

<p>ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ</p> 	<p>ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ</p> 
<p>ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ</p>	<p>ΠΜΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Τίτλος Διπλωματικής

**Μετατραυματικό στρες του νοσηλευτικού
προσωπικού κατά τη διάρκεια της πανδημίας
Covid-19: Μελέτη παρατήρησης**

ΜΑΝΙΚΑ ΜΑΡΙΑ

ΑΜ: 20072

Επιβλέπουσα

Λατσού Δήμητρα

Αθήνα, Ιούνιος 2022

UNIVERSITY OF West ATTICA



DIVISION

SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL
CARE MANAGEMENT

DEPARTMENT
BUSSINESS ADMINISTRATION

Diploma Thesis

Title

**Post-traumatic stress of nursing staff during the
Covid-19 pandemic: An observational study**

MANIKA MARIA

Registration Number: 20072

Supervisor:

Latsou Dimitra

Athens, April 2022

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ

ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι
Εξεταστική Επιτροπή

Α/Α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Δήμητρα Λατσού	Επιστημονικός Συνεργάτης	
2	Γεώργιος Πιερράκος	Καθηγητής	
3	Ασπασία Γούλα	Αναπ. Καθηγήτρια	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Μανίκα Μαρία του Κωνσταντίνου, με αριθμό μητρώου 20072 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

**Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Η Δηλούσα



*** Επιβλέπουσα Δήμητρα Λατσού**

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα
(Υπογραφή)

* Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του I.A.

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος καθώς και όλο το προσωπικό για την άρτια οργάνωση του προγράμματος.

Ιδιαίτερα την επιβλέπουσα της εργασίας, διδάσκουσα του ΠΜΣ κα. Δήμητρα Λατσού, για την επιστημονική αρωγή που μου προσέφερε αλλά και την υποστήριξη κατά τη διάρκεια της έρευνας.

Τέλος ευχαριστώ τον σύζυγο μου και τα παιδιά μου για τη στήριξη και την υπομονή τους.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	5
Περίληψη	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Διαταραχή μετατραυματικού στρες.....	12
1.1 Ορισμός.....	12
1.2 Είδη του τραύματος	14
1.3 Συμπτώματα	15
1.4 Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες.....	19
1.4 Φαρμακοθεραπεία.....	21
1.5 Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Covid-19	27
2.1 Εισαγωγή.....	27
2.2 Συμπτώματα	29
2.3 Τραύμα και Covid 19.....	30
2.4 Ψυχική υγεία κατά την επιδημία Covid-19.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Το νοσηλευτικό προσωπικό στις πανδημίες.....	40
3.1 Ιστορική αναδρομή	40
3.3 Κίνδυνος μετατραυματικού στρες σε νοσηλευτές κατά τη διάρκεια του Covid-19	46
Κεφάλαιο 4. Σκοπός και Μεθοδολογία Έρευνας	50
4.1. Σκοπός έρευνας.....	50
4.2. Μεθοδολογία έρευνας.....	50
Κεφάλαιο 5. Αποτελέσματα Έρευνας.....	52
Συζήτηση.....	58

Συμπεράσματα	61
Βιβλιογραφία	63

Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1. Αριθμητικά στοιχεία και ποσοστά νοσηλευτών που εργάζονται στα τμήματα επειγόντων και μη.	52
Πίνακας 2. Αριθμητικά στοιχεία και ποσοστά νοσηλευτών που εργάζονται στο νοσοκομείο και σε κέντρα υγείας	53
Πίνακας 3. Σύγκριση φύλου	55
Πίνακας 4. Αριθμητικά και ποσοστά για τους νοσηλευτές σε κάθε ηλικιακή ομάδα .	56
Πίνακας 5. Αριθμητικά δεδομένα και ποσοστά νοσηλευτών για κάθε εύρος ετών υπηρεσίας.....	57

Περιεχόμενα γραφημάτων

Γράφημα 1. Τμήματα Επειγόντων και Κλινική	52
Γράφημα 2. Νοσοκομείο και Κέντρα υγείας	53
Γράφημα 3. Σύγκριση φύλου	54
Γράφημα 4. Ηλικία Νοσηλευτών.....	55
Γράφημα 5. Χρόνια εργασιακής προϋπηρεσίας	56

Περίληψη

Εισαγωγή: Τα παρατεταμένα τραυματικά γεγονότα και οι καταστάσεις, εκτός από άλλους στρεσογόνους παράγοντες και κουραστικούς παράγοντες της βιοψυχοκοινωνικής σφαίρας, μπορούν να προκαλέσουν διαταραχές μετατραυματικού στρες (Posttraumatic Stress Disorder -PTSD), οι οποίες προκύπτουν ενόψει γεγονότων ή καταστάσεων που αποτελούν απειλή για τη σωματική ακεραιότητα του ατόμου ή των άλλων, ή που προκαλούν συναισθήματα φρίκης και ανικανότητας. Αυτός ο τύπος πάθησης είναι πλέον συγκρίσιμος με το λεγόμενο «συνεχιζόμενο τραύμα», την κατάσταση που βιώνουν οι νοσηλευτές που βρίσκονται σε υπηρεσία κατά τη διάρκεια της συνεχιζόμενης έκτακτης ανάγκης για την υγεία Covid-19.

Στόχος της μελέτης: η αναζήτηση συμπτωμάτων άγχους σε νοσηλευτές, τα οποία θα μπορούσαν να διαμορφωθούν ως Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD) και τα οποία γενικά δεν αναγνωρίζονται.

Υλικά και Μέθοδοι: Χορηγήθηκε ένα ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο πολλαπλής επιλογής, αποτελούμενο από το Ερωτηματολόγιο PTSD και την Κλίμακα Επιπτώσεων Συμβάντος (IES-R). Το δείγμα της έρευνας ήταν 223 νοσηλευτές από διαφορετικά τμήματα ενός Γενικό Νοσοκομείου της Ελλάδας καθώς και κέντρων υγείας.

Αποτελέσματα: Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν φαίνονται ιδιαίτερα ενδιαφέροντα, και αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές στα επείγοντα, μαζί με τους νοσηλευτές που εργάζονται στο νοσοκομείο, παρουσιάζουν πολύ περισσότερα συμπτώματα άγχους από νοσηλευτές που δεν εργάζονται σε τμήματα επειγόντων περιστατικών ή που εργάζονται στα κέντρα υγείας. Η ηλικιακή ομάδα μεταξύ 31 και 40 ετών, που δεν είναι άλλη από την πλειονότητα των νοσηλευτών που έχουν υπηρετήσει από 6 έως 20 ετών, φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα από τους άλλους να αναπτύσσουν σημαντική δυσφορία η οποία, τέλος, εμφανίζεται πιο συχνή στις γυναίκες παρά στους άνδρες.

Συμπεράσματα: Η μελέτη δείχνει τη σημασία της αναγνώρισης του βαθμού άγχους που παρουσιάζουν οι νοσηλευτές ανάλογα με το τμήμα στο οποίο εργάζονται και τη επινόηση λύσεων που μπορούν να προάγουν την ψυχολογική τους ευεξία. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να ευαισθητοποιηθούν και να ενημερωθούν οι νοσηλευτές που

εργάζονται στην επικράτεια και στα νοσοκομεία, όλων των ηλικιακών ομάδων, εφαρμόζοντας παρεμβάσεις προληπτικής εκπαίδευσης και ψυχολογικής υποστήριξης που βασίζονται επίσης σε τεχνικές συναισθηματικής διαχείρισης, προκειμένου να μειωθούν οι ψυχοφυσικές αντιδράσεις που σχετίζονται με το τραύμα και να αποτραπεί η συσσώρευσή του από το να οδηγήσει σε προσωπική δυσφορία που μεταφέρεται εύκολα στον χώρο εργασίας, με κίνδυνο να μειωθούν οι επαγγελματικές δεξιότητες και να αυξηθούν οι δυσκολίες στη σχέση με τον ασθενή καθώς και με τους άλλους εργαζόμενους της ίδιας ομάδας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ευτυχώς, δεν συμβαίνει συχνά κάποιο άτομο να βιώσει ένα ξέσπασμα πανδημίας, πολέμου ή φυσικές και κοινωνικές καταστροφές ή να είναι μέρος του. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της ζωής κάποιου είναι πολύ πιθανό να συμβεί τουλάχιστον ένα από αυτά τα γεγονότα. Η πιθανότητα να αντιμετωπίσει κάποιος μια τραυματική εμπειρία αργά ή γρήγορα φαίνεται αρκετά υψηλή: ακόμη και μεταξύ 40% και 75%, ανάλογα με τις διαφορετικές μελέτες επιδημιολογικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί (Briere, 1997, Berliner & Briere 1999).

Το θέμα του ψυχολογικού τραύματος, και μαζί του οι οδυνηρές μακροπρόθεσμες συνέπειές του και οι θεραπείες που μπορούν να το ανακουφίσουν, έχουν ιστορικά παραμεληθεί στην επιστημονική βιβλιογραφία. Η συνειδητοποίηση του ρόλου του ψυχολογικού τραύματος στη γένεση μιας ποικιλίας ψυχιατρικών προβλημάτων έχει αυξηθεί σε όλη την ιστορία της ψυχιατρικής.

Το μετατραυματικό στρες (Post-traumatic stress -PTSD) αρχικά θεωρήθηκε ως πολεμική νευρώση και δεν είναι τυχαίο ότι εμφανίζεται συχνά σε βετεράνους πολέμου και στρατιώτες που έχουν εμπλακεί σε βαριές μάχες ή δραματικές πολεμικές καταστάσεις, καθώς οι πόλεμοι πάντα υποβάλλουν τους ανθρώπους σε τραυματικά γεγονότα.

Η περίοδος που διανύουμε, η έκτακτη ανάγκη για την υγεία που προκλήθηκε από την πανδημία SARS-CoV2, στην εξαιρετική της πολυπλοκότητα έχει θεμελιώδεις επιπτώσεις, που απαιτούν προσεκτικό προβληματισμό. Εδώ και μήνες ακούμε ανοιχτά στα μέσα μαζικής ενημέρωσης όρους όπως πόλεμος, ήρωας, χαράκωμα, πεδίο μάχης, απαγόρευση κυκλοφορίας. Οι όροι που χρησιμοποιούμε είναι σημαντικοί, γιατί ορίζουν τομείς νοήματος και ακριβείς ορίζοντες νοήματος που, με τη σειρά τους, δομούν την πραγματικότητα στην οποία βρισκόμαστε βυθισμένοι: παλεύουμε ενάντια σε έναν άγνωστο και αόρατο, μεταβλητό και εξαιρετικά επιθετικό εχθρό.

Χρησιμοποιώντας τον όρο «μάχη» συγκρίνεται η συνεχιζόμενη πανδημία του νέου κορωνοϊού με έναν πόλεμο στον οποίο οι νοσηλευτές αντιπροσωπεύουν στρατιώτες και αυτό μας επιτρέπει να κατανοήσουμε τον σκοπό της μελέτης μας, δηλαδή να εντοπίσουμε, μέσω της χορήγησης επικυρωμένων ερωτηματολογίων, την παρουσία

συμπτωμάτων τραυματικού στρες μεταξύ των νοσηλευτών σε ένα γενικό νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της έκτακτης ανάγκης Covid-19.

Στο 1ο κεφάλαιο θα γίνει ανασκόπηση των αιτιών έναρξης, των κλινικών χαρακτηριστικών και των διαφόρων θεραπειών που μπορούν να εφαρμοστούν για την πραγματική διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Το 2ο κεφάλαιο θα ασχοληθεί με τον Covid-19 και τις επιπτώσεις του στην ψυχική υγεία του πληθυσμού και ειδικότερα των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.

Το 3ο κεφάλαιο είναι αφιερωμένο στη συζήτηση του νοσηλευτικού ρόλου στις μεγάλες πανδημίες της ιστορίας, με ιδιαίτερη αναφορά στη σημερινή και στο άγχος που μπορεί να προκαλέσει στους νοσηλευτές, οι οποίοι μπορούν να παρουσιάσουν συμπτώματα που μπορούν να ταξινομηθούν ως πραγματικό PTSD.

Στο 4ο κεφάλαιο παρατίθεται ο σκοπός και μεθοδολογία της έρευνας, όπου αναφέρονται τα ερευνητικά ερωτήματα και αναλύεται η δειγματοληψία, η συλλογή των δεδομένων, το δείγμα, το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας και οι στατιστικές αναλύσεις που χρησιμοποιήθηκαν.

Τέλος, στο 5ο κεφάλαιο αναφέρονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη χορήγηση των ερωτηματολογίων, η ανάλυση αυτών και τα συμπεράσματα που μπορούν να εξαχθούν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Διαταραχή μετατραυματικού στρες

1.1 Ορισμός

Το μετατραυματικό στρες (PTSD), γνωστό διεθνώς με τον αγγλικό όρο PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), ορίζεται ως «μια μορφή ψυχικής δυσφορίας που αναπτύσσεται μετά από έντονες τραυματικές εμπειρίες» (Yehuda et al., 2015). Στην πραγματικότητα, αντιπροσωπεύει τη συνέπεια, στο ψυχικό επίπεδο, της έκθεσης σε ένα τραυματικό γεγονός στο οποίο το υποκείμενο έζησε, ήταν μάρτυρας ή βρέθηκε αντιμέτωπο με ένα ή περισσότερα γεγονότα που συνεπάγονταν απειλή για τη σωματική ακεραιότητα του ατόμου ή των άλλων, μαζί με εμπειρία, έντονου φόβου, αισθήματα ανικανότητας ή φρίκης (Javidi & Yadollahie, 2012).

Όταν μιλάμε για ένα τραυματικό γεγονός εννοούμε μια κατάσταση ιδιαίτερης βαρύτητας που μπορεί να περιλαμβάνει μια κοινότητα ή ένα άτομο, αλλά για να αναπτυχθεί το μετατραυματικό στρες μπορεί να είναι προέρχεται από αντικειμενικές καταστροφές όπως μπορεί να είναι ατυχήματα από μέσα μεταφοράς, φυσικές καταστροφές, πόλεμοι κ.λπ. αλλά και το υποκείμενο ή η κοινότητα να το αντιλαμβάνονται ως τέτοιο, σε σημείο να προκαλεί ψυχολογικό τραύμα: παράδειγμα είναι ο απροσδόκητος θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου. Άρα δεν εξαρτάται μόνο από το τραυματικό γεγονός, που δεν χρειάζεται απαραίτητα να είναι ένα άκρως επικίνδυνο γεγονός, αλλά και από το ψυχοσυναισθηματικό προφίλ και τους παράγοντες ευαλωτότητας του ατόμου (Kirkpatrick & Heller, 2014).

Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε θέση να ξεπεράσουν και να διαχειριστούν το τραύμα χωρίς την ανάγκη πρόσθετης υποστήριξης, αλλά εάν η ταλαιπωρία του υποκειμένου διαρκεί περισσότερο από ένα μήνα μετά την έκθεση του τραύματος και παρεμβαίνει στους κύριους τομείς όπως η κοινωνική ζωή, το σχολείο, η εργασία και των διαπροσωπικών σχέσεων, τίθεται η διάγνωση του μετατραυματικού στρες.

Το μετατραυματικό στρες μπορεί προκύψει ακόμη και μήνες μετά το τραυματικό συμβάν, καθώς πρόκειται για μετατραυματική διαταραχή καθυστερημένης έναρξης και η διάρκεια μπορεί να ποικίλλει από ένα μήνα έως και χρόνια. Επιπλέον, είναι μια διαταραχή που μπορεί να εκδηλωθεί σε άτομα όλων των ηλικιών και να επηρεάσει όχι

μόνο όσους υφίστανται άμεσα και προσωπικά το τραυματικό γεγονός, αλλά και μέλη της οικογένειας και στενούς φίλους που το αντιλαμβάνονται. Το υγειονομικό προσωπικό, οι οποίοι, ακόμη και όταν είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι, μερικές φορές έρχονται αντιμέτωποι με τις πιο ακραίες καταστάσεις διάσωσης, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν ακρωτηριασμούς ή θανάτους παιδιών και ως εκ τούτου έντονα συναισθήματα ανικανότητας και φρίκης.

Στην πρώτη έκδοση του DSM I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders I), της κύριας διεθνούς ταξινόμησης που δημοσιεύτηκε από Αμερικανούς ψυχιάτρους που χρονολογείται από το 1952, εισήχθη η διαγνωστική κατηγορία της «αντίδρασης στρες» για να υποδείξει όλες εκείνες τις ακραίες συμπεριφορικές αντιδράσεις του ατομικό φυσιολογικό μπροστά σε ένα εξαιρετικό αγχωτικό γεγονός. Ο όρος «διαταραχή μετατραυματικού στρες» χρησιμοποιήθηκε ευρέως στη δεκαετία του 1970 για τη διάγνωση των Αμερικανών βετεράνων μετά τον πόλεμο του Βιετνάμ και για την ευρεία διάδοση αυτής της διαταραχής, το 1980 η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA) πρόσθεσε τη νοσογραφική ταξινόμηση «Meta- Traumatic Stress Disorder» στην τρίτη έκδοση του DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III, 1980), αν και η εισαγωγή της διαγνωστικής κατηγορίας του PTSD ήταν αμφιλεγόμενη, ωστόσο, βοήθησε να καλυφθεί ένα σημαντικό κενό στην ψυχιατρική θεωρία και πρακτική.

Από ιστορική σκοπιά, η σημαντική αλλαγή που εισήγαγε την έννοια του μετατραυματικού στρες ήταν η προϋπόθεση ότι ο αιτιολογικός παράγοντας προήλθε από το εξωτερικό περιβάλλον (δηλαδή ένα τραυματικό γεγονός) και όχι μια εγγενής αδυναμία του ατόμου (δηλαδή μια τραυματική νεύρωση).

Στην πραγματικότητα, το μετατραυματικό στρες είναι η μόνη ψυχιατρική διαταραχή που εντοπίζεται από συγκεκριμένο αιτιολογικό παράγοντα που εμφανίζεται στα διαγνωστικά κριτήρια και είναι η μόνη διαταραχή για την οποία ακόμη και η ψυχιατρική επιτυγχάνει την ιδανική φιλοδοξία όλων των φαρμάκων: τον εντοπισμό της νόσου με βάση την αιτία της. Όχι όμως ότι το μετατραυματικό στρες είναι η μόνη διαταραχή που προκαλείται από ένα τραυματικό γεγονός. Υπάρχει μια σειρά κλινικών εικόνων, οι οποίες προκύπτουν μετά από ένα τραυματικό γεγονός, το οποίο μπορεί να οριστεί ως το «Μετατραυματικό φάσμα». Μεταξύ αυτών, ωστόσο, το μετατραυματικό

στρες είναι η πυρηνική διαταραχή, αυτή που πρέπει να ληφθεί ως αναφορά όταν προσπαθούμε να ορίσουμε τι κάνει ένα γεγονός τραυματικό.

1.2 Είδη του τραύματος

Όταν πρόκειται για διαταραχή μετατραυματικού στρες, είναι σημαντικό να ορίσουμε ποιο είναι το ψυχολογικό τραύμα που προκύπτει από το τραυματικό γεγονός.

Το τραύμα αντιπροσωπεύει μια βαθιά αλλαγή της ζωής: Το τραύμα είναι ένα γεγονός ορόσημο. Από την άποψη της ελληνικής ετυμολογίας, η λέξη «τραύμα» αναφέρεται στην τριβή, μια πληγή, μια ρήξη, με άλλα λόγια σε κάτι που αφήνει ένα σημάδι, μια ουλή. Η επίσημη ψυχιατρική προσπαθούσε πάντα να περιορίσει τον ορισμό του «τραύματος» μόνο στις αντικειμενικά πιο σοβαρές περιπτώσεις, για να το διακρίνει από τα γενικά έντονα αρνητικά γεγονότα της ζωής. Είναι η απάντηση σε ένα βαθύτατα οδυνηρό ή ενοχλητικό γεγονός που κατακλύζει την ικανότητα του ατόμου να το αντιμετωπίσει, να το διαχειριστεί, το οποίο προκαλεί αισθήματα ανικανότητας, που μειώνει την αίσθηση του εαυτού και την ικανότητα να αισθάνεται όλο το φάσμα των συναισθημάτων και των εμπειριών (Di Tella et al, 2022).

Πολύ διαφορετικά γεγονότα και καταστάσεις μπορεί να πάρουν τη μορφή τραύματος. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο τα τραύματα ταξινομούνται με διαφορετικούς τρόπους, ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται. Τα κύρια χαρακτηριστικά του τραύματος είναι η μη προβλεψιμότητα, η ανεξέλεγκτη, η έντονη αισθητηριακή διέγερση και η ανεξέλεγκτη ικανότητα.

Μπορούμε να ταξινομήσουμε το τραύμα σε:

- Ατομικό τραύμα.
- Συλλογικό τραύμα.

Η διαφορά έγκειται στον αριθμό των ατόμων που εμπλέκονται: ορισμένα παραδείγματα τύπων ατομικού τραύματος είναι η κλοπή, η ένοπλη ληστεία, η ληστεία, η σωματική επίθεση, η σεξουαλική επίθεση, η απειλή θανάτου, ένα ατύχημα με αυτοκίνητο ή στο χώρο εργασίας, ένα τραυματικό πένθος (όπως η αυτοκτονία μέλους της οικογένειας ή φίλου), μια απροσδόκητη ιατρική διάγνωση με κακή πρόγνωση ή ακόμη και ακρωτηριασμό ενός μέλους ή ξαφνική σωματική αναπηρία. Ενώ η

κατάρρευση ενός κτιρίου λαμβάνει τα χαρακτηριστικά ενός συλλογικού τραύματος, καθώς και, κατά καιρούς, διαφαινόμενων απειλών που μοιάζουν να μην έχουν τέλος.

Το κατ' εξοχήν συλλογικό τραύμα είναι προφανώς αυτό του πολέμου. Περιλαμβάνει πολλαπλές θλίψεις, κατάσταση συνεχούς απειλής, επαναλαμβανόμενη αίσθηση συναγερμού, έντονη αισθητηριακή διέγερση (θέαση αίματος και νεκρού, κραυγές, μυρωδιές), με την τυπική νευροβιολογική ενεργοποίηση που ακολουθεί. Αλλά ακόμη και ορισμένα γεγονότα που βιώνονται μόνο σε επίπεδο μέσω ενημέρωσης μπορούν να εξακολουθήσουν να αποτελούν τραύμα για ένα μέρος του πληθυσμού (Norris et al, 2004).

Επιπλέον, όταν μιλάμε για τραύμα, πρέπει να λάβουμε υπόψη τις λεγόμενες «τραυματικές συνθήκες», που δεν είναι ακριβή γεγονότα. Εννοούμε εκείνες τις πραγματικότητες που βρίσκονται κυρίως στο διαπροσωπικό αναπτυξιακό περιβάλλον ενός παιδιού και που συχνά αφορούν τις φιγούρες αναφοράς του, οι οποίες επαναλαμβάνονται με την πάροδο του χρόνου, επαναλαμβάνονται και μερικές φορές διαρκούν χρόνια και χρόνια. Ειδικά η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, αλλά και η ενδοοικογενειακή βία και η σοβαρή παραμέληση (τα λεγόμενα «δυσμενείς εμπειρίες παιδικής ηλικίας» και «σύνθετο τραύμα»). Τέλος, πρέπει να εστιάσουμε σε αυτό που η επιστημονική βιβλιογραφία αποκαλεί «ακραίο άγχος». Μεταξύ όλων, τα άγρια καθεστώτα φυλακών που χαρακτηρίζουν ορισμένες πραγματικότητες του πλανήτη μας, και τα βασανιστήρια. Εμπειρίες που υπάρχουν στις ιστορίες πολλών από εκείνους που βρέθηκαν αναγκασμένοι να μεταναστεύσουν, μεταξύ αιτούντων άσυλο και προσφύγων (Armour et al., 2016).

1.3 Συμπτώματα

Τα τυπικά συμπτώματα του μετατραυματικού στρες ομαδοποιούνται γενικά σε τέσσερις κύριες κατηγορίες:

1. Παρεμβατικά συμπτώματα (αναμνήσεις, δυσάρεστα όνειρα, αντιδράσεις διαχωρισμού, αναδρομές στο παρελθόν, έντονη δυσφορία, φυσιολογική απόκριση στα ερεθίσματα).

2. Επίμονη αποφυγή αναμνήσεων, σκέψεων ή συναισθημάτων που αναφέρονται στο τραυματικό γεγονός.
3. Αρνητικές αλλαγές στη γνώση και τη διάθεση.
4. Υπερδιέγερση και αυξημένη αντιδραστικότητα.

Για το Αμερικανικό Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (NIMH), ένα από τα χαρακτηριστικά του μετατραυματικού στρες είναι ότι το θύμα αναβιώνει επανειλημμένα την τραυματική εμπειρία με τη μορφή αναδρομών στο παρελθόν, φοβισμένες αναμνήσεις, εφιάλτες, ειδικά όταν έρχεται σε επαφή με λέξεις, αντικείμενα ή καταστάσεις, όπως επετείους, ψευδαισθήσεις, έντονης δυσφορίας και αυξημένης φυσιολογικής ανταπόκρισης σε παράγοντες που συμβολίζουν ή μοιάζουν με το γεγονός. Ακολουθεί την αποφυγή ερεθισμάτων όπως σκέψεις, αισθήσεις, συνομιλίες, δραστηριότητες, μέρη και άτομα που μπορούν να θυμηθούν το γεγονός σε συνδυασμό με μείωση του ενδιαφέροντος και της συμμετοχής, αισθήματα αποστασιοποίησης και παραξενιάς, μείωση της συναισθηματικότητας, μείωση των προσδοκιών στο μέλλον.

Τα άτομα με μετατραυματικό στρες παρουσιάζουν δυσκολία στον έλεγχο των συναισθημάτων τους, ευερεθιστότητα, ξαφνικό θυμό ή συναισθηματική σύγχυση, κατάθλιψη και άγχος, αϋπνία, αλλά και τάση να αποφεύγουν κάθε πράξη που τους αναγκάζει να θυμούνται το τραυματικό γεγονός.

Ένα άλλο κοινό σύμπτωμα είναι η αίσθηση της ενοχής, επειδή επιβίωσε ή δεν μπόρεσε να σώσει άλλα άτομα. Από καθαρά σωματική άποψη κάποια συμπτώματα είναι πόνοι στο στήθος, ζαλάδες, γαστρεντερικά προβλήματα, ημικρανίες, εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Η διάγνωση του μετατραυματικού στρες έρχεται όταν, σύμφωνα με το αμερικανικό NIMH, ο ασθενής παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά συμπτώματα για διάστημα μεγαλύτερο του ενός μήνα από το συμβάν που τα προκάλεσε.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχει μια αύξηση στην αντιδραστικότητα που εκδηλώνεται με διαταραχές ύπνου, ευερεθιστότητα, δυσκολία συγκέντρωσης, υπερεπαγρύπνηση, υπερβολικές απαντήσεις συναγερού (Norman et al. 2009).

Στο DSM-5, πέμπτη έκδοση του Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, που δημοσιεύτηκε το 2013, αναφέρονται τα διαγνωστικά κριτήρια της

PTSD, η παρουσία των οποίων είναι απαραίτητη για τη διάγνωση της διαταραχής. Τα κριτήρια αυτά, που αναφέρονται σε ενήλικες, εφήβους και παιδιά άνω των 6 ετών είναι:

Κριτήριο Α: Έκθεση σε πραγματικό ή απειλούμενο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή σεξουαλική επίθεση με έναν (ή περισσότερους) από τους ακόλουθους τρόπους.

1. Έχοντας άμεση εμπειρία του τραυματικού γεγονότος/ων.
2. Άμεσα μάρτυρας ενός τραυματικού γεγονότος που συνέβη σε άλλους.
3. Μάθετε για ένα τραυματικό συμβάν που συνέβη σε ένα μέλος της οικογένειας ή σε στενό φίλο. Σε περίπτωση πραγματικού θανάτου ή απειλής θανάτου μέλους της οικογένειας ή φίλου, το συμβάν πρέπει να ήταν βίαιο ή τυχαίο.
4. Επανειλημμένη εμπειρία ή ακραία έκθεση σε σκληρές λεπτομέρειες του τραυματικού γεγονότος (π.χ. οι πρώτοι που ανταποκρίνονται συλλέγουν ανθρώπινα λείψανα· αστυνομικοί επανειλημμένα εκτίθενται σε λεπτομέρειες παιδικής κακοποίησης). Σημείωση: Το κριτήριο A4 δεν ισχύει για έκθεση μέσω ηλεκτρονικών μέσων, τηλεόρασης, ταινιών ή εικόνων, εκτός εάν η έκθεση σχετίζεται με το έργο που εκτελείται.

Κριτήριο Β: παρουσία ενός ή περισσότερων από τα ακόλουθα παρεμβατικά συμπτώματα που σχετίζονται με το τραυματικό συμβάν (α), τα οποία ξεκινούν μετά το τραυματικό συμβάν.

1. Επαναλαμβανόμενες, ακούσιες και παρεμβατικές δυσάρεστες αναμνήσεις του τραυματικού γεγονότος. Σημείωση: σε παιδιά ηλικίας άνω των 6 ετών, μπορεί να εμφανιστεί επαναλαμβανόμενο παιχνίδι στο οποίο εκφράζονται θέματα ή πτυχές που αφορούν το τραυματικό συμβάν.
2. Επαναλαμβανόμενα δυσάρεστα όνειρα στα οποία το περιεχόμενο ή/και τα συναισθήματα του ονείρου συνδέονται με το τραυματικό συμβάν. Σημείωση: Τρομακτικά όνειρα μπορεί να υπάρχουν σε παιδιά ακόμη και χωρίς αναγνωρίσιμο περιεχόμενο.
3. Διασχιστικές αντιδράσεις (π.χ. αναδρομές) στις οποίες το υποκείμενο αισθάνεται ή ενεργεί σαν να επαναλαμβάνονται τα τραυματικά συμβάντα (τέτοιες αντιδράσεις μπορεί να συμβούν κατά μήκος ενός συνεχούς, όπου η εξωτερική έκφραση είναι η

πλήρης απώλεια επίγνωσης του περιβάλλοντος). Σημείωση: Στα παιδιά, μπορεί να συμβεί ειδική τελετουργία του τραύματος στο παιχνίδι.

4. Έντονη ή παρατεταμένη ψυχολογική ταλαιπωρία από έκθεση σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς παράγοντες που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πτυχή του τραυματικού γεγονότος.

5. Σημαντικές φυσιολογικές αντιδράσεις σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πτυχή του τραυματικού γεγονότος.

6. Επίμονη αποφυγή ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραυματικό συμβάν, το οποίο ξεκίνησε μετά το τραυματικό συμβάν, όπως αποδεικνύεται από ένα ή και τα δύο παρακάτω κριτήρια.

7. Αποφυγή ή προσπάθειες αποφυγής δυσάρεστων αναμνήσεων, σκέψεων ή συναισθημάτων που σχετίζονται ή συνδέονται στενά με το τραυματικό συμβάν. Αποφυγή ή απόπειρες αποφυγής εξωτερικών παραγόντων (άνθρωποι, μέρη, δραστηριότητες, αντικείμενα, καταστάσεις) που προκαλούν δυσάρεστες αναμνήσεις, σκέψεις ή συναισθήματα που σχετίζονται ή συνδέονται στενά με το τραυματικό συμβάν.

Κριτήριο Γ: αρνητικές αλλοιώσεις σκέψεων και συναισθημάτων που σχετίζονται με το τραυματικό συμβάν, που ξεκίνησαν ή επιδεινώθηκαν μετά το τραυματικό συμβάν.

Κριτήριο Δ: σημαντικές αλλαγές στη διέγερση και την αντιδραστικότητα που σχετίζονται με το τραυματικό συμβάν, που ξεκίνησε ή επιδεινώθηκε μετά το τραυματικό συμβάν, όπως αποδεικνύεται από δύο (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα κριτήρια.

1. Ευερέθιστη συμπεριφορά και εκρήξεις θυμού (με ελάχιστη ή καθόλου πρόκληση) που τυπικά εκφράζονται με τη μορφή λεκτικής ή σωματικής επιθετικότητας προς άτομα ή αντικείμενα.

2. Απερίσκεπτη ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

3. Υπερεπαγρύπνηση.

4. Υπερβολικές απαντήσεις συναγερμού.

5. Προβλήματα συγκέντρωσης.

6. Δυσκολία που σχετίζεται με τον ύπνο (π.χ. δυσκολία να αποκοιμηθείς ή να μείνεις για ύπνο, ή μη αναζωογονητικός ύπνος).

Κριτήριο E: η διάρκεια των αλλαγών (Κριτήρια Β, Γ, Δ και Ε) είναι μεγαλύτερη από 1 μήνα.

Κριτήριο ΣΤ: η αλλοίωση προκαλεί κλινικά σημαντική δυσφορία ή έκπτωση της λειτουργικότητας στους κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς.

Κριτήριο Ζ: η μεταβολή δεν μπορεί να αποδοθεί στις φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας (π.χ. ναρκωτικά, αλκοόλ) ή σε άλλη ιατρική κατάσταση (Petrinac, & Daly, 2016).

1.4 Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες

Δεν αναπτύσσουν ψυχολογικές διαταραχές όλοι οι άνθρωποι που υποφέρουν από τραύματα. Αυτό εξαρτάται από τους λεγόμενους παράγοντες κινδύνου που είναι σημαντικοί για να κατανοήσουμε γιατί μόνο ορισμένα τραύματα, κάποιων ανθρώπων, έχουν παθολογικά αποτελέσματα και επομένως γιατί είναι πιο ευάλωτα σε αυτή την εξέλιξη. Πρέπει να ληφθεί υπόψη μια σειρά παραγόντων κινδύνου και προστατευτικών παραγόντων που επηρεάζουν ο ένας τον άλλον και οδηγούν στο ποια είναι η έκβαση μιας ασθένειας ή όχι.

Παράγοντες κινδύνου μπορεί να σχετίζονται: με τον τύπο του τραύματος και σχετίζονται με το άτομο που υποφέρει το τραύμα. Όσο πιο έντονο, ανεξέλεγκτο, αναπόφευκτο είναι το τραύμα και όσο πιο κοντά στο σημείο όπου συμβαίνει το συμβάν, τόσο πιο πιθανό είναι αυτό το τραύμα να προκαλέσει μεγαλύτερες συναισθηματικές συνέπειες στο άτομο. Όσο μεγαλύτερη και πιο άμεση είναι η απειλή του θανάτου, τόσο μεγαλύτερη είναι η έκθεση και τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος εμφάνισης διαταραχής μετατραυματικού στρες (Hibberd et al, 2010).

Ένας άλλος παράγοντας κινδύνου είναι αυτός που συνδέεται με το άτομο που υποφέρει από το τραύμα. Πρώτα απ'όλα, η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα στον χώρο εργασίας, μετά στο είδος της εργασίας. Τα άτομα που εργάζονται στις υγειονομικές υπηρεσίες υπόκεινται σε σημαντικό φορτίο πίεσης. Επιπλέον, ένα άλλο στοιχείο που πρέπει να

ληφθεί υπόψη είναι η υπαρξιακή στιγμή στην οποία βρίσκεται το άτομο που υφίσταται το τραύμα, που μπορεί να τον οδηγήσει να αντιδράσει με διαφορετικό τρόπο, στην πραγματικότητα, το άγχος μπορεί να συσσωρευτεί και στη συνέχεια, σε ένα ορισμένο σημείο, να φτάσει σε ένα όριο ανεκτικότητας ή ακόμα και να το ξεπεράσει. Σε αυτό το σημείο μπορεί να εμφανιστούν ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, έντονη ταλαιπωρία και σωματικές αντιδράσεις. Ως εκ τούτου, όσοι στο παρελθόν έχουν ήδη υποστεί τραύμα, πένθος ή σοβαρά γεγονότα απώλειας ή όσοι βιώνουν χωρισμούς ή διαζύγια ή εκείνοι που έχουν ήδη υποφέρει από κατάθλιψη ή άλλες ψυχιατρικές διαταραχές ή εκείνοι που κάνουν κατάχρηση ή είναι εθισμένοι σε αλκοόλ και ουσίες, όσοι ζουν σε συναισθηματική και κοινωνική απομόνωση ή φροντίζουν έναν σύζυγο ή παιδί με σοβαρή αναπηρία είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν συμπτώματα όταν έρχονται σε επαφή με ένα άλλο δύσκολο γεγονός στη ζωή τους (Richardson et al, 2020).

Τέλος, καθοριστική είναι η προσωπικότητα των θυμάτων, για παράδειγμα οι ατομικοί αμυντικοί μηχανισμοί, οι βασικές συναισθηματικές στάσεις, μέχρι την εξέταση της προσωπικότητας στο σύνολό της, λαμβάνοντας υπόψη βιολογικούς, ψυχολογικούς και άλλους κοινωνικούς παράγοντες γιατί η ψυχολογία και η ψυχιατρική αναφέρονται στο «βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο». Οι βιολογικοί παράγοντες καθορίζονται από γενετικές-συνταγματικές προδιαθέσεις, ένα άτομο μπορεί να έχει περισσότερο ή λιγότερο ενεργό νευρικό σύστημα, περισσότερο ή λιγότερο ευαίσθητο ή περισσότερο ή λιγότερο ανθεκτικό ανάλογα με το πώς είναι έμφυτα χαρακτηριστικά και πώς έχει ωριμάσει με τα χρόνια. Επίσης, οι επιδημιολόγοι αναφέρουν ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από μετατραυματικές διαταραχές σε σχέση με τους άνδρες.

Ψυχολογικοί παράγοντες όπως η ποιότητα του δεσμού που βιώνει κάποιος με τους γονείς μπορεί να κάνει το άτομο λίγο πολύ σίγουρο. Επιπλέον, η λειτουργία ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος, η σχέση με τους συνομηλίκους, τους δασκάλους και άλλες εκπαιδευτικές προσωπικότητες μπορεί να αντιπροσωπεύει τόσο παράγοντες κινδύνου όσο και προστατευτικούς παράγοντες ανάλογα με το πώς έχουν αναπτυχθεί οι διαδρομές ζωής κατά την ανάπτυξη.

Τέλος, κοινωνικοί παράγοντες όπως η ακραία φτώχεια ή απλώς οι οικονομικές δυσκολίες, τα προβλήματα στέγασης και εργασίας, η ανεργία. Αυτοί οι παράγοντες αυξάνουν το φορτίο καταπόνησης. Μια σημαντική μεταβλητή που πρέπει να ληφθεί

υπόψη είναι η κοινωνική υποστήριξη του θύματος μετά την εκδήλωση της τραυματικής εμπειρίας, δηλαδή η ικανότητα ακρόασης και ενίσχυσης, η άνεση και η επιβεβαίωση και η προστατευτική εγγύτητα του οικογενειακού και διαπροσωπικού περιβάλλοντος, των φίλων και των ανθρώπων με τους οποίους βρίσκεται δίπλα (Tortella-Feliu et al, 2019).

1.4 Φαρμακοθεραπεία

Μια μεγάλη ποσότητα ψυχοτρόπων φαρμάκων μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες, αλλά είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η φαρμακευτική θεραπεία από μόνη της δεν επιλύει τα αποτελέσματα ενός τραύματος, στην πραγματικότητα, μαζί με αυτό, οι ψυχίατροι και οι ψυχολόγοι σχεδόν πάντα συνιστούν το συνδυασμό ψυχολογικής θεραπείας υποστήριξης, για παράδειγμα μέσω ψυχοκοινωνικών ή/και ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων.

Τα φάρμακα μπορούν να δράσουν σε ορισμένα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες ή σε άλλες ψυχοπαθολογικές διαστάσεις (άγχος, διάθεση, αϋπνία, ευερεθιστότητα κ.λπ.), αλλά από μόνα τους σχεδόν ποτέ δεν θεωρούνται ως θεραπεία εκλογής.

Τα αντικαταθλιπτικά, ιδίως οι SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) έχουν φαρμακοδυναμική δράση εκλεκτικής επαναπρόσληψης του νευροδιαβιβαστή 5-HT, δηλαδή της σεροτονίνης επίσης γνωστή ως το «μόριο της ευτυχίας» και είναι τα φάρμακα με τη μεγαλύτερη υποστήριξη από την ερευνητική επιστήμη για τη θεραπεία του μετατραυματικού στρες. Διαδραματίζουν θεμελιώδη ρόλο στη θεραπεία των καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων που είναι χαρακτηριστικά της διαταραχής μετατραυματικού στρες, οδηγούν επίσης σε βελτίωση της δυσκολίας συγκέντρωσης και ύπνου και επίσης μειώνουν την αποφυγή συμπεριφοράς, το συναισθηματικό μούδιασμα και τις επαναλαμβανόμενες αγχώδεις υπερενεργοποιήσεις, τυπικές διαταραχή. Μερικά παραδείγματα αυτών των φαρμάκων είναι: Citalopram, Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine, Sertraline. Όχι μόνο προκαλούν συνολική βελτίωση, αλλά είναι επίσης αποτελεσματικά στα συμπτώματα που τείνουν να εμφανίζονται παράλληλα με το μετατραυματικό στρες, αλλά έχουν σχετικά λίγες παρενέργειες. Ορισμένες μελέτες έχουν επίσης δείξει τα αποτελέσματά τους στην αναγέννηση των

κυττάρων, για παράδειγμα στους νευρώνες του υπόκαμπου και ακόμη και στην επιμήκυνση των χρωμοσωμικών τελομερών (Blackburn & Epel, 2017).

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (όπως η ιμιπραμίνη, η αμιτριπτυλίνη, η δεσιπραμίνη κ.λπ.) ανήκουν στα αντικαταθλιπτικά πρώτης γενιάς, αλλά έχουν ένα φάσμα δράσης παρόμοιο με τους MAO, τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης, που αντίθετα ανήκουν στα αντικαταθλιπτικά δεύτερης γενιάς.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του άγχους, σύμπτωμα που υπάρχει και στο μετατραυματικό στρες, είναι αγχολυτικά φάρμακα όπως οι βενζοδιαζεπίνες, μεταξύ των οποίων μπορούμε να αναφέρουμε την αλπραζολάμη, την κλοναζεπάμη, τη διαζεπάμη, τη λοραζεπάμη κ.λπ., καθώς η κλινική τους δράση είναι αντιπανική και αντιδιεγερτική χωρίς Ωστόσο, η δυνατότητα μείωσης των συμπτωμάτων Β (εισβολή) και C (αποφυγή), χρησιμοποιούνται συνήθως στην αρχή της θεραπείας με SSRI, καθώς έχουν το πλεονέκτημα ότι προσφέρουν πολύ γρήγορο θεραπευτικό αποτέλεσμα, αλλά αντενδείκνυνται σε ασθενείς με κατάχρηση αλκοόλ, ή παρελθοντικό ή παρόν εθισμό και λόγω της μεγάλης πιθανότητας εθισμού, στην πραγματικότητα δεν συνιστάται ως μονοθεραπεία, αλλά καλύτερα εάν χρησιμοποιείται για βραχυπρόθεσμη πρόσθετη θεραπεία, ειδικά εάν εμφανιστεί αϋπνία και για γρήγορη ανακούφιση από το άγχος. Γενικά, όταν είναι δυνατόν, να μην χρησιμοποιούνται οι βενζοδιαζεπίνες.

Άλλα αντικαταθλιπτικά, όπως η βενλαφαξίνη (Efexor) και η ντουλοξετίνη (Cymbalta), χρησιμοποιούνται επίσης για τη θεραπεία αγχώδων διαταραχών και για το μετατραυματικό στρες. Αλλά και άλλα φάρμακα, συμπεριλαμβανομένων των β-αναστολέων, που χρησιμοποιούνται συνήθως για τη θεραπεία της υψηλής αρτηριακής πίεσης, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για αγχώδεις διαταραχές, αλλά πάντα υπό τον έλεγχο του ειδικού, επειδή είναι σε θέση να μειώσουν πάνω από όλα τα σωματικά συμπτώματα που συνοδεύουν την διαταραχή.

Μερικές φορές, μπορεί να ενδείκνυται η χρήση άλλων φαρμακολογικών κατηγοριών, ιδιαίτερα αντισπασμωδικών, φαρμάκων που αρχικά αναπτύχθηκαν για τον έλεγχο των επιληπτικών κρίσεων σε άτομα με επιληψία. Δεδομένου ότι αυτά τα φάρμακα (βαλπροϊκό νάτριο, λαμοτριγίνη, γκαμπεπεντίνη, πρεγκαμπαλίνη) λειτουργούν ρυθμίζοντας τους υπερκινητικούς νευρώνες του εγκεφάλου, μπορεί επίσης να είναι

χρήσιμα για την άμβλυση της υπερβολικής απόκρισης φόβου σε άτομα με μετατραυματικό στρες.

Τέλος, μερικές φορές μπορεί να είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούνται άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα, τα οποία συνταγογραφούνται συχνότερα για τη σχιζοφρένεια, σε πολύ χαμηλές δόσεις. Αυτά τα φάρμακα περιλαμβάνουν την ολανζαπίνη (Zyprexa), τη ρισπεριδόνη (Risperdal) και την κουετιαπίνη (Seroquel) και μπορούν να χρησιμοποιηθούν, γενικά σε πολύ χαμηλές δόσεις, για τη θεραπεία του άγχους, σε περιπτώσεις όπου οι SSRI από μόνοι τους δεν αποδεικνύονται αποτελεσματικοί. (Onofri, La Rosa, 2017).

1.5 Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις

Σήμερα είναι διαθέσιμη μια μεγάλη ποικιλία ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων και αναδεικνύονται όλο και περισσότερο συγκεκριμένα μοντέλα, που στοχεύουν στη θεραπεία του ψυχικού τραύματος γενικά και του μετατραυματικού στρες.

Μετά από ενδελεχή αξιολόγηση της κατάστασης και ακριβή εννοιολόγηση της υπόθεσης, η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες χωρίζεται σε διάφορες φάσεις:

- Καθορίστε και διαχειριστείτε «επείγοντα» προβλήματα για τον ασθενή (π.χ καθημερινή λειτουργικότητα λόγω αποφυγών).
- Δημιουργήστε μια ασφαλή και συνεργατική θεραπευτική σχέση για τον ασθενή.
- Δώστε πληροφορίες για τη διαταραχή.
- Σταθεροποιήστε τα πιο ενοχλητικά συμπτώματα με τη χρήση τεχνικών διαχείρισης συμπτωμάτων (π.χ. τεχνικές χαλάρωσης).
- Εργασία σε τραυματικές αναμνήσεις μέσω της έκθεσης σε οδυνηρές αναμνήσεις.
- Πραγματοποιήστε μια γνωστική αναδιάρθρωση.
- Πρόληψη υποτροπών.

Όσον αφορά τις θεραπευτικές προσεγγίσεις, οι δύο πιο αποτελεσματικές και διαδεδομένες είναι:

A. Η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία Εστιασμένη στο Τραύμα η οποία σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες που δημοσιεύει το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας σχετικά με το μετατραυματικό στρες, θεωρείται η θεραπεία πρώτης επιλογής. Μπορούμε να ομαδοποιήσουμε τις γνωστικές-συμπεριφορικές τεχνικές που θα χρησιμοποιηθούν στις διάφορες φάσεις της θεραπείας σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- **Τεχνικές έκθεσης:** στοχεύουν να εξοικειώσουν τον ασθενή με τις επικίνδυνες καταστάσεις σε ένα ασφαλές κλίμα μέσω διαδικασιών έκθεσης in vivo και έκθεσης σε αναμνήσεις στη φαντασία. Οι in vivo εκθέσεις πραγματοποιούνται συμφωνώντας με τις καταστάσεις του ασθενούς και τις φοβερές δραστηριότητες που μπορούν να αφυπνίσουν τη μνήμη του συμβάντος, δημιουργώντας μια ιεραρχία που πηγαινεί από το πιο εύκολο στο πιο δύσκολο σύμφωνα με μια βαθμολογία USM (υποκειμενικές μονάδες αδιαθεσίας) και οδηγώντας το άτομο να τα αντιμετωπίζει το ένα μετά το άλλο. Στο τέλος της συνεδρίας, ο θεραπευτής θα συμφωνήσει για την «εργασία» με τον ασθενή, συμφωνώντας για το τι πρέπει να κάνει, πώς να το κάνει ακριβώς, πού, πόσο συχνά κ.λπ. Η έκθεση in vivo ακολουθείται από έκθεση με τη φαντασία των αναμνήσεων για να βοηθήσει το άτομο να ξανασκεφτεί τι συνέβη, τα συναισθήματα προσπαθήστε να διορθώσετε αντιπαραγωγικές πεποιθήσεις. Η έκθεση στις αναμνήσεις γίνεται σταδιακά, επιτρέποντας στον ασθενή, στην αρχική φάση, να παρακάμψει τα πιο επώδυνα σημεία και να κρατήσει τα μάτια του ανοιχτά. Αργότερα, θα ζητήσει από τον εαυτό του να κλείσει τα μάτια του για να κάνει τις εικόνες πιο ζωντανές και να χρησιμοποιήσει έναν παρελθόντα χρόνο στην ιστορία. τελικά, θα τους ζητηθεί να μιλήσουν στο παρόν, να φανταστούν το γεγονός από μακριά ή σαν σε ταινία.
- **Γνωστική αναδιάρθρωση:** μέσω της γνωστικής αναδιάρθρωσης, ο ασθενής με διαταραχή μετατραυματικού στρες βοηθά να εντοπίσει και να τροποποιήσει «λάθη συλλογισμού» και δυσλειτουργικές πεποιθήσεις για τον εαυτό του, τους άλλους και τον κόσμο που μπορεί να προϋπάρχουν του τραύματος, αλλά από το οποίο συχνά εξαρτώνται. Η επιρροή του τελευταίου στις προσωπικές απόψεις του ασθενούς για θέματα όπως η αίσθηση ασφάλειας, η αυτοπεποίθηση, η αυτοεκτίμηση και η εμπιστοσύνη στους άλλους.

- **Τεχνικές διαχείρισης άγχους:** για παράδειγμα, αποτελεσματικές μέθοδοι αναπνοής και χαλάρωσης και προσδιορισμός στρατηγικών ψυχικής απόσπασης της προσοχής.¹⁷

B. Το EMDR, ακρωνύμιο του Eye Movement Desensitization and Reprocessing, αντιπροσωπεύει αναμφίβολα μια από τις πιο αποτελεσματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις για μετατραυματικές αντιδράσεις: γεννημένος ως καινοτόμος τεχνική, το EMDR εκμεταλλεύεται τις κινήσεις των ματιών από εναλλασσόμενη διμερή διέγερση για να διευκολύνει και να επιταχύνει την απευαισθητοποίηση και την επεξεργασία της διαταραχής τραυματικά γεγονότα. Την τελευταία δεκαετία έχει λάβει σημαντικά διεθνή βραβεία, τα οποία το έχουν πιστοποιήσει ως εκλεκτική θεραπεία για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες: το 2000, το EMDR συμπεριλήφθηκε στις κατευθυντήριες γραμμές της Διεθνούς Εταιρείας Μελετών Τραυματικού Στρες, το 2001 επίσης στο Ηνωμένο Βασίλειο. Το 2002, αναγνωρίστηκε από το Ισραηλινό Εθνικό Συμβούλιο για την Ψυχική Υγεία ως μία από τις πιο συνιστώμενες μεθόδους για τη θεραπεία θυμάτων τρομοκρατικών ενεργειών. Το 2004, το National Clinical Practice Guideline Council Veterans Health Affairs και ο Υπουργός Άμυνας των Η.Π.Α. το έχουν συμπεριλάβει στις οδηγίες τους για τη θεραπεία της PTSD. Και, επίσης, το 2004, η American Psychiatric Association ανέφερε την αποτελεσματικότητά του. Τέλος, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, από τον Μάιο του 2013, συνέστησε το EMDR για την ευρέως αναγνωρισμένη πλέον αποτελεσματικότητά του (NICE, 2005).

❖ *Η λειτουργία του EMDR*

Υπάρχουν πολυάριθμες ερευνητικές υποθέσεις: πρώτα από όλα θα επέτρεπε στον ασθενή μια σταδιακή έκθεση στο τραυματικό υλικό και οι κινήσεις των ματιών θα μπορούσαν να προκαλέσουν συναπτικές αλλαγές που σχετίζονται άμεσα με την επεξεργασία των αναμνήσεων και της μνήμης. Οι κινήσεις των ματιών θα προκαλούσαν μια απόκριση χαλάρωσης μέσω του δικτυωτού σχηματισμού, μιας μεγάλης περιοχής αφιερωμένης στη ρύθμιση των συναισθημάτων. Αυτή η ενεργοποίηση θα ανέστειλε το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, ευνοώντας την απευαισθητοποίηση της αγχώδους απόκρισης. Κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας

ψυχοθεραπείας με EMDR, ο ασθενής καλείται να παραμείνει συγκεντρωμένος στην τραυματική μνήμη, στην πρόταση, στο κομμάτι της σωματικής αίσθησης και ταυτόχρονα να ακολουθήσει τα δάχτυλα του θεραπευτή που κινούνται αριστερά και δεξιά μπροστά του με τα μάτια του. Η διέγερση μπορεί επίσης να επιτευχθεί με το τύμπανο των δακτύλων στα πόδια ή με ηχητικά ερεθίσματα που εναλλάσσονται από το ένα αυτί στο άλλο ή με άλλους τρόπους. Αυτή η διέγερση φαίνεται να έχει μια διευκολυντική επίδραση στα δίκτυα μνήμης και να ευνοεί την επεξεργασία και τη σύνδεση νέων αναμνήσεων, ξεμπλοκάροντας τη φυσική τάση αυτοθεραπείας του εγκεφάλου (NICE, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Covid-19

2.1 Εισαγωγή

Από τον Δεκέμβριο του 2019, περισσότεροι από 79.000 άνθρωποι έχουν διαγνωστεί με νόσο του κορωνοϊού 2019 (COVID-19) της αναπνευστικής νόσου. Από τον Απρίλιο του 2020, περισσότεροι από 2 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως έχουν κάνει το τεστ, το οποίο βρέθηκε θετικό για COVID-19 και περισσότεροι από 200.000 θάνατοι αποδίδονται σε αυτόν τον ιό.

Ακολουθούν μερικές από τις πληροφορίες για το πώς ξεκίνησε η πανδημία:

Στις 9 Ιανουαρίου 2020, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) δήλωσε ότι οι κινεζικές υγειονομικές αρχές εντόπισαν ένα νέο στέλεχος Ο κορωνοϊός δεν είχε εντοπιστεί ποτέ πριν σε ανθρώπους, ονομάστηκε προσωρινά 2019-nCoV και αργότερα ταξινομήθηκε επίσημα με το όνομα SARS-CoV-2. Ο ιός σχετίζεται με ξέσπασμα κρουσμάτων πνευμονίας που καταγράφηκαν στις 31 Δεκεμβρίου 2019 στην πόλη Γουχάν της κεντρικής Κίνας. Στις 11 Φεβρουαρίου, ο ΠΟΥ ανακοίνωσε ότι η αναπνευστική νόσος που προκαλείται από τον νέο κορωνοϊό ονομάστηκε COVID-19.

Η ιδιαιτερότητα αυτού του ιού είναι ότι πρόκειται για ένα νέο στέλεχος που ποτέ δεν είχε προηγουμένως εντοπιστεί από τον άνθρωπο και το ερώτημα "Τι είναι ο νέος κορωνοϊός SARS-CoV-2;" το Υπουργείο Υγείας απαντά: «... Ο ιός που προκαλεί την τρέχουσα επιδημία του κορωνοϊού (προηγουμένως ονομαζόταν 2019-nCoV) ονομάζεται SARS-CoV-2 (Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο - Coronavirus - 2). Αυτό ανακοίνωσε η Διεθνής Επιτροπή Ταξονομίας των Ιών (ICTV) που ασχολείται με τον προσδιορισμό και την ονομασία των ιών (δηλαδή είδος, γένος, οικογένεια κ.λπ.). Για να δηλώσετε το όνομα μια ομάδα εμπειρογνομόνων επιφορτισμένη με τη μελέτη του νέου στελέχους του κορωνοϊού. Σύμφωνα με αυτή τη δεξαμενή επιστημόνων, ο νέος κορωνοϊός είναι ο αδερφός εκείνου που προκάλεσε το SARS (SARS-CoVs), εξ ου και το επιλεγμένο όνομα του SARS-CoV-2».

❖ *Ο ιός COVID-19*

Ο ιός COVID-19 είναι η ασθένεια που προκαλείται από τον νέο κορωνοϊό έχει όνομα COVID-19 (όπου "CO" σημαίνει στέμμα, Το "VI" για τον ιό, το "D" για την ασθένεια

και το "19" υποδεικνύει το έτος κατά το οποίο εμφανίστηκε). Ανακοινώθηκε στις 11 Φεβρουάριος 2020, ο Γενικός Διευθυντής του ΠΟΥ, Tedros Adhanom Ghebreyesus, σε μια ενημέρωση τύπου κατά τη διάρκεια ενός διαλείμματος από το έκτακτο φόρουμ αφιερωμένο στον ιό.

❖ *Τρόπος μετάδοσης*

Ο νέος κορωνοϊός που ευθύνεται για την αναπνευστική νόσο COVID-19 μπορεί να μεταδοθεί από άτομο σε άτομο μέσω στενής επαφής με ένα πιθανό ή επιβεβαιωμένο κρούσμα. ...) Τα τρέχοντα στοιχεία υποδηλώνουν ότι ο SARS-CoV-2 εξαπλώνεται μεταξύ των ανθρώπων: άμεσα, έμμεσα (μέσω μολυσμένων αντικειμένων ή επιφανειών) μέσω στενής επαφής με μολυσμένα άτομα μέσω εκκρίσεων από το στόμα και τη μύτη (σάλιο, αναπνευστικές εκκρίσεις ή σταγονίδια). Όταν ένα άρρωστο άτομο βήχει, φτερνίζεται, μιλάει ή τραγουδά, αυτές οι εκκρίσεις απελευθερώνονται από το στόμα ή τη μύτη. Τα άτομα που βρίσκονται σε στενή επαφή (λιγότερο από 1 μέτρο) με ένα μολυσμένο άτομο μπορεί να μολυνθούν εάν τα σταγονίδια εισέλθουν στο στόμα, τη μύτη ή τα μάτια. Για να αποφύγετε την επαφή με αυτά τα σταγονίδια, είναι σημαντικό να μείνετε τουλάχιστον ένα μέτρο μακριά από άλλα, να πλένετε συχνά τα χέρια σας και να καλύπτετε το στόμα και τη μύτη σας με μαντήλι ή με λυγισμένο αγκώνα όταν φτερνίζεστε ή βήχετε. Όταν δεν είναι δυνατή η φυσική απόσταση (να στέκεστε ένα μέτρο ή περισσότερο μακριά), ένα σημαντικό μέτρο για την προστασία των άλλων είναι να φοράτε μάσκα προσώπου και είναι απαραίτητο να πλένετε συχνά τα χέρια σας (Chinnazi et. al, 2020, Wong et. al, 2020, Li et al, 2020).

Τα άρρωστα άτομα μπορούν να απελευθερώσουν μολυσμένα σταγονίδια σε αντικείμενα και επιφάνειες (που ονομάζονται fomites) όταν φτερνίζονται, βήχουν ή αγγίζουν επιφάνειες (τραπέζια, λαβές, κιγκλιδώματα). Αγγίζοντας αυτά τα αντικείμενα ή επιφάνειες, άλλοι άνθρωποι μπορούν να μολυνθούν αγγίζοντας τα μάτια, τη μύτη ή το στόμα τους με μολυσμένα (δεν έχουν πλυθεί ακόμη) χέρια. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο είναι απαραίτητο να πλένετε τα χέρια σας σωστά και τακτικά με σαπούνι και νερό ή προϊόν με βάση το αλκοόλ και να καθαρίζετε συχνά τις επιφάνειες (Chinnazi et al, 2020).

Οι έντονες προκλήσεις και τα δεινά που έχει δημιουργήσει ο Covid-19 σε παγκόσμιο, εθνικό και εντός κοινοτήτων, οι οικογένειες και κάθε άτομο έχουν λάβει έντονη

προσοχή από τα μέσα ενημέρωσης, όπως και η συμβολή των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση του COVID-19 (Bennett et al. 2020). Και υποστηρίζουν επίσης ότι υπήρξε δημόσια εκδήλωση εκτίμησης, ευγνωμοσύνης, ακόμη και αγάπης για τους νοσηλευτές και το νοσηλευτικό επάγγελμα σε όλο τον κόσμο. Αν και είναι ευαίσθητη στη σημαντική αγωνία που προκαλείται από τον COVID-19, η πανδημία έχει επίσης επισημάνει ορισμένες από τις πραγματικότητες και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει το σύγχρονο νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό. Τόνισε τη θέση και τη δύναμη που μπορούμε να αξιοποιήσουμε ως επάγγελμα για να αντιμετωπίσουμε τις προκλήσεις της υγείας, να προωθήσουμε τη δημόσια υγεία και να σώσουμε άμεσα ζωές ανθρώπων. Ωστόσο, υπογράμμισε επίσης ορισμένα μακροχρόνια προβλήματα σχετικά με το πώς γίνεται αντιληπτό το επάγγελμα.

2.2 Συμπτώματα

Οι περισσότεροι άνθρωποι με Covid-19 έχουν ήπια συμπτώματα ή είναι εντελώς ασυμπτωματικοί, αλλά μερικοί άνθρωποι αρρωσταίνουν σοβαρά και διακινδυνεύουν τη ζωή τους, ειδικά εάν υπάρχουν συννοσηρότητες. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν: πυρετό, βήχα, δυσκολία στην αναπνοή ή συριγμό, επαναλαμβανόμενο τίναγμα ρίγη ή ρίγη, εξασθένηση, μυϊκό πόνο, πονοκέφαλο, πονόλαιμο, πρόσφατη απώλεια όσφρησης ή γεύσης, ναυτία, έμετο και διάρροια (Qi et. al, 2020, Sun et. al, 2020).

Συνήθως τα συμπτώματα εμφανίζονται 2 έως 14 ημέρες μετά τη μόλυνση. Ο κίνδυνος σοβαρής ασθένειας και θανάτου σε άτομα με COVID-19 αυξάνεται με την ηλικία και σε άτομα με άλλες σοβαρές ασθένειες, όπως καρδιακή, πνευμονοπάθεια, νεφρική ή ηπατική νόσο, διαβήτη, παχυσαρκία ή διαταραχές που σχετίζονται με ανοσοκαταστολή. Εκτός από τις αναπνευστικές ασθένειες που μπορεί να είναι σοβαρές και να οδηγήσουν σε θάνατο, άλλες σοβαρές επιπλοκές περιλαμβάνουν καρδιακές διαταραχές, όπως αρρυθμίες, διαταραχές του καρδιακού μυός και οξεία καρδιακή βλάβη, αιμορραγικές διαταραχές συμπεριλαμβανομένων θρόμβων αίματος σε μικρά και μεγάλα αιμοφόρα αγγεία και αιμορραγία, σύνδρομο Guillain- Barré (σπάνιο). Μια σπάνια επιπλοκή που ονομάζεται Παιδιατρικό πολυσυστημικό φλεγμονώδες σύνδρομο (PMIS ή MIS-C) που μπορεί να συνδέεται με τον COVID-19 έχει αναφερθεί σε παιδιά. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι παρόμοια με μια σπάνια πάθηση που ονομάζεται

σύνδρομο Kawasaki και περιλαμβάνουν πυρετό, κοιλιακό άλγος και εξάνθημα (Struyf et al, 2022).

2.3 Τραύμα και Covid 19

Μεγάλη σημασία δίνεται επί του παρόντος στην ψυχική υγεία κάθε ατόμου, ιδίως λόγω της ταχείας και εκθετικής εξάπλωσης του νέου κορωνοϊού παγκοσμίως, η οποία ξεκίνησε τον Δεκέμβριο του 2019. Η απειλή του Covid-19 έχει πλήρως αναγνωριστεί και ο αντίκτυπός του στις ψυχολογικές αντιδράσεις ατόμων έχει αναφερθεί εμπειρικά (π.χ., Bhuiyan et al. 2020, Qiu et al. 2020, Wang et al. 2020). Τέτοιες ψυχολογικές αντιδράσεις, ιδιαίτερα το άγχος και ο φόβος, είναι σημαντικοί παράγοντες στις συμπεριφορές ενός ατόμου. Ο Taylor (2019) υποδηλώνει ότι τα χαμηλά επίπεδα άγχους μπορεί να οδηγήσουν σε απρόθυμες προληπτικές συμπεριφορές (π.χ. πλύσιμο χεριών) και ένα υψηλό επίπεδο άγχους μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνικά καταστροφικές συμπεριφορές (π.χ. πανικόβλητοι αγορές)

Λαμβάνοντας υπόψη τον Covid-19 και τα κύρια χαρακτηριστικά ενός τραύματος μπορούμε να πούμε ότι:

- υπήρχε απρόβλεπτο στην εμφάνιση του νέου κορωνοϊού και αδυναμία πρόβλεψης και μη γνώσης του προηγούμενως, μη γνώσης των επιπτώσεων και άμεσης αναγνώρισης όσων έχουν μολυνθεί από τον ιό καθώς αυτό είναι αόρατο.
- αυστηρά συνδεδεμένο με το απρόβλεπτο είναι το μη ελεγχόμενο, είναι αυτονόητο ότι αν κάτι δεν προβλέπεται, είναι δύσκολο να το ελέγξουμε, ειδικά στην περίπτωση μας όπου μιλάμε για έναν αερομεταφερόμενο ιό που είναι εξαιρετικά μεταδοτικός μεταξύ των ανθρώπων.
- δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η πανδημία έχει και εξακολουθεί να προκαλεί έντονη αισθητηριακή διέγερση, κατανοητή ως σωματικές αισθήσεις, τρομερές εικόνες, περίεργες μυρωδιές κ.λπ. γενικά στον πληθυσμό, αλλά ιδιαίτερα στους ίδιους τους ανθρώπους που έχουν πληγεί από τον ιό και για όλους τους φορείς που εργάζονται στην πρώτη γραμμή·
- η ανικανότητα είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό του τραύματος και μερικές φορές μπορεί να είναι και ο Covid-19 που, από τότε που εξαπλώθηκε, οδήγησε

πολλούς μελετητές και επιστήμονες να αναζητήσουν την προέλευσή του, τους τρόπους μετάδοσης, τα χαρακτηριστικά του για να κατανοήσουν τις επιπτώσεις του, τις αιτίες του που οδηγούν να επηρεάσουν περισσότερες από μία ηλικιακές ομάδες και όχι άλλες, αλλά και η πολιτική προστασία και οι κυβερνήσεις πρέπει να κατανοήσουν πώς να αντιμετωπίσουν την έκτακτη ανάγκη για την υγεία.

Επιπλέον, όπως έχουμε ήδη πει το τραυματικό γεγονός ενέχει απειλή για την ψυχοσωματική και ακεραιότητα της ζωής και εδώ, όλοι συμφωνούν ότι ο νέος κορωνοϊός, προκαλεί κίνδυνο ζωής και βλάβες στην ασφάλεια του καθενός.

Λαμβάνοντας υπόψη τα προηγούμενα σημεία και όσα έχουν ειπωθεί μέχρι τώρα, μπορούμε να πούμε ότι η τρέχουσα πανδημία, ο νέος κορωνοϊός, θα μπορούσε να αντιπροσωπεύει μια πραγματική τραυματική κατάσταση.

Το άρθρο των Forte et al. αναφέρει ότι το ερωτηματολόγιο COVID-19-PTSD φαίνεται να είναι αποτελεσματικό στην αξιολόγηση των ειδικών συμπτωμάτων του στρες που σχετίζονται με την πανδημία COVID-19. Χορηγώντας το ερωτηματολόγιο σε συνολικά 2286 συμμετέχοντες, έλαβαν κλινικά σχετικά αποτελέσματα επειδή υποδηλώνουν ότι η πανδημία COVID-19 θα μπορούσε να θεωρηθεί τραυματική κατάσταση.

Η πανδημία που βιώνουμε μπορεί να θεωρηθεί ως «Συνεχιζόμενο Τραύμα» που κυριολεκτικά σημαίνει «συνεχιζόμενο τραύμα» και η ανταπόκριση των υποκειμένων που απορρέει από αυτή την κατάσταση είναι η λεγόμενη Συνεχής Τραυματική Απόκριση στο Στρες (OTSR). Παραδείγματα συνεχούς και αδυσώπητου στρες που μας επιτρέπουν να κατανοήσουμε καλύτερα αυτήν την έννοια είναι επίσης η ζωή σε μια γειτονιά με υψηλό ποσοστό εγκληματικότητας, η καταπολέμηση μιας ασθένειας με κακή πρόγνωση ή η εμπειρία τραυματικών γεγονότων που επαναλαμβάνονται κατά καιρούς, όπως ο εκφοβισμός, η ενδοοικογενειακή βία και ή παιδική παραμέληση. Για άτομα που αντιμετωπίζουν συνεχές τραυματικό στρες, είναι πιθανή μια σειρά από ανεπιθύμητες ενέργειες (Wu et al. 2022). Μπορεί να παρουσιάζουν πρότυπα οξέος τραύματος, που αναπτύχθηκαν για παράδειγμα, σε στρατιώτες που υποφέρουν για μήνες ή και χρόνια μετά την επιστροφή τους από τη μάχη και για θύματα βιασμού και

άλλης κοινοτικής βίας, η περισσότερη ψυχολογική βιβλιογραφία δίνει έμφαση στα ψυχοπαθολογικά σύνδρομα, ιδιαίτερα στη διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD).

Η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία δημοσιεύει στο "Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy", το άρθρο "Defining trauma and a trauma-informed response COVID-19" (2020) από τον Griffin G που αναφέρει ότι τα συστήματα πρέπει να ανταποκρίνονται σε τραύμα που προέκυψε από την πανδημία του κορωνοϊού 2019 (COVID-19) (Horeish & Brown, 2020) με στόχο την προώθηση της ανάρρωσης και της ανθεκτικότητας των κατοίκων τους. Επιπλέον, προσθέτει ότι όσο περισσότερο ένα σύστημα χρησιμοποιεί με συνέπεια έννοιες τραύματος, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες να εφαρμοστεί με επιτυχία μια αποτελεσματική απόκριση με πληροφόρηση για το τραύμα (Brooks et al 2020).

Ο COVID-19 έχει το μοναδικό χαρακτηριστικό ότι έχει εμφανιστεί σε όλο τον κόσμο και, ως εκ τούτου, το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού πληροί το κριτήριο της έκθεσης στο συμβάν. Η εμπειρία περιγράφει την υποκειμενική ανταπόκριση κάποιου στο ανεπιθύμητο συμβάν. Οι άνθρωποι διαφέρουν ως προς τη γενετική, τη νευροανάπτυξη (Neurosequential Network, 2020; Ota et al., 2019), τη γενική υγεία, την ανθεκτικότητα και την παρουσία άλλων προστατευτικών παραγόντων. Επομένως, τα άτομα βιώνουν το ίδιο συμβάν πανδημίας COVID-19 με διαφορετικούς τρόπους. Ο προσδιορισμός ποιο από αυτά τα άτομα υποφέρει από τραύμα απαιτεί τον εντοπισμό των πιο σχετικών επιπτώσεων. Για πολλούς, η βραχυπρόθεσμη ταλαιπωρία θα περάσει και δεν θα φτάσει στο επίπεδο του «τραύματος». Για άλλους, τα αποτελέσματα θα παραμείνουν. Ο εντοπισμός των επιπτώσεων που θα αναγνωριστούν ως τραύμα γίνεται τώρα το σημείο κόλλημα.

2.4 Ψυχική υγεία κατά την επιδημία Covid-19

Σύμφωνα με το Σύνταγμα του ΠΟΥ (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας), στόχος του Οργανισμού είναι «η επίτευξη, από όλους τους πληθυσμούς, του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας», που ορίζεται ως «μια κατάσταση συνολικής σωματικής ευεξίας, ψυχικής και κοινωνικής "και όχι απλά" απουσία ασθένειας ή αναπηρίας", επειδή μια καλή κατάσταση υγείας παράγει οφέλη σε όλους τους τομείς και στην κοινωνία συνολικά. Αντιπροσωπεύει έναν πολύτιμο πόρο (Clemente-Suárez et al. 2021).

Η καλή υγεία είναι απαραίτητη για την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη και είναι ζωτικής σημασίας σημασία για τη ζωή κάθε ατόμου, για όλες τις οικογένειες και για όλες τις κοινότητες. Η κακή κατάσταση της υγείας μεταφράζεται σε σπατάλη δυνατοτήτων και μπορεί να γίνει αιτία απόγνωσης και κατά συνέπεια να επηρεάσει την απώλεια πόρων σε όλους τους τομείς. Το απόλυτο δικαίωμα κάθε ατόμου να ασκεί έλεγχο στην υγεία του και τους καθοριστικούς παράγοντες ενισχύει τις κοινότητες και βελτιώνει τη ζωή, γιατί είναι σημαντικό να επαναλάβουμε ότι η υγεία είναι θεμελιώδες δικαίωμα για όλους και όχι προνόμιο για λίγους. Χωρίς την ενεργό συμμετοχή των ανθρώπων, χάνονται πολλές ευκαιρίες για την προώθηση και την προστασία της υγείας τους και την αύξηση της ευημερίας τους.

Η Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ εγκαινίασε το 1998, εγκρίθηκε από την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας, το πρόγραμμα «Health21» το οποίο προσδιορίζει 21 στρατηγικούς στόχους που πρέπει να επιδιωχθούν σε διεθνές, εθνικό και τοπικό επίπεδο στις χώρες της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας και βασίζεται σε μια σειρά αναλύσεων και αξιολογήσεων. Αντιπροσωπεύουν τις αρχές της υγείας για την ευρωπαϊκή περιοχή του ΠΟΥ, 21 στόχους για τον 21ο αιώνα. Οι 21 στόχοι αποτελούν τα θεμέλια για τη διαμόρφωση της πολιτικής για την υγεία στην Ευρώπη και επίσης χρησιμεύουν ως μονάδα μέτρησης για την αξιολόγηση της προόδου όσον αφορά τη βελτίωση της υγείας, την προστασία της υγείας και τη μείωση των κινδύνων για την υγεία (World Health Organization 1999).

Ο έκτος στόχος εστιάζει στη βελτίωση της ψυχικής υγείας για την οποία, μιλώντας για υγεία, είναι σιωπηρό να πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ψυχική υγεία, δηλαδή μια κατάσταση συναισθηματικής και ψυχολογικής ευεξίας στην οποία το άτομο μπορεί να εκμεταλλευτεί τις γνωστικές ή συναισθηματικές του ικανότητες, να ασκηθεί τη λειτουργία τους μέσα στην κοινωνία, ανταποκρίνονται στις καθημερινές ανάγκες της καθημερινότητας, δημιουργούν ικανοποιητικές και ώριμες σχέσεις με άλλους, συμμετέχουν εποικοδομητικά στις περιβαλλοντικές αλλαγές, προσαρμόζονται σε εξωτερικές συνθήκες και εσωτερικές συγκρούσεις» (ΠΟΥ) (World Health Organization 1999).

Σε κάθε επιδημία είναι σύνηθες φαινόμενο οι άνθρωποι να αισθάνονται άγχος και ανησυχία. Τα ανθρώπινα όντα έχουν την εξαιρετική ικανότητα να στοχάζονται μελλοντικά γεγονότα. Το να είμαστε διορατικοί σημαίνει ότι μπορούμε να

προβλέψουμε εμπόδια ή προβλήματα, δίνοντάς μας την ευκαιρία να σχεδιάσουμε λύσεις. Όταν μας βοηθά να πετύχουμε τους στόχους μας, το να σκεφτόμαστε μπροστά μπορεί να είναι πολύ χρήσιμο. Για παράδειγμα, το πλύσιμο των χεριών και η διατήρηση μιας κοινωνικής απόστασης είναι χρήσιμες συμπεριφορές που μπορούμε να αποφασίσουμε να εφαρμόσουμε για να αποτρέψουμε την εξάπλωση του ιού. Όταν ανησυχούμε υπερβολικά, συχνά σκεφτόμαστε τα χειρότερα σενάρια και πιστεύουμε ότι δεν θα μπορούσαμε να τα αντιμετωπίσουμε. Η ανησυχία μοιάζει με μια αλυσίδα σκέψεων και εικόνων, που μπορεί να προχωρήσει σε όλο και πιο καταστροφικές και απίθανες κατευθύνσεις. Μερικοί άνθρωποι αισθάνονται ανησυχία ως ανεξέλεγκτη - φαίνεται να παίρνει τη δική του ζωή.

Οι καταστάσεις έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία μπορούν να επηρεάσουν την υγεία, την ασφάλεια και την ευημερία και των δύο ατόμων (προκαλώντας, για παράδειγμα, ανασφάλεια, σύγχυση, συναισθηματική απομόνωση και στίγμα) και κοινότητες (λόγω οικονομικών απωλειών, κλεισίματος γραφείων εργασίας και σχολείων, ανεπαρκών πόρων για γιατρούς και κακής διανομής ειδών πρώτης ανάγκης.

Αυτές οι επιπτώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε μια σειρά συναισθηματικών αντιδράσεων (όπως αγωνία ή ψυχιατρικές παθήσεις), ανθυγιεινές συμπεριφορές (όπως υπερβολική χρήση ουσιών) και μη συμμόρφωση με τις οδηγίες δημόσιας υγείας (όπως ο περιορισμός στο σπίτι και ο εμβολιασμός) σε άτομα που έχουν ασθένεια και στο γενικό πληθυσμό.

Εκτεταμένη έρευνα για την ψυχική υγεία σε περίπτωση καταστροφής έχει αποδείξει ότι η συναισθηματική δυσφορία είναι πανταχού παρούσα στους πληγέντες πληθυσμούς, ένα εύρημα που σίγουρα θα απηχεί στους πληθυσμούς που έχουν πληγεί από την πανδημία Covid-19. Μετά από καταστροφές, οι περισσότεροι αντιστέκονται και δεν υποκύπτουν στην ψυχοπαθολογία. Πράγματι, μερικοί άνθρωποι βρίσκουν νέες δυνάμεις. Ωστόσο, σε «συμβατικές» φυσικές καταστροφές, τεχνολογικά ατυχήματα και σκόπιμες πράξεις μαζικής καταστροφής, πρωταρχικό μέλημα είναι η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) που προκύπτει από έκθεση σε τραύμα. Οι ιατρικές παθήσεις που οφείλονται σε φυσικά αίτια όπως η απειλητική για τη ζωή ιογενής λοίμωξη δεν πληρούν τα τρέχοντα κριτήρια τραύματος που απαιτούνται για τη διάγνωση του μετατραυματικού στρες, αλλά μπορεί να προκύψουν άλλες

ψυχοπαθολογίες, όπως καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές (Wang et al., 2020, Nicola et al. 2020).

Οι κοινές απαντήσεις από τους πληγέντες (άμεσα και έμμεσα) θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν: φόβο να αρρωστήσουν και να πεθάνουν, να αποφύγουν την προσέγγιση σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης από φόβο μήπως μολυνθούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας, φόβο να χάσουν τα προς το ζην, να μην μπορούν να εργαστούν κατά τη διάρκεια της απομόνωσης και να απολυθούν από την εργασία, φόβος κοινωνικού αποκλεισμού / καραντίνας λόγω συσχέτισης με τη νόσο (π.χ. στιγματισμός ατόμων που προέρχονται ή θεωρούνται από πληγείσες περιοχές), αίσθημα αδυναμίας στην προστασία των αγαπημένων προσώπων και φόβος απώλειας τους λόγω του ιού, φόβος χωρισμός από αγαπημένα πρόσωπα και φροντιστές λόγω του καθεστώτος καραντίνας, άρνηση φροντίδας ασυνόδευτων ή χωρισμένων ανηλίκων, ατόμων με αναπηρία ή ηλικιωμένων λόγω φόβου μόλυνσης, επειδή γονείς ή παιδιά οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας έχουν τεθεί σε καραντίνα, νιώθοντας αβοήθητοι, πλήξη, μοναξιά και κατάθλιψη λόγω της απομόνωσης, φόβου να ξαναζήσουν την εμπειρία μιας προηγούμενης επιδημίας.

Οι καταστάσεις έκτακτης ανάγκης είναι πάντα αγχωτικές, αλλά συγκεκριμένοι στρεσογόνοι παράγοντες της επιδημίας COVID-19 επηρεάζουν τον πληθυσμό. Τα στρες περιλαμβάνουν:

- Κίνδυνο μόλυνσης και μόλυνσης άλλων, ειδικά εάν ο τρόπος μετάδοσης του COVID-19 δεν είναι 100% σαφής.
- Συνήθη συμπτώματα άλλων προβλημάτων υγείας
- Οι φροντιστές μπορεί να ανησυχούν όλο και περισσότερο ότι τα παιδιά τους είναι μόνα στο σπίτι (λόγω του κλεισίματος των σχολείων) χωρίς επαρκή φροντίδα και υποστήριξη. Το κλείσιμο των σχολείων μπορεί να έχει διαφορετικό αντίκτυπο στις γυναίκες, οι οποίες παρέχουν το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας εντός των οικογενειών, με αποτέλεσμα περιορισμένες ευκαιρίες εργασίας και οικονομικές ευκαιρίες.
- Κίνδυνος επιδείνωσης της σωματικής και ψυχικής υγείας των ευάλωτων ατόμων, για παράδειγμα των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες,

εάν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης βρίσκονται σε καραντίνα και εάν δεν είναι εγγυημένη άλλη φροντίδα / υποστήριξη.

Ο φόβος, η ανησυχία, η αβεβαιότητα και οι συνεχείς στρεσογόνοι παράγοντες στον πληθυσμό κατά την έξαρση του COVID-19 μπορούν να οδηγήσουν σε μακροπρόθεσμες συνέπειες εντός των κοινοτήτων, των οικογενειών και των ευάλωτων ατόμων: επιδείνωση των κοινωνικών δικτύων, τοπικές δυναμικές και οικονομίες, στιγματισμός των επιζώντων ασθενών με αποτέλεσμα την απόρριψη από κοινότητες, πιθανή αυξημένη συναισθηματική κατάσταση, θυμός και επιθετικότητα προς την κυβέρνηση και τους εργαζόμενους πρώτης γραμμής, πιθανός θυμός και επιθετικότητα εναντίον παιδιών, συζύγων, συντρόφων και μελών της οικογένειας (αυξημένη βία στην οικογένεια και οικείο σύντροφο), πιθανή δυσπιστία στις πληροφορίες που παρέχονται από την κυβέρνηση και άλλες αρχές, άτομα με αναπτυσσόμενη ή υπάρχουσα ψυχική υγεία και προβλήματα χρήσης ουσιών που έχουν υποτροπές και άλλες δυσμενείς εκβάσεις επειδή αποφεύγουν τις εγκαταστάσεις υγείας ή δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση στους παρόχους φροντίδας τους. Κάποιοι από αυτούς τους φόβους και τις αντιδράσεις προκύπτουν από ρεαλιστικούς κινδύνους, αλλά πολλές αντιδράσεις και συμπεριφορές οφείλονται επίσης σε έλλειψη γνώσης, φήμες και παραπληροφόρηση (Zhang et al. 2020, Holmes et al. 2020).

Το κοινωνικό στίγμα και οι διακρίσεις μπορεί να σχετίζονται με τον COVID-19, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων που έχουν μολυνθεί, των μελών της οικογένειάς τους, της υγειονομικής περίθαλψης και άλλων εργαζομένων πρώτης γραμμής (Yuan et al. 2021).

Πρέπει να ληφθούν μέτρα για την αντιμετώπιση του στίγματος και των διακρίσεων σε όλα τα στάδια της αντιμετώπισης της έκτακτης ανάγκης COVID-19. Θα πρέπει να ληφθεί μέριμνα για την προώθηση της ενσωμάτωσης των ατόμων που έχουν επηρεαστεί από τον COVID-19 χωρίς να υπερβαίνουν τους στόχους. Σε μια πιο θετική νότα, μερικοί άνθρωποι μπορεί να έχουν θετικές εμπειρίες, όπως υπερηφάνεια για την εύρεση τρόπων αντιμετώπισης και ανθεκτικότητα. Ενόψει της καταστροφής, τα μέλη της κοινότητας συχνά δείχνουν μεγάλη ανιδιοτέλεια και συνεργασία και οι άνθρωποι μπορούν να βρουν μεγάλη ικανοποίηση βοηθώντας τους άλλους. Παραδείγματα κοινοτικών δραστηριοτήτων ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης κατά τη

διάρκεια της επιδημίας COVID-19 θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν (Peprah & Gyasi 2020):

- Διατηρήστε κοινωνική επαφή με άτομα που μπορεί να είναι απομονωμένα, χρησιμοποιώντας τηλεφωνήματα, μηνύματα κειμένου και το ραδιόφωνο
- Μοιραστείτε βασικά μηνύματα εντός της κοινότητας, ειδικά με άτομα που δεν χρησιμοποιούν τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης
- Παροχή φροντίδας και υποστήριξης σε άτομα που έχουν χωριστεί από τις οικογένειες και τους φροντιστές τους

Ο αγγλικός όρος για "ψυχική υγεία και ψυχοκοινωνική υποστήριξη" (MHPSS) είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να αναφέρεται σε οτιδήποτε αντιπροσωπεύει έναν τύπο τοπικής ή εξωτερικής υποστήριξης που έχει σκοπό την προστασία ή την προώθηση της ψυχοκοινωνικής ευημερίας και επίσης για την πρόληψη ή τη θεραπεία παθήσεων ψυχικής υγείας.

Το παγκόσμιο ανθρωπιστικό σύστημα χρησιμοποιεί τον όρο MHPSS για να ενώσει ένα ευρύ φάσμα παραγόντων που ανταποκρίνονται σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης όπως η επιδημία COVID-19, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που εργάζονται με βιολογικές και κοινωνικοπολιτιστικές προσεγγίσεις στον τομέα της υγείας, της κοινωνικής, της εκπαίδευσης και της κοινότητας. και «να υπογραμμίσει την ανάγκη για διαφορετικές και συμπληρωματικές προσεγγίσεις για την παροχή επαρκούς υποστήριξης.

Επιπλέον, μια άλλη πολύ σημαντική πτυχή είναι τα μέτρα περιορισμού, για παράδειγμα η χρήση ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού (ΜΑΠ), η κοινωνική απόσταση, ο περιορισμός των μετακινήσεων, επιτρέποντας μόνο τα απολύτως απαραίτητα αυτοπιστοποιημένα και η υποχρέωση καραντίνας σε διάφορες χώρες.

Όλα τα μέτρα περιορισμού του ιού που έχουν σχεδιαστεί για να αποτρέψουν όσο το δυνατόν περισσότερο την εξάπλωση του νέου κορωνοϊού, περιλαμβάνουν μια σειρά από συμπίεσεις ορισμένων δικαιωμάτων όπως η ελευθερία της συγκέντρωσης, για παράδειγμα για την προστασία της συλλογικής υγείας και της οποίας ο καθένας έχει την δικαίωμα μη παρέμβασης. Μια πτυχή που πρέπει να ληφθεί υπόψη μετά τα μέτρα περιορισμού είναι η μοναξιά. Εν μέσω της έκτακτης ανάγκης του κορωνοϊού, εκτός

από όλες τις άλλες ανησυχίες, υπάρχει μια σχεδόν απροσδόκητη ανάγκη αντιμετώπισης της αίσθησης μοναξιάς που πολλοί θα μπορούσαν να αισθανθούν ως αποτέλεσμα των μέτρων περιορισμού του ιού, από τους άρρωστους έως τους μοναχικούς στο σπίτι, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους (WHO, 2014).

Για αυτούς τους λόγους, οι κατευθυντήριες γραμμές της Inter-Agency Standing Committee (IASC) για το MHPSS σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης συνιστούν την ενσωμάτωση πολλαπλών επιπέδων παρέμβασης στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων αντιμετώπισης επιδημιών. Υπάρχουν πέντε κύριες παρεμβάσεις που εξετάζουν:

1. «να βοηθήσουμε τους ηλικιωμένους να αντιμετωπίσουν το άγχος κατά την επιδημία του Covid-19», αφού ειδικά οι ηλικιωμένοι σε απομόνωση και όσοι έχουν γνωστική έκπτωση ή άνοια, μπορεί να γίνουν πιο ανήσυχοι, θυμωμένοι, πιεσμένοι, ταραγμένοι, υπερβολικά ύποπτο κατά τη διάρκεια της εστίας / καραντίνας.
2. Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης μέσω άτυπων δικτύων (οικογένειες) και επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Η δεύτερη παρέμβαση απευθύνεται σε άτομα με αναπηρία υποστηρίζοντας τις ανάγκες τους κατά τη διάρκεια μιας επιδημίας Covid-19 καθώς μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολίες, καθώς και τους φροντιστές τους, στην πρόσβαση σε βασική φροντίδα και πληροφορίες για τη μείωση του κινδύνου κατά τη διάρκεια της επιδημίας Covid-19.
3. Η τρίτη παρέμβαση αφορά τα «μηνύματα και δραστηριότητες για να βοηθήσουν τις προσφορές παιδιών με άγχος κατά τη διάρκεια της επέμβασης Covid-19», τα παιδιά μπορούν να ανταποκριθούν σε μια δύσκολη / ενοχλητική κατάσταση με διαφορετικούς τρόπους: προσκόλληση στους φροντιστές, αίσθημα άγχους, απόσυρση, αίσθημα θυμού ή ταραχής, εφιάλτες, βρέξιμο του κρεβατιού, συχνές εναλλαγές της διάθεσης κ.λπ. Πρέπει να θυμόμαστε ότι τα παιδιά συχνά παίρνουν συναισθηματικά στοιχεία από ενήλικες που είναι σημαντικά στη ζωή τους, επομένως είναι πολύ σημαντικό το πώς αντιδρούν οι ενήλικες στην κρίση. Είναι σημαντικό οι ενήλικες να διαχειρίζονται καλά τα συναισθήματά τους και να παραμένουν ήρεμοι, να ακούν τις ανησυχίες των παιδιών, να τους μιλάνε ευγενικά και να τους καθησυχάζουν.

4. Η τέταρτη παρέμβαση αφορά δραστηριότητες ΜHPSS για ενήλικες σε απομόνωση / καραντίνα κατά τη διάρκεια της καραντίνας, όπου είναι δυνατόν, θα πρέπει να παρέχονται ασφαλή κανάλια επικοινωνίας για τη μείωση της μοναξιάς και της ψυχολογικής απομόνωσης (π.χ. μέσα κοινωνικής δικτύωσης και αποκλειστικές τηλεφωνικές γραμμές), δραστηριότητες που θα υποστηρίξουν την ευημερία των ενήλικες κατά τη διάρκεια της απομόνωσης στο σπίτι / καραντίνας. η προτελευταία παρέμβαση «υποστήριξη των ατόμων που εργάζονται στην αντιμετώπιση του Covid-19», επειδή οι εργαζόμενοι μπορεί να πιστεύουν ότι δεν κάνουν αρκετά καλή δουλειά, ότι υπάρχει μεγάλη ζήτηση για αυτούς, το άγχος και τα συναισθήματα που συνδέονται με αυτό δεν αντικατοπτρίζουν καθόλου ότι μπορεί να μην μπορούν να κάνουν τη δουλειά τους, ακόμα κι αν νιώθουν έτσι, το άγχος μπορεί να είναι χρήσιμο. Αυτή τη στιγμή, το αίσθημα του στρες μπορεί να κρατά τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας να προχωρούν και να τους παρέχει μια αίσθηση σκοπού, αλλά η διαχείριση του άγχους και η προσπάθεια αύξησης της ψυχοκοινωνικής ευημερίας κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου είναι εξίσου σημαντική με τη διαχείριση της σωματικής υγείας. Ξέρετε ότι το χρόνιο στρες μπορεί να επηρεάσει την ψυχική ευεξία και την εργασία και μπορεί να επηρεάσει τον ίδιο τον εργαζόμενο ακόμη και μετά τη βελτίωση της κατάστασης, εάν το άγχος γίνει υπερβολικό, το ΜHPS συνιστά στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας να πάνε στον αρχηγό τους ή στο κατάλληλο άτομο για να βεβαιωθούν ότι θα λάβουν επαρκή υποστήριξη.
5. Η πέμπτη παρέμβαση είναι τα κοινοτικά μηνύματα ΜHPS κατά τη διάρκεια της επιχείρησης Covid-19, δηλαδή μηνύματα που επικεντρώνονται στην προώθηση της ψυχικής υγείας και ευεξίας σε κοινότητες που επηρεάζονται από τον Covid-19.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Το νοσηλευτικό προσωπικό στις πανδημίες

3.1 Ιστορική αναδρομή

Η ασθένεια είναι αναπόσπαστο μέρος της ιστορίας της ανθρωπότητας. Αυτή τη στιγμή είμαστε εκτεθειμένοι στην απειλή του κορωνοϊού, αλλά από τότε που οι άνθρωποι άρχισαν να οργανώνονται στην κοινωνία και να δημιουργούν πυρήνες ανθρώπων που ζουν μαζί στον ίδιο χώρο, οι μεταδοτικές ασθένειες έχουν αναλάβει έναν ιδιαίτερο ρόλο. Ταυτόχρονα με την αύξηση του παγκόσμιου πληθυσμού, όταν μια ασθένεια εξαπλώθηκε και έπληξε διάφορες περιοχές του πλανήτη, αποτελώντας απειλή για τον πληθυσμό, άρχισαν να τεκμηριώνονται οι πρώτες πανδημίες. Αυτές οι πανδημίες έχουν μερικές φορές μεταμορφώσει τις κοινωνίες στις οποίες εμφανίστηκαν και, πιθανότατα, άλλαξαν ή επηρέασαν αποφασιστικά την πορεία της ιστορίας (WHO 2017).

Χρονολογικά λαμβάνοντας υπόψη τις ασθένειες που σημάδεψαν την ανθρώπινη ιστορία, καταρχάς έχουμε, μεταξύ των πρώτων πανδημιών για τις οποίες έχουμε πληροφορίες, την πανώλη του Ιουστινιανού επί Βυζαντινής Αυτοκρατορίας και είναι η πρώτη επιδημία πανώλης που είναι γνωστή. Στη συνέχεια, μεταξύ 1346 και 1353, βρίσκουμε τη μαύρη πανώλη, πολύ γνωστή ως τη χειρότερη επιδημία της ανθρωπότητας. Ήταν γνωστή για το παρελθόν της, αλλά οι αιτίες και η θεραπεία της αγνοήθηκαν εντελώς. Αυτό, σε συνδυασμό με την ταχύτητα εξάπλωσης, την έκανε μια από τις μεγαλύτερες πανδημίες στην ιστορία. Μόλις πέντε αιώνες αργότερα ανακαλύφθηκε η ζωική του προέλευση και η σύνδεσή του με τους αρουραίους, οι οποίοι κατά τον Μεσαίωνα συνυπήρχαν με ανθρώπους στις μεγάλες πόλεις και μάλιστα μετακινούνταν με τα ίδια μέσα μεταφοράς, όπως πλοία, για παράδειγμα, σε μακρινές πόλεις. Ιός μαζί τους. Οι αριθμοί που άφησε πίσω της αυτή η επιδημία είναι συγκλονιστικοί (WHO 2017).

Ο ιός της ευλογιάς, που σήμερα χάρη στους εμβολιασμούς είναι μια μολυσματική ασθένεια που έχει εξαλειφθεί. Ήταν μια σοβαρή και εξαιρετικά μεταδοτική ασθένεια που αποδεκάτισε τον παγκόσμιο πληθυσμό από την εμφάνισή της, οδηγώντας σε ποσοστά θνησιμότητας έως και 30%. Επεκτάθηκε μαζικά στον Νέο Κόσμο καθώς οι κατακτητές άρχισαν να διασχίζουν τον ωκεανό, επηρεάζοντας τρομερά έναν πληθυσμό με πολύ χαμηλή άμυνα έναντι νέων ασθενειών, και στην Ευρώπη γνώρισε μια περίοδο

δραματικής επέκτασης κατά τον 18ο αιώνα, μολύνοντας και παραμορφώνοντας εκατομμύρια ανθρώπους (WHO 2017).

Από την άλλη, λαμβάνοντας υπόψη τις πιο πρόσφατες πανδημίες, δηλαδή αυτές που σημάδεψαν το 1900, έχουμε την ισπανική γρίπη (H1N1) της οποίας το πρώτο κρούσμα καταγράφηκε τον Μάρτιο του 1918, τους τελευταίους μήνες του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου σε νοσοκομείο του Ηνωμένες Πολιτείες παραδόξως. Στην πραγματικότητα βαφτίστηκε «Ισπανικό» επειδή η Ισπανία παρέμεινε ουδέτερη στον Μεγάλο Πόλεμο και οι πληροφορίες για την πανδημία κυκλοφόρησαν ελεύθερα, σε αντίθεση με τις άλλες χώρες που συμμετείχαν στον αγώνα που προσπάθησαν να κρύψουν τα δεδομένα. Αυτό το λοιμώδες στέλεχος του ιού της γρίπης εξαπλώθηκε σε όλο τον κόσμο ταυτόχρονα με τις μετακινήσεις στρατευμάτων στα ευρωπαϊκά μέτωπα. Τα συστήματα υγείας κινδύνευσαν να καταρρεύσουν και τα νεκροτομεία κηδειών δεν μπορούσαν να συμβαδίσουν με τα θύματα. Πρόσφατες μελέτες έχουν αποκαλύψει πιο ακριβή δεδομένα. Υπολογίζεται ότι το παγκόσμιο ποσοστό θνησιμότητας ήταν μεταξύ 10 και 20% των μολυσμένων και σε όλο τον κόσμο πέθαναν μεταξύ 20 και 50 εκατομμύρια άνθρωποι. Υπάρχουν εκείνοι που υποθέτουν μάλιστα ότι έφτασαν τα 100 εκατομμύρια θύματα. Στη συνέχεια, εμφανίστηκε ένας νέος ιός γρίπης τύπου A/H1N1, γνωστός και ως γρίπη των χοίρων, και στις 11 Ιουνίου 2009 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κήρυξε αυτή την επιδημική πανδημία (WHO 2017).

Μια ακόμη πιο πρόσφατη πανδημία είναι το ακρωνύμιο του SARS για το «Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο» που προκαλείται από τον αερομεταφερόμενο κορωνοϊό SARS, επίσης γνωστό ως SARS-coV. Το SARS προέρχεται από την Κίνα το 2002. Ένα στέλεχος του κορωνοϊού που βρίσκεται συνήθως μόνο σε μικρά θηλαστικά πιστεύεται ότι έχει μεταλλαχθεί, επιτρέποντάς του να μολύνει ανθρώπους. Η μόλυνση από τον SARS εξαπλώθηκε γρήγορα από την Κίνα σε άλλες ασιατικές χώρες. Ένας μικρός αριθμός κρουσμάτων έχει επίσης εμφανιστεί σε πολλές άλλες χώρες, συμπεριλαμβανομένων 4 στο Ηνωμένο Βασίλειο, καθώς και ένα σημαντικό ξέσπασμα στο Τορόντο του Καναδά.

Η πανδημία του SARS τέθηκε τελικά υπό έλεγχο τον Ιούλιο του 2003, ακολουθώντας μια πολιτική απομόνωσης ατόμων που ήταν ύποπτα ότι είχαν την κατάσταση και ελέγχου για όλους τους επιβάτες που ταξιδεύουν αεροπορικώς από τις πληγείσες χώρες

για σημάδια μόλυνσης. Κατά την περίοδο της μόλυνσης, αναφέρθηκαν 8.098 κρούσματα SARS και 774 θάνατοι. Αυτό σημαίνει ότι ο ιός έχει σκοτώσει περίπου 1 στους 10 μολυσμένους ανθρώπους. Τα άτομα άνω των 65 ετών διέτρεχαν ιδιαίτερο κίνδυνο, με περισσότερους από τους μισούς από αυτούς που πέθαναν από τη μόλυνση να ανήκουν σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα. Το 2004, ένα άλλο μικρότερο ξέσπασμα SARS εμφανίστηκε σε σχέση με ένα ιατρικό εργαστήριο στην Κίνα. Θεωρήθηκε ότι ήταν το αποτέλεσμα της άμεσης επαφής κάποιου με δείγμα του ιού SARS, αντί να προκληθεί από μετάδοση από ζώο σε άνθρωπο ή από άνθρωπο σε άνθρωπο (WHO 2017).

Ένας άλλος κορωνοϊός που έχει προκαλέσει θανατηφόρο ξέσπασμα πνευμονίας είναι ο MERS-CoV2, ο οποίος αναγνωρίστηκε το 2012 ως η αιτία του αναπνευστικού συνδρόμου της Μέσης Ανατολής (MERS), παρόμοιο με αυτό που προκαλεί σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο. SARS. Αυτός ο ιός εντοπίστηκε για πρώτη φορά στην Ιορδανία και τη Σαουδική Αραβία το 2012. Από τις αρχές του 2018, έχουν καταγραφεί 2.200 επιβεβαιωμένα κρούσματα MERS και 790 θάνατοι. Τα περισσότερα κρούσματα σημειώθηκαν στη Σαουδική Αραβία, όπου συνεχίζουν να καταγράφονται νέα κρούσματα. Επιπλέον, υπήρξαν κρούσματα σε χώρες εκτός της Μέσης Ανατολής, συμπεριλαμβανομένης της Γαλλίας, της Γερμανίας, της Ιταλίας, της Τυνησίας και του Ηνωμένου Βασιλείου. Όλοι οι άνθρωποι που είχαν πάει στη Μέση Ανατολή για ταξίδι ή για δουλειά. Ο ιός MERS μεταδίδεται μέσω άμεσης επαφής με άτομα που πάσχουν από τη νόσο ή μέσω αερομεταφερόμενων σταγονιδίων που βήχουν ή φταρνίζονται από ένα μολυσμένο άτομο. Πιστεύεται ότι οι άνθρωποι δεν είναι μεταδοτικοί μέχρι να εμφανίσουν συμπτώματα. Οι περισσότερες περιπτώσεις μετάδοσης από άτομο σε άτομο έχουν συμβεί μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας που φροντίζουν μολυσμένα άτομα (WHO 2017).

Μια άλλη επιδημία είναι η νόσος του ιού Έμπολα (EVD), παλαιότερα γνωστή ως αιμορραγικός πυρετός του ιού Έμπολα, είναι σοβαρή και συχνά θανατηφόρα για τον άνθρωπο. Όπως αναφέρεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), οι ιοί Rna του γένους Έμπολα ανήκουν στην οικογένεια Filoviridae (filovirus). Το γένος Marburgvirus και το γένος Cuevavirus ανήκουν επίσης σε αυτήν την οικογένεια. (...) Στο σύστημα επιτήρησης μολυσματικών ασθενειών, η νόσος του ιού Έμπολα (EVD)

υπόκειται σε υποχρεωτική κοινοποίηση στο πλαίσιο ασθενειών κατηγορίας I: δηλαδή ασθένειες για τις οποίες απαιτείται άμεση αναφορά επειδή υπόκεινται σε διεθνείς υγειονομικούς κανονισμούς ή γιατί παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Ο χρόνος αναφοράς της απλής υποψίας ασθένειας από τον γιατρό στην τοπική υγειονομική αρχή είναι 12 ώρες, με τη συμπλήρωση φόρμας (pdf 100 kb) που έχει ετοιμάσει το Υπουργείο Υγείας. Στις 19 Ιουλίου 2019, αφού ο Γενικός Διευθυντής του ΠΟΥ δήλωσε (στις 17 Ιουλίου 2019) ότι η 10η επιδημία του ιού Έμπολα (EVD) στη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό (ΛΔΚ) αποτελεί έκτακτη ανάγκη για τη δημόσια υγεία διεθνούς ενδιαφέροντος, το ιταλικό υπουργείο Η Υγεία εξέδωσε εγκύκλιο με μέτρα επιτήρησης και συστάσεις για ταξιδιώτες και κατοίκους σε περιοχές που έχουν πληγεί από τον Έμπολα στη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό» (Reyes 2022).

3.2 Ο ρόλος και το άγχος των νοσηλευτών σε μεγάλες πανδημίες

Οι νοσηλευτές όπως τη γνωρίζουμε σήμερα πρέπει να θεωρείται πρόσφατη, στην πραγματικότητα έχει υποστεί μεγάλη εξέλιξη κατά τη διάρκεια της ιστορίας. Από την άποψη της εκπαίδευσης, για παράδειγμα, έχουμε δει την ανάπτυξη ενός ολοένα και πιο έμπειρου και ικανού επαγγελματία, όχι μόνο για πρακτικές και γνώσεις που παραδίδονται πιθανότατα μη διαπιστευμένες, αλλά μέσω της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στην ιατρική, και μέσω εμπειρικά αποδεδειγμένης γνώσης και βασισμένης στο EBN (Evidence Based Nursing), καθώς και σε επιστημονικά στοιχεία.

Είναι επαγγελματίες υγείας που έχει αυτονομία λήψης αποφάσεων και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος μιας ομάδας. Δεν είναι πλέον μια υποδεέστερη ομάδα του γιατρού που σκοπός του ήταν μόνο να εκτελεί καθήκοντα ή καθήκοντα. Γίνεται λοιπόν και επάγγελμα με υπευθυνότητα, η οποία πρέπει να είναι σε θέση να αποκτήσει και να έχει κριτική ματιά και ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, ενεργώντας βάσει στόχων και όχι βάσει καθηκόντων. Κατά τον Μεσαίωνα την φροντίδα η φροντίδα των ασθενών ήταν ευθύνη του κλήρου σε κοινόβια, μοναστήρια και κατά μήκος των προσκυνηματικών διαδρομών που φρόντιζε για τη βοήθεια και τη φροντίδα των ασθενών. Τόσο πολύ που σε αυτόν τον τομέα γεννήθηκε ο όρος «νοσοκόμος- infermiere”» από τον λατινικό όρο «infirmus» που ήταν ο μοναχός που φρόντιζε για την υποδοχή και τη βοήθεια των

ασθενών και των απόρων. Ο νοσηλευτή γεννήθηκε για να βρίσκεται στο πλευρό των ασθενών για να τους βοηθήσει και έχει δοκιμαστεί στην αντιμετώπιση πολλών επιδημιών, τόσο συντριπτικές που προκάλεσαν πραγματικά έκτακτα περιστατικά υγείας. Ακριβώς όπως η πανδημία που παρακολουθούμε και εξακολουθούμε να βιώνουμε με τον Covid-19.

Με την πάροδο του χρόνου, η επιστημονική καινοτομία κατέστησε δυνατή την εξασφάλιση καλύτερης νοσηλευτικής βοήθειας, επίσης από την άποψη της πρόληψης με τη χρήση κατάλληλων μέσων ατομικής προστασίας και μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση του κινδύνου νοσοκομειακής λοίμωξης, δηλαδή της μετάδοσης που εμφανίζεται σε εσωτερικές εγκαταστάσεις υγείας.

Μια πολύ σημαντική πτυχή είναι η ψυχολογική πτυχή των νοσηλευτών που αντιμετωπίζουν τέτοιες επείγουσες καταστάσεις υγείας, μπορούμε για παράδειγμα να αναφέρουμε το άρθρο των Cheng-Sheng Chen, et al. (2005) το οποίο παρουσιάζει μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ταϊβάν κατά τη διάρκεια της κορύφωσης της επιδημίας SARS, σκοπός της οποίας ήταν να εξακριβωθεί εάν οι νοσηλευτές που εργάστηκαν κατά τη διάρκεια της κρίσης υγείας προκάλεσαν από το Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο (SARS) παρουσίασε τα συμπτώματα της ψυχολογικής δυσφορίας. Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν ότι τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου άγχους που σχετίζεται με το SARS περιελάμβαναν άγχος, κατάθλιψη, εχθρότητα και σωματοποίηση. Το 11% των νοσηλευτών που συμμετείχαν στη μελέτη διαγνώστηκαν με σύνδρομο αντίδρασης στο στρες και πιο συχνά αυτό διαπιστώθηκε στην ομάδα που τότε δούλεψε σε μονάδα υψηλού κινδύνου.

Μια περαιτέρω μελέτη σχετικά με την επιδημία του SARS στην Ταϊβάν, που αναφέρεται στο άρθρο από τον Su (2007), συζητώντας ότι οι φυσικές καταστροφές, όπως οι σεισμοί, σχετίζονται με υψηλό επιπολασμό ψυχικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένου του μετατραυματικού στρες, της μείζονος κατάθλιψης και της αϋπνίας (διαταραχές στις οποίες πρέπει να δοθεί η μέγιστη προσοχή) (Chou et al., 2005; Goenjian et al., 2000; Mellman et al., 1995).

Δεδομένου ότι το ξέσπασμα του SARS ήταν μια βιολογική καταστροφή (Chong et al., 2004) με βαθιές ψυχολογικές επιπτώσεις στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, η αυτή η έρευνα επικεντρώθηκε στις ψυχολογικές συνέπειές στους νοσηλευτές.

Μια άλλη γνωστή επιδημία είναι ο Έμπολα, ο οποίος έβαλε πίεση στην ψυχική υγεία των εμπλεκόμενων εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Οι Lehmann et al. (2015) θέλησαν να αποδείξουν την υπόθεσή τους, που ασχολείται με το ψυχολογικό στρες των εργαζομένων στον τομέα της υγείας κατά τη διάρκεια της επιδημίας του Έμπολα ότι οι εργαζόμενοι υγείας που εργάζονταν στη μονάδα απομόνωσης και είχαν άμεση επαφή με ασθενείς με ιό Έμπολα θα έδειχναν περισσότερα σημάδια ψυχολογικής δυσφορίας από εκείνους που δεν εργάζονται στη μονάδα απομόνωσης. Προκειμένου να αποδείξουν την υπόθεσή τους, χορήγησαν ένα ερωτηματολόγιο σε 46 εργαζόμενους στον τομέα της υγείας που είχαν άμεση επαφή με ασθενείς με Έμπολα και τριάντα από αυτούς τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας συμμετείχαν στη μελέτη. Ως ομάδα ελέγχου συμμετείχαν 40 εργαζόμενοι υγειονομικής περίθαλψης από άλλα τμήματα του ίδιου τμήματος που φρόντιζαν ασθενείς σε τελικό στάδιο και ασθενείς με μειωμένη συνείδηση, αλλά δεν είχαν άμεση επαφή με ασθενείς με Έμπολα. Σε αντίθεση με την υπόθεση των συγγραφέων, δεν προέκυψαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τη σοβαρότητα των σωματικών συμπτωμάτων, το άγχος, την κατάθλιψη και την κόπωση.

Επιπλέον, οι μέσες συνολικές βαθμολογίες και για τις δύο ομάδες ήταν σε συγκρίσιμο επίπεδο με τις μέσες βαθμολογίες για τον γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που είχαν άμεση επαφή με τον ασθενή με Έμπολα ανέφεραν σημαντικά μεγαλύτερη κοινωνική απομόνωση και ένιωσαν σημαντικά μεγαλύτερη ανάγκη για μικρότερες βάρδιες εργασίας. Οι ανοιχτές απαντήσεις από συμμετέχοντες που βίωσαν την κοινωνική απομόνωση έδειξαν ότι οι σύζυγοι, τα παιδιά και άλλοι συγγενείς τους είχαν ανησυχίες σχετικά με τη μόλυνση. Επιπλέον, οι μισοί από τους συμμετέχοντες που δεν είχαν άμεση επαφή με τον ασθενή ανέφεραν ότι ένιωθαν την ανάγκη για ψυχολογική προετοιμασία.

Όταν συμβαίνουν έκτακτα περιστατικά υγείας, όπως πανδημίες λόγω της εμφάνισης εξαιρετικά μεταδοτικών μολυσματικών ασθενειών, ειδικά όταν αντιμετωπίζουμε ιούς που δεν είχαν ποτέ εντοπιστεί από τον άνθρωπο, υπάρχει ανάγκη παρακολούθησης της ψυχολογικής δυσφορίας των επαγγελματιών υγείας, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, η κόπωση και κοινωνική απομόνωση για την πρόληψη της προσωπικής εξάντλησης

(μπορεί εύκολα να προκύψει εξάντληση σε αυτές τις περιπτώσεις) και μειωμένη εργασιακή απόδοση.

3.3 Κίνδυνος μετατραυματικού στρες σε νοσηλευτές κατά τη διάρκεια του Covid-19

Στην πραγματικότητα, ένα από τα ζητήματα που προσελκύουν περισσότερο την προσοχή των ειδικών είναι σίγουρα αυτό της ψυχικής υγείας, όχι μόνο του γενικού πληθυσμού, αλλά κυρίως των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται περισσότερο σε αυτήν την έκτακτη ανάγκη υγείας. Αυτοί οι επαγγελματίες, στους διάφορους ρόλους τους, καλούνται στην πρώτη γραμμή να αντιμετωπίσουν μια τεράστια έκτακτη ανάγκη που αναμφίβολα επηρεάζει τον φόρτο εργασίας και τη σωματική κόπωση, άμεσα εμφανή και τελικά επηρεάζει, αλλά όχι επειδή λιγότερο σημαντικό, ακόμη και για την ψυχολογική τους κατάσταση.

Αντιμέτωποι με μια εξαιρετικά περίπλοκη κατάσταση όπως αυτή, για πολλούς εργαζόμενους στον τομέα της υγείας που έχουν εργαστεί στους θαλάμους Covid-19, υπήρχε η πολύ σοβαρή πιθανότητα να τεθεί σε κίνδυνο η δική τους ασφάλεια και κατά συνέπεια των μελών της οικογένειάς τους και των γνωστών τους. Το άρθρο που δημοσιεύτηκε στο εξώφυλλο του American Journal of Nursing στο Szulecki (Μάιος 2020) αναφέρει ότι «καθώς τα πρώτα κρούσματα του κοροναϊού στις ΗΠΑ άρχισαν να εμφανίζονται τον Μάρτιο, οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία σε όλη τη χώρα μοιράστηκαν αναφορές για κακές συνθήκες εργασίας. Πολλοί είπαν ότι τα νοσοκομεία τους δεν ήταν προετοιμασμένα για την εισροή ασθενών και δεν ήταν σε θέση να παρέχουν επαρκή ατομικό προστατευτικό εξοπλισμό (ΜΑΠ).

Μια τέτοια εργαζόμενη συζήτησε την εμπειρία της σε μια ανάρτηση ιστολογίου της AJN, "Ερημωμένη: Σημείωση από μια νεαρή νοσοκόμα ΜΕΘ καθώς η πανδημία COVID-19 εντείνεται στις ΗΠΑ". Περιέγραψε πώς, λόγω του σιτηρεσίου, δεν επιτρεπόταν σε αυτήν και σε άλλες νοσοκόμες να φορούν ΜΑΠ ενώ φρόντιζαν έναν ασθενή που ήταν ύποπτο κρούσμα του ιού. «Παρά τις υποψίες μας ότι ο ασθενής μπορεί να έχει Covid, δεν μπορέσαμε να προστατευτούμε», έγραψε. «Το προσωπικό του νοσοκομείου που όπως εγώ συνεργαζόταν στενά με τον ασθενή δεν ενημερώθηκε ότι είχε γίνει επίσημα ύποπτο κρούσμα μέχρι να βγουν τα αποτελέσματα των

εξετάσεων. δεδομένου, με αποτέλεσμα την ευρεία έκθεση του προσωπικού και των οικογενειών του [...] Μερικά μέλη του προσωπικού που γνώριζαν ότι είχαν εκτεθεί ποτέ δεν ήρθαν σε επαφή με».

Η προμήθεια ΜΑΠ ήταν σταθερό πρόβλημα σε πολλές χώρες κατά τη διάρκεια της πανδημίας, [...] προβλήματα που σχετίζονται με την έλλειψη προμήθειας αναφέρθηκαν για πρώτη φορά στα τέλη Ιανουαρίου από τον Catton, ο οποίος παρατήρησε ότι οι νοσοκόμες στην Κίνα «έπρεπε να χρησιμοποιήσουν τα αποθέματα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από αυτό που θα ήθελαν ιδανικά». [...] Πέρα από τις προκλήσεις γύρω από τα ΜΑΠ, δήλωσε περαιτέρω ότι οι νοσηλευτές υπέφεραν επίσης από προβλήματα που σχετίζονται με διαλείμματα, ψυχολογική υποστήριξη και οικονομική αποζημίωση για τις ώρες εργασίας.

Η υγεία όλων έχει υπονομευθεί από έναν εξαιρετικά μεταδοτικό ιό, αλλά έχει γίνει ακόμη πιο επισφαλής από την έλλειψη επαγγελματικών πόρων και βοηθημάτων που θα μπορούσαν να εγγυηθούν την ασφάλεια του προσωπικού και ολόκληρου του πληθυσμού. Επιπλέον, η αριθμητική έλλειψη επαρκών εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης, που πρέπει να αντιμετωπίσουν την επιδημία ούτως ή άλλως, διακινδυνεύοντας την πιθανότητα μετάδοσης αυτοπροσώπως, έχει ασκήσει πίεση στην ψυχοσωματική ευημερία των επαγγελματιών υγείας που, αν και είναι συνεχώς εκτεθειμένοι σε διαχείριση έκτακτης ανάγκης και έκτακτης ανάγκης, με μερικές φορές μεγάλες και εξαντλητικές βάρδιες που τους φέρνουν σε συνεχή επαφή με τα βάσανα των άλλων, έχουν βρεθεί αντιμέτωποι με μια κατάσταση εξαιρετικής σημασίας.

Σίγουρα δεν είναι τυχαίο ότι τα επαγγέλματα υγείας θεωρούνται αυτοί που κινδυνεύουν περισσότερο από σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, των οποίων τα συμπτώματα αντιπροσωπεύονται από συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και αποπραγματοποίηση, δευτερεύον τραυματικό στρες, διαταραχή ή άγχος συμπόνιας / κόπωση. Αυτή η τραυματική κατάσταση υπερβαίνει αυτό που μπορεί να οριστεί ως «ψυχοσωματικό στρες», αλλά μπορεί να εντοπιστεί σε μια συγκεκριμένη μορφή δυσφορίας που είναι χαρακτηριστική της σχέσης βοήθειας «διασώστης-θύματος».

Σε περιπτώσεις όπως αυτή του Covid 19, η φροντίδα πρέπει να στρέφεται πρώτα από όλα στα κύρια θύματα και μετά στα δευτερεύοντα θύματα, που είναι οι ίδιοι οι διασώστες. Αυτό το είδος τραύματος είναι χαρακτηριστικό σε περιόδους πολέμου,

φυσικών καταστροφών, σεισμών, αεροπορικών δυστυχημάτων. Σε αυτές τις καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από ακραία κρισιμότητα, απαιτείται μια συγκεκριμένη ικανότητα για γρήγορη δράση, με ελάχιστους ανθρώπινους και υλικούς πόρους, για να μην αναφέρουμε ότι, μερικές φορές, σε συνθήκες σαν αυτές, κάποιος αναγκάζεται να κάνει ακόμη και επώδυνες επιλογές.

Ακόμα και όσοι έχουν ιδιαίτερα «ψυχρή» προσωπικότητα αναπόφευκτα εμπλέκονται. Βραχυπρόθεσμα, το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης είναι συχνό αλλά, στο εγγύς μέλλον, είναι πολύ πιθανό να αυξηθεί η παρουσία συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες.

Μια δημοσκόπηση που διεξήχθη από τους Nursing Times κατά τη διάρκεια της πανδημίας μεταξύ 17 και 24 Απριλίου σχετικά με τον αρνητικό αντίκτυπο του Covid-19 στην ψυχική υγεία των νοσηλευτών αποκάλυψε ότι το 53% των 3.500 συμμετεχόντων σε αυτήν την έρευνα αισθάνεται πολύ περισσότερο άγχος από το συνηθισμένο. 34% λίγο περισσότερο άγχος από το συνηθισμένο, 3% λιγότερο άγχος από το συνηθισμένο, 8% άγχος ως συνήθως και τέλος 2% πολύ λιγότερο άγχος από το συνηθισμένο. Αυτή η έρευνα μας δείχνει πώς η πανδημία του νέου κορωνοϊού έχει εξαιρετικά αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία πολλών εργαζομένων στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής υγείας.

Οι κύριοι λόγοι για την αύξηση των επιπέδων άγχους στους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια του Covid-19, όπως αναφέρει ο Ford, σύμφωνα με τους συνεντευξιαζόμενους, είναι οι ανησυχίες για τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό, για την υγεία της οικογένειας και των φίλων τους, καθώς και την έλλειψη ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού (ΜΑΠ). Ο παράγοντας που συμβάλλει στο αυξημένο άγχος των νοσηλευτών, με ποσοστό 79%, είναι κυρίως ο κίνδυνος προσβολής από τον ιό ενώ η έλλειψη ΜΑΠ αυξάνει τα επίπεδα άγχους τους κατά 53%.

Επιπλέον, ένα περαιτέρω άρθρο από τους Jackson, Usher, Durkin και Bhullar, 2020 υποστηρίζει ότι η τρέχουσα κατάσταση έχει δημιουργήσει μια σειρά από στρεσογόνους παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν αρνητικά τους νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι νοσηλευτές της ΜΕΘ μπορεί να επηρεαστούν ιδιαίτερα από σοβαρή συναισθηματική δυσφορία που έχει συσχετιστεί με την ανάπτυξη συμπονετικής κόπωσης ή/και εξουθένωσης (Alharbi, Jackson & Usher, 2020).

Πράγματι, οι Li et al. (2020), ισχυρίζονται ότι είναι επιφυλακτικοί για να αγνοήσουν το έμμεσο τραύμα που προκαλείται από την πανδημία COVID

Υπάρχει ένας γνωστός συναισθηματικός αντίκτυπος στο νοσηλευτικό προσωπικό που μαρτυρεί την παρατεταμένη ταλαιπωρία των ασθενών σε περιβάλλοντα όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας και έκτακτης ανάγκης (Alharbi, Jackson & Usher, 2019). Αυτός ο αντίκτυπος σχετίζεται ιδιαίτερα με την αντιληπτή αδυναμία τους να ανακουφίσουν τον πόνο των ατόμων που τους φροντίζουν.

Ερευνητικά στοιχεία δείχνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να αντιμετωπίσουν διάφορα ψυχολογικά προβλήματα όταν εργάζονται σε καταστάσεις υψηλής πίεσης και υψηλού κινδύνου, όπως σε περιόδους καταστροφών και πανδημιών. Οι Kang et al. (2015) διαπίστωσαν αυξημένο κίνδυνο συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες μεταξύ των ατόμων που ανταποκρίθηκαν μετά τον σεισμό Yushu το 2010 στην Κίνα. Οι παράγοντες που περιβάλλουν το COVID-19, πώς η ευκολία μετάδοσης, η έλλειψη ανοσίας στους παγκόσμιους πληθυσμούς, οι καθυστερημένες δοκιμές, ο περιορισμένος ιατρικός εξοπλισμός, η αβεβαιότητα για την τροχιά της πανδημίας και το γενικό επίπεδο άγχους στην κοινότητα συνδυάζονται για να ασκήσουν αυξανόμενη πίεση στα συστήματα υγείας.

Κεφάλαιο 4. Σκοπός και Μεθοδολογία Έρευνας

4.1. Σκοπός έρευνας

Σκοπός της μελέτης είναι να ανιχνευθεί η πιθανή παρουσία συμπτωμάτων που σχετίζονται με το μετατραυματικό στρες μεταξύ των νοσηλευτών που έχουν εργαστεί, και εξακολουθούν να εργάζονται, κατά τη διάρκεια της πανδημίας που βρίσκεται σε εξέλιξη.

Ερευνητικοί στόχοι

- Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε επείγοντα έχει υψηλότερη πιθανότητα εμφάνισης μετατραυματικού στρες σε σύγκριση με το προσωπικό που εργάζεται σε κλινικές;
- Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε νοσοκομεία έχει υψηλότερη πιθανότητα εμφάνισης μετατραυματικού στρες σε σύγκριση με το προσωπικό που εργάζεται σε κέντρα υγείας;
- Επηρεάζουν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού την εμφάνιση μετατραυματικού στρες;

4.2. Μεθοδολογία έρευνας

Η συγχρονική μελέτη διεξήχθη τον Σεπτέμβριο του 2021 έως τον Φεβρουάριο του 2022, σε δείγμα 223 νοσηλευτών που απάντησαν εθελοντικά. Το δείγμα εργαζόταν σε ένα Γενικό Νοσοκομείο της Ελλάδας αλλά και σε κέντρα υγείας. Οι συμμετέχοντες διαχωρίστηκαν σε νοσηλευτές που εργάζονταν στα επείγοντα και σε αυτούς που εργάζονταν σε κλινική. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονικά μέσω Google form.

Εργαλεία έρευνας

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα ήταν:

- **PTSD-8.** Το PTSD-8 (Posttraumatic Stress Disorder) είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο 8 ερωτήσεων για πιθανό μετατραυματικό στρες που προέρχεται από τα 16 στοιχεία του

Ερωτηματολογίου Τραύματος του Χάρβαρντ και στοχεύει έναν πληθυσμό με τραύμα (Mollica et al., 1992). Το καλύτερο όριο επιτυγχάνεται από έναν συνδυασμό τουλάχιστον ενός συμπτώματος με βαθμολογία στοιχείων 3 ή υψηλότερη από καθεμία από τις τρεις ομάδες συμπτωμάτων, δηλαδή εισβολή, αποφυγή και υπερεπαγρύπνηση.

- **IES-R.** Το IES-R (Impact Of Events Scale-Revised) περιλαμβάνει 22 στοιχεία σε τρεις υποκλίμακες (οκτώ στοιχεία «εισβολής/αναβίωσης» (π.χ. αναμνήσεις, εφιάλτες ή αναλαμπές), οκτώ στοιχεία αποφυγής/παράλυσης (π.χ. αποφυγή τοποθεσιών ή θεμάτων, αίσθημα μωδιάσματος σχετικά με το συμβάν) και έξι στοιχεία υπερδιέγερσης. Ζητείται από τους ερωτηθέντες να βαθμολογήσουν κάθε στοιχείο σε κλίμακα 0–4 (0=καθόλου, 1=λίγο, 2=μέτρια, 3=αρκετά και 4=εξαιρετικά) σύμφωνα με τις τελευταίες επτά ημέρες. Η συνολική βαθμολογία στο IES-R κυμαίνεται μεταξύ 0 και 88.

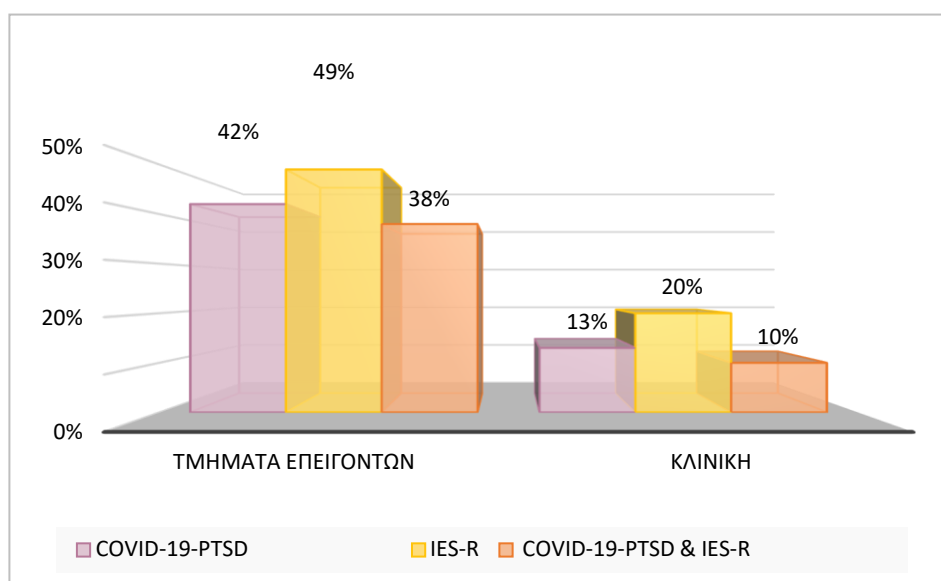
Στατιστική ανάλυση

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό εισήχθησαν στο στατιστικό πρόγραμμα S.P.S.S. 25 (Statistical Package for Social Sciences). Το επίπεδο σημαντικότητας της έρευνας τέθηκε σε 0,05. Η περιγραφική στατιστική βασίστηκε στην παρουσίαση περιγραφικών αποτελεσμάτων με τη μορφή ποσοσטיαίων κατανομών, μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων. Στοχεύοντας στη σημαντικότητα των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε η δοκιμή Pearson's chi-square.

Κεφάλαιο 5. Αποτελέσματα Έρευνας

Συγκρίθηκαν οι διαφορετικές ομάδες με βάση τις βαθμολογίες τους για τον Ερωτηματολόγιο 19-PTSD και το IES-R, αλλά στη συνέχεια - προκειμένου να αποκλειστούν τυχόν "ψευδώς θετικά", θεωρήθηκε χρήσιμο να γίνει μια τελική σύγκριση μεταξύ εκείνων που έλαβαν υψηλές βαθμολογίες.

Γράφημα 1. Τμήματα Επειγόντων και Κλινική

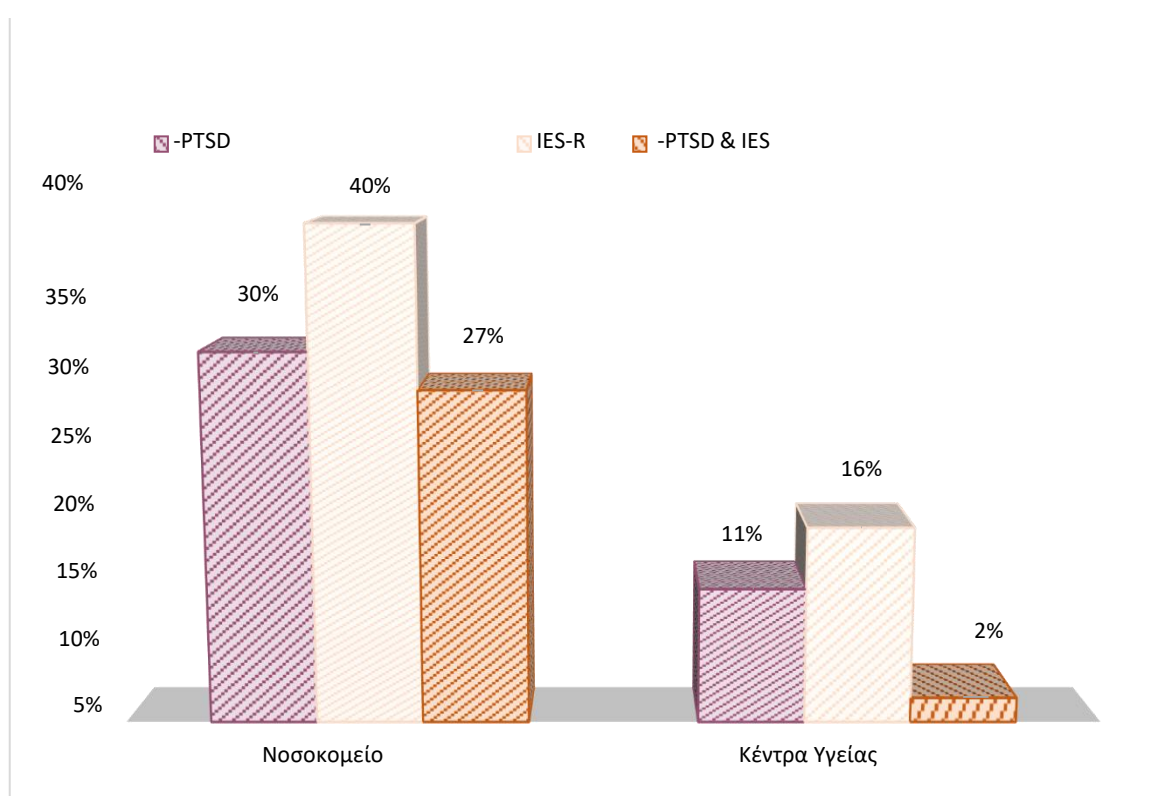


Πίνακας 1. Αριθμητικά στοιχεία και ποσοστά νοσηλευτών που εργάζονται στα τμήματα επειγόντων και μη.

	PTSD	P value	IES-R	P value
Τμήματα Επειγόντων (79)	33 (42%)	0,001	39 (49%)	0,016
Κλινική (144)	18 (13%)		29 (20%)	

Το 42% του δείγματος που εργάζεται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών φαίνεται να έχει PTSD, σε σύγκριση με το 13%. Η κλίμακα επιπτώσεων συμβάντων (IES-R) επιβεβαιώνει επίσης τη διαφορά μεταξύ των δύο δειγμάτων με 49%. Η ανάλυση έδειξε βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση από το όριο του IES-R, ενώ αυτό συμβαίνει μόνο για το 20% των νοσηλευτών που εργάζονται σε κλινική.

Γράφημα 2. Νοσοκομείο και Κέντρα υγείας

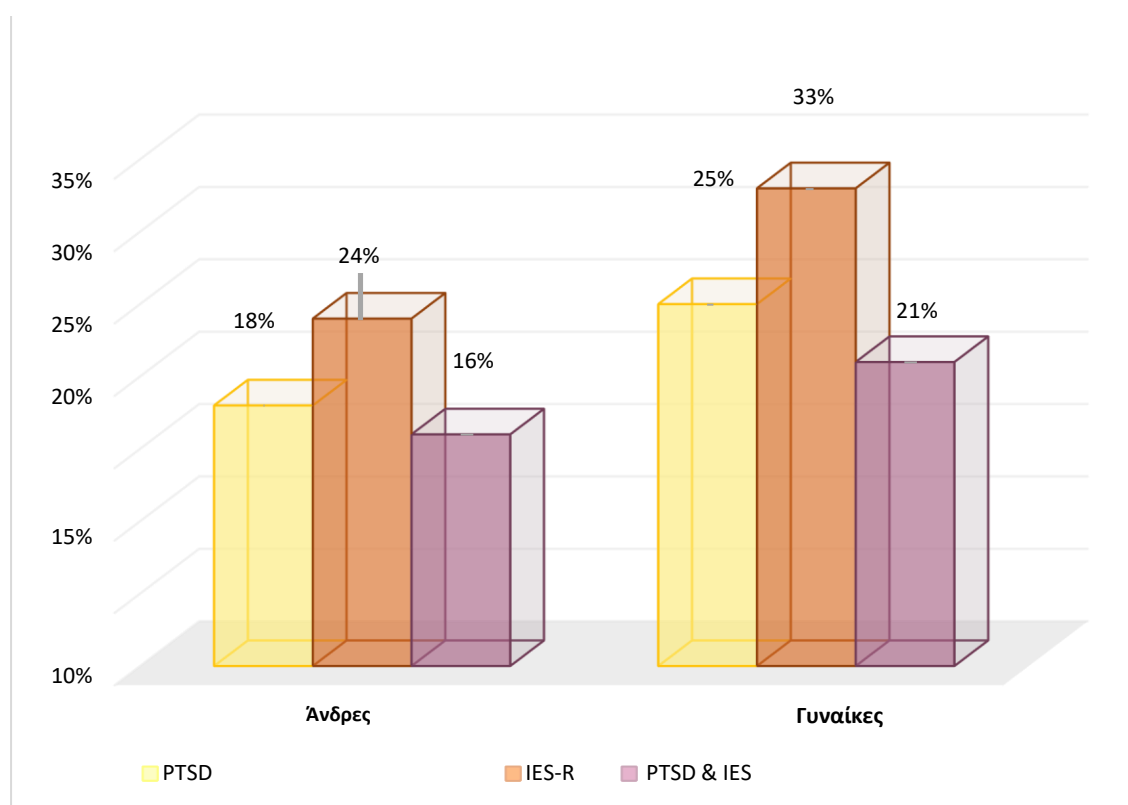


Πίνακας 2. Αριθμητικά στοιχεία και ποσοστά νοσηλευτών που εργάζονται στο νοσοκομείο και σε κέντρα υγείας

	PTSD	P value	IES-R	P value
Νοσηλευτές σε νοσοκομείο (135)	41 (30%)	0,008	54 (40%)	0,016
Νοσηλευτές σε κέντρα υγείας (88)	10 (11%)		14 (16%)	

Το 30% του δείγματος που εργάζεται στο νοσοκομείο έχει υψηλότερη βαθμολογία ή ίσο με το όριο για PTSD, ενώ το 11% είναι το ποσοστό που βρέθηκε μεταξύ νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας και έδειξε βαθμολογία μεγαλύτερο ή ίσο με το όριο για PTSD. Με την κλίμακα Impact της εκδήλωσης (IES-R) διαπιστώθηκε ότι το 40% των νοσηλευτών που εργάζονται σε νοσοκομεία έχουν βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση από το όριο ενώ οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κέντρα υγείας έδειξαν υψηλή βαθμολογία για το IES-R είναι 16%. Επιπλέον, και στις δύο κλίμακες, το 27% των νοσηλευτών που εργάζονται στο νοσοκομείο και το 2% των νοσηλευτών που εργάζεται σε κέντρα υγείας έχει βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση των ορίων.

Γράφημα 3. Σύγκριση φύλου

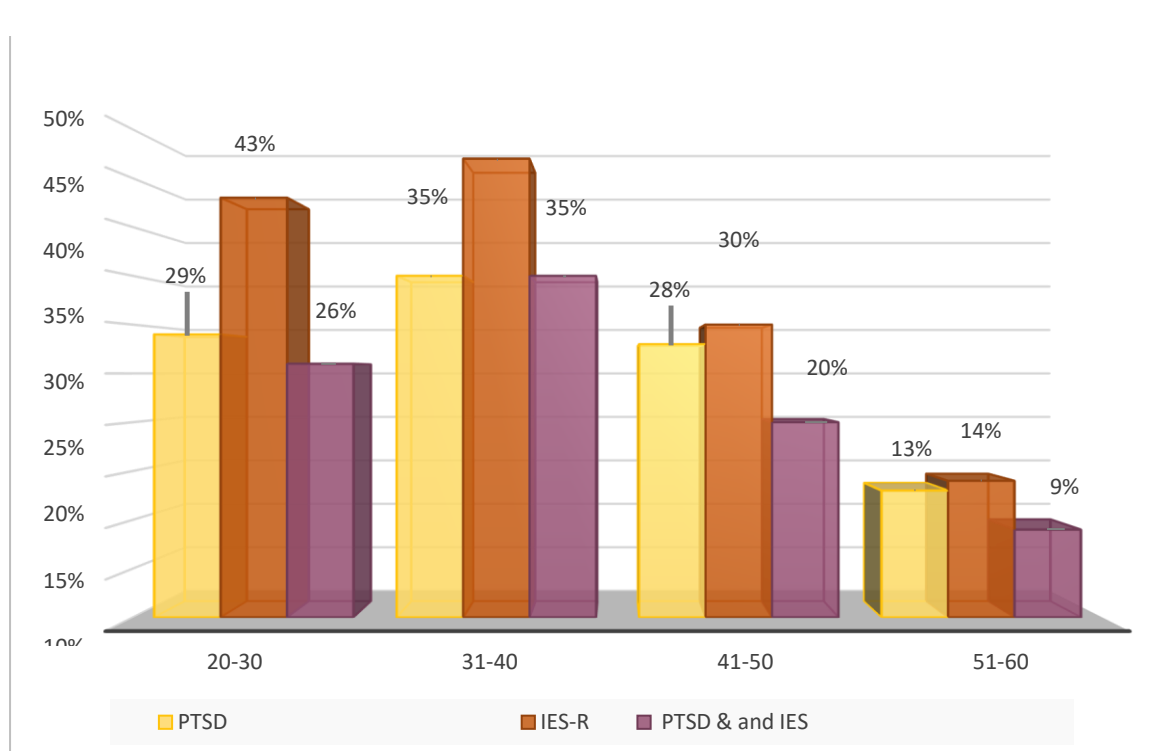


Πίνακας 3. Σύγκριση φύλου

	PTSD	P value	IES-R	P value
Άνδρες (62)	11 (18%)	0,228	15 (24%)	0,158
Γυναίκες (161)	40 (25%)		53 (33%)	

Από την ανάλυση δεδομένων προέκυψε ότι το 18% του δείγματος των ανδρών νοσηλευτών εμφανίζει βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση από το όριο του PTSD, ενώ μεταξύ των γυναικών το ποσοστό είναι ίσο με 25%, το οποίο δεν απέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά. Αντίστοιχα για την κλίμακα επιπτώσεων προέκυψε σχετική βαθμολογία στο δείγμα ανδρών 24%, και 33% στις γυναίκες, το οποίο δεν απέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά.

Γράφημα 4. Ηλικία Νοσηλευτών

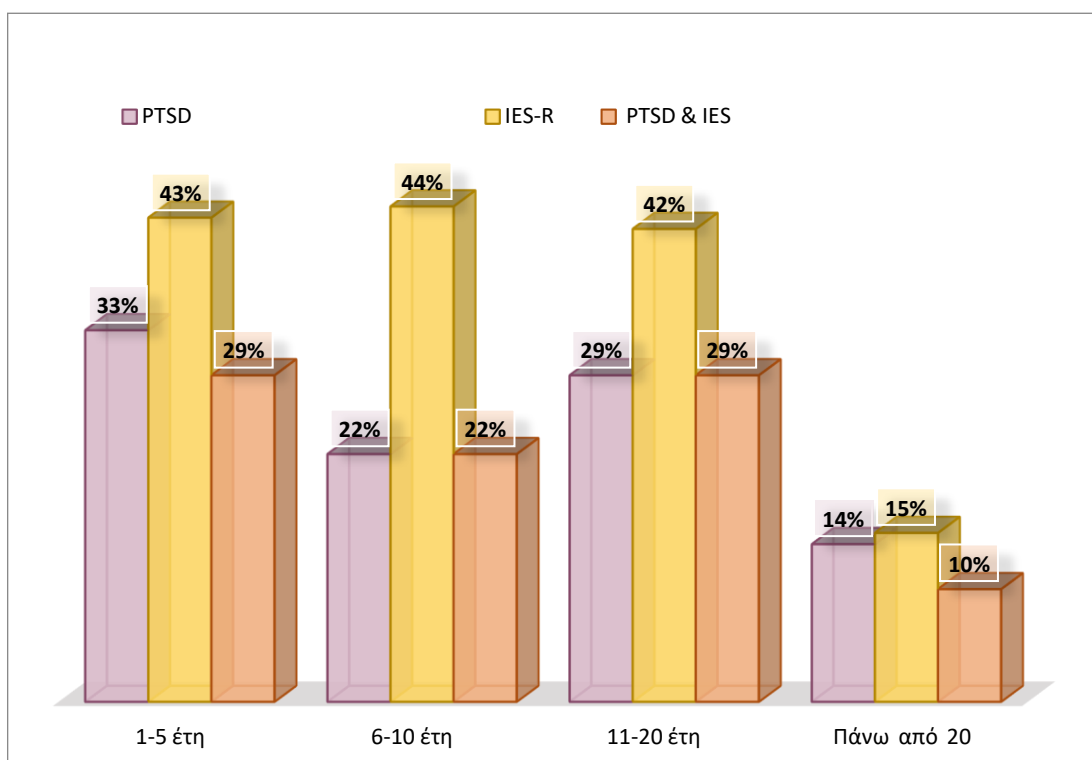


Πίνακας 4. Αριθμητικά και ποσοστά για τους νοσηλευτές σε κάθε ηλικιακή ομάδα

Ηλικία	PTSD	P value	IES-R	P value
20-30 (58)	17 (29%)	0,0035	25 (43%)	0,001
31-40 (34)	12 (35%)		16 (47%)	
41-50 (54)	15 (28%)		16 (30%)	
51-60 (77)	10 (13%)		11 (14%)	

Από μια περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων, φαίνεται να έχει υψηλή βαθμολογία για PTSD το 29% των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 20 και 30 ετών, 35% της ηλικιακής ομάδας 31-40, 28% της ηλικιακής ομάδας 41-50 και τέλος 13% των 51 και 60 ετών. Η διεξαγωγή του τεστ Chi-square έδειξε ότι είναι στατιστικά σημαντικά. Σχετικά με την κλίμακα IES-R, υψηλή βαθμολογία έδειξε το 43% των ατόμων ηλικίας μεταξύ 20 και 30 ετών, 47% της ηλικιακής ομάδας μεταξύ 31 και 40 ετών, 30% μεταξύ 41 και 50 ετών και τέλος 14% της ηλικιακής ομάδας 51-60 ετών. Το τεστ Chi-square δείχνει στατιστική σημασία.

Γράφημα 5. Χρόνια εργασιακής προϋπηρεσίας



Πίνακας 5. Αριθμητικά δεδομένα και ποσοστά νοσηλευτών για κάθε εύρος ετών υπηρεσίας

Χρόνια εργασιακής προϋπηρεσίας	PTSD	P value	IES-R	P value
1-5 (58)	19 (33%)	0,102	25 (43%)	0,002
6-10 (18)	4 (22%)		8 (44%)	
11-20 (48)	14 (29%)		20 (42%)	
Πέρα 20 ετών (99)	14 (14%)		15 (15%)	

Το δείγμα που φαίνεται να έχει βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση από το όριο του PTSD είναι 33% για όσους έχουν υπηρετήσει από 1 έως 5 έτη, 22% μεταξύ αυτών που έχουν υπηρετήσει από 6 έως 10 χρόνια, 29% για όσους έχουν εργαστεί από 11 έως 20 ετών και το 14% για όσους έχουν εργαστεί για περισσότερα από 20 χρόνια. Αυτά τα δεδομένα αξιολογούνται επίσης με τη δοκιμή Chi-square και δεν είναι στατιστικά σημαντικά. Για το IES-R υπήρξε υψηλή βαθμολογία ως εξής: 43% όσων εργάστηκαν από 1 έως 5 χρόνια, το 44% όσων εργάστηκαν από 6 έως 10 έτη, το 42% όσων έχουν προϋπηρεσία που κυμαίνεται από 11 έως 20 χρόνια και το 15% όσων έχουν υπηρεσία για περισσότερα από 20 χρόνια. Το τεστ Chi-square έδειξε στατιστικά σημαντικό.

Συζήτηση

Η μελέτη διεξήχθη για να αξιολογηθεί εάν μεταξύ των νοσηλευτών που βρίσκονταν σε υπηρεσία κατά τη διάρκεια της έκτακτης ανάγκης υγείας λόγω της πανδημίας Sars-Cov-2, και ειδικότερα όσοι υπηρετούν σε επείγοντα περιστατικά και επομένως διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν συμπτώματα μετατραυματικού στρες, σε σύγκριση με νοσηλευτές που εργάζονται κλινικές ή έχουν λιγότερο άμεση επαφή έχουν δυνητικά λιγότερο τραυματικές καταστάσεις που προκαλούνται από τον Covid-19.

Από ένα σύνολο 223 ατόμων, διαπιστώνεται ότι το 42% των νοσηλευτών που εργάζονται στα επείγοντα έκτακτης ανάγκης εμφανίζει σημαντική βαθμολογία, δηλαδή μεγαλύτερη ή ίση από το όριο του ερωτηματολόγιο PTSD και φαίνεται να υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά σε σύγκριση με νοσηλευτές που εργάζονται σε κλινικές.

Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε επείγοντα, χαρακτηρίζεται από υψηλότερο επίπεδο εργασιακού στρες για το απρόβλεπτο των καταστάσεων έκτακτης ανάγκης που συμβαίνουν, και επειδή είναι σήμερα μεταξύ εκείνων που θεωρούνται ότι κινδυνεύουν περισσότερο να έρθουν σε επαφή με τον ιό. Το αποτέλεσμα που προέκυψε από το Ερωτηματολόγιο PTSD αντικατοπτρίζεται σημαντικά επίσης στο IES-R, Scale of Impact of the Event που δείχνει πώς το 49% των νοσηλευτών που εργάζονται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών φαίνεται να έχει μεγαλύτερη δυσκολία στην αντιμετώπιση στρεσογόνων γεγονότων που προκύπτουν από την πανδημία σε σύγκριση με νοσηλευτές που εργάζονται σε κλινικές, ωστόσο το 20% εξακολουθεί να έχει συμπτώματα άγχους.

Όσο για το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο νοσοκομείο, είναι σημαντικό ότι το 30% από αυτούς έδειξε υψηλή βαθμολογία για PTSD, έναντι 11% των νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας και η διαφορά επιβεβαιώνεται και ως προς την κλίμακα επιπτώσεων του συμβάντος: 40% των νοσηλευτών που εργάζονται σε νοσοκομεία δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν το τρέχον άγχος, σε σύγκριση με 16% μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται σε κέντρα υγείας.

Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι το 25% των γυναικών του δείγματος εμφάνισε σημάδια δυσφορίας που αποδίδεται σε πιθανό PTSD, υψηλότερο ποσοστό, αλλά όχι στατιστικά σημαντικό σε σύγκριση με αυτό που λαμβάνεται στους άνδρες, ίσο με 18%. Τέτοια δεδομένα επιβεβαιώνουν επιδημιολογικές μελέτες που υποστηρίζουν τη διαταραχή μετατραυματικού στρες και είναι περισσότερο παρόν στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Ακόμα κι αν υπάρχει μια διαφορά, αυτή η σχέση μεταξύ των δύο δεδομένων δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Τα δεδομένα θα μπορούσαν να προκαλούνται από παράγοντες ευπάθειας σε ψυχολογικό τραύμα που είναι πιθανώς υψηλότερο μεταξύ των γυναικών, αλλά και ως θέμα μεγαλύτερης ευκολίας στην έκφραση της δυσφορίας και των αρνητικών συναισθημάτων γενικότερα, και μιας πιο έντονης τάσης για μη εκδήλωση συναισθηματικής ταλαιπωρίας από το ανδρικό φύλο.

Στην περίπτωση της ηλικίας των νοσηλευτών, ήταν δυνατό να φανεί από τα δεδομένα ένας κίνδυνος για διαταραχή μετατραυματικού στρες στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 31 και 40 ετών: 35% των νοσηλευτών ηλικίας μεταξύ 31 και 40 ετών παρουσιάζουν υψηλή βαθμολογία για PTSD, 47% στο IES-R και 35% και στις δύο κλίμακες. Τέτοια δεδομένα είναι εξαιρετικά σημαντικά στατιστικά. Ίσως να εξηγείται από κοινωνιολογικά δεδομένα που βλέπει αυτή την ηλικία ως τυπικά μία με νεαρή οικογένεια και μικρά παιδιά και ως εκ τούτου θα μπορούσε να σχετίζεται με την ανησυχία για την ασφάλεια όχι μόνο του εαυτού τους αλλά και των μελών της οικογένειάς τους, ειδικά αν θεωρούνται ιδιαίτερα ευάλωτα, όπως π.χ παιδιά. Το επίπεδο άγχους φαίνεται να αυξάνεται όταν διακυβεύεται η υγεία του ατόμου της οικογένειας.

Επίσης, φαίνεται ότι ακόμη και στην περίπτωση όσων έχουν υπηρετήσει μεταξύ 6 και 10 ετών και μεταξύ 11 και 20 ετών, αντίστοιχα με τα ποσοστά ίσα με 22% και 29% για το ερωτηματολόγιο PTSD και αντίστοιχα 44% και 42% στην κλίμακα IES-R και 22% και 29% λαμβάνοντας υπόψη και τα δύο τεστ, βρίσκουμε τις περισσότερες βαθμολογίες υψηλές, και μπορούμε να υποθέσουμε ότι αυτός ο αριθμός σχετίζεται στενά με την ηλικία των νοσηλευτών.

Συνεχίζοντας να εξετάζουμε τις ηλικιακές ομάδες, προκύπτει ότι αυτοί υπηρετούν από 20 έως 30 ετών έχουν, τις δεύτερες υψηλότερες βαθμολογίες στο Ερωτηματολόγιο PTSD, ίσο με 29%, και τα δεδομένα επιβεβαιώνονται επίσης από το IES-R: 43% των

νοσηλευτών ηλικίας μεταξύ 20 και 30 ετών, φαίνεται να δυσκολεύεται να αντιμετωπίζει την τρέχουσα κατάσταση.

Ταυτόχρονα, δεδομένου ότι η ηλικία και τα χρόνια υπηρεσίας συνδέονται στενά, φαίνεται ότι επίσης στην ομάδα όσων έχουν υπηρετήσει από 1 έως 5 έτη, το ερωτηματολόγιο PTSD δείχνει ένα ποσοστό 33%, το υψηλότερο όλων και λαμβάνοντας υπόψη το IES-R: βρίσκουμε στην πραγματικότητα το 43%, ποσοστό το περισσότερο υψηλό μετά από αυτούς που έχουν υπηρετήσει για 6-10 χρόνια (44%).

Όσον αφορά την ηλικιακή ομάδα 41-50 ετών το 28% έδειξε σχετική βαθμολογία για PTSD, ενώ για την ηλικιακή ομάδα μεταξύ 51-60 ετών το ποσοστό είναι 13%. Για την κλίμακα IES-R, βρέθηκε υψηλή βαθμολογία μεταξύ των νοσηλευτών που έχουν ηλικίας από 41 έως 50 ετών (30%), ενώ μεταξύ 51 και 60 ετών είναι 14%.

Τέλος, λαμβάνοντας υπόψη όσους έχουν υπηρετήσει πάνω από 20 χρόνια, αυστηρά σε σχέση με τις δύο ηλικιακές ομάδες που αναλύθηκαν προηγουμένως, βρίσκουμε ένα ποσοστό 14% με υψηλές βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο PTSD και 15% με υψηλές βαθμολογίες στο IES-R, ενώ όσοι αποδεικνύονται ότι έχουν και τις δύο κλίμακες με υψηλότερη βαθμολογία ή ίσα με τα όρια είναι το 10% του εξεταζόμενου δείγματος.

Συμπεράσματα

Η μελέτη παρατήρησης που αφορούσε σε δείγμα νοσηλευτών που εργάζονταν κατά τη διάρκεια της τρέχουσα έκτακτης ανάγκης υγείας από τον νέο κορωνοϊό, έδειξε πώς όσοι έχουν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού στρες είναι ειδικότερα οι νοσηλευτές στα τμήματα επειγόντων περιστατικών και όχι μόνο γενικά οι νοσηλευτές που εργάζονται στο νοσοκομείο, σε σύγκριση με αυτούς που εργάζονταν σε κέντρα υγείας.

Στο πλαίσιο της έκτακτης ανάγκης, οι νοσηλευτές καλούνται να συνδυάσουν επαγγελματικές δεξιότητες έως καλή ικανότητα σχέσεων, ενσυναίσθησης και συναισθηματικής ικανότητας και αυτό μπορεί να είναι εξαιρετικά αγχωτικό λόγω των πολυάριθμων και απρόβλεπτων υψηλών κρίσιμων καταστάσεων, την ψυχολογική και συναισθηματική επίδραση στην οποία υπόκειται το νοσηλευτικό προσωπικό τόσο γενικά όσο και κατά τη διάρκεια της τρέχουσας πανδημίας: η αδυναμία να γνωρίζουμε αμέσως εάν ο ασθενής είναι θετικός ή όχι, μαζί με την ανάγκη να ενεργήσει έγκαιρα σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, συχνή ανεπάρκεια (ειδικά στην πρώιμη περίοδο του πανδημίας) των ΜΑΠ ή η ανησυχία ότι αυτά μπορεί να μην επαρκούν, είναι όλοι οι πιθανοί παράγοντες που αυξάνουν το επίπεδο άγχους ενός νοσηλευτή που εργάζεται σε επείγοντα.

Οι περισσότεροι άνθρωποι νοσηλεύονται για Covid-19, άρα και οι ασθενείς που έχουν πιο σοβαρά συμπτώματα εντοπίζονται σε νοσοκομεία και οι νοσηλευτές εκεί εργάζονται, αν και με επαρκή προστασία, πρέπει να συνεργάζονται στενά μαζί τους.

Η μελέτη δείχνει ότι οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες από τους άνδρες, αν και χωρίς στατιστική σημασία, για την ανάπτυξη συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες, ίσως λόγω ψυχοκοινωνικών παραγόντων για τους οποίους μια γυναίκα εκφράζει πιο εύκολα τα συναισθήματα όπως φόβος, δυσφορία και συναισθηματικός πόνος μπροστά σε ένα τραυματικό γεγονός ενώ, ο άνδρας καλείται πολιτισμικά να αναστέλλει περισσότερο τα αισθήματα του πόνου.

Όσον αφορά την ηλικία των νοσηλευτών, είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν PTSD όσοι είναι μεταξύ 31 και 40 ετών, αυτό θα μπορούσε ενδεχομένως να εξηγηθεί στατιστικά γιατί συνοδεύεται από την ηλικιακή ομάδα με μεγαλύτερη πιθανότητα απόκτησης

οικογένειας και ακόμη μικρών παιδιών: η ανησυχία ξεκινάει από το γεγονός ότι μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο όχι μόνο τον εαυτό τους, αλλά και τους πιο κοντινούς και αγαπημένους, εξηγεί την αυξημένη συχνότητα του στρες.

Τέλος, όσοι φαίνεται να είναι οι πιο πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα μετατραυματικού στρες είναι αυτοί που εργάζονται από 6 έως 20 χρόνια (ίσως για τους ίδιους παράγοντες που έχουν ήδη υποτεθεί για τα στοιχεία που αφορούν την ηλικία) και όσοι έχουν λιγότερα έτη υπηρεσίας, δηλαδή από 1 έως 5 χρόνια, ίσως λόγω της μεγαλύτερης αντιληπτής ανασφάλειας λόγω της μικρής εργασιακής εμπειρίας.

Προτάσεις

Η αναγνώριση του άγχους που παρουσιάζεται από τους νοσηλευτές είναι επομένως πολύ σημαντική (και ιδιαίτερα όσοι εργάζονται σε τμήματα έκτακτης ανάγκης) προκειμένου να σχεδιάσουν λύσεις που μπορούν να τους υποστηρίξουν ψυχολογικά και να προάγουν την ψυχολογική τους ευεξία.

Θα πρέπει να αυξηθεί η ευαισθησία και η ενημέρωση σχετικά με τις επιπτώσεις του στρες για όλους τους νοσηλευτές, είτε εργάζονται στην επικράτεια είτε σε νοσοκομεία, για οποιαδήποτε ηλικιακή ομάδα. Η εφαρμογή παρεμβάσεων ψυχολογικής υποστήριξης (όπως δραστηριότητες προληπτικής εκπαίδευσης, τεχνικές διαχείρισης του άγχους, δυνατότητα επανεξέτασης συναισθηματικών εμπειριών απέναντι σε κρίσιμα γεγονότα με υψηλή τραυματική δυνατότητα). Οι επιπτώσεις του στρες μπορεί να οδηγήσουν σε κλινικά σημαντική προσωπική δυσφορία, με πιθανές επιπτώσεις και στο πεδίο της εργασίας, με κίνδυνο μείωσης των επαγγελματικών δεξιοτήτων, του επιπέδου εμπλοκής της ενσυναίσθησης, τις σχεσιακές δεξιότητες του ατόμου και στη συνέχεια της ίδιας της ομάδας.

Βιβλιογραφία

- Alharbi, J., Jackson, D., & Usher, K. The potential for COVID-19 to contribute to compassion fatigue in critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 29(15-16), 2762-2764. 2020
- Bennett C., A. James, D. Kelly. Beyond tropes: Towards a new image of nursing in the wake of COVID-19. *Journal of Clinical Nursing*; 29:2753–2755, 2020.
- Bressi C., Invernizzi G., *Psichiatria clinica – applicazioni in medicina generale*. Milano: Bressi, C., Invernizzi, G. *Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica*. 5a Edizione; 2017
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920.
- Calini P., Tagliavini P. In: *Il trauma psichico*. Milano: AISTED; 2020
- Castrogiovanni P.; Traverso S., Per una definizione della traumaticità dell'evento. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 2003, 9.2: 15-31.
- Chen C. S., Wu H. Y., Yang P., Yen, C. F. Psychological distress of nurses in Taiwan who worked during the outbreak of SARS. *Psychiatric Services*, 56(1), 76-79; 2005.
- Chinazzi, M., Davis, J. T., Ajelli, M., Gioannini, C., Litvinova, M., Merler, S., ... & Viboud, C. (2020). The effect of travel restrictions on the spread of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak. *Science* .
- Clemente-Suárez, V. J., Navarro-Jiménez, E., Jimenez, M., Hormeño-Holgado, A., Martínez-Gonzalez, M. B., Benitez-Agudelo, J. C., ... & Tornero-Aguilera, J. F. (2021). Impact of COVID-19 pandemic in public mental health: An extensive narrative review. *Sustainability*, 13(6), 3221.
- Di Tella, M., Romeo, A., Zara, G., Castelli, L., & Settanni, M. (2022). The Post-Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5: Psychometric Properties of the Italian Version. *International journal of environmental research and public health*, 19(9), 5282.

- Diamond G. M., Lipsitz, J. D., & Hoffman, Y. Nonpathological response to ongoing traumatic stress. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 19(2), 100; 2013
- Ford M., World's nurses 'stepping up' to Covid-19 crisis, *Nursing Times*, 116(4), 7; 2020
- Forte G., Favieri F., Tambelli R., Casagrande, M. COVID-19 Pandemic in the Italian Population: Validation of a Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire and Prevalence of PTSD Symptomatology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4151; 2020
- Friedman M. J. *A Brief History of the PTSD Diagnosis*. Washington DC: National Center for PTSD; 2019.
- Griffin, G. Defining trauma and a trauma-informed COVID-19 response. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S279; 2020
- Hibberd, R., Elwood, L. S., & Galovski, T. E. (2010). Risk and protective factors for posttraumatic stress disorder, prolonged grief, and depression in survivors of the violent death of a loved one. *Journal of Loss and Trauma*, 15(5), 426-447.
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., ... & Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547-560.
- Hoskins, M., Pearce, J., Bethell, A., Dankova, L., Barbui, C., Tol, W. A., ... & Bisson, J. I. (2015). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 206(2), 93-100.
- Javidi, H., & Yadollahie, M. (2012). Post-traumatic stress disorder.
- Kirkpatrick, H. A., & Heller, G. M. (2014). Post-traumatic stress disorder: theory and treatment update. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 47(4), 337-346.

- Lehmann M., Bruenahl C. A., Løwe B., Addo M. M., Schmiedel S., Lohse A. W., Schramm, C. Ebola and psychological stress of health care professionals. *Emerging Infectious Diseases*, 21(5), 913; 2015.
- Li Z., Ge J., Yang M., Feng J., Qiao M., Jiang R., et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, behavior, and immunity*. 88, 916-919. 2020
- Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., ... & Xing, X. (2020). Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *New England Journal of Medicine*.
- Lia L., Serretti A. *Psichiatria per Professioni Sanitarie*; 2014
McGraw-Hill; 2008
- National Institute for Health and Clinical Excellence. The management of post traumatic stress disorder in primary and secondary care. London: NICE, 2005
- Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., ... & Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *International journal of surgery*, 78, 185-193.
- Norman Sartorius, M. D. Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry—ninth edition, Sadock, BJ, Sadock, VA & Ruiz, P.; 2009.
- Norris, F.H.; Hamblen, J.L. Standardized self-report measures of civilian trauma and PTSD. In *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, 2nd ed.; Wilson, J.P., Keane, T.M., Eds.; Guilford Press: New York, NY, USA, 2004; pp. 6–102.
- Olf M. Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup4), 1351204. 2017.
- Onofri A., La Rosa C. *Trauma, abuso e violenza*. Milano: Edizioni San Paolo; 2017
- Pakpour A. H., Griffiths, M. D., & Lin, C. Y. Assessing psychological response to the COVID-19: the fear of COVID-19 Scale and the COVID Stress Scales. *International Journal of Mental Health and Addiction*; 1-4. 2020.

- Peprah, P., & Gyasi, R. M. (2020). Stigma and COVID-19 crisis: A wake-up call. *The International Journal of Health Planning and Management*.
- Petrinec, A. B., & Daly, B. J. (2016). Post-traumatic stress symptoms in post-ICU family members: review and methodological challenges. *Western journal of nursing research*, 38(1), 57-78.
- Pfefferbaum B., & North, C. S. Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*; 510-512, 2020
- Psychology Tools; 2-12, 2020
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations.
- Reyes-Luna, J. D., & Jara-Concha, P. D. T. (2022). A Glance at the Barriers and Enablers of the Nursing Role in Pandemics: An Integrative Review. *Aquichan*, 22(1).
- Richardson, A., Gurung, G., Samaranayaka, A., Gardner, D., deGraaf, B., Wyeth, E. H., ... & McBride, D. (2020). Risk and protective factors for post-traumatic stress among New Zealand military personnel: A cross sectional study. *PloS one*, 15(4), e0231460.
- Struyf, T., Deeks, J. J., Dinnes, J., Takwoingi, Y., Davenport, C., Leeftang, M. M., ... & COVID, C. (2022). Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
- Su T. P., Lien T. C., Yang C. Y., Su Y. L., Wang J. H., Tsai S. L., Yin, J. C. Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: a prospective and periodic assessment study in Taiwan. *Journal of psychiatric research*, 41(1-2), 119-130; 2007.
- Sun, P., Lu, X., Xu, C., Sun, W., & Pan, B. (2020). Understanding of COVID-19 based on current evidence. *Journal of Medical Virology*.
- Szulecki, D. AJN On the Cover. *AJN The American Journal of Nursing*, 120(5); 2020.

- Tortella-Feliu, M., Fullana, M. A., Pérez-Vigil, A., Torres, X., Chamorro, J., Littarelli, S. A., ... & de la Cruz, L. F. (2019). Risk factors for posttraumatic stress disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *107*, 154-165.
- Wang, H., Xia, Q., Xiong, Z., Li, Z., Xiang, W., Yuan, Y., ... & Li, Z. (2020). The psychological distress and coping styles in the early stages of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic in the general mainland Chinese population: A web-based survey. *Plos one*, *15*(5), e0233410.
- Whalley M., Kaur H. Convivere con preoccupazione e ansia tra l'incertezza globale.
- Wong, J. E., Leo, Y. S., & Tan, C. C. (2020). COVID-19 in Singapore—Current Experience: Critical Global Issues That Require Attention and Action. *JAMA* .
- World Health Organization (2014a). Hospital Preparedness for Epidemics https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/151281/9789241548939_eng.pdf
- World Health Organization. (1999). *Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2017). *Pandemic influenza risk management: a WHO guide to inform and harmonize national and international pandemic preparedness and response* (No. WHO/WHE/IHM/GIP/2017.1). World Health Organization.
- Wu, X., Geng, X., Shang, Z., Wang, Z., Lu, H., Ma, H., ... & Xu, H. (2022). Post-traumatic stress disorder in patients with rheumatic disease during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional case–control study in China. *BMJ open*, *12*(3), e049749.
- Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M., ... & Hyman, S. E. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, *1*(1), 1-22.

Yuan, Y., Zhao, Y. J., Zhang, Q. E., Zhang, L., Cheung, T., Jackson, T., ... & Xiang, Y. T. (2021). COVID-19-related stigma and its sociodemographic correlates: a comparative study. *Globalization and health*, 17(1), 1-9.

Zhang, J., Lu, H., Zeng, H., Zhang, S., Du, Q., Jiang, T., & Du, B. (2020). The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 49.