



**ΠΜΣ:** ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ,  
ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

**Τίτλος εργασίας:** Τα δικαιώματα στη δημόσια υγεία και ο υποχρεωτικός  
εμβολιασμός εν μέσω της πανδημίας COVID-19.

**Ονοματεπώνυμο φοιτήτριας:** Προβατάρη Σαββούλα

**Επιβλέπων καθηγητής:** Ευαγγελόπουλος Παναγιώτης

**Μάρτιος 2021**

## **Ευχαριστίες**

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε το διάστημα Οκτώβριος 2020 έως τον Μάρτιο 2021 στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών στην Οργάνωση και Διοίκηση Δημόσιων Υπηρεσιών, Οργανισμών και Επιχειρήσεων του τμήματος Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Σε αυτή την παράγραφο οφείλω να ευχαριστήσω όλους, όσοι συνέβαλαν στην εκπόνηση της εργασίας.

Πρωτίστως τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κο Ευαγγελόπολο Παναγιώτη για την πολύτιμη υποστήριξή του, τις σωστές υποδείξεις του και το άριστο κλίμα συνεργασίας που συνέβαλε στην κατάρτιση της διπλωματικής μου εργασίας.

Όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος, οι οποίοι μου μετέδωσαν τις γνώσεις τους, ώστε να καταστεί δυνατή η εκπόνησή της.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συναδέλφους μου, τους επαγγελματίες υγείας για τον πολύτιμο χρόνο που διέθεσαν προκειμένου να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια και να ολοκληρωθεί η έρευνα .

# Πίνακας Περιεχομένων

## Περίληψη

## Abstract

## Εισαγωγή

### ΜΕΡΟΣ Α: Θεωρητικό μέρος

- **Κεφάλαιο 1. Υγεία και Ανθρώπινα δικαιώματα**
- 1.1 Απόψεις πολιτικών και φιλοσόφων
- 1.1.1 Η θεωρία του Αϊζάια Μπερλίν
- 1.2 Το συνταγματικό περίγραμμα της ελευθερίας
- 1.3 Η περίπτωση του Covid-19
- 1.3.1 Η κατάσταση παγκοσμίως
- 1.3.2 Ανθρώπινα δικαιώματα σε μια χώρα υπό καθεστώς λιτότητας
- 1.3.3 Βιοηθικά διλήμματα
- 1.4 Δημόσια συζήτηση για την υγεία σε Αμερική, Ευρώπη και Ελλάδα

### Κεφάλαιο 2. Η κοινωνική ασφάλιση ως ανθρώπινο δικαίωμα

- 2.1 Νομοθετικό πλαίσιο
- 2.2 Η υποχρεωτικότητα ως χαρακτηριστικό γνώρισμα της κοινωνικής ασφάλισης
- 2.3 Κοινωνική ασφάλιση παγκοσμίως
- 2.3.1 Η κατάσταση στην Ελλάδα
- 2.3.2 Παραδείγματα άλλων χωρών

### Κεφάλαιο 3. Ιστορική αναδρομή εμβολιασμών

- 3.1 Η έννοια των εμβολίων
- 3.2 Εθνικά προγράμματα εμβολιασμών
- 3.3 Οφέλη και παρενέργειες

### Κεφάλαιο 4. Covid-19 και εμβολιασμός

- 4.1 Απόψεις ειδικών
- 4.2 Το φαινόμενο της άρνησης εμβολιασμού
- 4.2 Υγειονομικό Διαβατήριο
- 4.3 Βιβλιογραφική ανασκόπηση κυριότερων ερευνών

## ΜΕΡΟΣ Β: Ερευνητικό μέρος

### Κεφάλαιο 5. Μεθοδολογία έρευνας

- 5.1 Ερευνητικός σκοπός-ερωτήματα
- 5.2 Σχεδιασμός έρευνας
- 5.3 Πληθυσμός-Δείγμα
- 5.4 Ερωτηματολόγιο έρευνας
- 5.5 Μέθοδοι ανάλυσης
- 5.6 Ηθικά Ζητήματα
- 5.7 Αξιοπιστία δεδομένων

### Κεφάλαιο 6. Αποτελέσματα έρευνας

- 6.1 Περιγραφική Στατιστική
- 6.2 Μελέτη ερευνητικών ερωτημάτων-Συσχετίσεις

### Κεφάλαιο 7. Συμπεράσματα έρευνας

- 7.1 Συζήτηση
- 7.2 Περιορισμοί
- 7.3 Προτάσεις

## • Κατάλογος Πινάκων

|   |     |
|---|-----|
| <a href="#">Πίνακας 1:Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων, 2020</a>               | 62  |
| <a href="#">Πίνακας 2:Ανάλυση αξιοπιστίας</a>   | 97  |
| <a href="#">Πίνακας 3: Δημογραφικά στοιχεία (ποιοτικά)</a>                                    | 100 |
| <a href="#">Πίνακας 4:Δημογραφικά στοιχεία (ποσοτικά)</a>                                     | 102 |
| <a href="#">Πίνακας 5:Κατάσταση υγείας</a>  | 104 |
| <a href="#">Πίνακας 6: Διαχείριση ασθενών</a>   | 108 |
| <a href="#">Πίνακας 7:Ενημέρωση εμβολίου</a>  | 109 |
| <a href="#">Πίνακας 8: Πρόθεση για εμβολιασμό</a>   | 111 |
| <a href="#">Πίνακας 9:Ανθρώπινα Δικαιώματα</a>  | 114 |
| <a href="#">Πίνακας 10:Αποτελεσματικότητα μέτρων</a>  | 115 |
| <a href="#">Πίνακας 11:Φόβος για τον COVID-19</a>   | 116 |
| <a href="#">Πίνακας 12:Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των παραγόντων</a>                  | 118 |
| <a href="#">Πίνακας 13: Έλεγχοι Independent samples t-test των παραγόντων ως προς το φύλο</a> | 120 |

|   |     |
|---|-----|
| <u>Πίνακας 14: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών για «Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων» * Φύλο</u> .....  | 120 |
| <u>Πίνακας 15: Συσχετίσεις Spearman και Pearson των παραγόντων με την ηλικία</u>  | 121 |
| <u>Πίνακας 16: Έλεγχοι ANOVA και Kruskal Wallis των παραγόντων ως προς το επάγγελμα</u> .....   | 121 |
| <u>Πίνακας 17: Στατιστικά σημαντικές διαφορές για «Διαχείριση ασθενών» * Επάγγελμα</u> .....  | 122 |
| <u>Πίνακας 18: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων για «Φόβος για τον COVID-19» * Επάγγελμα</u> .....  | 123 |
| <u>Πίνακας 19: Συσχετίσεις Spearman των παραγόντων με τα έτη εργασιακής εμπειρίας</u> .....   | 123 |
| <u>Πίνακας 20: Έλεγχοι Kruskal Wallis και ANOVA των παραγόντων ως προς την κλινική εργασία</u> .....  | 124 |
| <u>Πίνακας 21: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων για «Διαχείριση ασθενών» * Κλινική εργασία</u> .....  | 124 |
| <u>Πίνακας 22: Έλεγχοι Independent samples t-test των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν νοσήσει από τον Covid 19</u> .....                                | 125 |
| <u>Πίνακας 23: Έλεγχοι Independent samples t-test και Mann Whitney των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν υποκείμενα νοσήματα</u> .....                    | 126 |
| <u>Πίνακας 24: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων για «Διαχείριση ασθενών» * Υποκείμενα νοσήματα</u> .....  | 126 |
| <u>Πίνακας 25: Έλεγχοι Independent samples t-test των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον άτομα με υποκείμενα νοσήματα</u> | 127 |
| <u>Πίνακας 26: Συσχετίσεις Spearman των παραγόντων με την κατάσταση της υγείας</u> .....  | 127 |
| <u>Πίνακας 27: Έλεγχοι Independent samples t-test και Mann Whitney των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν εμβολιαστεί έναντι της Ηπατίτιδας Β</u> .....    | 128 |
| <u>Πίνακας 28: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων για «Διαχείριση ασθενών» * Εμβολιασμός Ηπατίτιδα Β</u> .....  | 128 |
| <u>Πίνακας 29: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω τιμών για παράγοντες * Έχετε εμβολιαστεί έναντι της Ηπατίτιδας Β;</u> .....                                  | 129 |
| <u>Πίνακας 30: Έλεγχοι Independent samples t-test των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν νοσήσει από ιλαρά</u> .....                                       | 130 |

|   |     |
|---|-----|
| <u><a href="#">Πίνακας 31: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών για «Πρόθεση για εμβολιασμό» * Έχετε νοσήσει από ιλαρά;</a></u> .....  | 130 |
| <u><a href="#">Πίνακας 32: Έλεγχοι Independent samples t-test και Mann Whitney των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν εμβολιαστεί έναντι ιλαράς</a></u> .....  | 131 |
| <u><a href="#">Πίνακας 33: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων για «Ενημέρωση για το εμβόλιο» * Εμβόλιο για ιλαρά</a></u> .....  | 131 |
| <u><a href="#">Πίνακας 34: Έλεγχοι Independent samples t-test των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020)</a></u>                                   | 132 |
| <u><a href="#">Πίνακας 35: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών για «Πρόθεση για εμβολιασμό» * Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020);</a></u> .....                        | 133 |
| <u><a href="#">Πίνακας 36: Έλεγχοι Independent samples t-test και Mann Whitney των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο για την πανδημική γρίπη την περίοδο 2009-2010</a></u> ..... | 135 |
| <u><a href="#">Πίνακας 37: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών για «Πρόθεση για εμβολιασμό» * «Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο για την πανδημική γρίπη την περίοδο 2009-2010;»</a></u> .....           | 135 |
| <u><a href="#">Πίνακας 38: Συσχετίσεις Spearman μεταξύ των παραγόντων</a></u> .....   | 137 |

## • Κατάλογος Γραφημάτων

|  |     |
|--|-----|
| <u><a href="#">Γράφημα 1: Φύλο</a></u> .....                     | 100 |
| <u><a href="#">Γράφημα 2: Επάγγελμα</a></u> .....                | 101 |
| <u><a href="#">Γράφημα 3: Κλινική εργασίας</a></u> .....         | 101 |
| <u><a href="#">Γράφημα 4: Ηλικία</a></u> .....                   | 102 |
| <u><a href="#">Γράφημα 5: Έτη εργασιακής εμπειρίας</a></u> ..... | 102 |

|  |     |
|--|-----|
| <a href="#"><u>Γράφημα 6: Έχετε νοσήσει από τον Covid 19;</u></a>  | 105 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 7: Έχετε υποκείμενα νοσήματα;</u></a>   | 105 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 8: Έχετε στο οικογενειακό σας περιβάλλον άτομα με υποκείμενα νοσήματα;</u></a>  | 105 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 9: Θα λέγατε ότι η κατάσταση της υγείας σας είναι</u></a>   | 106 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 10: Έχετε νοσήσει από Ηπατίτιδα Β;</u></a>  | 106 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 11: Έχετε εμβολιαστεί έναντι της Ηπατίτιδας Β;</u></a>  | 106 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 12: Έχετε νοσήσει από ιλαρά;</u></a>  | 107 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 13: Έχετε εμβολιαστεί έναντι ιλαράς;</u></a>  | 107 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 14: Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020);</u></a>  | 107 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 15: Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο για την πανδημική γρίπη την περίοδο 2009-2010.</u></a>                                       | 108 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 16: Διαχείριση ασθενών</u></a>  | 109 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 17: Ενημέρωση εμβολίου</u></a>  | 109 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 18: Πρόθεση για εμβολιασμό</u></a>  | 112 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 19: Ανθρώπινα Δικαιώματα</u></a>  | 114 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 20: Αποτελεσματικότητα μέτρων</u></a>   | 115 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 21: Φόβος για τον COVID-19</u></a>  | 117 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 22: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των παραγόντων</u></a>   | 119 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 23: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών για «Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων» * Φύλο</u></a>                             | 120 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 24: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών για «Διαχείριση ασθενών» * Επάγγελμα</u></a>                                      | 122 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 25: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των βαθμίδων για «Φόβος για τον COVID-19» * Επάγγελμα</u></a>                               | 123 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 26: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των βαθμίδων για «Διαχείριση ασθενών» * Κλινική εργασία</u></a>                             | 125 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 27: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των βαθμίδων για «Διαχείριση ασθενών» * Έχετε υποκείμενα νοσήματα</u></a>                   | 126 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 28: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των βαθμίδων για «Διαχείριση ασθενών» * Εμβολιασμός Ηπατίτιδα Β</u></a>                     | 128 |
| <a href="#"><u>Γράφημα 29: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών για «Φόβος για τον COVID-19» * Έχετε εμβολιαστεί έναντι της Ηπατίτιδας Β;</u></a> | 129 |

|   |     |
|---|-----|
| <u><b>Γράφημα 30:</b> Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών για «Πρόθεση για εμβολιασμό» * Έχετε νοσήσει από ιλαρά; .....</u>   | 130 |
| <u><b>Γράφημα 31:</b> Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των βαθμίδων για «Ενημέρωση για το εμβόλιο» * Εμβόλιο για ιλαρά .....</u>   | 131 |
| <u><b>Γράφημα 32:</b> Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών για «Ενημέρωση για τον εμβολιασμό» * Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020); .....</u>     | 133 |
| <u><b>Γράφημα 33:</b> Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών για «Πρόθεση για εμβολιασμό» * Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020); .....</u>           | 134 |
| <u><b>Γράφημα 34:</b> Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών για «Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων» * Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020); .....</u> | 134 |
| <u><b>Γράφημα 35:</b> Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών για «Πρόθεση για εμβολιασμό» * «Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο για την πανδημική γρίπη την περίοδο 2009-2010;»</u>    |     |



## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η πανδημία της νόσου του Covid-19, που εμφανίστηκε στη Wuhan της Κίνας στα τέλη του 2019 προκάλεσε κρίση σε παγκόσμιο επίπεδο. Η μειωμένη ικανότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και η παροχή φροντίδας σε περιπτώσεις που δεν σχετίζονται με την πανδημία επηρεάζει τη δημόσια υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο. Έτσι, η εμφάνιση του εμβολίου για μερικούς αποτελεί το εισιτήριο για την επιστροφή στην κανονικότητα. Περίπου ένα χρόνο μετά την εμφάνιση ιού, οι δοκιμές καινοτόμων εμβολίων τρίτης γενιάς ολοκληρώθηκαν σε χρόνο ρεκόρ, με τη βοήθεια της ναυοϊατρικής και διατίθενται ήδη στους επαγγελματίες υγείας και στις ευπαθείς ομάδες.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της ενημέρωσης και της πρόθεσης εμβολιασμού των επαγγελματιών υγείας για την ασθένεια Covid-19, το επίπεδο διαχείρισης των ασθενών, η αποτελεσματικότητα των μέτρων και ο φόβος για την ασθένεια από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας. Μελετήθηκε επίσης, η επίδραση του δημογραφικού προφίλ και της κατάστασης υγείας στις απόψεις των επαγγελματιών υγείας.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε μία ποσοτική έρευνα, πρωτογενής, περιγραφική και συσχέτισης με χρήση ερωτηματολογίων κλίμακας Likert. Η αξιοπιστία των ερωτηματολογίων ήταν υψηλή ( $\alpha \geq 0,744$ ). Στην έρευνα συμμετείχαν 110 επαγγελματίες υγείας, που ανήκουν στο νοσηλευτικό, το διοικητικό ή το ιατρικό προσωπικό, στην πλειοψηφία τους γυναίκες, μέσης ηλικίας 42 ετών και με 14 έτη εργασιακής εμπειρίας κατά μέσο όρο. Τα απαραίτητα ηθικά ζητήματα ελήφθησαν υπ' όψιν. Χρησιμοποιήθηκαν οι παραμετρικοί έλεγχοι independent samples t-test, ANOVA, Pearson και οι μη παραμετρικοί Mann Whitney, Kruskal Wallis και Spearman σε στάθμη σημαντικότητας 5%.

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν υψηλή αίσθηση του περιορισμού των ατομικών δικαιωμάτων λόγω των μέτρων της πανδημίας, μέτρια προς υψηλή πρόθεση και ενημέρωση για το εμβόλιο, μέτριο επίπεδο διαχείρισης ασθενών και χαμηλά επίπεδα φόβου για την ασθένεια. Η διαχείριση ασθενών επηρεάστηκε από το επάγγελμα ( $p < 0,001$ ), την κλινική εργασίας ( $p = 0,009$ ), τα υποκείμενα νοσήματα ( $p = 0,022$ ) και τον εμβολιασμό έναντι της Ηπατίτιδας Β ( $p = 0,005$ ). Η ενημέρωση για το εμβόλιο επηρεάστηκε από την ηλικία ( $p < 0,01$ ), τον εμβολιασμό έναντι ιλαράς ( $p = 0,021$ ) και πρόσφατου αντιγριπικού εμβολίου ( $p = 0,009$ ). Η πρόθεση για εμβολιασμό επηρεάστηκε από την ηλικία ( $p < 0,05$ ), την νόσηση από ιλαρά ( $p = 0,027$ ), τον πρόσφατο εμβολιασμό έναντι της γρίπης ( $p < 0,001$ ) και τον παλαιότερο εμβολιασμό έναντι της γρίπης ( $p = 0,008$ ). Ο περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων επηρεάστηκε από το φύλο ( $p = 0,028$ ) και τον πρόσφατο εμβολιασμό έναντι της γρίπης ( $p = 0,046$ ). Ο φόβος για τον COVID-19 επηρεάστηκε από το επάγγελμα ( $p = 0,001$ ) και τον εμβολιασμό έναντι της Ηπατίτιδας Β ( $p = 0,022$ ). Η πρόθεση για εμβολιασμό συσχετίστηκε με τον περιορισμό ατομικών δικαιωμάτων, την αποτελεσματικότητα των μέτρων και την ενημέρωση για το εμβόλιο ( $p < 0,01$ ). Η διαχείριση ασθενειών συσχετίστηκε με την ενημέρωση για το εμβόλιο ( $p < 0,01$ ). Ο περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων συσχετίστηκε με την αποτελεσματικότητα των μέτρων ( $p < 0,01$ ).

**Συμπεράσματα:** Διαφαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη καθώς θεωρούν ότι περιορίστηκαν τα ανθρώπινα τους δικαιώματα και ιδίως οι άντρες. Επιπλέον είναι απαραίτητη η ενημέρωση τους για την

αποτελεσματικότητα του εμβολίου κατά του COVID-19, ειδικά των νέων, καθώς και η εκπαίδευση τους για την διαχείριση των ασθενών με COVID-19, ιδίως του διοικητικού προσωπικού και όσων έχουν υποκείμενα νοσήματα. Οι εμβολιασμοί σε Ηπατίτιδα Β και σε αντιγριπικό εμβόλιο ενδείκνυται στους επαγγελματίες υγείας.

## Abstract

**Introduction:** The Covid-19 disease, which occurred in Wuhan, China in late 2019, caused a global crisis. The declining capacity of healthcare systems in non-pandemic-related cases affects public health worldwide. Thus, the appearance of the vaccine is the ticket to return to normality. About a year after the virus broke out, trials of innovative third-generation vaccines were completed, with the help of nanomedicine, and are now available to health professionals and vulnerable groups.

**Aim:** The aim of this study is to study the information and vaccination intent of health professionals about Covid-19 disease, the level of patient management, the effectiveness of the decisions against the COVID-19, and the fear of the disease via the view of health professionals. The effect of demographic profile and health status on the views of health professionals were also studied.

**Methodology:** A quantitative, primary, descriptive and correlational survey was conducted using Likert scale questionnaires. The reliability of the questionnaires was high ( $\alpha \geq 0,744$ ). The study involved 110 health professionals, including nursing, administrative or medical staff, most of them women, with an average age of 42 years and 14 years of work experience on average. The necessary ethical issues were taken into account. Independent samples t-test, ANOVA, Pearson and non-parametric Mann Whitney, Kruskal Wallis and Spearman were used at the 5% significance level.

**Results:** The results of the research showed a high sense of restriction of individual rights due to pandemic decisions, moderate to high intent and information about the vaccine, moderate level of patient management and low levels of fear of the disease. Patient management was affected by occupation ( $p < 0.001$ ), clinical work ( $p = 0.009$ ), underlying diseases ( $p = 0.022$ ) and hepatitis B vaccination ( $p = 0.005$ ). Vaccine information was affected by age ( $p < 0.01$ ), measles vaccination ( $p = 0.021$ ) and recent influenza vaccine ( $p = 0.009$ ). Vaccination intention was affected by age ( $p < 0.05$ ), measles ( $p = 0.027$ ), recent influenza vaccination ( $p < 0.001$ ) and older influenza vaccination ( $p = 0.008$ ). Restriction of individual rights was influenced by gender ( $p = 0.028$ ) and recent influenza vaccination ( $p = 0.046$ ). Fear of COVID-19 was influenced by occupation ( $p = 0.001$ ) and hepatitis B vaccination ( $p = 0.022$ ). Vaccination intention was correlated with individual rights restriction, efficacy measures and vaccine information ( $p < 0.01$ ). Disease management was associated with vaccine information ( $p < 0.01$ ). The restriction of individual rights was correlated with the effectiveness of the decisions against COVID-19 ( $p < 0.01$ ).

**Conclusions:** It seems that health professionals need psychological support as they believe that their human rights have been restricted, especially men. In addition, it is necessary to inform them about the effectiveness of the COVID-19 vaccine,

especially young people, as well as their training for the management of patients with COVID-19, especially the administrative staff and those with underlying diseases. Hepatitis B vaccine and flu vaccine are indicated for healthcare professionals.

## Εισαγωγή

Η υγεία αποτελεί την πιο σημαντική αξία της κοινωνίας μας, η οποία απολαμβάνει μια άνευ προηγουμένου ποιότητα ζωής σε αναπτυγμένες χώρες και βελτιώνει τις συνθήκες στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η μεγάλη πρόοδος που έχει σημειωθεί μέχρι στιγμής στη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης οφείλεται στην κατάκτηση των μολυσματικών ασθενειών, μια περιοχή στην οποία ο εμβολιασμός έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο (Rappuoli et al., 2011). Εμβόλια κατά των μολυσματικών ασθενειών εκτιμάται ότι έχουν σώσει τουλάχιστον 23 εκατομμύρια ζωές μεταξύ 2011 και 2020 (Haynes et al., 2020).

Το σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο SARS-CoV-2, η αιτία της πανδημίας της νόσου του Covid-19, που εμφανίστηκε στη Wuhan της Κίνας στα τέλη του 2019 και προκάλεσε κρίση σε παγκόσμιο επίπεδο. Ένας από τους λόγους για τους οποίους τα μέτρα lockdown εφαρμόστηκαν και συνεχίζουν να εφαρμόζονται είναι για τη μείωση της πιθανότητας ασυμπτωματικής μόλυνσης και εξάπλωσης του Covid-19.

Οι εκτιμήσεις ποικίλλουν ευρέως, αλλά ο αριθμός των ατόμων που δεν εμφανίζουν συμπτώματα όταν μολύνονται με Covid-19 φαίνεται πιθανό να είναι περίπου 40%. Οι έρευνες μάλιστα δείχνουν ότι σχεδόν τα μισά από όλα τα συμβάντα μετάδοσης εμφανίζονται πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων και οι άνθρωποι πιστεύεται ότι διασπείρουν πιο εύκολα τον ιό πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων (Li et al., 2020). Αυτό σημαίνει πως για να αποφευχθεί η εξάπλωση της νόσου, ακόμη και τα άτομα που δεν εμφανίζουν συμπτώματα πρέπει να απομονώνονται. Ο κίνδυνος θανάτου ή νοσηλείας από μόλυνση από Covid-19 αυξάνεται με την ηλικία και ανάλογα με την παρουσία άλλων υποκείμενων νοσημάτων, συμπεριλαμβανομένων καρδιακών παθήσεων, διαβήτη και ανοσολογικών προβλημάτων (Verity et al., 2020).

Οι προσπάθειες για τη μείωση της εξάπλωσης του ιού στοχεύουν, εν μέρει, στη μείωση του αριθμού των σοβαρών περιπτώσεων και στην αποφυγή μιας μεγάλης αιχμής σοβαρών λοιμώξεων. Μια τέτοια εξέλιξη θα μπορούσε να θέσει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης σε κίνδυνο, καθιστώντας το ανίκανο να παρέχει αποτελεσματική φροντίδα τόσο στους πάσχοντες από Covid-19 όσο και σε άλλους νοσούντες. Η μειωμένη ικανότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και η παροχή φροντίδας σε περιπτώσεις που δεν σχετίζονται με την πανδημία επηρεάζει ήδη τη δημόσια υγεία.

Έτσι, η εμφάνιση του εμβολίου για μερικούς αποτελεί το εισιτήριο για την επιστροφή στην κανονικότητα. Περίπου ένα χρόνο μετά την εμφάνιση του νέου κορονοϊού, η αξιοποίηση των εμβολίων που αναπτύχθηκαν ως απάντηση σε προηγούμενες επιδημίες, η συγκέντρωση των κατάλληλων πόρων για την παραγωγή των εμβολίων υψηλής αποτελεσματικότητας και η αξιοποίηση των παγκόσμιων προσπαθειών συνεργασίας σε δημόσιους και ιδιωτικούς τομείς επέτρεψε την άνευ προηγουμένου ανάπτυξη εμβολίων Covid-19 σε λιγότερο από ένα έτος.

Αξίζει να τονιστεί πως, οι δοκιμές καινοτόμων εμβολίων τρίτης γενιάς ολοκληρώθηκαν σε χρόνο ρεκόρ, με τη βοήθεια της ναυοϊατρικής και διατίθενται ήδη στους επαγγελματίες υγείας και στις ευπαθείς ομάδες. Η ναυοϊατρική βοήθησε στην επανάσταση της ιστορίας, στη μάχη ενάντια στο Covid-19, παράγοντας εμβόλια 3ης γενιάς, χρησιμοποιώντας νανοσωματίδια λιπιδίων που φέρουν RNA. Για πρώτη φορά στην ιστορία, εγκρίνονται εμβόλια RNA με λιπιδινοσωματίδια τα οποία δύναται να σώσουν εκατομμύρια ζωές.

Η Εθνική Εκστρατεία Εμβολιασμού κατά του Covid-19 ξεκίνησε στο τέλος του 2020. Το Υπουργείο Υγείας (2020), τονίζει πως το εμβόλιο είναι εγκεκριμένο για την ασφάλεια, την ποιότητα και την αποτελεσματικότητά του από τους αρμόδιους διεθνείς και εθνικούς οργανισμούς, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τον EMA (European Medicines Agency) και τον FDA (US Food and Drug Administration). Ο εμβολιασμός, παρέχεται σε όλους δωρεάν, αφορώντας αρχικά τους ανθρώπους της πρώτης γραμμής της υγείας και τα άτομα άνω των 80 ετών, με στόχο, να εμβολιαστεί το σύνολο του πληθυσμού άνω των 18 ετών.

Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια αύξηση των ατόμων που δεν εμβολιάζονται λόγω της αμφισβήτησης της καταλληλότητας των εμβολίων αλλά και των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών τους. Η διστακτικότητα των εμβολίων, που ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως «απροθυμία ή άρνηση εμβολιασμού παρά τη διαθεσιμότητα εμβολίων», αποτελεί εμπόδιο στην αύξηση της κάλυψης που έχει λάβει μεγάλη προσοχή από τα μέσα ενημέρωσης και τους ακαδημαϊκούς της δημόσιας υγείας τα τελευταία χρόνια. Υποστηρίζεται ότι πολλοί γονείς διστάζουν να εμβολιάσουν τα παιδιά τους λόγω ανησυχιών για την ασφάλεια του εμβολίου, παρά τις διαβεβαιώσεις από γιατρούς και αρχές δημόσιας υγείας (Kennedy, 2020).

Ενώ το επίπεδο και οι λόγοι διστακτικότητας ποικίλλουν ανάλογα με το εμβόλιο, τη γεωγραφική τοποθεσία, το σύστημα υγείας, την προσβασιμότητα και τη διαθεσιμότητα και μπορεί να καθοδηγείται τόσο από συναισθηματικούς, πολιτιστικούς, κοινωνικούς και πολιτικούς παράγοντες όσο και από γνωστικούς, ένα είναι βέβαιο: τα εμβόλια προστατεύουν μόνο αν ληφθούν από ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού (Fadda, Albanese and Suggs, 2020).

Ωστόσο, η ανθεκτικότητα της προστασίας που παρέχουν τα εμβόλια στους ευάλωτους πληθυσμούς θα πρέπει να παρακολουθείται στενά. Παραμένουν φυσικά πολλές προκλήσεις για τον έλεγχο και τον τερματισμό της πανδημίας Covid-19 και για τη διασφάλιση της προστασίας των πιο ευάλωτων πληθυσμών. Συγκεκριμένα, για να υποστηρίξει την άδεια χρήσης ενός εμβολίου, η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) απαιτεί γενικά τουλάχιστον 6 μήνες παρακολούθησης ασφάλειας για σοβαρές και άλλες παρενέργειες από ιατρική παρακολούθηση σε επαρκή αριθμό εμβολίων. Δεδομένου ότι ορισμένα εμβόλια υπό αξιολόγηση για την πρόληψη του Covid-19 βασίζονται σε τεχνολογίες που δεν είχαν χρησιμοποιηθεί προηγουμένως σε άδεια εμβολίων, θα μπορούσαν να προβληθούν επιχειρήματα υπέρ της παρακολούθησης μεγαλύτερης ασφάλειας.

Από την προοπτική της αποτελεσματικότητας του εμβολίου, θα είναι σημαντικό να υπάρχουν δεδομένα για να εκτιμηθεί εάν η προστασία έχει αρχίσει να εξασθενεί. Μια τέτοια εκτίμηση σχετίζεται ιδιαίτερα με τα εμβόλια κορονοϊού, επειδή η φυσική ανοσία στη λοίμωξη από κορονοϊό είναι σχετικά βραχύβια. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας πρότεινε πρόσφατα προσχέδια κατευθυντήριων γραμμών που απαιτούν δεδομένα παρακολούθησης της αποτελεσματικότητας των 3 μηνών προτού μπορέσει να εξεταστεί ένα εμβόλιο για την καταχώρισή του ως εμβόλιο έκτακτης ανάγκης (Krause & Gruber, 2020).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της πρόθεσης εμβολιασμού επαγγελματιών υγείας για την ασθένεια Covid-19, που πλήττει και τη χώρα μας. Μελετήθηκε επίσης, η επίδραση του δημογραφικού προφίλ των επαγγελματιών υγείας στην πρόθεση εμβολιασμού τους. Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελεί το θεωρητικό υπόβαθρο της παρούσας εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι απόψεις πολιτικών και φιλοσόφων για το πολύτιμο αγαθό της υγείας και τα ανθρώπινα δικαιώματα καθώς και το συνταγματικό περίγραμμα της ελευθερίας. Επιπλέον, αναλύεται η περίπτωση

του Covid-19 σε παγκόσμιο επίπεδο και καταγράφονται οι δημόσιες συζητήσεις για την υγεία σε Αμερική, Ευρώπη και Ελλάδα.

Το δεύτερο κεφάλαιο περιγράφει την έννοια της κοινωνικής ασφάλισης. Δίνεται το νομοθετικό πλαίσιο που τη διέπει και αναλύεται η υποχρεωτικότητα ως χαρακτηριστικό της γνώρισμα. Στη συνέχεια παρουσιάζεται το ανθρώπινο δικαίωμα της κοινωνικής ασφάλισης μέσα από παραδείγματα τόσο της Ελλάδας όσο και άλλων χωρών.

Εν συνεχεία, στο τρίτο κεφάλαιο δίνεται η έννοια των εμβολίων, τα εθνικά προγράμματα εμβολιασμών καθώς και τα οφέλη και οι παρενέργειες αυτών. Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται εκτενής λόγος για την εμπιστοσύνη του κοινού στα εμβόλια και των πιθανών αιτιών που κλονίζουν την εμπιστοσύνη του σε αυτά, μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους παρουσιάζονται οι απόψεις των ειδικών σχετικά με το θέμα του εμβολιασμού στην περίπτωση του Covid-19 και προσεγγίζεται το φαινόμενο της άρνησης εμβολιασμού που έχει σημειωθεί σε παγκόσμιο επίπεδο. Τέλος, γίνεται μια προσπάθεια καταγραφής των πληροφοριών που σχετίζονται με τα εμβόλια του Covid-19 μέσα από μια βιβλιογραφική ανασκόπηση των διαθέσιμων ερευνών.

Το δεύτερο μέρος αποτελεί το ερευνητικό μέρος της παρούσας εργασίας. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία που ακολουθείται για την επίτευξη του σκοπού της εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο ερευνητικό ερώτημα μελετήθηκε ο βαθμός της πρόθεσης εμβολιασμού των επαγγελματιών υγείας για την ασθένεια covid-19. Στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα που τέθηκε μελετήθηκε η επίδραση του δημογραφικού προφίλ των επαγγελματιών υγείας στην πρόθεση εμβολιασμού τους για την ασθένεια covid-19.

Ακολουθεί το έκτο κεφάλαιο με τα αποτελέσματα της έρευνας και τέλος στο έβδομο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της έρευνας και οι περιορισμοί-προτάσεις της συγγραφέως.

## **ΜΕΡΟΣ Α: Θεωρητικό μέρος**

### **Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> Υγεία και Ανθρώπινα δικαιώματα**

#### **1.1 Απόψεις πολιτικών και φιλοσόφων**

Με την πανδημία του Covid-19 και τις δυσμενείς καταστάσεις που επικρατούν σε παγκόσμιο επίπεδο στον τομέα της υγείας, ο Γενικός Διευθυντής της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) τόνισε ότι όλες οι χώρες πρέπει να επιτύχουν μια ισορροπία μεταξύ της προστασίας της υγείας, της ελαχιστοποίησης της οικονομικής και κοινωνικής αναστάτωσης και του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Επισήμανε χαρακτηριστικά πως τα πλαίσια για τα ανθρώπινα δικαιώματα παρέχουν μια κρίσιμη δομή που μπορεί να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα των παγκόσμιων προσπάθειών για την αντιμετώπιση της πανδημίας. Τόνισε μάλιστα πως οι παγκόσμιες και εθνικές απαντήσεις στον ιό του Covid-19 έχουν παρουσιάσει μοναδικές και ταχύτατα μεταβαλλόμενες προκλήσεις στην προώθηση και προστασία της υγείας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ολόκληρης της ανθρωπότητας (WHO, 2020).

Για τον Γενικό Διευθυντή της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ), οι χώρες εντοπίζουν τρόπους αντιμετώπισης της πανδημίας και η ενσωμάτωση των εγγυήσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων δεν είναι μόνο ηθική επιταγή, αλλά είναι μονόδρομος στο να αντιμετωπιστεί με επιτυχία. Επισήμανε μάλιστα πως η απόλαυση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας βρίσκεται στην καρδιά του Συντάγματος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, παροτρύνοντας τη δέσμευση όλων των χωρών για την προάσπιση της υγείας ως ανθρώπινο δικαίωμα (WHO, 2020).

Αξίζει επίσης να τονιστεί εδώ, πως βάσει των άρθρων 5 και 6 του Συντάγματος, στα πλαίσια της ελευθερίας της κίνησης και εγκατάστασης εντός της χώρας και ελευθερίας εισόδου και εξόδου από τη χώρα αναφορικά με τη συστηματική διάρθρωση της συνταγματικής κατοχύρωσης της προσωπικής ελευθερίας, προκύπτει η δυνατότητα επιβολής περιορισμών τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο (Μαντζούφας, & Παυλόπουλος, 2020).

Τα ανθρώπινα δικαιώματα αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της ηθικής, πολιτικής και νομικής μας σκέψης. Αυτά τα δικαιώματα στην πράξη φαίνεται να αποκτούν όλο και



μεγαλύτερη επιρροή. Ωστόσο, παραμένει ένας ισχυρός διανοητικός σκεπτικισμός απέναντί τους. Ένας από αυτούς που επιδιώκουν να ανταποκριθούν σε αυτόν τον σκεπτικισμό και να παράσχουν αξιόπιστη αιτιολόγηση για αυτά τα δικαιώματα είναι ο Γερμανός νομικός θεωρητικός Robert Alexy. Η επεξηγηματική-υπαρξιακή αιτιολόγησή του αποτελεί μια ενδιαφέρουσα έννοια (Harla, 2020).

Ο Robert Alexy επικεντρώνεται στην αιτιολόγηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων σε πολλά από τα κείμενά του, ιδίως σε στενή σχέση με τη θεωρία του λόγου. Υπερασπίζεται μια φιλελεύθερη θεώρηση, επειδή κατανοεί ως συνάρτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων την προστασία της ιδιωτικής και δημόσιας αυτονομίας. Σύμφωνα με τον Alexy, υπάρχουν δύο αξιόπιστες αιτιολογήσεις αυτών των δικαιωμάτων: η επεξηγηματική και η υπαρξιακή. Ωστόσο, καμία δεν μπορεί να σταθεί μόνος του, οπότε πρέπει να αλληλοσυμπληρώνονται. Η επεξηγηματική αιτιολόγηση έχει στενή σχέση με τη θεωρία του λόγου. Το όνομά της δείχνει ότι πρέπει να αποκαλύψει κάτι που εμμέσως αλλά αναγκαστικά περιέχεται στην ανθρώπινη πρακτική. Σύμφωνα με τον ίδιο, η πρακτική του λόγου προϋποθέτει κανόνες λόγου. Αυτοί οι κανόνες εκφράζουν τις ιδέες της ισότητας και της ελευθερίας που αποτελούν τη βάση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Όπως μάλιστα χαρακτηριστικά αναφέρει: «Το να αναγνωρίζεις ένα άλλο άτομο ως ελεύθερο και ίσο είναι να τον αναγνωρίζεις ως αυτόνομο. Το να τον αναγνωρίσεις ως αυτόνομο είναι να τον αναγνωρίσεις ως άτομο. Το να τον αναγνωρίσεις ως άτομο είναι να του αποδώσεις αξιοπρέπεια. Ωστόσο, η απόδοση αξιοπρέπειας σε κάποιον είναι να αναγνωρίσει τα ανθρώπινα δικαιώματά του» (Harla, 2020).

Μια άλλη προσέγγιση που πρέπει να επισημανθεί εδώ είναι ο θεμελιωτισμός του Alan Gewirth. Είναι μια από τις πιο εξελιγμένες θεωρίες αιτιολόγησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που εξακολουθεί να προκαλεί συζητήσεις μεταξύ ακαδημαϊκών. Είναι ενδιαφέρον ότι ο ίδιος ο Gewirth απορρίπτει ότι το επιχείρημα που επιδιώκει να δικαιολογήσει τα ανθρώπινα δικαιώματα είναι θεμελιώδες, διότι δεν ξεκινά με μια ηθική ή αξιολογητική δήλωση που είναι αντιληπτή ως αυτονόητη. Αντιθέτως, είναι πεπεισμένος ότι η προσέγγισή του δεν έχει κανονιστική αλλά πραγματική βάση. Κάθε ηθική αρχή σχετίζεται άμεσα ή έμμεσα με το πώς πρέπει να ενεργούν οι άνθρωποι. Επομένως, σύμφωνα με τον Gewirth κάθε δράση έχει μια κανονιστική δομή, η οποία περιλαμβάνει ορισμένες αξιολογικές και δεοντικές κρίσεις. Αυτά μας οδηγούν σε μια ανώτερη ηθική αρχή (Gewirth, 1984).

Ο φιλελευθερισμός επέδρασε τόσο στην δημόσια πολιτική όσο και στην νομολογία. Ωστόσο, ο φιλελευθερισμός έχει λάβει διάφορες μορφές. Μια σχηματική βασική διάκριση, εξηγείται ως εξής: Από μια άποψη, κάνει την εμφάνισή του ο κλασικός φιλελευθερισμός, που πραγματεύεται την ατομική ελευθερία, τα δικαιώματα, στην ιδιωτική ιδιοκτησία και την περιορισμένη κρατική παρέμβαση. Από την άλλη, γίνεται λόγος για τον εξισωτικό φιλελευθερισμό που δίνει στο κράτος τη δυνατότητα παρέμβασης στην αγορά με στόχο να μειωθούν οι ανισότητες και να ρυθμιστεί η οικονομία (Zakaras, 2013).

Ο φιλελευθερισμός του Mill ανήκει στον κλασικό φιλελευθερισμό. Για τον Mill η έννοια της ελευθερίας διαδραματίζει τον πιο ουσιαστικό ρόλο, ενώ η ελεύθερη κοινωνία αποκτά νόημα όταν α) σε μια κοινωνία μονάχα τα δικαιώματα είναι απόλυτα και καμία άλλη εξουσία δεν μπορεί να αναγνωριστεί ως απόλυτη και β) όταν οι άνθρωποι κατέχουν κάποια απαραβίαστα δικαιώματα τα οποία διαφυλάσσονται από κάποια όρια και καθορίζονται από κάποιους κανόνες (Zakaras, 2013).

### **1.1.1 Η θεωρία του Αϊζάια Μπερλίν**

Στο βιβλίο του το 1995 ο Isaiah Berlin είχε περιγράψει μια διακριτική και πολύ πρωτότυπη αντίληψη του φιλελευθερισμού - μια αντίληψη που απέρριψε μια από τις κεντρικές παραδοχές της φιλελεύθερης παράδοσης. Ο Isaiah Berlin προσπάθησε να στηρίξει τον φιλελευθερισμό σε ένα νέο φιλοσοφικό θεμέλιο: την αξία του πλουραλισμού. Ο Isaiah Berlin αναφέρει τον πλουραλισμό, με το μέτρο της «αρνητικής» ελευθερίας που συνεπάγεται (Zakaras, 2013).

Ο Mill τάσσεται υπέρ της διασφάλισης της «αρνητικής» ελευθερίας. Ο όρος αρνητική ελευθερία «συνδέεται με την παράδοση του αγγλοσαξονικού φιλελευθερισμού» και ορίζεται από τον Berlin (2001) ως ένα απαραβίαστο πεδίο που κατέχει το άτομο και στα πλαίσια του οποίου, το υποκείμενο μπορεί να δράσει ανεμπόδιστα και χωρίς την παρεμβολή οιασδήποτε εξωτερικής προς αυτό παρέμβασης.

Το σύμπαν που κατοικούν τα ανθρώπινα όντα, όπως υποστηρίζει ο Berlin, είναι ένα μέρος στο οποίο οι αξίες μπορούν να συγκρούονται. Αυτές οι συγκρούσεις αξιών είναι η ουσία του τι είναι και τι είμαστε». Ο πλουραλισμός προσπαθεί να περιγράψει «την ανθρώπινη κατάσταση» στην οποία οι συγκρούσεις μεταξύ αξιών δεν μπορούν να επιλυθούν μέσω προσφυγής σε ένα ηθικό κριτήριο που θα τις μεταφράζει σε λίγο ή πολύ ως ένα αγαθό. Σύμφωνα με τον Berlin «Δεν μπορούμε να έχουμε τα πάντα»

και ό, τι έχουμε μπορεί να είναι ασύγκριτο με αυτό που ξεχνάμε, έτσι ώστε να μην μπορούμε πάντα να είμαστε σίγουροι ότι έχουμε κερδίσει περισσότερα από όσα έχουμε χάσει. Με άλλα λόγια όπως εξηγεί ο Berlin, αντιμετωπίζουμε καταστάσεις στις οποίες η επιλογή δεν είναι μεταξύ ανώτερων και κατώτερων αξιών (Myers, 2010).

Επιπλέον, ο Berlin αρνείται να τοποθετήσει την αρνητική ελευθερία ως μεταβατική αξία, είτε σε σχέση με εναλλακτικές αντιλήψεις της ελευθερίας είτε με άλλες «τελικές αξίες» όπως η δικαιοσύνη ή η αγάπη. Η αγαπημένη έννοια του φιλελευθερισμού για την αρνητική ελευθερία αφήνεται να ανταγωνιστεί άλλες, όχι λιγότερο σημαντικές αξίες.. Ωστόσο, σε άλλα σημεία της γραφής του, ο Berlin φαίνεται να αντιμετωπίζει την αρνητική ελευθερία ως μια παγκόσμια, ίσως την υψηλότερη αξία, προφανώς μετριάζοντας τον «ριζοσπαστικό» πλουραλισμό. Για παράδειγμα, ο Berlin γράφει για "την ηθική εγκυρότητα - ανεξάρτητα από τους νόμους - ορισμένων απόλυτων εμποδίων στην επιβολή της θέλησης ενός ανθρώπου σε άλλο." Φαίνεται λοιπόν, πως η αρνητική ελευθερία απολαμβάνει μια ειδική στάση σε σχέση με άλλες αξίες.

Όταν ο Berlin σχολιάζει πως «Υπάρχουν σύνορα, όχι τεχνητά σχεδιασμένα, μέσα στα οποία οι άντρες πρέπει να είναι απαραβίαστοι», η προστασία της αρνητικής ελευθερίας από το θετικό νόμο εμφανίζεται ως αντανάκλαση των «συνόρων» που υπάρχουν ανεξάρτητα από αυτό. Αυτό σημαίνει ότι η αρνητική ελευθερία είναι μια απόλυτη απαίτηση για οποιοδήποτε καθεστώς, και εάν ναι, τι γίνεται με τις άλλες «όχι λιγότερο τελικές τιμές» που μπορεί να είναι ασυμβίβαστες με αυτό. Τέλος, ο Berlin δεν θέτει την αρνητική ελευθερία ως μια διαϊστορική ή ειδικά καθορισμένη αξία, αλλά ως μια πράξη. Έχει εξάλλου αναγνωριστεί από πολλούς πολιτισμούς και κοινωνίες, ότι η αρνητική ελευθερία είναι ένα διακριτικά μοντέρνο ιδανικό, «σχεδόν παλαιότερο από την Αναγέννηση ή τη Μεταρρύθμιση» (Myers, 2010).

## **1.2 Η περίπτωση του Covid-19**

### **1.2.1 Η κατάσταση παγκοσμίως**

Όπως αναγνωρίζεται στο Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα, το δικαίωμα στην υγεία απαιτεί από τα κράτη να λάβουν μέτρα για την πρόληψη, θεραπεία και έλεγχο επιδημιών, ενδημικών, επαγγελματικών και άλλων ασθενειών και να διασφαλίσουν ιατρική υπηρεσία και ιατρική φροντίδα, σε περίπτωση ασθένειας (Pūras et al., 2020).

Ωστόσο, πολλές πολιτείες αντιμετώπισαν δυσκολίες στη διασφάλιση της διαθεσιμότητας και της προσβασιμότητας της κάλυψης υγείας που σχετίζεται με το Covid-19, οδηγώντας σε ελλείψεις στην απαραίτητη ιατρική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένων διαγνωστικών εξετάσεων, ιατρικού εξοπλισμού καθώς και εξοπλισμού ατομικής προστασίας για εργαζόμενους στον τομέα της υγείας και σε προσωπικό πρώτης γραμμής. Σε ορισμένες μάλιστα χώρες, τα μέτρα λιτότητας και τα προγράμματα διαρθρωτικής προσαρμογής έχουν καταστήσει τις βασικές υπηρεσίες μη προσβάσιμες για ορισμένους ευάλωτους πληθυσμούς.

Η εφαρμογή του δικαιώματος στην υγεία μέσω των συστημάτων υγείας απαιτεί από τα κράτη να αφιερώνουν τους μέγιστους πόρους για την υγειονομική περίθαλψη και την ανάκαμψη. Κατά την παροχή αυτής της περίθαλψης στο πλαίσιο του Covid-19, αυτές οι αντιδράσεις έκτακτης ανάγκης πρέπει να προστατεύουν από διακοπές σε άλλες βασικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, όπως εκστρατείες εμβολιασμού και φροντίδα ατόμων με καρκίνο και άλλα χρόνια νοσήματα συμπεριλαμβανομένης της ψυχικής υγειονομικής περίθαλψης (Pūras et al., 2020).

Λαμβάνοντας άμεσα και προοδευτικά μέτρα για την πρόληψη της αυξανόμενης απειλής για τη δημόσια υγεία του Covid-19, τα κράτη πρέπει επιπλέον να λάβουν μέτρα για την πρόληψη, ή τουλάχιστον για τον μετριασμό των επιπτώσεων της νόσου, αντλώντας αυτά τα μέτρα από τα καλύτερα διαθέσιμα επιστημονικά στοιχεία για την προστασία δημόσια υγείας, όπως αντικατοπτρίζεται στην καθοδήγηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Ακόμη και όταν τα κράτη περιορίζουν τις ατομικές ελευθερίες για την αντιμετώπιση αυτής της έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη οι δυσανάλογοι κίνδυνοι που αντιμετωπίζουν οι περιθωριοποιημένοι και οι μειονεκτούντες πληθυσμοί.

Σε αυτές τις περιπτώσεις, τα θεμελιώδη δικαιώματα εμφανίζουν ανισότητες στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες που μεταφράζονται σε διαφοροποιημένους κινδύνους μόλυνσης και θανάτου. Στους περιθωριοποιημένους και μειονεκτούντες πληθυσμούς συγκαταλέγονται εκείνοι που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο, συμπεριλαμβανομένων φυλετικών μειονοτήτων, προσφύγων, μεταναστών, ατόμων με αναπηρία, ηλικιωμένων ατόμων, φυλακισμένων, καθώς και άτομα που ζουν σε συνθήκες φτώχειας ή στερούνται στέγασης.

Τα περιοριστικά μέτρα με στόχο την άμβλυνση της πανδημίας δημιουργούν στους περιθωριοποιημένους και μειονεκτούντες αυτούς πληθυσμούς επιπρόσθετα προβλήματα, όπως εμπόδια στην παροχή υπηρεσιών υγείας, στην αγορά βασικών αναγκών, αύξηση της βίας και ψυχικές διαταραχές. Αυτοί οι κίνδυνοι υπογραμμίζουν την επιτακτική ανάγκη για μια συντονισμένη αντίδραση που βασίζεται στα ανθρώπινα δικαιώματα και που προστατεύει την υγεία με γνώμονα την μη καταπάτηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων. Έτσι, η αναθεώρηση της κατάστασης θα επιτρέψει την βελτίωση των συστημάτων υγείας, με εθνικούς θεσμούς ανθρωπίνων δικαιωμάτων, κοινοβουλευτικές διαδικασίες και περιφερειακούς και διεθνείς οργανισμούς ανθρωπίνων δικαιωμάτων που παρέχουν έναν ιστό υπευθυνότητας για τη διασφάλιση της υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Pūras et al., 2020).

Το δικαίωμα στην υγεία αναγνωρίζει τη διεθνή βοήθεια και τη συνεργασία ως κεντρικό ρόλο στην πανδημία του Covid-19. Αυτή η διεθνής υποχρέωση απαιτεί από όλα τα κράτη να βοηθήσουν με: κοινή χρήση της έρευνας, του ιατρικού εξοπλισμού, των προμηθειών και των βέλτιστων πρακτικών. Ύψιστης σημασίας αποτελεί και ο συντονισμός για τη μείωση των οικονομικών και κοινωνικών επιπτώσεων της πανδημίας και τα καθεστώτα πνευματικής ιδιοκτησίας που εμποδίζουν την πρόσβαση σε αναγκαίους πόρους με επίκεντρο ευάλωτες ομάδες και χώρες που το έχουν περισσότερη ανάγκη (Pūras et al., 2020).

Ωστόσο, παρά τις επανειλημμένες εκκλήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για παγκόσμια αλληλεγγύη εν μέσω της πανδημίας του Covid-19, πολλά κράτη απέτυχαν να παράσχουν επαρκή διεθνή βοήθεια και συνεργασία, απειλώντας την υγεία και τα ανθρώπινα δικαιώματα των πιο περιθωριοποιημένων πληθυσμών. Η διακυβέρνηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας παρέχει έναν δρόμο για κοινή ευθύνη για την πραγματοποίηση της παγκόσμιας αλληλεγγύης.

Με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας να διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στο συντονισμό της διεθνούς αντίδρασης, τα κράτη δεν πρέπει να χαρακτηρίζονται από δράσεις που αποσκοπούν στην υπονόμευση της παγκόσμιας διακυβέρνησης στον τομέα της υγείας (Pūras et al., 2020). Η πανδημία του Covid-19 επιδεινώθηκε από τις αποτυχίες των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ωστόσο το δικαίωμα στην υγεία μπορεί να παρέχει ένα πλαίσιο για να διασφαλιστεί η επίτευξη του δικαιώματος στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας για όλους.

### **1.2.2Η κατάσταση στην Ελλάδα**

Είναι σαφές ότι η αναγνώριση της προστασίας της υγείας ως καθολικού δικαιώματος, που υπόκειται άνευ όρων σε κάθε άτομο χωρίς τους περιορισμούς να πληροί συγκεκριμένες απαιτήσεις (όπως η ιθαγένεια ή η άδεια διαμονής), είναι η βάση των πολιτικών και οποιωνδήποτε πιθανών μορφών προστασίας τόσο σε παγκόσμιο όσο και σε τοπικό επίπεδο (Marceca, 2017).

Οι δραστηριότητες για την ενίσχυση των ικανοτήτων και υπηρεσιών δημόσιας υγείας στοχεύουν στην παροχή συνθηκών υπό τις οποίες οι άνθρωποι μπορούν να διατηρήσουν, να βελτιώσουν την υγεία και την ευημερία τους ή να αποτρέψουν την επιδείνωση της υγείας τους. Η δημόσια υγεία επικεντρώνεται όχι μόνο στην εξάλειψη συγκεκριμένων ασθενειών αλλά και σε ολόκληρο το φάσμα της υγείας και της ευημερίας.

Καθώς το ψήφισμα της Εξηκοστής Πρώτης Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας στοχεύει στο «να προωθήσει τη δίκαιη πρόσβαση στην προώθηση της υγείας, την πρόληψη ασθενειών και τη φροντίδα των μεταναστών, με την επιφύλαξη των εθνικών νόμων και πρακτικών, χωρίς διακρίσεις λόγω φύλου, ηλικίας, θρησκείας, εθνικότητας ή φυλή », δεν θα υπήρχε δημόσια υγεία χωρίς την υγεία των προσφύγων και των μεταναστών (Veizis, 2020).

Σήμερα, σχεδόν 40.000 άνθρωποι - παιδιά, γυναίκες και άνδρες - βρίσκονται στα πέντε κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης σε ελληνικά νησιά, τα οποία έχουν χωρητικότητα να φιλοξενήσουν μόνο 6.095 άτομα. Οι περισσότεροι αιτούντες άσυλο στα στρατόπεδα των νησιών προέρχονται από τη Συρία, το Αφγανιστάν και το Ιράκ. Στη Λέσβο, 20.000 άνθρωποι ζουν σε ένα χώρο που έχει σχεδιαστεί για 2.840 άτομα, και στη Σάμο, 7.500 άνθρωποι ζουν σε ένα μέρος που έχει σχεδιαστεί για το 648 (Veizis, 2020).

Οι αιτούντες άσυλο που ζουν σε εγκαταστάσεις από την ΕΕ εκτίθενται σε πολλούς παράγοντες κινδύνου που μπορούν να τους προδιαθέσουν να αρρωστήσουν και να διευκολύνουν την εξάπλωση οποιασδήποτε μεταδοτικής ασθένειας. Σε αυτά περιλαμβάνονται η έλλειψη καταφυγίου, οι συνθήκες υπερπληθυσμού και ανθυγιεινής, η έλλειψη νερού, εγκαταστάσεων υγιεινής και κακού ή καθόλου αποχετευτικού συστήματος.

Εν μέσω της πανδημίας, σε όλο τον κόσμο, οι κυβερνήσεις ακυρώνουν εκδηλώσεις, απαγορεύουν τις μεγάλες συγκεντρώσεις και ενθαρρύνουν τις κοινωνικές αποστάσεις, αλλά στα ελληνικά νησιωτικά στρατόπεδα, οι άνθρωποι δεν έχουν άλλη επιλογή από το να ζουν σε κοντινή απόσταση. Όσον αφορά την πρόληψη, ή σε περιοχές όπου υπάρχουν επιβεβαιωμένα κρούσματα Covid-19, οι άνθρωποι πρέπει να εφαρμόζουν μέτρα όπως το συχνό πλύσιμο των χεριών ή η παραμονή στο σπίτι σε ένα απομονωμένο δωμάτιο όταν αρρωσταίνουν. Ωστόσο, στο περιβάλλον όπου οι οικογένειες των πέντε ή έξι ατόμων πρέπει να κοιμούνται σε σκηνή κάτω των τριών τετραγωνικών μέτρων, ή σε στρατόπεδα όπως η Μοριά και το Βαθύ που δεν υπάρχει αρκετό νερό ή σαπούνι, τα μέτρα αυτά είναι σαφώς αδύνατο να εφαρμοστούν (Veizis, 2020).

Ενώ μάλιστα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει ανακοινώσει ταχεία εξάπλωση του Covid-19, τα μέτρα της ελληνικής κυβέρνησης στα ελληνικά στρατόπεδα είναι εξαιρετικά ανεπαρκή και εν μέρει απλώς αδύνατο να εφαρμοστούν. Οι αρχές στην Ελλάδα ανακοινώνουν τακτικά μέτρα προστασίας για στρατόπεδα, συμπεριλαμβανομένου του περιορισμού της κίνησης κλείνοντας τις πύλες μεταξύ 19:00 και 07:00, επιτρέποντας μόνο 100 άτομα έξω από το στρατόπεδο κάθε ώρα και επιτρέποντας μόνο ένα άτομο ανά οικογένεια να μετακινηθεί στο αστικό κέντρο. Οι αυστηρότεροι περιορισμοί καθιστούν τον προσφυγικό πληθυσμό που είναι παγιδευμένος στα στρατόπεδα πιο ευάλωτους στον ιό από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Η τήρηση των μέτρων ελέγχου των ασθενειών που συνιστά ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας πρέπει να παρέχεται στους πρόσφυγες και τους μετανάστες, αλλά χωρίς να επιβάλλει επιστημονικά αβάσιμα μέτρα (Veizis, 2020).

### **1.2.3 Ο Covid-19 ως «επαγγελματικός» κίνδυνος**

Για τη νέα νόσο του Covid-19, ως παγκόσμια πανδημία, λαμβάνονται δραστικά μέτρα για την επιβράδυνση της προόδου της και για τη μείωση των θανάτων που προκαλούνται από την κατάρρευση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Οι γιατροί εντατικής θεραπείας, οι γιατροί έκτακτης ανάγκης, οι γενικοί ιατροί, οι νοσοκόμες και το προσωπικό καθαρισμού καταβάλλουν τεράστια προσπάθεια για να υποστηρίξουν τους ασθενείς. Όπως ήδη γνωρίζουμε από προηγούμενες μελέτες στην Κίνα και στην Ιταλία αλλά και τα προηγούμενα κρούσματα (όπως SARS και MERS), οι επαγγελματίες του ιατρικού τομέα και οι πρώτοι ανταποκριτές έχουν πολύ υψηλό κίνδυνο μόλυνσης. Κατά τη διάρκεια της επιδημίας του SARS, για παράδειγμα, μία

στις πέντε περιπτώσεις παγκοσμίως ήταν εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας (Chan-Yeung, 2004). Τα πρόσφατα στοιχεία από την κρίση COVID-19 στην Ιταλία είναι εξίσου ανησυχητικά, δείχνοντας ότι το 20% των Ιταλών εργαζομένων στον τομέα της υγείας μολύνθηκαν από τον ιό (Remuzzi & Remuzzi, 2020).

Το 2020, οι Godderis, Boone και Bakusic υποστήριξαν πως ο Covid-19 πρέπει να θεωρηθεί ως μια νέα ασθένεια που σχετίζεται με την εργασία, τουλάχιστον στην περίπτωση των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με τους ίδιους, οι ασθενείς που έχουν προσβληθεί από τον ιό μπορούν εύκολα να το μεταδώσουν στο ιατρικό προσωπικό μέσω επαφών ή αερομεταφερόμενων σταγονιδίων, ειδικά όταν βήχουν ή φτερνίζονται. Το ιατρικό προσωπικό βρίσκεται σε άμεση επαφή με ασθενείς που είναι ύποπτοι ή έχουν επιβεβαιωθεί ότι έχουν μολυνθεί με τον ιό και συνεπώς διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο έκθεσης σε αυτόν.

Σύμφωνα με την έρευνα των Ranney, Griffith και Jha (2020), έχουν εμφανιστεί σημάδια ότι οι χώρες δεν είναι επαρκώς προετοιμασμένες για την προστασία των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης από μόλυνση, γεγονός που προσθέτει μια επιπλέον πίεση, στην ήδη δύσκολη κατάσταση που βιώνουμε σε παγκόσμιο επίπεδο. Για παράδειγμα, τα νοσοκομεία αναφέρουν ελλείψεις εξοπλισμού ατομικής προστασίας όπως μάσκες, γάντια, ειδικές στολές, απολυμαντικά χεριών καθώς και ειδικού εξοπλισμού που είναι απαραίτητος για τη διαχείριση ασθενών με Covid-19 όπως αναπνευστήρες. Επιπροσθέτως, όπως τονίζει το ιατρικό προσωπικό, σύνθητες φαινόμενο αποτελούν οι ύποπτοι ή επιβεβαιωμένοι ασθενείς με Covid-19 οι οποίοι ναι μεν χρησιμοποιούν εξοπλισμό ατομικής προστασίας, ο οποίος όμως δεν πληροί τις απαιτήσεις ασφάλειας και είναι απίθανο να παρέχει επαρκή προστασία. Σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς, στην Ιταλία, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης παρουσίασαν υψηλά ποσοστά μόλυνσης και θανάτων εν μέρει λόγω της ανεπαρκούς πρόσβασης σε εξοπλισμό ατομικής προστασίας.

Φυσικά, αν ο Covid-19 μπορεί να θεωρηθεί ως επαγγελματική ασθένεια, αυτό εξαρτάται από την εθνική νομοθεσία. Στο Βέλγιο, η μόλυνση Covid-19 σε εργαζόμενους στον τομέα της υγείας έχει ήδη προστεθεί στη λίστα των επαγγελματικών ασθενειών. Εν τω μεταξύ, είναι ζωτικής σημασίας να εντοπιστούν οι θέσεις εργασίας που αντιμετωπίζουν υψηλότερη έκθεση και υψηλότερο κίνδυνο μόλυνσης.



Η αναγνώριση του Covid-19 ως κινδύνου στο χώρο εργασίας είναι σημαντική για τους εργαζομένους και σε άλλους τομείς. Πολλοί εργαζόμενοι στις υπηρεσίες θα μπορούσαν να επηρεαστούν από το Covid-19. Περίπου ένας στους πέντε εργαζομένους των ΗΠΑ απασχολείται σε επαγγέλματα όπου η έκθεση σε λοίμωξη εμφανίζεται τουλάχιστον μία φορά το μήνα. Εκτός από τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, άλλοι εργαζόμενοι όπως για παράδειγμα οι αστυνομικοί και οι πυροσβέστες, οι ταχυμεταφορείς, οι καθηγητές προσχολικής και παιδικής μέριμνας, οι εργαζόμενοι σε κοινότητες και κοινωνικές υπηρεσίες, αποτελούν παραδείγματα εργαζομένων που είναι άμεσα εκτεθειμένοι στον ιό.

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τους Godderis, Boone και Bakusic (2020), είναι σημαντικό για τους εργοδότες να καταρτίσουν ένα ολοκληρωμένο «σχέδιο ετοιμότητας και απόκρισης για μολυσματικές ασθένειες» προσαρμοσμένο στον χώρο εργασίας τους, συμπεριλαμβανομένης της αντιμετώπισης κινδύνων έκθεσης, πηγών έκθεσης και οδών μετάδοσης, όχι μόνο για την κρίση του Covid-19, αλλά και για μελλοντικές πανδημίες. Αυτό το σχέδιο θα πρέπει επιπλέον να περιλαμβάνει τον τρόπο με τον οποίο η εταιρεία ή ο οργανισμός θα παρέχει κατευθυντήριες γραμμές και εκπαίδευση στους εργαζομένους σχετικά με κινδύνους και τα απαραίτητα προληπτικά μέτρα.

Από την άλλη, ακόμη και αυτές οι δράσεις μπορεί να μην είναι αρκετές. Σημαντικό είναι επίσης να κατανοηθούν και να αντιμετωπιστούν πιθανές μακροπρόθεσμες συνέπειες στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Η Κίνα και η Ιταλία έχουν ήδη αντιμετωπίσει την εγκατάλειψη του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, όχι μόνο λόγω μόλυνσης από τον Covid-19, αλλά και λόγω των συνεπειών του οξέος στρες, της απογοήτευσης και της απομόνωσης. Ο Liu και οι συνεργάτες του (2020), πραγματοποίησαν μια έρευνα, στο Γκούανγκτζου της Κίνας, όπου έλαβαν μέρος 1563 άτομα ιατρικού προσωπικού. Στόχος της έρευνας ήταν να κατανοηθούν και να εντοπιστούν οι επιπτώσεις της πανδημίας του Covid-19 στην ψυχική υγεία του ιατρικού προσωπικού. Τα αποτελέσματα ήταν ανησυχητικά, υποδεικνύοντας κατάθλιψη, άγχος και αϋπνία της τάξεως του 51%, 45% και 36% αντίστοιχα.

Επιπλέον, μια παλαιότερη έρευνα του Maunder και των συνεργατών του (2006), σχετικά με τις επιπτώσεις του SARS στην ψυχική υγεία επιβεβαιώνει τις ανησυχίες σχετικά με την επίπτωση που έχουν οι μολυσματικές ασθένειες στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Με βάση τη μελέτη αυτή διαπιστώθηκε πως οι γιατροί

που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη κατά τη διάρκεια πανδημίας αντιμετωπίζουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης μακροχρόνιων προβλημάτων ψυχικής υγείας λόγω χρόνιου στρες ή τραυματικών εμπειριών.

Για τους παραπάνω λόγους, οι Sandal και Yildiz, (2021), από τις 15 Δεκεμβρίου 2020, συνόψισαν τις επαγγελματικές πρακτικές ασφάλειας και υγείας σε επιλεγμένες χώρες σχετικά με την αναγνώριση του Covid-19 ως έναν από τους επαγγελματικούς κινδύνους. Η κατάσταση διέφερε μεταξύ των χωρών, συμπεριλαμβανομένου του καθεστώτος αναγνώρισης και κατά πόσον υπήρχε ειδικός κανονισμός. Οι διεθνείς οργανισμοί, δηλαδή η Διεθνής Οργάνωση Εργασίας, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και η Ευρωπαϊκή Ένωση, θα πρέπει να σχεδιάζουν και να διεξάγουν μελέτες σχετικά με την εργασιακή σχέση του Covid-19, να προτείνουν κριτήρια αναγνώρισης και να προσθέτουν τη μόλυνση στον κατάλογο επαγγελματικών ασθενειών. Τα ενδιαφερόμενα μέρη πρέπει επίσης να ενεργήσουν για την προσαρμογή της νομοθεσίας σε επίπεδο χώρας.

Με το πέρας της κρίσης του Covid-19, θα πρέπει να αναμένεται μια επιπλέον εγκατάλειψη λόγω μακροχρόνιων προβλημάτων ψυχικής υγείας στο ιατρικό προσωπικό. Εν όψει των πιο θεμελιωδών απειλών, η προστασία της ψυχικής υγείας μπορεί να μην φαίνεται να αποτελεί προτεραιότητα τώρα. Ωστόσο, δεδομένου ότι είναι πιθανό οι απαιτήσεις στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο να υπερβούν τη χωρητικότητα για αρκετούς μήνες, η φροντίδα για την ψυχική υγεία των ιατρικών ουσιών είναι υψίστης σημασίας.

Έτσι, η προστασία των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και άλλων εργαζομένων με υψηλό κίνδυνο μόλυνσης απαιτεί μια πολύπλευρη και παγκόσμια στρατηγική, ξεκινώντας με την αναγνώριση του Covid-19 ως επαγγελματική ασθένεια. Επιπλέον, η στρατηγική πρέπει να είναι πολυεπίπεδη, από εργοδότες έως εθνική κυβέρνηση και διεθνή ιδρύματα, καθώς οι προκλήσεις απαιτούν τοπική, εθνική και παγκόσμια ανταπόκριση, ώστε να παρέχουν αρκετό εξοπλισμό ατομικής προστασίας και ιατρικό εξοπλισμό. Επιπλέον, οι εργοδότες πρέπει να καταρτίσουν ένα ολοκληρωμένο «σχέδιο ετοιμότητας και αντιμετώπισης των μολυσματικών ασθενειών» για να προετοιμάσουν και να υποστηρίξουν τους εργαζομένους κατά τη διάρκεια και μετά από μια πανδημία. Η ψυχική υγεία του ιατρικού προσωπικού είναι εξαιρετικά σημαντική. Μαθαίνοντας από άλλες χώρες όπως την Κίνα, την Ιταλία και τις προηγούμενες πανδημίες, πρέπει να δράσουμε

τόρα για να αποτρέψουμε μια κρίση ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια και μετά το Covid-19, καθώς και για μελλοντικές πιθανές επιδημίες.

Ανεξάρτητα από το εάν η κυβερνητική στρατηγική πρόληψης στοχεύει στην καταστολή ή τον μετριασμό, η ανάπτυξη της ικανότητας υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να αποτελεί κορυφαία προτεραιότητα συμπεριλαμβανομένης της προστασίας των εργαζομένων στον τομέα της υγείας ως ο πιο πολύτιμος πόρος μας.

### **1.3 Δημόσια συζήτηση για την υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο**

#### **1.3.1 Δημόσια συζήτηση για την υγεία στην Ελλάδα**

Με μία παγκόσμια πανδημία να βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη, τα ζητήματα που αφορούν το ανθρώπινο δικαίωμα στην υγεία παραμένουν στο επίκεντρο των δημόσιων συζητήσεων. Τα προβλήματα ωστόσο που αντιμετωπίζει ο ελλαδικός χώρος δεν είναι πρόσφατα, αντίθετα διογκώθηκαν εξαιτίας της πανδημίας. Λίγο μάλιστα πριν την έναρξη και την εξάπλωση της πανδημίας, επί κυβερνήσεως ΣΥΡΙΖΑ, σε μια δημόσια αντιπαράθεση τέθηκαν τα ζητήματα που αφορούσαν και αφορούν τη δημόσια υγεία, την πρόσβαση των ασφαλισμένων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας, αλλά και τη φαρμακευτική πολιτική της κυβέρνησης, μεταξύ του τότε υπουργού Υγείας κ. Ανδρέα Ξανθού με τον πρώην αναπληρωτή υπουργό Υγείας και βουλευτή της Νέας Δημοκρατίας κ. Μάριο Σαλμά.

Ο τότε υπουργός Υγείας αναφέρθηκε στα προβλήματα που συνεχίζουν ως σήμερα να ταλαιπωρούν το σύστημα υγείας τονίζοντας χαρακτηριστικά ότι «υπήρχε σοβαρό πρόβλημα αποκλεισμού των ανασφάλιστων πολιτών», υπογραμμίζοντας ότι «τα νοσοκομεία χρέωναν τους ανασφάλιστους με χρέη εκατομμυρίων ευρώ, βεβαιωμένα στην εφορία σε ύψος 28 εκατ. ευρώ, τα οποία με νομοθετική ρύθμιση διαγράφηκαν». Επισήμανε επίσης πως μέχρι το τέλος του 2015 «οι οροθετικοί και οι καρκινοπαθείς δεν είχαν φάρμακα, ενώ εν έτη 2019 οι ασθενείς έχουν πρόσβαση σε όλες τις σύγχρονες θεραπείες, ακόμη και στα πολύ ακριβά φάρμακα.

Ως απάντηση στα λεγόμενα του κ. Ξανθού, ο βουλευτής της Νέας Δημοκρατίας κ. Σαλμάς απάντησε «ότι κάθε νοσοκομείο, ακόμη και τα πολύ δύσκολα χρόνια της κρίσης το 2011-12, παρείχαν υπηρεσίες και πρόσβαση στους Έλληνες πολίτες» και δεν αρνήθηκε ότι τα νοσοκομεία προχωρούσαν σε χρέωση υπηρεσιών. Υπερθεμάτισε ωστόσο, ότι σε πρωτοβάθμιο επίπεδο «οι ασφαλισμένοι είχαν πολύ καλύτερη

πρόσβαση σε γιατρούς μέσω των ιατρείων του ΙΚΑ και των τοπικών μονάδων, ενώ επί ΣΥΡΙΖΑ ο ίδιος περιορισμένος αριθμός γιατρών καλείται να εξυπηρετήσει το σύνολο των ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ, με αποτέλεσμα τη μειωμένη και προβληματική πρόσβασή τους στο σύστημα»

Σχετικά με θέμα των κρατικών δαπανών για την κάλυψη των ανασφάλιστων πολιτών, ο κ. Σαλμάς άσκησε κριτική στην τότε κυβέρνηση ότι «δεν εξασφάλισε ίδια κρατικά κονδύλια για την κάλυψη των ανασφάλιστων, αλλά υφάρπαξε 800 εκατ. ευρώ παρακρατώντας το 2% από τις επικουρικές και κύριες συντάξεις». Ως απάντηση ο κ. Ξανθός υπογράμμισε πως «η υγεία δεν είναι κοινωνικό αγαθό, αλλά ανταποδοτικό, με βάση της εισφορές που έχει ή δεν έχει πληρώσει ο πολίτης. Είναι πυρηνική η ιεράρχηση αξιών και πρέπει να επιτευχθεί άρση των ανισοτήτων και όχι μόνο για τα νοσοκομεία, αλλά και για τις εργαστηριακές εξετάσεις στους ανασφάλιστους».

Σχετικά με την πρόσβαση των πολιτών στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας σήμερα, ο πρώην αναπληρωτής υπουργός Υγείας τόνισε τα σοβαρότατα προβλήματα προσβασιμότητας που αντιμετωπίζουν σήμερα οι ασφαλισμένοι, λέγοντας ότι «οι κλειστοί προϋπολογισμοί, έχουν υποβαθμίσει σημαντικά την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς με το ίδιο κονδύλι του παρελθόντος πλέον εξυπηρετούνται διπλάσιοι πολίτες, ασφαλισμένοι και ανασφάλιστοι».

Ο κ. Ξανθός παραδέχθηκε μεν ότι δεν υπάρχει ειδικό κονδύλι για τους ανασφάλιστους, καθώς επίσης και για τα προβλήματα προσβασιμότητας, τις αναμονές και τα ράντζα στα νοσοκομεία, αλλά τόνισε πως πραγματοποιήθηκε αύξηση των λειτουργικών δαπανών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, παρά το γεγονός πως τα προβλήματα στο ΕΣΥ παραμένουν εξαιτίας της κρίσης και λιτότητας που επικρατεί στη χώρα (<https://www.iatropedia.gr/>).

Ένα χρόνο αργότερα και ενώ η πανδημία έρχεται να εξασθενήσει το ήδη επιβαρυσμένο σύστημα υγείας, λαμβάνονται από την νέα πλέον κυβέρνηση Μητσοτάκη, μέτρα ατομικού και συλλογικού περιορισμού με στόχο την ενίσχυση ενός συστήματος υγείας που αιμορραγεί.

Ο υπουργός υγείας κ. Κικίλιας, σε συνεντεύξεις και συζητήσεις που πραγματοποιούνται αναφορικά με την τωρινή κατάσταση τονίζει πως «ενώ κραταιά συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο έχουν καταρρεύσει και μεγάλες πλούσιες χώρες



ζήτημα για τους ψηφοφόρους, οπότε δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι οι υποψήφιοι είχαν απασχοληθεί με την έκδοση προτάσεων πολιτικής, που παρουσίασαν στην μεταξύ τους αναμέτρηση κατά τη διάρκεια του προεκλογικού τους αγώνα. Μεγάλη βαρύτητα δόθηκε στην ποιότητα της κάλυψης και στο αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο πολλοί ψηφοφόροι είπαν ότι ήταν αυτό που είχε μεγαλύτερη σημασία όταν ρωτήθηκε γιατί η υγειονομική περίθαλψη ήταν τόσο σημαντική.

Ένα από τα φλέγοντα θέματα των συζητήσεων επικεντρώνεται στο κατά πόσον πρέπει να καταργηθεί η ιδιωτική ασφάλιση και να ακολουθηθεί η τακτική του "Medicare for All", με διαφορετικές στρατηγικές. Επιπλέον, τίθενται ερωτήματα σχετικά με το εάν πρέπει να επεκταθεί η κάλυψη σε μετανάστες χωρίς έγγραφα ή σε πολίτες χαμηλού εισοδήματος που δεν εργάζονται.

Ωστόσο, η απάντηση σε αυτές τις ερωτήσεις δεν βοηθά τους τρεις στους 10 ενήλικες οι οποίοι, σύμφωνα με δημοσκόπηση παρακολούθησης της υγείας το 2019, ανέφεραν ότι το κόστος τους ανάγκασε να μην πάρουν τα φάρμακά τους σύμφωνα με τις οδηγίες. Ωστόσο, ενώ πάνω από το 90% των Αμερικανών έχουν ήδη ασφάλιση υγείας, τα ιατρικά προβλήματα οδήγησαν στον αποκλεισμό, ανεξάρτητα από το εάν οι ασθενείς είχαν ασφάλιση υγείας ή όχι. Σύμφωνα με τη δημοσκόπηση και τα έως τώρα δεδομένα, η αμερικανική ασφάλιση υγείας παρέχει ελλιπή κάλυψη, αφήνοντας τις οικογένειες εκτεθειμένες σε καταστροφικά επίπεδα κινδύνου.

Η σοβαρή μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης θα εξαλείψει τέτοια προβλήματα και θα καταστήσει την ασφαλιστική κάλυψη ολοκληρωμένη. Ίσως δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι ο Bernie Sanders το πρότεινε ακριβώς αυτό, στο debate που πραγματοποιήθηκε, και η Elizabeth Warren το πρότεινε επίσης. Ανεξάρτητα από αυτήν τη συζήτηση, είναι σαφές ότι ο Warren και ο Sanders εξετάζουν τα βασικά ζητήματα της ποιοτικής κάλυψης και της οικονομικής προσιτότητας που ανησυχούν τους Αμερικάνους.

Ο Trump έχει επίσης αναγνωρίσει τα προβλήματα που υπάρχουν σχετικά με το αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Τον Ιανουάριο του 2017, καθώς ετοιμάζε τη μετάβασή του στον Λευκό Οίκο, είπε στην Washington Post ότι στο TrumpCare η ικανότητα πληρωμής δεν θα ήταν πρόβλημα. Ο πρώτος Επίτροπος Τροφίμων και Φαρμάκων του Trump, Scott Gottlieb, ανέφερε παρόμοια ότι, «οι

ασθενείς δεν πρέπει να τιμωρούνται εάν χρειάζονται ένα φάρμακο που δεν είναι τυποποιημένο. Επίσης, οι ασθενείς δεν πρέπει να έχουν υπερβολικά έξοδα και πως δεν υποτίθεται ότι επιδοτούν τους υγείς».

Τέτοιες συζητήσεις είναι σημαντικές όταν το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης για τους ασθενείς συνεχίζει να ανεβαίνει στα ύψη. Οι δημοσκοπήσεις δείχνουν ότι οι Αμερικανοί γενικά δεν μπορούν να καλύψουν τα έξοδά τους για χειρουργικές επεμβάσεις ή φάρμακα χημειοθεραπείας. Αντ' αυτού, εάν χρειαστεί χρηματοδοτούν το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με καταναλωτικό χρέος, γεγονός που επιφέρει προβλήματα, αφού μια τέτοια λύση δεν είναι βιώσιμη. Σύμφωνα με μελέτη του 2019, οι Αμερικανοί δανείστηκαν συνολικά 88 δισεκατομμύρια δολάρια για να καλύψουν το κόστος υγείας.

Άλλες χώρες έχουν ήδη αποδείξει ότι δεν χρειάζεται να είναι έτσι, σύμφωνα με μια έκθεση του Ταμείου Κοινοπολιτείας του 2017. Στον Καναδά, σχεδόν το 70% των δαπανών για την υγεία προέρχεται από δημόσιες πηγές και για ιατρούς, διαγνωστικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες που καλύπτονται από δημόσια ασφάλιση, όπου δεν υπάρχει κάποιο κόστος εις βάρος του ασθενούς. Ωστόσο, ο Καναδάς καταφέρνει να επιτύχει σημαντικά λιγότερες δαπάνες για την υγεία συνολικά - μόνο το 10,5% του προϋπολογισμού του σε σύγκριση με το 17,2% στις Ηνωμένες Πολιτείες, σύμφωνα με τους αριθμούς του 2014.

Ακόμα λιγότερο, η Νέα Ζηλανδία δαπάνησε μόνο το 10,9% το 2014 για την υγειονομική περίθαλψη, αλλά οι ασθενείς δαπάνησαν μόνο 263 δολάρια ΗΠΑ από την τσέπη τους. Η Ιαπωνία ξόδεψε επίσης μόνο το 11,4% του προϋπολογισμού της στην υγειονομική περίθαλψη το 2014, αλλά χρησιμοποιεί μηνιαία ανώτατα όρια, όρια εισοδήματος, όρια ηλικίας και διάφορες παραιτήσεις, οπότε οι ασθενείς ξόδεψαν από την τσέπη τους μόνο 126 δολάρια ΗΠΑ - περίπου το ένα δέκατο των πληρωμών των Αμερικανών.

Όταν ερωτήθηκαν πολίτες κάθε χώρας για την έκθεση του Κοινοπολιτειακού Ταμείου, μόνο το 19% των Αμερικανών αναφέρουν ότι το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης λειτουργεί καλά, σε σύγκριση με το 35% στον Καναδά και το 41% στη Νέα Ζηλανδία. Πράγματι, σε αυτές τις άλλες χώρες τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης ταιριάζουν πολύ καλά, με μετρήσεις απόδοσης που είναι συγκρίσιμες ή

καλύτερες από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης των ΗΠΑ (<https://edition.cnn.com/>).

Σχετικά με τις συζητήσεις που γίνονται αναφορικά με την κατάσταση στο Ηνωμένο Βασίλειο, εν μέσω πανδημίας, ο Βρετανός πρωθυπουργός Μπόρις Τζόνσον αντιστάθηκε στις εκκλήσεις για έρευνα σχετικά με τον χειρισμό της πανδημίας Covid-19 από την κυβέρνησή του, καθώς ο αριθμός των νεκρών της χώρας πλησίασε τους 100.000 και ο επικεφαλής επιστήμονας του ανέφερε ότι τα νοσοκομεία μοιάζουν με ζώνες πολέμου.

Ο Βρετανός πρωθυπουργός κατηγορήθηκε ότι αντέδρασε πολύ αργά στην κρίση, απέτυχε να παράσχει επαρκή προστατευτικό εξοπλισμό και να μπλοκάρει το σύστημα δοκιμών, αν και το Ηνωμένο Βασίλειο ήταν ταχέως στη διάθεση του εμβολίου. Ο επίσημος αριθμός θανάτων μέχρι της αρχές του 2021 είναι 93.290 - η χειρότερη φιγούρα της Ευρώπης και η πέμπτη χειρότερη στον κόσμο, μετά τις Ηνωμένες Πολιτείες, τη Βραζιλία, την Ινδία και το Μεξικό.

Υπήρξαν εκκλήσεις για δημόσια έρευνα από ορισμένους γιατρούς και οικογένειες σχετικά τη διαχείριση της κρίσης. Ο Βρετανός πρωθυπουργός, ενώ εν έτη 2020 τόνισε πως θα προβεί σε δημόσια έρευνα, μιλώντας στο κοινοβούλιο τον Ιανουάριο του 2021 είπε: «Η ιδέα ότι πρέπει τώρα να συγκεντρωθούν τεράστιοι κρατικοί πόροι σε μια έρευνα, στη μέση της πανδημίας, δεν μου φαίνεται λογική».

Καθώς οι εισαγωγές στο νοσοκομείο αυξήθηκαν, ο επικεφαλής επιστημονικός σύμβουλος της κυβέρνησης, Πάτρικ Βαλάνς, δήλωσε ότι υπήρξε τεράστια πίεση στην Εθνική Υπηρεσία Υγείας με τους γιατρούς και τις νοσοκόμες να παλεύουν για να παρέχουν στους ανθρώπους επαρκή φροντίδα.

Το Ηνωμένο Βασίλειο, όπως σχεδόν και οι περισσότερες χώρες, βρίσκεται επί του παρόντος υπό κατάσταση lockdown, με κλειστά μπαρ και εστιατόρια, μόνο απαραίτητα καταστήματα ανοιχτά και περιορισμούς στις δραστηριότητες των ανθρώπων. Μάλιστα, ο κ. Vallance - πρώην επικεφαλής της έρευνας στο Glaxo Smith Kline και καθηγητής ιατρικής στο University College London - είπε ότι η χαλάρωση του lockdown στο οποίο έχει επέλθει η χώρα, έστω και με καθυστέρηση, θα οδηγούσε σε λάθη του παρελθόντος τα οποία πρέπει να αποφευχθούν (<https://www.reuters.com/>).



## **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> Η κοινωνική ασφάλιση ως ανθρώπινο δικαίωμα**

### **2.1 Ο ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης**

Η κάλυψη κοινωνικής ασφάλισης διαδραματίζει βασικό ρόλο στην προστασία των εργαζομένων ιδίως διασφαλίζοντας την εισοδηματική ασφάλεια και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Αυτή η κάλυψη είναι ιδιαίτερα σημαντική κατά τη διάρκεια των μεταβάσεων από τη μία εργασία στην άλλη, καθώς δεν συνδέεται με συγκεκριμένο εργοδότη. Ωστόσο, δεν ισχύει πάντοτε η κοινωνική ασφάλιση σε εργαζομένους. Η κάλυψη εξαρτάται από τους κανόνες που ορίζονται στην εθνική νομοθεσία και από τον τρόπο εφαρμογής και επιβολής αυτών των κανόνων. Ορισμένες κατηγορίες μη μισθωτών εργαζομένων ενδέχεται να μην καλύπτονται καθόλου ή να αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες προκλήσεις.

Η κοινωνική ασφάλιση εξελίχθηκε σε έναν από τους κύριους κοινωνικούς θεσμούς των σημερινών κοινωνιών, περισσότερο των βιομηχανικών κοινωνιών, διαδραματίζοντας σημαντικό ρόλο στην αναζήτηση μεγαλύτερης προστασίας από την αβεβαιότητα, τις ασθένειες και τις στερήσεις που μοιράζονται όλα τα έθνη και οι λαοί του κόσμου. Έτσι, η κοινωνική ασφάλιση έχει εξελιχθεί σε ένα μέσο για την προώθηση της οικονομικής ανάπτυξης, της κοινωνικής συνοχής και της δημοκρατίας. Τα διεθνή εργασιακά πρότυπα για την κοινωνική ασφάλιση βοηθούν στην υλοποίηση των φιλοδοξιών που περιγράφονται στην Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων ότι το θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση προστατεύεται από το κράτος δικαίου. Στόχος τους είναι η ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής με την προώθηση της αλληλεγγύης μεταξύ ενεργών και μη ενεργών μελών της κοινωνίας, μεταξύ πλουσίων και φτωχών και μεταξύ της σημερινής γενιάς και των μελλοντικών γενεών (Todorova, 2020).

### **2.2 Τα «κακώς κείμενα»**

Η μη συμμόρφωση με τους κανόνες κοινωνικής ασφάλισης είναι ένα φαινόμενο αυξανόμενης ανησυχίας για τους ερευνητές και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής που οδηγεί σε αθέμιτο οικονομικό ανταγωνισμό και σε «ευκαιριακές ενέργειες» των εργοδοτών για τη μείωση του κόστους εργασίας. Κατά τη διάρκεια μάλιστα μιας κρίσης, η μη συμμόρφωση αναμένεται να αυξηθεί μειώνοντας έτσι την προστασία της κοινωνικής ασφάλισης (Gouveia & Sosa, 2017).

Η Ελλάδα θεωρείται από το 2009 ως μια οικονομία που έχει βιώσει βαθιά οικονομική ύφεση, η οποία έχει απορυθμίσει την αγορά εργασίας της και μεταρρυθμίσει σε βάθος το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Το εκτιμώμενο μέγεθος της ελληνικής ανεπίσημης οικονομίας κατά την περίοδο 2003-2017 μειώθηκε σταθερά από 28,2% σε 21,5% (Koumarianos, Kapsalis & Avgeris, 2019).

Σε μια προσπάθεια να συγκρατηθεί η επέκταση της άτυπης οικονομίας και να καταπολεμηθεί η αδήλωτη εργασία, πρέπει να σχεδιαστούν κατάλληλα μέτρα. Η βαθύτερη κατανόηση των παραγόντων που δημιουργούν πρακτικές και συμπεριφορές μη συμμόρφωσης είναι υψίστης σημασίας για το σχεδιασμό και την εφαρμογή κατάλληλων πολιτικών, είτε συνεπάγονται πρόληψη, αποτροπή ή επανασχεδιασμό κινήτρων.

Ο Mc Gilivray (2001), τονίζει πως για να αποφύγουν τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης οι εργοδότες συνήθως συνεργάζονται με τους εργαζόμενους και ότι η επιτυχία συμμόρφωσης βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στους εργαζόμενους. Οι εργοδότες έχουν πολλά κίνητρα για να αποφύγουν τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης, αλλά ο κύριος λόγος είναι να αυξήσουν το εισόδημά τους. Ένας άλλος λόγος μπορεί να εντοπιστεί στην πολυπλοκότητα των διαδικασιών κοινωνικής ασφάλισης και εργατικού δικαίου, δεδομένου του χαμηλού κινδύνου σύλληψης λόγω ανεπαρκών μηχανισμών ανίχνευσης και της σοβαρότητας των κυρώσεων που επιβάλλονται από τις αρχές επιθεώρησης. Η ιεράρχηση των τρεχουσών αναγκών στα έξοδα που προορίζονται για μελλοντική χρήση ή απρόβλεπτων αναγκών μπορεί να οδηγήσει σε πρακτικές μη συμμόρφωσης, αλλά αυτή η συμπεριφορά εξαρτάται επίσης από την επάρκεια των (καθαρών) μισθών και το επίπεδο των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης. (Mc Gilivray, 2001).

Η μελέτη των Koumarianos, Kapsalis & Avgeris (2019), επιχείρησε να εξετάσει τα αίτια των πρακτικών μη συμμόρφωσης των κανόνων κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα. Η έρευνα διεξήχθη για το Ινστιτούτο Ερευνών της Γενικής Συνομοσπονδίας Ελλήνων Εργαζομένων. Το ερωτηματολόγιο για αυτήν την έρευνα σχεδιάστηκε για να στοχεύει εργαζομένους στους τομείς της HORECA. Αυτοί οι τομείς παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, διότι αποτελούν τον τρίτο μεγαλύτερο τομέα εργαζομένων στην Ελλάδα: απασχολούν περίπου 400.000 εργαζομένους κατά τους καλοκαιρινούς μήνες, σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ (2017-2018). Επιπλέον, σύμφωνα με τους

συγγραφείς έχουν αρκετά μεγάλο δημογραφικό εύρος και παρουσιάζουν τον μεγαλύτερο αριθμό παραβιάσεων κοινωνικής ασφάλισης και εργασίας.

Η ανάλυση της εξέλιξης της ελληνικής αγοράς εργασίας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης καθώς και των μεταρρυθμίσεων κοινωνικής ασφάλισης περιγράφει μια ευέλικτη και ανασφαλή αγορά εργασίας. Τα αποτελέσματα της έρευνας υπέδειξαν πως οι εργοδότες ακολουθούν μη συμμορφούμενες πρακτικές προκειμένου να μεγιστοποιήσουν τα κέρδη τους, εκμεταλλευόμενοι την επισφαλή κατάσταση των εργαζομένων, ενώ οι εργαζόμενοι δέχονται ή συμμαχούν με τη μη συμμόρφωση ως τακτική επιβίωσης σε ένα πολύ ανταγωνιστικό περιβάλλον.

Ο ρόλος του κράτους δεν φαίνεται να περιορίζεται στην απορρύθμιση της αγοράς εργασίας, επειδή εξατομικεύει τον κοινωνικό κίνδυνο στις συντάξεις, καθιστώντας τους εργαζόμενους πιο ανασφαλείς, ενώ δεν εφαρμόζει αποτελεσματικούς μηχανισμούς ελέγχου. Η καταπολέμηση της μη συμμόρφωσης στις ρυθμίσεις κοινωνικής ασφάλισης και εργασίας εξαρτάται από την εξουσία των αρχών να επιβάλλουν συμμόρφωση και από την εμπιστοσύνη των πολιτών στις ίδιες αρχές. Οι κυβερνήσεις μπορούν να επιλέξουν να επικεντρωθούν σε μέτρα πολιτικής αποτροπής ή σε μέτρα ενίσχυσης της εμπιστοσύνης των πολιτών. Κανονικά, ωστόσο, όπου υπάρχουν υψηλά επίπεδα μη συμμόρφωσης, οι αρχές δεν διαθέτουν ικανότητα και στους δύο τομείς, όπως συμβαίνει στην ελληνική αγορά. Στην Ελλάδα, ο ενάρετος κύκλος μεταξύ συμμόρφωσης και νομιμότητας έχει εξελιχθεί σε έναν φαύλο κύκλο με χαμηλά επίπεδα εμπιστοσύνης που δημιουργούν μη συμμόρφωση.

### **2.3 Νομοθετικό πλαίσιο**

Ένα από τα χαρακτηριστικά της κοινωνικής ασφάλισης στη χώρα μας ήταν η πολυδιάσπαση. Η ανεπαρκής ανάπτυξη της αλληλεγγύης, καθώς και οι ανισότητες που παρατηρήθηκαν τόσο στο επίπεδο των παροχών, όσο και στην κρατική χρηματοδότηση, ήταν απόρροια του μεγάλου αριθμού ασφαλιστικών φορέων (Αγγελοπούλου, 2003).

Το κράτος, σύμφωνα με το άρθρο 22 παρ. 5 του Συντάγματος, καθίσταται υπεύθυνο για την οργάνωση και λειτουργία του θεσμού. Μάλιστα, ο δημόσιος χαρακτήρας και η υποχρεωτικότητα ως χαρακτηριστικό γνώρισμα της κοινωνικής ασφάλισης, προκύπτει από το ίδιο το Σύνταγμα. Το 2007, το ασφαλιστικό σύστημα αποτελούνταν από 120 ασφαλιστικούς οργανισμούς καθώς και 54 ταμεία επικουρικής ασφάλισης

και πρόνοιας. Το ζήτημα της ενοποίησης των ταμείων κατά καιρούς απασχολούσε τους υπεύθυνους, αλλά τη δεκαετία του 1990 έλαβε χώρα η πρώτη φάση των ενοποιήσεων. Η προσπάθεια αυτή ξεκίνησε πριν από την εφαρμογή των μνημονίων, κάτι το οποίο είχε ως αποτέλεσμα, οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης το 2015 να περιοριστούν στους έξι, ενώ παράλληλα το ΕΤΕΑ να έχει συγκεντρώσει σχεδόν όλα τα επικουρικά ταμεία. Ωστόσο, αυτή η ενοποίηση είχε χαρακτήρα καθαρά διοικητικό και δεν είχε ως στόχο τη θέσπιση μιας κοινής βάσης για τους ασφαλισμένους πολίτες.

Όμως, στον καιρό της κρίσης, με την εφαρμογή των Μνημονίων, και με το Νόμο 3863/10 θεσπίζονται κοινές προϋποθέσεις συνταξιοδότησης. Έτσι, τα Μνημόνια συντέλεσαν στο να ληφθούν δημοσιονομικά μέτρα που στόχευαν στη μείωση των δαπανών, αλλά και διαρθρωτικών μέτρων που ωθούσε την κοινωνική ασφάλιση σε διαδικασία αναδιάρθρωσης. Έτσι, με το Νόμο 3863/10 εισάγονται στοιχεία κοινωνικής ασφάλειας στο κατοχυρωμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης τα χρόνια της κρίσης, δοκιμάστηκε και αποτέλεσε στόχο, όσο ποτέ άλλοτε.

Η μείωση των συντάξεων ήταν η λύση που δόθηκε, ως μέσο αντιμετώπισης της κρίσης, γεγονός που οδήγησε στη μείωση των συνταξιοδοτικών παροχών που άγγιζαν το όριο του ανακαθορισμού των καταβαλλόμενων ποσών. Το ΣτΕ στην αρχή τόνιζε την αναπόφευκτη ανάγκη των περικοπών υπό τον κίνδυνο της κατάρρευσης της οικονομίας της χώρας. Αργότερα όμως, αντιπαρατίθεται τονίζοντας μια σειρά συνταγματικώς καταχωρημένων αρχών σε σχέση με την κοινωνική ασφάλιση, καθώς και τη νομολογία του ΕΔΔΑ.

Μια από τις υποχρεώσεις της Ελλάδας προς τους δανειστές ήταν η δημιουργία. Ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Φ.Κ.Α.), αποτέλεσε μια από τις υποχρεώσεις της χώρας που έπρεπε να τηρήσει ως προς τους δανειστές της. Έτσι, το 2016, ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης συστάθηκε με το Ν. 4387/16, ο οποίος ενσωμάτωσε φορείς, τομείς, κλάδους και λογαριασμούς κύριας ασφάλισης και παροχών σε χρήμα, ώστε αυτός να καταστεί ενιαίος φορέας κοινωνικής ασφάλισης προβλέποντας ενιαίους κανόνες για όλους.

Το Σύνταγμα της Ελλάδας αναφέρει ότι «το κράτος μεριμνά για την ασφάλιση των εργαζομένων». Ωστόσο, ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης δεν είναι ο ίδιος με

αυτόν της κοινωνικής ασφάλειας. Στην κοινωνική ασφάλιση, η χορήγηση παροχών αφορά στην καταβολή εισφορών, στοχεύοντας την αναπλήρωση του εισοδήματος των εργαζομένων λόγω της επέλευσης των προκαθορισμένων κινδύνων και έτσι αναπτύσσεται η ασφαλιστική αλληλεγγύη. Από την άλλη, στην κοινωνική ασφάλεια η χορήγηση ελάχιστων παροχών συνάδει με τις βασικές ανάγκες του ανθρώπου, όπου οι πόροι αντλούνται από την φορολογία καλύπτοντας το σύνολο του πληθυσμού.

## **2.4 Κοινωνική ασφάλιση και Covid-19**

### **2.4.1 Αναγνώριση Covid-19 ως επαγγελματική ασθένεια**

Πέρα από το σύστημα υγείας, οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας, όπως της επαρκούς στέγασης, του ασφαλούς πόσιμου νερού και της υγιεινής, των τροφίμων και της κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν κεντρικά στοιχεία του δικαιώματος στην υγεία και προστατεύονται σύμφωνα με το διεθνές δίκαιο (Pūras et al., 2020).

Οι Sandal και Yildiz, (2021), από τις 15 Δεκεμβρίου 2020, συνόψισαν τις επαγγελματικές πρακτικές ασφάλειας και υγείας σε επιλεγμένες χώρες σχετικά με την αναγνώριση του Covid-19 ως ενός από τους επαγγελματικούς κινδύνους. Η κατάσταση διέφερε μεταξύ των χωρών, συμπεριλαμβανομένου του καθεστώτος αναγνώρισης και κατά πόσον υπήρχε ειδικός κανονισμός.

Σύμφωνα με τους συγγραφείς, ο Covid-19 έχει οριστεί ως η νέα επαγγελματική ασθένεια της δεκαετίας και έχει προταθεί να αναγνωριστεί παγκοσμίως από τις πρώτες φάσεις της πανδημίας. Η σημασία των επαγγελματικών ασθενειών περιλαμβάνει την άμεση σχέση τους με την επαγγελματική ζωή και την προληπτική ικανότητα. Επιπλέον, η νομική πτυχή των επαγγελματικών ασθενειών παρέχει στους εργαζομένους αποζημίωση, η οποία αναγνωρίζεται από τα ασφαλιστικά ιδρύματα.

Διαφορετικές χώρες έχουν τα δικά τους συστήματα ασφάλισης και αποζημίωσης, σύμφωνα με τις τοπικές συνθήκες. Έτσι, η πρακτική για επαγγελματικές ασθένειες ποικίλλει επίσης μεταξύ των χωρών. Ορισμένες χώρες έχουν κάνει τροποποιήσεις στο νομικό τους σύστημα για να αναγνωρίσουν το Covid-19 ως επαγγελματική ασθένεια, όπως για παράδειγμα η Αργεντινή, η Γαλλία, η Νορβηγία και η Νότια Αφρική ή ως εργατικό ατύχημα, όπως συνέβη στην περίπτωση της Ιταλίας.

Το Βέλγιο, η Ιαπωνία και η Δημοκρατία της Κορέας ανακοίνωσαν την αναγνώριση του Covid-19 βάσει ορισμένων καθορισμένων κριτηρίων. Οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν επιτρέψει στους ομοσπονδιακούς υπαλλήλους να υποβάλουν αίτηση αποζημίωσης εάν νοσήσουν από τον Covid-19 κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους.

Η Γερμανία ανακοίνωσε μια πιθανή αναγνώριση του Covid-19 ως επαγγελματική ασθένεια, ιδίως για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Παρά την αρχική αντίθετη προσέγγιση, η αναγνώριση ως εργατικού ατυχήματος μετά από μια αξιολόγηση βάσει περιπτώσεων έχει επίσης καθοριστεί. Στη Μαλαισία, η αναγνώριση του Covid-19 ως επαγγελματική ασθένεια δημοσιεύθηκε μετά από ειδήσεις στα μέσα ενημέρωσης. Αρκετές άλλες χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Λαϊκής Δημοκρατίας της Κίνας, της Σιγκαπούρης και της Ταϊβάν, έχουν ανακοινώσει πιθανή αναγνώριση σύμφωνα με το ισχύον σύστημά τους για την αποζημίωση των εργαζομένων. Η Αυστραλία ανακοίνωσε επίσης μια πιθανή αποζημίωση. Στην Τουρκία, δεν έχει πραγματοποιηθεί ακόμη κάποια συγκεκριμένη νομοθετική αλλαγή για τον Covid-19. Στη Βραζιλία, η κατάσταση έγινε πολύπλοκη όταν δημοσιεύτηκε ένας κανονισμός που υποδηλώνει ότι το Covid-19 δεν θα θεωρείται επαγγελματική ασθένεια, εκτός από την απόδειξη της αιτιώδους σχέσης. Ωστόσο, το Ομοσπονδιακό Ανώτατο Δικαστήριο ανέστειλε τον εν λόγω κανονισμό.

Καθώς ο αριθμός των εργαζομένων, ιδίως των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, που προσβάλλουν τη μόλυνση λόγω επαγγελματικών κινδύνων αυξάνεται, η εργασιακή σχέση του Covid-19 φαίνεται αναμφισβήτητη. Στις χώρες όπου ο Covid-19 δεν αναγνωρίζεται, απαιτείται διεθνής καθοδήγηση. Στην περίπτωση που οι εργαζόμενοι κατευθύνονται στις υπάρχουσες πρακτικές αποζημίωσης των εργαζομένων χωρίς προσαρμογές για το Covid-19 (π.χ. κριτήρια αναγνώρισης των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη και των μη υγειονομικών υπηρεσιών), προβλήματα που σχετίζονται με την πανδημική περίοδο μπορούν να προστεθούν στις συνεχιζόμενες δυσκολίες αναφοράς και αποζημίωση για επαγγελματικές ασθένειες.

Μέχρι σήμερα, το Covid-19 δεν έχει συμπεριληφθεί σε λίστες επαγγελματικών ασθενειών που παρέχονται από διεθνείς οργανισμούς, συγκεκριμένα από τη Διεθνή Οργάνωση Εργασίας, την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και την Ευρωπαϊκή Ένωση, παρά τα παραδείγματα κανονισμών σε επίπεδο χώρας. Οι οργανισμοί που σχεδιάζουν

και διεξάγουν έρευνα σχετικά με τους κινδύνους Covid-19 σχετικά με τα επαγγέλματα ή τα καθήκοντα εργασίας, προτείνουν κριτήρια για την αναγνώριση περιπτώσεων που σχετίζονται με την εργασία και προσθέτοντας τον Covid-19 στους προτεινόμενους καταλόγους επαγγελματικών ασθενειών θα παρέχουν μια βάση για τοπική δράση. Σε χώρες που αναμένουν κανονισμούς για την αναγνώριση της σχετικής με την εργασία Covid-19, οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να ενεργήσουν για την προώθηση αλλαγών στη νομοθεσία.

#### **2.4.2 Κοινωνική ασφάλιση και μεταναστευτικό**

Από τον Ιούλιο του 2019, όταν οι ελληνικές αρχές απέσυραν την εγκύκλιο που διέπει τον τρόπο χορήγησης του ΑΜΚΑ (αριθμός κοινωνικής ασφάλισης) σε μη Έλληνες υπηκόους, οι αιτούντες άσυλο και τα παιδιά των παράνομων μεταναστών δεν έχουν πρόσβαση στο σύστημα δημόσιας υγείας στην Ελλάδα. Ένας νόμος περί ασύλου που θεσπίστηκε τον Νοέμβριο του 2019 έχει ρυθμίσει το ζήτημα, αλλά εξακολουθούν να λείπουν μέτρα εφαρμογής, θέτοντας σε κίνδυνο τη ζωή και την υγεία χιλιάδων παιδιών και ενηλίκων που εξακολουθούν να μην έχουν πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη. Οι παραλείψεις της ελληνικής κυβέρνησης να εξαλείψει τα υφιστάμενα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι αιτούντες άσυλο στην πρόσβαση στη δημόσια υγεία, εκτός από τις ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης, δημιουργούν το έδαφος για μελλοντικά κρούσματα ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων ασθενειών που μπορούν να προληφθούν από εμβόλια, όπως η ηπατίτιδα Α, ιλαρά και μηνιγγίτιδα, ενώ ταυτόχρονα έχουν σοβαρές επιπτώσεις σε άτομα που πάσχουν από χρόνια ασθένεια όπως ο HIV και ο διαβήτης (Veizis, 2020).

#### **2.4.3 Αναρρωτικές άδειες και Covid-19**

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2020), συνιστά την παραμονή των ατόμων που έχουν προσβληθεί από κάποια μεταδοτική ασθένεια να παραμένουν σπίτι τους για να αναρρώσουν. Αυτή η αντιμετώπιση παραμένει ένας από τους καλύτερους τρόπους για τη μείωση της εξάπλωσης κάθε μεταδοτικής ασθένειας. Ωστόσο, όταν οι εργαζόμενοι δεν έχουν αναρρωτική άδεια με αποδοχές, πληρώνουν συχνά αναπόφευκτες επιλογές μεταξύ του να πηγαίνουν στην εργασία άρρωστοι και του να μπορούν να πληρώσουν τις βασικές ανάγκες για τον εαυτό τους και τις οικογένειές τους (Heymann et al., 2020).

Πολλές μελέτες (Cordoba & Aiello, 2016; Zhai et al., 2018) καταδεικνύουν τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν οι αμειβόμενες άδειες για τη μείωση της πιθανότητας των εργαζομένων να εργαστούν όταν είναι άρρωστοι. Οι μελέτες αυτές έχουν δείξει ότι οι εργαζόμενοι που δεν έχουν αναρρωτική άδεια έχουν 1,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να μεταβούν στην εργασία τους και είναι λιγότερο πιθανό να δουν έναν πάροχο υγειονομικής περίθαλψης όταν είναι άρρωστοι (Cordoba & Aiello, 2016). Επιπλέον, οι μελέτες υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της άδειας ασθενείας με αποδοχές στη μείωση της κοινοτικής εξάπλωσης αναπνευστικών ασθενειών (Zhai et al., 2018).

Επιπλέον, η δυνατότητα παραμονής στο σπίτι σε περίπτωση μεταδιδόμενης ασθένειας μειώνει την εξάπλωση αναπνευστικών και άλλων μολυσματικών ασθενειών σε συναδέλφους και πελάτες (Hsuan et al., 2017). Η άδεια ασθενείας με αποδοχές μειώνει επίσης τον αριθμό των παιδιών που αποστέλλονται στο σχολείο όταν είναι άρρωστοι, γεγονός που μειώνει περαιτέρω την εξάπλωση της νόσου σε κοινότητες (Neilson & Stanfors, 2018).

Η διαθεσιμότητα αμειβόμενης άδειας ασθενείας έχει σημασία όχι μόνο όταν η οικονομία είναι ανοιχτή αλλά και κατά τη διακοπή λειτουργίας. Σε όλο τον κόσμο, ενώ έχει εφαρμοστεί ως μέσο προστασίας η «παύση» της αγοράς, ως απάντηση στη νόσο Covid-19, η συντριπτική πλειονότητα των παντοπωλείων και των φαρμακείων παρέμειναν ανοιχτά, όπως και άλλες βασικές υπηρεσίες. Είναι εξαιρετικά σημαντικό οι εργαζόμενοι σε καθέναν από αυτούς τους τομείς να έχουν επίσης άδεια ασθενείας για να ενθαρρύνουν την παραμονή τους στο σπίτι από την εργασία με το πρώτο σημάδι των συμπτωμάτων, τη δοκιμή και την απομόνωση όταν είναι απαραίτητο. Καθώς οι βασικοί εργαζόμενοι έρχονται σε συχνή επαφή με το κοινό, η αμειβόμενη άδεια ασθενείας θα έχει σημασία τόσο για την υγεία των εργαζομένων όσο και για τη διάδοση των μολυσματικών ασθενειών (Hsuan et al., 2017).

Αξιοσημείωτη είναι η έρευνα του Heymann και των συνεργατών του (2020), στην οποία εξετάζεται η διαθεσιμότητα άδειας ασθενείας με αμοιβή σε παγκόσμιο επίπεδο. Για να εκτιμήσουν εάν διατίθεται αναρρωτική άδεια με αμοιβή σε χώρες σε όλο τον κόσμο για την αντιμετώπιση της πανδημίας Covid-19 και των μελλοντικών εστιών, δημιουργήθηκε και αναλύθηκε μια βάση δεδομένων νομοθετικών εγγυήσεων άδειας με αποδοχών για προσωπική ασθένεια σε 193 κράτη μέλη του ΟΗΕ.



Η αυθεντική νομοθεσία για την εργασία και την κοινωνική ασφάλιση και οι παγκόσμιες πληροφορίες για τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης για κάθε χώρα προήλθαν κυρίως από τη βάση δεδομένων της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας (ILO) (Διεθνής Οργάνωση Εργασίας, 2019), συμπληρωμένη με πληροφορίες από προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης σε όλο τον κόσμο (Διοίκηση κοινωνικής ασφάλισης, 2020), το σύστημα αμοιβαίας πληροφόρησης για την κοινωνική προστασία (MISSOC, 2020) και το σύστημα αμοιβαίας πληροφόρησης για την κοινωνική προστασία του Συμβουλίου της Ευρώπης (Συμβούλιο της Ευρώπης, 2020) (Heymann et al., 2020).

Οι χώρες αξιολογήθηκαν συστηματικά από μια πολύγλωσση ερευνητική ομάδα χρησιμοποιώντας ένα κοινό πλαίσιο κωδικοποίησης. Έγιναν πρόσθετοι ποιοτικοί έλεγχοι μετά την ολοκλήρωση της βάσης δεδομένων. Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτήν τη μελέτη αντικατοπτρίζουν τη νομοθεσία σε εθνικό επίπεδο σχετικά με τις εργοδοτικές αμειβόμενες ημέρες εργασίας και την κοινωνική ασφάλιση με ιατρική άδεια για τον ιδιωτικό τομέα. Επειδή οι πολιτικές άδειας ασθενείας επί πληρωμή ποικίλλουν σε εθνικό επίπεδο, κωδικοποιήθηκε το χαμηλότερο επίπεδο εγγυημένης άδειας ασθενείας μετ' αποδοχών. Η άδεια ασθενείας επί πληρωμή που εγγυάται συλλογικές διαπραγματεύσεις συμπεριλήφθηκε μόνο όταν εφαρμόζεται ευρέως στον ιδιωτικό τομέα. Τα δεδομένα αντικατοπτρίζουν τις μακροπρόθεσμες πολιτικές που ισχύουν από τον Μάρτιο του 2019 και δεν αντικατοπτρίζουν προσωρινές αλλαγές πολιτικής αναφορικά με την πανδημία του Covid-19.

Τα αποτελέσματα της έρευνας υπέδειξαν πως πάνω από το ένα τέταρτο των χωρών του κόσμου δεν προσφέρουν αμειβόμενη άδεια ασθενείας από την πρώτη ημέρα της ασθένειας. Αυτό περιλαμβάνει μερικές από τις χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την παγκόσμια πανδημία και αντιμετώπισαν συντριπτικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και μεγάλες απώλειες ζωών, συμπεριλαμβανομένης της Ιταλίας, του Ιράν και των Ηνωμένων Πολιτειών. Επιπροσθέτως, η έρευνα κατέληξε πως υπάρχουν σημαντικά κενά στην κάλυψη για τους εργαζόμενους που ξεκίνησαν πρόσφατα μια νέα εργασία (36% των χωρών), τους αυτοαπασχολούμενους (58%) και τους εργαζόμενους μερικής απασχόλησης (65%). Η έλλειψη κάλυψης για αυτούς τους εργαζόμενους μπορεί να είναι ιδιαίτερα κρίσιμη για τη μείωση της εξάπλωσης.

Η πανδημία του Covid-19 μπορεί να συνεχίσει να είναι μια απειλή σε παγκόσμιο επίπεδο. Ως μέτρο αντιμετώπισης της πανδημίας, μια σειρά χωρών έχει ενισχύσει προσωρινά τις πολιτικές αμειβόμενης άδειας για να ανταποκριθεί στην απειλή. Για παράδειγμα, η κυβέρνηση στο Ελ Σαλβαδόρ παρέχει 30 ημέρες αμειβόμενης άδειας για εργαζόμενους με υψηλότερο κίνδυνο μόλυνσης οι οποίοι υποχρεούνται σε καραντίνα. Η Χιλή επέκτεινε πρόσφατα άδεια μετ' αποδοχών για όλους τους εργαζόμενους που λόγω της κρίσης του Covid-19 πρέπει να παραμείνουν στο σπίτι. Η Σαουδική Αραβία δημιούργησε ειδική αμειβόμενη άδεια για εργαζόμενους σε καραντίνα που εισήλθαν στη χώρα από το εξωτερικό. Το Τρινιντάντ και Τομπάγκο εισήγαγαν πρόσφατα μια άδεια πανδημίας που είναι διαθέσιμη σε κυβερνητικούς υπαλλήλους που δεν είναι επιλέξιμοι για άδεια ασθενείας, συμπεριλαμβανομένων των υπαλλήλων με σύμβαση ορισμένου χρόνου, των συμβασιούχων βραχυπρόθεσμης απασχόλησης και των εργαζομένων στην επιμόρφωση. Το Ουζμπεκιστάν αύξησε το ποσοστό των μισθών για αμειβόμενη άδεια ασθενείας από 60-80% σε 100% για ολόκληρη τη διάρκεια της καραντίνας, ενώ η Ρωσία αύξησε το ελάχιστο επίπεδο παροχών για τις αποδοχές άδειας ασθενείας στον εθνικό ελάχιστο μισθό μέχρι το τέλος του 2020 (Heymann et al., 2020).

Το οικονομικό κόστος της παροχής αμειβόμενης άδειας ασθενείας είναι μέτριο σε σύγκριση με το οικονομικό κόστος μιας πανδημίας, ιδίως όταν συνυπολογίζεται η ταχύτερη εξάπλωση ασθενειών που προκαλείται από προσβεβλημένους από τον ιό εργαζόμενους, που εργάζονται. Επιπλέον, σε κάθε επίπεδο εισοδήματος κάθε χώρας, υπάρχουν μοντέλα για την παροχή άδειας ασθενείας μετ' αποδοχών για την πλειονότητα των εργαζομένων, που ξεκινούν την πρώτη ημέρα της ασθένειας και διαρκούν τις δύο εβδομάδες που απαιτούνται για την καραντίνα, καθώς και το μακροπρόθεσμο διάστημα που απαιτείται για τη νόσο του Covid-19. Αυτές περιλαμβάνουν προσεγγίσεις για την επέκταση της κάλυψης στους εργαζόμενους που έχουν ξεκινήσει πρόσφατα μια νέα εργασία, τους εργαζόμενους σε μικρές επιχειρήσεις και σε αυτούς που είναι αυτοαπασχολούμενοι ή εργάζονται με μερική απασχόληση. Σε πολλές χώρες, η άδεια γίνεται πιο οικονομικά εφικτή όταν παρέχεται εξ ολοκλήρου ή εν μέρει από την κοινωνική ασφάλιση (Heymann et al., 2020).

Παρόλο που δεν υπάρχει καμία λύση που να εξαλείφει την ένταση μεταξύ της ανάγκης μείωσης της εξάπλωσης μολυσματικών ασθενειών και της ανάγκης για

ανθρώπινη επαφή, τόσο για βασικές υπηρεσίες όσο και για να λειτουργήσει μεγάλο μέρος της οικονομίας, υπάρχουν βασικές πολιτικές που μπορούν να ωφελήσουν και τα δύο. Μια καλοσχεδιασμένη άδεια αμειβόμενη αναρρωτική άδεια είναι υψίστης σημασίας. Υπάρχει φυσικά επείγουσα ανάγκη να υιοθετηθούν ολοκληρωμένες πολιτικές άδειας ασθενείας επί πληρωμή για να καλυφθούν όλοι οι εργαζόμενοι εάν θέλουμε να μειώσουμε την εξάπλωση του Covid-19 κατά τη διάρκεια των τρεχόντων lockdown και να συνεχίσουμε να μειώσουμε τη διαφορά όταν ανοίξει ξανά η οικονομία. Τα οφέλη για την υγεία και την οικονομία αυτών των πολιτικών θα γίνουν αισθητά όχι μόνο κατά τη διάρκεια της τρέχουσας επιδημίας, αλλά και για τα επόμενα χρόνια καθώς αναδύονται νέες μολύνσεις και οι παλιές λοιμώξεις επιστρέφουν (Heymann et al., 2020).

Από την άλλη, οι προσωρινές αλλαγές στην άδεια αναρρωτικής άδειας δεν είναι αρκετές για να διασφαλιστεί ότι οι χώρες είναι προετοιμασμένες για την επόμενη πανδημία. Υπήρξαν πέντε σοβαρές απειλές σε λιγότερο από 20 χρόνια, όπως ο SARS που αναδύθηκε το 2002, ο H1N1 το 2009, ο MERS το 2012, ο Ebola το 2013 και ο COVID-19 το 2019. Είναι πιθανό να υπάρξουν νέες αναδυόμενες αναπνευστικές και άλλες μολυσματικές ασθένειες τα επόμενα χρόνια. Η επιβράδυνση της εξάπλωσης όλων των μελλοντικών μολυσματικών ασθενειών δίνει στην κοινωνία μας περισσότερο χρόνο για να ανταποκριθεί αποτελεσματικά σε αυτές τις άγνωστες απειλές.

## Κεφάλαιο 3ο Ιστορική αναδρομή εμβολιασμών

### 3.1 Η έννοια των εμβολίων

Ο εμβολιασμός είναι η ανοσολογική προετοιμασία του προσαρμοστικού ανοσοποιητικού συστήματος για μια συγκεκριμένη ασθένεια. Μειώνει τη συχνότητα εμφάνισης μολυσματικών ασθενειών στην παιδική ηλικία και παρατείνει τη διάρκεια ζωής.

Τα εμβόλια μπορούν να ταξινομηθούν σε διάφορους τύπους ανάλογα με τη σύνθεσή τους. Έτσι, τα ζωντανά εξασθενημένα εμβόλια περιέχουν ζωντανούς ιούς που δεν μπορούν να προκαλέσουν ασθένεια σε υγιή άτομα. Τα αδρανοποιημένα εμβόλια χρησιμοποιούν αδρανοποιημένες μορφές μικροβιακών παθογόνων. Υπάρχουν επίσης τα εμβόλια περιέχουν εξασθενημένες τοξίνες που προέρχονται από παθογόνα βακτηριακά προϊόντα (Kwon et al., 2017).

Επιπλέον, τα εμβόλια υπομονάδας περιέχουν ορισμένα μέρη του ιού ή των αντιγόνων των βακτηρίων. Το συζευγμένο εμβόλιο περιέχει έναν πολυσακχαρίτη που αποτελείται από βακτηριακή εξωτερική μεμβράνη ως αντιγόνο. Τα εμβόλια πεπτιδίων αποτελούνται από συνθετικά πεπτίδια που μπορούν να προκαλέσουν υιοθετημένη ανοσοαπόκριση. Τα εμβόλια DNA περιλαμβάνουν ένα ειδικό γενετικό μέρος του παθογόνου (Kwon et al., 2017).

Για την ανάπτυξη του εμβολίου, πρέπει να ληφθούν υπόψη διάφορα χαρακτηριστικά όπως η ασφάλεια, η σταθερότητα, η αποτελεσματικότητα, το κόστος, η ευκολία διάθεσης και η ικανότητα ενεργοποίησης μιας αποτελεσματικής ανοσοαπόκρισης. Για να εξασφαλιστεί η ασφαλής και αποτελεσματική χορήγηση του εμβολίου, η οδός εμβολιασμού έχει αναγνωριστεί ως σημαντικό σημείο. Οι κοινές μέθοδοι χορήγησης εμβολίων περιλαμβάνουν ενδομυϊκή (IM), ενδοδερμική (ID), υποδόρια (SC) και από του στόματος χορήγηση. Οι ενδομυϊκές ενέσεις (IM) χρησιμοποιούνται συνήθως για τη χορήγηση εμβολίων επειδή περισσότερα αιμοφόρα αγγεία κατανέμονται γύρω από τους μύες από το δέρμα. Οι ενδοδερμικές ενέσεις (ID) και οι υποδόριες ενέσεις (SC) χρησιμοποιούνται επίσης συχνά για τη χορήγηση ορισμένων εμβολίων ενώ μικρός αριθμός εμβολίων χορηγείται μέσω της στοματικής οδού (Kwon et al., 2017).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα εμβόλια στην ουσία αποτελούνται από τμήματα ενός εξασθενημένου μικροβίου ή ενός μικροβίου που έχει

εξουδετερωθεί ή και από τμήματα κάποιων παραγόμενων τοξινών από το μικρόβιο, ή κάποιας πρωτεΐνης που βρίσκεται στην επιφάνειά του, στοχεύοντας στη δημιουργία ανοσίας σε μια ασθένεια. Με αυτόν τον τρόπο, όταν κάποιος εμβολιαστεί και το τμήμα αυτό του μικροβίου εισέλθει στον οργανισμό, τότε θα αναγνωριστεί σαν ξένο, με αποτέλεσμα να κινητοποιηθούν μηχανισμοί άμυνας του οργανισμού για να το εξουδετερώσουν αλλά και να το θυμούνται. Έτσι, την επόμενη φορά που ο οργανισμός θα έρθει σε επαφή και πάλι με το ίδιο τμήμα να καταφέρει να το εξουδετερώσει πιο εύκολα και γρήγορα (WHO, 2017). Ο στόχος, με άλλα λόγια, του εμβολιασμού είναι να προκαλέσει προστατευτική ανοσοαπόκριση στο στοχευμένο παθογόνο χωρίς τον κίνδυνο απόκτησης της νόσου και των εν δυνάμει επιπλοκών (Vetter et al., 2018).

Η θεωρία πίσω από τον εμβολιασμό μεταφέρθηκε από την Ασία στη Δύση. Οι Κινέζοι, είχαν παρατηρήσει ότι από ορισμένες ασθένειες μπορούσαν να μολυνθούν μόνο μία φορά, οπότε πειραματίστηκαν με την παροχή σε υγιή άτομα δόσεων ασθενειών όπως η ευλογιά. Η διαδικασία ήταν γνωστή ως «παραβίαση» και στην περίπτωση της ευλογιάς, περιελάμβανε συνήθως ένεση σκόνης από κηλίδες ευλογιάς στην φλέβα. Αν και ορισμένα άτομα αρρώστησαν ή πέθαναν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, τα ποσοστά ευλογιάς μεταξύ των κοινοτήτων όπου ακολουθήθηκε η παραπάνω διαδικασία, ήταν σημαντικά χαμηλότερα από ό, τι αλλού (Bloometal., 2005).

Η «παραβίαση» εισήχθη στη Βρετανία στις αρχές του 18ου αιώνα από την Mary Wortley Montagu, η οποία είχε παρατηρήσει τη διαδικασία στην Τουρκία, όπου ο σύζυγός της ήταν Βρετανός πρέσβης. Αρκετές δεκαετίες αργότερα, ο Έντουαρντ Τζένερ, παρατήρησε ότι οι άνθρωποι που άρμεγαν τις αγελάδες παρουσίαζαν φυσαλίδες στα χέρια τους και απέκτησαν ανοσία στην ευλογιά. Για να δοκιμάσει αυτήν την παρατήρηση, χρησιμοποίησε το πύον από τις φυσαλίδες αυτές και εμβολίασε ένα οκτάχρονο αγόρι, το οποίο αγόρι δεν προσβλήθηκε από την ασθένεια. Το πρώτο εμβόλιο ήταν γεγονός. Ο Τζένερ δημοσίευσε τα ευρήματά του το 1798 και ονόμασε τη διαδικασία «εμβολιασμός», από τη λατινική λέξη για την ευλογιά (Bloom et al., 2005).

Το 1890, ο Emil von Behring και ο Shibasaburo Kitasato έδωσαν ουσία στην παρατήρηση του Τζένερ όταν ανακάλυψαν τα αντισώματα, με τα οποία καταπολεμάται η αρχική επίθεση και έτσι προετοιμάζεται το σώμα να αποτρέψει τη

μόλυνση αργότερα στη ζωή. Περίπου αυτήν την περίοδο, αναπτύχθηκαν εμβόλια για τη λύσσα, τη χολέρα, τον τυφοειδή και την πανούκλα, αν και μόλις μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο τα εμβόλια έγιναν ένα διαδεδομένο εργαλείο για τη βελτίωση της υγείας. Σήμερα, 26 ασθένειες μπορούν να προληφθούν με τη χρήση των εμβολίων (Bloom et al., 2005).

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, το πεδίο εμβολίων έχει κατακλειστεί από νέες τεχνολογίες και ο εμβολιασμός έχει τη δυνατότητα να διαδραματίσει πολύ σημαντικό ρόλο στο μέλλον επίσης. Τα πιο σημαντικά είναι η Δεκαετία των Εμβολίων που ξεκίνησε το Ίδρυμα Billand Melinda Gates, οι Αναπτυξιακοί Στόχοι της Χιλιετίας των Ηνωμένων Εθνών και η πρωτοβουλία του Ινστιτούτου Ιατρικής των ΗΠΑ για τον εντοπισμό και την ιεράρχηση νέων προληπτικών εμβολίων για ανάπτυξη. Τα εμβόλια υπήρξαν μία από τις σημαντικότερες επαναστάσεις στην ιστορία της ανθρωπότητας και, κατά τη διάρκεια του εικοστού αιώνα, εξάλειψαν τις περισσότερες από τις παιδικές ασθένειες που προκαλούσαν εκατομμύρια θανάτους (Rappuoli et al., 2011).

Τον 21<sup>ο</sup> αιώνα, τα εμβόλια διαδραματίζουν επίσης, σημαντικό ρόλο στη διαφύλαξη της υγείας των ανθρώπων. Με την υποστήριξη των καινοτομιών, που προέρχονται από τις νέες τεχνολογίες, τα εμβόλια θα καλύψουν τις νέες ανάγκες μιας κοινωνίας του 21ου αιώνα που χαρακτηρίζεται από αυξημένο προσδόκιμο ζωής, αναδυόμενες λοιμώξεις και φτώχεια σε χώρες με χαμηλό εισόδημα (Rappuoli et al., 2011). Τα εμβόλια θεωρούνται επιπλέον ως ένα φθηνό εργαλείο για τη βελτίωση της υγείας. Τα παιδιά σε όλες τις χώρες εμβολιάζονται για να προστατευτούν από σοβαρές ασθένειες και η πρακτική αυτή έχει καταστεί η βάση των παγκόσμιων προσπαθειών για τη δημόσια υγεία.

Παρά όμως, τις προόδους αυτές, στη Σομαλία, τη Νιγηρία και το Κονγκό, η κάλυψη που παρείχαν τα εμβόλια μειώθηκε κατά το ήμισυ μεταξύ του 1990 και του 2000. Ο εμβολιασμός, κατά της ιλαράς, είναι επίσης περιορισμένος. Η ασθένεια αυτή προκάλεσε 660.000 θανάτους το 2002. Συνολικά, 3 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από ασθένειες που μπορούν να προληφθούν, από εμβόλια. Στον ανεπτυγμένο κόσμο, οι προσπάθειες εμβολιασμού αντιμετωπίζουν εμπόδια, με την άνοδο ενός καλά οργανωμένου κινήματος κατά των εμβολίων, τα οποία όπως ισχυρίζονται οι υπεύθυνοι για την εκστρατεία, προκαλούν περισσότερο κακό παρά καλό (Bloom et al., 2005).

Οι εμβολιασμοί είναι ένα από τα πιο αποτελεσματικά μέτρα δημόσιας υγείας που διατίθενται προς το παρόν. Ωστόσο, ένας αυξανόμενος σκεπτικισμός γύρω από τους εμβολιασμούς προκαλεί χαμηλότερο ποσοστό εμβολιασμού στον γενικό πληθυσμό από το επιθυμητό (Lemoine et al., 2020). Επιπλέον, η έλλειψη εμβολιασμών οδηγεί σε έλλειψη ελέγχου και εξάλειψης μολυσματικών ασθενειών. Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά γνωρίσματα των εμβολίων πρέπει να αποτελούν τα χαμηλά ποσοστά ανεπιθύμητων ενεργειών. Επίσης, τα εμβόλια πρέπει να είναι μη δαπανηρά, αποτελεσματικά και ευρέως διαθέσιμα. Οι νέες τεχνολογίες πρέπει να διατεθούν για την ταχεία ανάπτυξη νέων εμβολίων για ταχεία εξάπλωση ασθενειών.

Επιπλέον, έχει σημειωθεί μεγάλη πρόοδος στην ανάπτυξη και τις τεχνολογίες εμβολίων. Στην πραγματικότητα, οι στρατηγικές εμβολιασμού που διατίθενται αυτή τη στιγμή είναι πολύ διαφορετικές από αυτές που χρησιμοποιήθηκαν στο παρελθόν, τόσο όσον αφορά τους στόχους όσο και τις τεχνικές (Heaton, 2020).

Οι εμβολιασμοί είναι σημαντικοί, ειδικότερα, σε περιοχές χαμηλού εισοδήματος του κόσμου, δεδομένου των ελάχιστων διαθέσιμων πόρων για την τελική θεραπεία των ασθενειών που προκύπτουν (Hardt et al., 2016). Η ηπατίτιδα Β και η εγκεφαλίτιδα της Βενεζουέλας, της Ανατολής και της Δύσης, για παράδειγμα, είναι κοινές στις αγροτικές περιοχές και παρουσιάζουν σημαντικό οικονομικό βάρος, χρίζοντας άμεσου και αποτελεσματικού εμβολιασμού για την πρόληψή τους.

Επιπλέον, σε αυτές τις περιοχές, είναι συχνά απαραίτητο να σχεδιάζονται εμβολιασμοί που μπορούν να χορηγηθούν εύκολα, όπως για παράδειγμα η λήψη από το στόμα. Πρόσφατα, εμβολιασμοί κατά κοινών παθογόνων, όπως το *Escherichia coli*, έχουν σχεδιαστεί σε στοματικά σκευάσματα για να ενισχύσουν τους εμβολιασμούς σε περισσότερες αγροτικές περιοχές (Stromberg et al., 2020). Οι ενέσεις όπως ενδομυϊκές, ενδοδερμικές και υποδόριες ενέσεις έχουν αρκετά πλεονεκτήματα στη χορήγηση εμβολίου, αλλά υπάρχουν πολλά μειονεκτήματα. Έτσι, απαιτείται από καιρό η ανάπτυξη ενός νέου συστήματος χορήγησης εμβολίων (Kwon et al., 2017).

Σε περιοχές με χαμηλό εισόδημα, οι μολύνσεις από ζώα αποτελούν επίσης σοβαρή απειλή για την ανθρώπινη υγεία, όχι μόνο επειδή υποβαθμίζουν τον πληθυσμό, αλλά και επειδή ο κίνδυνος νόσου σε αυτό το πλαίσιο είναι υψηλός. Η γρίπη των πτηνών, για παράδειγμα, είναι ένα κοινό παράδειγμα μιας ασθένειας που μεταδίδεται από ζώα

και μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες στην ανθρώπινη υγεία και αποτέλεσε αντικείμενο έντονης έρευνας. Η τοξοπλάσμωση είναι ένα άλλο παράδειγμα μιας ασθένειας που μεταδίδεται από ζώα και μπορεί να έχει επικίνδυνες συνέπειες για τους ανθρώπους, ιδιαίτερα σε έγκυες γυναίκες, έναν πολύ ευαίσθητο πληθυσμό (Manjunathachar et al., 2020). Άλλες ασθένειες, όπως η λύσσα και ορισμένες μορφές εγκεφαλίτιδας, επιβαρύνουν επίσης τα εθνικά συστήματα υγείας.

Μελέτες έχουν δείξει με συνέπεια ότι τα εμβόλια είναι ασφαλή και αποτελεσματικά και όλοι οι ερευνητές συνέχισαν να μελετούν τρόπους βελτίωσης της αποτελεσματικότητάς τους. Μερικά παθογόνα, πράγματι, έχουν μελετηθεί εδώ και χρόνια σε προσπάθειες ανάπτυξης αποτελεσματικών στρατηγικών εμβολιασμού, δεδομένου ότι οι θεραπευτικές επιλογές δεν είναι πάντα διαθέσιμες ή αποφασιστικές. Ο ιός του HIV είναι ένα τέλειο παράδειγμα. Για χρόνια, αναζητήθηκε ένα αποτελεσματικό εμβόλιο, δυστυχώς χωρίς επιτυχία. Πρόσφατα, ωστόσο, διάφορες μελέτες έδωσαν φως σε στρατηγικές που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού εμβολιασμού κατά αυτού του ιού (Burton, 2019).

Η έρευνα για τον εμβολιασμό προσπαθεί επίσης να βελτιώσει την τεχνολογία με την οποία χορηγούνται και σχεδιάζονται τα εμβόλια. Οι φορείς μέσω των οποίων χορηγούνται εμβόλια, για παράδειγμα, έχουν συγκεντρώσει πολλή προσοχή. Μέρος της έρευνας που διεξάγεται τώρα για τους εμβολιασμούς αφορά επίσης την ανάγκη σχεδιασμού αποτελεσματικότερων εμβολιασμών για τους πιο ευάλωτους πληθυσμούς, όπως οι ηλικιωμένοι. Για παράδειγμα, εμβόλια κατά του *Streptococcus pneumoniae*, ενός πολύ επικίνδυνου παθογόνου, ειδικά για εκείνους άνω των 65 ετών, επανασχεδιάζονται για να προσφέρουν τη μέγιστη αποτελεσματικότητα, δεδομένης της διαφορετικής ανταπόκρισης των ηλικιωμένων ατόμων στον εμβολιασμό (Cianci et al., 2020).

Εκτός από τις μολυσματικές ασθένειες, οι εμβολιασμοί μπορούν να είναι χρήσιμοι ενάντια σε μια ποικιλία άλλων καταστάσεων. Οι εμβολιασμοί χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο σε ανοσολογικές ασθένειες. Ο διαβήτης τύπου 2 για παράδειγμα είναι επίσης μια ασθένεια στην οποία το ανοσοποιητικό σύστημα παίζει βασικό ρόλο. Πρωτόκολλα εμβολιασμού χρησιμοποιούνται επίσης και σε ογκολογικές ασθένειες. Τα πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα λαμβάνονται σε πολλές μορφές καρκίνου, για παράδειγμα, καρκίνου του μαστού (Abdul Hafid & Radhakrishnan, 2019).



Οι εμβολιασμοί είναι θεμελιώδεις για την παγκόσμια υγεία. Η ανάπτυξη εμβολιασμών κατά των μολυσματικών ασθενειών αλλά και κατά των ανοσολογικών διαταραχών, είναι μια απίστευτη θεραπευτική ευκαιρία που μέχρι στιγμής έχει δώσει ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Συνολικά, η σημασία των εμβολιασμών είναι σαφέστερη πιο πολύ από ποτέ στην τρέχουσα κατάσταση: η άνοδος του νέου κοροναϊού έδειξε σε όλους πώς θα μπορούσε να μοιάζει ένας κόσμος χωρίς εμβολιασμούς. Η έρευνα για ένα εμβόλιο κατά αυτής της νόσου είναι εξαιρετικά σημαντική για όλους στον κόσμο και μας θυμίζει τη μεγάλη αξία και τη σημασία των πρωτοκόλλων εμβολιασμού.

### **3.2 Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών**

Τα εμβόλια είναι ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα της δημόσιας υγείας του περασμένου αιώνα και εκτιμάται ότι θα σώσουν 2–3 εκατομμύρια ζωές κάθε χρόνο (Vetter et al., 2018). Υπάρχει αρκετός ενθουσιασμός για τις συνεισφορές που έχουν κάνει τα εμβόλια και θα συνεχίσουν να κάνουν στην κοινωνία μας αυτόν τον αιώνα και έχουν ξεκινήσει αρκετές πρωτοβουλίες για την καλύτερη αξιοποίηση του πλήρους δυναμικού του τι μπορούν να προσφέρουν (Rappuoli et al., 2011).

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας (Πίνακας 1), το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων για το 2020 αποτελείται από τα ακόλουθα εμβόλια:

1. Εμβόλιο ηπατίτιδας Β (HepB) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: Γέννηση)
2. Εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου, κοκκύτη για παιδιά, εφήβους και ενήλικες
3. Εμβόλιο πολιομυελίτιδας, αδρανοποιημένο (IPV) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 6 εβδομάδες)
4. Εμβόλιο αιμόφιλου ινφλουέντζας τύπου b, συζευγμένο (Hib) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 6 εβδομάδες)
5. Εμβόλιο πνευμονιόκοκκου, συζευγμένο (PCV) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 6 εβδομάδες)
6. Εμβόλιο πνευμονιόκοκκου, πολυσακχαριδικό (PPSV23) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 2 έτη)

7. Εμβόλιο μηνιγγιτιδόκοκκου, συζευγμένο μονοδύναμο οροομάδας C (MCC) και τετραδύναμο οροομάδων A,C,W135,Y (MenACWY) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: MCC: 6 εβδομάδες· MenACWY-TT: 6 εβδομάδες· MenACWY-CRM: 2 έτη)
8. Εμβόλιο μηνιγγιτιδόκοκκου οροομάδας B, πρωτεϊνικό (MenB-4C ή MenB-fHbp) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: MenB-4C: 6 εβδομάδες· MenB-fHbp: 10 έτη)
9. Εμβόλιο ιλαράς, παρωτίτιδας, ερυθράς (MMR) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 12 μήνες)
10. Εμβόλιο ανεμευλογιάς (VAR) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 12 μήνες)
11. Εμβόλιο ηπατίτιδας A (HepA) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 12 μήνες)
12. Εμβόλιο ιού ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) (Μικρότερη ηλικία χορήγησης: 9 έτη)
13. Εμβόλιο φυματίωσης (BCG)
14. Εμβόλιο γρίπης
15. Εμβόλιο ρότα ιού (RV)

**Πίνακας 1:** Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων, 2020

| Εμβόλιο   | Ηλικία   | Γέννηση | 1 μήνας   | 2 μηνών   | 4 μηνών | 6 μηνών                                  | 12 μηνών                | 15 μηνών | 18 μηνών                | 19-23 μηνών     | 2-3 ετών | 4-6 ετών | 7-10 ετών | 11-12 ετών                              | 13-14 ετών | 15-18 ετών                            |
|---|--|---------|-----------|-----------|---------|--|-------------------------|----------|-------------------------|-----------------|----------|----------|-----------|---|------------|---------------------------------------|
| Ηπατίτιδας Β (HepB) <sup>1</sup>  | - Έναρξη στη γέννηση<br>- Όχι έναρξη στη γέννηση | HepB    | HepB      | HepB      | HepB    | HepB, 3 ή 4 <sup>2</sup> δόσεις συνολικά |                         |          | HepB, 3 δόσεις συνολικά |                 |          |          |           |   |            |                                       |
| Διφθερίτιδας, Τετάνου, ακινητοποιημένου Κοκκίου (DTaP <7 ετών, Tdap ≥7 ετών) <sup>2</sup> |  |         | DTaP      | DTaP      | DTaP    |  | DTaP                    |          |                         | Tdap            | DTaP     |          |           | Tdap ή Tdap-IPV                         |            |                                       |
| Πολιομυελίτιδας αδρανοποιημένο (IPV) <sup>2</sup>   |  |         | IPV       | IPV       |         |  | IPV                     |          |                         | IPV             |          |          |           |   |            |                                       |
| Αιμόφλου ενφλουέντζας τύπου b (Hib) <sup>2</sup>  |  |         | Hib       | Hib       |         |  | Hib                     |          |                         |                 |          |          |           |   |            | Hib                                   |
| Πνευμονόκοκκου συζευγμένο (PCV) <sup>2</sup>  |  |         | PCV       | PCV       |         |  | PCV                     |          |                         |                 |          |          |           |   |            | PCV13                                 |
| Πνευμονόκοκκου πολυσακχαριδικό (PPSV23) <sup>2</sup>                                      |  |         |           |           |         |  |                         |          |                         |                 |          |          |           |   |            | PPSV23                                |
| Μηνιγγιτιδόκοκκου οροομάδας C συζευγμένο (MCC) <sup>2</sup>                               |  |         |           |           |         |  | MCC 1 δόση              |          |                         |                 |          |          |           |   |            |                                       |
| Μηνιγγιτιδόκοκκου οροομάδων A,C,W135,Y συζευγμένο (MenACWY) <sup>2</sup>                  |  |         | MenACWY   | MenACWY   |         |  |                         |          |                         | MenACWY, 1 δόση |          |          |           | MenACWY 1 δόση                          |            |                                       |
| Μηνιγγιτιδόκοκκου οροομάδας B πρωτεϊνικό (MenB-4C ή MenB-fHbp) <sup>2</sup>               |  |         |           |           |         |  |                         |          |                         | MenB-4C         |          |          |           | MenB-4C ή MenB-fHbp                     |            |                                       |
| Ιλαράς, Παρωτίτιδας, Ερυθράς (MMR) <sup>2</sup>   |  |         |           |           |         |  | MMR 1 <sup>o</sup> δόση |          |                         | MMR             |          |          |           | MMR 2 <sup>o</sup> δόση                 |            |                                       |
| Ανεμευλογιάς (VAR) <sup>2</sup>   |  |         |           |           |         |  | VAR 1 <sup>o</sup> δόση |          |                         | VAR             |          |          |           | VAR 2 <sup>o</sup> δόση                 |            |                                       |
| Ηπατίτιδας Α (HepA) <sup>2</sup>  |  |         |           |           |         |  |                         |          |                         |                 |          |          |           | HepA 2 δόσεις                           |            |                                       |
| Ιού ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) <sup>2</sup>   |  |         |           |           |         |  |                         |          |                         |                 |          |          |           | Ο: HPV 2 δόσεις<br>Γ & Α: HPV, 3 δόσεις |            |                                       |
| Φυματίωσης (BCG) <sup>2</sup>   |  | BCG     |           |           |         |  |                         |          |                         |                 |          |          |           |   |            |                                       |
| Γρίπης <sup>2</sup>   |  |         |           |           |         |  |                         |          |                         |                 |          |          |           |   |            | Επιστοίς σε ομάδες αυξημένου κινδύνου |
| Ρότα ιού (RV1 ή RV5) <sup>2</sup>   |  |         | RV1 ή RV5 | RV1 ή RV5 |         | RV5                                      |                         |          |                         |                 |          |          |           |   |            |                                       |

\* Τα πολυδύναμα εμβόλια πρέπει να προηγούνται των αμεινωμένων.  
 Σημειώσεις: Τα εμβόλια κάτω από τη διακλαση δεν περιλαμβάνονται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών και συνταγογραφείται με συμμετοχή. Ο: Θήλυς, Α: Άρρενας (για εμβόλιο HPV).  
 Συστήνονται για όλα τα άτομα με την ανάλογη ηλικία που δεν έχουν ένδειξη ανοσίας.  
 Συστήνονται σε άτομα που καθυστερήσαν να εμβολιαστούν.  
 Συστήνονται σε άτομα που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου (βλέπε ομάδες αυξημένου κινδύνου).  
 Δεν συστήνονται.

Πηγή: Υπουργείο Υγείας, 2020

• **Οφέλη και παρενέργειες εμβολίων**

Οι εμβολιασμοί εκτός από τα τεράστια οφέλη που προσφέρουν στην υγεία των ανθρώπων, προσφέρουν και πολλά οικονομικά οφέλη. Όπως έχει αναφερθεί, το κόστος των εμβολίων είναι πάρα πολύ μικρό. Ειδικά στην περίπτωση που αυτό

συγκριθεί με το κόστος σε περίπτωση ασθένειας, ο καθένας εύκολα μπορεί να αντιληφθεί τη σημαντικότητά του. Έτσι, η προστασία κατά των διάφορων ασθενειών που διασφαλίζουν τα εμβόλια, οδηγεί σε πιο υγιή άτομα, κατάλληλα να ανταπεξέλθουν στην κοινωνία (εκπαίδευση, εργασία) (Jit et al., 2015).

Από την άλλη, τα άτομα που δεν εμβολιάζονται είναι εκτεθειμένα στον κίνδυνο να προσβληθούν από την ασθένεια, με αποτέλεσμα να νοσούν περισσότερο. Αυτό φυσικά συνεπάγεται αυξανόμενο κόστος τόσο νοσηλείας όσο και θεραπείας τους. Στηριζόμενοι στο παραπάνω σκεπτικό, πολλοί οικονομολόγοι τάσσονται υπέρ των εφαρμογών προγραμμάτων εμβολιασμών, καθώς η εφαρμογή τους οδηγεί σε αυξανόμενα κέρδη στον τομέα της υγείας, λόγω μείωσης των εξόδων υγειονομικής περίθαλψης και σε αυξημένη παραγωγικότητα του πληθυσμού λόγω της καλής υγείας τους (Jit et al., 2015).

Στη συνέχεια, δίνονται κάποιες παρενέργειες των εμβολίων, όπως έχουν καταγραφεί, μέσα από τη διαθέσιμη βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα, οι παρενέργειες που έχουν εντοπιστεί, από το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β, περιλαμβάνουν ερυθρότητα, πόνο και οίδημα στο σημείο του εμβολιασμού τις πρώτες μέρες, ευερεθιστότητα, απώλεια όρεξης, ναυτία, εμετούς και υπνηλία (Lee et al., 2016).

Επίσης, αναφορικά με το εμβόλιο BCG, έχουν καταγραφεί αλλοιώσεις, όπως: η λεμφαδενίτιδα, καθώς και αλλοιώσεις του δέρματος, όπως το έκζεμα. Η θωρακική λεμφαδενίτιδα, η οστεομυελίτιδα αλλά και η λοίμωξη από φυματίωση, η οποία είναι και θανατηφόρα στις περισσότερες περιπτώσεις, έχει σημειωθεί ότι προκαλείται από το συγκεκριμένο εμβόλιο (Barari-Savadkouhi et al., 2016). Επιπλέον, το Αδρανοποιημένο Εμβόλιο Πολιομυελίτιδας (IPV) έχει συνδεθεί με παρενέργειες όπως χαμηλός πυρετός, ευαισθησία, κοκκίνισμα και οίδημα στο σημείο της ένεσης και μυϊκοί πόνοι. Το εμβόλιο τέλος της ανεμοβλογιάς δεν συστήνεται σε γυναίκες που κυοφορούν ή που πρόκειται να κυοφορήσουν (Shukla, 2018).

### **3.3 Εμπιστοσύνη του κοινού στα εμβόλια**

Τα εμβόλια είναι μερικά από τα πιο αποτελεσματικά εργαλεία δημόσιας υγείας για την προώθηση της υγείας και τη μείωση των μολυσματικών ασθενειών. Μεταφράζονται επίσης σε σημαντικές κοινωνικοοικονομικές αποδόσεις όχι μόνο στην υγεία των παιδιών και τη χαμηλότερη παιδική θνησιμότητα αλλά και στη μείωση της φτώχειας, την ισότητα, την εκπαίδευση και την ενίσχυση των

συστημάτων υγείας στο σύνολό τους. Η ασφάλεια των εμβολίων λαμβάνει έλεγχο και δικαίως. Όταν συμβαίνουν καταστάσεις στις οποίες τα ανεπιθύμητα συμβάντα συνδέονται με τον εμβολιασμό, ενδέχεται να διαβρώσουν την εμπιστοσύνη στα εμβόλια και τις αρχές που τα χορηγούν και τελικά να θέσουν σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία (WHO, 2017).

Πολλές εκδηλώσεις έχουν τη δυνατότητα να διαβρώσουν την εμπιστοσύνη στα εμβόλια και στις αρχές που τα χορηγούν. Ορισμένα σχετίζονται με την ασφάλεια του εμβολίου και τις ανεπιθύμητες παρενέργειες του δημιουργώντας αβεβαιότητα στο κοινό. Τύποι συμβάντων που ενδέχεται να διαβρώσουν την εμπιστοσύνη (WHO, 2017) είναι:

- αντιδράσεις εμβολίου.
- γεγονότα που δεν συνδέονται με τον εμβολιασμό αλλά υπάρχει η πεποίθηση ότι συμβαίνουν από το κοινό, τα μέσα ενημέρωσης ή τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας ·
- κρίσιμες αναφορές μέσω των
- ιστορίες ή φήμες στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης.
- νέες κριτικές μελέτες
- ανακαλείται το εμβόλιο ή γίνονται προσωρινές αναστολές ενός εμβολίου.
- αντικαταστάσεις ενός προϊόντος εμβολιασμού (παραγωγός) με άλλον.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι παράγοντες που ενδέχεται να εντείνουν τις αρνητικές επιπτώσεις συνοψίζονται παρακάτω (WHO, 2017):

- αβεβαιότητα (σχετικά με την αιτία των γεγονότων)
- συναισθήματα και φόβοι.
- εκτεταμένη προσοχή στα μέσα ενημέρωσης.
- μέγεθος της εκδήλωσης (επηρεάζει μεγάλο αριθμό ατόμων).

- τη συμμετοχή παιδιών και / ή εγκύων γυναικών.
- την αξιοπιστία της ιστορίας και της πηγής της.
- ομοιότητες με παρελθόντα γεγονότα που προκάλεσαν κρίση.
- πολιτική κατάχρηση της εκδήλωσης για την ενίσχυση των πολιτικών προφίλ.
- εμφάνιση σε ευαίσθητους χρόνους, όπως:
  - μια κατάσταση πανδημίας ή εστίας
  - μια εκστρατεία μαζικής ανοσοποίησης
  - την εισαγωγή ενός νέου ή νέου εμβολίου
  - μια πολιτική κρίση, μια πολιτική αναταραχή ή άλλη ασταθή κατάσταση.

Ένας βασικός παράγοντας στη λήψη αποφάσεων για τον εμβολιασμό είναι ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τον κίνδυνο. Ως κίνδυνος ορίζεται η πιθανότητα αρνητικής μελλοντικής έκβασης του (Joffe, 2003). Τα άτομα αντιλαμβάνονται τον κίνδυνο ανάλογα με το πόσο πιστεύουν ότι θα λάβει χώρα ένα συγκεκριμένο είδος εκδήλωσης του (πιθανότητα) και πόσο ενδιαφέρονται για τις συνέπειες ενός τέτοιου γεγονότος (σοβαρότητα). Ο κίνδυνος μπορεί επίσης να είναι ένα συναίσθημα. Τα συναισθήματα για τον κίνδυνο έχουν ισχυρότερο αντίκτυπο στη συμπεριφορά παρά στη γνώση σχετικά με τον κίνδυνο (Sjöberg, Moen & Rundmo, 2004).

Τόσο η ίδια η ασθένεια όσο και ο εμβολιασμός μπορεί να σχετίζονται με τον κίνδυνο. Ένα άτομο μπορεί να πιστεύει ότι η ασθένεια είναι πιθανή ή / και σοβαρή και μπορεί να αισθανθεί ότι οι παρενέργειες του εμβολίου είναι πιθανές ή / και σοβαρές. Ο γενικός κανόνας που ισχύει είναι (WHO, 2017): εάν οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται υψηλά επίπεδα κινδύνου ασθένειας θα είναι πιο πιθανό να εμβολιαστούν, ενώ εάν οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται χαμηλά επίπεδα κινδύνου εμβολιασμού θα είναι λιγότερο πιθανό να εμβολιαστούν.

Οι άνθρωποι μεταφράζουν οποιαδήποτε πληροφορία σχετικά με τον εμβολιασμό όπως εκστρατείες, προσωπικές συνομιλίες, ιστοσελίδες κατά του εμβολιασμού, δικές τους εμπειρίες και ούτω καθεξής σε υποκειμενικές αναπαραστάσεις του κινδύνου. Ο τρόπος με τον οποίο παρουσιάζονται οι πληροφορίες θα επηρεάσει την απόφασή τους. Αυτό σημαίνει ότι η εμπιστοσύνη σε αυτά που λένε οι αρχές πολλές φορές κλονίζεται δεδομένου ότι πολλοί άλλοι παράγοντες επηρεάζουν την ατομική αντίληψη του κινδύνου (Pomeryetal., 2009).

Δύο είναι οι σημαντικότερες πτυχές αναφορικά με τις ατομικές αντιλήψεις για τον κίνδυνο: α) τα συναισθήματα ενός ατόμου, που μπορούν να έχουν ισχυρότερο αντίκτυπο σχετικά με τη συμπεριφορά παρά τις γνώσεις του και β) ο άνθρωπος, ο οποίος είναι συνεχώς αντιμέτωπος με αβεβαιότητα και έχει αναπτύξει μια εργαλειοθήκη για να διευκολύνει την αντίληψη του κινδύνου. Αυτά τα εργαλεία ονομάζονται ευρετικά (WHO, 2017). Τα ευρετικά είναι είδη ψυχικών συντομεύσεων που κάνουν τη ζωή ευκολότερη, αλλά μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να οδηγήσουν σε μεροληπτικές αποφάσεις. Έτσι, για παράδειγμα τα άτομα τείνουν να καθοδηγούνται από συναισθήματα - όπως ο φόβος, ο θυμός ή η αβεβαιότητα - γιατί αυτά τα συναισθήματα ανησυχούν το άτομο για πιθανό κίνδυνο (Dickeretal., 2015).

Η επίδραση ασφάλειας αποτελεί άλλο ένα παράδειγμα, όπου το ανθρώπινο μυαλό τείνει να επικεντρώνεται περισσότερο στα αρνητικά παρά στα θετικά, όσον αφορά την εκτίμηση του κινδύνου. Έτσι, οι άνθρωποι εστιάζουν περισσότερο στην αποφυγή απώλειας ή ζημιάς παρά από στην απόκτηση κερδών. Στην περίπτωση του εμβολιασμού, αυτό σημαίνει ότι η αποφυγή των κινδύνων που συνδέονται με τα εμβόλια μπορεί να γίνει πιο σημαντική από την απόκτηση της προστασίας που προσφέρει το εμβόλιο. Επιπροσθέτως, όταν τα άτομα έχουν φτάσει σε ένα ορισμένο συμπέρασμα σχετικά με ένα ζήτημα (για παράδειγμα, ο εμβολιασμός είναι ασφαλής ή ο εμβολιασμός δεν είναι ασφαλής), είναι πιο πιθανό να πιστέψουν μηνύματα που υποστηρίζουν αυτό το συμπέρασμα, ακόμη και αν αυτά τα μηνύματα δεν είναι έγκυρα (παράδειγμα μεροληψίας επιβεβαίωσης) (WHO, 2017).

Επιπλέον, τα άτομα τείνουν να λαμβάνουν αποφάσεις με βάση τη διαθεσιμότητα των γεγονότων ή των παραδειγμάτων που έρχονται αμέσως το μυαλό τους, όπως πρόσφατα, συχνά ή ξεχωριστά γεγονότα που έχουν συζητηθεί στα μέσα ενημέρωσης.

Επίσης, τα άτομα τείνουν να βασίζονται τις αποφάσεις τους σε γνωστές θέσεις («άγκυρες») ελαφρώς προσαρμοσμένες. Εάν έχουν ακούσει πρόσφατα μια αξιόπιστη η πηγή εκφράζει μια συγκεκριμένη γνώμη για τον εμβολιασμό (ή εναντίον του εμβολιασμού), θα προσαρμόσουν τον τρόπο αξιολόγησης μελλοντικών πληροφοριών σύμφωνα με αυτή. Συμπερασματικά, τα άτομα είναι συχνά τυφλά σε ολόκληρη την εικόνα. Αντίθετα, τείνουν να επικεντρώνονται σε μέρη του συνόλου (WHO, 2017).

Αξιοσημείωτη είναι η έρευνα του Gust και των συνεργατών του (2008), σχετικά με την άρνηση των γονέων να εμβολιάσουν τα παιδιά τους. Οι στόχοι της έρευνας ήταν α) να ληφθούν εκτιμήσεις των ποσοστών γονέων που αμφιβάλλουν για τον εμβολιασμό, β) να εντοπιστούν παράγοντες που σχετίζονται με αυτούς τους γονείς, σε σύγκριση με τους γονείς που δεν αμφιβάλλουν, γ) να προσδιορίσουν τα συγκεκριμένα εμβόλια καθώς και τους λόγους που προκάλεσαν αμφιβολίες, και δ) να περιγραφούν οι κύριοι λόγοι που οι γονείς άλλαξαν γνώμη για την καθυστέρηση ή την άρνηση ενός εμβολίου για το παιδί τους. Οι ομάδες περιελάμβαναν γονείς που δεν εμβολίασαν ποτέ το παιδί τους, παρόλο που δεν ήταν σίγουροι ότι ήταν το καλύτερο πράγμα, καθυστέρησαν τον εμβολιασμό για το παιδί τους ή αποφάσισαν να μην το εμβολιάσουν.

Τα ευρήματα υπέδειξαν πως η ανησυχία για την ασφάλεια του εμβολίου ήταν ένας προγνωστικός παράγοντας για τους γονείς που δεν είναι σίγουροι, αρνήθηκαν και καθυστέρησαν τον εμβολιασμό. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γονέων που δεν ήταν βέβαιοι ή αρνήθηκαν να εμβολιάσουν τα παιδιά τους επέλεξαν το εμβόλιο της ανεμοβλογιάς ως το εμβόλιο που προκαλεί την ανησυχία τους, ενώ οι γονείς που καθυστέρησαν τον εμβολιασμό για το παιδί τους ανέφεραν πως δεν υπήρχε κάποιο συγκεκριμένο εμβόλιο, ως το εμβόλιο που προκαλούσε την ανησυχία τους. Οι περισσότεροι γονείς που καθυστέρησαν τα εμβόλια για το παιδί τους το έκαναν για λόγους που σχετίζονται με την ασθένεια του παιδιού τους. Ο λόγος αυτός δεν ίσχυε στην περίπτωση των γονιών που δεν ήταν βέβαιοι ή αρνήθηκαν να εμβολιάσουν τα παιδιά τους. Σημαντικό ήταν το εύρημα πως το μεγαλύτερο ποσοστό γονέων που άλλαξαν γνώμη σχετικά με την καθυστέρηση ή τον μη εμβολιασμό του παιδιού τους ανέφεραν «τις πληροφορίες ή τις διαβεβαιώσεις από τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης» ως τον κύριο λόγο. Η έρευνα καταλήγει στην ενθάρρυνση των παρόχων

υγειονομικής περίθαλψης να δημιουργήσουν μια σχέση εμπιστοσύνης και να παρέχουν κατάλληλο εκπαιδευτικό υλικό στους γονείς.

Άλλη μια άξια αναφοράς έρευνα είναι αυτή της Raithatha και των συνεργατών της (2003), σχετικά με τις αντιλήψεις του κινδύνου μεταξύ των γονέων που έχουν εμβολιάσει τα παιδιά τους και εκείνων που αρνούνται να τα εμβολιάσουν. Στόχος της έρευνας ήταν αφενός η εκτίμηση των αντιλήψεων των γονέων για τον κίνδυνο εμβολίων και, αφετέρου ο εντοπισμός στρατηγικών για την αποτροπή περαιτέρω επιδείνωσης της κατάστασης αυτής. Η έρευνα αποτελούνταν από γονείς παιδιών σε νηπιαγωγεία, ένα αστικό και ένα αγροτικό της Αγγλίας, οι οποίοι εμβολίασαν τα παιδιά τους. Ορισμένα γνωστά χαρακτηριστικά κινδύνου αποδόθηκαν στο εμβόλιο κατά της ιλαράς, της παρωτίτιδας και της ερυθράς, συμπεριλαμβανομένης της αίσθησης φόβου, της έλλειψης ελέγχου και της αμφιβολίας στις επιστημονικές γνώσεις. Επιπλέον, αυτή η μελέτη τονίζει ότι οι γονείς στερούνται εμπιστοσύνης σε κυβερνητικούς φορείς και ενδέχεται να έχουν αμφιβολίες για τους ιατρούς. Τα αποτελέσματα υπογράμμισαν την επείγουσα ανάγκη αντιμετώπισης των ανησυχιών μεταξύ των γονέων που εμβολιάζουν τα παιδιά τους, προκειμένου να τους αποτρέψουν να αλλάξουν την πρακτική τους ενόψει περαιτέρω αντιπαραθέσεων σχετικά με τα εμβόλια.

Αρκετά νέα εμβόλια έχουν επίσης εισαχθεί στην Κίνα τα τελευταία χρόνια, αλλά ορισμένοι γονείς έχουν δείξει ανησυχίες σχετικά με τον προγραμματισμό εμβολιασμών για νεαρά βρέφη. Ο Wagner και οι συνεργάτες του (2017), διερεύνησαν τις ανησυχίες των γονιών στη Σαγκάη, σχετικά με τον εμβολιασμό των παιδιών τους. Το 64% των γονιών ανησυχούσε για τη χορήγηση εμβολίων και το 31% ανησυχούσε για τη χορήγηση εμβολίων σε βρέφη ηλικίας μικρότερης των 6 μηνών. Οι ανησυχίες αυτές συσχετίστηκαν κατά κύριο λόγο με τις πληροφορίες από το διαδίκτυο καθώς και με πληροφορίες από άλλους γονείς. Οι γιατροί και οι αξιολογήσεις πληροφοριών από φίλους και συγγενείς δεν συσχετίστηκαν με τις ανησυχίες σχετικά με τα εμβόλια. Αυτές οι ανησυχίες ενδέχεται να περιορίσουν την ευελιξία της Κίνας να προσθέσει εμβόλια στο επίσημο πρόγραμμα ανοσοποίησης. Συμπερασματικά, η μελέτη τονίζει πως η αναφορά πληροφοριών σχετικά με την ασφάλεια των εμβολίων στο διαδίκτυο και η συγκέντρωση ομάδων γονέων για να συζητήσουν τα εμβόλια μπορεί να



συμβάλει στη βελτίωση των ανησυχιών σχετικά με τον προγραμματισμό των εμβολίων.

## Κεφάλαιο 4ο Covid-19 και εμβολιασμός

### 4.1 Ανάπτυξη εμβολίων για τον Covid-19 –Ανασκόπηση

Ο Covid-19 αποτελεί τώρα τη μεγαλύτερη απειλή για την ανθρώπινη υγεία από την πανδημία της γρίπης του 1918 που σκότωσε περισσότερα από 50 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως. Έτσι, η ανάπτυξη ασφαλών και αποτελεσματικών εμβολίων κατά του Covid-19 αποτελούν παγκόσμια προτεραιότητα.

Σύμφωνα με η μελέτη των Chen, Freedman & Visser (2020), αυτό που μέχρι το 2020 ήταν γνωστό για τα αντισώματα SARS-CoV-2 είναι τα παρακάτω:

- Τα περισσότερα άτομα με σημαντική ασθένεια θα αναπτύξουν εξουδετερωτικά αντισώματα
- Τα εξουδετερωτικά αντισώματα μπορούν να προστατεύσουν από την επαναμόλυνση και να μειώσουν τη σοβαρότητα της νόσου
- Σε μοντέλο πρωτευνόντων πλην του ανθρώπου, η ανοσία μετά τη μόλυνση διαρκεί τουλάχιστον 5 εβδομάδες
- Υπάρχουν αρκετές αξιόπιστες ορολογικές δοκιμές διαθέσιμες που σχετίζονται με εξουδετερωτικούς τίτλους αντισωμάτων

Αυτό που παραμένει άγνωστο σχετικά με τα αντισώματα SARS-CoV-2, σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς είναι:

Πρέπει να καθοριστεί το επίπεδο των απαιτούμενων αντισωμάτων για προστασία (κατώφλι)

Πρέπει να καθοριστεί η διάρκεια της προστατευτικής ανοσίας

Πρέπει να καθοριστεί αν τα ήδη προσβεβλημένα από τον ιό άτομα μπορούν να μολύνουν άλλους

Η τρέχουσα απάντηση στην πανδημία Covid-19 περιλαμβάνει επιθετική εφαρμογή στρατηγικών περιορισμού, καταστολής και μετριασμού. Μια τέτοια προσέγγιση περιλαμβάνει μέτρα δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένης της υγιεινής των χεριών και της αναπνευστικής εθιμοτυπίας, της απολύμανσης, της ταυτοποίησης των περιπτώσεων, της απομόνωσης των ασθενών, της ανίχνευσης και της καραντίνας των επαφών και των πρωτοφανών περιορισμών της μαζικής κοινότητας. Εκτός από

σημαντικές επενδύσεις σε παρεμβάσεις για τον περιορισμό της μετάδοσης, καθώς και στην έρευνα διαγνωστικών και θεραπευτικών, των οποίων η πορεία προς τα εμπρός πλαισιώνεται στον συντονισμένο παγκόσμιο χάρτη πορείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ 2020), ένα εμβόλιο αντιπροσωπεύει την πιο υποσχόμενη στρατηγική για την καταπολέμηση της πανδημίας Covid-19 μέσω της πρωτογενούς πρόληψης (Fadda, Albanese and Suggs, 2020).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) καθόρισε ένα Προφίλ Προϊόντος Στόχου για τα εμβόλια του COVID-19, με το προτιμώμενο εμβόλιο να εμφανίζει τουλάχιστον 70% αποτελεσματικότητα. Η μόλυνση από τον ιό παράγει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων νόσου, από ασυμπτωματική έως σοβαρή, με μεγαλύτερη νοσηρότητα και θνησιμότητα στους ηλικιωμένους ανθρώπους και στους ανθρώπους με υποκείμενα νοσήματα (Koff et al., 2021).

Ιστορικά, η ανάπτυξη εμβολίων είναι μια επιχείρηση υψηλού κινδύνου, τόσο δαπανηρή όσο και χρονοβόρα, στην οποία πάνω από το 90% των υποψηφίων αποτυγχάνουν και εκείνοι που επιτυγχάνουν χρειάζονται συχνά περισσότερο από μια δεκαετία από το σχεδιασμό έως την αδειοδότησή του. Σήμερα, με άνευ προηγουμένου χρηματοοικονομικές δεσμεύσεις σε συνδυασμό με πλατφόρμες εμβολίων που αναπτύχθηκαν τα τελευταία χρόνια και που σχετίζονται με προηγούμενα σοβαρά οξεία αναπνευστικά σύνδρομα (SARS) και εστίες αναπνευστικού συνδρόμου Μέσης Ανατολής (MERS), αρκετά Covid-19 εμβόλια βρίσκονται σε προχωρημένη κλινική ανάπτυξη (Koff et al., 2021).

Από την εμφάνιση της πανδημίας έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες να βρεθεί μια αποτελεσματική θεραπεία κατά του Covid-19, τα περισσότερα όμως από τα αποτελέσματα ήταν αποθαρρυντικά και άλλα αμφιλεγόμενα. Ωστόσο, ένα χρόνο μετά την εμφάνιση της πανδημίας και εκατομμυρίων θανάτων από την ασθένεια του κοροναϊού, η απαιτούμενη διαδικασία για την ανάπτυξη και διάθεση ορισμένων εμβολίων έχει ολοκληρωθεί.

Οι Pacheco, da Silva και de Souza (2020), αναφέρουν στην ανασκόπηση που πραγματοποίησαν τα εμβόλια Pfizer –BioNTech και Moderna/ NIAID, τα οποία χρησιμοποιούν μια πλατφόρμα νανοσωματιδίων λιπιδίων που φέρει τον ιό RNA. Αυτά τα εμβόλια αποτελούν τα εμβόλια τρίτης γενιάς και έφεραν παγκόσμια επανάσταση, με αποτελέσματα που δημοσιεύθηκαν σε χρόνο ρεκόρ και τα οποία

υπόσχονται να αλλάξουν την παγκόσμια ιστορία στην κρίση της πανδημίας. Υπάρχουν δεκάδες εμβολίων που χρησιμοποιούν νανοσωματίδια στη μεθοδολογία τους, με ορισμένα μάλιστα να χρησιμοποιούν νανομετρικούς ιούς ή άλλα νανοσωματίδια.

Η Moderna, σε συνεργασία με το Εθνικό Ινστιτούτο για τις Αλλεργίες και τις Λοιμώδεις Νόσους (NIAID), ανέπτυξε ένα εμβόλιο που βασίζεται σε mRNA που ονομάζεται mRNA-1273. Αυτό ήταν το πρώτο πειραματικό εμβόλιο Covid-19 που μπήκε σε κλινικές δοκιμές τον Μάρτιο του 2020 (Koff et al., 2021). Σύμφωνα με τους Pacheco, da Silva και de Souza (2020), το εμβόλιο Moderna / NIAID (mRNA-1273) λειτουργεί με mRNA, εγκλεισμένο σε νανοσωματίδια λιπιδίων, ικανό να κωδικοποιεί την πρωτεΐνη Spike του κοροναϊού και να προκαλεί στα κύτταρα ξενιστές να παράγουν ανοσοαπόκριση αντι-Spike πρωτεΐνης. Αυτό το εμβόλιο χορηγείται σε δύο δόσεις, σε διάστημα 0-28 ημερών, έχει απόδοση 94,5% και αποθηκεύεται εύκολα (-20°C).

Άλλο ένα πολλά υποσχόμενο εμβόλιο είναι το εμβόλιο της Pfizer-Biotech, το οποίο βασίζεται σε μια τροποποιημένη πλατφόρμα virus mRNA που μεταφέρεται από νανοσωματίδια λιπιδίων. Αρχικά, η Pfizer-BioNTech είχε κυκλοφορήσει αποτελέσματα του εμβολίου BNT162b1 (το οποίο κωδικοποιεί τον τομέα δέσμευσης του υποδοχέα S), ωστόσο λόγω των καλύτερων αποτελεσμάτων ασφαλείας του BNT162b2 επιλέχθηκε το δεύτερο (Pacheco, da Silva & de Souza, 2020). Το δεύτερο αυτό εμβόλιο έχει δείξει ασφάλεια και 95% αποτελεσματικότητα στην πρόληψη της νόσου του Covid-19, σε μια κλινική δοκιμή τριών φάσεων για περισσότερους από 40.000 συμμετέχοντες. Το συγκεκριμένο εμβόλιο παρουσίασε παρόμοια αποτελεσματικότητα σε σχέση με το φύλο, τη φυλή, την εθνικότητα και την παρουσία συνυπάρχων συνθηκών. Το εμβόλιο δεν δοκιμάστηκε σε έγκυες ή θηλάζουσες γυναίκες (Koff et al., 2021).

Το εμβόλιο Pfizer / BioNTech Covid-19 εγκρίθηκε για πρώτη φορά στο Ηνωμένο Βασίλειο, αλλά παρά το γεγονός ότι είναι αρκετά αποτελεσματικό κατά του Covid-19, βάσει των επιστημόνων, έχει έναν περιορισμό που μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο για χώρες χωρίς δομή: το εμβόλιο πρέπει να φυλάσσεται σε θερμοκρασίες κάτω των -70°C (Pacheco, da Silva & de Souza, 2020). Πιο πρόσφατα, το εμβόλιο Pfizer / BioNTech COVID-19 έλαβε άδεια έκτακτης ανάγκης (EUA) από την Υπηρεσία

Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA) και τις ρυθμιστικές υπηρεσίες στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ευρωπαϊκή Ένωση (Koff et al., 2021).

Επιπροσθέτως, το Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης μαζί με την Astra Zeneca έχουν αναπτύξει ένα εμβόλιο με βάση τον φορέα του αδενοϊού του χιμπατζή που ονομάζεται chAdOx1 nCoV-19, το οποίο κωδικοποιεί την πρωτεΐνη SARS-CoV-2 S. Κατά τη διάρκεια δοκιμών της πρώτης φάσης, το εμβόλιο αξιολογήθηκε αρχικά σε υγιείς συμμετέχοντες ηλικίας 18 έως 55 ετών, ως σχήματα μίας και δύο δόσεων. Κατά τη διάρκεια δοκιμών της δεύτερης φάσης, το εμβόλιο αξιολογήθηκε σε συμμετέχοντες ηλικίας 18 έως 55 ετών σε όλη τη Βραζιλία, τη Νότια Αφρική και το Ηνωμένο Βασίλειο υποδεικνύοντας ότι το εμβόλιο chAdOx1 nCoV-19 είχε αποδεκτό προφίλ ασφάλειας και 62,1% αποτελεσματικότητα. Ένα υποσύνολο των συμμετεχόντων στη δοκιμή στο Ηνωμένο Βασίλειο έλαβε μισή δόση για τον πρώτο εμβολιασμό και πλήρη δόση για τον δεύτερο εμβολιασμό. Σε αυτό το υποσύνολο των συμμετεχόντων, η αποτελεσματικότητα του εμβολίου ήταν 90%. Πιο πρόσφατα, το εμβόλιο AstraZeneca/Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης του Covid-19 χορηγήθηκε από το Ηνωμένο Βασίλειο και άλλους οργανισμούς (Koff et al., 2021).

Ωστόσο, αξίζει να επισημανθεί, πως εξακολουθούν να υπάρχουν ορισμένα ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν, όπως για παράδειγμα: πότε θα έχει πρόσβαση ολόκληρος ο παγκόσμιος πληθυσμός σε αυτά και σε άλλα εμβόλια κατά του Covid-19; Θα μπορέσουν οι χώρες χαμηλού εισοδήματος να αγοράσουν εμβόλια; Πόσο καιρό αυτά τα εμβόλια θα δώσουν μια αποτελεσματική ανοσοαπόκριση; (Koff et al., 2021). Θα είναι σε θέση να αποτρέψουν τη μετάδοση του ιού; Αυτές και πολλές άλλες ερωτήσεις ενδέχεται να απαντηθούν σύντομα. Εν τω μεταξύ, το εμβόλιο πρέπει να εφαρμόζεται με όλους τους δυνατούς τρόπους, για να μετριαστεί η ζημιά που προκαλείται από αυτήν την τρομερή ασθένεια

Επιπλέον, είναι αναμφισβήτητο ότι στις μέρες μας έχει αλλάξει ο τρόπος παραγωγής εμβολίων και μια διαδικασία που θα χρειάζονται χρόνια, διήρκεσε περίπου ένα έτος. Οι Shi et al (2010, όπ. αναφ. στο Pacheco, da Silva και de Souza (2020), έχουν ήδη δηλώσει ότι η νανοτεχνολογία θα φέρει επανάσταση στον κόσμο και, στην πραγματικότητα, άλλαξε σε αυτήν την πανδημία. Χάρη στο τεχνολογικό εμβόλιο mRNA και στη νανοϊατρική μπορούμε τελικά να σκεφτούμε το τέλος μιας πανδημίας που έχει καταστρέψει σε πολλούς τομείς την ανθρωπότητα.

Από την άλλη, ανησυχία στην επιστημονική κοινότητα αποτελεί το γεγονός πως η ανάπτυξη των εμβολίων του Covid-19, που είναι ασφαλής και αποτελεσματική, αντιμετωπίζει πολλές προκλήσεις για τα πιο ευάλωτα άτομα. Τα εμβόλια είναι συχνά λιγότερο αποτελεσματικά στους γηραιότερους πληθυσμούς λόγω της ανοσολογικής γήρανσης. Επιπλέον, η ανάπτυξη εμβολίων σε αυτούς τους πληθυσμούς, όπου το ιστορικό της πρόσληψης εμβολίων είναι χαμηλό, απαιτεί νέες στρατηγικές. Παρομοίως, οι πληθυσμοί σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα πάσχουν και από άλλα προβλήματα όπως λοιμώξεις, υποσιτισμό και εντεροπάθεια, καταστάσεις δηλαδή που ενδέχεται να καταστέλλουν τις ανοσολογικές αντιδράσεις στα εμβόλια (Koff et al., 2021).

Ο Koff και οι συνεργάτες του (2021), στην έρευνα τους σχετικά με την ανάπτυξη των εμβολίων κατά του Covid-19 τόνισαν τις προκλήσεις για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής. Οι προκλήσεις αυτές συνοψίζονται ως εξής: (i) πρόκληση προστατευτικής ανοσολογικής αντίδρασης σε ηλικιωμένους πληθυσμούς έναντι ενός νέου παθογόνου, (ii) αξιολόγηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας του εμβολίου στους ηλικιωμένους με τα μέτρα μετριασμού να παραμένουν σε ισχύ, (iii) καθορισμός των δεδομένων που υποστηρίζουν την επέκταση του εμβολιασμού σε όλες τις ηλικίες για να διασφαλιστεί η ανοσία της αγέλης και (iv) επιτυχή διανομή εμβολίων σε ηλικιωμένους πληθυσμούς όπου το ιστορικό της πρόσληψης εμβολίων είναι χαμηλό.

Επιπροσθέτως, ο εμβολιασμός παιδιών μπορεί να βοηθήσει στην προστασία των ηλικιωμένων πληθυσμών, όπως φαίνεται πως λειτούργησε και στην περίπτωση της γρίπης. Δεδομένου των ενδείξεων ασυμπτωματικής ιογενούς μετάδοσης και της πιθανότητας ότι τα εμβόλια Covid-19 θα είναι λιγότερο αποτελεσματικά στους ηλικιωμένους, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών και των νεαρών ενηλίκων, με στόχο την επίτευξη ανοσίας της αγέλης, η καταστολή της μετάδοσης μπορεί να απαιτηθεί και μπορεί τελικά να είναι η πιο επιτυχημένη στρατηγική (Koff et al., 2021). Έτσι λοιπόν, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα πρέπει να εξετάσουν εάν θα στοχεύσουν σε αυτόν τον ευρύ πληθυσμό-στόχο στην αρχή της ανάπτυξης.

Αυτό μπορεί να απαιτεί μεγαλύτερα χρονοδιαγράμματα για να συμπεριληφθούν τα παιδιά σε κλινικές δοκιμές ή να αξιολογηθούν αυτοί οι πληθυσμοί αργότερα στην ανάπτυξη εμβολίων, ανάλογα με την εξελισσόμενη επιδημιολογία του ιού. Η μοντελοποίηση του αντίκτυπου του εμβολιασμού διαφορετικών ηλικιακών ομάδων στη συνολική νοσηρότητα και θνησιμότητα με την πάροδο του χρόνου μπορεί να

βοηθήσει στην αποτελεσματικότητα των μέσων διαχείρισης κρίσεων (Koff et al., 2021).

Παρά την επείγουσα ανάγκη για εμβόλια Covid-19, απαιτείται ακόμη προσεκτική συγκέντρωση δεδομένων ασφαλείας πριν και κατά τη διάρκεια ευρείας χρήσης αυτών των εμβολίων. Η εισαγωγή ενός εμβολίου χωρίς επαρκή χαρακτηρισμό ασφαλείας μπορεί να οδηγήσει σε ανεπανόρθωτες βλάβες. Αυτό το σενάριο θα έβλαπτε τη δημόσια υποστήριξη για μελλοντικά εμβόλια του Covid-19 και θα έθετε σε κίνδυνο την αποδοχή άλλων εμβολίων που έχουν σώσει και συνεχίζουν να σώζουν ζωές. Αυτός ο κίνδυνος μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικός για τους πληθυσμούς στις προαναφερθείσες χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, όπου η εκτεταμένη κάλυψη εμβολιασμού τις τελευταίες δεκαετίες συσχετίστηκε με τη μειωμένη παιδική θνησιμότητα και όπου απαιτήθηκαν συντονισμένες παγκόσμιες επενδύσεις για τη μείωση ασθενειών που μπορούν να προληφθούν από εμβόλια.

Ενώ τα προφίλ ασφαλείας εμβολίων κατά την παιδική ηλικία τείνουν να είναι συγκρίσιμα μεταξύ των περιοχών, λιγότερα είναι γνωστά για τα προφίλ ασφαλείας εμβολιασμού ενηλίκων σε πληθυσμούς χωρών με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, οι οποίοι μπορεί να έχουν υψηλότερα ποσοστά λοιμώξεων, φυματίωσης, ηπατίτιδας Β, λοίμωξης HIV και χρόνιες παρασιτικές λοιμώξεις (Koff et al., 2021).

Αξίζει εδώ να τονιστεί, πως η Εθνική Εκστρατεία Εμβολιασμού κατά του Covid-19 ξεκίνησε στο τέλος του 2020. Το Υπουργείο Υγείας (2020), τονίζει πως το εμβόλιο είναι εγκεκριμένο για την ασφάλεια, την ποιότητα και την αποτελεσματικότητά του από τους αρμόδιους διεθνείς και εθνικούς οργανισμούς, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τον EMA (European Medicines Agency) και τον FDA (US Food and Drug Administration).

Ο εμβολιασμός, παρέχεται σε όλους δωρεάν, αφορώντας αρχικά τους ανθρώπους της πρώτης γραμμής της υγείας και τα άτομα άνω των 80 ετών, με στόχο, να εμβολιαστεί το σύνολο του πληθυσμού άνω των 18 ετών. Η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών μπορεί να αλλάξει την προτεραιότητα ανάλογα με τον αριθμό των δόσεων που είναι διαθέσιμες. Το Υπουργείο Υγείας ανακοινώνει πως το εμβόλιο είναι προαιρετικό, αλλά απαραίτητο για να προστασία του καθένα ξεχωριστά αλλά και των συνανθρώπων μας. Μέχρι το Γενάρη του 2021, 290.947 εμβολιασμοί έχουν πραγματοποιηθεί στη χώρα μας (Υπουργείο Υγείας, 2020).

Οι ειδικοί στη δημόσια υγεία θεωρούν γενικά τον εμβολιασμό ως εξαιρετικά επωφελής επένδυση, καθώς είναι τόσο φθηνό όσο και πολύ αποτελεσματικό. Σύμφωνα, ωστόσο, με τον Bloom και τους συνεργάτες του (2005), η πολιτική έμφαση στον εμβολιασμό είναι ασθενέστερη από ό, τι θα μπορούσε να ήταν εάν ληφθεί υπόψη το πλήρες φάσμα των ωφελειών.

Η ταχεία ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού εμβολίου κατά του ιογενούς σοβαρού αναπνευστικού συνδρόμου SARS-CoV-2, που αποτελεί την αιτία της πανδημίας της νόσου του Covid-19, είναι απαραίτητη, αλλά απαιτούνται αυστηρές μελέτες για τον προσδιορισμό της ασφάλειας των υποψήφιων εμβολίων που έχουν δημιουργηθεί. Ο αυστηρός σχεδιασμός κλινικών δοκιμών και η παρακολούθηση μετά τη χορήγηση άδειας θα πρέπει να παρέχουν μια αξιόπιστη στρατηγική για τον εντοπισμό ανεπιθύμητων ενεργειών, συμπεριλαμβανομένης της πιθανότητας αυξημένης σοβαρότητας της νόσου Covid-19, μετά τον εμβολιασμό (Haynes et al., 2020).

Έτσι, περίπου ένα χρόνο μετά την εμφάνιση του νέου κοροναϊού (SARS-COV-2), η αξιοποίηση των εμβολίων που αναπτύχθηκαν ως απάντηση σε προηγούμενες επιδημίες, η συγκέντρωση των κατάλληλων πόρων για την παραγωγή των εμβολίων υψηλής αποτελεσματικότητας και η αξιοποίηση των παγκόσμιων προσπαθειών συνεργασίας σε δημόσιους και ιδιωτικούς τομείς επέτρεψε την άνευ προηγουμένου ανάπτυξη εμβολίων Covid-19 σε λιγότερο από ένα έτος.

Οι δοκιμές καινοτόμων εμβολίων τρίτης γενιάς ολοκληρώθηκαν σε χρόνο ρεκόρ, με τη βοήθεια της ναοϊατρικής και διατίθενται ήδη στους επαγγελματίες υγείας και στις ευπαθείς ομάδες. Η ναοϊατρική βοήθησε στην επανάσταση της ιστορίας, στη μάχη ενάντια στο Covid-19, παράγοντας εμβόλια 3ης γενιάς, χρησιμοποιώντας ναοσωματίδια λιπιδίων που φέρουν RNA. Για πρώτη φορά στην ιστορία, εγκρίνονται εμβόλια RNA με λιπιδινοσωματίδια τα οποία δύναται να σώσουν εκατομμύρια ζωές.

Συμπερασματικά, στηριζόμενοι στις απόψεις των ειδικών, αν και το ναο εμβόλιο της Pfizer –BioNTech είναι 95% αποτελεσματικό και εγκεκριμένο στο Ηνωμένο Βασίλειο, έχει προβλήματα υλικοτεχνικής υποστήριξης, καθώς χρειάζεται θερμοκρασία για να αποθηκευτεί κάτω από -70°, καθιστώντας δύσκολη τη χρήση σε πολλές χώρες. Από την άλλη πλευρά, το ναο εμβόλιο Moderna / NIAID έχει



απόδοση 94,5% και μπορεί να αποθηκευτεί σε συμβατικούς καταψύκτες (-20°), διευκολύνοντας τη χρήση του σε πολλές χώρες (Pacheco, da Silva & de Souza, 2020).

Ωστόσο, η πανδημία Covid-19, η οποία πλήττει ήδη δισεκατομμύρια ανθρώπους σε ολόκληρο τον κόσμο και πιθανότατα θα σκοτώσει εκατομμύρια πριν τεθεί τελικά υπό έλεγχο, έχει επισημάνει την ευπάθεια των ηλικιωμένων και των πληθυσμών χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος στις ασθένειες, τις παγκόσμιες ανισότητες στην αντιμετώπιση ασθενειών και γενικά πόσο απροετοίμαστος παραμένει ο κόσμος για την πρόληψη μελλοντικών πανδημιών.

Οι πρόσφατες τεχνολογικές εξελίξεις στη βιοϊατρική, τη μηχανική και τις επιστήμες των υπολογιστών προσφέρουν τη δυνατότητα υλοποίησης μιας νέας παγκόσμιας ερευνητικής ατζέντας που εστιάζει στην κατανόηση της αποτελεσματικής ανοσίας τόσο στους γηραιότερους πληθυσμούς όσο και στους πληθυσμούς χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, που είναι οι κύριοι παράγοντες αυξημένης ευπάθειας σε ασθένειες.

Αυτά τα εργαλεία θα επιτρέψουν επίσης μεγαλύτερη κατανόηση του γιατί μερικοί άνθρωποι ανταποκρίνονται πιο αποτελεσματικά σε λοιμώξεις όπως το SARS-CoV-2 από ό, τι άλλοι και, ομοίως, γιατί κάποιος ανταποκρίνεται καλύτερα στα εμβόλια. Ο καθορισμός αυτών των μηχανισμών αποτελεσματικής ανοσίας θα είναι κρίσιμος για την προστασία των ευάλωτων πληθυσμών από μελλοντικές εκδηλώσεις μολυσματικών ασθενειών.

Σύμφωνα με τα Ηνωμένα Έθνη, οι προβλέψεις δείχνουν ότι έως το 2050, θα σημειωθεί σημαντική αύξηση του αριθμού των ατόμων άνω των 65 ετών, με την αύξηση του πληθυσμού να επιταχύνεται ταχύτερα στα άτομα χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Αυτή η παγκόσμια αύξηση του γηραιότερου πληθυσμού θα δημιουργήσει τεράστια πρόκληση για τη δημόσια υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο, αυξάνοντας σημαντικά την ευπάθειά μας σε μολυσματικές ασθένειες και το βάρος των μη μεταδοτικών ασθενειών (Koff et al., 2021).

Η πανδημία Covid-19 επέτρεψε επίσης μια μοναδική ευκαιρία για το συντονισμό των προσπαθειών για σύγκριση πλατφορμών εμβολίων που περιέχουν το ίδιο αντιγόνο, την πρωτεΐνη SARS-CoV-2 S, η οποία θα μπορούσε να δώσει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τις αρχές της αποτελεσματικής ανοσίας που εφαρμόζονται για την πρόληψη και τον έλεγχο στις νέες και αναδυόμενες ασθένειες.

Η πανδημία αυτή έχει ενισχύσει την ανάγκη προετοιμασίας για παθογόνα που δεν έχουν ακόμη εμφανιστεί, κάτι που πιθανότατα θα προκαλέσει τη μεγαλύτερη νοσηρότητα και θνησιμότητα στους γηραιότερους πληθυσμούς και στους πληθυσμούς χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Η ενίσχυση των πόρων για την παρακολούθηση των ζωνοσογόνων παθογόνων σε νυχτερίδες, πουλιά, χοίρους και άλλα ενδιάμεσα είδη από τα οποία οι αναδυόμενοι ιοί συχνά διασχίζουν τον άνθρωπο θα είναι κρίσιμης σημασίας για την επιτυχή πρόληψη και τον έλεγχο μελλοντικών πανδημιών. Η αξιοποίηση τεχνολογιών όπως η τεχνητή νοημοσύνη και η βαθιά μάθηση, μαζί με την υπερυπολογιστική και τη δομική μοντελοποίηση, μπορούν να διευκολύνουν νέες στρατηγικές για την ανάπτυξη καθολικών εμβολίων για κοροναϊούς (Burton and Topol, 2021).

Ο εντοπισμός συσχετισμών προστασίας θα διευκολύνει τις μελέτες γεφύρωσης για τα εμβόλια της επόμενης γενιάς. Η ανθεκτικότητα της προστασίας που παρέχουν τα εμβόλια στους ευάλωτους πληθυσμούς θα πρέπει να παρακολουθείται στενά. Παραμένουν ωστόσο πολλές προκλήσεις για τον έλεγχο και τον τερματισμό της πανδημίας Covid-19 και για τη διασφάλιση της προστασίας των πιο ευάλωτων πληθυσμών.

## **4.2 Εμπιστοσύνη στα εμβόλια κατά του Covid-19**

Η εμπιστοσύνη σε οποιοδήποτε εμβόλιο κατά του Covid-19 που διατίθεται υπό την άδεια έκτακτης ανάγκης θα εξαρτηθεί από την αυστηρότητα των κλινικών κριτηρίων, συμπεριλαμβανομένης της διάρκειας παρακολούθησης, που χρησιμοποιείται για την αξιολόγησή του. Πρόσφατα δημοσιευμένες οδηγίες από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA, 2020) συνιστά ότι τα δεδομένα από μελέτες 3 φάσεων για την υποστήριξη ενός εμβολίου με άδεια έκτακτης ανάγκης, το οποίο μπορεί να προκύψει από μια ενδιάμεση ανάλυση που καθορίζεται από το πρωτόκολλο, περιλαμβάνουν μια διάρκεια παρακολούθησης τουλάχιστον 2 μηνών μετά την ολοκλήρωση της. Αυτή η σύσταση λαμβάνει υπόψη την πιθανή ταχεία χορήγηση ενός εμβολίου σε εκατομμύρια υγιείς Αμερικανούς, και ενδεχομένως δισεκατομμύρια περισσότερους ανθρώπους σε όλο τον κόσμο.

Η άδεια έκτακτης ανάγκης επιτρέπει τη χρήση μη εγκεκριμένων ιατρικών προϊόντων (ή μη εγκεκριμένων χρήσεων εγκεκριμένων ιατρικών προϊόντων) για τη διάγνωση, τη θεραπεία ή την πρόληψη σοβαρών ή απειλητικών για τη ζωή ασθενειών ή

καταστάσεων που προκαλούνται από παράγοντες απειλής, όπως ο Covid-19, ως απόκριση σε δηλωμένη δημόσια υγεία έκτακτης ανάγκης για τις οποίες δεν υπάρχουν επαρκείς, εγκεκριμένες και διαθέσιμες εναλλακτικές λύσεις.

Προκειμένου να εκδοθεί άδεια έκτακτης ανάγκης, η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) πρέπει να καθορίσει, μεταξύ άλλων, ότι τα γνωστά και πιθανά οφέλη ενός προϊόντος υπερτερούν των γνωστών και πιθανών κινδύνων και ότι το προϊόν μπορεί να είναι αποτελεσματικό στην πρόληψη, διάγνωση ή θεραπεία σοβαρών ή απειλητικών για τη ζωή ασθενειών ή καταστάσεων που προκαλούνται από τον παράγοντα ή τους παράγοντες που προσδιορίζονται στη δήλωση της άδεια αυτής. Δεν μπορεί να γίνει ευνοϊκός προσδιορισμός οφελών-κινδύνου για εμβόλια που μπορεί να έχουν μόνο μέτριο όφελος ή για τα οποία δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την αξιολόγηση του προφίλ ασφάλειας. Διακυβεύεται η εμπιστοσύνη του κοινού στην απάντηση της Αμερικής στην πανδημία, στα εμβόλια Covid-19 και γενικά στα εμβόλια, τα οποία είναι απαραίτητα για την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων δημόσιας υγείας (Krause & Gruber, 2020).

Η χρήση ενός εμβολίου υπό έρευνα βάσει άδειας έκτακτης ανάγκης δεν υπόκειται στις συνήθεις απαιτήσεις συναίνεσης κατόπιν ενημέρωσης για κλινικές έρευνες. Ωστόσο, στους παραλήπτες εμβολίων θα παρασχεθεί ένα ενημερωτικό δελτίο που θα περιγράφει τη διερευνητική φύση του προϊόντος, τα γνωστά και πιθανά οφέλη και κινδύνους, τις διαθέσιμες εναλλακτικές λύσεις και την επιλογή άρνησης εμβολιασμού. Για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος η χρήση ενός εμβολίου στο πλαίσιο μιας έκτακτης ανάγκης να επηρεάσει τη μακροπρόθεσμη αξιολόγηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας σε συνεχιζόμενες δοκιμές, θα είναι σημαντικό να συνεχιστεί η συλλογή δεδομένων σχετικά με το εμβόλιο ακόμη και μετά τη διάθεσή του. Η συνέχιση της παρακολούθησης των συμμετεχόντων σε κλινικές δοκιμές για να βελτιώσει περαιτέρω τις εκτιμήσεις αποτελεσματικότητας, να αξιολογήσει περαιτέρω τις δυνατότητες για αυξημένη νόσο και εξασθένιση της ανοσίας και να αποκτήσει επιπρόσθετη ενεργητική παρακολούθηση ασφάλειας θα είναι απαραίτητη προκειμένου να διασφαλιστεί η εμπιστοσύνη του κοινού σε ένα ευρέως χορηγούμενο εμβόλιο (Krause & Gruber, 2020).

Η ποιότητα των διαθέσιμων δεδομένων για την ενημέρωση της συνεχιζόμενης αξιολόγησης των οφελών και των κινδύνων ενός εμβολίου θα εξαρτηθεί από την ικανότητα συνέχισης της αξιολόγησης του εμβολίου έναντι ενός συγκριτικού

εικονικού φαρμάκου σε κλινικές δοκιμές για όσο διάστημα είναι εφικτό. Επιπλέον, η αξιολόγηση άλλων πιθανώς ανώτερων εμβολίων θα εξαρτηθεί από την ικανότητα συνέχισης της διατήρησης των ελέγχων του εικονικού φαρμάκου σε συνεχείς δοκιμές.

Κατά τον καθορισμό κριτηρίων για τις άδειες έκτακτης ανάγκης, οι ρυθμιστικές αρχές καθορίζουν την ποσότητα των δεδομένων που θα μπορούσαν να υποστηρίξουν μια θετική αξιολόγηση οφέλους-κινδύνου, παρέχοντας σε άτομα που επιθυμούν να λάβουν ένα ερευνητικό εμβόλιο την ευκαιρία να συνειδητοποιήσουν αυτό το όφελος, ενώ παράλληλα παρέχουν εμπιστοσύνη ότι ένα εμβόλιο είναι απίθανο να προκαλέσει καθαρή βλάβη όταν χρησιμοποιείται με αυτόν τον τρόπο (Krause & Gruber, 2020).

Από την άποψη της ασφάλειας, μια μέση παρακολούθηση 2 μηνών (που σημαίνει ότι τουλάχιστον οι μισοί αποδέκτες εμβολίων σε κλινικές δοκιμές έχουν τουλάχιστον 2 μήνες παρακολούθησης) μετά την ολοκλήρωση του πλήρους σχήματος εμβολιασμού, θα επιτρέψει τον εντοπισμό πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών που δεν ήταν εμφανείς κατά την άμεση περίοδο μετά τον εμβολιασμό. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που θεωρούνται εύλογα συνδεδεμένες με τον εμβολιασμό ξεκινούν γενικά εντός 6 εβδομάδων μετά τη λήψη του εμβολίου. Δύο μήνες παρακολούθησης θα παρέχουν χρόνο για την πιθανή παρακολούθηση και αξιολόγηση των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών που προκαλούνται από το ανοσοποιητικό πρόγραμμα που ξεκίνησαν εντός αυτής της περιόδου των 6 εβδομάδων.

Συγκεκριμένα, για να υποστηρίξει την άδεια χρήσης ενός εμβολίου, η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) απαιτεί γενικά τουλάχιστον 6 μήνες παρακολούθησης ασφάλειας για σοβαρές και άλλες παρενέργειες από ιατρική παρακολούθηση σε επαρκή αριθμό εμβολίων. Δεδομένου ότι ορισμένα εμβόλια υπό αξιολόγηση για την πρόληψη του Covid-19 βασίζονται σε τεχνολογίες που δεν είχαν χρησιμοποιηθεί προηγουμένως σε άδεια εμβολίων, θα μπορούσαν να προβληθούν επιχειρήματα υπέρ της παρακολούθησης μεγαλύτερης ασφάλειας.

Από την προοπτική της αποτελεσματικότητας του εμβολίου, θα είναι σημαντικό να υπάρχουν δεδομένα για να εκτιμηθεί εάν η προστασία έχει αρχίσει να εξασθενεί. Μια τέτοια εκτίμηση σχετίζεται ιδιαίτερα με τα εμβόλια κοροναϊού, επειδή η φυσική ανοσία στη λοίμωξη από κορονοϊό είναι σχετικά βραχύβια. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας πρότεινε πρόσφατα προσχέδια κατευθυντήριων γραμμών που

απαιτούν δεδομένα παρακολούθησης της αποτελεσματικότητας των 3 μηνών προτού μπορέσει να εξεταστεί ένα εμβόλιο για την καταχώρισή του ως εμβόλιο έκτακτης ανάγκης (Krause & Gruber, 2020).

### **4.3 Το φαινόμενο της άρνησης εμβολιασμού**

Τα εμβόλια είναι ένα από τα μεγάλα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης. Έχουν εξαλείψει ή μειώσει δραστικά τη συχνότητα εμφάνισης κοινών ασθενειών. Εκτιμάται ότι τα εμβόλια σώζουν 2 έως 6 εκατομμύρια ζωές κάθε χρόνο, αλλά 1,5 εκατομμύρια περισσότερες ζωές θα μπορούσαν να σωθούν εάν αυξηθεί η κάλυψη. Η διστακτικότητα των εμβολίων, που ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως «απροθυμία ή άρνηση εμβολιασμού παρά τη διαθεσιμότητα εμβολίων», αποτελεί εμπόδιο στην αύξηση της κάλυψης που έχει λάβει μεγάλη προσοχή από τα μέσα ενημέρωσης και τους ακαδημαϊκούς της δημόσιας υγείας τα τελευταία χρόνια. Υποστηρίζεται ότι πολλοί γονείς διστάζουν να εμβολιάσουν τα παιδιά τους λόγω ανησυχιών για την ασφάλεια του εμβολίου, παρά τις διαβεβαιώσεις από γιατρούς και αρχές δημόσιας υγείας (Kennedy, 2020).

Η διστακτικότητα των εμβολίων είναι ένα ιδιαίτερα μεγάλο πρόβλημα σε χώρες με υψηλό εισόδημα. Ερευνητές σημείωσαν ότι το διαδίκτυο και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διάδοση φόβων για την ασφάλεια των εμβολίων. Ωστόσο, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε πώς το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτικό πλαίσιο επηρέασε τις ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια των εμβολίων. Η διστακτικότητα των εμβολίων φαίνεται να είναι μια πτυχή μιας ευρύτερης κατανομής της εμπιστοσύνης μεταξύ ορισμένων τμημάτων του πληθυσμού από την μια, και της ελίτ και των ειδικών, από την άλλη (Kennedy, 2020).

Όπως ο Mereckiene και οι συνεργάτες του (2012) τονίζουν, η διαθεσιμότητα ενός εμβολίου δεν συνεπάγεται και τη λήψη του. Για παράδειγμα, το 2009, παρά το ότι προσφέρθηκε εμβόλιο κατά της γρίπης A H1N1 πριν ή κατά την έναρξη του δεύτερου επιδημικού κύματος, τα ποσοστά εμβολιασμού ήταν χαμηλότερα από το αναμενόμενο, με την πληθυσμιακή κάλυψη να κυμαίνεται από 0,4 έως 59% σε 22 χώρες. Η χαμηλή λήψη ενός διαθέσιμου εμβολιασμού για την αντιμετώπιση μιας λοίμωξης υψηλού κινδύνου έχει χαρακτηριστεί ως το παράδοξο της πανδημίας για τη δημόσια υγεία (Reintjes et al., 2016). Η απροθυμία ή η άρνηση εμβολιασμού, παρά τη διαθεσιμότητα εμβολίων, δημιουργεί έντονους προβληματισμούς. Ενώ το επίπεδο και

οι λόγοι διστακτικότητας ποικίλλουν ανάλογα με το εμβόλιο, τη γεωγραφική τοποθεσία, το σύστημα υγείας, την προσβασιμότητα και τη διαθεσιμότητα και μπορεί να καθοδηγείται τόσο από συναισθηματικούς, πολιτιστικούς, κοινωνικούς και πολιτικούς παράγοντες όσο και από γνωστικούς, ένα είναι βέβαιο: τα εμβόλια προστατεύουν μόνο αν ληφθούν από ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού (Fadda, AlbaneseandSuggs, 2020).

Καθώς ο κόσμος επικεντρώνεται στην καταπολέμηση του Covid-19 επιβάλλοντας προστατευτικά και προληπτικά μέτρα, η προσδοκία είναι ότι ένα αποτελεσματικό εμβόλιο θα μας επιτρέψει να περιορίσουμε την εξάπλωση του ιού. Ωστόσο, η διαθεσιμότητα εμβολίων είναι απαραίτητη αλλά όχι επαρκής για την επίτευξη σημαντικής μείωσης των ευπαθών ατόμων μέσω της ενεργούς επίκτητης ανοσίας. Η κοινή γνώμη και η εμπιστοσύνη στο εμβόλιο είναι υψίστης σημασίας για επαρκή κάλυψη (Fadda, AlbaneseandSuggs, 2020).

Η τρέχουσα πανδημία συνεπάγεται τρεις μοναδικές προκλήσεις για την εμπιστοσύνη του κοινού και τη λήψη του εμβολίου. Πρώτον, τα στοιχεία δείχνουν ότι όσο πιο πρόσφατο είναι το εμβόλιο, τόσο το επίπεδο διστακτικότητας είναι υψηλότερο (Dubé et al., 2013). Η γνώση και η κατανόηση της νόσου και η φήμη των ειδικών των εμβολίων συμβάλλουν στην εμπιστοσύνη που δημιουργείται. Ωστόσο, οι πληροφορίες του κοινού σχετικά με τα συγκεκριμένα αντιγόνα SARS-CoV-2 που χρησιμοποιούνται στην ανάπτυξη εμβολίων είναι περιορισμένες και η πλειονότητα των επιβεβαιωμένων ενεργών υποψήφιων εμβολίων αναπτύσσεται από μικρούς και / ή λιγότερο γνωστούς κατασκευαστές (Le et al., 2020).

Δεύτερον, ένας λόγος για τον οποίο οι άνθρωποι εμπιστεύονται τα εμβόλια είναι η αργή και μεθοδική διαδικασία που απαιτείται για την ανάπτυξή τους, η οποία μπορεί να διαρκέσει έως και αρκετά χρόνια πριν από την τελική έγκριση. Η ταχεία έγκριση ενός νέου εμβολίου Covid-19 μπορεί να συμβάλει στην διστακτικότητα που βασίζεται στην εντύπωση του κοινού ότι το εμβόλιο διατέθηκε στην αγορά και δεν έχει ελεγχθεί επαρκώς τόσο για την ασφάλεια όσο και για την αποτελεσματικότητά του (Fadda, AlbaneseandSuggs, 2020).

Μια τρίτη πρόκληση σχετίζεται με την παραπληροφόρηση που προωθείται από τους αγωνιστές κατά του εμβολιασμού. Στην πραγματικότητα, όσοι είναι κατά του εμβολιασμού είναι ήδη ενεργοί στο διαδίκτυο και στις κοινότητές τους, διαδίδουν μη

υποστηριζόμενες απόψεις και αλλοιωμένες πληροφορίες σχετικά με τον ιό και οποιοδήποτε εμβόλιο που μπορεί τελικά να προσφερθεί. Μελέτες δείχνουν ότι το επίπεδο διστακτικότητας του εμβολίου Covid-19 ποικίλλει από χαμηλό σε υψηλό, με περίπου το 29% των κατοίκων της Νέας Υόρκης να ισχυρίζονται ότι θα αρνηθούν ένα εμβόλιο, σε σύγκριση με το 20% αυτών στον Καναδά και το 6% αυτών στο Ηνωμένο Βασίλειο (Fadda, AlbaneseandSuggs, 2020).

Ενώ τα εμβόλια Covid-19 είναι πλέον γεγονός, η φύση και η έκταση της διστακτικότητας του εμβολίου πρέπει να αξιολογηθεί και να αντιμετωπιστεί δραστικά. Για μελλοντικές μελέτες σχετικές με την διστακτικότητα ή άρνηση των εμβολίων, οι χώρες μπορούν να σχεδιάσουν και να εφαρμόσουν στρατηγικές που στοχεύουν στην προώθηση της εμπιστοσύνης και της ζήτησης για ένα εμβόλιο Covid-19.

Όπως αναφέρει ο Thomson και οι συνεργάτες του (2018), συνιστάται μια κοινωνική προσέγγιση μάρκετινγκ για την αντιμετώπιση της διστακτικότητας των εμβολίων. Μια τέτοια προσέγγιση θα πρέπει να βασίζεται σε υπάρχοντα στοιχεία, και να περιλαμβάνει μια συμμετοχική προσέγγιση με συνεχιζόμενη εμπλοκή της κοινότητας, για την κατανόηση των αναγκών καθώς η πανδημία εκτυλίσσεται.

Έτσι, η διαφάνεια, η εκπαίδευση και η δέσμευση από πολιτικούς και δημόσιους ηγέτες σε παγκόσμιο, εθνικό, πολιτειακό και τοπικό επίπεδο θα απαιτηθούν προκειμένου να διασφαλιστεί μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στα εμβόλια και να επιτευχθούν τα απαραίτητα επίπεδα ανοσίας της αγέλης παγκοσμίως. Η ταχεία πρόοδος απαιτεί συνεχή επιστημονική πρόοδο, ανοιχτή ανταλλαγή δεδομένων και καινοτόμους μηχανισμούς για την ενίσχυση της παγκόσμιας συνεργασίας.

#### **4.4 Υγειονομικό Διαβατήριο και Covid-19**

Καθώς η πανδημία Covid-19 εξελίσσεται, πολλοί άνθρωποι σε όλο τον κόσμο θα προσβληθούν από τον ιό και θα ανακάμψουν. Πολλοί από αυτούς θα είναι ασυμπτωματικοί ή θα εμφανίσουν μόνο ήπια συμπτώματα. Λόγω της φύσης του ιού, δεν είναι ακόμη σαφές ποιο επίπεδο ανοσίας προσδίδεται από τη μόλυνση. Ωστόσο, τα αποδεικτικά στοιχεία από το Covid-19 μέχρι στιγμής, και η εμπειρία με προηγούμενους κοροναϊούς, υποδηλώνουν ότι κάποιο επίπεδο προστασίας από την επαναμόλυνση αποκτάται και μπορεί να διαρκέσει για αρκετά χρόνια. Έτσι, υπάρχει μια καλή πιθανότητα τα άτομα που έχουν μολυνθεί και στη συνέχεια να αναρρώσουν

να εμφανίζουν τουλάχιστον προσωρινά χαμηλότερο κίνδυνο επανεμφάνισης και να είναι λιγότερο πιθανό να διαδώσουν τον ιό σε άλλα άτομα (Huangetal., 2020).

Τα Υγειονομικά Διαβατήρια είναι ένας τρόπος καταγραφής ενός ατόμου που θεωρείται ότι έχει ανοσία στο Covid-19 και πιστεύεται ότι είναι απίθανο να προσβληθεί ή να εξαπλώσει την ασθένεια. Θα μπορούσαν να λάβουν τη μορφή πιστοποιητικού, βραχιολιού, εφαρμογής για κινητά ή άλλου εγγράφου.

Η κατοχή διαβατηρίου ασυλίας θα μπορούσε να δώσει στους ανθρώπους ελευθερίες που είχαν ανασταλεί, κατά τη διάρκεια μερικού και πλήρους lockdown, όπως ταξίδια στην εργασία και κοινωνικοποίηση με άτομα εκτός σπιτιού. Προς το παρόν, το εμβόλιο για το Covid-19 δεν έχει χορηγηθεί σε ικανοποιητικό αριθμό ατόμων, άρα η ανοσία στο μεγαλύτερο ποσοστό της τεκμαίρεται, κατά κύριο λόγο, ότι αποκτήθηκε με μόλυνση και επακόλουθη ανάρρωση. Αυτό θα πρέπει να προσδιοριστεί μέσω δοκιμών κατά τη στιγμή της μόλυνσης ή / και επακόλουθης δοκιμής για αντισώματα.

Επιπλέον, είναι άγνωστο για πόσο καιρό μετά τη μόλυνση, τα άτομα παραμένουν ανοσοποιημένα στο Covid-19, επομένως τα Υγειονομικά Διαβατήρια μπορεί να χρειαστούν ημερομηνία λήξης ή τα άτομα ενδέχεται να χρειαστεί να επανεξεταστούν για να επιβεβαιώσουν τη συνέχιση της ανοσίας τους και της μη εξάπλωσης του ιού. Τα Υγειονομικά Διαβατήρια θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με άλλα μέτρα, όπως εκτεταμένες δοκιμές και ανίχνευση επαφών για μολυσμένες περιπτώσεις (Brown et al., 2020).

Έτσι, εάν συνεχίσουν να χρησιμοποιούνται τα εκτεταμένα lockdown για την καταπολέμηση της εξάπλωσης του Covid-19, τα Υγειονομικά Διαβατήρια θα μπορούσαν να παρέχουν έναν τρόπο που επιτρέπει στα άτομα να ανακτήσουν κάποια κανονικότητα με τη μορφή πιο ελεύθερης μετακίνησης και επιστροφής στην εργασία. Αυτό έχει ευρύτερα οφέλη για το άτομο και την κοινωνία, αν και η έκταση αυτών των παροχών θα μπορούσε να εξαρτάται από τα βασικά επίπεδα ανοσίας. Ωστόσο, η εισαγωγή των Υγειονομικών Διαβατηρίων φέρνει ένα σύνολο ηθικών και πρακτικών προκλήσεων.

Ο Brown και οι συνεργάτες του (2020), στο άρθρο τους έχουν συνοψίσει μερικές από τις προκλήσεις που σχετίζονται με πρακτικά ζητήματα, τη δικαιοσύνη, τον περιορισμό των πολιτικών ελευθεριών και την πίεση στην κοινωνική συνεργασία. Πιο συγκεκριμένα, επισημαίνουν πως εξετάζοντας τις ηθικές ανησυχίες, τις οποίες



και λαμβάνουν σοβαρά υπόψη, συμπεραίνουν πως οι ανησυχίες αυτές, δεν είναι ανυπέρβλητες. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, ένα μεγάλο μέρος στηρίζεται στην ικανότητα να διαπιστωθεί με επαρκή και επιστημονικό τρόπο, ότι τα άτομα με αντισώματα έναντι του Covid-19 θα είναι απαλλαγμένα από την επαναμόλυνση.

Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, εάν τα Υγειονομικά Διαβατήρια μπορούν να διατεθούν χωρίς να διακινδυνεύσουν τον έλεγχο των λοιμώξεων, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται. Ορισμένοι τομείς απαιτούν περαιτέρω έρευνα για να διαπιστωθεί η σοβαρότητα των επιπτώσεών τους, συμπεριλαμβανομένων κινδύνων που σχετίζονται με την υπονόμηση της κοινωνικής συνοχής και των κινδύνων εκούσιας μόλυνσης. Ενώ η προσοχή είναι επιτακτική, είναι επίσης σημαντικό να εξισορροπηθεί με το κόστος που θα μπορούσε να προκύψει από τη μη χρήση εργαλείων όπως τα Υγειονομικά Διαβατήρια.

Τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Τουρισμού δείχνουν ότι το 100% των παγκόσμιων προορισμών έχει περιορισμούς στα ταξίδια. Μάλιστα, το 72% των χωρών έχουν κλείσει εντελώς τα σύνορά τους, για τον διεθνή τουρισμό. Οι στρατηγικές επανεκκίνησης για τους επόμενους μήνες έχουν αυξήσει τη δυνατότητα του Υγειονομικού Διαβατηρίου. Για παράδειγμα, εάν ένας επιβάτης αεροπλάνου θα μπορούσε να τεκμηριωθεί ότι έχει αναρρώσει πλήρως από τη μόλυνση SARS-Cov-2 ή το COVID-19, θα εξαιρούταν από πολλά αεροδρόμια, πύλη επιβίβασης, διαδικασίες επί του σκάφους και λιμάνι- διαδικασίες εισόδου, συμπεριλαμβανομένων πολλών προστατευτικών βημάτων, όπως κάλυμμα προσώπου και καραντίνα κατά την άφιξη (Chen, Freedman&Visser, 2020).

Στο ταξιδιωτικό πλαίσιο, το Υγειονομικό Διαβατήριο πρέπει να χρησιμεύει για την προστασία α) του ταξιδιώτη, β) των συνεπιβατών, γ) των κατοίκων του προορισμού του ταξιδιώτη, καθώς και δ) των ατόμων που θα έρθει σε επαφή κατά τις τοπικές μετακινήσεις του. Σύμφωνα με η μελέτη των Chen, Freedman&Visser (2020), κατά την αξιολόγηση των στοιχείων που υποστηρίζουν την έννοια και τη σκοπιμότητα του Υγειονομικού Διαβατηρίου θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα ακόλουθα:

- 1) Σχεδόν όλα τα άτομα που έχουν μολυνθεί θα αναπτύξουν ανιχνεύσιμα αντισώματα.
- 2) Τα αντισώματα που ανιχνεύονται είναι προστατευτικά και αποκλείουν την μετάδοση του ιού.

3) Τα δεδομένα καθορίζουν το κατώτατο όριο αντισωμάτων που είναι απαραίτητοι για την προστασία.

4) Υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα για να διασφαλιστεί ότι η ανοσία είναι αρκετά ανθεκτική ώστε να επικαλεστεί ημερομηνία λήξης για την ισχύ της

5) Οι αποδεκτές δοκιμές αντισωμάτων για έκδοση πιστοποιητικού συμμορφώνονται με ένα διεθνές ποιοτικό πρότυπο, είναι εύκολα προσβάσιμες και έχουν χαρακτηριστικά υψηλής απόδοσης. και

6) Οι διαδικασίες τεκμηρίωσης είναι εξαιρετικά ανθεκτικές στην απάτη και περιλαμβάνουν μια μέθοδο για την εμφάνιση εξαίρεσης από ορισμένες απαιτήσεις, όπως η χρήση μάσκας προσώπου στο κοινό.

Οι ίδιοι συγγραφείς υποστηρίζουν πως ένα σύστημα Υγειονομικού Διαβατηρίου που δεν μπορεί να συμμορφωθεί με όλα τα παραπάνω κριτήρια είναι απίθανο να γίνει ευρέως αποδεκτό.

Επιπροσθέτως, οι πρακτικές του ευρέως αποδεκτού Υγειονομικού Διαβατηρίου, για τη διευκόλυνση των διεθνών ταξιδιών είναι απίθανο να επιλυθούν σύντομα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου (ECDC), ο Σύνδεσμος Αεροπορικών Μεταφορών (IATA) και ο Διεθνής Οργανισμός Πολιτικής Αεροπορίας (ICAO) δεν υποστηρίζουν την εφαρμογή των Υγειονομικών Διαβατηρίων, υπό τις παρούσες συνθήκες και τις δοκιμαστικές επιδόσεις. Καθώς αυξάνονται τα διαθέσιμα δεδομένα και συγχρόνως αυξάνονται τα ποσοστά ανοσίας του πληθυσμού, στο μέλλον, είναι πιθανό το Υγειονομικό Διαβατήριο να αναγνωρίζεται και να χρησιμοποιείται για την τεκμηρίωση της ανοσίας.

Επιπροσθέτως, οι ταξιδιωτικές εταιρείες θα διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο σε αυτό. Αυτή η χρήση του Υγειονομικού Διαβατηρίου, ωστόσο, μπορεί να προκαλέσει μεγάλη σύγχυση σε περίπτωση που ένα εμβόλιο κατά του SARS-CoV-2 είναι διαθέσιμο και μια διεθνώς αναγνωρισμένη πιστοποίηση καθίσταται απαραίτητη για την τεκμηρίωση του πραγματικού εμβολιασμού. Επίσης, μεμονωμένα αεροδρόμια, αεροπορικές εταιρείες ή εθνικές αρχές κρίνουν σκόπιμο να αναγνωρίσουν κάποια μορφή ασαφώς καθορισμένων επιστολών ή πιστοποίησης ανοσίας σε ηλεκτρονική βάση είτε για εσωτερικά είτε για διεθνή ταξίδια (Chen, Freedman & Visser, 2020).

Έτσι, οι ταξιδιωτικές εταιρείες μπορεί να κληθούν να παράσχουν τέτοια τεκμηρίωση στο εγγύς μέλλον και πρέπει να αξιολογήσουν τα χαρακτηριστικά απόδοσης των δοκιμών και να κατανοήσουν την ανοσοαπόκριση στο Covid-19, τον χρόνο και τη διάρκεια της απόκρισης αντισωμάτων, και εάν τα αντισώματα που ελέγχθηκαν είναι σε κατάλληλα επίπεδα και συσχετίζονται με προστατευτική ανοσία.

Επί του παρόντος, δεν υπάρχει κάποιο σταθερό παγκόσμιο πρότυπο ή σύσταση για την παροχή ενός τέτοιου πιστοποιητικού. Η εξειδίκευση από την περιοχή της Διεθνούς Εταιρείας Ταξιδιωτικής Ιατρικής, με βαθιά κατανόηση των ταχέων εξελίξεων του Covid-19, μπορεί να συμβάλει σημαντικά στις συστάσεις για ασφαλές άνοιγμα του ταξιδιού (Chen, Freedman & Visser, 2020).

## **ΜΕΡΟΣ Β: Ερευνητικό μέρος**

### **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> Μεθοδολογία έρευνας**

#### **5.1 Ερευνητικός σκοπός-ερωτήματα**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσει τις απόψεις επαγγελματιών υγείας σχετικά με θέματα που αφορούν την πανδημία του COVID-19. Συγκεκριμένα μελετάται το επίπεδο διαχείρισης των ασθενών, η ενημέρωση τους για τον εμβολιασμό και η πρόθεση τους να εμβολιαστούν, οι απόψεις τους για την αποτελεσματικότητα των μέτρων και τα επίπεδα φόβου για την ασθένεια. Επιπλέον, μελετάται αν οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας επηρεάζονται από το δημογραφικό τους προφίλ και την κατάσταση υγείας τους. Με βάση τον σκοπό της έρευνας διατυπώνονται παρακάτω τα ερευνητικά ερωτήματα:

- Ποιες οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας για την διαχείριση ασθενών, την ενημέρωση και την πρόθεση για τον εμβολιασμό, την λειτουργία των μέτρων και τον φόβο για τον Covid-19;
- Ποια η επίδραση του δημογραφικού προφίλ και της κατάστασης υγείας των επαγγελματιών υγείας στις απόψεις τους για την διαχείριση ασθενών, την ενημέρωση και την πρόθεση για τον εμβολιασμό, την λειτουργία των μέτρων και τον φόβο για τον Covid-19.

#### **5.2 Σχεδιασμός έρευνας**

Διεξήχθη μία ποσοτική έρευνα, πρωτογενής, με χρήση ερωτηματολογίου κλίμακας Likert, περιγραφική και συσχέτισης. Το συγκεκριμένο είδος έρευνας θεωρήθηκε

κατάλληλο καθώς οι έννοιες τους επιπέδου διαχείρισης των ασθενών, της ενημέρωσης και πρόθεσης για τον εμβολιασμό, της αποτελεσματικότητας των μέτρων και του φόβου για την ασθένεια είναι μετρήσιμες. Συνεπώς, είναι εφικτό, με χρήση διατακτικών ερωτήσεων ο ερευνητής να μετρήσει τα επίπεδα συμφωνίας των επαγγελματιών υγείας σε μετρήσιμες έννοιες (Creswell, 2013). Επιπλέον, η παρούσα έρευνα είναι και συσχέτισης-μη πειραματική καθώς σύμφωνα με το 2<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα είναι απαραίτητη η σύγκριση δημογραφικών ομάδων και ομάδων βάσει της κατάστασης υγείας, χωρίς να ενδιαφέρει τον ερευνητή η αιτία των διαφορετικών μετρήσεων, αλλά απλά ο εντοπισμός τους (Salkind, 2010). Γενικότερα, οι ποσοτικές έρευνες χρησιμοποιούνται όταν είναι απαραίτητη η μελέτη της αλληλοεπίδρασης των μεταβλητών, καθώς χρησιμοποιούν στατιστικές μεθόδους σε αριθμητικά δεδομένα (Cohen, Manion & Morrison, 2007).

### **5.3 Πληθυσμός-Δείγμα**

Πληθυσμός της έρευνας θεωρείται το σύνολο των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα. Αναφορικά με το δείγμα, στην έρευνα συμμετείχαν 110 επαγγελματίες υγείας, στην πλειοψηφία τους γυναίκες, μέσης ηλικίας 42 ετών και με 14 έτη εργασιακής εμπειρίας κατά μέσο όρο. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ανήκουν στο νοσηλευτικό, το διοικητικό ή το ιατρικό προσωπικό και εργάζονται στο ΕΚΑΒ, στο διοικητικό ή σε κλινική που αφορά χειρουργικό, παθολογικό, αναισθησιολογικό, ή κάποιο άλλο τομέα, όπως καρδιολογικό, μικροβιολογικό ή ακτινοδιαγνωστικό.

### **5.4 Ερωτηματολόγιο έρευνας**

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο 63 ερωτήσεων, το οποίο είναι χωρισμένο σε 7 ενότητες. Η 1<sup>η</sup> ενότητα αναφέρεται στα δημογραφικά στοιχεία με 5 ερωτήσεις (3 κλειστού τύπου, 2 σύντομης απάντησης) σχετικά με το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, τα έτη εργασιακής εμπειρίας και την κλινική εργασίας. Η 2<sup>η</sup> ενότητα αναφέρεται στην κατάσταση υγείας των επαγγελματιών υγείας με 10 ερωτήσεις (9 διχοτομικές, 1 πενταβάθμιας κλίμακας Likert) σχετικά με το αν έχουν νοσήσει από τον Covid 19, αν έχουν υποκείμενα νοσήματα οι ίδιοι ή το οικογενειακό τους περιβάλλον, την κατάσταση της υγείας

τους, αν έχουν νοσήσει από Ηπατίτιδα Β και αν έχουν εμβολιαστεί, αν έχουν νοσήσει από ιλαρά και αν έχουν εμβολιαστεί καθώς και αν έχουν κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020) και το αντιγριπικό εμβόλιο για την πανδημική γρίπη την περίοδο 2009-2010. Η 3<sup>η</sup> ενότητα περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις πενταβάθμιας κλίμακας Likert σχετικά με την εκπαίδευση-εμπειρία για τον COVID-19 με 2 διαστάσεις την διαχείριση των ασθενών και την ενημέρωση για το εμβόλιο, από 2 ερωτήσεις. Η 4<sup>η</sup> ενότητα περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις πενταβάθμιας κλίμακας Likert σχετικά με την πρόθεση για τον εμβολιασμό, η 5<sup>η</sup> 11 ερωτήσεις πενταβάθμιας κλίμακας Likert σχετικά με τον περιορισμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων λόγω των μέτρων της πανδημίας και η 6<sup>η</sup> 5 ερωτήσεις πενταβάθμιας κλίμακας Likert σχετικά με την αποτελεσματικότητα των μέτρων. Τέλος η 7<sup>η</sup> ενότητα περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις πενταβάθμιας κλίμακας Likert σχετικά με τον φόβο για τον COVID-19 σύμφωνα με τους (Ahorsu et al., 2020). Ο ερευνητής για τις υπόλοιπες ενότητες βασίστηκε στις μελέτες United Nations Human Rights. (2020) και Λογοθέτη κ.α. (2020). Η διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου υπολογίζεται στα 10 λεπτά. Η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν η βολική. Ο ερευνητής προσέγγισε επαγγελματίες υγείας στους οποίους είχε εύκολη πρόσβαση (Creswell,2013). Χρησιμοποιήθηκαν τόσο έντυπα όσο και ηλεκτρονικά ερωτηματολόγια, μέσω της εφαρμογής google forms.

## 5.5 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο πρόγραμμα IBM SPSS 24, ενώ χρησιμοποιήθηκε και το λογισμικό Microsoft Office Excel 2016, για σχεδιασμό γραφημάτων. Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάστηκαν με συχνότητες και ποσοστά, ενώ οι διατακτικές και αναλογικές με μέσο όρο και τυπική απόκλιση. Ο έλεγχος υποθέσεων πραγματοποιήθηκε σε στάθμη σημαντικότητας 5%.

Για σύγκριση μέσων τιμών 2 μεγάλων (πλήθος άνω των 30), ανεξάρτητων δειγμάτων ή 2 ανεξάρτητων δειγμάτων που ακολουθούν την κανονική κατανομή, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος independent samples t-test, ενώ για σύγκριση διαμέσων 2 ανεξάρτητων δειγμάτων που δεν είναι μεγάλα και δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann Whitney. Ραβδογράμματα μέσων τιμών και τυπικής απόκλισης, χρησιμοποιήθηκαν για τις

στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στους ελέγχους independent samples t-test ενώ θηκογράμματα για τις στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στους ελέγχους Mann Whitney.

Ομοίως, για σύγκριση για σύγκριση μέσω των τιμών 3 μεγάλων (πλήθος άνω των 30) ανεξάρτητων δειγμάτων ή 3 ανεξάρτητων δειγμάτων που ακολουθούν την κανονική κατανομή, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ANOVA, ενώ για σύγκριση διαμέσων 3 ανεξάρτητων δειγμάτων που δεν είναι μεγάλα και δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis. Οι πολλαπλές συγκρίσεις Bonferonni χρησιμοποιήθηκαν στις στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις για 3 ή περισσότερα ανεξάρτητα δείγματα. Θηκογράμματα χρησιμοποιήθηκαν για τις στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στους ελέγχους Kruskal Wallis. Επιπλέον ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Pearson χρησιμοποιήθηκε για έλεγχο συσχέτισης ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούν την κανονική κατανομή και ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman για ποσοτικές μεταβλητές που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή (Ρούσσο & Τσαούσης, 2011).

## 5.6 Αξιοπιστία δεδομένων

Η αξιοπιστία των δεδομένων ελέγχθηκε με τον συντελεστή εσωτερικής συνέπειας Cronbach Alpha, όπου ικανοποιητικές θεωρούνται οι τιμές άνω του 0,7 και αποδεκτές οι τιμές άνω του 0,6 (Γαλάνης, 2012).

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας για τους παράγοντες της έρευνας. Προκύπτει ότι για τον παράγοντα «Διαχείριση ασθενών» η αξιοπιστία είναι  $\alpha=0,744$ , για την «Ενημέρωση για το εμβόλιο»  $\alpha=0,840$ , για την «Πρόθεση για εμβολιασμό»  $\alpha=0,957$ , για τον «Περιορισμό ατομικών δικαιωμάτων» είναι  $\alpha=0,899$ , για τις «Αποτελεσματικότητα μέτρων»  $\alpha=0,808$  και για τον παράγοντα «Φόβος για τον COVID-19»  $\alpha=0,880$ .

**Πίνακας 2:** Ανάλυση αξιοπιστίας

| Παράγοντες               | Ερωτήσεις                     | Cronbach Alpha |
|--------------------------|-------------------------------|----------------|
| Διαχείριση ασθενών       | 16-17                         | 0,744          |
| Ενημέρωση για το εμβόλιο | 18-19                         | 0,840          |
| Πρόθεση για εμβολιασμό   | 20,21, (22-24) R, 25-27, (28- | 0,957          |

|                                  |                                     |       |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------|
|                                  | 31) R, 32, 33R,34R,35-37, (38-41) R |       |
| Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων | 42-52                               | 0,899 |
| Αποτελεσματικότητα μέτρων        | 53,54, (55-57)R                     | 0,808 |
| Φόβος για τον COVID-19           | 58-63                               | 0,880 |

## 5.7 Ηθικά Ζητήματα

Ο ερευνητής τήρησε όλα τα απαραίτητα ηθικά ζητήματα, τα οποία σχετίζονται τόσο με την ψυχολογία των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα αλλά και με την φύση της διεξαγωγής της (Koocher & Keith-Spiegel, 1998). Συγκεκριμένα:

- Για την διεξαγωγή του υπομελέτη θέματος δόθηκε έγκριση από τον Ιδρυματικό φορέα του ερευνητή, καθώς θεωρήθηκε χρήσιμο και ενδιαφέρον από επιστημονικής άποψης.
- Στην διεξαγωγή της έρευνας συμμετείχε υποστηρικτικά επιβλέπων καθηγητής του Ιδρυματικού φορέα.
- Οι επαγγελματίες υγείας ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας και τα ερευνητικά ερωτήματα
- Οι επαγγελματίες υγείας ενημερώθηκαν ότι συμμετέχουν ανώνυμα, εθελοντικά και με την δική τους συγκατάθεση.
- Οι επαγγελματίες υγείας ενημερώθηκαν ότι έχουν το δικαίωμα να αποχωρήσουν από την έρευνα κατά την διάρκεια της ή μετά το πέρας της.
- Ο ερευνητής έδωσε τα προσωπικά του στοιχεία επικοινωνίας στους επαγγελματίες υγείας της έρευνας σε περίπτωση που οι ίδιοι θελήσουν να επικοινωνήσουν μαζί του για να ενημερωθούν για τα αποτελέσματα της μελέτης.



## Κεφάλαιο 6ο Αποτελέσματα έρευνας

### 6.1 Περιγραφική Στατιστική

- **Δημογραφικά στοιχεία**

Στον Πίνακα 3 (και τα Γραφήματα 1-3) παρουσιάζονται τα ποιοτικά δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Όσον αφορά το φύλο, το 66,4% (N=73) αποτελείται από γυναίκες, ενώ το 33,6% (N=37) από άνδρες,. Σχετικά με το επάγγελμα, το 33,5% (N=39) είναι νοσηλευτές, το 27,3% (N=30) διοικητικό προσωπικό, το 20,9% (N=23) ιατροί και το 16,4% (N=18) λοιπό επιστημονικό προσωπικό.

Αναφορικά με την κλινική στην οποία εργάζονται, το 16,3% (N=13) εργάζεται στο χειρουργικό τμήμα, το 12,5% (N=10) στο ΕΚΑΒ, το 8,8% (N=7) στο παθολογικό, το 8,8% (N=7) στο αναισθησιολογικό, το 7,5% (N=6) στο διοικητικό, το 6,3% (N=5) στο COVID, το 5,0% (N=4) στο παιδιατρικό, το 5,0% (N=4) σε ιδιωτικό ιατρείο, το 3,8% (N=3) στο νεφρολογικό, το 3,8% στο ορθοπεδικό, το 2,5% (N=2) στην ΜΕΘ, ενώ το 20% (N=16) σε άλλο τμήμα (καρδιολογικό, μικροβιολογικό, ακτινοδιαγνωστικό κλπ.).

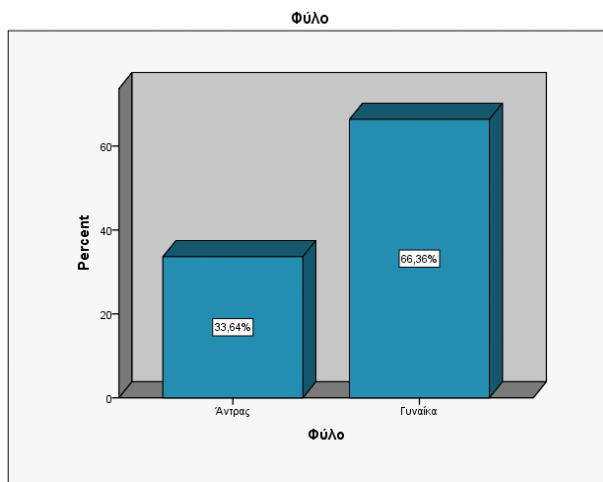
**Πίνακας 3:** Δημογραφικά στοιχεία (ποιοτικά)

| Στοιχείο  | Κατηγορία                    | N  | f%   |
|-----------|------------------------------|----|------|
| Φύλο      | Άντρας                       | 37 | 33,6 |
|           | Γυναίκα                      | 73 | 66,4 |
| Επάγγελμα | Ιατρός                       | 23 | 20,9 |
|           | Νοσηλευτής                   | 39 | 35,5 |
|           | Λοιπό επιστημονικό προσωπικό | 18 | 16,4 |

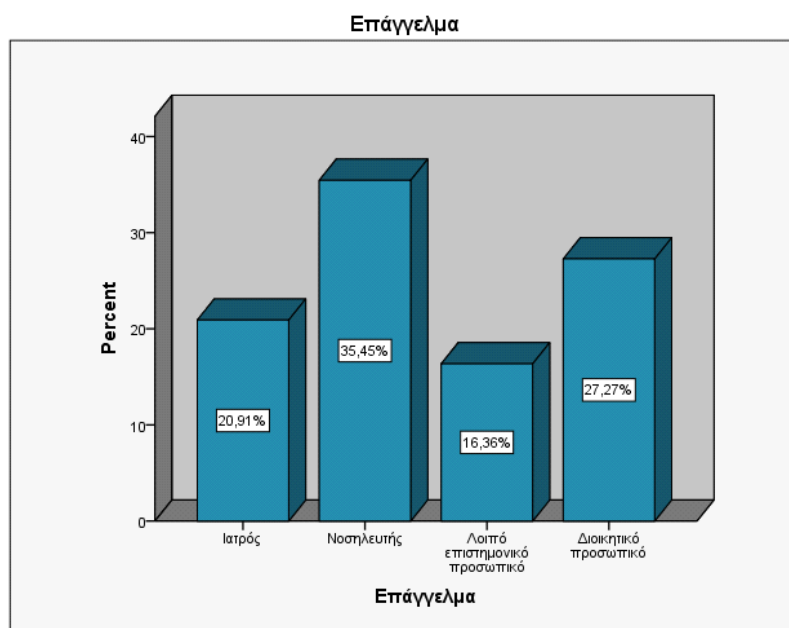
|                 |  |    |      |
|-----------------|--|----|------|
|                 | Διοικητικό προσωπικό                                   | 30 | 27,3 |
| Κλινική εργασία | Χειρουργικό  | 13 | 16,3 |
|                 | Παθολογικό   | 7  | 8,8  |
|                 | Διοικητικό   | 6  | 7,5  |
|                 | ΕΚΑΒ   | 10 | 12,5 |
|                 | Αναισθησιολογικό                                       | 7  | 8,8  |
|                 | Ορθοπαιδικό  | 3  | 3,8  |
|                 | Παιδιατρικό  | 4  | 5,0  |
|                 | COVID  | 5  | 6,3  |
|                 | ΜΕΘ  | 2  | 2,5  |
|                 | Ιδιωτικό ιατρείο                                       | 4  | 5,0  |
|                 | Άλλο (καρδιολογικό, μικροβιολογικό, ακτινοδιαγνωστικό) | 16 | 20,0 |
|                 | Νεφρολογικό  | 3  | 3,8  |

N: Συχνότητα

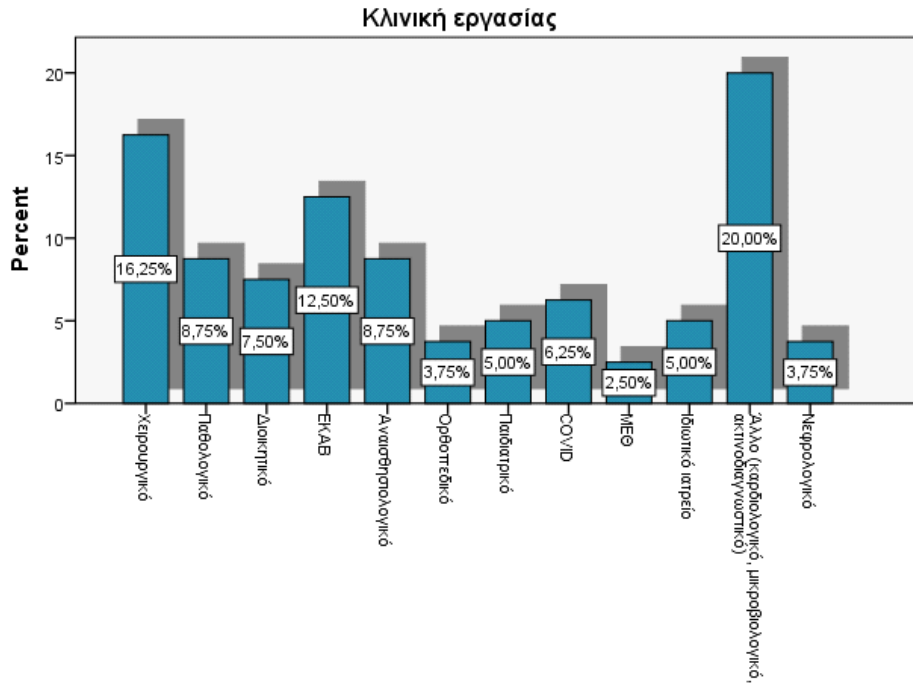
f %: Σχετική συχνότητα %



**Γράφημα 1: Φύλο**



**Γράφημα 2: Επάγγελμα**



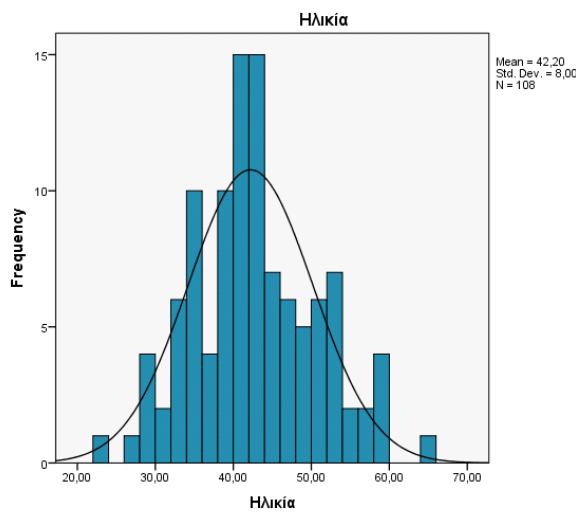
**Κλινική εργασία**

**Γράφημα 3:** Κλινική εργασία

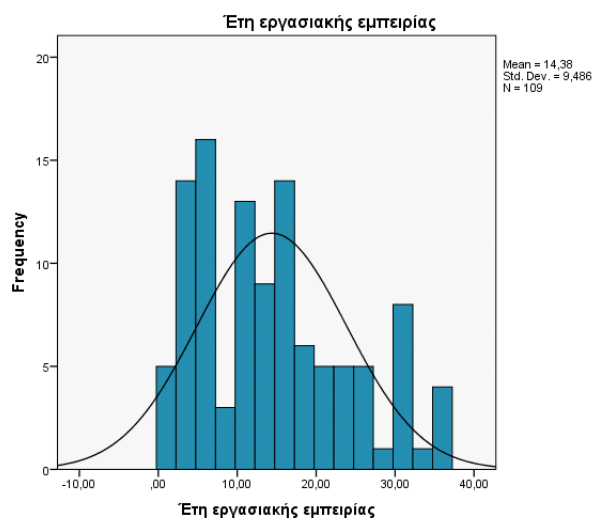
Στον Πίνακα 4 (και τα Γραφήματα 4-5) παρουσιάζονται τα ποσοτικά δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι ερωτηθέντες ήταν κατά μέσο όρο 42 ετών (Μ.Ο.= 42,2±8,00) και είχαν 15 έτη εργασιακής εμπειρίας (Μ.Ο.= 14,4±9,49).

**Πίνακας 4:** Δημογραφικά στοιχεία (ποσοτικά)

| Κατηγορίες               | Μ.Ο. | Τ.Α. |
|--------------------------|------|------|
| Ηλικία                   | 42,2 | 8,00 |
| Έτη εργασιακής εμπειρίας | 14,4 | 9,49 |



**Γράφημα 4:** Ηλικία



**Γράφημα 5:** Έτη εργασιακής εμπειρίας

- **Κατάσταση υγείας**

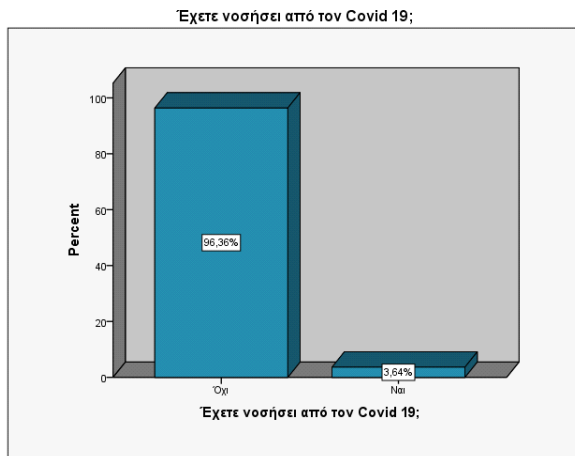
Στην παρούσα ενότητα παρατίθενται οι ερωτήσεις, οι οποίες σχετίζονται με την κατάσταση υγείας των ερωτηθέντων. Από τον Πίνακα 5 (και τα Γραφήματα 6-15) προκύπτει ότι το 96,4% (N=106) δεν έχει νοσήσει από τον Covid 19, ενώ το 3,6% (N=4) έχει νοσήσει. Σχετικά με το εάν έχουν υποκείμενα νοσήματα, το 94,5% (N=104) απάντησε αρνητικά, ενώ το 5,5% (N=6) θετικά. Στη συνέχεια, το 51,8% (N=57) δεν έχει στο οικογενειακό του περιβάλλον άτομα με υποκείμενα νοσήματα, ενώ το 48,2% (N=53) έχει. Αναφορικά με την κατάσταση της υγείας τους, το 46,4% (N=51) την χαρακτήρισε καλή, το 39,1% (N=43) πολύ καλή, το 9,1% (N=10) πολύ κακή, το 3,6% (N=4) μέτρια και το 1,8% (N=2) κακή. Ακόμη, το 100% (N=110) του δείγματος δήλωσε πως δεν έχει νοσήσει από Ηπατίτιδα Β. Επίσης, το 81,8% (N=90) έχει εμβολιαστεί έναντι της Ηπατίτιδας Β, ενώ το 18,2% (N=20) όχι. Σχετικά με το εάν έχουν νοσήσει από ιλαρά, το 70,0% (N=77) απάντησε αρνητικά, ενώ το 30,0% (N=33) θετικά. Ακόμη, το 56,4% (N=62) δεν έχει κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020), ενώ το 43,6% (N=48) το έχει κάνει. Τέλος, το 79,1% (N=87) δεν έχει κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο για την πανδημική γρίπη την περίοδο 2009-2010, ενώ το 20,9% (N=23) το έχει κάνει.

**Πίνακας 5: Κατάσταση υγείας**  
**Στοιχείο**

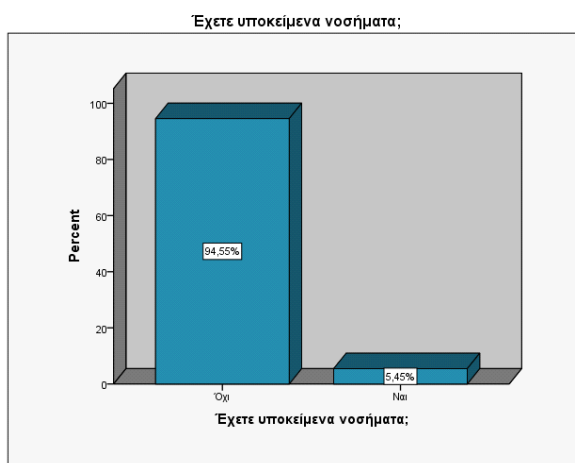
| Στοιχείο   | Κατηγορία | N   | f%    |
|--|-----------|-----|-------|
| Έχετε νοσήσει από τον Covid 19;  | Όχι       | 106 | 96,4  |
|  | Ναι       | 4   | 3,6   |
| Έχετε υποκείμενα νοσήματα;   | Όχι       | 104 | 94,5  |
|  | Ναι       | 6   | 5,5   |
| Έχετε στο οικογενειακό σας περιβάλλον άτομα με υποκείμενα νοσήματα;              | Όχι       | 57  | 51,8  |
|  | Ναι       | 53  | 48,2  |
| Θα λέγατε ότι η κατάσταση της υγείας σας είναι                                   | Πολύ κακή | 10  | 9,1   |
|  | Κακή      | 2   | 1,8   |
|  | Μέτρια    | 4   | 3,6   |
|  | Καλή      | 51  | 46,4  |
|  | Πολύ καλή | 43  | 39,1  |
| Έχετε νοσήσει από Ηπατίτιδα Β;   | Όχι       | 110 | 100,0 |
| Έχετε εμβολιαστεί έναντι της Ηπατίτιδας Β;                                       | Όχι       | 20  | 18,2  |
|  | Ναι       | 90  | 81,8  |
| Έχετε νοσήσει από ιλαρά;   | Όχι       | 77  | 70,0  |
|  | Ναι       | 33  | 30,0  |
| Έχετε εμβολιαστεί έναντι ιλαράς;   | Όχι       | 19  | 17,3  |
|  | Ναι       | 91  | 82,7  |
| Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020);           | Όχι       | 62  | 56,4  |
|  | Ναι       | 48  | 43,6  |
| Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο για την πανδημική γρίπη την περίοδο 2009-2010 | Όχι       | 87  | 79,1  |
|  | Ναι       | 23  | 20,9  |

N: Συχνότητα

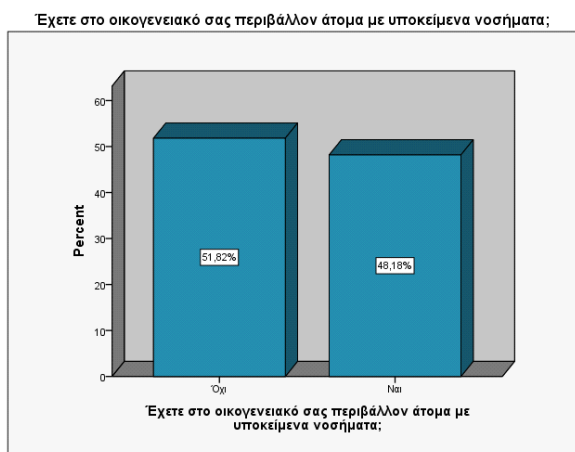
f %: Σχετική συχνότητα %



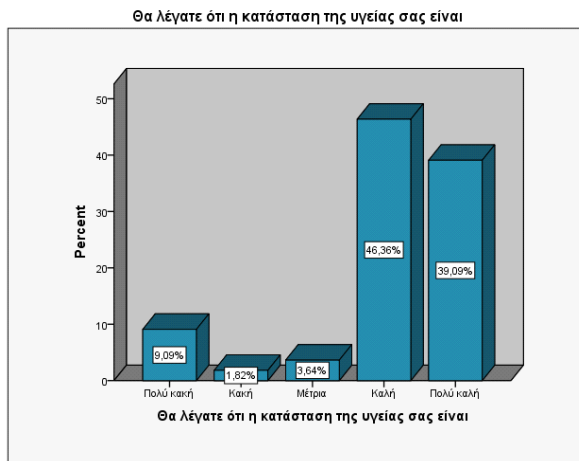
**Γράφημα 6:** Έχετε νοσήσει από τον Covid 19;



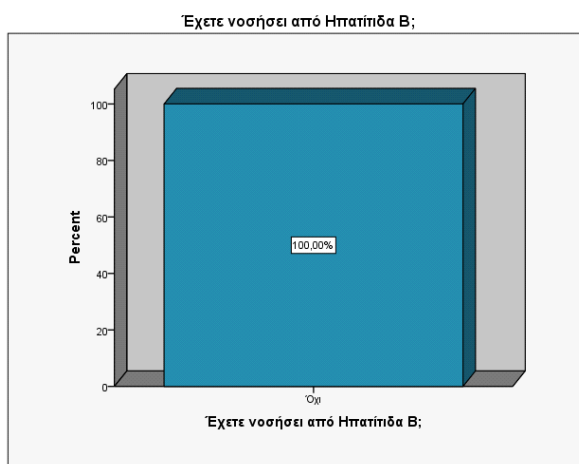
**Γράφημα 7:** Έχετε υποκείμενα νοσήματα;



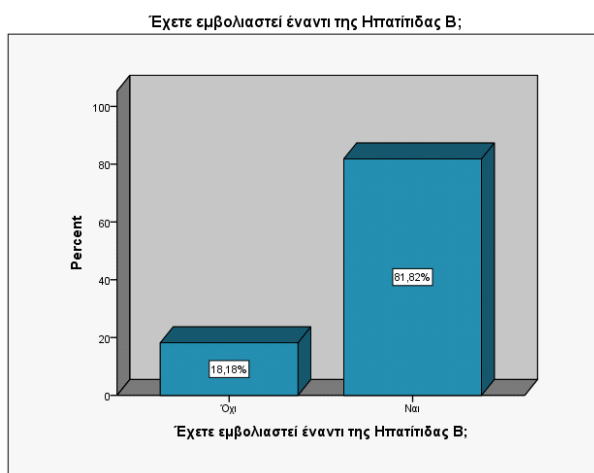
**Γράφημα 8:** Έχετε στο οικογενειακό σας περιβάλλον άτομα με υποκείμενα νοσήματα;



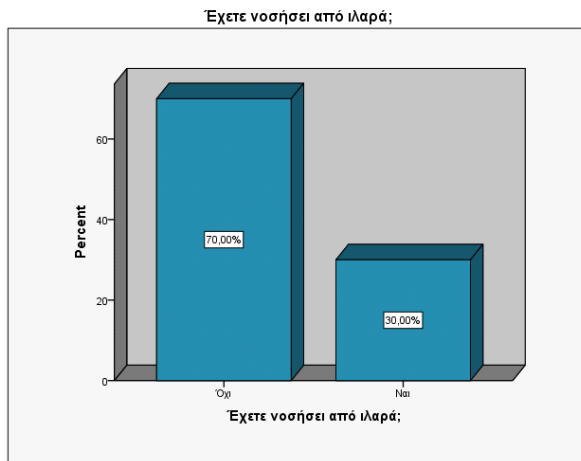
**Γράφημα 9:** Θα λέγατε ότι η κατάσταση της υγείας σας είναι



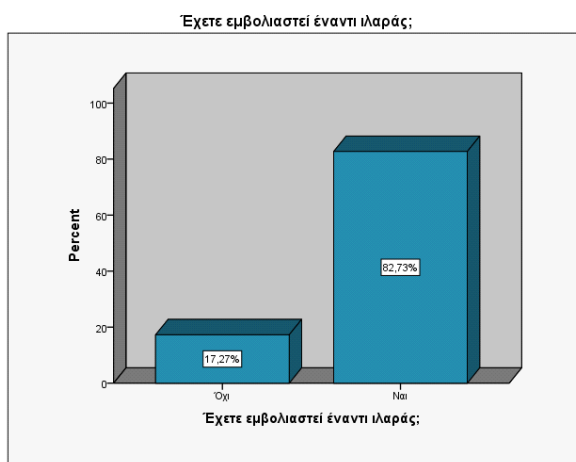
**Γράφημα 10:** Έχετε νοσήσει από Ηπατίτιδα Β;



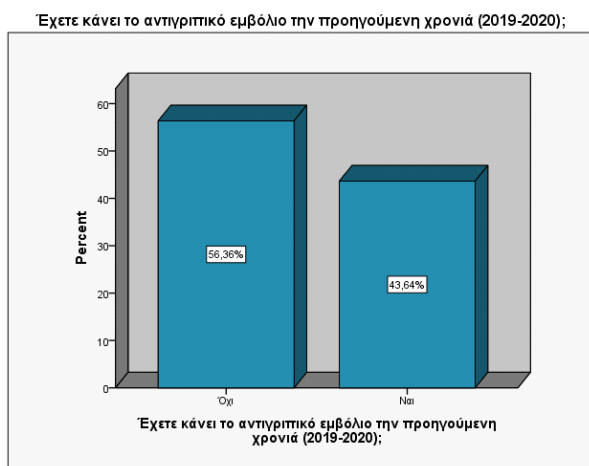
**Γράφημα 11:** Έχετε εμβολιαστεί έναντι της Ηπατίτιδας Β;



**Γράφημα 12:** Έχετε νοσήσει από ιλαρά;



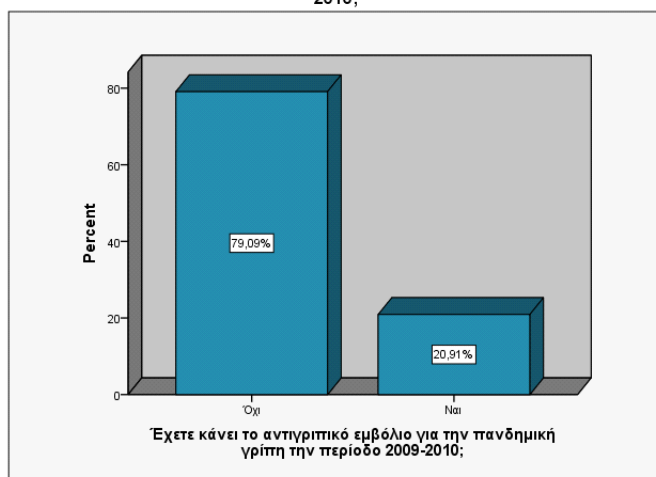
**Γράφημα 13:** Έχετε εμβολιαστεί έναντι ιλαράς;



**Γράφημα 14:** Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020);



Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο για την πανδημική γρίπη την περίοδο 2009-2010;



**Γράφημα 15:** Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο για την πανδημική γρίπη την περίοδο 2009-2010

- **Εκπαίδευση-εμπειρία για τον COVID-19**

Στην παρούσα ενότητα παρατίθενται οι ερωτήσεις, οι οποίες σχετίζονται με την εκπαίδευση στην λοίμωξη για τον COVID-19. Οι ερωτηθέντες δηλώνουν τον βαθμό συμφωνίας τους στις παρακάτω προτάσεις μέσω πενταβάθμιας κλίμακας 1-5 (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα).

Στον Πίνακα 6 (και το Γράφημα 16) παρουσιάζονται οι ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν τη διαχείριση των ασθενών. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι ερωτηθέντες ούτε συμφώνησαν, ούτε διαφώνησαν με το ότι έχουν εκπαιδευτεί για τη διαχείριση/φροντίδα ασθενών με Covid-19 (M.O.= 3,11±1,45), καθώς και ότι έχουν εμπλακεί στη διαχείριση/φροντίδα ασθενών με Covid-19 (M.O.=3,04±1,66).

**Πίνακας 6:** Διαχείριση ασθενών

| Ερωτήσεις  | M.O. | T.A. |
|--|------|------|
| Έχω εκπαιδευτεί για τη διαχείριση/φροντίδα ασθενών με Covid-19 | 3,11 | 1,45 |
| Έχω εμπλακεί στη διαχείριση/φροντίδα ασθενών με Covid-19       | 3,04 | 1,66 |

**Γράφημα 16:** Διαχείριση ασθενών

Στον Πίνακα 7 (και το Γράφημα 17) παρουσιάζονται οι ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν το εμβόλιο. Παρατηρείται ότι οι ερωτηθέντες συμφώνησαν με το ότι είναι ενημερωμένοι για τον τρόπο χορήγησης του εμβολίου για τον Covid-19 (M.O.=

3,74±1,15), ενώ ούτε συμφώνησαν, ούτε διαφώνησαν με το ότι είναι ενημερωμένοι για την αποτελεσματικότητα του (M.O.=3,35±1,21).

#### **Πίνακας 7:**Ενημέρωση εμβολίου

| <b>Ερωτήσεις</b>  | <b>M.O.</b> | <b>T.A.</b> |
|---|-------------|-------------|
| Είμαι ενημερωμένος για τον τρόπο χορήγησης του εμβολίου για τον Covid-19    | 3,74        | 1,15        |
| Είμαι ενημερωμένος για την αποτελεσματικότητα του εμβολίου για τον Covid-19 | 3,35        | 1,21        |

#### **Γράφημα 17:**Ενημέρωση εμβολίου

- **Πρόθεση για εμβολιασμό**

Στην παρούσα ενότητα παρατίθενται οι ερωτήσεις, οι οποίες σχετίζονται με την πρόθεση των ερωτηθέντων για το εμβόλιο για τον Covid-19 και απαντώνται μέσω πενταβάθμιας κλίμακας(1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα).

Από τον Πίνακα 8 (και το Γράφημα 18) προκύπτει ότι συμφώνησαν με το ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν το εμβόλιο (M.O.= 3,81±1,20) τα οφέλη του είναι περισσότερα από τους κινδύνους (M.O.= 3,74±1,09), συστήνουν τον εμβολιασμό σε άτομα αυξημένου κινδύνου (M.O.= 3,67±1,03) και ότι η ιατρική κοινότητα με την παρότρυνση για εμβολιασμό λειτουργεί προς όφελος των πολιτών (M.O.= 3,65±1,05).

Ακόμη, οι απαντήσεις τους τοποθετήθηκαν μεταξύ μετριότητας και συμφωνίας, όσον αφορά το κατά πόσο πιστεύουν ότι το εμβόλιο θα είναι αποτελεσματικό απέναντι στον Covid-19 (M.O.= 3,52±1,07), θα είναι ασφαλές (M.O.= 3,51±1,09), καθώς και ότι θα τους προστατεύσει από τον Covid-19 (M.O.= 3,49±1,14).

Στη συνέχεια, ούτε συμφώνησαν, ούτε διαφώνησαν με τις θέσεις ότι οι ενέργειες του κράτους με την παρότρυνση για εμβολιασμό είναι προς όφελος των πολιτών (M.O.= 3,38±1,13), δεν έχουν γίνει επαρκείς δοκιμές για να χαρακτηριστεί το εμβόλιο ασφαλές (M.O.= 3,27±1,32), υπάρχουν διαφορετικές απόψεις και δεν είναι σίγουροι για το τι πραγματικά συμβαίνει (M.O.= 3,10±1,19) και με το ότι η κατασκευή του έγινε για οικονομικά συμφέροντα (M.O.= 2,73±1,12). Αναλόγως, ούτε συμφώνησαν, ούτε διαφώνησαν με το ότι δεν θα κάνουν το εμβόλιο, αν δεν ενημερωθούν

περισσότερο για αυτό( M.O.= 2,68±1,45), καθώς και με το ότι το εμβόλιο θα τους προκαλέσει ανεπιθύμητες ενέργειες(M.O.= 2,64±1,16).

Ακόμη, οι απαντήσεις τους τοποθετήθηκαν μεταξύ διαφωνίας και μετριότητας, όσον αφορά το κατά πόσο πιστεύουν ότι το εμβόλιο θα έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία τους (M.O.= 2,56±1,14) καθώς και σε άτομα αυξημένου κινδύνου (M.O.= 2,52±1,11).

Επίσης, διαφώνησαν με τις θέσεις ότι τα ΜΜΕ έχουν ενημερώσει σωστά το κοινό για το εμβόλιο και τις θετικές του επιδράσεις (M.O.= 2,34±1,08), το εμβόλιο θα θέσει σε κίνδυνο την ζωή τους (M.O.= 2,22±1,17), ισχύουν οι θεωρίες συνωμοσίας περί μείωση του πληθυσμού της γης πίσω από την κατασκευή του (M.O.= 2,09±1,07), δεν σκοπεύουν να κάνουν το εμβόλιο καθώς θεωρούν ότι δεν κινδυνεύουν (M.O.= 1,89±1,12) και ότι η νόσος Covid-19 δεν είναι τόσο επικίνδυνη (M.O.= 1,80±0,98).

Τέλος, οι απαντήσεις τους βρέθηκαν μεταξύ του «διαφωνώ» και «διαφωνώ απόλυτα», αναφορικά με το κατά πόσο συμφωνούν με τις θέσεις ότι δεν θα κάνουν το εμβόλιο λόγω πολιτικών(M.O.= 1,47±0,82) και θρησκευτικών πεποιθήσεων (M.O.= 1,44±0,75).

#### **Πίνακας 8:** Πρόθεση για εμβολιασμό

| <b>Ερωτήσεις</b>  | <b>M.O.</b> | <b>T.A.</b> |
|---|-------------|-------------|
| Θεωρώ ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν το εμβόλιο  | 3,81        | 1,20        |
| Πιστεύω ότι τα οφέλη του εμβολίου είναι περισσότερα από τους κινδύνους  | 3,74        | 1,09        |
| Συστήνω τον εμβολιασμό σε άτομα αυξημένου κινδύνου  | 3,67        | 1,03        |
| Θεωρώ ότι η ιατρική κοινότητα με την παρότρυνση για εμβολιασμό λειτουργεί προς όφελος των πολιτών             | 3,65        | 1,05        |
| Πιστεύω ότι το εμβόλιο θα είναι αποτελεσματικό απέναντι στον Covid-19   | 3,52        | 1,07        |
| Σε γενικές γραμμές θεωρώ ότι το εμβόλιο θα είναι ασφαλές  | 3,51        | 1,09        |
| Πιστεύω ότι το εμβόλιο θα με προστατεύσει από τον Covid-19  | 3,49        | 1,14        |
| Θεωρώ ότι οι ενέργειες του κράτους με την παρότρυνση για εμβολιασμό είναι προς όφελος των πολιτών             | 3,38        | 1,13        |
| Θεωρώ ότι δεν έχουν γίνει επαρκείς δοκιμές για να χαρακτηριστεί το εμβόλιο ασφαλές.                           | 3,27        | 1,32        |
| Υπάρχουν διαφορετικές απόψεις και δεν είμαι σίγουρος για το τι πραγματικά συμβαίνει με το εμβόλιο             | 3,10        | 1,19        |
| Θεωρώ ότι η κατασκευή του εμβολίου έγινε για οικονομικά συμφέροντα  | 2,73        | 1,12        |
| Δεν θα κάνω το εμβόλιο, αν δεν ενημερωθώ περισσότερο για αυτό   | 2,68        | 1,45        |
| Πιστεύω ότι το εμβόλιο θα μου προκαλέσει ανεπιθύμητες ενέργειες   | 2,64        | 1,16        |
| Πιστεύω ότι το εμβόλιο θα έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία μου  | 2,56        | 1,14        |
| Θεωρώ ότι το εμβόλιο θα έχει αρνητικές επιπτώσεις σε άτομα αυξημένου κινδύνου                                 | 2,52        | 1,11        |
| Θεωρώ ότι τα ΜΜΕ έχουν ενημερώσει σωστά το κοινό για το εμβόλιο και τις θετικές του επιδράσεις                | 2,34        | 1,08        |
| Πιστεύω ότι το εμβόλιο θα θέσει σε κίνδυνο την ζωή μου  | 2,22        | 1,17        |
| Θεωρώ ότι πίσω από την κατασκευή του εμβολίου ισχύουν οι θεωρίες συνωμοσίας περί μείωση του πληθυσμού της γης | 2,09        | 1,07        |

|   |      |      |
|---|------|------|
| Δεν σκοπεύω να κάνω το εμβόλιο καθώς θεωρώ ότι δεν κινδυνεύω                  | 1,89 | 1,12 |
| Δεν θα κάνω το εμβόλιο καθώς θεωρώ η νόσος Covid-19 δεν είναι τόσο επικίνδυνη | 1,80 | 0,98 |
| Δεν θα κάνω το εμβόλιο λόγω πολιτικών πεποιθήσεων                             | 1,47 | 0,82 |
| Δεν θα κάνω το εμβόλιο λόγω θρησκευτικών πεποιθήσεων                          | 1,44 | 0,75 |

### Γράφημα 18: Πρόθεση για εμβολιασμό

- **Ανθρώπινα Δικαιώματα**

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν τα ανθρώπινα δικαιώματα. Οι ερωτηθέντες δηλώνουν τον βαθμό συμφωνίας τους μέσω πενταβάθμιας κλίμακας (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα).

Από τον Πίνακα 9 (και το Γράφημα 19) προκύπτει ότι οι ερωτηθέντες συμφώνησαν με το ότι εξαιτίας της καραντίνας περιορίστηκε η ελευθερία μετακίνησης (Μ.Ο.= 4,20±1,07), η κοινωνική τους ζωή (Μ.Ο.= 4,16±1,05), ότι τα περιοριστικά μέτρα περιορίσαν την ατομική τους ελευθερία (Μ.Ο.=3,96 ± 1,17), την προσωπική τους ελευθερία (Μ.Ο.= 3,86±1,17), καθώς και τα ατομικά τους δικαιώματα (Μ.Ο.= 3,68±1,23).

Στη συνέχεια, οι απαντήσεις τους τοποθετήθηκαν μεταξύ του «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ» και «συμφωνώ», αναφορικά με το κατά πόσο συμφωνούν ότι εξαιτίας της καραντίνας διακόπηκαν οι ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες (Μ.Ο.= 3,58±1,12), καθώς και ότι περιορίστηκε η θρησκευτική τους ελευθερία (Μ.Ο.= 3,42±1,34).

Τέλος, ούτε συμφώνησαν, ούτε διαφώνησαν με το ότι ο υποχρεωτικός εμβολιασμός περιορίζει τα ανθρώπινα δικαιώματα (Μ.Ο.=3,39 ±1,34), ότι εξαιτίας της καραντίνας περιορίστηκε η οικονομική τους ευημερία (Μ.Ο.= 3,35±1,22), μειώθηκε η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών (Μ.Ο.= 3,11±1,30), καθώς και με το ότι ελήφθησαν μέτρα κατά των ατομικών δικαιωμάτων την περίοδο της πανδημίας (Μ.Ο.= 3,10±1,12).

### Πίνακας 9: Ανθρώπινα Δικαιώματα

| Ερωτήσεις   | M.O. | T.A. |
|---|------|------|
| Εξαιτίας της καραντίνας περιορίστηκε η ελευθερία μετακίνησης              | 4,20 | 1,07 |
| Εξαιτίας της καραντίνας περιορίστηκε η κοινωνική μου ζωή                  | 4,16 | 1,05 |
| Τα περιοριστικά μέτρα περιορίζουν την ατομική ελευθερία                   | 3,96 | 1,17 |
| Εξαιτίας της καραντίνας περιορίστηκε η προσωπική μου ελευθερία            | 3,86 | 1,17 |
| Κατά την καραντίνα υπήρξε περιορισμός των ατομικών μου δικαιωμάτων        | 3,68 | 1,23 |
| Εξαιτίας της καραντίνας διακόπηκαν οι ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες            | 3,58 | 1,12 |
| Εξαιτίας της καραντίνας περιορίστηκε η θρησκευτική μου ελευθερία          | 3,42 | 1,34 |
| Πιστεύω ότι ο υποχρεωτικός εμβολιασμός περιορίζει τα ανθρώπινα δικαιώματα | 3,39 | 1,34 |
| Εξαιτίας της καραντίνας περιορίστηκε η οικονομική μου ευημερία            | 3,35 | 1,22 |
| Εξαιτίας της καραντίνας μειώθηκε η ποιότητά των υγειονομικών υπηρεσιών    | 3,11 | 1,30 |
| Ελήφθησαν μέτρα κατά των ατομικών δικαιωμάτων την περίοδο της πανδημίας   | 3,10 | 1,12 |

### Γράφημα 19: Ανθρώπινα Δικαιώματα

- Αποτελεσματικότητα μέτρων**

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι ερωτήσεις, οι οποίες σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα των μέτρων και απαντώνται σε κλίμακα 1 έως 5 (1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3=Μέτρια, 4=Πολύ, 5=Πάρα πολύ).

Από τον Πίνακα 10 (και το Γράφημα 20) προκύπτει ότι οι απαντήσεις τους τοποθετήθηκαν μεταξύ του «πολύ» και «πάρα πολύ», όσον αφορά το κατά πόσο τα μέτρα είχαν σημαντικές αρνητικές οικονομικές επιπτώσεις (M.O.= 4,45±0,81). Ακόμη απάντησαν «πολύ», σχετικά με το κατά πόσο είχαν τα μέτρα κοινωνικές (M.O.= 4,35±0,86) και ψυχολογικές επιπτώσεις (M.O.= 4,18±0,98), ήταν απαραίτητη η λήψη τους για την αντιμετώπιση της πανδημίας (M.O.= 3,97±0,89), Τέλος, πιστεύουν σε μέτριο βαθμό ότι τα μέτρα που ελήφθησαν έλεγξαν αποτελεσματικά την πανδημία (M.O.= 2,81±0,87).

### Πίνακας 10: Αποτελεσματικότητα μέτρων

| Ερωτήσεις  | M.O. | T.A. |
|--|------|------|
| Τα μέτρα είχαν σημαντικές αρνητικές οικονομικές επιπτώσεις       | 4,45 | 0,81 |
| Τα μέτρα είχαν σημαντικές αρνητικές κοινωνικές επιπτώσεις        | 4,35 | 0,86 |
| Τα μέτρα είχαν σημαντικές αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις       | 4,18 | 0,98 |
| Ήταν απαραίτητη η λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση της πανδημίας | 3,97 | 0,89 |
| Τα μέτρα που ελήφθησαν έλεγξαν αποτελεσματικά την πανδημία       | 2,81 | 0,87 |

## Γράφημα 20:Αποτελεσματικότητα μέτρων

### • Φόβος για τον COVID-19

Σε αυτήν την ενότητα παρατίθενται οι ερωτήσεις, οι οποίες σχετίζονται με τον φόβο για τον COVID-19. Οι ερωτηθέντες απαντούν σε κλίμακα 1 έως 5 (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα).

Από τον Πίνακα 11 (και το Γράφημα 21) προκύπτει ότι ούτε συμφώνησαν, ούτε διαφώνησαν με το ότι τους πιάνει νευρικότητα και άγχος, όταν βλέπουν ειδήσεις σχετικά με τον κορωνοϊό στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (M.O.= 2,76±1,36), νιώθουν ανασφάλεια όταν σκέφτονται τον κορωνοϊό (M.O.= 2,67±1,19) και είναι πολύ φοβισμένοι σχετικά με αυτόν (M.O.= 2,65±1,11).

Ακόμη, διαφώνησαν με τις θέσεις ότι φοβούνται μήπως χάσουν τη ζωή τους εξαιτίας του κορωνοϊού (M.O.= 2,30±1,04) και ότι νιώθουν την καρδιά τους να χτυπάει πιο γρήγορα, όταν σκέφτονται ότι μπορεί να προσβληθούν από αυτόν (M.O.= 1,75±1,01). Τέλος, οι απαντήσεις τους βρέθηκαν μεταξύ απλής και απόλυτης διαφωνίας, σχετικά με το κατά πόσο αληθεύει ότι δεν μπορούν να κοιμηθούν, επειδή ανησυχούν μήπως προσβληθούν από τον ιό (M.O.= 1,60±0,84).

### Πίνακας 11:Φόβος για τον COVID-19

| Ερωτήσεις   | M.O. | T.A. |
|---|------|------|
| Όταν βλέπω ειδήσεις σχετικά με τον κορωνοϊό στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, με πιάνει νευρικότητα και άγχος. | 2,76 | 1,36 |
| Όταν σκέφτομαι τον κορωνοϊό, νιώθω ανασφάλεια.  | 2,67 | 1,19 |
| Είμαι πολύ φοβισμένος,-η για τον κορωνοϊό.  | 2,65 | 1,11 |
| Φοβάμαι μήπως χάσω τη ζωή μου εξαιτίας του κορωνοϊού  | 2,30 | 1,04 |
| Νιώθω την καρδιά μου να χτυπάει πιο γρήγορα, όταν σκέφτομαι ότι μπορεί να προσβληθώ από τον κορωνοϊό.       | 1,75 | 1,01 |
| Δεν μπορώ να κοιμηθώ, επειδή ανησυχώ μήπως προσβληθώ από τον κορωνοϊό                                       | 1,60 | 0,84 |

### Γράφημα 21:Φόβος για τον COVID-19

## 6.2 Επαγωγική Στατιστική-ερευνητικά ερωτήματα

Στην ενότητα αυτή θα μελετηθούν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιες οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας για την διαχείριση ασθενών, την ενημέρωση και την πρόθεση για τον εμβολιασμό, την λειτουργία των μέτρων και τον φόβο για τον Covid-19;

2. Ποια η επίδραση του δημογραφικού προφίλ και της κατάστασης υγείας των επαγγελματιών υγείας στις απόψεις τους για την διαχείριση ασθενών, την ενημέρωση και την πρόθεση για τον εμβολιασμό, την λειτουργία των μέτρων και τον φόβο για τον Covid-19;

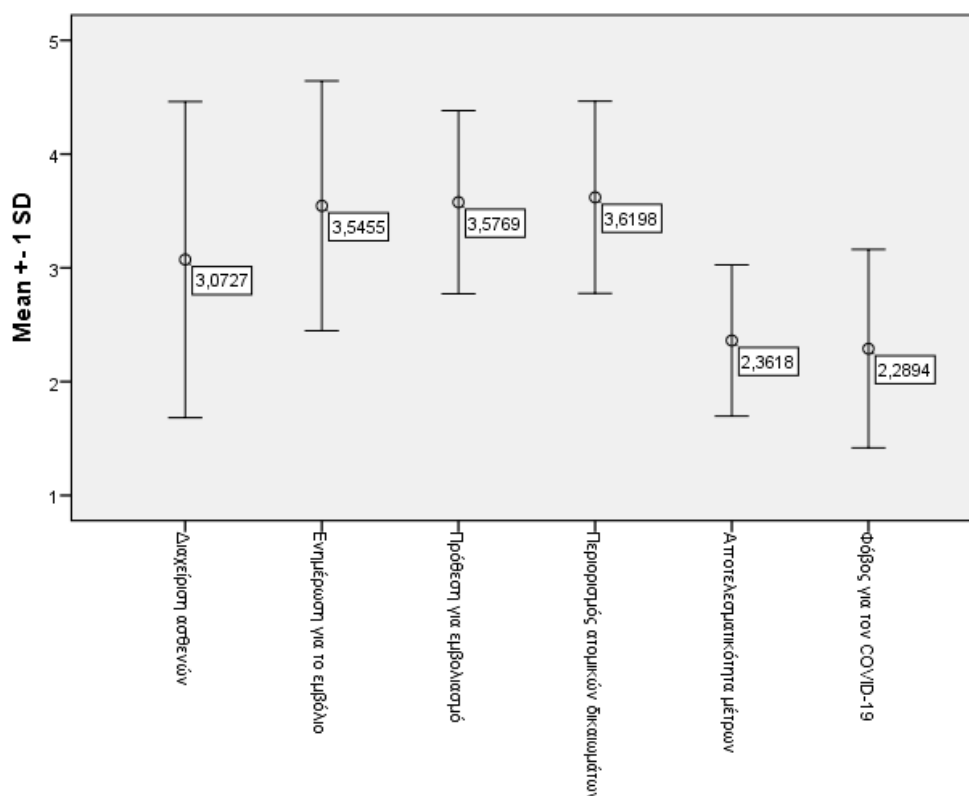
- **1<sup>ο</sup> Ερευνητικό ερώτημα**

Ποιες οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας για την διαχείριση ασθενών, την ενημέρωση και την πρόθεση για τον εμβολιασμό, την λειτουργία των μέτρων και τον φόβο για τον Covid-19;

Ο Πίνακας 12 (Γράφημα 22) παρουσιάζει τα περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων της πρόθεσης εμβολιασμού των επαγγελματιών υγείας για την ασθένεια covid-19. Η κλίμακα των απαντήσεων είναι από το 1-5. Προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες συμφωνούν ως προς τον περιορισμό ατομικών δικαιωμάτων (Μ.Ο.=3,62 ± 0,84) και τείνουν να συμφωνούν σχετικά με την πρόθεση για εμβολιασμό (Μ.Ο.=3,58 ± 0,81) και ότι είναι ενημερωμένοι για το εμβόλιο (Μ.Ο.=3,55 ± 1,10). Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας ούτε συμφωνούν, ούτε διαφωνούν ως προς την σωστή διαχείριση των ασθενών (Μ.Ο.=3,07 ± 1,39). Τέλος, οι ίδιοι θεωρούν μικρή την αποτελεσματικότητα μέτρων (Μ.Ο.=2,36 ± 0,66) και διαφωνούν αναφορικά με τον φόβο για τον COVID-19 (Μ.Ο.=2,29 ± 0,87).

**Πίνακας 12:** Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των παραγόντων

| <b>Παράγοντες</b>                | <b>Μ.Ο.</b> | <b>Τ.Α.</b> |
|----------------------------------|-------------|-------------|
| Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων | 3,62        | 0,84        |
| Πρόθεση για εμβολιασμό           | 3,58        | 0,81        |
| Ενημέρωση για το εμβόλιο         | 3,55        | 1,10        |
| Διαχείριση ασθενών               | 3,07        | 1,39        |
| Αποτελεσματικότητα μέτρων        | 2,36        | 0,66        |
| Φόβος για τον COVID-19           | 2,29        | 0,87        |



**Γράφημα 22:** Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των παραγόντων

• **2<sup>ο</sup> Ερευνητικό ερώτημα**

*Ποια η επίδραση του δημογραφικού προφίλ και της κατάστασης υγείας των επαγγελματιών υγείας στις απόψεις τους για την διαχείριση ασθενών, την ενημέρωση και την πρόθεση για τον εμβολιασμό, την λειτουργία των μέτρων και τον φόβο για τον Covid-19;*

Φύλο

Ο Πίνακας 13 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων Independent samples t-test των παραγόντων ως προς το φύλο τους, όπου εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών με τον παράγοντα «Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων» ( $t(108)=2,227, p=0,028<0,05$ ).

**Πίνακας 13:** Έλεγχοι Independent samples t-test των παραγόντων ως προς το φύλο

| Παράγοντες                       | t      | df     | p-value      |
|----------------------------------|--------|--------|--------------|
| Διαχείριση ασθενών               | -0,607 | 108    | 0,545        |
| Ενημέρωση για το εμβόλιο         | 0,971  | 92,539 | 0,334        |
| Πρόθεση για εμβολιασμό           | -0,142 | 108    | 0,887        |
| Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων | 2,227  | 108    | <b>0,028</b> |
| Αποτελεσματικότητα μέτρων        | 0,367  | 108    | 0,715        |



Φόβος για τον COVID-19

-0,818

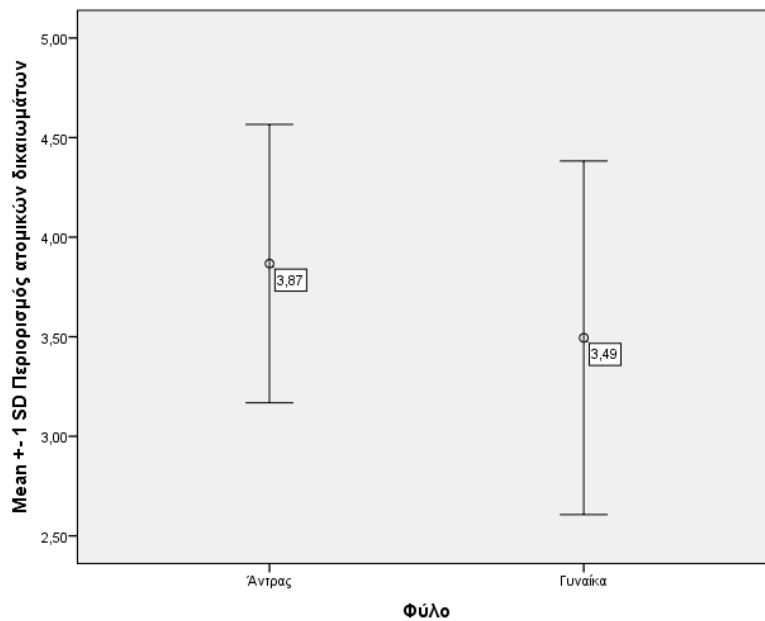
108

0,415

Από τον Πίνακα 14 (Γράφημα 23) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων» μεγαλύτερη μέση τιμή ( $t(108)=2,227$ ,  $p=0,028$ ) εμφανίζουν οι άνδρες (Μ.Ο.=3,87), ενώ μικρότερη οι γυναίκες (Μ.Ο.=3,49).

**Πίνακας 14:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω τιμών για «Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων» \* Φύλο

| Παράγοντας                       | Φύλο    | N  | M.O. | t (108) | p-value      |
|----------------------------------|---------|----|------|---------|--------------|
| Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων | Άντρας  | 37 | 3,87 | 2,227   | <b>0,028</b> |
|                                  | Γυναίκα | 73 | 3,49 |         |              |



**Γράφημα 23:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω τιμών για «Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων» \* Φύλο

### Ηλικία

Ο Πίνακας 15 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των συσχετίσεων Spearman και Pearson των παραγόντων με την ηλικία. Από τον Πίνακα αυτό προκύπτει ότι η ηλικία εμφανίζει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με τον παράγοντα «Ενημέρωση για το εμβόλιο» ( $\rho=0,247$ ,  $p<0,01$ ) και «Πρόθεση για εμβολιασμό» ( $r=0,194$ ,  $p<0,05$ ).

**Πίνακας 15:** Συσχετίσεις Spearman και Pearson των παραγόντων με την ηλικία

| Παράγοντες                       | Συντελεστής | Ηλικία  |
|----------------------------------|-------------|---------|
| Διαχείριση ασθενών               | Spearman    | -0,021  |
| Ενημέρωση για το εμβόλιο         | Spearman    | 0,247** |
| Πρόθεση για εμβολιασμό           | Pearson     | 0,194*  |
| Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων | Spearman    | -0,038  |
| Αποτελεσματικότητα μέτρων        | Spearman    | -0,090  |
| Φόβος για τον COVID-19           | Spearman    | -0,036  |

\*Στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε στάθμη 5%

\*\* Στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε στάθμη 1%

### Επάγγελμα

Ο Πίνακας 16 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA και Kruskal Wallis των παραγόντων ως προς το επάγγελμά, όπου εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων βαθμίδων με τον παράγοντα «Διαχείριση ασθενών» ( $H(3)=26,055$ ,  $p<0,001$ ), καθώς και με τον παράγοντα «Φόβος για τον COVID-19» ( $H(3)=17,030$ ,  $p=0,001$ ).

**Πίνακας 16:** Έλεγχοι ANOVA και Kruskal Wallis των παραγόντων ως προς το επάγγελμα

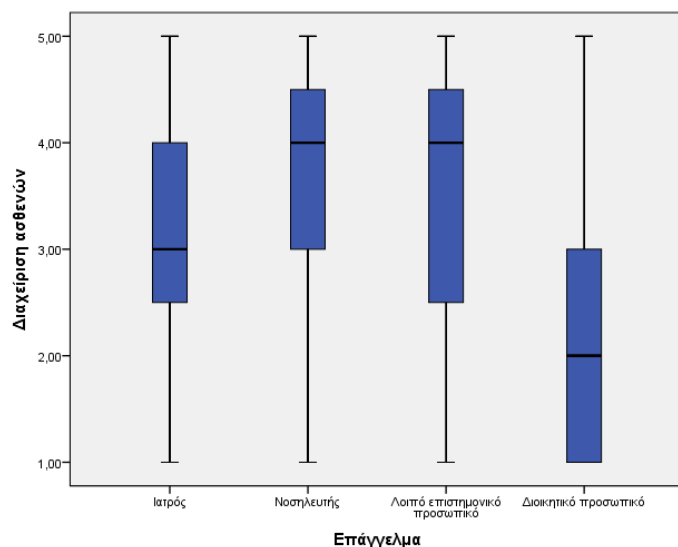
| Παράγοντες                       | Έλεγχος        | Στατιστικό         | p-value          |
|----------------------------------|----------------|--------------------|------------------|
| Διαχείριση ασθενών               | Kruskal Wallis | $H(3) = 26,055$    | <b>&lt;0,001</b> |
| Ενημέρωση για το εμβόλιο         | Kruskal Wallis | $H(3) = 2,962$     | 0,398            |
| Πρόθεση για εμβολιασμό           | ANOVA          | $F(3,106) = 0,824$ | 0,484            |
| Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων | Kruskal Wallis | $H(3)=1,148$       | 0,765            |
| Αποτελεσματικότητα μέτρων        | Kruskal Wallis | $H(3) = 4,502$     | 0,212            |
| Φόβος για τον COVID-19           | Kruskal Wallis | $H(3) = 17,030$    | <b>0,001</b>     |

Από τον Πίνακα 17 (Γράφημα 24) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Διαχείριση ασθενών», μικρότερη μέση βαθμίδα εμφανίζει το διοικητικό προσωπικό (M.B.=32,00) σε σύγκριση με τους ιατρούς (M.B.=56,35,  $p<0,033$ ), τους νοσηλευτές (M.B.=68,77,  $p<0,001$ ) και το λοιπό επιστημονικό προσωπικό (M.B.=64,83,  $p=0,003$ ).

**Πίνακας 17:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές για «Διαχείριση ασθενών»

\*Επάγγελμα

| Παράγοντας         | Επάγγελμα                    | N  | M.B.  | H(3)   | p-value          |
|--------------------|------------------------------|----|-------|--------|------------------|
| Διαχείριση ασθενών | Ιατρός                       | 23 | 56,35 | 26,055 | <b>&lt;0,001</b> |
|                    | Νοσηλεύτης                   | 39 | 68,77 |        |                  |
|                    | Λοιπό επιστημονικό προσωπικό | 18 | 64,83 |        |                  |
|                    | Διοικητικό προσωπικό         | 30 | 32,00 |        |                  |

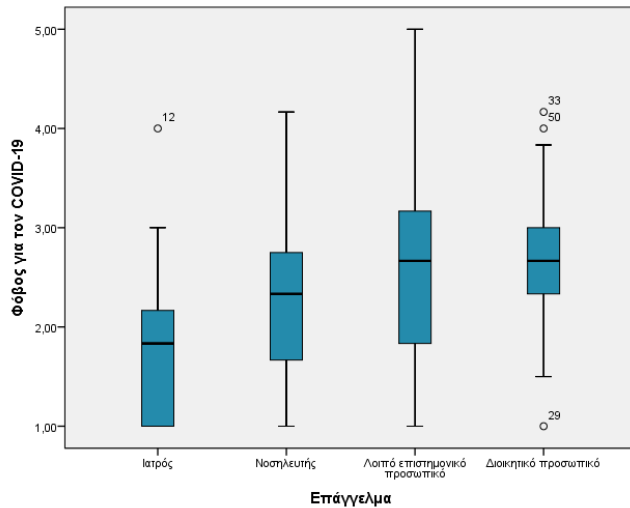


**Γράφημα 24:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω τιμών για «Διαχείριση ασθενών» \*Επάγγελμα

Από τον Πίνακα 18 (Γράφημα 25) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Φόβος για τον COVID-19» η μέση βαθμίδα των ιατρών (M.B.=33,96) είναι χαμηλότερη από τη μέση βαθμίδα των συμμετεχόντων που ανήκουν στο λοιπό επιστημονικό προσωπικό (M.B.=65,89, adj.p=0,001), στο διοικητικό προσωπικό (M.B.=67,73, adj.p<0,001) ή είναι νοσηλευτές (M.B.=54,00, p=0,016).

**Πίνακας 18:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων για «Φόβος για τον COVID-19» \* Επάγγελμα

| Παράγοντας             | Επάγγελμα                    | N  | M.B.  | H(3)   | p-value      |
|------------------------|------------------------------|----|-------|--------|--------------|
| Φόβος για τον COVID-19 | Ιατρός                       | 23 | 33,96 | 17,030 | <b>0,001</b> |
|                        | Νοσηλεύτης                   | 39 | 54,00 |        |              |
|                        | Λοιπό επιστημονικό προσωπικό | 18 | 65,89 |        |              |
|                        | Διοικητικό προσωπικό         | 30 | 67,73 |        |              |



**Γράφημα 25:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων για «Φόβος για τον COVID-19» \* Επάγγελμα

### Έτη εργασιακής εμπειρίας

Ο Πίνακας 19 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των συσχετίσεων Spearman των παραγόντων με τα έτη εργασιακής εμπειρίας. Από τον Πίνακα αυτό προκύπτει ότι τα έτη εργασιακής εμπειρίας δεν εμφανίζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με κανέναν από τους παράγοντες ( $p > 0,05$ ).

**Πίνακας 19:** Συσχετίσεις Spearman των παραγόντων με τα έτη εργασιακής εμπειρίας

| Παράγοντες                       | Έτη εργασιακής εμπειρίας |
|----------------------------------|--------------------------|
| Διαχείριση ασθενών               | -0,047                   |
| Ενημέρωση για το εμβόλιο         | 0,181                    |
| Πρόθεση για εμβολιασμό           | 0,168                    |
| Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων | -0,077                   |
| Αποτελεσματικότητα μέτρων        | -0,058                   |
| Φόβος για τον COVID-19           | 0,051                    |

### Κλινική εργασία

Ο Πίνακας 20 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων Kruskal Wallis και ANOVA των παραγόντων ως προς την κλινική στην οποία εργάζονται, όπου εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων βαθμίδων με τον παράγοντα «Διαχείριση ασθενών» ( $H(11)=25,096, p=0,009 < 0,05$ ).

**Πίνακας 20:** Έλεγχοι Kruskal Wallis και ANOVA των παραγόντων ως προς την κλινική εργασία

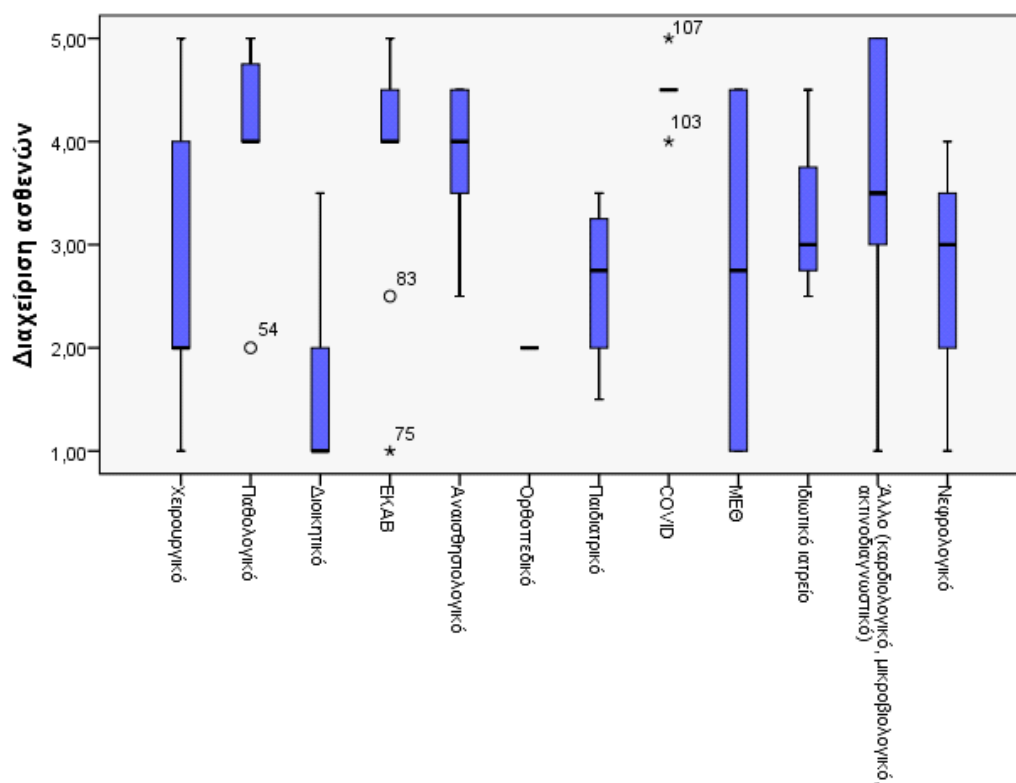
| Παράγοντες                       | Έλεγχος        | Στατιστικό       | p-value      |
|----------------------------------|----------------|------------------|--------------|
| Διαχείριση ασθενών               | Kruskal Wallis | $H(11) = 25,096$ | <b>0,009</b> |
| Ενημέρωση για το εμβόλιο         | Kruskal Wallis | $H(11) = 11,710$ | 0,386        |
| Πρόθεση για εμβολιασμό           | Kruskal Wallis | $H(11) = 15,794$ | 0,149        |
| Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων | Kruskal Wallis | $H(11) = 14,839$ | 0,190        |

|   |                         |                                     |                |
|---|-------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Αποτελεσματικότητα μέτρων<br>Φόβος για τον COVID-19 | Kruskal Wallis<br>ANOVA | H (11) =10,215<br>F (11,68) = 1,924 | 0,511<br>0,051 |
|---|-------------------------|-------------------------------------|----------------|

Από τον Πίνακα 21 (Γράφημα 26) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Διαχείριση ασθενών» μικρότερη μέση βαθμίδα εμφάνισε το διοικητικό προσωπικό (Μ.Β.=13,42) και το ορθοπεδικό τμήμα (Μ.Β.=18,00) ενώ μεγαλύτερη όσοι εργάζονται στο τμήμα COVID (Μ.Β.=62,60), στο ΕΚΑΒ (Μ.Β.=49,10) και στο αναισθησιολογικό τμήμα (Μ.Β.=49,07).

**Πίνακας 21:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων για «Διαχείριση ασθενών» \* Κλινική εργασία

| Παράγοντας         | Κλινική εργασία  | N  | M.B.  | H(11)  | p-value      |
|--------------------|--|----|-------|--------|--------------|
| Διαχείριση ασθενών | Χειρουργικό  | 13 | 33,23 | 25,096 | <b>0,009</b> |
|                    | Παθολογικό   | 7  | 54,00 |        |              |
|                    | Διοικητικό   | 6  | 13,42 |        |              |
|                    | ΕΚΑΒ   | 10 | 49,10 |        |              |
|                    | Αναισθησιολογικό                                       | 7  | 49,07 |        |              |
|                    | Ορθοπεδικό   | 3  | 18,00 |        |              |
|                    | Παιδιατρικό  | 4  | 26,88 |        |              |
|                    | COVID  | 5  | 62,60 |        |              |
|                    | ΜΕΘ  | 2  | 34,50 |        |              |
|                    | Ιδιωτικό ιατρείο                                       | 4  | 37,75 |        |              |
|                    | Άλλο (καρδιολογικό, μικροβιολογικό, ακτινοδιαγνωστικό) | 16 | 45,88 |        |              |
|                    | Νεφρολογικό  | 3  | 28,83 |        |              |



**Κλινική εργασία**

**Γράφημα 26:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των βαθμίδων για «Διαχείριση ασθενών» \* Κλινική εργασία

Έχετε νοσήσει από τον Covid 19;

Ο Πίνακας 22 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων Independent samples t-test των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν νοσήσει από τον Covid 19, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών σε καμία περίπτωση ( $p \geq 0,558$ ).

**Πίνακας 22:** Έλεγχοι Independent samples t-test των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν νοσήσει από τον Covid 19

| Παράγοντες                       | t (108) | p-value |
|----------------------------------|---------|---------|
| Διαχείριση ασθενών               | -0,076  | 0,939   |
| Ενημέρωση για το εμβόλιο         | 0,315   | 0,753   |
| Πρόθεση για εμβολιασμό           | -0,293  | 0,770   |
| Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων | 0,452   | 0,652   |
| Αποτελεσματικότητα μέτρων        | -0,269  | 0,788   |
| Φόβος για τον COVID-19           | -0,588  | 0,558   |

Έχετε υποκείμενα νοσήματα;

Ο Πίνακας 23 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων Independent samples t-test και Mann Whitney των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν υποκείμενα νοσήματα, όπου εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων βαθμίδων στον παράγοντα «Διαχείριση ασθενών» ( $U=139,00$ ,  $p=0,022$ ).

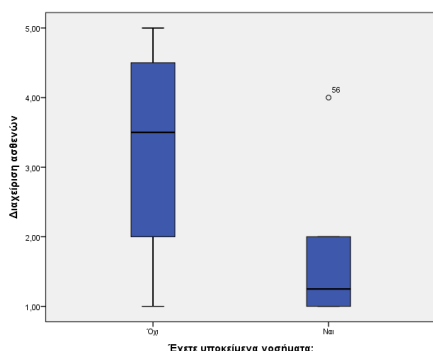
**Πίνακας 23:** Έλεγχοι Independent samples t-test και Mann Whitney των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν υποκείμενα νοσήματα

| Παράγοντες                       | Έλεγχος         | Στατιστικό      | p-value      |
|----------------------------------|-----------------|-----------------|--------------|
| Διαχείριση ασθενών               | Mann<br>Whitney | U=139,00        | <b>0,022</b> |
| Ενημέρωση για το εμβόλιο         | t-test          | t (108) =0,485  | 0,629        |
| Πρόθεση για εμβολιασμό           | t-test          | t (108) =-1,112 | 0,269        |
| Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων | t-test          | t (108) = 0,672 | 0,503        |
| Αποτελεσματικότητα μέτρων        | t-test          | t (108) =0,485  | 0,629        |
| Φόβος για τον COVID-19           | t-test          | t (108) =-1,010 | 0,315        |

Από τον Πίνακα 24 (Γράφημα 27), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Διαχείριση ασθενών» η μέση βαθμίδα των ατόμων που έχουν υποκείμενα νοσήματα (M.B.=26,67) είναι στατιστικά μικρότερη (U=139,00, p=0,022) από την αντίστοιχη όσων δεν έχουν (M.B.=57,16).

**Πίνακας 24:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων για «Διαχείριση ασθενών» \* Υποκείμενα νοσήματα

| Παράγοντας         | Υποκείμενα νοσήματα | N   | M.B.  | U      | p-value      |
|--------------------|---------------------|-----|-------|--------|--------------|
| Διαχείριση ασθενών | Όχι                 | 104 | 57,16 | 139,00 | <b>0,022</b> |
|                    | Ναι                 | 6   | 26,67 |        |              |



**Γράφημα 27:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων για «Διαχείριση ασθενών» \* Έχετε υποκείμενα νοσήματα

Έχετε στο οικογενειακό σας περιβάλλον άτομα με υποκείμενα νοσήματα:

Ο Πίνακας 25 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων Independent samples t-test των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον άτομα με υποκείμενα νοσήματα, όπου δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών σε καμία περίπτωση ( $p \geq 0,165$ ).

**Πίνακας 25:** Έλεγχοι Independent samples t-test των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον άτομα με υποκείμενα νοσήματα

| Παράγοντες               | t      | df      | p-value |
|--------------------------|--------|---------|---------|
| Διαχείριση ασθενών       | -1,399 | 108     | 0,165   |
| Ενημέρωση για το εμβόλιο | 0,591  | 108     | 0,556   |
| Πρόθεση για εμβολιασμό   | -0,678 | 102,289 | 0,499   |

|                                  |        |         |       |
|----------------------------------|--------|---------|-------|
| Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων | -0,927 | 100,680 | 0,356 |
| Αποτελεσματικότητα μέτρων        | -1,215 | 108     | 0,227 |
| Φόβος για τον COVID-19           | -0,217 | 108     | 0,829 |

Θα λέγατε ότι η κατάσταση της υγείας σας είναι

Ο Πίνακας 26 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των συσχετίσεων Spearman των παραγόντων με την κατάσταση της υγείας. Από τον Πίνακα αυτό προκύπτει ότι η μεταβλητή «Θα λέγατε ότι η κατάσταση της υγείας σας είναι» δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με κανέναν από τους παράγοντες ( $p > 0,05$ ).

**Πίνακας 26:** Συσχετίσεις Spearman των παραγόντων με την κατάσταση της υγείας

| Παράγοντες                       | Κατάσταση υγείας |
|----------------------------------|------------------|
| Διαχείριση ασθενών               | -0,076           |
| Ενημέρωση για το εμβόλιο         | 0,027            |
| Πρόθεση για εμβολιασμό           | 0,059            |
| Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων | -0,006           |
| Αποτελεσματικότητα μέτρων        | 0,187            |
| Φόβος για τον COVID-19           | 0,097            |

Έχετε εμβολιαστεί έναντι της Ηπατίτιδας Β;

Ο Πίνακας 27 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων Independent samples t-test και Mann-Whitney των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν εμβολιαστεί έναντι της Ηπατίτιδας Β, όπου εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων βαθμίδων στον παράγοντα «Διαχείριση ασθενών» ( $U=545,000$ ,  $p=0,005 < 0,05$ ) και μέσων τιμών στον παράγοντα «Φόβος για τον COVID-19» ( $t(108)=-2,327$ ,  $p=0,022 < 0,05$ ).

**Πίνακας 27:** Έλεγχοι Independent samples t-test και Mann Whitney των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν εμβολιαστεί έναντι της Ηπατίτιδας Β

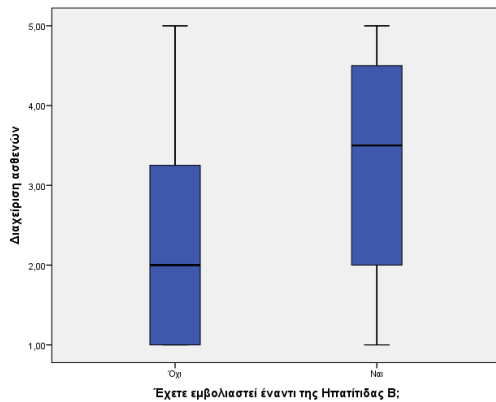
| Παράγοντες                       | Έλεγχος      | Στατιστικό      | p-value      |
|----------------------------------|--------------|-----------------|--------------|
| Διαχείριση ασθενών               | Mann Whitney | $U=545,000$     | <b>0,005</b> |
| Ενημέρωση για το εμβόλιο         | Mann Whitney | $U=895,500$     | 0,972        |
| Πρόθεση για εμβολιασμό           | Mann Whitney | $U=853,000$     | 0,716        |
| Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων | Mann Whitney | $U=805,500$     | 0,463        |
| Αποτελεσματικότητα μέτρων        | t-test       | $t(108)=-1,663$ | 0,099        |
| Φόβος για τον COVID-19           | t-test       | $t(108)=2,327$  | <b>0,022</b> |

Από τον Πίνακα 28 (Γράφημα 28) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Διαχείριση ασθενών» η μέση βαθμίδα των ατόμων που έχουν εμβολιαστεί στην Ηπατίτιδα Β ( $M.B.=59,44$ ) είναι στατιστικά μεγαλύτερη ( $U=545,000$ ,  $p=0,005$ ) από την αντίστοιχη όσων δεν έχουν εμβολιαστεί ( $M.B.=37,75$ ).

**Πίνακας 28:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων βαθμίδων για «Διαχείριση ασθενών» \* Εμβολιασμός Ηπατίτιδα Β



| Παράγοντας         | Εμβολιασμός Ηπατίτιδα Β | N  | M.B.  | U       | p-value      |
|--------------------|-------------------------|----|-------|---------|--------------|
| Διαχείριση ασθενών | Όχι                     | 20 | 37,75 | 545,000 | <b>0,005</b> |
|                    | Ναι                     | 90 | 59,44 |         |              |

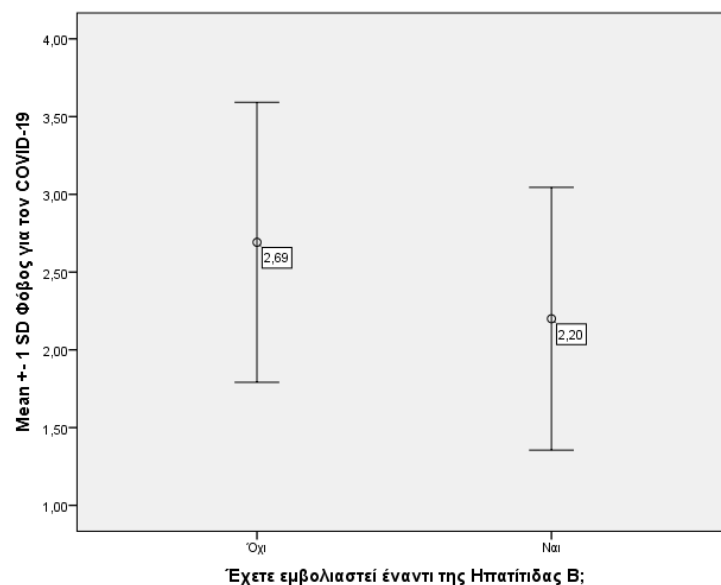


**Γράφημα 28:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων για «Διαχείριση ασθενών» \* Εμβολιασμός Ηπατίτιδα Β

Επιπλέον, από τον Πίνακα 29 (Γράφημα 29), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Φόβος για τον COVID-19» μεγαλύτερη μέση τιμή ( $t(108)=2,327$ ,  $p=0,022$ ) εμφανίζουν οι συμμετέχοντες οι οποίοι δεν έχουν εμβολιαστεί έναντι της Ηπατίτιδας Β (Μ.Ο.=2,69), ενώ μικρότερη εκείνοι αντίστοιχα που έχουν εμβολιαστεί (Μ.Ο.=2,20).

**Πίνακας 29:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω τιμών για παράγοντες \* Έχετε εμβολιαστεί έναντι της Ηπατίτιδας Β;

| Παράγοντες             | Εμβολιασμός Ηπατίτιδα Β | N  | M.O. | t (108) | p-value      |
|------------------------|-------------------------|----|------|---------|--------------|
| Φόβος για τον COVID-19 | Όχι                     | 20 | 2,69 | 2,327   | <b>0,022</b> |
|                        | Ναι                     | 90 | 2,20 |         |              |



**Γράφημα 29:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών για «Φόβος για τον COVID-19» \* Έχετε εμβολιαστεί έναντι της Ηπατίτιδας Β;

Έχετε νοσήσει από ιλαρά:

Ο Πίνακας 30 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων Independent samples t-test των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν νοσήσει από ιλαρά, όπου εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών με τον παράγοντα «Πρόθεση για εμβολιασμό» ( $t(108)=-2,238, p=0,027<0,05$ ).

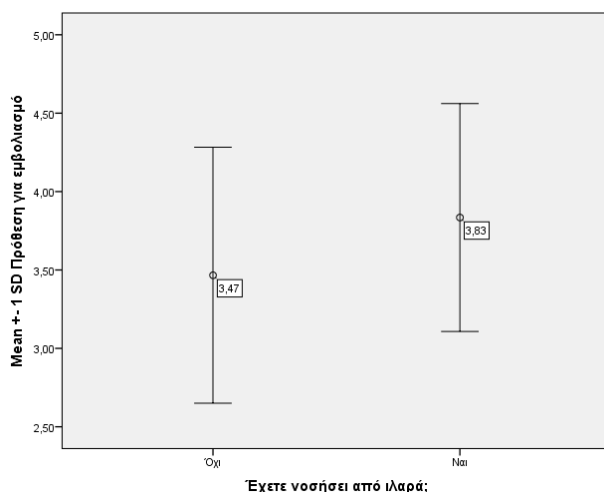
**Πίνακας 30:** Έλεγχοι Independent samples t-test των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν νοσήσει από ιλαρά

| Παράγοντες                       | t (108) | p-value      |
|----------------------------------|---------|--------------|
| Διαχείριση ασθενών               | 0,883   | 0,379        |
| Ενημέρωση για το εμβόλιο         | -1,526  | 0,130        |
| Πρόθεση για εμβολιασμό           | -2,238  | <b>0,027</b> |
| Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων | 0,357   | 0,722        |
| Αποτελεσματικότητα μέτρων        | -1,020  | 0,310        |
| Φόβος για τον COVID-19           | 0,091   | 0,928        |

Από τον Πίνακα 31 (Γράφημα 30) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Πρόθεση για εμβολιασμό» μικρότερη μέση τιμή ( $t(108)=-2,338, p=0,027$ ) εμφανίζουν οι συμμετέχοντες οι οποίοι έχουν δεν νοσήσει από ιλαρά (M.O.=3,47), ενώ μεγαλύτερη εκείνοι αντίστοιχα που έχουν νοσήσει (M.O.=3,83).

**Πίνακας 31:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών για «Πρόθεση για εμβολιασμό» \* Έχετε νοσήσει από ιλαρά;

| Παράγοντας             | Έχετε νοσήσει από ιλαρά; | N  | M.O. | t (108) | p-value      |
|------------------------|--------------------------|----|------|---------|--------------|
| Πρόθεση για εμβολιασμό | Όχι                      | 77 | 3,47 | -2,238  | <b>0,027</b> |
|                        | Ναι                      | 33 | 3,83 |         |              |



**Γράφημα 30:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών για «Πρόθεση για εμβολιασμό» \* Έχετε νοσήσει από ιλαρά;

Έχετε εμβολιαστεί έναντι ιλαράς:

Ο Πίνακας 32 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων Independent samples t-test των παραγόντων της πρόθεσης εμβολιασμού των επαγγελματιών υγείας για την ασθένεια covid-19 ως προς το αν οι ίδιοι έχουν εμβολιαστεί έναντι ιλαράς, όπου εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων βαθμίδων στον παράγοντα «Ενημέρωση για το εμβόλιο» ( $U=576,5$ ,  $p=0,021$ ).

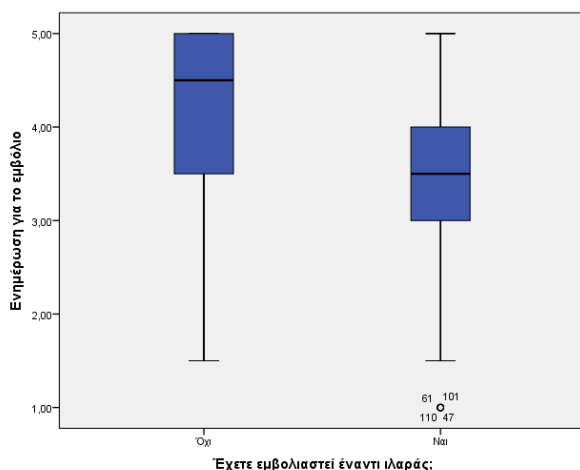
**Πίνακας 32:** Έλεγχοι Independent samples t-test και Mann Whitney των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν εμβολιαστεί έναντι ιλαράς

| Παράγοντες                       | Έλεγχος      | Στατιστικό        | p-value      |
|----------------------------------|--------------|-------------------|--------------|
| Διαχείριση ασθενών               | Mann Whitney | $U=653,5$         | 0,092        |
| Ενημέρωση για το εμβόλιο         | Mann Whitney | $U=576,5$         | <b>0,021</b> |
| Πρόθεση για εμβολιασμό           | t-test       | $t(108)=1,900$    | 0,060        |
| Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων | t-test       | $t(108)=-1,212$   | 0,228        |
| Αποτελεσματικότητα μέτρων        | t-test       | $t(108)=0,577$    | 0,565        |
| Φόβος για τον COVID-19           | t-test       | $t(36,655)=0,432$ | 0,668        |

Από τον Πίνακα 33 (Γράφημα 31) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Ενημέρωση για το εμβόλιο», η μέση βαθμίδα των ατόμων που έχουν κάνει το εμβόλιο για ιλαρά ( $M.B.=52,34$ ) είναι μικρότερη ( $U=576,5$ ,  $p=0,021$ ) σε σύγκριση με την αντίστοιχη όσων δεν έχουν κάνει ( $M.B.=70,66$ ).

**Πίνακας 33:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων για «Ενημέρωση για το εμβόλιο» \* Εμβόλιο για ιλαρά

| Παράγοντας               | Εμβόλιο για ιλαρά | N  | M.B.  | U     | p-value      |
|--------------------------|-------------------|----|-------|-------|--------------|
| Ενημέρωση για το εμβόλιο | Όχι               | 19 | 70,66 | 576,5 | <b>0,021</b> |
|                          | Ναι               | 91 | 52,34 |       |              |



**Γράφημα 31:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων για «Ενημέρωση για το εμβόλιο» \* Εμβόλιο για ιλαρά

Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020);

Ο Πίνακας 34 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων Independent samples t-test των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020), όπου εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών με τους παράγοντες «Ενημέρωση για το εμβόλιο» ( $t(108)=-2,668$ ,  $p=0,009$ ), «Πρόθεση για εμβολιασμό» ( $t(108)=-4,218$ ,  $p<0,001<0,05$ ) και «Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων» ( $t(108)=2,020$ ,  $p=0,046<0,05$ )

**Πίνακας 34:** Έλεγχοι Independent samples t-test των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020)

| Παράγοντες                       | t      | df     | p-value          |
|----------------------------------|--------|--------|------------------|
| Διαχείριση ασθενών               | -0,553 | 108    | 0,581            |
| Ενημέρωση για το εμβόλιο         | -2,668 | 108    | <b>0,009</b>     |
| Πρόθεση για εμβολιασμό           | -4,218 | 108    | <b>&lt;0,001</b> |
| Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων | 2,020  | 108    | <b>0,046</b>     |
| Αποτελεσματικότητα μέτρων        | -1,051 | 108    | 0,296            |
| Φόβος για τον COVID-19           | -0,410 | 82,732 | 0,683            |

Από τον Πίνακα 35 (Γραφήματα 32-34) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Ενημέρωση για τον εμβολιασμό» μικρότερη μέση τιμή ( $t(108)=-2,668$ ,  $p=0,009$ ) εμφανίζουν οι συμμετέχοντες οι οποίοι έχουν κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020) (M.O.=3,31), ενώ μεγαλύτερη εκείνοι αντίστοιχα που έχουν κάνει το εν λόγω εμβόλιο (M.O.=3,85).

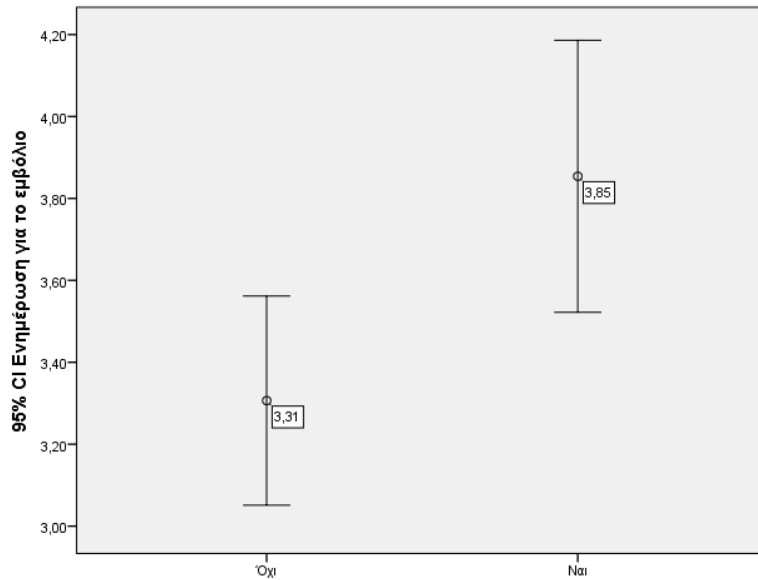
Ομοίως, στον παράγοντα «Πρόθεση για εμβολιασμό» μικρότερη μέση τιμή ( $t(108)=-4,218$ ,  $p<0,001$ ) εμφανίζουν οι συμμετέχοντες οι οποίοι έχουν κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020) (M.O.=3,31), ενώ μεγαλύτερη εκείνοι αντίστοιχα που έχουν κάνει το εν λόγω εμβόλιο (M.O.=3,92).

Αντιθέτως, στον παράγοντα «Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων» μεγαλύτερη μέση τιμή ( $t(108)=2,020$ ,  $p=0,046$ ) εμφανίζουν οι συμμετέχοντες οι οποίοι δεν έχουν κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020) (M.O.=3,76), ενώ μικρότερη εκείνοι αντίστοιχα που το έχουν κάνει (M.O.=3,44).

**Πίνακας 35:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων τιμών για «Πρόθεση για εμβολιασμό» \* Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020);

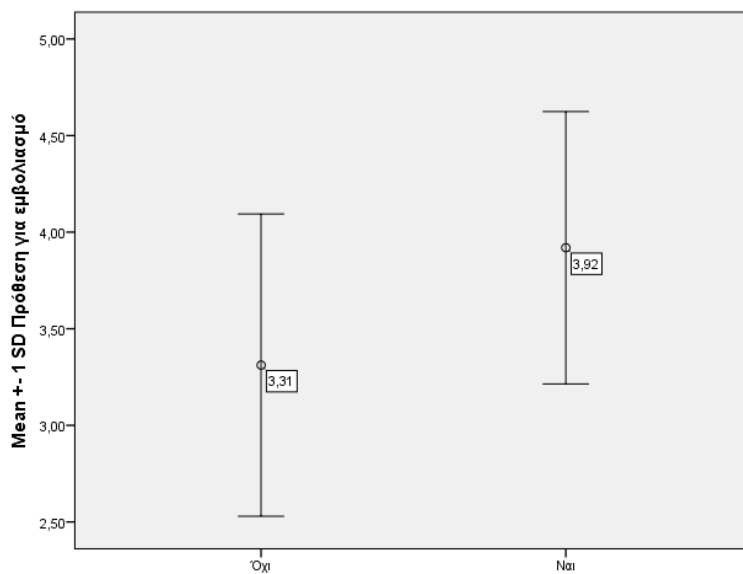
| Παράγοντας                   | Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020); | N  | M.O. | t      | p-value          |
|------------------------------|--|----|------|--------|------------------|
|                              |  |    |      | (108)  |                  |
| Ενημέρωση για τον εμβολιασμό | Όχι  | 62 | 3,31 | -2,668 | <b>0,009</b>     |
|                              | Ναι  | 48 | 3,85 |        |                  |
| Πρόθεση για                  | Όχι  | 62 | 3,31 | -4,218 | <b>&lt;0,001</b> |

|  |     |    |      |       |              |
|--|-----|----|------|-------|--------------|
| εμβολιασμό                             | Ναι | 48 | 3,92 |       |              |
| Περιορισμός<br>ατομικών<br>δικαιωμάτων | Όχι | 62 | 3,76 | 2,020 | <b>0,046</b> |
|  | Ναι | 48 | 3,44 |       |              |



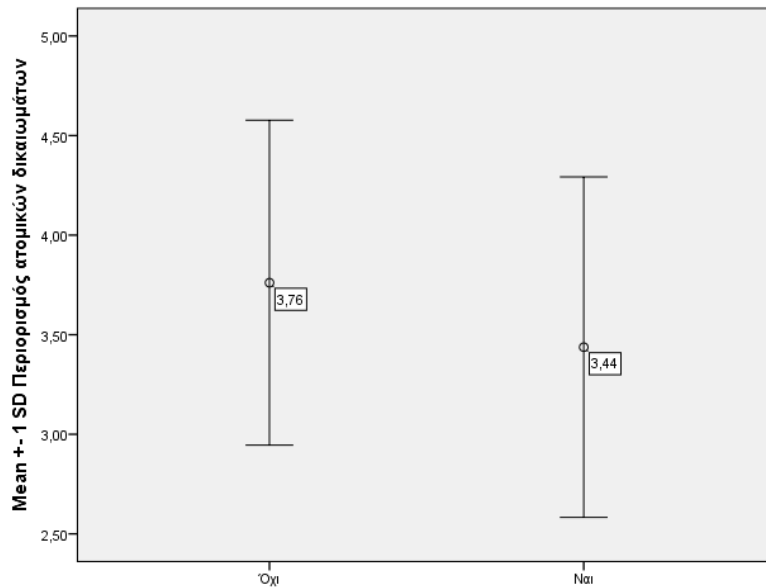
Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020);

**Γράφημα 32:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών για «Ενημέρωση για τον εμβολιασμό» \* Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020);



Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020);

**Γράφημα 33:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών για «Πρόθεση για εμβολιασμό» \* Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020);



Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020);

**Γράφημα 34:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω τιμών για «Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων» \* Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020);

Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο για την πανδημική γρίπη την περίοδο 2009-2010;

Ο Πίνακας 36 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων Mann-Whitney και Independent samples t-test των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο για την πανδημική γρίπη την περίοδο 2009-2010, όπου εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών με τον παράγοντα «Πρόθεση για εμβολιασμό» ( $t(108)=-2,725, p=0,008<0,05$ ).

**Πίνακας 36:** Έλεγχοι Independent samples t-test και Mann Whitney των παραγόντων ως προς το αν οι ίδιοι έχουν κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο για την πανδημική γρίπη την περίοδο 2009-2010

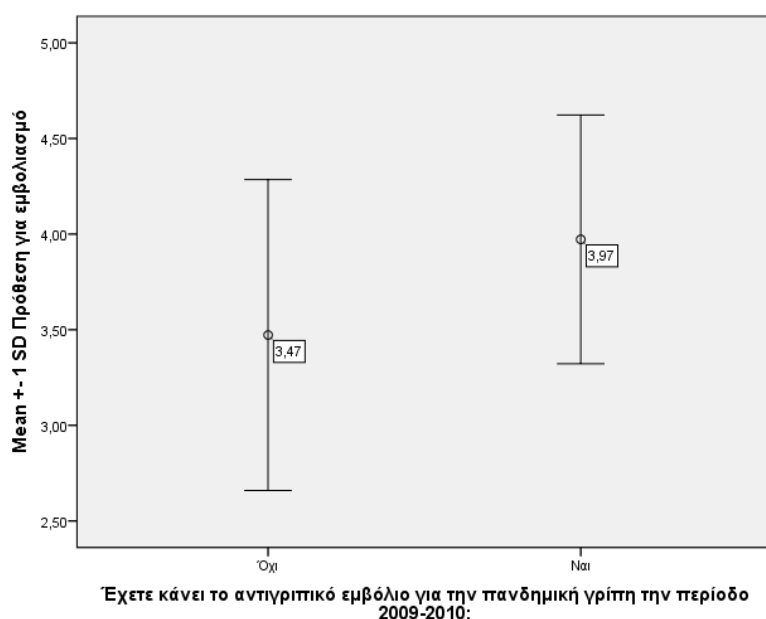
| Παράγοντες                       | Έλεγχος      | Στατιστικό      | p-value      |
|----------------------------------|--------------|-----------------|--------------|
| Διαχείριση ασθενών               | Mann-Whitney | U=824,5         | 0,192        |
| Ενημέρωση για το εμβόλιο         | Mann-Whitney | U=812,5         | 0,160        |
| Πρόθεση για εμβολιασμό           | t-test       | t (108) =-2,725 | <b>0,008</b> |
| Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων | t-test       | t (108) =0,979  | 0,330        |
| Αποτελεσματικότητα μέτρων        | Mann-Whitney | U=853,500       | 0,276        |
| Φόβος για τον COVID-19           | t-test       | t (108) =-0,360 | 0,720        |

Από τον Πίνακα 37 (Γράφημα 35) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Πρόθεση για εμβολιασμό» μικρότερη μέση τιμή ( $t(108) =-2,725, p=0,008$ ) εμφανίζουν οι συμμετέχοντες οι οποίοι δεν έχουν κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο για την πανδημική

γρίπη την περίοδο 2009-2010 (Μ.Ο.=3,47), ενώ μεγαλύτερη εκείνοι αντίστοιχα που δεν το έχουν κάνει (Μ.Ο.=3,97).

**Πίνακας 37:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω τιμών για «Πρόθεση για εμβολιασμό» \* «Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο για την πανδημική γρίπη την περίοδο 2009-2010;»

| Παράγοντας             | Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο για την πανδημική γρίπη την περίοδο 2009-2010; |     | N  | M.O. |
|------------------------|---|-----|----|------|
|                        | Όχι   | Ναι |    |      |
| Πρόθεση για εμβολιασμό |   |     | 87 | 3,47 |
|                        |   |     | 23 | 3,97 |



**Γράφημα 35:** Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω τιμών για «Πρόθεση για εμβολιασμό» \* «Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο για την πανδημική γρίπη την περίοδο 2009-2010;»

• **Συσχετίσεις Παραγόντων**

Ο Πίνακας 38 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των συσχετίσεων μεταξύ των παραγόντων της έρευνας. Προκύπτει ότι:

- Η «Διαχείριση ασθενειών» εμφανίζει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την «Ενημέρωση για το εμβόλιο» ( $r=0,267, p<0,01$ ).
- Η «Ενημέρωση για το εμβόλιο» εμφανίζει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με «Πρόθεση για εμβολιασμό» ( $r=0,567, p<0,01$ )
- Η «Πρόθεση για εμβολιασμό» εμφανίζει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τον «Περιορισμό ατομικών δικαιωμάτων» ( $r=-0,455, p<0,01$ ) και θετικά με την «Αποτελεσματικότητα των μέτρων» ( $r=0,353, p<0,01$ )

- Ο «Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων» συσχετίστηκε αρνητικά με την «Αποτελεσματικότητα μέτρων» ( $r=-0,598$ ,  $p<0,01$ ).

**Πίνακας 38:** Συσχετίσεις Spearman μεταξύ των παραγόντων

| Spearman<br>συσχετίσεις                | Διαχείριση<br>ασθενών | Ενημέρωση<br>για το<br>εμβόλιο | Πρόθεση<br>για<br>εμβολιασμό | Περιορισμός<br>ατομικών<br>δικαιωμάτων | Αποτελεσματικότητα<br>μέτρων | Φόβος<br>για τον<br>COVID<br>-19 |
|--|-----------------------|--------------------------------|------------------------------|--|------------------------------|----------------------------------|
| Διαχείριση ασθενών                     | 1,000                 |                                |                              |  |                              |                                  |
| Ενημέρωση για το<br>εμβόλιο            | ,267**                | 1,000                          |                              |  |                              |                                  |
| Πρόθεση για<br>εμβολιασμό              | -0,004                | ,567**                         | 1,000                        |  |                              |                                  |
| Περιορισμός<br>ατομικών<br>δικαιωμάτων | 0,042                 | -0,149                         | -,455**                      | 1,000                                  |                              |                                  |
| Αποτελεσματικότητα<br>μέτρων           | 0,075                 | 0,137                          | ,353**                       | -,598**                                | 1,000                        |                                  |
| Φόβος για τον<br>COVID-19              | -0,091                | -0,139                         | -0,090                       | -0,089                                 | 0,084                        | 1,000                            |

\*\*Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις σε στάθμη 1%



## **Κεφάλαιο 7ο Συμπεράσματα έρευνας**

### **7.1 Συζήτηση**

Στην έρευνα συμμετείχαν 110 επαγγελματίες υγείας, στην πλειοψηφία τους γυναίκες, μέσης ηλικίας 42 ετών και με 14 έτη εργασιακής εμπειρίας κατά μέσο όρο. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ανήκουν στο νοσηλευτικό, το διοικητικό και το ιατρικό προσωπικό. Ορισμένοι εργάζονται στο ΕΚΑΒ ή ανήκουν στο λοιπό επιστημονικό προσωπικό των μονάδων υγείας, όπως οι εργαζόμενοι στα ιατρικά εργαστήρια (микροβιολογικό ή ακτινοδιαγνωστικό).

Όσον αφορά την κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων, στη συντριπτική τους πλειοψηφία δεν έχουν νοσήσει από τον Covid-19 και δεν έχουν υποκείμενα νοσήματα. Ωστόσο, είναι σχεδόν ισόποσα κατανομημένοι ως προς το αν υπάρχουν ή όχι άτομα στο οικογενειακό τους περιβάλλον με υποκείμενα νοσήματα. Γενικώς οι πιο πολλοί θα έλεγαν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι καλή έως πολύ καλή. Επιπλέον, κανένας από τους ερωτηθέντες δεν έχει νοσήσει από Ηπατίτιδα Β, καθώς ένα πλειοψηφικό ποσοστό τους έχει εμβολιαστεί έναντι αυτής της ασθένειας. Τα αποτελέσματα δυστυχώς δεν είναι το ίδιο ενθαρρυντικά για χώρες μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος σχετικά με τον εμβολιασμό των επαγγελματιών υγείας. Οι Getnet, Bayu και Abtew (2020) προσδιόρισαν το ποσοστό εμβολιασμού κατά της Ηπατίτιδας Β, των επαγγελματιών υγείας στην Αιθιοπία, συμπεραίνοντας πως το 62,3% αυτών δεν είχαν εμβολιαστεί.

Ακόμη, οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν νοσήσει από ιλαρά και έχουν εμβολιαστεί έναντι αυτής. Τέλος, λιγότεροι από τους μισούς έχουν κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020), ενώ μόλις 1 στους 5 έχει κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο για την πανδημική γρίπη την περίοδο 2009-2010. Αντίστοιχα στοιχεία μάλιστα του Υπουργείου Υγείας δείχνουν πως το ποσοστό

αντιγριπικού εμβολιασμού των επαγγελματιών υγείας για το 2015-2016 ήταν 10,93% για τα νοσοκομεία και 24,31% για τα Κέντρα Υγείας.

Στο 1<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα μελετήθηκαν οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας για την διαχείριση ασθενών, την ενημέρωση και την πρόθεση για τον εμβολιασμό, την λειτουργία των μέτρων και τον φόβο για τον Covid-19.

Αρχικά, παρατηρήθηκε ότι οι συμμετέχοντες συμφωνούν ως προς τον περιορισμό των ατομικών δικαιωμάτων, κυρίως σχετικά με το ότι εξαιτίας της καραντίνας περιορίστηκε η ελευθερία μετακίνησης, η κοινωνική τους ζωή, η ατομική και προσωπική τους ελευθερία, καθώς και τα ατομικά τους δικαιώματα. Επίσης, τάση συμφωνίας εκδηλώθηκε από τους ερωτηθέντες αναφορικά με το ότι εξαιτίας της καραντίνας διακόπηκαν οι ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες και περιορίστηκε η θρησκευτική τους ελευθερία

Στη συνέχεια, μία τάση συμφωνίας διαπιστώθηκε μεταξύ των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την πρόθεσή τους για εμβολιασμό. Συγκεκριμένα, οι ίδιοι συμφώνησαν ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν το εμβόλιο, τα οφέλη του είναι περισσότερα από τους κινδύνους, συστήνουν τον εμβολιασμό σε άτομα αυξημένου κινδύνου και ότι η ιατρική κοινότητα με την παρότρυνση για εμβολιασμό λειτουργεί προς όφελος των πολιτών. Εξάλλου, όπως ήδη γνωρίζουμε από προηγούμενες μελέτες στην Κίνα και στην Ιταλία αλλά και τα προηγούμενα κρούσματα (όπως SARS και MERS), οι επαγγελματίες υγείας έχουν πολύ υψηλό κίνδυνο μόλυνσης και ανήκουν στα άτομα υψηλού κινδύνου. Κατά τη διάρκεια της επιδημίας του SARS, για παράδειγμα, μία στις πέντε περιπτώσεις παγκοσμίως ήταν εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας (Chan-Yeung, 2004). Επιπλέον, τα πρόσφατα στοιχεία από την κρίση COVID-19 στην Ιταλία δείχνουν ότι το 20% των Ιταλών εργαζομένων στον τομέα της υγείας μολύνθηκαν από τον ιό (Remuzzi & Remuzzi, 2020). Για το λόγο αυτό και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2020) συστήνει αρχικά την διάθεση του εμβολίου κατά του Covid-19 στις ομάδες υψηλού κινδύνου, όπου ανήκουν οι επαγγελματίες υγείας. Μάλιστα, το 2020, οι Godderis, Boone και Bakusic υποστήριξαν πως ο Covid-19 πρέπει να θεωρηθεί ως μια νέα ασθένεια που σχετίζεται με την εργασία, τουλάχιστον στην περίπτωση των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Από την παρούσα εργασία, παρατηρήθηκε επίσης πως οι συμμετέχοντες μάλλον συμφωνούν ότι το εμβόλιο θα είναι αποτελεσματικό απέναντι στον Covid-19, ασφαλές και θα τους προστατεύσει από αυτόν. Από την άλλη πλευρά, πιθανόν να διαφώνησαν ότι το εμβόλιο θα έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία τους καθώς και σε άτομα αυξημένου κινδύνου. Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν αυτό το διάστημα σε Νέα Υόρκη, Καναδά και Ηνωμένο Βασίλειο δείχνουν ότι το επίπεδο διστακτικότητας του εμβολίου Covid-19 ποικίλλει από χαμηλό σε υψηλό, με περίπου το 29% των κατοίκων της Νέας Υόρκης να ισχυρίζονται ότι θα αρνηθούν ένα εμβόλιο, σε σύγκριση με το 20% στον Καναδά και το 6% αυτών στο Ηνωμένο Βασίλειο (Fadda, Albanese and Suggs, 2020). Στη χώρα μας, βάσει των στοιχείων του Υπουργείου υγείας (2021), μέχρι το Γενάρη του 2021, οι εμβολιασμοί της πρώτης φάσης που έχουν ήδη πραγματοποιηθεί ανέρχονται στους 290.947.

Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας ξεκάθαρα διαφώνησαν με τις θέσεις ότι τα ΜΜΕ έχουν ενημερώσει σωστά το κοινό για το εμβόλιο και τις θετικές του επιδράσεις. Ο Wagner και οι συνεργάτες του (2017), που διερεύνησαν τις ανησυχίες γονιών στη Σαγκάη, σχετικά με τον εμβολιασμό των παιδιών τους, συμπέραναν πως το 64% των γονιών δίσταζε στη χορήγηση εμβολίων. Οι ανησυχίες και οι δισταγμοί αυτοί συσχετίστηκαν κατά κύριο λόγο με τον ρόλο των ΜΜΕ.

Επιπλέον έντονη διαφωνία παρατηρήθηκε στην άποψη πως το εμβόλιο θα θέσει σε κίνδυνο την ζωή τους, ότι ισχύουν οι θεωρίες συνωμοσίας περί μείωση του πληθυσμού της γης πίσω από την κατασκευή του και ότι δεν σκοπεύουν να κάνουν το εμβόλιο καθώς θεωρούν ότι δεν κινδυνεύουν και ότι η νόσος Covid-19 δεν είναι τόσο επικίνδυνη ή λόγω θρησκευτικών και πολιτικών πεποιθήσεων. Το τελευταίο εύρημα έρχεται σε αντίθεση με το ιατρικό προσωπικό της Ρουμανίας το οποίο εμφανίζει πρόθεση εμβολιασμού κατά του Covid-19 με ποσοστό της τάξεως του 47% (Rajka, 2020).

Οι επαγγελματίες υγείας έδειξαν ενημερωμένοι για τον εμβολιασμό κατά του Covid-19 κυρίως όμως όσον αφορά τον τρόπο χορήγησης του και λιγότερο όσον αφορά την αποτελεσματικότητά του. Να τονιστεί εδώ πως τα ευρήματα της μελέτης των Carlucci, D'Ambrosio και Balsamo (2020), έδειξαν ότι η αύξηση της εκπαίδευσης συσχετίστηκε με την τήρηση των επιβαλλόμενων περιορισμών και ενημέρωσης, με τα άτομα με υψηλή εκπαίδευση να δείχνουν τα υψηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης μεταξύ όλων των ομάδων.

Ουδέτερα τοποθετημένοι έδειξαν να είναι οι επαγγελματίες υγείας ως προς την εκπαίδευση-εμπειρία, σχετικά με το επίπεδο ικανότητας τους για την διαχείριση ασθενών με COVID-19. Σύμφωνα με την έρευνα των Ranney, Griffith και Jha (2020), οι χώρες που δεν ήταν επαρκώς προετοιμασμένες και εκπαιδευμένες παρουσίασαν μια επιπλέον πίεση, στην ήδη δύσκολη κατάσταση εν καιρώ πανδημίας.

Επιπλέον, στην παρούσα εργασία οι επαγγελματίες υγείας φάνηκε να θεωρούν μικρή την αποτελεσματικότητα των μέτρων. Για την ακρίβεια, εκδηλώθηκε η πεποίθηση ότι τα μέτρα είχαν πολύ έως πάρα πολύ σημαντικές αρνητικές οικονομικές επιπτώσεις. Ακόμη, είχαν σε υψηλό βαθμό κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις. Ο Brooks και οι συνεργάτες του (2020), στην βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποίησαν τόνισαν τα αρνητικά ψυχολογικά αποτελέσματα όπως απογοήτευση και θυμός, του κοινωνικού αποκλεισμού στους επαγγελματίες υγείας. Οι στρεσογόνοι παράγοντες περιελάμβαναν φόβους μόλυνσης, πλήξη, ανεπαρκείς προμήθειες, ανεπαρκείς πληροφορίες, οικονομική απώλεια και στίγμα. Επίσης, ο Sethi και οι συνεργάτες του (2020), μελέτησαν τον αντίκτυπο της πανδημίας στους επαγγελματίες της υγείας, όπου διαπιστώθηκε ότι αντιμετωπίζουν έναν άνευ προηγουμένου φόρτο εργασίας και είναι ανήσυχoi, υπερβολικά καταπονημένοι και οικονομικά ασταθείς.

Όμως, υψηλή συμφωνία διαπιστώθηκε μεταξύ των ερωτηθέντων ότι ήταν απαραίτητη η λήψη των μέτρων για την αντιμετώπιση της πανδημίας. Μάλιστα, όπως οι Carlucci, D'Ambrosio και Balsamo (2020), διαπίστωσαν στην έρευνα που πραγματοποίησαν σε ένα μεγάλο δείγμα κατοίκων της Ιταλίας, το 95,1% των ατόμων, με ανώτατη εκπαίδευση όπως επαγγελματίες υγείας, συμφώνησαν με την λήψη των μέτρων για την αντιμετώπιση της πανδημίας, χωρίς αμφιβολία.

Ξεκάθαρη εικόνα διαφωνίας διαμορφώθηκε σχετικά με τον φόβο των συμμετεχόντων για τον COVID-19, κυρίως ότι φοβούνται μήπως χάσουν τη ζωή τους εξαιτίας του κορωνοϊού και πως νιώθουν την καρδιά τους να χτυπάει πιο γρήγορα, όταν σκέφτονται ότι μπορεί να προσβληθούν από αυτόν. Τέλος, οι επαγγελματίες υγείας διαφώνησαν απολύτως ότι δεν μπορούν να κοιμηθούν, επειδή ανησυχούν μήπως προσβληθούν από τον ιό. Από την άλλη, η Κίνα και η Ιταλία έχουν ήδη αντιμετωπίσει την εγκατάλειψη του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, όχι μόνο λόγω μόλυνσης από τον Covid-19, αλλά και λόγω των συνεπειών του οξέος στρες και της ανησυχίας μήπως νοσήσουν. Ο Liu και οι συνεργάτες του (2020), πραγματοποίησαν μια έρευνα στους επαγγελματίες υγείας, υποδεικνύοντας κατάθλιψη, άγχος και

αϋπνία της τάξεως του 51%, 45% και 36% αντίστοιχα. Επιπλέον, μια παλαιότερη έρευνα του Maunder και των συνεργατών του (2006), σχετικά με τις επιπτώσεις του SARS στην ψυχική υγεία επιβεβαιώνει τις ανησυχίες σχετικά με την επίπτωση που έχουν οι μολυσματικές ασθένειες στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Με βάση τη μελέτη αυτή διαπιστώθηκε πως οι γιατροί που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη κατά τη διάρκεια πανδημίας αντιμετωπίζουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης μακροχρόνιων προβλημάτων ψυχικής υγείας λόγω χρόνιου στρες ή τραυματικών εμπειριών.

Στο 2<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα μελετήθηκε η επίδραση του δημογραφικού προφίλ των επαγγελματιών υγείας στις απόψεις τους για την διαχείριση ασθενών, την ενημέρωση και την πρόθεση για τον εμβολιασμό, την λειτουργία των μέτρων και τον φόβο για τον Covid-19.

Κατ' αρχήν παρατηρήθηκε ότι οι άνδρες συμφωνούν περισσότερο ως προς τον περιορισμό των ατομικών δικαιωμάτων από τις γυναίκες. Οι Carlucci, D'Ambrosio και Balsamo (2020), διαπίστωσαν πως οι γυναίκες εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα συμμόρφωσης με τις οδηγίες καραντίνας σε σύγκριση με τους άνδρες. Ακόμη, διαπιστώθηκε πως τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έχουν υψηλότερη πρόθεση για εμβολιασμό και μεγαλύτερη ενημέρωση για το εμβόλιο. Αξίζει εδώ να επισημανθεί το εύρημα των Carlucci, D'Ambrosio και Balsamo (2020), όπου η συμμόρφωση στις κατευθυντήριες γραμμές της κυβέρνησης φαίνεται να αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας έως τα 59 χρόνια, μετά την οποία η τάση αντιστράφηκε εκπληκτικά, με τα άτομα άνω των 60 να αναφέρουν ότι τηρούν λιγότερο τις οδηγίες καραντίνας, παρόμοια με την ομάδα 30 έως 39 ετών.

Τα άτομα που ανήκουν στο διοικητικό προσωπικό εξέφρασαν μικρότερη συμφωνία σχετικά με την ύπαρξη εκπαίδευσης ή εμπειρίας για τον COVID-19, από τους ιατρούς, τους νοσηλευτές και εκείνους που ανήκουν στο λοιπό επιστημονικό προσωπικό. Επίσης, οι ιατροί έδειξαν να φοβούνται λιγότερο για τον COVID-19, από εκείνους που ανήκουν στο διοικητικό ή λοιπό επιστημονικό προσωπικό. Καλύτερο επίπεδο διαχείρισης ασθενών εμφάνισαν όσοι εργάζονται στο τμήμα COVID-19 στο ΕΚΑΒ και στο αναισθησιολογικό ενώ χειρότερο όσοι εργάζονται στο διοικητικό και ορθοπαιδικό τμήμα

Οι επαγγελματίες υγείας με υποκείμενα νοσήματα εμφάνισαν χαμηλότερο επίπεδο διαχείρισης ασθενών με COVID-19.

Στη συνέχεια, διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι έχουν εμβολιαστεί έναντι της Ηπατίτιδας Β, εμφάνισαν καλύτερο επίπεδο διαχείρισης των ασθενών με COVID-19 και λιγότερο φόβο για αυτόν, σε σύγκριση αντίστοιχα με εκείνους που δεν έχουν εμβολιαστεί. Οι Getnet, Bayu και Abtew (2020) προσδιόρισαν το ποσοστό εμβολιασμού κατά της Ηπατίτιδας Β, των επαγγελματιών υγείας στην Αιθιοπία, συμπεράναν πως οι σημαντικά ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες της πρόσληψης εμβολιασμού κατά της ηπατίτιδας Β περιλάμβαναν τα εξής: αντιληπτή ασφάλεια, επαγγελματικά προσόντα, αντιληπτή ευαισθησία, επαγγελματική εμπειρία και εκπαίδευση καθολικής προφύλαξης.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι εκείνοι που έχουν νοσήσει από ιλαρά, εκδήλωσαν υψηλότερη πρόθεση για εμβολιασμό, από εκείνους που δεν έχουν νοσήσει. Επιπλέον όσοι έλαβαν το εμβόλιο για ιλαρά έδειξαν λιγότερο ενημερωμένοι για το εμβόλιο κατά του COVID-19.

Περισσότερο πρόθυμοι για εμβολιασμό φάνηκε να είναι και όσοι έχουν κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020), οι οποίοι ταυτόχρονα έδειξαν περισσότερο ενημερωμένοι για το εμβόλιο κατά του COVID-19 και λιγότερο περιορισμό στα ατομικά τους δικαιώματα, συγκριτικά με αυτούς οι οποίοι δεν έχουν κάνει το εν λόγω εμβόλιο. Τέλος, την ίδια πρόθεση για εμβολιασμό εκδήλωσαν και όσοι έχουν κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο για την πανδημική γρίπη την περίοδο 2009-2010. Οξύμωρη ωστόσο κατάσταση επικρατεί στο ιατρικό προσωπικό της Ρουμανίας το οποίο εμφανίζει πρόθεση εμβολιασμού κατά του Covid-19 με μικρό ποσοστό της τάξης του 47%, ενώ έχουν εμβολιαστεί σε ποσοστό 70% με το εμβόλιο κατά της γρίπης (Rajka, 2020).

Σε άλλα αποτελέσματα υψηλή πρόθεση για εμβολιασμό συνδέθηκε με διαφωνία στην άποψη ότι τα μέτρα κατά της πανδημίας περιόρισαν τα ατομικά δικαιώματα, με υψηλή πίστη στην αποτελεσματικότητα των μέτρων και με υψηλό επίπεδο ενημέρωσης για τον εμβολιασμό. Η υψηλή ενημέρωση για το εμβόλιο συνδέθηκε με καλύτερη διαχείριση ασθενών. Τέλος η πεποίθηση ότι τα μέτρα οδήγησαν στον περιορισμό των ατομικών δικαιωμάτων συνδέθηκε με την πεποίθηση της χαμηλής αποτελεσματικότητας των μέτρων.

## **7.2 Προτάσεις**

Διαφαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη καθώς θεωρούν σε υψηλό βαθμό ότι περιορίστηκαν τα ανθρώπινα τους δικαιώματα και ιδίως οι άντρες. Επιπλέον είναι απαραίτητη η ενημέρωσή τους για την αποτελεσματικότητα του εμβολίου κατά του COVID-19, ειδικά των νέων, γιατί παρατηρήθηκαν μέτρια επίπεδα ενημέρωσης καθώς και η εκπαίδευσή τους για την διαχείριση των ασθενών με COVID-19, ιδίως του διοικητικού προσωπικού και όσων έχουν υποκείμενα νοσήματα. Οι εμβολιασμοί σε Ηπατίτιδα Β και σε αντιγριπικό εμβόλιο ενδείκνυται στους επαγγελματίες υγείας. Η λήψη μέτρων κατά της πανδημίας που να μην επηρεάζουν την ψυχολογική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας κρίνεται απαραίτητη.

## **7.3 Περιορισμοί - Μελλοντικές έρευνες**

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναφέρονται σε επαγγελματίες υγείας, στην πλειοψηφία τους γυναίκες, μέσης ηλικίας 42 ετών με 14 έτη εργασιακής εμπειρίας που δεν έχουν νοσήσει από τον Covid-19, δεν έχουν υποκείμενα νοσήματα και έχουν καλή κατάσταση υγείας. Ωστόσο η γενίκευση είναι δύσκολη λόγω της βολικής δειγματοληψίας που πραγματοποιήθηκε. Επιπλέον περιορισμό αποτελεί το μέγεθος του δείγματος που δεν ήταν επαρκώς μεγάλο για χρήση παραμετρικών ελέγχων που έχουν μεγαλύτερη στατιστικά ισχύ. Περιορισμό επίσης αποτελεί και η χρήση ενός εργαλείου που δεν έχει ελεγχθεί για την εγκυρότητα του.

Προτείνεται μελλοντική έρευνα σε όλη την Ελλάδα με εφαρμογή στρωματοποιημένης δειγματοληψίας (Φαρμάκης, 2017) και μέγεθος δείγματος το οποίο θα προκύπτει από την γνώση του μεγέθους του πληθυσμού (Creswell, 2013). Επίσης προτείνεται η εύρεση έγκυρων εργαλείων σε κάθε ενότητα του ερωτηματολογίου ή η χρήση Παραγοντικής ανάλυσης στο υπάρχον ερωτηματολόγιο για εύρεση παραγοντικής δομής (Γαλάνης, 2012)

## Βιβλιογραφία

### • Ξενόγλωσση

- Abdul Hafid, S. R., & Radhakrishnan, A. K. (2019). Palm Tocotrienol-Adjuvanted Dendritic Cells Decrease Expression of the SATB1 Gene in Murine Breast Cancer Cells and Tissues. *Vaccines*, 7(4), 198.
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>.
- Barari-Savadkouhi, R., Shour, A., & Masrou-Roudsari, J. (2016). A study of the incidence of BCG vaccine complications in infants of Babol, Mazandaran (2011-2013). *Caspian journal of internal medicine*, 7(1), 48.
- Bloom, D. E., Canning, D., & Weston, M. (2005). The value of vaccination. *World Economics-Henley on Thames*-, 6(3), 15.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920.
- Brown, R. C., Savulescu, J., Williams, B., & Wilkinson, D. (2020). Passport to freedom? Immunity passports for COVID-19. *Journal of Medical Ethics*, 46(10), 652-659.
- Burton, D. R. (2019). Advancing an HIV vaccine; advancing vaccinology. *Nature Reviews Immunology*, 19(2), 77-78.
- Burton, D. R., & Topol, E. J. (2021). Toward superhuman SARS-CoV-2 immunity? *Nature Medicine*, 27(1), 5-6.
- Carlucci, L., D'Ambrosio, I., & Balsamo, M. (2020). Demographic and attitudinal factors of adherence to quarantine guidelines during COVID-19: The Italian Model. *Frontiers in Psychology*, 11, 2702.
- Chan-Yeung, M. (2004). Severe acute respiratory syndrome (SARS) and healthcare workers. *International journal of occupational and environmental health*, 10(4), 421-427.
- Chen, L. H., Freedman, D. O., & Visser, L. G. (2020). COVID-19 immunity passport to ease travel restrictions? *Journal of travel medicine*, 27(5), ta085.



- Cianci, R., Franza, L., Massaro, M. G., Borriello, R., De Vito, F., & Gambassi, G. (2020). The Interplay between Immunosenescence and Microbiota in the Efficacy of Vaccines. *Vaccines*, 8(4), 636.
- Cohen L., Manion L. & Morrison K. (2007). *Research Methods in Education*. New York: Routledge Falmer.
- Cordoba, E., & Aiello, A. E. (2016). Social determinants of influenza illness and outbreaks in the United States. *North Carolina Medical Journal*, 77(5), 341-345.
- Creswell, J.W. (2013) *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4th Edition, SAGE Publications, Inc., London.
- Dickert, S., Västfjäll, D., Mauro, R., & Slovic, P. (2015). The feeling of risk: Implications for risk perception and communication. *The SAGE handbook of risk communication*, 41-54.
- Dubé, E., Laberge, C., Guay, M., Bramadat, P., Roy, R., & Bettinger, J. A. (2013). Vaccine hesitancy: an overview. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 9(8), 1763-1773.
- Fadda, M., Albanese, E. & Suggs, L.S. When a COVID-19 vaccine is ready, will we all be ready for it? (2020). *Int J Public Health*, 65, 711–712.
- Food and Drug Administration, (2020). Emergency use authorization for vaccines to prevent COVID-19: guidance for industry (Available at: <https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/emergency-use-authorization-vaccines-prevent-covid-19>. opens in new tab)
- Getnet, M. A., Bayu, N. H., & Abteu, M. D. (2020). Hepatitis B Vaccination Uptake Rate and Predictors in Healthcare Professionals of Ethiopia. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 2875.
- Gewirth, A. (1984). The epistemology of human rights. *Social Philosophy and Policy*, 1(2), 1-24.
- Godderis, L., Boone, A., & Bakusic, J. (2020). COVID-19: a new work-related disease threatening healthcare workers.
- Goveia, L., & Sosa, A. (2017). Developing a compliance-based approach to address error, evasion and fraud in social security systems. *International Social Security Review*, 70(2), 87-107.
- Gust, D. A., Darling, N., Kennedy, A., & Schwartz, B. (2008). Parents with doubts about vaccines: which vaccines and reasons why. *Pediatrics*, 122(4), 718-725.
- Hapla, M. (2020). Explicative-Existencial Justificacion of Human Rights Analysis of Robert Alexy's Argument in Context of Is-Ought Problem. *The Age of Human Rights Journal*, (15), 105-116.
- Hardt, K., Bonanni, P., King, S., Santos, J. I., El-Hodhod, M., Zimet, G. D., & Preiss, S. (2016). Vaccine strategies: Optimising outcomes. *Vaccine*, 34(52), 6691-6699.

- Haynes, B. F., Corey, L., Fernandes, P., Gilbert, P. B., Hotez, P. J., Rao, S. & Arvin, A. (2020). Prospects for a safe COVID-19 vaccine. *Science translational medicine*, 12(568).
- Heaton, P. M. (2020). Challenges of Developing Novel Vaccines With Particular Global Health Importance. *Frontiers in Immunology*, 11.
- Heymann, J., Raub, A., Waisath, W., McCormack, M., Weistroffer, R., Moreno, G. & Earle, A. (2020). Protecting health during COVID-19 and beyond: a global examination of paid sick leave design in 193 countries. *Global public health*, 15(7), 925-934.
- Huang, A. T., Garcia-Carreras, B., Hitchings, M. D., Yang, B., Katzelnick, L. C., Rattigan, S. M. & Cummings, D. A. (2020). A systematic review of antibody mediated immunity to coronaviruses: antibody kinetics, correlates of protection, and association of antibody responses with severity of disease. *MedRxiv*.
- Hsuan, C., Ryan-Ibarra, S., De Burgh, K., & Jacobson, D. M. (2017). Association of paid sick leave laws with foodborne illness rates. *American journal of preventive medicine*, 53(5), 609-615.
- Jit, M., Hutubessy, R., Png, M. E., Sundaram, N., Audimulam, J., Salim, S., & Yoong, J. (2015). The broader economic impact of vaccination: reviewing and appraising the strength of evidence. *BMC medicine*, 13(1), 1-9.
- Joffe, H. (2003). Risk: From perception to social representation. *British journal of social psychology*, 42(1), 55-73.
- Kennedy, J. (2020). Vaccine hesitancy: a growing concern. *Pediatric Drugs*, 22(2), 105-111.
- Koumarianos, E., Kapsalis, A., & Avgeris, N. (2019). Social security compliance in times of crisis. Evaluating the factors for non-compliance in the HORECA sectors in Greece. *Social Cohesion and Development*, 14(2), 105-122.
- Koff, W. C., Schenkelberg, T., Williams, T., Baric, R. S., McDermott, A., Cameron, C. M. & Goudsmit, J. (2021). Development and deployment of COVID-19 vaccines for those most vulnerable. *Science Translational Medicine*, 13 (579).
- Krause, P. R., & Gruber, M. F. (2020). Emergency use authorization of Covid vaccines—safety and efficacy follow-up considerations. *New England Journal of Medicine*, 383(19), e107.
- Kwon, K. M., Lim, S. M., Choi, S., Kim, D. H., Jin, H. E., Jee, G. & Kim, J. Y. (2017). Microneedles: quick and easy delivery methods of vaccines. *Clinical and experimental vaccine research*, 6(2), 156.
- Le, T. T., Cramer, J. P., Chen, R., & Mayhew, S. (2020). Evolution of the COVID-19 vaccine development landscape. *Nat Rev Drug Discov*, 19(10), 667-8.
- Lee, A. W., Jordanov, E., Boissard, F., & Marshall, G. S. (2017). DTaP5-IPV-Hib-HepB, a hexavalent vaccine for infants and toddlers. *Expert review of vaccines*, 16(2), 85-92.

- Lemoine, C., Thakur, A., Krajišnik, D., Guyon, R., Longet, S., Razim, A. & Milicic, A. (2020). Technological approaches for improving vaccination compliance and coverage. *Vaccines*, 8(2), 304.
- Li, R., Pei, S., Chen, B., Song, Y., Zhang, T., Yang, W., & Shaman, J. (2020). Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2). *Science*, 368(6490), 489-493.
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y. T., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e17-e18.
- Manjunathachar, H. V., Singh, K. N., Chouksey, V., Kumar, R., Sharma, R. K., & Barde, P. V. (2020). Prevalence of torch infections and its associated poor outcome in high-risk pregnant women of Central India: Time to think for prevention strategies. *Indian Journal of Medical Microbiology*, 38(3-4), 379-384.
- Marceca, M. (2017). Migration and health from a public health perspective. *People's Movements in the 21st Century-Risks, Challenges and Benefits. In Tech Open*, 103-27.
- Maunder, R. G., Lancee, W. J., Balderson, K. E., Bennett, J. P., Borgundvaag, B., Evans, S. & Wasylenki, D. A. (2006). Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerging infectious diseases*, 12(12), 1924.
- Mereckiene, J., Cotter, S., Weber, J. T., Nicoll, A., D'Ancona, F., Lopalco, P. L. & O'flanagan, D. (2012). Influenza A (H1N1) pdm09 vaccination policies and coverage in Europe. *Eurosurveillance*, 17(4), 20064.
- Myers, E. (2010). From Pluralism to Liberalism: Rereading Isaiah Berlin. *The Review of politics*, 599-625.
- Neilson, J., & Stanfors, M. (2018). Time alone or together? Trends and trade-offs among dual-earner couples, Sweden 1990–2010. *Journal of Marriage and Family*, 80(1), 80-98.
- Pacheco, T. J. A., da Silva, V. C. M., & de Souza, D. G. (2020). Nano COVID-19 Vaccines: the firsts RNA lipid nanoparticle vaccines being approved from history-Review. *Research, Society and Development*, 9(12), e20191211123-e20191211123.
- Pomery, E. A., Gibbons, F. X., Reis-Bergan, M., & Gerrard, M. (2009). From willingness to intention: Experience moderates the shift from reactive to reasoned behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35(7), 894-908.
- Pūras, D., de Mesquita, J. B., Cabal, L., Maleche, A., & Meier, B. M. (2020). The right to health must guide responses to COVID-19. *The Lancet*, 395 (10241), 1888-1890.

- Raithatha, N., Holland, R., Gerrard, S., & Harvey, I. (2003). A qualitative investigation of vaccine risk perception amongst parents who immunize their children: a matter of public health concern. *Journal of public health, 25*(2), 161-164.
- Rajka, D. (2020). The anti Covid-19 vaccination intention of medical personnel from Romania. *The Journal of School and University Medicine, 7*, 10-16.
- Ranney, M. L., Griffeth, V., & Jha, A. K. (2020). Critical supply shortages—the need for ventilators and personal protective equipment during the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine, 382*(18), e41.
- Rappuoli, R., Mandl, C. W., Black, S., & De Gregorio, E. (2011). Vaccines for the twenty-first century society. *Nature reviews immunology, 11*(12), 865-872.
- Reintjes, R., Das, E., Klemm, C., Richardus, J. H., Keßler, V., & Ahmad, A. (2016). “Pandemic public health paradox”: time series analysis of the 2009/10 influenza A/H1N1 epidemiology, media attention, risk perception and public reactions in 5 European countries. *PloS one, 11*(3), e0151258.
- Remuzzi, A., & Remuzzi, G. (2020). COVID-19 and Italy: what next? *The lancet, 395*(10231), 1225-1228.
- Salkind, N. J. (2010). *Encyclopedia of research design*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Sandal, A., & Yildiz, A. N. (2021). COVID-19 as a recognized work-related disease: The current situation worldwide. *Safety and Health at Work*.
- Sethi, B. A., Sethi, A., Ali, S., & Aamir, H. S. (2020). Impact of Coronavirus disease (COVID-19) pandemic on health professionals. *Pakistan Journal of Medical Sciences, 36*(COVID19-S4), S6.
- Sjöberg, L., Moen, B. E., & Rundmo, T. (2004). Explaining risk perception. *An evaluation of the psychometric paradigm in risk perception research, 10*(2), 665-612.
- Shukla, V. V., & Shah, R. C. (2018). Vaccinations in primary care. *The Indian Journal of Pediatrics, 85*(12), 1118-1127.
- Stromberg, Z. R., Fischer, W., Bradfute, S. B., Kubicek-Sutherland, J. Z., & Hrabec, P. (2020). Vaccine advances against venezuelan, eastern, and western equine encephalitis viruses. *Vaccines, 8*(2), 273.
- Thomson, A., Vallee-Tourangeau, G., & Suggs, L. S. (2018). Strategies to increase vaccine acceptance and uptake: From behavioral insights to context-specific, culturally-appropriate, evidence-based communications and interventions. *Vaccine, 36*(44), 6457-6458.
- Todorova, B. (2020). New Forms “of Employment, A Challenge for Social Security System. In *Proceedings of The 5th International Conference on New Findings on Humanities and Social Sciences* (pp. 1-13). Diamond Scientific Publishing.
- Verity, R., Okell, L. C., Dorigatti, I., Winskill, P., Whittaker, C., Imai, N. & Ferguson, N. M. (2020). Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *The Lancet infectious diseases, 20*(6), 669-677.

- Vetter, V., Denizer, G., Friedland, L. R., Krishnan, J., & Shapiro, M. (2018). Understanding modern-day vaccines: what you need to know. *Annals of medicine*, 50(2), 110-120.
- Wagner, A. L., Boulton, M. L., Sun, X., Huang, Z., Harmsen, I. A., Ren, J., & Zikmund-Fisher, B. J. (2017). Parents' concerns about vaccine scheduling in Shanghai, China. *Vaccine*, 35(34), 4362-4367.
- WHO (2017). Available at: [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0004/329647/Vaccines-and-trust.PDF](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/329647/Vaccines-and-trust.PDF)
- World Health Organization. (2020). Addressing human rights as key to the COVID-19 response. Available at: <https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/1190>
- Zakaras, A. (2013). A Liberal Pluralism: Isaiah Berlin and John Stuart Mill. *The Review of politics*, 69-96.
- Zhai, Y., Santibanez, T. A., Kahn, K. E., Black, C. L., & de Perio, M. A. (2018). Paid sick leave benefits, influenza vaccination, and taking sick days due to influenza-like illness among US workers. *Vaccine*, 36(48), 7316-7323.

- **Ελληνόγλωσση**

- Αγγελοπούλου, Ό. (2003). *Η υποχρεωτικότητα ως χαρακτηριστικό γνώρισμα της κοινωνικής ασφάλισης* (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Νομικών, Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών. Τμήμα Νομικής. Τομέας Δημοσίου Δικαίου).
- Berlin, Isaiah (2001). Τέσσερα δοκίμια περί ελευθερίας, (μτφρ. Γιάννης Παπαδημητρίου), Αθήνα: Scripta.
- Κοσμαδάκης, Ν., & Λαπίδης, Κ. (2020). COVID-19 και Υγειονομικό Διαβατήριο. *HAPSc Policy Briefs Series*, 1(1), 244-249.
- Λογοθέτη, Α., Κροντήρης, Γ., Βαμβακά, Ε., Τερζίδου, Κ, Κακαβούλης, Κ., Χελιουδάκης, Λ., Μπάκα, Μ., & Ζαχαροπούλου, Μ. (2020). *Covid 19 & Ψηφιακά Δικαιώματα στην Ελλάδα*. Αθήνα: Homo Digitalis.
- Μαντζούφας, Π., & Παυλόπουλος, Α. (2020). Κορωνοϊός και ελευθερία της κίνησης: Διατηρώντας το Σύνταγμα «ζωντανό» εν μέσω πανδημίας. *Pro Justitia*, 3(3).
- Υπουργείο Υγείας, 2021. Διαθέσιμο στο: <https://emvolio.gov.gr/> (Πρόσβαση: 30/1/2021)

## **Παράρτημα**

### ***Πρόθεση εμβολιασμού επαγγελματιών υγείας για την ασθένεια covid-19***

#### **A. Δημογραφικά χαρακτηριστικά**

- Φύλο
- Άντρας
- Γυναίκα
  
- Ηλικία.....
- Επάγγελμα
- Ιατρός
- Νοσηλεύτης
- Λοιπό επιστημονικό προσωπικό
- Τεχνικό προσωπικό
- Διοικητικό προσωπικό
  
- Έτη εργασιακής εμπειρίας.....
  
- Κλινική εργασίας.....

#### **B. Κατάσταση υγείας**

- Έχετε νοσήσει από τον Covid 19;
- Όχι
- Ναι
  
- Έχετε υποκείμενα νοσήματα;
- Όχι
- Ναι
  
- Έχετε στο οικογενειακό σας περιβάλλον άτομα με υποκείμενα νοσήματα;
- Όχι
- Ναι

- **Θα λέγατε ότι η κατάσταση της υγείας σας είναι:**
- Πολύ κακή
- Κακή
- Μέτρια
- Καλή
- Πολύ καλή
  
- **Έχετε νοσήσει από Ηπατίτιδα Β;**
- Όχι
- Ναι
  
- **Έχετε εμβολιαστεί έναντι της Ηπατίτιδας Β;**
- Όχι
- Ναι
  
- **Έχετε νοσήσει από ιλαρά;**
- Όχι
- Ναι
  
- **Έχετε εμβολιαστεί έναντι ιλαράς;**
- Όχι
- Ναι
  
- **Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο την προηγούμενη χρονιά (2019-2020);**
- Όχι
- Ναι
  
- **Έχετε κάνει το αντιγριπικό εμβόλιο για την πανδημική γρίπη την περίοδο 2009-2010;**
- Όχι
- Ναι

### **Γ. Εκπαίδευση-εμπειρία για τον COVID-19.**

Σημειώστε τον βαθμό συμφωνίας σας από 1-5 (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα) σχετικά με την εκπαίδευση σας στην λοίμωξη για τον COVID-19.

| <b>Διαχείριση ασθενών</b>  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| • Έχω εκπαιδευτεί για τη διαχείριση/φροντίδα ασθενών με Covid-19 |          |          |          |          |          |
| • Έχω εμπλακεί στη διαχείριση/φροντίδα ασθενών με Covid-         |          |          |          |          |          |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| 19  |  |  |  |  |  |
| <b>Ενημέρωση για το εμβόλιο</b>   |  |  |  |  |  |
| • Είμαι ενημερωμένος για την αποτελεσματικότητα του εμβολίου για τον Covid-19 |  |  |  |  |  |
| • Είμαι ενημερωμένος για τον τρόπο χορήγησης του εμβολίου για τον Covid-19    |  |  |  |  |  |

#### Δ. Πρόθεση για εμβολιασμό

Σημειώστε τον βαθμό συμφωνίας σας από 1-5 (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα) σχετικά με την πρόθεση σας για το εμβόλιο για τον Covid-19.

| <b>Πρόταση</b>  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| • Πιστεύω ότι το εμβόλιο θα με προστατεύσει από τον Covid-19  |          |          |          |          |          |
| • Πιστεύω ότι το εμβόλιο θα είναι αποτελεσματικό απέναντι στον Covid-19                             |          |          |          |          |          |
| • Πιστεύω ότι το εμβόλιο θα έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία μου                                |          |          |          |          |          |
| • Πιστεύω ότι το εμβόλιο θα μου προκαλέσει ανεπιθύμητες ενέργειες                                   |          |          |          |          |          |
| • Πιστεύω ότι το εμβόλιο θα θέσει σε κίνδυνο την ζωή μου  |          |          |          |          |          |
| • Σε γενικές γραμμές θεωρώ ότι το εμβόλιο θα είναι ασφαλές  |          |          |          |          |          |
| • Πιστεύω ότι τα οφέλη του εμβολίου είναι περισσότερα από τους κινδύνους                            |          |          |          |          |          |
| • Θεωρώ ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν το εμβόλιο                                |          |          |          |          |          |
| • Δεν σκοπεύω να κάνω το εμβόλιο καθώς θεωρώ ότι δεν κινδυνεύω                                      |          |          |          |          |          |
| • Δεν θα κάνω το εμβόλιο καθώς θεωρώ η νόσος Covid-19 δεν είναι τόσο επικίνδυνη                     |          |          |          |          |          |
| • Δεν θα κάνω το εμβόλιο, αν δεν ενημερωθώ περισσότερο για αυτό                                     |          |          |          |          |          |
| • Θεωρώ ότι το εμβόλιο θα έχει αρνητικές επιπτώσεις σε άτομα αυξημένου κινδύνου                     |          |          |          |          |          |
| • Συστήνω τον εμβολιασμό σε άτομα αυξημένου κινδύνου  |          |          |          |          |          |
| • Θεωρώ ότι δεν έχουν γίνει επαρκείς δοκιμές για να χαρακτηριστεί το εμβόλιο ασφαλές.               |          |          |          |          |          |
| • Υπάρχουν διαφορετικές απόψεις και δεν είμαι σίγουρος για το τι πραγματικά συμβαίνει με το εμβόλιο |          |          |          |          |          |
| • Θεωρώ ότι τα ΜΜΕ έχουν ενημερώσει σωστά το κοινό για το εμβόλιο και τις θετικές του επιδράσεις    |          |          |          |          |          |
| • Θεωρώ ότι οι ενέργειες του κράτους με την παρότρυνση για εμβολιασμό είναι προς όφελος των πολιτών |          |          |          |          |          |
| • Θεωρώ ότι η ιατρική κοινότητα με την παρότρυνση για εμβολιασμό λειτουργεί προς όφελος των πολιτών |          |          |          |          |          |
| • Θεωρώ ότι η κατασκευή του εμβολίου έγινε για οικονομικά συμφέροντα                                |          |          |          |          |          |



|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| • Θεωρώ ότι πίσω από την κατασκευή του εμβολίου ισχύουν οι θεωρίες συνωμοσίας περί μείωση του πληθυσμού της γης |  |  |  |  |  |
| • Δεν θα κάνω το εμβόλιο λόγω πολιτικών πεποιθήσεων   |  |  |  |  |  |
| • Δεν θα κάνω το εμβόλιο λόγω θρησκευτικών πεποιθήσεων  |  |  |  |  |  |

## Ε. Ανθρώπινα Δικαιώματα

Σημειώστε τον βαθμό συμφωνίας σας από 1-5 (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα) σχετικά με τις παρακάτω προτάσεις για τα ανθρώπινα δικαιώματα

| <b>Περιορισμός ατομικών δικαιωμάτων</b>                                     | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| • Ελήφθησαν μέτρα κατά των ατομικών δικαιωμάτων στην περίοδο της πανδημίας  |          |          |          |          |          |
| • Κατά την καραντίνα υπήρξε περιορισμός των ατομικών μου δικαιωμάτων        |          |          |          |          |          |
| • Εξαιτίας της καραντίνας περιορίστηκε η προσωπική μου ελευθερία            |          |          |          |          |          |
| • Εξαιτίας της καραντίνας περιορίστηκε η οικονομική μου ευημερία            |          |          |          |          |          |
| • Εξαιτίας της καραντίνας περιορίστηκε η κοινωνική μου ζωή                  |          |          |          |          |          |
| • Εξαιτίας της καραντίνας περιορίστηκε η θρησκευτική μου ελευθερία          |          |          |          |          |          |
| • Εξαιτίας της καραντίνας περιορίστηκε η ελευθερία μετακίνησης              |          |          |          |          |          |
| • Εξαιτίας της καραντίνας μειώθηκε η ποιότητά των υγειονομικών υπηρεσιών    |          |          |          |          |          |
| • Εξαιτίας της καραντίνας διακόπηκαν οι ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες            |          |          |          |          |          |
| • Τα περιοριστικά μέτρα περιορίζουν την ατομική ελευθερία                   |          |          |          |          |          |
| • Πιστεύω ότι ο υποχρεωτικός εμβολιασμός περιορίζει τα ανθρώπινα δικαιώματα |          |          |          |          |          |

## ΣΤ. Αποτελεσματικότητα μέτρων

Σημειώστε από 1-5 (1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3=Μέτρια, 4=Πολύ, 5=Πάρα πολύ), τον βαθμό στον οποίο θεωρείτε ότι ισχύουν οι παρακάτω προτάσεις.

| <b>Αποτελεσματικότητα μέτρων</b>                                   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| • Τα μέτρα που ελήφθησαν έλεγξαν αποτελεσματικά την πανδημία       |          |          |          |          |          |
| • Ήταν απαραίτητη η λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση της πανδημίας |          |          |          |          |          |
| • Τα μέτρα είχαν σημαντικές αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις       |          |          |          |          |          |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| • Τα μέτρα είχαν σημαντικές αρνητικές οικονομικές επιπτώσεις |  |  |  |  |  |
| • Τα μέτρα είχαν σημαντικές αρνητικές κοινωνικές επιπτώσεις  |  |  |  |  |  |

## Z. Φόβος για τον COVID-19. Fear of COVID-19 Scale

Σημειώστε από 1-5, (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα) τον βαθμό στον οποίο συμφωνείτε στις παρακάτω προτάσεις.

| Πρόταση   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| • Είμαι πολύ φοβισμένος,-η για τον κορωνοϊό.  |   |   |   |   |   |
| • Όταν σκέφτομαι τον κορωνοϊό, νιώθω ανασφάλεια.  |   |   |   |   |   |
| • Φοβάμαι μήπως χάσω τη ζωή μου εξαιτίας του κορωνοϊού.   |   |   |   |   |   |
| • Όταν βλέπω ειδήσεις σχετικά με τον κορωνοϊό στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, με πιάνει νευρικότητα και άγχος. |   |   |   |   |   |
| • Δεν μπορώ να κοιμηθώ, επειδή ανησυχώ μήπως προσβληθώ από τον κορωνοϊό.                                      |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |