



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΠΜΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Διπλωματική εργασία

**Στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στον
εμβολιασμό και στα μέτρα προστασίας έναντι του
COVID-19**

της

Γραμματικού Δάφνη

Επιβλέπων Καθηγητής: κ. Αλετράς Βασίλειος, Καθηγητής

Υποβλήθηκε ως αιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού
διπλώματος στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

Αύγουστος 2022

COPYRIGHT:

© Δάφνη-Αστέριος-Γραμματικού, 2022

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα.

Το περιεχόμενο αυτής της εργασίας δεν απηχεί απαραίτητα τις απόψεις του Τμήματος, του Επιβλέποντα, ή της Επιτροπής που την ενέκρινε.

Υπεύθυνη Δήλωση

Βεβαιώνω ότι είμαι συγγραφέας αυτής της εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης έχω αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς, είτε παραφρασμένες. Επίσης βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά ειδικά για τις απαιτήσεις του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας του Τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονίας.

(υπογραφή)

.....

Δάφνη-Αστέριος-Γραμματικού

Στην Οικογένειά μου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά όλους τους καθηγητές του τμήματος για τη δυνατότητα που μου έδωσαν να φοιτήσω στο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών « Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας» και την ευκαιρία να γνωρίσω, να διδαχθώ και να συνεργαστώ με λαμπρούς επιστήμονες, ειδικούς του κλάδου υγείας, αλλά πάνω από όλα μοναδικούς ανθρώπους.

Ευχαριστώ ιδιαιτέρως τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Βασίλειο Αλετρά για την πολύτιμη βοήθειά του , την υποστήριξη και την καθοδήγησή του καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής της εν λόγω διπλωματικής εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την κατανόηση και την υπομονή τους κατά τη διάρκεια της φοίτησής μου, αλλά και τους κοντινούς μου ανθρώπους και φίλους για την ψυχολογική στήριξη και εμπύχωση που μου προσέφεραν.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι (1) να διερευνηθεί η στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στον εμβολιασμό, (2) να διερευνηθεί η στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στα μέτρα προστασίας έναντι του COVID-19 και (3) να διερευνηθούν οι προσδιοριστικοί παράγοντες που διαφοροποιούν τόσο τη στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στον εμβολιασμό, όσο και τη στάση τους απέναντι στα μέτρα προστασίας έναντι του COVID-19. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε ποσοτική μελέτη σε δείγμα 195 πολιτών από τις μονάδες υγείας της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης, με χρήση κατάλληλου ερωτηματολογίου. Για την αξιολόγηση της στάσης των πολιτών απέναντι στον εμβολιασμό και τα μέτρα προστασίας έναντι του COVID-19 χρησιμοποιήθηκε ως βάση το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως το 83,6% των συμμετεχόντων είχε εμβολιαστεί τουλάχιστον με μια δόση έναντι του COVID-19. Τα αποτελέσματα αυτά έδειξαν ότι παρότι ένα μεγάλο μέρος του δείγματος είχε εμβολιαστεί, υπήρχαν αμφιβολίες για τα οφέλη των εμβολίων και τις παρενέργειές τους. Αναφορικά με τη στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στα μέτρα προστασίας έναντι του COVID-19, έδειξαν πως οι πολίτες γενικά, έχουν μεν μια θετική στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας, αλλά μόνο σε μέτριο βαθμό τελικά τα υιοθέτησαν. Από την ανάλυση προέκυψε πως τα αντιληπτά εμπόδια των εμβολίων επηρεάζουν αρνητικά στη λήψη τους έναντι του COVID, ενώ τα αντιληπτά οφέλη των εμβολίων επηρεάζουν θετικά στη λήψη τους. Αντίστοιχα, σημαντική επίδραση στην τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας έχει η αντιληπτή σοβαρότητα, δηλαδή η πεποίθηση ότι οι συνέπειες που προκύπτουν από την εμφάνιση της νόσου είναι σοβαρές για τον εαυτό τους και τους άλλους η αυτοαποτελεσματικότητα και η στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας.

ABSTRACT

The aim of this research was (1) to investigate the attitude of the general population towards vaccination, (2) to investigate the attitude of the general population towards protective measures against COVID-19 and (3) to investigate the determinants that differentiate both the attitudes of the general population towards vaccination as well as towards protective measures against COVID-19. For this purpose, a quantitative study was carried out on a sample of 195 citizens approached at the health care units of the 7th Regional Health System of Crete, using an appropriate questionnaire. The Health Belief Model was used as a basis for the evaluation of citizens' attitudes towards vaccination and protective measures against COVID-19. The results of the survey showed that 83,6% of the participants had been vaccinated with at least one dose against COVID-19. They also showed that although a large part of the sample had been vaccinated, there were doubts about the benefits of vaccines and their side effects. With reference to the attitudes of the general population towards protection measures against COVID-19, it's been showed that citizens in general have a positive attitude towards personal protection measures, but have only adopted the proposed personal protection measures to a moderate extent. The analysis found that perceived barriers to vaccination negatively influences the uptake of a vaccine against COVID, whereas perceived benefits of vaccines positively influence the uptake of a vaccine against COVID-19. Accordingly, a significant effect on compliance with personal protection measures has the perceived severity or the belief that the consequences resulting from the occurrence of the disease are serious for themselves and others, self-efficacy and the attitude towards personal protection measures.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</u>	<i>ii</i>
<u>ABSTRACT</u>	<i>iii</i>
<u>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ</u>	vii
<u>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ</u>	viii
Εισαγωγή	1
<u>Κεφάλαιο 1. Δομή διπλωματικής</u>	2
<u>1.1 Υπόβαθρο εργασίας</u>	2
<u>1.2 Στόχος έρευνας</u>	3
<u>1.3 Συμβολή έρευνας</u>	3
<u>Κεφάλαιο 2. Θεωρητικό πλαίσιο</u>	7
<u>2.1. Μοντέλο Πεποιθήσεων για τη Υγεία</u>	7
2.1.1 Ιστορική αναδρομή	7
2.1.2 Το αρχικό Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία	10
2.1.3 Επιπρόσθετοι παράγοντες	11
<u>2.2. Μέτρα δημόσιας υγείας έναντι του COVID-19 και εμβολιασμός</u>	134
2.2.1 Μέτρα προσωπικής προστασίας	15
<u>Κεφάλαιο 3. Βιβλιογραφική ανασκόπηση συναφών ερευνών</u>	18
<u>3.1. Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία και τήρηση μέτρων προστασίας</u>	188
<u>3.2. Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία και εμβολιασμός έναντι του COVID-19</u>	222
<u>Κεφάλαιο 4. Μεθοδολογία έρευνας</u>	26
<u>4.1. Τύπος ερευνητικής μεθοδολογίας και ερευνητικός σχεδιασμός</u>	266
<u>4.2. Εργαλείο έρευνας</u>	267
<u>4.3. Δείγμα έρευνας</u>	277
<u>4.4. Στατιστική ανάλυση</u>	278
<u>4.5. Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας</u>	288
<u>Κεφάλαιο 5. Ανάλυση δεδομένων και ευρήματα</u>	29
<u>5.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος</u>	290
<u>5.2. Στοιχεία σχετικά με τον εμβολιασμό και τη νόσηση</u>	366
<u>5.3. Αποτελέσματα ανάλυσης αξιοπιστίας</u>	3939
<u>5.4. Στάση πολιτών απέναντι στον εμβολιασμό για τον COVID-19</u>	400
<u>5.5. Στάση πολιτών απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας</u>	511
<u>5.6. Έλεγχος διαφορών ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των πολιτών</u>	566
<u>5.7. Διερεύνηση παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση για λήψη εμβολίου κατά του COVID-19 και τη στάση των πολιτών έναντι των μέτρων ατομικής προστασίας</u>	788
<u>5.8. Αποτελέσματα πολυμεταβλητής ανάλυσης SEM</u>	822
<u>Κεφάλαιο 6. Συζήτηση και συμπεράσματα</u>	85
6.1. Συζήτηση	855
6.2. Συμπεράσματα	877
6.3. Περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική έρευνα	888

<u>Βιβλιογραφία</u>	900
<u>Παράρτημα. Ερωτηματολόγιο</u>	1000

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

<u>Πίνακας 1. Συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach για το εργαλείο που αξιολογεί τη στάση απέναντι στον εμβολιασμό και τον COVID-19 και τη στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας.....</u>	40
<u>Πίνακας 2. Αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν το επίπεδο «Αντιληπτής Ευαισθησίας» των πολιτών έναντι του COVID-19.....</u>	41
<u>Πίνακας 3. Αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν το επίπεδο «Αντιληπτής Σοβαρότητας» των πολιτών έναντι του COVID-19.....</u>	43
<u>Πίνακας 4. Αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν το επίπεδο «Αντιληπτών Ωφελειών» των πολιτών για τον εμβολιασμό έναντι του COVID-19.....</u>	45
<u>Πίνακας 5. Αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν το επίπεδο «Αντιληπτών εμποδίων» των πολιτών για τον εμβολιασμό έναντι του COVID-19.....</u>	46
<u>Πίνακας 6. Αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν τις «Ενδείξεις για Δράση» των πολιτών για τον εμβολιασμό έναντι του COVID-19.....</u>	48
<u>Πίνακας 7. Αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν το επίπεδο «Αυτοαποτελεσματικότητας» των πολιτών έναντι του COVID-19.....</u>	50
<u>Πίνακας 8. Αποτελέσματα για τη συχνότητα τήρησης των διαφόρων μέτρων ατομικής προστασίας.....</u>	53
<u>Πίνακας 9. Αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν τη στάση των πολιτών απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας.....</u>	55
<u>Πίνακας 10. Συγκρίσεις ως προς το φύλο των πολιτών: ευρήματα στατιστικού κριτηρίου t-test.....</u>	57
<u>Πίνακας 11. Συγκρίσεις ως προς την ηλικιακή ομάδα των πολιτών: ευρήματα στατιστικού κριτηρίου one-way ANOVA.....</u>	58
<u>Πίνακας 12. Αποτελέσματα ελέγχου πολλαπλών συγκρίσεων με το κριτήριο LSD στις περιπτώσεις που καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τις ηλικιακές ομάδες των πολιτών.....</u>	60
<u>Πίνακας 13. Συγκρίσεις ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των πολιτών: ευρήματα στατιστικού κριτηρίου one-way ANOVA.....</u>	63
<u>Πίνακας 14. Αποτελέσματα ελέγχου πολλαπλών συγκρίσεων με το κριτήριο LSD στις περιπτώσεις που καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των πολιτών.....</u>	65
<u>Πίνακας 15. Συγκρίσεις ως προς την οικογενειακή κατάσταση των πολιτών: ευρήματα στατιστικού κριτηρίου one-way ANOVA.....</u>	67
<u>Πίνακας 16. Αποτελέσματα ελέγχου πολλαπλών συγκρίσεων με το κριτήριο LSD στις περιπτώσεις που καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την οικογενειακή κατάσταση των πολιτών.....</u>	68
<u>Πίνακας 17. Συγκρίσεις ως προς το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα των πολιτών: ευρήματα στατιστικού κριτηρίου one-way ANOVA.....</u>	69
<u>Πίνακας 18. Αποτελέσματα ελέγχου πολλαπλών συγκρίσεων με το κριτήριο LSD στις περιπτώσεις που καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα των πολιτών.....</u>	70
<u>Πίνακας 19. Συγκρίσεις ως προς το επίπεδο γενικής υγείας των πολιτών: ευρήματα στατιστικού κριτηρίου one-way ANOVA.....</u>	72
<u>Πίνακας 20. Αποτελέσματα ελέγχου πολλαπλών συγκρίσεων με το κριτήριο LSD στις περιπτώσεις που καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το επίπεδο γενικής υγείας των πολιτών.....</u>	73
<u>Πίνακας 21. Συγκρίσεις ως προς τη συχνότητα επίσκεψης σε εκκλησία: ευρήματα στατιστικού κριτηρίου one-way ANOVA.....</u>	74
<u>Πίνακας 22. Συγκρίσεις ως προς το αν οι πολίτες αντιμετώπιζαν πρόβλημα υγείας που</u>	

<u>θεωρείται παράγοντας κινδύνου για τον COVID-19: ευρήματα στατιστικού κριτηρίου t-test.....</u>	<u>75</u>
<u>Πίνακας 23. Συγκρίσεις ως προς το αν οι πολίτες είχαν νοσήσει από COVID-19: ευρήματα στατιστικού κριτηρίου t-test</u>	<u>76</u>
<u>Πίνακας 24. Συγκρίσεις ως προς το αν οι πολίτες είχαν εμβολιαστεί κατά του COVID-19: ευρήματα στατιστικού κριτηρίου t-test</u>	<u>77</u>
<u>Πίνακας 25. Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας με χρήση του συντελεστή συσχέτισης του Pearson.....</u>	<u>79</u>
<u>Πίνακας 26. Αποτελέσματα λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το αν οι πολίτες επέλεξαν να εμβολιαστούν ή όχι και ανεξάρτητες μεταβλητές τις διαστάσεις του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία</u>	<u>81</u>
<u>Πίνακας 27. Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη στάση των πολιτών και ανεξάρτητες μεταβλητές τις διαστάσεις του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία.....</u>	<u>82</u>
<u>Πίνακας 28. Αποτελέσματα επιδράσεων μοντέλου SEM βάση bootstrapping 5000 δειγμάτων</u>	<u>83</u>
<u>Πίνακας 29. Αποτελέσματα ερμηνευτικής ικανότητας του μοντέλου SEM</u>	<u>84</u>

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

<u>Διάγραμμα 1. Ποσοστιαία κατανομή για το φύλο των συμμετεχόντων στο δείγμα.....</u>	29
<u>Διάγραμμα 2. Ποσοστιαία κατανομή για την ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων στο δείγμα.....</u>	30
<u>Διάγραμμα 3. Ποσοστιαία κατανομή για το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων στο δείγμα.....</u>	31
<u>Διάγραμμα 4. Ποσοστιαία κατανομή για την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων στο δείγμα.....</u>	32
<u>Διάγραμμα 5. Ποσοστιαία κατανομή για το επίπεδο υγείας των συμμετεχόντων, όπως το αξιολογούν οι ίδιοι.....</u>	33
<u>Διάγραμμα 6. Ποσοστιαία κατανομή για το αν οι συμμετέχοντες στην έρευνα αντιμετώπιζαν προβλήματα υγείας που μπορούν να θεωρηθούν παράγοντες κινδύνου για τον COVID-19.....</u>	34
<u>Διάγραμμα 7. Ποσοστιαία κατανομή για το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα του δείγματος.....</u>	35
<u>Διάγραμμα 8. Ποσοστιαία κατανομή για το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες πηγαίνουν στην εκκλησία.....</u>	36
<u>Διάγραμμα 9. Αποτελέσματα για το ποσοστό των συμμετεχόντων που είχαν νοσήσει από COVID-19.....</u>	37
<u>Διάγραμμα 10. Αποτελέσματα για το ποσοστό των συμμετεχόντων που είχαν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο λόγω του COVID-19.....</u>	37
<u>Διάγραμμα 11. Αποτελέσματα για το ποσοστό των συμμετεχόντων που είχαν εμβολιαστεί έναντι του COVID-19.....</u>	38
<u>Διάγραμμα 12. Αποτελέσματα για το σύνολο των δόσεων που έχουν κάνει οι πολίτες που συμμετείχαν στην έρευνα.....</u>	39
<u>Διάγραμμα 13. Κατανομή για το επίπεδο «Αντιληπτής Ευαισθησίας» των πολιτών έναντι του COVID-19.....</u>	42
<u>Διάγραμμα 14. Κατανομή για το επίπεδο «Αντιληπτής Σοβαρότητας» των πολιτών έναντι του COVID-19.....</u>	44
<u>Διάγραμμα 15. Κατανομή για το επίπεδο «Αντιληπτών Ωφελειών» των πολιτών για τον εμβολιασμό έναντι του COVID-19.....</u>	46
<u>Διάγραμμα 16. Κατανομή για το επίπεδο «Αντιληπτών εμποδίων» των πολιτών για τον εμβολιασμό έναντι του COVID-19.....</u>	47
<u>Διάγραμμα 17. Κατανομή για τις «Ενδείξεις για Δράση» των πολιτών για τον εμβολιασμό έναντι του COVID-19.....</u>	49
<u>Διάγραμμα 18. Κατανομή για το επίπεδο «Αυτοαποτελεσματικότητας» των πολιτών έναντι του COVID-19.....</u>	51
<u>Διάγραμμα 19. Ποσοστιαία κατανομή για το πόσο συχνά οι πολίτες ακολουθούν τα γενικά μέτρα ατομικής προστασίας κατά του COVID-19.....</u>	52
<u>Διάγραμμα 20. Κατανομή για τη συχνότητα τήρησης των διαφόρων μέτρων ατομικής προστασίας.....</u>	54
<u>Διάγραμμα 21. Κατανομή για τη στάση των πολιτών απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας.....</u>	56
<u>Διάγραμμα 22. Αποτελέσματα μοντέλου SEM.....</u>	83

Εισαγωγή

Τον Δεκέμβριο του 2019, εντοπίστηκε μια ομάδα ασθενών που έπασχε από άτυπη πνευμονία στην πόλη Wuhan της Κίνας (Zhu et al., 2020). Αυτές οι περιπτώσεις προκλήθηκαν από έναν νέο κορωνοϊό με την ονομασία Severe Acute Respiratory Syndrome- Coronavirus-2 (SARS-CoV-2), ο οποίος έχει κοινά χαρακτηριστικά παθογένειας με το Severe Acute Respiratory Syndrome- Coronavirus (SARS-CoV) και το Αναπνευστικό Middle East Respiratory Syndrome-Coronavirus (MERS-CoV)), και οι δύο υπεύθυνοι για επιδημίες που προκλήθηκαν τη δεκαετία του 2010 (Liu et al., 2020). Η ταχεία εξάπλωση του ιού σε όλο τον κόσμο οδήγησε σε μια τεράστια κρίση δημόσιας υγείας και στις 11 Μαρτίου του 2020 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) χαρακτήρισε την ασθένεια του κορωνοϊού (COVID-19) ως πανδημία. Μέχρι την 8η Δεκεμβρίου του 2021, περισσότερα από 267 εκατομμύρια κρούσματα και 5,9 εκατομμύρια θάνατοι λόγω της νόσου καταγράφηκαν παγκοσμίως (WHO, 2021).

Στην Ελλάδα, τα πρώτα κρούσματα COVID-19 επιβεβαιώθηκαν στα τέλη Φεβρουαρίου του 2020 και μέχρι τα τέλη Νοεμβρίου του 2021, περισσότερα από 900.000 άτομα διαγνώστηκαν με τη νόσο με αποτέλεσμα περισσότερους από 18.000 θανάτους (WHO, 2021). Η ελληνική κυβέρνηση έλαβε άμεσα μέτρα δημόσιας υγείας για την ελαχιστοποίηση της εξάπλωσης του ιού, όπως ακύρωση τοπικών εορτών, κλείσιμο σχολείων, πανεπιστημίων, γυμναστηρίων, αρχαιολογικών χώρων και τελικά εμπορικών κέντρων, καφετεριών, εστιατορίων, μπαρ και λοιπών χώρων. Από τις 23 Μαρτίου έως τις 4 Μαΐου του 2020, επιβλήθηκε μαζικό lockdown, σύμφωνα με το οποίο οι πολίτες μπορούσαν να εγκαταλείψουν τις κατοικίες τους μόνο υπό ορισμένες συνθήκες και μετά από ειδική ειδοποίηση μέσω sms (National Public Health Organization, 2020).

Από την έναρξη της πανδημίας COVID-19, έχει παραχθεί ένας μεγάλος όγκος πληροφοριών σχετικά με τα βιολογικά χαρακτηριστικά του ιού και τα απαραίτητα μέτρα προστασίας, καθώς και την επιδημιολογία του ιού. Ένας μεγάλος αριθμός μελετών που διεξήχθησαν στις ΗΠΑ, την Ευρώπη και την Ασία παρατήρησαν μία σταδιακή μείωση της τήρησης των προληπτικών μέτρων για τον COVID-19, καθώς εξελισσόταν η πανδημία (Reinders et al., 2020; Chan et al., 2021). Ωστόσο, άλλες μελέτες έχουν σημειώσει, ότι η τήρηση των μέτρων υγιεινής και των συστάσεων κοινωνικής αποστασιοποίησης παρέμεινε υψηλή κατά τη διάρκεια αυτής της πανδημίας (Reicher & Drury, 2021) και ότι η πρόθεση για τήρηση προστατευτικών μέτρων ήταν επίσης υψηλή

(Lüdecke & von dem Knesebeck, 2021). Οι καθοριστικοί παράγοντες που προκάλεσαν τη συμμόρφωση με αυτά τα μέτρα ήταν ασαφείς. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η υιοθέτηση των προστατευτικών συμπεριφορών σχετίζεται με διάφορα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά (Vardavas et al., 2020). Συγκεκριμένα, οι γυναίκες και οι πολίτες που ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης σημειώθηκε ότι είχαν μεγαλύτερη συμμόρφωση με συμπεριφορές προστασίας έναντι του COVID-19 (Lüdecke & von dem Knesebeck, 2021).

Κεφάλαιο 1 Δομή διπλωματικής

1.1 Υπόβαθρο εργασίας

Αρκετές φαρμακοβιομηχανίες ανά τον κόσμο πέραν των μέτρων ατομικής προστασίας έκαναν προσπάθειες για την εύρεση κατάλληλου εμβολίου κατά του COVID-19. Στις 11 Δεκεμβρίου του 2020, η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ εξέδωσε την πρώτη άδεια χρήσης έκτακτης ανάγκης (EUA) για ένα εμβόλιο για την πρόληψη του COVID-19 σε άτομα ηλικίας 16 ετών και άνω (Oliver et al., 2020). Μέσω της EUA επέτρεψε το εμβόλιο Pfizer-BioNTech για τον COVID-19 να διανεμηθεί στις ΗΠΑ ως το πρώτο στον κόσμο (Chagla, 2021). Μέσα σε λίγες μέρες, άλλες χώρες ακολούθησαν και εξέδωσαν έγκριση, ενώ άλλα υποψήφια εμβόλια εμφανίστηκαν τους επόμενους μήνες. Από αυτά που έφτασαν στην τέταρτη φάση των κλινικών δοκιμών, τέσσερα είχαν άδεια σε διάφορες χώρες. Ωστόσο, λίγο μετά την έναρξη του μαζικού εμβολιασμού, η πραγματική πρόκληση έγινε αντιληπτή από πολλούς - είναι οι άνθρωποι πρόθυμοι να λάβουν ένα εμβόλιο που δεν είχε χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν; Ο δισταγμός των πολιτών έναντι του εμβολιασμού δε θεωρείται νέο εμπόδιο όταν συζητείται η πρόληψη ασθενειών, καθώς αποτελούσε σημαντικό πρόβλημα για την εποχική γρίπη και την πανδημία H1N1 του 2009 (Schmid et al., 2017). Η αναδυόμενη έρευνα στη βιβλιογραφία την τελευταία δεκαετία έχει δείξει ότι ο δισταγμός στον εμβολιασμό έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια σε πολλούς πληθυσμούς, ακόμη και μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας (Maltezou et al., 2019).

Με βάση τα παραπάνω είναι απαραίτητο να διενεργηθεί έρευνα στην Ελλάδα αναφορικά με τη στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στον εμβολιασμό και στα μέτρα προστασίας έναντι του ιού και να διερευνηθούν οι προσδιοριστικοί παράγοντες

που διαφοροποιούν τόσο τη στάση του απέναντι στον εμβολιασμό, όσο και απέναντι στα μέτρα προστασίας έναντι του COVID-19.

1.2 Στόχος έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι (1) να διερευνηθεί η στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στον εμβολιασμό, (2) να διερευνηθεί η στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στα μέτρα προστασίας έναντι του COVID-19 και (3) να διερευνηθούν οι προσδιοριστικοί παράγοντες που διαφοροποιούν τόσο τη στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στον εμβολιασμό, όσο και τη στάση τους απέναντι στα μέτρα προστασίας έναντι του ιού.

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας είναι τα εξής :

- (1) Ποια είναι η στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στον εμβολιασμό;
- (2) Ποια είναι η στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στα μέτρα προστασίας έναντι του COVID-19;
- (3) Διαφοροποιείται η στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στον εμβολιασμό με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ανθρώπων;
- (4) Διαφοροποιείται η στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στα μέτρα προστασίας έναντι του COVID-19 ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους;
- (5) Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τη στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στον εμβολιασμό;
- (6) Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τη στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στα μέτρα προστασίας έναντι του COVID-19;

1.3 Συμβολή έρευνας

Ως απάντηση στην εκθετική κλιμάκωση της νέας νόσου του κορωνοϊού 2019 (COVID-19), πολλές χώρες εισήγαγαν μία σειρά από πρωτοφανείς και αυστηρές πολιτικές και μέτρα ιατρικής και δημόσιας υγείας με σκοπό να περιορίσουν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και να ελαχιστοποιήσουν τη μετάδοση του ιού. Μεταξύ αυτών, οι πιο αξιοσημείωτες αποφάσεις περιλάμβαναν τη χρήση μάσκας σε δημόσιους

χώρους, την επιβολή lockdown και κοινωνικής αποστασιοποίησης, το κλείσιμο μη απαραίτητων επιχειρήσεων, την αποφυγή της χρήσης των μέσων μαζικής μεταφοράς και την απαγόρευση μεγάλων κοινωνικών συγκεντρώσεων. Επιπρόσθετα, μετά την κυκλοφορία των εμβολίων έναντι της νόσου COVID-19 η πλειοψηφία των χωρών έκαναν αυστηρές συστάσεις για τον εμβολιασμό του γενικού πληθυσμού. Παρά τη σημασία της τήρησης αυτών των μέτρων, συγκλίνοντα στοιχεία δείχνουν ότι οι συμπεριφορές υγείας των ανθρώπων δεν ήταν ικανοποιητικές. Η συμμόρφωση με αυτά τα μέτρα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις γνώσεις και τις αντιλήψεις των ατόμων για τον COVID-19 και τους κινδύνους που συνδέονται με αυτόν. Πρόσφατες μελέτες ανέφεραν θετικές συσχετίσεις μεταξύ των υψηλότερων επιπέδων φόβου για τον COVID-19 και των υψηλότερων επιπέδων γνώσης για τον COVID-19 με τη στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στον εμβολιασμό και στα μέτρα προστασίας έναντι του COVID-19. Σε αυτό το πλαίσιο αρκετές μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία χρησιμοποίησαν το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (Health Belief Model) ως βασικό θεωρητικό πλαίσιο για τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τη στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στον εμβολιασμό και στα μέτρα προστασίας έναντι του COVID-19. Η έρευνα έχει επιβεβαιώσει ότι το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία (Rosenstock et al., 1988) είναι ένα χρήσιμο θεωρητικό μοντέλο συμπεριφοράς για την κατανόηση των προθέσεων των πολιτών έναντι του εμβολιασμού κατά του COVID-19 και των μέτρων ατομικής προστασίας κατά του ιού (Wong et al., 2020).

Σύμφωνα με το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία, οι πεποιθήσεις των ανθρώπων, δηλαδή η αντιληπτή σοβαρότητα, αντιληπτή τρωτότητα, τα αντιληπτά οφέλη και οι αντιληπτοί κίνδυνοι, σχετίζονται με συμπεριφορές υγείας (Carpenter, 2010). Η αντιληπτή σοβαρότητα αναφέρεται στην πεποίθηση ότι οι συνέπειες που προκύπτουν από την εμφάνιση της νόσου είναι σοβαρές για τον εαυτό τους και τους άλλους. Τα άτομα που αισθάνονται ότι απειλούνται ή αντιλαμβάνονται υψηλά επίπεδα κινδύνου για τη νόσο COVID-19 είναι πιο πιθανό να εκφράσουν υψηλότερα επίπεδα προθέσεων εμβολιασμού κατά του COVID-19 και μεγαλύτερη πρόθεση υιοθέτησης των μέτρων ατομικής προστασίας (Betsch et al., 2015). Η αντιληπτή τρωτότητα είναι η πεποίθηση ενός ατόμου ότι είναι ευάλωτο σε μια ασθένεια ή μπορεί να είναι φορέας ενός χαρακτηριστικού που τον θέτει σε υψηλό κίνδυνο. Τα αντιληπτά οφέλη αναφέρονται στην πεποίθηση ότι η πρόσληψη του εμβολίου COVID-19 ή η υιοθέτηση των ατομικών μέτρων προστασίας θα μειώσει τον κίνδυνο ή τη σοβαρότητα της απειλής της νόσου. Τέλος, τα αντιληπτά εμπόδια αναφέρονται στην πεποίθηση ότι ο εμβολιασμός κατά του COVID-19 ή η

υιοθέτηση των ατομικών μέτρων προστασίας θα έχει ως επίπτωση το άτομο να βιώσει αρνητικές συνέπειες όπως για παράδειγμα ανεπιθύμητες ενέργειες του εμβολίου.

Στην Ελλάδα δεν έχει πραγματοποιηθεί έρευνα την τελευταία διετία που (1) να καταγράφει τη στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στον εμβολιασμό και στα μέτρα προστασίας έναντι του COVID-19 και (2) να αναδεικνύει τους παράγοντες που ενδεχομένως προβλέπουν τη στάση των πολιτών. Ως εκ τούτου η παρούσα διπλωματική εργασία, χρησιμοποιώντας ως βασικό θεωρητικό πλαίσιο το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία, προσπαθεί να απαντήσει στα συγκεκριμένα ερωτήματα.

Τα αποτελέσματα της διπλωματικής εργασίας αναμένεται να συμβάλλουν τόσο σε θεωρητικό, όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Σε θεωρητικό επίπεδο αναμένεται να επιβεβαιώσει εκείνους τους παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στα μέτρα δημόσιας υγείας και απέναντι σε προγράμματα μαζικού εμβολιασμού. Αντίστοιχα, σε πρακτικό επίπεδο τα αποτελέσματα της διπλωματικής εργασίας μπορούν να συμβάλλουν στη δημιουργία κατάλληλων προγραμμάτων ενημέρωσης του κοινού σε παρόμοιες καταστάσεις στο μέλλον. Τα αποτελέσματα της έρευνας και η ανάδειξη των παραγόντων που μπορούν να αλλάξουν τη στάση των πολιτών απέναντι στα μέτρα δημόσιας υγείας θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν με σκοπό την επικέντρωση της ενημέρωσης του κοινού με τέτοιο τρόπο, ώστε να αποδέχεται σε μεγαλύτερο βαθμό τα εκάστοτε προτεινόμενα μέτρα δημόσιας υγείας.

Η παρούσα διατριβή αποτελείται από έξι κεφάλαια. Αρχικά δίνεται μία εισαγωγή, ενώ στο πρώτο κεφάλαιο που προηγήθηκε παρουσιάστηκε ο σκοπός της διπλωματικής εργασίας, τα ερευνητικά ερωτήματα και η συμβολή που θα έχει η διπλωματική εργασία σε πρακτικό και θεωρητικό επίπεδο. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται το θεωρητικό πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας. Αναλυτικότερα, παρουσιάζεται το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία, αναφέρονται οι στρατηγικές δημόσιας υγείας που εφαρμόστηκαν έναντι του COVID-19 σε παγκόσμιο επίπεδο και δίνονται στοιχεία αναφορικά με την πορεία των εμβολιασμών και την αντίσταση έναντι των εμβολίων για τον COVID-19. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης συναφών ερευνών σχετικά με τη χρήση του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία και την πρόβλεψη της στάσης του γενικού πληθυσμού απέναντι στον εμβολιασμό έναντι του COVID-19, καθώς και της τήρησης των προτεινόμενων μέτρων δημόσιας υγείας. Στο τέταρτο κεφάλαιο της διπλωματικής εργασίας παρουσιάζεται το μεθοδολογικό πλαίσιο της ποσοτικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 195 πολιτών. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα ευρήματα που προέκυψαν από τη

στατιστική ανάλυση, ενώ στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της διπλωματικής εργασίας και πραγματοποιείται μία συζήτηση επί του θέματος. Αναφέρονται οι περιορισμοί που χαρακτηρίζουν την έρευνα που πραγματοποιήθηκε και δίνονται προτάσεις για μελλοντική έρευνα ή και προτάσεις προς εφαρμογή με σκοπό την ευαισθητοποίηση του κοινού τόσο για την τήρηση των μέτρων δημόσιας υγείας, όσο και την πρόθεσή τους να εμβολιαστούν έναντι του COVID-19.

Κεφάλαιο 2 Θεωρητικό πλαίσιο

2.1 Μοντέλο Πεποιθήσεων για τη Υγεία

2.1.1 Ιστορική αναδρομή

Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για τη Υγεία αναπτύχθηκε για να διερευνήσει τη συμπεριφορά και τις αποφάσεις των ατόμων σχετικά με την προληπτική ιατρική, παρά την απόφαση ενός ατόμου να αποδεχθεί τη θεραπεία μετά τη λήψη της διάγνωσης. Ο Hochbaum (1958) ερεύνησε τη σχέση μεταξύ των πεποιθήσεων ενός ατόμου και της συμμετοχής σε ένα δημόσιο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου φυματίωσης. Χρησιμοποίησε έννοιες που στη συνέχεια συμπεριελήφθησαν στο Μοντέλο Πεποιθήσεων για τη Υγεία όπως: ψυχολογική ετοιμότητα (αυτο-αποτελεσματικότητα), πίστη στην πιθανότητα προσβολής από φυματίωση (αντιληπτή ευαισθησία), πίστη στα οφέλη της έγκαιρης διάγνωσης (αντιληπτά οφέλη) και περιστασιακούς παράγοντες (αντιληπτά εμπόδια και ενδείξεις για δράση). Ένα χρόνο αργότερα οι Rosenstock et al. (1959) μελέτησαν γιατί τα άτομα δεν εκδήλωσαν την πρόθεση να κάνουν τα εμβόλια κατά της πολιομυελίτιδας. Στο πλαίσιο αυτής της μελέτης, οι έννοιες που εισήχθησαν στο Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία αναπτύχθηκαν περαιτέρω. Οι ερευνητές εξέτασαν την αντιληπτή ευαισθησία, την αντιληπτή σοβαρότητα, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του εμβολίου (αντιληπτά οφέλη), καθώς και κοινωνικούς και περιστασιακούς παράγοντες συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών πιέσεων (ενδείξεις για δράση) και της ευκολίας (αντιληπτά εμπόδια). Ανέφεραν ότι οι προτροπές που υπήρχαν για να προειδοποιήσουν τα άτομα να αναλάβουν δράση σχετικά με το εμβόλιο της πολιομυελίτιδας στόχευαν σε άτομα υψηλότερου εισοδήματος και υψηλότερης εκπαίδευσης. Εξέφρασαν την ανησυχία ότι όσοι άνθρωποι ήταν χαμηλότερης οικονομικής θέσης και εκπαίδευσης πιθανώς δεν είχαν δει τις εκστρατείες ενημέρωσης του κοινού, και, εάν τις είχαν δει, δεν μπορούσαν να τις κατανοήσουν.

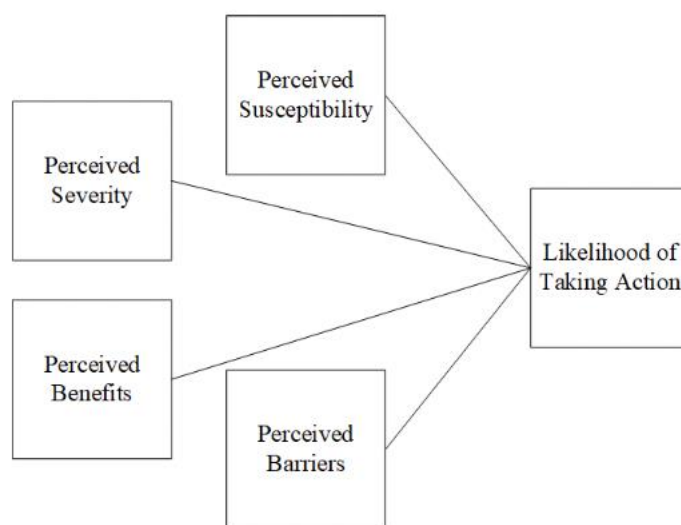
Για να προωθήσει περαιτέρω την ανάπτυξη του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία, ο Rosenstock (1960) διερεύνησε τον τρόπο με τον οποίο τα κίνητρα επηρεάζουν την υιοθέτηση των μέτρων δημόσιας υγείας και πρότεινε τρεις αρχές παρακίνησης. Η πρώτη αρχή είναι ότι η προληπτική συμπεριφορά ορίζεται από την αντιληπτή ευαισθησία, την αντιληπτή σοβαρότητα και τα αντιληπτά οφέλη. Δεύτερον, η δράση προκύπτει από σύγκρουση μεταξύ κινήτρων και διαφόρων συμπεριφορών. Τρίτον, τα

κίνητρα που σχετίζονται με την υγεία δεν οδηγούν πάντα σε συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία και το αντίστροφο.

Ο Rosenstock (1966) αναγνώρισε την προέλευση του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία στη μελέτη του που διερεύνησε την ατομική συμπεριφορά σχετικά με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία εξελίχθηκε μέσω πολλών μελετών που προσπάθησαν να κατανοήσουν την προληπτική συμπεριφορά υγείας τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και σε ομάδες του πληθυσμού με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ή άτομα με συγκεκριμένες παθήσεις (Jones et al., 2015). Οι παράγοντες του μοντέλου που είναι τόσο γνωστικής φύσεως, όσο και συναισθηματικής προέρχονται από τον υποκειμενικό κόσμο ενός ατόμου και όχι από τον αντικειμενικό κόσμο του γιατρού του. Ο Rosenstock (1966) συζήτησε ότι τρεις τομείς πρέπει να ικανοποιηθούν για να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα: 1) το άτομο πρέπει να είναι ψυχολογικά έτοιμο (αντιληπτή ευαισθησία και σοβαρότητα), 2) το άτομο πρέπει να πιστεύει ότι η προληπτική δράση είναι εφικτή ή θα μειώσει τη σοβαρότητα ή/και την ευαισθησία μιας πάθησης και δεν έχει ψυχολογικούς φραγμούς (αντιληπτά οφέλη και εμπόδια) και 3) ένα ερέθισμα πρέπει να ενεργοποιεί τη δράση (ενδείξεις για δράση). Ο Rosenstock (1966) παραδέχθηκε ότι οι ιδέες του για το Μοντέλο Πεποιθήσεων για τη Υγεία αντλήθηκαν από γενικές κοινωνικο-ψυχολογικές θεωρίες, ιδιαίτερα από τη θεωρία του Lewin για τον καθορισμό στόχων και την κατάσταση του επιπέδου φιλοδοξίας (Lewin, 1935). Οι Maiman και Becker (1974) συνέκριναν το Μοντέλο Πεποιθήσεων για τη Υγεία με έξι άλλες ψυχολογικές θεωρίες, συμπεριλαμβανομένης εκείνης του Lewin. Όπως πρότεινε ο Lewin, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η συμπεριφορά ενός ατόμου εξαρτάται τελικά από την αξία που δίνει στο αποτέλεσμα και την εκτίμηση ότι το αποτέλεσμα μπορεί να επιτευχθεί. Η επίτευξη ενός αποτελέσματος γίνεται αντιληπτή ως πιο ελκυστική όταν χρειάζεται σκληρή δουλειά για να επιτευχθεί η επιτυχία (Karl et al., 2022).

Όπως φαίνεται στο Σχήμα 1, το αρχικό μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία χρησιμοποιείται καλύτερα όταν ένα άτομο βρίσκεται σε φυσιολογική κατάσταση υγείας, ωστόσο, έχει προσαρμοστεί και χρησιμοποιηθεί με επιτυχία για τη μελέτη της συμμόρφωσης με τη φροντίδα αφού ένα άτομο έχει ήδη διαγνωστεί με μια ασθένεια (Shojaei et al., 2016). Ο Rosenstock (1974b) εξήγησε ότι οι αρχικοί ερευνητές αναγνώρισαν ότι τα άτομα έχουν ποικίλες πεποιθήσεις, φόβους και γνώσεις, που επηρεάζουν τις πράξεις τους και επηρεάζονται από τέσσερις παράγοντες: αντιληπτή ευαισθησία, αντιληπτή σοβαρότητα, αντιληπτά εμπόδια και αντιληπτά οφέλη, όπως φαίνεται στο Σχήμα 1. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι κάθε μεταβλητή προηγείται από

τον όρο «αντιληπτό» λόγω του γεγονότος ότι βασίζονται αυστηρά σε ατομικές πεποιθήσεις και όχι σε αντικειμενικά γεγονότα ή στην πραγματικότητα. Οι Lewis και Lewis (1982) προσπάθησαν να καταλάβουν από που προέρχονται οι πεποιθήσεις και οι συμπεριφορές για την υγεία των παιδιών. Εξέτασαν τα δημογραφικά στοιχεία, την οικογένεια (τρόπος γονικής μέριμνας, προσανατολισμούς για την υγεία της μητέρας), το παιδί (αυτοαντίληψη, γνωστικό στυλ, εμπειρία με ασθένεια) και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (συμπεριφορά του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης προς το παιδί). Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η εκπαίδευση των γονέων και η εμπλοκή των παιδιών στις δικές τους συζητήσεις και αποφάσεις για την υγειονομική περίθαλψη προάγει μια σταθερή βάση για υγιεινές συνήθειες στην ενήλικη ζωή.



Σχήμα 1. Το αρχικό Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (Πηγή: Rosenstock (1966))

Οι ερευνητές έχουν επεκτείνει τη θεωρία προσθέτοντας μεταβλητές για τη μέτρηση των ενδείξεων για δράση (Rosenstock, 1966), τα κίνητρα για την υγεία (Becker et al., 1974), την αυτοαποτελεσματικότητα (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988), την αντιληπτή απειλή (Bishop, Baker, Boyle, & MacKinnon, 2015) και την πρόθεση τήρησης μιας συμπεριφοράς (Chuang, Tsai, Hsieh, & Tumurtulga, 2013). Οι Zimmerman και Vernberg (1994) διαπίστωσαν ότι πολλές μελέτες προτιμούν να χρησιμοποιούν τις τέσσερις αρχικές μεταβλητές, καθώς η εκτεταμένη έκδοση του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία δεν έχει ακόμη γίνει ευρέως αποδεκτή. Ωστόσο, ο Carpenter (2010) μέσα από μια μετα-ανάλυση της αποτελεσματικότητας του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι απλές τέσσερις μεταβλητές στο Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία θα πρέπει να επανεξεταστούν σε μελλοντικές μελέτες και θα πρέπει να εξεταστούν οι επιδράσεις μεταξύ αυτών των μεταβλητών.

2.1.2 Το αρχικό Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία

Στη συνέχεια αναλύονται οι τέσσερις βασικές μεταβλητές που περιλαμβάνει το πρωτότυπο Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία

Αντιληπτή ευαισθησία. Η αντιληπτή ευαισθησία είναι η πεποίθηση ενός ατόμου ότι είναι ευάλωτο στην προσβολή από μια ασθένεια ή ότι μπορεί να είναι φορέας μιας νόσου. Ο Rosenstock (1966) δήλωσε ότι η αντιληπτή ευαισθησία μπορεί να ποικίλλει μεταξύ ατόμων και συνθηκών και ότι αποτελεί συνώνυμο του κινδύνου. Ο βαθμός κινδύνου είναι υποκειμενικός και βασίζεται στις γνώσεις και τις εμπειρίες ενός ατόμου. Οι Kamal, El-Borgy και Wahba (2017) βρήκαν ότι όσο μεγαλύτερη είναι η πεποίθηση ότι υπάρχει κίνδυνος, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να υιοθετήσει ένα άτομο τα προτεινόμενα μέτρα ή μια προτεινόμενη συμπεριφορά.

Αντιληπτή Σοβαρότητα. Η αντιληπτή σοβαρότητα είναι η πεποίθηση ενός ατόμου ότι η προσβολή από μια ασθένεια ή η υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς (πχ κάπνισμα) θα επηρεάσει αρνητικά τη ζωή του. Ο Rosenstock (1966) εξηγεί ότι οι ανησυχίες μπορεί να είναι ιατρικές, ψυχικές ή λειτουργικές δυσκολίες, καθώς και άλλα εμπόδια όπως είναι η απασχόληση, η οικογένεια και τα κοινωνικά βάρη. Εάν η αντιληπτή σοβαρότητα ενός ατόμου προκαλεί ακραία επίπεδα άγχους και φόβου, τότε το άτομο μπορεί να χάσει την ικανότητά του να εργάζεται, να έχει κοινωνικές συναναστροφές και να είναι γενικά λειτουργικό (Sukeri et al., 2020). Εάν ένα άτομο έχει χαμηλή αντίληψη της σοβαρότητας, τότε δεν είναι πιθανό να υιοθετήσει μια συμπεριφορά (Becker et al., 1975). Μπορεί να είναι δύσκολο για ένα άτομο να υποδείξει την αντίληψή του για τη σοβαρότητα, εάν δεν είναι εξοικειωμένο με μια συγκεκριμένη πάθηση ή δεν έχει βιώσει την εν λόγω πάθηση (Sulat et al, 2018).

Αντιληπτά Οφέλη. Σύμφωνα με τον Champion (1984), τα αντιληπτά οφέλη μετρούν την ατομική πεποίθηση ότι οι ενέργειες των ατόμων θα τους βοηθήσουν να διατηρήσουν ένα καλό επίπεδο υγείας και να αποφύγουν να προσβληθούν από μια ασθένεια. Τα άτομα που αναγνωρίζουν τα οφέλη μιας συμπεριφοράς είναι σε θέση να ανιχνεύσουν ότι έχουν μια ασθένεια, να προσδιορίσουν μια κατάλληλη θεραπεία για μια ασθένεια και να μειώσουν τις ανεπιθύμητες συνέπειες μιας ασθένειας. Ένα άτομο εξετάζει εάν τα αντιληπτά οφέλη, με βάση αυτά που κατανοεί, θα μειώσουν την ευαισθησία του σε μια ασθένεια ή τη σοβαρότητα μιας ασθένειας (Sulat et al., 2018).

Αυτό το πρότυπο πεποιθήσεων αναφέρεται σε αυτό που το άτομο πιστεύει ότι θα κερδίσει από την υιοθέτηση της προληπτικής συμπεριφορά υγείας, όπως είναι ο εμβολιασμός (Shahrabani, et al., 2009). Ένα κοινό αντιληπτό όφελος από τη λήψη ενός εμβολίου σχετίζεται με τη διατήρηση της υγείας λόγω του εμβολιασμού (Wong et al., 2021).

Αντιληπτά εμπόδια. Τα αντιληπτά εμπόδια είναι η προσδοκία ενός ατόμου ότι θα βιώσει αρνητικές συνέπειες όταν υιοθετήσει μια συγκεκριμένη ενέργεια (Champion, 1984; Limbu, Gautam, & Pham, 2022). Ένα άτομο μπορεί να έχει πρόβλημα να πάρει μια απόφαση επειδή φοβάται ότι μπορεί να αντιμετωπίσει ζητήματα όπως ταλαιπωρία, πόνος, αμηχανία, παρενέργειες ή οικονομικό κόστος. Ο Rosenstock (1974b) ανέφερε πώς τα σημαντικά αντιληπτά εμπόδια μπορούν να αναγκάσουν ένα άτομο να αποφύγει μια συμπεριφορά όταν πιστεύει ότι η συνέπεια δεν αξίζει σε σύγκριση με το όφελος. Όσο μεγαλύτερο είναι το αντιληπτό εμπόδιο, τόσο λιγότερο πιθανό είναι να υιοθετήσει το άτομο μια συμπεριφορά (Kamal et al., 2017).

2.1.3 Επιπρόσθετοι παράγοντες

Στη συνέχεια αναλύονται οι επιπρόσθετες μεταβλητές που συμπεριελήφθησαν στο πρωτότυπο Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία με την πάροδο του χρόνου.

Ενδείξεις για δράση. Οι ενδείξεις για δράση ενεργοποιούν ένα άτομο να ανταποκριθεί σε ένα ερέθισμα, όπως είναι για παράδειγμα η προβολή μιας διαφήμισης, η συζήτηση με φίλους/ γνωστούς ή η ενημέρωση από τον οικογενειακό γιατρό (Tao et al., 2021). Κατά τη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία επηρεάζει τις αποφάσεις του γενικού πληθυσμού να εμβολιαστεί για την πολιομυελίτιδα, οι Rosenstock et al. (1959) ανέφεραν ότι οι ενδείξεις για δράση ενδέχεται να μη φτάσουν σε άτομα με χαμηλό εισόδημα και άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Οι ενδείξεις για δράση προστέθηκαν επίσημα ως μεταβλητή όταν ο Rosenstock (1966) αναγνώρισε ότι είναι ουσιώδεις για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σε θέματα σχετιζόμενα με την υγεία. Εξήγησε ότι οι ενδείξεις για δράση μπορεί να είναι είτε εσωτερικές, όπως η αντίληψη ενός ατόμου για τη σωματική του κατάσταση, είτε εξωτερικές, όπως η επικοινωνία με άλλους, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ή οι διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις. Οι Jones et al. (2015) ανέφεραν πως οι προτεινόμενες ενδείξεις για δράση μπορούν επίσης να κατηγοριοποιηθούν είτε ως φυσικά συμβάντα, όπως οι ειδήσεις ή η ξαφνική ασθένεια στην οικογένεια, είτε ως χειραγωγημένες, όπως

εκστρατείες ενημέρωσης ή παρεμβάσεις. Σύμφωνα με τους Carpenter (2010), Jones et al. (2015) και Zimmerman και Vernberg (1994), οι ενδείξεις για δράση είναι η λιγότερο ερευνηθείσα μεταβλητή του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία, παρόλο που τα στοιχεία δείχνουν πως είναι σημαντική στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς ενός ατόμου. Όταν οι Chou και Wister (2005) μελέτησαν τη συμπεριφορά των ατόμων απέναντι στην άσκηση και την αυτοφροντίδα, συνέστησαν ότι οι ενδείξεις για δράση πρέπει να θεωρούνται κεντρικά στοιχεία για το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία.

Κίνητρα για την υγεία. Ο Rosenstock (1966) αναγνώρισε ότι τα άτομα πρέπει να παρακινούνται τόσο για «αντίληψη όσο και για δράση» (σελ. 98) και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα κίνητρα «καθορίζουν τους συγκεκριμένους τρόπους με τους οποίους θα γίνει αντιληπτό το περιβάλλον» (σελ. 98). Ο ερευνητής, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα άτομα παρακινούνται περισσότερο από τις προσωπικές τους πεποιθήσεις παρά από την αντικειμενική αλήθεια. Η επιλογή ενός ατόμου γίνεται ανάλογα με τα κίνητρα που θεωρεί ότι είναι πιο σημαντικά. Μπορεί να προκύψει σύγκρουση που δε σχετίζεται με την υγεία μεταξύ κινήτρων, όπως η κοινωνική πίεση ή η ενθάρρυνση από έναν εργοδότη. Ωστόσο, ο Rosenstock (1974b) πίστευε ότι το κίνητρο μπορούσε να μετρηθεί με ακρίβεια, χρησιμοποιώντας την αντιληπτή ευαισθησία και την αντιληπτή σοβαρότητα και επομένως, δε χρειάζεται να αξιολογείται χωριστά. Το κίνητρο εισήχθη επίσημα ως ανεξάρτητη μεταβλητή όταν οι Becker et al. (1974) το προσάρμοσαν με επιτυχία στο μοντέλο. Μέτρησαν τα κίνητρα για την υγεία, χρησιμοποιώντας στοιχεία που θεωρούσαν «φυσική απειλή και στάση απέναντι στην ιατρική αρχή και γενική ανησυχία για την υγεία» (σελ. 207). Σε μια συστηματική ανασκόπηση προηγούμενων μελετών για το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία, ο Carpenter (2010) διαπίστωσε ότι το κίνητρο δε χρησιμοποιείται συχνά στις έρευνες.

Αυτοαποτελεσματικότητα. Η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι η πεποίθηση κάποιου ότι μπορεί να ολοκληρώσει μια απαιτούμενη συμπεριφορά για να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Θεωρήθηκε αρχικά ως αντιληπτό εμπόδιο. Οι Rosenstock et al. (1988) εξήγησαν ότι το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία σχεδιάστηκε αρχικά για να προβλέπει μικρά εφικτά αποτελέσματα, όπως η επιλογή του εμβολιασμού ή η επιλογή της λήψης φαρμάκου. Οι συγγραφείς πρότειναν να συμπεριληφθεί η αυτο-αποτελεσματικότητα ως ανεξάρτητη μεταβλητή για την ενίσχυση του μοντέλου με διάκριση μεταξύ διαφορετικών αντιληπτών φραγμών. Αυτή η επέκταση επεκτείνει την ικανότητα του μοντέλου να προβλέπει πιο ουσιαστικές αποφάσεις, όπως είναι για παράδειγμα η αντιμετώπιση μιας χρόνιας νόσου. Η αυτο-αποτελεσματικότητα έχει

αντίκτυπο σε κάθε πτυχή της ζωής (Khorsandi et al., 2019) και η κατανόησή της μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αυξήσουν και να διατηρήσουν υγιείς συμπεριφορές.

Οι Rosenstock et al. (1988) συζητούν περαιτέρω πως ο τρόμος μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τα συναισθήματα ενός ατόμου σχετικά με την ικανότητά του να ακολουθήσει μια δεδομένη συμπεριφορά. Ένα άτομο μπορεί να αυξήσει την αυτοαποτελεσματικότητά του, ολοκληρώνοντας με επιτυχία βραχυπρόθεσμους στόχους. Το επίτευγμα παράγει μία αύξηση στην αίσθηση της υπερηφάνειας και της αυτοαποτελεσματικότητας. Όταν οι Zimmerman και Vernberg (1994) συνέκριναν το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία με τη θεωρία της προγραμματισμένης συμπεριφοράς και την κοινωνική γνωστική θεωρία, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η μοναδική πιο σημαντική μεταβλητή που περιέχεται και στα τρία μοντέλα είναι η αυτοαποτελεσματικότητα. Παρόμοια, σε πιο πρόσφατες μελέτες προέκυψε ότι αυτή αποτελεί την ισχυρότερη μεταβλητή πρόβλεψης της συμπεριφοράς των ατόμων (Orji et al., 2012; Saghafi-Asl, Aliasgharzadeh & Asghari-Jafarabadi, 2021)

Αντιληπτή Απειλή. Ο Bennett (1992) ορίζει την αντιληπτή απειλή ως μια κατάσταση όπου ένα άτομο αναμένει ότι θα βιώσει βλάβη ή απώλεια. Εξηγεί ότι η απειλή καθορίζεται από την αντίληψη που βασίζεται στη μνήμη, τη μάθηση και την κρίση ενός ατόμου από προηγούμενες γνώσεις και εμπειρίες. Οι περισσότερες προηγούμενες μελέτες για το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (Janz & Becker, 1984; Orji et al., 2012; Rosenstock, 1960) συζήτησαν την αντιληπτή απειλή, αλλά τη μέτρησαν χρησιμοποιώντας άλλες μεταβλητές εντός του μοντέλου. Οι Jones et al. (2015) μέτρησαν την αντιληπτή απειλή συνδυάζοντας στοιχεία της αντιληπτής ευαισθησίας και της αντιληπτής σοβαρότητας. Ωστόσο, οι Jones et al. (2015) συνέστησαν αργότερα ότι η αντιληπτή ευαισθησία και η αντιληπτή σοβαρότητα πρέπει να διαχωριστούν σε διακριτές μεταβλητές.

2.2 Μέτρα δημόσιας υγείας έναντι του COVID-19 και εμβολιασμός

Ο ιός που προκαλεί COVID-19 μεταδίδεται κυρίως από άτομο σε άτομο, μέσω των αναπνευστικών σταγονιδίων που παράγονται όταν ένα μολυσμένο άτομο βήχει ή φτερνίζεται. Αυτά τα σταγονίδια μπορούν να εισέλθουν στον οργανισμό ενός ατόμου που βρίσκεται κοντά, από το στόμα ή τη μύτη. Άλλες οδοί που έχουν επίσης εμπλακεί στη

μετάδοση του COVID-19, είναι η επαφή με μολυσμένα άτομα και η εισπνοή αερολυμάτων, που παράγονται κατά τη διάρκεια των διαδικασιών παραγωγής τους (Güner, Hasanoğlu & Aktaş, 2020).

Έως σήμερα, δεν υπάρχει φάρμακο που να έχει εγκριθεί από τον FDA, να έχει περάσει από ελεγχόμενες μελέτες και να έχει δείξει επίδραση στον ιό. Αν και υπάρχουν θεραπείες για ασθένειες και εξελίξεις που γίνονται αλματωδώς στις μέρες μας, το ισχυρότερο και πιο αποτελεσματικό όπλο που έχει η κοινωνία ενάντια σε αυτόν τον ιό που επηρεάζει όχι μόνο την υγεία, αλλά και την οικονομία, την πολιτική και το κοινωνικό σύνολο είναι η πρόληψη της εξάπλωσής του (Masai & Akin, 2021). Η προσωρινή καθοδήγηση που δημοσιεύθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) στις 7 Μαρτίου του 2020, με τίτλο «Responding to community spread of COVID-19», αναφέρει ότι η πρόληψη της εξάπλωσης του COVID-19 γίνεται μέσω της ανάπτυξης μηχανισμών συντονισμού, όχι μόνο στην υγεία, αλλά και σε τομείς όπως οι μεταφορές, τα ταξίδια, το εμπόριο, η οικονομία, η ασφάλεια, καθώς και σε άλλους τομείς που περικλείουν το σύνολο της κοινωνίας (WHO, 2020).

Τα προληπτικά μέτρα μαζί με τον εμβολιασμό είναι η τρέχουσα στρατηγική για τον περιορισμό της εξάπλωσης των κρουσμάτων COVID-19. Ο έγκαιρος έλεγχος, η διάγνωση, η απομόνωση και η θεραπεία είναι απαραίτητες για την πρόληψη μιας περαιτέρω εξάπλωσης (Souliotis et al., 2021). Οι προληπτικές στρατηγικές επικεντρώνονται στην απομόνωση των ασθενών και τον προσεκτικό έλεγχο των λοιμώξεων, συμπεριλαμβανομένων των κατάλληλων μέτρων που θα πρέπει να λαμβάνονται κατά τη διάγνωση και την παροχή κλινικής φροντίδας σε έναν μολυσμένο ασθενή (Mahajan et al., 2020). Σημαντικά μέτρα πρόληψης και ελέγχου του COVID-19 στην κοινότητα συνοψίζονται παρακάτω.

Η πιο σημαντική στρατηγική που πρέπει να ακολουθήσει ο πληθυσμός είναι να πλένει συχνά τα χέρια του, να χρησιμοποιεί απολυμαντικό χεριών και να αποφεύγει την επαφή με το πρόσωπο και το στόμα του μετά από αλληλεπίδραση με ένα πιθανώς μολυσμένο περιβάλλον (Souliotis et al., 2021). Για να μειωθεί ο κίνδυνος μετάδοσης στην κοινότητα, τα άτομα θα πρέπει να συμβουλεύονται, να πλένουν επιμελώς τα χέρια τους, να εφαρμόζουν την αναπνευστική υγιεινή, δηλαδή να καλύπτουν το στόμα τους όταν βήχουν, να αποφεύγουν τον συνωστισμό και τη στενή επαφή με άρρωστα άτομα, όσο αυτό είναι δυνατόν (Kaspar & Nordmeyer, 2020). Σε αυτό το πλαίσιο δημιουργήθηκαν προγράμματα ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού με τη συμβολή αρκετών οργανισμών για όλα τα θέματα που σχετίζονται με την προστασία από τον

COVID-19 και χρησιμοποιούνται ευρέως σε όλο τον κόσμο (Meier et al., 2020). Ο ΠΟΥ και άλλοι παρόμοιοι οργανισμοί υγείας έχουν δημοσιεύσει οπτικά εργαλεία, όπως βίντεο και αφίσες για επίδειξη της σωστής εφαρμογής της υγιεινής των χεριών και των υπολοίπων μέτρων δημόσιας υγείας σε ολόκληρη την κοινωνία (WHO, 2020). Αυτές οι αφίσες, που διανεμήθηκαν σε διάφορα μέρη της κοινωνίας προκειμένου να εφιστήσουν τη μέγιστη προσοχή στη σημασία της τήρησης των μέτρων δημόσιας υγείας, αύξησαν την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού (Souliotis et al., 2021). Με την αύξηση του αριθμού των ατόμων που κουβαλούσαν μαζί τους απολυμαντικό χεριών για την εφαρμογή της στιγμιαίας υγιεινής των χεριών και την εξάπλωση της χρήσης μάσκας σε ανθρώπους σε χώρες όπως η Κίνα, η Κορέα και η Ιαπωνία, η πανδημία τέθηκε υπό έλεγχο πολύ πιο γρήγορα. Σε άλλες χώρες όπου τέτοια μέτρα δεν κατέστησαν υποχρεωτικά, η εκθετική αύξηση του αριθμού των κρουσμάτων συνεχίστηκε αμείωτα (Petherick et al., 2021).

Επιπρόσθετα, ένα μέτρο που χρησιμοποιήθηκε ήταν η κοινωνική αποστασιοποίηση, ιδιαίτερα σε τοποθεσίες που έχουν υψηλή πιθανότητα μετάδοσης στην κοινότητα. Επιπλέον, πολλές χώρες εφάρμοσαν το μέτρο της καραντίνας και της κοινωνικής ή και σωματικής απόστασης ως μέτρα για την πρόληψη της περαιτέρω εξάπλωσης του ιού. Αυτά τα μέτρα περιελάμβαναν (Masai & Akin, 2021; Meier et al., 2020):

- Το πλήρες ή μερικό κλείσιμο εκπαιδευτικών ιδρυμάτων και χώρων εργασίας.
- Περιορισμό του αριθμού των επισκεπτών και περιορισμό της επαφής μεταξύ των κατοίκων επιλεγμένων περιοχών, όπως είναι οι εγκαταστάσεις μακροχρόνιας περίθαλψης και οι φυλακές.
- Ακύρωση, απαγόρευση και περιορισμό μαζικών συγκεντρώσεων και μικρότερων συναντήσεων.
- Υποχρεωτική καραντίνα κτιρίων ή κατοικημένων περιοχών.
- Κλείσιμο εσωτερικών ή εξωτερικών συνόρων, καθώς και
- περιορισμούς παραμονής στο σπίτι για ολόκληρες περιοχές ή χώρες.

2.2.1 Μέτρα προσωπικής προστασίας

Μάσκα: Για τη μείωση της μετάδοσης του COVID-19 από δυνητικά ασυμπτωματικά ή προσυμπτωματικά άτομα, το European Centers for Disease Control (ECDC) συνιστά τη χρήση μασκών προσώπου (European Centers for Disease Control, 2020). Η χρήση

μασκών προσώπου στην κοινότητα μπορεί να χρησιμεύσει, κυρίως ως μέσο ελέγχου της πηγής. Αυτό το μέτρο μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε καταστάσεις επιδημίας όπου ο αριθμός των ασυμπτωματικών, αλλά μολυσματικών ατόμων στην κοινότητα μπορεί να θεωρηθεί υψηλός. Θα μπορούσε να ληφθεί ως μέτρο η χρήση μάσκας προσώπου, ειδικά όταν κάποιος επισκέπτεται πολυσύχναστους ή κλειστούς χώρους, όπως παντοπωλεία, εμπορικά κέντρα, όταν χρησιμοποιεί τα μέσα μαζικής μεταφοράς, όπως και για ορισμένους χώρους εργασίας και επαγγέλματα που περιλαμβάνουν φυσική εγγύτητα με πολλά άλλα άτομα ή όπου η τηλεργασία δεν είναι δυνατή (Coclite et al., 2021).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, το ECDC επικαιροποίησε τις συστάσεις του στις αρχές Απριλίου για να συμβουλεύσει τα άτομα να φορούν πιστοποιημένες μάσκες υψηλής προστασίας. Επιπλέον, θα πρέπει να συμβουλεύονται τα άτομα να αποφεύγουν να αγγίζουν τα μάτια, τη μύτη και το στόμα όταν αφαιρούν τη μάσκα, να εφαρμόζουν την υγιεινή των χεριών μετά τη χρήση της και να την πετούν, προσέχοντας να μην έρθουν άλλα άτομα σε επαφή μαζί της (Batona, 2021). Το σκεπτικό για την κάλυψη του προσώπου είναι κυρίως να συγκρατεί εκκρίσεις και να αποτρέπει τη μετάδοση από άτομα που έχουν ασυμπτωματική ή προσυμπτωματική λοίμωξη. Το ECDC επαναλαμβάνει, επίσης, ότι η σύσταση για την κάλυψη του προσώπου δεν περιλαμβάνει ιατρικές μάσκες, οι οποίες θα πρέπει να προορίζονται αποκλειστικά για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας (Jernigan CDC COVID-19 Response Team, 2020). Τα άτομα που φροντίζουν ασθενείς με ύποπτο ή τεκμηριωμένο COVID-19 στο σπίτι θα πρέπει, επίσης να φορούν μάσκα όταν βρίσκονται στο ίδιο δωμάτιο με αυτόν τον ασθενή, εάν ο ασθενής δεν μπορεί να φορέσει μάσκα (Batona, 2021).

Κοινωνική αποστασιοποίηση: Η κοινωνική αποστασιοποίηση έχει σχεδιαστεί για να μειώνει τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ανθρώπων σε μια ευρύτερη κοινότητα, στην οποία τα άτομα μπορεί να είναι μολυσματικά, αλλά δεν έχουν ακόμη διαγνωσθεί, επομένως δεν έχουν ακόμη απομονωθεί (VoPham et al., 2020). Καθώς οι ασθένειες που μεταδίδονται με σταγονίδια του αναπνευστικού απαιτούν μικρή απόσταση μεταξύ των ανθρώπων, η κοινωνική απόσταση των ατόμων αναμένεται ότι θα μειώσει τη μετάδοση. Η κοινωνική αποστασιοποίηση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε περιβάλλοντα όπου πιστεύεται ότι υπάρχει μετάδοση στην κοινότητα, αλλά όπου η σύνδεση μεταξύ των κρουσμάτων είναι ασαφής και όπου οι περιορισμοί που τίθενται μόνο σε άτομα που είναι γνωστό ότι έχουν εκτεθεί στον ιό θεωρείται ανεπαρκής για την πρόληψη περαιτέρω μετάδοσης. Παραδείγματα κοινωνικής απόστασης περιλαμβάνουν το κλείσιμο σχολείων ή κτιρίων

και γραφείων, την αναστολή των λαϊκών αγορών και την ακύρωση συγκεντρώσεων. Σε δημόσιες αγορές όπου είναι δύσκολο να διατηρηθεί η κοινωνική απόσταση, ο περιορισμός των εισερχομένων και η ενθάρρυνση των ηλεκτρονικών αγορών μπορεί να μειώσει τον αριθμό των επαφών (Qian & Jiang, 2022).

Οι χώροι εργασίας είναι επίσης ένας από τους τομείς υψηλού κινδύνου για μετάδοση του COVID-19. Επομένως, η εργασία στο σπίτι θα πρέπει να ενθαρρύνεται εάν είναι δυνατόν. Σε χώρους εργασίας όπου η εργασία στο σπίτι δεν είναι δυνατή, η τήρηση των συστάσεων του ΠΟΥ παραμένει αρκετά σημαντική. Έχουν διεξαχθεί μελέτες που υποστηρίζουν τη μολυσματικότητα του SARS-CoV-2 στο προσυμπτωματικό στάδιο. Η κοινωνική αποστασιοποίηση είναι επομένως κρίσιμης σημασίας για τον έλεγχο της πανδημίας (Matrajt & Leung, 2020).

Καθαρισμός και απολύμανση: Ο ιός που προκαλεί τον COVID-19 μπορεί να εμφανιστεί σε επιφάνειες. Είναι πιθανό οι άνθρωποι να μολυνθούν εάν αγγίξουν αυτές τις επιφάνειες και εάν στη συνέχεια αγγίξουν τη μύτη, το στόμα ή τα μάτια τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο κίνδυνος μόλυνσης από το άγγιγμα μιας επιφάνειας είναι χαμηλός. Ο πιο αξιόπιστος τρόπος για την πρόληψη της μόλυνσης από τις επιφάνειες είναι το τακτικό πλύσιμο των χεριών με σαπούνι και νερό ή η χρήση απολυμαντικού χεριών με βάση το αλκοόλ. Ο καθαρισμός και η απολύμανση των επιφανειών μπορεί επίσης να μειώσει τον κίνδυνο μόλυνσης (Kwok et al., 2021).

Κεφάλαιο 3 Βιβλιογραφική ανασκόπηση συναφών ερευνών

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης αναφορικά με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν με βάση το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία με σκοπό τη διερεύνηση της στάσης του γενικού πληθυσμού απέναντι στα μέτρα προστασίας και τον εμβολιασμό έναντι του COVID-19.

3.1 Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία και τήρηση μέτρων προστασίας

Η έρευνα των Guidry et al. (2021) σκοπό είχε να εξετάσει τις προγνωστικές επιδράσεις τόσο των δημογραφικών, όσο και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που προέρχονται από το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία στην αναφερόμενη πρόθεση συμμόρφωσης στις προληπτικές συμπεριφορές έναντι του COVID-19 (π.χ. κοινωνική απόσταση, πλύσιμο χεριών και μη συμμετοχή σε μεγάλες συγκεντρώσεις). Για το λόγο αυτό διεξήχθη συγχρονική έρευνα σε 500 ενήλικες των ΗΠΑ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το φύλο ήταν ένας προγνωστικός παράγοντας για την τήρηση των μέτρων πρόληψης, με τις γυναίκες να είναι πιο πιθανό να συμμορφωθούν με τα μέτρα προστασίας. Οι διαστάσεις του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία προέβλεψαν σε σημαντικό βαθμό την υιοθέτηση των περισσότερων προληπτικών ενεργειών για τον COVID-19, αλλά οι διαστάσεις συχνά φαινόταν να λειτουργούν ανεξάρτητα μεταξύ τους. Σημαντικά θετική επίδραση στην τήρηση των μέτρων προστασίας είχαν τα αντιληπτά οφέλη, η αυτό-αποτελεσματικότητα και η αντιληπτή σοβαρότητα. Αντίθετα, αρνητική επίδραση στην τήρηση των μέτρων προστασίας είχαν τα αντιληπτά εμπόδια και οι αντιληπτές απειλές.

Στην έρευνα των Al-Metwali et al. (2021) ο στόχος της μελέτης ήταν (1) η αξιολόγηση των αντιλήψεων των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και του γενικού πληθυσμού σχετικά με τα εμβόλια COVID-19, (2) η αξιολόγηση παραγόντων που επηρεάζουν την αποδοχή του εμβολιασμού, χρησιμοποιώντας το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία, και (3) η καταγραφή των προτεινόμενων στρατηγικών παρέμβασης για την προώθηση του εμβολιασμού. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε συγχρονική ηλεκτρονική έρευνα στο Ιράκ μεταξύ 1 και 19 Δεκεμβρίου του 2020 σε δείγμα 1.680

ατόμων. Το 45,7% αποτελούνταν από επαγγελματίες υγείας, το 37,5% από το γενικό πληθυσμό και το 16,8% από φοιτητές πανεπιστημίων στον τομέα της υγείας. Τα ευρήματα έδειξαν ότι όσοι συμμετείχαν είχαν ένα σημαντικό επίπεδο δισταγμού για τη λήψη του εμβολίου για τον COVID-19 με το ποσοστό αποδοχής να φτάνει 61,7%. Οι επαγγελματίες υγείας εξέφρασαν σημαντικά υψηλότερη αντιληπτή ευαισθησία και αντιληπτή σοβαρότητα της λοίμωξης COVID-19 σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες από τον γενικό πληθυσμό να λάβουν εμβόλιο COVID-19. Η ανάλυση ανέδειξε τους εξής παράγοντες που συσχετίστηκαν σημαντικά με την προθυμία για τη λήψη εμβολίου για τον COVID-19: αντιληπτό όφελος, αντιληπτά εμπόδια, ενδείξεις για δράση. Οι ερευνητές κατέληξαν στο ότι μια εκστρατεία ευαισθητοποίησης μπορεί να επικεντρωθεί στην ενίσχυση του αντιληπτού οφέλους του εμβολίου, στην κατάργηση των λανθασμένων αντιλήψεων και στην αύξηση της αντιληπτής σοβαρότητας της νόσου. Επιπλέον, οι υπεύθυνοι της δημόσιας υγείας πρέπει να ελαχιστοποιήσουν τα αντιληπτά εμπόδια παρέχοντας τα εμβόλια και κατευνάζοντας τις ανησυχίες των ανθρώπων σχετικά με την αποθήκευση, την αποτελεσματικότητά τους και τα ανεπιθύμητα συμβάντα.

Η έρευνα των Karimy et al. (2021) είχε στόχο να διερευνήσει τους παράγοντες που σχετίζονται με προληπτικές συμπεριφορές υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 στην επαρχία Khuzestan, στο νότιο Ιράν, χρησιμοποιώντας το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία. Για το λόγο αυτό πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη την περίοδο μεταξύ Ιουλίου και Σεπτεμβρίου του 2020. Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 1.090 άτομα. Η μέθοδος συλλογής δεδομένων περιελάμβανε τη μέθοδο ομαδικής δειγματοληψίας πολλαπλών σταδίων με τυχαία επιλογή επαρχιακών κέντρων υγείας. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε είχε σκοπό να καταγράψει κοινωνικο-δημογραφικές πληροφορίες και να αξιολογήσει τις διαστάσεις του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία (αντιληπτή ευαισθησία, αντιληπτή σοβαρότητα, αντιληπτά οφέλη και εμπόδια, ενδείξεις για δράση και προληπτικές συμπεριφορές). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 27% της διακύμανσης της τήρηση των μέτρων προστασίας και πρόληψης έναντι του COVID-19 εξηγήθηκε από τις διαστάσεις του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία. Η ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι το γυναικείο φύλο, τα αντιληπτά οφέλη, τα αντιληπτά εμπόδια, οι εξωτερικές ενδείξεις για δράση και οι εσωτερικές ενδείξεις για δράση συσχετίστηκαν σημαντικά με την τήρηση των μέτρων προστασίας έναντι του COVID-19. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο σχεδιασμός μιας εκπαιδευτικής παρέμβασης με βάση το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία μπορεί να θεωρηθεί ως πλαίσιο για τη διόρθωση των

πεποιθήσεων και την τήρηση των μέτρων προστασίας έναντι του COVID-19. Οι εκστρατείες ενημέρωσης για την υγεία πρέπει (1) να τονίζουν τα οφέλη των προληπτικών συμπεριφορών, συμπεριλαμβανομένης της αποφυγής της πιθανότητας εμφάνισης χρόνιας νόσου και των επιπλοκών της νόσου, (2) να δίνουν συμβουλές για να ξεπεραστούν τα εμπόδια και (3) να παρέχουν ενδείξεις για δράση με μέσα εμφάνισης διαφόρων υπενθυμίσεων στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης.

Η έρευνα των Alagili και Bamashmous (2021) είχε στόχο να χρησιμοποιήσει το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία για να εξηγήσει τις πρακτικές πρόληψης που υιοθετήθηκαν από το κοινό κατά τη διάρκεια της επιδημίας του COVID-19 στη Σαουδική Αραβία. Αυτή η μελέτη χρησιμοποίησε το ερευνητικό πρωτόκολλο «COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO): monitoring knowledge, risk perceptions, preventive behaviours, and public trust in the current coronavirus outbreak», το οποίο αναπτύχθηκε από το Περιφερειακό Γραφείο του ΠΟΥ στην Ευρώπη. Το ερωτηματολόγιο COSMO διανεμήθηκε από τις 2 Μαΐου έως τις 26 Μαΐου του 2020. Η εξαρτημένη μεταβλητή στην έρευνα ορίστηκε να είναι ο μέσος όρος της υιοθέτησης δέκα προληπτικών πρακτικών έναντι του COVID-19. Αυτές οι πρακτικές ήταν το πλύσιμο των χεριών, η αποφυγή αγγίγματος των ματιών, της μύτης και του στόματος, η χρήση απολυμαντικού χεριών, η κάλυψη του στόματος και της μύτης κατά το βήχα/φτάρνισμα, η παραμονή στο σπίτι σε περίπτωση συμπτωμάτων, η αποφυγή στενής επαφής με μολυσμένα άτομα, η κοινωνική απόσταση, η χρήση μάσκας, η απομόνωση στο σπίτι και η τήρηση της απαγόρευσης κυκλοφορίας. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές περιελάμβαναν τις διαστάσεις του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία (αντιληπτή ευαισθησία και αντιληπτή σοβαρότητα COVID-19, αντιληπτά οφέλη και αντιληπτά εμπόδια στην υιοθέτηση προληπτικών συμπεριφορών, ενδείξεις για δράση, κίνητρα για την υγεία και αυτο-αποτελεσματικότητα), κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, παρουσία χρόνιας νόσου και αντιληπτή και πραγματική γνώση για τον COVID-19. Συνολικά στην έρευνα συμμετείχαν 1.027 άτομα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 38% των συμμετεχόντων συμμορφώθηκε σε όλες τις προληπτικές συμπεριφορές για τον COVID-19 και ο μέσος όρος συμμόρφωσης ήταν ίσος με 9. Τα αντιληπτά οφέλη, τα αντιληπτά εμπόδια και οι ενδείξεις για δράση συσχετίστηκαν με τη συμμόρφωση σε προληπτικές συμπεριφορές έναντι του COVID-19 μετά την προσαρμογή για όλους τους άλλους παράγοντες. Οι ερωτηθέντες με τα υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης και εισοδήματος είχαν λιγότερες πιθανότητες να υιοθετήσουν προληπτικές συμπεριφορές για τον COVID-19 σε σύγκριση με εκείνους στις χαμηλότερες βαθμίδες εκπαίδευσης και εισοδήματος. Τα ευρήματά της έρευνας υποδηλώνουν ότι το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία μπορεί να εφαρμοστεί

για την κατανόηση της τήρησης των πρακτικών πρόληψης του COVID-19. Η αναγνώριση των αντιληπτών πεποιθήσεων και πρακτικών για την υγεία είναι σημαντική για την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών παρέμβασης για τον COVID-19.

Η έρευνα των Karl et al. (2022) είχε ως σκοπό να διερευνήσει την ικανότητα του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία στην πρόβλεψη μιας ποικιλίας συμπεριφορών που είχαν προταθεί κατά τα αρχικά στάδια του lockdown για τον COVID-19 και συγκεκριμένα για τον περιορισμό της εξάπλωσης του κορωνοϊού. Η μελέτη βασίστηκε στην υπόθεση ότι η συμπεριφορά για την υγεία ενεργοποιείται με βάση την αντιληπτή ευαισθησία και τα αντιληπτά οφέλη από την άσκηση προστατευτικής συμπεριφοράς. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Ρουμανία και την Ιταλία με τη χρήση ενός διαδικτυακού ερωτηματολογίου. Συνολικά στην έρευνα συμμετείχαν 1.863 άτομα από τις δύο χώρες. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι πεποιθήσεις για την υγεία έδειξαν ισχυρότερες σχέσεις με τις συμπεριφορές που συνιστούν οι ειδικοί παρά με τα δημογραφικά στοιχεία. Η επιβεβαίωση των σχέσεων που αναφέρθηκαν προηγουμένως, η αυτο-αποτελεσματικότητα, η αντιληπτή σοβαρότητα και τα αντιληπτά οφέλη συσχετίστηκαν σταθερά με τη μεγαλύτερη πιθανότητα υιοθέτησης ατομικών συμπεριφορών, ενώ τα αντιληπτά εμπόδια σχετίζονταν με χαμηλότερη υιοθέτηση των μέτρων προστασίας.

Η έρευνα των Zewdie et al. (2022) είχε στόχο να αξιολογήσει την προγνωστική ικανότητα του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία στην τήρηση των μέτρων προστασίας κατά του COVID-19 και να εντοπίσει τη διάσταση του μοντέλου που θεωρείται πιο σημαντική. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε μια συστηματική ανασκόπηση χρησιμοποιώντας έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε όλο τον κόσμο. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας βασίστηκε στις βάσεις δεδομένων PubMed, Google scholar και το African Online Journal. Συνολικά, ανακτήθηκαν 1.552 άρθρα και τελικά 32 άρθρα που πληρούσαν τα κριτήρια συμπεριελήφθησαν στη μελέτη. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως στην πλειονότητα (87,5%) των μελετών το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία έχει καλή προγνωστική ικανότητα της συμπεριφοράς που σχετίζεται με τον COVID-19. Συνολικά βρέθηκε πως το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία ερμηνεύει από το 6,5% έως 90,1% της διακύμανσης των συμπεριφορών. Τα αντιληπτά οφέλη ήταν ο πιο συχνά σημαντικός προγνωστικός παράγοντας και ακολουθούσαν η αυτο-αποτελεσματικότητα, οι ενδείξεις για δράση, τα αντιληπτά εμπόδια, η αντιληπτή ευαισθησία και η αντιληπτή σοβαρότητα με φθίνουσα σειρά. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία έχει καλή προγνωστική ικανότητα της τήρησης των μέτρων προστασίας που σχετίζονται με τον COVID-19 στην

πλειονότητα των μελετών που εξετάστηκαν. Το αντιληπτό όφελος ήταν ο πιο συχνά σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της τήρησης των μέτρων προστασίας που σχετίζεται με τον ιό.

3.2 Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία και εμβολιασμός έναντι του COVID-19

Στόχος της έρευνας των Wong et al. (2021) ήταν να εξεταστεί η στάση του γενικού πληθυσμού στο Χονγκ Κονγκ απέναντι στα εμβόλια κατά του COVID-19. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε τυχαία τηλεφωνική έρευνα στον πληθυσμό κατά τη διάρκεια της κορύφωσης του τρίτου κύματος της επιδημίας COVID-19 (27/07/2020 έως 27/08/2020) στο Χονγκ Κονγκ σε άτομα ηλικίας άνω των 18 ετών. Συνολικά στην έρευνα συμμετείχαν 1.200 άτομα. Το συνολικό ποσοστό αποδοχής του εμβολίου μετά την προσαρμογή για την κατανομή του πληθυσμού ήταν 37,2% (95% ΔΕ: 34,5%–39,9%). Οι αναλύσεις αποκάλυψαν ότι η αντιληπτή σοβαρότητα, τα αντιληπτά οφέλη του εμβολίου, οι ενδείξεις για δράση, τα αυτοαναφερόμενα αποτελέσματα υγείας και η εμπιστοσύνη στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ή στους κατασκευαστές των εμβολίων ήταν παράγοντες που σχετίστηκαν θετικά με το επίπεδο αποδοχής των εμβολίων. Αντίθετα, τα αντιληπτά εμπόδια και η αντιληπτή απειλή συσχετίστηκαν αρνητικά με το επίπεδο αποδοχής των εμβολίων. Είναι αξιοσημείωτο ότι η αντιληπτή ευαισθησία στη μόλυνση δεν είχε καμία σημαντική συσχέτιση, ενώ η σύσταση από την κυβέρνηση ήταν ο ισχυρότερος παράγοντας για την αποδοχή τους.

Οι Jones και Wallis (2022) διεξήγαγαν έρευνα με σκοπό τον εντοπισμό των παραγόντων που προβλέπουν την αποδοχή του εμβολίου COVID-19 στις εγκύους στις ΗΠΑ. Χρησιμοποιώντας το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία, οι συγγραφείς διεξήγαγαν μια συγχρονική έρευνα σε εγκύους και γυναίκες μετά τον τοκετό κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Συνολικά, 227 γυναίκες συμφώνησαν να συμμετάσχουν και ολοκλήρωσαν την έρευνα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως περισσότερες από τις μισές γυναίκες (59%) που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν λάβει το εμβόλιο COVID-19 τη στιγμή της μελέτης. Τα αντιληπτά εμπόδια και τα αντιληπτά οφέλη ήταν στατιστικά σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες του εμβολιασμού. Η εμπιστοσύνη στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης ήταν επίσης στατιστικά σημαντικός παράγοντας της στάσης απέναντι στον εμβολιασμό. Τα αποτελέσματα της

πολυμεταβλητής ανάλυσης έδειξαν ότι τα αντιληπτά οφέλη, τα αντιληπτά εμπόδια, η αντιληπτή σοβαρότητα και η αντιληπτή ευαισθησία είχαν στατιστικά σημαντική επίδραση στην πιθανότητα εμβολιασμού. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν την ανάγκη για αυξημένη εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τον εμβολιασμό κατά του COVID-19 κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συμπεριλαμβανομένων των πλεονεκτημάτων του εμβολιασμού για τη μητέρα και το έμβρυο.

Η έρευνα του Shmueli (2021) στόχευε να διερευνήσει τις προθέσεις, τα κίνητρα και τα εμπόδια του γενικού πληθυσμού για τον εμβολιασμό κατά του COVID-19, χρησιμοποιώντας τόσο το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία, όσο και το μοντέλο Θεωρίας της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Για το λόγο αυτό διεξήχθη διαδικτυακή έρευνα μεταξύ Ισραηλινών ενηλίκων ηλικίας 18 ετών και άνω από τις 24 Μαΐου έως τις 24 Ιουνίου του 2020. Η έρευνα περιελάμβανε κοινωνικοδημογραφικές ερωτήσεις και ερωτήσεις σχετικές με την υγεία, με τις διαστάσεις του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία, με τη Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και με την πρόθεση να λάβουν το εμβόλιο έναντι του COVID -19. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 80% από το σύνολο των 398 συμμετεχόντων δήλωσαν προθυμία να λάβουν το εμβόλιο κατά του COVID-19. Οι διαστάσεις του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία και της Θεωρίας της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς αποδείχθηκαν ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες πρόθεσης λήψης του εμβολίου για τον COVID-19, εξηγώντας το 78% της διακύμανσης. Οι άνδρες, ερωτηθέντες με ανώτερο εκπαιδευτικό υπόβαθρο και εκείνοι που είχαν λάβει το εμβόλιο κατά της εποχικής γρίπης το προηγούμενο έτος εξέφρασαν υψηλότερη πρόθεση να λάβουν το εμβόλιο για τον COVID-19. Οι συμμετέχοντες ήταν πιο πιθανό να είναι πρόθυμοι να εμβολιαστούν εάν ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα αντιληπτών ωφελειών από το εμβόλιο για τον COVID-19, αντιληπτή σοβαρότητα της λοίμωξης COVID-19 και υψηλότερα επίπεδα των ενδείξεων για δράση. Αν και οι μισοί από τους ερωτηθέντες ανέφεραν ότι δεν είχαν λάβει εμβόλιο κατά της γρίπης πέρυσι, το 40% από αυτούς σκόπευε να λάβει αντιγριπικό εμβόλιο τον ερχόμενο χειμώνα και το 66% από αυτούς σκόπευε να κάνει εμβόλιο για τον COVID-19.

Η έρευνα των Cai et al. (2022) είχε στόχο να διερευνήσει τη γνώση του γενικού πληθυσμού για τα εμβόλια έναντι του COVID-19, την αντίληψη κινδύνου και τη συμπεριφορά υγείας στην Κίνα. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική έρευνα στην επαρχία Guangdong. Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν δημογραφικά χαρακτηριστικά, η κατάσταση υγείας, η γνώση έναντι του εμβολιασμού κατά του COVID-19 και οι διαστάσεις του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία. Συνολικά στην

έρευνα συμμετείχαν 1.640 άτομα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η κύρια πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με τον COVID-19 και τον εμβολιασμό ήταν μέσω επίσημων ειδήσεων και εκπομπών (67,3%) και των μέσων κοινωνικής δικτύωσης (58,7%). Τα προληπτικά μέτρα που ελήφθησαν ήταν η χρήση μάσκας (67,0%) και η κοινωνική αποστασιοποίηση (71,3%). Η αποδοχή του εμβολιασμού κατά του COVID-19 ήταν διαφορετική μεταξύ διαφορετικών ηλικιακών ομάδων και μορφωτικών επιπέδων. Οι κύριοι λόγοι για την αποδοχή του εμβολιασμού ήταν ότι αποτελεί έναν αποτελεσματικό τρόπο πρόληψης του COVID-19 (61,8%) και ότι ήταν υποχρεωτικός για τις επιχειρήσεις και τα σχολεία (51,1%). Από το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία, τα αντιληπτά οφέλη και οι ενδείξεις για δράση συσχετίστηκαν θετικά με την αποδοχή του εμβολίου, ενώ η αντιληπτή ευαισθησία και τα αντιληπτά εμπόδια ήταν αρνητικοί παράγοντες που συσχετίστηκαν με την αποδοχή του εμβολίου.

Η έρευνα των Seangpraw et al. (2022) χρησιμοποίησε το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία ως πλαίσιο για να εξετάσει την πρόθεση των μη εμβολιασμένων ατόμων που ζουν στη βόρεια Ταϊλάνδη να λάβουν το εμβόλιο για τον COVID-19. Αυτή η συγχρονική μελέτη διεξήχθη από τον Οκτώβριο έως τον Νοέμβριο του 2021. Συνολικά 1.024 συμμετέχοντες που ζουν αυτήν τη στιγμή σε τέσσερις βόρειες επαρχίες της Ταϊλάνδης, επιλέχθηκαν για να συμμετάσχουν στη μελέτη. Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε χρησιμοποιώντας το πλαίσιο του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία (αντιληπτή σοβαρότητα, αντιληπτή ευαισθησία, αυτο-αποτελεσματικότητα, αντιληπτά οφέλη και αντιληπτά εμπόδια, ενδείξεις για δράση και προληπτικές συμπεριφορές που σχετίζονται με τον εμβολιασμό κατά του COVID-19) και την απόφαση να λάβουν το εμβόλιο. Οι μη εμβολιασμένοι συμμετέχοντες ήταν κατά μέσο όρο ηλικίας $44,45 \pm 16,63$ ετών και περισσότεροι από τους μισούς ήταν γυναίκες (54,5%). Η απόφαση εμβολιασμού για τον COVID-19 συσχετίστηκε θετικά με την αντιληπτή σοβαρότητα, την αντιληπτή ευαισθησία, τα αντιληπτά οφέλη και τις ενδείξεις για δράση. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν τη χρησιμότητα της χρήσης του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία και την κατανόηση της ατομικής πρόθεσης να λάβουν οι ανεμβολίαστοι το εμβόλιο κατά του COVID-19. Σύμφωνα με τους συγγραφείς οι αρμόδιες αρχές θα πρέπει να εξετάσουν το ενδεχόμενο να ξεκινήσουν μία εκστρατεία ή και να οργανώσουν προγράμματα για την υγεία με θέμα τον COVID-19 και με βάση το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία ως πλαίσιο για την αλλαγή των αντιλήψεων και των πεποιθήσεων σχετικά με το εμβόλιο COVID-19 και τη βελτίωση των ποσοστών εμβολιασμού μεταξύ των μη εμβολιασμένων.

Στην έρευνα των Mahmud et al. (2022) στόχος ήταν η αξιολόγηση της πρόθεσης και των προγνωστικών παραγόντων αποδοχής των εμβολίων για τον COVID-19 στο γενικό πληθυσμό της Ιορδανίας. Για το σκοπό αυτό διεξήχθη διαδικτυακή έρευνα σε εθνικό επίπεδο μεταξύ ενηλίκων (άνω των 18 ετών) στην Ιορδανία μεταξύ Ιουνίου και Σεπτεμβρίου του 2021. Συνολικά στην έρευνα συμμετείχαν 2.307 ενήλικες. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως περισσότεροι από αυτούς (83,7%) εξέφρασαν την πρόθεση να κάνουν το εμβόλιο έναντι του COVID-19. Η πρόθεσή τους για εμβολιασμό συσχετίστηκε σημαντικά με το φύλο (μεγαλύτερη πιθανότητα εμβολιασμού εξέφρασαν οι άντρες), τον τόπο διαμονής (μεγαλύτερη πιθανότητα εμβολιασμού εξέφρασαν όσοι κατοικούν σε αστική περιοχή) και το ιστορικό μόλυνσης από COVID-19 (μεγαλύτερη πιθανότητα εμβολιασμού εξέφρασαν όσοι δεν είχαν νοσήσει). Αντίθετα, άτομα ηλικίας 50-64 ετών και άτομα με επάγγελμα που χαρακτηρίζεται ως «άλλο» (άνεργοι, γενικοί εργαζόμενοι, νοικοκυρές) ήταν λιγότερο πιθανό να έχουν θετική πρόθεση εμβολιασμού. Μεταξύ των μεταβλητών του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία, η αντιληπτή ευαισθησία στη μόλυνση από COVID-19, η αντιληπτή σοβαρότητα των επιπλοκών, και τα αντιληπτά οφέλη συσχετίστηκαν σημαντικά με υψηλότερη πρόθεση εμβολιασμού. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα που ανησυχούν για την αποτελεσματικότητα και τις παρενέργειες του εμβολίου ήταν λιγότερο πιθανό να έχουν θετική πρόθεση εμβολιασμού.

Κεφάλαιο 4 Μεθοδολογία έρευνας

4.1 Τύπος ερευνητικής μεθοδολογίας και ερευνητικός σχεδιασμός

Για τη διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων που τέθηκαν σε προηγούμενη ενότητα πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα με τη χρήση κατάλληλου εργαλείου (ερωτηματολόγιο). Η ποσοτική έρευνα επιτρέπει τη μέτρηση της στάσης του γενικού πληθυσμού απέναντι στον εμβολιασμό και στα μέτρα προστασίας έναντι του ιού, αλλά και τη σχέση των παραπάνω με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των πολιτών. Για τη μέτρηση αυτή χρησιμοποιήθηκε ως βάση το Μοντέλο Πεπειθίσεων για την Υγεία (Health Belief Model). Η έρευνα έχει επιβεβαιώσει ότι το μοντέλο αυτό (Rosenstock et al., 1988) είναι ένα χρήσιμο θεωρητικό μοντέλο συμπεριφοράς για την κατανόηση των προθέσεων των πολιτών έναντι του εμβολιασμού κατά του COVID-19 και των σχετικών μέτρων ατομικής προστασίας (Wong et al., 2020).

4.2 Εργαλείο έρευνας

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από τέσσερα μέρη (βλ. Παράρτημα). Στο πρώτο μέρος καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των πολιτών που συμμετείχαν στην έρευνα. Αναλυτικότερα, αναφέρονται το φύλο, η ηλικιακή ομάδα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο υγείας, η ύπαρξη προβλημάτων υγείας που θεωρούνται παράγοντες κινδύνου για τον COVID-19, ο τόπος μόνιμης κατοικίας, το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα και η συχνότητα επίσκεψης σε εκκλησίες.

Στο δεύτερο μέρος καταγράφηκε η στάση τους απέναντι στο εμβόλιο κατά του COVID-19 με τη χρήση 26 ερωτήσεων. Οι 4 από αυτές είχαν σκοπό να καταγράψουν το κατά πόσο οι πολίτες είχαν νοσήσει, είχαν εμβολιαστεί ή είχαν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο λόγω COVID-19. Οι 22 ερωτήσεις είχαν σκοπό να αξιολογήσουν την άποψη των συμμετεχόντων για την ευαισθησία στον COVID-19 (ερωτήσεις 1-3), τη σοβαρότητα του ιού (ερωτήσεις 4-7), τα οφέλη από τον εμβολιασμό (ερωτήσεις 8-10 και 22), τα εμπόδια για τη λήψη του εμβολίου (ερωτήσεις 11-13), τις ενδείξεις για δράση (ερωτήσεις 14-18) και την αυτοαποτελεσματικότητα των πολιτών έναντι του COVID-19 (ερωτήσεις 19-21). Οι ερωτήσεις 2, 3, 6, 19 και 20 κωδικοποιούνται αντίστροφα από τις υπόλοιπες. Οι

ερωτήσεις αυτές αντλήθηκαν από τις εργασίες των Zampetakis και Melas (2021), των Wong et al. (2021) και του Shmueli (2021) και διατυπώθηκαν σε μια κλίμακα Likert από 1= Διαφωνώ απόλυτα έως 5=Συμφωνώ απόλυτα.

Στο τρίτο μέρος καταγράφηκε η συχνότητα τήρησης των μέτρων ατομικής προστασίας (10 ερωτήσεις σε κλίμακα Likert από 1= Ποτέ έως 5=Πολύ συχνά) και η στάση των πολιτών απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας κατά του COVID-19 με χρήση 6 ερωτήσεων σε μια κλίμακα Likert από 1= Διαφωνώ απόλυτα έως 5=Συμφωνώ απόλυτα.

Από τις ερωτήσεις του δευτέρου και του τρίτου μέρους του ερωτηματολογίου δημιουργήθηκαν οι μεταβλητές: «Ευαισθησία στον COVID-19», «Σοβαρότητα COVID-19», «Οφέλη από τον εμβολιασμό», «Εμπόδια για τη λήψη του εμβολίου», «Ενδείξεις για δράση», «Αυτοαποτελεσματικότητα έναντι του COVID-19», «Στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας» και «Τήρηση μέτρων ατομικής προστασίας». Οι μεταβλητές αυτές προέκυψαν από το μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις αντίστοιχες ερωτήσεις της κάθε ενότητας.

4.3 Δείγμα έρευνας

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 195 πολίτες από τον γενικό πληθυσμό. Η επιλογή των πολιτών βασίστηκε στη μέθοδο της δειγματοληψίας σκοπιμότητας. Το δείγμα επιλέχθηκε από τις μονάδες υγείας της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της πλατφόρμας Google Forms.

4.4 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τα ακόλουθα λογισμικά στατιστικής επεξεργασίας: SPSS version 25 και SMART PLS 4. Στο πρώτο πραγματοποιήθηκαν οι μονομεταβλητές αναλύσεις, ενώ το δεύτερο χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση ενός πολυπαραγοντικού μοντέλου (πολυμεταβλητή ανάλυση). Για την ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των πολιτών του δείγματος έγινε υπολογισμός δεικτών όπως συχνότητα (ν) και ποσοστό (%). Αντίστοιχα, για την

καταγραφή της στάσης των πολιτών απέναντι στον εμβολιασμό και τα μέτρα προστασίας έναντι του COVID-19 χρησιμοποιήθηκαν οι δείκτες περιγραφικής στατιστικής: Μέση Τιμή (MT) και Τυπική Απόκλιση (TA). Επιπλέον, για να διερευνηθούν οι προσδιοριστικοί παράγοντες που διαφοροποιούν τόσο τη στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στον εμβολιασμό, όσο και απέναντι στα μέτρα προστασίας έναντι του COVID-19 χρησιμοποιήθηκαν οι έλεγχοι επαγωγικής στατιστικής t-test και one-way ANOVA. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson και η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με σκοπό να εξεταστούν πιθανές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας. Τέλος, με τη χρήση του SMART PLS 4 πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή ανάλυση με τη μέθοδο SEM (Structural Equation Modelling) με σκοπό την ανάδειξη των παραγόντων που επιδρούν σημαντικά στη στάση των πολιτών απέναντι στον εμβολιασμό και τα μέτρα προστασίας έναντι του COVID-19. Όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0,05$.

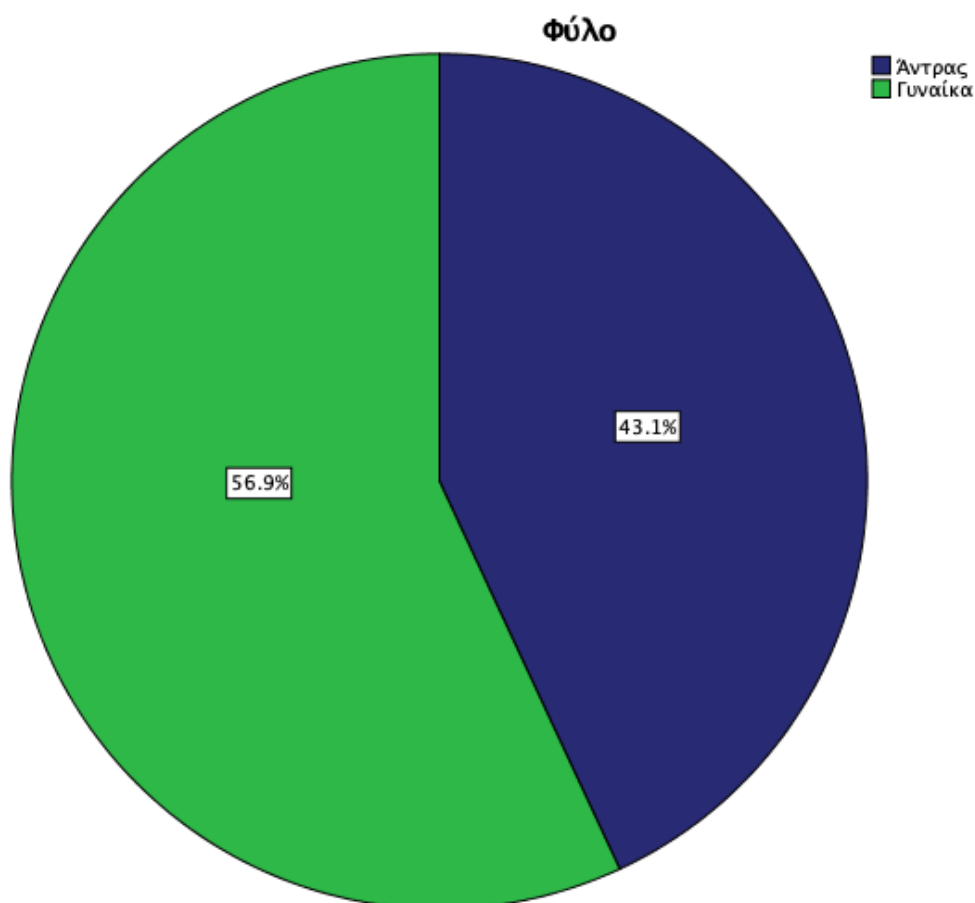
4.5 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας εφαρμόστηκαν όλα τα μέτρα ηθικής και δεοντολογίας που διέπουν μια έρευνα σε δείγμα πολιτών. Οι πολίτες που συμμετείχαν στην έρευνα, αρχικά ενημερώθηκαν για τον σκοπό της διπλωματικής εργασίας και τη σημασία της συμμετοχής τους σε αυτή. Επιπλέον, ενημερώθηκαν σχετικά με την εμπιστευτικότητα των απαντήσεων και την ανωνυμία της συμμετοχής τους, τόσο προφορικά, όσο και με κατάλληλο έντυπο ενημέρωσης.

Κεφάλαιο 5 Αποτελέσματα

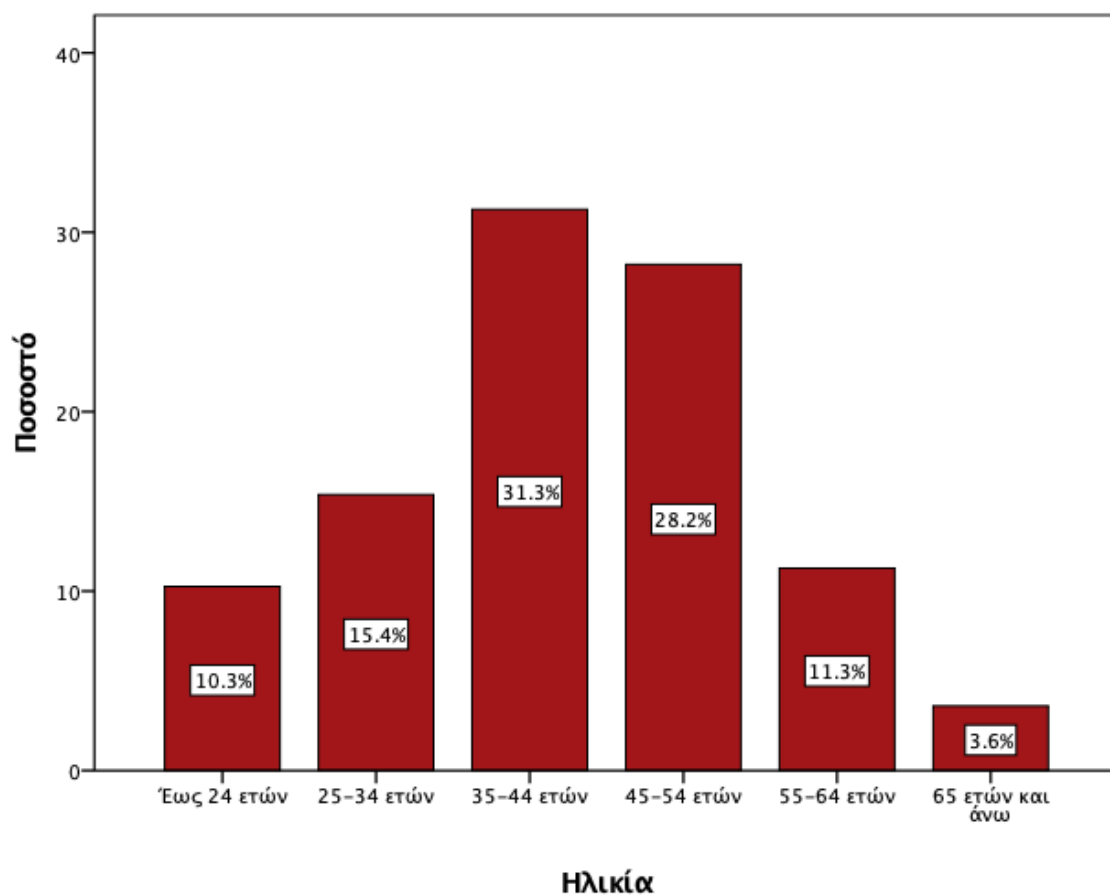
5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Στην πρώτη ενότητα του κεφαλαίου των αποτελεσμάτων παρουσιάζονται τα αναλυτικά δημογραφικά στοιχεία για το δείγμα των 195 πολιτών που συμμετείχαν στην έρευνα. Από το Διάγραμμα 1 προκύπτει ότι το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν κατά 43,1% (n=84) από άντρες και κατά 56,9% (n=111) από γυναίκες.



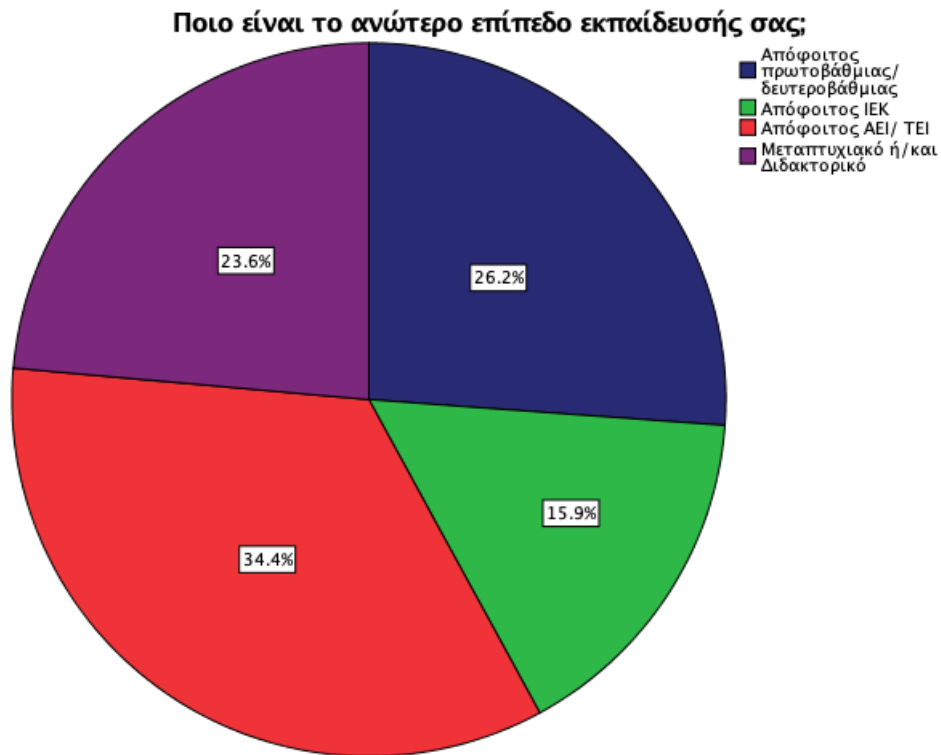
Διάγραμμα 1. Ποσοστιαία κατανομή για το φύλο των συμμετεχόντων στο δείγμα

Στο Διάγραμμα 2 δίνονται τα αποτελέσματα σχετικά με την ηλικιακή κατανομή του δείγματος. Τα ευρήματα δείχνουν ότι το 10,3% (n=20) των συμμετεχόντων είχαν ηλικία μικρότερη των 24 ετών, το 15,4% (n=39) είχαν ηλικία από 25 έως 34 έτη, το 31,3% (n=61) είχαν ηλικία από 35 έως 44 έτη, το 28,2% (n=55) είχαν ηλικία από 45 έως 54 έτη, το 11,3% (n=22) είχαν ηλικία από 55 έως 64 έτη και το 2,6% (n=7) είχαν ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών.



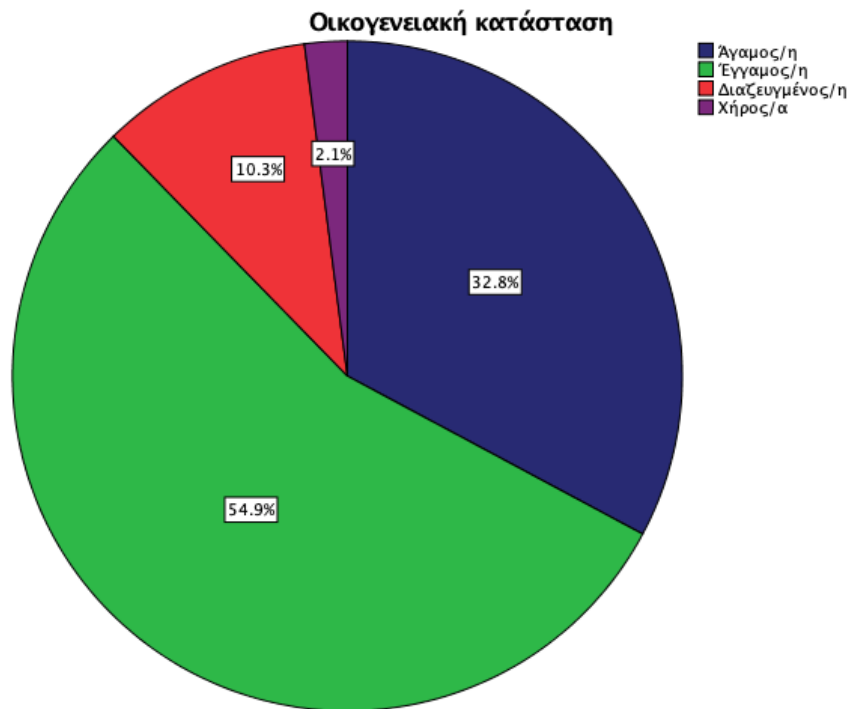
Διάγραμμα 2. Ποσοστιαία κατανομή για την ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων στο δείγμα

Στο Διάγραμμα 3 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με το επίπεδο των 195 συμμετεχόντων. Από το Διάγραμμα 3 προκύπτει ότι το 26,2% ($n=51$) του δείγματος ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας/ δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 15,9% ($n=31$) ήταν απόφοιτοι ΙΕΚ, το 34,4% ($n=67$) ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ ΤΕΙ και το 23,6% ($n=46$) ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή/και διδακτορικού.



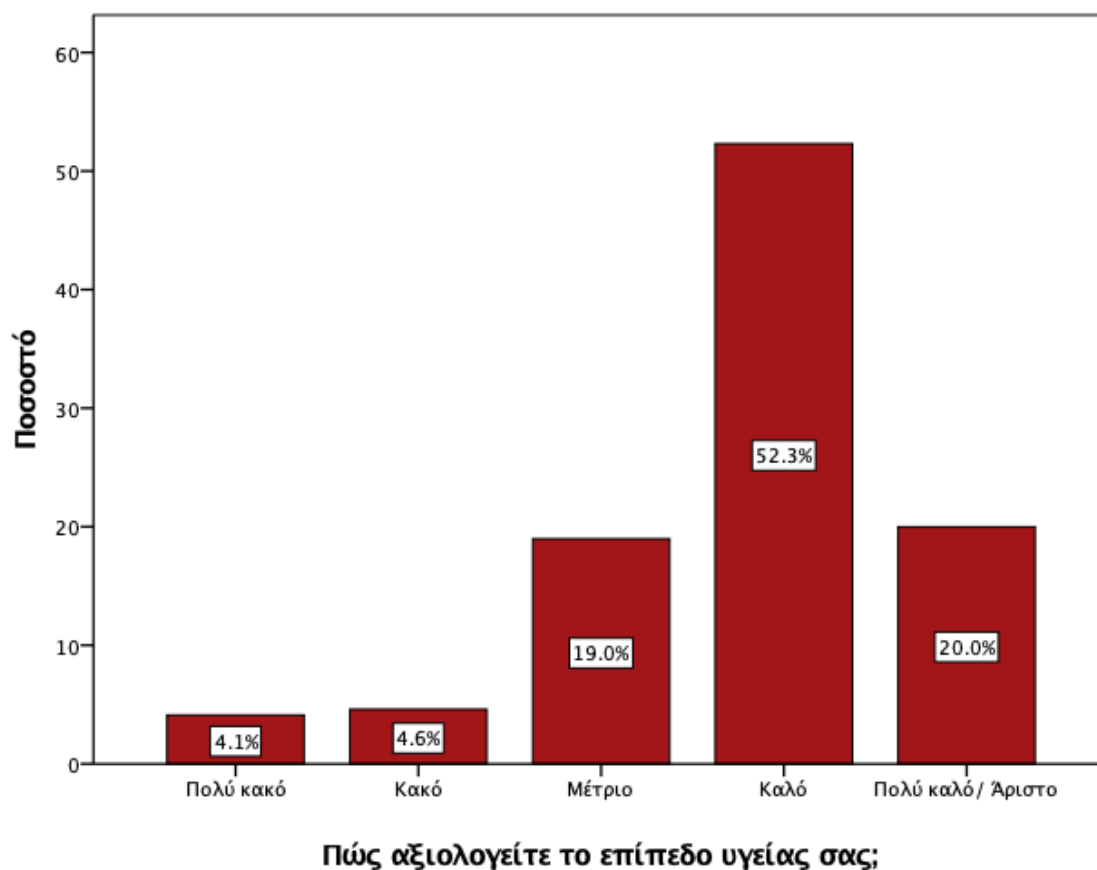
Διάγραμμα 3. Ποσοστιαία κατανομή για το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων στο δείγμα

Στο Διάγραμμα 4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν πως το 32,8% (v=64) των συμμετεχόντων ήταν άγαμοι, το 54,9% (v=107) ήταν έγγαμοι και το 10,3% (v=20) ήταν διαζευγμένοι. Αρκετά μικρότερο ποσοστό συμμετοχής προέκυψε για τους χήρους (v=4, 2,1%)



Διάγραμμα 4. Ποσοστιαία κατανομή για την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων στο δείγμα

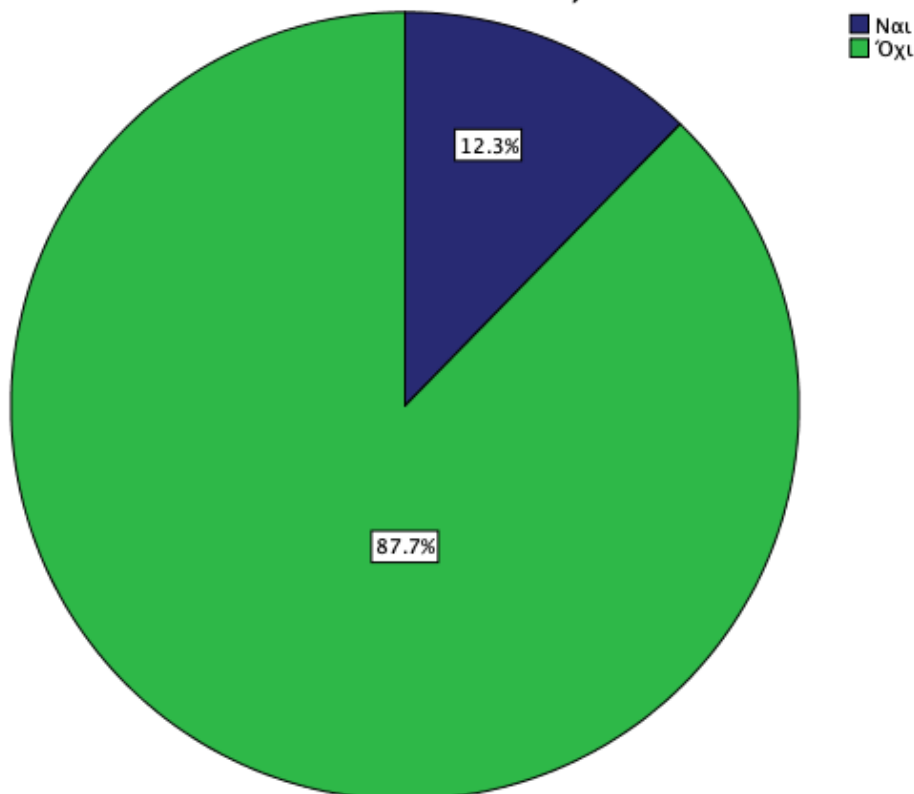
Στο Διάγραμμα 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με το επίπεδο υγείας των συμμετεχόντων όπως το αξιολογούν οι ίδιοι σε μια κλίμακα από πολύ κακό έως πολύ καλό/ άριστο. Από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν προέκυψε πως το 8,7% (v=17) των συμμετεχόντων ανέφερε ότι είχε κακό ή πολύ κακό επίπεδο υγείας, το 19% (v=37) συμμετεχόντων ανέφερε ότι είχε μέτριο επίπεδο υγείας και το 72,3% (v=141) ανέφερε ότι είχε καλό ή πολύ καλό/ άριστο επίπεδο υγείας.



Διάγραμμα 5. Ποσοστιαία κατανομή για το επίπεδο υγείας των συμμετεχόντων, όπως αξιολογούν οι ίδιοι

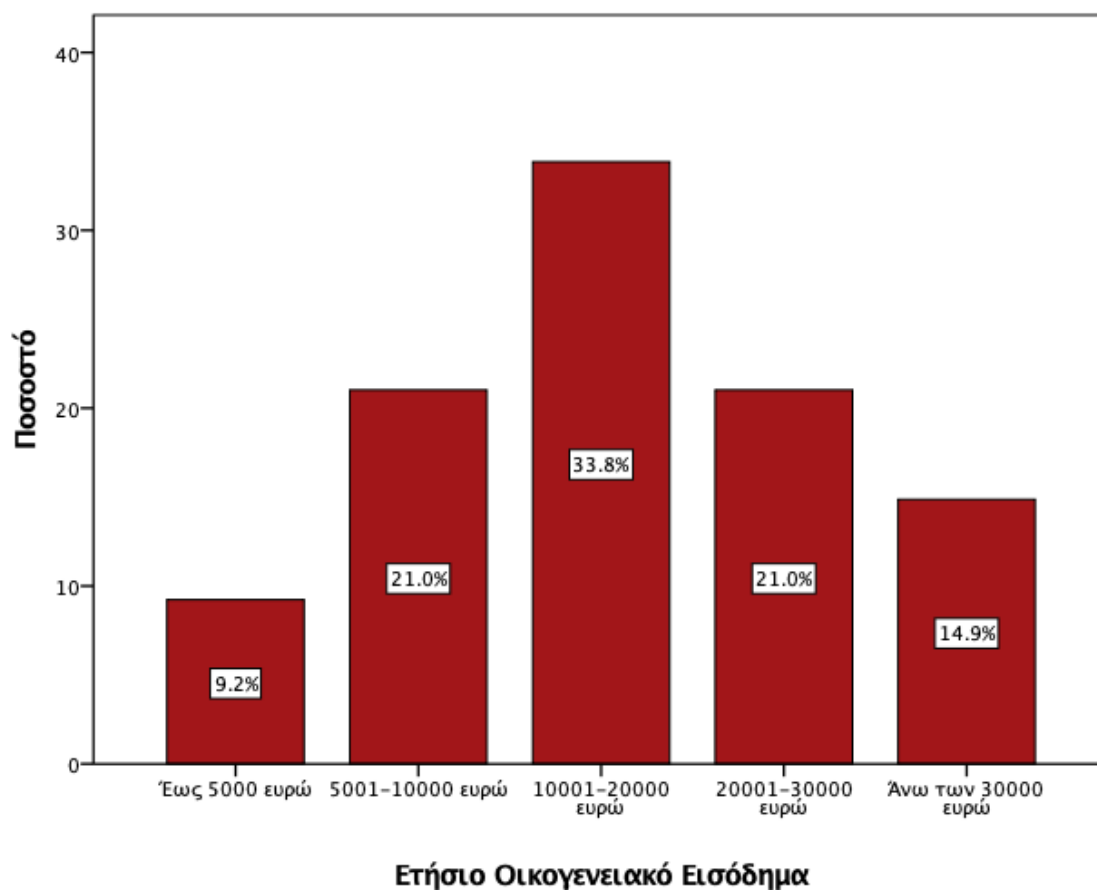
Από το Διάγραμμα 6 προκύπτει ότι από το σύνολο των 195 συμμετεχόντων, οι 24 (12,3%) αντιμετώπιζαν προβλήματα υγείας που θεωρούνται παράγοντες κινδύνου για τον COVID-19 (πχ διαβήτης, καρδιολογικά προβλήματα κλπ). Αντίθετα, οι 171 (87,7%) δεν αντιμετώπιζαν προβλήματα υγείας που θεωρούνται παράγοντες κινδύνου.

Αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας που θεωρούνται παράγοντες κινδύνου για τον COVID-19; (πχ διαβήτη, καρδιολογικά προβλήματα κλπ)



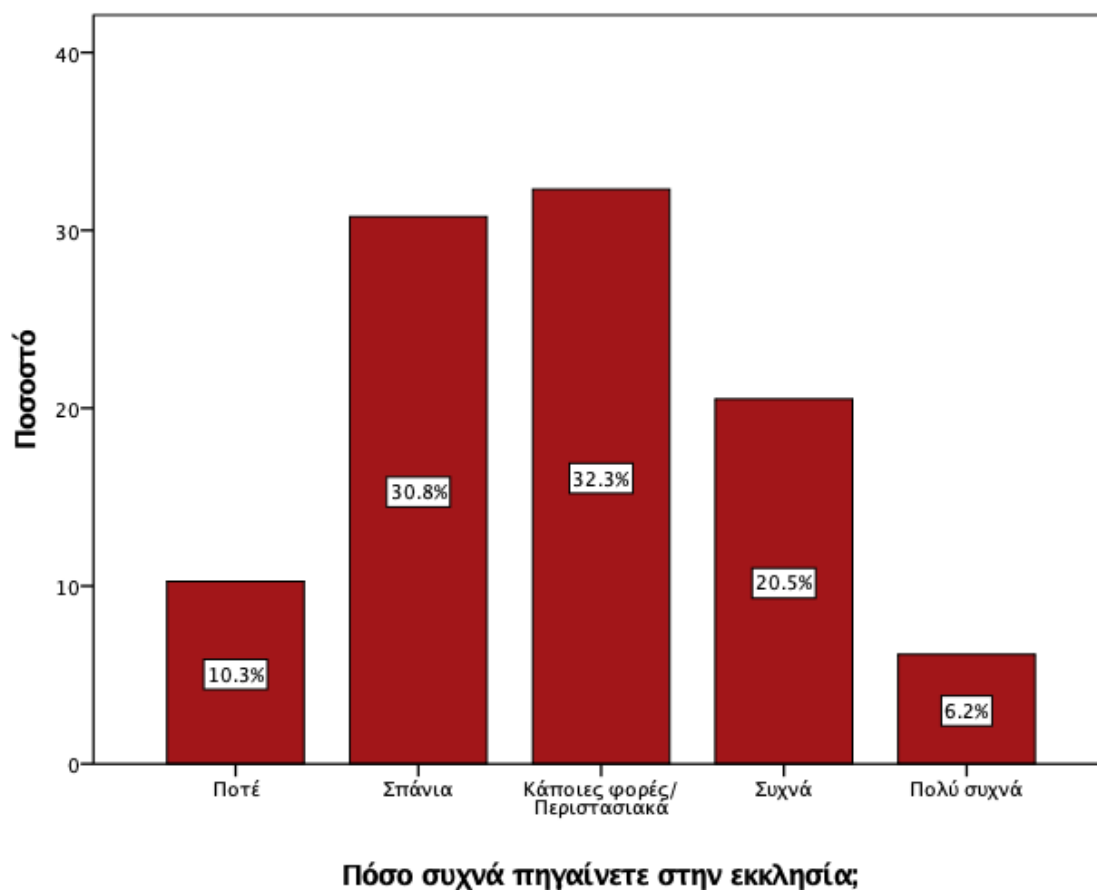
Διάγραμμα 6. Ποσοστιαία κατανομή για το αν οι συμμετέχοντες στην έρευνα αντιμετώπιζαν προβλήματα υγείας που μπορούν να θεωρηθούν παράγοντες κινδύνου για τον COVID-19

Στο Διάγραμμα 7 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα των συμμετεχόντων. Η ανάλυση έδειξε πως το 9,2% (n=18) του δείγματος είχε ετήσιο οικογενειακό εισόδημα που δεν ξεπερνά τα 5.000 ευρώ, ενώ το 21% (n=41) του δείγματος είχε ετήσιο οικογενειακό εισόδημα που κυμαίνεται μεταξύ 5.001 και 10.000 ευρώ. Αντίστοιχα, ένα ποσοστό της τάξης του 33,8% (n=66) ανέφερε πως είχε ετήσιο οικογενειακό εισόδημα που κυμαίνεται μεταξύ 10.001 και 20.000 ευρώ και ένα ποσοστό της τάξης του 21% (n=41) ανέφερε πως είχε ετήσιο οικογενειακό εισόδημα που κυμαίνεται μεταξύ 20.001 και 30.000 ευρώ. Τέλος, το 14,9% (n=29) των συμμετεχόντων είχαν ετήσιο οικογενειακό εισόδημα μεγαλύτερο των 30.000 ευρώ.



Διάγραμμα 7. Ποσοστιαία κατανομή για το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα του δείγματος

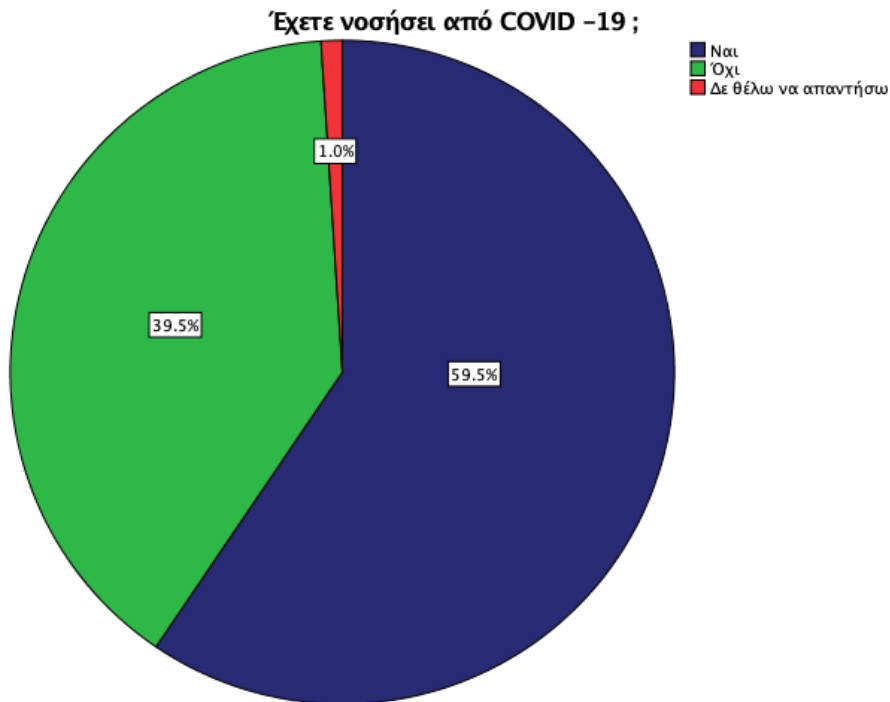
Τέλος, στο Διάγραμμα 8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με τη σχέση των συμμετεχόντων με την εκκλησία. Η ανάλυση έδειξε πως το 10,3% ($n=20$) του δείγματος δεν πηγαίνει ποτέ στην εκκλησία, ενώ το 30,8% ($n=60$) ανέφερε πως πηγαίνει σπάνια. Αντίστοιχα, ένα ποσοστό της τάξης του 32,3% ($n=63$) δήλωσε πως πηγαίνει κάποιες φορές/ περιστασιακά στην εκκλησία. Αντίθετα, το 26,7% ($n=52$) των συμμετεχόντων ανέφερε πως πηγαίνει συχνά ή πολύ συχνά στην εκκλησία.



Διάγραμμα 8. Ποσοστιαία κατανομή για το πόσο συχνά οι συμμετέχοντες πηγαίνουν στην εκκλησία

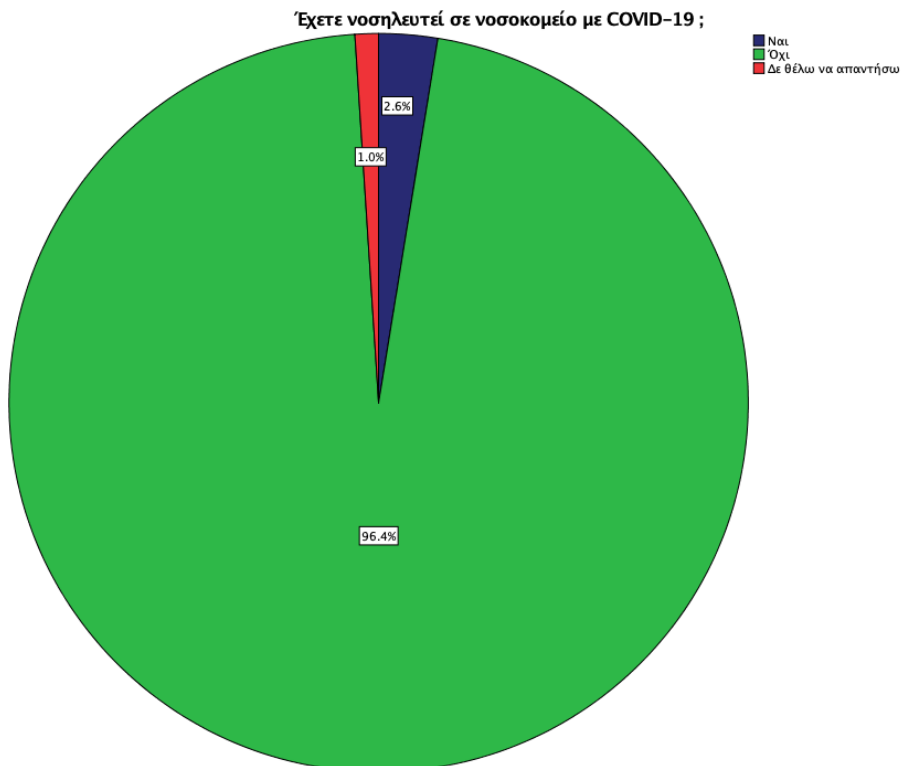
5.2 Στοιχεία σχετικά με τον εμβολιασμό και τη νόσηση

Στη δεύτερη ενότητα δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης σχετικά με το αν οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν νοσήσει, αν είχαν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο λόγω του COVID-19 και αν είχαν εμβολιαστεί. Από το Διάγραμμα 9 προκύπτει πως το 59,5% ($n=116$) του δείγματος είχε νοσήσει από COVID-19.



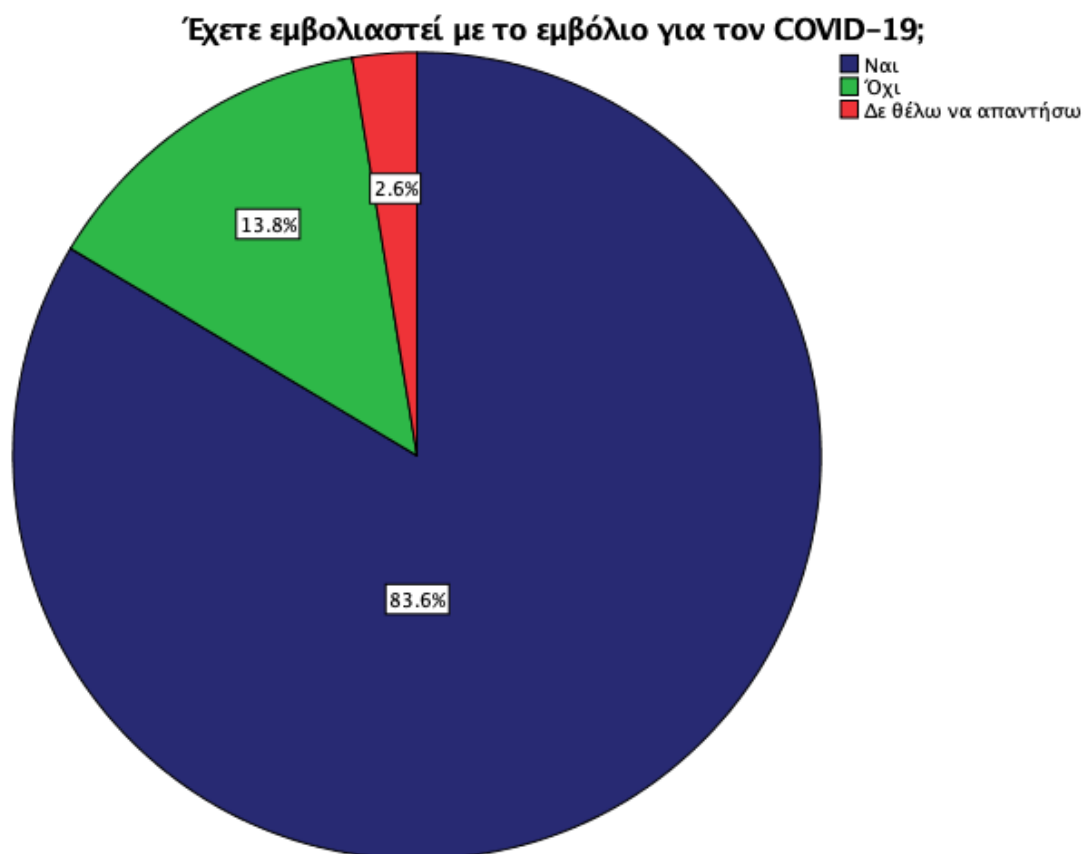
Διάγραμμα 9. Αποτελέσματα για το ποσοστό των συμμετεχόντων που είχαν νοσήσει από COVID-19

Επιπλέον, από το Διάγραμμα 10 προκύπτει ότι από το σύνολο των συμμετεχόντων, μόλις το 2,6% (n=5) ανέφεραν πως είχαν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο λόγω νόσησης από τον COVID-19.



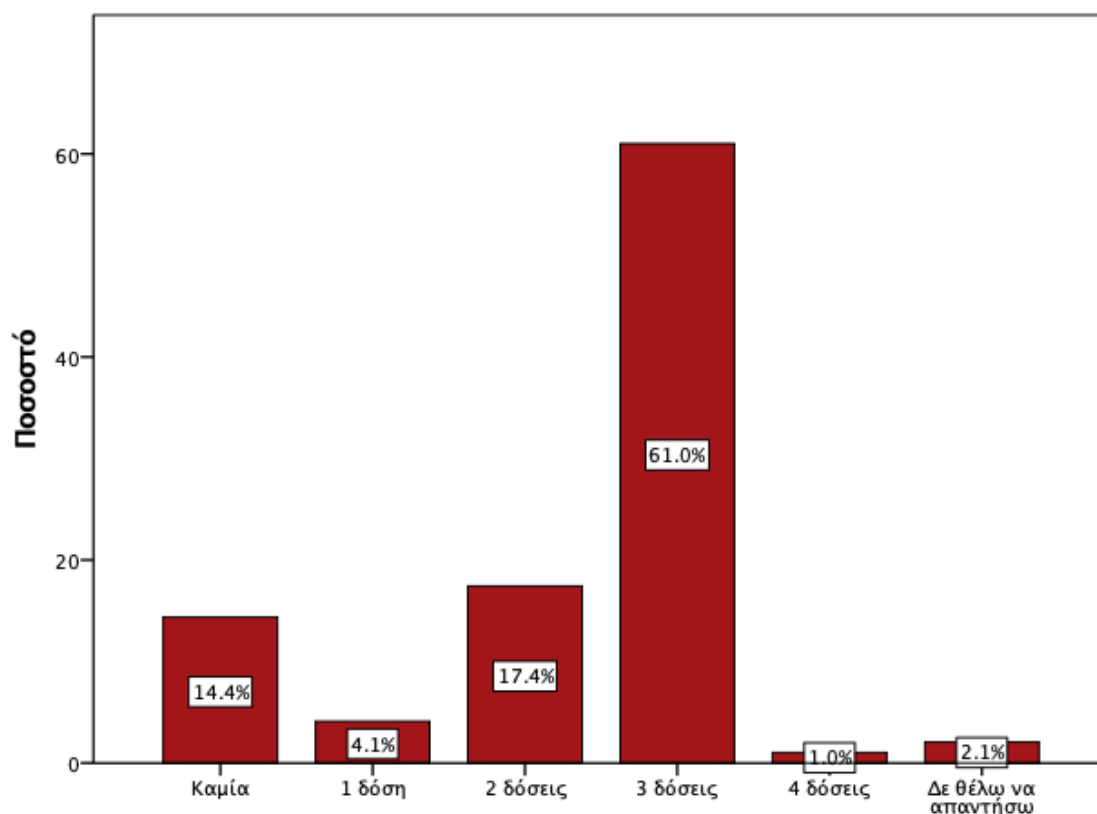
Διάγραμμα 10. Αποτελέσματα για το ποσοστό των συμμετεχόντων που είχαν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο λόγω του COVID-19

Στο Διάγραμμα 11 δίνονται τα αποτελέσματα σχετικά με το ποσοστό των πολιτών που είχαν λάβει κάποιο εμβόλιο έναντι του COVID-19. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 83,6% (n=163) του δείγματος είχαν λάβει τουλάχιστον μια δόση έναντι του κορωνοϊού. Αντίθετα, το 13,8% (n=27) δεν είχε εμβολιαστεί έναντι του COVID-19, ενώ το 2,6% (n=5) δε θέλησαν να απαντήσουν στη συγκεκριμένη ερώτηση.



Διάγραμμα 11. Αποτελέσματα για το ποσοστό των συμμετεχόντων που είχαν εμβολιαστεί έναντι του COVID-19

Τέλος, από το Διάγραμμα 12 προκύπτει ότι από το σύνολο του δείγματος το 61% (n=119) είχαν κάνει τρεις δόσεις του εμβολίου έναντι του COVID-19. Αντίστοιχα, το 4,1% (n=8) είχαν κάνει μια δόση, το 17,4% (n=34) είχαν κάνει 2 δόσεις και το 1% (n=2) 4 δόσεις. Ένα ποσοστό της τάξης του 2,1% (n=4) δε θέλησε να απαντήσει σε αυτήν την ερώτηση.



Πόσες δόσεις εμβολίου έναντι του COVID-19 έχετε ολοκληρώσει ;

Διάγραμμα 12. Αποτελέσματα για το σύνολο των δόσεων που έχουν κάνει οι πολίτες που συμμετείχαν στην έρευνα

5.3 Αποτελέσματα ανάλυσης αξιοπιστίας

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα σχετικά με την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα. Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου βασίστηκε στο συντελεστή αξιοπιστίας α του Cronbach, ο οποίος και υπολογίστηκε για κάθε διάσταση του ερωτηματολογίου. Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης προέκυψε πως όλες οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου εμφανίζουν πολύ υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας, καθώς ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach υπολογίστηκε μεγαλύτερος του 0,8 σε όλες τις περιπτώσεις.

Πίνακας 1. Συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach για το εργαλείο που αξιολογεί τη στάση απέναντι στον εμβολιασμό και τον COVID-19 και τη στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας

Διάσταση ερωτηματολογίου	α Cronbach	Επίπεδο αξιοπιστίας
Αντιληπτή ευαισθησία	0,901	Υψηλό
Αντιληπτή σοβαρότητα	0,899	Υψηλό
Αντιληπτά οφέλη (εμβόλιο)	0,912	Υψηλό
Αντιληπτά εμπόδια (εμβόλιο)	0,906	Υψηλό
Ενδείξεις για δράση	0,817	Υψηλό
Αυτοαποτελεσματικότητα	0,824	Υψηλό
Στάση πολιτών απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας	0,914	Υψηλό
Τήρηση μέτρων	0,902	Υψηλό

5.4 Στάση πολιτών απέναντι στον εμβολιασμό για τον COVID-19

Στην επόμενη ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης με σκοπό την αξιολόγηση της στάσης των πολιτών απέναντι στον εμβολιασμό κατά του COVID-19. Τα αποτελέσματα δίνονται ανά διάσταση της δεύτερης ενότητας του ερωτηματολογίου.

Στον Πίνακα 2 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αφορούν το επίπεδο «Αντιληπτής Ευαισθησίας» των πολιτών έναντι του COVID-19. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι πολίτες συμφωνούν με το ότι έχουν πιθανότητες να νοσήσουν από τον ιό (MT=4,0, TA=0,8) ενώ διαφωνούν με το ότι δεν έχουν πολλές πιθανότητες να νοσήσουν, καθώς δεν είναι μεγάλοι σε ηλικία (MT=2,0, TA=1,1). Τέλος οι πολίτες ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με το ότι δεν έχουν πολλές πιθανότητες να

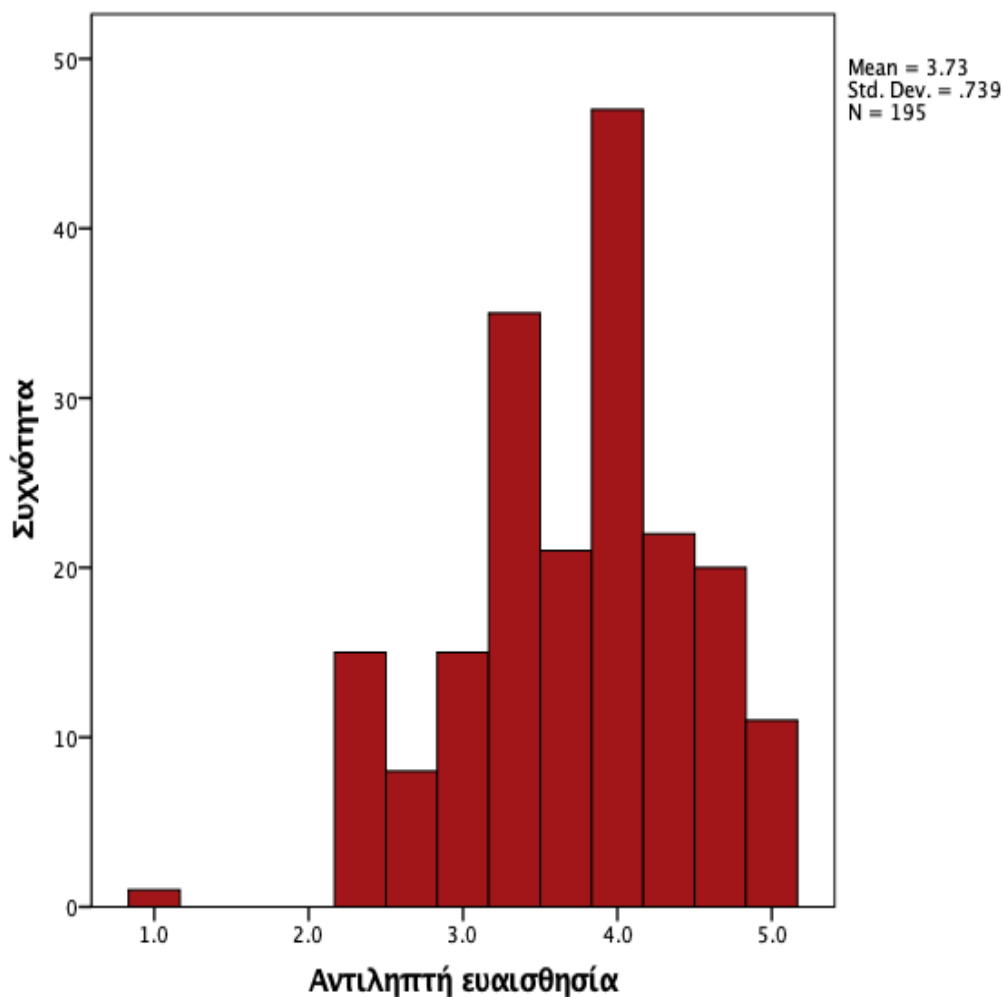
νοσήσουν, επειδή δεν ανήκουν σε ευπαθή ομάδα (καρδιαγγειακά προβλήματα, αναπνευστικά, διαβήτη) (MT=2,8, TA=1,3).

Πίνακας 2. Αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν το επίπεδο «Αντιληπτής Ευαισθησίας» των πολιτών έναντι του COVID-19

	Μέση Τιμή (MT)	Τυπική Απόκλιση (TA)
Έχω πιθανότητες να νοσήσω από COVID-19	4,0	0,8
Δεν έχω πολλές πιθανότητες να νοσήσω, καθώς δεν είμαι μεγάλος/η σε ηλικία	2,0	1,1
Δεν ανήκω σε ευπαθή ομάδα (καρδιαγγειακά προβλήματα, αναπνευστικά, διαβήτη) οπότε έχω λίγες πιθανότητες να νοσήσω σοβαρά.	2,8	1,3

1=Διαφωνώ Απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ Απόλυτα. Οι ερωτήσεις 2 και 3 μετέπειτα κωδικοποιούνται αντίστροφα κατά τον υπολογισμό της μεταβλητής «Αντιληπτή Ευαισθησία»

Στο Διάγραμμα 13 παρουσιάζεται η κατανομή της μεταβλητής «Αντιληπτή Ευαισθησία» που προκύπτει από τη μέση τιμή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις του Πίνακα 2, κωδικοποιώντας αντίστροφα τις απαντήσεις στη δεύτερη και τρίτη ερώτηση. Η ανάλυση έδειξε ότι η μέση τιμή για τη μεταβλητή «Αντιληπτή Ευαισθησία» είναι ίση με 3,7 (TA=0,7). Η μεταβλητή «Αντιληπτή Ευαισθησία» μπορεί να πάρει τιμές μεταξύ 1 και 5 και μια μέση τιμή 3,7 δείχνει ότι οι πολίτες τείνουν να συμφωνήσουν με το ότι υπάρχει πιθανότητα να νοσήσουν από COVID-19.



Διάγραμμα 13. Κατανομή για το επίπεδο «Αντιληπτής Ευαισθησίας» των πολιτών έναντι του COVID-19

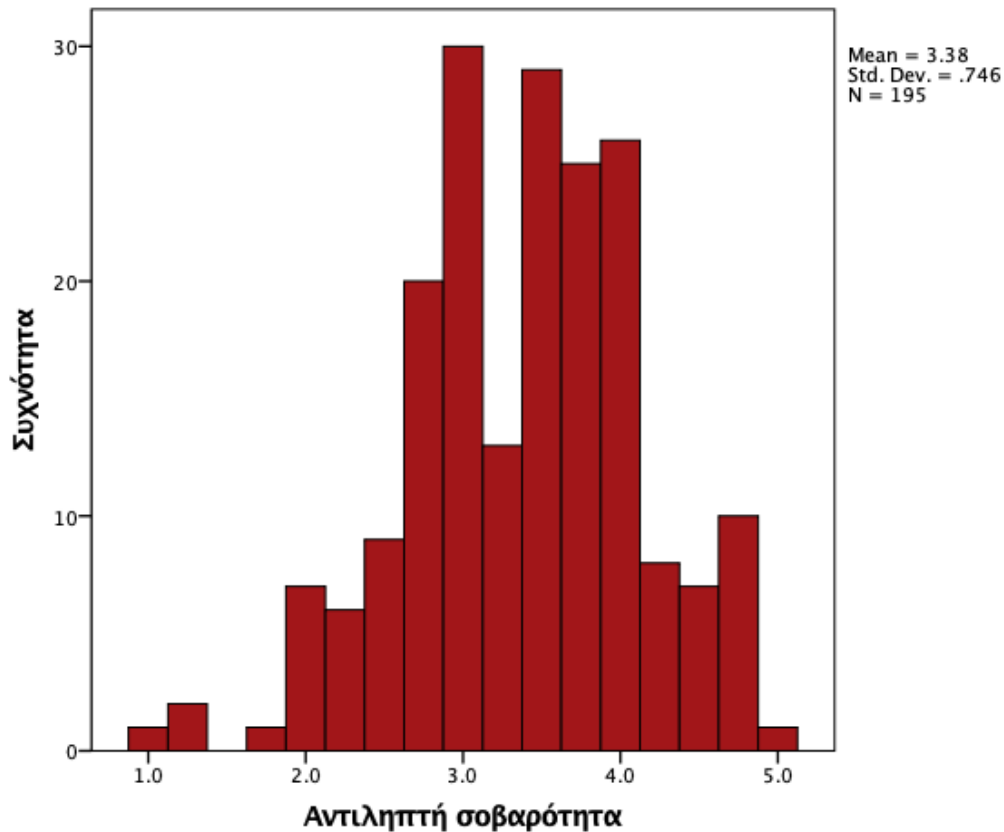
Στον Πίνακα 3 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αφορούν το επίπεδο «Αντιληπτής Σοβαρότητας» για τον COVID-19. Φαίνεται ότι οι πολίτες τείνουν να συμφωνήσουν με το ότι η νόσος COVID-19 είναι σοβαρή και θανατηφόρα (MT=3,4, TA=1,1) και με το ότι είναι πιο σοβαρή νόσος από την γρίπη (MT=3,6, TA=1,0). Αντίθετα οι πολίτες ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με το ότι η υγεία τους θα επηρεαστεί σοβαρά, εάν νοσήσουν από COVID-19 (MT=3,0, TA=0,9), ενώ τείνουν να διαφωνήσουν με το ότι ο COVID-19 δεν είναι μία σοβαρή νόσος, καθώς πολλοί άνθρωποι που έχουν νοσήσει έχουν ήπια συμπτωματολογία ή είναι ασυμπτωματικοί (MT=2,5, TA=1,1)

Πίνακας 3. Αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν το επίπεδο «Αντιληπτής Σοβαρότητας» των πολιτών έναντι του COVID-19

	Μέση Τιμή (ΜΤ)	Τυπική Απόκλιση (ΤΑ)
Η νόσος COVID-19 είναι σοβαρή και θανατηφόρα	3,4	1,1
Η νόσος COVID-19 είναι πιο σοβαρή νόσος από την γρίπη	3,6	1,0
Πολλοί που έχουν νοσήσει έχουν ήπια συμπτωματολογία ή είναι ασυμπτωματικοί, οπότε δεν είναι μια σοβαρή νόσος	2,5	1,1
Η υγεία μου θα επηρεαστεί σοβαρά, εάν νοσήσω από COVID-19	3,0	0,9

1=Διαφωνώ Απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ Απόλυτα. Η ερώτηση 3 μετέπειτα κωδικοποιείται αντίστροφα κατά τον υπολογισμό της μεταβλητής «Αντιληπτή Σοβαρότητα»

Στο Διάγραμμα 14 παρουσιάζεται η κατανομή της μεταβλητής «Αντιληπτή Σοβαρότητα» που προκύπτει από τη μέση τιμή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις του Πίνακα 3, κωδικοποιώντας αντίστροφα τις απαντήσεις στην τρίτη ερώτηση. Η ανάλυση έδειξε ότι η μέση τιμή για τη μεταβλητή «Αντιληπτή Σοβαρότητα» είναι ίση με 3,4 (ΤΑ=0,7). Η μεταβλητή «Αντιληπτή Σοβαρότητα» μπορεί να πάρει τιμές μεταξύ 1 και 5 και μια μέση τιμή 3,4 δείχνει ότι οι πολίτες τείνουν να συμφωνήσουν για τη σοβαρότητα της νόσου COVID-19.



Διάγραμμα 14. Κατανομή για το επίπεδο «Αντιληπτής Σοβαρότητας» των πολιτών έναντι του COVID-19

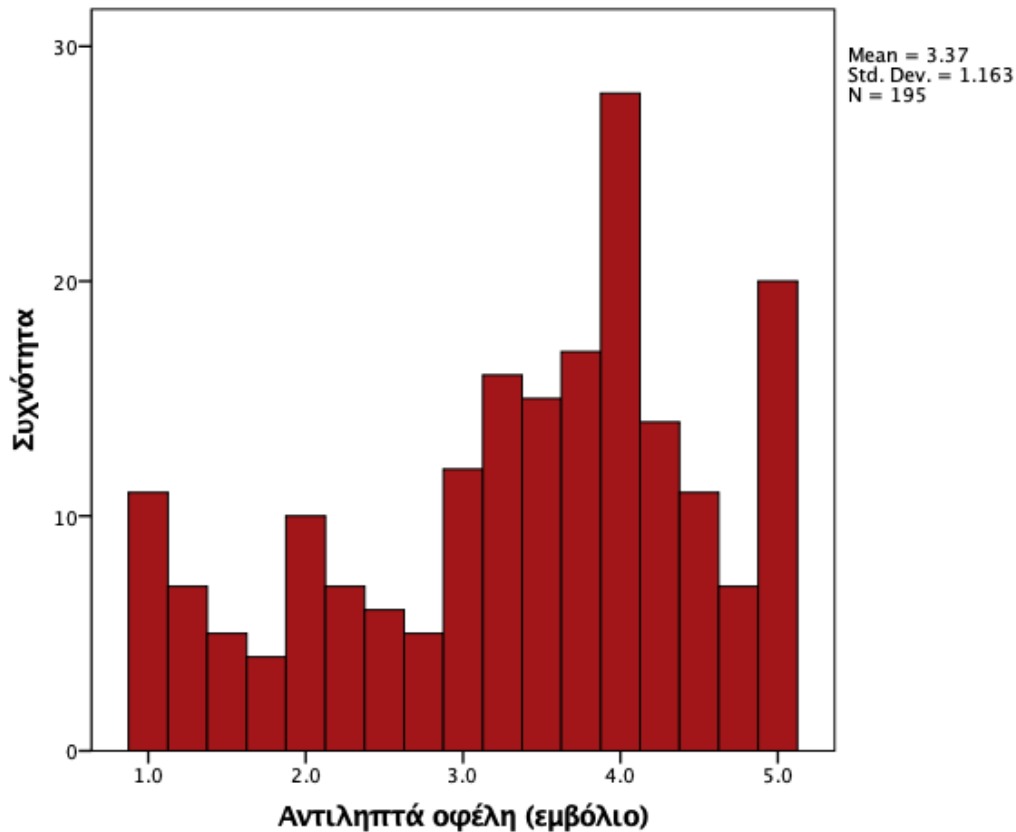
Στον Πίνακα 4 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αφορούν το επίπεδο «Αντιληπτών Ωφελειών» του εμβολιασμού έναντι του COVID-19. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι πολίτες τείνουν να συμφωνήσουν με το ότι κάνοντας το εμβόλιο εκτός από τον εαυτό τους προστατεύουν και τους γύρω τους (MT=3,5, TA=1,3), με το ότι ο εμβολιασμός μειώνει την πιθανότητα να μολυνθούν ή να νοσήσουν σοβαρά (MT=3,4, TA=1,3) και με το ότι ο καλύτερος τρόπος να αποφύγουν τις επιπλοκές είναι ο εμβολιασμός (MT=3,4, TA=1,3). Αντίστοιχα, οι πολίτες έχουν μία ουδέτερη προς θετική στάση για το αν ο εμβολιασμός είναι καλή ιδέα, γιατί τους κάνει να αισθάνονται λιγότερο ανήσυχοι από την πιθανότητα να κολλήσουν τον ιό (MT=3,3, TA=1,2).

Πίνακας 4. Αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν το επίπεδο «Αντιληπτών Ωφελειών» των πολιτών για τον εμβολιασμό έναντι του COVID-19

	Μέση Τιμή (MT)	Τυπική Απόκλιση (TA)
Ο εμβολιασμός μειώνει την πιθανότητα να μολυνθώ ή να νοσήσω σοβαρά	3,4	1,3
Ο εμβολιασμός είναι καλή ιδέα, γιατί με κάνει να αισθάνομαι λιγότερο ανήσυχος από την πιθανότητα να κολλήσω τον ιό	3,3	1,2
Κάνοντας το εμβόλιο εκτός από τον εαυτό μου προστατεύω και τους γύρω μου	3,5	1,3
Ο καλύτερος τρόπος να αποφύγω τις επιπλοκές είναι ο εμβολιασμός	3,4	1,3

1=Διαφωνώ Απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ Απόλυτα

Στο Διάγραμμα 15 παρουσιάζεται η κατανομή της μεταβλητής «Αντιληπτά Οφέλη» που προκύπτει από τη μέση τιμή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις του Πίνακα 4. Η ανάλυση έδειξε ότι η μέση τιμή για τη μεταβλητή «Αντιληπτά Οφέλη» είναι ίση με 3,4 (TA=1,2). Η μεταβλητή «Αντιληπτά Οφέλη» μπορεί να πάρει τιμές μεταξύ 1 και 5 και μια μέση τιμή 3,4 δείχνει ότι οι πολίτες τείνουν να αναγνωρίσουν τα οφέλη από τον εμβολιασμό έναντι του COVID-19.



Διάγραμμα 15. Κατανομή για το επίπεδο «Αντιληπτών Ωφελειών» των πολιτών για τον εμβολιασμό έναντι του COVID-19

Στον Πίνακα 5 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αφορούν το επίπεδο «Αντιληπτών εμποδίων» των πολιτών για τον εμβολιασμό έναντι του COVID-19. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι πολίτες τείνουν να συμφωνήσουν με το ότι ανησυχούν για την αποτελεσματικότητα του εμβολίου (MT=3,3, TA=1,2), καθώς και για την ασφάλεια του εμβολίου (MT=3,3, TA=1,2). Αντίθετα, έχουν μια ουδέτερη άποψη για το αν οι παρενέργειες του εμβολίου μπορεί να είναι σοβαρές και να επηρεάσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες (MT=3,1, TA=1,2).

Πίνακας 5. Αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν το επίπεδο «Αντιληπτών εμποδίων» των πολιτών για τον εμβολιασμό έναντι του COVID-19

	Μέση Τιμή (MT)	Τυπική Απόκλιση (TA)
Ανησυχώ για την αποτελεσματικότητα του εμβολίου	3,3	1,2
Ανησυχώ για την ασφάλεια του εμβολίου	3,3	1,3

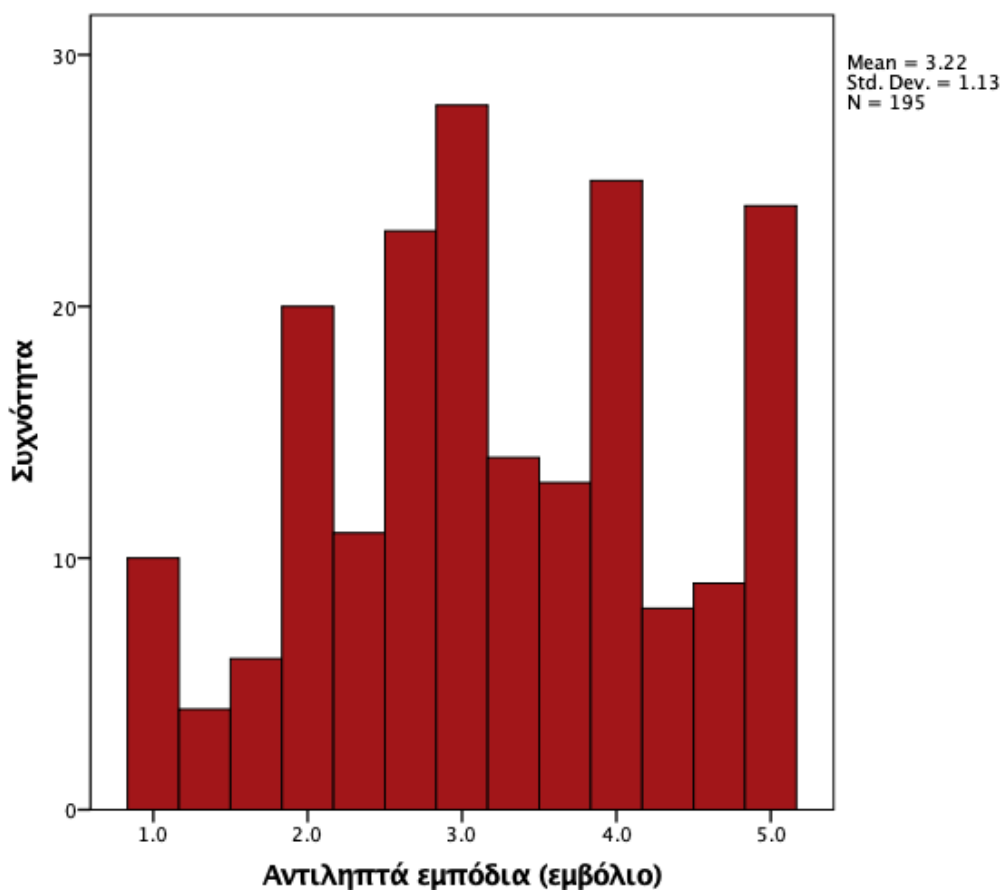
Οι παρενέργειες του εμβολίου μπορεί να είναι σοβαρές
και να επηρεάσουν τις καθημερινές μου
δραστηριότητες

3,1

1,2

1=Διαφωνώ Απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ, 4=Συμφωνώ,
5=Συμφωνώ Απόλυτα

Στο Διάγραμμα 16 παρουσιάζεται η κατανομή της μεταβλητής «Αντιληπτά Εμπόδια» που προκύπτει από τη μέση τιμή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις του Πίνακα 5. Η ανάλυση έδειξε ότι η μέση τιμή για τη μεταβλητή «Αντιληπτά Εμπόδια» είναι ίση με 3,2 (TA=1,1). Η μεταβλητή «Αντιληπτά Εμπόδια» μπορεί να πάρει τιμές μεταξύ 1 και 5 και μια μέση τιμή 3,2 δείχνει ότι οι πολίτες αναγνωρίζουν σε μέτριο βαθμό τα εμπόδια και τους κινδύνους των εμβολίων έναντι του COVID-19.



Διάγραμμα 16. Κατανομή για το επίπεδο «Αντιληπτών εμποδίων» των πολιτών για τον εμβολιασμό έναντι του COVID-19

Στον Πίνακα 6 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν τις «Ενδείξεις για Δράση» των πολιτών για τον εμβολιασμό έναντι του COVID-19. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι πολίτες διαφωνούν με το ότι θα εμβολιαστούν μόνο αν εμβολιαστεί πρώτα μεγάλο μέρος του πληθυσμού (MT=2,0, TA=1,0) ενώ εκφράζουν μια ουδέτερη στάση για το αν θα εμβολιαστούν μόνο αν έχουν επαρκή πληροφόρηση για το εμβόλιο (MT=2,9, TA=1,2). Παρόμοια, οι πολίτες ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με το ότι οι πιθανότητες να εμβολιαστούν κατά του COVID-19 θα αυξηθούν, εάν δημοσιευτούν επίσημες οδηγίες από το Υπουργείο Υγείας (MT=3,0, TA=1,2) και με το ότι ακούνε τα μηνύματα από τα ΜΜΕ και τους ειδικούς και αν τους συστήσουν το εμβόλιο θα το κάνουν (MT=3,0, TA=1,3). Τέλος, οι πολίτες ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με το ότι κάποιος συγγενής ή φίλος τους είχε σοβαρά προβλήματα με την υγεία του αφού νόσησε από COVID-19 (MT=3,2, TA=1,3).

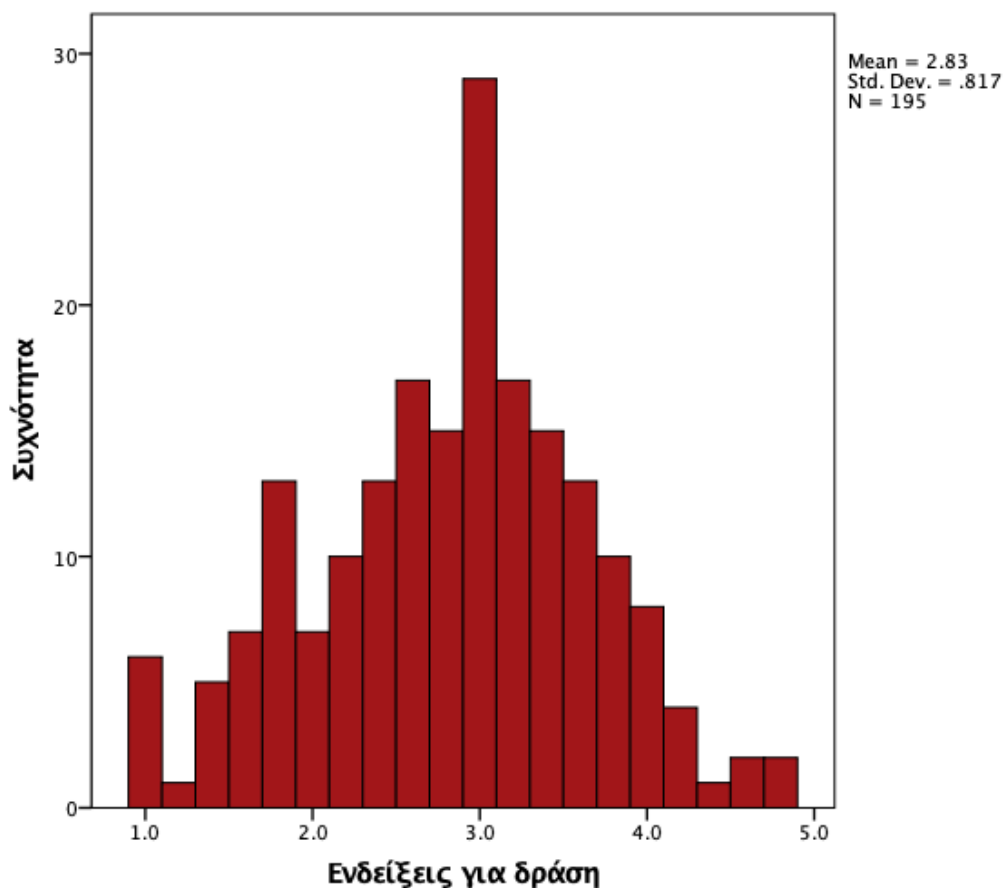
Πίνακας 6. Αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν τις «Ενδείξεις για Δράση» των πολιτών για τον εμβολιασμό έναντι του COVID-19

	Μέση Τιμή (MT)	Τυπική Απόκλιση (TA)
Θα εμβολιαστώ μόνο αν εμβολιαστεί πρώτα μεγάλο μέρος του πληθυσμού	2,0	1,0
Θα εμβολιαστώ μόνο αν έχω επαρκή πληροφόρηση για το εμβόλιο	2,9	1,2
Οι πιθανότητες να εμβολιαστώ κατά του COVID-19 θα αυξηθούν, εάν δημοσιευτούν επίσημες οδηγίες από το Υπουργείο Υγείας	3,0	1,2
Ακούω τα μηνύματα από τα ΜΜΕ και τους ειδικούς και αν μου συστήσουν το εμβόλιο (π.χ. ο γιατρός μου) θα το κάνω	3,0	1,3
Κάποιος συγγενής ή φίλος μου είχε σοβαρά προβλήματα με την υγεία του αφού νόσησε από COVID-19	3,2	1,3

1=Διαφωνώ Απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ Απόλυτα

Στο Διάγραμμα 17 παρουσιάζεται η κατανομή της μεταβλητής «Ενδείξεις για Δράση» που προκύπτει από τη μέση τιμή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις

ερωτήσεις του Πίνακα 6. Η ανάλυση έδειξε ότι η μέση τιμή για τη μεταβλητή «Ενδείξεις για Δράση» είναι ίση με 2,8 (TA=0,8). Η μεταβλητή «Ενδείξεις για Δράση» μπορεί να πάρει τιμές μεταξύ 1 και 5 και μια μέση τιμή 2,8 δείχνει ότι οι πολίτες τείνουν να διαφωνήσουν με το ότι επηρεάζονται από το περιβάλλον τους (φίλους, οικογένεια, ΜΜΕ) για να εμβολιαστούν έναντι του COVID-19.



Διάγραμμα 17. Κατανομή για τις «Ενδείξεις για Δράση» των πολιτών για τον εμβολιασμό έναντι του COVID-19

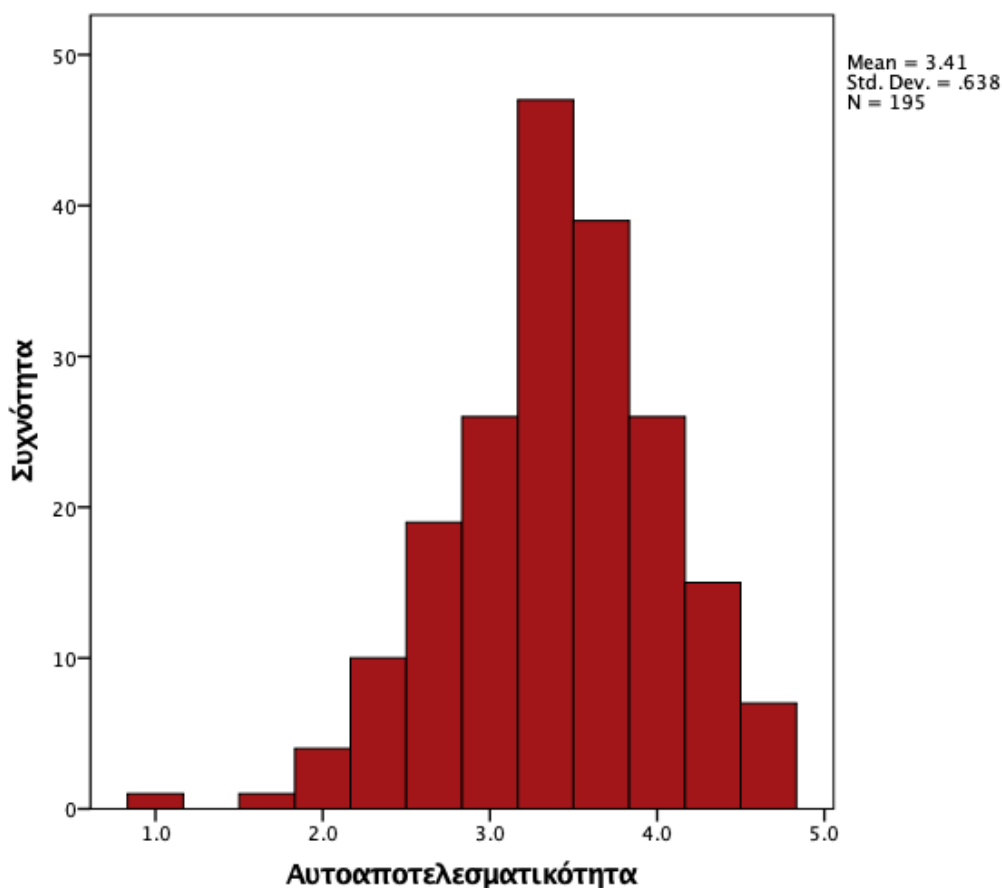
Στον Πίνακα 7 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν το επίπεδο «Αυτοαποτελεσματικότητας» των πολιτών έναντι του COVID-19. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι πολίτες συμφωνούν με το ότι μπορούν να ακολουθήσουν τις συστάσεις των ειδικών, ακόμα και αν δεν το κάνουν οι γύρω τους (MT=3,9, TA=1,1) και τείνουν να συμφωνήσουν με το ότι αν νοσήσουν ή όχι από τον ιό είναι κάτι που δεν μπορούν να ελέγξουν (MT=3,6, TA=1,1). Αντίθετα, οι πολίτες διαφωνούν με το ότι το να νοσήσουν από τον ιό είναι θέμα κακής τύχης και καμία προληπτική συμπεριφορά δεν έχει επίδραση (MT=2,1, TA=1,1).

Πίνακας 7. Αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν το επίπεδο «Αυτοαποτελεσματικότητα» των πολιτών έναντι του COVID-19

	Μέση Τιμή (ΜΤ)	Τυπική Απόκλιση (ΤΑ)
Το να νοσήσω ή όχι από τον ιό είναι κάτι που δεν μπορώ να ελέγξω	3,6	1,1
Το να νοσήσω από τον ιό είναι θέμα κακής τύχης και καμία προληπτική συμπεριφορά δεν έχει επίδραση	2,1	1,1
Μπορώ να ακολουθώ τις συστάσεις των ειδικών ακόμα και αν δεν το κάνουν οι γύρω μου	3,9	1,1

1=Διαφωνώ Απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ Απόλυτα. Οι ερωτήσεις 1 και 2 μετέπειτα κωδικοποιούνται αντίστροφα κατά τον υπολογισμό της μεταβλητής «Αυτοαποτελεσματικότητα»

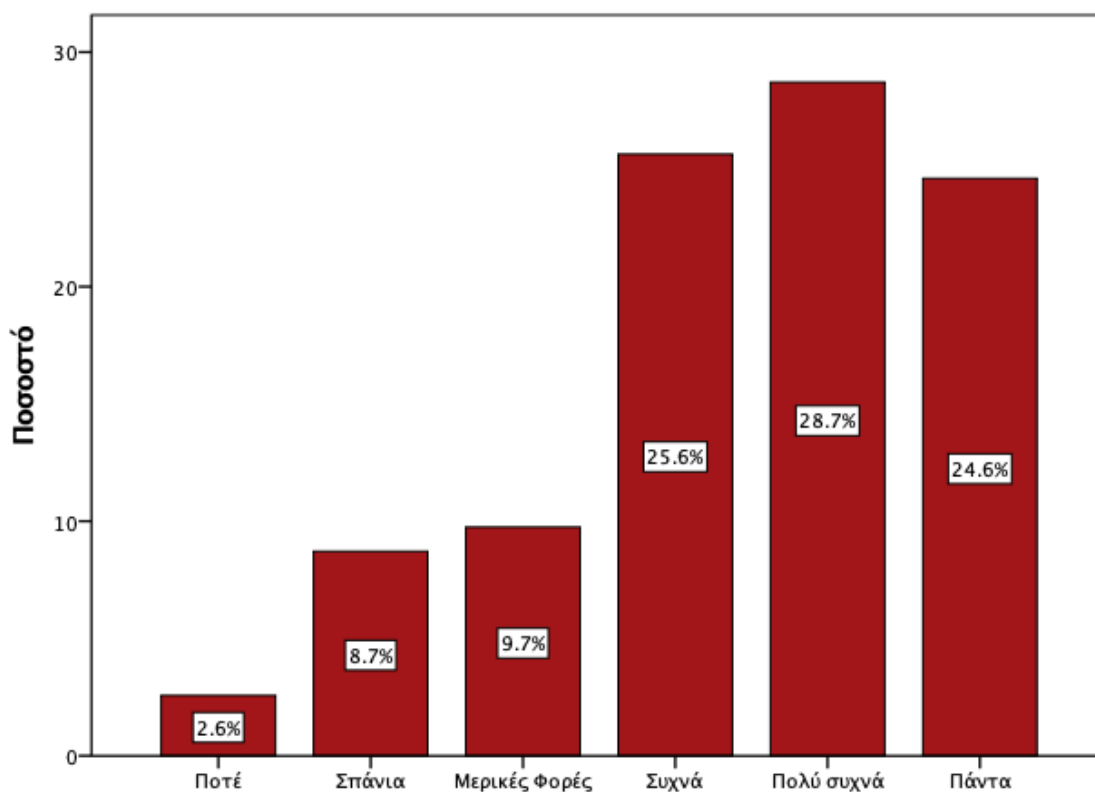
Τέλος, στο Διάγραμμα 18 παρουσιάζεται η κατανομή της μεταβλητής «Αυτοαποτελεσματικότητα» που προκύπτει από τη μέση τιμή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις του Πίνακα 7, κωδικοποιώντας αντίστροφα τις απαντήσεις στην πρώτη και τη δεύτερη ερώτηση. Η ανάλυση έδειξε ότι η μέση τιμή για τη μεταβλητή «Αυτοαποτελεσματικότητα» είναι ίση με 3,4 (ΤΑ=0,6). Η μεταβλητή «Αυτοαποτελεσματικότητα» μπορεί να πάρει τιμές μεταξύ 1 και 5 και μια μέση τιμή 3,4 δείχνει ότι οι πολίτες τείνουν να συμφωνήσουμε με το ότι έχουν την ικανότητα να ακολουθήσουν τις συστάσεις των ειδικών και να λειτουργήσουν προληπτικά έναντι του COVID-19.



Διάγραμμα 18. Κατανομή για το επίπεδο «Αυτοαποτελεσματικότητας» των πολιτών έναντι του COVID-19

5.5 Στάση πολιτών απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας

Η επόμενη ενότητα ερωτήσεων είχε σκοπό να καταγράψει τη στάση των πολιτών απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας. Από το Διάγραμμα 9 προκύπτει ότι το 113% (ν=22) των πολιτών δεν ακολουθεί ποτέ ή ακολουθεί σπάνια τα γενικά μέτρα ατομικής προστασίας κατά του COVID-19. Αντίστοιχα, το 9,7% (ν=19) ανέφερε ότι ακολουθεί περιστασιακά τα γενικά μέτρα ατομικής προστασίας κατά του COVID-19. Η πλειοψηφία του δείγματος ανέφερε ότι ακολουθεί συχνά ή πολύ συχνά (ν=106, 54,3%) τα μέτρα αυτά. Τέλος, το 24,6% (ν=48) των πολιτών ανέφερε ότι τα ακολουθεί πάντα.



Σε τι συχνότητα ακολουθείτε γενικά τα μέτρα ατομικής προστασίας κατά του COVID-19;

Διάγραμμα 19. Ποσοστιαία κατανομή για το πόσο συχνά οι πολίτες ακολουθούν τα γενικά μέτρα ατομικής προστασίας κατά του COVID-19

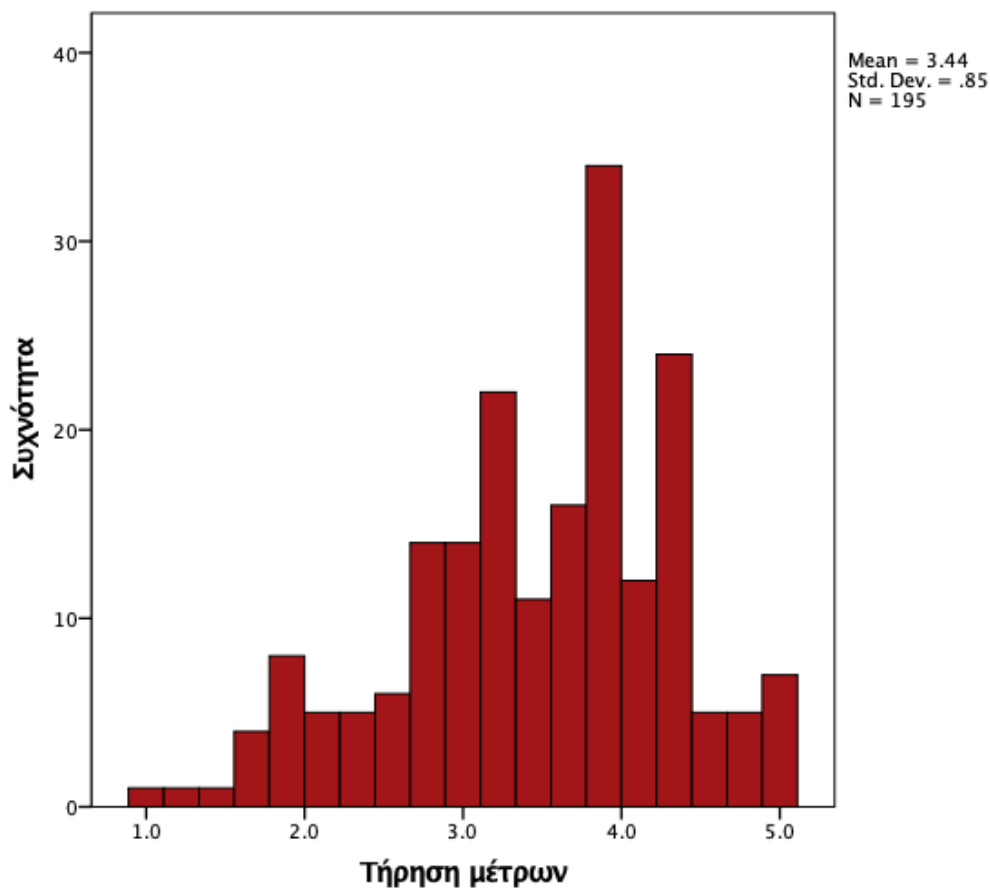
Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης σχετικά με τη συχνότητα τήρησης των διάφορων μέτρων ατομικής προστασίας. Η ανάλυση έδειξε ότι οι πολίτες τηρούσαν πολύ συχνά το μέτρο που αφορούσε το πλύσιμο των χεριών (MT=4,4, TA=0,8) και τη χρήση αντισηπτικών (MT=3,9, TA=1,1). Επιπλέον, συχνά εφαρμόζαν τα μέτρα της αποφυγής των μέσων μαζικής μεταφοράς (MT=3,5, TA=1,5), της χρήσης προστατευτικής μάσκας στο χώρο εργασίας (MT=3,5, TA=1,4) και της αποφυγής της επαφής των χεριών με τα μάτια, τη μύτη και το στόμα για τη μείωση του κινδύνου μόλυνσης από τον ιό (MT=3,6, TA=1,3). Αντίθετα, οι πολίτες περιστασιακά υιοθέτησαν τη χρήση μάσκας έξω από το σπίτι (σε εξωτερικό χώρο) (MT=2,8, TA=1,3), την αποφυγή κοινωνικών συναθροίσεων (MT=3,0, TA=1,2), την τήρηση της απόστασης τουλάχιστον 2 μέτρων από άλλα άτομα (MT=3,0, TA=1,3) και την απολύμανση των επιφανειών πριν τη χρήση τους (MT=3,3, TA=1,3).

Πίνακας 8. Αποτελέσματα για τη συχνότητα τήρησης των διαφόρων μέτρων ατομικής προστασίας

	Μέση Τιμή (MT)	Τυπική Απόκλιση (TA)
Φοράτε μάσκα έξω από το σπίτι (σε εξωτερικό χώρο)	2,8	1,3
Πλένετε τα χέρια σας	4,4	0,8
Χρησιμοποιείτε αντισηπτικό χεριών	3,9	1,1
Αποφεύγετε τις κοινωνικές συναθροίσεις	3,0	1,2
Αποφεύγετε να χρησιμοποιείτε μέσα μαζικής μεταφοράς	3,5	1,5
Φοράτε μάσκα στο χώρο εργασίας σας	3,5	1,4
Κρατάτε απόσταση τουλάχιστον 2 μέτρων από άλλα άτομα	3,0	1,3
Απολυμαίνετε τις επιφάνειες (πχ τραπέζι) πριν τις χρησιμοποιήσετε	3,3	1,3
Αποφεύγετε την επαφή χεριών με τα μάτια, τη μύτη και το στόμα για τη μείωση του κινδύνου μόλυνσης από τον ιό	3,6	1,3

1=Ποτέ, 2=Σπάνια, 3=Μερικές Φορές, 4=Συχνά, 5=Πολύ Συχνά

Στο Διάγραμμα 20 παρουσιάζεται η κατανομή της μεταβλητής «Τήρηση Μέτρων» που προκύπτει από τη μέση τιμή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις του Πίνακα 8. Η ανάλυση έδειξε ότι η μέση τιμή για τη μεταβλητή «Τήρηση Μέτρων» είναι ίση με 3,4 (TA=0,9). Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι οι πολίτες γενικά, υιοθέτησαν σε μέτριο βαθμό τα προτεινόμενα μέτρα ατομικής προστασίας, καθώς η μεταβλητή μπορεί να πάρει τιμές μεταξύ 1 (ποτέ) και 5 (πολύ συχνά) και η τιμή 3,4 είναι περίπου στο μέσο του εύρους.



Διάγραμμα 20. Κατανομή για τη συχνότητα τήρησης των διαφόρων μέτρων ατομικής προστασίας

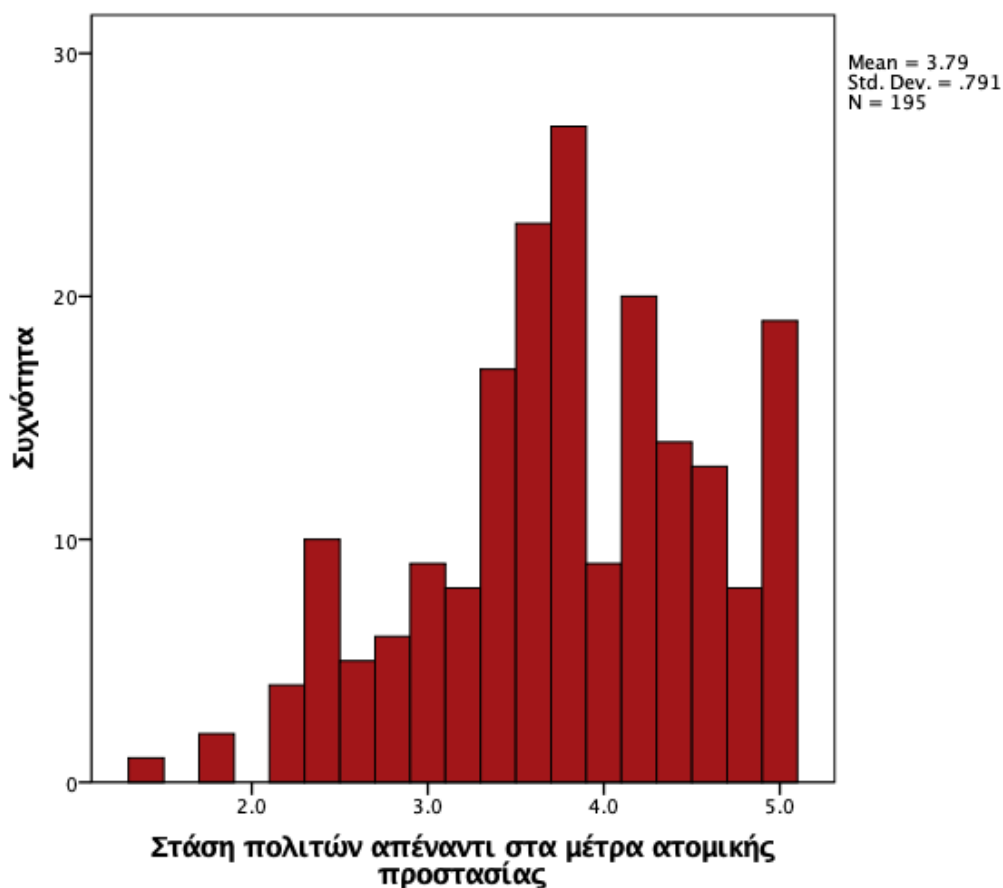
Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης σχετικά με τη στάση των πολιτών απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας. Η ανάλυση έδειξε ότι οι πολίτες συμφωνούν με το ότι η τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας μειώνει την πιθανότητα να μολυνθούν ή να νοσήσουν σοβαρά (MT=4,0, TA=1,0), με το ότι τηρώντας τα μέτρα ατομικής προστασίας εκτός από τον εαυτό τους προστατεύουν και τους γύρω τους (MT=4,1, TA=0,9) και με το ότι η τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας τους κάνει να αισθάνονται λιγότερο ανήσυχοι από την πιθανότητα να κολλήσουν τον ιό (MT=3,8, TA=1,1). Παρόμοια, συμπεραίνουμε ότι οι πολίτες συμφωνούν με το ότι ο καλύτερος τρόπος να αποφύγουν τις επιπλοκές είναι η τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας (MT=3,8, TA=1,1). Τέλος, οι πολίτες τείνουν να διαφωνήσουν με το ότι ανησυχούν για την αποτελεσματικότητα των μέτρων ατομικής προστασίας (MT=2,8, TA=1,2).

Πίνακας 9. Αποτελέσματα για τις ερωτήσεις που αξιολογούν τη στάση των πολιτών απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας

	Μέση Τιμή (ΜΤ)	Τυπική Απόκλιση (ΤΑ)
Η τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας μειώνει την πιθανότητα να μολυνθώ ή να νοσήσω σοβαρά	4,0	1,0
Η τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας με κάνει να αισθάνομαι λιγότερο ανήσυχος από την πιθανότητα να κολλήσω τον ιό	3,8	1,1
Τηρώντας τα μέτρα ατομικής προστασίας εκτός από τον εαυτό μου προστατεύω και τους γύρω μου	4,1	0,9
Ανησυχώ για την αποτελεσματικότητα των μέτρων ατομικής προστασίας	2,8	1,2
Ο καλύτερος τρόπος να αποφύγω τις επιπλοκές είναι η τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας	3,8	1,1

1=Διαφωνώ Απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε διαφωνώ/ Ούτε Συμφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ Απόλυτα. Η ερώτηση 4 μετέπειτα κωδικοποιείται αντίστροφα κατά τον υπολογισμό της μεταβλητής «Στάση των πολιτών απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας»

Στο Διάγραμμα 21 παρουσιάζεται η κατανομή της μεταβλητής «Στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας» που προκύπτει από τη μέση τιμή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις του Πίνακα 9, κωδικοποιώντας αντίστροφα την τέταρτη ερώτηση. Η ανάλυση έδειξε ότι η μέση τιμή για τη μεταβλητή αυτή είναι ίση με 3,8 (ΤΑ=0,8). Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι οι πολίτες γενικά, έχουν μια θετική στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας.



Διάγραμμα 21. Κατανομή για τη στάση των πολιτών απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας

5.6 Έλεγχος διαφορών ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των πολιτών

Στη συνέχεια διερευνήθηκε το κατά πόσο η στάση των πολιτών απέναντι στα εμβόλια και τα μέτρα ατομικής προστασίας διαφέρει σε σημαντικό βαθμό ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους.

Στον Πίνακα 10 που ακολουθεί δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα των συγκρίσεων που πραγματοποιήθηκαν ως προς το φύλο των πολιτών. Η ανάλυση ανέδειξε δύο στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο των πολιτών, στη διάσταση που αφορά την αντιληπτή ευαισθησία ($t=-2,536$, $p=0,012$) και στο βαθμό τήρησης των μέτρων ($t=-3,234$, $p=0,001$). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι γυναίκες εξέφρασαν μεγαλύτερο επίπεδο αντιληπτής ευαισθησίας, ενώ τήρησαν και σε μεγαλύτερο βαθμό τα προτεινόμενα μέτρα ατομικής προστασίας.

Πίνακας 10. Συγκρίσεις ως προς το φύλο των πολιτών: ευρήματα στατιστικού κριτηρίου t-test

	Φύλο	N	ΜΤ	ΤΑ	t	p
Αντιληπτή ευαισθησία	Άντρας	84	3,6	0,8	-2,536	0,012
	Γυναίκα	111	3,8	0,7		
Αντιληπτή σοβαρότητα	Άντρας	84	3,4	0,7	0,590	0,556
	Γυναίκα	111	3,4	0,8		
Αντιληπτά οφέλη (εμβόλιο)	Άντρας	84	3,3	1,2	-0,481	0,631
	Γυναίκα	111	3,4	1,1		
Αντιληπτά εμπόδια (εμβόλιο)	Άντρας	84	3,3	1,1	1,295	0,197
	Γυναίκα	111	3,1	1,1		
Ενδείξεις για δράση	Άντρας	84	2,9	0,9	1,075	0,284
	Γυναίκα	111	2,8	0,8		
Αυτοαποτελεσματικότητα	Άντρας	84	3,3	0,7	-1,523	0,129
	Γυναίκα	111	3,5	0,6		
Τήρηση μέτρων	Άντρας	84	3,2	0,9	-3,234	0,001
	Γυναίκα	111	3,6	0,9		
Στάση πολιτών απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας	Άντρας	84	3,8	0,8	-0,327	0,744
	Γυναίκα	111	3,8	0,8		

Στον Πίνακα 11 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα των συγκρίσεων που πραγματοποιήθηκαν ως προς την ηλικιακή ομάδα των πολιτών. Η ανάλυση ανέδειξε τέσσερις στατιστικά σημαντικές διαφορές: στη διάσταση που αφορά την αντιληπτή ευαισθησία ($F=2,724$, $p=0,021$), την αντιληπτή σοβαρότητα ($F=7,817$, $p=0,000$), τα αντιληπτά εμπόδια ως προς τη λήψη εμβολίου ($F=2,844$, $p=0,017$) και τον βαθμό τήρησης των μέτρων ($F=4,556$, $p=0,001$). Για να διερευνηθεί μεταξύ ποιων ηλικιακών ομάδων υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις παραπάνω διαστάσεις πραγματοποιήθηκε ανάλυση πολλαπλών συγκρίσεων με τη χρήση του κριτηρίου LSD (Fisher's Least Significant Difference). Τα αποτελέσματα αυτών των συγκρίσεων δίνονται στον Πίνακα 12.

Πίνακας 11. Συγκρίσεις ως προς την ηλικιακή ομάδα των πολιτών: ευρήματα στατιστικού κριτηρίου one-way ANOVA

		N	MT	TA	F	p
Αντιληπτή ευαισθησία	Έως 24 ετών	20	3,7	0,7	2,724	0,021
	25-34 ετών	30	3,3	0,8		
	35-44 ετών	61	3,8	0,7		
	45-54 ετών	55	3,8	0,7		
	55-64 ετών	22	4,0	0,6		
	65 ετών και άνω	7	3,8	0,8		
Αντιληπτή σοβαρότητα	Έως 24 ετών	20	3,2	0,7	7,817	0,000
	25-34 ετών	30	2,9	0,8		
	35-44 ετών	61	3,3	0,7		
	45-54 ετών	55	3,5	0,7		
	55-64 ετών	22	3,9	0,7		
	65 ετών και άνω	7	4,2	0,4		
Αντιληπτά οφέλη (εμβόλιο)	Έως 24 ετών	20	3,1	1,3	1,944	0,089
	25-34 ετών	30	3,1	1,3		
	35-44 ετών	61	3,2	1,1		
	45-54 ετών	55	3,5	1,1		
	55-64 ετών	22	3,8	1,1		
	65 ετών και άνω	7	4,0	1,1		
Αντιληπτά εμπόδια (εμβόλιο)	Έως 24 ετών	20	3,0	1,1	2,844	0,017
	25-34 ετών	30	3,6	1,2		
	35-44 ετών	61	3,5	1,1		
	45-54 ετών	55	3,1	1,1		
	55-64 ετών	22	2,7	1,2		
	65 ετών και άνω	7	2,7	,7		
Ενδείξεις για δράση	Έως 24 ετών	20	2,8	1,0	0,167	0,974
	25-34 ετών	30	2,8	0,9		
	35-44 ετών	61	2,8	0,9		
	45-54 ετών	55	2,8	0,8		
	55-64 ετών	22	2,9	0,6		
	65 ετών και άνω	7	3,1	0,7		
Αυτοαποτελεσματικότητα	Έως 24 ετών	20	3,5	0,8	0,580	0,715
	25-34 ετών	30	3,3	0,7		
	35-44 ετών	61	3,3	0,7		
	45-54 ετών	55	3,4	0,6		
	55-64 ετών	22	3,5	0,5		
	65 ετών και άνω	7	3,6	0,3		
Στάση πολιτών απέναντι στα	Έως 24 ετών	20	3,5	0,9	1,665	0,145
	25-34 ετών	30	3,6	0,7		
	35-44 ετών	61	3,7	0,8		

μέτρα ατομικής προστασίας	45-54 ετών	55	4,0	0,8		
	55-64 ετών	22	3,9	0,8		
	65 ετών και άνω	7	4,1	0,7		
Τήρηση μέτρων	Έως 24 ετών	20	3,0	0,8	4,556	0,001
	25-34 ετών	30	3,1	0,9		
	35-44 ετών	61	3,5	0,8		
	45-54 ετών	55	3,7	0,7		
	55-64 ετών	22	3,3	1,0		
	65 ετών και άνω	7	3,6	0,5		

Τα αποτελέσματα από την ανάλυση μέσω του ελέγχου πολλαπλών συγκρίσεων LSD (Πίνακας 12) έδειξαν πως οι πολίτες ηλικίας 25 έως 34 ετών έχουν σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο αντιληπτής ευαισθησίας στον COVID-19 σε σύγκριση με τους πολίτες ηλικίας 35 έως 44 ετών ($M\Delta=-0,443$, $p=0,007$), 45 έως 54 ετών ($M\Delta=-0,478$, $p=0,004$) και 55 έως 64 ετών ($M\Delta=-0,693$, $p=0,001$).

Παρόμοια, προέκυψε πως οι πολίτες ηλικίας έως 24 ετών έχουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο αντιληπτής σοβαρότητας για τον COVID-19 σε σύγκριση με τους πολίτες ηλικίας 55 έως 64 ετών ($M\Delta=-0,688$, $p=0,001$) και άνω των 65 ετών ($M\Delta=-0,991$, $p=0,001$). Επιπλέον, οι πολίτες ηλικίας 25 έως 34 ετών έχουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο αντιληπτής σοβαρότητας για τον COVID-19 σε σύγκριση με τους πολίτες ηλικίας 35 έως 44 ετών ($M\Delta=-0,416$, $p=0,007$), 45 έως 54 ετών ($M\Delta=-0,595$, $p=0,000$), 55 έως 64 ετών ($M\Delta=-0,975$, $p=0,000$) και άνω των 65 ετών ($M\Delta=-1,279$, $p=0,000$). Επιπρόσθετα, οι πολίτες ηλικίας 35 έως 44 ετών έχουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο αντιληπτής σοβαρότητας για τον COVID-19 σε σύγκριση με τους πολίτες ηλικίας 55 έως 64 ετών ($M\Delta=-0,559$, $p=0,001$) και άνω των 65 ετών ($M\Delta=-0,863$, $p=0,002$). Τέλος, οι πολίτες ηλικίας 45 έως 54 ετών έχουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο αντιληπτής σοβαρότητας για τον COVID σε σύγκριση με τους πολίτες ηλικίας 55 έως 64 ετών ($M\Delta=-0,380$, $p=0,030$) και άνω των 65 ετών ($M\Delta=-0,683$, $p=0,014$).

Τα αποτελέσματα σχετικά με τα αντιληπτά εμπόδια έναντι του εμβολιασμού κατά του COVID-19 έδειξαν πως οι πολίτες ηλικίας 25 έως 34 ετών έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο επίπεδο αντιληπτών εμποδίων για τον εμβολιασμό έναντι του COVID-19 σε σύγκριση με τους πολίτες ηλικίας 45 έως 54 ετών ($M\Delta=0,505$, $p=0,045$) και 55 έως 64 ετών ($M\Delta=0,851$, $p=0,007$). Επιπρόσθετα, οι πολίτες ηλικίας 35 έως 44 ετών έχουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο αντιληπτών εμποδίων για τον

εμβολιασμό έναντι του COVID-19 σε σύγκριση με τους πολίτες ηλικίας 55 έως 64 ετών (ΜΔ=0,748, p=0,007).

Τέλος, από τον Πίνακα 12 προκύπτει ότι οι πολίτες ηλικίας έως 24 ετών τήρησαν σε μικρότερο βαθμό τα μέτρα ατομικής προστασίας σε σύγκριση με τους πολίτες ηλικίας 35 έως 44 ετών (ΜΔ=-0,571, p=0,007) και 45 έως 54 ετών (ΜΔ=-0,790 p=0,000). Επιπλέον, οι πολίτες ηλικίας 25 έως 34 ετών τήρησαν σε μικρότερο βαθμό τα μέτρα ατομικής προστασίας σε σύγκριση με τους πολίτες ηλικίας 35 έως 44 ετών (ΜΔ=-0,449, p=0,014) και 45 έως 54 ετών (ΜΔ=-0,668 p=0,000). Τέλος, οι πολίτες ηλικίας 45 έως 54 ετών τήρησαν σε μεγαλύτερο βαθμό τα μέτρα ατομικής προστασίας σε σύγκριση με τους πολίτες ηλικίας 55 έως 64 ετών (ΜΔ=0,468, p=0,024).

Πίνακας 12. Αποτελέσματα ελέγχου πολλαπλών συγκρίσεων με το κριτήριο LSD στις περιπτώσεις που καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τις ηλικιακές ομάδες των πολιτών

				Μέση	p	95% Διάστημα	
				Διαφορά		εμπιστοσύνης	
				(ΜΔ)	Κάτω όριο	Άνω όριο	
Αντιληπτή ευαισθησία	Έως 24 ετών	25-34 ετών		,411	,050	-,001	,823
		35-44 ετών		-,032	,865	-,399	,336
		45-54 ετών		-,067	,725	-,439	,306
		55-64 ετών		-,282	,209	-,723	,159
		65 ετών και άνω		-,029	,928	-,655	,598
	25-34 ετών	Έως 24 ετών		-,411	,050	-,823	,001
		35-44 ετών		-,443*	,007	-,761	-,125
		45-54 ετών		-,478*	,004	-,802	-,154
		55-64 ετών		-,693*	,001	-1,094	-,292
		65 ετών και άνω		-,440	,149	-1,039	,159
	35-44 ετών	Έως 24 ετών		,032	,865	-,336	,399
		25-34 ετών		,443*	,007	,125	,761
		45-54 ετών		-,035	,795	-,300	,230
		55-64 ετών		-,250	,166	-,605	,105
		65 ετών και άνω		,003	,991	-,566	,573
45-54 ετών	Έως 24 ετών		,067	,725	-,306	,439	
	25-34 ετών		,478*	,004	,154	,802	
	35-44 ετών		,035	,795	-,230	,300	
	55-64 ετών		-,215	,240	-,575	,145	
	65 ετών και άνω		,038	,896	-,535	,611	
55-64 ετών	Έως 24 ετών		,282	,209	-,159	,723	
	25-34 ετών		,693*	,001	,292	1,094	
	35-44 ετών		,250	,166	-,105	,605	

		45-54 ετών	,215	,240	-,145	,575
		65 ετών και άνω	,253	,421	-,366	,873
	65 ετών και άνω	Έως 24 ετών	,029	,928	-,598	,655
		25-34 ετών	,440	,149	-,159	1,039
		35-44 ετών	-,003	,991	-,573	,566
		45-54 ετών	-,038	,896	-,611	,535
		55-64 ετών	-,253	,421	-,873	,366
Αντιληπτή σοβαρότητα	Έως 24 ετών	25-34 ετών	,288	,149	-,104	,679
		35-44 ετών	-,128	,471	-,478	,222
		45-54 ετών	-,308	,088	-,662	,046
		55-64 ετών	-,688*	,001	-1,107	-,268
		65 ετών και άνω	-,991*	,001	-1,587	-,395
	25-34 ετών	Έως 24 ετών	-,288	,149	-,679	,104
		35-44 ετών	-,416*	,007	-,718	-,113
		45-54 ετών	-,595*	,000	-,903	-,288
		55-64 ετών	-,975*	,000	-1,356	-,594
		65 ετών και άνω	-1,279*	,000	-1,848	-,709
	35-44 ετών	Έως 24 ετών	,128	,471	-,222	,478
		25-34 ετών	,416*	,007	,113	,718
		45-54 ετών	-,180	,161	-,432	,072
		55-64 ετών	-,559*	,001	-,897	-,222
		65 ετών και άνω	-,863*	,002	-1,404	-,322
	45-54 ετών	Έως 24 ετών	,308	,088	-,046	,662
		25-34 ετών	,595*	,000	,288	,903
		35-44 ετών	,180	,161	-,072	,432
		55-64 ετών	-,380*	,030	-,722	-,037
		65 ετών και άνω	-,683*	,014	-1,228	-,139
55-64 ετών	Έως 24 ετών	,688*	,001	,268	1,107	
	25-34 ετών	,975*	,000	,594	1,356	
	35-44 ετών	,559*	,001	,222	,897	
	45-54 ετών	,380*	,030	,037	,722	
	65 ετών και άνω	-,304	,310	-,892	,285	
65 ετών και άνω	Έως 24 ετών	,991*	,001	,395	1,587	
	25-34 ετών	1,279*	,000	,709	1,848	
	35-44 ετών	,863*	,002	,322	1,404	
	45-54 ετών	,683*	,014	,139	1,228	
	55-64 ετών	,304	,310	-,285	,892	
Αντιληπτά εμπόδια (εμβόλιο)	Έως 24 ετών	25-34 ετών	-,561	,080	-1,190	,067
		35-44 ετών	-,459	,108	-1,020	,102
		45-54 ετών	-,056	,846	-,625	,512
		55-64 ετών	,289	,397	-,383	,962
		65 ετών και άνω	,350	,471	-,606	1,306
25-34 ετών	Έως 24 ετών	,561	,080	-,067	1,190	
	35-44 ετών	,102	,678	-,383	,588	
	45-54 ετών	,505*	,045	,011	,999	
	55-64 ετών	,851*	,007	,239	1,462	

		65 ετών και άνω	,911	,051	-,003	1,825
35-44 ετών	Έως 24 ετών		,459	,108	-,102	1,020
	25-34 ετών		-,102	,678	-,588	,383
	45-54 ετών		,403	,051	-,002	,808
	55-64 ετών		,748*	,007	,207	1,290
	65 ετών και άνω		,809	,068	-,060	1,678
45-54 ετών	Έως 24 ετών		,056	,846	-,512	,625
	25-34 ετών		-,505*	,045	-,999	-,011
	35-44 ετών		-,403	,051	-,808	,002
	55-64 ετών		,345	,216	-,204	,895
	65 ετών και άνω		,406	,360	-,468	1,280
55-64 ετών	Έως 24 ετών		-,289	,397	-,962	,383
	25-34 ετών		-,851*	,007	-1,462	-,239
	35-44 ετών		-,748*	,007	-1,290	-,207
	45-54 ετών		-,345	,216	-,895	,204
	65 ετών και άνω		,061	,899	-,884	1,005
65 ετών και άνω	Έως 24 ετών		-,350	,471	-1,306	,606
	25-34 ετών		-,911	,051	-1,825	,003
	35-44 ετών		-,809	,068	-1,678	,060
	45-54 ετών		-,406	,360	-1,280	,468
	55-64 ετών		-,061	,899	-1,005	,884
Τήρηση μέτρων	Έως 24 ετών	25-34 ετών	-,122	,603	-,585	,341
		35-44 ετών	-,571*	,007	-,984	-,158
		45-54 ετών	-,790*	,000	-1,209	-,371
		55-64 ετών	-,322	,201	-,818	,173
		65 ετών και άνω	-,679	,059	-1,384	,025
25-34 ετών	Έως 24 ετών		,122	,603	-,341	,585
	35-44 ετών		-,449*	,014	-,806	-,091
	45-54 ετών		-,668*	,000	-1,032	-,304
	55-64 ετών		-,200	,382	-,650	,250
	65 ετών και άνω		-,557	,104	-1,230	,116
35-44 ετών	Έως 24 ετών		,571*	,007	,158	,984
	25-34 ετών		,449*	,014	,091	,806
	45-54 ετών		-,219	,149	-,517	,079
	55-64 ετών		,249	,220	-,150	,648
	65 ετών και άνω		-,109	,738	-,749	,532
45-54 ετών	Έως 24 ετών		,790*	,000	,371	1,209
	25-34 ετών		,668*	,000	,304	1,032
	35-44 ετών		,219	,149	-,079	,517
	55-64 ετών		,468*	,024	,063	,872
	65 ετών και άνω		,111	,735	-,533	,754
55-64 ετών	Έως 24 ετών		,322	,201	-,173	,818
	25-34 ετών		,200	,382	-,250	,650

	35-44 ετών	-,249	,220	-,648	,150
	45-54 ετών	-,468*	,024	-,872	-,063
	65 ετών και άνω	-,357	,313	-1,053	,339
65 ετών και άνω	Έως 24 ετών	,679	,059	-,025	1,384
	25-34 ετών	,557	,104	-,116	1,230
	35-44 ετών	,109	,738	-,532	,749
	45-54 ετών	-,111	,735	-,754	,533
	55-64 ετών	,357	,313	-,339	1,053

αφορά σε επίπεδο $\alpha=0,05$

Πίνακα 13 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα των συγκρίσεων που ήσαν ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των πολιτών. Η ανάλυση ανέδειξε ουσιαστικά σημαντικές διαφορές: στα αντιληπτά εμπόδια στη λήψη εμβολίου ($F=2,890$, $p=0,037$) και στο βαθμό αυτοαποτελεσματικότητας έναντι του COVID-19 ($F=5,036$, $p=0,002$). Για να διερευνηθεί μεταξύ ποιων ηλικιακών ομάδων υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις παραπάνω διαστάσεις πραγματοποιήθηκε ανάλυση πολλαπλών συγκρίσεων με χρήση του κριτηρίου LSD (Fisher's Least Significant Difference). Τα αποτελέσματα αυτών των συγκρίσεων δίνονται στον Πίνακα 14.

Πίνακας 13. Συγκρίσεις ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των πολιτών: ευρήματα στατιστικού κριτηρίου one-way ANOVA

		N	MT	TA	F	p
Αντιληπτή ευαισθησία	Απόφοιτος πρωτοβάθμιας/ δευτεροβάθμιας	51	3,6	0,6	0,760	0,518
	Απόφοιτος ΙΕΚ	31	3,7	0,7		
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ ΤΕΙ	67	3,8	0,6		
	Μεταπτυχιακό ή/και Διδακτορικό	46	3,8	1,0		
Αντιληπτή σοβαρότητα	Απόφοιτος πρωτοβάθμιας/ δευτεροβάθμιας	51	3,4	0,8	1,786	0,151
	Απόφοιτος ΙΕΚ	31	3,2	0,7		
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ ΤΕΙ	67	3,3	0,7		
	Μεταπτυχιακό ή/και Διδακτορικό	46	3,6	0,8		
Αντιληπτά οφέλη (εμβόλιο)	Απόφοιτος πρωτοβάθμιας/ δευτεροβάθμιας	51	3,3	1,3	2,416	0,068
	Απόφοιτος ΙΕΚ	31	3,0	1,2		
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ ΤΕΙ	67	3,4	1,0		
	Μεταπτυχιακό ή/και Διδακτορικό	46	3,7	1,1		

Αντιληπτά εμπόδια (εμβόλιο)	Απόφοιτος πρωτοβάθμιας/ δευτεροβάθμιας	51	3,2	1,2	2,890	0,037
	Απόφοιτος ΙΕΚ	31	3,7	1,1		
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ ΤΕΙ	67	3,2	0,9		
	Μεταπτυχιακό ή/και Διδακτορικό	46	2,9	1,2		
Ενδείξεις για δράση	Απόφοιτος πρωτοβάθμιας/ δευτεροβάθμιας	51	2,8	1,0	0,322	0,809
	Απόφοιτος ΙΕΚ	31	2,9	0,9		
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ ΤΕΙ	67	2,9	0,7		
	Μεταπτυχιακό ή/και Διδακτορικό	46	2,7	0,7		
Αυτοαποτελεσματικ ότητα	Απόφοιτος πρωτοβάθμιας/ δευτεροβάθμιας	51	3,4	0,5	5,036	0,002
	Απόφοιτος ΙΕΚ	31	3,1	0,5		
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ ΤΕΙ	67	3,4	0,6		
	Μεταπτυχιακό ή/και Διδακτορικό	46	3,6	0,7		
Στάση πολιτών απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας	Απόφοιτος πρωτοβάθμιας/ δευτεροβάθμιας	51	3,8	0,8	2,532	0,058
	Απόφοιτος ΙΕΚ	31	3,5	0,7		
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ ΤΕΙ	67	3,8	0,7		
	Μεταπτυχιακό ή/και Διδακτορικό	46	3,9	0,9		
Τήρηση μέτρων	Απόφοιτος πρωτοβάθμιας/ δευτεροβάθμιας	51	3,4	1,0	0,303	0,823
	Απόφοιτος ΙΕΚ	31	3,5	0,7		
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ ΤΕΙ	67	3,5	0,8		
	Μεταπτυχιακό ή/και Διδακτορικό	46	3,4	0,9		

Πίνακας 14. Αποτελέσματα ελέγχου πολλαπλών συγκρίσεων με το κριτήριο LSD στις περιπτώσεις που καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των πολιτών

			Μέση Διαφορά (ΜΔ)	p	95% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κάτω όριο	Άνω όριο
Αντιληπτά εμπόδια (εμβόλιο)	Απόφοιτος πρωτοβάθμιας/ δευτεροβάθμιας	Απόφοιτος ΙΕΚ	-,483	,058	-,983	,017
		Απόφοιτος ΑΕΙ/ ΤΕΙ	,032	,879	-,377	,440
		Μεταπτυχιακό ή/και Διδακτορικό	,274	,228	-,173	,720
Απόφοιτος ΙΕΚ						
		Απόφοιτος πρωτοβάθμιας/ δευτεροβάθμιας	,483	,058	-,017	,983
		Απόφοιτος ΑΕΙ/ ΤΕΙ	,515*	,035	,038	,992
		Μεταπτυχιακό ή/και Διδακτορικό	,757*	,004	,247	1,267
Απόφοιτος ΑΕΙ/ ΤΕΙ						
		Απόφοιτος πρωτοβάθμιας/ δευτεροβάθμιας	-,032	,879	-,440	,377
		Απόφοιτος ΙΕΚ	-,515*	,035	-,992	-,038
		Μεταπτυχιακό ή/και Διδακτορικό	,242	,258	-,179	,663
Μεταπτυχιακό ή/και Διδακτορικό						
		Απόφοιτος πρωτοβάθμιας/ δευτεροβάθμιας	-,274	,228	-,720	,173
		Απόφοιτος ΙΕΚ	-,757*	,004	-1,267	-,247

	Απόφοιτος ΑΕΙ/ ΤΕΙ	-,242	,258	-,663	,179
Αυτοαποτελεσματικότητα	Απόφοιτος πρωτοβάθμιας/ δευτεροβάθμιας	,308*	,030	,030	,586
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ ΤΕΙ	-,070	,542	-,297	,157
	Μεταπτυχιακό ή/και Διδακτορικό	-,243	,055	-,492	,005
Απόφοιτος ΙΕΚ	Απόφοιτος πρωτοβάθμιας/ δευτεροβάθμιας	-,308*	,030	-,586	-,030
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ ΤΕΙ	-,378*	,005	-,644	-,113
	Μεταπτυχιακό ή/και Διδακτορικό	-,551*	,000	-,835	-,268
Απόφοιτος ΑΕΙ/ ΤΕΙ	Απόφοιτος πρωτοβάθμιας/ δευτεροβάθμιας	,070	,542	-,157	,297
	Απόφοιτος ΙΕΚ	,378*	,005	,113	,644
	Μεταπτυχιακό ή/και Διδακτορικό	-,173	,146	-,407	,061
Μεταπτυχιακό ή/και Διδακτορικό	Απόφοιτος πρωτοβάθμιας/ δευτεροβάθμιας	,243	,055	-,005	,492
	Απόφοιτος ΙΕΚ	,551*	,000	,268	,835
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ ΤΕΙ	,173	,146	-,061	,407

*Σημαντική διαφορά σε επίπεδο $\alpha=0,05$

Τα αποτελέσματα από την ανάλυση μέσω του ελέγχου πολλαπλών συγκρίσεων LSD (Πίνακας 14) έδειξαν πως οι πολίτες που ήταν απόφοιτοι ΙΕΚ έχουν σημαντικά μεγαλύτερο επίπεδο αντιληπτών εμποδίων για τον εμβολιασμό έναντι του COVID-19 σε σύγκριση με τους πολίτες που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ ΤΕΙ ($M\Delta=0,515$, $p=0,035$) και τους πολίτες που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/ διδακτορικού ($M\Delta=0,757$, $p=0,004$). Επιπλέον, τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι απόφοιτοι ΙΕΚ έχουν χαμηλότερο επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητας έναντι του COVID-19 σε σύγκριση με τους απόφοιτους πρωτοβάθμιας/ δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($M\Delta=-0,308$, $p=0,030$), με τους πολίτες που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ ΤΕΙ ($M\Delta=-0,378$, $p=0,005$) και τους πολίτες που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/ διδακτορικού ($M\Delta=-0,551$, $p=0,000$).

Στον Πίνακα 15 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα των συγκρίσεων που πραγματοποιήθηκαν ως προς την οικογενειακή κατάσταση των πολιτών. Η ανάλυση ανέδειξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά, στη στάση των πολιτών απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας ($F=3,161$, $p=0,026$). Από τον Πίνακα 16 και τον έλεγχο LSD προκύπτει ότι οι άγαμοι είχαν αρνητικότερη στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας σε σύγκριση με τους έγγαμους ($M\Delta=-0,370$, $p=0,003$).

Πίνακας 15. Συγκρίσεις ως προς την οικογενειακή κατάσταση των πολιτών: ευρήματα στατιστικού κριτηρίου one-way ANOVA

		N	MT	TA	F	p
Αντιληπτή ευαισθησία	Άγαμος/η	64	3,6	0,8	1,954	0,122
	Έγγαμος/η	107	3,8	0,7		
	Διαζευγμένος/η	20	3,5	0,7		
	Χήρος/α	4	3,5	0,9		
Αντιληπτή σοβαρότητα	Άγαμος/η	64	3,2	0,8	2,529	0,059
	Έγγαμος/η	107	3,5	0,7		
	Διαζευγμένος/η	20	3,6	0,7		
	Χήρος/α	4	3,6	0,8		
Αντιληπτά οφέλη (εμβόλιο)	Άγαμος/η	64	3,1	1,2	1,542	0,205
	Έγγαμος/η	107	3,5	1,1		
	Διαζευγμένος/η	20	3,4	1,2		
	Χήρος/α	4	3,4	1,5		
Αντιληπτά εμπόδια (εμβόλιο)	Άγαμος/η	64	3,4	1,2	0,901	0,442
	Έγγαμος/η	107	3,2	1,1		
	Διαζευγμένος/η	20	3,2	1,0		
	Χήρος/α	4	2,7	1,5		
Ενδείξεις για δράση	Άγαμος/η	64	2,7	0,9	0,543	0,654
	Έγγαμος/η	107	2,9	0,8		
	Διαζευγμένος/η	20	3,0	0,6		
	Χήρος/α	4	2,8	0,5		

Αυτοαποτελεσματικ ότητα	Άγαμος/η	64	3,3	0,7	0,740	0,529
	Έγγαμος/η	107	3,5	0,6		
	Διαζευγμένος/η	20	3,4	0,5		
	Χήρος/α	4	3,2	0,8		
Στάση πολιτών απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας	Άγαμος/η	64	3,5	0,8	3,161	0,026
	Έγγαμος/η	107	3,9	0,8		
	Διαζευγμένος/η	20	3,9	0,8		
	Χήρος/α	4	3,9	0,4		
Τήρηση μέτρων	Άγαμος/η	64	3,3	0,8	1,553	0,202
	Έγγαμος/η	107	3,5	0,8		
	Διαζευγμένος/η	20	3,5	1,1		
	Χήρος/α	4	3,5	0,6		

Πίνακας 16. Αποτελέσματα ελέγχου πολλαπλών συγκρίσεων με το κριτήριο LSD στις περιπτώσεις που καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την οικογενειακή κατάσταση των πολιτών

			Μέση Διαφορά (ΜΔ)	P	95% Διάστημα εμπιστοσύνης	
					Κάτω όριο	Ανω όριο
Στάση πολιτών απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας	Άγαμος/η	Έγγαμος/η	-,370*	,003	-,612	-,127
		Διαζευγμένος/η	-,349	,081	-,742	,044
		Χήρος/α	-,309	,441	-1,100	,481
	Έγγαμος/η	Άγαμος/η	,370*	,003	,127	,612
		Διαζευγμένος/η	,020	,915	-,354	,394
		Χήρος/α	,060	,879	-,721	,842
	Διαζευγμένος/η	Άγαμος/η	,349	,081	-,044	,742
		Έγγαμος/η	-,020	,915	-,394	,354
		Χήρος/α	,040	,925	-,800	,880
	Χήρος/α	Άγαμος/η	,309	,441	-,481	1,100
Έγγαμος/η		-,060	,879	-,842	,721	
Διαζευγμένος/η		-,040	,925	-,880	,800	

*Σημαντική διαφορά σε επίπεδο $\alpha=0,05$

Στον Πίνακα 17 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα των συγκρίσεων που πραγματοποιήθηκαν ως προς το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα των πολιτών. Η ανάλυση ανέδειξε δύο στατιστικά σημαντικές διαφορές, στην αντιληπτή σοβαρότητα ($F=2,597$,

$p=0,038$), στα αντιληπτά οφέλη από τη λήψη εμβολίου ($F=4,452$, $p=0,002$). Για να διερευνηθεί μεταξύ ποιων εισοδημάτων υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις παραπάνω διαστάσεις πραγματοποιήθηκε ανάλυση πολλαπλών συγκρίσεων με τη χρήση του κριτηρίου LSD (Fisher's Least Significant Difference). Τα αποτελέσματα αυτών των συγκρίσεων δίνονται στον Πίνακα 18.

Πίνακας 17. Συγκρίσεις ως προς το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα των πολιτών: ευρήματα στατιστικού κριτηρίου one-way ANOVA

		N	MT	TA	F	p
Αντιληπτή ευαισθησία	Έως 5000 ευρώ	18	3,6	0,6	1,509	0,201
	5001-10000 ευρώ	41	3,7	0,8		
	10001-20000 ευρώ	66	3,6	0,8		
	20001-30000 ευρώ	41	4,0	0,7		
	Άνω των 30000 ευρώ	29	3,8	0,7		
Αντιληπτή σοβαρότητα	Έως 5000 ευρώ	18	3,0	1,0	2,597	0,038
	5001-10000 ευρώ	41	3,3	0,5		
	10001-20000 ευρώ	66	3,4	0,8		
	20001-30000 ευρώ	41	3,5	0,7		
	Άνω των 30000 ευρώ	29	3,6	0,8		
Αντιληπτά οφέλη (εμβόλιο)	Έως 5000 ευρώ	18	2,8	1,4	4,452	0,002
	5001-10000 ευρώ	41	3,1	1,2		
	10001-20000 ευρώ	66	3,3	1,1		
	20001-30000 ευρώ	41	3,5	1,0		
	Άνω των 30000 ευρώ	29	4,0	1,0		
Αντιληπτά εμπόδια (εμβόλιο)	Έως 5000 ευρώ	18	3,2	1,3	0,767	0,548
	5001-10000 ευρώ	41	3,3	1,3		
	10001-20000 ευρώ	66	3,3	1,0		
	20001-30000 ευρώ	41	3,2	1,0		
	Άνω των 30000 ευρώ	29	2,9	1,2		
Ενδείξεις για δράση	Έως 5000 ευρώ	18	2,5	0,9	1,495	0,205
	5001-10000 ευρώ	41	2,7	0,9		
	10001-20000 ευρώ	66	3,0	0,9		
	20001-30000 ευρώ	41	2,9	0,7		
	Άνω των 30000 ευρώ	29	2,8	0,7		
Αυτοαποτελεσματικότητα	Έως 5000 ευρώ	18	3,3	0,6	1,776	0,135
	5001-10000 ευρώ	41	3,3	0,6		
	10001-20000 ευρώ	66	3,3	0,7		
	20001-30000 ευρώ	41	3,5	0,6		
	Άνω των 30000 ευρώ	29	3,6	0,6		
Στάση πολιτών απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας	Έως 5000 ευρώ	18	3,5	1,1	2,256	0,065
	5001-10000 ευρώ	41	3,7	0,7		
	10001-20000 ευρώ	66	3,7	0,8		
	20001-30000 ευρώ	41	4,0	0,7		
	Άνω των 30000 ευρώ	29	4,0	0,7		

Τήρηση μέτρων	Έως 5000 ευρώ	18	3,0	1,1	2,084	0,085
	5001-10000 ευρώ	41	3,4	0,8		
	10001-20000 ευρώ	66	3,5	0,9		
	20001-30000 ευρώ	41	3,6	0,7		
	Άνω των 30000 ευρώ	29	3,6	0,8		

Τα αποτελέσματα από την ανάλυση μέσω του ελέγχου πολλαπλών συγκρίσεων LSD (Πίνακας 18) έδειξαν πως οι πολίτες που είχαν εισόδημα έως 5.000 ευρώ έχουν στατιστικά σημαντικά μικρότερο επίπεδο αντιληπτής σοβαρότητας για τον COVID-19 σε σύγκριση με τους πολίτες που είχαν εισόδημα από 10.001 έως 20.000 ευρώ ($M\Delta=-0,412, p=0,036$), που είχαν εισόδημα από 20.001 έως 30.000 ευρώ ($M\Delta=-0,514, p=0,014$) και εκείνους που είχαν εισόδημα άνω των 30.000 ευρώ ($M\Delta=-0,626, p=0,005$). Επιπλέον, τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι πολίτες που είχαν εισόδημα από 5.001 έως 10.000 ευρώ έχουν σημαντικό μικρότερο επίπεδο αντιληπτής σοβαρότητας για τον COVID-19 σε σύγκριση με τους πολίτες που είχαν εισόδημα άνω των 30.000 ευρώ ($M\Delta=-0,356, p=0,047$).

Παρόμοια, η ανάλυση έδειξε ότι οι πολίτες που είχαν εισόδημα έως 5.000 ευρώ έχουν στατιστικά σημαντικά μικρότερο επίπεδο αντιληπτών ωφελειών από τον εμβολιασμό έναντι του COVID-19 σε σύγκριση με τους πολίτες που είχαν εισόδημα από 20.001 έως 30.000 ευρώ ($M\Delta=-0,745, p=0,020$) και τους που είχαν εισόδημα άνω των 30.000 ευρώ ($M\Delta=-1,234, p=0,000$). Επιπλέον, τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι πολίτες που είχαν εισόδημα από 5.001 έως 10.000 ευρώ έχουν στατιστικά σημαντικά μικρότερο επίπεδο αντιληπτών ωφελειών από τον εμβολιασμό έναντι του COVID-19 σε σύγκριση με τους πολίτες που είχαν εισόδημα άνω των 30.000 ευρώ ($M\Delta=-0,898, p=0,001$). Τέλος, οι πολίτες που είχαν εισόδημα από 10.001 έως 20.000 ευρώ έχουν στατιστικά σημαντικά μικρότερο επίπεδο αντιληπτών ωφελειών από τον εμβολιασμό έναντι του COVID-19 σε σύγκριση με τους πολίτες που είχαν εισόδημα άνω των 30.000 ευρώ ($M\Delta=-0,738, p=0,004$).

Πίνακας 18. Αποτελέσματα ελέγχου πολλαπλών συγκρίσεων με το κριτήριο LSD στις περιπτώσεις που καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα των πολιτών

	Μέση Διαφορά (MΔ)	p	95% Διάστημα εμπιστοσύνης	
			Κάτω όριο	Άνω όριο

Αντιληπτή σοβαρότητα	Έως 5.000 ευρώ	5.001-10.000 ευρώ	-,270	,195	-,679	,139
		10.001-20.000 ευρώ	-,412*	,036	-,797	-,027
		20.001-30.000 ευρώ	-,514*	,014	-,923	-,105
		Άνω των 30.000 ευρώ	-,626*	,005	-1,060	-,192
5.001-10.000 ευρώ	Έως 5.000 ευρώ	5.001-10.000 ευρώ	,270	,195	-,139	,679
		10.001-20.000 ευρώ	-,142	,333	-,429	,146
		20.001-30.000 ευρώ	-,244	,134	-,564	,076
		Άνω των 30.000 ευρώ	-,356*	,047	-,707	-,005
10.001-20.000 ευρώ	Έως 5.000 ευρώ	5.001-10.000 ευρώ	,412*	,036	,027	,797
		10.001-20.000 ευρώ	,142	,333	-,146	,429
		20.001-30.000 ευρώ	-,102	,484	-,390	,186
		Άνω των 30.000 ευρώ	-,214	,191	-,537	,108
20.001-30.000 ευρώ	Έως 5.000 ευρώ	5.001-10.000 ευρώ	,514*	,014	,105	,923
		10.001-20.000 ευρώ	,244	,134	-,076	,564
		20.001-30.000 ευρώ	,102	,484	-,186	,390
		Άνω των 30.000 ευρώ	-,112	,530	-,463	,239
Άνω των 30.000 ευρώ	Έως 5.000 ευρώ	5.001-10.000 ευρώ	,626*	,005	,192	1,060
		10.001-20.000 ευρώ	,356*	,047	,005	,707
		20.001-30.000 ευρώ	,214	,191	-,108	,537
		Άνω των 30.000 ευρώ	,112	,530	-,239	,463
Αντιληπτά οφέλη (εμβόλιο)	Έως 5.000 ευρώ	5.001-10.000 ευρώ	-,336	,291	-,963	,290
		10.001-20.000 ευρώ	-,496	,098	-1,085	,093
		20.001-30.000 ευρώ	-,745*	,020	-1,372	-,118
		Άνω των 30.000 ευρώ	-1,234*	,000	-1,899	-,569
5.001-10.000 ευρώ	Έως 5.000 ευρώ	5.001-10.000 ευρώ	,336	,291	-,290	,963
		10.001-20.000 ευρώ	-,160	,475	-,600	,281
		20.001-30.000 ευρώ	-,409	,101	-,898	,081
		Άνω των 30.000 ευρώ	-,898*	,001	-1,436	-,360
10.001-20.000 ευρώ	Έως 5.000 ευρώ	5.001-10.000 ευρώ	,496	,098	-,093	1,085
		10.001-20.000 ευρώ	,160	,475	-,281	,600
		20.001-30.000 ευρώ	-,249	,267	-,689	,192
		Άνω των 30.000 ευρώ	-,738*	,004	-1,232	-,244
20.001-30.000 ευρώ	Έως 5.000 ευρώ	5.001-10.000 ευρώ	,745*	,020	,118	1,372
		10.001-20.000 ευρώ	,409	,101	-,081	,898
		20.001-30.000 ευρώ	,249	,267	-,192	,689
		Άνω των 30.000 ευρώ	-,489	,074	-1,027	,048
Άνω των 30.000 ευρώ	Έως 5.000 ευρώ	5.001-10.000 ευρώ	1,234*	,000	,569	1,899
		10.001-20.000 ευρώ	,898*	,001	,360	1,436
		20.001-30.000 ευρώ	,738*	,004	,244	1,232
		Άνω των 30.000 ευρώ	,489	,074	-,048	1,027

*Σημαντική διαφορά σε επίπεδο $\alpha=0,05$

Στον Πίνακα 19 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα των συγκρίσεων που πραγματοποιήθηκαν ως προς το επίπεδο γενικής υγείας των πολιτών. Η ανάλυση ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές, στα αντιληπτά οφέλη από τη λήψη εμβολίου ($F=6,050$, $p=0,003$), στις ενδείξεις για δράση ($F=3,205$, $p=0,043$) και στη στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας ($F=6,788$, $p=0,000$). Για να καταγραφεί μεταξύ ποιων επιπέδων υγείας υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις παραπάνω διαστάσεις πραγματοποιήθηκε ανάλυση πολλαπλών συγκρίσεων με χρήση του κριτηρίου LSD (Fisher's Least Significant Difference). Τα αποτελέσματα αυτών των συγκρίσεων δίνονται στον Πίνακα 20.

Πίνακας 19. Συγκρίσεις ως προς το επίπεδο γενικής υγείας των πολιτών: ευρήματα στατιστικού κριτηρίου one-way ANOVA

		N	ΜΤ	ΤΑ	F	p
Αντιληπτή ευαισθησία	Πολύ κακό/ Κακό	17	3,5	0,8	1,519	0,221
	Μέτριο	37	3,9	0,7		
	Καλό/ Πολύ καλό-Άριστο	141	3,7	0,7		
Αντιληπτή σοβαρότητα	Πολύ κακό/ Κακό	17	3,1	0,6	2,625	0,075
	Μέτριο	37	3,2	0,8		
	Καλό/ Πολύ καλό-Άριστο	141	3,5	0,7		
Αντιληπτά οφέλη (εμβόλιο)	Πολύ κακό/ Κακό	17	2,7	1,4	6,050	0,003
	Μέτριο	37	3,0	1,1		
	Καλό/ Πολύ καλό-Άριστο	141	3,5	1,1		
Αντιληπτά εμπόδια (εμβόλιο)	Πολύ κακό/ Κακό	17	3,3	1,3	1,290	0,278
	Μέτριο	37	3,5	1,1		
	Καλό/ Πολύ καλό-Άριστο	141	3,1	1,1		
Ενδείξεις για δράση	Πολύ κακό/ Κακό	17	2,5	0,8	3,205	0,043
	Μέτριο	37	2,7	0,9		
	Καλό/ Πολύ καλό-Άριστο	141	2,9	0,8		
Αυτοαποτελεσματικότη ητα	Πολύ κακό/ Κακό	17	3,2	0,6	2,030	0,134
	Μέτριο	37	3,3	0,6		
	Καλό/ Πολύ καλό-Άριστο	141	3,5	0,7		
Στάση πολιτών απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας	Πολύ κακό/ Κακό	17	3,4	0,7	6,788	0,000
	Μέτριο	37	3,5	0,9		
	Καλό/ Πολύ καλό-Άριστο	141	3,9	0,7		
Τήρηση μέτρων	Πολύ κακό/ Κακό	17	3,2	1,2	1,901	0,152
	Μέτριο	37	3,3	0,9		
	Καλό/ Πολύ καλό-Άριστο	141	3,5	0,8		

Τα αποτελέσματα από την ανάλυση μέσω του ελέγχου πολλαπλών συγκρίσεων LSD (Πίνακας 20) έδειξαν πως οι πολίτες που είχαν πολύ καλό/ πολύ καλό-άριστο επίπεδο υγείας αναγνώριζαν σε μεγαλύτερο βαθμό τα οφέλη του εμβολιασμού σε σύγκριση με πολίτες με κακό/ πολύ κακό επίπεδο υγείας (ΜΔ=0,818, p=0,005) και σε σύγκριση με πολίτες με μέτριο επίπεδο υγείας (ΜΔ=0,512, p=0,015). Επιπλέον, οι πολίτες που είχαν πολύ καλό/ πολύ καλό-άριστο επίπεδο υγείας επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από το περιβάλλον τους για δράση έναντι του COVID-19 σε σύγκριση με πολίτες με κακό/ πολύ κακό επίπεδο υγείας (ΜΔ=0,443, p=0,034). Τέλος, οι πολίτες που είχαν πολύ καλό/ πολύ καλό-άριστο επίπεδο υγείας είχαν θετικότερη στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας σε σύγκριση με πολίτες με κακό/ πολύ κακό επίπεδο υγείας (ΜΔ=0,499, p=0,012) και σε σύγκριση με πολίτες με μέτριο επίπεδο υγείας (ΜΔ=0,430, p=0,003).

Πίνακας 20. Αποτελέσματα ελέγχου πολλαπλών συγκρίσεων με το κριτήριο LSD στις περιπτώσεις που καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το επίπεδο γενικής υγείας των πολιτών

				Μέση Διαφορά (ΜΔ)	p	95% Διάστημα εμπιστοσύνης	
						Κάτω όριο	Άνω όριο
Αντιληπτά οφέλη (εμβόλιο)	Πολύ κακό/ Κακό	Μέτριο		-,306	,357	-,962	,349
		Καλό/ Πολύ καλό- Άριστο		-,818*	,005	-1,392	-,244
	Μέτριο	Πολύ κακό/ Κακό		,306	,357	-,349	,962
		Καλό/ Πολύ καλό- Άριστο		-,512*	,015	-,925	-,099
Ενδείξεις για δράση	Πολύ κακό/ Κακό	Μέτριο		-,194	,413	-,661	,273
		Καλό/ Πολύ καλό- Άριστο		-,443*	,034	-,852	-,034
	Μέτριο	Πολύ κακό/ Κακό		,194	,413	-,273	,661
		Καλό/ Πολύ καλό- Άριστο		-,249	,097	-,543	,046
	Καλό/ Πολύ καλό-Άριστο	Πολύ κακό/ Κακό		,818*	,005	,244	1,392
		Μέτριο		,512*	,015	,099	,925
	Καλό/ Πολύ καλό-Άριστο	Πολύ κακό/ Κακό		,443*	,034	,034	,852
		Μέτριο		,249	,097	-,046	,543
		Μέτριο		-,007	,979	-,525	,511

Αντιληπτά οφέλη (μέτρα)	Πολύ κακό/ Κακό	Καλό/ Πολύ καλό- Άριστο	-,580*	,013	-1,034	-,126
	Μέτριο	Πολύ κακό/ Κακό	,007	,979	-,511	,525
		Καλό/ Πολύ καλό- Άριστο	-,573*	,001	-,900	-,247
	Καλό/ Πολύ καλό-Άριστο	Πολύ κακό/ Κακό	,580*	,013	,126	1,034
		Μέτριο	,573*	,001	,247	,900
Στάση πολιτών απέναντι στα μέτρα	Πολύ κακό/ Κακό	Μέτριο	-,069	,758	-,513	,375
		Καλό/ Πολύ καλό- Άριστο	-,499*	,012	-,888	-,110
ατομικής προστασίας	Μέτριο	Πολύ κακό/ Κακό	,069	,758	-,375	,513
		Καλό/ Πολύ καλό- Άριστο	-,430*	,003	-,709	-,150
	Καλό/ Πολύ καλό-Άριστο	Πολύ κακό/ Κακό	,499*	,012	,110	,888
		Μέτριο	,430*	,003	,150	,709

Στον Πίνακα 21 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα των συγκρίσεων που πραγματοποιήθηκαν ως προς τη συχνότητα με την οποία οι πολίτες επισκέπτονταν την εκκλησία. Η ανάλυση έδειξε ότι η σχέση των πολιτών με την εκκλησία, όπως αυτή καταγράφεται από τη συχνότητα επίσκεψης, δεν επηρεάζει τη στάση τους για τον εμβολιασμό ή τα μέτρα ατομικής προστασίας.

Πίνακας 21. Συγκρίσεις ως προς τη συχνότητα επίσκεψης σε εκκλησία: ευρήματα στατιστικού κριτηρίου one-way ANOVA

		N	ΜΤ	ΤΑ	F	p
Αντιληπτή ευαισθησία	Ποτέ	20	3,9	0,5	0,551	0,698
	Σπάνια	60	3,7	0,7		
	Κάποιες φορές/ Περιστασιακά	63	3,7	0,8		
	Συχνά	40	3,7	0,8		
	Πολύ συχνά	12	3,9	0,8		
Αντιληπτή σοβαρότητα	Ποτέ	20	3,4	0,7	1,393	0,238
	Σπάνια	60	3,3	0,7		
	Κάποιες φορές/ Περιστασιακά	63	3,3	0,8		
	Συχνά	40	3,6	0,7		
	Πολύ συχνά	12	3,6	0,8		
Αντιληπτά οφέλη (εμβόλιο)	Ποτέ	20	3,6	1,0	0,317	0,866
	Σπάνια	60	3,4	1,1		
	Κάποιες φορές/ Περιστασιακά	63	3,3	1,2		
	Συχνά	40	3,4	1,2		
	Πολύ συχνά	12	3,2	1,3		
	Ποτέ	20	3,1	1,2	0,891	0,470

Αντιληπτά εμπόδια (εμβόλιο)	Σπάνια	60	3,1	1,0		
	Κάποιες φορές/ Περιστασιακά	63	3,3	1,1		
	Συχνά	40	3,1	1,2		
	Πολύ συχνά	12	3,8	1,3		
Ενδείξεις για δράση	Ποτέ	20	2,7	0,9	1,067	0,374
	Σπάνια	60	2,9	0,7		
	Κάποιες φορές/ Περιστασιακά	63	2,9	0,8		
	Συχνά	40	2,7	0,9		
	Πολύ συχνά	12	2,5	1,1		
Αυτοαποτελεσματικ ότητα	Ποτέ	20	3,5	0,6	0,286	0,887
	Σπάνια	60	3,4	0,7		
	Κάποιες φορές/ Περιστασιακά	63	3,4	0,6		
	Συχνά	40	3,4	0,7		
	Πολύ συχνά	12	3,4	0,8		
Στάση πολιτών απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας	Ποτέ	20	3,7	0,8	0,243	0,914
	Σπάνια	60	3,8	0,7		
	Κάποιες φορές/ Περιστασιακά	63	3,8	0,9		
	Συχνά	40	3,9	0,8		
	Πολύ συχνά	12	3,8	0,9		
Τήρηση μέτρων	Ποτέ	20	3,4	0,7	1,469	0,213
	Σπάνια	60	3,3	0,9		
	Κάποιες φορές/ Περιστασιακά	63	3,4	0,8		
	Συχνά	40	3,7	0,7		
	Πολύ συχνά	12	3,6	1,3		

Στον Πίνακα 22 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα των συγκρίσεων που πραγματοποιήθηκαν ως προς το αν οι πολίτες αντιμετώπιζαν πρόβλημα υγείας που θεωρείται παράγοντας κινδύνου για τον COVID-19. Η ανάλυση έδειξε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ πολιτών με πρόβλημα υγείας που θεωρείται παράγοντας κινδύνου για τον COVID-19 και πολιτών χωρίς πρόβλημα υγείας που θεωρείται παράγοντας κινδύνου ($p > 0,05$ σε όλες τις συγκρίσεις).

Πίνακας 22. Συγκρίσεις ως προς το αν οι πολίτες αντιμετώπιζαν πρόβλημα υγείας που θεωρείται παράγοντας κινδύνου για τον COVID-19: ευρήματα στατιστικού κριτηρίου t-test

	Πρόβλημα Υγείας	N	MT	TA	t	p
Αντιληπτή ευαισθησία	Ναι	24	4,0	0,7	1,811	0,072
	Όχι	171	3,7	0,7		
Αντιληπτή σοβαρότητα	Ναι	24	3,4	0,8	0,379	0,705

	Όχι	171	3,4	0,7		
Αντιληπτά οφέλη	Ναι	24	3,1	1,3	-1,200	0,232
(εμβόλιο)	Όχι	171	3,4	1,1		
Αντιληπτά εμπόδια	Ναι	24	3,5	1,3	1,118	0,265
(εμβόλιο)	Όχι	171	3,2	1,1		
Ενδείξεις για δράση	Ναι	24	2,6	0,9	-1,788	0,075
	Όχι	171	2,9	0,8		
Αυτοαποτελεσματικότη ητα	Ναι	24	3,4	0,6	-0,019	0,985
	Όχι	171	3,4	0,6		
Αντιληπτά οφέλη	Ναι	24	3,8	1,2	-0,843	0,400
(μέτρα)	Όχι	171	3,9	0,9		
Τήρηση μέτρων	Ναι	24	3,6	1,0	1,191	0,235
	Όχι	171	3,4	0,8		
Στάση πολιτών	Ναι	24	3,7	1,0	-0,676	0,500
απέναντι στα μέτρα	Όχι	171	3,8	0,8		
ατομικής προστασίας						

Στον Πίνακα 23 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα των συγκρίσεων που πραγματοποιήθηκαν ως προς το αν οι πολίτες είχαν νοσήσει από COVID-19. Η ανάλυση έδειξε ότι οι πολίτες που είχαν νοσήσει από COVID-19 αναγνωρίζουν σε μικρότερο βαθμό τα οφέλη του εμβολιασμού ($t=-2,894$, $p=0,004$) και αναγνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τα εμπόδια του εμβολιασμού ($t=2,306$, $p=0,022$). Παρόμοια, οι πολίτες που είχαν νοσήσει από COVID-19 τηρούσαν σε μικρότερο βαθμό τα μέτρα ατομικής προστασίας ($t=-2,010$, $p=0,046$) και είχαν αρνητικότερη στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας ($t=-3,120$, $p=0,002$).

Πίνακας 23. Συγκρίσεις ως προς το αν οι πολίτες είχαν νοσήσει από COVID-19: ευρήματα στατιστικού κριτηρίου t-test

	Νόσηση	N	ΜΤ	ΤΑ	t	p
Αντιληπτή ευαισθησία	Ναι	116	3,8	0,7	0,248	0,804
	Όχι	77	3,7	0,8		
Αντιληπτή σοβαρότητα	Ναι	116	3,3	0,8	-1,867	0,063
	Όχι	77	3,5	0,7		

Αντιληπτά οφέλη (εμβόλιο)	Ναι	116	3,2	1,2	-2,894	0,004
	Όχι	77	3,7	1,0		
Αντιληπτά εμπόδια (εμβόλιο)	Ναι	116	3,4	1,2	2,306	0,022
	Όχι	77	3,0	1,0		
Ενδείξεις για δράση	Ναι	116	2,7	0,9	-1,904	0,058
	Όχι	77	3,0	0,7		
Αυτοαποτελεσματικότη ητα	Ναι	116	3,4	0,7	-0,905	0,366
	Όχι	77	3,5	0,6		
Τήρηση μέτρων	Ναι	116	3,4	0,9	-2,010	0,046
	Όχι	77	3,6	0,8		
Στάση πολιτών απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας	Ναι	116	3,7	0,8	-3,120	0,002
	Όχι	77	4,0	0,6		

Τέλος, στον Πίνακα 24 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα των συγκρίσεων που πραγματοποιήθηκαν ως προς το αν οι πολίτες είχαν εμβολιαστεί κατά του COVID-19. Η ανάλυση έδειξε ότι οι πολίτες που είχαν εμβολιαστεί κατά του COVID-19 αναγνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τα οφέλη του εμβολιασμού ($t=8,382$, $p=0,000$), αναγνωρίζουν σε μικρότερο βαθμό τα εμπόδια του εμβολιασμού ($t=-6,037$, $p=0,000$) και αναγνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό την ευαισθησία τους έναντι του COVID-19 ($t=2,715$, $p=0,007$) και τη σοβαρότητα του COVID-19 ($t=3,187$, $p=0,002$). Παρόμοια, οι πολίτες που είχαν εμβολιαστεί από COVID-19 τηρούσαν σε μικρότερο βαθμό τα μέτρα ατομικής προστασίας ($t=-2,010$, $p=0,046$) και είχαν αρνητικότερη στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας ($t=-3,120$, $p=0,002$). Επιπλέον, οι πολίτες που είχαν εμβολιαστεί από COVID-19 είχαν υψηλότερο επίπεδο ενδείξεων για δράση ($t=3,956$, $p=0,000$), υψηλότερο επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητας έναντι του COVID-19 ($t=2,449$, $p=0,015$) και είχαν θετικότερη στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας ($t=2,535$, $p=0,012$).

Πίνακας 24. Συγκρίσεις ως προς το αν οι πολίτες είχαν εμβολιαστεί κατά του COVID-19: ευρήματα στατιστικού κριτηρίου t-test

Εμβόλιο	N	MT	TA	t	p
---------	---	----	----	---	---

Αντιληπτή ευαισθησία	Ναι	163	3,8	0,7	2,715	0,007
	Όχι	27	3,4	0,6		
Αντιληπτή σοβαρότητα	Ναι	163	3,5	0,7	3,187	0,002
	Όχι	27	3,0	0,8		
Αντιληπτά οφέλη (εμβόλιο)	Ναι	163	3,6	1,0	8,382	0,000
	Όχι	27	1,9	0,9		
Αντιληπτά εμπόδια (εμβόλιο)	Ναι	163	3,0	1,1	-6,037	0,000
	Όχι	27	4,3	0,7		
Ενδείξεις για δράση	Ναι	163	2,9	0,8	3,956	0,000
	Όχι	27	2,3	0,8		
Αυτοαποτελεσματικότητα	Ναι	163	3,4	0,6	2,449	0,015
	Όχι	27	3,1	0,8		
Τήρηση μέτρων	Ναι	163	3,5	0,8	1,905	0,058
	Όχι	27	3,2	0,8		
Στάση πολιτών απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας	Ναι	163	3,9	0,7	2,535	0,012
	Όχι	27	3,5	0,8		

5.7 Διερεύνηση παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση για λήψη εμβολίου κατά του COVID-19 και τη στάση των πολιτών έναντι των μέτρων ατομικής προστασίας

Στην επόμενη ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μονομεταβλητής ανάλυσης της συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας με σκοπό να αναδειχθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση για τη λήψη εμβολίου κατά του COVID-19 και τη στάση των πολιτών έναντι των μέτρων ατομικής προστασίας. Στον Πίνακα 25 δίνονται τα αποτελέσματα της συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης του Pearson. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η αντιληπτή ευαισθησία σχετίζεται θετικά με την αντιληπτή σοβαρότητα ($r=0,298$, $p=0,000$), τα αντιληπτά οφέλη του εμβολίου ($r=0,314$, $p=0,000$), την αυτοαποτελεσματικότητα έναντι του COVID-19 ($r=0,337$, $p=0,007$), την τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας ($r=0,257$, $p=0,000$) και τη στάση απέναντι στα μέτρα

ατομικής προστασίας ($r=0,194$, $p=0,006$). Αντίθετα, η αντιληπτή ευαισθησία σχετίζεται αρνητικά με τα αντιληπτά εμπόδια έναντι του εμβολιασμού ($r=-0,286$, $p=0,000$).

Επιπρόσθετα, η ανάλυση έδειξε πως η αντιληπτή σοβαρότητα σχετίζεται θετικά με τα αντιληπτά οφέλη του εμβολίου ($r=0,654$, $p=0,000$), την αυτοαποτελεσματικότητα έναντι του COVID-19 ($r=0,373$, $p=0,007$), τις ενδείξεις για δράση ($r=0,276$, $p=0,000$) την τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας ($r=0,624$, $p=0,000$) και τη στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας ($r=0,486$, $p=0,006$), ενώ σχετίζεται αρνητικά με τα αντιληπτά εμπόδια έναντι του εμβολιασμού ($r=-0,312$, $p=0,000$). Αντίστοιχα, τα αντιληπτά οφέλη του εμβολίου σχετίζονται θετικά με την αυτοαποτελεσματικότητα έναντι του COVID-19 ($r=0,439$, $p=0,007$), τις ενδείξεις για δράση ($r=0,396$, $p=0,000$) την τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας ($r=0,594$, $p=0,000$) και τη στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας ($r=0,381$, $p=0,006$), ενώ σχετίζεται αρνητικά με τα αντιληπτά εμπόδια έναντι του εμβολιασμού ($r=-0,484$, $p=0,000$).

Από τον Πίνακα 25 προκύπτει ότι τα αντιληπτά εμπόδια έναντι του εμβολιασμού σχετίζονται αρνητικά με την αυτοαποτελεσματικότητα έναντι του COVID-19 ($r=-0,445$, $p=0,007$) και την τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας ($r=-0,259$, $p=0,000$) ενώ οι ενδείξεις για δράση σχετίζονται θετικά με την τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας ($r=0,256$, $p=0,000$) και τη στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας ($r=0,235$, $p=0,001$). Παρόμοια, η αυτοαποτελεσματικότητα σχετίζεται θετικά με την τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας ($r=0,526$, $p=0,000$) και τη στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας ($r=0,261$, $p=0,001$). Τέλος, η στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας σχετίζεται θετικά με την τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας ($r=0,566$, $p=0,000$).

Πίνακας 25. Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας με χρήση του συντελεστή συσχέτισης του Pearson

		1	2	3	4	5	6	7	8
1. Αντιληπτή ευαισθησία	r	1	,298**	,314**	-,286**	,040	,337**	,257**	,194**
	p		,000	,000	,000	,582	,000	,000	,006
	N	195	195	195	195	195	195	195	195
2. Αντιληπτή σοβαρότητα	r		1	,654**	-,312**	,276**	,373**	,624**	,468**

	p		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	195	195	195	195	195	195	195
3.	Αντιληπτά οφέλη (εμβόλιο)	r	1	-,484**	,396**	,439**	,594**	,381**
	p			,000	,000	,000	,000	,000
	N	195	195	195	195	195	195	195
4.	Αντιληπτά εμπόδια (εμβόλιο)	r	1	-,033	-,445**	-,259**		-,110
	p			,644	,000	,000		,124
	N		195	195	195	195	195	195
5.	Ενδείξεις για δράση	r			1	-,041	,256**	,235**
	p					,572	,000	,001
	N			195	195	195	195	195
6.	Αυτοαποτελεσματικότητα	r				1	,526**	,261**
	p						,000	,000
	N					195	195	195
7.	Στάση πολιτών απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας	r					1	,566**
	p							,000
	N						195	195
8.	Τήρηση μέτρων	r						1
	p							
	N							195

Στον Πίνακα 26 δίνονται τα αποτελέσματα της λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το αν οι πολίτες επέλεξαν να εμβολιαστούν ή όχι και ανεξάρτητες μεταβλητές τις διαστάσεις του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία. Η ανάλυση έδειξε ότι σημαντικές προβλεπτικές μεταβλητές της λήψης εμβολίου έναντι του COVID-19 είναι τα αντιληπτά οφέλη ($B=1,699$, $p=0,000$, $\text{Exp}(B)=5,469$) και τα αντιληπτά εμπόδια ($b=-0,836$, $p=0,006$, $\text{Exp}(B)=0,433$). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το αυξημένο επίπεδο αντιληπτών ωφελειών σχετίζεται με μία αυξημένη πιθανότητα να λάβει κάποιος πολίτης το εμβόλιο έναντι του COVID-19, ενώ αντίθετα το αυξημένο επίπεδο αντιληπτών

εμποδίων (παρενεργειών) σχετίζεται με μία μειωμένη πιθανότητα να λάβει κάποιος πολίτης το εμβόλιο έναντι του COVID-19. Αναλυτικά, η αύξηση του επιπέδου αντιληπτών ωφελειών κατά μια μονάδα (σε κλίμακα από 1 έως 5) συνδέεται με 5,469 μεγαλύτερη πιθανότητα να κάνει κάποιος το εμβόλιο έναντι του COVID-19. Αντίθετα, η αύξηση του επιπέδου αντιληπτών εμποδίων κατά μια μονάδα (σε κλίμακα από 1 έως 5) συνδέεται με 2,309 ($1/0,433=2,309$) μικρότερη πιθανότητα να κάνει κάποιος το εμβόλιο έναντι του COVID-19.

Πίνακας 26. Αποτελέσματα λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το αν οι πολίτες επέλεξαν να εμβολιαστούν ή όχι και ανεξάρτητες μεταβλητές τις διαστάσεις του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης B	
							Κάτω όριο	Άνω όριο
Αντιληπτή ευαισθησία	,209	,386	,294	1	,588	1,233	,578	2,627
Αντιληπτή σοβαρότητα	-,975	,503	3,751	1	,053	,377	,141	1,012
Αντιληπτά οφέλη (εμβόλιο)	1,699	,442	14,752	1	,000	5,469	2,298	13,015
Αντιληπτά εμπόδια (εμβόλιο)	-,836	,307	7,416	1	,006	,433	,237	,791
Ενδείξεις για δράση	,326	,351	,863	1	,353	1,386	,696	2,759
Αυτοαποτελεσματικότητα	-,710	,514	1,906	1	,167	,492	,179	1,347
Constant	3,912	2,634	2,205	1	,138	50,011		

Στον Πίνακα 27 δίνονται τα αποτελέσματα της λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη στάση των πολιτών και ανεξάρτητες μεταβλητές τις διαστάσεις του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία. Η ανάλυση έδειξε ότι σημαντικές προβλεπτικές μεταβλητές της στάσης των πολιτών έναντι των μέτρων ατομικής προστασίας είναι η αντιληπτή σοβαρότητα ($b=0,529$, $p=0,000$) και η αυτοαποτελεσματικότητα ($b=0,424$, $p=0,000$). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το αυξημένο επίπεδο αντιληπτής σοβαρότητας και το αυξημένο επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητας προβλέπουν θετικότερη στάση έναντι των μέτρων ατομικής προστασίας. Αναλυτικότερα, η αύξηση του επιπέδου αντιληπτής σοβαρότητας κατά μια μονάδα (σε κλίμακα από 1 έως 5) συνδέεται με την αύξηση της στάσης των πολιτών έναντι των μέτρων ατομικής προστασίας κατά 0,529 μονάδες (σε κλίμακα από 1 έως 5). Παρόμοια, η αύξηση του επιπέδου αυτοαποτελεσματικότητας κατά μια μονάδα (σε

κλίμακα από 1 έως 5) συνδέεται με αύξηση της στάσης των πολιτών έναντι των μέτρων ατομικής προστασίας κατά 0,424 μονάδες (σε κλίμακα από 1 έως 5).

Πίνακας 27. Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη στάση των πολιτών και ανεξάρτητες μεταβλητές τις διαστάσεις του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία

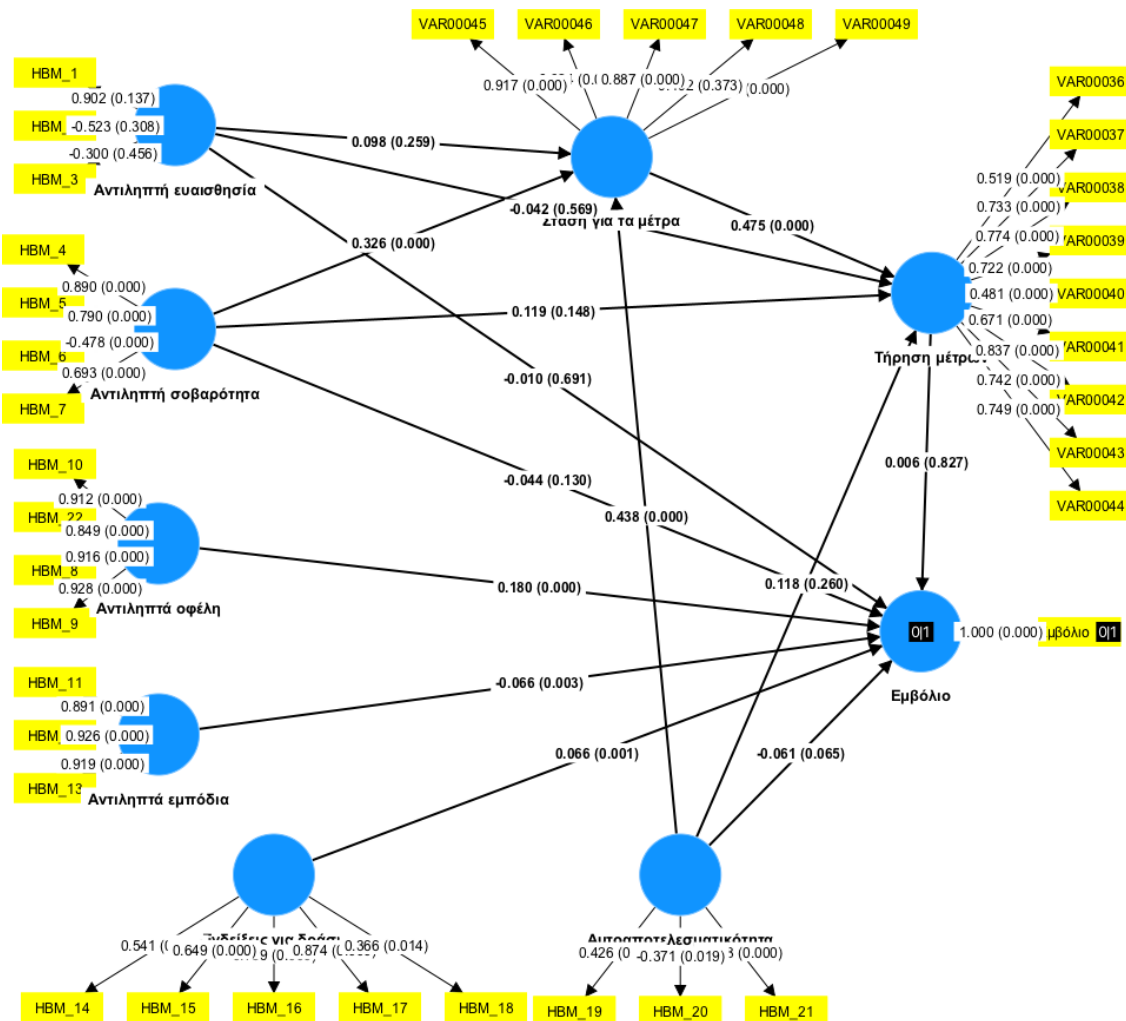
	Unstandardized		Standardized		t	Sig.
	Coefficients		Coefficients			
	B	Std. Error	Beta			
(Constant)	,581	,277			2,100	,037
Αντιληπτή ευαισθησία	-,007	,060	-,007		-,119	,905
Αντιληπτή σοβαρότητα	,529	,060	,499		8,769	,000
Αυτοαποτελεσματικότητα	,424	,071	,342		5,930	,000

5.8 Αποτελέσματα πολυμεταβλητής ανάλυσης SEM

Στην τελευταία ενότητα του κεφαλαίου δίνονται τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής ανάλυσης με τη μέθοδο SEM (Structural Equation Modelling). Στο Διάγραμμα 22 δίνονται αναλυτικά οι σχέσεις που μελετήθηκαν, οι συντελεστές που αφορούν τις κύριες επιδράσεις (path coefficients) και η σημαντικότητα των επιδράσεων (σε παρένθεση). Τα αναλυτικά αποτελέσματα δίνονται στον Πίνακα 28. Η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει:

- σημαντική αρνητική επίδραση των αντιληπτών εμποδίων στη λήψη εμβολίου έναντι του COVID-19 ($b=-0,066$, $t=3,023$, $p=0,003$)
- σημαντική θετική επίδραση των αντιληπτών ωφελειών του εμβολίου στη λήψη εμβολίου έναντι του COVID-19 ($b=0,180$, $t=5,023$, $p=0,000$)
- σημαντική θετική επίδραση των ενδείξεων για δράση στη λήψη εμβολίου έναντι του COVID-19 ($b=0,066$, $t=3,197$, $p=0,001$)
- σημαντική θετική επίδραση της αντιληπτής σοβαρότητας του COVID-19 στη στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας ($b=0,326$, $t=4,887$, $p=0,000$)
- σημαντική θετική επίδραση της αντιληπτής σοβαρότητας του COVID-19 στην τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας ($b=0,274$, $t=3,097$, $p=0,002$)

- σημαντική θετική επίδραση της αυτοαποτελεσματικότητας έναντι του COVID-19 στη στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας ($b=0,438$, $t=5,615$, $p=0,000$)
- σημαντική θετική επίδραση της αυτοαποτελεσματικότητας έναντι του COVID-19 στην τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας ($b=0,326$, $t=3,366$, $p=0,001$)
- σημαντική θετική επίδραση της στάσης απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας στην τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας ($b=0,475$, $t=5,465$, $p=0,001$)



Διάγραμμα 22. Αποτελέσματα μοντέλου SEM

Πίνακας 28. Αποτελέσματα επιδράσεων του μοντέλου SEM με βάση τη μέθοδο bootstrapping 5.000 δειγμάτων

	Original sample (O)	Sample mean (M)	Standard deviation (STDEV)	T statistics (O/STDEV)	P values
Αντιληπτά εμπόδια -> Εμβόλιο	-0,066	-0,062	0,022	3,023	0,003
Αντιληπτά οφέλη -> Εμβόλιο	0,180	0,179	0,036	5,023	0,000
Αντιληπτή ευαισθησία -> Εμβόλιο	-0,010	-0,016	0,025	0,398	0,690

Αντιληπτή ευαισθησία -> Στάση για τα μέτρα	0,098	0,096	0,087	1,130	0,259
Αντιληπτή ευαισθησία -> Τήρηση μέτρων	0,005	-0,001	0,074	0,067	0,947
Αντιληπτή σοβαρότητα -> Εμβόλιο	-0,042	-0,041	0,029	1,462	0,144
Αντιληπτή σοβαρότητα -> Στάση για τα μέτρα	0,326	0,324	0,067	4,887	0,000
Αντιληπτή σοβαρότητα -> Τήρηση μέτρων	0,274	0,273	0,088	3,097	0,002
Αυτοαποτελεσματικότητα -> Εμβόλιο	-0,059	-0,059	0,031	1,873	0,061
Αυτοαποτελεσματικότητα -> Στάση για τα μέτρα	0,438	0,442	0,078	5,615	0,000
Αυτοαποτελεσματικότητα -> Τήρηση μέτρων	0,326	0,333	0,097	3,366	0,001
Ενδείξεις για δράση -> Εμβόλιο	0,066	0,071	0,021	3,197	0,001
Στάση για τα μέτρα -> Εμβόλιο	0,003	0,002	0,012	0,217	0,829
Στάση για τα μέτρα -> Τήρηση μέτρων	0,475	0,474	0,087	5,465	0,000
Τήρηση μέτρων -> Εμβόλιο	0,006	0,005	0,025	0,219	0,827

Συγκεντρωτικά, το μοντέλο του Διαγράμματος 22 ερμηνεύει το 33,2% της μεταβλητότητας της λήψης εμβολίου από τους πολίτες, το 53,4% της μεταβλητότητας της στάσης απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας και το 38,1% της μεταβλητότητας του επιπέδου τήρησης των μέτρων ατομικής προστασίας (Πίνακας 29).

Πίνακας 29. Αποτελέσματα ερμηνευτικής ικανότητας του μοντέλου SEM

	R-square	R-square adjusted
Εμβόλιο	0,356	0,332
Στάση για τα μέτρα	0,541	0,534
Τήρηση μέτρων	0,394	0,381

Κεφάλαιο 6 Συζήτηση και συμπεράσματα

6.1 Συζήτηση

Το ενδιαφέρον για τις θεωρίες που μπορούν να συνεισφέρουν στον σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων δημόσιας υγείας και προαγωγής της υγείας είναι υψηλό (Karl et al., 2022). Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στο τρέχον περιβάλλον όπου οι εκπρόσωποι της δημόσιας υγείας χρειάζονται πληροφορίες για αποτελεσματικές ενέργειες έναντι του COVID-19 (Bavel et al., 2020) που έχει επηρεάσει σοβαρά πολλές πτυχές της ζωής των ανθρώπων σε όλο τον κόσμο (Chan et al., 2021). Ταυτόχρονα, υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι συμπεριφορές που συνδέονται με την τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας και τη λήψη εμβολίου έναντι του COVID-19 διαμορφώνονται πολιτισμικά, απαιτώντας μια εστιασμένη εξέταση των αντιλήψεων και των συμπεριφορών εντός των αντίστοιχων πλαισίων τους (Karl et al., 2022). Στην παρούσα διπλωματική εργασία εστίασαμε σε ένα από τα πιο αποδεκτά θεωρητικά μοντέλα στη βιβλιογραφία, το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (HBM) (Rosenstock, 1974) με σκοπό να εξετάσουμε το κατά πόσο διάφορες αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού για τον COVID-19 επηρεάζουν τη στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας και τον εμβολιασμό. Το HBM αξιολογεί και προβλέπει συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία και βοηθά να εξηγηθούν οι επιπτώσεις των δημογραφικών παραγόντων στα πρότυπα συμπεριφοράς υγείας, τα οποία μπορούν να αλλάξουν μέσω της εκπαίδευσης για την υγεία (Alagili & Bamashmous, 2021). Το HBM εστιάζει στην αντίληψη κινδύνου, η οποία αξιολογείται από την αντιληπτή ευαισθησία του ατόμου σε νόσο, καθώς και από τη σοβαρότητα της νόσου, και στην αξιολόγηση της συμπεριφοράς, η οποία καθορίζεται από τα αντιληπτά οφέλη του ατόμου και τα εμπόδια στην υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς υγείας (Rosenstock, 1974). Το μοντέλο περιλαμβάνει επίσης ενδείξεις για δράση, κίνητρα υγείας των ατόμων να υιοθετήσουν μια συμπεριφορά υγείας και αυτο-αποτελεσματικότητα για να εκτελέσουν την απαιτούμενη συμπεριφορά (Seangpraw et al., 2022). Στοχεύοντας σε διάφορες πτυχές των βασικών δομών του μοντέλου, οι κυβερνήσεις μπορούν να βελτιώσουν την επικοινωνία τους και να αναπτύξουν αποτελεσματικά μέτρα για να ενθαρρύνουν τα μέλη του κοινού να υιοθετήσουν προληπτικές συμπεριφορές για τον COVID-19 (Shmueli, 2021).

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν πως από το σύνολο των 195 συμμετεχόντων, το 83,6% είχε εμβολιαστεί τουλάχιστον με μια δόση έναντι του COVID-

19. Παρόλα, αυτά τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι πολίτες αναγνωρίζουν σε μέτριο βαθμό τα οφέλη από τον εμβολιασμό (αντιληπτά οφέλη), ενώ έχουν κάποιες αμφιβολίες για την αποτελεσματικότητα των εμβολίων και τις πιθανές παρενέργειες που αυτό μπορεί να έχει (αντιληπτά εμπόδια). Οι πολίτες γενικότερα, φάνηκε να αναγνωρίζουν σε μέτριο βαθμό τη σοβαρότητα του COVID-19 (αντιληπτή σοβαρότητα), ενώ σε μέτριο βαθμό αναγνώρισαν ότι έχουν πιθανότητα να νοσήσουν (αντιληπτή ευαισθησία). Αναφορικά με τις ενδείξεις για δράση, παρατηρήθηκε ότι οι πολίτες δεν επηρεάζονται σημαντικά από επίσημες οδηγίες από το Υπουργείο Υγείας ή από την πληροφόρηση για το εμβόλιο, στην απόφασή τους να εμβολιαστούν. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι παρότι ένα μεγάλο μέρος του δείγματος είχε εμβολιαστεί, υπήρχαν αμφιβολίες για τα οφέλη των εμβολίων και τις παρενέργειές τους (Saghafi et al., 2021; Zewdie et al., 2022). Επίσης, οι πολίτες δε φαίνεται να αναγνωρίζουν τη σοβαρότητα της νόσησης από COVID-19 (Tao et al., 2021), ενώ δεν ανησυχούν από την πιθανότητα να κολλήσουν τον κορωνοϊό (Seangpraw et al., 2022; Wong et al., 2020).

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με τη στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι στα μέτρα προστασίας έναντι του COVID-19, έδειξαν πως οι πολίτες γενικά, έχουν μια θετική στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας, αλλά σε μέτριο βαθμό υιοθέτησαν τα προτεινόμενα μέτρα ατομικής προστασίας. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τα ευρήματα της βιβλιογραφίας, που δείχνουν σχετικά χαμηλή συμμόρφωση των πολιτών στα μέτρα ατομικής προστασίας (Kaspar & Nordmeyer, 2022; Mahajan et al., 2020; Meier et al., 2020). Η ανάλυση έδειξε ότι οι πολίτες τηρούν συχνότερα το μέτρο του πλυσίματος των χεριών και της χρήσης αντισηπτικών, ενώ σε μικρότερο βαθμό τηρούν το μέτρο της χρήσης μάσκας έξω από το σπίτι (σε εξωτερικό χώρο), της αποφυγής κοινωνικών συναθροίσεων, της τήρησης της απόστασης τουλάχιστον δύο μέτρων από άλλα άτομα και της απολύμανσης των επιφανειών πριν τη χρήση τους.

Από τις συγκρίσεις ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά προέκυψε πως οι γυναίκες αναγνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τον κίνδυνο να κολλήσουν ή και να νοσήσουν (αντιληπτή ευαισθησία), ενώ τηρούν και σε μεγαλύτερο βαθμό τα προτεινόμενα μέτρα ατομικής προστασίας. Επιπλέον, οι πολίτες μικρότερης ηλικίας αναγνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τον κίνδυνο να κολλήσουν ή και να νοσήσουν (αντιληπτή ευαισθησία), τον κίνδυνο από τη νόσηση (αντιληπτή σοβαρότητα), ενώ εκφράζουν σημαντικά περισσότερες αμφιβολίες για την αποτελεσματικότητα των εμβολίων (αντιληπτά εμπόδια) και τηρούν σε μικρότερο βαθμό τα μέτρα ατομικής προστασίας. Τα αποτελέσματα σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης έδειξαν πως οι

απόφοιτοι ΙΕΚ έχουν χαμηλότερο επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητας έναντι του COVID-19, ενώ εκφράζουν σημαντικά περισσότερες αμφιβολίες για την αποτελεσματικότητα των εμβολίων (αντιληπτά εμπόδια). Επιπρόσθετα, τα ευρήματα έδειξαν πως οι πολίτες με μικρότερο εισόδημα αναγνωρίζουν σε μικρότερο βαθμό τον κίνδυνο από τη νόσηση (αντιληπτή σοβαρότητα), ενώ αναγνωρίζουν σε μικρότερο βαθμό και τα οφέλη του εμβολιασμού (αντιληπτά οφέλη).

Τέλος, από την πολυμεταβλητή ανάλυση προέκυψε πως οι διαστάσεις του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία ερμηνεύουν ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό της μεταβλητότητας της λήψης εμβολίου, της τήρησης των μέτρων ατομικής προστασίας και της στάσης έναντι των μέτρων ατομικής προστασίας. Αναλυτικότερα, επιβεβαιώθηκε ότι τα αντιληπτά εμπόδια των εμβολίων επηρεάζουν αρνητικά στη λήψη εμβολίου έναντι του COVID-19 (Cai et al., 2022; Jones & Wallis, 2022; Mahmud et al., 2022) ενώ τα αντιληπτά οφέλη των εμβολίων (Seangpraw et al., 2022; Mahmud et al., 2022; Wong et al., 2021) και οι ενδείξεις για δράση (Seangpraw et al., 2022; Shmueli, 2021) επηρεάζουν θετικά στη λήψη εμβολίου έναντι του COVID-19. Αντίστοιχα, σημαντική επίδραση στην τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας έχει η αντιληπτή σοβαρότητα (Alagili & Bamashmous, 2021; Al-Metwali et al., 2021; Guidry et al., 2021), η αυτοαποτελεσματικότητα (Al-Metwali et al., 2021) και η στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας (Karimy et al., 2021; Karl et al., 2022).

6.2 Συμπεράσματα

Από τα αποτελέσματα της μελέτης προέκυψε ότι:

1. Οι πολίτες αναγνωρίζουν σε μέτριο προς μεγάλο βαθμό την πιθανότητα να νοσήσουν από COVID-19.
2. Οι πολίτες αναγνωρίζουν σε μέτριο βαθμό τη σοβαρότητα του COVID-19.
3. Οι πολίτες αναγνωρίζουν σε μέτριο βαθμό τα οφέλη από τον εμβολιασμό έναντι του COVID-19 και σε μέτριο βαθμό τα εμπόδια και τους πιθανούς κινδύνους των εμβολίων έναντι του COVID-19.
4. Οι πολίτες σε μέτριο προς μικρό βαθμό επηρεάζονται από τις ενδείξεις στο περιβάλλον τους για να εμβολιαστούν έναντι του COVID-19.

5. Οι πολίτες σε μέτριο βαθμό αναγνωρίζουν ότι έχουν την ικανότητα να ακολουθήσουν τις συστάσεις των ειδικών και να λειτουργήσουν προληπτικά έναντι του COVID-19.
6. Οι πολίτες γενικά, υιοθέτησαν σε μέτριο βαθμό τα προτεινόμενα μέτρα ατομικής προστασίας, αλλά έχουν μια θετική στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας.
7. Καταγράφηκαν σημαντικές διαφορές στη στάση των πολιτών ως προς το φύλο, την ηλικιακή ομάδα τους, το επίπεδο εκπαίδευσής τους, το εισόδημά τους, το αν νόσησαν από COVID-19 και το επίπεδο υγείας τους.
8. Σημαντικές παράμετροι στην πρόβλεψη της λήψης εμβολίου έναντι του COVID-19 είναι τα αντιληπτά εμπόδια και τα αντιληπτά οφέλη των εμβολίων, καθώς και οι ενδείξεις για δράση.
9. Σημαντικές παράμετροι στην πρόβλεψη της στάσης έναντι των μέτρων ατομικής προστασίας είναι η αντιληπτή σοβαρότητα για τον COVID-19, η ικανότητα να ακολουθήσουν τις συστάσεις των ειδικών και να λειτουργήσουν προληπτικά έναντι του COVID-19.
10. Σημαντικές παράμετροι στην πρόβλεψη της τήρησης των μέτρων ατομικής προστασίας είναι η αντιληπτή σοβαρότητα για τον COVID-19, η ικανότητα να ακολουθήσουν τις συστάσεις των ειδικών και να λειτουργήσουν προληπτικά έναντι του COVID-19 και η στάση έναντι των μέτρων.

6.3 Περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η παρούσα έρευνα χαρακτηρίζεται από αρκετούς περιορισμούς κυρίως μεθοδολογίας φύσης. Οι βασικότεροι περιορισμοί της έρευνας είναι (1) ότι το δείγμα επιλέχθηκε από συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή της Ελλάδας με χρήση δειγματοληψίας ευκολίας και (2) ότι το δείγμα είναι μικρό σε σχέση με το μέγεθος του πραγματικού πληθυσμού. Οι δύο αυτοί περιορισμοί επηρεάζουν την εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας, καθώς το δείγμα της έρευνας δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως αντιπροσωπευτικό του υπό μελέτη πληθυσμού. Με βάση αυτούς τους περιορισμούς θα ήταν καλό να πραγματοποιηθεί μια μεγαλύτερης έκτασης έρευνα σε πανελλαδικό επίπεδο με χρήση δείγματος που θα προκύψει από κάποια τεχνική δειγματοληψίας πιθανοτήτων. Μία τέτοια έρευνα θα είχε ως αποτέλεσμα την ανάδειξη αποτελεσμάτων που θα μπορούν να γενικευτούν στο σύνολο του πληθυσμού και να δώσουν μια

ασφαλέστερη εικόνα για τους παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση των πολιτών απέναντι στον εμβολιασμό και στα μέτρα ατομικής προστασίας.

Επιπρόσθετα, θα ήταν χρήσιμο σε μελλοντική έρευνα να ενσωματωθούν και άλλα θεωρητικά μοντέλα που μπορούν να εξηγήσουν ή και να προβλέψουν τη συμπεριφορά των πολιτών. Ένα τέτοιο μοντέλο μπορεί να είναι η Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior) που μπορεί να εισάγει επιπλέον παράγοντες με ισχυρή προβλεπτική ικανότητα στη συμπεριφορά του γενικού πληθυσμού.

Βιβλιογραφία

- Al-Metwali, B. Z., Al-Jumaili, A. A., Al-Alag, Z. A., & Sorofman, B. (2021). Exploring the acceptance of COVID -19 vaccine among healthcare workers and general population using health belief model. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(5), 1112–1122. <https://doi.org/10.1111/jep.13581>
- Alagili, D. E., & Bamashmous, M. (2021). The Health Belief Model as an explanatory framework for COVID-19 prevention practices. *Journal of Infection and Public Health*, 14(10), 1398–1403. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2021.08.024>
- Batova, T. (2021). To Wear or Not to Wear: A Commentary on Mistrust in Public Comments to CDC Tweets about Mask-Wearing during COVID19. *International Journal of Business Communication*, 59(2), 287–308. <https://doi.org/10.1177/23294884211008584>
- Bavel, J., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., Crockett, M. J., Crum, A. J., Douglas, K. M., Druckman, J. N., Drury, J., Dube, O., Ellemers, N., Finkel, E. J., Fowler, J. H., Gelfand, M., Han, S., Haslam, S. A., Jetten, J., Kitayama, S., ... Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature human behaviour*, 4(5), 460–471. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>
- Becker, Kaback, M. M., Rosenstock, I. M., & Ruth, M. V. (1975). Some influences on public participation in a genetic screening program. *Journal of Community Health: The Publication for Health Promotion and Disease Prevention*, 1(1), 3. doi:10.1007/bf01318939
- Bennett, S. J. (1992). Perceived threats of individuals recovering from myocardial infarction. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 21(4), 322-326.
- Betsch, C., Böhm, R., & Chapman, G.B. (2015). Using behavioral insights to increase vaccination policy effectiveness. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 2(1), 61–73. <https://doi.org/10.1177/2372732215600716>

- Bishop, A. C., Baker, G. R., Boyle, T. A., & MacKinnon, N. J. (2015). Using the Health Belief Model to explain patient involvement in patient safety. *Health Expectations*, 18(6), 3019-3033. doi:10.1111/hex.12286
- Cai, Z., Hu, W., Zheng, S., Wen, X., & Wu, K. (2022). Cognition and Behavior of COVID-19 Vaccination Based on the Health Belief Model: A Cross-Sectional Study. *Vaccines*, 10(4), 544. <https://doi.org/10.3390/vaccines10040544>
- Carpenter, C.J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health communication*, 25(8), 661–669. <https://doi.org/10.1080/10410236.2010.521906>
- Chagla Z. (2021). The BNT162b2 (BioNTech/Pfizer) vaccine had 95% efficacy against COVID-19 ≥ 7 days after the 2nd dose. *Annals of internal medicine*, 174(2), JC15. <https://doi.org/10.7326/ACPJ202102160-015>
- Champion, V. L. (1984). Instrument development for health belief model constructs. *Advances in Nursing Science*, 6(4), 73-85. doi:10.1097/00012272-198404000-00011
- Chan, E. Y. Y., Kim, J. H., Kwok, K. O., Huang, Z., Hung, K. K. C., Wong, E. L. Y., Lee, E. K. P., & Wong, S. Y. S. (2021). Population Adherence to Infection Control Behaviors during Hong Kong's First and Third COVID-19 Waves: A Serial Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11176. <https://doi.org/10.3390/ijerph18211176>
- Chuang, Tsai, Hsieh, & Tumurtulga. (2013). Applying health belief model to explore the adoption of telecare. In (pp. 269): IEEE.
- Coclite, D., Napoletano, A., Gianola, S., del Monaco, A., D'Angelo, D., Fauci, A., Iacorossi, L., Latina, R., Torre, G. L., Mastroianni, C. M., Renzi, C., Castellini, G., & Iannone, P. (2021). Face Mask Use in the Community for Reducing the Spread of COVID-19: A Systematic Review. *Frontiers in Medicine*, 7. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.594269>

- European Centers for Disease Control (ECDC) (2020). Using face masks in the community reducing COVID-19 transmission from potentially asymptomatic or pre- symptomatic people through the use of face masks ECDC Technical Report [online]. Διαθέσιμο στο: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/using-face-masks-community-reducing-covid-19-transmission>
- Guidry, J. P. D., O'Donnell, N. H., Austin, L. L., Coman, I. A., Adams, J., & Perrin, P. B. (2021). Stay Socially Distant and Wash Your Hands: Using the Health Belief Model to Determine Intent for COVID-19 Preventive Behaviors at the Beginning of the Pandemic. *Health Education & Behavior*, 48(4), 424–433. <https://doi.org/10.1177/10901981211019920>
- Güner, R., Hasanoglu, M., & Aktaş, F. (2020). COVID-19: Prevention and control measures in community. *Turkish journal of medical sciences*, 50(SI-1), 571–577. <https://doi.org/10.3906/sag-2004-146>
- Hochbaum, G. M. (1958). *Public participation in medical screening programs: A socio-psychological study*: US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education & Behavior*, 11(1), 1.
- Jernigan, D. B., & CDC COVID-19 Response Team (2020). Update: Public Health Response to the Coronavirus Disease 2019 Outbreak - United States, February 24, 2020. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 69(8), 216–219. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6908e1>
- Jones, A., & Wallis, D. (2022). Using the Health Belief Model to Identify Predictors of COVID-19 Vaccine Acceptance among a Sample of Pregnant Women in the U.S.: A Cross-Sectional Survey. *Vaccines*, 10(6), 842. <https://doi.org/10.3390/vaccines10060842>
- Jones, C. L., Jensen, J. D., Scherr, C. L., Brown, N. R., Christy, K., & Weaver, J. (2015). The Health Belief Model as an explanatory framework in communication

- research: exploring parallel, serial, and moderated mediation. *Health communication*, 30(6), 566–576. <https://doi.org/10.1080/10410236.2013.873363>
- Kamal, M. M., El-Borgy, M. D., & Wahba, M. S. I. (2017). Application of Health Belief Model for Hygienic Behavior of Mothers of Hospitalized Children in Alexandria. *Bulletin of High Institute of Public Health*, 47(1), 13-21. doi: 10.21608/jhiph,2017,19973
- Karimy, M., Bastami, F., Sharifat, R., Heydarabadi, A. B., Hatamzadeh, N., Pakpour, A. H., Cheraghian, B., Zamani-Alavijeh, F., Jasemzadeh, M., & Araban, M. (2021). Factors related to preventive COVID-19 behaviors using health belief model among general population: a cross-sectional study in Iran. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11983-3>
- Karl, J. A., Fischer, R., Druică, E., Musso, F., & Stan, A. (2022). Testing the Effectiveness of the Health Belief Model in Predicting Preventive Behavior During the COVID-19 Pandemic: The Case of Romania and Italy. *Frontiers in psychology*, 12, 627575. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.627575>
- Kaspar, K., & Nordmeyer, L. (2022). Personality and Motivation to Comply With COVID-19 Protective Measures in Germany. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.893881>
- Khorsandi, B., Khakbazan, Z., Mahmoodzadeh, H. A., Haghani, H., Farnam, F., & Damghanian, M. (2019). Self-efficacy of the First-degree Relatives of Patients with Breast Cancer in the Prevention of Cancer: Using the Health Belief Model. *Journal of Cancer Education*, 1. doi:10.1007/s13187-019-01551-0
- Kwok, C. S., Dashti, M., Tafuro, J., Nasiri, M., Muntean, E. A., Wong, N., Kemp, T., Hills, G., & Mallen, C. D. (2021). Methods to disinfect and decontaminate SARS-CoV-2: a systematic review of *in vitro* studies. *Therapeutic advances in infectious disease*, 8, 2049936121998548. <https://doi.org/10.1177/2049936121998548>
- Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality-selected papers*. New York, NY: McGraw Hill.

- Lewis, C. E., & Lewis, M. A. (1982). Determinants of children's health-related beliefs and behaviors. *Family & community health*, 4(4), 85-97.
- Limbu, Y. B., Gautam, R. K., & Pham, L. (2022). The Health Belief Model Applied to COVID-19 Vaccine Hesitancy: A Systematic Review. *Vaccines*, 10(6), 973. <https://doi.org/10.3390/vaccines10060973>
- Liu, J., Zheng, X., Tong, Q., Li, W., Wang, B., Sutter, K., Trilling, M., Lu, M., Dittmer, U., & Yang, D. (2020). Overlapping and discrete aspects of the pathology and pathogenesis of the emerging human pathogenic coronaviruses SARS-CoV, MERS-CoV, and 2019-nCoV. *Journal of medical virology*, 92(5), 491–494. <https://doi.org/10.1002/jmv.25709>
- Lüdecke, D., & von dem Knesebeck, O. (2020). Protective Behavior in Course of the COVID-19 Outbreak-Survey Results From Germany. *Frontiers in public health*, 8, 572561. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.572561>
- Mahajan, A., Kulkarni, T., Sharma, P., Pande, P., Agrawal, R., & Rane, S. (2020). COVID-19: A review of protective measures. *Cancer Research, Statistics, and Treatment*, 3(2), 244. https://doi.org/10.4103/crst.crst_172_20
- Mahmud, I., al Imam, M. H., Vinnakota, D., Kheirallah, K. A., Jaber, M. F., Abalkhail, A., Alasqah, I., Alslamah, T., & Kabir, R. (2022). Vaccination Intention against COVID-19 among the Unvaccinated in Jordan during the Early Phase of the Vaccination Drive: A Cross-Sectional Survey. *Vaccines*, 10(7), 1159. <https://doi.org/10.3390/vaccines10071159>
- Maiman, & Becker. (1974). The Health Belief Model: Origins and Correlates in Psychological Theory*. *Health Education & Behavior*, 2(4), 336. doi:10.1177/109019817400200404
- Maltezou, H. C., Theodoridou, K., Ledda, C., Rapisarda, V., & Theodoridou, M. (2019). Vaccination of healthcare workers: is mandatory vaccination needed?. *Expert review of vaccines*, 18(1), 5–13. <https://doi.org/10.1080/14760584.2019.1552141>

- Masai, A. N., & Akin, L. (2021). Practice of COVID-19 preventive measures and risk of acute respiratory infections: a longitudinal study in students from 95 countries. *International Journal of Infectious Diseases*, *113*, 168–174. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.10.017>
- Matrajt, L., & Leung, T. (2020). Evaluating the Effectiveness of Social Distancing Interventions to Delay or Flatten the Epidemic Curve of Coronavirus Disease. *Emerging infectious diseases*, *26*(8), 1740–1748. <https://doi.org/10.3201/eid2608.201093>
- Meier, K., Glatz, T., Guijt, M. C., Piccininni, M., van der Meulen, M., Atmar, K., Jolink, A. T. C., Kurth, T., Rohmann, J. L., & Zamanipour Najafabadi, A. H. (2020). Public perspectives on protective measures during the COVID-19 pandemic in the Netherlands, Germany and Italy: A survey study. *PLOS ONE*, *15*(8), e0236917. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236917>
- National Public Health Organization. (2020) Current state of Covid-19 outbreak in Greece and timeline of key containment events - NPHO. Διαθέσιμο στο: <https://eody.gov.gr/en/current-state-of-covid-19-outbreak-in-greece-and-timeline-of-key-containment-events/>
- Oliver, S. E., Gargano, J. W., Marin, M., Wallace, M., Curran, K. G., Chamberland, M., McClung, N., Campos-Outcalt, D., Morgan, R. L., Mbaeyi, S., Romero, J. R., Talbot, H. K., Lee, G. M., Bell, B. P., & Dooling, K. (2020). The Advisory Committee on Immunization Practices' Interim Recommendation for Use of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine - United States, December 2020. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, *69*(50), 1922–1924. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6950e2>
- Orji, R., Vassileva, J., & Mandryk, R. (2012). Towards an effective health interventions design: an extension of the health belief model. *Online Journal Of Public Health Informatics*, *4*(3). doi:10,5210/ojphi.v4i3,4321

- Petherick, A., Goldszmidt, R., Andrade, E. B., Furst, R., Hale, T., Pott, A., & Wood, A. (2021). A worldwide assessment of changes in adherence to COVID-19 protective behaviours and hypothesized pandemic fatigue. *Nature Human Behaviour*, 5(9), 1145–1160. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01181-x>
- Qian, M., & Jiang, J. (2022). COVID-19 and social distancing. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften = Journal of public health*, 30(1), 259–261. <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01321-z>
- Reicher, S., & Drury, J. (2021). Pandemic fatigue? How adherence to covid-19 regulations has been misrepresented and why it matters. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n137. <https://doi.org/10.1136/bmj.n137>
- Rosenstock, & Kirscht. (1974). Practice Implications. *Health Education & Behavior*, 2(4), 470-473. doi:10.1177/109019817400200411
- Rosenstock, Derryberry, & Carriger. (1959). Why People Fail to Seek Poliomyelitis Vaccination. *Public Health Reports (1896-1970)*, 74(2), 98. doi:10.2307/4590386
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175–183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Rosenstock. (1960). What research in motivation suggests for public health. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 50(3_Pt_1), 295-302.
- Rosenstock. (1966). Why people use health services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 94-127.
- Rosenstock. (1974a). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education & Behavior*, 2(4), 354.
- Rosenstock. (1974b). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education & Behavior*, 2(4), 328-335. doi:10.1177/109019817400200403
- Saghafi-Asl, M., Aliasgharzadeh, S., & Asghari-Jafarabadi, M. (2021). Factors influencing weight management behavior among college students: An application

- of the Health Belief Model. *PLOS ONE*, *16*(5), e0252258.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252258>
- Schmid, P., Rauber, D., Betsch, C., Lidolt, G., & Denker, M. L. (2017). Barriers of Influenza Vaccination Intention and Behavior - A Systematic Review of Influenza Vaccine Hesitancy, 2005 - 2016. *PloS one*, *12*(1), e0170550.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170550>
- Seangpraw, K., Pothisa, T., Boonyathee, S., Ong-Artborirak, P., Tonchoy, P., Kantow, S., Auttama, N., & Choowanthanapakorn, M. (2022). Using the Health Belief Model to Predict Vaccination Intention Among COVID-19 Unvaccinated People in Thai Communities. *Frontiers in Medicine*, *9*.
<https://doi.org/10.3389/fmed.2022.890503>
- Shahrabani, S., Benzion, U., & Yom Din, G. (2009). Factors affecting nurses' decision to get the flu vaccine. *The European Journal of Health Economics*, *10*(2), 227-231.
- Shmueli, L. (2021). Predicting intention to receive COVID-19 vaccine among the general population using the health belief model and the theory of planned behavior model. *BMC Public Health*, *21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10816-7>
- Shojaei, S., Farhadloo, R., Aein, A., & Vahedian, M. (2016). Effects of the Health Belief Model (HBM)-Based Educational Program on the Nutritional Knowledge and Behaviors of CABG Patients. *The journal of Tehran Heart Center*, *11*(4), 181–186.
- Souliotis, K., Giannouchos, T. V., Peppou, L. E., Samara, M. T., Nimatoudis, J., Papageorgiou, C., & Economou, M. (2021). “Public Health Behaviors during the COVID-19 Pandemic in Greece and Associated Factors: A Nationwide Cross-sectional Survey.” *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, *58*, 004695802110229.
<https://doi.org/10.1177/00469580211022913>
- Sukeri, S., Zahiruddin, W. M., Shafei, M. N., Hamat, R. A., Osman, M., Jamaluddin, T., & Daud, A. B. (2020). Perceived Severity and Susceptibility towards

- Leptospirosis Infection in Malaysia. *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6362. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176362>
- Sulat, J. S., Prabandari, Y. S., Sanusi, R., Hapsari, E. D., & Santoso, B. (2018). The validity of health belief model variables in predicting behavioral change. *Health Education*, 118(6), 499–512. <https://doi.org/10.1108/he-05-2018-0027>
- Tao, L., Wang, R., Han, N., Liu, J., Yuan, C., Deng, L., Han, C., Sun, F., Liu, M., & Liu, J. (2021). Acceptance of a COVID-19 vaccine and associated factors among pregnant women in China: a multi-center cross-sectional study based on health belief model. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(8), 2378–2388. <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1892432>
- Vardavas, C., Odani, S., Nikitara, K., el Banhawii, H., Kyriakos, C., Taylor, L., Lown, G., & Becuwe, N. (2020). Perceptions and practice of personal protective behaviors to prevent COVID-19 transmission in the G7 nations. *Population Medicine*, 2(June). <https://doi.org/10.18332/popmed/123821>
- VoPham, T., Weaver, M. D., Hart, J. E., Ton, M., White, E., & Newcomb, P. A. (2020). Effect of social distancing on COVID-19 incidence and mortality in the US. *medRxiv : the preprint server for health sciences*, 2020.06.10.20127589. <https://doi.org/10.1101/2020.06.10.20127589>
- WHO (2020). Responding to community spread of COVID-19. Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/publications/i/item/responding-to-community-spread-of-covid-19>
- Wong, L. P., Alias, H., Wong, P.-F., Lee, H. Y., & AbuBakar, S. (2020). The use of the health belief model to assess predictors of intent to receive the COVID-19 vaccine and willingness to pay. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 16(9), 2204–2214. <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1790279>
- Wong, M., Wong, E., Huang, J., Cheung, A., Law, K., Chong, M., Ng, R., Lai, C., Boon, S. S., Lau, J., Chen, Z., & Chan, P. (2021). Acceptance of the COVID-19 vaccine

- based on the health belief model: A population-based survey in Hong Kong. *Vaccine*, 39(7), 1148–1156. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.12.083>
- World Health Organization (2021). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Διαθέσιμο στο : <https://covid19.who.int>
- Zampetakis, L. A., & Melas, C. (2021). The health belief model predicts vaccination intentions against COVID-19: A survey experiment approach. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 13(2), 469–484. <https://doi.org/10.1111/aphw.12262>
- Zewdie, A., Mose, A., Sahle, T., Bedewi, J., Gashu, M., Kebede, N., & Yimer, A. (2022). The health belief model's ability to predict COVID-19 preventive behavior: A systematic review. *SAGE Open Medicine*, 10, 205031212211136. <https://doi.org/10.1177/20503121221113668>
- Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., Zhao, X., Huang, B., Shi, W., Lu, R., Niu, P., Zhan, F., Ma, X., Wang, D., Xu, W., Wu, G., Gao, G. F., Tan, W., & China Novel Coronavirus Investigating and Research Team (2020). A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *The New England journal of medicine*, 382(8), 727–733. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>
- Zimmerman, R. S., & Vernberg, D. (1994). Models of preventive health behavior: Comparison, critique, and meta-analysis. *Advances in medical sociology*, 4, 45-67.

Παράρτημα. Ερωτηματολόγιο

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

ΜΕΡΟΣ Α: Δημογραφικά στοιχεία

Φύλο	<input type="checkbox"/> Άντρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα
Ηλικία	<input type="checkbox"/> Έως και 24 ετών <input type="checkbox"/> 25 - 34 ετών <input type="checkbox"/> 35 - 44 ετών <input type="checkbox"/> 45 - 54 ετών <input type="checkbox"/> 55 -64 ετών <input type="checkbox"/> 65 ετών και άνω
Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσής σας;	<input type="checkbox"/> Απόφοιτος πρωτοβάθμιας/ δευτεροβάθμιας <input type="checkbox"/> Απόφοιτος ΙΕΚ <input type="checkbox"/> ΑΕΙ/ΤΕΙ <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακό ή και Διδακτορικό
Οικογενειακή κατάσταση	<input type="checkbox"/> Άγαμος <input type="checkbox"/> Έγγαμος <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος <input type="checkbox"/> Χήρος
Πως αξιολογείται το επίπεδο υγείας σας;	<input type="checkbox"/> Πολύ κακό <input type="checkbox"/> Κακό <input type="checkbox"/> Μέτριο <input type="checkbox"/> Καλό <input type="checkbox"/> Πολύ καλό/ Άριστο
Αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας που θεωρούνται παράγοντες κινδύνου για τον COVID-19; (πχ διαβήτη, καρδιολογικά προβλήματα κλπ)	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
Τόπος μόνιμης κατοικίας	
Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα	<input type="checkbox"/> Έως και 5,000 ευρώ <input type="checkbox"/> 5,001-10,000 ευρώ <input type="checkbox"/> 10,001-20,000 ευρώ <input type="checkbox"/> 20,001- 30,000 ευρώ

	<input type="checkbox"/> Άνω των 30,000 ευρώ
Πόσο συχνά πηγαίνετε στην εκκλησία;	<input type="checkbox"/> Ποτέ <input type="checkbox"/> Σπάνια <input type="checkbox"/> Κάποιες φορές/ Περιστασιακά <input type="checkbox"/> Συχνά <input type="checkbox"/> Πολύ συχνά

ΜΕΡΟΣ Β: Στάση απέναντι στον εμβολιασμό και τον COVID-19

Έχετε νοσήσει από COVID-19;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δε θέλω να απαντήσω
Έχετε νοσηλευτεί σε νοσοκομείο με COVID-19;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δε θέλω να απαντήσω
Έχετε εμβολιαστεί με το εμβόλιο για τον COVID-19;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δε θέλω να απαντήσω
Πόσες δόσεις εμβολίου έναντι του COVID-19 έχετε ολοκληρώσει ;	<input type="checkbox"/> Καμία <input type="checkbox"/> 1 δόση <input type="checkbox"/> 2 δόσεις <input type="checkbox"/> 3 δόσεις <input type="checkbox"/> 4 δόσεις <input type="checkbox"/> Δε θέλω να απαντήσω

Σημειώστε με √ στο ανάλογο τετραγωνίδιο την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει

	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ
	ΑΠΟΛΥΤΑ		ΣΙΓΟΥΡΟΣ		ΑΠΟΛΥΤΑ
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

1. Έχω πιθανότητες να νοσήσω από COVID-19.					
2. Δεν έχω πολλές πιθανότητες να νοσήσω, καθώς δεν είμαι μεγάλος/η σε ηλικία.					
3. Δεν ανήκω σε ευπαθή ομάδα (καρδιαγγειακά προβλήματα, αναπνευστικά, διαβήτη) οπότε έχω λίγες πιθανότητες να νοσήσω σοβαρά.					
4. Η νόσος COVID-19 είναι σοβαρή και θανατηφόρα.					
5. Η νόσος COVID-19 είναι πιο σοβαρή νόσος από την γρίπη.					
6. Πολλοί που έχουν νοσήσει έχουν ήπια συμπτωματολογία ή είναι ασυμπτωματικοί οπότε δεν είναι μια σοβαρή νόσος.					
7. Η υγεία μου θα επηρεαστεί σοβαρά εάν νοσήσω από COVID-19.					
8. Ο εμβολιασμός μειώνει την πιθανότητα να μολυνθώ ή να νοσήσω σοβαρά.					
9. Ο εμβολιασμός είναι καλή ιδέα γιατί με κάνει να αισθάνομαι λιγότερο ανήσυχος από την πιθανότητα να κολλήσω τον ιό.					
10. Κάνοντας το εμβόλιο εκτός από τον εαυτό μου προστατεύω και τους γύρω μου.					
11. Ανησυχώ για την αποτελεσματικότητα του εμβολίου.					

12. Ανησυχώ για την ασφάλεια του εμβολίου.					
13. Οι παρενέργειες του εμβολίου μπορεί να είναι σοβαρές και να επηρεάσουν τις καθημερινές μου δραστηριότητες.					
14. Θα εμβολιαστώ μόνο αν εμβολιαστεί πρώτα μεγάλο μέρος του πληθυσμού.					
15. Θα εμβολιαστώ μόνο αν έχω επαρκή πληροφόρηση για το εμβόλιο.					
16. Οι πιθανότητες να εμβολιαστώ κατά του COVID-19 θα αυξηθούν εάν δημοσιευτούν επίσημες οδηγίες από το Υπουργείο Υγείας.					
17. Ακούω τα μηνύματα από τα ΜΜΕ και τους ειδικούς και αν μου συστήσουν το εμβόλιο (π.χ. ο γιατρός μου) θα το κάνω.					
18. Κάποιος συγγενής ή φίλος μου είχε σοβαρά προβλήματα με την υγεία του αφού νόσησε από COVID-19.					
19. Το να νοσήσω ή όχι από τον ιό είναι κάτι που δεν μπορώ να ελέγξω.					
20. Το να νοσήσω από τον ιό είναι θέμα κακής τύχης και καμία προληπτική συμπεριφορά δεν έχει επίδραση.					
21. Μπορώ να ακολουθώ τις συστάσεις των ειδικών ακόμα					

και αν δεν το κάνουν οι γύρω μου.					
22. Ο καλύτερος τρόπος να αποφύγω τις επιπλοκές είναι ο εμβολιασμός.					

ΜΕΡΟΣ Γ: Στάση απέναντι στα μέτρα ατομικής προστασίας

Σε τι συχνότητα ακολουθείτε γενικά τα μέτρα ατομικής προστασίας κατά του COVID-19;

- Ποτέ
- Σπάνια
- Κάποιες φορές
- Συχνά
- Πολύ συχνά
- Πάντα

Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις αναφορικά με τη συχνότητα με την οποία ακολουθείτε τα παρακάτω μέτρα ατομικής προστασίας:

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
1. Φοράτε μάσκα έξω από το σπίτι (σε εξωτερικό χώρο).					
2. Πλένετε τα χέρια σας.					
3. Χρησιμοποιείτε αντισηπτικό χεριών.					
4. Αποφεύγετε τις κοινωνικές συναθροίσεις.					

5. Αποφεύγετε να χρησιμοποιείτε μέσα μαζικής μεταφοράς.					
6. Φοράτε μάσκα στο χώρο εργασίας σας.					
7. Κρατάτε απόσταση τουλάχιστον 2 μέτρων από άλλα άτομα.					
8. Απολυμαίνετε τις επιφάνειες (πχ τραπέζι) πριν τις χρησιμοποιήσετε.					
9. Αποφεύγετε την επαφή χεριών με τα μάτια, τη μύτη και το στόμα για τη μείωση του κινδύνου μόλυνσης από τον ιό.					

Σημειώστε με √ στο ανάλογο τετραγωνίδιο την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει

	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ (5)	ΣΥΜΦΩΝΩ (4)	ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ (3)	ΔΙΑΦΩΝΩ (2)	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ (1)
1. Η τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας μειώνει την πιθανότητα να μολυνθώ ή να νοσήσω σοβαρά.					
2. Η τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας με κάνει να αισθάνομαι λιγότερο ανήσυχος από την πιθανότητα να κολλήσω τον ιό.					
3. Τηρώντας τα μέτρα ατομικής προστασίας εκτός από τον εαυτό μου προστατεύω και τους γύρω μου.					
4. Ανησυχώ για την αποτελεσματικότητα των μέτρων ατομικής προστασίας.					

<p>5. Ο καλύτερος τρόπος να αποφύγω τις επιπλοκές είναι η τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας.</p>					
--	--	--	--	--	--