



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ:

«Διερεύνηση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών
υγείας ενός Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου κατά την περίοδο
της πανδημίας covid-19»

ΦΟΙΤΗΤΗΣ:

ΠΥΛΙΩΤΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Επιβλέπων καθηγητής: Μιχαήλ Ροβίθης, Επίκουρος καθηγητής, τμήμα
Νοσηλευτικής, ΕΛΜΕΠΑ

Συνεπιβλέποντες: Ζωγραφάκης Σφακιανάκης Μιχαήλ, Επίκουρος καθηγητής, τμήμα
Νοσηλευτικής, ΕΛΜΕΠΑ,

Κωνσταντινίδης Θεοχάρης, Επίκουρος καθηγητής, τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΛΜΕΠΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2021

Ευχαριστίες

Στον πατέρα μου

Με την παρούσα εργασία ολοκληρώνεται η συμμετοχή μου στο Μεταπτυχιακό πρόγραμμα Σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής του Μεσογειακού Πανεπιστημίου.

Με την ολοκλήρωση των σπουδών μου θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Επίκουρο καθηγητή της Νοσηλευτικής του Μεσογειακού Πανεπιστημίου και Επιβλέπων της εργασίας μου Δρ. Μιχάλη Ροβίθη, όπου η ευρύτητα των επιστημονικών του γνώσεων, το επιστημονικό ήθος του και η υπομονή του, συνέβαλαν στο να ολοκληρωθεί αυτή η προσπάθεια.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω, τους συνεπιβλέποντες στην μελέτη μου Επίκουρους καθηγητές του Μεσογειακού Πανεπιστημίου Δρ. Ζωγραφάκη Σφακιανάκη Μιχάλη και Δρ. Κωνσταντινίδη Θεοχάρη, για την αμέριστη συμπαράσταση σε όλη την διάρκειά της εκπόνησης της,

Ευχαριστώ όλους τους καθηγητές του προγράμματος για τις γνώσεις που μας μεταλαμπάδευσαν. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τον κ. Μανώλη Λιναρδάκη που επεξεργάστηκε τα αποτελέσματα της μελέτης μου. Θα ήταν παράλειψή μου επίσης, να μην ευχαριστήσω και όσους επαγγελματίες υγείας συνέβαλαν σε αυτή μου την προσπάθειά με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Τελειώνοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω και να αφιερώσω το πόνημα της εργασίας μου, στην πολυτιμότερη ομάδα της ζωής μου, για την στήριξη, την υπομονή, την φροντίδα και την αγάπη, που με περιέβαλε όλο αυτό το διάστημα, την οικογένειά μου.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής, αντικατοπτρίζει την ποιότητα της σχέσης μεταξύ των εργαζομένων και του εργασιακού περιβάλλοντος. Η ποιότητα επαγγελματικής ζωής, σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά των ατόμων και τη σχέση τους με το κοινωνικό οικονομικό και φυσικό περιβάλλον της εργασίας, ως αποτέλεσμα καθορίζονται οι συμπεριφορές και οι εργασιακές στάσεις που θεωρεί σημαντικές η κοινωνία.

Σκοπός: η διερεύνηση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας ενός Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου κατά την περίοδο της πανδημίας covid-19.

Υλικό-Μέθοδος: υιοθετήθηκε ο σχεδιασμός της συγχρονικής περιγραφικής μελέτης (cross-sectional) με μερικές συσχετίσεις. Η μέθοδος που εφαρμόστηκε ήταν δειγματοληψίας ευκολίας. Πληθυσμό στόχο αποτέλεσαν 246 επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε ένα Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο της Ελληνικής επικράτειας. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο αυτό αναφοράς που περιλάμβανε το ερωτηματολόγιο ποιότητας επαγγελματικής ζωής, 5η έκδοση της Beth Hudnall Stamm του 2009 “Ποιότητα επαγγελματικής ζωής”. Η δεύτερη ενότητα του ερωτηματολογίου, περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με παράγοντες ανησυχίας/ικανοποίησης που σχετίζονται με την πανδημία covid-19. Τέλος η τρίτη ενότητα του ερωτηματολογίου περιλάμβανε κλειστού τύπου ερωτήσεις για τη συλλογή δεδομένων κοινωνικο-δημογραφικού χαρακτήρα.

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS (IBM Corp. Released 2019, IBM SPSS Statistics for Windows, v.26.0, Armonk, NY: IBM Corp.). Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων περιγραφικών. Η σύγκριση κατανομών συχνοτήτων έγινε με τον υπολογισμό των 95% διαστημάτων εμπιστοσύνης (95%ΔΕ) ενώ εφαρμόστηκε έλεγχος ομοιογένειας κατανομής χ^2 , ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των 246 επαγγελματιών υγείας που επιλέχθηκαν και συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, το 81,3% ήταν γυναίκες ενώ το 33,8% ήταν 50+ ετών. Το 61,4% δήλωσαν σε έγγαμη κατάσταση ή συμβίωναν, ενώ όσον αφορά την

εκπαίδευσή τους το 57,7% ήταν κάτοχοι πτυχίων. Η ανησυχία & Φόβος σχετικά με την πανδημία Covid-19 βρέθηκε σε μέτρια επίπεδα. Η ποιότητα επαγγελματικής Ζωής βρέθηκε σε μέτρια επίπεδα με την Ικανοποίηση Συμπόνιας να καταγράφεται σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα, την Επαγγελματική Εξουθένωση σε μέτρια προς χαμηλά και το Δευτερογενές Τραυματικό Άγχος σε μέτρια προς χαμηλά. Η κατοχή θέσης ευθύνης σχετίζεται σημαντικά με υψηλότερα επίπεδα Ικανοποίησης Συμπόνιας ενώ η Επαγγελματική Εξουθένωση σχετίζεται με την παρουσία παιδιών στη ζωή τους, τη μόνιμη θέση εργασίας, τα περισσότερα χρόνια εμπειρίας στην Υγεία ή στο Τμήμα αλλά και με την αυξημένη Ανησυχία/Φόβο λόγω πανδημίας ($p<0,05$). Το υψηλό Δευτερογενές Τραυματικό Άγχος σχετίζεται με την αύξηση της ηλικίας, τα περισσότερα χρόνια εμπειρίας στην Υγεία ή με την αυξημένη Ανησυχία/Φόβο λόγω πανδημίας ($p<0,05$). Σε πολυμεταβλητό επίπεδο, τα υψηλότερα επίπεδα Ικανοποίησης Συμπόνιας σχετίζονται προγνωστικά με τις μεγαλύτερες ηλικίες των επαγγελματιών υγείας ($p=0,004$) ή με την κατοχή θέσης ευθύνης ($p=0,003$). Η αυξημένη Επαγγελματική Εξουθένωση καθορίζεται από την αυξημένη Ανησυχία/Φόβο λόγω πανδημίας ($p<0,001$) όπως και το υψηλό Δευτερογενές Τραυματικό Άγχος ($p<0,001$).

Συμπεράσματα: Η πανδημία Covid-19 είχε αντίκτυπο στην ποιότητα επαγγελματικής ζωής των συμμετεχόντων στη μελέτη. Οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν μέτρια ποιότητα επαγγελματικής ζωής με την Ικανοποίηση Συμπόνιας να παρουσιάζει μέτρια προς υψηλά επίπεδα, την Επαγγελματική Εξουθένωση σε μέτρια προς χαμηλά και το Δευτερογενές Τραυματικό Άγχος σε μέτρια προς χαμηλά. Από την ανάλυση καταγράφηκαν σημαντικές στατιστικές συσχετίσεις με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και των παραπάνω διαστάσεων της ποιότητας επαγγελματικής Ζωής. Είναι σημαντικό, τα διευθυντικά στελέχη να κατανοήσουν τις επιπτώσεις της πανδημίας Covid-19 στην ποιότητα της επαγγελματικής ζωής και να σχεδιάσουν δράσεις εστιασμένες στην εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης της κόπωσης συμπόνιας, ομάδων ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας και οργανωσιακές στρατηγικές βελτίωσης του εργασιακού κλίματος.

Λέξεις κλειδιά: ποιότητα επαγγελματικής ζωής, κόπωση συμπόνιας, επαγγελματική εξουθένωση, ικανοποίηση συμπόνιας, δευτερογενές μετατραυματικό άγχος, πανδημία Covid-19.

Abstract

Introduction: The quality of professional life reflects the quality of the relationship between employees and the work environment. The quality of professional life is related to the characteristics of individuals and their relationship with the social, economic and physical work environment, as a result of which the attitudes and work attitudes that society considers important are determined.

Purpose: to investigate the quality of professional life of health professionals at a University General Hospital during the covid-19 pandemic.

Material-Method: the design of the synchronous descriptive study (cross-sectional) with some correlations was adopted. The method used was convenience sampling. The target population was 246 health professionals working in a Regional University General Hospital in Greece. An anonymous reference questionnaire was used for data collection, which included the professional quality of life questionnaire, 5th edition of Beth Hudnall Stamm 2009 "Quality of professional life". The second section of the questionnaire included questions about anxiety / satisfaction factors related to the covid-19 pandemic. Finally, the third section of the questionnaire included closed-ended questions for the collection of socio-demographic data.

The analysis of the research data was done using the SPSS program (IBM Corp. Released 2019, IBM SPSS Statistics for Windows, v.26.0, Armonk, NY: IBM Corp.). Descriptive frequency distributions were calculated. The comparison of frequency distributions was done by calculating the 95% confidence intervals (95% DE) while a homogeneity test of χ^2 distribution was applied. An acceptable significance level of 0.05 was set.

Results: From the total of 246 health professionals selected and participated in the present study, 81.3% were women while 33.8% were 50+ years old. 61.4% declared that they were married or living together, while 57.7% had a degree in terms of their education. Concern & Fear about the Covid-19 pandemic was moderate. The quality of professional life was found to be moderate, with Compassionate Satisfaction being recorded at moderate to high levels, Occupational Exhaustion at moderate to low levels, and Secondary Traumatic Stress at moderate to low levels. Holding a position of

responsibility is significantly associated with higher levels of Compassion Satisfaction while Occupational Exhaustion is associated with the presence of children in their lives, a permanent job, most years of experience in Health or Department but also with increased Anxiety / Fear due to pandemic ($p < 0.05$). High Secondary Traumatic Stress is associated with increasing age, more years of Health experience or increased Pandemic Anxiety / Fear ($p < 0.05$). At a multivariate level, the highest levels of Compassion Satisfaction are prognostically related to the older ages of health professionals ($p = 0.004$) or to holding a position of responsibility ($p = 0.003$). Increased Occupational Exhaustion is defined by increased Pandemic Anxiety / Fear ($p < 0.001$) as well as high Secondary Traumatic Stress ($p < 0.001$).

Conclusions: The Covid-19 pandemic had an impact on the quality of work life of study participants. Health professionals experience a mediocre quality of professional life with Compassion Satisfaction moderately to high, Occupational Exhaustion moderately to low, and Secondary Traumatic Stress Moderate to low. The analysis recorded statistically significant correlations with the socio-demographic characteristics of the participants and the above dimensions of quality of professional life. It is important for executives to understand the impact of the Covid-19 pandemic on quality of work life and to plan actions focused on learning empathy management techniques, resilience support teams, and organizational strategies for improving the work environment.

Keywords: quality of professional life, compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction, secondary post-traumatic stress, Covid-19 pandemic.

Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Εννοιολογική προσέγγιση της Ποιότητας επαγγελματικής ζωής.	8
1.1. Έννοια και Ορισμοί Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής	8
1.2. Μοντέλα Ποιότητας Επαγγελματικής ζωής	12
1.3. Παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα επαγγελματικής ζωής	14
1.4. Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας επαγγελματικής ζωής.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Διαστάσεις της Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής	26
2.1. Ικανοποίηση συμπίνας - Θεωρητικές προσεγγίσεις	26
2.2. Κόπωση της συμπίνας.....	30
2.2.1. Επαγγελματική Εξουθένωση – Θεωρητικές προσεγγίσεις	33
2.2.2. Ορισμός του δευτερογενούς τραυματικού στρες.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η επίδραση της πανδημίας Covid-19 στον υγειονομικό τομέα	41
3.1. Ιστορική αναδρομή	41
3.2. Γενικές επιπτώσεις της πανδημίας Covid-19	44
3.3. Οι επιπτώσεις της πανδημίας Covid-19 στον υγειονομικό τομέα.....	53
3.3.1. Συστήματα υγείας	53
3.3.2. Επαγγελματίες υγείας	55
Μεθοδολογία της Έρευνας	59
Είδος Μελέτης	59
Σκοπός – Ερευνητικά ερωτήματα	59
Δειγματοληπτικό πλαίσιο.....	60
Δεοντολογία της Έρευνας	60
Ερευνητικό Εργαλείο	61
Στατιστική Ανάλυση	62
Αποτελέσματα	62
Συζήτηση	74
Περιορισμοί έρευνας	79
Συμπεράσματα – Προτάσεις	79
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Αδειοδοτήσεις Διεξαγωγής Μελέτης	121
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Ερευνητικά Εργαλεία	123

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ1. Εννοιολογική προσέγγιση της Ποιότητας επαγγελματικής ζωής.

1.1. Έννοια και Ορισμοί Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής

Η επαγγελματική ποιότητα ζωής, αποτελεί σημαντική συνιστώσα αφού καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής. Η εργασία καταναλώνει το ένα τρίτο του χρόνου που είμαστε ξύπνιοι, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό το πρόγραμμα της ημέρας μας και απασχολεί τη σκέψη μας ακόμα και τις ώρες που δεν εργαζόμαστε, ταυτόχρονα μας συνδέει με τον έξω κόσμο, δίνοντάς μας, μια κοινωνική ταυτότητα (Conrad, 1988; Martel & Dupuis, 2006). Οι πρώτες έρευνες που αφορούσαν την εργασία και την αλλαγή των συνθηκών της προς το καλύτερο, εμφανίστηκαν στην αρχή της δεκαετίας του 1960 στην Σουηδία και μετέπειτα σε άλλες χώρες της Ευρώπης, Οι προσπάθειες όμως αυτές ήταν μεμονωμένες και έπασχαν από έλλειψη οργάνωσης (Davis, & Cherns, 1975). Στα τέλη της δεκαετίας του 1960 χρησιμοποιείται για πρώτη φορά η έκφραση ποιότητα επαγγελματικής ζωής από τον Irving Bluestone στην General Motors, μέσω ενός προγράμματος, που μελετούσε την ικανοποίηση των εργαζομένων. Οι τελευταίοι έπαιρναν μέρος στις αποφάσεις οι οποίες αφορούσαν την εργασία με απώτερο σκοπό της εταιρίας να καταγράψει την ικανοποίησή τους και να αναπτύξει προγράμματα, αύξησης της παραγωγικότητας (Goode, 1989). Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί για την έννοια της ποιότητας επαγγελματικής ζωής ανάλογα με το θεωρητικό πλαίσιο που αναπτύσσει κατά την προσέγγισή του ο κάθε ερευνητής, ενώ κάθε εργαζόμενος θα μπορούσε να δώσει και άλλη ερμηνεία για την ποιότητά της, αυτό είναι δυνατό να συμβαίνει ανάλογα με το στάδιο της σταδιοδρομίας, την ηλικία και τη θέση του στην εργασία (Kiernan & Knutson, 1990).

Οι ορισμοί της επαγγελματικής ποιότητας ζωής σύμφωνα με τους Venkatachalam & Velayudhan (1997) περιλαμβάνουν πέντε οντότητες στη διάρκεια του χρόνου. Από το 1969 έως το 1972 αναφέρονται ως μεταβλητή, η οποία εστιάζει στη συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων και των εργοδοτών έτσι ώστε να βελτιωθεί η εργασιακή εμπειρία των εργαζομένων. Από το 1969 έως το 1975 αναφέρονται ως προσέγγιση, η προσέγγιση αυτή επικεντρώνεται στο άτομο και στοχεύει στη βελτίωση τόσο του ατόμου αλλά και του οργανισμού. Από το 1972 έως το 1975 ορίζονται ως μέθοδοι, αυτές αφορούν τεχνικές και προσεγγίσεις όπως επιτροπές διαχείρισης της εργασίας, που χρησιμοποιούνται για να βελτιωθεί η ποιότητα της εργασίας. Στην τέταρτη περίοδο από το 1975 έως το 1980 αναφέρονται σαν κίνηση, περιλαμβάνει εκτός από τις συμπεριφορές και τις εργασιακές θέσεις όλα αυτά που θεωρεί σημαντικά η κοινωνία. Από το 1979 έως το 1989 εκτός από τις καλές συνθήκες εργασίας, την δίκαιη αποζημίωση, και την εργασιακή ασφάλεια επεκτείνονται και σε ίσες ευκαιρίες απασχόλησης, διευρύνοντας την έννοια της ποιότητας επαγγελματικής ζωής στο ότι ισούται με τα πάντα (Venkatachalam & Velayudhan, 1997). Σύμφωνα με τον Walton (1975) η ποιότητα επαγγελματικής ζωής αφορά και την πλήρη συμμετοχή των εργαζομένων στον σχεδιασμό της εργασιακής ζωής μέσα από μηχανισμούς, που αναπτύσσονται από την εταιρεία και ανταποκρίνονται στις ανάγκες των εργαζομένων. Παράλληλα την ίδια χρονική περίοδο, σύμφωνα με τον Wood et. al. (1975), η ποιότητα επαγγελματικής ζωής, σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά των ατόμων και τη σχέση τους με το κοινωνικό, οικονομικό και φυσικό περιβάλλον της εργασίας, ως αποτέλεσμα καθορίζονται οι συμπεριφορές και οι εργασιακές στάσεις που θεωρεί σημαντικές η κοινωνία. Μια άλλη προσέγγιση δίνεται από τους Herrick, & Maccoby (1975) οι οποίοι αναφέρουν ότι η ποιότητα της εργασιακής ζωής καθορίζεται από τέσσερις βασικές αρχές: της ασφάλειας, της δημοκρατίας, της ισότητας και της εξατομίκευσης (Herrick & Maccoby, 1975). Σύμφωνα με τον Glaser (1976) ο ορισμός πρέπει να σημαίνει κάτι περισσότερο από ασφάλεια, ικανοποιητική αμοιβή, καλές συνθήκες και ίσες ευκαιρίες στην εργασία. Επίσημος ορισμός μπορεί να μην υπάρχει για την επαγγελματική ποιότητα ζωής, αλλά πάρα πολλοί μελετητές συμφωνούν ότι είναι μια έννοια που αφορά την ευημερία των εργαζομένων (Kabanoff, 1980 ; Lawler, 1982 ; Staines, 1980). Οι Mirvis & Lawler (1984), υποστηρίζουν ότι η ποιότητα επαγγελματικής ζωής, σχετίζεται άμεσα με την οικονομική, ψυχολογική και κοινωνική σχέση μεταξύ των εργαζομένων και του οργανισμού, ορίζουν δηλαδή τα χαρακτηριστικά της εργασίας και του περιβάλλοντος υπεύθυνα, για την προσωπική ευημερία των εργαζομένων

προσωπικά, αλλά και ως μελών της κοινωνίας (Mirvis & Lawler, 1984). Σύμφωνα με τον Davis (1980), αντικατοπτρίζει την ποιότητα της σχέσης μεταξύ των εργαζομένων και του εργασιακού περιβάλλοντος, ενώ σύμφωνα με τον Trist (1985) είναι ταυτόχρονα μέσο και σκοπός, μέσω αυτής οι εργαζόμενοι αποκτούν σημαντικές δεξιότητες ως πολίτες και παράλληλα είναι ένα σημαντικό στοιχείο που επηρεάζει τη συνολική ποιότητα ζωής. Οι Martel & Dupuis (2006), θεωρούν ότι κάθε εργαζόμενος επιδιώκει δυναμικά να επιτύχει τους στόχους του στην εργασία. Όταν το χάσμα που χωρίζει τον στόχο που έχει θέσει ο εργαζόμενος από την κατάσταση που βρίσκεται κάθε στιγμή μειώνεται, προκαλείται ένας θετικός αντίκτυπος στην ποιότητα ζωής του εργαζόμενου και στην αύξηση της απόδοσης, με τελικό αποτέλεσμα την καλύτερη λειτουργία της κοινωνίας (Martel & Dupuis, 2006). Είναι η διαδικασία με την οποία ξεκλειδώνεται η δημιουργικότητα του εργατικού δυναμικού μέσα από τη συμμετοχή τους στις αποφάσεις οι οποίες επηρεάζουν την επαγγελματική τους ζωή (Greenberg & Glaser, 1980). Οι Louis & Smith (1990) θεωρούν ότι η ποιότητα επαγγελματικής ζωής μπορεί να οριστεί με το αν ικανοποιούνται οι εργασιακές και προσωπικές ανάγκες ενός εργαζόμενου στο χώρο εργασίας, ενώ ταυτόχρονα επιτυγχάνονται οι στόχοι του οργανισμού (Louis & Smith, 1990). Η έννοια της επαγγελματικής ποιότητας ζωής θεωρείται ότι είναι παραπλήσια με την ευημερία των εργαζομένων (VanLaar, et. al., 2007), αλλά διαφορετική από την εργασιακή ικανοποίηση (Kabanoff, 1980; Lawler, 1982; Staines, 1980) καθώς θα πρέπει να ικανοποιεί συνολικά τους τομείς της ζωής και την προσωπική ευτυχία (Sirgy, et. al., 2001). Η υψηλή ποιότητα επαγγελματικής ζωής, δημιουργεί θετική επίδραση στους εργαζόμενους, τους δίνει κίνητρα και έτσι συμβάλουν στην ανταγωνιστικότητα της επιχείρησης ή του Οργανισμού (Lau, 1993). Σύμφωνα με τον (Abdeen, 2002), οι εργαζόμενοι είναι κεφάλαιο για κάθε οργανισμό και η επαγγελματική ποιότητα ζωής έχει βαρύνουσα σημασία καθώς τα στοιχεία δείχνουν ότι ένας εργαζόμενος, που είναι ευτυχισμένος παραμένει αφοσιωμένος, και παραγωγικός στην εταιρεία που εργάζεται (Greenhaus, et. al., 1987). Ο Carlson (1983), αναφέρεται στην ποιότητα της επαγγελματικής ζωής, σαν ένα στόχο που προσπαθεί να επιτευχτεί μέσα από την βελτίωση της εργασίας σε κάθε οργανισμό, με δέσμευση από τον οργανισμό και την ενεργή συμμετοχή των ατόμων που τον αποτελούν (Carlson, 1983). Ποικίλοι άλλοι ορισμοί αναφέρονται στην διεθνή βιβλιογραφία, όπως ο ορισμός του Thamizhselvi (2020), όπου σύμφωνα με τον ίδιο, η επαγγελματική ποιότητα ζωής είναι ένα σύνολο μεθόδων, προσεγγίσεων και τεχνολογιών που προσπαθούν να βελτιώσουν το περιβάλλον εργασίας και να εξασφαλίσουν την παραγωγικότητα και

την ικανοποίηση των εργαζομένων. Ο ορισμός του Feldman (1993), που ορίζει την ποιότητα επαγγελματικής ζωής ως την ποιότητα των σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων και του εργασιακού περιβάλλοντος. Ανάλογα, οι Lau et. al. (2001), θεωρούν ότι είναι η ευνοϊκή λειτουργία του περιβάλλοντος, η οποία υποστηρίζει έμπρακτα και προάγει την ικανοποίηση, προσφέροντας στους εργαζόμενους εργασιακή ασφάλεια, ανταμοιβές και ευκαιρίες σταδιοδρομίας. Η υψηλότερη ποιότητα επαγγελματική ζωής δημιουργεί μια σχέση win-win μεταξύ των εργαζομένων και της εταιρείας, που ωφελεί και τους δύο. Όταν η εταιρεία προσφέρει στους εργαζόμενους καλές συνθήκες εργασίας, αυτοί εργάζονται ποιοτικότερα και αυξάνουν την ικανοποίηση των πελατών, η κατ' επέκταση καλή φήμη της εταιρείας ανταμείβεται με υψηλότερη ανάπτυξη και κερδοφορία (Lau & May, 1998).

Τα πιο σημαντικά συστατικά της ποιότητας της εργασιακής ζωής σύμφωνα με τους (Rangriz, et. al., 2019) είναι: η εργασιακή ικανοποίηση, οι κοινωνικές σχέσεις στην εργασία, το άγχος, η συνολική ποιότητα ζωής, η ασφάλεια, η κοινωνική θέση και ο μισθός, η ισορροπία εργασίας-ζωής, η νομιμότητα καθώς και οι ευκαιρίες ανάπτυξης (Rangriz, et. al., 2019). Σύμφωνα με τους Danna & Griffin (1999) η επαγγελματική ποιότητα ζωής είναι μια έννοια με ανάγκες οι οποίες είναι ιεραρχικά δομημένες, περιλαμβάνει την ικανοποίηση από την ζωή σαν πρωταρχική ανάγκη, την εργασιακή ικανοποίηση στο κέντρο της ιεραρχημένης δομής και τελευταία διάφορους άλλους παράγοντες όπως: η αμοιβή, οι επιβλέποντες, οι συνεργάτες, οι συνθήκες της εργασίας κ.α. (Danna & Griffin, 1999). Είναι μια γενική κατάσταση η οποία καλύπτει τα συναισθήματα ενός ανθρώπου για όλες τις διαστάσεις της εργασίας και την μέτρησή τους (Yousuf, 1996), εξαρτάται από το πολιτισμικό πλαίσιο και είναι θέμα προτύπων και αξιών (Kerce & Booth-Kewley, 1993). Σύμφωνα με την Stamm, (2010), ως επαγγελματική ποιότητα ζωής, ορίζεται η ποιότητα που αισθάνεται κάποιος όταν το επάγγελμά του συνδέεται με υπηρεσίες προσφοράς στην κοινότητα. Η συνολική έννοια της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής είναι πολύπλοκη επειδή σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος (οργανωτικά χαρακτηριστικά και καθήκοντα), καθώς και τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου εργαζομένου. Η επαγγελματική ποιότητα ζωής ενσωματώνει δύο διαστάσεις (Stamm, 2010): τη θετική (ικανοποίηση συμπόνιας) και την αρνητική (κόπωση συμπόνιας). Στην παρούσα διπλωματική εργασία υιοθετείται η προσέγγιση των δύο διαστάσεων του Stamm (2010) για την μέτρηση και διερεύνηση της επαγγελματικής ποιότητας ζωής.

1.2 Μοντέλα Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής

Η επίδραση της εργασίας στην συνολική ζωή του ατόμου απασχολεί για χρόνια την διεθνή βιβλιογραφία. Για την ποιότητα επαγγελματικής ζωής έχουν προταθεί διάφορα θεωρητικά μοντέλα ποιότητας επαγγελματικής ζωής (Martel & Dupuis, 2006), στη συνέχεια παρατίθενται τα σημαντικότερα από αυτά:

- **Το μοντέλο της μεταφοράς (ή εφέ διάχυσης)**

Πολλοί μελετητές αναφέρουν ότι η ικανοποίηση που προέρχεται από την εργασία επηρεάζει πολλούς τομείς της ζωής και αντίστροφα (George & Brief, 1990). Υπάρχει δηλαδή μια θετική συσχέτιση της εργασίας με τομείς της ζωής, που βρίσκονται μακριά από αυτή (Schmitt & Bedeian, 1982), υπάρχουν και εργασίες όμως, οι οποίες παρουσιάζουν ακραία χαρακτηριστικά και δεν μπορεί να ισχύει αυτό το μοντέλο (Rousseau, 1978). Κάθε σχεδιασμός ή δραστηριότητα που βελτιώνει την ΕΠΖ των εργαζομένων ή την ποιότητα ζωής έχει άμεσο αντίκτυπο και στην απόδοση στην εργασία (Elizur & Shye, 1990). Με βάση τη θεωρία της διάχυσης οι Sirgy et. al. (2001), κατασκεύασαν ένα εργαλείο μέτρησης της ΕΠΖ με στόχο να κατανοήσουν το βαθμό, που το περιβάλλον εργασίας, ο έλεγχος και η εποπτεία από μέρους της διοίκησης καθώς και οι απαιτήσεις της εργοδοσίας ικανοποιούν τις ανάγκες των εργαζομένων. Το αποτέλεσμα μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και της ζωής εκτός εργασίας μπορεί να είναι άμεσο ή έμμεσο (Leiter & Durup, 1996). Οι άμεσες επιδράσεις παρατηρούνται, όταν υπάρχει μια αντικειμενική αλλαγή στην κατάσταση του ατόμου, στην προσωπική ή στην επαγγελματική ζωή (ανακαίνιση χώρου εργασίας, ο εργαζόμενος παντρεύεται), οι έμμεσες επιδράσεις δημιουργούνται μέσω της αντίληψης του εργαζόμενου, για τις συνθήκες και προσθέτουν είτε ικανοποίηση είτε άγχος (Martel & Dupuis, 2006). Η εμπλοκή με την εργασία προσφέρει μεγαλύτερη ικανοποίηση ζωής στα άτομα, που έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση (Sekaran, 1986), αυτό παρατηρείται κυρίως στους άντρες εργαζόμενους, οι οποίοι αντλούν υψηλότερη ικανοποίηση όταν καταναλώνουν περισσότερο χρόνο στην εργασία, ενώ οι γυναίκες αντλούν ικανοποίηση από την εργασία και από την οικογενειακή ζωή (Sekaran, 1989).

- **Το μοντέλο της αποζημίωσης**

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, όταν ένας άνθρωπος δεν είναι ικανοποιημένος από την εργασία του προσπαθεί να βελτιώσει την κατάσταση μέσω άλλων δραστηριοτήτων της προσωπικής του ζωής (Schmitt & Mellon, 1980). Οι ενστάσεις γι' αυτό το μοντέλο έρχονται από τον Staines (1980) ο οποίος θεωρεί ότι δεν ταιριάζει σε όλες τις εργασίες, μιας και υπάρχουν πολλές εργασίες, που απαιτούν υπέρμετρη σωματική κόπωση, σε αυτούς τους τομείς οι εργαζόμενοι τείνουν, να μην επιλέγουν κουραστικές δραστηριότητες στην καθημερινότητά τους και προτιμούν δραστηριότητες ψυχαγωγίας, που δεν απαιτούν ιδιαίτερη κόπωση.

- **Το μοντέλο της τμηματοποίησης**

Στο μοντέλο αυτό οι μελετητές θεωρούν, ότι δεν αλληλοεπηρεάζονται η ζωή της εργασίας με την ζωή έξω από αυτή (Martel & Dupuis, 2006), η εργασιακή ζωή όμως ασφαλώς και είναι ένα κομμάτι της συνολικής ζωής, για οποιοδήποτε πρόσωπο (Lawler, 1975). Ο Staines (1980) υποστηρίζει ότι ορισμένοι τομείς της επαγγελματικής ζωής συσχετίζονται θετικά με τομείς της ζωής εκτός εργασίας, ενώ αρκετοί τομείς δεν συσχετίζονται.

- **Το μοντέλο της διαμονής**

Το μοντέλο αυτό αναφέρεται στην εκούσια μείωση κάποιας δραστηριότητας. Η αλλαγή αυτή οφείλεται, στην ανταπόκριση του εργαζόμενου στις ανάγκες κάποιου άλλου (Lambert, 1990). Αναφέρεται περισσότερο στις εργαζόμενες γυναίκες, που έχουν μικρά παιδιά, η ζωή στην εργασία και η ζωή έξω από αυτή τείνουν να ενώνονται από την ανάγκη ανατροφής των παιδιών. Τα τελευταία χρόνια το μοντέλο αυτό περιλαμβάνει όλο και περισσότερες κατηγορίες εργαζομένων (γυναικών αλλά και αντρών (Martel & Dupuis, 2006).

Οι Rekhi & Sharma (2019) αναφέρονται σε ένα ακόμα θεωρητικό μοντέλο το οποίο είναι:

- **Το μοντέλο της ενσωμάτωσης**

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό η εργασία δεν είναι απλά ένα μέσο οικονομικής παροχής για τους εργαζόμενους, μέσω αυτής αναπτύσσονται δεξιότητες, υπάρχει προσωπική

εξέλιξη και κοινωνική αναγνώριση, επομένως η ΕΠΖ των εργαζομένων είναι ένα ενιαίο κομμάτι της συνολικής ποιότητας ζωής (Kerce & Booth-Kewley, 1993).

1.3. Παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα επαγγελματικής ζωής

Σύμφωνα με τον Rao, (1992), η επαγγελματική ποιότητα ζωής είναι μια σύνθετη έννοια και καθορίζεται από τις αλληλοεπιδράσεις διαφόρων παραγόντων, προσωπικών αλλά και περιστασιακών. Οι παράγοντες αυτοί είναι ανάλογοι του τόπου και του περιβάλλοντος. Ο Elton Mayo και οι συνεργάτες του με τα πειράματα που έκαναν στο Harvard (1953), αποκάλυψαν ότι υπάρχουν παράγοντες, που σχετίζονται με την εργασία και η βελτίωσή τους, θα επέφερε και την ανάλογη βελτίωση της εργασιακής ποιότητας ζωής. Η βελτίωση της ΕΠΖ των εργαζομένων «φαίνεται» και στα αποτελέσματα των οργανισμών, με μείωση του κόστους παραγωγής, υψηλότερη παραγωγικότητα, μείωση των ημερών μη προσέλευσης των εργαζομένων και αφοσίωση (Greenhaus, et. al., 1987; Louis & Smith, 1990; Lau, 1993).

Σύμφωνα με τον Islam (2012), η υψηλή ποιότητα της επαγγελματικής ζωής εξασφαλίζει την ικανοποίηση των εργαζομένων και την παραγωγικότητα. Οι εργαζόμενοι εμφανίζουν υψηλότερη ευημερία αν είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους, μιας και η θετική αντίληψη της ποιότητας της εργασίας, επιδρά θετικά στην υγεία και στην ψυχολογική ευημερία (Chan & Wyatt, 2007). Σύμφωνα με τον King (1992), βασικός παράγοντας της βελτίωσης της επαγγελματικής ποιότητας ζωής είναι η ποιότητα επικοινωνίας μεταξύ του οργανισμού και των εργαζομένων. Οι οργανισμοί πρέπει να αναδεικνύουν το όραμά τους χρησιμοποιώντας ομαδικές ενημερώσεις ως πρώτο βήμα της συμμετοχής των εργαζομένων σε αυτό. Με αυτή την προσέγγιση, η σχέση μεταξύ του κάθε οργανισμού και των εργαζομένων του, θα μπορούσε να είναι επωφελής και για τους δύο, μιας και θα μπορούσε να εξελιχθεί σε μια σχέση, από την οποία θα έβγαιναν και οι δύο κερδισμένοι (Lau & May, 1998).

Ο μισθός και οι διάφορες αμοιβές, είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες, που καταγράφεται στην διεθνή βιβλιογραφία, οι εργαζόμενοι ικανοποιούνται όχι μόνο από το ύψος του μισθού αλλά και από την αίσθηση ότι εκτός από επαρκής είναι δίκαιος και ανάλογος της εργασίας που κάνουν (Walton, 1975). Στην Μαλαισία η ΕΠΖ των

εργαζομένων στις πολυεθνικές εταιρίες και στις μικρομεσαίες βιομηχανίες, αυξάνεται με κάθε αύξηση του εισοδήματος (Beh & Idris, 2006). Στο πανεπιστήμιο της Χαβάης μελετήθηκε η ποιότητα εργασιακής ζωής των καθηγητών για οκτώ χρόνια, ανακαλύφθηκε ότι ο μισθός ήταν ο παράγοντας που βελτιώνει περισσότερο την ικανοποίηση των καθηγητών, ακολουθούσαν οι καλές σχέσεις μεταξύ των καθηγητών και οι πανεπιστημιακές υπηρεσίες (Johnsrud, et. al., 2006).

Το περιβάλλον και οι συνθήκες εργασίας είναι ένας σημαντικός παράγοντας της ΕΠΖ των εργαζομένων, στην Ινδία η οποία είναι μια αναπτυσσόμενη χώρα και η επαγγελματική ποιότητα ζωής βρίσκεται σε νηπιακό στάδιο (Das, 2013), πρέπει να γίνουν πολλές παρεμβάσεις για να βελτιωθεί η ΕΠΖ. Οι εργαζόμενοι θεωρούν ότι το κύριο βάρος πρέπει να δίνεται, στο περιβάλλον εργασίας και στους διάφορους παράγοντες που το απαρτίζουν (Kalra & Ghosh, 1984). Αυτό είναι απόλυτα λογικό για το λόγο ότι το εργασιακό περιβάλλον στην Ινδία πάσχει ως προς την ποιότητα και οι εργαζόμενοι το επιλέγουν σαν πρώτο παράγοντα που χρειάζεται αλλαγή (Mehta, 1982). Στην Σομαλία και στο πανεπιστήμιο του Μογκαντίσου, η ασφάλεια του περιβάλλοντος εργασίας είναι ένας από τους πρώτους παράγοντες που έχει ιδιαίτερη σημασία στην ΕΠΖ των καθηγητών (Mohamed & BedelKhalif, 2017). Ανάλογα το περιβάλλον εργασίας επιλέγεται ως πρώτη επιλογή για την βελτίωση της ΕΠΖ σε δείγμα Κινέζων εργαζομένων στην Σιγκαπούρη (Wyatt, & Wah, 2001). Στην πόλη Kitale της Κένυας, οι παράγοντες που επηρεάζουν την ΕΠΖ των εργαζομένων στα πρατήρια καυσίμων, είναι η ασφάλεια, το περιβάλλον εργασίας, η παροχή κακών εργαλείων καθώς επίσης το άγχος και φόρτος εργασίας (Kiriago & Bwisa, 2013).

Στο δυτικό κόσμο, οι εργαζόμενοι θεωρούν άλλους παράγοντες πιο σημαντικούς, λόγω του ότι το περιβάλλον εργασίας συνήθως είναι ικανοποιητικό (Mottaz, 1981). Όταν οι συνθήκες εργασίας που εκτίθενται οι εργαζόμενοι είναι δυσμενείς το αποτέλεσμα είναι χαμηλή ποιότητα ΕΠΖ λόγω του ότι επηρεάζουν την φυσική τους κατάσταση και την ψυχική τους υγεία (Orpen, 1981).

Στη διεθνή βιβλιογραφία ειδικότερα για τον τομέα της Υγείας, αναφέρεται ότι η ευημερία των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα των νοσηλευτών εμποδίζεται από το περιβάλλον εργασίας, την καθημερινή τους επαφή με ασθενείς. Επιπρόσθετα, η αντιμετώπιση της θλίψης της ταλαιπωρίας και του θανάτου δημιουργεί υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους όπως επίσης και η συνεχής επαφή και η μακροχρόνια έκθεση σε αυτές τις συνθήκες εργασίας οδηγεί σε μακροχρόνιο συναισθηματικό άγχος (Clegg,

2001; Maslach, 2003). Το άγχος μπορεί να δημιουργήσει παθολογικές καταστάσεις είτε ως επιβαρυντικός παράγοντας ή να τις πυροδοτήσει. Οι εργαζόμενοι που εκτίθενται σε στρεσογόνο περιβάλλον κινδυνεύουν από πολλαπλές διαταραχές οι οποίες μπορεί να είναι απειλητικές για την ζωή, βασικό ρόλο παίζει η σοβαρότητα του εσωτερικού ή του εξωτερικού ερεθίσματος και ο χρόνος δράσης του (Yaribeygi, et. al., 2017). Το εργασιακό περιβάλλον επηρεάζει την ψυχική και βιολογική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού και παράλληλα αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα με άμεσο αντίκτυπο στην ποιότητα της προσφερόμενης νοσηλευτικής φροντίδας (Zhao, et. al., 2020). Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε εννέα χώρες και σε 1406 Νοσοκομεία έδειξε, ότι μειώνεται η επαγγελματική κόπωση και η δυσaréσκεια του νοσηλευτικού προσωπικού, όταν το περιβάλλον εργασίας τους διαθέτει ποιοτικά χαρακτηριστικά (Aiken, et. al., 2011), ενώ παράλληλα βελτιώνεται η ποιότητα φροντίδας προς τους ασθενείς (Zeleníková, et. al., 2020). Η υψηλή ΕΠΖ των εργαζομένων, έχει θετική συσχέτιση με την παρεχόμενη φροντίδα και την ποιότητα αυτής, στο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης (Davari, 2015), παράλληλα οι συνθήκες στο χώρο εργασίας επηρεάζουν την συχνότητα των λαθών, που γίνονται στην φαρμακευτική αγωγή (Ghasemi, et. al., 2008).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), θεωρεί πως ένα ελκυστικό και υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον μπορεί να περιγραφεί ως ένα περιβάλλον που προσελκύει άτομα στα επαγγέλματα υγείας, τους ενθαρρύνει να παραμείνουν στο εργατικό δυναμικό υγείας και τους επιτρέπει να αποδίδουν αποτελεσματικά (Wiskow, et. al., 2010). Σύμφωνα με Sansó et. al. (2020), σε μελέτη που διεξήγαγαν στην Ισπανία, για τους παράγοντες που επηρεάζουν περισσότερο την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των νοσηλευτών, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι είναι οι παράγοντες που σχετίζονται με τα προσωπικά χαρακτηριστικά, σε σχέση με τους οργανωτικούς παράγοντες. Οι ίδιοι προτείνουν ότι για να βελτιωθεί η επαγγελματική ποιότητα ζωής των Ισπανών νοσηλευτών καθώς και η ευεξία τους, πρέπει να γίνουν παρεμβάσεις για την αύξηση της αυτοφροντίδας και της αυτοσυμπόνιας, και καταλήγουν ότι μετά την πανδημία και τον κίνδυνο που ελλοχεύει για τους εργαζόμενους στην υγεία, οι παρεμβάσεις θεωρούνται απαραίτητες (Sansó, et. al., 2020).

Ο φόρτος εργασίας

Η ολιστική φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς από το νοσηλευτικό προσωπικό είναι σε 24ωρη βάση, η μη επαρκής στελέχωση δημιουργεί υψηλό κύκλο εργασιών, χρήση έκτακτου προσωπικού και αύξηση των υπερωριών (Bae, et. al., 2014), το

αποτέλεσμα εκτός από την ελλιπή προσφερόμενη νοσοκομειακή φροντίδα επηρεάζει την υγεία και την ευημερία των νοσηλευτών (Nantsupawat, et. al., 2015). Μπορεί η στελέχωση σύμφωνα με τον Aiken et. al. (2002) να είναι μια υποκειμενική έννοια στην οποία χρησιμοποιείτε η αντίληψη των νοσηλευτών για την επάρκειά της, η ικανότητα του οργανισμού όμως να μπορεί να προσδιορίσει και να χρησιμοποιήσει τον απαραίτητο αριθμό προσωπικού σε κάθε βάρδια προσθέτει αποτελεσματικότητα και ποιότητα στην περίθαλψη που προσφέρει (Saville, et. al., 2019). Όταν το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι επαρκές, παραλείπονται βασικές πράξεις νοσηλευτικής φροντίδας (Griffiths, et. al., 2018). Πολλές μελέτες, συσχετίζουν τις παραλείψεις με το επίπεδο στελέχωσης, η υψηλή ποιότητα περίθαλψης περιλαμβάνει και τον απαιτούμενο αριθμό νοσηλευτών στην βάρδια (Bruyneel, et. al., 2015; Ball, et. al., 2018). Η αναλογία νοσηλευτών-ασθενών είναι ένας παράγοντας που θα πρέπει να εξετάζεται από την διοίκηση των υπηρεσιών υγείας, για την βελτίωση της επαγγελματικής ποιότητας ζωής των νοσηλευτών, παράλληλα με τις σωστές συνθήκες εργασίας, μειώνεται η πρόθεση των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν την εργασία (Shin, et. al., 2018). Στις μονάδες εντατικής θεραπείας η επαρκής στελέχωση συσχετίζεται με μειωμένη νοσοκομειακή θνητότητα, απρογραμματίστη διασωλήνωση και καρδιακή ανακοπή (Kane, et. al., 2007). Η μειωμένη στελέχωση σχετίζεται με υψηλότερο φόρτο εργασίας εργασιακή δυσαρέσκεια, χαμηλότερη ποιότητα επαγγελματικής ζωής καθώς με τραυματισμούς στην διάρκεια της εργασίας (Nantsupawat, et. al., 2015). Όταν αυξάνεται ο φόρτος εργασίας των νοσηλευτών κατά ένα ασθενή, αυξάνεται και η πιθανότητα θανάτου ενός νοσηλευόμενου κατά 7%, εντός 30 ημερών από την εισαγωγή του, ενώ η εκπαίδευση και η μόρφωση του προσωπικού συσχετίζεται με χαμηλότερη θνησιμότητα των ασθενών (Sasichay-Akkadechanunt, et. al., 2003; Aiken, et. al., 2014).

Ωράριο εργασίας - βάρδιες

Στις οικογένειες στις οποίες εργάζονται και οι δύο γονείς, το ένα τέταρτο των ζευγαριών εργάζεται σε διαφορετικές βάρδιες (Presser, 1987), τις διαφορετικές βάρδιες μπορεί να τις «χρησιμοποιούν» οι γονείς για την ανατροφή των παιδιών, έχει όμως επιπτώσεις στην ευημερία των εργαζομένων και στην οικογενειακή ικανοποίηση (Presser, 1984). Οι εργαζόμενοι που έχουν σταθερή βάρδια, αντιμετωπίζουν λιγότερα

ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα, σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται σε κυκλικά ωράρια, αυτό ίσως συμβαίνει γιατί στα διαφορετικά ωράρια δεν μπορούν να προγραμματίσουν εύκολα δραστηριότητες ψυχαγωγίας, ή δεν αποκτούν ρουτίνα στην εργασία η οποία αναφέρεται ως θετικός παράγοντας της ποιότητας επαγγελματικής ζωής (Jamal & Jamal, 1982). Το 57% των νοσηλευτριών από πέντε περιφερειακά νοσοκομεία στην Ταιβάν οι οποίες εργάζονται σε βάρδιες έχουν κακή ποιότητα ύπνου, ενώ συνυπάρχει και θετική συσχέτιση της κακής ποιότητας ύπνου με την μειωμένη επαγγελματική ποιότητα ζωής (Shao, et. al., 2010). Σύμφωνα με τους Turchi et. al. (2019), η νυχτερινή εργασία συσχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ποιότητας ζωής, στην Αμερική οι νοσηλευτές που εργάζονται την νύχτα, έχουν αντιληπτή ποιότητα ύπνου χειρότερη, σε σχέση με αυτούς, που εργάζονται την ημέρα (Kryssie Kunert, 2007). Ένας προστατευτικός παράγοντας είναι η άσκηση η οποία λειτουργεί ανακουφιστικά και ξεκουράζει τους νοσηλευτές, που εργάζονται σε βάρδιες, όμως σύμφωνα με τους Samaha et. al. (2007) δεν ασκούνται αρκετά, λόγω της κόπωσης από την εργασία και του μειωμένου ελεύθερου χρόνου. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε βάρδιες, κινδυνεύουν από κακή ποιότητα ύπνο σε σχέση με αυτούς που εργάζονται πρωί (Chung, et. al., 2009). Ο κακός ύπνος δημιουργεί προβλήματα στους ανθρώπους καθώς, το βιολογικό σύστημα συντηρεί τις απαραίτητες λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος, στη διάρκεια του ύπνου το σώμα μας εκκρίνει ορμόνες οι οποίες υποστηρίζουν τα συστήματα του οργανισμού (Lee-Chiong, 2008). Οι διαταραχές στον ύπνο επιφέρουν πολλαπλά προβλήματα όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, ακανόνιστο κύκλο στις γυναίκες, πεπτικά προβλήματα, διαταραχές στο ανοσοποιητικό σύστημα (Savard, et. al., 2003; Baker & Driver, 2007; Blask, 2009). Σύμφωνα με τον Nakata et. al. (2005), ο επιπολασμός των τραυματισμών στο χώρο εργασίας είναι υψηλότερος σε αυτούς που έχουν κακή ποιότητα ύπνου, ενώ παράλληλα, ο κακός ύπνος συσχετίζεται θετικά με ιατρικά λάθη των νοσηλευτών (Suzuki, et. al., 2005).

Η βία στο χώρο της εργασίας είναι ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας της ΕΠΖ των εργαζομένων. Ως βία στο χώρο της εργασίας, ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο δέχεται επίθεση και κακοποιείται σωματικά ή δέχεται απειλές και κακοποιείται λεκτικά (d'Ettorre & Pellicani, 2017). Πλήθος επαγγελματιών και σε διάφορα περιβάλλοντα κινδυνεύουν από την άσκηση βίας στον χώρο εργασίας τους (υπάλληλοι τραπεζών, οδηγοί μέσων μαζικής μεταφοράς, στρατιωτικοί, εργαζόμενοι

στην υγειονομική περίθαλψη και πολλοί άλλοι) (Chappell & DiMartino, 2006). Η βία στον χώρο της υγείας αναφέρεται διαχρονικά στην βιβλιογραφία και συμβαίνει σε όλο τον κόσμο (Magnavita & Heponiemi, 2012; Phillips, 2016; Alshehry, et. al., 2019), ο χώρος που συμβαίνει συνήθως είναι οι ψυχιατρικές κλινικές και τα τμήματα επειγόντων περιστατικών (Privitera, et. al., 2005; Mento, et. al., 2020). Σε λεκτική κακοποίηση εκτίθενται συχνότερα οι νοσηλεύτριες, ενώ οι άντρες νοσηλευτές πέφτουν θύματα σωματικής κακοποίησης (Edward, et. al., 2016). Οι αρνητικές επιπτώσεις από τη βία στον χώρο εργασίας αναφέρονται εκτός από την σωματική και στην ψυχική υγεία (ανασφάλεια, αύξηση του άγχους, εξουθένωση, αισθήματα θυμού (Mento, et. al., 2020). Προστατευτικοί παράγοντες αποτελούν η οργανωτική δικαιοσύνη και η κοινωνική υποστήριξη (Magnavita & Heponiemi, 2012). Στη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Liu et. al. (2019), που αφορούσε τη βία στον χώρο εργασίας, προς τους επαγγελματίες από ασθενείς και συνοδούς, τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλό επιπολασμό της βίας, ιδιαίτερα στις χώρες της Βόρειας Αμερικής και στις χώρες της Ασίας. Τα τμήματα που επιβαρύνονται περισσότερο είναι των επειγόντων περιστατικών και των ψυχιατρικών κλινικών με τους νοσηλευτές και τους γιατρούς να είναι οι συχνότεροι αποδέκτες των εκδηλώσεων βίας. Στην ίδια έρευνα, το 61,9% των συμμετεχόντων, αναφέρει έκθεση σε οποιαδήποτε μορφή βίας, το 24% αναφέρει σωματική βία, το 57,6% δέχτηκε λεκτική κακοποίηση και με απειλές το 33,2%, επίσης το 12,4% αναφέρει σεξουαλική παρενόχληση (Liu, et. al., 2019).

Η οικογενειακή ζωή, παίζει και αυτή σημαντικό ρόλο στην ΕΠΖ των εργαζομένων μιας και πρέπει να υπάρχει ισορροπία μεταξύ της επαγγελματικής και της οικογενειακής ζωής, η ισορροπία αυτή προσθέτει ποιότητα στη επαγγελματική ζωή, και είναι ένας τρόπος οι εργοδότες να διατηρούν τους πιο χρήσιμους υπαλλήλους στην εργασία τους (Swarochi, et. al., 2018). Η εργασία από μακριά όπου είναι εφικτό, θα ήταν ένας τρόπος να βελτιώσουν οι οργανισμοί την ΕΠΖ των εργαζομένων τους, με αυτόν τον τρόπο ευημερεί το προσωπικό καθώς, δημιουργείτε ισορροπία μεταξύ της προσωπικής και της επαγγελματικής ζωής, οι οργανισμοί κερδίζουν και αυτοί γιατί μειώνεται το κόστος και αυξάνεται η παραγωγικότητα (Lewis & Cooper, 2005). Η ανάγκη της μετακίνησης προς την εργασία προσθέτει χρόνο στην εργασιακή ζωή, η εργασία από το σπίτι αυξάνει τον ελεύθερο χρόνο μιας και δεν υπάρχει λόγος μετακίνησης, έτσι παρατηρούνται υψηλά ποσοστά ικανοποίησης των εργαζομένων (Wheatley, 2012). Στα άτομα που εργάζονται για να εξελίξουν την καριέρα τους, η οικογενειακή ζωή ίσως

είναι ένας αρνητικός παράγοντας της ΕΠΖ, γιατί επιφέρει συγκρούσεις (Netemeyer, et. al., 1996). Σύμφωνα με τον Almalki et. al. (2012) το 58% των νοσηλευτών δεν καταφέρνει να εξισορροπήσει την εργασιακή με την οικογενειακή ζωή, ενώ παράλληλα ο Ramesh et. al. (2013) μας μεταφέρει ότι το 70% δυσκολεύεται να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις της εργασίας και της οικογένειας. Παρά τις δυσκολίες που διαπιστώνονται από τις μελέτες, σύμφωνα με τον Hemanathan et. al. (2017) οι παντρεμένοι νοσηλευτές παρουσιάζουν υψηλότερη ποιότητα επαγγελματικής ζωής σε σχέση με τους ελεύθερους.

1.4. Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας επαγγελματικής ζωής

Η επαγγελματική ποιότητα ζωής (ΕΠΖ), είναι μια έννοια πολύπλευρη. Στη διεθνή βιβλιογραφία καταγράφεται ένας μεγάλος αριθμός ερευνητικών εργαλείων που μελετούν διαφορετικές διαστάσεις της ποιότητας επαγγελματικής ζωής. Σύμφωνα με τον Bagtasos (2011), αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι δεν μπορεί να υπάρξει ένα κοινό ερευνητικό εργαλείο για τη μέτρησή της, που να έχει ισχύ και να μπορεί να εφαρμοστεί σε όλους τους οργανισμούς (Bagtasos, 2011). Σύμφωνα με τον Lawler (1975), κάθε εργαλείο μέτρησης, πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τέσσερα χαρακτηριστικά:

- 1) Να είναι έγκυρο και να μπορεί να μετρήσει τις σημαντικές διαστάσεις της ΕΠΖ.
- 2) Να διαθέτει επαρκή εγκυρότητα για οποιονδήποτε θέλει να το χρησιμοποιήσει.
- 3) Να είναι αντικειμενικό και επαληθεύσιμο χωρίς να μπορεί να χειραγωγηθεί.
- 4) Να μπορεί να διακρίνει ατομικές διαφορές στο ίδιο εργασιακό περιβάλλον (Lawler, 1975).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την αξιοπιστία κάθε ερωτηματολογίου είναι ο αριθμός των στοιχείων, το χρονικό διάστημα συμπλήρωσης και το δείγμα των ατόμων, η διάρκεια του χρόνου συμπλήρωσης, η οποία δεν πρέπει να είναι μεγάλη και ο αριθμός των ερωτήσεων να είναι περιορισμένος, γιατί στην αντίθετη περίπτωση λαμβάνονται επαναλαμβανόμενες απαντήσεις, που μειώνουν την αξιοπιστία του (Freitas & Rodrigues, 2005).

Ένα από τα πρώτα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για την μέτρηση της ποιότητας της εργασιακής ζωής είναι το Quality of Work Life (QWL) που δημιουργήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες από τον Walton (1975). Ο Walton συμπεριέλαβε 8 παράγοντες που διαμορφώνουν την ποιότητα επαγγελματικής ζωής η οποία μετρείται με 24 ερωτήσεις. Οι απαντήσεις δίνονται σε μία κλίμακα likert πέντε διαβαθμίσεων, όπου το 1 αντιστοιχεί στο «συμφωνώ απόλυτα, το 5 στο διαφωνώ απόλυτα και το 3 ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ (Walton, 1975). Κατά την εφαρμογή της κλίμακας, το άλφα του Cronbach βρέθηκε υψηλό 0,96 (Timossi, et. al., 2008).

Αντίστοιχα ο Taylor (1978), ανέπτυξε μια νέα μέθοδο μέτρησης της ποιότητας της εργασιακής ζωής στις Ηνωμένες Πολιτείες την Quality of Working Life. Βασιζόμενος στη μελέτη του Walton (1973), κατασκεύασε την πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου με 29 ερωτήσεις και πρόσθεσε άλλες 13 στην δεύτερη ενότητα, Το τελικό ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 42 ερωτήσεις που η κάθε μία απαντάται σε μία κλίμακα likert δίνοντας την ανάλογη βαθμολογία, 1 «σε πολύ μικρό βαθμό», 2 «σε λίγο βαθμό», 3 «σε κάποιο βαθμό», 4 «σε μεγάλο βαθμό» και 5 «σε πολύ μεγάλο βαθμό». Οι 42 ερωτήσεις μετράνε 10 διαστάσεις της ποιότητας επαγγελματικής ζωής.

Ένα άλλο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας επαγγελματικής ζωής, αναπτύχθηκε στο Ισραήλ από τους Elizur & Shye (1990). Το ερωτηματολόγιο που κατασκεύασαν αποτελείται από 32 ερωτήσεις, 16 ερωτήσεις αξιολογούν την επαγγελματική ποιότητα ζωής και 16 ερωτήσεις αξιολογούν την ποιότητα ζωής. Η αξιοπιστία των δύο ερωτηματολογίων βρέθηκε υψηλή (άλφα του Cronbach 0,93 και 0,85 αντίστοιχα). Σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, το πεδίο που εστιάζει η επαγγελματική ποιότητα ζωής είναι μικρότερο από την συνολική ποιότητα της ζωής, για το λόγο αυτό, αν θέλαμε να το αποδώσουμε σχηματικά, δημιουργείτε ένα κωνικό σχήμα με βάση την ποιότητα ζωής και κορυφή την επαγγελματική ποιότητα ζωής. Η ικανοποίηση από την εργασία και την ζωή καθώς και η αντιληπτή ποιότητα εργασίας βρίσκονται μεταξύ των περιοχών της ποιότητας ζωής και της επαγγελματικής ποιότητας ζωής (Elizur & Shye, 1990).

Άλλο ένα ερευνητικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας επαγγελματικής ζωής, είναι η Work-Related Quality of Life (WRQoL), η οποία δημιουργήθηκε στο Πανεπιστήμιο του Πόρτσμουθ από τους VanLaar et. al. (2007). Η συγκεκριμένη κλίμακα μελετάει την ποιότητα ζωής μέσα από 6 παράγοντες, το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει μόνο 23

ερωτήσεις και αυτό το κατατάσσει στα σύντομα και πιο εύχρηστα εργαλεία. Τα αποτελέσματα λαμβάνονται μέσω κλίμακας likert, με 1 «διαφωνώ απόλυτα», 2 «διαφωνώ», 3 «ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ», 4 «συμφωνώ» και 5 «συμφωνώ απόλυτα» (VanLaar, et. al., 2007). Η υποστήριξη της κλίμακας από το εν λόγω πανεπιστήμιο συνεχίζεται (Easton & VanLaar, 2012 ; Easton & VanLaar, 2013), η κλίμακα αξιοποιείται στο Ηνωμένο Βασίλειο και τα αποτελέσματά της, βοηθούν πολλούς οργανισμούς να βελτιώσουν την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής. Έχει ήδη χρησιμοποιηθεί σε 50 χώρες, ενώ έχει μεταφραστεί σε 10 γλώσσες (VanLaar, et. al., 2007; Easton & VanLaar, 2018).

Στο Σικάγο η Brooks (2004), δημιούργησε την κλίμακα Quality of Nursing Work Life (QNWL) η οποία μετρά την ποιότητα επαγγελματικής ζωής των νοσηλευτών. Η κλίμακα περιλαμβάνει 42 ερωτήσεις. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται σε μία κλίμακα likert 6 διαβαθμίσεων, η οποία κυμαίνεται από το 1 «διαφωνώ απόλυτα» που λαμβάνει 1 βαθμό, μέχρι το «συμφωνώ απόλυτα» που λαμβάνει 6 βαθμούς. Η μέθοδος αυτή παίρνει υπόψη της, τέσσερις διαστάσεις της ποιότητας επαγγελματικής ζωής, Η ελάχιστη βαθμολογία που μπορεί να συγκεντρώσει κάποιος είναι το 42 και η μέγιστη το 252, όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο καλύτερη η επαγγελματική ποιότητα ζωής των νοσηλευτών (Brooks, 2004).

Στο πανεπιστήμιο του Κεμπέκ αναπτύχθηκε το ερωτηματολόγιο Quality of Working Life Systemic Inventory (QWLSI) το οποίο ανέπτυξαν οι Martel & Dupuis (2006). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 33 ερωτήσεις. Σε κάθε ερώτηση ζητείται από τον ερωτώμενο να απαντήσει με βάση την εργασιακή κατάσταση, που βρίσκεται την συγκεκριμένη στιγμή σε σχέση με την χειρίστη και την ιδανική κατάσταση και στη συνέχεια να απαντήσει ξανά με βάση το που θα ήθελε να βρίσκεται σε σχέση με την ιδανική κατάσταση, το χάσμα μεταξύ των σημείων αντιστοιχεί στην βαθμολογία της ποιότητας επαγγελματικής ζωής (Martel & Dupuis, 2006).

Ένα εξίσου σημαντικό και αξιόλογο εργαλείο μέτρησης, της ποιότητας επαγγελματικής ζωής κατασκευάστηκε από τον Sirgy et. al. (2001), στην Βιρτζίνια των ΗΠΑ, σχεδιάστηκε, για να ερευνήσει τον βαθμό, που καλύπτονται οι ανάγκες των εργαζομένων μέσω της εργασίας. Το ερωτηματολόγιο μετράει 7 βασικές ανάγκες:

1) ανάγκες υγείας και ασφάλειας,

- 2) ανάγκες οικονομικές και οικογενειακές,
- 3) κοινωνικές ανάγκες,
- 4) ανάγκες εκτίμησης,
- 5) ανάγκες πραγματοποίησης,
- 6) γνωστικές ανάγκες
- 7) αισθητικές ανάγκες.

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 16 ερωτήσεις οι οποίες μετράνε 16 διαστάσεις, από τις 7 προαναφερόμενες ανάγκες. Κάθε ερώτηση απαντάται σε μία κλίμακα Likert 7 διαβαθμίσεων που κυμαίνεται από το «πολύ αναληθές» έως «πολύ αληθές» (Sirgy, et. al., 2001).

Στην Ταιβάν δύο είναι οι κλίμακες που χρησιμοποιούνται περισσότερο για την καταμέτρηση της ΕΠΖ των νοσηλευτών, η πρώτη είναι η κινέζικη Quality of Nursing Work Life Scale. Το ερωτηματολόγιο της κλίμακας αποτελείται από 57 ερωτήσεις και μετράει την ΕΠΖ των νοσηλευτών, λαμβάνοντας υπόψη του 13 διαστάσεις (Dai, et. al., 2016). Η δεύτερη είναι η κλίμακα Assessment Chart for Quality of Work Life, η οποία εκτός των νοσηλευτών χρησιμοποιείται, για την καταμέτρηση της ΕΠΖ όλων των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη, περιλαμβάνει 53 ερωτήσεις οι οποίες εκπροσωπούν τις 8 διαστάσεις που αναλύονται. Και οι δύο κλίμακες είναι αρκετά χρονοβόρες λόγω των πολλών ερωτήσεων που περιέχουν, η δεύτερη κλίμακα μάλιστα δεν λαμβάνει υπόψη, την σύνδεση της εργασίας, με την εργασία στο σπίτι που αφορά περισσότερο τις γυναίκες, μια βασική διάσταση για το νοσηλευτικό κλάδο, που η πλειοψηφία του αποτελείται από γυναίκες (Dai, et. al., 2016).

Σχετικά πρόσφατα οι Barcelos & Freitas (2012) δημιούργησαν ένα ακόμα εργαλείο για την καταμέτρηση της ΕΠΖ στον τραπεζικό τομέα, το ερωτηματολόγιο του οποίου αποτελείται από 39 ερωτήσεις. Το 2014 οι ίδιοι μελετητές έχοντας προσθέσει και άλλες ερωτήσεις στο μοντέλο τους, αξιολογούν το καινούργιο εργαλείο, το ερωτηματολόγιο του οποίου αποτελείται πλέον από 47 ερωτήσεις συν μία πρόσθετη. Ο ερωτώμενος απαντά σε μια εντεκάβαθμη κλίμακα likert, στην οποία το 0 αντιστοιχεί στο «πολύ δυσαρεστημένος» και το 10 στο «πολύ ικανοποιημένος», μπορεί επίσης να μην απαντήσει σε κάποια ερώτηση αφού υπάρχουν δύο ακόμα επιλογές, «δεν κατάλαβα»

αν η ερώτηση δεν είναι σαφής και «δεν ισχύει» αν η ερώτηση δεν είναι σχετική με τη δική του εργασία. Το μοντέλο χρησιμοποιεί εννέα διαστάσεις της ΕΠΖ των εργαζομένων, οι 5 έχουν υψηλή αξιοπιστία, οι τρεις μέτρια αξιοπιστία και μία έχει χαμηλή αξιοπιστία και απαιτεί περισσότερη διερεύνηση (Barcelos & Freitas, 2014).

Ένα άλλο εργαλείο κατασκευάστηκε στις ΗΠΑ, το ερωτηματολόγιο Professional Quality Life το οποίο αποτελείται από 35 ερωτήσεις, μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα Ισπανικά όπου χρησιμοποιείτε σαν CVP-35 ερωτηματολόγιο (Rodarte-Cuevas, et. al., 2016). Το ερωτηματολόγιο αυτό μετράει 3 διαστάσεις της ποιότητας επαγγελματικής ζωής και περιλαμβάνει 13 ερωτήσεις για την πρώτη διάσταση, 11 ερωτήσεις για την δεύτερη και δέκα ερωτήσεις για την τρίτη διάσταση, προστίθεται και 35^η ερώτηση που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής. Οι ερωτήσεις απαντώνται σε δεκαβάθμια κλίμακα Likert. Το συγκεκριμένο εργαλείο είναι ευαίσθητο και μπορεί να αξιολογήσει σωστά την αντίληψη της επαγγελματικής ποιότητας ζωής (Fernández, et. al., 2008).

Ακόμα πιο πρόσφατα δημιουργήθηκε ένα ακόμα εργαλείο μέτρησης της ποιότητας επαγγελματικής ζωής από τον Swamy et. al. (2015), που αφορούσε τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των εργαζομένων σε μικρομεσαία εργοστάσια στην Ινδία. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 50 ερωτήσεις και απαντάται μέσω κλίμακας Likert 5 διαβαθμίσεων αριθμητικών, με το 1 να αντιστοιχεί στο «διαφωνώ απόλυτα» και το 5 «συμφωνώ απόλυτα». Για κάθε διάσταση υπάρχει συγκεκριμένος αριθμός ερωτήσεων, οι απαντήσεις των ερωτήσεων για κάθε διάσταση προστίθενται και διαιρούνται με το 50. Το χαμηλότερο σκορ που συγκεντρώνει κάποιος είναι το 1 και το μεγαλύτερο είναι το 5, τα υψηλότερα σκορ σημαίνουν καλύτερη ποιότητα επαγγελματικής ζωής (Swamy, et. al., 2015).

Ένα άλλο Ισπανόφωνο εργαλείο μέτρησης της ΕΠΖ, το CTV-GOHISALO δημιουργήθηκε στο Μεξικό. Το ερωτηματολόγιο του οποίου αποτελείται από 74 ερωτήσεις, χρησιμοποιήθηκε και επικυρώθηκε στο Περού για πρώτη φορά σε νοσηλευτές (Peñarrieta de Córdova, et. al., 2014). Η χρήση του δεν περιορίζεται μόνο σε αυτούς, σύμφωνα με τους δημιουργούς του, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλες τις ομάδες των εργαζομένων, για την μέτρηση της ΕΠΖ. Λαμβάνει υπόψη του 7 διαστάσεις και οι απαντήσεις του δίνονται μέσω κλίμακας likert 5 διαβαθμίσεων. Η αξιοπιστία του είναι υψηλή με το άλφα του Cronbach να σημειώνει 0,96. Λόγω του εύρους του

ερωτηματολογίου, που το καθιστούσε χρονοβόρο, οι μελετητές ανέπτυξαν μια πιο σύντομη έκδοση του εργαλείου, το CVT-GOHISALO (short version). Η σύντομη έκδοση περιλαμβάνει τις 7 διαστάσεις του πρώτου εργαλείου, ελαττώνοντας τον αριθμό των ερωτήσεων σε 31, με παράλληλη μείωση των ερωτήσεων οι οποίες μελετούν την κάθε διάσταση (Moreno, et. al., 2018).

Ένα από τα αξιόπιστα εργαλεία για την αξιολόγηση της επαγγελματικής ποιότητας ζωής είναι το Professional Quality of Life Scale (ProQoL) της Stamm, (2005), Αποτελείται από 30 ερωτήσεις οι οποίες βαθμολογούνται μέσω κλίμακας Likert (από 0 = ποτέ έως 5 = πάντα) Stamm (2005). Το ερωτηματολόγιο μετράει, την Ικανοποίηση της συμπόνιας, την εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες (STS), με δέκα ερωτήσεις για κάθε κλίμακα. Η Κόπωση της συμπόνιας είναι χαμηλή όταν η βαθμολογία είναι μικρότερη του 8, μέση όταν η βαθμολογία είναι 9-17 και υψηλή όταν είναι μεγαλύτερη του 17. Η ικανοποίηση της συμπόνιας είναι χαμηλή όταν η βαθμολογία είναι μικρότερη του 33, μέση όταν το αποτέλεσμα είναι 34-41 και υψηλή όταν είναι μεγαλύτερη του 41. Στην εξουθένωση αντίστοιχα όταν η βαθμολογία είναι μικρότερη του 18 έχουμε χαμηλή εξουθένωση, μεταξύ 19-26 παρουσιάζεται ως μέση και μεγαλύτερη του 26 ως υψηλή εξουθένωση (Galiana, et. al., 2017). Έχει μεταφραστεί σε 26 γλώσσες και σύμφωνα με τον (Heritage, et. al., 2018) το άλφα του Cronbach για την ικανοποίηση της συμπόνιας βρέθηκε στο 0,90, η εξουθένωση 0,80 και το δευτερογενές τραυματικό στρες 0,84.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Διαστάσεις της Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής

2.1 Ικανοποίηση συμπόνιας - Θεωρητικές προσεγγίσεις

Η συμπόνια σύμφωνα με τον Gilbert (2017) ορίζεται ως η ευαισθησία που εμφανίζουν οι άνθρωποι στο να κατανοούν τα βάσανα των άλλων και η προσπάθεια αποτροπής και ανακούφισης αυτών, ενώ σύμφωνα με τους López et. al. (2018), είναι η συναισθηματική επιθυμία και η προσπάθεια ανακούφισης της στεναχώριας ενός άλλου ανθρώπου και η ελάττωση της ταλαιπωρίας του. Η ικανοποίηση της συμπόνιας είναι η θετική πλευρά της επαγγελματικής ποιότητας ζωής, συμβάλει στην ευεξία των επαγγελματιών και στην εργασιακή ικανοποίηση, κάθε άτομο όταν κάνει καλά τη δουλειά του, νιώθει ότι προσφέρει στην κοινωνία και μέσα από αυτό, αντλεί ικανοποίηση και βελτιώνει την επαγγελματική ποιότητα της ζωής του (Stamm, 2010). Η ικανοποίηση της συμπόνιας είναι το ευχάριστο συναίσθημα, που αποκομίζει ο εργαζόμενος δίνοντας ένα χέρι βοήθειας σε ανθρώπους, που περνάνε τραυματικές καταστάσεις (O'Callaghan, et. al., 2020). Σύμφωνα με τους Walker & Avant (2011) τα συναισθήματα τα οποία σχετίζονται με την ικανοποίηση της συμπόνιας είναι η ευτυχία, η έμπνευση, η εκπλήρωση, η ενέργεια, η ελπίδα και η ευγνωμοσύνη. Ένα άτομο που έχει υψηλή ικανοποίηση της συμπόνιας είναι αυτό που ενισχύεται θετικά από την εργασία του, είναι το άτομο που έχει αρκετά από τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

καλές σχέσεις με τους συναδέλφους του,

είναι αποτελεσματικό,

δεν έχει «βαλτώσει» στην εργασία του,

επωφελείται από την συνεχή εκπαίδευση,

λαμβάνει προαγωγές,

οι ασθενείς του τον προτιμούν από τους άλλους συναδέλφους (Stamm, 2010).

Η ικανοποίηση της συμπόνιας είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη, καθώς συσχετίζεται με το δευτερογενές τραυματικό άγχος και την εξουθένωση, όταν αυξάνεται η ικανοποίηση της συμπόνιας μειώνονται οι άλλοι δύο παράγοντες, ενώ όταν

μειώνεται, αυξάνονται η εξουθένωση και το δευτερογενές άγχος (Galiana, et. al., 2017). Η σχέση μεταξύ της ικανοποίησης της συμπόνιας και της κόπωσης της συμπόνιας είναι αντίστροφη, όταν αυξάνεται η μία ελαττώνεται η άλλη, μιας και η ευχαρίστηση που βρίσκουν οι επαγγελματίες στην εργασία τους απομακρύνει την εξουθένωση, και αυξάνει την ποιότητα επαγγελματικής ζωής (Jarrad & Hammad, 2020). Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν την ικανοποίηση της συμπόνιας στους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με τους Kim & Na (2017), η ικανοποίηση της συμπόνιας συσχετίζεται αρνητικά με την κόπωση της συμπόνιας, το άγχος, την κατάθλιψη και τις διαταραχές του ύπνου. Η ικανοποίηση της συμπόνιας που εμφανίζουν οι νοσηλευτές ογκολογίας συσχετίζεται με τις ώρες που κοιμούνται καθώς και τον ελεύθερο χρόνο που έχουν στη διάθεσή τους (Jarrad & Hammad, 2020). Ειδικότερα οι γυναίκες νοσηλεύτριες που έχουν οικογένεια, κάνουν και δεύτερη βάρδια στο σπίτι, φροντίζοντας τα παιδιά και τον σύζυγό, ελαττώνοντας έτσι τον ελεύθερο χρόνο τους, ελαττώνουν την ικανοποίηση της συμπόνιας (Simon, et. al., 2004). Σύμφωνα με τον Gillespie (2013), για να διατηρήσουν ένα μέρος της ικανοποίησης της συμπόνιας, παρά το δύσκολο περιβάλλον εργασίας, που τους αναγκάζει να έρχονται καθημερινά σε επαφή με τον θάνατο, θα πρέπει να δημιουργήσουν αναμνήσεις, από σημαντικές ευχάριστες στιγμές στην καριέρα τους. Οι νοσηλευτές που εργάζονται στην καρδιολογική μονάδα, στην καρδιολογική κλινική και στην αγγειακή μονάδα στην μελέτη των Young et. al. (2011), παρουσιάζουν μέτρια με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης της συμπόνιας. Επίσης οι νοσηλευτές ογκολογίας στις νότιες πολιτείες των ΗΠΑ εμφανίζουν μέσης και υψηλής βαθμολογίας επίπεδα ικανοποίησης της συμπόνιας, όπως επίσης χαμηλά και μέσα επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες (Wells-English, et. al., 2019). Η μελέτη των Wentzel & Brysiewicz (2018) στους νοσηλευτές ογκολογίας της Νότιας Αφρικής αναφέρει επίσης, υψηλά επίπεδα ικανοποίησης της συμπόνιας, παρά την παρατεταμένη έκθεσή τους σε ένα περιβάλλον ασθενών, που εμφανίζουν σοβαρά συμπτώματα υγείας, λόγω των χημειοθεραπειών και των τελικών σταδίων του καρκίνου. Η ηλικία και τα χρόνια υπηρεσίας σε ογκολογικά τμήματα δεν φαίνεται να παίζουν κάποιο ρόλο, σε αντίθεση με την μελέτη των Potter et. al. (2010), που διαπιστώνει ότι οι έμπειροι νοσηλευτές ογκολογίας εμφανίζουν υψηλότερη ικανοποίηση από συμπόνια, ενώ οι νεότεροι κινδυνεύουν από εξουθένωση και κόπωση της συμπόνιας. Η ικανοποίηση της συμπόνιας επίσης σχετίζεται με τα ανώτερα επίπεδα εκπαίδευσης, καθώς οι νοσηλευτές που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου, έχουν περισσότερες

πιθανότητες να εμφανίσουν υψηλά ποσοστά (Wu, et. al., 2016). Η υψηλή ενσυναίσθηση είναι ένας παράγοντας που έχει θετική συσχέτιση στους νοσηλευτές (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017). Στην Αμερική οι νοσηλευτές σε μονάδα τραύματος αναφέρουν υψηλές βαθμολογίες ικανοποίησης της συμμόνιας 78,9%, η υψηλή αυτή βαθμολογία συσχετίζεται με την στήριξη από την υπηρεσία, τις καλές σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων, με την συμμετοχή τους σε άσκηση και την χρήση του διαλογισμού (Hinderer, et. al., 2014). Στις Ηνωμένες Πολιτείες υπάρχει έλλειψη νοσηλευτών, με αποτέλεσμα να χρειάζεται υψηλότερο κόστος εργασίας για να προσληφθούν, οι οργανισμοί λόγω των ελλείψεων, εφαρμόζουν προγράμματα διατήρησης του προσωπικού, τα οποία αυξάνουν με τη σειρά τους το κόστος εργασίας (Bakhamis, et. al., 2019). Σύμφωνα με τους Kelly & Tyson (2016), κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου της εργασίας τους το 20% των νοσηλευτών παραιτούνται, εγκαταλείποντας ένα σύστημα το οποίο, τους εξαντλεί συναισθηματικά και τους δημιουργεί αυξημένο άγχος, η ικανοποίηση της συμμόνιας είναι ένας παράγοντας ο οποίος μειώνει τις πιθανότητες οι νοσηλευτές να παραιτηθούν από την εργασία τους (Aycocock & Boyle, 2009; Gentry, 2018). Στους νοσηλευτές των Φιλιππίνων η ικανοποίηση από την εργασία, οι σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων όπως επίσης και ο μισθός είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν θετικά την ικανοποίηση της συμμόνιας (Balinbin, et. al., 2020). Σύμφωνα με τον Hooper et. al. (2010), η ικανοποίηση της συμμόνιας μεταξύ των νοσηλευτών των ΤΕΠ και τριών άλλων ειδικοτήτων, της ογκολογίας, της νεφρολογίας και της ΜΕΘ δεν εμφανίζει στατιστικές διαφορές, οι νοσηλευτές των επειγόντων περιστατικών δείχνουν μέσα από τις βαθμολογίες τους ότι κινδυνεύουν με εμφάνιση μειωμένης ικανοποίησης της συμμόνιας. Οι παράγοντες που συσχετίζονται με την χαμηλή επαγγελματική ποιότητα ζωής των νοσηλευτών στα επείγοντα περιστατικά είναι η νεαρή ηλικία, τα ελάχιστα χρόνια εμπειρίας και η μικρή κοινωνική υποστήριξη (Kim & Choi, 2012). Ένας παράγοντας που ελαττώνει την ικανοποίηση της συμμόνιας επίσης είναι ο ελλιπής ύπνος των νοσηλευτών (Suzuki et. al. 2005), οι νοσηλευτές που εργάζονται νύχτες ή σε κυκλικό ωράριο, δεν κοιμούνται όσο πρέπει για να ξεκουράζονται (Shao, et. al., 2010). Η συσσωρευόμενη αυτή αϋπνία, μπορεί να μειώσει την επαγρύπνηση του επαγγελματία και να βλάψει ακόμα την λήψη των αποφάσεων (Zion & Shochat, 2018), δημιουργούνται έτσι προϋποθέσεις για να ελαττωθεί η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας της περίθαλψης (Suzuki et. al. 2005). Οι Βραζιλιάνοι επαγγελματίες υγείας και ειδικότερα οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι νοσηλευτές και οι γιατροί, εμφανίζουν υψηλή ικανοποίηση της συμμόνιας ενώ οι

Ισπανοί συνάδελφοί τους έχουν μεσαία επίπεδα (Galiana, et. al., 2017). Στην Αίγυπτο την υψηλότερη ικανοποίηση της συμπόνιας εμφανίζουν οι μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες των γιατρών, με τις μικρότερες ηλικίες να έχουν την χαμηλότερη (El-Shafei, et. al., 2018), αυτό είναι πιθανό να συμβαίνει, γιατί η εμπειρία που έχουν σε σχέση με τους νεότερους, τους βοηθάει να χειρίζονται αποτελεσματικότερα τις αγχωτικές καταστάσεις της εργασίας τους (Rosenstein, 2013). Στην μελέτη των Craig & Sprang (2010), επίσης οι έμπειροι κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι αναφέρουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης της συμπόνιας, σε σχέση με τους νεότερους επαγγελματίες, οι οποίοι εμφανίζουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Στην μελέτη των Wang et. al. (2020), οι κινέζοι νοσηλευτές παρουσιάζουν κακή ποιότητα επαγγελματικής ζωής, η εμφάνιση της ικανοποίησης της συμπόνιας φτάνει στο $32,63 \pm 6,46\%$, η βελτίωσή της συσχετίζεται θετικά με την τακτική άσκηση, τον έγγαμο βίο, την ηλικία άνω των 36 ετών, την καλή ποιότητα του ύπνου και την εργασιακή ικανοποίηση, ένας αρνητικός παράγοντας της ικανοποίησης από συμπόνια είναι το κάπνισμα. Οι νοσηλευτές της ΜΕΘ εμφανίζουν χαμηλότερη ικανοποίηση από συμπόνια σε σχέση με τους ογκολογικούς νοσηλευτές, όπως επίσης υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης, οι άντρες νοσηλευτές έχουν υψηλότερη ικανοποίηση από συμπόνια από τις γυναίκες νοσηλεύτριες και χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης (Mooney, et. al., 2017). Στην Κορέα όσο υψηλότερος είναι ο επαγγελματισμός, που έχουν οι νοσηλευτές ογκολογίας, τόσο υψηλότερη η ικανοποίηση της συμπόνιας, η ενίσχυση του επαγγελματισμού όπως επίσης τα προγράμματα ηθικής εκπαίδευσης αυξάνουν την επαγγελματική ποιότητα ζωής, την επαγγελματική αφοσίωση και την ικανοποίηση της συμπόνιας (Jang, et. al., 2016). Σύμφωνα με την Gentry (2018), οι παράγοντες που αυξάνουν την ανθεκτικότητα των νοσηλευτών είναι η εξάσκηση της αυτοφροντίδας, η άσκηση, ο επαρκής ύπνος, οι συζητήσεις με τους συναδέλφους για την δυσκολία αντιμετώπισης των ασθενών, καθώς και η συμμετοχή τους σε συμβουλευτικές συνεδρίες. Ο εργαζόμενος θεραπευτής στο Ηνωμένο βασίλειο παρουσιάζουν μέση ικανοποίηση της συμπόνιας και θεωρούν ότι η εποπτεία και η υψηλότερη υποστήριξη από την διοίκηση θα προκαλούσε την αύξησή της (Sodeke-Gregson, et. al., 2013). Η αύξηση της ικανοποίησης της συμπόνιας, είναι ένας από τους στόχους, που πρέπει να θέσει η υπηρεσία, της παιδιατρικής παρηγορητικής φροντίδας (Weintraub, et. al., 2016). Η υποστήριξη από τους διευθυντές είναι ένας παράγοντας που συσχετίζεται με αύξηση της ικανοποίησης συμπόνιας, όταν η υποστήριξη είναι χαμηλή, συσχετίζεται με την αύξηση της κόπωσης

της συμπόνιας και της εξουθένωσης (Hunsaker, et. al., 2015). Η εφαρμογή προγραμμάτων κατάρτισης ανθεκτικότητας, βοηθά τους νοσηλευτές να αυξήσουν την ικανοποίηση της συμπόνιας και να ελαττώσουν την κόπωση της συμπόνιας (Potter, et. al., 2013; Wahl, et. al., 2018), επίσης η ενημέρωση μετά από ανεπιτυχή αποτελέσματα σε ασθενείς, αυξάνει το ηθικό και την ανθεκτικότητα και επουλώνει τα τραύματα που δημιουργήθηκαν (Schmidt & Haglund, 2017). Στην Τουρκία εφαρμόστηκε ένα πρόγραμμα παρέμβασης, σε 43 νοσηλευτές που εργάζονταν με ογκολογικούς ασθενείς, σχεδιάστηκε και τέθηκε σε εφαρμογή από την ηγεσία της νοσηλευτικής υπηρεσίας ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου, η παρέμβαση αφορούσε την βελτίωση της ικανοποίησης της συμπόνιας, την ελάττωση της κόπωσης της συμπόνιας και της εξουθένωσης των εν λόγω νοσηλευτών. Πραγματοποιήθηκαν τέσσερις συμβουλευτικές συνεδρίες, η θεωρητική βάση των οποίων δημιουργήθηκε μέσω της βιβλιογραφίας για την ψυχοεκπαίδευση. Οι μετρήσεις μετά το τέλος του προγράμματος, έδειξαν βελτίωση της επαγγελματικής ποιότητας ζωής μέσω της αύξησης της ικανοποίησης της συμπόνιας και της ελάττωσης του κινδύνου για επαγγελματική εξουθένωση και δευτερογενούς τραυματικού στρες (Yilmaz, et. al., 2018).

2.2 Κόπωση της συμπόνιας

Η κόπωση της συμπόνιας είναι η αρνητική πλευρά, της επαγγελματικής ποιότητας ζωής σύμφωνα με την Stamm (2010), συσχετίζεται με την ικανοποίηση της συμπόνιας, όταν αυξάνεται η μία ελαττώνεται η άλλη και το αντίστροφο, οι δύο πτυχές που ενσωματώνει είναι η επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες. Κόπωση συμπόνιας είναι το κόστος που παίρνει ο επαγγελματίας υγείας φροντίζοντας άλλους ανθρώπους, η ανακούφιση των ασθενών δημιουργεί πίεση και συναισθηματικό πόνο στον επαγγελματία (Ruiz-Fernández, et. al., 2020b). Η ανακούφιση των άλλων πολλές φορές δεν είναι εφικτή από τους επαγγελματίες υγείας, υπερβαίνει τη δική τους ικανότητά όπως επίσης και του συστήματος υγείας προκαλώντας τους συναισθηματική δυσφορία (Nolte, et. al., 2017). Όταν ένας επαγγελματίας πάσχει από κόπωση συμπόνιας, είναι ενδεχόμενο να βιώνει συναισθήματα φόβου κατά την αλληλεπίδρασή του με τους ασθενείς, αυτός είναι ένας λόγος, που μπορεί να αποφεύγει τις επαγγελματικές σχέσεις μαζί τους, με τελικό

αποτέλεσμα την μείωση της νοσηλευτικής φροντίδας (Sabo, 2011). Η κόπωση της συμπόνιας αναπτύσσεται σταδιακά και επηρεάζει την σωματική, πνευματική και ψυχολογική υγεία των νοσηλευτών, ο αντίκτυπος του αρνητικού αυτού παράγοντα εμφανίζεται στην ευημερία και στην ποιότητα της ζωής τους, αρνητικό αντίκτυπο έχει και στους ίδιους τους οργανισμούς και στην προσφερόμενη νοσηλευτική φροντίδα (Sinclair, et. al., 2017; Wentzel, 2017; Adimando, 2018). Είναι μια αθροιστική διαδικασία, που έρχεται προοδευτικά μέσω της συνεχόμενης επαφής με ασθενείς, καταναλώνει περισσότερη ενέργεια από τον επαγγελματία, από αυτή που μπορεί να αποκαταστήσει, με αποτέλεσμα σωματικές συναισθηματικές και κοινωνικές αλλαγές, αυξανόμενης έντασης (Coetzee & Kloppe, 2010). Συσχετίζεται θετικά με συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, απάθειας, υπέρταση, και διαταραχών του ύπνου (Jackson, 2004 ; Kim & Na, 2017). Οι επαγγελματίες υγείας και ειδικότερα οι νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται σε περιβάλλοντα που τους δημιουργούν υψηλό στρες, παρουσιάζουν πολύ συχνά κόπωση της συμπόνιας, με αποτέλεσμα να μειώνεται η ικανότητά τους να λειτουργούν αποτελεσματικά (Stanton, et. al., 2015). Η κόπωση της συμπόνιας από το 2010 μέχρι το 2020 αυξάνεται σταθερά στους νοσηλευτές, τα υψηλότερα ποσοστά εμφανίζονται το 2019. Οι νοσηλευτές των μονάδων εντατικής θεραπείας εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με άλλους εργασιακούς χώρους (Xie, et. al., 2021). Σύμφωνα με τον Austin et. al. (2009), θα πρέπει να θεωρείτε σαν μια ατομική εμπειρία, η οποία έχει περιβαντολογική προέλευση συστηματικού χαρακτήρα. Κάθε νοσηλευτής επηρεάζεται από το άγχος της εργασίας, όταν αυτό ξεπερνάει τα όρια αντοχής του, ο επαγγελματίας καταφεύγει στην αποφυγή οποιασδήποτε εμπλοκής για να προστατευτεί, και κάθε αίτημα από την πλευρά του ασθενή για βοήθεια, μπορεί να του προκαλέσει εκνευρισμό (Coetzee & Kloppe, 2010). Οι νοσηλευτές είναι η ειδικότητα που εμφανίζει συμπεριφορές αυτοθυσίας, σύμφωνα με τους Abendroth & Flannery (2006), ακόμα και στα πρόθυρα της κόπωσης της συμπόνιας, αυτό που τους απασχολεί περισσότερο είναι οι ασθενείς τους και όχι ο εαυτός τους. Οι νοσηλευτές που εργάζονται με ογκολογικούς ασθενείς, περνούν ένα μεγάλο κομμάτι της επαγγελματικής τους ζωής δίπλα στο κρεβάτι ασθενών που υποφέρουν, η κατάσταση αυτή αυξάνει τον κίνδυνο να εμφανίσουν κόπωση συμπόνιας (Wells-English, et.al., 2019), τα ψυχολογικά βάρη που παίρνουν από τους ασθενείς, μέσα από την αναπτυσσόμενη σχέση φροντίδας μπορεί να τους προκαλέσουν θλίψη και αγωνία (Wu, et. al., 2016). Μια άλλη μελέτη για τους νοσηλευτές που εργάζονται στην ογκολογία προειδοποιεί επίσης, ότι κινδυνεύουν να αναπτύξουν υψηλή κόπωση της συμπόνιας,

ενώ οι νοσηλευτές της ΜΕΘ έχουν τον υψηλότερο κίνδυνο σε σχέση με τις άλλες ειδικότητες των νοσηλευτών, να εμφανίσουν εξουθένωση (Hooper, et. al., 2010). Οι έμπειροι νοσηλευτές ογκολογίας στην Αμερική είναι αυτοί, που κινδυνεύουν λιγότερο από κόπωση της συμπόνιας, (Wu, et. al., 2016), οι νεότεροι νοσηλευτές κινδυνεύουν να εμφανίσουν υψηλά ποσοστά κόπωσης της συμπόνιας και εξουθένωση (Potter, et. al., 2010). Όταν η διάρκεια της βάρδιας των νοσηλευτών, είναι μεγαλύτερη από 12 ώρες ή οι εβδομαδιαίες ώρες εργασίας υπερβαίνουν τις 40, τότε αυξάνονται τα λάθη που συμβαίνουν στην φαρμακευτική αγωγή λόγω της κόπωσης, κάθε επιπλέον ώρα υπερωριακής αμειβόμενης εργασίας πέραν των 12 ωρών αυξάνει κατά 2% τις πιθανότητες να δοθεί λάθος φάρμακο ή λανθασμένη δόση φαρμάκου στον ασθενή (Olds & Clarke, 2010). Το μειωμένο προσωπικό στην νοσηλευτική βάρδια επιφέρει κινδύνους αύξησης των λαθών στην φαρμακευτική αγωγή, όταν υπάρχει επαρκές προσωπικό τα λάθη που συμβαίνουν στην φαρμακευτική αγωγή μειώνονται (Scott, et. al., 2006). Στη Βοσνία-Ερζεγοβίνη οι οικογενειακοί γιατροί, που κινδυνεύουν να αναπτύξουν κόπωση της συμπόνιας, είναι αυτοί που εργάζονται πολλά χρόνια, έχουν πολλούς χρόνιους ασθενείς, εμφανίζουν χρόνια κόπωση και έχουν μεγάλα ιατρεία (Račić, et. al., 2019). Η επαγγελματική απόδοση και η συναισθηματική ευεξία των νεογνολόγων, επηρεάζεται από την αύξηση της κόπωσης της συμπόνιας και την αύξηση της εξουθένωσης. (Weintraub, et. al., 2016). Καθοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την κόπωση της συμπόνιας είναι η συναισθηματική εξάντληση, το γυναικείο φύλο, το στρες, οι σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Weintraub, et. al., 2016). Στην μελέτη των Borges et. al. (2019), οι νοσηλευτές του πανεπιστημιακού νοσοκομείου του Πόρτο, οι οποίοι εργάζονται στα επείγοντα περιστατικά και στην μονάδα επείγουσας φροντίδας, εμφανίζουν υψηλή κόπωση της συμπόνιας, σχετιζόμενη με προσωπικούς παράγοντες όπως η ηλικία, η εργασιακή εμπειρία, το φύλο και οι δραστηριότητες αναψυχής των νοσηλευτών. Οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες των νοσηλευτών δρουν σαν προστατευτικός παράγοντας, οι νοσηλευτές που επενδύουν στην προσωπική ποιότητα ζωής διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο να αναπτύξουν κόπωση της συμπόνιας (Borges, et. al., 2019). Η αντιμετώπιση της κόπωσης της συμπόνιας είναι μια προσπάθεια των νοσοκομείων να βελτιώσουν την προσφερόμενη φροντίδα υγείας, στο νοσοκομείο Barnes-Jewish Hospital στο Missouri των ΗΠΑ, αναπτύχθηκε ένα πρόγραμμα ανθεκτικότητας στην κόπωση της συμπόνιας, ο σκοπός του προγράμματος περιλαμβάνει την αναγνώριση από τους φροντιστές των επιπτώσεων του άγχους και η υιοθέτηση στρατηγικών ανθεκτικότητας. Το πρόγραμμα έδειξε θετικά

αποτελέσματα μιας και μετά την εφαρμογή του, οι συμμετέχοντες εμφάνισαν μείωση του δευτερογενούς τραυματικού στρες και της εξουθένωσης (Potter, et. al., 2013).

2.2.1 Επαγγελματική Εξουθένωση – Θεωρητικές προσεγγίσεις

Η εξουθένωση αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά το 1974 από τον Herbert Freudenberger έναν κλινικό ψυχολόγο στην Νέα Υόρκη. Σε μια κλινική η οποία περιέθαλπε τοξικομανείς, παρατήρησε ότι οι εθελοντές που βοηθούσαν, αποκτούσαν ψυχολογικά συμπτώματα και συναισθηματική εξάντληση. Ονόμασε ως Burnout το φαινόμενο και την εξουθένωση ως μια εξάντληση η οποία προκύπτει στο χώρο της εργασίας λόγω των υψηλών απαιτήσεων σε ενέργεια, με συνωδά συμπτώματα την κόπωση, τον κυνισμό και την αναποτελεσματικότητα (Reith, 2018). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσιάζεται από τους Maslach & Jackson (1981) σαν μια δυσφορία συναισθηματική, η οποία προέρχεται από την εργασία και έχει σαν αποτέλεσμα, την συναισθηματική εξάντληση (η οποία εμφανίζεται σαν ψυχική κόπωση και αίσθηση υπερβολικής άσκησης), την αποπροσωποποίηση (κατά την οποία ο εργαζόμενος παρουσιάζει αρνητική έως κυνική στάση απέναντι στους συναδέλφους, όπως και στους ασθενείς) και την χαμηλή προσωπική επίδοση (αρνητικές αξιολογήσεις στην απόδοση της εργασίας) (Maslach & Jackson, 1981). Το σύνδρομο περιλαμβάνει χρόνια σωματικά προβλήματα (δυσκολία στον ύπνο, κόπωση), συναισθηματικά προβλήματα όπως άγχος, ευερεθιστότητα, κατάθλιψη, προβλήματα συμπεριφοράς (κυνισμός, αναισθησία) και χαμηλή απόδοση στην εργασία (Figley, 1995). Σύμφωνα με την Maslach (2003), δημιουργείτε από την παρατεταμένη επαφή με τους στρεσογόνους παράγοντες της δουλειάς, είτε συναισθηματικούς, είτε διαπροσωπικούς. Συσχετίζεται με μικρότερο προσδόκιμο ζωής, χρήση αλκοόλ, αυξημένο κίνδυνο για αγγειακά νοσήματα και κατάθλιψη (Shanafelt, et. al., 2010; Shanafelt, et. al., 2014). Ο όρος εξουθένωση περιγράφει την συναισθηματική αλλά και την σωματική εξάντληση που νιώθουν οι επαγγελματίες κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, παρατηρείτε περισσότερο σε επαγγέλματα που προσφέρουν υπηρεσίες και φροντίδα στους άλλους (Freudenberger, 1974). Υπάρχουν αρκετά εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης, ένα από αυτά συμπεριλαμβάνεται στο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιούμε στην μελέτη μας της Stamm (2005), μετρά την επαγγελματική εξουθένωση με δέκα ερωτήσεις. Ένα άλλο εργαλείο είναι το Copenhagen Burnout Inventory (CBI), μετράει την επαγγελματική εξουθένωση μέσω τριών κλιμάκων, την προσωπική εξουθένωση, την επαγγελματική εξουθένωση και την εξουθένωση που έχει

σχέση με τον πελάτη, μπορεί επίσης να προβλέψει τα προβλήματα ύπνου, την πρόθεση του εργαζόμενου να εγκαταλείψει την εργασία και την μελλοντική απουσία λόγω ασθένειας (Kristensen, et. al., 2005). Ένα ακόμα εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης το οποίο, έχει χρησιμοποιηθεί σε πλήθος ερευνών με υψηλή αξιοπιστία, είναι το Maslach Burnout Inventory (MBI) (Green, et. al., 1991), διερευνά τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, την συναισθηματική εξάντληση με 9 ερωτήσεις, την αποπροσωποποίηση με 5 ερωτήσεις και την προσωπική επιτυχία με 8 ερωτήσεις (Maslach & Jackson, 1981). Η εξουθένωση είναι ένα από τα στοιχεία της κόπωσης της συμπόνιας, δημιουργείτε από τις αρνητικές επιπτώσεις της φροντίδας των άλλων, εξουθένωση έχει ένα άτομο όταν δεν μπορεί να εκτελέσει σωστά την εργασία του, λόγω των αρνητικών συναισθημάτων που συνδέονται με αυτήν. Στην επαγγελματική εξουθένωση σταδιακά εμφανίζονται αισθήματα απελπισίας και αναποτελεσματικότητας, υπάρχουν δυσκολίες στην εκτέλεση της εργασίας, οι οποίες μπορεί να οφείλονται στον υψηλό φόρτο εργασίας και στο κακό υποστηρικτικό περιβάλλον (Stamm, 2010). Η εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας σχετίζεται με διάφορους παράγοντες, παίζουν ρόλο το φύλο, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η οικογενειακή κατάσταση, όπως επίσης και η κοινωνική υποστήριξη (Zhang, et. al., 2020). Οι Panagioti et. al. (2018), στην μετά ανάλυσή τους, παίρνουν στοιχεία από 47 μελέτες και διαπιστώνουν, ότι η επαγγελματική εξουθένωση των γιατρών μπορεί να επιφέρει αντιεπαγγελματική συμπεριφορά, κακή φροντίδα και χαμηλή ικανοποίηση ασθενών, ιδιαίτερα υψηλή είναι η συσχέτιση της εξουθένωσης και της αντιεπαγγελματικής συμπεριφοράς στους νέους γιατρούς στο επάγγελμα (Panagioti, et. al., 2018). Στην Ισπανία και την Λατινική Αμερική αναφέρεται μελέτη σε 11.530 επαγγελματίες υγείας, συσχετίζει την συναισθηματική εξουθένωση, με χαμηλή ποιότητα οικογενειακής και προσωπικής ζωής, με απουσία από την εργασία, και με πρόθεση των επαγγελματιών, να αποχωρήσουν από το χώρο της υγείας (Suñer-Soler, et. al., 2014). Πολλά στελέχη των επαγγελματιών υγείας, εμφανίζουν επαγγελματική εξουθένωση και στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Οι νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Νότια Αφρική παρουσιάζουν υψηλή συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση, ενώ στον Λίβανο η χαμηλή προσωπική επίδοση αναφέρεται από τους επαγγελματίες υγείας σαν την διάσταση με τον υψηλότερο επιπολασμό (Dugani, et. al., 2018). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στην ιατρική ειδικότητα φτάνει σε επιδημικά επίπεδα μιας και ο επιπολασμός της φτάνει κοντά στο 50% (Shanafelt, et. al., 2009; Shanafelt, et. al. 2012), ακόμα αποτελεί

ένα επιπλέον κόστος για την υγειονομική περίθαλψη, μιας και η αντικατάσταση ενός γιατρού μπορεί να κοστίσει δύο με τρεις φορές τον ετήσιο μισθό του (Rothenberger, et. al., 2017). Ο επιπολασμός του συνδρόμου της εξουθένωσης στους γιατρούς, όλων των ειδικοτήτων είναι 35,7% σύμφωνα με τον Rodrigues et. al. (2018), οι ειδικότητες της χειρουργικής και των επειγόντων περιστατικών εμφανίζουν τον υψηλότερο επιπολασμό σε σχέση με τις κλινικές ειδικότητες. Στην Κίνα ο επιπολασμός της εξουθένωσης του ιατρικού προσωπικού φτάνει σε υψηλά επίπεδα 66,5% έως 87,8% (Lo, et. al., 2018), υψηλή εξουθένωση εμφανίζει όλο το υγειονομικό προσωπικό στη μελέτη των Dubale et. al. (2019) στην Αφρική, την υψηλότερη εξουθένωση εμφανίζουν οι νοσηλεύτες, ακολουθούν οι γιατροί και έπονται οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας. Οι οικογενειακοί γιατροί στον Καναδά βιώνουν συναισθηματική εξάντληση 47,9% και αποπροσωποποίηση 46,3%, ένας παράγοντας που μειώνει την επαγγελματική εξουθένωσή τους, είναι η χρήση στρατηγικών μείωσης του στρες, όπως να περνούν περισσότερο χρόνο με την οικογένεια και τους φίλους τους, στην προσωπική τους ζωή, να συμμετέχουν στην διαδικασία της συνεχόμενης ιατρικής εκπαίδευσης, στην εργασιακή ζωή (Lee, et. al., 2008). Τα υψηλά επίπεδα εξουθένωσης είναι συνηθισμένα μεταξύ των νοσηλευτών και των γιατρών, το περιβάλλον εργασίας συνεισφέρει αρνητικά στην ψυχολογία των επαγγελματιών υγείας λόγω της καθημερινής επαφής με ασθενείς (Clegg, 2001), άλλοι παράγοντες που επιβαρύνουν τους εργαζόμενους σύμφωνα με τους Garcia et. al. (2019), είναι οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις, και ο φόρτος εργασίας. Η σωστή οργάνωση της εργασίας και η αυτονομία των επαγγελματιών που συνεπάγεται, δημιουργεί αυξημένη ασφάλεια των ασθενών, ενώ επιβαρυντικός παράγοντας της ασφάλειας είναι η επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων (Garcia, et. al., 2019). Η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται σε πλήθος επαγγελλμάτων, τα χαρακτηριστικά της εργασίας των νοσηλευτών, που έρχονται σε καθημερινή πολύωρη επαφή με ασθενείς, τους κατατάσσει στις ομάδες υψηλού κινδύνου (Kavutmaci, et. al., 2014). Το περιβάλλον εργασίας σε μια ογκολογική κλινική και η καθημερινή επαφή με ογκολογικούς ασθενείς και τους συγγενείς τους, θέτει σε μεγαλύτερο κίνδυνο τους νοσηλευτές ογκολογίας οι οποίοι εξουθενώνονται επαγγελματικά και στη συνέχεια μπορεί να παραιτηθούν από την εργασία τους (Aycok & Boyle, 2009 ; Gentry, 2018). Η εργασία σε βάρδιες συνδέεται επίσης με την εξουθένωση, πιο συχνά την εμφανίζουν, οι εργαζόμενοι που εργάζονται με βάρδιες, σε σχέση με αυτούς που έχουν σταθερό ωράριο, επιβαρυντικός παράγοντας είναι τα πολλά χρόνια σε βάρδιες, ενώ προστατευτικοί παράγοντες είναι ο επαρκής

ύπνος και οι μέρες της άδειας, ειδικότερα για τους νοσηλευτές εμφανίζουν λιγότερη εξουθένωση όταν λαμβάνουν αρκετές μέρες άδειας (Wisetborisut, et. al., 2014). Οι νοσηλευτές που είχαν άδεια μέχρι 25 ημέρες έχουν 3,92 φορές πάρα πάνω πιθανότητες να εμφανίσουν εξουθένωση σε σχέση με αυτούς που παίρνουν περισσότερες από 30 ημέρες (Vasconcelos & Martino, 2018). Σύμφωνα με τον Dugani et. al. (2018), υπάρχει συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με την έλλειψη υποστηρικτικής επίβλεψης στην υγειονομική περίθαλψη, όταν υπάρχει υποστήριξη δίνει την δυνατότητα στους εργαζομένους να ελαττώσουν την εξουθένωση και να βελτιώσουν την παροχή της φροντίδας, καθώς και να αναπτύξουν καινούργιες δεξιότητες. Η χαμηλή υποστήριξη από την διοίκηση είναι ένας προγνωστικός παράγοντας της εξουθένωσης και στους θεραπευτές του Ηνωμένου βασιλείου, συσχετίζεται επίσης η ηλικία, μιας και οι νεότεροι εμφανίζουν υψηλότερη εξουθένωση (Sodeke-Gregson, et. al., 2013). Οι παράγοντες που συσχετίζονται θετικά με την εξουθένωση στους κινέζους νοσηλευτές είναι οι ώρες εργασίας, ενώ οι παράγοντες που ελαττώνουν την εξουθένωση είναι η ικανοποίηση από την εργασία, οι ώρες και η ποιότητα του ύπνου καθώς και το αν είσαι παντρεμένος ή όχι (Wang, et. al., 2020). Η βία στο χώρο της εργασίας συσχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση, στην Ιαπωνία, οι νοσηλευτές που εργάζονται στην ψυχική υγεία και έχουν δεχτεί βία τους τελευταίους δώδεκα μήνες έχουν πιο κακή κατάσταση ψυχικής υγείας σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν τέτοια προβλήματα (Kobayashi, et. al., 2020). Σύμφωνα με τους Chuang et. al. (2016), ο επιπολασμός της εξουθένωσης στους επαγγελματίες που εργάζονται σε ΜΕΘ σύμφωνα με την συστηματική ανασκόπησή του κυμαίνεται από 6% έως και 47%. Οι παράγοντες που συμβάλουν στην εξουθένωση είναι το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η ηλικία, το εργασιακό περιβάλλον, η εργασιακή εμπειρία σε ΜΕΘ, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, ηθικά ζητήματα, ο φόρτος εργασίας και οι βάρδιες. Η εξουθένωση συσχετίζεται με την αϋπνία, την σωματική εξάντληση, τα οικογενειακά και συζυγικά προβλήματα, την αυξημένη χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ (Maslach & Jackson, 1981). Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας σύμφωνα με την συστηματική ανασκόπηση και μετά-ανάλυση των O'Connor et. al. (2018), εμφανίζει 40% επιπολασμό συναισθηματικής εξάντλησης, 22% αποπροσωποποίησης και 19% χαμηλά επίπεδα προσωπικής επιτυχίας. Η κλίμακα MBI δείχνει ότι ο μέσος επαγγελματίας ψυχικής υγείας, εμφανίζει υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, μέτρια επίπεδα αποπροσωποποίησης και έχει ικανοποιητικά επίπεδα προσωπικής επιτυχίας. Περισσότεροι από τους μισούς γιατρούς των Ηνωμένων

Πολιτειών εμφανίζουν υψηλή συμπτωματολογία επαγγελματικής εξουθένωσης, οι ειδικότητες που πλήττονται περισσότερο είναι οι οικογενειακοί γιατροί, οι εργαζόμενοι στα επείγοντα και στην νευρολογία (Shanafelt, et. al., 2010; Shanafelt, et. al., 2014). Ένας θεμελιώδης στόχος των υγειονομικών οργανισμών περίθαλψης σε όλο τον κόσμο, έχει αναγνωριστεί η αναγκαία μείωση της εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας, οι προσπάθειες επενδύονται στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των γιατρών και των νοσηλευτών (Aryankhesal, et. al., 2019). Μια παρέμβαση διάρκειας οχτώ εβδομάδων έγινε στο προσωπικό μιας μονάδας εντατικής θεραπείας, με μουσική και γιόγκα, η παρέμβαση αυτή ήταν βασισμένη στην ενσυνειδητότητα και βοήθησε να μειωθεί η αντιδραστικότητα στο στρες και να ελαττωθούν οι δείκτες των βαθμολογιών της εξουθένωσης (Duchemin, et. al., 2015).

2.2.2 Ορισμός του δευτερογενούς τραυματικού στρες

Υπάρχουν διαφορές στο ερευνητικό πεδίο μεταξύ του πρωτογενή και του δευτερογενή τραυματισμού, ο πρωτογενής προκύπτει από την άμεση επαφή με ένα τραυματικό γεγονός, όπως είναι η σεξουαλική κακοποίηση ή η άσκηση βίας, η επίδραση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχή μετατραυματικού στρες (Meadors, et. al., 2010). Ο δευτερογενής τραυματισμός προκύπτει μέσω της έμμεσης έκθεσης σε ένα τραυματικό γεγονός, αυτό μπορεί να προκύψει από την ακρόαση ενός γεγονότος ή μέσα από την φροντίδα κάποιου που έχει υποστεί ένα τραυματικό γεγονός (Elkonin & Vander Vyver, 2011). Το δευτερογενές τραυματικό στρες είναι το αποτέλεσμα της βοήθειας προς τους άλλους, η μεταφορά της τραυματικής εμπειρίας που βίωσε κάποιος προς τον επαγγελματία υγείας είναι φυσική συνέπεια εμφάνισής του (Figley, 1995). Σύμφωνα με την Stamm (2010), το δευτερογενές τραυματικό στρες είναι ένα από τα δύο στοιχεία της κόπωσης της συμπόνιας, η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα, μέσα από εργασία που παρέχει υπηρεσίες φροντίδας προς τους άλλους, επιφέρει το δευτερογενές τραυματικό στρες. Τα συμπτώματα του είναι γρήγορα στην έναρξή τους και πάντα σχετίζονται με ένα συγκεκριμένο γεγονός, τα συμπτώματα αυτά είναι ο φόβος, η επαναφορά του γεγονότος στο μυαλό μας και η αϋπνία, η απασχόληση με σκέψεις των ανθρώπων που έχει φροντίσει κάνουν τον επαγγελματία να αισθάνεται συντετριμμένος λες και έχει μολυνθεί από τα τραύματα των άλλων, είναι δυνατόν επίσης ο εργαζόμενος να

αδυνατεί να διαχωρίσει την επαγγελματική από την προσωπική του ζωή. Ένα συναισθηματικό τραύμα εμφανίζεται με αντιδράσεις άγχους, ο οργανισμός εμφανίζει συνειδητές και ασυνείδητες αντιδράσεις συναισθημάτων, για να αντιμετωπίσει τον παράγοντα που τον αγχώνει (Figley, 2013). Ένα μέρος των επαγγελματιών που έρχονται σε καθημερινή επαφή με τραυματισμένα άτομα, παρουσιάζουν συναισθηματικές αντιδράσεις, ίδιες με τα συμπτώματα της διαταραχής του μετατραυματικού στρες (Thomas & Wilson, 2004). Η έκθεση σε ένα τραύμα προκαλεί έντονα και συντριπτικά συναισθήματα στον νοσηλευτή, αυτά μπορεί να τον οδηγήσουν στην υιοθέτηση ρόλων χαμηλής προσαρμοστικότητας, να εμπλακεί υπερβολικά για να μπορέσει να βελτιώσει τον ασθενή του, φέρνοντας στην επιφάνεια δικές του τραυματικές εμπειρίες ή να απεμπλακεί τελείως από την φροντίδα του ασθενή (Μισσουρίδου, 2017). Η ανταπόκριση του επαγγελματία και η προσπάθειά του να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του ασθενή του, καθώς και η ταύτισή του με αυτόν τον κάνει να βιώνει υψηλά επίπεδα τραύματος (Meadors & Lamson, 2008). Οι έντονες και ξαφνικές αντιδράσεις ενός επαγγελματία μπορεί να σημαίνουν ότι ο επαγγελματίας κρύβει ένα τραύμα, αυτό δημιουργείτε ως μια μορφή άμυνας και κάποια στιγμή εκδηλώνεται, προκαλώντας συγκρούσεις, με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους (Schermer, 2004). Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι αυτό που διατρέχει ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσει δευτερογενές τραυματικό στρες ερχόμενος σε επαφή με τραύματα που έχουν υποστεί οι ασθενείς του (Bock, et. al., 2020). Στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Ανόβερο στην Γερμανία εξετάζονται οι αναφορές των συμβάντων δευτερογενούς τραύματος και του δευτερογενούς τραυματικού στρες στους νοσηλευτές, και τις συνέπειες που έχει αυτό στην εργασιακή τους ικανοποίηση και στην ψυχολογική τους ευημερία. Το 91,2% των νοσηλευτών αναφέρει κάποιο συμβάν δευτερογενούς τραύματος και το 25,3% εμφάνισε δευτερογενή τραυματικά συμπτώματα. Οι νοσηλευτές που εμφανίζουν δευτερογενές τραυματικό στρες έχουν μειωμένη ικανότητα εργασίας και αυξημένη συναισθηματική καταπόνηση, διατρέχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν αγχώδης διαταραχές και κατάθλιψη, πιθανόν να χρειάζονται υποστήριξη για να αυξήσουν τις πιθανότητες να μπορέσουν να ξεπεράσουν το δευτερογενές τραυματικό στρες (Bock, et. al., 2020). Σε πολλούς νοσηλευτικούς τομείς έχει καταγραφεί μέσα από τις μελέτες ότι εμφανίζονται υψηλά ποσοστά δευτερογενούς άγχους, οι τομείς που έχουν μελετηθεί είναι ογκολογία, οι μονάδες εντατικής θεραπείας, τα επείγοντα περιστατικά, η παιδιατρική νοσηλευτική, η μαιευτική και της ψυχικής υγείας. Η κατανόηση της δυναμικής που έχει ένα τραύμα θα

μπορούσε να αυξήσει την ικανότητα των νοσηλευτών να μπορούν να αλληλεπιδρούν με ασφαλή τρόπο με τους ασθενείς που περιθάλπουν και με τις οικογένειές τους (Μισσουρίδου, 2017). Όλες οι μελέτες που συμπεριέλαβε, στην συστηματική ανασκόπησή του ο Beck (2011), εμφανίζουν νοσηλευτές από διάφορους χώρους εργασίας, να παρουσιάζουν δευτερογενές τραυματικό στρες. Το δευτερογενές τραυματικό στρες αν δεν αντιμετωπιστεί σωστά, είναι ένας παράγοντας που μπορεί να ελαττώσει την ικανότητα των νοσηλευτών, που εργάζονται στα επείγοντα περιστατικά στο να παρέχουν ποιοτική φροντίδα νοσηλείας, δημιουργώντας παράλληλα προβλήματα στην ψυχική τους υγεία (Morrison & Joy, 2016). Οι εργαζόμενοι νοσηλευτές στην ψυχιατρική στο Ισραήλ, εμφανίζουν συμπτώματα δευτερογενούς τραυματικού στρες σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με αυτούς που εργάζονται στην κοινότητα (Zerach & Shalev, 2015). Στην χώρα μας οι νοσηλευτές που εργάζονται στον ψυχιατρικό τομέα σε δώδεκα νοσοκομεία της Αθήνας, παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά δευτερογενούς τραυματικού στρες (44,8%), η δυσκολία του να εργάζεται κάποιος σε ψυχιατρικό περιβάλλον, αναγνωρίζεται από τους νοσηλευτές καθώς μόνο ένας στους τρεις, έχει επιλέξει μόνος του τον ψυχιατρικό τομέα για να εργαστεί και μόνο ένας στους τέσσερις νοσηλευτές έχει την πρόθεση να παραμείνει στην ψυχιατρική (Μαγγούλια, και. συν., 2015). Οι Ισπανοί και οι Βραζιλιάνοι επαγγελματίες υγείας της παρηγορητικής θεραπείας εμφανίζουν τα ίδια επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης (Galiana, et. al., 2017). Υψηλότερο κίνδυνο για δευτερογενές τραυματικό στρες, παρουσιάζουν οι θεραπευτές που έχουν ιστορικό τραύματος καθώς επίσης αυτοί που εργάζονται περισσότερο στην επίβλεψη και στην αυτοφροντίδα (Sodeke-Gregson, et. al., 2013). Οι νοσηλευτές που εργάζονται με ογκολογικούς ασθενείς βρίσκονται σε συνεχόμενη έκθεση σε τραυματικές εμπειρίες και γι' αυτό είναι επιρρεπείς σε δευτερογενές τραυματικό στρες (Quinal, et. al., 2009), Το δευτερογενές τραυματικό στρες ενώ περιγράφεται και μοιάζει με το PTSD, δεν προκαλείτε από μια πρωτογενή τραυματική κατάσταση, αλλά με την περιγραφή από άλλους τραυματικών γεγονότων, που έχουν βιώσει, όπως επίσης δημιουργείτε μέσα από την φροντίδα άλλων ατόμων (Stamm, 2010). Οι νεότεροι νοσηλευτές ογκολογίας στην Αμερική είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν μέτρια έως υψηλά επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες σε σχέση με τους πιο έμπειρους συναδέλφους, συνεισφέρουν στην ανάπτυξή του, οι στρεσογόνοι παράγοντες της εργασίας καθώς και διάφορα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την υγεία όπως, η κατάθλιψη και οι κεφαλαλγίες που σχετίζονται με πιθανή εμφάνιση δευτερογενούς τραυματικού στρες,

(Wu, et. al., 2016). Η πίστη που πρέπει να έχει ο νοσηλευτής στις τεχνικές του δεξιότητες, είναι η ικανή συνθήκη που μπορεί να τον βοηθήσει, να διαχειριστεί τα αισθήματα φόβου, που δημιουργούνται από τα τραυματικά προβλήματα του ασθενούς, να αντισταθμίσει τα αισθήματα αδυναμίας και να διατηρήσει μια αίσθηση ολοκλήρωσης (Cottingham, 2015). Σύμφωνα με τον Bober & Regehr (2006) ο κύριος προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση του δευτερογενούς στρες είναι ο φόρτος εργασίας και οι ώρες που ο εργαζόμενος έρχεται σε επαφή με άτομα που έχουν τραύματα, γι' αυτό πρέπει οι οργανισμοί να περιορίσουν την επαφή των εργαζομένων, είτε με την μείωση του όγκου της εργασίας, είτε με μείωση των ωρών εργασίας, έτσι ώστε να περιοριστούν τα άμεσα συμπτώματα και ο αντίκτυπος από τις διαχρονικές επιπτώσεις. Τέσσερις παράγοντες βρίσκουν στην μελέτη τους ότι συσχετίζονται με το δευτερογενές τραυματικό στρες, στους κινέζους νοσηλευτές οι Wang et. al. (2020), την χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία, την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα, τον αυξημένο εργασιακό χρόνο και την κακή ποιότητα ύπνου. Το 7% των νοσηλευτών σε μονάδα τραύματος στην Αμερική εμφανίζει δευτερογενές τραυματικό στρες, προγνωστικός παράγοντας είναι οι υψηλές βαθμολογίες της εξουθένωσης και της κόπωσης από συμπόνια (Hinderer, et. al., 2014). Στην Πορτογαλία Το 59% των νοσηλευτών εμφανίζει υψηλό επίπεδο δευτερογενούς τραυματικού στρες, οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο από τους άντρες, οι νεότερες ηλικίες σε σχέση με τους μεγαλύτερους, επηρεάζονται επίσης αυτοί που έχουν λιγότερη εργασιακή εμπειρία και αυτοί που δεν έχουν δραστηριότητες αναψυχής (Borges, et. al., 2019). Στο Εθνικό Κέντρο για τον καρκίνο στις μεσοδυτικές πολιτείες της Αμερικής, διεξήχθη μία πιλοτική μελέτη με δεκατρείς νοσηλεύτριες, που απασχολούνταν στο εξωτερικό ιατρείο, παρακολούθησαν ένα πρόγραμμα για την ανθεκτικότητα στην κόπωση της συμπόνιας, το πρόγραμμα περιελάμβανε μία συνεδρία των ενενήντα λεπτών κάθε εβδομάδα και για πέντε εβδομάδες. Οι βαθμολογίες του δευτερογενούς τραυματικού στρες ελαττώθηκαν αμέσως μετά την εφαρμογή του προγράμματος και παρέμειναν σε χαμηλά επίπεδα για τρεις μήνες, οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα το αξιολόγησαν θετικά γιατί θεώρησαν και αυτοί ότι επωφελήθηκαν από τις τεχνικές ανθεκτικότητας (Potter, et. al., 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η επίδραση της πανδημίας Covid-19 στον υγειονομικό τομέα

3.1 Ιστορική αναδρομή

Οι κορονοϊοί είναι μια κατηγορία ιών οι οποίοι προκαλούν ήπιες λοιμώξεις του αναπνευστικού και του γαστρεντερικού στα θηλαστικά, σε ορισμένες περιπτώσεις, όμως προκαλούν σοβαρές λοιμώξεις του αναπνευστικού (Souza, et. al., 2021). Μολύνουν πολλά ζώα αλλά και τον άνθρωπο, ο πρώτος κορονοϊός απομονώθηκε σε ανθρώπους το 1965 από ένα μαθητή που είχε συμπτώματα κρυολογήματος (Tyrrrell & Bynoe, 1965). Πήραν το όνομά τους από το περίβλημά τους, που μοιάζει με στέμμα (corona στα λατινικά) και στους ανθρώπους προκαλούν κυρίως ήπιες αναπνευστικές ασθένειες (Anand, et. al., 2020). Η επιστημονική κοινότητα αναγνώρισε την κλινική σημασία τους, όταν εμφανίστηκαν ο SARS και ο MERS που προκάλεσαν επιδημίες (Yin, et. al., 2018). Η επιδημία του SARS ξεκίνησε από μια αγορά που εμπορεύονταν ζώα στην επαρχία Γκουανγκντόνγκ της Κίνας (Peiris, et. al., 2003). Ο κορονοϊός αυτός (SARS-CoV) προκαλούσε σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο και μέσα σε έξι μήνες καταγράφηκαν περιστατικά σε 29 χώρες σε όλο τον κόσμο (Anand, et. al., 2020; Khan, et. al., 2020). Κατά τη διάρκεια του 2002 και 2003 υπήρξαν 8098 μολύνσεις παγκόσμια και 774 ασθενείς κατέληξαν (Khan, et. al., 2020). Η επιδημία αυτού του κορονοϊού τελείωσε το 2003, με το ποσοστό θνησιμότητας να φτάνει το 10% (Sahin, et. al., 2020). Ο Middle East Respiratory Syndrome coronavirus (MERS-CoV), εμφανίστηκε στην Αραβική χερσόνησο το 2013, προκαλεί αναπνευστική λοίμωξη (Khan, et.al., 2020) και κύριο χαρακτηριστικό του, είναι το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας, που φτάνει στο 35%, επίσημα έχουν αναφερθεί 2279 κρούσματα της νόσου και 806 θάνατοι, ενώ η εξάπλωσή του συνεχίζεται έως και σήμερα (Souza, et. al., 2021). Το πώς μεταδόθηκαν αυτοί οι ιοί από ζώα ξενιστές στον άνθρωπο παραμένει ασαφής, με κύριους τρόπους μετάδοσης να θεωρείτε η άμεση επαφή με τα ζώα αυτά, καθώς και η βρώση άψητου κρέατος και άλλων προϊόντων όπως γάλακτος και ούρων (Yin, et. al., 2018).

Στις 12 Δεκεμβρίου του 2019 αναγνωρίστηκε, ένας νέος τύπος Κορονοϊού, ο οποίος προκαλούσε πνευμονία και πρωτοεμφανίστηκε στην θαλασσινή αγορά της πόλης Wuhan της Κίνας. Στις 31 Δεκεμβρίου 2019 επίσημα ανακοινώθηκε, ότι υπήρχαν 27

καινούργια κρούσματα ιογενούς πνευμονίας και τα 7 ήταν σε σοβαρή κατάσταση. Ο καινούργιος ιός ονομάστηκε Novel Coronavirus στις 12 Ιανουαρίου, και μετέπειτα, SARS-CoV-2 (Sahin, et. al., 2020). Μετά τα πρώτα κρούσματα, άλλες περιπτώσεις ασθενών εμφανίστηκαν στην Wuhan, οι οποίοι, δεν είχαν καμία σχέση με την αγορά από την οποία ξεκίνησε η επιδημία (Li, et. al., 2020), αν συνυπολογίσουμε και την μόλυνση των εργαζομένων που περιθάλπουν τα θετικά κρούσματα είναι γεγονός ότι ο ιός άρχισε να μεταδίδεται από τον έναν άνθρωπο στον άλλο (Δεκέμβριος 2019) (Sahin, et. al., 2020; Huang, et. al., 2020). Ο καινούργιος κορονοϊός ταξινομήθηκε και ονομάστηκε στις 11 Φεβρουαρίου 2020 «σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο coronavirus 2» (SARS-CoV-2) και το όνομα της ασθένειας COVID-19 (Anand, et.al., 2020). Την εποχή εκείνη στην Κίνα πραγματοποιείται, το εαρινό παραδοσιακό φεστιβάλ (10 Ιανουαρίου-18 Φεβρουαρίου) κατά τη διάρκεια του οποίου, οι εκτιμώμενες μετακινήσεις υπολογίζονται σε εκατοντάδες εκατομμύρια. Η Wuhan, από την οποία ξεκινάει η επιδημία, με 10 εκατομμύρια κατοίκους, είναι σημαντικός κόμβος στο δίκτυο μεταφορών της χώρας. Δημιουργούνται έτσι ευνοϊκές συνθήκες, για να εξαπλωθεί αυτή η ασθένεια, μέσω της ταξιδιωτικής κίνησης του φεστιβάλ (Sahin, et. al., 2020). Η Κινεζική κυβέρνηση επιβάλλει περιορισμούς των μετακινήσεων από και προς την Κίνα, παρά τις προσπάθειες της όμως, η ασθένεια εξαπλώνεται γρήγορα σε όλο τον κόσμο (Hafeez, et. al., 2020) και μέχρι τον Μάρτιο του 2020 έχουν ήδη διαγνωστεί 100.000 άτομα παγκοσμίως με COVID-19 (Sampaio, et. al., 2021). Η κινητοποίηση της επιστημονικής κοινότητας και η αρχική υψηλή θνησιμότητα της νέας νόσου 2%-3% (Richards, et. al., 2020), αναγκάζει τα περισσότερα κράτη του κόσμου να εφαρμόσουν αυστηρά μέτρα περιορισμού και καραντίνας για να επιβραδύνουν την μετάδοσή της (Werner, et. al., 2020).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) λαμβάνοντας υπ όψη, την μεταδοτικότητα του ιού και την ταχεία, παγκόσμια επέκτασή του, κήρυξε ως πανδημία την ασθένεια COVID-19 που προκαλούσε ο SARS-CoV.2 στις 11 Μαρτίου του 2020 (Chew, et. al., 2020). Το στέλεχος του ιού γενετικά μοιάζει κατά 79% με τον SARS-CoV και κατά 50% με τον MERS (Lu, et. al., 2020), εξαπλώνεται πολύ πιο γρήγορα από τους προκατόχους του, ευτυχώς η θνησιμότητά του είναι μικρότερη (Singhal, 2020). Σύμφωνα με τον Andersen et. al. (2020), παρά την φημολογία που υπήρξε και υπάρχει, ο ιός είναι φυσικός και δεν κατασκευάστηκε σε κάποιο εργαστήριο όπως καταλήγει στη μελέτη του, που δημοσιεύτηκε στο Nature Medicine στις 17 Μαρτίου του 2020

(Andersen, et. al., 2020). Ο SARS-CoV-2 προκαλεί απλές λοιμώξεις αλλά μπορεί να εξελιχθεί σε σοβαρή ασθένεια (πνευμονία, ARDS) (Singhal, 2020). Μεταδίδεται μετά από επαφή με τα σταγονίδια των εκκρίσεων του ανώτερου αναπνευστικού των ασθενών, παρά από τον αέρα, μεταδίδεται επίσης από μολυσμένα σταγονίδια που κάθονται σε αντικείμενα, μολυνόμαστε αν τα ακουμπήσουμε και φέρουμε τα χέρια στο πρόσωπο ή στη μύτη (Hafeez, et. al., 2020). Η ασθένεια θεωρείται πιο μεταδοτική από αυτούς που έχουν πολλά συμπτώματα (Sahin, et. al., 2020), αλλά η δυναμική της μετάδοσης μπορεί να οφείλεται στο ότι πηγές της λοίμωξης είναι και τα ασυμπτωματικά άτομα (Phan, et. al., 2020; Rothe, et. al., 2020), το ιϊκό φορτίο που βρέθηκε σε έναν ασυμπτωματικό ασθενή στην Wuhan είναι πανομοιότυπο με αυτό των συμπτωματικών ασθενών στην μελέτη των Zou et. al. (2020) « δείγματα ανώτερου αναπνευστικού μολυσμένων ασθενών». Ο χρόνος επώασης της νόσου από την επαφή μέχρι και την εμφάνιση των συμπτωμάτων είναι από 2 έως και 14 ημέρες και μέσος όρος της επώασης είναι 5,2 ημέρες (Li, et. al., 2020). Τα συνηθέστερα συμπτώματα στην έναρξη της ασθένειας είναι πυρετός, βήχας, κόπωση, μυαλγία και δύσπνοια, σπανιότερα, πονοκέφαλος και διάρροια (Huang, et. al., 2020; Wang, et. al., 2020). Η διάγνωση της ασθένειας γίνεται με την μοριακή μέθοδο RT-PCR παίρνοντας ρινοφαρυγγικό επίχρισμα (Wang, et. al., 2020). Η πρόληψη περιλαμβάνει συχνό πλύσιμο των χεριών, απόσταση τουλάχιστον ενός μέτρου από τους άλλους, απομόνωση των θετικών κρουσμάτων, καθώς και αυτών που ήρθαν σε επαφή μαζί τους για 14 ημέρες (Hafeez, et. al., 2020). Για την προφύλαξη των εργαζομένων στα νοσοκομεία δεν επαρκούν τα απλά μέτρα προστασίας σύμφωνα με τον Chang et. al. (2020), πραγματική προστασία προσφέρουν οι μάσκες N95, τα γυαλιά και οι προστατευτικές στολές. Οι Wilder-Smith & Freedman (2020), είχαν προβλέψει από το Φεβρουάριο του 2020, ότι η Covid-19 δεν θα μπορέσει να ελεγχτεί με τους παλιούς τρόπους, αφού ο ιός μεταδίδεται και από τους ασυμπτωματικούς (Phan, et. al., 2020; Rothe, et. al., 2020) και πως μόνο με τα εμβόλια θα μπορέσουμε να σταματήσουμε την επιδημία.

3.2 Γενικές επιπτώσεις της πανδημίας Covid-19

Βιολογικά προβλήματα

Ο SARS-CoV-2 αν και η θνησιμότητά του φτάνει το 2,2% (Li, et. al., 2020), πολύ μικρότερο ποσοστό σε σχέση με τους προκατόχους του, (Singhal, 2020), η ανθρωπότητα λόγω της μεταδοτικότητάς του και της γρήγορης παγκόσμιας εξάπλωσής, θρηνεί εκατομμύρια θύματα. Μέχρι τις 2 Απριλίου ο ιός είχε διαδοθεί σε 206 χώρες και είχαν καταγραφεί 900.306 κρούσματα με 45.693 θανάτους (Paul, et. al., 2020). Στις 6-7-21 τα κρούσματα του κορονοϊού έχουν φτάσει στα 183.934.913 με 3.985.022 θανάτους ΠΟΥ (2021). Τις περισσότερες απώλειες σε ανθρώπινες ζωές τις έχουν οι ΗΠΑ με 600.294 θανάτους έχοντας καταγράψει 33.378.240 κρούσματα ΠΟΥ (2021), ακολουθούν η Βραζιλία και η Ινδία, ενώ από τις Ευρωπαϊκές χώρες καμία χώρα δεν έμεινε ανεπηρέαστη, με την Ιταλία, την Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο να μετρούν εκατοντάδες χιλιάδες ανθρώπινων απωλειών. Η έλλειψη τεκμηριωμένης θεραπείας, είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα και η μεγαλύτερη πρόκληση, για τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς τους, μιας και η θεραπεία είναι υποστηρικτική (Singhal, 2020). Κάθε ασθενής μεταφέρει την ασθένεια σε 2,2 άτομα (Li, et. al., 2020) ενώ στην θνησιμότητα της νόσου οι παράγοντες που παίζουν ρόλο είναι η ηλικία, η υγεία του εκάστοτε ατόμου, το φύλλο, το σύστημα υγείας καθώς και η συνοσηρότητα (Wang, et. al., 2020; Singh, et. al., 2020). Σε μια μεγάλη ανάλυση 44.000 περιπτώσεων που έγινε στην Κίνα, οι ηλικιωμένοι ασθενείς είχαν 10 φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν σε σχέση με τους μεσήλικες, ενώ η πιθανότητα να πεθάνει κάποιος που είχε χρόνιο νόσημα, όπως υψηλή αρτηριακή πίεση, διαβήτη, αναπνευστικά προβλήματα και προβλήματα με την καρδιά του είναι 5 φορές υψηλότερη (Hafeez, et. al., 2020). Το ποσοστό των ανδρών είναι υψηλότερο από των γυναικών, αυτό ίσως να οφείλεται στο ότι οι άνδρες έχουν πιο βλαβερές για την υγεία συνήθειες, όπως το αλκοόλ και το κάπνισμα. Η θνησιμότητα στους άνω των 80 ετών είναι 14,8%, στους 70-79 ετών είναι 8,00%, στους 60-69 ετών είναι 3,60%, γι' αυτούς με καρδιαγγειακή νόσο 10,5%, Διαβήτη 7,3%, αναπνευστική νόσο (άσθμα ή ΧΑΠ) 6,3% και για υπέρταση 5,6% (Hafeez, et. al., 2020). Η νόσος Covid-19 δημιουργεί σοβαρή επιβάρυνση σε όλα τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού προκαλώντας δυσλειτουργία πολλών οργάνων, και για αυτό είναι απαραίτητο να ελεγχθεί η μακροχρόνια επιβάρυνση στην υγεία που αφήνει πίσω της (Del Rio, et. al., 2020). Η ασθένεια επηρεάζει το καρδιαγγειακό σύστημα καθώς η οξεία μυοκαρδίτιδα είναι μια

επιπλοκή του μυοκαρδίου που σχετίζεται με τον Covid-19 (Inciardi, et. al., 2020), επίσης η ασθένεια φαίνεται να επιδεινώνει σημαντικά τις προϋπάρχουσες καρδιολογικές βλάβες (Shi, et. al., 2020; Dou, et. al., 2020), υπάρχει επίσης περίπτωση η ασθένεια Covid-19 να μην δημιουργήσει άμεσα καρδιολογικά προβλήματα αλλά έμμεσα, λόγω των φαρμάκων, που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία (Long, et.al., 2020). Θα πρέπει λοιπόν οι ασθενείς που αναρρώνουν να ελέγχονται για τυχόν μακροπρόθεσμες συνέπειές της νόσου στο καρδιαγγειακό σύστημα (Puntmann, et. al., 2020). Σαν αναπνευστική ασθένεια οι συνέπειες της στους πνεύμονες είναι σημαντική καθώς ένα μήνα μετά, στο 75,4% των ασθενών ανευρίσκονται διαταραχές της πνευμονικής λειτουργίας (Huang, et. al., 2020), παράλληλα τρεις μήνες μετά, μη φυσιολογική λειτουργία των πνευμόνων είχε το 24,45% των ασθενών, ενώ ακόμα είχαν συμπτώματα όπως κόπωση, δύσπνοια και πονοκέφαλο (Zhao, et. al., 2020). Σε μια παρόμοια μελέτη, έξι μήνες μετά τον SARS το 30% των θεραπευμένων εμφάνιζαν παθολογικές ακτινογραφίες θώρακος (Hui, et. al., 2005). Νευρολογικά η νόσος εκτός από τα συμπτώματα, που εμφανίζονται κατά την οξεία φάση της λοίμωξης όπως πονοκέφαλος, ζάλη, διαταραχές στην συνείδηση και επιληπτικές κρίσεις (Huang, et. al., 2020), εμφανίζει στις σοβαρές περιπτώσεις, ισχαιμικά εγκεφαλικά (Mao, et. al., 2020), οι ασθενείς τελικά που καταφέρνουν να νικήσουν τον SARS-CoV-2 έχουν αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης στο μέλλον Αλτσχάιμερ (Heneka, et. al., 2020). Η Covid-19 μέσω των οικονομικών επιβαρύνει σημαντικά εκτός από τα εισοδήματα και την υγεία των ανθρώπων, η ύφεση που αναμένεται λόγω της Covid-19 προβλέπεται ότι αυξάνει τον επιπολασμό των χρόνιων παθήσεων (Janke, et. al., 2020). Μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία από την Covid-19 μπορεί να εμφανιστούν ακόμα και σε ασθενείς που νόσησαν πολύ ήπια από αυτήν (Augustin, et. al., 2021). Η επιστημονική κοινότητα βλέποντας τα συμπτώματα που παραμένουν μετά την αποθεραπεία από την Covid-19 αρχίζει να θέτει ερωτήματα για το αν υπάρχει σύνδρομο μετά την Covid-19 (Lamprecht, 2020), παράλληλα τα ψυχολογικά προβλήματα που αφήνει, μπορεί να είναι εξίσου σημαντικά και πρέπει να μελετηθούν. Στον SARS το ένα τρίτο των ασθενών που αποθεραπεύτηκαν, είχε μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη ένα χρόνο μετά την ανάρρωση (Lee, et. al., 2007). Το άγχος που αναπόφευκτα δημιουργείτε λόγω της κοινωνικής απόστασης είναι πολύ πιθανό να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό και τον ύπνο (Majeed & Ashraf, 2020), καθώς γνωρίζουμε πως τόσο το καθημερινό (Winzeler, et. al., 2014), όσο και το χρόνιο άγχος, συνδέονται με διαταραχές στον ύπνο (Hall, et. al., 2015). Το ένα τέταρτο από τους 958

συμμετέχοντες σε διαδικτυακή έρευνα στην Ινδία αναφέρουν πως επιδεινώθηκε η ποιότητα του ύπνου τους μετά το lockdown (Gupta, et. al., 2020), επίσης ο εγκλεισμός προκαλεί αυξημένα επίπεδα άγχους και συμμετέχουν διάφοροι παράγοντες σε αυτό, όπως η μειωμένη κοινωνική συναναστροφή, η μειωμένη δραστηριότητα και ο ελάχιστος διαθέσιμος χώρος, όλα τα παραπάνω καταλήγουν στην διαταραχή του ύπνου (Altena, et.al., 2020). Στον Ελληνικό πληθυσμό κατά τη διάρκεια της επιδημίας, εντοπίστηκε να έχει προβλήματα ύπνου το 37,6%, πιο ευάλωτες είναι οι γυναίκες καθώς και αυτοί που ζουν σε αστικές κοινότητες, ενώ δεν φαίνεται να επηρεάζονται οι νεότερες ηλικίες (Βοϊτσίδης, και. συν., 2020).

Οικονομικά προβλήματα

Σε σχέση με τις μεταπολεμικές πανδημίες που πέρασε η ανθρωπότητα και έπλητταν τα μικρότερα κράτη, στην πανδημία του Covid-19 πλήττονται οι πιο δυνατές οικονομίες του πλανήτη. Αν μάλιστα λάβουμε υπόψη ότι οι ΗΠΑ, η Κίνα, η Γερμανία, η Βρετανία, η Γαλλία η Ιαπωνία και η Ιταλία αντιπροσωπεύουν παγκόσμια το 60% της προσφοράς και της ζήτησης, το 65% της παραγωγής και το 41% της εξαγωγής σε μεταποιητικά προϊόντα, η πανδημία σε αυτές τις χώρες δημιουργεί προβλήματα στην εφοδιαστική αλυσίδα και όταν οι οικονομίες αυτές φταρνίζονται κρυολογεί όλος ο πλανήτης (Baldwin & DiMauro, 2020). Η πανδημία επέφερε μια βαθιά παγκόσμια οικονομική συρρίκνωση λόγω των πολιτικών κλειδώματος, η μείωσης της ζήτησης και της προσφοράς αγαθών καθώς και υπηρεσιών, το αποδεικνύουν (Baldwin & DiMauro, 2020). Δημιουργήθηκε η μεγαλύτερη παγκόσμια ύφεση των τελευταίων δεκαετιών, το παγκόσμιο ΑΕΠ μειώθηκε κατά 5,2% το δεύτερο τρίμηνο του 2020, στο Ηνωμένο Βασίλειο η μείωση του ΑΕΠ στο δεύτερο τρίμηνο του έτους σε σχέση με το πρώτο έφτασε το 20,4 % (World Bank, 2020). Στον μεταποιητικό τομέα διαταράχτηκε ο εφοδιασμός των βιομηχανικών χωρών με αποτέλεσμα την μείωση της παραγωγής, επίσης μειώθηκε η ζήτηση από τους καταναλωτές μιας και θέλουν να δουν τι θα συμβεί με αποτέλεσμα την ύφεση. Τον Φεβρουάριο του 2020 ο δείκτης εργοστασιακής δραστηριότητας στην Κίνα βρέθηκε στο χαμηλότερο επίπεδο, η προσφορά και η ζήτηση αποδυναμώθηκαν. Στην Ανατολική Ασία παρουσιάζεται απότομη πτώση της παραγωγής σε μεγάλες οικονομίες όπως η Ιαπωνία, η Νότια Κορέα, το Βιετνάμ και την Ταϊβάν (Baldwin & DiMauro, 2020). Αρκετά εύστοχες προβλέψεις στην αρχή της πανδημίας για την Αμερική θεωρούσαν ότι ο SARS-Cov-2 μπορεί να απειλήσει το 22% του ΑΕΠ, να ελαττώσει κατά 24% την απασχόληση άρα και το εισόδημα των πολιτών

κατά 17% (delRio-Chanona, et. al., 2020) ενώ σύμφωνα με τον Cox (2020) το ποσοστό ανεργίας στην Αμερική λόγω της πανδημίας είναι πιθανό να φτάσει το 32%, επίσης 47 εκατομμύρια θέσεις εργασίας κινδυνεύουν να χαθούν λόγω του κορονοϊού (Cox, 2020). Η μείωση που επέφερε ο Covid-19 στο διεθνές εμπόριο μεταξύ των χωρών είναι μεγάλος, στην Γερμανία και στην Τουρκία είναι 25% ενώ στην Γαλλία 38% (Demir & Javorcik 2020). Ο Covid-19 όμως χτύπησε και τις φτωχές χώρες. Ο οικονομικός αντίκτυπος στην Νότια Ασία, σε μια από τις πιο φτωχές περιοχές του πλανήτη προβλέπεται να είναι καταστροφικός και οι επιδόσεις της οικονομίας να είναι οι χειρότερες των τελευταίων 40 χρόνων (Rasul, et. al., 2021). Αν και στις ανεπτυγμένες χώρες ο Sars-Cov-2 δεν επέφερε μεγάλες αλλαγές και προβλήματα στην γεωργία, λόγω των μηχανημάτων και της αυτοματοποίησης της εργασίας, στην Νότια Ασία το 50% των εργαζομένων εξαρτώνται από αυτήν (Rasul, et. al., 2021) και η δέσμη μέτρων έχει επιφέρει μεγάλα προβλήματα στις δραστηριότητες, όπως η φύτευση και η συγκομιδή καλλιεργειών καθώς και στην αλυσίδα μεταφοράς με αποτέλεσμα 16 εκατομμύρια άνθρωποι να οδηγηθούν στην ακραία φτώχεια (Sumner, et. al., 2020). Ο τουρισμός είναι ένας από τους τομείς που πληρώνει βαρύ τίμημα κατά τη διάρκεια της πανδημίας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Τουρισμού (UNWTO), το 2020 μειώθηκαν κατά 74% οι διεθνείς αφίξεις. Ένα δισεκατομμύριο λιγότεροι άνθρωποι ταξίδευσαν το 2020 σε σχέση με το 2019 και αυτό επέφερε μεγάλες απώλειες της τάξης του 1,3 τρισεκατομμυρίων δολαρίων, θέτοντας σε κίνδυνο 100 με 120 εκατομμύρια θέσεις εργασίας στην τουριστική βιομηχανία UNWTO (2021). Σύμφωνα με τους Dev & Sengupta (2020) στην Ινδία αναμένεται η περικοπή 40-50 εκατομμυρίων θέσεων εργασίας από ταξιδιωτικούς πράκτορες, ταξιδιωτικά γραφεία και μεγάλα ξενοδοχεία (Dev & Sengupta, 2020). Στο Νεπάλ χιλιάδες άνθρωποι στον τομέα της τουριστικής πεζοπορίας θα επηρεαστούν χάνοντας εισοδήματα, ενώ αναμένεται 20.000 ξεναγοί να χάσουν την δουλειά τους (DeSilva, 2020). Στην Ινδονησία λόγω της Covid-19 προβλέπεται να μειωθεί η ανάπτυξη της οικονομίας, αντί της αναμενόμενης ανάπτυξης στο 5% να μειωθεί μεταξύ 3,5-4,2%, στο χειρότερο σενάριο το ποσοστό της φτώχειας θα αυξηθεί στο 16,6%, δηλαδή 19,7 εκατομμύρια άνθρωποι γίνονται φτωχοί (Suryahadi, et. al., 2020). Στην Αφρική επηρεάστηκε η κοινωνική και η οικονομική ευημερία των πολιτών (Ozili, 2020), οι χώρες της υποσαχάριας Αφρικής για να μπορέσουν να ξεπεράσουν τα δημοσιονομικά προβλήματα θα πρέπει να διπλασιαστεί η αναπτυξιακή βοήθεια που δέχονται από το εξωτερικό (Adam, et. al. 2020). Τα χρηματιστήρια σε πολλές χώρες του κόσμου αντέδρασαν αρνητικά (Ashraf, 2020), η

μείωση της οικονομικής δραστηριότητας βοήθησε στο να ελαττωθεί η κατανάλωση ενέργειας (Chen, et.al., 2020), όπως επίσης και οι εκπομπές των ρύπων στην Ασία και στην Ευρώπη (Gautam, 2020), αλλά το πιο πιθανό είναι όταν αρθούν οι περιορισμοί να επανέλθουν στα παλαιότερα επίπεδα, αν δεν υπάρξουν παρεμβάσεις (Herburn, et. al., 2020).

Κοινωνικά προβλήματα

Οι κυβερνήσεις ακολουθώντας τις οδηγίες των επιδημιολόγων έθεσαν περιορισμούς στην κίνηση και στην εργασία σε μια προσπάθεια περιορισμού της ασθένειας (Λύτρας και Τσιόδρας, 2021), επιβλήθηκαν μέτρα περιορισμού στην είσοδο των ανθρώπων από άλλες χώρες αλλά και μέτρα περιορισμού μέσα στην ίδια την κοινότητα, όπως μέτρα απομόνωσης, καραντίνας και κοινωνικής απόστασης (Wilder-Smith & Freedman, 2020; Tufan & Kayaaslan, 2020). Η παγκόσμια εξάπλωση του ιού συνεχίστηκε παρά τα περιοριστικά μέτρα παλαιού τύπου που πήραν οι κυβερνήσεις (Wilder-Smith & Freedman, 2020). Οι περιορισμοί όμως δημιούργησαν υψηλές επιπτώσεις στην ζωή μας, διαταράσσοντάς την σε μεγάλο βαθμό και αλλάζοντας την καθημερινότητά μας (Galli, et. al., 2020). Στην Ολλανδία η κυβέρνηση χρησιμοποίησε το κλείσιμο χώρων και εκδηλώσεων για να μπορέσει να μειώσει την εξάπλωση του κορονοϊού. Έκλεισε τα σχολεία, όπως επίσης τα πανεπιστήμια, μουσεία, θέατρα, κινηματογράφους, χώρους διασκέδασης, εστιατόρια κ.α. Ακυρώθηκαν οι κοινωνικές εκδηλώσεις και συγκεντρώσεις και απαγορεύτηκαν οι συναντήσεις ατόμων από διαφορετικές οικογένειες. Τα μέτρα αυτά χαλάρωσαν τον Ιούνιο, αλλά επέστρεψαν πάλι τον Αύγουστο όταν αυξήθηκαν τα ποσοστά μόλυνσης (Benschop, et. al., 2021). Στο Χονγκ Κόνγκ και στην Κίνα, τα σχολεία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης έκλεισαν, ενώ τα πανεπιστήμια χρησιμοποίησαν μεθόδους διδασκαλίας από απόσταση (Cao, et. al., 2020). Το κλείσιμο των σχολείων έχει μεγάλο κοινωνικό κόστος επιφέροντας προβλήματα στους μαθητές αλλά και στις οικογένειές τους, η χρησιμότητά της ενέργειας ελέγχεται μιας και τα παιδιά δεν είναι τόσο ευάλωτα στην Covid-19 (Viner, et. al., 2020), ένας από τους γονείς πρέπει να μένει στο σπίτι για να προσέχει τα παιδιά, με αποτέλεσμα να ελαττωθεί το εισόδημα πολλών οικογενειών λόγω απουσίας τους από την εργασία (Chen, et. al., 2011). Το σχολείο ακόμα δεν είναι απλά ένας χώρος γνώσης αλλά προάγει την ευημερία των μαθητών (Zins, et. al., 2007), μέσα σε αυτό τα παιδιά κοινωνικοποιούνται, αναπτύσσουν τα συναισθήματά τους και μερικά ξεφεύγουν από το προβληματικό περιβάλλον της οικογένειας (Tauchen, et. al.,

1991). Η κοινωνική απομόνωση μπορεί να βοηθάει στην μείωση της εξάπλωσης του Covid-19, αυξάνει όμως τα επίπεδα μοναξιάς τα οποία προκαλούν προβλήματα στη ψυχική και σωματική υγεία των ανθρώπων (Hwang, et. al., 2020), οι ηλικιωμένοι επίσης χρειάζονται βοήθεια και δεν πρέπει να αποσυνδέονται κοινωνικά από τις οικογένειές τους και τις υπηρεσίες γιατί τις έχουν ανάγκη (Hwang, et. al., 2020). Πολλές επιχειρήσεις εφάρμοσαν την εργασία από το σπίτι για τους εργαζόμενούς τους. Αυτή η πρακτική, δημιουργεί καθυστερήσεις στην υλοποίηση των έργων λόγω του ότι υπάρχει δυσκολία στην διαχείριση ομάδων από μακριά (Jallow, et. al., 2020). Στην κοινωνική απομόνωση οι άνθρωποι υιοθετούν κακές συμπεριφορές όπως κατανάλωση αλκοόλ, κάπνισμα, ανθυγιεινή διατροφή κ.α. (Leigh-Hunt, et. al., 2017). Οι πανδημίες επίσης λόγω της αβεβαιότητας και του φόβου που προκαλούν, δημιουργούν ευνοϊκό περιβάλλον το οποίο, μπορεί να αυξήσει τις διάφορες μορφές οικογενειακής βίας και ιδίως κατά των παιδιών και των γυναικών (Peterman, et. al., 2020). Στην νότια Ασία λόγω του υψηλού αναλφαριθμητισμού, της φτώχειας και της υψηλής πυκνότητας που έχουν οι πληθυσμοί δεν είναι εύκολο να εφαρμοστούν μέτρα περιορισμού (Djalante, et. al., 2020). Στην Αμερική υπάρχουν πάρα πολλοί εργαζόμενοι ανασφάλιστοι (28 εκατομμύρια το 2018), στην πανδημία αυτοί οι ανασφάλιστοι αν αρρωστήσουν θα έχουν μεγάλες οικονομικές συνέπειες, μιας και θα πρέπει να πληρώσουν για τη νοσηλεία τους (Tolbert, 2020), επίσης επειδή δεν παρέχεται άδεια ασθενείας δεν θα θέλουν να πάρουν άδεια με αποτέλεσμα να μην μπορεί να ελεγχτεί εύκολα ο κορονοϊός (Tolbert, 2020). Οι άνθρωποι στο Ηνωμένο Βασίλειο στην διάρκεια της πανδημίας βιώνουν εσωτερικές συγκρούσεις, έχοντας την επιθυμία να ζήσουν μια ευχάριστη και φυσιολογική ζωή και ταυτόχρονα να παραμείνουν ασφαλείς, οι ηλικιωμένοι ανησυχούν περισσότερο, αλλά θεωρούν απίθανο να απομονωθούν (Bacon & Corr, 2020). Ο χρόνος που οι άνθρωποι κάθονταν, αυξήθηκε κατά τρεις ώρες το εικοσιτετράωρο στη διάρκεια του αναγκαστικού εγκλεισμού, επίσης η τροφή που καταναλώνεται είναι πιο ανθυγιεινή, το μελλοντικό πρόβλημα είναι ότι μεταβάλλει τις συμπεριφορές προς τέτοια κατεύθυνση, που μελλοντικά θα θέσει σε κίνδυνο την υγεία (Ammar, et. al., 2020). Στην ψηφιακή εποχή, είναι επόμενο ένα μεγάλο μέρος του κόσμου να αντλεί πληροφορίες μέσα από το διαδίκτυο και μετά από τα παραδοσιακά μέσα για την Covid-19 (Ko, et. al., 2020). Οι πληροφορίες που αντλούνται όμως δεν είναι πάντα σωστές, γι' αυτό η ποιότητα και η αξιοπιστία τους πρέπει να ελέγχονται (Jayasinghe, et. al., 2020). Όσοι εμπιστεύονται το διαδίκτυο δεν ψάχνουν να ανακαλύψουν από πού προέρχονται οι ειδήσεις και μπορεί να τις κοινοποιήσουν και

στους άλλους μεταφέροντας στην ουσία fake news (Talwar, et. al., 2019). Παράλληλα δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η παραπληροφόρηση δημιουργεί κινδύνους για τη δημόσια υγεία (Cuan-Baltazar, et. al., 2020). Το YouTube είναι ένα από τα μέσα με μεγάλη θέαση στην πανδημία, μέσα σε αυτό περιλαμβάνονται παραπλανητικά βίντεο και ανακριβείς επιστημονικές πληροφορίες όσον αφορά την Covid-19, αυτό θα μπορούσε να το βελτιώσει η ιατρική κοινότητα παραθέτοντας έγκυρη και αξιόπιστη πληροφόρηση σε ένα μέσο, που παρακολουθούν εκατομμύρια άνθρωποι (Dutta, et. al., 2020). Στην έρευνα που έκανε ο Sharon (2020) στη Ρωσία, οι πληροφορίες που αφορούσαν τον Covid-19 ήταν υπερβολικές γύρω από την μετάδοση και τη θνησιμότητά του και διαδίδονταν τάχιστα μέσω των κοινωνικών δικτύων, προκαλώντας το φόβο των πολιτών. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα μεγάλη αρνητική επίδραση και στην κοινωνία αλλά και στο ίδιο το σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης. Το 64,2% των ιατρών καθώς και το 82,2% των άλλων επαγγελματιών υγείας που ερωτήθηκαν βίωναν το φόβο της μόλυνσης και ιδιαίτερο άγχος. Ο φόβος θεωρούν ότι προήλθε από τον τρόπο που τα διάφορα μέσα ενημέρωσης κάλυψαν την πανδημία και τις επιπτώσεις της, ενώ πιστεύουν ότι πιθανότατα να εκτελούσαν τα καθήκοντά τους καλύτερα, χωρίς το άγχος και το φόβο, που τους δημιουργήθηκε από τις διάφορες πηγές ενημέρωσης (Sharon, 2020). Στην Αγγλία οι μισοί συμμετέχοντες στην μελέτη του Freeman et. al. (2020), θεωρούν ότι ο κορονοϊός αναπτύχθηκε στην Κίνα σαν βιολογικό όπλο με σκοπό να καταστρέψει τη Δύση, το 1/5 επίσης πιστεύει ότι δημιουργήθηκε από τους Εβραίους με σκοπό το οικονομικό κέρδος μέσω της κατάρρευσης της οικονομίας (Freeman, et. al., 2020).

Ψυχολογικά προβλήματα

Η αβεβαιότητα, ο φόβος καθώς και ο στιγματισμός αυτών που αρρωσταίνουν παρουσιάζονται σε κάθε βιολογική καταστροφή, σε αυτές τις περιπτώσεις είναι απαραίτητη η παρέμβαση και η παροχή βοήθειας στην ψυχική υγεία των ατόμων (Xiang, et. al., 2020). Κάθε πληθυσμιακή ομάδα αντιλαμβάνεται τον κίνδυνο διαφορετικά, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε εκ των προτέρων τις ομάδες εκείνες που χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη και να παρεμβαίνουμε (Gil García, et. al., 2010). Η καραντίνα και η απομόνωση στους ανθρώπους διαταράσσει την φυσιολογική κοινωνική ζωή, δημιουργεί αισθήματα εγκλωβισμού, και ψυχολογικό φόβο, προκαλεί άγχος και επηρεάζει ιδιαίτερα αυτούς με διαπιστωμένα προβλήματα ψυχικής υγείας

(Thakur & Jain, 2020). Οι ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με σοβαρές ψυχικές ασθένειες θα πρέπει να ενημερώνονται με ακριβείς πληροφορίες και με στρατηγικές έτσι ώστε να μετριαστεί ο κίνδυνος, θα πρέπει επίσης να γνωρίζουν με πιο τρόπο και πότε, θα αναζητήσουν ιατρική βοήθεια για την Covid-19 (Druss, 2020). Οι ειδήσεις που μεταφέρονται από τα μέσα ενημέρωσης και αφορούν τον Covid-19 προκαλούν αβεβαιότητα στον πληθυσμό, οι πληροφορίες που αναφέρονται είναι αρνητικού πλαισίου για την εξέλιξη της πανδημίας, αυξάνοντας το μέγεθος, κάνοντας καθημερινά ιδιαίτερη αναφορά στον αριθμό των κρουσμάτων και των θανάτων με αποτέλεσμα να προκαλούν φόβο και ψυχολογικά προβλήματα (Olagoke, et. al., 2020). Στην Ιταλία μέσω των παιδιατρικών νοσοκομείων, αναφέρθηκαν 12 περιπτώσεις καθυστερημένης πρόσβασης σε νοσοκομειακή περίθαλψη, κατά τη διάρκεια της εβδομάδας 23-27 Μαρτίου 2020. Δύο από τις περιπτώσεις αφορούσαν διαβήτη τύπου 1 με σοβαρή κετοξέωση. Οι γονείς παρ'όλο που αναγνώρισαν στα παιδιά τους συμπτώματα που σε κανονικές συνθήκες θα τους είχαν θορυβήσει, καθυστέρησαν να πάνε στο νοσοκομείο με αποτέλεσμα και τα δύο παιδιά να γίνουν εισαγωγή στην ΜΕΘ. Οι γονείς και των δώδεκα περιπτώσεων παραδέχτηκαν ότι η καθυστέρηση οφειλόταν στο φόβο που είχαν μήπως μολυνθούν αυτοί και τα παιδιά τους, οι μισοί από αυτούς που είχαν επικοινωνήσει με τις υπηρεσίες, είτε ο πάροχος δεν μπορούσε να τους εξυπηρετήσει, είτε αποθαρρύνθηκαν να πάνε μήπως κολλήσουν (Lazzerini, et. al., 2020). Σύμφωνα με τον Mazza et. al. (2020), ο Ιταλικός πληθυσμός στη διάρκεια της πανδημίας αναφέρει υψηλά επίπεδα κατάθλιψης στο 32,4%, ενώ υψηλό άγχος εμφανίζει το 27,2%, στη μελέτη του συσχετίζονται με υψηλότερη κατάθλιψη και άγχος οι γυναίκες, η ανεργία, τα προϋπάρχοντα ιατρικά προβλήματα, όπως επίσης και η ύπαρξη κάποιου γνωστού που μολύνθηκε. Ανάλογα σύμφωνα με τους Ozamiz-Etxebarria et. al. (2020), στην Ισπανία και ειδικότερα στη χώρα των βάσκων, η κατάθλιψη και το άγχος στην αρχή της πανδημίας ήταν σε χαμηλά επίπεδα, μετά τον περιορισμό της κυκλοφορίας και την αναγκαστική παραμονή στο σπίτι αναφέρονται υψηλότερα επίπεδα, αξιοσημείωτο είναι ότι οι νέοι φαίνεται να εμφανίζουν πιο πολύ άγχος σε σχέση με τις μεγαλύτερες ηλικίες.

Σε μια άλλη σχετική μελέτη στην Ισπανία και σε δείγμα 3480 ατόμων, το 18,7% εμφάνιζε συμπτώματα κατάθλιψης, το 21,6% άγχος και το 15,8% διαταραχή μετατραυματικού στρες, η μοναξιά είναι ο πιο ισχυρός προγνωστικός παράγοντας και των τριών καταστάσεων. Αυτοί που πιστεύουν ότι οι πληροφορίες για την πανδημία

είναι επαρκείς, καθώς και αυτοί που έχουν οικονομική σταθερότητα κινδυνεύουν λιγότερο, υψηλότερη συμπτωματολογία παρουσιάζουν όσοι έχουν διαγνωστεί με προβλήματα ψυχικής υγείας κατά το παρελθόν, όπως επίσης και οι γυναίκες González-Sanguino et. al. (2020). Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν στην Τουρκία καθώς οι γυναίκες είναι αυτές που επηρεάζονται περισσότερο ψυχολογικά, τα άτομα με προϋπάρχουσα ψυχική ασθένεια, όπως επίσης και τα άτομα που διαβιούν σε αστικές περιοχές (Özdin & Özdin, 2020). Η κατάθλιψη στην Κίνα αυξήθηκε κατά 7% μετά την έναρξη της πανδημίας, οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο, είναι η χαμηλή κοινωνική και οικονομική θέση, η συχνή συμμετοχή στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και το γυναικείο φύλο (Mowbray, 2020). Τα συμπεράσματα του Cao et. al. (2020), στην έρευνα που έκανε σε 7143 φοιτητές στο Ιατρικό πανεπιστήμιο Changzhi της Κίνας, για να αξιολογήσει την ψυχική τους υγεία στη διάρκεια της πανδημίας έδειξαν ότι, το 24,9% βίωσε άγχος. Διαπίστωσε επίσης ότι προστατευτικοί παράγοντες για το άγχος είναι να ζει κάποιος σε αστική περιοχή, να υπάρχει σταθερό οικογενειακό εισόδημα και να ζει ο φοιτητής με τους γονείς του. Επιβαρύνουν τα συμπτώματα άγχους οι επιπτώσεις της πανδημίας στην καθημερινή ζωή, η καθυστέρηση της εκπαίδευσης τους, ενώ λιγοστεύει το άγχος τους όταν υπάρχει κοινωνική υποστήριξη (Cao, et.al., 2020). Σε μια άλλη μελέτη που έγινε σε 8.079 μαθητές γυμνασίου και λυκείου στην Κίνα, το 43,7% των εφήβων εμφανίζουν συμπτώματα άγχους και υψηλά ποσοστά συνδυασμού άγχους-κατάθλιψης, τα παιδιά που ζουν σε αγροτικές περιοχές βιώνουν περισσότερο άγχος από αυτά της πόλης, τα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια έχουν υψηλότερα ποσοστά, ενώ όσο αυξάνονται οι σχολικοί βαθμοί των παιδιών, φαίνεται να αυξάνονται και τα συμπτώματα (Zhou, et. al., 2020). Στην Δανία επηρεάστηκε αρνητικά η ψυχολογία του γενικού πληθυσμού από την Covid-19, με τις γυναίκες να έχουν το μεγαλύτερο πρόβλημα σε σχέση με τους άντρες (Sønderskov, et. al., 2020). Η μελέτη του Pierce et. al. (2020) που έγινε στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε μια αύξηση της ψυχικής δυσφορίας σε σχέση με τον προηγούμενο χρόνο, η οποία ήταν εμφανείς στις γυναίκες και στους νέους (Pierce, et. al., 2020). Στην Ινδία ένας άντρας 50 χρονών αυτοκτόνησε γιατί πίστεψε πως είχε Covid-19, προσβλήθηκε από κάποια ιογενή λοίμωξη και τέθηκε σε καραντίνα, λόγω του φόβου του απέναντι στην ασθένεια και του πανικού του ή για να προστατεύσει την οικογένειά του έδωσε τέλος στη ζωή του (Goyal, et. al., 2020). Σε έρευνα που έγινε στο Πακιστάν σε εφήβους 13-17 ετών αποκάλυψε ότι η κοινωνική απόσταση δημιούργησε ψυχολογικά προβλήματα και στα δύο φύλα, όπως άγχος, κατάθλιψη και θυμό (Majeed & Ashraf, 2020). Ο

Moghanibashi-Mansourieh (2020) έκανε μια διαδικτυακή έρευνα για την αξιολόγηση του επιπέδου άγχους στον γενικό πληθυσμό του Ιράν στη διάρκεια της πανδημίας του κορονοϊού. Απάντησαν πάνω από 10.000 άνθρωποι που μόνο το 4,5% ήταν πάνω από 50 ετών. Ανακάλυψε ότι το 1/5 των συμμετεχόντων έχει βιώσει σοβαρό ή και πολύ σοβαρό άγχος, με τις γυναίκες να νιώθουν περισσότερο άγχος σε σχέση με τους άντρες, επίσης αυτοί που παρακολουθούν ειδήσεις για την Covid-19 είναι περισσότερο ανήσυχοι και πιο αγχώδεις όπως συμβαίνει και σε αυτούς που έχουν έρθει σε επαφή με κάποιον που είχε ασθενήσει με Covid-19 (Moghanibashi-Mansourieh, 2020). Άμεση πρέπει να είναι η συλλογή υψηλής ποιότητας δεδομένων όσον αφορά την ψυχική υγεία και τις επιπτώσεις της από την πανδημία Covid-19, αυτό θα πρέπει να γίνει σε ολόκληρο τον πληθυσμό έτσι ώστε να αξιοποιηθεί η επιστήμη της ψυχικής υγείας και να ωφεληθεί την υγεία των λαών μακροπρόθεσμα (Holmes, et. al., 2020).

3.3 Οι επιπτώσεις της πανδημίας Covid-19 στον υγειονομικό τομέα

3.3.1 Συστήματα υγείας

Τα συστήματα υγείας πιέστηκαν ιδιαίτερα για να ανταπεξέλθουν στην πανδημία που επέφερε η Covid-19. Η αυξημένη ζήτηση για νοσηλεία ασθενών Covid-19 και η αναπροσαρμογή των συστημάτων υγείας (Stefanini, et. al., 2020), δημιούργησε πολλά προβλήματα στην κοινωνία λόγω της μείωσης των ιατρικών υπηρεσιών, που οι πολίτες απολάμβαναν μέχρι τώρα (Lerner, et. al., 2020). Η ανάγκη νοσηλείας υψηλού αριθμού ασθενών με Covid-19 ανάγκασε τις υπηρεσίες υγείας να αναστείλουν την εξέταση τακτικών περιστατικών (Sorbello, et. al., 2020), παράλληλα με την μείωση των τακτικών χειρουργείων, για την εξασφάλιση επιπλέον προσωπικού (νοσηλευτικού, αναισθησιολόγων), καθώς και να αναπτύξουν καινούργια κρεβάτια ΜΕΘ ώστε να ανταπεξέλθουν στις αυξημένες ανάγκες (Sturdy, et. al., 2020). Ακόμα και τα συστήματα των προηγμένων χωρών βρέθηκαν απροετοίμαστα να αντιμετωπίσουν την πανδημία, ενώ η αποστολή τους είναι τόσο σημαντική, δηλαδή να προστατεύσουν και να βελτιώσουν την υγεία μας, τα τελευταία χρόνια υποχρηματοδοτούνται, κατακερματίζονται και έχουν χρόνια προβλήματα όπως ελλείψεις προσωπικού (Armocida, et. al., 2020). Η μακροχρόνια μείωση της χρηματοδότησης είχε επίδραση στα συστήματα υγείας τριών μεγάλων χωρών, των Ηνωμένων Πολιτειών της

Αμερικής, της Ιταλίας καθώς και του Ηνωμένου Βασιλείου, οι χώρες αυτές βρίσκονται ψηλά στην λίστα των χωρών με τους περισσότερους θανάτους (Tarricone & Rognoni, 2020). Οι πόροι που επρόκειτο να διατεθούν στην Λομβαρδία για την καρδιολογία, μειώθηκαν το διάστημα από 24-29 Φεβρουαρίου, έτσι αναβλήθηκε το 80% των προγραμματισμένων στεφανιογραφιών, στις 8 Μαρτίου από τα 55 νοσοκομεία που είχαν τη δυνατότητα να καθετηριάζουν καρδιολογικούς ασθενείς παρέμειναν ενεργά τα 13 με ότι αυτό συνεπάγεται για τα έκτακτα καρδιολογικά περιστατικά (Stefanini, et. al., 2020). Ένα ακόμα μεγάλο πρόβλημα ήταν η έλλειψη που παρατηρήθηκε στην αρχή της πανδημίας σε υλικά προστασίας των εργαζομένων, η οποία πίεσε το προσωπικό των νοσοκομείων και των άλλων δομών της υγειονομικής περίθαλψης (Sorbello, et. al., 2020), δημιουργώντας τους ψυχικά προβλήματα και έντονο φόβο μήπως κολλήσουν χάνοντας μεταφορικά και κυριολεκτικά τον ύπνο τους (Zhang, et. al., 2020; Qi, et. al., 2020). Η υγειονομική περίθαλψη δεν μπορεί να εξυπηρετήσει τους χρόνιους ασθενείς, οι οποίοι έχουν μειωμένη πρόσβαση στο σύστημα υγείας, λόγω των μέτρων για τον έλεγχο της πανδημίας, παράλληλα οι ασθενείς αυτοί είναι πιο ευάλωτοι στην Covid-19, μιας και η συνοσηρότητα αυξάνει τον κίνδυνο για σοβαρές επιπλοκές και θνησιμότητα (Maddox, et. al., 2020; Wang, et. al., 2020; Singh, et. al., 2020), (Caruso, et. al., 2020). Σύμφωνα με την παγκόσμια μελέτη του Jazieh et. al. (2020), η οποία αφορούσε τον αντίκτυπο που είχε ο Covid-19 στην φροντίδα των καρκινοπαθών μας αποκαλύπτεται ότι, το 88% από τα 356 κέντρα που πήραν μέρος, αντιμετώπισαν προβλήματα στο να παρέχουν την ενδεδειγμένη φροντίδα, λόγω διαφόρων προληπτικών μέτρων, έλλειψης προσωπικού, και ελλείψεις ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού. Περισσότερα από το 1/3 των κέντρων αυτών δηλώνουν πως δημιουργήθηκαν προβλήματα με πιθανές βλάβες στους ασθενείς, από την διακοπή της θεραπείας για τον καρκίνο ή κάποιας άλλης περίθαλψης (Jazieh, et. al., 2020). Στις Κάτω Χώρες λόγω της πανδημίας επηρεάστηκαν σε μεγάλο βαθμό οι μεταμοσχεύσεις, ένα μεγάλο μέρος των κρεβατιών ΜΕΘ χρησιμοποιείτε για τους ασθενείς με Covid-19, αλλά υπήρξε και φόβος να δοθεί ανοσοκαταστολή κατά τη διάρκεια της πανδημίας (DeVries, et. al., 2020). Τις τέσσερις πρώτες εβδομάδες της επιδημίας οι μεταμοσχεύσεις νεφρού έπεσαν στις 20 από 80-100 το μήνα, δεν έγινε καμία μεταμόσχευση παγκρέατος, ενώ οι μεταμοσχεύσεις πνευμόνων και ήπατος μειώθηκαν κατά 50%. Το μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα θα είναι η αύξηση της λίστας αναμονής και της θνησιμότητας ασθενών που χρήζουν μεταμόσχευση (DeVries, et. al., 2020). Η πανδημία δεν φαίνεται να επηρέασε την Ρευματολογία, η οποία μπόρεσε γρήγορα να

προσαρμοστεί στις καινούργιες συνθήκες και κατάφερε να ανταπεξέλθει απέναντι στους χρόνιους ασθενείς που παρακολουθεί (Romão, et. al., 2020). Η κρίση που δημιούργησε η Covid-19 μετασχημάτισε τις υπηρεσίες υγείας αναγκάζοντάς τις να χρησιμοποιήσουν τεχνολογίες τηλεϊατρικής (Ohannessian, et. al., 2020), οι τεχνολογίες αυτές έχουν φτάσει σε υψηλό επίπεδο ωριμότητας, το οποίο απαιτείται για να ενσωματωθούν στα συστήματα περίθαλψης (Peek, et. al., 2020), η εφαρμογή τους θα πρέπει να προωθηθεί περισσότερο στοχεύοντας και σε μελλοντικές πανδημίες (Ohannessian, et. al., 2020). Τα συστήματα υγείας με την Covid-19 έχασαν την ικανότητα που είχαν να προσφέρουν φροντίδα στους ασθενείς στο τέλος της ζωής και να προετοιμάζουν την οικογένεια γι αυτό (Rapezzi, et. al., 2020). Ένα από τα μαθήματα που μας δίνει η πανδημία είναι ότι τα συστήματα υγείας πρέπει να επενδύσουν στην πρόληψη (Tarricone & Rognoni, 2020), μιας και η συνοσηρότητα δημιουργεί και υψηλότερα ποσοστά θνητότητας στους ασθενείς (Hafeez, et. al., 2020), παράλληλα οι περιοχές που είχαν ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα οργάνωσαν την παρακολούθηση των ασθενών στο σπίτι ελαττώνοντας έτσι την πίεση των νοσοκομείων (Tarricone & Rognoni, 2020). Άρα θα πρέπει να επανεξεταστεί η ετοιμότητα των συστημάτων υγείας απέναντι σε μελλοντικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (Shrestha, et. al., 2020), αυτό που πρέπει να κατανοήσουμε είναι πως μια από τις κορυφαίες προτεραιότητες για το μέλλον, είναι η ανθρωπότητα να επενδύσει στην μελλοντική ενδυνάμωση των συστημάτων υγείας (El Bcheraoui, et. al., 2020). Πριν από την πανδημία οι Ηνωμένες Πολιτείες κατατάσσονταν στην κορυφή του κόσμου, ως η καλύτερα προετοιμασμένη χώρα, για την αντιμετώπιση μολυσματικών ασθενειών. Η Covid-19 ανέδειξε τις ρωγμές στο σύστημα υγείας το οποίο ακολουθεί τις τεχνολογικές εξελίξεις αλλά δεν δαπανεί χρήματα για την δημόσια υγεία (Tulenko & Vervoort, 2020).

3.3.2 Επαγγελματίες υγείας

Η Covid-19 εκτός από τα τόσα προβλήματα που δημιούργησε στους πολίτες, επηρεάζει την ευημερία και προκαλεί μεγάλα προβλήματα στην ψυχική υγεία των ανθρώπων της πρώτης γραμμής αναχαίτισης (Siddiqui, et. al., 2021). Οι επαγγελματίες, υγείας φοβούνται να μην μολυνθούν, να μην μεταφέρουν την ασθένεια στο σπίτι τους και μολύνουν τους δικούς τους ανθρώπους, φοβούνται ακόμα να μην μολύνουν τους ασθενείς τους (Stojanov, et. al., 2021). Η Covid-19 έχει επιφέρει διακρίσεις στιγματίζοντας τους ασθενείς αλλά και τους εργαζόμενους στην υγειονομική περίθαλψη, ειδικά όταν φροντίζουν ασθενείς που νοσούν από αυτή (Singh & Subedi,

2020). Στην Ιταλία στην αρχή της πανδημίας οι γιατροί και οι νοσηλευτές έφτασαν να εργάζονται 100 ώρες την εβδομάδα φτάνοντας στα όριά τους, ενώ αρκετοί από αυτούς μολύνθηκαν (Sterpetti, 2020). Σε ένα αβέβαιο περιβάλλον όπως αυτό της πανδημίας με την ψυχική τους υγεία να τίθεται σε δοκιμασία (Lai, et. al., 2020), οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται έργα και σίγουρες πηγές υποστήριξης, για να ενδυναμώσουν την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στο σύστημα υγείας που υπηρετούν, οι ανησυχίες τους οργανώνονται σε 5 βασικά αιτήματα προς το σύστημα υγείας: ακούστε με, προστατέψτε με, προετοιμάστε με, στηρίξτε με και φροντίστε για μένα (Shanafelt, et. al., 2020). Στην Wuhan από την οποία ξεκίνησε η επιδημία, οι επαγγελματίες υγείας σε μεγάλο ποσοστό πλήττονται από ψυχικές διαταραχές και χρειάζονται την βοήθεια από τις ψυχολογικές υπηρεσίες του συστήματος υγείας (Kang, et.al., 2020). Στην μελέτη που έγινε στην Κίνα από την Lai et. al. (2020) σε 34 νοσοκομεία της Wuhan, της επαρχίας Hubei και εκτός της επαρχίας, οι επαγγελματίες υγείας είχαν αυξημένα συμπτώματα ψυχικής υγείας. Συνολικά 50,4% αυτών που συμμετείχαν εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης, 44,6% συμπτώματα άγχους, 34% συμπτώματα αϋπνίας και το 71,5% συμπτώματα δυσφορίας. Τα πιο σοβαρά συμπτώματα εμφανίζονταν στην Wuhan από τις άλλες περιοχές, οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες εργαζόμενους εμφάνισαν υψηλότερο επιπολασμό των συμπτωμάτων και οι νοσηλευτές από τους γιατρούς. Οι εργαζόμενοι στην πρώτη γραμμή που έρχονταν σε άμεση επαφή με ασθενείς Covid-19 διέτρεχαν υψηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν τα παραπάνω συμπτώματα ανεξάρτητα της περιοχής που εργάζονταν (Lai, et. al., 2020). Σύμφωνα με τη μελέτη του (Cai, et. al., 2020) που έλαβε χώρα στην επαρχία Χουνάν της Κίνας απάντησαν 534 άτομα 167 άνδρες και 367 γυναίκες που εργάζονταν σε νοσοκομεία της επαρχίας, το 90% αυτών που απάντησαν αντιπροσώπευε, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Οι ανησυχίες τους αφορούσαν εκτός από την προσωπική τους ασφάλεια, την οικογένειά τους και τους ασθενείς τους. Το ιατρικό προσωπικό 31-40 ετών ήταν αυτό που ανησυχούσε περισσότερο να μην μολύνει τις οικογένειές τους. Οι ηλικίες πάνω από 50 ετών ένιωσε το περισσότερο άγχος όταν άρχισαν να πεθαίνουν οι ασθενείς τους. Οι γιατροί αγχώονταν για την ασφάλειά τους, με την ηλικιακή ομάδα 41-50 να ανησυχεί περισσότερο. Η εξάντληση λόγω φόρτου της εργασίας και η έλλειψη προστατευτικής ενδυμασίας επηρέασε πιο πολύ το ηλικιωμένους επαγγελματίες υγείας, ενώ η ασφάλεια της οικογένειας βοήθούσε στο να μειωθεί το άγχος των επαγγελματιών. Το σημαντικότερο κίνητρο για τους επαγγελματίες για να θέλουν να δουλέψουν σε μελλοντικές επιδημίες είναι η επάρκεια των προστατευτικών μέσων και

του εξοπλισμού (Cai, et. al., 2020). Σύμφωνα με τις παραπάνω αναφορές και ένα μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας, το προσωπικό της πρώτης γραμμής βιώνει πιο έντονα ψυχολογικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Lai, et. al., 2020; Guo, et. al., 2020). Αντίθετα οι Tan et. al. (2020) που εξέτασαν την ψυχική υγεία των εργαζομένων σε δύο τριτοβάθμια νοσοκομεία της Σιγκαπούρης υποστηρίζουν, πως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έχει λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσει κατάθλιψη, στρες και άγχος σε σχέση με το υπόλοιπο προσωπικό των νοσοκομείων (Tan, et. al., 2020). Οι Huang et. al. (2020), μελέτησαν την ψυχική υγεία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, που εργάζονταν στην πρώτη γραμμή στη διάρκεια της πανδημίας από τις 7-14 Φεβρουαρίου του 2020 στην Κίνα. Η κατάσταση της υγείας τους μετρήθηκε με την κλίμακα αυτοαξιολόγησης άγχους και με την κλίμακα αυτοαξιολόγησης διαταραχής του μετατραυματικού στρες. Στη μελέτη συμμετείχαν 246 άτομα και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 23,04% εμφάνισε άγχος, οι γυναίκες είχαν υψηλότερα ποσοστά 25,67% έναντι των ανδρών 11,63%. Οι νοσηλευτές εμφάνισαν περισσότερο άγχος σε σχέση με τους γιατρούς, 26,88% έναντι 14,29%. Η βαθμολογία του δευτερογενούς τραυματικού στρες ήταν 27,39% στο σύνολο του προσωπικού και στην κλίμακα της αυτοαξιολόγησης πάλι το γυναικείο προσωπικό υπερεπερνούσε έναντι των αντρών $[(44,30 \pm 18,42) \text{ έναντι } (36,91 \pm 13,95), t = -2,472, P = 0,014]$, καταλήγοντας στην μελέτη του υποστηρίζει πως οι γυναίκες εργαζόμενες χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής όσον αφορά την ψυχική τους υγεία (Huang, et. al., 2020). Ομοίως με την παραπάνω έρευνα στην Ιταλία και σε επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εργάζονταν σε τμήματα που φρόντιζαν ασθενείς με Covid-19, οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα σε καταθλιπτικά συμπτώματα, και ειδικότερα αυτές που είναι μόνες τους. Επίσης η μεγαλύτερη ηλικία και το φύλο (γυναίκες), συσχετίστηκε με υψηλότερα συμπτώματα μετατραυματικού άγχους (DiTella, et. al., 2020). Ο Suryavanshi et. al. (2020), μεταφέρει την εικόνα από τον αντίκτυπο που έχει η Covid-19 στην ψυχική υγεία και στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών Υγείας της Ινδίας. Αναφέρει μέτρια μέχρι σοβαρή κατάθλιψη στο 22% των ερωτηθέντων, ενώ οι άνύπαντροι έχουν διπλάσιες πιθανότητες (32%) να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τους παντρεμένους (16%). Επιπρόσθετα οι νέοι κάτω των 30 ετών εμφανίζουν υψηλότερο επιπολασμό της μέτριας και σοβαρής κατάθλιψης 30%, σε σύγκριση με τους ηλικιακά μεγαλύτερους που έχουν 14%. Μέτριο έως σοβαρό άγχος αναφέρει το 29%, ενώ το 45% δεν έχει καλή ποιότητα επαγγελματικής ζωής και μάλιστα οι επαγγελματίες, που παρουσιάζουν συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης έχουν τέσσερις φορές, υψηλότερες

πιθανότητες αυτό να συνοδεύεται με χαμηλή ποιότητα επαγγελματικής ζωής (Suryavanshi, et. al., 2020). Στην μελέτη των Ruiz-Fernández et. al. (2020b) και σε ένα δείγμα 506 επαγγελματιών υγείας στην Ισπανία, χώρα που δοκιμάστηκε ιδιαίτερα από την Covid-19 (Ceylan, 2020), η ικανοποίηση της συμπόνιας παρουσιάζεται έστω και λίγο υψηλότερη στους νοσηλευτές στο 39,9%, από τους γιατρούς που έχουν 37,1%, η κούραση συμπόνιας και η εξουθένωση εμφανίζεται υψηλότερη στους γιατρούς όπως επίσης και το αντιληπτό άγχος σε σχέση με τους νοσηλευτές, η εξουθένωση των γιατρών αναγνωρίζεται στο 26,2% και των νοσηλευτών στο 24,3%, το αντιληπτό άγχος 30,1% στους γιατρούς και 29,1% στους νοσηλευτές αντίστοιχα. (Ruiz-Fernández, et. al., 2020b). Στη Σερβία οι επαγγελματίες υγείας φοβούνται μήπως κολλήσουν οι ίδιοι (65,3%), όπως επίσης μήπως μεταφέρουν τον ιό σε κάποιο μέλος της οικογένειάς τους (59,5), ο μεγαλύτερος φόβος τους φαίνεται να είναι ότι μπορεί να μολυνθεί κάποιος που βρίσκεται κοντά τους (83,3%). Το 67% αυτών που συμμετείχαν στην έρευνα έχουν ενοχληθεί από τα μέτρα περιορισμού που υφίστανται αλλά το 96,4% δηλώνει πως τα σέβεται, το 20,2% δηλώνει ότι έχει ψυχολογικά και άλλα προβλήματα, από αυτούς μόνο το 7,5% θεωρεί πως χρειάζεται τη βοήθεια κάποιου επαγγελματία, για να τα ξεπεράσει ενώ το υπόλοιπο 12,7% πιστεύει πως θα τα λύσει μόνο του (Stojanov, et. al., 2021). Η Kunz et. al. (2021), συγκρίνει τον αντίκτυπο της πανδημίας μεταξύ των Ιατρών και των νοσηλευτών και μας μεταφέρει ότι η ψυχική υγεία των νοσηλευτών έχει επηρεαστεί περισσότερο από αυτή των γιατρών. Οι νοσηλευτές κινδυνεύουν να εμφανίσουν άγχος, κατάθλιψη καθώς και PTSD, αυτό μπορεί να συνδέεται με το γυναικείο φύλο που πλειοψηφεί μεταξύ των νοσηλευτών, μπορεί όμως να συνδέεται με τη μεγάλη διάρκεια επαφής με τους ασθενείς και το υψηλότερο επίπεδο έκθεσης στην ασθένεια (Kunz, et. al., 2021). Η Παππά και. συν. (2020), στην συστηματική ανασκόπηση και μετά ανάλυση στην εργασία τους «Επιπολασμός κατάθλιψης, άγχους και αϋπνίας μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19», έλαβαν στοιχεία από 13 μελέτες και 33.062 συμμετέχοντες, ο επιπολασμός του άγχους ήταν 23,2%, ο επιπολασμός της κατάθλιψης 22,8% και ο επιπολασμός της αϋπνίας 34,3%. Ο επιπολασμός του άγχους και της κατάθλιψης είναι υψηλότερος στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες και στους νοσηλευτές σε σχέση με τους γιατρούς. Ένας προστατευτικός παράγοντας ο οποίος μειώνει την ψυχολογική πίεση κατά τη διάρκεια των επιδημιών είναι η κοινωνική υποστήριξη (Bai, et. al., 2005).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Μεθοδολογία της Έρευνας

Είδος Μελέτης

Η παρούσα Διπλωματική εργασία υιοθετεί τον σχεδιασμό της περιγραφικής συγχρονικής μελέτης με μερικές συσχετίσεις (cross-sectional study). Στις συγχρονικές μελέτες, η πληροφορία αναφορικά με τον προσδιοριστή και την έκβαση αφορά σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, που είναι η στιγμή της μέτρησης για κάθε συμμετέχοντα.

Σκοπός – Ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσης διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας ενός Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου κατά την περίοδο της πανδημίας covid-19.

Με βάση τον σκοπό, ετέθησαν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα που καλείται να απαντήσει η συγκεκριμένη διπλωματική εργασία κατά τρόπο έγκυρο και αξιόπιστο.

1. Ποιος είναι ο βαθμός ποιότητας επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας ενός Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου κατά την περίοδο της πανδημίας Covid-19 ;
2. Ποιος είναι ο βαθμός ανησυχίας των επαγγελματιών υγείας ενός Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου σχετικά με τον Sars-cov-2 ;
3. Υπάρχει συσχέτιση του βαθμού ποιότητας επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας ενός Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου και της πανδημίας Covid-19 ;
4. Υπάρχει συσχέτιση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (φύλο, ηλικία, επαγγελματική προϋπηρεσία, οικογενειακή κατάσταση) ;

Δειγματοληπτικό πλαίσιο

Πληθυσμός στόχος της μελέτης αποτέλεσαν οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε ένα Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο της Ελληνικής Περιφέρειας. Για τη συλλογή των δεδομένων εφαρμόστηκε η μέθοδος της Δειγματοληψίας Ευκολίας.

Δεοντολογία της Έρευνας

Στην παρούσα διπλωματική Εργασία η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα, ήταν αυστηρά εθελοντική. Το ερωτηματολόγιο το οποίο χρησιμοποιήθηκε ήταν ανώνυμο και δεν περιλάμβανε προσωπικά στοιχεία φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί κατά οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Πριν την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, ενημερώθηκαν από τον ερευνητή για το σκοπό της έρευνας και το πλαίσιο διεξαγωγής της καθώς και για τους κανόνες δεοντολογίας που την διέπουν και τις σχετικές εγκρίσεις πραγματοποίησης της έρευνας. Ειδικότερα, ενημερώθηκαν ότι οι απαντήσεις τους θα ήταν απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο ο ερευνητής θα είχε πρόσβαση σε αυτές, ενώ τα αποτελέσματα που θα προκύπταν θα χρησιμοποιούνταν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Επίσης ο ερευνητής τους διαβεβαίωσε ότι καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευτεί παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας, καθώς επίσης ότι η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

Στη συνέχεια όσοι επιθυμούσαν να συμμετάσχουν συμπλήρωναν ένα έντυπο συγκατάθεσης τους για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και την συμμετοχή τους στη μελέτη. Παράλληλα ζητήθηκαν όλες οι απαραίτητες εγκρίσεις για τη διεξαγωγή της έρευνας σύμφωνα με τις αρχές που επιβάλλει η δεοντολογία και παρατίθεται στο Παράρτημα.

Ερευνητικό Εργαλείο

Για τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο ποιότητας επαγγελματικής ζωής, 5η έκδοση της Beth Hudnall Stamm του 2009 “Ποιότητα επαγγελματικής ζωής”. Το ερωτηματολόγιο αυτό, αποτελείται από 30 κλειστού τύπου ερωτήσεις για την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής. Ο ερωτώμενος απαντά σε πεντάβαθμη κλίμακα με διαβαθμίσεις : «ποτέ», «σπάνια», «μερικές φορές», «συχνά», «πολύ συχνά». Η κλίμακα μετράει τρεις διαστάσεις, την επαγγελματική ικανοποίηση συμπόνιας, το δευτερεύον τραυματικό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση. Κάθε διάσταση περιλαμβάνει μια ομάδα ερωτήσεων οι οποίες βαθμολογούνται με τον ίδιο τρόπο εκτός από τις ερωτήσεις 1, 4, 15, 17 και 29 που βαθμολογούνται αντίστροφα. Αν αθροιστικά η βαθμολογία είναι μικρότερη του 22 υποδηλώνει χαμηλό επίπεδο, ενώ αν είναι μεταξύ 23 και 41 δείχνει μέτριο επίπεδο. Τέλος αν η βαθμολογία είναι μεγαλύτερη ή ίση του 42 υποδηλώνει υψηλό επίπεδο.

Η δεύτερη ενότητα του ερωτηματολογίου, περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με παράγοντες ανησυχίας/ικανοποίησης που σχετίζονται με την πανδημία covid-19 (κατασκευασμένο από τον ερευνητή).

Τέλος η τρίτη ενότητα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει κλειστού τύπου ερωτήσεις για τη συλλογή δεδομένων κοινωνικο-δημογραφικού χαρακτήρα όπως το φύλλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, τα έτη προϋπηρεσίας κ.α.

Στατιστική Ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS (IBM Corp. Released 2019, IBM SPSS Statistics for Windows, v.26.0, Armonk, NY: IBM Corp.). Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων περιγραφικών χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας καθώς και χαρακτηριστικών της εργασίας τους. Οι διαφορές των κατανομών αποκρίσεων στις Κλίμακες Φόβου & Ανησυχίας από την πανδημία COVID-19 & της Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής (ProQOL) εκτιμήθηκαν μέσω της μεθόδου χ^2 (έλεγχος ομοιογένειας). Η μορφή των κατανομών των βαθμολογιών τους ελέγχθηκε μέσω της μεθόδου κατά Blom (QQ plot) ενώ υπολογίστηκαν οι συντελεστές της αξιοπιστίας μέσω της μεθόδου Cronbach. Παρατηρήθηκε πολύ ελαφριά ασυμμετρία και χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικές μέθοδοι σύγκρισης και συσχέτισης μεταξύ τους ή με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους. Μεταξύ των υποκλίμακων της Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής (ProQOL) χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση τους η μέθοδος ανάλυσης διακύμανσης ενώ ακολούθησε μονομεταβλητή συσχέτιση με τη παραμετρική μέθοδο Pearson μεταξύ των δύο κλιμάκων αλλά και με τα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας. Μέσω πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης υπολογίστηκαν οι τυποποιημένοι συντελεστές παλινδρόμησης (beta) της συσχέτισης των Κλιμάκων Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής με τα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας και την Κλίμακα Φόβου & Ανησυχίας από την πανδημία COVID-19. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

Αποτελέσματα

Βασικά χαρακτηριστικά επαγγελματιών υγείας

Από το σύνολο των 246 επαγγελματιών υγείας που επιλέχτηκαν και συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, το 81,3% ήταν γυναίκες ενώ το 33,8% ήταν 50+ ετών (**πίνακας 1**). Το 61,4% δήλωσαν σε έγγαμη κατάσταση ή συμβίωναν, το 65,9% ανέφεραν ότι είχαν παιδιά

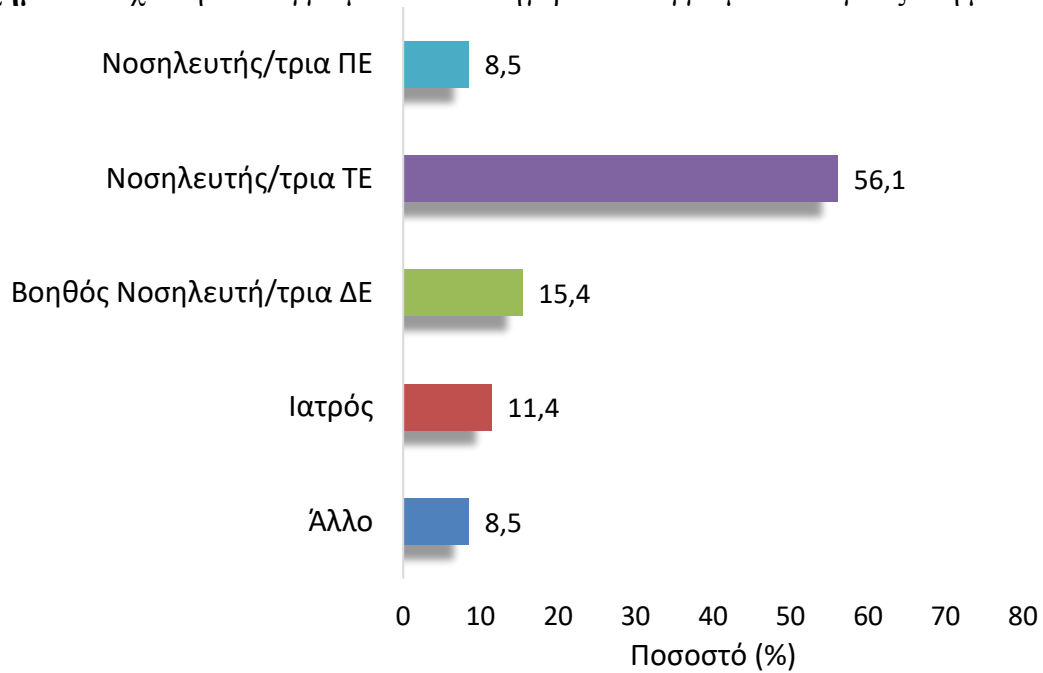
ενώ στην εκπαίδευσή τους το 57,7% είναι κάτοχοι πτυχίων και το 24,8% μεταπτυχιακών τίτλων σπουδών.

Πίνακας 1. Γενικά χαρακτηριστικά 246 συμμετεχόντων επαγγελματιών υγείας στη μελέτη, προερχόμενοι από Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο της Περιφέρειας.

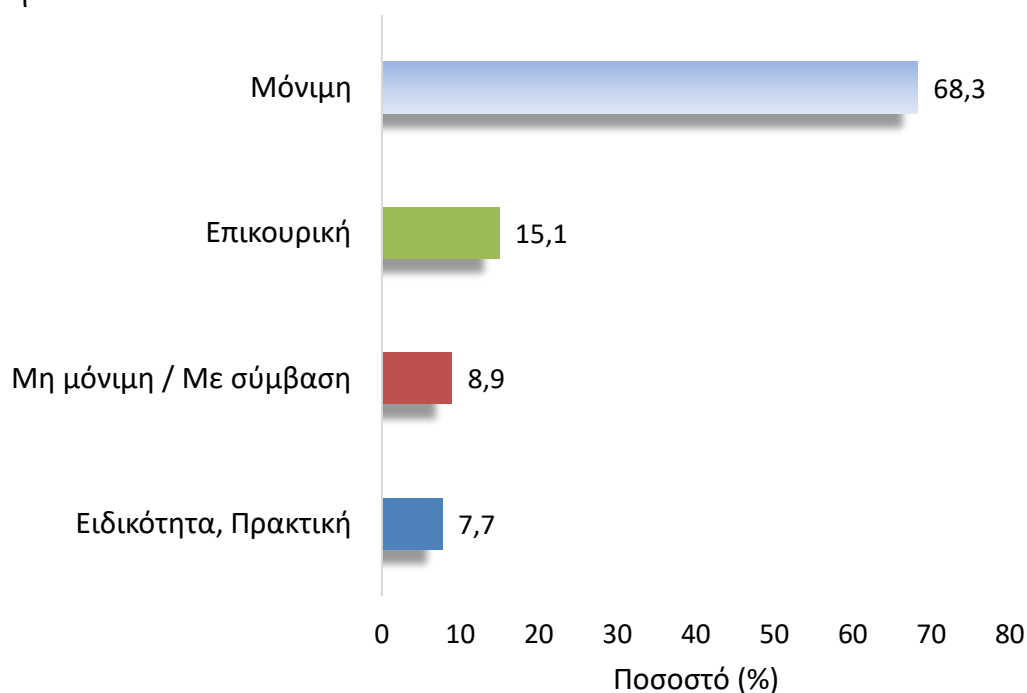
		v	%
Φύλο	<i>άνδρες / γυναίκες</i>	46 / 200	18,37 / 81,3
Ηλικία, χρόνια	22-24	6	2,4
	25-29	36	14,6
	30-34	25	10,2
	35-39	23	9,3
	40-44	29	11,8
	45-49	44	17,9
	50-54	48	19,6
	55-59	31	12,6
	60+	4	1,6
Οικογενειακή κατάσταση	<i>Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α</i>	95	38,6
	<i>Έγγαμος/η ή σε συμβίωση</i>	151	61,4
Παιδιά	<i>Ναι</i>	162	65,9
	<i>Όχι</i>	84	34,1
Εκπαίδευση	<i>ΙΕΚ, Σχολή Νοσοκομείου, Λύκειο</i>	43	17,5
	<i>ΤΕΙ, ΑΤΕΙ</i>	112	45,5
	<i>ΑΕΙ</i>	30	12,2
	<i>Κάτοχοι MSc</i>	48	19,5
	<i>Κάτοχοι PhD</i>	13	5,3

Από τη συχνότητα κατανομής των επαγγελματικών τους κατηγοριών (**σχήμα 1**), η πλειοψηφία επίσης ή το 56,1% δήλωσε εργασία ως νοσηλευτικό προσωπικό Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, 8,5% ως Πανεπιστημιακής και 15,4% ως Βοηθοί ΔΕ. Επίσης το 11,4% ήταν Ιατρικό προσωπικό ενώ συμμετείχαν κατηγορίες εργαζομένων όπως Κοινωνικοί Λειτουργοί, Επισκέπτριες Υγείας, Τεχνολόγοι κ.α. (8,5%). Ανάλογα για το είδος της θέσης εργασίας που εκτελούσαν στο χρόνο πραγματοποίησης της έρευνας (**σχήμα 2**), το 68,3% δήλωσε μόνιμη θέση και έπεται με 15,1% ως επικουρικό προσωπικό.

Σχήμα 1. Συχνότητα επαγγελματικών κατηγοριών επαγγελματιών υγείας στη μελέτη.



Σχήμα 2. Κατανομή θέσης εργασίας στον νοσοκομείο των επαγγελματιών υγείας στη μελέτη.



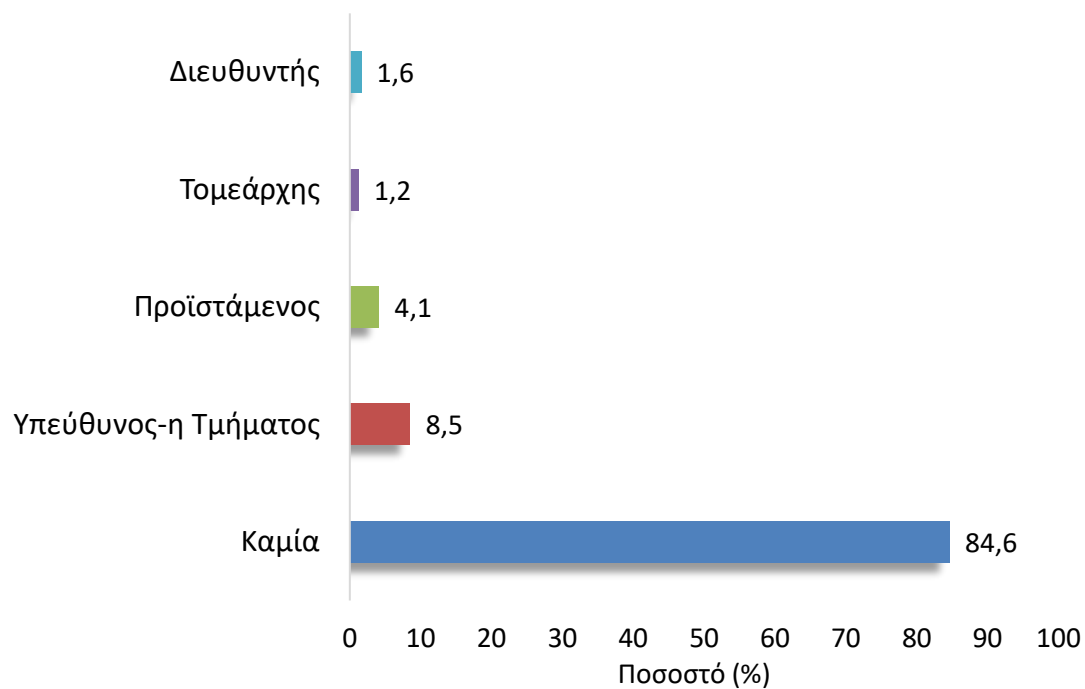
Στον **πίνακα 2** δίνεται η κατανομή των Τομέων, Μονάδων ή Τμημάτων εργασίας των επαγγελματιών υγείας στη μελέτη. Πρόκειται συνολικά για 10 Τμήματα/Τομείς που περιλαμβάνουν Κλινικές, Εργαστήρια ή Υπηρεσίες Υγείας όπως αναφέρονται στο Οργανόγραμμα του της Ιατρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου (<https://www.pagni.gr/index.php/hospital/organogramma/iatryphr>). Διακρίνεται λοιπόν ότι η πλειοψηφία ή το 36,6% των επαγγελματιών υγείας προέρχεται από τον Α' Παθολογικό Τομέα και επιπλέον 9,3% από τον Β' (συνολικά 35,9%). Από τον Χειρουργικό επίσης Τομέα συμμετείχαν το 27,2% και από τον Εργαστηριακό χώρο του Νοσοκομείου το 10,6%.

Πίνακας 2. Κατανομή 8 Τομέων, Μονάδων ή Τμημάτων εργασίας από τους οποίους επιλέχθηκαν οι επαγγελματίες υγείας της μελέτης.

Τομέας, Μονάδα ή Τμήμα	ν	%
Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	90	36,6
Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	23	9,3
Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	15	6,1
Β ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	52	21,1
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	26	10,6
ΤΟΜΕΑΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	14	5,8
ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ-ΜΟΝΑΔΕΣ	6	2,4

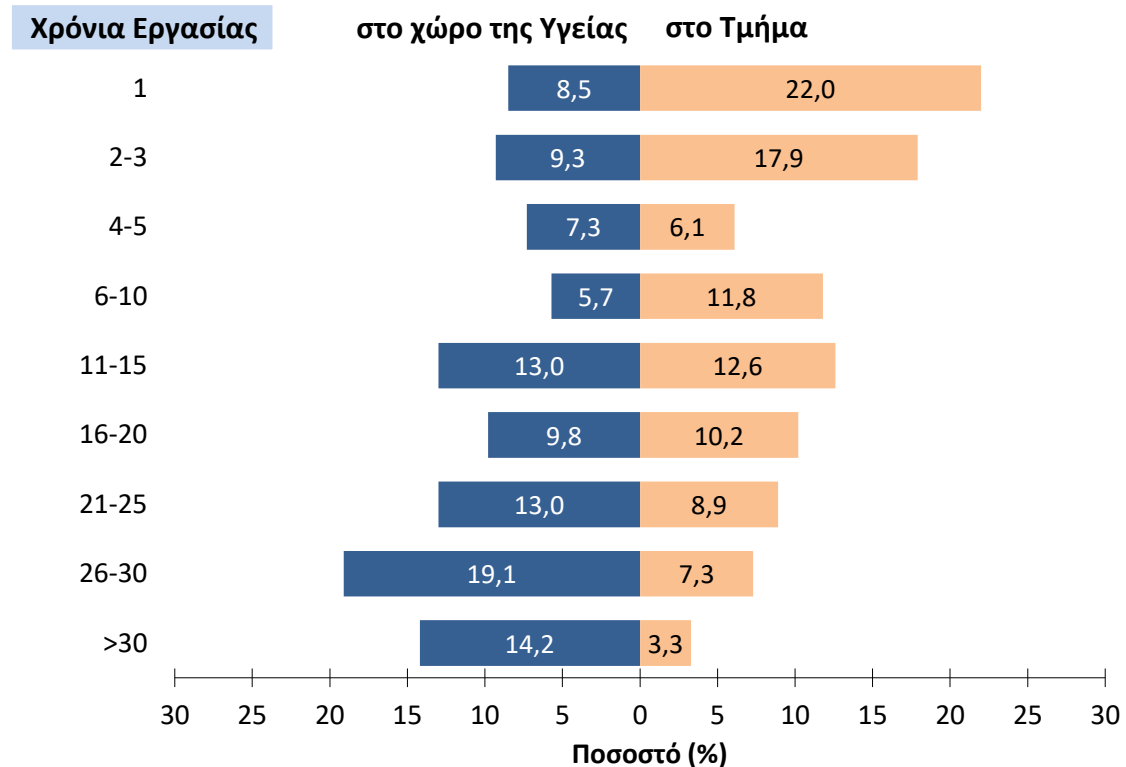
Ως προς τη θέση ευθύνης που πιθανόν κατείχαν στο χρόνο πραγματοποίησης της έρευνας (**σχήμα 3**), το 84,6% δήλωσε ότι δεν κατέχει κάποια συγκεκριμένη θέση, το 8,5% ότι είναι υπεύθυνος/η Τμήματος, το 4,1% Προϊστάμενος/η ή το 1,2% Τομεάρχης και 1,6% Διευθυντής.

Σχήμα 3. Κατανομή θέσης ευθύνης των επαγγελματιών υγείας στη μελέτη.



Στο **σχήμα 4** δίνεται η κατανομή συχνοτήτων στα χρόνια εργασίας στην Υγεία και στο Τμήμα, όπου διαπιστώνεται ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα έχουν περισσότερα χρόνια στην Υγεία (ως προϋπηρεσία) και λιγότερα στο τρέχον Τμήμα, καθώς το 56,1% εργάζεται συνολικά στην Υγεία για >15 χρόνια ενώ στο τρέχον Τμήμα μόλις το 29,7%.

Σχήμα 4. Κατανομή ετών εργασίας στο χώρο της Υγείας συνολικά & στο Τμήμα των επαγγελματιών υγείας στη μελέτη.



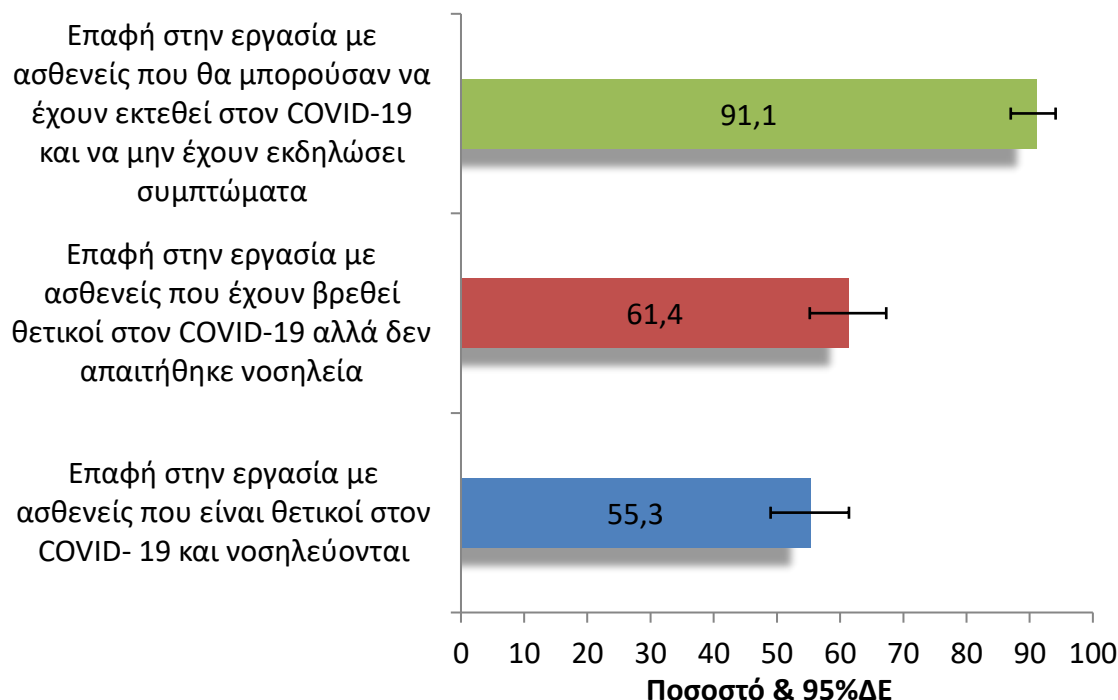
Φόβος & ανησυχία από την πανδημία COVID-19

Στο **σχήμα 5** και στον **πίνακα 3** δίνονται οι κατανομές αποκρίσεων σε ερωτήσεις/προτάσεις που αφορούν την πανδημία Covid-19 στο εργασιακό και στο προσωπικό τους χώρο. Διαπιστώνεται λοιπόν ότι σημαντικά περισσότεροι ή το 91,1% των επαγγελματιών υγείας δήλωσαν ότι έρχονται σε επαφή στην εργασία τους με ασθενείς που πιθανόν έχουν εκτεθεί στον κορονοϊό αλλά είναι ασυμπτωματικοί ($p < 0,05$) (**σχήμα 5**) σε σχέση με το 61,4% που δηλώνουν ότι έρχονται σε επαφή στην εργασία τους με ασθενείς που έχουν βρεθεί θετικοί αλλά δεν έχριζαν νοσηλείας και το 55,3% ότι έρχονται σε επαφή στην εργασία τους με ασθενείς με Covid-19 που νοσηλεύονται.

Από τις 5 προτάσεις της Κλίμακας Ανησυχίας & Φόβου σχετικά με την πανδημία Covid-19 (**πίνακας 3**), παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση των ποσοστών αποκρίσεων και στις πέντε ερωτήσεις/προτάσεις ή σημαντική διαφορά στη διαβάθμιση των αποκρίσεων από «καθόλου» ανησυχία/φόβο έως «πάρα πολύ» ($p < 0,05$). Μεταξύ άλλων, «καθόλου»

ανησυχία εκφράζει το 33,7% στο ενδεχόμενο να ενταχθούν σε καραντίνα ενώ το 34,6% φοβάται/ανησυχεί «*πάρα πολύ*» μήπως μεταφέρουν στην οικογένεια/φίλους τον ιό.

Σχήμα 5. Συχνότητα αποκρίσεων σε ερωτήσεις σχετικά με την πανδημία Covid-19 και αφορούν την επαφή με ασθενείς των 246 επαγγελματιών υγείας της μελέτης.



Πίνακας 3. Κατανομή αποκρίσεων σε 5 προτάσεις της Κλίμακας Ανησυχίας & Φόβου σχετικά με την πανδημία Covid-19 των 246 επαγγελματιών υγείας της μελέτης.

Προτάσεις	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
4.1 Φοβάμαι μήπως κολλήσω τον κορωνοϊό COVID-19.	15,4%	40,7%	25,6%	12,2%	6,1%
4.2 Φοβάμαι μήπως μεταφέρω τον κορωνοϊό COVID-19 στην οικογένεια μου/φίλους.	4,9%	16,3%	26,0%	18,3%	34,6%
4.3 Φοβάμαι μήπως μπω σε καραντίνα.	33,7%	29,7%	18,7%	9,8%	8,1%
4.4 Φοβάμαι μήπως κολλήσω, αν μολυνθώ, τους συναδέλφους μου.	8,5%	26,8%	29,7%	22,8%	12,2%
4.5 Φοβάμαι αν μολυνθώ μήπως κολλήσω τους ασθενείς μου.	11,4%	15,4%	24,8%	25,6%	22,8%

Ελεγχοι χ^2 , σημαντικές διαφοροποιήσεις ($p < 0,01$).

Πλέον των αποκρίσεων της Κλίμακας Ανησυχίας & Φόβου σχετικά με την πανδημία Covid-19, αυτές καθορίζουν αθροιστική βαθμολογία ως ένδειξη του βαθμού ανησυχίας και φόβου (**πίνακας 4**). Η μέση βαθμολογία της βρέθηκε σε μέτρια επίπεδα ή 14,8 ($\pm 4,6$), με αθροιστικά όρια 5 (καθόλου) έως 25 (πάρα πολύ), όπου υψηλότερη καταδεικνύει μέγιστο φόβο/ανησυχία. Η αξιοπιστία τους επίσης εκτιμήθηκε μέσω του συντελεστή Cronbach και βρέθηκε $\alpha = 0,826$ (εξαιρετική).

Πίνακας 4. Βαθμολογία Κλίμακας Ανησυχίας & Φόβου σχετικά με την πανδημία Covid-19 των 246 επαγγελματιών υγείας της μελέτης.

	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	Διάμεσος	Ελάχ.	Μέγ.	Cronbach α
Κλίμακα Ανησυχίας & Φόβου σχετικά με την πανδημία Covid-19	14,8	4,6	15,0	5	25	0,826

Βαθμολογία Κλίμακας από 1:καθόλου έως 5:πάρα πολύ. Υψηλότερη βαθμολογία → υψηλότερη Ανησυχία & Φόβος.
Έλεγχος Friedman μεταξύ των υποκλιμάκων, $p < 0,001$.

Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής

Στον **πίνακα 5** παρουσιάζονται επίσης οι κατανομές απαντήσεων στα διαβαθμισμένα επίπεδα της Κλίμακας Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής (ProQOL). Όπως και στην Κλίμακα Φόβου & Ανησυχίας, παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση των ποσοστών αποκρίσεων στις 30 ερωτήσεις/προτάσεις ή σημαντική διαφορά στη διαβάθμιση των αποκρίσεων από «ποτέ» έως «πολύ συχνά» ($p < 0,05$). Σε υψηλή συχνότητα αποκρίσεων «πολύ συχνά» ή/και «συχνά» διαπιστώνεται η ερώτηση «10. Αισθάνομαι εγκλωβισμένος» (83,4%) ή η «3. Νοιώθω ότι συνδέομαι» (80,9%) και η «29. Είμαι ένας άνθρωπος που νοιάζεται πολύ» (80,3%). Πέρα όμως από την κατανομή των μεμονωμένων αποκρίσεων, η συγκεκριμένη Κλίμακα καθορίζει τρεις συνιστώσες ή υποκλίμακες (**πίνακας 6**). Αρχικά η *Ικανοποίηση Συμπόνιας* βρέθηκε με μέτρια προς υψηλά επίπεδα μέσης βαθμολογίας ή 37,2 ($\pm 5,8$), με αθροιστικά πιθανά όρια 10 (ποτέ) έως 50 (πολύ συχνά), όπου υψηλότερη καταδεικνύει υψηλότερη συμπτωματολογία συμπόνιας. Ακολουθεί η *Επαγγελματική Εξουθένωση* που βρέθηκε με μέτρια προς χαμηλά επίπεδα μέσης βαθμολογίας ή 28,5 ($\pm 5,8$) και με αθροιστικά πιθανά όρια 10 (ποτέ) έως 50 (πολύ συχνά), όπου υψηλότερη βαθμολογία καταδεικνύει υψηλότερη εξουθένωση. Επιπλέον εκτιμήθηκε και το *Δευτερογενές Τραυματικό Άγχος* που βρέθηκε με μέτρια προς χαμηλά επίπεδα μέσης βαθμολογίας ή 24,5 ($\pm 6,4$) και με αθροιστικά πιθανά όρια 10 (ποτέ) έως 50 (πολύ συχνά), όπου υψηλότερη βαθμολογία καταδεικνύει υψηλότερη συμπτωματολογία άγχους. Από τις τρεις συνιστώσες με σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία και άρα περισσότερη συμπτωματολογία βρέθηκε η *Ικανοποίηση Συμπόνιας* ($p < 0,001$). Η αξιοπιστία τους επίσης εκτιμήθηκε μέσω του συντελεστή Cronbach και βρέθηκε μεταξύ 0,769 & 0,850 (εξαιρετική). Ακόμη, από τις διαβαθμισμένες κατηγορίες

των συνιστωσών της Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής, βρέθηκαν με υψηλά επίπεδα *Ικανοποίησης Συμπόνιας* το 23,2%, κανένας ή καμία επαγγελματίας υγείας με υψηλή *Επαγγελματική Εξουθένωση* και με υψηλό *Δευτερογενές Τραυματικό Άγχος* μόλις το 1,2%.

Πίνακας 5. Κατανομή αποκρίσεων σε 30 προτάσεις της Κλίμακας Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής (ProQLQ).

Προτάσεις	ποτέ	σπάνια	μερικές φορές	συχνά	πολύ συχνά
1. Είμαι ευτυχισμένος*	1,6%	7,7%	32,1%	45,9%	12,6%
2. Ανησυχώ έντονα	1,6%	13,4%	33,7%	36,2%	15,0%
3. Νοιώθω ότι συνδέομαι	0,4%	2,8%	15,9%	45,5%	35,4%
4. Λαμβάνω ικανοποίηση*	3,3%	13,0%	33,3%	33,7%	16,7%
5. Αναπηδώ ή ξαφνιάζομαι	13,8%	34,1%	32,1%	11,8%	8,1%
6. Αισθάνομαι αναζωογονημένος	2,4%	8,5%	35,8%	39,8%	13,4%
7. Δυσκολεύομαι να διαχωρίσω	29,7%	37,0%	19,1%	11,8%	2,4%
8. Δεν είμαι τόσο παραγωγικός	38,2%	41,5%	14,2%	3,3%	2,8%
9. Νομίζω ότι έχω επηρεαστεί	29,3%	38,6%	24,4%	6,5%	1,2%
10. Αισθάνομαι εγκλωβισμένος	24,0%	25,2%	27,2%	15,4%	8,1%
11. Έχω αισθανθεί εκνευρισμένος	10,6%	23,2%	36,6%	22,8%	6,9%
12. Μου αρέσει η δουλειά μου	1,2%	4,1%	11,4%	42,3%	41,1%
13. Αισθάνομαι μελαγχολικός	17,9%	32,9%	34,1%	12,2%	2,8%
14. Αισθάνομαι σαν να βιώνω το τραύμα	24,4%	41,9%	23,2%	7,3%	3,3%
15. Έχω πεποιθήσεις*	1,2%	6,5%	29,3%	45,9%	17,1%
16. Είμαι ευχαριστημένος	2,4%	5,3%	30,5%	49,2%	12,6%
17. Είμαι το άτομο που πάντα ήθελα να είμαι*	2,0%	7,7%	26,0%	45,1%	19,1%
18. Η δουλειά μου με κάνει να αισθάνομαι ικανοποιημένος	2,4%	4,5%	30,1%	44,3%	18,7%
19. Αισθάνομαι εξαντλημένος	3,7%	14,2%	32,5%	30,9%	18,7%
20. Έχω ευχάριστες σκέψεις	0,8%	4,1%	32,1%	48,8%	14,2%
21. Αισθάνομαι καταβεβλημένος	4,9%	19,9%	34,1%	21,5%	19,5%
22. Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τη διαφορά	2,0%	14,2%	40,2%	35,4%	8,1%
23. Αποφεύγω συγκεκριμένες δραστηριότητες	30,9%	41,1%	17,9%	8,5%	1,6%
24. Είμαι υπερήφανος	0,4%	6,1%	22,0%	43,1%	28,5%
25. έχω ενοχλητικές, τρομακτικές σκέψεις	41,5%	33,3%	16,3%	8,1%	0,8%
26. Αισθάνομαι ότι “βαλτώνω”	9,3%	24,4%	26,4%	23,6%	16,3%
27. Έχω σκέψεις ότι είμαι επιτυχημένος	3,7%	9,8%	42,3%	36,6%	7,7%
28. Δεν μπορώ να ανακαλέσω	20,7%	36,2%	30,1%	11,0%	2,0%
29. Είμαι ένας άνθρωπος που νοιάζεται πολύ*	0,8%	3,3%	15,9%	42,3%	37,8%
30. Είμαι ευτυχής που επέλεξα	4,9%	8,1%	25,2%	35,0%	26,8%

* Στην εκτίμηση της βαθμολογίας (scoring) του ερωτηματολογίου, οι απαντήσεις στις συγκεκριμένες ερωτήσεις αντιστρέφονται. Έλεγχοι χ^2 , σημαντικές διαφοροποιήσεις ($p < 0,05$).

Πίνακας 6. Βαθμολογία συνιστωσών της Κλίμακας Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής (ProQLQ).

	Μέση τιμή	Τυπ. αποκλ.	Διάμεσος	Ελάχ.	Μέγ.	Cronbach α
Ικανοποίηση συμπόνιας (compassion satisfaction)	37,2	5,8	38,0	16	50	0,850
χαμηλή (έως 22)	ν=3 ή 1,2%					
μέτρια (23-41)	ν=186 ή 75,6%					
υψηλή (42+)	ν=57 ή 23,2%					
Επαγγελματική εξουθένωση (burnout)	28,6	4,5	28,5	18	40	0,769
χαμηλή (έως 22)	ν=24 ή 9,8%					
μέτρια (23-41)	ν=22 ή 90,2%					
υψηλή (42+)	--					
Δευτερογενές Τραυματικό άγχος (secondary traumatic stress)	24,5	6,4	24,0	10	45	0,828
χαμηλό (έως 22)	ν=99 ή 40,3%					
μέτριο (23-41)	ν=144 ή 58,5%					
υψηλό (42+)	ν=3 ή 1,2%					

Βαθμολογία Κλίμακας από 1: ποτέ έως 5: πολύ συχνά. Υψηλότερη βαθμολογία → υψηλότερη συμπτωματολογία.
Έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης μεταξύ των 3 υποκλιμάκων, $p<0,001$.

Φόβος & ανησυχία από την πανδημία COVID-19 & Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής

Στον **πίνακα 7** παρουσιάζονται οι μονομεταβλητές συσχετίσεις των βαθμολογιών μεταξύ χαρακτηριστικών με τις βαθμολογίες των Κλιμάκων Φόβου & Ανησυχίας από την πανδημία COVID-19 & της Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής. Η κατοχή θέσης ευθύνης σχετίζεται σημαντικά με υψηλότερα επίπεδα *Ικανοποίησης Συμπόνιας* ($r=-0,170$, $p<0,05$) ενώ η *Επαγγελματική Εξουθένωση* φαίνεται να σχετίζεται με την παρουσία παιδιών στη ζωή τους ($r=-0,171$, $p<0,05$), τη μόνιμη θέση εργασίας ($r=-0,184$, $p<0,05$), τα περισσότερα χρόνια εμπειρίας στην Υγεία ($r=0,164$, $p<0,05$) ή στο Τμήμα ($r=0,153$, $p<0,05$) αλλά και με την αυξημένη Ανησυχία/Φόβο λόγω πανδημίας ($r=0,253$, $p<0,05$). Επίσης το υψηλό *Δευτερογενές Τραυματικό Άγχος* φαίνεται να σχετίζεται με την αύξηση της ηλικίας ($r=0,155$, $p<0,05$), τα περισσότερα χρόνια εμπειρίας στην Υγεία ($r=0,167$, $p<0,05$) ή με την αυξημένη Ανησυχία/Φόβο λόγω πανδημίας ($r=0,281$, $p<0,05$).

Πίνακας 7. Συσχέτιση χαρακτηριστικών με τις βαθμολογίες των Κλιμάκων Φόβου & Ανησυχίας από την πανδημία COVID-19 & της Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής.

	Ικανοποίηση συμπόνιας	Επαγγελματική εξουθένωση	Δευτερογενές Τραυματικό άγχος	Ανησυχία & Φόβος σχετικά με την πανδημία Covid-19
r-Pearson				
Φύλο (1: άνδρες, 2: γυναίκες)	-0,009	0,089	0,041	-0,012
Ηλικία (ανά 5ετία μεταβολής)	0,052	0,118	0,155*	0,031
Οικογενειακή κατάσταση (1: Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α, 2: Έγγαμος/η ή σε συμβίωση)	-0,012	0,116	0,115	0,071
Παιδιά (1: ναι, 2: όχι)	-0,005	-0,171*	-0,113	-0,047
Εκπαίδευση (1: ΙΕΚ, Σχολή Νοσοκομείου, Λύκειο, 2: ΤΕΙ, ΑΤΕΙ, 3: ΑΕΙ, 4: μεταπτυχιακό, 5: διδακτορικό)	-0,071	-0,051	-0,050	-0,060
Θέση εργασίας (1: μόνιμη, 2: επικουρική κ.α.)	0,078	-0,184*	-0,092	0,036
Θέση ευθύνης (1: ναι, 2: όχι)	-0,170*	0,021	-0,046	0,022
Χρόνια στο χώρο της υγείας (ανά κατηγορία ετών)	-0,025	0,164*	0,167*	0,045
Χρόνια στο Τμήμα (ανά κατηγορία ετών)	-0,074	0,153*	0,090	-0,010
Ανησυχία & Φόβος σχετικά με την πανδημία Covid-19	-0,057	0,253*	0,281*	--

Βαθμολογία Κλίμακας από 1: ποτέ έως 5: πολύ συχνά. Υψηλότερη βαθμολογία → υψηλότερη συμπτωματολογία.

* $p < 0,05$

Τέλος, στον **πίνακα 8** παρουσιάζεται μέσω πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, η συσχέτιση των Κλιμάκων Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής με τα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας και την Κλίμακα Φόβου & Ανησυχίας από την πανδημία COVID-19. Υψηλότερα επίπεδα *Ικανοποίησης Συμπόνιας* φαίνεται να σχετίζονται προγνωστικά με τις μεγαλύτερες ηλικίες των επαγγελματιών υγείας ($b=0,441$, $p=0,004$) ή με την κατοχή θέσης ευθύνης ($b=-0,208$, $p=0,003$). Η αυξημένη *Επαγγελματική Εξουθένωση* φαίνεται επίσης να καθορίζεται μονάχα από την αυξημένη Ανησυχία/Φόβο λόγω πανδημίας ($b=0,259$, $p<0,001$) όπως και το υψηλό *Δευτερογενές Τραυματικό Άγχος* ($b=0,267$, $p<0,001$).

Πίνακας 8. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (συσχέτιση) των Κλιμάκων Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής με τα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας και την Κλίμακα Φόβου & Ανησυχίας από την πανδημία COVID-19.

<i>Προγνωστικοί παράγοντες</i>	Ικανοποίηση συμπόνιας		Επαγγελματική εξουθένωση		Δευτερογενές Τραυματικό άγχος	
	beta	p-value	beta	p-value	beta	p-value
Φύλο (1: άνδρες, 2: γυναίκες)	-0,034	0,598	0,091	0,148	0,043	0,499
Ηλικία (ανά 5ετία μεταβολής)	0,441	0,004	-0,222	0,134	0,059	0,696
Οικογενειακή κατάσταση (1: Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α, 2: Έγγαμος/η ή σε συμβίωση)	-0,030	0,768	-0,067	0,501	0,062	0,536
Παιδιά (1: ναι, 2: όχι)	-0,021	0,850	-0,152	0,163	0,019	0,862
Εκπαίδευση (1: ΙΕΚ, Σχολή Νοσοκομείου, Λύκειο, 2: ΤΕΙ, ΑΤΕΙ, 3: ΑΕΙ, 4: μεταπτυχιακό, 5: διδακτορικό)	-0,101	0,131	0,012	0,848	0,004	0,949
Θέση εργασίας (1: μόνιμη, 2: επικουρική κ.α.)	0,181	0,073	-0,166	0,095	0,052	0,606
Θέση ευθύνης (1: ναι, 2: όχι)	-0,208	0,003	0,087	0,202	0,012	0,857
Χρόνια στο χώρο της υγείας (ανά κατηγορία ετών)	-0,277	0,078	0,126	0,410	0,159	0,307
Χρόνια στο Τμήμα (ανά κατηγορία ετών)	-0,131	0,153	0,112	0,212	-0,035	0,704
Ανησυχία & Φόβος σχετικά με την πανδημία Covid-19 (Υψηλότερη βαθμολογία → υψηλότερη Ανησυχία & Φόβος)	-0,067	0,284	0,259	<0,001	0,267	<0,001
<i>R²(R² adjusted)</i>	0,101 (0,063)		0,135 (0,098)		0,109 (0,071)	

Βαθμολογία Κλίμακας Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής από 1: ποτέ έως 5: πολύ συχνά. Υψηλότερη βαθμολογία → υψηλότερη συμπτωματολογία.

Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας αποτέλεσε η διερεύνηση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας ενός Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου κατά την περίοδο της πανδημίας covid-19.

Στην παρούσα διπλωματική εργασία, η πλειοψηφία των 246 επαγγελματιών υγείας που επιλέχθηκαν και συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες, ενώ όλοι είχαν υψηλό επίπεδο σπουδών. Η πλειοψηφία επίσης ήταν Νοσηλευτικό προσωπικό Τεχνολογικής Εκπαίδευσης ή προερχόμενοι από τον Παθολογικό Τομέα. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν περισσότερα χρόνια στην Υγεία (ως προϋπηρεσία) και λιγότερα στο τρέχον Τμήμα.

Η Ανησυχία & Φόβος σχετικά με την πανδημία Covid-19 βρέθηκε σε μέτρια επίπεδα. Σε σχετική συγχρονική μελέτη (Nabe-Nielsen, et. al., 2021), που έγινε στη Δανία με τη συμμετοχή σε 4.303 επαγγελματίες υγείας, τα αποτελέσματα έδειξαν φόβο μόλυνσης σε ποσοστό 49% και φόβο μετάδοσης μόλυνσης από την εργασία στην οικογένεια σε ποσοστό 68% και κυρίως στους εργαζόμενους στα ασθενοφόρα. Αντίστοιχα, ο φόβος μετάδοσης λοίμωξης κατά τη διάρκεια της εργασίας ήταν συχνότερος στους φροντιστές ηλικιωμένων. Μεταξύ του προσωπικού φροντίδας ηλικιωμένων, η αυτοαναφερόμενη έκθεση σε μόλυνση και η έλλειψη πρόσβασης στο τεστ συσχετίστηκε πιο σταθερά με φόβο μόλυνσης και φόβο μετάδοσης, ενώ η έλλειψη πρόσβασης σε εξοπλισμό ατομικής προστασίας συνδέθηκε αποκλειστικά με φόβο μετάδοσης.

Σύμφωνα με τον (Chen, et. al., 2020), λόγω της στενής επαφής και έκθεσης με ασθενείς με COVID-19, οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζουν υψηλή ανησυχία και φόβο σχετικά με την πανδημία γεγονός που συχνά οδηγεί στην ανάπτυξη ψυχολογικών συμπτωμάτων όπως άγχος, πανικό ή άλλες διαταραχές που σχετίζονται με το στρες. Οι Cai et. al. (2020), υποστηρίζουν ότι τέτοια συμπτώματα μπορεί να προέρχονται από διάφορες πηγές, όπως υπερβολικός φόρτος εργασίας, έλλειψη ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού, έκθεση σε αρνητικό περιεχόμενο ειδήσεων σχετικά με τον COVID-19 και ανεπαρκής υποστήριξη από επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Ο κίνδυνος μόλυνσης είναι εγγενής στην υγειονομική περίθαλψη. Ως εκ τούτου, οι αποτελεσματικές πρακτικές πρόληψης των λοιμώξεων είναι πρωταρχικής σημασίας για τη διατήρηση της ασφάλειας και την καταπολέμηση του φόβου των επαγγελματιών

υγείας. Ωστόσο, ενόψει αυτής της πανδημίας, αποκλίσεις σε αποδεδειγμένα προληπτικά μέτρα και στην παρεχόμενη φροντίδα είναι κοινά. Αυτές οι αποκλίσεις αυξάνουν τον γενικό κίνδυνο τόσο για τους επαγγελματίες υγείας όσο και για τους ασθενείς (Cawcutt, et. al., 2020). Σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές ο φόβος και η ανησυχία είναι κοινό σημείο των επαγγελματιών υγείας σε αυτήν την πανδημία. Οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν ανοσία στο άγχος και τον φόβο, και στην πραγματικότητα, μπορεί να υποφέρουν καταγράφοντας υψηλότερα ποσοστά φόβου από άλλους. Ο φόβος είναι μια αντίδραση και το θάρρος είναι η απόφαση, να εμπιστευτούν οι επαγγελματίες υγείας τις δοκιμασμένες πρακτικές πρόληψης λοιμώξεων, προκειμένου να παρέχουν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο περίθαλψης στην παρούσα φάση της πανδημίας.

Σε ανάλογη μελέτη (Urooj et. al., 2020), που πραγματοποιήθηκε με τη χρήση διαδικτυακού ερωτηματολογίου (web-based survey), σε 225 ιατρούς από το Πακιστάν την Αγγλία και τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια με την παρούσα μελέτη με το μεγαλύτερο ποσοστό να καταγράφεται στον φόβο των γιατρών ότι μπορεί να μολύνουν μέλη της οικογένειάς τους (79,7%). Συγχρονική μελέτη που διεξήχθη με σκοπό να διερευνήσει τους παράγοντες που επιδρούν στην αύξηση του φόβου και της ανησυχίας στους επαγγελματίες υγείας σχετικά με την πανδημία, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο κίνδυνος μόλυνσης στους ίδιους και τις οικογένειές τους, μαζί με την έλλειψη υποστήριξης από τις αρμόδιες υγειονομικές αρχές, αυξάνει σε μεγάλο βαθμό τον φόβο μεταξύ των υγειονομικών εργαζομένων (Kumar, et. al., 2020).

Σε εθνική συγχρονική μελέτη σε γενικό πληθυσμό σε σύγκριση με τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τον φόβο για την πανδημία, τόσο στον γενικό πληθυσμό όσο και στους επαγγελματίες υγείας, η κατάθλιψη και ο φόβος του COVID-19 καταγράφηκαν σε μεγάλο βαθμό και ιδιαίτερα στις γυναίκες. Ειδικότερα, μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η ανησυχία κατά την εξέταση ενός ασθενούς που επέστρεφε από το εξωτερικό βρέθηκε να είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας τόσο για την κατάθλιψη, όσο και για τον φόβο του COVID-19. Οι επαγγελματίες υγείας επίσης, που χρησιμοποιούσαν προστατευτικό εξοπλισμό για μια εβδομάδα είχαν μεγαλύτερη κατάθλιψη και όσοι ένιωθαν ανασφάλεια λόγω της πανδημίας είχαν υψηλό επίπεδο φόβου για τον COVID-19 (Sakib, et. al., 2021).

Στην παρούσα διπλωματική εργασία η ποιότητα επαγγελματικής ζωής καταγράφηκε ως μέτρια με την Ικανοποίηση Συμπόνιας να καταγράφεται σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα,

την Επαγγελματική Εξουθένωση σε μέτρια προς χαμηλά και το Δευτερογενές Τραυματικό Άγχος σε μέτρια προς χαμηλά επίπεδα.

Ανάλογα ήταν και τα ευρήματα συγχρονικής μελέτης σε 375 κλινικούς νοσηλευτές στην Σαουδική Αραβία. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ανέφερε μέσο επίπεδο ικανοποίησης συμπόνιας, επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες στους τομείς της επαγγελματικής ποιότητας ζωής (Inocian et. al., 2021). Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία σε 265 επαγγελματίες υγείας με σκοπό να διερευνήσει την πιθανή επίδραση των εργασιακών συνθηκών και προσωπικών μεταβλητών (ηλικία, φύλο, θέση εργασίας, χρόνια εμπειρίας, εγγύτητα σε μολυσμένους ασθενείς) στην επαγγελματική ποιότητα ζωής, έδειξε ότι οι γυναίκες εμφάνιζαν υψηλότερο δευτερογενές τραυματικό άγχος σε σχέση με τους άνδρες, ενώ το προσωπικό πρώτης γραμμής και οι βοηθοί νοσηλευτών ανέφεραν υψηλότερη ικανοποίηση συμπόνιας σε σχέση με το υπόλοιπο υγειονομικό προσωπικό και τους γιατρούς δεύτερης γραμμής, αντίστοιχα. Η εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό άγχος, εκτός από ορισμένες εργασιακές ή προσωπικές μεταβλητές, συσχετίστηκε με κατάθλιψη ή/και άγχος (Buselli, et. al., 2020). Ανάλογα σε μελέτη που είχε ως σκοπό να εξετάσει την επαγγελματική ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας του τμήματος επειγόντων περιστατικών στο Χονγκ Κονγκ κατά τη διάρκεια της επιδημίας COVID-19, με το ίδιο ερευνητικό εργαλείο της παρούσας διπλωματικής εργασίας, τα αποτελέσματα έδειξαν ένα γενικό μέτριο επίπεδο ικανοποίησης συμπόνιας, δευτερογενούς τραυματικού στρες και εξουθένωσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Wong, et. al., 2021). Στην Ισπανία αντίστοιχα, χώρα που επλήγη ιδιαίτερα από την πανδημία, με υψηλό ποσοστό θνητότητας και θνησιμότητας, ανάλογη μελέτη σε δείγμα 108 γιατρών και 398 νοσηλευτών (που εργάζονταν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, σε Νοσοκομεία, σε οίκους ευγηρίας και σε συγκεκριμένες μονάδες COVID-19 σε 16 περιοχές της Ισπανίας (Ruiz-Fernández, et. al., 2020b), κατέγραψε ότι οι συμμετέχοντες είχαν μέτρια επίπεδα ικανοποίησης συμπόνιας, μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και υψηλά επίπεδα μετατραυματικού άγχους. Μία πιθανή εξήγηση που δίνουν οι ερευνητές και θα μπορούσε να εξηγήσει τα ευρήματα της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι ότι η ικανοποίηση που εκδηλώνεται με το να βοηθούν τους ασθενείς με Covid-19, είναι πολύ έντονη και θα μπορούσε να λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας με αποτέλεσμα η επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές Τραυματικό Άγχος να καταγράφονται σε μέτρια προς χαμηλά επίπεδα. Οι πρωτόγνωρες εργασιακές συνθήκες που δημιουργήθηκαν ως αποτέλεσμα της

πανδημίας συνέδεσαν ισχυρά τους επαγγελματίες υγείας με το εγγενές κίνητρο για φροντίδα και έχουν κερδίσει σε ικανοποίηση από τη συμπόνια μέσω της ενεργητικής δέσμευσης προς τους ασθενείς (Ruiz-Fernández, et. al., 2020b).

Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα μελέτης που διεξήχθη στο νοσηλευτικό προσωπικό δύο Νοσοκομείων της Αθήνας κατά τη διάρκεια του τρίτου κύματος της πανδημίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν μέτρια προς υψηλή για ικανοποίηση συμπόνιας, μέτρια έως χαμηλή επαγγελματική εξουθένωση και σχεδόν χαμηλό δευτερογενές μετατραυματικό άγχος (Missouridou, et. al., 2021).

Αντίθετα, ήταν τα αποτελέσματα πολυκεντρικής μελέτης στην περιοχή της Ανδaluσίας σε δείγμα 1521 νοσηλευτών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα επίπεδα κόπωσης συμπόνιας και επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν αυξημένα. Το επίπεδο ικανοποίησης συμπόνιας ήταν κάτω από τον εκτιμώμενο μέσο όρο. Η οικογενειακή κατάσταση, το περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης, η περιοχή όπου βρισκόταν η υγειονομική δομή και η βάρδια εργασίας ήταν μεταβλητές που σχετίζονταν με την ικανοποίηση συμπόνιας. Σύμφωνα με το μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, οι μεταβλητές που σχετίζονταν με την ικανοποίηση συμπόνιας ήταν η ηλικία του επαγγελματία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης της δομής, η τοποθεσία του κέντρου και η βάρδια εργασίας. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το διερευνητικό μοντέλο, οι παράγοντες που προέβλεπαν μείωση της ικανοποίησης συμπόνιας ήταν η εργασία στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, στις αστικές περιοχές και η εργασία σε πρωινή/βραδινή/νυχτερινή βάρδια (Ruiz-Fernández, et. al., 2020a).

Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της παρούσας διπλωματικής εργασίας όπου βρέθηκε ότι η κατοχή θέσης ευθύνης σχετίζεται σημαντικά με υψηλότερα επίπεδα Ικανοποίησης Συμπόνιας ενώ η Επαγγελματική Εξουθένωση σχετίζεται με την παρουσία παιδιών στη ζωή τους, τη μόνιμη θέση εργασίας, τα περισσότερα χρόνια εμπειρίας στην Υγεία ή στο Τμήμα αλλά και με την αυξημένη Ανησυχία/Φόβο λόγω πανδημίας. Σε πολυμεταβλητό επίπεδο, τα υψηλότερα επίπεδα Ικανοποίησης Συμπόνιας σχετίζονται προγνωστικά με τις μεγαλύτερες ηλικίες των επαγγελματιών υγείας ή με την κατοχή θέσης ευθύνης και η αυξημένη Επαγγελματική Εξουθένωση καθορίζεται από την αυξημένη Ανησυχία/Φόβο λόγω πανδημίας.

Παρόμοια αποτελέσματα σχετικά με την συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της επαγγελματικής προϋπηρεσίας αναφέρθηκαν σε συγχρονική εθνική μελέτη που

διεξήχθη στην Τουρκία σε δείγμα 180 ειδικευόμενων ψυχιάτρων όπου σοβαρού βαθμού επαγγελματική εξουθένωση διαπιστώθηκε στο 38,3% των εκπαιδευομένων. Η λογιστική παλινδρόμηση επιβεβαίωσε ότι η μεγαλύτερη ηλικία είναι προγνωστικός παράγοντας που σχετίζεται με σοβαρή επαγγελματική εξουθένωση (Capraz, et. al., 2017). Ανάλογα ήταν και τα αποτελέσματα μελέτης που διεξήχθη στην Αίγυπτο σε γιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της πόλης Τάντα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα δύο τρίτα των υποκειμένων της μελέτης είχαν μέτριο επίπεδο εξουθένωσης και περίπου το ένα τέταρτο είχε υψηλό επίπεδο. Η πολυμεταβλητή ανάλυση με γραμμική παλινδρόμηση αποκάλυψε ότι τα έτη εμπειρίας, ήταν ένας από τους σημαντικότερους προγνωστικούς παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης (Abdo, et. al., 2016). Αντίστοιχα σε μελέτη στο Ιράν σε δείγμα 1141 εργαζομένων στον τομέα της υγείας βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής προϋπηρεσίας και της επαγγελματικής εξουθένωσης (Kabir, et. al., 2016).

Αντίθετα αποτελέσματα παρουσίασαν δύο μελέτες στην Τουρκία σε νοσηλευτικό προσωπικό όπου η επαγγελματική εξουθένωση συσχετίστηκε με τη νεαρότερη ηλικία (Alimoglu & Donmez, 2005; Karakoc, et. al., 2016).

Η πανδημία COVID-19 εκθέτει τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας παγκοσμίως σε υπερβολική επιβάρυνση και κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχής μετατραυματικού άγχους (PTSD). Στην παρούσα διπλωματική εργασία, το υψηλό δευτερογενές τραυματικό άγχος, σχετίζεται με την αύξηση της ηλικίας, τα περισσότερα χρόνια εμπειρίας στην Υγεία ή με την αυξημένη Ανησυχία/Φόβο λόγω πανδημίας.

Σε μελέτη στην περιοχή της Λομβαρδίας στην Ιταλία όπου συμμετείχαν 653 επαγγελματίες υγείας, το 39,8% διαγνώστηκε με δευτερογενές μετατραυματικό άγχος. Η ανάλυση παλινδρόμησης παρουσίασε διαφορετικά αποτελέσματα σε σχέση με την παρούσα διπλωματική εργασία όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων με τις γυναίκες έναντι των ανδρών να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά μετατραυματικού άγχους. Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές πρώτης γραμμής έναντι των νοσηλευτών δεύτερης γραμμής παρουσίαζαν μεγαλύτερα ποσοστά μετατραυματικού άγχους γεγονός που συνδέεται με την ανησυχία και το φόβο μόλυνσης από τον Covid-19 (Bassi, et. al., 2021).

Περιορισμοί έρευνας

Ο μικρός αριθμός του δείγματος και η μεθοδολογία δειγματοληψίας (ευκολίας), δεν επιτρέπουν την γενίκευση των ευρημάτων της μελέτης. Ένας ακόμη περιορισμός για την συγκεκριμένη έρευνα είναι ότι οι ερωτήσεις ανησυχίας και φόβου για τον covid παρουσίασαν ιδιαίτερα χαμηλό δείκτη αξιοπιστίας.

Επιπρόσθετα αν και οι μέσες βαθμολογίες σε αυτή τη μελέτη ευθυγραμμίζονται με παρόμοιες ερευνητικές μελέτες που χρησιμοποιούν την έκδοση 5 ProQOL, ωστόσο θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι τα τυποποιημένα όρια για τις βαθμολογίες ProQOL, που βασίζονται σε μια βάση δεδομένων απαντήσεων από όλα τα επαγγέλματα, ενδέχεται να μην αντικατοπτρίζουν τη φύση της νοσηλευτικής εργασίας ή τον πληθυσμό των νοσηλευτών.

Συμπεράσματα – Προτάσεις

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποσκοπούσε στη διερεύνηση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας ενός Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου κατά την περίοδο της πανδημίας covid-19. Η ποιότητα επαγγελματικής ζωής συνίσταται από θετικά και αρνητικά συναισθήματα, που δημιουργούνται στο άτομο κατά τη διάρκεια της εργασίας. Η ποιότητα επαγγελματικής ζωής διαθέτει τρεις παραμέτρους, τη συμπόνια ικανοποίησης, την επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό Άγχος. Στην παρούσα διπλωματική εργασία Συνοπτικά βρέθηκαν τα ακόλουθα:

- Η πλειοψηφία των 246 επαγγελματιών υγείας που επιλέχθηκαν και συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες ενώ όλοι είχαν αυξημένο επίπεδο σπουδών.
- Η πλειοψηφία επίσης ήταν Νοσηλευτικό προσωπικό Τεχνολογικής Εκπαίδευσης ή προερχόμενοι από τον Παθολογικό Τομέα.
- Οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν περισσότερα χρόνια στην Υγεία (ως προϋπηρεσία) και λιγότερα στο τρέχον Τμήμα.

- Η Ανησυχία & Φόβος σχετικά με την πανδημία Covid-19 βρέθηκε σε μέτρια επίπεδα.
- Η Ικανοποίηση Συμπόνιας βρέθηκε σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα, η Επαγγελματική Εξουθένωση σε μέτρια προς χαμηλά και το Δευτερογενές Τραυματικό Άγχος σε μέτρια προς χαμηλά, με την Ικανοποίηση Συμπόνιας να έχει σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία ($p<0,001$).
- Η κατοχή θέσης ευθύνης σχετίζεται σημαντικά με υψηλότερα επίπεδα Ικανοποίησης Συμπόνιας ενώ η Επαγγελματική Εξουθένωση σχετίζεται με την παρουσία παιδιών στη ζωή τους, τη μόνιμη θέση εργασίας, τα περισσότερα χρόνια εμπειρίας στην Υγεία ή στο Τμήμα αλλά και με την αυξημένη Ανησυχία/Φόβο λόγω πανδημίας ($p<0,05$).
- Το υψηλό Δευτερογενές Τραυματικό Άγχος σχετίζεται με την αύξηση της ηλικίας, τα περισσότερα χρόνια εμπειρίας στην Υγεία ή με την αυξημένη Ανησυχία/Φόβο λόγω πανδημίας ($p<0,05$).
- Σε πολυμεταβλητό επίπεδο, τα υψηλότερα επίπεδα Ικανοποίησης Συμπόνιας σχετίζονται προγνωστικά με τις μεγαλύτερες ηλικίες των επαγγελματιών υγείας ($p=0,004$) ή με την κατοχή θέσης ευθύνης ($p=0,003$), η αυξημένη Επαγγελματική Εξουθένωση καθορίζεται από την αυξημένη Ανησυχία/Φόβο λόγω πανδημίας ($p<0,001$) όπως και το υψηλό Δευτερογενές Τραυματικό Άγχος ($p<0,001$).

Τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης, είναι δυνατόν να αποτελέσουν τη βάση για τους υπεύθυνους και τα διευθυντικά στελέχη της υγειονομικής περίθαλψης να ξεκινήσουν ένα συντονισμένο προγραμματισμό σχεδίασης προγραμμάτων και πολιτικών με στόχο την βελτίωση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής, η οποία συνδέεται άρρηκτα με την ποιότητα παροχής φροντίδας.

Μία άλλη σημαντική παράμετρος αποτελεί η διερεύνηση των καταστάσεων που οδηγεί τους εργαζόμενους να βιώνουν δευτερογενές μετατραυματικό άγχος και επαγγελματική εξουθένωση. Οι διοικήσεις πρέπει μέσα από στοχευμένες παρεμβάσεις, να ενδυναμώσουν, να ενισχύσουν και να υποστηρίξουν τους επαγγελματίες υγείας, για να μπορούν με αυτό τον τρόπο οι εργαζόμενοι να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα και να βιώνουν υψηλά επίπεδα ποιότητας επαγγελματικής ζωής

Ιδιαίτερα την περίοδο αυτή της πανδημίας, είναι σημαντικό να σχεδιαστούν και να εφαρμοστούν εκπαιδευτικά προγράμματα επιμόρφωσης. Τα προγράμματα αυτά σε τακτά χρονικά διαστήματα μπορεί να αφορούν την επικαιροποίηση και τη συνεχή ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα νέα δεδομένα για τον κορονοϊό και την πανδημία καθώς και την επικαιροποίηση των γνώσεων τους σχετικά με τα μέτρα προφύλαξης και τα μέσα ατομικής προστασίας. Η γνώση αποτελεί το κύριο εφόδιο που μειώνει τον φόβο και την ανησυχία για την πανδημία και μειώνει το άγχος στους επαγγελματίες υγείας.

Παράλληλα, είναι σημαντικό να υπάρχουν συχνά επιμορφωτικά προγράμματα για την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας και της ενδυνάμωσης του προσωπικού με τη βοήθεια ειδικών ψυχικής υγείας. Όπως επίσης και η δημιουργία ομάδων ψυχοθεραπευτικών ανά τμήμα όπου οι επαγγελματίες υγείας θα μπορούν ελεύθερα να εκφράσουν και να μοιραστούν τα συναισθήματά τους και να αναζητήσουν κατάλληλες συμβουλές από τους ειδικούς.

Σημαντική παράμετρο επίσης για τη βελτίωση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής αποτελούν οι οργανωσιακές αλλαγές με τη στελέχωση και την ορθή κατανομή του προσωπικού καθώς και η μετακίνηση του προσωπικού, όπου είναι εφικτό από τμήματα πρώτης γραμμής για τη διαχείριση της πανδημίας σε τμήματα που δεν διαχειρίζονται ασθενείς με Covid-19 κατά τέτοιο τρόπο που να εναλλάσσεται το προσωπικό και να μειώνεται η κόπωσή του.

Βιβλιογραφία

UNWTO (2021). 2020: Worst Year in Tourism History with 1 Billion Fewer International Arrivals. Available at: <https://www.unwto.org/news/2020-worst-year-in-tourism-history-with-1-billion-fewer-international-arrivals> Accessed: [29/6/2021]

Abdeen, T. H. (2002). Company performance: Does quality of work life really matter? *Management Research Review*, 25(8-10), 8.

Abdo, S. A., El-Sallamy, R. M., El-Sherbiny, A. A., & Kabbash, I. A. (2016). Burnout among physicians and nursing staff working in the emergency hospital of Tanta University, Egypt. *East Mediterr Health J*, 21(12), 906-915.

Abendroth, M., & Flannery, J. (2006). Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8(6), 346-356.

Adam, C., Henstridge, M., & Lee, S. (2020). After the lockdown: macroeconomic adjustment to the COVID-19 pandemic in sub-Saharan Africa. *Oxford Review of Economic Policy*, 36(Supplement_1), S338-S358.

Adimando, A. (2018). Preventing and alleviating compassion fatigue through self-care: An educational workshop for nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 36(4), 304-317.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., & International Hospital Outcomes Research Consortium. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for quality in Health care*, 14(1), 5-14.

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The lancet*, 383(9931), 1824-1830.

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., ...& Aunguroch, Y. (2011). Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(4), 357-364.

Alimoglu, M. K., & Donmez, L. (2005). Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a University Hospital. *International journal of nursing studies*, 42(5), 549-555.

Almalki, M. J., FitzGerald, G., & Clark, M. (2012). Quality of work life among primary health care nurses in the Jazan region, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Human resources for health*, 10(1), 1-13.

Alshehry, A. S., Alquwez, N., Almazan, J., Namis, I. M., & Cruz, J. P. (2019). Influence of workplace incivility on the quality of nursing care. *Journal of clinical nursing*, 28(23-24), 4582-4594.

Altena, E., Baglioni, C., Espie, C. A., Ellis, J., Gavriloff, D., Holzinger, B., ...& Riemann, D. (2020). Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: Practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy. *Journal of sleep research*, 29(4), e13052.

Ammar, A., Brach, M., Trabelsi, K., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., ...& Hoekelmann, A. (2020). Effects of COVID-19 home confinement on physical activity and eating behaviour Preliminary results of the ECLB-COVID19 international online-survey. *MedRxiv*.

Anand, K. B., Karade, S., Sen, S., & Gupta, R. M. (2020). SARS-CoV-2: camazotz's curse. *Medical Journal, Armed Forces India*, 76(2), 136.

Andersen, K. G., Rambaut, A., Lipkin, W. I., Holmes, E. C., & Garry, R. F. (2020). The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nature medicine*, 26(4), 450-452.

Armocida, B., Formenti, B., Ussai, S., Palestra, F., & Missoni, E. (2020). The Italian health system and the COVID-19 challenge. *The Lancet Public Health*, 5(5), e253.

Aryankhesal, A., Mohammadibakhsh, R., Hamidi, Y., Alidoost, S., Behzadifar, M., Sohrabi, R., & Farhadi, Z. (2019). Interventions on reducing burnout in physicians and nurses: A systematic review. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 33

Ashraf, B. N. (2020). Stock markets' reaction to COVID-19: Cases or fatalities? *Research in International Business and Finance*, 54, 101249.

Augustin, M., Schommers, P., Stecher, M., Dewald, F., Gieselmann, L., Gruell, H., ...& Lehmann, C. (2021). Recovered not restored: Long-term health consequences after mild COVID-19 in non-hospitalized patients. *medRxiv*.

Austin, W., Goble, E., Leier, B., & Byrne, P. (2009). Compassion fatigue: The experience of nurses. *Ethics and Social Welfare*, 3(2), 195-214.

Aycock, N., & Boyle, D. (2009). Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clinical journal of oncology nursing*, 13(2).

Bacon, A. M., & Corr, P. J. (2020). Coronavirus (COVID-19) in the United Kingdom: A personality-based perspective on concerns and intention to self-isolate. *British Journal of Health Psychology*, 25(4), 839-848.

Bae, S. H., Kelly, M., Brewer, C. S., & Spencer, A. (2014). Analysis of nurse staffing and patient outcomes using comprehensive nurse staffing characteristics in acute care nursing units. *Journal of Nursing Care Quality*, 29(4), 318-326.

Bagtasos, M. R. (2011). Quality of work life: A review of literature. *DLSU Business & Economics Review*, 20(2), 1-8.

Bai, Y. X., Gegan, T., Hai, H., Liu, Z. H., Wang, W. R., & Wang, Z. G. (2005). Correlation between psychological changes of the community crowd and the social support in grave public health event. *Inner Mongolia Med J*, 37(4), 295-7.

Baker, F. C., & Driver, H. S. (2007). Circadian rhythms, sleep, and the menstrual cycle. *Sleep medicine*, 8(6), 613-622.

Bakhamis, L., Paul III, D. P., Smith, H., & Coustasse, A. (2019). Still an epidemic: the burnout syndrome in hospital registered nurses. *The health care manager*, 38(1), 3-10.

Baldwin, R., & Di Mauro, B. W. (2020). Economics in the time of COVID-19: A new eBook. *VOX CEPR PolicyPortal*, 2-3.

Balinbin, C. B. V., Balatbat, K. T. R., Balayan, A. N. B., Balcueva, M. I. C., Balicat, M. G. B., Balidoy, T. A. S., ... & Torres, G. C. S. (2020). Occupational determinants

of compassion satisfaction and compassion fatigue among Filipino registered nurses. *Journal of clinical nursing*, 29(5-6), 955-963.

Ball, J. E., Bruyneel, L., Aiken, L. H., Sermeus, W., Sloane, D. M., Rafferty, A. M., ... & RN4Cast Consortium. (2018). Post-operative mortality missed care and nurse staffing in nine countries: a cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 78, 10-15.

Barcelos, M. R. D. S., & Freitas, A. L. P. (2014). Quality of working life in the banking sector: an experimental analysis conducted in Brazil. *International Journal of Business Innovation and Research*, 8(4), 353-372.

Barcelos, M. R. S., & Freitas, A. L. P. (2012). Evaluation model for quality of working life in the banking sector. *XXXII ENEGEP–Encontro Nacional de Engenharia de Produção*.

Bassi, M., Negri, L., DelleFave, A., & Accardi, R. (2021). The relationship between post-traumatic stress and positive mental health symptoms among health workers during COVID-19 pandemic in Lombardy, Italy. *Journal of Affective Disorders*, 280, 1-6.

Beck, C. T. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Archives of psychiatric nursing*, 25(1), 1-10

Beh, L. S., & Idris, K. (2006). An analysis of quality of work life (QWL) and career-related variables. *American journal of applied sciences*, 3(12), 2151-9.

Benschop, A., van Bakkum, F., & Noijen, J. (2021). Changing patterns of substance use during the coronavirus pandemic: self-reported use of tobacco, alcohol, cannabis, and other drugs. *Frontiers in psychiatry*, 12.

Blask, D. E. (2009). Melatonin, sleep disturbance and cancer risk. *Sleep medicine reviews*, 13(4), 257-264.

Bober, T., & Regehr, C. (2006). Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work? *Brief treatment and crisis intervention*, 6(1), 1.

Bock, C., Heitland, I., Zimmermann, T., Winter, L., & Kahl, K. G. (2020). Secondary traumatic stress, mental state, and work ability in nurses—Results of a

psychological risk assessment at a university hospital. *Frontiers in psychiatry*, 11, 298.

Borges, E. M. D. N., Fonseca, C. I. N. D. S., Baptista, P. C. P., Queirós, C. M. L., Baldonado-Mosteiro, M., & Mosteiro-Diaz, M. P. (2019). Compassion fatigue among nurses working on an adult emergency and urgent care unit. *Revista latino-americana de enfermagem*, 27.

Brooks, B. A., & Anderson, M. A. (2004). Nursing work life in acute care. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(3), 269-275.

Bruyneel, L., Li, B., Ausserhofer, D., Lesaffre, E., Dumitrescu, I., Smith, H. L., ... & Sermeus, W. (2015). Organization of hospital nursing, provision of nursing care, and patient experiences with care in Europe. *Medical Care Research and Review*, 72(6), 643-664.

Buselli, R., Corsi, M., Baldanzi, S., Chiumiento, M., Del Lupo, E., Dell'Oste, V., ... & Carmassi, C. (2020). Professional quality of life and mental health outcomes among health care workers exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19). *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6180.

Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical science monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 26, e924171-1–e924171-16.

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*, 287, 112934

Capraz, N., Ozalp, D. C. T., Yalcin, M., Can, E. T., & Alkin, T. (2017). Pressure from superiors and older age increase the risk of burnout syndrome among psychiatric trainees: A nation-wide survey in Turkey. *European Psychiatry*, 41(S1), S298-S298.

Carlson, H. C. (1983). A model of quality of work life as a developmental process. *Education+ Training*. 2008 ή 1983

- Caruso, P., Longo, M., Signoriello, S., Gicchino, M., Maiorino, M. I., Bellastella, G., ...& Esposito, K. (2020). Diabetic foot problems during the COVID-19 pandemic in a tertiary care center: the emergency among the emergencies. *Diabetes care*, 43(10), e123-e124.
- Cawcutt, K., Starlin, R., & Rupp, M. (2020). Fighting fear in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 41(10), 1192-1193. doi:10.1017/ice.2020.315
- Ceylan, Z. (2020). Estimation of COVID-19 prevalence in Italy, Spain, and France. *Science of The Total Environment*, 729, 138817.
- Chan, K. W., & Wyatt, T. A. (2007). Quality of work life: A study of employees in Shanghai, China. *Asia Pacific Business Review*, 13(4), 501-517.
- Chang, D., Xu, H., Rebaza, A., Sharma, L., & Cruz, C. S. D. (2020). Protecting health-care workers from subclinical coronavirus infection. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(3), e13.
- Chappell, D., & Di Martino, V. (2006). *Violence at work*. International Labour Organization.
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., ... & Wang, J. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e15-e16.
- Chen, S., Igan, D. O., Pierri, N., Presbitero, A. F., Soledad, M., & Peria, M. (2020). Tracking the economic impact of COVID-19 and mitigation policies in Europe and the United States. IMF Working Papers, 2020(125).
- Chen, W. C., Huang, A. S., Chuang, J. H., Chiu, C. C., & Kuo, H. S. (2011). Social and economic impact of school closure resulting from pandemic influenza A/H1N1. *Journal of Infection*, 62(3), 200-203.
- Chew, N. W., Lee, G. K., Tan, B. Y., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J., ...& Sharma, V. K. (2020). A multinational, multicenter study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 559-565.

- Chuang, C. H., Tseng, P. C., Lin, C. Y., Lin, K. H., & Chen, Y. Y. (2016). Burnout in the intensive care unit professionals: a systematic review. *Medicine*, 95(50).
- Chung, M. H., Chang, F. M., Yang, C. C., Kuo, T. B., & Hsu, N. (2009). Sleep quality and morningness–eveningness of shift nurses. *Journal of clinical nursing*, 18(2), 279-284.
- Clegg, A. (2001). Occupational stress in nursing: a review of the literature. *Journal of nursing management*, 9(2), 101-106.
- Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & health sciences*, 12(2), 235-243.
- Conrad, P. (1988). Health and fitness at work: A participants' perspective. *Social Science & Medicine*, 26(5), 545-550.
- Cottingham, M. D. (2015). Learning to “deal” and “de-escalate”: How men in nursing manage self and patient emotions. *Sociological Inquiry*, 85(1), 75-99.
- Cox, J. (2020). Coronavirus job losses could total 47 million, unemployment rate may hit 32%, Fed estimates. CNBC.
- Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(3), 319-339.
- Cuan-Baltazar, J. Y., Muñoz-Perez, M. J., Robledo-Vega, C., Pérez-Zepeda, M. F., & Soto-Vega, E. (2020). Misinformation of COVID-19 on the internet: infodemiology study. *JMIR public health and surveillance*, 6(2), e18444.
- Dai, H. D., Tang, F. I., Chen, I. J., & Yu, S. (2016). Taiwanese version of the Work-Related Quality of Life scale for nurses: translation and validation. *Journal of Nursing Research*, 24(1), 58-67.
- Danna, K., & Griffin, R. W. (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *Journal of management*, 25(3), 357-384.
- Das, S. C. (2013). Factors affecting quality of work life: empirical evidence from Indian sugar mills.

- Davari, F. (2015). Factors affecting on productivity improvement organizations. *Int J Rev Life Sci*, 5(4), 1486-91.
- Davis, L. E. (1980). Design of new organizations. *The quality of working life and the*, 65-86.
- Davis, L. E., & Cherns, A. B. (1975). *The Quality of Working Life, Volume 2: Cases and Commentary*.
- De Silva R. (2020). Nepal: masses confront enormous hardships from coronavirus pandemic. *World Socialist Website*. Available at: <https://www.wsws.org/en/articles/2020/04/04/nepa-a04.html> [Accessed: 11/10/2021).
- De Vries, A. P. J., Alwayn, I. P. J., Hoek, R. A. S., van den Berg, A. P., Ultee, F. C. W., Vogelaar, S. M., ... & Reinders, M. E. J. (2020). Immediate impact of COVID-19 on transplant activity in the Netherlands.
- Del Rio, C., Collins, L. F., & Malani, P. (2020). Long-term health consequences of COVID-19. *Jama*, 324(17), 1723-1724.
- del Rio-Chanona, R. M., Mealy, P., Pichler, A., Lafond, F., & Farmer, J. D. (2020). Supply and demand shocks in the COVID-19 pandemic: An industry and occupation perspective. *Oxford Review of Economic Policy*, 36(Supplement_1), S94-S137.
- Demir, B., & Javorcik, B. (2020). Trade finance matters: evidence from the COVID-19 crisis. *Oxford Review of Economic Policy*, 36(Supplement_1), S397-S408.
- d'Ettorre, G., & Pellicani, V. (2017). Workplace violence toward mental healthcare workers employed in psychiatric wards. *Safety and health at work*, 8(4), 337-342.
- Dev, S. M., & Sengupta, R. (2020). Covid-19: Impact on the Indian economy. *Indira Gandhi Institute of Development Research, Mumbai April*.
- Di Tella, M., Romeo, A., Benfante, A., & Castelli, L. (2020). Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *Journal of evaluation in clinical practice*, 26(6), 1583-1587.

Djalante, R., Shaw, R., & DeWit, A. (2020). Building resilience against biological hazards and pandemics: COVID-19 and its implications for the Sendai Framework. *Progress in Disaster Science*, 6, 100080.

Dou, Q., Wei, X., Zhou, K., & Jia, P. (2020). Cardiovascular manifestations and mechanisms in patients with COVID-19. *Trends in Endocrinology & Metabolism*.

Druss, B. G. (2020). Addressing the COVID-19 pandemic in populations with serious mental illness. *JAMA psychiatry*, 77(9), 891-892.

Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, 114-121.

Dubale, B. W., Friedman, L. E., Chemali, Z., Denninger, J. W., Mehta, D. H., Alem, A., ... & Gelaye, B. (2019). Systematic review of burnout among healthcare providers in sub-Saharan Africa. *BMC public health*, 19(1), 1-20.

Duchemin, A. M., Steinberg, B. A., Marks, D. R., Vanover, K., & Klatt, M. (2015). A small randomized pilot study of a workplace mindfulness-based intervention for surgical intensive care unit personnel: effects on salivary α -amylase levels. *Journal of occupational and environmental medicine/American College of Occupational and Environmental Medicine*, 57(4), 393.

Dugani, S., Afari, H., Hirschhorn, L. R., Ratcliffe, H., Veillard, J., Martin, G., ... & Bitton, A. (2018). Prevalence and factors associated with burnout among frontline primary health care providers in low-and middle-income countries: a systematic review. *Gates open research*, 2.

Dutta, A., Beriwal, N., Van Breugel, L. M., Sachdeva, S., Barman, B., Saikia, H., ... & Paul, S. (2020). YouTube as a source of medical and epidemiological information during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study of content across six languages around the globe. *Cureus*, 12(6).

Easton, S., & Van Laar, D. (2012). User Manual for the Work-Related Quality of Life (WRQoL) Scale: A Measure of Quality of Working Life. University of Portsmouth.

Easton, S., & Van Laar, D. (2013). QoWL (Quality of Working Life): what, how, and why? *Psychology Research*, 3(10), 596-605.

Easton, S., & Van Laar, D. (2018). *User manual for the Work-Related Quality of Life (WRQoL) Scale: a measure of quality of working life*. University of Portsmouth.

Edward, K. L., Stephenson, J., Ousey, K., Lui, S., Warelow, P., & Giandinoto, J. A. (2016). A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *Journal of clinical nursing*, 25(3-4), 289-299.

El Bcheraoui, C., Weishaar, H., Pozo-Martin, F., & Hanefeld, J. (2020). Assessing COVID-19 through the lens of health systems' preparedness: time for a change. *Globalization and Health*, 16(1), 1-5.

Elizur, D., & Shye, S. (1990). Quality of work life and its relation to quality of life. *Applied Psychology*, 39(3), 275-291.

Elkonin, D., & Van der Vyver, L. (2011). Positive and negative emotional responses to work-related trauma of intensive care nurses in private health care facilities. *Health SA Gesondheid*, 16(1).

El-Shafei, D. A., Abdelsalam, A. E., Hammam, R. A., & Elgohary, H. (2018). Professional quality of life, wellness education, and coping strategies among emergency physicians. *Environmental Science and Pollution Research*, 25(9), 9040-9050.

Feldman, P. H. (1993). Work life improvements for home care workers: Impact and feasibility. *The Gerontologist*, 33(1), 47-54.

Fernández, J. M., Gascón, T. G., García-Olalla, C. M., del Cura González, M. I., Peña, M. D. C. C., & Sánchezf, S. G. (2008). Measurement of the Evaluative Capacity of the Qpl-35 (Cvp-35) Questionnaire for Perceiving Quality of Professional Life. *Aten Primaria*, 40(7), 327-36.

Figley, C. R. (1995). Epilogue: The transmission of trauma. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized, 249, 254.

Figley, C. R. (2013). Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. Routledge.

Freeman, D., Waite, F., Rosebrock, L., Petit, A., Causier, C., East, A., ...&Lambe, S. (2020). Coronavirus conspiracy beliefs, mistrust, and compliance with government guidelines in England. *Psychological medicine*, 1-13.

Freitas, A. L. P., & Rodrigues, S. G. (2005). Avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. XII SIMPEP; 2005. Bauru (SP), Brasil. *Anais do XII SIMPEP, Bauru, SP*.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.

Galiana, L., Arena, F., Oliver, A., Sansó, N., & Benito, E. (2017). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in Spain and Brazil: ProQOL validation and cross-cultural diagnosis. *Journal of pain and symptom management*, 53(3), 598-604.

Galli, F., Reglero, G., Bartolini, D., & Visioli, F. (2020). Better prepare for the next one. Lifestyle lessons from the COVID-19 pandemic. *Pharma Nutrition*, 12, 100193.

Garcia, C. D. L., Abreu, L. C. D., Ramos, J. L. S., Castro, C. F. D. D., Smiderle, F. R. N., Santos, J. A. D., & Bezerra, I. M. P. (2019). Influence of burnout on patient safety: systematic review and meta-analysis. *Medicina*, 55(9), 553.

Gautam, S. (2020). COVID-19: air pollution remains low as people stay at home. *Air Quality, Atmosphere & Health*, 13, 853-857.

Gentry, B. S. N. (2018). Fighting Compassion Fatigue and Burnout by Building Emotional Resilience.

George, J. M., & Brief, A. P. (1990). The economic instrumentality of work: An examination of the moderating effects of financial requirements and sex on the pay-life satisfaction relationship. *Journal of Vocational Behavior*, 37(3), 357-368.

Ghasemi, F., Valizadeh, F., & Momen Nasab, M. (2008). Review comments and knowledge of nurses regarding medication errors and ways to prevent the teaching hospitals in Khorram Abad. *Lorestan University of Medical Sciences, School of Nursing*, 2, 57.

Gil García, E., González López, J. R., & Meneses Falcón, C. (2010). Percepción del riesgo y dinámicas promotoras de salud en adolescentes: una mirada de género. *Revista Española de Drogodependencias*. (35)3.

Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J., ... & Basran, J. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(1), 1-24.

Gillespie, M. E. (2013). Compassion Fatigue and Cancer Nurses A National Survey of Cancer Nurses in New Zealand.

Glaser, E. M. (1976). State-of-art Questions about Quality of Worklife. *Personnel*, 53(3), 39-47.

González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. Á., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., & Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 172-176.

Goode, D. A. (1989). Quality of life, quality of work life. *Economics, industry, and disability: A look ahead*, 337-349.

Goyal, K., Chauhan, P., Chhikara, K., Gupta, P., & Singh, M. P. (2020). Fear of COVID 2019: First suicidal case in India!

Green, D. E., Walkey, F. H., & Taylor, A. J. (1991). The three-factor structure of the Maslach Burnout Inventory: A multicultural, multinational confirmatory study. *Journal of Social Behavior & Personality*, 6(3), 453-472.

Greenberg, P. D., & Glaser, E. M. (1980). Some Issues in Joint Union-Management Quality of Worklife Improvement Efforts.

Greenhaus, J. H., Bedeian, A. G., & Mossholder, K. W. (1987). Work experiences, job performance, and feelings of personal and family well-being. *Journal of Vocational Behavior*, 31(2), 200-215

Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., ... & Missed Care Study Group. (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: a systematic review. *Journal of advanced nursing*, 74(7), 1474-1487.

Guo, J., Liao, L., Wang, B., Li, X., Guo, L., Tong, Z., ...&Gu, Y. (2020). Psychological effects of COVID-19 on hospital staff: a national cross-sectional survey of China mainland. *Available at SSRN 3550050*.

Gupta, R., Grover, S., Basu, A., Krishnan, V., Tripathi, A., Subramanyam, A., ...&Avasthi, A. (2020). Changes in sleep pattern and sleep quality during COVID-19 lockdown. *Indian journal of psychiatry*, 62(4), 370.

Hafeez, A., Ahmad, S., Siddiqui, S. A., Ahmad, M., & Mishra, S. (2020). A review of COVID-19 (Coronavirus Disease-2019) diagnosis, treatments and prevention. *EJMO*, 4(2), 116-125.

Hall, M. H., Casement, M. D., Troxel, W. M., Matthews, K. A., Bromberger, J. T., Kravitz, H. M., ...& Buysse, D. J. (2015). Chronic stress is prospectively associated with sleep in midlife women: the SWAN sleep study. *Sleep*, 38(10), 1645-1654.

Hemanathan, R., Sreelekha, P. P., & Golda, M. (2017). Quality of work life among nurses in a tertiary care hospital. *Health Car*, 5, 1-8.

Heneka, M. T., Golenbock, D., Latz, E., Morgan, D., & Brown, R. (2020). Immediate and long-term consequences of COVID-19 infections for the development of neurological disease. *Alzheimer's research & therapy*, 12(1), 1-3.

Hepburn, C., O'Callaghan, B., Stern, N., Stiglitz, J., & Zenghelis, D. (2020). Will COVID-19 fiscal recovery packages accelerate or retard progress on climate change? *Oxford Review of Economic Policy*, 36(Supplement_1), S359-S381.

Herrick, N. Q., & Maccoby, M. (1975). Humanizing work: A priority goal of the 1970s. *The quality of working life*, 1, 63-77.

Hinderer, K. A., Von Rueden, K. T., Friedmann, E., McQuillan, K. A., Gilmore, R., Kramer, B., & Murray, M. (2014). Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. *Journal of Trauma Nursing JTN*, 21(4), 160-169.

Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., ...& Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547-560.

Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of emergency nursing*, 36(5), 420-427.

Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., ...& Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The lancet*, 395(10223), 497-506.

Huang, J. Z., Han, M. F., Luo, T. D., Ren, A. K., & Zhou, X. P. (2020). Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Chinese journal of industrial hygiene and occupational diseases*, 38, E001-E001.

Hui, D. S., Joynt, G. M., Wong, K. T., Gomersall, C. D., Li, T. S., Antonio, G., ...& Sung, J. J. Y. (2005). Impact of severe acute respiratory syndrome (SARS) on pulmonary function, functional capacity and quality of life in a cohort of survivors. *Thorax*, 60(5), 401-409.

Hunsaker, S., Chen, H. C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of nursing scholarship*, 47(2), 186-194.

Hwang, T. J., Rabheru, K., Peisah, C., Reichman, W., & Ikeda, M. (2020). Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *International psychogeriatrics*, 32(10), 1217-1220.

Inciardi, R. M., Lupi, L., Zaccone, G., Italia, L., Raffo, M., Tomasoni, D., ...& Metra, M. (2020). Cardiac involvement in a patient with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *JAMA cardiology*, 5(7), 819-824.

Inocian, E. P., Cruz, J. P., Saeed Alshehry, A., Alshamlani, Y., Ignacio, E. H., & Tumala, R. B. (2021). Professional quality of life and caring behaviours among clinical nurses during the COVID-19 pandemic. *Journal of clinical nursing*.

Islam, M. M. B. (2012). Factors affecting quality of work life: an analysis on employees of private limited companies in Bangladesh. *Global Journal of Management and Business Research*, 12(18).

Jackson, C. (2004). Healing ourselves, healing others: third in a series. *Holistic Nursing Practice*, 18(4), 199-210.

Jallow, H., Renukappa, S., & Suresh, S. (2020). The impact of COVID-19 outbreak on United Kingdom infrastructure sector. *Smart and Sustainable Built Environment*.

Jamal, M., & Jamal, S. M. (1982). Work and nonwork experiences of employees on fixed and rotating shifts: An empirical assessment. *Journal of Vocational Behavior*, 20(3), 282-293.

Jang, I., Kim, Y., & Kim, K. (2016). Professionalism and professional quality of life for oncology nurses. *Journal of clinical nursing*, 25(19-20), 2835-2845.

Janke, K., Lee, K., Propper, C., Shields, K., & Shields, M. A. (2020). The impact of COVID-19 on chronic health in the UK. *VOX CEPR Policy Portal. Research-based policy analysis and commentary from leading economists* <https://voxeu.org/article/impact-covid-19-chronic-health-uk> [Accessed on 22.04.2020].

Jarrad, R. A., & Hammad, S. (2020). Oncology nurses' compassion fatigue, burn out and compassion satisfaction. *Annals of general psychiatry*, 19(1), 1-8.

Jayasinghe, R., Ranasinghe, S., Jayarajah, U., & Seneviratne, S. (2020). Quality of online information for the general public on COVID-19. *Patient education and counseling*, 103(12), 2594-2597.

Jazieh, A. R., Akbulut, H., Curigliano, G., Rogado, A., Alsharm, A. A., Razis, E. D., ... & International Research Network on COVID-19 Impact on Cancer Care. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on cancer care: a global collaborative study. *JCO global oncology*, 6, 1428-1438

Johnsrud, L. K., Harada, V. H., & Tabata, L. (2006). The University of Hawai'i and Distance Education: The Critical Role of Faculty. *Hawaii Educational Policy Center*.

Kabanoff, B. (1980). Work and nonwork: A review of models, methods, and findings. *Psychological Bulletin*, 88(1), 60.

Kabir, M. J., Heidari, A., Etemad, K., Gashti, A. B., Jafari, N., Honarvar, M. R., ... & Lotfi, M. (2016). Job burnout, job satisfaction, and related factors among health care workers in Golestan Province, Iran. *Electronic physician*, 8(9), 2924.

Kalra, S. K., & Ghosh, S. (1984). Quality of work life: A study of associated factors. *The Indian Journal of Social Work*, 45(1), 45-54.

Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta analysis.

Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., ... & Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 11-17.

Karakoc, A., Yilmaz, M., Alcalar, N., Esen, B., Kayabasi, H., & Sit, D. (2016). Burnout syndrome among hemodialysis and peritoneal dialysis nurses. *Iranian journal of kidney diseases*, 10(6), 395.

Kavurmacı, M., Cantekin, I., & Tan, M. (2014). Burnout levels of hemodialysis nurses. *Renal failure*, 36(7), 1038-1042.

Kelly, M., & Tyson, M. (2016). Can mindfulness be an effective tool in reducing stress and burnout, while enhancing self-compassion and empathy in nursing? *Mental Health Nursing*, 36(6).

Kerce, E. W., & Booth-Kewley, S. (1993). Quality of work life surveys in organizations: Methods and benefits. *Sage Focus Editions*, 158, 188-188.

Khan, S., Siddique, R., Shereen, M. A., Ali, A., Liu, J., Bai, Q., ...&Xue, M. (2020). Emergence of a novel coronavirus, severe acute respiratory syndrome coronavirus 2: biology and therapeutic options. *Journal of clinical microbiology*, 58(5), e00187-20.

Kiernan, W. E., & Knutson, K. (1990). Quality of work life. *Quality of life: Perspectives and issues*, 101-114.

Kim, H. J., & Choi, H. (2012). Emergency nurses' professional quality of life: compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 18(3), 320-328.

Kim, S. J., & Na, H. (2017). A study of the relationships between compassion fatigue, compassion satisfaction, depression, anxiety, and sleep disorders among oncology nurses. *Asian Oncology Nursing*, 17(2), 116-123.

King, N. (1992). Improving the quality of working life through communication. *International Journal of Quality & Reliability Management*.

Kiriago, A. N., & Bwisa, H. M. (2013). Working environment factors that affect quality of work life among attendants in petrol stations in Kitale town in Kenya. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 3(5), 289.

Ko, N. Y., Lu, W. H., Chen, Y. L., Li, D. J., Wang, P. W., Hsu, S. T., ... & Yen, C. F. (2020). COVID-19-related information sources and psychological well-being: An online survey study in Taiwan. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 153.

Kobayashi, Y., Oe, M., Ishida, T., Matsuoka, M., Chiba, H., & Uchimura, N. (2020). Workplace violence and its effects on burnout and secondary traumatic stress among mental healthcare nurses in Japan. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2747.

Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192-207.

Kryssie Kunert, M. S. N. (2007). Fatigue and sleep quality in nurses. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 45(8), 31.

Kumar, J., Katto, M. S., Siddiqui, A. A., Sahito, B., Ahmed, B., Jamil, M., & Ali, M. (2020). Predictive Factors Associated with Fear Faced by Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic: A Questionnaire-Based Study. *Cureus*, 12(8), e9741. <https://doi.org/10.7759/cureus.9741>

Kunz, M., Strasser, M., & Hasan, A. (2021). Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on healthcare workers: Systematic comparison between nurses and medical doctors. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(4), 413.

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ...& Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA networkopen*, 3(3), e203976-e203976.

Lambert, S. J. (1990). Processes linking work and family: A critical review and research agenda. *Human relations*, 43(3), 239-257.

Lamprecht, B. (2020). Gibt es ein Post-COVID-Syndrom?. *Der Pneumologe*, 1-4.

Lau, R. S. M. (1993). Competitive manufacturing: Getting back to the basics. *SAM Advanced Management Journal*, 58(4), 26-32.

Lau, R. S. M., & May, B. E. (1998). A win-win paradigm for quality of work life and business performance. *Human Resource Development Quarterly*, 9(3), 211-226.

Lau, T., Wong, Y. H., Chan, K. F., & Law, M. (2001). Information technology and the work environment—does IT change the way people interact at work? *Human systems management*, 20(3), 267-279.

Lawler, E. E. (1982). Strategies for improving the quality of work life. *American psychologist*, 37(5), 486.

Lazzerini, M., Barbi, E., Apicella, A., Marchetti, F., Cardinale, F., & Trobia, G. (2020). Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), e10-e11.

Lee, A. M., Wong, J. G., McAlonan, G. M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P. C., ...& Chua, S. E. (2007). Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 233-240

Lee, F. J., Stewart, M., & Brown, J. B. (2008). Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians? *Canadian family physician*, 54(2), 234-235.

Lee-Chiong, T. (2008). *Sleep medicine: Essentials and review*. Oxford University Press.

Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public health*, 152, 157-171.

Leiter, M. P., & Durup, M. J. (1996). Work, home, and in-between: A longitudinal study of spillover. *The Journal of applied behavioral science*, 32(1), 29-47.

Lerner, E. B., Newgard, C. D., & Mann, N. C. (2020). Effect of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic on the US Emergency medical services system: a preliminary report. *Academic Emergency Medicine*, 27(8), 693-699.

Lewis, S., & Cooper, C. (2005). *Work-life integration: Case studies of organisational change*. John Wiley & Sons.

Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., ...& Feng, Z. (2020). Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *New England journal of medicine*

Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Dwyer, R., Lu, K., ... & Lu, Z. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and environmental medicine*, 76(12), 927-937.

Lo, D., Wu, F., Chan, M., Chu, R., & Li, D. (2018). A systematic review of burnout among doctors in China: a cultural perspective. *Asia Pacific family medicine*, 17(1), 1-13.

Long, B., Brady, W. J., Koyfman, A., & Gottlieb, M. (2020). Cardiovascular complications in COVID-19. *The American journal of emergency medicine*, 38(7), 1504-1507.

López, A., Sanderman, R., Ranchor, A. V., & Schroevers, M. J. (2018). Compassion for others and self-compassion: Levels, correlates, and relationship with psychological well-being. *Mindfulness*, 9(1), 325-331.

Louis, K. S. & Smith, B. (1990), "Teacher working conditions" in: Reyes, P. (Ed.), *Teachers and their Workplace: Commitment, Commitment, Performance and Productivity*. Sage publication, Newbury Park, CA, pp. 23-47

Lytras, T., & Tsiodras, S. (2021). Lockdowns and the COVID-19 pandemic: What is the endgame? *Scandinavian journal of public health*, 49(1), 37-40.

Maddox, T. M., Stecker, E. C., Bozkurt, B., DeMichelis, N., Doherty, J. U., Freeman, A., ...& Vardeny, O. (2020). COVID-19 clinical guidance for the cardiovascular care team. *American College of Cardiology*.

Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2012). Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC health services research*, 12(1), 1-9.

Majeed, S., & Ashraf, M. (2020). Psychological impacts of social distancing during COVID-19 pandemic in adolescents of lahore, Pakistan. *Annals of King Edward Medical University*, 26(Special Issue), 165-169.

Mangoulia, P., Koukia, E., Alevizopoulos, G., Fildissis, G., & Katostaras, T. (2015). Prevalence of secondary traumatic stress among psychiatric nurses in Greece. *Archives of psychiatric nursing*, 29(5), 333-338.

Mao, L., Jin, H., Wang, M., Hu, Y., Chen, S., He, Q., ...& Hu, B. (2020). Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA neurology*, 77(6), 683-690.

Martel, J. P., & Dupuis, G. (2006). Quality of work life: Theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument. *Social indicators research*, 77(2), 333-368.

Maslach, C. (2003). Job burnout: new directions in research and intervention. *Current directions in psychological science*, 12(5), 189-192.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.

Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., & 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), 3165.

Meadors, P., & Lamson, A. (2008). Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(1), 24-34.

Meadors, P., Lamson, A., Swanson, M., White, M., & Sira, N. (2010). Secondary traumatization in pediatric healthcare providers: Compassion fatigue, burnout, and secondary traumatic stress. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 60(2), 103-128.

Mehta, P. (1982). Rising aspirations, quality of life and work organisation. In *National Seminar on Improving QWL at NPC, Delhi*.

Mento, C., Silvestri, M. C., Bruno, A., Muscatello, M. R. A., Cedro, C., Pandolfo, G., & Zoccali, R. A. (2020). Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggression and violent behavior*, 51, 101381.

Mirvis, P. H., & Lawler III, E. E. (1984). Accounting for the quality of work life. *Journal of Organizational Behavior*, 5(3), 197-212.

Missouridou, E. (2017). Secondary posttraumatic stress and nurses' emotional responses to patient's trauma. *Journal of Trauma Nursing| JTN*, 24(2), 110-115.

Missouridou, E., Mangoulia, P., Pavlou, V., Kritsotakis, E., Stefanou, E., Bibou, P., ... & Fradelos, E. C. (2021). Wounded healers during the COVID-19 syndemic: Compassion fatigue and compassion satisfaction among nursing care providers in Greece. *Perspectives in Psychiatric Care*.

Moghanibashi-Mansourieh, A. (2020). Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. *Asian journal of psychiatry*, 51, 102076.

Mohamed, A. A., & Bedel Khalif, H. (2017). Examining factors affecting the quality of work life of lecturers: Case study from University of Somalia in Mogadishu, Somalia. *Development*, 4(4).

Mooney, C., Fetter, K., Gross, B. W., Rinehart, C., Lynch, C., & Rogers, F. B. (2017). A preliminary analysis of compassion satisfaction and compassion fatigue with considerations for nursing unit specialization and demographic factors. *Journal of Trauma Nursing JTN*, 24(3), 158-163.

Moreno, MP, Baltazar, RG, Beltrán, CA, & Núñez, FE (2018). Fiabilidad y validez factorial del instrumento para medir calidad de vida en el trabajo “CVT-Gohisalo” (versión breve). *Revista Salud Uninorte*, 34 (1), 68-75.

Morrison, L. E., & Joy, J. P. (2016). Secondary traumatic stress in the emergency department. *Journal of advanced nursing*, 72(11), 2894-2906.

Mottaz, C. J. (1981). Some determinants of work alienation. *Sociological Quarterly*

Mowbray, H. (2020). In Beijing, coronavirus 2019-nCoV has created a siege mentality. *BMJ* 368: m516.

Nabe-Nielsen K, Nilsson CJ, Juul-Madsen M. (2021). COVID-19 risk management at the workplace, fear of infection and fear of transmission of infection among frontline employees *Occupational and Environmental Medicine*, 78:248-254.

Nakata, A., Ikeda, T., Takahashi, M., Haratani, T., Fujioka, Y., Fukui, S., ... & Araki, S. (2005). Sleep-related risk of occupational injuries in Japanese small and medium-scale enterprises. *Industrial health*, 43(1), 89-97.

Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kulnaviktikul, W., & McHugh, M. D. (2015). Relationship between nurse staffing levels and nurse outcomes in community hospitals, Thailand. *Nursing & health sciences*, 17(1), 112-118.

- Netemeyer, R. G., Boles, J. S., & McMurrian, R. (1996). Development and validation of work–family conflict and family–work conflict scales. *Journal of applied psychology*, 81(4), 400.
- Nolte, A. G., Downing, C., Temane, A., & Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), 4364-4378.
- O'Connor, K., Neff, D. M., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, 53, 74-99.
- O'Callaghan, E. L., Lam, L., Cant, R., & Moss, C. (2020). Compassion satisfaction and compassion fatigue in Australian emergency nurses: A descriptive cross-sectional study. *International emergency nursing*, 48, 100785.
- Ohannessian, R., Duong, T. A., & Odone, A. (2020). Global telemedicine implementation and integration within health systems to fight the COVID-19 pandemic: a call to action. *JMIR public health and surveillance*, 6(2), e18810.
- Olagoke, A. A., Olagoke, O. O., & Hughes, A. M. (2020). Exposure to coronavirus news on mainstream media: the role of risk perceptions and depression. *British journal of health psychology*, 25(4), 865-874.
- Olds, D. M., & Clarke, S. P. (2010). The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *Journal of safety research*, 41(2), 153-162.
- Orpen, C. (1981). The conceptualisation of quality of working life. *SA Journal of Industrial Psychology*.
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cadernos de saude publica*, 36.
- Özdin, S., & Bayrak Özdin, Ş. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 504-511.

Ozili, P. (2020). COVID-19 in Africa: socio-economic impact, policy response and opportunities. *International Journal of Sociology and Social Policy*.

Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., ... & Esmail, A. (2018). Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 178(10), 1317-1331.

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 901-907.

Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion Fatigue and Burnout. *Clinical journal of oncology nursing*, 14(5).

Patricia Potter, R. N., Julia Allen Berger DMin, B. C. C., Sarah Olsen, R. N., & Ling Chen, M. S. P. H. (2013, March). Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. In *Oncology nursing forum* (Vol. 40, No. 2, p. 180). Oncology Nursing Society.

Paul, A., Chatterjee, S., & Bairagi, N. (2020). Prediction on Covid-19 epidemic for different countries: Focusing on South Asia under various precautionary measures. *Medrxiv*.

Peek, N., Sujana, M., & Scott, P. (2020). Digital health and care in pandemic times: impact of COVID-19. *BMJ health & care informatics*, 27(1).

Peiris, J. S. M., Lai, S. T., Poon, L. L. M., Guan, Y., Yam, L. Y. C., Lim, W., ... & SARS Study Group. (2003). Coronavirus as a possible cause of severe acute respiratory syndrome. *The Lancet*, 361(9366), 1319-1325.

Peñarrieta de Córdova, I., Santiago-Abregú, S., Krederdt-Raujo, S., Guevara-Morote, G., Carhuapoma-Acosta, M., & Chavez-Flores, E. (2014). Validación del instrumento: calidad de vida en el trabajo. CVT-Gohisalo en enfermería del primer nivel de atención. *Rev Enferm Herediana*, 7(2), 124-131.

Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., Oertelt-Prigione, S., & Van Gelder, N. (2020). *Pandemics and violence against women and children* (Vol. 528). Washington, DC: Center for Global Development.

Phan, L. T., Nguyen, T. V., Luong, Q. C., Nguyen, T. V., Nguyen, H. T., Le, H. Q., ... & Pham, Q. D. (2020). Importation and human-to-human transmission of a novel coronavirus in Vietnam. *New England Journal of Medicine*, 382(9), 872-874.

Phillips, J. P. (2016). Workplace violence against health care workers in the United States. *New England journal of medicine*, 374(17), 1661-1669.

Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., ...& Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 883-892.

Presser, H. B. (1984). Job characteristics of spouses and their work shifts. *Demography*, 21(4), 575-589.

Presser, H. B. (1987). Work shifts of full-time dual-earner couples: Patterns and contrasts by sex of spouse. *Demography*, 24(1), 99-112.

Privitera, M., Weisman, R., Cerulli, C., Tu, X., & Groman, A. (2005). Violence toward mental health staff and safety in the work environment. *Occupational Medicine*, 55(6), 480-486.

Puntmann, V. O., Carerj, M. L., Wieters, I., Fahim, M., Arendt, C., Hoffmann, J., ...& Nagel, E. (2020). Outcomes of cardiovascular magnetic resonance imaging in patients recently recovered from coronavirus disease 2019 (COVID-19). *JAMA cardiology*, 5(11), 1265-1273.

Qi, J., Xu, J., Li, B. Z., Huang, J. S., Yang, Y., Zhang, Z. T., ... & Zhang, X. (2020). The evaluation of sleep disturbances for Chinese frontline medical workers under the outbreak of COVID-19. *Sleep medicine*, 72, 1-4.

Quinal, L., Harford, S., & Rutledge, D. N. (2009). Secondary traumatic stress in oncology staff. *Cancer nursing*, 32(4), E1-E7.

Račić, M., Virijević, A., Ivković, N., Joksimović, B. N., Joksimović, V. R., & Mijovic, B. (2019). Compassion fatigue and compassion satisfaction among family physicians in the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 25(4), 630-637.

Ramesh, N., Nisha, C., Josephine, A. M., Thomas, S., & Joseph, B. (2013). A study on quality of work life among nurses in a medical college hospital in Bangalore. *National Journal of Community Medicine*, 4(3), 471-474.

Rangriz, H., Bakhshandeh, S., & Shaabany, E. (2019). A Critique of the Quality of Work Life Studies in Iran Using Meta-Analysis. *Organizational Culture Management*, 17(3), 469-489.

Rao, S. (1992). Human Resource Management. New Delhi.

Rapezzi, C., Tavazzi, L., & Ferrari, R. (2020). The ‘Black Death’ and the physician at the time of COVID-19.

Rasul, G., Nepal, A. K., Hussain, A., Maharjan, A., Joshi, S., Lama, A., ...& Sharma, E. (2021). Socio-Economic Implications Of Covid-19 Pandemic In South Asia: Emerging Risks And Growing Challenges. *Frontiers in Sociology*, 6.

Reith, T. P. (2018). Burnout in United States healthcare professionals: a narrative review. *Cureus*, 10(12).

Rekhi, S., & Sharma, P. (2019). A study on quality of work life (QWL) in PSPCL. *South Asian Journal of Marketing & Management Research*, 9(2), 14-21.

Richards, M., Anderson, M., Carter, P., Ebert, B. L., & Mossialos, E. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on cancer care. *Nature Cancer*, 1(6), 565-567.

Rodarte-Cuevas, L., Araujo-Espino, R., Trejo-Ortiz, P. M., & González-Tovar, J. (2016). Calidad de vida profesional y trastornos musculoesqueléticos en profesionales de Enfermería. *Enfermería Clínica*, 26(6), 336-343.

Rodrigues, H., Cobucci, R., Oliveira, A., Cabral, J. V., Medeiros, L., Gurgel, K., ...& Gonçalves, A. K. (2018). Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PloSone*, 13(11), e0206840

Romão, V. C., Cordeiro, I., Macieira, C., Oliveira-Ramos, F., Romeu, J. C., Rosa, C. M., ...& Fonseca, J. E. (2020). Rheumatology practice amidst the COVID-19 pandemic: a pragmatic view. *RMD open*, 6(2), e001314.

Rosenstein, A. H. (2013). Addressing physician stress, burnout, and compassion fatigue: the time has come. *Israel journal of health policy research*, 2(1), 1-3.

Rothe, C., Schunk, M., Sothmann, P., Bretzel, G., Froeschl, G., Wallrauch, C., ...& Hoelscher, M. (2020). Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany. *New England journal of medicine*, 382(10), 970-971.

Rothenberger, D. A. (2017). Physician burnout and well-being: a systematic review and framework for action. *Diseases of the Colon & Rectum*, 60(6), 567-576.

Rousseau, D. M. (1978). Relationship of work to nonwork. *Journal of Applied Psychology*, 63(4), 513.

Ruiz-Fernández, M. D., Pérez-García, E., & Ortega-Galán, Á. M. (2020). Quality of life in nursing professionals: Burnout, fatigue, and compassion satisfaction. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1253.

Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Cabrera-Troya, J., Carmona-Rega, M. I., & Ortega-Galán, Á. M. (2020). Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *Journal of clinical nursing*, 29(21-22), 4321-4330.

Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online journal of issues in nursing*, 16(1).

Sahin, A. R., Erdogan, A., Agaoglu, P. M., Dineri, Y., Cakirci, A. Y., Senel, M. E., ...& Tasdogan, A. M. (2020). 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak: a review of the current literature. *EJMO*, 4(1), 1-7.

Sakib, N., Akter, T., Zohra, F., Bhuiyan, A. I., Mamun, M. A., & Griffiths, M. D. (2021). Fear of COVID-19 and depression: a comparative study among the general population and healthcare professionals during COVID-19 pandemic crisis in Bangladesh. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-17.

Samaha, E., Lal, S., Samaha, N., & Wyndham, J. (2007). Psychological, lifestyle and coping contributors to chronic fatigue in shift-worker nurses. *Journal of advanced nursing*, 59(3), 221-232.

Sampaio, F., Sequeira, C., & Teixeira, L. (2021). Impact of COVID-19 outbreak on nurses' mental health: A prospective cohort study. *Environmental research*, 194, 110620.

Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Tomás-Salvá, M., & Vidal-Blanco, G. (2020). Predicting professional quality of life and life satisfaction in Spanish nurses: a cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 17(12), 4366.

Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C. C., & Jawad, A. F. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 33(9), 478-485.

Savard, J., Laroche, L., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2003). Chronic insomnia and immune functioning. *Psychosomatic medicine*, 65(2), 211-221.

Saville, C. E., Griffiths, P., Ball, J. E., & Monks, T. (2019). How many nurses do we need? A review and discussion of operational research techniques applied to nurse staffing. *International journal of nursing studies*, 97, 7-13.

Schermer, V. L. (2004). Group interventions for treatment of psychological trauma-module 9: Identification and management of masked trauma reactions in groups. *New York, NY: American Group Psychotherapy Association*.

Schmidt, M., & Haglund, K. (2017). Debrief in emergency departments to improve compassion fatigue and promote resiliency. *Journal of Trauma Nursing*, 24(5), 317-322.

Schmitt, N., & Bedeian, A. G. (1982). A comparison of LISREL and two-stage least squares analysis of a hypothesized life-job satisfaction reciprocal relationship. *Journal of Applied Psychology*, 67(6), 806.

Schmitt, N., & Mellon, P. M. (1980). Life and job satisfaction: Is the job central? *Journal of Vocational Behavior*, 16(1), 51-58.

Scott, L. D., Rogers, A. E., Hwang, W. T., & Zhang, Y. (2006). Effects of critical care nurses' work hours on vigilance and patients' safety. *American Journal of Critical Care*, 15(1), 30-37.

Sekaran, U. (1986). Self-esteem and sense of competence as moderators of the job satisfaction of professionals in dual career families. *Journal of Occupational Behaviour*, 7(4), 341-344.

Sekaran, U. (1989). Understanding the dynamics of self-concept of members in dual-career families. *Human Relations*, 42(2), 97-116.

Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G. J., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., ... & Freischlag, J. A. (2009). Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Annals of surgery*, 250(3), 463-471.

Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., ... & Freischlag, J. (2010). Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of surgery*, 251(6), 995-1000.

Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., ... & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of internal medicine*, 172(18), 1377-1385.

Shanafelt, T. D., Gradishar, W. J., Kosty, M., Satele, D., Chew, H., Horn, L., ... & Raymond, M. (2014). Burnout and career satisfaction among US oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, 32(7), 678.

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

Shao, M. F., Chou, Y. C., Yeh, M. Y., & Tzeng, W. C. (2010). Sleep quality and quality of life in female shift-working nurses. *Journal of advanced nursing*, 66(7), 1565-1572.

Sharov, K. S. (2020). Adaptation to SARS-CoV-2 under stress: Role of distorted information. *European Journal of Clinical Investigation*, 50(9), e13294.

- Shi, S., Qin, M., Shen, B., Cai, Y., Liu, T., Yang, F., ...& Huang, C. (2020). Association of cardiac injury with mortality in hospitalized patients with COVID-19 in Wuhan, China. *JAMA cardiology*, 5(7), 802-810.
- Shin, S., Park, J. H., & Bae, S. H. (2018). Nurse staffing and nurse outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Nursing outlook*, 66(3), 273-282.
- Shrestha, N., Shad, M. Y., Ulvi, O., Khan, M. H., Karamehic-Muratovic, A., Nguyen, U. S. D., ...&Haque, U. (2020). The impact of COVID-19 on globalization. *One Health*, 11, 100180.
- Siddiqui, I., Aurelio, M., Gupta, A., Blythe, J., &Khanji, M. Y. (2021). COVID-19: Causes of anxiety and wellbeing support needs of healthcare professionals in the UK: A cross-sectional survey. *Clinical Medicine*, 21(1), 66.
- Simon, M., Kümmerling, A., & Hasselhorn, H. M. (2004). Work-home conflict in the European nursing profession. *International journal of occupational and environmental health*, 10(4), 384-391.
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International journal of nursing studies*, 69, 9-24.
- Singh, A. K., Gillies, C. L., Singh, R., Singh, A., Chudasama, Y., Coles, B., ...& Khunti, K. (2020). Prevalence of co-morbidities and their association with mortality in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 22(10), 1915-1924.
- Singh, R., & Subedi, M. (2020). COVID-19 and stigma: Social discrimination towards frontline healthcare providers and COVID-19 recovered patients in Nepal. *Asian journal of psychiatry*, 53, 102222.
- Singhal, T. (2020). A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19). *The Indian journal of pediatrics*, 87(4), 281-286.
- Sirgy, M. J., Efraty, D., Siegel, P., & Lee, D. J. (2001). A new measure of quality of work life (QWL) based on need satisfaction and spillover theories. *Social indicators research*, 55(3), 241-302.

Sodeke-Gregson, E. A., Holtum, S., & Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European journal of psychotraumatology*, 4(1), 21869.

Sønderskov, K. M., Dinesen, P. T., Santini, Z. I., & Østergaard, S. D. (2020). The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic. *Acta neuropsychiatrica*, 32(4), 226-228.

Sorbello, M., El-Boghdadly, K., Di Giacinto, I., Cataldo, R., Esposito, C., Falcetta, S., ... & Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) Airway Research Group, and The European Airway Management Society. (2020). The Italian coronavirus disease 2019 outbreak: recommendations from clinical practice. *Anaesthesia*, 75(6), 724-732.

Souza, P. F., Mesquita, F. P., Amaral, J. L., Landim, P. G., Lima, K. R., Costa, M. B., ... & Montenegro, R. C. (2021). The human pandemic coronaviruses on the show: The spike glycoprotein as the main actor in the coronaviruses play. *International journal of biological macromolecules*.

Staines, G. L. (1980). Spillover versus compensation: A review of the literature on the relationship between work and nonwork. *Human relations*, 33(2), 111-129.

Stamm, B. H. (2005). The ProQOL manual: The professional quality of life scale: Compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales. *Baltimore, MD: Sidran*.

Stamm, B. H. (2010). The concise ProQOL manual.

Stanton, M. P., Houser, R. A., Riechel, M. E. K., Burnham, J. J., & McDougall, G. (2015). The effect of transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) on resilience, compassion fatigue, stress and empathy in professional nurses. *Advances in research*, 5(2).

Stefanini, G. G., Azzolini, E., & Condorelli, G. (2020). Critical organizational issues for cardiologists in the COVID-19 outbreak: a frontline experience from Milan, Italy. *Circulation*, 141(20), 1597-1599.

Sterpetti, A. V. (2020). Lessons learned during the COVID-19 virus pandemic. *Journal of the American College of Surgeons*, 230(6), 1092-1093.

Stojanov, J., Malobabic, M., Stanojevic, G., Stevic, M., Milosevic, V., & Stojanov, A. (2021). Quality of sleep and health-related quality of life among health care professionals treating patients with coronavirus disease-19. *The International journal of social psychiatry*, 67(2), 175.

Sturdy, A., Basarab, M., Cotter, M., Hager, K., Shakespeare, D., Shah, N., ...& Arnold, A. (2020). Severe COVID-19 and healthcare-associated infections on the ICU: time to remember the basics? *Journal of Hospital Infection*, 105(4), 593-595.

Sumner, A., Hoy, C., & Ortiz-Juarez, E. (2020). *Estimates of the Impact of COVID-19 on Global Poverty* (No. 2020/43). WIDER working paper.

Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Flichtentrei, D., Prats, M., Braga, F., Font-Mayolas, S., & Gras, M. E. (2014). The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout research*, 1(2), 82-89.

Suryahadi, A., Al Izzati, R., & Suryadarma, D. (2020). Estimating the impact of covid-19 on poverty in Indonesia. *Bulletin of Indonesian Economic Studies*, 56(2), 175-192.

Suryavanshi, N., Kadam, A., Dhumal, G., Nimkar, S., Mave, V., Gupta, A., ...& Gupte, N. (2020). Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. *Brain and behavior*, 10(11), e01837.

Suzuki, K., Ohida, T., Kaneita, Y., Yokoyama, E., & Uchiyama, M. (2005). Daytime sleepiness, sleep habits and occupational accidents among hospital nurses. *Journal of advanced nursing*, 52(4), 445-453.

Swamy, D. R., Nanjundeswaraswamy, T. S., & Rashmi, S. (2015). Quality of work life: scale development and validation. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 281.

- Swarochi, G., Seema, A., & Sujatha, S. (2018). An empirical research on quality of work-life-an employee perspective. *International Journal of Management Development*, 2(1), 34-80.
- Talwar, S., Dhir, A., Kaur, P., Zafar, N., & Alrasheedy, M. (2019). Why do people share fake news? Associations between the dark side of social media use and fake news sharing behavior. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 51, 72-82.
- Tan, B. Y., Chew, N. W., Lee, G. K., Jing, M., Goh, Y., Yeo, L. L., ...& Sharma, V. K. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Singapore. *Annals of internal medicine*, 173(4), 317-320.
- Tarricone, R., & Rognoni, C. (2020). What can health systems learn from COVID-19. *European Heart Journal Supplements: Journal of the European Society of Cardiology*, 22(SupplPt), P4.
- Tauchen, H. V., Witte, A. D., & Long, S. K. (1991). Domestic violence: A nonrandom affair. *International Economic Review*, 491-511.
- Taylor, J. C. (1978). An empirical examination of the dimensions of quality of working life. *Omega*, 6(2), 153-160.
- Thakur, V., & Jain, A. (2020). COVID 2019-suicides: A global psychological pandemic. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 952.
- Thamizhselvi, M. (2020). Gender difference and its impact on QWL (A study on banking sector, Bangalore). *TRANS Asian Journal of Marketing & Management Research (TAJMMR)*, 9(2), 4-12.
- Thomas, R. B., & Wilson, J. P. (2004). Issues and controversies in the understanding and diagnosis of compassion fatigue, vicarious traumatization, and secondary traumatic stress disorder. *International Journal of Emergency Mental Health*.
- Timossi, L. S., Pedroso, B., Francisco, A. C., & Pilatti, L. A. (2008). Evaluation of Quality of Work Life: An Adaptation from the Walton's QWL Model. XIV. In *International Conference on Industrial Engineering and Operations Management*, Rio de Janeiro, Brazil.

Tolbert, J. (2020). What issues will uninsured people face with testing and treatment for COVID-19? KFF.

Trist, E. (1985). Planning the first step towards quality of work life (QWL). *Human relations and organisational behaviour: A global perspective*, 223-345.

Tufan, Z. K., & Kayaaslan, B. (2020). Crushing the curve, the role of national and international institutions and policy makers in COVID-19 pandemic. *Turkish Journal of medical sciences*, 50(SI-1), 495-508.

Tulenko, K., & Vervoort, D. (2020). Cracks in the system: the effects of the Coronavirus pandemic on public health systems. *The American Review of Public Administration*, 50(6-7), 455-466.

Turchi, V., Verzuri, A., Nante, N., Napolitani, M., Bugnoli, G., Severi, F. M., ...& Messina, G. (2019). Night work and quality of life. A study on the health of nurses. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 55(2), 161-169.

Tyrrell, D. A. J., & Bynoe, M. L. (1965). Cultivation of a novel type of common-cold virus in organ cultures. *British medical journal*, 1(5448), 1467.

Urooj, U., Ansari, A., Siraj, A., Khan, S., & Tariq, H. (2020). Expectations, fears and perceptions of doctors during Covid-19 pandemic. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(COVID19-S4), S37.

Van Laar, D., Edwards, J. A., & Easton, S. (2007). The Work-Related Quality of Life scale for healthcare workers. *Journal of advanced nursing*, 60(3), 325-333.

Vasconcelos, E. M. D., & Martino, M. M. F. D. (2018). Predictors of burnout syndrome in intensive care nurses. *Revista gaucha de enfermagem*, 38.

Venkatachalam, J., & Velayudhan, A. (1997). Quality of work life: A review of literature. *South Asian Journal of Management*, 4, 45-58.

Viner, R. M., Russell, S. J., Croker, H., Packer, J., Ward, J., Stansfield, C., ...& Booy, R. (2020). School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), 397-404.

Voitsidis, P., Gliatas, I., Bairachtari, V., Papadopoulou, K., Papageorgiou, G., Parlapani, E., ...&Diakogiannis, I. (2020). Insomnia during the COVID-19 pandemic in a Greek population. *Psychiatry research*, 289, 113076.

Wahl, C., Hultquist, T. B., Struwe, L., & Moore, J. (2018). Implementing a peer support network to promote compassion without fatigue. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 48(12), 615-621.

Walker, L. O., & Avant, K. C. (2011). Concept analysis. Strategies for theory construction in nursing (pp. 157-179).

Walton, R. E. (1973). Quality of working life: what is it. *Sloan management review*, 15(1), 11-21.

Walton, R. E. (1975). Improving the Quality of Work-Life Harvard Business Review on Management.

Wang, B., Li, R., Lu, Z., & Huang, Y. (2020). Does comorbidity increase the risk of patients with COVID-19: evidence from meta-analysis. *Aging (Albany NY)*, 12(7), 6049.

Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J., ...&Peng, Z. (2020). Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus–infected pneumonia in Wuhan, China. *Jama*, 323(11), 1061-1069.

Wang, J., Okoli, C. T., He, H., Feng, F., Li, J., Zhuang, L., & Lin, M. (2020). Factors associated with compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among Chinese nurses in tertiary hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103472.

Weintraub, A. S., Geithner, E. M., Stroustrup, A., & Waldman, E. D. (2016). Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction in neonatologists in the US. *Journal of Perinatology*, 36(11), 1021-1026.

Wells-English, D., Giese, J., & Price, J. (2019). Compassion fatigue and satisfaction: Influence on turnover among oncology nurses at an urban cancer center. *Clinical journal of oncology nursing*, 23(5), 487-493.

Wentzel, D. (2017, May). Integrative review of facility interventions to manage compassion fatigue in oncology nurses. In *Oncology Nursing Forum* (Vol. 44, No. 3, p. E124). Oncology Nursing Society.

Wentzel, D. L., & Brysiewicz, P. (2018). A survey of compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue in nurses practicing in three oncology departments in Durban, South Africa. *International journal of Africa nursing sciences*, 8, 82-86.

Werner, E. A., Aloisio, C. E., Butler, A. D., D'Antonio, K. M., Kenny, J. M., Mitchell, A., ... & Monk, C. (2020, November). Addressing mental health in patients and providers during the COVID-19 pandemic. In *Seminars in Perinatology* (Vol. 44, No. 7, p. 151279). WB Saunders

Wheatley, D. (2012). Good to be home? Time-use and satisfaction levels among home-based teleworkers. *New Technology, Work and Employment*, 27(3), 224-241.

Wilder-Smith, A., & Freedman, D. O. (2020). Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of travel medicine*.

Winzeler, K., Voellmin, A., Schäfer, V., Meyer, A. H., Cajochen, C., Wilhelm, F. H., & Bader, K. (2014). Daily stress, presleep arousal, and sleep in healthy young women: A daily life computerized sleep diary and actigraphy study. *Sleep Medicine*, 15(3), 359-366.

Wisetborisut, A., Angkurawaranon, C., Jiraporncharoen, W., Uaphanthasath, R., & Wiwatanadate, P. (2014). Shift work and burnout among health care workers. *Occupational Medicine*, 64(4), 279-286.

Wiskow, C., Albrecht, T., & De Pietro, C. (2010). *How to create an attractive and supportive working environment for health professionals*. Geneva: World Health Organization.

Wong, C. L., Young, B., Lui, B. S. C., Leung, A. W. Y., & So, J. L. T. (2021). Professional quality of life and resilience in emergency department healthcare professionals during COVID-19 in Hong Kong: A cross-sectional study. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 10249079211049128.

Wood, M. T., Lawler, E. E., & Rasmussen, J. E. (1975). *Federally Sponsored Research on the Quality of Working Life: Planning, Support and Products*. US Department of Commerce, National Technical Information Service.

World Bank. (2020). Global economic prospects, June 2020.

Wu, S., Singh-Carlson, S., Odell, A., Reynolds, G., & Su, Y. (2016, July). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among oncology nurses in the United States and Canada. In *Oncol Nurs Forum* (Vol. 43, No. 4, pp. 161-69).

Wyatt, T. A., & Wah, C. Y. (2001). Perceptions of QWL: A study of Singaporean employees' development. *Research and Practice in Human Resource Management*, 9(2), 59-76.

Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The lancet psychiatry*, 7(3), 228-229.

Xie, W., Chen, L., Feng, F., Okoli, C. T., Tang, P., Zeng, L., ... & Wang, J. (2021). The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 103973.

Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T. P., & Sahebkar, A. (2017). The impact of stress on body function: A review. *EXCLI journal*, 16, 1057.

Yılmaz, G., Üstün, B., & Günüşen, N. P. (2018). Effect of a nurse-led intervention programme on professional quality of life and post-traumatic growth in oncology nurses. *International journal of nursing practice*, 24(6), e12687.

- Yin, Y., & Wunderink, R. G. (2018). MERS, SARS and other coronaviruses as causes of pneumonia. *Respirology*, 23(2), 130-137.
- Young, J. L., Derr, D. M., Cicchillo, V. J., & Bressler, S. (2011). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in heart and vascular nurses. *Critical care nursing quarterly*, 34(3), 227-234.
- Yousuf, A. S. (1996). Evaluating the quality of work life. *Management and Labour Studies*, 21(1), 5-15.
- Zeleníková, R., Jarošová, D., Plevová, I., & Janíková, E. (2020). Nurses' perceptions of professional practice environment and its relation to missed nursing care and nurse satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3805.
- Zerach, G., & Shalev, T. B. I. (2015). The relations between violence exposure, posttraumatic stress symptoms, secondary traumatization, vicarious post traumatic growth and illness attribution among psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), 135-142.
- Zhang, C., Yang, L., Liu, S., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., ... & Zhang, B. (2020). Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. *Frontiers in psychiatry*, 11, 306.
- Zhang, X. J., Song, Y., Jiang, T., Ding, N., & Shi, T. Y. (2020). Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *Medicine*, 99(26).
- Zhao, Y. M., Shang, Y. M., Song, W. B., Li, Q. Q., Xie, H., Xu, Q. F., ... & Xu, A. G. (2020). Follow-up study of the pulmonary function and related physiological characteristics of COVID-19 survivors three months after recovery. *E Clinical Medicine*, 25, 100463.
- Zhao, Y., Ma, D., Wan, Z., Sun, D., Li, H., & Sun, J. (2020). Associations between work environment and implicit rationing of nursing care: A systematic review. *Journal of nursing management*, 28(8), 1841-1850.

Zhou, S. J., Zhang, L. G., Wang, L. L., Guo, Z. C., Wang, J. Q., Chen, J. C., ... & Chen, J. X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European child & adolescent psychiatry*, 29(6), 749-758.

Zins, J. E., Bloodworth, M. R., Weissberg, R. P., & Walberg, H. J. (2007). The scientific base linking social and emotional learning to school success. *Journal of educational and psychological consultation*, 17(2-3), 191-210.

Zion, N., & Shochat, T. (2018). Cognitive functioning of female nurses during the night shift: The impact of age, clock time, time awake and subjective sleepiness. *Chronobiology international*, 35(11), 1595-1607.

Zou, L., Ruan, F., Huang, M., Liang, L., Huang, H., Hong, Z., ...& Wu, J. (2020). SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients. *New England Journal of Medicine*, 382(12), 1177-1179.

WHO (2021). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> [Accessed: 6/7/21]

WHO (2021) United States of America. Available at: <https://www.who.int/countries/usa/> [Accessed: 12/11/2021]

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Αδειοδοτήσεις Διεξαγωγής Μελέτης


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΑΤΕΛΩΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Σχολή Επιστημών Υγείας
Τμήμα Νοσηλευτικής
ΠΜΣ Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας

Ηράκλειο, 17/3/2021

Πληροφ. : Ευαγγ. Γωνιανάκη-Χρονάκη
Τηλέφ. : 2810379538

Αρ. Πρωτ. : 497

ΠΡΟΣ:
Πυλώτης Κωνσταντίνος

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Ροβίθης Μιχαήλ

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Διπλωματικής Εργασίας

Ανατίθεται κατόπιν απόφασης της 53ης/08.03.2021 Συνέλευσης του Τμήματος Νοσηλευτικής, η εκπόνηση Διπλωματικής Εργασίας, στον/ην:

ΜΥΝ40 Πυλώτης Κωνσταντίνος

με θέμα: «Διερεύνηση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας ενός Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου κατά την περίοδο της πανδημίας Covid-19».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Διπλωματική Εργασία ονομάζεται: Ροβίθης Μιχαήλ

Η Διευθύντρια του ΠΜΣ


Ζαχαρένια Ανδρουλάκη
Καθηγήτρια

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

7^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών,

71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης

Πληροφορίες: Μανουράς Ανδρέας

Τηλ: 2813 404433

Fax: 2810 331570

Email: dprogram@hc-crete.gr



Ηράκλειο, 16/06/2021

Α. Π.: 25051

Απάντηση στο έγγραφο:

ΠΡΟΣ: κ. Κυλιώτη Κων/νου,

Μεταπτυχιακός Φοιτητής του Τμήματος

Νοσηλευτικής του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ

ΚΟΙΝ:

1) κ. Διοικητή ΠΑΓΝΗ,

2) κ. Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας,

3) κ. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στο ΠΑΓΝΗ, στο πλαίσιο Μεταπτυχιακής Εργασίας».

ΣΧΕΤΙΚΑ: 1. Το με αρ. πρωτ. 9758/09-6-2021 έγγραφο του Διοικητή ΠΑΓΝΗ, κ. Γ. Χαλκιαδάκη

2. Η με αρ. πρωτ. 9374/03-6-2021 θετική γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΑΓΝΗ.

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, εγκρίνουμε τη διεξαγωγή έρευνας στο ΠΑΓΝΗ, και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στους Επαγγελματίες Υγείας, στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής Εργασίας στο Π.Μ.Σ. «Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας», του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ, από τον Νοσηλευτή ΤΕ, κ. Κυλιώτη Κωνσταντίνο, με θέμα: «Διερεύνηση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας ενός Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου κατά την περίοδο της πανδημίας Covid -19», υπό την επίβλεψη του Καθηγητή κ. Ροβίθη Μιχαήλ.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) της εθελοντικής συμμετοχής, της έγγραφης συγκατάθεσής τους και της ανώνυμης συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων (χωρίς προσωπικά δεδομένα, Ονοματεπώνυμο, ΑΔΤ, διεύθυνση κατοικίας, e-mail)

β) πριν την παρουσίαση της εργασίας θα προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο του ΠΑΓΝΗ. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στον ερευνητή ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

γ) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της εξασφάλισης ρητής συγκατάθεσης των υποκειμένων για τη συγκεκριμένη εργασία, της διαφάνειας της επεξεργασίας, της τήρησης της ανωνυμίας και γενικότερα της λήψης όλων των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία

των προσωπικών δεδομένων των υποκειμένων της έρευνας, & τέλος, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του Νοσοκομείου.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ
7^{ΗΣ} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ

ΕΛΕΝΗ ΜΠΟΡΜΠΟΥΔΑΚΗ

Συνημμένα: Φόρμα περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας

Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Ερευνητικά Εργαλεία

Έντυπο Γραπτής Συγκατάθεσης Συμμετοχής στη Μελέτη

Καλείστε να συμμετάσχετε σε μία επιστημονική έρευνα του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών με τίτλο: «Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας» του τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου. Ο τίτλος της έρευνας είναι **«Διερεύνηση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας ενός Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου κατά την περίοδο της πανδημίας covid-19»**.

Σκοπός της παρούσης διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας ενός Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου κατά την περίοδο της πανδημίας covid-19.

Προτού συμφωνήσετε με τη συμμετοχή σας στην έρευνα, βεβαιωθείτε ότι:

- Έχετε κατανοήσει μέσω της πληροφόρησης από τον ερευνητή τον σκοπό της έρευνας και ότι απορίες είχατε σχετικά με αυτήν απαντήθηκαν σε ικανοποιητικό βαθμό ☐
- Έχετε κατανοήσει ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί κατά οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής επεξεργασίας συνολικά. ☐
- Έχετε κατανοήσει ότι καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε φορέα εργασίας ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευτεί παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής και δεσμεύει τον ερευνητή. ☐
- Γνωρίζετε ότι η συμμετοχή σας στην εν λόγω επιστημονική έρευνα είναι εθελοντική. ☐

Μπορείτε να αποχωρήσετε από την έρευνα ανά πάσα στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια / κύρωση, ανακαλώντας τη συγκατάθεσή σας στο e-mail: pilio68@yahoo.gr

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ο ερευνητής, δεσμεύεται να τηρεί πλήρη εμπιστευτικότητα για όλες τις πληροφορίες που θα αποκτηθούν στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας και οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν στην ταυτοποίησή σας.

Πιο συγκεκριμένα, δεδομένα που σας αφορούν θα δημοσιευτούν μόνο εφόσον υπάρχει η ρητή συγκατάθεσή σας ή είναι πλήρως ανωνυμοποιημένα.

Για τυχόν απορίες σε θέματα αναφορικά με την επιστημονική έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον υπεύθυνο ερευνητή στο e-mail: pilio68@yahoo.gr

Έχω διαβάσει τις ανωτέρω αναφερόμενες πληροφορίες και συμφωνώ να συμμετέχω στη συγκεκριμένη επιστημονική έρευνα.

Αρχικά Ονοματεπώνυμου συμμετέχοντος / συμμετέχουσας στην έρευνα:

.....

Ημερομηνία:

Υπογραφή/ Μονογραφή:

Σε περίπτωση που ο υπεύθυνος ερευνητής επιθυμεί μετά το πέρας της έρευνας να δημοσιεύσει δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν: ☐ Συναινώ ☐
Δε Συναινώ σε αυτή του την ενέργεια.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Σας παρακαλώ να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελεί μέρος της Μεταπτυχιακής μου εργασίας, και αφορά στη «Διερεύνηση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας ενός Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου κατά την περίοδο της πανδημίας covid-19».

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και δεν περιέχει το όνομά σας. Τις απαντήσεις σας θα δει μόνο η ερευνητική ομάδα και κανένας άλλος και τα αποτελέσματα της έρευνας θα παρουσιαστούν στατιστικά για το σύνολο των εργαζομένων. Το ερωτηματολόγιο αυτό δεν αποτελεί κάποιου είδους εξέταση και είναι σημαντικό να απαντηθούν ΟΛΕΣ οι ερωτήσεις με ειλικρίνεια. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Σημασία έχει η προσωπική σας γνώμη. Εάν δεν βρίσκετε πάντα κάποια απάντηση που να σας ταιριάζει απόλυτα, σημειώστε αυτή που σας ταιριάζει περισσότερο ή για το τι ισχύει τις περισσότερες φορές. Για οποιαδήποτε διευκρίνιση μπορείτε να επικοινωνήσετε στο email: pilio68@yahoo.com

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την συνεργασία σας.

κ. Πυλιώτης Κωνσταντίνος, υποψήφιος Μεταπτυχιακός Φοιτητής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

Υπεύθυνος Καθηγητής: Δρ. Ροβίθης Μιχαήλ, Επίκουρος καθηγητής ΕΛΜΕΠΑ



Χρόνος Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου: 12 λεπτά

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής

Όταν υποστηρίζεις ανθρώπους, έχεις άμεση επαφή με τις ζωές τους. Όπως ίσως έχετε διαπιστώσει η συμπόνια σας για αυτούς που βοηθάτε μπορεί να σας επηρεάσει με θετικούς και αρνητικούς τρόπους. Παρακάτω υπάρχουν κάποιες ερωτήσεις σχετικά με τις εμπειρίες σας, και θετικές και αρνητικές, ως επαγγελματίας. Σκεφτείτε την κάθε μια από τις ακόλουθες ερωτήσεις σε σχέση με σας και την τρέχουσα εργασιακή σας κατάσταση. Επιλέξτε τον αριθμό που ειλικρινά αντικατοπτρίζει το πόσο συχνά βιώσατε αυτά τα πράγματα τις τελευταίες 30 μέρες.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
1.Είμαι ευτυχισμένος/η.	1	2	3	4	5
2. Ανησυχώ έντονα για περισσότερα από ένα άτομο τα οποία υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
3. Λαμβάνω ικανοποίηση από το γεγονός ότι μπορώ να υποστηρίξω ανθρώπους.	1	2	3	4	5
4. Νιώθω ότι συνδέομαι με τους άλλους.	1	2	3	4	5
5. Αναπηδών ή ξαφνιάζομαι από απροσδόκητους ήχους	1	2	3	4	5
6.Αισθάνομαι αναζωογονημένος αφότου δουλέψω μ'αυτούς που υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
7. Δυσκολεύομαι να διαχωρίσω την προσωπική μου ζωή από τη ζωή μου ως επαγγελματίας.	1	2	3	4	5
8.Δεν είμαι τόσο παραγωγικός στη δουλειά επειδή χάνω τον ύπνο μου λόγω τραυματικών εμπειριών κάποιου από τα άτομα που φροντίζω/υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
9. Νομίζω ότι ίσως να έχω επηρεαστεί από το τραυματικό άγχος αυτών που υποστηρίζω	1	2	3	4	5
10.Αισθάνομαι εγκλωβισμένος από τη δουλειά μου.	1	2	3	4	5
11. Λόγω της βοήθειας που παρέχω , έχω αισθανθεί εκνευρισμένος για διάφορα πράγματα.	1	2	3	4	5
12. Μου αρέσει η δουλειά μου.	1	2	3	4	5
13. Αισθάνομαι μελαγχολικός εξαιτίας των τραυματικών εμπειριών των ανθρώπων που βοηθώ.	1	2	3	4	5
14.Αισθάνομαι σαν να βιώνω το τραύμα κάποιου που έχω βοηθήσει.	1	2	3	4	5
15. Έχω πεποιθήσεις οι οποίες με στηρίζουν.	1	2	3	4	5
16. Είμαι ευχαριστημένος με το πώς καταφέρνω να ακολουθώ τις τεχνικές υποστήριξης και τα πρωτόκολλα.	1	2	3	4	5
17.Είμαι το άτομο που πάντα ήθελα να είμαι.	1	2	3	4	5
18. Η δουλειά μου κάνει να αισθάνομαι ικανοποιημένος/η	1	2	3	4	5
19. Αισθάνομαι εξαντλημένος/η λόγω της δουλειάς μου.	1	2	3	4	5

20. Έχω ευχάριστες σκέψεις συναισθήματα γι' αυτούς που υποστηρίζω και για το πώς θα μπορούσα να τους βοηθήσω.	1	2	3	4	5
21. Αισθάνομαι καταβεβλημένος/η επειδή ο φόρτος εργασίας μου φαίνεται ατελείωτος.	1	2	3	4	5
22. Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τη διαφορά μέσω της δουλειάς μου.	1	2	3	4	5
23 Αποφεύγω συγκεκριμένες δραστηριότητες ή καταστάσεις επειδή μου θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες των ανθρώπων που υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
24. Είμαι υπερήφανος για το τι μπορώ να κάνω για να βοηθήσω..	1	2	3	4	5
25. Ως αποτέλεσμα της παροχής βοήθειας στους άλλους έχω ενοχλητικές, τρομακτικές σκέψεις.	1	2	3	4	5
26. Αισθάνομαι ότι “βαλτώνω” από το σύστημα.	1	2	3	4	5
27. Έχω σκέψεις ότι είμαι επιτυχημένος ως επαγγελματίας.	1	2	3	4	5
28. Δεν μπορώ να ανακαλέσω σημαντικά μέρη της δουλειάς μου που αφορούν θύματα τραυματισμού.	1	2	3	4	5
29. Είμαι ένας άνθρωπος που νοιάζεται πολύ.	1	2	3	4	5
30. Είμαι ευτυχής που επέλεξα να κάνω αυτή τη δουλειά.	1	2	3	4	5

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19

1. Έρχεστε σε επαφή στην εργασία σας με ασθενείς που θα μπορούσαν να έχουν εκτεθεί στον COVID-19 και να μην έχουν εκδηλώσει συμπτώματα; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
2. Έρχεστε σε επαφή στην εργασία σας με ασθενείς που έχουν βρεθεί θετικοί στον COVID-19 αλλά δεν απαιτήθηκε νοσηλεία; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ
3. Έρχεστε σε επαφή στην εργασία σας με ασθενείς που είναι θετικοί στον COVID-19 και νοσηλεύονται; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

4. Ποιες από τις παρακάτω δηλώσεις σχετικά με την πανδημία σας ανησυχεί και σε ποιο βαθμό:

4.1.Φοβάμαι μήπως κολλήσω τον κορωνοϊό COVID-19.

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ ☐ Παρά πολύ

4.2.Φοβάμαι μήπως μεταφέρω τον κορωνοϊό COVID-19 στην οικογένεια μου/φίλους.

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ ☐ Παρά πολύ

4.3. Φοβάμαι μήπως μπω σε καραντίνα.

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ ☐ Παρά πολύ

4.4 Φοβάμαι μήπως κολλήσω, αν μολυνθώ, τους συναδέλφους μου.

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ ☐ Παρά πολύ

4.5 Φοβάμαι αν μολυνθώ μήπως κολλήσω τους ασθενείς μου.

☐ Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ ☐ Παρά πολύ

Κοινωνικο- Δημογραφικά Στοιχεία

Φύλο

Άντρας ☐

Γυναίκα ☐

Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε;

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

18-21

22-

25-

30-34

35-39

40-44

45-49

50-54

55-59

Άνω των 60

Οικογενειακή κατάσταση;

Άγαμος(η)

☐

**Έγγαμος(η)/σε
συμβίωση**

☐

**Διαζευγμένος/
η**

☐

Χήρος(α)

☐

Έχετε παιδιά;

Ναι	Όχι
☐	☐

Ποιες είναι οι γραμματικές σας γνώσεις;

Είμαι απόφοιτος ΙΕΚ /Σχολής Νοσοκομείου / Λυκείου	Έχω τελειώσει ΤΕΙ	Έχω τελειώσει Πανεπιστήμιο	Έχω / κάνω Μεταπτυχιακό	Έχω / κάνω Διδακτορικό
☐	☐	☐	☐	☐

Ποιο είναι το επάγγελμά σας;

Νοσηλεύτης/τρια ΠΕ	Νοσηλεύτης/τρια ΤΕ	Βοηθός Νοσηλεύτη/τρια ΔΕ
☐	☐	☐
Ιατρός	Κοινωνικός/η Λειτουργός/	Επισκέπτης/τρια Υγείας
☐	☐	☐
Ψυχολόγος	Φυσιοθεραπευτής/τρια	Άλλο:
☐	☐	

Η θέση σας στο νοσοκομείο είναι

Μόνιμη	Μη μόνιμη / Με σύμβαση	Επικουρική	Κάνω ειδικότητα
☐	☐	☐	☐

Σε ποιο Τμήμα εργάζεστε;

Σε ποια θέση ευθύνης υπηρετείτε;

Υπεύθυνος-η	Καμία	Τμήματος	Προϊστάμενος	Τομεάρχης	Διευθυντής
-------------	-------	----------	--------------	-----------	------------

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Πόσα χρόνια εργάζεστε συνολικά στο χώρο της Υγείας;

Έως 1	2-3	4 – 5	6 – 10	11 – 15	16 – 20	21 – 25	26 – 30	Πάνω από 31
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Πόσα χρόνια εργάζεστε στο συγκεκριμένο Τμήμα;

Έως 1	2-3	4 – 5	6 – 10	11 – 15	16 – 20	21 – 25	26 – 30	Πάνω από 31
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

**Σας Ευχαριστώ για το χρόνο που διαθέσατε για την
συμπλήρωση του Ερωτηματολογίου**