Σχολή Επιστημών Υγείας	Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	Πανεπιστήμιο Ιωάννινων

«Ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που προσφέρει φροντίδα σε ασθενείς με κορονοϊό στα Νοσοκομεία των Ιωαννίνων»

«Psycho-emotional effects on the medical staff who delivers care to Covid patients in the Hospitals of Ioannina»

Δράκου Ελένη

Drakou Eleni

Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία

2022

© Δράκου Ελένη

Βεβαιώνεται ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι δική μου, γνήσια και πρωτότυπη, ως μέρος των υποχρεώσεων μου για την ολοκλήρωση του μεταπτυχιακού προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων», του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μην κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα.

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπων:

ΚΑΤΣΑΝΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Γαστρεντερολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μέλη:

ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Καθηγητής Γαστρεντερολογίας Διευθυντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΓΚΟΥΒΑ ΜΑΙΡΗ

Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι επαγγελματίες υγείας πρώτη γραμμής για την πανδημία, και ιδιαίτερα γιατροί και νοσηλευτές που είναι υπεύθυνοι με την φροντίδα ασθενών με Covid αντιμετωπίζουν ένα ευρύ φάσμα ψυχολογικών στρεσογόνων παραγόντων, οι οποίοι μπορεί να προκαλέσουν μακροχρόνιες επιπτώσεις στην ευημερία και την ψυχική υγεία των εργαζομένων και να επηρεάσουν την ποιότητα και την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει το επίπεδο ψυχοσυναισθηματικής υγείας, του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού τμημάτων Covid στα Νοσοκομεία των Ιωάννινων, ως προς το άγχος, το στρες την κατάθλιψη και τον φόβο και την πιθανή συσχέτιση που μπορεί να υπάρχει με δημογραφικούς, κοινωνικούς και τους εργασιακούς παράγοντες

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε μια ποσοτική συγχρονική έρευνα σε δείγμα 111 ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων για Covid στα δυο νοσοκομεία των Ιωαννίνων κατά την περίοδο ύφεσης της πανδημίας. Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες «Fear of COVID-19 scale», «Depression Anxiety Stress Scale-21» και ερωτηματολόγιο δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών. Η αξιοπιστία των ερωτηματολογίων και των διαστάσεών τους πραγματοποιήθηκε με τον δείκτη Cronbach's Alpha. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό SPSS v23.0 και το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05 σε όλες τις περιπτώσεις.

Αποτελέσματα: Κατά την περίοδο ύφεσης της πανδημίας του Covid, τα επίπεδα άγχους, στρες, κατάθλιψης και φόβου στο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και των Μονάδων Ειδικών Λοιμώξεων Covid των νοσοκομείων της πόλης των Ιωαννίνων δεν εντοπίζονται σε υψηλά επίπεδα. Το άγχος ήταν ήπιο, το στρες φυσιολογικό, η κατάθλιψη μέτριας έντασης και ο φόβος για τον Covid σε χαμηλό επίπεδο. Φυσιολογικά επίπεδα άγχους καταγράφηκαν στο 65,8% των συμμετεχόντων, φυσιολογικά επίπεδα στρες στο 49,5% των συμμετεχόντων και φυσιολογικά επίπεδα κατάθλιψης στο 60,4% των συμμετεχόντων. Το ποσοστό Σοβαρού και Πολύ Σοβαρού Άγχους ήταν 11,7%, το Σοβαρό και Πολύ Σοβαρό Στρες είναι 22,5% και το ποσοστό Σοβαρής ή Πολύ Σοβαρής Κατάθλιψης είναι 18,9%. Διαπιστώθηκε επίσης ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των Μονάδων Ειδικών Λοιμώξεων για τον Covid παρουσίασε υψηλότερα επίπεδα άγχους, στρες, κατάθλιψης

και φόβου από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας. Με βάση συγκεκριμένα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες και το προσωπικό χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και φόβου για τον Covid. Επίσης, γιατροί και νοσηλευτές ηλικίας 46-55 ετών είχαν υψηλότερα επίπεδα κορονοφοβίας. Με βάση τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά του προσωπικού, οι νοσηλευτές και τα άτομα που μεταφέρθηκαν από το χειρουργικό τμήμα στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και στις Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων για τον Covid εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και φόβου για τον Covid. Τέλος, διαπιστώθηκε οτι υψηλότερα επίπεδα φόβου σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, στρες και άγχους

Συμπέρασμα: Ακόμη και κατά την περίοδο της ύφεσης της πανδημίας Covid, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των Μονάδων Covid αντιμετωπίζει ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα. Τα ευρήματά μας εντοπίζουν παράγοντες που σχετίζονται με υψηλά επίπεδα ψυχολογικού στρες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διαμόρφωση στοχευμένων παρεμβάσεων με σκοπό τη βελτίωση της ψυχικής τους υγείας.

Λέξεις Κλειδιά

Μονάδες Covid, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ψυχική υγεία, στρεσογόνοι παράγοντες

Abstract

Introduction: Pandemic «first line» health professionals, and in particular physicians and nurses responsible for the care of patients with Covid, face a wide range of psychological stressors, which can have long-term effects on employee well-being and mental health, and affect quality and safety of the care they provide.

Aim: Purpose of this study is to investigate the level of psycho-emotional health of doctors and nurses working in Covid departments in the Hospitals of Ioannina in terms of anxiety, stress, depression and fear and the possible correlation it may have with demographic, social and occupational factors.

Methodology: A quantitative cross-sectional survey was conducted on a sample of 111 physicians and nurses working in Intensive Care Units and Special Infections Units for Covid in the two hospitals of Ioannina, during the recession of the pandemic. For data collection. were used "Fear of COVID-19 scale", "Depression Anxiety Stress Scale-21" and a demographic and job characteristics questionnaire. The reliability of the questionnaires and their dimensions was performed with the Cronbach's Alpha. The analysis was performed with SPSS v23.0 software and the significance level was set equal to 0.05 in all cases.

Results: During the recession of the pandemic of Covid, the levels of anxiety, stress, depression and fear for Covid19 in the nursing and medical staff of Intensive Care Units and Special Infections Units for Covid of hospitals of Ioannina city are not found at a high level. The anxiety is mild, the stress normal, the depression moderate and fear for Covid at a low level. Normal anxiety levels were recorded in 65.8% of participants, normal Stress levels in 49.5% of participants and normal Depression levels in 60.4% of participants. The percentage of Serious and Very Serious Anxiety was 11.7%, the percentage of Serious and Very Severe Stress is 22.5% and the rate of Severe or Very Severe Depression is 18.9% It was also found that the medical and nursing staff of the Special Infections Units for Covid have higher levels of anxiety, stress, depression and Fear of Covid than nurses and doctors of Intensive Care Units. Based on specific socio-demographic, it was found that women and staff of lower educational level have higher levels of stress and fear of Covid. Also doctors and nurses aged 46-55 had higher levels of coronophobia. Based on the professional characteristics of the staff, the nurses and the individuals who were transferred from the surgical department to the Intensive Care

Units and Special Infections Units for Covid showed higher levels of stress and fear of Covid. Finally, it was found that higher level of fear is related with higher level of depression, stress and anxiety

Conclusion: Even during the period of the Covid pandemic recession, the medical and nursing staff of the Covid Units are experiencing psycho-emotional problems. Our findings identify factors associated with high levels of psychological stress that can be used to shape targeted interventions to improve their mental health.

Keywords: Units for Covid, medical and nursing staff, mental health, stress factors

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη 2
Abstract 4
Κεφάλαιο 1ο 11
Εισαγωγή 11
Κεφάλαιο 2ο 12
Στόχος και σκοποί της μελέτης 12
2.1. Γενικός στόχος και αντικειμενικοί σκοποί της εργασίας 12
2.2. Ερευνητική ερώτηση 12
2.3 Αιτιολόγηση/σκεπτικό της εργασίας 14
2.4 Αναστοχασμός 15
Κεφάλαιο 3 17
Βιβλιογραφική ανασκόπηση 17
3.1 Το υπόβαθρο του θέματος 17
3.2. Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση 20
3.3 Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας 23
3.4. Το ερευνητικό κενό 27
Κεφάλαιο 4 29
Σχεδιασμός της μελέτης 29
4.1. Επιστημολογία 29
4.2. Μεθοδολογία 30
4.3. Δειγματοληπτική τεχνική 32
4.4 Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος 33
4.5. Περιγραφή του δείγματος 34
4.6. Περιγραφή του χώρου 37
4.7. Μέθοδος συλλογής των δεδομένων 37
4.8. Ηθική της έρευνας 39
4.9. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων 40
Αποτελέσματα της έρευνας 41
5.1. Ποσοστό απόκρισης 41
5.2.Αξιοπιστία ερωτηματολογίων 41
5.3. Παρουσίαση στατιστικών και ανάλυση δεδομένων 41
5.4 Περίληψη των αποτελεσμάτων 67
Κεφάλαιο 6 68

Συζήτηση 68
6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων 68
6.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας 73
6.3. Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας 75
Κεφάλαιο 7ο 77
Συμπεράσματα 77
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 78
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ -ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ – ΕΝΤΥΠΑ ΕΓΚΡΙΣΕΩΝ 92

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά 35
Πίνακας 2. Εργασιακά χαρακτηριστικά 36
Πίνακας 3. Εκτιμήσεις του δείκτη αξιοπιστίας για τα ερωτηματολόγια DASS και FCV 41
Πίνακας 4. Χαρακτηριστικά των εκβάσεων 42
Πίνακας 5. Κατηγοριοποίηση των τιμών των τριών εκβάσεων του DASS21 44
Πίνακας 6. Κατηγορίες άγχους, Stress και κατάθλιψης στο σύνολο του δείγματος 44
Πίνακας 7. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με το τμήμα εργασίας 47
Πίνακας 8. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με το φύλο 49
Πίνακας 9. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με την ηλικία 51
Πίνακας 10. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση 53
Πίνακας 11. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με τα άτομα που συζούν 54
Πίνακας 12 Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης 55
Πίνακας 13. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με την σχέση εργασίας 57
Πίνακας 14. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με την θέση εργασίας 57
Πίνακας 15. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με την συνολική εργασιακή εμπειρία 59
Πίνακας 16. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με τον συνολικό χρόνο εργασίας σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Λ. Covid 60
Πίνακας 17. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με το τμήμα μετακίνησης στη Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Λ. Covid 61
Πίνακας 18. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με το ωράριο εργασίας. 62
Πίνακας 19. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με το πόσες φορές/εβδομάδα εργάζονται περισσότερο από 8ωρες/24ωρο 63
Πίνακας 20. Συσχετίσεις των εκβάσεων 64

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΌΝΩΝ

Εικόνα 1. Διάγραμμα ροής 24
Εικόνα 2. Ιστόγραμμα τιμών για το άγχος 42
Εικόνα 3. Ιστόγραμμα τιμών για το stress 43
Εικόνα 4. Ιστόγραμμα τιμών για την κατάθλιψη 43
Εικόνα 5. Κατανομή των κατηγοριών του άγχους στο σύνολο των συμμετεχόντων 45
Εικόνα 6. Κατανομή των κατηγοριών του stress στο σύνολο των συμμετεχόντων 45
Εικόνα 7. Κατανομή των κατηγοριών της κατάθλιψης στο σύνολο των συμμετεχόντων 46
Εικόνα 8. Ιστόγραμμα τιμών για το FCV 46
Εικόνα 9. Κατανομή των τιμών για το stress ανάλογα με το τμήμα εργασίας 48
Εικόνα 10. Κατανομή των τιμών για την κατάθλιψη ανάλογα με το τμήμα εργασίας 48
Εικόνα 11. Κατανομή των τιμών για το FCV ανάλογα με το τμήμα εργασίας 49
Εικόνα 12. Κατανομή των τιμών για το stress ανάλογα με το φύλο 50
Εικόνα 13. Κατανομή των τιμών για το FCV ανάλογα με το φύλο 50
Εικόνα 14. Κατανομή των τιμών για το FCV ανάλογα με την ηλικία 52

Εικόνα 15. Κατανομή των τιμών για την κατάθλιψη ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση 53
Εικόνα 16. Κατανομή των τιμών για το stress ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης..... 55
Εικόνα 17. Κατανομή των τιμών για το FVC ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης..... 56
Εικόνα 18. Κατανομή των τιμών για το stress ανάλογα με τη θέση εργασίας..... 58
Εικόνα 19. Κατανομή των τιμών για το FCV ανάλογα με τη θέση εργασίας..... 58
Εικόνα 20. Κατανομή των τιμών για το stress ανάλογα με το τμήμα μετακίνησης σε τμήμα Covid 61
Εικόνα 21. Κατανομή των τιμών για το FCV ανάλογα με το τμήμα μετακίνησης σε τμήμα Covid 62
Εικόνα 22. Κατανομή άγχους/stress 64
Εικόνα 23. Κατανομή άγχους/κατάθλιψης..... 64
Εικόνα 24. Κατανομή άγχους/FCV 65
Εικόνα 25. Κατανομή stress/κατάθλιψης..... 65
Εικόνα 26. Κατανομή stress /FCV..... 66
Εικόνα 27. Κατανομή κατάθλιψης/FCV 66

Ευχαριστίες

Πρώτα από όλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Κο Κατσάνο Κωνσταντίνο, Αναπληρωτή Καθηγητή Γαστρεντερολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και επιβλέποντα της παρούσας διπλωματικής για την εμπιστοσύνη που έδειξε στο πρόσωπο μου καθώς και για το ότι με τις γνώσεις του κατηύθυνε την οργάνωση και τη δομή της.

Συνεχίζοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Κα Γκούβα Καθηγήτρια Ψυχολογίας Ασθενών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, και τον Κο Μαντζούκα Στέφανο Αναπληρωτή Καθηγητή στη Νοσηλευτική Πράξη βασισμένη στην Ποιοτική έρευνα και στον Αναστοχασμό, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων για την βοήθεια και την καθοδήγηση τους σε θέματα σχεδιασμού, διεξαγωγής και συγγραφής της παρούσας επιστημονικής έρευνας.

Θα πρέπει να αναφέρω, τις θερμές μου ευχαριστίες στους Προϊσταμένους και Διευθυντές, των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και Μονάδων Ειδικών Λοιμώξεων των Νοσοκομείων Ιωαννίνων οι οποίοι με την ευγένεια τους και την προθυμία τους, βοήθησαν στη συλλογή του δείγματος.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλο το εργαζόμενο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο ανταποκρίθηκε και συμμετείχε στη μελέτη, καθώς χωρίς την συμμετοχή του δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί η παρούσα διπλωματική εργασία.

Τέλος, θα ευχαριστήσω την κόρη μου, Κατερίνα και όλα τα οικεία μου πρόσωπα που μου συμπαραστάθηκαν και με παρακινούσαν όλο αυτό το διάστημα που εργαζόμουν και παράλληλα εκπονούσα τη διπλωματική μου έρευνα.

Κεφάλαιο 1ο

Εισαγωγή

Η παρούσα μελέτη, στην οποία διερευνάται ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού τμημάτων Covid, απαρτίζεται από επτά κεφάλαια με πρώτο την εισαγωγή, που περιγράφει τι πρόκειται να ακολουθήσει..

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναπτύσσονται ο ερευνητικός στόχος οι αντικειμενικοί σκοποί, και το ερευνητικό ερώτημα που τίθεται από το κλινικό ζήτημα. Στο υποκεφάλαιο «σκεπτικό της εργασίας» αναλύεται η χρησιμότητα της μελέτης και σε αυτό του «αναστοχασμού» τα εργασιακά βιώματα της ερευνήτριας τα οποία στάθηκαν αφορμή για την υλοποίηση της μελέτης.

Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφεται το υπόβαθρο του θέματος και ακολουθεί μεθοδευμένη συστηματική ανασκόπηση μελετών σχετικών με το ερευνητικό ερώτημα, η κριτική τους ανάλυση και η σύνθεση των αποτελεσμάτων τους, εντοπίζοντας το ερευνητικό κενό.

Στο τέταρτο κεφάλαιο διασαφηνίζεται η θετικιστική επιστημολογική θέση της μελέτης, ο απαγωγικός μεθοδολογικός συλλογισμός, η επιλογή της εύκολης και σκόπιμης δειγματοληπτικής τεχνικής, τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού του πληθυσμού-στόχου και περιεγράφονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος. Ακολούθως αιτιολογήθηκε η διανομή ερωτηματολογίων/ για τη συλλογή δεδομένων και περιεγράφεται η μέθοδος ανάλυσής τους. Στο τέλος του κεφαλαίου αναλύονται ηθικά ζητήματα διεξαγωγής της έρευνας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο καταγράφονται και επεξηγούνται τα ερευνητικά αποτελέσματα με βάση τους σκοπούς της μελέτης.

Στο κεφάλαιο της συζήτησης συσχετίζονται τα ερευνητικά αποτελέσματα με αντίστοιχες μελέτες και αξιολογείται η ερευνητική διαδικασία ως προς δυνατά και «αδύναμα» σημεία. Τέλος παρατίθενται συγκεκριμένες προτάσεις εφαρμογής στην πράξη των ερευνητικών αποτελεσμάτων.

Η εργασία ολοκληρώνεται στο έβδομο κεφάλαιο με τα συμπεράσματα της έρευνας.

Κεφάλαιο 2ο

Στόχος και σκοποί της μελέτης

2.1. Γενικός στόχος και αντικειμενικοί σκοποί της εργασίας

Γενικός στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης (άγχους, στρες, κατάθλιψης και φόβου) του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε τμήματα Μ.Ε.Θ. και Μ.Ε.Λ. Covid στα Νοσοκομεία των Ιωαννίνων.

Οι επιμέρους αντικειμενικοί σκοποί ήταν να διερευνηθούν αν:

I. Τα επίπεδα φόβου, άγχους στρες και κατάθλιψης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε Μ.Ε.Θ. και Μ.Ε.Λ. Covid των Νοσοκομείων της πόλης των Ιωαννίνων, είναι υψηλά

II. Τα επίπεδα ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης προσωπικού διαφοροποιούνται μεταξύ εργαζομένων τμημάτων στα εν λόγω τμήματα

III. Οι εκβάσεις που αφορούν φόβο, άγχος, στρες και κατάθλιψη, διαφοροποιούνται ανάλογα με δημογραφικές και εργασιακές παραμέτρους

IV. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των επίπεδων του φόβου για τον Covid19 με την εκδήλωση άγχους, στρες και κατάθλιψης του προσωπικού στα συγκεκριμένα τμήματα

2.2. Ερευνητική ερώτηση

Η παρούσα αιτιολογική μελέτη αποσκοπεί να εξετάσει, τη συσχέτιση της έκθεσης στον επιβαρυντικό παράγοντα που είναι το υψηλό ιικό φορτίο σε Μ.Ε.Θ. και Μ.Ε.Λ Covid και της ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού «πρώτης γραμμής» (Fineout-Overholt and Johnston, 2005).

Οι αιτιολογικές μελέτες εξετάζουν τη συσχέτιση εκθέσεων επιβαρυντικών παραγόντων και σχετικών υγειονομικών αποτελεσμάτων. Οι εκθέσεις (παράγοντες κινδύνου) που δυνητικά προκαλούν ασθένειες αφορούν συνήθειες του τρόπου ζωής ή συνθήκες περιβάλλοντος (Mansournia,et al., 2017). Οι συγκεκριμένες μελέτες είναι σημαντικές διότι αποσκοπούν να

διερευνήσουν αιτιολογικούς παράγοντες φαινομένων (π.χ. έκθεση σε μολυσματικό περιβάλλον) που είναι δύσκολο να μελετηθούν με ελεγχόμενες δοκιμές (Dekkers et al., 2019).

Με πρόθεση να συγκεντρωθούν οι κατάλληλες πληροφορίες, ώστε να κατανοήσουμε τι έχει μελετηθεί για το παρόν θέμα μετατρέψαμε το κλινικό ζήτημα σε ερευνητικό ερώτημα.

Η προσεκτική διατύπωσή του είναι κρίσιμη, διότι προσδιορίζει το εύρος της ανασκόπησης, τον τύπο του δείγματος, τον σχεδιασμό, τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού μελετών και ερμηνεύει τα ευρήματα με βάση το πόσο καλά αντιπροσωπεύουν το αρχικό ερώτημα (Morgan et al., 2018), (Schardt et al., 2007)..

Σαν ερευνητικό ερώτημα αιτιολογίας, θα βοηθήσει να αντιμετωπιστεί πιθανή αιτιότητα και επομένως «βλάβη» και μπορεί να «απαντηθεί» από μελέτες κοορτής, περιπτωσιολογικές και συγχρονικές μελέτες (Dekkers et al., 2019).

Η διατύπωσή του, βασίστηκε σε προσεκτική σύνθεση στοιχείων ώστε να αναζητήσουμε συστηματικά και μεθοδευμένα τις καλύτερα τεκμηριωμένες «απαντήσεις»/ (Fineout et al., 2005).

Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο ερευνητικού ερωτήματος PECO αντί του PICO, καθώς η ερώτηση αφορά αποτελέσματα υγείας σχετικά με την επίδραση έκθεσης σε επιβαρυντικό παράγοντα. Στην παρούσα εργασία εξετάζεται η ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση του προσωπικού τμημάτων Covid καθώς εκτίθεται σε υψηλό κίνδυνο κατά την φροντίδα ασθενών με υψηλή μολυσματικότητα (Collaboration for Environmental Evidence, 2013), και επιπλέον διευκολύνει τον προσδιορισμό μιας σύγκρισης μεταξύ έκθεσης και αποτελέσματος όπως στη συγκεκριμένη εργασία εξετάζονται εάν τα επίπεδα των ψυχοσυναισθηματικών εκβάσεων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού διαφοροποιούνται ανάλογα με το τμήμα εργασίας (Μ.Ε.Θ. και Μ.Ε.Λ.) (Morgan, et al., 2018).

Έτσι με γνώμονα τον πληθυσμό ενδιαφέροντος (P), την έκθεση στον επιβαρυντικό παράγοντα (E), την σύγκριση με διαφορετικό υποκείμενο (C), και τα αποτέλεσμα της έκθεσης (O) χρησιμοποιώντας το ακρωνύμιο PECO πλαισιώσαμε την ερευνητική μας ερώτηση.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΩΤΗΣΗ- ΕΡΩΤΗΣΗ PECO
Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για τον Covid-19 (P) των τμημάτων Μ.Ε.Θ. (E) σε σύγκριση με το προσωπικό τμημάτων εκτός Μ.Ε.Θ. (C) διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης (O)
The medical staff for the Covid-19 (P) of the of ICU (E) in comparison with the staff of non-ICU (C) is at greater risk of psychological stress (O)

Τα στοιχεία του ακρωνυμίου της ερευνητικής μας ερώτησης περιλαμβάνονται στον πίνακα:

ΠΙΝΑΚΑΣ PECO			
P	**Population**	Πληθυσμός ενδιαφέροντος	Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για τον Covid/ The medical staff for Covid
E	**Exposure**	Έκθεση σε συγκεκριμένο επιβαρυντικό παράγοντα	Τμήματα Μ.Ε.Θ./ ICU
C	**Comparison**	Συγκριτικός παράγοντας μεταξύ δύο ομάδων που εκτίθενται στον παράγοντα	Τμήματα εκτός Μ.Ε.Θ./Non-ICU
O	**Outcome**	Αποτέλεσμα της έκθεσης	Ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση/ greater risk of psychological stress

2.3 Αιτιολόγηση/σκεπτικό της εργασίας

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό συχνά καλείται να υποστηρίξει ψυχοσωματικά ασθενείς ιδιαίτερα ευάλωτους, όπως τους πάσχοντες από κορονοϊό (Wu et al., 2020). Τα συγκεκριμένα καθήκοντα όμως επιφέρουν ιδιαίτερο ψυχοσωματικό άγχος και «πίεση» επηρεάζοντας την προσωπική τους υγεία και ευημερία (McAllister et al., 2009), (Greenberg et al., 2020), σε σημείο που να επηρεάζεται ακόμα και η εργασιακή τους απόδοση (Lai et al., 2020). Μάλιστα ο κίνδυνος της ψυχοσυναισθηματικής δυσφορίας συσχετίζεται με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο αλλά και εργασιακά χαρακτηριστικά όπως το να εργάζεται σε τμήμα Covid (Luo et al., 2020).

Βασισμένη στη Θεωρία των Συναισθηματικών Γεγονότων (Θ.Σ.Γ.), που υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι είναι συναισθηματικά όντα με συμπεριφορά που επηρεάζεται από καθημερινές εμπειρίες, το εργασιακό άγχος ως απόκριση σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα ερμηνεύει την ψυχοσυναισθηματική έκπτωση που αναπτύσσει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό «πρώτης» γραμμής για τον Covid (Martocchio and Jimeno, 2003). Η υψηλή μολυσματικότητα του κορονοϊού και το αίσθημα «αβεβαιότητας» κατά την πανδημία «φόβισε» τους υγειονομικούς (Lin, 2020). Όταν ο φόβος τους είναι ανεξέλεγκτος, αναβαθμίζεται και εκδηλώνεται με το αίσθημα του άγχους. Το άγχος είναι μια αμυντική απάντηση που απαιτεί όμως φυσική, και ψυχοσυναισθηματική προσαρμογή (Silverman et al., 2010). Όταν η προσπάθεια προσαρμογής σε μια νέα στρεσογόνα κατάσταση διαρκεί μακρόχρονα όπως η πανδημία, τους επηρεάζει

αρνητικά (Cohrdes et al., 2021), και τους καθιστά «αδύναμους» στις νέες συνθήκες περιβάλλοντος (Mazza et al., 2020) οδηγώντας τους συχνά σε αγχώδεις διαταραχές (Lai et al., 2020) με σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, στην ποιότητα ζωής, και στην ικανοποίηση από την εργασία (Bianchi et al., 2021), με αποτέλεσμα να περιορίζουν την επαγγελματική τους απόδοση (Abdel et al.,2021) και να αυξάνουν τις πιθανότητες για περισσότερα λάθη (Hennekam et al., 2020).

Στην Ευρώπη, όπως και στην Ελλάδα από το 1994 λειτουργεί νομοθετικό πλαίσιο από τον Οργανισμό για την Ασφάλεια και την υγεία στην Εργασία, με στόχο τη βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος (European Agency for Safety and Health at Work, 2022). Προωθώντας προληπτικές προσεγγίσεις πρόσφατα εξέδωσε οδηγίες για την πρόληψη λοιμώξεων από Covid, συμπεριλαμβανομένων και εργαλείων αξιολόγησης κινδύνου (European Agency for Safety and Health at Work, 2020).

Στη συγκεκριμένη μελέτη, βασιστήκαμε στο εννοιολογικό πλαίσιο Αξιολόγησης Κλινικού Κινδύνου του Π.Ο.Υ., το οποίο βασίζεται στο τρίπτυχο: χώρος εργασίας, εργατικό δυναμικό και ατομικά χαρακτηριστικά. Πιο συγκεκριμένα συσχετίζει το πόσο ευάλωτος είναι ο εργαζόμενος ή ομάδες εργαζομένων σε σχέση με την έκθεση σε περιβάλλον με υψηλό ιικό φορτίο (π.χ. περιβάλλον όπου εκτελούνται διαδικασίες παραγωγής αερολυμάτων όπως η Μ.Ε.Θ), τα εργασιακά χαρακτηριστικά (π.χ. εργασιακή εμπειρία ή το ωράριο εργασίας) καθώς και ατομικά χαρακτηριστικά (π.χ. φύλο, ηλικία) (Who, 2022).

Η αναγκαιότητα της παρούσας έρευνας έγκειται στο γεγονός, ότι θα προκύψουν κρίσιμα συμπεράσματα για την ψυχική ευαλωτότητα των συγκεκριμένων επαγγελματιών υγείας και συσχετίζοντάς τη με πιθανούς κοινωνικοδημογραφικούς και εργασιακούς στρεσογόνους παράγοντες, μπορούν στο μέλλον να ληφθούν κατάλληλα μέτρα πρόληψης και διαχείρισης στρεσογόνων παραγόντων στο χώρο εργασίας και ασφάλειας στις δομές υγείας (Pines et al., 2011).

2.4 Αναστοχασμός

Ως συγγραφέας της παρούσας εργασίας η πολυετής πείρα μου στο νοσηλευτικό επάγγελμα με «δίδαξε» ότι η πρακτική άσκηση καθημερινά μου παρείχε ευκαιρίες για νέα γνώση και μάθηση (Μαντζούκας, 2015).

Σαν επαγγελματίας υγείας η εξάπλωση της πανδημίας Covid 19 ήταν και για μένα μια πρωτόγνωρη εμπειρία, η οποία επηρέασε τον κοινωνικό-επαγγελματικό μου βίο δραστικά αλλά παράλληλα με βοήθησε να αναστοχαστώ, να συνειδητοποιήσω και να νοηματοδοτήσω πράξεις και δράσεις (Μαντζούκας, 2015).

Μια από τις μεγαλύτερες «προκλήσεις» που κλήθηκα να αντιμετωπίσω από το ξέσπασμα της πανδημίας, ως Νοσηλεύτρια Αναισθησιολογικού, ήταν ότι αρκετές φορές να συμμετείχα στη χορήγηση αναισθησίας σε ασθενείς με Covid οι οποίοι έπρεπε να χειρουργηθούν. Παρατήρησα ότι αγχωνόμουν ιδιαίτερα όταν επρόκειτο οι συγκεκριμένοι ασθενείς να διασωληνωθούν σε σχέση με την περίπτωση που θα λάμβαναν περιοχική αναισθησία. Έχοντας γνώση ότι η μετάδοση του ιού γίνεται μέσω αερολύματος και ότι θα βρίσκομαι σε στενή επαφή με ιικά σωματίδια και με εκκρίσεις των συγκεκριμένων ασθενών (Hotta, 2020) ένιωθα ιδιαίτερα ανήσυχη και φοβισμένη. Ως μέλος ομάδας υψηλού κινδύνου για μόλυνση (Ciftci et al, 2020) προσπαθούσα κάθε φορά να «παραμερίσω» τα συναισθήματα και να παρέχω την πρέπουσα φροντίδα στον ασθενή.

Κοινή παρατήρηση όλης της ομάδας όπου εργάζομαι, ήταν ότι η διαχείριση χειρουργικών ασθενών με Covid υπό γενική αναισθησία επέφερε ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση η οποία προβάλλονταν στις κλινικές σχέσεις και επηρέαζε την παροχή ποιοτικής φροντίδας.

Με σκοπό να εξορθολογήσω εν μέρει να αιτιολογήσω τον τρόπο που αισθανόμουνα, θέλησα να διερευνήσω ιατρονοσηλευτικές ομάδες που διαχειρίζονται κατ' αποκλειστικότητα ασθενείς με Covid και πιο συγκεκριμένα να συγκρίνω την ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση μεταξύ των ομάδων που διαχειρίζονται διασωληνωμένα περιστατικά (Μ.Ε.Θ) και μη (Μ.Ε.Λ.).

Κεφάλαιο 3

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

3.1 Το υπόβαθρο του θέματος

Η ερευνητική βιβλιογραφία παγκοσμίως, είναι επικεντρωμένη στην απόδοση μετρήσιμων κυρίως επιπτώσεων από την πανδημία Covid. Η πλήρης ιστορία της πανδημίας, όμως δεν θα είναι γνωστή για χρόνια. Και όταν τελικά αποδοθεί, οι επαγγελματίες υγείας θα κατέχουν «πρωταγωνιστικό» ρόλο φροντίζοντας και σώζοντας εκατομμύρια ζωές παγκοσμίως. Γι' αυτό το λόγο σήμερα γιατρούς και νοσηλευτές τους χαιρετάνε ως «ήρωες». Αλλά αυτό μπορεί να είναι μια επικίνδυνη «ετικέτα», καθώς ως μια έννοια υπερφυσική, τους προσδίδει προσδοκίες που δεν έχουν καμιά επαφή με την πραγματικότητα χωρίς να ελέγχεται πώς αυτό τους επηρεάζει προσωπικά.

Ο SARS-CoV2 είναι ο πρώτος και μοναδικός ανθρώπινος κορονοϊός με δυνατότητα ταχύτατης εξάπλωσης στο ανθρώπινο είδος (Xiao et al., 2020).

Τα πρώτα κρούσματα πνευμονίας από κορονοϊό καταγράφηκαν τον Δεκέμβριο του 2019 στην πόλη Wuhan της Κίνας (Shereen et al., 2020). Στο τέλος Φεβρουαρίου ο ιός εξαπλώθηκε παγκοσμίως και στις 11 Μαρτίου ο ΠΟΥ ανακήρυξε την κατάσταση ως πανδημία (Who, 2020). Η νόσος του κορονοϊού σχετίζεται πλέον με περισσότερα από 471 εκατομμύρια κρούσματα και πάνω από 6 εκατομμύρια θανάτους μέχρι το Μάρτιο του 2022 (Statista, 2022). Για την ίδια περίοδο, στην Ελλάδα, καταγράφηκαν περίπου 2.708.610 κρούσματα και σχεδόν 26,730 θάνατοι (ΕΟΔΥ, 2022).

Μια ανασκόπηση του επιπολασμού της λοίμωξης σε επαγγελματίες υγείας σε Ευρώπη, ΗΠΑ και Ασία βρέθηκε ότι κυμαίνεται στο 11%, με τους νοσηλευτές να διατηρούν υψηλότερα ποσοστά μόλυνσης (Gómez-Ochoa et al., 2020). Εκτιμάται ότι έως τον Μάιο του 2021 από 1,6 εκατομμύρια επαγγελματίες υγείας που προσβλήθηκαν (International Council of Nurses, 2022) περίπου 115.000 έχουν χάσει τη ζωή τους από τον Covid (Who Director-General, 2021). Η υψηλή επίπτωση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Nguyen et al., 2020) αιτιολογείται πλήρως. Οι κανόνες για «κοινωνική απόσταση», δεν

ίσχυσαν ποτέ για τους υγειονομικούς που όφειλαν να πηγαίνουν σε νοσοκομεία και να τίθενται σε υψηλό κίνδυνο μόλυνσης (The Lancet, 2020)

Εκτός από τις αυξημένες πιθανότητες μόλυνσης, το προσωπικό στις δομές περίθαλψης κατά τη διάρκεια οξέων κρίσεων υγείας, όπως η πανδημία Covid, υπόκεινται σε υπερβολική «πίεση», η οποία καθιστά το εργασιακό περιβάλλον αγχωτικό και επικίνδυνο για την ψυχοσωματική και κοινωνική ευεξία (Tam et al., 2004), (Who, 2021).

Τούτο επιβεβαιώνεται και από γεγονότα παρελθοντικών επιδημικών κυμάτων όπως του SARS (2003), ή του MERS (2012), όπου οι έκτακτες ανάγκες δημόσιας υγείας επιφόρτισαν ιδιαίτερα τους υγειονομικούς, εξαιτίας της φύσης της εργασίας τους, σε σχέση με άλλες κοινότητες ως προς τον όγκο εργασίας και τον κίνδυνο μόλυνσης (Zhang et al., 2022) (Styra et al., 2008), (Sim et al., 2004). Ιδιαίτερα επιβαρύνεται το προσωπικό «πρώτης γραμμής» σε σχέση με το προσωπικό που δεν είχε άμεση επαφή με περιπτώσεις Covid, ώστε βρέθηκε ότι σε αυτούς ο επιπολασμός του άγχους ήταν σχεδόν διπλάσιος (Liu et al., 2020), (Dutta et al., 2021), (Lietz et al., 2016). Η ένταση των ψυχοσυναισθηματικών εκβάσεων (άγχους στρες, κατάθλιψης και φόβου) εντοπίζεται υψηλότερα στο ιατρονοσηλευτικού προσωπικό τμημάτων ΜΕΘ Covid (Azoulay et al., 2020), (Crowe et al., 2021) που συχνά εκδηλώνονται με αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ ή συχνές σκέψεις αυτοτραυματισμού ή αυτοκτονίας (Greenberg et al. 2020).

Στην Ελλάδα καταγράφηκαν παρόμοια ποσοστά συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους και στρες, με προδιαθεσικούς παράγοντες να περιλαμβάνουν τον φόβο μόλυνσης, την έλλειψη προστατευτικού εξοπλισμού και τη χαμηλή κοινωνική υποστήριξη (Samara et al., 2021), (Pappa et al., 2021).

Στη διεθνή βιβλιογραφία «ενοχοποιούνται» αρκετοί παράγοντες για την ψυχοσυναισθηματική δυσφορία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού «πρώτης γραμμής» για τον Covid.

Καθοριστικό ρόλο έπαιξε και η φύση του ιού. Δεδομένου ότι ο SARS-COV2 είναι νέος και δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς συν το γεγονός ότι είναι απρόβλεπτος γιατί παρουσιάζεται με διάφορες παραλλαγές και διαφορετική «μολυσματικότητα», θνησιμότητα, παθογένεια και εξέλιξη, νοσηλευτές και γιατροί είναι εκτεθειμένοι σε αυτή την αβεβαιότητα ώστε να αισθάνονται ανίσχυροι, και αγχωμένοι (Wozniak et al., 2020), (Liu et al., 2020). Εκτός αυτού στρεσάρονται υπερβολικά εξαιτίας της ραγδαίας εξέλιξης της νόσου ώστε από τη μία γίνονται «μάρτυρες» ασθενών που πεθαίνουν μόνοι τους και από την άλλη είναι αυτοί που συχνά καλούνται να ειδοποιήσουν για το «τραγικό γεγονός» τους οικείους (Lluch et al., 2022)

Παράλληλα τακτικά αντιμετωπίζουν ηθικό δίλλημα προσπαθώντας να «εξισορροπήσουν» την προσωπική τους ασφάλεια και την κάλυψη αναγκών των ασθενών (Wong et al., 2005), (Greenberg et al., 2020).

Εξάλλου δεν είναι λίγές οι αναφορές για φαινόμενα κοινωνικής αποστασιοποίησης και στιγματισμού (Bruns et al., 2020) των ίδιων και των οικογενειών τους εξαιτίας του εργασιακούς τους αντικειμένου (Koh et al., 2005). Το ψυχικό «βάρος» είναι τόσο, ώστε πολλοί φοβούνται να γυρίσουν σπίτι μετά τη δουλειά, που σημαίνει έξωση από τη στέγαση και παρατηρούνται ακόμη και σωματικές επιθέσεις (Franklin and Gkiouleka, 2021).

Εκτός από τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις η δυσφορία των υγειονομικών συσχετίστηκε και με προσωπικά χαρακτηριστικά όπως τη νεότερη/μέση ηλικία (Holmes et al.,2020), το να μένουν μόνοι με αποτέλεσμα να βιώνουν εντονότερα το έλλειμα κοινωνικής υποστήριξης, το γυναικείο φύλο (Lai et al., 2020), (Wozniak et al., 2021), αποδιδόμενο σε γενετικούς (ορμονικούς) και κοινωνικούς παράγοντες (πολλαπλοί ρόλοι στη σύγχρονη εποχή) (Sun et al, 2021), καθώς και με άλλες κοινωνικές παραμέτρους, όπως το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και το ιστορικό ασθενειών (Sahin et al., 2020), (Chutiyami et al., 2022).

Οι εργασιακοί παράγοντες που συσχετίστηκαν με την ψυχοσυναισθηματική δυσφορία σε τμήματα Covid συσχετίστηκαν με αυξημένο «φόρτο» εργασίας (Mokhtari et al., 2020), την ένδεια υγειονομικών πόρων η οποία καθιστά το υγειονομικό περιβάλλον επικίνδυνο και υπονομεύει το αίσθημα ασφάλειας του προσωπικού (Dutta et al., 2021), (Sahebi, et al., 2021), (Franklin and Gkiouleka, 2021), τις περισσότερες νυχτερινές βάρδιες (Zhang et al., 2020), την υπερωριακή εργασία (Bai et al., 2020) και την ισχύουσα αναστολή αδειών κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Πολλοί αναγκάστηκαν να αναθεωρήσουν τον τρόπο ζωής τους περιορίζοντας τα διαστήματα του ύπνου (da Silva et al., 2021) και επομένως να αισθάνονται ότι τους αναιρέθηκε το δικαίωμα αυτοδιαχείρισης του ελεύθερου χρόνου τους (Alizadeh et al., 2020).

Ως προς τα αντικείμενο της εργασίας, εντονότερη ψυχοσυναισθηματική φόρτιση βιώνουν οι νοσηλευτές (Luo et al., 2020) σε σύγκριση με τους γιατρούς, καθώς αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στη φροντίδα των ασθενών (Khanal et al., 2020), έρχονται σε στενότερη επαφή με τους συγκεκριμένους ασθενείς με αποτέλεσμα να εκτίθενται περισσότερο όχι μόνο σε κίνδυνο μόλυνσης (Zhang et al., 2020), αλλά και σε κίνδυνο ψυχικής βλάβης που σχετίζεται με το θάνατο και άλλα ηθικά ζητήματα που σχετίζονται με τη φροντίδα των ασθενών (Pappa et al., 2020).

Οι συνθήκες αυτές είναι ακόμα πιο επιβαρυντικές σε τμήματα ιδιαίτερα όπου το προσωπικό εργάζεται περιστασιακά. Παρόλο που οι ίδιοι λειτούργησαν ως «σανίδα σωτηρίας» στην πανδημία στο σύστημα υγείας, η «πίεση» σε αυτούς είναι μεγαλύτερη καθώς λόγω μικρότερης εμπειρίας αισθάνονται λιγότερο προετοιμασμένοι και αβέβαιοι για τις «προκλήσεις» των επειγουσών αναγκών (Franklin and Gkiouleka, 2021) (Mokhtari et al., 2020).

Στη χώρα μας όπως και παγκοσμίως δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην αντιμετώπιση της πανδημίας του Covid-19 κυρίως σε επίπεδο υλικών πόρων γεγονός που δημιούργησε τον κίνδυνο σημαντικής αύξησης των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας τόσο για τους ασθενείς όσο και για το προσωπικό (Giannopoulou & Tsobanoglou, 2020), ώστε το 22% του πληθυσμού να δηλώνει πρόθεση αποχώρησης από την εργασία (CDC.NIOSH. 2021)

3.2. Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση

Σκοπός για τη διενέργεια βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν να συγκεντρώσουμε συστηματικά το σύνολο της γνώσης για το υπό εξέταση θέμα και να υπογραμμίσουμε πώς τα αποτελέσματα μιας μελέτης σχετίζονται με αυτά των προηγούμενων ερευνών (De Los Reyes & Kazdin, 2008) επεξηγώντας αν είναι παρόμοια ή καινοτόμα (Hart, 2018).

3.2.1. Στρατηγική αναζήτησης

Μέσω της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης, μεθοδευμένα αναζητήσαμε μελέτες που απευθύνονται στο συγκεκριμένο ερευνητικό ερώτημα.

Τα κριτήρια συμπερίληψης και αποκλεισμού άρθρων ήταν αντικειμενικά και βασίζονται κυρίως στο σχεδιασμό, στη γλώσσα, την ημερομηνία δημοσίευσης και στην ποιότητα των περιλαμβανόμενων μελετών ώστε να ελαχιστοποιηθεί η μεροληψία (Siddaway, 2014), (Crowther et al, 2010).

Η αναζήτηση των άρθρων πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το ακρωνύμιο PECO σε κοινά αποδεκτές βάσεις δεδομένων και δομημένη χρησιμοποιώντας τους τελεστές αναζήτησης Boolean (OR, AND, NOT) (Πατελάρου και Μπροκαλάκη, 2010).

Αφού ανακτήσαμε και αναθεωρήσαμε έναν περιεκτικό κατάλογο περιλήψεων, με βάση τα κριτήρια ένταξης, οι σχετικές μελέτες υποβλήθηκαν σε αξιολόγηση ποιότητας με βάση τυποποιημένο εργαλείο (Crowther et al, 2010).

Στο τελευταίο βήμα συνοψίζοντας τα ευρήματα μας, θα ανατρέξουμε στο αρχικό μας ερευνητικό ερώτημα για να αποφασίσουμε αν λάβαμε ή όχι «τεκμηριωμένες» απαντήσεις και ανάλογα θα παρέχουμε συστάσεις για περεταίρω έρευνα αν απαιτείται (Uman, 2011).

3.2.2. Διατύπωση ερευνητικού ερωτήματος

Η συστηματική ανασκόπηση ξεκίνησε εφόσον διατυπώσαμε με σαφήνεια το ερευνητικό ερώτημα (Καράσσα, 2006).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ
Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για τον Covid-19 (P) των τμημάτων Μ.Ε.Θ. (E) σε σύγκριση με το προσωπικό τμημάτων εκτός Μ.Ε.Θ. (C) διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης (O)

3.2.3. Προσδιορισμός κριτηρίων εισόδου και αποκλεισμού

Επόμενο βήμα ήταν η διατύπωση κριτηρίων εισόδου και αποκλεισμού στο πρωτόκολλο της συστηματικής ανασκόπησης

Κριτήρια συμπερίληψης μελετών

Ως κριτήρια ένταξης θεωρήσαμε μόνο άρθρα στην αγγλική γλώσσα. Συμπεριλήφθηκαν άρθρα δημοσιευμένα από το 2020 και μέχρι το 2022, διότι το 2020 από τον ΠΟΥ ανακηρύχθηκε ως παγκόσμια η πανδημία Covid. (WHO 2020). Δεν τέθηκαν περιορισμοί σχετικά με τα δημογραφικά περιστατικά του προσωπικού που εργάζεται σε μονάδες Covid. Επειδή η αναζήτηση βασίζεται σε αιτιολογικό ερευνητικό ερώτημα, συμπεριλήφθηκαν μελέτες κοορτής, περιπτωσιολογικές και συγχρονικές μελέτες (Dekkers et al., 2019).

Κριτήρια αποκλεισμού μελετών

Αποκλείστηκαν δευτερογενείς έρευνες καθώς και τυχαιοποιημένες ή μη ελεγχόμενες διότι αφορούν αποτελέσματα παρεμβάσεων και δεν συνάδουν με το ερευνητικό-αιτιολογικό μας

ερώτημα (Dekkers et al., 2019). Αποκλείστηκαν επιπλέον μελέτες που περιλάμβαναν το γενικό πληθυσμό, παιδιά, φοιτητές, ασθενείς, και προσωπικό που δεν ήταν ιατρονοσηλευτικό σε τμήματα Covid-19 (Bettany-Saltikov, 2012).

3.2.4. Αναζήτηση και εντόπιση κατάλληλων μελετών

Η αναζήτηση βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε τον Μάρτιο του 2022, στις μηχανές αναζήτησης Google Scholar, PubMed και Scopus. Ακολουθώντας τη στρατηγική πληθυσμού, έκθεσης, σύγκρισης, αποτελεσμάτων (Huang, et al., 2006) χρησιμοποιήσαμε συγκεκριμένη σειρά αναζήτησης. Συνδυάστηκαν διάφοροι όροι αναζήτησης που ανήκαν σε κάθε ενότητα PECO της ερευνητικής ερώτησης. Οι λέξεις κλειδιά που επιλέχθηκαν καθώς και συνώνυμά αυτών, ήταν στην Αγγλική γλώσσα

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ & ΣΥΝΩΝΥΜΑ			
P	**Population**	Covid19 Clinical teams	The medical staff for Covid Covid19 Health care workers Covid-19 Health care Professionals Covid-19 Healthcare Staff
E	**Exposure**	ICU	Intensive Care unit Critical Care Unit
C	**Comparison**	Non-ICU	Hospital wards Hospital unit Hospital Department
O	**Outcome**	Greater risk of psychological stress	Mental health disorders Psychological issues, Mental illness Psychological disorders

Τα βήματα και στιγμιότυπα αναζήτησης φαίνονται στο Παράρτημα 1.2.

3.2.5. Επιλογή μελετών

Η ανασκόπηση βασίστηκε στις κατευθυντήριες γραμμές για τα Προτιμώμενα στοιχεία αναφοράς για συστηματικές αναθεωρήσεις (PRISMA, 2021)

Με βάση τα κριτήρια αναζήτησης αλλά και από άλλες πηγές συνολικά επιλέχθηκαν 174 μελέτες. Οι διπλοτυπίες αφαιρέθηκαν και αφού εξετάστηκαν προέκυψαν προς έλεγχο 101. Με

βάση τα προκαθορισμένα κριτήρια συμπερίληψης προέκυψαν 11 μελέτες οι οποίες σχετίζονται με τις συνέπειες της ψυχικής υγείας του στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό «πρώτης γραμμής». Οι συγκεκριμένες μελέτες συμπεριλήφθηκαν και εξετάστηκαν για ανάλυση περιεχομένου πλήρους κειμένου.

Στη δεύτερη φάση επιλογής με βάση το επίπεδο στην ιεραρχία των αποδείξεων, τον σχεδιασμό της μελέτης και το βαθμό του ενδιαφέροντος σε σχέση με τα αποτελέσματα (Newhouse, 2008), αποκλείστηκαν τέσσερις μελέτες καθώς το δείγμα ήταν μικρό για την εξαγωγή συμπερασμάτων.

Το διάγραμμα ροής των αποτελεσμάτων αναζήτησης και τελικής επιλογής φαίνεται στην Εικόνα 1. (PRISMA, 2021).

3.2.6. Αποτίμηση μεθοδολογικής ποιότητας των πρωτογενών μελετών

Τα 7 άρθρα που κρίθηκαν κατάλληλα για συμπερίληψη αξιολογήθηκαν ως προς την ποιότητα χρησιμοποιώντας το Εργαλείο Αξιολόγησης Ποιότητας για Μελέτες Παρατήρησης (Κοορτής και Συγχρονικές) από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας (National Heart, Lung and Blood Institute).

3.3 Κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας

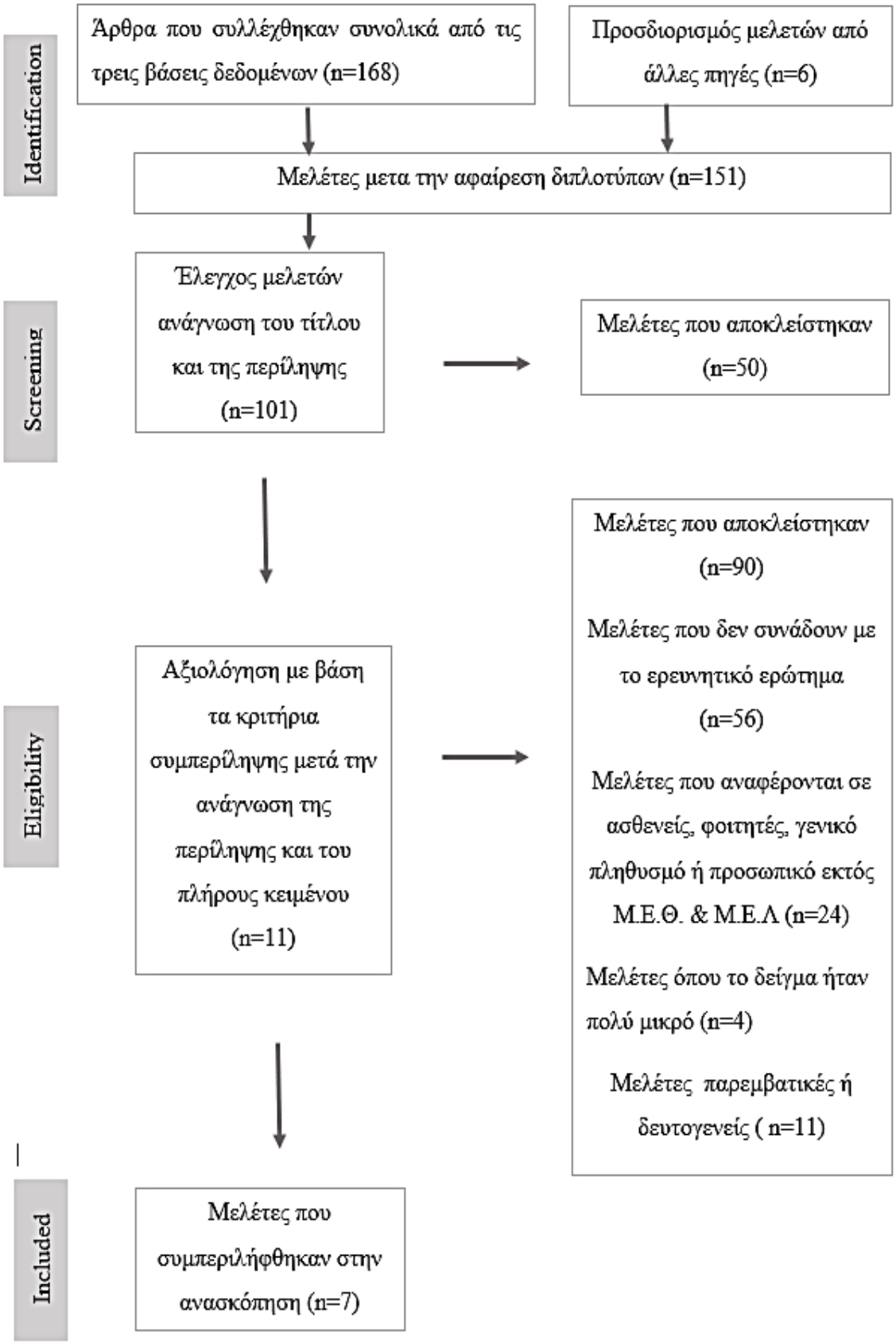
3.3.1. Ανάλυση

Λόγω της ετερογένειας στον σχεδιασμό των μελετών και των αντίστοιχων αποτελεσμάτων, έλαβε χώρα μια αφηγηματική σύνθεση χρησιμοποιώντας τη μεθοδολογία ESRC (Popay et al., 2006). Ως εκ τούτου καταγράψαμε τα ευρήματα των μελετών που συμπεριλήφθηκαν και ομαδοποιήσαμε τις μελέτες με βάση το αναφερόμενο αποτέλεσμα.

3.3.2. Παρουσίαση των αποτελεσμάτων

Τελικά η ανασκόπηση περιέλαβε 1 μελέτη κοορτής και 7 συγχρονικές μελέτες. Δύο από τις μελέτες διεξήχθησαν στη Γαλλία και από μία σε Αίγυπτο, Ελβετία, Κίνα, Νεπάλ, Μαλαισία

Εικόνα 1. Διάγραμμα ροής



και Καναδά (Baraka et al. 2021), (Wozniak et al. 2021), (Zhu et al. (2020), (Tamrakar et al., 2021), (Azoulay et al., 2020), (Tsan et al., 2020), (Binnie et al., 2021), (Caillet et al., 2020).

Ως προς την ποιότητα η συντριπτική πλειοψηφία των μελετών, ως συγχρονικές μελέτες ήταν μέτριας ποιότητας και διέτρεχαν σχετικά υψηλό κίνδυνο μεροληψίας (Παράρτημα 3, 4).

Λόγω της ποικιλίας των αποτελεσμάτων με βάση την ανάλυση Popay (2006) τα ευρήματα κατηγοριοποιήθηκαν με βάση κοινωνικοδημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά αναδεικνύοντας τα εξής θέματα:

Δημογραφικοί παράγοντες που σχετίζονται με συμπτώματα φόβου, άγχους, κατάθλιψης και στρες

Η μεγαλύτερη ηλικία λειτούργησε προστατευτικά στην ψυχική υγεία του προσωπικού, σε αντίθεση με το γυναικείο φύλο (Binnie et al., 2021), (Baraka et al., 2021), που συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο ψυχικής δυσφορίας.

Η ανεπαρκής κάλυψη των φυσικών αναγκών λόγω πανδημίας σχετίζεται με συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, στρες

Ο αυξημένος κίνδυνος ψυχοκοινωνικής δυσφορίας συσχετίστηκε με την κακή διατροφή, την αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ, τις διαταραχές ύπνου, την αδυναμία ανάπαυσης (Caillet et al., 2020), (Azoulay et al., 2020), (Tamrakar et al., 2021), (Wozniak et al., 2021) (Baraka et al., 2021).

Ο κοινωνικός περιορισμός λόγω πανδημίας συσχετίζεται με συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, στρες και κακής ποιότητας ζωής

Η ψυχική επιβάρυνση στο προσωπικό συσχετίστηκε με το φόβο μόλυνσης στους ίδιους (Azoulay et al., 2020) και στα μέλη της οικογένειας (Tamrakar et al., 2021), τον μεγάλο αριθμό των συναδέλφων που μολύνθηκαν (Baraka et al., 2021), την αβεβαιότητα που αφορά την πορεία της νόσου, την παραπληροφόρηση (Caillet et al., 2020), τον στιγματισμό (Tamrakar et al., 2021) και τον περιορισμό των κοινωνικών συναναστροφών (Azoulay et al., 2020), με αποτέλεσμα να καθίσταται ανίσχυρο (Caillet et al., 2020), και αδύναμο να «παλεύει» καθημερινά με «βίαια» συναισθήματα όπως τον μεγάλο αριθμό ασθενών που «χάνονται» (Azoulay et al., 2020).

Το εργασιακό περιβάλλον των τμημάτων Covid σχετίζεται με την ψυχική δυσφορία του προσωπικού

Σε όλες τις μελέτες ο πληθυσμός (ΜΕΘ και εκτός ΜΕΘ Covid), βρέθηκε ιδιαίτερα επιβαρυμένος ψυχοσυναισθηματικά, με τη επαγγελματική ζωή να είναι η σημαντικότερη πηγή άγχους ακολουθούμενη από την οικογενειακή υγεία (Binnie et al., 2021). Μάλιστα ο κίνδυνος κατάθλιψης, άγχους και χαμηλής ευημερίας ήταν στατιστικά πιο μεγάλος στο προσωπικό ΜΕΘ Covid από ό,τι σε άλλα τμήματα. (Wozniak et al., 2021).

Το αντικείμενο της εργασίας επηρεάζει την ψυχική υγεία του προσωπικού

Γιατροί και νοσηλευτές που εργάζονται σε τμήματα Covid και ιδιαίτερα σε Μ.Ε.Θ. διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο μόλυνσης (Tamrakar et al., 2021). Η διαρκής έκθεση σε επικίνδυνο εργασιακό περιβάλλον (Caillet et al., 2020), και η συνεχής επαφή με ιδιαίτερα μολυσματικούς ασθενείς (Wozniak et al., 2021), το μεγάλο ποσοστό θανάτων των ασθενών (Azoulay et al., 2020) και η έλλειψη νοσοκομειακών πόρων ήταν προγνωστικοί παράγοντες ψυχικής δυσφορίας (Baraka et al., 2021), (Binnie et al., 2021).

Το επαγγελματικό προφίλ γιατρών και νοσηλευτών σε τμήματα Covid σχετίζεται με συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, στρες και κακής ποιότητας ζωής.

Ο υψηλός επιπολασμός συμπτωμάτων ψυχοσυναισθηματικής επιφόρτισης συσχετίζεται με μεγάλο φόρτο εργασίας (Caillet et al., 2020), το ακανόνιστο ωράριο (Wozniak et al., 2021), τη μικρή εργασιακή εμπειρία, την έλλειψη κατάρτισης για τον έλεγχο λοιμώξεων, τη μεγάλη εισροή ασθενών (Binnie et al., 2021) αλλά και θανάτων (Tamrakar et al., 2021), τον χρόνο που αφιερώνεται στη φροντίδα ασθενών με COVID19 (>36 h/w) (Baraka et al., 2021), την επαγγελματική εξουθένωση (Tsan et al., 2020), τον αριθμό των βαρδιών (Binnie et al., 2020), την αδυναμία να λήψης άδειας (Tamrakar et al., 2021) και τον αριθμό των συναδέλφων που μολύνθηκαν με COVID19 (Baraka et al., 2021). Ιδιαίτερα ψυχοφθόρα για το προσωπικό Μ.Ε.Θ. υπήρξε η άμεση αλλαγή εργασιακής ρουτίνας (Binnie et al., 2021) και η ελλιπής εκπαίδευση σε θέματα εντατικολογίας (Caillet et al., 2020), με σχεδόν τους μισούς να δηλώνουν ότι ήθελαν να παραιτηθούν (Tamrakar et al., 2021).

Η ψυχοσυναισθηματική δυσφορία μειώνει την παροχή ποιοτικής φροντίδας

Η αδυναμία ανάπαυσης γιατρών και νοσηλευτών σε τμήματα Covid συσχετίστηκε επίσης με τον υψηλότερο επιπολασμό άγχους, κατάθλιψης και στρες εγείροντας ανησυχίες για την φροντίδα και ασφάλεια των ασθενών (Tamrakar et al., 2021), καθώς σχετίζεται με σοβαρά ιατρικά λάθη και μείωση της εργασιακής απόδοσης (Azoulay et al., 2020).

3.3.3. Περίληψη και σύνθεση των αποδείξεων

Παρόλο που η ισχύς των αποδεικτικών στοιχείων είναι μέτρια με έντονα στοιχεία μεροληψίας, είναι δυνατόν οι συγκεκριμένες μελέτες να παρέχουν τα καλύτερα διαθέσιμα στοιχεία (O'Neil et al., 2014). Η συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση επτά μελετών παρατήρησης σε περισσότερους από 2.146 συμμετέχοντες, ενισχύει την εμπιστοσύνη ότι υπάρχει «ισχυρή» αιτιολογική σχέση ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης και έκθεσης στον ιό (Dulock, 1993), καθώς όλες οι προσεγγίσεις οδηγούν σε αυτό το ίδιο συμπέρασμα.

Παράλληλα αναδείχθηκαν επιμέρους θέματα που λειτούργησαν αγχογόνα: Ως προς τα προσωπικά χαρακτηριστικά οι γυναίκες μικρότερης ηλικίας, η αίσθηση υποβάθμισης του τρόπου ζωής, η ανεπαρκής κάλυψη φυσικών αναγκών (π.χ. ύπνος) και ο κοινωνικός περιορισμός, ενώ ως προς τα εργασιακά, η νοσηλευτική ειδικότητα., η μικρή εμπειρία, το ακανόνιστο ωράριο, η μεγάλη θνησιμότητα, ο μεγάλος εργασιακός φόρτος και το έλλειμα γνώσης του προσωπικού.

3.3.4 Τεκμηρίωση της εφαρμογής των αποδείξεων στην πράξη

Κύριος σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η παραγωγή νέας γνώσης, η διεύρυνση και η επικύρωση της υπάρχουσας γνώσης προκειμένου να βελτιωθεί η πρακτική (Gray, 2016).

Στην κλινική πράξη η ψυχοσυναισθηματική «καταπόνηση» γιατρών και νοσηλευτών σε τμήματα Covid εγείρει ανησυχίες για την φροντίδα και ασφάλεια των ασθενών (Tamrakar et al., 2021), καθώς σχετίζεται τη μείωση της εργασιακής απόδοσης και την επίπτωση λαθών που σχετίζονται με τη φροντίδα των ασθενών (Azoulay et al., 2020). Η επισήμανση συγκεκριμένων επιβαρυντικών παραγόντων, βοηθά στην εφαρμογή στοχευμένων παρεμβάσεων από αντίστοιχους οργανισμούς για βελτίωση τόσο του υλικού όσο και του ανθρώπινου δυναμικού και κατ΄επέκταση των ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

3.4. Το ερευνητικό κενό

Ο εντοπισμός των ερευνητικών κενών της βιβλιογραφίας είναι απαραίτητος για την πρακτική της «έρευνας που βασίζεται στην τεκμηρίωση». Η διερεύνηση αυτή θα πρέπει να ξεκινά και

να τελειώνει με μια συστηματική ανασκόπηση (Clarke et al,, 2007) ώστε νέες υποθέσεις να μπορούν να δημιουργηθούν και να ελεγχθούν σε μελλοντικές μελέτες (Dulock, 1993).

Στη συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση τα αποτελέσματα κρίνονται ανεπαρκή, ώστε να καταλήξουμε σε ασφαλές συμπέρασμα για να «απαντήσουμε» στο ερευνητικό μας ερώτημα. Ως προς το αντικείμενο της έρευνας, στη βιβλιογραφία δεν εντοπίστηκαν μελέτες που να αφορούν συγκεκριμένα: αν κατά την ύφεση του πανδημικού κύματος τα επίπεδα φόβου, άγχους, στρες και κατάθλιψης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, που εργάζονται σε Μ.Ε.Θ. και Μ.Ε.Λ. Covid παραμένουν υψηλά, αν διαφοροποιούνται σε σχέση με το τμήμα εργασίας και με ποιους επιμέρους στρεσογόνους παράγοντες συσχετίζονται.

Κεφάλαιο 4

Σχεδιασμός της μελέτης

4.1. Επιστημολογία

Απαραίτητη και αναγκαία συνθήκη κάθε ερευνητικής διαδικασίας,, είναι ο εξ' αρχής προσδιορισμός της σε σχέση με το ερευνητικό φιλοσοφικό παράδειγμα (Mantzoukas, 2003), το οποίο προσδιορίζει τις οντολογικές πεποιθήσεις του ερευνητή («ποια είναι η φύση της πραγματικότητας και του κοινωνικού κόσμου») αλλά και τις επιστημολογικές του παραδοχές («πώς βλέπει τον κόσμο και τον νοηματοδοτεί») (Ritchie and Lewis, 2003).

Η επιστημολογία είναι «ένας τρόπος κατανόησης και εξήγησης του πώς ξέρουμε αυτά που γνωρίζουμε», (Crotty, 2003), παρέχοντας τη φιλοσοφική βάση για την πρακτική διεξαγωγή της έρευνας και για την αξιοπιστία των δεδομένων. Αναφέρεται στη σχέση που υπάρχει μεταξύ ερευνητή και γνώσης. Η αποσαφήνιση της επιστημολογικής θέσης του ερευνητή βάζει τους κανόνες με τους οποίους θα συλληφθεί η γνώση και καθορίζει τη σχέση του ερευνητή με το αντικείμενο/υποκείμενο της έρευνας (Bahari, 2012).

Έτσι ανάλογα με το πώς ο ερευνητής αντιλαμβάνεται τα μέσα και την παραγωγή της γνώσης διακρίνονται τέσσερα είδη επιστημολογίας. Εάν ο ερευνητής θεωρεί ότι η γνώση για τα γεγονότα , είναι αδιαμφισβήτητη, αντικειμενική, απόλυτη, απτή, ανεξάρτητη από ανθρώπινες αξίες αλλά εξαρτώμενη μόνο από εξωγενή αίτια, ως ανεξάρτητος παρατηρητής «οφείλει» να τα μελετήσει και να παράσχει προβλέψεις οι οποίες μέσω επανειλημμένων αξιολογήσεων θα αντικατοπτρίζουν την πραγματικότητα γι αυτά τα γεγονότα. Εάν είναι νεοθετικιστής, θεωρεί ότι η γνώση για τα γεγονότα είναι αντικειμενική και προβλέψιμη αλλά όχι απόλυτη, λόγω των ατελών ανθρώπινων νοητικών δυνατοτήτων και της ακατάληπτης φύσης των φαινομένων. Εάν είναι σχετικιστής θεωρεί ότι η γνώση για τα γεγονότα δεν είναι μοναδική, διαχρονική και αντικειμενική αλλά συνδημιουργείται με το ερευνηθέν θέμα και διαμορφώνεται με βάση την υποκειμενικότητα και τα προσωπικά βιώματα του καθενός. Εάν τέλος ο ερευνητής ανήκει στην κριτική επιστημολογία, θεωρώντας ότι η γνώση είναι χειραφετημένη από λίγους και ισχυρούς ανθρώπινους παράγοντες, συνεργεί με «αδύναμους» συμμετέχοντες ώστε κριτικάροντας

συνεργατικά να ανατρέψουν την διαστρεβλωμένη και επιβαλλόμενη πραγματικότητα (Mantzoukas, 2003).

Ως ερευνήτρια της παρούσας μελέτης δεν επιδιώκω να διερευνήσω το υπό μελέτη φαινόμενο ερμηνεύοντας προσωπικά και υποκειμενικά το «πώς» και το «γιατί» αλλά να αποκτήσω γενικευμένη και αντικειμενική γνώση απαντώντας στο «πόσο» και στο «τι» (Μαντζούκας, 2007). Η συγκεκριμένη μελέτη βασίστηκε στο θετικιστικό παράδειγμα, προσβλέποντας να εξυψώσει την αξία της «ορθολογικότητας, αντικειμενικότητας, πρόβλεψης και ελέγχου» (Gray, 2016). Η οντολογική υπόθεση της έρευνας που αφορά την ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού κατά τη διάρκεια της πανδημίας είναι υπαρκτή, πραγματική, κοινά αποδεκτή και μπορεί να επιβεβαιωθεί μέσω των αισθήσεων (Brink & Wood, 2001). Παράλληλα έρευνες έχουν αποδείξει ότι το υπό μελέτη φαινόμενο που αναφέρεται στην ψυχική δυσφορία, εκδηλώνεται μέσω της ανθρώπινης συμπεριφοράς η οποία είναι έννοια «αντικειμενική, σκόπιμη και μετρήσιμη» (Brink & Wood, 2001) και καθορίζεται από εξωγενή αίτια, όπως είναι η επίδραση της πανδημίας Covid. Γι αυτό σκοπός της συγκεκριμένης ερευνητικής διαδικασίας, είναι ως ανεξάρτητος παρατηρητής να συλλέξω αντικειμενικά δεδομένα για τα επίπεδα ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης και των αιτιών που τα προκαλούν ώστε να παράσχω συσχετισμούς και προβλέψεις, οι οποίες μέσω της επανάληψης θα αντικατοπτρίζουν την «αλήθεια» γι' αυτά τα γεγονότα (Μαντζούκας, 2003).

4.2. Μεθοδολογία

Για τη σαφή οριοθέτηση της έρευνας, εκτός από την διασαφήνιση της επιστημολογίας είναι απαραίτητος και ο καθορισμός της μεθοδολογίας, ο οποίος αναφέρεται στη θεωρητική ανάλυση και οριοθέτηση του ερευνητικού προβλήματος και των τρόπων διερεύνησής του (Ισάρη και συν., 2015). Η μέθοδος έρευνας αναφέρεται σε όλες τις διαδικασίες που χρησιμοποιεί ένας ερευνητής σε μια ερευνητική διαδικασία και διακρίνεται στην ποσοτική όσο και την ποιοτική (Kathari, 2004).

Η ποσοτική έρευνα, η οποία εδράζεται στο υποθετικό-απαγωγικό μοντέλο, αφορά μια συστηματική, δομημένη και επίσημη διαδικασία που χρησιμοποιεί στατιστική προσέγγιση στη συλλογή, ανάλυση, ερμηνεία και παρουσίαση δεδομένων, ενώ η ποιοτική η οποία βασίζεται στην αναλυτική επαγωγή αφορά μια συστηματική αλλά αδόμητη μέθοδο που χρησιμοποιεί

αφηγηματική/περιγραφική προσέγγιση στη συλλογή, ανάλυση, ερμηνεία και παρουσίαση δεδομένων (Carter et al., 2005), (Lund, 2005).

Βασιζόμενη στον απαγωγικό συλλογισμό, μια ποσοτική έρευνα δημιουργεί μια υπόθεση για να υποστηρίξει τη θεωρία της, συσχετίζοντας μια ανεξάρτητη (αιτία) και μια εξαρτημένη (αποτέλεσμα) μεταβλητή (Shields and Alison, 2005). Σε αντίθεση με αυτό, μια ποιοτική έρευνα χρησιμοποιεί έναν αποκλίνοντα/απαγωγικό συλλογισμό δημιουργώντας μια νέα θεωρία, εξηγώντας τη σχέση μεταξύ των μεταβλητών (Sanders et al., 2007).

Με άλλα λόγια, στόχος της ποσοτικής έρευνας είναι να μετατραπούν όλα τα δεδομένα της έρευνας σε στατιστική γλώσσα, ώστε να μπορούν να αναλυθούν με μαθηματικούς όρους και να συγκριθούν οι ποσότητές τους, ενώ η ποιοτική έρευνα προσπαθεί να ερμηνεύσει καταγεγραμμένες δράσεις ή απαντήσεις των συμμετεχόντων και να κατανοήσει σε βάθος τα αισθήματα, τα κίνητρα, τις επιδιώξεις και το περιβάλλον τους (Μαντζούκας, 2007).

Ως προς τις τεχνικές συλλογής και τεχνικές επεξεργασίας των δεδομένων, η ποιοτική έρευνα βασίζεται σε λεκτικά και παραστατικά δεδομένα (παρατηρήσεις, συνεντεύξεις, προφορικές αφηγήσεις κ.λπ.), σε αντιδιαστολή με την ποσοτική έρευνα, η οποία εδράζεται κυρίως στην αξιοποίηση αριθμητικών δεδομένων από την παρατήρηση ή τις αυτοαναφορές (Lund, 2005).

Στη συγκεκριμένη εργασία με βάση το ερευνητικό ερώτημα επιλέχθηκε η ποσοτική μεθοδολογία. Πρόκειται για μια μελέτη παρατήρησης και πιο συγκεκριμένα πρόκειται για μια συγχρονική (αναλυτική) συγκριτική μελέτη, η οποία σκοπεύει να μετρήσει ταυτόχρονα και να συγκρίνει το αποτέλεσμα της ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης μεταξύ δύο ομάδων συμμετεχόντων (αποτέλεσμα-εξαρτημένη μεταβλητή), εξαιτίας της έκθεσης σε έναν ιογενή παράγοντα, όπως ο SARS-COV2 (αίτιο-ανεξάρτητη μεταβλητή) και των συσχετίσεων μεταξύ αυτών των μεταβλητών (Shields and Twycross, 2003). Επιλέχθηκε η συγκεκριμένη μεθοδολογία καθώς η συγχρονική θεωρείται καταλληλότερη για τη μελέτη ενός φαινομένου (Setia, 2016) όπως ο επιπολασμός μιας ασθένειας ή κάποιο χαρακτηριστικό του πληθυσμού σε δεδομένο χρόνο, εξετάζοντας το αποτελέσματα και τις εκθέσεις σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο όπως είναι η περίοδος ύφεσης της πανδημίας (Wang and Cheng, 2020). Δεν θα μπορούσε η έρευνα μου να είναι αποκλειστικά περιγραφική διότι σκοπός μου δεν είναι να μετρήσω μόνο τον επιπολασμό της ψυχικής νοσηρότητας σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό, όπως το υπό μελέτη ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, αλλά σύμφωνα με την συγκριτική συγχρονική μεθοδολογία να συλλέξω δεδομένα από δυο διαφορετικά περιβάλλοντα έκθεσης στον Covid (ΜΕΘ και ΜΕΛ) και να συγκρίνω τα αποτελέσματα. Σε αντίθεση με τις μελέτες

περιπτώσεων ελέγχου (το δείγμα επιλέγεται με βάση το αποτέλεσμα/κατάσταση) ή μελέτες κοορτής (το δείγμα επιλέγεται με βάση την κατάσταση έκθεσης), τα υποκείμενα στη συγκεκριμένη συγχρονική μελέτη θα επιλεγούν μια φορά, από έναν διαθέσιμο πληθυσμό που διαθέτει συνάφεια με το ερώτημα της μελέτης (Wang and Cheng, 2020).

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη επιλέχθηκαν με βάση κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού που ορίστηκαν για τη μελέτη και η συλλογή δεδομένων βασίστηκε σε αυτοαναφορές με διανομή ερωτηματολογίων (Setia, 2016).

4.3. Δειγματοληπτική τεχνική

Στην κλινική έρευνα, ορίζουμε τον «πληθυσμό στόχο» ως μια ομάδα ανθρώπων που μοιράζονται έναν κοινό χαρακτήρα ή μια πάθηση (Elfil et al., 2017). Επειδή συνήθως ο πληθυσμός που ενδιαφέρει τον ερευνητή συνήθως περιέχει τόσα μέλη που να μην είναι εύκολο να μελετηθούν λαμβάνονται «δείγματα του πληθυσμού» (Elfil et al., 2017). Η διαδικασία αυτή πλεονεκτεί έναντι της πλήρους πληθυσμιακής κάλυψης καθώς είναι οικονομικότερη από άποψη πόρων (χρόνου, προσωπικού) αλλά παράλληλα εξασφαλίζει δεδομένα καλύτερης ακρίβειας (Bowling, 2009).

Η διαδικασία επιλογής ενός πληθυσμού δείγματος στην έρευνα θα πρέπει να γίνεται με τις εξής προϋποθέσεις: να εξασφαλίζει τη μεγαλύτερη αντιπροσωπευτικότητα, δηλαδή να προσεγγίζει στενά τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού-στόχου, να παρουσιάζει το μικρότερο δυνατό σφάλμα το οποίο αναφέρεται στις διαφορές μεταξύ του δείγματος και του πληθυσμού τον οποίο προορίζεται να εκπροσωπήσει και τη μικρότερη μεροληψία επιλογής συμμετεχόντων από την πλευρά των ερευνητών (Knechel, 2019), (Bowling, 2009). Υπάρχουν δύο κύριες κατηγορίες δειγματοληψίας: η μέθοδος δειγματοληψίας πιθανοτήτων (απλή τυχαία, συστηματική τυχαία, στρωματοποιημένη, δειγματοληψία σε ομάδες) όπου όλα τα άτομα στον πληθυσμό έχουν ίσες πιθανότητες να επιλεγούν στο δείγμα και η μη πιθανοτήτων όπου ο πληθυσμός του δείγματος επιλέγεται με βάση την υποκειμενική κρίση των ερευνητών (βολική, κριτική, χιονοστιβάδας) (Elfil et al., 2017), (Shorten and Moorley, 2014). Ως εκ τούτου η δειγματοληψία πιθανοτήτων είναι η καλύτερη τεχνική για την αποφυγή λάθους καθώς θεωρείται πιο ακριβής και αυστηρή (Knechel, 2019).

Παρόλα αυτά η δειγματοληψία ευκολίας και η σκόπιμη δειγματοληψία κρίθηκαν κατάλληλες μέθοδοι για την εκπόνηση της συγκεκριμένης μελέτης. Πιο συγκεκριμένα πρόκειται για δειγματοληψία που έγινε για λόγους ευκολίας (συμπεριλήφθηκε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείων της ίδιας πόλης και άτομα που ήταν πιθανόν να ανταποκριθούν στη μελέτη). Επίσης πρόκειται για σκόπιμα μη τυχαία μέθοδος δειγματοληψίας, που έχει ως στόχο να αντλήσει το δείγμα από μια ομάδα επαγγελματιών υγείας που έχουν ένα συγκεκριμένο χαρακτηριστικό, το οποίο αφορά την αποκλειστική φροντίδα ασθενών με Covid και επομένως γνώσεις και εμπειρίες που είναι απαραίτητες για την ερευνητική διαδικασία (Bowling, 2009), (Knechel, 2019).

Για την αποφυγή μεροληψίας επιλογής, με τον καθορισμό κριτηρίων αποδοχής και αποκλεισμού προσπάθησα το δείγμα γιατρών και νοσηλευτών να είναι αριθμητικά αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού και οι εκτεθειμένες ομάδες στον ιικό παράγοντα να μην διαφοροποιούνται ως προς την ευαισθησία ψυχοσυναισθηματικής επιφόρτισης (Wang and Cheng, 2020). Γνωρίζοντας όμως ότι η έκθεση και το αποτέλεσμα μετρούνται ταυτόχρονα και βασίζονται στην εμπειρική μνήμη των συμμετεχόντων, θεωρείται πολύ πιθανό το ενδεχόμενο μεροληψίας ανάκλησης (Wang and Cheng, 2020). Παράλληλα δεδομένου ότι πρόκειται για ταυτόχρονη (εφ άπαξ) μέτρηση έκθεσης και αποτελέσματος, απορρέει και το μεγαλύτερο μειονέκτημα της μελέτης καθώς είναι δύσκολο να εξαχθούν και να γενικευθούν τα αποτελέσματα (Setia, 2016). Τέλος λαμβάνοντας υπόψη το χρονικό πλαίσιο της διατριβής η συγχρονική έρευνα θεωρήθηκε κατάλληλη καθώς θεωρείται γρήγορη και φθηνή στη διαπεραίωσή της (Mann, 2003).

4.4 Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος

Η θέσπιση κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού για τους συμμετέχοντες στις κλινικές μελέτες είναι μια τυπική, αλλά απαραίτητη πρακτική κατά το σχεδιασμό ερευνητικών πρωτοκόλλων. Τα κριτήρια ένταξης ορίζονται ως τα βασικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού-στόχου που θα χρησιμοποιήσουν οι ερευνητές για να απαντήσουν στο ερευνητικό τους ερώτημα (Hulley et al., 2007). Τα τυπικά κριτήρια ένταξης περιλαμβάνουν δημογραφικά, κλινικά και γεωγραφικά χαρακτηριστικά. Αντίθετα, κριτήρια αποκλεισμού ορίζονται πρόσθετα χαρακτηριστικά των πιθανών συμμετεχόντων στη μελέτη που πληρούν τα κριτήρια ένταξης αλλά παρουσιάζουν πρόσθετα χαρακτηριστικά που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της μελέτης ή

να αυξήσουν τον κίνδυνο για δυσμενή έκβαση. Κοινά κριτήρια αποκλεισμού περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά των επιλέξιμων ατόμων που τα καθιστούν πολύ πιθανό να αποχωρήσουν από την μελέτη, να παρέχουν ανακριβή δεδομένα, να έχουν συνοσηρότητες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της μελέτης ή να αυξήσουν τον κίνδυνο για ανεπιθύμητες ενέργειες (Patino et al., 2018).

Τα κύρια κριτήρια αποδοχής των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη ήταν: α) άτομα ενήλικα β) μέλη υγιούς πληθυσμού (δεν αναφέρουν προβλήματα ψυχικής υγείας) γ) να παρέχουν ιατρική ή νοσηλευτική φροντίδα ως επαγγελματίες υγείας σε τμήματα Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Λ. των νοσοκομείων της πόλης των Ιωαννίνων δ) να ασκούν το επάγγελμα (ειδικευόμενοι/ειδικευμένοι γιατροί, νοσηλευτές ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ).

Τα κριτήρια αποκλεισμού του δείγματος ήταν: α) άτομα κάτω των 18 ετών β) μη επαγγελματίες υγείας γ) φοιτητές ιατρικής ή νοσηλευτικής δ) επαγγελματίες υγείας που δεν διαθέτουν ιατρική ή νοσηλευτική ειδικότητα (π.χ. βοηθοί θαλάμου, φυσικοθεραπευτές, κ.α.) ε) γυναίκες που κυοφορούν.

4.5. Περιγραφή του δείγματος

Για την πληρέστερη εφαρμογή του σχεδιασμού μελέτης αλλά και για την προσπάθεια μου να αποκτήσω γνώση για το όλον, θέλησα να εξετάσω ένα μέρος αυτού (Σαχίνη-Καρδάση, 2004). Έτσι η επιλογή του πληθυσμού μελέτης στην παρούσα εργασία αφορά το ιατρικό (ειδικευόμενοι/ειδικευμένοι) και νοσηλευτικό προσωπικό (μόνιμο/επικουρικό), που εργάζεται σε τμήματα (Μ.Ε.Θ. και Μ.Ε.Λ. Covid) στα δύο νοσοκομεία της πόλης των Ιωαννίνων.

Από το συνολικά άτομα ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που φροντίζουν ασθενείς που νοσούν με Covid αυτοί που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου και συμφώνησαν να συμμετέχουν εθελοντικά στη μελέτη ήταν 111 γιατροί και νοσηλευτές, των οποίων τα δημογραφικά χαρακτηριστικά παρατίθενται στον Πίνακα 1.

Αναλυτικότερα, πρόκειται για 78 (70,3%) γυναίκες, ηλικίας 26-55 ετών (95,4%), κυρίως έγγαμους (61,3%) με παιδιά (56 %). 32 άτομα (28,8%) είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 38 άτομα (34,2 %) είναι απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης και 41 (36,9%) απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.

		N	%
Φύλο	Γυναίκα	78	70.3%
	Άνδρας	33	29.7%
Ηλικία	18-25	4	3.6%
	26-35	34	30.6%
	36-45	42	37.8%
	46-55	30	27.0%
	56-65	1	0.9%
	>66	0	0.0%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	34	30.6%
	Έγγαμος/η	68	61.3%
	Διαζευγμένος/η, Χήρος/α	9	8.1%
Συζείτε με	Παιδιά	61	56.0%
	Ενήλικες άνω των 60 ετών	17	15.6%
	Μόνος	29	26.6%
	Χρόνια πάσχοντες	2	1.8%
Ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	32	28.8%
	Τεχνολογική εκπαίδευση	38	34.2%
	Πανεπιστημιακή εκπαίδευση	41	36.9%

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στον Πίνακα 2 παρατίθενται τα εργασιακά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων. Πιο αναλυτικά, 58 άτομα (52,3%) είναι μόνιμοι και 80 (72,1%) είναι νοσηλευτές, με το 45% να διαθέτει συνολική εργασιακή εμπειρία περισσότερο από 10 έτη και το 77,5% εμπειρία σε τμήμα Covid>1 έτος. 61 άτομα (55%) εργάζονται στο Πανεπιστημιακό Γ.Ν.Ι., ενώ 50 (45%) στο Γ.Ν.Ι «Γ. Χατζηκώστα». 45 (40,5%) εργάζονται σε Μ.Ε.Θ και 66 (59,5%) σε Μ.Ε.Λ.. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες έχουν μετακινηθεί στη Μ.Ε.Θ. ή στη Μ.Ε.Λ. Covid από τμήμα Μ.Ε.Θ. ή τμήμα παθολογικού τομέα, ενώ λίγοι από τμήμα χειρουργικού τομέα. Όσο αναφορά το ωράριο εργασίας οι περισσότεροι ερωτηθέντες έχουν κυκλικό, ενώ ελάχιστοι έχουν πρωινό. Οι περισσότεροι εργάζονται περισσότερο από 8 ώρες/24ωρο μία ή δύο φορές την εβδομάδα.

		N	%
Σχέση εργασίας	Μόνιμος	58	52.3%
	Συμβασιούχος	53	47.7%
Θέση εργασίας	Ιατρός	31	27.9%
	Νοσηλευτής	80	72.1%
Συνολική εργασιακή εμπειρία	<1 έτος	15	13.8%
	1-5 έτη	30	27.5%
	5-10 έτη	15	13.8%
	>10 έτη	49	45.0%
Συνολικός χρόνος εργασίας σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Λ. Covid	<1 έτος	25	22.5%
	>1 έτος	86	77.5%
Νοσοκομείο εργασίας	Π.Γ.Ν.Ι	61	55.0%
	Γ.Ν.Ι «Γ. Χατζηκώστα»	50	45.0%
Τμήμα εργασίας	Μ.Ε.Θ	45	40.5%
	Μ.Ε.Λ	66	59.5%
Μετακίνηση στη Μ.Ε.Θ. ή στη Μ.Ε.Λ. Covid από τμήμα	Μ.Ε.Θ	37	34.9%
	Χειρουργικού Τομέα	14	13.2%
	Παθολογικού Τομέα	55	51.9%
Ωράριο εργασίας	Πρωινό	11	10.0%
	Κυκλικό	99	90.0%
Εργάζεστε περισσότερο από 8 ώρες/24ωρο (Εφημερίες για γιατρούς ή 7-3Ν για νοσηλευτές)	Ποτέ	6	5.4%
	1 φορά/εβδομάδα	34	30.6%
	2 φορές/εβδομάδα	71	64.0%

Πίνακας 2. Εργασιακά χαρακτηριστικά

Συνοπτικά, το προφίλ του δείγματος αποτελείται κυρίως από γυναίκες, ηλικίας 26--55, άγαμοι, όπου περισσότεροι συζούν με τα παιδιά τους ή μόνοι και είναι πτυχιούχοι ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης. Επίσης σχεδόν κατά τα 2/3 το δείγμα αφορά νοσηλευτές, οι μισοί περίπου κατέχουν τουλάχιστον 10ετή εργασιακή εμπειρία και η πλειοψηφία του δείγματος κατέχει σχετική εμπειρία (>1 έτους) να φροντίζει ασθενείς με Covid. Από τα δύο νοσοκομεία αλλά και από τμήματα ΜΕΘ και ΜΕΛ οι επαγγελματίες υγείας συμμετείχαν σχεδόν ισόποσα. Σχεδόν οι μισοί μετακινήθηκαν σε τμήματα Covid από τμήματα του παθολογικού τομέα ενώ η συντριπτική πλειοψηφία ακολουθεί κυκλικό ωράριο με εργασιακή απασχόληση περισσότερο των 8 ωρών το 24ωρο τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα.

4.6. Περιγραφή του χώρου

Πριν τη συλλογή των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε μια ενημερωτική συνάντηση στο χώρο κάθε Μ.Ε.Θ και Μ.ΕΛ των δύο νοσοκομείων μεταξύ του ερευνητή, προϊσταμένων και μέρους του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που ήταν παρόντες και πληρούσαν τις προϋποθέσεις συμμετοχής. Δίνοντάς τους τα ερωτηματολόγια, ως ερευνήτρια τους εξηγούσα την όλη διαδικασία κι αμέσως μετά εκφωνούσα δυνατά τις ερωτήσεις αφήνοντας τον απαραίτητο χρόνο να εκδηλώσουν οποιαδήποτε απορία. Σε ερωτήσεις που υπήρχε δυσκολία κατανόησης υπήρχε η δυνατότητα επεξήγησης, προσπαθώντας αυτή να δίνεται με αμερόληπτο τρόπο.

4.7. Μέθοδος συλλογής των δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια/ κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν κατάλληλα και αξιόπιστα για τη συλλογή δεδομένων και μέτρηση αποτελεσμάτων καθώς έχουν αξιολογηθεί, μεταφραστεί και σταθμιστεί τον ελληνικό πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα πρόκειται για:

4.7.1 Ερωτηματολόγιο κοινωνικό-δημογραφικών δεδομένων

Δομήθηκε από τον συγγραφέα με τη συνεργασία και την έγκριση από τον επιβλέποντα σύμβουλο καθηγητή. Οι ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα επιλέχθηκαν με βάση σχετικά ερωτηματολόγια από τη βιβλιογραφία, ώστε να συλλέξουμε στοιχεία για τα χαρακτηριστικά των εργαζομένων σε κάθε τμήμα Covid. Περιλαμβάνουν το φύλο, την ηλικιακή ομάδα και την οικογενειακή κατάσταση όπου εξετάζονται 3 παράμετροι: αν είναι έγγαμοι, αν ζουν μόνοι, συζούν με παιδιά, με ηλικιωμένους ή χρόνια πάσχοντες η όχι. Για το εκπαιδευτικό επίπεδο διακρίνονται οι κατηγορίες δευτεροβάθμιας, τεχνολογικής και πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Εξετάζεται η σχέση εργασίας (μόνιμος ή συμβασιούχος), επαγγελματική ειδικότητα (γιατρός ή νοσηλευτής), το νοσοκομείο (Π.Γ.Ν.Ι. ή «Γ. Χατζηκώστα»), το τμήμα εργασίας (Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Λ.), το προηγούμενο τμήμα εργασίας και πληροφορίες σχετικά με το ωράριο εργασίας (πρωινό/κυκλικό και πόσες φορές εβδομαδιαία εργάζονται άνω των 8 ωρών/ημέρα).

4.7.2 Κλίμακα για την αξιολόγηση του επιπέδου φόβου για τον Covid 19 FCV-19S (Fear of COVID-19 scale).

Η κλίμακα φόβου FCV-19S (Fear of COVID-19 scale), σχεδιάστηκε το 2020 στο Ιράν, από τους Ahorsu και συν. (2020) για την αξιολόγηση του επιπέδου φόβου που σχετίζεται με το SARS-CoV-2.

Περιλαμβάνει επτά προτάσεις αυτοαναφοράς, που εκφράζουν το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας των συμμετεχόντων με κλιμάκωση (διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ, ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, συμφωνώ, συμφωνώ απόλυτα). Η σοβαρότητα κάθε συμπτώματος εκτιμάται από κλίμακα τύπου Likert 5 σημείων. Η βαθμολογία που μπορεί να λάβει η κάθε πρόταση είναι 0, 1, 2, 3, 4 ή 5 βαθμοί ανάλογα με το βαθμό συμφωνίας, ενώ η ανώτερη τιμή είναι 35 βαθμοί για το σύνολο του ερωτηματολογίου. Η συνολική βαθμολογία κάθε συμμετέχοντα υπολογίζεται από το άθροισμα των αποκρίσεων κάθε πρότασης εκφράζοντας τη συνολική τιμή της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης, που εκφράζει το επίπεδο του φόβου (Ahorsu et al., 2020).

Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί, σταθμιστεί και αξιολογηθεί στην ελληνική γλώσσα και διαπιστώθηκε ότι έχει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Tsipropoulou et al. 2020).

4.7.3. Κλίμακα για τη διερεύνηση άγχους, στρες και κατάθλιψης DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale 21).

Η κλίμακα άγχους, στρες και κατάθλιψης DASS-21 είναι μία σύντομη μορφή με 21 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου των Lovibond 1995 (Lovibond and Lovibond, 1995).

Περιλαμβάνει τρεις διακριτές υποκλίμακες 7 ερωτήσεων α) για την κατάθλιψη (Depression scale), β) για το άγχος (Anxiety scale) και γ) για το στρες (Stress scale): η πρώτη αναφέρεται στην διερεύνηση της κατάθλιψης στοχεύοντας στην εξέταση της δυσφορίας, την αίσθηση αβοήθητου, την απαξίωση της ζωής, την έλλειψη ενδιαφέροντος για οτιδήποτε, την ανηδονία, την αδράνεια. Η δεύτερη υποκλίμακα διερευνά το άγχος εξετάζοντας τη διεγερτικότητα, μυοσκελετικά προβλήματα, και την υποκειμενική θεώρηση καταστάσεων ως αγχογόνων. Η τρίτη υποκλίμακα για τη διερεύνηση του στρες εξετάζει χρόνια μη ειδικά ερεθίσματα που

προκαλούν διέγερση, δυσκολία στη χαλάρωση, νευρική υπερένταση, ευερεθιστότητα, ανυπομονησία στα άτομα (Gomaa, et al., 2013).

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοναφοράς που αποτελείται από 21 θέματα. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν το βαθμό στον οποίο τους χαρακτηρίζουν οι περιγραφές του κάθε θέματος. Η σοβαρότητα κάθε συμπτώματος εκτιμάται με βάση την κλίμακα τύπου Likert 4 σημείων. Η βαθμολογία που αποδίδεται σε κάθε πρόταση (ερώτηση) είναι 0, 1, 2 η 3 βαθμοί, που σημαίνουν κατά σειρά: δεν ισχύει καθόλου για εμένα, ισχύει για εμένα σε ένα ορισμένο βαθμό, ισχύει για εμένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ισχύει για εμένα πάρα πολύ. Οι βαθμοί των απαντήσεων κάθε συμμετέχοντα αθροίζονται για να υπολογισθεί η συνολική τιμή της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης. Η ανώτερη βαθμολογία για την κάθε υποκλίμακα είναι 21 και για το σύνολο του ερωτηματολογίου 63 (Beaufort et al., 2017).

Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στα ελληνικά (Lyrakos et al., 2011), σταθμιστεί και αξιολογηθεί και διαπιστώθηκε ότι έχει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Pezirkianidis et al., 2018).

4.8. Ηθική της έρευνας

Για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών (2002) υποστηρίζει το δικαίωμα στην αυτοδιάθεση, στην ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπεια, στην ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα, στη δίκαιη μεταχείριση και στην προστασία από βλάβη, ιδιαίτερα για ευάλωτους πληθυσμούς (Doody and Noonan, 2016), (ANA, 2015).

Ως ερευνήτρια, για να εξασφαλίσω ότι θα διατηρηθεί το δικαίωμα στην αυτοδιάθεση θα πρέπει σε όλους τους συμμετέχοντες να «αποκαλύψω» γραπτά και προφορικά πληροφορίες (Doody and Noonan, 2016) για το σκοπό, τη φύση και τις διαδικασίες της μελέτης, το δικαίωμα υπαναχώρησης ανά πάσα στιγμή χωρίς συνέπειες, να προσδιορίσω πιθανούς κινδύνους και οφέλη, και να «λύσω» οποιαδήποτε απορία τους ώστε να διασφαλιστεί ότι πρόκειται για μια τεκμηριωμένη επιλογή ώστε να λάβω υπογεγραμμένη σχετική συναίνεση εθελοντικής συμμετοχής (Polit-O'Hara and Beck, 2017). Επιπροσθέτως θα ενημερωθούν ότι η συναίνεση τους θα είναι συνεχής, συνεργατική, διαπραγματεύσιμη διαλεκτική διαδικασία. Επίσης θα ενημερωθούν ότι εφόσον το επιθυμούν θα πληροφορηθούν για τα αποτελέσματα της έρευνας (Polit-O'Hara and Beck, 2017). Επίσης οι συμμετέχοντες θα ενημερωθούν για διατήρηση της

ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας των δεδομένων (Ισάρη &Πούρκος, 2015). Για την εξασφάλισή τους κατά τη διάρκεια της έρευνας κανένα στοιχείο που να στοιχειοθετεί την ταυτότητα τους δεν θα χρησιμοποιηθεί σε οποιοδήποτε έγγραφο. Η πλήρης ταυτότητα του κάθε συμμετέχοντα θα είναι άγνωστη, ενώ επιπλέον πρόσβαση σε όλα τα δεδομένα θα έχει ο επιβλέπων καθηγητής. Η συγκεκριμένη συλλογή θα διατηρηθεί σε κλειδωμένο ντουλάπι στο χώρο της ερευνήτριας. Τα αρχεία, θα διατηρηθούν για τρία χρόνια μετά την ολοκλήρωση της μελέτης ως αποδεικτικά στοιχεία για την υποστήριξη των ευρημάτων της μελέτης (Ισάρη & Πούρκος, 2015), (Doody and Noonan, 2016).

Τέλος αναγνωρίζοντας τη σημασία της ηθικής, ως ερευνήτρια αιτήθηκα και έλαβα σχετική έγκριση διεξαγωγής της από τα αντίστοιχα επιστημονικά συμβούλια των αρμόδιων φορέων (Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Π.Γ.Ν.Ι., Γ.Ν. Ι. «Γ. Χατζηκώστα», 6η Υ.Π.Ε) τα οποία θα πιστοποιήσουν ότι η μελέτη μου είναι επιστημονικά άρτια, επωφελής, διενεργείται υπό την επίβλεψη καθηγητή Πανεπιστημίου, και επιπλέον θα διαφυλάξουν ότι θα τηρηθούν οι ηθικές αρχές καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας (Richards and Schwartz, 2002).

4.9. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Το αναλυτικό δείγμα περιλάμβανε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ΜΕΘ και Μ.Ε.Λ. που συμφώνησαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Πραγματοποιήθηκαν περιγραφικές αναλύσεις κοινωνικό-δημογραφικών μεταβλητών ανάλογα με το τμήμα που εργαζόταν το προσωπικό και στη συνέχεια αναλύσεις επαγωγικής ανάλυσης. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο λογισμικό στατιστικής επεξεργασίας SPSS v 23.0 ενώ το επίπεδο σημαντικότητας σε όλες τις περιπτώσεις ορίστηκε ίσο με 0,05.

Για την περιγραφή των εκβάσεων χρησιμοποιήθηκαν μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις, ενώ για τις κατηγορικές μετρήσεις όπως το φύλο, πλήθη και ποσοστά. Πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι t για δύο ανεξάρτητα δείγματα και ανάλυση διακύμανσης για περισσότερα από δύο ανεξάρτητα δείγματα για την διαφοροποίηση των εκβάσεων ανάλογα με το ωράριο ή με άλλες παραμέτρους που εκφράζονται σε κατηγορίες. Στις περιπτώσεις ύπαρξης στατιστικά σημαντικών διαφορών, ακολούθησαν έλεγχοι πολλαπλών συγκρίσεων με το κριτήριο Bonferroni. Για την εξέταση των συσχετίσεων μεταξύ των εκβάσεων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Pearson correlation coefficient. Η αξιοπιστία των ερωτηματολογίων και των διαστάσεών τους πραγματοποιήθηκε με τον δείκτη Cronbach's Alpha.

Κεφάλαιο 5ο

Αποτελέσματα της έρευνας

5.1. Ποσοστό απόκρισης

Το ποσοστό απόκρισης υπολογίστηκε από τον αριθμό των κατάλληλων αποκρινόμενων που περιλαμβάνονται επιτυχώς στη μελέτη ως ποσοστό του συνολικού κατάλληλου πληθυσμού μελέτης. Αν και δεν υπάρχει συμφωνία των επιστημών για το ποιο είναι αποδεκτό ποσοστό απόκρισης ένα ποσοστό >75% είναι καλό. Στη συγκεκριμένη μελέτη ανταποκρίθηκαν 111 γιατροί και νοσηλευτές από τους συνολικά 138 με ποσοστό απόκρισης 80,4%.

5.2.Αξιοπιστία ερωτηματολογίων

Σύμφωνα με την ανάλυση της αξιοπιστίας παρατηρούμε ότι η τιμή του δείκτη α του Cronbach του άγχους είναι 0.884, του stress 0,869, της κατάθλιψης 0,9 και του FCV 0,933, άρα μεγαλύτερες από το βιβλιογραφικό 0,7 το οποίο υποδεικνύει ότι οι έννοιες γίνονται αντιληπτές όπως υπαγορεύονται από το ερωτηματολόγιο και επομένως μετρούνται αξιόπιστα.

Reliability Statistics

	Cronbach's Alpha	N of Items
Άγχος	.884	7
Stress	.869	7
Κατάθλιψη	.900	7
FCV	.933	7

Πίνακας 3. Εκτιμήσεις του δείκτη αξιοπιστίας για τα ερωτηματολόγια DASS και FCV

5.3. Παρουσίαση στατιστικών και ανάλυση δεδομένων

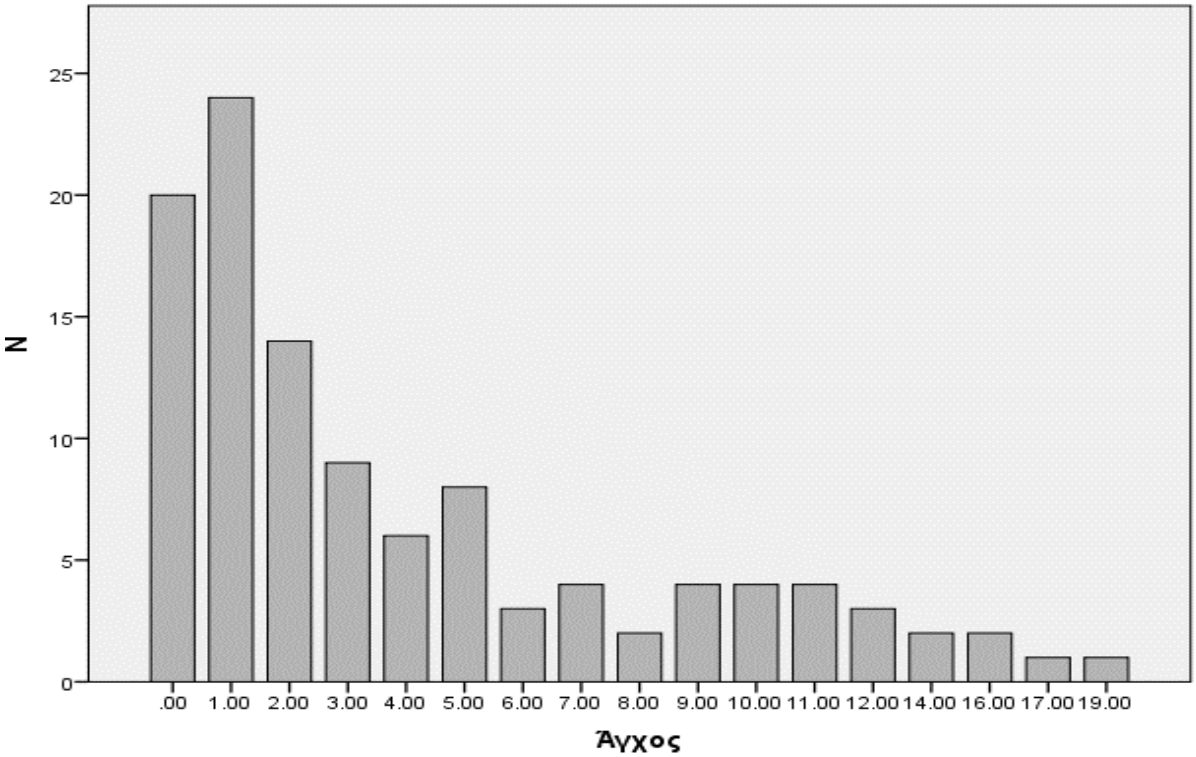
Από τον Πίνακα 4 προκύπτει ο μέσος όρος του άγχους είναι 4.1171, όπου το 4 αντιστοιχεί σε ήπιο άγχος και η τυπική απόκλιση 4,47364. Σημειώνεται ότι μεγαλύτερες τιμές αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα άγχους. Ο μέσος όρος του stress είναι 4,4685, όπου το 4 αντιστοιχεί σε φυσιολογικό stress, και η τυπική απόκλιση 4,29126. Σημειώνεται ότι μεγαλύτερες τιμές αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα stress. Ο μέσος όρος της κατάθλιψης είναι 7, όπου το 7

αντιστοιχεί σε μέτρια κατάθλιψη και η τυπική απόκλιση 5,40202. Σημειώνεται ότι μεγαλύτερες τιμές αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Standard Deviation
Άγχος	111	.00	19.00	4.1171	4.47364
Stress	111	.00	18.00	4.4685	4.29126
Κατάθλιψη	111	.00	19.00	7.0000	5.40202
FCV	111	1.00	5.00	2.2329	.96645

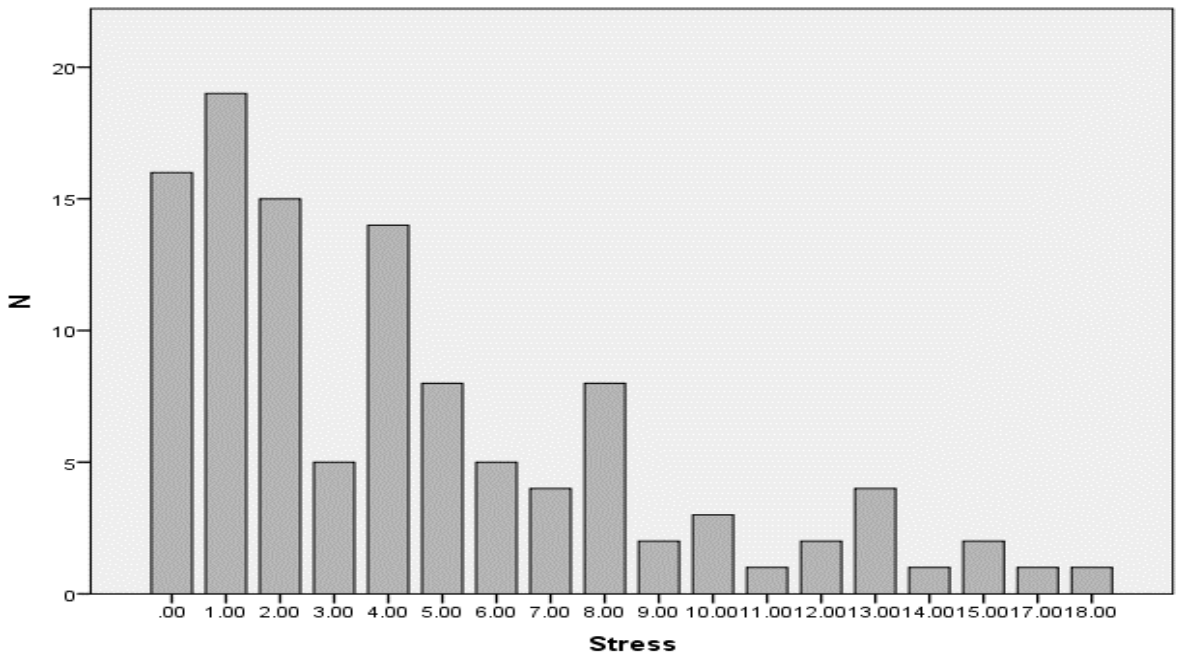
Πίνακας 4. Χαρακτηριστικά των εκβάσεων.

Από το ιστόγραμμα του άγχους (Γράφημα 1), προκύπτει ότι υπάρχει συγκέντρωση των τιμών γύρω από το 1, το οποίο σημαίνει ότι δεν υπάρχει, γενικά, πολύ άγχος.



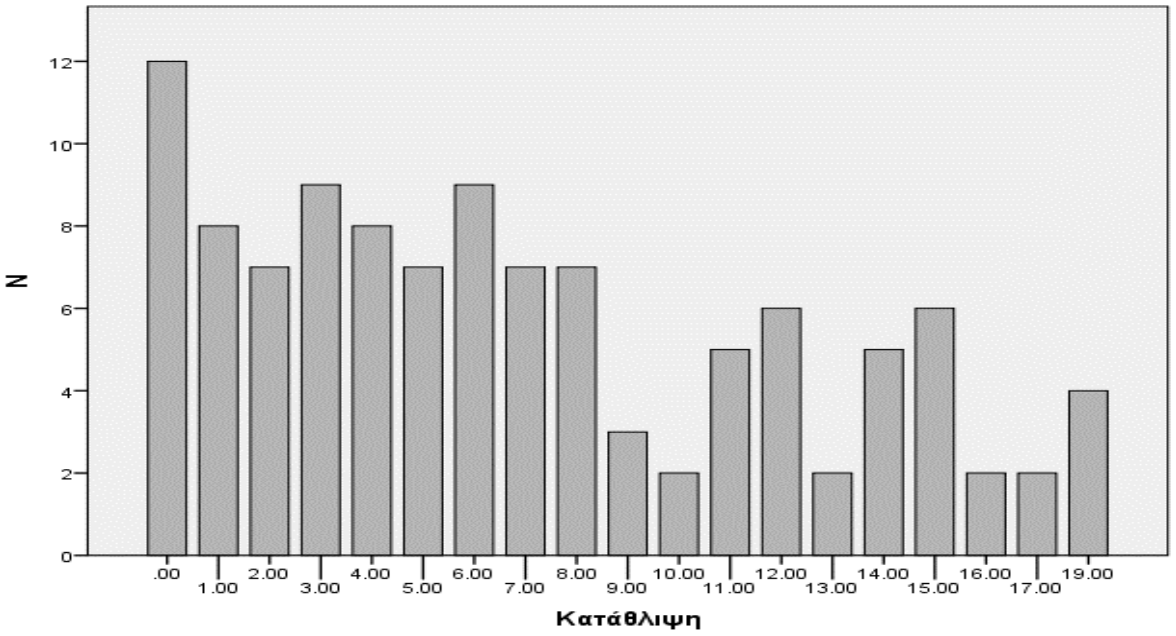
Εικόνα 2. Ιστόγραμμα τιμών για το άγχος

Από το ιστόγραμμα του stress (Γράφημα 2), προκύπτει ότι υπάρχει συγκέντρωση των τιμών γύρω από το 3, το οποίο σημαίνει ότι δεν υπάρχει, γενικά, πολύ stress.



Εικόνα 3. Ιστόγραμμα τιμών για το stress

Από το ιστόγραμμα των αντιλήψεων για την κατάθλιψη (Γράφημα 3), προκύπτει ότι οι απαντήσεις κατανέμονται σχεδόν ισότιμα κοντά στο 7, το οποίο σημαίνει ότι η κατάθλιψη είναι σε μέτριο, γενικά, επίπεδο.



Εικόνα 4. Ιστόγραμμα τιμών για την κατάθλιψη

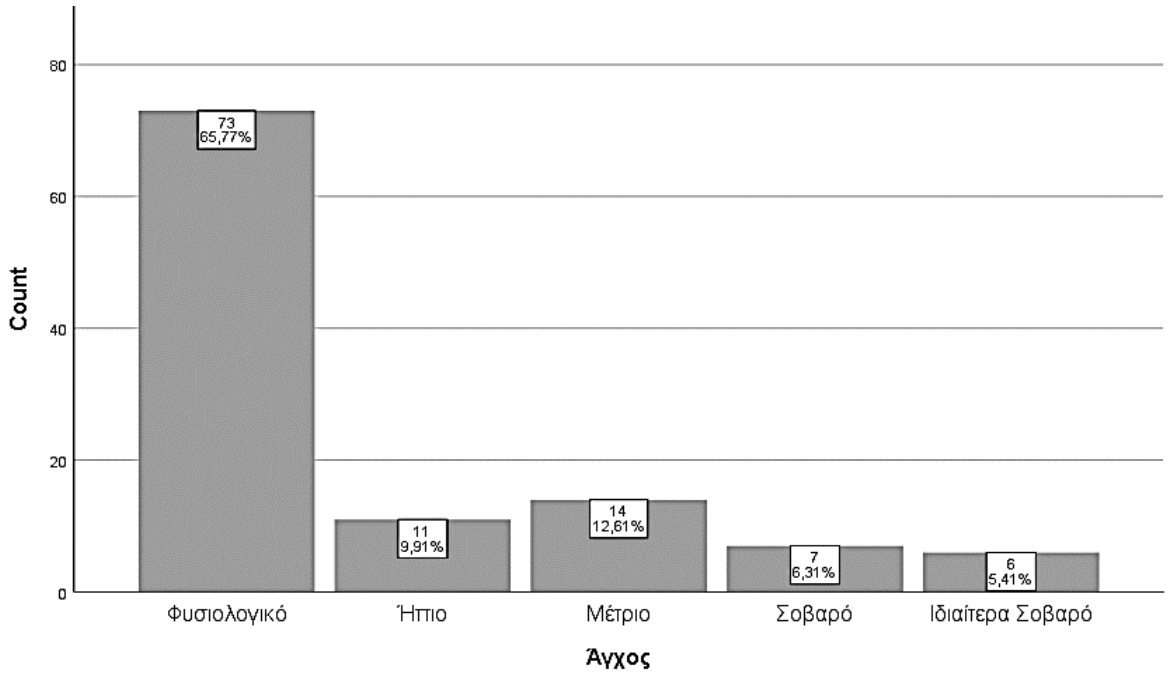
Από την ομαδοποίηση των εκβάσεων του ερωτηματολογίου DASS 21 σύμφωνα με τις κατηγορίες που υπαγορεύονται από τη στάθμισή του και η οποία παρατίθεται στον πίνακα 5, φαίνεται ότι φυσιολογικά επίπεδα άγχους καταγράφονται στο 65,8% των συμμετεχόντων, φυσιολογικά επίπεδα Stress στο 49,5% των συμμετεχόντων και φυσιολογικά επίπεδα Κατάθλιψης στο 60,4% των συμμετεχόντων. Παρατηρώντας αναλυτικά τα στοιχεία που παρατίθενται στον πίνακα 6 φαίνεται ότι ένα ποσοστό από 35% έως και 50% του συνόλου ανάλογα με την έκβαση δεν έχει φυσιολογικά επίπεδα, ενώ μάλιστα το ποσοστό Σοβαρού και Πολύ σοβαρού άγχους είναι 11,7%, το ποσοστό Σοβαρού και Πολύ σοβαρού Stress είναι 22,5% και το ποσοστό Σοβαρής ή Πολύ σοβαρής κατάθλιψης είναι 18,9%. Η κατανομή των τιμών αποδίδεται και από τα γραφήματα 4, 5 και 6.

DASS-21 Διαβάθμιση	Κατάθλιψη	Άγχος	Στρες
Φυσιολογικό	0-4	0-3	0-7
Ήπιο	5-6	4-5	8-9
Μέτριο	7-10	6-7	10-12
Σοβαρό	11-13	8-9	13-16
Ιδιαίτερα σοβαρό	14+	10+	17+

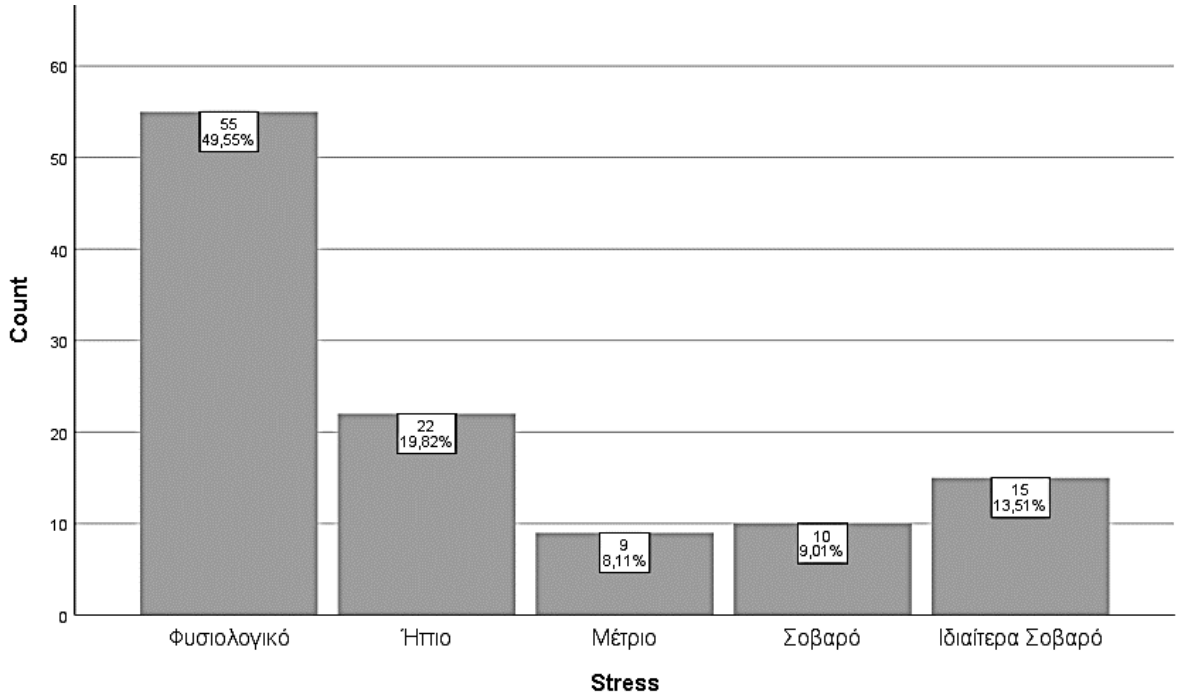
Πίνακας 5. Κατηγοριοποίηση των τιμών των τριών εκβάσεων του DASS21

		Φυσιολογικό	Ήπιο	Μέτριο	Σοβαρό	Ιδιαίτερα Σοβαρό
Άγχος	N	73	11	14	7	6
	%	65,8%	9,9%	12,6%	6,3%	5,4%
Stress	N	55	22	9	10	15
	%	49,5%	19,8%	8,1%	9,0%	13,5%
Κατάθλιψη	N	67	10	13	15	6
	%	60,4%	9,0%	11,7%	13,5%	5,4%

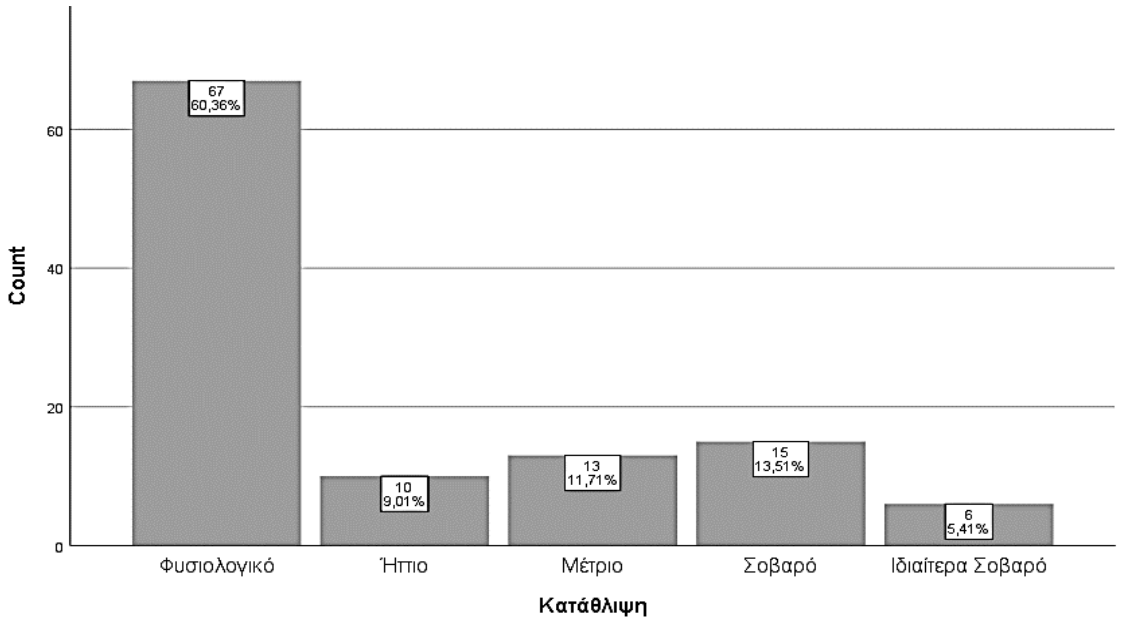
Πίνακας 6. Κατηγορίες άγχους, Stress και κατάθλιψης στο σύνολο του δείγματος



Εικόνα 5. Κατανομή των κατηγοριών του άγχους στο σύνολο των συμμετεχόντων

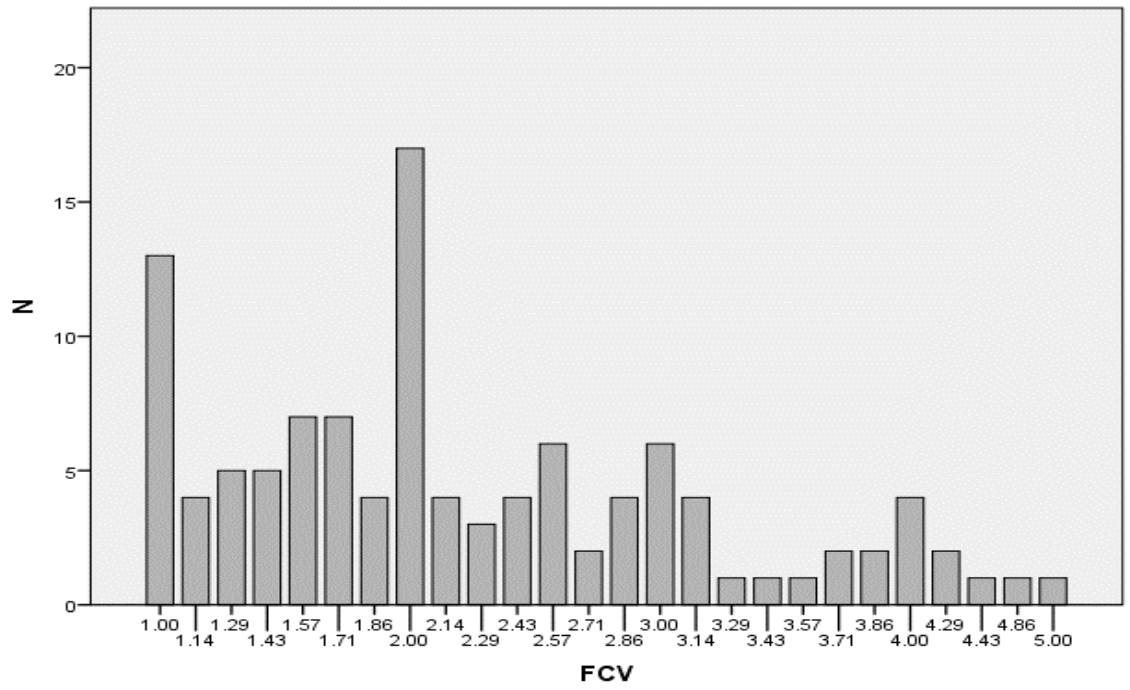


Εικόνα 6. Κατανομή των κατηγοριών του stress στο σύνολο των συμμετεχόντων



Εικόνα 7. Κατανομή των κατηγοριών της κατάθλιψης στο σύνολο των συμμετεχόντων

Ο μέσος όρος του FCV (φόβος για τον Covid19) είναι 2,2329, όπου το 2 αντιστοιχεί στην απάντηση «Διαφωνώ», και η τυπική απόκλιση 0, 96645. Σημειώνεται ότι μεγαλύτερες τιμές αντιστοιχούν σε περισσότερο φόβο για τον Covid19. Από το ιστόγραμμα των αντιλήψεων για το FCV (Γράφημα 7), προκύπτει ότι υπάρχει συγκέντρωση των τιμών στο 2.

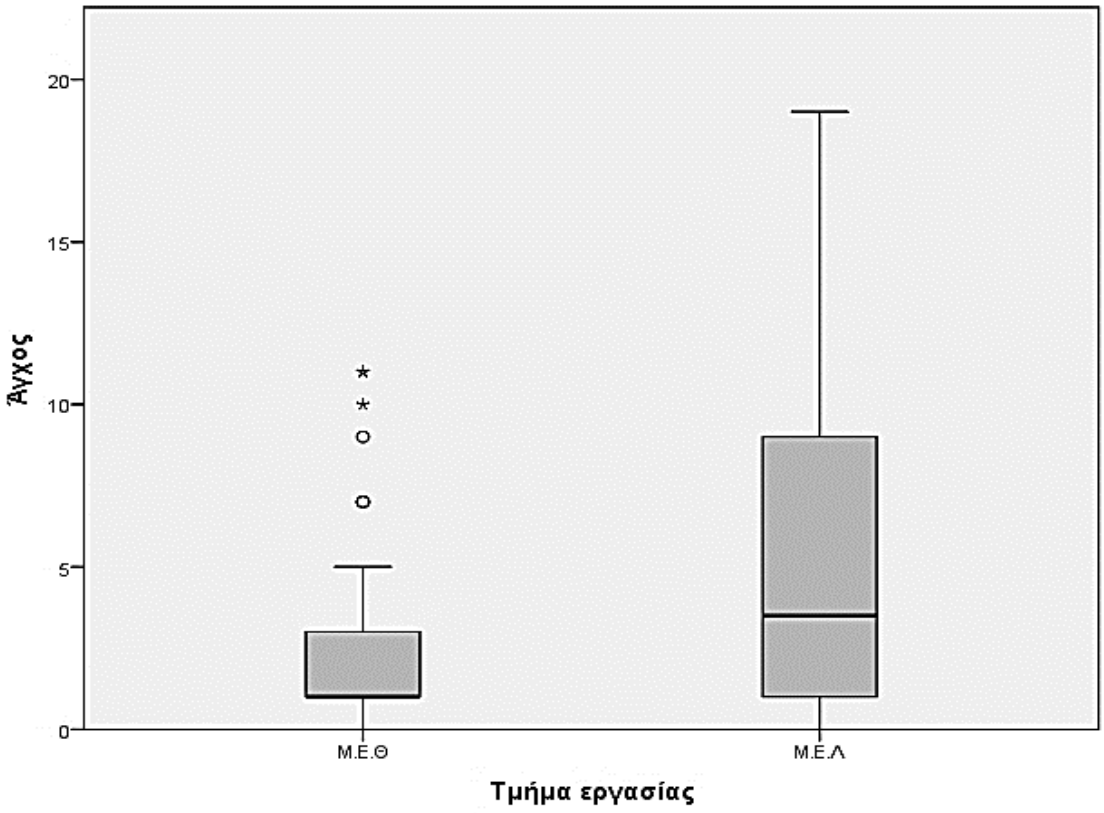


Εικόνα 8. Ιστόγραμμα τιμών για το FCV

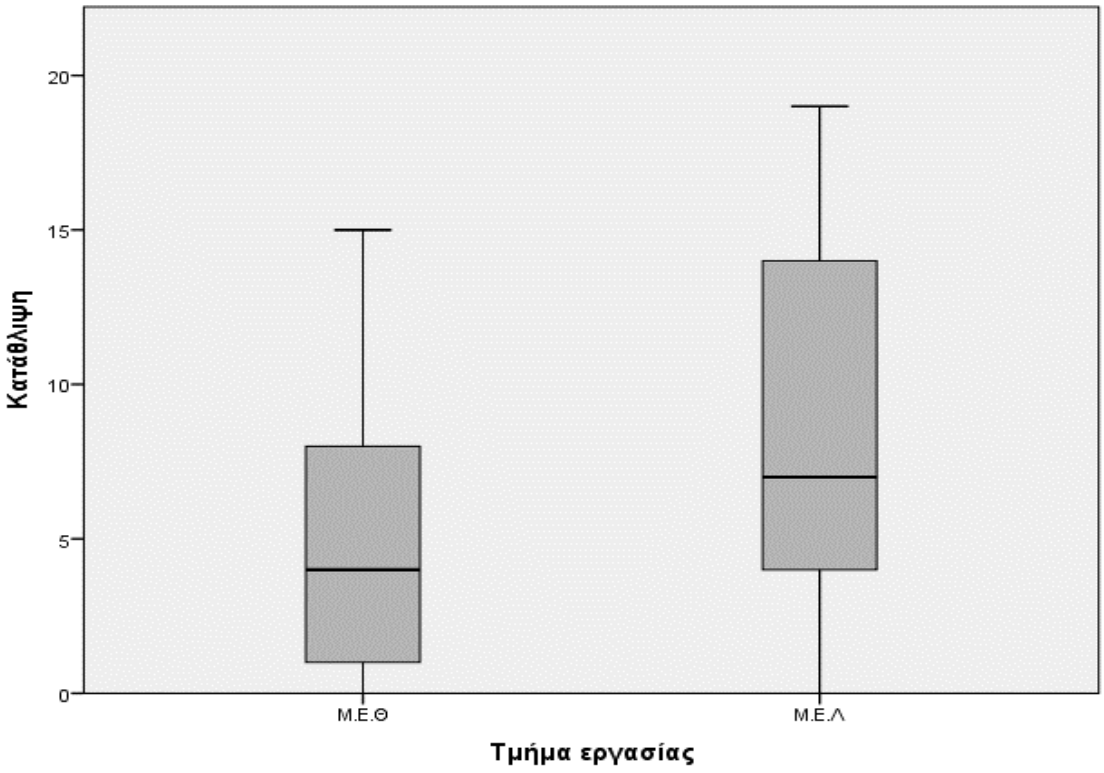
Στον Πίνακα 7 παρατίθεται η διαφοροποίηση των εκβάσεων «άγχος», «stress», «κατάθλιψη», «FCV» ανάλογα με το τμήμα εργασίας. Σύμφωνα με το κριτήριο t=-3,606, p=0,001 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «άγχους» ανάλογα με το τμήμα εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που εργάζονται σε Μ.Ε.Θ διαφέρουν από τα άτομα που εργάζονται σε Μ.Ε.Λ κατά -2,73838, p=0,001. Σύμφωνα με το κριτήριο t=-3,799, p=0,001 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «stress» ανάλογα με το τμήμα εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που εργάζονται σε Μ.Ε.Θ διαφέρουν από τα άτομα που εργάζονται σε Μ.Ε.Λ κατά -2,73131, p=0,001. Σύμφωνα με το κριτήριο t=--3,998, p=0,014 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών της «κατάθλιψης» ανάλογα με το τμήμα εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που εργάζονται σε Μ.Ε.Θ διαφέρουν από τα άτομα που εργάζονται σε Μ.Ε.Λ κατά -3,7373, p=0,001. Σύμφωνα με το κριτήριο t=--4,322, p=0,001 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «FCV» ανάλογα με το τμήμα εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που εργάζονται σε Μ.Ε.Θ διαφέρουν από τα άτομα που εργάζονται σε Μ.Ε.Λ κατά -0,69626, p=0,001. Συνεπώς, τα άτομα που εργάζονται σε Μ.Ε.Λ έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, stress, κατάθλιψης και FCV από τα άτομα εργάζονται σε Μ.Ε.Θ.

			Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	N	p
Άγχος	Τμήμα εργασίας	Μ.Ε.Θ	2.49	3.03	45	**0,001**
		Μ.Ε.Λ	5.23	4.95	66	
Stress	Τμήμα εργασίας	Μ.Ε.Θ	2.84	2.76	45	**0,001**
		Μ.Ε.Λ	5.58	4.79	66	
Κατάθλιψη	Τμήμα εργασίας	Μ.Ε.Θ	4.78	4.30	45	**0,014**
		Μ.Ε.Λ	8.52	5.58	66	
FCV	Τμήμα εργασίας	Μ.Ε.Θ	1.82	.65	45	**0,001**
		Μ.Ε.Λ	2.52	1.05	66	

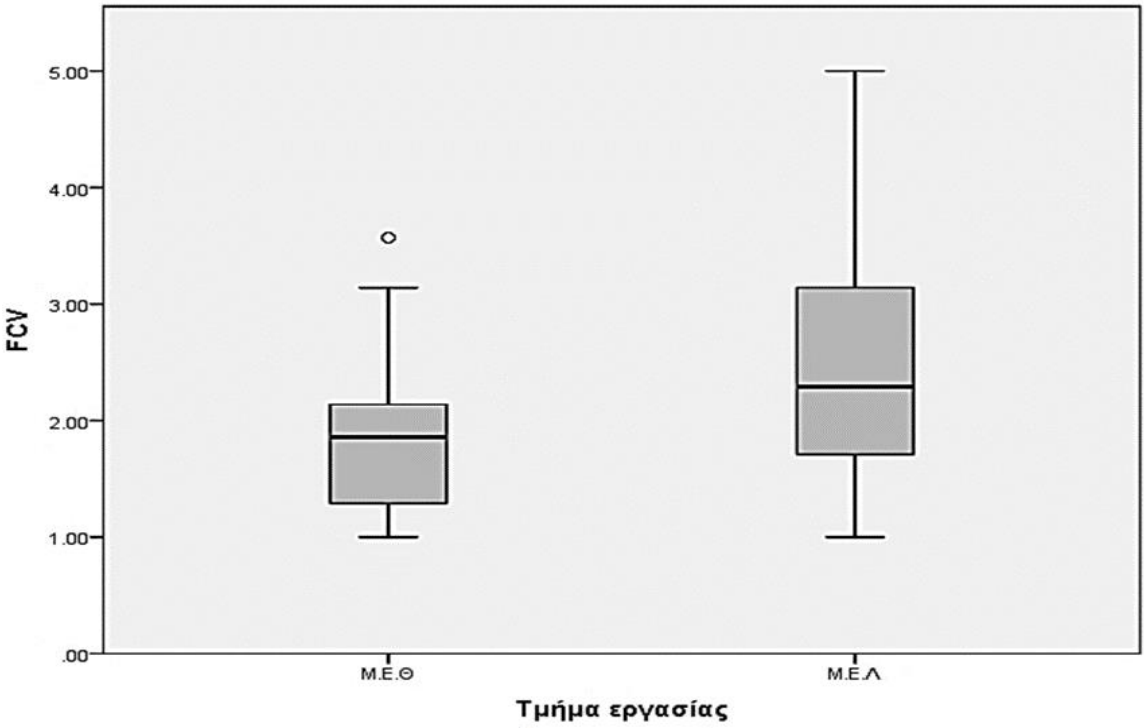
Πίνακας 7. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με το τμήμα εργασίας



Εικόνα 9. Κατανομή των τιμών για το stress ανάλογα με το τμήμα εργασίας



Εικόνα 10. Κατανομή των τιμών για την κατάθλιψη ανάλογα με το τμήμα εργασίας

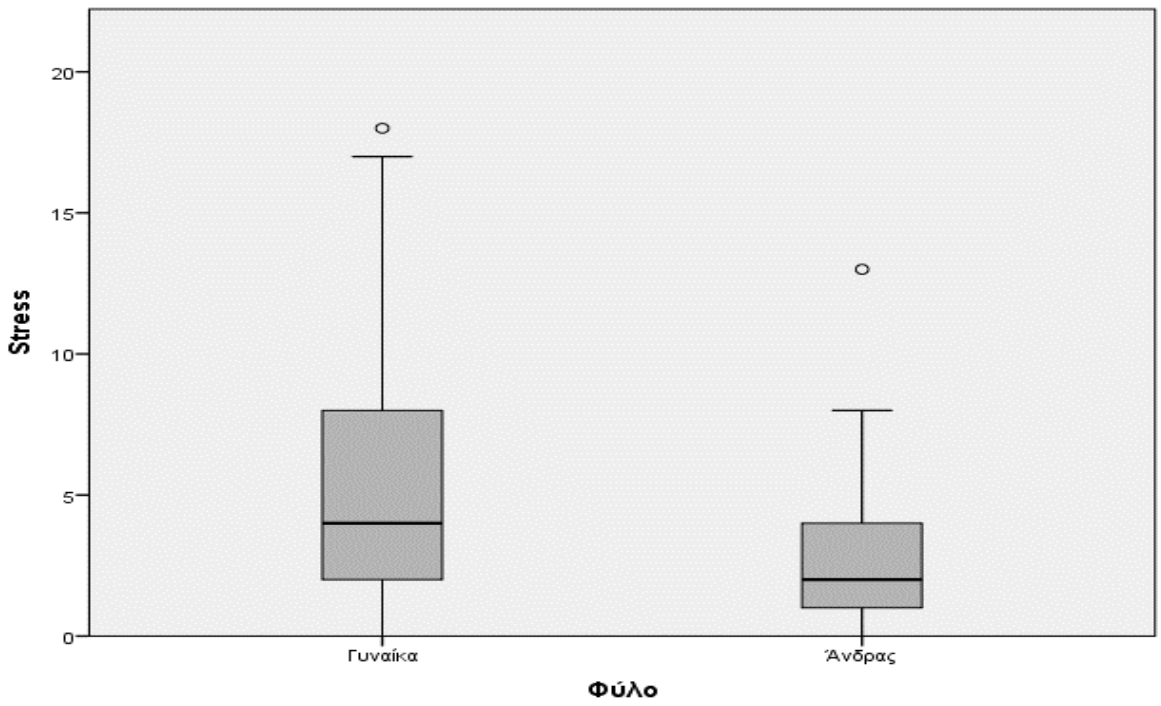


Εικόνα 11. Κατανομή των τιμών για το FCV ανάλογα με το τμήμα εργασίας

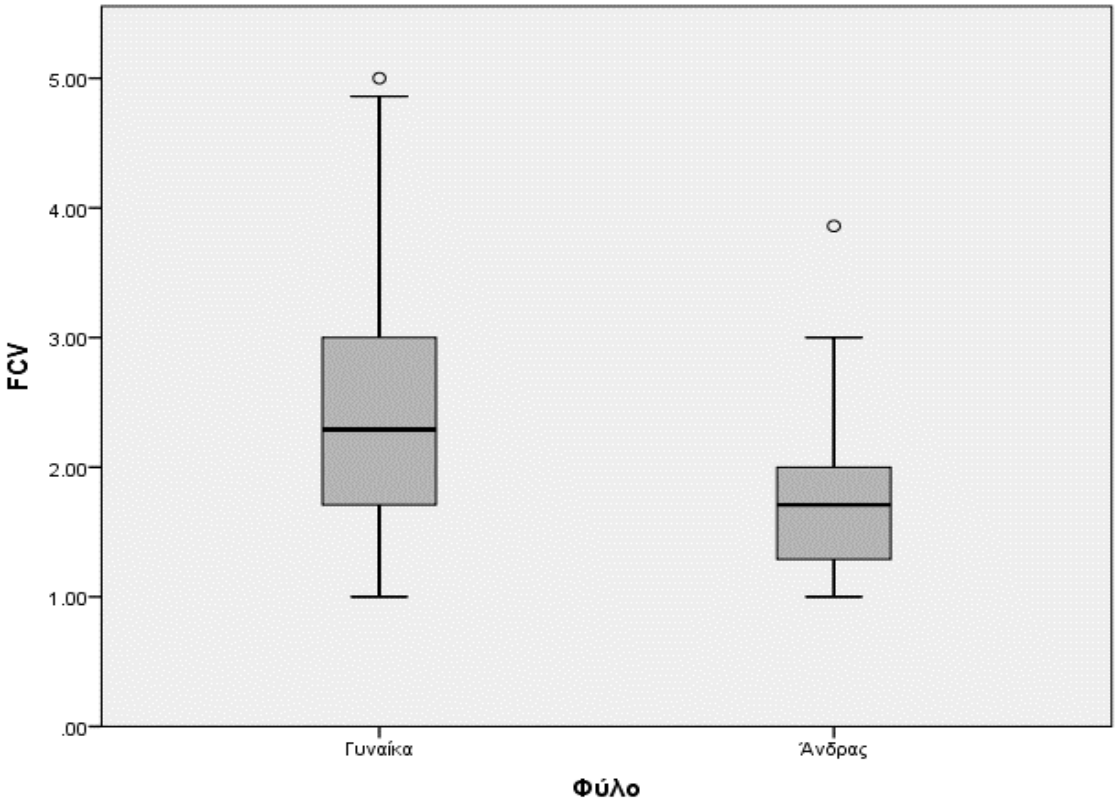
Στον Πίνακα 8 παρατίθεται η διαφοροποίηση των εκβάσεων «άγχος», «stress», «κατάθλιψη», «FCV» ανάλογα με το φύλο. Παρατηρείται ότι σύμφωνα με το κριτήριο t=1,753, p=0,341, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «άγχους» ανάλογα με το φύλο. Σύμφωνα με το κριτήριο t=-3,125, p=0,035 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «stress» ανάλογα με το φύλο. Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες διαφέρουν από τις γυναίκες κατά 2,34848, p=0,002. Σύμφωνα με το κριτήριο t=2,19, p=0,546 δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών της «κατάθλιψης» ανάλογα με το φύλο. Σύμφωνα με το κριτήριο t=3,614, p=0,001 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «FCV» ανάλογα με το τμήμα εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες διαφέρουν από τις γυναίκες κατά 0,68847, p=0,001.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Άγχος	Φύλο	Γυναίκα	4.58	4.57	78	0,341
		Άνδρας	3.03	4.10	33	
Stress	Φύλο	Γυναίκα	5.17	4.53	78	**0,035**
		Άνδρας	2.82	3.16	33	
Κατάθλιψη	Φύλο	Γυναίκα	7.72	5.38	78	0,546
		Άνδρας	5.30	5.14	33	
FCV	Φύλο	Γυναίκα	2.44	1.00	78	**0,001**
		Άνδρας	1.75	.68	33	

Πίνακας 8. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με το φύλο



Εικόνα 12. Κατανομή των τιμών για το stress ανάλογα με το φύλο

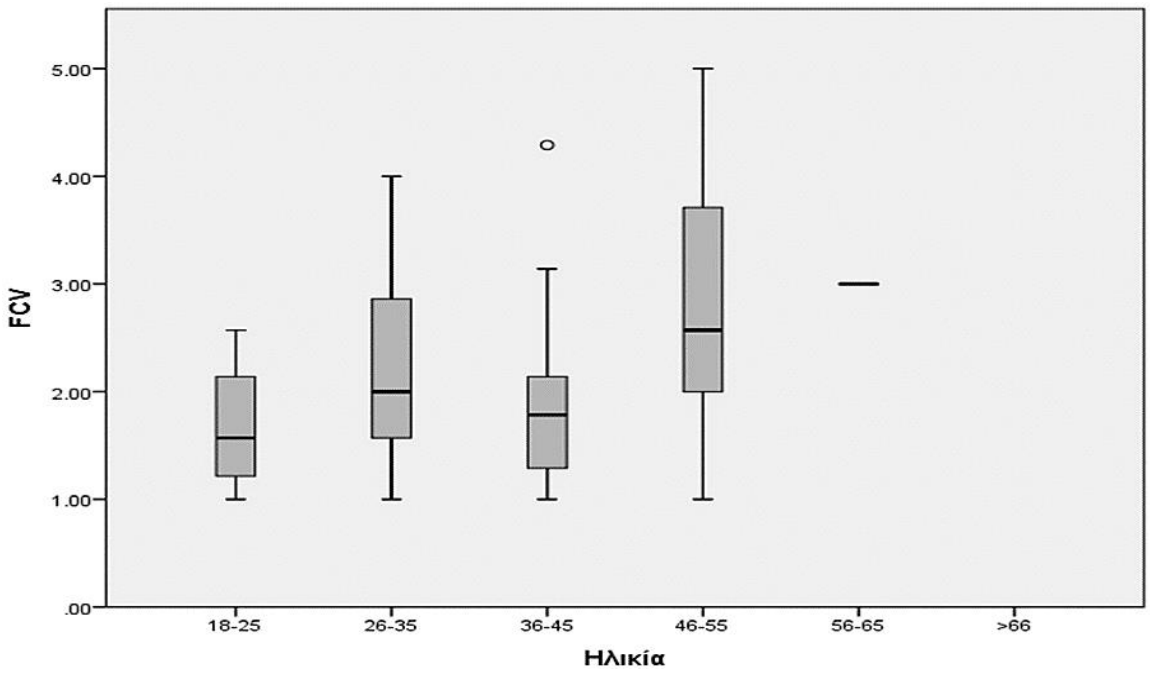


Εικόνα 13. Κατανομή των τιμών για το FCV ανάλογα με το φύλο

Στον Πίνακα 9 παρατίθεται η διαφοροποίηση των εκβάσεων «άγχος», «stress», «κατάθλιψη», «FCV» ανάλογα με την ηλικία. Παρατηρείται ότι σύμφωνα με το κριτήριο $F_{4,111}$=1,759, p=0,141, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «άγχους» ανάλογα με την ηλικία. Σύμφωνα με το κριτήριο $F_{4,111}$=0,868, p=0,487, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «stress» ανάλογα με την ηλικία. Σύμφωνα με το κριτήριο, $F_{4,111}$=1,011, p=0,405, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών της «κατάθλιψης» ανάλογα με την ηλικία. Σύμφωνα με το κριτήριο, $F_{4,111}$=4,68, p=0,002 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «FCV». Πιο συγκεκριμένα, από τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων, προκύπτει ότι τα άτομα ηλικίας 36-45 διαφέρουν από τα άτομα ηλικίας 46-55, τα οποία εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα «FCV», κατά -0,88086 με p=0,001.

			Mean	Standard Deviation	N	p
Άγχος	Ηλικία	18-25	5.75	5.06	4	0,141
		26-35	4.09	3.86	34	
		36-45	3.07	3.60	42	
		46-55	5.17	5.77	30	
		56-65	11.00	.	1	
		>66	.	.	0	
Stress	Ηλικία	18-25	5.00	2.16	4	0,487
		26-35	4.50	3.99	34	
		36-45	3.64	3.59	42	
		46-55	5.43	5.55	30	
		56-65	7.00	.	1	
		>66	.	.	0	
Κατάθλιψη	Ηλικία	18-25	7.00	7.79	4	0,405
		26-35	7.24	5.86	34	
		36-45	5.88	4.59	42	
		46-55	8.13	5.61	30	
		56-65	12.00	.	1	
		>66	.	.	0	
FCV	Ηλικία	18-25	1.68	.66	4	**0,001**
		26-35	2.24	.88	34	
		36-45	1.88	.74	42	
		46-55	2.76	1.14	30	
		56-65	3.00	.	1	
		>66	.	.	0	

Πίνακας 9. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με την ηλικία



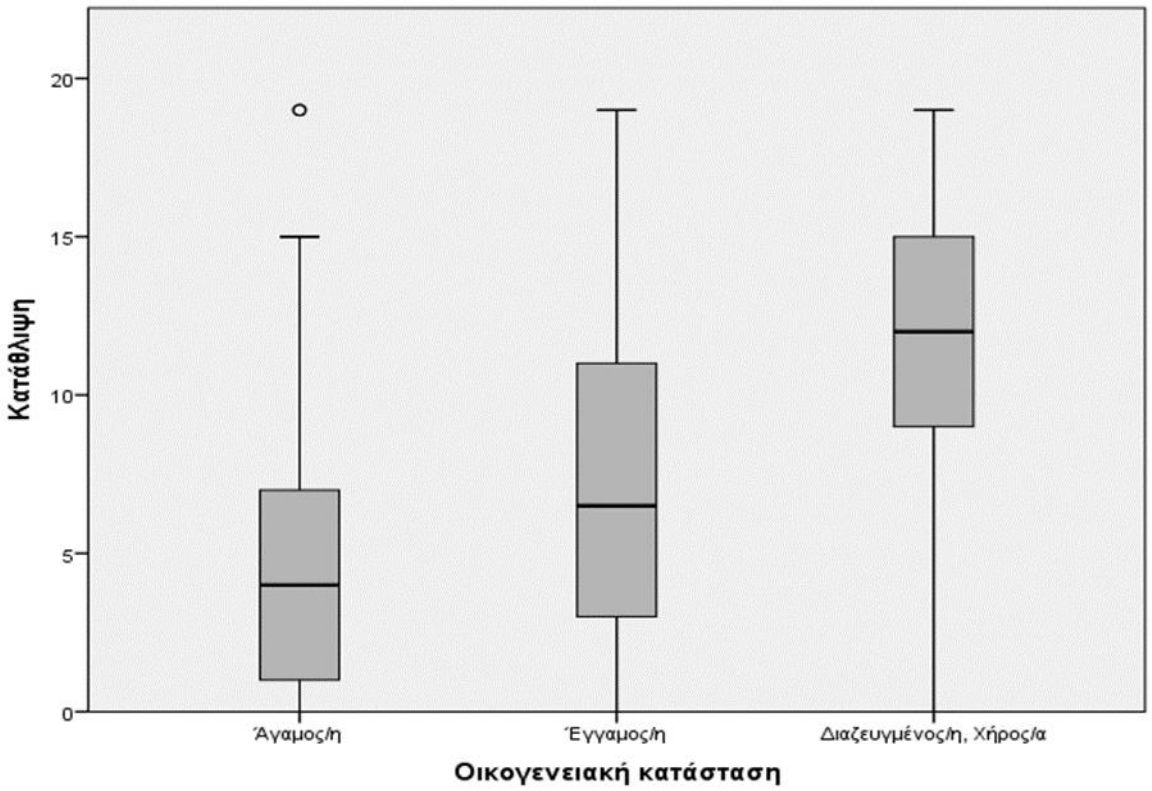
Εικόνα 14. Κατανομή των τιμών για το FCV ανάλογα με την ηλικία

Στον Πίνακα 10 παρατίθεται η διαφοροποίηση των εκβάσεων «άγχος», «stress», «κατάθλιψη», «FCV» ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση. Παρατηρείται ότι σύμφωνα με το κριτήριο $F_{2,111}$=1,913, p=0,153, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «άγχους» ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση. Σύμφωνα με το κριτήριο $F_{2,111}$=1,858, p=0,161, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «stress» ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση. Σύμφωνα με το κριτήριο $F_{2,111}$=3,837, p=0,025 υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών της «κατάθλιψης» ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα, από τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων, προκύπτει ότι οι άγαμοι διαφέρουν από τους διαζευγμένους/χήρους, οι οποίοι εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα «Κατάθλιψης», κατά -5,359, p=0,023. Σύμφωνα με το κριτήριο $F_{2,111}$=1,411, p=0,248, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «FCV» ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.

			Mean	Standard Deviation	N	p
Άγχος	Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	3.06	3.88	34	0,153
		Έγγαμος/η	4.40	4.73	68	
		Διαζευγμένος/η, Χήρος/α	6.00	4.06	9	
Stress	Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	3.59	3.60	34	0,161
		Έγγαμος/η	4.63	4.50	68	

		Διαζευγμένος/η, Χήρος/α	6.56	4.64	9	
Κατάθλιψη	Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	5.53	5.70	34	**0,025**
		Έγγαμος/η	7.22	4.96	68	
		Διαζευγμένος/η, Χήρος/α	10.89	5.86	9	
FCV	Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	2.00	.86	34	0,248
		Έγγαμος/η	2.34	1.00	68	
		Διαζευγμένος/η, Χήρος/α	2.25	1.04	9	

Πίνακας 10. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση



Εικόνα 15. Κατανομή των τιμών για την κατάθλιψη ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση

Στον Πίνακα 11 παρατίθεται η διαφοροποίηση των εκβάσεων «άγχος», «stress», «κατάθλιψη», «FCV» ανάλογα με τα άτομα που συζούν. Παρατηρείται ότι σύμφωνα με το κριτήριο $F_{3,111}$=0,083, p=0,969, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «άγχους» ανάλογα με τα άτομα που συζούν. Σύμφωνα με το κριτήριο $F_{3,111}$=0,029, p=0,993, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «stress» ανάλογα με τα άτομα που συζούν.

Επιπλέον, σύμφωνα με το κριτήριο $F_{3,111}$=0,089, p=0,966, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών της «κατάθλιψης» ανάλογα με τα άτομα που συζούν. Σύμφωνα με το κριτήριο $F_{3,111}$=2,114, p=0,103, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «FCV» ανάλογα με τα άτομα που συζούν.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Άγχος	Συζείτε με	Παιδιά	3.98	4.24	61	0,969
		Ενήλικες > 60 ετών	4.47	4.12	17	
		Μόνος	4.38	5.35	29	
		Χρόνια πάσχοντες	4.50	4.95	2	
Stress	Συζείτε με	Παιδιά	4.54	4.52	61	0,993
		Ενήλικες > 60 ετών	4.59	4.11	17	
		Μόνος	4.28	4.10	29	
		Χρόνια πάσχοντες	4.50	4.95	2	
Κατάθλιψη	Συζείτε με	Παιδιά	7.18	4.99	61	0,966
		Ενήλικες > 60 ετών	7.29	5.13	17	
		Μόνος	6.69	6.49	29	
		Χρόνια πάσχοντες	6.00	8.49	2	
FCV	Συζείτε με	Παιδιά	2.29	.96	61	0,103
		Ενήλικες > 60 ετών	2.56	.88	17	
		Μόνος	1.93	.95	29	
		Χρόνια πάσχοντες	2.93	1.51	2	

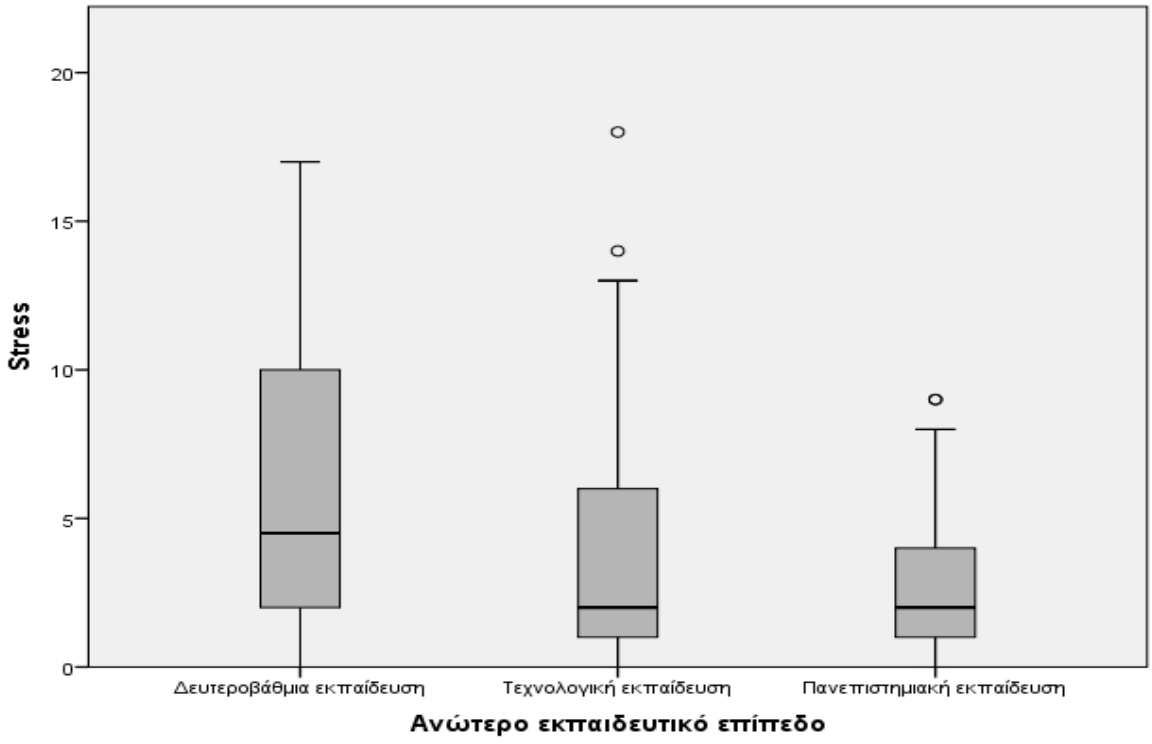
Πίνακας 11. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με τα άτομα που συζούν

Στον Πίνακα 12 παρατίθεται η διαφοροποίηση των εκβάσεων «άγχος», «stress», «κατάθλιψη», «FCV» ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης. Παρατηρείται ότι σύμφωνα με το κριτήριο $F_{2,111}$=2,014, p=0,138, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «άγχους» ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης. Σύμφωνα με το κριτήριο $F_{2,111}$=4,413, p=0,014, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «stress» ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα, από τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων προκύπτει ότι, οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης διαφέρουν από τους απόφοιτους πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, οι οποίοι εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα «stress», κατά 2,912, p=0,011. Σύμφωνα με το κριτήριο $F_{2,111}$=2,803, p=0,065, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών της «κατάθλιψης» ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης. Σύμφωνα με το κριτήριο $F_{2,111}$=4,413, p=0,01, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «FCV» ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα, από τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων προκύπτει ότι, οι

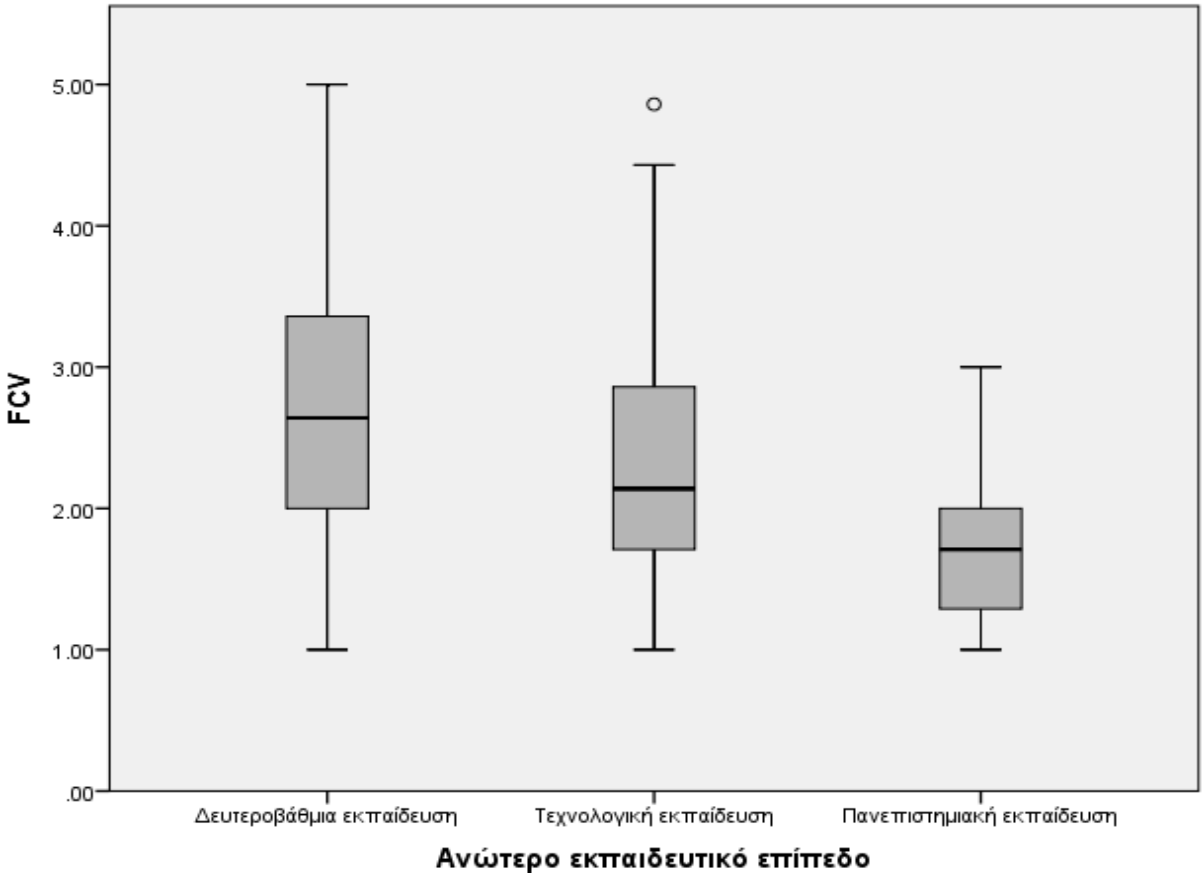
απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης διαφέρουν από τους απόφοιτους πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, οι οποίοι εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα «FCV», κατά 0,95309, p=0,001, ενώ οι απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης διαφέρουν από τους απόφοιτους πανεπιστημιακής εκπαίδευσης , οι οποίοι εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα «FCV», κατά 0,69271, p=0,002

			Mean	Standard Deviation	N	p
Άγχος	Ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο	ΔΕ	5.44	4.92	32	0,138
		ΤΕ	3.68	4.51	38	
		ΠΕ	3.49	3.94	41	
Stress	Ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο	ΔΕ	6.16	4.83	32	**0,014**
		ΤΕ	4.37	4.79	38	
		ΠΕ	3.24	2.74	41	
Κατάθλιψη	Ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο	ΔΕ	8.72	5.46	32	0,065
		ΤΕ	6.89	5.39	38	
		ΠΕ	5.76	5.13	41	
FCV	Ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο	ΔΕ	2.67	1.00	32	**0,001**
		ΤΕ	2.41	1.03	38	
		ΠΕ	1.72	.60	41	

Πίνακας 12 Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης



Εικόνα 16. Κατανομή των τιμών για το stress ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης



Εικόνα 17. Κατανομή των τιμών για το FVC ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης

Στον Πίνακα 13 παρατίθεται η διαφοροποίηση των εκβάσεων «άγχος», «stress», «κατάθλιψη», «FCV» ανάλογα με την σχέση εργασίας. Παρατηρείται ότι σύμφωνα με το κριτήριο t=0,474, p=0,078, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «άγχους» ανάλογα με την σχέση εργασίας. Σύμφωνα με το κριτήριο t=0,301, p=0,158, δεν υπάρχει, επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «stress», ανάλογα με την σχέση εργασίας. Επιπλέον, σύμφωνα με το κριτήριο t=0,949, p=0,633, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών της «κατάθλιψης» , ανάλογα με την σχέση εργασίας. Σύμφωνα με το κριτήριο t=-0,354, p=0,625, δεν υπάρχει, επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «FCV» ανάλογα με την σχέση εργασίας.

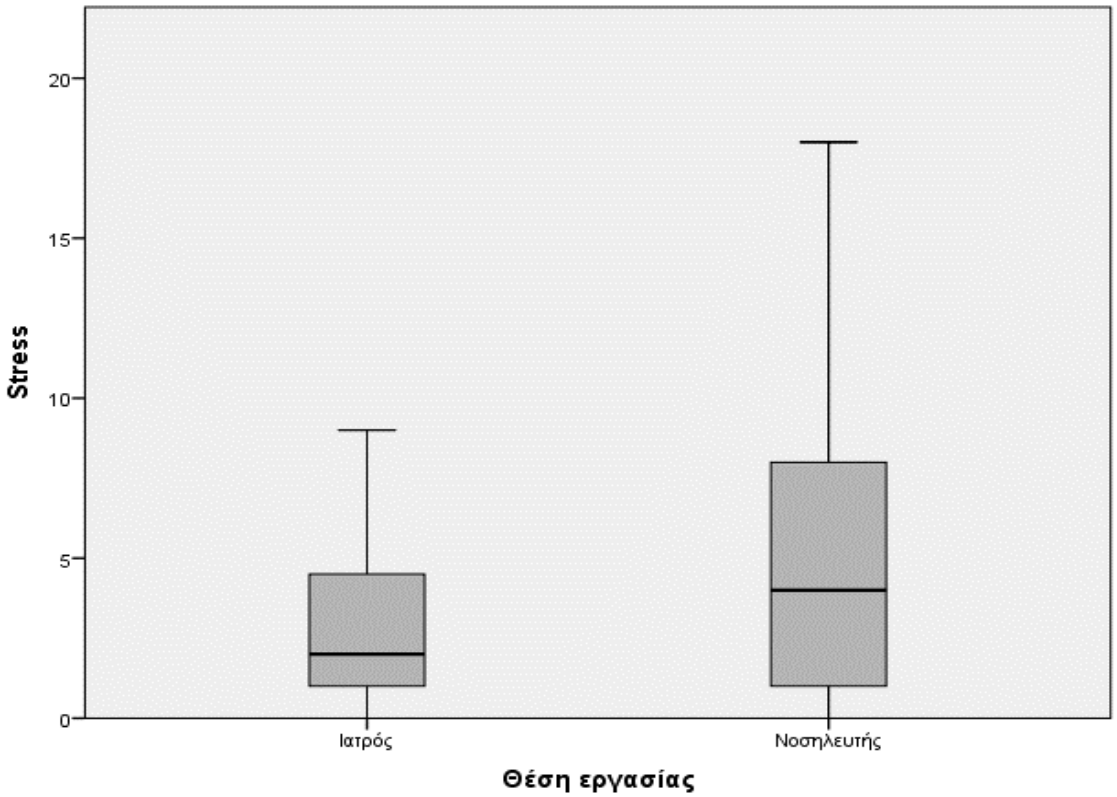
			Mean	Standard Deviation	N	P
Άγχος	Σχέση εργασίας	Μόνιμος	4.31	4.93	58	0,078
		Συμβασιούχος	3.91	3.95	53	
Stress	Σχέση εργασίας	Μόνιμος	4.59	4.69	58	0,158
		Συμβασιούχος	4.34	3.85	53	
Κατάθλιψη	Σχέση εργασίας	Μόνιμος	7.47	5.57	58	0,633
		Συμβασιούχος	6.49	5.21	53	
FCV	Σχέση εργασίας	Μόνιμος	2.20	1.02	58	0,354
		Συμβασιούχος	2.27	.91	53	

Πίνακας 13. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με την σχέση εργασίας

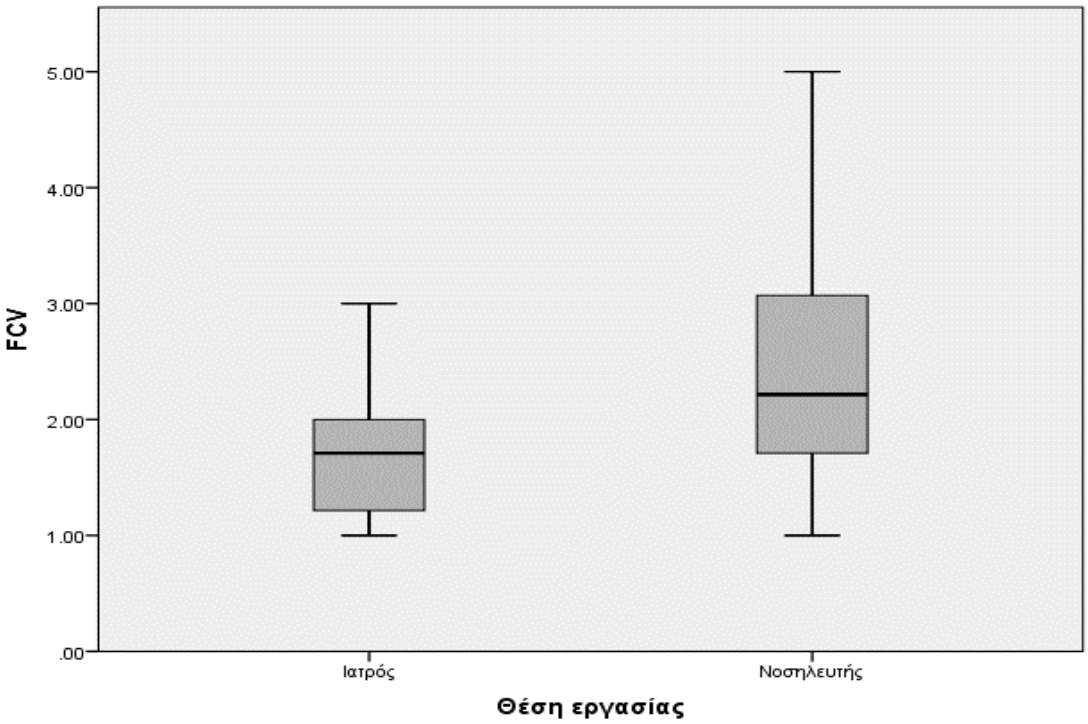
Στον Πίνακα 14 παρατίθεται η διαφοροποίηση των εκβάσεων «άγχος», «stress», «κατάθλιψη», «FCV» ανάλογα με την θέση εργασίας. Παρατηρείται ότι σύμφωνα με το κριτήριο t=-0,69, p=0,694, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «άγχους» ανάλογα με την θέση εργασίας. Σύμφωνα με το κριτήριο t=-2,294, p=0,004, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «stress», ανάλογα με την θέση εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, οι ιατροί διαφέρουν από τους νοσηλευτές -1,635, p=0,024. Σύμφωνα με το κριτήριο t=-1,497, p=0,325, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών της «κατάθλιψης» , ανάλογα με την θέση εργασίας. Σύμφωνα με το κριτήριο t=-0,354, p=0,625, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «FCV» ανάλογα με την θέση εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, οι ιατροί διαφέρουν από τους νοσηλευτές κατά -0,73938, p=0,002.

			Mean	Standard Deviation	N	P
Άγχος	Θέση εργασίας	Ιατρός	3.65	4.18	31	0,694
		Νοσηλευτής	4.30	4.60	80	
Stress	Θέση εργασίας	Ιατρός	3.29	2.67	31	**0,004**
		Νοσηλευτής	4.93	4.71	80	
Κατάθλιψη	Θέση εργασίας	Ιατρός	5.77	4.78	31	0,325
		Νοσηλευτής	7.48	5.58	80	
FCV	Θέση εργασίας	Ιατρός	1.70	.60	31	**0,002**
		Νοσηλευτής	2.44	1.00	80	

Πίνακας 14. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με την θέση εργασίας



Εικόνα 18. Κατανομή των τιμών για το stress ανάλογα με τη θέση εργασίας



Εικόνα 19. Κατανομή των τιμών για το FCV ανάλογα με τη θέση εργασίας

Στον Πίνακα 15 παρατίθεται η διαφοροποίηση των εκβάσεων «άγχος», «stress», «κατάθλιψη», «FCV» ανάλογα με την συνολική εργασιακή εμπειρία. Παρατηρείται ότι σύμφωνα με το κριτήριο $F_{3,111}$=0,478, p=0,698, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «άγχους» ανάλογα με την συνολική εργασιακή εμπειρία. Σύμφωνα με το κριτήριο $F_{3,111}$=0,301, p=0,824, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «stress» ανάλογα με την συνολική εργασιακή εμπειρία. Επιπλέον, σύμφωνα με το κριτήριο $F_{3,111}$=0,37, p=0,774, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών της «κατάθλιψης» ανάλογα με την συνολική εργασιακή εμπειρία. Σύμφωνα με το κριτήριο $F_{3,111}$=0,782, p=0,506, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «FCV» ανάλογα με την συνολική εργασιακή εμπειρία.

			Mean	Standard Deviation	N	P
Άγχος	Συνολική εργασιακή εμπειρία	<1 έτος	4.47	4.87	15	0,698
		1-5 έτη	3.73	3.49	30	
		5-10 έτη	5.33	5.61	15	
		>10 έτη	3.96	4.64	49	
Stress	Συνολική εργασιακή εμπειρία	<1 έτος	4.60	3.64	15	0,824
		1-5 έτη	4.43	3.79	30	
		5-10 έτη	5.40	5.22	15	
		>10 έτη	4.18	4.62	49	
Κατάθλιψη	Συνολική εργασιακή εμπειρία	<1 έτος	7.53	6.19	15	0,774
		1-5 έτη	6.33	5.23	30	
		5-10 έτη	8.00	6.52	15	
		>10 έτη	6.86	5.07	49	
FCV	Συνολική εργασιακή εμπειρία	<1 έτος	2.13	.90	15	0,506
		1-5 έτη	2.23	.89	30	
		5-10 έτη	2.58	1.17	15	
		>10 έτη	2.16	.99	49	

Πίνακας 15. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με την συνολική εργασιακή εμπειρία

Στον Πίνακα 16 παρατίθεται η διαφοροποίηση των εκβάσεων «άγχος», «stress», «κατάθλιψη», «FCV» ανάλογα με τον συνολικό χρόνο εργασίας σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Λ. Covid. Παρατηρείται ότι σύμφωνα με το κριτήριο t=0,001, p=0,613, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «άγχους» ανάλογα με τον συνολικό χρόνο εργασίας σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Λ. Covid.

Σύμφωνα με το κριτήριο t=-0,565, p=0,181, δεν υπάρχει, επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «stress», ανάλογα με τον συνολικό χρόνο εργασίας σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Λ. Covid. Επιπλέον, σύμφωνα με το κριτήριο t=-0,3, p=0,567, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών της «κατάθλιψης» , ανάλογα με τον συνολικό χρόνο εργασίας σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Λ. Covid. Σύμφωνα με το κριτήριο t=-0,89, p=0,805, δεν υπάρχει, επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «FCV» ανάλογα με τον συνολικό χρόνο εργασίας σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Λ. Covid.

			Mean	Standard Deviation	N	p
Άγχος	Χρόνος εργασίας σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Λ. Covid	<1 έτος	3.88	4.21	25	0,631
		>1 έτος	4.19	4.57	86	
Stress	Χρόνος εργασίας σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Λ. Covid	<1 έτος	4.40	4.01	25	0,181
		>1 έτος	4.49	4.39	86	
Κατάθλιψη	Χρόνος εργασίας σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Λ. Covid	<1 έτος	7.00	5.03	25	0,567
		>1 έτος	7.00	5.53	86	
FCV	Χρόνος εργασίας σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Λ. Covid	<1 έτος	2.14	.83	25	0,805
		>1 έτος	2.26	1.01	86	

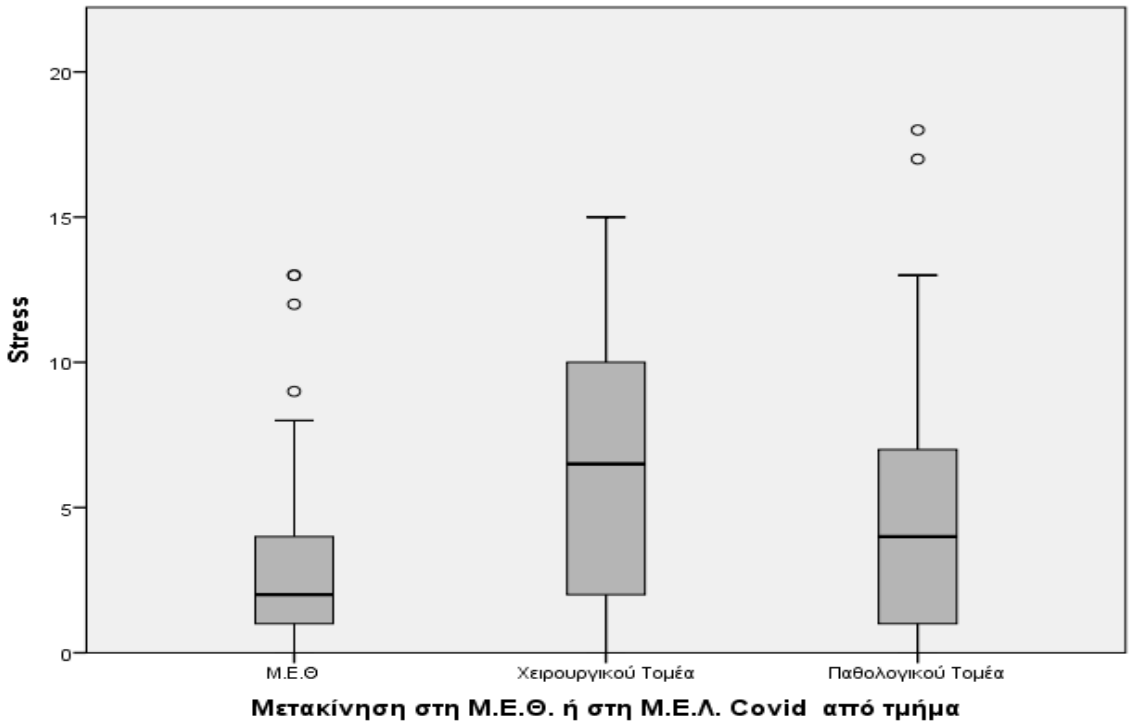
Πίνακας 16. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με τον συνολικό χρόνο εργασίας σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Λ. Covid

Στον Πίνακα 17 παρατίθεται η διαφοροποίηση των εκβάσεων «άγχος», «stress», «κατάθλιψη», «FCV» ανάλογα με το τμήμα από το οποίο μετακινήθηκαν στη Μ.Ε.Θ. ή στη Μ.Ε.Λ. Covid. Παρατηρείται ότι σύμφωνα με το κριτήριο $F_{2,111}$=3,073, p=0,051, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «άγχους» ανάλογα με το. τμήμα από το οποίο μετακινήθηκαν στη Μ.Ε.Θ. ή στη Μ.Ε.Λ. Covid. Σύμφωνα με το κριτήριο $F_{2,111}$=3,741, p=0,027, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «stress» ανάλογα με το . τμήμα από το οποίο μετακινήθηκαν στη Μ.Ε.Θ. ή στη Μ.Ε.Λ. Covid. Πιο συγκεκριμένα, από τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων προκύπτει ότι, τα άτομα που μετακινήθηκαν από τμήμα Μ.Ε.Θ διαφέρουν από αυτά που μετακινήθηκαν από τμήμα χειρουργικού τομέα, τα οποία εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα «stress», κατά -3,515 p=0,026. Σύμφωνα με το κριτήριο $F_{2,111}$=2,48, p=0,089, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών της «κατάθλιψης» ανάλογα με το τμήμα από το οποίο μετακινήθηκαν στη Μ.Ε.Θ. ή στη Μ.Ε.Λ. Covid. Σύμφωνα με το κριτήριο $F_{2,111}$=6,163, p=0,003, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «FCV» ανάλογα με το τμήμα από το οποίο μετακινήθηκαν στη Μ.Ε.Θ. ή στη Μ.Ε.Λ. Covid. Πιο συγκεκριμένα, από τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων προκύπτει ότι, τα

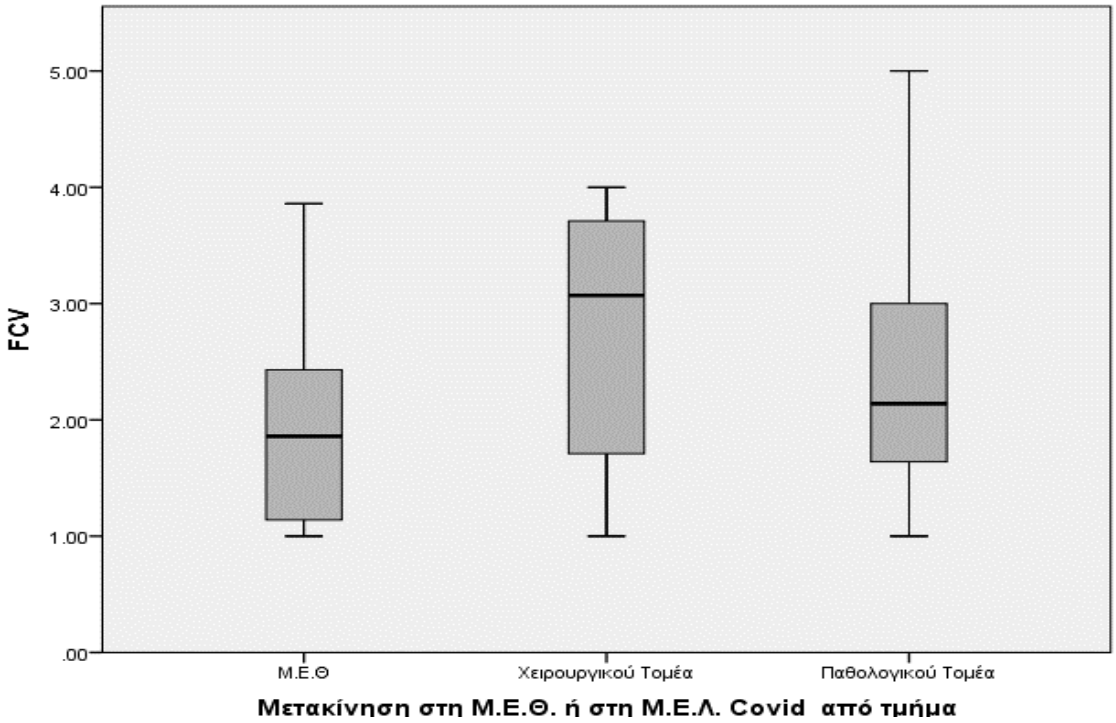
άτομα που μετακινήθηκαν από τμήμα Μ.Ε.Θ διαφέρουν από αυτά που μετακινήθηκαν από τμήμα χειρουργικού τομέα, τα οποία εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα «FCV», κατά -0,94986, p=0,005, και από αυτά που μετακινήθηκαν από τμήμα παθολογικού τομέα, τα οποία εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα «FCV», κατά -0,49868, p=0,004.

			Mean	Standard Deviation	N	p
Άγχος	Μετακίνηση στη Μ.Ε.Θ./Μ.Ε.Λ. Covid από τμήμα	Μ.Ε.Θ	2.68	3.54	37	0,051
		Χειρ/κού Τομέα	5.21	4.76	14	
		Παθ/κού Τομέα	4.75	4.69	55	
Stress	Μετακίνηση στη Μ.Ε.Θ./Μ.Ε.Λ. Covid από τμήμα	Μ.Ε.Θ	3.27	3.62	37	**0,027**
		Χειρ/κού Τομέα	6.79	5.42	14	
		Παθ/κού Τομέα	4.67	4.18	55	
Κατάθλιψη	Μετακίνηση στη Μ.Ε.Θ./Μ.Ε.Λ. Covid από τμήμα	Μ.Ε.Θ	5.81	5.09	37	0,089
		Χειρ/κού Τομέα	9.43	5.65	14	
		Παθ/κού Τομέα	7.31	5.36	55	
FCV	Μετακίνηση στη Μ.Ε.Θ./Μ.Ε.Λ. Covid από τμήμα	Μ.Ε.Θ	1.87	.73	37	**0,003**
		Χειρ/κού Τομέα	2.82	1.06	14	
		Παθ/κού Τομέα	2.36	1.01	55	

Πίνακας 17. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με το τμήμα μετακίνησης στη Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Λ. Covid



Εικόνα 20. Κατανομή των τιμών για το stress ανάλογα με το τμήμα μετακίνησης σε τμήμα Covid



Εικόνα 21. Κατανομή των τιμών για το FCV ανάλογα με το τμήμα μετακίνησης σε τμήμα Covid

Στον Πίνακα 18 παρατίθεται η διαφοροποίηση των εκβάσεων «άγχος», «stress», «κατάθλιψη», «FCV» ανάλογα με το ωράριο εργασίας. Παρατηρείται ότι σύμφωνα με το κριτήριο t=-0,729, p=0,247, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «άγχους» ανάλογα με το ωράριο εργασίας. Σύμφωνα με το κριτήριο t=-0,163, p=0,105, δεν υπάρχει, επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «stress», ανάλογα με το ωράριο εργασίας. Επιπλέον, σύμφωνα με το κριτήριο t=-1,386, p=0,164, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών της «κατάθλιψης» , ανάλογα με το ωράριο εργασίας. Σύμφωνα με το κριτήριο t=-0,828, p=0,145, δεν υπάρχει, επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «FCV» ανάλογα με το ωράριο εργασίας.

			Mean	Standard Deviation	N	P
Άγχος	Ωράριο εργασίας	Πρωινό	3.00	3.16	11	0,247
		Κυκλικό	4.17	4.56	99	
Stress	Ωράριο εργασίας	Πρωινό	3.55	3.14	11	0,105
		Κυκλικό	4.55	4.42	99	
Κατάθλιψη	Ωράριο εργασίας	Πρωινό	6.73	4.10	11	0,164
		Κυκλικό	7.01	5.57	99	
FCV	Ωράριο εργασίας	Πρωινό	1.86	.74	11	0,145
		Κυκλικό	2.28	.98	99	

Πίνακας 18. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με το ωράριο εργασίας.

Στον Πίνακα 19 παρατίθεται η διαφοροποίηση των εκβάσεων «άγχος», «stress», «κατάθλιψη», «FCV» ανάλογα με το πόσες φορές/εβδομάδα εργάζονται περισσότερο από 8 ώρες/24ωρο. Παρατηρείται ότι σύμφωνα με το κριτήριο $F_{2,111}$=0,371, p=0,691, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «άγχους» ανάλογα με. το πόσες φορές/εβδομάδα εργάζονται περισσότερο από 8 ώρες/24ωρο. Σύμφωνα με το κριτήριο $F_{2,111}$=0,836, p=0,436, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «stress» ανάλογα με το πόσες φορές/εβδομάδα εργάζονται περισσότερο από 8 ώρες/24ωρο. Επιπλέον, σύμφωνα με το κριτήριο $F_{2,111}$=0,214, p=0,808, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών της «κατάθλιψης» ανάλογα με το πόσες φορές/εβδομάδα εργάζονται περισσότερο από 8 ώρες/24ωρο. Σύμφωνα με το κριτήριο $F_{2,111}$=1,727, p=0,183, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών του «FCV» ανάλογα με το πόσες φορές/εβδομάδα εργάζονται περισσότερο από 8 ώρες/24ωρο.

			Mean	Standard Deviation	N	p
Άγχος	Εργάζεστε > 8 ώρες/24ωρο	Ποτέ	2.67	3.72	6	0,691
		1 φορά/εβδομάδα	4.38	4.54	34	
		2 φορές/εβδομάδα	4.11	4.53	71	
Stress	Εργάζεστε > 8 ώρες/24ωρο	Ποτέ	2.83	3.60	6	0,436
		1 φορά/εβδομάδα	5.09	4.93	34	
		2 φορές/εβδομάδα	4.31	4.01	71	
Κατάθλιψη	Εργάζεστε > 8 ώρες/24ωρο	Ποτέ	7.50	3.62	6	0,808
		1 φορά/εβδομάδα	7.44	6.11	34	
		2 φορές/εβδομάδα	6.75	5.21	71	
FCV	Εργάζεστε > 8 ώρες/24ωρο	Ποτέ	2.00	.91	6	0,183
		1 φορά/εβδομάδα	2.48	1.07	34	
		2 φορές/εβδομάδα	2.13	.91	71	

Πίνακας 19. Κατανομή των τιμών των εκβάσεων ανάλογα με το πόσες φορές/εβδομάδα εργάζονται περισσότερο από 8ωρες/24ωρο

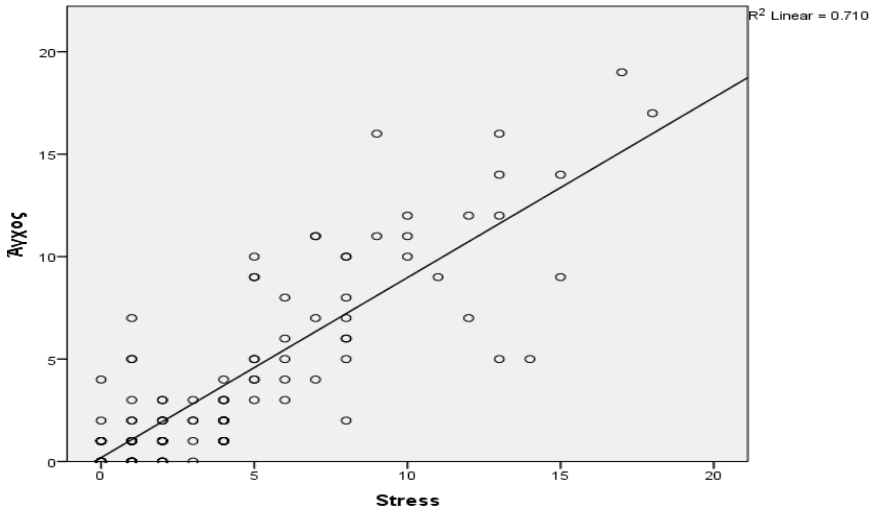
Συσχετίσεις

Από τον Πίνακα 20 προκύπτει ότι το άγχος, το stress, η κατάθλιψη και το FCV συσχετίζονται μεταξύ τους. Πιο συγκεκριμένα, η συσχέτιση του άγχους με το stress είναι 0,843, με την κατάθλιψη 0,778 και με το FCV 0,62. Η συσχέτιση του stress με την κατάθλιψη είναι 0,844, με το FCV 0,599, ενώ η συσχέτιση της κατάθλιψης με το FCV είναι 0,599. Επομένως μεγαλύτερες τιμές άγχους σχετίζονται με μεγαλύτερες τιμές κατάθλιψης, stress και φόβου.

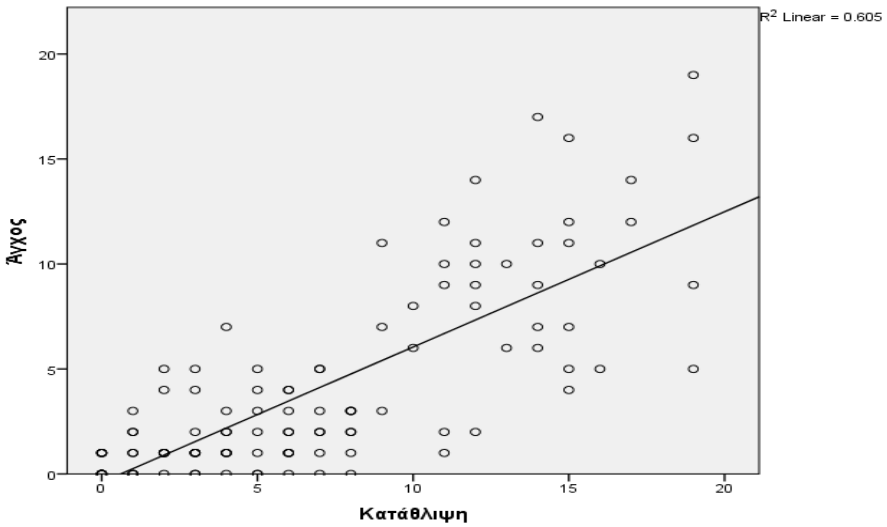
Correlations

		Stress	Κατάθλιψη	FCV
Άγχος	Pearson Correlation	.843	.778	.620
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	111	111	111
Stress	Pearson Correlation		.844	.698
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N		111	111
Κατάθλιψη	Pearson Correlation			.599
	Sig. (2-tailed)			.000
	N			111

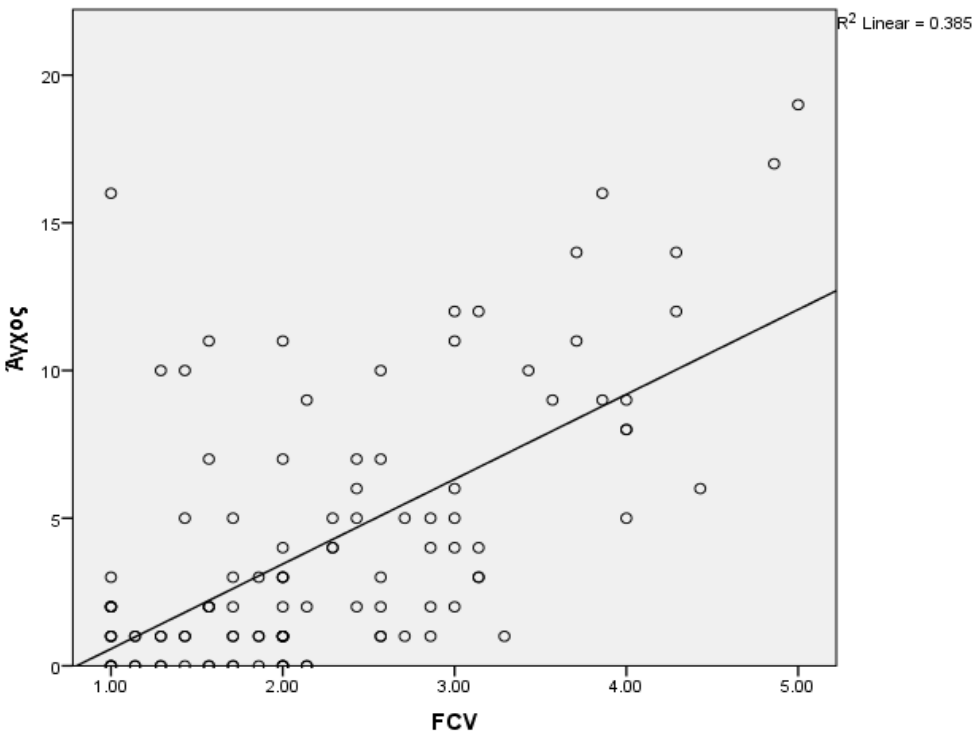
Πίνακας 20. Συσχετίσεις των εκβάσεων



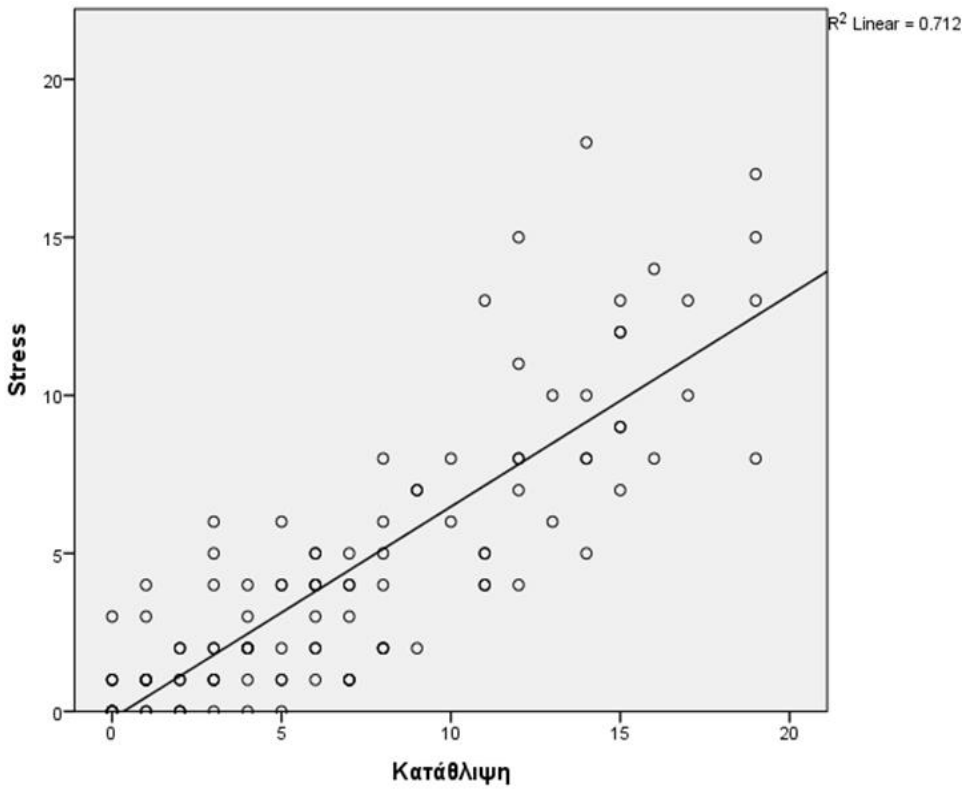
Εικόνα 22. Κατανομή άγχους/stress



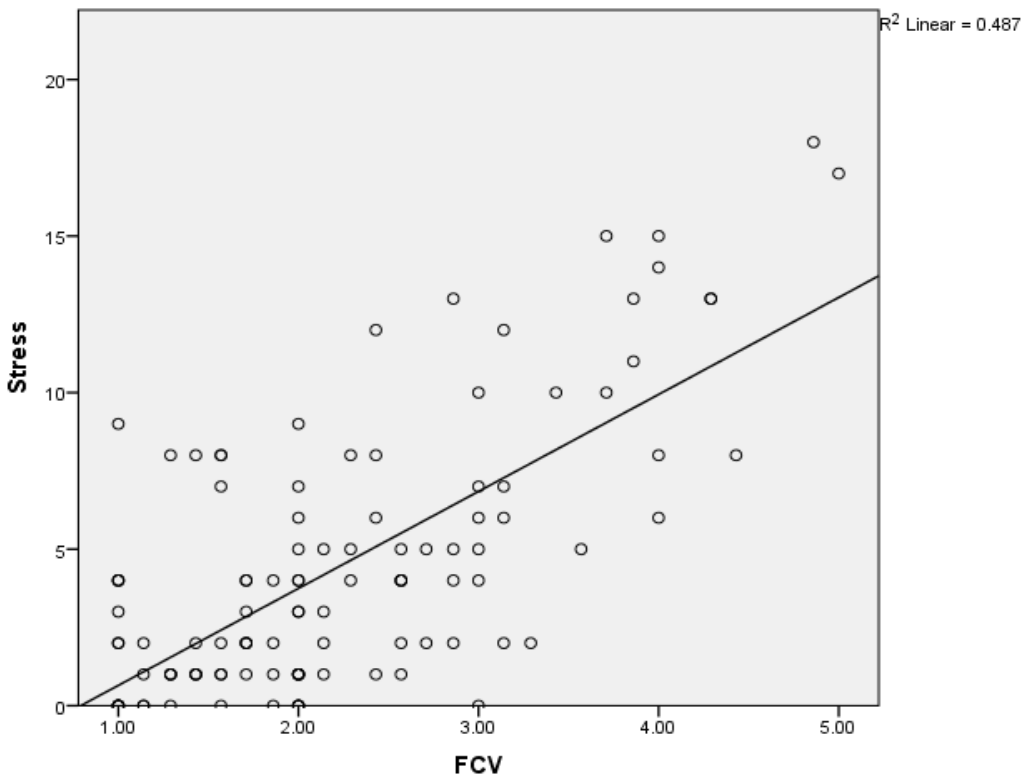
Εικόνα 23. Κατανομή άγχους/κατάθλιψης



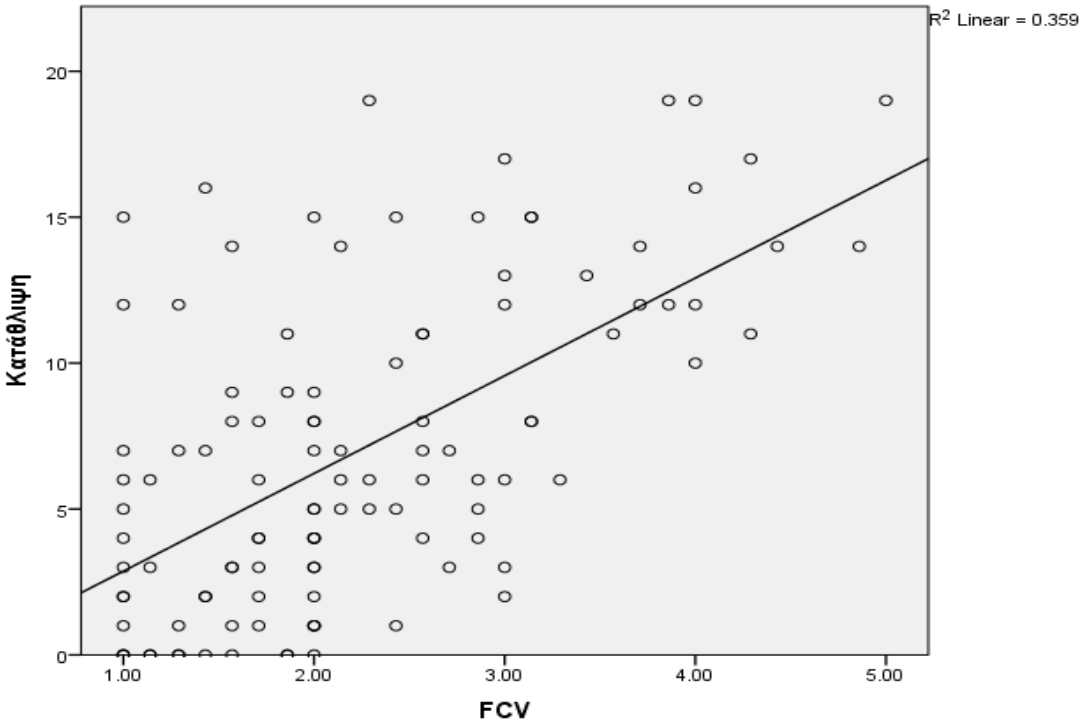
Εικόνα 24. Κατανομή άγχους/FCV



Εικόνα 25. Κατανομή stress/κατάθλιψης



Εικόνα 26. Κατανομή stress /FCV



Εικόνα 27. Κατανομή κατάθλιψης/FCV

5.4 Περίληψη των αποτελεσμάτων

Στην παρούσα εργασία συνοψίζοντας τα αποτελέσματα σχετικά με τις ερευνητικούς σκοπούς της μελέτης θα αναφέραμε τα εξής:

Τα επίπεδα άγχους, στρες, κατάθλιψης και φόβου για τον Covid19 στο προσωπικό Μ.Ε.Θ. και Μ.Ε.Λ δεν διατηρούνται σε υψηλά επίπεδα, καθώς βρέθηκε ότι κατά μέσο όρο στο σύνολο του δείγματος το άγχος ήταν ήπιο, το stress φυσιολογικό, η κατάθλιψη μέτριας έντασης και χαμηλά τα επίπεδα φόβου για τον Covid.

Σχετικά με τη διαφοροποίηση των επιπέδων φόβου, άγχους στρες, κατάθλιψης μεταξύ των εργαζομένων σε διαφορετικά τμήματα που είναι υπεύθυνα για ασθενείς με Covid βρέθηκε ότι το προσωπικό των τμημάτων Μ.Ε.Λ. ήταν περισσότερο ψυχοσυναισθηματικά επιφορτισμένο σε σχέση με το προσωπικό των αντίστοιχων Μ.Ε.Θ παρουσιάζοντας στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τον φόβο για τον Covid και τις τρεις διαστάσεις του DASS.

Όσο αναφορά τον τρίτο σκοπό τα αποτελέσματα της μελέτης επιβεβαίωσαν την υπόθεση ότι οι ψυχοσυναισθηματικές εκβάσεις διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά ανάλογα με συγκεκριμένους κοινωνικοδημογραφικούς και εργασιακούς παραμέτρους. Αναλυτικότερα ως προς τα προσωπικά χαρακτηριστικά, εντοπίστηκαν υψηλότερα επίπεδα στρες και φόβου στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες και στους απόφοιτους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Επίσης στα άτομα ηλικίας 46-55 εμφανίστηκαν υψηλότερα επίπεδα κορονοφοβίας και οι έγγαμοι εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Ως προς τα εργασιακά χαρακτηριστικά του προσωπικού οι νοσηλευτές και τα άτομα που μετακινήθηκαν από τμήμα χειρουργικού τομέα σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Λ. Covid εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα στρες και φόβου.

Σχετικά με το τελευταίο ερευνητικό ερώτημα που αφορά το αν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των επίπεδων του φόβου για τον Covid19 με την εκδήλωση άγχους, στρες και κατάθλιψης των εργαζομένων η αρχική υπόθεση επιβεβαιώθηκε διότι προέκυψε ότι μεγαλύτερες τιμές άγχους σχετίζονται με μεγαλύτερες τιμές κατάθλιψης, stress και φόβου.

Κεφάλαιο 6

Συζήτηση

6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων

Στην παρούσα εργασία διερευνήσαμε την ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που φροντίζει αποκλειστικά περιστατικά Covid. Επίσης προσδιορίστηκαν ποσοτικά τα επίπεδα φόβου άγχους στρες και κατάθλιψης εστιάζοντας σε παράγοντες που σχετίζονται με κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά δεδομένα. Αρκετοί παράγοντες που αφορούν το χώρο εργασίας αλλά και τα προσωπικά χαρακτηριστικά του προσωπικού διαπιστώθηκε ότι σχετίζονται με την επιδείνωση ή τον μετριασμό της επίδρασης του COVID-19 στην ψυχική υγεία των υγειονομικών.

Παρόλο που η πανδημία σαν γεγονός έχει επηρεάσει ψυχοσωματικά το μεγαλύτερο ποσοστό του γενικού πληθυσμού παγκοσμίως και έχει συνδεθεί με μεγάλο άγχος και έξαρση ψυχικών ασθενειών (Mallet et al., 2021), (da Silva et al., 2020*)*, μελέτες κατέληξαν ότι ο κίνδυνος δυσμενών ψυχολογικών εκβάσεων μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας ήταν ιδιαίτερα υψηλός (Rajkumar, 2020). Μάλιστα σε μια συγχρονική μελέτη με δείγμα 939 εργαζόμενους στον τομέα της υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 (Sahin et al., 2020), σημεία και συμπτώματα του άγχους και κατάθλιψης παρατηρήθηκαν στο 60,2% και στο 77,6% των συμμετεχόντων, αντίστοιχα. Στην παρούσα μελέτη παρόλο που παρατηρήθηκαν παρόμοια ποσοστά επίπτωσης συμπτωμάτων ψυχικής φόρτισης καθώς στο σύνολο του δείγματος, έστω και ήπιας έντασης, η κατάθλιψη εντοπίστηκε στο 69,37%, τα επίπεδα άγχους στο 75,7%, και stress στο 69,3% του δείγματος, η ένταση των εκβάσεων καταγράφηκε σε χαμηλά έως φυσιολογικά επίπεδα. Στον ελλαδικό χώρο τα ποσοστά αυτά συμφωνούν με τα αποτελέσματα έρευνας της Σαμαρά και συν. (2021) σε δείγμα 1064 επαγγελματιών υγείας όπου η πλειοψηφία τους παρουσίασε φυσιολογικά επίπεδα άγχους στρες και κατάθλιψης (83%, 80% και 74,3% αντίστοιχα) και επίσης με τα αποτελέσματα της πολυκεντρικής, συγχρονικής μελέτης της Παππά και συν. (2021), που περιέλαβε δείγμα 464 γιατρών και νοσηλευτών «πρώτης γραμμής» σε έξι νοσοκομεία αναφοράς στην Ελλάδα και κατέληξε ότι οι εκδηλώσεις ήπιας κατάθλιψης, άγχους και στρες ήταν 70%, 72,5% και 67% αντίστοιχα. Σαφώς όμως είναι χαμηλότερα από τα αποτελέσματα που αναφέρονται στην ένταση των συμπτωμάτων ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης στον ελληνικό γενικό

πληθυσμό κατά τη διάρκεια έξαρσης της πανδημίας, ο οποίος παρουσίαζε μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης στο 22,8%, μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα άγχους στο 77,4% ή φόβου που σχετίζεται με το COVID-19 στο 35,7% (Parlapani et al., 2020) . Τα αποτελέσματα μας επίσης συνάδουν με τα αποτελέσματα της συστηματικής μελέτης που διεξήχθη από τον Π.Ο.Υ σε φάση μη έξαρσης της πανδημίας του Kunzler και συν. (2021) η οποία δεν εντόπισε αυξημένη ψυχική επιβάρυνση ως προς το άγχος και την κατάθλιψη στους επαγγελματίες υγείας πριν από την πανδημία και κατά την πρώιμη φάση της (Kunzler et al.,2021).

Τα ευρήματα αυτά μας βοηθούν να αιτιολογήσουμε τα αποτελέσματα ως εξής: Πρώτον, η μελέτη μας διεξήχθη σε περίοδο ύφεσης, όπου τα κρούσματα και οι ασθενείς σε Μ.Ε.Θ. και Μ.Ε.Λ έχουν ήδη μειωθεί σε σχέση με τον προηγούμενο χρόνο (ΕΟΔΥ, 2022), δεύτερον το υψηλό ποσοστό εμβολιασμού των επαγγελματιών υγείας αλλά και του πληθυσμού λειτουργεί προστατευτικά στην σωματική αλλά και στην ψυχική υγεία, τρίτον το γεγονός ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό «πρώτης γραμμής» εκτιθέμενο καθημερινά και μακροχρόνια στον κίνδυνο μόλυνσης κατά τη διάρκεια της πανδημίας, έχει αναπτύξει ένα είδος «ανοσίας», που αφορά αυτο-αποτελεσματικές στρατηγικές που το προστατεύει ψυχοσυναισθηματικά και ενισχύει την ανθεκτικότητά του (Kunzler et al., 2020), και τέταρτον οι επαγγελματίες υγείας των μονάδων αποκλειστικά για Covid έχουν πλέον εξειδικευμένες γνώσεις και εμπειρία ώστε να αναπτύξουν συγκεκριμένα πρωτόκολλα λειτουργίας και ελέγχου, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη ομαλού εργασιακού περιβάλλοντος συνεργασίας, σεβασμού και ομαδικότητας. Φαίνεται δηλαδή ότι οι επαγγελματίες υγείας «πρώτης γραμμής» πλέον μετα τη μακρόχρονη πορεία της πανδημίας έχουν εν μέρει προσαρμοστεί στις συνθήκες περιβάλλοντος. Τούτο επιβεβαιώνεται και από δυο συγχρονικές μελέτες που διεξήχθησαν στο Βέλγιο και στη Σιγκαπούρη όπου η πρώτη κατέληξε ότι η ψυχοσυναισθηματική φόρτιση των επαγγελματιών υγείας «πρώτης γραμμής» βελτιώθηκε μετά από διάστημα δύο μηνών (Van Steenkiste et al., 2021) και η δεύτερη ότι η ψυχοσυναισθηματική δυσφορία ήταν πολύ μικρότερη από το προσωπικό που δεν είχε άμεση επαφή με περιπτώσεις COVID-19 (Tan et al., 2020).

Τα συγκριτικά αποτελέσματα ως προς τα επίπεδα φόβου, άγχους και κατάθλιψης ανέδειξαν ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε Μ.Ε.Λ. έχει υψηλότερα επίπεδα στις εκβάσεις του Dass και FCV από τα άτομα που εργάζονται σε Μ.Ε.Θ. Παρόλο που στη βιβλιογραφία εντοπίστηκαν λίγες σχετικές συγκριτικές μελέτες τα ευρήματά μας δεν συμφωνούν με τη μελέτη του Tamrakar (2021) που αφορούσε μόνο νοσηλευτές και κατέληξε ότι τα ποσοστά των εκβάσεων της ψυχοσυναισθηματικής φόρτισης ήταν επιβαρυντικά για τους

απασχολούμενους σε Μ.Ε.Θ. Covid (άγχος: 36.5% έναντι 27.3% και κατάθλιψη :21.2% έναντι 9.1%). Παράλληλα σε μια συγχρονική μελέτη που διεξήχθη στην Νότια Ιταλία βρέθηκε ότι οι διακυμάνσεις έκβασης της ψυχοσυναισθηματικής φόρτισης στο εν λόγω δείγμα δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ του προσωπικού Μ.Ε.Θ. και Μ.ΕΛ. ως προς τις εκδηλώσεις άγχους στρες και κατάθλιψης (Lasalvia et al., 2021) και μάλιστα αντίθετα με τα ευρήματά μας τα αποτελέσματα του Wozniak και συν. (2021) ως προς το ήπιο άγχος το στρες και κατάθλιψη μετρήθηκαν σε μεγαλύτερα ποσοστά στους γιατρούς (80%, 82,4%,76,5%) σε σχέση με τους νοσηλευτές (77,3% το 76,7%, 72,7%).

Επιπλέον τα αποτελέσματα της μελέτης μας κατέληξαν ότι το προσωπικό της Μ.Ε.Λ. ήταν περισσότερο ψυχικά επιφορτισμένο σε σχέση με το προσωπικό της Μ.Ε.Θ. γεγονός που θα μπορούσε να αποδοθεί στα εξής: Η πλειοψηφία των γιατρών και νοσηλευτών που μετακινήθηκαν σε Μ.Ε.Θ. Covid προέρχονται από απλές Μ.Ε.Θ. και επομένως οι εργασιακές σχέσεις, η ρουτίνα, οι συνθήκες και το αντικείμενο εργασίας ήταν παραπλήσιο, σε αντίθεση με τις Μ.Ε.Λ. οι οποίες στελεχώθηκαν κυρίως από επικουρικό προσωπικό προερχόμενο από διάφορα τμήματα χειρουργικού ή παθολογικού τομέα, τα οποία εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα στρες και φόβου. Επίσης κατά ένα μεγάλο μέρος το προσωπικό των Μ.Ε.Θ. των δύο νοσοκομείων απαρτίζεται κυρίως από άνδρες, εργαζόμενους μέσης ηλικίας, με μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία διαθέτοντας χαρακτηριστικά που από τα ευρήματα της μελέτης φάνηκε ότι λειτουργούν προστατευτικά στην ψυχική υγεία και επιπλέον σύμφωνα με τον Binnie (2020) επίσης λειτουργεί προστατευτικά στην ψυχική υγεία, ο χρόνος που «αφιερώνει» το προσωπικό στην φροντίδα των ασθενών στις Μ.Ε.Θ.Covid ο οποίος είναι περισσότερος σε σχέση με τις Μ.Ε.Λ.

Ως προς τη σχέση εργασίας, το ωράριο, τις βάρδιες και τη συνολική εργασιακή εμπειρία δεν παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις των εκβάσεων αν και υπάρχει πλήθος μελετών που τις συσχετίζει. Σύμφωνα με τον Mokhtari (2020) το άγχος για το λιγότερο έμπειρο προσωπικό συνδέεται με την ίδια τη νόσο Covid, τον φόβο για τη νόσο και την ανεπάρκεια αντιμετώπισης και θεραπεία (Mokhtari et al., 2020). Ιδιαίτερα για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται περιστασιακά (συμβασιούχοι/επικουρικοί), παρόλο που οι ίδιοι λειτούργησαν ως «σανίδα σωτηρίας» στην πανδημία για τις δομές και το σύστημα υγείας η ψυχοσυναισθηματική επιφόρτιση είναι ακόμα μεγαλύτερη διότι έχοντας μικρότερη εμπειρία αισθάνονται λιγότερο προετοιμασμένοι για τις «προκλήσεις» των επειγουσών αναγκών (Franklin and Gkiouleka, 2021. Αντίστοιχα συναισθήματα όμως ανέπτυξαν μόνιμοι γιατροί

και νοσηλευτές οι οποίοι μετακινήθηκαν από διάφορα τμήματα σε Μ.Ε.Λ. Covid, χωρίς να έχουν αντίστοιχη εμπειρία και εκπαίδευση. Οι συγκεκριμένες μετακινήσεις και αναδιατάξεις του προσωπικού σε συνδυασμό με την ανάγκη σύντομης προσαρμογής σε θέσεις πρώτης γραμμής για τον Covid-19, δημιούργησε άγχος εξαιτίας του αυξανόμενου φόβου για τον κίνδυνο μόλυνσης, τη διατάραξη της εργασιακής ρουτίνας και του άγχους καθώς τους αποδόθηκαν νέοι εργασιακοί ρόλοι (Franklin and Gkiouleka, 2021).

Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας φάνηκε ότι τα αυξημένα επίπεδα φόβου, άγχους και στρες σχετίζονται με συγκεκριμένους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες. Έτσι καταλήξαμε ότι το γυναικείο φύλο τμημάτων Covid παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά στα συμπτώματα φόβου και στρες σε σχέση με τους άνδρες. Η πλειοψηφία πρόσφατων συγχρονικών μελετών ανέδειξε ότι το αντρικό φύλο λειτούργησε ως προστατευτικός παράγοντας στην εκδήλωση των συγκεκριμένων συμπτωμάτων (Lai et al., 2020), (Wozniak et al., 2021), (Pappa et al., 2020) και μάλιστα μια συγχρονική μελέτη που διεξήχθη στην Τουρκία ανέδειξε ότι το γυναικείο προσωπικό είχε 16, 6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξει αγχώδεις διαταραχές (Araç et al., 2020).

Γενετικοί αλλά κοινωνικοί παράγοντες θα αιτιολογούσαν την εκδήλωση της συγκεκριμένης συμπτωματολογίας. Η επιστήμη έχει τεκμηριώσει ότι από τη «φύση» τους οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς από τους άντρες εκφράζοντας υψηλότερα επίπεδα φόβου και στρες ιδιαίτερα όταν αντιμετωπίζουν απρόβλεπτες αρνητικές καταστάσεις, όπως η πανδημία, καθώς ορμονικές διακυμάνσεις επηρεάζουν τη φυσιολογία ανατομικών δομών που είναι υπεύθυνες για την εκδήλωση αυτών των συμπτωμάτων (McLean & Anderson, 2009). Επίσης η αλλαγή ρόλων στη σύγχρονη εποχή και ιδιαίτερα στην εποχή μιας πανδημίας (Sun et al, 2021) έχει φέρει σε δύσκολη θέση γυναίκες νοσηλεύτριες και γιατρούς να ζουν καθημερινά με την αγωνία αν θα καταφέρουν να ανταπεξέλθουν στις οικογενειακές ανάγκες σε περίπτωση υπερωριακής εργασίας ή μόλυνσης από τον ιό.

Επίσης στα ευρήματα μας καταγράφηκε ότι το προσωπικό που δεν είναι παντρεμένο εμφανίζει υψηλότερα επίπεδα φόβου και κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τα αποτελέσματα ερευνών όπως του Ceri και συν. και του Danet και συν. (2021). Τα αποτελέσματα αυτά μπορεί να σχετίζονται με το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια των περιοριστικών μέτρων και της καραντίνας οι άγαμοι επαγγελματίες υγείας ένιωσαν πολύ πιο έντονα το αίσθημα της μοναξιάς και την έλλειψη των κοινωνικών συναναστροφών.

Ένα ενδιαφέρον εύρημα της μελέτης μας είναι ότι τα επίπεδα των υπό μελέτη ψυχοσυναισθηματικών εκβάσεων στο προσωπικό, συσχετίζονται αρνητικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων. Έτσι βρέθηκε ότι οι αποκρινόμενοι επιπέδου πανεπιστημιακής εκπαίδευσης είχαν χαμηλότερα επίπεδα φόβου, άγχους, στρες και κατάθλιψής από τους απόφοιτους δευτεροβάθμιας. Το εύρημα αυτό συμφωνεί απόλυτα με τα ευρήματα σχετικών μελετών όπου εντοπίστηκε στατιστική διαφορά στα επίπεδα των εν λόγω εκβάσεων ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης (Lai et al., 2020), (Brennan et al., 2021), (DIĞIN et al., 2022). Αυτή η συσχέτιση θα μπορούσε να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι το χαμηλότερης εκπαίδευσης προσωπικό νιώθει μεγαλύτερη ανασφάλεια για τις μελλοντικές εξελίξεις καθώς οι γνώσεις είναι ελλιπείς σχετικά με την μετάδοση ή τα προστατευτικά μέτρα.

Εξετάζοντας τον ηλικιακό παράγοντα καταλήξαμε ότι το προσωπικό της ηλικιακής κατηγορίας 46-55 εμφάνισε υψηλότερα επίπεδα φόβου για τον Covid. Παρόλο που οι περισσότερες έρευνες συσχετίζουν θετικά το φόβο για τον ιό σε υγειονομικούς αλλά και στο γενικό πληθυσμό σε ηλικίες 26-40 ετών (Sahin et al.,2020), (Lai et al.,2020), (Parlapani et al., 2019), τα αποτελέσματα μας συνάδουν με την έρευνα της Moussa και συν (2021) και Tsipropoulou (2020) οι οποίες κατέληξαν ότι οι υγειονομικοί >40 ετών ήταν περισσότερο φοβισμένοι. Ερμηνεύοντας το συγκεκριμένο αποτέλεσμα, θα το συσχετίζαμε κυρίως με οργανικά αίτια που αναφέρονται στο ότι ο ιός είναι περισσότερο μεταδοτικός και θνησιγενής σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας στα οποία επιπρόσθετα είναι πολύ πιθανό να συνυπάρχουν και χρόνιες ασθένειες ώστε το γηραιότερο προσωπικό να νιώθει ακόμα πιο ευάλωτο.

Τέλος συγκρίνοντας στα ευρήματά μας βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές των τμημάτων Μ.Ε.Θ. και Μ.Ε.Λ. παρουσίασαν θετική στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το στρες και το φόβο σε σχέση με τους γιατρούς. Παρόλο που στην βιβλιογραφία εντοπίστηκαν έρευνες που δεν εντόπισαν καμία διαφορά μεταξύ των δύο συγκεκριμένων επαγγελματικών ειδικοτήτων (Wozniak et al., 2020), (Lai et al., 2020) ίδια διαφορά κορονοφοβίας και στρες των νοσηλευτών σε σχέση με τους γιατρούς καταγράφηκε σε μια συγχρονική μελέτη σε δείγμα 438 επαγγελματιών υγείας στο Νεπάλ. Επίσης στις μελέτες των Hung και συν. (2020) και Zhu (2020) κατεγράφησαν υψηλότερα ποσοστά εκδηλώσεων άγχους στρες και κατάθλιψης στο νοσηλευτικό προσωπικό «πρώτης γραμμής» σε σχέση με τους γιατρούς (Huang et al., 2020).

Το γεγονός ότι οι νοσηλευτές εκδηλώνουν μεγαλύτερη ψυχική δυσφορία θα μπορούσε να αποδοθεί στο γεγονός ότι στην συντριπτική του πλειοψηφία του το δείγμα αποτελείται από γυναίκες χαμηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης σε σχέση με τους γιατρούς, χαρακτηριστικά τα

οποία λειτούργησαν προδιαθεσικά στα συμπτώματα ψυχικής δυσφορίας. Επιπλέον επιβαρυντικοί παράγοντες για του νοσηλευτές είναι η αναφερόμενη επαγγελματική εξουθένωση, ο αυξημένος φόρτο εργασίας, οι περισσότερες νυχτερινές βάρδιες (Zhang et al., 2020), η υπερωριακή εργασία (Bai et al., 2020) και η ισχύουσα για μακρό χρονικό διάστημα αναστολή αδειών. Επίσης συγκρίνοντας το αντικείμενο της εργασίας σε σχέση με τους γιατρούς, οι νοσηλευτές επιβαρύνονται περισσότερο καθώς «αφιερώνουν» περισσότερο χρόνο στη φροντίδα των ασθενών (Khanal et al., 2020) και έρχονται σε στενότερη επαφή με τους συγκεκριμένους ασθενείς ώστε να εκτίθενται περισσότερο όχι μόνο σε κίνδυνο μόλυνσης για παράδειγμα από τη συλλογή πτυέλων και την αναρρόφηση των εκκρίσεων, (Zhang et al., 2020), αλλά και σε κίνδυνο ψυχικής βλάβης που σχετίζεται με το θάνατο και άλλα ηθικά ζητήματα όπως με τον φόβο αποτυχίας να παρέχουν επαρκή φροντίδα στους ασθενείς, (Pappa et al., 2020).

Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας επίσης προέκυψε ότι άγχος, το stress, η κατάθλιψη και το FCV συσχετίζονται μεταξύ τους και μάλιστα αναλογικά, ώστε μεγαλύτερες τιμές φόβου να συσχετίζονται με μεγαλύτερες τιμές στις παραμέτρους του DASS. Τα αποτελέσματα ταυτίζονται με τα ευρήματα άλλων μελετών όπως αυτής σε δείγμα νοσηλευτών «πρώτης γραμμής» για την πανδημία η οποία εντόπισε ότι η κορονοφοβία ήταν ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας άγχους, κατάθλιψης και στρες καθώς τα υψηλά επίπεδα του πρώτου σχετίστηκαν ισχυρά με τις αναφερόμενες εκβάσεις διατηρώντας μάλιστα μια αναλογική σχέση μεταξύ τους (Abid et al., 2021), (Parlapani et al., 2020). Από τα ευρήματα της μελέτης μας επίσης προέκυψαν συγκεκριμένα προσωπικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού όπως το φύλο ή η θέση εργασίας τα οποία λειτούργησαν προδιαθεσικά και μεσολαβητικά στην προγνωστική συσχέτιση μεταξύ του φόβου του COVID-19 και της συναισθηματικής δυσφορίας. Συνεπώς προσδιορίζοντας ομάδες ατόμων υψηλού κινδύνου με βάση συγκεκριμένους κοινωνικοδημογραφικούς και επαγγελματικούς επιβαρυντικούς παράγοντες για το φόβο για τον Covid θα βοηθούσε όχι μόνο στη διαχείριση της ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης του προσωπικού Μ.Ε.Θ. και Μ.Ε.Λ. αλλά επιπλέον στο σχεδιασμό και στην ανάπτυξη στοχευμένων προγραμμάτων πρόληψης (Satici et al., 2020).

6.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας

Στη συγκεκριμένη εργασία εντοπίστηκαν και ορισμένα πλεονεκτήματα αλλά και αδυναμίες που αξίζει να αναφέρουμε

6.2.1. Πλεονεκτήματα της μελέτης

Τα κύρια πλεονεκτήματα της παρούσας μελέτης ήταν ότι αν και συγχρονική μελέτη, δεν ήταν μονοκεντρική αλλά πραγματοποιήθηκε σε δυο διαφορετικά νοσοκομεία που περιελάμβαναν συνολικά τρία τμήματα ΜΕΘ και 4 τμήματα ΜΕΛ σε νοσοκομεία της ίδιας πόλης και τα οποία εφημερεύουν ισόποσα ώστε οι εμπειρίες του προσωπικού να είναι κοινές.

Αν και το δείγμα θεωρείται μικρό το ποσοστό απόκρισης του κατάλληλου πληθυσμού μελέτης κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα (80,4%>75%,) ώστε να εγγυάται και την ακρίβεια των αποτελεσμάτων.

Χρησιμοποιήθηκαν δομημένα ερωτηματολόγια ώστε οι ερωτήσεις και οι κλίμακες να παρουσιάζονται στους συμμετέχοντες με τον ίδιο τρόπο. Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια είναι εφαρμοσμένα στον ελληνικό πληθυσμό με καλά αποτελέσματα αξιοπιστίας και βοήθησαν σημαντικά στο να συλλέξουμε εύκολα και οικονομικά, σαφείς και μετρήσιμες απαντήσεις οι οποίες αναλύθηκαν ποσοτικά. Χρησιμοποιήσαμε εκτενείς αναλύσεις στατιστικών δεδομένων για να διασφαλίσουμε ότι τα αποτελέσματά μας είναι αξιόπιστα

Τα ευρήματά μας έχουν τη δυνατότητα να ενθαρρύνουν τους υπεύθυνους των υγειονομικών συστημάτων να εξετάσουν τους συγκεκριμένους στρεσογόνους παράγοντες και να εφαρμόσουν προληπτικές παρεμβάσεις για την ανακούφιση πιθανών προβλημάτων ψυχικής υγείας στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό «πρώτης γραμμής».

6.2.2. Μειονεκτήματα της μελέτης

Παρόλα τα πλεονεκτήματα της μελέτης εντοπίζονται και ορισμένες «αδυναμίες» που αφορούν τα εξής:

Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη όπου εντοπίζονται ορισμένες συσχετίσεις και συγκρίσεις παρέχοντας μόνο ένα «στιγμιότυπο» της ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, «αντανακλώντας» μόνο ένα δείγμα εμπειριών, σε μια

συγκεκριμένη περίοδο, όπου η πανδημία φαίνεται να «υποχωρεί». Επομένως δεν μπορεί τα αποτελέσματα να αναφέρονται σε μακροπρόθεσμες επιπτώσεις και να γενικευτούν.

Καθώς διανεμήθηκαν δομημένα ερωτηματολόγια δεν ήταν δυνατό να ληφθούν λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό άγχους και κατάθλιψης των συμμετεχόντων. Επίσης ως ερευνήτρια της μελέτης δεν ήμουν παρούσα να διασαφηνίσω τυχόν απορίες ή να έχω τον έλεγχο για το ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο. Επιπλέον, επειδή τα ερωτηματολόγια βασίζονται σε αυτοαναφορές με ανάκληση μνήμης από τους συμμετέχοντες αυξάνεται η πιθανότητα σφάλματος.

Ακόμα υπήρξε μεροληψία επιλογής δείγματος καθώς τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν μη τυχαία και επιλέχθηκε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό «πρώτης γραμμής» για τον Covid οι οποίοι ήταν περισσότερο εκτεθειμένοι στον αιτιολογικό ιικό παράγοντα.

Επιπλέον το γεγονός ότι η έρευνα διεξήχθη σε μια συγκεκριμένη περιοχή της Ελλάδας περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στον υπόλοιπο κόσμο, δεδομένου ότι κάθε περιοχή αλλά και κάθε κράτος διαφέρει ως προς τους πανδημικούς δείκτες αλλά και ως προς την εφαρμογή μέτρων στήριξης του υγειονομικού προσωπικού.

Τέλος, παρόλο που το ποσοστό απόκρισης ήταν υψηλό το μέγεθος του δείγματος θεωρείται μικρό περιορίζοντας τη γενίκευση των ευρημάτων σε περιοχές με ανάλογους δείκτες θετικότητας για Covid.

6.3. Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας

Η συγκεκριμένη μελέτη κατέληξε σε ακριβή αποτελέσματα τα οποία όμως περιορίζονται στον χωροχρόνο. Καθώς η πανδημία εξελίσσεται, η ψυχολογική κατάσταση του προσωπικού διαφοροποιείται. Ανάλογα με κάθε φάση του πανδημικού «κύματος» όσον αφορά τις εξάρσεις και τις υφέσεις είναι λογικό να αυξομειώνεται ο φόρτος εργασίας και η έκθεση σε επιβαρυντικούς παράγοντες που επιδρούν στην ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του προσωπικού. Ίσως μια διαχρονική μελέτη, θα βοηθούσε περισσότερο στην τεκμηρίωση στρεσογόνων παραγόντων που σχετίζονται με τον επιπολασμό δυσμενών ψυχικών καταστάσεων στο ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των τμημάτων Covid.

Παρόλο που η έρευνα μας δεν είναι μονοκεντρική περιορίζεται σε νοσοκομειακές μονάδες μιας συγκεκριμένη πόλης της Ελλάδας. Με δεδομένο ότι οι πανδημικοί δείκτες διαφέρουν από περιοχή σε περιοχή στην Ελλάδα ίσως θα ήταν χρήσιμο να διεξαχθεί πολυκεντρική μελέτη σε περιοχές της Ελλάδας.

Θα ήταν ακόμη καλύτερο να περιλαμβάνει και δομές που βρίσκονται εκτός Ελλάδας καθώς τα μέτρα και οι πολιτικές διαχείρισης της πανδημίας διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Ως εκ τούτου μια διεθνής έρευνα για την αξιολόγηση και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων από διαφορετικά συστήματα υγείας για την ενίσχυση του εν λόγω προσωπικού θα ήταν χρήσιμη όχι μόνο για τις παρούσες συνθήκες αλλά για την προετοιμασία και την πρόληψη κινδύνων από μελλοντικές πανδημίες.

Παρόλο που η έρευνα μας ανέδειξε συγκεκριμένες κοινωνικές και εργασιακές ομάδες που εκδήλωσαν υψηλότερα επίπεδα φόβου, άγχους, στρες και κατάθλιψης, αναλύσεις για τις συνθήκες εργασίας και απασχόλησης γιατρών και νοσηλευτών σε σχέση με τις ψυχοκοινωνικούς κινδύνους χρήζουν περαιτέρω έρευνας. Η γνώση της κλίμακας των «προκλήσεων» ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των τμημάτων Μ.Ε.Θ. και Μ.Ε.Λ. Covid-19, είναι χρήσιμη για να διασφαλιστεί η κατάλληλη υποστήριξη και να εφαρμοστεί σχεδιασμός μιας μελλοντικής ενδεχόμενης υγειονομικής κρίσης. Στοχευμένες παρεμβάσεις ψυχολογικής ενίσχυσης των συγκεκριμένων τμημάτων θα ήταν ωφέλιμες όχι μόνο για γιατρούς και νοσηλευτές αλλά και για την ποιότητα φροντίδας βελτιώνοντας την εργασιακή απόδοση και τη στάση απέναντι στους ασθενείς.

Τέτοιες στρατηγικές θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν την αναπροσαρμογή ρόλων σε ομάδες ή σε εργαζόμενους που είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι όπως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε μονάδες Μ.Ε.Θ και Μ.Ε.Λ. Covid-19, την εκπαίδευση του προσωπικού, την ενεργό διάδραση με τους επαγγελματίες υγείας και την υποστήριξή τους ώστε και ίδιοι να αισθάνονται ότι οι «ανησυχίες» τους υποστηρίζονται.

Κεφάλαιο 7ο

Συμπεράσματα

Τα ευρήματα σχετικά με τον ψυχοσυναισθηματικό κίνδυνο από την επίδραση της πανδημίας στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που νοσηλεύουν ασθενείς με Covid εμπλουτίζουν τη βάση γνώσεων. Τα αποτελέσματα σύμφωνα με τους σκοπούς της μελέτης τονίζουν ότι ο αντίκτυπος από τον SARS-COV2 στην ψυχική υγεία ακόμα και κατά την περίοδο ύφεσης της πανδημίας εξακολουθεί, έστω και ηπιότερα, να επηρεάζει ποσοτικά και ποιοτικά ένα μεγάλο μέρος γιατρών και νοσηλευτών «πρώτης γραμμής». Αξιολογώντας εκδηλώσεις ψυχικής δυσφορίας γιατρών και νοσηλευτών απασχολούμενων σε Μ.Ε.Λ. Covid κατεγράφησαν υψηλότερες τιμές επίπεδων φόβου, άγχους, στρες, και κατάθλιψης σε σχέση με εργαζόμενους σε αντίστοιχες Μ.Ε.Θ.. Από την εκτίμηση των αποτελεσμάτων δεν αποδείχθηκε η αιτιολογική σχέση ψυχικής επιβάρυνσης του προσωπικού που φροντίζει ασθενείς με Covid καθώς οι ψυχοσυναισθηματικές εκβάσεις συσχετίστηκαν κυρίως με βάση τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του προσωπικού παρά με επαγγελματικά χαρακτηριστικά και στοιχεία εργασιακού περιβάλλοντος. Τέλος το εύρημα της μελέτης που αναφέρει ότι μεγαλύτερες τιμές άγχους σχετίζονται με μεγαλύτερες τιμές κατάθλιψης, stress και φόβου θα μπορούσε να λειτουργήσει προγνωστικά ώστε για τους εργαζόμενους με προδιάθεση για αγχώδεις διαταραχές και επομένως ψυχική δυσφορία εξαιτίας της πανδημίας, να εφαρμοστούν στοχευμένα προγράμματα πρόληψης και διαχείρισης άγχους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abdel Hadi, S., Bakker, A. and Häusser, J., 2021. The role of leisure crafting for emotional exhaustion in telework during the COVID-19 pandemic. Anxiety, Stress, & Coping, 34(5), pp.530-544.
2. Ahorsu, D., Lin, C., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. and Pakpour, A., 2020. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. International Journal of Mental Health and Addiction,.
3. Alizadeh, A., Khankeh, H., Barati, M., Ahmadi, Y., Hadian, A. and Azizi, M., 2020. Psychological distress among Iranian health-care providers exposed to coronavirus disease 2019 (COVID-19): a qualitative study. BMC Psychiatry, 20(1).
4. Azoulay E, Cariou A, Bruneel F et al. for the FAMIREA Study Group (2020a), Symptoms of Anxiety, Depression, and Peritraumatic Dissociation in Critical Care Clinicians Managing Patients with COVID-19. A Cross-Sectional Study. Am J Respir Crit Care Med., 22(10):1388–1398.
5. Azoulay E, De Waele J, Ferrer R et al. on behalf of ESICM (2020b) Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. Annals of Intensive Care, 10(1).
6. Bahari, S., 2012. Qualitative Versus Quantitative Research Strategies: Contrasting Epistemological And Ontological Assumptions. Jurnal Teknologi,.
7. Bai, Y., Wang, X., Huang, Q., Wang, H., Gurarie, D., Ndeffo-Mbah, M., Fan, F., Fu, P., Horn, M., Xu, S., Mondal, A., Jiang, X. and Zhao, H., 2020. SARS-CoV-2 Infection in Health Care Workers: A Retrospective Analysis and Model Simulations of a Nosocomial Outbreak. SSRN Electronic Journal,.
8. Baraka, A., Ramadan, F. and Hassan, E., 2021. Predictors of critical care nurses' stress, anxiety, and depression in response to <scp>COVID</scp> -19 pandemic. Nursing in Critical Care,.
9. Beaufort, I., De Weert-Van Oene, G., Buwalda, V., de Leeuw, J. and Goudriaan, A., 2017. The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) as a Screener for Depression in Substance Use Disorder Inpatients: A Pilot Study. European Addiction Research, 23(5), pp.260-268.
10. Bianchi, R., Verkuilen, J., Schonfeld, I., Hakanen, J., Jansson-Fröjmark, M., Manzano-García, G., Laurent, E. and Meier, L., 2021. Is Burnout a Depressive

Condition? A 14-Sample Meta-Analytic and Bifactor Analytic Study. Clinical Psychological Science, 9(4), pp.579-597.

11. Binnie, A., Moura, K., Moura, C., D'Aragon, F. and Tsang, J., 2021. Psychosocial distress amongst Canadian intensive care unit healthcare workers during the acceleration phase of the COVID-19 pandemic. PLOS ONE, 16(8), p.e0254708.
12. Bowling, A., 2009. Research methods in health. 1st ed. Maidenhead: Open University Press
13. Brink, P. and Wood, M., 2001. Basic steps in planning nursing research. 5th ed. Boston: Jones and Bartlett..
14. Bruns, D., Kraguljac, N. and Bruns, T., 2020. COVID-19: Facts, Cultural Considerations, and Risk of Stigmatization. Journal of Transcultural Nursing, 31(4), pp.326-332.
15. Caillet, A., Coste, C., Sanchez, R. and Allaouchiche, B., 2020. Psychological Impact of COVID-19 on ICU Caregivers. Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine, 39(6), pp.717-722.
16. CDC. NIOSH, 2021. [online] Available at: https://www.cdc.gov/niosh/bsc/pdfs/MentalHealthInitiativeForHealthWorkers_508.pdf [Accessed 26 March]
17. Chutiyami, M., Cheong, A., Salihu, D., Bello, U., Ndwiga, D., Maharaj, R., Naidoo, K., Kolo, M., Jacob, P., Chhina, N., Ku, T., Devar, L., Pratitha, P. and Kannan, P., 2022. COVID-19 Pandemic and Overall Mental Health of Healthcare Professionals Globally: A Meta-Review of Systematic Reviews. Frontiers in Psychiatry, 12.
18. Ciftci, B., Ekinci, M. and Atalay, Y., 2020. May regional anesthesia be a better choice for the COVID-19 pandemic?. Ain-Shams Journal of Anesthesiology, 12(1).
19. Clarke, M., Hopewell, S. and Chalmers, L., 2007. Reports of clinical trials should begin and end with up-to-date systematic reviews of other relevant evidence: a status report. Journal of the Royal Society of Medicine, 100(4), pp.187-190.
20. Cohrdes, C., Yenikent, S., Wu, J., Ghanem, B., Franco-Salvador, M. and Vogelgesang, F., 2021. Indications of Depressive Symptoms During the COVID-19 Pandemic in Germany: Comparison of National Survey and Twitter Data. JMIR Mental Health, 8(6), p.e27140.
21. Collaboration for Environmental Evidence. 2013. Guidelines for Systematic Review and

22. Crotty, M.., 2003. The Foundations of Social Research: Meaning and Perspectives in the Research Process, London: Sage Publications, 3rd edition, 10.
23. Crowe, S., Howard, A., Vanderspank-Wright, B., Gillis, P., McLeod, F., Penner, C. and Haljan, G., 2021. The effect of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian critical care nurses providing patient care during the early phase pandemic: A mixed method study. Intensive and Critical Care Nursing, 63, p.102999.
24. Crowther, M., Lim, W. and Crowther, M., 2010. Systematic review and meta-analysis methodology. Blood, 116(17), pp.3140-3146.
25. da Silva Neto, R., Benjamim, C., de Medeiros Carvalho, P. and Neto, M., 2021. Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: A systematic review with meta-analysis. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 104, p.110062.
26. De Los Reyes, A. and Kazdin, A., 2008. When the Evidence Says, "Yes, No, and Maybe So". Current Directions in Psychological Science, 17(1), pp.47-51.
27. Dekkers, O., Vandenbroucke, J., Cevallos, M., Renehan, A., Altman, D. and Egger, M., 2019. COSMOS-E: Guidance on conducting systematic reviews and meta-analyses of observational studies of etiology. PLOS Medicine, 16(2), p.e1002742.
28. Doody, O. and Noonan, M., 2016. Nursing research ethics, guidance and application in practice. British Journal of Nursing, 25(14), pp.803-807
29. Dulock, H., 1993. Research Design: Descriptive Research. Journal of Pediatric Oncology Nursing, 10(4), pp.154-157.
30. Dutta, A., Sharma, A., Torres-Castro, R., Pachori, H. and Mishra, S., 2021. Mental health outcomes among health-care workers dealing with COVID-19/severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Indian Journal of Psychiatry, 63(4), p.335.
31. Elfil, M., & Negida, A., 2017. Sampling methods in Clinical Research; an Educational Review. Emergency (Tehran, Iran), 5(1), e52.
32. European Agency for Safety and Health at Work, 2020. [online] Available at: https://osha.europa.eu/en/themes/covid-19-resources-workplace [Accessed 23 May 2022].

33. European Agency for Safety and Health at Work, 2022. [online] Available at: < https://osha.europa.eu/el/about-eu-osha/national-focal-points/greece [Accessed 23 May 2022].
34. Evidence Synthesis in Environmental Management. Version 4.2. Environmental Evidence:
35. Fineout-Overholt, E. and Johnston, L., 2005. Teaching EBP: Asking Searchable, Answerable Clinical Questions. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 2(3), pp.157-160.
36. Franklin, P. and Gkiouleka, A., 2021. A Scoping Review of Psychosocial Risks to Health Workers during the Covid-19 Pandemic. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(5), p.2453.
37. Giannopoulou, I. and Tsobanoglou, G., 2020. COVID-19 pandemic: challenges and opportunities for the Greek health care system. Irish Journal of Psychological Medicine, 37(3), pp.226-230.
38. Gomaa, M., Elmagd, M., Elbadry, M. and Kader, R., 2013. Depression, Anxiety and Stress Scale in patients with tinnitus and hearing loss. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 271(8), pp.2177-2184.
39. Gomez-Ochoa SA, Franco OH, Rojas LZ, Raguindin PF, Roa-Diaz ZM, Wyssmann BM, et al., 2021. COVID-19 in health-care workers: a living systematic review and meta-analysis of prevalence, risk factors, clinical characteristics, and outcomes. Am J Epidemiol. 190:161–75.
40. Gómez-Ochoa, S., Franco, O., Rojas, L., Raguindin, P., Roa-Díaz, Z., Wyssmann, B., Guevara, S., Echeverría, L., Glisic, M. and Muka, T., 2020. COVID-19 in Health-Care Workers: A Living Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence, Risk Factors, Clinical Characteristics, and Outcomes. American Journal of Epidemiology, 190(1), pp.161-175.
41. Gray, J., 2016. Burns and Grove's the practice of nursing research. 8th ed. Elsevier.
42. Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S. and Wessely, S., 2020. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. BMJ, p.m1211.
43. Hart, C., 2018. Doing a Literature Review. London: SAGE Publications Ltd.

44. Hennekam, S., Richard, S. and Grima, F., 2020. Coping with mental health conditions at work and its impact on self-perceived job performance. Employee Relations: The International Journal, 42(3), pp.626-645.
45. Holmes, E., O'Connor, R., Perry, V., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A., Shafran, R., Sweeney, A., Worthman, C., Yardley, L., Cowan, K., Cope, C., Hotopf, M. and Bullmore, E., 2020. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. The Lancet Psychiatry, 7(6), pp.547-560.
46. Hotta, K., 2020. Regional anesthesia in the time of COVID-19: a minireview. Journal of Anesthesia, 35(3), pp.341-344.
47. Huang, X.., Lin, J. Demner-Fushman, D., 2006. Evaluation of PICO as a knowledge representation for clinical questions. AMIA Annu. Symp. Proc. AMIA Symp. pp: 359–363.
48. Hulley SB, 2007. Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Designing Clinical Research.* PA: Lippincott Williams & Wilkins
49. International Council of Nurses. 2022. [online] Available at: https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/ICN%20COVID19%20update%20report%20FINAL.pdf [Accessed 23 May 2022].
50. Kathari, C. R. (2004)Research methodology. Indian: New Age International (p) Ltd, publishers.
51. Khalid, I., Khalid, T., Qabajah, M., Barnard, A. and Qushmaq, I., 2016. Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. Clinical Medicine & Research, 14(1), pp.7-14.
52. Khanal, P., Devkota, N., Dahal, M., Paudel, K. and Joshi, D., 2020. Mental health impacts among health workers during COVID-19 in a low resource setting: a cross-sectional survey from Nepal. Globalization and Health, 16(1).
53. Khunti, K., Griffiths, A., Majeed, A., Nagpaul, C. and Rao, M., 2021. Assessing risk for healthcare workers during the covid-19 pandemic. BMJ, p.n602.
54. Knechel, N., 2019. What's in a Sample? Why Selecting the Right Research Participants Matters. Journal of Emergency Nursing, 45(3), pp.332-334
55. Koh, D., Lim, M., Chia, S., Ko, S., Qian, F., Ng, V., Tan, B., Wong, K., Chew, W., Tang, H., Ng, W., Muttakin, Z., Emmanuel, S., Fong, N., Koh, G., Kwa, C., Tan,

K. and Fones, C., 2005. Risk Perception and Impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on Work and Personal Lives of Healthcare Workers in Singapore. Medical Care, 43(7), pp.676-682.

56. Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z. and Hu, S., 2020. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Network Open, 3(3), p.e203976.
57. Lietz, J., Westermann, C., Nienhaus, A. and Schablon, A., 2016. The Occupational Risk of Influenza A (H1N1) Infection among Healthcare Personnel during the 2009 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. PLOS ONE, 11(8), p.e0162061.
58. Lin, C., 2020. Social reaction toward the 2019 novel coronavirus (COVID-19). Social Health and Behavior, 3(1), p.1.
59. Liu, C., Yang, Y., Zhang, X., Xu, X., Dou, Q. and Zhang, W., 2020. The Prevalence and Influencing Factors for Anxiety in Medical Workers Fighting COVID-19 in China: A Cross-Sectional Survey. SSRN Electronic Journal,.
60. Lluch, C., Galiana, L., Doménech, P. and Sansó, N., 2022. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Burnout, Compassion Fatigue, and Compassion Satisfaction in Healthcare Personnel: A Systematic Review of the Literature Published during the First Year of the Pandemic. Healthcare, 10(2), p.364.
61. Lovibond, P. and Lovibond, S., 1995. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour Research and Therapy, 33(3), pp.335-343.
62. Lund, T., 2005. The Qualitative–Quantitative Distinction: Some comments. Scandinavian Journal of Educational Research, 49(2), pp.115-132.
63. Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W. and Wang, H., 2020. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Research, 291, p.113190.
64. Lyrakos, G., Arvaniti, C., Smyrnioti, M. and Kostopanagiotou, G., 2011. Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the greek

general population and in a psychiatric patient's sample. European Psychiatry, 26(107) pp.1731-1731.

65. Mallet, J., Dubertret, C. and Le Strat, Y., 2021. Addictions in the COVID-19 era: Current evidence, future perspectives a comprehensive review. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 106, p.110070.
66. Mansournia, M., Higgins, J., Sterne, J. and Hernán, M., 2017. Biases in Randomized Trials. *Epidemiology*, 28(1), pp.54-59.
67. Martocchio, J. and Jimeno, D., 2003. Employee absenteeism as an affective event. Human Resource Management Review, 13(2), pp.227-241.
68. Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C. and Roma, P., 2020. A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(9), p.3165.
69. McAllister, M. and McKinnon, J., 2009. The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: A critical review of the literature. Nurse Education Today, 29(4), pp.371-379.
70. Mokhtari, R., Moayedi, S. and Golitaleb, M., 2020. COVID-19 pandemic and health anxiety among nurses of intensive care units. International Journal of Mental Health Nursing, 29(6), pp.1275-1277.
71. Morgan, R., Whaley, P., Thayer, K. and Schünemann, H., 2018. Identifying the PECO: A framework for formulating good questions to explore the association of environmental and other exposures with health outcomes. Environment International, 121, pp.1027-1031.
72. Morgan, R., Whaley, P., Thayer, K. and Schünemann, H., 2018. Identifying the PECO: A framework for formulating good questions to explore the association of environmental and other exposures with health outcomes. Environment International, 121, pp.1027-1031.
73. National Heart, Lung and Blood Institute (n.d.) Study quality assessment tools. Available at: https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools
74. Newhouse, R., 2008. Johns Hopkins nursing evidence-based practice. Indianapolis: Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing.

75. Nguyen, L., Drew, D., Graham, M., Joshi, A., Guoet al. 2020. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. The Lancet Public Health, 5(9), pp. e475-e483.
76. NIH, 2013. [online] Available at: https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools [Accessed 16 April 2022].
77. O'Neil, M., Berkman, N., Hartling, L., Chang, S., Anderson, J., Motu'apuaka, M., Guise, J. and McDonagh, M., 2014. Observational evidence and strength of evidence domains: case examples. Systematic Reviews, 3(1).
78. Pappa, S., Athanasiou, N., Sakkas, N., Patrinos, S., Sakka, E., Barmparessou, Z., Tsikrika, S., Adraktas, A., Pataka, A., Migdalis, I., Gida, S. and Katsaounou, P., 2021. From Recession to Depression? Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic in Greece: A Multi-Center, Cross-Sectional Study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(5), p.2390.
79. Patino, C. and Ferreira, J., 2018. Inclusion and exclusion criteria in research studies: definitions and why they matter. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 44(2), pp.84-84.
80. Pines, E., Rauschhuber, M., Norgan, G., Cook, J., Canchola, L., Richardson, C. and Jones, M., 2011. Stress resiliency, psychological empowerment and conflict management styles among baccalaureate nursing students. Journal of Advanced Nursing, 68(7), pp.1482-1493.
81. Polit DF, Beck CT.. 2017. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia (PA): Lippincott, Williams & Wilkins
82. Popay J, Roberts H, Sowden A, et al. Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: a product from the ESRC Methods Programme. 2006. Available at: https://www.lancaster.ac.uk/media/lancaster-university/content-assets/documents/fhm/dhr/chir/NSsynthesisguidanceVersion1-April2006.pdf. Accessed February 20, 2021.
83. Prisma-statement.org. 2021. PRISMA. [online] Available at: http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx [Accessed 23 May 2022].
84. Richards, H., 2002. Ethics of qualitative research: are there special issues for health services research?. Family Practice, 19(2), pp.135-139.

85. Ritchie, J. and Lewis, J., 2003. Qualitative research practice. 1st ed. London: Sage Publications, pp.11-15.
86. Robinson, K. and Goodman, S., 2011. A Systematic Examination of the Citation of Prior Research in Reports of Randomized, Controlled Trials. Annals of Internal Medicine, 154(1), p.50.
87. Sahebi, A., Nejati-Zarnaqi, B., Moayedi, S., Yousefi, K., Torres, M. and Golitaleb, M., 2021. The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 107, p.110247.
88. Şahin, M., Aker, S., Şahin, G. and 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), pp.1168-1177.
89. Salyers, M., Bonfils, K., Luther, L., Firmin, R., White, D., Adams, E. and Rollins, A., 2016. The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. Journal of General Internal Medicine, 32(4), pp.475-482.
90. Samara, M., Peppou, L., Giannouchos, T., Nimatoudis, I., Papageorgiou, C., Economou, M. and Souliotis, K., 2021. COVID-19 psychological impact, knowledge and perceptions of healthcare professionals in Greece: A nationwide cross-sectional study. Psychiatriki,.
91. Sanders, M., Lewis, P. and Thornhill, A., 2007. Research methods for business students. England: Person. 4th edition.
92. Sarfraz, M., Ji, X., Asghar, M., Ivascu, L. and Ozturk, I., 2022. Signifying the Relationship between Fear of COVID-19, Psychological Concerns, Financial Concerns and Healthcare Employees Job Performance: A Mediated Model. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(5), p.2657.
93. Schardt, C., Adams, M., Owens, T., Keitz, S. and Fontelo, P., 2007. Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. BMC Medical Informatics and Decision Making, 7(1).
94. Setia, M., 2016. Methodology series module 3: Cross-sectional studies. Indian Journal of Dermatology, 61(3), p.261.

95. Shereen, M., Khan, S., Kazmi, A., Bashir, N. and Siddique, R., 2020. COVID-19 infection: Emergence, transmission, and characteristics of human coronaviruses. Journal of Advanced Research, 24, pp.91-98.
96. Shields, L. and Twycross, A., 2003. The difference between quantitative and qualitative research. Paediatric Nursing, 15(9), pp.24-24.
97. Shields, L. and Twycross, A., 2003. The difference between quantitative and qualitative research. Paediatric Nursing, 15(9), pp.24-24.
98. Shorten, A. and Moorley, C., 2014. Selecting the sample. Evidence Based Nursing, 17(2), pp.32-33.
99. Siddaway, A., Wood, A. and Hedges, L., 2019. How to Do a Systematic Review: A Best Practice Guide for Conducting and Reporting Narrative Reviews, Meta-Analyses, and Meta-Syntheses. Annual Review of Psychology, 70(1), pp.747-770.
100. Silverman, M., Heim, C., Nater, U., Marques, A. and Sternberg, E., 2010. Neuroendocrine and Immune Contributors to Fatigue. PM&R, 2(5), pp.338-346.
101. Sim, K., Chong, P., Chan, Y. and Soon, W., 2004. Severe Acute Respiratory Syndrome–Related Psychiatric and Posttraumatic Morbidities and Coping Responses in Medical Staff Within a Primary Health Care Setting in Singapore. The Journal of Clinical Psychiatry, 65(8), pp.1120-1127.
102. Statista. 2022. Topic: Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. [online] Available at: https://www.statista.com/topics/5994/the-coronavirus-disease-covid-19-outbreak/ [Accessed 23 May 2022].
103. Styra, R., Hawryluck, L., Robinson, S., Kasapinovic, S., Fones, C. and Gold, W., 2008. Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. Journal of Psychosomatic Research, 64(2), pp.177-183.
104. Sun, P., Wang, M., Song, T., Wu, Y., Luo, J., Chen, L. and Yan, L., 2021. The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on Health Care Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. Frontiers in Psychology, 12.
105. Tam, C.W.C.; Pang, E.P.F.; Lam, L. 2004. Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. Psychological Medicine, 34(7), pp.1197-1204.

106. Tamrakar, P., Pant, S. B., & Acharya, S. P. (2021). Anxiety and depression among nurses in COVID and non-COVID intensive care units. Nursing in critical care, 10.1111/nicc.12685. Advance online publication.

107. The Lancet, 2020. COVID-19: protecting health-care workers. The Lancet, 395(10228), p.922.

108. Thomas, G. and James, D., 2006. Reinventing grounded theory: some questions about theory, ground and discovery. British Educational Research Journal, 32(6), pp.767-795.

109. Tsan, S., Kamalanathan, A., Lee, C., Zakaria, S. and Wang, C., 2020. A survey on burnout and depression risk among anaesthetists during COVID-19: the tip of an iceberg?. Anaesthesia, 76(S3), pp.8-10.

110. Tsipropoulou, V., Nikopoulou, V., Holeva, V., Nasika, Z., Diakogiannis, I., Sakka, S., Kostikidou, S., Varvara, C., Spyridopoulou, E. and Parlapani, E., 2020. Psychometric Properties of the Greek Version of FCV-19S. International Journal of Mental Health and Addiction, 19(6), pp.2279-2288.

111. Uman L. S. 2011. Systematic reviews and meta-analyses. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 20(1), 57–59.

112. Wang, X. and Cheng, Z., 2020. Cross-Sectional Studies. Chest, 158(1), pp.S65-S71.

113. Who Director-General.2021[online] Available at: https://www.who.int/director-general/speeches/detail/director-general-s-opening-remarks-at-the-world-health-assembly---24-may-2021

114. Who imt.2021. [online] Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345300/WHO-HWF-WorkingPaper-2021.1-eng.pdf. [Accessed 23 May 2022].

115. Who.int. 2022. [online] Available at: https://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/who_mc_topic-6.pdf?ua=1 [Accessed 20 March 2022].

116. Wong, T., Yau, J., Chan, C., Kwong, R., Ho, S., Lau, C., Lau, F. and Lit, C., 2005. The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. European Journal of Emergency Medicine, 12(1), pp.13-18.

117. Wozniak, H., Benzakour, L., Moullec, G., Buetti, N., Nguyen, A., Corbaz, S., Roos, P., Vieux, L., Suard, J., Weissbrodt, R., Pugin, J., Pralong, J. and Cereghetti, S., 2021. Mental health outcomes of ICU and non-ICU healthcare workers during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. Annals of Intensive Care, 11(1).

118. Wu, Z. and McGoogan, J., 2020. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China. JAMA, 323(13), p.1239.

119. www.environmentalevidence.org/Documents/Guidelines/Guidelines4.2.pdf

120. Zhu, J., Sun, L., Zhang, L., Wang, H., Fan, A., Yang, B., Li, W. and Xiao, S., 2020. Prevalence and Influencing Factors of Anxiety and Depression Symptoms in the First-Line Medical Staff Fighting Against COVID-19 in Gansu. Frontiers in Psychiatry, 11.

121. ΕΟΔΥ, 2022. ENIMEROSI On Line. [online] Available at: https://enimerosi.com/details_en.php?id=67117 . [Accessed 23 May 2022].

122. Ισάρη, Φ. and Πούρκος, Μ., 2015. Ποιοτική Μεθοδολογία Έρευνας. [online] Repository.kallipos.gr. Available at: https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/5826/4/15327_Isari-KOY.pdf [Accessed 21 December 2021].

123. Καράσσα, Φ., 2006. Αρχές και μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας. [online] Iatrikionline.gr. Available at: https://www.iatrikionline.gr/revmatol_4_06/01.pdf [Accessed 20 April 2022].

124. Μαντζούκας Σ., 2015. ΤΕΙ Ηπείρου Open eClass | Μεθοδολογία της Έρευνας | Αναστοχασμός και Νοσηλευτική Έρευνα. [online] Eclass.teiep.gr. Available at: https://eclass.teiep.gr/modules/units/?course=NOSH100&id=470 [Accessed 26 March 2022]

125. Μαντζούκας, Σ. (2007). Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα: Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. Νοσηλευτική, 46(1), 88-98

126. Μαντζούκας, Σ., 2003.Έρευνα και αντιληπτικά περιγράμματα: Τα είδη και η χρησιμότητά τους για τους ερευνητές Νοσηλευτές. Νοσηλευτική, 42(4):405-413

127. Πατελάρου, Ε., Μπροκαλάκη, Η., 2010. Μεθοδολογία της Συστηματικής Ανασκόπησης και Μετα-ανάλυσης. Νοσηλευτική. 49 (2). 122-130

128. Σαχίνη-Καρδάση, Α., 2004. Μεθοδολογία Έρευνας Εφαρμογές στο χώρο της Υγείας. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ, pp.258-260.

129. Rajkumar, R., 2020. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. Asian Journal of Psychiatry, 52, p.102066.

130. Parlapani, E., Holeva, V., Voitsidis, P., Blekas, A., Gliatas, I., Porfyri, G., Golemis, A., Papadopoulou, K., Dimitriadou, A., Chatzigeorgiou, A., Bairachtari, V., Patsiala, S., Skoupra, M., Papigkioti, K., Kafetzopoulou, C. and Diakogiannis, I., 2020. Psychological and Behavioral Responses to the COVID-19 Pandemic in Greece. Frontiers in Psychiatry, 11

131. Who.int. 2022. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022. [online] Available at: https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1 [Accessed 16 May 2022].

132. Kunzler, A., Röthke, N., Günthner, L., Stoffers-Winterling, J., Tüscher, O., Coenen, M., Rehfuess, E., Schwarzer, G., Binder, H., Schmucker, C., Meerpohl, J. and Lieb, K., 2021. Mental burden and its risk and protective factors during the early phase of the SARS-CoV-2 pandemic: systematic review and meta-analyses. Globalization and Health, 17(1).

133. Tan, B., Chew, N., Lee, G., Jing, M., Goh, Y., Yeo, L., Zhang, K., Chin, H., Ahmad, A., Khan, F., Shanmugam, G., Chan, B., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J., Paliwal, P., Wong, L., Sagayanathan, R., Chen, J., Ng, A., Teoh, H., Ho, C., Ho, R. and Sharma, V., 2020. Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. Annals of Internal Medicine, 173(4), pp.317-320.

134. Van Steenkiste, E., Schoofs, J., Gilis, S. and Messiaen, P., 2021. Mental health impact of COVID-19 in frontline healthcare workers in a Belgian Tertiary care hospital: a prospective longitudinal study. Acta Clinica Belgica, pp.1-8.

135. Lasalvia, A., Bodini, L., Amaddeo, F., Porru, S., Carta, A., Poli, R. and Bonetto, C., 2021. The Sustained Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers One Year after the Outbreak—A Repeated Cross-Sectional Survey in a Tertiary Hospital of North-East Italy. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(24), p.13374.

136. Mokhtari, R., Moayedi, S. and Golitaleb, M., 2020. COVID-19 pandemic and health anxiety among nurses of intensive care units. International Journal of Mental Health Nursing, 29(6), pp.1275-1277.

137. Araç, S.; Dönmezdil, S. Investigation of mental health among hospital workers in the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. Sao Paulo Med. J. 2020, 138, 433–440

138. McLean, C. and Anderson, E., 2009. Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. Clinical Psychology Review, 29(6), pp.496-505.

139. Danet Danet, A., 2021. Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. Medicina Clínica (English Edition), 156(9), pp.449-458.

140. Ceri, V. and Cicek, I., 2020. Psychological Well-Being, Depression and Stress During COVID-19 Pandemic in Turkey: A Comparative Study of Healthcare Professionals and Non-Healthcare Professionals. Psychology, Health & Medicine, 26(1), pp.85-97.

141. Brennan, M., Marinovich, M., Verdonk, B., Vukasovic, M. and Coggins, A., 2021. Symptoms of anxiety, depression and fear in healthcare workers and non-healthcare workers undergoing outpatient COVID-19 testing in an urban Australian setting. Australian Journal of Primary Health, 27(6), p.442.

142. DIĞIN, F., KIZILCIK ÖZKAN, Z., GÜÇLÜ, F. and EROL, G., 2022. Fear of coronavirus in intensive care nurses: A cross-sectional study. Journal of Surgery and Medicine, 6(4), pp.1-1.

143. Zhang C, Yang L, Liu S, Ma S, Wang Y, Cai Z, et al. Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronaviru disease outbreak. Frontiers in Psychiatry. 2020;11:306.

144. Abid, M., Riaz, M., Bano, Z., Parveen, T., Umar Fayyaz, M. and Sadia Qureshi, H., 2021. Association Between Fear of COVID-19 and Emotional Distress in Nurses With Mediating Role of Socio-Demographic Features. Frontiers in Psychology, 12.

145. Satici, B., Gocet-Tekin, E., Deniz, M. and Satici, S., 2020. Adaptation of the Fear of COVID-19 Scale: Its Association with Psychological Distress and Life Satisfaction in Turkey. International Journal of Mental Health and Addiction, 19(6), pp.1980-1988.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ -ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ – ΕΝΤΥΠΑ ΕΓΚΡΙΣΕΩΝ

Παράρτημα 1.

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΒΙΒΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ (Βήματα αναζήτησης)			
Βήμα 1ο: Λέξεις κλειδιά και συνώνυμα αυτών με βάση την ερώτηση PECO			
P: Πληθυσμός-στόχος	*E:Έκθεση*	*C: Σύγκριση*	*O: Αποτέλεσμα*
1) Covid-19 Clinical teams	*5) ICU*	*8) Non-ICU*	*11)Mental health disorders*
2) Covid-19 Health care workers	*6) Intensive Care unit*	*9) Hospital wards*	*12)Psychological issues*
3) *Covid-19* Health care Professionals	*7) Critical Care Unit*	*10) Hospital unit*	*13)Mental illness*
4) Covid-19 Healthcare Staff		*11) Hospital Department*	*14)Psychological disorders*
Βήμα 2ο: Συνδυασμός συνωνύμων P,E,C,O, χρησιμοποιώντας το Boolean OR			
13): 1) OR 2) OR 3) OR 4)	*14): 5) OR 6) OR 7)*	*15): 8) OR 9) OR 10)*	*16: 11)OR 12) OR 13) OR 14)*
PUBMED:21618 Scopus:11698 Scholar:19300	*PUBMED: 276193 Scopus:148835 Scholar: 2150*	*PUBMED: 4230972 Scopus:258194 Scholar:3100*	*PUBMED:1519872 Scopus:691,733 Scholar:17400*
Βήμα 3ο: Συνδυασμός συνωνύμων P,E,C,O, χρησιμοποιώντας το Boolean AND			
PUBMED:145 Scopus: 129 Scholar:41			
Βήμα 4ο: Πρόσθεση φίλτρων στην αναζήτηση (Αγγλική γλώσσα, μελέτες παρατήρησης, εύρος αναζήτησης:2020-2022)			
PUBMED:41 Scopus:86 Scholar:41			

Παράρτημα 2. Στιγμιότυπα βιβλιογραφικής αναζήτησης

History and Search Details — Download — Delete

Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#22	•••	>	Search: **(((#3) AND (#4)) AND (#5)) AND (#6)** Filters: **Case Reports, Clinical Study, Clinical Trial, Comparative Study, Multicenter Study, Observational Study, Research Support, American Recovery and Reinvestment Act, Research Support, N.I.H., Extramural, Research Support, N.I.H., Intramural, Research Support, Non-U.S. Gov't, Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S., Research Support, U.S. Gov't, P.H.S., Research Support, U.S. Gov't, English, Humans**	41	03:02:16
#21	•••	>	Search: **(((#3) AND (#4)) AND (#5)) AND (#6)** Filters: **Case Reports, Clinical Study, Clinical Trial, Comparative Study, Multicenter Study, Observational Study, Research Support, American Recovery and Reinvestment Act, Research Support, N.I.H., Extramural, Research Support, N.I.H., Intramural, Research Support, Non-U.S. Gov't, Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S., Research Support, U.S. Gov't, P.H.S., Research Support, U.S. Gov't, English**	41	03:02:08

ScienceDirect — Journals & Books — ELENI DRAKOU

Find articles with these terms: health care professional teams AND COVID-19 AND ICU AND Hospital Dep

Advanced search

86 results — Download selected articles — Export — sorted by *relevance* | date

Refine by:

Years
- 2022 (34)
- 2021 (44)
- 2020 (8)

Article type
- Research articles (86)

Publication title
- Intensive and Critical Care Nursing (16)
- Australian Critical Care (8)
- Journal of Pain and Symptom Management (6)

Show more

1. Research article • Full text access
Healthcare professionals' experiences during the initial stage of the COVID-19 pandemic in the intensive care unit: A qualitative study
Intensive and Critical Care Nursing, 11 August 2021, ...
Camilla Bekker Mortensen, Josephine Zachodnik, ... Anja Geisler
Download PDF — Abstract — Export

2. Research article • Full text access
Critical care health professionals' self-reported needs for wellbeing during the COVID-19 pandemic: A thematic analysis of survey responses
Australian Critical Care, 1 September 2021, ...
Rosalind Elliott, Liz Crowe, ... Naomi E. Hammond
Download PDF — Abstract — Export

3. Research article • Full text access
Moral distress, emotional impact and coping in intensive care unit staff during the outbreak of COVID-19
Intensive and Critical Care Nursing, Available online 21 January 2022, ...
Marta Romero-García, Pilar Delgado-Hito, ... Gabriel Heras-La Calle
Download PDF — Abstract — Export

Άρθρα — Σελίδα 4 από περίπου 41 αποτελέσματα (0,02 δευτ.) — Το προφίλ μου

Οποιαδήποτε στιγμή
Από το 2022
Από το 2021
Από το 2018
Προσαρμοσμένο εύρος...
2020 — 2022
Αναζήτηση

Ταξινόμηση κατά συνάφεια
Ταξινόμηση κατά ημερομηνία

Όλοι οι τύποι
Άρθρα ανασκόπησης

συμπερίληψη ευρεσιτεχνιών
να περιλαμβάνονται παραθέματα

The Impact of an Online Mindfulness-Based Stress Reduction Program on Sleep Quality of Nurses Working in **COVID-19** Care Units: A Clinical Trial
M Nourian, L Nikfarid, AM Khavari... - Holistic **Nursing** ..., 2021 - ingentaconnect.com
... of nursing hours per week, and history of sleep disorders or previous **psychological disorders** ...
Stress and burnout in **health care workers** during **COVID-19** pandemic: validation ...
Αποθήκευση — Παράθεση — Γίνεται αναφορά σε 1 — Σχετικά άρθρα — Όλες οι 7 εκδοχές

[HTML] **COVID-19** pandemic-related mortality, infection, symptoms, complications, comorbidities, and other aspects of physical health among healthcare workers ... — [HTML] sciencedirect.com
M Chutiyami, UM Bello, D Salihu, D Ndwiga... - ... journal of **nursing** ..., 2022 - Elsevier
... **COVID-19** pandemic-related mortality, infection, symptoms, complications, comorbidities, and other aspects of physical health among healthcare workers globally: An umbrella review ...
Αποθήκευση — Παράθεση — Όλες οι 5 εκδοχές

Relationship between quality of work-life, resilience and burnout among nursing professionals during **COVID-19** pandemic in Iran: A cross-sectional study — [PDF] belitungraya.org
H Zahednezhad, A Zareiyan, SZB Jame - Belitung **Nursing** Journal, 2021 - belitungraya.org
... Iranian society from nurses and other **health care workers** during **COVID** ... related to combating the prevalence of **COVID -19** in the ... to a higher risk of burnout and **psychological disorders** ...
Αποθήκευση — Παράθεση — Γίνεται αναφορά σε 1 — Σχετικά άρθρα — Όλες οι 2 εκδοχές

Παράρτημα 3. Μεθοδολογική Ποιότητα με βάση Εργαλείο Αξιολόγησης Ποιότητας για Μελέτες Παρατήρησης National Heart, Lung and Blood Institute

	Caillet, et al. (2020)	Binnie et al. (2021)	Tsan et al. (2020)	Azoulay et al. (2020)	Tamrakar et al. (2021)	Wozniak et al. (2021)	Baraka et al. (2021)
Ο στόχος της έρευνας δηλώθηκε με σαφήνεια;	√	√	√	√	√	√	√
Ο πληθυσμός μελέτης ορίστηκε με σαφήνεια;	√	√	√	√	√	√	√
Συμμετείχε τουλάχιστον το 50% του δείγματος;	√	√	√	√	√	√	√
Τα κριτήρια ένταξης/αποκλεισμού καθορίστηκαν και εφαρμόστηκαν σε όλους τους συμμετέχοντες;	√	√	√	√	√	√	√
Δόθηκε αιτιολόγηση μεγέθους δείγματος, περιγραφή ισχύος ή εκτιμήσεις διακύμανσης και επίδρασης;	Α	Δ.Α.	Α	Α	Α	Α	Α
Μετρήθηκε η έκθεση ενδιαφέροντος πριν τη μέτρηση αποτελέσματος;	Δ.Ι.	Δ.Ι.	Δ.Ι.	Δ.Ι.	Δ.Ι.	Δ.Ι.	Δ.Ι.
Ήταν επαρκές το χρονοδιάγραμμα ώστε να είναι εμφανής πιθανή συσχέτιση μεταξύ έκθεσης & αποτελέσματος ;	Δ.Ι.	Δ.Ι.	Δ.Ι.	Δ.Ι.	Δ.Ι.	Δ.Ι.	Δ.Ι.
Για εκθέσεις που μπορεί να ποικίλλουν σε ποσό ή επίπεδο, η μελέτη εξέτασε διαφορετικά επίπεδα έκθεσης ανάλογα με το αποτέλεσμα ;	Δ.Ι.	Δ.Ι.	Δ.Ι.	Δ.Ι	√	√	√
9 Τα μέτρα έκθεσης (ανεξάρτητες μεταβλητές) ήταν σαφώς καθορισμένα, έγκυρα, αξιόπιστα και εφαρμόστηκαν σε όλους τους συμμετέχοντες;	√	√	√	√	√	√	√
Η έκθεση αξιολογήθηκε περισσότερες από μία φορές με την πάροδο του χρόνου;	Δ.Ι.	Δ.Ι.	Δ.Ι.	Δ.Ι	Δ.Ι	√	√
Τα μέτρα έκβασης (εξαρτημένες μεταβλητές) ήταν σαφώς καθορισμένα, έγκυρα, αξιόπιστα και εφαρμόστηκαν σε όλους τους συμμετέχοντες;	√	√	√	√	√	√	√
«Τυφλώθηκαν» οι αξιολογητές ως προς την έκθεση των συμμετεχόντων;	Δ.Ι.	Δ.Ι.	Δ.Ι.	Δ.Ι.	Δ.Ι.	Δ.Ι.	Δ.Ι.
Ήταν 20% ή λιγότερο η απώλεια για την παρακολούθηση μετά την αρχική τιμή;	√	√	√	√	√	√	√
Μετρήθηκαν μεταβλητές σύγχυσης αντίκτυπου στη σχέση μεταξύ έκθεσης και αποτελέσματος	√	√	√	√	√	√	√

Παράρτημα 4. Χαρακτηριστικά των μελετών που συμπεριελήφθησαν στη συστηματική ανασκόπηση

Χαρακτηριστικά Μελέτης	Δείγμα	Έκθεση και ψυχοσυναισθηματική επίδραση	Αποτελέσματα	Κριτική αξιολόγηση
Μελέτη: Baraka et al. (2021) Χρονικό πλαίσιο: Δεν αναφέρεται Χώρα: Αίγυπτος (Αλεξάνδρεια) Συλλογή δεδομένων: Αυτοαναφορές: Διαδικτυακά)	Συνολικό δείγμα: 200 Νοσηλευτές Μ.Ε.Θ. (64% συμμετοχή) Ηλικία (20 - 40 ετών):70,5% Γυναίκες: 61,5% Έγγαμοι: 67,0% Πτυχιούχοι: 84,5% Εμπειρία (<1 έτος): 3% Εκπαίδευση σε έλεγχο λοιμώξεων: 86% Ώρες εργασίας >36/ εβδομάδα: 98% Διαθεσιμότητα νοσ/κών πόρων: 54%	Έκθεση: Νοσηλευτές σε Μ.Ε.Θ. Covid-19 Στρες: 38,5% (έντονο), 10% (σοβαρό) Άγχος: (σοβαρό):62% Κατάθλιψη (μέτρια): 34,5%	Η αύξηση ηλικίας, η λιγότερη εμπειρία στη ΜΕΘ, η απουσία συνεχούς εκπαίδευσης στον έλεγχο λοιμώξεων, ο χρόνος φροντίδας ασθενών με COVID-19, ο αυξημένος αριθμός συναδέλφων που μολύνθηκαν και η μη διαθεσιμότητα νοσοκομειακών πόρων συσχετίστηκαν με υψηλότερο επίπεδα ψυχικής επιβάρυνσης	Μέτρια 1) Συγχρονική μελέτη 2)Αυτοσυμπληρώμενα ερωτηματολόγια (κίνδυνος παρερμηνείας) 3) Αδύναμος έλεγχος στην επιλογή δείγματος 4) Μέτρηση μεταβλητών μιας συγκεκριμένης περιόδου
Μελέτη: Wozniak et al. (2021) Χρονικό πλαίσιο: 28 Μαΐου έως 7 Ιουλίου 2020 Χώρα: Ελβετία (Γενεύη) Συλλογή δεδομένων: Αυτοαναφορές: (Διαδικτυακά-email)	Συνολικό δείγμα: 3461 Προσωπικό Covid Νοσηλευτές Μ.Ε.Θ.: 198 , Ιατροί Μ.Ε.Θ. : 68 Ηλικία (18 – 60 ετών):96,9% Γυναίκες:66,5 % Έγγαμοι: 68,5%, διεζευγμένοι:7,1%, παιδιά: 52,6% Υπερεργασία : 29,6% Συγγενείς που νόσησαν από Covid:19,3%	Έκθεση: Νοσηλευτές & γιατροί σε Μ.Ε.Θ. Covid-19 Άγχος:(έντονο): 25 (7,1%), (μέτριο): 49 (13,9%) Κατάθλιψη (σοβαρή): 17 (6,8%), (μέτρια): 24 (6,8%), σοβαρή: 54 (15,3%) Φόβος νόσησης:: 25,6%s Φόβος μετάδοσης: 81,1% Φόβος επαφής με Covid:: 65,9% Ψυχολογική υποστήριξη:27,8% Στρες: 76 (21.6%) Χαμηλή ποιότητα ζωής: 95%	Δεν βρέθηκαν στατιστικές διαφορές στα συμπτώματα του άγχους, στρες και της κατάθλιψης ανά επαγγελματική κατηγορία στο προσωπικό Μ.Ε.Θ. Covid. Αυτή η μελέτη επιβεβαιώνει τον υψηλό επιπολασμό άγχους, κατάθλιψης, μετατραυματικής δυσφορίας και χαμηλής ευημερίας κατά το πρώτο κύμα COVID-19, ειδικά μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε Μ.Ε.Θ. Covid	Μέτρια 1) Συγχρονική μελέτη 2) Διανομή διαδικτυακών ερωτηματολογίων (κίνδυνος παρερμηνείας 3) Μικρή συμμετοχή (25 % <50%) (μεροληψία επιλογής) 4) Μονοκεντρική μελέτη
Μελέτη: Tamrakar et al. (2021) Χρονικό πλαίσιο: 17 Οκτωβρίου και 15 Νοεμβρίου 2020 Χώρα: Νεπάλ (Καταμαντού) Συλλογή δεδομένων: Αυτοαναφορές:	Συνολικό δείγμα: 96 Νοσηλευτές Μ.Ε.Θ. και Μ.Ε.Θ. Covid (44-52) (96% συμμετοχή) Ηλικία (Μ.Ο.):27,41 έτη Εργασιακή εμπειρία (συνολική) (Μ.Ο.):60,17 μήνες Εμπειρία σε Μ.Ε.Θ. (Μ.Ο.): 18,61 μήνες Έγγαμοι: 38,5%, Μόνοι:61,5% Παιδιά: 18,8%	Έκθεση: Νοσηλευτές σε Μ.Ε.Θ. και Μ.Ε.Θ. Covid-19 Άγχος (Μ.Ε.Θ. - Μ.Ε.Θ. Covid: Φυσιολ/κό:34,1% - 38,6% Μέτριο: 38.6% - 27.3% Σοβαρό: 68.2% - 36.5% Κατάθλιψη (Μ.Ε.Θ. - Μ.Ε.Θ. Covid: Φυσιολ/κό: 68.2% - 53.8% Μέτριο: 22.7% - 25% Σοβαρό: 9,1% - 21,2%	Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στον επιπολασμό άγχους και κατάθλιψης μεταξύ των νοσηλευτών της ΜΕΘ και της Μ.Ε.Θ. Covid. Το άγχος και η κατάθλιψη σε Νοσηλευτές Μ.Ε.Θ. Covid συσχετίζεται με διαταραχές ύπνου, με την πρόθεση παραίτησης από την εργασία και την εμπιστοσύνη στη φροντίδα ασθενών με COVID-19.	Μέτρια 1) Συγχρονική μελέτη 2) Μικρός αριθμός δείγματος 3) Μονοκεντρική μελέτη (μικρή στατιστική ισχύ) 4) Αυτοαναφορές (Διαδικτυακά) 5) Αδύναμος έλεγχος στην επιλογή δείγματος

((Ερωτηματολόγια Διαδικτυακά-Google form)		Φόβος μόλυνσης Covid (Μ.Ε.Θ.-Μ.Ε.Θ.Covid:36,4%-38,5% Φόβος μετάδοσης :29,5%- 21,2% Μη ικανοποιητικός ύπνος:22.7% - 51.9% Δυσκολία άδειας: 95.5% - 92.3% Εργασ. ικανοποίηση:59.1% -69.2% Πρόθεση παραίτησης:47.7%- 46.2% Ικαν/ση φροντίδας:31.8% - 57.7% Ανάγκη υποστήριξης: 97.7% -94.2%		
Μελέτη: Azoulay et al. (2020) Χρονικό πλαίσιο: 20 Απριλίου και 21 Μαΐου 2020 Χώρα: Γαλλία Συλλογή δεδομένων: Αυτοαναφορές: ((Ερωτηματολόγια Διαδικτυακά)	Συνολικό δείγμα: 1003 (29,1%) 307 γιατροί και 721 (68,3%) Νοσηλευτές Μ.Ε.Θ. Covid (συμμετοχή 67%) Ηλικία (Μ.Ο.): 33 έτη Γυναίκες: 71% Εμπειρία(Μ.Ο.):5 έτη Ώρες εργασίας (36-60) :45 Μέλη οικογένειας που μολύνθηκε:40,4% Είχαν συνάδελφο που νόσησαν:84,8%	Έκθεση: Νοσηλευτές και γιατροί σε Μ.Ε.Θ. Covid-19 Άγχος Μέτριο (Γιατροί – Νοσηλευτές): 43,8% - 56.05% Κατάθλιψη Μέτρια (Γιατροί – Νοσηλευτές):22.1% - 35,8% Μετατραυματικό στρες (Γιατροί – Νοσηλευτές): 17,6% - 40% Έναρξη ή αύξηση καπνού, αλκοόλ, κάνναβης, ή άλλα ναρκωτικά:25 (23,7%)	Υψηλότερος επιπολασμός σε συμπτώματα άγχους κατάθλιψης και μετατραυματικού στρες εντοπίζεται στους νοσηλευτές. Τα συμπτώματα δεν συσχετίζονται με τον φόβο της μόλυνσης, την αδυναμία να φροντίσει κανείς την οικογένειά του, την αδυναμία ανάπαυσης.	Μέτρια 1) Συγχρονική μελέτη 2) Μεγάλος αριθμός δείγματος 3) Μεγάλη συμμετοχή (67%) 4) Περιορισμένο χρονοδιάγραμμα 5) Αδυναμία σύγκρισης με την pro Covid εποχή
Μελέτη: Tsan et al. (2020) Χρονικό πλαίσιο: Μάιος 2020 2020 Χώρα: Μαλαισία Συλλογή δεδομένων: Αυτοαναφορές: ((Ερωτηματολόγια)	Συνολικό δείγμα: 85 γιατροί σε Μ.Ε.Θ. και αναισθησιολογικό τμήμα σε Νοσοκομείο αποκλειστικά για περιστατικά Covid (συμμετοχή 96,6%) Γυναίκες: 63,5% Ώρες εργασίας (>50): 19,44 (51,8%)	Έκθεση: Γιατροί σε Μ.Ε.Θ. και αναισθησιολογικό τμήμα σε Νοσοκομείο αποκλειστικά για περιστατικά Covid Φόβος για Covid Ήπιος 11 (12,9%) Μέτριος 40 (47,1%) Σοβαρός: 34 (40,0%) Κίνδυνος κατάθλιψης: 57 (67,1%) Επαγγ. εξουθένωση:47 55,3% Αποπροσωποποίηση: 54 (63,5%)	Ο κίνδυνος κατάθλιψης συσχετίστηκε με την επαγγελματική εξουθένωση και τον φόβο για τον Covid	Μέτρια 1) Συγχρονική μελέτη 2) Μικρός αριθμός δείγματος 3) Μονοκεντρική μελέτη (μικρή στατιστική ισχύ) 4) Χρήση κλίμακας αυτοξιολογησης (απόκλιση αποτελέσματος)
Μελέτη: Binnie et al. (2021) Χρονικό πλαίσιο: Απρίλιος 2020 Χώρα: Καναδάς	Συνολικό δείγμα: 310 Νοσηλευτές Μ.Ε.Θ Covid.: 148 Ιατροί Μ.Ε.Θ. Covid : 83. (συμμετοχή 67%) Γυναίκες (Νοσηλευτές /γιατροί): 135/35	Έκθεση: Νοσηλευτές και γιατροί σε Μ.Ε.Θ. Covid-19 σε 7 Νοσοκομεία του Καναδά Άγχος : Νοσηλευτές: 148 (Μέση τιμή 4,4) Γιατροί: 83 (Μέση τιμή 3,6)	Η ψυχολογική δυσφορία συσχετίζεται με υψηλότερο επιπολασμό στις γυναίκες Νοσηλευτές από ότι στους γιατρούς. Το άγχος συσχετίζεται με το επάγγελμα, τον αριθμό ασθενών,	Μέτρια 1) Συγχρονική κοορτής 2) Πολυκεντρική μελέτη 3) Ασαφές αν τηρήθηκαν κριτήρια αποδοχή/αποκλεισμού

Συλλογή δεδομένων: Αυτοαναφορές: ((Ερωτηματολόγια)	Ηλικία (Νοσηλευτές /γιατροί):(37 ±10/43 ±8,9) Εμπειρία (Νοσηλευτές /γιατροί): 12±9,9/16±9,6		των βαρδιών ενώ συσχετίζεται αρνητικά με τη διάρκεια έκθεσης με ασθενείς Covid	4) Αυτοαναφορές 5) Μεγάλος αριθμός δείγματος
Μελέτη: Caillet et al. (2020) Χρονικό πλαίσιο: 8 Απριλίου 2020 έως 21 Απριλίου 2020 Χώρα: Γαλλία (Λυών) Συλλογή δεδομένων: Αυτοαναφορές: ((Ερωτηματολόγια)	Συνολικό δείγμα: 208 (συμμετοχή 95%) Νοσηλευτές Μ.Ε.Θ Covid.: 92 (45%) Ιατροί Μ.Ε.Θ. Covid : 8 (17%) (συμμετοχή 95%) Γυναίκες: 69 (75%) Παιδιά: 44 (48%) Ηλικία (>35 έτη): 39% Εργασιακή εμπειρία (<10 έτη): 63% Εμπειρία σε Μ.Ε.Θ. Covid (<1 έτος):48% Αίσθηση ετοιμότητας για εργασία σε Μ.Ε.Θ. Covid:66%	Έκθεση: Προσωπικό (Συγκαταλέγονται νοσηλευτές και γιατροί σε Μ.Ε.Θ. Covid-19) σε Νοσοκομείο της Λυών Άγχος (Στο προσωπικό 48%) Νοσηλευτές: 52 (52%) Γιατροί: 7 (41%) Κατάθλιψη(Στο προσωπικό 16%) Τα αποτελέσματα σχετικά με την κατάθλιψη δεν ήταν σημαντικά στη στατιστική ανάλυση Μετατραυματικό στρες: 27%	Το άγχος συσχετίζεται θετικά με το φύλο (γυναίκα), ιστορικό συνδρόμου εξουθένωση και να νιώθεις αρκετά εκπαιδευμένος για να εργάζεσαι στη ΜΕΘ. Επίσης το άγχος συσχετίζεται θετικά με την κατάθλιψη και το μετατραυματικό στρες. Το στρες σχετίζεται θετικά με τα επίπεδα εξουθένωσης και να μην νιώθουν εκπαιδευμένοι για Μ.Ε.Θ.	Μέτρια 1) Μελέτη κοορτής 2) Μικρός αριθμός δείγματος 3) Μεγάλη συμμετοχή 4) Μελέτη σε χρόνο έξαρσης επιδημικού κύματος 5) Μονοκεντρική μελέτη (μικρή στατιστική ισχύ) 6) Χρήση κλίμακας (IES-R) για βραχυχρόνια συμβάντα

ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ :	Δράκου Ελένη
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ :	Δρ. Κατσάνος Κωνσταντίνος
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ :	Δρ. Χριστοδούλου Δημήτριος, Δρ. Γκούβα Μαίρη, Δρ. Κατσάνος Κωνσταντίνος

Ενδεικτικός Τίτλος :«Ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που προσφέρει φροντίδα σε ασθενείς με κορονοϊό στα Νοσοκομεία των Ιωαννίνων»

1. Σύντομη Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας :

Οι μαζικές απειλές για τη δημόσια υγεία, όπως είναι και η πανδημία COVID-19, επιφέρουν ψυχολογικές επιπτώσεις στον πληθυσμό (Tsipropoulou et al., 2020), (Parlapani et al., 2020). Ιδιαίτερης σημασίας είναι οι επιπτώσεις στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στην «πρώτη γραμμή» αντιμετώπισης και είναι εκτεθειμένο σε αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης (Elbqry et al., 2021).

Ειδικά οι επαγγελματίες υγείας που πρέπει να φροντίσουν και να νοσηλεύσουν περιστατικά COVID-19 έρχονται σε άμεση επαφή και αντιμετωπίζουν πρωτοεμφανιζόμενες καταστάσεις (Karampelias et al, 2020), (Lai et al., 2020), (Elbay, et al., 2020). Από μελέτες προκύπτει ότι είναι αντιμέτωποι με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης ψυχολογικών προβλημάτων (Lai et al., 2020), (Saleem et al., 2020), ώστε ένα μεγάλο ποσοστό να παρουσιάζει επαγγελματικό άγχος, κατάθλιψη και αϋπνία (Magnavita, Tripepi and Di Prinzio, 2020), (Pappa et al., 2021). Σε μετα-ανάλυση που περιλάμβανε 67 μελέτες με 79.437 συμμετέχοντες, εργαζόμενους στον τομέα υγείας, τα ευρήματα δείχνουν ποσοστά άγχους 34.4%, κατάθλιψης 31.8%, στρες 40.3% και αϋπνίας 27.8%, κατάσταση που μάλιστα επιδεινώνεται με την προέλαση της πανδημίας (Batra et al., 2020).

2. Σκοπός και Στόχοι :

Γενικός στόχος της ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση επίδρασης της πανδημίας COVID-19 στην ψυχοσυναισθηματική υγεία των επαγγελματιών υγείας που έρχονται σε άμεση επαφή με διαγνωσμένους ασθενείς. Ειδικότερα σκοπός είναι, να διερευνηθούν τα επίπεδα φόβου, άγχους κατάθλιψης και στρες που επιφέρει η πανδημία COVID-19 στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των τμημάτων Covid του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα».

Αναλυτικά, τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα θα διερευνήσουν αν:

I. Τα επίπεδα φόβου, άγχους στρες και κατάθλιψης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε Μ.Ε.Θ. και Μ.Ε.Λ. Covid των Νοσοκομείων της πόλης των Ιωαννίνων, είναι υψηλά

II. Τα επίπεδα ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης προσωπικού διαφοροποιούνται μεταξύ εργαζομένων τμημάτων Μ.Ε.Θ. και Μ.Ε.Λ. Covid19

III. Οι εκβάσεις που αφορούν φόβο, άγχος, στρες και κατάθλιψη, διαφοροποιούνται ανάλογα με δημογραφικές και εργασιακές παραμέτρους

IV. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των επίπεδων του φόβου για τον Covid19 με την εκδήλωση άγχους, στρες και κατάθλιψης των εργαζομένων στα συγκεκριμένα τμήματα

3. Μεθοδολογικός Σχεδιασμός :

Η παρούσα έρευνα θα πραγματοποιηθεί στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων» από τον Ιανουάριο έως και τον Ιούνιο.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα, θα ενημερωθούν για το στόχο της μελέτης και θα διασφαλιστεί το απόρρητο και η ανωνυμία στη διαδικασία με βάση τα στοιχεία ηθικής και δεοντολογίας που πρέπει να διέπουν μία έρευνα. Η ποσοτική ερευνητική μελέτη θα λάβει χώρα στο Π.Γ.Ν.Ιωαννίνων και στο Γ.Ν.Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα». Το δείγμα θα είναι Νοσηλευτές και Γιατροί που κύριο εργασιακό καθήκον έχουν τη νοσηλεία ασθενών COVID-19. Οι συμμετέχοντες θα κληθούν να απαντήσουν σε ερωτήσεις κλειστού τύπου με τη μορφή ερωτηματολογίων. Θα ακολουθήσει στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων

Το ερωτηματολόγιο θα αφορά τη συλλογή κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων των συμμετεχόντων, ήτοι πληροφορίες για την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση (αν συζούν με παιδιά, χρόνια πάσχοντες ή ηλικιωμένους), αν πάσχουν οι ίδιοι από χρόνιο νόσημα, την εκπαιδευτική βαθμίδα που ανήκουν και την επαγγελματική τους ειδικότητα.

Κλίμακα φόβου FCV-19S (Fear of COVID-19 scale)

Θα χρησιμοποιηθεί η κλίμακα φόβου FCV-19S (Fear of COVID-19 scale), η οποία σχεδιάστηκε το 2020 (Ahorsu et al., 2020) για την αξιολόγηση του επιπέδου φόβου που σχετίζεται με τον SARS-CoV-2.

Η κλίμακα έχει βρεθεί ότι είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για την εξερεύνηση του φόβου που σχετίζεται με την COVID-19 (Tsipropoulou et al. 2020). Περιλαμβάνει επτά προτάσεις (ερωτήσεις) που εκφράζουν το βαθμό συμφωνίας των συμμετεχόντων με κλιμάκωση:-διαφωνώ απόλυτα, -διαφωνώ, -ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ,-συμφωνώ, -συμφωνώ απόλυτα. Η σοβαρότητα κάθε συμπτώματος εκτιμάται από κλίμακα τύπου Likert 5 σημείων. Η βαθμολογία που μπορεί να λάβει η κάθε πρόταση είναι 0, 1, 2, 3, 4 ή 5 βαθμοί ανάλογα με το βαθμό συμφωνίας, ενώ η ανώτερη τιμή είναι 35 βαθμοί για το σύνολο του ερωτηματολογίου. Τέλος οι βαθμοί κάθε συμμετέχοντα αθροίζονται για να υπολογισθεί η συνολική τιμή της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης, που εκφράζει το επίπεδο του φόβου (Ahorsu et al., 2020).

Για την Ελλάδα είναι η μοναδική διαθέσιμη μέθοδος εκτίμησης του φόβου από την πανδημία COVID-19 και έχει μεταφραστεί, σταθμιστεί και αξιολογηθεί και διαπιστώθηκε ότι έχει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Tsipropoulou et al. 2020). Έχει χρησιμοποιηθεί ήδη και σε άλλες μελέτες στην Ελλάδα (Parlapani et al. 2020), (Nikopoulou et al. 2020).

Ερωτηματολόγιο για τη διερεύνηση άγχους, στρες και κατάθλιψης

Θα χρησιμοποιηθεί η κλίμακα DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale-21). Είναι μία σύντομη μορφή με 21 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου των Lovibond 1995 (Lovibond and Lovibond, 1995), που αρχικά περιείχε 42 προτάσεις (Brown et al., 1997).

Περιλαμβάνει τρεις διακριτές υποκλίμακες α) για την κατάθλιψη (Depression scale), β) για το άγχος (Anxiety scale) και γ) για το στρες (Stress scale), εκ των οποίων κάθε μία περιλαμβάνει 7 προτάσεις.

Η σοβαρότητα κάθε συμπτώματος εκτιμάται από κλίμακα τύπου Likert 4 σημείων. Η βαθμολογία που αποδίδεται σε κάθε πρόταση (ερώτηση) είναι 0, 1, 2 η 3 βαθμοί, που σημαίνουν κατά σειράν: 0=δεν ισχύει καθόλου για εμένα, 1=ισχύει για εμένα σε ένα ορισμένο βαθμό, 2=ισχύει για εμένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, 3=ισχύει για εμένα πάρα πολύ.

Οι βαθμοί των απαντήσεων κάθε συμμετέχοντα αθροίζονται για να υπολογισθεί η συνολική τιμή της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης. Η ανώτερη βαθμολογία για την κάθε υποκλίμακα είναι 21 και για το σύνολο (τρείς υποκλίμακες) του ερωτηματολογίου 63. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία όταν χρησιμοποιείται η σύντομη μορφή του DASS-21, οι επιμέρους βαθμολογήσεις για κάθε υποκλίμακα πολλαπλασιάζονται επί 2, οπότε για κάθε κλίμακα η ανώτερη βαθμολογία είναι 42 και για το σύνολο του ερωτηματολογίου 120, ώστε να ανταποκρίνονται στην αντίστοιχη βαθμολόγηση της πλήρους μορφής του ερωτηματολογίου DASS-21 (Beaufort et al., 2017), (DASS FAQ – UNSW), (Bristol.ac.uk).

Η υποκλίμακα για την κατάθλιψη περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21 και η διαβάθμιση για το επίπεδο κατάθλιψης είναι 0-9 κανονική, 10-13 ήπιας μορφής, 14-20 μέτριας μορφής, 21-27 σοβαρής μορφής και 28+ άκρως σοβαρής μορφής. Για την διερεύνηση της κατάθλιψης οι ερωτήσεις στοχεύουν στην εξέταση της δυσφορίας, την αίσθηση αβοήθητου, την απαξίωση της ζωής, την έλλειψη ενδιαφέροντος για οτιδήποτε, την ανηδονία, την αδράνεια (Gomaa, et al., 2013).

Η υποκλίμακα για το άγχος περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20 και η διαβάθμιση για το επίπεδο άγχους είναι 0-7 κανονικό, 8-9 ήπιας μορφής, 10-14 μέτριας μορφής, 15-19 σοβαρής μορφής και 20+ άκρως σοβαρής μορφής. Οι εκδηλώσεις άγχους που εξετάζονται είναι η διεγερτικότητα, τα μυοσκελετικά προβλήματα, και η υποκειμενική θεώρηση καταστάσεων ως αγχογόνων (Gomaa, et al., 2013).

Η υποκλίμακα για το στρες περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18 και η διαβάθμιση για το επίπεδο στρες είναι 0-14 κανονικό, 15-18 ήπιας μορφής, 19-25 μέτριας μορφής, 26-33 σοβαρής μορφής και 34+ άκρως σοβαρής μορφής. Για το στρες διερευνώνται χρόνια μη ειδικά ερεθίσματα που προκαλούν διέγερση, δυσκολία στη χαλάρωση, νευρική υπερένταση, ευερεθιστότητα, ανυπομονησία (Gomaa, et al., 2013).

Η κλίμακα DASS-21 έχει σταθμιστεί σε ένα μεγάλο δείγμα Ελλήνων υγιών ενηλίκων από τους Πεζιρκιανίδη και συνεργάτες (Pezirkianidis et al., 2018), όπου φάνηκε ότι έχει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Η μετάφραση στην ελληνική γλώσσα έχει γίνει από τους Λυράκο και συνεργάτες (Lyrakos et al., 2011).
4. Αναμενόμενα αποτελέσματα :
Η τεκμηρίωση της επίδρασης της πανδημίας Covid-19 στην ψυχολογική υγεία των επαγγελματιών υγείας «πρώτης γραμμής» και ο εντοπισμός αντίστοιχων παραγόντων θα βοηθήσουν ώστε στο μέλλον να σχεδιαστεί και να δρομολογηθεί κατάλληλη υποστήριξη προς αυτούς, καθώς η προστασία και η ψυχική τους υγεία αποτελεί βασική προϋπόθεση για την επιτυχή αντιμετώπιση της πανδημίας.
5. Χρονοδιάγραμμα :
Ιανουάριος 2022 – Φεβρουάριος 2022 : Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας – Συγγραφή Θεωρητικού Μέρους της Εργασίας. Φεβρουάριος – Μάρτιος 2022: Διανομή-Συλλογή ερωτηματολογίων Απρίλιος: Στατιστική Επεξεργασία Μάιος 2022: Συγγραφή του ερευνητικού μέρους της εργασίας Ιούνιος-2022: Ολοκλήρωση της Ερευνητικής μελέτης και δημιουργία παρουσίασης
6.Κόστος :
Διευκρινίζεται ότι οι συμμετέχοντες δεν θα πληρωθούν και ότι δεν υπάρχει καμία σύγκρουση συμφερόντων
7. Παραπομπές:
1. Tsipropoulou, V., Nikopoulou, V., Holeva, V., Nasika, Z., Diakogiannis, I., Sakka, S., Kostikidou, S., Varvara, C., Spyridopoulou, E. and Parlapani, E., 2020. Psychometric Properties of the Greek Version of FCV-19S. International Journal of Mental Health and Addiction. https://doi.org/10.1007/s11469-020-00319-8 2. Parlapani, E., Holeva, V., Voitsidis, P., Blekas, A., Gliatas, I., Porfyri, G., Golemis, A., Papadopoulou, K., Dimitriadou, A., Chatzigeorgiou, A., Bairachtari, V., Patsiala, S., Skoupra, M., Papigkioti, K., Kafetzopoulou, C. and Diakogiannis, I., 2020. Psychological and Behavioral Responses to the COVID-19 Pandemic in Greece. Frontiers in Psychiatry,.

ΠΑΝ/ΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή στη μελέτη

Αγαπητή -έ

Καλείστε να συμμετάσχετε στη μελέτη που διεξάγεται στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών (Π.Μ.Σ.) Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, με θέμα **«Ψυχικές και συναισθηματικές επιπτώσεις στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που νοσηλεύει περιστατικά COVID-19 στα Νοσοκομεία των Ιωαννίνων»** και αποτελεί την πτυχιακή μου εργασία, με επιβλέποντα καθηγητή τον κ Κατσάνο Κωνσταντίνο.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι

1. Η εκτίμηση έντασης του φόβου στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε τμήματα που νοσηλεύουν περιστατικά COVID-19 στα Νοσοκομεία του νομού Ιωαννίνων
2. Η διερεύνηση του άγχους και του στρες στα οποία υπόκειται το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε τμήματα που νοσηλεύουν περιστατικά COVID-19 στα Νοσοκομεία του νομού Ιωαννίνων

Τα επιστημονικά δεδομένα που θα συγκεντρωθούν από τη μελέτη θα αναδείξουν τις επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 στην ψυχική υγεία του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού των τμημάτων Covid των νοσοκομείων των Ιωαννίνων, που αντιμετωπίζουν πολλαπλά προβλήματα κατά την πανδημία. Απώτερος στόχος η εισήγηση για αποτελεσματικότερες πολιτικές υγείας που θα προλαμβάνουν τις επιπτώσεις αυτές και θα επιλαμβάνονται της αντιμετώπισής τους.

Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική. Οι πληροφορίες που θα παρέχετε θα είναι **αυστηρά απόρρητες** και θα τηρηθεί **ανωνυμία**.

Η συμμετοχή σας είναι πολύ σημαντική για την ολοκλήρωση της μελέτης. Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο που θα διαθέσετε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο.

Παρακαλώ σημειώστε με ένα Χ εάν δέχεστε ή όχι να συμμετάσχετε στη μελέτη.

☐ **Δέχομαι να συμμετάσχω στη μελέτη**

☐ **Δεν δέχομαι να συμμετάσχω στη μελέτη**

Δράκου Ελένη
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια
Δ.Π.Μ.Σ. Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
«Νοσηλευτική φροντίδα Ενηλίκων»

Κατσάνος Κωνσταντίνος
Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

1. Φύλο: Γυναίκα ☐ Άνδρας ☐

2. Ηλικία: 18-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45 ☐ 46-55 ☐ 56-65 ☐ >66 ☐

3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Άγαμος/η ☐ Έγγαμος/η ☐ Διαζευγμένος/η, Χήρος/α ☐

4. Συζείτε με:

Παιδιά; ☐ Ενήλικες>60 ετών; ☐ Μόνος; ☐ Χρόνια πάσχοντες; ☐

7. Ποιο είναι το ανώτερο εκπαιδευτικό σας επίπεδο;

Δευτεροβάθμια ☐ Τεχνολογική ☐ Πανεπιστημιακή ☐

8. Σχέση εργασίας;

Μόνιμος ☐ Συμβασιούχος ☐

9. Θέση εργασίας;

Ιατρός ☐ Νοσηλευτής ☐

10. Συνολική εργασιακή εμπειρία;

<1 έτος ☐ 1-5 έτη ☐ 5-10 έτη ☐ >10 έτη ☐

11. Συνολικός χρόνος εργασίας σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Λ. Covid

< 1έτος ☐ >1έτος ☐

11. Νοσοκομείο εργασίας;

Π.Γ.Ν.Ι. ☐ Γ.Ν.Ι «Γ. Χατζηκώστα» ☐

12. Τμήμα εργασίας;

Μ.Ε.Θ. ☐ Μ.Ε.Λ. ☐

13. Μετακίνηση στη Μ.Ε.Θ. ή στη Μ.Ε.Λ. Covid από τμήμα;

Μ.Ε.Θ. ☐ Χειρουργικού Τομέα ☐ Παθολογικού Τομέα ☐

14. Ωράριο εργασίας;

Πρωινό ☐ Κυκλικό ☐

15.Εργάζεστε περισσότερο από 8 ώρες/24ωρο (Εφημερίες για γιατρούς ή 7-3Ν για νοσηλευτές)

0 φορές/εβδομάδα ☐ 1φορά/εβδομάδα ☐ 2 φορές/εβδομάδα ☐

ΚΛΙΜΑΚΑ DASS-21

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε έναν αριθμό 0, 1, 2 ή 3 που προσδιορίζει το κατά πόσο η δήλωση σας αντιπροσωπεύει, σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

0: Δεν ισχύει καθόλου για μένα

1: Ισχύει για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα.

2: Ισχύει για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα.

3: Ισχύει για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές

Η βαθμολογία που μπορεί να πάρει η κάθε πρόταση είναι από 0 έως 3 βαθμούς

Ως εργαζόμενος σε τμήμα Μ.Ε.Θ ή Μ.Ε.Λ. :

1	Δεν μπορώ να ηρεμήσω τον εαυτό μου	0	1	2	3
2	Νιώθω συχνά ότι το στόμα μου να είναι ξηρό	0	1	2	3
3	Δεν μπορώ να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	0	1	2	3
4	Δυσκολεύομαι ν' ανασάνω (π.χ., υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόψιμο της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια)	0	1	2	3
5	Μου φαίνεται δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα	0	1	2	3
6	Έχω την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετωπίζω	0	1	2	3
7	Αισθάνομαι συχνά τρεμούλα (π.χ. στα χέρια)	0	1	2	3
8	Αισθάνομαι συχνά νευρικότητα	0	1	2	3
9	Ανησυχώ για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους	0	1	2	3
10	Νιώθω ότι δεν έχω τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον	0	1	2	3
11	Βρίσκω τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος	0	1	2	3
12	Μου είναι δύσκολο να χαλαρώσω	0	1	2	3
13	Νιώθω μελαγχολικός/ή και απογοητευμένος/η	0	1	2	3
14	Δεν μπορώ να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατά από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα	0	1	2	3
15	Νιώθω πολύ κοντά στον πανικό	0	1	2	3
16	Τίποτα δεν μπορεί να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό	0	1	2	3
17	Νιώθω ότι δεν αξίζω πολύ ως άτομο	0	1	2	3
18	Νιώθω ότι είμαι αρκετά ευερέθιστος/η	0	1	2	3
19	Αισθάνομαι την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία)	0	1	2	3
20	Νιώθω φοβισμένος/η χωρίς να υπάρχει λόγος	0	1	2	3
21	Νιώθω πως η ζωή δεν είχε νόημα	0	1	2	3

Ερωτηματολόγιο Fear of COVID-19

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και προσδιορίστε το κατά πόσο η δήλωση σας αντιπροσωπεύει, σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

Α) Διαφωνώ απόλυτα

Β) Διαφωνώ

Γ) Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

Δ) Συμφωνώ,

Ε) Συμφωνώ απόλυτα

Ως εργαζόμενος σε τμήμα Μ.Ε.Θ ή Μ.Ε.Λ. :

	Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S)	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1	Είμαι πολύ φοβισμένος/η για τον κορονοϊό					
2	Όταν σκέφτομαι τον κορονοϊό νιώθω αβέβαια					
3	Τα χέρια μου ιδρώνουν όταν σκέφτομαι τον κορονοϊό					
4	Φοβάμαι μήπως χάσω τη ζωή μου εξαιτίας του κορονοϊού					
5	Όταν βλέπω ειδήσεις σχετικά με τον κορονοϊό στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, με πιάνει νευρικότητα και άγχος					
6	Δεν μπορώ να κοιμηθώ, επειδή ανησυχώ, μήπως προσβληθώ από τον κορονοϊό					
7	Νιώθω την καρδιά μου να χτυπά πιο γρήγορα ή τους παλμούς να ανεβαίνουν όταν σκέφτομαι, ότι μπορεί να προσβληθώ από τον κορονοϊό					

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

13.05.2022 09:00:23
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΨΗΦΙΑΚΑ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟ ΑΠΟ
Μαρία Κατσαλήρου

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ
6ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ - ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Μ. Τζαμούλια – Δ. Αντωνιάδης
Τηλέφωνο : 2613 -600578
e-mail : m.tzamoulia@dypede.gr
d.antoniadis@dypede.gr

Πάτρα, 12/05/2022
Α. Π.: 24290
Απάντηση στο έγγραφο: 24290

ΠΡΟΣ
κ. ΔΡΑΚΟΥ ΕΛΕΝΗ
(Μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων)

Θέμα: Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων

Σχετ: 1) Η από 15/04/2022 αίτησή σας

2) Η υπ' αριθμ. *Γ4β/Γ.Π.οικ.66159 (ΦΕΚ 761/Υ.Ο.Δ.Δ./19.09.2019)* Υπουργική Απόφαση περί διορισμού Διοικητή στην 6η ΥΠΕ, όπως παρατάθηκε με το άρθρο δέκατο έβδομο του *Ν.4812/2021 (ΦΕΚ 110/30.06.2021/τ.Α')* και με το άρθρο 81 του *Ν.4915/2022 (ΦΕΚ 63/24.03.2022 τ.Α').*

Σε απάντηση της παραπάνω αίτησής σας και λαμβάνοντας υπόψη: α) Την υπ'αριθμ. 08/30.03.2022(θ.16ο) απόφαση Επιστημονικού Συμβουλίου του Π.Γ.Ν.Ιωαννίνων και β)Την υπ'αριθμ. 2/24.02.2022 (θ.11), γνωμοδότηση του Γ.Ν.Ιωαννίνων «Γ.Χατζηκώστα», εγκρίνουμε να συλλέξετε ερευνητικά δεδομένα στα αναφερόμενα νοσοκομεία, στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας σας με τίτλο: *«Ψυχικές και συναισθηματικές επιπτώσεις στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που νοσηλεύει περιστατικά COVID-19 στα Νοσοκομεία των Ιωαννίνων»*, με την υποχρέωση της τήρησης των αρχών προστασίας προσωπικών δεδομένων και των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας. Επίσης προτείνεται η εξ' αποστάσεως συλλογή των ερευνητικών δεδομένων και όπου αυτή δεν είναι εφικτή, να γίνεται δια ζώσης, εφόσον έχουν ληφθεί όλα τα προβλεπόμενα μέτρα προστασίας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:
- Π.Γ.Ν.ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
- Γ.Ν.ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ «Γ.ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
Ταχ. Δ/νση : Λεωφόρος Μακρυγιάννη
Τ.Κ. : 450 01 ΙΩΑΝΝΙΝΑ
Τηλέφωνο : 26513 66831,66832
Fax : 26510 31414

Βαθμός Ασφαλείας
Ιωάννινα, 28/02/2022

Αριθ. Πρωτ. 31

ΠΡΟΣ:

κ. Ελένη Δράκου
ΠΕ Νοσηλευτικής

ΚΟΙΝ:
1. Τμήμα Εκπαίδευσης 6ης ΥΠΕ

ΘΕΜΑ: «ΑΙΤΗΜΑ ΑΔΕΙΑΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ»

ΣΧΕΤ.: α) Το Αρ.Πρωτ.24/22.02.2022 αίτημά σας
β) Αριθ.2 /24-02-22 (θ.11) Απόσπασμα πρακτικού Ε.Σ.

Σε απάντηση του ανωτέρω (α) σχετικού, σας ενημερώνουμε ότι το Ε.Σ του Νοσοκομείου με το (β) όμοιο γνωμοδότησε σχετικά με το θέμα:

«Το Επιστημονικό Συμβούλιο, εγκρίνει τη χορήγηση άδειας συλλογής ερευνητικών δεδομένων στην Ελένη Δράκου - ΠΕ Νοσηλευτικής, στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας σε Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων – Σχολή επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής / Διατμηματικό ΠΜΣ Νοσηλευτικής Φροντίδα Ενηλίκων, με τη προϋπόθεσή να μη παρακωλυθεί η εύρυθμη λειτουργία των Τμημάτων, ως προς τη διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων.

Τίτλος Εργασίας: «Ψυχικές και συναισθηματικές επιπτώσεις στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που νοσηλεύει περιστατικά covid-19 στα Νοσοκομεία των Ιωαννίνων»

Δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το Γ.Ν.Ι. «Γ.ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ», θα τηρηθούν οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, θα διασφαλισθεί το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων (GDPR).

Να ενημερωθεί το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου για τα αποτελέσματα της έρευνας».

Ακριβές αντίγραφο
Γραμματέας
ΜΠΑΖΟΥΝΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ Ε.Σ.
ΕΥΓΕΝΙΑ ΠΑΠΠΑ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΤΟΥ ΑΡΙΘ. 15/28-4-2022 (θ. 31) ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΘΕΜΑ 31: «Έγκριση άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ. Δράκου Ελένης »

Τίθεται υπόψη του Δ.Σ. η αριθμ. πρωτ. 10008/27-4-2022 εισήγηση του Αναπληρωτή Διοικητή Υπηρεσίας κ. Κωνσταντίνου Ντιναλέξη που έχει ως εξής:

ΣΧΕΤ:

α) Αριθμ. Πρωτ. Ε.Σ 141/11-04-2022 έγγραφο του Ε.Σ.
β) Το άρθρο 30 του Ν. 4865 (ΦΕΚ238,τ. Α, 04-12-21) το οποίο αντικαθιστά την παρ. 1 του αρ.3 Ν.2519/1997 (Α' 165)
γ) Παρ. 2 του άρθρου 41 του Ν. 3528/2007 (ΦΕΚ 26/9-2-2007 τ. Α') «Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.»
δ) αριθμ. Δ3(α)/οικ.36809/03-06-2019 (ΦΕΚ 2015/03-06-2019τ.Β')
ε) Άρθρο 17 μέρους ΙΑ του Ν. 4683, ΦΕΚ 83, τ. Α, 10-04-2020

Σας θέτουμε υπόψη το ανωτέρω α) σχετ και σας κάνουμε γνωστό ότι το Ε.Σ. με την αριθμ. **8/30-03-2022 (θ. 16)** απόφασή του και αφού έλαβε υπόψη τη σύμφωνη γνώμη της **Επιστημονικής** Επιτροπής Έρευνας, **εγκρίνει** τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ.Δράκου Ελένης.

Η μελέτη έχει τίτλο: «Ψυχικές και συναισθηματικές επιπτώσεις στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που νοσηλεύει περιστατικά COVID-19 στα Νοσοκομεία των Ιωαννίνων» και θα πραγματοποιηθεί με τη διανομή ερωτηματολογίων στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΛ και ΜΕΘ με τη σύμφωνη γνώμη των Δ/ντών των Τμημάτων.

Η μελέτη θα πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ.Δράκου Ελένης Νοσηλεύτριας ΠΕ Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών: Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων με επιβλέποντα Καθηγητή τον Αναπληρωτή Καθηγητή Γαστρεντερολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κ.Κατσάνο Κωνσταντίνο και μέλη: κ.Χριστοδούλου Δημ. Καθηγητή Γαστρεντερολογίας και κ.Γκούβα Μαίρη Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχολογίας.

Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό την εκτίμηση της έντασης του φόβου και τη διερεύνηση της ύπαρξης κατάθλιψης, άγχους και στρες στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που νοσηλεύει περιστατικά COVID-19 στα Νοσοκομεία των Ιωαννίνων.

Η έναρξη της μελέτης θα γίνει μετά από τις σχετικές εγκρίσεις.

Εξετάστηκαν και εγκρίνονται:

1. Το Ερευνητικό Πρωτόκολλο
2. Το Έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή σε μελέτη
3. Τα Ερωτηματολόγια της μελέτης

Ο ερευνητής και οι συνεργάτες έχουν την εξειδίκευση, την εμπειρία και την δυνατότητα διεξαγωγής της μελέτης.

Ονοματεπώνυμο και ιδιότητα	Χρόνος απασχόλησης στη μελέτη ως ποσοστό του χρόνου για το κύριο

1

	έργο (%)
1. Δράκου Ελένη Νοσηλεύτρια ΠΕ (Γ.Ν. Χατζηκώστα) Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια	-

2. Το κέντρο διαθέτει τον αριθμό εκείνο των ασθενών από τους οποίους θα επιλεγούν οι κατάλληλοι για συμμετοχή στη μελέτη στο χρονικό διάστημα που προβλέπεται από τη μελέτη.
3.Το κέντρο διαθέτει την υλικοτεχνική υποδομή που προβλέπεται στο πρωτόκολλο της μελέτης ώστε να παρέχει τη δυνατότητα διεξαγωγής και ολοκλήρωσης της μελέτης εντός του προβλεπόμενου χρόνου.

Η διεξαγωγή της ανωτέρω μελέτης δεν θα έχει καμία οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο μας.
Το ως άνω πρωτόκολλο είναι πλήρες και καλύπτει τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας αποφασίζει για την διενέργεια κλινικών μελετών λαμβάνοντας υπόψη τις ισχύουσες αρχές διακήρυξης του Ελσίνκι και της Ορθής Κλινικής πρακτικής (GCP) και η σύνθεσή του καλύπτει τις απαιτήσεις της Ορθής κλινικής πρακτικής.
Το Ερευνητικό πρωτόκολλο θα πρέπει να πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στην αριθμ. Δ3(α) οικ. 36809/03-06-2019 (ΦΕΚ 2015/Τβ/03-06-2019) Υπουργική απόφαση.

Εισηγούμαστε:

Την έγκριση άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ. Δράκου Ελένης

Το Δ.Σ. μετά από διαλογική συζήτηση αποφασίζει ομόφωνα

1. Δέχεται την παραπάνω εισήγηση ως έχει.
2. Σημειώνεται ότι η μελέτη πρέπει να πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 27ης Απριλίου 2016, για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών, όπως τέθηκε σε ισχύ από την 25η Μαΐου 2018.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Ν. ΚΑΤΣΑΚΙΩΡΗΣ

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ
Κ. ΝΤΙΝΑΛΕΞΗΣ

ΤΑ ΜΕΛΗ
Α. ΣΠΥΡΟΥ
Γ. ΦΛΟΥΔΑΣ
Ν. ΤΖΑΜΠΟΥΡΑΣ

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΣΤΕΛΛΑ ΠΑΠΑΦΩΤΗ

Ακριβές απόσπασμα
Η Γραμματέας Δ.Σ.

ΠΑΠΑΦΩΤΗ ΣΤΕΛΛΑ

2