

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

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ
ΚΟΡΩΝΟΪΟΥ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΒΑΡΝΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

A.M. 19068

ΑΘΗΝΑ 2020

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπων Καθηγητής	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ
Μέλος	Καθηγητής	ΜΑΡΚΟΣ ΣΑΡΡΗΣ
Μέλος	Επιστημονικός Συνεργάτης	ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΣΤΑΜΟΥΛΗ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

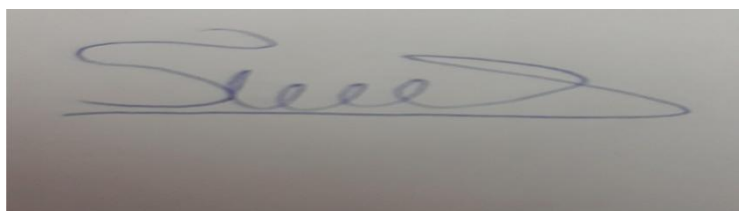
Ο κάτωθι υπογεγραμμένος Καβαρνός Γεώργιος του Αντωνίου, με αριθμό μητρώου 19068, φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων, της Σχολής Διοίκησης Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου 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 01/04/2022 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο Δηλών



Υπογραφή

ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πανδημία του νέου κορωνοϊού Covid-19 εξέθεσε τους επαγγελματίες υγείας σε τραυματικά γεγονότα και καταστάσεις που πιθανόν να μην έχουν έρθει αντιμέτωποι ξανά. Στην παρούσα έρευνα εξετάζεται η επίδραση των απειλών που θέτει ο νέος ιός στην «Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής» (ΣΥΠΖ) (Health-related Quality of Life-HRQOL) των επαγγελματιών υγείας.

Στα πλαίσια της έρευνας ζητήθηκε από το υγειονομικό προσωπικό (N=68) του νοσοκομείου αναφοράς ΠΓΝ «Αττικών» να παρέχουν δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία που αφορούν την έκθεσή τους στον νέο κορωνοϊό αλλά και το ερωτηματολόγιο γενικού επιπέδου υγείας «Επισκόπηση Υγείας SF-36».

Συλλέχθηκαν 68 ερωτηματολόγια από τα οποία το 80,9% ήταν γυναίκες και το 19,1% άνδρες με την πλειοψηφία να κυμαίνεται στις ηλικίες από 35-45 ετών. Το 22,1% ήταν ιατρικό προσωπικό, το 61,8% νοσηλευτικό προσωπικό, 14,7% ήταν διοικητικοί υπάλληλοι και το 1,5% βοηθητικό προσωπικό. Η αύξηση του ποσοστού ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών με κορωνοϊό, σχετίστηκε με χειρότερη βαθμολογία σχεδόν σε όλες τις διαστάσεις της κλίμακας αλλά και η αύξηση του χρονικού διαστήματος εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας Covid-19 στην Ελλάδα σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας γενικής υγείας, ψυχικής υγείας, της κοινωνικής λειτουργικότητας και της συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας. Υψηλά είναι τα ποσοστά ανησυχίας που δηλώνει το προσωπικό, προσωπικής έκθεσης (66,2%), μετάδοσης στην οικογένεια (89,7%) αλλά και για τους συναδέλφους που εργάζονται στην πρώτη γραμμή (83,8%) Ανάλογη είναι η επιβάρυνση και της παρούσας στρατηγικής πρόληψης και ελέγχου του Covid-19 καθώς όσοι ανησυχούσαν είχαν μικρότερη βαθμολογία γενικής υγείας, κοινωνικής λειτουργικότητας, ζωτικότητας και συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας.

Η αναγνώριση των παραγόντων που προκαλούν άγχος, η προσοχή στις ανησυχίες του προσωπικού και η λήψη όλων των απαραίτητων μέτρων για την προστασία του από μια έκθεση στον κορωνοϊό θα μπορούσαν να βελτιώσουν την ΣΥΠΖ των επαγγελματιών υγείας.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής, Covid-19, Ποιότητα Ζωής, επαγγελματίες υγείας, πανδημία, ψυχική υγεία

ABSTRACT

Healthcare professionals are exposed to traumatic situations due to the new Covid-19 pandemic. Many of them may have never witnessed such events before. The present research is about to measure the health-related quality of life of healthcare professionals.

68 healthcare workers in a referral hospital were asked to provide sociodemographic and covid-19 related data and also to complete the SF-36 questionnaire. 80.9% of them were women and 19.1% men, 35-45 years old. 22.1% were doctors, 61.8% were nurses, and 14.7% were administrators. High percentage of working with Covid-19 patients was correlated with worse scores in SF-36 scale (general health, general mental health, social functioning). Personnel is flooding with worries about self-exposure (66.2%), transmission in family (89.7%) and colleagues in the frontline (83.8%). Those worried about the strategy of prevention and control of Covid-19 had worse scores in general health, social functioning, vitality and general mental health.

Recognizing stressors, listening to the worries of the personnel and taking all the necessary measures for avoiding exposure to Covid-19 could lead to improvement of the health-related quality of life of the healthcare professionals.

KEY WORDS: Health-related quality of life, Covid-19, health care professionals, quality of life, pandemics, mental health

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την κα Γούλα Ασπασία, Αναπληρώτρια καθηγήτρια και επιβλέπουσα της διπλωματικής μου εργασίας, για την βοήθειά της και την καθοδήγησή σε όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τη σύζυγό για την κατανόησή της και τη συνεχή συναισθηματική στήριξη που μου παρείχε.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω το προσωπικό του ΠΓΝ «Αττικόν» που αφιέρωσε λίγο χρόνο να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο παρά το φόρτο εργασίας και τις δύσκολες συνθήκες που επικρατούσαν.

Πίνακας περιεχομένων

ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ABSTRACT	5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	9
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	10
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.....	11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	14
1.1. Η έννοια της Ποιότητας Ζωής.....	14
1.1.1 Ιστορική Αναδρομή.....	14
1.1.2 Ορισμοί.....	14
1.2. Η έννοια της Ποιότητας Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία	18
1.2.1 Εργαλεία μέτρησης της Ποιότητας Ζωής Σχετιζόμενης με την Υγεία	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΝΟΣΟΣ COVID-19 ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	36
3.1 Δεδομένα για τον COVID-19	36
3.2 Στατιστικά δεδομένα για τους επαγγελματίες υγείας με Covid	39
3.3 Αποτελέσματα ερευνών όσον αφορά τις επιπτώσεις του κορωνοϊού στους επαγγελματίες υγείας	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	51
4.1 Μεθοδολογία της έρευνας	51
4.2 Στατιστική επεξεργασία και ανάλυση	52
4.3 Εξαγωγή Αποτελεσμάτων.....	53
4.3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία εργασίας και ιατρικό ιστορικό	53
4.3.2 Διαχείριση της έκθεσης στον κορωνοϊό στο χώρο εργασίας	58
4.3.3 Σχετιζόμενη Με Την Υγεία Ποιότητα Ζωής (SF-36v2 Health Survey)	63
4.4. Συσχετίσεις	71
4.4.1. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Βαθμολογία Σωματικής Λειτουργικότητας (Physical Functioning).....	71
4.4.2. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Βαθμολογία Σωματικού Ρόλου (Role Physical)	77
4.4.3. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Βαθμολογία Σωματικού Πόνου (Bodily Pain)	83
4.4.4. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Βαθμολογία γενικής Υγείας (General Health)	89

4.4.5. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Βαθμολογία ζωτικότητας (Vitality).....	95
4.4.6. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Βαθμολογία Κοινωνικής Λειτουργικότητας (Social Functioning).....	101
4.4.7. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Βαθμολογία Συναισθηματικού Ρόλου (Role Emotional).....	107
4.4.8. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Βαθμολογία Ψυχικής Υγείας (Mental Health).....	114
4.4.9. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Βαθμολογία Συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας (Physical Health Component Summary).....	120
4.4.10. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Βαθμολογία Συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας (Mental Health Component Summary).....	125
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	131
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	137
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	138
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	151

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Εργαλεία Μέτρησης Της ΣΥΠΖ.....	23
Πίνακας 2: Εργαλεία Μέτρησης Της ΣΥΠΖ	24
Πίνακας 3: Κλίμακα SF-36	25
Πίνακας 4: Παράγοντες Σχετίζονται Με Την Επίδραση Της Πανδημίας Στους Επαγγελματίες Υγείας	46
Πίνακας 5: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά, Στοιχεία Εργασίας Και Ιατρικό Ιστορικό.....	51
Πίνακας 6: Διαχείριση Της Έκθεσης Στον Κορωνοϊό Στο Χώρο Εργασίας.....	57
Πίνακας 7: Συντελεστές Εσωτερικής Συνέπειας Cronbach's Alpha Του SF-36.....	62
Πίνακας 8α: Οι Απαντήσεις Των Συμμετεχόντων Στη Μελέτη Στο SF-36	63
Πίνακας 8β: Περιγραφικά Μέτρα Των Βαθμολογιών Του SF-36 Για Την ΠΖ.....	67
Πίνακας 9: Διμεταβλητές Συσχετίσεις Ανάμεσα Στις Ανεξάρτητες Μεταβλητές Και Την Βαθμολογία Σωματικής Λειτουργικότητας.....	69
Πίνακας 10: Πολυμεταβλητή Γραμμική Παλινδρόμηση Με Εξαρτημένη Μεταβλητή Την Βαθμολογία Σωματικής Λειτουργικότητας	74
Πίνακας 11: Διμεταβλητές Συσχετίσεις Ανάμεσα Στις Ανεξάρτητες Μεταβλητές Και Την Βαθμολογία Σωματικού Ρόλου	75
Πίνακας 12: Πολυμεταβλητή Γραμμική Παλινδρόμηση Με Εξαρτημένη Μεταβλητή Την Βαθμολογία Σωματικού Ρόλου	80
Πίνακας 13: Διμεταβλητές Συσχετίσεις Ανάμεσα Στις Ανεξάρτητες Μεταβλητές Και Την Βαθμολογία Σωματικού Πόνου	81
Πίνακας 14: Πολυμεταβλητή Γραμμική Παλινδρόμηση Με Εξαρτημένη Μεταβλητή Την Βαθμολογία Σωματικού Πόνου	86
Πίνακας 15: Διμεταβλητές Συσχετίσεις Ανάμεσα Στις Ανεξάρτητες Μεταβλητές Και Την Βαθμολογία Γενικής Υγείας.....	87
Πίνακας 16: Πολυμεταβλητή Γραμμική Παλινδρόμηση Με Εξαρτημένη Μεταβλητή Την Βαθμολογία Γενικής Υγείας.	92
Πίνακας 17: Διμεταβλητές Συσχετίσεις Ανάμεσα Στις Ανεξάρτητες Μεταβλητές Και Την Βαθμολογία Ζωτικότητας.	93
Πίνακας 18: Πολυμεταβλητή Γραμμική Παλινδρόμηση Με Εξαρτημένη Μεταβλητή Την Βαθμολογία Ζωτικότητας	98
Πίνακας 19: Διμεταβλητές Συσχετίσεις Ανάμεσα Στις Ανεξάρτητες Μεταβλητές Και Την Βαθμολογία Κοινωνικής Λειτουργικότητας	99
Πίνακας 20: Πολυμεταβλητή Γραμμική Παλινδρόμηση Με Εξαρτημένη Μεταβλητή Την Βαθμολογία Κοινωνικής Λειτουργικότητας	104
Πίνακας 21: Διμεταβλητές Συσχετίσεις Ανάμεσα Στις Ανεξάρτητες Μεταβλητές Και Την Βαθμολογία Συναισθηματικού Ρόλου	105
Πίνακας 22: Πολυμεταβλητή Γραμμική Παλινδρόμηση Με Εξαρτημένη Μεταβλητή Την Βαθμολογία Συναισθηματικού Ρόλου	110

Πίνακας 23: Διμεταβλητές Συσχετίσεις Ανάμεσα Στις Ανεξάρτητες Μεταβλητές Και Την Βαθμολογία Ψυχικής Υγείας	112
Πίνακας 24: Πολυμεταβλητή Γραμμική Παλινδρόμηση Με Εξαρτημένη Μεταβλητή Την Βαθμολογία Ψυχικής Υγείας.	117
Πίνακας 25: Διμεταβλητές Συσχετίσεις Ανάμεσα Στις Ανεξάρτητες Μεταβλητές Και Την Βαθμολογία Συνοπτικής Κλίμακας Σωματικής Υγείας.	118
Πίνακας 26: Πολυμεταβλητή Γραμμική Παλινδρόμηση Με Εξαρτημένη Μεταβλητή Την Βαθμολογία Συνοπτικής Κλίμακας Σωματικής Υγείας.	122
Πίνακας 27: Διμεταβλητές Συσχετίσεις Ανάμεσα Στις Ανεξάρτητες Μεταβλητές Και Την Βαθμολογία Συνοπτικής Κλίμακας Ψυχικής Υγείας.	123
Πίνακας 28: Πολυμεταβλητή Γραμμική Παλινδρόμηση Με Εξαρτημένη Μεταβλητή Την Βαθμολογία Συνοπτικής Κλίμακας Ψυχικής Υγείας.....	127

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Σχεδιάγραμμα 1: Κυριότερα Συστατικά Της ΠΖ.....	14
Σχεδιάγραμμα 2: Παράγοντες Που Συμβάλλουν Στην ΠΖ.....	15
Σχεδιάγραμμα 3: Αλληλεπιδράσεις Εννοιών Που Σχετίζονται Με Την ΠΖ.....	18
Σχεδιάγραμμα 4: Αποτελέσματα ΣΥΠΖ ανά Ειδικότητα.....	32

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΣΥΠΖ= Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητας Ζωής:

ΠΖ= Ποιότητα Ζωής:

CF= Δευτερογενές Τραυματικό Στρες (ή Συμπόνια Κόπωσης)

CS= Ικανοποίηση Συμπόνιας

ΜΑΠ= Μέτρα Ατομικής Προστασίας

ΕΟΔΥ= Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας

SARS =Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο

MERS-CoV= Κορωνοϊός του Αναπνευστικού Συνδρόμου της Μέσης Ανατολής

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία από επιδημίες όπως ο Έμπολα και ο SARS, η έναρξη μιας ξαφνικής και απειλητικής για τη ζωή ασθένειας μπορεί να οδηγήσει σε εξαιρετικά υψηλά επίπεδα πίεσης στους επαγγελματίες υγείας. Ο υψηλός εργασιακός φόρτος, η σωματική πίεση, η απομόνωση, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, η ανεπάρκεια ατομικών μέσων προστασίας (ΜΑΠ) αλλά και ηθικά θέματα που ανακύπτουν σε συνδυασμό με τις προκλήσεις με τις οποίες έρχονται αντιμέτωπο το υγειονομικό προσωπικό όπως η επιβράδυνση της μετάδοσης, η ανάπτυξη βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στρατηγικών και σχεδίων μπορεί να έχουν σημαντικές επιπτώσεις και επιβάρυνση στην σωματική και ψυχική ευημερία.

Με βάση τις πρώτες ενδείξεις το προσωπικό των μονάδων υγείας αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για να βιώσουν όλες τις αρνητικές συνέπειες μιας πανδημίας. Υπάρχει πλέον ένας τεράστιος αριθμός ερευνών όσον αφορά τον Covid-19, περισσότερο για την ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας, αλλά όσον αφορά την ΠΖ και την ΣΥΠΖ οι έρευνες είναι περιορισμένες. Στα κεφάλαια που ακολουθούν και που περιγράφονται αναλυτικά τα ευρήματα, η πλειοψηφία των επαγγελματιών που εργάζεται σε συνθήκες πανδημίας και κυρίως της πρώτης γραμμής (Lai et al 2020, Liu et al 2020, Xiang 2020, An et al 2020), υποφέρει από άγχος (30-70%), καταθλιπτικά συμπτώματα (20-40%) (Bettinsoli et al 2020, Xue-Hui et al 2020, Lu et al 2020, Liu et al 2020, Xiao et al 2020, Dai et al 2020, Cai et al 2020, Wu et al 2020, Mo et al 2020, Cao et al 2020, Naser et al 2020, Zhang et al 2020, Chew et al 2020), αϋπνία, επαγγελματική εξουθένωση, συναισθηματική εξάντληση ή σωματικές ενοχλήσεις (Bettinsoli et al 2020, Liu et al 2020, Xiao et al 2020), μετατραυματικά συμπτώματα όπως υπερδιέγερση, φόβος και εισβολή αναμνήσεων (intrusive memories) (Braquehais et al 2020, Di Tella et al 2020). Τα αποτελέσματα αυτά φαίνεται να οδηγούν και σε μια επιδείνωση της ΠΖ και ΣΥΠΖ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των πιθανών επιπτώσεων της νόσου Covid-19 στους επαγγελματίες υγείας σε ελληνικό νοσοκομείο υποδοχής και νοσηλείας ασθενών με κορωνοϊό με την χρήση της κλίμακας SF-36 για την μέτρηση της ΣΥΠΖ, καθώς οι πληροφορίες που παρέχονται από την ΣΥΠΖ, μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την γνώση των σωματικών και ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων μιας νόσου (Θεοδωροπούλου 2012). Ο όρος αυτός περιλαμβάνει τις πλευρές της ζωής μας οι οποίες επηρεάζονται από την προσωπική μας υγεία και από δραστηριότητες που στόχο έχουν τη διατήρηση ή βελτίωση της υγείας (Bungay et al, 1991). Είναι δηλαδή το άριστο επίπεδο της ψυχικής, σωματικής, κοινωνικής λειτουργικότητας, των σχέσεων και των αντιλήψεων για την υγεία, τη φυσική κατάσταση, την ικανοποίηση από τη ζωή και την ευεξία (Bowling, 1995).

Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται ο όρος της Ποιότητας Ζωής (ΠΖ), οι ορισμοί της, η ιστορική εξέλιξή της αλλά και ο αναγκαίος διαχωρισμός της από την έννοια της ΣΥΠΖ. Περιγράφονται οι ορισμοί της ΣΥΠΖ, οι διαστάσεις της και τα εργαλεία μέτρησής της, με τα γενικά και ειδικά ερωτηματολόγια.

Το δεύτερο κεφάλαιο αφορά τους επαγγελματίες υγείας. Παρατίθενται δεδομένα σχετικά με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) και τις συνέπειές του στην ΠΖ των επαγγελματιών υγείας αλλά και δεδομένα που αφορούν την ΣΥΠΖ. Κυρίως έρευνες που έγιναν με τη χρήση της κλίμακας SF-36 και η συσχέτισή των 8 διαστάσεων της με τα δημογραφικά στοιχεία των επαγγελματιών υγείας όπως το φύλο, η ηλικία και ο επαγγελματικός κλάδος.

Στο τρίτο κεφάλαιο μελετάται η νόσος Covid-19 και οι συνέπειες της για τους επαγγελματίες υγείας. Περιγράφονται τα υπάρχοντα δεδομένα για τον νέο κορωνοϊό, οι οδηγίες σύμφωνα με τον ΕΟΔΥ, τα στατιστικά δεδομένα του Covid-19 αλλά και οι επιπτώσεις του ειδικά στους επαγγελματίες υγείας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρατίθεται η μεθοδολογία της έρευνας που ακολουθήθηκε και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια που δόθηκαν στους επαγγελματίες υγείας με τα αποτελέσματα τους και οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

1.1. Η έννοια της Ποιότητας Ζωής

1.1.1 Ιστορική Αναδρομή

Η έννοια της Ποιότητας της Ζωής απασχολεί από την αρχαιότητα, με τον Αριστοτέλη στα *Ηθικά Νικομάχεια* να την αποκαλεί ως «ευδαιμονία ή ευζωία» (Μεταφραστική ομάδα ΚΑΚΤΟΥ, 1993). Περιγράφει την ευδαιμονία ως το σημαντικότερο αγαθό για τον άνθρωπο και ως τον μόνο αυτοσκοπό. Η ευδαιμονία καθιστά τη ζωή πλήρη και επιθυμητή και προς την ευδαιμονία αποσκοπούν όλες οι άλλες πράξεις, «*Η ευδαιμονία είναι ταυτόχρονα και το άριστο και το πιο ωραίο και το πιο ευχάριστο*». Κατανοεί ότι η ΠΖ σημαίνει διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους και ότι μεταβάλλεται ανάλογα με τις τρέχουσες συνθήκες της ζωής του καθενός (Fayers & Machin, 2013). Τη δεκαετία του 1950 ο όρος ΠΖ ταυτίστηκε με την έκφραση «καλή ζωή» και «βιοτικό επίπεδο», καθώς περιλάμβανε τις έννοιες της κατανάλωσης και της αγοραστικής δύναμης. Από το 1960 διευρύνεται εμπεριέχοντας τους όρους της παιδείας, της υγείας, του ελεύθερου χρόνου και της ανάπαυσης (Fallowfield, 1990) ενώ τη δεκαετία του 1970 γίνεται αντικείμενο μελέτης των κοινωνικών επιστημών. Ο όρος αυτός εμφανίζεται για πρώτη φορά το 1966 στο “Medicine and Quality of Life” στο *Annals of Internal Medicine* από τον Elkinton (1966) και θεωρείται η πρώτη τεκμηριωμένη αναφορά στον όρο. Ο συγγραφέας κατέληξε το συμπέρασμα ότι η ΠΖ αποτελείται από τρία στοιχεία: την ικανοποίηση, την ψυχική ευεξία και τη σχέση μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος (Οικονόμου και συν. 2001).

Παρά τις διάφορες προσεγγίσεις, ο όρος ΠΖ εμφανίστηκε μόλις στο τέλος του 19ου αιώνα ενώ η διάδοσή του γίνεται από τα μέσα του 20ου αιώνα.

1.1.2 Ορισμοί

Έως και το 1992 δεν υπήρχε ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για την ΠΖ καθώς με τον όρο ασχολούνται τόσο ανθρωπιστικές και κοινωνικές επιστήμες αλλά και οι επιστήμες υγείας (Lamau, 1992, Basu 2004, Smith 2000). Καθώς φαίνεται να είναι μια έννοια πολυδιάστατη, που το περιεχόμενο της αλλάζει σύμφωνα με τις συνθήκες, κοινωνικές και οικονομικές, που επικρατούν κάθε φορά και τη διαφορετική σημασία τους για κάθε άνθρωπο αλλά και τον διαφορετικό τρόπο που κάθε άνθρωπος αποτιμά το «καλό» στη ζωή του. *Ποιότητα Ζωής* ή *Ευημερία* ή *Καλή Ζωή* είναι όροι που βρίσκονται εδώ

και μισό αιώνα στο επίκεντρο της έρευνας και ο κάθε μελετητής ανάλογα με την προσέγγισή του, προτείνει διάφορους ορισμούς (Θεοφίλου, 2010). Η βασική συζήτηση/διαφωνία επικεντρώνεται στις προσεγγίσεις που βασίζονται σε συγκεκριμένα αντικειμενικά κριτήρια τα οποία αποφάσισε μια ελίτ ανθρώπων έναντι των προσεγγίσεων που βασίζονται σε υποκειμενικές παραμέτρους και επιτρέπουν στους ανθρώπους να ορίσουν και να εκτιμήσουν οι ίδιοι την ΠΖ τους (Blishen & Atkinson, 1980). Τα κράτη-μέλη του ΟΟΣΑ κατέληξαν σε μια λίστα κοινωνικών θεμάτων που αφορούν την ΠΖ (Bowling, 1995) ενώ σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει συσταθεί το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για την Κοινωνική Ποιότητα (European Foundation on Social Quality) (Van der Maesen & Walker 2002). Με τον όρο αντικειμενικοί δείκτες αναφερόμαστε στην υγεία, στο φυσικό περιβάλλον, στον χώρο και τις συνθήκες διαβίωσης, στη διαθεσιμότητα του χρόνου και την κοινωνική δραστηριοποίηση, την οικονομική δυνατότητα κάλυψης βασικών αναγκών και την ασφάλεια του περιβάλλοντος. Ενώ στους υποκειμενικούς δείκτες συμπεριλαμβάνονται η αναφερόμενη ικανοποίηση από τη ζωή, το αίσθημα επάρκειας και ικανοποίησης από την λειτουργικότητα του ατόμου σε διάφορους τομείς της ζωής, η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την δυνατότητα συμμετοχής σε ποικίλες εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

Ο Smith (1973) είχε προτείνει η ευημερία να αναφέρεται στις αντικειμενικές συνθήκες ζωής και ότι ο όρος ΠΖ θα πρέπει να αναφέρετε στις υποκειμενικές εκτιμήσεις του ατόμου για τη ζωή του. Οι Dalkey και Rourke (1973) όρισαν την ΠΖ ως την αίσθηση που έχει το άτομο για το επίπεδο της ευεξίας, ικανοποίησης του από τη ζωή του και ευτυχίας αναφορικά με την υγεία του, το άγχος, την αυτοεκτίμηση, την κατάθλιψη, την κοινωνική και οικογενειακή στήριξη. Παρομοίως ο McCall το 1975 υποστηρίζει ότι η ΠΖ εξαρτάται από την πρόσβαση στις απαραίτητες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μια δεδομένη κοινωνία ή συνθήκες. Ο Cutter (1985) ορίζει την ΠΖ ως την ευτυχία ή την ικανοποίηση που βιώνει ένα άτομο για τη ζωή του, ενώ και η Meeberg (1993) αλλά και οι Diener και Suh (1997) θεωρούν ότι η ΠΖ είναι το συναίσθημα της ικανοποίησης που απολαμβάνουν οι άνθρωποι από τη ζωή τους, σαν σύνολο.

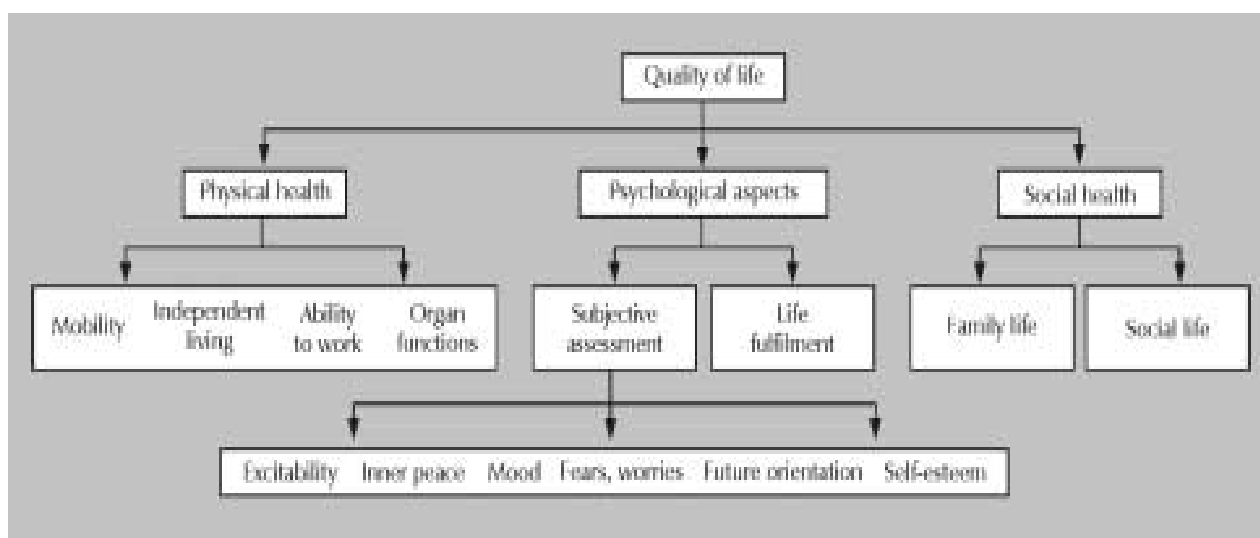
Το 1991 συστάθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας μια ομάδα για την μελέτη και την ανάπτυξη ενός μοντέλου και ενός τρόπου μέτρησης της ΠΖ. Η ομάδα όρισε την ΠΖ ως την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για την θέση του στη ζωή σε σχέση με τις αξίες και τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά της κοινωνίας του και τους προσωπικούς στόχους, προσδοκίες και κριτήρια (Τριανταφύλλου 2010).

Ο Lawton (1991) υποστηρίζει ότι η έννοια της ΠΖ αποτελείται από 4 τομείς: α) το αντικειμενικό περιβάλλον του ατόμου, β) την αυτοπεποίθησή του (συμπεριλαμβανομένης και της κατάστασης υγείας), γ) τη προσωπική του αντίληψη για την ΠΖ και την ψυχολογική του ευημερία και δ) την ικανοποίησή του από τη ζωή. Ενώ σύμφωνα με τον Fallowfield (1990), η ΠΖ προσδιορίζεται από ένα σύμπλεγμα

παραγόντων που αλληλεπιδρούν και αφορούν σε 3 διαστάσεις: (α) τη σωματική ευεξία του ατόμου, (β) την ψυχική ευεξία και (γ) την κοινωνική ευεξία.

Ο Farquhar (1995) διακρίνει τους ορισμούς της ΠΖ σε τρία κύρια είδη: 1) την καθολική, 2) τη συστατική και 3) την εστιασμένη σε ορισμούς. Οι καθολικοί ορισμοί περιλαμβάνουν τις ιδέες της ικανοποίησης/δυσαρέσκειας και της ευτυχίας/δυστυχίας. Οι ορισμοί των συστατικών κατανέμουν την ΠΖ σε στοιχεία ή διαστάσεις ή εντοπίζουν ορισμένα χαρακτηριστικά που θεωρούνται απαραίτητα για οποιαδήποτε αξιολόγηση της ΠΖ. Οι εστιασμένοι ορισμοί αναφέρονται σε ένα μόνο ή σε μικρό αριθμό διαστάσεων της ΠΖ. Παρόλα αυτά υπάρχουν συνδυασμοί ορισμών που περιγράφουν την ΠΖ ως μια αφηρημένη και σύνθετη έννοια που αφορά σε μεμονωμένες απαντήσεις σε σωματικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες (Υφαντής).

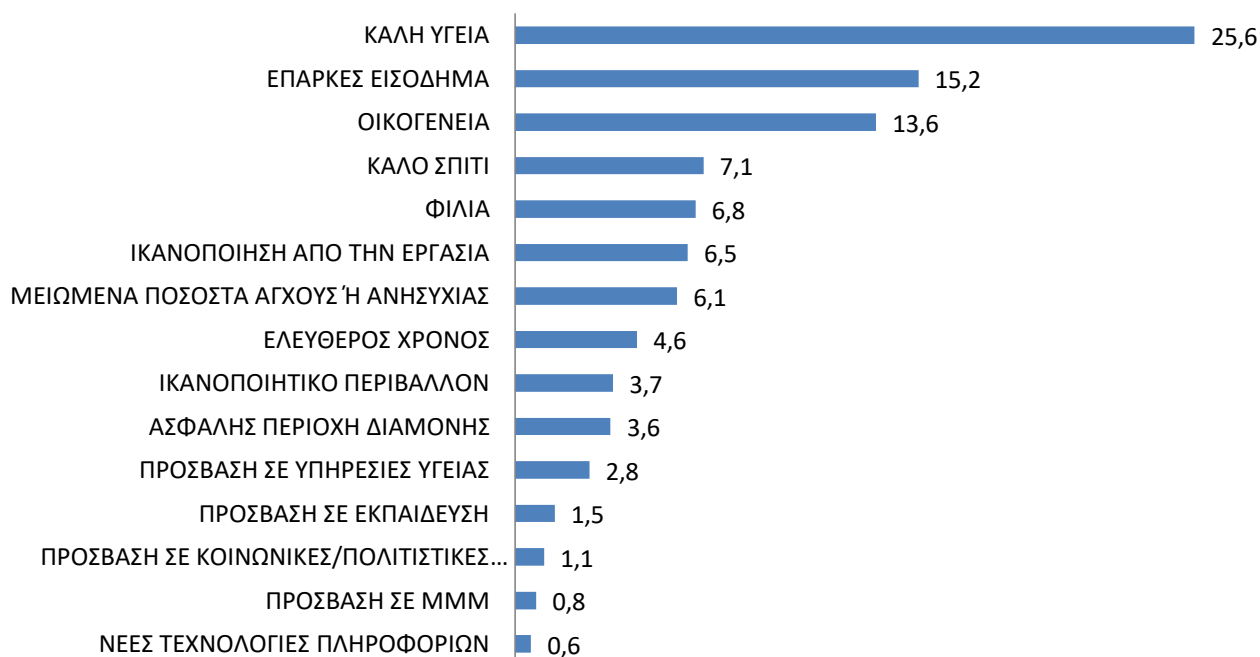
Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO 2005) έδωσε τον ορισμό για την ΠΖ ως «ένα πολυδιάστατο κατασκεύασμα της ατομικής αντίληψης της θέσης του ίδιου στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξιών σε σχέση με τους στόχους, τα πρότυπα, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες του ατόμου». Ορίζεται δηλαδή ως μια υποκειμενική και όχι αντικειμενική αντίληψη του ατόμου. Η ΠΖ εκφράζει την αίσθηση που έχει το ίδιο το άτομο για την πληρότητα, την ασφάλεια και την ικανοποίησή του από την συμμετοχή και επιτέλεση όλων των καθημερινών δραστηριοτήτων (Ventegodt et al 2003).



Σχεδιάγραμμα 1: Κυριότερα συστατικά της ΠΖ (Υφαντοπούλος, 2001)

Το 1999, 15.000 Ευρωπαίοι πολίτες ρωτήθηκαν για τους παράγοντες που πιστεύουν ότι επηρεάζουν την ΠΖ τους σε έρευνα του Ευρωβαρόμετρου. Η καλή υγεία ήταν το πρώτο κριτήριο, ακολουθούμενη από το επαρκές εισόδημα και την οικογένεια (Υφαντοπούλος 2001, Υφαντόπουλος 2007)

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ Ε.Ε.



Σχεδιάγραμμα 2: Παράγοντες που συμβάλλουν στην ΠΖ (Υφαντοπούλου 2001, Υφαντόπουλος 2007)

Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την υγεία και την ΠΖ ενός ατόμου μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής (Θεοδώρου και συν. 2001):

- Κοινωνικο-οικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνίας: Τρόπος παραγωγής, σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.
- Οικονομικο-πολιτικοί παράγοντες: Επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τύποι διανομής εισοδήματος, προγραμματισμός, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.
- Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες: Τρόπος ζωής, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και αγροτική διάρθρωση, κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες.
- Ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες: Ήθη και έθιμα, επίπεδα αλφαριθμητισμού, ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος, συνήθειες, νοοτροπία, τάσεις και στάσεις, κοινωνική συμπεριφορά και άσκηση κοινωνικών ρόλων.
- Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες: Επίπεδο μόλυνσης του οικολογικού περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων.

- Γεωφυσικοί παράγοντες: Φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, παραγωγικότητα γης, κλιματολογικές συνθήκες.
- Δημογραφικοί παράγοντες: Ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, κλπ.
- Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες: Επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.

Φαίνεται ότι σε κάθε προσπάθεια απόδοσης ενός ορισμού για την ΠΖ θα πρέπει να διαχωρίζονται οι παράγοντες που κρατούν έναν άνθρωπο στη ζωή από εκείνους για τους οποίους ζει κανείς. Διαπιστώνεται ότι η καλή υγεία δεν είναι σκοπός ζωής για την πλειοψηφία των ανθρώπων αλλά ο τρόπος για την επιτύχει κανείς τους στόχους του (Τριανταφύλλου 2010).

1.2. Η έννοια της Ποιότητας Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία

Με την ανάπτυξη της επιστήμης της ιατρικής και της βιοτεχνολογίας οδηγηθήκαμε σε μια αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Πλέον όμως γεννήθηκε η αμφιβολία εάν τα επιπλέον αυτά έτη ζωής χαρακτηρίζονται και ως ποιοτικά, δηλαδή με υγεία και ελεύθερα συμπτώματων. Λαμβάνοντας υπόψη και το γεγονός ότι πλέον υπάρχουν πολλές χρόνιες και ανίατες ασθένειες όπου οι επαγγελματίες υγείας έρχονται αντιμέτωποι με σωματικές, κοινωνικές αλλά και ψυχικές λειτουργίες των ασθενών και της ανάγκης πλέον, μιας ολιστικής θεραπευτικής προσέγγισης και όχι μόνο τη θεραπεία των συμπτωμάτων, δημιουργείται η ανάγκη ενός ευρύτερου ορισμού της υγείας. (Υφαντόπουλος 2007).

Για να διαχωριστεί η ΠΖ που αφορά τις επιστήμες υγείας από τον πιο ευρύ όρο της ΠΖ , που εμπεριέχει έννοιες όπως η ευτυχία, η ικανοποίηση, το βιοτικό επίπεδο, το κλίμα ή το περιβάλλον, κρίθηκε αναγκαίο να δημιουργηθεί μια πιο αυστηρή, περιορισμένη έννοια της ΠΖ (Patrick και Erickson 1993, Υφαντόπουλος 2007).

Αν και ίσως να ήταν πιο δόκιμος ένας όρος που να ονομάζεται «σχετιζόμενη με την αρρώστια ΠΖ», εφόσον μέχρι και πρόσφατα οι περισσότεροι δείκτες υγείας είχαν αρνητικό πρόσημο (θνησιμότητα, νοσηρότητα, βαθμός αναπηρίας, αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων, αριθμός ημερών νοσηλείας, κόστος νοσηλείας) και ακόμα και θετικοί δείκτες όπως η επιβίωση και τα αναμενόμενα χρόνια ζωής δεν εξέφραζαν ποιότητα αλλά μόνο διάρκεια, επικράτησε ο όρος «Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής» (Νάκου 2001) και κυρίως στο χώρο της υγείας.

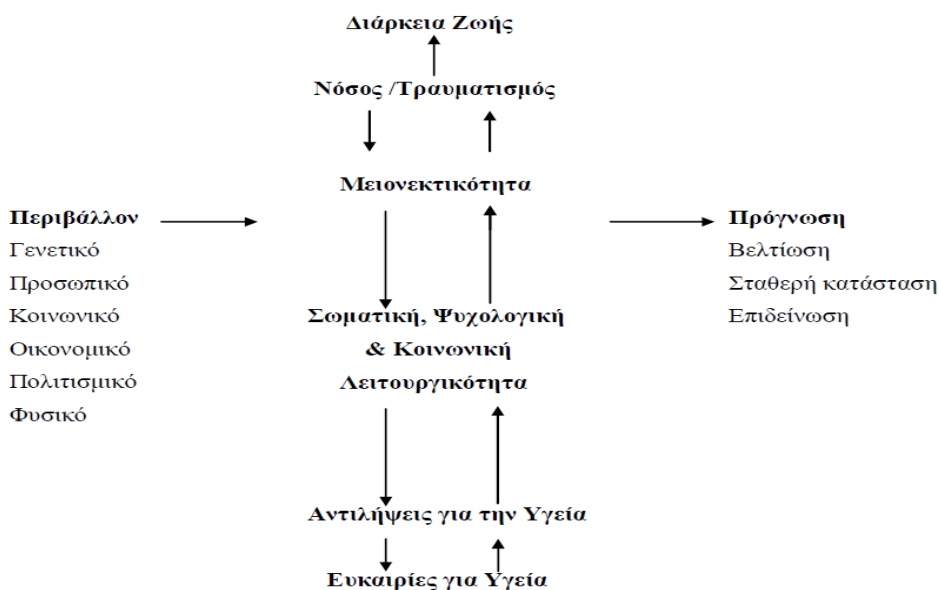
Η ΣΥΠΖ έχει ανοίξει το δρόμο για μια εκ νέου θεώρηση και αξιολόγηση της ΠΖ που συνδέεται με την υγεία ή τη θεραπεία και για αυτό το λόγο προσέλκυσε το ενδιαφέρον των μελετητών του χώρου της υγείας. Θεωρείται ένας σημαντικός δείκτης μέτρησης της υγείας και η προσοχή αυτή αποδίδεται στη δυνατότητα μιας πιο σφαιρικής και ολοκληρωμένης αξιολόγησης των συνεπειών μιας ασθένειας στη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία ενός ατόμου σε αντίθεση με την κλασσική κλινική εξέταση (Guyatt et al 1993, Fontaine & Barofsky 2001, Haywood et al, 2005).

Ο όρος της ΣΥΠΖ εμπεριέχει ασάφειες (Δημητρόπουλος, Οικονόμου και συν. 2001) και ούτε εδώ φαίνεται να υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός αλλά να χαρακτηρίζεται περισσότερο σαν ο τομέας της ΠΖ που αφορά την εκτίμηση της υγείας σαν γενική έννοια (Fitzpatrick et al. 1998, Garratt et al. 2002, Chen et al. 2005, Miguel et al. 2008). Πιο συγκεκριμένα, η ΣΥΠΖ είναι μία μέθοδος εξέτασης εάν μια νόσος είχε επίδραση στην κοινωνική, συναισθηματική και σωματική ευεξία σε συνδυασμό και με τις ατομικές αντιλήψεις της υγείας ενός ατόμου (Yfantopoulos 2001). Είναι δηλαδή «*μια υποκειμενική αντίληψη του επιπέδου υγείας, η οποία επικεντρώνεται στην επίδραση που έχει μια συγκεκριμένη κατάσταση υγείας στην ικανότητα του ατόμου να ζήσει μια ικανοποιητική ζωή*» (Υφαντόπουλος 2007). Συνιστά μια «*πολυδιάστατη έννοια με διττό χαρακτήρα που αφορά στις θετικές και τις αρνητικές όψεις της ευεξίας και της ζωής*» ενώ μπορεί να τροποποιηθεί καθώς βελτιώνεται ή επιδεινώνεται το επίπεδο υγείας και αλλάζουν οι σχέσεις και οι ρόλοι του ατόμου (Υφαντόπουλος 2007).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω και σύμφωνα με τους Patrick και Erickson (1993) προτείνεται πλέον ένας λιγότερος ευρύς ορισμός της ΠΖ , που δεν θα αναφέρεται γενικά στην ευτυχία ή στην ικανοποίηση, αλλά θα αφορά τις διαστάσεις της ΠΖ που σχετίζονται με την υγεία (Υφαντόπουλος και Σαρρής 2001, Yfantopoulos 2001, Υφαντόπουλος 2007).

Οι Gill και Feinstein (1994) προτείνουν σαν ορισμό της ΣΥΠΖ «*τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται και αντιδρούν στην κατάσταση της υγείας τους και στις άλλες, μη ιατρικές, πλευρές της ζωής*». Για τον τομέα της δημόσιας υγείας η ΣΥΠΖ «*είναι η αξία που διανέμεται στη διάρκεια της ζωής όπως τροποποιείται από τα ελαττώματα, τη λειτουργική κατάσταση, τις αντιλήψεις και τις κοινωνικές ευκαιρίες που παρουσιάζονται από αρρώστια, τραύμα, θεραπεία ή πολιτική υγείας*» ενώ την ίδια στιγμή Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας (NIH) - όπως το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου (NCI) και τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC), όπως το Εθνικό Κέντρο για την Κλινική Πρόληψη της χρόνιας νόσου και προαγωγή της υγείας (NCCDPHP) - συμπεριέλαβαν την αξιολόγηση και τη βελτίωση της ΣΥΠΖ και την ευημερία ως προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία (WHO 2005).

Σχήμα 1.4 Αλληλεπιδράσεις εννοιών που σχετίζονται με την Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία



Πηγή: Patrick & Bergner, 1990

Σχεδιάγραμμα 3: Αλληλεπιδράσεις εννοιών που σχετίζονται με την ΠΖ (Τριανταφύλλου 2010)

Παρόμοιος και ο ορισμός που δίνουν οι Cacciata και συνεργάτες (2019) καθώς βλέπουν την ΣΥΠΖ ως «τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς βλέπουν και προσαρμόζονται στους λειτουργικούς περιορισμούς που θέτει η νόσος τους, στο φορτίο των συμπτωμάτων τους και στην πρόγνωση της ασθένειάς τους, σε συνδυασμό με τις αντιλήψεις των ατόμων αυτών για την γενική υγεία και ευημερία τους».

Η πιο βασική διάσταση της ΣΥΠΖ είναι η λειτουργικότητα, τόσο η φυσική όσο και η κοινωνική λειτουργικότητα. Οι άλλοι βασικοί τομείς είναι η ψυχική υγεία και η γενική αντίληψη της υγείας, η ζωτικότητα, ο πόνος και η γνωστική λειτουργία (Wilson and Cleary, 1995).

Για τους Kaplan και Bush (1982) ο όρος, περιλαμβάνει τρεις θεμελιώδεις διαστάσεις:

- Την υποκειμενική εκτίμηση της (σωματικής και ψυχικής) λειτουργικής κατάστασης του κάθε ατόμου.
- Την επίδραση της κατάστασης της υγείας στη λειτουργικότητά του.
- Τον περιορισμό της λειτουργικότητας στους τομείς εκείνους που είναι απαραίτητοι ώστε το άτομο να μπορεί να πραγματοποιεί τους επιδιωκόμενους στόχους της ζωής του

Σε όσους πάσχουν από κάποιο νόσημα, η ΣΥΠΖ μπορεί να επηρεαστεί από αυτό, δηλαδή από μια πιθανή μειωμένη λειτουργικότητα ή εξάρτησης από βοηθήματα, από τη φαρμακευτική αγωγή αλλά και

από τις προσδοκίες των ατόμων, τις κοινωνικές ευκαιρίες και τις εκάστοτε πολιτικές υγείας (Δημητρόπουλος).

1.2.1 Εργαλεία μέτρησης της Ποιότητας Ζωής Σχετιζόμενης με την Υγεία

Όπως αναφέρει ο Υφαντόπουλος (2007) τα πρώτα εργαλεία για την μέτρηση της ΣΥΠΖ εμφανίστηκαν το 1970 «με στόχο την πολυδιάστατη προσέγγιση της μέτρησης του υγειονομικού αποτελέσματος» και παρείχαν πληροφορίες για την κλινική εικόνα αλλά και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών (Υφαντόπουλος 2007, Νάκου 2001). Οι εκτιμήσεις των ασθενών δεν ήταν σύμφωνες με αυτές των ιατρών για το πώς η κατάσταση της υγείας τους επηρέαζε την ΠΖ τους (Νάκου 2001). Αρκετά ήταν τα εργαλεία που είχαν χρησιμοποιηθεί για την μέτρηση της ΣΥΠΖ μέχρι τη δεκαετία του 1990, με την πλειοψηφία όμως αυτών να χαρακτηρίζονται χωρίς εγκυρότητα, αναξιόπιστα ακόμα και με έλλειψη στόχου με τη γενική κατάσταση υγείας και τη λειτουργικότητα να είναι οι πρώτες διαστάσεις που επιχειρήθηκαν να μετρηθούν.

Σύμφωνα με την Νάκου (2001), το ιδανικό στην κλινική πράξη θα ήταν τα εργαλεία να συμπληρώνονται από τους ασθενείς και να εμπλουτίζονται από τις εκτιμήσεις των επαγγελματιών υγείας. Φαίνεται δηλαδή, ότι η ΣΥΠΖ ολοκληρώνει την κλινική αξιολόγηση, καθώς προστίθεται το σημαντικό στοιχείο της βαθμολόγησης από τον ίδιο τον ασθενή, της σωματικής και ψυχοκοινωνικής υγείας του (Θεοδοροπούλου 2012, Lam 1997). Οι νεότερες μέθοδοι μέτρησης της ΣΥΠΖ που αναπτύχθηκαν δεν περιορίζονται σε μέτρηση με δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας, αλλά σε προσπάθειες ερευνητών να δημιουργήσουν συστήματα εκτίμησης και μετρικά εργαλεία της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, με αυστηρά κριτήρια εγκυρότητας, αξιοπιστίας, ειδικότητας και ανταποκρισιμότητας (Δημητρόπουλος, Yfantopoulos 2001).

Η εκτίμηση της ΣΥΠΖ πραγματοποιείται με ερωτηματολόγια τα οποία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά (Calaminus & Barr 2008, Guyatt et al. 1993, Haywood et al. 2005). Στα γενικά ερωτηματολόγια εξετάζεται το γενικό επίπεδο υγείας ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου, κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου χωρίς να υπάρχει μια συγκεκριμένη διάγνωση (Υφαντόπουλος 2007). Τα ειδικά ερωτηματολόγια αξιολόγησης της ΣΥΠΖ εστιάζουν στις επιπτώσεις συγκεκριμένων παραμέτρων και διακρίνονται στις εξής κατηγορίες (Garratt et al. 2002, Guyatt et al. 1993):

- Ειδικά ερωτηματολόγια για μία συγκεκριμένη νόσο, όπως π.χ. το άσθμα,
- Ειδικά ερωτηματολόγια για μία ορισμένη παράμετρο υγείας, όπως η ψυχολογική ευημερία,
- Ειδικά ερωτηματολόγια για ένα ορισμένο σημείο του σώματος και

- Εξατομικευμένα ερωτηματολόγια

Μέχρι στιγμής έχει σχεδιαστεί ένας σημαντικός αριθμός εργαλείων μέτρησης της ΣΥΠΖ. Μερικά από τα πιο διαδεδομένα και ευρέως χρησιμοποιούμενα περιγράφονται παρακάτω (Υφαντόπουλος 2007, Yfantopoulos 2001, Θεοδωροπούλου 2012, Δημητρόπουλος)

A) Γενικά ερωτηματολόγια της «Σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής»

Γενικές Επισκοπήσεις Υγείας

Τα ερωτηματολόγια αυτά επικεντρώνονται σε μια γενική θεώρηση της υγείας όπου αξιολογείται ένας μεγάλος αριθμός παραμέτρων υγείας και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για μετρήσεις σε όλο τον πληθυσμό.

- Το πιο αξιόπιστο, έγκυρο και ευρέως χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο είναι η «**Επισκόπηση Υγείας SF-36**». Αποτελείται από 36 περιγραφικές ερωτήσεις, στις κλίμακες της σωματικής λειτουργικότητας, του σωματικού ρόλου, του σωματικού πόνου, της γενικής υγείας, της ζωτικότητας, της κοινωνικής λειτουργικότητας, του συναισθηματικού ρόλου και της πνευματικής υγείας.
- Παρόμοια στοιχεία διαθέτει και το ερωτηματολόγιο «**Nottingham Health Profile**», το οποίο περιλαμβάνει 45 υποκειμενικές καταστάσεις και χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελείται από 38 ερωτήσεις στις κλίμακες: (α) Της ενέργειας, (β) της σωματικής κινητικότητας, (γ) της συναισθηματικής αντίδρασης, (δ) του πόνου, (ε) του ύπνου και (στ) της κοινωνικής απομόνωσης. Το δεύτερο μέρος αξιολογεί το βαθμό που τα προβλήματα υγείας επηρεάζουν τις παραμέτρους: (α) Του επαγγέλματος, (β) της ικανότητας για εκτέλεση εργασιών στο σπίτι, (γ) της κοινωνικής ζωής, (δ) των οικογενειακών σχέσεων, (ε) της σεξουαλικής ζωής, (στ) των χόμπυ και (ζ) των διακοπών.
- Ένα επίσης αξιόπιστο και έγκυρο ερωτηματολόγιο είναι το «**Sickness Impact Profile**», το οποίο εντοπίζει αλλαγές στη συμπεριφορά ενός ατόμου λόγω της νόσου. Αποτελείται από 136 ερωτήσεις, που συνθέτουν 12 ομαδοποιημένες κατηγορίες ερωτήσεων σύμφωνα με τις σωματικές και ψυχοκοινωνικές καταστάσεις του ατόμου.

Μετρήσεις Αξιολόγησης Των Προτιμήσεων Του Ατόμου

Η οικονομική θεωρία και οι θεωρίες απόφασης αποτέλεσαν την απαρχή για τις μετρήσεις αξιολόγησης των προτιμήσεων του ατόμου και μετρούν τις προτιμήσεις του ατόμου για τις καταστάσεις, τη

μεταχείριση και τις διαδικασίες της υγείας, με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούνται πολύ στις αναλύσεις κόστους-αποτελεσματικότητας.

- Το «EQ-5D» (European Quality Of Life Scale) αποτελεί την πιο γνωστή, έγκυρη και αξιόπιστη μέτρηση στην Ευρώπη. Συνίσταται από πέντε βασικές διαστάσεις: (α) Κινητικότητα, (β) αυτοεξυπηρέτηση, (γ) συνήθειες δραστηριοτήτες, (δ) πόνος και (ε) άγχος-κατάθλιψη. Στο πρώτο μέρος καταγράφεται το προφίλ υγείας του ατόμου ενώ στο δεύτερο μέρος, υπό τη μορφή ενός «θερμομέτρου υγείας» μια οπτική αναλογική κλίμακα. Η κλίμακα αυτή βασίζεται στις υποκειμενικές εκτιμήσεις του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα να εκτιμηθούν πιθανά οφέλη από διαφορετικές καταστάσεις υγείας.
- Το «EQ-15D» είναι παρόμοιο με το EQ-5D ενώ το 1992, παρουσιάζονται οι τελικές 15 διαστάσεις που αναφέρονται σε φυσιολογικό πληθυσμό.

Αθροιστικές Κλίμακες

Οι αθροιστικές κλίμακες αποτελούνται από μία ερώτηση ή από ένα πολύ μικρό αριθμό ερωτήσεων, που αξιολογούν μία ή περισσότερες παραμέτρους υγείας.

Περιγράφονται επιπλέον (Υφαντόπουλος 2007):

Κλίμακα ευεξίας (quality of well-being scale, QWB): περιγράφει συμπτώματα στα τρία επίπεδα υγείας: κινητικότητα, σωματική δραστηριότητα και κοινωνική δραστηριότητα. Η κλίμακα σταθμίστηκε τόσο για το σύνολο πληθυσμού όσο και για ειδικούς πληθυσμούς.

Index of health-related quality of life: εργαλείο μέτρησης της κοινωνικής, της ψυχολογικής και της σωματικής λειτουργικότητας που αποδίδει ένα γενικό δείκτη υγείας. Περιλαμβάνει τρεις βασικές διαστάσεις (ανικανότητα, δυσανεξία, συναισθηματική κατάσταση).

WHQOL (“World Health Organization Quality of Life”) ή WHQOL100: δημιουργήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 1998 και περιλαμβάνει 100 ερωτήσεις, σε 6 διαφορετικές κατηγορίες (ψυχολογική, σωματική, πνευματική, κοινωνική, ανεξαρτησίας και περιβαλλοντική). Μετέπειτα δημιουργήθηκε και η πιο σύντομη μορφή, το WHOQOL - BREF, με 24 ερωτήσεις

B) Ειδικά ερωτηματολόγια της «Σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής»

Ειδικά Ερωτηματολόγια Για Μία Συγκεκριμένη Νόσο

Τα ερωτηματολόγια αυτά αξιολογούν την ΠΖ όταν υπάρχει μια νόσος:

- Το «Asthma Quality of Life» για το άσθμα το οποίο περιλαμβάνει 32 ερωτήσεις.
- Επίσης, το «Paediatric Asthma Quality of Life» είναι ειδικά σχεδιασμένο για παιδιά με άσθμα και περιλαμβάνει 23 ερωτήσεις, για ηλικίες 7-17 ετών.
- Για την παχυσαρκία υπάρχει το «Impact of Weight on Quality of Life-Lite (IWQOL-Lite)» που αποτελείται από 31 ερωτήσεις.

Ειδικά Ερωτηματολόγια Για Μία Παράμετρο Υγείας

Τα ειδικά αυτά ερωτηματολόγια αξιολογούν έναν συγκεκριμένο παράγοντα, που αφορά στην υγεία του ατόμου, όπως η ψυχολογική ευημερία και ο πόνος.

- Ένα από τα πλέον έγκυρα και αξιόπιστα ειδικά ερωτηματολόγια αποτελεί το «Beck Depression Inventory» το οποίο αξιολογεί την ύπαρξη κατάθλιψης.
- Επίσης, το «McGill Pain» που αξιολογεί το πώς ένας ασθενής αισθάνεται τον πόνο (σημείο, ένταση, χρονική διάρκεια, αλληλουχία).

Ειδικά Ερωτηματολόγια Για Ένα Ορισμένο Σημείο Του Σώματος

Δημιουργήθηκαν ερωτηματολόγια που αφορούν σε ένα συγκεκριμένο σημείο του σώματος, όπως το ισχίο («Oxford Hip Score») και ο ώμος με το «Shoulder Disability», που εμφανίζει υψηλή ευαισθησία.

Εξατομικευμένα Ερωτηματολόγια

Σε αυτά τα ερωτηματολόγια, επιλέγονται μη προκαθορισμένα θέματα που αφορούν στην υγεία των ερωτηθέντων. Τα εξατομικευμένα ερωτηματολόγια βρίσκονται ακόμη στα αρχικά στάδια ανάπτυξης. Παράδειγμα συνιστά το «Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting (SEIQoL-DW)» που συμπληρώνεται σε τρεις φάσεις μέσω μιας ημι-δομημένης συνέντευξης.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ
ΓΕΝΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	Επισκοπήσεις Υγείας	Σύγκριση «ΣΥΠΖ» μεταξύ ποικίλων ιατρικών καταστάσεων και διαφορετικών ομάδων πληθυσμού Αξιολόγηση πολλών παραμέτρων υγείας Δημιουργία νορμών του γενικού πληθυσμού	Σύγκριση «ΣΥΠΖ.» μεταξύ ποικίλων ιατρικών καταστάσεων και διαφορετικών ομάδων πληθυσμού Αξιολόγηση πολλών παραμέτρων υγείας Δημιουργία νορμών του γενικού πληθυσμού
	Μετρήσεις Αξιολόγησης Των Προτιμήσεων	Ποσοτική έκφραση των προτιμήσεων του ατόμου σχετικά με την υγεία Υπολογισμός μίας συνολικής τιμής	Καλά εκπαιδευμένοι ερευνητές Άθροιση των προτιμήσεων σε μία τιμή
	Άθροιστικές Κλίμακες	Μειωμένος χρόνος συμπλήρωσης από τους συμμετέχοντες Ευκολία στη διενέργεια τηλεφωνικών συνεντεύξεων	Αδυναμία αξιολόγησης ξεχωριστών παραμέτρων υγείας Χαμηλή ευαισθησία στην ανίχνευση αλλαγών
ΕΙΔΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	Για Μία Νόσο	Σχεδιασμός κατάλληλων ερωτήσεων για τη συγκεκριμένη νόσο Υψηλή ευαισθησία στην ανίχνευση αλλαγών Υψηλή αποδοχή των ερωτηματολογίων από τους ασθενείς	Δυσκολία εφαρμογής σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν άλλη νόσο Έλλειψη δυνατότητας σύγκρισης της «ΣΥΠΖ» μεταξύ διαφορετικών ομάδων ασθενών
	Για Μία Παράμετρο Υγείας	Λεπτομερής αξιολόγηση της συγκεκριμένης παραμέτρου υγείας Χρήση σε κλινικούς πληθυσμούς Υψηλή ευαισθησία στην ανίχνευση αλλαγών	Καλά εκπαιδευμένοι ερευνητές Άθροιση των προτιμήσεων σε μία τιμή
	Για Ένα Ορισμένο Σημείο Του Σώματος	Λεπτομερής εξέταση του προβλήματος υγείας στο συγκεκριμένο	Στενή οπτική γωνία Αδυναμία αξιολόγησης

		σημείο του σώματος Υψηλή ευαισθησία στην ανίχνευση αλλαγών	ευρύτερων παραμέτρων υγείας
	Εξατομικευμένα Ερωτηματολόγια	Προσωπική επιλογή παραμέτρων από τους συμμετέχοντες Απουσία προκαθορισμένων ερωτήσεων που σχετίζονται λιγότερο με τις ατομικές επιλογές	Καλά εκπαιδευμένοι ερευνητές Δυσκολία παραγωγής συγκριτικών ή θεματικών νορμών βασισμένων σε πληθυσμούς

Πίνακας 1: Εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ (Θεοδωροπούλου και συν. 2012)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΩΝ
EQ-5D	Περιλαμβάνει 5 διαστάσεις: κινητικότητα, αυτοφροντίδα, καθημερινές δραστηριότητες, πόνος/κακουχία, άγχος/κατάθλιψη 3 επίπεδα σε κάθε διάσταση: κανένα πρόβλημα, κάποιο πρόβλημα, σημαντικό πρόβλημα Οι ερωτήσεις είναι εύκολες στην απάντησή τους Όχι μεγάλη ευαισθησία
EQ-15D	Περιλαμβάνει 15 διαστάσεις: κινητικότητα, όραση, ακοή, αναπνοή, ύπνος, φαγητό, ομιλία, αφόδευση, συνήθειες δραστηριότητες, νοητικές λειτουργίες, δυσφορία, κατάθλιψη, stress, ζωτικότητα, σεξουαλική δραστηριότητα Κάθε διάσταση αξιολογείται σε 5 επίπεδα. Τα αποτελέσματα συγκρίνονται με μήτρες στις οποίες έχουν απαντήσει 70 άτομα διαφορετικής προέλευσης Η μέση διάρκεια απάντησης του ερωτηματολογίου είναι μέτρια
NOTTINGHAM HEALTH PROFILE	Το μέρος 1 περιλαμβάνει 36 καταστάσεις υγείας σε 6 διαστάσεις: ενέργεια, πόνος, συναισθηματική αντίδραση, ύπνος, κοινωνική απομόνωση, φυσική κινητικότητα. Το μέρος 2 εξετάζει 7 περιοχές, οι οποίες επηρεάζονται από την υγεία: φροντίδα σπιτιού, εργασία, κοινωνική ζωή, οικογενειακή ζωή, σεξουαλική ζωή, δραστηριότητες, διακοπές. Οι ερωτήσεις περιλαμβάνουν απαντήσεις τύπου «Ναι» ή «Όχι» Χρησιμοποιούνται ευρέως Έχουν πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα Παρουσιάζουν περιορισμένη ευαισθησία
ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	36 ερωτήσεις που αφορούν σε 8 διαστάσεις: φυσική λειτουργία,

SF-36	σωματικός πόνος, υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργία, διανοητική υγεία, φυσική και συναισθηματική υγεία Προσφέρει 8 διαστάσεις που μπορούν να σωρευτούν σε 2 ομάδες Αξιόπιστο και γρήγορο (10 min), μπορεί να πραγματοποιηθεί με συνέντευξη, τηλεφωνικά ή να σταλεί με το ταχυδρομείο Διακρίνεται από εγκυρότητα και ευαισθησία
SHORT FORM 12 (SF-12)	Σύντομη εκδοχή του SF-12 Περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις και συνδυάζει 2 διαστάσεις της φυσικής και διανοητικής υγείας Η όλη διαδικασία δεν διαρκεί πολύ (2 min)
SICKNESS IMPACT PROFILE (SIP)	Περιλαμβάνει 136 ερωτήσεις σε 12 κατηγορίες: 5 σχετιζόμενες με την ανεξαρτησία, 3 με τη φυσική δραστηριότητα και 4 με τις ψυχολογικές διακυμάνσεις Πραγματοποιείται από το τηλέφωνο ή μέσω ταχυδρομείου Είναι αρκετά χρονοβόρο

Πίνακας 2: Εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ (Υφαντόπουλος, 2007)

Κλίμακες SF-36	
Σωματική Υγεία	Σωματική λειτουργικότητα
	Ρόλος σωματικός
	Σωματικός πόνος
	Γενική υγεία
Ψυχοκοινωνική Υγεία	Ζωτικότητα
	Κοινωνική λειτουργικότητα
	Ρόλος συναισθηματικός
	Ψυχική υγεία

Πίνακας 3: Κλίμακα SF-36 (Υφαντόπουλος, 2007)

Η κλίμακα της σωματικής λειτουργικότητας εκτιμά τους περιορισμούς στις καθημερινές σωματικές δραστηριότητες λόγω προβλημάτων σωματικής υγείας. Χαμηλή βαθμολογία σημαίνει την ύπαρξη έντονου περιορισμού στην άσκηση όλων των καθημερινών σωματικών δραστηριοτήτων ενώ, η υψηλότερη βαθμολογία της συγκεκριμένης κλίμακας σημαίνει τη δυνατότητα εκτέλεσης όλων των τύπων σωματικών δραστηριοτήτων.

Η κλίμακα του σωματικού ρόλου μετρά τον βαθμό περιορισμού στις καθημερινές δραστηριότητες. Η χαμηλή βαθμολογία δηλώνει την ύπαρξη προβλημάτων με τις δραστηριότητες λόγω χαμηλού επιπέδου της σωματικής υγείας, ενώ η υψηλή βαθμολογία εκφράζει την απουσία προβλημάτων.

Η κλίμακα του σωματικού πόνου εκτιμά την ένταση του σωματικού πόνου και τους συνακόλουθους περιορισμούς στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων. Η χαμηλότερη τιμή εκφράζει πολύ έντονο πόνο, ενώ η υψηλότερη τιμή την απουσία πόνου ή περιορισμών.

Η κλίμακα της γενικής υγείας εκτιμά εξ' ίσου τόσο τους περιορισμούς, όσο και την ευεξία. Η ανώτερη βαθμολογία αναφέρεται στην εκτίμηση της προσωπικής υγείας ως εξαιρετικής, ενώ μια χαμηλή βαθμολογία ως κακής και επιδεινούμενης.

Η κλίμακας ζωτικότητας με την ανώτερη βαθμολογία της ερμηνεύεται ως έχοντας συναισθήματα πλήρους ενεργητικότητας όλο το διάστημα συνεχώς, ενώ η χαμηλότερη με συναισθήματα κόπωσης και εξουθένωσης συνεχώς.

Η κλίμακα της κοινωνικής λειτουργικότητας με την ανώτερη βαθμολογία εκφράζει τη δυνατότητα εκτέλεσης των κοινωνικών δραστηριοτήτων χωρίς περιορισμού λόγω σωματικών ή ψυχοσυναισθηματικών προβλημάτων, ενώ, αντίθετα, η χαμηλότερη σημαίνει έντονη και συχνή επιρροή στις κοινωνικές δραστηριότητες από σωματικά ή ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα.

Η κλίμακα του συναισθηματικού ρόλου ερμηνεύεται ως η απουσία προβλημάτων στις δραστηριότητες όταν υπάρχει η ανώτερη βαθμολογία λόγω ψυχοσυναισθηματικών προβλημάτων, ενώ η χαμηλότερη υποδηλώνει, αντίστοιχα, παρουσία προβλημάτων.

Η κλίμακα της ψυχικής υγείας υποδηλώνει την ύπαρξη συναισθημάτων νευρικότητας και κατάθλιψης συνεχώς σε μια χαμηλή βαθμολογία, ενώ η υψηλότερη εκφράζει συναισθήματα ευτυχίας και ηρεμίας (Σαρής και συν. 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Οι επαγγελματίες υγείας έχουν μπει αρκετές φορές στο στόχαστρο των ερευνητών όσον αφορά τις επιπτώσεις του επαγγέλματος τους στην υγεία τους. Η κρίση των τελευταίων ετών, η σχέση των εργαζομένων με την εργασία τους και οι δυσκολίες που αυτοί μπορεί να αντιμετωπίσουν κατά την διάρκεια της εργασιακής τους πορείας έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τις έρευνες, καθώς φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι οι οποίοι είναι σε συνεχή επαφή με άλλους ανθρώπους σε επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών κοινής ωφέλειας είναι πιο ευάλωτοι στο στρες και στα προβλήματα ψυχικής υγείας. Πλέον οι έρευνες σχετικά με την ευημερία και την ΠΖ των εργαζομένων αυξάνονται, κυρίως εξαιτίας του γεγονότος ότι η έκθεση γίνεται σε συνθήκες εργασίας που ενισχύουν το στρες, την κατάθλιψη και ειδικά το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (Richter et al, 2014).

Μια συνεχής έκθεση σε εργασιακό στρες μπορεί να οδηγήσει στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και να έχει επίδραση στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική υγεία των επαγγελματιών. Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίηση και ένα αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης και φαίνεται να οφείλεται σε ατομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Freudenberger, 1974). Ειδικότερα σε εποχές πανδημιών φαίνεται να σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα στρες, άγχους, κατάθλιψης και δευτερογενούς τραύματος στους επαγγελματίες υγείας της πρώτης γραμμής και φαίνεται να είναι υψηλότερο και από άλλους επαγγελματικούς κλάδους (Trumello, 2020). Η ΠΖ έχει σχετιστεί με την εργασιακή ζωή των ατόμων αλλά δεν έχει μελετηθεί πολύ η επίδραση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στην ΣΥΠΖ των επαγγελματιών υγείας.

Σε δείγμα 1095 συμμετεχόντων (νοσηλευτών, ιατρών, βοηθών) από 5 δημόσια νοσοκομεία της Ισπανίας, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αναφερόμενη ΣΥΠΖ ήταν χαμηλότερη από τον πληθυσμό αναφοράς. Ειδικότερα όσον αφορά τη διάσταση της ψυχικής υγείας στην κλίμακα SF-36. Η σύγκριση των διαστάσεων αυτών έδειξε ότι οι ιατροί είχαν καλύτερα αποτελέσματα στην αναφερόμενη Σωματική Υγεία από τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Η αναφερόμενη υγεία ήταν χειρότερη σε αυτούς που ανέφεραν και υψηλά επίπεδα οποιουδήποτε συμπτώματος του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Σε όλες τις διαστάσεις του SF-36 και των τριών εκδηλώσεων του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις εκτός της Σωματικής Λειτουργικότητας που δεν επηρεάστηκε από την Αποπροσωποποίηση. Ενώ ισχυρότερη ήταν η σύνδεση της Συναισθηματικής

Εξάντλησης με τις διαστάσεις της κλίμακας SF-36 και παρέμενε το στοιχείο που τις επηρέαζε σημαντικά (Suñer-Soler et al 2013). Σε έρευνα του 2018 σε 1521 νοσηλευτές της Ισπανίας που εργάζονταν τόσο σε νοσοκομεία όσο και στην πρωτοβάθμια υγεία βρέθηκαν υψηλά επίπεδα Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες (ή Συμπόνια Κόπωσης) (Compassion Fatigue-CF) και Επαγγελματικής Εξουθένωσης ενώ η Ικανοποίηση Συμπόνιας (Compassion Satisfaction-CS) ήταν κάτω του μετρίου. Η ισορροπία μεταξύ του CF και της CS και ειδικότερα στον τομέα της υγείας, φαίνεται να καθορίζει και το επίπεδο της Ποιότητα της Επαγγελματικής Ζωής (ProQoL). Η οικογενειακή κατάσταση (υψηλότερο στους έγγαμους), ο τόπος και οι συνθήκες εργασίας (υψηλότερο στην πρωτοβάθμια φροντίδα) και το κυκλικό ωράριο συνδέθηκαν από τους ερευνητές άμεσα με το CF. Ενώ όσον αφορά την CS φαίνεται να επηρεάζει η ηλικία, το φύλο (υψηλότερο στις γυναίκες), η οικογενειακή κατάσταση (υψηλότερο στους διαζευγμένους), ο τόπος και οι συνθήκες εργασίας (υψηλότερο στα νοσοκομεία) και το κυκλικό ωράριο. Το κυκλικό ωράριο συνδέθηκε επίσης με το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Ruiz-Fernández et al 2020).

Σε έρευνα του 2019, σε 502 νοσηλευτές σε νοσοκομείο της Βραζιλίας, το 20,9% αυτών είχαν ενδείξεις συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Το 58,7% των συμμετεχόντων παρουσίαζαν υψηλή βαθμολογία σε μια τουλάχιστον από τις εκδηλώσεις του συνδρόμου ενώ και η κακή ΠΖ συνδέθηκε με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (Vidotti et al 2019). Σε 251 υπαλλήλους νοσοκομείου της Μαλαισίας με βάση το ερωτηματολόγιο της Κοπεγχάγης, το 17,5% είχαν προσωπική επαγγελματική εξουθένωση (personal burnout), το 13,9% με τη δουλειά (work – related burnout) και το 6% με τους ασθενείς (client related – burnout). Τα αναφερόμενα καταθλιπτικά συμπτώματα ήταν 18,7%, του άγχους ήταν 38,6% και του στρες 12%. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες έκριναν την ΠΖ σαν καλή/πολύ καλή (75,8%) ενώ την συνολική υγεία ως ικανοποιητική/πολύ ικανοποιητική (74,1%). Οι μεταβλητές που σχετίστηκαν με την προσωπική επαγγελματική εξουθένωση (personal burnout) ήταν η εθνικότητα, η θέση εργασίας και τα οικονομικά προβλήματα. Με τη δουλειά (work – related burnout) σχετίστηκαν η διοίκηση, η θέση εργασίας, τα προβλήματα με συναδέλφους και τα οικονομικά προβλήματα. Τέλος με τους ασθενείς (client related – burnout) σχετίστηκαν η ηλικία και το ανδρικό φύλο. Χειρότερη αντίληψη της γενικής ΠΖ είχαν όσοι αντιμετώπιζαν θέματα με τη διοίκηση, την θέση εργασίας, την ευνοϊκή μεταχείριση συναδέλφων, οικονομικά και οικογενειακά προβλήματα. Η έρευνα ανέδειξε επίσης ότι η σχέση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και χαμηλής ΠΖ ρυθμίζεται από την ύπαρξη ψυχικής υγείας ή μη (Woon & Tiong 2020).

Σε επαρχία της Κίνας, μελέτησαν σε 873 επαγγελματίες υγείας τη σχέση μεταξύ ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου, του στρες, του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και της ΠΖ. Όσοι ανέφεραν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης κατέγραφαν συνήθως και πτωχή ΠΖ. Επίσης χαμηλή ΠΖ περιέγραφαν και όσοι θεωρούσαν την εργασία τους χωρίς νόημα και δεν είχαν αρκετές

κοινωνικές σχέσεις με συναδέλφους, όσοι δεν είχαν υποστηρικτικό δίκτυο, όσοι είχαν λιγότερες ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη και όσοι δεν είχαν ποιοτική ηγεσία (Asante et al 2019). Παρομοίως και άλλοι ερευνητές μελέτησαν την σχέση της ΠΖ και του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, με τους Voltmer και συν. (2008) να καταλήγουν στο 40% των ιατρών του δείγματός τους να πληρεί όλα τα κριτήρια ενός συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης ενώ το 30% αυτών εμφάνιζε και χαμηλά επίπεδα στις ψυχολογικές διαστάσεις της ΠΖ. Οι Wu και συνεργάτες (2011) μελέτησαν 947 νοσηλεύτριες και 685 γυναίκες ιατρούς και βρήκαν ότι στην συναισθηματική εξάντληση οι νοσηλεύτριες είχαν υψηλότερη βαθμολογία από τους ιατρούς και χαμηλότερη βαθμολογία στην επαγγελματική απόδοση. Επίσης οι νοσηλεύτριες είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στις 6 από τις 8 διαστάσεις της ΠΖ (σωματική υγεία ΠΖ : σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα). Οι Naz και συνεργάτες (2016) από τις 106 νοσηλεύτριες που συμμετείχαν στην έρευνα για την επίδραση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και ΠΖ βρήκαν ότι 83 (79%) βίωναν σοβαρή επαγγελματική εξουθένωση και χαμηλή ΠΖ. Ειδικότερα, το 79% βίωνε σοβαρή συναισθηματική εξάντληση, 82% βίωνε σοβαρή αποπροσωποποίηση και το 83% βαθμολόγησαν χαμηλά την προσωπική επίτευξη. Οι νοσηλεύτριες στο Γυναικολογικό/Μαιευτικό Τμήμα, όσες εργάζονταν νυχτερινή βάρδια, οι έγγαμες, όσες βρίσκονται στην ηλικία 20-30 ετών και εργάζονται 5-10 έτη ήταν πιο ευάλωτες στην βίωση επαγγελματικής εξουθένωσης και πτωχής ΠΖ. Στην Ιαπωνία μελετήθηκαν 488 επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας του Covid-19 και η γενική επικράτηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης βρέθηκε να είναι 31,4% στο ιατρικό προσωπικό, 46,8% στους νοσηλευτές, 36,4% στους ακτινολόγους και 36,8% στους φαρμακοποιούς (Matsuo et al 2020).

Στην Ελλάδα μελετήθηκαν 139 νοσηλευτές από γενικά και ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας. Δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, της ηλικίας, του φύλου και του τύπου του νοσοκομείου (γενικού ή ψυχιατρικού) αλλά υπήρχε μια ισχυρή απόδειξη ότι αυξημένα επίπεδα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν αρνητικές επιδράσεις στην ΠΖ των νοσηλευτών αλλά και σε πολλές διαστάσεις της ΣΥΠΖ (Fradelos et al 2014). 59 γιατροί και 47 νοσηλευτές του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων «Αγία Σοφία» βίωναν επαγγελματική εξουθένωση με το ένα τρίτο αυτών να παρουσιάζει υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και χαμηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων. Η μεγάλη ηλικία και τα πολλά έτη προϋπηρεσίας αυξάνουν την συναισθηματική εξάντληση, όπως επίσης το γυναικείο φύλο (36% έναντι 17,6% στους άνδρες) και το νοσηλευτικό επάγγελμα (46,8% έναντι 22% στους ιατρούς).

Οι Μπελλάλη και συνεργάτες (2007) μελέτησαν τα αποτελέσματα του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης στην ΣΥΠΖ των νοσηλευτών με τη χρήση της κλίμακας SF-36. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να θεωρηθεί «προγνωστικός

δείκτης» της σωματικής, της ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του νοσηλευτικού κλάδου μειώνοντας την απόδοση του και άρα να επηρεάσει αρνητικά την ΠΖ που σχετίζεται με την υγεία..

Ειδικότερα, οι άνδρες είχαν καλύτερα αποτελέσματα στην σωματική λειτουργικότητα, στην επιτέλεση σωματικών ρόλων, στο σωματικό πόνο, στην ζωτικότητα, στην επιτέλεση συναισθηματικών ρόλων, καθώς και στην ψυχική υγεία. Στο ίδιο συμπέρασμα, της καλύτερης σωματικής και ψυχικής διάστασης στους άνδρες κατέληξαν και άλλες έρευνες (Symeou et al 2018, Guler and Kuzu 2009, Ioannou et al. 2015 Fernández-Prada et al 2014, Ruiz-Fernandez et al 2020, Tountas et al. 2003, Sprangers et al 2000, Burstroem et al 2001, Ware et al 2000, Hopman, et al 2000, Sullivan et al 1998, Apolone & Mosconi, 1998). Οι Tountas και συν (2003) ερμηνεύουν αυτές τις στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των 2 φύλων τόσο στην κατώτερη θέση τις γυναίκας σε πολλές κοινωνίες και δη μεσογειακές αλλά ίσως και εξαιτίας της διαφοράς επαγγέλματος, καθώς οι άνδρες είναι συνήθως ιατροί ενώ οι γυναίκες είναι νοσηλεύτριες και βοηθητικό προσωπικό.

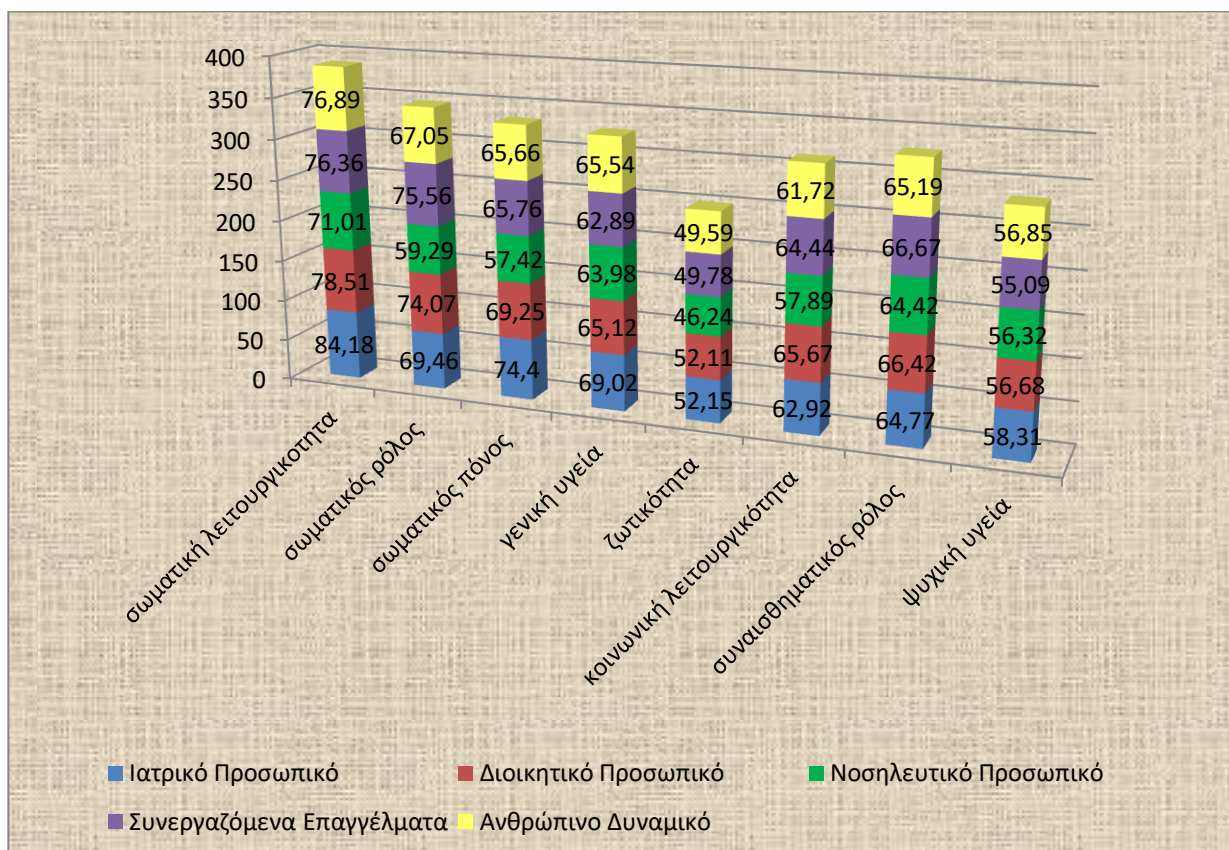
Η ηλικία δεν φάνηκε να αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα για κάποια από τις 8 κλίμακες του SF-36 (Μπελλάλη και συν 2007, Symeou et al 2018), σε αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλων ερευνητών (Lampert et al 2007a, 2007b, Chang 2007, Kheiraoui et al 2012) που αναφέρουν ότι η μεγαλύτερη ηλικία σχετιζόταν με επιδείνωση στη σωματική και ψυχική υγεία και κατ' επέκταση στην ΣΥΠΖ. Ενώ οι Tountas και συν (2003) και Τριανταφύλλου (2010) βρήκαν ότι οι νοσηλεύτριες μεγαλύτερης ηλικίας είχαν καλύτερη ΣΥΠΖ από αυτούς μικρότερης ηλικίας, πιθανόν λόγω υψηλότερου κύρους. Όσον αφορά στον παράγοντα της οικογενειακής κατάστασης, οι έγγαμοι νοσηλεύτριες παρουσίασαν καλύτερη ψυχική υγεία ίσως λόγω λιγότερης αφοσίωσης στην εργασία τους ή λόγω καλύτερου υποστηρικτικού συστήματος. Η θέση εργασίας των νοσηλευτών δεν βρέθηκε να έχει επιρροή στην ΣΥΠΖ (Μπελλάλη και συν 2007, Symeou et al 2018, Ioannou et al. 2015) με εξαίρεση νοσηλεύτριες με θέσεις ευθύνης ίσως επειδή έχουν αναπτύξει καλύτερες στρατηγικές και νοσηλεύτριες με συνεχιζόμενη εκπαίδευση (Ioannou et al. 2015). Όσον αφορά τα έτη προϋπηρεσίας, οι νοσηλεύτριες με λιγότερα από 5 έτη είχαν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα. Το δεδομένο αυτό φαίνεται να είναι σε συνάρτηση με την μικρή ηλικία του εργαζόμενου. Σε μελέτες, όσο περισσότερα ήταν τα έτη προϋπηρεσίας τόσο βελτιώνονταν η ψυχική υγεία (Lambert et al 2007a, 2007b) και επιδεινώνονταν τα ποσοστά της σωματικής υγείας (Lambert et al 2007a, 2007b, Kheiraoui et al 2012).

Παρόμοια και η έρευνα των Σαρρή και συνεργατών (2018), οι οποίοι όμως συνέκριναν τα αποτελέσματα των κλιμάκων του SF-36 στις διάφορες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας. Ο ιατρικός κλάδος παρουσίασε υψηλότερα ποσοστά την κλίμακα της σωματικής λειτουργικότητας ενώ οι νοσηλεύτριες είχαν τη χαμηλότερη βαθμολογία. Ενδιάμεση ήταν η βαθμολογία για τους διοικητικούς υπαλλήλους και τους ασκούντες παραϊατρικά επαγγέλματα ενώ υψηλότερες ήταν οι βαθμολογίες τους

στην κλίμακα του σωματικού ρόλου. Ιδιαίτερα υψηλή και ανησυχητική ήταν η διαφορά στην κλίμακα του σωματικού ρόλου που βρέθηκε στους νοσηλευτές, κάτι το οποίο φαίνεται να συνδέεται με τις χαμηλές βαθμολογίες στην κλίμακα της σωματικής λειτουργικότητας, ενώ αντίστοιχα χαμηλά ήταν και τα ποσοστά τους στην κλίμακα του σωματικού πόνου. Οι επαγγελματίες υγείας στο σύνολο τους βαθμολόγησαν την κατάσταση της γενικής υγείας τους σαν πολύ καλή, ότι δεν ασθενούσαν πιο εύκολα από τους άλλους, και ότι δεν είχαν σχετικούς περιορισμούς στην καθημερινή τους ζωή και στην εργασία. Η ζωτικότητα αφορά την διαθέσιμη ενέργεια κατά την εργασία και όπως είναι αναμενόμενο εξουθενωμένοι επαγγελματίες υγείας συχνά εμφανίζουν απροθυμία ανάληψης καθηκόντων, αδιαφορία και απάθεια. Τόσο στην έρευνα των Μπελλάλη και συν (2007) όσο και των Σαρρή και συν. (2018) η βαθμολογία της κλίμακας ήταν αρκετά χαμηλή, ιδιαίτερα στους νοσηλευτές, με την κόπωση και την εξάντληση να είναι ιδιαίτερα έντονες (Μπελλάλη και συν 2007, Σαρρής και συν. 2018, Silva et al 2010, Fernández-Prada et al 2014, Ruiz-Fernandez et al 2020). Στην κλίμακα της κοινωνικής λειτουργικότητας υψηλότερη βαθμολογία είχαν οι διοικητικοί υπάλληλοι ενώ και σε αυτόν τον τομέα οι νοσηλευτές ήταν οι πιο επιβαρυνμένοι. Καλύτερος ήταν ο συναισθηματικός τομέας των παραϊατρικών επαγγελμάτων και των διοικητικών υπαλλήλων, ενώ ελαφρώς υπολειπόμενος των νοσηλευτών και των ιατρών. Η βαθμολόγηση των επαγγελματιών υγείας στην κλίμακα της ψυχικής υγείας διακρίνεται από τη χαμηλότερη στους εργαζόμενους σε παραϊατρικά επαγγέλματα και ακολουθούσαν οι νοσηλευτές, οι διοικητικοί και οι ιατροί. Συμπερασματικά οι ερευνητές δεν βρήκαν διαφορές της ΣΥΠΖ στα ποσοστά των επαγγελματιών υγείας με αυτά των ασθενών ενώ η ζωτικότητα και η ψυχική υγεία ήταν οι κλίμακες που αξιολογήθηκαν χαμηλότερα από όλες τις ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας. Για τους Tountas και συν (2003) οι επαγγελματικοί κλάδοι χωρίζονται σε ομάδες με βάση την απόδοσή τους στη ΣΥΠΖ: ο κλάδος των ιατρών και των τεχνικών, έπειτα οι διοικητικοί υπάλληλοι με ικανοποιητικά ποσοστά και τέλος οι νοσηλευτές και το βοηθητικό προσωπικό.

Ειδικότερα ο κλάδος της νοσηλευτικής φαίνεται να είναι ο πιο επιβαρυνμένος σε σχέση με ιατρούς και παραϊατρικό προσωπικό. Αποτελέσματα ερευνών δείχνουν μια μέτρια ΣΥΠΖ ή ακόμα και μια κακή (Σαρρή και συν. 2018, Symeou et al 2018, Ioannou et al. 2015, Kontodimopoulos et al. 2007, Guler & Kuzu 2009, Kheiraoui et al 2012, Tountas et al. 2003, Oyama et al. 2015). Οι Lu et al (2019) κατέληξαν ότι οι νοσηλευτές είχαν καλύτερη σωματική κατάσταση από ότι ψυχική υγεία ενώ οι Oyama et al (2015) αναφέρουν ότι αυτοί που είχαν χειρότερη βαθμολογία στη σωματική υγεία εργάζονταν με ασθενείς με γνωσιακά ελλείμματα και που χρειάζονταν υποβοήθηση στις καθημερινές δραστηριότητες. Ιδιαίτερα επιβαρυνμένες οι διαστάσεις του σωματικού πόνου, της κοινωνικής λειτουργικότητας και του ρόλου συναισθηματικού (Kheiraoui et al 2012). Οι Tountas και συνεργάτες (2003) αποδίδουν την χαμηλή

απόδοση των νοσηλευτών στο χαμηλό κύρος του επαγγέλματος, στις ανταγωνιστικές, απαιτητικές και υψηλά στρεσογόνες εργασιακές συνθήκες.



Σχεδιάγραμμα 4: Αποτελέσματα ΣΥΠΖ ανά ειδικότητα (Σαρρή και συν. 2018)

Οι Lehmann και συνεργάτες (2016) μελέτησαν την ΣΥΠΖ των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι εμπλέκονταν στην αντιμετώπιση και θεραπεία του Έμπολα, σε τεταρτοβάθμιο νοσοκομείο της Γερμανίας. Αν και οι ομάδες των επαγγελματιών υγείας που επιλέχθηκαν δεν επέδειξαν σημαντικές διαφορές όσο αφορά τις σωματικές και ψυχικές διαστάσεις της ΣΥΠΖ στην κλίμακα SF-12, φαίνεται ότι τόσο η κόπωση όσο και η έλλειψη γνώσεων σχετικά με τον ιό οδηγούν σε αρνητική βαθμολόγηση της ΣΥΠΖ. Αντιθέτως με το αναμενόμενο ίσως εύρημα, ότι η άμεση επαφή με τον παθογόνο ιό του Έμπολα θα επιδρούσε αρνητικά στις σωματικές και ψυχικές διαστάσεις της ΣΥΠΖ των εμπλεκόμενων, οι ερευνητές δεν βρήκαν κάποια σημαντική συσχέτιση. Ένα από τα βασικά ευρήματα για την ομάδα που ερχόταν σε άμεση επαφή με ασθενείς με Έμπολα, ήταν ο υψηλός βαθμός κοινωνικής απομόνωσης, το οποίο ίσως συνδέεται και με την έλλειψη γνώσεων όσον αφορά τον ιό.

Η Τριανταφύλλου (2010) στη μελέτη της σε εργαζόμενους σε 13 ελληνικά νοσοκομεία διαπιστώνει την χαμηλότερη βαθμολογία του νοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού στις διαστάσεις σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, σωματικός πόνος και κοινωνική λειτουργικότητα της κλίμακας SF-

36 σε σχέση με τους διοικητικούς υπαλλήλους. Συμπεραίνει ότι οι μέσες τιμές των βαθμολογιών της κλίμακας της ΣΥΠΖ είναι μικρότερες από αυτές του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΝΟΣΟΣ COVID-19 ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Δεδομένα για τον COVID-19

Στην πόλη Wuhan, στην επαρχία Hubei, στην Κίνα, εμφανίστηκαν ξαφνικά αρκετοί ασθενείς οι οποίοι είχαν κλινική εικόνα μιας «μυστηριώδους» πνευμονίας, καθώς δεν ανταποκρινόταν στις ήδη υπάρχουσες και χρησιμοποιούμενες θεραπείες. Τελικά στις 9 Ιανουαρίου 2020 οι υγειονομικές αρχές της Κίνας ανακοίνωσαν ότι πρόκειται για ένα νέο στέλεχος κορωνοϊού (2019-nCoV) ή αλλιώς COVID-19 όπως ονομάστηκε η λοίμωξη του αναπνευστικού που προκαλείται από το νέο αυτό στέλεχος. Μέχρι τους πρώτους μήνες ο νέος ιός είχε μεταδοθεί και σε άλλες χώρες με μεγαλύτερες εστίες στην Κίνα, Ιαπωνία, Χόνγκ Κόνγκ, Σιγκαπούρη, Νότια Κορέα, Ιράν και Ιταλία ειδικά στις επαρχίες της Emilia-Romagna, της Lombardy, Piedmont και Veneto (ΕΟΔΥ). Μέχρι τις 7 Μαρτίου επιβεβαιωμένα κρούσματα είχαν βρεθεί σε 94 χώρες εκτός Κίνας και περισσότεροι από 100.000 άνθρωποι παγκοσμίως είχαν προσβληθεί (WHO (2020c), Huang et al 2020). Στις 30 Ιανουαρίου 2020 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κήρυξε την έξαρση του Covid-19 ως «Έκτακτη Ανάγκη Δημόσιας Υγείας Διεθνούς Ενδιαφέροντος» (PHEIC) και στις 11 Μαρτίου την ανακήρυξε ως πανδημία, ενώ η τελευταία φορά που ανακοίνωσε κάτι παρόμοιο ήταν το 2009 με την γρίπη H1N1 (Cennimo, 2021). Σε διάστημα ενός έτους από την επίσημη ανακοίνωση, μέχρι τον Φεβρουάριο του 2021, είχαν προσβληθεί από τον νέο κορωνοϊό 97.265.568 άνθρωποι σε όλο τον κόσμο. Από αυτούς 69.822.419 ανάρρωσαν ενώ 2.081.171 είναι οι αναφερόμενοι θάνατοι από τον ιό (worldometers, 2021). Οι χώρες που έχουν και την μεγαλύτερη έκθεση είναι οι ΗΠΑ, με 24.986.521 κρούσματα και 415.528 θανάτους, καθιστώντας τον ιό 3^η αιτία θανάτου ενώ το CDC εκτιμά ότι ο ιός εισήλθε στις ΗΠΑ τέλη Ιανουαρίου-αρχές Φεβρουαρίου και μεταδιδόταν σιωπηλά στην κοινότητα πριν να εντοπιστεί. (Cennimo, 2021). Ακολουθεί η Ινδία με 10.611.719 κρούσματα και 152.906 θανάτους και η Βραζιλία με 8.639.868 κρούσματα και 212.893 θανάτους (worldometers, 2021). Ενδεικτική είναι και η έκθεση στο Ηνωμένο Βασίλειο καθώς αν και με μικρότερο πληθυσμό σε σχέση με τις χώρες που προαναφέρθηκαν έχει ήδη 3.505.754 κρούσματα και 93.290 θανάτους. Στις 26/01/2021 η Βρετανία ανακοίνωσε ότι ξεπέρασε το φράγμα των 100.000 νεκρών (NY Times, 2021) όπου καταγράφηκαν 1.631 επιπλέον θάνατοι. Οι 100.162 νεκροί είναι περισσότεροι από τον απολογισμό των αμάχων που πέθαναν στον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και διπλάσιοι από όσους

σκοτώθηκαν στη γερμανική εκστρατεία βομβαρδισμών το 1940-1941 (CNN.gr). Η Ελλάδα κατέγραψε 149.973 θετικά περιστατικά και 5.545 θανάτους (worldometers, 2021). Πλέον περισσότερες από 220 χώρες έχουν εργαστηριακώς επιβεβαιωμένα κρούσματα Covid-19 σε όλες τις ηπείρους εκτός της Ανταρκτικής (Cennimo, 2021).

Οι κορωνοϊοί είναι μία μεγάλη ομάδα ιών οι οποίοι αποτελούν αιτία αναπνευστικών λοιμώξεων. Προσβάλλουν κυρίως τα ζώα, αλλά 7 τύποι εξ' αυτών είναι γνωστοί ότι προκαλούν και στον άνθρωπο λοιμώξεις, με ποικίλη σοβαρότητα της νόσου (Cennimo, 2021). Υπολογίζεται ότι περίπου το ένα τρίτο των λοιμώξεων ανώτερου αναπνευστικού στον άνθρωπο μπορεί να προκαλείται από κορωνοϊούς. Ο SARS-CoV-2 είναι πιθανόν ένας από αυτούς καθώς εκτιμάται ότι προήλθε από την αγορά θαλασσινών Χουανάν στην οποία επίσης πωλούνταν ζωντανά ζώα. Άλλοι γνωστοί κορωνοϊοί που προκάλεσαν λοιμώξεις από τα ζώα στους ανθρώπους είναι το Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο (SARS) από τις μοσχογαλές και ο Κορωνοϊός του Αναπνευστικού Συνδρόμου της Μέσης Ανατολής (MERS-CoV) που προέρχεται από τις καμήλες. Περισσότερα από 8000 άτομα νόσησαν από τον SARS και οι 800 περίπου απεβίωσαν ενώ θεωρείται υπό έλεγχο από το 2003. Σε αντίθεση ο MERS-CoV εμφανίζεται σποραδικά, με 2.465 επιβεβαιωμένα κρούσματα από το 2012 και 850 θανάτους. Ο SARS-CoV-2 θεωρείται κλινικά ηπιότερος από τους δυο προαναφερθέντες ιούς όσον αφορά την σοβαρότητα και την θνητότητα. Το CDC υπολογίζει τη θνητότητα στο 0.4% για συμπτωματικούς ασθενείς (Cennimo, 2021).

Ο ιός μεταδίδεται μέσω της αναπνευστικής οδού από άνθρωπο σε άνθρωπο με σταγονίδια από το φτέρνισμα, το βήχα ή την ομιλία. Αν και μέχρι σήμερα ο χρόνος επιβίωσης του ιού σε επιφάνειες δεν είναι γνωστή φαίνεται να ισχύει ότι και στους υπόλοιπους κορωνοϊούς δηλαδή για μερικές ώρες ή μέχρι αρκετές ημέρες, το οποίο εξαρτάται από παράγοντες όπως το υλικό της επιφάνειας, η θερμοκρασία ή η υγρασία του περιβάλλοντος. Οπότε πρέπει να αποφεύγεται η επαφή με τα μάτια, το στόμα ή τη μύτη μετά από επαφή με επιφάνειες πρόσφατα μολυσμένες με σταγονίδια, καθώς μπορεί να αποτελέσουν εστίες μετάδοσης (ΕΟΔΥ).

Τόσο η γρίπη (influenza) όσο και ο Covid-19 είναι μεταδοτικές αναπνευστικές λοιμώξεις αλλά προκαλούνται από διαφορετικούς τύπους ιών. Τα συμπτώματα και η κλινική εικόνα είναι παρόμοια και ίσως αρκετά συχνά να είναι δύσκολο να τεθεί η διάγνωση χωρίς να γίνει ειδικός έλεγχος. Βασική διαφορά των δυο ιών φαίνεται να είναι ότι ο Covid-19 μεταδίδεται πιο εύκολα και μπορεί να προκαλέσει σοβαρή νόσο σε μερικούς ανθρώπους. Σημαντικότερο είναι το γεγονός ότι η διάρκεια επώασης του νέου ιού είναι μεγαλύτερη από της γρίπης με αποτέλεσμα να μην γίνεται άμεσα η διάγνωση και η λήψη μέτρων. Σύμφωνα με τον ΕΟΔΥ, υπολογίζεται ως μέσο διάστημα επώασης του SARS-CoV-2 οι 5-6 ημέρες και ως μέγιστος χρόνος οι 12 ημέρες. Μία πρόσφατη μελέτη επιβεβαίωσε πως είναι συνετό να υπολογίζουμε την περίοδο επώασης έως 14 μέρες. Η παρουσία συμπτωμάτων είναι καθοριστική για

μεγαλύτερη μετάδοση αλλά δυνητικά η λοίμωξη θα μπορούσε να μεταδίδεται και 1-4 ημέρες πριν την εκδήλωση αυτών. Το ποσοστό και ο ακριβής ρόλος των ασυμπτωματικών κρουσμάτων δεν είναι ακόμα γνωστός, φαίνεται όμως πως είναι μικρότερος από όσους εμφανίζουν συμπτώματα (ΕΟΔΥ).

Τα κύρια συμπτώματα της νόσου περιλαμβάνουν: Πυρετό, ξηρό βήχα και δυσκολία στην αναπνοή. Χαρακτηριστική αποδείχθηκε ότι είναι η απώλεια όσφρησης και γεύσης από τα αρχικά στάδια, ακόμα και σε ασυμπτωματικούς. Μερικοί εμφανίζουν πονόλαιμο, πονοκέφαλο, αρθραλγίες ή μυαλγίες κόπωση και ρινική συμφόρηση. Στην πορεία της πανδημίας βρέθηκε ότι ο ιός μπορεί να ενδημήσει και στο γαστρεντερικό σύστημα και έτσι οι ασθενείς εμφανίζουν ναυτία, έμετο και διάρροια.. Τα συμπτώματα είναι συνήθως ήπια με το περίπου 80% των ασθενών να μην έχουν ανάγκη ειδικής θεραπείας. Σε αντίθετη περίπτωση μπορεί να παρουσιαστεί σοβαρή πνευμονία και να χρειαστεί νοσηλεία σε νοσοκομείο. Φαίνεται ότι αυτοί οι ασθενείς είναι άτομα με υποκείμενα νοσήματα όπως οι ηλικιωμένοι, οι καρδιοπαθείς, τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, ηπατοπάθειες ή πνευμονοπάθειες.

«Επαφή», ως προς τον COVID-19, είναι ένα άτομο χωρίς συμπτώματα που μπορεί να έχει έρθει σε επαφή με περιστατικό νοσούντος ή και ασυμπτωματικού ατόμου από τον COVID-19. Η μεγαλύτερη διάρκεια επαφής και άρα ο βαθμός έκθεσης καθορίζουν και τον κίνδυνο μόλυνσης. Ο ΕΟΔΥ έχει εκδώσει κριτήρια για την κατάταξη των επαφών ως υψηλού και χαμηλού κινδύνου και ανάλογα με την έκθεση, ο ΕΟΔΥ μπορεί να πραγματοποιήσει ιχνηλάτηση επαφών.

A) Υψηλού Κινδύνου Επαφή (Στενές Επαφές):

- Άτομο που διαμένει στον ίδιο χώρο με το κρούσμα COVID-19
- Άτομο που είχε απευθείας φυσική επαφή με το κρούσμα COVID-19 (π.χ. μέσω χειραψίας)
- Άτομο που ήρθε σε επαφή χωρίς μέτρα προστασίας με μολυσματικές βιολογικές εκκρίσεις του κρούσματος COVID-19 (π.χ. να βρισκόταν σε μικρή εμβέλεια όταν ο ασθενής έβηξε)
- Άτομο που είχε πρόσωπο με πρόσωπο επαφή με κρούσμα COVID-19 και σε απόσταση < 2 μέτρων περισσότερο από 15'
- Άτομο που βρέθηκε σε κλειστό χώρο (π.χ. αίθουσα διδασκαλίας, αίθουσα συνεδριάσεων, αίθουσα αναμονής σε νοσοκομείο κλπ) με κρούσμα COVID-19 για 15' ή περισσότερο και σε απόσταση < 2 μέτρων

Εργαζόμενος στον τομέα της υγείας ή άλλο άτομο που παρείχε φροντίδα σε άτομο- επιβεβαιωμένη περίπτωση της νόσου COVID-19 χωρίς να χρησιμοποιήσει τα συνιστώμενα ΜΑΠ

Άτομο σε καμπίνα αεροσκάφους που καθόταν σε απόσταση δύο θέσεων (προς κάθε κατεύθυνση) από ένα κρούσμα COVID-19, συνταξιδιώτες ή προσωπικό παροχής φροντίδας και μέλη πληρώματος καμπίνας στο τμήμα του αεροσκάφους που καθόταν ο ασθενής (εάν η σοβαρότητα των συμπτωμάτων ή

οι κινήσεις του κρούσματος υποδηλώνουν μεγαλύτερο βαθμό έκθεσης, όλοι οι επιβάτες στο συγκεκριμένο τμήμα του αεροσκάφους μπορεί να θεωρηθούν στενές επαφές).

B) Χαμηλού Κινδύνου Έκθεση (Τυχαία Επαφή):

- Άτομο που βρέθηκε σε κλειστό χώρο με το κρούσμα COVID-19 για λιγότερο από 15' ή σε απόσταση μεγαλύτερη των 2 μέτρων
- Άτομο που είχε πρόσωπο με πρόσωπο επαφή με κρούσμα COVID-19 σε απόσταση μικρότερη των 2 μέτρων αλλά λιγότερο από 15'
- Συνταξιδιώτες του κρούσματος COVID-19 σε άλλα μέσα μεταφοράς

Ανεξάρτητα με το χαρακτηρισμό τους ως υψηλού ή χαμηλού κινδύνου απαιτείται απομόνωση ακόμα και εθελοντικά για 14 μέρες. Εάν δεν υπάρξει παρουσία συμπτωμάτων εντός αυτών των 2 εβδομάδων το άτομο δεν θεωρείται πλέον πιθανό να νοσήσει από τον COVID-19.

Τεράστιες και ταχέως εξελισσόμενες ήταν και παραμένουν οι επιστημονικές προσπάθειες για την εύρεση θεραπείας ειδικής για τον νέο κορωνοϊό. Μέχρι αυτή τη στιγμή η θεραπεία αποτελείται από μέτρα πρόληψης της λοίμωξης και υποστηρικτικά μέτρα με στόχο την ανακούφιση των συμπτωμάτων ειδικά της δύσπνοιας. Φάρμακα που χρησιμοποιούνται σε διάφορες νόσους και φάνηκαν να έχουν κάποια επίδραση, χορήγηση πλάσματος από ασθενείς που νόσησαν αποτελούν διαθέσιμα μέσα για τους ιατρούς ενώ μελετώνται νέες θεραπείες με μονοκλωνικά αντισώματα που παραμένουν όμως ακριβή θεραπεία και με ένδειξη σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Η προσπάθειες επικεντρώθηκαν κυρίως στην δημιουργία εμβολίων και τον εμβολιασμό τουλάχιστον του 70% του πληθυσμού για την επίτευξη μαζικής ανοσίας.

3.2 Στατιστικά δεδομένα για τους επαγγελματίες υγείας με Covid

Η γνωστοποίηση του αριθμού των επαγγελματιών υγείας που προσβλήθηκαν τελικά από τον ιό ή και αυτών που απεβίωσαν, εκθέτει το υγειονομικό προσωπικό σε επιπλέον άγχος, καθώς οι εργαζόμενοι διαπιστώνουν ότι τα μέτρα προστασίας δεν επαρκούν πάντα, ότι δεν είναι και οι ίδιοι άτρωτοι ενώ την ίδια στιγμή πρέπει να συνεχίσουν να έρχονται αντιμέτωποι με τον ιό. Στις 17 Ιουλίου ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δήλωσε ότι το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που βρέθηκαν θετικοί στο ιό ανέρχεται παγκοσμίως σε 10%, δηλαδή 1.400.000 λοιμώξεις σε σύνολο 13.800.000 περιστατικών (WHO, 2020a). Τον Σεπτέμβριο του 2020 σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 14% των επιβεβαιωμένων περιστατικών κορωνοϊού είναι επαγγελματίες υγείας και σε κάποιες χώρες μπορεί να ανέρχεται σε 35%, παρόλο που αντιπροσωπεύουν λιγότερο από το 3% του πληθυσμού στην πλειοψηφία των χωρών (WHO, 2020b). Το International Council of Nurses (ICN 2020a) σε αναφορά του στις 6

Μαΐου 2020 υπολογίζει από δεδομένα 30 χωρών, ότι το ποσοστό επαγγελματιών υγείας που προσβλήθηκαν αποτελεί το 6% δηλαδή 90.000 άνθρωποι, με 260 νοσηλευτές να έχουν αποβιώσει εξαιτίας της νόσου. Ενώ τον Οκτώβριο του 2020, από δεδομένα 44 χωρών, υπολογίζει ότι το 10% των περιστατικών παγκοσμίως είναι επαγγελματίες υγείας με τους θανάτους νοσηλευτών να έχουν ανέλθει σε 1.500, αριθμός που ταυτίζεται με αυτών που απεβίωσαν στον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο (ICN 2020b). Το CDC από δεδομένα που κατάφερε να συλλέξει, ανακοινώνει ένα σύνολο 376.287 θετικών περιστατικών και 1.275 θανάτους επαγγελματιών υγείας. Οι Nguyen και συν. (2020) υποστηρίζουν ότι ο κίνδυνος να μολυνθούν από τον ιό οι επαγγελματίες υγείας είναι τριπλάσιος από τον γενικό πληθυσμό. Παρόλα αυτά, η πλειοψηφία των οργανισμών αυτών δηλώνει ότι παραμένει υποδηλωμένος ο αριθμός των θετικών αποτελεσμάτων αλλά και των θανάτων στους επαγγελματίες υγείας. Σε μια αρχική προσπάθεια συλλογής δεδομένων από όλο τον κόσμο υπολογίζεται ότι το σύνολο των επαγγελματιών υγείας που βρέθηκαν θετικοί ανέρχονται σε 152.888 κυρίως γυναίκες (71.6%), και νοσηλευτές (38,6%), ενώ οι θάνατοι ανέρχονται σε 1.413 κυρίως άνδρες (70.8%) και ιατροί (51,4%). Ενδεικτικοί οι αριθμοί της Ιταλίας με 23.718 επιβεβαιωμένα περιστατικά και 220 θανάτους και της Ισπανίας με 30.663 και 37 αντίστοιχα. Η Ελλάδα δήλωσε 170 θετικούς επαγγελματίες υγείας και έναν θάνατο (Bandyopadhyay et al, 2020). Σε δείγμα 3.248 επαγγελματιών υγείας, 13 αμερικανικών πανεπιστημιακών ιατρικών κέντρων, το 6% είχαν αντισώματα του COVID-19, με το 29% αυτών να δηλώνουν ότι δεν είχαν κάποιο σύμπτωμα από τον Φεβρουάριο του 2020, το 44% δεν πίστευαν ότι είχαν ήδη νοσήσει από COVID-19 και το 69% δεν ανέφεραν προηγούμενη διάγνωση COVID-19 (Self et al 2020).

Από τον Φεβρουάριο μέχρι τον Απρίλιο του 2020, οι 9.282 από τους 315.531 ασθενείς που δηλώθηκαν στο CDC ήταν επαγγελματίες υγείας. Η μέση ηλικία αυτών ήταν 42 ετών με το 73% αυτών να είναι γυναίκες, το 38% είχαν ένα τουλάχιστον υποκείμενο νόσημα και το 55% είχε επαφή με θετικό κρούσμα μόνο στο εργασιακό περιβάλλον. Το 90% δεν χρειάστηκε να νοσηλευτεί, το 8-10% έκανε εισαγωγή σε νοσοκομείο, το 2-5% χρειάστηκε να μεταφερθεί σε ΜΕΘ και 0.3-0.6% αυτών απεβίωσαν. Το 37% των θανάτων συνέβησαν στην ηλικιακή ομάδα των >65 ετών, παρόλο που μόνο το 6% των επαγγελματιών υγείας ανήκε εκεί (CDC COVID-19 Response Team, 2020). Λίγους μήνες αργότερα και ο αναφερόμενος αριθμός επαγγελματιών υγείας με θετικό αποτέλεσμα COVID-19 φαίνεται να έχει δεκαπλασιαστεί καθώς 100.570 επαγγελματίες υγείας δηλώθηκαν ως θετικοί στο CDC, από τον Φεβρουάριο μέχρι τον Ιούλιο του 2020. Η πλειοψηφία παρέμενε γυναίκες (79%), ηλικίας 16-44 ετών (57%), με πιο συχνή επαγγελματική κατηγορία αυτή των νοσηλευτών (30%) και το 44% να έχει τουλάχιστον ένα υποκείμενο νόσημα (καρδιαγγειακά, αναπνευστικά, ΣΔ). Το 92% δεν χρειάστηκαν νοσηλεία αλλά από αυτούς που χρειάστηκαν το 8% εισήχθη σε κλινική και το 5% σε ΜΕΘ. Μόνο για

τους 67.746 επαγγελματίες υγείας υπήρχαν στοιχεία για την έκβαση της υγείας τους με το 1% αυτών να αποβιώνει (Hughes et al 2020).

3.3 Αποτελέσματα ερευνών όσον αφορά τις επιπτώσεις του κορωνοϊού στους επαγγελματίες υγείας

Η δυσανάλογα μεγάλη αυτή απειλή για τις δυνατότητες των συστημάτων υγείας εξέθεσε τους επαγγελματίες υγείας σε καταστάσεις που δεν είχαν βιώσει ξανά, όπως η υποχρέωση να λάβουν αποφάσεις που παλιότερα θα φαινόταν αδιανόητες σε ηθικό επίπεδο, η μη ύπαρξη του αναγκαίου εξοπλισμού/κλινών για την ισότιμη παροχή φροντίδας αλλά και η ανάγκη να βρεθεί μια ισορροπία μεταξύ των προσωπικών αναγκών και του καθήκοντος σε ακραίες εργασιακές συνθήκες (Greenberg et al 2020, Stojanov et al 2020). Οι Shanafelt και συν. (2020) κατέληξαν σε 8 πηγές άγχους των επαγγελματιών υγείας: 1) η ανεπαρκής πρόσβαση σε κατάλληλα ΜΑΠ, 2) η έκθεση στον ιό κατά τις ώρες εργασίας και η «μεταφορά» του στο σπίτι, 3) η αδυναμία διενέργειας τεστ-Covid σε πρώτο χρόνο σε περίπτωση εμφάνισης συμπτωμάτων και ο συνακόλουθος φόβος μετάδοσης του ιού στην εργασία, 4) η αβεβαιότητα ότι ο εκάστοτε εργοδότης θα καλύψει τις προσωπικές και οικογενειακές ανάγκες του επαγγελματία υγείας σε περίπτωση λοίμωξης, 5) το κλείσιμο των σχολείων και οι αυξημένες ώρες εργασίας των επαγγελματιών υγείας δημιουργούν την ανάγκη πρόσβασης σε υπηρεσίες φύλαξης για τα ανήλικα παιδιά τους, 6) υποστήριξη των καθημερινών προσωπικών και οικογενειακών αναγκών καθώς αυξάνονται οι ώρες εργασίας και οι απαιτήσεις, 7) η ικανότητα παροχής επαρκούς ιατρονοσηλευτικής φροντίδας σε αλλαγή πόστου στην εργασία (πχ νοσηλευτές που μεταφέρονται από άλλες κλινικές σε ΜΕΘ) και 8) η έλλειψη πρόσβασης σε επικαιροποιημένη πληροφόρηση. Προσθέτοντας την ανεπάρκεια του αναγκαίου προσωπικού, τις εξαντλητικές ώρες εργασίας, την έλλειψη αποτελεσματικής θεραπείας στο άμεσο μέλλον αλλά και τα υψηλά ποσοστά θνητότητας (Stojanov et al 2020, Donnelly 2020, Kalaitzaki et al 2020, Braquehais et al 2020, Di Tella et al 2020), οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν μια ομάδα υψηλού κινδύνου για να βιώσουν όλες τις αρνητικές συνέπειες μιας πανδημίας. Οι επιπτώσεις της νέας πανδημίας στους επαγγελματίες υγείας είναι ένας εξελισσόμενος ερευνητικά τομέας. Υπάρχει τεράστια πληθώρα ερευνών, οι οποίες εστιάζουν κυρίως στις δυσμενείς αλλαγές που επιφέρει ο νέος κορωνοϊός στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Περιορισμένες είναι οι έρευνες όπου μελέτησαν άμεσα την ΣΥΠΖ και την ΠΖ στους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι εργάζονται σε τμήματα και νοσοκομεία Covid-19. Η πλειοψηφία αυτών μελέτησε την ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας, το οποίο όμως, όπως αναφέρθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια, αποτελεί μέρος της ΠΖ και της ΣΥΠΖ.

Οι Huang και συνεργάτες (2020) μελέτησαν την ΣΥΠΖ σε 2.997 επαγγελματίες υγείας παιδιατρικών κλινικών από 29 επαρχίες της Κίνας, τον Φεβρουάριο του 2020. Οι άνδρες, οι νέοι κάτω των 30 ετών και οι κατώτερης εκπαιδευτικής βαθμίδας είχαν καλύτερες βαθμολογίες και κατ' επέκταση καλύτερη ΣΥΠΖ. Οι γυναίκες είχαν χαμηλότερα ποσοστά στην συναισθηματική και γνωσιακή λειτουργικότητα ενώ οι άνδρες είχαν χαμηλότερη βαθμολογία μόνο στην κοινωνική λειτουργικότητα. Οι ιατροί είχαν χαμηλότερη ΣΥΠΖ σε όλα τα επίπεδα (εκτός της ανησυχίας) σε σχέση με τους νοσηλευτές. Οι εργαζόμενοι σε τεταρτοβάθμια νοσοκομεία είχαν καλύτερη βαθμολογία στην κοινωνική λειτουργικότητα και χαμηλότερη στην ανησυχία σε σχέση με πιο επαρχιακά νοσοκομεία ενώ όπως θα ήταν ίσως αναμενόμενο οι εργαζόμενοι στην επαρχία Hubei είχαν χειρότερη ΣΥΠΖ σε σχέση με άλλες επαρχίες εκτός από το πεδίο της σωματικής λειτουργικότητας. Χαμηλότερη ΣΥΠΖ είχαν και οι εργαζόμενοι σε νοσοκομεία όπου δεν υπήρχε διαχωρισμός κλινικών και απομόνωση των εμπύρετων περιστατικών. Τέλος εξαιτίας του υψηλού κινδύνου μετάδοσης, όσοι περιέθαλπαν ασθενείς με Covid-19 ή όσοι είχαν στο οικογενειακό/κοινωνικό περιβάλλον τους, ανθρώπους που νόσησαν από τον ιό, είχαν χαμηλότερα ποσοστά ΣΥΠΖ.

Οι Tran και συνεργάτες μέτρησαν τον Απρίλιο τις επιδράσεις του Covid-19 στην ΣΥΠΖ, 7.124 επαγγελματιών υγείας σε 19 νοσοκομεία και κέντρα υγείας του Βιετνάμ, στην εγγραμματοσύνης υγείας (health literacy) όσον αφορά το άγχος και την κατάθλιψη αλλά και στις υγιεινές συνήθειες. Υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης αλλά και χαμηλότερες τιμές ΣΥΠΖ είχαν οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονταν στην θεραπεία ασθενών με κορωνοϊό και ανήκουν κυρίως στην επαγγελματική κατηγορία των νοσηλευτών στις ηλικίες 41-60 ετών αλλά ιδιαίτερα χαμηλές ήταν οι βαθμολογίες σε όσους ανέφεραν ύποπτα συμπτώματα παρόμοια με του Covid-19 (πυρετό, βήχα, δύσπνοια) ή όσοι είχαν συννοσηρότητες ή εγκυμοσύνη. Η υψηλή εγγραμματοσύνη υγείας, δηλαδή οι γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες για την σωστή κατανόηση και εκτίμηση των πληροφοριών σχετικών με την υγεία και την προαγωγή της, συνδέθηκε με μια χαμηλότερη πιθανότητα τόσο αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων αλλά και με μια υψηλότερη ΣΥΠΖ. Περισσότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης είχαν οι επαγγελματίες υγείας της πρώτης γραμμής, οι νεότεροι υπάλληλοι και όσοι είχαν περιορισμένη σωματική/φυσική δραστηριότητα.

Παρόμοια και η έρευνα των Stojanov και συν. (2020) στην Σερβία, όπου σύγκριναν επαγγελματίες υγείας που δούλευαν σε τμήματα Covid-19 και σε αυτούς που απασχολούνταν σε μη-Covid-19 τμήματα. Αν και το 42,3% αυτών που δούλευαν με ασθενείς με Covid-19 βαθμολόγησαν την ψυχική τους κατάσταση/υγεία ως καλή, το 64,3% δήλωσε ότι είναι σε χειρότερο επίπεδο σε σχέση με πριν την πανδημία και το 61,5% θεωρεί ότι είχε αρνητική επίδραση στην ψυχική τους υγεία αλλά μόνο το 7,5% δήλωσαν ότι θα χρειάζονταν υποστήριξη από κάποιο ψυχίατρο ή ψυχολόγο. Οι φόβοι που υπερίσχυαν

στους επαγγελματίες υγείας ήταν ο φόβος μόλυνσης (65,3%), ο φόβος μετάδοσης σε κάποιο δικό τους άνθρωπο (83,3%) και ο φόβος ότι οι ίδιοι θα μεταδώσουν τον ιό σε κάποιο μέλος της οικογένειάς τους (59,5%). Ένα από τα βασικά ευρήματα της μελέτης ήταν μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στην ΠΖ και στην ΣΥΠΖ. Και οι δύο ομάδες είχαν χαμηλή βαθμολογία στην ψυχική υγεία και στην κοινωνική λειτουργικότητα, ενώ είχαν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Οι επαγγελματίες υγείας που φρόντιζαν ασθενείς με Covid-19 είχαν συνολικά χαμηλότερη ΣΥΠΖ (sc:80.06) σε σχέση με αυτούς που εργάζονταν σε άλλα τμήματα (sc:86.14). Μεγαλύτερη συσχέτιση μιας χαμηλής ΠΖ και ΣΥΠΖ υπήρξε με τα υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, με το γυναικείο φύλο και με το επάγγελμα των νοσηλευτών.

Οι Çelmeçe και Menekay (2000) στην έρευνά τους σε 240 επαγγελματίες υγείας στην Τουρκία κατέληξαν ότι τα επίπεδα στρες και άγχους και η ΠΖ είναι υψηλότερα στις γυναίκες επαγγελματίες υγείας από ότι στους άνδρες ενώ η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών ήταν υψηλότερη από ότι στους ιατρούς και στο λοιπό βοηθητικό προσωπικό. Συμπερασματικά οι ερευνητές βρήκαν ότι το στρες, το άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση είχαν επίδραση στην ΠΖ των επαγγελματιών υγείας. Και οι Korkmaz και συνεργάτες (2020) κατέληξαν σε χαμηλότερα επίπεδα ΠΖ για όσους εργάζονται με ασθενείς με Covid-19. Βρήκαν θετική συσχέτιση του επιπέδων άγχους και των διαταραχών ύπνου αλλά αρνητική συσχέτιση αυτών με την ΠΖ. Για τους Suryavanshi και συν (2020) το 47% των υγειονομικών είχαν καταθλιπτικά συμπτώματα και 50% συμπτώματα άγχους, με σχεδόν διπλάσια επικράτηση στους νέους και άγαμους με το 45% να δηλώνουν χαμηλή ΠΖ.

Οι Liu και συνεργάτες (2020) σύγκριναν την ψυχολογική κατάσταση, την ΠΖ και την αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη 258 ατόμων επαγγελματιών υγείας και 248 μέσων πολιτών. Εκτός του ίσως αναμενόμενου αποτελέσματος ότι οι επαγγελματίες υγείας έρχονταν πιο συχνά σε επαφή με κρούσματα κορωνοϊού (37,21%) σε σχέση με τους απλούς πολίτες (3,63%), βρήκαν επίσης ότι είχαν καλύτερη βαθμολογία στις κλίμακες της σωματικής λειτουργικότητας και του σωματικού ρόλου αλλά και στις κλίμακες της κοινωνικής και οικογενειακής υποστήριξης. Τα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης ήταν παρόμοια και στις 2 κατηγορίες αλλά όταν η σύγκριση γινόταν μεταξύ επαγγελματιών υγείας που είχαν συχνή επαφή με κρούσματα κορωνοϊού με συναδέλφους τους χωρίς επαφή, βρέθηκε ότι η πρώτη ομάδα ήταν πιο ευάλωτοι σε καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία. Η κατάθλιψη και το άγχος βρέθηκαν να έχουν αρνητική συσχέτιση με την αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη σε όλους τους επαγγελματίες υγείας, ενώ η ψυχική υγεία, η ζωτικότητα, η γενική υγεία και ο σωματικός πόνος σχετιζόνταν θετικά με την οικογενειακή, φιλική και κοινωνική υποστήριξη.

Οι Ortega-Galan και συνεργάτες (2000) μέτρησαν σε 537 επαγγελματίες υγείας του Συστήματος Υγείας της Ισπανίας την ProQoL, η οποία περιελάμβανε τους όρους της επαγγελματικής εξουθένωσης,

του CF και CS. Αν και υπήρχαν ενδείξεις ότι η κατάσταση των υγειονομικών ήταν ήδη επιβαρυνμένη και προ-πανδημίας, η έρευνα δεν βρήκε στατιστικά σημαντικά διαφορές στις διαστάσεις της ProQoL. Διαχρονικά το CF ήταν υψηλότερο στην πρωτοβάθμια φροντίδα, ίσως εξαιτίας της έλλειψης παροχών αλλά η επιβάρυνση των νοσοκομειακών μονάδων από την πανδημία οδήγησε τα ποσοστά αυτά να εξομοιωθούν και ακόμα να αυξηθούν. Έτσι τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης και CF είναι αυξημένα τόσο στην πρωτοβάθμια φροντίδα όσο και στη νοσοκομειακή φροντίδα. Το γυναικείο φύλο είχε υψηλότερα ποσοστά CF και αντιλαμβανόμενου στρες (Perceived Stress) από το ανδρικό. Ενώ όσον αφορά το επάγγελμα, οι ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας φαίνεται να βρέθηκαν πιο εκτεθειμένοι στην πανδημία με αποτέλεσμα υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης και CF (Ortega-Galan et al 2000, Ruiz-Fernández et al 2020) αλλά και τα χαμηλότερα ποσοστά CS. Αντίθετα οι νοσηλευτές είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στην επαγγελματική εξουθένωση και στο CF και υψηλότερη CS (Ruiz-Fernández et al 2020). Σε παρόμοια έρευνα στην Ιταλία όσοι εργάζονταν στην πρώτη γραμμή και ιδιαίτερα οι ιατροί είχαν αυξημένα επίπεδα CS πιθανόν εξαιτίας της ευγνωμοσύνης και της άμεσης ανατροφοδότησης μιας αποτελεσματικής θεραπείας. Ενώ την ίδια στιγμή οι υγειονομικοί της πρώτης γραμμής και ειδικά όσοι εργάζονται στις ΜΕΘ είχαν μεγαλύτερο ρίσκο εμφάνισης αγχωδών διαταραχών αλλά όχι κατάθλιψης (Buselli et al 2020).

Ειδικότερα για τους υγειονομικούς πρώτης γραμμής διαφορετικά ήταν τα αποτελέσματα των An και συνεργατών (2020), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι σχεδόν οι μισοί (43,6%) από τους 1103 νοσηλευτές τμημάτων επειγόντων περιστατικών, έπασχαν από κατάθλιψη και κατ' επέκταση βρήκαν χαμηλότερη ΠΖ σε σχέση με τους νοσηλευτές χωρίς συμπτώματα κατάθλιψης. Ενώ και οι Lai και συν. (2020) στο 41,5% των επαγγελματιών πρώτης γραμμής βρήκαν παρόμοια ποσοστά κατάθλιψης με το 40,4% των αυτών να έχουν ήπια συμπτώματα κατάθλιψης, το 11,3% είχαν μέτρια κατάθλιψη και το 6,7% είχαν σοβαρή κατάθλιψη. Επιπλέον υψηλότερη ήταν και βαθμολογία τους, σε αίσθημα μοναξιάς, άγχους, αϋπνίας και δυσφορίας/σύγχυσης και ανησυχίας μην κολλήσουν και οι ίδιοι τον ιό (Lai et al 2020, Fang et al 2020, Dai et al 2020, Wu et al 2020). Και στην Wuhan οι επαγγελματίες υγείας πρώτης γραμμής και πιο συχνά οι γυναίκες, είχαν αυξημένα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων (12,7%) και άγχους (20,1%) ενώ το 59% είχαν μέτριο έως σοβαρό αντιλαμβανόμενο στρες (Du et al 2020). Αλλά και οι επαγγελματίες υγείας πρώτης γραμμής σε τεταρτοβάθμια νοσοκομεία αναφοράς σε σχέση με πιο περιφερειακά νοσοκομεία, είχαν παρόμοια υψηλά ποσοστά κατάθλιψης, άγχους, αϋπνίας, δυσφορίας/σύγχυσης. Μεγαλύτερα είναι τα ποσοστά της επαγγελματικής εξουθένωσης και του CF τόσο σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (24,2-18,9) όσο και σε ειδικές κλινικές (28,9-4,3) και μονάδες Covid-19 (25,1-20,3) (Ruiz-Fernández et al 2020). Οι Lu και συνεργάτες (2020) όταν διαχώρισαν τους επαγγελματίες υγείας του δείγματός τους ανάλογα με το τμήμα όπου εργάζονταν: υψηλού κινδύνου

(πνευμονολογικές κλινικές, ΤΕΠ, ΜΕΘ, ΜΕΛ), χαμηλού κινδύνου (άλλες κλινικές και μονάδες) και μη-κλινικές ειδικότητες (διοικητικοί, τεχνικοί), βρήκαν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα φόβου, άγχους και κατάθλιψης. Όσοι εργάζονταν σε τμήματα υψηλού κινδύνου ήταν 1,4 φορές πιο πιθανό να βιώσουν φόβο και δυο φορές πιο πιθανό να βιώσουν άγχος και κατάθλιψη σε σχέση με τις μη κλινικές ειδικότητες (Lu et al 2020). Πνευμονολόγοι και ΩΡΛ βρέθηκαν με υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, άγχους, κόπωσης και αισθήματος απομόνωσης από την οικογένεια τους σε σχέση με τις άλλες ειδικότητες (Naser et al 2020). Σε μια διαδικτυακή έρευνα στην κορύφωση της πανδημίας στην Νέα Υόρκη, σε 657 επαγγελματίες υγείας πρώτης γραμμής το 57% είχαν οξύ στρες, το 48% είχαν κατάθλιψη και το 33% είχαν άγχος. Οι νοσηλευτές είχαν τα υψηλότερα ποσοστά και στις τρεις εκδηλώσεις σε σχέση με τους θεράποντες ιατρούς και τους ειδικευόμενους. Το 26% είχε σοβαρά ή πολύ σοβαρά προβλήματα ύπνου, με την μέση ημερήσια αναφερόμενη διάρκεια ύπνου να είναι έξι ώρες και τους νοσηλευτές να είναι ξανά η ομάδα με τις πιο σοβαρές διαταραχές ύπνου. Ένα ποσοστό 74% των συμμετεχόντων ανέφεραν φόβους ότι θα μεταδώσουν τον ιό στην οικογένειά τους ενώ το 60% να περιγράφει ως ιδιαίτερα αγχωτικά την εξασφάλιση της υγείας της οικογένειας/φίλων/συναδέλφων, τη διατήρηση κοινωνικών αποστάσεων μέσα στην οικογένεια, την έλλειψη ελέγχου και την αβεβαιότητα και ίσως για αυτό, το 65% ένιωθε μοναξιά. Μόλις το 48% ήταν πιο αισιόδοξο για το τι θα ακολουθούσε ενώ το 61% είχε μια αυξημένη αίσθηση νοήματος/σκοπού (Shechter et al, 2020). Οι Trumello και ομάδα συνεργατών (2020) σύγκριναν την ψυχολογική προσαρμογή των Ιταλών επαγγελματιών υγείας στην κορύφωση της πανδημίας για την χώρα, τον Απρίλιο. Ειδικότερα σύγκριναν το αντιλαμβανόμενο στρες, το άγχος, την κατάθλιψη, και την ποιότητα επαγγελματικής ζωής (σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, CF, CS) σε 627 επαγγελματίες που εργάζονταν σε περιοχές με μεγάλη έκθεση στον ιό (όπως η Λομβαρδία) (33,5%) και σε περιοχές που επηρεάστηκαν λιγότερο και σε κάθε μια από τις ομάδες αυτές διαχώρισαν τους επαγγελματίες σε αυτούς που εργάζονταν με ασθενείς που νοσούν με COVID (48,8%) και σε αυτούς που δεν είχαν αντίστοιχη έκθεση. Όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν με ασθενείς που νοσούν με COVID παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα του στρες, στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, στο CF, στο άγχος και στην κατάθλιψη αλλά δεν βρέθηκε διαφορά στην CS. Σχετικά με την σύγκριση των περιοχών εργασίας, όσοι εργάζονταν σε περιοχές με υψηλή έκθεση είχαν υψηλότερα επίπεδα του στρες, στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και χαμηλά επίπεδα CS ενώ δεν βρέθηκαν διαφορές στο CF, στο άγχος και στην κατάθλιψη. Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με ασθενείς που νοσούν με COVID είχαν υψηλότερα επίπεδα CF σε αντίθεση με τους Li και συνεργάτες (2020) που βρήκαν αυτά τα επίπεδα υψηλότερα σε νοσηλευτές που εργάζονταν σε άλλα τμήματα και όχι σε νοσηλευτές της πρώτης γραμμής. Οι Zhang και συν. (2020) μελέτησαν σε επαρχία της Κίνας τις ψυχολογικές επιπτώσεις του

νέου κορωνοϊού σε 534 επαγγελματίες υγείας της πρώτης γραμμής. Από τα βασικά ευρήματα της έρευνας ήταν ότι η πλειοψηφία των υγειονομικών συνέχιζαν να εργάζονται πολλές ώρες καθώς πίστευαν ότι είχαν κοινωνική και επαγγελματική υποχρέωση. Φάνηκε επίσης ότι οι βασικές πηγές άγχους άλλαζαν ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα. Έτσι στις ηλικίες 31-40 βασική έννοια ήταν η ασφάλεια των οικογενειών τους, το προσωπικό στις ηλικίες 41-50 ανησυχούσε για τη δική του ασφάλεια ενώ το προσωπικό άνω των 50 ετών βίωνε μεγαλύτερο στρες όταν έβλεπε να πεθαίνουν ασθενείς. Στους παράγοντες άγχους προστίθενται η έλλειψη ΜΑΠ, η εξάντληση λόγω πολύωρης εργασίας, η ασφάλεια των συναδέλφων και η έλλειψη θεραπείας για τον COVID-19. Το ιατρικό προσωπικό ανέμενε να λάβει αναγνώριση από τη διοίκηση του νοσοκομείου ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό ανησυχούσε περισσότερο για την οικονομική ανταμοιβή τους.

Οι Dai και συνεργάτες (2020) βρήκαν ότι το 39,1% των επαγγελματιών υγείας έχουν ψυχολογικές διαταραχές σε σύγκριση με το αντίστοιχο ποσοστό 21,18% των κατοίκων της Κίνας. Μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχών είχαν όσοι επαγγελματίες υγείας χρειάστηκε να απομονωθούν ή είχαν συγγενείς ή συναδέλφους που μολύνθηκαν. Το 34,7% ανησυχούσαν μην νοσήσουν και οι ίδιοι ενώ δεν βρέθηκε διαφορά όταν συγκρίθηκαν αυτοί που νόσησαν με όσους δεν νόσησαν, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με αποτελέσματα ερευνών στο SARS όπου όσοι είχαν νοσήσει ήταν ψυχικά πιο επιβαρυνμένοι. Παρόμοια οι Wu και συνεργάτες (2020) κατέληξαν ότι οι επαγγελματίες υγείας της Wuhan ήταν περισσότερο επιβαρυνμένοι από ότι στις άλλες επαρχίες στις κατηγορίες: «είμαι σε κίνδυνο», «πιθανότητα να νοσήσω», «ανησυχώ μην κολλήσω την οικογένειά μου», «χαμηλή ποιότητα ύπνου», «χρειάζομαι ψυχολογική καθοδήγηση». Οι Lai και συν. (2020) στη μελέτη τους σε 1.257 επαγγελματίες υγείας στην Κίνα, ανακάλυψαν ότι το 50,4% αυτών παρουσίαζε συμπτώματα κατάθλιψης, το 44,6% είχε άγχος, το 34% βίωνε αϋπνία ενώ το 71,5% δυσφορία. Οι γυναίκες, οι νοσηλευτές, οι εργαζόμενοι πρώτης γραμμής και όσοι εργάζονταν στην Wuhan είχαν σοβαρότερου βαθμού διαταραχές. Οι Naser και συνεργάτες (2020) βρήκαν κατάθλιψη στο 23,8% και αγχώδεις διαταραχές στο 13,1% σε όλους τους συμμετέχοντες της έρευνας. Ειδικότερα στους επαγγελματίες υγείας το 21,1% είχε κατάθλιψη με το 8,2% να έχει σοβαρή κατάθλιψη και το 11,3% είχε σοβαρή αγχώδη διαταραχή. Ένα ποσοστό 75,7% φοβόντουσαν μήπως νοσήσουν οι ίδιοι ή μεταδώσουν τον ιό στην οικογένεια τους. Για τους Chew και συνεργάτες (2020) το 10,6% των επαγγελματιών υγείας είχε κατάθλιψη (με το 50% αυτών να έχει μέτρια έως πολύ σοβαρή κατάθλιψη), το 15,7% είχε άγχος (με το 55,6% αυτών μέτριο έως πολύ σοβαρό άγχος) και το 5,2% εμφάνιζε στρες (με το 42,6% αυτών να έχει μέτριο έως σοβαρό). Οι συγγραφείς κατέληξαν επίσης ότι τα πιο κοινά συμπτώματα ήταν ο πονοκέφαλος (31,9%), ο πονόλαιμος (33,6%), το άγχος (26,7%), ο λήθαργος (26,6%), η αϋπνία (21,055) ενώ το 33,4% ανέφεραν περισσότερα από 4 συμπτώματα. Συμπληρώνουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των σωματικών συμπτωμάτων και της

ψυχολογικής δυσφορίας αλλά όχι ότι αυτά εμφανίζονται εξαιτίας της ψυχολογικής δυσφορίας. Οι μεγαλύτερης ηλικίας επαγγελματίες υγείας, η ύπαρξη άλλων ασθενειών, μια προϋπάρχουσα κατάθλιψη, άγχος/στρες και το PTSD ήταν οι πιο κοινοί επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση ψυχολογικών διαταραχών. Για τους Mo και συν (2020) κύριοι επιβαρυντικοί παράγοντες ήταν να είναι μοναχοπαίδια, κάτι που ίσως οφείλεται στην έλλειψη υποστήριξης και στην μετάδοση στην οικογένεια, οι πολλές ώρες εργασίας και το στρες. Το εργασιακό στρες των νοσηλευτών ανερχόταν στο 39,91%. Οι Lu και συνεργάτες (2020) χώρισαν το δείγμα τους τόσο σε επαγγέλματα όσο και χώρους εργασίας. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό βίωνε περισσότερο φόβο από τους διοικητικούς υπαλλήλους (70,6% έναντι 58,4%). Επιπλέον το 22,6% εμφάνιζε ήπιο άγχος και το 2,9% σοβαρό, το 11,8% είχε ήπια κατάθλιψη και το 0,3% σοβαρή. Η εργασία σε θαλάμους απομόνωσης, οι φόβοι μετάδοσης του ιού σε άλλους, η έλλειψη προστατευτικού εξοπλισμού, η απομόνωση από αγαπημένους αλλά και η σκέψη ότι δεν θα τελειώσει ποτέ η πανδημία αποτέλεσαν επιβαρυντικούς παράγοντες για τους συγγραφείς. Η ομάδα των επαγγελματιών υγείας που εργαζόταν σε τμήματα υψηλής έκθεσης είχε 1,4 περισσότερες φορές κίνδυνο να αισθανθούν φόβο, διπλάσιο κίνδυνο άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με μη κλινικούς επαγγελματίες. Οι Zhang και συν (2020) βρήκαν στο δείγμα τους ποσοστά άγχους 28%, κατάθλιψης 30,6% και σύγχυσης 20,1%. Σε αυτή την έρευνα οι επαγγελματίες υγείας μεγαλύτερης ηλικίας είχαν καλύτερη ψυχική από ότι σωματική υγεία ενώ οι γυναίκες ήταν ευάλωτες για κατάθλιψη. Επιπλέον παράγοντες αποτέλεσαν η επάρκεια των ΜΑΠ, καθώς φάνηκε να καθορίζουν την σωματική υγεία, την εργασιακή ικανοποίηση και τη μείωση της δυσφορίας, ενώ ο ιδιωτικός τομέας είχε καλύτερη ψυχική υγεία από τον δημόσιο τομέα. Σε άλλη έρευνα το 36,9% του δείγματος ήταν στο όριο εμφάνισης ψυχολογικών διαταραχών (34,4% ήπιες διαταραχές, 22,4% μέτριες διαταραχές, 6,2% σοβαρές διαταραχές). Και σε αυτή την έρευνα οι χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου και οι νοσηλευτές είχαν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών (Kang et al 2020). Για τους Fang και συνεργάτες (2020) η κατάθλιψη και η μοναξιά είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες (36,97%) και στους νοσηλευτές (37,59%). Η κοινωνική υποστήριξη στους ιατρούς (68,94%) μικρότερη από το τεχνικό προσωπικό (73,66%). Η κοινωνική υποστήριξη είχε αρνητική συσχέτιση με την κατάθλιψη και την μοναξιά ενώ η κατάθλιψη είχε θετική συσχέτιση με την μοναξιά. Οι McFadden και συν (2021) βρήκαν ότι το 31,17% ανέφερε χαμηλή εργασιακή ποιότητα το 26,29% μέτρια εργασιακή ποιότητα, και το 42,54% υψηλή εργασιακή ποιότητα. Θετικές στρατηγικές αντιμετώπισης όπως η αποδοχή και η αναζήτηση βοήθειας σχετίστηκαν με υψηλότερη ευημερία και καλύτερη ποιότητα εργασιακής ζωής. Αντίθετα με τις αρνητικές στρατηγικές αντιμετώπισης όπως η αποφυγή. Οι Braquehais και συν (2020) στην ανασκόπησή τους κατέληξαν σε δυσάρεστα συναισθήματα, σε φόβο, σε υπερδιέγερση, σε εισβολή αναμνήσεων (intrusive memories), σε αϋπνία, σε λύπη και σε συναισθηματική εξάντληση των

επαγγελματιών υγείας. Συγκέντρωσαν σε πίνακα τους παράγοντες που βρήκαν να σχετίζονται με την επίδραση της πανδημίας στους επαγγελματίες υγείας (Πίνακας 4). Παρόμοια και τα ευρήματα των Di Tella και συνεργατών (2020). Όσοι εργάζονταν στα ειδικά τμήματα κορωνοϊού είχαν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και συμπτωμάτων μετατραυματικού άγχους. Οι γυναίκες για άλλη μια φορά είχαν υψηλότερη βαθμολογία στις κλίμακες της κατάθλιψης και οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας περισσότερα μετατραυματικά συμπτώματα όπως υπερδιέγερση, φόβος και εισβολή αναμνήσεων (intrusive memories). Οι Bettinsoli και συν (2020) βρήκαν ότι το 33,5% των επαγγελματιών υγείας του δείγματός τους αγγίζουν το όριο εμφάνισης ψυχολογικών διαταραχών. Οι γυναίκες εμφάνιζαν επιδεινούμενη ψυχική υγεία (άγχος απομόνωσης, συναισθηματικές αντιδράσεις, μειωμένη ψυχική ανθεκτικότητα και αυτεπάρκεια). Οι νοσηλευτές είχαν χειρότερη ψυχική υγεία από τους ιατρούς και το υπόλοιπο προσωπικό. Η επιδεινούμενη ψυχική υγεία συσχετίστηκε θετικά με την απομόνωση, τα αισθήματα φόβου και άγχους/ανησυχίας ενώ τεχνικές αντιμετώπισης όπως η ψυχική ανθεκτικότητα και η αυτεπάρκεια σχετίστηκαν αρνητικά. Η αντίληψη κινδύνου μετάδοσης ήταν υψηλότερη σε επαγγελματίες που εργάζονταν σε βάρδιες μεγαλύτερης διάρκειας και σε περιοχές με υψηλό φορτίο.

ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟΝ COVID-19	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΥΛΙΚΑ ΜΕΣΑ	ΑΝΘΡΩΠΙΝΕΣ ΠΗΓΕΣ	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
Φροντίδα Πρώτης Γραμμής (ΤΕΠ, ΜΕΘ, Πρωτοβάθμια Φροντίδα, Νοσοκομεία COVID-19)	Προηγούμενες Επιδημίες	Διαφάνεια Δεδομένων	Διαθεσιμότητα Ατομικών Μέσων Προστασίας	Πηγές Ψυχολογικής Υποστήριξης	Φύλο
COVID + (Καραντίνας)	Επίπτωση (Χώρα/Περιοχή)	Κυβερνητικό Σχέδιο Δράσης	Χρόνος/Τόπος Ανάπαυσης	Ωρες Εργασίας	Ηλικία
Μετάδοση/Θάνατοι Συνομηλίκων	Στάδιο Πανδημίας	Στρατηγική Δημόσιας Υγείας	Χωρητικότητα Συστήματος Υγείας (Νοσοκομεία, ΜΕΘ)	«Μετατρέπόμενοι» Επαγγελματίες Υγείας	Κοινωνική Υποστήριξη
Τραύμα Ταύτισης (Vicarious Trauma)		Κάλυψη Εθνικού Συστήματος Υγείας	Διαθεσιμότητα Πηγών Θεραπείας	Ειδικευόμενοι Παθολόγοι	Τεχνικές Αντιμετώπισης
Νοσηλεία Για COVID-19				Δημιουργία Νέων Ομάδων	Στοιχεία Προσωπικότητας
Αποφάσεις Τελικού Σταδίου				Ενισχυτικό Προσωπικό	Τύπος Δεσμού
Βαθμός Ευθύνης					Υπαρξη Τέκνων

Φροντίδα Δεύτερης Γραμμής					Προϋπάρχουσες Ψυχικές Διαταραχές
Απομακρυσμένη Τηλεργασία					Πρόσφατα Σωματικά Συμπτώματα
					Ηλικιωμένα Μέλη Οικογένειας
					Θάνατοι Συγγενών
					Κατάχρηση Νόμιμων Και Μη Ουσιών
					Κατάχρηση Αλκοόλ

Πίνακας 4: παράγοντες σχετίζονται με την επίδραση της πανδημίας στους επαγγελματίες υγείας (Braquehais et al 2020)

Η Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ του Νοσοκομείου ΠΓΝ «Αττικόν» διεξήγαγε από τον Απρίλιο έως τον Μάιο μελέτη για την επίδραση της πανδημίας στους επαγγελματίες υγείας. Σε αυτήν συμμετείχαν 402 (28%) εργαζόμενοι του Νοσοκομείου και έγινε σύγκριση των αποτελεσμάτων τους με αυτά των 3316 ατόμων της κοινότητας. Οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου αναφοράς είχαν έκθεση περίπου 33% σε επιβεβαιωμένο κρούσμα της νόσου COVID 19. Οι επαγγελματίες αν και αντιμετωπίζουν θέμα στιγματισμού για πιθανή μετάδοση της νόσου από τους οικείους τους, δεν παρουσιάζουν διαφορές ως προς κρίσιμες ψυχοπαθολογικές διαταραχές, όπως άγχος (8,4%) και κατάθλιψη (17,3%) όταν συγκρίθηκαν με τα άτομα της κοινότητας (11,1% και 23,3% αντίστοιχα) (Γουρνέλλης και συν. 2020). Τον Απρίλιο του 2020 στο νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» της Θεσσαλονίκης, αναζητήθηκαν μετατραυματικά συμπτώματα σε 270 επαγγελματίες υγείας. Οι γυναίκες είχαν υψηλότερη βαθμολογία σε όλες τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη. Τα κριτήρια για μια πιθανή διάγνωση μετατραυματικού στρες πληρούνταν στο 16,7% του συνόλου του δείγματος, από το οποίο 21,7% ήταν γυναίκες και 5,1% άνδρες. Φαίνεται επίσης ο ίδιος πληθυσμός να υποφέρει από αϋπνίες και κατάθλιψη. 73,3% του προσωπικού που υποφέρει από μια πιθανή μετατραυματική διαταραχή είχαν και αϋπνία σε αντίθεση με το 28% αυτών που δεν θα πληρούσαν τα κριτήρια μιας διάγνωσης PTSD. Αντίστοιχα το 48,4% ανέφερε ήπια έως σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης σε αντίθεση με το 11,1%. Επιπλέον τα άτομα που υπέφεραν από μετατραυματικό στρες είχαν υψηλά επίπεδα ανησυχίας και πίστευαν ότι ο κορωνοϊός είναι μια ανίατη ασθένεια (Blekas et al 2020). Έρευνα σε 464 επαγγελματίες υγείας σε 6 νοσοκομεία αναφοράς Covid-19 στην Ελλάδα έδειξε ότι το ποσοστό των επαγγελματιών με τουλάχιστον ήπια συμπτώματα κατάθλιψης ήταν πάνω από 50% και το 30,18% αυτών μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη. Το

αντίστοιχο για ήπιο άγχος ήταν 61,5% με το 25,66% να αναφέρει μέτρια έως σοβαρά επίπεδα άγχους. Επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση κατάθλιψης ήταν ο φόβος, το στρες, οι συχνοί εφιάλτες και οι αναβιώσεις, η έλλειψη ΜΑΠ και η κοινωνική υποστήριξη. Παρόμοια για την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους ενοχοποιήθηκαν ο φόβος και το στρες, οι συχνές αναβιώσεις, η παρουσία συμπτωμάτων Covid-19 και το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο. Τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης βρέθηκαν επίσης πολύ υψηλά με την συναισθηματική εξουθένωση να αναφέρεται από το 65% του δείγματος, την σοβαρή αποπροσωποποίηση από το 92% και την έλλειψη επαγγελματικών επιτευγμάτων από το 51%.

Σε μια διαδικτυακή έρευνα στην κορύφωση της πανδημίας στην Νέα Υόρκη, σε 657 επαγγελματίες υγείας το 57% είχαν οξύ στρες, το 48% είχαν κατάθλιψη και το 33% είχαν άγχος. Οι νοσηλευτές είχαν τα υψηλότερα ποσοστά και στις τρεις εκδηλώσεις σε σχέση με τους θεράποντες ιατρούς και τους ειδικευόμενους. Το 26% είχε σοβαρά ή πολύ σοβαρά προβλήματα ύπνου, με την μέση ημερήσια αναφερόμενη διάρκεια ύπνου να είναι έξι ώρες και τους νοσηλευτές να είναι ξανά η ομάδα με τις πιο σοβαρές διαταραχές ύπνου. Ένα ποσοστό 74% των συμμετεχόντων ανέφεραν φόβους ότι θα μεταδώσουν τον ιό στην οικογένειά τους ενώ το 60% να περιγράφει ως ιδιαίτερα αγχωτικά την εξασφάλιση της υγείας της οικογένειας/φίλων/συναδέλφων, τη διατήρηση κοινωνικών αποστάσεων μέσα στην οικογένεια, την έλλειψη ελέγχου και την αβεβαιότητα και ίσως για αυτό, το 65% ένιωθε μοναξιά. Μόλις το 48% ήταν πιο αισιόδοξο για το τι θα ακολουθούσε ενώ το 61% είχε μια αυξημένη αίσθηση νοήματος/σκοπού (Shechter et al, 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Μεθοδολογία της έρευνας

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσε οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε τμήματα και μονάδες όπου νοσηλεύονται ασθενείς με Covid-19. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί η ΣΥΠΖ σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε νοσοκομείο αναφοράς Covid-19.

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι:

- Η μέτρηση της έκθεσης του προσωπικού στον νέο ιό.
- Η μέτρηση της ΣΥΠΖ και η ανίχνευση των επιμέρους σωματικών και ψυχικών διαταραχών ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας.
- Η αναγνώριση των προδιαθεσικών παραγόντων για την εμφάνιση των διαταραχών αυτών.

Για την επίτευξη των σκοπών και των στόχων της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ο σχεδιασμός της συγχρονικής συλλογής δεδομένων (cross-sectional design) με τη χορήγηση αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων.

Αρχικά κατασκευάστηκε ένα ερωτηματολόγιο από το οποίο συλλέχθηκαν δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία αλλά και στοιχεία απαραίτητα για τις ανάγκες της μελέτης όπως πληροφορίες σχετικά με το ποσοστό της έκθεσης του εκάστοτε επαγγελματία στον ιό. Η τελική μορφή του ερωτηματολογίου διαμορφώθηκε μετά την ολοκλήρωση της μελέτης της διεθνούς βιβλιογραφίας. Στη συνέχεια ακολουθούσε το *SF-36 Health Survey* το οποίο αποτελείται από 36 ερωτήσεις οι οποίες προέρχονται από μια πηγή 149 ερωτήσεων που συνέλλεξαν και επεξεργάστηκαν οι ερευνητές της Μελέτης Ιατρικών Ευρημάτων (Ware & Sherbourne 1992). Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα Ελληνικά από τον Καθηγητή Μ. Σαρρή. Ζητήθηκε η άδεια χρησιμοποίησής του στη συγκεκριμένη έρευνα. Στην πρώτη φάση της μελέτης πραγματοποιήθηκε εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση και κατασκευάστηκε το εισαγωγικό ερωτηματολόγιο στη βάση της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας, που αφορά στα δημογραφικά, ατομικά και επαγγελματικά στοιχεία του προσωπικού καθώς και στο είδος, το βαθμό και τη διάρκεια της έκθεσης σε περιστατικά Covid-19. Στη δεύτερη φάση ζητήθηκαν οι άδειες εκπόνησης της μελέτης από το ΠΓΝ «Αττικών». Ακολούθησε η διανομή των ερωτηματολογίων, η συλλογή των δεδομένων και η κωδικοποιημένη εισαγωγή των

απαντήσεων στη βάση δεδομένων. Στην τρίτη φάση πραγματοποιήθηκε η στατιστική ανάλυση και η εξαγωγή των συμπερασμάτων και η συγγραφή της μελέτης.

4.2 Στατιστική επεξεργασία και ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) ή ως διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος). Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (one-way anova). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient).

Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τις βαθμολογίες. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

4.3 Εξαγωγή Αποτελεσμάτων

4.3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία εργασίας και ιατρικό ιστορικό

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από **68** επαγγελματίες υγείας και διοικητικό προσωπικό.

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα στοιχεία εργασίας και το ιατρικό ιστορικό των συμμετεχόντων στη μελέτη.

Πίνακας 5: Δημογραφικά χαρακτηριστικά, στοιχεία εργασίας και ιατρικό ιστορικό

Χαρακτηριστικό	N	%
<u>ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</u>		
Ηλικία		
20-24	2	2,9
25-29	10	14,7
30-34	11	16,2
35-39	13	19,1
40-44	14	20,6
45-49	11	16,2
50-54	4	5,9
55-59	3	4,4
Φύλο		
Άρρεν	13	19,1
Θήλυ	55	80,9

Οικογενειακή κατάσταση		
Ελεύθερος/η	31	45,6
Παντρεμένος/η	25	36,8
Διαζευγμένος/η	4	5,9
Ελεύθερη Συμβίωση	8	11,8
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
ΥΕ	2	2,9
ΔΕ	11	16,2
ΤΕ	11	16,2
ΠΕ	15	22,1
Μεταπτυχιακό	22	32,4
Διδακτορικό	7	10,3
Ειδικότητα		
Δερματολογία	2	2,9
Παθολογία	4	5,9
Έχετε λάβει κάποια ειδική εκπαίδευση σε λοιμώξεις και διαχείριση λοιμωδών νόσων;		
Ναι	19	27,9
Όχι	49	72,1
Περιγράψτε:		
Ειδικές λοιμώξεις	2	2,9
Ειδικότητα παθολογίας	2	2,9

Εκπαίδευση από γραφείο λοιμώξεων	1	1,5
Μονάδα λοιμώξεων	4	5,9
ΜΠΣ Δημόσιας Υγείας	1	1,5
ΜΠΣ Λοιμωξιολογίας	1	1,5
Συνέδριο λοιμώξεων	1	1,5
<u>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</u>		
Τμήμα εργασίας		
Διοικητικό προσωπικό	10	14,7
Κλινικές COVID-19	19	27,9
ΜΕΘ	14	20,6
Μονάδα λοιμώξεων	6	8,8
ΤΕΠ	19	27,9
Έτη προϋπηρεσίας στον τομέα της υγείας συνολικά		
Λιγότερο από 1 έτος	5	7,4
1-5 έτη	16	23,5
6-10 έτη	16	23,5
11-15 έτη	11	16,2
16-20 έτη	9	13,2
Περισσότερο από 20 έτη	11	16,2
Χρονικό διάστημα εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας Covid-19 στην Ελλάδα		
Λιγότερο από εβδομάδα	0	0,0

1-2 εβδομάδες	1	1,5
1 μήνα	0	0,0
2-3 μήνες	3	4,4
5-6 μήνες	4	5,9
Περισσότερο από 6 μήνες	60	88,2
Ειδικότητα		
Ιατρός	15	22,1
Νοσηλεύτης	42	61,8
Διοικητικός Υπάλληλος	10	14,7
Άλλο	1	1,5
Κατέχετε θέση ευθύνης;		
Ναι	29	42,6
Όχι	39	57,4
Εργάζεστε σε κυκλικό ωράριο;		
Ναι	50	73,5
Όχι	18	26,5
<u>ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ</u>		
Έχετε ιστορικό χρόνιας νόσου;		
Ναι	14	20,6
Όχι	54	79,4
Υπάρχει ιστορικό ψυχικής νόσου στην οικογένειά σας;		

Ναι	6	8,8
Όχι	62	91,2
Έχετε διαγνωστεί με Covid-19;		
Ναι	9	13,2
Όχι	59	86,8
Έχει διαγνωστεί κάποιος στο οικογενειακό σας περιβάλλον με Covid-19;		
Ναι	15	22,1
Όχι	53	77,9
Έχει διαγνωστεί κάποιος στο φιλικό σας περιβάλλον με Covid-19;		
Ναι	48	71,6
Όχι	19	28,4
Έχει διαγνωστεί κάποιος στον κοινωνικό σας περίγυρο με Covid-19;		
Ναι	63	92,6
Όχι	5	7,4

Το 80,9% των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν γυναίκες, το 2,9% ήταν ηλικίας από 20 έως 24 ετών, το 14,7% από 25 έως 29 ετών, το 16,2% από 30 έως 34 ετών, το 19,1% από 35 έως 39 ετών, το 20,6% από 40 έως 44 ετών, το 16,2% από 45 έως 49 ετών, το 5,9% από 50 έως 54 ετών και το 4,4% από 55 έως 59 ετών.

Το 36,8% ήταν έγγαμοι/-ες, το 45,6% ήταν ελεύθεροι/-ες, το 5,9% ήταν διαζευγμένοι/-ες και το 11,8% ήταν σε ελεύθερη συμβίωση.

Το 2,9% ήταν απόφοιτοι ΥΕ, το 16,2% απόφοιτοι ΔΕ, το 16,2% απόφοιτοι ΤΕ, το 22,1% απόφοιτοι ΠΕ, το 32,4% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου και το 10,3% κάτοχοι διδακτορικού τίτλου. Το 27,9% είχαν λάβει κάποια ειδική εκπαίδευση σε λοιμώξεις και διαχείριση λοιμωδών νόσων.

Το 14,7% εργάζονταν στο τμήμα διοικητικού, το 27,9% σε κλινικές COVID-19, το 20,6% σε ΜΕΘ, το 8,8% σε μονάδα λοιμώξεων και το 27,9% σε ΤΕΠ.

Το 7,4% είχαν συνολικά λιγότερο από 1 έτος προϋπηρεσίας στον τομέα της υγείας, το 23,5% από 1 έως 5 έτη, το 23,5% από 6 έως 10 έτη, το 16,2% από 11 έως 15 έτη, το 13,2% από 16 έως 20 έτη και το 16,2% περισσότερο από 20 έτη.

Το 1,5% είχαν από 1 έως 2 εβδομάδες διάστημα εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας Covid-19 στην Ελλάδα, το 4,4% από 2 έως 3 μήνες, το 5,9% από 5 έως 6 μήνες και το 88,2% περισσότερο από 6 μήνες.

Το 22,1% ήταν γιατροί, το 61,8% νοσηλευτές, το 14,7% διοικητικοί υπάλληλοι και το 1,5% λοιπό προσωπικό. Το 42,6% κατείχαν θέση ευθύνης και το 73,5% εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο.

Το 20,6% είχαν ιστορικό χρόνιας νόσου και το 8,8% είχαν ιστορικό ψυχικής νόσου στην οικογένειά τους.

Το 13,2% είχαν διαγνωστεί με Covid-19, το 22,1% είχαν κάποιον στο οικογενειακό τους περιβάλλον που είχε διαγνωστεί με Covid-19, το 71,6% είχαν κάποιον στο φιλικό τους περιβάλλον που είχε διαγνωστεί με Covid-19 και το 92,6% είχαν κάποιον στον κοινωνικό τους περίγυρο που είχε διαγνωστεί με Covid-19.

4.3.2 Διαχείριση της έκθεσης στον κορωνοϊό στο χώρο εργασίας

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη διαχείριση της έκθεσης στον κορωνοϊό στο χώρο εργασίας.

Πίνακας 6: Διαχείριση της έκθεσης στον κορωνοϊό στο χώρο εργασίας

Χαρακτηριστικό	N	%
Εργάζεστε σε τμήμα/μονάδα υψηλής έκθεσης στον κορωνοϊό (ΤΕΠ, ΜΕΘ, Κλινική Covid-19);		
Ναι	66	97,1
Όχι	2	2,9
Τι ποσοστό του ωραρίου εργασίας σας εκτιμάτε ότι καταλάμβανε η περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19;		
0%-25%	10	14,7
25%-50%	14	20,6
50%-75%	12	17,6
75%-100%	32	47,1
Τα καθήκοντά σας περιλαμβάνουν άμεση σωματική επαφή με τον ασθενή;		
Ναι	57	83,8
Όχι	11	16,2
Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει καλύτερα την εργασία σας και την έκθεση σας σε πιθανό ασθενή με Covid-19;		
Δεν έχω επαφή με ασθενείς, έχω μόνο με συναδέλφους	0	0,0
Έχω επαφή με ασθενείς/συνοδούς αλλά εργάζομαι πίσω από τζάμι	10	14,7

Έχω επαφή με ασθενείς/συνοδούς αλλά εργάζομαι σε γραφείο	1	1,5
Έχω επαφή με ασθενείς αλλά εργάζομαι σε μονάδα/τμήμα non- Covid-19	3	4,4
Έχω επαφή με ασθενείς και εργάζομαι σε μονάδα/τμήμα Covid-19	54	79,4
Θεωρείτε ότι είστε επαρκώς ενημερωμένος/η σχετικά με τον νέο κορωνοϊό (συμπτώματα και σημεία, τρόποι μετάδοσης, ευπαθείς ομάδες);		
Ναι	58	85,3
Όχι	10	14,7
Θεωρείτε ότι έχετε πρόσβαση στα κατάλληλα μέσα ατομικής προστασίας για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με Covid-19;		
Ποτέ	5	7,4
Σπάνια	5	7,4
Αρκετά συχνά	28	41,2
Πάντα	30	44,1
Θεωρείτε επαρκή την παροχή μέσων ατομικής προστασίας από τον φορέα εργασίας σας;		
Ναι	19	27,9
Όχι	16	23,5
Αρκετά επαρκή	33	48,5
Ανησυχείτε μήπως εκτεθείτε ο ίδιος/α στον ιό Covid-19;		

Ναι	45	66,2
Όχι	23	33,8
Ανησυχείτε μήπως μεταδώσετε τον ιό Covid-19 στην οικογένειά σας;		
Ναι	61	89,7
Όχι	7	10,3
Ανησυχείτε για συναδέλφους σας που εργάζονται στην πρώτη γραμμή;(άμεση επαφή με ασθενείς με Covid-19)		
Ναι	57	83,8
Όχι	11	16,2
Ανησυχείτε για την στάση τρίτων απέναντί σας, όσον αφορά την εργασία σας με ασθενείς που νοσούν από Covid-19;		
Ναι	39	57,4
Όχι	29	42,6
Θεωρείτε ότι έχετε στιγματιστεί από τρίτους όσον αφορά την εργασία σας με ασθενείς που νοσούν από Covid-19;		
Ναι	30	44,1
Όχι	38	55,9
Ανησυχείτε για την παρούσα στρατηγική πρόληψης και ελέγχου του Covid-19;		
Ναι	49	72,1

Όχι	19	27,9
Είστε ικανοποιημένοι με την παρέχουσα ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τον φορέα εργασίας σας;		
Ναι	16	23,5
Όχι	52	76,5

Το 97,1% των συμμετεχόντων στη μελέτη εργάζονταν σε τμήμα/μονάδα υψηλής έκθεσης στον κορωνοϊό (ΤΕΠ, ΜΕΘ, Κλινική Covid-19) και το μεγαλύτερο ποσοστό (47,1%) κατανάλωνε από 75% έως 100% του ωραρίου εργασίας τους στη περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19.

Για το 83,8% των συμμετεχόντων στη μελέτη τα καθήκοντά τους περιελάμβαναν άμεση σωματική επαφή με τον ασθενή:

- Το 14,7% είχαν επαφή με ασθενείς/συνοδούς αλλά εργάζονταν πίσω από τζάμι.
- Το 1,5% είχαν επαφή με ασθενείς/συνοδούς αλλά εργάζονταν σε γραφείο.
- Το 4,4% είχαν επαφή με ασθενείς αλλά εργάζονταν σε μονάδα/τμήμα non-Covid-19.
- Το 79,4% είχαν επαφή με ασθενείς και εργάζονταν σε μονάδα/τμήμα Covid-19.

Το 85,3% θεωρούσαν ότι ήταν επαρκώς ενημερωμένοι/ες σχετικά με τον νέο κορωνοϊό (συμπτώματα και σημεία, τρόποι μετάδοσης, ευπαθείς ομάδες) και ότι είχαν αρκετά συχνά/πάντα πρόσβαση στα κατάλληλα ΜΑΠ για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με Covid-19.

Το 27,9% θεωρούσαν επαρκή την παροχή ΜΑΠ από τον φορέα εργασίας τους και το 48,5% αρκετά επαρκή.

Το 66,2% ανησυχούσαν μήπως εκτεθούν οι ίδιοι/ες στον ιό Covid-19, το 89,7% μήπως μεταδώσουν τον ιό Covid-19 στην οικογένειά τους, το 83,8% για συναδέλφους τους που εργάζονταν στην πρώτη γραμμή (άμεση επαφή με ασθενείς με Covid-19) και το 57,4% για την στάση των τρίτων απέναντί τους, όσον αφορούσε την εργασία τους με ασθενείς που νοσούσαν από Covid-19.

Το 44,1% θεωρούσαν ότι είχαν στιγματιστεί από τρίτους όσον αφορούσε την εργασία τους με ασθενείς που νοσούσαν από Covid-19 και το 72,1% ανησυχούσαν για την παρούσα στρατηγική πρόληψης και ελέγχου του Covid-19.

Τέλος, το 23,5% ήταν ικανοποιημένοι/ες με την παρέχουσα ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τον φορέα εργασίας τους.

4.3.3 Σχετιζόμενη Με Την Υγεία Ποιότητα Ζωής (SF-36v2 Health Survey)

Για την αξιολόγηση της ΣΥΠΖ, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36. Το ερωτηματολόγιο SF-36 αποτελείται από 36 ερωτήσεις που συνθέτουν 8 υποκλίμακες (subscales):

1. Σωματική λειτουργικότητα (Physical Functioning - PF): **10** ερωτήσεις
2. Σωματικός ρόλος (Role-Physical - RP): **4** ερωτήσεις
3. Σωματικός πόνος (Bodily Pain - BP): **2** ερωτήσεις
4. Γενική υγεία (General Health - GH): **5** ερωτήσεις
5. Ζωτικότητα (Vitality - VT): **4** ερωτήσεις
6. Κοινωνική λειτουργικότητα (Social Functioning - SF): **2** ερωτήσεις
7. Συναισθηματικός ρόλος (Role-Emotional - RE): **3** ερωτήσεις
8. Ψυχική υγεία (Mental Health - MH): **5** ερωτήσεις

Οι 8 υποκλίμακες συνθέτουν 2 συνοπτικές κλίμακες για την απλούστερη αυτοεκτίμηση της ΣΥΠΖ:

- τη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας (Physical Health Component Summary - PCS) και
- τη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας (Mental Health Component Summary - MCS)

Επίσης, το SF-36 περιλαμβάνει και μία ερώτηση αναφορικά με το πώς ο ερωτώμενος αυτό-εκτιμά την κατάσταση της υγείας του σε σύγκριση με 1 χρόνο πριν (*Συγκρίνοντας την υγεία σας τώρα με την υγεία που είχατε ένα χρόνο πριν, θα λέγατε ότι τώρα είναι:*)

Οι (υπο)κλίμακες διαμορφώνονται με τέτοιο τρόπο ώστε η μεγαλύτερη βαθμολογία να υποδηλώνει καλύτερη υγεία και καλύτερη ΠΖ. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων και την εξαγωγή των σχετικών συμπερασμάτων στη παρούσα μελέτη, χρησιμοποιήθηκαν οι **προτυποποιημένες βαθμολογίες** (Norm-based Scoring – Mean=50, SD=10) για λόγους ευχερέστερης σύγκρισης των αποτελεσμάτων με τα αντίστοιχα αποτελέσματα παρόμοιων μελετών. Οι προτυποποιημένες βαθμολογίες καλούνται για την παρούσα ανάλυση *βαθμολογίες*.

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha του SF-36. Οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας και για τις δύο (2) συνοπτικές κλίμακες ήταν >0,9 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια του SF-36.

Πίνακας 7: Συντελεστές εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha του SF-36

Κλίμακα	Cronbach's alpha
Συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας (Physical Health Component Summary)	0,906
Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας (Mental Health Component Summary)	0,936

Στον Πίνακα 8α και 8β παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στο SF-36 και τα περιγραφικά μέτρα των βαθμολογιών του SF36 για την ΠΖ.

Πίνακας 8α: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στο SF-36

Ερωτήσεις	Απαντήσεις				
	Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
Σε γενικές γραμμές θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:	13 (19,1)	25 (36,8)	26 (38,2)	3 (4,4)	1 (1,5)
Συγκρίνοντας την υγεία σας τώρα με την υγεία που είχατε ένα χρόνο πριν, θα λέγατε ότι τώρα είναι:	Πολύ καλύτερη	Κάπως καλύτερη	Περίπου η ίδια	Κάπως χειρότερη	Πολύ χειρότερη
	5 (7,4)	3 (4,4)	46 (67,6)	14 (20,6)	0 (0,0)
<i>Τώρα η υγεία σας, σας περιορίζει ...</i>	Πολύ	Λίγο	Καθόλου		
Να κάνετε έντονες σωματικές δραστηριότητες π.χ τρέξιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, συμμετοχή σε επίπονα αθλήματα κλπ.	16 (23,9)	18 (26,9)	33 (49,3)		
Να κάνετε μέτριες σωματικές δραστηριότητες π.χ μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας, περίπατο, ελαφρό τροχάδην κλπ.	9 (13,2)	13 (19,1)	46 (67,6)		
Να σηκώνετε ή να μεταφέρετε σακούλες με ψώνια από το σούπερ μάρκετ	6 (8,8)	14 (20,6)	48 (70,6)		

Ποιότητα Ζωής Σχετιζόμενη Με Την Υγεία Επαγγελματιών Υγείας Σε
 Νοσοκομείο Αναφοράς Κορωνοϊού Καβαρνός
 Γεώργιος

Να ανεβαίνετε αρκετούς ορόφους από τις σκάλες	12 (17,6)	21 (30,9)	35 (51,5)
Να ανεβαίνετε έναν όροφο από τις σκάλες	4 (5,9)	9 (13,2)	55 (80,9)
Να σκύβετε ή να γονατίζετε	7 (10,3)	18 (26,5)	43 (63,2)
Να περπατάτε περισσότερο από ένα χιλιόμετρο	7 (10,3)	14 (20,6)	47 (69,1)
Να περπατάτε αρκετά τετράγωνα	6 (8,8)	16 (23,5)	46 (67,6)
Να περπατάτε ένα τετράγωνο	4 (5,9)	4 (5,9)	60 (88,2)
Να πλένεσθε ή να ντύνεστε μόνος/η σας	5 (7,4)	1 (1,5)	62 (91,2)
<i>Τον τελευταίο μήνα είχατε κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα σαν αποτέλεσμα της υγείας σας;</i>	Ναι	Όχι	
Μειώσατε το χρόνο που διαθέτατε για την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας	16 (23,5)	52 (76,5)	
Κάνατε λιγότερα πράγματα από όσο θα θέλατε	38 (55,9)	30 (44,1)	
Περιορίσατε το είδος της εργασίας ή των άλλων ασχολιών σας	26 (38,2)	42 (61,8)	
Χρειάστηκε να κάνετε μεγαλύτερη προσπάθεια για να εκτελέσετε την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας	28 (41,2)	40 (58,8)	
<i>Τον τελευταίο μήνα είχατε κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα σαν αποτέλεσμα της ψυχολογικής σας κατάστασης π.χ εάν αισθανθήκατε καταθλιπτικά ή αγχωμένα;</i>	Ναι	Όχι	
Μειώσατε το χρόνο που διαθέτατε για την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας	21 (30,9)	47 (69,1)	

Κάνατε λιγότερα πράγματα από όσο θα θέλατε	41 (60,3)	27 (39,7)			
Δεν κάνατε την εργασία ή τις άλλες ασχολίες σας τόσο προσεκτικά όπως συνήθως	21 (30,9)	47 (69,1)			
<i>Τον τελευταίο μήνα σε ποιο βαθμό η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες ή άλλους;</i>	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
	19 (27,9)	17 (25,0)	10 (14,7)	17 (25,0)	5 (7,4)
<i>Τον τελευταίο μήνα πόσο σωματικό πόνο είχατε;</i>	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
	17 (25,0)	12 (17,6)	18 (26,5)	15 (22,1)	6 (8,9)
<i>Τον τελευταίο μήνα κατά πόσο ο σωματικός σας πόνος επηρέασε τη συνηθισμένη εργασία σας εντός και εκτός σπιτιού;</i>	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
	30 (44,1)	23 (33,8)	10 (14,7)	4 (5,9)	1 (1,5)
Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθάνεστε και πως σας πήγαν τα πράγματα τον τελευταίο μήνα. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα...	Συνέχεια	Πολύ συχνά	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια
Αισθανθήκατε γεμάτος ζωτικότητα	3 (4,4)	8 (11,8)	20 (29,4)	26 (38,2)	11 (16,1)
Ήσασταν πολύ νευρικός	1 (1,5)	7 (10,3)	21 (30,9)	21 (30,9)	18 (26,5)
Αισθανθήκατε τόσο άσχημα που τίποτα δεν μπορούσε να σας δώσει λίγη χαρά	3 (4,4)	3 (4,4)	12 (17,6)	10 (14,7)	40 (58,9)
Αισθανθήκατε ήρεμα και γαλήνια	2 (2,9)	14 (20,6)	17 (25,0)	20 (29,4)	15 (22,1)
Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα	1 (1,5)	15 (22,1)	21 (30,9)	20 (29,4)	11 (16,2)
Αισθανθήκατε απογοητευμένος και μελαγχολικός	1 (1,5)	6 (8,8)	17 (25,0)	25 (36,8)	19 (28,0)

Ποιότητα Ζωής Σχετιζόμενη Με Την Υγεία Επαγγελματιών Υγείας Σε Καβαρνός
 Νοσοκομείο Αναφοράς Κορωνοϊού Γεώργιος

Αισθανθήκατε εξαντλημένος	1 (1,5)	18 (26,9)	17 (25,4)	21 (31,3)	10 (14,9)
Νοιώσατε ευτυχισμένος	3 (4,4)	15 (22,1)	20 (29,4)	20 (29,4)	10 (14,7)
Αισθανθήκατε κουρασμένος	7 (10,3)	24 (35,3)	11 (16,2)	21 (30,9)	5 (7,4)
<i>Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες π.χ με φίλους, συγγενείς κλπ.</i>	Συνέχεια	Πολύ συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
	3 (4,4)	17 (25,0)	22 (32,4)	13 (19,1)	13 (19,1)
<i>Πόσο Σωστό ή Λάθος είναι για σας οι παρακάτω καταστάσεις;</i>	Εντελώς σωστό	Μάλλον σωστό	Δεν γνωρίζω	Μάλλον λάθος	Εντελώς λάθος
Νομίζω ότι αρρωσταίνω πιο εύκολα από άλλους	1 (1,5)	4 (5,9)	12 (17,6)	23 (33,8)	28 (41,2)
Είμαι υγιής όπως κάθε άλλον που γνωρίζω	14 (20,6)	24 (35,3)	21 (30,9)	7 (10,3)	2 (2,9)
Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερέψει	0 (0,0)	12 (17,6)	21 (30,9)	15 (22,1)	20 (29,4)
Η υγεία μου είναι εξαιρετική	9 (13,2)	33 (48,5)	13 (19,1)	12 (17,6)	1 (1,5)

Πίνακας 8β: Περιγραφικά μέτρα των βαθμολογιών του SF136 για την ΠΖ

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση (SD)	Διάμεσος	Ενδοτεταρτημοριακό εύρος (IR)	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Βαθμολογία σωματικής λειτουργικότητας	79,1	26,0	90,0	35,0	0,0	100,0
Βαθμολογία σωματικού ρόλου	60,3	40,1	75,0	75,0	0,0	100,0
Βαθμολογία σωματικού πόνου	67,6	24,0	70,0	33,0	10,0	100,0
Βαθμολογία γενικής υγείας	69,1	16,8	72,0	25,0	32,0	100,0
Βαθμολογία ζωτικότητας	46,7	17,8	45,0	25,0	10,0	85,0
Βαθμολογία κοινωνικής λειτουργικότητας	58,1	28,4	62,5	37,5	0,0	100,0
Βαθμολογία συναισθηματικού ρόλου	63,7	48,1	66,7	66,7	0,0	100,0
Βαθμολογία ψυχικής υγείας	57,2	17,5	60,0	28,0	16,0	96,0
Βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας	48,3	8,3	48,6	11,1	28,9	62,7

Βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας	40,2	12,5	39,6	17,7	17,9	69,5
--	------	------	------	------	------	------

- Η μέση βαθμολογία σωματικής λειτουργικότητας ήταν 79,1 (SD=26), η διάμεσος ήταν 90 (IR=35), η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 100.
- Η μέση βαθμολογία σωματικού ρόλου ήταν 60,3 (SD=40,1), η διάμεσος ήταν 75 (IR=75), η ελάχιστη τιμή ήταν 10 και η μέγιστη τιμή ήταν 100.
- Η μέση βαθμολογία σωματικού πόνου ήταν 67,6 (SD=24), η διάμεσος ήταν 70 (IR=33), η ελάχιστη τιμή ήταν 10 και η μέγιστη τιμή ήταν 100.
- Η μέση βαθμολογία γενικής υγείας ήταν 69,1 (SD=16,8), η διάμεσος ήταν 72 (IR=25), η ελάχιστη τιμή ήταν 32 και η μέγιστη τιμή ήταν 100.
- Η μέση βαθμολογία ζωτικότητας ήταν 46,7 (SD=17,8), η διάμεσος ήταν 45 (IR=25), η ελάχιστη τιμή ήταν 10 και η μέγιστη τιμή ήταν 85.
- Η μέση βαθμολογία κοινωνικής λειτουργικότητας ήταν 58,1 (SD=28,4), η διάμεσος ήταν 62,5 (IR=37,5), η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 100.
- Η μέση βαθμολογία συναισθηματικού ρόλου ήταν 63,7 (SD=48,1), η διάμεσος ήταν 66,7 (IR=66,7), η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 100.
- Η μέση βαθμολογία ψυχικής υγείας ήταν 57,2 (SD=17,5), η διάμεσος ήταν 60 (IR=28), η ελάχιστη τιμή ήταν 16 και η μέγιστη τιμή ήταν 96.
- Η μέση βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας ήταν 48,3 (SD=8,3), η διάμεσος ήταν 48,6 (IR=11,1), η ελάχιστη τιμή ήταν 28,9 και η μέγιστη τιμή ήταν 62,7.
- Η μέση βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας ήταν 40,2 (SD=12,5), η διάμεσος ήταν 39,6 (IR=17,7), η ελάχιστη τιμή ήταν 17,9 και η μέγιστη τιμή ήταν 69,5.

4.4. Συσχετίσεις

4.4.1. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Βαθμολογία Σωματικής Λειτουργικότητας (Physical Functioning)

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σωματική λειτουργικότητας.

Πίνακας 9: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σωματικής λειτουργικότητας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία σωματικής λειτουργικότητας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Ηλικία^α	-0,099	0,426
Φύλο^β		0,268
Άρρεν	86,7 (19,1)	
Θήλυ	77,5 (27,1)	
Οικογενειακή κατάσταση^β		0,754
Ελεύθερος/η - Διαζευγμένος/η - Ελεύθερη Συμβίωση	79,9 (26,7)	
Παντρεμένος/η	77,8 (25,1)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο^α	0,247	0,044
Ειδική εκπαίδευση σε λοιμώξεις και διαχείριση λοιμωδών νόσων^β		0,209
Ναι	72,5 (32,6)	
Όχι	81,5 (23,0)	

Τμήμα εργασίας^γ		0,294
Διοικητικό προσωπικό	82,5 (17,8)	
Κλινικές COVID-19	82,2 (26,5)	
ΜΕΘ	65,7 (25,2)	
Μονάδα λοιμώξεων	78,3 (23,2)	
ΤΕΠ	84,5 (29,2)	
Έτη προϋπηρεσίας στον τομέα της υγείας συνολικά^α	-0,193	0,117
Χρονικό διάστημα εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας Covid-19 στην Ελλάδα^α	-0,281	0,021
Ειδικότητα^γ		0,062
Ιατρός	92,9 (16,7)	
Νοσηλεύτης	74,4 (28,5)	
Διοικητικός Υπάλληλος	82,5 (17,8)	
Κατοχή θέσης ευθύνης^β		0,153
Ναι	84,5 (24,4)	
Όχι	75,3 (26,7)	
Εργασία σε κυκλικό ωράριο^β		0,393
Ναι	77,4 (27,8)	
Όχι	83,6 (19,9)	
Ιστορικό χρόνιας νόσου^β		0,938
Ναι	79,6 (23,0)	
Όχι	79,0 (26,8)	

Ιστορικό ψυχικής νόσου στην οικογένεια^β		0,004
Ναι	93,3 (8,2)	
Όχι	77,7 (26,7)	
Διάγνωση με Covid-19^β		0,436
Ναι	72,8 (22,7)	
Όχι	80,1 (26,5)	
Διάγνωση ατόμου στο οικογενειακό περιβάλλον με Covid-19^β		0,478
Ναι	83,3 (20,2)	
Όχι	77,9 (27,4)	
Διάγνωση ατόμου στο φιλικό περιβάλλον με Covid-19^β		0,975
Ναι	79,2 (24,4)	
Όχι	78,9 (30,3)	
Ποσοστό ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19^α	0,086	0,487
Συμπερίληψη της άμεσης σωματικής επαφής με τον ασθενή στα καθήκοντα^β		0,490
Ναι	78,1 (27,3)	
Όχι	84,1 (17,7)	
Επαρκής ενημέρωση σχετικά με τον νέο κορωνοϊό (συμπτώματα και σημεία, τρόποι μετάδοσης, ευπαθείς ομάδες)^β		0,885
Ναι	79,3 (26,2)	

Όχι	78,0 (25,8)	
Βαθμός πρόσβασης στα κατάλληλα μέσα ατομικής προστασίας για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με Covid-19^α	0,196	0,112
Επαρκής παροχή μέσων ατομικής προστασίας από τον φορέα εργασίας^β		0,919
Ναι	78,9 (27,3)	
Όχι	79,7 (21,9)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την πιθανότητα έκθεσης του ιδίου στον ιό Covid-19^β		0,448
Ναι	81,1 (21,0)	
Όχι	75,2 (33,7)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την πιθανότητα μετάδοσης του Covid-19 στην οικογένεια^β		0,834
Ναι	79,3 (24,9)	
Όχι	77,1 (36,3)	
Ύπαρξη ανησυχίας για συναδέλφους που εργάζονται στην πρώτη γραμμή (άμεση επαφή με ασθενείς με Covid-19)^β		0,948
Ναι	79,2 (25,1)	
Όχι	78,6 (31,5)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την στάση τρίτων, όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19^β		0,004
Ναι	71,8 (30,3)	

Όχι	88,6 (14,5)	
Υπαρξη στίγματος από τρίτους όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19^β		0,333
Ναι	75,7 (28,4)	
Όχι	81,9 (23,8)	
Υπαρξη ανησυχίας για την παρούσα στρατηγική πρόληψης και ελέγχου του Covid-19^β		0,702
Ναι	78,3 (26,1)	
Όχι	81,1 (26,1)	
Ίκανοποίηση με την παρέχουσα ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τον φορέα εργασίας^β		0,190
Ναι	86,6 (25,0)	
Όχι	76,8 (26,0)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Συντελεστής συσχέτισης Spearman

^β Έλεγχος t

^γ Ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του **0,05** ($p < 0,05$) μεταξύ της βαθμολογίας σωματικής λειτουργικότητας και 9 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 10.

Πίνακας 10: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία σωματικής λειτουργικότητας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Έτη προϋπηρεσίας στον τομέα της υγείας συνολικά	-4,281	-7,882 έως -0,680	0,021
Ύπαρξη ανησυχίας για την στάση τρίτων, όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19	16,180	40,259 έως 28,102	0,009
Ικανοποίηση με την παρέχουσα ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τον φορέα εργασίας	-18,733	-32,921 έως -4,546	0,011

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης προέκυψε ότι:

- Η αύξηση των ετών προϋπηρεσίας στον τομέα της υγείας συνολικά σχετίζονταν μείωση της βαθμολογίας σωματικής λειτουργικότητας ($p=0,021$).
- Τα άτομα που είχαν ανησυχία την στάση τρίτων, όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19, είχαν μικρότερη βαθμολογία σωματικής λειτουργικότητας σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν ανησυχία ($p=0,009$).
- Τα άτομα που ήταν ικανοποιημένα την παρέχουσα ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τον φορέα εργασίας είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σωματικής λειτουργικότητας σε σχέση με τα άτομα που δεν ήταν ικανοποιημένα ($p=0,011$).

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **21,7%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας σωματικής λειτουργικότητας ($p=0,001$).

4.4.2. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Βαθμολογία Σωματικού Ρόλου (Role Physical)

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την βαθμολογία σωματικού ρόλου.

Πίνακας 11: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την βαθμολογία σωματικού ρόλου.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία σωματικού ρόλου (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Ηλικία^α	0,211	0,084
Φύλο^β		0,376
Άρρεν	69,2 (34,1)	
Θήλυ	58,2 (41,4)	
Οικογενειακή κατάσταση^β		0,446
Ελεύθερος/η - Διαζευγμένος/η - Ελεύθερη Συμβίωση	57,6 (42,4)	
Παντρεμένος/η	65,0 (36,1)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο^α	-0,246	0,043
Ειδική εκπαίδευση σε λοιμώξεις και διαχείριση λοιμωδών νόσων^β		0,977
Ναι	60,5 (41,9)	
Όχι	60,2 (39,8)	
Τμήμα εργασίας^γ		0,027

Διοικητικό προσωπικό	80,0 (28,4)	
Κλινικές COVID-19	72,4 (37,2)	
ΜΕΘ	33,9 (34,8)	
Μονάδα λοιμώξεων	50,0 (31,6)	
ΤΕΠ	60,5 (45,9)	
Έτη προϋπηρεσίας στον τομέα της υγείας συνολικά^α	0,133	0,279
Χρονικό διάστημα εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας Covid-19 στην Ελλάδα^α	-0,211	0,084
Ειδικότητα^γ		0,265
Ιατρός	56,7 (42,7)	
Νοσηλεύτης	57,7 (41,1)	
Διοικητικός Υπάλληλος	80,0 (28,4)	
Κατοχή θέσης ευθύνης^β		0,756
Ναι	62,1 (38,2)	
Όχι	59,0 (41,9)	
Εργασία σε κυκλικό ωράριο^β		0,069
Ναι	55,5 (41,7)	
Όχι	73,6 (32,6)	
Ιστορικό χρόνιας νόσου^β		0,102
Ναι	44,6 (44,0)	
Όχι	64,4 (38,4)	

Ιστορικό ψυχικής νόσου στην οικογένεια^β		0,901
Ναι	58,3 (49,2)	
Όχι	60,5 (39,6)	
Διάγνωση με Covid-19^β		0,136
Ναι	41,7 (45,1)	
Όχι	63,1 (38,9)	
Διάγνωση ατόμου στο οικογενειακό περιβάλλον με Covid-19^β		0,832
Ναι	58,3 (46,0)	
Όχι	60,8 (38,8)	
Διάγνωση ατόμου στο φιλικό περιβάλλον με Covid-19^β		0,192
Ναι	56,8 (40,5)	
Όχι	71,1 (38,4)	
Ποσοστό ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19^α	-0,321	0,008
Συμπερίληψη της άμεσης σωματικής επαφής με τον ασθενή στα καθήκοντα^β		0,061
Ναι	57,0 (41,4)	
Όχι	77,3 (28,4)	
Επαρκής ενημέρωση σχετικά με τον νέο κορωνοϊό (συμπτώματα και σημεία, τρόποι μετάδοσης, ευπαθείς ομάδες)^β		0,384

Ναι	62,1 (40,6)	
Όχι	50,0 (37,3)	
Βαθμός πρόσβασης στα κατάλληλα μέσα ατομικής προστασίας για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με Covid-19^α	0,094	0,446
Επαρκής παροχή μέσων ατομικής προστασίας από τον φορέα εργασίας^β		0,178
Ναι	63,9 (39,4)	
Όχι	48,4 (41,3)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την πιθανότητα έκθεσης του ίδιου στον ιό Covid-19^β		0,577
Ναι	58,3 (40,2)	
Όχι	64,1 (40,5)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την πιθανότητα μετάδοσης του Covid-19 στην οικογένεια^β		0,602
Ναι	59,4 (40,1)	
Όχι	67,9 (42,6)	
Ύπαρξη ανησυχίας για συναδέλφους που εργάζονται στην πρώτη γραμμή (άμεση επαφή με ασθενείς με Covid-19)^β		0,765
Ναι	59,6 (40,3)	
Όχι	63,6 (40,9)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την στάση τρίτων, όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από		0,444

Covid-19^β		
Ναι	57,1 (40,5)	
Όχι	64,7 (39,8)	
Ύπαρξη στίγματος από τρίτους όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19^β		0,266
Ναι	54,2 (40,0)	
Όχι	65,1 (40,1)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την παρούσα στρατηγική πρόληψης και ελέγχου του Covid-19^β		0,025
Ναι	54,1 (41,3)	
Όχι	76,3 (32,8)	
Ικανοποίηση με την παρέχουσα ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τον φορέα εργασίας^β		<0,001
Ναι	89,1 (25,8)	
Όχι	51,4 (39,7)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Συντελεστής συσχέτισης Spearman

^β Έλεγχος t

^γ Ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του **0,20 (p<0,20)** μεταξύ της βαθμολογίας σωματικού ρόλου και 13 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 12.

Πίνακας 12: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την βαθμολογία σωματικού ρόλου.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ιστορικό χρόνιας νόσου	23,174	0,679 έως 45,669	0,044
Ποσοστό ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19	-10,447	-19,156 έως -1,737	0,020
Επαρκής παροχή μέσω ατομικής προστασίας από τον φορέα εργασίας	-25,944	-47,104 έως -4,785	0,017

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης προέκυψε ότι:

- Τα άτομα που είχαν ιστορικό χρόνιας νόσου είχαν μικρότερη βαθμολογία σωματικού ρόλου σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν ιστορικό χρόνιας νόσου ($p=0,044$).
- Η αύξηση του ποσοστού ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19 σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας σωματικού ρόλου ($p=0,020$).
- Τα άτομα που θεωρούσαν ότι η παροχή ΜΑΠ από τον φορέα εργασίας ήταν επαρκής είχαν μικρότερη βαθμολογία σωματικού ρόλου σε σχέση με τα άτομα που δεν το θεωρούσαν ($p=0,017$).

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **24,5%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας σωματικού ρόλου ($p<0,001$).

4.4.3. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Βαθμολογία Σωματικού Πόνου (Bodily Pain)

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την βαθμολογία σωματικού πόνου.

Πίνακας 13: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την βαθμολογία σωματικού πόνου.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία σωματικού πόνου (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Ηλικία^α	0,254	0,037
Φύλο^β		0,121
Άρρεν	76,9 (19,8)	
Θήλυ	65,4 (24,5)	
Οικογενειακή κατάσταση^β		0,998
Ελεύθερος/η - Διαζευγμένος/η - Ελεύθερη Συμβίωση	67,6 (25,2)	
Παντρεμένος/η	67,6 (22,2)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο^α	0,079	0,524
Ειδική εκπαίδευση σε λοιμώξεις και διαχείριση λοιμωδών νόσων^β		0,360
Ναι	71,9 (20,6)	
Όχι	66,0 (25,2)	
Τμήμα εργασίας^γ		<0,001

Διοικητικό προσωπικό	72,8 (19,6)	
Κλινικές COVID-19	72,5 (23,0)	
ΜΕΘ	46,3 (20,2)	
Μονάδα λοιμώξεων	56,3 (26,1)	
ΤΕΠ	79,4 (18,8)	
Έτη προϋπηρεσίας στον τομέα της υγείας συνολικά^α	0,283	0,019
Χρονικό διάστημα εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας Covid-19 στην Ελλάδα^α	-0,199	0,104
Ειδικότητα^γ		0,016
Ιατρός	81,1 (19,8)	
Νοσηλεύτης	61,3 (24,6)	
Διοικητικός Υπάλληλος	72,8 (19,6)	
Κατοχή θέσης ευθύνης^β		0,462
Ναι	70,1 (23,0)	
Όχι	65,8 (24,8)	
Εργασία σε κυκλικό ωράριο^β		0,067
Ναι	64,4 (24,9)	
Όχι	76,5 (19,1)	
Ιστορικό χρόνιας νόσου^β		0,316
Ναι	61,9 (23,5)	
Όχι	69,1 (24,1)	
Ιστορικό ψυχικής νόσου στην οικογένεια^β		0,947

Ναι	67,0 (26,4)	
Όχι	67,7 (24,0)	
Διάγνωση με Covid-19^β		0,256
Ναι	59,1 (21,0)	
Όχι	68,9 (24,3)	
Διάγνωση ατόμου στο οικογενειακό περιβάλλον με Covid-19^β		0,457
Ναι	71,7 (28,4)	
Όχι	66,5 (22,8)	
Διάγνωση ατόμου στο φιλικό περιβάλλον με Covid-19^β		0,768
Ναι	68,3 (23,7)	
Όχι	66,3 (26,0)	
Ποσοστό ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19^α	-0,225	0,066
Συμπερίληψη της άμεσης σωματικής επαφής με τον ασθενή στα καθήκοντα^β		0,252
Ναι	66,2 (24,5)	
Όχι	75,3 (20,3)	
Επαρκής ενημέρωση σχετικά με τον νέο κορωνοϊό (συμπτώματα και σημεία, τρόποι μετάδοσης, ευπαθείς ομάδες)^β		0,503
Ναι	68,4 (24,5)	

Όχι	62,9 (21,6)	
Βαθμός πρόσβασης στα κατάλληλα μέσα ατομικής προστασίας για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με Covid-19^α	0,164	0,181
Επαρκής παροχή μέσων ατομικής προστασίας από τον φορέα εργασίας^β		0,095
Ναι	70,3 (22,9)	
Όχι	58,9 (26,1)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την πιθανότητα έκθεσης του ιδίου στον ιό Covid-19^β		0,084
Ναι	64,0 (24,4)	
Όχι	74,7 (21,9)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την πιθανότητα μετάδοσης του Covid-19 στην οικογένεια^β		0,243
Ναι	66,5 (24,5)	
Όχι	77,7 (17,3)	
Ύπαρξη ανησυχίας για συναδέλφους που εργάζονται στην πρώτη γραμμή (άμεση επαφή με ασθενείς με Covid-19)^β		0,024
Ναι	64,8 (24,4)	
Όχι	82,5 (15,7)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την στάση τρίτων, όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19^β		0,906

Ναι	67,3 (24,1)	
Όχι	68,0 (24,2)	
Υπαρξη στίγματος από τρίτους όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19^β		0,519
Ναι	65,5 (23,7)	
Όχι	69,3 (24,4)	
Υπαρξη ανησυχίας για την παρούσα στρατηγική πρόληψης και ελέγχου του Covid-19^β		0,073
Ναι	65,0 (26,3)	
Όχι	74,4 (15,2)	
Ικανοποίηση με την παρέχουσα ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τον φορέα εργασίας^β		0,074
Ναι	77,0 (16,6)	
Όχι	64,8 (25,3)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Συντελεστής συσχέτισης Spearman

^β Έλεγχος t

^γ Ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε **στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 (p<0,20) μεταξύ της βαθμολογίας σωματικού πόνου και 14 ανεξάρτητων μεταβλητών**. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 14.

Πίνακας 14: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την βαθμολογία σωματικού πόνου.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	3,630	0,179 έως 7,082	0,040
Ειδικότητα	-14,307	-24,582 έως -4,031	0,007
Ποσοστό ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19	-9,134	-14,690 έως -3,577	0,002
Ύπαρξη ανησυχίας για συναδέλφους που εργάζονται στην πρώτη γραμμή; (άμεση επαφή με ασθενείς με Covid-19)	16,713	1,989 έως 31,437	0,027

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης προέκυψε ότι:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας σωματικού πόνου ($p=0,040$).
- Οι γιατροί είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σωματικού πόνου σε σχέση με τους διοικητικούς υπαλλήλους και τους νοσηλευτές ($p=0,007$).
- Η αύξηση του ποσοστού ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19 σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας σωματικού πόνου ($p=0,002$).
- Τα άτομα που ανησυχούσαν για συναδέλφους που εργάζονται στην πρώτη γραμμή είχαν μικρότερη βαθμολογία σωματικού πόνου σε σχέση με τα άτομα που δεν ανησυχούσαν ($p=0,027$).

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **27,3 %** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας σωματικού πόνου ($p<0,001$).

4.4.4. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Βαθμολογία γενικής Υγείας (General Health)

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την βαθμολογία γενικής υγείας.

Πίνακας 15: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την βαθμολογία γενικής υγείας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία γενικής υγείας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Ηλικία^α	0,029	0,815
Φύλο^β		0,335
Άρρεν	65,1 (15,8)	
Θήλυ	70,1 (17,0)	
Οικογενειακή κατάσταση^β		0,957
Ελεύθερος/η - Διαζευγμένος/η - Ελεύθερη Συμβίωση	69,2 (17,0)	
Παντρεμένος/η	69,0 (16,8)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο^α	-0,137	0,264
Ειδική εκπαίδευση σε λοιμώξεις και διαχείριση λοιμωδών νόσων^β		0,255
Ναι	72,9 (13,1)	
Όχι	67,7 (17,9)	
Τμήμα εργασίας^γ		0,046

Διοικητικό προσωπικό	63,3 (13,0)	
Κλινικές COVID-19	73,2 (13,9)	
ΜΕΘ	59,2 (17,7)	
Μονάδα λοιμώξεων	76,3 (14,0)	
ΤΕΠ	73,2 (18,6)	
Έτη προϋπηρεσίας στον τομέα της υγείας συνολικά^α	0,084	0,497
Χρονικό διάστημα εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας Covid-19 στην Ελλάδα^α	-0,321	0,008
Ειδικότητα^γ		0,444
Ιατρός	72,1 (18,5)	
Νοσηλεύτης	69,4 (17,2)	
Διοικητικός Υπάλληλος	63,3 (13,0)	
Κατοχή θέσης ευθύνης^β		0,261
Ναι	71,7 (13,4)	
Όχι	67,3 (18,9)	
Εργασία σε κυκλικό ωράριο^β		0,979
Ναι	69,2 (17,7)	
Όχι	69,1 (14,4)	
Ιστορικό χρόνιας νόσου^β		0,034
Ναι	60,7 (16,4)	
Όχι	71,3 (16,3)	
Ιστορικό ψυχικής νόσου στην οικογένεια^β		0,290

Ναι	62,2 (22,0)	
Όχι	69,8 (16,3)	
Διάγνωση με Covid-19^β		0,522
Ναι	65,8 (18,7)	
Όχι	69,7 (16,6)	
Διάγνωση ατόμου στο οικογενειακό περιβάλλον με Covid-19^β		0,615
Ναι	67,2 (16,3)	
Όχι	69,7 (17,0)	
Διάγνωση ατόμου στο φιλικό περιβάλλον με Covid-19^β		0,817
Ναι	68,9 (16,6)	
Όχι	69,9 (18,0)	
Ποσοστό ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19^α	0,060	0,630
Συμπερίληψη της άμεσης σωματικής επαφής με τον ασθενή στα καθήκοντα^β		0,592
Ναι	69,6 (16,9)	
Όχι	66,6 (16,5)	
Επαρκής ενημέρωση σχετικά με τον νέο κορωνοϊό (συμπτώματα και σημεία, τρόποι μετάδοσης, ευπαθείς ομάδες)^β		0,205
Ναι	70,2 (17,0)	

Όχι	62,9 (14,4)	
Βαθμός πρόσβασης στα κατάλληλα μέσα ατομικής προστασίας για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με Covid-19^α	0,185	0,131
Επαρκής παροχή μέσων ατομικής προστασίας από τον φορέα εργασίας^β		0,129
Ναι	70,9 (17,8)	
Όχι	63,6 (11,8)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την πιθανότητα έκθεσης του ιδίου στον ιό Covid-19^β		0,042
Ναι	66,2 (15,5)	
Όχι	74,9 (18,0)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την πιθανότητα μετάδοσης του Covid-19 στην οικογένεια^β		0,107
Ναι	68,0 (16,6)	
Όχι	78,9 (16,1)	
Ύπαρξη ανησυχίας για συναδέλφους που εργάζονται στην πρώτη γραμμή (άμεση επαφή με ασθενείς με Covid-19)^β		0,825
Ναι	68,9 (15,9)	
Όχι	70,2 (21,7)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την στάση τρίτων, όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19^β		0,326
Ναι	67,4 (17,6)	

Όχι	71,5 (15,7)	
Υπαρξη στίγματος από τρίτους όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19^β		0,066
Ναι	64,7 (19,8)	
Όχι	72,6 (13,2)	
Υπαρξη ανησυχίας για την παρούσα στρατηγική πρόληψης και ελέγχου του Covid-19^β		0,320
Ναι	67,9 (16,6)	
Όχι	72,4 (17,2)	
Ικανοποίηση με την παρέχουσα ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τον φορέα εργασίας^β		0,225
Ναι	73,6 (13,0)	
Όχι	67,8 (17,7)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Συντελεστής συσχέτισης Spearman

^β Έλεγχος t

^γ Ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας γενικής υγείας και 8 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 16.

Πίνακας 16: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την βαθμολογία γενικής υγείας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Χρονικό διάστημα εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας Covid-19 στην Ελλάδα	-6,787	-12,417 έως -1,156	0,019
Ιστορικό χρόνιας νόσου	10,720	1,479 έως 19,962	0,024
Βαθμός πρόσβασης στα κατάλληλα μέσα ατομικής προστασίας για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με Covid-19	4,889	0,640 έως 9,139	0,025

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης προέκυψε ότι:

- Η αύξηση του χρονικού διαστήματος εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας Covid-19 στην Ελλάδα σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας γενικής υγείας ($p=0,019$).
- Τα άτομα με ιστορικό χρόνιας νόσου είχαν μικρότερη βαθμολογία γενικής υγείας σε σχέση με τα άτομα χωρίς ιστορικό χρόνιας νόσου ($p=0,024$).
- Η αύξηση του βαθμού πρόσβασης στα κατάλληλα ΜΑΠ για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με Covid-19 σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας γενικής υγείας ($p=0,025$).

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **27,3 %** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας γενικής υγείας ($p=0,001$).

4.4.5. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Βαθμολογία ζωτικότητας (Vitality)

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την βαθμολογία ζωτικότητας.

Πίνακας 17: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την βαθμολογία ζωτικότητας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία ζωτικότητας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Ηλικία^α	0,253	0,039
Φύλο^β		0,364
Άρρεν	50,8 (18,1)	
Θήλυ	45,7 (17,7)	
Οικογενειακή κατάσταση^β		0,277
Ελεύθερος/η - Διαζευγμένος/η - Ελεύθερη Συμβίωση	44,9 (17,1)	
Παντρεμένος/η	49,8 (18,8)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο^α	-0,004	0,975
Ειδική εκπαίδευση σε λοιμώξεις και διαχείριση λοιμωδών νόσων^β		0,573
Ναι	48,7 (17,6)	
Όχι	45,9 (18,0)	
Τμήμα εργασίας^γ		0,548

Διοικητικό προσωπικό	51,0 (19,7)	
Κλινικές COVID-19	44,5 (15,4)	
ΜΕΘ	41,1 (19,3)	
Μονάδα λοιμώξεων	49,2 (18,8)	
ΤΕΠ	50,3 (18,0)	
Έτη προϋπηρεσίας στον τομέα της υγείας συνολικά^α	0,158	0,203
Χρονικό διάστημα εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας Covid-19 στην Ελλάδα^α	-0,076	0,540
Ειδικότητα^γ		0,714
Ιατρός	46,1 (15,3)	
Νοσηλεύτης	45,8 (18,5)	
Διοικητικός Υπάλληλος	51,0 (19,7)	
Κατοχή θέσης ευθύνης^β		0,519
Ναι	45,2 (14,1)	
Όχι	47,9 (20,3)	
Εργασία σε κυκλικό ωράριο^β		0,125
Ναι	44,7 (18,0)	
Όχι	52,2 (16,4)	
Ιστορικό χρόνιας νόσου^β		0,028
Ναι	37,5 (14,6)	
Όχι	49,2 (17,9)	

Ιστορικό ψυχικής νόσου στην οικογένεια^β		0,229
Ναι	38,3 (18,6)	
Όχι	47,5 (17,6)	
Διάγνωση με Covid-19^β		0,014
Ναι	33,3 (10,9)	
Όχι	48,8 (17,8)	
Διάγνωση ατόμου στο οικογενειακό περιβάλλον με Covid-19^β		0,362
Ναι	43,0 (18,6)	
Όχι	47,8 (17,6)	
Διάγνωση ατόμου στο φιλικό περιβάλλον με Covid-19^β		0,435
Ναι	45,6 (17,4)	
Όχι	49,5 (19,4)	
Ποσοστό ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19^α	-0,374	0,002
Συμπερίληψη της άμεσης σωματικής επαφής με τον ασθενή στα καθήκοντα^β		0,302
Ναι	45,7 (17,6)	
Όχι	51,8 (18,9)	
Επαρκής ενημέρωση σχετικά με τον νέο κορωνοϊό (συμπτώματα και σημεία, τρόποι μετάδοσης, ευπαθείς ομάδες)^β		0,478

Ναι	47,4 (17,8)	
Όχι	43,0 (18,0)	
Βαθμός πρόσβασης στα κατάλληλα μέσα ατομικής προστασίας για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με Covid-19^α	0,104	0,403
Επαρκής παροχή μέσων ατομικής προστασίας από τον φορέα εργασίας^β		0,969
Ναι	46,8 (18,4)	
Όχι	46,6 (16,3)	
Υπαρξη ανησυχίας για την πιθανότητα έκθεσης του ιδίου στον ιό Covid-19^β		0,367
Ναι	45,3 (18,0)	
Όχι	49,5 (17,3)	
Υπαρξη ανησυχίας για την πιθανότητα μετάδοσης του Covid-19 στην οικογένεια^β		0,080
Ναι	45,4 (17,9)	
Όχι	57,9 (12,9)	
Υπαρξη ανησυχίας για συναδέλφους που εργάζονται στην πρώτη γραμμή (άμεση επαφή με ασθενείς με Covid-19)^β		0,639
Ναι	47,1 (18,8)	
Όχι	45,0 (11,6)	
Υπαρξη ανησυχίας για την στάση τρίτων, όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από		0,786

Covid-19^β		
Ναι	47,2 (19,5)	
Όχι	46,0 (15,5)	
Υπαρξη στίγματος από τρίτους όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19^β		0,948
Ναι	46,6 (18,7)	
Όχι	46,8 (17,3)	
Υπαρξη ανησυχίας για την παρούσα στρατηγική πρόληψης και ελέγχου του Covid-19^β		<0,001
Ναι	42,1 (17,3)	
Όχι	58,4 (13,1)	
Ικανοποίηση με την παρέχουσα ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τον φορέα εργασίας^β		<0,001
Ναι	60,3 (13,7)	
Όχι	42,5 (16,8)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Συντελεστής συσχέτισης Spearman

^β Έλεγχος t

^γ Ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του **0,20 (p<0,20)** μεταξύ της βαθμολογίας ζωτικότητας και 8 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 18.

Πίνακας 18: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την βαθμολογία ζωτικότητας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Διάγνωση με Covid-19	13,576	3,507 έως 23,645	0,009
Ποσοστό ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19	-5,944	-8,969 έως -2,919	<0,001
Ύπαρξη ανησυχίας για την παρούσα στρατηγική πρόληψης και ελέγχου του Covid-19	14,837	7,275 έως 22,399	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης προέκυψε ότι:

- Τα άτομα που είχαν διαγνωστεί με Covid-19 είχαν μικρότερη βαθμολογία ζωτικότητας σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν διαγνωστεί ($p=0,009$).
- Η αύξηση του ποσοστού ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19 σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας ζωτικότητας ($p<0,001$).
- Τα άτομα που ανησυχούσαν για την παρούσα στρατηγική πρόληψης και ελέγχου του Covid-19 είχαν μικρότερη βαθμολογία ζωτικότητας σε σχέση με τα άτομα που δεν ανησυχούσαν ($p<0,001$).

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **38,9%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ζωτικότητας ($p<0,001$).

4.4.6. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Βαθμολογία Κοινωνικής Λειτουργικότητας (Social Functioning)

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την βαθμολογία κοινωνικής λειτουργικότητας.

Πίνακας 19: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την βαθμολογία κοινωνικής λειτουργικότητας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία κοινωνικής λειτουργικότητας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Ηλικία^α	0,159	0,195
Φύλο^β		0,375
Άρρεν	64,4 (25,4)	
Θήλυ	56,6 (29,1)	
Οικογενειακή κατάσταση^β		0,523
Ελεύθερος/η - Διαζευγμένος/η - Ελεύθερη Συμβίωση	56,4 (26,8)	
Παντρεμένος/η	61,0 (31,3)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο^α	-0,004	0,974
Ειδική εκπαίδευση σε λοιμώξεις και διαχείριση λοιμωδών νόσων^β		0,750
Ναι	59,9 (29,6)	
Όχι	57,4 (28,2)	
Τμήμα εργασίας^γ		0,349

Διοικητικό προσωπικό	70,0 (31,3)	
Κλινικές COVID-19	61,8 (27,5)	
ΜΕΘ	46,4 (25,2)	
Μονάδα λοιμώξεων	56,3 (33,3)	
ΤΕΠ	57,2 (28,0)	
Έτη προϋπηρεσίας στον τομέα της υγείας συνολικά^α	0,065	0,600
Χρονικό διάστημα εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας Covid-19 στην Ελλάδα^α	-0,301	0,013
Ειδικότητα^γ		0,365
Ιατρός	57,5 (24,9)	
Νοσηλεύτης	55,7 (29,1)	
Διοικητικός Υπάλληλος	70,0 (31,3)	
Κατοχή θέσης ευθύνης^β		0,895
Ναι	58,6 (25,7)	
Όχι	57,7 (30,6)	
Εργασία σε κυκλικό ωράριο^β		0,025
Ναι	53,5 (27,9)	
Όχι	70,8 (26,4)	
Ιστορικό χρόνιας νόσου^β		0,033
Ναι	43,8 (29,3)	

Όχι	61,8 (27,2)	
Ιστορικό ψυχικής νόσου στην οικογένεια^β		0,339
Ναι	68,8 (25,9)	
Όχι	57,1 (28,6)	
Διάγνωση με Covid-19^β		0,286
Ναι	48,6 (33,9)	
Όχι	59,5 (27,5)	
Διάγνωση ατόμου στο οικογενειακό περιβάλλον με Covid-19^β		0,869
Ναι	59,2 (32,6)	
Όχι	57,8 (27,4)	
Διάγνωση ατόμου στο φιλικό περιβάλλον με Covid-19^β		0,226
Ναι	55,7 (26,8)	
Όχι	65,1 (32,2)	
Ποσοστό ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19^α	-0,248	0,042
Συμπερίληψη της άμεσης σωματικής επαφής με τον ασθενή στα καθήκοντα^β		0,061
Ναι	55,3 (27,2)	
Όχι	72,7 (31,0)	
Επαρκής ενημέρωση σχετικά με τον νέο κορωνοϊό (συμπτώματα και σημεία, τρόποι		0,605

μετάδοσης, ευπαθείς ομάδες) ^β		
Ναι	58,8 (28,0)	
Όχι	53,8 (31,8)	
Βαθμός πρόσβασης στα κατάλληλα μέσα ατομικής προστασίας για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με Covid-19^α	0,130	0,289
Επαρκής παροχή μέσων ατομικής προστασίας από τον φορέα εργασίας^β		0,154
Ναι	60,8 (29,3)	
Όχι	49,2 (23,9)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την πιθανότητα έκθεσης του ιδίου στον ιό Covid-19^β		0,053
Ναι	53,3 (27,6)	
Όχι	67,4 (28,1)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την πιθανότητα μετάδοσης του Covid-19 στην οικογένεια^β		0,340
Ναι	57,0 (28,6)	
Όχι	67,9 (25,9)	
Ύπαρξη ανησυχίας για συναδέλφους που εργάζονται στην πρώτη γραμμή (άμεση επαφή με ασθενείς με Covid-19)^β		0,398
Ναι	56,8 (28,8)	
Όχι	64,8 (26,1)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την στάση τρίτων,		0,100

όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19^β		
Ναι	53,2 (29,1)	
Όχι	64,7 (26,5)	
Ύπαρξη στίγματος από τρίτους όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19^β		0,098
Ναι	51,7 (28,4)	
Όχι	63,2 (27,7)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την παρούσα στρατηγική πρόληψης και ελέγχου του Covid-19^β		0,001
Ναι	51,0 (27,5)	
Όχι	76,3 (22,4)	
Ικανοποίηση με την παρέχουσα ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τον φορέα εργασίας^β		0,004
Ναι	74,2 (22,1)	
Όχι	53,1 (28,4)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Συντελεστής συσχέτισης Spearman

^β Έλεγχος t

^γ Ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας κοινωνικής λειτουργικότητας και 12 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 20.

Πίνακας 20: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την βαθμολογία κοινωνικής λειτουργικότητας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Χρονικό διάστημα εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας Covid-19 στην Ελλάδα	-13,054	-21,888 έως -4,219	0,004
Ποσοστό ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19	-8,110	-13,212 έως -3,007	0,002
Ύπαρξη ανησυχίας για την παρούσα στρατηγική πρόληψης και ελέγχου του Covid-19	19,105	6,173 έως 32,037	0,004

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης προέκυψε ότι:

- Η αύξηση του χρονικού διαστήματος εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας Covid-19 στην Ελλάδα σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας κοινωνικής λειτουργικότητας ($p=0,004$).
- Η αύξηση του ποσοστού ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19 σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας κοινωνικής λειτουργικότητας ($p=0,002$).

- Τα άτομα που ανησυχούσαν για την παρούσα στρατηγική πρόληψης και ελέγχου του Covid-19 είχαν μικρότερη βαθμολογία κοινωνικής λειτουργικότητας σε σχέση με τα άτομα που δεν ανησυχούσαν ($p=0,004$).

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **34,3%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας κοινωνικής λειτουργικότητας ($p<0,001$).

4.4.7. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Βαθμολογία Συναισθηματικού Ρόλου (Role Emotional)

Στον Πίνακα 21 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την βαθμολογία συναισθηματικού ρόλου.

Πίνακας 21: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την βαθμολογία συναισθηματικού ρόλου.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία συναισθηματικού ρόλου (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Ηλικία^α	0,229	0,061
Φύλο^β		0,379
Άρρεν	74,4 (49,4)	
Θήλυ	61,2 (47,9)	
Οικογενειακή κατάσταση^β		0,468
Ελεύθερος/η - Διαζευγμένος/η - Ελεύθερη Συμβίωση	60,5 (49,5)	
Παντρεμένος/η	69,3 (46,1)	

Εκπαιδευτικό επίπεδο^α	-0,206	0,092
Ειδική εκπαίδευση σε λοιμώξεις και διαχείριση λοιμωδών νόσων^β		0,952
Ναι	63,2 (41,4)	
Όχι	63,9 (50,8)	
Τμήμα εργασίας^γ		0,048
Διοικητικό προσωπικό	83,3 (23,6)	
Κλινικές COVID-19	78,9 (63,1)	
ΜΕΘ	33,3 (37,0)	
Μονάδα λοιμώξεων	66,7 (36,5)	
ΤΕΠ	59,6 (42,4)	
Έτη προϋπηρεσίας στον τομέα της υγείας συνολικά^α	0,087	0,482
Χρονικό διάστημα εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας Covid-19 στην Ελλάδα^α	-0,244	0,045
Ειδικότητα^γ		0,381
Ιατρός	64,4 (55,6)	
Νοσηλεύτης	59,5 (49,7)	
Διοικητικός Υπάλληλος	83,3 (23,6)	
Κατοχή θέσης ευθύνης^β		0,667
Ναι	66,7 (44,5)	
Όχι	61,5 (51,0)	

Εργασία σε κυκλικό ωράριο^β		0,043
Ναι	56,7 (48,7)	
Όχι	83,3 (41,6)	
Ιστορικό χρόνιας νόσου^β		0,041
Ναι	40,5 (39,6)	
Όχι	69,8 (48,6)	
Ιστορικό ψυχικής νόσου στην οικογένεια^β		0,654
Ναι	72,2 (39,0)	
Όχι	62,9 (49,1)	
Διάγνωση με Covid-19^β		0,074
Ναι	37,0 (35,1)	
Όχι	67,8 (48,7)	
Διάγνωση ατόμου στο οικογενειακό περιβάλλον με Covid-19^β		0,347
Ναι	53,3 (45,1)	
Όχι	66,7 (48,9)	
Διάγνωση ατόμου στο φιλικό περιβάλλον με Covid-19^β		0,019
Ναι	55,6 (40,3)	
Όχι	86,0 (60,2)	
Ποσοστό ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19^α	-0,306	0,011

Συμπερίληψη της άμεσης σωματικής επαφής με τον ασθενή στα καθήκοντα^β		0,032
Ναι	60,2 (51,0)	
Όχι	81,8 (22,9)	
Επαρκής ενημέρωση σχετικά με τον νέο κορωνοϊό (συμπτώματα και σημεία, τρόποι μετάδοσης, ευπαθείς ομάδες)^β		0,619
Ναι	64,9 (50,1)	
Όχι	56,7 (35,3)	
Βαθμός πρόσβασης στα κατάλληλα μέσα ατομικής προστασίας για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με Covid-19^α	0,107	0,385
Επαρκής παροχή μέσων ατομικής προστασίας από τον φορέα εργασίας^β		0,481
Ναι	66,0 (46,9)	
Όχι	56,3 (52,7)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την πιθανότητα έκθεσης του ιδίου στον ιό Covid-19^β		0,287
Ναι	59,3 (43,7)	
Όχι	72,5 (55,6)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την πιθανότητα μετάδοσης του Covid-19 στην οικογένεια^β		0,658
Ναι	62,8 (49,10)	
Όχι	71,4 (40,5)	

Ύπαρξη ανησυχίας για συναδέλφους που εργάζονται στην πρώτη γραμμή (άμεση επαφή με ασθενείς με Covid-19)^β		0,175
Ναι	60,2 (46,9)	
Όχι	81,8 (52,4)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την στάση τρίτων, όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19^β		0,667
Ναι	61,5 (49,9)	
Όχι	66,7 (46,3)	
Ύπαρξη στίγματος από τρίτους όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19^β		0,574
Ναι	60,0 (54,9)	
Όχι	66,7 (42,4)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την παρούσα στρατηγική πρόληψης και ελέγχου του Covid-19^β		0,003
Ναι	53,1 (40,2)	
Όχι	91,2 (56,5)	
Ικανοποίηση με την παρέχουσα ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τον φορέα εργασίας^β		0,004
Ναι	93,8 (52,0)	
Όχι	54,5 (43,3)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Συντελεστής συσχέτισης Spearman

^β Έλεγχος t

^γ Ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας συναισθηματικού ρόλου και 13 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 22

Πίνακας 22: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την βαθμολογία συναισθηματικού ρόλου.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Εργασία σε κυκλικό ωράριο	32,253	2,869 έως 61,637	0,032
Ιστορικό χρόνιας νόσου	35,691	9,316 έως 62,066	0,009
Διάγνωση ατόμου στο φιλικό περιβάλλον με Covid-19	37,558	15,108 έως 60,009	0,001
Ποσοστό ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19	-17,459	-28,396 έως -6,522	0,002
Ύπαρξη ανησυχίας για συναδέλφους που εργάζονται στην πρώτη γραμμή (άμεση επαφή με ασθενείς με Covid-19)	30,772	3,191 έως 58,352	0,029

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης προέκυψε ότι:

- Τα άτομα που εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο είχαν μικρότερη βαθμολογία συναισθηματικού ρόλου σε σχέση με τα άτομα που δεν εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο ($p=0,032$).
- Τα άτομα που είχαν ιστορικό χρόνιας νόσου είχαν μικρότερη βαθμολογία συναισθηματικού ρόλου σε σχέση με τα άτομα χωρίς ιστορικό χρόνιας νόσου ($p=0,009$).
- Τα άτομα που στο φιλικό τους περιβάλλον είχαν κάποιον που είχε διαγνωστεί με Covid-19 είχαν μικρότερη βαθμολογία συναισθηματικού ρόλου σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν ($p=0,001$).
- Η αύξηση του ποσοστού ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19 σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας συναισθηματικού ρόλου ($p=0,002$).
- Τα άτομα που ανησυχούσαν για συναδέλφους που εργάζονται στην πρώτη γραμμή είχαν μικρότερη βαθμολογία συναισθηματικού ρόλου σε σχέση με τα άτομα που δεν ανησυχούσαν ($p=0,029$).

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **31,2%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας συναισθηματικού ρόλου ($p<0,001$).

4.4.8. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Βαθμολογία Ψυχικής Υγείας (Mental Health)

Στον Πίνακα 23 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την βαθμολογία ψυχικής υγείας.

Πίνακας 23: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την βαθμολογία ψυχικής υγείας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία ψυχικής υγείας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Ηλικία^α	0,096	0,436
Φύλο^β		0,935
Άρρεν	57,5 (16,0)	
Θήλυ	57,1 (18,0)	
Οικογενειακή κατάσταση^β		0,438
Ελεύθερος/η - Διαζευγμένος/η - Ελεύθερη Συμβίωση	55,9 (15,4)	
Παντρεμένος/η	59,4 (20,8)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο^α	-0,118	0,340
Ειδική εκπαίδευση σε λοιμώξεις και διαχείριση λοιμωδών νόσων^β		0,378
Ναι	60,2 (17,7)	
Όχι	56,0 (17,5)	
Τμήμα εργασίας^γ		0,089

Διοικητικό προσωπικό	58,0 (16,4)	
Κλινικές COVID-19	61,3 (13,2)	
ΜΕΘ	45,7 (18,7)	
Μονάδα λοιμώξεων	62,7 (18,7)	
ΤΕΠ	59,4 (18,7)	
Έτη προϋπηρεσίας στον τομέα της υγείας συνολικά^α	0,025	0,839
Χρονικό διάστημα εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας Covid-19 στην Ελλάδα^α	-0,227	0,062
Ειδικότητα^γ		0,933
Ιατρός	58,4 (16,1)	
Νοσηλεύτης	56,6 (18,8)	
Διοικητικός Υπάλληλος	58,0 (16,4)	
Κατοχή θέσης ευθύνης^β		0,802
Ναι	56,6 (14,6)	
Όχι	57,6 (19,6)	
Εργασία σε κυκλικό ωράριο^β		0,122
Ναι	55,2 (18,3)	
Όχι	62,7 (14,3)	
Ιστορικό χρόνιας νόσου^β		0,150
Ναι	51,1 (16,5)	

Όχι	58,7 (17,6)	
Ιστορικό ψυχικής νόσου στην οικογένεια^β		0,941
Ναι	56,7 (12,0)	
Όχι	57,2 (18,0)	
Διάγνωση με Covid-19^β		0,018
Ναι	44,4 (11,4)	
Όχι	59,1 (17,5)	
Διάγνωση ατόμου στο οικογενειακό περιβάλλον με Covid-19^β		0,771
Ναι	56,0 (17,6)	
Όχι	57,5 (17,7)	
Διάγνωση ατόμου στο φιλικό περιβάλλον με Covid-19^β		0,867
Ναι	57,1 (17,2)	
Όχι	57,9 (19,1)	
Ποσοστό ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19^α	-0,244	0,045
Συμπερίληψη της άμεσης σωματικής επαφής με τον ασθενή στα καθήκοντα^β		0,668
Ναι	56,8 (17,9)	
Όχι	59,3 (16,1)	

Επαρκής ενημέρωση σχετικά με τον νέο κορωνοϊό (συμπτώματα και σημεία, τρόποι μετάδοσης, ευπαθείς ομάδες)^β		0,120
Ναι	58,6 (17,4)	
Όχι	49,2 (17,0)	
Βαθμός πρόσβασης στα κατάλληλα μέσα ατομικής προστασίας για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με Covid-19^α	0,119	0,335
Επαρκής παροχή μέσων ατομικής προστασίας από τον φορέα εργασίας^β		0,574
Ναι	57,8 (18,6)	
Όχι	55,0 (13,9)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την πιθανότητα έκθεσης του ιδίου στον ιό Covid-19^β		0,239
Ναι	55,4 (17,8)	
Όχι	60,7 (16,8)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την πιθανότητα μετάδοσης του Covid-19 στην οικογένεια^β		0,531
Ναι	56,7 (17,7)	
Όχι	61,1 (16,4)	
Ύπαρξη ανησυχίας για συναδέλφους που εργάζονται στην πρώτη γραμμή		0,810

(άμεση επαφή με ασθενείς με Covid-19)^β		
Ναι	57,4 (18,0)	
Όχι	56,0 (15,4)	
Υπαρξη ανησυχίας για την στάση τρίτων, όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19^β		0,391
Ναι	55,6 (19,7)	
Όχι	59,3 (14,2)	
Υπαρξη στίγματος από τρίτους όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19^β		0,072
Ναι	52,7 (20,6)	
Όχι	60,7 (13,9)	
Υπαρξη ανησυχίας για την παρούσα στρατηγική πρόληψης και ελέγχου του Covid-19^β		0,080
Ναι	54,9 (17,6)	
Όχι	63,2 (16,3)	
Ικανοποίηση με την παρέχουσα ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τον φορέα εργασίας^β		<0,001
Ναι	68,0 (9,8)	
Όχι	53,8 (18,1)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Συντελεστής συσχέτισης Spearman

^β Έλεγχος t

^γ Ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση δεν προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του **0,05 (p<0,05)** μεταξύ της βαθμολογίας ψυχικής υγείας και **10 ανεξάρτητων μεταβλητών**. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 24.

Πίνακας 24: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την βαθμολογία ψυχικής υγείας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Χρονικό διάστημα εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας Covid-19 στην Ελλάδα	-6,135	-12,068 έως -0,201	0,043
Διάγνωση με Covid-19	17,130	5,926 έως 28,335	0,003
Ποσοστό ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19	-4,454	-7,869 έως -1,038	0,011
Ύπαρξη στίγματος από τρίτους όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19	7,686	0,130 έως 15,242	0,046

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης προέκυψε ότι:

- Η αύξηση του χρονικού διαστήματος εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας Covid-19 στην Ελλάδα σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας ψυχικής υγείας ($p=0,043$).
- Τα άτομα που είχαν διαγνωστεί με Covid-19 είχαν μικρότερη βαθμολογία ψυχικής υγείας σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν διαγνωστεί με Covid-19 ($p=0,003$).
- Η αύξηση του ποσοστού ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19 σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας ψυχικής υγείας ($p=0,011$).
- Τα άτομα που θεωρούσαν ότι είχαν στιγματιστεί από τρίτους όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19 είχαν μικρότερη βαθμολογία ψυχικής υγείας σε σχέση με τα άτομα που δεν το θεωρούσαν ($p=0,046$).

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **22,2%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ψυχικής υγείας ($p=0,001$).

4.4.9. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Βαθμολογία Συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας (Physical Health Component Summary)

Στον Πίνακα 25 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας.

Πίνακας 25: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Ηλικία ^α	0,118	0,345
Φύλο ^β		0,186
Άρρεν	51,1 (9,9)	
Θήλυ	47,6 (7,9)	
Οικογενειακή κατάσταση ^β		0,927

Ελεύθερος/η - Διαζευγμένος/η - Ελεύθερη Συμβίωση	48,3 (8,8)	
Παντρεμένος/η	48,1 (7,7)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο^α	0,091	0,468
Ειδική εκπαίδευση σε λοιμώξεις και διαχείριση λοιμωδών νόσων^β		0,942
Ναι	48,1 (8,8)	
Όχι	48,3 (8,3)	
Τμήμα εργασίας^γ		0,023
Διοικητικό προσωπικό	49,9 (7,8)	
Κλινικές COVID-19	50,2 (7,7)	
ΜΕΘ	42,3 (7,3)	
Μονάδα λοιμώξεων	45,8 (10,0)	
ΤΕΠ	50,9 (7,8)	
Έτη προϋπηρεσίας στον τομέα της υγείας συνολικά^α	0,050	0,687
Χρονικό διάστημα εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας Covid-19 στην Ελλάδα^α	-0,127	0,311
Ειδικότητα^γ		0,123
Ιατρός	52,0 (10,2)	
Νοσηλεύτης	46,8 (7,6)	
Διοικητικός Υπάλληλος	49,9 (7,8)	
Κατοχή θέσης ευθύνης^β		0,093
Ναι	50,3 (8,5)	
Όχι	46,8 (8,0)	
Εργασία σε κυκλικό ωράριο^β		0,277
Ναι	47,6 (8,0)	
Όχι	50,1 (9,2)	
Ιστορικό χρόνιας νόσου^β		0,597
Ναι	47,1 (9,6)	
Όχι	48,5 (8,1)	

Ιστορικό ψυχικής νόσου στην οικογένεια^β		0,735
Ναι	49,4 (7,4)	
Όχι	48,1 (8,5)	
Διάγνωση με Covid-19^β		0,564
Ναι	46,7 (7,6)	
Όχι	48,5 (8,5)	
Διάγνωση ατόμου στο οικογενειακό περιβάλλον με Covid-19^β		0,347
Ναι	50,0 (7,5)	
Όχι	47,7 (8,5)	
Διάγνωση ατόμου στο φιλικό περιβάλλον με Covid-19^β		0,928
Ναι	48,3 (8,0)	
Όχι	48,1 (9,3)	
Ποσοστό ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19^α	-0,078	0,534
Συμπερίληψη της άμεσης σωματικής επαφής με τον ασθενή στα καθήκοντα^β		0,314
Ναι	47,8 (8,4)	
Όχι	50,6 (7,7)	
Επαρκής ενημέρωση σχετικά με τον νέο κορωνοϊό (συμπτώματα και σημεία, τρόποι μετάδοσης, ευπαθείς ομάδες)^β		0,647
Ναι	48,5 (8,3)	
Όχι	47,1 (8,8)	
Βαθμός πρόσβασης στα κατάλληλα μέσα ατομικής προστασίας για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με Covid-19^α	0,201	0,106
Επαρκής παροχή μέσων ατομικής προστασίας από τον φορέα εργασίας^β		0,260
Ναι	48,9 (8,5)	

Όχι	46,2 (7,5)	
Υπαρξη ανησυχίας για την πιθανότητα έκθεσης του ιδίου στον ιό Covid-19^β		0,959
Ναι	48,3 (8,8)	
Όχι	48,2 (7,6)	
Υπαρξη ανησυχίας για την πιθανότητα μετάδοσης του Covid-19 στην οικογένεια^β		0,428
Ναι	48,0 (8,5)	
Όχι	50,6 (6,4)	
Υπαρξη ανησυχίας για συναδέλφους που εργάζονται στην πρώτη γραμμή (άμεση επαφή με ασθενείς με Covid-19)^β		0,478
Ναι	47,9 (8,5)	
Όχι	49,9 (7,3)	
Υπαρξη ανησυχίας για την στάση τρίτων, όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19^β		0,046
Ναι	46,4 (8,3)	
Όχι	50,6 (7,9)	
Υπαρξη στίγματος από τρίτους όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19^β		0,146
Ναι	46,6 (8,5)	
Όχι	49,6 (8,1)	
Υπαρξη ανησυχίας για την παρούσα στρατηγική πρόληψης και ελέγχου του Covid-19^β		0,419
Ναι	47,7 (8,2)	
Όχι	49,6 (8,8)	
Ικανοποίηση με την παρέχουσα ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τον φορέα εργασίας^β		0,056

Ναι	51,7 (7,1)	
Όχι	47,1 (8,5)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Συντελεστής συσχέτισης Spearman

^β Έλεγχος t

^γ Ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του **0,20** ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας και 7 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 26.

Πίνακας 26: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ύπαρξη ανησυχίας για την στάση τρίτων, όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19	4,685	0,765 έως 8,605	0,020
Ικανοποίηση με την παρέχουσα ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τον φορέα εργασίας	-6,603	-11,213 έως -1,994	0,006

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης προέκυψε ότι:

- Τα άτομα που ανησυχούσαν για την στάση τρίτων, όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19, είχαν μικρότερη βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας σε σχέση με τα άτομα που δεν ανησυχούσαν ($p=0,020$).
- Τα άτομα που ήταν ικανοποιημένα με την παρέχουσα ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τον φορέα εργασίας είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας σε σχέση με τα άτομα που δεν ήταν ικανοποιημένα ($p=0,006$).

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **16,4%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας ($p=0,003$).

4.4.10. Εξαρτημένη Μεταβλητή: Βαθμολογία Συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας (Mental Health Component Summary)

Στον Πίνακα 27 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας.

Πίνακας 27: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Ηλικία^α	0,189	0,128
Φύλο^β		0,590
Άρρεν	42,0 (12,7)	
Θήλυ	39,8 (12,5)	
Οικογενειακή κατάσταση^β		0,397
Ελεύθερος/η - Διαζευγμένος/η - Ελεύθερη Συμβίωση	39,2 (12,2)	
Παντρεμένος/η	41,9 (12,9)	

Εκπαιδευτικό επίπεδο^α	-0,158	0,206
Ειδική εκπαίδευση σε λοιμώξεις και διαχείριση λοιμωδών νόσων^β		0,477
Ναι	42,0 (13,5)	
Όχι	39,5 (12,1)	
Τμήμα εργασίας^γ		0,280
Διοικητικό προσωπικό	43,4 (10,2)	
Κλινικές COVID-19	42,8 (12,3)	
ΜΕΘ	34,0 (10,1)	
Μονάδα λοιμώξεων	42,7 (15,5)	
ΤΕΠ	39,8 (13,8)	
Έτη προϋπηρεσίας στον τομέα της υγείας συνολικά^α	0,101	0,420
Χρονικό διάστημα εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας Covid-19 στην Ελλάδα^α	-0,300	0,014
Ειδικότητα^γ		0,694
Ιατρός	39,8 (14,7)	
Νοσηλεύτης	39,6 (12,5)	
Διοικητικός Υπάλληλος	43,4 (10,2)	
Κατοχή θέσης ευθύνης^β		0,717
Ναι	39,6 (10,9)	
Όχι	40,7 (13,6)	
Εργασία σε κυκλικό ωράριο^β		0,066
Ναι	38,5 (12,8)	
Όχι	44,8 (10,5)	
Ιστορικό χρόνιας νόσου^β		0,026
Ναι	33,4 (13,4)	
Όχι	41,9 (11,7)	
Ιστορικό ψυχικής νόσου στην οικογένεια^β		0,920
Ναι	39,9 (5,7)	
Όχι	40,2 (13,0)	
Διάγνωση με Covid-19^β		0,032

Ναι	32,0 (7,8)	
Όχι	41,5 (12,6)	
Διάγνωση ατόμου στο οικογενειακό περιβάλλον με Covid-19^β		0,328
Ναι	37,4 (10,8)	
Όχι	41,0 (12,9)	
Διάγνωση ατόμου στο φιλικό περιβάλλον με Covid-19^β		0,132
Ναι	38,7 (11,8)	
Όχι	43,8 (13,6)	
Ποσοστό ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19^α	-0,291	0,018
Συμπερίληψη της άμεσης σωματικής επαφής με τον ασθενή στα καθήκοντα^β		0,303
Ναι	39,5 (12,9)	
Όχι	43,8 (9,7)	
Επαρκής ενημέρωση σχετικά με τον νέο κορωνοϊό (συμπτώματα και σημεία, τρόποι μετάδοσης, ευπαθείς ομάδες)^β		0,326
Ναι	40,8 (12,8)	
Όχι	36,6 (9,9)	
Βαθμός πρόσβασης στα κατάλληλα μέσα ατομικής προστασίας για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με Covid-19^α	0,138	0,271
Επαρκής παροχή μέσων ατομικής προστασίας από τον φορέα εργασίας^β		0,426
Ναι	40,9 (12,9)	
Όχι	38,0 (11,1)	
Ύπαρξη ανησυχίας για την πιθανότητα έκθεσης του ίδιου στον ιό Covid-19^β		0,075
Ναι	38,3 (11,8)	
Όχι	44,1 (13,0)	

Υπαρξη ανησυχίας για την πιθανότητα μετάδοσης του Covid-19 στην οικογένεια^β		0,418
Ναι	39,8 (12,7)	
Όχι	43,8 (9,6)	
Υπαρξη ανησυχίας για συναδέλφους που εργάζονται στην πρώτη γραμμή (άμεση επαφή με ασθενείς με Covid-19)^β		0,630
Ναι	39,9 (12,7)	
Όχι	41,9 (11,5)	
Υπαρξη ανησυχίας για την στάση τρίτων, όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19^β		0,901
Ναι	40,0 (13,7)	
Όχι	40,4 (10,9)	
Υπαρξη στίγματος από τρίτους όσον αφορά την εργασία με ασθενείς που νοσούν από Covid-19^β		0,319
Ναι	38,5 (14,2)	
Όχι	41,6 (10,9)	
Υπαρξη ανησυχίας για την παρούσα στρατηγική πρόληψης και ελέγχου του Covid-19^β		0,002
Ναι	37,2 (11,4)	
Όχι	47,6 (12,1)	
Ικανοποίηση με την παρέχουσα ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τον φορέα εργασίας^β		0,003
Ναι	48,0 (10,5)	
Όχι	37,7 (12,1)	

Οι τιμές εκφράζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α Συντελεστής συσχέτισης Spearman

^β Έλεγχος t

^γ Ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας και 10 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 28.

Πίνακας 28: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Χρονικό διάστημα εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας Covid-19 στην Ελλάδα	-5,148	-9,142 έως -1,155	0,012
Διάγνωση με Covid-19	10,518	3,011 έως 18,024	0,007
Ποσοστό ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19	-3,764	-6,062 έως -1,4656	0,002
Ύπαρξη ανησυχίας για την παρούσα στρατηγική πρόληψης και ελέγχου του Covid-19	8,866	3,222 έως 14,510	0,003

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης προέκυψε ότι:

- Η αύξηση του χρονικού διαστήματος εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας Covid-19 στην Ελλάδα σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας ($p=0,012$).

- Τα άτομα που είχαν διαγνωστεί με Covid-19 είχαν μικρότερη βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν διαγνωστεί με Covid-19 ($p=0,007$).
- Η αύξηση του ποσοστού ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών που νοσούσαν από Covid-19 σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας ($p=0,002$).
- Τα άτομα που ανησυχούσαν για την παρούσα στρατηγική πρόληψης και ελέγχου του Covid-19 είχαν μικρότερη βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας σε σχέση με τα άτομα που δεν ανησυχούσαν ($p=0,003$).

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **31,4%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας ($p<0,001$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στις 9 Ιανουαρίου 2020 οι υγειονομικές αρχές της Κίνας ανακοίνωσαν ότι βρέθηκε ένα νέο στέλεχος κορωνοϊού (2019-nCoV) ή αλλιώς COVID-19 όπως ονομάστηκε η λοίμωξη του αναπνευστικού που προκαλείται από το νέο αυτό στέλεχος. Σε λίγους μήνες ο νέος ιός είχε μεταδοθεί και σε πολλές χώρες όπως στην Κίνα, Ιαπωνία, Χόνγκ Κόνγκ, Σιγκαπούρη, Νότια Κορέα, Ιράν και Ιταλία (ΕΟΔΥ). Στις 30 Ιανουαρίου 2020 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κήρυξε την έξαρση του Covid-19 ως «Έκτακτη Ανάγκη Δημόσιας Υγείας Διεθνούς Ενδιαφέροντος» (PHEIC) και στις 11 Μαρτίου την ανακήρυξε ως πανδημία (Cennimo, 2021). Σε διάστημα ενός έτους από την επίσημη ανακοίνωση, μέχρι τον Φεβρουάριο του 2021, είχαν προσβληθεί από τον νέο κορωνοϊό 97.265.568 άνθρωποι σε όλο τον κόσμο. Από αυτούς 69.822.419 ανάρρωσαν ενώ 2.081.171 είναι οι αναφερόμενοι θάνατοι από τον ιό (worldometers, 2021). Πλέον οι αριθμοί αυτοί ανέρχονται σε 223.720.509 περιστατικά κορωνοϊού με τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, την Ινδία και την Βραζιλία να προπορεύονται ενώ οι θάνατοι αυξήθηκαν σε 4.614.281. Στην Ελλάδα τα κρούσματα ανέρχονται σε 609.519 με τους θανάτους να είναι 14.060 (worldometers, 2021 retrieved 9/9/2021).

Η έκρηξη αυτή των κρουσμάτων, των θανάτων, των απειλών που ήρθε αντιμέτωπος ο κόσμος και των προκλήσεων που έθεσε η νέα αυτή πανδημία σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ανθρώπων δεν είχαν βιώσει ξανά πανδημία τέτοιας βαρύτητας οδήγησε και σε μια πληθώρα ερευνών, μελετών και δεδομένων από όλες τις χώρες του κόσμου. Μέσα σε μια εβδομάδα από την ανακοίνωση του Covid-19 ως πανδημία δημοσιεύτηκαν περισσότερα από 400 άρθρα ενώ 2 μήνες αργότερα ο αριθμός αυτός ανερχόταν σε 2000 δημοσιεύσεις ανά εβδομάδα (Chen et al 2020). Από τη μία έρευνες που αφορούν τον ίδιο τον ιό - την δομή του, τον τρόπο μετάδοσής του, τη θεραπεία- και από την άλλη έρευνες για τις επιπτώσεις σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης ύπαρξης.

Μια μεγάλη συζήτηση προέκυψε όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας και την επίδραση της πανδημίας ειδικότερα σε αυτούς που εργάζονται στην πρώτη γραμμή. Σε αυτές τις ανησυχίες συνέβαλαν οι αριθμοί έκθεσης που καταγράφονταν, με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας να δηλώνει στις 17 Ιουλίου ότι το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που βρέθηκαν θετικοί στο ιό ανέρχεται παγκοσμίως σε 10%, δηλαδή 1.400.000 λοιμώξεις σε σύνολο 13.800.000 περιστατικών (WHO, 2020a) και το CDC ανακοινώνει ένα σύνολο 376.287 θετικών περιστατικών και 1.275 θανάτους επαγγελματιών υγείας. Σε συνδυασμό με δεδομένα όπως καταστάσεις που δεν είχαν βιώσει ξανά, η υποχρέωση να λάβουν αποφάσεις που παλιότερα θα φαινόταν αδιανόητες σε ηθικό

επίπεδο, η μη ύπαρξη του αναγκαίου εξοπλισμού/κλινών για την ισότιμη παροχή φροντίδας αλλά και η ανάγκη να βρεθεί μια ισορροπία μεταξύ των προσωπικών αναγκών και του καθήκοντος σε ακραίες εργασιακές συνθήκες (Greenberg et al 2020, Stojanov et al 2020), οδήγησε πολλούς ερευνητές να αναρωτηθούν για την κατάσταση την σωματική αλλά κυρίως την ψυχική, των επαγγελματιών υγείας. Ένα κομμάτι των ερευνών αυτών εστίασε στην ευημερία και στην ΠΖ των εργαζομένων και συγκεκριμένα στην ΣΥΠΖ» (ΣΥΠΖ). Διάφοροι ερευνητές κατά καιρούς επέλεξαν να μελετήσουν την ΣΥΠΖ των επαγγελματιών υγείας τόσο σε καιρούς φυσιολογικών συνθηκών όσο και σε καιρούς πανδημιών ή εξάρσεων επιδημιών (Υφαντόπουλος 2007) όπου θεωρείται ένας σημαντικός δείκτης μέτρησης της υγείας καθώς αποτελεί ένα ειδικό πεδίο έρευνας, το οποίο περιλαμβάνει τις πλευρές της ζωής μας οι οποίες επηρεάζονται από την προσωπική μας υγεία και από δραστηριότητες που στόχο έχουν τη διατήρηση ή βελτίωση της υγείας (Bungay et al, 1991). Είναι δηλαδή «*μια υποκειμενική αντίληψη του επιπέδου υγείας, η οποία επικεντρώνεται στην επίδραση που έχει μια συγκεκριμένη κατάσταση υγείας στην ικανότητα του ατόμου να ζήσει μια ικανοποιητική ζωή*» (Υφαντόπουλος 2007).

Η παρούσα εργασία επιχείρησε να μετρήσει την ΣΥΠΖ των επαγγελματιών υγείας στο ΠΓΝ «Αττικών». Το νοσοκομείο «Αττικών» αποτέλεσε ένα από τα πρώτα νοσοκομεία αναφοράς για περιστατικά κορωνοϊού ήδη από το Φεβρουάριο του 2020 διαθέτοντας Μονάδα Λοιμώξεων, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και δημιουργώντας κλινικές για νοσηλεία ασθενών με λοίμωξη Covid-19. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στο υγειονομικό προσωπικό το διάστημα Ιανουάριο-Απρίλιο 2021. Αυτό αποτέλεσε και μια από τις βασικές δυσκολίες και περιορισμούς της έρευνας καθώς συνέπεσε με το τρίτο κύμα πανδημίας στη χώρα μας, δυσχεραίνοντας την συμπλήρωσή τους από το προσωπικό λόγω φόρτου εργασίας.

Συλλέχθηκαν 68 ερωτηματολόγια από τα οποία το 80,9% ήταν γυναίκες και το 19,1% άνδρες με την πλειοψηφία να κυμαίνεται στις ηλικίες από 35-45 ετών, υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου (το 32,4% κάτοχοι μεταπτυχιακού) και άγαμοι το 45,6%. Τα στατιστικά αυτά ερμηνεύονται ίσως από τον πανεπιστημιακό χαρακτήρα του νοσοκομείου όπου προσέρχεται προσωπικό για να κάνει την ειδικότητά του αλλά και το επικουρικό προσωπικό που κλήθηκε να καλύψει τις έκτακτες ανάγκες, αποτελείται από νεαρό ηλικιακά κόσμο. Οι νεότερης ηλικίας και οι άγαμοι επαγγελματίες υγείας έχουν διπλάσιο κίνδυνο να βιώσουν κατάθλιψη και άγχος (Suryavanshi et al 2020) ενώ οι έγγαμοι νοσηλευτές παρουσιάζουν καλύτερη ψυχική υγεία ίσως λόγω λιγότερης αφοσίωσης στην εργασία τους ή λόγω καλύτερου υποστηρικτικού συστήματος (Tountas et al 2003, Τριανταφύλλου 2010). Στις πρόσφατες προσλήψεις ίσως να αποδίδονται και τα λίγα έτη προϋπηρεσίας με το 23,5% να έχει από 1 έως 10 έτη προϋπηρεσίας συνολικά στο τομέα υγείας ενώ η πλειοψηφία (60%) έχει

περισσότερο από 6 μήνες εργασίας με περιστατικά κορωνοϊού. Τα άτομα που εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο είχαν μικρότερη βαθμολογία συναισθηματικού ρόλου σε σχέση με τα άτομα που δεν εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο ($p=0,032$), συνθήκη που είναι πιο πιθανό να συμβαίνει σε νεότερες ηλικίες που συνήθως έχουν και λίγα έτη προϋπηρεσίας.

Αναμενόμενη φαίνεται να είναι η μείωση της σωματικής λειτουργικότητας στην κλίμακα SF-36 με την αύξηση των ετών προϋπηρεσίας καθώς αυξάνεται και η ηλικία και κατ' επέκταση και η κόπωση (Lambert et al 2007a, 2007b, Kheiraoui et al 2012). Σε αντίθεση όμως με το προηγούμενο αποτέλεσμα η αύξηση της ηλικίας σχετίστηκε με αύξηση της βαθμολογίας σωματικού πόνου ($p=0,040$), κάτι που ίσως έχει σχέση με καλύτερες στρατηγικές που έχουν αναπτύξει τα άτομα με την πάροδο των ετών (Ioannou et al. 2015). Πιο ξεκάθαρο είναι το στοιχείο του ποσοστού ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών με κορωνοϊό, η αύξηση του οποίου σχετίστηκε με χειρότερη βαθμολογία σχεδόν σε όλες τις διαστάσεις της κλίμακας (σωματικού ρόλου, σωματικού πόνου, γενικής υγείας, κοινωνικής λειτουργικότητας, συναισθηματικού ρόλου, ψυχικής υγείας, ζωτικότητας, συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας) αλλά και η αύξηση του χρονικού διαστήματος εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας Covid-19 στην Ελλάδα σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας γενικής υγείας, ψυχικής υγείας, της κοινωνικής λειτουργικότητας και της συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας. Τα δυο αυτά τελευταία στατιστικά αναδεικνύουν την επιβάρυνση που έχει ο Covid-19 στην ΠΖ των επαγγελματιών υγείας.

Το 22,1% ήταν ιατρικό προσωπικό, το 61,8% νοσηλευτικό προσωπικό, 14,7% ήταν διοικητικοί υπάλληλοι και το 1,5% ήταν βοηθητικό προσωπικό. Σε συμφωνία με τα υπάρχοντα δεδομένα οι γιατροί είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σωματικού πόνου σε σχέση με τους διοικητικούς υπαλλήλους και τους νοσηλευτές ($p=0,007$) (Wu et al 2011, Σαρρή και συνεργατών 2018, Kheiraoui et al 2012, Τριανταφύλλου 2010). Από τους 6 ιατρούς που συμπλήρωσαν την ειδικότητά τους οι 2 ήταν δερματολόγοι. Αυτό προκύπτει εξαιτίας της έλλειψης επαρκούς αριθμού παθολόγων, πνευμονολόγων και λοιμωξιολόγων όπου άλλες ειδικότητες ανέλαβαν αυτά τα καθήκοντα, όπως δερματολόγοι και παιδίατροι. Το γεγονός αυτό μπορεί να έχει επιπτώσεις στην περίθαλψη των ασθενών καθώς διαθέτουν βασικές γνώσεις παθολογίας και όχι εξειδικευμένες. Ενισχυτικό του προβλήματος αυτού φανερώνεται και στην ερώτηση για το αν έχουν λάβει κάποια ειδική εκπαίδευση σε λοιμώξεις και στη διαχείρισή τους καθώς το 72,1% αναφέρει ότι δεν έχει λάβει κάποια εκπαίδευση ενώ και ένα ποσοστό (14%) θεωρεί ότι δεν είναι πλήρως ενημερωμένο για τα σημεία, τα συμπτώματα και τους τρόπους μετάδοσης του νέου ιού. Πάνω από τους μισούς ερωτηθέντες δήλωσαν ότι δεν έχουν διαγνωστεί οι ίδιοι (86,6%) ή η οικογένειά τους (77,9%) αλλά ότι γνωρίζουν άτομα στο φιλικό (71,6%) και κοινωνικό (92,6%) τους περίγυρο που να έχουν

νοσήσει. Αυτή η διαφορά ίσως οφείλεται και στο γεγονός ότι το τρίτο κύμα της πανδημίας – άρα και το διάστημα διανομής των ερωτηματολογίων - ήταν και το πιο μεταδοτικό του ιού στην κοινότητα, με τον ΕΟΔΥ να δηλώνει τέλη Φεβρουαρίου 2021 αύξηση κατά 40,5% των κρουσμάτων και ειδικότερα στην Αττική στις 23 Φεβρουαρίου 2021, να καταγράφονται 1.047 κρούσματα, που αποτελεί την υψηλότερη τιμή από την αρχή της πανδημίας (38η Έκθεση Προόδου Παρατηρητηρίου 2021).

Όσον αφορά την έκθεση στον νέο ιό, σχεδόν όλο το δείγμα της έρευνας είναι υψηλού κινδύνου καθώς το 97,1% εργάζεται σε τμήματα και μονάδες πρώτης γραμμής. Η πλειοψηφία (47,1%) απασχολείται σχεδόν αποκλειστικά με περίθαλψη μόνο περιστατικών κορωνοϊού με το 83,8% να έχει άμεση σωματική επαφή. Έρευνα σε Ιταλούς επαγγελματίες υγείας έδειξε ότι όσοι είχαν έρθει σε επαφή με διαγνωσμένο περιστατικό κορωνοϊού ανέφεραν επιδείνωση της ψυχικής υγείας και των συναισθημάτων τους (Bettinsoli et al 2020). Όταν η σύγκριση γινόταν μεταξύ επαγγελματιών υγείας που είχαν συχνή επαφή με κρούσματα κορωνοϊού με συναδέλφους τους χωρίς επαφή, τα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης ήταν παρόμοια και στις 2 κατηγορίες αλλά βρέθηκε ότι η πρώτη ομάδα ήταν πιο ευάλωτοι σε καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία (Liu et al 2020). Σε μια άμεση επαφή με ασθενή με κορωνοϊό υπάρχουν και υψηλότερες πιθανότητες μετάδοσης. Οι υψηλές αυτές πιθανότητες ερμηνεύουν και τα υψηλά ποσοστά ανησυχίας που δηλώνει το προσωπικό, προσωπικής έκθεσης (66,2%) ή μετάδοσης στην οικογένεια (89,7%), ποσοστά ανάλογα και με τις διεθνείς έρευνες (Naser et al 2020, Shechter et al, 2020, Stojanov et al 2020). Η επιβάρυνση αυτή φαίνεται και στο ότι οι επαγγελματίες υγείας που στο φιλικό τους περιβάλλον είχαν κάποιον που είχε διαγνωστεί με Covid-19 είχαν μικρότερη βαθμολογία συναισθηματικού ρόλου σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν ($p=0,001$). Αλλά και τα ίδια τα άτομα που είχαν διαγνωστεί με Covid-19 είχαν μικρότερη βαθμολογία ψυχικής υγείας, γενικής υγείας, ζωτικότητας και συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας ενώ όσοι είχαν ιστορικό χρόνιας νόσου είχαν μικρότερη βαθμολογία σωματικού ρόλου, συναισθηματικού ρόλου και γενικής υγείας γεγονός που δείχνει την ανησυχία για μια βαρύτερη νόσηση σε περίπτωση μετάδοσης του ιού. Μεγάλα είναι τα ποσοστά ανησυχίας και για τους συναδέλφους που εργάζονται στην πρώτη γραμμή (83,8%) ενώ αντίστοιχη φαίνεται και η επιβάρυνση στην ΣΥΠΖ καθώς όσοι ανησυχούσαν είχαν μικρότερη βαθμολογία σωματικού πόνου και συναισθηματικού ρόλου. Παρόμοια πάνω από το μισό δείγμα (57,%) ανησυχούσε και για τον στιγματισμό τους από τρίτα άτομα έχοντας ως αποτέλεσμα μια χειρότερη σωματική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία. Η κοινωνική υποστήριξη είναι το πιο αποτελεσματικό εμπόδιο στα όποια άγχη και ανησυχίες (Mauder 2004), όμως οι φόβοι μετάδοσης του ιού είτε στους ίδιους είτε στην οικογένεια και τους φίλους αλλά και το κοινωνικό στίγμα

απομακρύνει και απομονώνει τον επαγγελματία υγείας ακόμα περισσότερο στερώντας του έναν βασικό μηχανισμό άμυνας. Σύμφωνα και με τα αποτελέσματα των Liu και συνεργατών (2020) η κατάθλιψη και το άγχος μειώνονταν όσο αυξάνονταν η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη σε όλους τους επαγγελματίες υγείας, ενώ η βαθμολογία στην ψυχική υγεία, στη ζωτικότητα, στη γενική υγεία και στον σωματικό πόνο αυξάνονταν με την αύξηση της οικογενειακής, φιλικής και κοινωνικής υποστήριξης.

Μόνο το 27,9% δηλώνει ικανοποιημένο από την παροχή ΜΑΠ. Η ανεπαρκής πρόσβαση σε κατάλληλα ΜΑΠ αποτελεί μία από τις πηγές άγχους (Chan-Yeung 2004, Shanafelt et al 2020, Cai et al 2020, Zhang et al 2020) ενώ η μετέπειτα παγκόσμια έλλειψη, κυρίως σε μάσκες, αύξησε το άγχος και την πίεση στους επαγγελματίες υγείας καθώς εξαναγκάστηκαν να κάνουν εκτεταμένη χρήση των υλικών παρακάμπτοντας τις οδηγίες και τα πρωτόκολλα ασφαλείας (Nguyen et al, 2020). Στην κρίση του SARS τα 8 από τα 13 ιατρικά κέντρα περισσότερο από το 10% των συμμετεχόντων ανέφεραν έλλειψη σε ΜΑΠ. Όσοι έκαναν τέτοια αναφορά (9%) είχαν αντισώματα για τον SARS σε αντίθεση με όσους δεν έκαναν (6%) (Self et al 2020). Η ασφάλεια που παρέχεται στο προσωπικό της πρώτης γραμμής από τα ΜΑΠ φαίνεται και από το γεγονός, ότι η αύξηση του βαθμού πρόσβασης στα κατάλληλα ΜΑΠ για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με Covid-19 σχετιζόνταν με αύξηση της βαθμολογίας γενικής υγείας στην κλίμακα SF-36.

Μεγάλος φαίνεται να είναι ο ρόλος που μπορεί και οφείλει να διαδραματίσει ο εργασιακός φορέας καθώς μόλις το 23,5% θεωρεί επαρκή την ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τον φορέα. Την ίδια στιγμή όσοι ανησυχούν λιγότερο για την υποστήριξη από την υπηρεσία είχαν καλύτερη βαθμολογία στη σωματική λειτουργικότητα. Ανάλογη είναι η επιβάρυνση και της παρούσας στρατηγικής πρόληψης και ελέγχου του Covid-19 καθώς όσοι ανησυχούσαν είχαν μικρότερη βαθμολογία γενικής υγείας, κοινωνικής λειτουργικότητας, ζωτικότητας και συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας. Στην εμφάνιση του H1N1 οι επαγγελματίες υγείας προμηθεύτηκαν με τα απαραίτητα ΜΑΠ όμως και πάλι πολλοί από αυτούς ένιωθαν ότι δεν προστατεύονταν από την κυβέρνηση και τον εργασιακό τους φορέα. Ανέφεραν ότι δεν υπήρχαν σχέδια για το τι πρέπει να κάνουν ή πώς να ενεργήσουν σε περίπτωση που αρρωστήσουν και οι ίδιοι. Χαρακτηριστικές είναι έρευνες που έγιναν μετά τον SARS όπου επαγγελματίες υγείας ερωτήθηκαν για το τι θα έκαναν σε ένα υποθετικό ξέσπασμα πανδημίας. Στη Γερμανία το 28% ανέφεραν ότι ίσως απουσιάσουν από την εργασία τους για να μην κολλήσουν οι ίδιοι και οι οικογένειές τους. Στις ΗΠΑ το 46,2% δήλωσαν ότι πιθανόν δεν θα εργαστούν σε ανάλογες συνθήκες και το 21,7% δήλωσαν απρόθυμοι να εργαστούν σε μια πανδημία SARS. Στην Σιγκαπούρη το 27,7% ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν θα αναλάμβανε ασθενείς με γρίπη των πτηνών. Στον Καναδά το 21% των

οικογενειακών ιατρών δήλωσαν απρόθυμοι να βοηθήσουν σε συνθήκες πανδημίας αν τους το ζητούσε το Υπουργείο Υγείας. Συνολικά ένα ποσοστό της τάξης του 20-30% φάνηκε διστακτικό να εργαστεί σε μια μελλοντική πανδημία ασχέτως της κουλτούρας της χώρας (Imai et al 2010).

Από τους περιορισμούς της έρευνας αποτελεί ο σχεδιασμός της καθώς αποτελεί μια συγχρονική μελέτη επισκόπησης και συσχέτισης, έτσι δεν μπορούν να προκύψουν αποτελέσματα όσον αφορά τις αιτίες ή τις πιθανές αλλαγές στη διάρκεια του χρόνου. Τόσο η κλίμακα SF-36 όσο και το ερωτηματολόγιο έκθεσης στον ιό αποτελούν αυτοσυμπληρούμενα εργαλεία και υπάρχει η πιθανότητα να επηρεαστούν οι απαντήσεις από προσωπικούς παράγοντες των επαγγελματιών υγείας. Τέλος ο μικρός αριθμός δείγματος δεν επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων για πολλούς δείκτες και κατ' επέκταση έχει μικρή επιδημιολογική αξία.

Η πανδημία αυτή θα μπορούσε να είναι μια ευκαιρία αναθεώρησης του τρόπου εργασίας των επαγγελματιών υγείας. Η επιβάρυνση που φαίνεται να έχει στην ΣΥΠΖ καλεί σε δράση τόσο την κεντρική ηγεσία αλλά κυρίως τους εκάστοτε εργασιακούς φορείς. Η εξασφάλιση και παροχή των κατάλληλων ΜΑΠ για αποφυγή προσωπικής έκθεσης ή μετάδοσης, η ανάπτυξη ενός δικτύου ενημέρωσης για τα νεότερα δεδομένα όσον αφορά τον κορωνοϊό αλλά και η δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων υποστήριξης των επαγγελματιών πρώτης γραμμής θα ενίσχυαν την ανθεκτικότητα, τους υγιείς τρόπους άμυνας και τις δυνάμεις του κάθε επαγγελματία υγείας προάγοντας έτσι την ΠΖ τόσο του ασθενή μέσω της ποιοτικής παροχής φροντίδας όσο και του επαγγελματία υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η απόπειρα μέτρησης της ΣΥΠΖ στους επαγγελματίες υγείας του ΠΓΝ «Αττικόν» κατά τη διάρκεια του τρίτου κύματος πανδημίας, τους μήνες Ιανουάριο-Απρίλιο 2021. Αν και απαιτείται επιβεβαίωση των αρχικών αυτών αποτελεσμάτων με ένα μεγαλύτερο αριθμό δείγματος, τα ευρήματα έδειξαν ότι η πανδημία Covid-19 οδήγησε σε αρνητικές αλλαγές στη σωματική και ψυχική υγεία του προσωπικού και κατ' επέκταση στην επιβάρυνση της ΣΥΠΖ. Κύριοι παράγοντες φαίνεται να είναι το ποσοστό ωραρίου εργασίας για την περίθαλψη ασθενών με κορωνοϊό, το χρονικό διάστημα εργασίας από την εμφάνιση της επιδημίας, η ανησυχία για μια πιθανή προσωπική έκθεση στο ιό ή η μετάδοση του στην οικογένεια, η ανεπαρκής ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τον φορέα αλλά και η παρούσα στρατηγική πρόληψης και ελέγχου του Covid-19.

Η αναγνώριση των παραγόντων που προκαλούν άγχος, η προσοχή στις ανησυχίες του προσωπικού και η λήψη όλων των απαραίτητων μέτρων για την προστασία του από μια έκθεση στον κορωνοϊό θα μπορούσαν να βελτιώσουν την ΣΥΠΖ των επαγγελματιών υγείας. Περαιτέρω έρευνες απαιτούνται για την εξαγωγή ασφαλών επιδημιολογικών συμπερασμάτων και για την ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων προστασίας και ενίσχυσης των επαγγελματιών υγείας.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

An Y., Yang Y., Wanga A., Lia Y., Zhang Q., Cheung T., Gabor S. Ungvarih G.S., Qinj M-Z., Anf F-R., Xiang Y-T., (2020). Prevalence of depression and its impact on quality of life among frontline nurses in emergency departments during the COVID-19 outbreak, *Journal of Affective Disorders*, 276,312–315 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.047>

Apolone, G., Mosconi, P., 1998. The Italian SF-36 Survey: translation, validation, and norming. *J Clin Epidemiol*, 51 (11), pp. 1025-1036.

Asante JO, Li MJ, Liao J, Huang YX, Hao YT. The relationship between psychosocial risk factors, burnout and quality of life among primary healthcare workers in rural Guangdong province: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2019 Jul 3;19(1):447.

Bandyopadhyay S, Baticulon RE, Kadhum M, et al. Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: a systematic review. *BMJ Global Health* 2020; 5(12):e003097. doi:10.1136/bmjgh-2020-003097

Basu, R. 2004. *Implementing Quality: A Practical Guide to Tools and Techniques: Enabling the Power of Operational Excellence*. Cornwall: Thomson Learning.

Bettinsoli ML, Di Riso D, Napier JL, Moretti L, Bettinsoli P, Delmedico M, Piazzolla A, Moretti B. Mental Health Conditions of Italian Healthcare Professionals during the COVID-19 Disease Outbreak. *Appl Psychol Health Well Being*. 2020 Dec;12(4):1054-1073.

Blekas A, Voitsidis P, Athanasiadou M, Parlapani E, Chatzigeorgiou AF, Skoupra M, Syngelakis M, Holeva V, Diakogiannis I. COVID-19: PTSD symptoms in Greek health care professionals. *Psychol Trauma*. 2020 Oct;12(7):812-819.

Blishen, B., & Atkinson, T. (1980). Anglophone and francophone differences in perceptions of the quality of life in Canada. In A. Szalai and F. M, Andrews (Eds.), *The Quality of Life: Comparative Studies* (pp, 25-39). London: Sage Publications.

Bowling, A. (1995). *Measuring Disease*. Open University Press.

Braquehais M.D., Vargas-Cáceres S., Gómez-Durán E., Nieva G., Valero S., Casas M., Bruguera E., (2020), *QJM: An International Journal of Medicine*, 613–617.

Bungay, K.M., Boyer, J.G., Steinwald, A.B., Ware, J.E. (1991). “Healthrelated quality of life”. In: Bootman, J.L., Townsend, R.J., McGhan, W.F. (eds): Principles of Pharmacoeconomics (2nd edition). Harvey Whitney Books Company

Burstroem, K., Johannesson, M., Diderichsen, F. 2001. Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy*, 55, pp. 51-69.

Buselli R, Corsi M, Baldanzi S, Chiumiento M, Del Lupo E, Dell'Oste V, Bertelloni C, Massimetti G, Dell'osso L, Cristaudo A, Carmassi C Professional Quality of Life and Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19) *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 6180; doi:10.3390/ijerph17176180

Cacciata, M., Stromberg, A., Lee, J.A., Sorkin, D., Lombardo, D., Clancy, S. Nyamathi, A., Evangelista, L.S. (2019). Effect of Exergaming on Health – Related Quality of Life in Older Adults: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 93, pp.30-40.

Cai H, Tu B, Ma J, Chen L, Fu L, Jiang Y, Zhuang Q. Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan Between January and March 2020 During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Med Sci Monit.* 2020 Apr 15

Calaminus G & Barr R. Review: Economic evaluation and health-related quality of life. *Pediatric Blood Cancer* 50:1112-1115, 2008.

Cao J., Wei J., Zhu H., Duan Y., Geng W., Hong X., et al. (2020), A study of basic needs and psychological wellbeing of medical workers in the fever clinic of a tertiary general hospital in Beijing during the COVID-19 outbreak. *Psychother Psychosom*, 89:252–254 253 DOI: 10.1159/000507453

CDC COVID-19 Response Team. COVID-19 Response Team. Characteristics of health care personnel with COVID-19—United States, February 12–April 9, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:477–81. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e6>

CDC, (2020), Cases & Deaths among Healthcare Personnel, Διαθέσιμο στο: <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#health-care-personnel>

Çelmeçe N and Menekay M (2020) The Effect of Stress, Anxiety and Burnout Levels of Healthcare Professionals Caring for COVID-19 Patients on Their Quality of Life. *Front. Psychol.* 11:597624. doi: 10.3389/fpsyg.2020.597624

Cennimo DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), Updated: Jan 14, 2021, <https://emedicine.medscape.com/article/2500114-overview>

Chang E.M., Bidewell J.W., Huntington A.D. Daly J., Johnson A., Wilson H., Lambert A.V., Lambert E.C (2007) A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies* 44:1354-1362.

Chan-Yeung, M. (2004). Severe acute respiratory syndrome (SARS) and healthcare workers. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 10(4), 421-427.

Chen Q, Allot A, Lu Z. Keep up with the latest coronavirus research. *Nature*. 2020;579(7798):193

Chen TH, Li L & Kochen MM. A Systematic Review: How To Choose Appropriate Health-Related Quality Of Life (HRQOL) Measures In Routine General Practise? *Journal Of Zhejiang University Science* 6:936-940, 2005.

Chew N., Lee G., Tan B., Goh Y., Ngiam N., Yeo L., et al. (2020), A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity* 88, 559–565 doi:10.1016/j.bbi.2020.04.049

CNN.gr <https://www.cnn.gr/kosmos/story/252158/h-vretania-xeperase-toys-100-000-nekroys-tzonson-analamvano-tin-pliri-eythyni>

Cutter, S. L. (1985). *Rating Places: A Geographer's View on Quality of Life*. Washington DC: Resource Publications in Geography, the Association of American Geographers.

Dai Y., Hu G., Xiong H., Qiu H., Yuan X., (2020), Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. *Lancet Psychiatr.*

Dalkey, N.C., & Rourke, D.L. (1973). The Delphi procedure and rating quality of life factors. In EPA, *The Quality of Life Concept* (pp. 11-209 - 11-221). Washington, DC: Environmental Protection Agency.

Di Tella M., Romeo A., Benfante A., Castelli L., (2020), Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *J Eval Clin Pract*, p1–5, <https://doi.org/10.1111/jep.13444>.

Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40(1-2), 189–216. <https://doi.org/10.1023/A:1006859511756>

Du J, Dong L, Wang T, Yuan C, Fu R, Zhang L, Liu B, Zhang M, Yin Y, Qin J, Bouey J, Zhao M, Li X. Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020 Nov-Dec;67:144-145

Elkinton, J. (1966). Medicine and the quality of life. *Ann Intern Med*, 64:711-714

Fallowfield L. Quality of life: The missing measurement in health care. *Human Horizon Series-Souvenir Press*, London, 1990

Fang XH, Wu L, Lu LS, Kan XH, Wang H, Xiong YJ, et al. Analysis on Mental Health Status and Needs of Health Care Workers In Designated Medical Institutions of Tuberculosis During The Epidemic Period of Covid19. *Eur PMC*. 2020;1(4):1–16. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-25934/v1>

Farquhar M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing* 22: 502-508.

Fayers, P., & Machin, D. (2013). Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes. 2nd Edition John Wiley & Sons.

Fernández-Prada M, González-Cabrera J, Torres G. F, Iribar-Ibabe C, Peinado JM, Gender influence on health related quality of life among resident physicians working in an Emergency Department *Rev Med Chile* 2014; 142: 193-198

Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ & Jones DR . Evaluating Patient-Based Outcome Measures For Use In Clinical Trials. *Health Technology Assessment (Electronic Version)*, 2, 1998.

Fontaine KR & Barofsky I. Obesity and health-related quality of life: Review. *Obesity Reviews* 2:173-182, 2001.

Fradelos E, Mpelegrinos S, Mparo Ch, Vassilopoulou Ch, Argyrou P, Tsironi M, Zyga S, Theofilou P. Burnout syndrome impacts on quality of life in nursing professionals: The contribution of perceived social support. *Prog Health Sci* 2014, Vol 4, No1.

Freudenberger H.J. (1974) Staff burn-out. *The Journal of Social Issues* 30, 159–165.

Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A & Fitzpatrick R. Quality Of Life Measurement: Bibliographic Study Of Patient Assessed Health Outcomes Measures. *British Medical Journal* 324:1417-1423, 2002.

Gill, T. M., & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Jama*, 272(8), 619-626.

Greenberg N., Docherty M., Gnanapragasam S., Wessely S., (2020), Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic, *BMJ*, 368:m1211, doi: 10.1136/bmj.m1211 <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102172>

Guler N & Kuzu F. The health-related quality of life of the health professionals working in the primary healthcare centers and its correlation with selected sociodemographic factors in Sivas, a central Anatolian city. *Scientific Research and Essay Vol.4* (12), pp. 1547-1552, December, 2009

Guyatt GH, Feeny DH & Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine* 118:622-629, 1993

Haywood KL, Garratt AM & Fitzpatrick R. Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments. *Quality of Life Research* 14:1651-1668, 2005.

Hopman W.M., Towheed T., Anastassiades T., Tenenhouse A., Poliquin S., Berger C., Joseph L., Brown J.P., Murray T.M., Adachi J.D., Hanley D.A., Papadimitropoulos E., 2000. Canadian normative data for the SF-36 health survey. Canadian Multicentre Osteoporosis Study Research Group. *CMAJ*, 163(3), pp. 265-271.

Huang F, Yang Z, Wang Y, Zhang W, Lin Y, Zeng L-c, Jiang X and Shang L (2020). Health-Related Quality of Life and Influencing Factors of Pediatric Medical Staff During the COVID-19 Outbreak. *Front. Public Health* 8:565849. doi: 10.3389/fpubh.2020.565849

Hughes MM, Groenewold MR, Lessem SE, et al. Characteristics of Health Care Personnel With COVID-19 — United States, February 12–July 16, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69(38):1364-1368.

ICN (2020a), International Council of Nurses calls for data on healthcare worker infection rates and deaths Διαθέσιμο στο: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PR_20_Infections%20and%20deaths%20from%20COVID-19%20among%20nurses.pdf

ICN (2020b), ICN confirms 1,500 nurses have died from COVID-19 in 44 countries and estimates that healthcare worker COVID-19 fatalities worldwide could be more than 20,000. Διαθέσιμο στο: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PR_52_1500%20Nurse%20Deaths_FINAL-3.pdf

Imai, H., Matsuishi, K., Ito, A. et al. Factors associated with motivation and hesitation to work among health professionals during a public crisis: a cross sectional study of hospital workers in Japan during the pandemic (H1N1) 2009. *BMC Public Health* 10, 672 (2010).

Ioannou P., Katsikavali V., Galanis P., Velonakis E., Papadatou D. & Sourtz, P. (2015) Impact of job satisfaction on Greek nurses' health-related quality of life. *Safety and Health at Work* 6(4):324-328.

Kalaitzaki A.E., Tamiolaki A., Rovithis M., (2020), The healthcare professionals amidst COVID-19 pandemic: A perspective of resilience and posttraumatic growth, *Asian Journal of Psychiatry* 52, 102172,

Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, Yao L, Bai H, Cai Z, Xiang Yang B, Hu S, Zhang K, Wang G, Ma C, Liu Z. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun*. 2020 Jul;87:11-17.

Kaplan RM, Bush JW. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology* 1982; 1:61-80.

Kheiraoui F, Gualano M.R., Mannocci A., Boccia A., La Torre G. Quality of life among healthcare workers: A multicenter cross-sectional study in Italy. *Public Health* 126 (2012), 624-629.

Kontodimopoulos N., Pappa E., Nikas D., Tountas Y. (2007) Validity of SF-12 scores in a Greek general population. *Health and Quality of Life Outcomes* 5:55.

Korkmaz S, Kazgan A, Çekiç S, Tartar AS, Balci HN, Atmaca M. The anxiety levels, quality of sleep and life and problem-solving skills in healthcare workers employed in COVID-19 services. *J Clin Neurosci.* 2020;80:131-136. doi:10.1016/j.jocn.2020.07.073

Lai J., Ma S., Wang Y., Cai Z., Hu J., Wei N., et al. (2020), Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*, 3(3):e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

Lam CLK. What is health-related quality of life (HRQOL)? *Hong Kong Practitioner.* 1997, 19:505–506.

Lamau, L. (1992). The Idea of Quality of life in the Health Field. The Quality of life in the Mediterranean Countries, *Fist Mediterranean Meeting in Bioethics*, Instituto Siciliano di Bioetica, 47-68.

Lambert V.A., Lambert C.E., Petrini M., Li X.M. & Zhang Y.J. (2007a) Workplace and personal factors associated with physical and mental health in hospital nurses in China. *Nursing & Health Sciences* 9:120-126.

Lambert V.A., Lambert C.E., Petrini M., Li X.M. & Zhang Y.J. (2007b) Predictors of physical and mental health in hospital nurses within the People’s Republic of China. *International Nursing Review* 54:85-91.

Lawton, M. 1991, “A multidimensional view of quality of life in frail elders; in the concept and measurement of quality of life in the frail elderly”. San Diego: Academic press: 3-27.

Lehmann M, Bruenahl CA, Addo MM, Becker S, Schmiedel S, Lohse AW, Schramm C, Löwe B. Acute Ebola virus disease patient treatment and health-related quality of life in health care professionals: A controlled study *Journal of Psychosomatic Research* 83 (2016) 69–74

Li, Z.; Ge, J.; Yang, M.; Feng, J.; Qiao, M.; Jiang, R.; Bi, J.; Zhan, G.; Xu, X.; Wang, L.; et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav. Immun.* 2020, 88, 916–919.

Liu X, Shao L, Zhang R, Wei Y, Li J, Wang C, Hong X and Zhou F. Perceived social support and its impact on psychological status and quality of life of medical staffs after outbreak of SARS-CoV-2 pneumonia: a cross-sectional study. (February 19, 2020).

Available at
SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3541127> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3541127>

Lu J, Kong J, Song J, Li L, Wang H. The health-related quality of life of nursing workers: A cross-sectional study in medical institutions. *Int J Nurs Pract.* 2019, 25:e12754

Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Res.* 2020 Jun; 288:112936.

Matsuo, T., Kobayashi, D., Taki, F., Sakamoto, F., Uehara, Y., Mori, N., et al. (2020). Prevalence of health care worker burnout during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Japan. *JAMA Netw. Open* 3:e2017271.

Maunder R, 2004. The experience of the 2003 SARS outbreak as a traumatic stress among frontline healthcare workers in Toronto: lessons learned *Phil. Trans. R. Soc. Lond. B*, 359, 1117–1125

McCall S. 1975 Quality of life. *Social Indicators Research* 2:229-248

McFadden P, Ross J, Moriarty J, Mallett J, Schroder H, Ravalier J, Manthorpe J, Currie D, Harron J, Gillen P. The Role of Coping in the Wellbeing and Work-Related Quality of Life of UK Health and Social Care Workers during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Jan 19;18(2):815.

Meeberg, G.A. (1993) Quality of Life: A Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32-38. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18010032.x>

Miguel RS, Lopez-Gonzalez AM, Sanchez-Iriso E, Mar J & Cabases JM. Measuring Health-Related Quality Of Life In Drug Clinical Trials: Is It Given Due Importance? *Pharmacy World And Science* 30:154-160, 2008.

Mo Y, Deng L, Zhang L, Lang Q, Liao C, Wang N, Qin M, Huang H. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *J Nurs Manag.* 2020 Jul;28(5):1002-1009

Naser A.Y., Dahmash E.Z., Al-Rousan R., Alwafi H., Alrawashed H.M., Ghoul I., et al. (2020), Mental health status of the general population, healthcare professionals, and

university students during 2019 coronavirus disease outbreak in Jordan: a cross sectional study. *Brain Behav.*, 10:e01730. <https://doi.org/10.1002/brb3.1730>.

Naz S, Hashmi AM, Asif A. Burnout and quality of life in nurses of a tertiary care hospital in Pakistan. *J Pak Med Assoc.* 2016 May;66(5):532-6.

Nguyen L.H., Drew D.A., Graham M.S, Joshi A.D., Guo C-G., (2020), Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study, *Lancet Public Health*, [5:e475–83, https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30164-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X)

NY Times <https://www.nytimes.com/2021/01/26/world/europe/britain-covid-deaths-quarantine.html>

Ortega-Galán ÁM, Ruiz-Fernández MD, Lirola M-J, Ramos-Pichardo JD, Ibáñez-Masero O, Cabrera-Troya J, Salinas-Pérez V, Gómez-Beltrán PA, Fernández-Martínez E. Professional Quality of Life and Perceived Stress in Health Professionals before COVID-19 in Spain: Primary and Hospital Care. *Healthcare.* 2020; 8(4):484. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040484>

Oyama Y., Yonekura Y. & Fukahori H. (2015) Nurse health-related quality of life: associations with patient and ward characteristics in Japanese general acute care wards. *Journal of Nursing Management* 23, 775–783.

Pappa, S.; Athanasiou, N.; Sakkas, N.; Patrinos, S.; Sakka, E.; Barmparessou, Z.; Tsikrika, S.; Adraktas, A.; Pataka, A.; Migdalis, I.; Gida, S.; Katsaounou, P. From Recession to Depression? Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic in Greece: A Multi-Center, Cross-Sectional Study. Preprints 2021, 2021020194 (doi: 10.20944/preprints202102.0194.v1).

Patrick B, Erickson PD. In: Oxford University Press. *Health Status and Health Policy. Allocating Resources to Health Care.* Oxford, 1993.

Patrick, D.L., Bergner, M., 1990. Measurement of Health Status in the 1990s. *Annual Review of Public Health*, 11, pp. 165-183.

Richter, A. et al. Less work: more burnout? A comparison of working conditions and the risk of burnout by German physicians before and after the implementation of the EU

working time directive. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, v. 87, n. 2, p. 205-215, 2014.

Ruiz-Fernández MD, Pérez-García E, Ortega-Galán ÁM. Quality of Life in Nursing Professionals: Burnout, Fatigue, and Compassion Satisfaction. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Feb 15;17(4):1253.

Ruiz-Fernandez, M. D., Ortega-Galan, A. M., Fernandez-Sola, C., Hernandez-Padilla, J. M., Granero-Molina, J., & Ramos-Pichardo, J. D. (2020). Occupational factors associated with health-related quality of life in nursing professionals: A multi-centre study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3)

Self WH, Tenforde MW, Stubblefield WB, et al. Seroprevalence of SARS-CoV-2 Among Frontline Health Care Personnel in a Multistate Hospital Network — 13 Academic Medical Centers, April–June 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1221–1226.

Shanafelt T., Jonathan R., Mickey T., (2020), Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic, *JAMA*, 323:2133, <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>.

Shechter A, Diaz F, Moise N, Anstey DE, Ye S, Agarwal S, Birk JL, Brodie D, Cannone DE, Chang B, Claassen J, Cornelius T, Derby L, Dong M, Givens RC, Hochman B, Homma S, Kronish IM, Lee SAJ, Manzano W, Mayer LES, McMurry CL, Moitra V, Pham P, Rabbani L, Rivera RR, Schwartz A, Schwartz JE, Shapiro PA, Shaw K, Sullivan AM, Vose C, Wasson L, Edmondson D, Abdalla M. Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020 Sep-Oct;66:1-8.

Silva AA, Souza J, Borges FNS, Frida Marina Fischer F. Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. *Rev Saúde Pública* 2010, 44(4):718-25

Smith, A.E. (2000) Quality of Life: A Review. *Education and Aging*, 15, 419-435.

Smith, D. M. (1973). *The geography of social well-being in the United States: An introduction to territorial social indicators*. New York: McGraw Hill.

Sprangers, M.A.G. De Regt, E.B., Andries, F., Van Agt, H.M.E., Bijl, R.V., Boer, J.B., Foets, M., Hoeymans N., Jacobs, A.E., Kempen, G.I.J.M., Miedema, h.S., Tijhuis,

m.A.R., De Haes, C.J.M., 2000. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, pp. 895-907.

Stojanov J., Malobabic M., Stanojevic G., Stevic M., Milosevic V., Stojanov A., (2020), *International Journal of Social Psychiatry* 00(0) pp:1-7, DOI: 10.1177/0020764020942800

Sullivan, M., Karlsson, J, 1998. The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of criterion-based validity: results from normative population. *J Clin Epidemiol*, 51(11), pp. 1105-13.

Suñer-Soler R, Grau-Martín A, Font-Mayolas S, Gras ME, Bertran C, Sullman MJ. Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013 Apr;20(4):305-13.

Suryavanshi N., Kadam A., Dhumal G., et al. (2020), Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. *Brain Behav.*, 00:e01837. <https://doi.org/10.1002/brb3.1837>

Symeou M., Evstathiou A., Charalambous G., Kaitelidou D., Jelastopulu E. Assessing the Health-Related Quality of Life of Nurses in the Public Sector of Cyprus. *International Journal of Caring Sciences* January-April 2018, Volume 11, Issue 1, p100

Tountas Y, Demakakos PTH, Yfantopoulos Y, Aga J, Houliara L & Pavi E, The health related quality of life of the employees in the Greek hospitals: assessing how healthy are the health workers *Health and Quality of Life Outcomes* 2003, 1:61

Tran TV, Nguyen HC, Pham LV, et al. Impacts and interactions of COVID-19 response involvement, health-related behaviours, health literacy on anxiety, depression and health-related quality of life among healthcare workers: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2020;10:e041394. doi:10.1136/bmjopen-2020-041394

Trumello C, Bramanti SM, Ballarotto G, Candelori C, Cerniglia L, Cimino S, Crudele M, Lombardi L, Pignataro S, Viceconti ML, Babore A. Psychological Adjustment of Healthcare Workers in Italy during the COVID-19 Pandemic: Differences in Stress, Anxiety, Depression, Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction between Frontline and Non-Frontline Professionals. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Nov 12;17(22):8358.

Van der Maesen L.J.G. & Walker A.C. (2002) Social Quality: The Theoretical State of Affairs European Foundation on Social Quality Amsterdam The Netherlands. Available: [https://www.socialquality.org/wp-](https://www.socialquality.org/wp-content/uploads/import/2014/10/theory_state_of_affairs.pdf)

[content/uploads/import/2014/10/theory_state_of_affairs.pdf](https://www.socialquality.org/wp-content/uploads/import/2014/10/theory_state_of_affairs.pdf)

Ventegodt S, Hilden J & Merrick J. Measurement of Quality of Life I. A Methodological Framework. The Scientific World JOURNAL (2003) 3, 950-961

Vidotti, V., Martins, J.T., Galdino, M.J.Q., Ribeiro, R.P. y Robazzi, M.L. do C.C. 2019. Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. Enfermería Global. 18, 3 (jun. 2019), 344-376.

Voltmer, E. et al. Psychosocial health risk factors and resources of medical students and physicians: a cross-sectional study. BMC Medical Education, v. 8, p. 1-9, 2008.

Ware J.E. Jr, Sherbourne C.D., (1992), The MOS 36-item short-form health survey (SF-36), I, Conceptual framework and item selection, Med Care.

Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., Gandek, B., 2000. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. *Lincoln, Rhode Island & Boston, Massachusetts: Quality Metric & the Health Assessment Lab*

WHO (2005) “The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization.” Soc Sci Med; 41(10):1403–1409.

WHO (2020a). Coronavirus latest: WHO says health workers account for 10% of global infections, (2020), <https://www.dw.com/en/coronavirus-latest-who-says-health-workers-account-for-10-of-global-infections/a-54208221>

WHO (2020b) Keep health workers safe to keep patients safe, 17 September 2020 . <https://www.who.int/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>

WHO (2020c) WHO Statement on Cases of COVID-19 Surpassing 100000. (7/3/2020). Available online at: <https://www.who.int/news/item/07-03-2020-who-statement-on-cases-of-covid-19-surpassing-100-000> (accessed 26/1/2021).

Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. JAMA: Journal of the American Medical Association, 273(1), 59–65.

Woon LS, Tiong CP. Burnout, Mental Health, and Quality of Life Among Employees of a Malaysian Hospital: A Cross-sectional Study. *Ann Work Expo Health*. 2020 Nov 16;64(9):1007-1019.

Worldometers 2021. Διαθέσιμο στο:
https://www.worldometers.info/coronavirus/?utm_campaign=homeAdvegas1?

Wu SY, Li HY, Wang XR, Yang SJ, Qiu H. A comparison of the effect of work stress on burnout and quality of life between female nurses and female doctors. *Arch Environ Occup Health*. 2011;66(4):193-200.

Wu W, Zhang Y, Wang P, Zhang L, Wang G, Lei G, Xiao Q, Cao X, Bian Y, Xie S, Huang F, Luo N, Zhang J, Luo M. Psychological stress of medical staffs during outbreak of COVID-19 and adjustment strategy. *J Med Virol*. 2020 Oct;92(10):1962-1970. doi: 10.1002/jmv.25914.

Xiang Y.T., Yang Y., Li, W., Zhang L., Zhang Q., Cheung T., Ng C.H. (2020), Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228–229. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)

Xiao H., Zhang Y., Kong D., Li S., Yang N., (2020), The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit*, 2020; 26: e923549 DOI: 10.12659/MSM.923549

Xue-Hui F., Wu L., Lun-Shan L., Kan X-H., Wang H., Yang-jun X., (2020), Analysis of mental health status and needs of health care workers in designated medical institutions of tuberculosis during the epidemic period of COVID-19. *Research Square [Preprint]*, doi:10.20203/rs-22402/v1

Yfantopoulos J. Quality Of Life and QALYs. In *The Measurement Of Health*. *Archives of Hellenic medicine* 2001, 18(2):114-130

Zhang S.X., Liu J., Jahanshahi A., Nawaser K., Yousefi A., Li J., et al. (2020), At the height of the storm: Healthcare staff's health conditions and job satisfaction and their associated predictors during the epidemic peak of COVID-19. *Brain, Behavior, and Immunity* 87, 144–146, doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.010

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

38η Έκθεση Προόδου Παρατηρητηρίου 2021 Διαθέσιμο στο: <https://covid19.gov.gr/38i-ekthesi-proodou-paratiritiriou/>

Αγγελή Ε, «Επαγγελματική Εξουθένωση & Σχετιζόμενη Με Την Υγεία Ποιότητα Ζωής Επαγγελματιών Υγείας Τριτοβάθμιου Παιδιατρικού Νοσοκομείου» Σχολή Κοινωνικών Επιστημών Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Διπλωματική Εργασία Ιούλιος 2019

Γουρνέλλης Ρ., Παπαδοπούλου Α., Ευσταθίου Β., Γιωτσίδη Β., Δουζένης Α., (2020), Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή, ΠΓΝ “Αττικών” Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών “Διασυνδεδετική Ψυχιατρική: Απαρτιωμένη Φροντίδα Σωματικής και Ψυχικής Υγείας” Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, υπό δημοσίευση.

Δημητρόπουλος Χ. Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής Από τη Θεωρία στην Πράξη. Διαθέσιμο στο: https://www.iatrikionline.gr/Respiratory_49/5.pdf

Θεοδωροπούλου Ε, Καρτερολιώτης Κ, Νάσσης Γ, Κοσκολού Μ & Γελαδάς Ν. Μέθοδοι εκτίμησης της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» ΚΙΝΗΣΙΟΛΟΓΙΑ: Ανθρωπιστική Κατεύθυνση, Δεκέμβριος 2012

Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. (2001). Συστήματα Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα.

Θεοφίλου Π (2010). Ποιότητα Ζωής Στο Χώρο Της Υγείας: Έννοια Και Αξιολόγηση e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας (e-JST). Διαθέσιμο στο: <http://hypatia.teiath.gr/xmlui/handle/11400/5185?show=full>

Μεταφραστική ομάδα ΚΑΚΤΟΥ. Αριστοτέλης Άπαντα-Ηθικά Νικομάχεια 1. Κάκτος, Αθήνα, 1993

Μπελλάλη Θ, Κοντοδημόπουλος Ν, Καλαφάτη Μ, Νιάκας Δ. Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24(Συμπλ 1):75-84

Νάκου Σ. (2001). Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική. Αρχεία ελληνικής Ιατρικής, 18(3):254-266.

Οικονόμου Μ, Κοκκώση Μ, Τριανταφύλλου Ε, Χριστοδούλου Γ. Ποιότητα Ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001; 18(3): 239-253.

Σαρρής Μ, Σούλης Σ, Πιερράκος Γ, Γούλα Α, Πετράκος Α, Γκικόκα Β, Νικολαδός Ι, Σπέης Κ, Λατσού Δ. Μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2018, 35(5):472-480

Τριανταφύλλου Δ (2010). Η ποιότητα ζωής και το επίπεδο υγείας των εργαζομένων σε ελληνικά νοσοκομεία. Διδακτορική Διατριβή. Εργαστήριο υγιεινής επιδημιολογίας και ιατρικής στατιστικής, ιατρική σχολή, ΕΚΠΑ

Υφαντόπουλος Γ.Ν. & Σαρρής Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3):218-229.

Υφαντόπουλος Γ.Ν. Μέτρηση Της Ποιότητας Ζωής Και Το Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24(Συμπλ 1):6-18

ΑΔΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

«ΑΤΤΙΚΟΝ»

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

17^{ης} Τακτικής Συνεδρίασης

στις 10/11/2020

ΑΠΟΦΑΣΗ

Θέμα : Κατάθεση διπλωματικής εργασίας με τίτλο "Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία επαγγελματιών υγείας σε νοσοκομείο αναφοράς κορωνοϊού" του Μεταπτυχιακού Φοιτητή ΚΑΒΑΡΝΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΥ (ΒΠΠΚ, ΔΠΠΚ, ΜΕΘ, ΤΕΠ, ΝΟΣΗΛ, ΔΙΟΙΚ, ΕΒΔ 590/27-10-2020)

Το Επιστημονικό Συμβούλιο (παρόντες: Καθηγητής Α. Αρμαγανίδης Αν. Καθηγητής Π. Τσιριγώτης, Αν. Καθηγήτρια Α. Ψυρρή, Αν. Καθηγητής Χ. Κρούπης, Επιμελήτρια Α' Ε. Μετάνια, ΤΕ Ραδιολ.- Ακτινολ. Κ. Γεωργιάδης, ΠΕ Νοσηλευτικής Π. Δεληγιαννίδη), αφού έλαβε υπόψη:

- 1) την απόφαση της 13^{ης} (10/11/2020) (θέμα Α 10) Συνεδρίαση της Επιτροπής Βιοηθικής Δεοντολογίας (παρόντες: Αν. Καθηγητής Π. Τσιριγώτης, Αν. Καθηγήτρια Α. Ψυρρή, Αν. Καθηγητής Χ. Κρούπης)
- 2) τις διαδικασίες και τους κανονισμούς υποβολής πρωτοκόλλων για διενέργεια κλινικής δοκιμής στο Νοσοκομείο
- 3) το γεγονός ότι ο φάκελος είναι πλήρης και καλύπτει όλες τις προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή της μελέτης
- 4) ότι από τη διενέργεια της μελέτης δεν προκύπτει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο

Ομοφώνως

(στο σημείο αυτό αποχώρησε ο κος Αρμαγανίδης)

Γνωμοδοτεί θετικά για τα παραπάνω ερευνητικό πρωτόκολλο.

Υπεύθυνοι της εν θέματι έρευνας

Διευθυντής: Καθηγητής Α. ΜΠΑΜΙΑΣ/Καθηγητής Δ. ΜΠΟΥΜΠΑΣ/Καθηγητής Α. ΑΡΜΑΓΑΝΙΔΗΣ/Καθηγητής Ι. ΠΑΡΙΣΗΣ/Διευθύντρια Ε.ΠΙΣΙΜΙΣΗ/Υποδιευθνήτης Διοικητικού Ν. ΣΚΑΡΠΕΛΟΣ

Εποπτεών/ουσα: Καθηγητής Ι. ΠΑΡΙΣΗΣ

Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου
Καθηγητής Α. Αρμαγανίδης

α/α

Ο Αντιπρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου

2^η ΥΠΕ - Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
Αναπλ. Καθηγήτρια ΠΑΜΑΓΙΩΤΗΣ
ΑΝΑΠΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΚΑΙΝΙΚΗΣ
Β' ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
Α.Μ. ΤΣΑΥ: 70483 - ΑΜΚΑ: 187104377