



«Σχολή Κοινωνικών
Επιστημών»

«Τμήμα Ιατρικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας»

«Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων»

Διπλωματική Εργασία

«Ψυχολογική Επιβάρυνση και Ποιότητα Ζωής σε σχέση με τον νέο
κορονοϊό COVID- 19. Μια Συγχρονική Μελέτη Ιατρών και
Νοσηλευτών»

«Χαρίκλεια Δολμά»

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: «Άννα Καλτσούδα»

Θεσσαλονίκη, Φεβρουάριος 2021

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του/της φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο/η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του/της συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του/της συγγραφέα/δημιουργού. Ο/Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

**«Ψυχολογική Επιβάρυνση και Ποιότητα Ζωής σε σχέση με τον
νέο κορονοϊό COVID- 19. Μια Συγχρονική Μελέτη Ιατρών και
Νοσηλευτών»**

«Χαρίκλεια Δολμά»

Επιτροπή Κρίσης

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

«Άννα Καλτσούδα»

«Μέλος Εργαστηριακού Διδακτικού
Προσωπικού,- Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων»

Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

«Παρασκευή Θεοφίλου»

«Msc, Phd Ψυχολογία της Υγείας, Γενική
Διευθύντρια Υπηρεσιών Υγείας, Υπουργείο
Υγείας»

Θεσσαλονίκη, Φεβρουάριος 2021

«Ευχαριστίες »

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαιτέρως την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Καλτσούδα Άννα για την πολύτιμη καθοδήγησή της , κατά τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας.

Αφιερωμένη στα δυο παιδιά μου, που αποτελούν την κινητήριου δύναμη στη ζωή μου.

Περίληψη

Εισαγωγή : Οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται τους τελευταίους μήνες στην πρώτη γραμμή της μάχης ενάντια στην πανδημία από τον νέο κορονοϊό COVID-19. Παρόλο που ο ΠΟΥ έχει λάβει υπόψη τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις που επιφέρει η πανδημία στους παρόχους υπηρεσιών υγείας, σε οδηγίες που εξέδωσε ήδη τον Μάρτιο 2020, οι μελέτες που αφορούν τον αντίκτυπο στη σωματική και στην ψυχική ευεξία των επαγγελματιών υγείας στον αγώνα τους κατά του COVID-19, είναι επί του παρόντος περιορισμένες. Ο Amin (2020) διαπίστωσε ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων που εμπλέκεται ενεργά στη φροντίδα ασθενών με COVID-19 παρουσιάζει αυξημένες ενοχλήσεις ψυχολογικής φύσης και μειωμένα επίπεδα ευεξίας. Λαμβάνοντας μάλιστα υπόψη, ότι η ποιότητα της ζωής συνιστά σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για τη θνησιμότητα από κάθε αιτία στο γενικό πληθυσμό (Gilman et al., 2017. Xie et al., 2014), κρίνεται σκόπιμη η διερεύνηση της ψυχικής και της σωματικής ευεξίας των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τις αντιλήψεις και τα συναισθήματα που εκφράζουν για τον νέο κορονοϊό.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας, ήταν να διερευνήσει τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, καθώς και τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες σε συνάφεια με τον φόβο για τον COVID-19, μεταξύ επαγγελματιών υγείας.

Μέθοδοι : Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 100 επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε Γενικό Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης, κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Συγκεντρώθηκαν τα δημογραφικά τους στοιχεία, καταγράφηκαν οι αντιλήψεις τους για τον COVID-19 και χορηγήθηκε η Επισκόπηση Υγείας, Η Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους, Στρες και η Κλίμακα Φόβου για τον COVID-19.

Αποτελέσματα: Όσο χαμηλότερο ήταν το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων στην έρευνα, τόσο μειώνονταν η ποιότητα ζωής και αυξάνονταν τα επίπεδα άγχους και

κατάθλιψης. Επίσης, όσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες, τόσο μειώνονταν η ποιότητα ζωής. Τέλος, όσο μεγαλύτερος ήταν ο φόβος για τον νέο ιό COVID-19 τόσο αυξάνονταν τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες.

Συμπεράσματα: Η ψυχολογική επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας, βρέθηκε να εντείνεται με την εμφάνιση του ιού COVID-19. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συζητήθηκαν στο πλαίσιο συγκεκριμένων περιορισμών, αλλά και προτάσεων για τη θέσπιση ενός μηχανισμού μέσω ενδεχομένως της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ο οποίος θα απευθύνεται εξειδικευμένα στους επαγγελματίες υγείας, διασφαλίζοντας και προάγοντας την ποιότητα ζωής τους.

Λέξεις – Κλειδιά: COVID-19, Ψυχολογική επιβάρυνση, Ποιότητα ζωής, Άγχος, Κατάθλιψη, Στρες, Επαγγελματίες υγείας.

«Psychological Burden and Quality of Life in Relation to the Novel Coronavirus COVID- 19; A Cross-sectional Study of Doctors and Nurses'» «Charikleia Dolma»

Abstract

Introduction: In recent months, health care professionals have been fighting on the battlefield against the novel coronavirus COVID-19 pandemic. Although WHO has taken into consideration the psychosocial consequences that the pandemic brings to providers of health services in directives that were already issued in March 2020, studies regarding the impact on the physical and mental well-being of health care professionals who are battling against COVID-19, are currently limited. Amin (2020) ascertained that the medical staff of hospitals which is actively involved in treating patients with COVID-19 experiences increased psychological discomfort and reduced levels of well-being. In fact, taking into account that the quality of life constitutes an important predictive factor in mortality from any cause in the general population (Gilman et al., 2017. Xie et al., 2014), it is appropriate to study the psychological and physical well-being of health care professionals in connection with the perceptions and feelings which they express about the new coronavirus.

Aim: The purpose of this study was to explore health-related quality of life in relation with anxiety, depression and stress as well as fear for COVID-19, among health care professionals.

Methods: The sample consisted of 100 health workers that were employed in a General Hospital of Thessaloniki, during the pandemic. Demographic information was collected, and perceptions about COVID-19 were recorded.. Short Form-36, the Depression, Anxiety and Stress Scale and the Fear of COVID-19 Scale were also administered.

Results: Lower educational attainment of participants was associated with lower levels of quality of life and greater levels of anxiety and depression. Moreover, the greater the levels of anxiety, depression and stress were, the lower the quality of life was. Finally, the bigger the fear for the new virus COVID-19 was, the greater the levels of anxiety, depression and stress were.

Conclusions: It was found that the psychological distress of health workers was intensified with the emergence of the virus COVID-19. The results of this study were discussed in the context of certain restrictions but also suggestions for the establishment of a mechanism possibly through the Primary Health Care, which will be specialized and addressed to health workers and will ensure and promote their quality of life.

Keywords: COVID-19, Psychological impact, Quality of life, Anxiety, Depression, Stress, Health Care Providers

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	v
Abstract	vii
Περιεχόμενα	ix
Κατάλογος Εικόνων / Γραφημάτων	xi
Κατάλογος Πινάκων	xii
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια.....	xiii

A: ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Άγχος, Κατάθλιψη και ποιότητα ζωής.....	1
1.1 Άγχος	1
1.1.1 Ορισμός του άγχους	1
1.1.2 Ταξινόμηση αγχωδών διαταραχών	2
1.1.3 Το εργασιακό άγχος	4
1.2 Κατάθλιψη.....	6
1.2.1 Ορισμός της κατάθλιψης.....	6
1.2.2 Ταξινόμηση καταθλιπτικών διαταραχών	6
1.2.3 Αιτιολογία	7
1.3 Ποιότητα Ζωής	8
1.3.1 Εννοιολογική αποσαφήνιση του όρου <i>Ποιότητα ζωής</i>	9
1.3.2 Παράμετροι που καθορίζουν την Ποιότητα Ζωής	11
1.3.3 Η μέτρηση της Ποιότητας Ζωής	12
1.3.4 Εργαλεία για τη μέτρηση της Ποιότητας Ζωής	13
1.3.4.1 Εργαλεία για τη μέτρηση συγκεκριμένων ασθενειών.....	15
1.4 Άγχος- Κατάθλιψη και Ποιότητα Ζωής.....	16
2. COVID-19.....	20
2.1 Φυσιολογία και ιστορικό.....	20
2.2 Θεραπεία	22
2.3 Αντιμετώπιση- Εμβολιασμός	23
2.4 COVID-19, Συσχετισμός με τους επαγγελματίες υγείας.....	25

B: ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3. Μεθοδολογία της έρευνας.....	29
3.1 Σκοπός της έρευνας.....	29
3.2 Δείγμα	29
3.3 Ερευνητικά εργαλεία.....	29
3.4 Συλλογή δεδομένων- διαδικασία	31
3.5 Ανάλυση δεδομένων	31
4. Αποτελέσματα της έρευνας.....	32
4.1 Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και σχέση με τον COVID	32
4.2 Ψυχολογικά χαρακτηριστικά	44
4.4 Ανάλυση ερωτηματολογίου (SCVID-19)	60
4.5 Ανάλυση ερωτηματολογίου DASS-19.....	63

4.6 Εξέταση ερευνητικών υποθέσεων.....	70
4.6.1 1 ^η ερευνητική υπόθεση.....	70
4.6.2 2 ^η ερευνητική υπόθεση.....	72
4.6.3 3 ^η ερευνητική υπόθεση.....	73
5. Συζήτηση.....	74
6. Ερευνητικοί Περιορισμοί - Προτάσεις.....	76

Κατάλογος Εικόνων / Γραφημάτων

Εικόνα 1 Το λογότυπο του ΕΑΠ, σε έγχρωμη έκδοση **Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**

Εικόνα 2 Το λογότυπο του ΕΑΠ, στην αγγλική γλώσσα, σε έγχρωμη έκδοση **Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**

Γράφημα 1

Φύλο.....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.0**

Γράφημα 2 Ηλικία.....31

Γράφημα 3 Οικογενειακή κατάσταση.....32

Γράφημα 4 Μορφωτικό επίπεδο.....33

Γράφημα 5 Επαγγελματική ιδιότητα.....34

Γράφημα 6 Επαφή με ασθενείς COVID.....35

Γράφημα 7 Χρόνια προϋπηρεσίας.....36

Γράφημα 8 Μέρος εργασίας.....37

Γράφημα 9 Γνώση για COVID.....38

Γράφημα 10 Μεταδοτικότητα COVID.....39

Γράφημα 11 Σχολαστικότητα σε μέτρα προστασίας.....40

Γράφημα 12 Άτομα που ανοίκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου.....41

Γράφημα 13 Κατάσταση υγείας.....43

Γράφημα 14 Βελτίωση υγείας.....44

Γράφημα 15 Περιορισμός δραστηριοτήτων.....45

Γράφημα 16 : Επιρροή της καθημερινότητας τις τελευταίες 4 εβδομάδες λόγω
σωματικής υγείας47

Γράφημα 17 Επιρροή της καθημερινότητας τις τελευταίες 4 εβδομάδες λόγω
συναισθηματικών προβλημάτων48

Γράφημα 18 Επιρροή κοινωνικών δραστηριοτήτων τις τελευταίες 4 εβδομάδες λόγω
σωματικής υγείας ή συναισθηματικών προβλημάτων.....51

Γράφημα 19 Σωματικός Πόνος τελευταίων 4 εβδομάδων.....52

Γράφημα 20 Επιρροή της εργασίας τις τελευταίες 4 εβδομάδες λόγω πόνου.....53

Γράφημα 21 Συναισθήματα των τελευταίων 4 εβδομάδων.....55

Γράφημα 22 Χρονική επιρροή των κοινωνικών δραστηριοτήτων λόγω συναισθηματικών
προβλημάτων.....56

Γράφημα 23 Γενικότερες απόψεις για την υγεία.....57

Γράφημα 24 Score ερωτηματολογίου για ποιότητα ζωής.....59

Γράφημα 25 Εμπειρίες σε σχέση με τον COVID.....61

Γράφημα 26 Score επιπέδου άγχους λόγω του COVID.....62

Γράφημα 27 Άγχος.....64

Γράφημα 28 Κατάθλιψη.....65

Γράφημα 29 Στρες.....66

Γράφημα 30 Επίπεδο άγχους.....67

Γράφημα 31 Επίπεδο κατάθλιψης.....68

Γράφημα 32 Επίπεδο στρες.....	69
Γράφημα 33 Διαφοροποίηση ως προς το μορφωτικό επίπεδο.....	71

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1	
Φύλο.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.0
Πίνακας 2 Ηλικία.....	31
Πίνακας 3 Οικογενειακή κατάσταση.....	32
Πίνακας 4 Μορφωτικό επίπεδο.....	33
Πίνακας 5 Επαγγελματική ιδιότητα.....	34
Πίνακας 6 Επαφή με ασθενείς COVID.....	35
Πίνακας 7 Χρόνια προϋπηρεσίας.....	36
Πίνακας 8 Μέρος εργασίας.....	37
Πίνακας 9 Γνώση για COVID.....	38
Πίνακας 10 Μεταδοτικότητα COVID	39
Πίνακας 11 Σχολαστικότητα σε μέτρα προστασίας.....	40
Πίνακας 12 Άτομα που ανοίκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου.....	41
Πίνακας 13 Κατάσταση υγείας.....	42
Πίνακας 14 Βελτίωση υγείας	43
Πίνακας 15 Περιορισμός δραστηριοτήτων.....	45
Πίνακας 16 Επιρροή της καθημερινότητας τις τελευταίες 4 εβδομάδες λόγω σωματικής υγείας	46
Πίνακας 17 Επιρροή της καθημερινότητας τις τελευταίες 4 εβδομάδες λόγω συναισθηματικών προβλημάτων.....	47
Πίνακας 18 Επιρροή κοινωνικών δραστηριοτήτων τις τελευταίες 4 εβδομάδες λόγω σωματικής υγείας ή συναισθηματικών προβλημάτων	51
Πίνακας 19 Σωματικός Πόνος τελευταίων 4 εβδομάδων	52
Πίνακας 20 Επιρροή της εργασίας τις τελευταίες 4 εβδομάδες λόγω πόνου	53
Πίνακας 21 Συναισθήματα των τελευταίων 4 εβδομάδων.....	54
Πίνακας 22 Χρονική επιρροή των κοινωνικών δραστηριοτήτων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων.....	56
Πίνακας 23 Γενικότερες απόψεις για την υγεία.....	57
Πίνακας 24 Score ερωτηματολογίου για ποιότητα ζωής.....	59
Πίνακας 25 Εμπειρίες σε σχέση με τον COVID.....	61
Πίνακας 26 Score επιπέδου άγχους λόγω του COVID.....	62
Πίνακας 27 Άγχος.....	63
Πίνακας 28 Κατάθλιψη.....	65
Πίνακας 29 Στρες.....	66
Πίνακας 30 Επίπεδο άγχους.....	67
Πίνακας 31 Επίπεδο κατάθλιψης.....	68
Πίνακας 32 Επίπεδο στρες.....	69

Πίνακας 33 Διαφοροποιήσεις ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	71
Πίνακας 34 Συσχετίσεις με την ποιότητα ζωής.....	72
Πίνακας 35 Συσχετίσεις με το επίπεδο άγχους λόγω COVID-19.....	73

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

ΜΔΕ	Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία
ΕΑΠ	Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
ΜΠΣ	Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΣΟΑΣ	Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο
ΑΣΜΑ	Αναπνευστικό Σύνδρομο Μέσης Ανατολής
ΣΟΑΣ	Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο
ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
MERS	Middle East Respiratory Syndrome
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome

1. Άγχος, Κατάθλιψη και ποιότητα ζωής.

Η ενότητα αναφέρεται στο άγχος . Αρχικά επιχειρεί να περιγράψει τις έννοιες *άγχος* και *στρες*, ενώ παράλληλα επιθυμεί να ορίσει τη μεταξύ τους σχέση. Ακόμη, παρουσιάζει την πιο πρόσφατη ταξινόμηση των αγχωδών διαταραχών και παραθέτει συνοπτικά τα κυριότερα συμπτώματα. Δεδομένου ότι η έρευνα εξετάζει τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας, γίνεται λόγος για το *εργασιακό άγχος* και παρουσιάζονται οι παράμετροι που επηρεάζουν την εκδήλωσή του.

1.1 Άγχος

1.1.1 Ορισμός του άγχους

Οι άνθρωποι χρησιμοποιούν τον όρο *άγχος* για να περιγράψουν την πίεση που αισθάνονται, όταν βιώνουν μια δυσάρεστη κατάσταση ή όταν ένα γεγονός έχει ξεφύγει από τον έλεγχό τους. Σε τέτοιες περιπτώσεις δηλώνουν ότι νιώθουν φόβο, μεγάλη δυσφορία, απογοήτευση, σύγχυση κ.ά. (Di Matteo & Martin, 2011). Οι Sadock and Sadock (2015) θεωρούν ότι σε περιόδους έντονου άγχους τα αρνητικά συναισθήματα του ατόμου συνοδεύονται από έντονες σωματικές ενοχλήσεις. Παράλληλα, αναφέρουν ότι είναι πιθανόν να επηρεαστεί η γνωστική του ικανότητα και να έχει διαστρεβλωμένη αντίληψη της πραγματικότητας. Ο Μάνος (1997) ορίζει το *άγχος* ως δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση. Όταν λοιπόν, οι άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με ένα γεγονός, ανεξάρτητα από το αν πρόκειται για ένα ορατό ή μη αναγνωρισμένο ερέθισμα, έχουν τάση να εκδηλώνουν φόβο, τρόμο. Με αυτόν τον τρόπο απαντούν στον ενδεχόμενο κίνδυνο.

Το *άγχος*, όταν κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα ή όταν το άτομο μπορεί να το ελέγξει, μπορεί να λειτουργήσει θετικά. Συγκεκριμένα οι Barlow and Durant (2000) σημειώνουν ότι το *άγχος* σε φυσιολογικό βαθμό βοηθά το άτομο να επαγρυπνά, να είναι προετοιμασμένο και να δραστηριοποιείται, όταν αντιλαμβάνεται ότι απειλείται. Όταν όμως, το *άγχος* αυξάνεται υπερβολικά και σε σημείο που θεωρείται ανεξέλεγκτο, τότε το άτομο αδυνατεί να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες και η κατάσταση γίνεται νοσηρή.

Στην προσπάθειά τους να αποδώσουν το περιεχόμενο της έννοιας οι ερευνητές κατέληξαν να προσεγγίζουν το *άγχος* ως το σύνολο των αντιδράσεων, ψυχολογικών και

φυσιολογικών, απέναντι σε επιβλαβείς παράγοντες (κάποιο εξωτερικό φορτίο, κοινωνικό, βιολογικό ερέθισμα) (Lazarus, 1993). Σε αυτό το σημείο εισάγουν και έναν άλλο όρο το *στρες*. Σύμφωνα με τον Καραδήμα (2005) οι όροι *άγχος* και *στρες* συνδέονται μεταξύ τους, αλλά δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως συνώνυμοι. Ειδικότερα το *στρες* περιγράφει μια διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει τα αγχογόνα ερεθίσματα και τις αντιδράσεις του ατόμου απέναντι σε αυτά. Από την άλλη, το *άγχος* χρησιμοποιείται για να αποδώσει την ψυχική διάθεση του ατόμου, δηλαδή όσα αφορούν στις αντιδράσεις του.

Οι ερευνητές μελετώντας το *στρες*, διαπίστωσαν ότι έχουν αναπτυχθεί διαφορετικές προσεγγίσεις για την ερμηνεία του. Έτσι, το *στρες* μπορεί να περιγραφεί ως η αντίδραση του ατόμου απέναντι σε ένα αρνητικό ερέθισμα. Σε αυτή την περίπτωση το *στρες* μπορεί να συνδέεται με ένα φυσικό φαινόμενο (π.χ. σεισμός, πλημμύρα), με μια σημαντική αλλαγή στη ζωή του ατόμου (γάμος, ερχομός ενός παιδιού) ή με κατάσταση που δυσχεραίνει την καθημερινότητα (π.χ. άσχημο εργασιακό κλίμα) (Di Matteo & Martin, 2011· Καραδήμας, 2005).

Μια άλλη προσέγγιση ερμηνεύει το *στρες* ως αντίδραση που εκδηλώνεται με σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα, όταν το άτομο αισθάνεται πίεση από όσα βιώνει. Σε αυτή την περίπτωση το *στρες* έχει υποκειμενικό χαρακτήρα. Στην ουσία δεν πηγάζει από τα ερεθίσματα που δέχεται το άτομο, αλλά από τον τρόπο που εκείνα το επηρεάζουν (Di Matteo & Martin, 2011· Καραδήμας, 2005). Η τρίτη προσέγγιση προσπάθησε να δώσει μια διαφορετική ερμηνεία για το *στρες*. Πρόκειται λοιπόν, για μια διεργασία κατά την οποία το άτομο αλληλεπιδρά με το περιβάλλον. Αυτή η δυναμική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ τους, αναγκάζει το άτομο να αντιδρά και να προσαρμόζεται συνεχώς σε νέες συνθήκες (Di Matteo & Martin, 2011· Καραδήμας, 2005).

1.1.2 Ταξινόμηση αγχωδών διαταραχών

Σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης DSM-V (APA, 2013) στις αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνονται οι ακόλουθες κατηγορίες:

- Διαταραχή άγχους αποχωρισμού

Η συγκεκριμένη διαταραχή αφορά συνήθως μικρές ηλικίες, ωστόσο δεν αποκλείεται να παρουσιαστεί και σε ενήλικους. Εκδηλώνεται όταν ένα παιδί απομακρύνεται από κοντινά του πρόσωπα. Σε αυτή την περίπτωση το έντονο άγχος

ευθύνεται για την αδυναμία του ατόμου να δημιουργήσει κοινωνικές σχέσεις ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες που έχουν να κάνουν με την ανάπτυξή του.

- Ειδικές φοβίες

Πρόκειται για έντονο και παράλογο φόβο απέναντι σε μια κατάσταση που δεν αποτελεί απειλή. Για παράδειγμα ειδικές φοβίες εμφανίζονται απέναντι σε έντομα, στα ύψη, στους κλειστούς χώρους κ.ά.. Οι περισσότεροι ενήλικοι αναγνωρίζουν ότι οι φοβίες τους είναι παράλογες, αλλά δεν είναι σε θέση να τις διαχειριστούν και για αυτό παθαίνουν συχνά κρίσεις πανικού. Η αιτιολογία μιας ειδικής φοβίας δεν είναι σαφής και πιθανόν να οφείλεται σε γενετική προδιάθεση. Τα άτομα που παρουσιάζουν παρόμοια συμπτώματα και δεν μπορούν να τα ελέγξουν, αντιμετωπίζουν προβλήματα τόσο στην επαγγελματική τους σταδιοδρομία όσο και την προσωπική τους ζωή.

- Κοινωνική φοβία

Είναι η πιο συνηθισμένη μορφή αγχώδους διαταραχής και παρουσιάζεται όταν το άτομο αισθάνεται ότι η συμπεριφορά του αξιολογείται από τους άλλους γύρω του. Αν και αντιλαμβάνεται ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός και παράλογος, αδυνατεί να τον διαχειριστεί, γεγονός που επηρεάζει σημαντικά τη λειτουργικότητά και τις κοινωνικές του σχέσεις. Συχνά συνοδεύεται και από σωματικές ενοχλήσεις (εφίδρωση, ταχυκαρδίες, τραυλισμός, ναυτία κ.ά.)

- Διαταραχή πανικού

Κατά τη διαταραχή πανικού το άτομο εκδηλώνει έντονο άγχος συνοδευόμενο από εξίσου έντονα σωματικά συμπτώματα (εφίδρωση, τρέμουλο, ζάλη, αδυναμία, πόνους στο στήθος, ταχυκαρδίες). Αυτά συνήθως εμφανίζονται εξαιτίας συγκεκριμένων καταστάσεων, τις οποίες οι άνθρωποι πολλές φορές είναι σε θέση να αναγνωρίσουν και προσπαθούν να τις αποφεύγουν. Μια τέτοια κρίση μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε στιγμή, ακόμη και κατά την ώρα του ύπνου. Συνήθως έχει μικρή διάρκεια, αλλά οι αντιδράσεις είναι πιθανόν να επιμένουν περισσότερο. Η διαταραχή πανικού περιορίζει τη συμμετοχή του ατόμου σε κοινωνικές δραστηριότητες και επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα της ζωής του.

- Αγοραφοβία

Ένα άτομο εκδηλώνει αγοραφοβία, όταν βρίσκεται σε ανοιχτούς χώρους με μεγάλο συνωστισμό. Για να αισθάνεται μεγαλύτερη ασφάλεια, περιορίζει την κοινωνική του ζωή ή δεν επισκέπτεται μέρη, όπου συγκεντρώνεται πλήθος κόσμου (π.χ. εμπορικά

κέντρα, κινηματογράφους κ.ά.). Αν και σύμφωνα με το DSM-IV η αγοραφοβία σχετιζόταν άμεσα με την εμφάνιση κρίσεων πανικού, το νέο σύστημα ταξινόμησης υπογραμμίζει ότι η εκδήλωσή της μπορεί να συμβεί και χωρίς αυτές.

- Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή

Τα άτομα με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ανησυχούν υπερβολικά χωρίς να υπάρχει προφανής αιτία. Η ανησυχία τους περιστρέφεται κυρίως γύρω από οικονομικά προβλήματα, θέματα υγείας, οικογενειακά ζητήματα κ.ά. Η συγκεκριμένη μορφή εντοπίζεται όταν τα συμπτώματα επιμένουν και δεν υποχωρούν για διάστημα μεγαλύτερο από 6 μήνες. Σε τέτοιες περιπτώσεις τα άτομα δυσκολεύονται να χαλαρώσουν και να συγκεντρωθούν σε κάποια δραστηριότητα.

1.1.3 Το εργασιακό άγχος

Η παρούσα εργασία εστιάζεται στους επαγγελματίες υγείας, για αυτό θα ήταν χρήσιμο να γίνει αναφορά και στον όρο εργασιακό άγχος. Παράλληλα παρουσιάζονται μελέτες που διερεύνησαν την επίδρασή του άγχους σε εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Αρχικά, οι Lambert and Lambert (2008) υπογραμμίζουν ότι ένα άτομο βιώνει εργασιακό άγχος, όταν αισθάνεται ότι δεν μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά, εξαιτίας της ανισορροπίας που υπάρχει ανάμεσα στις ικανότητές του και τις απαιτήσεις του εργασιακού περιβάλλοντος.

Σύμφωνα με τα πορίσματα παλαιότερων ερευνών μεγάλο ποσοστό των εργαζομένων στον κλάδο της υγείας διακατέχεται από υψηλά επίπεδα άγχους (Hamdan- Mansour, Al-Gamal, Puskar, Yacoub, & Marinin, 2011). Στις περισσότερες περιπτώσεις ο βαθμός του άγχους και η ένταση των αντιδράσεων εξαρτώνται από τον οργανισμό που απασχολούνται, αλλά και την ειδικότητά τους (Donelly, 2004). Για παράδειγμα, η μελέτη των McTiernan and McDonald (2015) διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές σε δομές ψυχικής υγείας εμφανίζουν υψηλά επίπεδα άγχους εξαιτίας των συμπεριφορών και των αντιδράσεων που εκδηλώνουν οι ασθενείς απέναντί τους. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν και οι Zhou and Gong (2015) που ασχολήθηκαν με το νοσηλευτικό προσωπικό των χειρουργείων, αλλά και οι Su, Boore, Jenkins, Liu and Yang (2009) που διερεύνησαν τα επίπεδα άγχους σε νοσηλευτές στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

Ωστόσο οι ερευνητές δεν ασχολήθηκαν μόνο με τα επίπεδα του άγχους, αλλά έδωσαν μεγάλη προσοχή και στις παραμέτρους που επηρεάζουν την εκδήλωση του στρες.

Ειδικότερα, κατέληξαν ότι αυτές ταξινομούνται στις ακόλουθες κατηγορίες:

Η πρώτη αφορά τους δομικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τα πορίσματα, σε αυτούς περιλαμβάνονται το περιβάλλον του νοσοκομείου (ή οποιαδήποτε άλλη δομή υγείας) και όσα περιγράφουν τις συνθήκες εργασίας (Godwin & Selorm, 2016). Πιο συγκεκριμένα, ο Kane (2009) ανέφερε ότι το άγχος στα επαγγέλματα υγείας μπορεί να οφείλεται στον ελλιπή κλιματισμό του χώρου, τον ανεπαρκή φωτισμό, την πίεση, την πολύωρη ορθοστασία, αλλά και τις εντάσεις που δημιουργούνται κατά την άσκηση των καθηκόντων.

Η δεύτερη ομάδα αναφέρεται στα ατομικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τις εργασιακές σχέσεις. Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρέθηκε ότι η προσωπικότητα επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο που τα άτομα αντιδρούν απέναντι σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα (Mirhaghi, & Sarabian, 2016). Έτσι οι εργαζόμενοι που είναι αισιόδοξοι και έχουν θετικά συναισθήματα, εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους (Thian, Kannusamy, & Klainin- Yobas, 2013). Επίσης, εκείνοι που δηλώνουν ότι αγαπούν το επάγγελμά τους, φαίνεται ότι είναι περισσότερο ανθεκτικοί απέναντι στις δυσκολίες και έχουν μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα (Wang, Liu, Wang, 2015).

Εξίσου σημαντική παράμετρος για την εκδήλωση άγχους είναι οι σχέσεις που αναπτύσσουν οι εργαζόμενοι μεταξύ τους και η διαμόρφωση ενός υποστηρικτικού πλαισίου. Πιο συγκεκριμένα, τα ευρήματα υπογραμμίζουν ότι ο ανταγωνισμός, οι συγκρούσεις και η ελλιπής κοινωνική στήριξη αποτελούν πηγές άγχους, το οποίο εκδηλώνεται κυρίως με ψυχοσωματικά συμπτώματα (Adriaenssens, De Gucht, Van Der Doef, & Maes, 2011· Tabak & Orit, 2007). Από τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι η ψυχολογική επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας είναι μεγάλη, ενώ το συγκεκριμένο ζήτημα δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς από την ελληνική βιβλιογραφία, κατά συνέπεια η διενέργεια μιας έρευνας κρίνεται απαραίτητη.

1.2 Κατάθλιψη

Η ενότητα εξετάζει την κατάθλιψη. Αρχικά, παρουσιάζει τον ορισμό και δίνει ορισμένα επιδημιολογικά στοιχεία. Στη συνέχεια, ασχολείται με την ταξινόμηση των καταθλιπτικών διαταραχών και ολοκληρώνει περιγράφοντας τα ευρήματα σχετικά με την αιτιολογία της.

1.2.1 Ορισμός της κατάθλιψης

Ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιείται από τους ειδικούς για να περιγράψει την πιο συνηθισμένη διαταραχή διάθεσης. Πρόκειται για ένα κλινικό σύνδρομο που περιλαμβάνει ποικίλα συμπτώματα και επηρεάζει όλες τις εκφάνσεις της ανθρώπινης ζωής (Sadock & Sadock, 2015). Η κατάθλιψη δεν είναι μια σύγχρονη ασθένεια, αναφορές για αυτήν υπάρχουν από την αρχαιότητα. Συγκεκριμένα, ο Ιπποκράτης μελετώντας τη μανία (λειτουργικές ψυχώσεις) και τη μελαγχολία (χρόνιες ψυχικές διαταραχές), απέδιδε την εμφάνιση της κατάθλιψης σε βιολογικούς παράγοντες. Επίσης, ο Όμηρος αναφέρει στην Ιλιάδα ότι ο Αίας αυτοκτονεί εξαιτίας βαθιάς λύπης και κατάθλιψης. Ωστόσο ο όρος κατάθλιψη αρχίζει να γίνεται ευρέως γνωστός από το 19^ο αιώνα (Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου, 2013 Χριστοδούλου, 2005).

Τα τελευταία χρόνια οι έρευνες γύρω από την κατάθλιψη κατέδειξαν, ότι τα ποσοστά εκδήλωσης της διαταραχής ήταν αυξημένα ακόμη και σε μη- ψυχιατρικούς ασθενείς, ενώ μεγάλος ήταν και ο αριθμός των αυτοκτονιών που οφείλονταν στη συγκεκριμένη νόσο. Σύμφωνα με τα ευρήματα των Murray and Lopez (1996), 1 στις 5 γυναίκες και 1 στους 8 άνδρες πρόκειται να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Αυτές οι διαπιστώσεις ανησύχησαν τους επιστήμονες υγείας και τους ανάγκασαν να εστιάσουν τις μελέτες τους περισσότερο στην αναγνώριση, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της κατάθλιψης (Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου, 2013).

1.2.2 Ταξινόμηση καταθλιπτικών διαταραχών

Η νεότερη έκδοση του διαγνωστικού εγχειριδίου για την ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών αναφέρει ότι η κατάθλιψη ανήκει στη γενικευμένη κατηγορία των

καταθλιπτικών διαταραχών. Σύμφωνα λοιπόν, με το DSM-V ταξινομείται στις ακόλουθες ομάδες (APA, 2013):

- Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

Το άτομο παρουσιάζει σχεδόν καθημερινά καταθλιπτική διάθεση και ανηδονία (δεν λαμβάνει ικανοποίηση από δραστηριότητες που παλιότερα θεωρούσε ευχάριστες). Αντιμετωπίζει προβλήματα με τον ύπνο και τη σίτιση, αισθάνεται κουρασμένο και γενικά χάνει την ενεργητικότητά του. Ορισμένες φορές αισθάνεται ανάξιο ή ένοχο χωρίς κάποιο προφανή λόγο και δυσκολεύεται να πάρει αποφάσεις. Σταδιακά το άτομο καθίσταται μη λειτουργικό σε επιμέρους τομείς της καθημερινής ζωής. Τα συμπτώματα σε αυτή την περίπτωση πρέπει να έχουν διάρκεια τουλάχιστον δύο εβδομάδες.

- Δυσθυμική διαταραχή

Το άτομο εμφανίζει διαταραχές ύπνου, μειωμένη όρεξη ή υπερφαγία, κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας. Άλλα συμπτώματα είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η δυσκολία συγκέντρωσης και η αδυναμία λήψης αποφάσεων. Σε γενικές γραμμές, το άτομο βιώνει έντονα το αίσθημα της απελπισίας και βρίσκεται σε καταθλιπτική διάθεση για μεγάλο χρονικό διάστημα. Τα συμπτώματα επιμένουν τουλάχιστον για δύο έτη και επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργικότητά του.

- Προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή

Η συγκεκριμένη κατηγορία αφορά μόνο τις γυναίκες. Τα συμπτώματα εκδηλώνονται μία εβδομάδα πριν την έναρξη της έμμηνου ρύσεως, καταλαγιάζουν κατά τη διάρκεια και τείνουν να ελαχιστοποιούνται μία εβδομάδα μετά το τέλος της.

- Διπολική διαταραχή

Σε αυτή την περίπτωση το άτομο παρουσιάζει έντονες εναλλαγές διάθεσης και κινείται ανάμεσα σε δύο πόλους: Στο στάδιο της κατάθλιψης, όπου τα συμπτώματα είναι παρόμοια με εκείνα της μείζονα καταθλιπτικής διαταραχής και στο στάδιο της μανίας, όπου το άτομο είναι τρομερά ενεργητικό, μιλάει διαρκώς και έχει μειωμένη ανάγκη για ύπνο.

1.2.3 Αιτιολογία

Οι πρώτες μελέτες γύρω από την κατάθλιψη προσπάθησαν να συνδέσουν τη διαταραχή με τα συναισθήματα (θλίψη, λύπη) που νιώθει το άτομο, όταν βιώνει

τραυματικά γεγονότα (π.χ. απώλεια). Στα χρόνια που ακολούθησαν οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η αιτιολογία της είναι περισσότερο πολύπλοκη και οφείλεται στην αλληλεπίδραση μιας σειράς γενετικών, βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου, 2013· Χριστοδούλου, 2005).

Ειδικότερα, βρέθηκε ότι η εκδήλωση της κατάθλιψης σχετίζεται με διαταραχές στα πλαίσια της εγκεφαλικής λειτουργίας. Επίσης, σε μεγάλο βαθμό οφείλεται στην κληρονομικότητα, αφού το 15% των συγγενών πρώτου βαθμού μπορεί να παρουσιάσει συμπτώματα της διαταραχής (Tsigos & Chrousos, 2002· Χατζάκη, 2008). Παράλληλά η νόσος εμφανίζεται, όταν ο άνθρωπος βιώνει ορισμένα ψυχοπιεστικά γεγονότα. Για παράδειγμα αν μείνει άνεργος, αν αναγκαστεί να μεταναστεύσει, αν είναι θύμα τρομοκρατικής επίθεσης, αν χάσει προσφιλές άτομο από το οικογενειακό ή κοινωνικό του περιβάλλον. Σε τέτοιες περιπτώσεις τα συμπτώματα εγείρονται εξαιτίας μιας δυσάρεστης κατάστασης, αλλά συνεχίζουν να επιμένουν, ακόμη και όταν εκείνη φαίνεται να εξομαλύνεται ή όταν δεν υπάρχουν πλέον παρόμοια ερεθίσματα. Ακόμη, την εκδήλωση της κατάθλιψης προδιαθέτουν και ορισμένα δυσλειτουργικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Ανάμεσα σε αυτά συγκαταλέγονται το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, τα γονεϊκά στυλ ανατροφής, οι σχέσεις μεταξύ των γονέων, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας κ.ά. (Tsigos & Chrousos, 2002· Χατζάκη, 2008· Χριστοδούλου, 2005).

Εξετάζοντας τους βιολογικούς παράγοντες, οι ερευνητές κατέδειξαν ορισμένες παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (π.χ. σκλήρυνση κατά πλάκα), οι οποίες είναι δυνατόν να επηρεάσουν την εγκεφαλική λειτουργία. Επίσης, η εκδήλωσή της δύναται να οφείλεται σε παθήσεις των ενδοκρινών αδένων (π.χ. υποθυρεοειδισμός), αλλά και σε διάφορες λοιμώξεις (λοιμώδης μονοπυρήνωση) (Χατζάκη, 2008).

1.3 Ποιότητα Ζωής

Η ενότητα εξετάζει την Ποιότητα Ζωής. Αρχικά επιθυμεί να προσδιορίσει την έννοια και να συζητήσει τα εμπόδια που συνάντησαν οι ερευνητές στην προσπάθειά τους να περιγράψουν το συγκεκριμένο όρο. Στη συνέχεια αναλύει τους παράγοντες που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής. Τέλος, αναφέρεται στα εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς για τη μέτρηση της Ποιότητας Ζωής.

1.3.1 Εννοιολογική αποσαφήνιση του όρου *Ποιότητα ζωής*

Τα τελευταία χρόνια ερευνητές από διάφορους επιστημονικούς κλάδους (ιατρική, ψυχολογία, επιδημιολογία, πολιτικές επιστήμες) ασχολούνται με την Ποιότητα Ζωής και εξετάζουν τις επιμέρους διαστάσεις της (Ormel, Lindenberg, Steverink, & Vonkorff , 1997). Ο όρος *Ποιότητα ζωής* εμφανίστηκε για πρώτη φορά στις ΗΠΑ μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο πόλεμο και στην αρχή ήταν συνώνυμος με τη ευημερία. Τα άτομα όριζαν την ποιότητα ζωής ανάλογα με τη δυνατότητα τους να καταναλώνουν. Έτσι, η συγκεκριμένη έννοια χρησιμοποιούνταν για να περιγράψει κανείς όσα έχει στην κατοχή του: αυτοκίνητο, σπίτι, περιουσιακά στοιχεία κ.ά. Σταδιακά όμως, η Ποιότητα Ζωής απέκτησε νέο νόημα και δεν συνδέεται αποκλειστικά με την κατοχή υλικών αγαθών (Owczarek, 2010).

Πρόκειται για μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία εξελίσσεται συνεχώς, γεγονός που δυσχεραίνει τις προσπάθειες των ερευνητών να καταλήξουν σε ένα και μοναδικό ορισμό (Κάβουρα, Κυριόπουλος, Γείτονα, & Βανδώρου, 2003). Σύμφωνα με τη μελέτη των Schweiter, Kelly, Foran, Terry, & Whiting (1995) η ασάφεια και η έντονη ασυμφωνία που χαρακτηρίζει το εννοιολογικό πλαίσιο, δικαιολογεί την εμφάνιση και τη χρήση ποικίλων όρων. Έτσι, η Ποιότητα Ζωής μπορεί να αντικατασταθεί από έννοιες όπως: κατάσταση της υγείας, ικανοποίηση από τη ζωή, άνεση, ευμάρεια κ.ά.

Από την άλλη πλευρά κάθε επιστημονικός κλάδος (επιστήμες υγείας, ψυχολογία, κοινωνιολογία, οικονομία κ.ά.) που ασχολήθηκε με την Ποιότητα Ζωής, επιχείρησε να περιγράψει την έννοια, αναλύοντας συγκεκριμένες πτυχές της (Υφαντόπουλος, 2001). Μέσα από αυτή τη διαδικασία προέκυψαν τέσσερις βασικές προσεγγίσεις (Αργέντου, 2009):

- Η επιδημιολογική ή βιοϊατρική προσέγγιση: Ασχολείται με την κατηγοριοποίηση των ασθενών ανάλογα με τη συμπτωματολογία κάθε νόσου και μελετά τις διαφορετικές θεραπείες.
- Η λειτουργική ή δυσλειτουργική προσέγγιση: Αποτελεί προέκταση της προηγούμενης. Επιθυμεί να αξιολογήσει τις επιδράσεις που έχουν οι προτεινόμενες θεραπείες και οι διάφορες δυσλειτουργικές καταστάσεις στις ικανότητες και την καθημερινή δραστηριότητα των ανθρώπων.

- Η πολιτιστική προσέγγιση: Εξετάζει τις αναπαραστάσεις της κοινωνίας κυρίως απέναντι στα άτομα με αναπηρία.
- Η οικονομική προσέγγιση: Οι δείκτες που ορίζουν την Ποιότητα Ζωής, σύμφωνα με τις οικονομικές επιστήμες, είναι το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ) και το κατά κεφαλή εισόδημα. Η συγκεκριμένη προσέγγιση αφορά τη μέτρησή της μεταξύ τους συσχέτισης.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) υπογραμμίζει τον πολυδιάστατο χαρακτήρα της έννοιας και συνδέει την Ποιότητα Ζωής με ένα σύνολο παραμέτρων (ατομικών, κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών), οι οποίες επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου, την ανεξαρτησία, τις κοινωνικές σχέσεις, το αξιακό του σύστημα και τη σύνδεσή του με το περιβάλλον (WHO, 2003). Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας χρησιμοποιείται ο ορισμός που διατύπωσε ο κλάδος της ιατρικής σχετικά με την Ποιότητα Ζωής. Ειδικότερα λοιπόν, η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής εξετάζει το βαθμό ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του και την επίδραση που έχει αυτός σε επιμέρους τομείς της ζωής του (Anagnostopoulos, Niakas, & Pappa, 2005).

Μελετώντας προσεκτικά τον όρο, οι Patrick and Erickson (1993) κατέληξαν ότι η Ποιότητα Ζωής περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- τη σωματική υγεία: Αναφέρεται στη γενική υγεία και την καθημερινή λειτουργία του ανθρώπινου σώματος
- την ψυχική υγεία: Αναφέρεται στην αυτοεκτίμηση, τη διάθεση, την ενσυναίσθηση, τη διαχείριση των συναισθημάτων κ.ά.
- την κοινωνική υγεία: Αφορά στις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνική δράση.

Ο Ebrahim (1995), λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, σημειώνει ότι η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής, είναι μια ευρεία έννοια που περιγράφει το γενικό δείκτη υγείας. Χρειάζεται λοιπόν, να συγκεντρώσει στοιχεία που έχουν να κάνουν με τη φυσική, την ψυχική και την κοινωνική ζωή του ανθρώπου. Παράλληλα όμως, συλλέγει πληροφορίες σχετικά με τη δυσλειτουργία, την ανικανότητα και την αναπηρία. Σε αυτή την περίπτωση η έννοια αναφέρεται στις ασθένειες και τις επιπτώσεις τους στην υγεία και τη λειτουργικότητα του ατόμου. Ταυτόχρονα όμως, επισημαίνει τις επιρροές που δέχεται το άτομο στους παραπάνω άξονες από άλλα κοινωνικά φαινόμενα (φτώχεια, ανεργία κ.ά.).

1.3.2 Παράμετροι που καθορίζουν την Ποιότητα Ζωής

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η Ποιότητα Ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια και οι μελέτες που διενεργήθηκαν γύρω από αυτήν προσπάθησαν να περιγράψουν τη σύνθετη φύση και τις προοπτικές της. Επίσης, αρκετοί ερευνητές ασχολήθηκαν και με τους παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωσή της (Fallowfield, 1991). Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι κυριότερες απόψεις των ερευνητών σχετικά με τις παραμέτρους που συνθέτουν την Ποιότητα Ζωής.

Μέσα από τα ευρήματα ποικίλων ερευνών διαπιστώθηκε ότι το επίπεδο της Ποιότητας Ζωής περιγράφει στην ουσία τις επιμέρους διαστάσεις της (τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου, τις σχέσεις με το περιβάλλον του, τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις) και καθορίζεται από μια σειρά παραμέτρων (Ormel, et al., 1997). Οι Andrews and Whitney (1976) υπέδειξαν στη μελέτη τους 12 τέτοιους παράγοντες. Ειδικότερα αναφέρουν ότι η Ποιότητα Ζωής περιλαμβάνει τα ακόλουθα: αυτοαντίληψη, οικογενειακή ζωή, οικογενειακές δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, στέγη, διάθεση χρόνου, υγεία, εργασία, κυβέρνηση, πρόσβαση στην αγορά και τις υπηρεσίες, οικονομικό επίπεδο (Nakou, 2001).

Σύμφωνα με τη μελέτη του Σαρρή (2001), οι δείκτες που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής, διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: στους υποκειμενικούς και τους αντικειμενικούς παράγοντες. Οι πρώτοι έχουν να κάνουν με την ικανοποίηση και την ευημερία που αισθάνονται τα άτομα μέσα στο περιβάλλον τους. Η αξιολόγησή αυτών των παραμέτρων γίνεται από το ίδιο το άτομο και εξετάζει κατά πόσο εκείνο δηλώνει ευχαριστημένο ή όχι από τη ζωή του και αν έχει ολοκληρώσει τους στόχους του. Οι αντικειμενικοί παράγοντες περιλαμβάνουν δείκτες που αφορούν στην πολιτική και κοινωνική ζωή, την οικονομία, την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, τη διασφάλιση των ατομικών και συλλογικών δικαιωμάτων, τις προσπάθειες για τη βελτίωση της διαβίωσης σε έναν τόπο.

Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν οι Σαρρής, Σούλης και Υφαντόπουλος (2001), οι οποίοι ανάμεσα στις παραμέτρους που καθορίζουν την Ποιότητα Ζωής, πρόσθεσαν τις διατροφικές συνήθειες, το εισόδημα, το επάγγελμα, και το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης. Επίσης, αναφέρθηκαν στην ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, τη νοσοκομειακή φροντίδα, τις σωματικές αναπηρίες

και τα χρόνια προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν τα άτομα. Παράλληλα, κάνουν λόγο για τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, το επίπεδο εκπαίδευσης, την κουλτούρα και την ικανότητα προσαρμογής των ανθρώπων σε νέες συνθήκες.

Μια πρόσφατη μελέτης της Eurostat (2013) σχετικά με τους δείκτες που προσδιορίζουν την Ποιότητα Ζωής ανέδειξε εννέα παράγοντες. Οι πρώτοι οκτώ αναφέρονται στην ευημερία, έτσι όπως την ορίζει κάθε άτομο ακολουθώντας το δικό του σύστημα αξιών. Σε αυτούς λοιπόν, συγκαταλέγονται το εισόδημα και οι υλικές συνθήκες διαβίωσης, η εργασία, η εκπαίδευση, η υγεία, η αναψυχή και οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, η οικονομική και φυσική ασφάλεια, η διακυβέρνηση και η διασφάλιση των βασικών δικαιωμάτων, και τέλος, το φυσικό περιβάλλον και το περιβάλλον διαβίωσης των ανθρώπων. Ο ένατος δείκτης είναι το γενικότερο επίπεδο ικανοποίησης από τη ζωή και αφορά τις προσωπικές αντιλήψεις των ατόμων για τις εμπειρίες τους.

1.3.3 Η μέτρηση της Ποιότητας Ζωής

Η μέτρηση της Ποιότητας Ζωής ενός ατόμου ή μιας πληθυσμιακής ομάδας δεν έχει να κάνει μόνο με τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Είναι στην πραγματικότητα η σφαιρική αποτίμηση μιας σειράς παραγόντων (Αργέντου, 2009). Ειδικότερα, η μελέτης της Eurostat (2013) αναφέρει ότι για τη μέτρηση της Ποιότητας Ζωής εξετάζονται όλοι οι δείκτες που αναφέρθηκαν στην προηγούμενη ενότητα. Ακόμη, υπολογίζονται οικονομικοί και μη παράγοντες και εντοπίζονται διαφορές μεταξύ ποικίλων πληθυσμιακών ομάδων.

Οι βασικοί λόγοι που καθιστούν απαραίτητη τη διενέργεια σχετικών μελετών είναι ότι με τη βοήθειά τους οι επιστήμονες παρακολουθούν την κατάσταση της υγείας, και εκτιμούν τις ανάγκες των ανθρώπων. Ακόμη είναι σε θέση να εντοπίζουν ευπαθείς ομάδες που έχουν μια χαμηλή ποιότητα ζωής. Επίσης, μέσα από τη διαδικασία της μέτρησης αξιολογούν τις υπηρεσίες και τα διάφορα προγράμματα υγείας, εξετάζουν την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων και επισημαίνουν πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες (Ebrahim, 1995· Νάκου, 2001).

Στόχοι της μέτρησης είναι, σύμφωνα με τον ΠΟΥ (WHO, 2001), να αυξήσει το προσδόκιμο ζωής, να περιορίσει την εμφάνιση ασθενειών και ενισχύσει την ευεξία των ανθρώπων. Τα πρώτα εργαλεία για τη μέτρηση της Ποιότητας Ζωής κατασκευάστηκαν τη δεκαετία του 1970, ενώ μέχρι το 1990 αναπτύχθηκαν ποικίλα ερωτηματολόγια, τα οποία

χρησιμοποιήθηκαν ευρέως από ειδικούς επιστήμονες. Παράλληλα, έγιναν μελέτες που αξιολογούν τις ψυχομετρικές ιδιότητες των εργαλείων στα πλαίσια μιας προσπάθειας για την αναβάθμιση των ερευνών (Αργέντου, 2009· Νάκου, 2001).

Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της Ποιότητας Ζωής, ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες (Αργέντου, 2009· Θεοφίλου, 2010):

- Τα εργαλεία γενικής χρήσης (Generic Instruments): Αυτά σχεδιάστηκαν για να μετρούν το επίπεδο υγείας του γενικού πληθυσμού, καθώς και διάφορων κοινωνικοοικονομικών και πολιτισμικών ομάδων. Επίσης, τα συγκεκριμένα εργαλεία εφαρμόζονται σε διάφορες περιπτώσεις ασθενειών, ανικανοτήτων, διαταραχών, αλλά και ιατρικών θεραπειών.
- Τα εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών (Disease Specific Instruments): Πρόκειται για ερωτηματολόγια που σχεδιάστηκαν για να αξιολογούν τις αλλαγές στην κατάσταση της υγείας ή στα στάδια εξέλιξης μιας συγκεκριμένης ασθένειας.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται ορισμένα αντιπροσωπευτικά εργαλεία από τις παραπάνω κατηγορίες. Σε κάθε περίπτωση η επιλογή του κατάλληλου ερωτηματολογίου καθορίζεται από το σκοπό, τους στόχους της έρευνας, αλλά και την φύση των μετρήσεων.

1.3.4 Εργαλεία για τη μέτρηση της Ποιότητας Ζωής

Η Επισκόπηση Υγείας του Nottingham (The Nottingham Health Profile) κατασκευάστηκε τη δεκαετία του 1980 με σκοπό να μελετήσει την αποτελεσματικότητα των ιατρικών θεραπευτικών παρεμβάσεων (Hunt, McKenna, McEwen, Williams, Pap, 1981). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, που σύμφωνα με τους Βιδάλη και Συγγελάκη (2000) έχει υψηλούς δείκτες στο επίπεδο της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας και απαρτίζεται από δύο μέρη. Το πρώτο περιλαμβάνει 38 καταστάσεις ομαδοποιημένες σε έξι κατηγορίες προβλημάτων (ενεργητικότητα, πόνο, συναισθηματικές αντιδράσεις, ύπνος, κοινωνική απομόνωση και σωματική κίνηση). Το δεύτερο μέρος εξετάζει επτά άξονες της καθημερινής ζωής (αμειβόμενη εργασία, οικιακή εργασία, κοινωνική ζωή, προσωπικές σχέσεις, σεξουαλική ζωή, ελεύθερος χρόνο και ενδιαφέροντα). Ο ερωτώμενος διαβάζει τις δηλώσεις και απαντά με Ναι ή Όχι. Κάθε ερώτηση φέρει ένα συντελεστή βαρύτητας και έτσι εξάγεται η τελική βαθμολογία. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο εφαρμόζεται σε υγιείς πληθυσμιακές ομάδες και επιθυμεί να εντοπίσει πιθανούς ασθενείς ανάμεσά τους (Hunt et al., 1981· Θεοφίλου, 2010).

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (The General Health Questionnaire) κατασκευάστηκε από τον Goldberg στις αρχές του 1970. Κυκλοφόρησε σε τρεις εκδόσεις: η πρώτη περιελάμβανε 28 ερωτήσεις, η δεύτερη περιείχε 30 και η τελευταία έχει 60. Οι ερωτήσεις ομαδοποιούνται σε τέσσερις κατηγορίες, έτσι το εργαλείο εξετάζει συμπτώματα που εκδηλώνονται στη σωματική υγεία, το άγχος και την αϋπνία, την κοινωνική δυσλειτουργία και τη βαριά μορφή κατάθλιψης. Το συγκεκριμένο εργαλείο έχει χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της Ποιότητας της Ζωής εξίσου σε υγιείς και ασθενείς πληθυσμούς. Κατά την αξιολόγηση των ψυχομετρικών του ιδιοτήτων διαπιστώθηκε ότι το ερωτηματολόγιο έχει υψηλό βαθμό εγκυρότητας και αξιοπιστίας. Ωστόσο, οι ερευνητές παρατηρούν ότι το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας εστιάζει κυρίως στη σωματική και ψυχική υγεία, αλλά δε δίνει την ίδια βαρύτητα στους υπόλοιπους άξονες της Ποιότητας Ζωής (Θεοφίλου, 2010).

Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 (The SF- 36 Health Survey) κατασκευάστηκε από τον Ware στις αρχές του 1990. Σκοπός του ερευνητή ήταν να αναπτύξει ένα εργαλείο που θα τον βοηθήσει να συγκρίνει το επίπεδο υγείας ανάμεσα σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες (π.χ. υγιείς- ασθενείς). Ακόμη, η Επισκόπηση Υγείας μπορεί να εφαρμοστεί ανάμεσα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε διαφορετικές θεραπευτικές μεθόδους (McHorney, Ware, & Racjek, 1993· Ware & Sherbourne, 1992). Αποτελείται από 36 δηλώσεις οι οποίες περιγράφουν γενικές καταστάσεις, χωρίς να αναφέρονται σε κάποια ασθένεια ή θεραπεία και κατανέμονται σε δύο άξονες: τη Σωματική και την Ψυχική υγεία. Στη συνέχεια δημιουργήθηκαν οι ακόλουθες οκτώ υποκατηγορίες: η σωματική λειτουργικότητα, ο σωματικός ρόλος, ο σωματικός πόνος, η γενική υγεία, η ζωτικότητα, η κοινωνική λειτουργικότητα, ο συναισθηματικός ρόλος και η ψυχική υγεία. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μπορεί να γίνει με δύο τρόπους: είτε από τον ίδιο τον ερωτώμενο, είτε κατά τη διάρκεια συνέντευξης (διαζώσης ή τηλεφωνικά). Βασική προϋπόθεση για να συμμετέχει κανείς στη Επισκόπηση Υγείας είναι να έχει συμπληρώσει το 14^ο έτος της ηλικίας του (Θεοφίλου, 2010).

Σύμφωνα με τους ερευνητές η εφαρμογή του συγκεκριμένου εργαλείου έχει σημαντικά πλεονεκτήματα: διαθέτει υψηλούς δείκτες εγκυρότητας και αξιοπιστίας, εξετάζει σφαιρικά την Ποιότητα Ζωής και δίνει βαρύτητα στις επιμέρους διαστάσεις της. Εξίσου σημαντικό είναι, ότι οι ερωτώμενοι μπορούν να το συμπληρώσουν μέσα σε δέκα λεπτά (Mekus, 1999).

1.3.4.1 Εργαλεία για τη μέτρηση συγκεκριμένων ασθενειών

Σε αυτά συγκαταλέγεται ο Δείκτης Λειτουργικότητας του Karnofsky (The Karnofsky Performance Index), ο οποίος προσπαθεί να προσδιορίσει τον άξονα της σωματικής λειτουργίας του ατόμου. Η εφαρμογή του γίνεται μόνο από επαγγελματίες υγείας. Με τη βοήθειά του, οι ειδικοί είναι σε θέση να αποδώσουν το ποσοστό που συγκεντρώνει το άτομο σε καθένα από τα επίπεδα της σωματικής λειτουργικότητας. Επίσης, έχει τη δυνατότητα να προσδιορίσει τους πιθανούς περιορισμούς και την εμφάνιση μιας ασθένειας (Mercier, Schraub, Bransfield, & Fournier, 1992).

Ο Δείκτης Λειτουργικότητας του ΠΟΥ (The WHO Performance Status) κινείται σε παρόμοιο πλαίσιο με το Δείκτη του Karnofsky (Karnofsky & Burheral, 1949). Εστιάζει στη σωματική λειτουργικότητα και τις ικανότητες του ατόμου και επιθυμεί να εξετάσει αν ένας ασθενής είναι ικανός να φροντίσει τον εαυτό του ή αν εκτελεί με περιορισμούς τις διάφορες δραστηριότητες.

Ο Δείκτης Katz αφορά την καθημερινή ζωή και εφαρμόζεται κυρίως σε ηλικιωμένους που διαβιούν σε οίκους ευγηρίας ή άλλα κλειστά ιδρύματα. Το εργαλείο αυτό χρησιμοποιείται από τους επιστήμονες υγείας. Περιλαμβάνει έξι ερωτήσεις διαβαθμισμένης δυσκολίας σχετικά με τη δυνατότητα των ερωτώμενων να αυτοεξυπηρετούνται και να φροντίζουν το εαυτό τους και προσπαθεί να αξιολογήσει τη λειτουργική τους κατάσταση. Στην ουσία, οι ερευνητές βαθμολογούν κατά πόσο οι ασθενείς λειτουργούν αυτόνομα σε θέματα που έχουν να κάνουν με την καθημερινότητα (Θεοφίλου, 2010).

Ο Δείκτης Spitzer για την Ποιότητα Ζωής (The Spitzer Quality of Life Index) κατασκευάστηκε στις αρχές του 1980. Αρχικά, προοριζόταν για τη μέτρηση της Ποιότητας Ζωής των καρκινοπαθών, αργότερα όμως, χρησιμοποιήθηκε και για άτομα με άλλες ασθένειες. Το συγκεκριμένο εργαλείο εξετάζει πέντε άξονες: τις δραστηριότητες, την καθημερινή ζωή, την αντίληψη περί υγείας, την κοινωνική υποστήριξη και τις αντιλήψεις για τη ζωή. Μπορεί να συμπληρωθεί από τον ίδιο τον άρρωστο και σε αυτή την περίπτωση πρόκειται για ερωτηματολόγιο αυτό- αναφοράς, αλλά και από τους επιστήμονες υγείας. Ο Δείκτης Spitzer επιδεικνύει διαφορές ανάμεσα σε ασθενείς με διαφορετικές ασθένειες, αλλά και μεταξύ ασθενών που εκδηλώνουν την ίδια ασθένεια σε διαφορετικά επίπεδα (Θεοφίλου, 2010).

1.4 Άγχος- Κατάθλιψη και Ποιότητα Ζωής

Η παρούσα ενότητα εξετάζει τη σχέση ανάμεσα στο άγχος, την κατάθλιψη και την Ποιότητα Ζωής. Παρουσιάζονται λοιπόν, ευρήματα παλιότερων ερευνών σχετικά με τους κινδύνους που αντιμετωπίζει το άτομο σε περιόδους κρίσιμων καταστάσεων. Παράλληλα, γίνεται λόγος για την ψυχολογική επιβάρυνση που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας (γιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό), καθώς και για την επίδρασή της στην Ποιότητα Ζωής τους.

Όλοι οι άνθρωποι έχουν νιώσει άγχος κάποια στιγμή της ζωής τους. Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενη ενότητα, το άγχος, γεννάται, όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με στρεσογόνα ερεθίσματα, τα οποία κινητοποιούν τον εγκέφαλό του (Βάρβογλη, 2006). Σε αυτή την περίπτωση, το άγχος αναπτύσσεται ως μια συναισθηματική αντίδραση απέναντι σε μια ενέργεια ή μια κατάσταση και απαιτεί από τον άνθρωπο να επιδείξει σωματικό ή/και ψυχικό σθένος. Με άλλα λόγια, το άτομο βλέπει μπροστά του έναν επερχόμενο κίνδυνο, από τη μια πλευρά προετοιμάζει τον οργανισμό του για όσα πρόκειται να συμβούν, ενώ από την άλλη προσπαθεί να αποκαταστήσει την ισορροπία του με το περιβάλλον (APA, 2000).

Μελετώντας τις επιπτώσεις του στις διαστάσεις που συνθέτουν την Ποιότητα Ζωής, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι, όταν το άγχος κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα, τότε λειτουργεί θετικά. Μπορεί να ενεργοποιήσει το άτομο και να το βοηθήσει να αφοσιωθεί στο στόχο του. Όταν όμως, αυξάνεται υπερβολικά, τότε επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη σωματική και ψυχική υγεία, την παραγωγικότητα και τη συμπεριφορά του ατόμου (Sharma, 2005). Επίσης, οι έρευνες έχουν συσχετίσει τα υψηλά επίπεδα άγχους με προβλήματα που πλήττουν τόσο το άτομο όσο και την κοινωνία. Για παράδειγμα, οι επιθετικές συμπεριφορές, η έξαρση της βίας στο οικογενειακό περιβάλλον κ.ά. (Hakansson & Ahlborg, 2016).

Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε και η μελέτη του ΠΟΥ (WHO, 2003), υπογραμμίζοντας ότι το άγχος που συσσωρεύουν οι άνθρωποι σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, πλήττει την υγεία σε μεγάλο βαθμό. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρει ότι ένα άτομο που βιώνει στρεσογόνες καταστάσεις για μεγάλο χρονικό διάστημα και αδυνατεί να διαχειριστεί τα αρνητικά του συναισθήματα, έχει περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσει κάποια ασθένεια ή ακόμα και να πεθάνει πρόωρα. Αντίθετα, η ενδυνάμωση της ψυχικής

ανθεκτικότητας προωθεί την ευημερία και την κοινωνική ευεξία, ενώ ισχυροποιεί το άτομο ,αφού προλαμβάνει την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών (WHO, 2003).

Για τις επιπτώσεις του έντονου και παρατεταμένου άγχους μίλησαν και οι Brown, Newman, Charlesworth, Crits, Cristoph and Beck (2004). Ειδικότερα, οι ερευνητές υπογράμμισαν ότι σε τέτοιες περιπτώσεις το άγχος δεν έχει θετικά αποτελέσματα, αλλά προκαλεί δυσλειτουργίες και συνδέεται με την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών. Επίσης, το σύστημα ταξινόμησης των διαταραχών σημειώνει ότι, όταν το άτομο δυσκολεύεται να διαχειριστεί το άγχος του, τότε παύει να είναι λειτουργικό στις καθημερινές δραστηριότητες, αδυνατεί να πετύχει τους στόχους του και να διασφαλίσει την ισορροπία του (APA, 2013). Πέρα από τα προβλήματα υγείας, το έντονο και παθολογικό άγχος φαίνεται ότι επισπεύδει σημαντικά τη διαδικασία της γήρανσης (Epel et al., 2004).

Η μελέτη του Seawad (2012) ανέδειξε έντονη συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος και σε διάφορες σοβαρές ασθένειες σε ποσοστό 70%- 80%. Ορισμένες από αυτές προκλήθηκαν εξαιτίας του, ενώ άλλες προϋπήρχαν και παρουσίασαν επιδείνωση. Σύμφωνα με τα πορίσματα παλαιότερων ερευνών, το άγχος ευθύνεται για την εμφάνιση καρδιαγγειακών προβλημάτων και λοιμώξεων, αλλά και για το σακχαρώδη διαβήτη. Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που βιώνουν έντονο άγχος ασθενούν πιο εύκολα από κρυολογήματα και γρίπη, ενώ παρουσιάζουν συχνότερα έλκος στομάχου (Καραδήμας, 2008). Παρόμοια είναι τα ευρήματα των Cooper, Cooper and Eaker (2002) και του Forshaw (2002), οι οποίοι επισημαίνουν ότι το παθολογικό άγχος προκαλεί κούραση και επιδεινώνει τις φυσιολογικές λειτουργίες.

Επιχειρώντας να συνοψίσουν τις επιδράσεις του άγχους στην Ποιότητα Ζωής, οι Cooper et al. (2002) κατέληξαν στην ακόλουθη ταξινόμηση. Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει συμπτώματα που αφορούν τον άξονα της σωματικής υγείας και σε αυτά συγκαταλέγεται η ανορεξία, η δυσπεψία, η βουλιμία, η κόπωση, οι εντερικές συνήθειες (δυσκοιλιότητα ή διάρροια), η αϋπνία, η ναυτία, οι σεξουαλικές διαταραχές, η ονυχοφαγία, η ανεξήγητη εφίδρωση, οι νευρικές συσπάσεις, οι κεφαλαλγίες, οι κράμπες και οι μυϊκοί σπασμοί, η υπερκινητικότητα, το ανεξήγητο λαχάνιασμα, τα λιποθυμικά επεισόδια, η υψηλή αρτηριακή πίεση και τα συχνά και αναίτια ξεσπάσματα (Cooper et al., 2002).

Η δεύτερη κατηγορία έχει να κάνει με τις εκδηλώσεις συμπτωμάτων στην ψυχική υγεία και περιλαμβάνει: τις αλλαγές στη διάθεση, την έλλειψη αυτοεκτίμησης, τη

δυσκολία συγκέντρωσης, την απομόνωση, την κλειστοφοβία, τον φόβο της μοναξιάς, τον φόβο για το μέλλον, την έλλειψη ενδιαφέροντος για τη ζωή, την επιθετικότητα, τον καταπιεσμένο θυμό, το αίσθημα της αποτυχίας, την έλλειψη προσαρμοστικότητας, την αδυναμία εξωτερίκευσης των συναισθημάτων και την απώλεια αίσθησης του χιούμορ (Cooper et al., 2002).

Εξίσου ενδιαφέροντα ήταν και τα ευρήματα σχετικά με την επίδραση της κατάθλιψης στην Ποιότητα Ζωής. Οι μελέτες του ΠΟΥ αναφέρουν ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές μειώνουν σημαντικά τον προσδόκιμο χρόνο ζωής και περιορίζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο (WHO, 2001). Σύμφωνα με τα ευρήματα των Bhowmik, Kumar, Srivastava, Paswan and Dutta (2012) η κατάθλιψη επηρεάζει τη σωματική υγεία. Πιο συγκεκριμένα, τα πορίσματα αναφέρουν ότι τα άτομα με συμπτώματα καταθλιπτικών διαταραχών παρουσιάζουν ανορεξία, απώλεια βάρους και έντονη κόπωση. Τα συμπτώματα μπορεί να οδηγήσουν στην εκδήλωση σοβαρών παθογόνων καταστάσεων (υποσιτισμός, ηλεκτρολυτικές διαταραχές κ.ά.) και στην επιδείνωση άλλων νοσημάτων (υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη κ.ά.). Ακόμη, παρατηρήθηκαν διαταραχές ύπνου (αϋπνία, διακοπτόμενος ύπνος, λιγότερος χρόνος ύπνου), μειωμένη σεξουαλική επιθυμία, ενώ συχνά οι γυναίκες παρουσιάζουν διαταραχές στον κύκλο (αμηνόρροια).

Επίσης, βρέθηκε ότι η κατάθλιψη έχει επιδράσεις στην ψυχική υγεία. Ειδικότερα, τα άτομα με καταθλιπτική διαταραχή έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και συχνά έχουν αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό τους και όσα πρόκειται να συμβούν στο μέλλον. Αισθάνονται ότι δεν είναι επαρκείς τόσο στην προσωπική όσο και την επαγγελματική τους ζωή και έχουν έντονο τον φόβο της αποτυχίας. Σε περιπτώσεις όπου τα συμπτώματα της κατάθλιψης εκδηλώνονται πιο ισχυρά, το άτομο στηρίζει τα αρνητικά του συναισθήματα σε διαστρεβλωμένες σκέψεις, προσπαθώντας έτσι να αποδείξει την αναξιότητά του. Οι διαταραχές που αφορούν στο περιεχόμενο της σκέψης, είναι πιθανόν να οδηγήσουν το άτομο σε παραληρητικές ιδέες, πρόβλημα που συνήθως παρουσιάζεται στο 15% των ανθρώπων με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Πολυκανδριώτη & Στεφανίδη, 2013).

Στη μελέτη των Patel, Pereira and Mann (1998) αναλύονται τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα της κατάθλιψης. Πέρα από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, οι ερευνητές υπογραμμίζουν ότι τα συγκεκριμένα άτομα εκδηλώνουν διαταραχές στο

επίπεδο των νοητικών τους λειτουργιών. Δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν, εμφανίζουν ελλείμματα προσοχής και μνήμης (εύκολη απώλεια μνήμης, έκπτωση της μνημονικής ανάκλησης). Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι παρουσιάζουν δυσκολία ως προς την επεξεργασία των πληροφοριών και την αξιοποίηση στρατηγικών για την επίλυση προβλημάτων.

Οι Πολυκανδριώτη και Στεφανίδη (2013) σημειώνουν ότι τα άτομα με συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής αισθάνονται απαισιόδοξα και δεν κάνουν ελπιδοφόρα σχέδια για το μέλλον. Έχουν συχνά τάσεις αυτοκτονίας, καθώς θεωρούν ότι ο θάνατος θα τα ανακουφίσει από τις δυσκολίες που βιώνουν. Τα άτομα που κατακλύζονται από το συναίσθημα της απελπισίας, παύουν να είναι ενεργά και στους υπόλοιπους τομείς της ζωής τους. Όπως αναφέρουν τα πορίσματα παλαιότερων ερευνών, η καταθλιπτική διαταραχή πλήττει σημαντικά τη λειτουργικότητα των ατόμων. Ειδικότερα παρατηρείται, ότι στην εργασία η απόδοσή τους είναι μειωμένη και δεν είναι δημιουργικά. Στις διαπροσωπικές τους σχέσεις ξεσπούν σε εντάσεις, δυσκολεύονται να επικοινωνήσουν με τους άλλους γύρω τους και συχνά έρχονται σε ρήξη. Αντιμετωπίζουν αρκετές δυσκολίες όταν καλούνται να αναλάβουν νέους ρόλους τόσο μέσα στον χώρο εργασίας όσο και στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο (Bhowmik et al., 2012· Πολυκανδριώτη & Στεφανίδη, 2013).

Η παρούσα εργασία εστιάζει στους επαγγελματίες υγείας. Στην ενότητα που ακολουθεί, παρουσιάζονται αναλυτικά σημαντικά ευρήματα σχετικά με την ψυχολογική επιβάρυνση που βιώνουν συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, όπως οι γιατροί και οι νοσηλευτές και κατά πόσο αυτό επηρεάζει την Ποιότητα Ζωής τους. Συνοπτικά, μπορεί να αναφέρει κανείς ότι το έντονο άγχος στο εργασιακό περιβάλλον αυξάνει την πιθανότητα σφάλματος κατά την επιτέλεση του έργου, αλλά και το κίνδυνο εργατικού ατυχήματος. Ευθύνεται επίσης, για τη μειωμένη απόδοση των εργαζομένων και τα χαμηλά ποσοστά δέσμευσης των εργαζομένων με τον φορέα απασχόλησης, ενώ συχνά ωθεί τους εργαζόμενους σε παραίτηση ή σε πρόωρη συνταξιοδότηση (Cox, Griffiths, & Rial-Gonzalez, 2000).

2. COVID-19

Σε αυτή την ενότητα γίνεται μια μικρή αναφορά σχετικά με την έναρξη, τη φυσιολογία, τη συμπτωματολογία, την επιδημιολογία και την αντιμετώπιση του COVID-19, που μαστίζει την ανθρωπότητα τους τελευταίους 14 μήνες.

2.1 Φυσιολογία και ιστορικό

Το 2003, ήταν η πρώτη φορά που η παγκόσμια κοινότητα κινητοποιήθηκε μέσα στα πλαίσια της αντιμετώπισης ενός νέου τύπου κορονοϊού, ο οποίος προκάλεσε μια επιδημία άτυπης πνευμονίας που ονομάστηκε Ίσοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο, ΊΣΟΑΣΊ (SARS) και ξεκίνησε από χώρες της Άπω Ανατολής. Μέχρι πρωτότερα, οι κορονοϊοί δεν θεωρούνταν ως ιδιαίτερα παθογόνοι ιοί για τον άνθρωπο. Στη συνέχεια, ακολούθησε το 2012 η εμφάνιση ενός νέου στελέχους κορονοϊού, το οποίο προκάλεσε το λεγόμενο ΊΑναπνευστικό Σύνδρομο Μέσης Ανατολής Ί(MERS) και εντοπίστηκε για πρώτη φορά στη Σαουδική Αραβία. Και οι δύο αναπνευστικές λοιμώξεις θεωρήθηκαν απειλή για την παγκόσμια ασφάλεια της υγείας. Επί του παρόντος, αντιμετωπίζεται η τρίτη και μεγαλύτερη, μέχρι στιγμής, επιδημία που προκαλείται για ακόμη μια φορά από ένα νέο στέλεχος κορονοϊού, που ονομάζεται COVID-19. Ο COVID-19, εμφανίστηκε για πρώτη φορά σε μια επαρχία της Κίνας στην πόλη Γιουχάν και έχει συνδεθεί με σοβαρές αναπνευστικές λοιμώξεις σε ανθρώπους, προκαλώντας πολλούς θανάτους παγκοσμίως. (Rodriguez, Reyes 2020)

Πιο συγκεκριμένα τον Δεκέμβριο του 2019, τα νοσοκομεία της πόλης Γιουχάν άρχισαν να αναφέρουν πολλές περιπτώσεις σοβαρής πνευμονίας σε ανθρώπους, άγνωστης όμως αιτιολογίας, προσελκύοντας έτσι την προσοχή αρχικά σε εθνικό και στη συνέχεια σε παγκόσμιο επίπεδο. Την 1^η Ιανουαρίου 2020 οι αρχές δημόσιας υγείας στην περιοχή άρχισαν να θέτουν σε αναστολή τη λειτουργία των υπαίθριων αγορών, όπου μέχρι πρωτίστως πωλούνταν θαλασσινά εμπορεύματα καθώς και ζωντανά ζώα που καταναλώνονταν από τους ντόπιους, λόγω πιθανής συσχέτισής τους με το ξέσπασμα της επιδημίας. Σε μια προσπάθεια να περιορίσουν περαιτέρω εξάπλωση του ιού, η επαρχία τέθηκε σε απομόνωση. Στις 7 Ιανουαρίου απομονώθηκε από τους επιστήμονες το νέο στέλεχος κορονοϊού, που μετέπειτα ονομάστηκε COVID-19, από ασθενείς οι οποίοι νοσούσαν με βαρύτατη πνευμονία. (Jiang et al 2020) Στις 30 Ιανουαρίου 2020 ο

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), ανακήρυξε τον COVID-19 επισήμως ως πανδημία, μια κατάσταση που απειλούσε παγκοσμίως τη δημόσια υγεία. Ήδη, μέχρι τη 1 Μαρτίου είχαν καταγραφεί 87137 περιστατικά παγκοσμίως εκ των οποίων 2977 θάνατοι, υποδηλώνοντας την ταχύτατη εξάπλωση του ιού. Τα συνεχώς αυξανόμενα κρούσματα τόνιζαν την υψηλή μεταδοτικότητα που παρουσίαζε ο ιός από άνθρωπο σε άνθρωπο. (Guo et al, 2020)

Ο COVID-19 ,εμφανίζει παρόμοια συμπτώματα με αυτά του προηγούμενου κορονοϊού που είχε εμφανιστεί, του MERS. Καταρχήν, ο ιός προσβάλλει το αναπνευστικό σύστημα του ανθρώπου, εισερχόμενος διά της αναπνευστικής κυρίως οδού και επικαθήμενος στην επιφάνεια των βρόγχων, προκαλώντας με αυτόν τον τρόπο σοβαρή λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος. Τα συμπτώματα είναι πολλά και ποικίλουν. Βήχας, πυρετός, δύσπνοια που μπορεί να οδηγήσει σε αναπνευστική ανεπάρκεια αλλά και πολλά άλλα, όπως γαστρεντερικές διαταραχές, πονοκέφαλος, μυαλγίες, κόπωση, αοσμία, αγευσία. Δύναται να εμφανιστεί ήπια συμπτωματολογία, ακόμα και ανύπαρκτη (ασυμπτωματικοί ασθενείς), έως και πολύ βαριά συμπτωματολογία οδηγώντας στον θάνατο. (Kannan et al 2019) Τα ποσοστά θνησιμότητας κυμαίνονται μεταξύ 2-3 %, όμως λόγω του τεράστιου αριθμού των νοσούντων , γίνεται κατανοητό πως και ο αριθμός των θανόντων αυξάνεται αντιστοίχως δραματικά. (Singhal 2019)

Σε μια άλλη έρευνα των Wang et al, οι επιστήμονες διαπίστωσαν πως τα ποσοστά θανάτων μεταξύ ανδρών και γυναικών σε αναλογία ήταν 3,25 : 1, γεγονός που καθιστά τους άνδρες πιο ευάλωτους απέναντι στη συγκεκριμένη νόσο. Επιπλέον, η ηλικία θανάτου κατά μέσο όρο ήταν τα 75 έτη και ο μέσος χρόνος από την εμφάνιση του πρώτου συμπτώματος ως τον θάνατο ήταν 14 ημέρες. Με διευκρίνιση, ότι αυτός ο χρόνος μειώνεται στις 11,5 ημέρες όταν αφορά άτομα 70 ετών και άνω. Αυτά τα στοιχεία, υποδηλώνουν ότι με κάποιο τρόπο η ασθένεια εξελίσσεται με γρηγορότερους ρυθμούς στους ηλικιωμένους σε σχέση με τους νεότερους. (P. Sun et al 2020)

Παρόλο που ο COVID-19 έχει πολύ υψηλότερη μεταδοτικότητα από τους δύο προηγούμενους κορονοϊούς (χρειάστηκαν 48 ημέρες για να νοσήσουν 1000 άτομα), τον SARS (χρειάστηκαν περίπου 4 μήνες για να νοσήσουν 1000 άτομα) και τον MERS (χρειάστηκαν 2,5 χρόνια για να νοσήσουν 1000 άτομα), η λοίμωξη που προκαλεί είναι μετρίου βαθμού. Ωστόσο, τα ποσοστά θνησιμότητας αλλάζουν και ανεβαίνουν σημαντικά,

όταν πρόκειται για ασθενείς που εμφανίζουν ήδη υπάρχοντα υποκείμενα νοσήματα. (Singh et al 2020)

2.2 Θεραπεία

Όταν η ασθένεια εξαπλώνεται με τόσο γρήγορους ρυθμούς, είναι μέγιστης σημασίας η συλλογή δεδομένων σχετικά με την ασθένεια να κινείται με ακόμη πιο γρήγορους ρυθμούς. Στην παρακολούθηση και στην προσπάθεια καταπολέμησης της εξάπλωσης του COVID-19 κρίσιμα εργαλεία για τους επιστήμονες αποτέλεσαν τα γεωγραφικά συστήματα πληροφοριών μέσω της διαδικτυακής χαρτογράφησης των κρουσμάτων σε πραγματικό ή σχεδόν πραγματικό χρόνο. Επίσης, εργαλεία όπως η χαρτογράφηση προγνωστικών κινδύνων χρησιμοποιώντας δεδομένα από τις μετακινήσεις του πληθυσμού ή την ανάλυση των λημμάτων των πόλεων, συνέβαλαν στον περιορισμό της νόσου. Επιπλέον, ο εντοπισμός και η χαρτογράφηση των λεγόμενων υπέρ-μεταδοτών και η ιχνηλάτηση των επαφών τους, βοήθησαν αποτελεσματικά στο να γίνει εγκαίρως κατανοητή η δυναμική της ασθένειας και συνάμα συνέβαλαν στο να μειωθεί η εξάπλωσή της. (Boulos, Geraghty 2020)

Πλήρης φαρμακευτική θεραπεία ακόμα δεν έχει βρεθεί, οπότε στην ουσία γίνεται η χρήση φαρμάκων που έχουν διαπιστωθεί ότι συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του ιού. Η Ρεμδεσιβίρη (remdesivir), είναι ένα εκ των φαρμάκων που χρησιμοποιείται ενάντια στη μάχη κατά του COVID-19. Πρόκειται για ένα αντικό φάρμακο ευρέως φάσματος, που δρα ενάντια σε ιούς RNA (συμπεριλαμβανομένου και του ιού Ebola και των διαφόρων τύπων κορονοϊού) το οποίο διακόπτει την συνέχιση της νεοεμφανιζόμενης ιικής RNA αλυσίδας, ανακόπτοντας έτσι την πορεία της λοίμωξης. Σύμφωνα με τους Kaplan-Meier η χορήγηση αυτού του φαρμάκου μείωσε τα ποσοστά θνησιμότητας σχεδόν κατά το ήμισυ. (V. Izda et al 2020)

Ένα άλλο φάρμακο που ήρθε στο φως της δημοσιότητας ενάντια στον COVID-19 είναι η τοσιλιζουμάμπη. Πρόκειται για ένα πλήρως εξανθρωπισμένο μονοκλωνικό αντίσωμα, το οποίο χρησιμοποιείται για την καταπολέμηση διάφορων αυτοάνοσων ασθενειών. Όσον αφορά τον COVID-19 έχουν καταγραφεί περιστατικά στα οποία έγινε χρήση του συγκεκριμένου φαρμάκου και παρατηρήθηκε βελτίωση της οξυγόνωσης με

ταυτόχρονη μείωση των φλεγμονωδών βιοδεικτών των ασθενών. Τέλος, σε κάποιες έρευνες σημειώθηκε μείωση κατά 12% στο ποσοστό θνησιμότητας στους ασθενείς που έλαβαν αυτή τη θεραπεία. Όμως υπάρχουν και δημοσιευμένες έρευνες που αναιρούν αυτά τα αποτελέσματα, κάνοντας επιτακτική την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση της αποτελεσματικότητας του κατά του COVID-19. (V. Izda et al 2020)

Η Χλωροκίνη και Υδροξυχλωροκίνη είναι ακόμη μια ουσία που δοκιμάζεται ενάντια του COVID-19. Η ουσία αυτή έχει την ικανότητα να αναστέλλει τα στάδια αντιγραφής του ιού που εξαρτώνται από το pH. Σε αρκετές μελέτες φαίνεται να συντελεί στη βελτίωση της ακτινολογικής εικόνας των πνευμόνων, στη μείωση της διάρκειας της νόσου αλλά ακόμα και στην πρόληψή της. Η Αμερικάνικη υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων, ανακοίνωσε ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για τη θεραπεία του COVID-19 με υδροξυχλωροκίνη ή χλωροκίνη, αλλά εξέδωσε άδεια για επείγουσα χρήση τους στη θεραπεία κατά του COVID-19. (J. Gao et al 2020)

Επίσης, τα κορτικοστεροειδή φαίνεται να συμβάλλουν ως συμπληρωματική θεραπεία στην αντιμετώπιση του COVID-19. Κάποιες μελέτες υποστηρίζουν ότι η χρήση κορτικοστεροειδών σε χαμηλή δόση και για σύντομο χρονικό διάστημα μπορεί να επιβραδύνει ή ακόμα και να αποτρέψει την εξέλιξη της νόσου μειώνοντας τη φλεγμονή. (Bartoletti, Michele et al 2021)

Γενικότερα, στο πλαίσιο της αντιμετώπισης της πανδημίας COVID-19 οι γιατροί παγκοσμίως χρησιμοποιούν και δοκιμάζουν διάφορες προσεγγίσεις προσπαθώντας να διαχειριστούν τη νόσο. Στις οδηγίες που εξέδωσε η Αμερικάνικη Εταιρία Λοιμώξεων δεν υπάρχει ασφαλή σύσταση για κάποιο φάρμακο κατά της νόσου, καθώς θεωρείται ότι δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα σχετικά με την αποτελεσματική και ασφαλή χρήση τους, αλλά χορηγούνται μόνο στα πλαίσια μελέτης. (A. Bhimraj et al 2020)

2.3 Αντιμετώπιση- Εμβολιασμός

Καθώς η εξάπλωση του COVID-19 σε όλο τον κόσμο έγινε ταχύτατα προκαλώντας τεράστιες αλλαγές σε πολλούς τομείς της ανθρωπότητας, υπήρξε μία άνευ προηγουμένου κινητοποίηση παγκοσμίως, για την ανάπτυξη αποτελεσματικών εμβολίων, τα οποία θα

συμβάλλουν τόσο στην πρόληψη από τον ιό, όσο και στον περιορισμό της εξάπλωσής του. Χρησιμοποιήθηκαν υπολογιστικά εργαλεία τελευταίας τεχνολογίας που μείωσαν, κατά το δυνατόν, τη μακροχρόνια και δαπανηρή διαδικασία της δημιουργίας ενός εμβολίου. (W. Hwang et al 2021)

Το εμβόλιο προσφέρει στον οργανισμό την ικανότητα να "θυμάται" μια συγκεκριμένη νόσο χωρίς όμως να νοσήσει ο οργανισμός, έτσι ώστε όταν έρθει σε επαφή με αυτή τη νόσο να είναι σε θέση να "ανακαλέσει" τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος, που έχουν δημιουργηθεί από τον εμβολιασμό, για την καταπολέμηση της. Υπάρχουν πολλοί τύποι εμβολίων, αυτοί που περιέχουν νεκρή ή εξασθετισμένη μορφή του ιού, αυτοί που περιέχουν ένα μικρό τμήμα του ζωντανού ιού (αντιγόνο) και αυτοί που περιέχουν ένα μόριο που ονομάζεται mRNA (αγγελιοφόρο RNA), που στην ουσία περιέχει οδηγίες για την κατασκευή του αντιγόνου. Αυτή τη στιγμή διερευνώνται πάνω από 100 εμβόλια για τον COVID-19, τα οποία βρίσκονται στις διάφορες φάσεις κλινικών δοκιμών. Στις 27 Δεκεμβρίου 2020 ξεκίνησε ο εμβολιασμός σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση, κατόπιν έγκρισης που δόθηκε από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (EMA). Αρχικά, η έγκριση δόθηκε σε ένα εμβόλιο τύπου m-RNA, αυτό της εταιρίας Pfizer και πλέον έχουμε ακόμα δύο εγκεκριμένα εμβόλια στη διάθεσή μας, της Moderna που και αυτό είναι τύπου m-RNA και τέλος της AstraZeneca, το οποίο είναι εμβόλιο που βασίζεται σε αδενοϊό. Αρχικά, προτεραιότητα στους εμβολιασμούς έχουν άτομα τα οποία ανήκουν σε ειδικές ομάδες, όπως είναι οι επαγγελματίες υγείας καθώς και οι ηλικιωμένοι. Στο αμέσως επόμενο χρονικό διάστημα θα έχουν παραχθεί αρκετά εμβόλια, ώστε να μπορεί να εμβολιαστεί η πλειοψηφία του πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), αλλά και η πλειοψηφία του πληθυσμού παγκοσμίως. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021)

Πέραν όμως από την ανάπτυξη αυτού καθ' αυτού του εμβολίου, η επιστημονική κοινότητα χρειάστηκε να αναπτύξει και μια σειρά άλλων διαδικασιών- συστημάτων, τα οποία θα εξασφάλιζαν τη σωστή χορήγησή του εμβολίου. Οι διαδικασίες αυτές περιλαμβάνουν τη δημιουργία εξειδικευμένων συστημάτων μεταφοράς, αποθήκευσης και διατήρησης του εκάστοτε εμβολίου υπό τις κατάλληλες συνθήκες. (K Park et al 2020)

Παρά τις όποιες αντιξοότητες και τα προβλήματα που ανακύπτουν στην πορεία, είναι γεγονός ότι στην προσπάθεια καταπολέμησης του COVID-19, η ανθρωπότητα έγινε μάρτυρας μίας άνευ προηγουμένου επιστημονικής δέσμευσης και συνεργασίας σε

παγκόσμιο επίπεδο, η οποία αναμφίβολα θα χρησιμεύσει ως πρότυπο για την αντιμετώπιση μελλοντικών πανδημιών. (V Izda et al 2020)

2.4 COVID-19, Συσχετισμός με τους επαγγελματίες υγείας

Σε αυτή την ενότητα θα γίνει αναφορά σε διάφορα άρθρα και έρευνες που έχουν παρόμοιο αντικείμενο μελέτης με την έρευνα που παρουσιάζεται στη συνέχεια της διπλωματικής εργασίας, οι οποίες αναλύουν το κατά πόσο έχει επηρεάσει ο COVID-19 την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας.

Όπως έχουμε προαναφέρει, οι ζωές όλων έχουν αλλάξει δραστικά από τον Ιανουάριο του 2020 όπου και άρχισε να εξαπλώνεται ο COVID-19, παίρνοντας τη μορφή πανδημίας. Ο ΠΟΥ και πιο συγκεκριμένα το τμήμα ψυχικής υγείας, ήδη τον Μάρτιο του 2020 εξέδωσε σε ανακοίνωση του οδηγίες προς συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων, με σκοπό να συμβάλλει στην ψυχολογική υποστήριξη αυτών των ατόμων ενάντια στο άγχος και τη ψυχολογική πίεση που προκαλείται μέσω της πανδημίας. Μία από αυτές τις ομάδες αποτελούν και οι επαγγελματίες υγείας. Εξ αρχής, ήταν έντονη η ανησυχία ότι οι εργαζόμενοι στον κλάδο υγείας θα δεχτούν μεγάλη ψυχολογική πίεση στην προσπάθεια τους να αντιμετωπίσουν την πανδημία. Οι οδηγίες αναφέρουν ότι είναι φυσιολογικό και αναμενόμενο να αναπτυχθούν τέτοιου είδους συναισθήματα κάποια στιγμή από μέρους των εργαζομένων, καθώς πρόκειται για μια κατάσταση η οποία θα διαρκέσει μεγάλο χρονικό διάστημα . Για το λόγο αυτό, είναι καίριας σημασίας οι ίδιοι να φροντίζουν για τη σωστή διατροφή τους , την επαρκή ξεκούραση τους και να υιοθετήσουν υγιεινές συνήθειες που θα συμβάλλουν στη καλή ψυχική και σωματική τους υγεία. Επιπλέον, γίνεται αναφορά για ενδεχόμενη κοινωνική απομόνωση, την οποία πιθανότατα θα κληθούν να αντιμετωπίσουν, λόγω του φόβου που έχει αναπτυχθεί στο κοινωνικό περίγυρο σε σχέση με τη νόσο. Αναλυτικές οδηγίες δίνονται και προς τα άτομα που κατέχουν ηγετικές θέσεις στους διαφόρους τομείς υγείας , καθιστώντας σαφές ότι θα πρέπει να βρίσκονται σε συνεχή επαγρύπνηση τόσο για το προσωπικό τους όσο και για τους ιδίους. (ΠΟΥ 2020)

Σε μια άλλη έρευνα, γίνεται αναφορά για την ψυχολογική και σωματική υγεία των νοσηλευτών που εργάζονται στην Ισπανία σε σχέση με τον COVID-19. Οι νοσηλευτές κατέχουν σημαντικό ρόλο στον τομέα υγείας, καθώς αποτελούν σχεδόν το 60% των επαγγελματιών υγείας. Είναι γεγονός, πως οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας και ιδίως οι νοσηλευτές και οι γιατροί, εκτίθενται σε καθημερινή βάση σε διάφορους παράγοντες που δυσχεραίνουν την εργασία τους, λόγω των υψηλών απαιτήσεων. Κάποιοι από αυτούς τους παράγοντες είναι και οι λεγόμενοι ψυχολογικοί παράγοντες (άγχος, stress κ.α). Έχει βρεθεί άμεση σύνδεσή τους με προβλήματα υγείας (καρδιαγγειακά προβλήματα, σωματικός πόνος, κατάθλιψη, αγχώδη διαταραχή κ.α), εργατικά ατυχήματα, μειωμένη εργασιακή απόδοση και burnout syndrome. Σε μια εποχή όπως αυτή που διανύουμε, με την πανδημία να δοκιμάζει τα συστήματα υγείας, αυτομάτως αυτή η πίεση μεταφέρεται προς το υγειονομικό προσωπικό, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται συνθήκες που επιβαρύνουν την ποιότητα ζωής τους. Φαίνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας πως η ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης από μέρους των νοσηλευτών, συμβάλει στην προστασία τους από τις ψυχολογικές συνέπειες που επιφέρει η πανδημία. (A. Soto-Rubio et al 2020)

Οι H. Blake et al στην εργασία τους τονίζουν πως πέρα από το άγχος που έχουν να διαχειριστούν οι επαγγελματίες υγείας λόγω του COVID-19, καλούνται να αντιμετωπίσουν και πρακτικά προβλήματα που δυσχεραίνουν την καθημερινότητά τους. Κάποια από αυτά είναι η γενικότερη έλλειψη προσωπικού, η έλλειψη προστατευτικού εξοπλισμού, οι προκλήσεις που προκύπτουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον σε σχέση κυρίως με την ανατροφή των τέκνων τους καθώς πλέον αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο εργασιακό φόρτο και περισσότερες ώρες εργασίας. Όλα αυτά, επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο την ψυχολογική τους υγεία και όπως είχε γίνει και στο παρελθόν με προηγούμενες πανδημίες όπως ο ιός H1N1 και ο SARS, είχε παρατηρηθεί αύξηση του burnout syndrome και του μετατραυματικού stress στους επαγγελματίες υγείας. Αυτό, έχει ως αποτέλεσμα όχι μόνο την αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ιδίων, αλλά έχει αρνητικές επιπτώσεις και στους ίδιους τους ασθενείς και κατά επέκταση σε ολόκληρο το σύστημα Υγείας. (H. Blake et al 2020)

Μια άλλη έρευνα των E. Magill et al θεωρεί ως δεδομένο ότι η πλειοψηφία, αν όχι όλοι, των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης που μάχονται ενάντια στην πανδημία του COVID-19 θα βιώσουν ψυχολογική επιβάρυνση με αρνητικές συνέπειες για αυτούς.

Όμως, μόνο ένα μικρό ποσοστό από αυτούς θα χρήζουν εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Συνεχίζουν τονίζοντας, ότι είναι μεγίστης σημασίας να αναπτυχθούν, βάσει δεδομένων, παρεμβάσεις που θα διασφαλίζουν την καλύτερη ψυχική υγεία των υγειονομικών τόσο κατά τη διάρκεια, όσο και μετά το πέρας της πανδημίας. (E. Magill et al 2020)

Ευρήματα από μια άλλη έρευνα που διεξήχθει στην Τουρκία κατά τη διάρκεια της πανδημίας μεταξύ 23 Απριλίου και 23 Μαΐου 2020, υποδεικνύουν ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε αυτή τη χώρα κατά τη διάρκεια της πανδημίας εμφάνιζαν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης (77,6%), άγχους (60,2%) και αϋπνίας (50,4%) . Ιδιαίτέρως όσοι ανήκαν στο γυναικείο φύλο, όσοι απασχολούνταν ως νοσηλευτές, όσοι βρίσκονταν σε άμεση επαφή με COVID ασθενείς και τέλος όσοι είχαν ιστορικό ψυχικών ασθενειών . (MK Sahin et al, 2020)

Παρόμοια αποτελέσματα είχε και μια έρευνα που διεξήχθει στην Κίνα από τον Ιανουάριο μέχρι τον Φεβρουάριο του 2020. Σε αυτή τη μελέτη το 50,4% των συμμετεχόντων παρουσίαζε σημάδια κατάθλιψης, το 44,6% σημάδια άγχους και το 34% αντιμετώπιζε αϋπνία σε κάποιο βαθμό. Ενδιαφέρον παρουσιάζει, ότι σε αυτή την έρευνα οι εργαζόμενοι που απασχολούνταν σε νοσοκομεία της περιοχής Γιουχάν (όπου και πρωτοξεκίνησε η πανδημία) εμφάνιζαν υψηλότερα ποσοστά αυτών των συμπτωμάτων. (J Lai et al, 2020)

Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το Μάιο του 2020 στην Ινδία, την 4^η κατά σειρά πιο επιβαρυνμένη χώρα σε αριθμό κρουσμάτων, βρέθηκε ότι και εκεί οι επαγγελματίες υγείας είχαν επιβαρυνθεί ψυχολογικά από την προσπάθεια αντιμετώπισης της πανδημίας, αλλά σε ηπιότερο βαθμό σε σχέση με τους συναδέλφους τους στην Τουρκία καθώς το 47% παρουσίαζε σημεία κατάθλιψης και το 50% σημεία άγχους. Σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε μεταξύ των παντρεμένων και μη καθώς όσοι ήταν μη δεσμευμένοι είχαν 2.37 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν σημάδια κατάθλιψης και άγχους. (N. Suryavanshi et al, 2020)

Ένας ακόμη παράγοντας που συμβάλει στην αύξηση του άγχους μεταξύ των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με την έρευνα του Saqib Amin είναι και η παροχή ελλιπούς ή περιορισμένου προστατευτικού εξοπλισμού από μέρους του κράτους προς τους

παρόχους υπηρεσιών υγείας, καθώς και η ελλιπής πληροφόρηση- ενημέρωση του ιατρονοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού για τη νόσο (τρόποι μετάδοσης, μέτρα πρόληψης και περιορισμού της νόσου κ.α). Ειδικά σε μια χώρα όπως το Πακιστάν, όπου και πραγματοποιήθηκε αυτή η έρευνα, το οποίο δοκιμάζεται καθημερινά από περιορισμένους οικονομικούς πόρους, αντιμετωπίζει προβλήματα φτώχειας, κοινωνικού αποκλεισμού, ρατσισμού και γενικότερα κακής υποδομής, κατανοούμε πόσο μέγιστης σημασίας είναι η εξασφάλιση κατάλληλων συνθηκών εργασίας για τους παρόχους υγειονομικών υπηρεσιών ,μέσα στη δύνη μιας πανδημίας. (S. Amin, 2020)

Τέλος μια έρευνα που ολοκληρώθηκε στην Ιταλία, η οποία ήταν μία από τις χώρες που επλήγησαν βαθύτατα από τον COVID-19, τονίζει ότι οι επαγγελματίες υγείας σε αυτή τη χώρα εμφανίζουν υψηλά ποσοστά του λεγόμενου συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout syndrome) . Πάλι όμως σε αυτή την έρευνα όσοι ανήκαν στο γυναικείο φύλο, ήταν νοσηλευτές και ερχόντουσαν σε άμεση επαφή με ασθενείς COVID είχαν τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης του συνδρόμου. (EM Giusti et al, 2020)

B: ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3. Μεθοδολογία της έρευνας

3.1 Σκοπός της έρευνας

Βασικός σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής, καθώς και των επιπέδων άγχους, κατάθλιψης και στρες σε συνάφεια με τον φόβο για τον COVID-19 μεταξύ επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας . Τα παραπάνω, συνοψίζονται στα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας επηρεάζουν τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες τους;
- Τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες των επαγγελματιών υγείας επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους;
- Τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες των επαγγελματιών υγείας επηρεάζονται λόγω του φόβου για τον COVID-19;

3.2 Δείγμα

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν συνολικά 100 ερωτηθέντες. Οι προϋποθέσεις συμμετοχής στην έρευνα ήταν να είναι πάροχοι υπηρεσιών υγείας, να εργάζονται σε Γενικό Νοσοκομείο, το οποίο αντιμετωπίζει ασθενείς που νοσούν από τον ιό COVID-19 και να παραχωρήσουν τη συγκατάθεση συμμετοχής τους στην παρούσα έρευνα..

3.3 Ερευνητικά εργαλεία

Για τον σκοπό της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκαν τέσσερα ερωτηματολόγια. Το πρώτο, αφορά τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων και τις αντιλήψεις τους για τον COVID-19. Η καταγραφή των σχετικών πληροφοριών έγινε με τη βοήθεια ενός αυτοσχέδιου ερωτηματολογίου, το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις για το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή, τη μορφωτική και την

επαγγελματική κατάσταση των εξεταζόμενων, το χρόνο προϋπηρεσίας τους καθώς και για τις αντιλήψεις τους σε σχέση με τον COVID-19 (συχνότητα επαφής, πληροφόρηση, μεταδοτικότητα και επαφή με ευπαθείς ομάδες), Απαρτίζονταν από 2 ερωτήσεις ανοιχτού τύπου και 10 ερωτήσεις κλειστού τύπου

Το δεύτερο, αφορά την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και συγκεκριμένα την Επισκόπηση Υγείας (SF-36), η οποία αποτελείται από 36 διαπιστώσεις και 8 υποκλίμακες: τη σωματική λειτουργικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα, τους περιορισμούς στο ρόλο λόγω σωματικών προβλημάτων, τους περιορισμούς στο ρόλο λόγω συναισθηματικών προβλημάτων, τη ζωτικότητα, το σωματικό πόνο, την ψυχική υγεία και τη γενική υγεία. Συνολικά περιέχει 36 ερωτήσεις, 13 ερωτήσεις κλειστού τύπου και 23 ερωτήσεις τύπου Likert. Η αξιολόγησή τους αφορά τον τελευταίο χρόνο ή τον τελευταίο μήνα και πραγματοποιείται σε μια κλίμακα διαβαθμίσεων τύπου Likert, η οποία διαφέρει για κάθε θεματική ενότητα. Δίνεται ένας συνολικός δείκτης για κάθε υποκλίμακα και δυο ειδικοί δείκτες για τη σωματική και την ψυχική υγεία αντίστοιχα. Το ερωτηματολόγιο έχει προσαρμοστεί στον Ελληνικό πληθυσμό (IQOLA SF-36 Greek Standard Version 1.0) και παρουσιάζει ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά (Παππά, Κοντοδημόπουλος & Νιάκας, 2006).

Το Τρίτο περιλαμβάνει την κλίμακα φόβου για τον COVID-19, μέσω της χρήσης του ερωτηματολογίου FCVID-19. Περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις τύπου Likert και πρόκειται για μια κλίμακα αυτοαναφοράς 7 στοιχείων που μετράει το φόβο για τον κορονοϊό. Οι ερωτώμενοι καλούνται να βαθμολογήσουν το επίπεδο συμφωνίας τους με κάθε δήλωση σε μία πενταβάθμια κλίμακα Likert. Τα στοιχεία της κλίμακας αντιστοιχούν σε διαφορετικά συστατικά του φόβου. Το συνολικό σκορ κυμαίνεται από 7 έως 35, με το υψηλότερο σκορ να αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο φόβο εναντίον του COVID-19. (V. Tsiropoulou et al, 2020)

Το τέταρτο αποτελείται από την κλίμακα άγχους, κατάθλιψης και στρες, μέσα από την οποία καταδεικνύεται η παρουσία και η βαρύτητα των σχετικών ενοχλήσεων, μέσω της χρήσης του ερωτηματολογίου DASS-21. Περιλαμβάνει συνολικά 21 ερωτήσεις τύπου Likert και πρόκειται για μια έγκυρη και αξιόπιστη κλίμακα αυτοαναφοράς, η οποία αποτελείται από τρεις υποκλίμακες. Η υποκλίμακα Κατάθλιψης περιλαμβάνει επτά προτάσεις και μετράει την παρουσία συμπτωμάτων που σχετίζονται με δυσφορική διάθεση, όπως η θλίψη. Η υποκλίμακα Άγχους αποτελείται από επτά προτάσεις και

αξιολογεί συμπτώματα που σχετίζονται με τις αγχώδεις διαταραχές, όπως η σωματική υπερένταση. Τέλος, η υποκλίμακα του Στρες περιλαμβάνει επτά προτάσεις και μετράει συμπτώματα όπως η ένταση και η παρόρμηση να αντιδρά κανείς υπερβολικά σε καταστάσεις όπου αισθάνεται ανησυχία. Οι ερωτώμενοι καλούνται να σημειώσουν, σε μία τετραβάθμια κλίμακα Likert, τον βαθμό, στον οποίο έχουν βιώσει αυτό που περιγράφει η κάθε δήλωση, στη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας. Το υψηλότερο σκορ υποδηλώνει την ύπαρξη περισσότερων συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και στρες αντίστοιχα. (C. Perzikianidis et al, 2018)

3.4 Συλλογή δεδομένων- διαδικασία

Όλοι οι συμμετέχοντες εργάζονταν σε Γενικό Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της παρούσας έρευνας. Αρχικά, ενημερώθηκαν προφορικά από την ίδια την ερευνήτρια σε χώρους του νοσοκομείου για τον σκοπό της έρευνας, την τήρηση ανωνυμίας και εχεμύθειας, καθώς και τη δυνατότητα απόσυρσης της συμμετοχής τους οποιαδήποτε στιγμή. Στη συνέχεια, για όσους συμφώνησαν να συμμετέχουν πραγματοποιήθηκε ο διαμοιρασμός των ερωτηματολογίων ηλεκτρονικά, λόγω της πανδημίας του COVID-19. Πιο συγκεκριμένα, κατόπιν έγκρισης του ερευνητικού πρωτοκόλλου από την Επιστημονική Επιτροπή του νοσοκομείου που συμμετείχε στην έρευνα και σε συμφωνία με τις θεμελιώδεις αρχές δεοντολογίας της ψυχολογικής έρευνας, στάλθηκαν τα ερωτηματολόγια στις ηλεκτρονικές διευθύνσεις των ερωτηθέντων με τη χρήση Google form. Εκτός από το ερωτηματολόγιο, το Google form εμπεριέχει και γραπτή ενημέρωση προς τους ερωτηθέντες αναφορικά με το σκοπό της έρευνας, τον τρόπο και χρόνο συμπλήρωσης του, καθώς και της ανωνυμίας των απαντήσεων.

3.5 Ανάλυση δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS v.25 και το πρόγραμμα Microsoft Excel. Πιο συγκεκριμένα, στην περιγραφική στατιστική έγινε χρήση ποσοστών, μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων, για την ανάλυση όλων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Ακόμη, για την κατάλληλη παρουσίαση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν πίνακες και γραφήματα. Τέλος, για

την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων χρησιμοποιήθηκαν το παραμετρικό t-test και το παραμετρικό Kruskal-Wallis και ο γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson.

4. Αποτελέσματα της έρευνας

Στην παρούσα έρευνα διερευνάται η ποιότητας ζωής, το άγχος και η κατάθλιψη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τον COVID-19. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο 4 ενοτήτων, των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών και της επισκόπησης της υγείας τους, της κλίμακας φόβου για τον COVID-19 και της κλίμακας άγχους, κατάθλιψης και στρες.

4.1 Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και σχέση με τον COVID

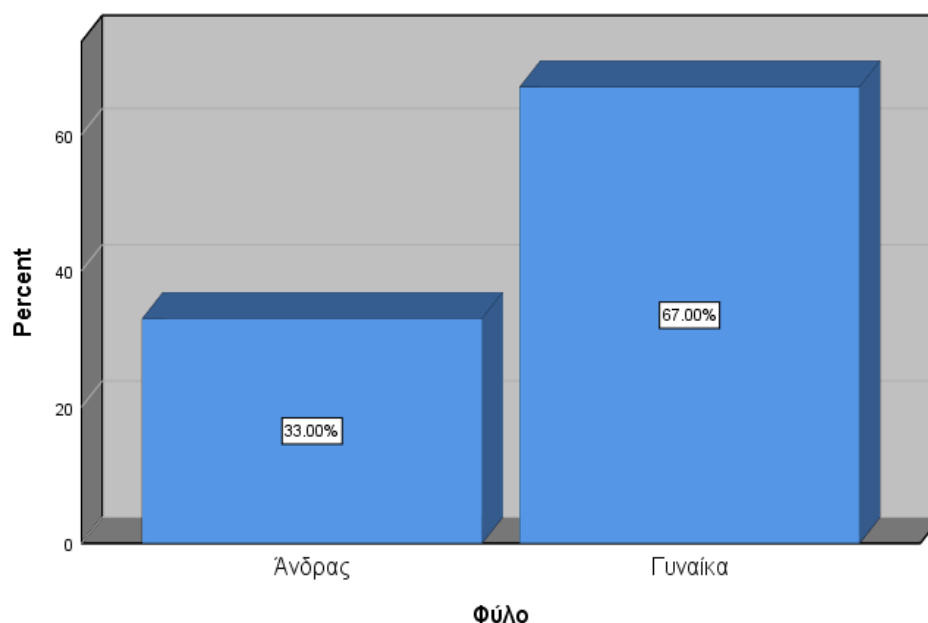
Στην πρώτη ενότητα της περιγραφικής στατιστικής, παρουσιάζονται τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας και η σχέση τους με τον COVID.

Στον Πίνακα 1 και το Γράφημα 1, είναι εμφανές πως το 67% των ερωτηθέντων είναι γυναίκες, ενώ το 33% καταλαμβάνουν οι άνδρες.

Πίνακας 1: Φύλο

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανδρας	33	33.0	33.0
	Γυναίκα	67	67.0	100.0
	Total	100	100.0	

Γράφημα 1: Φύλο

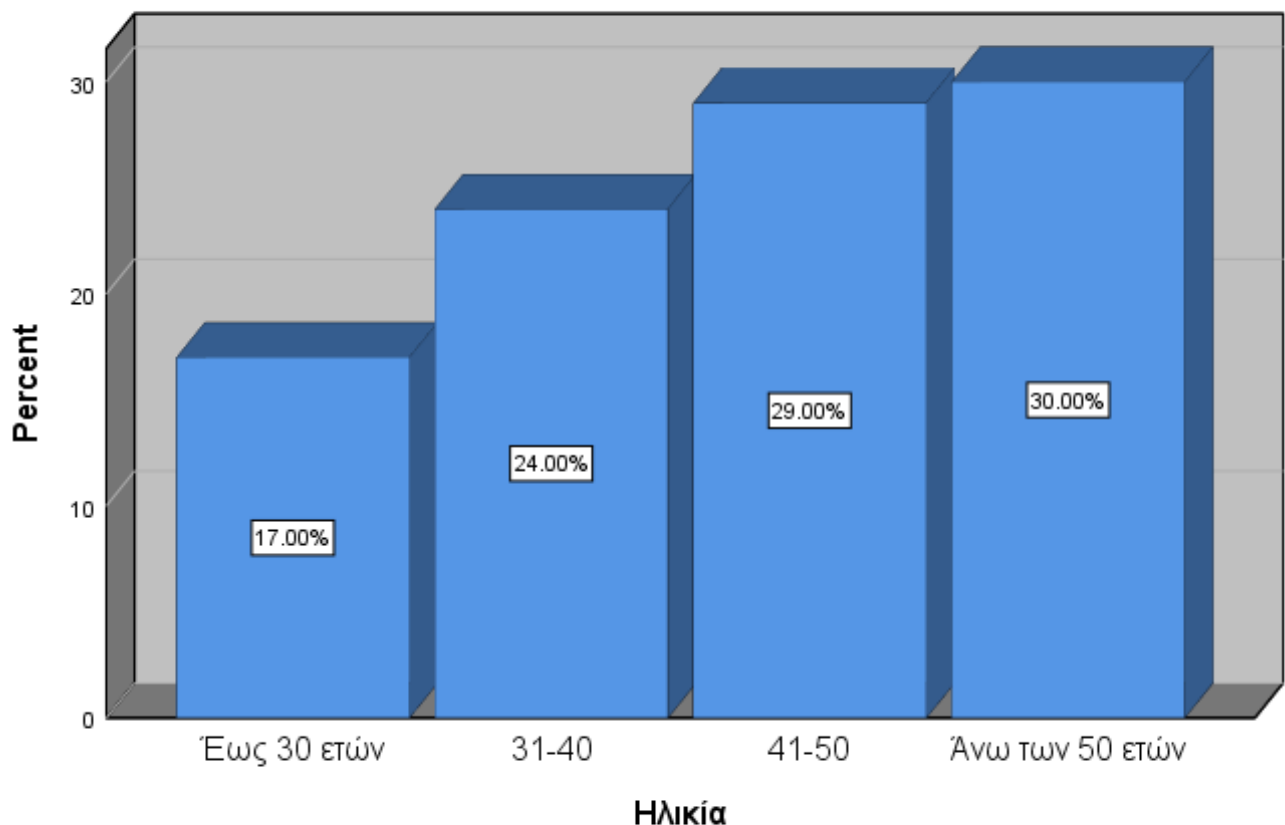


Στον Πίνακα 2 και το Γράφημα 2, παρατίθεται η ηλικία των εκπαιδευτικών. Το 30% καταλαμβάνουν όσοι είναι άνω των 50 ετών, όσοι είναι από 41 έως 50 ετών αγγίζουν το 29% και το 24% καταλαμβάνουν οι ηλικίες από 31 έως 40 ετών. Ακόμη, οι επαγγελματίες υγείας έως 30 ετών καταλαμβάνουν το 17%.

Πίνακας 2: Ηλικία

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Έως 30 ετών	17	17.0	17.0
	31-40	24	24.0	41.0
	41-50	29	29.0	70.0
	Άνω των 50 ετών	30	30.0	100.0
	Total	100	100.0	

Γράφημα 2: Ηλικία

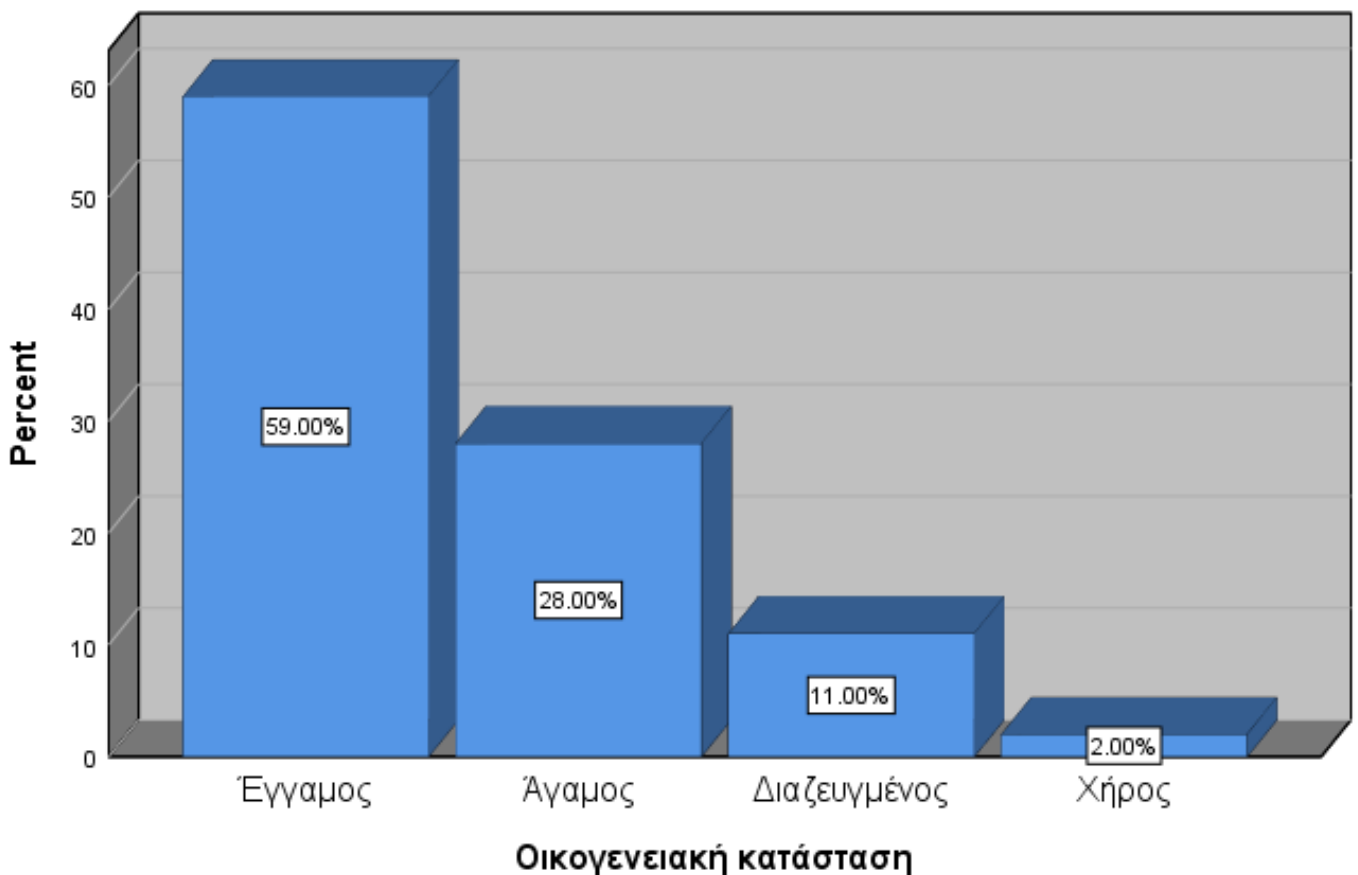


Στον Πίνακα 3 και το Γράφημα 3, παρατίθεται η οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων. Το 59% καταλαμβάνουν οι έγγαμοι, το 28% ανήκει στους άγαμους, ενώ το 11% αγγίζουν οι διαζευγμένοι. Επιπλέον, οι χήροι αντιπροσωπεύουν το 2% του δείγματος.

Πίνακας 3: Οικογενειακή κατάσταση

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Έγγαμος	59	59.0	59.0
	Άγαμος	28	28.0	87.0
	Διαζευγμένος	11	11.0	98.0
	Χήρος	2	2.0	100.0
	Total	100	100.0	

Γράφημα 3: Οικογενειακή κατάσταση

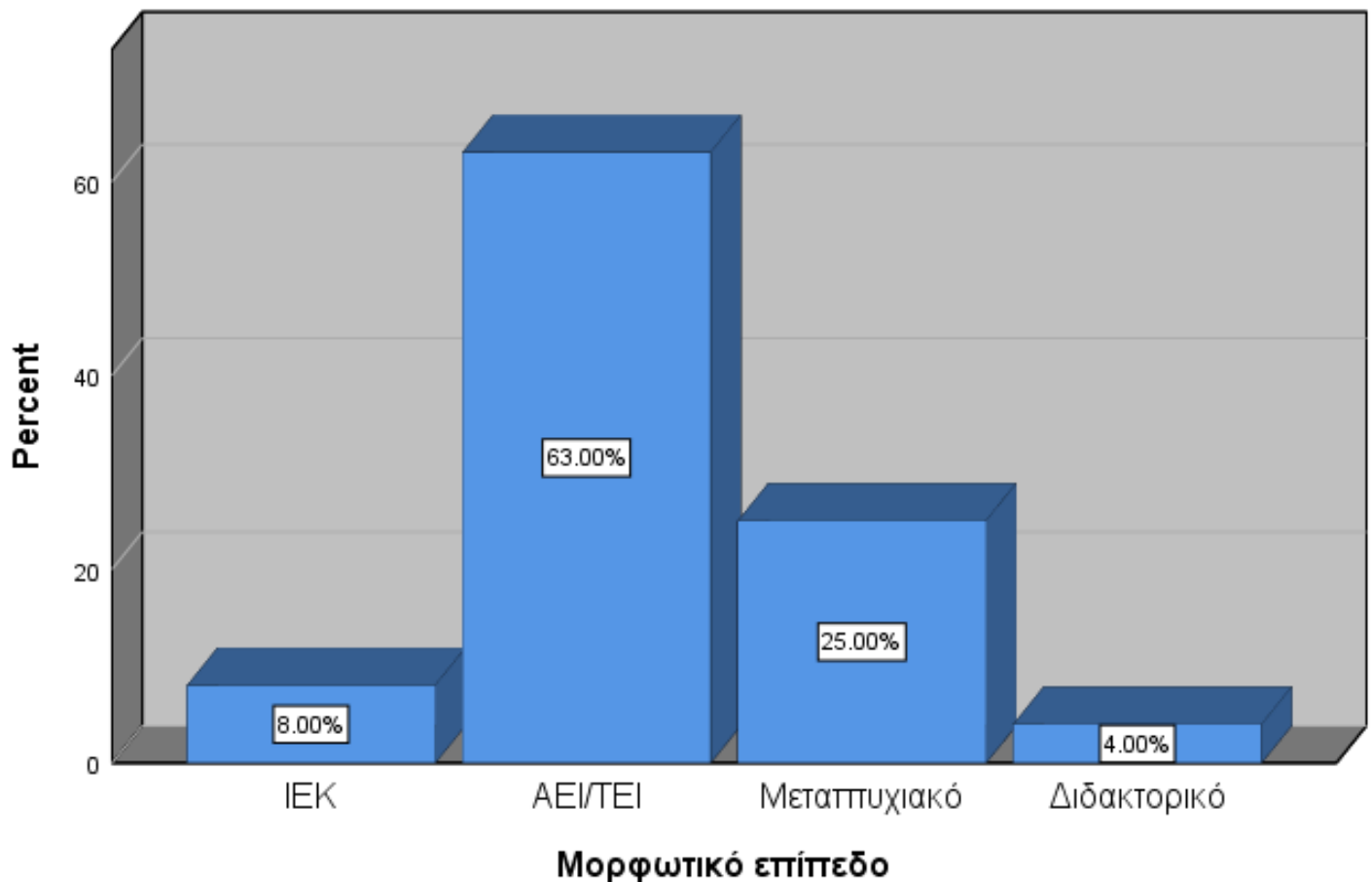


Συνεχίζοντας, στον Πίνακα 4 και το Γράφημα 4, είναι εμφανές πως το 63% των ερωτηθέντων έχουν πτυχίο ΑΕΙ ή ΤΕΙ, το 25% αγγίζουν οι κάτοχοι μεταπτυχιακού, ενώ το 8% του δείγματος αντιπροσωπεύουν οι απόφοιτοι ΙΕΚ. Τέλος, μόλις το 4% των ερωτηθέντων έχουν διδακτορικό τίτλο.

Πίνακας 4: Μορφωτικό επίπεδο

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΙΕΚ	8	8.0	8.0
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	63	63.0	71.0
	Μεταπτυχιακό	25	25.0	96.0
	Διδακτορικό	4	4.0	100.0
	Total	100	100.0	

Γράφημα 4: Μορφωτικό επίπεδο

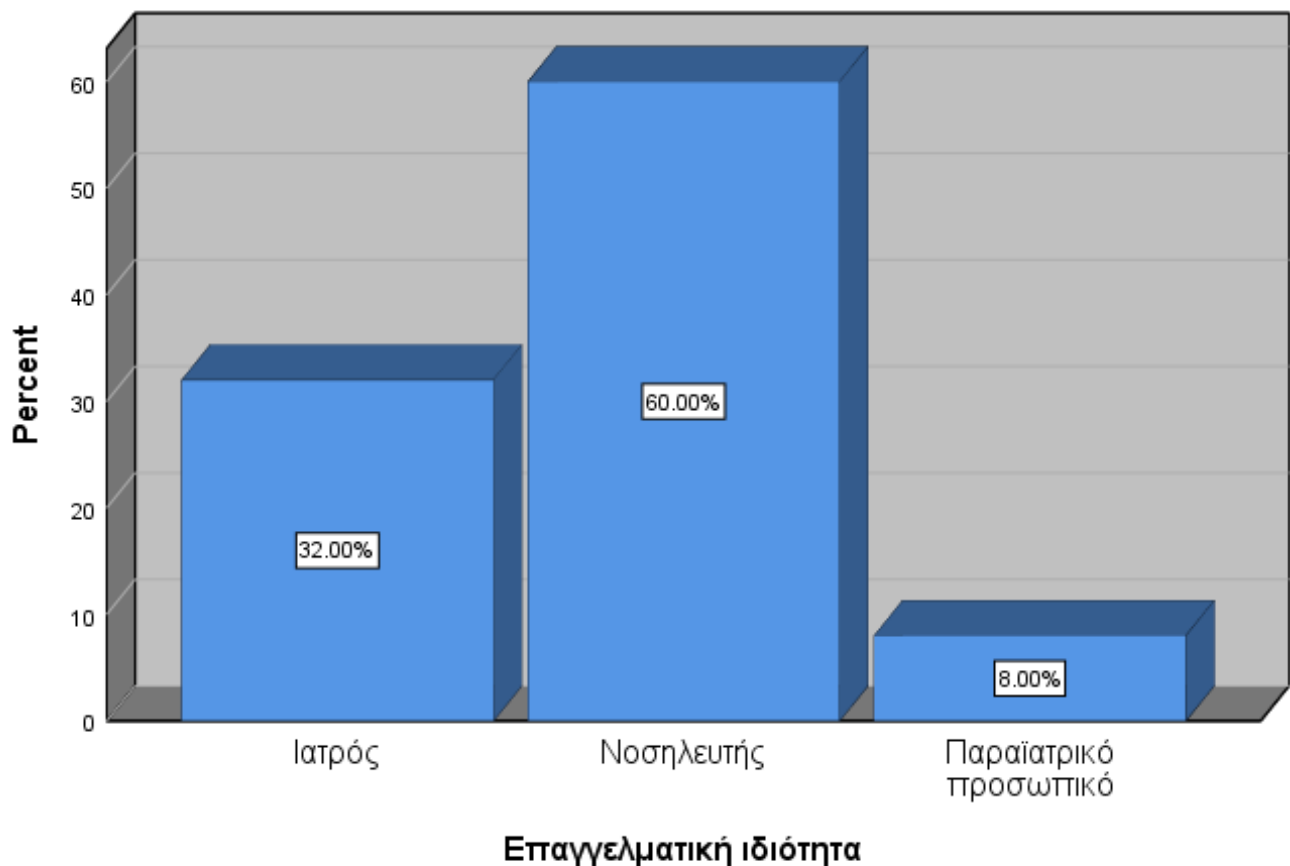


Στον Πίνακα 5 και το Γράφημα 5, παρουσιάζεται η επαγγελματική ιδιότητα των ερωτηθέντων. Το 60% του δείγματος αποτελείται από νοσηλευτές, ενώ οι ιατροί αγγίζουν το 32%. Επιπλέον, όσοι ερωτηθέντες εργάζονται ως παραϊατρικό προσωπικό αγγίζουν το 8%.

Πίνακας 5: Επαγγελματική ιδιότητα

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ιατρός	32	32.0	32.0
	Νοσηλεύτης	60	60.0	92.0
	Παραϊατρικό προσωπικό	8	8.0	100.0
	Total	100	100.0	

Γράφημα 5: Επαγγελματική ιδιότητα

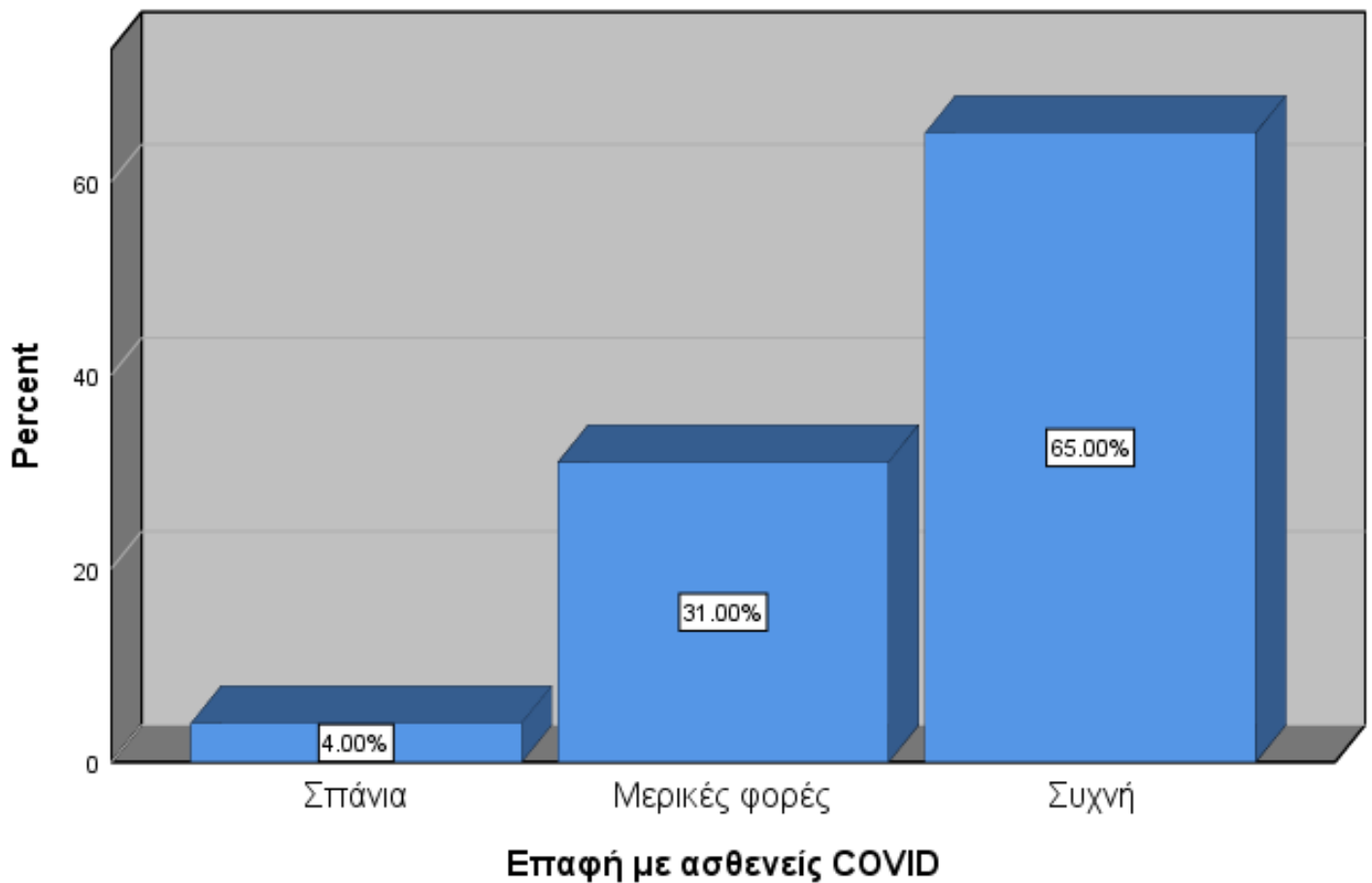


Στον Πίνακα 6 και το Γράφημα 6, είναι εμφανές πως το 65% του δείγματος έχει συχνή επαφή με ασθενείς με COVID, το 31% μερικές φορές έρχεται σε επαφή με τέτοιους ασθενείς, ενώ το 4% σπάνια αντιμετωπίζει ασθενείς με τη συγκεκριμένη ασθένεια.

Πίνακας 6: Επαφή με ασθενείς COVID

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σπάνια	4	4.0	4.0
	Μερικές φορές	31	31.0	35.0
	Συχνή	65	65.0	100.0
	Total	100	100.0	

Γράφημα 6: Επαφή με ασθενείς COVID

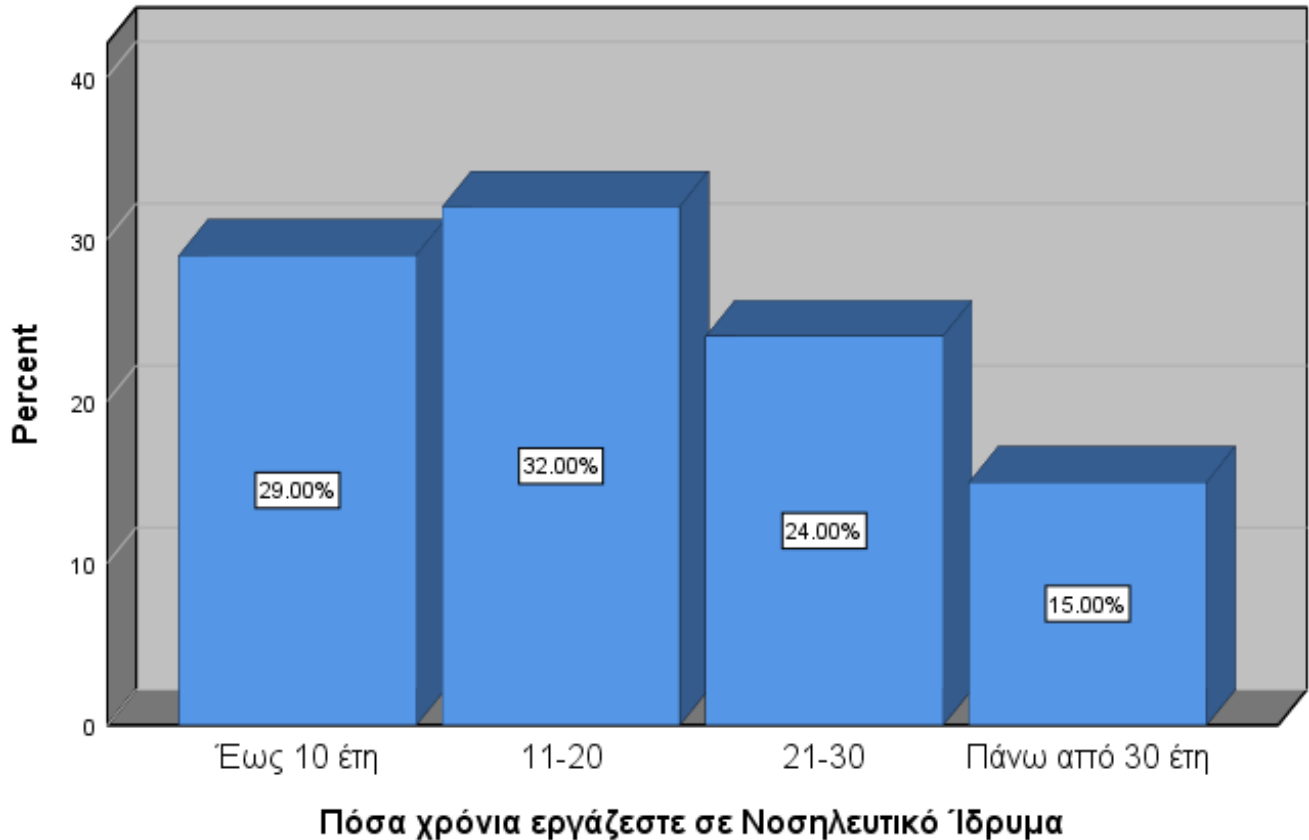


Στον Πίνακα 7 και το Γράφημα 7, παρατίθενται τα χρόνια προϋπηρεσίας των επαγγελματιών υγείας σε νοσηλευτικό ίδρυμα. Όπως φαίνεται το 32% του δείγματος εργάζεται από 11 έως 20 έτη, το 29% αγγίζουν όσοι εργάζονται έως 10 έτη και το 24% ανήκει σε όσους εργάζονται σε νοσηλευτικό ίδρυμα έως 10 έτη. Τέλος, το υπόλοιπο 15% του δείγματος καταλαμβάνουν οι ερωτηθέντες που εργάζονται σε νοσηλευτικό ίδρυμα πάνω από 30 χρόνια.

Πίνακας 7: Πόσα χρόνια εργάζεστε σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Έως 10 έτη	29	29.0	29.0
	11-20	32	32.0	61.0
	21-30	24	24.0	85.0
	Πάνω από 30 έτη	15	15.0	100.0
	Total	100	100.0	

Γράφημα 7: Πόσα χρόνια εργάζεστε σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα

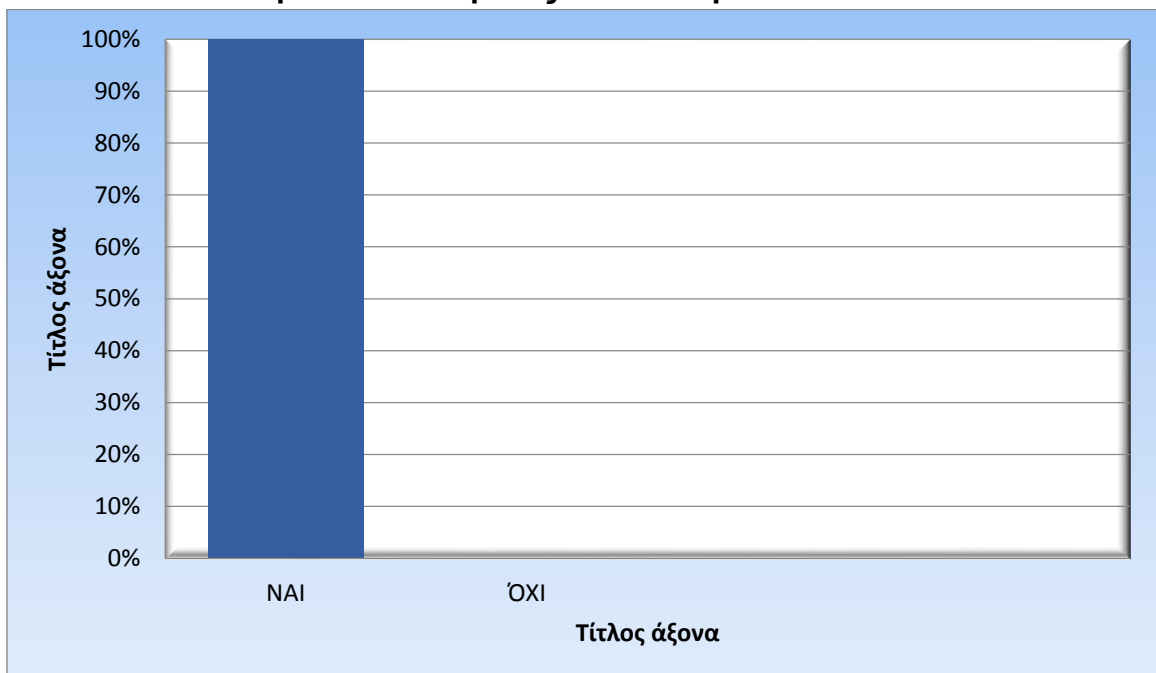


Στον ακόλουθο Πίνακα 8, είναι εμφανές πως το 100% των ερωτηθέντων εργάζεται σε νοσοκομείο αναφοράς για τον COVID-19 ή σε μονάδα νοσηλείας ασθενών με COVID-19.

Πίνακας 8: Εργάζεστε σε Νοσοκομείο αναφοράς για τον COVID-19 ή σε μονάδα νοσηλείας ασθενών με COVID-19

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	100	100.0	0.0
	Όχι	0	0.0	100.0
	Total	100	100.0	

Γράφημα 8: : Εργάζεστε σε Νοσοκομείο αναφοράς για τον COVID-19 ή σε μονάδα νοσηλείας ασθενών με COVID-19

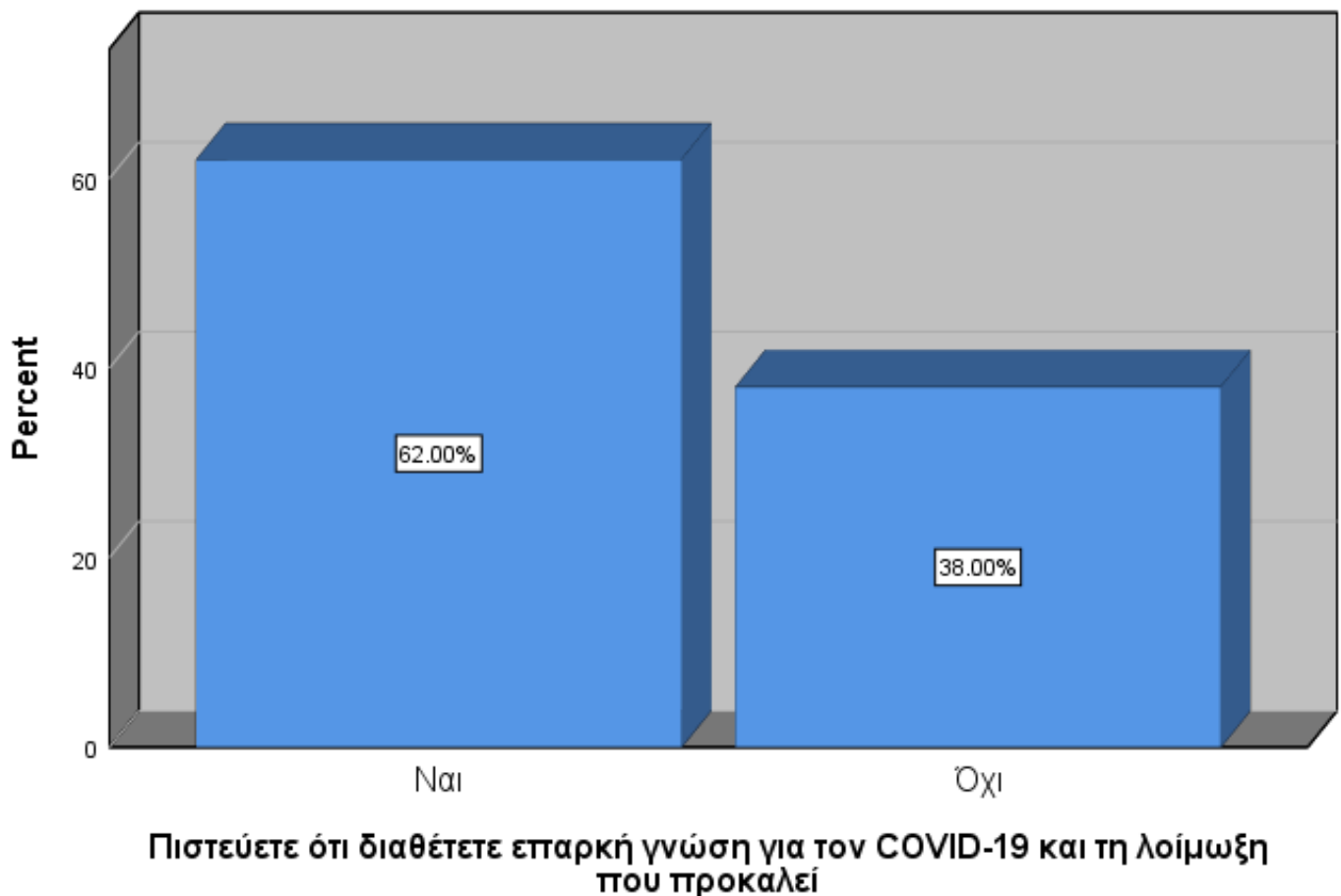


Στον Πίνακα 9 και το Γράφημα 9, παρατίθεται η άποψη των ερωτηθέντων αναφορικά με το εάν διαθέτουν επαρκή γνώση για τον COVID-19 και τη λοίμωξη που προκαλεί. Το 62% των ερωτηθέντων συμφωνούν πως έχουν επαρκή γνώση επί του θέματος, ενώ το 38% διαφωνεί με την παραπάνω άποψη.

Πίνακας 9: Πιστεύετε ότι διαθέτετε επαρκή γνώση για τον COVID-19 και τη λοίμωξη που προκαλεί

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	62	62.0	62.0
	Όχι	38	38.0	100.0
	Total	100	100.0	

Γράφημα 9: Πιστεύετε ότι διαθέτετε επαρκή γνώση για τον COVID-19 και τη λοίμωξη που προκαλεί

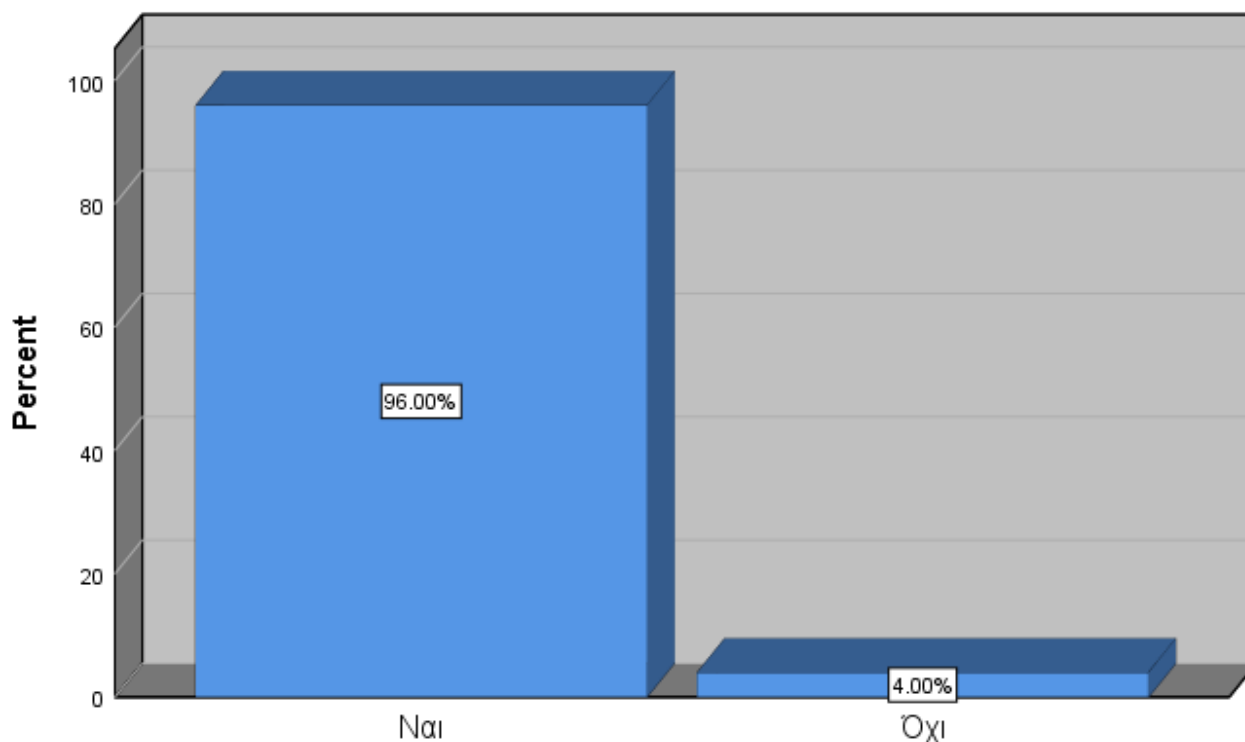


Στη συνέχεια, είναι εμφανές πως το 96% των επαγγελματιών υγείας πιστεύουν ότι η μεταδοτικότητα του COVID-19 είναι πολύ υψηλή, ενώ το 4% αγγίζουν όσοι είναι αντίθετοι με την παραπάνω άποψη. Τα παραπάνω, παρουσιάζονται στον Πίνακα 10 και το Γράφημα 10.

Πίνακας 10: Πιστεύετε ότι η μεταδοτικότητα του COVID-19 είναι πολύ υψηλή

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	96	96.0	96.0
	Όχι	4	4.0	100.0
	Total	100	100.0	

Γράφημα 10: Πιστεύετε ότι η μεταδοτικότητα του COVID-19 είναι πολύ υψηλή



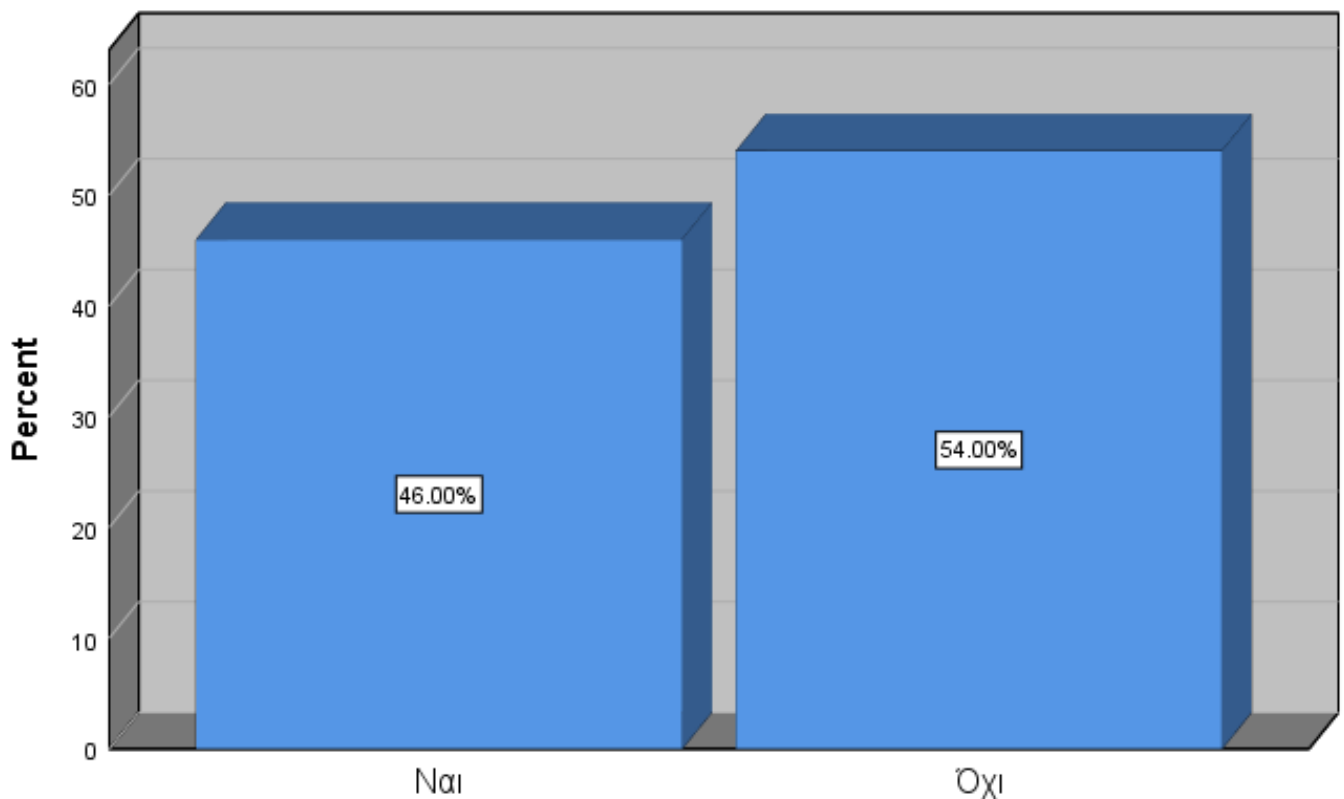
Πιστεύετε ότι η μεταδοτικότητα του COVID-19 είναι πολύ υψηλή

Στον Πίνακα 11 και το Γράφημα 11, παρατίθεται το εάν οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι είναι περισσότερο σχολαστικοί από όσο ενδείκνυται σε σχέση με την τήρηση των μέτρων προστασία από τον COVID-19. Το 54% του δείγματος διαφωνεί με την παραπάνω άποψη, ενώ το 46% αγγίζουν όσοι υποστηρίζουν πως είναι περισσότερο σχολαστικοί από όσο ενδείκνυται.

Πίνακας 11: Πιστεύετε ότι είστε περισσότερο σχολαστικός/ή από όσο ενδείκνυται σε σχέση με την τήρηση των μέτρων προστασίας από τον COVID-19

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	46	46.0	46.0
	Όχι	54	54.0	100.0
	Total	100	100.0	

Γράφημα 11: Πιστεύετε ότι είστε περισσότερο σχολαστικός/ή από όσο ενδείκνυται σε σχέση με την τήρηση των μέτρων προστασίας από τον COVID-19



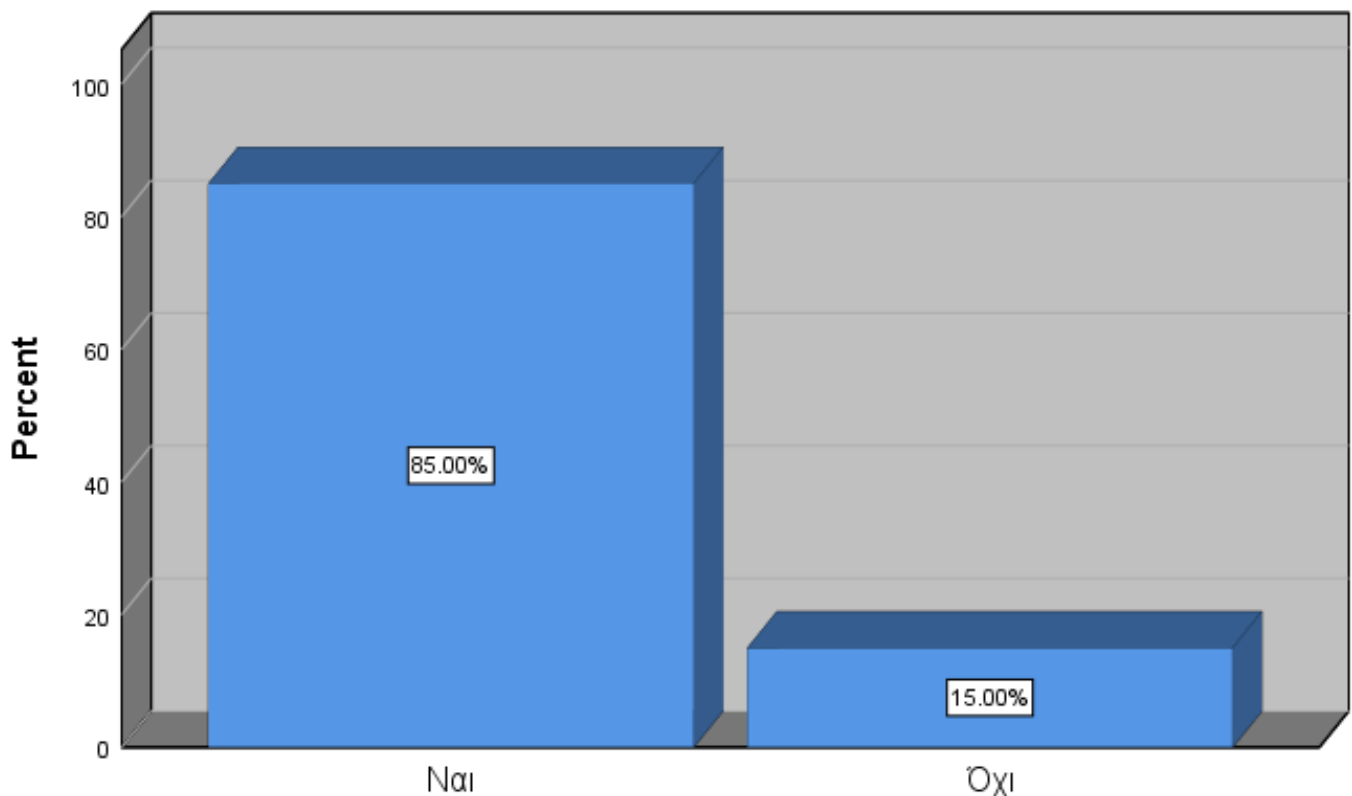
Πιστεύετε ότι είστε περισσότερο σχολαστικός/ή από όσο ενδείκνυται σε σχέση με την τήρηση των μέτρων προστασίας από τον COVID-19

Στον Πίνακα 12 και το Γράφημα 12, παρουσιάζεται το εάν οι ερωτηθέντες έχουν στο κοντινό τους περιβάλλον πρόσωπα που ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου σε σχέση με τον COVID-19. Το 85% των ερωτηθέντων έχουν στο περιβάλλον κάποιο άτομο που ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου, ενώ το 15% απάντησε αρνητικά.

Πίνακας 12: Έχετε στο κοντινό σας περιβάλλον πρόσωπα που ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου σε σχέση με τον COVID-19

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	85	85.0	85.0
	Όχι	15	15.0	100.0
	Total	100	100.0	

Γράφημα 12: Έχετε στο κοντινό σας περιβάλλον πρόσωπα που ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου σε σχέση με τον COVID-19



Έχετε στο κοντινό σας περιβάλλον πρόσωπα που ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου σε σχέση με τον COVID-19

4.2 Ψυχολογικά χαρακτηριστικά

Οι δείκτες αξιοπιστίας (Cronbach's alpha) για τα ερωτηματολόγια ψυχομετρικής αξιολόγησης κυμάνθηκαν στο παρόν δείγμα μεταξύ 0,77 και 0,91. Ειδικότερα, για την σωματική και την ψυχική συνιστώσα της Επισκόπησης Υγείας (SF-36), ο δείκτης αξιοπιστίας ήταν 0,83.

Για την Κλίμακα Μέτρησης Φόβου για τον COVID-19 (FCVID-19) ο δείκτης αξιοπιστίας ήταν 0,77. Τέλος, για την Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Stress (DASS-21) ο δείκτης αξιοπιστίας ήταν 0,86, 0,91 και 0,90 αντίστοιχα.

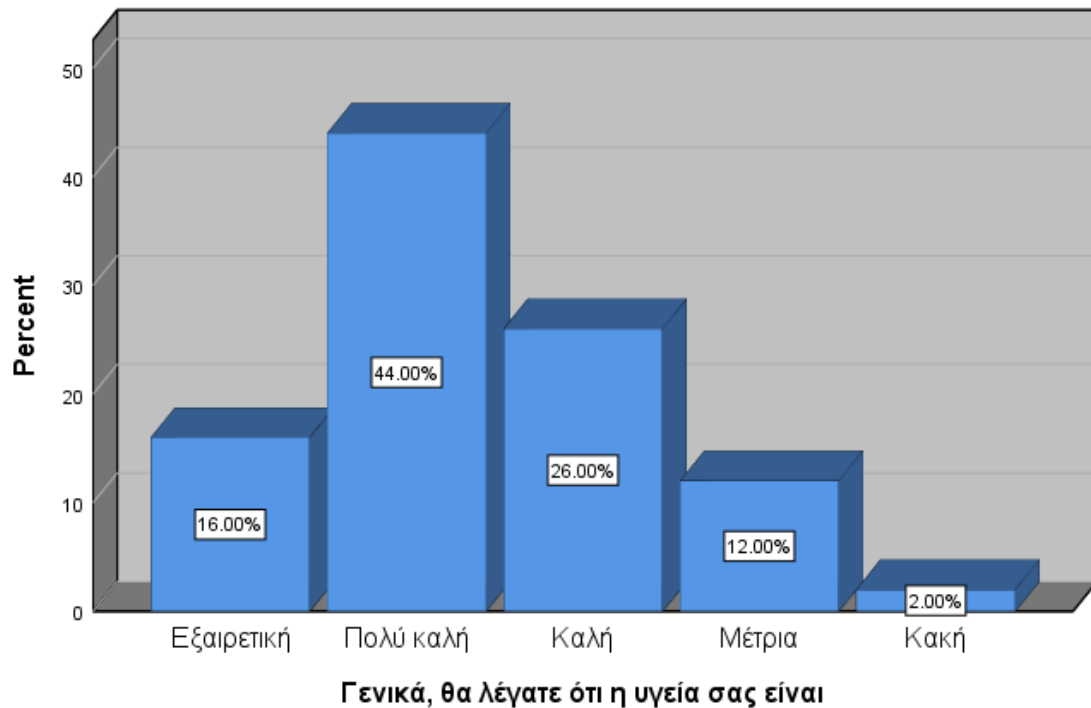
Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SF-36 που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής των ερωτηθέντων.

Στον Πίνακα 13 και το Γράφημα 13, παρατίθεται η αξιολόγηση των ερωτηθέντων αναφορικά με την υγεία τους γενικότερα. Το 44% των ερωτηθέντων θεωρούν πως η υγεία τους είναι πολύ καλή, το 26% αγγίζουν όσοι την θεωρούν καλή, ενώ το 16% των επαγγελματιών υγείας καταλαμβάνουν όσοι θεωρούν την υγεία τους εξαιρετική. Επιπλέον, το 12% καταλαμβάνουν όσοι θεωρούν την υγεία τους μετρίου επιπέδου, ενώ μόνο το 2% την χαρακτηρίζει ως κακή.

Πίνακας 13: Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Εξαιρετική	16	16.0	16.0
	Πολύ καλή	44	44.0	60.0
	Καλή	26	26.0	86.0
	Μέτρια	12	12.0	98.0
	Κακή	2	2.0	100.0
	Total	100	100.0	

Γράφημα 13: Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι

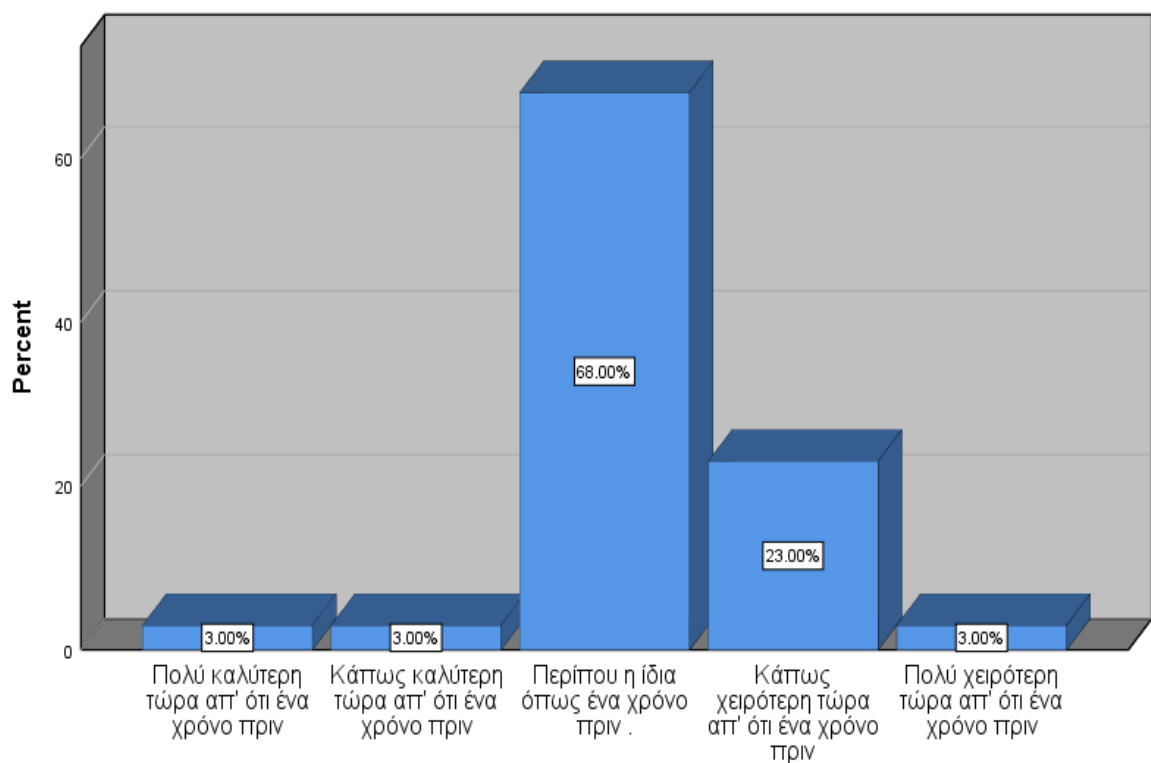


Στον Πίνακα 14 και το Γράφημα 14, παρουσιάζεται το πως αξιολογούν οι ερωτηθέντες της υγεία τους σε σύγκρισή με έναν χρόνο πριν. Το 68% αγγίζουν όσοι θεωρούν πως η υγεία τους παρέμεινε ίδια, το 23% αγγίζουν όσοι δηλώνουν πως χειροτέρευσε σε μέτριο βαθμό, ενώ όσοι θεωρούν πως χειροτέρευσε πολύ ή βελτιώθηκε σε μέτριο ή μεγάλο βαθμό καταλαμβάνουν από 3% έκαστος.

Πίνακας 14: Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	3	3.0	3.0
	Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	3	3.0	6.0
	Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν .	68	68.0	74.0
	Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	23	23.0	97.0
	Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	3	3.0	100.0
	Total	100	100.0	

Γράφημα 14: Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα



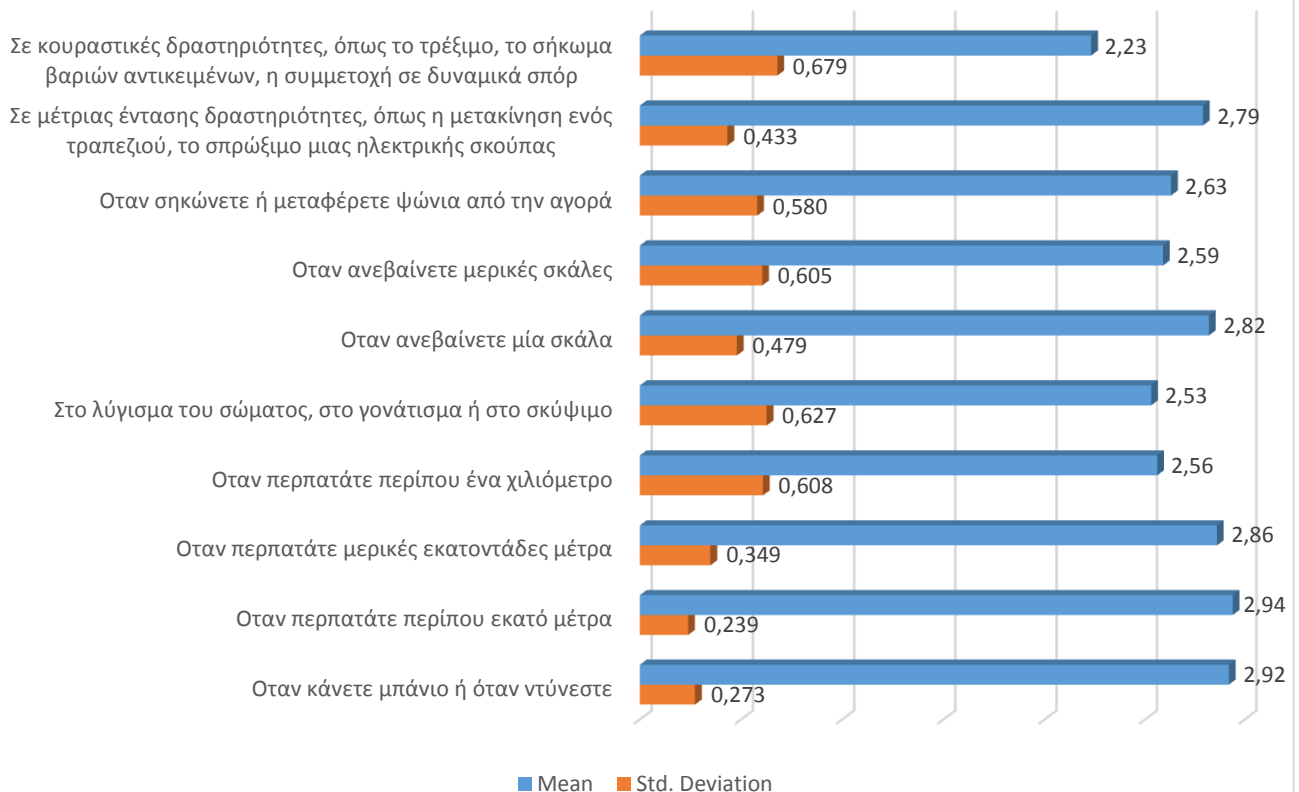
Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα

Στον Πίνακα 15 και το Γράφημα 15, παρατίθεται το κατά πόσο η τωρινή κατάσταση της υγείας των ερωτηθέντων τους περιορίζει στις παρακάτω καθημερινές δραστηριότητες. Οι απαντήσεις δέχονται τιμές από το 1 έως το 3 (1-Ναι, με περιορίζει πολύ, 2-Ναι, με περιορίζει λίγο, 3-Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου) και όσο αυξάνεται ο μέσος όρος, τόσο λιγότερο περιορίζονται οι ερωτηθέντες. Καθόλου δεν περιορίζονται οι ερωτηθέντες όταν περπατάνε περίπου εκατό μέτρα (2.94), κάνουν μπάνιο ή ντύνονται (2.92), περπατάνε μερικές εκατοντάδες μέτρα (2.86), ανεβαίνουν μια σκάλα (2.82) και όταν κάνουν μέτριας έντασης δραστηριότητες (2.79). Ακόμη, ανάμεσα στις απαντήσεις «Ναι, με περιορίζει λίγο» και «Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου», με τάση προς το δεύτερο, τοποθετούνται οι ερωτηθέντες όσον αφορά το σήκωμα ή την μεταφορά των αγορών τους (2.63), το ανέβασμα μερικών σκάλων (2.59), το περπάτημα ενός χιλιομέτρου (2.56) και το λύγισμα του σώματος, το γονάτισμα ή το σκύψιμο (2.53). Τέλος, λίγο περιορίζονται οι ερωτηθέντες λόγω της υγείας τους σε κουραστικές δραστηριότητες (2.23).

Πίνακας 15: Κατά πόσο η τωρινή κατάσταση της υγείας των ερωτηθέντων περιορίζει τις καθημερινές τους δραστηριότητες

	Mean	Std. Deviation
Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε δυναμικά σπόρ	2.23	0.679
Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας	2.79	0.433
Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	2.63	0.580
Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες	2.59	0.605
Όταν ανεβαίνετε μία σκάλα	2.82	0.479
Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	2.53	0.627
Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο	2.56	0.608
Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα	2.86	0.349
Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα	2.94	0.239
Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	2.92	0.273

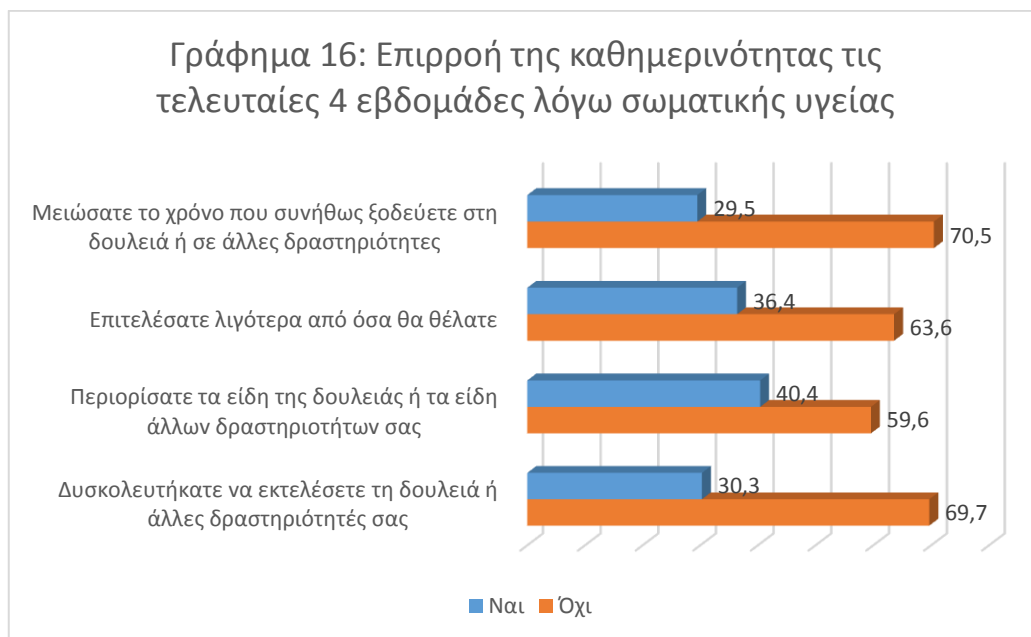
Γράφημα 15: Κατά πόσο η τωρινή κατάσταση της υγείας των ερωτηθέντων περιορίζει τις καθημερινές τους δραστηριότητες



Συνεχίζοντας, μέσω του Πίνακα 16 και του Γραφήματος 16, παρουσιάζεται κατά πόσο τις τελευταίες 4 εβδομάδες οι επαγγελματίες υγείας παρουσίασαν κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, λόγω της κατάστασης της σωματικής τους υγείας. Το 70.5% των ερωτηθέντων διαφωνούν πως μείωσαν το χρόνο που συνήθως ξοδεύουν στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες, ενώ το 69.7% διαφωνούν ως προς το ότι δυσκολεύτηκαν να εκτελέσουν τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες. Επιπλέον, το 63.6% του δείγματος απάντησε αρνητικά ως προς το ότι επιτέλεσε λιγότερα από τα προγραμματισμένα και το 59.6% των επαγγελματιών υγείας διαφωνούν πως περιορίσαν τα είδη της δουλειάς τους λόγω σωματικών προβλημάτων.

Πίνακας 16: Επιρροή της καθημερινότητας τις τελευταίες 4 εβδομάδες λόγω σωματικής υγείας

	Ναι		Όχι	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	28	29.5	67	70.5
Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	36	36.4	63	63.6
Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας	40	40.4	59	59.6
Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας	30	30.3	69	69.7

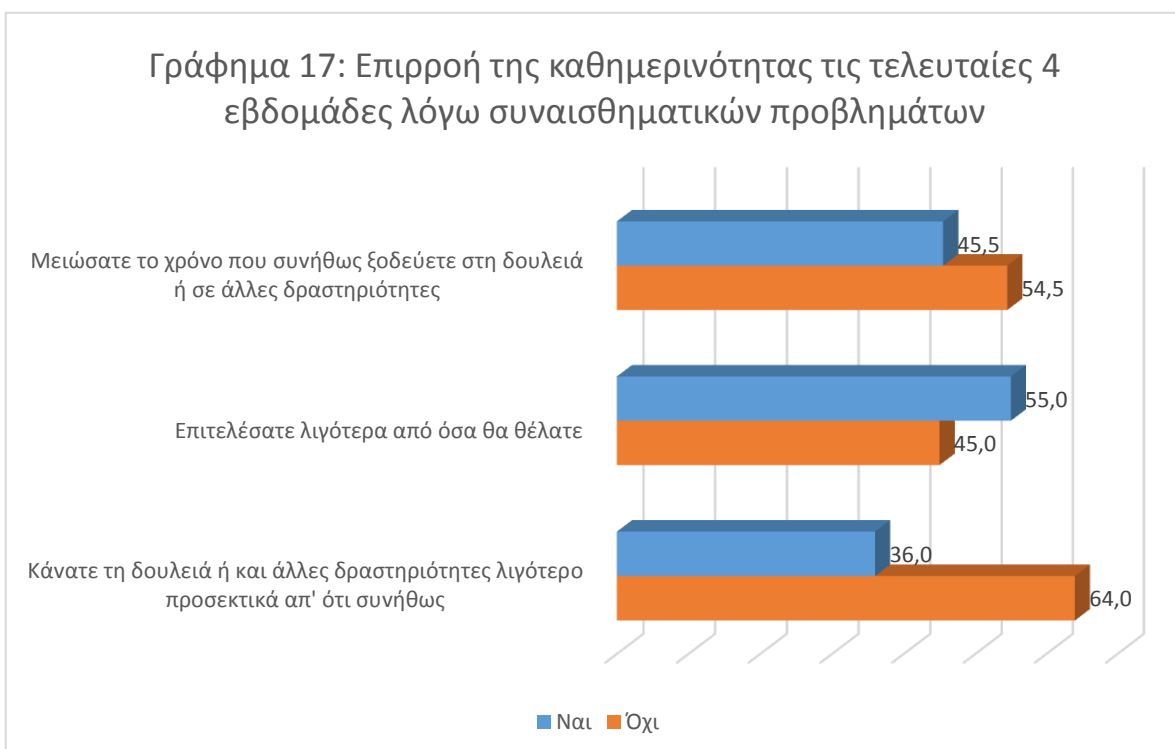


Στον Πίνακα 17 και το Γράφημα 17, παρουσιάζεται το κατά πόσο τις τελευταίες 4 εβδομάδες οι ερωτηθέντες παρουσίασαν κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, λόγω συναισθηματικών προβλημάτων. Το 64% των ερωτηθέντων διαφωνούν πως έκαναν τη δουλειά τους ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά από ότι συνήθως, ενώ το 54.5% διαφωνούν πως μείωσαν το χρόνο που συνήθως ξοδεύουν στις δραστηριότητες αυτές. Ωστόσο, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, αγγίζοντας το 55%, φαίνεται πως συμφωνούν πως λόγω των συναισθηματικών τους προβλημάτων επιτέλεσαν λιγότερα από όσα θα ήθελαν.

Πίνακας 17: Επιρροή της καθημερινότητας τις τελευταίες 4 εβδομάδες λόγω συναισθηματικών προβλημάτων

	Ναι		Όχι	
	Frequency	Percent	Frequency	Percent
Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	45	45.5	54	54.5
Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	55	55.0	45	45.0
Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως	36	36.0	64	64.0

Γράφημα 17: Επιρροή της καθημερινότητας τις τελευταίες 4 εβδομάδες λόγω συναισθηματικών προβλημάτων

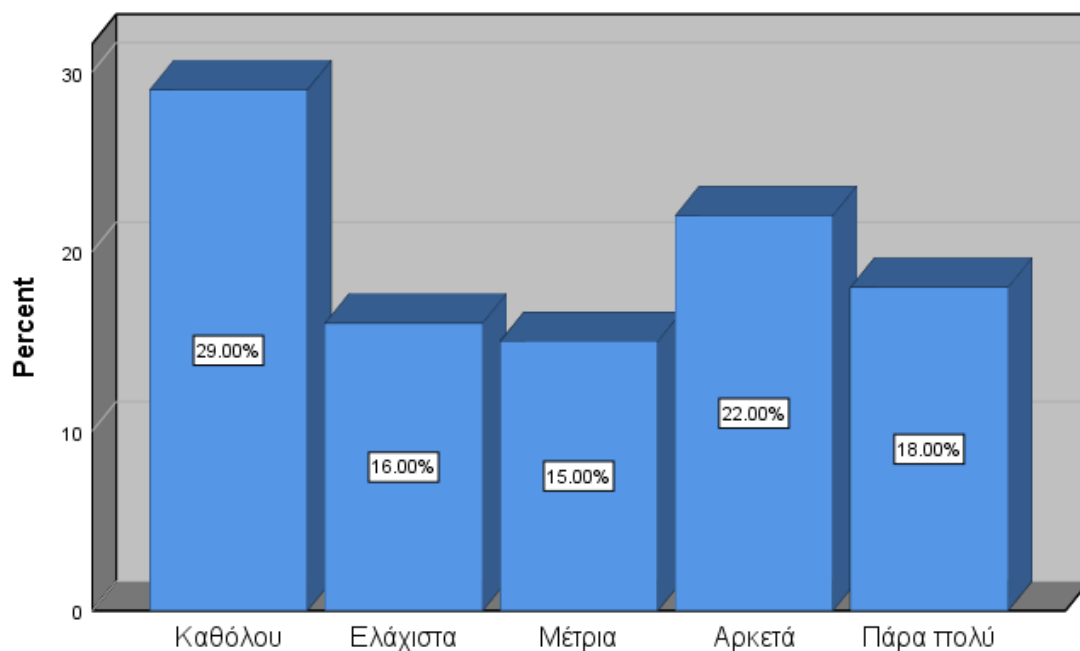


Στον Πίνακα 18 και το Γράφημα 18, παρατίθεται κατά πόσο τις τελευταίες 4 εβδομάδες έχουν επηρεαστεί οι συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες των ερωτηθέντων λόγω της σωματικής ή συναισθηματικής κατάστασης τους. Το 29% των ερωτηθέντων δηλώνουν πως δεν έχουν επηρεαστεί καθόλου, το 22% θεωρούν πως επηρεάστηκαν αρκετά και το 18% αγγίζουν όσοι επηρεάστηκαν πάρα πολύ. Επιπλέον, όσοι επηρεάστηκαν ελάχιστα ή σε μέτριο βαθμό αγγίζουν το 16% και το 15% αντίστοιχα.

Πίνακας 18: Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, επηρέασε η σωματική σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	29	29.0	29.0
	Ελάχιστα	16	16.0	45.0
	Μέτρια	15	15.0	60.0
	Αρκετά	22	22.0	82.0
	Πάρα πολύ	18	18.0	100.0
	Total	100	100.0	

Γράφημα 18: Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, επηρέασε η σωματική σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες



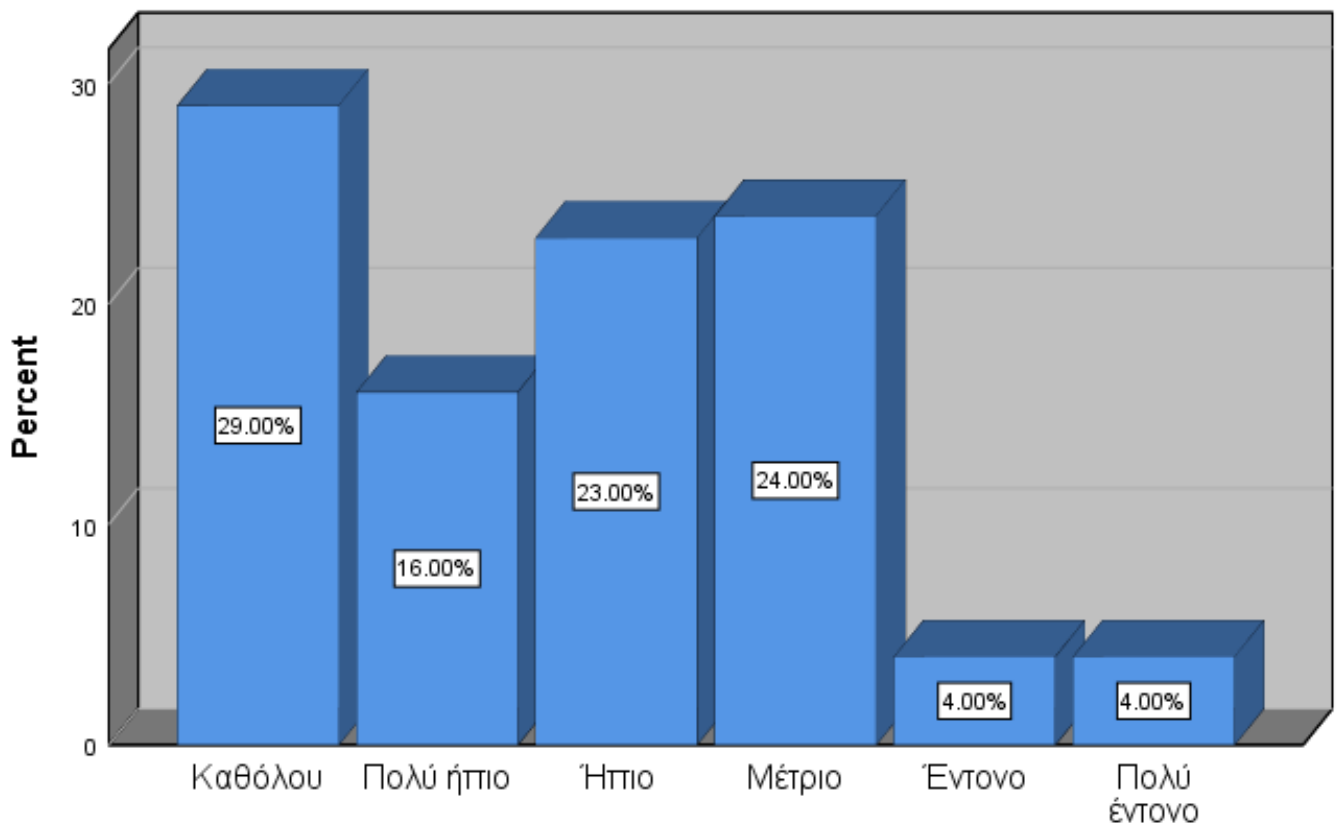
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, επηρέασε η σωματική σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες

Στον Πίνακα 19 και το Γράφημα 19, είναι εμφανές πως το 29% των επαγγελματιών υγείας δεν ένιωσαν καθόλου πόνο τις τελευταίες 4 εβδομάδες, το 24% ανήκει σε όσους αισθάνθηκαν μέτριο πόνο και το 23% αγγίζουν όσοι είχαν ήπιους πόνους. Το 16% του δείγματος ένιωσε πολύ ήπιο πόνο, ενώ όσοι ένιωσαν έντονο ή πολύ έντονο πόνο καταλαμβάνουν από 4% έκαστος.

Πίνακας 19: Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	29	29.0	29.0
	Πολύ ήπιο	16	16.0	45.0
	Ήπιο	23	23.0	68.0
	Μέτριο	24	24.0	92.0
	Έντονο	4	4.0	96.0
	Πολύ έντονο	4	4.0	100.0
	Total	100	100.0	

Γράφημα 19: Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες



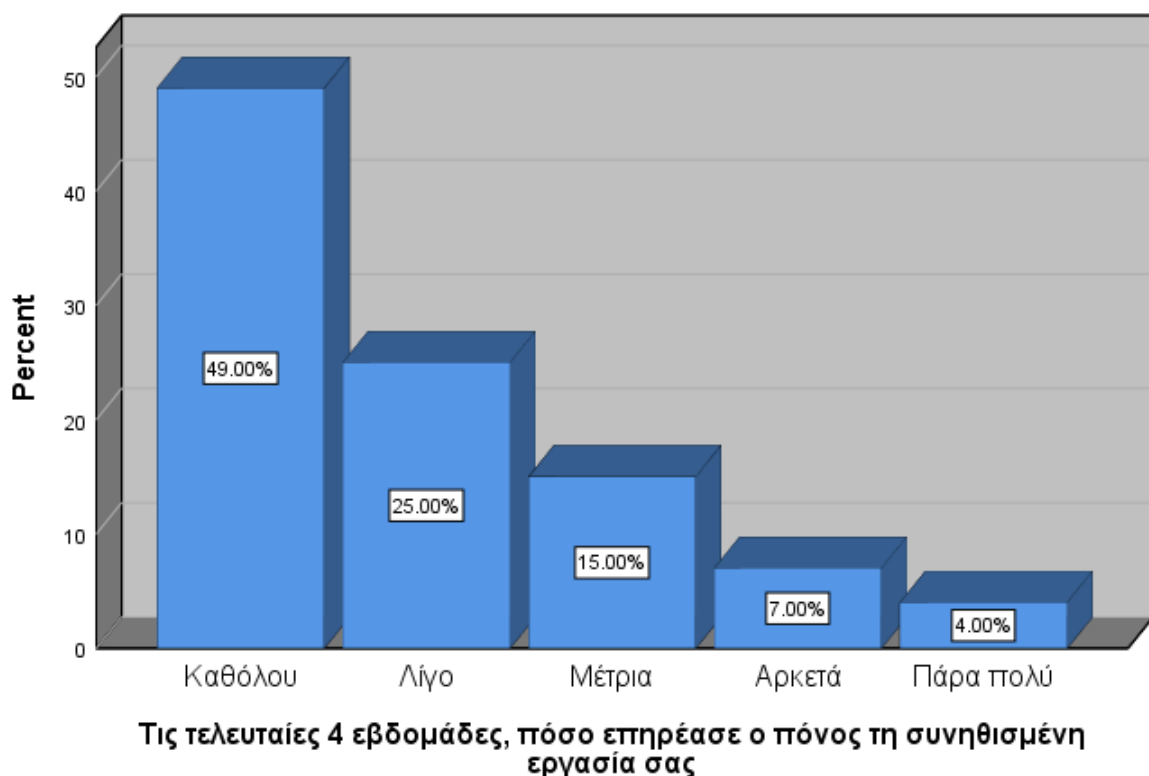
Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες

Στη συνέχεια, παρατίθεται το κατά πόσο τις τελευταίες 4 εβδομάδες επηρεάστηκε η εργασία των ερωτηθέντων από τον πόνο. Το 49% του δείγματος δεν υπέστη καμία επιρροή, το 25% επηρεάστηκε λίγο και το 15% σε μέτριο επίπεδο. Επιπλέον, όσοι επηρεάστηκαν αρκετά και πολύ αγγίζουν το 7% και το 4% αντίστοιχα. Τα παραπάνω παρουσιάζονται μέσω του Πίνακα 20 και του Γραφήματος 20.

Πίνακας 20: Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	49	49.0	49.0
	Λίγο	25	25.0	74.0
	Μέτρια	15	15.0	89.0
	Αρκετά	7	7.0	96.0
	Πάρα πολύ	4	4.0	100.0
	Total	100	100.0	

Γράφημα 20: Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας

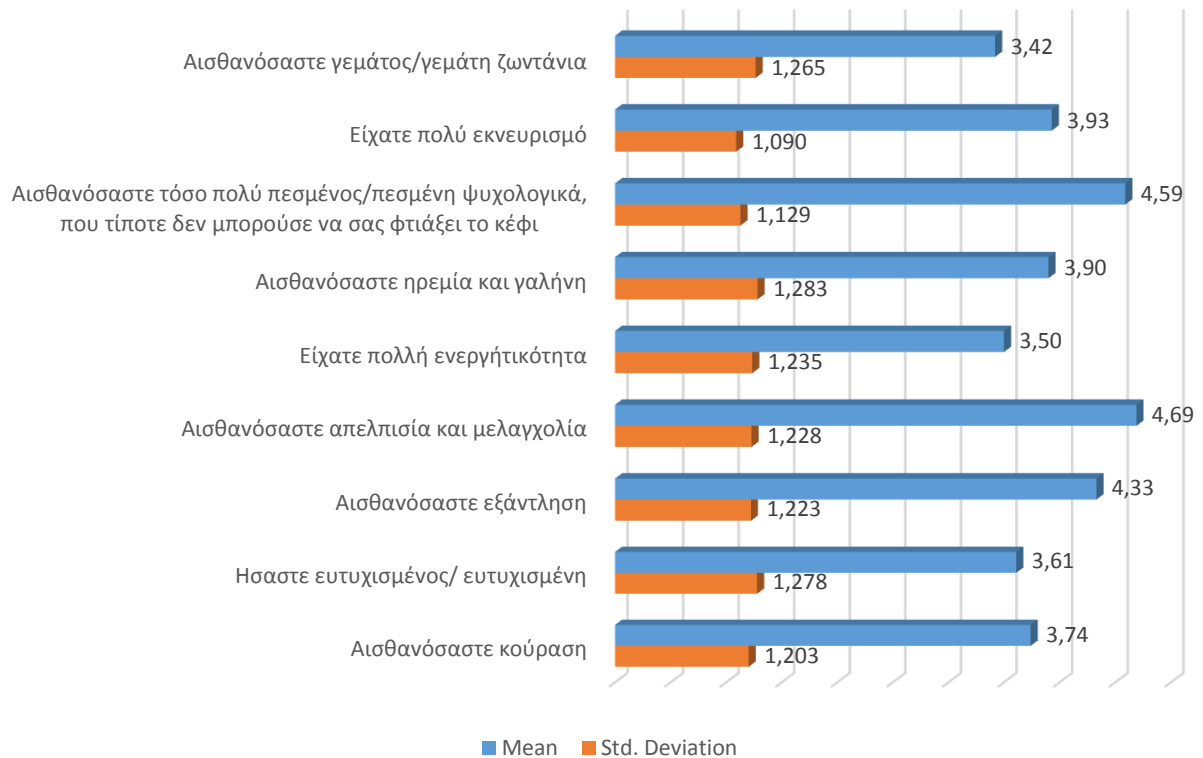


Στον Πίνακα 21 και το Γράφημα 21, παρουσιάζονται τα συναισθήματα των ερωτηθέντων τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Οι απαντήσεις δέχονται τιμές από το 1 έως το 6 (1-Συνεχώς, 2-Το μεγαλύτερο διάστημα, 3-Σημαντικό διάστημα, 4-Μερικές φορές, 5-Μικρό διάστημα, 6-Καθόλου) και όσο αυξάνεται ο μέσος όρος, τόσο μειώνεται και η συχνότητα με την οποία οι ερωτηθέντες βίωσαν το εκάστοτε συναίσθημα. Ανάμεσα στις απαντήσεις «Μερικές φορές» και «Μικρό διάστημα», με τάση προς το δεύτερο, τοποθετούν οι ερωτηθέντες το αίσθημα της απελπισία και μελαγχολίας (4.69) και την ψυχολογική πίεση (4.59), ενώ με τάση προς το δεύτερο κατατάσσουν την εξάντληση (4.33). Επιπλέον, μερικές φορές οι ερωτηθέντες είχαν πολύ εκνευρισμό (3.93) και αισθάνθηκαν ηρεμία και γαλήνη (3.90). Ακόμη, μεταξύ των απαντήσεων «Σημαντικό διάστημα» και «Μερικές φορές», τείνοντας προς το δεύτερο, τοποθετούν οι ερωτηθέντες την κούραση (3.74), την ευτυχία (3.61) και την ενεργητικότητα που αισθάνθηκαν (3.50), ενώ με τάση προς την απάντηση «Σημαντικό διάστημα» βρίσκονται όσον αφορά το ότι αισθάνονται γεμάτοι ζωντάνια (3.42).

Πίνακας 21: Συναισθήματα τις τελευταίες 4 εβδομάδες

	Mean	Std. Deviation
Αισθανόσαστε γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια	3.42	1.265
Είχατε πολύ εκνευρισμό	3.93	1.090
Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι	4.59	1.129
Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη	3.90	1.283
Είχατε πολλή ενεργητικότητα	3.50	1.235
Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία	4.69	1.228
Αισθανόσαστε εξάντληση	4.33	1.223
Ήσαστε ευτυχισμένος/ ευτυχισμένη	3.61	1.278
Αισθανόσαστε κούραση	3.74	1.203

Γράφημα 21: Συναισθήματα τις τελευταίες 4 εβδομάδες

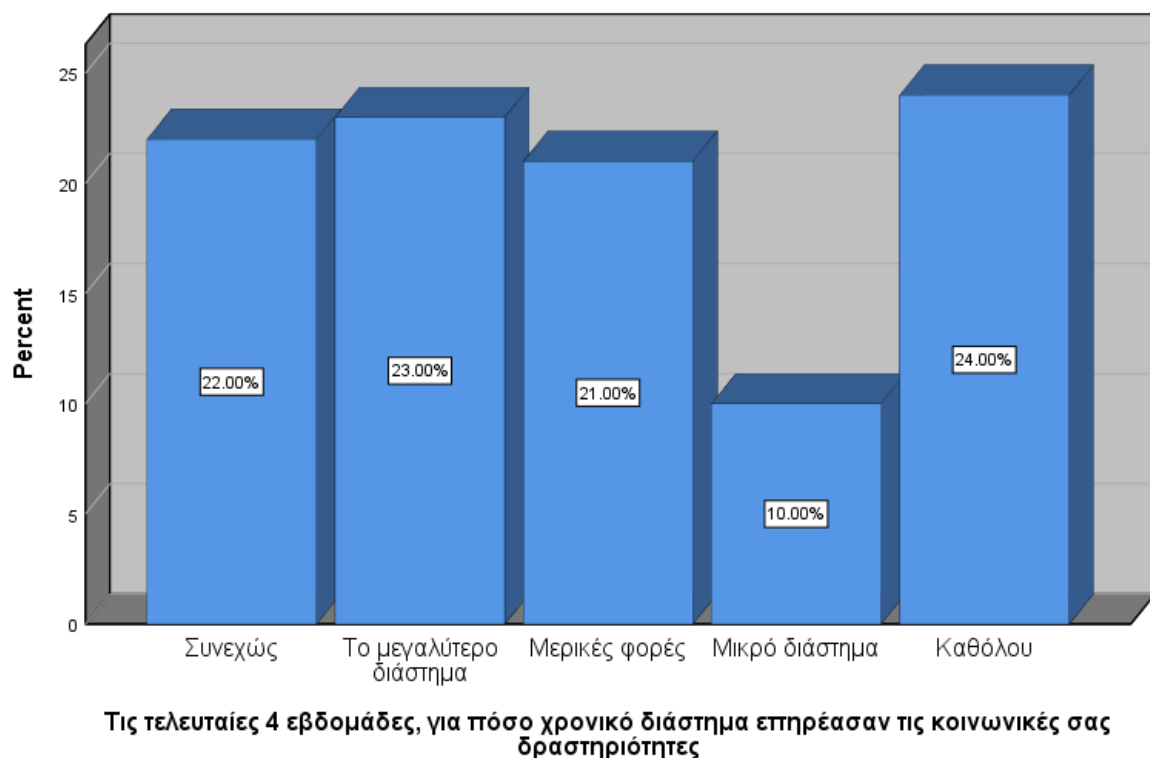


Στον Πίνακα 22 και το Γράφημα 22, είναι εμφανές πως το 24% των ερωτηθέντων τις τελευταίες 4 εβδομάδες τα παραπάνω συναισθήματα τους δεν επηρέασαν καθόλου τις κοινωνικές τους δραστηριότητες, το 23% δηλώνει πως επηρεάστηκε κατά το μεγαλύτερο διάστημα, ενώ το 22% αισθάνθηκε συνεχής επιρροή. Επιπλέον, οι ερωτηθέντες που επηρεάστηκαν μερικές φορές αγγίζουν το 21% και το 10% αντιπροσωπεύουν όσοι επηρεάστηκαν για ένα μικρό διάστημα.

Πίνακας 22: Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνεχώς	22	22.0	22.0
	Το μεγαλύτερο διάστημα	23	23.0	45.0
	Μερικές φορές	21	21.0	66.0
	Μικρό διάστημα	10	10.0	76.0
	Καθόλου	24	24.0	100.0
	Total	100	100.0	

Γράφημα 22: Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες

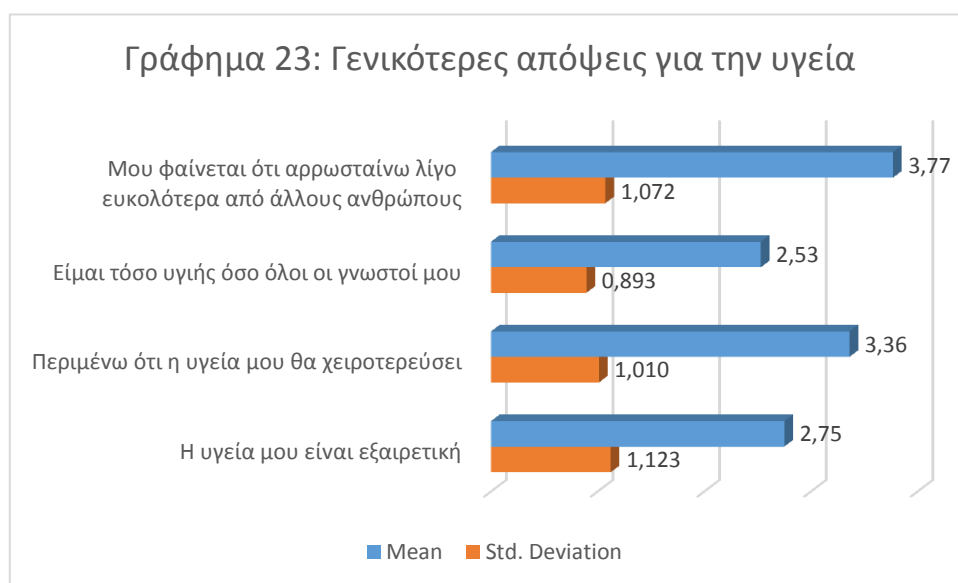


Στον Πίνακα 23 και το Γράφημα 23, παρατίθενται οι γενικότερες απόψεις των ερωτηθέντων για την υγεία τους. Οι απαντήσεις δέχονται τιμές από το 1 έως το 5 (1-Εντελώς αλήθεια, 2-Μάλλον αλήθεια, 3-Δεν ξέρω, 4-Μάλλον ψέμα, 5-Εντελώς ψέμα) και

όσο αυξάνεται ο μέσος όρος, τόσο λιγότερο η εκάστοτε δήλωση αντιπροσωπεύει τους ερωτηθέντες. Οι ερωτηθέντες τοποθετούνται στην απάντηση «Μάλλον ψέμα» όσον αφορά το ότι αρρωσταίνουν λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους (3.77), ενώ ανάμεσα στις απαντήσεις «Δεν ξέρω» και «Μάλλον ψέμα», με τάση προς το πρώτο, βρίσκονται ως προς το ότι περιμένουν ότι η υγεία τους θα χειροτερεύσει (3.36). Επιπλέον, ουδέτεροι είναι οι ερωτηθέντες ως προς το ότι η υγεία τους είναι εξαιρετική (2.75), ενώ μεταξύ των απαντήσεων «Μάλλον αλήθεια» και «Δεν ξέρω», με τάση προς το δεύτερο, τοποθετούνται ως προς το ότι είναι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί τους (2.53).

Πίνακας 23: Γενικότερες απόψεις για την υγεία

	Mean	Std. Deviation
Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	3.77	1.072
Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	2.53	0.893
Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	3.36	1.010
Η υγεία μου είναι εξαιρετική	2.75	1.123



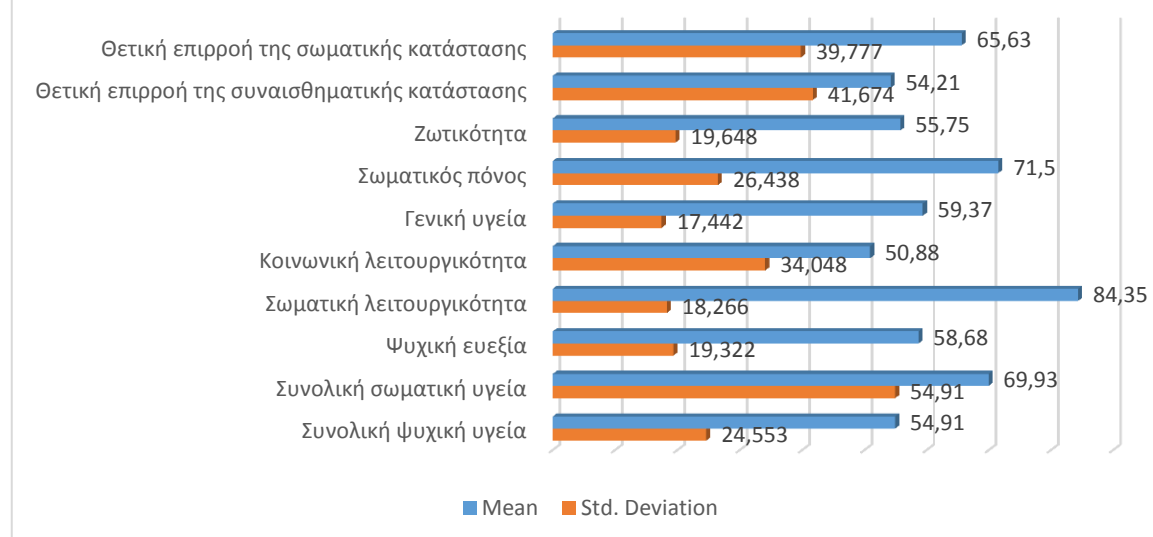
Για την κατασκευή των κατάλληλων Score του ερωτηματολογίου, οι απαντήσεις των 36 ερωτήσεων κωδικοποιήθηκαν ξανά, ώστε να λαμβάνουν τιμές από το 0 έως το 100. Στη συνέχεια, δημιουργήθηκαν 8 καινούργια Score υποδιαστάσεων, ένα για κάθε υποδιάσταση του ερωτηματολογίου, τα οποία αποτελούνται από τους μέσους όρους 4, 3, 4, 2, 6, 2, 10, 5 ερωτήσεων. Επιπλέον, δημιουργήθηκαν και 2 συνολικά Score για την ψυχική και σωματική υγεία των ερωτηθέντων, τα οποία αποτελούνται από τους μέσους όρους 4 Score υποδιαστάσεων το καθένα. Σε αυτό το σημείο να τονιστεί πως όλα τα Score (υποδιαστάσεων και συνολικά) δέχονται τιμές από το 0 έως το 100 και η αύξηση του μέσου όρου, συνεπάγεται με αύξηση του εκάστοτε παράγοντα ποιότητας ζωής, εκτός του σωματικού πόνου που μειώνεται με την αύξηση του μέσου όρου.

Στον Πίνακα 24 και το Γράφημα 24, παρουσιάζονται οι τιμές όλων των Score που υπολογίσθηκαν για το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής. Όπως φαίνεται, ιδιαίτερα υψηλό είναι το επίπεδο «Σωματικής λειτουργικότητας» (84.35), «Σωματικού πόνου» (71.5) και της «Συνολικής σωματικής υγείας» (69.93). Ωστόσο, λίγο υψηλότερο του μέσου είναι το επίπεδο «Θετική επιρροή σωματικής κατάστασης» (65.63), «Γενικής υγείας» (59.37), «Ψυχικής ευεξίας (58.68) και «Ζωτικότητας» (58.68). Λίγο χαμηλότερα τοποθετείται το η «Συνολική ψυχική υγεία» (54.91) και η «Θετική επιρροή της συναισθηματικής κατάστασης» (54.21), ενώ ελάχιστα πάνω του μετρίου επιπέδου βρίσκεται το επίπεδο «Κοινωνικής λειτουργικότητας» (50.88).

Πίνακας 24: Score ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής

	N	Mean	Std. Deviation
Θετική επιρροή της σωματικής κατάστασης	4	65.63	39.777
Θετική επιρροή της συναισθηματικής κατάστασης	3	54.21	41.674
Ζωτικότητα	4	55.75	19.648
Σωματικός πόνος	2	71.50	26.438
Γενική υγεία	6	59.37	17.442
Κοινωνική λειτουργικότητα	2	50.88	34.048
Σωματική λειτουργικότητα	10	84.35	18.266
Ψυχική ευεξία	5	58.68	19.322
Συνολική σωματική υγεία	4	69.93	54.910
Συνολική ψυχική υγεία	4	54.91	24.553

Γράφημα 24: Score ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής



4.4 Ανάλυση ερωτηματολογίου (SCVID-19)

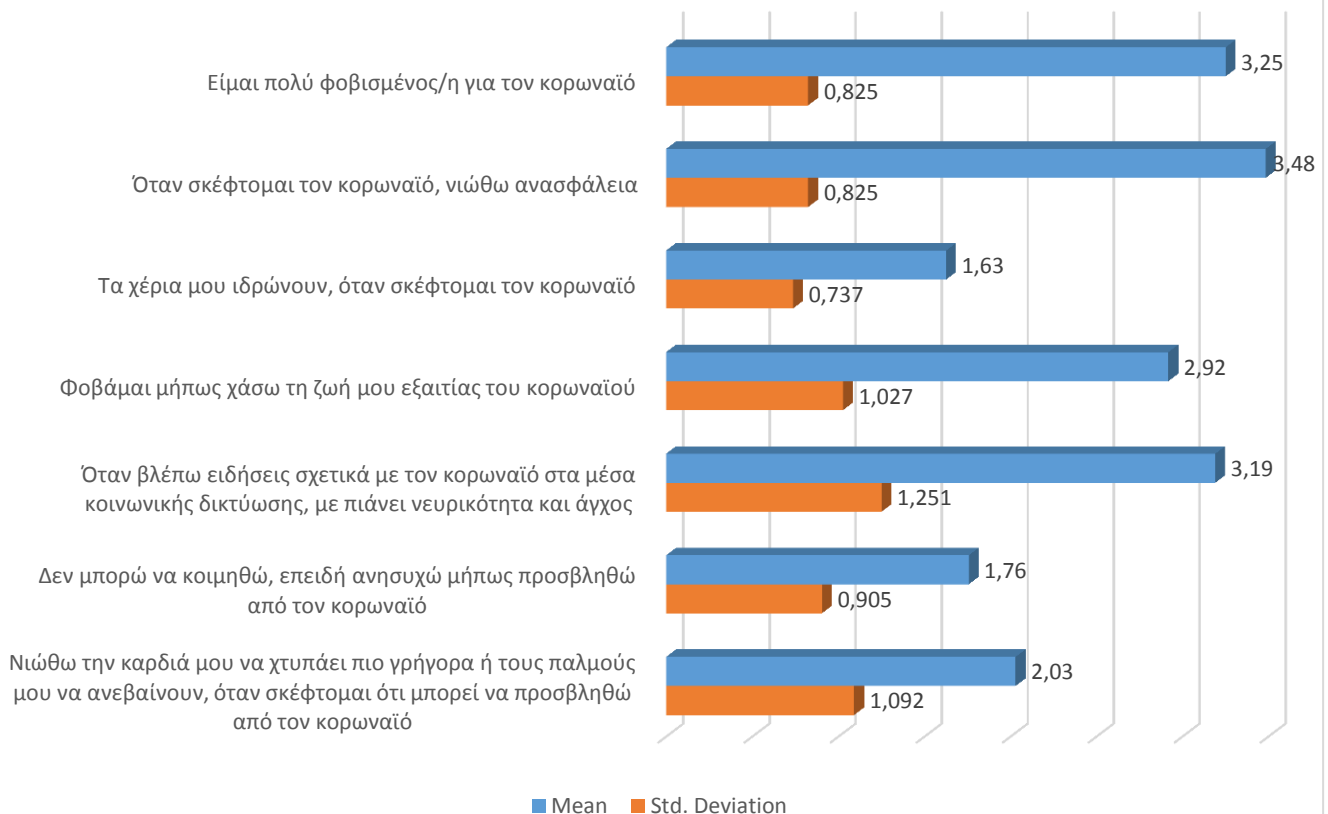
Στην ενότητα αυτή, παρουσιάζονται οι εμπειρίες των ερωτηθέντων με τον COVID-19. Οι απαντήσεις δέχονται τιμές από το 1 έως το 5 (1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ, 3-Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4-Συμφωνώ, 5-Συμφωνώ απόλυτα) και όσο αυξάνεται ο μέσος όρος, τόσο πιο έντονο είναι το άγχος που αισθάνονται οι ερωτηθέντες λόγω του φόβου για τον ιό.

Στον Πίνακα 25 και το Γράφημα 25, είναι εμφανές πως ανάμεσα στην ουδετερότητα και τη συμφωνία, με τάση προς το πρώτο, τοποθετούνται οι επαγγελματίες υγείας αναφορικά με το ότι όταν σκέφτονται τον κορονοϊό νιώθουν ανασφάλεια (3.48). Επιπλέον, ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν ως προς το ότι είναι πολύ φοβισμένοι από τον συγκεκριμένο ιό (3.25), όταν βλέπουν ειδήσεις σχετικά με τον κορονοϊό στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης τους πιάνει νευρικότητα και άγχος (3.19) και πως φοβούνται μήπως χάσουν τη ζωή τους (2.92). Ακόμη, οι ερωτηθέντες διαφωνούν πως αισθάνονται την καρδιά τους να χτυπάει πιο γρήγορα όταν σκέφτονται ότι μπορεί να προσβληθούν από τον κορονοϊό (2.03) και πως δεν μπορούν να κοιμηθούν επειδή ανησυχούν μήπως προσβληθούν (1.76). Τέλος, ανάμεσα στις απαντήσεις «Διαφωνώ απόλυτα» και «Διαφωνώ», τείνοντας προς το δεύτερο, κατατάσσουν το ότι τα χέρια τους ιδρώνουν όταν σκέφτονται τον ιό (1.63).

Πίνακας 25: Εμπειρίες σε σχέση με τον COVID

	Mean	Std. Deviation
Είμαι πολύ φοβισμένος/η για τον κορονοϊό	3.25	0.825
Όταν σκέφτομαι τον κορονοϊό, νιώθω ανασφάλεια	3.48	0.825
Τα χέρια μου ιδρώνουν, όταν σκέφτομαι τον κορονοϊό	1.63	0.737
Φοβάμαι μήπως χάσω τη ζωή μου εξαιτίας του κορονοϊού	2.92	1.027
Όταν βλέπω ειδήσεις σχετικά με τον κορονοϊό στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, με πιάνει νευρική κατάσταση και άγχος	3.19	1.251
Δεν μπορώ να κοιμηθώ, επειδή ανησυχώ μήπως προσβληθώ από τον κορονοϊό	1.76	0.905
Νιώθω την καρδιά μου να χτυπάει πιο γρήγορα ή τους παλμούς μου να ανεβαίνουν, όταν σκέφτομαι ότι μπορεί να προσβληθώ από τον κορονοϊό	2.03	1.092

Γράφημα 25: Εμπειρίες σε σχέση με τον COVID

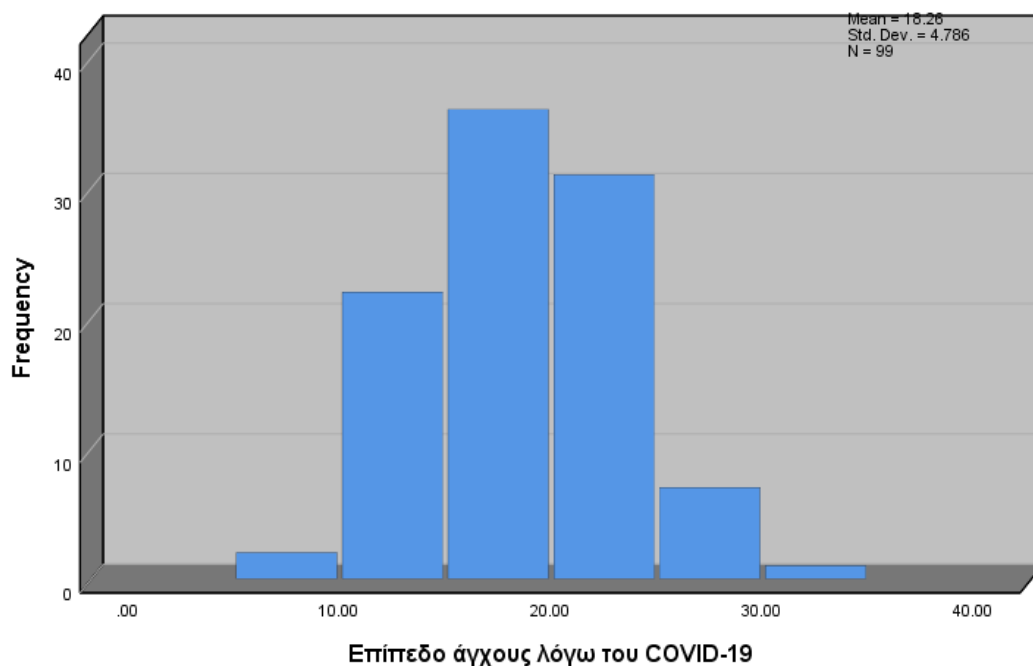


Για το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, δημιουργήθηκε μια καινούργια μεταβλητή-Score, το «Επίπεδο άγχους λόγω του φόβου για τον COVID-19». Η καινούργια μεταβλητή αυτή αποτελείται από το άθροισμα των παραπάνω 7 ερωτήσεων και δέχεται τιμές από το 7 έως το 35, με την αύξηση του μέσου όρου να συνεπάγεται με αύξηση του άγχους των ερωτηθέντων λόγω του φόβου για τον ιό. Στον Πίνακα 26 και το Γράφημα 26, είναι εμφανές πως ο μέσος όρος αγγίζει το 18.26, το οποίο κατατάσσεται κάτω του μετρίου επιπέδου.

Πίνακας 26: Score «Επίπεδο άγχους λόγω του φόβου για τον COVID-19»

	Mean	Std. Deviation
Επίπεδο άγχους λόγω του φόβου για τον COVID-19	18.26	4.786

Γράφημα 26: Score «Επίπεδο άγχους λόγω του φόβου για τον COVID-19»



4.5 Ανάλυση ερωτηματολογίου DASS-19

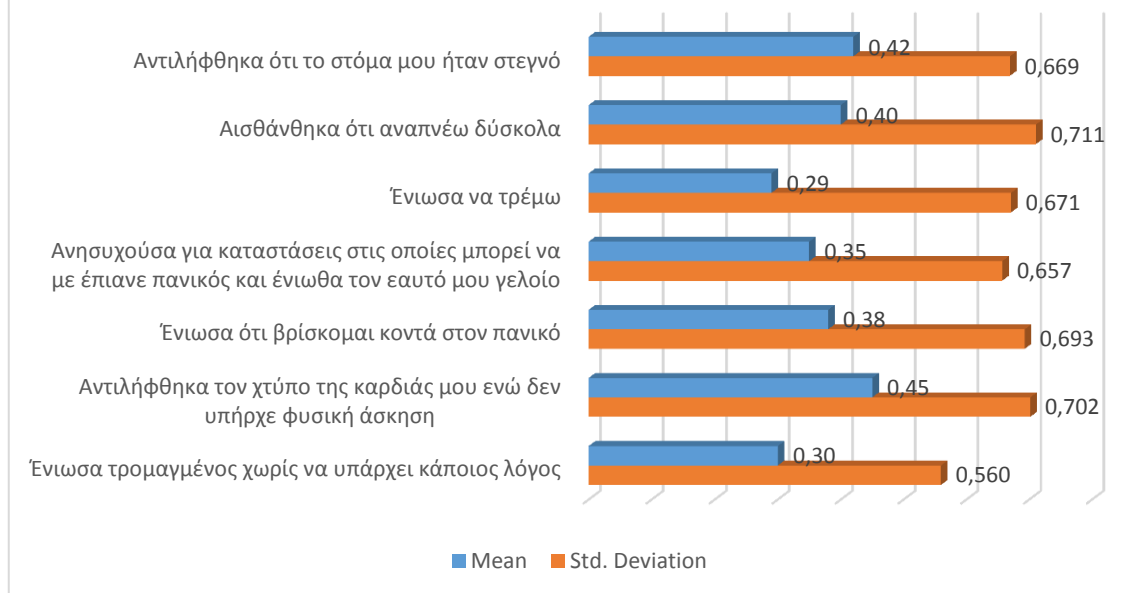
Στην τελευταία ενότητα της περιγραφικής στατιστικής, παρουσιάζονται οι ερωτήσεις που σχετίζονται με το άγχος, την κατάθλιψη και το στρες των ερωτηθέντων. Οι απαντήσεις δέχονται τιμές από το 0 έως το 3 (0-Δεν ισχύει καθόλου, 1-Ισχύει σε κάποιο βαθμό ή για κάποιο χρονικό διάστημα, 2-Ισχύει σε αρκετά μεγάλο βαθμό ή για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα, 3-Ισχύει πάρα πολύ ή το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα) και όσο αυξάνεται ο μέσος όρος, τόσο περισσότερο η εκάστοτε δήλωση αντιπροσωπεύει τους ερωτηθέντες.

Στον Πίνακα 27 και το Γράφημα 27, παρατίθενται οι δηλώσεις που σχετίζονται με το άγχος των ερωτηθέντων. Ανάμεσα στις απαντήσεις «Δεν ισχύει καθόλου» και «Ισχύει σε κάποιο βαθμό ή για κάποιο χρονικό διάστημα», με τάση προς το πρώτο, τοποθετούνται οι επαγγελματίες υγείας ως προς το ότι αντιλήφθηκαν τον χτύπο της καρδιάς τους ενώ δεν υπήρχε φυσική άσκηση (0.45), πως το στόμα τους ήταν στεγνό (0.42), πως ανέπνεαν δύσκολα (0.40) και πως ένιωσαν να βρίσκονται κοντά στον πανικό (0.38). Στην ίδια κλίμακα, βρίσκονται όσον αφορά το ότι ανησυχούσαν για καταστάσεις στις οποίες μπορεί να τους έπιανε πανικός (0.35), πως ένιωσαν τρομαγμένοι χωρίς λόγο (0.30) και πως ένιωσαν να τρέμουν (0.29).

Πίνακας 27: Άγχος

	Mean	Std. Deviation
Αντιλήφθηκα ότι το στόμα μου ήταν στεγνό	0.42	0.669
Αισθάνθηκα ότι αναπνέω δύσκολα	0.40	0.711
Ένιωσα να τρέμω	0.29	0.671
Ανησυχούσα για καταστάσεις στις οποίες μπορεί να με έπιανε πανικός και ένιωθα τον εαυτό μου γελοίο	0.35	0.657
Ένιωσα ότι βρίσκομαι κοντά στον πανικό	0.38	0.693
Αντιλήφθηκα τον χτύπο της καρδιάς μου ενώ δεν υπήρχε φυσική άσκηση	0.45	0.702
Ένιωσα τρομαγμένος χωρίς να υπάρχει κάποιος λόγος	0.30	0.560

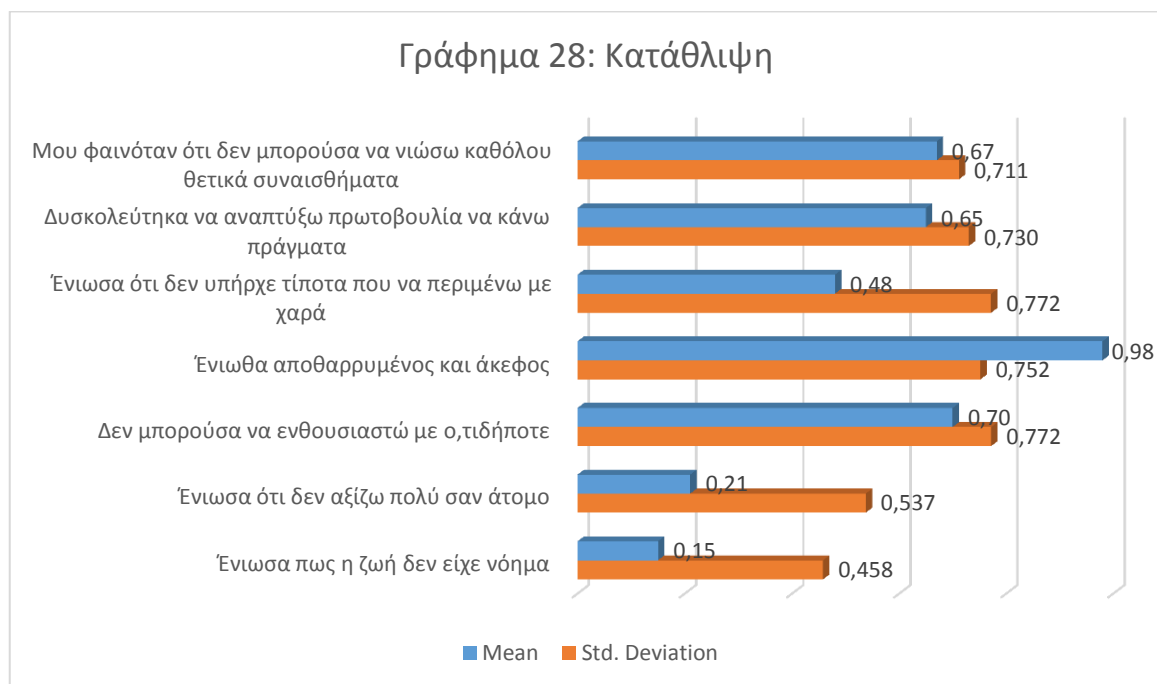
Γράφημα 27: Άγχος



Στον Πίνακα 28 και το Γράφημα 28, παρατίθενται οι δηλώσεις που σχετίζονται με το αίσθημα κατάθλιψης που αισθάνονται οι ερωτηθέντες. Σε κάποιο βαθμό ή για κάποιο χρονικό διάστημα οι ερωτηθέντες ένιωθαν αποθαρρημένοι και άκεφοι (0.98), ενώ ανάμεσα στις απαντήσεις «Δεν ισχύει καθόλου» και «Ισχύει σε κάποιο βαθμό ή για κάποιο χρονικό διάστημα», με τάση προς το δεύτερο, τοποθετούνται όσον αφορά το ότι δεν μπορούσαν να ενθουσιαστούν με οτιδήποτε (0.70), πως δεν μπορούσαν να νιώσουν θετικά συναισθήματα (0.67) και πως δυσκολεύτηκαν να αναπτύξουν πρωτοβουλία να κάνουν πράγματα (0.65). Στην ίδια κλίμακα, αλλά με τάση προς την απάντηση «Δεν ισχύει καθόλου», κατατάσσουν το ότι ένιωσαν ότι δεν υπήρχε τίποτα που να περιμένουν με χαρά (0.48), ενώ διαφωνούν πως ένιωσαν ότι δεν αξίζουν ως άτομα (0.21) και πως η ζωή δεν έχει νόημα (0.15).

Πίνακας 28: Κατάθλιψη

	Mean	Std. Deviation
Μου φαινόταν ότι δεν μπορούσα να νιώσω καθόλου θετικά συναισθήματα	0.67	0.711
Δυσκολεύτηκα να αναπτύξω πρωτοβουλία να κάνω πράγματα	0.65	0.730
Ένιωσα ότι δεν υπήρχε τίποτα που να περιμένω με χαρά	0.48	0.772
Ένιωθα αποθαρρυσμένος και άκεφος	0.98	0.752
Δεν μπορούσα να ενθουσιαστώ με ο,τιδήποτε	0.70	0.772
Ένιωσα ότι δεν αξίζω πολύ σαν άτομο	0.21	0.537
Ένιωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα	0.15	0.458

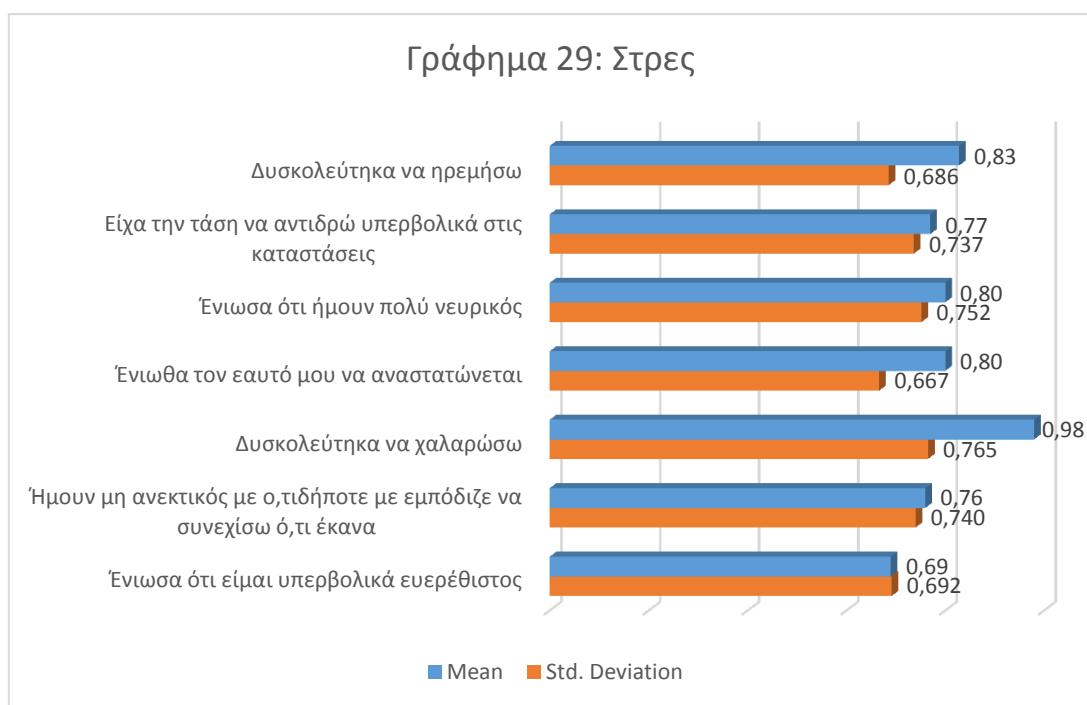


Στον Πίνακα 29 και το Γράφημα 29, παρατίθενται οι δηλώσεις που αφορούν το στρες που αισθάνονται οι ερωτηθέντες. Σε κάποιο βαθμό ή για κάποιον χρονικό διάστημα οι ερωτηθέντες δηλώνουν πως δυσκολεύτηκαν να χαλαρώσουν (0.98) και να ηρεμήσουν (0.83), ένιωσαν ότι ήταν πολύ νευρικοί (0.80) και αναστατωμένοι (0.80), είχαν την τάση να αντιδρούν υπερβολικά (0.77) και δεν ήταν ανεκτικοί με οτιδήποτε τους εμπόδιζε να συνεχίσουν αυτό που έκαναν (0.76). Τέλος, ανάμεσα στις απαντήσεις «Δεν ισχύει

καθόλου» και «Ισχύει σε κάποιο βαθμό ή για κάποιο χρονικό διάστημα», με τάση προς το δεύτερο, βρίσκονται ως προς το ότι ένιωσαν ότι είναι υπερβολικά ευερέθιστοι (0.69).

Πίνακας 29: Στρες

	Mean	Std. Deviation
Δυσκολεύτηκα να ηρεμήσω	0.83	0.686
Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις	0.77	0.737
Ένιωσα ότι ήμουν πολύ νευρικός	0.80	0.752
Ένιωθα τον εαυτό μου να αναστατώνεται	0.80	0.667
Δυσκολεύτηκα να χαλαρώσω	0.98	0.765
Ήμουν μη ανεκτικός με ο,τιδήποτε με εμπόδιζε να συνεχίσω ό,τι έκανα	0.76	0.740
Ένιωσα ότι είμαι υπερβολικά ευερέθιστος	0.69	0.692



Για την μέτρηση του συνολικού άγχους, κατάθλιψης και στρες, δημιουργήθηκαν 3 αρχικές μεταβλητές-Score, από το άθροισμα 7 ερωτήσεων το καθένα. Επομένως τα αρχικά Score δέχονται τιμές από 0 έως 21, με την αύξηση του μέσου όρου να συνεπάγεται με αύξηση του επιπέδου άγχους, κατάθλιψης και στρες που αισθάνονται οι ερωτηθέντες.

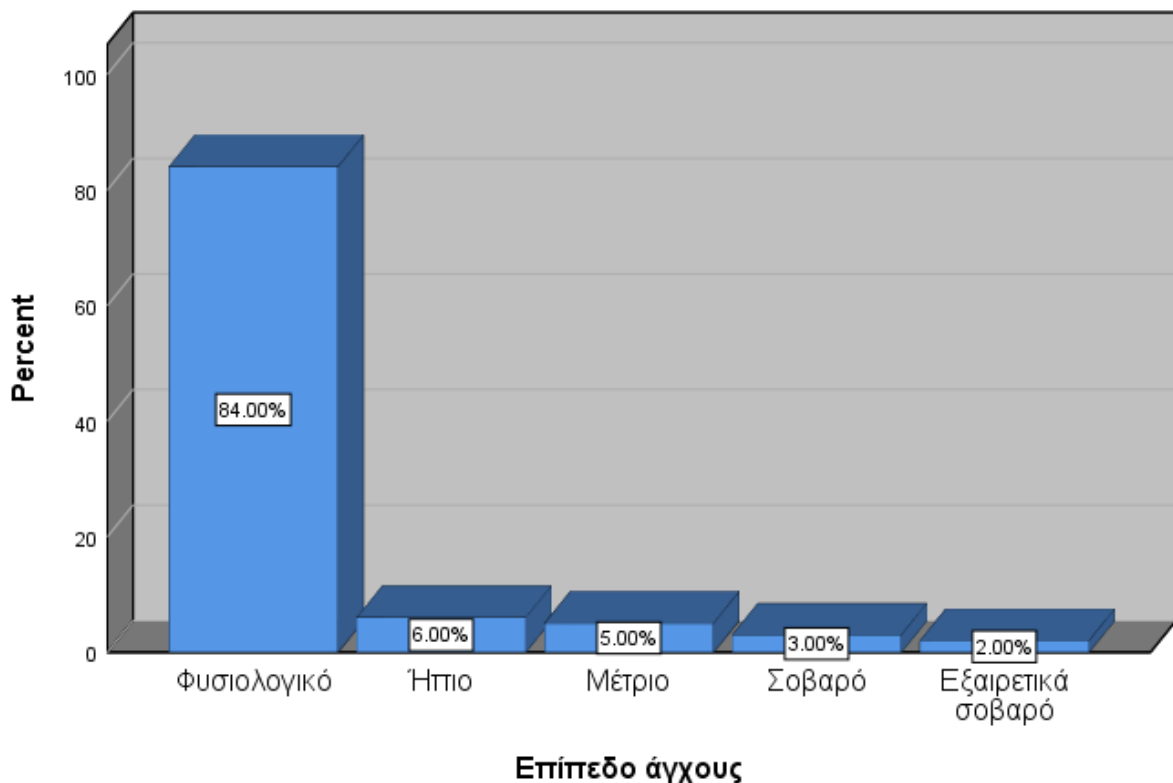
Στη συνέχεια τα αρχικά Score επανακωδικοποιήθηκαν, ώστε να δέχονται τιμές από 0 έως 4 (0-Φυσιολογικό, 1-Ήπιο, 2-Μέτριο, 3-Σοβαρό, 4-Εξαιρετικά σοβαρό).

Στον Πίνακα 30 και το Γράφημα 30, παρατίθεται το επίπεδο άγχους των επαγγελματιών υγείας. Το 84% αυτών έχουν φυσιολογικό επίπεδο άγχους, το 6% αγγίζουν όσοι αισθάνονται ήπιο άγχος και το 5% καταλαμβάνουν όσοι έχουν μέτριο επίπεδο άγχους. Επιπλέον, όσοι παρουσιάζουν σοβαρό επίπεδο άγχους αγγίζουν το 3% και το υπόλοιπο 2% ανήκει σε όσους παρουσιάζουν εξαιρετικά σοβαρό επίπεδο άγχους.

Πίνακας 30: Επίπεδο άγχους

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Φυσιολογικό	84	84.0	84.0
	Ήπιο	6	6.0	90.0
	Μέτριο	5	5.0	95.0
	Σοβαρό	3	3.0	98.0
	Εξαιρετικά σοβαρό	2	2.0	100.0
	Total	100	100.0	

Γράφημα 30: Επίπεδο άγχους

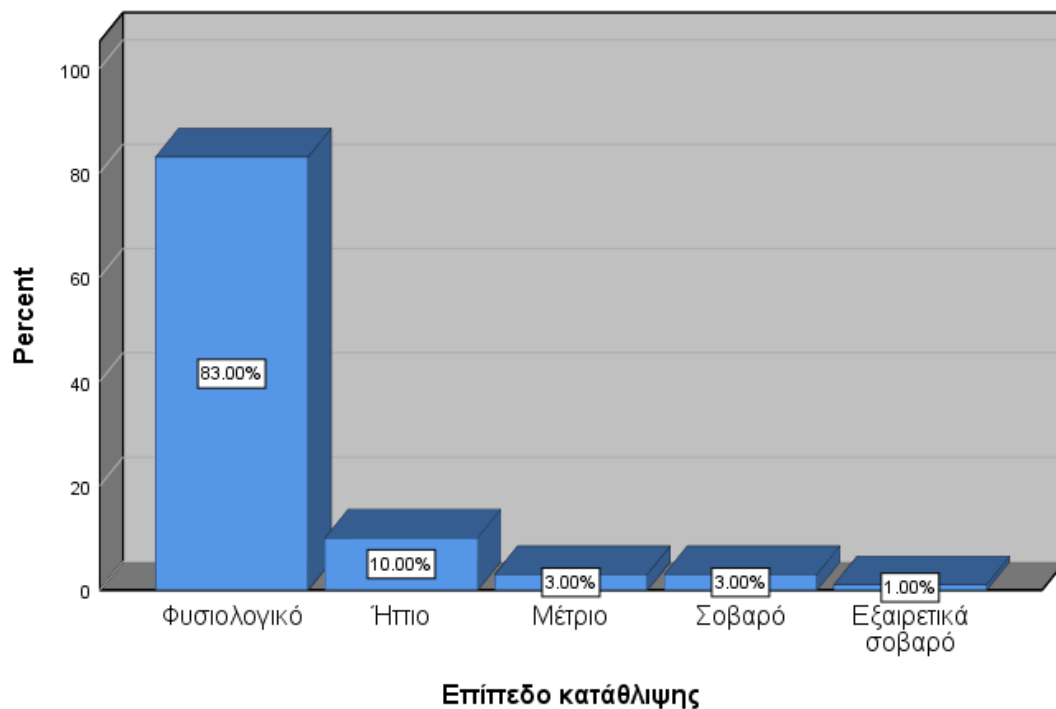


Στον Πίνακα 31 και το Γράφημα 31, παρατίθεται το επίπεδο κατάθλιψης των ερωτηθέντων. Το 83% του δείγματος χαρακτηρίζεται από φυσιολογικό επίπεδο κατάθλιψης, το 10% αγγίζουν όσοι έχουν ήπιο επίπεδο κατάθλιψης, ενώ όσοι παρουσιάζουν μέτριο ή σοβαρό επίπεδο αγγίζουν από 3% έκαστος. Τέλος, μόλις τ 1% του δείγματος έχει εξαιρετικά σοβαρό επίπεδο κατάθλιψης.

Πίνακα 31: Επίπεδο κατάθλιψης

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Φυσιολογικό	83	83.0	83.0
	Ήπιο	10	10.0	93.0
	Μέτριο	3	3.0	96.0
	Σοβαρό	3	3.0	99.0
	Εξαιρετικά σοβαρό	1	1.0	100.0
	Total	100	100.0	

Γράφημα 31: Επίπεδο κατάθλιψης

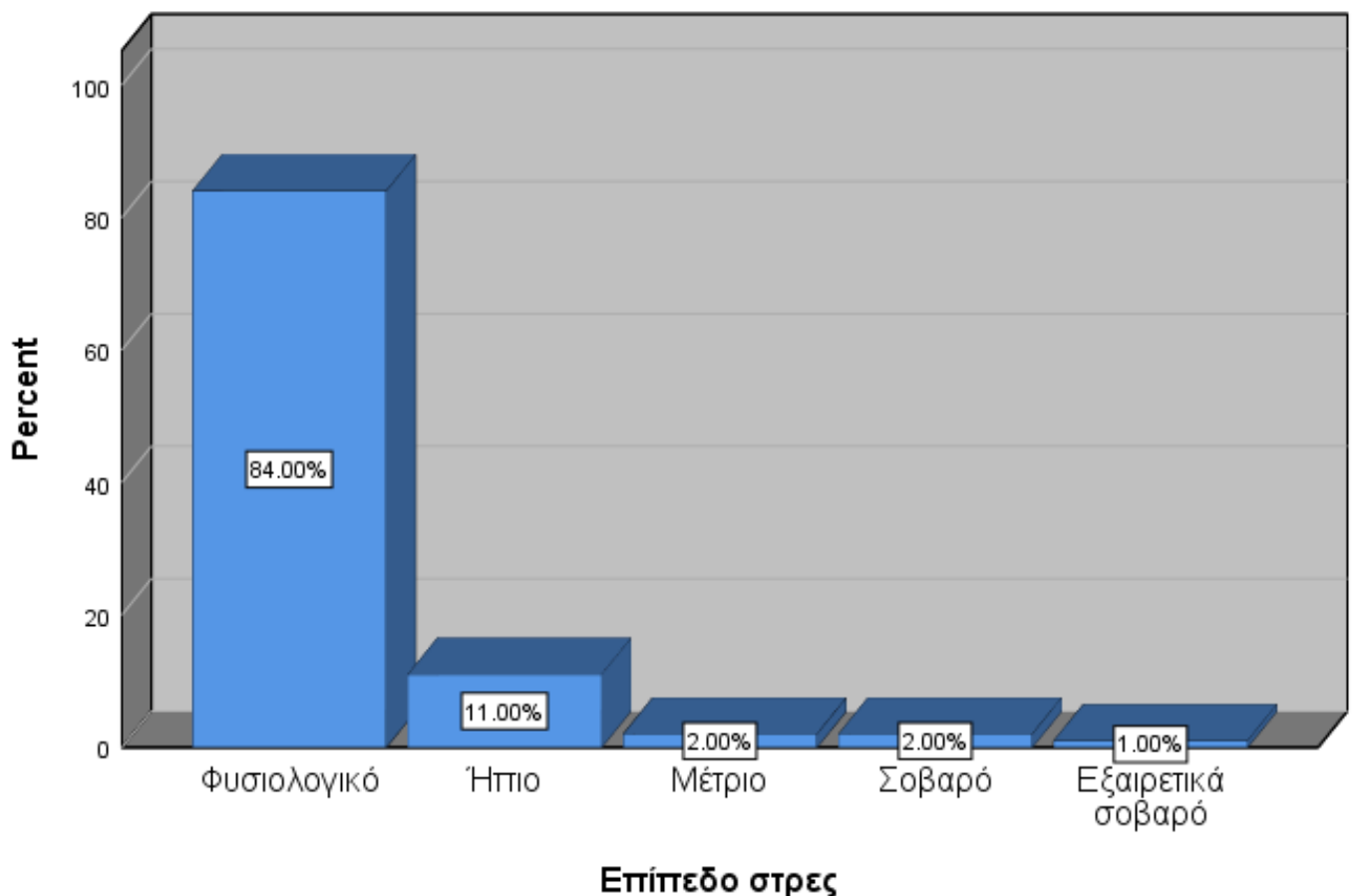


Στον Πίνακα 32 και το Γράφημα 32, είναι εμφανές πως το 84% του δείγματος παρουσιάζει φυσιολογικό επίπεδο στρες, το 11% καταλαμβάνουν όσοι έχουν ήπιο στρες και όσοι έχουν μέτριο ή σοβαρό επίπεδος στρες αγγίζουν από 2% έκαστος. Το υπόλοιπο 1% του δείγματος αντιπροσωπεύουν όσοι παρουσιάζουν εξαιρετικά σοβαρό επίπεδο στρες.

Πίνακας 32: Επίπεδο στρες

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Φυσιολογικό	84	84.0	84.0
	Ήπιο	11	11.0	95.0
	Μέτριο	2	2.0	97.0
	Σοβαρό	2	2.0	99.0
	Εξαιρετικά σοβαρό	1	1.0	100.0
	Total	100	100.0	

Γράφημα 32: Επίπεδο στρες



4.6 Εξέταση ερευνητικών υποθέσεων

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τις εξής ερευνητικές υποθέσεις :

- Αν τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας επηρεάζουν τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες τους.
- Αν τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες των επαγγελματιών υγείας επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους.
- Αν τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες των επαγγελματιών υγείας επηρεάζονται λόγω του φόβου για τον COVID-19.

Για την εξέταση της πρώτης ερευνητικής υπόθεσης, έγινε χρήση του παραμετρικού t-test και το μη παραμετρικό Kruskal-Wallis. Η επιλογή στηρίχτηκε στο Κεντρικό Οριακό Θεώρημα, το οποίο υποδεικνύει πως όταν ένα δείγμα έχει περισσότερες από 30 παρατηρήσεις, τότε μπορεί να θεωρηθεί εκ παραδοχής ότι κάθε ποσοτική μεταβλητή σε αυτό, ακολουθεί την κανονική κατανομή.

Αναφορικά με τη δεύτερη και τρίτη ερευνητική υπόθεση, έγινε χρήση του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης Pearson. Ο συγκεκριμένος δείκτης δέχεται τιμές από το -1 έως το 1 και όσο η τιμή πλησιάζει κατ' απόλυτη τιμή τη μονάδα, τόσο πιο ισχυρή θεωρείται η εκάστοτε συσχέτιση.

4.6.1 1^η ερευνητική υπόθεση

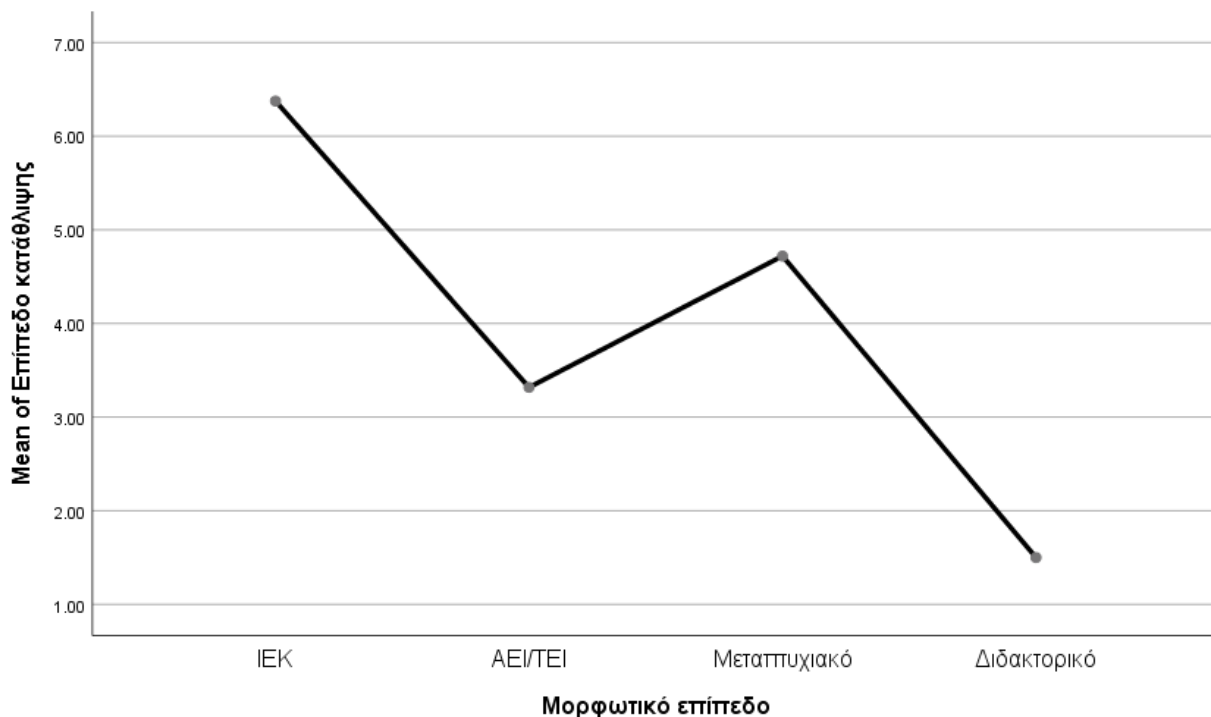
Στον Πίνακα 33 παρουσιάζονται όλες οι τιμές των στατιστικών ελέγχων που πραγματοποιήθηκαν, από τις οποίες αναδείχθηκε μία στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

Πίνακας 33: Διαφοροποιήσεις ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

	Επίπεδο άγχους	Επίπεδο κατάθλιψης	Επίπεδο στρες
Φύλο (t-test)	P=0.333	P=0.238	P=0.074
Ηλικία (Kruskal-Wallis)	P=0.840	P=0.508	P=0.728
Οικογενειακή κατάσταση (Kruskal-Wallis)	P=0.166	P=0.077	P=0.053
Μορφωτικό επίπεδο (Kruskal-Wallis)	P=0.443	P=0.017	P=0.390
Επαγγελματική ιδιότητα (Kruskal-Wallis)	P=0.575	P=0.166	P=0.280

Στο Γράφημα 33, είναι εμφανές πως όσον αφορά τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και το κατά πόσο επηρεάζουν τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες των επαγγελματιών υγείας, το μορφωτικό επίπεδο παίζει καθοριστικό ρόλο καθώς οι απόφοιτοι ΙΕΚ εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο κατάθλιψης, σε αντίθεση με τους κατόχους διδακτορικού τίτλου οι οποίοι κατατάσσονται τελευταίοι.

Γράφημα 33: Διαφοροποίηση ως προς το μορφωτικό επίπεδο



4.6.2 2^η ερευνητική υπόθεση

Με σκοπό την εξέταση της δεύτερης ερευνητικής υπόθεσης, χρησιμοποιήθηκε ο γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson. Στον Πίνακα 34 παρουσιάζονται οι τιμές των συντελεστών συσχέτισης, από τις οποίες αναδείχθηκαν 29 στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις. Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με το ερώτημα το κατά πόσο το άγχος, η κατάθλιψη και το στρες επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, είναι σαφές ότι όσο αυξάνεται το επίπεδο άγχους, τόσο μειώνονται όλα τα επίπεδα ποιότητας ζωής, με μόνη εξαίρεση το επίπεδο «Κοινωνικής λειτουργικότητας». Επιπλέον, όσο υψηλότερο επίπεδο κατάθλιψης και στρες εμφανίζουν οι επαγγελματίες υγείας, τόσο χαμηλότερη είναι η ποιότητα ζωής τους σε όλα τα επίπεδα. Οι παραπάνω συσχετίσεις δέχονται τιμές από 0.210 έως 0.555, επομένως είναι μικρής έως μέτριας έντασης. Τέλος, οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές σε 95% ή 99% επίπεδο εμπιστοσύνης.

Πίνακας 34: Συσχετίσεις με την ποιότητα ζωής

	Επίπεδο άγχους	Επίπεδο κατάθλιψης	Επίπεδο στρες
Θετική επιρροή της σωματικής κατάστασης	-.378**	-.426**	-.442**
Θετική επιρροή της συναισθηματικής κατάστασης	-.210*	-.387**	-.422**
Ζωτικότητα	-.305**	-.402**	-.366**
Σωματικός πόνος	-.337**	-.391**	-.338**
Γενική υγεία	-.232*	-.401**	-.332**
Κοινωνική λειτουργικότητα	-0.150	-.299**	-.361**
Σωματική λειτουργικότητα	-.439**	-.392**	-.360**
Ψυχική ευεξία	-.437**	-.555**	-.518**
Συνολική σωματική υγεία	-.398**	-.451**	-.417**
Συνολική ψυχική υγεία	-.288**	-.457**	-.478**
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).			

4.6.3 3^η ερευνητική υπόθεση

Για την εξέταση της τρίτης και τελευταίας ερευνητικής υπόθεσης, έγινε χρήση του συντελεστή συσχέτισης Pearson. Στον Πίνακα 35, παρουσιάζονται οι τιμές των συντελεστών συσχέτισης, από τις οποίες όλες αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές. Αναλυτικότερα, διαφαίνεται πως όσο πιο υψηλό είναι το επίπεδο άγχους των ερωτηθέντων λόγω του φόβου για τον COVID-19, τόσο πιο υψηλό είναι και το επίπεδο του άγχους τους γενικότερα, το επίπεδο κατάθλιψης και το επίπεδο στρες. Οι παραπάνω συσχετίσεις κυμαίνονται από 0.371 έως 0.453, επομένως είναι μικρής έως μέτριας έντασης, και είναι στατιστικά σημαντικές σε 99% επίπεδο εμπιστοσύνης.

Πίνακας 35: Συσχετίσεις με το επίπεδο άγχους λόγω φόβου για τον COVID-19

	Επίπεδο άγχους λόγω του COVID-19
Επίπεδο άγχους	.378**
Επίπεδο κατάθλιψης	.371**
Επίπεδο στρες	.453**
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).	

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υπόκεινται σε ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς. Το σχετικά μικρό μέγεθος του δείγματος, καθώς και η προέλευσή του από μεμονωμένο νοσοκομείο, περιόρισαν την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και δημιουργούν ενδοιασμούς για τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο κλάδο παρόχων υπηρεσιών υγείας .

Εντούτοις, τα αποτελέσματα της έρευνας επισημαίνουν την αναγκαιότητα σχεδιασμού και υλοποίησης προγραμμάτων διασφάλισης της ποιότητας ζωής αλλά και πρόληψης και διαχείρισης της κατάθλιψης και του άγχους σε σχέση με τον COVID-19 στους παρόχους υπηρεσιών υγείας,

5. Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, καθώς και τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες σε συνάφεια με τον φόβο για τον COVID-19, μεταξύ επαγγελματιών υγείας. Η πλειονότητα των εξεταζόμενων ήταν έγγαμες γυναίκες άνω των 50 ετών, νοσηλεύτριες, οι οποίες ερχόταν σε συχνή επαφή με ασθενείς με COVID και εργαζόταν σε νοσηλευτικό ίδρυμα πάνω από 20 έτη. Ανέφεραν, ότι διαθέτουν επαρκή γνώση για τον ιό, ότι η μεταδοτικότητα του είναι πολύ υψηλή, πως είναι περισσότερο σχολαστικοί από ότι ενδείκνυται για την τήρηση των μέτρων και ότι έχουν στο κοντινό τους περιβάλλον άτομο που ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου.

Όσον αφορά τις επιμέρους διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ερωτηθέντων, οι περισσότεροι χαρακτήρισαν γενικά την υγεία τους ως πολύ καλή και σε παρόμοιο επίπεδο τόσο με την κατάσταση της υγείας τους ένα χρόνο πριν, όσο και με εκείνη των περισσότερων γνωστών τους. Λόγω της υγείας τους, ανέφεραν ότι περιορίζονται κυρίως σε κουραστικές δραστηριότητες, ενώ σχεδόν καθόλου δεν μειώθηκε ο χρόνος που ξοδεύουν στη δουλειά ή τις δραστηριότητες τους, ούτε τις έκαναν λιγότερο προσεκτικά τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Ακόμη, σχεδόν καθόλου δεν επηρεάστηκαν οι συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες των ερωτηθέντων λόγω της σωματικής ή συναισθηματικής κατάστασης τους. Επίσης, δεν ένιωσαν καθόλου πόνο, ούτε τους επηρέασε στην εργασία τους, τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Η πλειοψηφία ανέφερε ότι αισθάνεται κυρίως ζωντάνια, ενώ τα συναισθήματα δεν επηρέασαν καθόλου τις κοινωνικές δραστηριότητες.

Υψηλή κρίθηκε η σωματική τους λειτουργικότητα και η θετική επιρροή που αισθάνονται από τη σωματική τους κατάσταση. Άνω του μέσου κρίθηκε η γενική τους υγεία, η ψυχική τους ευεξία, η ζωτικότητα και η θετική επιρροή της συναισθηματικής κατάστασης στη ζωή τους. Τέλος, ελάχιστα άνω του μετρίου τοποθετήθηκε η κοινωνική λειτουργικότητα τους. Η συνολική σωματική και ψυχική συνιστώσα της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ήταν υψηλή.

Ως προς τον COVID-19, οι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν πως όταν σκέφτονται τον κορονοϊό νιώθουν ανασφάλεια. Επιπλέον, το επίπεδο άγχους τους λόγω του φόβου για

τον COVID-19, τοποθετήθηκε λίγο κάτω του μετρίου. Αναφορικά με την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες των ερωτηθέντων, σπάνια δήλωσαν πως αντιλήφθηκαν τον χτύπο της καρδιάς τους ενώ δεν υπήρχε φυσική άσκηση, ότι ένιωθαν αποθαρρημένοι και άκεφοι και πως δυσκολεύτηκαν να χαλαρώσουν. Ακόμη, η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας παρουσίασε φυσιολογικά επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες.

Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν τις ερευνητικές υποθέσεις, καθώς κατέδειξαν ότι η ψυχολογική επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας, όντως εντείνεται με την εμφάνιση του ιού COVID-19. Επιπλέον, αναδείχτηκε για μια ακόμη φορά ότι το άγχος, το στρες και η κατάθλιψη επηρεάζουν την ποιότητα ζωής αρνητικά και αυτό ισχύει και στους επαγγελματίες υγείας.

Γίνεται λοιπόν κατανοητό, πως τα ευρήματα της παρούσας μελέτης βρίσκονται σε συμφωνία με τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Σύμφωνα με τους E. Magill et al (2020) θεωρείται ως δεδομένο ότι η πλειοψηφία, αν όχι όλοι, των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης που μάχονται ενάντια στην πανδημία του COVID-19 θα βιώσουν ψυχολογική επιβάρυνση με αρνητικές συνέπειες για αυτούς. Επίσης οι MK Sahin et al (2020) στην έρευνα που διεξήχθηκε στην Τουρκία εν μέσω πανδημίας, βρήκαν πολύ υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στους επαγγελματίες υγείας που αποτελούσαν το 60,2% και 77,6% αντιστοίχως. Βέβαια, στην παρούσα έρευνα τα ποσοστά αυτά ήταν χαμηλότερα και αυτό ίσως να συσχετίζεται με το γεγονός ότι όλοι οι συμμετέχοντες εργάζονταν σε ένα μικρό νοσοκομείο, το οποίο ήταν σε θέση να αντιμετωπίσει περιορισμένο αριθμό ασθενών. Έτσι, η πίεση που δέχτηκε το νοσοκομείο και κατά επέκταση το προσωπικό που εργαζόταν σε αυτό, ήταν ανάλογη με τη δυνατότητα των κλινών του.

Τέλος, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, παρέχουν ενδείξεις για την ύπαρξη διαφορών μεταξύ μορφωτικού επιπέδου των επαγγελματιών υγείας και εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Φαίνεται, πως όσο χαμηλότερο ήταν το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων στην έρευνα, τόσο μειώνονταν η ποιότητα ζωής και αυξάνονταν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Μια πιθανή ερμηνεία είναι πως έχοντας περισσότερη μόρφωση, κατακτάται και η ικανότητα καλύτερης επεξεργασίας των πληροφοριών και των δεδομένων. Κατά συνέπεια, γίνεται καλύτερη διαχείριση των πληροφοριών, γεγονός που δύναται να οδηγεί σε περισσότερες πιθανές λύσεις ενός προβλήματος. Περισσότερες λύσεις σημαίνουν και περισσότερες διέξοδοι από μία δύσκολη κατάσταση και αυτό

ενδεχομένως προσφέρει ψυχολογική ανακούφιση, μειώνοντας παράλληλα τα επίπεδα άγχους, στρες και κατάθλιψης.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προσέφεραν ορισμένες αρχικές ενδείξεις σχετικά με την ψυχολογική καταπόνηση που υφίστανται οι επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια των ιδιαίτερα πιεστικών συνθηκών της πανδημίας.

6. Ερευνητικοί Περιορισμοί – Προτάσεις

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υπόκεινται σε ορισμένους περιορισμούς που αναπόφευκτα μειώνουν τη δυνατότητα γενίκευσής τους στον πληθυσμό των επαγγελματιών υγείας. Οι εξεταζόμενοι προέρχονταν από ένα μόνο νοσηλευτικό ίδρυμα, το οποίο αν και δέχονταν ασθενείς COVID, ο αριθμός αυτών ήταν περιορισμένος. Επιπλέον ο αριθμός των εξεταζόμενων ήταν σχετικά μικρός.

Με βάση τους συγκεκριμένους περιορισμούς, προτείνεται ο σχεδιασμός μελλοντικών ερευνών που θα εξετάσουν μεγαλύτερο δείγμα εργαζομένων και ενδεχομένως σε διαφορετικούς φορείς απασχόλησης στον τομέα υγείας, την ίδια χρονική περίοδο, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα μεγαλύτερης αντιπροσωπευτικότητας στο δείγμα και γενίκευσης των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο κλάδο παρόχων υπηρεσιών υγείας .

Τέλος, είναι σημαντικό να προωθηθεί από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας η πλήρης σχεδίαση και εκτέλεση ενός πλάνου που θα αφορά εξειδικευμένα την διατήρηση και προαγωγή της ποιότητας ζωής των ατόμων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, καθώς αυτό θα έχει ευεργετικό αποτέλεσμα τόσο στους ιδίους, όσο και στους ασθενείς που είναι αποδέκτες αυτών των υπηρεσιών αλλά και γενικότερα θα συμβάλλει στην εύρυθμη και αποτελεσματικότερη λειτουργία του γενικότερου συστήματος υγείας .

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

- Αργέντου, Α. (2009). Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με τη υγεία. *ΕΛΕΥΘΩ*, 1, 25-30.
- Βάρβογλη, Λ. (2006). *Η Νευροψυχολογία του στρες στην καθημερινή ζωή*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Βιδάλης, Α, & Συγγελάκης, Μ. (2000). Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής. Nottingham Health Profile (NHP) - Ελληνική έκδοση. *Ιπποκράτης*: 4, 39-42.
- Θεοφίλου, Π. (2010). Ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας: Έννοια και αξιολόγηση. *e-Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας*, 5(4), 43- 53.
- Κάβουρα, Μ., Κυριόπουλος, Γ., Γείτονα, Μ., & Βανδώρου, Χρ. (2003). *Ποιότητα Ζωής*. Αθήνα: JANSSEN-CILAG.
- Καραδήμας, Ε. Χ. (2005). *Ψυχολογία της Υγείας: Θεωρία και Κλινική Πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω- Γ. Δαρδανός.
- Καραδήμας, Ε. Χ. (2008). Στρες: Οι επιπτώσεις του στην Υγεία και οι ενδιάμεσοι μηχανισμοί. Στο Φ. Αναγνωστόπουλος & Ε. Χ. Καραδήμας (επιμ.), *Υγεία και Ασθένεια: Ψυχολογικές Διεργασίες*. (σελ. 477- 499). Αθήνα: Λιβάνη.
- Μάνος, Ν.(1997). *Βασικά στοιχεία της Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Νάκου, Σ. (2001). Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 254-266.
- Παππά, Ε., Κοντοδημόπουλος, Ν., & Νιάκας, Δ. (2006). Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(2), 159-166.
- Πολυκανδριώτη, Μ., & Στεφανίδη, Σ. (2013). Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 12(4), 397- 408.
- Σαρρής Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., & Υφαντόπουλος, Γ. (2001). Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 230-238.
- Υφαντόπουλος Γ . (2001). Αξιολόγηση και μέτρηση της Ποιότητας Ζωής στην Ελλάδα με τη μέθοδο του EQ-15D. *Αρχ. Ελλ. Ιατρικής*, 18, 279–287.

Χατζάκη, Α. (2008). Σύγχρονη και βιολογική θεώρηση της κατάθλιψης. Νευροπεπτίδια και νέες θεραπευτικές επιλογές. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(4), 456- 462.

Χριστοδούλου, Γ.Ν. (2005). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Βήττα.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Adriaenssens, J., De Gucht, V., Van Der Doef, M., & Maes, S. (2011). Exploring the burden of emergency care: predictors of stress-health outcomes in emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1317–1328.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05599>

Anagnostopoulos, F., Niakas, D., & Pappa, E. (2005). Construct validation of the greek SF-36 health survey. *Quality of Life Research*, 14(8), 1959-1965

Amin, S. (2020). The psychology of coronavirus fear: Are healthcare professionals suffering from corona-phobia?. *International Journal of Healthcare Management*, 13(3), 249-256

Andrews F, Whitney S B. (1978). *Social Indicators of Well-being: Americans' Perceptions of Life Quality*. New York: Plenum Press

APA (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition)*. Arlington: American Psychiatric Press.

Barlow, D. H., & Durand, M. V. (2000). *Abnormal psychology: An introduction*. Brook.

Bartoletti, M., Marconi, L., Scudeller, L., Pancaldi, L., Tedeschi, S., Giannella, M., ... & PREDICO Study Group. (2021). Efficacy of corticosteroid treatment for hospitalized patients with severe COVID-19: a multicentre study. *Clinical Microbiology and Infection*, 27(1), 105-111

Bhimraj, A., Morgan, R. L., Shumaker, A. H., Laverne, V., Baden, L., Cheng, V. C. C., ... & Falck-Ytter, Y. (2020). Infectious Diseases Society of America guidelines on the treatment and management of patients with COVID-19. *Clinical Infectious Diseases*.

Bhowmik, D., Kumar, K. P., S., Srivastava, S., Paswan, S., & Dutta, A. S. (2012). Depression- Symptoms, Causes, Medications and Therapy, 1(3), 41- 55.

Blake, H., Bermingham, F., Johnson, G., & Tabner, A. (2020). Mitigating the psychological impact of COVID-19 on healthcare workers: a digital learning

- package. International journal of environmental research and public health, 17(9), 2997
- Boulos, M. N. K., & Geraghty, E. M. (2020). Geographical tracking and mapping of coronavirus disease COVID-19/severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) epidemic and associated events around the world: how 21st century GIS technologies are supporting the global fight against outbreaks and epidemics.
- Brown, G.K., Newman, C. F., Charlesworth, S., Crits- Christoph, P., & Beck, A. T. (2004). An open critical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 257- 271.
- Cooper, C. and Cooper, Rachel and Eaker, L. (1987) *Living with stress*. Penguin Books, London and New York
- Cox, T., Griffiths, A., & Rial- Gonzalez, E. (2000). *Research on work related stress*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- DiMatteo, M. R., & Martin, L.R. (2011). *Health Psychology, University of California- Riverside*.
- Donnelly, T. (2014). Stress among nurses working in an acute hospital in Ireland. *British Journal of Nursing*, 23(13), 746–750.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.13.746>
- Ebrahim S. (1995). Clinical and Public Health Perspectives and applications of Health-Related Quality of Life Measurement. *Soc. Sci. Med.*, 41(10), 1383- 1394.
- Epel, E. S., Blackburn, E. H., Lin, J., Dhabhar, F. S., Adler, N. E., Morrow, J. D., & Cawthon, R. M., (2004). Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 101(49), 17312- 17315.
- European Commission, Eurofound. (2013). *Quality of life in Europe, Subjective well-being*, 3rd European quality of life survey.
https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans_el
- Fallowfield L. (1991). *The Quality of Life. The Missing Measurement in Health Care*. Paul, New York.
- Forshaw, M. (2002). *Essential Health Psychology*. New York: Oxford University Press.

- Gao J, Tian Z, Yang X. Breakthrough: Chloroquine phosphate has shown apparent efficacy in treatment of COVID-19 associated pneumonia in clinical studies. *BioscTrends* 2020 ;14 (1) :72-73
- Giusti, E. M., Pedroli, E., D'Aniello, G. E., Badiale, C. S., Pietrabissa, G., Manna, C., ... & Molinari, E. (2020). The psychological impact of the COVID-19 outbreak on health professionals: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 11.
- Godwin, A., Suuk, L. A., & Selorm, F. H. (2016). Occupational Stress and its Management among Nurses at St. Dominic Hospital, Akwatia, Ghana. *Health Science Journal*, 10(6), 446- 467.
- Guo, Y. R., Cao, Q. D., Hong, Z. S., Tan, Y. Y., Chen, S. D., Jin, H. J., ... & Yan, Y. (2020). The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak—an update on the status. *Military Medical Research*, 7(1), 1-10.
- Hakansson, C., & Ahlborg, G. Jr. (2016). Occupations, perceived stress, and stress-related disorders among women and men in the public sector in Sweden. *Scand J Occup Ther*, 4, 1-8.
- Hamdan-Mansour, A. M., Al-Gamal, E., Puskar, K., Yacoub, M., & Marini, A. (2011). Mental health nursing in Jordan: An investigation into experience, work stress and organizational support. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(2), 86–94. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00716.x>
- Hwang, W., Lei, W., Katritsis, N. M., MacMahon, M., Chapman, K., & Han, N. (2021). Current and prospective computational approaches and challenges for developing COVID-19 vaccines. *Advanced Drug Delivery Reviews*.
- Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., Williams, J., & Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: Subjective health status and medical consultations. *Social Science and Medicine*; 15, 221-229.
- Izda, V., Jeffries, M. A., & Sawalha, A. H. (2020). COVID-19: A review of therapeutic strategies and vaccine candidates. *Clinical Immunology*, 108634.
- Jiang, F., Deng, L., Zhang, L., Cai, Y., Cheung, C. W., & Xia, Z. (2020). Review of the clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of general internal medicine*, 35(5), 1545-1549

- Kannan, S. P. A. S., Ali, P. S. S., Sheeza, A., & Hemalatha, K. (2020). COVID-19 (Novel Coronavirus 2019)-recent trends. *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci*, 24(4), 2006-2011
- Karnofsky, D.A., & Burchenal, J.H. (1949). The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In C. M. MacLeod CM. (eds). *Evaluation of chemotherapeutic agents*, (pp. 191- 205). New York: Columbia University Press. Retrieved in 15 November, 2020, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6973203/>
- Kane, P. P. (2009). Stress causing psychosomatic illness among nurses. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 13(1), 28- 32. <https://doi.org/10.4103/0019-5278.50721>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976-e203976.
- Lambert, V. A., & Lambert, C. E. (2008). Nurses' workplace stressors and coping strategies. *Indian Journal of Palliative Care*, 14(1), 38- 44. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.41934>
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1- 22.
- Magill, E., Siegel, Z., & Pike, K. M. (2020). The Mental Health of Frontline Health Care Providers During Pandemics: A Rapid Review of the Literature. *Psychiatric Services*, 71(12), 1260-1269.
- McHorney, C. A., Ware, J. E., & Racjek, A. G. (1993). The MOS 36 item short form health survey II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and medical health construct. *Medical Care*, 31, 247- 263.
- McTiernan, K., & McDonald, N. (2015). Occupational stressors, burnout and coping strategies between hospital and community psychiatric nurses in a Dublin region. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(3), 208–218. <https://doi.org/10.1111/jpm.12170>.
- Mercler, M., Schraub, S., Bransfield, B., & Fournier, A. (1992). Acceptance and differential perceptions of quality of life measures in a French oncology setting. *Quality of Life Research*, 1, 53-61.

- Merkus M P. (1999). Quality of life over time in dialysis: the Netherlands Cooperative Study Group on the adequacy of dialysis. *NECOSAD Study Group. Kidney International*, 56, 720-728.
- Mirhaghi, M., & Sarabian, S. (2016). Relationship between perceived stress and personality traits in emergency medical personnel. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 18(5), 265–271.
- Murray C, Lopez A.(1996). Global burden of disease, a comprehensive assessment of mortality and morbidity from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Retrieved on 13 November, 2020, from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41864/0965546608_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Nakou, S. (2001). Measurement of quality of life in the health care field. Applications in child health. Section of Ecology, Institute of Child Health, Athens, Greece. *Archives of Hellenic Medicine*; 18(3), 254-266.
- Ormel, J., Lindenberg, S., Steverink, N., & Vonkorff, M. (1997). Quality of Life And Sosial Production Functions: a Framework for understanding health effects. Department of Health Sciences and Northern Center for Health Research, University of Groningen.
- Owczarek, K. (2010). The concept of Quality of Life. *Acta Neuropsychologica*, 8(3) Retrieved in 17 November, 2020, from https://www.researchgate.net/publication/289641702_The_concept_of_quality_of_life
- Park, K. S., Sun, X., Aikins, M. E., & Moon, J. J. (2020). Non-viral COVID-19 vaccine delivery systems. *Advanced drug delivery reviews*.
- Patel, V. Pereira, J., & Mann, A. H. (1998). Somatic and psychological models of common mental disorder in primary care in India. *Psychol. Med.* 28(1), 135- 143.
- Patrick, D. L., & Erickson, P. (1993). *Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation*. Oxford University Press, New York.
- Pezirkianidis, C., Karakasidou, E., Lakioti, A., Stalikas, A., & Galanakis, M. (2018). Psychometric properties of the depression, anxiety, stress scales-21 (DASS-21) in a Greek sample. *Psychology*, 9(15), 2933-2950

- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. Wolters Kluwer.
- Şahin, M. K., Aker, S., Şahin, G., & Karabekiroğlu, A. (2020). Prevalence of depression, anxiety, distress and insomnia and related factors in healthcare workers during COVID-19 pandemic in Turkey. *Journal of Community Health*, 45(6), 1168-1177.
- Schweiter, R., Kelly, B., Foran, A., Terry D., & Whiting J. (1995). Quality of life in chronic Fatigue Syndrome. *Soc. Sci. Med*, 41(10), 1367-1372.
- Seaward, B. L. (2012). *Managing stress: principles and strategies for health and well-being*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Sharma, E. (2005). Role Stress among doctors. *Journal of Health Management*; 7(1), 151-156.
- Singh, A., Shaikh, A., Singh, R., & Singh, A. K. (2020). COVID-19: From bench to bedside. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(4), 277-281.
- Sifuentes-Rodríguez, E., & Palacios-Reyes, D. (2020). COVID-19: The outbreak caused by a new coronavirus. *Boletin Medico del Hospital Infantil de Mexico*, 77(2), 47-53.
- Singhal, T. (2020). A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19). *The indian journal of pediatrics*, 87(4), 281-286.
- Soto-Rubio, A., Giménez-Espert, M. D. C., & Prado-Gascó, V. (2020). Effect of emotional intelligence and psychosocial risks on burnout, job satisfaction, and nurses' health during the covid-19 pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 7998.
- Su, S., Boore, J., Jenkins, M., Liu, P., & Yang, M. (2009). Nurses' perceptions of environmental pressures in relation to their occupational stress. *Journal of Clinical Nursing*, 18(22), 3172-3180. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02771.x>.
- Suryavanshi, N., Kadam, A., Dhumal, G., Nimkar, S., Mave, V., Gupta, A., ... & Gupte, N. (2020). Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. *Brain and behavior*, 10(11), e01837.
- Sun, P., Lu, X., Xu, C., Sun, W., & Pan, B. (2020). Understanding of COVID-19 based on current evidence. *Journal of medical virology*, 92(6), 548-551.

- Tabak, N., & Orit, K. (2007). Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 15(3), 321–331. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00665.x>
- Thian, J. H. M., Kannusamy, P., & Klainin-Yobas, P. (2013). Stress, positive affectivity, and work engagement among nurses: An integrative literature review. *Singapore Nursing Journal*, 40(1), 24–33.
- Tsigos, C., & Chrousos, G. (2002). Hypothalamic- pituitary- adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 865- 871.
- Tsipropoulou, V., Nikopoulou, V. A., Holeva, V., Nasika, Z., Diakogiannis, I., Sakka, S., ... & Parlapani, E. (2020). Psychometric properties of the Greek version of FCV-19S. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-10
- Wang, S., Liu, Y., & Wang, L. (2015). Nurse burnout: Personal and environmental factors as predictors. *International Journal of Nursing Practice*, 21(1), 78–86. <https://doi.org/10.1111/ijn.12216>
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30, 473-483.
- WHO (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409 .
- WHO (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*, 18 March 2020 (No. WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1). World Health Organization.
- WHO (2001). *Mental and neurological disorders*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence.
- WHO (2003). *Concepts and methods of community-based initiatives*. Switzerland: Geneva.
- Zhou, H., & Gong, Y.-H. (2015). Relationship between occupational stress and coping strategy among operating theatre nurses in China: a questionnaire survey. *Journal of Nursing Management*, 23(1), 96–106. <https://doi.org/10.1111/jonm.12094>.
- .

-
-
-
-
-

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.