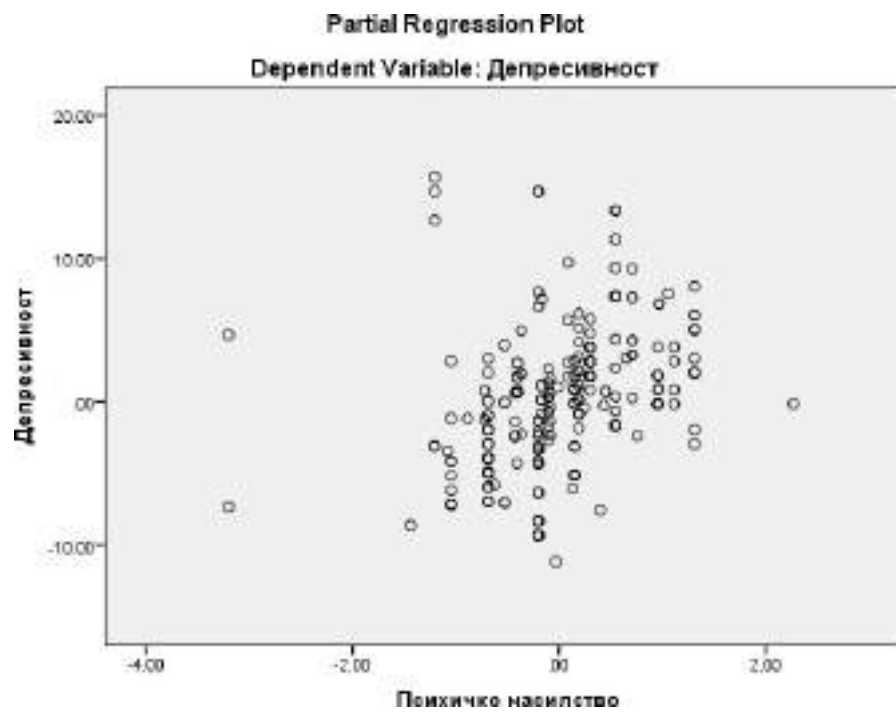
Фигура 40. Скатерплот дијаграм за интеркорелативност меѓу критериумска и сет предкторски варијабли



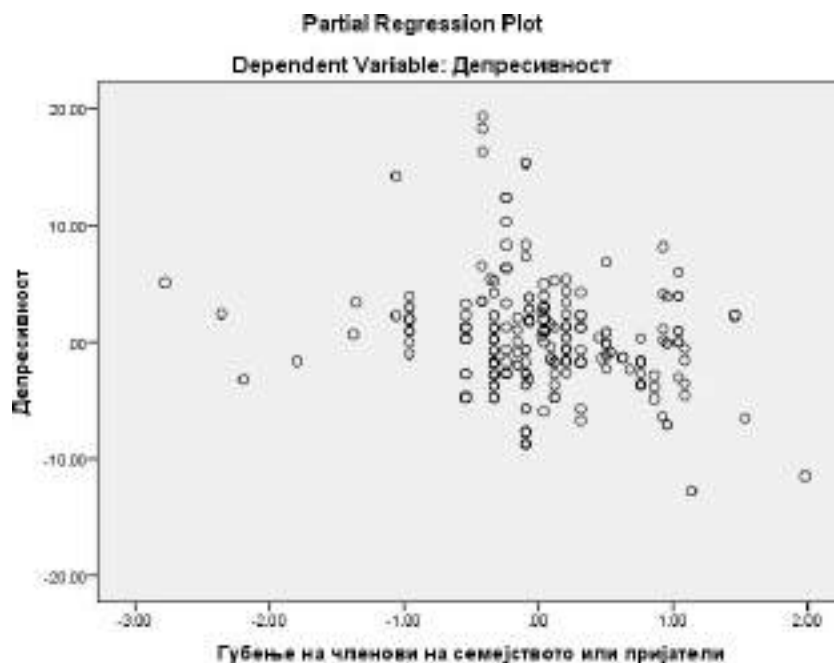
Фигура 41. Скатерплот дијаграм за интеркорелативност меѓу критериумска и сет предкторски варијабли



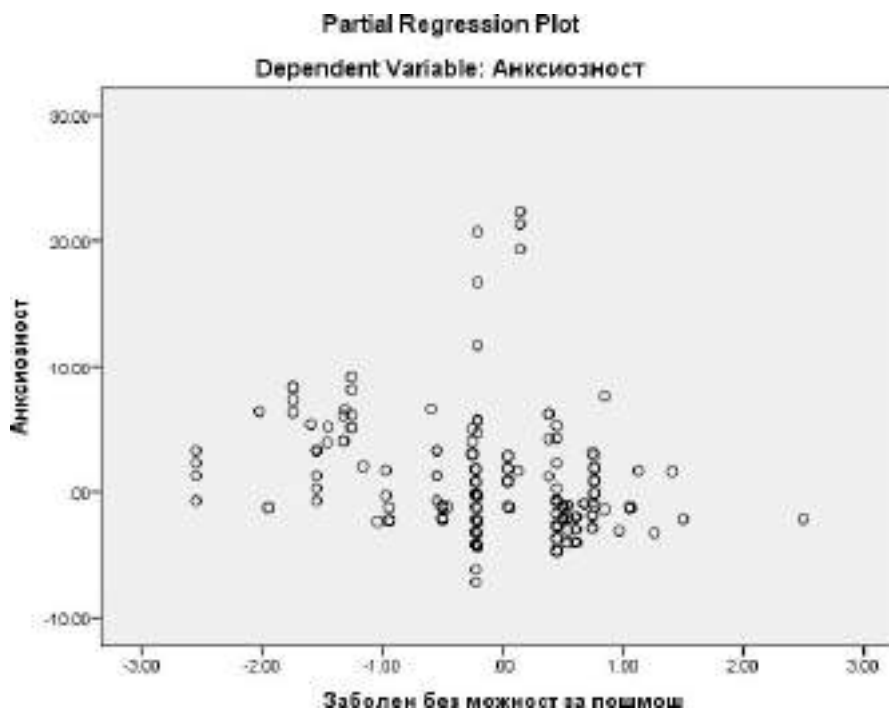
Фигура 42. Скатерплот дијаграм за интеркорелативност меѓу критериумска и сет предкторски варијабли



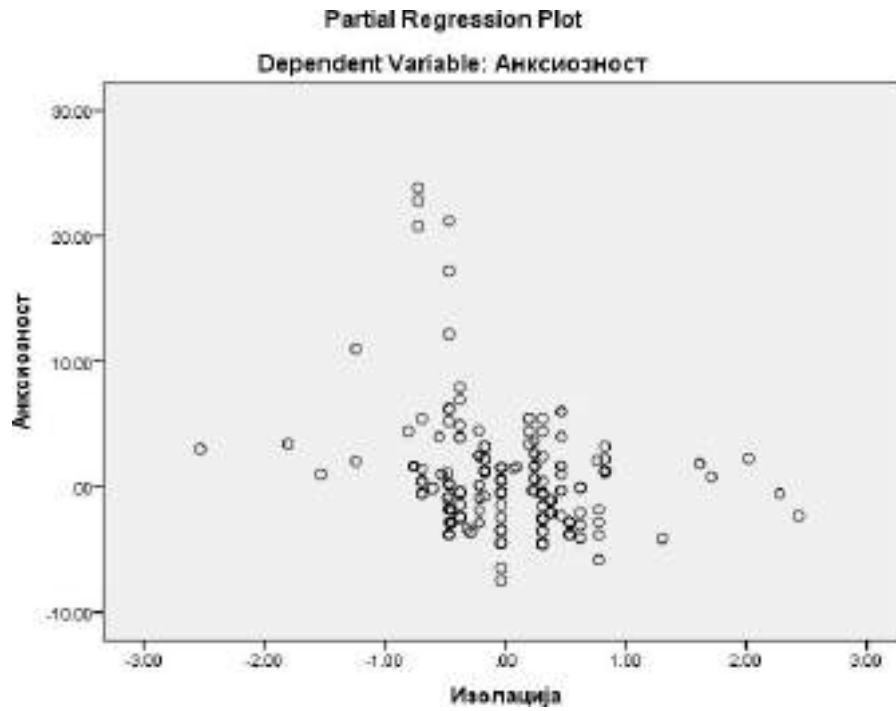
Фигура 43. Скатерплот дијаграм за интеркорелативност меѓу критериумска и сет предкторски варијабли



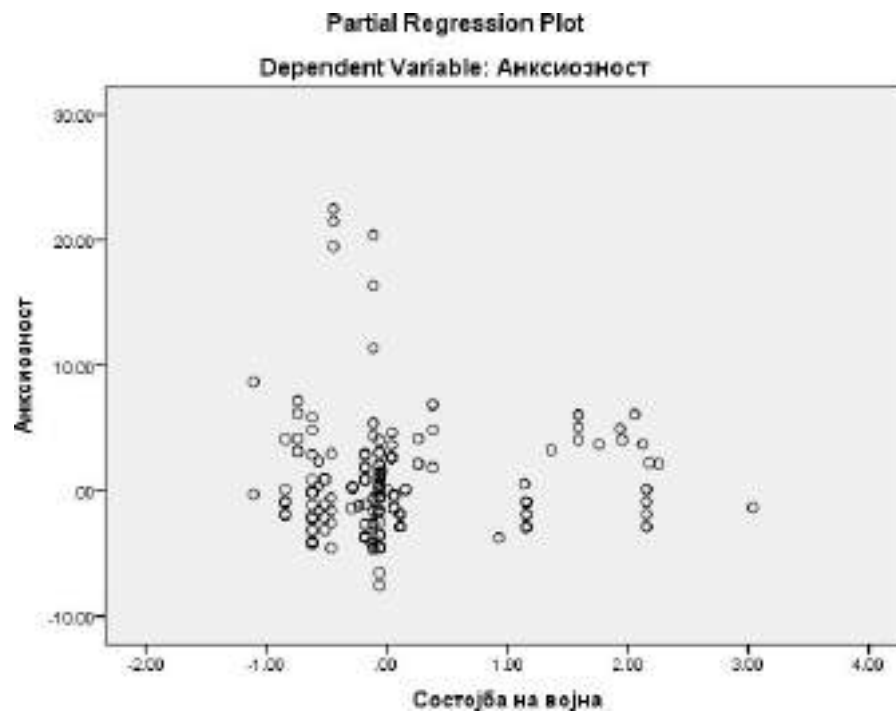
Фигура 44. Скатерплот дијаграм за интеркорелативност меѓу критериумска и сет предкторски варијабли



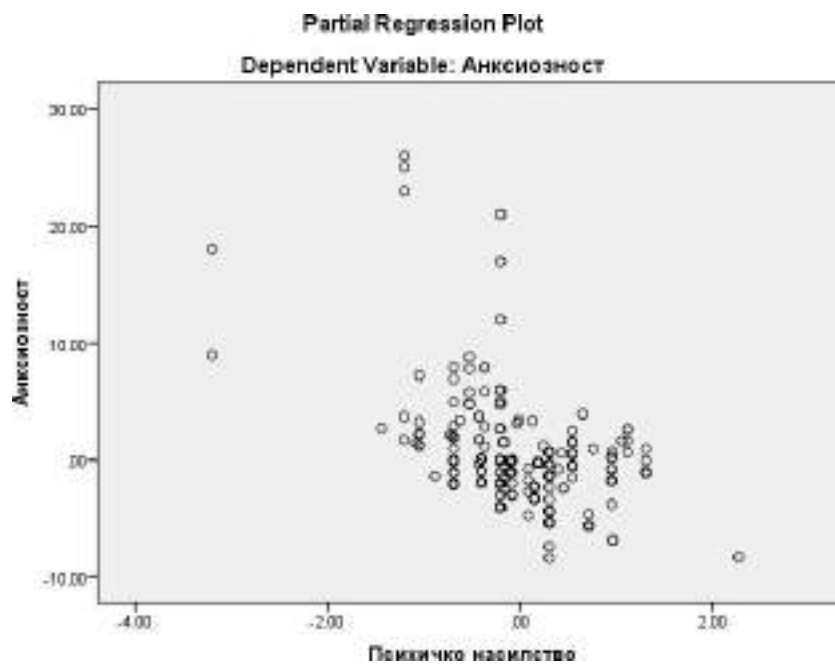
Фигура 45. Скатерплот дијаграм за интеркорелативност меѓу критериумска и сет предкторски варијабли



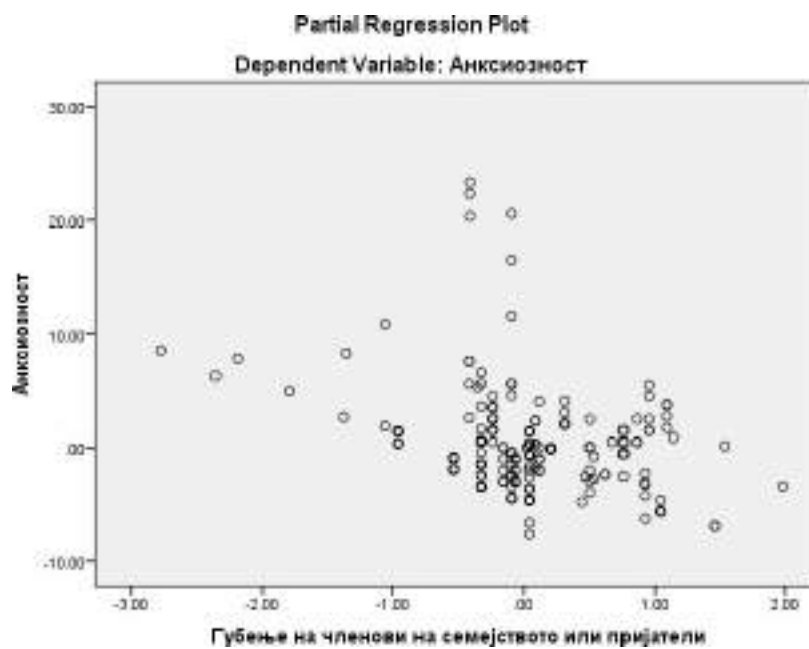
Фигура 46. Скатерплот дијаграм за интеркорелативност меѓу критериумска и сет предкторски варијабли



Фигура 47. Скатерплот дијаграм за интеркорелативност меѓу критериумска и сет предкторски варијабли



Фигура 48. Скатерплот дијаграм за интеркорелативност меѓу критериумска и сет предкторски варијабли



Фигура 49. Скатерплот дијаграм за интеркорелативност меѓу критериумска и сет предкторски варијабли



International Vision University

Ul. Major C. Filiposki Nr.1, Gostivar – Maqedonia e Veriut

Tel: +389 42 222 325 URL: www.vizyon.edu.mk

Fax: +389 42 222 326 Mail: info@vizyon.edu.mk

Instrumenti matës: PYETËSORI

Të nderuar, ky pyetësor është përpiluar dhe përshtatur për të realizuar pjesën kërkimore, të hulumtimit tim, për temë të Doktoratës nga departamenti i Psikologjisë- *Programi Psikologji Klinike, Fakulteti i Shkencave Sociale, Universitetin Ndërkombëtar Vizion.*

Pyetësori është anonim dhe të gjitha përgjigjet do të konsiderohen konfidenciale. Të dhënat nga ky pyetësor do të përdoren vetëm për qëllime të këtij hulumtimi. Pyetësori përbëhet në katër pjesë, dhe është e domosdoshme që të plotësohen që të katërtat, andaj ju lutemi që të përgjigjeni në secilën pyetje me sinqeritet!

Ju faleminderit për pjesëmarrje

Valbone Ramaj!

1. TË DHËNAT E PËRGJITHSHME:

Nr. Pyetësorit _____ Data e intervistës _____

Emri (opsional) _____ Tel (opsional) _____

Faktorët socio-demografikë dhe socio-ekonomikë

1. Qyteti: _____
2. Profesioni: Mjekë Psikolog Infermier/e Tjetër
3. Sa vite keni që ushtroni profesionin tuaj? _____ (numri i viteve)
4. Vendi i punës: _____
5. Gjinia: Mashkull Femër
6. Moshë _____ (numri i viteve)
7. Arsimimi: Sa vite shkollë keni përfunduar: _____ (numri i viteve)
8. Vendbanimi: Urban Rural
9. Gjendja civile: 1 Beqar 2 Martuar 3 Divorcuar 4 l/e ve
10. Të ardhurat: Si do ta vlerësonit gjendjen tuaj ekonomike?
 Shumë mirë Mirë Mesatare Keq Shumë keq

Pjesa II.

Pyetësor mbi Mirëqenien Psikologjike

(Psychological Wellbeing 18 items)

Më poshtë ju gjeni 18 pyetje në lidhje me mirëqenien tuaj psikologjike, ku ju mund të zgjidhni një nga 7 përgjigjet e mundshme për secilën pyetje. Sigurisht disa nga përgjigjet mund të jenë të përshtatshme më ju e disa jo, ju lutem përgjigjuni të gjitha pyetjeve sa me sinqerisht, duke nënvizuar përgjigjen e saktë në raport me gjendjen tuaj.

Ju lutemi rrethoni vetëm një opsion në çdo rresht!

1.	"Më pëlqen pjesa më e madhe e personalitetit tim."						
	Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohem pak	As pajtohem dhe as nuk pajtohem	Pak nuk pajtohem	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
2.	"Kur e shikoj historinë e jetës sime, unë jam i kënaqur me të, ashtu siç kanë shkuar gjërat tani. "						
	Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohem pak	As pajtohem dhe as nuk pajtohem	Pak nuk pajtohem	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
3.	"Disa njerëz enden pa dashje përmes jetës, por unë nuk jam një prej tyre."						
	Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohem pak	As pajtohem dhe as nuk pajtohem	Pak nuk pajtohem	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
4.	"Kërkesat e jetës së përditshme shpesh më rrëzojnë".						
	Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohem pak	As pajtohem dhe as nuk pajtohem	Pak nuk pajtohem	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
5.	"Në shumë mënyra ndihem i zhgënjyer për arritjet e mia në jetë."						
	Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohem pak	As pajtohem dhe as nuk pajtohem	Pak nuk pajtohem	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
6.	"Mbajtja e marrëdhënieve të ngushta ka qenë e vështirë dhe frustruese për mua."						
	Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohem pak	As pajtohem dhe as nuk pajtohem	Pak nuk pajtohem	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
7.	"Unë e jetoj jetën ditë prezentë në kohë dhe nuk mendoj për të ardhmen".						
	Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohem pak	As pajtohem dhe as nuk pajtohem	Pak nuk pajtohem	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
8.	"Në përgjithësi, mendoj se jam përgjegjës për situatën në të cilën jetoj".						
	Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohem pak	As pajtohem dhe as nuk pajtohem	Pak nuk pajtohem	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
9.	"Unë jam i mirë në menaxhimin e përgjegjësi të jetës së përditshme".						
	Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohem pak	As pajtohem dhe as nuk pajtohem	Pak nuk pajtohem	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak

10.	"Ndonjëherë ndihem sikur të kam bërë gjithçka që duhet të bëj në jetë."						
	Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohen pak	As pajtohem dhe as nuk pajtohen	Pak nuk pajtohem	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
11.	"Për mua, jeta ka qenë një proces i vazhdueshëm i të mësuarit, ndryshimit dhe zhvillimit."						
	Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohen pak	As pajtohem dhe as nuk pajtohen	Pak nuk pajtohem	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
12.	"Mendoj se është e rëndësishme të kemi përvoja të reja që sfidojnë se si mendoj për veten dhe botën".						
	Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohen pak	As pajtohem dhe as nuk pajtohen	Pak nuk pajtohem	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
13.	"Njerëzit do të më përshkruajnë mua si një person i cili jep, i gatshëm për të ndarë kohën time me të tjerët."						
	Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohen pak	As pajtohem dhe as nuk pajtohen	Pak nuk pajtohem	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
14.	"Kamë hequr dorë nga përpjekjet për të bërë përmirësime të mëdha ose ndryshime në jetën time shumë kohë më parë"						
	Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohen pak	As pajtohem dhe as nuk pajtohen	Pak nuk pajtohem	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
15.	"Unë prirem të ndikohem nga njerëzit me opinione të forta"						
	Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohen pak	As pajtohem dhe as nuk pajtohen	Pak nuk pajtohem	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
16.	"Unë nuk kam përjetuar marrëdhënie shumë të ngrohtë dhe të besueshme me të tjerët."						
	Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohen pak	As pajtohem dhe as nuk pajtohen	Pak nuk pajtohem	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
17.	"Kam besim në opinionet e mia, edhe nëse ato janë të ndryshme nga mënyra se si mendojnë shumica e njerëzve të tjerë".						
	Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohen pak	As pajtohem dhe as nuk pajtohen	Pak nuk pajtohem	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
18.	"Unë gjykoj veten nga ajo që unë mendoj se është e rëndësishme, jo nga vlerat e asaj që të tjerët mendojnë se është e rëndësishme".						
	Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohen pak	As pajtohem dhe as nuk pajtohen	Pak nuk pajtohem	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak

Pjesa III. DASS- instrument matës i shqetësimeve përgjatë tre boshteve: Depresionit, Ankthit dhe Stresit.

Ju lutemi lexoni secilën deklaratë me kujdes dhe rrethoni një numër 0, 1, 2 ose 3, cilido që juve personalisht ju përshtatet më së miri **përgjatë javës së kaluar**. Nuk ka përgjigjeje të sakta ose të gabuara, prandaj mos shpenzoni shumë kohë në ndonjë deklaratë duke gjykuar përgjegjjen tuaj.

Shkalla e vlerësimit është si vijon:

0 - Nuk vlen për mua në të gjitha rastet – ASNJËHERE

1 - Vlen për mua në një farë mase, ose disa raste – NDONJEHERE

2 - Vlen për mua në një shkallë të konsiderueshme, ose një pjesë të mirë të kohës – SHPESH

3 – Vlen për mua shumë, ose shumicën e kohës - POTHUAJSE GJITHMONË

		A	N	SH	PGJ	Vetëm për përdorim në zyre		
						D	A	S
1	E kisha të vështirë të çlodhem	0	1	2	3			
2	Isha në dijeni për thatësinë e gojës sime	0	1	2	3			
3	Nuk me duket se jam duke përjetuar ndonjë ndjenjë pozitive	0	1	2	3			
4	Kam përjetuar vështirësi në frymëmarrjes (p.sh., frymëmarrja tepër e shpejtë, mungesa e frymëmarrjes në mungesë të shtytjes fizike)	0	1	2	3			
5	E kam të vështirë ta përpunoj iniciativën për të bërë gjëra	0	1	2	3			
6	I prihur të mbi-reagoj ndaj situatave	0	1	2	3			
7	Kam përjetuar dridhje (p.sh., në duart)	0	1	2	3			
8	Kam ndjerë se po përdorja shumë energji nervore	0	1	2	3			
9	Unë isha i shqetësuar për situata në të cilat unë mund të pësoja panik dhe të bëjë ndonjë budallaki nga vetja ime	0	1	2	3			
10	Ndjeva se nuk kisha asgjë për të shpresuar	0	1	2	3			
11	Kam gjetur veten duke u shqetësuar	0	1	2	3			
12	E kisha të vështirë të relaksohem	0	1	2	3			
13	Jam ndjerë i zemëruar dhe i mërzhitur	0	1	2	3			
14	Unë isha intolerant ndaj çdo gjëje që më pengonte të vazhdoja me atë që po bëja	0	1	2	3			
15	Ndjeva se isha afër panikut	0	1	2	3			
16	Nuk isha në gjendje të bëhesha entuziast për ndonjë gjë	0	1	2	3			
17	Ndjeva se nuk kisha shumë më vlerë si një person	0	1	2	3			
18	Unë ndjeva se isha tepër i ndjeshëm	0	1	2	3			
19	Unë kam qenë i vetëdijshëm për veprimin e zemrës sime në mungesë të ekspozimit fizik (p.sh., ndjenja e rritjes së ritmit të zemrës, ose zvogëlimin të ritmit të zemrës)	0	1	2	3			
20	U ndjeva i frikësuar pa ndonjë arsye të mirë	0	1	2	3			
21	Ndjeva se jeta ishte e pakuptimtë	0	1	2	3			
Total								

Pjesa IV- PYETËSORI I HARVARDIT MBI TRAUMËN

UDHËZIME

Do t'iu shtrojmë pyetje për të kaluarën dhe simptomat e tanishme . Informatat e marra do të na ndihmojnë që të realizojmë një hulumtim mbi Traumën dhe pasojat e saj.

Sidoqoftë disa pyetje mund t'iu shqetësojnë . Nëse ndiheni të shqetësuar , jeni të lire të mos përgjigjeni . Përgjigjet tuaja do te mbahen sekrete.

PJESA E PARË- NGJARJET TRAUMATIKE

Ju lutem tregoni nëse keni përjetuar , keni qenë dëshmitarë , ose keni dëgjuar ndonjë prej këtyre ngjarjeve :

P=Përjetim personal De=E dëgjuar prej të tjerëve D=Dëshmitar J=Jo

(rrumbullakoni)

P D De J

1. Mungesë e ushqimit apo ujit	P	D
	De	J
2. I sëmurë, pa mundësi ofrimi të ndihmës shëndetësore	P	D
	De	J
3. Pa kulm mbi kokë	P	D
	De	J
4. Izolim	P	D
	De	J
5. Lëndim serioz	P	D
	De	J
6. Gjendje lufte (mbyllja nga pandemia)	P	D
	De	J
7. Dhunë psikologjike	P	D
	De	J

8. Izolimi i dhunshëm	P De	D J
9. Ballafaqimi me vdekjen	P De	D J
10. Ndarja e dhunshme nga anëtarët e familjes	P De	D J
11. Humbja e anëtarëve të familjes apo shokut	P De	D J
12. Vdekja jo e natyrshme e anëtarëve të familjes apo shokut	P De	D J
13. Vrasja e të panjohurit ose të panjohurve	P De	D J
14. Zhdukja apo kidnapimi	P De	D J

15. Tortura Lloji i torturës _____

16. Ndonjë situatë tjetër që ju ka bërë të ndjeheni shumë të frikësuar ose keni ndjerë veten në rrezik. Sqaro _____

17. A ka qenë dikush prej anëtarëve të familjes ose ju personalisht të infektuar me virus P D De J

PJESA E DYTË-SIMPTOMET E TRAUMËS

Në vijim pyetëtori përmban simptomat që manifestojnë njerëzit pas përjetimit të ngjarjeve të dhimbshme ose të tmerrshme. Ju lutemi lexoni secilën pyetje me kujdes dhe tregoni sa ju kanë munduar këto simptome javëve të fundit:

(Përgjigjuni me :1. aspak, 2. pak , 3. tërësisht, 4. shumë)*

1. Rishfaqja ose kujtimi i ngjarjes më të dhimbshme ose më të tmerrshme				
2. Ndjenja se ngjarja po ndodh sërish	1	2	3	4
3. Ankthe të përsëritura				
4. Ndjenja e tërheqjes ose izolimit nga njerëzit	1	2	3	4
5. Humbja e emocioneve	1	2	3	4
6. Nervoz*				
7. Vështirësi në koncentrim	1	2	3	4
8. Gjumë i çrregulluar	1	2	3	4
9. Nevoja për t'u ndier i sigurve dhe i mbrojtur*				
10. Ndjenja e irritimit ose shpërthimi i papritur i zemërimit	1	2	3	4
11. Shmangia e aktiviteteve që ju përkujtojnë ngjarjen më të dhimbshme ose më të tmerrshme	1	2	3	4
12. Pamundësi për të përkujtuar pjesë të ngjarjes në fjalë	1	2	3	4
13. Rënia e interesimit për aktivitetet e përditëshme	1	2	3	4
14. Ndjenja pa ardhmëri				
15. Shmangia e mendimeve ose ndjenjave të lidhura me ngjarjet më të dhimbshme, më të tmerrshme	1	2	3	4
16. Reaksioni i papritur emocional ose psikikë kur përmendet ngjarja në fjalë				
17. Ndjenja se njerëzit nuk kuptojnë çfarë ka ndodhur me ju	1	2	3	4
18. Vështirësi në kryerjen e punëve ose detyrave të përditëshme	1	2	3	4
19. Fajësimi i vetvetes për gjerat që kanë ndodhur				
20. Ndjenja e fajit që keni shpëtuar	1	2	3	4
21. Ndjenja e turpërimit për shkak të ngjarjeve të përjetuara	1	2	3	4
22. Ndjenja se të tjerët kanë orientime armiqësore ndaj jush				
23. Kalimi i kohës duke menduar për gjerat që ju kanë ngjarë	1	2	3	4
24. Ndjenja se po çmendeni				

25. Ndjenja se ju jeni i vetmi qe keni përjetuar këto ngjarje	1	2	3	4
26. Ndjenja se nuk keni askënd ku të mbështeteni	1	2	3	4
27 Keni hetuar ose iu kanë thënë të tjerët se në të kaluarën keni bërë diçka e që tani nuk mund të ju kujtohet	1	2	3	4
	1	2	3	4
28. Ndjenja se jeni ndarë në dy personalitete dhe se njeri prej tyre po shikon se çka bën tjetri	1	2	3	4
	1	2	3	4
29. Ndjenja se dikush që ju i besoni, iu ka tradhtuar	1	2	3	4
	1	2	3	4
30. Humbja e shpresës	1	2	3	4
	1	2	3	4
	1	2	3	4
	1	2	3	4
	1	2	3	4
	1	2	3	4
	1	2	3	4

PJESA E TRETË: PYETËSOR I PËRGJITHSHËM MBI SHËNDETIN

Duam të dimë nëse keni pasur ndonjë ankesë mjekësore dhe si ka qenë shëndeti juaj në këto javët e fundit. Ju lutemi përgjigjuni në të gjitha pyetjet me nënvizimin e përgjigjes për të cilën ju mendoni se është më afër realitetit .*

Keni parasysh , neve na interesojnë ankesat e tanishme dhe ato që janë lajmëruar prej periudhës së fillimit të pandemisë e jo problemet që i keni pasur në të kaluarën. Është më rëndësi të përpiqeni t'u përgjigjeni të gjitha pyetjeve. Ju falënderojmë për bashkëpunim.

PYETJA :

PËRGJIGJIA:

A1. Keni qenë shëndosh e mirë?	Më mirë se zakonisht	Si zakonisht zakonisht	Më keq	Shumë më keq zakonisht
A2. Keni ndjerë nevojën për inspirim ?	Aspak	Jo më shumë se zakonisht	Pak më shumë se zakonisht	Shumë
A3. Jeni ndjerë i shtypur dhe pa humor?	Aspak	Jo më shumë se zakonisht	Pak më shumë se zakonisht	Shumë
A4. Jeni ndjerë i sëmurë?	Aspak	Jo më shumë se zakonisht	Pak më shumë se zakonisht	Shumë
A5. Keni pasur dhembje koke ?	Aspak	Jo më shumë se zakonisht	Pak më shumë se zakonisht	Shumë
A6. Keni pasur ndjenjën e shtrëngimit ose presionit në kokë?	Aspak	Jo më shumë se zakonisht	Pak më shumë se zakonisht	Shumë
A7. Keni pasur periudha të zemërimit ose të dëshpërimit?	Aspak	Jo më shumë se zakonisht	Pak më shumë se zakonisht	Shumë

B1. Çrregullim i gjumit për shkak të bregave?	Aspak	Jo më shumë se zakonisht	Pak më shumë se zakonisht	Shumë
B2. Zgjimi i shpeshtë natën dhe vështirësi për të të marrë gjumi përsëri?	Aspak	Jo më shumë se zakonisht	Pak më shumë se zakonisht	Shumë
B3. Ndjenja e tendosjes së vazhdueshme?	Aspak	Jo më shumë se zakonisht	Pak më shumë se zakonisht	Shumë
B4. Ndhieni i frikësuar ose bëni panik pa arsye ?	Aspak	Jo më shumë se zakonisht	Pak më shumë se zakonisht	Shumë
B5. Ju duket sikur gjithçka bie mbi ju ?	Aspak	Jo më shumë se zakonisht	Pak më shumë se zakonisht	Shumë
B6. Jeni nervoz gjatë gjithë kohës?	Aspak	Jo më shumë se zakonisht	Pak më shumë se zakonisht	Shumë

C1. Jeni aktiv dhe i preokupuar me punën tuaj?	Më pak se zakonisht	Si zakonisht	Më shumë se zakonisht	Shumë
C2. Ju duhet më shumë kohë për t'i kryer punët e rëndomta?	Më pak se zakonisht	Si zakonisht	Më gjatë se zakonisht	Shumë më gjatë se zakonisht
C3. Ndjeni se në përgjithësi punët i kryeni mirë?	Më mirë se zakonisht	Si zakonisht	Më keq se zakonisht	Shumë më keq se zakonisht
C4. Keni ndjenjën se po luani rol me rëndësi ?	Më mirë se zakonisht	Si zakonisht	Më keq se zakonisht	Shumë më keq se zakonisht
C5. Ndhieni i/e aftë të merrni vendime me rëndësi	Më mirë se zakonisht	Si zakonisht	Më keq se zakonisht	Shumë më keq se zakonisht
C6. Ndjeni kënaqësi gjatë aktiviteteve tuaja të përditshme	Më mirë se zakonisht	Si zakonisht	Më keq se zakonisht	Shumë më keq se zakonisht

D1. E mendoni veten si një person të	Aspak	Jo më shumë	Më shumë	Shumë
--------------------------------------	-------	-------------	----------	-------

pavlerë		se zakonisht	se zakonisht	
D2. Keni ndjenjën se jeta është e pashpresë	Aspak	Jo më shumë se zakonisht	Më shumë se zakonisht	Shumë
D3. Keni përshtypjen se jeta nuk ia vlen të jetohet	Aspak	Jo më shumë se zakonisht	Më shumë se zakonisht	Shumë
D4. Mendimet për mundësin që të lëndoni vetveten.	Aspak	Jo më shumë se zakonisht	Më shumë se zakonisht	Shumë
D5. A keni vërejtur se ju nuk mund të bëni asgjë sepse i keni nervat e dobëta	Aspak	Jo më shumë se zakonisht	Më shumë se zakonisht	Shumë
D6. Ju është dukur se do të ishte më mirë të kishit vdekur dhe të ishit larg gjithë kësaj	Aspak	Jo më shumë se zakonisht	Më shumë se zakonisht	Shumë
D7. Ju ka ardhur në kokë ideja për të vrrarë veten	Definitivisht-jo	Nuk ma merr mendja	Më ka ra ndërmend	Definitivisht-po

A-total

B-total

C-total

D-total

Pjesa IV: Instrumente matëse së Depresionit dhe Ankthit

Ju lutem lexoni secilen pyetje me kujdes dhe rrumbullakso njërin nga opsionet e seciles prej pyetjeve që juve ju duket më e drejtë.

Pjesa III (A) - INVENTARI I DEPRESIONIT (BECK)

Ky pyetësor konsiston në 21 pohime. Lexoni me vëmendje çdo grup pohimesh dhe përzgjidhni pohimin brenda secilës çështje që përshkruan më saktë mënyrën se si jeni ndjerë përgjatë 2 javëve të fundit, përfshirë ditën e sotme. Qarkoni numrin përkrah pohimit të përzgjedhur. Nëse brenda të njëjtës çështje janë disa pohime të vërteta të barazvlefshme, atëherë qarkoni numrin më të lartë për atë grup. Sigurohuni që nuk keni zgjedhur më shumë se një pohim për çështje.

<p>1. Trishtimi</p> <p>0. Nuk ndjehem i trishtuar.</p> <p>1. Ndjehem i trishtuar pjesën më të madhe të kohës.</p> <p>2. Ndjehem i trishtuar gjatë gjithë kohës.</p> <p>3. Jam kaq i trishtuar e i palumtur sa që nuk mund ta duroj dot.</p>	<p>6. Ndjenjat e ndëshkimi</p> <p>0. Nuk ndjej se jam duke u ndëshkuar.</p> <p>1. Ndjej se mund të ndëshkohem.</p> <p>2. Pres të ndëshkohem.</p> <p>3. Ndjej se jam duke u ndëshkuar.</p>
<p>2. Pesimizmi</p> <p>0. Nuk jam i dekurajuar mbi të ardhmen time.</p> <p>1. Ndjehem më i dekurajuar mbi të ardhmen sesa ç'kam qenë më përpara.</p> <p>2. Nuk pres që gjërat të më shkojnë mbarë.</p> <p>3. Ndej se e ardhmja ime është e pashpresë dhe se do të shkojë gjithmonë e më keq.</p>	<p>7. Pakënaqësia ndaj vetes</p> <p>0. Ndjehem po njëllon ndaj vetes.</p> <p>1. E kam humbur besimin tek vetja.</p> <p>2. Jam i zhgënjyer nga vetja.</p> <p>3. E përbuz veten.</p>
<p>3. Dështimet e së shkuarës</p> <p>0. Nuk ndjehem person i dështuar.</p> <p>1. Kam pasur më shumë dështime sesa duhej në jetën time.</p> <p>2. Kur e kthej kokën mbrapa, shoh shumë dështime.</p> <p>3. Ndjej se jam një person krejtësisht i dështuar.</p>	<p>8. Kritikkat ndaj vetes</p> <p>0. Nuk e kritikoj ose e fajësoj veten më shumë se zakonisht.</p> <p>1. Jam më kritik ndaj vetes sesa kam qenë më përpara.</p> <p>2. E kritikoj veten për të gjitha gabimet e mija.</p> <p>3. E fajësoj veten për çdo gjë të keqe që ndodh</p>
<p>4. Pakënaqësia</p> <p>0. Marr po aq kënaqësi sa më parë nga gjërat që më pëlqejnë.</p> <p>1. Nuk më shijojnë më gjërat sa më parë</p> <p>2. Marr fare pak kënaqësi nga gjërat që më parë më pëlqenin.</p> <p>3. Nuk marr fare kënaqësi nga gjërat që më parë më pëlqenin.</p>	<p>9. Mendimet ose dëshirat për vetëvrasje</p> <p>0. Nuk më ka shkuar ndër mend të vras veten.</p> <p>1. Më ka shkuar ndër mend të vras veten, por sigurisht që nuk do ta bëja.</p> <p>2. Do doja shumë ta vrisja veten.</p> <p>3. Do ta vrisja veten po të më jepej mundësia.</p>
<p>5. Ndjenjat e fajit</p>	<p>11. Të qarët</p>

<p>0. Nuk e ndjej veten fajtor</p> <p>1. Ndjem fajtor mbi shumë gjëra që kam bërë ose që duhej të kisha bërë.</p> <p>2. Ndjem fajtor pjesën më të madhe të kohës.</p> <p>3. Ndjem fajtor gjatë gjithë kohës</p>	<p>12.</p> <p>0. Nuk qaj më shumë se sa më përpara.</p> <p>1. Qaj më shumë se sa më përpara.</p> <p>2. Qaj edhe për gjërat më të vogla.</p> <p>3. Kam nevojë të qaj, por nuk qaj dot</p>
<p>13. Shqetësimi</p> <p>0. Nuk ndjem më i shqetësuar apo irrituar se zakonisht</p> <p>1. Ndjem më i shqetësuar apo i irrituar se zakonisht</p> <p>2. Jam kaq i shqetësuar e irrituar, sa që e kam të vështirë të qëndroj pa lëvizur</p> <p>3. Jam kaq i shqetësuar e irrituar sa që më duhet patjetër të lëviz apo të bëj diçka</p>	<p>17. Nervozizmi</p> <p>0. Nuk jam më i nervozuar se zakonisht.</p> <p>1. Jam më i nervozuar se zakonisht.</p> <p>2. Jam shumë i nervozuar.</p> <p>3. Jam nervoz gjatë gjithë kohës.</p>
<p>12. Mungesa e interesit</p> <p>0. Nuk e kam humbur interesin mbi njerëzit dhe aktivitetet.</p> <p>1. Jam më pak i interesuar mbi njerëzit dhe aktivitetet sesa më përpara</p> <p>2. Përgjithësisht e kam humbur interesin mbi njerëzit dhe aktivitetet.</p> <p>3. E kam shumë të vështirë të interesohem për ndonjë gjë</p>	<p>18. Ndryshime të oreksit</p> <p>0. Oreksin e kam njëlloj si më parë.</p> <p>1. A. Kam më pak oreks se më parë. B. Kam më shumë oreks se më parë.</p> <p>2. A. Kam shumë më pak oreks se më parë. B. Kam shumë më shumë oreks se më parë.</p> <p>3. A. Më ka humbur fare oreksi. B. E kam mendjen tek të ngrënët gjatë gjithë kohës.</p>
<p>13. Pavendosmëria</p> <p>0. Jam i aftë të marrë vendime si më përpara.</p> <p>1. E kam më të vështirë të marr vendime se zakonisht.</p> <p>2. Kam shumë herë më tepër vështirësi për të marrë vendime krahasuar me më përpara.</p> <p>3. E kam thuajse të pamundur të marr vendime.</p>	<p>19. Vështirësi për t'u përqendruar</p> <p>0. Përqendrohem po aq sa zakonisht.</p> <p>1. E kam më të vështirë të përqendrohem se zakonisht.</p> <p>2. E kam të vështirë të mbaj mendjen te ndonjë gjë për një kohë të gjatë.</p> <p>3. Më duket se nuk mund të përqendrohem dot fare.</p>
<p>14. Denjësia</p> <p>0. Nuk mendoj se jam i pavlefshëm.</p> <p>1. Nuk e quaj veten aq të vlefshëm e të dobishëm sa më përpara.</p> <p>2. Ndjem më pak i dobishëm se njerëzit e tjerë.</p> <p>3. Ndjem tërësisht i padenjë.</p>	<p>20. Lodhje ose rraskapitje</p> <p>0. Nuk ndjem më i lodhur se zakonisht.</p> <p>1. Lodhem më shpejt se më parë.</p> <p>2. Ndjem shumë i lodhur për të bërë shumë nga gjërat që më parë i bëja.</p> <p>3. Ndjem aq i rraskapitur sa mund të bëj shumë pak</p>
<p>15. Mungesa e energjive</p> <p>0. Kam po aq energji sa më parë.</p> <p>1. Kam më pak energji se më parë.</p> <p>2. Nuk kam mjaftueshëm energji për të bërë gjërat që duhet të bëj.</p> <p>3. Nuk kam energji për të bërë thuajse asgjë.</p>	<p>21. Mungesa e interesit ndaj seksit</p> <p>0. Nuk kam vënë re ndryshime në interesin ndaj seksit.</p> <p>1. Më shkon më pak mendja tek seksi.</p> <p>2. Jam shumë më pak i interesuar.</p> <p>3. E kam humbur fare interesin ndaj seksit</p>
<p>16. Ndryshime të gjumit</p> <p>0. Nuk kam pasur ndryshime në gjumë.</p>	

1. A. Fle diçka më shumë se zakonisht. B. Fle diçka më pak se zakonisht.	
2. A. Fle shumë më shumë se zakonisht. B. Fle shumë më pak se zakonisht.	
3. A. Fle pjesën më të madhe të ditës. B. Zgjohem 1-2 orë përpara, e nuk fle dot më.	
	*Totali i përgjithshëm _____ (për Psikologun)

Pjesa III (B) - INVENTARI I ANKTHIT (BECK)

Më poshtë paraqitet një listë me simptomat më të zakonshme të ankthit. Lexoni me vëmendje çdo pikë të listës dhe përshkruani sa shqetësuese ka qenë përgjatë 30 ditëve të fundit, përfshirë ditën e sotme, secila prej simptomave të renditura, duke qarkuar numrat përkatës në kolonën përkrash secilës simptomë.

	Aspak	Pak, por jo shqetësuese	Mesatare, por shqetësuese në disa raste	Shumë, ka qenë tepër shqetësuese
Mpirje/shpime				
Afshe, ndjesi të nxehti				
Mpirje të këmbëve				
Paafësi për t'u qetësuar				
Frikë se mos më e keqja ka për të ndodhur				
Trullosje/ marrje mendsh				
Rrahje të forta/ të shpejta të zemrës				
Pasiguri				
Gjendje tmerri/ frike				
Nervozizëm				
Ndjesi mbyteje/ shtrengimi në fytyrë/ vështirësi për t'u gëlltitur				
Dridhje duarsh				
Dridhje trupi/ pasiguri				
Frikë se mos humbet kontrollin (se mos çmendet)				
Vështirësi për të marrë frymë				
Frikë se mos vdes				
Trembje				
Vështirësi tretjeje				
Të fikët/ vilani				
Skuqje/ përndezeje fytyre				
Djersë të ftohta/ të ngrohta				
Shuma e kolonave				

(Ju falënderojmë për bashkëpunimin, të dhënat e grumbulluara do të shërbejnë vetëm për arsyet e studimit dhe asnjëherë nuk do të përdoren për të penguar mbarëvajtjen tuaj apo të punës.)

TOTAL
A+B+C+D