



Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

**ΠΜΣ Κοινωνική Πολιτική με Κατεύθυνση: «Οικονομία, Διοίκηση
και Πολιτικές Υγείας»**

Διπλωματική Εργασία:

«Άγχος και Επαγγελματίες Υγείας κατά την πανδημία covid-19. Η περίπτωση της ΜΕΘ ενός Δημόσιου Νοσοκομείου».

Φοιτήτρια: Ευρύκλεια Παπαδοπούλου

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

| | |
|----------------------------|---|
| Δρ. Σπυριδάκης Εμμανουήλ | Καθηγητής Α΄ Βαθμίδας Επιβλέπων |
| Δρ. Κοντούλη-Γείτονα Μαρία | Καθηγήτρια Α΄ Βαθμίδας Μέλος Τριμελούς Επιτροπής |
| Δρ. Σαρίδη Μαρία | Επίκουρη Καθηγήτρια Μέλος Τριμελούς Επιτροπής |

Κόρινθος, Ιανουάριος 2022

Ευχαριστίες

Για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Σπυριδάκη Μανώλη για την αποδοχή της πρότασης, την καθοδήγηση του και την άμεση ανταπόκριση του κάθε φορά καθώς επίσης και όλους τους διδάσκοντες του προγράμματος για τη διεύρυνση των προσωπικών μου γνώσεων.

Επίσης, ευχαριστώ θερμά τους γονείς μου και την αδερφή μου για την ηθική στήριξη, τη συμπαράσταση και κατανόησή τους καθ' όλη τη διάρκεια της φοίτησής μου, τη θεία μου Ελπίδα για την πολύτιμη βοήθεια της και τέλος, ευχαριστώ κυρίως το σύζυγό μου Παναγιώτη για την ενθάρρυνση και την αμέριστη υποστήριξη του σε όλη αυτήν την προσπάθειά μου αλλά και σε κάθε μου βήμα μικρό ή μεγάλο.

Περιεχόμενα

| | |
|--|----|
| Ευχαριστίες | 1 |
| Κατάλογος Εικόνων | 5 |
| Κατάλογος Πινάκων | 5 |
| Κατάλογος Σχημάτων | 8 |
| Περίληψη | 10 |
| 1. Εισαγωγή | 13 |
| 2. Ανασκόπηση | 17 |
| 2.1. Εννοιολογικός ορισμός για την υγεία..... | 17 |
| 2.2. Η υγεία και η σύνδεση με το στρες..... | 17 |
| 2.3. Άγχος..... | 18 |
| 2.3.1. Άγχος ενεργοποίησης (Eustress) και άγχος δυσλειτουργικό (Distress). | 19 |
| 2.3.2. Θεωρίες άγχους..... | 20 |
| 2.3.3. Μέθοδοι αξιολόγησης άγχους..... | 21 |
| 2.3.4. Κλίμακα αξιολόγησης άγχους (STAI-Y)..... | 22 |
| 2.4. Εργασιακό άγχος..... | 24 |
| 2.4.1. Επαγγελματική εξουθένωση..... | 24 |
| 2.4.2. Θεωρητικά μοντέλα εργασιακού στρες..... | 26 |
| 2.4.3. Εργασιακό άγχος και επαγγέλματα υγείας..... | 28 |
| 2.4.4. Δευτερογενές τραυματικό στρες ή κόπωση συμπόνιας..... | 30 |
| 2.4.5. Εργασιακό άγχος και ιατρικό προσωπικό..... | 31 |
| 2.4.6. Εργασιακό άγχος και νοσηλευτικό προσωπικό..... | 31 |
| 2.4.7. Εργασιακό άγχος και φυσικοθεραπευτές..... | 32 |
| 2.5. Επιβαρυντικοί παράγοντες εκδήλωσης άγχους στο υγειονομικό προσωπικό..... | 33 |
| 2.5.1. Προστατευτικοί παράγοντες μείωσης του άγχους..... | 34 |
| 2.5.2. Η διεπιστημονική συνεργασία στο υγειονομικό πλαίσιο..... | 35 |
| 2.5.3. Η ψυχική ανθεκτικότητα..... | 35 |
| 2.6. Πανδημίες..... | 37 |
| 2.6.1. Ψυχικές επιπτώσεις των πανδημιών - Ιστορική αναδρομή..... | 38 |
| 2.6.2. Η πανδημία COVID-19..... | 38 |
| 2.7. Μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ)..... | 39 |
| 2.7.1. Οργάνωση και λειτουργία των ΜΕΘ..... | 39 |
| 2.8. Επιπτώσεις του COVID-19στην ψυχική υγεία..... | 42 |

| | |
|--|-----------|
| 2.8.1. Ο ψυχοκοινωνικός αντίκτυπος της πανδημίας COVID-19 στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. | 43 |
| 2.8.2. ΜΕΘ κατά την πανδημία. | 48 |
| 2.9. Ορισμός και διατύπωση ερευνητικού προβλήματος. | 50 |
| 2.9.1. Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων. | 50 |
| 2.9.2. Μεταβλητές. | 51 |
| 2.9.3. Ερευνητικές και στατιστικές υποθέσεις. | 51 |
| 2.9.4. Οριοθετήσεις και περιορισμοί έρευνας. | 52 |
| 3. Μέθοδος | 53 |
| 3.1. Συμμετέχοντες. | 53 |
| 3.2. Ερευνητικά εργαλεία. | 54 |
| 3.2.1. Ερωτηματολόγιο συλλογής περιγραφικών στατιστικών δεδομένων. | 54 |
| 3.2.2. Κλίμακα αξιολόγησης άγχους (STAI-Y). | 54 |
| 3.3. Ερευνητική διαδικασία. | 56 |
| 3.4. Ζητήματα ερευνητικής δεοντολογίας. | 56 |
| 3.5. Μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων. | 57 |
| 4. Αποτελέσματα | 60 |
| 4.1. Περιγραφικά στατιστικά. | 60 |
| 4.2. Σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηριολογικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο Vs ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο. | 64 |
| 4.3. Σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηριολογικού άγχους τόσο ημέρας εργασίας όσο και ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς). | 67 |
| 4.3.1. Σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηριολογικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς). | 67 |
| 4.3.2. Σύγκριση του περιστασιακού και του χαρακτηριολογικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς). | 72 |
| 4.4. Συσχετίσεις της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηριολογικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο και ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο. | 76 |
| 4.4.1. Συσχέτιση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηριολογικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο. | 76 |
| 4.4.2. Συσχέτιση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηριολογικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο. | 78 |
| 5. Συζήτηση | 81 |
| 6. Συμπεράσματα | 89 |
| 7. Βιβλιογραφία | 91 |

| | |
|---|------------|
| 7.1. Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία..... | 91 |
| 7.2. Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία..... | 93 |
| 8. Παράρτημα..... | 113 |
| 8.1. Έντυπο συγκατάθεσης..... | 113 |
| 8.2. Ερωτηματολόγια..... | 114 |
| 8.2.1. Ερωτηματολόγιο συλλογής περιγραφικών στατιστικών δεδομένων..... | 114 |
| 8.2.2. Ερωτηματολόγιο State-Trait Anxiety Inventory Y (STAI-Y) σταθμισμένο στην Ελληνική γλώσσα..... | 116 |
| | 116 |

Κατάλογος Εικόνων

| | |
|--|----|
| Εικόνα 2.1.: Εργασιακό μοντέλο των Cooper και Marshall (Cooper & Marshall, 1976). | 26 |
| Εικόνα 2.2.: Εργασιακό μοντέλο των Wadron και Edling (Wadron & Edling, 1997). | 28 |

Κατάλογος Πινάκων

| | |
|---|----|
| Πίνακας 4.1.: Τα βασικά χαρακτηριστικά (Ηλικία, Επαγγελματική εμπειρία, Εβδομαδιαία απασχόληση) για τους 41 συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη. | 60 |
| Πίνακας 4.2.: Περιγραφικά στατιστικά για τη σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο Vs ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο για τους συμμετέχοντες στη μελέτη (n=41) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. ... | 66 |
| Πίνακας 4.3.: Τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου T-Test για εξαρτημένα δείγματα (Paired-Samples T-Test) για τη σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο Vs ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο για τους συμμετέχοντες στη μελέτη (n=41) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. Επιπρόσθετα, όσον αφορά την ακριβή τιμή του κριτηρίου p το οποίο αφορά τη σημαντικότητα Sig. (2-tailed) για την εν λόγω σύγκριση, με τη χρήση της επιλογής “double click to activate” εντός του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20 προέκυψε ότι $p=0,0000001246$ | 66 |
| Πίνακας 4.4.: Περιγραφικά στατιστικά για τη σύγκριση της βαθμολογίας του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο Vs ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο για τους συμμετέχοντες στη μελέτη (n=41) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. | 67 |
| Πίνακας 4.5.: Τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου T-Test για εξαρτημένα δείγματα (Paired-Samples T-Test) για τη σύγκριση της βαθμολογίας του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο Vs ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο για τους συμμετέχοντες στη μελέτη (n=41) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. Επιπρόσθετα, όσον αφορά την ακριβή τιμή του κριτηρίου p το οποίο αφορά τη σημαντικότητα Sig. (2-tailed) για την εν λόγω σύγκριση, με τη χρήση της επιλογής “double click to activate” εντός του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20 προέκυψε ότι $p=0,00016$ | 67 |
| Πίνακας 4.6.: Τα περιγραφικά στατιστικά για τη σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: n=5, Νοσηλευτές: n=26 και Ιατροί: n=10), οι οποίοι συμμετείχαν στην εν λόγω μελέτη όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. | 69 |
| Πίνακας 4.7.: Τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου Levene (Levene Statistics) ως προς την ομοιογένεια των μεταβλητών, για τη σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: n=5, Νοσηλευτές: n=26 και Ιατροί: n=10) | |

όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. Βάσει των αποτελεσμάτων του εν λόγω ελέγχου για τη συγκεκριμένη παράμετρο συμπεραίνουμε ότι παρουσιάζεται ομοιογένεια των διασπορών των 3^{ov} διαφορετικών επαγγελματικών υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατροί) και επομένως η ANOVA μπορεί να δώσει έγκυρα αποτελέσματα. 70

Πίνακας 4.8.: Τα αποτελέσματα της Απλής Ανάλυσης Διασποράς για Ανεξάρτητα Δείγματα (One-Way ANOVA for Independent Samples) για τη σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: n=5, Νοσηλευτές: n=26 και Ιατροί: n=10) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. ... 70

Πίνακας 4.9.: Τα περιγραφικά στατιστικά για τη σύγκριση της βαθμολογίας του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: n=5, Νοσηλευτές: n=26 και Ιατροί: n=10), οι οποίοι συμμετείχαν στην εν λόγω μελέτη όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. 71

Πίνακας 4.10.: Τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου Levene (Levene Statistics) ως προς την ομοιογένεια των μεταβλητών, για τη σύγκριση της βαθμολογίας του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: n=5, Νοσηλευτές: n=26 και Ιατροί: n=10) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. Βάσει των αποτελεσμάτων του εν λόγω ελέγχου για τη συγκεκριμένη παράμετρο συμπεραίνουμε ότι παρουσιάζεται ομοιογένεια των διασπορών των 3^{ov} διαφορετικών επαγγελματικών υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατροί) και επομένως η ANOVA μπορεί να δώσει έγκυρα αποτελέσματα. 71

Πίνακας 4.11.: Τα αποτελέσματα της Απλής Ανάλυσης Διασποράς για Ανεξάρτητα Δείγματα (One-Way ANOVA for Independent Samples) για τη σύγκριση της βαθμολογίας του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: n=5, Νοσηλευτές: n=26 και Ιατροί: n=10) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. ... 71

Πίνακας 4.12.: Τα περιγραφικά στατιστικά για τη σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: n=5, Νοσηλευτές: n=26 και Ιατροί: n=10), οι οποίοι συμμετείχαν στην εν λόγω μελέτη όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. 74

Πίνακας 4.13.: Τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου Levene (Levene Statistics) ως προς την ομοιογένεια των μεταβλητών, για τη σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: n=5, Νοσηλευτές: n=26 και Ιατροί: n=10) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. Βάσει των αποτελεσμάτων του εν λόγω ελέγχου για τη συγκεκριμένη παράμετρο συμπεραίνουμε ότι παρουσιάζεται ομοιογένεια των διασπορών των 3^{ov} διαφορετικών επαγγελματικών υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατροί) και επομένως η ANOVA μπορεί να δώσει έγκυρα αποτελέσματα. 74

| | |
|--|----|
| Πίνακας 4.14.: Τα αποτελέσματα της Απλής Ανάλυσης Διασποράς για Ανεξάρτητα Δείγματα (One-Way ANOVA for Independent Samples) για τη σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: n=5, Νοσηλευτές: n=26 και Ιατροί: n=10) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.... | 74 |
| Πίνακας 4.15.: Τα περιγραφικά στατιστικά για τη σύγκριση της βαθμολογίας του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: n=5, Νοσηλευτές: n=26 και Ιατροί: n=10), οι οποίοι συμμετείχαν στην εν λόγω μελέτη όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20..... | 75 |
| Πίνακας 4.16.: Τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου Levele (Levele Statistics) ως προς την ομοιογένεια των μεταβλητών, για τη σύγκριση της βαθμολογίας του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: n=5, Νοσηλευτές: n=26 και Ιατροί: n=10) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. Βάσει των αποτελεσμάτων του εν λόγω ελέγχου για τη συγκεκριμένη παράμετρο συμπεραίνουμε ότι παρουσιάζεται ομοιογένεια των διασπορών των 3 ^{ων} διαφορετικών επαγγελματικών υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατροί) και επομένως η ANOVA μπορεί να δώσει έγκυρα αποτελέσματα..... | 76 |
| Πίνακας 4.17.: Τα αποτελέσματα της Απλής Ανάλυσης Διασποράς για Ανεξάρτητα Δείγματα (One-Way ANOVA for Independent Samples) για τη σύγκριση της βαθμολογίας του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: n=5, Νοσηλευτές: n=26 και Ιατροί: n=10) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20..... | 76 |
| Πίνακας 4.18.: Τα περιγραφικά στατιστικά για τον έλεγχο συσχέτισης ανάμεσα στη βαθμολογία του περιστασιακού άγχους και στη βαθμολογία του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο για το σύνολο των συμμετεχόντων (n=41) στην παρούσα μελέτη, όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20..... | 78 |
| Πίνακας 4.19.: Τα αποτελέσματα για τον έλεγχο συσχέτισης ανάμεσα στη βαθμολογία του περιστασιακού άγχους και στη βαθμολογία του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο για το σύνολο των συμμετεχόντων (n=41) στην παρούσα μελέτη, όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20..... | 78 |
| Πίνακας 4.20.: Τα περιγραφικά στατιστικά για τον έλεγχο συσχέτισης ανάμεσα στη βαθμολογία του περιστασιακού άγχους και στη βαθμολογία του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο για το σύνολο των συμμετεχόντων (n=41) στην παρούσα μελέτη, όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.... | 80 |
| Πίνακας 4.21.: Τα αποτελέσματα για τον έλεγχο συσχέτισης ανάμεσα στη βαθμολογία του περιστασιακού άγχους και στη βαθμολογία του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο για το σύνολο των συμμετεχόντων (n=41) στην παρούσα μελέτη, όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20..... | 80 |

Κατάλογος Σχημάτων

| | |
|--|----|
| Σχήμα 4.1.: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στην ερώτηση ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;..... | 61 |
| Σχήμα 4.2.: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στην ερώτηση με ποιά ιδιότητα εργάζεστε στο Νοσοκομείο;..... | 61 |
| Σχήμα 4.3.: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στην ερώτηση ποιά είναι η σχέση εργασίας σας στο Νοσοκομείο (Ανήκετε στο μόνιμο ή στο επικουρικό προσωπικό ή είστε ειδικευόμενος/η);..... | 62 |
| Σχήμα 4.4.: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στην ερώτηση σε ποιά βαθμίδα εκπαίδευσης ανήκετε (Υ.Ε., Δ.Ε., Τ.Ε., Π.Ε.);..... | 62 |
| Σχήμα 4.5.: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στην ερώτηση έχετε στην κατοχή σας μεταπτυχιακό τίτλο ειδίκευσης ή διδακτορικό τίτλο ειδίκευσης; (Αν, ναι αναφερθεί αν πρόκειται για μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο ειδίκευσης). | 63 |
| Σχήμα 4.6.: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στην ερώτηση κατά τη διάρκεια της εργασίας σας στο Νοσοκομείο τηρείτε τα μέτρα ασφαλείας κατά της διασποράς του COVID-19;..... | 63 |
| Σχήμα 4.7.: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στην ερώτηση έχετε ήδη νοσήσει από COVID-19;..... | 64 |
| Σχήμα 4.8.: Η σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο Vs ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο για τους συμμετέχοντες στη μελέτη. Το σύμβολο ** υποδηλώνει $p < 0,000001$ ως προς την παράμετρο της βαθμολογίας του περιστασιακού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο Vs ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο. Το σύμβολο * υποδηλώνει $p < 0,001$ ως προς την παράμετρο της βαθμολογίας του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο Vs ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο. | 65 |
| Σχήμα 4.9.: Η σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων, οι οποίοι συμμετείχαν στην εν λόγω μελέτη. Τόσο ως προς την παράμετρο της βαθμολογίας του περιστασιακού όσο και του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο δεν παρουσιάστηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας 3 διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς). | 68 |
| Σχήμα 4.10.: Η σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων, οι οποίοι συμμετείχαν στην εν λόγω μελέτη. Τόσο ως προς την παράμετρο της βαθμολογίας του περιστασιακού όσο και του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο δεν παρουσιάστηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας 3 διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς). | 73 |
| Σχήμα 4.11.: Η συσχέτιση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο για το σύνολο των συμμετεχόντων ($n=41$) στην παρούσα μελέτη. Ανάμεσα στη βαθμολογία του περιστασιακού και του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική μέτριο βαθμού θετική συσχέτιση [Pearson's r (41): $R=0,679$, $p=0,000001041$ (δηλαδή $p < 0,00001$)]. | 77 |
| Σχήμα 4.12.: Η συσχέτιση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο για το σύνολο των συμμετεχόντων ($n=41$) στην παρούσα μελέτη. Ανάμεσα στη βαθμολογία του περιστασιακού και του χαρακτηριστικού | |

άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική μεγάλου βαθμού θετική συσχέτιση [Pearson's r (41): R=0,779, p=0,00000002060177363 (δηλαδή p < 0,00000001)]. 79

Περίληψη

Εισαγωγή:

Το άγχος αποτελεί μια φυσιολογική ψυχική και σωματική αντίδραση σε ένα περιβαλλοντικό ερέθισμα. Αναφορικά με τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, οι βιβλιογραφικές πηγές αναφέρουν ότι τόσο οι ιατροί όσο και οι νοσηλευτές συγκαταλέγονται στα επαγγέλματα που εκτίθενται σε μεγαλύτερο βαθμό σε στρεσογόνους παράγοντες, με αποτέλεσμα την εμφάνιση χρόνιου άγχους. Λόγω της πανδημίας COVID-19, οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι/ες εργάζονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19, στα Δημόσια Νοσοκομεία της χώρας μας, βάσει της φύσεως της εργασίας τους αντιμετωπίζουν απαιτητικές εργασιακές συνθήκες και εκτίθενται σε στρεσογόνους παράγοντες, όπως είναι η διαχείριση ασθενών θετικών στην COVID-19 και οι νέες συνθήκες που καλούνται να προσαρμοστούν, κάτι που πιθανά να έχει ως αποτέλεσμα να αυξηθούν τα επίπεδα άγχους που βιώνουν.

Κύριος σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν να αξιολογηθεί η επίδραση της επαγγελματικής έκθεσης, στα επίπεδα άγχους των επαγγελματιών υγείας εργαζόμενων στις ΜΕΘ που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19, σε Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19.

Μέθοδος:

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά 41 [Φύλο: 6 Άνδρες και 35 Γυναίκες, Ηλικίας (Μ.Ο. ± Τ.Α.): 36,4 ± 9,5 ετών] επαγγελματίες υγείας τριών διαφορετικών ειδικοτήτων (26 Νοσηλευτές/τρίες, 10 Ιατροί και 5 Φυσικοθεραπευτές/τρίες) εργαζόμενοι στις ΜΕΘ που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19 σε Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στο δείγμα της εν λόγω μελέτης, συμπλήρωσαν 2 ερωτηματολόγια: **A)** ένα ερωτηματολόγιο συλλογής περιγραφικών δεδομένων το οποίο περιλάμβανε μια σειρά ερωτήσεων οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των περιγραφικών αποτελεσμάτων και το οποίο συμπλήρωσαν συνολικά μια φορά και **B)** το ερωτηματολόγιο «State-Trait Anxiety Inventory Y (STAI-Y)», το οποίο αξιολογεί το χαρακτηριστικό και το περιστασιακό/καταστασιακό άγχος το οποίο συμπλήρωσαν συνολικά 2 φορές: 1^η φορά: μια ημέρα κατά την οποία

δεν εργάζονταν στο Νοσοκομείο και 2^η φορά: μια ημέρα κατά την οποία εργάζονταν στο Νοσοκομείο, εντός του ωραρίου εργασίας τους.

Όσον αφορά τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων: **A)** η εξαγωγή των περιγραφικών στατιστικών πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του Microsoft Excel 2019, **B)** Η σύγκριση των επιπέδων του χαρακτηρισιολογικού (trait) και του περιστασιακού (stait) άγχους που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας τις ημέρες που δεν εργάζονται σε σχέση με τις ημέρες που εργάζονται στο Νοσοκομείο, πραγματοποιήθηκε μέσω του στατιστικού ελέγχου T-Test για εξαρτημένα δείγματα (Paired-Samples T-Test), **Γ)** η σύγκριση των επιπέδων του χαρακτηρισιολογικού (trait) και του περιστασιακού (stait) άγχους τόσο ημέρας εργασίας όσο και ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς), πραγματοποιήθηκε μέσω του στατιστικού ελέγχου της Απλής Ανάλυσης Διασποράς για ανεξάρτητα δείγματα (One-Way ANOVA for Independent Samples) και **Δ)** ο έλεγχος του βαθμού συσχέτισης μεταξύ του περιστασιακού και του χαρακτηρισιολογικού άγχους, τόσο ημέρα εργασίας στο νοσοκομείο όσο και ημέρα μη εργασίας στο νοσοκομείο μέσω απλής συσχέτισης (Pearson correlation-r). Το σύνολο των στατιστικών αναλύσεων της παρούσας ερευνητικής μελέτης πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS 20.0. Ως ορισμένο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας χρησιμοποιήθηκε το $p \leq 0,05$.

Αποτελέσματα:

Βάσει των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική αύξηση τόσο του περιστασιακού όσο και του καταστασιακού άγχους των επαγγελματιών υγείας εργαζόμενων στις ΜΕΘ COVID-19 για το σύνολο του δείγματος της παρούσας μελέτης, ανεξαρτήτως ειδικότητας, ημέρα κατά την οποία εργάζονταν στο νοσοκομείο έναντι ημέρας κατά την οποία δεν εργάζονταν στο νοσοκομείο. Επιπρόσθετα και βάσει των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας εργαζόμενων στις ΜΕΘ COVID-19, τόσο του περιστασιακού όσο και του καταστασιακού άγχους τόσο ημέρα κατά την οποία εργάζονταν στο νοσοκομείο όσο και ημέρα κατά την οποία δεν εργάζονταν. Τέλος, παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική μέτριου βαθμού θετική συσχέτιση ανάμεσα στη βαθμολογία του

περιστασιακού άγχους και στη βαθμολογία του χαρακτηριολογικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο καθώς στατιστικώς σημαντική μεγάλου βαθμού θετική συσχέτιση ανάμεσα στη βαθμολογία του περιστασιακού άγχους και στη βαθμολογία του χαρακτηριολογικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο, για το σύνολο των συμμετεχόντων (n=41) στην παρούσα μελέτη.

Συζήτηση - Συμπεράσματα:

Ως σημαντικό εύρημα της παρούσας ερευνητικής εργασίας μπορεί να χαρακτηριστεί το γεγονός ότι παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική αύξηση των επιπέδων άγχους (τόσο του περιστασιακού όσο και του χαρακτηριολογικού) των υγειονομικών εργαζόμενων στις ΜΕΘ COVID-19 κατά τη διάρκεια ημέρας εργασίας τους στο Νοσοκομείο σε σύγκριση με τα αντίστοιχα επίπεδα άγχους τους ημέρα μη εργασίας στο Νοσοκομείο. Βάσει του συγκεκριμένου ευρήματος θα είναι σημαντικό μελλοντικά να σχεδιαστούν και να εφαρμοστούν στοχευμένα προγράμματα παρεμβάσεων με σκοπό τη μείωση των επιπέδων των υγειονομικών που εργάζονται σε ΜΕΘ-COVID.

Λέξεις κλειδιά: *Anxiety test, STAI-Y, Health professionals, ICU, COVID-19.*

1. Εισαγωγή

Το άγχος αποτελεί κοινό και συνηθισμένο βίωμα, πρόκειται για μια φυσιολογική σωματική και ψυχική αντίδραση σε ένα περιβαλλοντικό ερέθισμα. Πρωταρχικά η ύπαρξη του άγχους διασφαλίζει τη βιωσιμότητα και την εξέλιξη του ατόμου. Στόχος είναι η διέγερση του ατόμου και η πρόκληση αντίδρασης ώστε να αντιμετωπιστεί μια επερχόμενη απειλή, μέσω της αντίδρασης πάλης ή φυγής (flight or fight). Η αντίδραση αφορά την ενεργοποίηση διαφορετικών σωματικών συστημάτων όπως το αυτόνομο νευρικό σύστημα, αλλαγή στους εγκεφαλικούς κυματισμούς και ορμονικές εκκρίσεις (Kalat, 2003). Το άγχος διαχωρίζεται σε χαρακτηρισιολογικό και καταστασιακό. Το χαρακτηρισιολογικό άγχος αναφέρεται στην τάση συγκεκριμένης αντίδρασης και απάντησης των ατόμων στα στρεσογόνα ερεθίσματα του περιβάλλοντος και το καταστασιακό αναφέρεται στο βαθμό που βιώνει το άγχος σε μια δεδομένη συνθήκη (Χριστοπούλου, 2008). Το άγχος έχει άλλοτε ήπια επίδραση και άλλοτε σοβαρή, σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα στις συμπεριφορικές και γνωστικές λειτουργίες, τις συναισθηματικές αντιδράσεις καθώς και στις κοινωνικές δεξιότητες (Παπακώστας, 1996, Μητρούση και συν., 2013). Το άγχος είναι ένας από τους κύριους παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εργαζόμενων ατόμων. Αποτελεί αντικείμενο μελέτης στη διεθνή επιστημονική κοινότητα η οποία εστιάζει τόσο στη διαχείριση και στην αντιμετώπιση όσο και στους παράγοντες πρόκλησης του εργασιακού άγχους σε διάφορες επαγγελματικές ομάδες (Herbert & Cohen, 1993).

Το εργασιακό άγχος αφορά όλους τους επαγγελματικούς κλάδους συνεπώς επηρεάζει τα άτομα ανεξάρτητα του εργασιακού επιπέδου που έχουν. Η εργασία αφορά ένα σημαντικό μέρος της ζωής και οι εργασιακές συνθήκες επηρεάζουν την ψυχική και σωματική υγεία διαδραματίζοντας καθοριστικό ρόλο στην καθημερινότητα των ατόμων. Χαρακτηριστικό φαινόμενο της σύγχρονης εποχής είναι το «burnout», το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης που δύναται να προκληθεί από το χρόνιο εργασιακό άγχος. Η επαγγελματική εξουθένωση αφορά μια κατάσταση που έχει σταδιακή κλιμάκωση και στα χαρακτηριστικά της αναφέρονται το αίσθημα δυσφορίας, απελπισίας καθώς και ανεπάρκειας ως προς την εκτέλεση του ανατιθέμενου έργου (Αντωνίου, 2006).

Τα επαγγέλματα που σχετίζονται με το χώρο της υγείας αφορούν ένα κλάδο που είναι ιδιαίτερα απαιτητικός και στρεσογόνος. Ο αυξημένος εργασιακός φόρτος, οι ελλείψεις

που συχνά συναντώνται και η επακόλουθη ψυχολογική πίεση συντελούν στην αύξηση του άγχους. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, όσον αφορά τα επαγγέλματα υγείας, σχετίζονται με την εκδήλωση χρόνιων διαταραχών άγχους καθώς οι εργαζόμενοι είναι εκτεθειμένοι σε ανασφάλεια και στρεσογόνους παράγοντες παρατεταμένα (Santulo & Rebecchi, 2005) εκδηλώνοντας υψηλότερο εργασιακό στρες και δυσφορικά συναισθήματα συγκριτικά με τους εργαζόμενους σε άλλους επαγγελματικούς χώρους. Αυτό έχει επίπτωση στην άσκηση των καθηκόντων τους, υψηλά ποσοστά αδειών ακόμα και παραιτήσεων και οδηγεί σε έκπτωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς (Lambert, 2004; Cooper et al., 2008; Li, 2008; Hwang & Myong, 2014).

Οι πανδημίες κατά την εξέλιξη της ανθρωπότητας επιφέρουν κοινωνικές, οικονομικές, δημογραφικές και οικονομικές καταστροφές. Η τρέχουσα παγκόσμια επιδημία του COVID-19 έχει αλλάξει τον τρόπο λειτουργίας όλων των τμημάτων της κοινωνίας (Almeida et al., 2020). Ενώ ορισμένοι στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με την πανδημία μας επηρεάζουν σχεδόν όλους. Η υπερβολική χρήση συμπεριφορών ελέγχου και η ανάγκη συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες γραμμές, φάνηκε να ενισχύουν το φόβο, πιθανώς λόγω αυξημένης ευαισθητοποίησης σχετικά με τη μόλυνση. Επιπλέον, φάνηκε ότι όσο μεγαλύτερο είναι ο φόβος απέναντι στον COVID-19 τόσο πιο έντονα είναι τα συμπτώματα του άγχους (Parlapani et al., 2020).

Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν κομβικό ρόλο στην υποστήριξη του συστήματος υγείας βρισκόμενοι στην πρώτη γραμμή και παρέχοντας βοήθεια σε ασθενείς με COVID-19. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας αντιμετωπίζουν δυσκολίες όπως ελλείψεις στον ειδικό προστατευτικό εξοπλισμό, ανεπάρκειες στο προσωπικό συνδυαστικά με απότομη αύξηση του αριθμού των ασθενών και επιπλέον το φόβο της μετάδοσης του ιού. Οι παράγοντες αυτοί αυξάνουν το άγχος, επιπλέον παρατηρούνται και συμπεριφορές αυτοκτονικού ιδεασμού έως και αυτοκτονίες (Okechukwu et al., 2020) με έρευνες να επισημαίνουν πως υγειονομικοί που φροντίζουν ασθενείς με COVID-19 εμφανίζουν πιο έντονα συμπτώματα άγχους, φόβου, κατάθλιψης, συμπτωματολογία μετατραυματικού στρες, εξουθένωσης, διαταραχών ύπνου (Carmassi et al., 2020; Galli et al., 2020; Rana et al., 2020; Raudenská et al., 2020). Η εργασία γίνεται κάτω από ψυχοπιεστικές συνθήκες με συνεπακόλουθο την εκδήλωση ψυχολογικών προβλημάτων και κατ' επέκταση μειωμένη παραγωγικότητα, αύξηση των ιατρικών λαθών και πτώση στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών (Al Maqbal et al., 2021; Pappa et al., 2020; Salari et al., 2020).

Τα αποτελέσματά μελέτης υγειονομικών που αντιμετώπισαν ασθενείς με κορονοϊό στη Wuhan κατά τη διάρκεια της κορύφωσης της επιδημίας έδειξαν μεγαλύτερη ευαλωτότητα στο στρες και την κατάθλιψη και ανέφεραν μέτριο έως σοβαρό στρες ενώ πολλοί ανέφεραν αυξημένο άγχος και κατάθλιψη (Du et al., 2020). Σε μελέτη που αφορούσε εργαζομένους στον τομέα της υγείας (ιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, φυσιοθεραπευτές, νοσηλευτές, τεχνικοί και διαχειριστές) που εργάζονταν σε νοσοκομεία στην Αίγυπτο παρατηρήθηκε πως το 1,3% εμφάνισε χαμηλό άγχος ενώ το 98,5% εμφάνισε μέτριο έως σοβαρό στρες, ενώ ήπια έως σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα ανέφερε το 94% των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 ανεξαρτήτως ειδικοτήτων (Aly et al., 2021).

Η έκτακτη κατάσταση της πανδημίας έφερε νέες συνθήκες εργασίας για τους εργαζόμενους με διάφορους τρόπους, αυξάνοντας το φόρτο εργασίας, την ξαφνική επανατοποθέτησή τους σε άλλες νοσοκομειακές μονάδες ή την ανάληψη νέων άγνωστων εργασιών. Εντείνοντας επιπλέον τις συναδελφικές εντάσεις. Επιπρόσθετα, οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται να είναι επιρρεπής και ευάλωτοι στη συναισθηματική εξάντληση (Joshi & Sharma, 2020). Σχετική μελέτη, που επικεντρώθηκε σε τρεις συνιστώσες: α) συναισθηματική εξάντληση, β) αποπροσωποποίηση και γ) απουσία προσωπικών επιτευγμάτων, σύμφωνα με το Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach), ανέδειξε υψηλό ποσοστό συναισθηματικής εξάντλησης στους επαγγελματίες υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο (Galani et al., 2020) ποσοστό τα οποία είναι σημαντικά υψηλότερο στους επαγγελματίες που εργάζονται σε στρεσογόνα τμήματα όπως οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.

Υπάρχει έντονο ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας γύρω από τις επιπτώσεις της πανδημίας τόσο στον ευρύ πληθυσμό όσο και συγκεκριμένα στους υγειονομικούς που στηρίζουν από την πρώτη γραμμή το υγειονομικό σύστημα. Λιγότερες ωστόσο, μελέτες επικεντρώνεται συγκεκριμένα στο υγειονομικό προσωπικό των ΜΕΘ COVID-19. Οι μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελούν αυτόνομο τμήμα του εκάστοτε νοσοκομείου που αντιμετωπίζει ασθενείς με απειλητικά και οξεία νοσήματα διαθέτοντας εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τεχνολογικό εξοπλισμό ώστε να καλύπτει τις ιδιαίτερες και αυξημένες ανάγκες που προκύπτουν. Ιδιαίτερα για την αντιμετώπιση της πανδημίας ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός ασθενών με λοίμωξη από SARS-CoV-2 και επιπλοκές που χρήζουν εξειδικευμένης υποστήριξης οδηγούν σε υψηλά ποσοστά εισαγωγών στις ΜΕΘ. Με τους εργαζομένους στις ΜΕΘ COVID-19 να εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης έντονου άγχους και

καταθλιπτικών συμπτωμάτων συγκριτικά με τους εργαζομένους που δεν ασχολούνται άμεσα με τη διάγνωση και τη θεραπεία ασθενών αυτών (Lasalvia et al., 2020).

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι να αξιολογηθεί η επίδραση της επαγγελματικής έκθεσης, στα επίπεδα του χαρακτηρισιολογικού και καταστασιακού άγχους των επαγγελματιών υγείας εργαζόμενων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) COVID-19 σε Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

2. Ανασκόπηση

2.1. Εννοιολογικός ορισμός για την υγεία.

Ο ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) αναφέρεται στην υγεία ως *«η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»*. Σύμφωνα με αυτόν το επίπεδο της υγείας επηρεάζεται από παράγοντες γενετικούς, περιβαλλοντικούς (εργασιακές συνθήκες, η ρύπανση του περιβάλλοντος, τον τρόπο διαβίωσης κ.α.), τη συμπεριφορά του ατόμου (διατροφικές συνήθειες, κατανάλωση αλκοόλ, κάπνισμα, σωματική άσκηση κ. α), το σύστημα υγείας και τις παρεχόμενες υπηρεσίες, τους κοινωνικούς θεσμούς (Grad, 2002; WHO, 2017).

Αναφέρονται δυο διαστάσεις η σωματική και η ψυχική υγεία σύμφωνα με τους Green & Tones (2010) και Scriven (2010). Η σωματική υγεία αφορά την πιο εμφανή διάσταση και τη λειτουργία του οργανισμού, τη σωματική ικανότητα, με την ελαχιστοποίηση της αναπηρίας και της ασθένειας, ώστε το άτομο να έχει τη δυνατότητα και ικανότητα κατάκτησης των στόχων και της ευημερίας του. Από την άλλη η ψυχική υγεία δεν προϋποθέτει μόνο την έλλειψη ψυχικών διαταραχών αλλά τη συναισθηματική ευεξία του ατόμου, ώστε να έχει τη ικανότητα αντίληψης των δυνατοτήτων και ικανοτήτων του και την ικανότητα στο λειτουργικό, συνεκτικό τρόπο σκέψης ώστε να λειτουργεί με το μέγιστο πνευματικό δυναμικό του, να είναι παραγωγικό και αποτελεσματικό στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο όπου ανήκει. Δίνοντας έμφαση στον τρόπο που σχετίζεται και συμβιώνει με τους άλλους. Σαφώς οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν την ικανότητα της προσαρμογής και της αποτελεσματικής αντιμετώπισης των σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών αλλαγών (Huber et al. 2011).

2.2. Η υγεία και η σύνδεση με το στρες.

Αβίαστα συνεπάγεται το συμπέρασμα ότι μια ζωή ευτυχισμένη και πλήρης προϋποθέτει την υγεία. Συχνά ανά τους αιώνες στους διαφορετικούς πολιτισμούς παρόλο τις διαφορετικές έννοιες που δόθηκαν στην υγεία παρατηρήθηκε σημαντική σύγκλιση των απόψεων στο ότι αφορά μια αρμονική αλληλεπίδραση ανάμεσα το άτομο και το περιβάλλον του (Σουρτζή, 1998). Με στόχο να υιοθετηθούν ή αντίστοιχα να

αποφευχθούν στοιχεία που επιβαρύνουν ή προάγουν την υγεία μελετήθηκαν εκτενώς οι επιβαρυντικοί παράγοντες. Με την αντίδραση των ατόμων στο στρες να εμφανίζει σημαντική συσχέτιση με πλήθος ασθενειών (Καραδήμας, 2005). Υψηλή συνάφεια στην εκδήλωση και στην πορεία νοσημάτων όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τις διαταραχές του γαστρεντερολογικού συστήματος, πρόκληση έλκους και κολίτιδας το σακχαρώδη διαβήτη, τον καρκίνο, βλάβη στους νευρώνες του ιππόκαμπου και έκπτωση της μνήμης, αυτοάνοσα νοσήματα παρουσιάζεται με την ύπαρξη του στρες (Bankier & Littman, 2002; Kivimaki et al., 2002). Η έκθεση σε παρατεταμένο στρες επιδρά αρνητικά στην υγεία με διάφορους μηχανισμούς, με άμεσο τρόπο στο ενδοκρινικό, νευρικό και ανοσοποιητικό σύστημα και με έμμεσο με την επίδραση στις συμπεριφορές και τις συνήθειες του ατόμου όπως την τάση χρήσης ή κατάχρησης ουσιών (Morrison & Bennett, 2006).

Η μακροχρόνια έκθεση σε υψηλά επίπεδα άγχους οδηγεί σε ψυχοσωματικά συμπτώματα όπως έλλειψη ενεργητικότητας, αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, συναισθηματικές και ψυχολογικές διαταραχές στον ύπνο, κατάθλιψη, διαταραχές συμπεριφοράς και σωματικά συμπτώματα ζαλάδες, κεφαλαλγίες, αρτηριακή πίεση. Τα οποία συνεπάγονται δυσλειτουργίες όπως διάσπαση της προσοχής, μειωμένη κρίση και αποδοτικότητα, αναποφασιστικότητα και γενικότερη αρνητική στάση στο εργασιακό χώρο καθώς και υιοθέτηση επιβλαβών συνηθειών για την υγεία όπως το κάπνισμα, κακή διατροφή, έλλειψη άσκησης, λήψη και κατάχρηση ουσιών (Lallukka et al., 2006; Yoon et al., 2007).

2.3. Άγχος.

Το άγχος αποτελεί για την ψυχολογία ένα συνήθως δυσάρεστο υποκειμενικό βίωμα. Η υποκειμενική αυτή αίσθηση περιλαμβάνει γνωστικά, συναισθηματικά και σωματικά συμπτώματα. Τα άτομα με αγχώδεις διαταραχές συνήθως αναφέρουν επαναλαμβανόμενες ανησυχητικές σκέψεις, αποφεύγουν συνηθισμένες καταστάσεις της καθημερινής τους ζωής και αναφέρουν σωματικά συμπτώματα, αύξηση της αιματικής ροής, ταχυκαρδία, παραγωγή ιδρώτα, τρέμουλο και ζάλη. Τα χαρακτηριστικά του άγχους μοιάζουν με τα χαρακτηριστικά του φόβου. Ο φόβος είναι επίσης ένα υποκειμενικό δυσάρεστο συναίσθημα που χαρακτηρίζεται τόσο από σωματικά συμπτώματα εφίδρωση, τρέμουλο, όσο και από γνωσιακό υπόβαθρο. Από την αρχή της εξέλιξης του ανθρώπινου είδους υφίσταται το άγχος και ο φόβος

αποτελώντας βασικές συναισθηματικές εκδηλώσεις (Wiedermann et al., 2015) η ειδοποιός διαφορά έγκειται ότι ο φόβος προκαλείται από έναν πραγματικό κίνδυνο και βιώνεται ρεαλιστικά. (Heiden & Hersen, 1998; Rachman, 2004).

Το άγχος προκαλείται ώστε να διατηρηθεί η ομοιόσταση ανάμεσα στο περιβάλλον και το άτομο. Πρέπει να αναφερθεί πως η ζωή χωρίς καμία πρόκληση ίσως δεν είναι τελικά τόσο ενδιαφέρουσα. Η επαρκής πίεση αποτελεί κινητήριο παράγοντα και ωθεί τα άτομα στην προσπάθεια για την επίτευξη του καλύτερου. Η κινητοποίηση του ατόμου στην προσπάθεια για το καλύτερο το οδηγεί σε επιτεύγματα. Η μειωμένη αίσθηση ή η έλλειψη άγχους και φόβου οδηγεί στην εκδήλωση από τα άτομα αντικοινωνικών και ρισκοκίνδυνων συμπεριφορών. Παρόλα αυτά υπό την επίδραση έντονου άγχους, το άτομο δεν αντιδρά με συμπεριφορές που δικαιολογούνται από την πραγματικότητα. Η εκτίμηση του κινδύνου και η συναισθηματική ανταπόκριση του δεν είναι ρεαλιστική αλλά υπερβολική και δυσλειτουργική (Αλεβίζος, 2008, Χριστοπούλου, 2008).

2.3.1. Άγχος ενεργοποίησης (Eustress) και άγχος δυσλειτουργικό (Distress).

Το 1975 δημοσιεύτηκε από τον Selye ένα μοντέλο διαχωρισμού του άγχους σε «καλό» και «κακό», με χαρακτηριζόμενο ως «καλό» το άγχος που ευθύνεται για την αύξηση της λειτουργικότητας και της σωματικής και ψυχικής δύναμης, την αύξηση του κινήτρου επίτευξης δραστηριοποιώντας εν τέλει τα άτομα. Ωστόσο αναφέρθηκε και στο το άγχος-στρες που αντί της κινητοποίησης οδηγεί σε ανησυχία και παραίτηση και συνεπώς δεν είναι δυνατή η επίλυση του μέσω στρατηγικών προσαρμογής ή αντιμετώπισης, το «κακό» στρες. Κατά την έκθεση του ατόμου στους στρεσογόνους παράγοντες και κατά τη διάρκεια και των δύο διαφορετικών ειδών παρατηρούνται οι ίδιες αντιδράσεις από τη διέγερση του, παρόλα αυτά το μέγεθος της ζημίας που προκαλείται είναι προϊόν των τεχνικών και μηχανισμών αντιμετώπισης των αλλαγών που διαθέτει στη φαρέτρα του το εκάστοτε άτομο και της προσαρμοστικότητας του στις νέες συνθήκες (Selye, 1976). Οι ανόμοιες πραγματικές αλλά και φανταστικές εμπειρίες των ατόμων, οι προσδοκίες, η ανθεκτικότητα, οι τεχνικές διαχείρισης μιας κατάστασης στρες οδηγούν στη διάκριση των αγχογόνων ερεθισμάτων και δύνανται να πυροδοτήσουν την ανταπόκριση στο στρες λειτουργώντας προειδοποιητικά προς τον οργανισμό (Dekloet et al., 2005).

Σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα DSM-V για τον καθορισμό του άγχους ως διαταραχή ορίζονται δύο κριτήρια. Το μέγεθος της ενόχλησης που βιώνεται από το άτομο και το ποσοστό που περιορίζεται η λειτουργικότητα του και αφορά τον προσωπικό, κοινωνικό και επαγγελματικό τομέα της ζωής του (Keedwell & Snaith, 1996; Χριστοπούλου, 2008).

2.3.2. Θεωρίες άγχους.

Έχουν διατυπωθεί πολλοί ορισμοί για το άγχος που αναφέρουν «Το σύνολο των σωματικών και ψυχολογικών διαταραχών που προκαλούνται από διάφορους βλαπτικούς παράγοντες, όπως τραυματισμός, χειρουργικό σοκ, συγκίνηση, κ.λπ.» (Lazarus et al., 1978; Τεγόπουλος-Φυτράκης, 2007), «Ένα φαινόμενο της αντίληψης που εμφανίζεται τη στιγμή της σύγκρισης ανάμεσα στην απαίτηση που ασκείται πάνω στο άτομο και την ικανότητά του να ανταποκριθεί στην απαίτηση. Μια ανισορροπία αυτού του μηχανισμού οδηγεί στην εμπειρία του στρες και στην αντίδραση σε αυτό» (Cox, 1978). Οι Lazarus & Launier (1978) υποστήριξαν ότι ο ορισμός μιας ψυχοκοινωνικής κατάστασης ως στρεσογόνος προϋποθέτει την αντίληψη, τη εκτίμηση της ως τέτοια. Διαδραματίζει συνεπώς ουσιαστικός ρόλο στο να καθοριστεί μια κατάσταση απειλητική ή ως μη απειλητική η νοητική διεργασία αξιολόγησης της. Η αρχική αξιολόγηση του ατόμου, το πόσο στρεσογόνος είναι τελικά μια κατάσταση επηρεάζεται από προσωπικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η αρχική ωστόσο εκτίμηση της στρεσογόνου κατάστασης μπορεί να μεταβληθεί κατά τη επόμενη αξιολόγηση του ατόμου που εστιάζει στην εκτίμηση των δυνατοτήτων, των πόρων που διαθέτει ώστε να διαχειριστεί την κατάσταση. Η αξιολόγηση του στρες επηρεάζεται από τη συνειδητοποίηση του ατόμου στο πόσα εφόδια έχει, ποια είναι η ικανότητα του να αντιμετωπίσει το πρόβλημα που καλείται να επιλύσει. Συνοψίζοντας πραγματοποιούνται δυο γνωσιακές αξιολογήσεις από το άτομο, εάν η κατάσταση αποτελεί κίνδυνο για την ομοιόσταση του και αν εν τέλει έχει την ικανότητα να την αντιμετωπίσει.

Το άγχος όπως αναφέρει η ψυχο-βιολογική θεωρία αφορά την αντιμετώπιση μιας ενδεχόμενης απειλής και είναι αποτέλεσμα της έντασης που ασκείται στο ερέθισμα της απειλής αυτής. Το άτομο για την προστασία της ομοιόστασης του τίθεται σε κατάσταση πάλης ή φυγής (flight or fight) έως ότου αντιμετωπίσει την απειλή ή έως ότου αποδυναμωθεί (Αντωνίου, 2002; Αλεβίζος, 2008). Το στρες προκαλεί διέγερση του

αυτόνομου νευρικού συστήματος και του συμπαθητικού συστήματος ενεργοποιώντας βιολογικές λειτουργίες, εκκρίνοντας αδρεναλίνη, σίελο, γαστρικό οξύ, ιδρώτα, αυξάνοντας τον καρδιακό ρυθμό, την πίεση, την αναπνοή, την ούρηση. Το παρασυμπαθητικό σύστημα έχει την τάση να αντιστρέφει τη λειτουργία των συστημάτων ώστε να επιτευχθεί ηρεμία. Ωστόσο, συχνά τα άτομα υπό την επίρεια άγχους/ στρες εκδηλώνουν δυσφορικά συμπτώματα (δύσπνοια, ναυτία, ίλιγγο, συχνουρία, κεφαλαλγία, νευρικότητα, μειωμένη αντιληπτική ικανότητα δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής). Σύμφωνα με την προσωποκεντρική θεωρία το άγχος αφορά την αντίληψη του ατόμου για τη ζωή σύμφωνα με ότι έχει αποκομίσει μέσω των εμπειριών που έζησε στη διάρκεια της ζωής του. Το άγχος εκδηλώνεται όταν τίθενται εμπόδια για την αυτοπραγμάτωση, όταν προκαλείται διατάραξη στην αυτοαντίληψη και την ισορροπία του ατόμου (Ποταμιάνος, 2002).

Σύμφωνα με τη γνωσιακή θεωρία το άγχος προκύπτει από τη γνωσιακή τριάδα η οποία αποτελείται από την εκτίμηση του εαυτού, του κόσμου και του μέλλοντος. Η συμπεριφορά και το συναίσθημα, καθορίζονται από τις σκέψεις του ατόμου. Οι ακούσιες σκέψεις του ατόμου προκαλούνται αυτόματα από το εκάστοτε ερέθισμα στο οποίο θα εκτεθεί. (Παπακώστας, 1996; Westbrook et al., 2012). Ενώ στη Φρουϊδική θεωρία το άγχος αναφέρεται ως κομβικός όρος «κλειδί». Ο οποίος προκύπτει από την αντίδραση του ατόμου στην εξισορρόπηση των ασυνείδητων ενορμήσεων του και των βιολογικών ενστίκτων και στην εξωτερίκευση τους, μια δυσάρεστη, οδυνηρή συναισθηματική εμπειρία σύμφωνα με το Freud που αναφέρεται σε μια απειλή ή έναν κίνδυνο θέτοντας σε λειτουργία τους αμυντικούς μηχανισμούς του ατόμου. Συνδέοντας το φόβο με φαντασιώσεις του ατόμου που σχετίζονται με τους γονείς κατά την πρώιμη παιδική ηλικία καθώς και την πρόκληση αδιαχείριστου φόβου την ίδια χρονική περίοδο της ζωής του (άγχος αποχωρισμού, ευνουχισμού, απώλειας αγάπης του Υπερεγώ και άλλα) (Freud, 1936; Pervin & John, 2001; Spielberg & Eric, 2009).

2.3.3. Μέθοδοι αξιολόγησης άγχους.

Για την κλινική διάγνωση και κατηγοριοποίηση της συμπεριφορά και των ψυχολογικών χαρακτηριστικών γίνεται συχνά χρήση ψυχομετρικών εργαλείων, τεστ και ερωτηματολογίων με τα οποία μετρίεται και αξιολογείται το άγχος με εργαστηριακά τεστ, ψυχολογικές δοκιμασίες και κλίμακες αξιολόγησης. Τα ψυχοφυσιολογικά-εργαστηριακά τεστ παρέχουν ακριβής μετρήσεις. Με τη χρήση

μηχανημάτων και αισθητήρων έχουν τη δυνατότητα ανίχνευσης αλλαγών στη λειτουργία της φυσιολογίας του ανθρώπινου σώματος, του εγκεφάλου, της ηλεκτρομυϊκής δραστηριότητας και του καρδιακού ρυθμού. Μέσω της αξιολόγησης παραμέτρων οι οποίες δεν μπορούν να ελεγχθούν και επομένως δεν επηρεάζονται από τον εξεταζόμενο. Στα ψυχομετρικά τεστ παρουσιάζονται ερεθίσματα από τον εξεταστή στα οποία οι εξεταζόμενοι καλούνται να απαντήσουν όπως για παράδειγμα τα προβολικά τεστ (κηλίδες Rorschach, TAT). Τα τεστ αυτοαναφοράς περιλαμβάνουν άμεσες ερωτήσεις στις οποίες ο εξεταζόμενος θα απαντήσει μέσω της αυτοαξιολόγησης του. Διατίθεται πλήθος από κλίμακες που αξιολογούν το άγχος. Όπως η State-Trait Anxiety Inventory (STAI), η Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), η Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A), η Beck Anxiety Inventory (BAI) και άλλες (Keedwell & Snaith, 1996; Heiden & Hersen, 1998; Bandelow et al., 2007, Χριστοπούλου, 2008; Julian, 2011).

2.3.4. Κλίμακα αξιολόγησης άγχους (STAI-Y).

Ο Raymond Cattell πρότεινε το 1961 τη διάκριση του άγχους σε καταστασιακό και χαρακτηριολογικό. Η κλίμακα State-Trait Anxiety Inventory Form Y (STAI-Y) αξιολογεί το χαρακτηριολογικό άγχος (trait anxiety) και το καταστασιακό άγχος (state anxiety). Αποτελεί μια κλίμακα αυτοαναφοράς καθώς συμπληρώνεται από τον αξιολογούμενο. Με βάση αυτή τη διάκριση οι Spielberger, Gorsuch, και Lushene κατασκεύασαν την κλίμακα State-Trait Anxiety Inventory Form Y. Στο πλαίσιο της έρευνας και της κλινικής πρακτικής στόχος ήταν η σύντομη, έγκυρη και αξιόπιστη αξιολόγηση των περιστασιακών και χαρακτηριολογικών και γνωρισμάτων του άγχους. Το 1983 πραγματοποιήθηκε αναθεώρηση της κλίμακας έκτοτε έχει προσαρμοστεί και μεταφραστεί σε πάρα πολλές γλώσσες (Spielberger & Eric, 2009).

Η κλίμακα State-Trait Anxiety Inventory Form Y (STAI-Y) περιέχει 2 υποκλίμακες και η κάθε υποκλίμακα έχει από 20 δηλώσεις. Η υποκλίμακα που αξιολογεί το καταστασιακό άγχος (state) αναφέρεται στην υποκειμενική αίσθηση του ατόμου δεδομένη στιγμή της χορήγησης ενώ η υποκλίμακα που αξιολογεί το χαρακτηριολογικό άγχος (trait) αναφέρετε στο πως αισθάνεται το άτομο γενικά. Οι βαθμολογίες της κλίμακας ακολουθούν κανονική κατανομή καθώς συνήθως χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση του άγχους στον κανονικό πληθυσμό. Η βαθμολογία πραγματοποιείται με τετραβάθμια κλίμακα, η οποία αποτελείται για την κλίμακα State από τις απαντήσεις:

1) Καθόλου, 2) Σχετικά, 3) Αρκετά, 4) Πολύ και για την κλίμακα Trait από τις απαντήσεις: 1) Σχεδόν ποτέ, 2) Μερικές φορές, 3) Συχνά, 4) Σχεδόν πάντα.

Άγχος υψηλού βαθμού ορίζεται από τη βαθμολογία στο νούμερο 4 για την κλίμακα State οι ερωτήσεις: 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18 και την κλίμακα Trait οι ερωτήσεις 22, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 35, 37, 38, 40 . Στις υπόλοιπες ερωτήσεις η βαθμολογία στο νούμερο 4 δηλώνει την απουσία άγχους τόσο για την κλίμακα State όσο και για την κλίμακα Trait. Και για τις δύο κλίμακες συγκεντρώνονται βαθμολογίες που κυμαίνονται ανάμεσα στο 20 με 80. Η κλίμακα STAI-Y έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό και μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα (Marteau & Bekker, 1992; Hersen, 2004; Knaal et al., 2005; Fountoulakis et al., 2006; Spielberger & Eric, 2009; Julian, 2011). Πιο συγκεκριμένα, η κλίμακα σύμφωνα με τους Fountoulakis et al. (2006), η εν λόγω κλίμακα παρουσιάζει αυξημένη τιμή του δείκτη εσωτερικής συνέπειας Cronbach alpha. Στη συγκεκριμένη μελέτη όσον αφορά την υποκλίμακα που αναφέρεται στο καταστασιακό άγχος (State) ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach alpha έλαβε την τιμή 0,93 και όσον αφορά την υποκλίμακα που αναφέρεται στο χαρακτηριστικό άγχος (Trait) ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach alpha έλαβε την τιμή 0,92. Επιπρόσθετα το και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ίδιας εργασίας (Fountoulakis et al., 2006) η εν λόγω κλίμακα παρουσιάζει εξαιρετικού βαθμού αξιοπιστία δοκιμής-επανάληψης δοκιμής (test-retest reliability) καθώς ο συντελεστής Pearson να έλαβε τιμή με 0,96 για την υποκλίμακα του κατάστασιακού άγχους και 0,98 για την υποκλίμακα χαρακτηριστικού άγχους. Η κλίμακα λόγω της εγκυρότητας και αξιοπιστίας επιλέγεται συχνά και χρησιμοποιείται ευρέως στην κλινική πράξη και την έρευνα ως ψυχομετρικό εργαλείο μέτρησης και αξιολόγησης του άγχους καθώς και για τη διάκριση ανάμεσα στο άγχος και την κατάθλιψη (Spielberger & Eric, 2009). Επιπλέον το εν λόγω εργαλείο έχει χρησιμοποιηθεί σε πλήθος μελετών που αφορούν δείγμα υγειονομικών για τη διερεύνηση του άγχους (Hacimusalar et al., 2020; Usul et al., 2020; Reilly et al. 2014; Wong et al., 2018; Milgrom et al., 2020; Afrasiabi et al., 2021; Carriero et al., 2021; Montaner et al., 2021; Sangrà et al., 2021).

Σύμφωνα με τους Newman, Ciarlo, και Carpenter (1999) έχουν προταθεί σαφής οδηγίες και κατευθυντήριες γραμμές, για τη χορήγηση και βαθμολόγηση των ψυχομετρικών τεστ. Καθώς και για τις ψυχομετρικές ιδιότητες των τεστ που χορηγούνται και τη διάγνωση αλλά και την αξιολόγηση θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Η κλίμακα αξιολόγησης του άγχους STAI-Y πληροί τα κριτήρια που προτάθηκαν. (Spielberger & Eric, 2009).

2.4. Εργασιακό άγχος.

Η εργασία είναι ένα κομμάτι της ζωής των ατόμων και στο εργασιακό περιβάλλον αφιερώνεται ένα σημαντικό μέρος της καθημερινότητας. Στο εργασιακό χώρο παρατηρείται άγχος και επιπτώσεις από αυτό, το οποίο ορίζεται ως εργασιακό άγχος. Η πίεση στην εργασία προσδιορίζεται από τη συνάρτηση του διαθέσιμου χρόνου, του αριθμού παρεχόμενων υπηρεσιών και του επιπέδου πολυπλοκότητας τους. Το εργασιακό άγχος μειώνει την οργανωτική αποτελεσματικότητα του εργαζόμενου σύμφωνα με την Austin (2012).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, αναφέρει το εργασιακό στρες ως ένα σύνολο συναισθηματικών και σωματικών αντιδράσεων του εργαζόμενου ατόμου, επιβλαβών, που προκαλούνται όταν οι απαιτήσεις για την ολοκλήρωση του ανατιθέμενου έργου δεν συνάδουν με τις προσωπικές ανάγκες, τις ικανότητες και τις πεποιθήσεις του εργαζόμενου (WHO, 2020).

Το άτομο αισθάνεται πως επιβαρύνεται ακόμα και πως ξεπερνάει το ψυχικό απόθεμα του, θέτοντας σε κίνδυνο την ψυχική ισορροπία του (Κάντας, 2009). Σύμφωνα με τον Cox είναι σημαντική η δημιουργία ισορροπίας ανάμεσα στις επαγγελματικές υποχρεώσεις και απαιτήσεις ώστε να προάγεται η καλή ψυχική υγεία των εργαζομένων (Cox, 1993).

2.4.1. Επαγγελματική εξουθένωση.

Χαρακτηριστικό του εργασιακού στρες συγκριτικά με το στρες που είναι προερχόμενο από την προσωπική ζωή του ατόμου είναι ότι τροποποιείται με δυσκολία από το ίδιο το άτομο, συνεπώς δυσκολεύει τη διαδικασία προσαρμογής του ατόμου (Rotter, 1966; Pearlin et al., 1978). Στη σύγχρονη κοινωνία η εργασία συχνά χαρακτηρίζεται από αφοσίωση και ταύτιση με τον οργανισμό στον οποίο τα άτομα απασχολούνται τόσο ώστε να προσωποποιούνται οι επιτυχίες και αποτυχίες. Συνεπώς οι αποτυχίες συχνά βιώνονται ως τραυματικά γεγονότα σαν να χάνεται το νόημα της ζωής του εργαζομένου προκαλώντας καταθλιπτικά συμπτώματα. Σαφώς και η

πρόσθεση μικρότερης έντασης και σημασίας συμβάντων στην καθημερινότητα παράγουν πίεση (Chamberlain et al., 1990).

Η επαγγελματική εξουθένωση (burnout), απασχολεί όλο και περισσότερο την επιστημονική κοινότητα, ειδικούς ψυχικής υγείας και κοινωνιολόγους καθώς επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε συστημικό επίπεδο υγειονομικού οργανισμού, παραγωγής και οικονομίας. Σύμφωνα με τον ορισμό των Maslach & Jackson, 1984 “burn out” ονομάζεται η προοδευτική ανάλωση «εκ των ένδω» μέχρις ότου το υποκείμενο να «απανθρακωθεί». Το 1974 αναφέρθηκε για πρώτη φορά ο όρος από τον Freudenberger με σκοπό να οριστούν τα σωματικά και ψυχικά συμπτώματα εξουθένωσης σε εργαζόμενους, αρχικά στον τομέα που αφορά την ψυχική υγεία αλλά και άλλους επαγγελματικούς χώρους όπου αναπτύσσονται σχέσεις ανάμεσα στους εργαζόμενους και στα άτομα που χρήζουν υποστήριξης και φροντίδας. Απόρροια του φαινομένου είναι η βίωση απογοήτευσης και συναισθηματικής εξάντλησης, η αντιμετώπιση του επαγγέλματος ως καταναγκαστικό έργο και η απώλεια επαγγελματικής ικανοποίησης. Με αποτέλεσμα την αδυναμία και αποφυγή ανάπτυξης στενότερων επαφών και σχέσεων με τα άτομα που χρήζουν της υποστήριξης τους σε επιστημονικό και συναισθηματικό επίπεδο καθώς συχνά θεωρούνται ως αιτία εξάντλησης τους (Burke & Greenglass, 2001).

Οι συνέπειες παρατηρούνται τόσο σε σωματικό επίπεδο, στη φυσιολογία του ατόμου που χαρακτηρίζονται από το άγχος και το στρες, πονοκέφαλοι, διαταραχές στον ύπνο και στη διατροφή, σεξουαλικές και γαστρεντερικές δυσλειτουργίες, πόνοι στο μυοσκελετικό σύστημα και άλλα καθώς και σε ψυχολογικό και συμπεριφορικό επίπεδο, στην εκδήλωση της συμπεριφοράς των ατόμων τόσο στον εργασιακό αλλά και στο προσωπικό τους χώρο (Tyler & Cushway, 1998). Με συνηθέστερα συμπτώματα την υπερένταση και αδυναμία χαλάρωσης και ηρεμίας, έντονο άγχος και θλίψη, την ανία τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και «ηθικό», παραίτηση αλλά και αυξημένη επιθετικότητα και συνεπώς και τις συγκρούσεις. Επιπλέον, βάλλεται η ζωή του ατόμου σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο καθώς η μεταφορά των δυσκολιών του επαγγελματικού περιβάλλοντος στον προσωπικό περίγυρο υποδαυλίζει την ένταση στις διαπροσωπικές σχέσεις και ταυτόχρονα εκμηδενίζει το ενδιαφέρον των κοινωνικών συναναστροφών (Griffith et al., 1999).

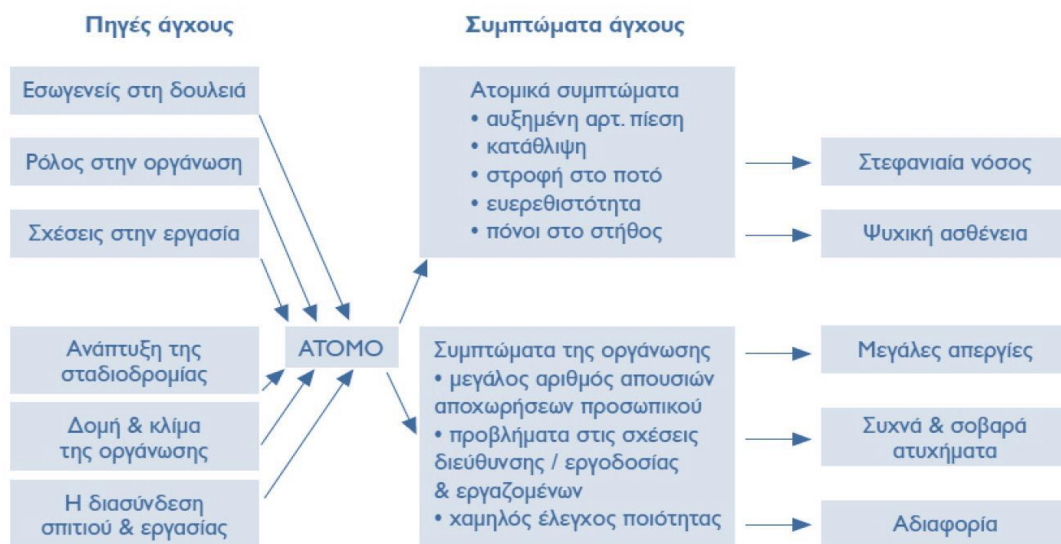
Μέσω των ερευνητικών αποτελεσμάτων είναι κατανοητό ότι η εξουθένωση συναντάται συχνότερα σε ορισμένες κατηγορίες επαγγελμάτων, όπως το υγειονομικό προσωπικό, η καθημερινή αντιμετώπιση ενός έντονα ψυχοπιεστικού περιβάλλοντος όπως το περιβάλλον του νοσοκομείου και οι ΜΕΘ αυξάνουν τις πιθανότητες στο να εκδηλωθούν υψηλά επίπεδα άγχους, θυμού, διαταραχές στη συμπεριφορά και καταθλιπτικά συμπτώματα (Jimmieson, 2000).

2.4.2. Θεωρητικά μοντέλα εργασιακού στρες.

Για την κατανόηση και διαχείριση του εργασιακού στρες έχουν δημιουργηθεί θεωρητικά μοντέλα.

I. Το εργασιακό μοντέλο των Cooper και Marshall.

Το μοντέλο των Cooper και Marshall αναφέρεται στο εργασιακό άγχος μέσω της αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος, ερμηνεύοντας την επίδραση τόσο στους εργαζόμενους όσο και στην επιχείρηση. Αναφέροντας έξι (6) παράγοντες πρόκλησης εργασιακού στρες: α) τη φύση της εργασίας, β) το ρόλο του εκάστοτε εργαζόμενου στον οργανισμό, γ) τις προοπτικές σταδιοδρομίας, δ) τις διαπροσωπικές σχέσεις εντός του εργασιακού χώρου, ε) την προσωπική/οικογενειακή ζωή και την εργασιακή (Cooper & Marshall, 1976).



Εικόνα 2.1.: Εργασιακό μοντέλο των Cooper και Marshall (Cooper & Marshall, 1976).

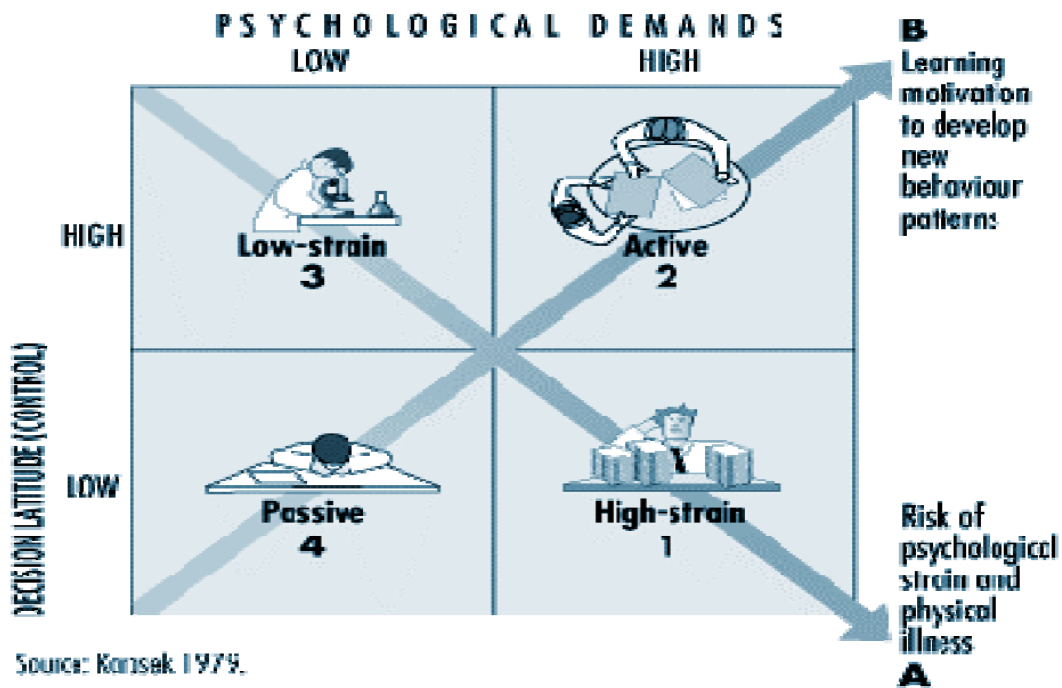
II. Το εργασιακό μοντέλο του Cox.

Ο Cox αναφέρει μοντέλα εργασιακού στρες: το μηχανιστικό μοντέλο (Engineering model), σύμφωνα με το οποίο, το στρες γίνεται αντιληπτό μία απειλή, ένα επικίνδυνο γνώρισμα του επαγγελματικού χώρου (Cox, 1993). Το «φυσιολογικό μοντέλο» (physiological model), σύμφωνα με το οποίο το στρες γίνεται αντιληπτό ως μια φυσιολογική ανταπόκριση, μία εξαρτημένη δηλαδή μεταβλητή στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος και το ψυχολογικό μοντέλο (psychological model) αναφέροντας δυο θεωρίες ερμηνείας του εργασιακού στρες, τη θεωρία αλληλεπίδρασης και τη συναλλακτική θεωρία. Η συναλλακτική θεωρία αναφέρεται στις ψυχολογικές διαδικασίες των ατόμων που εμπλέκονται στην αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον ενώ η θεωρία της αλληλεπίδρασης αναφέρεται στα δομικά χαρακτηριστικά του ατόμου και αλληλοεπιδρούν με το επαγγελματικό περιβάλλον (Wilson & Corlett, 1995).

III. Το εργασιακό μοντέλο των Wadron & Edling.

Οι Wadron & Edling αναφέρουν την αλληλεπίδραση μεταξύ του εύρους των δυνατοτήτων για τη λήψη απόφασης και των ψυχολογικών απαιτήσεων όπως παρατηρείται στην εικόνα 2. Στην εικόνα παρατηρούνται τέσσερις (4) διαφορετικοί συνδυασμοί μεταξύ του υψηλού-χαμηλού εύρους για τη λήψη απόφασης και των υψηλών-χαμηλών ψυχολογικών απαιτήσεων

Υψηλές απαιτήσεις – Χαμηλό εύρος = Πίεση στην εργασία (High strain)/ Υψηλές απαιτήσεις – Υψηλό εύρος = Ενεργός κατάσταση (Active)/ Χαμηλές απαιτήσεις – Υψηλό εύρος = Χαλαρή κατάσταση (Low strain)/ Χαμηλές απαιτήσεις – Χαμηλό εύρος = Παθητική κατάσταση (Passive) (Wadron & Edling, 1997).



Εικόνα 2.2.: Εργασιακό μοντέλο των Wadron και Edling (Wadron & Edling, 1997).

IV. Το εργασιακό μοντέλο των Cooper και Payne.

Πρόκειται για ένα ολοκληρωμένο δυναμικό μοντέλο, στο οποίο αναφέρεται η πολυπαραγοντική φύση του εργασιακού στρες (Cooper & Payne, 1988).

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες εργασιακού άγχους τοποθετούνται σε έξι (6) κατηγορίες: εσωγενείς στον επαγγελματικό χώρο, συσχετιζόμενοι με τον εργασιακό ρόλο, συσχετιζόμενοι με τις εργασιακές σχέσεις, συσχετιζόμενοι με την εξέλιξη σε επαγγελματικό επίπεδο, συσχετιζόμενοι με τη δομή της οργάνωσης του εργασιακού χώρου και αυτούς σχετίζονται με την ισορροπία ανάμεσα στην προσωπική/οικογενειακή ζωή και την εργασία (Cooper & Payne, 1988).

2.4.3. Εργασιακό άγχος και επαγγέλματα υγείας.

Συγκρίνοντας τα επίπεδα άγχους σε επαγγέλματα παρατηρείται πως κάποια είναι περισσότερο στρεσογόνα σε σχέση με άλλα. Αφορά κυρίως επαγγέλματα οποία περιλαμβάνουν εκ φύσεως τις διαπροσωπικές σχέσεις, στα οποία απαιτείται η γρήγορη λήψη αποφάσεων, που ωστόσο δύναται να έχουν σημαντικές οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες (Cooper et al., 2002). Επιπρόσθετα αναφέρονται υψηλά ποσοστά ψυχικών διαταραχών σε επαγγελματίες ανθρωπιστικών επαγγελμάτων με τα υγειονομικά επαγγέλματα να ενοχοποιούνται περισσότερο (Tennant, 2001). Οι υγειονομικοί φαίνεται να βιώνουν αρχικά μια εποχή στην καριέρα τους που

χαρακτηρίζεται από ενθουσιασμό και έντονη ενεργητικότητα που διαδέχεται στη συνέχεια από την απογοήτευση της συνειδητοποίησης ότι ο υγειονομικός χώρος διακρίνεται από αυξανόμενες απαιτήσεις και προκλήσεις που συχνά δεν έχει την επάρκεια να διαχειριστεί.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά τα επαγγέλματα υγείας, επισημαίνεται από τη βιβλιογραφία ότι σχετίζονται με την εκδήλωση χρόνιων διαταραχών άγχους καθώς οι εργαζόμενοι είναι περισσότερο εκτεθειμένοι σε ανασφάλεια και στρεσογόνους παράγοντες παρατεταμένα (Santulo & Rebecchi, 2005). Η αντίδραση στους στρεσογόνους παράγοντες αφορά τόσο χαρακτηριστικούς όσο και εργασιακούς παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με το βαθμό υπευθυνότητας, την επάρκεια σε επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες, το είδος των καθηκόντων, τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους προϊστάμενους, τους συναδέλφους στο χώρο της εργασίας, τους ασθενείς και το οργανωσιακό κλίμα (Arafa et al., 2003). Η αστάθεια στο εργασιακό ωράριο, η συμπίεση με το θάνατο η ευθύνη της ανθρώπινης ζωής αλλά και η ευθύνη που συνοδεύει τη λήψη σημαντικών αποφάσεων και ως εκ τούτου το αντίκτυπο των πράξεων τους στους ασθενείς είναι σημαντικοί παράγοντες άγχους που συντελούν στη αίσθηση προσωπικής και επαγγελματικής αποτυχίας συνυπολογίζοντας και την προσωπική εκτίμηση και αντίληψη του κινδύνου και επηρεάζοντας την ψυχική υγεία των υγειονομικών (Greenberg, 2020).

Από παλιότερες έρευνες διαπιστώνεται πως παρατηρούνται υψηλότερα ποσοστά διαταραχών άγχους καθώς και ψυχιατρικών διαταραχών στους επαγγελματίες υγείας συγκριτικά με άλλες επαγγελματικές ομάδες (Borril et al., 1998), οι οποίοι έχουν τάση εμφάνισης συναισθηματικής εξάντλησης συγκριτικά με άλλους επαγγελματίες στο χώρο της υγείας (Rachiotis et al., 2014), με βασικούς παράγοντες την έλλειψη προσωπικού και τον αυξημένο εργασιακό φόρτο (Αναγνωστοπούλου και συν., 2013; Πέλεχας και συν., 2013). Ο Cooper αναφέρει πέντε κατηγορίες παραγόντων που θεωρούνται υπεύθυνοι στο εργασιακό περιβάλλον για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών στους επαγγελματίες υγείας. Αυτές αφορούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τη φύση του επαγγέλματος, την ενασχόληση με τους συγγενείς των ασθενών, την ύπαρξη άγχους στο χώρο εργασίας, την έλλειψη συναδελφικής συμπαράστασης και υποστήριξης (Cooper, 2008). Σημαντικές είναι οι επιπτώσεις του άγχους στο επίπεδο οργανισμού και Νοσοκομείου με εσωτερικές συγκρούσεις, υψηλό

ποσοστό σε αναρρωτικές άδειες και παραιτήσεις που συνεπάγεται πτώση στην παρεχόμενη φροντίδα στους ασθενείς (Cooper et al., 2008).

2.4.4. Δευτερογενές τραυματικό στρες ή κόπωση συμπόνιας.

Σημαντική είναι η αναγνώριση της διαταραχής «δευτερογενές τραυματικό στρες ή κόπωση συμπόνιας» που αναφέρεται στους επαγγελματίες υγείας και γενικότερα στους ανθρώπους όπου υπηρετούν μέσω της εργασίας τους ανθρώπους που «υποφέρουν» και βιώνουν πόνο και αφορά το κόστος της φροντίδας για τους επαγγελματίες υγείας. Η ευαλωτότητα των υγειονομικών στην κόπωση συμπόνιας προκύπτει από την συχνή καθημερινή επαφή με ασθενείς που βίωσαν τραυματικές εμπειρίες και την ανάπτυξη φορτισμένων συναισθηματικά διαπροσωπικών σχέσεων (Friedman, 2000).

Αρνητικά συναισθήματα απόγνωσης, στεναχώριας, κόπωσης, οργής συχνά γεννιούνται στον πάροχο φροντίδας από την παροχή φροντίδας και το ενδιαφέρον το οποίο δείχνει ένας άνθρωπος σε εκείνους που βιώνουν συναισθηματικό πόνο. Η εκδήλωση του συνδρόμου συνήθως αναπτύσσεται ύστερα από πολλά χρόνια προϋπηρεσίας, από αυξημένες απαιτήσεις ως προς την απόδοση και υπέρογκο φόρτο εργασίας. Είναι μια διαταραχή που προκύπτει από τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης με ασθενείς που εκτέθηκαν είτε άμεσα είτε έμμεσα σε γεγονότα τραυματικά (Bride, 2004) και σε αυτήν περιλαμβάνονται η συνεχής, έντονη ανησυχία, υπερδιέγερση, αποφευκτικές συμπεριφορές, αναβίωση των γεγονότων, ψυχοσωματικά συμπτώματα, συχνά λάθη στη φροντίδα των ασθενών, χαμηλή παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών, μειωμένη ικανοποίηση, συχνές ασθένειες, απουσίες από τον εργασιακό χώρο, μείωση της λειτουργικότητας και της παραγωγικότητας, ακόμα και εγκατάλειψη του επαγγέλματος (Figley, 1995).

Η μακρόχρονη έκθεση στο στρες δύναται να επιφέρει άγχος, κατάθλιψη και συμπτώματα μετατραυματικού στρες (Tucci et al., 2017). Ο Ornell και οι συνεργάτες του υποστηρίζουν ότι είναι πολύ σημαντικό να εφαρμόζονται πολιτικές παρέμβασης που αφορούν την ενίσχυση της ψυχικής τους ανθεκτικότητας στους υγειονομικούς, από εξειδικευμένο προσωπικό, ψυχολόγους, ψυχιάτρους και κοινωνικούς λειτουργούς (Ornell et al., 2020). Συμπερασματικά, παρατηρείται πως οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας που εκτίθενται υπερβολικά σε πληθυσμούς που πάσχουν, είναι ευάλωτοι στην εκδήλωση ψυχικής έντασης και απρόσφορων συμπεριφορών καθώς προκαλείται κλονισμός των αξιών και των πιστεύω τους, συνδυαστικά με την ανεπαρκή εκπαίδευση

και κοινωνική υποστήριξη που συχνά λαμβάνουν και δεν διευκολύνουν την ανάπτυξη τεχνικών ανακούφισης και αποφόρτισης (Hamaideh, 2014; Lamiani et al., 2017).

2.4.5. Εργασιακό άγχος και ιατρικό προσωπικό.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία στο ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό παρατηρούνται υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, κόπωση, εξουθένωση, και άλλων δυσφορικών συμπτωμάτων. Στη μελέτη των Medisauskaite & Kamau (2019) παρατηρήθηκε πως το 51,6% των γιατρών που αξιολογήθηκαν ήταν συναισθηματικά εξαντλημένοι ενώ το 13,2% των γιατρών αντιμετώπιζε σοβαρά συμπτώματα άγχους. Το εργασιακό άγχος και η εργασιακή ικανοποίηση στους επαγγελματίες υγείας είναι αλληλένδετα και αντιστρόφως συνδεδεμένα φαινόμενα. Η ευθύνη της διαχείριση της ανθρώπινης ζωής και η αμφιβολία για παραλείψεις ή τυχόν λάθη, η καθημερινή αξιολόγηση τους από τους ασθενείς και τους συναδέλφους, η συχνή έκθεση σε κινδύνους και τραυματισμούς τα επιτεύγματα, οι ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης, οι διαπροσωπικές σχέσεις, οι συνθήκες εργασίας, οι υψηλές απαιτήσεις του επαγγέλματος, τα ακανόνιστα ωράρια εργασίας, τα περιστατικά που καταλήγουν, η σύγκρουση προσωπικής και επαγγελματικής ζωής και οι οικονομικές απολαβές αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες (Αντωνίου, 2006; Balch et al., 2007; Waldman et al., 2009). Επιπρόσθετα, γιατροί που εργάζονται στο νοσοκομείο εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες, συγκριτικά με τους ιατρούς οι οποίοι απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα (Olkivuora et al., 1990).

2.4.6. Εργασιακό άγχος και νοσηλευτικό προσωπικό.

Το εργασιακό άγχος στο νοσηλευτικό προσωπικό απασχολεί την επιστημονική κοινότητα, καθώς παρατηρείται αύξηση σε διεθνές επίπεδο αποχωρήσεις τους από τον εργασιακό χώρο. Η εργασιακή ικανοποίηση συνδέεται με το εργασιακό άγχος στο περιβάλλον εργασίας. Το ανθρώπινο δυναμικό κάθε οργανισμού είναι πολύτιμο κεφάλαιο στην επίτευξη των στόχων. Στο σύστημα υγείας και στους υγειονομικούς οργανισμούς το νοσηλευτικό προσωπικό επιφορτίζεται με σημαντικούς ρόλους και συμβάλει ουσιαστικά στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων μονάδων (Shader et al., 2001; Μαρνέρας και συν., 2010). Παρατηρείται πως το νοσηλευτικό προσωπικό εμφανίζει χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση (Μπόρου και συν., 2010; Αναγνωστοπούλου και συν., 2013). Η επαγγελματική ικανοποίηση που αποκομίζει το

άτομο σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά του εργασιακού χώρου και με το επίπεδο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης. Η έκθεση σε μακροχρόνιο στρες συσχετίζεται με την εκδήλωση κατάθλιψης, την όπωση συμπίνοιας/ δευτερογενές τραυματικό στρες και την επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών (Gelsema et al., 2005).

Παράγοντες πρόκλησης άγχους είναι ο μη καθορισμός των ρόλων και του καταμερισμού των ευθυνών που συχνά δημιουργεί συγκρούσεις ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό, μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ιατρικού προσωπικού, των γιατρών καθώς και λοιπών επαγγελματιών εργαζόμενων στον τομέα της υγείας, ανεξάρτητα από την ιεραρχική βαθμίδα (Dewe, 1987). Επίσης η αμφισβήτηση του επαγγελματικού ρόλου έχει δυσμενή επίδραση στο άτομο (Jimmieson, 2000). Οι οργανωτικοί παράγοντες και η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού (Al-Aameri, 2003) είναι εξίσου σημαντικοί παράγοντες. Η υποστελέχωση που παρατηρείται στα νοσοκομεία και ο αυξημένος φόρτος εργασίας που αυτό συνεπάγεται στους εργαζόμενους (Li et al., 2008). Το φορτίο εργασίας αναφέρεται ως στρεσογόνος παράγοντας σε νοσηλευτικό προσωπικό στην Αγγλία (Tyler & Ellison, 1994). Στα επαγγέλματα υγείας και συγκεκριμένα στο νοσηλευτικό προσωπικό εφαρμόζεται κυκλικό ωράριο εργασίας το οποίο δημιουργεί δυσκολίες τόσο σε προσωπικό επίπεδο όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο. Στην έρευνα των οι εργαζόμενοι με κυκλικό ωράριο παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά εξουθένωσης συγκριτικά με τους εργαζόμενους με σταθερό ωράριο (Edward et al., 1987). Σε μελέτες νοσηλευτικού προσωπικού παρατηρήθηκε πως οι ατομικοί παράγοντες, τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, η αυτοεκτίμηση, κίνητρα, προσδοκίες, ενσυναίσθηση, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, προϋπηρεσία, συμβάλλουν στη διαχείριση του άγχους (McPhaul et al., 2004). Επίσης, υπάρχει συσχέτιση του εργασιακού άγχους και της ασφάλεια του νοσηλευτικού προσωπικού με ατυχήματα, τραυματισμούς, τρυπήματα από βελόνες και άλλα (Clarke et al., 2002).

2.4.7. Εργασιακό άγχος και φυσικοθεραπευτές.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε επαγγελματίες στον τομέα της υγείας (φυσικοθεραπευτών, νοσηλευτών, ιατρών) εργαζόμενοι σε νοσοκομεία και κέντρα αποκατάστασης, φάνηκε πως οι φυσικοθεραπευτές εμφανίζουν το μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης επαγγελματικής εξουθένωσης και εντέλει απομάκρυνσης από το εργασιακό περιβάλλον συγκριτικά με τους υπόλοιπους επαγγελματίες (Fiabane et al., 2013). Οι

φυσικοθεραπευτές που απασχολούνται στο δημόσιο νοσοκομείο αναφέρουν μεγαλύτερο βαθμό δυσκολίας συγκριτικά με τους φυσικοθεραπευτές που απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα (DuPlessis et al., 2014). Ο χρόνος αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς είναι μεγάλος καθώς εμπλέκονται άμεσα στην αποκατάσταση των ασθενών (Lindsay, 2008) και φαίνεται πως επιφορτίζει σε σωματικό και σε ψυχολογικό επίπεδο τους φυσικοθεραπευτές, οι οποίοι εμφανίζουν υψηλά ποσοστά εξουθένωσης (Donohue et al., 1993). Όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς και η συναισθηματική εμπλοκή τόσο μεγαλύτερη παρατηρείται η εξουθένωση (Wilsky et al., 2015). Ωστόσο παρατηρείται πως δεν αναζητούν άμεσα βοήθεια για την εξουθένωση την οποία βιώνουν (Putnik et al., 2010). Οι Wloszczak-Szubda & Jarosz (2013), παρατήρησαν πως λόγω του εργασιακού άγχους οι φυσικοθεραπευτές στην αλληλεπίδραση με τους ασθενείς συχνά εμφανίζουν ανεπιθύμητους αμυντικούς μηχανισμούς αντίσταση και απόσυρση. Επιπλέον, παρατηρήθηκε πως δεν δίνεται βαρύτητα στη ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων κατά τη διάρκεια των σπουδών φυσικοθεραπείας αλλά και στη μετέπειτα πορεία των φυσικοθεραπευτών. Οι Lindsay et al. (2008), αναφέρουν ως πηγή άγχους τον αυξημένο εργασιακό φόρτο, τις ιδιαιτερότητες των πελατών καθώς και τον πολυπληθή αριθμό περιστατικών που καλούνται να αναλάβουν.

2.5. Επιβαρυντικοί παράγοντες εκδήλωσης άγχους στο υγειονομικό προσωπικό.

Πολυάριθμες πηγές στρες συναντώνται στην καθημερινότητα του υγειονομικού προσωπικού. Καλούνται να αναλάβουν ρίσκα και πρωτοβουλίες, δημιουργούνται υψηλές προσδοκίες και απαιτήσεις από τους επαγγελματίες υγείας και τίθενται συχνά υψηλά στάνταρτς που καλούνται να υπηρετήσουν, αλλά και οι ίδιοι αναπτύσσουν υψηλές προσωπικές προσδοκίες ωστόσο να αρνούνται το συναισθηματικό πόνο που βιώνουν και συχνά παραμελούν τις ανάγκες τους και εστιάζουν την προσοχή τους στις δυσκολίες των ασθενών (Freudenberger, 1990). Επιπλέον, αφοσιώνονται υπερβολικά στη δουλειά τους, δεν είναι καθορισμένοι με σαφήνεια οι ρόλοι και οι αρμοδιότητες με σαφήνεια με αποτέλεσμα την ανάληψη ευθυνών που δεν τους αναλογούν, δημιουργία σχέσεων συναισθηματικής ταύτισης (sympathy) που δεν βασίζεται σαφώς στην αμοιβαία ανταλλαγή καθώς εστιάζει στις δυσκολίες του ασθενούς, δυσκολία στη διαχείριση της αποτυχίας και της ματαιώσης.

Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελούν το φύλο, η εκπαίδευση, η ηλικία, το εργασιακό περιβάλλον, οι συναδελφικές σχέσεις και ο φόρτος εργασίας. Παρατηρείται η τάση στο γυναικείο φύλο να εμφανίζεται μεγαλύτερη συμπτωματολογία επαγγελματικής εξουθένωσης συγκριτικά με το αντρικό φύλο. Καθώς και να παρατηρείται υψηλότερο επίπεδο ανθεκτικότητας σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Σε μελέτη με σκοπό την εκτίμηση του εργασιακού στρες σε υγειονομικούς στο νομό Κορινθίας εν μέσω της οικονομικής κρίσης παρατηρήθηκε υψηλό επίπεδο εργασιακού στρες με κύριο παράγοντα πρόκλησης στρες την οικονομική κρίση και σχετιζόμενο με τις εργασιακές συνθήκες, το εργασιακό περιβάλλον και τις δύσκολες συνθήκες, το κυλιόμενο ωράριο, τον εργασιακό φόρτο και την εργασιακή απόδοση, την ανάγκη λήψης αποφάσεων υπό πίεση καθώς και την έλλειψη σαφούς ρόλου (Σαρίδη και συν., 2016).

Επιπροσθέτως στρεσογόνος παράγοντας φαίνεται να είναι η ανεπάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού και η μειωμένη κατά επέκταση αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά ασθενή που ενδέχεται να επιφέρει μείωση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες στους ασθενείς (Urekiens, 2005). Ένα σημαντικό ποσοστό νοσηλευτών σε άλλη μελέτη εξέφρασαν τη επιθυμία να αλλάξουν επάγγελμα σε περίπτωση που είχαν αυτή τη ευκαιρία (Happell et al., 2003).

2.5.1. Προστατευτικοί παράγοντες μείωσης του άγχους.

Στρατηγικές αντιμετώπισης που ανέπτυξαν συμμετέχοντες σε μελέτη που αφορούσε την κόπωση συμπίνας και την επαγγελματική εξουθένωση τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο για τη διαχείριση των συμπτωμάτων. Ανέφεραν αρχικά την συνειδητοποίηση, την επίγνωση των παραγόντων που οδηγούν σε κόπωση, την υιοθέτηση θετικής στάσης και του χιούμορ και την καλλιέργεια μιας θετικής φιλοσοφίας απέναντι στο επάγγελμα του νοσηλευτή αλλά και την καλλιέργεια υποστηρικτικών σχέσεων στο εργασιακό πλαίσιο, τη συναδελφική συζήτηση σε επίπεδο απολογισμού για τις καθημερινές δυσκολίες (Maytum et al., 2004) και την πρακτική αντιμετώπιση τους και εντέλει τον παραμερισμό των τραυματικών, αρνητικών συμβάντων και την επικέντρωση τους στα πλεονεκτήματα που αποκομίζουν από τον εργασιακό τους χώρο Meadors & Lamson (2008). Είναι αποδεδειγμένο πως όσο πληρέστερη είναι η εκπαίδευση που λαμβάνει ένας επαγγελματίας, τόσο

μεγαλύτερες πιθανότητες έχει να προσλαμβάνει μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία του.

2.5.2. Η διεπιστημονική συνεργασία στο υγειονομικό πλαίσιο.

Ο ορισμός της συνεργασίας αναφέρεται στην αρμονική εύρυθμη εργασία στην ομάδα για την υλοποίηση ενός κοινού στόχου με εμπιστοσύνη και σεβασμό από όλα τα μέλη της ομάδας (Hojat, 2003), αποτελώντας σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό ειδικά στις ΜΕΘ την έκβαση της θεραπείας των ασθενών, καθώς μέσω της εύρυθμης συνεργασίας παρατηρείται βελτίωση στις διαπροσωπικές σχέσεις, εξασφαλίζοντας την αποτελεσματική συνεργασία και τα θεραπευτικά αποτελέσματα (Reader et al., 2007). Τα νοσοκομεία χαρακτηρίζονται πολυσύνθετα και η διεπιστημονική συνεργασία για την βέλτιστη άσκηση των καθηκόντων και την επίτευξη των κλινικών στόχων είναι προ-απαιτούμενη. Ωστόσο, συχνά μέσα από την αλληλεπίδραση του υγειονομικού προσωπικού δημιουργούνται συγκρούσεις.

Μέσω μελετών γίνεται αναφορά σε συσχέτιση των αυξημένων ποσοστών νοσηρότητας και θνησιμότητας με την κακή συνεργασία στο υγειονομικό περιβάλλον (Baggs et al., 1999; Despins, 2009). Θετικό αντίκτυπο φαίνεται πως έχει το υγιές εργασιακό περιβάλλον στην επαγγελματική ικανοποίηση και κατά συνέπεια στην παροχή βέλτιστης φροντίδας και παροχής υπηρεσιών, στη μείωση των ιατρικών λαθών και των επιπλοκών. Ο απαιτούμενος σεβασμός στους άλλους, η αναγνώριση των διαφορετικών επαγγελματικών ρόλων και η σωστή επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού είναι κομβικής σημασίας (Hughes & Fitzpatrick, 2010). Η αποτελεσματικότητα της συνεργασίας καθορίζεται από τον αριθμό των επαγγελματιών που καλούνται να συνεργαστούν, τη λειτουργικότητα και δεδομένα που αφορούν δημογραφικά χαρακτηριστικά (Golom & Shreck, 2018).

2.5.3. Η ψυχική ανθεκτικότητα.

Η ψυχική ανθεκτικότητα (resilience) αφορά τη δυναμική διαδικασία της θετικής προσαρμοστικότητας που εμφανίζουν άτομα όταν έρχονται αντιμέτωπα με δύσκολες συνθήκες, αντιξοότητες ή επικίνδυνες καταστάσεις (Luthar, 2006; Masten, 2007; Herrman et al., 2011) και αξιολογούνται δύο διαφορετικές συνθήκες, η ανταπόκριση και διαχείριση του ατόμου των φυσιολογικών συνθηκών και η εκδήλωση αναμενόμενων συμπεριφορών αλλά και των ατομικών επιτευγμάτων και ο βαθμός που

έχει εκτεθεί ή εκτίθεται το άτομο σε απειλητικές, δύσκολες συνθήκες που δύνανται να επηρεάσουν την ομαλή ανάπτυξη και εξέλιξη του. Επομένως είναι βοηθητικό να οριστούν με σαφήνεια τα αναμενόμενα αναπτυξιακά επιτεύγματα καθώς και τα κριτήρια που αξιολογούνται οι συνθήκες επικινδυνότητας (Masten & Curtis, 2000).

Η ψυχική ανθεκτικότητα δεν περιορίζεται σε ένα σταθερό γνώρισμα ή χαρακτηριστικό του ατόμου (Luthar et al., 2000), αλλά παρατηρούνται δυο σημαντικοί παράγοντες που αλληλεπιδρούν, οι προστατευτικοί παράγοντες και οι παράγοντες επικινδυνότητας που αφορούν τόσο το άτομο αλλά και το ευρύτερο περιβάλλον του (Condly, 2006). Οι παράγοντες αυτοί οδηγούν στο να αναπτυχθεί και περιλαμβάνουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, τα χαρακτηριστικά του οικογενειακού του πλαισίου και τα χαρακτηριστικά του ευρύτερου κοινωνικού του πλαισίου. Συνεπώς η ψυχική ανθεκτικότητα αφορά μια δυναμική διεργασία που ενδέχεται να μεταβάλλεται επηρεαζόμενη από τη αναπτυξιακή εξέλιξη και τις περιβαλλοντικές συνθήκες (Kolar, 2011). Ανάλογα λοιπόν της αλληλεπίδρασης των ατομικών παραγόντων και των κοινωνικών παραγόντων τα άτομα ενδέχεται να εμφανίζουν ψυχική ανθεκτικότητα σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο αντιμετωπίζοντας επιτυχώς στρεσογόνα ερεθίσματα ενώ να εμφανίζουν ευαλωτότητα σε άλλη περίοδο της ζωής τους εμφανίζοντας αρνητική αντίδραση σε στρεσογόνους παράγοντες (Rutter, 2006).

Η «ψυχική ανθεκτικότητα» είναι η λειτουργική ανταπόκριση στις απαιτήσεις και τις δυσκολίες σε στρεσογόνους περιόδους κρίσεων, καθώς και η αντίληψη τους ως λιγότερο αγχωτικές και απειλητικές. Συμβάλλοντας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας και στη μείωση της εκδήλωσης ψυχοπαθολογίας (Masten & Coatsworth, 1998). Η λειτουργική διαχείριση αγχογόνων ερεθισμάτων από τους υγειονομικούς καθιστά ικανό το προσωπικό να είναι αποδοτικό στον εργασιακό του χώρο για μεγαλύτερο διάστημα και διατηρώντας υψηλό επίπεδο παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς.

Επιπλέον, παρατηρείται σημαντική σύγκλιση στα ευρήματα και στα συμπεράσματα μελετών ανεξαρτήτως της υιοθέτησης διαφορετικών προσεγγίσεων της ψυχικής ανθεκτικότητας, αναδεικνύοντας με αυτό τον τρόπο τη σημαντικότητα της εφαρμογής κατάλληλων παρεμβάσεων για την ενίσχυση της και στοχεύοντας στην ενίσχυση των παραγόντων που συμβάλλουν στην υπερπήδηση των αντιξοοτήτων. Βρίσκεται εντούτοις στο επίκεντρο ερευνών αποτελώντας βάση πολλών παρεμβάσεων.

2.6. Πανδημίες.

Οι πανδημίες χαρακτηρίζονται ως ένα από τα μεγαλύτερα φόβητρα για την ανθρωπότητα λόγω των δυσχερειών που προκαλούν, επηρεάζοντας τα άτομα σε κοινωνικό, οικονομικό, δημογραφικό και ψυχολογικό επίπεδο. Η πανδημία ορίζεται ως μια ασθένεια λοιμώδης, με αυξανόμενο αριθμό κρουσμάτων που δύνανται να επιφέρουν το θάνατο, χαρακτηρίζεται από ραγδαία εξάπλωση και διασπορά σε πολλές χώρες ή σε παγκόσμια κλίμακα απειλώντας το σύνολο του πληθυσμού (Alcoforado, 2020).

Ο λοιμός των Αθηνών το 430 π. Χ. είναι η πρώτη καταγραφή λοιμώδους νοσήματος, το οποίο σε τέσσερα χρόνια προκάλεσε το θάνατο σε ένα μεγάλο μέρος των Αθηναίων. Ωστόσο και κατά τη Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία εκδηλώνονταν συχνά λοιμώδη νοσήματα με σημαντικές συνέπειες στον πληθυσμό, όπως ο λοιμός των Αντωνίων το 165 μ. Χ. που τεκμηριώθηκε από τον Γαληνό και που μεταδόθηκε σε όλη την τότε Ρωμαϊκή αυτοκρατορία (Sáez, 2016) και ο λοιμός, ο οποίος εμφανίστηκε στην περιοχή της Αιθιοπίας το 250 μ. Χ. (Schönberger, 1969) ονομαζόμενος ως του «Κυπριανού», που έπληξαν τη Μεσογειακή λεκάνη.

Ανά τους αιώνες, το 14^ο αιώνα η Ευρώπη ήρθε αντιμέτωπη με πανδημίες, την επιδημία της λέπρας (14^ος αιώνας), τη σύφιλη (16^ος αιώνας), την ιλαρά (17^ος), την ευλογιά το 1896, την οστρακιά και τη φυματίωση (19^ος αιώνας). Η πανδημία της γρίπης εκδηλώθηκε το 1889, ξεκίνησε από τη Ρωσία και εξαπλώθηκε σε πλήθος ευρωπαϊκών χωρών καθώς και στην Αμερικάνικη και Αφρικανική Ήπειρο, το 1918-1920 εμφανίστηκε η Ισπανική γρίπη, και η Ασιατική γρίπη (1957-58) που έπληξαν μεγάλο μέρος του πληθυσμού επίσης (Ζούκα & Δούφεξη, 2016). Η πανδημία του HIV(AIDS) τη δεκαετία του '80, ο ιός που εντοπίστηκε αρχικά το 1976 στη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό ωστόσο έπληξε όλη την ανθρωπότητα, εξελισσόμενος στην πιο σημαντική ίσως πανδημία, επιφέροντας το θάνατο σε περισσότερο από 40 εκατομμύρια ανθρώπους συμπεριλαμβανομένων εκατομμυρίων παιδιών κάτω των 15 ετών η γρίπη του 2009 και η σήμερα πανδημία του κορωνοϊού (COVID-19).

Ωστόσο συγκριτικά με τις πανδημίες ανά τους αιώνες είναι σαφές ότι λόγω της παγκοσμιοποίησης διευκολύνεται η εξάπλωση ασθενειών με συνέπεια παγκόσμιων πανδημιών και με δυσχέρεια στον περιορισμό τους προκαλώντας σημαντικό αντίκτυπο σε οικονομικό, πολιτικό και σαφώς ψυχοκοινωνικό επίπεδο και δημιουργώντας μια

επείγουσα πρόκληση δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με τον David Jones η σωστή και τεκμηριωμένη γνώση της ιστορίας θα προσφέρει σημαντικό δίδαγμα στην έγκαιρη πρόβλεψη και σοφή αντιμετώπιση των επερχόμενων πανδημιών (Jones, 2020).

2.6.1. Ψυχικές επιπτώσεις των πανδημιών - Ιστορική αναδρομή.

Θα αποτελούσε παράλειψη αν δεν αναφερόταν ότι κατά το λοιμό που έπληξε την Αθήνα, σύμφωνα με το Θουκυδίδη επισημάνθηκε ως φοβερότερο των συμπτωμάτων η θλίψη που κατέβαλε τα άτομα με τη διάγνωση της νόσου ενώ αντίθετα η επιβίωση από τη νόσο δημιουργούσε στο άτομο της ασφάλεια ότι είναι άτρωτος καθώς είχε παρατηρηθεί ότι δεν νοσούσαν δεύτερη φορά όσοι νόσησαν. Επιπλέον αναφέρεται ότι το θέαμα και ο φόβος του θανάτου ισοπέδωνε τις κοινωνικές αξίες και τα άτομα κατακλύζονταν με αδιαφορία για το θεσμικό και νομικό πλαίσιο και κυνισμό αποτολμώντας πράξεις αδιανόητες και δεν επηρεάζονταν ούτε από «το φόβο των θεών» (Finley, 1997). Το 1348-1353 κατά της διάρκειας της πανδημίας του Μαύρου Θανάτου παρατηρήθηκαν στην Ευρώπη αντιδράσεις και συμπεριφορές στον πληθυσμό, ασυδοσία, έκλυτος βίος, προκαλώντας πανικό και απόγνωση καθώς αποδεικνύονταν ατελέσφορα τα τότε μέτρα προφύλαξης. Με την προσευχή και την έκκληση στα θεία, την εφαρμογή συγκεκριμένου διαιτολογίου ή την απομόνωση να είναι κάποια από τα μέτρα που αναφέρονται (Βοκάκιος, 1993).

Επιπρόσθετα, ο ιός του HIV αρχικά χαρακτηρίστηκε από την εξάπλωση του κυρίως ανάμεσα στον ομοφυλόφιλο πληθυσμό και προκαλούσε έντονη ανησυχία και φόβο καθώς οδηγούσε στη νόσηση από το AIDS και τελικά επέφερε το θάνατο. Προκαλώντας έντονο στιγματισμό, περιθωριοποίηση και απομόνωση των νοσούντων (Cohen et al., 2008).

2.6.2. Η πανδημία COVID-19.

Ο ΠΟΥ ενημερώθηκε στις 31 Δεκεμβρίου 2019 από τις δημόσιες αρχές της Κίνας για περιπτώσεις ασθενών στην Wuhan που εκδήλωναν συμπτώματα πνευμονίας. Παρατηρήθηκε ένα καινούριο είδος κορονοϊού που ονομάστηκε από τον ΠΟΥ Coronavirus 2 (SARS-CoV-2, COVID-19), χαρακτηριζόμενο από υψηλότερο ρυθμό αναπαραγωγής από τους προηγούμενους ιούς SARS, μολύνοντας και επιφέροντας το θάνατο σε περισσότερους ανθρώπους. Συνήθως προκαλεί συμπτώματα όπως κόπωση, πυρετό, καταρροή, πονόλαιμο, κεφαλαλγία, βήχα ωστόσο ενδέχεται να προκαλέσει και

σοβαρά συμπτώματα όπως οξεία καρδιακή βλάβη και οξεία αναπνευστική δυσχέρεια οδηγώντας τελικά σε θάνατο. Με συγκεκριμένες ομάδες, άτομα που πάσχουν από υποκείμενα νοσήματα ή οι ηλικιωμένοι να είναι ευάλωτοι στο να νοσήσουν σοβαρά (Huang et al., 2020). Σημαντική για την αναστολή της μετάδοσης της νόσου είναι να διακοπεί η αλυσίδα μετάδοσης της, μέσω της εκπαίδευσης του πληθυσμού σε προστατευτικές συμπεριφορές, τον εμβολιασμό του πληθυσμού, την αναγνώριση των συμπτωμάτων ώστε να επιτευχθεί γρήγορη διάγνωση και εφαρμογή ειδικών μέτρων προστασίας που περιλαμβάνουν την κοινωνική απομόνωση και τον κοινωνικό περιορισμό.

2.7. Μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ).

Οι μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελούν κλάδο που αντιμετωπίζει ασθενείς με απειλητικά και οξεία νοσήματα. Είναι μικρά τμήματα, ωστόσο αποτελούν τα πιο δαπανηρά και πολύπλοκα τμήματα του νοσοκομείου καθώς χρήζουν εξειδικευμένων εγκαταστάσεων, εμπειρογνωμοσύνης και εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού ιατρών, νοσηλευτών, φυσιοθεραπευτών για την υποστήριξη των ατόμων που νοσηλεύονται για την εκτέλεση σύνθετων παρεμβάσεων και διεργασιών (Chen et al., 2020). Στις αναπτυγμένες χώρες η εντατική νοσηλεία που προϋποθέτει και βέλτιστο τεχνολογικό εξοπλισμό αποτελεί σημαντική δαπάνη και ταυτόχρονα σημαντικό στοιχείο της υγειονομικής περίθαλψη και στοχεύει στην καλύτερη παροχή υπηρεσιών και έκβασης της πορείας των ασθενών (Carson et al., 2006; Wunsch, 2008). Επιπλέον, σύμφωνα με τα δεδομένα που αφορούν την αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού, των νοσημάτων που αναδύονται και της βαρύτητας τους αναμένεται να αυξηθεί ο τόσο αριθμός των νοσούντων όσο και απαιτήσεις στις ΜΕΘ (Varon, 2016).

2.7.1. Οργάνωση και λειτουργία των ΜΕΘ.

Ο ΜΕΘ διακρίνονται σε νευροχειρουργικές, καρδιολογικές, παιδιατρικές και νεογνολογικές, αντιμετώπισης εγκαυμάτων, μεταμοσχευμένων ασθενών και τραυματιών (Pronovost et al., 2001) και οργανώνονται με γνώμονα τον τύπο των ασθενών που νοσηλεύουν. Οι ΜΕΘ χωρίζονται σε γενικές και ειδικές ανάλογα των ασθενειών που πάσχουν οι νοσηλευόμενοι ασθενείς. Για να είναι λειτουργικές θα πρέπει είναι πλήρως στελεχωμένες ώστε να παρακολουθούνται οι ασθενείς καθόλη τη διάρκεια της ημέρας και να λαμβάνουν πλήρη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Στις ΜΕΘ αντιμετωπίζονται θεραπευτικά κρίσιμα περιστατικά παρέχοντας πολυδύναμη και πολύπλευρη νοσηλεία, παρέχοντας άμεσης και διαρκή περίθαλψης. Οι αρμοδιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού περιλαμβάνουν την ολιστική φροντίδα των βαρέως πασχόντων ασθενών, τη μέτρηση των ζωτικών σημείων, την ατομική υγιεινή, τη φροντίδα των κατακλίσεων, τη φαρμακευτική φροντίδα, τη σίτιση των ασθενών. Παράλληλα, παρέχουν σημαντική εκπαίδευση σε ειδικευόμενο υγειονομικό προσωπικό, προωθείται η ελεγχόμενη και εφαρμοσμένη έρευνα, μετατρέπουν τα εργαστηριακά και ερευνητικά ευρήματα σε πράξη και επιπλέον αρμοδιότητα του υγειονομικού προσωπικού στις μονάδες είναι η παροχή συναισθηματικής υποστήριξης των ατόμων που νοσηλεύονται σε κλειστό περιβάλλον (Ρούσσο, 2009). Από την άλλη μεριά οι συνθήκες εργασίας για το προσωπικό είναι δύσκολες, ελλοχεύει ο κίνδυνος της διασποράς λοιμώξεων και χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερα υψηλό κόστος λειτουργίας. (Pronovost et al., 2001; Αδάμου και συν., 2011).

Η αποτελεσματικότητα των ΜΕΘ απαιτεί κατάλληλο χώρο, ο οποίος παρουσιάζει ιδιαιτερότητες είναι απομονωμένος, με συγκεκριμένη χωροταξική διάταξη και δομή ώστε να διευκολύνεται η ομαλή διεξαγωγή των ενεργειών που απαιτούνται για τη νοσηλεία και την παρακολούθηση των ασθενών (Αδάμου και συν., 2011) και διαθέτει σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό και υποστήριξη. Οι επαγγελματίες υγείας που στελεχώνουν τις ΜΕΘ είναι ιατροί, με ειδικότητες εντατικολόγοι, αναισθησιολόγοι, πνευμονολόγοι, καρδιολόγοι, χειρουργοί και ακτινολόγοι, που παρεμβαίνουν σε διαγνωστικό και θεραπευτικό επίπεδο, ο διευθυντής και οι επιμελητές που συνεπικουρούν στη διαχείριση και οργάνωση, εξειδικευμένοι ιατροί που απασχολούνται τακτικά καθώς και σε εφημερίες, νοσηλευτικό προσωπικό εξειδικευμένο στην επείγουσα ιατρική και στην εντατική θεραπεία, όπου εκτελούν τη νοσηλεία, φυσιοθεραπευτές και τεχνικό προσωπικό, βοηθητικό προσωπικό για την φροντίδα, τραυματιοφορείς, παρασκευαστές, γραμματεία και λοιπό προσωπικό (τεχνικούς ακτινολογικού, ηλεκτρολόγους) (Wollersheim, et al., 2016). Αβίαστα συνεπάγεται το συμπέρασμα ότι θεωρείται προαπαιτούμενο οι εργαζόμενοι στις ΜΕΘ να κατέχουν εξειδικευμένες και ακριβείς γνώσεις και επάρκεια σε προσωπικό (McGrath et al., 2003). Επιπλέον, είναι ουσιαστικής σημασίας να εφαρμόζονται συγκεκριμένες κατευθυντήριες στις ΜΕΘ, όπως φάνηκε σε αντίστοιχη μελέτη παρατηρήθηκε μείωση της επικινδυνότητας του θανάτου των ασθενών με την αύξηση του υγειονομικού προσωπικού (Lang et al., 2004).

Η Εταιρία Εντατικής Θεραπείας ορίζει πως για την εύρυθμη λειτουργία στις ΜΕΘ πρέπει να ισχύει σαφής πολιτική στη λειτουργία τους, να υπάρχει εικοσιτετράωρη κάλυψη από ιατρικό προσωπικό, να διασφαλίζεται η ελάχιστη αναλογία ασθενών σε αντιστοιχία στο προσωπικό ανάλογα με τις θεραπευτικές ανάγκες και τον αριθμό των κλινών, να υπάρχει υποστήριξη σε περίπτωση ανεπάρκειας του τεχνολογικού εξοπλισμού και των συστημάτων, να δίνεται βαρύτητα στη συνεχή κατάρτιση και εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, η επαρκής υποστήριξη σε διοικητικό, τεχνικό και γραμματειακό επίπεδο και έλεγχος στις δραστηριότητες της (Γρηγοράκος, 2014). Συμπερασματικά μπορεί να αναφερθεί ότι για τη βέλτιστη λειτουργία των ΜΕΘ είναι σημαντική η σωστή και ενδεδειγμένη χρήση της παρεχόμενης τεχνολογίας, των υγειονομικών και των πόρων που διατίθενται και η αρμονική αλληλεπίδραση και η συνεργασία των εργαζομένων.

Επιπλέον, για την εξισορρόπηση κόστους αποτελεσματικότητας στις ΜΕΘ, τη βελτίωση της παρεχόμενης περίθαλψης και της διασφάλισης της ασφάλειας των ασθενών χρησιμοποιούνται δείκτες μέτρησης που αφορούν την εξειδικευμένη γνώση, την εμπειρία στις ΜΕΘ, την υποστήριξη από τη διοίκηση του νοσοκομείου ώστε να εκτελούν οι εργαζόμενοι τα καθήκοντα τους απερίσπαστοι και βάση των δεικτών προσδιορίζονται οι επιδιωκόμενοι στόχοι που πρέπει να καλυφθούν, η επάρκεια του προσωπικού και η αποδοτικότητα του ώστε να προγραμματιστεί η παρεχόμενη φροντίδα και η προσαρμογή της στους διαθέσιμους πόρους και στις απαιτήσεις (Ducci & Padilka, 2004).

Το περιβάλλον στις ΜΕΘ χαρακτηρίζεται αναμφίβολα δύσκολο και απαιτητικό, οι εργαζόμενοι διαχειρίζονται καθημερινά με βαρέως νοσούντες και ετοιμοθάνατους ασθενείς, με την αντιμετώπιση του θανάτου των ασθενών και τη συνοδεία ματαιότητας που ενδέχεται να συνυπάρχει αλλά και τη μεταθανάτια φροντίδα αυτών. Τη φροντίδα διεγερτικών ασθενών, τα ανοιχτά χειρουργικά τραύματα, τη γενικευμένη αιμορραγία, τις ανεπιτυχείς προσπάθειες αναζωογόνησης που προκύπτουν και άλλα. Αντιμετωπίζοντας πέρα από αυτό και ηθικά διλήματα που αφορούν τη κατάλληλη στιγμή λήξης της θεραπείας, τη χρονική στιγμή διακοπής της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής, ο προσδιορισμός του σημείου που θα θεωρηθεί «μη ανατρέψιμη» η κατάσταση του ασθενούς, ο καθορισμός της προτεραιότητας της εισαγωγή στη μονάδα με βάση την εκτίμηση της αναγκαιότητας νοσηλείας ή όχι του εκάστοτε ασθενούς στη ΜΕΘ. Επιπλέον, δεοντολογικά ζητήματα και ηθικά ζητήματα προκύπτουν από τις

σχέσεις ανάμεσα στο προσωπικό καθώς και από τις σχέσεις που αναπτύσσουν με τους ασθενείς (πατερναλιστική συμπεριφορά ή παραβίαση της εμπιστευτικότητας) (Marino, 2009; Trapani et al., 2016). Παρατηρείται σαφής συσχέτιση των εργαζομένων στις ΜΕΘ ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση και στα ηθικά διλλήματα που αντιμετωπίζουν (Sundin-Huard & Fahy, 1999). Παράγοντες που δυσχεραίνουν τις εργασιακές συνθήκες και αποτελούν στρεσογόνους παράγοντες.

Το άγχος στον εργασιακό χώρο είναι επιβαρυντικός παράγοντας σε όλα τα επαγγέλματα ωστόσο οι επαγγελματίες υγείας φαίνονται πιο επιρρεπείς, επηρεάζοντας αμφοτέρωθεν τη σωματική και ψυχική υγεία και εν τέλη την απόδοσή τους. Σαφώς δεν αναπτύσσουν όλοι οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας ίδιο βαθμό στρες ή εξουθένωσης, ωστόσο οι εργαζόμενοι στις ΜΕΘ παρουσιάζουν ευαλωτότητα, με κύριο αναφερόμενο παράγοντα στρες την αντιμετώπιση του θανάτου (Leka & Griffiths, 2003). Αξίζει να σημειωθεί ότι όπως ανέφερε ο McDonagh (2014) ότι είναι συχνή η καθημερινή επαφή των νοσηλευτών με συναισθηματικά επιφορτισμένες στιγμές μέσα από την παρακολούθηση της ταλαιπωρίας ακόμη και του θανάτου των ασθενών και ως επακόλουθο δημιουργούν θλίψη, άγχος, απογοήτευση αλλά και ενοχή. Ένας ακόμη επιβαρυντικός παράγοντας για την εμφάνιση άγχους και στρες φαίνεται να είναι η ανάγκη διαθεσιμότητας των εργαζομένων σε ΜΕΘ επιπλέον των προκαθορισμένων εργασιακών ωρών και των προκαθορισμένων εφημεριών τους (Mynny et al., 2012).

2.8. Επιπτώσεις του COVID-19 στην ψυχική υγεία.

Ο ΠΟΥ εκφράζει ανησυχία για τις συνέπειες σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο από την πανδημία η οποία έχει επιφέρει σημαντικές πολύ-επίπεδες αλλαγές και επιπτώσεις (WHO, 2020) σύμφωνα με μελέτες όπως των O'Connor et al., (2020) από τη στιγμή που ξεκίνησε η πανδημία παρατηρήθηκε αύξηση που αυτοκτονικού ιδεασμού, με πιο ευάλωτο το γυναικείο φύλο, τη νεαρή ηλικία, τα άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και όσους είχαν ήδη διαγνωστεί με ψυχικά νοσήματα (O'Connor et al., 2020).

Καθώς εν μέσω μια πανδημίας αυξάνονται τα επίπεδα άγχους στον υγιή πληθυσμό και εντείνονται τα συμπτώματα ατόμων προ υπάρχοντα ψυχικά νοσήματα (Ornell et al., 2020) με φαινόμενα μετάδοσης ανακριβών και ψευδών πληροφοριών που προκαλούν και συχνά πανικό και αυξάνουν την κοινωνική αντίδραση και πυροδοτούν

αυθόρμητες συχνά παράλογες αντιδράσεις μέσω του φόβου, φόβο θανάτου ή φόβος μη κάλυψης αναγκών με την άλογη υπερβολική συσσώρευση αγαθών για παράδειγμα ή πέρα από αυτό την οικονομική ύφεσης λόγω της εφαρμογής καραντίνας, την αβεβαιότητα και την εκδήλωση φαινομένων κατάθλιψης, αυτοτραυματιστικών ή αυτοκτονικών συμπεριφορών (Kumar & Nayar, 2020). Επιπλέον αυξήθηκαν επιβεβαιωμένα λόγω του εγκλεισμού περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας (Usher et al., 2020).

Ο COVID-19 επηρέασε την ψυχική καθώς και τη σωματική υγεία. Σε μελέτη στην Τουρκία αξιολογήθηκαν τα επίπεδα άγχους απελπισίας ανάμεσα σε υγειονομικούς και οι παράγοντες που τους επηρεάζουν με τις κλίμακες Beck Hopelessness Scale and State-Trait Anxiety Inventory (STAI) διαδικτυακά. Συμπερασματικά, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας επηρεάστηκαν περισσότερο ψυχολογικά στον COVID-19 πανδημίας σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό με επιβαρυντικούς παράγοντες το γυναικείο φύλο, τη συμβίωση με άτομο υψηλού κινδύνου, τη μείωση του εισοδήματος, την αύξηση των ωρών εργασίας (Hacimusalar, 2020).

Εν κατακλείδι, η πανδημία αποτελεί μια δύσκολη κατάσταση εκτάκτου ανάγκης για τη δημόσια υγεία παγκόσμια. Τα εθνικά υγειονομικά συστήματα δοκιμάζονται καθώς κανένα σύστημα δεν ήταν προετοιμασμένο να βρεθεί αντιμέτωπο με την πανδημία, επιφέροντας επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία και ευημερία του προσωπικού (Hoseinabadi et al., 2020).

2.8.1. Ο ψυχοκοινωνικός αντίκτυπος της πανδημίας COVID-19 στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης.

Οι εργασιακές και κοινωνικές συνθήκες στις οποίες καλείται το προσωπικό υγείας να εργαστεί φαίνεται πως επηρεάζουν την ψυχική υγεία και το επίπεδο του άγχους. Κατά τη διάρκεια πανδημιών, είναι σύνηθες για τους επαγγελματίες της υγείας, να επικεντρώνονται κυρίως στην αντιμετώπιση των περιστατικών, την πρόληψη, τον περιορισμό και τη θεραπεία της νόσου. Σε τέτοιες πιεστικές καταστάσεις, οι ψυχολογικές επιπτώσεις του φαινομένου, τείνουν να υποτιμούνται και να παραμελούνται, δημιουργώντας κενά στις στρατηγικές αντιμετώπισης και αυξάνοντας το φορτίο σχετικών ασθενειών τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε συλλογικό επίπεδο (Tucci et al., 2017) όπως οι υγειονομικοί που εργάζονταν στην πρώτη γραμμή καταπολέμησης του SARS το έτος 2003 σε περιοχές του Καναδά, στην Taiwan, το

Hong Kong και υπέστησαν μεγάλη ψυχολογική επιβάρυνση (Sim & Chua., 2004) και φάνηκε να υποφέρουν από συμπτώματα κατάθλιψης και απνίας ενώ παρουσίαζαν και ψυχιατρικά συμπτώματα (Su et al., 2007)

Η πανδημία COVID-19 αντιπροσωπεύει μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης σε παγκόσμιο επίπεδο. Κατά τη διάρκεια πανδημιών οι υγειονομικοί έρχονται αντιμέτωποι με επιπλέον προκλήσεις που περιλαμβάνουν ανησυχία και άγχος, φόβο και αβεβαιότητα για την υγεία τους καθώς και κοντινών τους προσώπων (Smith, 2017). Επιπλέον, η δημόσια υγειονομική περίθαλψη κατά την εξάπλωση μολυσματικών ασθενειών επιφορτίζεται με τη φροντίδα του πλήθους των προσβεβλημένων ατόμων (Bults et al., 2011). Οι συμπεριφορικές αντιδράσεις συχνά περιλαμβάνουν διαταραχές στον ύπνο, αίσθημα ανασφάλειας, αυξημένη χρήση και κατάχρηση αλκοόλ και καπνικών προϊόντων, σωματικά συμπτώματα και αυξημένη αίσθηση πόνου (Ursano et al., 2017).

Στις χώρες που επλήγησαν έντονα από τον COVID-19 παρατηρήθηκε πως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ήρθε αντιμέτωπο εκτός από την απομόνωση από τις οικογένειες και τους οικείους τους για την αποφυγή μετάδοσης της νόσου (Ehrlich et al., 2020) με αύξηση της εργασίας. Ο αυξημένος φόρτος εργασίας την περίοδο της πανδημίας φάνηκε πως επηρεάζει σημαντικά τη σωματική υγεία και την ψυχική υγεία των εργαζόμενων συμβάλλοντας σε φαινόμενα εξουθένωσης (Ross, 2020). Σε μελέτη με συνολικό δείγμα 1257 υγειονομικούς σε 34 νοσοκομεία περίθαλψης ασθενών που νοσούν με COVID-19 σε πολλές περιοχές της Κίνας, το 50.4% ανέφερε συμπτώματα κατάθλιψης, το 44.6% άγχους, το 34.0% απνίας και το 71.5% δυσφορίας. Με το μεγαλύτερο ποσοστό εκδήλωσης των δυσφορικών συμπτωμάτων να αφορά γυναίκες και νοσηλευτές. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν πως οι εργαζόμενοι πρώτης γραμμής στην υγειονομική περίθαλψη έχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών ψυχικής υγείας και χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης (Lai et al., 2020).

Οι συνθήκες εργασίας και τα μέσα που διατέθηκαν για την αντιμετώπιση του COVID-19, η δυσκολία πλήρωσης των νοσοκομείων σε πολύ μικρό διάστημα, η ανάγκη γρήγορης διάθεσης ιατρικού εξοπλισμού, καθώς και η ανησυχία για την επαρκή προστασία από τον κίνδυνο μόλυνσης και της αποφυγής μετάδοσης του ιού φάνηκε να επηρεάζουν σημαντικά τα επίπεδα άγχους των εργαζόμενων στον τομέα της υγείας. Ανησυχητικό ήταν και είναι το ενδεχόμενο μετάδοσης του ιού μεταξύ του

νοσηλευτικού προσωπικού στον εργασιακό χώρο αλλά και τη μετάδοση του στο οικογενειακό περιβάλλον τους με πολλές περιπτώσεις υγειονομικών να επιλέγουν εκούσια απομόνωση προκειμένου να προστατεύσουν τους οικείους τους (Ivanková & Beloničová, 2020). Αξιολογήθηκε ο κίνδυνος μόλυνσης από τον κορονοϊό σε υγειονομικούς, περισσότερες πιθανότητες μόλυνσης είχαν οι εργαζόμενοι που παρείχαν τη φροντίδα τους σε περισσότερους από 5 ασθενείς νοσούντες από COVID-19 καθώς και αυτοί που αφιέρωναν περισσότερο χρόνο παραμονής κοντά σε ασθενείς (Barrett et al., 2020). Χαμηλότερα ποσοστά μόλυνσης παρατηρήθηκαν σε εργαζόμενους στις ΜΕΘ COVID-19 κάτι που πιθανά συνδέεται με τη χρήση του προστατευτικού εξοπλισμού (Alajmi et al., 2020). Σίγουρα η έκθεση στον ιό και ο κίνδυνος μόλυνσης φαίνεται αυξάνει τη συναισθηματική δυσφορία και το άγχος, επιπλέον η έλλειψη και ανεπάρκεια προστατευτικού εξοπλισμού και εκπαίδευσης αύξησε την πιθανότητα μόλυνσης και συνεπώς το άγχος (Firew et al., 2020). Οι νοσηλευτές ανέφεραν υψηλότερο κίνδυνος μόλυνσης από COVID-19 σε σύγκριση με άλλους υγειονομικούς λόγω της συχνότητας και της διάρκειας της άμεσης επαφής με τον ασθενή. Ο κίνδυνος μόλυνσης ποικίλλει ανάλογα τις ειδικότητες; Οι κλινικοί γιατροί που εργάζονταν στα επείγοντα διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με άλλους τομείς συμπεριλαμβανομένων και των ΜΕΘ να κολλήσουν. Αυτό συνέβαινε λόγω του συνωστισμού, του προστατευτικού εξοπλισμού αλλά και της φυσικής απόστασης μεταξύ των ασθενών (Firew et al., 2020). Άλλος παράγοντας που αναφέρεται είναι τα δημογραφικά στοιχεία, ο ισπανόφωνος πληθυσμός φαίνεται πως διέτρεχε αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης με πιθανή εξήγηση ότι οι προστατευτικές στολές είναι κατασκευασμένες για άτομα που αντιστοιχούν στο μέσο καυκάσιο άντρα (Pugh, 2020).

Αστοχίες στο σύστημα εφοδιασμού για το βασικό εξοπλισμό έχει οδηγήσει στο να κινδυνεύσει ή ακόμα και να χαθεί η ζωή νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της πανδημίας σύμφωνα με το ICN. Ως εκ τούτου προσπαθεί να βγάλει από το περιθώριο τους νοσηλευτές θέτοντας 12 προτεραιότητες για το σκοπό αυτό: προτεραιότητα και άμεση πρόσβαση στον κατάλληλο προστατευτικό εξοπλισμό, υγειονομικό προσωπικό κατάλληλα προετοιμασμένο και εκπαιδευμένο για την αντιμετώπιση λοιμώξεων αλλά και ειδικά του COVID-19, να προστατεύεται η ευημερία και η υγεία των εργαζομένων στην υγεία, να εφαρμόζονται συστήματα παρακολούθησης εντοπισμού και διερεύνησης των κρουσμάτων ανάμεσα στο υγειονομικό προσωπικό, να διασφαλίζεται η οικονομική προστασία και αποζημίωση των εργαζομένων, να εκπαιδεύεται άμεσα το

προσωπικό που προσλαμβάνεται, να ενθαρρύνονται, να αναπτύσσονται και να υποστηρίζονται νέα μοντέλα καινοτομίας και παροχής υπηρεσιών, υποστηρίζεται και να αναγνωρίζεται δημόσια η αξία των νοσηλευτών στο κοινωνικό σύνολο, να αξιοποιείται η νοσηλευτική ηγεσία, να αναπτυχθεί και να εφαρμοστεί ένα ολοκληρωμένο και συντονισμένο στρατηγικό σχέδιο αντιμετώπισης του COVID-19 δημόσιας υγείας όπου οι νοσηλευτές θα συμμετέχουν ενεργά, να προετοιμαστούν κατάλληλα για το μέλλον μέσα από τα μαθήματα της τωρινής πανδημίας (ICN, 2020). Η πίεση για μεγαλύτερη απόδοση και η απογοήτευση από την ελλιπή φροντίδα προς τους ασθενείς εκδήλωσε υψηλά ποσοστά απογοήτευσης, θλίψης, άγχους και ψυχιατρικής νοσηρότητας (Kang et al., 2020; Lai et al., 2020). Σε μελέτη νοσηλευτών εργαζομένων στην Wuhan αναφέρθηκε σε ποσοστό 40% διαταραχές στον ύπνο, σε ποσοστό 46% καταθλιπτικά συμπτώματα και σε ποσοστό 60% διαταραχές στον ύπνο, με σημαντική συσχέτιση να εμφανίζεται ανάμεσα στην κακή ποιότητα ύπνου και στα καταθλιπτικά συμπτώματα (Tu et al., 2020). Άλλος ένας παράγοντας πρόκλησης άγχους που αφορά την προσωπική εκτίμηση της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας του προσωπικού φαίνεται να είναι η παροχή φροντίδας σε συναδέλφους που νοσούν (Mauder et al., 2003). Συγκεκριμένα στην πόλη της Wuhan διαπιστώθηκαν ως κύριες εκδηλώσεις του άγχους διαταραχές στην όρεξη, εύκολη κόπωση, διαταραχές στον ύπνο, αύξηση της νευρικότητας και αυτοκτονικοί ιδεασμοί σε νοσηλευτές που αντιμετώπισαν το πρώτο κύμα της πανδημίας (Παπαμήτσου και συν., 2021).

Σε χώρες όπως η Ινδία που χαρακτηρίζονται αναπτυσσόμενες και το εθνικό σύστημα υγείας υστερεί και είναι ήδη επιβαρυνόμενο, με τις παροχές ακόμα και σε απαραίτητο αναλώσιμο εξοπλισμό ατομικής προστασίας και υγιεινής να μην επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών θέτοντας έτσι σε μεγαλύτερο κίνδυνο μετάδοσης του ιού στους εργαζομένους, επιβαρύνεται κατά πολύ με τη αύξηση των κρουσμάτων και των ασθενών που χρήζουν νοσηλείας, οδηγώντας σε έξαρση των συμπτωμάτων άγχους αλλά και εντείνοντας τις διαπροσωπικές σχέσεις στον εργασιακό χώρο (Biswas & Chatterjee, 2014; Chen et al., 2020).

Η πρακτική στελέχωσης των νοσοκομείων αντιμετώπισης της πανδημίας με προσωπικό που δεν διαθέτει σημαντική εμπειρία και συχνά τελειόφοιτους υγειονομικών σχολών λόγω της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού οδήγησε εντέλει σε πολλά προβλήματα καθώς δεν είχαν την ικανότητα σωστής ανταπόκρισης στις

απαιτητικές συνθήκες της πανδημίας με αποτέλεσμα την πίεση των εργαζομένων αλλά και αναποτελεσματική παροχή υπηρεσιών (García-Martín et al., 2020). Φαίνεται επιπλέον, πως οι νεότεροι νοσηλευτές καταλαμβάνονται από μεγαλύτερο άγχος κατά την έκθεση σε κρίσιμα γεγονότα συγκριτικά με νοσηλευτές που διαθέτουν περισσότερη εμπειρία, συμβάλλοντας αρνητικά στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας αλλά και αυξάνοντας τις πιθανότητες μόλυνσης από τον ιό (Brooks et al., 2020). Η συμβίωση με ένα παιδί ή βρέφος αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης άγχους και ο κίνδυνος εκδήλωσης κατάθλιψης εμφανίζεται υψηλότερος στην ηλικιακή ομάδα 30-50 συγκριτικά με την ηλικιακή ομάδα των 20 (Yang et al., 2020).

Η ελλιπής πιστοποιημένη εκπαίδευση και η μη επαρκής στήριξη και φροντίδα κατά την κρίση του προσωπικού των νοσοκομείων στην αντιμετώπιση λοιμώξεων και πανδημιών, παρόλο που υπάρχουν πρωτόκολλα που απευθύνονται σε υγειονομικό προσωπικό (Greenberg et al., 2020; Ornell et al., 2020) αλλά και η διαχείριση και εφαρμογή κατάλληλων παρεμβάσεων που αφορούν την διαχείριση ψυχολογικών πτυχών, της απογοήτευσης, του πανικού, του φόβου και του άγχους των ασθενών που τους καθιστούν συχνά μη συνεργάσιμους φαίνεται πως επιβαρύνουν σημαντικά, αγχώνουν, αποδυναμώνουν και εξουθενώνουν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (Kang et al., 2020; Xiang et al., 2020) προκαλούν αυξημένες εξαρτητικές συμπεριφορές (Mauder et al., 2003) και οδηγούν σε απόσυρση, πτώση της εργασιακής απόδοσης ή ακόμα και εγκατάλειψη του επαγγέλματος (Carmassi et al., 2020).

Σημαντικό επιπλέον εύρημα που παρατηρήθηκε ήταν πως ενώ ο επιπολασμός του άγχους και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν υψηλός, ήταν σημαντικά χαμηλότερος συγκριτικά με τα αντίστοιχα ποσοστά που είχαν μετρηθεί σε προηγούμενη επιδημία SARS. Καθώς πολλοί νοσηλευτές του δείγματος είχαν αντιμετωπίσει και την προηγούμενη πανδημία. Συμπερασματικά το προσωπικό που είχε αντιμετωπίσει ξανά δύσκολες παρόμοιες συνθήκες είχε αναπτύξει καλύτερες στρατηγικές διαχείρισης, ήταν προετοιμασμένο σωματικά αλλά και ψυχικά (Tu et al., 2020) με ανάλογη μελέτη στην πόλη Wuhan να το επιβεβαιώνει όπου αναφέρθηκαν πιο περιορισμένα συμπτώματα ψυχικής κόπωσης και άγχους, συγκριτικά με προηγούμενες κρίσεις όπως τους ιούς έμπολα και MERS (Luceño-Moreno et al., 2020).

Πλήθος άρθρων και μελετών καταδεικνύουν τις δυσκολίες που παρουσιάστηκαν και στάθηκαν τροχοπέδη την αντιμετώπιση του φαινομένου της πανδημίας. Για

παράδειγμα σε πολιτείες του Ιλινόις και της Νέας Υόρκης, περιοχές όπου επλήγησαν σημαντικά κατά το πρώτο κύμα τα ελλείματα στο υγειονομικό προσωπικό που ωστόσο προϋπήρχαν της έναρξης της πανδημίας επιδεινώθηκαν από αυτή. Απορρέει από αυτό πως το νοσηλευτικό προσωπικό δεν ήταν σίγουρα ξεκούραστο και μάλιστα σε ποσοστό 25% να εκδηλώνουν πρόθεση παραίτησης (Lasater et al., 2020). Η αυταπάρνηση των υγειονομικών και τα ελλείματα στη στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων αναφέρονται και σε μελέτη για την επίδραση της πανδημίας στον Ελληνικό χώρο (Καυκιά, 2021).

Εν μέσω της πανδημίας, παρατηρήθηκαν διαφοροποιημένες επιδράσεις της στους υγειονομικούς με κάποιους να αναλαμβάνουν ηγετικούς και εκπαιδευτικούς ρόλους επιδεικνύοντας δύναμη ενώ κάποιους άλλους να αποδυναμώνονται ψυχικά μέσω των αλλαγών που επέφερε στην καθημερινότητα τους και του στρες επηρεάζοντας τόσο την επαγγελματική τους ζωή όσο και την προσωπική τους ζωή. Τελικά φαίνεται πως αυτό που αφήνει σαν διδαχή η πανδημία είναι πως δεν είναι δυνατή η πλήρης προετοιμασία των υγειονομικών για τη διαχείριση του σωματικού και του συναισθηματικού φορτίου ωστόσο φάνηκε το αντίκτυπο μειώνεται αδιαμφισβήτητα μέσω της σωστής εκπαίδευσης και της αυτό-φροντίδας (Spear et al., 2020).

2.8.2. ΜΕΘ κατά την πανδημία.

Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά την πανδημία COVID-19 το υγειονομικό προσωπικό των ΜΕΘ κλήθηκε να αντιμετωπίσει και καινούριους παράγοντες που επηρεάζουν το φόρτο εργασίας. Η παροχή φροντίδας των ασθενών με COVID-19 απαιτεί ειδικά μέτρα προφύλαξης ώστε να προληφθεί η μετάδοση και εξάπλωση του ιού τόσο σε άλλους ασθενείς όσο και στο ίδιο το προσωπικό. Το προσωπικό στις ΜΕΘ κλήθηκε να παρέχει τη συνηθισμένη υψηλού επιπέδου φροντίδα κάνοντας χρήση ειδικών ενδυμάτων προστασίας και ακολουθώντας ειδική διαδικασία απολύμανσης (Tabah, et al., 2020). Ο προσωπικός προστατευτικός εξοπλισμός απαιτεί χρόνο στην τοποθέτηση και την αφαίρεση του και επιπρόσθετα δυσχεραίνει τη διεξαγωγή κινήσεων οι οποίες απαιτούνται κατά τη διαδικασία παροχής φροντίδας των εν λόγω ασθενών. Συνυπολογίζοντας και την ανάγκη αντιμετώπισης των συναισθηματικών ξεσπασμάτων των ασθενών, τη συχνή διέγερση ή το παραλήρημα λόγω της απομόνωσης (Kofidis et al., 2020)

Κατά την εξέλιξη της πανδημίας στις ΜΕΘ νοσηλευτικών ιδρυμάτων παρατηρείται κατακλυσμός από ασθενείς κάτι που φαίνεται να οδηγεί σε αυξημένη πίεση στο προσωπικό (Dalglish, 2020) φέρνοντας στο φως ακόμα και ακραίες συμπεριφορές όπως αυτοκτονίες νοσηλευτικού προσωπικού και σημαντική συσχέτιση ανάλογων συμπεριφορών με τη φροντίδα ασθενών από COVID-19 (Rahman & Plumer, 2020). Από την άλλη, εφαρμόστηκε για την αντιμετώπιση της πανδημικής κρίσης ταχύρρυθμη εκπαίδευση που απέφερε σημαντική πίεση στο προσωπικό λόγω της υπερβολικής γνώσεις, εξειδικευμένων τεχνικών και δεξιοτήτων που κλήθηκαν να αφομοιώσουν σε σύντομο διάστημα, όπως για παράδειγμα εκμάθησή διασωλήνωσης ώστε να είναι αποτελεσματικοί, χωρίς ωστόσο αυτό να συμβαίνει πάντα υπό τις κατάλληλες συνθήκες και εξάσκηση όπως τη χρήση τεχνικών προσομοίωσης, η οποία μάλιστα μειώνει κατά πολύ το άγχος των εκπαιδευόμενων (Marks et al., 2020).

Στην Ελλάδα αντιμετωπίστηκαν και αντιμετωπίζονται οι κρίσεις από τα «κύματα» κορονοϊού όπως στα υπόλοιπα έθνη και αναδύθηκε η μείζονος σημασίας ανάγκη για τη αυξημένη ετοιμότητα του τομέα της υγείας, ιδίως στις μονάδες εντατικής θεραπείας, οι οποίες με τους επαγγελματίες υγείας που τις στελεχώνουν δημιουργούν το πιο σημαντικό μέτωπο και αποτελούν το «κλειδί» στην «πάλη» με τη συγκεκριμένη πανδημία (Παπαμήτσου και συν., 2021).

Η έκτακτη κατάσταση της πανδημίας έφερε νέες συνθήκες εργασίας για τους εργαζόμενους με διάφορους τρόπους, αυξάνοντας το φόρτο εργασίας, την ξαφνική επανατοποθέτησή τους σε άλλες νοσοκομειακές μονάδες ή την ανάληψη νέων άγνωστων εργασιών. Εντείνοντας επιπλέον τις συναδελφικές εντάσεις. Επιπρόσθετα, οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται να είναι επιρρεπής και ευάλωτοι στη συναισθηματική εξάντληση (Joshi & Sharma, 2020). Σχετική μελέτη, που επικεντρώθηκε σε τρεις συνιστώσες: α) συναισθηματική εξάντληση, β) αποπροσωποποίηση και γ) απουσία προσωπικών επιτευγμάτων, σύμφωνα με το Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach), ανέδειξε υψηλό ποσοστό συναισθηματικής εξάντλησης στους επαγγελματίες υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο (Galanis et al., 2020) ποσοστό τα οποία είναι σημαντικά υψηλότερο συγκριτικά με τους επαγγελματίες που εργάζονται σε στρεσογόνα τμήματα όπως οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.

Υπάρχει έντονο ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας γύρω από τις επιπτώσεις της πανδημίας τόσο στον ευρύ πληθυσμό όσο και συγκεκριμένα στους υγειονομικούς που στηρίζουν από την πρώτη γραμμή το υγειονομικό σύστημα. Λιγότερες ωστόσο,

μελέτες επικεντρώνονται συγκεκριμένα στο υγειονομικό προσωπικό των ΜΕΘ COVID-19. Οι μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελούν αυτόνομο τμήμα του εκάστοτε νοσοκομείου, που αντιμετωπίζει ασθενείς με απειλητικά και οξεία νοσήματα διαθέτοντας εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τεχνολογικό εξοπλισμό ώστε να καλύπτει τις ιδιαίτερες και αυξημένες ανάγκες που προκύπτουν. Ιδιαίτερα για την αντιμετώπιση της πανδημίας ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός ασθενών με λοίμωξη από SARS-CoV-2 και επιπλοκές που χρήζουν εξειδικευμένης υποστήριξης οδηγούν σε υψηλά ποσοστά εισαγωγών στις μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Με τους εργαζομένους στις ΜΕΘ COVID-19 να εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης έντονου άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων συγκριτικά με τους εργαζομένους που δεν ασχολούνται άμεσα με τη διάγνωση και τη θεραπεία ασθενών (Lasalvia et al., 2020).

Βάσει αυτών που αναφέρθηκαν παραπάνω προκύπτει έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον για το κατά πόσο επηρεάζει η επαγγελματική έκθεση ή μη στα επίπεδα άγχους που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας εργαζόμενοι στις ΜΕΘ Ελληνικών νοσοκομείων υπό τις νέες συνθήκες τις οποίες καλούνται να αντιμετωπίσουν λόγω της εμφάνισης της πανδημίας COVID-19. Τα αποτελέσματα της εν λόγω μελέτης πιθανά να είναι ιδιαίτερα χρήσιμα προκειμένου να σχεδιαστούν και να υλοποιηθούν προγράμματα τόσο πρόληψης αλλά και αντιμετώπισης σε περιπτώσεις ύπαρξης αυξημένων επιπέδων άγχους στον εν λόγω πληθυσμό του δείγματος.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι να αξιολογηθεί η επίδραση της επαγγελματικής έκθεσης, στα επίπεδα του χαρακτηριολογικού και καταστασιακού άγχους των επαγγελματιών υγείας εργαζόμενων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) COVID-19 σε Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

2.9. Ορισμός και διατύπωση ερευνητικού προβλήματος.

2.9.1. Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων.

2.9.1.2. Ερευνητικά ερωτήματα.

- Η εργασιακή έκθεση αναμένεται να προκαλέσει αύξηση των επιπέδων άγχους των επαγγελματιών υγείας εργαζόμενων στις ΜΕΘ που νοσηλεύονται ασθενείς με

COVID-19, σε Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19;

- Τα επίπεδα άγχους (τόσο ημέρας εργασίας όσο και ημέρας μη εργασίας στις ΜΕΘ του Νοσοκομείου), αναμένεται να παρουσιάζουν διαφοροποίηση ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων, εργαζόμενων στις ΜΕΘ που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19, σε Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19;
- Θα υπάρχει υψηλή συσχέτιση τόσο μια ημέρα μη εργασίας, όσο και μια ημέρα εργασίας, ως προς τα επίπεδα χαρακτηριστικού και περιστασιακού άγχους των επαγγελματιών υγείας εργαζόμενων στις ΜΕΘ που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19, σε Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19;

2.9.2. Μεταβλητές.

2.9.2.1. Ανεξάρτητες μεταβλητές.

Κύρια ανεξάρτητη μεταβλητή αποτελεί η επαγγελματική έκθεση (πειραματική συνθήκη: ημέρα κατά την οποία εργάζονται στο Νοσοκομείο) ή η μη επαγγελματική έκθεση (συνθήκη ελέγχου: ημέρα κατά την οποία δεν εργάζονται στο Νοσοκομείο) των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι/ες απασχολούνται στις ΜΕΘ που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19, σε Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19.

2.9.2.2. Εξαρτημένες μεταβλητές.

Κύριες εξαρτημένες μεταβλητές στη συγκεκριμένη έρευνα θα αποτελούν τα δύο είδη άγχους, το χαρακτηριστικό και το περιστασιακό άγχος.

2.9.3. Ερευνητικές και στατιστικές υποθέσεις.

- Η επαγγελματική έκθεση αναμένεται να προκαλέσει αύξηση του άγχους των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι/ες απασχολούνται στις ΜΕΘ που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19, σε Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19.

- Τα επίπεδα άγχους (τόσο ημέρας εργασίας όσο και ημέρας μη εργασίας στις ΜΕΘ του Νοσοκομείου), πιθανά να παρουσιάζουν διαφοροποίηση ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων, εργαζόμενων στις ΜΕΘ που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19, σε Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19.
- Οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι/ες απασχολούνται στις ΜΕΘ που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19, σε Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 και οι οποίοι έχουν υψηλό χαρακτηρισολογικό άγχος αναμένετε να παρουσιάσουν περιστασιακό άγχος σε μεγαλύτερο βαθμό τόσο τις ημέρες μη επαγγελματικής έκθεσης (ημέρες μη εργασίας) όσο και τις ημέρες επαγγελματικής έκθεσης (ημέρες εργασίας).

2.9.4. Οριοθετήσεις και περιορισμοί έρευνας.

Βασική οριοθέτηση της παρούσας μελέτης αποτελεί η επιλογή του δείγματος, το οποίο απαρτίζεται από εργαζόμενους σε συγκεκριμένο Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο, με αποτέλεσμα να αποτελεί δείγμα ευκολίας. Για το λόγο αυτό δεν είναι δυνατή η γενίκευση των αποτελεσμάτων στο γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, άλλα ερεθίσματα και καταστάσεις άσχετα ως προς την επαγγελματική έκθεση των συμμετεχόντων στο δείγμα (επαγγελματιών υγείας οι οποίοι/ες εργάζονται στις ΜΕΘ που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19, σε Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19) που ενδέχεται να τους είχαν προκύψει κατά τη διάρκεια συμμετοχής τους στην μελέτη στην καθημερινότητα τους, μπορεί να επηρέασαν τα αποτελέσματα της αξιολόγησης. Αυτή η παράμετρος δεν μπορεί να ελεγχθεί.

3. Μέθοδος

3.1. Συμμετέχοντες.

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη ολοκλήρωσαν την εθελοντική τους συμμετοχή 41 (6 Άνδρες και 35 Γυναίκες) επαγγελματίες υγείας (10 ιατροί, 26 νοσηλευτές/τρίες και 5 φυσικοθεραπευτές), εργαζόμενοι στις ΜΕΘ που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19 στο Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Το ερευνητικό πρωτόκολλο της παρούσας εργασίας κατατέθηκε στο Επιστημονικό Συμβούλιο-Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» και η μελέτη έλαβε έγκριση για την διεξαγωγή της (Αριθμός Πρωτοκόλλου: 140/29-4-2021). Αρχικά και πριν την ένταξη τους της παρούσας έρευνας, πραγματοποιήθηκε ενημέρωση σε 70 επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εργάζονται στις ΜΕΘ που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19 στο Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» και οι οποίοι εκδήλωσαν ενδιαφέρον για να συμπεριληφθούν στο δείγμα της εν λόγω μελέτης. Έπειτα από την ενημέρωση, χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια σε όσους από τους παραπάνω επαγγελματίες υγείας, συναίνεσαν με τους όρους της συμμετοχής τους στην εν λόγω μελέτη και αφού υπέγραψαν το έντυπο συγκατάθεσης (είναι διαθέσιμο στο παράρτημα της εν λόγω εργασίας) και εντάχθηκαν στο δείγμα της μελέτης. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι 41 επαγγελματίες υγείας ολοκλήρωσαν τη συμμετοχή τους από το σύνολο των 70 επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι εκδήλωσαν αρχικά ενδιαφέρον για τη συμμετοχή τους στην εν λόγω μελέτη. Ως μέθοδος επιλογής του δείγματος της εν λόγω μελέτης αναφορικά με τα παραπάνω εφαρμόστηκε η σκόπιμη δειγματοληψία. Επιλέχθηκαν από την ερευνήτρια άτομα τα οποία πληρούσαν συγκεκριμένες προδιαγραφές όσον αφορά το επαγγελματικό τους προφίλ , υγειονομικοί που εργάζονταν στις ΜΕΘ Ελληνικού Δημόσιου Νοσοκομείου αντιμετώπισης ασθενών προσβεβλημένων από COVID-19 καθώς θα ήταν βοηθητικό να κατανοηθεί το προς μελέτη θέμα καλύτερα. Ωστόσο λόγω της επιλογής της συγκεκριμένης μεθόδου δεν είναι εφικτή η γενίκευση των συμπερασμάτων της εν λόγω μελέτης, καθώς το δείγμα δεν χαρακτηρίζεται αντιπροσωπευτικό όλου του πληθυσμού (Παπαναστασίου & Παπαναστασίου, 2005). Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί ότι κατά το χρονικό πραγματοποίησης της μελέτης ήταν δύσκολη η πρόσβαση στις ΜΕΘ COVID-19.

3.2. Ερευνητικά εργαλεία.

3.2.1. Ερωτηματολόγιο συλλογής περιγραφικών στατιστικών δεδομένων.

Στα πλαίσια της εν λόγω μελέτης δημιουργήθηκε από την κυρία ερευνήτρια ένα ερωτηματολόγιο (είναι διαθέσιμο στο παράρτημα της ερευνητικής πρότασης) συλλογής περιγραφικών στατιστικών δεδομένων το οποίο περιλαμβάνει μια σειρά ερωτήσεις (π.χ. την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα /την ειδικότητα, το επίπεδο σπουδών τους, το Νοσοκομείο που εργάζονται, την σχέση εργασίας τους, τα συνολικά έτη της επαγγελματικής τους απασχόλησης, το ωράριο εργασίας, αναφορικά με την πανδημία COVID-19), τις οποίες καλούνται να απαντήσουν οι συμμετέχοντες στην μελέτη. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις αυτές, χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των περιγραφικών αποτελεσμάτων.

3.2.2. Κλίμακα αξιολόγησης άγχους (STAI-Y).

Ο Raymond Cattell πρότεινε το 1961 τη διάκριση του άγχους σε καταστασιακό και χαρακτηρισολογικό. Η κλίμακα State-Trait Anxiety Inventory Form Y (STAI-Y) αξιολογεί το χαρακτηρισολογικό άγχος (trait anxiety) και το καταστασιακό άγχος (state anxiety). Αποτελεί μια κλίμακα αυτοαναφοράς καθώς συμπληρώνεται από τον αξιολογούμενο. Με βάση αυτή τη διάκριση οι Spielberger, Gorsuch και Lushene κατασκεύασαν την κλίμακα State-Trait Anxiety Inventory Form Y. Στο πλαίσιο της έρευνας και της κλινικής πρακτικής στόχος ήταν η σύντομη, έγκυρη και αξιόπιστη αξιολόγηση των περιστασιακών και χαρακτηρισολογικών και γνωρισμάτων του άγχους. Το 1983 πραγματοποιήθηκε αναθεώρηση της κλίμακας έκτοτε έχει προσαρμοστεί και μεταφραστεί σε πάρα πολλές γλώσσες. Η κλίμακα λόγω της εγκυρότητας και αξιοπιστίας επιλέγεται συχνά και χρησιμοποιείται ευρέως στην κλινική πράξη και την έρευνα ως ψυχομετρικό εργαλείο μέτρησης και αξιολόγησης του άγχους καθώς και για τη διάκριση ανάμεσα στο άγχος και την κατάθλιψη (Spielberger & Eric, 2009). Επιπλέον το εν λόγω εργαλείο έχει χρησιμοποιηθεί σε πλήθος μελετών που αφορούν δείγμα υγειονομικών για τη διερεύνηση του άγχους (Hacimusalar et al., 2020; Usul et al, 2020; Reilly et al. 2014; Wong et al., 2018; Milgrom et al., 2020; Afrasiabi et al., 2021; Carriero et al., 2021; Montaner et al., 2021; Sangrà et al., 2021).

Η κλίμακα State-Trait Anxiety Inventory Form Y (STAI-Y) περιέχει δύο υποκλίμακες και η κάθε υποκλίμακα έχει 20 δηλώσεις. Η υποκλίμακα που αξιολογεί το καταστασιακό άγχος (state) αναφέρεται στην υποκειμενική αίσθηση του ατόμου τη δεδομένη στιγμή της χορήγησης ενώ η υποκλίμακα που αξιολογεί το χαρακτηριστικό άγχος (trait) αναφέρετε στο πως αισθάνεται το άτομο γενικά. Οι βαθμολογίες της κλίμακας ακολουθούν κανονική κατανομή καθώς συνήθως χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση του άγχους στον κανονικό πληθυσμό. Η κλίμακα State-Trait Anxiety Inventory Form Y (STAI-Y) περιέχει δύο υποκλίμακες και η κάθε υποκλίμακα έχει 20 δηλώσεις. Η υποκλίμακα που αξιολογεί το καταστασιακό άγχος (state) αναφέρεται στην υποκειμενική αίσθηση του ατόμου δεδομένη στιγμή της χορήγησης ενώ η υποκλίμακα που αξιολογεί το χαρακτηριστικό άγχος (trait) αναφέρετε στο πως αισθάνεται το άτομο γενικά. Η βαθμολογία πραγματοποιείται με τετραβάθμια κλίμακα, η οποία αποτελείται για την κλίμακα State από τις απαντήσεις: 1. Καθόλου, 2. Σχετικά, 3. Αρκετά, 4. Πολύ και για την κλίμακα Trait από τις απαντήσεις: 1. Σχεδόν ποτέ, 2. Μερικές φορές, 3. Συχνά, 4. Σχεδόν πάντα.

Άγχος υψηλού βαθμού ορίζεται από τη βαθμολογία στο νούμερο 4 για την κλίμακα State οι ερωτήσεις: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 και την κλίμακα Trait οι ερωτήσεις: 22, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 35, 37, 38, 40. Στις υπόλοιπες ερωτήσεις η βαθμολογία στο νούμερο 4 δηλώνει την απουσία άγχους τόσο για την κλίμακα State όσο και για την κλίμακα Trait. Και για τις δύο κλίμακες συγκεντρώνονται βαθμολογίες που κυμαίνονται ανάμεσα στο 20 με 80. Η κλίμακα STAI-Y έχει σταθμιστεί και μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα (Marteau & Bekker, 1992; Hersen, 2004; Kvaal et al., 2005; Fountoulakis et al., 2006; Spielberg & Eric, 2009; Julian, 2011). Πιο συγκεκριμένα, η κλίμακα σύμφωνα με τους Fountoulakis et al. (2006), η εν λόγω κλίμακα παρουσιάζει αυξημένη τιμή του δείκτη εσωτερικής συνέπειας Cronbach alpha. Στη συγκεκριμένη μελέτη όσον αφορά την υποκλίμακα που αναφέρεται στο καταστασιακό άγχος (State) ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach alpha έλαβε την τιμή 0,93 και όσον αφορά την υποκλίμακα που αναφέρεται στο χαρακτηριστικό άγχος (Trait) ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach alpha έλαβε την τιμή 0,92. Επιπρόσθετα και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ίδιας εργασίας (Fountoulakis et al., 2006) η εν λόγω κλίμακα παρουσιάζει εξαιρετικού βαθμού αξιοπιστία δοκιμής-επανάληψης δοκιμής (test-retest reliability) καθώς ο συντελεστής Pearson να έλαβε τιμή με 0,96 για την υποκλίμακα του κατάστασιακού άγχους και 0,98 για την

υποκλίμακα χαρακτηριστικού άγχους. Βάσει των παραπάνω επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί στην εν λόγω μελέτη το συγκεκριμένο εργαλείο.

3.3. Ερευνητική διαδικασία.

Ο ερευνητικός σχεδιασμός απαιτούσε τη συμπλήρωση:

A) ενός ερωτηματολογίου συλλογής περιγραφικών στατιστικών δεδομένων το οποίο έχει δημιουργηθεί από την κυρία ερευνήτρια ένα ερωτηματολόγιο (είναι διαθέσιμο στο παράρτημα της ερευνητικής πρότασης) συλλογής περιγραφικών στατιστικών δεδομένων το οποίο περιλαμβάνει μια σειρά ερωτήσεις (π.χ. την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα /την ειδικότητα, το επίπεδο σπουδών τους, το Νοσοκομείο που εργάζονται, την σχέση εργασίας τους, τα συνολικά έτη της επαγγελματικής τους απασχόλησης, το ωράριο εργασίας, αναφορικά με την πανδημία COVID-19), τις οποίες κλήθηκαν να απαντήσουν οι συμμετέχοντες στην μελέτη και B) του ερωτηματολογίου/κλίμακας «State-Trait Anxiety Inventory Y (STAI-Y)», το οποίο αξιολογεί το χαρακτηριστικό και το καταστασιακό άγχος το οποίο θα συμπληρώνουν συνολικά 2 φορές: 1η φορά: ημέρα κατά την οποία δεν εργάζονταν στο Νοσοκομείο (π.χ. κατά τη διάρκεια Σαββατοκύριακου που δεν εργάζονταν ή σε ρεπό) και 2η φορά: ημέρα κατά την οποία εργάζονταν στο Νοσοκομείο, εντός του ωραρίου εργασίας τους. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε μέσω χορήγησης των ερωτηματολογίων στους συμμετέχοντες σε έντυπη μορφή.

Μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε αρχικά εισαγωγή των αποτελεσμάτων στο Microsoft Excel 2019. Έπειτα πραγματοποιήθηκε η εισαγωγή των αποτελεσμάτων στο στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 20 μέσω του οποίου πραγματοποιήθηκε η στατιστική ανάλυσή τους, η οποία περιγράφεται παρακάτω.

3.4. Ζητήματα ερευνητικής δεοντολογίας.

Όπως αναφέρθηκε και προηγούμενα το ερευνητικό πρωτόκολλο της παρούσας εργασίας κατατέθηκε στο Επιστημονικό Συμβούλιο-Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» και η μελέτη έλαβε έγκριση για την διεξαγωγή της (Αριθμός Πρωτοκόλλου: 140/29-4-2021). Όλες οι διαδικασίες

αναφορικά με τη συμμετοχή των δοκιμαζόμενων στην εν λόγω μελέτη, περιγράφονται στο έντυπο συγκατάθεσης το οποίο υπέγραψαν οι δοκιμαζόμενοι πριν την ένταξή τους στο δείγμα της μελέτης. Επιπρόσθετα, η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική καθώς επίσης, οι συμμετέχοντες είχαν το δικαίωμα να αποσυρθούν οποιαδήποτε στιγμή από την έρευνα. Επιπλέον, η πειραματική διαδικασία που περιελάμβανε μέτρηση και επαναμέτρηση, είχε ως προαπαιτούμενο για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, να πραγματοποιηθεί σύγκριση των αποτελεσμάτων του ίδιου δοκιμαζόμενου σε δύο διαφορετικές φάσεις (ημέρα επαγγελματικής έκθεσης Vs ημέρα μη επαγγελματικής έκθεσης). Για αυτόν το λόγο πραγματοποιήθηκε αντιστοιχία του ονόματος του κάθε συμμετέχοντα στη μελέτη με ID number. Παρόλα αυτά, όπως αναφέρεται και στο έντυπο συγκατάθεσης, τόσο κατά τη συγγραφή της μεταπτυχιακής εργασίας, όσο και σε περίπτωση δημοσιοποίησης των αποτελεσμάτων αυτής, θα διασφαλιστεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων στην μελέτη. Επιπλέον στα συγκεκριμένα δεδομένα δεν είχε και δεν θα έχει κανείς άλλος πρόσβαση πέρα από την κύρια ερευνήτρια. Η κλίμακα «State-Trait Anxiety Inventory Y (STAI-Y)» στάλθηκε στην ερευνήτρια από το Ινστιτούτο Ψυχολογίας και Υγείας. Η εν λόγω μελέτη διεξήχθη σύμφωνα με τον κώδικα δεοντολογίας για τους επαγγελματίες ψυχολόγους με άδεια άσκησης επαγγέλματος στον ελληνικό χώρο, κάτοχος της οποίας είναι η κύρια ερευνήτρια της μελέτης.

3.5. Μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων.

Οι μέθοδοι ανάλυσης των δεδομένων της παρούσας εργασίας επιλέχθηκαν βάσει της μεθοδολογίας της εν λόγω ερευνητικής εργασίας και σε συνδυασμό με τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας για την ορθή μεθοδολογία ανάλυσης των δεδομένων (Βαγενάς, 2014; Mishra et al., 2019). Το κριτήριο t-test έχει ως σκοπό τη σύγκριση των μέσων όρων δύο ομάδων και χρησιμοποιείται ευρέως σε ανάλογες έρευνες. Προϋποθέσεις που απαιτούνται ώστε να εφαρμοστεί το συγκεκριμένο κριτήριο είναι ο πληθυσμός από τον οποίο επιλέχθηκε η ομάδα του δείγματος να είναι κανονικός, η διασπορές των ομάδων που συγκρίνονται να είναι ίσες και η εξαρτημένη μεταβλητή να έχει τιμές με αναλογική ή ισοδιαστημική μορφή (Παπαναστασίου & Παπαναστασίου, 2005). Η ανάλυση διασποράς Anova (analysis of variance- Anova) εφαρμόζεται στη σύγκριση άνω των δύο ομάδων ώστε να διαπιστωθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών ανάμεσα στις υπό σύγκριση ομάδες (Παπαναστασίου & Παπαναστασίου, 2005). Βάσει των

παραπάνω και πιο συγκεκριμένα όσον αφορά τις μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων:

- Η εξαγωγή των περιγραφικών στατιστικών καθώς και η δημιουργία των σχημάτων με τα αποτελέσματα της μελέτης πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του Microsoft Excel 2019.
- Η σύγκριση των επιπέδων του χαρακτηρισιολογικού (trait) και του περιστασιακού (stait) άγχους που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας τις ημέρες που δεν εργάζονται σε σχέση με τις ημέρες που εργάζονται στο Νοσοκομείο, πραγματοποιήθηκε μέσω του στατιστικού ελέγχου T-Test για εξαρτημένα δείγματα (Paired-Samples T-Test) με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS Statistics 20. Η συγκεκριμένη μέθοδος ανάλυσης επιλέχθηκε καθώς περιλαμβάνει συγκρίσεις μεταξύ της ίδιας παραμέτρου (άγχος) μετρούμενης κάθε φορά σε 2 διαφορετικές χρονικές στιγμές (ημέρα εργασίας στο Νοσοκομείο και ημέρα μη εργασίας στο Νοσοκομείο). Επιπρόσθετα, η ίδια ανάλυση πραγματοποιήθηκε 2 φορές (δηλαδή τόσο για το περιστασιακό άγχος όσο και για το χαρακτηρισιολογικό άγχος).
- Η σύγκριση των επιπέδων του χαρακτηρισιολογικού (trait) και του περιστασιακού (stait) άγχους τόσο ημέρας εργασίας όσο και ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας 3^{ov} διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς), πραγματοποιήθηκε μέσω του στατιστικού ελέγχου της Απλής Ανάλυσης Διασποράς για ανεξάρτητα δείγματα (One-Way ANOVA for Independent Samples) με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. Η συγκεκριμένη μέθοδος ανάλυσης επιλέχθηκε καθώς περιλαμβάνει συγκρίσεις μεταξύ 3^{ov} διαφορετικών ομάδων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς) ως προς την ίδια κάθε φορά παράμετρο (δηλαδή τόσο για το περιστασιακό άγχος όσο και για το χαρακτηρισιολογικό άγχος ξεχωριστά). Επιπρόσθετα, η ίδια ανάλυση πραγματοποιήθηκε 2 φορές (τόσο ημέρα εργασίας στο Νοσοκομείο όσο και ημέρα μη εργασίας στο Νοσοκομείο). Πραγματοποιήθηκε πριν τη διεξαγωγή του εν λόγω ελέγχου, έλεγχος ως προς την ύπαρξη η μη κανονικότητας της κατανομής για το σύνολο των ως προς σύγκριση παραμέτρων του ερωτηματολογίου STAI. Βάσει των αποτελεσμάτων του εν λόγω ελέγχου και αφού δεν παραβιάζόταν το κριτήριο της κανονικότητας για το σύνολο των ως προς σύγκριση παραμέτρων επιλέχθηκε

ANOVA για ανεξάρτητα δείγματα ως στατιστική ανάλυση, η οποία αποτελεί ποσοτική μέθοδο ανάλυσης των δεδομένων.

- Ο έλεγχος του βαθμού συσχέτισης αναμεσα στα δυο είδη άγχους, δηλαδή το περιστασιακό (stait) άγχος και στο χαρακτηρισιολογικό (trait) άγχος, τόσο ημέρας εργασίας όσο και ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο, πραγματοποιήθηκε μέσω απλής συσχέτισης (Pearson correlation-r) με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 20.0.

Για το σύνολο των στατιστικών αναλύσεων που πραγματοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία, ως ορισμένο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας χρησιμοποιήθηκε το $p \leq 0,05$.

4. Αποτελέσματα

4.1. Περιγραφικά στατιστικά.

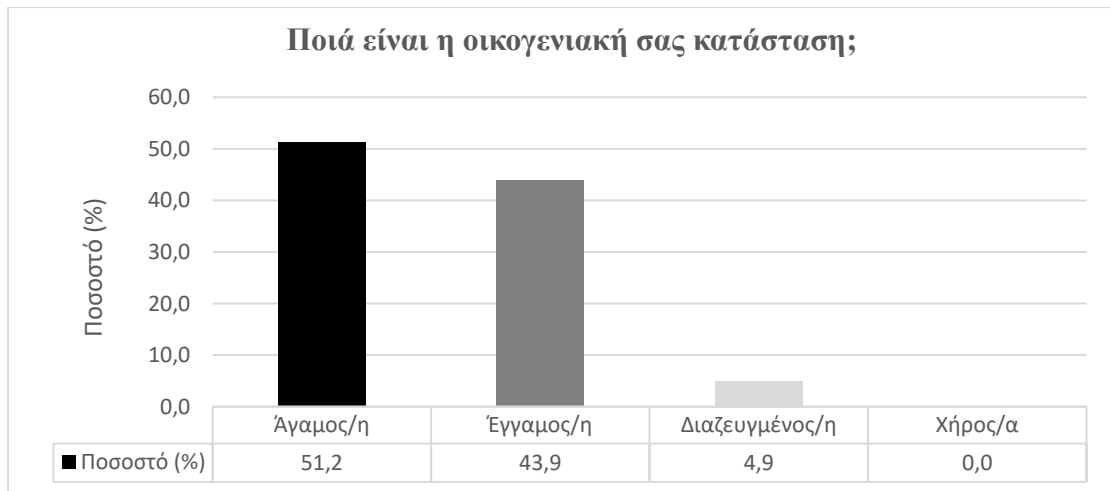
Παρακάτω παρουσιάζονται ορισμένα περιγραφικά στατιστικά που αφορούν το δείγμα της μελέτης τα οποία συλλέχθηκαν μέσω ενός ερωτηματολογίου το οποίο δημιουργήθηκε για το συγκεκριμένο σκοπό. Ορισμένα από αυτά ομαδοποιήθηκαν και παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 4.1) ενώ τα υπόλοιπα παρουσιάζονται μετέπειτα και μεμονωμένα (ανά ερώτηση) σε σχήματα. Για τη δημιουργία των εν λόγω σχημάτων οι αρχικές παρατηρήσεις εκφράστηκαν σε % ποσοστό επι του συνολικού αριθμού των συμμετεχόντων του δείγματος της μελέτης.

Το δείγμα της παρούσας εργασίας αποτελούνταν συνολικά από 41 εργαζόμενους (6 Άνδρες και 35 Γυναίκες) σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας COVID (ΜΕΘ-COVID) του «Γ.Ν.Α. Ο Ευαγγελισμός». Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 4.1.) παρουσιάζονται τα βασικά χαρακτηριστικά (Ηλικία, Επαγγελματική εμπειρία, Εβδομαδιαία απασχόληση) για τους 41 συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη (5 Φυσικοθεραπευτές/τρίες, 26 Νοσηλευτές/τρίες και 10 Ιατροί).

Πίνακας 4.1.: Τα βασικά χαρακτηριστικά (Ηλικία, Επαγγελματική εμπειρία, Εβδομαδιαία απασχόληση) για τους 41 συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη.

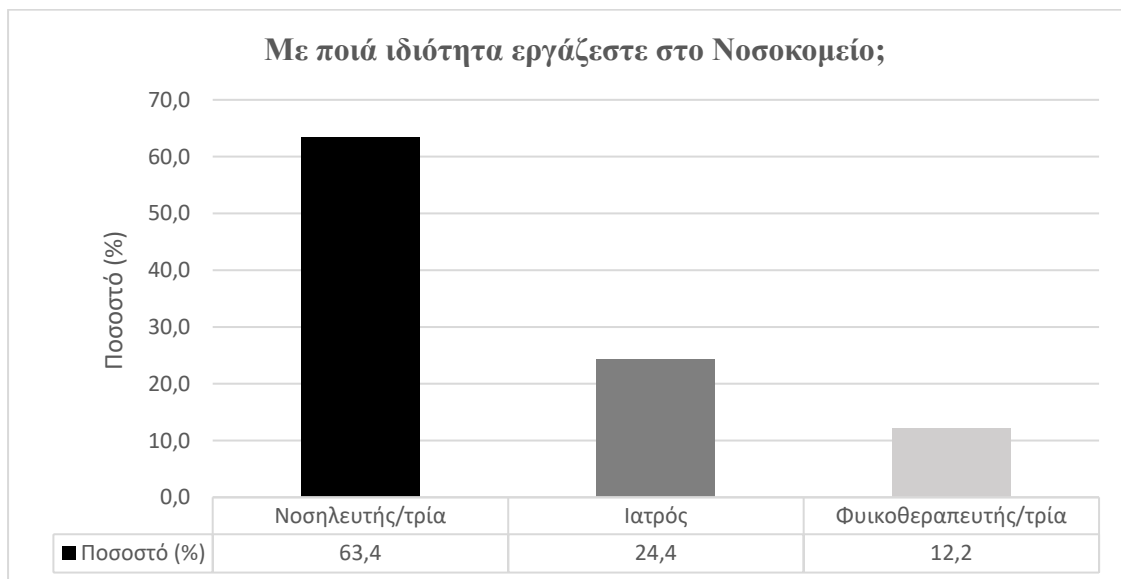
| Παράμετρος | Σύνολο Δείγματος (n=41, Φύλο: 6 Άνδρες και 35 Γυναίκες, Επαγγελματική Ιδιότητα: 5 Φυσικοθεραπευτές/τρίες, 26 Νοσηλευτές/τρίες και 10 Ιατροί) |
|----------------------------------|--|
| | Μέσος όρος (Μ.Ο.) ±Τυπική Απόκλιση (Τ.Α.) |
| Ηλικία (σε έτη) | 36,4 ± 9,5 |
| Επαγγελματική Εμπειρία (σε έτη) | 9,0 ± 10,0 |
| Εβδομαδιαία Απασχόληση (σε ώρες) | 47,3 ± 13,3 |

Στο παρακάτω σχήμα (Σχήμα 4.1.) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στην ερώτηση: *Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;* Το 51,2% του δείγματος ήταν άγαμοι, το 43,9% ήταν έγγαμοι και το 4,9% ήταν διαζευγμένοι.



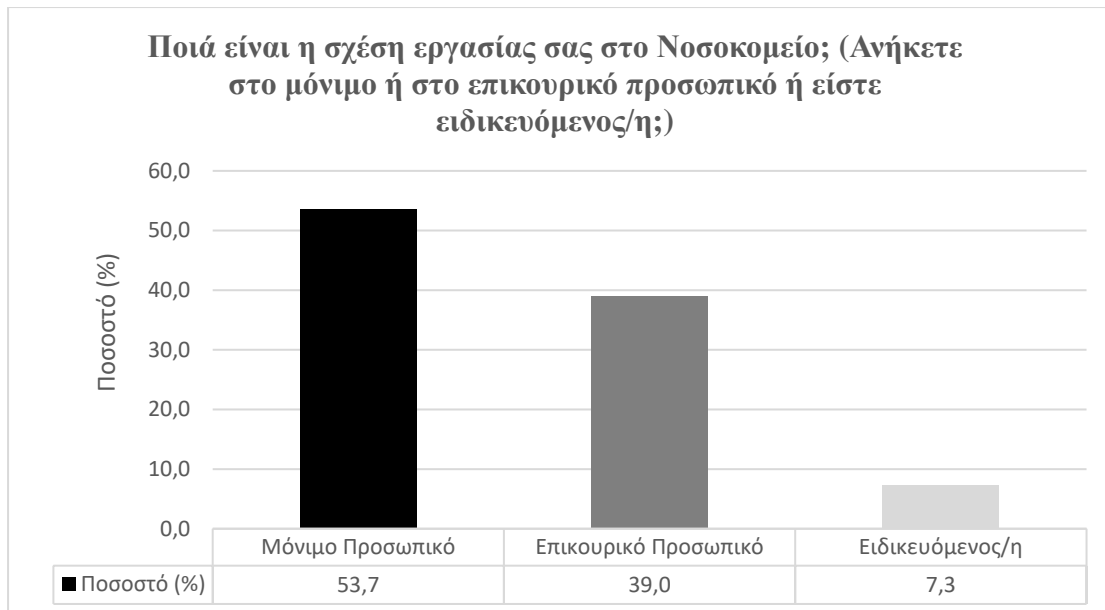
Σχήμα 4.1.: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στην ερώτηση ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Στο παρακάτω σχήμα (Σχήμα 4.2.) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στην ερώτηση: Με ποιά ιδιότητα εργάζεστε στο Νοσοκομείο; Το 63,4% (n=26) του δείγματος ήταν Νοσηλεύτές/τρίες, το 24,4% (n=10) ήταν Ιατροί και το 12,2% ήταν Φυσικοθεραπευτές/τρίες (n=5).



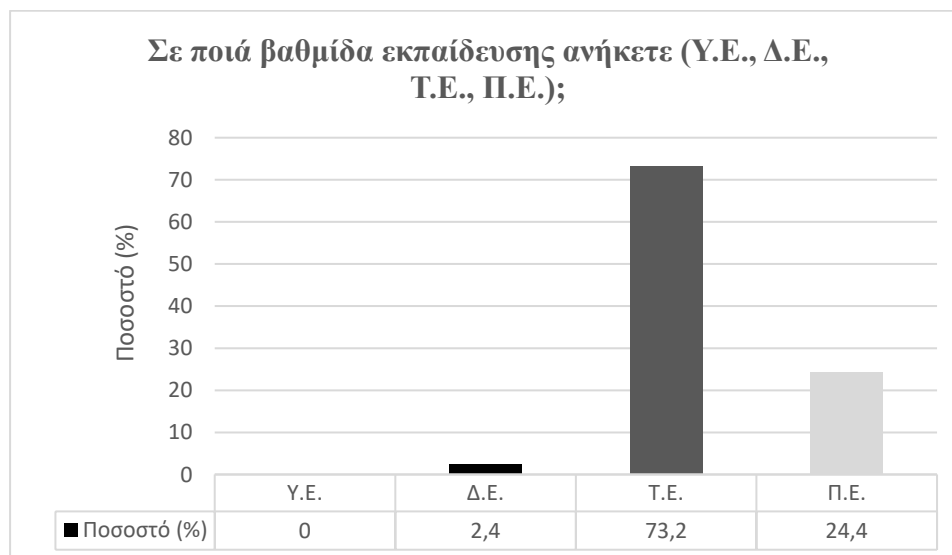
Σχήμα 4.2.: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στην ερώτηση με ποιά ιδιότητα εργάζεστε στο Νοσοκομείο;

Στο παρακάτω σχήμα (Σχήμα 4.3.) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στην ερώτηση: Ποιά είναι η σχέση εργασίας σας στο Νοσοκομείο (Ανήκετε στο μόνιμο ή στο επικουρικό προσωπικό ή είστε ειδικευόμενος/η); Το 53,7% του δείγματος αποτελούνταν από μόνιμο προσωπικό, το 39,0% από επικουρικό προσωπικό και το 7,3 % από ειδικευόμενους.



Σχήμα 4.3.: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στην ερώτηση ποιά είναι η σχέση εργασίας σας στο Νοσοκομείο (Ανήκετε στο μόνιμο ή στο επικουρικό προσωπικό ή είστε ειδικευόμενος/η);

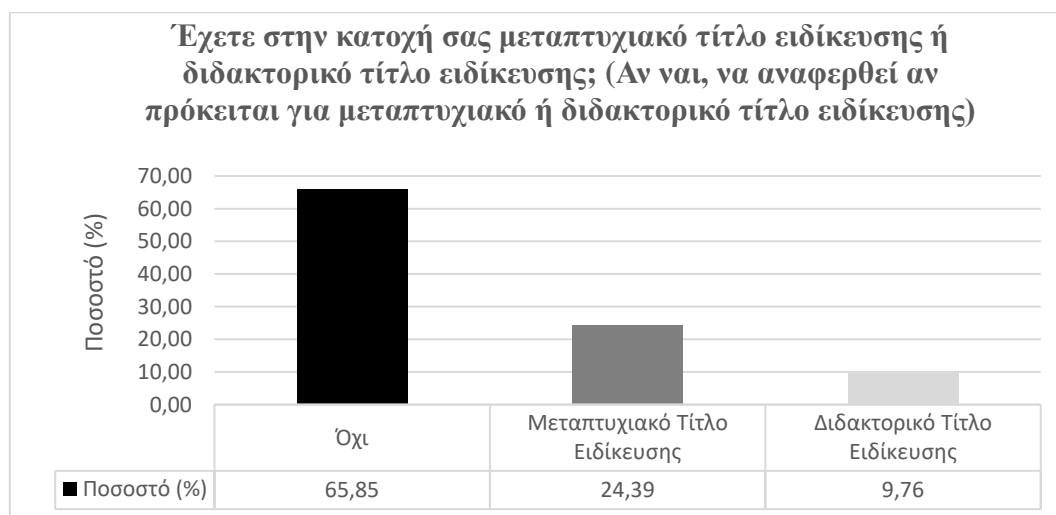
Στο παρακάτω σχήμα (Σχήμα 4.4.) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στην ερώτηση: Σε ποιά βαθμίδα εκπαίδευσης ανήκετε (Υ.Ε., Δ.Ε., Τ.Ε., Π.Ε.); Το 2,4% του δείγματος άνηκε στην βαθμίδα Δ.Ε., το 73,2% του δείγματος άνηκε στην βαθμίδα Τ.Ε. και το 24,4% άνηκε στην βαθμίδα Π.Ε.



Σχήμα 4.4.: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στην ερώτηση σε ποιά βαθμίδα εκπαίδευσης ανήκετε (Υ.Ε., Δ.Ε., Τ.Ε., Π.Ε.);

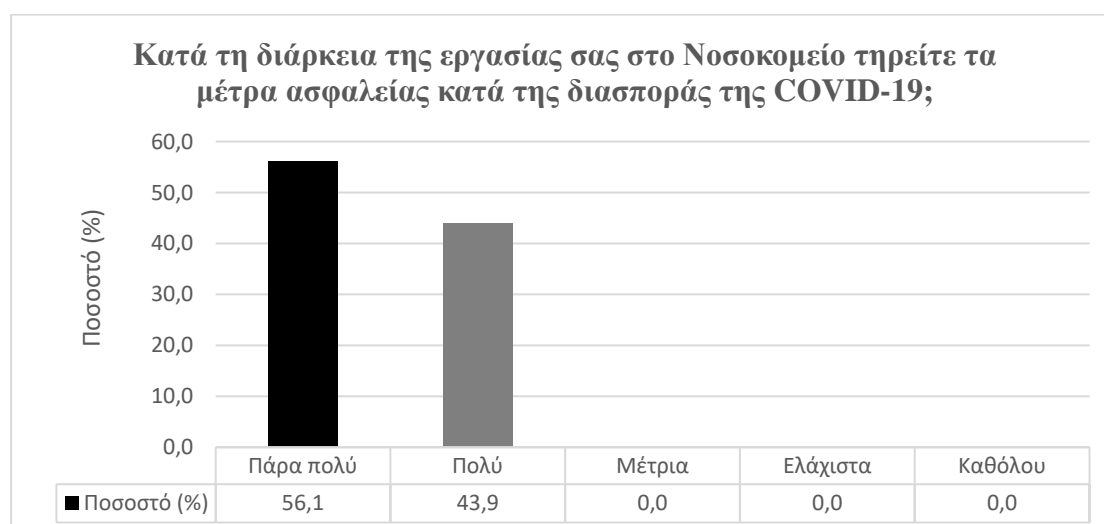
Στο παρακάτω σχήμα (Σχήμα 4.5.) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην μελέτη στην ερώτηση: Έχετε στην κατοχή σας μεταπτυχιακό τίτλο ειδίκευσης ή διδακτορικό τίτλο ειδίκευσης; (Αν, ναι αναφερθεί αν πρόκειται για

μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο ειδίκευσης). Το 68,85% του δείγματος απάντησε ότι δεν κατέχει μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο ειδίκευσης, το 24,39% του δείγματος απάντησε ότι κατέχει μεταπτυχιακό τίτλο ειδίκευσης και το 9,76% του δείγματος απάντησε ότι κατέχει διδακτορικό τίτλο ειδίκευσης.



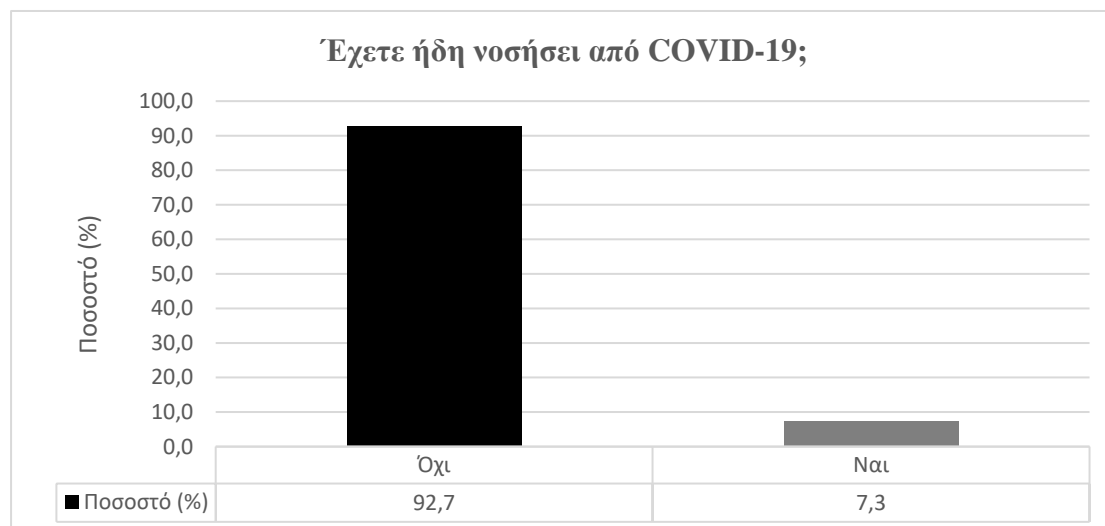
Σχήμα 4.5.: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στην ερώτηση έχετε στην κατοχή σας μεταπτυχιακό τίτλο ειδίκευσης ή διδακτορικό τίτλο ειδίκευσης; (Αν, ναι αναφερθεί αν πρόκειται για μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο ειδίκευσης).

Στο παρακάτω σχήμα (Σχήμα 4.6.) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στην ερώτηση: Κατά τη διάρκεια της εργασίας σας στο Νοσοκομείο τηρείτε τα μέτρα ασφαλείας κατά της διασποράς του COVID-19; Το 56,1% του δείγματος απάντησε Πάρα πολύ και το 43,9% απάντησε Πολύ.



Σχήμα 4.6.: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στην ερώτηση κατά τη διάρκεια της εργασίας σας στο Νοσοκομείο τηρείτε τα μέτρα ασφαλείας κατά της διασποράς του COVID-19;

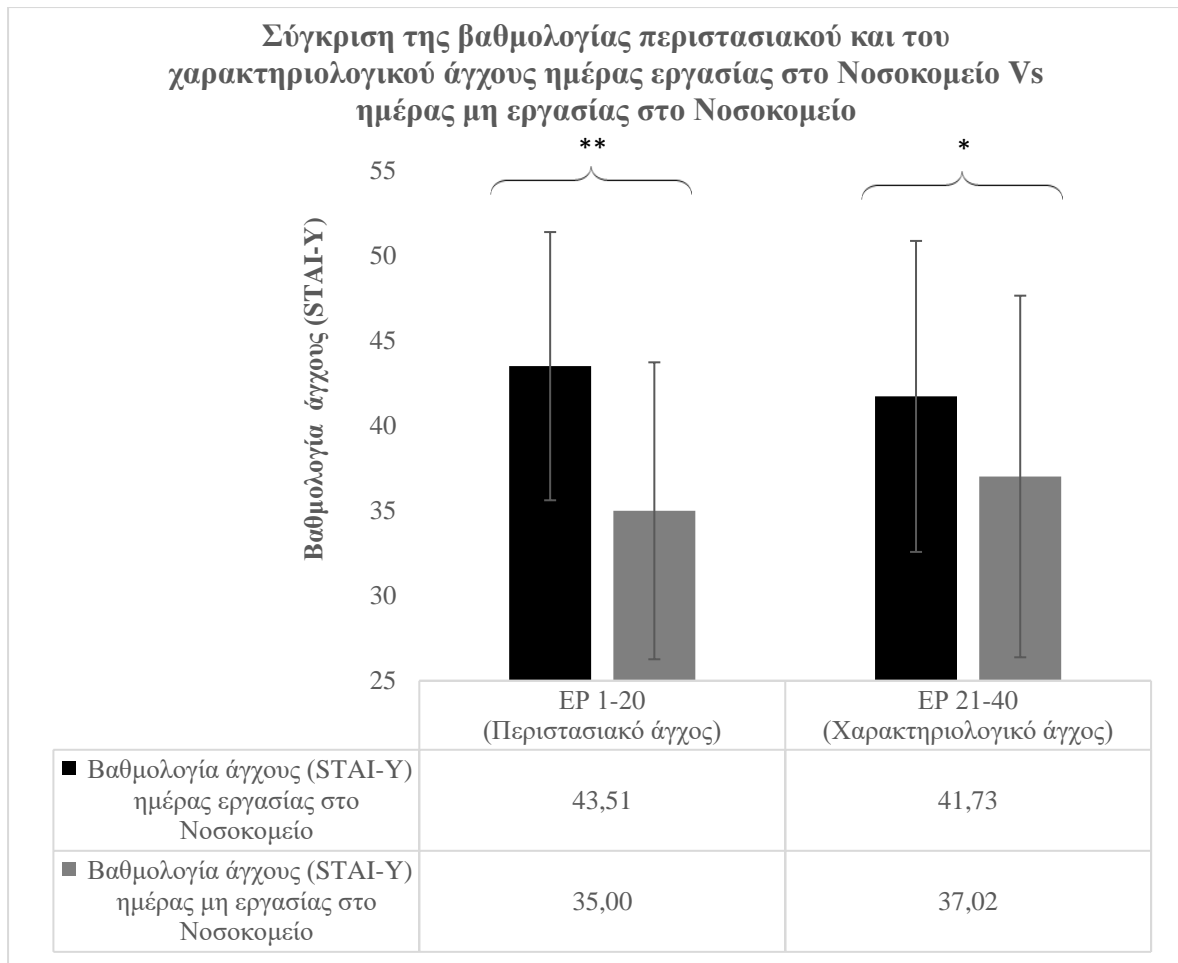
Στο παρακάτω σχήμα (Σχήμα 4.7.) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην μελέτη στην ερώτηση: Έχετε ήδη νοσήσει από COVID-19; Το 92,7% του δείγματος απάντησε ότι δεν έχει ήδη νοσήσει από COVID-19 ενώ στο 7,3 % του δείγματος απάντησε ότι έχει ήδη νοσήσει από COVID-19.



Σχήμα 4.7.: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στην ερώτηση έχετε ήδη νοσήσει από COVID-19;

4.2. Σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο Vs ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο.

Στο παρακάτω σχήμα (Σχήμα 4.8.) παρουσιάζεται η σύγκριση της βαθμολογίας του άγχους (τόσο του περιστασιακού όσο και του χαρακτηριστικού άγχους) ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο Vs ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο για τους συμμετέχοντες στη μελέτη. Ο έλεγχος για την ύπαρξη ή μη στατιστικώς σημαντικών διαφοροποιήσεων ως προς την βαθμολογία του άγχους (τόσο του περιστασιακού όσο και του χαρακτηριστικού άγχους) ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο Vs ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο για τους συμμετέχοντες στη μελέτη, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού ελέγχου T-Test για εξαρτημένα δείγματα (Paired-Samples T-Test). Ο εν λόγω στατιστικός έλεγχος πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. Το εν λόγω σχήμα (Σχήμα 4.8.) δημιουργήθηκε με τη χρήση του προγράμματος Microsoft Excel 2019.



Σχήμα 4.8.: Η σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηριολογικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο Vs ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο για τους συμμετέχοντες στη μελέτη. Το σύμβολο ** υποδηλώνει $p < 0,000001$ ως προς την παράμετρο της βαθμολογίας του περιστασιακού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο Vs ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο. Το σύμβολο * υποδηλώνει $p < 0,001$ ως προς την παράμετρο της βαθμολογίας του χαρακτηριολογικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο Vs ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο.

Όσον αφορά το περιστασιακό άγχος, οι συμμετέχοντες στη μελέτη παρουσίασαν στατιστικώς σημαντικά [$t(40)=6,412$, $p=0,0000001246$ (δηλαδή $p < 0,000001$)] υψηλότερη βαθμολογία περιστασιακού άγχους ημέρα κατά την οποία εργάζονταν στο Νοσοκομείο (Μ.Ο. \pm Τ.Α.: $43,51 \pm 7,89$) έναντι ημέρας που δεν εργάζονταν στο Νοσοκομείο (Μ.Ο. \pm Τ.Α.: $35,00 \pm 8,73$). Στους παρακάτω πίνακες (Πίνακας 4.2., και Πίνακας 4.3.) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εν λόγω στατιστικής ανάλυσης όπως αυτά προέκυψαν με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.

Πίνακας 4.2.: Περιγραφικά στατιστικά για τη σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο Vs ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο για τους συμμετέχοντες στη μελέτη (n=41) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.

| | | Mean | N | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|--------|--------------------|-------|----|----------------|-----------------|
| Pair 1 | Per_Working_Day | 43,51 | 41 | 7,890 | 1,232 |
| | Per_No_Working_Day | 35,00 | 41 | 8,735 | 1,364 |

Πίνακας 4.3.: Τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου T-Test για εξαρτημένα δείγματα (Paired-Samples T-Test) για τη σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο Vs ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο για τους συμμετέχοντες στη μελέτη (n=41) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. Επιπρόσθετα, όσον αφορά την ακριβή τιμή του κριτηρίου p το οποίο αφορά τη σημαντικότητα Sig. (2-tailed) για την εν λόγω σύγκριση, με τη χρήση της επιλογής “double click to activate” εντός του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20 προέκυψε ότι $p=0,0000001246$.

| | Paired Differences | | | | | t | df | Sig. (2-tailed) |
|---|--------------------|----------------|-----------------|---|--------|-------|----|-----------------|
| | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | | | | |
| | | | | Lower | Upper | | | |
| Pair 1 Per_Working_Day - Per_No_Working_Day | 8,512 | 8,500 | 1,328 | 5,829 | 11,195 | 6,412 | 40 | ,000 |

Όσον αφορά το χαρακτηριστικό άγχος, οι συμμετέχοντες στη μελέτη παρουσίασαν στατιστικώς σημαντικά [$t(40)=4,173$, $p=0,00016$ (δηλαδή $p<0,001$)] υψηλότερη βαθμολογία χαρακτηριστικού άγχους ημέρα κατά την οποία εργάζονταν στο Νοσοκομείο (M.O. \pm T.A.: $41,73 \pm 9,15$) έναντι ημέρας που δεν εργάζονταν στο Νοσοκομείο (M.O. \pm T.A.: $37,02 \pm 10,64$). Στους παρακάτω πίνακες (Πίνακας 4.4. και Πίνακας 4.5.) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εν λόγω στατιστικής ανάλυσης όπως αυτά προέκυψαν με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.

Πίνακας 4.4.: Περιγραφικά στατιστικά για τη σύγκριση της βαθμολογίας του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο Vs ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο για τους συμμετέχοντες στη μελέτη (n=41) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.

| | | Mean | N | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|--------|--------------------|-------|----|----------------|-----------------|
| Pair 1 | Xar_Working_Day | 41,73 | 41 | 9,149 | 1,429 |
| | Xar_No_Working_Day | 37,02 | 41 | 10,638 | 1,661 |

Πίνακας 4.5.: Τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου T-Test για εξαρτημένα δείγματα (Paired-Samples T-Test) για τη σύγκριση της βαθμολογίας του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο Vs ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο για τους συμμετέχοντες στη μελέτη (n=41) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. Επιπρόσθετα, όσον αφορά την ακριβή τιμή του κριτηρίου p το οποίο αφορά τη σημαντικότητα Sig. (2-tailed) για την εν λόγω σύγκριση, με τη χρήση της επιλογής “double click to activate” εντός του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20 προέκυψε ότι $p=0,00016$.

| | Paired Differences | | | | | t | df | Sig. (2-tailed) |
|---|--------------------|----------------|-----------------|---|-------|-------|----|-----------------|
| | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | | | | |
| | | | | Lower | Upper | | | |
| Pair 1 Xar_Working_Day - Xar_No_Working_Day | 4,707 | 7,222 | 1,128 | 2,428 | 6,987 | 4,173 | 40 | ,000 |

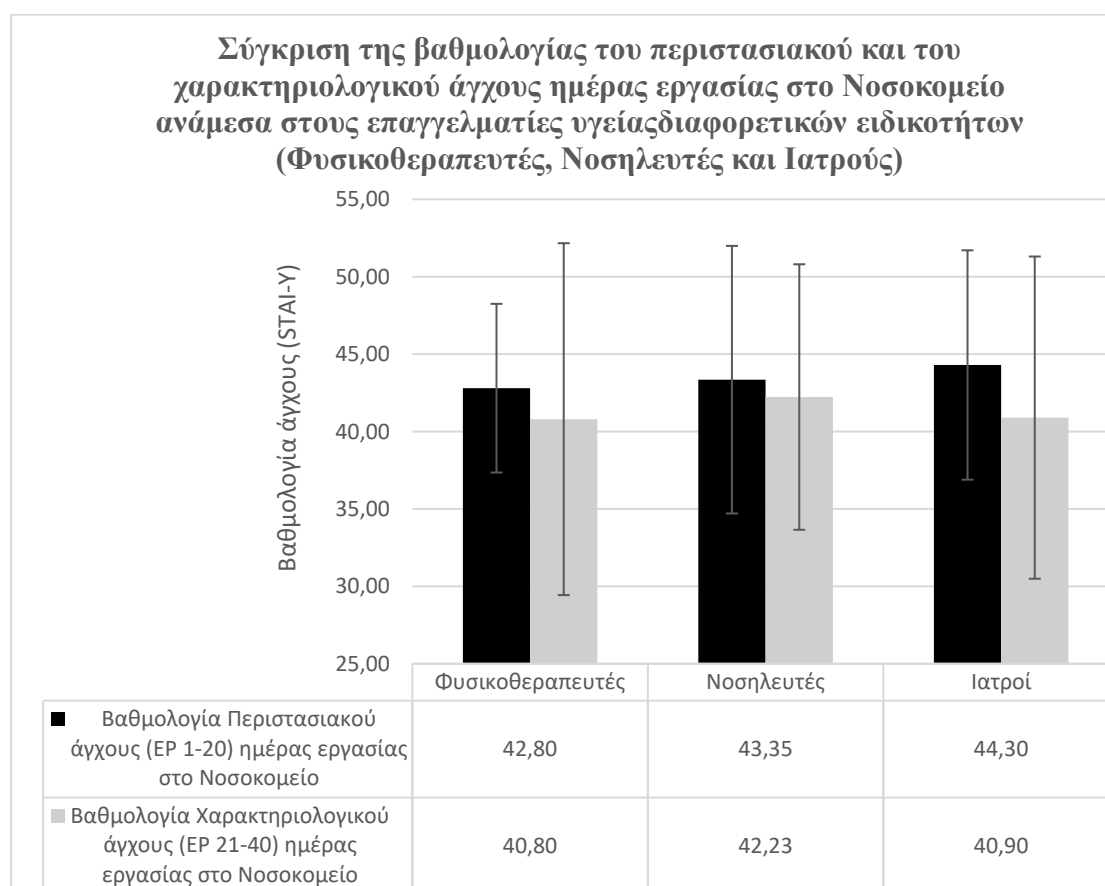
4.3. Σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηριστικού άγχους τόσο ημέρας εργασίας όσο και ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς).

4.3.1. Σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς).

Στο παρακάτω σχήμα (Σχήμα 4.9.) παρουσιάζεται η σύγκριση της βαθμολογίας του άγχους (τόσο του περιστασιακού όσο και του χαρακτηριστικού άγχους) ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας 3 διαφορετικών

ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς), οι οποίοι συμμετείχαν στη μελέτη.

Ο έλεγχος για την ύπαρξη ή μη στατιστικώς σημαντικών διαφοροποιήσεων ως προς την βαθμολογία του άγχους (τόσο του περιστασιακού όσο και του χαρακτηριστικού άγχους) ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας 3 διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς), οι οποίοι συμμετείχαν στη μελέτη, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού ελέγχου της Απλής Ανάλυσης Διασποράς για Ανεξάρτητα Δείγματα (One-Way ANOVA for Independent Samples). Ο εν λόγω στατιστικός έλεγχος πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. Το εν λόγω σχήμα (Σχήμα 4.9.) δημιουργήθηκε με τη χρήση του προγράμματος Microsoft Excel 2019.



Σχήμα 4.9.: Η σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων, οι οποίοι συμμετείχαν στην εν λόγω μελέτη. Τόσο ως προς την παράμετρο της βαθμολογίας του περιστασιακού όσο και του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο δεν παρουσιάστηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας 3 διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς).

Όπως παρουσιάζεται και στο παραπάνω σχήμα (Σχήμα 4.9.), οι Φυσικοθεραπευτές παρουσίασαν τη μικρότερη βαθμολογία ως προς την παράμετρο του περιστασιακού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο (Μ.Ο. ± Τ.Α.: 42,80 ± 5,45) ακολουθούμενοι από τους Νοσηλευτές (Μ.Ο. ± Τ.Α.: 43,35 ± 8,64) και τους Ιατρούς (Μ.Ο. ± Τ.Α.: 44,30 ± 7,41). Παρόλα αυτά όσον αφορά τη συγκεκριμένη παράμετρο (βαθμολογία περιστασιακού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο) δεν παρουσιάστηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις [$F(2,38)=0.072$, $p=0,930$] μεταξύ των επαγγελματιών υγείας 3 διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς). Στους παρακάτω πίνακες (Πίνακας 4.6., Πίνακας 4.7. και Πίνακας 4.8.) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εν λόγω στατιστικής ανάλυσης όπως αυτά προέκυψαν με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.

Πίνακας 4.6.: Τα περιγραφικά στατιστικά για τη σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: $n=5$, Νοσηλευτές: $n=26$ και Ιατροί: $n=10$), οι οποίοι συμμετείχαν στην εν λόγω μελέτη όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.

Descriptives

Per_Working_Day

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|--------|----|---------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| | | | | | PhysicalTherapist | 5 | | |
| Nurse | 26 | 43,3462 | 8,64381 | 1,69519 | 39,8548 | 46,8375 | 28,00 | 56,00 |
| Doctor | 10 | 44,3000 | 7,40945 | 2,34307 | 38,9996 | 49,6004 | 31,00 | 55,00 |
| Total | 41 | 43,5122 | 7,89025 | 1,23225 | 41,0217 | 46,0027 | 28,00 | 56,00 |

Πίνακας 4.7.: Τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου Levene (Levene Statistics) ως προς την ομοιογένεια των μεταβλητών, για τη σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: n=5, Νοσηλευτές: n=26 και Ιατροί: n=10) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. Βάσει των αποτελεσμάτων του εν λόγω ελέγχου για τη συγκεκριμένη παράμετρο συμπεραίνουμε ότι παρουσιάζεται ομοιογένεια των διασπορών των 3^{ων} διαφορετικών επαγγελματικών υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατροί) και επομένως η ANOVA μπορεί να δώσει έγκυρα αποτελέσματα.

Test of Homogeneity of Variances

| Per_Working_Day | | | |
|------------------|-----|-----|------|
| Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
| 2,019 | 2 | 38 | ,147 |

Πίνακας 4.8.: Τα αποτελέσματα της Απλής Ανάλυσης Διασποράς για Ανεξάρτητα Δείγματα (One-Way ANOVA for Independent Samples) για τη σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: n=5, Νοσηλευτές: n=26 και Ιατροί: n=10) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.

ANOVA

| Per_Working_Day | | | | | |
|-----------------|----------------|----|-------------|------|------|
| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
| Between Groups | 9,459 | 2 | 4,730 | ,072 | ,930 |
| Within Groups | 2480,785 | 38 | 65,284 | | |
| Total | 2490,244 | 40 | | | |

Επίσης όπως παρουσιάζεται και στο παραπάνω σχήμα (Σχήμα 4.9.), οι Φυσικοθεραπευτές παρουσίασαν τη μικρότερη βαθμολογία ως προς την παράμετρο του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο (Μ.Ο. ± Τ.Α.: 40,80 ± 11,37) ακολουθούμενοι από τους Ιατρούς (Μ.Ο. ± Τ.Α.: 40,90 ± 10,41) και τους Νοσηλευτές (Μ.Ο. ± Τ.Α.: 42,23 ± 8,58). Παρόλα αυτά, όσον αφορά τη συγκεκριμένη παράμετρο (βαθμολογία χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο) δεν παρουσιάστηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις [F(2,38)=0.101, p=0,904] μεταξύ των επαγγελματιών υγείας 3 διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς). Στους παρακάτω πίνακες (Πίνακας 4.9., Πίνακας 4.10. και Πίνακας 4.11.) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εν λόγω στατιστικής ανάλυσης όπως αυτά προέκυψαν με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.

Πίνακας 4.9.: Τα περιγραφικά στατιστικά για τη σύγκριση της βαθμολογίας του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: n=5, Νοσηλευτές: n=26 και Ιατροί: n=10), οι οποίοι συμμετείχαν στην εν λόγω μελέτη όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.

Descriptives

Xar_Working_Day

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|--------|----|---------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| | | | | | PhysicalTherapist | 5 | | |
| Nurse | 26 | 42,2308 | 8,57582 | 1,68186 | 38,7669 | 45,6946 | 24,00 | 55,00 |
| Doctor | 10 | 40,9000 | 10,40780 | 3,29123 | 33,4547 | 48,3453 | 24,00 | 55,00 |
| Total | 41 | 41,7317 | 9,14884 | 1,42881 | 38,8440 | 44,6194 | 24,00 | 55,00 |

Πίνακας 4.10.: Τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου Levene (Levene Statistics) ως προς την ομοιογένεια των μεταβλητών, για τη σύγκριση της βαθμολογίας του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: n=5, Νοσηλευτές: n=26 και Ιατροί: n=10) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. Βάσει των αποτελεσμάτων του εν λόγω ελέγχου για τη συγκεκριμένη παράμετρο συμπεραίνουμε ότι παρουσιάζεται ομοιογένεια των διασπορών των 3^{ων} διαφορετικών επαγγελματικών υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατροί) και επομένως η ANOVA μπορεί να δώσει έγκυρα αποτελέσματα.

Test of Homogeneity of Variances

Xar_Working_Day

| Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|------------------|-----|-----|------|
| ,655 | 2 | 38 | ,525 |

Πίνακας 4.11.: Τα αποτελέσματα της Απλής Ανάλυσης Διασποράς για Ανεξάρτητα Δείγματα (One-Way ANOVA for Independent Samples) για τη σύγκριση της βαθμολογίας του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: n=5, Νοσηλευτές: n=26 και Ιατροί: n=10) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.

ANOVA

Xar_Working_Day

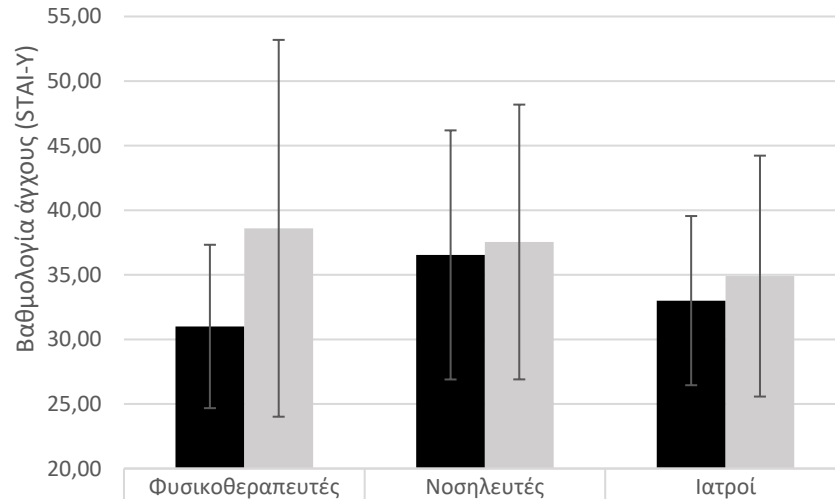
| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|----------------|----------------|----|-------------|------|------|
| Between Groups | 17,733 | 2 | 8,867 | ,101 | ,904 |
| Within Groups | 3330,315 | 38 | 87,640 | | |
| Total | 3348,049 | 40 | | | |

4.3.2. Σύγκριση του περιστασιακού και του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς).

Στο παρακάτω σχήμα (Σχήμα 4.10.) παρουσιάζεται η σύγκριση της βαθμολογίας του άγχους (τόσο του περιστασιακού όσο και του χαρακτηριστικού άγχους) ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας 3 διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς), οι οποίοι συμμετείχαν στη μελέτη.

Ο έλεγχος για την ύπαρξη ή μη στατιστικώς σημαντικών διαφοροποιήσεων ως προς την βαθμολογία του άγχους (τόσο του περιστασιακού όσο και του χαρακτηριστικού άγχους) ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας 3 διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς), οι οποίοι συμμετείχαν στη μελέτη, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού ελέγχου της Απλής Ανάλυσης Διασποράς για ανεξάρτητα δείγματα (One-Way ANOVA for Independent Samples). Ο εν λόγω στατιστικός έλεγχος πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. Το εν λόγω σχήμα (Σχήμα 4.10.) δημιουργήθηκε με τη χρήση του προγράμματος Microsoft Excel 2019.

**Σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του
χαρακτηριολογικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο
Νοσοκομείο ανάμεσα στους διαφορετικούς επαγγελματίες
υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές,
Νοσηλευτές και Ιατρούς)**



| | | | |
|--|-------|-------|-------|
| ■ Βαθμολογία Περιστασιακού άγχους (EP 1-20) ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο | 31,00 | 36,54 | 33,00 |
| ■ Βαθμολογία Χαρακτηριολογικού άγχους (EP 21-40) ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο | 38,60 | 37,54 | 34,90 |

Σχήμα 4.10.: Η σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηριολογικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων, οι οποίοι συμμετείχαν στην εν λόγω μελέτη. Τόσο ως προς την παράμετρο της βαθμολογίας του περιστασιακού όσο και του χαρακτηριολογικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο δεν παρουσιάστηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας 3 διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς).

Όπως παρουσιάζεται και στο παραπάνω σχήμα (Σχήμα 4.10.), οι Φυσικοθεραπευτές παρουσίασαν τη μικρότερη βαθμολογία ως προς την παράμετρο του περιστασιακού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο (Μ.Ο. ± Τ.Α.: 31,00 ± 6,32) ακολουθούμενοι από τους Ιατρούς (Μ.Ο. ± Τ.Α.: 33,00 ± 6,55) και τους Νοσηλευτές (Μ.Ο. ± Τ.Α.: 36,54 ± 9,64). Παρόλα αυτά όσον αφορά τη συγκεκριμένη παράμετρο (βαθμολογία περιστασιακού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο) δεν παρουσιάστηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις [$F(2,38)=1,202$, $p=0,312$] μεταξύ των επαγγελματιών υγείας 3 διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς). Στους παρακάτω πίνακες (Πίνακας 4.12., Πίνακας 4.13. και Πίνακας 4.14.) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εν λόγω στατιστικής ανάλυσης όπως αυτά προέκυψαν με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.

Πίνακας 4.12.: Τα περιγραφικά στατιστικά για τη σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: n=5, Νοσηλευτές: n=26 και Ιατροί: n=10), οι οποίοι συμμετείχαν στην εν λόγω μελέτη όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.

Descriptives

Per_No_Working_Day

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|--------|----|---------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| | | | | | PhysicalTherapist | 5 | | |
| Nurse | 26 | 36,5385 | 9,64253 | 1,89106 | 32,6438 | 40,4332 | 24,00 | 60,00 |
| Doctor | 10 | 33,0000 | 6,54896 | 2,07096 | 28,3152 | 37,6848 | 25,00 | 44,00 |
| Total | 41 | 35,0000 | 8,73499 | 1,36418 | 32,2429 | 37,7571 | 24,00 | 60,00 |

Πίνακας 4.13.: Τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου Levene (Levene Statistics) ως προς την ομοιογένεια των μεταβλητών, για τη σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: n=5, Νοσηλευτές: n=26 και Ιατροί: n=10) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. Βάσει των αποτελεσμάτων του εν λόγω ελέγχου για τη συγκεκριμένη παράμετρο συμπεραίνουμε ότι παρουσιάζεται ομοιογένεια των διασπορών των 3^{ων} διαφορετικών επαγγελματικών υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατροί) και επομένως η ANOVA μπορεί να δώσει έγκυρα αποτελέσματα.

Test of Homogeneity of Variances

Per_No_Working_Day

| Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|------------------|-----|-----|------|
| 2,296 | 2 | 38 | ,114 |

Πίνακας 4.14.: Τα αποτελέσματα της Απλής Ανάλυσης Διασποράς για Ανεξάρτητα Δείγματα (One-Way ANOVA for Independent Samples) για τη σύγκριση της βαθμολογίας του περιστασιακού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: n=5, Νοσηλευτές: n=26 και Ιατροί: n=10) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.

ANOVA

Per_No_Working_Day

| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|----------------|----------------|----|-------------|-------|------|
| Between Groups | 181,538 | 2 | 90,769 | 1,202 | ,312 |
| Within Groups | 2870,462 | 38 | 75,538 | | |
| Total | 3052,000 | 40 | | | |

Επίσης όπως παρουσιάζεται και στο παραπάνω σχήμα (Σχήμα 4.10.), οι Ιατροί παρουσίασαν τη μικρότερη βαθμολογία ως προς την παράμετρο του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο (Μ.Ο. ± Τ.Α.: 34,90 ± 9,33) ακολουθούμενοι από τους Νοσηλευτές (Μ.Ο. ± Τ.Α.: 37,54 ± 10,64) και τους Φυσικοθεραπευτές (Μ.Ο. ± Τ.Α.: 38,60 ± 14,59). Παρόλα αυτά όσον αφορά τη συγκεκριμένη παράμετρο (βαθμολογία χαρακτηριστικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο) δεν παρουσιάστηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις [$F(2,38)=0.274$, $p=0,762$] μεταξύ των επαγγελματιών υγείας 3 διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς). Στους παρακάτω πίνακες (Πίνακας 4.15., Πίνακας 4.16. και Πίνακας 4.17.) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εν λόγω στατιστικής ανάλυσης όπως αυτά προέκυψαν με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.

Πίνακας 4.15.: Τα περιγραφικά στατιστικά για τη σύγκριση της βαθμολογίας του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: $n=5$, Νοσηλευτές: $n=26$ και Ιατροί: $n=10$), οι οποίοι συμμετείχαν στην εν λόγω μελέτη όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.

Descriptives

Xar_No_Working_Day

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|--------|----|---------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| | | | | | PhysicalTherapist | 5 | | |
| Nurse | 26 | 37,5385 | 10,63666 | 2,08602 | 33,2422 | 41,8347 | 23,00 | 59,00 |
| Doctor | 10 | 34,9000 | 9,32678 | 2,94939 | 28,2280 | 41,5720 | 23,00 | 50,00 |
| Total | 41 | 37,0244 | 10,63835 | 1,66143 | 33,6665 | 40,3823 | 23,00 | 59,00 |

Πίνακας 4.16.: Τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου Levene (Levene Statistics) ως προς την ομοιογένεια των μεταβλητών, για τη σύγκριση της βαθμολογίας του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: n=5, Νοσηλευτές: n=26 και Ιατροί: n=10) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. Βάσει των αποτελεσμάτων του εν λόγω ελέγχου για τη συγκεκριμένη παράμετρο συμπεραίνουμε ότι παρουσιάζεται ομοιογένεια των διασπορών των 3^{ων} διαφορετικών επαγγελματικών υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατροί) και επομένως η ANOVA μπορεί να δώσει έγκυρα αποτελέσματα.

Test of Homogeneity of Variances

| Xar_No_Working_Day | | | |
|--------------------|-----|-----|------|
| Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
| 1,909 | 2 | 38 | ,162 |

Πίνακας 4.17.: Τα αποτελέσματα της Απλής Ανάλυσης Διασποράς για Ανεξάρτητα Δείγματα (One-Way ANOVA for Independent Samples) για τη σύγκριση της βαθμολογίας του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο ανάμεσα στους συνολικά 41 επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές: n=5, Νοσηλευτές: n=26 και Ιατροί: n=10) όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.

ANOVA

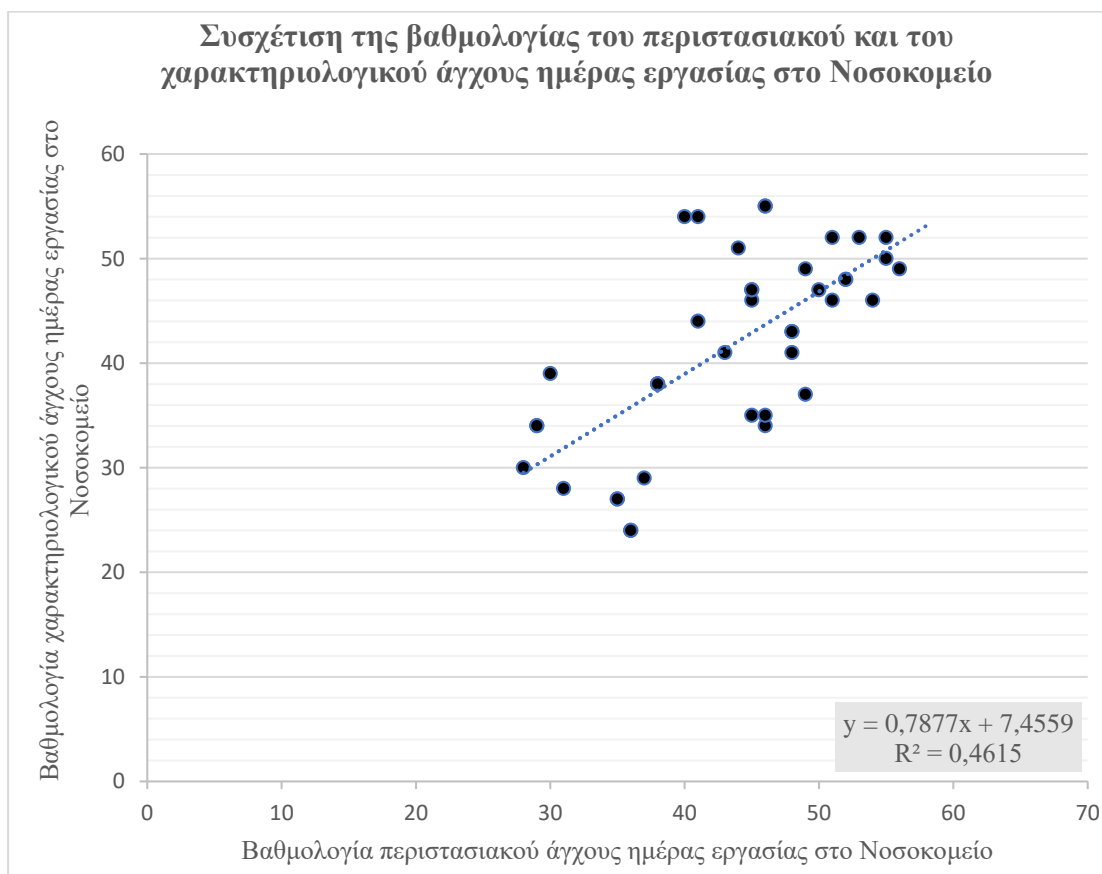
| Xar_No_Working_Day | | | | | |
|--------------------|----------------|----|-------------|------|------|
| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
| Between Groups | 64,414 | 2 | 32,207 | ,274 | ,762 |
| Within Groups | 4462,562 | 38 | 117,436 | | |
| Total | 4526,976 | 40 | | | |

4.4. Συσχετίσεις της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο και ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο.

4.4.1. Συσχέτιση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο.

Στο παρακάτω σχήμα (Σχήμα 4.11.) παρουσιάζεται η συσχέτιση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο για το σύνολο των συμμετεχόντων (n=41) στην παρούσα μελέτη. Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική μέτριου βαθμού θετική συσχέτιση [Pearson's r (41): R=0,679, p=0,000001041 (δηλαδή $p < 0,00001$)] ανάμεσα στη βαθμολογία του περιστασιακού άγχους και στη βαθμολογία του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο. Το εν λόγω σχήμα (Σχήμα 4.11.) δημιουργήθηκε με τη

χρήση του προγράμματος Microsoft Excel 2019. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.



Σχήμα 4.11.: Η συσχέτιση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο για το σύνολο των συμμετεχόντων (n=41) στην παρούσα μελέτη. Ανάμεσα στη βαθμολογία του περιστασιακού και του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική μέτριου βαθμού θετική συσχέτιση [Pearson's r (41): R=0,679, p=0,00001041 (δηλαδή p < 0,00001)].

Στους παρακάτω πίνακες (Πίνακας 4.18. και Πίνακας 4.19.) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εν λόγω στατιστικής ανάλυσης όπως αυτά προέκυψαν με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.

Πίνακας 4.18.: Τα περιγραφικά στατιστικά για τον έλεγχο συσχέτισης ανάμεσα στη βαθμολογία του περιστασιακού άγχους και στη βαθμολογία του χαρακτηρισιολογικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο για το σύνολο των συμμετεχόντων (n=41) στην παρούσα μελέτη, όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.

| | Mean | Std. Deviation | N |
|-----------------|-------|----------------|----|
| Per_Working_Day | 43,51 | 7,890 | 41 |
| Xar_Working_Day | 41,73 | 9,149 | 41 |

Πίνακας 4.19.: Τα αποτελέσματα για τον έλεγχο συσχέτισης ανάμεσα στη βαθμολογία του περιστασιακού άγχους και στη βαθμολογία του χαρακτηρισιολογικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο για το σύνολο των συμμετεχόντων (n=41) στην παρούσα μελέτη, όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.

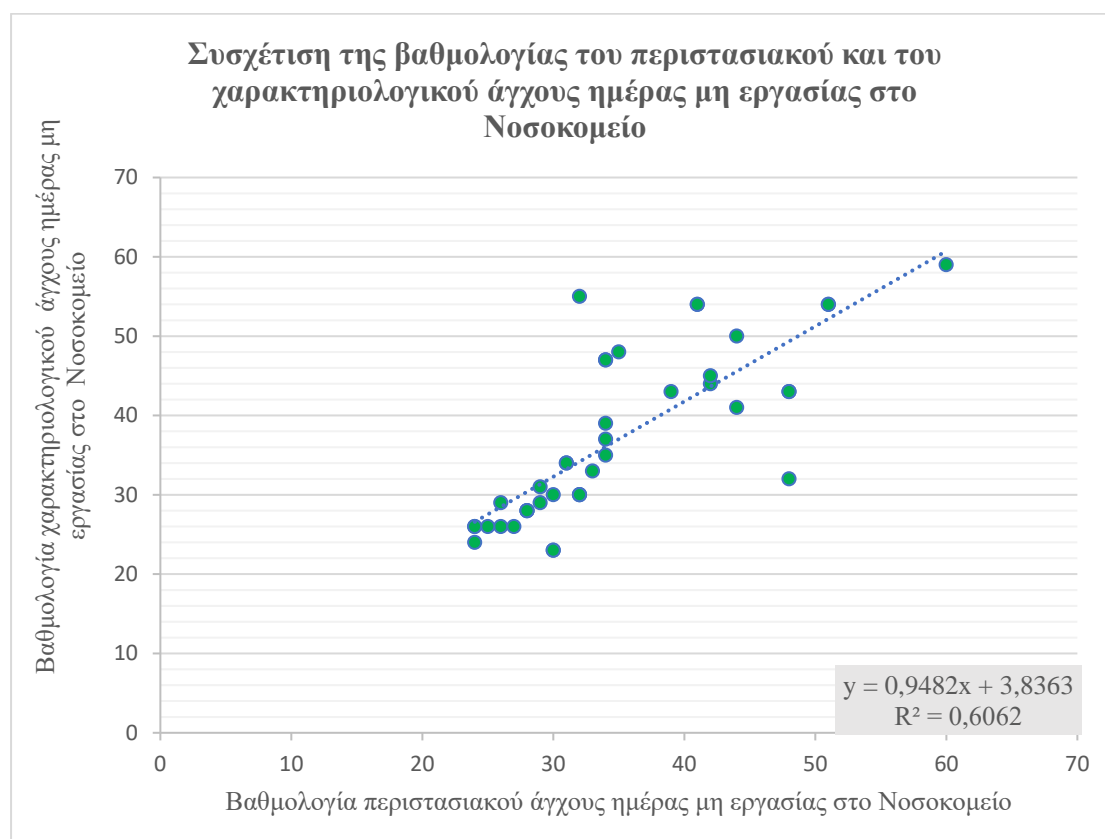
| | | Per_Working_Day | Xar_Working_Day |
|-----------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------|
| Per_Working_Day | Pearson Correlation | 1 | ,679** |
| | Sig. (2-tailed) | | ,000 |
| | Sum of Squares and Cross-products | 2490,244 | 1961,634 |
| | Covariance | 62,256 | 49,041 |
| | N | 41 | 41 |
| Xar_Working_Day | Pearson Correlation | ,679** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | |
| | Sum of Squares and Cross-products | 1961,634 | 3348,049 |
| | Covariance | 49,041 | 83,701 |
| | N | 41 | 41 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

4.4.2. Συσχέτιση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηρισιολογικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο.

Στο παρακάτω σχήμα (Σχήμα 4.12.) παρουσιάζεται η συσχέτιση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηρισιολογικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο για το σύνολο των συμμετεχόντων (n=41) στην παρούσα μελέτη. Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική μεγάλου βαθμού θετική συσχέτιση [Pearson's

r (41): R=0,779, p=0,000000002060177363 (δηλαδή $p < 0,00000001$)] ανάμεσα στη βαθμολογία του περιστασιακού άγχους και στη βαθμολογία του χαρακτηρισιολογικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο. Το εν λόγω σχήμα (Σχήμα 4.12.) δημιουργήθηκε με τη χρήση του προγράμματος Microsoft Excel 2019. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.



Σχήμα 4.12.: Η συσχέτιση της βαθμολογίας του περιστασιακού και του χαρακτηρισιολογικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο για το σύνολο των συμμετεχόντων (n=41) στην παρούσα μελέτη. Ανάμεσα στη βαθμολογία του περιστασιακού και του χαρακτηρισιολογικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική μεγάλου βαθμού θετική συσχέτιση [Pearson's r (41): R=0,779, p=0,000000002060177363 (δηλαδή $p < 0,00000001$)].

Στους παρακάτω πίνακες (Πίνακας 4.20. και Πίνακας 4.21.) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εν λόγω στατιστικής ανάλυσης όπως αυτά προέκυψαν με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.

Πίνακας 4.20.: Τα περιγραφικά στατιστικά για τον έλεγχο συσχέτισης ανάμεσα στη βαθμολογία του περιστασιακού άγχους και στη βαθμολογία του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο για το σύνολο των συμμετεχόντων (n=41) στην παρούσα μελέτη, όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.

| | Mean | Std. Deviation | N |
|--------------------|-------|----------------|----|
| Per_No_Working_Day | 35,00 | 8,735 | 41 |
| Xar_No_Working_Day | 37,02 | 10,638 | 41 |

Πίνακας 4.21.: Τα αποτελέσματα για τον έλεγχο συσχέτισης ανάμεσα στη βαθμολογία του περιστασιακού άγχους και στη βαθμολογία του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο για το σύνολο των συμμετεχόντων (n=41) στην παρούσα μελέτη, όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση η οποία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 20.

| | | Per_No_Workin g_Day | Xar_No_Workin g_Day |
|--------------------|-----------------------------------|------------------------|------------------------|
| Per_No_Working_Day | Pearson Correlation | 1 | ,779** |
| | Sig. (2-tailed) | | ,000 |
| | Sum of Squares and Cross-products | 3052,000 | 2894,000 |
| | Covariance | 76,300 | 72,350 |
| | N | 41 | 41 |
| Xar_No_Working_Day | Pearson Correlation | ,779** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | |
| | Sum of Squares and Cross-products | 2894,000 | 4526,976 |
| | Covariance | 72,350 | 113,174 |
| | N | 41 | 41 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

5. Συζήτηση

Ο κύριος σκοπός της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας ήταν να ελέγξει την επίδραση της εργασιακής έκθεσης του προσωπικού το οποίο εργάζεται στις ΜΕΘ του κορονοϊού σε Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο. Για το σκοπό αυτό οι συμμετέχοντες στη μελέτη συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς το «State-Trait Anxiety Inventory Y (STAI-Y)», το οποίο αξιολογεί το χαρακτηριστικό και το καταστασιακό άγχος το οποίο συμπλήρωσαν συνολικά 2 φορές: 1^η φορά: ημέρα κατά την οποία δεν εργάζονταν στο Νοσοκομείο (π.χ. κατά τη διάρκεια Σαββατοκύριακου που δεν εργάζονταν ή σε ρεπό) και 2^η φορά: ημέρα κατά την οποία εργάζονταν στο Νοσοκομείο, εντός του ωραρίου εργασίας τους. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε μέσω χορήγησης τους στους συμμετέχοντες σε έντυπη μορφή.

Επίσης, πραγματοποιήθηκε έλεγχος για την ύπαρξη ή μη στατιστικά σημαντικών διαφοροποιήσεων μεταξύ των διαφορετικών ειδικοτήτων που συμμετείχαν στην εν λόγω μελέτη (φυσιοθεραπευτές, νοσηλεύτες και ιατροί) που εργάζονται στις ΜΕΘ, τόσο ως προς την παράμετρο του χαρακτηριστικού όσο και ως προς την παράμετρο του καταστασιακού άγχους, τόσο κατά τη διάρκεια εργασίας στο νοσοκομείο όσο και κατά τη διάρκεια μη ημέρας εργασίας τους στο νοσοκομείο. Επιπρόσθετα, για τους συμμετέχοντες στην εν λόγω μελέτη, πραγματοποιήθηκε έλεγχος του βαθμού συσχέτισης μεταξύ του περιστασιακού και του χαρακτηριστικού άγχους, τόσο ημέρα εργασίας στο νοσοκομείο όσο και ημέρα μη εργασίας στο νοσοκομείο.

Βάσει των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική αύξηση τόσο του περιστασιακού όσο και του καταστασιακού άγχους των επαγγελματιών υγείας εργαζόμενων στις ΜΕΘ COVID-19 για το σύνολο του δείγματος της παρούσας μελέτης, ανεξαρτήτως ειδικότητας, ημέρα κατά την οποία εργάζονταν στο νοσοκομείο έναντι ημέρας κατά την οποία δεν εργάζονταν στο νοσοκομείο. Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με την επίδραση της επαγγελματικής έκθεσης στα επίπεδα του περιστασιακού άγχους, οι συμμετέχοντες στη μελέτη παρουσίασαν στατιστικώς σημαντικά [$t(40)=6,412$, $p=0,0000001246$ (δηλαδή $p<0,000001$)] υψηλότερη βαθμολογία περιστασιακού άγχους ημέρα κατά την οποία εργάζονταν στο Νοσοκομείο (Μ.Ο. \pm Τ.Α.: $43,51 \pm 7,89$) έναντι ημέρας που δεν εργάζονταν στο Νοσοκομείο (Μ.Ο. \pm Τ.Α.: $35,00 \pm 8,73$). Όσον αφορά, την επίδραση της επαγγελματικής έκθεσης στα επίπεδα του χαρακτηριστικού άγχους, οι συμμετέχοντες στη μελέτη παρουσίασαν

στατιστικώς σημαντικά [$t(40)=4,173$, $p=0,00016$ (δηλαδή $p<0,001$)] υψηλότερη βαθμολογία χαρακτηρισιολογικού άγχους ημέρα κατά την οποία εργάζονταν στο Νοσοκομείο (Μ.Ο. \pm Τ.Α.: $41,73 \pm 9,15$) έναντι ημέρας που δεν εργάζονταν στο Νοσοκομείο (Μ.Ο. \pm Τ.Α.: $37,02 \pm 10,64$).

Βάσει των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας εργαζόμενων στις ΜΕΘ COVID-19, τόσο του περιστασιακού όσο και του καταστασιακού άγχους τόσο ημέρα κατά την οποία εργάζονταν στο νοσοκομείο όσο και ημέρα κατά την οποία δεν εργάζονταν. Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με την παράμετρο του περιστασιακού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο οι Φυσικοθεραπευτές παρουσίασαν τη μικρότερη βαθμολογία (Μ.Ο. \pm Τ.Α.: $42,80 \pm 5,45$) ακολουθούμενοι από τους Νοσηλευτές (Μ.Ο. \pm Τ.Α.: $43,35 \pm 8,64$) και τους Ιατρούς (Μ.Ο. \pm Τ.Α.: $44,30 \pm 7,41$). Παρόλα αυτά όσον αφορά τη συγκεκριμένη παράμετρο (βαθμολογία περιστασιακού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο) δεν παρουσιάστηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις [$F(2,38)=0.072$, $p=0,930$] μεταξύ των επαγγελματιών υγείας 3 διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς). Όσον αφορά την παράμετρο του χαρακτηρισιολογικού άγχους ημέρα εργασίας στο Νοσοκομείο οι Φυσικοθεραπευτές παρουσίασαν τη μικρότερη βαθμολογία (Μ.Ο. \pm Τ.Α.: $40,80 \pm 11,37$) ακολουθούμενοι από τους Ιατρούς (Μ.Ο. \pm Τ.Α.: $40,90 \pm 10,41$) και τους Νοσηλευτές (Μ.Ο. \pm Τ.Α.: $42,23 \pm 8,58$). Ωστόσο, όσον αφορά και τη συγκεκριμένη παράμετρο (βαθμολογία χαρακτηρισιολογικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο) δεν παρουσιάστηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις [$F(2,38)=0.101$, $p=0,904$] μεταξύ των επαγγελματιών υγείας 3 διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς).

Ως προς την παράμετρο του περιστασιακού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο οι Φυσικοθεραπευτές παρουσίασαν τη μικρότερη βαθμολογία (Μ.Ο. \pm Τ.Α.: $31,00 \pm 6,32$) ακολουθούμενοι από τους Ιατρούς (Μ.Ο. \pm Τ.Α.: $33,00 \pm 6,55$) και τους Νοσηλευτές (Μ.Ο. \pm Τ.Α.: $36,54 \pm 9,64$). Παρόλα αυτά όσον αφορά τη συγκεκριμένη παράμετρο (βαθμολογία περιστασιακού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο) δεν παρουσιάστηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις [$F(2,38)=1,202$, $p=0,312$] μεταξύ των επαγγελματιών υγείας 3 διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς). Αναφορικά με την παράμετρο του χαρακτηρισιολογικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο, οι

Ιατροί παρουσίασαν τη μικρότερη βαθμολογία ως προς την παράμετρο του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο (M.O. \pm T.A.: 34,90 \pm 9,33) ακολουθούμενοι από τους Νοσηλευτές (M.O. \pm T.A.: 37,54 \pm 10,64) και τους Φυσικοθεραπευτές (M.O. \pm T.A.: 38,60 \pm 14,59). Εντούτοις, όσον αφορά τη συγκεκριμένη παράμετρο (βαθμολογία χαρακτηριστικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο) δεν παρουσιάστηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις [F(2,38)=0.274, p=0,762] μεταξύ των επαγγελματιών υγείας 3 διαφορετικών ειδικοτήτων (Φυσικοθεραπευτές, Νοσηλευτές και Ιατρούς).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της εργασίας παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική μέτριο βαθμού θετική συσχέτιση [Pearson's r (41): R=0,679, p=0,000001041 (δηλαδή p < 0,00001)] ανάμεσα στη βαθμολογία του περιστασιακού άγχους και στη βαθμολογία του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας εργασίας στο Νοσοκομείο για το σύνολο των συμμετεχόντων (n=41) στην παρούσα μελέτη. Επιπρόσθετα, βάσει των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική μεγάλου βαθμού θετική συσχέτιση [Pearson's r (41): R=0,779, p=0,000000002060177363 (δηλαδή p < 0,00000001)] ανάμεσα στη βαθμολογία του περιστασιακού άγχους και στη βαθμολογία του χαρακτηριστικού άγχους ημέρας μη εργασίας στο Νοσοκομείο, για το σύνολο των συμμετεχόντων (n=41) στην παρούσα μελέτη.

Όπως παρατηρήθηκε και στη συγκεκριμένη μελέτη αναντίρρητα, ο COVID-19 έχει ισχυρό αντίκτυπο στους εργαζόμενους στη ΜΕΘ. Όπως κάθε πανδημία, έτσι και ο COVID-19 θα μπορούσε οδηγεί σε συναισθηματικές και ψυχολογικές διαταραχές μεταξύ των φροντιστών, ιδιαίτερα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), όπου οι εργαζόμενοι υφίστανται σημαντικό άγχος (Caillet et al., 2020). Οι Mealer et al. (2009) είχαν ήδη αναφέρει μερικά χρόνια νωρίτερα ότι οι νοσηλευτές της ΜΕΘ είχαν αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης PTSD σε σύγκριση με όσους νοσηλευτές εργάζονταν εκτός ΜΕΘ (Mealer et al., 2009) αλλά σαφής συσχέτιση προκύπτει και σε μελέτη των Meadors & Lamson (2008) σε υγειονομικό προσωπικό ΜΕΘ στο υψηλό χαρακτηριστικό άγχος καθώς και στο υψηλό επίπεδο κόπωσης με τα περισσότερα χρόνια παροχής φροντίδας σε πάσχοντες να σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα κόπωσης. Συμπερασματικά, ακόμη και εκτός μεγάλων κρίσεων οι εργαζόμενοι στις ΜΕΘ έχει αποδειχθεί ότι είναι πιο επιρρεπής στο άγχος και την κατάθλιψη σε σύγκριση με το προσωπικό από άλλες μονάδες (Vandevala et al., 2017; Costa & Moss, 2018).

Πράγματι, οι υγειονομικοί στις ΜΕΘ αντιμετωπίζουν το θάνατο, την οικογενειακή αγωνία, τη σωματική και ψυχολογική ταλαιπωρία, το χειρισμό σύνθετων θεραπειών με εξελιγμένα τεχνικά μέσα και πλήθος άλλων στρεσογόνων παραγόντων (Laurent & Capellier, 2018) όπως το φόβο της μόλυνσης, αδυναμία ξεκούρασης, ανικανότητα να φροντίσει κανείς την οικογένειά του, το συνεχές βίωμα αρνητικών συναισθημάτων (Azoulay et al., 2020). Επιπλέον μελέτες, ανέφεραν επίσης υψηλότερο επιπολασμό προβλημάτων ψυχικής υγείας μεταξύ των υγειονομικών, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό λόγω της κοντινής και συχνής επαφής με τους νοσούντες και των συνθηκών εργασίας που εκτίθενται. (Wang et al., 2019; Zheng, 2020; Kumar & Navar, 2020). Σε συστηματική ανασκόπηση στην οποία πραγματοποιήθηκε και μετανάλυση σε 29 μελέτες με συνολικό μέγεθος δείγματος 22.380 υγειονομικούς, 23 μελέτες αναφέρουν τον επιπολασμό του άγχους και 21 μελέτες αναφέρουν τον επιπολασμό της κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης καταδεικνύουν ξεκάθαρα ότι ο επιπολασμός του στρες, τόσο του άγχους όσο και της κατάθλιψης στους φροντιστές ασθενών covid-19 είναι υψηλός (Salari et al., 2020).

Επιπρόσθετα, σε μελέτη όπου το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος αποτελούνταν από εργαζομένους που συνεργάστηκαν στενά με ασθενείς Covid-19, στα ΤΕΠ (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) και στις ΜΕΘ, για τη διερεύνηση των ψυχολογικών επιπτώσεων του κορωνοϊού σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με τη χορήγηση ερωτηματολογίων IES (Impact Event Scale), STAI- Y (State Trait Anxiety Inventory), BDI (Beck Depression Inventory) τα αποτελέσματα δείχνουν οι εργαζομένων στον τομέα της υγείας, κινδυνεύουν να αναπτύξουν σοβαρές ψυχολογικές διαταραχές. Μεταξύ των ψυχολογικών συμπτωμάτων επικράτησαν το στρες (76,2%; n=587), άγχος (59,4%; n=457) και κατάθλιψη (11,8%; n=91) και μόνο το 3,9% του υγειονομικού προσωπικού ζήτησε βοήθεια από ψυχολόγο (Carriero et al., 2021).

Αξίζει να σημειωθεί ότι για την παρακολούθηση της ψυχολογικής ευημερίας των εργαζομένων μετά το πρώτο κύμα της πανδημίας COVID-19, η Μονάδα Κλινικής Ψυχολογίας του Νοσοκομείου Santi Paolo and Carlo στο Μιλάνο, υλοποίησε το «Σχέδιο Ευημερίας» με στόχο την παρακολούθηση της ευημερίας των εργαζομένων και την παροχή υποστήριξης. Χρησιμοποιήθηκαν τρεις κλίμακες αξιολόγησης η (STAI-Y1), (HAM-D) και η (PCL-5) ώστε να συλλεχθούν τα δεδομένα. Οι εργαζόμενοι ανέφεραν μέτρια/σοβαρά συμπτώματα άγχους (23%), κατάθλιψης (53%) και διαταραχής μετατραυματικού στρες (40%) (Lamiani et al., 2021).

Σε μελέτη αξιολόγησης της ψυχικής υγείας, της ευεξίας και αλλαγών στον τρόπο ζωής των εργαζομένων σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) κατά τη διάρκεια του 1^{ου} κύματος της πανδημίας COVID-19 συγκριτικά με άλλες νοσοκομειακές μονάδες. Επιβεβαιώνεται η υποψία για υψηλό επιπολασμό άγχους, κατάθλιψης, δυσφορίας και χαμηλή ευημερία κατά τη διάρκεια του 1^{ου} κύματος COVID-19 μεταξύ των υγειονομικών και ειδικά μεταξύ των υγειονομικών στις ΜΕΘ. Η εργασία στη ΜΕΘ είχε επίπτωση στον τρόπο ζωής το 45,2% ανέφεραν ότι κοιμούνται λιγότερο από συνήθως, το 32,4% ότι τρώνε περισσότερο. Όσον αφορά τη σωματική άσκηση το 46,6% ανέφεραν ότι έκαναν λιγότερη άθληση. Το γυναικείο φύλλο, ο φόβος μόλυνσης και μετάδοσης του COVID-19, το άγχος της δουλειάς με ασθενείς με COVID-19, ο αυξημένος εργασιακός φόρτος σχετίζονται με χειρότερη πρόγνωση για την εκδήλωση αγχώδους διαταραχής (Wozniak et al., 2021).

Κατά τη διάρκεια καταστροφικών καταστάσεων, οι εργαζόμενοι στις ΜΕΘ τείνουν να αφήνουν κατά μέρος τις ανάγκες τους για να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών (Caillet et al., 2020). Συχνά, χωρίς αρκετούς πόρους ή προσωπικούς προστατευτικούς εξοπλισμούς, με μεγάλο αριθμό ασθενών, ελλείψεις στο προσωπικό, ανεπαρκώς προετοιμασμένα συστήματα υγείας και αποτυχίες στην εφοδιαστική αλυσίδα. Ως αποτέλεσμα υποφέρουν από στρες και δυσφορία για τις συχνά αντικρουόμενες επαγγελματικές αξίες που προκύπτουν. Βρίσκονται αντιμέτωποι με δυσάρεστα και σύνθετα ηθικά ζητήματα στην πράξη, με ηθικές συγκρούσεις καθώς και πολλές ώρες εργασίας. Ένας αυξανόμενος αριθμός προσωπικού μολύνεται από τον SARS-CoV-2 ή πεθαίνει στη γραμμή του καθήκοντος. Συνεπώς χρειάζεται ισχυρό ηθικό θάρρος, αντοχή και ανθεκτικότητα για να εργαστεί στην πρώτη γραμμή της πανδημίας (Tural et al., 2020).

Επιπρόσθετα, σε πολλές χώρες για την καλύτερη αντιμετώπιση της πανδημίας προσλήφθηκε έκτακτο υγειονομικό προσωπικό ώστε να ξεπεραστεί η έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού στις ΜΕΘ και επιπλέον υπήρξε μετακίνηση προσωπικού από άλλες χωρίς ωστόσο να έχει εκπαίδευση ή σχετική εμπειρία στη ΜΕΘ. Σχετική σύγκριση των ψυχολογικών επιπτώσεων της πανδημίας τόσο στους μόνιμους εργαζόμενους όσο και του επικουρικού προσωπικού στις ΜΕΘ Covid-19 δείχνει ότι τα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες ήταν υψηλά, με σημαντική έκπτωση στην ποιότητα ζωής και στην ψυχική ανθεκτικότητα στους εργαζομένους στις ΜΕΘ με τα συμπτώματα κατάθλιψης να παρατηρούνται περισσότερο σε μόνιμα μέλη του προσωπικού συγκριτικά με το επικουρικό προσωπικό (Altmayer et al., 2021).

Όσον αφορά τη σύγκριση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και σε παρόμοιες μελέτες δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στις κλίμακες κατάθλιψης, και άγχους μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών. Επιπλέον παρατηρήθηκε πως η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης είναι πιο εύκολη σε άτομα άνω των 40 ετών, ενώ μικρότερης ηλικίας άτομα χρησιμοποιούν αποφευκτικές συμπεριφορές για τη διαχείριση του άγχους. Ενώ σε άλλη έρευνα που παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητα ψυχολογικά συμπτώματα μεταξύ των εργαζομένων στην ιατρική περίθαλψη στην Κίνα κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 αναφέρεται συγκεκριμένα ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πιο επιρρεπές στην εμφάνιση άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Si et al., 2020). Όπως και σε μελέτη στην οποία συμπεριλήφθηκαν 13 μελέτες με συνολικά 33.062 συμμετέχοντες παρατηρήθηκε ότι το γυναικείο φύλο εμφάνισε υψηλότερα άγχους και κατάθλιψης όπως και νοσηλευτικό προσωπικό συγκριτικά με το ιατρικό προσωπικό.

Στην παρούσα μελέτη όπως αναφέρθηκε και προηγούμενα υπήρξε θετική και στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας του περιστασιακού άγχους και του χαρακτηρισιολογικού άγχους των συμμετεχόντων τόσο ημέρα εργασίας στο νοσοκομείο όσο και ημέρα μη εργασίας στο νοσοκομείο. Αντίστοιχα, σε μελέτη που χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο STAI-Y (Fountoulakis et al., 2006), ο συντελεστής συσχέτισης (Pearson r correlation) μεταξύ του περιστασιακού και του χαρακτηρισιολογικού άγχους έλαβε την τιμή 0,79. Στη συγκεκριμένη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 143 εθελοντές εκ των οποίων οι 121 ήταν υγιείς (ηλικίας $27,22 \pm 10,61$ ετών) καθώς και 22 ασθενείς με διαγνωσμένη κατάθλιψη (ηλικίας $29,48 \pm 9,28$ ετών).

Αν και υπάρχουν σημαντικά ευρήματα δεν είναι ακόμα καθορισμένες όλες οι επιπτώσεις της πίεσης του COVID-19 στο υγειονομικό προσωπικό. Παρόλα αυτά η κατάσταση αυτή έφερε στο φως μια νέα πραγματικότητα. Συνέβαλε στην ανάδειξη του θάρρους του υγειονομικού προσωπικού κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Το έτος 2020 επιλέχτηκε από τον ΠΟΥ ως έτος Νοσηλευτών/τριών και Μαιών ώστε να συμπέσει με την επέτειο γέννησης της Florence Nightingale τιμώντας και αναγνωρίζοντας με τον τρόπο αυτό τους τους αφανείς ήρωες, τους εργαζόμενους στον υγειονομικό τομέα.

Η πανδημία COVID-19 δημιούργησε πολλά ηθικά διλήμματα, την ανάγκη διαλογής των ασθενών, εντάσεων από την κατανομή των σπάνιων πόρων για τον ιατρικό εξοπλισμό και τη ατομική προστασία σε συνδυασμό με τη αυξανόμενη ανάγκη

παροχής υπηρεσιών και με την έλλειψη προσωπικού. Επιπλέον, τους έφεραν αντιμέτωπους με προκλήσεις που σχετίζονται με τον κίνδυνο έκθεσης και μετάδοσης του ιού, που αμφισβητούν την ηθική υποχρέωση απέναντι στους ασθενείς (Morley et al., 2020). Σύμφωνα με τους Rosa et al. (2020) οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν υψηλό ποσοστό φθοράς και εξάντλησης και είναι ορατή η ανάγκη συνεχούς καθοδήγησης ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι αρνητικές συνέπειες και στον αντίποδα να καλλιεργείται κουλτούρα ηθικής ανθεκτικότητας, να διατηρείται η ψυχική ευεξία και επαγγελματική αποτελεσματικότητα των επαγγελματιών (Rosa et al., 2020).

Στην αρχή της πανδημίας στις ΗΠΑ διερευνήθηκαν μέσω οργανωμένων συνεδριών οι ανησυχίες των υγειονομικών, ώστε με βάση τα δεδομένα να αποσαφηνιστούν οι ανάγκες τους και να προβούν στην απτή υποστήριξη τους. Αυτές οι ανησυχίες οδήγησαν στην οργάνωση πέντε αιτημάτων που απευθύνονταν στους ηγέτες τους σύμφωνα με τους Shanafelt et al. (2020), να τους ακούν, να τους προστατεύσουν, να τους προετοιμάσουν, να τους υποστηρίξουν και να τους φροντίσουν. Με βάση τα αιτήματα υπήρξε η δυνατότητα οργάνωσης στρατηγικών κατανόησης των αναγκών και των προβληματισμών του προσωπικού, πλαισίωσης της ενσυναίσθησης και εν τέλει την εύρεση απτών τρόπων αντιμετώπισης ώστε να προληφθεί η ψυχική υγεία και η ηθική ανθεκτικότητα όσων βρίσκονται στη μάχη της πρώτης γραμμής (Hofmeyer & Taylor, 2020).

Είναι σημαντική η λήψη κατάλληλων, αποτελεσματικών μέτρων που στοχεύουν στη μείωση του άγχους και την προαγωγή της σωματικής και ψυχικής υγείας του υγειονομικού προσωπικού ώστε να συνεχίζουν να ασκούν το έργο τους αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση της πανδημίας (Naeim et al., 2020). Τέτοιοι προστατευτικοί παράγοντες σύμφωνα με τους Naeim et al. (2020), είναι η παροχή χρόνου για την εκτέλεση διατακτικών ασκήσεων, το περπάτημα στην ύπαιθρο και ασκήσεις διαφραγματικής αναπνοής, η ενίσχυση της ομαδικότητας στον εργασιακό χώρο και της συναδελφικής αλληλουποστήριξης, η ανάπτυξη θετικής σκέψης και θετικής ανατροφοδότησης και το χιούμορ, η επικέντρωση της προσοχής στα θέματα που μπορούν να ελεγχθούν και όχι η ανάλωση σε θέματα μη ελεγχόμενα, ο προγραμματισμός της επικοινωνίας με τους σημαντικούς άλλους και η αποφυγή της απομόνωσης από αυτούς, η αξιολόγηση των συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης ή αυπνίας και η αναζήτηση υποστήριξης από ειδικούς ψυχικής υγείας για την έγκαιρη αντιμετώπιση τους, η αυτοφροντίδα για παράδειγμα η σωστή διατροφή, ο περιορισμός

έκθεσης σε ψευδής ειδήσεις τρομακτικών νέων και σαφώς η αποφυγή διάδοσης τους. Αυτό αυξάνει την παραγωγικότητα του προσωπικού του Νοσοκομείου, επιταχύνει τα μέτρα ελέγχου της πανδημίας και παρέχει πιο αποτελεσματική θεραπεία για τους ασθενείς με COVID-19 (Salari et al., 2020).

Η πανδημία του COVID-19 συνεχίζει να εξελίσσεται και ήταν δύσκολο να προβλεφθούν οι συνέπειες σε όλους τους τομείς. Παρόλα αυτά, ως μάθημα είναι να δίνεται προτεραιότητα στην ολιστική υγεία και στην κάλυψη των αναγκών του υγειονομικού δυναμικού. Αυτό ξεκινάει από την αναγνώριση των αναγκών ψυχικής υγείας και την ενδυνάμωση των ατόμων ώστε να αναζητήσουν υποστήριξη χωρίς να φοβούνται το κοινωνικό αντίκτυπο που ενδέχεται αυτό να έχει. Επιπλέον, η εφαρμογή προληπτικών σχεδίων προαγωγής της ψυχικής υγείας και την αύξηση της ανθεκτικότητας κατά τη διάρκεια κρίσεων αποδεικνύεται ιδιαίτερα σημαντική για νοσηλευτές που φροντίζουν ειδικούς πληθυσμούς οι οποίοι είναι ευάλωτοι στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα με COVID-19 (Shah, 2020). Σημαντική είναι η εφαρμογή στρατηγικών μείωσης του άγχους, εκπαίδευση του προσωπικού στην ανθεκτικότητα, ενίσχυση της αντοχής της ομάδας κατά τη διάρκεια κρίσιμων καταστάσεων και εντέλει η βέλτιστη διαχείριση του φόρτου εργασίας (Ranney, Griffeth & Jha, 2020; Shanafelt, Ripp, & Trockel, 2020).

Όπως προκύπτει και από τη μελέτη της βιβλιογραφίας οι στρεσογόνοι παράγοντες που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας και ειδικά σε χώρους όπως οι ΜΕΘ, κατά τη διάρκεια της πανδημίας θα οδηγήσουν σε εκδήλωση των συμπτωμάτων ή θα επιδεινώσουν τα ήδη υπάρχοντα συμπτώματα. Πολλά μέλη του προσωπικού θα επηρεαστούν αρνητικά σε ψυχολογικές παραμέτρους. Ωστόσο, υπάρχουν υποστηρικτικοί παράγοντες στους οποίους πρέπει να δοθεί σημασία για την ενίσχυση της ψυχικής τους υγείας. Αν και μπορεί να ακούγεται τετριμμένο, σημαντικό ρόλο έχει η ηγεσία και η καθοδήγηση με την αξιοποίηση στρατηγικών ώστε να υποστηριχθεί η υγειονομική ομάδα ακόμα και σε αντίξοες συνθήκες όπως της πανδημίας. Καθώς αυτή η πανδημία είναι ένας μαραθώνιος και όχι ένα σπριντ σύμφωνα με τους Walton et al. (2020).

6. Συμπεράσματα

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν να αξιολογηθεί η επίδραση της επαγγελματικής έκθεσης, στα επίπεδα του χαρακτηριολογικού και καταστασιακού άγχους των επαγγελματιών υγείας εργαζόμενων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) COVID-19 σε Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Από την παρούσα έρευνα προέκυψε ότι η εργασιακή έκθεση προκαλεί αύξηση των επιπέδων άγχους των επαγγελματιών υγείας εργαζόμενων στις ΜΕΘ που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19, σε Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Επιπλέον, τα επίπεδα άγχους (τόσο ημέρας εργασίας όσο και ημέρας μη εργασίας στις ΜΕΘ του Νοσοκομείου) τελικά δεν παρουσιάζουν διαφοροποίηση ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων, εργαζόμενων στις ΜΕΘ που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19, σε Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 και ως προς τα επίπεδα χαρακτηριολογικού και περιστασιακού άγχους των επαγγελματιών υγείας εργαζόμενων στις ΜΕΘ που νοσηλεύονται ασθενείς με COVID-19, σε Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 υπάρχει υψηλή συσχέτιση τόσο μια ημέρα μη εργασίας, όσο και μια ημέρα εργασίας.

Μια κοινή διαπίστωση σε πολλές μελέτες είναι πως οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που εργάζονται σε ένα αγχωτικό ιατρικό περιβάλλον, ειδικά στις ΜΕΘ είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση κάτι που επηρεάζει την ευημερία τους και την ποιότητα της επαγγελματικής φροντίδας που παρέχουν και, ως εκ τούτου, μπορεί να είναι επιζήμια για την ασφάλεια των ασθενών (Chuang et al., 2016). Ανάλογες ποσοτικές μελέτες αναφέρουν υψηλά επίπεδα στρες, άγχους, κατάθλιψης, διαταραχών ύπνου και εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας που διαχειρίζονται ασθενείς με COVID-19 συγκριτικά με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας (Danet, 2021). Πλήθος υγειονομικών διαθέτουν χαμηλά επίπεδα ανθεκτικότητας ενώ παρατηρήθηκε πως η αυξημένη προσωπική ανθεκτικότητα, η οργανωτική υποστήριξη και η κοινωνική υποστήριξη σχετίζονται σημαντικά με μειωμένο επίπεδο άγχους λόγω του COVID-19 αλλά και με μειωμένα δυσφορικά συναισθήματα, αύξηση της αυτό-αποτελεσματικότητας, βελτίωση της ποιότητας του ύπνου και μειωμένα ποσοστά άγχους (Labrague & Santos, 2020). Υπογραμμίζεται ο ζωτικός ρόλος της κοινωνική υποστήριξης στην θετική απόκριση σε στρεσογόνα ερεθίσματα και γεγονότα ακόμα και την εμφάνιση μειωμένων ποσοστών άγχους,

κατάθλιψης, διαταραχών ύπνου κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 (Liu & Aungmyethazan, 2019). Η ψυχική ανθεκτικότητα ενισχύεται μέσω της βελτίωσης της αυτο-αποτελεσματικότητάς, το θετικό τρόπο αντιμετώπισης, την κοινωνική υποστήριξη (Ou et al., 2021).

Όπως επισημαίνεται και από το ΠΟΥ ότι η εφαρμογή των κατάλληλων μέτρων επαγγελματικής ασφάλειας συντελεί στην προστασία τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας του υγειονομικού προσωπικού. Συνεπώς είναι σημαντικό να εφαρμόζονται στρατηγικές ψυχολογικής παρέμβασης ταυτόχρονα με τα απαραίτητα μέτρα πρόληψης και προστασίας σύμφωνα με τις σαφείς τεκμηριωμένες κατευθυντήριες γραμμές που υφίστανται ως προς τη διαχείριση και προαγωγή της ψυχικής υγείας του υγειονομικού προσωπικού ωστόσο φαίνεται πως τα νοσηλευτικά ιδρύματα χρειάζονται μια πρακτικότερη προσέγγιση που να έχει εφαρμογή στον εργασιακό πλαίσιο του δημόσιου νοσοκομείου.

Ο COVID-19 είναι ένα διεθνές πολυδιάστατο θέμα δημόσιας υγείας και πέρα των άλλων επιπτώσεων σε κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο προκαλεί μια διάχυτη ψυχολογική ανισορροπία και σημαντικές ψυχικές επιπτώσεις και είναι σημαντική η ενδεδειγμένη μελέτη του φαινομένου. Οι υγειονομικοί φαίνεται πως είναι ευάλωτοι στην εκδήλωση εξάντλησης και ψυχικών νοσημάτων επομένως συνεπάγεται ότι είναι σημαντική τόσο η έγκαιρη αντιμετώπιση και η επαγρύπνηση για τη διατήρηση της ψυχικής υγείας όσο και η ουσιαστική υποστήριξη των υγειονομικών συστημάτων περίθαλψης για την διαχείριση των συνεπειών της πανδημίας Covid-19, μέσω μελλοντικών ερευνών και το σχεδιασμό και οργάνωση παρεμβάσεων αντιμετώπισης. Το προσωπικό στις ΜΕΘ αποτελεί σημαντικό κρίκο στο σύστημα υγείας, συνεπώς είναι σημαντική η προσπάθεια αποτελεσματικής μείωσης του άγχους, ο προσδιορισμός των αιτιών και η εξάλειψη τους ώστε να επιτυγχάνεται αποτελεσματική φροντίδα αλλά και αποδοτική χρήση των διαθέσιμων πόρων περίθαλψης. Μελλοντικές έρευνες θα ήταν χρήσιμο να αφορούν την αποτελεσματική διαχείριση των παραγόντων που επηρεάζουν αρνητικά τους επαγγελματίες της ΜΕΘ και να επικεντρωθούν στην ανάπτυξη καλύτερων μέτρων ανθεκτικότητας κατά τη διάρκεια πανδημιών, στη μελέτη της επίδρασης των προστατευτικών παραγόντων σε διαφορετικά επίπεδα έκθεσης σε κίνδυνο (Ungar & Theron, 2019).

Κάντας, Α. (2009). *Οργανωτική - Βιομηχανική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καραδήμας, Χ. Ε. (2005). *Ψυχολογία της υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω / Δάρδανος

Καυκιά, Θ. (2021). COVID-19 και επαγγελματίες υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 13(2), 3-4.

Λιάκος Α, Γιαννίτση Σ. (1984). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της τροποποιημένης ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος*, 21, 71–76.

Μαρνέρας, Χ., Θεοδωρακοπούλου, Γ., Αλμπάνη, Ε., Γκούβα, Μ., Δημοπούλου, Ε. & Κοτρώτσιου, Ε. (2010). Ικανοποίηση από την Εργασία και Επίπεδα Άγχους σε Νοσηλευτές που εργάζονται σε Νεφρολογικά Κέντρα. *Νοσηλευτική*, 49(1), 83–90.

Μητρούση, Σ., Τραυλός, Α., Κούκια, Ε., & Ζυγά, Σ. (2013). Θεωρίες άγχους: Μια κριτική ανασκόπηση. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, (6)1,21-27.

Μπόρου Α., Βόσνιακ Γ., Υφαντής Α., Τηνιακού Ι., Μαχαιράς Ν. , Τσικλιτάρα Α., Παπαδημητρίου, Β., Σαπουντζή-Κρέπια, Δ., Μουζάς Ο., (2010). Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας. Η ειδική περίπτωση των νοσηλευτών. *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος*, 6(1), 39-46.

Παπακώστας, Ι. (1996). *Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία: Θεωρία και πράξη*. Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας & Θεραπείας της Συμπεριφοράς.

Παπαμήτσου, Θ., Λιόντα, Α., Μπουγά, Λ., Καββαδάς, Δ., Αηδόνη, Ζ., & Σιόγκα, Α. (2021). Covid-19 Θεραπευτικές προσεγγίσεις και οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές των μονάδων εντατικής θεραπείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(3), 343-350.

Πέλεχας Ε., & Αντωνιάδη, Α. (2013). Συγκριτική μελέτη ικανοποίησης του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού σε δύο νοσοκομεία της Ελλάδας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(3), 325-334.

Ποταμιάνος, Γ. (2002). *Θεωρίες Προσωπικότητας και Κλινική Πρακτική*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Σαρίδη, Μ., Καρρά, Α., Σουλιώτης, Κ. (2016). Εργασιακό stress και επαγγελματίες υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 33(1), 73-83.

Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Σουρτζή Π.(1998): *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 10(4), 179- 185.

Τεγόπουλος-Φυτράκης. (2007). *Μείζον Ελληνικό Λεξικό*. Αθήνα: Πατάκη.

Χριστοπούλου, Α. (2008). *Εισαγωγή στην Ψυχοπαθολογία του Ενήλικα*. Αθήνα: Τόπος.

7.2. Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.

Afrasiabi, J., McCarty, R., Hayakawa, J., Barrows, J., Lee, K., Plouffe, N., & Schomberg, J. (2021). Effects of Acupuncture and Acupressure on Burnout in Health Care Workers: A Randomized Trial. *Journal of trauma nursing : the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 28(6), 350–362.

Al-Aameri, A. (2003). Source of job stress for nurses in public hospitals. *Saudi Med J*, 24(11), 1183-1187.

Alcoforado, Fernando. «slideshare.» 16 Απρίλιος 2020. <https://www.slideshare.net/falcoforado/the-largest-pandemics-throughout-historyand-its-consequences> (πρόσβαση Νοέμβριος 22, 2020).

Alajmi, J., Jeremijenko, A. M., Abraham, J. C., Alishaq, M., Concepcion, E. G., Butt, A. A., & Abou-Samra, A. B. (2020). COVID-19 Infection among Healthcare Workers in a National Healthcare System: The Qatar Experience. *International Journal of Infectious Diseases*, 100, 386-389.

Al Maqbali, M., Al Sinani, M., & Al-Lenjawi, B. (2021). Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 141, 110343. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110343>

Almeida, M., Shrestha, A. D., Stojanac, D., & Miller, L. J. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 23(6), 741-748.

Altmayer, V., Weiss, N., Cao, A., Marois, C., Demeret, S., Rohaut, B., & Guennec L. (2021). Coronavirus disease 2019 crisis in Paris: A differential psychological impact between regular intensive care unit staff members and reinforcement workers. *Australian Critical Care* 34, 142-145.

Aly, H. M., Nemr, N. A., Kishk, R. M., Elsaid, N. M. A. (2021). Stress, anxiety and depression among healthcare workers facing COVID-19 pandemic in Egypt: a cross-sectional online-based study. *BMJ Open*, doi:10.1136/bmjopen-2020-045281

Arafa, M. A., Nazel, M. W., Ibrahim, N. K., & Attia, A. (2003). Predictors of psychological well-being of nurses in Alexandria, Egypt. *International journal of nursing practice*, 9(5), 313–320.

Austin, S., Murthy, S., Wunsch, H., Adhikari, N. K., Karir, V., Rowan, K., (2014). Access to urban acute care services in high- vs. middle-income countries: an analysis of seven cities. *Intensive Care Med*, 40(3), 342–52.

Azoulay, E., Cariou, A., Bruneel, F., Demoule, A., Kouatchet, A., Reuter, D., Soupart, V., Combes, A., Klouche, K., Argaud, L., Barbier, F., Jourdain, M., Reignier, J., Papazian, L., Guidet, B., GeRi, G., Resche-Rigon, M., Guisset, O., Labbe, V., Megarbane, B., Van Der Meersch, G., Guitton, C., Friedman, D., Pochard, F., Darmon, M., & Kentish-Barnes, N. (2020). Symptoms of Anxiety, Depression, and Peritraumatic Dissociation in Critical Care Clinicians Managing Patients with COVID-19. A Cross-Sectional Study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 202 (10), 1388-1398.

Baggs, J., Schmitt, M, Mushlin, A., Mitchell, P., Eldredge, D. Oakes, D., & Hutson, A. (1999). Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical Care Medicine*, 27, 1991-1998.

Balch, C. M., & Copeland, E. (2007). Stress and burnout among surgical oncologists: A call for personal wellnew and supportive workplace environment, *Ann Surg Oncol*, 14(11), 3029-3032.

Bandelow, B., Seidler-Brandler, U., Becker, A., Wedekind, D., & Ruther, E. (2007). Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and

psychological treatments for anxiety disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 8, 175-187.

Bankier, B., & Littman A. B. (2002). Psychiatric Disorders and Coronary Heart Disease in Women – A Still Neglected Topic: Review of the Literature from 1971 to 2000. *Psychother Psychosom*, 71, 133–140.

Barrett, E. S., Horton, D. B., Roy, J., Gennaro, M. L., Brooks, A., Tischfield, J., Greenberg, P., Andrews, T., Jagpal, S., Reilly, N., Carson, J. L., Blaser, M. J., & Panettieri, R. A. (2020). Prevalence of SARS-CoV-2 Infection in Previously Undiagnosed Health Care Workers in New Jersey, at the Onset of the U.S. COVID-19 Pandemic. *BMC Infectious Diseases*, 20(1), 853.

Barnsteiner, J. H., Madigan, C., & Spray, T. L. (2001). Instituting a disruptive conduct policy for medical staff. *AACN clinical issues*, 12(3), 378–382.

Biswas, P., & Chatterjee, S. (2014). Hand hygiene compliance among doctors in a tertiary care hospital of India. *Indian J Pediatr*, 81, 967–968.

Borrill, C.S., Carletta, J., Carter, A. J., Dawson, J. F. , Garrod, Simon., Rees, A., Richards, A., Shapiro, D., & West, M. A. (1998). The Effectiveness of Health Care Teams in the National Health Service.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912–920.

Bults, M., Beaujean, D.J., de Zwart, O., Kok, G., Empelen, P., Steenbergen, J.E., Richardus, J.H., & Voeten, H.A. (2011). Perceived risk, anxiety, and behavioural responses of the general public during the early phase of the Influenza A (H1N1) pandemic in the Netherlands: results of three consecutive online surveys. *BMC public health*, 11, 2. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-2>

Burke, R. J., & Greenglass, E. R. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychological Health*, 32, 126-138.

Caillet, A., Coste, C., Sanchez, R., , Allaouchiche, B. (2020). Psychological Impact of COVID-19 on ICU Caregivers. *Anaesth Crit Care Pain Med*, 39, 717–722.

Carmassi, C., Foghi, C., Dell'Oste, V., Cordone, A., Bertelloni, C. A., Bui, E., & Dell'Osso, L. (2020). PTSD symptoms in healthcare workers facing the three

coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic.

Psychiatry Research, 292.

Carriero, M. C., Conte, L., Calignano, M., Lupo, R., Calabrò, A., Santoro, P., Artioli, G., Caldararo, C., Ercolani, M., Carvello, M., & Leo, A. (2021). The psychological impact of the Coronavirus emergency on physicians and nurses: an Italian observational study. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 92(S2), e2021030. <https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.1157>

Carriero, M. C., Conte, L., Calignano, M., Lupo, R., Calabrò, A., Santoro, P., Artioli, G., Caldararo, C., Ercolani, M., Carvello, M., & Leo, A. (2021). The psychological impact of the Coronavirus emergency on physicians and nurses: an Italian observational study. *Acta Biomed*, 92, 1-13.

Carson, S. S., Cox, C. E., Holmes, G. M., Howard, A., Carey, T. S. (2006). The changing epidemiology of mechanical ventilation: A population- based study. *J Intensive Care Med*, 21, 173–182.

Chamberlain K, Zika S. (1990). The Minor Events Approach to Stress: Support for the Use of Daily Hassles. *Brit J Psychol*, 81, 469-481

Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*, 7, 15–16.

Chen, Y., Liu, Q., Guo, D. (2020). Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. *J Med Virol*, 92, 418–42.

Chuang, C. H., Tseng, P. C., Lin, C. Y., Lin, K. H., & Chen, Y. Y. (2016). Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Medicine*, 95(50), e5629. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000005629>

Clarke, S.P., Rockett, J.L., Sloane, D.M., & Aiken, L.H. (2002). Organizational climate, staffing, and safety equipment as of predictors needlestick injuries and near-misses in hospital nurses. *Am J Infect Control*, 30(4), 207-216.

Codly, S. J. (2006). Resilience in children: A review of literature with implications for education. *Urban Educaton*. 41(3), 211-236.

Cohen, M. S., Hellmann, N., Levy, J. A., Decock, K., Lange, J. (2008). The spread, treatment, and prevention of HIV-1: Evolution of a global pandemic. *J Clin Invest*, 118, 1244–1254.

- Cooper, C. L., & Payne, R. (1988). *Causes coping and consequences of stress at work*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Cooper, C. L. (2008). Mental health and well being at work: the disposal workforce. *International journal of public health*, 53(5), 225–226.
- Cooper, C. L., & Eaker, H. (2002). *Ζώντας με στρες*. Αθήνα: Παρισιάνου.
- Cooper, C. L., & Marshal, J. (1976). Occupational Sources of Stress: A Review of the Literature Relating to Coronary Heart Disease and Mental Ill Health. *Journal of Occupational Psychology*, 49, 11-28.
- Corlett, E. N., & Wilson, J. R. (1995). *Evaluation of Human Work*, 2nd Edition CRC Press. London: Taylor and Francis.
- Costa, D. K, Moss, M. (2018). The cost of caring: emotion, burnout, and psychological distress in critical care clinicians. *Ann Am Thorac Soc*, 15, 787–90.
- Cox, T. (1978). *Stress*. Oxford: University Park Press.
- Cox, T. H. (1993). *Cultural Diversity in Organizations: Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Berrett-Koehler.
- DalGLISH, S. L. (2020). COVID-19 gives the lie to global health expertise. *Lancet*, 395, 1189.
- Danet Danet A. (2021). Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Medicina clinica*, 156(9), 449–458.
- Dewe P. J. (1987). Identifying strategies nurses use to cope with work stress. *Journal of advanced nursing*, 12(4), 489–497.
- Despins, L. (2009). Patient safety and collaboration of the Intensive Care Unit team. *Critical Care Nurse*, 29, 85-91.
- Donohue, E., Nawawi, A., Wilder, L., Schindler, T., & Jette, D. U. (1993). Factors associated with burnout of Physical Therapists in Massachusetts Rehabilitation Hospitals. *Phys Ther*, 72(11), 750-756.
- Du, J., Dong, L., Wang, T. (2020). Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. *Gen Hosp Psychiatry*, 67, 144–5.

- Ducci, A. J., Padilha, K. G. (2004). Characterization of the adults patients in an intensive care unit: analysis according to the Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28). *Rev Bras Ter Intensiva*, 2(01), 22—7.
- Edward, W., McCranie, V. A., Lambert, C. E., & Lambert, J. R. (1987). Work Stress, Hardiness and Burnout Among hospital Staff Nurses. *Nurs Res*, 36(6), 374-378.
- Ehrlich, H., McKenney, M. & Elkbuli, A. (2020). Protecting our healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Emergency Medicine*, 38(7), 1527-1528.
- Fiabane, E., Giorgi, I., Sguazzin, C., & Argentero, P. (2013). Work Engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors. *J Clin Nurs*, 22(17-18), 2614-2624.
- Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
- Figley, R. C. (2002). *Treating compassion fatigue*. Great Britain: Brunner-Routledge.
- Firew, T., Sano E, D., Lee, J, W., Flores, S., Lang, K., Salman, K., Greene, M, C., & Chang, B, P. (2020). Protecting the front line: a cross-sectional survey analysis of the occupational factors contributing to healthcare workers' infection and psychological distress during the COVID-19 pandemic in the USA *BMJ Open*. doi:10.1136/bmjopen-2020-042752
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring*. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3–28). Derwood: The Sidran Press.
- Finley, J. H. (1997). Θουκυδίδης. Μετάφραση: Τάσος Κουκουλιός. Παπαδήμας: Αθήνα.
- Fountoulakis, A., Papadopoulou, M., Kleanthous, S., Papadopoulou, A., Bizeli, V., Nimatoudis, I., Iacovidis, A., & Kaprinis, G. (2006). Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the State-Trait Anxiety Inventory Form Y: Preliminary data. *Annals of General Psychiatry*, 5, 1-10.
- Freud, S. (1936). *The problem of Anxiety*. New York: Quarterly Press.
- Freudenberger H.J. (1974). Staff Burnout, *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-164.
- Freudenberger, H. J. (1990). Hazards of psychotherapy practice. *Psychotherapy in Private Practice*, 8 (1), 31-34.

Friedman, M. J., (2000). PTSD diagnosis and treatment for mental health clinicians.in: M. Scott & J. Palmer, eds. Trauma and post traumatic stress disorder. New York: Cassell.

Galanis, P. A., Vraika, I., Fragkou, D., Bilali, A., & Kaitelidou, D. (2021). Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Journal Of Advanced Nursing*. Ανακτήθηκε από: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33764561>

Galli, F., Pozzi, G., Ruggiero, F., Mameli, F., Cavicchioli, M., Barbieri, S., Canevini, M. P., Priori, A., Pravettoni, G., Sani, G., & Ferrucci, R. (2020). A Systematic Review and Provisional Metanalysis on Psychopathologic Burden on Health Care Workers of Coronavirus Outbreaks. *Frontiers in psychiatry*, *11*, 568664. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.568664>

García, M., & Calvo, A. (2020). The threat of COVID-19 and its influence on nursing staff burnout. *Journal of Advanced Nursing*. *77*(2), 832–844.

Gelsema, T., Doef, M., Maes, S., Janssen, M. (2006). A longitudinal study of job stress in the nursing profession: Causes and consequences. *Journal of Nursing Management*, *14*(4), 289-99.

Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing Mental Health Challenges Faced by Healthcare Workers during Covid-19 Pandemic. *BMJ*, *26*, 368.

Green, J., & Tones, K. (2010) *Health Promotion: Planning and Strategies*. 2nd Edition, London: Sage Publications.

Golom, F. D. & Shreck, J. S. (2018). The Journey to Interprofessional Collaborative: are you there yet? *Pediatr Clin North Am*, *65*(1), 1-12.

Griffith, J., Steptoe, A., & Cropley, M. (1999). An investigation of coping strategies associated with job stress. *British Journal of Educational Psychology*, *69* (4), 517-531.

Hacimusalar, Y., Kahve, A. S., 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. *J Psychiatr Res*, *129*, 181-188.

- Hamaideh, H. S. (2014). Moral distress and its correlates among mental health nurses in Jordan. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 33-41.
- Happell, B., Pinikahana, J., Martin, T. (2003). Stress and burnout in forensic psychiatric nursing. *Stress and Health*, 19(2), 63-68.
- Heiden, L.A, & Hersen, M. (1998). *Εισαγωγή στην Κλινική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Herbert, T.B., & Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 55, 364-379.
- Hersen, M. (2004). *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment, Personality Assessment*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is Resilience? *Canadian Journal of Psychiatry*, 6(5), 258-65.
- Hofmeyer, A., & Taylor, R. (2021). Strategies and resources for nurse leaders to use to lead with empathy and prudence so they understand and address sources of anxiety among nurses practising in the era of COVID-19. *Journal of clinical nursing*, 30(1-2), 298-305.
- Hoseinabadi, T. S., Kakhki, S., Teimori, G., Nayyeri, S. (2020). Burnout and its influencing factors between frontline nurses and nurses from other wards during the outbreak of Coronavirus Disease -COVID-19- in Iran. *Invest Educ Enferm*, 38(2). doi: 10.17533/udea.iee.v38n2e03.
- Hojat, M, (2003). Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician–nurse collaborative relationships. *International journal of nursing studies*, 40(4), 427-435.
- Huber, M., Green, L. W., Horst, H. E. Jadad, A. (2011). How should we define health? *BMJ Clinical Research*. DOI: 10.1136/bmj.d4163.
- Hughes, B. and Fitzpatrick, J. (2010). Nurse–Physician Collaboration in an Acute Care Community Hospital. *Journal of Interprofessional Care*, 24 (6), 625–632.
- Jimmieson, N.L. 2000, Employee reactions to behavioral control under conditions of stress: the moderating role of self efficacy. *Work & Stress*, 14(3), 262-280.

- Julian, L. (2011). Measures of Anxiety. *Arthritis Care & Research*, 63, 467-472.
- Ivanková, V., & Belovičová, M. (2020). Factors Affecting the Work of a Nurse during the COVID-19 Pandemic. *Україна. Здоров'я нації*, 3(60), 116-119.
- Joshi, G., & Sharma, G. (2020). Burnout: A risk factor amongst mental health professionals during COVID-19. *Asian Journal of Psychiatry*, 54, 1-4.
- Kalat, J.W. (2001). *Βιολογική Ψυχολογία*. Αθήνα: Έλλην.
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*, 7, 14.
- Keedwell, P., & Snaith R. P. (1996). What do anxiety scales measure? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 177-180.
- Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimäki, H., Vahtera, J., Kirjonen, J. (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ*, 325, 1-5.
- Kloet, E. R., Joëls, M., Holsboer, F. (2005). Stress and the brain: from adaptation to disease. *Nature Reviews Neuroscience*, 6, 463-475.
- Kotfis, K, Roberson, S. W., Wilson, J., Pun, B., El, E., W, Jeżowska, I. (2020). COVID-19: What do we need to know about ICU delirium during the SARS-CoV-2 pandemic? *Anaesthesiol Intensive Ther*, 52, 132-138.
- Kumar., & Nayar, K. R. (2020). COVID 19 and its mental health consequences, *J Ment Health*, 25, 1–2.
- Kvaal, K., Ulstein, I., Hilde, I. N. & Engedal, K. (2005). The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI): the state scale in detecting mental disorders in geriatric patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 629–634.
- Labrague, L. J., & De Los Santos, J. (2020). COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *Journal of nursing management*, 28(7), 1653–1661.
- 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>
- Lamiani, G, Borghi, L., Poli, S., Razzini, K., Colosio, C. and Vegni, E. (2021). Hospital Employees' Well-Being Six Months after the COVID-19 Outbreak: Results from a Psychological Screening Program in Italy. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 5649.
- Lallukka, T., Martikainen, P., Reunanen, A., Roos, E., Sarlio-Lahteenkorva, S., & Lahelma, E. 2006, Associations between working conditions and angina pec-toris symptoms among employed women. *Psychosom Med*, 68(2), 348-354.
- Lambert, V.A., Lambert, C.E., & Ito, M. (2004). Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *Int J Nurs Stud*, 41(1), 85-97.
- Lamiani, G., Borghi, L., Argentero, P. (2017). "When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates". *J Health Psychol*, 22(1), 51-67.
- Lang, T. A., Hodge, M., Olson, V., Romano, P. S., & Kravitz, R. L. (2004). Nurse-patient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. *The Journal of nursing administration*, 34(7-8), 326–337.
- Lasalvia, A., Bonetto, C., Porru, S., Carta, A., Tardivo, S., Bovo, C., Ruggeri, M., & Amaddeo, F. (2020). 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>
- Lasater, K. B., Aiken, L. H., Sloane, D. M., French, R., Martin, B., Reneau, K., Alexander, M., & McHugh, M. D. (2021). Chronic hospital nurse understaffing meets COVID-19: an observational study. *BMJ quality & safety*, 30(8), 639–647.
- Laurent A., & Capellier G. (2018) What Does Occupational Stress in Intensive Care Units Really Mean? *Méd. Intensive Réa*, 27, 75–79
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1978). *Stress- related transactions between person and environment*. New York: Plenum Press.
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2003). *Work organization and Stress*. Geneva: World Health Organization.
- Li, J., & Lambert, V. A. (2008). Workplace stressors, coping, demographics and job satisfaction in Chinese intensive care nurses. *Nurs Crit Care*, 13(1), 12-24.

- Lindsay, R., Hanson, L., Taylor, M., & McBurney, H. (2008). Workplace stressors experienced by physiotherapists working in regional public hospitals. *Aust J Rural Health, 16*(4), 194-200.
- Liu, Y., & Aunguroch, Y. (2019). Work stress, perceived social support, self-efficacy and burnout among Chinese registered nurses. *Journal of nursing management, 27*(7), 1445–1453.
- Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuerne, 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*, 5514.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future research. *Child development, 71*(3), 543-562.
- Luthar, S. S. (2006). *Developmental Psychopathology: Risk, disorder and adaptation*. New York: Wiley.
- McPhaul, K. M., & Lipscomb, J. A. (2004). Workplace violence in health care: recognized but not regulated. *Online journal of issues in nursing, 9*(3), 7.
- Marino P. L. (2009). *Μονάδα εντατικής θεραπείας. 3^η Έκδοση*. Αθίνα: Λαγος Δημήτριος.
- Marks, S., Edwards, S., & Jerge, E.H. (υπό έκδοση). Rapid Deployment of Critical Care Nurse Education During the COVID-19 Pandemic. *Nurse Leader*. doi:10.1016/j.mnl.2020.07.008.
- Marteau, T. M., & Bekker, H. (1992). The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State–Trait Anxiety Inventory (STAI). *British Journal of Clinical Psychology, 31*(3), 301–306.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American psychologist, 53*(2), 205.
- Masten, A. S. & Curtis, W. J. (2000). Integrating competence and psychopathology: Pathways toward a comprehensive science of adaptation in development. *Development and Psychopathology, 12*, 529-550.
- Masten, A.S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology, 19*, 921-230.

- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*, *168*, 1245-1251
- Maytum, J. C., Heiman, M. B., & Garwick, A. W. (2004). Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care*, *18*, 171-179.
- Meadors, P., & Lamson, A. (2008). Compassion fatigue and secondary traumatization: provider self care on intensive care units for children. *Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, *22*(1), 24–34.
- Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, B., Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses, *Depress Anxiety*, *26*(12), 1118–26.
- Medisauskaite, A., & Kamau, C. (2019). Reducing burnout and anxiety among doctors: Randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, *274*, 383-390.
- Mishra, P., Singh, U., Pandey, C. M., Mishra, P., & Pandey, G. (2019). Application of student's *t*-test, analysis of variance, and covariance. *Annals of cardiac anaesthesia*, *22*(4), 407–411.
- Montaner, X., Tárrega, S., & Moix, J. (2021). Flexibilidad psicológica, burnout y satisfacción vital en profesionales que trabajan con personas afectadas de demencia [Psychological flexibility, burnout and job satisfaction in dementia care workers]. *Revista española de geriatría y gerontología*, *56*(3), 144–151.
- Morisson, V., & Bennet, P. (2006). *An introduction to health psychology*. Edinburg: Pearson Education Limited.
- Morley, G., Grady, C., McCarthy, J., & Ulrich, C. M. (2020). Covid-19: Ethical Challenges for Nurses. *The Hastings Center report*, *50*(3), 35–39.
- Milgrom, Y., Tal, Y., & Finestone, A. S. (2020). Comparison of hospital worker anxiety in COVID-19 treating and non-treating hospitals in the same city during the COVID-19 pandemic. *Israel journal of health policy research*, *9*(1), 55.
- Myny, D., Van Hecke, A., De Bacquer, D., Verhaeghe, S., Gobert, M., Defloor, T., & Van Goubergen, D. (2012). Determining a set of measurable and relevant factors

affecting nursing workload in the acute care hospital setting: a cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 49(4), 427–436.

Naeim, M., Rezaeisharif, A., & Bagvand, S. G. (2020). Strategies to reduce the anxiety and depression of nurses in the special wards of COVID-19. *Archives of psychiatric nursing*, 34(6), 529–530.

O'Connor, R. C., Wetherall, K., Cleare, S., McClelland, H., Melson, A. J., Niedzwiedz, C. L., O'Carroll, R. E., O'Connor, D. B., Platt, S., Scowcroft, E., Watson, B., Zortea, T., Ferguson, E., & Robb, K. A. (2020). Mental Health and Well-Being during the COVID-19 Pandemic: Longitudinal Analyses of Adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing Study. *The British Journal of Psychiatry*, 1-8.

Okechukwu, C., Tibaldi, L., & La Torre, G. (2020). The impact of COVID-19 pandemic on mental health of nurses. *La Clinica Terapeutica*, 5, 399-400.

Olkinuora, M., Asp, S., Juntunen, J., Kauttu, K., Strid, L., & Aärimaa, M. (1990). Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 25(2), 81–86.

Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz J Psychiatry*, 42(3), 232–235.

Ou, X., Chen, Y., Liang, Z., Wen, S., Li, S., & Chen, Y. (2021). Resilience of nurses in isolation wards during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Psychology, health & medicine*, 26(1), 98–106.

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.

Pervin, L. A., & John, O. P. (2001). *Θεωρίες Προσωπικότητας. Έρευνα και Εφαρμογές*. Αθήνα: Γιώργος Δάρδανος.

Pronovost, P., Morlock, L., Dorman, T. (2001). Creating and maintaining safe systems of ICU care. In Vincent JL (ED). Year book of Intensive care and Emergency Medicine. *Springer*, 695-707.

Putnik, K., Jong, A., & Verdonk, P. (2010). Road to help-seeking among (dedicated) human service professionals with burnout. *Patient Educ Couns*, 83(1), 49-54.

Parlapani, E., Holeva, V., Voitsidis, P., Blekas, A., Gliatas, I., Porfyri, G, N., Golemis, A., Papadopoulou, K., Dimitriadou, A., Chatzigeorgiou, A, F.,

Bairachtari, V., Patsiala, S., Skoupra, M., Papigkioti, K., Kafetzopoulou C., & Diakogiannis I. (2020). Psychological and Behavioral Responses to the COVID-19 Pandemic in Greece. *Frontiers in Psychiatry*, 821, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00821>

Pugh, R. (2020). *COVID-19 PPE gender divide: no One-Size- Fits- All? Medscape*.
Pearlin, L. I, Schooler C. (1978). The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.

Rachiotis, G., Kourousis, C., Kamilaraki, M., Symvoulakis, E., Dounias, G., Hadjichristodoulou, C. (2014). Medical Supplies Shortages and Burnout among Greek Health Care Workers during Economic Crisis: a Pilot Study. *Int J Med Sci*, 11(5), 442–447.

Rachman, S. (2004). Fear of Contamination. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1227-1255.

Rahman, A., & Plummer, V. (2020). COVID-19 related suicide among hospital nurses; case study evidence from worldwide media reports. *Psychiatry research*, 291, 113272. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113272>

Rana, T., Hackett, C., Quezada, T., Chaturvedi, A., Bakalov, V., Leonardo, J., & Rana, S. (2020). Medicine and surgery residents' perspectives on the impact of COVID-19 on graduate medical education. *Medical education online*, 25(1), 1818439. <https://doi.org/10.1080/10872981.2020.1818439>.

Ranney, M. L., Griffeth, V., & Jha, A. K. (2020). Critical Supply Shortages - The Need for Ventilators and Personal Protective Equipment during the Covid-19 Pandemic. *The New England journal of medicine*, 382(18), e41. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2006141>

Raudenská, J., Steinerová V., Javůrková A., Urits, I., Kaye A. D., Viswanath O., Varrassi G. (2020). Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 34(3), 553-560.

- Reader, T. W., Flin, R. Mearns K, Cuthbertson, B. H. (2007). Interdisciplinary communication in the intensive care unit. *British Journal of Anesthesia*. 98(3), 347-52.
- Reilly, P. M., Buchanan, T. M., Vafides, C., Breakey, S., & Dykes, P. (2014). Auricular acupuncture to relieve health care workers' stress and anxiety: impact on caring. *Dimensions of critical care nursing : DCCN*, 33(3), 151–159.
- Rosa, W. E., Fitzgerald, M., Davis, S., Farley, J. E., Khanyola, J., Kwong, J., Moreland, P. J., Rogers, M., Sibanda, B., & Turale, S. (2020). Leveraging nurse practitioner capacities to achieve global health for all: COVID-19 and beyond. *International nursing review*, 67(4), 554–559.
- Ross, J. (2020). The Exacerbation of Burnout During COVID-19: A Major Concern for Nurse Safety. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 35(4), 439–440.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement. Psychological Monographs. *General and Applied*, 80(1), 1-28
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Science*, 1094, 1-12.
- Sáez A. (2016). The Antonine plague: A global pestilence in the II century d.C. *Rev Chilena Infectol*, 33, 218–221
- Salari, N., Khazaie, H., Hosseini-Far, A., Khaledi-Paveh, B., Kazemini, M., Mohammadi, M., Shohaimi, S., Daneshkhan, A & Eskandari, S. (2020). The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Resour Health*, <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00544-1>
- Salari, N., Khazaie, H., Hosseini-Far, A., Khaledi-Paveh, B., Kazemini, M., Mohammadi, M., Shohaimi, S., Daneshkhan, A & Eskandari, S. (2020). The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Hum Resour Health*, <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00544-1>
- Salopek-Žiha, D., Hlavati, M., Gvozdanović, Z., Gašić, M., Placento, H., Jakić, H., Klapan, D., Šimić, H. (2020). Differences in Distress and Coping with the COVID-19 Stressor in Nurses and Physicians. *Psychiatr Danub*, 32(2), 287-293.

Sangrà, P. S., Ribeiro, T. C., Esteban-Sepúlveda, S., Pagès, E. G., Barbeito, B. L., Llobet, J. A., Moya-Prats, J., Pérez, L. P., & Mir, S. A. (2021). Mental health assessment of Spanish frontline healthcare workers during the SARS-CoV-2 pandemic. *Medicina clinica*, S0025-7753(21)00709-0. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.11.007>

Santulo, A., & Rebecchi, E. (2005). Burnout and mobbing risk for health professionals. *Prof Inferm*, 58(4), 215-221.

Schönberger, H. (1969). "The Roman Frontier in Germany: An Archaeological Survey". *The Journal of Roman Studies*, 59(1/2), 144-197.

Seyle, H. (1976). *Stress in Health and Disease*. Imprint Butterworth-Heinemann <https://doi.org/10.1016/C2013-0-06263-9>.

Shader, K., Broome, M.E., Broome C.D., West, M.E., & Nash, M. (2001). Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an Academic Medical center. *JONA*, 31, 210–216.

Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA*, 323(21), 2133–2134.

Si, M. Y., Su, X. Y., Jiang, Y., Wang, W. J., Gu, X. F., Ma, L., Li, J., Zhang, S. K., Ren, Z. F., Ren, R., Liu, Y. L., & Qiao, Y. L. (2020). Psychological impact of COVID-19 on medical care workers in China. *Infectious diseases of poverty*, 9(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00724-0>

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*, 1(1), 27-41.

Sim, K., & Chua, H. C. (2004). The psychological impact of SARS: A matter of heart and mind. *CMAJ*, 170, 811–812.

Smith, M. W., Smith, P. W., Kratochvil, C. J., & Schwedhelm, S. (2017). The Psychosocial Challenges of Caring for Patients with Ebola Virus Disease. *Health Security*, 15(1), 104–109.

- Spear, R. A., Schmuecker, A. L., & DeGutes, S. M. (2020). Nurse Practitioner COVID-19 Experience in Skilled Nursing Facilities. *The Journal For Nurse Practitioners*, 17(2), 246-250.
- Spielberger, C. D., & Eric, C. (2009). Reheiser Assessment of Emotions: Anxiety, Anger, Depression, and Curiosity. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 1(3), 271–302.
- Su, T.P., Lien, T. C., Yang, C. Y., Su, Y. L., Wang, J. H., Tsai, S. L. (2007). Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: A prospective and periodic assessment study in Taiwan. *J Psy chiatr Res*, 41, 119-130.
- Sundin-Huard, D., & Fahy, K. (1999). Moral distress, advocacy and burnout: theorizing the relationships. *Int J Nurs Pract*, 5(1), 8-13.
- Tabah, A., Ramanan, M., Laupland, K. B., Buetti, N., Cortegiani, A., Mellinghoff, E. J. (2020). Personal protective equipment and intensive care unit healthcare worker safety in the COVID-19 era (PPE-SAFE): An international survey. *J Crit Care*, 59, 70–75.
- Tennant, C. (2001) Work-related stress and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 697-704.
- Trapani, J., Scholes, J., & Cassar, M. (2016). Dual agency in critical care nursing: Balancing responsibilities towards colleagues and patients. *Journal of advanced nursing*, 72(10), 2468–2481.
- Tu, Z. H., He, J. W., & Zhou, N. (2020). Sleep quality and mood symptoms in conscripted frontline nurse in Wuhan, China during COVID-19 outbreak: A cross-sectional study. *Medicine*, 99(26), e20769. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020769>
- Tucci, V., Moukaddam, N., Meadows, J., Shah, S., Galwankar, S.C., & Kapur, G.B. (2017). The forgotten plague: psychiatric manifestations of ebola, zika, and emerging infectious diseases. *J Glob Infect Dis*, 9, 151–156.
- Tural, S., Meechamna, C., Kunaviktikul, W. (2020). Challenging times: ethics, nursing and the COVID-19 pandemic. Nursing and Health Policy Perspectives. *International Council of Nurses*, 164-167.

Tyler, P., & Cushway, D. (1998). Stress and well-being in health-care staff: the role of negative affectivity, and perceptions of job demand and discretion. *Stress Medicine, 14*, 99-107.

Ungar, M., & Theron, L. (2019). Resilience and mental health: How multisystemic processes contribute to positive outcomes. *The Lancet Psychiatry, 7*(5), 441–448.

Shah, M., Roggenkamp, M., Ferrer, M., Burger, V., Brassil, K, J., (2020). Mental Health and COVID-19. The psychological implications of a pandemic for nurses. *Clinical Journal OF Oncology Nursing, 25*(1), 69-75.

Upekiens, V., 2005. Recruitment and retention strategies: A magnet hospital prevention model. *Nursing Economics, 21*, 7-13.

Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Weisaeth, L., & Raphael. B. (2007). *Textbook of Disaster Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.

Usul, E., Şan, I., & Bekgöz, B. (2020). The Effect of the COVID-19 Pandemic on the Anxiety Level of Emergency Medical Services Professionals. *Psychiatria Danubina, 32*(3-4), 563–569.

Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N., & Jackson, D. (2020). Family Violence and COVID-19: Increased Vulnerability and Reduced Options for Support. *International Journal of Mental Health Nursing, 29*(4), 549-552.

Vandevala, T., Pavey, L., Chelidoni, O., Chang, N. .F, Creagh-Brown, B., Cox, A. (2017). Psychological rumination and recovery from work in intensive care professionals: associations with stress, burnout, depression and health. *J Intensive Care, 5*, 1-8.

Varon, J. (2016). *Handbook of critical and intensive care medicine*. 3rd ed. Switzerland: Springer International Publ.

Waldman, S. V., Diez, J. C., Arazi, H. C., Linetzky, B., Guinjoan, S., & Grancelli, H. (2009). Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina. *Academic psychiatry: The journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry, 33*(4), 296-301.

Waldron, H., & Edling, C. (1997). *Occupational Health Practice*. Butterworth: Heinman.

Walton, M., Murray, E. and Christian, M. D. (2020). Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 9(3), 241–247.

Westbrook, D., Kennerly, H., & Kirk, J. (2012). *Εισαγωγή στη γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία: Τεχνικές και Εφαρμογές*. Αθήνα: Πεδίο.

WHO Occupational health: Stress at the work place. (2020). World Health Organization.

Wiedermann, K. (2015). «Anxiety and Anxiety Disorders». *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 1.

Wilski, M., Chmielewski, B., & Tomczak, M. (2015). Work locus of control and burnout in Polish Physiotherapists: The mediating effects of coping styles. *Int J Occup Med Environ Health*, 28(5), 875-889.

Wilson, J. R., & Corlett, E. N. (1995). *Evaluation Of Human Work*. London: Taylor and Francis.

Wloszczak-Szubska, A., & Jarosz, M. (2013). Professional communication competency of physiotherapists-practice and educational perspectives. *Ann Agric Environ Med*, 20(1), 189-194.

Wollersheim T., Englehardt, L. J., Pachulla, J., Hiesmayr, M., Weber- Carstens, S., (2016). Nurse staffing in neonatal intensive care units in the United States. *Researched in Nursing & Health*, 39(5), 386-387.

Wong, M. L., Anderson, J., Knorr, T., Joseph, J. W., & Sanchez, L. D. (2018). Grit, anxiety, and stress in emergency physicians. *The American journal of emergency medicine*, 36(6), 1036–1039.

Wozniak, H., Benzakour, L., Moullec, G., Buetti, N., Nguyen, A., Corbaz, S., Roos, P., Vieux, L., Suard, J., Weissbrodt, R., Pugin, J., Pralong, J. A., & Cereghetti, S. (2021). *Intensive Care*, 11, 106.

Wunsch, H., Angus, D. C., Harrison, D. A., Collange O, Fowler R, Hoste E. A. (2008). Variation in critical care services across North America and Western Europe. *Crit Care Med*, 36, 2787–2793.

Xiang, Y. T, Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*, 7, 228–229.

Yoon, H. S., & Cho, Y. C. (2007). Relationship between job stress contents, psychosocial factors and mental health status among university hospital nurses in Korea. *J Prev Med Public Health*, 40(5), 351-362.

Zheng W. Mental health and a novel coronavirus (2019-nCoV) in China. (2020). *J Affect Disord*, 269, 201–202.

8. Παράρτημα.

8.1. Έντυπο συγκατάθεσης.

Η έρευνα στην οποία πρόκειται να λάβετε μέρος εθελοντικά, αποτελεί ερευνητική μεταπτυχιακή εργασία στα πλαίσια σπουδών μου στο Π.Μ.Σ. «Κοινωνική Πολιτική με Κατεύθυνση: «Οικονομία, Διοίκηση και Πολιτικές Υγείας» το οποίο υλοποιείται στο Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, το οποίο εδρεύει στην Κόρινθο.

Σκοπός της μελέτης:

Η έρευνα θα πραγματοποιηθεί με σκοπό να μελετήσει το άγχος που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλεύτες, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.τ.λ.) οι οποίοι/ες εργάζονται σε Δημόσια Νοσοκομεία στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Βάσει των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης και αναλόγως αυτών θα είναι εφικτό να προταθούν και να εφαρμοστούν μελλοντικά οι κατάλληλες ψυχολογικές παρεμβάσεις στον συγκεκριμένο πληθυσμό αναφοράς.

Η συμμετοχή σας στην ερευνητική διαδικασία είναι εθελοντική και δε θέτει σε κίνδυνο τα προσωπικά σας δεδομένα. Τα αποτελέσματα των απαντήσεων είναι εμπιστευτικά για χρήση της ερευνητικής ομάδας. Σε περίπτωση δημοσιοποίησης των δεδομένων, αυτή θα είναι ανώνυμη. Για οποιαδήποτε ερώτηση ή παρατήρηση θα είμαι στη διάθεσή σας.

Περιγραφή Διαδικασιών-Συμπλήρωση Ερωτηματολογίων:

Στα πλαίσια της συμμετοχής σας στην εν λόγω μελέτη, καλείστε να συμπληρώσετε 2 ερωτηματολόγια:

- ένα ερωτηματολόγιο που θα συμπληρώσετε συνολικά 1 φορά, και το οποίο περιλαμβάνει μια σειρά ερωτήσεων [π.χ. η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα-η ειδικότητα, το επίπεδο σπουδών σας, το Νοσοκομείο που εργάζεστε, η σχέση εργασίας σας (μόνιμο ή επικουρικό προσωπικό), τα συνολικά έτη της επαγγελματικής σας απασχόλησης, το ωράριο εργασίας, αναφορικά με την πανδημία COVID-19], οι οποίες θα χρησιμοποιηθούν για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων.
- το ερωτηματολόγιο/κλίμακα «State-Trait Anxiety InventoryY (STAI-Y)», το οποίο αξιολογεί το χαρακτηριστικό το οποίο βιώνετε και το καταστασιακό άγχος σας το οποίο βιώνετε. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο θα το συμπληρώσετε 2 συνολικά φορές: **1^η φορά:** ημέρα κατά την οποία δεν εργάζεστε (π.χ. κατά τη διάρκεια Σαββατοκύριακο που δεν εργάζεστε ή σε ρεπό) και **2^η φορά:** ημέρα κατά την οποία εργάζεστε εντός του ωραρίου εργασίας σας.

Σας ευχαριστώ πολύ,

Παπαδοπούλου Ευρύκλεια

Διάβασα το παραπάνω κείμενο και κατανόησα πλήρως τις ερωτήσεις στις οποίες θα υποβληθώ και συναινώ να συμμετάσχω.

Ο/Η Συμμετέχων/ουσα:

Ημερομηνία Συμπλήρωσης

...../...../.....

Υπογραφή:

8.2. Ερωτηματολόγια.

8.2.1. Ερωτηματολόγιο συλλογής περιγραφικών στατιστικών δεδομένων.

Όνοματεπώνυμο συμμετέχοντα/ουσας:.....

Κωδικός (ID) συμμετέχοντα/ουσας:.....

Ημερομηνία συμπλήρωσης:.....

1. Ποιά είναι η ηλικία σας (σε έτη);

.....

2. Ποιό είναι το φύλο σας;

.....

3. Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση (άγαμος/η, έγγαμος/η, διαζευγμένος/η, χήρος/α);

.....

4. Σε ποιο Νοσοκομείο εργάζεστε;

.....

5. Με ποιά ιδιότητα (επάγγελμα) εργάζεστε στο Νοσοκομείο;

.....

6. Πόσα συνολικά έτη εργάζεστε στο Νοσοκομείο;

.....

7. Πόσες συνολικά ώρες εργάζεστε εβδομαδιαία στο Νοσοκομείο;

.....

8. Ποιά είναι η σχέση εργασίας σας στο Νοσοκομείο; Ανήκετε στο μόνιμο ή στο επικουρικό προσωπικό ή είστε ειδικευόμενος/η;

.....

9. Σε ποιά βαθμίδα εκπαίδευσης ανήκετε (Υ.Ε., Δ.Ε., Τ.Ε., Π.Ε.);

.....

10. Έχετε στην κατοχή σας μεταπτυχιακό τίτλο ειδίκευσης ή διδακτορικό τίτλο ειδίκευσης; [Αν ναι, να αναφέρεται αν πρόκειται για μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο ειδίκευσης.]

.....

11. Κατά τη διάρκεια της εργασίας σας στο Νοσοκομείο τηρείται τα μέτρα ασφαλείας κατά της διασποράς της COVID-19 (απαντήστε με μια από τις παρακάτω επιλογές: πάρα πολύ, πολύ, μέτρια, ελάχιστα, καθόλου);

.....

12. Έχετε ήδη νοσήσει από COVID-19;

.....

8.2.2. Ερωτηματολόγιο State-Trait Anxiety Inventory Y (STAI-Y) σταθμισμένο στην Ελληνική γλώσσα.

Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης
C. D. Spilberger
(Στάθμιση στα Ελληνικά Α. Λιάκου)

STAI - X-1

Οδηγίες: Παρακάτω ακολουθεί ένας αριθμός προτάσεων που άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια επιλέξτε μια από τις επιλογές που ακολουθούν, σημειώνοντας ή μαρτυρίζοντας τον αντίστοιχο αριθμό, για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε πρόταση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σε αυτό που αισθάνεστε τώρα.

| ① | ② | ③ | ④ |
|---------|-------|--------|-----------|
| Καθόλου | Κάπως | Μέτρια | Πάρα Πολύ |

| | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|
| 1. | Αισθάνομαι ήρεμος/η. | ① | ② | ③ | ④ |
| 2. | Αισθάνομαι ασφαλής. | ① | ② | ③ | ④ |
| 3. | Νιώθω μια σωτηρική ένταση. | ① | ② | ③ | ④ |
| 4. | Είμαι στεναχωρημένος/η. | ① | ② | ③ | ④ |
| 5. | Αισθάνομαι άνστα. | ① | ② | ③ | ④ |
| 6. | Αισθάνομαι αναστατωμένος/η. | ① | ② | ③ | ④ |
| 7. | Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες. | ① | ② | ③ | ④ |
| 8. | Αισθάνομαι αναπαισμένος/η. | ① | ② | ③ | ④ |
| 9. | Αισθάνομαι άγχος. | ① | ② | ③ | ④ |
| 10. | Αισθάνομαι βολικά. | ① | ② | ③ | ④ |
| 11. | Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση. | ① | ② | ③ | ④ |
| 12. | Αισθάνομαι νευρική/κότητα. | ① | ② | ③ | ④ |
| 13. | Έχω μια νευρική τρεμούλα. | ① | ② | ③ | ④ |
| 14. | Βρίσκομαι σε διέγερση. | ① | ② | ③ | ④ |
| 15. | Είμαι χαλαρωμένος/η. | ① | ② | ③ | ④ |
| 16. | Αισθάνομαι ικανοποιημένος. | ① | ② | ③ | ④ |
| 17. | Ανησυχώ. | ① | ② | ③ | ④ |
| 18. | Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή. | ① | ② | ③ | ④ |
| 19. | Αισθάνομαι χαρούμενος/η. | ① | ② | ③ | ④ |
| 20. | Αισθάνομαι ευχάριστα. | ① | ② | ③ | ④ |

Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης
C.D Spilberger

STAI - X-2

Οδηγίες: Παρακάτω ακολουθεί ένας αριθμός προτάσεων που άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια επιλέξτε μια από τις επιλογές που ακολουθούν, σημειώνοντας ή μαυρίζοντας τον αντίστοιχο αριθμό, για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε πρόταση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει πως αισθάνεστε γενικά.

| ① | ② | ③ | ④ |
|---------|-------|--------|-----------|
| Καθόλου | Κάπως | Μέτρια | Πάρα Πολύ |

| | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|
| 21. | Αισθάνομαι ευχάριστα. | ① | ② | ③ | ④ |
| 22. | Κουράζομαι εύκολα. | ① | ② | ③ | ④ |
| 23. | Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία. | ① | ② | ③ | ④ |
| 24. | Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχημένος/η όσο φαίνονται να είναι οι άλλοι | ① | ② | ③ | ④ |
| 25. | Μένω πίσω στις δουλειές μου γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα. | ① | ② | ③ | ④ |
| 26. | Αισθάνομαι αναπαυμένος. | ① | ② | ③ | ④ |
| 27. | Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η, και συγκεντρωμένος/η. | ① | ② | ③ | ④ |
| 28. | Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω. | ① | ② | ③ | ④ |
| 29. | Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία. | ① | ② | ③ | ④ |
| 30. | Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση. | ① | ② | ③ | ④ |
| 31. | Έχω την τάση να βλέπω να πράγματα δύσκολα. | ① | ② | ③ | ④ |
| 32. | Μου λείπει η αυτοπεποίθηση. | ① | ② | ③ | ④ |
| 33. | Αισθάνομαι ασφαλής. | ① | ② | ③ | ④ |
| 34. | Προσπαθώ να αποφύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή δυσκολίας. | ① | ② | ③ | ④ |
| 35. | Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση. | ① | ② | ③ | ④ |
| 36. | Είμαι ικανοποιημένος/η. | ① | ② | ③ | ④ |
| 37. | Κάποια οσημαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και μ' ενοχλεί. | ① | ② | ③ | ④ |
| 38. | Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου. | ① | ② | ③ | ④ |
| 39. | Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας. | ① | ② | ③ | ④ |
| 40. | Έρχομαι σε κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντά μου. | ① | ② | ③ | ④ |