Badanie odbywa się w ramach I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

***„Analiza wpływu poziomu nadziei na nasilenie objawów depresyjnych, lękowych oraz zastosowane strategie radzenia sobie u osób doświadczających trudności społeczno-zdrowotnych w czasie pandemii koronawirusa SARS – CoV-2 ”.***

*Wstęp*

Obecna sytuacja pandemii koronawirusem SARS-CoV-2 stanowi duże wyzwanie. Dla wielu osób jest to sytuacja związana z istotnymi zmianami życiowymi lub nosi znamiona sytuacji traumatycznej. W konsekwencji tej sytuacji mogą pojawić się reakcje psychiczne o charakterze lękowym lub depresyjnym. Nadzieja jest szczególnie interesującym, wielowymiarowym konstruktem, który jest czynnikiem ochronnym, protekcyjnym w przedłużających się sytuacjach stresujących czy traumatycznych [1]. Odgrywa również dużą rolę u osób z rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi [2,3]. Dotychczas temat wpływu nadziei na radzenie sobie z trudnościami eksplorowany był wśród osób dotkniętych chorobami nowotworowymi[4]. Nadzieja jest także istotna w przebiegu procesu zdrowienia osób z zaburzeniami psychotycznymi [5]. Stanowi element czynnika motywacyjnego, który pomaga inicjować i podtrzymywać działania na rzecz realizacji zamierzeń i celów zarówno zewnętrznych jak i tych wewnętrznych i osobowych, a także jest powiązana ze szczęściem, wytrwałością, osiągnięciami i zdrowiem [6,10]. Nadzieja jako konstrukt doczekała się wielu badań u osób cierpiących na przewlekłe zaburzenia somatyczne oraz zaburzenia psychiczne. Nadzieja jest pozytywnie skorelowana z aktywnymi, ukierunkowanymi na rozwiązanie strategiami radzenia sobie [6]. Natomiast jest odwrotnie skorelowana z myśleniem magicznym, samo-krytycyzmem, społecznym wycofaniem [7] , nasileniem depresji [8] , lęku oraz wpływa na radzenie sobie z objawami PTSD [1].

*Opis badania*

W badaniu zakładamy, że wyższe wyniki w skali nadziei będą skutkowały lepszym radzeniem sobie z sytuacją pandemii koronawirusem oraz mniej nasilonymi objawami lękowymi i depresyjnymi. Nadzieja jest kluczowym elementem w radzeniu sobie w trudnych sytuacjach i związana jest z podejmowaniem bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie.

Badanie skierowane jest do szerokiej grupy odbiorców.

***Jest to badanie ankietowe, populacyjne i nieinterwencyjne.***

***Proponowana ankieta jest w pełni anonimowa.***

Planujemy badać osoby, które były leczone psychiatrycznie (grupa kliniczna) oraz osoby dotychczas nie pozostające pod taką opieką (grupa niekliniczna).

Grupą niekliniczną mają stanowić :

- grupa pracowników ochrony zdrowia (w tym pielęgniarki i lekarze),

- osoby spoza tej grupy zawodowej, w mniejszym stopniu obarczone ryzykiem zakażenia i ekspozycji na zakażenie.

Grupę kliniczną maja stanowić:

- osoby leczące się psychiatrycznie.

Badanie skierowane jest do osób w wieku 18 do 65 lat.

*Elementy badania:*

Ankieta osobowa zawiera następujące pytania:

wiek, płeć, miejsce zamieszkania, leczenie psychiatryczne lub jego brak, opis trudności związanych z pandemią koronawirusa (izolacja społeczna, samotność, opieka nad osobą z potwierdzonym zakażeniem koronawiruem, konflikty rodzinne, przemoc ze strony członka rodziny, potwierdzone zakażenie koronawirusem; praca , która wiąże się z większym ryzykiem zakażenia; urata pracy; trudności finansowe),

W kolejnym etapie nastąpi ocena osób chcących wziąć udział w badaniu następującymi skalami:

1. *Integrative Hope Scale (Zintegrowana Skala Pomiaru Nadziei)* [ 9]. Skala obejmuje 23 pozycje, pogrupowane w cztery podskale: (a) zaufanie i pewność, (b) brak perspektywy,(c) pozytywna orientacja na przyszłość, (d) relacje społeczne i wartość osobista. Punkty są oceniane przez respondentów w 6-stopniowej skali od 1 (zdecydowanie nie zgadzam się) do 6 (zdecydowanie się zgadzam).
2. *Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE* w adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik. Polska wersja inwentarza Mini-COPE składa się z 28 twierdzeń, które tworzą 14 strategii radzenia sobie ze stresem. Narzędzie służy do oceny typowych sposobów reagowania w sytuacjach doświadczania silnego stresu. W teście należy zaznaczyć jak często stosowane są poszczególne strategie, gdy osoba badana znajduje się w bardzo trudnej sytuacji.
3. GSES (Skala uogólnionej Własnej Skuteczności) składa się z 10 stwierdzeń wchodzących w skład jednego czynnika. Mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. Istotne statystycznie zależności między skalą GSES a wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia (MHLC), nastawieniem optymistycznym (mierzonym Testem Orientacji życiowej LOT-R) i poczuciem własnej wartości (mierzonym Skalą Poczucia Własnej Wartości Rosenberga ).
4. HADS Hospital Anxiety and Depression Scale HADS  – jest to skala samooceny składajaca się z 14-elementowów do oceny cech oceny depresji (siedem pozycji) i lęku  (siedem pozycji).
5. CESD-R - jest skalą samoopisową składającą się z 20 stwierdzeń. W odniesieniu do każdego stwierdzenia opisującego samopoczucie lub zachowanie, osoby badane wybierają jedną z pięciu możliwych odpowiedzi dotyczących częstości ich występowania. Odpowiedzi od 0 (nie występuje wcale lub krócej niż 1 dzień) do 4 (wy-stępuje prawie codziennie przez 2 tygodnie) sumuje się. Na podstawie wyniku określa się stopień nasilenia objawów depresyjnych u jednostki. Najniższy możliwy wynik to 0 punktów, najwyższy – 80 punktów. Autorzy skali zasugerowali, że wynik 16 punktów lub więcej można uznać za niepokojący, a w przypadku osiągnięcia go warto zastanowić się nad konsultacją psychologiczną bądź psychiatryczną, jednak dalsze badania przy użyciu skali CESD-R nie dają podstaw do uznania tej sugestii za słuszną
6. Skali samotności De Jong Gierveld - zawiera 11 stwierdzeń, w tym 5 odnoszących się do kontaktów społecznych o zabarwieniu pozytywnym oraz 6 związanych ze stanem emocjonalnym opisującym negatywne odczucia. Respondenci udzielają odpowiedzi na skali 5-stopniowej: od „zdecydowanie tak” do „zdecydowanie nie”.

Piśmiennictwo:

1. Saint Arnault D, Sinko L. Hope and Fulfillment After Complex Trauma: Using Mixed Methods to Understand Healing. *Front Psychol*. 2019;10:2061. Published 2019 Sep 20. doi:10.3389/fpsyg.2019.02061.
2. Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A., & Slade, M. (2012). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative review.Social Science& Medicine, 74,554 –564.http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.008
3. Schrank, B., Hayward, M., Stanghellini, G., & Davidson, L. (2011). Hope in psychiatry. Advances in Psychiatric Treatment, 17,227–235.http://dx.doi.org/10.1192/apt.bp.109.007286
4. Fischer IC, Cripe LD, Rand KL. Predicting symptoms of anxiety and depression in patients living with advanced cancer: the differential roles of hope and optimism. *Support Care Cancer*. 2018;26(10):3471‐3477. doi:10.1007/s00520-018-4215-0
5. Anczewska M, Wciórka J, Grygiel P, Nowak I, Sonik J, Świtaj P. Hope and its dimensions in relation to clinical recovery: A cross-sectional study among people with psychotic disorders. *Psychiatr Rehabil J*. 2019;42(2):139‐146. doi:10.1037/prj0000340
6. Snyder, C. R., Irving, L., & Anderson, J. R. (1991). Hope and health: Measuring the will and the ways. In C. R. Snyder, & D. R. Forsyth (Eds.), Handbook of social and clinical psychology: The health perspective (pp. 285-305). Elmsford, NY: Pergamon Press.
7. Hayes L, Herrman H, Castle D, Harvey C. Hope, recovery and symptoms: the importance of hope for people living with severe mental illness. *Australas Psychiatry*. 2017;25(6):583‐587. doi:10.1177/1039856217726693.
8. Li Z, Wang Y, Mao X, Yin X. Relationship between hope and depression in college students: A cross-lagged regression analysis. *Personal Ment Health*. 2018;12(2):170‐176. doi:10.1002/pmh.1412.
9. Schrank, B., Hayward, M., Stanghellini, G., & Davidson, L. (2011). Hopein psychiatry.Advances in Psychiatric Treatment, 17,227–235.http://dx.doi.org/10.1192/apt.bp.109.007286
10. Shane L. Positive Psychology: The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths. 2018. Sage.