



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής**  
**Πολιτικής**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ**

**Ειδίκευση: ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΟΥ COVID-19»**

**ΜΗΤΡΟ ΣΤΕΛΛΑ**

**Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:**

**Επιβλέπων: ΣΠΥΡΙΔΑΚΗΣ Ε.**

**Μέλος: ΛΑΤΣΟΥ Δ.**

**Μέλος: ΤΟΣΚΑ Α.**

**Κόρινθος, 2023**

# Περιεχόμενα

Περίληψη .....	4
Abstract.....	5
Εισαγωγή .....	6
1. Πανδημία COVID-19 .....	8
1.1. Γενικά Χαρακτηριστικά.....	8
1.2. Η πανδημία στην Ελλάδα.....	10
2. Επιπτώσεις της πανδημίας .....	11
2.1. Κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις .....	11
2.2. Επιπτώσεις στα συστήματα υγείας.....	13
2.3. Πίεση στις υπηρεσίες και στους επαγγελματίες υγείας .....	17
2.4. Ψυχολογικές επιπτώσεις στους επαγγελματίες υγείας.....	20
2.5. Στίγμα για επαγγελματίες υγείας.....	22
2.6 Φόβοι επαγγελματιών υγείας .....	23
2.7. Ψυχική υγεία επαγγελματιών υγείας.....	26
3. Γνώσεις, στάσεις, αντιλήψεις και πρακτικές .....	29
3.1. Γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας.....	29
3.2. Εμβολιασμός .....	34
4. Μεθοδολογία.....	39
5. Αποτελέσματα.....	42
5.1. Δημογραφικά δεδομένα .....	42
5.2. Ποιότητα Ζωής.....	49
5.3. Κλίμακα Φόβου COVID-19.....	64
6. Συζήτηση.....	72
Συμπεράσματα .....	77

Βιβλιογραφία .....	79
Παράρτημα.....	99
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ .....	99
Έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης συμμετοχής σε μελέτη .....	104

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Οι επαγγελματίες υγείας βίωσαν υψηλού βαθμού ψυχολογική επιβάρυνση λόγω υπερκόπωσης, έλλειψης πόρων (ανθρώπινων και υλικών) και υπερκορεσμό υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, που επιδεινώνεται από το φόβο μόλυνσης από παθογόνους μικροοργανισμούς τόσο των ιδίων όσο και των μελών της οικογένειάς τους.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών από την αρχή της πανδημίας SARS-CoV-2 μέχρι σήμερα.

**Μεθοδολογία:** Η μελέτη είναι συγκριτική συγχρονική. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν νοσηλευτές που εργάζονται σε δημόσιο νοσοκομείο. Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής έγινε με το ερωτηματολόγιο *Επισκόπησης Υγείας Short Form 36* και η διερεύνηση του φόβου για το COVID-19 έγινε με την *κλίμακα φόβου για το COVID-19*.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 136 νοσηλευτές ηλικίας  $38,4 \pm 9,6$  έτη. Η βαθμολογία της κλίμακας φόβου COVID-19 πριν την έναρξη της πανδημίας ήταν  $18,9 \pm 8,1$  και μετά το τέλος της πανδημίας μειώθηκε σε  $12,1 \pm 5,6$ . Οι νοσηλευτές πριν την πανδημία σε σχέση με μετά την πανδημία είχαν σημαντικά μικρότερο δείκτη μάζας σώματος ( $34,1 \pm 10,3$  έναντι  $34,8 \pm 10,9$ ,  $p < 0,05$ ), σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στη σωματική λειτουργικότητα ( $77,6 \pm 21,6$  έναντι  $69,9 \pm 25,8$ ,  $p < 0,05$ ), στο σωματικό ρόλο ( $75,5 \pm 33,1$  έναντι  $66,7 \pm 39,4$ ,  $p < 0,05$ ), στο σωματικό πόνο ( $74,6 \pm 34,3$  έναντι  $62,4 \pm 38,8$ ,  $p < 0,05$ ), στη γενική υγεία ( $61,1 \pm 16,8$  έναντι  $53,3 \pm 20,6$ ,  $p < 0,05$ ), στη ζωτικότητα ( $64,4 \pm 16,9$  έναντι  $61,7 \pm 20,4$ ,  $p < 0,05$ ), στην κοινωνική λειτουργικότητα ( $65,7 \pm 21,5$  έναντι  $65,3 \pm 24,3$ ,  $p < 0,05$ ), στο συναισθηματικό ρόλο ( $76,2 \pm 23,6$  έναντι  $68,9 \pm 27,7$ ,  $p < 0,05$ ) και στην πνευματική-ψυχική υγεία ( $63,2 \pm 17,1$  έναντι  $61,3 \pm 18,9$ ,  $p < 0,05$ ).

**Συμπεράσματα:** Οι άνδρες, οι νοσηλευτές ανώτερου εκπαιδευτικού επιπέδου, οι έγγαμοι και οι προϊστάμενοι είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής. Είναι απαραίτητο να γίνουν άμεσες παρεμβάσεις για την ενίσχυση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας και την ενίσχυση της ικανότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης να ανταποκρίνεται στην έκτακτη ανάγκη της πανδημίας.

**Λέξεις κλειδιά:** νοσηλευτές, ποιότητα ζωής, COVID-19, πανδημία.

## **Abstract**

**Introduction:** Healthcare professionals experienced a high degree of psychological burden due to overwork, lack of resources (human and material) and oversaturation of health care services, exacerbated by the fear of contamination by pathogenic microorganisms both themselves and their family members.

**Purpose:** The purpose of this study was to investigate the level of quality of life of nurses from the beginning of the SARS-CoV-2 pandemic until today.

**Methodology:** The study is comparative cross-sectional. The study population consisted of nurses working in a public hospital. Quality of life was investigated with the Short Form 36 Health Survey questionnaire and fear of COVID-19 was investigated with the Fear of COVID-19 Scale.

**Results:** Total, 136 nurses aged  $38.4 \pm 9.6$  years were included in the study. The COVID-19 fear scale score before the start of the pandemic was  $18.9 \pm 8.1$  and after the end of the pandemic it decreased to  $12.1 \pm 5.6$ . Pre-pandemic compared to post-pandemic nurses had a significantly lower body mass index ( $34.1 \pm 10.3$  vs.  $34.8 \pm 10.9$ ,  $p < 0.05$ ), a significantly higher physical functioning score ( $77.6 \pm 21.6$  vs.  $69.9 \pm 25.8$ ,  $p < 0.05$ ), in the physical role ( $75.5 \pm 33.1$  vs.  $66.7 \pm 39.4$ ,  $p < 0.05$ ), in the physical pain ( $74.6 \pm 34.3$  vs.  $62.4 \pm 38.8$ ,  $p < 0.05$ ), in general health ( $61.1 \pm 16.8$  vs.  $53.3 \pm 20.6$ ,  $p < 0.05$ ), in vitality ( $64.4 \pm 16.9$  vs.  $61.7 \pm 20.4$ ,  $p < 0.05$ ), in social functioning ( $65.7 \pm 21.5$  vs.  $65.3 \pm 24.3$ ,  $p < 0.05$ ), in the emotional role ( $76.2 \pm 23.6$  vs.  $68.9 \pm 27.7$ ,  $p < 0.05$ ) and in spiritual-mental health ( $63.2 \pm 17.1$  vs.  $61.3 \pm 18.9$ ,  $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** Males, nurses with higher educational level, married and supervisors had better quality of life. Immediate interventions are needed to strengthen psychological resilience and enhance the capacity of the health care system to respond to the pandemic emergency.

**Key words:** nurses, quality of life, COVID-19, pandemic.

## Εισαγωγή

Οι κορονοϊοί είναι μια ευρεία οικογένεια μονόκλωνων ιών RNA που μπορούν να μολύνουν μια ποικιλία ζώων συμπεριλαμβανομένων των ανθρώπων, προσβάλλοντας κυρίως το αναπνευστικό σύστημα. Στον άνθρωπο προκαλούν κυρίως λοιμώξεις του αναπνευστικού. Οι ανθρώπινοι κορονοϊοί (HCoV) θεωρούνται ιστορικά σχετικά αβλαβή παθογόνα του αναπνευστικού. Ωστόσο, μετά από κρούσματα όπως το Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο (SARS) το 2003 και το Αναπνευστικό Σύνδρομο της Μέσης Ανατολής (MERS) το 2012, οι ανθρώπινοι κορονοϊοί έχουν λάβει ιδιαίτερη προσοχή και θεωρούνται σημαντικά παθογόνα. Αντίστοιχα, οι ιοί της γρίπης όπως ο ιός της γρίπης των πτηνών Α του 2005 (H5N1) και ο πανδημικός ιός γρίπης Α του 2009 (H1N1) έχουν προσελκύσει την παγκόσμια προσοχή. Οι αναδυόμενοι ιοί του αναπνευστικού συστήματος έχουν δυνατότητα πανδημίας, υψηλά ποσοστά θνησιμότητας και την ικανότητα να εξαπλώνονται γρήγορα παγκοσμίως (Yin & Wunderink, 2018).

Τον Δεκέμβριο του 2019, αναφέρθηκε το πρώτο κρούσμα ιογενούς πνευμονίας άγνωστης αιτίας στη Γουχάν της Κίνας. Αμέσως μετά, ανακαλύφθηκε ένας μέχρι στιγμής άγνωστος κορωνοϊός, που αρχικά ονομάστηκε 2019-nCoV, λίγο αφότου ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) τον ονόμασε Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο (SARS-CoV-2), εξ ου και το όνομα για την ασθένεια για τη νόσο του κορωνοϊού 2019 (COVID-19). Το αναδυόμενο παθογόνο εξαπλώθηκε ταχέως παγκοσμίως και για αυτό το λόγο ο ΠΟΥ ανακοίνωσε παγκόσμια πανδημία στις 11 Μαρτίου 2020. Είναι πλέον ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας παγκοσμίως, αναγκάζοντας χώρες και κυβερνήσεις να λάβουν ακραία μέτρα για να περιορίσουν την κυκλοφορία των πολιτών, με τεράστιες συνέπειες για τους πολίτες τόσο σε κοινωνικό όσο και σε οικονομικό επίπεδο (Abdel Wahed et al., 2020; Bonaccorsi et al., 2020).

Η αυξημένη ζήτηση για νοσηλεία ασθενών με COVID-19 και γενικότερα διαχείρισης της νόσου είχε ως συνέπεια την επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας τόσο εκείνων που εργάζονταν σε μονάδες (κλινικές ή ΜΕΘ) που θέρπευαν ασθενείς με SARS-CoV-2, είτε σε τμήματα και μονάδες που δεν νοσήλευαν ασθενείς με SARS-CoV-2. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας είχαν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης λόγω της συχνής επαφής τους με τους ασθενείς. Ο κίνδυνος αυξήθηκε ακόμη περισσότερο λόγω έλλειψης γνώσης και ευαισθητοποίησης σχετικά με τα τεκμηριωμένα μέτρα ελέγχου και πρόληψης της λοίμωξης. Ταυτόχρονα, οι επαγγελματίες υγείας βίωσαν υψηλού βαθμού ψυχολογική επιβάρυνση λόγω υπερκόπωσης, έλλειψης πόρων

(ανθρώπων και υλικών) και υπερκορεσμό υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, που επιδεινώνεται από το φόβο μόλυνσης από παθογόνους μικροοργανισμούς τόσο των ιδίων όσο και των μελών της οικογένειάς τους. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της πανδημίας στους επαγγελματίες υγείας περιλαμβάνουν επαγγελματική εξουθένωση, αυξημένο στρες, διαταραχές της διάθεσης και, σε ορισμένες περιπτώσεις, κατάθλιψη, διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) και διαταραχές ύπνου. Οι συνέπειες της ψυχολογικής επιβάρυνσης στους επαγγελματίες υγείας είναι η μειωμένη απόδοση, η απροθυμία ή ακόμη και η άρνηση των επαγγελματιών υγείας να εργαστούν με αποτέλεσμα την περαιτέρω επιβάρυνση του συστήματος υγείας (Abdel Wahed et al., 2020; Labrague & de los Santos, 2021; M. H. Temsah et al., 2020).

Οι επαγγελματίες υγείας που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή αντιμετώπισης της πανδημίας, δεν αντιμετωπίζουν μόνο τον κίνδυνο μόλυνσης λόγω συχνής επαφής με δυνητικά μολυσμένα άτομα, αλλά φέρουν και ψυχολογική επιβάρυνση λόγω υπερκόπωσης, επαγγελματικής εξουθένωσης και επαγγελματικού στιγματισμού. Ο κίνδυνος μετάδοσης παθογόνων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αυξάνεται σημαντικά από τον υπερπληθυσμό στις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, την έλλειψη υποδομής απομόνωσης, το υποκείμενο περιβάλλον και πιθανώς επιδεινώνεται από την ανεπαρκή γνώση και ευαισθητοποίηση σχετικά με τα μέτρα ελέγχου και πρόληψης των λοιμώξεων. Οι ανεπαρκείς γνώσεις των επαγγελματιών υγείας επηρεάζουν άμεσα την κλινική πρακτική και μπορεί να οδηγήσουν σε καθυστερημένη διάγνωση, ανεπαρκείς τεχνικές πρόληψης και ελέγχου των λοιμώξεων και εξάπλωση της νόσου (Abdel Wahed et al., 2020).

# 1. Πανδημία COVID-19

## 1.1. Γενικά Χαρακτηριστικά

Μέχρι σήμερα οι κορονοιοί είναι το υπεύθυνο παθογόνο για τρεις επικίνδυνες πανδημίες. Η πρώτη πανδημία αφορούσε το SARS (Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο) και τέθηκε υπό έλεγχο σχετικά γρήγορα πριν εξαφανιστεί το παθογόνο. Η δεύτερη πανδημία αφορούσε τη νόσο MERS (Αναπνευστική νόσος Μέσης Ανατολής) όπου περιστατικά υπάρχουν μέχρι σήμερα, σε χώρες κυρίως της Μέσης Ανατολής. Η τρίτη πανδημία είναι η COVID-19, η οποία ανιχνεύθηκε για πρώτη φορά στην Κίνα στα τέλη του 2019. Οφείλεται σε ένα νέο παθογόνο, το οποίο είναι εξαιρετικά μεταδοτικό. Οι τρεις αυτές πανδημίες έχουν κοινά χαρακτηριστικά. Προκαλούν οξείες αναπνευστικές λοιμώξεις, είναι εξαιρετικά μεταδοτικές και έχουν υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Πιθανότατα προήλθαν από νυχτερίδες, οι οποίες είναι γνωστοί ξενιστές διαφόρων παθογόνων κορονοϊών, αλλά η μετάβαση από τις νυχτερίδες στον άνθρωπο δεν είναι πλήρως κατανοητή. Αυτό που έχει τεκμηριωθεί ευρέως είναι η μεταδοτικότητα των παθογόνων από άνθρωπο σε άνθρωπο (Khan et al., 2020).

Το γένος «Coronavirus» (CoV) ανήκει στην οικογένεια «Coronaviridae». Πήραν το όνομά τους επειδή οι πρωτεΐνες στην επιφάνεια του ιού δίνουν χαρακτηριστικές εικόνες σε ηλεκτρονικό μικροσκόπιο. Μεταδίδονται ευρέως σε ανθρώπους, πτηνά και άλλα θηλαστικά, προκαλώντας αναπνευστικές, νευρικές, γαστρεντερικές και ηπατικές ασθένειες. Μέχρι σήμερα, έχουν εντοπιστεί επτά κορονοιοί οι οποίοι μολύνουν τον άνθρωπο. Η σοβαρότητα της λοίμωξης ποικίλλει και μπορεί να είναι από ένα απλό κρυολόγημα μέχρι και σοβαρή θανατηφόρα λοίμωξη, συμπεριλαμβανομένου του SARS-CoV-2 που ανακαλύφθηκε πρόσφατα (Ganesh et al., 2021; Prompetchara et al., 2020).

Εκτός από την επιβάρυνση των συστημάτων υγείας, οι πανδημίες μπορούν να προκαλέσουν σημαντικές οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές διαταραχές (Grubaugh et al., 2018). Τον Δεκέμβριο του 2019, η Γουχάν της Κίνας ανέφερε έναν νέο τύπο πνευμονίας εξαιρετικά μεταδοτικό μεταξύ των ανθρώπων. Αρχικά συνδέθηκε με τις υπαίθριες αγορές της πόλης. Οι αρχές δημόσιας υγείας αναγνώρισαν γρήγορα το παθογόνο ως νέο κορονοϊό και κυκλοφόρησαν τη γενετική αλληλουχία του κώδικα. Ο ΠΟΥ έκανε την πρώτη ανακοίνωση στις 30 Δεκεμβρίου 2019 και κήρυξε τη λοίμωξη ως Έκτακτη Ανάγκη για τη Δημόσια Υγεία διεθνώς στις 30 Ιανουαρίου



2020. Στις 11 Φεβρουαρίου 2020, η Διεθνής Επιτροπή για την Ταξινόμηση των Ιών το ονόμασε SARS-CoV-2 με βάση τη φυλογενετική του σχέση με τον κορονοϊό που προκάλεσε την πανδημία SARS το 2003. Την ίδια μέρα, ο ΠΟΥ ονόμασε την λοίμωξη «COVID-19». Στις 11 Μαρτίου 2020, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κήρυξε την ασθένεια πανδημία. Περίπου 1,5 χρόνο μετά την πρώτη περιγραφή του παθογόνου, υπήρξαν περισσότερα από 100 εκατομμύρια επιβεβαιωμένα κρούσματα παγκοσμίως σε περισσότερες από 200 χώρες και περισσότεροι από 3 εκατομμύρια θάνατοι από ασθένειες που σχετίζονται με το COVID-19. Η πανδημία COVID-19 δεν απειλεί μόνο τη σωματική και ψυχική υγεία των ανθρώπων, αλλά επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την καθημερινότητά τους και έχει ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις παγκοσμίως (C. Wang et al., 2021).

Στις πρώτες μέρες της πανδημίας στην Κίνα, η συσχέτιση μεταξύ νέων κρουσμάτων και μιας αγοράς τροφίμων στη Γουχάν δημιούργησαν την υπόθεση ότι ο ιός είναι ζωνοσός, δηλαδή προέρχεται από ζώα. Αν και δεν έχει καθοριστεί επακριβώς ο ξενιστής, η φυλογενετική συγγένεια του SARS-CoV-2 με τους κορονοϊούς των νυχτερίδων αυξάνει την πιθανότητα το νέο παθογόνο να προέρχεται από νυχτερίδες. Τα πρώτα κλινικά δεδομένα που επιβεβαιώνουν τη μετάδοση του κορονοϊού από άνθρωπο σε άνθρωπο δημοσιεύθηκαν τον Ιανουάριο του 2020. Η υψηλή μεταδοτικότητα, η μετάδοση σταγονιδίων (άνω αναπνευστική οδός) και η παρατεταμένη απέκκριση του ιού, καθώς και η υπάρχουσα δυνατότητα παγκόσμιας μετάδοσης είναι οι κύριοι παράγοντες στην ταχεία εξέλιξη του παθογόνου σε πανδημία (Q. Li et al., 2020).

Επειδή ο ιός προσκολλάται στον υποδοχέα ACE2 στα ανθρώπινα κύτταρα, σχεδόν ολόκληρος ο ανθρώπινος πληθυσμός είναι ένας άρρωστος ξενιστής. Δεν υπάρχουν δεδομένα που να υποδηλώνουν ότι οποιοσδήποτε γενετικός πολυμορφισμός στον υποδοχέα σχετίζεται με ιική αντίσταση. Υψηλό κίνδυνο μόλυνσης είχαν το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών και οι επαγγελματίες υγείας που έρχονταν σε συχνή επαφή μαζί τους (R. Huang et al., 2020; C. Wang et al., 2021).

Η πανδημία COVID-19 έχει επηρεάσει ολόκληρο τον πλανήτη, με πολλές χώρες να συνεχίζουν να εφαρμόζουν μέτρα ελέγχου των λοιμώξεων, όπως απαγόρευση κυκλοφορίας, καραντίνα ασθενών, χρήση αναπνευστικών συσκευών και κοινωνική απόσταση. Αν και κάθε μέρα ανακοινώνονται χιλιάδες κρούσματα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο πραγματικός αριθμός είναι πολύ μεγαλύτερος επειδή πολλά κρούσματα ήπιας ή ασυμπτωματικής νόσου δεν ελέγχονται, οπότε δεν επιβεβαιώνονται εργαστηριακά και τελικά δεν δηλώνονται.

## 1.2. Η πανδημία στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, το πρώτο κρούσμα καταγράφηκε στις 26 Φεβρουαρίου 2020 και στις 12 Μαρτίου καταγράφηκε ο πρώτος θάνατος ασθενή. Στα πλαίσια περιορισμού της εξάπλωσης της πανδημίας, η Ελληνική κυβέρνηση έλαβε πρώιμα μέτρα. Έτσι, στις 22 Μαρτίου η Ελληνική κυβέρνηση επέβαλλε πανελλαδικό περιορισμό 42 ημερών στην κυκλοφορία των ανθρώπων. Ο Ελληνικός λαός ανταποκρίθηκε θετικά στον περιορισμό (lockdown) και η καμπύλη πανδημίας που προέκυψε παρέμενε διαχειρίσιμη. Το Εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδας είχε πολλές παθολογένειες, διότι η Ελλάδα ήταν επί δέκα συνεχή έτη σε οικονομική κρίση με αποτέλεσμα την υποχρηματοδότηση και υποστελέχωση των μονάδων υγείας. Η πανδημία απείλησε το Εθνικό σύστημα υγείας με ολική κατάρρευση. Παρόλα αυτά, η Ελλάδα κερδίζει διεθνή έπαινο για την έγκαιρη ανταπόκρισή της και την επιτυχημένη διαχείριση της πρώτης φάσης. Η πετυχημένη διαχείριση του πρώτου κύματος της πανδημίας στην Ελλάδα είχε ως αποτέλεσμα να αποτραπεί η κατάρρευση του Εθνικού συστήματος υγείας και να αποτραπούν 4.360 θάνατοι (Gountas et al., 2020).

Περίπου 1,5 μήνα η Ελληνική κυβέρνηση κήρυξε τη λήξη της καραντίνας. Ο γενικός πληθυσμός χαλάρωσε και παράλληλα ενεργοποιήθηκε ο τουρισμός στη χώρα υπό συγκεκριμένα μέτρα ελέγχου. Ταυτόχρονα, τα κρούσματα διασκορπίστηκαν περαιτέρω λόγω ανταλλαγών και εισροών από γειτονικές βαλκανικές χώρες με ανεπαρκή πανδημιολογικά δεδομένα και σχετικά ανεπαρκείς εργαστηριακούς ελέγχους. Η κατάσταση ήταν σε μεγάλο βαθμό υπό έλεγχο μέχρι το φθινόπωρο, όπου τα κρούσματα αυξήθηκαν σημαντικά περισσότερο σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρώπης και η χώρα εισήλθε σε μια φάση μέτρων περιορισμού που ξεκίνησε στις 7 Νοεμβρίου 2020, η οποία διήρκεσε έως το τέλος του έτους σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η Βόρεια Ελλάδα έχει πληγεί σκληρά κατά το δεύτερο κύμα της πανδημίας. Το τρίτο κύμα της πανδημίας ξεκίνησε ουσιαστικά τον Μάρτιο του 2021, επηρεάζοντας κυρίως την Αθήνα και τον Απρίλιο του 2021 ξεκίνησε σταδιακά να επιβάλλονται στον Ελληνικό λαό νέα μέτρα για τον έλεγχο της πανδημίας ξεκινώντας με κυκλοφοριακούς περιορισμούς (Siettos et al., 2021).

Η Ελλάδα, σύμφωνα με πανδημιολογικά δεδομένα, είναι από τις χώρες που έλεγξαν την καμπύλη της πανδημίας και η κατάσταση είναι σημαντικά καλύτερη σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Τα έγκαιρα μέτρα, η αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας, η ανάπτυξη

συνολικής εργαστηριακής ικανότητας δοκιμών και η συμμόρφωση του πληθυσμού με περιορισμούς μετακίνησης έχουν ανακόψει επιτυχώς το κύμα πανδημίας, προστατεύοντας σε σημαντικό βαθμό τόσο την κοινωνική συνοχή όσο και το σύστημα υγείας (Fouda et al., 2020).

## **2. Επιπτώσεις της πανδημίας**

### **2.1. Κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις**

Οι κοινωνικοοικονομικές συνέπειες των πανδημιών είναι παρόμοιες με εκείνες που συμβαίνουν όταν μία χώρα είναι σε καθεστώς πολέμου. Το 2003 η εμπειρία 8.000 περιπτώσεων SARS-CoV σε ασιατικές χώρες είχε βραχυπρόθεσμες οικονομικές επιπτώσεις, αλλά οι οικονομίες ανέκαμψαν γρήγορα καθώς η νόσος περιορίστηκε. Η τρέχουσα πανδημία είχε σημαντικές συνέπειες και οδήγησε σε οικονομικές μεταρρυθμίσεις σε όλο τον κόσμο (π.χ. η ανάπτυξη του διαδικτυακού εμπορίου θα μπορούσε να σημαίνει απώλεια θέσεων εργασίας). Η πανδημία άλλαξε την οικονομική και κοινωνική δυναμική και απαίτησε ευρεία κυβερνητική δράση για την αντιμετώπιση των αρνητικών επιπτώσεων, προκειμένου να επιτευχθεί κοινωνική και οικονομική σταθερότητα. Τεκμηριώθηκαν σοβαρές οικονομικές διαταραχές λόγω διαταραχών στις παγκόσμιες αλυσίδες εφοδιασμού (Ceylan et al., 2020; Siu & Wong, 2004).

Η πανδημία χαρακτηρίστηκε ως «μαύρος κύκνος», γιατί είναι ένα απρόβλεπτο γεγονός που επηρέασε και συνεχίζει να επηρεάζει κάθε διάσταση της ανθρώπινης ζωής. Η πανδημία έχει αντίκτυπο τόσο στα συστήματα υγείας των χωρών όσο και στις κοινωνίες γενικότερα σε παγκόσμιο επίπεδο. Για να ισοπεδώσουν την καμπύλη της πανδημίας, οι κυβερνήσεις επέβαλλαν πρωτοφανείς ταξιδιωτικούς περιορισμούς (καραντίνες), έκλεισαν τα σύνορα και εισήγαγαν ένα ευρύ φάσμα ταξιδιωτικών προορισμών. Το «πάγωμα» του εμπορίου και ο περιορισμός των μετακινήσεων μεταξύ των χωρών πυροδότησε φόβους για μια νέα παγκόσμια οικονομική κρίση και ύφεση. Η πανδημία είχε ιδιαίτερες συνέπειες στις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (π.χ. άτομα τρίτης ηλικίας, άτομα με αναπηρία και ομάδες χαμηλού εισοδήματος), που φέρουν δυσανάλογη επιβάρυνση από την παύση της οικονομικής δραστηριότητας. Έτσι, η κρίση δεν είχε αντίκτυπο μόνο στην υγεία των πολιτών. Δημιουργήθηκε μία κοινωνική κρίση, επιδεινώνοντας την ανισότητα, τον αποκλεισμό και την ανεργία (Deloitte, 2020).

Στο πρώτο κύμα αναστάλθηκε η λειτουργία της βιομηχανίας, των καταστημάτων εστίασης και ο τουρισμός, με αποτέλεσμα να μειωθεί δραματικά η ζήτηση για γεωργικά και κτηνοτροφικά προϊόντα. Η πανδημία έχει αντίστοιχες αρνητικές συνέπειες στον τριτογενή τομέα, επηρεάζοντας όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης, κλείνοντας όλες τις δομές μάθησης, ενώ οι μαθητές έκαναν διαδικτυακή και όχι διά ζώσης εκπαίδευση. Αυτό απαιτούσε να έχουν τα νοικοκυριά εξοπλισμό και πρόσβαση στο Διαδίκτυο, το οποίο δεν ήταν οικονομικά ανεκτό και εφικτό από όλες τις κοινωνικές ομάδες. Ταυτόχρονα, η εξ'αποστάσεως εκπαίδευση ανάγκασε πολλούς γονείς να παραιτηθούν από την εργασία τους για να μείνουν στο σπίτι και να προσέχουν τα παιδιά τους. Βιομηχανίες όπως ο αθλητισμός, ο τουρισμός, η φιλοξενία, το εμπόριο ακινήτων και προϊόντων έχουν επηρεαστεί αναλόγως. Γενικά, η απαγόρευση κυκλοφορίας και το προσωρινό κλείσιμο σημαίνουν ότι η κυβέρνηση πρέπει να υποστεί τεράστιες οικονομικές απώλειες. Η Ευρωπαϊκή Ένωση σχεδιάζει ήδη ένα σχέδιο οικονομικής υποστήριξης, διάσωσης και ανάκαμψης πολλών τρισεκατομμυρίων δολαρίων για τα κράτη μέλη (Nicola et al., 2020).

Στην οικονομία των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, η πανδημία δημιούργησε έλλειμμα στην οικονομία περίπου 3,3 τρισεκατομμυρίων δολαρίων, που ισοδυναμεί με το 15 τοις εκατό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος. Στην αρχή της πανδημίας, το ποσοστό ανεργίας στις ΗΠΑ εκτινάχθηκε στο 14,7%. Οι ομάδες χαμηλού εισοδήματος, οι μειονότητες και οι γυναίκες πλήττονται δυσανάλογα. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της πανδημίας είναι εξίσου σοβαρές στο ευρύ κοινό και στους επαγγελματίες υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας και το λοιπό προσωπικό που εργάζεται σε μονάδες παροχής υγειονομικής περίθαλψης έχουν πολύ υψηλό κίνδυνο μόλυνσης και επακολούθως μετάδοσης της νόσου λόγω της συχνής και παρατεταμένης επαφής τους με τους ασθενείς. Οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται κάτω από ιδιαίτερα δύσκολες συνθήκες. Στην αρχή της πανδημίας υπήρχε σοβαρή έλλειψη στα μέσα ατομικής προστασίας λόγω των διαταραχών στο παγκόσμιο εμπόριο, σε συνδυασμό με αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις, υπερκόπωση και ψυχολογικό στρες για τη λήψη αποφάσεων για τους ασθενείς. Όλα αυτά δημιούργησαν μια αδικαιολόγητη ψυχική επιβάρυνση λόγω φόβου μόλυνσης για τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας και την οικογένειά τους (Kaye et al., 2021).

Παρά τις προειδοποιήσεις δεκαετιών για μια παγκόσμια πανδημία, τα κράτη και τα συστήματα υγείας δεν ήταν έτοιμα να αντιμετωπίσουν την ταχεία εξάπλωση του παθογόνου που συνέβη σε παγκόσμιο επίπεδο, την αδικαιολόγητη πίεση που ασκούσε στα συστήματα υγείας σε

χώρες από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής έως τις ευρωπαϊκές χώρες και τις ευρύτερες κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες που έχουν χαρακτηριστεί ότι είναι παρόμοιες με εκείνες που συνέβησαν στο Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Η πανδημία αποτελεί το έναυσμα για την ανάπτυξη νέων πολιτικών και στρατηγικών σε πολλαπλά επίπεδα, όχι μόνο στον τομέα της υγείας, αλλά και στην οικονομία, στην εργασία, την κοινωνική ζωή (π.χ. περιορισμοί στην προσωπική ελευθερία μέσω περιορισμών στις μεταφορές) και το περιβάλλον (Levin et al., 2007; van Barneveld et al., 2020).

## **2.2. Επιπτώσεις στα συστήματα υγείας**

Οι συνέπειες των παγκόσμιων πανδημιών ήταν εντυπωσιακές καθώς είχαν σημαντικές κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις σε πολλές χώρες. Η πανδημία COVID-19 έχει ποσοτικοποιηθεί σε απώλειες ανθρώπινων ζωών, αυξημένη νοσηρότητα, ψυχική επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας και των πολιτών και οικονομική ύφεση των χωρών. Αυτοί είναι σημαντικοί λόγοι για να μετατραπεί η εμπειρία που αποκτήθηκε σε ορθές ενέργειες που όχι μόνο αποτρέπουν παρόμοιες μελλοντικές καταστάσεις, αλλά γενικά βελτιώνουν τα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Κοιτάζοντας πίσω τις τελευταίες δύο δεκαετίες, οι κύριες απειλές για την ανθρωπότητα περιλαμβάνουν μολυσματικά παθογόνα όπως ο SARS, ο MERS-CoV, η πανδημία του ιού Έμπολα και ο ιός Ζίκα. Αυτό σημαίνει ότι οι μολυσματικές ασθένειες είναι μια από τις πιο σημαντικές πρόσφατες απειλές για την υγεία. Έτσι, οι μετασχηματισμοί σε όλες τις πτυχές σε ατομικό, κοινωνικό και πολιτικό κυβερνητικό επίπεδο είναι αναπόφευκτοι (Mattiuzzi & Lippi, 2020; OECD, 2020).

Η πανδημία δοκίμασε σε μεγάλο βαθμό τα συστήματα υγείας των χωρών. Στις περισσότερες χώρες, τα συστήματα υγείας φάνηκαν να είναι ανεπαρκή για την αντιμετώπιση της πανδημίας κυρίως όσον αφορά τις υποδομές. Επιπλέον, τα συστήματα υγείας δεν φαίνεται να είναι προετοιμασμένα να διαχειριστούν το αιφνίδιο και παρατεταμένο στρες. Αν και υπάρχουν σχέδια έκτακτης ανάγκης και για τις ανάγκες της πανδημίας καταρτίστηκαν νέα. οι εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης δεν μπόρεσαν να αντιμετωπίσουν τις ξαφνικές και δραματικές αυξημένες απαιτήσεις των πολιτών για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι πιθανές καθυστερήσεις σε πολιτικές αποφάσεις, όπως για παράδειγμα ο περιορισμός της κυκλοφορίας,

μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τη ζήτηση και τα αποτελέσματα των υπηρεσιών υγείας. Τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα σημαντικά γιατί οι προκλήσεις για την υγεία μιας χώρας πρέπει να θεωρούνται τόσο εσωτερικές όσο και παγκόσμιες, ειδικά όσον αφορά τις μολυσματικές ασθένειες. Στην τρέχουσα πανδημία, υπήρξε υποτίμηση της οικονομικής ύφεσης που προκλήθηκε από τα ευρεία προβλήματα υγείας που απέκτησαν οι πληθυσμοί των χωρών (Ayittey et al., 2020; Jazieh & Kozlakidis, 2020; Kolie et al., 2019).

Ένα πλεονέκτημα της πανδημίας COVID-19 είναι ότι επιτάχυνε τις μεταρρυθμίσεις στη δημόσια υγεία, μειώνοντας σε σημαντικό βαθμό (σχεδόν εξαφανίζοντας) τις αντιδράσεις τόσο σε κοινωνικό όσο σε επαγγελματικό και πολιτικό επίπεδο. Μέσα από την εμπειρία της πανδημίας προέκυψε ένα νέο μοντέλο παροχής υγειονομικής περίθαλψης εστιασμένο στην πρόληψη, την εξ αποστάσεως παροχή υγειονομικής περίθαλψης (τηλεϊατρική) και την αυξανόμενη διαθεσιμότητα των νέων τεχνολογιών. Ωστόσο, αυτά έρχονται σε πλήρη αντίθεση με τις συνεχείς τεχνολογικές προκλήσεις για την κάλυψη της αυξημένης ζήτησης για εργαστηριακές εξετάσεις, την ταχεία εφαρμογή νέων τεχνολογιών, τις αναδυόμενες ανησυχίες για την ψυχική υγεία, τα βιοηθικά προβλήματα που εγείρονται, ιδίως την ανεπαρκή κατανομή πόρων και τις ανησυχίες για την προστασία της ιδιωτικής και προσωπικής ζωής. Οι προαναφερθέντες παράγοντες επηρεάζονται ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια πανδημιών και αποτελούν σημείο καμπής στη μεταπανδημική εποχή (Jazieh & Kozlakidis, 2020).

Η τηλεϊατρική και η παροχή εξ' αποστάσεως φροντίδα υπήρχαν πριν από την πανδημία και η χρήση τους έχει επεκταθεί, ειδικά λόγω του COVID-19. Η υιοθέτησή τους φαίνεται ότι θα συνεχιστεί καθώς ενσωματώνονται νέες τεχνολογίες, ακυρώνοντας πολλές πρακτικές που θεωρούνταν αμετάβλητες, όπως η διά ζώσης επικοινωνία μεταξύ ασθενών και ιατρών (Wind et al., 2020).

Η μεγάλη ταχύτητα με την οποία εξαπλώνεται παγκοσμίως ο κορονοϊός που προκάλεσε την πανδημία COVID-19 τονίζει την ανάγκη για ένα αξιόπιστο σύστημα πανδημιολογικής επιτήρησης ενισχύοντας ή ακόμα και τροποποιώντας τα υπάρχοντα συστήματα. Η χρήση μεγάλων δεδομένων (Big Data) και τεχνητής νοημοσύνης (AI) είναι ένας νέος τρόπος μοντελοποίησης κρίσεων και εντοπισμού αδυναμιών στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, σχεδόν σε πραγματικό χρόνο. Αυτά θα χρησιμεύσουν ως βελτιώσεις στην υπάρχουσα υποδομή. Τα παραδείγματα της Νότιας Κορέας και της Ταϊβάν δείχνουν ότι η τεχνολογία των κινητών

τηλεφώνων (m-health) χρησιμεύει σε μεγάλο βαθμό για την παρακολούθηση των ασθενών που βρίσκονται σε καραντίνα καθώς και των ανθρώπων που θεωρούνται ύποπτοι λόγω επαφής τους με ασθενείς. Ένα σύστημα πανδημιολογικής επιτήρησης μεγάλης κλίμακας θα ενισχύσει τη συνεργασία μεταξύ των χωρών σε διεθνές επίπεδο και θα αυξήσει την ταχύτητα ανταπόκρισης των διεθνών οργανισμών σε περιοχές που αποτελούν εστία της πανδημίας. Για να πετύχουν αυτές οι αλλαγές θα πρέπει να γίνουν παρεμβάσεις στους πολίτες των κρατών, ώστε να αυξηθεί η ευαισθητοποίησή τους για τις αλλαγές που έγιναν στο σύστημα υγείας και τα νέα εργαλεία που χρησιμοποιούνται πλέον για τη διαχείριση της πανδημίας. Σημαντικό ρόλο σε αυτό παίζει η επικοινωνία χρησιμοποιώντας τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, ώστε να υπάρξει μαζική ενημέρωση, επικοινωνία, εκπαίδευση και προαγωγή της υγείας. Η πανδημία επισήμανε το γεγονός ότι η έλλειψη γνώσης των ανθρώπων είναι ένα πρόβλημα που υποτιμάται παγκοσμίως. Η αυξημένη γνώση είναι ένας απαραίτητος παράγοντας, καθώς θα βοηθήσει το κοινό να κατανοήσει τους λόγους για τις διάφορες συστάσεις και μέτρα που επιβάλλονται ή απαιτούνται και, κατ' επέκταση, θα προσπαθήσει ενεργά να τα εφαρμόσει σωστά, ειδικά σε περιβάλλοντα με περιορισμένους πόρους (Lunn et al., 2020; Ogden et al., 2019; Paakkari & Okan, 2020; C. J. Wang et al., 2020).

Μία σημαντική πρόκληση της πανδημίας COVID για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης είναι η νομική διάσταση που έχει λάβει η προστασία των προσωπικών δεδομένων. Ως επί το πλείστο, καταργείται η ανώνυμη ιδιότητα. Όταν πρόκειται για τη δημόσια υγεία, η βιοηθική διαφέρει από την εφαρμοσμένη ιατρική δεοντολογία και δεοντολογία στο πλαίσιο της κλινικής πρακτικής, επειδή δίνει προτεραιότητα στο δημόσιο καλό έναντι της προστασίας της ατομικής αυτονομίας, ειδικά στο πλαίσιο των ταχέως εξαπλούμενων λοιμώξεων. Αυτό το ηθικό παράδοξο ενισχύεται περαιτέρω στο πλαίσιο μιας κρίσης δημόσιας υγείας και περιορισμένων πόρων, όπου οι διοικήσεις των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης προβαίνουν σε αναγκαστική ανακατανομή ανθρωπίνων και υλικών πόρων και όταν καλούνται να λάβουν δύσκολες αποφάσεις όπως είναι η επιλογή ασθενών για εισαγωγή σε μονάδες εντατικής θεραπείας (Chia & Oyeyiran, 2020).

Ένα χαρακτηριστικό αυτής της πανδημίας που δεν αναγνωρίστηκε στις προηγούμενες πανδημίες ήταν η έντονη παραπληροφόρηση, οι διάδοση θεωριών συνωμοσίας και φημών από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και ενημέρωσης, τα οποία προκάλεσαν πολλές δυσχέρειες στη

διαχείριση της πανδημίας κυρίως όσον αφορά τις στάσεις των πολιτών και την αποδοχή των πολιτικών διαχείρισης και κυρίως της πρόληψης. Ίσως είναι σημάδι της εποχής των social media. Το φαινόμενο της «infodemic» οδήγησε τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και άλλους να απαντήσουν διορθώνοντας την παραπληροφόρηση και ελέγχοντας όσα αναφέρονται στο Διαδίκτυο. Σε αυτό το πλαίσιο, οι πλατφόρμες κοινωνικής δικτύωσης αφαιρούν δημοσιεύσεις ψευδών και αναληθών γεγονότων και πληροφοριών ή εκδίδουν προειδοποιήσεις. Παρόλα αυτά, η εξάπλωση της παραπληροφόρησης είναι τόσο γρήγορη που οι διαχειριστές των μέσων κοινωνικής δικτύωσης δεν προλαβαίνουν να αντιμετωπίσουν. Αυτό είναι ένα σημείο που πρέπει να γνωρίζουν οι φορείς χάραξης πολιτικής στο μέλλον όσον αφορά τα μηνύματα συνοχής της δημόσιας υγείας. Η ιεράρχηση του κοινού καλού θα μπορούσε να σημαίνει πολιτικές, νομικές και ρυθμιστικές αλλαγές στα ατομικά δικαιώματα κατά την εφαρμογή μέτρων προστασίας της δημόσιας υγείας, όπως οι καραντίνες. Λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως ο κίνδυνος μετάδοσης μολυσματικών παραγόντων, οι οδοί μετάδοσης, οι επιπτώσεις, οι διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές και η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων στη δημόσια υγεία, δικαιολογείται σε μεγάλο βαθμό η επιβολή ενισχυμένων μέτρων στο πλαίσιο κοινών νομικών και ηθικών προτύπων. Ακόμη και στη μεταπανδημική εποχή, ορισμένα μέτρα μπορεί να παραμείνουν αποτελεσματικά όταν συνδυάζονται με επιστημονικά δεδομένα για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς τους και της αναλογικότητάς τους με τον κίνδυνο (Brennen et al., 2020; Gostin & Hodge, 2020; Smith et al., 2020).

Καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση της πανδημίας έπαιξε η εργαστηριακή διάγνωση της νόσου και η νοσηλεία των ασθενών. Αυτό, όμως, είχε ως αποτέλεσμα, άλλες οξείες και χρόνιες ασθένειες, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα και η ογκολογία να υποκαλύπτονται λόγω ανακατανομής υπηρεσιών και προσωπικού (Tartari et al., 2020).

Η πανδημία COVID-19 τονίζει την ανάγκη επιθετικού σχεδιασμού διαχείρισης καταστάσεων έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία, ώστε να μπορούν να γίνουν παρεμβάσεις για την προστασία της. Η περιορισμένη ικανότητα των υφιστάμενων συστημάτων υγείας να ανταποκρίνονται σε πανδημικά ξεσπάσματα μολυσματικών ασθενειών θα πρέπει να χρησιμεύσει ως μάθημα για τον μελλοντικό μετασχηματισμό των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, αναγνωρίζεται ότι οι νέες τεχνολογίες μπορούν να χρησιμεύσουν ως σημεία αναφοράς για την ευρύτερη ενσωμάτωσή τους στο πλαίσιο του μελλοντικού σχεδιασμού υπηρεσιών υγείας. Η εμπειρία που



αποκτήθηκε από την πανδημία θα αποτελέσει τη βάση για μεταπανδημικές αλλαγές στα συστήματα υγείας, ώστε να είναι καλύτερα προετοιμασμένα για την επόμενη παγκόσμια απειλή (Jazieh & Kozlakidis, 2020).

### **2.3. Πίεση στις υπηρεσίες και στους επαγγελματίες υγείας**

Η πανδημία είχε σημαντικό αντίκτυπο στο σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης, ειδικά στα νοσοκομεία. Η σημαντική μείωση των εισαγωγών στα νοσοκομεία οφειλόταν κυρίως στην αναβολή προγραμματισμένων χειρουργικών επεμβάσεων και άλλων μη επείγουσών παρεμβάσεων (διάγνωση ή θεραπεία). Αυτό συνεπάγεται μεσοπρόθεσμους κινδύνους για την υγεία των ασθενών, αλλά ειδικά στα αρχικά στάδια της πανδημίας, η σταδιακή αναδιοργάνωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών ως απάντηση στον COVID-19 έκανε τις καθυστερήσεις στις προγραμματισμένες εισαγωγές αναπόφευκτη παράπλευρη απώλεια. Επιπλέον, παρατηρήθηκε μείωση των εισαγωγών στα νοσοκομεία για οξεία επεισόδια υγείας, όπως είναι το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Η πιθανή αιτία για αυτό το παράδοξο είναι ο φόβος των ασθενών μην μολυνθούν από το χώρο του νοσοκομείου λόγω των ασθενών που νοσηλεύονται με COVID-19 ή ο φόβος ότι λόγω των εκτάκτων συνθηκών η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών θα είναι μειωμένη (De Rosa et al., 2020; Siegler et al., 2020).

Στην αρχή της πανδημίας τα νοσοκομεία μέχρι να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις της πανδημίας είχαν πολλά προβλήματα κατά τη λειτουργία τους. Η αρχική ανάγκη ήταν ανακατανομή προσωπικού και ορθολογική κατανομή και χρήση υλικών πόρων για την υποδοχή ασθενών με COVID-19 στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και στη συνέχεια για τη νοσηλεία τους σε κλινικές COVID ή μονάδες εντατικής θεραπείας. Ταυτόχρονα, παρουσιάστηκαν ελλείψεις σε διάφορα υλικά, όπως μέσα ατομικής προστασίας και αναπνευστικά υποστηρικτικά μέσα, τα οποία έχουν δημιουργήσει ιδιαίτερα δύσκολες συνθήκες, αυξάνοντας την πίεση στους επαγγελματίες υγείας. Η ζήτηση για κρεβάτια εντατικής θεραπείας αυξήθηκε σε τόσο μεγάλο βαθμό λόγω της πανδημίας που οι περισσότερες μονάδες υγείας δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν, αναγκάζοντας μια μεγάλη αναδιοργάνωση για τη δημιουργία αυτοσχέδιων ΜΕΘ σε χειρουργικά κρεβάτια και απλούς θαλάμους νοσοκομείων με ανεκπαίδευτο προσωπικό. Γενικότερα, η πανδημία δοκίμασε την ηθική των επαγγελματιών υγείας, επειδή η πρωταρχική προτεραιότητα

που είναι οι ανάγκες των ασθενών ήρθε σε σύγκρουση με το φόβο μόλυνσης των επαγγελματιών υγείας (Birkmeyer et al., 2020; Iserson, 2020).

Οι μελέτες έδειξαν ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν αυξημένο κίνδυνο νόσησης σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, λόγω της συνεχής επαγγελματικής έκθεσης των πρώτων στον SARS-CoV-2. Ο κίνδυνος μόλυνσης είναι αυξημένος στα πρώτα στάδια μιας πανδημίας, όταν υπάρχει σοβαρή έλλειψη ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού παγκοσμίως και όταν τα μέτρα ελέγχου λοιμώξεων είναι ανεπαρκή για την πρόληψη της μετάδοσης του ιού (Gómez-Ochoa et al., 2021; Leeds, 2021).

Μελέτες προηγούμενων πανδημιών όπως το SARS το 2003 και η πανδημική γρίπη Α (H1N1) το 2009-2010 τεκμηρίωσαν συμπτώματα μετατραυματικού στρες (11% - 73,4%), καταθλιπτικών διαταραχών (27,5% - 50,7%), διαταραχών ύπνου (34% - 36,1%), συμπτώματα άγχους (45%), γενικά ψυχιατρικά συμπτώματα (17,3% - 75,3%) και υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες (18,1% - 80,1%). Τα προαναφερθέντα προβλήματα υγείας σχετίζονται άμεσα με τις τραυματικές εμπειρίες που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με πανδημικά ξεσπάσματα και έχουν παρατηρηθεί μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία, τονίζοντας την ανάγκη ανάπτυξης στρατηγικών μετριασμού και αντιμετώπισης (Preti et al., 2020).

Μία μελέτη αναφέρθηκε στον αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης και στην ανεπαρκή προστασία από την εξάπλωση παθογόνων παραγόντων περιγράφοντας τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας. Στη μελέτη οι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν ότι είναι απογοητευμένοι από την υπερκόπωση, τις διακρίσεις, την απομόνωση, την εργασία με ασθενείς που εκφράζουν αρνητικά συναισθήματα, την έλλειψη σύνδεσης με την οικογένεια και την επαγγελματική εξουθένωση (Kang, Li, et al., 2020). Η πανδημία έχει θέσει μια μεγάλη πρόκληση για τα νοσοκομεία, ξεπερνώντας τη χωρητικότητα των νοσοκομείων και των μονάδων εντατικής θεραπείας σε πολλές περιπτώσεις. Οι επαγγελματίες υγείας αναγκάζονται να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε εξαιρετικά στρεσογόνες καταστάσεις και να χρησιμοποιούν μέτρα ατομικής προστασίας που εξ ορισμού προκαλούν δυσφορία, ενώ η πολύωρη χρήση τους προκαλεί μεγάλη δυσκολία και κόπωση. Σε πολλές χώρες, χρειάστηκε να αυξηθεί ο αριθμός του προσωπικού και των φοιτητών και προσλήφθηκαν ακόμη και συνταξιούχοι επαγγελματίες υγείας για να βοηθήσουν στις λειτουργίες του νοσοκομείου. Οι επαγγελματίες υγείας επέλεξαν να απομονωθούν από τις οικογένειές τους φοβούμενοι τη διάδοση της νόσου, το οποίο επιβάρυνε

ακόμη περισσότερο την ψυχική τους κατάσταση. Η εκπαίδευση των φοιτητών στα επαγγέλματα υγείας βρίσκεται σε αναμονή και βραχυπρόθεσμα θα υπάρξουν προβλήματα. Έτσι και αλλιώς οι επαγγελματίες υγείας υπό κανονικές συνθήκες εργασίας διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, επαγγελματική εξουθένωση, διαταραχές ύπνου και διαταραχή μετατραυματικού στρες. Η πανδημία επιδεινώνει τις προαναφερθείσες διαταραχές και επιβαρύνει ακόμη περισσότερο την ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του COVID-19 θα γίνουν εμφανείς στο μέλλον. Μελέτες της πανδημίας SARS του 2003 τεκμηρίωσαν συμπτώματα χρόνιου άγχους σε επαγγελματίες υγείας που παρέμειναν για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά το πέρας της πανδημίας (Giusti et al., 2020).

Όλα αυτά σημαίνουν ότι υπάρχει επείγουσα ανάγκη σχεδιασμού προγραμμάτων που θα βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας και θα αποτρέψουν τις επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία. Ενδεχομένως, η τακτική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνει προγράμματα για την οικοδόμηση αντίστασης στο εργασιακό άγχος κάτω από αγχωτικές συνθήκες εργασίας. Έτσι, η εκπαίδευση ετοιμότητας για καταστροφές μεγάλης κλίμακας, σε συνδυασμό, μεταξύ άλλων, με προγράμματα ενίσχυσης των ψυχικών δεξιοτήτων, αυξάνει την ικανότητα και την αντοχή των επαγγελματιών υγείας κάτω από εξαιρετικά απαιτητικές συνθήκες. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας, ορισμένες χώρες, όπως η Κίνα, προσέφεραν προγράμματα ψυχολογικής παρέμβασης, όπως ομαδική ψυχολογική θεραπεία, τηλεφωνικές γραμμές ψυχολογικής υποστήριξης και διαχείρισης ανησυχιών και διαδικτυακούς ιστότοπους ψυχολογικής υποστήριξης (Brooks et al., 2017; Chen et al., 2020; Cleary et al., 2018).

Επιπλέον, η παροχή κατάλληλων προστατευτικών μέτρων στους επαγγελματίες υγείας μπορεί να μειώσει τους αντιληπτούς κινδύνους που αντιμετωπίζουν και, με τη σειρά του, να μειώσει τον ψυχολογικό αντίκτυπο. Ειδικότερα, το αίσθημα εμπιστοσύνης μεταξύ του οργανισμού και των εργαζομένων, που αισθάνονται προστατευμένοι, ενισχύει το κίνητρο για εργασία. Σημαντικός παράγοντας είναι και η σωστή, συνεκτική και συνεχής πληροφόρηση των επαγγελματιών υγείας για την πανδημία και τις αλλαγές στο εργασιακό περιβάλλον, διότι οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται περισσότερο ασφαλείς. Με την ευρεία χρήση του Διαδικτύου και των «έξυπνων» κινητών τηλεφώνων, είναι ευκολότερο να παρέχεται υποστήριξη και εκπαίδευση σε επαγγελματίες υγείας και αυτά μπορούν να ενσωματωθούν σχετικά εύκολα στο

λειτουργικό πλαίσιο των οργανισμών παροχής υγειονομικής περίθαλψης (S. Liu et al., 2020; Okello & Gilson, 2015).

## **2.4. Ψυχολογικές επιπτώσεις στους επαγγελματίες υγείας**

Οι πρωτόγνωρες συνθήκες που δημιούργησε η πανδημία έχουν επιβαρύνει σε μεγαλύτερο βαθμό τους επαγγελματίες υγείας που έρχονται ξαφνικά αντιμέτωποι με νέες απειλές, ειδικά στην αρχή της πανδημίας. Ωστόσο, οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της αντιμετώπισης των ασθενών και στη συνέχεια παραμένουν στην πρώτη γραμμή της διαχείρισης του μεγάλου όγκου επισκέψεων φροντίδας όταν τα συστήματα υγείας και τα νοσοκομεία βρίσκονται υπό ιδιαίτερα υψηλή πίεση λόγω της μεγάλης εισροής ασθενών και της ραγδαίας αυξανόμενης ζήτησης για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι άνθρωποι κινδυνεύουν να μολυνθούν οι ίδιοι ή να μεταδώσουν παθογόνους παράγοντες σε συγγενείς. Παρόλο που οι κυβερνήσεις επιβάλλουν αυστηρούς ταξιδιωτικούς περιορισμούς και οι εργαζόμενοι σε πολλές βιομηχανίες αναγκάζονται να εργαστούν από απόσταση ή ακόμα και να κλείσουν, οι επαγγελματίες υγείας, ένα κρίσιμο εργατικό δυναμικό, καλούνται να παρέχουν τις υπηρεσίες τους υπό δύσκολες συνθήκες. Ειδικά στο πρώτο κύμα της πανδημίας, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης δέχθηκαν τρομερή πίεση, το υγειονομικό προσωπικό αναγκάστηκε να εργαστεί κάτω από σκληρές συνθήκες, με υπερωρίες, με κόπωση, με ψυχικό στρες και με έλλειψη ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού που ήταν εξαιρετικά δύσκολο να βρεθεί στο πρώτο κύμα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα μέτρα πρόληψης και ελέγχου των λοιμώξεων και η εκπαίδευση ήταν ανεπαρκή. Αυτό αυξάνει τον κίνδυνο μόλυνσης και ασθένειας, παράγοντας που επιδεινώνει το άγχος στους επαγγελματίες υγείας (Karlsson & Fraenkel, 2020).

Κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος, τα νοσοκομεία κατέγραψαν πολλά συμβάντα μετάδοσης του ιού που αφορούσαν ασθενείς και επαγγελματίες υγείας που δεν έλαβαν επαρκή θεραπεία. Είναι πλέον βέβαιο ότι οποιοδήποτε περιστατικό μετάδοσης του SARS-CoV-2 σε περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης συνιστά νοσοκομειακό συμβάν που απαιτεί άμεσα μέτρα όπως απομόνωση ασθενών, εντοπισμός επαφών (τόσο ασθενείς όσο και επαγγελματίες υγείας), εκτενείς εργαστηριακοί έλεγχοι και συνεχής εφαρμογή μέτρων ατομικής προστασίας (Rickman et al., 2021).

Έχει αναφερθεί ευρέως στη βιβλιογραφία ότι οι επαγγελματίες υγείας διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από τον SARS-CoV-2. Η μετάδοση σχετίζεται είτε με ασθενείς, κυρίως στα αρχικά στάδια της νόσου, είτε με άλλους επαγγελματίες υγείας που μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί ή προσυμπτωματικοί. Εξάιρεση αποτελούν οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας, πιθανώς λόγω των ενισχυμένων μέτρων ατομικής προστασίας που χρησιμοποιούν (Eyre et al., 2020).

Οι παράγοντες κινδύνου για μόλυνση των επαγγελματιών υγείας από τον ιό SARS-CoV-2 περιλαμβάνουν την έλλειψη μέσων ατομικής προστασίας, τον μεγάλο φόρτο εργασίας, τα ανεπαρκή ή ελλιπή μέτρα πρόληψης και ελέγχου της μόλυνσης και το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό. Στοιχεία από τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των ΗΠΑ στις αρχές της πανδημίας έδειξαν ότι από τα 9.282 επιβεβαιωμένα κρούσματα COVID-19 μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, τα μισά προέρχονταν από το χώρο εργασίας. Τα μαθηματικά μοντέλα μολυσματικότητας παθογόνων εκτιμούν ότι ο αναπαραγωγικός δείκτης  $R_0$  ( $R_{Ho}$ ) είναι υψηλότερος στους επαγγελματίες υγείας από ό,τι στο γενικό πληθυσμό (Burrer et al., 2020; Mhango et al., 2020; Temime et al., 2020).

Μια μελέτη που διεξήχθη στη Σκωτία σε 160.000 επαγγελματίες υγείας και 250.000 συγγενείς διαπίστωσε ότι οι επαγγελματίες υγείας και οι συγγενείς τους διέτρεχαν δύο έως τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο νοσηλείας λόγω του COVID-19 σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Μία στις έξι του συνόλου των εισαγωγών στο νοσοκομείο αφορά επαγγελματίες υγείας και τις οικογένειές τους (Shah et al., 2020).

Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε μια μεγάλη μελέτη που συμπεριέλαβε 2.135.190 άτομα στην Αγγλία και τις Ηνωμένες Πολιτείες, χρησιμοποιώντας μια συγκεκριμένη εφαρμογή για κινητά τηλέφωνα (το COVID-19 Symptom Research App). Η μελέτη βρήκε ότι οι επαγγελματίες υγείας είχαν τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο μόλυνσης από COVID-19 σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Nguyen et al., 2020). Άλλη μελέτη βρήκε ότι οι επαγγελματίες υγείας είχαν επταπλάσιο κίνδυνο μόλυνσης σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Οι εργαζόμενοι σε κοινωνικές υπηρεσίες βρέθηκαν να έχουν διπλάσιο κίνδυνο μόλυνσης από COVID-19 (Mutambudzi et al., 2021).

Οι περισσότερες μελέτες αξιολόγησης κινδύνου επαγγελματιών υγείας περιλαμβάνουν δεδομένα από τα πρώιμα στάδια της πανδημίας. Μετά την έναρξη της πανδημίας ο κίνδυνος των

επαγγελματιών υγείας μειώθηκε. Ο μειωμένος κίνδυνος πιστεύεται ότι σχετίζεται με τον εμβολιασμό κατά του COVID-19, κάτι που πρέπει να επιβεβαιωθεί από αντίστοιχες μελέτες. Πλέον είναι γνωστή η δυναμική της μετάδοσης του SARS-CoV-2 και της συχνότητας-αναλογίας εμφάνισης ασυμπτωματικών και προσυμπτωματικών φορέων του παθογόνου. Ο κίνδυνος μόλυνσης των επαγγελματιών υγείας θα μειωθεί περαιτέρω με το συνδυασμό χρήσης του εξοπλισμού ατομικής προστασίας, τις καλύτερες εργαστηριακές δυνατότητες διάγνωσης και παρακολούθησης, τα προηγμένα συστήματα διαλογής ασθενών, τον πιο αυστηρό έλεγχο λοιμώξεων (π.χ. συνεχής χρήση масκών) και τον ταχύτερο έλεγχο των νοσοκομειακών λοιμώξεων (Cevik et al., 2021; Seidelman et al., 2020).

Ο αντικειμενικά υπαρκτός κίνδυνος μόλυνσης επηρεάζει άμεσα την αντίληψη κινδύνου και ευαλωτότητας των επαγγελματιών υγείας, επηρεάζοντας άμεσα τη στάση τους τόσο για την πανδημία όσο και για τη διαχείριση αυτής, καθώς και τις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαταραχές. Έτσι, ο αντιληπτός κίνδυνος για την πανδημία μειώνει την ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας, οδηγώντας σε επιδείνωση των ψυχολογικών συνεπειών. Ο κίνδυνος λοίμωξης και ο φόβος που προκαλεί μία πανδημία στους επαγγελματίες υγείας έχει αναφερθεί και σε προηγούμενες πανδημίες, όπως για παράδειγμα η πανδημία SARS. Αυτό είναι ένας τομέας που έχει υποτιμηθεί σε οργανωτικό επίπεδο, ενώ οι συνέπειές του σε ατομικό επίπεδο θα μπορούσαν να είναι σημαντικές για τους επαγγελματίες υγείας καθώς και για την παροχή υπηρεσιών υγείας (Koh, 2020; Yildirim et al., 2022).

## **2.5. Στίγμα για επαγγελματίες υγείας**

Η πανδημία έχει αλλάξει σημαντικά εργασιακό περιβάλλον και τις θέσεις εργασίας των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι ιδιαίτερα δύσκολη σε περιόδους άγχους, αβεβαιότητας και στιγματισμού. Ιστορικά, οι μολυσματικές ασθένειες έφεραν ένα ιδιαίτερα έντονο στίγμα. Οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν περίπλοκα και πολλές φορές αντικρουόμενα συναισθήματα καθώς εξισορροπούν τους ρόλους τους ως εργαζόμενοι, γονείς και σύζυγοι. Επομένως, πρέπει να βρεθεί μια ισορροπία μεταξύ της επαγγελματικής ευθύνης προς τον ασθενή και του φόβου που προκαλεί μια νέα ασθένεια και της πιθανής ενοχής στην οποία μπορεί να εκτεθούν οι συγγενείς τους. Ειδικά οι

επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν έντονο κοινωνικό στίγμα, επιδεινώνοντας τις ψυχιατρικές συνέπειες της πανδημίας, ιδιαίτερα την επαγγελματική εξουθένωση. Επιπλέον, το κοινωνικό στίγμα που θίγει τους επαγγελματίες υγείας έχει άμεσο αντίκτυπο τόσο στην έκβαση των ασθενών όσο και στην εργασιακή απόδοση των επαγγελματιών υγείας (Ramaci et al., 2020).

Μία μελέτη που διεξήχθη σε 173 χώρες και συμπεριέλαβε 7411 άτομα έδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας διέτρεχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο να βιώσουν κοινωνικό στίγμα και παρενόχληση κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας λόγω της επαγγελματικής τους κατάστασης. Το 13% των περιπτώσεων εκφοβισμού και παρενόχλησης αφορούσαν περιστατικά λεκτικής ή σωματικής βίας (Dye et al., 2020). Επίσης, στη βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί περιπτώσεις που άλλοι εργαζόμενοι αρνήθηκαν να παρέχουν υπηρεσίες σε επαγγελματίες υγείας λόγω της φύσης της εργασίας τους. Τέτοιες υπηρεσίες αφορούν την άρνηση εξυπηρέτησης ταξί, την αποφυγή χρήσης κοινόχρηστων ανελκυστήρων ή ακόμα και πώληση προϊόντων (Koh, 2020).

Πίσω από τις επευφημίες των εργαζομένων στον τομέα της υγείας κρύβεται ένα υποτιμημένο φαινόμενο κοινωνικού στιγματισμού. Ο γενικός πληθυσμός φοβάται τους επαγγελματίες υγείας επειδή θεωρούν ότι λόγω της φύσης της εργασίας τους είναι φορείς του ιού και επειδή θεωρούν ότι διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο μόλυνσης σε σχέση με εκείνους. Το φαινόμενο του κοινωνικού στιγματισμού δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα στους επαγγελματίες υγείας για την πανδημία, επιδεινώνοντας τις ψυχολογικές συνέπειες που βιώνουν. Η αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου βασίζεται και ενισχύεται από την ανάγκη των επαγγελματιών υγείας να εργάζονται κάτω από τις μεγαλύτερες δυνατές συνθήκες ασφάλειας. Οι στρατηγικές για την αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου πρέπει να βασίζονται κυρίως στην παροχή υπεύθυνων και τεκμηριωμένων πληροφοριών στο κοινό, εξαλείφοντας παράλληλα κάθε παραπληροφόρηση η οποία συμβάλλει στο φαινόμενο του κοινωνικού στιγματισμού (Baldassarre et al., 2020).

## **2.6 Φόβοι επαγγελματιών υγείας**

Οι λοιμώξεις που προκαλούν πανδημίες είναι κρίσεις της δημόσιας υγείας που απαιτούν ευρεία κινητοποίηση των συστημάτων υγείας, οπότε και των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να διαχειριστούν το μεγάλο αριθμό ασθενών και να συμβάλουν στον περιορισμό των παθογόνων

μικροοργανισμών. Από παρόμοια προηγούμενα ξεσπάσματα πανδημιών, υπάρχουν δεδομένα για το άγχος που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας και τις ψυχολογικές συνέπειες αυτών των γεγονότων που οδηγούν σε αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση, κατάθλιψη και άγχος, τα οποία σχετίζονται άμεσα με τον φόβο μόλυνσης που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας λόγω της συχνής επαφής και της έκθεσής τους σε μολυσματικούς παράγοντες (Peeri et al., 2020).

Το 2003 κατά τη διάρκεια της πανδημίας SARS το 21% των λοιμώξεων ήταν σε επαγγελματίες υγείας και το αντίστοιχο ποσοστό το 2012 στην πανδημία MERS ήταν 18,6%. Ωστόσο, η εμπειρία του παρελθόντος δεν χρησιμοποιήθηκε σωστά κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, με αρνητικά αποτελέσματα για τους επαγγελματίες υγείας (Park et al., 2018).

Κατά τη διάρκεια της τρέχουσας πανδημίας, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι επαγγελματίες υγείας διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να προσβληθούν από τη λοίμωξη, αυξάνοντας το αίσθημα φόβου και τελικά την ψυχική δυσφορία. Ο φόβος είναι ένα συναίσθημα που μπορεί να κινητοποιηθεί ως απάντηση σε μια απειλή. Αυξάνει τις πιθανότητες επιβίωσης έναντι αντιληπτού κινδύνου ή απειλής, προκαλώντας προσαρμοστικές και αμυντικές αντιδράσεις, συμπεριλαμβανομένων συναισθηματικών, ψυχολογικών, σωματικών και συμπεριφορικών εκδηλώσεων. Ο φόβος και το άγχος είναι δύο διαφορετικές και διακριτές συναισθηματικές καταστάσεις που σχετίζονται και διαφέρουν ως προς την απειλή στο βαθμό που την αντιλαμβάνεται ένα άτομο. Ο φόβος συνδέεται με γνωστές ή επικείμενες απειλές, ενώ το άγχος συνδέεται κυρίως με ασαφείς ή άγνωστες απειλές (Hamm, 2020). Ωστόσο, όταν είναι δυσανάλογου μεγέθους, εμποδίζει τη λειτουργία ατόμων ή ομάδων. Μπορεί να κινητοποιήσει ασφαλείς συμπεριφορές και πρακτικές ως απάντηση σε απειλές, αλλά μπορούν να αναπτυχθούν σε βαθμό που εμποδίζουν την καλή πρακτική, ειδικά όταν εμπλέκουν επαγγελματίες υγείας και περιπτώσεις αντιμετώπισης ασθενών που έχουν αρνητικές συνέπειες για τους ασθενείς (Mertens et al., 2020). Η πανδημία αποτελεί απειλή για πιθανή μόλυνση, συνεπάγεται υψηλό βαθμό αβεβαιότητας, που οδηγεί σε περαιτέρω ανησυχία και αυξημένη επαγρύπνηση. Ακόμη και σε υγιή άτομα, ο φόβος για το άγνωστο μπορεί να συμβάλει στην εκδήλωση συμπτωμάτων άγχους επιδεινώνοντας την ψυχική υγεία (Shigemura et al., 2020).

Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι κατά τη διάρκεια της πανδημίας, ειδικά κατά την περίοδο αιχμής της πανδημίας, όταν αυξάνεται η πίεση στο νοσοκομείο, οι επαγγελματίες υγείας



αισθάνονται ότι είναι εκτός ελέγχου και το άγχος και τα αρνητικά συναισθήματά του αυξάνονται, που αποτελούν παράγοντες κινδύνου για επαγγελματική εξουθένωση. Αυτό σημαίνει ψυχικές διαταραχές στο εύρος των διαταραχών της διάθεσης, μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση, μειωμένη ποιότητα της φροντίδας και των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς, αυξημένες απουσίες ή ακόμα και άρνηση παροχής υπηρεσιών και αρνητικές συμπεριφορές (Marton et al., 2020).

Στα πλαίσια της πανδημίας, δημιουργήθηκαν διάφορα ψυχομετρικά εργαλεία για την αξιολόγηση και τη μέτρηση του φόβου και του άγχους τόσο στους επαγγελματίες υγείας όσο και στον γενικό πληθυσμό. Αυτά τα εργαλεία έχει αποδειχθεί ότι είναι αξιόπιστα και έγκυρα (Ahorsu et al., 2020; Tsiropoulou et al., 2021).

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι οι επαγγελματίες υγείας νιώθουν έντονο φόβο για τη νόσο COVID-19. Ο φόβος μπορεί να προκαλείται από την έλλειψη κατανόησης νέων ασθενειών και έχει άμεσο αντίκτυπο στις στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας, επηρεάζοντας άμεσα την ψυχική τους υγεία και τον τρόπο που εργάζονται. Το άγχος και ο φόβος των επαγγελματιών υγείας να προσβληθούν από SARS-CoV-2 είναι κάπως προστατευτικό γιατί οδηγεί σε συμπεριφορές ασφαλείας, όπως η σχολαστική υγιεινή των χεριών και η εφαρμογή μέτρων ατομικής προστασίας, αλλά μπορεί επίσης να προκαλέσει άρνηση παροχής φροντίδας στους ασθενείς και μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, διακυβεύοντας ακόμη και την ασφάλεια των ασθενών. Για αυτό το λόγο είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να έχουν θετικές στάσεις και αντιλήψεις για την πανδημία και το εργασιακό τους περιβάλλον. Για να επιτευχθεί αυτό πρέπει να διασφαλιστεί ότι υπάρχουν κατάλληλα μέσα ατομικής προστασίας και εκπαίδευσης, ώστε, με επαρκή και σωστή γνώση, να μειωθεί ο φόβος και το άγχος. Οι αλλαγές στην εφαρμοσμένη πρακτική μπορεί να οδηγήσουν σε αντίστοιχες αλλαγές στην αντίληψη των επαγγελματιών υγείας (Apisarnthanarak et al., 2020).

Η πανδημία δημιούργησε πολλές ψυχοκοινωνικές προκλήσεις σε όλους τους ανθρώπους, ακόμη και στους επαγγελματίες υγείας. Ο φόβος για την πανδημία COVID-19 πυροδοτεί βιωματικές συμπεριφορές αποφυγής και αποτελεί υποπροϊόν ψυχολογικού τραύματος από στρεσογόνες καταστάσεις. Για να μπορέσουν να προστατευτούν οι επαγγελματίες υγείας από τις ψυχοκοινωνικές προκλήσεις, πρέπει να ενισχυθεί η ψυχολογική τους ανθεκτικότητα, ένας προστατευτικός παράγοντας που επιτρέπει στους ανθρώπους να αναρρώσουν από δύσκολες

συνθήκες και να επιστρέψουν στην προηγούμενη θετική τους κατάσταση, παράγοντας που είναι άμεσα απαραίτητος στη μακροπρόθεσμη απάντηση σε μια πανδημία (Sezer et al., 2020).

## 2.7. Ψυχική υγεία επαγγελματιών υγείας

Πολύ πριν το σύνδρομο μετατραυματικών διαταραχών καταγραφεί ως κατηγορία ψυχικής ασθένειας, έχουν αναφερθεί πολλαπλά συμπτώματα από την αρχαιότητα σε άτομα που έχουν βιώσει και συμμετάσχουν σε έντονα γεγονότα όπως πολεμικές συγκρούσεις. Στο Έπος του Γκιλγκαμές, υπάρχουν σαφείς αναφορές σε ψυχικά συμπτώματα μετά το θάνατο αγαπημένων προσώπων στη μάχη. Αντίστοιχες αναφορές έχουν ο Ηρόδοτος και ο Ιπποκράτης. Ψυχικές διαταραχές εντοπίστηκαν μεταξύ των στρατιωτών που επέζησαν από τη μάχη κατά τη διάρκεια του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου και πολύ αργότερα ταξινομήθηκαν ως ψυχωτικά σύνδρομα (Crocq & Crocq, 2000).

Μια πανδημία μπορεί να μοιάζει με κατάσταση πολέμου. Η ιστορία καταγράφει ότι οι μολυσματικές ασθένειες και οι πανδημίες έχουν διαμορφώσει την ανθρώπινη ιστορία ανά τους αιώνες. Ένα παράδειγμα είναι η πανώλη των Αθηνών (430 π.Χ.), η οποία καθόρισε την έκβαση του Πελοποννησιακού Πολέμου. Η πανώλη του Αντωνίνου (165-180 μ.Χ.) κατέστρεψε το στρατό της Ρώμης και σηματοδότησε την αρχή της παρακμής της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας. Οι πανδημίες της πανώλης στη μεσαιωνική Ευρώπη σκότωσαν εκατομμύρια ανθρώπους και διαμόρφωσαν την ήπειρο. Μετά το τέλος του Α' Παγκοσμίου Πολέμου, η «ισπανική γρίπη» σκότωσε περίπου 50 εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Συνολικά, οι επιδημίες/πανδημίες διαμορφώνουν τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, αλλάζουν τη δομή των κοινωνιών και επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τις ιστορικές εξελίξεις. Όπως και στους στρατιώτες, οι πανδημίες έχουν ισχυρό ψυχολογικό αντίκτυπο στους επαγγελματίες υγείας γιατί εκείνοι προσπαθούν να διαχειριστούν την υγειονομική κρίση που προέκυψε (Blekas et al., 2020).

Η πιο συχνά αναφερόμενη ψυχολογική αντίδραση των επαγγελματιών υγείας που προκάλεσε η πανδημία COVID-19 είναι το άγχος. Ο επιπολασμός του άγχους των επαγγελματιών υγείας έχει αναφερθεί πολύ υψηλός. Μια μετα-ανάλυση άρθρων κατέγραψε υψηλό άγχος στο 25% των επαγγελματιών υγείας συνολικά, στο 27% των νοσηλευτών και στο 17% των ιατρών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους επαγγελματίες υγείας πρώτης γραμμής (ΓΕΠ και κλινικές COVID-

19) ήταν 43%. Μελέτες για τον επιπολασμό των αγχωδών διαταραχών που σχετίζονται με πανδημία στο γενικό πληθυσμό αναφέρουν συνολικό επιπολασμό 25%, το οποίο είναι σύμφωνο με τα ευρήματα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας πρώτης γραμμής εκτίθενται σε στρεσογόνες και τραυματικές καταστάσεις, καθιστώντας τους ιδιαίτερα ευάλωτους στη διαταραχή μετατραυματικού στρες. Ειδικότερα, οι νοσηλευτές λόγω της μεγαλύτερης και συνεχούς επαφής τους με τους ασθενείς έχουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικών διαταραχών. Οι νοσηλευτές στις κλινικές COVID-19 είχαν και το ρόλο του φροντιστή, ο οποίος έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου των αγχωδών διαταραχών. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι ο φόβος μην κολλήσουν ή μεταδώσουν τον ιό σε άλλους, η έλλειψη μέσων ατομικής προστασίας, οι ελλείψεις υποδομές για εργαστηριακές εξετάσεις και η έλλειψη αξιόπιστων πληροφοριών (Santabárbara et al., 2021).

Μια μετα-ανάλυση με 65 μελέτες που συμπεριέλαβε 97.333 επαγγελματίες υγείας ανέφερε ότι το 21,7% είχε μέτρια καταθλιπτική διαταραχή. Έτσι, με βάση την αναφερόμενη σχετική συμπτωματολογία, ο συγκεντρωμένος εκτιμώμενος επιπολασμός της μέτριας καταθλιπτικής διαταραχής ήταν 36,1%. Ο επιπολασμός των αγχωδών διαταραχών κυμαινόταν από 22,1% έως 38,3%, με βάση τις κλίμακες μέτρησης και την αναφερόμενη συμβατή συμπτωματολογία. Αναφορικά με τα συμπτώματα μετατραυματικών διαταραχών, ο εκτιμώμενος επιπολασμός ήταν 21,5%, με εύρος από 2,9% έως 49,5%. Η μετα-ανάλυση έδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν υψηλό επιπολασμό ψυχιατρικών διαταραχών και συγκεκριμένα κατάθλιψη, άγχους και μετατραυματικών διαταραχών ως αποτέλεσμα της πανδημίας. Επίσης, η μετα-ανάλυση έδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας που μελετήθηκαν ήταν κατανεμημένοι σε ένα ευρύ γεωγραφικό εύρος. Αυτό σχετίζεται με διαφορές στην επίπτωση της νόσου και στα πανδημικά κύματα που συμβαίνουν μεταξύ χωρών, αντίστοιχα (Y. Li et al., 2021).

Σε μια συστηματική ανασκόπηση ο επιπολασμός του άγχους και της κατάθλιψης στους επαγγελματίες υγείας ήταν 24,94% και 24,83%, αντίστοιχα, υπογραμμίζοντας τους κινδύνους υπερβολικής εργασίας, εξουθένωσης, ανεπαρκών μέσων ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού, τον κίνδυνο μόλυνσης και το ηθικό βάρος της λήψης δύσκολων αποφάσεων στην κλινική πράξη (Sahebi et al., 2021). Μια έρευνα 3.678 επαγγελματιών υγείας που εργάζονταν σε νοσοκομεία στη Γερμανία στις αρχές της πανδημίας έδειξε κλινικά σημαντικά επίπεδα συμπτωμάτων που συνάδουν με άγχος και κατάθλιψη στο 17,4% και 17,8% των ιατρών αντίστοιχα και στο 21,6%

και 19% των νοσηλευτών, αντίστοιχα. Οι αναδυόμενοι παράγοντες κινδύνου και κυρίως ο φόβος μόλυνσης των ιδίων και η μετάδοση της λοίμωξης στους συγγενείς τους είναι παρόμοιοι με άλλες αντίστοιχες μελέτες (Morawa et al., 2021).

Μία μελέτη σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο στη βόρεια Ιταλία που επηρεάστηκε ιδιαίτερα από την πανδημία έδειξε ότι το 63,2% από τους 2195 επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν είχαν τραυματικές εμπειρίες που σχετίζονται με την ασθένεια COVID-19 στην εργασία τους και το 53,8% ανέφερε σύμπτωμα μετατραυματικών διαταραχών. Επιπλέον, το 50,1% είχε αγχώδεις διαταραχές και το 26,6% είχε κατάθλιψη (Lasalvia et al., 2021).

Μετα-ανάλυση μετατραυματικών διαταραχών μετά από πανδημίες και πανδημίες, συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, του SARS, της γρίπης A(H1N1) και της γρίπης A(H5N1), του αναπνευστικού συνδρόμου της Μέσης Ανατολής, του ιού Έμπολα, του ιού Ζίκα, του ιού Nipah και της τρέχουσας πανδημίας SARS- O CoV-2 έδειξε συνδυαστικά 26,9% υψηλότερο επιπολασμό μετατραυματικών διαταραχών σε σύγκριση με ασθενείς και τον γενικό πληθυσμό, όπου οι εκτιμήσεις επιπολασμού για τον γενικό πληθυσμό ήταν 23,8% και 19,3% αντίστοιχα (Yuan et al., 2021).

Μια πρόσφατη έρευνα 270 επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα έδειξε σχετικά υψηλή συχνότητα συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες στο πρώτο κύμα της πανδημίας (16,7%). Σημειωτέων, το Εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδας δεν επιβαρύνθηκε σημαντικά λόγω των πετυχημένων μέτρων που έλαβε. Τα στοιχεία αυτά σχετίζονται έμμεσα με την τρέχουσα κοινωνικοοικονομική κατάσταση της χώρας μετά τη δεκαετία της οικονομικής κρίσης και το μνημόνιο προσαρμογής που είχαν όλα αρνητικές επιπτώσεις στο σύστημα υγείας. Είναι γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα δεν έχουν βιώσει έντονα παρόμοια κρούσματα πανδημίας πρόσφατα (SARS, MERS-CoV, γρίπη H1N1) και επομένως στερούνται παρόμοιας εμπειρίας. Αυτός είναι ένας παράγοντας σύγχυσης και συνεπάγεται επίσης μειωμένη αίσθηση ελέγχου, έναν παράγοντα κινδύνου που έχει αποδειχθεί για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (Blekas et al., 2020).

### **3. Γνώσεις, στάσεις, αντιλήψεις και πρακτικές**

#### **3.1. Γνώσεις, στάσεις και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας**

Οι αναδυόμενες μολυσματικές ασθένειες όπως το SARS, η νόσος του ιού Έμπολα, ο HIV/AIDS, το MERS-CoV, η εγκεφαλίτιδα Nipah εγείρουν ανησυχίες για τη διαχείρισή τους από επαγγελματίες υγείας που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο μόλυνσης, αποτελώντας ταυτόχρονα πηγή μετάδοσης των παθογόνων εντός δομών και οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης (Suwantarat & Apisarntharak, 2015).

Οι μολυσματικές ασθένειες αποτελούν πηγή άγχους για τους επαγγελματίες υγείας, επηρεάζουν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους, καθώς και τις εργασιακές τους δραστηριότητες και μειώνει την αποτελεσματικότητα και την ικανότητα παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Ειδικά σε μια κρίση όπως η πανδημία, όπου το φαινόμενο αυτό επιδεινώνεται, οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να υποφέρουν ψυχικά, κάτι που αντικατοπτρίζεται άμεσα στη δουλειά τους. Στο πλαίσιο μιας πανδημίας, η αποτελεσματικότητα των επαγγελματιών υγείας σχετίζεται άμεσα με τις γνώσεις και δεξιότητές τους, σε συνδυασμό με τον αντιληπτό κίνδυνο. Αυτό σημαίνει ότι στην αντιμετώπιση κρίσεων όπως η πανδημία COVID-19 σημαντικό ρόλο παίζουν οι γνώσεις, οι στάσεις και οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας. Ως εκ τούτου, οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν ψυχικό στρες και χρήζουν στρατηγικών υποστήριξης σε όλα τα επίπεδα οργάνωσης, με εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης μαζί με εκπαίδευση για τη διαχείριση παθογόνων παραγόντων, των ασθενειών και των προληπτικών μέτρων, παράγοντες που θα έχουν θετικό αντίκτυπο στις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στους ασθενείς (Puci et al., 2020).

Η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι ο κύριος παράγοντας εξάπλωσης των λοιμώξεων του αναπνευστικού. Ελλείπει αποτελεσματικών εμβολίων και καθιερωμένων θεραπειών, η επιτυχία των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων για την πρόληψη της εξάπλωσης νοσημάτων, αερομεταφερόμενων και μέσω σταγονιδίων, απαιτεί μεγάλης κλίμακας αλλαγές συμπεριφοράς. Αυτό σημαίνει ότι η αποτελεσματικότητα και η επιτυχία των παρεμβάσεων στη δημόσια υγεία εξαρτάται άμεσα από το επίπεδο συμμόρφωσης των ανθρώπων και την εφαρμογή των μέτρων. Ο αντιληπτός κίνδυνος νόσησης από την πανδημία COVID-19 και οι στάσεις απέναντι στα μέτρα πρόληψης επηρεάζουν άμεσα και συσχετίζονται με την προθυμία των ανθρώπων να κάνουν

αλλάξουν τις στάσεις τους και τη συμπεριφορά τους για να είναι αποτελεσματικές οι παρεμβάσεις στη δημόσια υγεία. Γνώσεις, στάσεις και πρακτικές του πληθυσμού απέναντι σε μολυσματικές ασθένειες όπως ο COVID-19 και η συμμόρφωση των ανθρώπων με την εφαρμογή των μέτρων πρόληψης σχετίζονται επίσης με κοινωνικές και δημογραφικές παραμέτρους (Brankston et al., 2021).

Με το ξέσπασμα μιας άνευ προηγουμένου πανδημίας, πραγματοποιήθηκαν διάφορες μελέτες διερεύνησης των γνώσεων, στάσεων και πρακτικών των επαγγελματιών υγείας για την πανδημία COVID-19, με επίκεντρο την πρόληψη. Αυτές οι μελέτες αφορούσαν τόσο το γενικό πληθυσμό όσο και επαγγελματίες υγείας. Σε γενικές γραμμές, το αποτέλεσμα των προληπτικών μέτρων σχετίζεται με τη συμμόρφωση των ατόμων, η οποία με τη σειρά της εξαρτάται από τις γνώσεις, τις στάσεις και τις αντιλήψεις των ατόμων. Τα αποτελέσματα των μελετών διερεύνησης των γνώσεων, στάσεων και πρακτικών διαφέρουν ευρέως μεταξύ των χωρών και μεταξύ των διαφόρων πληθυσμών. Η έρευνα έχει επικεντρωθεί κυρίως στον εντοπισμό των δημογραφικών και επαγγελματικών μεταβλητών που σχετίζονται με τα επίπεδα γνώσεων, στάσεων, αντιλήψεων και πρακτικών (Maude et al., 2021).

Μια μεγάλη μελέτη 71.890 ατόμων που διεξήχθη σε 22 χώρες έδειξε σχετικά επαρκή ευαισθητοποίηση και θετική στάση απέναντι στη νόσο COVID-19 σε όλες τις χώρες, αν και υπήρχαν μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών. Ταυτόχρονα, αποκαλύπτει ορισμένα κενά στην ευαισθητοποίηση, τις στάσεις και τις πρακτικές στην αντιμετώπιση της πανδημίας. Για παράδειγμα, ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος δεν γνώριζε τη σημασία της ασυμπτωματικής μετάδοσης. Όσον αφορά την πρακτική εφαρμογή, η συμμόρφωση με τη χρήση μάσκας σε πλήθη και δημόσιους χώρους είναι σχετικά καλή, αλλά υπάρχουν επίσης μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών σε αυτόν τον τομέα (Masoud et al., 2021).

Μια μετα-ανάλυση διερεύνησης γνώσεων, στάσεων και πρακτικών σχετικά με την πανδημία στις χώρες της υποσαχάριας Αφρικής δείχνουν επαρκή επίπεδα γνώσης αλλά σημαντικά κενά στις αντιλήψεις και τις πρακτικές που υποδηλώνουν την ανάγκη για παρεμβάσεις για την ενίσχυση της εκπαίδευσης στην προαγωγή της υγείας (Nwagbara et al., 2021).

Η μελέτη των Roura et al. (2020) κατέγραψε ένα σχετικά καλό επίπεδο γενικών γνώσεων και ένα μέτριο επίπεδο ειδικής γνώσης για τη νόσο COVID-19 μεταξύ των επαγγελματιών υγείας στην Κύπρο, αλλά ελλείψεις σε συγκεκριμένα στοιχεία της νόσου και του παθογόνου παράγοντα.

Επιπλέον, τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι μπορεί να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ παραγόντων όπως η ηλικία και το επάγγελμα, η χαμηλή επίγνωση και οι αρνητικές αντιλήψεις για το παθογόνο. Από την άλλη πλευρά, το επαγγελματικό και μορφωτικό υπόβαθρο βρέθηκε να συνδέεται ανεξάρτητα με την γνώση, με το ιατρικό προσωπικό να έχει καλύτερες επιδόσεις στις γνώσεις σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό και τους λοιπούς επαγγελματίες υγείας. Οι αντιλήψεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας θεωρήθηκαν γενικά θετικές, δεδομένου του σχετικά υψηλού επιπέδου γνώσης, με αποτέλεσμα μέτρια έως χαμηλά επίπεδα φόβου για την πανδημία και καλή εμπιστοσύνη στα μέτρα πρόληψης και ελέγχου των λοιμώξεων (Roura et al., 2021).

Μια μελέτη στην Ινδία που περιελάμβανε επαγγελματίες υγείας και πολίτες έδειξε μέτριο επίπεδο γνώσεων, το οποίο σχετιζόταν με το επίπεδο εκπαίδευσης και τις πηγές πληροφοριών. Οι πηγές πληροφόρησης των πολιτών ήταν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και το Διαδίκτυο, δύο μέσα τα οποία έχουν ψηλά ποσοστά παραπληροφόρησης. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει περιγράψει αυτό το φαινόμενο ως «Infodemic». Και οι δύο ομάδες έδειξαν θετική στάση απέναντι σε στρατηγικές και μέτρα για την πρόληψη της εξάπλωσης της νόσου, αλλά η θετική στάση αναμένεται να έχει πτωτική τάση όσο περνάει ο χρόνος λόγω της κόπωσης που επέρχεται μετά τη συνεχή εφαρμογή των μέτρων περιορισμού της κυκλοφορίας. Στη μελέτη βρέθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας και οι πολίτες είχαν υψηλά επίπεδα άγχους λόγω του φόβου νόσησης. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και των πολιτών είναι απαραίτητη για την αύξηση της ευαισθητοποίησης, την προαγωγή των θετικών στάσεων και τον πλήρη έλεγχο της πανδημίας (Paul et al., 2020).

Μια παρόμοια μελέτη παραϊατρικών επαγγελματιών που διεξήχθη στη Σαουδική Αραβία κατέγραψε υψηλά επίπεδα ευαισθητοποίησης και θετικές στάσεις απέναντι στη νόσο COVID-19. Η υψηλή συχνότητα της νόσου MERS-CoV στη συγκεκριμένη χώρα συνεπάγεται εμπειρία στη διαχείριση λοιμώξεων που προκαλούνται από κορονοϊούς και μεταδίδονται με σταγονίδια ή αερολύματα. Επιπλέον, το παραϊατρικό προσωπικό λαμβάνει πληροφορίες από επιστημονικά ιδρύματα. Η προηγούμενη εμπειρία MERS-CoV έχει βελτιώσει την ικανότητα των νοσηλευτών να προετοιμάζονται αποτελεσματικά, να προσαρμόζονται και να ανταποκρίνονται σε κρούσματα. Έτσι, η μελέτη ανέφερε τις θετικές αντιλήψεις των νοσηλευτών για τη διαχείριση και την πρόληψη της πανδημίας COVID-19, καθώς και την εμπιστοσύνη τους στα μέτρα πρόληψης και ελέγχου της εξάπλωσης της πανδημίας (Al-Dossary et al., 2020).

Μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση σχετικά με τις γνώσεις, τις στάσεις και τις πρακτικές των επαγγελματιών υγείας στην Αιθιοπία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το 80% των συμμετεχόντων στη μελέτη είχε καλό επίπεδο γνώσεων. Ως αποτέλεσμα, περίπου το 75% εξέφρασε θετική στάση απέναντι στις κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη της εξάπλωσης παθογόνων παραγόντων. Διαχρονικές διαφορές παρατηρήθηκαν όταν μεταγενέστερες μελέτες τεκμηρίωσαν βελτιώσεις στα επίπεδα γνώσης, κάτι που θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι με την πάροδο του χρόνου και την εμπειρία που αποκτάνε οι επαγγελματίες υγείας αυξάνεται και βελτιώνεται η κατανόησή τους για τη νόσο και από το γεγονός ότι με την πάροδο του χρόνου γίνονται παρεμβάσεις για την ενίσχυση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας. Ειδικό έλλειμμα εμφανίζεται στην εφαρμοσμένη πρακτική σε ποσοστό 40%, παράγοντας που σχετίζεται με τα συγκεκριμένα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά της χώρας (Lake et al., 2021).

Μια μελέτη επαγγελματιών υγείας στην Τουρκία ανέφερε 91% ευαισθητοποίηση και 85% εφαρμογή προληπτικών συμπεριφορών. Το ιατρικό προσωπικό σημείωσε υψηλότερη βαθμολογία στη γνώση, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό είχε καλύτερες επιδόσεις στην προληπτική συμπεριφορά και τα επίπεδα γνώσης συσχετίστηκαν σημαντικά θετικά με την εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη της εξάπλωσης των παθογόνων. Επιπλέον, το 66,93% των δειγμάτων εξέφρασε την επιθυμία να εμβολιαστεί κατά του COVID-19 (Arslanca et al., 2021).

Μία μελέτη σε επαγγελματίες υγείας στην Κίνα που εργάζονταν σε μονάδες ενδοσκόπησης αναφέρουν πολύ καλή κατανόηση της πανδημίας και του αιτιολογικού παράγοντα SARS-CoV-2. Επίσης, οι συμμετέχοντες βρέθηκαν να έχουν πολύ καλές πρακτικές και στάσεις όσον αφορά την πρόληψη μετάδοσης της νόσου. Οι νοσηλευτές είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στις στάσεις και τις πρακτικές του σχετικά με τη χρήση των μέσων ατομικής προστασίας, τη φροντίδα των ασθενών και τη διαχείριση του περιβάλλοντος (π.χ. απολύμανση) σε σχέση με τους ιατρούς (Tian et al., 2021).

Η Ιταλία γνώρισε τεράστια εξάπλωση και επηρεάστηκε έντονα στο πρώτο στάδιο της πανδημίας, ειδικά στο βορρά. Αυτό που εκτυλίχθηκε στη χώρα τον Φεβρουάριο του 2020 ήταν επίσης μια ευκαιρία για τις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης να υιοθετήσουν πολύ αυστηρά μέτρα για τον περιορισμό της κυκλοφορίας των πολιτών και την αναστολή των λειτουργιών των επιχειρήσεων και οργανισμών, δημόσιες και ιδιωτικές. Παρόμοια μέτρα ελήφθησαν στην Ελλάδα, όπου το πρώτο κρούσμα COVID-19 ήταν μία γυναίκα που επέστρεψε



από την Ιταλία. Το τίμημα που πληρώνει το ιταλικό ιατρικό προσωπικό είναι πολύ βαρύ. Κατά την πρώτη φάση, περίπου 33.000 άνθρωποι αρρώστησαν με COVID-19 και 113 απεβίωσαν (Conti et al., 2020). Μία μελέτη που διερεύνησε τις γνώσεις και τις αντιλήψεις επαγγελματιών υγείας στην Ιταλία κατά την πρώτη φάση της πανδημίας έδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας είχαν υψηλό επίπεδο γνώσεων και θετικές στάσεις για την υιοθέτηση και εφαρμογή προληπτικών μέτρων. Διαφορές σε γνώσεις, στάσεις, αντιλήψεις και επίπεδα πρακτικής παρατηρήθηκαν μεταξύ διαφορετικών κατηγοριών επαγγελματιών υγείας και διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων. Ειδικότερα, οι πηγές πληροφόρησης των ιατρών είναι έγκριτες βάσεις δεδομένων, οι οποίες προάγουν το επίπεδο γνώσης και επηρεάζουν θετικά την εφαρμοσμένη πρακτική διαχείρισης της πανδημίας που εστιάζει στα μέτρα πρόληψης (Rizzo et al., 2021).

Σε μία μετα-ανάλυση σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις, τις στάσεις και τις πρακτικές των επαγγελματιών υγείας και του γενικού πληθυσμού για την πανδημία, βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των χωρών, οι οποίες μπορεί να αποδοθούν σε κοινωνικοοικονομικές διαφορές. Οι κύριοι παράγοντες περιλαμβάνουν τη γλώσσα, την εκπαίδευση, την ηλικία, το φύλο και την εργασία. Τα επίπεδα γνώσης κρίθηκαν σχετικά επαρκή, αλλά διέφεραν από χώρα σε χώρα. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές, κυρίως μεταξύ χωρών, στην πρακτική και εφαρμογή μη φαρμακευτικών μέτρων για την προστασία της δημόσιας υγείας και προτείνονται στρατηγικές για τη διευκόλυνση της ορθής εφαρμογής μέτρων για την πρόληψη της μετάδοσης της νόσου (Bekele et al., 2020).

Μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση διερεύνησε τις γνώσεις, στάσεις και πρακτικές στο γενικό πληθυσμό περιλαμβάνοντας 48 έρευνες με συνολικό δείγμα 76.848 ατόμων. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι γνώσεις, οι στάσεις και οι πρακτικές του γενικού πληθυσμού για τα μέτρα πρόληψης ήταν σε αποδεκτά επίπεδα, εντοπίζοντας διαφορές μεταξύ των χωρών που αποδίδονται σε διάφορες αιτίες που σχετίζονται κυρίως με κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά. Συνιστάται η παροχή επαρκών, περιεκτικών και τεκμηριωμένων πληροφοριών για την πανδημία στον πληθυσμό για τη διατήρηση και ενίσχυση των επιπέδων γνώσης, της θετικής στάσης και της εφαρμογής σωστών προληπτικών μέτρων (Saadatjoo et al., 2021).

Άλλη μελέτη διερεύνησε τη συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου γνώσεων, αντιλήψεων και πρακτικών των επαγγελματιών υγείας και του γενικού πληθυσμού με την κοινωνικοοικονομική επιβάρυνση της πανδημίας και με την ψυχική υγεία. Οι επαγγελματίες υγείας ήταν καλύτερα

ενημερωμένοι και περισσότερο θετικοί για τα προληπτικά μέτρα από τον γενικό πληθυσμό. Η πανδημία COVID-19 βρέθηκε ότι επηρέασε αρνητικά την καθημερινή ζωή, καθώς και την κοινωνική και οικονομική ζωή. Οι επαγγελματίες υγείας κατέγραψαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων από τον γενικό πληθυσμό, υποδηλώνοντας την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη (Ahmed et al., 2021).

Μία μελέτη που διερεύνησε τις γνώσεις, τις στάσεις και τις πρακτικές των επαγγελματιών υγείας στη Σαουδική Αραβία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το επίπεδο γνώσεων για τη νόσο COVID-19 παραμένει σε υψηλό επίπεδο. Άρα η στάση είναι θετική και λαμβάνονται οι σωστές προφυλάξεις. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας, αν και είχαν σχετική εμπειρία, ανέφεραν υψηλά επίπεδα στρες λόγω της πανδημίας COVID, αλλά το άγχος διατηρήθηκε υπό έλεγχο χάρη στη συστηματική ψυχολογική υποστήριξη που παρεχόταν στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης (M.-H. Temsah et al., 2021).

Μία μελέτη στην Τουρκία διερεύνησε το επίπεδο γνώσεων, στάσεων και πρακτικών όσων ανάρρωσαν από λοίμωξη COVID-19. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη βρέθηκαν να έχουν υψηλό επίπεδο γνώσεων, αλλά όχι θετική στάση απέναντι στη νόσο. Οι συμμετέχοντες ήταν θετικοί στις αλλαγές στη συμπεριφορά τους μετά την ανάρρωση από τη νόσο, όπως για παράδειγμα η μείωση του καπνίσματος. Παρόλο που οι συμμετέχοντες είχαν νοσήσει ήταν αρνητικοί με τον εμβολιασμό (Yakut et al., 2021).

Συμπερασματικά, η διαθέσιμη σχετική βιβλιογραφία δείχνει ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν αυξημένη ευαισθητοποίηση για την πανδημία και θετική στάση για τα μέτρα πρόληψης. Σημαντικό ζήτημα παραμένει η ψυχική επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας, που απαιτεί ευρεία ανταπόκριση και στρατηγικές υποστήριξης, η οποία γενικά λείπει από τον κεντρικό σχεδιασμό των εθνικών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, πιθανώς λόγω της εστίασης στην αντιμετώπιση διαδοχικών πανδημικών κυμάτων.

### **3.2. Εμβολιασμός**

Η φθορίωση του πόσιμου νερού, ο οικογενειακός προγραμματισμός και τα εμβόλια αποτελούν τα σημαντικότερα επιτεύγματα δημόσιας υγείας του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Από την ανάπτυξη του πρώτου εμβολίου το 1976 κατά της ευλογιάς και την ευρεία χρήση του στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, υπήρξε

μεγάλη επιτυχία στην εξάλειψη της λοίμωξης, που κάποτε ήταν η κύρια αιτία θανάτου. Ωστόσο, καθώς αυξάνεται η χρήση των εμβολίων, αυξάνονται και οι ανησυχίες για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλειά τους. Τα ποσοστά άρνησης εμβολιασμού παραμένουν σχετικά χαμηλά στις περισσότερες χώρες, αλλά σε διάφορες χώρες και πληθυσμούς έχουν αναφερθεί πολλαπλές εστίες μολυσματικών ασθενειών που σχετίζονται με την άρνηση εμβολιασμού. Η αντιμετώπιση αυτών των επεισοδίων άρνησης εμβολιασμού ή απώλεια εμπιστοσύνης είναι μία σημαντική απειλή για τη δημόσια υγεία, καθώς οποιαδήποτε μείωση της κάλυψης εμβολιασμού σημαίνει απώλεια της ανοσίας της αγέλης, με δυνητικά τρομερές συνέπειες (Karafillakis et al., 2016).

Οι επαγγελματίες υγείας και κυρίως οι ιατροί θεωρούνται η πιο αξιόπιστη πηγή πληροφοριών για τους εμβολιασμούς. Είναι επίσης σε καλή θέση να κατανοήσουν κάθε δισταγμό σχετικά με το εμβόλιο, καθησυχάζοντας τις ανησυχίες και τις αμφιβολίες των ασθενών, ενώ προάγουν τα οφέλη του εμβολίου. Ωστόσο, διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει διστακτικότητα όσον αφορά τα εμβόλια ακόμη και μεταξύ των επαγγελματιών υγείας κυρίως λόγω του μαζικού εμβολιασμού κατά της γρίπης. Ειδικά στο τελευταίο, έχει τεκμηριωθεί χαμηλή συμμόρφωση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η οποία έχει πολλές αιτίες και προφανώς αντανakλάται και στον γενικό πληθυσμό. Ταυτόχρονα, υπήρξαν επίσης περιπτώσεις που φημισμένοι και ευρέως αναγνωρισμένοι ιατροί δήλωσαν ότι είναι κατά των εμβολιασμών, όπως ο Άγγλος Andrew Wakefield που δημοσίευσε μια μελέτη που συνδέει το εμβόλιο ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας με τον αυτισμό. Αν και η μελέτη ανακλήθηκε και αποδείχθηκε ότι είχε γίνει παρέμβαση στα δεδομένα και είχαν παραποιηθεί διότι κρυβόντουσαν οικονομικά συμφέροντα, πυροδότησε ένα παγκόσμιο κίνημα κατά του εμβολίου της ιλαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας, οδηγώντας σε τοπικές πανδημίες ιλαράς, μιας ασθένειας που μεταδίδεται μέσω του αναπνευστικού συστήματος όπως ο SARS-CoV-2. Υπήρξαν παρόμοια περιστατικά και με άλλους γιατρούς και αυτά τα περιστατικά ήταν μια ευκαιρία να ενταθεί το αντιεμβολιαστικό κίνημα, το οποίο είχε αρνητικές συνέπειες. Υπάρχουν πολλές δυσχέρειες στην εκτίμηση του ποσοστού των επαγγελματιών υγείας που εκδηλώνουν διστακτικότητα εμβολιασμού, επηρεάζοντας έτσι τον γενικό πληθυσμό με αποτέλεσμα να αποφεύγει τις συστάσεις εμβολιασμού, αλλά αυτό το φαινόμενο είναι σημαντικό και είναι ιδιαίτερα σημαντικό στο πλαίσιο της πανδημίας COVID-19 (Vergier et al., 2015).

Η πανδημία COVID-19 είναι άνευ προηγουμένου στα διεθνή χρονικά της επιστήμης. Η ταχεία ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού εμβολίου έχει καταστεί παγκόσμια επιτακτική ανάγκη. Σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα, χώρες και φαρμακευτικές εταιρείες παρήγαγαν νέα εμβόλια που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά κατά του παθογόνου, αν και υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων εμβολίων που κυκλοφόρησαν. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, οι εμβολιασμοί ξεκίνησαν στα τέλη του 2020, στοχεύοντας αρχικά σε ευπαθείς ομάδες και ομάδες υψηλού κινδύνου. Σε κάθε πανδημία οι επαγγελματίες υγείας θεωρούνται υψηλού κινδύνου και έχουν προτεραιότητα εμβολιασμού για την προστασία του συστήματος υγείας. Ωστόσο, η διστακτικότητα των εμβολίων, συμπεριλαμβανομένου του νέου εμβολίου κατά του SARS-CoV-2, είναι σκεπτικιστική ακόμη και μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Ειδικά στην Ευρωπαϊκή Ένωση, για διάφορους νομικούς και ηθικούς λόγους, η έννοια του υποχρεωτικού εμβολιασμού των επαγγελματιών υγείας δεν υφίσταται παρά μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις (Talarek et al., 2021).

Μια μελέτη στο Ισραήλ σχετικά με την αποδοχή των εμβολιασμών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και του γενικού πληθυσμού πριν από τη διάθεση των σκευασμάτων έδειξε ότι ακόμη και μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που μπορεί να έχουν πιο ολοκληρωμένη γνώση και εκπαίδευση στον τομέα του εμβολιασμού, η συμμόρφωση μειώνεται. Η απόφαση για εμβολιασμό εξαρτάται περισσότερο από τις αντιλήψεις κάθε ατόμου για τους κινδύνους και τα οφέλη, οι οποίες μπορούν εύκολα να επηρεαστούν από την παραπληροφόρηση σχετικά με την ασφάλεια των εμβολίων και την ταχύτητα ανάπτυξης και διανομής σε σύγκριση με τον κανονικό χρόνο που χρειάζονται τα νέα φάρμακα για να φτάσουν στην αγορά. Το νοσηλευτικό προσωπικό, ειδικότερα, έχει δείξει έντονη απροθυμία για τα εμβόλια. Θετικοί προγνωστικοί παράγοντες υπέρ του εμβολιασμού ήταν το ιατρικό επάγγελμα, το να εργάζεται κανείς σε νοσοκομείο και ειδικά με ασθενείς που νοσούν από COVID-19, η απώλεια εισοδήματος ή η απώλεια εργασίας λόγω των μέτρων περιορισμού της κυκλοφορίας. Αντίθετα, αρνητικοί προγνωστικοί παράγοντες κατά του εμβολιασμού ήταν το να είναι κανείς νοσηλευτής και να έχει παιδιά (Dror et al., 2020).

Τα κύρια ζητήματα που επικαλούνται οι επαγγελματίες υγείας για την άρνηση του εμβολιασμού σχετίζονται με τον ποιοτικό έλεγχο του σκευάσματος, τις πιθανές παρενέργειες και την ταχύτητα ανάπτυξης και διανομής. Αυτά τα θέματα αφορούν επίσης τον γενικό πληθυσμό που αναφέρει απροθυμία να εμβολιαστεί, υποδηλώνοντας μια έμμεση συσχέτιση που βασίζεται σε

πληθυσμιακές παρατηρήσεις. Αυτό σημαίνει ότι απαιτούνται στοχευμένες ενέργειες ενημέρωσης και εκπαίδευσης υπέρ των εμβολίων για την επίτευξη του απώτερου στόχου της ανοσίας της αγέλης και του περιορισμού της πανδημίας (Dror et al., 2020).

Αντίστοιχες έρευνες Ελλήνων και Ιταλών επαγγελματιών υγείας τεκμηρίωσαν προπανδημικές γνώσεις και στάσεις σχετικά με τα εμβόλια και τις φιλοδοξίες εμβολιασμού κατά του COVID-19. Οι γνώσεις εμβολιασμού έχουν βελτιωθεί κατά τη διάρκεια της πανδημίας, με το 75% των ερωτηθέντων να λέει ότι θέλει να εμβολιαστεί. Η δυνατότητα υποχρεωτικού εμβολιασμού τεκμηριώνεται πρωτίστως μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με ασθενείς υψηλού κινδύνου (π.χ. ανοσοκατεσταλμένοι). Η γνώση είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας και τη στάση τους απέναντι στον εμβολιασμό. Τα υψηλότερα επίπεδα γνώσης συσχετίστηκαν με καλύτερη αποδοχή του εμβολιασμού, αλλά και καλύτερη ενημέρωση των ασθενών. Άλλοι παράγοντες που συνέβαλλαν θετικά για τον εμβολιασμό είναι το φύλο, η ηλικία και τυχόν υποκείμενα νοσήματα (Ledda et al., 2021).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, μια έρευνα σε 12.000 νοσηλευτές πριν από τη διανομή του εμβολίου βρήκε ότι το 37% των νοσηλευτών ένιωθε ότι δεν ήταν απολύτως σίγουροι για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια του εμβολίου (Shekhar et al., 2021). Μια άλλη μελέτη 3.479 επαγγελματιών υγείας ανέφερε ότι το 36% θα ήταν πρόθυμο να εμβολιαστεί μόλις γίνει διαθέσιμο, ενώ οι μισοί δεν ήταν σίγουροι και περίμεναν περισσότερα δεδομένα. Το 8% των νοσηλευτών ανέφερε άρνηση εμβολιασμού. Η αποδοχή για τον εμβολιασμό βρέθηκε να επηρεάζεται άμεσα από δημογραφικούς παράγοντες και το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων (Amin & Palter, 2021).

Μία μελέτη που διεξήχθη στο γενικό πληθυσμό στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής τόνισε την άρνηση εμβολιασμού και την αναποφασιστικότητα ως σημαντική πρόκληση. Η άρνηση και οι σκεπτικισμοί σχετίζονται κυρίως με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των εμβολίων. Επιπλέον, δημογραφικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες μπορούν επίσης να επηρεάσουν την αποδοχή του εμβολίου. Τα άτομα με υποκείμενες ιατρικές παθήσεις έχουν υψηλότερο αντιληπτό κίνδυνο και είναι πιο πιθανό να εμβολιαστούν. Αντίθετα, πληθυσμοί που αντιμετώπιζαν ανισότητες υγείας (π.χ. Αφροαμερικανοί, Ισπανόφωνοι, Ιθαγενείς) ενώ παρουσίαζαν υψηλά ποσοστά νοσηρότητας έδειξαν επίσης έντονο δισταγμό σχετικά με τον εμβολιασμό. Δεν υπήρχαν

σημαντικές διαφορές στην αποδοχή του εμβολιασμού σε συγκεκριμένες περιοχές που παρουσίασαν μεγάλα πανδημικά κύματα, ενώ αναμενόταν υψηλότερα ποσοστά αποδοχής (Ruiz & Bell, 2021).

Μια μελέτη στο γενικό πληθυσμό στην Ιταλία κατέγραψε διαφορές στον εμβολιασμό κατά του COVID-19 και της εποχικής γρίπης κατά τους πρώτους τέσσερις μήνες της πανδημίας. Ακόμη και μεταξύ των αναποφασιστών, ο αντιληπτός κίνδυνος είναι ένας σημαντικός παράγοντας υπέρ ενός εμβολίου. Η συνειδητοποίηση του μελλοντικού κινδύνου ασθένειας μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την επικοινωνία των αλλαγών και για τη βελτίωση της συμμόρφωσης των πολιτών με τα μέτρα πρόληψης και τον εμβολιασμό έναντι της πανδημίας COVID-19 (Caserotti et al., 2021).

Μία μετα-ανάλυση 28 μελετών από 13 χώρες που συμπεριέλαβε 58.656 άτομα βρήκε ότι το ποσοστό του πληθυσμού που επιθυμούσε να εμβολιαστεί μειώθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Τα συγκεντρωτικά δεδομένα μεταξύ Ιουνίου 2020 και Οκτωβρίου 2020 έδειξαν ότι το 60% του δείγματος ήθελε να εμβολιαστεί, ενώ το 20% αρνήθηκε να εμβολιαστεί, με σημαντικές διακυμάνσεις στην προθυμία μεταξύ χωρών και ομάδων πληθυσμού. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την απροθυμία για εμβολιασμό περιελάμβαναν το φύλο (γυναίκα), την ηλικία (τα νεότερα άτομα αρνούνται τον εμβολιασμό), το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (εθνικές μειονότητες) (Robinson et al., 2021).

Η αναποφασιστικότητα στον εμβολιασμό αποτελεί σημαντική απειλή για την επιτυχία των παγκόσμιων προγραμμάτων εμβολιασμού. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2019 κατέταξε την αναποφασιστικότητα για τον εμβολιασμό ως μία από τις κύριες απειλές για την παγκόσμια υγεία. Η ανάπτυξη των εμβολίων σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα, η παραπληροφόρηση που γίνεται στα μέσα ενημέρωσης και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, ένα πολωμένο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον και οι δυσκολίες που προκύπτουν από τα προγράμματα μαζικού εμβολιασμού θα μπορούσαν να υπονομεύσουν τα ποσοστά εμβολιασμού. Η αποδοχή του εμβολιασμού από το γενικό πληθυσμό απαιτεί στρατηγικές που βασίζονται σε στοιχεία για την προώθηση των εμβολίων στο γενικό πληθυσμό και στους επαγγελματίες υγείας στο πλαίσιο μιας πανδημίας. Απαιτούνται παρεμβάσεις σε οργανωτικό, διαπροσωπικό και ατομικό επίπεδο για τη βελτίωση της συμμόρφωσης στον εμβολιασμό, που μπορεί να είναι το τελικό κρίσιμο στάδιο μιας πανδημίας (Finney Rutten et al., 2021).

## 4. Μεθοδολογία

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών από την αρχή της πανδημίας SARS-CoV-2 μέχρι σήμερα.

Στόχοι της μελέτης αποτέλεσαν οι εξής:

- η διερεύνηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών πριν την πανδημία COVID-19.
- η διερεύνηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών σήμερα.
- η διερεύνηση της μεταβολής του επιπέδου της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών από πριν την πανδημία COVID-19 μέχρι σήμερα.
- η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν το επίπεδο της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Η μελέτη είναι συγκριτική συγχρονική.

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν νοσηλευτές που εργάζονται σε δημόσιο νοσοκομείο.

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν επαγγελματίες υγείας οι οποίοι:

- ήταν νοσηλευτές
- εργάζονται σε διάφορα τμήματα, κλινικές, ΜΕΘ, ΤΕΠ, κλινικές που νοσηλεύουν ασθενείς με COVID-19, ΜΕΘ που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19
- εργάζονται σε δημόσιο νοσοκομείο
- συμφωνούν και δέχονται να συμμετάσχουν στη μελέτη.

Από τη μελέτη θα αποκλειστούν όσοι:

- δεν είναι νοσηλευτές, αλλά λοιποί επαγγελματίες υγείας, π.χ. ιατροί, τεχνολόγοι ακτινολόγοι κτλ
- δεν συναίνεσαν με τη μελέτη.

Η δειγματοληψία ήταν τυχαιοποιημένη. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν το ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας (SF-36) και η κλίμακα φόβου για το COVID-19 (The Fear of the COVID - 19). Το Short Form 36 (SF-36) αναπτύχθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες για χρήση στο Πείραμα Ασφάλισης Υγείας της Rand Corporation (Ware et al., 1980). Το εργαλείο στη συνέχεια μεταφράστηκε σε 120 γλώσσες και χρησιμοποιήθηκε παγκοσμίως για τη μέτρηση της υγείας των τοπικών πληθυσμών (π.χ. Κίνα, Ινδία, Ολλανδία και Ισπανία) (Ghaddar et al., 2008; Groeneweg et al., 2010; Rajeswari et al., 2005; Wong et al., 2005). Θεωρείται ο πιο ευρέως δείκτης αξιολόγησης της γενικής υγείας, καθώς αντιπροσωπεύει το 10% όλων των δημοσιευμένων αναφορών πριν από το 2000 (Garratt et al., 1993). Το SF-36 αποτελείται από 36 ερωτήσεις που αξιολογούν οκτώ διαστάσεις της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία. Οι οκτώ διαστάσεις είναι οι εξής (Ware & Gandek, 1998):

- σωματική λειτουργικότητα (PF)
- σωματικός ρόλος (RP)
- σωματικός πόνος (BP)
- γενική υγεία (GH)
- ζωτικότητα (VT)
- κοινωνική λειτουργικότητα (SF)
- συναισθηματικός ρόλος (RE) και
- πνευματική- ψυχική υγεία (MH).

Αλγόριθμοι βαθμολόγησης χρησιμοποιούνται για τη μετατροπή των ακατέργαστων βαθμολογιών στις οκτώ διαστάσεις που αναφέρονται παραπάνω. Οι βαθμολογίες μετατρέπονται από το μηδέν για τους ερωτηθέντες με τη χειρότερη υγεία σε 100 για τους ερωτηθέντες με την καλύτερη υγεία. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία και έχει χρησιμοποιηθεί σε μεγάλο αριθμό μελετών σε όλο τον κόσμο. Έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες, συμπεριλαμβανομένης της ελληνικής και έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό (Anagnostopoulos et al., 2005).

Ο φόβος των φροντιστών για την πανδημία COVID-19 αξιολογήθηκε μέσω του ερωτηματολογίου Fear of COVID-19 (FCV-19S). Το FCV αποτελείται από επτά ερωτήσεις που σχετίζονται με διαφορετικές διαστάσεις του φόβου. Είναι αξιόπιστο και έγκυρο στην αξιολόγηση



του φόβου του COVID-19 λόγω της σταθερής μονοδιάστατης δομής και των ισχυρών ψυχομετρικών ιδιοτήτων του (Ahorsu et al., 2020).

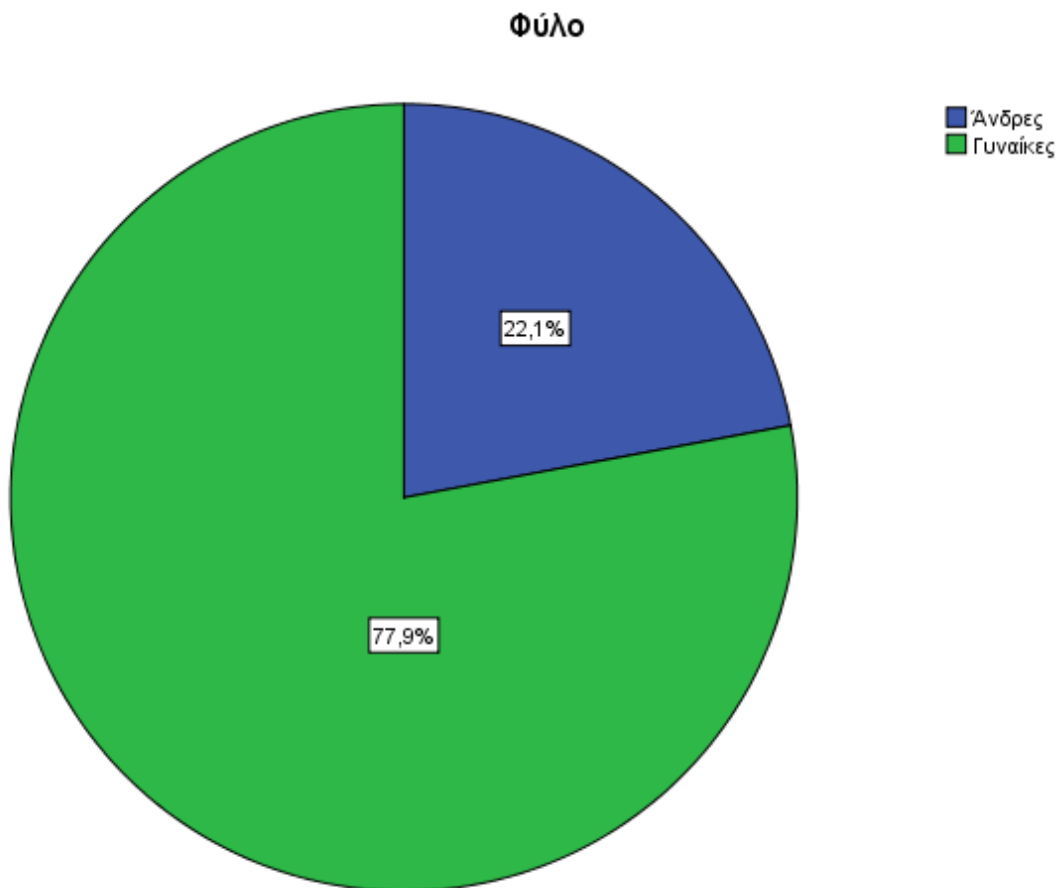
Στα πλαίσια εναρμόνισης με το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων, οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν θα διατηρηθούν απολύτως εμπιστευτικές και θα τηρείται η ασφάλεια του σχετικού υλικού. Επίσης, διατηρήθηκε η ανωνυμία των δειγμάτων. Δεν καταγράφηκε το όνομα και το επώνυμο των συμμετεχόντων ή οποιοδήποτε άλλο στοιχείο το οποίο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για να αναγνωριστούν. Πριν τη διανομή των ερωτηματολογίων το ερευνητικό πρωτόκολλο κατατέθηκε στο επιστημονικό συμβούλιο του υπό μελέτη νοσοκομείου για έγκριση.

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS v.26.0. Το πρώτο μέρος της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων αποτελείται από απλή περιγραφική ανάλυση, όπου οι ποιοτικές μεταβλητές εκφράζονται ως συχνότητες και ποσοστά και οι ποσοτικές μεταβλητές εκφράζονται ως μέσος όρος  $\pm$  τυπική απόκλιση. Τα αποτελέσματα για τις ποιοτικές μεταβλητές θα παρουσιαστούν επίσης γραφικά. Ακολουθεί η επαγωγική στατιστική. Οι ποιοτικές μεταβλητές συγκρίθηκαν χρησιμοποιώντας τη δοκιμή  $\chi^2$  ή τη δοκιμή Fisher ανάλογα με την περίπτωση, ενώ όλες οι ποσοτικές μεταβλητές συγκρίθηκαν χρησιμοποιώντας το τεστ t. Στην περίπτωση που έπρεπε να συγκριθούν 3 ή περισσότερες μεταβλητές, χρησιμοποιήθηκε one way ANOVA analysis. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο  $P < 0,05$ .

## 5. Αποτελέσματα

### 5.1. Δημογραφικά δεδομένα

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 136 νοσηλευτές ηλικίας  $38,4 \pm 9,6$  έτη, εκ των οποίων 106 (77,9%) ήταν γυναίκες ηλικίας  $38,1 \pm 9,9$  έτη και 30 (22,1%) άνδρες ηλικίας  $39,5 \pm 8,3$  έτη (σχήμα 1).



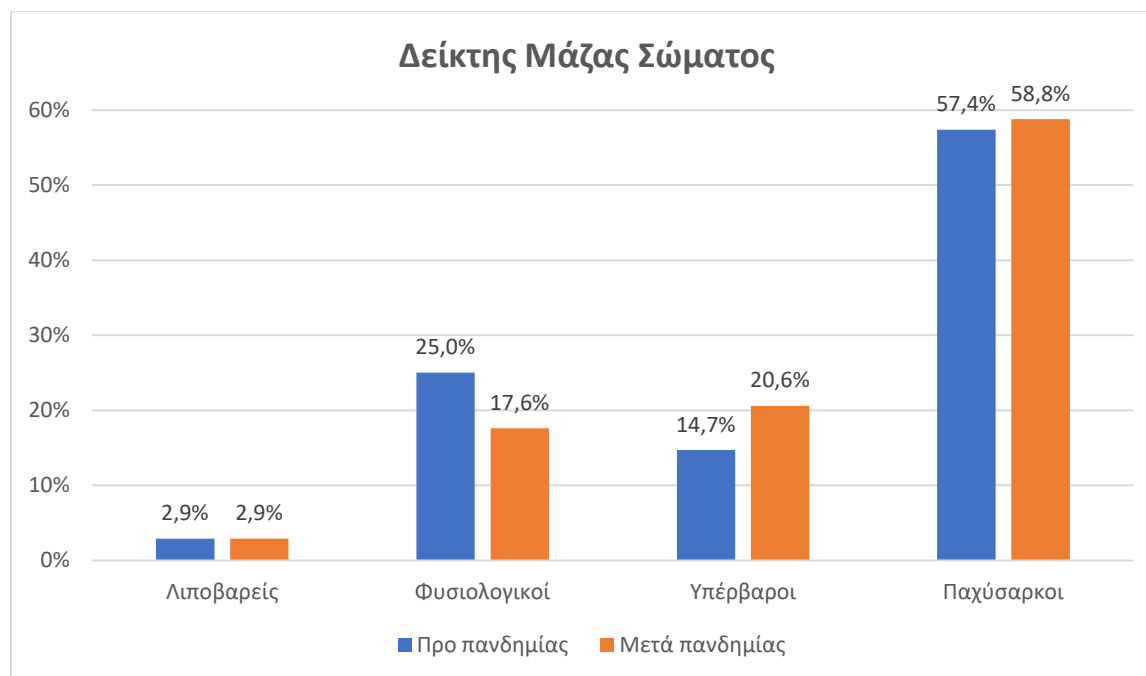
Σχήμα 1. Φύλο συμμετεχόντων.

Το βάρος των νοσηλευτών πριν την πανδημία ήταν  $71,5 \pm 13,6$  κιλά και μετά την πανδημία αυξήθηκε σε  $72,8 \pm 14,9$  κιλά. Το ύψος των συμμετεχόντων ήταν  $1,67 \pm 0,9$  μέτρα με ελάχιστο 1,47 μέτρα και μέγιστο 1,87 μέτρα. Ο δείκτης μάζας σώματος των νοσηλευτών πριν την πανδημία ήταν  $60,9 \pm 34,2 \text{ kg/m}^2$  και μετά την πανδημία  $67,9 \pm 34,8 \text{ kg/m}^2$  (πίνακας 1).

Πίνακας 1. Βάρος και δείκτης μάζας σώματος συμμετεχόντων.

	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος±ΤΑ
Βάρος προ πανδημίας, κιλά	45	110	71,5±13,6
Βάρος μετά πανδημίας, κιλά	47	111	72,8±14,9
Ύψος, μέτρα	1,47	1,87	1,67±0,1
Δείκτης μάζας σώματος προ πανδημίας	17,7	60,9	34,2±10,3
Δείκτης μάζας σώματος μετά πανδημίας	15,8	67,7	34,8±10,9

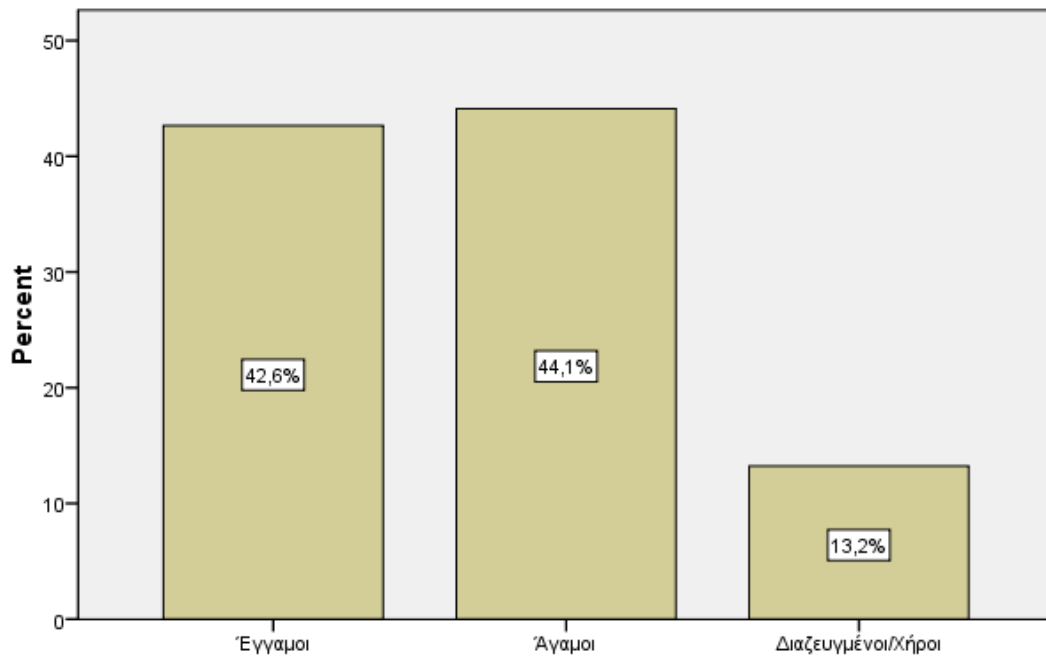
Στο σχήμα 1 απεικονίζεται οι κατηγορίες του δείκτη μάζας σώματος των συμμετεχόντων πριν και μετά την πανδημία, δείχνοντας ξεκάθαρα μία τάση μείωσης του ποσοστού των νοσηλευτών με φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος και αύξησης των ποσοστών των νοσηλευτών που είναι υπέρβαροι και παχύσαρκοι.



Σχήμα 1. Δείκτης μάζας σώματος συμμετεχόντων πριν και μετά την πανδημία.

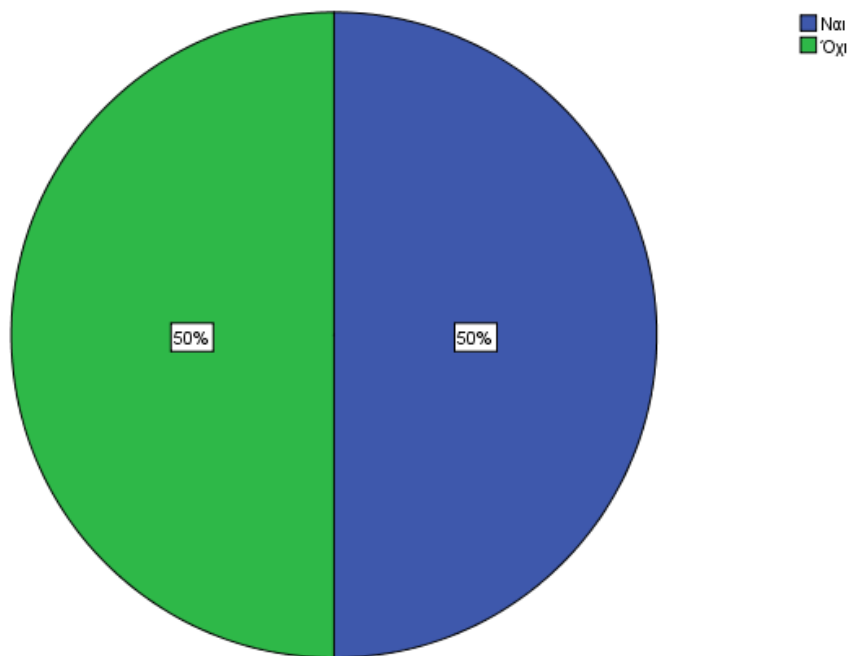
Συνολικά, 60 (44,1%) νοσηλευτές ήταν άγαμοι, 58 (42,6%) έγγαμοι και 18 (13,2%) διαζευγμένοι (σχήμα 2), ενώ οι μισοί είχαν παιδιά (σχήμα 3).

### Οικογενειακή Κατάσταση



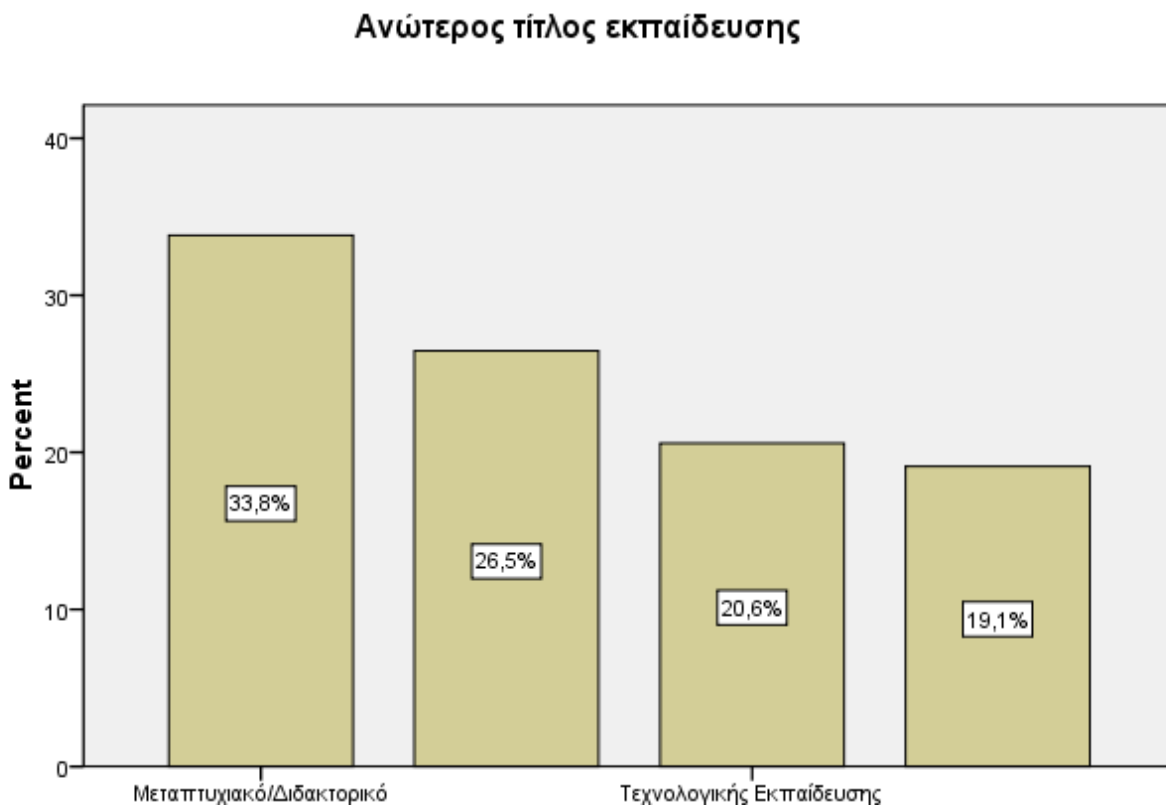
Σχήμα 2. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων.

### Παιδιά



Σχήμα 3. Ποσοστό νοσηλευτών που είχαν παιδιά.

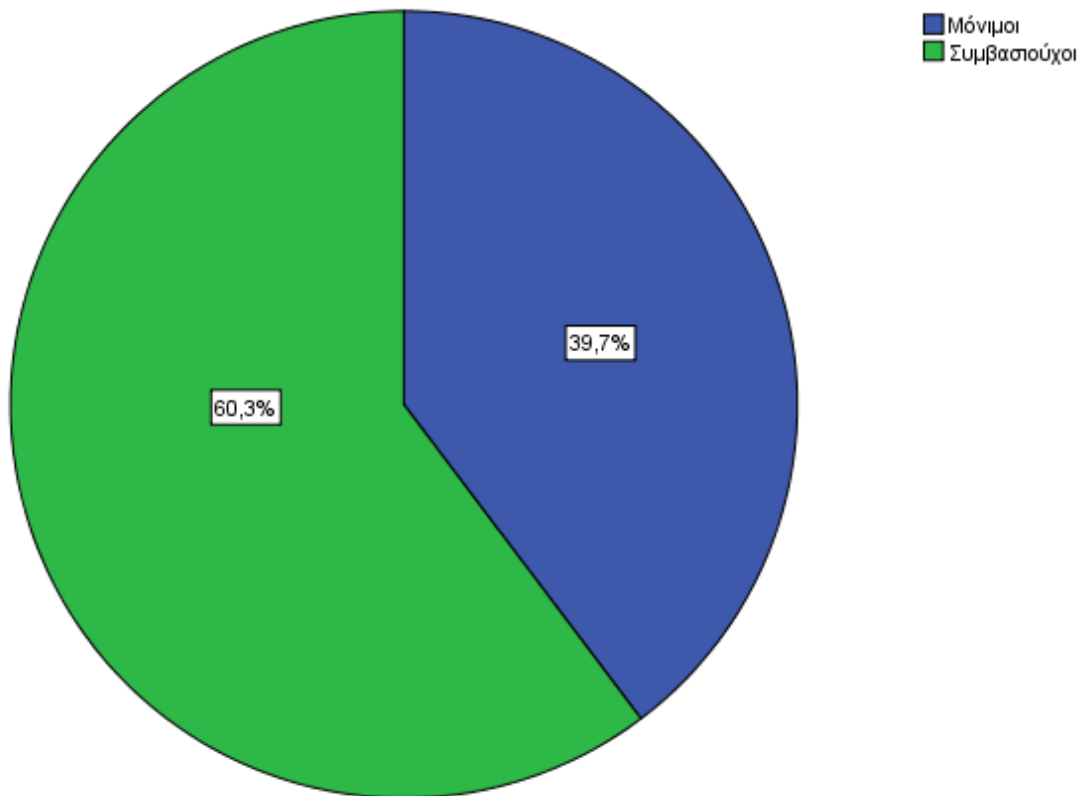
Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, 46 (33,8%) νοσηλευτές ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού, 36 (26,5%) νοσηλευτές ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, 28 (20,6%) νοσηλευτές ήταν τεχνολογικής εκπαίδευσης και 26 (19,1%) νοσηλευτές ήταν διετούς εκπαίδευσης (σχήμα 4).



Σχήμα 4. Ανώτερος τίτλος εκπαίδευσης συμμετεχόντων.

Από το σύνολο του δείγματος, 82 (60,3%) νοσηλευτές ήταν συμβασιούχοι και 54 (39,7%) μόνιμοι (σχήμα 5).

## Σχέση Εργασίας

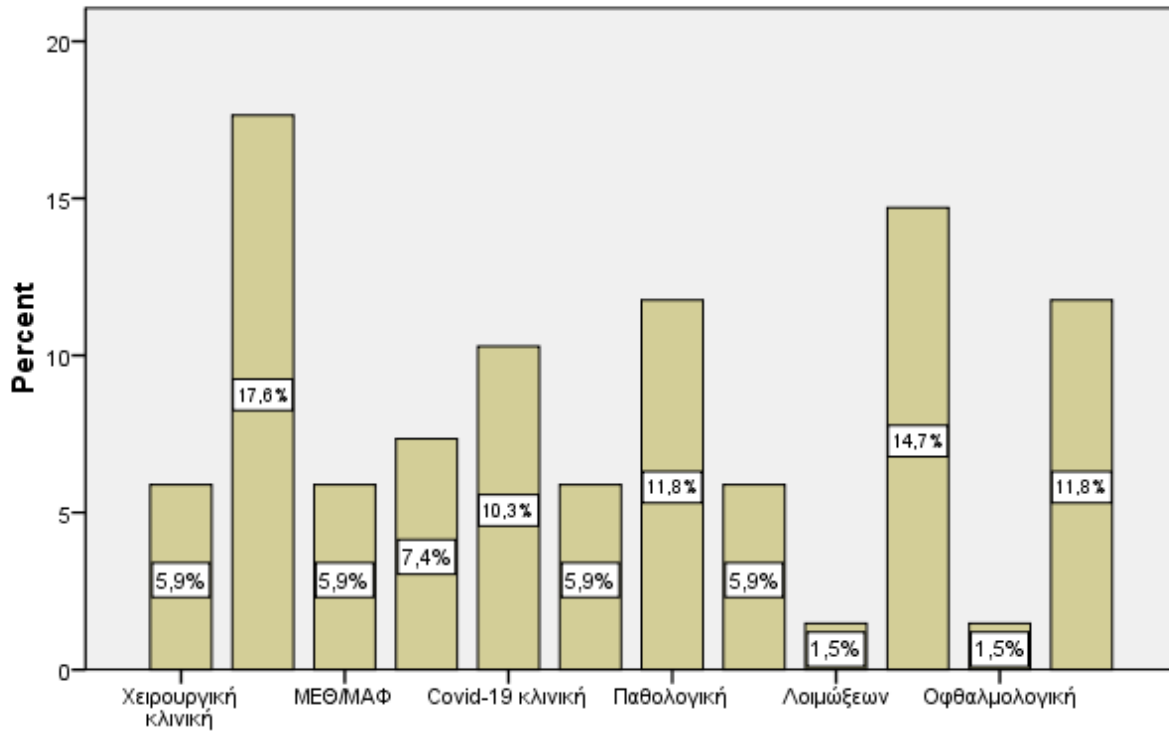


Σχήμα 5. Σχέση εργασίας συμμετεχόντων.

Όσον αφορά το τμήμα εργασίας, 24 (17,6%) νοσηλευτές εργάζονταν στο ΤΕΠ, 20 (14,7%) στην ορθοπαιδική κλινική, 16 (11,8%) στην παθολογική κλινική, 16 (11,8%) στην παιδιατρική κλινική, 14 (10,3%) στην κλινική COVID, 10 (7,4%) στα χειρουργεία/Αναισθησιολογικό, 8 (5,9%) στη χειρουργική κλινική, 8 (5,9%) στη ΜΕΘ/ΜΑΦ, 8 (5,9%) στην ψυχιατρική κλινική, 8 (5,9%) στην καρδιολογική κλινική, 2 (1,5%) στην κλινική λοιμώξεων και 2 (1,5%) στην οφθαλμολογική κλινική (σχήμα 6).

Οι συμμετέχοντες εργάζονταν για  $11,8 \pm 9,5$  έτη με ελάχιστο 1 και μέγιστο 32 έτη.

## Τμήμα εργασίας

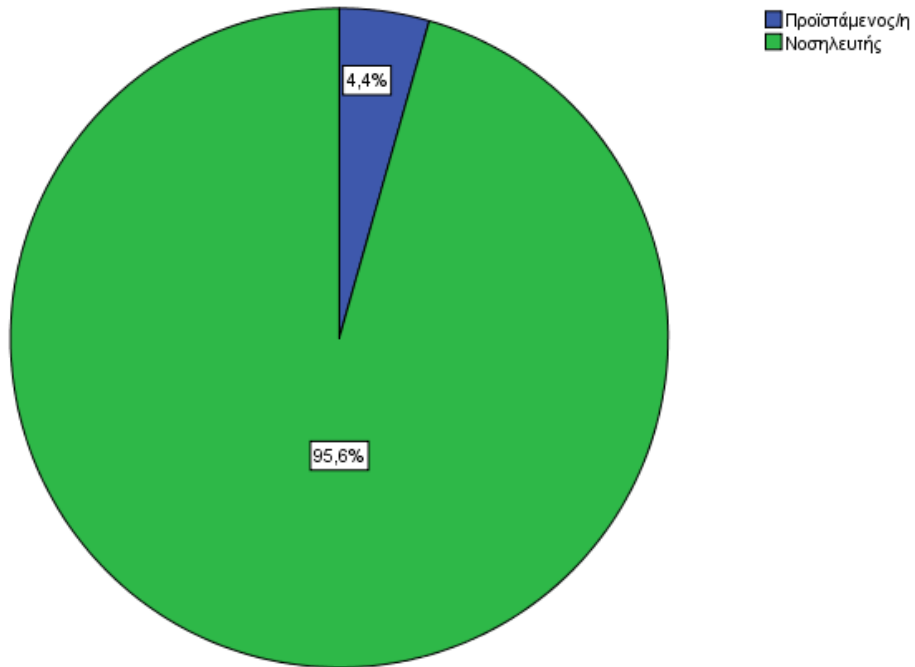


Σχήμα 6. Τμήμα εργασίας συμμετεχόντων.

Όσον αφορά τη θέση εργασίας, 130 (95,6%) νοσηλευτές ήταν υφιστάμενοι και 6 (4,4%) προϊστάμενοι (σχήμα 7).

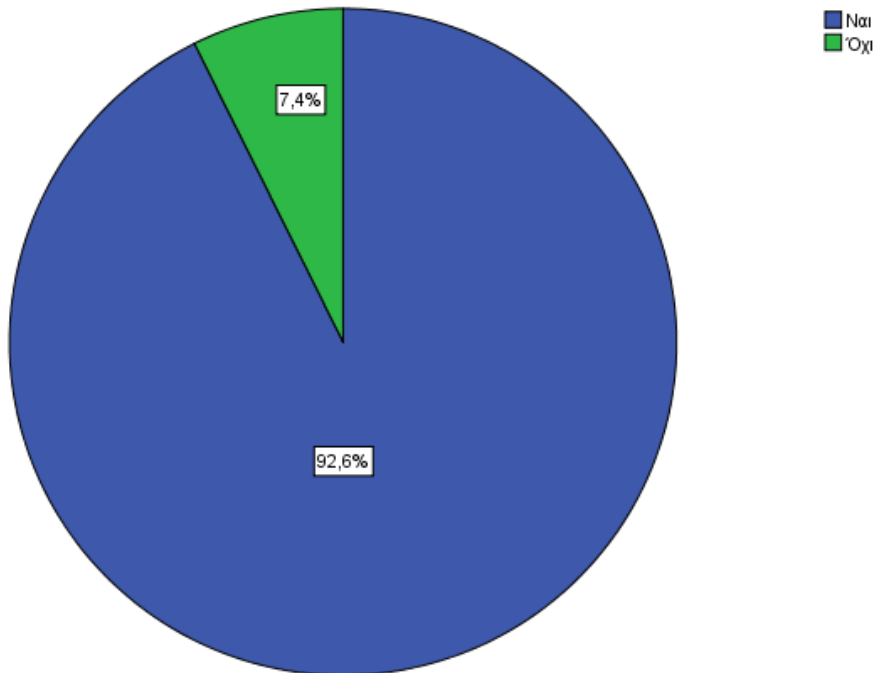
Με COVID-19 έχουν νοσήσει 126 (92,6%) συμμετέχοντες (σχήμα 8).

### Θέση Εργασίας



Σχήμα 7. Θέση εργασίας συμμετεχόντων.

### Νόσηση με COVID-19

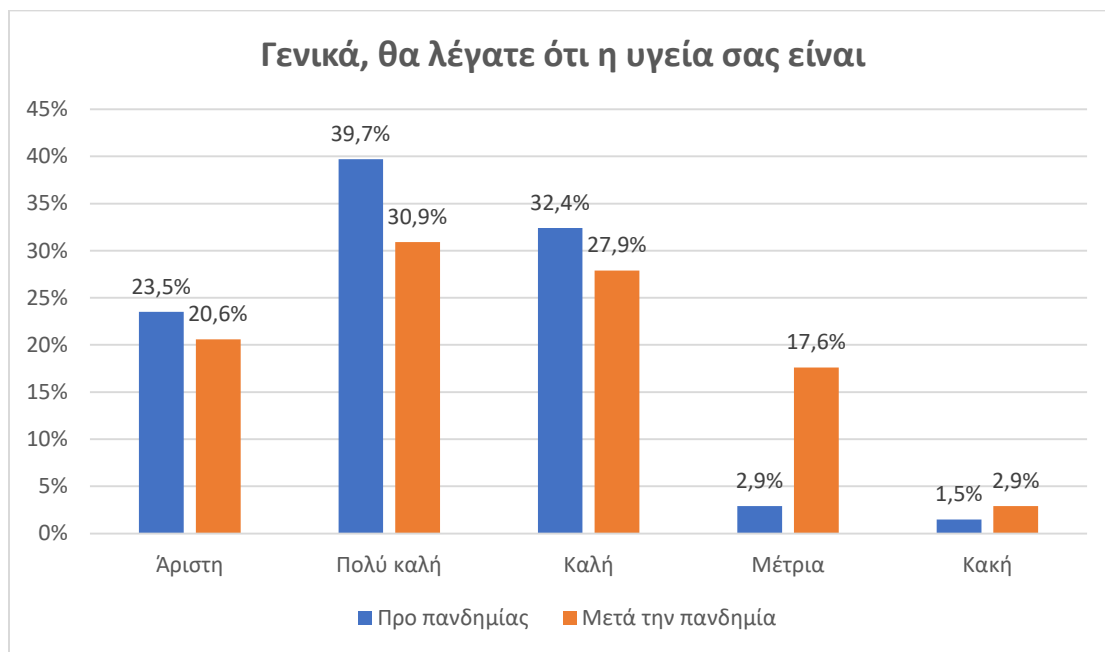


Σχήμα 8. Ποσοστό συμμετεχόντων που είχαν νοσήσει με COVID-19



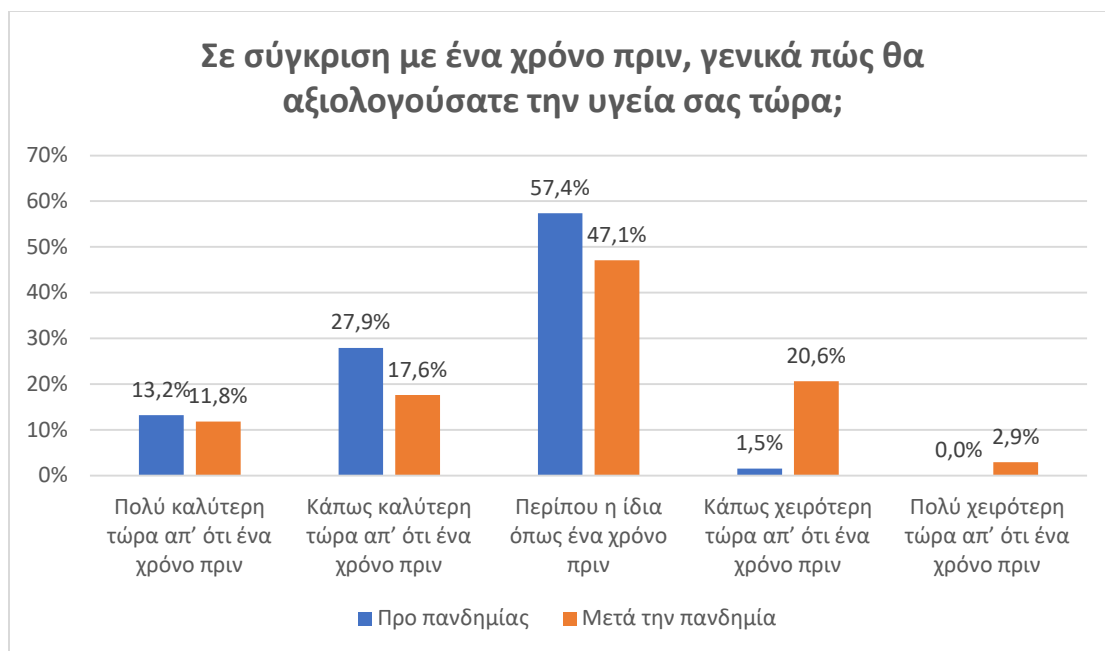
## 5.2. Ποιότητα Ζωής

Ο δείκτης Cronbach`s Alpha του ερωτηματολογίου βρέθηκε 0,908 που σημαίνει ότι το ερωτηματολόγιο διερεύνησης της ποιότητας ζωής έχει πολύ υψηλή αξιοπιστία. Στην ερώτηση «Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι», προ της πανδημίας 54 (39,7%) νοσηλευτές απάντησαν πολύ καλή, 44 (32,4%) καλή, 32 (23,5%) άριστη, 4 (2,9%) μέτρια και 2 (1,5%) κακή. Στο τέλος της πανδημίας, 42 (30,9%) νοσηλευτές απάντησαν ότι η υγεία τους γενικά είναι πολύ καλή, 38 (27,9%) καλή, 24 (17,6%) μέτρια, 28 (20,6%) άριστη και 4 (2,9%) κακή (σχήμα 9).



Σχήμα 9. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι.

Ένα χρόνο πριν την έναρξη της πανδημίας, 78 (57,4%) συμμετέχοντες αξιολόγησαν την υγεία τους περίπου ίδια όπως ένα χρόνο πριν, 38 (27,9%) κάπως καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν, 18 (13,2%) πολύ καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν και 2 (1,5%) κάπως χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν, ενώ ένα έτος πριν τη λήξη της πανδημίας 64 (47,1%) συμμετέχοντες αξιολόγησαν την υγεία τους περίπου ίδια όπως ένα χρόνο πριν, 28 (20,6%) κάπως χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν, 24 (17,6%) κάπως καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν, 16 (11,8%) πολύ καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν και 4 (2,9%) πολύ χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν (σχήμα 10).



Σχήμα 10. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;

Πριν την έναρξη της πανδημίας, 68 (50%) νοσηλευτές απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν τους περιόριζε καθόλου σε κουραστικές δραστηριότητες, 54 (39,7%) τους περιόριζε λίγο και 14 (10,3%) τους περιόριζε πολύ. Ακόμη, 82 (60,3%) νοσηλευτές απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν τους περιόριζε καθόλου σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, 48 (35,3%) τους περιόριζε λίγο και 6 (4,4%) τους περιόριζε πολύ. Επίσης, 88 (64,7%) νοσηλευτές απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν τους περιόριζε καθόλου όταν σήκωναν ή μετέφεραν ψώνια από την αγορά, 40 (29,4%) τους περιόριζε λίγο και 8 (5,9%) τους περιόριζε πολύ. Επιπλέον, 76 (55,9%) νοσηλευτές απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν τους περιόριζε καθόλου όταν ανέβαιναν μερικές σκάλες, 52 (38,2%) τους περιόριζε λίγο και 8 (5,9%) τους περιόριζε πολύ. Επιπρόσθετα, 94 (69,1%) νοσηλευτές απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν τους περιόριζε καθόλου όταν ανέβαιναν μία σκάλα, 36 (26,5%) τους περιόριζε λίγο και 6 (4,4%) τους περιόριζε πολύ. Συνολικά, 84 (61,8%) νοσηλευτές απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν τους περιόριζε καθόλου κατά το λύγισμα του σώματος, το γονάτισμα ή το σκύψιμο, 44 (32,4%) τους περιόριζε λίγο και 8 (5,9%) τους περιόριζε πολύ. Ακόμη, 70 (51,5%) νοσηλευτές απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν τους περιόριζε καθόλου όταν περπατούσαν πάνω από ένα χιλιόμετρο, 50 (36,8%) τους περιόριζε λίγο και 16 (11,8%) τους

περιορίζε πολύ. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, 72 (52,9%) νοσηλευτές απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν τους περιορίζει καθόλου όταν περπατάνε μερικές εκατοντάδες μέτρα, 54 (39,7%) τους περιορίζει λίγο και 10 (7,4%) τους περιορίζει πολύ. Επίσης, 86 (63,2%) νοσηλευτές απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν τους περιορίζει καθόλου όταν περπατάνε περίπου εκατό μέτρα, 44 (32,4%) τους περιορίζει λίγο και 6 (4,4%) τους περιορίζει πολύ. Τέλος, 120 (88,2%) νοσηλευτές απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν τους περιορίζει καθόλου όταν κάνουν μπάνιο ή ντύνονται, 10 (7,4%) τους περιορίζει λίγο και 6 (4,4%) τους περιορίζει πολύ.

Δύο έτη μετά την έναρξη της πανδημίας, 50 (36,8%) νοσηλευτές απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν τους περιορίζει καθόλου σε κουραστικές δραστηριότητες, 62 (45,6%) τους περιορίζει λίγο και 24 (17,6%) τους περιορίζει πολύ. Ακόμη, 72 (52,9%) νοσηλευτές απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν τους περιορίζει καθόλου σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, 48 (35,3%) τους περιορίζει λίγο και 16 (11,8%) τους περιορίζει πολύ. Επίσης, 80 (58,8%) νοσηλευτές απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν τους περιορίζει καθόλου όταν σήκωναν ή μετέφεραν ψώνια από την αγορά, 42 (30,9%) τους περιορίζει λίγο και 14 (10,3%) τους περιορίζει πολύ. Επιπλέον, 54 (39,7%) νοσηλευτές απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν τους περιορίζει καθόλου όταν ανέβαιναν μερικές σκάλες, 62 (45,6%) τους περιορίζει λίγο και 20 (14,7%) τους περιορίζει πολύ. Επιπρόσθετα, 80 (58,8%) νοσηλευτές απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν τους περιορίζει καθόλου όταν ανέβαιναν μία σκάλα, 40 (29,4%) τους περιορίζει λίγο και 16 (11,8%) τους περιορίζει πολύ. Συνολικά, 68 (50%) νοσηλευτές απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν τους περιορίζει καθόλου κατά το λύγισμα του σώματος, το γονάτισμα ή το σκύψιμο, 38 (27,9%) τους περιορίζει λίγο και 30 (22,1%) τους περιορίζει πολύ. Ακόμη, 58 (42,6%) νοσηλευτές απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν τους περιορίζει καθόλου όταν περπατούσαν πάνω από ένα χιλιόμετρο, 54 (39,7%) τους περιορίζει λίγο και 24 (17,6%) τους περιορίζει πολύ. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, 64 (47,1%) νοσηλευτές απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν τους περιορίζει καθόλου όταν περπατάνε μερικές εκατοντάδες μέτρα, 56 (41,2%) τους περιορίζει λίγο και 16 (11,8%) τους περιορίζει πολύ. Επίσης, 84 (61,8%) νοσηλευτές απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν τους περιορίζει καθόλου όταν περπατάνε περίπου εκατό μέτρα, 38 (27,9%) τους περιορίζει λίγο και 14 (10,3%) τους περιορίζει πολύ. Τέλος, 112 (82,4%) νοσηλευτές απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν τους περιορίζει καθόλου όταν κάνουν μπάνιο ή ντύνονται, 18 (13,2%) τους

περιορίζε λίγο και 6 (4,4%) τους περιορίζε πολύ. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

Πίνακας 2. Απαντήσεις συμμετεχόντων όσον αφορά τον περιορισμό των δραστηριοτήτων λόγω της κατάστασης της υγείας τους, προ και κατά τη λήξη της πανδημίας.

Ερωτήσεις	Προ πανδημίας			Μετά την πανδημία		
	Ναι, με περιορίζει Πολύ	Ναι, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου	Ναι, με περιορίζει Πολύ	Ναι, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου
Σε <b>κουραστικές δραστηριότητες</b> , όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ	14 10,3%	54 39,7%	68 50%	24 17,6%	62 45,6%	50 36,8%
Σε <b>μέτριας έντασης δραστηριότητες</b> , όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	6 4,4%	48 35,3%	82 60,3%	16 11,8%	48 35,3%	72 52,9%
Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	8 5,9%	40 29,4%	88 64,7%	14 10,3%	42 30,9%	80 58,8%
Όταν ανεβαίνετε <b>μερικές</b> σκάλες	8 5,9%	52 38,2%	76 55,9%	20 14,7%	62 45,6%	54 39,7%
Όταν ανεβαίνετε <b>μία</b> σκάλα	6 4,4%	36 26,5%	94 69,1%	16 11,8%	40 29,4%	80 58,8%
Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	8 5,9%	44 32,4%	84 61,8%	30 22,1%	38 27,9%	68 50%

Ερωτήσεις	Αρχή πανδημίας			2 έτη μετά		
	Ναι, με περιορίζει Πολύ	Ναι, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου	Ναι, με περιορίζει Πολύ	Ναι, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου
Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο	16 11,8%	50 36,8%	70 51,5%	24 17,6%	54 39,7%	58 42,6%
Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα	10 7,4%	54 39,7%	72 52,9%	16 11,8%	56 41,2%	64 47,1%
Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα	6 4,4%	44 32,4%	86 63,2%	14 10,3%	38 27,9%	84 61,8%
Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	6 4,4%	10 7,4%	120 88,2%	6 4,4%	18 13,2%	112 82,4%

Πριν την έναρξη της πανδημίας και λόγω κάποιου σωματικού προβλήματος, 22 (16,2%) νοσηλευτές απάντησαν ότι τις τελευταίες 4 εβδομάδες μείωσαν το χρόνο που συνήθως αφιέρωναν στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες, 36 (26,5%) περιόρισαν το είδος της δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων τους και 24 (17,6%) δυσκολεύτηκαν να εκτελέσουν τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές τους.

Πριν την έναρξη της πανδημίας και λόγω κάποιου συναισθηματικού προβλήματος, 24 (17,6%) νοσηλευτές απάντησαν ότι μείωσαν το χρόνο που συνήθως αφιερώνουν στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες, 40 (29,4%) επιτέλεσαν λιγότερα από όσα θα ήθελαν και 24 (17,6%) έκαναν τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως.

Μετά τη λήξη της πανδημίας και λόγω κάποιου σωματικού προβλήματος, 42 (30,9%) νοσηλευτές απάντησαν ότι τις τελευταίες 4 εβδομάδες μείωσαν το χρόνο που συνήθως αφιέρωναν στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες, 40 (29,4%) περιόρισαν το είδος της δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων τους και 40 (29,4%) δυσκολεύτηκαν να εκτελέσουν τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές τους.

Μετά τη λήξη της πανδημίας και λόγω κάποιου συναισθηματικού προβλήματος, 50 (36,8%) νοσηλευτές απάντησαν ότι μείωσαν το χρόνο που συνήθως αφιερώνουν στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες, 52 (38,2%) επιτέλεσαν λιγότερα από όσα θα ήθελαν και 38 (27,98%)

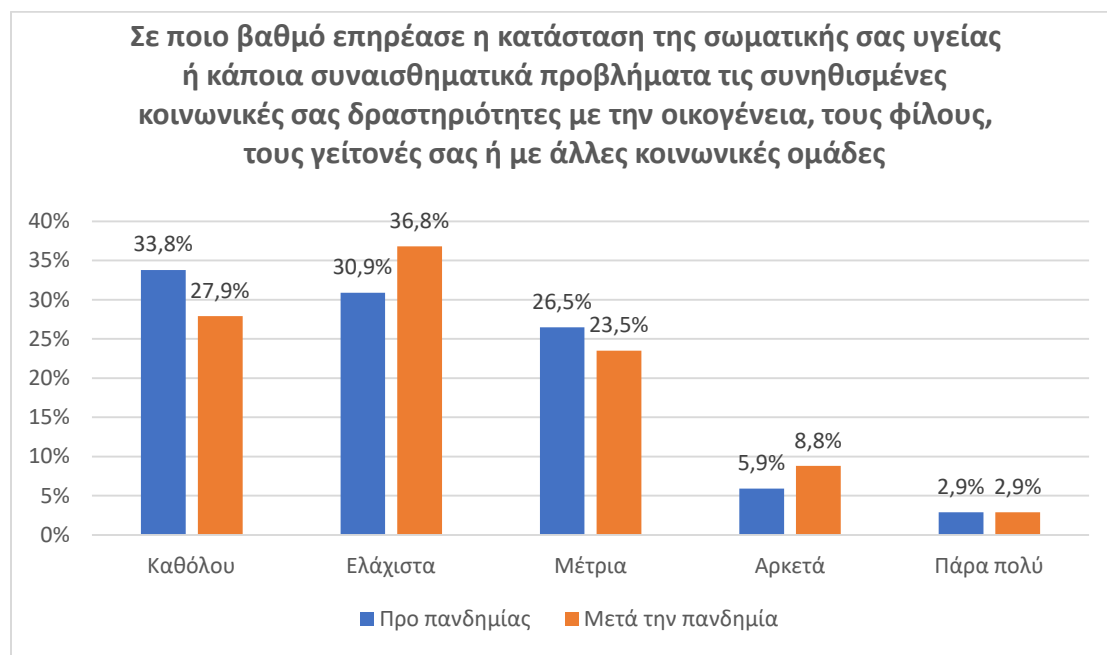
έκαναν τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

Πίνακας 3. Απαντήσεις συμμετεχόντων σε ερωτήσεις στην αρχή της πανδημίας και δύο έτη μετά.

Ερώτηση	Προ πανδημίας	Μετά την πανδημία
<b>Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στη δουλειά σας – είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;</b>		
Μειώσατε <b>το χρόνο</b> που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	22 16,2%	42 30,9%
<b>Επιτελέσατε λιγότερα</b> από όσα θα θέλατε	34 25%	40 29,4%
Περιορίσατε <b>το είδος</b> δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας	36 26,5%	40 29,4%
<b>Δυσκολευτήκατε</b> να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)	24 17,6%	36 26,5%
<b>Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν – είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (λ.χ., επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);</b>		
Μειώσατε <b>το χρόνο</b> που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	28 20,6%	50 36,8%
<b>Επιτελέσατε λιγότερα</b> από όσα θα θέλατε	38 27,9%	52 38,2%
Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες <b>λιγότερο προσεκτικά</b> απ' ότι συνήθως	24 17,6%	38 27,9%

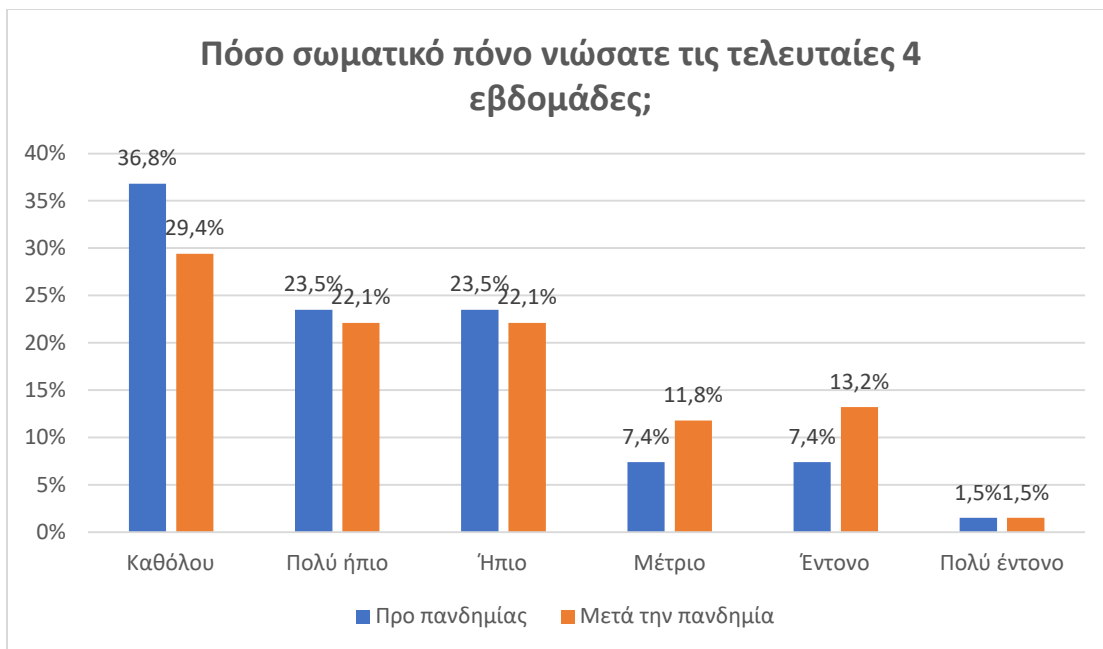
Πριν την έναρξη της πανδημίας και κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες, 46 (33,8%) νοσηλευτές απάντησαν καθόλου, 42 (30,9%) ελάχιστα,

36 (26,5%) μέτρια, 8 (5,9%) αρκετά και 4 (2,9%) πάρα πολύ. Στην ίδια ερώτηση, μετά την πανδημία 50 (36,8%) νοσηλευτές απάντησαν ελάχιστα, 38 (27,9%) καθόλου, 32 (23,5%) μέτρια, 12 (8,8%) αρκετά και 4 (2,9%) πάρα πολύ (σχήμα 11).



Σχήμα 11. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες

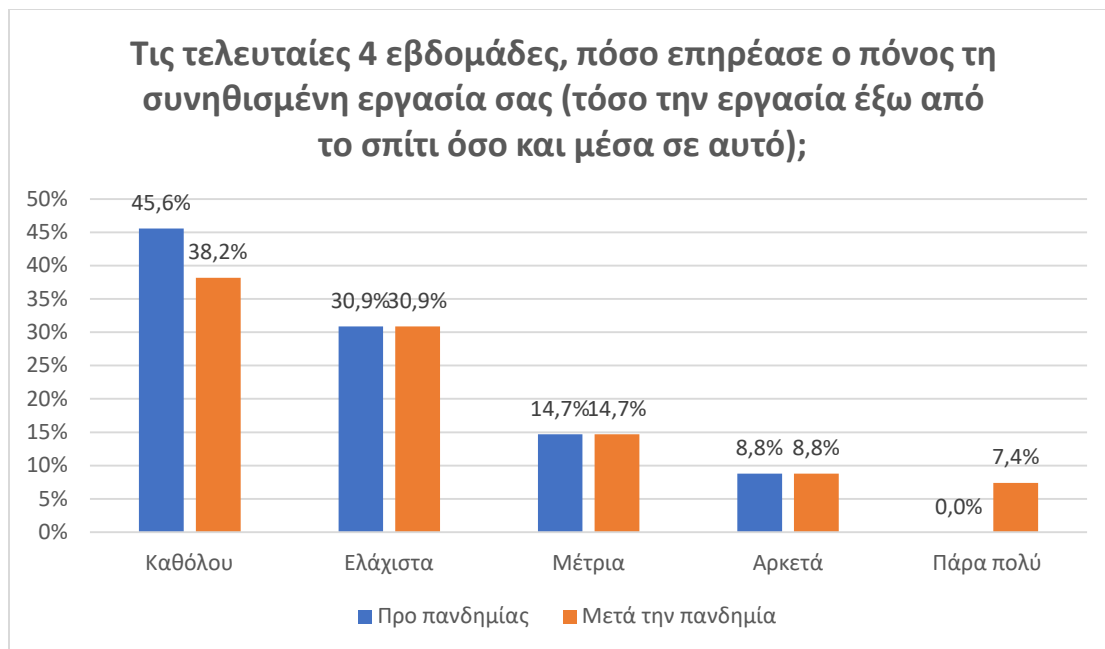
Στην ερώτηση πριν την έναρξη της πανδημίας πόσο πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες, 50 (36,8%) νοσηλευτές απάντησαν καθόλου, 32 (23,5%) πολύ ήπιο, 32 (23,5%) ήπιο, 10 (7,4%) μέτριο, 10 (7,4%) έντονο και 2 (1,5%) πολύ έντονο. Στην ίδια ερώτηση, μετά τη λήξη της πανδημίας 40 (29,4%) νοσηλευτές απάντησαν καθόλου, 30 (22,1%) πολύ ήπιο, 30 (22,1%) ήπιο, 18 (13,2%) έντονο, 16 (11,8%) μέτριο και 2 (1,5%) πολύ έντονο (σχήμα 12).



Σχήμα 12. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες

Στην ερώτηση, πριν την έναρξη της πανδημίας και κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό), 62 (45,6%) νοσηλευτές απάντησαν καθόλου, 42 (30,9%) ελάχιστα, 20 (14,7%) μέτρια και 12 (8,8%) αρκετά. Στην ίδια ερώτηση, μετά τη λήξη της πανδημίας 52 (38,2%) συμμετέχοντες απάντησαν καθόλου, 42 (30,9%) ελάχιστα, 20 (14,7%) μέτρια, 12 (8,8%) αρκετά και 10 (7,4%) πάρα πολύ (σχήμα 13).





Σχήμα 13. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Στους πίνακες 4 και 5 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των νοσηλευτών σε ερωτήσεις σχετικά με το πως αισθάνονταν και πως ήταν γενικά η διάθεσή τους τις τελευταίες 4 εβδομάδες πριν την έναρξη και μετά τη λήξη της πανδημίας, αντίστοιχα.

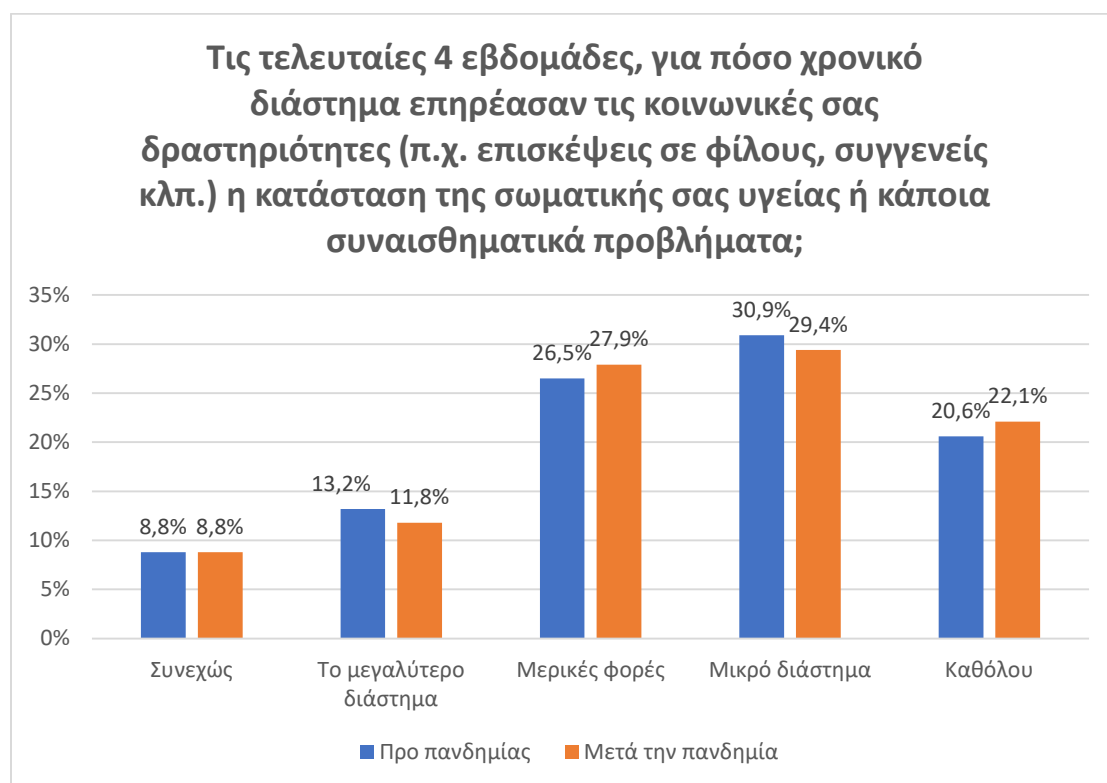
Πίνακας 4. Απαντήσεις συμμετεχόντων σε ερωτήσεις σχετικά με το πως αισθάνονταν και πως ήταν γενικά η διάθεσή τους τις τελευταίες 4 εβδομάδες στην αρχή της πανδημίας.

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
Αισθανόσαστε γεμάτος / γεμάτη ζωντάνια;	18 13,2%	46 33,8%	28 20,6%	26 19,1%	16 11,8%	2 1,5%
Είχατε πολύ εκνευρισμό;	6 4,4%	20 14,7%	22 16,2%	32 23,5%	42 30,9%	14 10,3%
Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος / πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	2 1,5%	6 4,4%	14 10,3%	28 20,6%	48 35,3%	38 27,9%
Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;	14 10,3%	38 27,9%	30 22,1%	28 20,6%	22 16,2%	4 2,9%
Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	22 16,2%	46 33,8%	32 23,5%	26 19,1%	8 5,9%	2 1,5%
Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;	2 1,5%	14 10,3%	12 8,8%	30 22,1%	34 25%	44 32,4%
Αισθανόσαστε εξάντληση;	4 2,9%	16 11,8%	16 11,8%	44 32,4%	38 27,9%	18 13,2%
Ήσαστε ευτυχισμένος / ευτυχισμένη;	14 10,3%	44 32,3%	28 20,6%	40 29,4%	8 5,9%	2 1,5%
Αισθανόσαστε κούραση;	6 4,4%	20 14,7%	26 19,1%	52 38,2%	26 19,1%	6 4,4%

Πίνακας 5. Απαντήσεις συμμετεχόντων σε ερωτήσεις σχετικά με το πως αισθάνονταν και πως ήταν γενικά η διάθεσή τους τις τελευταίες 4 εβδομάδες δύο έτη μετά την έναρξη της πανδημίας.

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
Αισθανόσαστε γεμάτος / γεμάτη ζωντάνια;	4 2,9%	44 32,4%	22 16,2%	38 27,9%	26 19,1%	2 1,5%
Είχατε πολύ εκνευρισμό;	6 4,4%	18 13,2%	14 10,3%	46 33,8%	40 29,4%	12 8,8%
Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος / πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	12 8,8%	8 5,9%	18 13,2%	26 19,1%	38 27,9%	34 25%
Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;	8 5,9%	40 29,4%	32 23,5%	32 23,5%	20 14,7%	4 2,9%
Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	14 10,3%	36 26,5%	34 25%	28 20,6%	20 14,7%	4 2,9%
Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;	14 10,3%	8 5,9%	10 7,4%	34 25%	24 17,6%	46 33,8%
Αισθανόσαστε εξάντληση;	12 8,8%	18 13,2%	30 22,1%	32 23,5%	30 22,1%	14 10,3%
Ήσαστε ευτυχισμένος / ευτυχισμένη;	14 10,3%	44 32,4%	28 20,6%	36 26,5%	10 7,4%	4 2,9%
Αισθανόσαστε κούραση;	18 13,2%	18 13,2%	24 17,6%	48 35,3%	20 14,7%	8 5,9%

Στην ερώτηση τις τελευταίες 4 εβδομάδες πριν την έναρξη της πανδημίας για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα, 42 (30,9%) νοσηλευτές απάντησαν μικρό διάστημα, 36 (26,5%) μερικές φορές, 28 (20,6%) καθόλου, 18 (13,2%) το μεγαλύτερο διάστημα και 12 (8,8%) συνεχώς. Στην ίδια ερώτηση, μετά τη λήξη της πανδημίας 40 (29,4%) νοσηλευτές απάντησαν μερικές φορές, 38 (27,9%) σημαντικό διάστημα, 30 (22,1%) μικρό διάστημα, 16 (11,8%) το μεγαλύτερο διάστημα και 12 (8,8%) συνεχώς (σχήμα 14).



Σχήμα 14. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση τις τελευταίες 4 εβδομάδες πριν την έναρξη της πανδημίας και μετά τη λήξη της πανδημίας για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;

Πριν την έναρξη της πανδημίας, στην ερώτηση μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους, 38 (27,9%) νοσηλευτές απάντησαν μάλλον ψέμα, 34 (25%) δεν ξέρω, 28 (20,6%) εντελώς ψέμα, 22 (16,2%) μάλλον αλήθεια και 14 (10,3%) εντελώς αλήθεια. Ακόμη, στην ερώτηση είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου, 48 (35,3%) νοσηλευτές απάντησαν δεν ξέρω, 40 (29,4%) μάλλον αλήθεια, 20 (14,7%) εντελώς αλήθεια, 22 (16,2%) μάλλον ψέμα και 6 (4,4%) εντελώς ψέμα. Επίσης, στην ερώτηση περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει, 44 (32,4%) νοσηλευτές απάντησαν εντελώς ψέμα, 38 (27,9%) δεν γνωρίζω, 28 (20,6%) μάλλον ψέμα, 24 (17,6%) μάλλον αλήθεια και 2 (1,5%) εντελώς αλήθεια. Επιπλέον, στην ερώτηση η υγεία μου είναι άριστη, 64 (47,1%) νοσηλευτές απάντησαν μάλλον αλήθεια, 32 (23,5%) δεν ξέρω, 18 (13,2%) εντελώς αλήθεια, 16 (11,8%) μάλλον ψέμα και 6 (4,4%) εντελώς ψέμα (πίνακας 6).

Πίνακας 6. Απαντήσεις συμμετεχόντων σε ερωτήσεις πριν την έναρξη της πανδημίας.

	<b>Εντελώς αλήθεια</b>	<b>Μάλλον αλήθεια</b>	<b>Δεν ξέρω</b>	<b>Μάλλον ψέμα</b>	<b>Εντελώς ψέμα</b>
Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	14 10,3%	22 16,2%	34 25%	38 27,9%	28 20,6%
Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	20 14,7%	40 29,4%	48 35,3%	22 16,2%	6 4,4%
Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	2 1,5%	24 17,6%	38 27,8%	28 20,6%	44 32,4%
Η υγεία μου είναι άριστη	18 13,2%	64 47,1%	32 23,5%	16 11,8%	6 4,4%

Μετά το τέλος της πανδημίας, στην ερώτηση μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους, 38 (27,9%) νοσηλευτές απάντησαν μάλλον ψέμα, 32 (23,5%) εντελώς ψέμα, 24 (17,6%) δεν ξέρω, 22 (16,2%) μάλλον αλήθεια, και 20 (14,7%) εντελώς αλήθεια. Ακόμη, στην ερώτηση είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου, 46 (33,8%) νοσηλευτές απάντησαν δεν ξέρω, 42 (30,9%) μάλλον αλήθεια, 22 (16,2%) μάλλον ψέμα, 18 (13,2%) εντελώς αλήθεια και 8 (5,9%) εντελώς ψέμα. Επίσης, στην ερώτηση περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει, 54 (39,7%) νοσηλευτές απάντησαν εντελώς ψέμα, 26 (19,1%) δεν ξέρω, 22

(16,2%) μάλλον αλήθεια, 22 (16,2%) μάλλον ψέμα και 12 (8,8%) εντελώς αλήθεια. Επιπλέον, στην ερώτηση η υγεία μου είναι άριστη, 64 (47,1%) νοσηλευτές απάντησαν μάλλον αλήθεια, 24 (17,6%) δεν ξέρω, 22 (16,2%) εντελώς αλήθεια, 22 (16,2%) μάλλον ψέμα και 4 (2,9%) εντελώς ψέμα (πίνακας 7).

Πίνακας 7. Απαντήσεις συμμετεχόντων σε ερωτήσεις μετά τη λήξη της πανδημίας.

	<b>Εντελώς αλήθεια</b>	<b>Μάλλον αλήθεια</b>	<b>Δεν ξέρω</b>	<b>Μάλλον ψέμα</b>	<b>Εντελώς ψέμα</b>
Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	20 14,7%	22 16,2%	24 17,6%	38 27,9%	32 23,5%
Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	18 13,2%	42 30,9%	46 33,8%	22 16,2%	8 5,9%
Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	12 8,8%	22 16,2%	26 19,1%	22 16,2%	54 39,7%
Η υγεία μου είναι άριστη	22 16,2%	64 47,1%	24 17,6%	22 16,2%	4 2,9%

Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται οι βαθμολογίες στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Πριν την έναρξη της πανδημίας από μεγαλύτερη προς μικρότερη βαθμολογία βρέθηκαν η σωματική λειτουργικότητα ( $82,5 \pm 25,5$ ), ο συναισθηματικός ρόλος ( $76,2 \pm 23,6$ ), ο σωματικός ρόλος ( $75,5 \pm 33,1$ ), ο σωματικός πόνος ( $74,6 \pm 34,3$ ), η κοινωνική λειτουργικότητα ( $65,7 \pm 21,5$ ), η ζωτικότητα ( $64,4 \pm 16,9$ ), η πνευματική-ψυχική υγεία ( $63,2 \pm 17,1$ ) και η γενική υγεία ( $61,1 \pm 16,8$ ).

Μετά τη λήξη της πανδημίας οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής από μεγαλύτερη προς μικρότερη βαθμολογία βρέθηκαν η σωματική λειτουργικότητα ( $69,9 \pm 25,8$ ), ο συναισθηματικός ρόλος ( $68,9 \pm 27,7$ ), ο σωματικός ρόλος ( $66,7 \pm 39,4$ ), η κοινωνική λειτουργικότητα ( $65,3 \pm 24,3$ ), ο σωματικός πόνος ( $62,4 \pm 38,8$ ), η ζωτικότητα ( $61,7 \pm 20,4$ ), η πνευματική-ψυχική υγεία ( $61,3 \pm 18,9$ ) και η γενική υγεία ( $53,3 \pm 20,6$ ).

Πίνακας 8. Βαθμολογία στις διαστάσεις ποιότητας ζωής πριν την έναρξη και μετά τη λήξη της πανδημίας.

	<b>Προ πανδημίας</b>	<b>Μετά την πανδημία</b>
	<b>Μέσος±ΤΑ</b>	<b>Μέσος±ΤΑ</b>
Σωματική λειτουργικότητα	77,6±21,6	69,9±25,8
Σωματικός ρόλος	75,5±33,1	66,7±39,4
Σωματικός πόνος	74,6±34,3	62,4±38,8
Γενική Υγεία	61,1±16,8	53,3±20,6
Ζωτικότητα	64,4±16,9	61,7±20,4
Κοινωνική λειτουργικότητα	65,7±21,5	65,3±24,3
Συναισθηματικός ρόλος	76,2±23,6	68,9±27,7
Πνευματική-Ψυχική Υγεία	63,2±17,1	61,3±18,9

### 5.3. Κλίμακα Φόβου COVID-19

Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach  $\alpha$  της κλίμακας φόβου COVID-19 βρέθηκε 0,934 που σημαίνει ότι οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου έχουν πολύ υψηλή συνάφεια μεταξύ τους, οπότε το ερωτηματολόγιο έχει πολύ υψηλή αξιοπιστία.

Πριν την έναρξη της πανδημίας 72 (52,9%) νοσηλευτές απάντησαν ότι φοβόντουσαν πάρα πολύ το COVID-19, 62 (45,6%) του κάνει να νιώθουν άβολα όταν σκέφτονται το COVID-19, 32 (23,5%) απάντησαν ότι τα χέρια τους γίνονται αδέξια όταν σκέφτονται το COVID-19, 42 (30,9%) φοβούνται ότι θα χάσουν τη ζωή τους λόγω του COVID - 19, 74 (54,4%) όταν παρακολουθούν ειδήσεις και ιστορίες για το COVID - 19 στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης γίνονται νευρικοί ή ανήσυχοι, 32 (23,5%) δεν μπορούν να κοιμηθούν γιατί ανησυχούν για το COVID - 19 και 52 (38,2%) απάντησαν ότι η καρδιά τους χτυπάει δυνατά ή έχουν αίσθημα παλμών όταν σκέφτονται πως θα νοσήσουν από COVID - 19.

Μετά το τέλος της πανδημίας 14 (10,3%) απάντησαν ότι φοβόντουσαν πάρα πολύ το COVID-19, 18 (13,2%) του κάνει να νιώθουν άβολα όταν σκέφτονται το COVID-19, 8 (5,8%) απάντησαν ότι τα χέρια τους γίνονται αδέξια όταν σκέφτονται το COVID-19, 6 (4,4%) φοβούνται ότι θα χάσουν τη ζωή τους λόγω του COVID - 19, 14 (10,3%) όταν παρακολουθούν ειδήσεις και ιστορίες για το COVID - 19 στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης γίνονται νευρικοί ή ανήσυχοι, 2 (1,5%) δεν μπορούν να κοιμηθούν γιατί ανησυχούν για το COVID - 19 και 14 (10,3%) απάντησαν ότι η καρδιά τους χτυπάει δυνατά ή έχουν αίσθημα παλμών όταν σκέφτονται πως θα νοσήσουν από COVID - 19.

Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις κλίμακας φόβου στην έναρξη της πανδημίας και στον πίνακα 10 οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δύο έτη μετά την έναρξη της πανδημίας.

Η βαθμολογία της κλίμακας φόβου COVID-19 πριν την έναρξη της πανδημίας ήταν  $18,9 \pm 8,1$  και μετά το τέλος της πανδημίας μειώθηκε σε  $12,1 \pm 5,6$ .



Πίνακας 9. Απαντήσεις συμμετεχόντων στις ερωτήσεις κλίμακας φόβου πριν την έναρξη της πανδημίας.

	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>
Φοβάμαι πάρα πολύ το COVID-19	16 11,8%	18 13,2%	30 22,1%	46 33,8%	26 19,1%
Με κάνει να νιώθω άβολα όταν σκέφτομαι το COVID-19	26 19,1%	20 14,7%	28 20,6%	46 33,8%	16 11,8%
Τα χέρια μου γίνονται αδέξια όταν σκέφτομαι το COVID-19	54 39,7%	34 25%	16 11,8%	24 17,6%	8 5,9%
Φοβάμαι ότι θα χάσω τη ζωή μου λόγω του COVID - 19	50 36,8%	32 23,5%	12 8,8%	28 20,6%	14 10,3%
Όταν παρακολουθώ ειδήσεις και ιστορίες για το COVID - 19 στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, γίνομαι νευρικός ή ανήσυχος.	32 23,5%	16 11,8%	14 10,3%	56 41,2%	18 13,2%
Δεν μπορώ να κοιμηθώ γιατί ανησυχώ για το COVID - 19	66 48,5%	18 13,2%	20 14,7%	24 17,6%	8 5,9%
Η καρδιά μου χτυπάει δυνατά ή έχω αίσθημα παλμών όταν σκέφτομαι πως θα νοσήσω από COVID - 19	48 35,3%	26 19,1%	10 7,4%	38 27,9%	14 10,3%

Πίνακας 10. Απαντήσεις συμμετεχόντων στις ερωτήσεις κλίμακας φόβου μετά τη λήξη της πανδημίας.

	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>
Φοβάμαι πάρα πολύ το COVID-19	64 47,1%	46 33,8%	12 8,8%	10 7,4%	4 2,9%
Με κάνει να νιώθω άβολα όταν σκέφτομαι το COVID-19	60 44,1%	48 35,3%	10 7,4%	14 10,3%	4 2,9%
Τα χέρια μου γίνονται αδέξια όταν σκέφτομαι το COVID-19	74 54,4%	46 33,8%	8 5,9%	4 2,9%	4 2,9%
Φοβάμαι ότι θα χάσω τη ζωή μου λόγω του COVID - 19	78 57,4%	44 32,4%	8 5,9%	4 2,9%	2 1,5%
Όταν παρακολουθώ ειδήσεις και ιστορίες για το COVID - 19 στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, γίνομαι νευρικός ή ανήσυχος	64 47,1%	46 33,8%	12 8,8%	8 5,9%	6 4,4%
Δεν μπορώ να κοιμηθώ γιατί ανησυχώ για το COVID - 19	90 66,2%	32 23,5%	12 8,8%	-	2 1,5%
Η καρδιά μου χτυπάει δυνατά ή έχω αίσθημα παλμών όταν σκέφτομαι πως θα νοσήσω από COVID - 19	68 50%	48 35,3%	8 5,9%	8 5,9%	4 2,9%

## Συσχετίσεις

### Φύλο

Πριν την έναρξη της πανδημίας, οι άνδρες είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στο σωματικό πόνο ( $86,8 \pm 29,6$  έναντι  $71,2 \pm 34,9$ ,  $p < 0,05$ ), στη γενική υγεία ( $71,7 \pm 15,2$  έναντι  $58,1 \pm 16,1$ ,  $p < 0,05$ ) και στο συναισθηματικό ρόλο ( $85 \pm 22,1$  έναντι  $73,7 \pm 23,5$ ,  $p < 0,05$ ). Μετά τη λήξη της πανδημίας, οι άνδρες είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στη σωματική λειτουργικότητα ( $83 \pm 22,7$  έναντι  $66,2 \pm 25,5$ ,  $p < 0,05$ ), στη γενική υγεία ( $62 \pm 17,1$  έναντι  $50,9 \pm 20,9$ ,  $p < 0,05$ ), στην κοινωνική λειτουργικότητα ( $73,3 \pm 22,2$  έναντι  $62,9 \pm 24,5$ ,  $p < 0,05$ ) και στο συναισθηματικό ρόλο ( $78,2 \pm 25,3$  έναντι  $66,4 \pm 27,9$ ,  $p < 0,05$ ). Οι συσχετίσεις παρουσιάζονται στον πίνακα 11.

Πίνακας 11. Συσχετίσεις μεταξύ των δύο φύλων.

Μεταβλητή	Άνδρες	Γυναίκες	p-value
Σωματικός πόνος προ πανδημίας	$86,8 \pm 29,6$	$71,2 \pm 34,9$	0,017
Γενική υγεία προ πανδημίας	$71,7 \pm 15,2$	$58,1 \pm 16,1$	0,001
Συναισθηματικός ρόλος προ πανδημίας	$85 \pm 22,1$	$73,7 \pm 23,5$	0,018
Σωματική λειτουργικότητα μετά τη λήξη της πανδημίας	$83 \pm 22,7$	$66,2 \pm 25,5$	0,001
Γενική υγεία μετά τη λήξη της πανδημίας	$62 \pm 17,1$	$50,9 \pm 20,9$	0,004
Κοινωνική λειτουργικότητα μετά τη λήξη της πανδημίας	$73,3 \pm 22,2$	$62,9 \pm 24,5$	0,032
Συναισθηματικός ρόλος μετά τη λήξη της πανδημίας	$78,2 \pm 25,3$	$66,4 \pm 27,9$	0,032

### Οικογενειακή κατάσταση

Οι έγγαμοι είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση του σωματικού ρόλου ( $p < 0,05$ ) και του σωματικού πόνου προ πανδημίας ( $p < 0,05$ ) και σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση του σωματικού πόνου μετά τη λήξη της πανδημίας ( $p < 0,05$ ). Οι συσχετίσεις παρουσιάζονται στον πίνακα 12.

Πίνακας 12. Συσχετίσεις ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.

Μεταβλητή	Έγγαμοι	Άγαμοι	Διαζευγμένοι / χήροι	p-value
Σωματικός ρόλος προ πανδημίας	85,3±29,3	71,8±35,8	55,7±23,3	0,002
Σωματικός πόνος προ πανδημίας	86,2±27,2	70,1±37,1	52,2±32,2	0,001
Σωματικός πόνος μετά τη λήξη της πανδημίας	70,1±35,7	60,1±40,1	44,8±39,2	0,043

### Παιδιά

Δεν βρέθηκε καμία σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των συμμετεχόντων που είχαν παιδιά και εκείνων που δεν είχαν.

### Επίπεδο εκπαίδευσης

Πριν την έναρξη της πανδημίας οι νοσηλευτές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στη σωματική λειτουργικότητα ( $p<0,05$ ), στο σωματικό ρόλο ( $p<0,05$ ), στο σωματικό πόνο ( $p<0,05$ ) και στη γενική υγεία ( $p<0,05$ ).

Μετά τη λήξη της πανδημίας, οι νοσηλευτές τεχνολογικής εκπαίδευσης είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στη σωματική λειτουργικότητα ( $p<0,05$ ), στη γενική υγεία ( $p<0,05$ ), στη ζωτικότητα ( $p<0,05$ ) και στην κοινωνική λειτουργικότητα ( $p<0,05$ ). Ακόμη, μετά τη λήξη της πανδημίας, οι νοσηλευτές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στο σωματικό ρόλο ( $p<0,05$ ) και στην πνευματική-ψυχική υγεία ( $p<0,05$ ). Οι συσχετίσεις παρουσιάζονται στον πίνακα 13.

Πίνακας 13. Συσχετίσεις μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών εκπαίδευσης

Μεταβλητή	Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης	Τεχνολογικής εκπαίδευσης	Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	p-value
Σωματική λειτουργικότητα προ πανδημίας	69,6±18,6	76,9±26,1	83,9±21,4	86,2±14,2	0,004
Σωματικός ρόλος προ πανδημίας	58,9±37,6	83,3±25,4	78,8±34,1	90,4±18,8	0,001
Σωματικός πόνος προ πανδημίας	62,6±37,3	79,6±30,1	78,6±37,6	84,7±25,3	0,027
Γενική υγεία προ πανδημίας	57,8±15,7	58,3±17,1	60,7±18,3	70,8±13,7	0,009
Σωματική λειτουργικότητα μετά τη λήξη της πανδημίας	59,2±26,6	63,9±23,3	86,4±19,6	79,6±21,8	0,001
Σωματικός ρόλος μετά τη λήξη της πανδημίας	49,2±40,3	77,8±35,7	68,1±38,6	80,8±33,4	0,001
Γενική υγεία μετά τη λήξη της πανδημίας	51,5±19,8	46,7±23,4	59,3±17,8	59,2±18,3	0,033
Ζωτικότητα μετά τη λήξη της πανδημίας	61,2±15,6	54,2±26,8	68,3±19,4	65,5±15,6	0,031
Κοινωνική λειτουργικότητα μετά τη λήξη της πανδημίας	59,8±23,8	59,7±27,6	74,1±20,1	73,1±20,5	0,013
Πνευματική-Ψυχική υγεία μετά τη λήξη της πανδημίας	58,9±18,6	56,1±17,3	63,9±22,5	74±14,3	0,021

### Σχέση εργασίας

Οι μόνιμοι έναντι των συμβασιούχων είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στο σωματικό πόνο πριν την πανδημία ( $81,6 \pm 29,1$  έναντι  $70,1 \pm 36,8$ ,  $p < 0,05$ ).

Οι συμβασιούχοι έναντι των μόνιμων είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στο σωματικό ρόλο μετά τη λήξη της πανδημίας ( $73,3 \pm 37,1$  έναντι  $56,5 \pm 40,9$ ,  $p < 0,05$ ) και στη συνολική βαθμολογία φόβου μετά τη λήξη της πανδημίας ( $12,4 \pm 5,4$  έναντι  $11,7 \pm 5,8$ ,  $p < 0,05$ ). Οι συσχετίσεις παρουσιάζονται στον πίνακα 14.

Πίνακας 14. Συσχετίσεις ανάλογα με τη σχέση εργασίας.

Μεταβλητή	Μόνιμοι	Συμβασιούχοι	p-value
Σωματικός πόνος προ πανδημίας	$81,6 \pm 29,1$	$70,1 \pm 36,8$	0,044
Σωματικός ρόλος μετά τη λήξη της πανδημίας	$56,5 \pm 40,9$	$73,3 \pm 37,1$	0,014
Συνολική βαθμολογία φόβου μετά τη λήξη της πανδημίας	$11,7 \pm 5,8$	$12,4 \pm 5,4$	0,033

### Θέση εργασίας

Οι προϊστάμενοι έναντι των υφιστάμενων νοσηλευτών είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στην πνευματική/ψυχική υγεία μετά τη λήξη της πανδημίας ( $76,7 \pm 12,9$  έναντι  $60,6 \pm 18,8$ ,  $p < 0,05$ ) και σημαντικά μικρότερη βαθμολογία στη συνολική βαθμολογία φόβου μετά τη λήξη της πανδημίας ( $7,7 \pm 1,1$  έναντι  $12,3 \pm 5,6$ ,  $p < 0,05$ ). Οι συσχετίσεις παρουσιάζονται στον πίνακα 15.

Πίνακας 15. Συσχετίσεις ανάλογα με τη θέση εργασίας.

Μεταβλητή	Προϊστάμενοι	Νοσηλευτές	p-value
Πνευματική/Ψυχική υγεία μετά τη λήξη της πανδημίας	$76,7 \pm 12,9$	$60,6 \pm 18,8$	0,041
Συνολική βαθμολογία φόβου μετά τη λήξη της πανδημίας	$7,7 \pm 1,1$	$12,3 \pm 5,6$	0,043

## Νόσηση με COVID-19

Οι νοσηλευτές που νόσησαν με COVID-19 είχαν σημαντικά μικρότερη βαθμολογία στην κοινωνική λειτουργικότητα μετά τη λήξη της πανδημίας σε σχέση με εκείνους που δεν νόσησαν ( $64,1 \pm 24,6$  έναντι  $80 \pm 13,4$ ,  $p=0,005$ ).

## Πριν και μετά την πανδημία

Οι νοσηλευτές πριν την πανδημία σε σχέση με μετά την πανδημία είχαν σημαντικά μικρότερο δείκτη μάζας σώματος ( $34,1 \pm 10,3$  έναντι  $34,8 \pm 10,9$ ,  $p<0,05$ ), σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στη σωματική λειτουργικότητα ( $77,6 \pm 21,6$  έναντι  $69,9 \pm 25,8$ ,  $p<0,05$ ), στο σωματικό ρόλο ( $75,5 \pm 33,1$  έναντι  $66,7 \pm 39,4$ ,  $p<0,05$ ), στο σωματικό πόνο ( $74,6 \pm 34,3$  έναντι  $62,4 \pm 38,8$ ,  $p<0,05$ ), στη γενική υγεία ( $61,1 \pm 16,8$  έναντι  $53,3 \pm 20,6$ ,  $p<0,05$ ), στη ζωτικότητα ( $64,4 \pm 16,9$  έναντι  $61,7 \pm 20,4$ ,  $p<0,05$ ), στην κοινωνική λειτουργικότητα ( $65,7 \pm 21,5$  έναντι  $65,3 \pm 24,3$ ,  $p<0,05$ ), στο συναισθηματικό ρόλο ( $76,2 \pm 23,6$  έναντι  $68,9 \pm 27,7$ ,  $p<0,05$ ) και στην πνευματική-ψυχική υγεία ( $63,2 \pm 17,1$  έναντι  $61,3 \pm 18,9$ ,  $p<0,05$ ). Οι συσχετίσεις παρουσιάζονται στον πίνακα 16.

Πίνακας 16. Συσχετίσεις προ και μετά την πανδημία.

	Προ πανδημίας	Μετά την πανδημία	p-value
Δείκτης μάζας σώματος	$34,1 \pm 10,3$	$34,8 \pm 10,9$	0,001
Σωματική λειτουργικότητα	$77,6 \pm 21,6$	$69,9 \pm 25,8$	0,001
Σωματικός ρόλος	$75,5 \pm 33,1$	$66,7 \pm 39,4$	0,001
Σωματικός πόνος	$74,6 \pm 34,3$	$62,4 \pm 38,8$	0,001
Γενική Υγεία	$61,1 \pm 16,8$	$53,3 \pm 20,6$	0,001
Ζωτικότητα	$64,4 \pm 16,9$	$61,7 \pm 20,4$	0,001
Κοινωνική λειτουργικότητα	$65,7 \pm 21,5$	$65,3 \pm 24,3$	0,001
Συναισθηματικός ρόλος	$76,2 \pm 23,6$	$68,9 \pm 27,7$	0,001
Πνευματική-Ψυχική Υγεία	$63,2 \pm 17,1$	$61,3 \pm 18,9$	0,001

## 6. Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών από την αρχή της πανδημίας SARS-CoV-2 μέχρι σήμερα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ο δείκτης μάζας σώματος των νοσηλευτών αυξήθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της πανδημίας και αντιθέτως μειώθηκε σημαντικά η ποιότητα ζωής τους, σε όλες τις διαστάσεις. Είναι γεγονός ότι η πανδημία είχε σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού, αλλά έχει επηρεάσει κάθε πτυχή της καθημερινής ζωής με ασύμμετρο τρόπο. Παράλληλα με την υγειονομική δημιουργήθηκε και οικονομική κρίση. Οι οικονομικές επιπτώσεις, αντίστοιχα, είναι ευρείες. Επιπλέον, επηρεάζει άμεσα την κοινωνική ζωή, και στη συνέχεια έχει σημαντικό ψυχολογικό αντίκτυπο στη συμπεριφορά των ανθρώπων, απαιτώντας τη χρήση πολλών πόρων για την αντιμετώπισή της (Allain-Dupré et al., 2020).

Οι νοσηλευτές είναι στην πρώτη γραμμή αντιμετώπισης της πανδημίας και καλούνται να εργαστούν κάτω από δύσκολες συνθήκες. Ειδικά στην πρώτη φάση, η έλλειψη ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού, τα ασαφή δεδομένα ελέγχου και πρόληψης λοιμώξεων, η πίεση του ασθενούς, η υπερβολική εργασία, οι συνθήκες περιορισμένης κυκλοφορίας και ο φόβος μην αποκτήσουν τη λοίμωξη οι ίδιοι, αλλά και μετάδοσής της στους οικείους της είχαν σαν αποτέλεσμα την πολύ μεγάλη ψυχολογική επιβάρυνσή τους (BoluarteCarbajal et al., 2020; Zhanget al., 2020).

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι η ψυχολογική κατάσταση των νοσηλευτών επιβαρύνθηκε με την πανδημία, μιας και οι νοσηλευτές κυριεύτηκαν από έντονα συναισθήματα φόβου, στρες, ψυχικής αδιαθεσίας, τάσης για αποφυγή εργασίας και συμπτώματα κατάθλιψης και υπερβολική κόπωση, η οποία μπορεί να είναι πρόδρομος της δυσθυμίας ή ακόμα και της κατάθλιψης (Blekaset al., 2020; Pretiet al., 2020). Το ψυχολογικό κόστος των νοσηλευτών και γενικότερα των επαγγελματιών υγείας που είχε η πανδημία COVID-19 έχει καταγραφεί καλά στη βιβλιογραφία σε διάφορα χρονικά σημεία (L. Huang et al., 2020; Q. Liu et al., 2020; Tsamakidis et al., 2020). Συγκεκριμένα, μία μελέτη διερεύνησε το ποσοστό των νοσηλευτών που βίωσαν έντονο άγχος, στρες και εξουθένωση έξι μήνες μετά την έναρξη της πανδημίας, καθώς και στο σημείο κορύφωσής. Οι νοσηλευτές επιβαρύνθηκαν σημαντικά ψυχολογικά, ακόμη και μετά την άρση του lockdown, όπου υπήρξε μια ελαφρά αύξηση στο αντιληπτό άγχος, στρες και εξάντληση σε διάστημα 6 μηνών (Teo et al., 2021). Σε άλλη μελέτη σχετικά με τον αντίκτυπο της πανδημίας



SarsCov2 στην ψυχική υγεία των νοσηλευτών, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές είχαν μέτρια επίπεδα άγχους, κατάθλιψης, διαταραχών ύπνου και στρες κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Muller et al., 2020). Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε μία μελέτη σε νοσηλευτές που διεξήχθη στην αρχή της πανδημίας COVID-19, καταγράφοντας αυξήσεις στα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, ψυχολογικής δυσφορίας και κακής ποιότητας ύπνου σε επίπεδα σημαντικά μεγαλύτερα σε σχέση με εκείνα του γενικού πληθυσμού (Vindegard & Benros, 2020).

Μία από τις συνέπειες της πανδημίας είναι ότι περισσότεροι από έναν στους πέντε επαγγελματίες υγείας βίωσε άγχος ή/και κατάθλιψη και δύο στους πέντε εργαζόμενους στον τομέα της υγείας ανέφεραν άγχος και φόβο (Pappa et al., 2020). Άλλη συγχρονική μελέτη σε 1257 επαγγελματίες υγείας κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές βίωσαν σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση από την παροχή φροντίδας ασθενών με COVID-19, η οποία ήταν σημαντικά μεγαλύτερη για εκείνους που εργάζονταν στην πρώτη γραμμή. Τα κύρια συμπτώματα που καταγράφηκαν αφορούσαν κατάθλιψη, άγχος και αϋπνία (Lai et al., 2020). Μία άλλη μελέτη διερεύνησε τις απαντήσεις των νοσηλευτών σε μια κλίμακα αυτοαξιολόγησης για το άγχος και σε μια κλίμακα αυτοαξιολόγησης για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, δείχνοντας παρόμοια τάση με τα προαναφερθέντα (L. Huang et al., 2020).

Επιπλέον, μια μελέτη βρήκε ότι το 34,4% των ανθρώπων είχαν ήπια συμπτώματα, το 22,4% είχαν μέτρια συμπτώματα και το 6,2% είχαν σοβαρά συμπτώματα γενικής κακουχίας, κατάθλιψης, άγχους, στρες και αϋπνίας (Kang, Ma, et al., 2020). Άλλη μελέτη βρήκε ότι το 56,6% του νοσηλευτικού προσωπικού είχε συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής, το 58,6% είχε αγχώδεις διαταραχές, το 46% είχε διαταραχές κατάθλιψης και το 41,1% είχε συναισθηματική εξάντληση (Luceño-Moreno et al., 2020).

Αυτά τα στοιχεία τονίζουν την ανάγκη για παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στους νοσηλευτές (Bhagavathula et al., 2020; M. H. Temsah et al., 2020). Μάλιστα, σε αυτό το πλαίσιο, τα Ηνωμένα Έθνη σε μία δημοσίευσή τους ενθάρρυναν τις Διοικήσεις των οργανισμών παροχής υγειονομικής περίθαλψης να δημιουργήσουν κατάλληλες δομές ψυχικής υγείας και να διευκολύνουν την πρόσβαση των νοσηλευτών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Guterres, 2021).

Η ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού επηρεάστηκε από την πανδημία, με τη σωματική υγεία να φέρει το μεγαλύτερο βάρος και σε συνδυασμό με τα ψυχολογικά προβλήματα να μειώνουν τα επίπεδα της ποιότητας ζωής τους σε σχέση με πριν την πανδημία (Woon et al.,

2021), αποτέλεσμα το οποίο είναι σύμφωνοι με την παρούσα μελέτη. Επιδράσεις στην ποιότητα ζωής αναφέρθηκαν επίσης και από άλλες μελέτες οι οποίες βρήκαν ότι οι μέσοι όροι όλων των διαστάσεων της ποιότητας ζωής ήταν μειωμένοι κατά τη διάρκεια της πανδημίας σε σύγκριση με την προ-πανδημική περίοδο (Adams & Walls, 2020; Rossi et al., 2020). Γενικότερα, πλήθος μελετών στη βιβλιογραφία αναφέρουν ότι η πανδημία COVID-19 χειροτέρευσε την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας σε διάφορο βαθμό ανάλογα με το χρονικό σημείο συλλογής δεδομένων (Chen et al., 2020; Greenberg et al., 2020; Q. Liu et al., 2020; Xiao, 2020).

Στην παρούσα μελέτη οι γυναίκες ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα φόβου και είχαν χειρότερη βαθμολογία στις ψυχολογικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής σε σχέση με τους άνδρες. Αυτό το αποτέλεσμα είναι σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία που δείχνει ότι οι γυναίκες είναι γενικά πιο πιθανό να βιώσουν φόβο και άγχος και μπορεί επίσης να είναι πιο ευάλωτες στις αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις της πανδημίας. Οι γυναίκες συχνά παίζουν διπλό ρόλο στην καθημερινή τους ζωή, προσπαθώντας να ισορροπήσουν την επαγγελματική και οικογενειακή τους ζωή. Αυτό ισχύει λιγότερο όταν αυξάνονται τόσο οι περιορισμοί στην εργασία όσο και στην οικογένεια. Επιπλέον, η έρευνα έχει δείξει ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη ψυχοφυσιολογική συνοχή και ευθυγράμμιση σε σχέση με τους άνδρες, και έτσι μπορεί να εμφανίζουν μεγαλύτερη ψυχολογική ευαλωτότητα (Q. Liu et al., 2020).

Ακόμη, η οικογενειακή κατάσταση έχει βρεθεί ότι επηρεάζει την ψυχολογική κατάσταση, αναφέροντας συγκεκριμένα ότι οι άνθρωποι που ζουν μόνοι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στην κατάθλιψη λόγω των περιορισμένων ευκαιριών για κοινωνική δέσμευση λόγω της πανδημίας COVID-19. Στην παρούσα μελέτη οι έγγαμοι είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής από τους άγαμους και τους διαζευγμένους. Η κοινωνική απομόνωση είναι προάγγελος της μοναξιάς και τόσο η μοναξιά όσο και η απομόνωση μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τη σωματική υγεία, το άγχος και την κατάθλιψη. Οι τυπικοί τρόποι κοινωνικοποίησης έχουν μειωθεί σημαντικά εν μέσω της πανδημίας (Courtet et al., 2020).

Οι μεγαλύτερης ηλικίας έχουν μεγαλύτερη επιβάρυνση από τους νεότερους επειδή μπορεί να έχουν λιγότερη πρόσβαση ή να είναι λιγότερο επιδέξιοι στη χρήση της τεχνολογίας για να διατηρήσουν ουσιαστικά τις κοινωνικές τους σχέσεις και επομένως είναι πιο ευάλωτοι στην κοινωνική απομόνωση. Όσον αφορά την επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στο άγχος, η επιβάρυνση φάνηκε να είναι μεγαλύτερη για όσους ήταν παντρεμένοι, το οποίο οφείλεται στην

όλο και περισσότερο ανησυχία των παντρεμένων για την εξάπλωση του ιού στο οικογενειακό τους περιβάλλον (Courtet et al., 2020).

Όσον αφορά την επίδραση των ετών υπηρεσίας, οι επαγγελματίες υγείας με μεγαλύτερα έτη υπηρεσίας φαίνεται να εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες ψυχικής υγείας. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι λιγότερο έμπειροι επαγγελματίες υγείας μπορεί να έχουν βιώσει μεγαλύτερο εργασιακό άγχος, ειδικά σε πολύπλοκα ή/και δύσκολα εργασιακά περιβάλλοντα κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Λόγω ελλείψεων εργατικού δυναμικού, άπειρα άτομα (νέοι πτυχιούχοι) κλήθηκαν να εργαστούν σε τομείς που στερούνται πλήρως καταρτισμένους επαγγελματίες. Πιθανόν για αυτό στην παρούσα μελέτη βρέθηκαν να έχουν οι νοσηλευτές χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους προϊστάμενους που συμμετείχαν στη μελέτη. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σε συμφωνία με αντίστοιχες μελέτες της βιβλιογραφίας. Μία μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το φύλο, η ηλικία και το επάγγελμα συσχετίστηκαν με τον ψυχολογικό αντίκτυπο. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές αντιμετώπιζαν άγχος δύο φορές πιο συχνά από τους γιατρούς και ότι οι άνδρες συμμετέχοντες είχαν μικρότερη επιβάρυνση των συμπτωμάτων από τις γυναίκες (Gautam et al., 2020). Σε άλλη μελέτη η ηλικία, το φύλο και εκείνοι που δεν ήταν παντρεμένοι ή ήταν διαζευγμένοι ή χήροι βρέθηκαν να αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες μείωση της σωματικής και ψυχολογικής διάστασης της ποιότητας ζωής (Woon et al., 2021).

Μία μελέτη στην Τουρκία βρήκε ότι οι γυναίκες, οι νοσηλευτές, οι έγγαμοι και εκείνοι που είχαν παιδιά είχαν υψηλότερο μέσο άγχος, στρες και ποιότητα ζωής σε σχέση με τους υπόλοιπους, με αποτέλεσμα συσχετίσεις μεταξύ όλων των μεταβλητών και του φύλου, της οικογενειακής κατάστασης, και του επαγγέλματος (Çelmeçe & Menekay, 2020). Επιπλέον, σε μια μελέτη μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών και παρόχων πρωτοβάθμιας περίθαλψης που βιώνουν πολύ υψηλά επίπεδα άγχους βρήκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε τμήματα επειγόντων περιστατικών βίωνε σημαντικό άγχος, δείχνοντας συσχετισμούς με ειδικότητες και τμήματα (Cai et al., 2020). Στην παρούσα μελέτη δεν μπορούσε να γίνει παρόμοιος συσχετισμός λόγω των πολλών τμημάτων εργασίας των νοσηλευτών που συμμετείχαν στη μελέτη και του μικρού αριθμού.

Παρόμοια, μία μελέτη βρήκε ότι τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά φαίνεται να σχετίζονται με το φόβο, την κατάθλιψη, το άγχος και την αγωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας. Πιο συγκεκριμένα, το επάγγελμα (νοσηλευτές), το φύλο

(γυναίκα), η ηλικία (νεότεροι), η οικογενειακή κατάσταση (έγγαμος με παιδιά), η διάρκεια υπηρεσίας και το τμήμα εργασίας (τμήμα εργασίας υψηλής έκθεσης σε επιβεβαιωμένους ασθενείς, όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας, το τμήμα επειγόντων περιστατικών και οι κλινικές COVID-19) έδειξαν υψηλότερο επιπολασμό αυτών των συμπτωμάτων. Στη συγκεκριμένη μελέτη, οι μικρότερες ηλικιακές ομάδες αντιμετώπισαν μεγαλύτερο εργασιακό άγχος λόγω της πανδημίας (Kang, Ma, et al., 2020). Σε άλλες μελέτες, οι δημογραφικές μεταβλητές έχουν επίσης συσχετιστεί με την εμφάνιση ψυχολογικών διαταραχών και την ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού (Hacimusalar et al., 2020; Luceño-Moreno et al., 2020; Matsuo et al., 2020; Yasal & Partlak, 2019).

## Συμπεράσματα

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής των νοσηλευτών χειροτέρευσε κατά τη διάρκεια της πανδημίας, τόσο η σωματική όσο και η ψυχολογική διάσταση. Ο αυξημένος φόρτος εργασίας σε συνδυασμό με τον ανεπαρκή εξοπλισμό, τη σωματική εξάντληση, την αυξημένη μεταδοτικότητα του ιού ενδονοσοκομειακά και την ανάγκη λήψης συχνά ηθικά δύσκολων αποφάσεων σχετικά με τις αναθέσεις φροντίδας μπορεί να έχει δραματικό αντίκτυπο στη σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές βίωσαν έντονα το θρήνο, την απομόνωση, ενώ δεν είχαν κοινωνική υποστήριξη και παράλληλα τους κυριέυε ο φόβος μετάδοσης του ιού στην οικογένεια και τους φίλους τους. Όλα αυτά τους έκαναν ιδιαίτερα ευάλωτους και επιβάρυναν την ψυχική τους υγεία.

Επίσης, στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι άνδρες, οι νοσηλευτές ανώτερου εκπαιδευτικού επιπέδου, οι έγγαμοι και οι προϊστάμενοι είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους άλλους. Έτσι, κρίνονται απαραίτητες άμεσες παρεμβάσεις για την ενίσχυση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας και την ενίσχυση της ικανότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης να ανταποκρίνεται στην έκτακτη ανάγκη της πανδημίας. Η σωστή επικοινωνία, ο μειωμένος χρόνος βαρδιών, η παρουσία κατάλληλων χώρων ανάπαυσης και η πρόσβαση και η τήρηση των κανόνων χρήσης και διαχείρισης προστατευτικού εξοπλισμού και η εξειδικευμένη εκπαίδευση στο χειρισμό ασθενών με SarsCov2 μπορούν να μειώσουν το φόβο και το συνακόλουθο άγχος λόγω έλλειψης εξοικείωσης και ανεξέλεγκτου κινδύνου. Η έγκαιρη και κατάλληλα προσαρμοσμένη υποστήριξη ψυχικής υγείας μέσω ομάδων ανοιχτής γραμμής, μέσω των πολυεπιστημονικών ομάδων, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, είναι επίσης κρίσιμης σημασίας.

Οι νοσηλευτές είναι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην πρώτη γραμμή. Είναι εκείνοι που έρχονται πρώτοι σε επαφή με τους ασθενείς και εκείνοι που καλούνται να διαχειριστούν μία πανδημία και μία κρίση. Είναι σημαντικό λοιπόν οι φορείς χάραξης πολιτικής να κάνουν ενέργειες για την ενδυνάμωσή τους. Πρέπει να μην αισθάνονται μόνοι, αλλά ότι η πολιτεία είναι συνεχώς δίπλα τους και τους υποστηρίζει.

Σε αυτό το πλαίσιο πρέπει να δοθούν κίνητρα στους νοσηλευτές για να συνεχίσουν να παρέχουν έργο με τον ίδιο ζήλο. Παραδείγματα κινήτρων αποτελούν η έμπρακτη αναγνώριση

όπως για παράδειγμα η απονομή βραβείων ή/και επαίνων, η εκπαίδευσή τους σε ατομικά μέτρα προστασίας και διαχείρισης καταστάσεων, ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν σε κάθε παρόμοια κατάσταση, η παροχή οικονομικών κινήτρων και πιθανόν η παροχή περισσότερης άδειας για ανάπαυση.

## Βιβλιογραφία

- Abdel Wahed, W. Y., Hefzy, E. M., Ahmed, M. I., & Hamed, N. S. (2020). Assessment of Knowledge, Attitudes, and Perception of Health Care Workers Regarding COVID-19, A Cross-Sectional Study from Egypt. *Journal of Community Health*, 45(6), 1242–1251. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00882-0>
- Adams, J. G., & Walls, R. M. (2020). Supporting the Health Care Workforce during the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 323(15), 1439–1440. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972>
- Ahmed, G. K., Ramadan, H. K.-A., Refay, S. M., & Khashbah, M. A. (2021). Comparison of knowledge, attitude, socioeconomic burden, and mental health disorders of COVID-19 pandemic between general population and health care workers in Egypt. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 57(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s41983-021-00280-w>
- 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*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Al-Dossary, R., Alamri, M., Albaqawi, H., Al Hosis, K., Aljeldah, M., Aljohan, M., Aljohani, K., Almadani, N., Alrasheadi, B., Falatah, R., & Almazan, J. (2020). Awareness, Attitudes, Prevention, and Perceptions of COVID-19 Outbreak among Nurses in Saudi Arabia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 8269. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218269>
- Allain-Dupré, D., Chatry, I., Michalun, V., & Moisis, A. (2020). The territorial impact of COVID-19 : managing the crisis across levels of government. OECD Tackling Coronavirus, April, 2–44. *Organization Fo Economic Cooperation and Development*, April, 2–44. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/the-territorial-impact-of-covid-19-managing-the-crisis-across-levels-of-government-d3e314e1/>
- Amin, D. P., & Palter, J. S. (2021). COVID-19 vaccination hesitancy among healthcare personnel in the emergency department deserves continued attention. *The American Journal of*

*Emergency Medicine*, 48, 372–373. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.01.089>

- Anagnostopoulos, F., Niakas, D., & Pappa, E. (2005). Construct Validation of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of Life Research*, 14(8), 1959–1965. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-3866-8>
- Apisarntharak, A., Apisarntharak, P., Siripraparat, C., Saengaram, P., Leeprechanon, N., & Weber, D. J. (2020). Impact of anxiety and fear for COVID-19 toward infection control practices among Thai healthcare workers. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 41(9), 1093–1094. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.280>
- Arslanca, T., Fidan, C., Daggez, M., & Dursun, P. (2021). Knowledge, preventive behaviors and risk perception of the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Turkish health care workers. *PLOS ONE*, 16(4), e0250017. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250017>
- Ayittey, F. K., Ayittey, M. K., Chiwero, N. B., Kamasah, J. S., & Dzuovor, C. (2020). Economic impacts of Wuhan 2019-nCoV on China and the world. *Journal of Medical Virology*, 92(5), 473–475. <https://doi.org/10.1002/jmv.25706>
- Baldassarre, A., Giorgi, G., Alessio, F., Lulli, L., Arcangeli, G., & Mucci, N. (2020). Stigma and Discrimination (SAD) at the Time of the SARS-CoV-2 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6341. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176341>
- Bekele, F., Sheleme, T., Fekadu, G., & Bekele, K. (2020). Patterns and associated factors of COVID-19 knowledge, attitude, and practice among general population and health care workers: A systematic review. *SAGE Open Medicine*, 8, 205031212097072. <https://doi.org/10.1177/2050312120970721>
- Bhagavathula, A. S., Aldhaleei, W. A., Rahmani, J., Mahabadi, M. A., & Bandari, D. K. (2020). Knowledge and Perceptions of COVID-19 Among Health Care Workers: Cross-Sectional Study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), e19160. <https://doi.org/10.2196/19160>
- Birkmeyer, J. D., Barnato, A., Birkmeyer, N., Bessler, R., & Skinner, J. (2020). The Impact Of The COVID-19 Pandemic On Hospital Admissions In The United States. *Health Affairs*, 39(11), 2010–2017. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.00980>



- Blekas, A., Voitsidis, P., Athanasiadou, M., Parlapani, E., Chatzigeorgiou, A. F., Skoupra, M., Syngelakis, M., Holeva, V., & Diakogiannis, I. (2020). COVID-19: PTSD symptoms in Greek health care professionals. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(7), 812–819. <https://doi.org/10.1037/tra0000914>
- Boluarte Carbajal, A., Sánchez Boluarte, A., Rodríguez Boluarte, A., & Merino Soto, C. (2020). Working conditions and emotional impact in healthcare workers during COVID-19 pandemic. *Journal of Healthcare Quality Research*, *35*(6), 401–402. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.08.002>
- Bonaccorsi, G., Pierri, F., Cinelli, M., Flori, A., Galeazzi, A., Porcelli, F., Schmidt, A. L., Valensise, C. M., Scala, A., Quattrocioni, W., & Pammolli, F. (2020). Economic and social consequences of human mobility restrictions under COVID-19. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *117*(27), 15530–15535. <https://doi.org/10.1073/pnas.2007658117>
- Brankston, G., Merkley, E., Fisman, D. N., Tuite, A. R., Poljak, Z., Loewen, P. J., & Greer, A. L. (2021). Socio-demographic disparities in knowledge, practices, and ability to comply with COVID-19 public health measures in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, *112*(3), 363–375. <https://doi.org/10.17269/s41997-021-00501-y>
- Brennen, J. S., Simon, F. M., Howard, P. N., & Nielsen, R. K. (2020). Types, Sources, and Claims of COVID-19 Misinformation. *Factsheet, April*(2020), 1–13. [http://www.primaonline.it/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19\\_reuters.pdf](http://www.primaonline.it/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19_reuters.pdf)
- Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Rubin, G. J., & Greenberg, N. (2017). Social and occupational factors associated with psychological wellbeing among occupational groups affected by disaster: a systematic review. *Journal of Mental Health*, *26*(4), 373–384. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1294732>
- Burrer, S. L., de Perio, M. A., Hughes, M. M., Kuhar, D. T., Luckhaupt, S. E., McDaniel, C. J., Porter, R. M., Silk, B., Stuckey, M. J., & Walters, M. (2020). Characteristics of Health Care Personnel with COVID-19 — United States, February 12–April 9, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, *69*(15), 477–481. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e6>
- Cai, W., Lian, B., Song, X., Hou, T., Deng, G., & Li, H. (2020). A cross-sectional study on mental

- health among health care workers during the outbreak of Corona Virus Disease 2019. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102111. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102111>
- Caserotti, M., Girardi, P., Rubaltelli, E., Tasso, A., Lotto, L., & Gavaruzzi, T. (2021). Associations of COVID-19 risk perception with vaccine hesitancy over time for Italian residents. *Social Science & Medicine*, 272, 113688. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113688>
- Çelmeçe, N., & Menekay, M. (2020). The Effect of Stress, Anxiety and Burnout Levels of Healthcare Professionals Caring for COVID-19 Patients on Their Quality of Life. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.597624>
- Cevik, M., Marcus, J. L., Buckee, C., & Smith, T. C. (2021). Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Transmission Dynamics Should Inform Policy. *Clinical Infectious Diseases*, 73(Supplement\_2), S170–S176. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1442>
- Ceylan, R. F., Ozkan, B., & Mulazimogullari, E. (2020). Historical evidence for economic effects of COVID-19. *The European Journal of Health Economics*, 21(6), 817–823. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01206-8>
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e15–e16. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
- Chia, T., & Oyeniran, O. I. (2020). Human health versus human rights: An emerging ethical dilemma arising from coronavirus disease pandemic. *Ethics, Medicine and Public Health*, 14, 100511. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2020.100511>
- Cleary, M., Kornhaber, R., Thapa, D. K., West, S., & Visentin, D. (2018). The effectiveness of interventions to improve resilience among health professionals: A systematic review. *Nurse Education Today*, 71, 247–263. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.10.002>
- Conti, C., Fontanesi, L., Lanzara, R., Rosa, I., & Porcelli, P. (2020). Fragile heroes. The psychological impact of the COVID-19 pandemic on health-care workers in Italy. *PLoS ONE*, 15(11 November). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242538>
- Courtet, P., Olié, E., Debien, C., & Vaiva, G. (2020). Keep Socially (but Not Physically)

- Connected and Carry on. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(3).  
<https://doi.org/10.4088/JCP.20com13370>
- Crocq, M.-A., & Crocq, L. (2000). From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 47–55.  
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/macrocq>
- De Rosa, S., Spaccarotella, C., Basso, C., Calabrò, M. P., Curcio, A., Filardi, P. P., Mancone, M., Mercurio, G., Muscoli, S., Nodari, S., Pedrinelli, R., Sinagra, G., Indolfi, C., Angelini, F., Barillà, F., Bartorelli, A., Benedetto, F., Bernabò, P., Bolognese, L., ... Volpe, M. (2020). Reduction of hospitalizations for myocardial infarction in Italy in the COVID-19 era. *European Heart Journal*, 41(22), 2083–2088. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa409>
- Deloitte. (2020). The heart of resilient leadership: Responding to COVID-19. *Deloitte Insights*.  
<https://www2.deloitte.com/us/en/insights/economy/covid-19/heart-of-resilient-leadership-responding-to-covid-19.html>
- Dror, A. A., Eisenbach, N., Taiber, S., Morozov, N. G., Mizrachi, M., Zigron, A., Srouji, S., & Sela, E. (2020). Vaccine hesitancy: the next challenge in the fight against COVID-19. *European Journal of Epidemiology*, 35(8), 775–779. <https://doi.org/10.1007/s10654-020-00671-y>
- Dye, T. D., Alcantara, L., Siddiqi, S., Barbosu, M., Sharma, S., Panko, T., & Pressman, E. (2020). Risk of COVID-19-related bullying, harassment and stigma among healthcare workers: an analytical cross-sectional global study. *BMJ Open*, 10(12), e046620.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046620>
- Eyre, D. W., Lumley, S. F., O'Donnell, D., Campbell, M., Sims, E., Lawson, E., Warren, F., James, T., Cox, S., Howarth, A., Doherty, G., Hatch, S. B., Kavanagh, J., Chau, K. K., Fowler, P. W., Swann, J., Volk, D., Yang-Turner, F., Stoesser, N., ... Walker, T. M. (2020). Differential occupational risks to healthcare workers from SARS-CoV-2 observed during a prospective observational study. *ELife*, 9. <https://doi.org/10.7554/eLife.60675>
- Finney Rutten, L. J., Zhu, X., Leppin, A. L., Ridgeway, J. L., Swift, M. D., Griffin, J. M., St Sauver, J. L., Virk, A., & Jacobson, R. M. (2021). Evidence-Based Strategies for Clinical

- Organizations to Address COVID-19 Vaccine Hesitancy. *Mayo Clinic Proceedings*, 96(3), 699–707. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.12.024>
- Fouda, A., Mahmoudi, N., Moy, N., & Paolucci, F. (2020). The COVID-19 pandemic in Greece, Iceland, New Zealand, and Singapore: Health policies and lessons learned. *Health Policy and Technology*, 9(4), 510–524. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.015>
- Ganesh, B., Rajakumar, T., Malathi, M., Manikandan, N., Nagaraj, J., Santhakumar, A., Elangovan, A., & Malik, Y. S. (2021). Epidemiology and pathobiology of SARS-CoV-2 (COVID-19) in comparison with SARS, MERS: An updated overview of current knowledge and future perspectives. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 10, 100694. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2020.100694>
- Garratt, A. M., Ruta, D. A., Abdalla, M. I., Buckingham, J. K., & Russell, I. T. (1993). The SF36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *BMJ*, 306(6890), 1440–1444. <https://doi.org/10.1136/bmj.306.6890.1440>
- Gautam, M., Kaur, M., & Mahr, G. (2020). COVID-19–Associated Psychiatric Symptoms in Health Care Workers: Viewpoint From Internal Medicine and Psychiatry Residents. *Psychosomatics*, 61(5), 579–581. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2020.04.009>
- Ghaddar, A., Mateo, I., & Sanchez, P. (2008). Occupational Stress and Mental Health among Correctional Officers: A Cross-Sectional Study. *Journal of Occupational Health*, 50(1), 92–98. <https://doi.org/10.1539/joh.50.92>
- Giusti, E. M., Pedroli, E., D’Aniello, G. E., Stramba Badiale, C., Pietrabissa, G., Manna, C., Stramba Badiale, M., Riva, G., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2020). The Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Health Professionals: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01684>
- Gómez-Ochoa, S. A., Franco, O. H., Rojas, L. Z., Raguindin, P. F., Roa-Díaz, Z. M., Wyssmann, B. M., Guevara, S. L. R., Echeverría, L. E., Glisic, M., & Muka, T. (2021). COVID-19 in Health-Care Workers: A Living Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence, Risk Factors, Clinical Characteristics, and Outcomes. *American Journal of Epidemiology*, 190(1), 161–175. <https://doi.org/10.1093/aje/kwaa191>

- Gostin, L. O., & Hodge, J. G. (2020). US Emergency Legal Responses to Novel Coronavirus. *JAMA*, *323*(12), 1131. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2025>
- Gountas, I., Hillas, G., & Souliotis, K. (2020). Act early, save lives: managing COVID-19 in Greece. *Public Health*, *187*, 136–139. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.08.016>
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*, m1211. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>
- Groeneweg, R., Kropman, H., Leopold, H., van Assen, L., Mulder, J., van Tulder, M. W., & Oostendorp, R. A. (2010). The effectiveness and cost-evaluation of manual therapy and physical therapy in patients with sub-acute and chronic non specific neck pain. Rationale and design of a Randomized Controlled Trial (RCT). *BMC Musculoskeletal Disorders*, *11*(1), 14. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-11-14>
- Grubaugh, N. D., Ladner, J. T., Lemey, P., Pybus, O. G., Rambaut, A., Holmes, E. C., & Andersen, K. G. (2018). Tracking virus outbreaks in the twenty-first century. *Nature Microbiology*, *4*(1), 10–19. <https://doi.org/10.1038/s41564-018-0296-2>
- Guterres, A. (2021). *Launch of the Policy Brief on COVID-19 and Mental Health 2020*. United Nations. <https://www.un.org/en/coronavirus/mental-health-services-are-essential-part-all-government-responses-covid-19>.
- Hacimusalar, Y., Kahve, A. C., Yasar, A. B., & Aydin, M. S. (2020). Anxiety and hopelessness levels in COVID-19 pandemic: A comparative study of healthcare professionals and other community sample in Turkey. *Journal of Psychiatric Research*, *129*, 181–188. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.07.024>
- Hamm, A. O. (2020). Fear, anxiety, and their disorders from the perspective of psychophysiology. *Psychophysiology*, *57*(2). <https://doi.org/10.1111/psyp.13474>
- Huang, L., Lei, W., Xu, F., Liu, H., & Yu, L. (2020). Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study. *PLOS ONE*, *15*(8), e0237303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237303>
- Huang, R., Xia, J., Chen, Y., Shan, C., & Wu, C. (2020). A family cluster of SARS-CoV-2

- infection involving 11 patients in Nanjing, China. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5), 534–535. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30147-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30147-X)
- Iseron, K. (2020). Healthcare Ethics During a Pandemic. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(3). <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.4.47549>
- Jazieh, A. R., & Kozlakidis, Z. (2020). Healthcare Transformation in the Post-Coronavirus Pandemic Era. *Frontiers in Medicine*, 7. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00429>
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H., & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), e14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C., & Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>
- Karafillakis, E., Dinca, I., Apfel, F., Cecconi, S., Würz, A., Takacs, J., Suk, J., Celentano, L. P., Kramarz, P., & Larson, H. J. (2016). Vaccine hesitancy among healthcare workers in Europe: A qualitative study. *Vaccine*, 34(41), 5013–5020. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.08.029>
- Karlsson, U., & Fraenkel, C.-J. (2020). Covid-19: risks to healthcare workers and their families. *BMJ*, m3944. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3944>
- Kaye, A. D., Okeagu, C. N., Pham, A. D., Silva, R. A., Hurley, J. J., Arron, B. L., Sarfraz, N., Lee, H. N., Ghali, G. E., Gamble, J. W., Liu, H., Urman, R. D., & Cornett, E. M. (2021). Economic impact of COVID-19 pandemic on healthcare facilities and systems: International perspectives. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 35(3), 293–306. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.11.009>
- Khan, M., Adil, S. F., Alkhatlan, H. Z., Tahir, M. N., Saif, S., Khan, M., & Khan, S. T. (2020). COVID-19: A Global Challenge with Old History, *Epidemiology and Progress So Far*.

*Molecules*, 26(1), 39. <https://doi.org/10.3390/molecules26010039>

- Koh, D. (2020). Occupational risks for COVID-19 infection. *Occupational Medicine*, 70(1), 3–5. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa036>
- Kolie, D., Delamou, A., van de Pas, R., Dioubate, N., Bouedouno, P., Beavogui, A. H., Kaba, A., Diallo, A. M., Put, W. Van De, & Van Damme, W. (2019). ‘Never let a crisis go to waste’: post-Ebola agenda-setting for health system strengthening in Guinea. *BMJ Global Health*, 4(6), e001925. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001925>
- Labrague, L. J., & de los Santos, J. A. A. (2021). Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *Journal of Nursing Management*, 29(3), 395–403. <https://doi.org/10.1111/jonm.13168>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lake, E. A., Demissie, B. W., Gebeyehu, N. A., Wassie, A. Y., Gelaw, K. A., & Azeze, G. A. (2021). Knowledge, attitude and practice towards COVID-19 among health professionals in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(2), e0247204. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247204>
- Lasalvia, A., Bonetto, C., Porru, S., Carta, A., Tardivo, S., Bovo, C., Ruggeri, M., & Amaddeo, F. (2021). Psychological impact of COVID-19 pandemic on healthcare workers in a highly burdened area of north-east Italy. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30, e1. <https://doi.org/10.1017/S2045796020001158>
- Ledda, C., Costantino, C., Cuccia, M., Maltezou, H. C., & Rapisarda, V. (2021). Attitudes of Healthcare Personnel towards Vaccinations before and during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2703. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052703>
- Leeds, C. (2021). COVID 19: Health care workers, risks, protection and transmission. *The Lancet*

*Regional Health - Europe, 1*, 100022. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2020.100022>

- Levin, P. J., Gebbie, E. N., & Qureshi, K. (2007). Can the Health-Care System Meet the Challenge of Pandemic Flu? Planning, Ethical, and Workforce Considerations. *Public Health Reports, 122*(5), 573–578. <https://doi.org/10.1177/003335490712200503>
- Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., Ren, R., Leung, K. S. M., Lau, E. H. Y., Wong, J. Y., Xing, X., Xiang, N., Wu, Y., Li, C., Chen, Q., Li, D., Liu, T., Zhao, J., Liu, M., ... Feng, Z. (2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *New England Journal of Medicine, 382*(13), 1199–1207. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>
- Li, Y., Scherer, N., Felix, L., & Kuper, H. (2021). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE, 16*(3), e0246454. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246454>
- Liu, Q., Luo, D., Haase, J. E., Guo, Q., Wang, X. Q., Liu, S., Xia, L., Liu, Z., Yang, J., & Yang, B. X. (2020). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *The Lancet Global Health, 8*(6), e790–e798. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7)
- 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. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)
- Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuérne, Y., & Martín-García, J. (2020). Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(15), 5514. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155514>
- Lunn, P. D., Belton, C. A., Lavin, C., McGowan, F. P., Timmons, S., & Robertson, D. A. (2020). Using Behavioral Science to help fight the Coronavirus. *Journal of Behavioral Public Administration, 3*(1). <https://doi.org/10.30636/jbpa.31.147>



- Marton, G., Vergani, L., Mazzocco, K., Garassino, M. C., & Pravettoni, G. (2020). 2020s Heroes Are Not Fearless: The Impact of the COVID-19 Pandemic on Wellbeing and Emotions of Italian Health Care Workers During Italy Phase 1. *Frontiers in Psychology, 11*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.588762>
- Masoud, A. T., Zaazouee, M. S., Elsayed, S. M., Ragab, K. M., Kamal, E. M., Alnasser, Y. T., Assar, A., Nourelden, A. Z., Istatiah, L. J., Abd-Elgawad, M. M., Abdelsattar, A. T., Sofy, A. A., Hegazy, D. G., Femía, V. Z., Mendonça, A. R., Sayed, F. M., Elmoursi, A., Alareidi, A., Abd-Eltawab, A. K., ... Abushouk, A. I. (2021). KAP-COVID GLOBAL : a multinational survey of the levels and determinants of public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19. *BMJ Open, 11*(2), e043971. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043971>
- Matsuo, T., Kobayashi, D., Taki, F., Sakamoto, F., Uehara, Y., Mori, N., & Fukui, T. (2020). Prevalence of Health Care Worker Burnout During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Japan. *JAMA Network Open, 3*(8), e2017271. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.17271>
- Mattuzzi, C., & Lippi, G. (2020). Which lessons shall we learn from the 2019 novel coronavirus outbreak? *Annals of Translational Medicine, 8*(3), 48–48. <https://doi.org/10.21037/atm.2020.02.06>
- Maude, R. R., Jongdeepaisal, M., Skuntaniyom, S., Muntajit, T., Blacksell, S. D., Khuenpetch, W., Pan-Ngum, W., Taleangkaphan, K., Malathum, K., & Maude, R. J. (2021). Improving knowledge, attitudes and practice to prevent COVID-19 transmission in healthcare workers and the public in Thailand. *BMC Public Health, 21*(1), 749. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10768-y>
- Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Saleminck, E., & Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of Anxiety Disorders, 74*, 102258. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102258>
- Mhango, M., Dzobo, M., Chitungo, I., & Dzinamarira, T. (2020). COVID-19 Risk Factors Among Health Workers: A Rapid Review. *Safety and Health at Work, 11*(3), 262–265. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2020.06.001>

- Morawa, E., Schug, C., Geiser, F., Beschoner, P., Jerg-Bretzke, L., Albus, C., Weidner, K., Hiebel, N., Borho, A., & Erim, Y. (2021). Psychosocial burden and working conditions during the COVID-19 pandemic in Germany: The VOICE survey among 3678 health care workers in hospitals. *Journal of Psychosomatic Research*, *144*, 110415. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110415>
- Muller, A. E., Hafstad, E. V., Himmels, J. P. W., Smedslund, G., Flottorp, S., Stensland, S. Ø., Stroobants, S., Van de Velde, S., & Vist, G. E. (2020). The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Research*, *293*, 113441. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113441>
- Mutambudzi, M., Niedzwiedz, C., Macdonald, E. B., Leyland, A., Mair, F., Anderson, J., Celis-Morales, C., Cleland, J., Forbes, J., Gill, J., Hastie, C., Ho, F., Jani, B., Mackay, D. F., Nicholl, B., O'Donnell, C., Sattar, N., Welsh, P., Pell, J. P., ... Demou, E. (2021). Occupation and risk of severe COVID-19: prospective cohort study of 120 075 UK Biobank participants. *Occupational and Environmental Medicine*, *78*(5), 307–314. <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106731>
- Nguyen, L. H., Drew, D. A., Graham, M. S., Joshi, A. D., Guo, C.-G., Ma, W., Mehta, R. S., Warner, E. T., Sikavi, D. R., Lo, C.-H., Kwon, S., Song, M., Mucci, L. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Eliassen, A. H., Hart, J. E., Chavarro, J. E., Rich-Edwards, J. W., ... Zhang, F. (2020). Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *The Lancet Public Health*, *5*(9), e475–e483. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30164-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X)
- Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., Agha, M., & Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *International Journal of Surgery*, *78*, 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.04.018>
- Nwagbara, U. I., Osual, E. C., Chireshe, R., Bolarinwa, O. A., Saeed, B. Q., Khuzwayo, N., & Hlongwana, K. W. (2021). Knowledge, attitude, perception, and preventative practices towards COVID-19 in sub-Saharan Africa: A scoping review. *PLOS ONE*, *16*(4), e0249853. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249853>

- OECD. (2020). OECD Interim Economic Assessment. Coronavirus: The world economy at risk. *OECD Economic Outlook*, 1–16. [https://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-outlook/volume-2019/issue-2\\_7969896b-en](https://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-outlook/volume-2019/issue-2_7969896b-en)
- Ogden, N. H., Wilson, J. R. U., Richardson, D. M., Hui, C., Davies, S. J., Kumschick, S., Le Roux, J. J., Measey, J., Saul, W.-C., & Pulliam, J. R. C. (2019). Emerging infectious diseases and biological invasions: a call for a One Health collaboration in science and management. *Royal Society Open Science*, 6(3), 181577. <https://doi.org/10.1098/rsos.181577>
- Okello, D. R. O., & Gilson, L. (2015). Exploring the influence of trust relationships on motivation in the health sector: a systematic review. *Human Resources for Health*, 13(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0007-5>
- Paakkari, L., & Okan, O. (2020). COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *The Lancet Public Health*, 5(5), e249–e250. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30086-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30086-4)
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Park, J.-E., Jung, S., Kim, A., & Park, J.-E. (2018). MERS transmission and risk factors: a systematic review. *BMC Public Health*, 18(1), 574. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5484-8>
- Paul, G., Sharma, S., Singh, G., Singh, G., Sharma, S., Paul, B., & Gautam, P. (2020). Assessment of knowledge gaps and perceptions about COVID-19 among health care workers and general public-national cross-sectional study. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*, 36(3), 337–344. [https://doi.org/10.4103/joacp.JOACP\\_326\\_20](https://doi.org/10.4103/joacp.JOACP_326_20)
- Peeri, N. C., Shrestha, N., Rahman, M. S., Zaki, R., Tan, Z., Bibi, S., Baghbanzadeh, M., Aghamohammadi, N., Zhang, W., & Haque, U. (2020). The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned? *International Journal of Epidemiology*, 49(3), 717–726. <https://doi.org/10.1093/ije/dyaa033>

- Preti, E., Di Mattei, V., Perego, G., Ferrari, F., Mazzetti, M., Taranto, P., Di Pierro, R., Madeddu, F., & Calati, R. (2020). The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Current Psychiatry Reports*, 22(8), 43. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01166-z>
- Promptchara, E., Ketloy, C., & Palaga, T. (2020). Immune responses in COVID-19 and potential vaccines: Lessons learned from SARS and MERS epidemic. *Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology*, 38(1), 1–9. <https://doi.org/10.12932/AP-200220-0772>
- Puci, M. V., Nosari, G., Loi, F., Puci, G. V., Montomoli, C., & Ferraro, O. E. (2020). Risk perception and worries among health care workers in the covid-19 pandemic: Findings from an Italian survey. *Healthcare (Switzerland)*, 8(4). <https://doi.org/10.3390/healthcare8040535>
- Rajeswari, R., Muniyandi, M., Balasubramanian, R., & Narayanan, P. R. (2005). Perceptions of tuberculosis patients about their physical, mental and social well-being: a field report from south India. *Social Science & Medicine*, 60(8), 1845–1853. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.024>
- Ramaci, T., Barattucci, M., Ledda, C., & Rapisarda, V. (2020). Social Stigma during COVID-19 and its Impact on HCWs Outcomes. *Sustainability*, 12(9), 3834. <https://doi.org/10.3390/su12093834>
- Rickman, H. M., Rampling, T., Shaw, K., Martinez-Garcia, G., Hail, L., Coen, P., Shahmanesh, M., Shin, G. Y., Nastouli, E., & Houlihan, C. F. (2021). Nosocomial Transmission of Coronavirus Disease 2019: A Retrospective Study of 66 Hospital-acquired Cases in a London Teaching Hospital. *Clinical Infectious Diseases*, 72(4), 690–693. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa816>
- Rizzo, C., Campagna, I., Pandolfi, E., Croci, I., Russo, L., Ciampini, S., Gesualdo, F., Tozzi, A. E., Ricotta, L., Raponi, M., & Ciofi Degli Atti, M. L. (2021). Knowledge and Perception of COVID-19 Pandemic during the First Wave (Feb–May 2020): A Cross-Sectional Study among Italian Healthcare Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3767. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073767>
- Robinson, E., Jones, A., Lesser, I., & Daly, M. (2021). International estimates of intended uptake

- and refusal of COVID-19 vaccines: A rapid systematic review and meta-analysis of large nationally representative samples. *Vaccine*, 39(15), 2024–2034. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.02.005>
- Rossi, R., Socci, V., Pacitti, F., Di Lorenzo, G., Di Marco, A., Siracusano, A., & Rossi, A. (2020). Mental Health Outcomes among Frontline and Second-Line Health Care Workers during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Network Open*, 3(5). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.10185>
- Roupa, Z., Polychronis, G., Latzourakis, E., Nikitara, M., Ghobrial, S., Chrysafi, A., & Noula, M. (2021). Assessment of Knowledge and Perceptions of Health Workers Regarding COVID-19: A Cross-Sectional Study from Cyprus. *Journal of Community Health*, 46(2), 251–258. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00949-y>
- Ruiz, J. B., & Bell, R. A. (2021). Predictors of intention to vaccinate against COVID-19: Results of a nationwide survey. *Vaccine*, 39(7), 1080–1086. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.01.010>
- Saadatjoo, S., Miri, M., Hassanipour, S., Ameri, H., & Arab-Zozani, M. (2021). Knowledge, attitudes, and practices of the general population about Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a systematic review and meta-analysis with policy recommendations. *Public Health*, 194, 185–195. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.03.005>
- Sahebi, A., Nejati-Zarnaqi, B., Moayedi, S., Yousefi, K., Torres, M., & Golitaleb, M. (2021). The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 107, 110247. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110247>
- Santabárbara, J., Bueno-Notivol, J., Lipnicki, D. M., Olaya, B., Pérez-Moreno, M., Gracia-García, P., Idoiaga-Mondragon, N., & Ozamiz-Etxebarria, N. (2021). Prevalence of anxiety in health care professionals during the COVID-19 pandemic: A rapid systematic review (on published articles in Medline) with meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 107, 110244. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110244>
- Seçer, İ., Ulaş, S., & Karaman-Özlü, Z. (2020). The Effect of the Fear of COVID-19 on Healthcare

- Professionals' Psychological Adjustment Skills: Mediating Role of Experiential Avoidance and Psychological Resilience. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.561536>
- Seidelman, J. L., Lewis, S. S., Advani, S. D., Akinboyo, I. C., Epling, C., Case, M., Said, K., Yancey, W., Stiegel, M., Schwartz, A., Stout, J., Sexton, D. J., & Smith, B. A. (2020). Universal masking is an effective strategy to flatten the severe acute respiratory coronavirus virus 2 (SARS-CoV-2) healthcare worker epidemiologic curve. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 41(12), 1466–1467. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.313>
- Shah, A. S. V., Wood, R., Gribben, C., Caldwell, D., Bishop, J., Weir, A., Kennedy, S., Reid, M., Smith-Palmer, A., Goldberg, D., McMenamin, J., Fischbacher, C., Robertson, C., Hutchinson, S., McKeigue, P., Colhoun, H., & McAllister, D. A. (2020). Risk of hospital admission with coronavirus disease 2019 in healthcare workers and their households: nationwide linkage cohort study. *BMJ*, m3582. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3582>
- Shekhar, R., Sheikh, A. B., Upadhyay, S., Singh, M., Kottewar, S., Mir, H., Barrett, E., & Pal, S. (2021). COVID-19 Vaccine Acceptance among Health Care Workers in the United States. *Vaccines*, 9(2), 119. <https://doi.org/10.3390/vaccines9020119>
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(4), 281–282. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
- Siegler, J. E., Heslin, M. E., Thau, L., Smith, A., & Jovin, T. G. (2020). Falling stroke rates during COVID-19 pandemic at a comprehensive stroke center. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 29(8), 104953. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104953>
- Siettos, C., Anastassopoulou, C., Tsiamis, C., Vrioni, G., & Tsakris, A. (2021). A bulletin from Greece: a health system under the pressure of the second COVID-19 wave. *Pathogens and Global Health*, 115(3), 133–134. <https://doi.org/10.1080/20477724.2021.1881372>
- Siu, A., & Wong, Y. C. R. (2004). Economic Impact of SARS: The Case of Hong Kong. *Asian*

*Economic Papers*, 3(1), 62–83. <https://doi.org/10.1162/1535351041747996>

- Smith, G. D., Ng, F., & Ho Cheung Li, W. (2020). COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9–10), 1425–1428. <https://doi.org/10.1111/jocn.15231>
- Suwanarat, N., & Apisarnthanarak, A. (2015). Risks to healthcare workers with emerging diseases. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 28(4), 349–361. <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000183>
- Talarek, E., Chazan, M., Winiarska, P., Dembiński, Ł., Sobierajski, T., & Banaszekiewicz, A. (2021). How attitudes towards vaccination change in the face of an outbreak. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(3), 805–809. <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1798152>
- Tartari, F., Guglielmo, A., Fuligni, F., & Pileri, A. (2020). Changes in emergency service access after spread of COVID-19 across Italy. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 34(8). <https://doi.org/10.1111/jdv.16553>
- Temime, L., Gustin, M.-P., Duval, A., Buetti, N., Crépey, P., Guillemot, D., Thiébaud, R., Vanhems, P., Zahar, J.-R., Smith, D. R. M., & Opatowski, L. (2020). A Conceptual Discussion About the Basic Reproduction Number of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 in Healthcare Settings. *Clinical Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa682>
- Temsah, M.-H., Al Huzaimi, A., Arabiaah, A., Alamro, N., Al-Sohime, F., Al-Eyadhy, A., Alhasan, K., Kari, J. A., Alhaboob, A., Alsalmi, A., AlMuhanna, W., Almaghlouth, I., Aljamaan, F., Halwani, R., Saddik, B., Barry, M., Al-Zamil, F., AlHadi, A. N., Al-Subaie, S., ... Somily, A. M. (2021). Changes in healthcare workers' knowledge, attitudes, practices, and stress during the COVID-19 pandemic. *Medicine*, 100(18), e25825. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000025825>
- Temsah, M. H., Alhuzaimi, A. N., Alamro, N., Arabiaah, A., Al-Sohime, F., Alhasan, K., Kari, J. A., Almaghlouth, I., Aljamaan, F., Al-Eyadhy, A., Jamal, A., Al Amri, M., Barry, M., Al-Subaie, S., Somily, A. M., & Al-Zamil, F. (2020). Knowledge, attitudes and practices of

- healthcare workers during the early COVID-19 pandemic in a main, academic tertiary care centre in Saudi Arabia. *Epidemiology and Infection*, 148, e203. <https://doi.org/10.1017/S0950268820001958>
- Teo, I., Chay, J., Cheung, Y. B., Sung, S. C., Tewani, K. G., Yeo, L. F., Yang, G. M., Pan, F. T., Ng, J. Y., Abu Bakar Aloweni, F., Ang, H. G., Ayre, T. C., Chai-Lim, C., Chen, R. C., Heng, A. L., Nadarajan, G. D., Ong, M. E. H., See, B., Soh, C. R., ... Tan, H. K. (2021). Healthcare worker stress, anxiety and burnout during the COVID-19 pandemic in Singapore: A 6-month multi-centre prospective study. *PLOS ONE*, 16(10), e0258866. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258866>
- Tsamakis, K., Rizos, E., Manolis, A., Chaidou, S., Kypmpouropoulos, S., Spartalis, E., Spandidos, D., Tsiptsios, D., & Triantafyllis, A. (2020). [Comment] COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. *Experimental and Therapeutic Medicine*. <https://doi.org/10.3892/etm.2020.8646>
- Tsipropoulou, V., Nikopoulou, V. A., Holeva, V., Nasika, Z., Diakogiannis, I., Sakka, S., Kostikidou, S., Varvara, C., Spyridopoulou, E., & Parlapani, E. (2021). Psychometric Properties of the Greek Version of FCV-19S. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(6), 2279–2288. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00319-8>
- van Barneveld, K., Quinlan, M., Kriesler, P., Junor, A., Baum, F., Chowdhury, A., Junankar, P. (Raja), Clibborn, S., Flanagan, F., Wright, C. F., Friel, S., Halevi, J., & Rainnie, A. (2020). The COVID-19 pandemic: Lessons on building more equal and sustainable societies. *The Economic and Labour Relations Review*, 31(2), 133–157. <https://doi.org/10.1177/1035304620927107>
- Verger, P., Fressard, L., Collange, F., Gautier, A., Jestin, C., Launay, O., Raude, J., Pulcini, C., & Peretti-Watel, P. (2015). Vaccine Hesitancy Among General Practitioners and Its Determinants During Controversies: A National Cross-sectional Survey in France. *EBioMedicine*, 2(8), 891–897. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2015.06.018>
- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>



- Wang, C. J., Ng, C. Y., & Brook, R. H. (2020). Response to COVID-19 in Taiwan. *JAMA*, *323*(14), 1341. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3151>
- Wang, C., Wang, Z., Wang, G., Lau, J. Y.-N., Zhang, K., & Li, W. (2021). COVID-19 in early 2021: current status and looking forward. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, *6*(1), 114. <https://doi.org/10.1038/s41392-021-00527-1>
- Ware, J. E., Brook, R. H., & Avery, D. A. (1980). *Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study. Vol. 1: Model of Health and Methodology*. RAND Corporation. <https://www.rand.org/pubs/reports/R1987z1.html>
- Ware, J. E., & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, *51*(11), 903–912. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00081-X](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00081-X)
- Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The ‘black swan’ for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions*, *20*, 100317. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100317>
- Wong, T. W., Yau, J. K. Y., Chan, C. L. W., Kwong, R. S. Y., Ho, S. M. Y., Lau, C. C., Lau, F. L., & Lit, C. H. (2005). The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. *European Journal of Emergency Medicine*, *12*(1), 13–18. <https://doi.org/10.1097/00063110-200502000-00005>
- Woon, L. S.-C., Mansor, N. S., Mohamad, M. A., Teoh, S. H., & Leong Bin Abdullah, M. F. I. (2021). Quality of Life and Its Predictive Factors Among Healthcare Workers After the End of a Movement Lockdown: The Salient Roles of COVID-19 Stressors, Psychological Experience, and Social Support. *Frontiers in Psychology*, *12*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.652326>
- Xiao, C. (2020). A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry Investigation*, *17*(2), 175–176. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0047>
- Yakut, S., Karagülle, B., Atçalı, T., Öztürk, Y., Açık, M. N., & Çetinkaya, B. (2021). Knowledge,

Attitudes, Practices and Some Characteristic Features of People Recovered from COVID-19 in Turkey. *Medicina*, 57(5), 431. <https://doi.org/10.3390/medicina57050431>

Yasal, D., & Partlak, N. G. (2019). Trauma stress of nurses working in emergency department investigation of factors affecting symptoms and coping ways of nurses. *Nine September Univ. Faculty Nurs. Electron. J.*, 2(1), 74–81.

Yin, Y., & Wunderink, R. G. (2018). MERS, SARS and other coronaviruses as causes of pneumonia. *Respirology*, 23(2), 130–137. <https://doi.org/10.1111/resp.13196>

Yıldırım, M., Arslan, G., & Özasan, A. (2022). Perceived Risk and Mental Health Problems among Healthcare Professionals during COVID-19 Pandemic: Exploring the Mediating Effects of Resilience and Coronavirus Fear. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(2), 1035–1045. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00424-8>

Yuan, K., Gong, Y.-M., Liu, L., Sun, Y.-K., Tian, S.-S., Wang, Y.-J., Zhong, Y., Zhang, A.-Y., Su, S.-Z., Liu, X.-X., Zhang, Y.-X., Lin, X., Shi, L., Yan, W., Fazel, S., Vitiello, M. V., Bryant, R. A., Zhou, X.-Y., Ran, M.-S., ... Lu, L. (2021). Prevalence of posttraumatic stress disorder after infectious disease pandemics in the twenty-first century, including COVID-19: a meta-analysis and systematic review. *Molecular Psychiatry*, 26(9), 4982–4998. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01036-x>

Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., Min, B. Q., Tian, Q., Leng, H. X., Du, J. L., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F. F., Yan, T. Y., Dong, H. Q., Han, Y., Wang, Y. P., Cosci, F., & Wang, H. X. (2020). Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 242–250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

## Παράρτημα

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

- Φύλο: Άνδρας Γυναίκα
- Ηλικία:
- Ύψος
- Βάρος προ COVID Βάρος σήμερα
- Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος Άγαμος Διαζευγμένος/Χήρος
- Παιδιά: Ναι Όχι
- Ποιος είναι ο ανώτερος τίτλος εκπαίδευσης που κατέχετε;  
ΔΕ ΑΤΕΙ ΑΕΙ Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό
- Σχέση εργασίας: Μόνιμος Ορισμένου χρόνου
- Τμήμα εργασίας:
- Έτη υπηρεσίας συνολικά:
- Ποια η θέση που κατέχετε αυτή τη στιγμή; Διευθυντής Τομεάρχης  
Προϊστάμενος/η Υφιστάμενος/η
- Νοσήσατε με COVID-19: Ναι Όχι

## SF-36 ΕΡΕΥΝΑ ΥΓΕΙΑΣ

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας.

Απαντήστε στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιος/βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωση σας.

Απαντήστε κάθε ερώτηση δύο φορές. Η πρώτη στήλη αφορά πριν την πανδημία COVID-19 και η δεύτερη αφορά την τωρινή κατάσταση.

Ερώτηση	Αρχή COVID-19	Σήμερα
<b>1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:</b> Άριστη 1 Πολύ καλή 2 Καλή 3 Μέτρια 4 Κακή 5		
<b>2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;</b> Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν 1 Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν 2 Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν 3 Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν 4 Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν 5		
<b>3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που πιθανώς να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;</b> Ναι, με περιορίζει Πολύ 1 Ναι, με περιορίζει Λίγο 2 Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου 3		
α. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ		
β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία		
γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά		
δ. Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες		
ε. Όταν ανεβαίνετε μία σκάλα		
στ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο		

ζ. Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο		
η. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα		
θ. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα		
ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε		
<b>4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στη δουλειά σας – είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;</b> Ναι 1 Όχι 2		
α. Μειώσατε <b>το χρόνο</b> που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες		
β. <b>Επιτελέσατε λιγότερα</b> από όσα θα θέλατε		
γ. Περιορίσατε <b>το είδος</b> δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας		
δ. <b>Δυσκολευτήκατε</b> να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, κατεβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)		
<b>5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν – είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (λ.χ., επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);</b> Ναι 1 Όχι 2		
α. Μειώσατε <b>το χρόνο</b> που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες		
β. <b>Επιτελέσατε λιγότερα</b> από όσα θα θέλατε		
γ. Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες <b>λιγότερο προσεκτικά</b> απ' ό τι συνήθως		
<b>6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;</b> Καθόλου 1 Ελάχιστα 2 Μέτρια 3 Αρκετά 4 Πάρα πολύ 5		
<b>7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;</b> Καθόλου 1 Πολύ ήπιο 2 Ήπιο 3 Μέτριο 4 Έντονο 5 Πολύ έντονο 6		
<b>8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);</b> Καθόλου 1		

Λίγο	2		
Μέτρια	3		
Αρκετά	4		
Πάρα πολύ	5		
<p><b>9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα:</b></p>			
Συνεχώς	1		
Το μεγαλύτερο διάστημα	2		
Σημαντικό διάστημα	3		
Μερικές φορές	4		
Μικρό διάστημα	5		
Καθόλου	6		
α. Αισθανόσαστε γεμάτος / γεμάτη ζωντάνια;			
β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;			
γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος / πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;			
δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;			
ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;			
στ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;			
ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση;			
η. Ήσαστε ευτυχισμένος / ευτυχισμένη;			
θ. Αισθανόσαστε κούραση;			
<p><b>10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;</b></p>			
Συνεχώς	1		
Το μεγαλύτερο διάστημα	2		
Μερικές φορές	3		
Μικρό διάστημα	4		
Καθόλου	5		
<p><b>11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;</b></p>			
Εντελώς Αλήθεια	1		
Μάλλον Αλήθεια	2		
Δεν ξέρω	3		
Μάλλον Ψέμα	4		
Εντελώς ψέμα	5		
α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους			
β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου			
γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει			
δ. Η υγεία μου είναι άριστη			

### Κλίμακα Φόβου COVID-19

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν το αίσθημα φόβου που έχετε για το COVID-19. Παρακαλώ κυκλώστε ένα αριθμό για κάθε δήλωση ο οποίος σας αντιπροσωπεύει περισσότερο, με βάση την παρακάτω κλίμακα.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

	Αρχή COVID-19	Σήμερα
<b>1. Φοβάμαι πάρα πολύ το COVID-19</b>		
<b>2. Με κάνει να νιώθω άβολα όταν σκέφτομαι το COVID-19</b>		
<b>3. Τα χέρια μου γίνονται αδέξια όταν σκέφτομαι το COVID-19</b>		
<b>4. Φοβάμαι ότι θα χάσω τη ζωή μου λόγω του COVID - 19</b>		
<b>5. Όταν παρακολουθώ ειδήσεις και ιστορίες για το COVID - 19 στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, γίνομαι νευρικός ή ανήσυχος.</b>		
<b>6. Δεν μπορώ να κοιμηθώ γιατί ανησυχώ για το COVID - 19</b>		
<b>7. Η καρδιά μου χτυπάει δυνατά ή έχω αίσθημα παλμών όταν σκέφτομαι πως θα νοσήσω από COVID - 19</b>		

## **Έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης συμμετοχής σε μελέτη**

Σας παρακαλώ να συμπληρώσετε το παρόν ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελεί μέρος Διπλωματικής Μεταπτυχιακής Εργασίας με θέμα: **Ποιότητα ζωής επαγγελματιών υγείας πριν την περίοδο του COVID-19.**

**Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και δεν περιέχει το όνομά σας.** Οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές και θα τις δει μόνο η ερευνητική ομάδα και **κανένας άλλος.**

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα παρουσιαστούν στατιστικά για το **σύνολο** των συμμετεχόντων.

Για **οποιαδήποτε διευκρίνιση** ή απορία μπορείτε να **επικοινωνήσετε** στο: **6947219725** ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση **stella.mhtrou@gmail.com**

**Εκτιμώ ιδιαίτερος τη συμμετοχή σας και σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την πολύτιμη βοήθειά σας.**

Με ιδιαίτερη εκτίμηση,

Μήτρο Στέλλα

Υπογραφή συμμετέχοντα

Ημερομηνία