



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ &
ΕΝΙΑΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

«Ψυχική υγεία και ψυχοκοινωνική
υποστήριξη του υγειονομικού
προσωπικού παγκοσμίως κατά την
διάρκεια της πανδημίας COVID-19»

Φοιτήτρια : Σαλωνίδου Άννα

Επιβλέπων καθηγητής: Τσιάμης Κωνσταντίνος

22 Φεβρουαρίου 2024

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	
Μεθοδολογία.....	
Εισαγωγή.....	
Κεφάλαιο 1 : Ψυχική υγεία και υγειονομικό προσωπικό.....	
1.1 Ψυχικά προβλήματα και ψυχικές διαταραχές.....	
1.1.1 Διαταραχή Μετατραυματικού στρες.....	
1.1.2 Σύνδρομο Εργασιακής Εξουθένωσης	
1.1.3 Αγχώδης Διαταραχή.....	
1.1.4 Κατάθλιψη.....	
1.1.5 Διαταραχές ύπνου.....	
1.2 Ψυχική υγεία και φύση εργασίας	
1.3 Παράγοντες κινδύνου.....	
1.4 Πώς εμφανίζεται στο ιατρικό προσωπικό.....	
1.5 Πώς εμφανίζεται στο νοσηλευτικό προσωπικό.....	
Κεφάλαιο 2 : Επιπτώσεις	
2.1 Συνέπειες στην προσωπική ζωή.....	
2.1.1 Αυτοκτονικές τάσεις.....	
2.1.2 Ηθική βλάβη.....	
2.2 Συνέπειες στην εργασία.....	
2.2.1 Στιγματισμός.....	
Κεφάλαιο 3 : Η εκτίμηση της κατάστασης παγκοσμίως.....	
Κεφάλαιο 4 : Τρόποι αντιμετώπισης.....	
4.1 Κοινωνική υποστήριξη.....	
4.2 Ψυχολογική ανθεκτικότητα.....	
4.3 Σε ατομικό επίπεδο.....	

4.4 Σε διοικητικό επίπεδο.....	
4.5 Προτεινόμενες λύσεις.....	
Συμπεράσματα.....	
Βιβλιογραφία.....	

Υπόθεση εργασίας: Τι δομές ψυχοκοινωνικής υποστήριξης υπήρχαν και υπάρχουν για να εξασφαλιστεί η βέλτιστη ψυχική υγεία των εργαζομένων υγείας κατά την διάρκεια του COVID-19;

1. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εργασίας είναι να ερευνηθούν και να αναλυθούν τα ψυχικά προβλήματα των επαγγελματιών υγείας και εάν υπήρχαν δομές ψυχοκοινωνικής υποστήριξης κατά την διάρκεια της πανδημίας του COVID-19. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας ,πέραν από το τεράστιο φόρτο εργασίας, το υγειονομικό προσωπικό έπρεπε να αποβεί σε μοιραίες επιλογές που αφορούσαν εκείνους, τους ασθενείς τους και τους οικείους τους, με τελικό αποτέλεσμα την επιβάρυνση της ψυχικής τους υγείας. Τόσο οι ιατροί, όσο και οι νοσηλεύτες επιβαρύνθηκαν με επιπλέον πίεση λόγω των περιστατικών. Η καταπονημένη ψυχική υγεία παρατηρείται παγκοσμίως, σε χώρες όπως η Ιταλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ινδία. Ψυχοσωματικά συμπτώματα που προκύπτουν, υποδεικνύουν ψυχικές ασθένειες, όπως η αγχώδης διαταραχή, η κατάθλιψη και το μετατραυματικό στρες. Όλη αυτή η κατάσταση είχε σημαντικές συνέπειες στην ποιότητα της προσωπικής ζωή και της εργασίας τους. Ενώ υπάρχουν ατομικοί τρόποι που μπορούν να κατευνάσουν τέτοια συμπτώματα, κρίνεται αναγκαία η συστηματοποιημένη διαχείριση της ψυχικής υγείας τους.

ABSTRACT

The purpose of this thesis is to investigate and analyze the mental issues of health care professionals and if there were enough psychosocial support structures during the COVID-19 pandemic. During the pandemic, in addition to the enormous workload, healthcare staff had to make fateful choices that affected them, their patients and their loved ones. As a consequence, their mental health deteriorated greatly. Both doctors and nurses were under extensive levels of pressure due to the incidents. Low mental health is observed worldwide, in countries such as Italy, United Kingdom and India. Psychosomatic symptoms that arise indicate mental disorders such as anxiety, depression and post-traumatic stress. Their poor mental health had significant consequences in their personal life and work. While there are individual ways that can alleviate such symptoms, the need for systematic management is crucial.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Οι πηγές αναζητήθηκαν στις ακόλουθες επιστημονικές βάσεις δεδομένων Research Gate, Google Scholar, Pub Med και Science Direct.

Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή την βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι οι εξής: Support, mental health, healthcare workers, doctors, COVID-19, nurses, pandemic, systematic support, social support, coronavirus.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία ασχολείται, όπως υποδεικνύει και ο τίτλος της, με τα ψυχικά προβλήματα και την ψυχική υποστήριξη που έλαβαν οι επαγγελματίες υγείας παγκοσμίως κατά την διάρκεια της πανδημίας της COVID-19. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει καταγράψει πάνω από 61.8 εκατομμύρια περιστατικά και 1.4 εκατομμύρια θανάτους λόγω COVID-19 μέχρι 1η Δεκέμβριου 2020 (Varghese A., et al., 2021). Όπως ήταν αναμενόμενο, οι υγειονομικοί είχαν μεγάλες πιθανότητες λοίμωξης και αυξημένο φόρτο εργασίας. Το υγειονομικό προσωπικό έφερε ένα μεγάλο βάρος κατά τη διάρκεια της κρίσης της πανδημίας και κατά την προσπάθειά τους να ελέγξουν τον ιό, έχει έρθει αντιμέτωπο με τις συνέπειες του. «Θέλουμε αέρα!» δήλωσε ένας Ιταλός ιατρός πρώτης γραμμής, υποδεικνύοντας την απόγνωση και την ψυχική δυσφορία, που βίωναν εκείνη την περίοδο (Hummel, S., et al., 2021). Έχοντας να ισορροπήσουν τη δική τους ασφάλεια με τις ανάγκες των ασθενών, οικογένειας και των συναδέλφων τους, λόγω των περιορισμένων πρώτων υλών και πόρων που είχαν στην διάθεση τους, προκύπτουν διλήμματα που μπορούν να προκαλέσουν ηθική βλάβη. Η κλίμακα της πανδημίας από την άποψη των περιστατικών και τον αριθμό των χωρών που έχουν επηρεαστεί έχει αφήσει την εντύπωση ότι "κανένας δεν είναι ασφαλής".(De Kock J., et al., 2021) Η μαζική καραντίνα προκάλεσε μια αίσθηση συλλογικής υστερίας, φόβο και άγχος στους επαγγελματίες υγείας. Όμως, οι παρεχόμενες δομές ψυχικής υποστήριξης για αυτούς ήταν αρκετές;

Κεφάλαιο 1: Ψυχική υγεία και υγειονομικό προσωπικό

Ένα χρόνο μετά την έξαρση του COVID-19, το υγειονομικό προσωπικό έρχεται αντιμέτωπο με μεγάλα ποσοστά άγχους λόγω πολλαπλών στρεσογόνων εργασιακών καταστάσεων. Το υγειονομικό προσωπικό έχει πέσει σε μια σειρά ψυχολογικών κρίσεων και τραυματικών εμπειριών. Η παρατεταμένη έκθεση και αυξημένο εργασιακό φόρτο κατά την διάρκεια της πανδημίας ήταν καθοριστικά στην επιδείνωση της ψυχικής υγείας των επαγγελματιών υγείας. Σε μια έρευνα οι υγειονομικοί πρώτης γραμμής φάνηκαν να νιώθουν μεγαλύτερο άγχος για λοίμωξη, χαμηλότερη αυτοπεποίθηση για την λήξη της πανδημίας, χαμηλότερη ποιότητα ύπνου και μεγαλύτερη ανάγκη για ψυχοθεραπεία (Zhang Y., et al., 2020). Τα αποτελέσματά της δείχνουν ότι αν και η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ανέφεραν φυσιολογικά έως ήπια επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες. Το μέσο συνολικό επίπεδο ψυχικής καταπόνησης το οποίο βίωσαν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ήταν μέχρι 2 φορές υψηλότερο σε σύγκριση με τους φυσιολογικούς μέσους όρους της πλατφόρμας δεδομένων του DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale). Ωστόσο, τα αποτελέσματα μιας άλλης έρευνας έδειξαν πως οι υγειονομικοί φάνηκαν ψυχικά έτοιμοι να διαχειριστούν την πανδημία, πιθανώς λόγω του ιατρικού τους παρελθόντος (Hummel S., et al., 2021). Ανεξαρτήτως από όλη αυτή την κατάσταση το υγειονομικό προσωπικό ήταν αισιόδοξοι και δεν υπήρχε ξεκάθαρο αρνητικό φαινόμενο σωματοποίησης. Κάποιοι από τους παράγοντες στην επιδείνωση της ψυχικής υγείας είναι οι συνεχείς ημέρες εργασίας που οδηγούν σε λιγότερη ξεκούραση και οι συχνές αλλαγές για τις πολιτικές του ιού και στα πρωτόκολλα. Παρότι μερικοί από τους φόβους τους και τις αντιδράσεις τους είναι βασισμένες σε πραγματικούς λόγους, κάποιοι από αυτούς προκύπτουν λόγω έλλειψη πληροφοριών και παραπληροφόρησης. Τα ψυχολογικά προβλήματα μπορούν, επίσης, να προκαλέσουν κρίσεις πανικού, διαταραχές ύπνου, αίσθημα εκνευρισμού αίσθημα ανικανότητας και διαπροσωπική απομόνωση από οικογένεια και φίλους.

1.1.1 Διαταραχή Μετατραυματικού στρες

Το μετά τραυματικό στρες θεωρείται κοινό σε αυτή την ομάδα επαγγελματιών. Το μετά τραυματικό στρες συνήθως συμβαίνει μέσα σε μερικές εβδομάδες από τα τραυματικά γεγονότα, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και μετά από μήνες έως και χρόνια, και η διάρκεια του είναι περίπου έξι μήνες (Zhang Y., et al., 2020). Εξαρτάται βέβαια και από το περιστατικό και την ψυχική κατάσταση. Επίσης, συνεπάγεται με την απειλή θανάτου ή βλάβης της σωματικής ακεραιότητας, αν και τα προηγούμενα συμπτώματα μπορεί να αντιπροσωπεύουν μια οξεία διαταραχή στρες. Τα συμπτώματα συνήθως περιλαμβάνουν ενοχλητικές σκέψεις που σχετίζονται με το τραύμα, συμπεριφορές αποφυγής, αρνητικές αλλαγές στη διάθεση και στην αντιδραστικότητα. Η αξιολόγηση του παρελθόντος τραύματος σε ασθενείς με άγχος ή άλλες ψυχιατρικές ασθένειες μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση και τη θεραπεία της. Υποδηλώνεται ότι οι ασθενείς με μετατραυματικό στρες και γενικευμένη αγχώδη διαταραχή έχουν δυσκολία να προσδιορίσουν με ακρίβεια την ασφάλεια από τον κίνδυνο και αγωνίζονται να καταστείλουν τον φόβο με παρουσία ενδείξεων ασφαλείας. Το μετατραυματικό στρες έχει επιπολασμό εφ' όρου ζωής που είναι κοντά στο 10% και μοιράζεται νευροβιολογικά χαρακτηριστικά με αγχώδεις διαταραχές.

1.1.2 Σύνδρομο Εργασιακής Εξουθένωσης

Αναφορές για σύνδρομο εργασιακής εξουθένωσης (burnout) των νοσηλευτών έχουν αυξηθεί παγκοσμίως. Το burnout επηρεάζει τις εργασιακές αποδόσεις και την ποιότητα ζωής. Το σύνδρομο εργασιακής εξουθένωσης ορίζεται ως ένα ψυχολογικό σύνδρομο που προέρχεται ως "μία παρατεταμένη αντίδραση των χρόνιων διαπροσωπικών στρεσογόνων στη δουλειά" (Zhang H., et al., 2020). Χαρακτηρίζεται από μια συναισθηματική κατάσταση εξάντλησης ή/και αποπροσωποποίησης και χαμηλή αίσθηση προσωπικής επιτυχίας. Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας το κατηγοριοποιεί ως ένα "λειτουργικό φαινόμενο" στην παγκόσμια κατηγοριοποίηση των ασθενειών στην 11η αναθεώρηση (WHO, 2019). Το burnout είναι ένα πρόβλημα ανεπαρκώς αναφερόμενο και κάποιοι τρόποι να κατευναστούν τα συμπτώματα είναι οι εξής:

1. Υποστήριξη από την οικογένεια
2. Υποστήριξη από τους ανώτερους
3. Συχνοί έλεγχοι ψυχικής και σωματικής υγείας
4. Ειδική εκπαίδευση για έλεγχο μετάδοσης (infection control) και μέτρα ατομικής προστασίας
5. Συμβουλευτική ψυχοθεραπεία
6. Τεχνικές διαχείρισης του στρες
7. Θετικό εργασιακό περιβάλλον
8. Μεγαλύτερη αυτονομία των νοσηλευτών (Zhang L., et al., 2021)

1.1.3 Αγχώδης Διαταραχή

Το άγχος είναι το αίσθημα φόβου που εμφανίζεται στην αντιμετώπιση απειλητικών ή αγχωτικών καταστάσεων. Είναι μια φυσιολογική απόκριση στην αντιμετώπιση κινδύνου, αλλά εάν είναι συντριπτική ή το συναίσθημα επιμένει, θα μπορούσε να θεωρηθεί ως αγχώδης διαταραχή. Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή είναι μια σοβαρή ψυχιατρική ασθένεια, επηρεάζοντας πάνω από το 6% του πληθυσμού τουλάχιστον 1 φορά στην ζωή τους (Maton E., et al., 2017). Οι αγχώδεις διαταραχές είναι η πιο κοινή κατηγορία ψυχικών διαταραχών και εμφανίζουν σε μεγάλο βαθμό συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές (Williamson J., et al., 2021). Αν δεν θεραπευτεί καταλλήλως, μπορεί να γίνει χρόνια και να φέρει αναπηρία. Ασθενείς με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή είναι συχνά χρήστες πηγών πρωτοβάθμιας φροντίδας στις δυτικές χώρες, έχοντας μεγάλο κυρίως οικονομικό αντίκτυπο στο σύστημα υγείας. Το οικονομικό βάρος του άγχους στην κοινωνία είναι τεράστιο και το άγχος θεωρείται να είναι η έκτη οδηγούμενη αιτία για αναπηρία. Οι τρόποι θεραπείας περιλαμβάνουν συνήθως τη γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία και την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.

1.1.4 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι μια ευρέως διαδεδομένη χρόνια ασθένεια, η οποία μπορεί να επηρεάσει τις σκέψεις, την διάθεση και την σωματική υγεία (Cui R., et al., 2015). Χαρακτηρίζεται από χαμηλή διάθεση και ενέργειας, θλίψης, αίσθημα ανημποριάς, μοναξιά, χαμηλή όρεξη, αϋπνίες και ανικανότητα ευχαρίστησης της ζωής. Παρά τον υψηλό επιπολασμό και τις δυσπροσαρμοστικές επιδράσεις της μείζονος κατάθλιψης στη ζωή των ασθενών, αυτή η ψυχική ασθένεια συχνά δεν διαγιγνώσκεται με ακρίβεια ή δεν αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά.

1.1.5 Διαταραχές ύπνου

Οι διαταραχές ύπνου είναι μια κοινή κλινική πάθηση, η οποία χαρακτηρίζεται από δυσκολία έναρξης ή διατήρησης του ύπνου, συνοδευόμενη από συμπτώματα όπως ευερεθιστότητα ή κόπωση κατά τη διάρκεια του ξυπνήματος. Η αιτιολογία και η παθοφυσιολογία τους περιλαμβάνουν γενετικούς, περιβαλλοντικούς, συμπεριφορικούς και φυσιολογικούς παράγοντες που καταλήγουν στην υπερδιέγερση. Η διάγνωση τους καθιερώνεται από ένα ενδελεχές ιστορικό συμπεριφορών ύπνου, ιατρικών και ψυχιατρικών προβλημάτων και φαρμάκων, που συμπληρώνεται από μια πιθανή καταγραφή των προτύπων ύπνου. Η έλλειψη ύπνου μειώνει την ικανότητα συγκέντρωσης χρόνου αντίδρασης και την ικανότητα να θυμούνται και να μαθαίνουν νέα γεγονότα και απαραίτητες δεξιότητες. Αυτή η κατάσταση μπορεί να προκαλέσει εκνευρισμό, κακή διάθεση, μειωμένες ικανότητες

επικοινωνίας και μειωμένη ικανότητα να τα βγάλουν πέρα με τις ψυχολογικές ανάγκες του εργασιακού περιβάλλοντος τους .

1.2 Ψυχική υγεία και φύση εργασίας

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι νοσηλευτές σε εθνικό επίπεδο βίωναν ήδη burnout και το μεγάλο φόρτο εργασίας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 λόγω του ανεπαρκούς ανθρώπινου δυναμικού είναι σοβαρά ζητήματα που το επιδεινώνουν. Το μετά τραυματικό στρες είναι ,επίσης, κοινό σε αυτή την ομάδα επαγγελματιών, διότι έρχονται αντιμέτωποι με συνταρακτικά περιστατικά σε καθημερινή βάση . Επιπλέον, οι ιατροί βιώνουν υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες ακόμη και σε κανονικές συνθήκες εργασίας, αλλά οι παραπάνω είναι διστακτικοί στο να ζητήσουν βοήθεια λόγω στιγματισμού. Εκτός αυτού, το στρες μπορεί να προκληθεί λόγω του ότι είναι άμεσα υπεύθυνοι για να παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς με μεταδοτικά έως θανατηφόρα προβλήματα υγείας. Τα αυξημένα επίπεδα εργασιακής έντασης που βιώνουν οι ιατροί και οι νοσηλευτές βρίσκονται συνεχώς υποκείμενοι σε προβλήματα ψυχικής υγείας όπως άγχος το οποίο ορίζεται ως "μία ψυχολογική κατάσταση συνήθως συνδεδεμένη με φόβο ή ανησυχία" (American Psychological Association, 2019). Παρά όλων των ψυχικών προβλημάτων που βιώνουν, νιώθουν επαγγελματική υποχρέωση να συνεχίσουν να δουλεύουν ανεξαρτήτως του κινδύνου.

1.3 Παράγοντες κινδύνου

Οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ψυχικών προβλημάτων στο υγειονομικό προσωπικό λόγω της πανδημίας του COVID-19 μπορούν να παρουσιαστούν με ποικίλους τρόπους. Κλείνοντας τα σύνορα, κρατώντας αποστάσεις, περιορισμοί στα ταξίδια, φορώντας μάσκες, μεγάλος κίνδυνος λοίμωξης, κλείσιμο δημόσιων υπηρεσιών, αυξανόμενα κρούσματα COVID-19 και το επιβαρυνόμενο σύστημα υγείας είναι κάποιοι λόγοι που επηρέασαν αρνητικά την ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας (Hummel S., et al.,2021). Αυτές οι αλλαγές και να υπάρχει μη έμπειρο προσωπικό που αναλαμβάνει περιστατικά με νέες εθνικές οδηγίες αύξησαν τις πιθανότητες και για ιατρικά λάθη. Βέβαια, οι συνεχείς αλλαγές στα κρατικά μέτρα προστασίας προκαλούσε δυσκολία και σύγχυση στην προσαρμογή και στην διατήρηση αυτών των μέτρων από όλους τους επαγγελματίες υγείας, όπως και ανησυχία για ελλιπή γνώση και χειρισμό εξοπλισμού. Ένας άλλος παράγοντας που παίζει ρόλο στην επιδείνωση της ψυχικής υγείας του υγειονομικού προσωπικού ήταν το αίσθημα πένθους λόγω παρουσία τους σε θανάτους νοσούντων COVID-19, ταλαιπωρίας και πανικού των ασθενών. Επιπλέον, ο μεγάλος αριθμός θανάτων υγειονομικού προσωπικού λόγω του ιού δημιουργούσε συναισθήματα φόβου και αβεβαιότητας για την λήξη της πανδημίας . Ο συνδυασμός ενός περιβάλλοντος υψηλού κινδύνου μόλυνσης, υπερφορτίες κι προσωπικές εμπειρίες επηρέασαν την ψυχική υγεία των εργαζομένων υγείας. Σύμφωνα με το Job Demand-Resources Model (JD-R Model), οι απαιτήσεις της δουλειάς είναι 'αρνητικοί προσδιοριστές',

όπως το μεγάλο φόρτο εργασίας και οι απαιτητικές αλληλεπιδράσεις με τους ασθενείς (Demerouti E., et al., 2001). Εξ εναντίας, οι πόροι εργασίας είναι ‘θετικοί προσδιοριστές’, όπως οι εξελιγμένες δυνατότητες εργασίας και αρκετός ελεύθερος χρόνος.

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε την σχέση των ημερών εργασίας του υγειονομικού προσωπικού και την ανάγκη τους για ψυχοθεραπεία. Φαίνεται ότι όσο αυξάνονται οι μέρες αυξάνεται και η ανάγκη τους να έρθουν σε επαφή με έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας. Οι συνεχείς ημέρες εργασίας οδηγούν σε λιγότερη ξεκούραση.

Αντικείμενο	Μέρες εργασίας	N	M+ SD	F	P
Ανάγκη για ψυχοθεραπεία	Μέχρι 3 μέρες	222	2,14+- 0,897	0,385	0,764
	4-7 μέρες	502	2,210+- 0,883		
	8-14 μέρες	709	2,19+- 0,874		
	Παραπάνω από 15 μέρες	667	2,19+- 0,959		
	Σύνολο	2100	2,19+- 0,906		

Πίνακας 1. Οι διαφορές μεταξύ ωρών εργασίας και ανάγκης για ψυχοθεραπεία [82]

Το στίγμα σε αυτή τη ομάδα επαγγελματιών είναι σύνηθες αλλά επιδεινώθηκε κατά την διάρκεια της πανδημίας. Επιπλέον, υπήρχε μεγάλος φόβος για νοσοκομειακή λοίμωξη, συγκεκριμένα λοίμωξη σε άλλος ασθενείς και συνάδελφους. Ένα ακόμη βάρος που έφεραν ήταν το αίσθημα της ευθύνης και της κατηγορίας. Τέλος, η προσπάθεια να προστατεύσουν τον εαυτό τους και τις οικογένειες τους ήταν ψυχοφθόρα και αγχωτική.

Ένας άλλος παράγοντας κινδύνου που εξετάζεται είναι αυτός του φύλου. Σε μια έρευνα οι γυναίκες φάνηκαν να έχουν υψηλότερο ρίσκο για κατάθλιψη άγχος και διαταραχές ύπνου (Lai J., et al., 2019). Σωματικά συμπτώματα βίωναν συγκριτικά πολύ παραπάνω οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας (Singh J., et al., 2021). Όμως, σε μία άλλη έρευνα δεν βρήκε καμία διαφορά μεταξύ των φύλων. Εκτός αυτού, βρέθηκαν έρευνες που έδειχναν ότι αν υπήρχε κάποια υποκείμενη σωματική ασθένεια ότι επιδειωνόταν η ψυχική υγεία (De Kock J., et al., 2021). Η χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα και η αντοχή φαίνονται να επηρεάζουν και αυτά άμεσα τους επαγγελματίες υγείας. Τέλος, η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη παίζει μεγάλο ρόλο στην επιδείνωση της κατάστασης.

Σε μια έρευνα βρέθηκε ότι το κλινικό υγειονομικό προσωπικό έχει μεγαλύτερα επίπεδα συμπτωμάτων από διαταραχές ύπνου, άγχος, κατάθλιψη, σωματοποίηση και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή σε σύγκριση με τους μη κλινικούς επαγγελματίες υγείας (De Kock J., et al., 2021). Τα υψηλά επίπεδα από burnout ήταν άμεσα συνδεδεμένα με υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων άγχους όπως φαίνεται στην έρευνα. Σε αυτή την έρευνα, 56.03% από τους συμμετέχοντες βίωναν burnout, που ήταν

υψηλότερο από μια έρευνα στην Σιγκαπούρη (11%) (Ong YZ, et al., 2016). Μια άλλη έρευνα έδειξε ότι η επικράτηση συμπτωμάτων άγχους του υγειονομικού προσωπικού που εργαζόταν στο τμήμα της ΜΕΘ ήταν 35.2% (Lu F., et al., 2019). Για παράδειγμα, 1-2 χρόνια μετά την έξαρση του COVID-19, βρέθηκε ότι οι υγειονομικοί που εργαζόνταν με κρούσματα COVID-19 δήλωσαν μεγαλύτερα ποσοστά εργασιακής εξουθένωσης και δυσφορίας, είχαν αυξήσει την χρήση τσιγάρων και αλκοόλ, ήταν πιο πιθανό να μειώσουν την επαφή με τον ασθενή, και δούλευαν λιγότερες ώρες σε σχέση με αυτούς που δεν εργαζόνταν με κρούσματα COVID-19 (Pearman A., et al., 2020).

Οι υγειονομικοί που δεν έρχονταν σε επαφή με κρούσματα COVID-19 φάνηκαν λιγότερο έτοιμοι για την πανδημία (Hummel S., et al., 2021). Είχαν λιγότερη πρόσβαση σε ψυχολογική βοήθεια, απευθείας πληροφορία και εξάσκηση.

1.4 Πώς εμφανίζεται στο Ιατρικό προσωπικό

Η ποιότητα της ζωής αυξάνεται όταν κάποιος είναι ικανός να ελέγξει το στρες του. Το στρες, που εμφανίζεται στους ιατρούς συνδέεται και με σωματικά και με ψυχικά προβλήματα υγείας. Ανησυχίες που φαίνονται να απασχολούν τους ιατρούς είναι άγχος για την καταστροφή μελλοντικών projects που αφορούν την καριέρα τους, αίσθημα ντροπής και επαγγελματικής αποτυχίας, ακόμη και αφαίρεση της άδειας άσκησης επαγγέλματος (Galbraith N., et al., 2020). Έρευνες έχουν δείξει ότι πολλοί γιατροί προτιμούν να ζητούν βοήθεια από φίλους και οικογένεια παρά από ψυχική/ψυχιατρική βοήθεια.

1.5 Πώς εμφανίζεται στο νοσηλευτικό προσωπικό

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελούσε την πλειοψηφία των εργαζομένων της πρώτης γραμμής για την φροντίδα ασθενών κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, παρέχοντας 24/7 υπηρεσίες σε ασθενείς με αυξημένη ευπάθεια στον ιό (Varghese A., et al., 2021). Λόγω των αυξημένων επιπέδων εργασιακή έντασης, ιατροί και νοσηλευτές βρίσκονται συνεχώς υποκείμενοι σε προβλήματα ψυχικής υγείας όπως το άγχος. Παρόλα αυτά, οι έρευνες που εξετάζουν τα επίπεδα ψυχικής ευημερίας τους, είναι ελάχιστες έως μηδενικές (Chatzittofis, A. Et al., 2021). Μερικά ευρήματα από τις ελάχιστες έρευνες έχουν διεξαχθεί, έχουν ως εξής: Η πρώτη έρευνα αποτελεί μια cross-sectional έρευνα, που αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό πρώτης γραμμής ενός νοσοκομείου στην Σαγκάη, και πραγματοποιήθηκε 2 μήνες μετά την κορύφωση της πανδημίας, από τον Φεβρουάριο έως τον Απρίλιο του 2020 (Zhang L., et al., 2021).

Από τα ευρήματα αποκαλύφθηκαν ότι από τους 336 ερωτηθέντες (από τους οποίους το 92,56% ήταν γυναίκες εκ των οποίων το 46,43% είχαν παιδιά) :

1. Το 29,76% (100) εξέφρασε χαμηλή αίσθηση προσωπικής επιτυχίας
2. Το 6,85% δήλωσε πως αντιμετωπίζει επαγγελματική εξουθένωση.
3. Το 25,89% (87) είχε υψηλό επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης.
4. Το 18,15% (61) είχε υψηλό επίπεδο αποπροσωποποίησης.

Ευρήματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε διαφορετικό νοσοκομείο, έδειξαν και συμπληρώνουν, πως το νεότερο και λιγότερο έμπειρο προσωπικό δήλωσε πως αντιμετωπίζει μεγαλύτερα επίπεδα αποπροσωποποίησης σε σχέση με νοσηλευτές άνω των 30 ετών, και πως το νοσηλευτικό προσωπικό που είχε αναλάβει ασθενείς με ήπια συμπτώματα είχαν υψηλότερα επίπεδα burnout από τους νοσηλευτές που είχαν αναλάβει ασθενείς με βαριά συμπτώματα. (Αυτό θα μπορούσε να οφείλεται στο γεγονός ότι τα ήπια περιστατικά ήταν περισσότερα).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε γιατρούς και νοσηλευτές για την σύγκριση των επιπέδων ψυχικής υγείας ανάμεσα στις δύο ειδικότητες, οδηγήθηκε στα εξής συμπεράσματα:

- Οι νοσηλευτές κινδυνεύουν περισσότερο από τους γιατρούς σχετικά με προβλήματα ψυχικής υγείας.
- Το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίαζε σημαντικά πιο πολλά μέτρια με βαριάς μορφής ψυχοσωματικά συμπτώματα σε σύγκριση με τους ιατρούς.
- Οι νοσηλευτές με αρνητικές εκτιμήσεις από τους δείχτες ασφάλειας στο περιβάλλον εργασίας, ήταν πιο πιθανό να πάσχουν από μετατραυματικό στρες, άγχος και κατάθλιψη
- Οι νοσηλευτές έχουν μεγαλύτερες οικονομικές ανησυχίες σε σύγκριση με τους ιατρούς (De Kock J., et al., 2021).

Κεφάλαιο 2 : Επιπτώσεις

2.1 Συνέπειες στην προσωπική ζωή

Η σχέση μεταξύ τραυματικών γεγονότων και αυτοκτονιών είναι συνδεδεμένα με το ψυχολογικό τραύμα μετά από καταστροφικά γεγονότα, το οποίο μπορεί να αυξήσει τις αυτοκτονικές τάσεις (Mc Feeteres D., et al., 2015). Το υγειονομικό προσωπικό έχει μεγαλύτερες πιθανότητες για την ανάπτυξη αυτοκτονικών τάσεων από άλλα επαγγέλματα και το εργασιακό στρες είναι ένας συχνός παράγοντας για αυτούς που ,εν τέλει, αυτοκτονούν. Επαγγελματίες υγείας με μέτρια προς βαριά συμπτώματα κατάθλιψης, αγχώδους διαταραχής και σωματικών συμπτωμάτων χρησιμοποιούν δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης όπως αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές , χρήση ουσιών, αποστασιοποίηση, εκτόνωση και αυτοκατηγορία (Singh J., et al., 2021). Για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας, της χρήσης ουσιών και του αυτοκτονικού ιδεασμού κατά τη διάρκεια της πανδημίας, διεξήχθησαν αντιπροσωπευτικές έρευνες ομάδας μεταξύ ενηλίκων ηλικίας ≥ 18 ετών σε όλες τις Ηνωμένες Πολιτείες από τις 24 έως τις 30 Ιουνίου 2020 (Czeisler M., et al., 2020). Συνολικά, το 40,9% των ερωτηθέντων ανέφερε τουλάχιστον μία δυσμενή ψυχική ή κατάσταση της υγείας της συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένων των συμπτωμάτων της αγχώδους διαταραχής ή της καταθλιπτικής διαταραχής (30,9%), των συμπτωμάτων μιας διαταραχής σχετιζόμενης με τραύμα και στρες που σχετίζεται με την πανδημία (26,3%) και έναρξη ή αυξημένη χρήση ουσιών για την αντιμετώπιση άγχους ή συναισθημάτων που σχετίζονται με τον COVID-19 (13,3%). Το ποσοστό των ερωτηθέντων που ανέφεραν ότι σκέφτηκαν σοβαρά να αυτοκτονήσουν τις 30 ημέρες πριν από την ολοκλήρωση της έρευνας (10,7%) ήταν σημαντικά υψηλότερο μεταξύ των ερωτηθέντων ηλικίας 18-24 ετών (25,5%), μειονοτικών φυλετικών/εθνοτικών ομάδων, αυτοαναφερόμενοι μη αμειβόμενοι φροντιστές για ενήλικες (30,7%) και εργαζόμενοι σε κρίσιμες θέσεις εργασίας (21,7%). Οι αυτοκτονικές σκέψεις ήταν πιο συνήθεις παραπάνω σε άνδρες από ότι σε γυναίκες.

2.2 Συνέπειες στην εργασία

Η ψυχική υγεία των υγειονομικών επαγγελματιών είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ασφάλεια των ασθενών και την πιθανότητα ιατρικών λαθών. Υψηλά επίπεδα από στρες και άγχος έχουν δείξει ότι μειώνουν την αυτοπεποίθησή του προσωπικού, αυξάνουν απουσίες από την εργασία χωρίς λόγο και ελαττώνουν τα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης. Είναι γνωστό ότι το υγειονομικό προσωπικό και οι κοινωνικοί λειτουργοί εμφανίζουν υψηλά επίπεδα από προϋπάρχον διαταραχές ψυχικής υγείας οι οποίες μπορούν να έχουν δικές επιπτώσεις στην ποιότητα της φροντίδας των ασθενών.

2.2.1 Στιγματισμός

Είναι γνωστό ότι οι επαγγελματίες βιώνουν στιγματισμό στον εργασιακό τους χώρο και στην κοινωνία γενικότερα. Υπάρχουν πολλοί τρόποι να μειωθεί ο στιγματισμός της ψυχικής υγείας στο εργασιακό περιβάλλον. Η βάση είναι να δημιουργηθεί μια κουλτούρα, η οποία να ενθαρρύνει την ανοιχτή επικοινωνία και μείωση του στίγματος της ψυχολογικής ευπάθειας (vulnerability) (Galbraith N., et al., 2020).

2.3 Ηθική βλάβη

Ηθική βλάβη, ένας στρατιωτικός όρος που μπορεί να οριστεί ως ψυχολογική οδύνη, η οποία προέρχεται από αποτελέσματα πράξεων ή έλλειψη αυτών, οι οποίες καταπατούν τις ηθικές κώδικα κάποιου (Greenberg N., et al., 2020). Ηθική βλάβη, ουσιαστικά, μπορεί να εμφανιστεί όταν κάποιος είναι υποχρεωμένος να πάρει αποφάσεις ενάντιας των ηθικών αξιών κάποιου άλλου. Ηθική βλάβη δεν είναι ψυχική ασθένεια, αλλά όσοι την αναπτύσσουν είναι πιθανόν να βιώνουν αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό τους ή για άλλους όπως και έντονα συναισθήματα ντροπής, ενοχών ή αηδίας. Αυτά τα βιώματα μπορούν να ενισχύσουν την ανάπτυξη ψυχολογικών δυσκολιών συμπεριλαμβανομένου κατάθλιψης, μετατραυματικού στρες μέχρι και αυτοκτονικές τάσεις. Τα αποτελέσματα της ηθικής βλάβης μπορούν να μειωθούν αναλόγως με την ποιότητα της υποστήριξης που παρέχεται στους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια τέτοιων καταστάσεων. Κάποιοι άνθρωποι, οι οποίοι έχουν περάσει ηθικές ή τραυματικές εμπειρίες βιώνουν ένα βαθμό μετατραυματικής ανάπτυξης, ένας όρος που χρησιμοποιείται όταν θέλουμε να περιγράψουμε την ενίσχυση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας, της εκτίμησης, της προοπτικής και των αξιών μετά από έκθεση σε εξαιρετικά δύσκολες καταστάσεις. Όταν κάποιος έχει αναπτύξει ψυχολογική βλάβη είναι πιθανόν να επηρεαστεί από τον τρόπο με τον οποίο έχουν υποστηριχθεί πιο πριν κατά τη διάρκεια ή μετά το δυσάρεστο γεγονός. Ηθική βλάβη έχει ήδη εντοπιστεί σε φοιτητές ιατρικής, οι οποίοι δήλωσαν μεγάλη δυσκολία στο να ανταπεξέλθουν στην εργασία σε προνοσοκομειακή και επείγουσα φροντίδα. Οι ίδιοι ήρθαν αντιμέτωποι σε τραύμα που δεν ένιωσαν προετοιμασμένοι για αυτό.

Κεφάλαιο 3 : Η εκτίμηση της κατάστασης παγκοσμίως

Πίνακας 2. Διανομή από ομάδες επαγγελματιών υγείας σε Ευρωπαϊκές χώρες. (Hummel S., et al., 2021)

Χώρα	Κλινικοί επαγγελματίες υγείας, (n%)	Μη-κλινικοί επαγγελματίες υγείας, n (%)	Σύνολο, n
Γερμανία	100(73.53)	36(26.47)	136
Αυστρία	62(8.57)	15 (71.43)	21
Ελβετία	33(82.50)	7 (17.50)	40
Γαλλία	15(28.85)	37(71.15)	52
Ιταλία	142(89.31)	17(10.69)	159
Ισπανία	28(28.28)	71(71.72)	99
Πορτογαλία	25(54.35)	21(45.65)	46
Ηνωμένο Βασίλειο	5(8.93)	51 (91.07)	56

Πίνακας 3. Επίπεδα κατάθλιψης σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες αξιολογημένα χρησιμοποιώντας το Depression Anxiety Stress Scales–21. (Hummel S., et al., 2021)

Χώρα	Μέσο (SD) ^a	Φυσιολογικό/ ήπιο, n (%)	Μέτριο, n (%)	Βαρύ/ πολύ βαρύ, n (%)
Γερμανία	11.49(8.91)	87 (63.97)	28 (20.59)	21 (15.44)
Αυστρία	7.33 (8.23)	17 (80.95)	3 (14.29)	1 (4.76)
Ελβετία	7.45 (8.68)	31 (77.50)	6 (15.00)	3 (7.50)
Γαλλία	17.42 (11.63)	22 (42.31)	11 (21.15)	19 (36.54)
Ιταλία	10.03 (9.30)	119 (74.84)	19 (11.95)	21 (13.21)
Ισπανία	8.51 (8.98)	75 (75.76)	14 (14.14)	10 (10.10)
Πορτογαλία	12.26 (8.46)	24 (52.17)	14 (30.44)	8 (17.39)
Ηνωμένο Βασίλειο	17.64 (11.04)	21 (37.50)	13 (23.21)	22 (39.29)
Σύνολο	11.34 (9.90)	396 (65.02)	108 (17.73)	105 (17.24)

Πίνακας 4. Επίπεδα αγχώδους διαταραχής σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες αξιολογημένα χρησιμοποιώντας το Depression Anxiety Stress Scales–21. (Hummel S., et al., 2021)

Χώρα	Μέσο (SD)	Φυσιολογικό/ ήπιο, n (%)	Μέτριο, n (%)	Βαρύ/ πολύ βαρύ, n (%)
Γερμανία	8.44 (7.94)	85 (62.50)	19 (13.97)	32 (23.53)
Αυστρία	4.86 (5.68)	15 (71.43)	5 (23.81)	1 (4.76)
Ελβετία	7.45 (8.68)	31 (77.50)	6 (15.00)	3 (7.50)
Γαλλία	17.42 (11.63)	22 (42.31)	11 (21.15)	19 (36.54)
Ιταλία	10.03 (9.30)	119 (74.84)	19 (11.95)	21 (13.21)
Ισπανία	8.51 (8.98)	75 (75.76)	14 (14.14)	10 (10.10)

Πορτογαλία	12.26 (8.46)	24 (52.17)	14 (30.44)	8 (17.39)
Ηνωμένο Βασίλειο	17.64 (11.04)	21 (37.50)	13 (23.21)	22 (39.29)
Σύνολο	11.34 (9.90)	396 (65.02)	108 (17.73)	105 (17.24)

Πίνακας 5. Επίπεδα στρες σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες αξιολογημένα χρησιμοποιώντας το Depression Anxiety Stress Scales–21. (Hummel S., et al., 2021)

Χώρα	Μέσο (SD)	Φυσιολογικό / ήπιο (%)	Μέτριο, (%)	n	Βαρύ/ πολύ βαρύ, n (%)
Γερμανία	17.13 (9.94)	76 (55.88)	27 (19.85)		33 (24.27)
Αυστρία	14.10 (7.96)	17 (80.95)	1 (4.76)		3 (14.29)
Ελβετία	11.40 (11.29)	32 (80.00)	2 (5.00)		6 (15.00)
Γαλλία	21.77 (12.24)	25 (48.08)	4 (7.69)		23 (44.23)
Ιταλία	17.25 (10.46)	91 (57.23)	27 (16.98)		41 (25.79)
Ισπανία	16.42 (10.45)	62 (62.63)	13 (13.13)		24 (24.24)
Πορτογαλία	20.78 (10.95)	24 (52.17)	3 (6.52)		19 (41.30)
Ηνωμένο Βασίλειο	18.86 (10.13)	29 (51.79)	10 (17.86)		17 (30.36)
Σύνολο	17.40 (10.71)	356 (58.46)	87 (14.29)		166 (27.26)

Πίνακας 6. Επισκόπηση των επιπέδων κατάθλιψης, άγχους και στρες για κλινικούς (n=345) και μη κλινικούς επαγγελματίες υγείας (n=255) που αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας Depression Anxiety Stress Scales–21. (Hummel S., et al., 2021)

Συμμετέχοντες	Μέσο (SD)	Φυσιολογικό/ ήπιο (%)	Μέτριο, (%)	n	Βαρύ/ πολύ βαρύ, n (%)
Κατάθλιψη					
Κλινικοί επαγγελματίες υγείας	10.39 (9.12)	246 (69.49)	60 (16.95)		48 (13.56)
Μη-κλινικοί επαγγελματίες υγείας	12.67 (10.77)	150 (58.82)	48 (18.82)		57 (22.35)
Σύνολο	11.34 (9.90)	396 (65.03)	108 (17.73)		105 (17.24)
Αγχώδης διαταραχή					
Κλινικοί επαγγελματίες υγείας	7.90 (8.36)	240 (67.80)	49 (13.84)		65 (18.36)
Μη-κλινικοί επαγγελματίες υγείας	9.65 (9.66)	146 (57.26)	42 (16.47)		67 (26.28)
Σύνολο	8.61 (9.00)	386 (63.38)	91 (14.94)		132 (21.68)
Στρες					
Κλινικοί επαγγελματίες υγείας	17.10 (10.51)	208 (58.76)	55 (15.54)		91 (25.71)

Μη-κλινικοί επαγγελματίες υγείας	17.80 (10.98)	148 (58.04)	32 (12.55)	75 (29.41)
Σύνολο	17.40 (10.71)	356 (58.46)	87 (14.29)	166 (27.26)

Προβλήματα ψυχικής υγείας παρατηρούνται σε παγκόσμιο επίπεδο ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας. Αναφορικά με την Ευρώπη και ειδικότερα την περιοχή της Ιταλίας σημειώθηκαν υψηλά επίπεδα άγχους και φόβου στους γιατρούς και στους νοσηλευτές κυρίως κατά τα πρώτα στάδια της πανδημίας. Αυτό ήταν εύλογο, αφού όσο αυξάνεται η γνώση για την πρόληψη και τη θεραπεία της νόσου και εξελίσσονται τα διαδικαστικά και θεραπευτικά πρωτόκολλα τόσο βελτιώνεται και το ηθικό των υγειονομικών. Ο πιο σημαντικός παράγοντας που κλόνησε συναισθηματικά τους ιταλούς υγειονομικούς ήταν η έλλειψη εξοπλισμού και κυρίως η ανεπάρκεια αναπνευστήρων (Rosenbaum L., et al., 2020). Το γεγονός αυτό τους έφερε αντιμέτωπους με σοβαρά ηθικά διλήμματα ως προς την προτεραιότητα που έπρεπε να δοθεί κατά την αξιολόγηση της σοβαρότητας των περιστατικών και της διαλογής των ασθενών στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Από τις ιταλικές πόλεις, στη Λομβαρδία σημειώθηκε μεγάλη αναποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση σοβαρών περιστατικών. Οι γιατροί συντρίβονταν συναισθηματικά, καθώς αναλάμβαναν το έργο ενημέρωσης των οικείων για τον θάνατο των συγγενών τους που πέθαναν χωρίς καμία παρηγορητική φροντίδα (Nacoti M., et al., 2020). Σύμφωνα με ιταλική εφημερίδα έχουν καταγραφεί δύο αυτοκτονίες υγειονομικών, οι οποίοι βρέθηκαν θετικοί στον COVID-19 και έδωσαν τέλος στη ζωή τους φοβούμενοι μήπως μετέδωσαν την ασθένεια στους ασθενείς τους. Όσον αφορά το Ηνωμένο Βασίλειο εκεί η ψυχική υγεία των υγειονομικών κλονίζεται από τη ντροπή και τις ενοχές που βιώνουν λόγω της έλλειψης προσωπικού και διαθέσιμων πόρων (Williamson V., et al., 2020).

Στη Ασία το σύστημα υγείας παρουσιάζεται εξίσου κατακερματισμένο με την παροχή αναποτελεσματικής πρωτοβάθμιας φροντίδας. Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη στην Ινδία από τις 16/6/2020 έως 5/8/2020 και στην οποία συμμετείχαν 348 υγειονομικοί για τη φροντίδα ασθενών που έπασχαν από COVID-19 προέκυψε ότι περίπου οι μισοί (54,02%) από τους επαγγελματίες υγείας είχαν κατάθλιψη, 107 (30,75%) είχαν ήπια 45 (12,93%) είχαν μέτρια και 36 (10,34%) είχαν βαριάς μορφής κατάθλιψη. 154 δείγματα είχαν αγχώδη διαταραχή (44, 24%), 89 (25,97%) είχαν ήπιας μορφής, 34 (9,77%) είχαν μέτρια και 31 (8,91%) είχαν βαριάς μορφής αγχώδη διαταραχή. 190 δείγματα είχαν σωματικά συμπτώματα (54,6%), 118 (33,91%) είχαν ήπια 50 (14,37%) είχαν μέτρια και 22 (6,32%) είχαν βαριάς μορφής σωματικά συμπτώματα (Singh J., et al., 2021). Εμφανίστηκε ότι σε δεδομένα από την Ινδία και τη Σιγκαπούρη υπήρχε χαμηλότερο άγχος και κατάθλιψη σε σύγκριση με παρόμοια δεδομένα από την Κίνα.

Σύμφωνα με έρευνα από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής από ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από 2.100 υγειονομικούς μέσω της πλατφόρμας We Chat προέκυψαν οι εξής απαντήσεις ως προς την ψυχική υγεία τους:

- Ηρεμία : 39,1%
- Συναισθηματική ένταση: 63%

- Στεναχώρια : 49%
- Φόβος: 31,4%
- Νεύρα: 18,8%
- Απογοήτευση: 34,7%
- Αισιοδοξία: 5,1%
- Αίσθημα έκπληξης: 65%
- Αυτοπεποίθηση: 31,15% (Zhang Y.,et al., 2020)

Στην έρευνα φαίνεται ότι τα αρνητικά συναισθήματα έχουν μεγαλύτερους μέσους όρους, ειδικότερα το συναίσθημα της συναισθηματικής έντασης.

Στον Καναδά υπήρξαν υψηλά ποσοστά κακής ψυχικής υγείας. Αυτά εντοπίζονται με αρνητικές κριτικές για το περιβάλλον εργασίας, οργανωτική υποστήριξη, οργανωτική ετοιμότητα, ασφάλεια στο περιβάλλον εργασίας και παροχή σε προμήθειες και πηγές (Havaei F., et al., 2021)

Κεφάλαιο 4 : Τρόποι αντιμετώπισης

4.1 Κοινωνική υποστήριξη

Η σύνθεση του όρου ψυχική υγεία και ψυχολογική υποστήριξη χρησιμοποιείται για να περιγράψει κάθε τύπο από τοπική ή εξωτερική υποστήριξη που στοχεύει να προστατέψει και να προάγει την ψυχολογική ευημερία και να αποτρέψει ή να θεραπεύσει προβλήματα ψυχικής υγείας (Bahar A., et al., 2020). Η κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται στην αντίληψη του ατόμου σχετικά με την ύπαρξη υποστήριξης από οικογένεια φίλους και συντρόφους στη ζωή του. Επιτρέπει στο άτομο να νιώθει ότι νοιάζονται για αυτό, ότι το δέχονται και ότι λαμβάνει σεβασμό από τον περίγυρό του, μειώνοντας έτσι το στρες και βελτιώνοντας την ψυχολογική του ευεξία. Η κοινωνική υποστήριξη είναι μια σημαντική και αποτελεσματική ψυχολογική μέθοδος, που δίνει την δυνατότητα στο άτομο να διαχειρίζεται την ψυχολογική ένταση, το προστατεύει από στρεσογόνα και καταπιεστικά γεγονότα, ενισχύοντάς την προσαρμοστικότητα του και καθιστώντας το πιο ανθεκτικό σε δυσμενείς συνθήκες. Η κοινωνική υποστήριξη χωρίζεται σε δύο κατηγορίες: στην κοινή (received) και στην αντιληπτή (perceived) κοινωνική υποστήριξη. Η κοινή κοινωνική υποστήριξη είναι η αμερόληπτη υποστήριξη που προέρχεται από τον κοντινό περίγυρο και στοχεύει στην ποσότητα και ποιότητα της υποστήριξης, ενώ η αντιληπτή υποστήριξη αντανακλά στην διαθεσιμότητα και επάρκεια των κοινωνικών συναναστροφών, αναφερόμενη στην υποκειμενική ικανότητα αντίληψης και εκτίμησης της υποστήριξης που προέρχεται από την οικογένεια, φίλους και συντρόφους (Heaney C.A., et al., 2008). Τα τελευταία χρόνια, η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη έχει επιβεβαιωθεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας διαχείρισης της ψυχικής υγείας, σε ένα μεγάλο εύρος κοινωνικών ομάδων, όπως οι ηλικιωμένοι, οι έφηβοι, οι έγκυες γυναίκες, οι χρήστες ουσιών, το υγειονομικό προσωπικό κτλ. Συγκρίνοντας τα δύο είδη κοινωνικής υποστήριξης, η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη παρέχει μια πιο σημαντική και αποτελεσματική εκτίμηση στην ψυχική υγεία κάποιου. Σύμφωνα με το social support buffer model (το φαινόμενο με το οποίο η παρουσία ενός οικείου ατόμου μειώνει ή ακόμα και εξαλείφει τις αντιδράσεις που προκαλούνται από το στρες και τον φόβο), η κοινωνική υποστήριξη συμβάλλει στην διαχείριση τραυματικών γεγονότων και στην ανάπτυξη του self worth αισθήματος, μετριάζοντας έτσι το αρνητικό συναισθηματικό αντίκτυπο. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ομάδα υγειονομικών σχετικά με την κοινωνική υποστήριξη κατέδειξε πως κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID-19, η κοινωνική υποστήριξη που λάμβαναν οι υγειονομικοί υπάλληλοι αυξήθηκε ενώ βελτιώθηκαν η σχέση και η εμπιστοσύνη μεταξύ ιατρού και ασθενή σε σύγκριση με την περίοδο πριν την πανδημία (Zhou YH. Et al., 2021). Στα πλαίσια της κοινωνικής υποστήριξης συμπεριλαμβανόταν και η αναγνώριση/υποστήριξη από την ομάδα υγειονομικών, την κυβέρνηση και την ευρύτερη κοινωνία. Τα ευρήματα έδειξαν ότι υγειονομικοί

υπάλληλοι που δήλωσαν ότι δέχονται κοινωνική υποστήριξη σε μεγαλύτερο βαθμό, είχαν λιγότερα προβλήματα ύπνου, μείωση του άγχους και του στρες και αύξηση της παραγωγικότητας, και αυτοαποτελεσματικότητας.

4.2 Ψυχολογική Ανθεκτικότητα (Psychological resilience)

Υπάρχουν αποδείξεις που υποδεικνύουν ότι η ψυχική ευεξία συνδέεται με τα επίπεδα της ψυχολογικής ανθεκτικότητας/ αντοχής (resilience). Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι σημαντική για τη μείωση των ψυχολογικών προβλημάτων και συναισθημάτων από εργασιακή υπερφόρτωση για τους επαγγελματίες υγείας. Είναι γνωστό ότι η ψυχολογική ανθεκτικότητα είναι ένα προσωπικό χαρακτηριστικό αποτελούμενο από τρεις υποδιαστάσεις. Αυτές είναι το self commitment, control και challenges. Self commitment αναφέρεται σε μία αίσθηση σκοπού και νοήματος ανεξάρτητα αν είναι χρησιμοποιείται καθημερινά, το control αναφέρεται στην πίστη ότι κάτι μπορεί να επηρεάσει θετικά πολλές καταστάσεις στην ζωή κάποιου παρά αρνητικά και challenge εκφράζει την πίστη στην αλλαγή. (Sezgin F., et al., 2012). Σύμφωνα με την ψυχολογική ομοσπονδία της Αμερικής η ψυχολογική ανθεκτικότητα είναι η προσαρμοστική διαδικασία των ανθρώπων ενάντια σε παράγοντες στρες. (Bahar A., et al., 2020). Λόγω του ότι η ψυχολογική ανθεκτικότητα είναι αναπτυξιακή διαδικασία, μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να αναρρώσουν από την πανδημία πιο εύκολα. Η ιεραρχία του μοντέλου ψυχικής ανθεκτικότητας προτείνει ότι τα άτομα με υψηλή ανθεκτικότητα διαχειρίζονται τα προβλήματα τους με το να χρησιμοποιούν θετικούς και ευέλικτους διαχειριστικούς τρόπους επισκέπτοντας πηγές κοινωνικής υποστήριξης.

4.3 Σε ατομικό επίπεδο

Πίνακας 7. Στρατηγικές αντιμετώπισης γιατρών και νοσηλευτών κατά τη διάρκεια του COVID-19 (n=354).

Στοιχεία	Μέσος όρος στοιχείων (SD)
Λήψη προστατευτικών μέτρων (πλύσιμο χεριών, χρήση μάσκας, μέτρηση της θερμοκρασίας του εαυτού σας κ.λπ.)	2.7 (0.57)
Ενεργή απόκτηση περισσότερων γνώσεων σχετικά με τον COVID19 (συμπτώματα, οδός μετάδοσης, κ.λπ.)	2.34 (0.80)
Συνομιλία μέσω βίντεο κλήσεων με την οικογένεια και τους φίλους για να μοιραστείτε τις ανησυχίες σας και να υποστηριχθείτε	1.84 (0.87)
Συμμετοχή σε συμπεριφορές που προάγουν την υγεία (περισσότερη ανάπαυση, άσκηση, Ισορροπημένη διατροφή κ.λπ.)	1,55 (0,99)

Συμμετοχή σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες (διαδικτυακές αγορές, μέσα κοινωνικής δικτύωσης, διαδίκτυο, κ.λπ.)	1,62 (0,94)
Αλλαγή οπτικής και αντιμετώπιση των καταστάσεων με θετική στάση	1,54 (0,89)
Περιορισμός από την παρακολούθηση πολλών ειδήσεων σχετικά με τον COVID19	1.37 (0.96)
Αποσπώντας την προσοχή του από το να σκέφτεται θέματα COVID19 με να διατηρεί τον εαυτό του απασχολημένο	1.30 (0.92)
Απόκτηση γνώσεων και πληροφοριών ψυχικής υγείας	1.01 (0.95)
Εκτονώνοντας συναισθήματα κλαίγοντας, ουρλιάζοντας, σπάζοντας πράγματα κ.λπ.	0,50 (0,81)
Χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών	0,32 (0,60)
Εξάσκηση μεθόδων χαλάρωσης (διαλογισμός, γιόγκα, τσί τσι, κ.λπ.)	0,46 (0,82)

(Hummel S., et al., 2021)

4.4 Σε διοικητικό επίπεδο

Στην διεξαγωγή της έρευνας αυτής βρέθηκαν κάποιες ενέργειες που έλαβαν χώρα με σκοπό την μείωση της έντασης και του πανικού που βίωναν οι επαγγελματίες υγείας κατά την διάρκεια της πανδημίας του COVID-19. Η πρώτη εξ αυτών είναι του τμήματος νοσηλευτικής της Σαγκάης στο οποίο τέθηκε μια σειρά από εκπαιδευτικά σεμινάρια, στα οποία συμπεριλήφθηκαν γνώσεις στον προσανατολισμό σε γενικά επείγοντα θαλάμου και νοσηλευτικές υποχρεώσεις, στον έλεγχο μετάδοσης και στην ατομική προστασία κατά την λοίμωξη, και συμβουλευτική για το νεότερο και λιγότερο έμπειρο προσωπικό κατά την διάρκεια της πανδημίας (Zhang L., et al., 2021). Αυτά κρίνονται απαραίτητα εργαλεία να έχει το υγειονομικό προσωπικό για την κατεύναση των συμπτωμάτων κακής ψυχικής υγείας και την διευκόλυνση της εργασίας τους. Το τμήμα νοσηλευτικής προσέλαβε, επίσης, ψυχιάτρους και ψυχολόγους για διαδικτυακή ψυχοθεραπεία, γραμμές συμβουλευτικής και διαδικτυακά chat rooms για τους νοσηλευτές πρώτης γραμμής .

Μια άλλη ενέργεια που διαπράχτηκε ήταν αυτή στο 2^ο Νοσοκομείο Xiangya και το Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας. Το Κέντρο Ερευνών Ιατρικής Ψυχολογίας του 2^{ου} Νοσοκομείου Xiangya, και η κινεζική ιατρική και το Κέντρο Ψυχολογικής Κλινικής Ιατρικής Έρευνας Ασθενειών ανταποκρίθηκε γρήγορα στις ψυχολογικές πιέσεις που βίωσε το υγειονομικό προσωπικό. Μία αναλυτική ψυχολογική παρέμβαση αναπτύχθηκε σε σύντομο χρονικό διάστημα, η οποία κυρίως κάλυψε τους εξής τρεις τομείς:

1. Χτίστηκε μια ιατρική ομάδα ψυχολογικής παρέμβασης, η οποία παρείχε διαδικτυακά μαθήματα\ σεμινάρια για την καθοδήγηση του ιατρικού προσωπικού να ασχοληθεί με κάποια κοινά ψυχολογικά προβλήματα
2. Τηλεφωνική γραμμή ψυχολογικής υποστήριξης, η οποία παρείχε καθοδήγηση για επίλυση ψυχολογικών προβλημάτων
3. Και παρεμβάσεις ψυχικής υποστήριξης, στις οποίες θα παρέχονται ποικίλες δραστηριότητες με σκοπό να μειωθεί το στρες των υγειονομικών.
(Chen Q., et al., 2020).

Όμως, η ύπαρξη δομών δεν ήταν αρκετή. Το προσωπικό φάνηκε απρόθυμο να συμμετέχει σε ομαδικές ή ατομικές παρεμβάσεις ψυχικής υγείας. Οι νοσηλευτές έδειχναν διεγερσιμότητα, νευρικότητα, απροθυμία για ξεκούραση και συμπτώματα αγχώδους διαταραχής, αλλά αρνούταν να πάρουν βοήθεια από κάποιον ειδικό και ανέφεραν πως δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα. Πολλοί υπάλληλοι ανέφεραν πως δεν χρειάζονταν ψυχολόγο, αλλά περισσότερη ξεκούραση χωρίς αντιπερισπασμούς και αρκετό προστατευτικό εξοπλισμό. Τέλος, πρότειναν εκπαίδευση σχετικά με τις ψυχολογικές δεξιότητες που θα χρησιμοποιήσουν για την διαχείριση άγχους και πανικού που βιώνουν οι ασθενείς.

Τα μέτρα ψυχολογικής παρέμβασης προσαρμόστηκαν. Αρχικά, το νοσοκομείο παρείχε ένα μέρος χωρητικότητας ≤ 100 υγειονομικών πρώτης γραμμής για ξεκούραση όπου θα μπορούσαν να απομονωθούν από την οικογένεια τους για κάποιο χρονικό διάστημα. Επίσης, το νοσοκομείο τους παρείχε φαγητό και προϊόντα καθημερινής χρήσης και βοηθούσε το προσωπικό να βιντεοσκοπεί την καθημερινότητα τους στο νοσοκομείο για να το μοιράζονται με τις οικογένειες τους. Τέλος, ψυχολόγοι συμβουλευτικής θεραπείας επισκέπτονταν σε συχνή βάση το μέρος αυτό για να ακούσουν τα βιώματα τους. Οι υγειονομικοί δήλωσαν πως ένιωθαν σαν το σπίτι τους. Pro-job εκπαίδευση οργανώθηκε για να απευθυνθούν στην ταυτοποίηση και στις αποκρίσεις των ψυχολογικών προβλημάτων σε ασθενείς COVID-19, και το νοσοκομειακό προσωπικό ασφαλείας ήταν διαθέσιμο να βοηθήσει με μη συνεργάσιμους ασθενείς. Δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου και εκπαίδευση στο πώς να έχουν την πιο ολοκληρωμένη ξεκούραση εδραιώθηκαν.

Ένα ακόμη παράδειγμα είναι το trauma risk management program, στο οποίο το προσωπικό εκπαιδεύεται για να βοηθάει συνομήλικους οι οποίοι διαχειρίζονται τραυματικές καταστάσεις και τους παρέχουν βραχυπρόθεσμη υποστήριξη ή πρόσβαση σε επαγγελματική βοήθεια αν είναι απαραίτητο (Galbraith N., et al., 2020). Το Health first Aid λειτουργεί με παρόμοιο μοντέλο και είναι αποτελεσματικό στο να μειώνει το στίγμα ψυχικής υγείας στο εργασιακό περιβάλλον (Imai H., et al, 2009).

Η χρήση της πλατφόρμας Schwartz Rounds, η οποία παρέχει ένα ασφαλές φόρουμ συζήτησης συναισθηματικών και κοινωνικών δυσκολιών για το υγειονομικό προσωπικό. Τα Schwartz Rounds είναι εκδηλώσεις σε στυλ μεγάλου κύκλου που εστιάζουν σε μια περίπτωση ή ένα θέμα που σχετίζεται με τον συναισθηματικό αντίκτυπο της φροντίδας του ασθενούς που βιώνουν τα μέλη της ομάδας φροντίδας (Greenberg N., et al., 2020).

Για την αντιμετώπιση των προαναφερθέντων θεμάτων, το Πανεπιστήμιο Ιατρικής São Paulo και το συγκρότημα υγείας του, Hospital das Clínicas, ανέπτυξαν το πρόγραμμα "COMVC19: the mental health and psychological well-being personal protective equipment to the health professionals involved in the combat against the COVID-19 pandemic.". Το πρόγραμμα αυτό έχει σχεδιαστεί για να προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη και ψυχολογική / ψυχιατρική θεραπεία σε περίπου 20.000 νοσοκομειακούς υπαλλήλους. Έχει επισήμως μεταγραφεί στα μέλη ολόκληρο του συγκροτήματος μέσω ηλεκτρονικών μέσων και οι πληροφορίες ανανεώνονται συνεχώς (Fukuti P., et al., 2020). Το COMVC19 πρόγραμμα αποτελείται από συντονιστικά μέτρα που εκτείνονται από προληπτικές δράσεις και θεραπευτικές παρεμβάσεις έως στην απεξάρτηση/ αναμόρφωση (rehabilitation).

Επίσης, η πρόληψη συμπεριλαμβάνει την εκπαίδευση των μελών των κλινικών μονάδων ακολουθούμενη τις αρχές του "Psychological First Aid"(PFA), όπως και τις ομάδες υποστήριξης για τους επαγγελματίες που εργάζονται σε θέσεις πρώτης γραμμής και σε αυτούς που έχουν πιθανότητες να αναπτύξουν κάποια ψυχική διαταραχή (Everly GS., et al., 2014). Περισσότεροι από 1500 συμμετέχοντες έλαβαν εκπαίδευση 1 ημέρας RAPID-PFA. Πραγματοποιήθηκαν προ-/μετά αξιολογήσεις για τη μέτρηση (α) απαιτούμενων γνώσεων για την εφαρμογή του PFA. (β) αντιληπτή αυτο-αποτελεσματικότητα, δηλαδή πίστη στη δική του ικανότητα να εφαρμόζουν τεχνικές PFA. και (γ) εμπιστοσύνη στη δική τους αντοχή σε ένα πλαίσιο κρίσης. Χρησιμοποιήθηκαν στατιστικές τεχνικές για να επικυρωθεί ο βαθμός στον οποίο η έρευνα μέτρησε επιτυχώς μεμονωμένες κατασκευές PFA, δηλαδή να ποσοτικοποιήσει την αξιοπιστία του εργαλείου αξιολόγησης.

Υπάρχουν αρκετές πρωτοβουλίες με σκοπό την ευημερία σε ποικιλία μορφών και συγκεκριμένα για τον COVID-19, αλλά και πιο γενικές. Κάποια είναι εθνικά όπως το παράδειγμα του Ηνωμένου Βασιλείου που συγκεντρώθηκαν, πόροι από το COVID Trauma Response Working Group.

Ένα αξιοσημείωτο παράδειγμα είναι το trauma risk management πρόγραμμα που αναπτύχθηκε πρώτα από τις στρατιωτικές δυνάμεις του Ηνωμένου Βασιλείου. (Solomon Z., et al., 2005). Αυτό έχει ως σκοπό να μειώσει το στίγμα που περικλείει την ψυχική ασθένεια να διδάξει την αναγνώριση για ανερχόμενα συμπτώματα και να υποστήριξη την πρόσβαση σε κατάλληλες υπηρεσίες και διαδικασίες.

Η προσβασιμότητα και η ταχύτητα μιας υπηρεσίας είναι σημαντικές για να καθορίσουν αν τα άτομα μπορούν να επιστρέψουν στη δουλειά πιθανώς με συμβουλές ή αν ειδική θεραπεία είναι απαραίτητη.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο το εθνικό ινστιτούτο έρευνα για την υγεία έχει μια προσβάσιμη κεντρική πηγή: <https://www.nihr.ac.uk/covid-studies>

Μία εφαρμογή self help mental health μπορεί να βοηθήσει για τη διαχείριση του καθημερινού στρες να προωθήσει την αυτοσυντήρηση και γενικά την ψυχική υγεία.

Το covid coach είναι μία από τις πολλές δωρεάν, ανώνυμες, δημόσιες εφαρμογές που αφορούν την ψυχική υγεία η οποία δημιουργήθηκε από το department of veterans affairs national center for ptsd των ΗΠΑ (DeVylder E., et al., 2023). Είναι σχεδιασμένο για να βοηθά τα άτομα να διαχειρίζονται το στρες και το άγχος που σχετίζεται με την πανδημία. Το covid coach είναι υψηλά βαθμολογημένο στο apple και στο google play store και περιέχει τέσσερις βασικούς τομείς περιεχόμενο ένα της διαχείρισης του στρες, διαδραστικά εργαλεία αντιμετώπισης, ψυχοεκπαίδευση για ευεξία και υγεία και του Mood check, τα οποία είναι επικυρωμένα μέτρα για την παρακολούθηση της κατάθλιψης του άγχους και των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες και της ευημερίας. Η εφαρμογή είναι σχεδιασμένη ώστε οι χρήστες μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις επιθυμητές τους πηγές (δεν υπάρχουν αλγόριθμοι που να ωθούν τους χρήστες σε συγκεκριμένο περιεχόμενο βασισμένο εισαγωγικά δεδομένα όπως συμπτώματα και διαγνωστικό στάτους) όμως υπάρχει ένας οδηγός 30 ημερών που παρέχει βήμα βήμα οδηγίες για το πώς να χρησιμοποιηθεί το πλήρες φάσμα των πόρων που διατίθενται στην εφαρμογή. Το covid coach μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένα αυτόνομο εργαλείο για εκπαίδευση και αυτό φροντίδα η ως συμπληρωματικό επαγγελματικό ψυχιατρικό θεραπευτικό εργαλείο.

4.5 Προτεινόμενες λύσεις

Η ψυχική υγεία του υγειονομικού προσωπικού θα έπρεπε να είναι θέμα υψηλής σημασίας και να παρακολουθείται συστηματικά, διότι μέσω αυτής προωθείται η βέλτιστη ποιότητα φροντίδας ασθενών. Η υποστήριξη ψυχικής υγείας πρέπει να γίνεται με συστηματικό και ιεραρχικό τρόπο από τοπικό έως διεθνές επίπεδο διερευνώντας κάθε πτυχή της ψυχικής υγείας του υγειονομικού προσωπικού. Η στρατηγική υποστήριξης των εργαζομένων πρέπει να καθιερωθεί σε πολλά επίπεδα: κυβερνητικό, ιδρυματικό και ατομικό. Προτείνεται ότι οι αρχές και το διοικητικό προσωπικό πρέπει να δείξουν ισχυρή ηγεσία και υποστήριξη στους ιατρούς και στις οικογένειές τους κατά τη διάρκεια της πανδημίας και να καλεστούν να προσπαθήσουν να μειώσουν τον στιγματισμό της ψυχικής υγείας στο κλινικό εργασιακό περιβάλλον. Κρίνεται πλέον ώρα να δημιουργηθεί μία συστηματοποιημένη διαδικτυακή ψυχολογική υποστήριξη όπως και να υπάρχει ένας ανατεθειμένος ψυχολόγος για κάθε νοσοκομείο(Zhang Y., et al.,2020). Ακόμη, εργαζόμενοι ψυχικής υγείας καλό θα ήταν να αξιολογούν αν το πρόγραμμα εργασίας ταιριάζει με το ψυχολογικό στάτους των υγειονομικών και ανά τακτά χρονικά διαστήματα να ανασκοπείται το αποδεκτό επίπεδο έντασης εργασίας. Επιπλέον ,εργαζόμενοι στο ψυχολογικό και ψυχιατρικό κομμάτι καλό θα ήταν να κάνουν παρέμβαση ψυχικής φροντίδας ακόμη και μετά την πανδημία.

Ποιες θα ήταν όμως κάποιες λύσεις για την ευημερία των επαγγελματιών υγείας;

Αρχικά, σε περίπτωση ασθένειας των ιατρών ή νοσηλευτών να παρέχεται οικονομική και υγειονομική περίθαλψη για αυτούς και τις οικογένειές τους και επιπλέον προστασία σε περιπτώσεις κακών πρακτικών(Galbraith N., et al., 2020).

Επίσης, το ηθικό και το κίνητρο του υγειονομικού προσωπικού βελτιώνεται όταν οι κόποι και οι προσπάθειές τους ανταμείβονται και αναγνωρίζονται. Επιπροσθέτως, ένα σημαντικό κομμάτι της υποστήριξης μπορεί να είναι η καλής ποιότητας εκπαίδευση και ο αρκετός ατομικός προστατευτικός εξοπλισμός, που παρέχονται στους εργαζόμενους όπως και η γενική ποιότητα της οργανωτικής ηγεσίας και επικοινωνίας. Συμπληρωματικά, η εκπαίδευση των εργαζομένων να στηρίζουν ο ένας τον άλλον σε κρίσεις υγείας ή διαχείριση καταστροφών είναι ένας τρόπος να βελτιωθεί η ψυχική υγεία τους. Η ομαδική βοήθεια ταυτοποιήθηκε ως προστατευτικός παράγοντας όπως και η καλή νοσοκομειακή καθοδήγηση από τις νοσοκομειακές αρχές(Yin X., et al., 2019). "Για να είμαι ειλικρινής ήμουν πολύ επιφυλακτικός πριν έρθω στο τμήμα λοιμώξεων σαν βοηθητικό προσωπικό αλλά στην πρώτη μου μέρα εκεί η προϊσταμένη νοσηλεύτρια προσωπικά εξήγησε σχετικές πληροφορίες όπως αποστείρωση και καραντίνα και αυτό με βοήθησε να ηρεμήσω πολύ". "Ελπίζω ότι η κοινωνία και η κυβέρνηση να δώσει περαιτέρω προσοχή στην έλλειψη ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού.", μαρτυρίες ενός επαγγελματία υγείας. Υπογραμμίστηκε το να είσαι μέρος μιας υποστηρικτικής ομάδας είναι ένας δυνατός προστατευτικός παράγοντας.

Παρότρυνση παρεμβάσεων σε οργανωτικό επίπεδο δημιουργώντας ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον ήταν το κλειδί για να προληφθεί το σύνδρομο εργασιακής εξουθένωσης. Είναι γνωστό ότι η προετοιμασία του προσωπικού καταλλήλως για μία δουλειά αναφέροντας τις συσχετιζόμενες δυσκολίες μπορούν να μειώσουν το ρίσκο για ψυχολογικά προβλήματα. Δεν πρέπει να τους δίνεται ψεύτικη καθησύχαση, αλλά μια ολοκληρωμένη και ευθύς εκτίμηση από αυτά που θα έρθουν αντιμέτωποι με απλή γλώσσα και χωρίς ευφημισμούς. Οι προϊστάμενοι καλό θα ήταν να προσεγγίζουν προσωπικό που είναι "πολύ απασχολημένο" ή επαναλαμβανομένως "μη διαθέσιμο" να συμμετέχει σε συζητήσεις για ψυχική υγεία. Διαδικασίες υποστήριξης ρουτίνας (όπως προγράμματα υποστήριξης συνομηλίκων) πρέπει να είναι διαθέσιμες στο υγειονομικό προσωπικό και πρέπει να περιλαμβάνουν μια σύνοψη για την ηθική βλάβη, όπως και ευαισθητοποίηση για άλλες περιπτώσεις ψυχικών ασθενειών και σε τι να δίνουν βάση και να παρατηρούν. Ακόμη και οι πιο ευχάριστοι υπάλληλοι μπορεί να είναι συναισθηματικά φορτισμένοι από καταστάσεις όπου μπορεί να συνδέονται με την προσωπική τους ζωή, όπως να παρέχουν φροτίδα σε κάποιον που να τους θυμίζει κάποιο συγγενικό πρόσωπο ή φίλο τους. Όταν η κρίση λήξει, οι επιβλέποντες πρέπει να δώσουν χρόνο στους εργαζόμενους για αντανάκλαση των έμπειρων τους ώστε να μπορούν να αλλάξουν οπτική και από τραυματικές να γίνουν βαρυσήμαντες. Κάτι ακόμη που μπορεί να φανεί χρήσιμο είναι οι δεξιότητες πνευματικότητας(mindfulness) οι οποίες θα μπορούσαν να βοηθήσουν σε εργασιακά περιβάλλοντα υψηλού στρες και μπορούν να εξασκηθούν ατομικά ή σε ομάδες σε κάθε περιβάλλον και με κάθε χρονικό όριο (Galbraith N., et al., 2020).

Ο Holmes et al. Είχε προειδοποιήσει ότι η one size fits all προσέγγιση για την υποστήριξή τους μπορεί να μην είναι αποτελεσματική (Holmes EA., et al., 2020). Υποστήριξη και αναγνώριση από την μονάδα ψυχικής υγείας την κυβέρνηση και την κοινωνία ταυτοποιήθηκε ως προστατευτικό θέμα σε πολλές μελέτες. Συνεπώς, η αποτελεσματική ευελιξία στην υποστήριξη για τα ψυχικά προβλήματα θεωρείται αναγκαία.

Το National Institute of Health and Care Excellence προτείνει "ενεργητική παρακολούθηση" του προσωπικού. (Greenberg N., et al.,2020). Το διοικητικό προσωπικό προληπτικά πρέπει να κάνει κάποια βήματα για να προστατεύσει την

ευημερία του προσωπικού. Οι επιβλέποντες υγειονομικοί διοικητές πρέπει τώρα να δώσουν βάση στις δυσκολίες που βιώνει το προσωπικό και να μειώσει το ψυχολογικό ρίσκο που προέρχεται από την διαχείριση μοιραίων διλημάτων, και οι διευθυντές προμηθειών πρέπει να τους παρέχουν με ότι εξοπλισμό χρειάζονται. Οι διευθυντές και οι προϊστάμενοι πρέπει να είναι ευθείς με το τι έχει να αντιμετωπίσει το προσωπικό στις θέσεις εργασίας τους. Επίσης, προτεραιότητα καλό θα ήταν να δίνεται στις εθνικές πολιτικές υγείας. Καλύτερες πρακτικές και πολιτικές συγκεκριμένα απευθυνόμενοι στην μεγάλη λίστα των βελτιώσεων στην κατάσταση του εργασιακού περιβάλλοντος επείγει ώστε να προστατευθεί η υγεία και ασφάλεια του εργατικού δυναμικού των νοσηλευτών και ειδικά στην κρίση του COVID-19 (Hanaei F., et al., 2021). Τα νοσοκομεία πρέπει να παρέχουν συχνές αλλαγές βαρδιών, φαγητό και βασικές προμήθειες για όταν κάποιος από το προσωπικό χρειαστεί καραντίνα, προεργασιακή εκπαίδευση για να μπορούν να τακτοποιήσουν και να αντιδράσουν σε πιθανά ψυχολογικά προβλήματα που αφορούν τους ίδιους τις οικογένειές τους ή τους ασθενείς (Rana W. et al., 2020). Εκτός αυτού ελκυστικά πακέτα/ ποσά μισθού πρέπει να προσφέρονται στους νοσηλευτές ώστε να προκληθεί η μετανάστευση από χαμηλού σε μεσαίου εισοδήματος χώρες (Varghesssse A., et al., 2021). Ένα λεπτομερές πλάνο ψυχολογικών παρεμβάσεων κατά τη διάρκεια μιας κρίσης πρέπει να δημιουργηθεί :

- α) μία ομάδα ειδικών που μπορούν να παρέχουν διαδικτυακά σεμινάρια για ευαισθητοποίηση στο ψυχολογικό αποτύπωμα που μπορούν να έχουν στρεσογόνες καταστάσεις ώστε να καθοδηγήσουν τους επαγγελματίες υγείας
- β) και μία γραμμή επικοινωνίας για ψυχολογική υποστήριξη ώστε οι επαγγελματίες υγείας Να συζητούν για τις ψυχολογικές τους ανησυχίες με εκπαιδευμένους ειδικούς (Rana W. et al., 2020).

Οι παρεμβάσεις πρέπει να παραμένουν απλοϊκές.

Όταν λάβει λήξη η κρίση, το προσωπικό πρέπει να παρακολουθείται ενεργά, να υποστηρίζεται και όταν είναι απαραίτητο να του παρέχονται οι κατάλληλες θεραπείες Ένα ολοκληρωμένο εννοιολογικό πλαίσιο στις βάσεις του JD-R περιέχει δύο βασικές διαδικασίες.

Η διευρυμένη χρήση της τηλευγείας (tele health), ενός αποτελεσματικού μέσου παροχής θεραπείας για παθήσεις ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, της χρήσης ουσιών και των αυτοκτονικών σκέψεων , μπορεί να μειώσει τις αρνητικές συνέπειες της ψυχικής υγείας που σχετίζονται με τον COVID-19 (Czeisler M., et al., 2020). Για να μειωθούν οι πιθανές επιπτώσεις από την αυξημένη χρήση ουσιών που σχετίζονται με την COVID-19, οι πόροι, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής υποστήριξης, των ολοκληρωμένων θεραπευτικών επιλογών και των υπηρεσιών μείωσης του harm, είναι απαραίτητοι και θα πρέπει να παραμένουν προσιτοί.

Συμπεράσματα

Οι επαγγελματίες υγείας παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των πανδημιών και η ψυχική υποστήριξη που λαμβάνουν πρέπει αποτελεσματική και προστατευτική ενάντια των αρνητικών ψυχολογικών προβλημάτων που μπορεί να προέλθουν από μία πανδημία. Συγκεκριμένα στην πανδημία του COVID-19 φαίνεται η καταπονημένη ψυχική υγεία του υγειονομικού προσωπικού να έχει προκαλέσει πληθώρα ψυχικών διαταραχών. Οι συχνές αλλαγές στην πολιτική και στα πρωτόκολλα που απαιτούσε από τους επαγγελματίες υγείας να αντιδρούν γρήγορα και συνεχώς να προσαρμόζονται στις αλλαγές του ιού, είναι μια κατάσταση που προκαλούσε ανησυχία και σύγχυση. Επιπλέον, η κατάσταση του περιβάλλοντός εργασίας των νοσηλευτών μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα τους να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών. Κάποιες δύσκολες αποφάσεις που έπρεπε να έρθουν αντιμέτωποι οι υγειονομικοί είναι το πώς να μοιραστούν οι ανεπαρκείς πόροι ισότιμα στους ασθενείς πώς να ισορροπήσουν τις δικές τους ψυχικές και σωματικές ανάγκες με αυτές των ασθενών πώς ευθυγραμμίζουν τη θέληση και την υποχρέωση τους απέναντι στους ασθενείς και στις οικογένειές τους και πώς να παρέχουν φροντίδα για όλους σοβαρά αρρώστους ασθενείς με περιορισμένους πόρους. «Νιώθουμε ενοχές που δεν μπορούσαμε να σώσουμε όλους τους ασθενείς μας, που αρρωστήσαμε εμείς οι ίδιοι και που εγκαταλείψαμε τις οικογένειές μας. Πολλοί από μας υιοθέτησαμε τη φράση "εμείς θα το περάσουμε αυτό ενωμένοι", αλλά κανείς μας δεν θα επιβιώσει αλώβητος.» (Taylor W.D., et al.,2020). Ανεξάρτητα από την εκπαίδευσή τους, το υπόβαθρο ή την προσωπική τους δύναμη, είμαστε όλοι άνθρωποι και επηρεαζόμαστε από τον πόνο και την απώλεια. Αυτές οι εμπειρίες τους κάνουν επιρρεπείς στον φόβο, το άγχος και το στρες. Όταν πέθανε κάποιος συγγενής κατά τη διάρκεια της πανδημίας, το υγειονομικό προσωπικό δεν έλεγε "κάναμε ότι μπορούσαμε" αλλά "κάναμε το καλύτερο δυνατόν με το προσωπικό και τις πηγές που ήταν διαθέσιμες, αλλά δεν ήταν αρκετό". Η πανδημία έχει γρήγορα αλλάξει πολλά λειτουργικά κομμάτια της κοινωνίας σε πολλά επίπεδα που αυτό σημαίνει ότι δεδομένα, τα οποία αφορούν ψυχολογικές συνέπειες, πρέπει να αλλάζουν γρήγορα αλλά και με προσοχή και επιστημονική ακρίβεια

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Akhtar, A. (2019, September 20). Thousands of nurses tired of working with too many patients will walk out of hospitals in a 4-state strike. *Business Insider*. <https://www.businessinsider.com/nurses-to-go-on-strike-for-better-patient-ratios-2019-9>
2. Albott CS, Wozniak JR, McGlinch BP, Wall MH, Gold BS, Vinogradov S. Battle buddies: rapid deployment of a psychological resilience intervention for health care workers during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Anesth Analg*. 2020
3. American Psychological Association. <https://www.apa.org/topics/anxiety/>. Accessed 30 July 2019.
4. Bahar, A., Koçak, H. S., Bağlama, S. S., & Çuhadar, D. (2020). Can Psychological Resilience Protect the Mental Health of Healthcare Professionals during the COVID-19 Pandemic Period? *Dubai Medical Journal*, 3(4), 133–139. <https://doi.org/10.1159/000510264>
5. Baxter A, Vos T, Scott K, Ferrari A, Whiteford H. The global burden of anxiety disorders in 2010. *Psychol Med*. 2014;44(11):2363–2374
6. B.K. Jaworski, K. Taylor, K.M. Ramsey, A. Heinz, S. Steinmetz, I. Pagano, J.E. Owen Exploring usage of COVID coach, a public mental health app designed for the COVID-19 pandemic: Evaluation of analytics data *Journal of Medical Internet Research*, 23 (3) (2021), p. e26559, 10.2196/26559
7. Buysse, D. J. (2013). Insomnia. *JAMA*, 309(7), 706. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.193>
8. Cai W, Lian B, Song X, Hou T, Deng G, Li H. A cross-sectional study on mental health among health care workers during the outbreak of Corona virus disease 2019. *Asian J Psychiatr*. 2020;51:102111. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102111>
9. Cates DS, Gomes PG, Krasilovsky AM. Behavioral health support for patients, families, and healthcare workers. In *Bioemergency Planning: A Guide for Healthcare Facilities* (eds A Hewlitt, ARK Murthy): 195–214. Springer, 2018
10. Chatzittofis, A., Constantinidou, A., Artemiadis, A., Michailidou, K., & Karanikola, M. (2021). The role of Perceived organizational support in mental health of healthcare workers during the COVID-19 Pandemic: A Cross-

11. Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e15–e16. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30078-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30078-x)
12. Chirico, F., Nucera, G., & Magnavita, N. (2020). Protecting the mental health of healthcare workers during the COVID-19 emergency. *BJPsych International*, 18(1). <https://doi.org/10.1192/bji.2020.39>
13. Cohen S., McKay G. *Handbook of Psychology and Health. Volume IV.* Routledge; Abingdon-on-Thames, UK: 2020. Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis; pp. 253–267.
14. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol. Bull.* 1985;98:310–357. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.310.
15. Coping with stress associated with COVID19: advice to hospital staff. (n.d.). [Video]. COVID Response. <https://www.traumagroup.org/>
16. Cui, R. (2015). Editorial (Thematic Selection: A Systematic Review of Depression). *Current Neuropharmacology*, 13(4), 480. <https://doi.org/10.2174/1570159x1304150831123535>
17. Czeisler, M. É., Lane, R. I., Petrosky, E., Wiley, J. F., Christensen, A., Njai, R., Weaver, M. D., Robbins, R., Facer-Childs, E. R., Barger, L. K., Czeisler, C. A., Howard, M., & Rajaratnam, S. M. W. (2020). Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic — United States, June 24–30, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(32), 1049–1057. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1>
18. Dean, E. (2016). Anxiety. *Nursing Standard*, 30(46), 15. <https://doi.org/10.7748/ns.30.46.15.s17>
19. De Kock, J. H., Latham, H. A., Leslie, S. J., Grindle, M., Munoz, S. A., Ellis, L., Polson, R., & O'Malley, C. M. (2021). A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10070-3>
20. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resource model of burnout. *J Appl Psychol.* 2001;86(3):499–512.

21. Depression and chronic medical illness. (1990, June 1). PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2189874/>
22. DeVylder, E. K., Breda, K. L., & Pietrzak, R. H. (2023). Implementation of a self-help mobile mental health app in COVID-19 frontline health care workers: A quality improvement project. *Archives of Psychiatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2023.05.002>
23. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect Dis*. 2020;20(5):533-4. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30120-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30120-1)
24. Dreyer J, Schwartz-Attias I. Nursing care for adolescents and young adults with cancer: Literature review. *Acta Haematol*. 2014;132:363–374. doi: 10.1159/000360213
25. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. [(accessed on 1 November 2022)];*Am. Psychiatr. Assoc.* 2013 21:591–643. Available online: https://www.hakjisa.co.kr/common_file/bbs_DSM-5_Update_October2018_NewMaster.pdf
26. El Khamali R, Mouaci A, Valera S, Cano-Chervel M, Pinglis C, Sanz C, Allal A, Attard V, Malardier J, Delfino M, et al. Effects of a multimodal program including simulation on job strain among nurses working in intensive care units: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2018;320(19):1988–1997.
27. Everly GS, Jr, Lee McCabe O, Semon NL, Thompson CB, Links JM. The development of a model of psychological first aid for non-mental health trained public health personnel: the Johns Hopkins RAPID-PFA. *J Public Health Manag Pract*. 2014;20(Suppl 5):S24–9. doi: 10.1097/PHH.0000000000000065.
28. Fang H, Zhao X, Yang H, Sun P, Li Y, Jiang K, Li P, Jiao M, Liu M, Hong Q. Depressive symptoms and workplace-violence-related risk factors among otorhinolaryngology nurses and physicians in northern China: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2018;8(1):e019514.
29. Fukuti, P., Uchôa, C. L. M., Mazzoco, M. F., Corchs, F., Kamitsuji, C. S., De Rossi, L., Rios, I. C., Lancman, S., Bonfá, E., De Barros Filho, T. E. P., & Miguel, E. C. (2020). How Institutions can Protect the Mental Health and Psychosocial Well-Being of their Healthcare Workers in the current COVID-19 Pandemic. *Clinics*, 75, e1963. <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e1963>

30. Galbraith, N., Boyda, D., McFeeters, D., & Hassan, T. (2020). The mental health of doctors during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Bulletin*, 45(2), 93–97. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.44>
31. Genet JJ, Siemer M. Flexible control in processing affective and non-affective material predicts individual differences in trait resilience. *Cogn. Emot.* 2011;25:380–388. doi: 10.1080/02699931.2010.491647.
32. Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*, m1211. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1211> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33884193/>
33. Havaei, F., Ma, A., Staempfli, S., & MacPhee, M. (2021). Nurses' Workplace Conditions Impacting Their Mental Health during COVID-19: A Cross-Sectional Survey Study. *Healthcare*, 9(1), 84.
34. Heaney C.A., Israel B.A. Social networks and social support. *Health Behav. Health Educ. Theory Res. Pract.* 2008;4:189–210.
35. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(6):547–60 [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).
36. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497-506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
37. Hummel, S., Oetjen, N., Du, J., Posenato, E., Almeida, R., Losada, R., Ribeiro, Ó., Frisardi, V., Hopper, L., Rashid, A., Nasser, H., König, A., Rudofsky, G., Weidt, S., Zafar, A., Gronewold, N., Mayer, G., & Schultz, J. (2021). Mental health among medical professionals during the COVID-19 pandemic in eight European countries: cross-sectional survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e24983. <https://doi.org/10.2196/24983>
38. Hunter AJ, Chandler GE. Adolescent resilience. *Image J. Nurs. Scholarsh.* 1999;31:243–247. doi: 10.1111/j.1547-5069.1999.tb00488.x.
39. Imai H, Matsuishi K, Ito A, Mouri K, Kitamura N, Akimoto K, et al. Factors associated with motivation and hesitation to work among health professionals during a public crisis: a cross sectional study of hospital workers in Japan during the pandemic (H1N1) 2009. *BMC Public Health* 2010; 10: 672.

40. Kessler RC, Greenberg PE. The economic burden of anxiety and stress disorders. *Neuropsychopharmacol.* 2002;67:982–992.
41. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2020;3(3):e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.
42. Lu F, Xu Y, Yu Y, Li P, Wu T, Wang T, Xie J, Liu B, Xu S, Li M. Moderating effect of mindfulness on the relationships between perceived stress and mental health outcomes among Chinese intensive care nurses. *Front Psychiatry.* 2019;10:260.
43. Luthans F, Avey JB, Avolio BJ, Norman SM, Combs GM. Psychological capital development: toward a micro-intervention. *J Organ Behav.* 2006;27(3):387–93.
44. Maron, E., & Nutt, D. (2017). Biological markers of generalized anxiety disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 147–158. <https://doi.org/10.31887/dcms.2017.19.2/dnutt>
45. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav.* 1981;2(2):99–113.
46. Masten AS. Ordinary magic. Resilience processes in development. *Am. Psychol.* 2001;56:227–238. doi: 10.1037//0003-066x.56.3.227.
47. McFeeters D, Boyda D, O'Neill S. Patterns of stressful life events: distinguishing suicide ideators from suicide attempters. *J Affect Disord.* 2015 Apr 1;175:192-8. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.034. Epub 2014 Dec 19. PMID: 25638792.
48. McEwen BS. Allostasis and the epigenetics of brain and body health over the life course: the brain on stress. *JAMA Psychiatry.* 2017;74:551-552. [PMID: 28445556] doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.0270
49. Molinari A, Pistoia F, Antonelli G. SARS-CoV-2: the Lombardy scenario in numbers. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Epub ahead of print] 7 Apr 2020. Available from: 10.1017/ice.2020.115.
50. Nacoti M, Ciocca A, Giupponi A, Brambillasca P, Lussana F, Pisano M, et al. At the epicenter of the COVID-19 pandemic and humanitarian crises in Italy:

changing perspectives on preparation and mitigation. *NEJM Catal Innov Care Deliv* 2020. Available from: <https://catalyst.nejm.org/doi/pdf/10.1056/CAT.20.0080>

51. Oh H.J., Ozkaya E., LaRose R. How does online social networking enhance life satisfaction? The relationships among online supportive interaction, affect, perceived social support, sense of community, and life satisfaction. *Comput. Hum. Behav.* 2014;30:69–78. doi: 10.1016/j.chb.2013.07.053.
52. Ong YZ, Siddiqui S, John S, Chen Z, Chang S. The prevalence of post-traumatic stress disorder in intensive care unit staff and the common coping strategies used. *Ann Acad Med Singap.* 2016;45(5):215–218.
53. Panayiotou G, Karekla M. Perceived social support helps, but does not buffer the negative impact of anxiety disorders on quality of life and perceived stress. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2013;48:283–294. doi: 10.1007/s00127-012-0533-6.
54. Pearman, A., Hughes, M., Smith, E. L., & Neupert, S. D. (2020). Mental health challenges of United States healthcare professionals during COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02065>
55. Peel-Wainwright K-M, et al. The interpersonal processes of non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-synthesis. *Psychol. Psychother.* 2021;94:1059–1082. doi: 10.1111/papt.12352.
56. Posttraumatic stress disorder: evaluation and treatment. (2023, March 1). PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36920821/>
57. Rana, W., Mukhtar, S., & Mukhtar, S. (2020). Mental health of medical workers in Pakistan during the pandemic COVID-19 outbreak. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102080. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102080>
58. Rosenbaum L. Facing COVID-19 in Italy – ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. *N Engl J Med* 2020; 382: 1873–1875.
59. Sarason BR, et al. Perceived social support and working models of self and actual others. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1991;60:273–287. doi:10.1037/0022-3514.60.2.273.
60. Schaufeli W. The job demands-resources model: a ‘how to’ guide to increase work engagement and prevent burnout. *Organ Dyn.* 2017;46:120–132. [Google Scholar]

57. Sezgin F. İlköğretim okulu öğretmenlerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 2012;20(2): 489–502.
61. Singh, J., Sood, M., Chadda, R. K., Singh, V., & Kattula, D. (2021). Mental health issues and coping among health care workers during COVID19 pandemic: Indian perspective. *Asian Journal of Psychiatry*, 61, 102685. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102685>
62. Solomon Z, Shklar R, Mikulincer M. Frontline treatment of combat stress reaction: a 20-year longitudinal evaluation study. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 2309–14.
63. Taycan O, Coşkun B. Ruh sağlığını güçlendirme: kavramlar, kanıtlar, uygulamalar: Özet Rapor. *Türkiye Psikiyatri Derneği* (2020). [Erişim tarihi 2020 March 29]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42940/9241591595-tur.pdf>.
64. Taylor, W. D., & Blackford, J. U. (2020). Mental health treatment for Front-Line clinicians during and after the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic: a plea to the medical community. *Annals of Internal Medicine*, 173(7), 574–575. <https://doi.org/10.7326/m20-2440>
65. Time to Change. Activities for your workplace. Time to Change (<https://www.time-to-change.org.uk/get-involved/get-your-workplace-involved/resources/activities> [updated Jan 2020; cited 31 Mar 2020])
66. Tracy, D. K., Tarn, M. D., Eldridge, R., Cooke, J., Calder, J., & Greenberg, N. (2020). What should be done to support the mental health of healthcare staff treating COVID-19 patients? *British Journal of Psychiatry*, 217(4), 537–539. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.109>
67. Tsamakidis K, Rizos E, Manolis AJ, Chaidou S, Kypouropoulos S, Spartalis E, et al. COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. *Exp Ther Med* 2020; 19(6): 3451–3.
68. Türk Psikiyatri Derneği [cited 2020 June 12]. Available from: https://www.psikiyatri.org.tr/TPDData/Uploads/files/COVID19_Pandemi_PsikiyatrikTedavilerTPDRTA_CB05052020.pdf
69. VA.gov | Veterans Affairs. (n.d.). https://www.ptsd.va.gov/appvid/mobile/COVID_coach_app.asp
70. Varghese A, George G, Kondaguli SV, Naser AY, Khakha DC, Chatterji R. Decline in the mental health of nurses across the globe during COVID-19: A

systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*. 2021 Apr 10;11:05009. doi: 10.7189/jogh.11.05009. PMID: 33884193; PMCID: PMC8053406.

71. Wang, B., Zhong, X., Fu, H., Hu, R., He, M., & Zhang, G. (2022). Effect of social support on anxiety of medical staff one year after COVID-19 outbreak: a moderated mediating model. *Scientific Reports*, 12(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-25126-0>
72. Wethington E., Kessler R.C. Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *J. Health Soc. Behav.* 1986;27:78–89. doi: 10.2307/2136504.
73. Williamson, J. B., Jaffee, M. S., & Jorge, R. E. (2021). Posttraumatic Stress Disorder and Anxiety-Related Conditions. *Continuum*, 27(6), 1738–1763. <https://doi.org/10.1212/con.0000000000001054>
74. Williamson V, Murphy D, Greenberg N. COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers. *Occup Med [Epub ahead of print]* 2 Apr 2020. Available from: 10.1093/occmed/kqaa052.
75. World Health Organisation . Burn-out an “occupational phenomenon”: international classification of Diseases. 2019.
76. Wu, N., Ding, F., Zhang, R., Cai, Y., & Zhang, H. (2022). The Relationship between Perceived Social Support and Life Satisfaction: The Chain Mediating Effect of Resilience and Depression among Chinese Medical Staff. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16646. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416646>
77. Yang C., Xia M., Zhou Y. How is perceived social support linked to life satisfaction for individuals with substance-use disorders? The mediating role of resilience and positive affect. *Curr. Psychol.* 2020;41:1–14. doi: 10.1007/s12144-020-00783-4.
78. Yin X, Zeng L. A study on the psychological needs of nurses caring for patients with coronavirus disease 2019 from the perspective of the existence, relatedness, and growth theory. *Int J Nurs Sci.* 2020;7(2):157–60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.04.002>.
79. Zhang, H., Zhi-Hong, Y., Tang, L., Zou, P., Du, C., Shao, J., Wang, X., Chen, D., Qiao, G., & Mu, S. Y. (2020). Anxiety symptoms and burnout among Chinese medical staff of intensive care unit: the moderating effect of social support. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02603-2>

80. Zhang, L., Chai, L., Zhao, Y., Lin, W., Sun, W., Lu, L., Lu, H., & Zhang, J. (2021). Burnout in nurses during the COVID-19 pandemic in China: New challenges for public health. *BioScience Trends*, 15(2), 129–131. <https://doi.org/10.5582/bst.2021.01099>

81. Zhang W, Wang K, Yin L, Zhao W, Xue Q, Peng M, et al. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychother Psychosom*. 2020;89(4):1–9. <https://doi.org/10.1159/000507639>.

82. Zhang, Y., Xie, S., Wang, P., Wang, G., Zhang, L., Cao, X., Wu, W., Bian, Y., Huang, F., Luo, N., Luo, M., & Xiao, Q. (2020). Factors influencing mental health of medical workers during the COVID-19 outbreak. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00491>

83. Zhou Y, et al. General perception of doctor-patient relationship from patients during the COVID-19 pandemic in China: A cross-sectional study. *Front. Public Health*. 2021;9:646486–646486. doi: 10.3389/fpubh.2021.646486.