



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

---

## **ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**« ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ  
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ  
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 »**

Αντωνία-Αγγελική Μαδεμτζή  
Οδοντίατρος

### **ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Επιβλέπων Καθηγητής: Δρ. Φραδέλος Ευάγγελος, Επίκουρος καθηγητής κλινικής  
νοσηλευτικής  
Μέλος Τριμελούς Επιτροπής: Δρ. Παπαθανασίου Ιωάννα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια,  
Τμήμα Νοσηλευτικής  
Μέλος Τριμελούς Επιτροπής: Δρ. Μάλλη Φωτεινή, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα  
Νοσηλευτικής

**Λάρισα, 2021**

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**“THE EXPERIENCES OF PRIMARY HEALTHCARE  
WORKERS DURING THE COVID-19 PANDEMIC”**

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

<b><i>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</i></b> .....	<b>5</b>
<b><i>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</i></b> .....	<b>6</b>
<b><i>ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ</i></b> .....	<b>7</b>
<b><i>A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</i></b> .....	<b>8</b>
<b><i>Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή στην εργασία</i></b> .....	<b>8</b>
1.1 Η πανδημία COVID -19 .....	8
1.2 Στόχος της παρούσας εργασίας .....	9
<b><i>B. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</i></b> .....	<b>10</b>
<b><i>Κεφάλαιο 2: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση</i></b> .....	<b>10</b>
2.1 Μέθοδος αναζήτησης βιβλιογραφικών αναφορών .....	10
2.1.1 Κριτήρια συμπερίληψης ερευνητικών εργασιών .....	10
2.2 Πρωτοβάθμια υγεία και COVID-19 .....	11
2.3 Η επίδραση στην πρωτοβάθμια και αλλαγές .....	11
2.4 Ετοιμότητα και προκλήσεις στην πρωτοβάθμια κατά την πανδημία COVID-19 .....	13
2.5 Η επίδραση της πανδημίας στο υγειονομικό προσωπικό .....	15
2.6 Οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα και οι επιπτώσεις λόγω της πανδημίας .....	17
2.7 Ο εμβολιασμός και η ανταπόκριση .....	21
2.7.1 Προθυμία εμβολιασμού .....	22
<b><i>Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</i></b> .....	<b>23</b>
<b><i>Κεφάλαιο 3: Μεθοδολογία</i></b> .....	<b>23</b>
3.1 Προσδιορισμός σκοπού έρευνας και ερευνητικών ερωτημάτων .....	23
3.2 Μέθοδος .....	24
3.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων .....	24
3.3.1 Συγκατάθεση συμμετοχής .....	25
3.3.2 Περιγραφή του χώρου .....	25
3.3.3 Ερευνητικό δείγμα .....	25
3.4 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων .....	27
<b><i>Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα</i></b> .....	<b>28</b>
4.1 Σύνοψη θεμάτων, κατηγοριών και υποκατηγοριών .....	28
4.2 Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας υγείας στην πανδημία COVID-19 .....	29
4.2.1 Ετοιμότητα της πρωτοβάθμιας και προκλήσεις .....	30
4.2.1.1 Προστατευτικός εξοπλισμός .....	31
4.2.1.2 Κτιριακή υποδομή .....	32
4.2.1.3 Εκπαίδευση .....	32
4.2.2 Διαχείριση ασθενών με συμπτώματα και διάγνωση κορονοϊού στην πρωτοβάθμια .....	33
4.2.3 Ο εμβολιασμός και η εξέλιξη της διαδικασίας .....	35
4.2.3.1 Η ανταπόκριση .....	36
4.3 Η επίδραση της πανδημίας στην πρωτοβάθμια υγεία .....	37
4.3.1 Αλλαγή της φύσης της πρωτοβάθμιας .....	37

4.3.2 Διαχείριση ασθενών άλλων νοσημάτων .....	38
4.3.2.1 Επιπτώσεις της πανδημίας στην υγεία των ασθενών .....	40
4.3.3 Η αξία της πρωτοβάθμιας και προτάσεις ενίσχυσης.....	41
4.4 Η επίδραση της πανδημίας στο ιατρικό προσωπικό.....	44
4.4.1 Νέα εργασιακή καθημερινότητα και προκλήσεις .....	44
4.4.1.1 Η έναρξη της πανδημίας .....	44
4.4.1.2 Ο μετασχηματισμός της παροχής υπηρεσιών και οι εμπειρίες των γιατρών λόγω αυτών των αλλαγών .....	45
4.4.2 Επιπτώσεις στην προσωπική και οικογενειακή ζωή των γιατρών .....	47
4.4.2.1 Συναισθηματική απόκριση και εμπειρίες.....	47
4.4.2.2 Αλλαγές στην καθημερινότητα και διαπροσωπικές σχέσεις.....	48
<b>Κεφάλαιο 5: Συζήτηση.....</b>	<b>49</b>
5.1 Η πανδημία στην πρωτοβάθμια.....	49
5.2 Επιπτώσεις στους ασθενείς .....	53
5.3 Η πορεία της πανδημίας και ο εμβολιασμός .....	54
5.4 Οι επιπτώσεις της πανδημίας στο προσωπικό.....	55
5.5 Προτάσεις και στρατηγικές για την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας.....	56
5.6 Περιορισμοί έρευνας.....	57
5.7 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες .....	57
<b>Κεφάλαιο 6: Συμπέρασμα .....</b>	<b>58</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>59</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ .....</b>	<b>65</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΗΣ .....</b>	<b>66</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....</b>	<b>67</b>

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ευχαριστώ τον καθηγητή και επόπτη μου για αυτή την εργασία τον Δρ. Φραδέλο Ευάγγελο, για τη συνεργασία και στήριξή του κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου.

Αντωνία-Αγγελική Μαδεμτζή

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή** : Η πανδημία COVID-19 αποτέλεσε πρόκληση για τα συστήματα υγείας παγκοσμίως. Η παρούσα εργασία αποτελεί μία ποιοτική έρευνα με θέμα τις εμπειρίες του υγειονομικού προσωπικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 που μέσα από αυτές, αποσκοπεί στη διερεύνηση και κατανόηση του φαινομένου της πανδημίας μέσα από τα βιώματα των ιατρών. **Μέθοδος**: Διεξάχθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις από 27 Ιουνίου έως 9 Αυγούστου 2021 με 12 συμμετέχοντες ιατρούς που εργάζονται σε ένα Κέντρο Υγείας της Ελλάδας κατά τη διάρκεια της πανδημίας και για τα αποτελέσματα έγινε ανάλυση περιεχομένου. **Αποτελέσματα**: Αναδείχθηκαν τρία κύρια θέματα :1. Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας υγείας στην πανδημία COVID-19 2. Η επίδραση της πανδημίας στην πρωτοβάθμια υγεία 3. Η επίδραση της πανδημίας στο ιατρικό προσωπικό. Καταγράφηκαν οι προκλήσεις με τις οποίες ήρθαν αντιμέτωποι οι εργαζόμενοι όπως η έλλειψη ατομικού εξοπλισμού προστασίας, ο αυξημένος φόρτος εργασίας. Περιγράφηκε η έλλειψη ετοιμότητας της πρωτοβάθμιας με αποτέλεσμα για μεγάλο διάστημα της πανδημίας να μην έχει ενεργό ρόλο και να υπάρχει επιβάρυνση των νοσοκομείων, καθώς και ο μετασχηματισμός της πρωτοβάθμιας υγείας ,με την προληπτική και συμβουλευτική φύση της να πηγαίνει πίσω λόγω του περιορισμού της επαφής με τους ασθενείς . Επίσης, εντοπίστηκαν και καταγράφηκαν οι επιπτώσεις της πανδημίας σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα λόγω της απομάκρυνσης από τις δομές υγείας καθώς και στο υγειονομικό προσωπικό με αναφορά στο φόβο , το άγχος , την απομόνωση και το στιγματισμό. **Συμπέρασμα**: Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη διαχείριση της πανδημίας αλλά και πέρα από αυτήν είναι σημαντικός, γι' αυτό κρίνεται αναγκαία η ενίσχυσή της με κάλυψη των ελλείψεων και στρατηγικές οργάνωσης για την προαγωγή της αποτελεσματικότητά της.

**Λέξεις- Κλειδιά**: Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ποιοτική, COVID-19, διαχείριση, Ελλάδα

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ (ABSTRACT)

**Introduction:** The COVID-19 pandemic has been a challenge for healthcare systems worldwide. This paper is qualitative research of the experiences of primary healthcare personnel in Greece during the COVID-19 pandemic, which aims through them to investigate and understand the phenomenon of the pandemic through the experiences of doctors. **Methods:** Semi- structured interviews were conducted from 27 June to 9 August 2021 in which participated 12 doctors working in a Health Center in Greece during the pandemic and the results were analyzed using content analysis. **Results:** Three main themes emerged: 1. The role of primary health in the COVID-19 pandemic 2. The impact of the pandemic on primary healthcare 3. The impact of the pandemic on medical staff. The challenges faced by healthcare workers were recorded, such as lack of personal protective equipment, increased workload. The lack of preparedness of the primary care was described, which resulted in an inactive role for a long time during the pandemic setting a burden on hospitals, as well as the transformation of primary health, with its preventive and advisory nature being left aside due to the restriction of contact with patients. Also, the effects of the pandemic on patients with chronic diseases due to the restriction from health facilities as well as on healthcare workers where it was identified and recorded that they faced fear, anxiety, isolation and stigmatization. **Conclusion:** The role of primary care in the management of the pandemic and beyond that is important, so it is necessary to reinforce it by covering the shortcomings and developing organizational strategies to promote its effectiveness.

**Keywords:** Primary health care, qualitative, COVID -19, management, Greece

## **A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

### **Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή στην εργασία**

#### 1.1 Η πανδημία COVID -19

Τον Δεκέμβριο του 2019, ένα νέο στέλεχος κορονοϊού εντοπίστηκε από μια σειρά περιπτώσεων πνευμονίας άγνωστης αιτίας στη Wuhan της Κίνας, όπου η εστία κηρύχθηκε ως κατάσταση έκτακτης ανάγκης δημόσιας υγείας διεθνούς ενδιαφέροντος στις 30 Ιανουαρίου 2020 και στη συνέχεια ονομάστηκε νόσος του κορονοϊού (COVID-19) από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Xu et al., 2020). Τελικά, στις 11 Μαρτίου 2020, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας χαρακτήρισε τη νόσο αυτή ως πανδημία, επηρεάζοντας πολλές χώρες σε όλο τον κόσμο ,με πάνω από 720.000 κρούσματα που αναφέρθηκαν σε περισσότερες από 203 χώρες από τις 31 Μαρτίου (Ohanessian, Duong & Odone, 2020).

Με την έναρξη της πανδημίας απαιτήθηκαν σημαντικές προσαρμογές των συστημάτων υγείας των χωρών και κρίθηκε απαραίτητο οι μονάδες υγείας όλων των βαθμίδων να ανταποκριθούν στις προκλήσεις των νέων αναγκών και απαιτήσεων στον τομέα της υγείας, αλλάζοντας την οργάνωση και τις διαδικασίες ταχύτερα από ποτέ (Rawaf et. al, 2020). Η τρέχουσα πανδημία COVID-19 θέτει ένα προηγουμένως αόρατο άγχος για την οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης. Σε αρκετές χώρες, η ζήτηση για ιατρική περίθαλψη υπερβαίνει τους διαθέσιμους πόρους, αναδιοργανώνοντας το ιατρικό τοπίο ενώ η χρόνια και μη επείγουσα περίθαλψη στα νοσοκομεία έχουν ανασταλεί σε μεγάλο βαθμό για να αυξηθεί η ικανότητα επείγουσας και αναπνευστικής περίθαλψης (Verhoeven et al., 2020). Ταυτόχρονα, ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι πιο σημαντικός από ποτέ ,είναι πολυδιάστατος και περιλαμβάνει τη διαλογή και την τήρηση πύλης ,την προστασία του επιπέδου της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, με ταυτόχρονο το καθήκον να προστατευθούν οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας στην πρώτη γραμμή άμυνας από το να μολυνθεί και ότι ενώ τα νοσοκομεία πρέπει να επικεντρωθούν στην ασθένεια, η ανθρωποκεντρική πρωτοβάθμια υγεία πρέπει να επικεντρωθεί στους ασθενείς καθώς και την υγεία ολόκληρης της κοινότητας σε επίπεδο υγείας του πληθυσμού (Sigurdsson et al., 2020).

Σε συνδυασμό με τις ραγδαίες αλλαγές στα συστήματα υγείας, πρόσφατες έρευνες έχουν αναφέρει ότι το υγειονομικό προσωπικό βιώνει άγχος και φόβο του προσωπικού σχετικά με την ικανότητά τους να εκτελούν με ασφάλεια την καθημερινή τους εργασία. Ενώ αναδεικνύονται και οι ακόλουθοι παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια επιδημιών: φόβος μετάδοσης, ανησυχία για την οικογενειακή υγεία, διαπροσωπική απομόνωση, καραντίνα, εμπιστοσύνη και υποστήριξη από την οργάνωσή τους,



πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους και τι αναμένεται από αυτούς, και στίγμα (Vindrola-Padros et al., 2020).

Προηγούμενες ποιοτικές μελέτες που διερευνούν το εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 έχουν επικεντρωθεί κυρίως στη δευτεροβάθμια περίθαλψη παρόλο που η πρωτοβάθμια αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του συστήματος υγείας (Rawaf et al., 2020). Επιπλέον, οι μελέτες που αφορούν την πρωτοβάθμια περίθαλψη δεν είναι πολλές. Η μελέτη των Wanat et al. (2021), διερεύνησε τις εμπειρίες του υγειονομικού προσωπικού της πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε οκτώ χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, σε διαφορετικά συστήματα υγείας στο πρώτο κύμα της πανδημίας. Σε αυτό το επίπεδο κινήθηκε και μία ποιοτική μελέτη στην οποία συμπεριλήφθηκαν και οι επιπτώσεις στην ψυχολογία και την κοινωνική ζωή του προσωπικού αλλά αφορά και πάλι το πρώτο κύμα της πανδημίας (Al Ghafri et al., 2020). Επιπλέον, μελέτες έχουν ασχοληθεί με το ευρύ φάσμα της πρωτοβάθμιας συμπεριλαμβάνοντας και εργαζόμενους του ιδιωτικού τομέα (Verhoeven et al., 2020). Σε αυτά τα πλαίσια οι έρευνες που αφορούν την πρωτοβάθμια στην Ελλάδα κατά την πανδημία είναι περιορισμένες με τους Smyrnakis et al. (2021), οι οποίοι πραγματοποίησαν ποιοτική έρευνα με θέμα τις εμπειρίες του υγειονομικού προσωπικού της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ιδιωτικού και δημόσιου τομέα στην Ελλάδα, για το πρώτο κύμα της πανδημίας .

Μερικές ποιοτικές μελέτες έχουν διερευνήσει τον αντίκτυπο της φροντίδας των ασθενών στο πλαίσιο της COVID-19 και περιλαμβάνουν απόψεις νοσοκομειακών νοσηλευτών για τις επιπτώσεις της εργασίας στην ψυχική τους υγεία, τις εμπειρίες των εργαζομένων στα νοσοκομεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Sun et al., 2020).

## 1.2 Στόχος της παρούσας εργασίας

Στην παρούσα εργασία πρόκειται να διερευνηθεί το πώς βιώνουν και κατανοούν οι ιατροί ενός κέντρου υγείας στην Ελλάδα την πανδημία του κορονοϊού από και πέρα από την έναρξη της πανδημίας προκειμένου να κατανοηθεί σε βάθος το φαινόμενο. Σκοπός λοιπόν της παρούσας έρευνας είναι να καταστεί δυνατή η αναγνώριση του μετασχηματισμού της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην πανδημία, να καταγραφεί λεπτομερώς το φαινόμενο και να διερευνηθεί η σημασία και ο ρόλος της πρωτοβάθμιας κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Επιπλέον, να κατανοηθούν τα συναισθήματα και το βίωμα του ιατρικού προσωπικού και οι αλλαγές που επήλθαν στην εργασιακή και προσωπική καθημερινότητά τους. Μέσα από τις εμπειρίες αυτές και αφού ακουστεί ο λόγος τους , τελικός στόχος είναι ενδεχομένως να αναδυθούν τα βασικά συστατικά πίσω από την επιτυχή προσαρμογή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης για τη διαχείριση της πανδημίας του κορονοϊού και κάθε μελλοντική κρίση στην παροχή φροντίδας.

## **B. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **Κεφάλαιο 2: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση**

#### 2.1 Μέθοδος αναζήτησης βιβλιογραφικών αναφορών

Για την παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκαν δυο βάσεις δεδομένων, PubMed και Google Scholar καθώς επίσης ιστοσελίδες που αφορούν στατιστικά και εμβολιαστικά στοιχεία. Το Google Scholar χρησιμοποιήθηκε για την αναζήτηση της μεθοδολογίας της ποιοτικής έρευνας και χρησιμοποιήθηκαν 6 πηγές. Οι ιστοσελίδες που χρησιμοποιήθηκαν είναι επίσημες, κυβερνητικές στις οποίες παρουσιάζονται στοιχεία για τον εμβολιασμό κατά του COVID -19 και στατιστικά στοιχεία για την Ελλάδα και στο σύνολό τους είναι 3. Για την αναζήτηση των μελετών που στοιχειοθετούν τη βιβλιογραφική υποστήριξη του θέματος της παρούσας εργασίας, χρησιμοποιήθηκε η βάση δεδομένων PubMed λόγω της ενδεδειγμένης υπόστασης της συγκεκριμένης. Για την αρχική αναζήτηση των μελετών στο PubMed χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις κλειδιά primary care COVID -19 από 01/01/2020 έως 01/09/2021 όπου προέκυψαν 7.407 άρθρα. Από αυτά τα 5.997 είχαν πλήρη πρόσβαση στο κείμενο.

Έπειτα, έγινε επιπλέον αναζήτηση με λέξεις κλειδιά όπως “general practitioners experiences COVID-19”, “primary care COVID -19 qualitative study”. , psychological impact healthcare COVID-19

Για τον εμβολιασμό χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις κλειδιά vaccination COVID-19 και vaccination hesitancy COVID-19. Στο σημείο αυτό , να τονιστεί ότι οι μελέτες για τον εμβολιασμό στην πρωτοβάθμια ήταν πολύ περιορισμένες.

Από το σύνολο των άρθρων επιλέχθηκαν τα 29 που ήταν πιο σχετικά με το θέμα της παρούσας εργασίας.

Λέξεις κλειδιά: primary care COVID-19, primary care COVID-19 qualitative study, general practitioners experiences COVID-19, vaccination COVID-19 , vaccination hesitancy COVID-19, primary healthcare experiences COVID -19, psychological impact healthcare COVID-19

#### 2.1.1 Κριτήρια συμπερίληψης ερευνητικών εργασιών

- Να είναι από το 2020 και μετά
- Να είναι είτε ποιοτικές, ποσοτικές έρευνες, βιβλιογραφική ανασκόπηση
- Να έχουν πάνω από (5 η άλλος αριθμός) συμμετέχοντες
- Δημοσιευμένες εργασίες σε Αγγλικά και Ελληνικά
- Να είναι σχετικές περισσότερο με την πρωτοβάθμια φροντίδα κατά τη διάρκεια της πανδημίας

- Οι συμμετέχοντες στις να είναι υγειονομικό προσωπικό
- Να είναι προσβάσιμο πλήρες κείμενο

## 2.2 Πρωτοβάθμια υγεία και COVID-19

Από το Δεκέμβριο του 2019, όταν εντοπίστηκαν τα πρώτα κρούσματα COVID-19 στη Γιουχάν της Κίνας, τα συστήματα υγείας σε όλη την υφήλιο έχουν κληθεί να καλύψουν τη ζήτηση για κλινική περίθαλψη που σχετίζεται με τις ανάγκες υγείας που αφορούν περιστατικά COVID-19 και μη (Wanat et al., 2021). Στις επιδημίες καθώς και σε μία πανδημία, ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) είναι πιο σημαντικός από ποτέ αφού είναι η πρώτη γραμμή άμυνας και λειτουργεί ως το πρώτο σημείο φροντίδας των ασθενών και αποτελεί φύλακα της δευτεροβάθμιας περίθαλψης (Sigurdsson et al., 2020; Wanat et al., 2021).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Οικογενειακών Ιατρών (WONCA) υποστηρίζουν ότι ένα ιδανικό σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης πρέπει να πληροί τα εξής βασικά χαρακτηριστικά: Η πρωτοβάθμια περίθαλψη πρέπει να είναι προσβάσιμη, προσιτή, διαθέσιμη τη στιγμή της ανάγκης και να αντιπροσωπεύει την «μπροστινή πόρτα» του συστήματος υγείας. Ταυτόχρονα, πρέπει να παρέχει συνεχή συντονισμό και φροντίδα με άλλους ειδικούς και να επικεντρώνεται πέρα από την βιολογική ασθένεια, στα άτομα και τις οικογένειές τους (Rawaf et al., 2020).

Το πρώτο επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19 στην Ελλάδα εντοπίστηκε στις 26 Φεβρουαρίου 2020 και μέχρι τις 2 Μαρτίου 2020, υπήρχαν επτά επιβεβαιωμένα κρούσματα. Οι ελληνικές κυβερνητικές αρχές επέβαλαν σταδιακά διάφορα μέτρα κοινωνικής αποστασιοποίησης, με στόχο να συμβάλλουν και στην αύξηση της ευαισθητοποίησης του κοινού. Έτσι, στις 10 Μαρτίου 2020 ανακοινώθηκαν το κλείσιμο όλων των σχολείων και των πανεπιστημίων και έγινε σύσταση αυτοπεριορισμού και μέχρι 23 Μαρτίου 2020 λήφθηκαν δραστικά μέτρα περιορισμού της ελεύθερης κυκλοφορίας που συνεχίστηκαν έως τις 3 Μαΐου 2020. Μέχρι τις 13 Απριλίου 2020, υπήρχαν συνολικά 2145 επιβεβαιωμένα κρούσματα COVID-19 και 99 θάνατοι στην Ελλάδα (Παπαφάκλης, 2020) ενώ μέχρι και τις 12/09/2021 έχουν καταγραφεί σε σύνολο 615.157 κρούσματα και 14.169 θάνατοι (Υπουργείο Υγείας Ελλάδας, 2021).

## 2.3 Η επίδραση στην πρωτοβάθμια και αλλαγές

Σε μία ποιοτική έρευνα που μελέτησε τις εμπειρίες του υγειονομικού προσωπικού κατά τη διάρκεια της πανδημίας στο Ομάν, αναφέρθηκε ότι όπως και σε πολλές χώρες παγκοσμίως το σύστημα υγείας

στο Ομάν, ακολούθησε τις συστάσεις του ΠΟΥ και τονίστηκε η φυσική και κλινική αναδιάρθρωση των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η εφαρμογή των εθνικών σχεδίων μετριασμού με βάση τις διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές για τη διαχείριση της COVID-19. Αυτή η διαμόρφωση αποτέλεσε ακρογωνιαίό λίθο στην πανδημία και αφορά τη χρήση τεχνολογίας για τη διαχείριση δεδομένων COVID-19, την τηλεϊατρική και τις εικονικές επικοινωνίες (Al Ghafri, et al., 2020; Ohannessian, Duong & Odone, 2020).

Τα ίδια αποτελέσματα παρουσίασε και η έρευνα των Wanat et al. (2021), στην οποία αναδείχθηκε ότι σε όλες τις συμμετέχουσες ευρωπαϊκές χώρες της μελέτης, 8 στο σύνολο, η διαχείριση της πλειονότητας των περιστατικών γινόταν τηλεφωνικά με τους γενικούς γιατρούς να προσπαθούν να αξιολογήσουν ποια ήταν τα επείγοντα και απαιτούσαν φυσική παρουσία του ασθενούς. Επιπλέον, και η διαχείριση των περισσότερων ασθενών με συμπτώματα αναπνευστικής λοίμωξης γινόταν τηλεφωνικά με τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού και επανελέγχου ακολουθώντας ορισμένα βήματα, μέχρι να διαμορφώσουν την κλινική εικόνα του ασθενούς (Greenhalgh Koh & Car, 2020).

Σε μία άλλη μελέτη στην οποία συμμετείχαν 121 γενικοί ιατροί στη Γερμανία, αναδείχθηκαν ως στρατηγικές διαμόρφωσης της πρωτοβάθμιας η δημιουργία τακτικών ομαδικών συναντήσεων για την ανάπτυξη και εύρεση νέων λύσεων με έμφαση στην αξιόπιστη πληροφόρηση ακόμα και αν ήταν λίγη. Επίσης, η εργασία γινόταν με εναλλασσόμενες βάρδιες, αυξήθηκε η χρήση τηλεϊατρικής και διαμορφώθηκαν παράθυρα και ανοιχτοί αεριζόμενοι χώροι και ταυτόχρονα δημιουργήθηκαν δίαυλοι και δίκτυα επικοινωνίας με άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Eisele, Pohontsch, & Scherer 2021).

Η στρατηγική των εναλλασσόμενων βαρδιών εφαρμόστηκε και στο Βέλγιο σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποίησαν οι Verhoeven et al. (2020) με συμμετέχοντες 132 γενικούς γιατρούς. Επιπρόσθετα, στην ίδια μελέτη, περιγράφηκε το σχέδιο έκτακτης ανάγκης που ανακοινώθηκε το Μάρτιο του 2020 από τη Βέλγικη κυβέρνηση ορίστηκαν κέντρα διαλογής τα οποία ήταν προσβάσιμα έπειτα από την τηλεφωνική διαλογή με στόχους τη δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για τους γενικούς ιατρούς για την εξέταση ασθενών με ύποπτη συμπτωματολογία COVID-19, για την βέλτιστη αξιοποίηση του ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού και τέλος για την αποφυγή συμφόρησης στα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Στην πορεία τα κέντρα αυτά αυξήθηκαν λειτουργώντας όλη την εβδομάδα με γενικούς γιατρούς και εκτός ωραρίου. Αντίθετα, στην Ισπανία, καθυστέρησε η έναρξη λήψης διαγνωστικών τεστ στον πληθυσμό με αποτέλεσμα να μην υπάρξει σαφής εικόνα κρουσμάτων στη χώρα (Turabian, 2020).

Κέντρα τέτοια εξυπηρέτησης ύποπτων κρουσμάτων δημιουργήθηκαν επίσης στην Αγγλία και στην Ολλανδία. Από την άλλη, στην Ιρλανδία, η εξέταση για COVID-19 γινόταν σε drive-through κέντρα

δειγματοληψίας ενώ στη Σουηδία συνεχίσανε να βλέπουνε ασθενείς με φυσική παρουσία σε διαμορφωμένους χώρους εξωτερικούς μέχρι να δημιουργηθούν πιο μόνιμες μονάδες για την φροντίδα των ασθενών (Wanat et al., 2021).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες όπως ανέδειξαν οι Krist et al. (2020) στις αρχές της πανδημίας, τα μέτρα διαχείρισης επικεντρώθηκαν στην προώθηση της φυσικής αποστασιοποίησης και την ενθάρρυνση των ασθενών που παρουσίαζαν ύποπτη συμπτωματολογία να προχωρήσουν σε «αυτοκαραντίνα». Η σύνδεση με τους ασθενείς συνέχισε με τη χρήση μητρώων την επικοινωνία με ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο μόλυνσης, με ανεξέλεγκτες χρόνιες παθήσεις ή ήταν κοινωνικά ευάλωτοι.

Η επίδραση της πανδημίας, επηρέασε και την προληπτική φύση της πρωτοβάθμιας καθώς λόγω της διακοπής των τακτικών ιατρικών υπηρεσιών και της επικέντρωσης στην διαλογή και αξιολόγηση συμπτωμάτων αναπνευστικής λοίμωξης, η χρόνια φροντίδα αναβάλλεται και τα προγράμματα διαχείρισης και πρόληψης χρόνιων ασθενειών έμειναν πίσω (Huston et al., 2020; Smyrnakis et al., 2021).

#### 2.4 Ετοιμότητα και προκλήσεις στην πρωτοβάθμια κατά την πανδημία COVID-19

Σε μέρη όπως η Ταιβάν, η Σιγκαπούρη, το Χον Κονγκ και η Νότια Κορέα λόγω των παλιών επιδημιών ήταν προετοιμασμένες (Rawaf et al., 2020) ενώ και η πρωτοβάθμια της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας παρουσίασαν εικόνα ετοιμότητας. Συγκεκριμένα, στην Αυστραλία τέθηκαν σε εφαρμογή κατευθυντήριες γραμμές για τους γενικούς ιατρούς που είχαν δημιουργηθεί και είχαν δοθεί παλαιότερα για την πανδημική γρίπη και για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στον τομέα της δημόσιας υγείας, ενώ επικαιροποιημένο σχέδιο πανδημίας είχε και η Νέα Ζηλανδία (Huston et al., 2020). Την ίδια εικόνα ετοιμότητας για τη διαχείριση μίας πανδημίας είχε και η Σιγκαπούρη (Kinder et al., 2021). Οι δειγματοληψίες για COVID-19 ήταν εκτεταμένες σε σύντομο χρονικό διάστημα καθώς και οι κυβερνήσεις παρείχαν τον απαραίτητο εξοπλισμό ατομική προστασίας (Huston et al., 2020).

Σε αντίθεση όμως, σχεδόν όλες οι άλλες χώρες δεν ήταν κατάλληλα προετοιμασμένες, όπως αναφέρουν οι Rawaf et al. (2020), με τις κύριες προκλήσεις να είναι η έλλειψη θεραπείας ή εμβολίου για να αποφευχθεί η εξάπλωση του ιού, η μεγάλη μεταδοτικότητα του ιού ακόμα και ασυμπτωματικά και η έλλειψη προστατευτικού εξοπλισμού.

Στην Γερμανία, οι γενικοί ιατροί που συμμετείχαν στη μελέτη ανέδειξαν ως κύριες προκλήσεις την ανεπαρκή πληροφόρηση, την έλλειψη προστατευτικού εξοπλισμού, την ανάγκη αναδιάρθρωσης των κλινικών πρακτικών τους και την ανεπάρκεια στην διαρθρωτική ετοιμότητα για μία πανδημία (Eisele et al., 2021). Σε συμφωνία για την έλλειψη προστατευτικού εξοπλισμού, ήρθαν και οι συμμετέχοντες

γενικοί ιατροί της έρευνας των Wanat et al. (2021), καθώς και για την έλλειψη ξεκάθαρων οδηγιών για τον τρόπο χρήσης και εξοικονόμησής τους. Η ανεπάρκεια πληροφοριών και η συνεχόμενη αλλαγή κατευθυντήριων γραμμών και πολλές φορές οι πληροφορίες από πολλές πηγές προβλημάτισε τους ιατρούς και αποτέλεσε μεγάλη πρόκληση.

Παρομοίως και στην Αγγλία, οι γενικοί ιατροί δήλωσαν πως η έλλειψη αυτή και η πληθώρα άλλοτε πληροφοριών που μπορεί να μην ήταν συγκεκριμένες για την πρωτοβάθμια ή ακόμα και να ήταν συγκρουόμενες ,παρεμπόδιζε τις παρεμβάσεις και τις ενέργειες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Desborough et al., 2021).

Ενώ εμπόδιο αποτέλεσε και η στροφή προς τις τηλεφωνικές διαβουλεύσεις καθώς έκαναν την εργασία των ιατρών δυσκολότερη με την απώλεια της δια ζώσης επικοινωνίας , την περιορισμένη ικανότητα ορισμένων ασθενών να εκφράζουν τις ανάγκες τους και τα συναφή γλωσσικά προβλήματα (Veronique Verhoeven et al., 2020). Αυτή η πρόκληση βρέθηκε ανάμεσα και στις δευτερεύουσες προκλήσεις που ανέφεραν οι γιατροί της πρωτοβάθμιας στη Γερμανία που αποτυπώνονται στο παρακάτω γράφημα (Eisele et al., 2021).

CONTEXT							
New highly contagious potentially fatal virus		Fast worldwide spread		No medication available		No vaccine available	
PRIMARY CHALLENGES	LACK OF PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT	SECONDARY CHALLENGES	HYGIENE CONCEPT ADVISED BY AUTHORITIES NOT VIABLE			HIGH ADDITIONAL WORKLOAD / FINANCIAL WORRIES	
	RESTRUCTURING PRACTICE PROCEDURES		FEAR OF INFECTION	... of physicians and practice staff ... of patients			
	INSUFFICIENT INDIVIDUAL/STRUCTURAL PANDEMIC PREPAREDNESS		PATIENT CARE	... consultations without personal contact ... limited capacities to test for SARS-Cov-2 ... potential undersupply of health care for non-COVID-19-patients			
	INSUFFICIENT INFORMATION		STEERING OF PATIENTS	... separation of infectious patients ... patients do not follow new practice rules			
			DIFFICULT COOPERATION WITH EXTERNAL ENTITIES	... lack of support ... difficult communication ... GPs not involved in planning pandemic measures			

**Γράφημα 1.** Οι προκλήσεις στην πρωτοβάθμια περίθαλψη κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος της πανδημίας του SARS-CoV-2 (Marion Eisele et al., 2021).

Στην ποιοτική μελέτη που πραγματοποίησαν στην Ελλάδα οι Smyrnakis et al. (2021), αναφέρθηκε ότι λόγω της έλλειψης προστατευτικού εξοπλισμού καθώς και της μη προσβασιμότητας σε τεστ διάγνωσης κορονοϊού στην πρωτοβάθμια στο πρώτο κύμα της πανδημίας, η διαχείριση των ύποπτων κρουσμάτων γινόταν μόνο από τη δευτεροβάθμια.

Σε συμφωνία με αυτά τα αποτελέσματα βρέθηκαν και αυτά των Kinder et al. (2021) για το Ουζμπεκιστάν και των Wanat et al. (2021) για την Πολωνία, αναδεικνύοντας αδυναμία της πρωτοβάθμιας να ανταποκριθεί και την επιβάρυνση των τμημάτων επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων και της δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

### 2.5 Η επίδραση της πανδημίας στο υγειονομικό προσωπικό

Η πανδημία COVID-19 φαίνεται να επηρέασε ιδιαίτερος το υγειονομικό προσωπικό, με τους περισσότερους γενικού ιατρούς να είναι πεπεισμένοι ότι βρίσκονται σε υψηλό ρίσκο επιμόλυνσης από τον ιό, ενώ για το κύριο ψυχολογικό βάρος ευθύνεται ο φόβος μετάδοσης σε άλλους (Verhoeven et al., 2020). Παρόμοια αποτελέσματα κατέγραψαν και οι Desborough et al. (2021) προσθέτοντας την ανάδειξη του άγχους, της κατάθλιψης, της απνίας μεταξύ άλλων στο υγειονομικό προσωπικό.

Οι Al Ghaffri et al. (2020) ανέδειξαν επίσης την ανεπάρκεια εξειδίκευσης σε θέματα πανδημίας, τον αυξημένο φόρτο εργασίας ως προκλήσεις που οδήγησαν στην συναισθηματική και σωματική εξόντωση του υγειονομικού προσωπικού. Επίσης, η κοινωνική απομόνωση και η αλλαγή του πρότυπου της κοινωνικής καθημερινότητάς τους και η μη δυνατότητα επαφής με τα ηλικιωμένα άτομα της οικογένειάς τους, επιδείνωσε το άγχος που βίωναν.

Μια άλλη πτυχή της ψυχολογικής επιβάρυνσης των γενικών γιατρών είναι η ανασφάλεια και η αδυναμία πρόβλεψης για την εξέλιξη των γεγονότων στο μέλλον (Verhoeven et al., 2020) που αποτυπώθηκε και στη μελέτη που έγινε σε Έλληνες που εργάζονται στον τομέα της υγείας από τους Blekas et al. (2020).

Στην ποιοτική μελέτη που διερεύνησε μεταξύ άλλων και την επίδραση της πανδημίας σε γενικούς γιατρούς διαφορετικών χωρών, περιγράφηκε ο αρνητικός αντίκτυπος στην ψυχολογία των ιατρών λόγω της ανάληψης νέων καθηκόντων και της αλλαγής του ρόλου τους κατά την εξέλιξη της πανδημίας (Wanat et al., 2021).

Στην ίδια μελέτη των Wanat et al. (2021), αναδείχθηκε πως στο πλαίσιο των νέων προκλήσεων τονώθηκαν οι εργασιακές σχέσεις μεταξύ των γιατρών, δημιουργώντας καθημερινές ενημερώσεις της

ομάδας όπως επίσης και συνεχή ενημέρωση μέσω της χρήσης των κοινωνικών δικτύων για διαφορετικά περιστατικά ασθενών και ανταλλαγή πληροφοριών. Η συνεργασία και το ομαδικό κλίμα λειτούργησαν επικουρικά στην διατήρηση του ηθικού των ιατρών, στην αλληλεπίδραση με τη δευτεροβάθμια, ενώ ορισμένοι ιατροί στο Βέλγιο και την Ιρλανδία τόνισαν ότι για πρώτη φορά βίωσαν το αίσθημα της κοινότητας. Για αυτό το πλαίσιο της συνεργασίας προστέθηκε και η ανησυχία ορισμένων ιατρών για την επιβάρυνση των συναδέλφων τους λόγω της δικής τους εργασιακής εξάντλησης (Verhoeven et al., 2020). Σε αυτό αναφέρθηκε και η μελέτη των Franklin & Gkiouleka (2021) επισημαίνοντας πως η υπερφόρτωση εργασίας και οι συνεχόμενες βάρδιες επιβαρύνουν την ψυχολογία του προσωπικού και υπάρχει έλλειψη αυτονομίας και όλα αυτά επιδεινώνονται και με την έλλειψη προσωπικού.

Στην ανασκόπηση που πραγματοποίησαν οι Serrano-Ripoll et al., (2020) αναδείχθηκε ότι η πανδημία COVID-19 και οι διαταραχές που έχει προκαλέσει στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή του υγειονομικού προσωπικού είχαν σημαντικό αντίκτυπο στη συνολική ευημερία τους. Στοιχεία δείχνουν ότι παρατηρούνται υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού άγχους, άγχους και κατάθλιψης, ψυχολογικό τραύμα και συμπτώματα μετατραυματικού στρες. Οι μελέτες υπογραμμίζουν πώς ο φόβος μόλυνσης και μετάδοσης του ιού στα μέλη της οικογένειας, τους συναδέλφους και τους φίλους είναι η κυρίαρχη ανησυχία μεταξύ των εργαζομένων υγείας και ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για τη σωματική και ψυχολογική τους ευεξία και υγεία. Σύμφωνα με τις μελέτες που εξετάστηκαν, υπάρχουν τρεις κατηγορίες παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τον ατομικό εξοπλισμό προστασίας, άγχος που σχετίζεται με τον κίνδυνο μόλυνσης λόγω έλλειψης προστατευτικού εξοπλισμού, άγχος και σωματική δυσφορία που σχετίζονται με τη χρήση ρουτινών και νέων πρωτοκόλλων καθώς και διαταραχές λόγω ηθικών διλημάτων (Franklin & Gkiouleka, 2021).



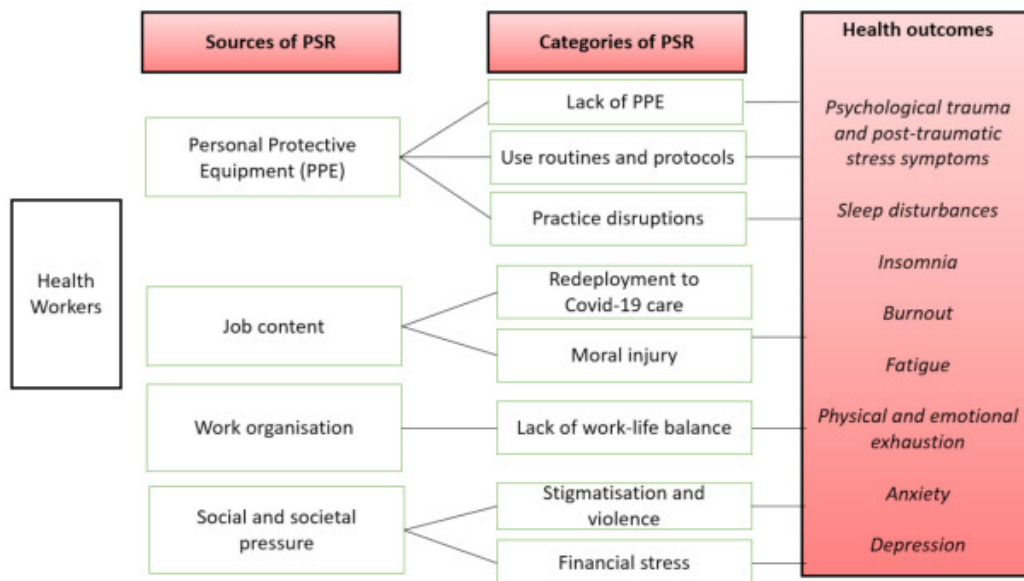


Figure 2. Summary of findings on psychosocial risks to healthcare workers

**Γράφημα 2.** Περίληψη των αποτελεσμάτων όσον αφορά τα ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στους υγειονομικούς (Franklin & Gkiouleka, 2021)

Οι κοινωνικές και συναισθηματικές συνέπειες της πανδημίας, όπως το στίγμα στον χώρο εργασίας, η απομόνωση και η κοινωνική απομόνωση, που προέρχονται από το φόβο της μετάδοσης του ιού, καθώς και τα συμπτώματα εξουθένωσης και η εξάντληση ήταν κοινά διαδεδομένα μεταξύ των γενικών ιατρών (Smyrnakis et al., 2021). Σύμφωνα για τον κοινωνικό στιγματισμό των ιατρών ως φορείς του ιού βρέθηκε και ανασκόπηση που μελέτησε τις ψυχολογικές επιπτώσεις του υγειονομικού προσωπικού (Franklin & Gkiouleka, 2021). Ενώ αναδείχθηκαν συνέπειες του στιγματισμού αυτού καθώς αναφέρθηκε ότι ο στιγματισμός μπορεί να οδηγήσει σε επιπλέον υψηλό ψυχολογικό στρες για τους εργαζόμενους και μελέτες δείχνουν ότι ο στιγματισμός είναι ένας παράγοντας κινδύνου για ψυχικές διαταραχές στο υγειονομικό προσωπικό και τους εργαζόμενους που φροντίζουν ασθενείς με MERS-CoV2/SARS (Schubert et al., 2021).

## 2.6 Οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα και οι επιπτώσεις λόγω της πανδημίας

Τα χρόνια νοσήματα αποτελούν την κύρια αιτία ασθένειας παγκοσμίως, με περίπου έναν στους τρεις ενήλικες να πάσχουν από μία ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις, με τις πιο διαδεδομένες να είναι καρδιαγγειακές παθήσεις, χρόνια πνευμονοπάθεια, διαβήτης και χρόνια νεφρική νόσος και έχουν συσχετιστεί με υψηλότερες απαιτήσεις χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης και χειρότερα αποτελέσματα για την υγεία όταν η φροντίδα διαταράσσεται (Kendzierska et al., 2021).

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, η φροντίδα για άτομα με χρόνια νοσήματα έχει μειωθεί των μεταρρυθμίσεων που απαιτήθηκαν για περιορισμό των επισκέψεων στον τομέα της υγειονομικής

περίθαλψης και της διαλογής επειγόντων και μη περιστατικών, του φόβου για πιθανή έκθεση στον ιό κατά τη διάρκεια επισκέψεων δια ζώσης και υψηλότερα ποσοστά χρήσης τηλεϊατρικής σε σύγκριση με την περίοδο πριν από την πανδημία COVID-19 (Krist et al., 2020)

Η ανησυχία των ασθενών σχετικά με την έκθεση στον ιό και η αποφυγή επίσκεψης σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορεί επίσης να συνέβαλε σε μια αξιοσημείωτη μείωση των τακτικών ραντεβού σε πολλές χώρες. Στις περισσότερες χώρες, οι άνθρωποι είπαν ότι μπορούσαν να εγκαταλείψουν τα σπίτια τους μόνο για πέντε λόγους (υγειονομική περίθαλψη, απαραίτητα ψώνια, φροντίδα για άλλους που έχουν ανάγκη, εργασία εάν κάποιος δεν μπορεί να εργαστεί από το σπίτι και άσκηση). Σε ορισμένες χώρες τα κριτήρια δεν περιελάμβαναν την έξοδο από το σπίτι για επείγουσες ή σημαντικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης (Rawaf et al., 2020).

Έχουν αναφερθεί μειώσεις στη χρήση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις ΗΠΑ, τον Καναδά και τις Κάτω Χώρες, το οποίο οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στο γεγονός ότι οι ασθενείς δεν έχουν ζητήσει φροντίδα λόγω της εντύπωσης ότι το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ήταν ήδη υπερβολικά πιεσμένο και των οδηγιών για αυτοαπομόνωση στο σπίτι. Υπάρχουν τώρα αυξανόμενες ανησυχίες σχετικά με τον αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας από αναβαλλόμενες παραπομπές και τη συνήθη ζήτηση πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Huston et al., 2020).

Με την πάροδο του χρόνου, οι γενικοί γιατροί σε όλες τις χώρες άρχισαν να εκφράζουν την ανησυχία τους για τις «παράπλευρες απώλειες» που προκύπτουν από την αναβολή ή τον περιορισμό της συνήθους φροντίδας, ειδικά για χρόνιες παθήσεις (Wanat et al., 2021) . Ο ίδιος προβληματισμός διατυπώθηκε και σε μία ακόμα μελέτη καθώς η χρόνια φροντίδα αναβάλλεται ως επί το πλείστον και οι γιατροί φοβούνται ότι αυτό μπορεί να έχει συνέπειες που θα επεκταθούν και θα γίνουν ορατές μετά την κρίση της πανδημίας (Verhoven et al., 2020).

Στη μελέτη τους οι Parafaklis et al. (2021), ανέδειξαν ότι οι πρόσφατες εκθέσεις από χώρες που επλήγησαν ιδιαίτερα από την πανδημία υποδηλώνουν μείωση των ποσοστών νοσηλείας που σχετίζονται με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, ενώ τα επιδημιολογικά ευρήματα από χώρες με υψηλά ή χαμηλά κρούσματα COVID-19 καταδεικνύουν μεταβλητά ποσοστά θνησιμότητας του πληθυσμού, τα οποία δεν παρουσιάζουν πάντα σημαντική αύξηση σε σύγκριση με τα προηγούμενα χρόνια. Η αποφυγή της αναζήτησης ιατρικής φροντίδας και η έλλειψη περιβαλλοντικών εναυσμάτων ως αποτέλεσμα των συστάσεων για κοινωνική αποστασιοποίηση ευθύνονται για μία απροσδόκητη μείωση περιστατικών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Η συνολική μείωση των εισαγωγών που σχετίζονται με το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (28%) κατά τη διάρκεια της επιδημίας COVID-19 στην Ελλάδα είναι σύμφωνη με τις σύγχρονες αναφορές για μείωση κατά 26% των νοσηλείων στη Βόρεια Ιταλία, μείωση κατά 39% των εισαγωγών STEMI/NSTEMI στην Αυστρία.

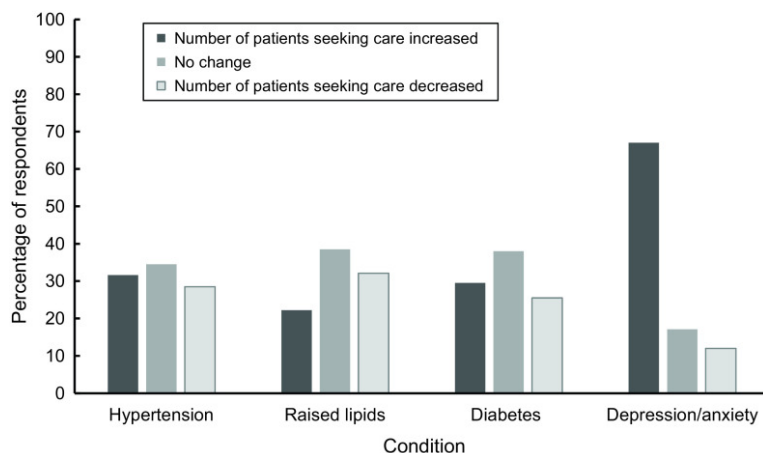
Επίσης, στην Ελλάδα, ιατροί της πρωτοβάθμιας που συμμετείχαν στη μελέτη ανέφεραν ανησυχία σχετικά με τη μειωμένη πρόληψη και διαχείριση χρόνιων ασθενειών, λόγω της αποκλειστικής ενασχόλησης της ιατρικής κοινότητας με τη διαχείριση περιστατικών COVID-19. Αυτό το φαινόμενο παρατηρείται ακόμη και σε χώρες με πιο ισχυρό σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας, όπου οι διαταραχές της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης των μη μεταδοτικών ασθενειών περιγράφηκαν ως μία αόρατη επιδημία (Smyrnakis et al., 2021).

Ταυτόχρονα, κοινωνικές ομάδες με περιορισμένους πόρους και χαμηλό εισόδημα, οι ρυθμίσεις ενδέχεται να ανάγκασαν αυτά τα άτομα με χρόνιες παθήσεις είτε να συνεχίσουν τις από το σπίτι ιατρικές επισκέψεις, ώστε να μην διακινδυνεύσουν την έκθεση με το ιό και να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα μόνο αφού η κατάστασή τους έχει επιδεινωθεί σημαντικά. Αυτό επεκτείνει τις ήδη υπάρχουσες ανισότητες υγείας για ασθενείς με κοινωνικοοικονομικά μειονεκτήματα με χρόνιες ασθένειες και έτσι παρεμπόδισε τη διαχείριση των ασθενειών τους· με αποτέλεσμα την επιδείνωση των αποτελεσμάτων για την υγεία τους. Για παράδειγμα, μεταξύ των ανθρώπων με διαβήτη, το 80% ανέφερε παρεμπόδιση που αφορούσε την ικανότητά τους να εξασφαλίζουν έγκαιρη παρακολούθηση με τους κλινικούς ιατρούς και περισσότερο από το 70% ανέφερε επιδείνωση του γλυκαιμικού ελέγχου, κυρίως λόγω της αδυναμίας τους να φτάσουν σε κλινικούς γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης για τη διαμόρφωση των δόσεων ινσουλίνης που απαιτούνται. (Kendzierska et al., 2021).

Οι Bullen et al. (2021), σε μελέτη τους, κατέγραψαν ότι σε πρόσφατη έρευνα των Υπουργείων Υγείας σε 163 μέλη χώρες ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διαπίστωσε ότι η πανδημία COVID-19 είχε διακόψει σοβαρά την πρόληψη και υπηρεσίες θεραπείας για τα χρόνια νοσήματα με 122 χώρες να αναφέρουν διακοπή της παροχής υπηρεσιών λόγω της πανδημίας. Περισσότερες από τις μισές (53%) χώρες που μελετήθηκαν στην έρευνα διαπιστώθηκε ότι διέκοψαν μερικώς ή πλήρως τις υπηρεσίες θεραπείας και ρύθμισης της υπέρτασης, 49% τις υπηρεσίες για την πρόληψη και θεραπεία διαβήτη και επιπλοκές που σχετίζονται με αυτόν, και 31% για καρδιαγγειακές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.. Τα προγράμματα ελέγχου της υγείας του πληθυσμού επίσης διακόπηκαν, με τη σημαντικότερη διαταραχή σε χώρες που αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα κοινοτικής μετάδοσης του ιού.

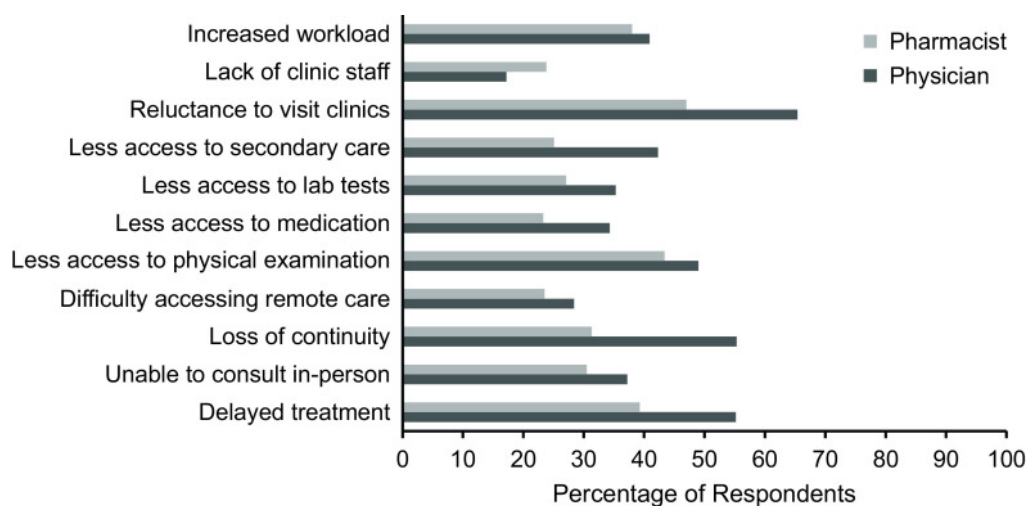
Ταυτόχρονα, στην έρευνά τους, οι συμμετέχοντες που αποτελούσαν υγειονομικό προσωπικό με βασικούς συμμετέχοντες γενικού ιατρούς και φαρμακοποιούς, αναδείχθηκαν αποτελέσματα που αφορούν τον αριθμό των ασθενών με χρόνιες παθήσεις και ψυχικές διαταραχές που αναζήτησαν ιατρικές υπηρεσίες, καθώς και τους λόγους για τους οποίους επηρεάστηκε η παροχή φροντίδας στους ασθενείς.

Τα αποτελέσματα αυτά παρατίθενται στα παρακάτω γραφήματα.



**Γράφημα 3.** Η αντίληψη του ΥΠΠΓ για την αλλαγή στον αριθμό των ασθενών που αναζητούν φροντίδα σχετικά με τις μη μεταδοτικές ασθένειες ή την ψυχική υγεία (Bullen et al., 2021).

\*ΥΠΠΓ= Υγειονομικό Προσωπικό Πρώτης Γραμμής



**Γράφημα 4.** Οι αντιλήψεις του ΥΠΠΓ σχετικά με παράγοντες που σχετίζονται με τον COVID-19 και επηρεάζουν τη φροντίδα των ασθενών (Bullen et al., 2021).

## 2.7 Ο εμβολιασμός και η ανταπόκριση

Η πανδημία της νόσου COVID-19 είναι μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στην ιστορία. Έχει υπολογιστεί ότι μια εξάπλωση της πανδημίας θα μπορούσε να σταματήσει εάν τα εμβόλια άνω του 67% του πληθυσμού αποκτήσουν ανοσία είτε με εμβολιασμό είτε με λοίμωξη. Η μη ελεγχόμενη μόλυνση προκαλεί αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα και αδικαιολόγητη πίεση στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, ακόμη και ήπιες έως μέτριες λοιμώξεις COVID-19 ενδέχεται να οδηγήσουν σε μακροπρόθεσμες συνέπειες για την υγεία καθώς και σε οικονομικές απώλειες. Ως εκ τούτου, τα μεγάλης κλίμακας προγράμματα εμβολιασμού σε όλο τον πληθυσμό είναι η προτιμώμενη προσέγγιση για να σταματήσει η πανδημία. (Holzmann-Littig et al, 2021). Παρόμοια, δηλώνεται και σε μία ακόμα μελέτη ότι με βάση τα διαθέσιμα επιδημιολογικά δεδομένα, ο SARS-CoV-2 είναι ένας εξαιρετικά μεταδοτικός ιός και για να σπάσει η αλυσίδα μετάδοσης, τουλάχιστον το 55-82% του πληθυσμού πρέπει να εμβολιαστεί για να επιτευχθεί ανοσία της αγέλης (Kourlaba et al, 2021).

Μέχρι αυτή τη στιγμή, 4 ασφαλή και αποτελεσματικά εμβόλια κατά της COVID-19 έχουν εγκριθεί από την Επιτροπή για χρήση στην ΕΕ μετά από θετικές επιστημονικές συστάσεις του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων: BioNTech-Pfizer, Moderna, AstraZeneca και Johnson & Johnson (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2020).

Στις 15 Οκτωβρίου 2020 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ανακοίνωσε μέσω δημοσίευσης τα βασικά στοιχεία που πρέπει να λάβουν υπόψη για την οργάνωσή τους, οι εθνικές στρατηγικές εμβολιασμού σχετικά με την ετοιμότητα για τον εμβολιασμό κατά της νόσου COVID-19 και τα στοιχεία αυτά της στρατηγικής πρέπει να λειτουργούν ως σημείο αναφοράς για τα κράτη μέλη.

Αρχικά η έμφαση δόθηκε στη μείωση του ποσοστού των θανάτων και της επιβάρυνσης των βασικών υπηρεσιών. Δόθηκε προσοχή σε ομάδες προτεραιότητας όπως οι ηλικιωμένοι, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας και τα άτομα των οποίων η κατάσταση της υγείας συνεπάγεται ιδιαίτερο κίνδυνο.

Οι στόχοι της στρατηγικής της ΕΕ για τα εμβόλια είναι οι εξής:

- εγγύηση της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας των εμβολίων
- διασφάλιση έγκαιρης πρόσβασης των κρατών μελών και των πολιτών τους στα εμβόλια και ανάληψη ηγετικού ρόλου στην παγκόσμια προσπάθεια αλληλεγγύης
- εξασφάλιση, το συντομότερο δυνατό, ισότιμης και οικονομικά προσιτής πρόσβασης σε ένα προσιτό εμβόλιο για όλους στην ΕΕ

- εξασφάλιση ότι οι χώρες της ΕΕ προετοιμάζονται για τα ασφαλή και αποτελεσματικά εμβόλια, αντιμετωπίζοντας τις ανάγκες μεταφοράς και διάθεσης και εντοπίζοντας τις ομάδες προτεραιότητας

Στην Ελλάδα, ο εμβολιασμός κατά της COVID-19 ξεκίνησε τον Ιανουάριο του 2021 και μέχρι τις 10/09/2021 έχουν ολοκληρωθεί 5.845.008 εμβολιασμοί (Εθνική εκστρατεία εμβολιασμού, 2021).

### *2.7.1 Προθυμία εμβολιασμού*

Μελέτες που γίνανε στη Γερμανία και την Πολωνία για την προθυμία του υγειονομικού προσωπικού να εμβολιαστεί για τον ιό COVID-19 έδειξαν ότι, περισσότερο από το 94% των ιατρών ήταν πρόθυμοι να εμβολιαστούν κατά του SARS-CoV-2 (88,5% το συντομότερο δυνατόν)· που αυτό είναι σύμφωνο με τα επίσημα στατιστικά στοιχεία για τον εμβολιασμό COVID-19 των πολωνών εργαζομένων στον τομέα της υγείας, όπως ανακοινώθηκε από το Υπουργείο Υγείας της Πολωνίας την 1η Φεβρουαρίου 2021 (Szmyd et al., 2021). Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και η έρευνα στη Γερμανία με τους ιατρούς να έχουν ποσοστό προθυμίας μεγαλύτερο του 90% (Holzmann-Littig et al., 2021).

Ωστόσο, ο δισταγμός για εμβόλια αποτελεί παγκόσμιο εμπόδιο σε αυτή τη στρατηγική και αξιολογείται μεταξύ των δέκα κορυφαίων απειλών παγκοσμίως (Holzmann-Littig et al, 2021).

Σε έρευνα που πραγματοποίησαν στην Ελλάδα οι Kourlaba et al. (2021), με θέμα την αξιολόγηση της προθυμίας του ενήλικου γενικού πληθυσμού να λάβει εμβόλιο COVID-19 όταν πρόκειται να είναι διαθέσιμο καθώς και παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την προθυμία τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι πάνω από δύο στα πέντε άτομα ήταν απρόθυμα ή αβέβαια για τη λήψη εμβολίου COVID-19 και μόνο το 57,7% δήλωσε ότι θα εμβολιαστεί. Το ποσοστό των ατόμων που είναι πρόθυμα να εμβολιαστούν δεν είναι αρκετά μεγάλο για να επιτευχθεί ανοσία της αγέλης είτε μέσω εμβολιασμού είτε μέσω προηγούμενης λοίμωξης με βάση τις στατιστικές εκτιμήσεις . Σε σύγκριση παρόμοιων μελετών που πραγματοποιήθηκαν σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες (τα ποσοστά κυμαινόντουσαν από 62%-80%) φαίνεται ότι ο ελληνικός λαός είναι πιο διστακτικός κατά του εμβολίου COVID-19 σε σύγκριση με άλλους ευρωπαϊκούς πληθυσμούς.

Σε αυτό το σημείο να τονιστεί ότι η παραπάνω μελέτη προηγήθηκε της έναρξης των εμβολιασμών στην Ελλάδα. Παράλληλα, βάση της αναζήτησης που έγινε για την εργασία ,δεν βρέθηκαν έρευνες για να υποστηριχτεί λεπτομερώς βιβλιογραφικά το θέμα του εμβολιασμού καθώς είναι πρόσφατο και έτσι διαφαίνεται η ανάγκη για περαιτέρω μελέτες.

## Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### Κεφάλαιο 3: Μεθοδολογία

#### 3.1 Προσδιορισμός σκοπού έρευνας και ερευνητικών ερωτημάτων

Η πανδημία του κορονοϊού αποτέλεσε και συνεχίζει να αποτελεί αντικείμενο έρευνας καθώς η εμφάνισή του συνοδεύτηκε με θεμελιώδεις αλλαγές σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής των ανθρώπων αλλά και των συστημάτων υγείας. Με την πρωτοβάθμια υγεία να αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην περίθαλψη και την υγεία των ανθρώπων της κοινότητας, είναι σημαντικό να διερευνηθεί περαιτέρω η εμπειρία των ατόμων που εργάζονται στο χώρο αυτό και αναμένεται να αναδυθούν διαφορετικές ερμηνείες αλλά και κοινές τοποθετήσεις αφού ασφαλώς ο καθένας το βιώνει με διαφορετικό τρόπο αλλά στο ίδιο πάντα πλαίσιο – χώρο.

Με αυτόν τον τρόπο, αναμένεται να δοθεί η δυνατότητα να περιγραφεί λεπτομερώς, ο ρόλος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην πανδημία καθώς και να αναδειχθούν τα προβλήματα και οι επιπτώσεις της πανδημίας τόσο στο χώρο εργασίας όσο και στην γενική διάσταση της καθημερινότητας του υγειονομικού προσωπικού. Έτσι, με την ανάλυση των κινήτρων, των στάσεων, των αντιλήψεων αλλά και των προβληματισμών, η έρευνα αυτή στοχεύει στην εμβάθυνση του φαινομένου του κορονοϊού στην πρωτοβάθμια περίθαλψη από ολιστική σκοπιά και μέσα από τις σχέσεις και την ταξινόμηση αυτών από τα δεδομένα, μπορεί να δοθεί η δυνατότητα εντοπισμού αλλά και η δημιουργία κατάλληλων παρεμβάσεων για την βελτίωση των συνθηκών και των σχεδίων δράσης στην πρωτοβάθμια φροντίδα στον καιρό του κορονοϊού.

Στην παρούσα έρευνα προσδοκείται να προσεγγιστούν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιος ο ρόλος της πρωτοβάθμιας και με ποιον τρόπο ανταποκρίθηκε στην αντιμετώπιση της πανδημίας;
2. Πώς ο κορονοϊός επηρέασε την πρωτοβάθμια υγεία και τι αλλαγές επήλθαν σε αυτή;
3. Ποιες οι επιπτώσεις για τους ασθενείς που διαχειρίζεται η πρωτοβάθμια υγεία;
4. Πώς βιώνει το υγειονομικό προσωπικό την πανδημία και ποιες οι αλλαγές στην επαγγελματική πραγματικότητα;
5. Ποιες οι επιπτώσεις της πανδημίας στην κοινωνική/ψυχολογική διάσταση των εργαζομένων;

### 3.2 Μέθοδος

Η μέθοδος που επιλέχθηκε για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης είναι η ποιοτική έρευνα. Χρησιμοποιείται για τη βαθύτερη κατανόηση των ανθρώπινων εμπειριών και την ερμηνεία των υπό μελέτη φαινομένων.

Η ποιοτική έρευνα επικεντρώνεται στην κατανόηση ενός ερευνητικού ερωτήματος με ανθρωπιστική ή ιδεαλιστική προσέγγιση και χρησιμοποιείται για την κατανόηση των πεποιθήσεων, των εμπειριών, των στάσεων, της συμπεριφοράς και των αλληλεπιδράσεων των ανθρώπων. Τα δεδομένα που δημιουργεί είναι μη αριθμητικά δίνοντας φωνή στους συμμετέχοντες της μελέτης επιτρέποντάς τους να μοιραστούν ελεύθερα τις εμπειρίες τους. (Pathak, Jena & Kalra, 2013).

Με αυτόν τον τρόπο, η μελέτη αυτή, αποσκοπεί στην ολιστική προσέγγιση των εμπειριών του υγειονομικού προσωπικού στην πρωτοβάθμια υγεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Επιπλέον τα συναισθήματα και η υποκειμενικότητα του ερευνητή και των συμμετεχόντων είναι θεμιτά στην ποιοτική έρευνα. Μέσω διερευνητικών ερωτήσεων εμβαθύνει σε σκέψεις, συναισθήματα στάσεις και συμπεριφορές. (Nelson & Prilleltensky, 2005).

### 3.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων για αυτή τη μελέτη έγινε με τη διεξαγωγή ημιδομημένων συνεντεύξεων καθώς τα πλεονεκτήματα της συνέντευξης σχετίζονται με τον πλούτο των συλλεγόμενων πληροφοριών με το υψηλό ποσοστό συμμετοχής στην μελέτη, καθώς και με τη διερεύνηση περίπλοκων συναισθημάτων και αντιλήψεων. Ειδικότερα, η ημιδομημένη συνέντευξη, δίνει τη δυνατότητα στον ερωτώμενο να απαντά ελεύθερα καλύπτοντας συγχρόνως και όλο το φάσμα πληροφοριών που πρέπει να συλλεχθούν. Στις ημιδομημένες συνεντεύξεις που επιλέχθηκαν και από την συγκεκριμένη έρευνα και προτιμώνται στις ποιοτικές έρευνες, χρησιμοποιείται ένα είδος οδηγού συνέντευξης που αποτελείται από μία σειρά σημείων και παραγόντων που ο ερευνητής θέλει να καλύψει. Για τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων της συγκεκριμένης έρευνας ο οδηγός συνέντευξης αποτελείται από έντεκα ερωτήσεις (βλέπε Παράρτημα Ι). Στην διαδικασία αυτή όμως, δεν ρωτώνται όλες απαραίτητα κατά γράμμα καθώς υποβάλλονται και άλλες διευκρινιστικές ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις που υποβλήθηκαν ήταν ανοικτού τύπου, διερευνητικές και ερμηνευτικές με στόχο μια περισσότερο εν τω βάθει και ολιστική ερμηνεία του μελετώμενου θέματος.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν δια ζώσης και μαγνητοφωνήθηκαν με κινητό τηλέφωνο και από τον ερευνητή. Σε αρχικό στάδιο ο ερευνητής ενημέρωσε προφορικά για το σκοπό ,τους στόχους της μελέτης και τη διαδικασία της συνέντευξης και έπειτα οι συμμετέχοντες όριζαν τη μέρα και την ώρα



ανάλογα με το ωράριό τους και το φόρτο εργασίας. Η χρονική διάρκεια κυμαινόταν από 30 – 55 λεπτά και οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε διάστημα 1, 5 μηνών, από 27 Ιουνίου έως 9 Αυγούστου του 2021.

### *3.3.1 Συγκατάθεση συμμετοχής*

Από την αρχή της μελέτης αναζητήθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν και έγιναν απόλυτα σεβαστές οι βασικές αρχές δεοντολογίας του κώδικα δεοντολογίας της συνθήκης του Ελσίνκι (2008) με τον σεβασμό των ατόμων της έρευνας, με την εθελοντικότητα της συμμετοχής τους, την πληροφορημένη συγκατάθεσή τους πριν και κατά την διάρκεια της έρευνας, την ενημέρωση και συγκατάθεση μαγνητοφώνησής τους, της ιδιωτικότητας και εμπιστευτικότητας των παρεχόμενων πληροφοριών, της αυτοδιάθεσης και δικαιωμάτων άρνησης των συμμετεχόντων, της προστασίας της αξιοπρέπειάς τους. Επίσης, για τη διεξαγωγή της έρευνας εξασφαλίστηκε και η συναίνεση των φορέων στους οποίους υλοποιήθηκε η έρευνα και συγκεκριμένα της διεύθυνσης του κέντρου υγείας και της υγειονομικής περιφέρειας μετά την ολοκλήρωση της πλήρους ενημέρωσης για τη διαδικασία και οι συμμετέχοντες υπέγραψαν έντυπο συγκατάθεσης (βλέπε Παράρτημα II, Παράρτημα III).

### *3.3.2 Περιγραφή του χώρου*

Ο χώρος που επιλέχθηκε για να διεξαχθεί η συγκεκριμένη έρευνα είναι ένα κέντρο υγείας σε αγροτική περιοχή και όχι αστικού τύπου. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν τα γραφεία του ιατρικού προσωπικού με στόχο ο χώρος να είναι οικείος και φιλικός και ταυτόχρονα να υπάρχει δυνατότητα απομόνωσης κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων αποφεύγοντας τις διακοπές.

### *3.3.3 Ερευνητικό δείγμα*

Στην παρούσα ποιοτική έρευνα, το δείγμα αποτέλεσαν ιατροί που εργάζονται στο κέντρο υγείας. Η μέθοδος της δειγματοληψίας που ακολουθήθηκε ήταν αυτή της σκόπιμης δειγματοληψίας (purposive sampling), στην οποία στόχος είναι η εξερεύνηση και η περιγραφή των νοημάτων και των καταστάσεων που αντιμετωπίζουν συγκεκριμένα άτομα που είναι γνώριμα στο ερευνητικό θέμα και ενδεχομένως στον ερευνητή (Marshall 1996). Το δείγμα έχει επιλεγεί σκόπιμα και όχι τυχαία, δηλαδή οι ιατροί του κέντρου υγείας, διότι έχει την γνώση, τα χαρακτηριστικά και την θέληση να δώσει σε βάθος και ολοκληρωμένες απαντήσεις για το θέμα της μελέτης. Επίσης, έχουν τη βιοματική εμπειρία στο θέμα της αντιμετώπισης της πανδημίας, η οποία προσδοκείται να

εξυπηρετήσει τις περιγραφές και τις εξηγήσεις και την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης εμπειρίας (Gergen, 1985).

Ο αριθμός των υποκειμένων είναι δώδεκα, όλοι απόφοιτοι ιατρικής και με τίτλο ειδικότητας, με τουλάχιστον δύο χρόνια εμπειρία και όλοι τους εργάζονταν στο κέντρο υγείας πριν ακόμα από την έναρξη της πανδημίας.

### Τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού του δείγματος

Στην παρούσα έρευνα τηρήθηκαν τα ακόλουθα κριτήρια επιλογής του δείγματος:

1. Να έχουν ιατρική επαγγελματική εμπειρία
2. Να εργάζονται σε μονάδα πρωτοβάθμιας υγείας καθ' όλη τη διάρκεια της πανδημίας .

Αντίστοιχα, τηρήθηκαν τα ακόλουθα κριτήρια αποκλεισμού του δείγματος:

1. Να μην ήταν στο χώρο εργασίας για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του ενός μήνα εν μέσω της πανδημίας(άδεια ειδικού σκοπού )
2. Να μην πληρούν τα παραπάνω κριτήρια επιλογής.

Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμιακού δείγματος συνοψίζονται στον πίνακα που ακολουθεί:

**Πίνακας 1:** Περιγραφή Συμμετεχόντων

Συμμετέχοντες	Φύλλο	Ειδικότητα	Χρόνια εμπειρίας σε ΠΦΥ*	Βαθμός	Οικογενειακή Κατάσταση
Y1	Θ	ΓΙ ****	>10	Επιμελητής Α	Έγγαμος
Y2	Θ	ΓΙ	>10	Διευθυντής	Έγγαμος
Y3	Θ	ΓΙ	<10	Επιμελητής Β	Έγγαμος
Y4	Θ	ΓΙ	<10	Επιμελητής Α	Έγγαμος
Y5	Α	ΓΙ	<10	Επιμελητής Β	Έγγαμος

<b>Y6</b>	Θ	ΓΙ	>10	Διευθυντής	Άγαμος
<b>Y7</b>	A	Ακτινολογία	<10	Επιμελητής Β	Άγαμος
<b>Y8</b>	Θ	ΓΙ	<10	Επιμελητής Β	Άγαμος
<b>Y9</b>	Θ	ΓΙ	>10	Διευθυντής	Έγγαμος
<b>Y10</b>	Θ	ΓΙ	<10	Επιμελητής Β	Άγαμος
<b>Y11</b>	Θ	ΓΙ	<10	Επιμελητής Β	Έγγαμος
<b>Y12</b>	Θ	ΓΙ	>10	Επιμελητής Α	Έγγαμος

\*ΠΦΥ=ΠΡΟΤΩΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

\*\* A=APPEN

\*\*\*Θ=ΘΗΛΥ

\*\*\*\*ΓΙ= ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

### 3.4 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Αρχικά, για την ανάλυση δεδομένων ,αφού ολοκληρώθηκαν οι συνεντεύξεις, έγινε απομαγνητοφώνηση και έπειτα το υλικό μετατράπηκε σε αρχείο κειμένου. Όπως και με τα περισσότερα ποιοτικά δεδομένα, η ανάλυση περιλαμβάνει διαδικασίες όπως η κωδικοποίηση, η κατηγοριοποίηση και η κατανόηση των βασικών εννοιών του φαινομένου (Bernard et al., 2016). Η ανάλυση δεδομένων στην παρούσα μελέτη έγινε χρησιμοποιώντας ανάλυση περιεχομένου και έγινε διαχωρισμός σε θεματικές ενότητες . Τα στάδια της ανάλυσης αφορούσαν εξοικείωση με τα δεδομένα, δημιουργώντας αρχικούς κωδικούς, εξετάζοντας θέματα μεταξύ αυτών των κωδικών, καθορισμός και ονομασία των θεμάτων και τελικά τη σύνταξη της έκθεσης των αποτελεσμάτων (Braun και Clark 2006). Στη συνέχεια, οι κωδικοί που προέκυψαν από όλες τις σημειώσεις των συνεντεύξεων διαβάστηκαν και ξαναδιαβάστηκαν ώστε να προσδιοριστούν τα μοτίβα και οι ομοιότητες μέσα σε αυτά. Για το σκοπός αυτής της μελέτης, ο ερευνητής διαμόρφωσε τα θέματα με βάση τους ερευνητικούς άξονες της συνέντευξης που συνδυάζονται με άμεσο τρόπο με τα ερευνητικά ερωτήματα(βλέπε πίνακα 2 για τον πλήρη κατάλογο κωδικών ,κατηγοριών και θεμάτων στα οποία ομαδοποιήθηκαν). Αυτή η διαδικασία με την ανάλυση περιεχομένου οδήγησε στον προσδιορισμό των τριών βασικών θεματικών εννοιών.

## Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα

### 4.1 Σύνοψη θεμάτων, κατηγοριών και υποκατηγοριών

Από την ανάλυση περιεχομένου του συνόλου των συνεντεύξεων αναδείχθηκαν τρία γενικά θέματα που αποτελούνται από κατηγορίες και υποκατηγορίες και παρουσιάζονται συνοπτικά στον παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 2.** Αποτελέσματα Συνεντεύξεων

Θέμα	Κατηγορίες	Υποκατηγορίες
<b>1. Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας υγείας στην πανδημία COVID-19</b>	A. Ετοιμότητα της πρωτοβάθμιας και προκλήσεις	<ul style="list-style-type: none"><li>• Προστατευτικός εξοπλισμός</li><li>• Κτιριακή υποδομή</li><li>• Εκπαίδευση</li></ul>
	B. Διαχείριση ασθενών με συμπτώματα και διάγνωση κορονοϊού στην πρωτοβάθμια	
	Γ. Ο εμβολιασμός και η εξέλιξη της διαδικασίας	<ul style="list-style-type: none"><li>• Η ανταπόκριση</li></ul>
<b>2. Η επίδραση της πανδημίας στην πρωτοβάθμια υγεία</b>	A. Αλλαγή της φύσης της πρωτοβάθμιας	
	B. Διαχείριση ασθενών άλλων νοσημάτων	<ul style="list-style-type: none"><li>• Επιπτώσεις της πανδημίας στην υγεία των ασθενών</li></ul>
	Γ. Η αξία της πρωτοβάθμιας και προτάσεις ενίσχυσης	
<b>3. Η επίδραση της πανδημίας</b>	A. Νέα εργασιακή	<ul style="list-style-type: none"><li>• Η έναρξη της</li></ul>

στο ιατρικό προσωπικό	καθημερινότητα και προκλήσεις	<p>πανδημίας</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο μετασχηματισμός της παροχής υπηρεσιών και οι εμπειρίες των γιατρών λόγω αυτών των αλλαγών</li> </ul>
	<p>B. Επιπτώσεις στην προσωπική και οικογενειακή ζωή των γιατρών</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συναισθηματική απόκριση και εμπειρίες</li> <li>• Αλλαγές στην καθημερινότητα και διαπροσωπικές σχέσεις</li> </ul>

#### 4.2 Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας υγείας στην πανδημία COVID-19

Η πρωτοβάθμια, παρότι σημαντική, καθυστέρησε να αναλάβει ενεργό ρόλο στη διαχείριση της πανδημίας. Κατά τη διάρκεια λοιπόν του πρώτου κύματος, ο ρόλος της πρωτοβάθμιας ήταν απόλυτα περιορισμένος. Λόγω των ελλείψεων που αναλύονται παρακάτω (προστατευτικός εξοπλισμός, κτιριακή εγκατάσταση, εκπαίδευση κτλ.), οι γιατροί δεν είχαν τη δυνατότητα να κάνουν κλινική εξέταση με ασφάλεια σε περίπτωση ύποπτης συμπτωματολογίας αλλά ούτε και να κάνουν τεστ για τη διάγνωση κορονοϊού, αφού και αυτά δεν υπήρχαν στο πρώτο κύμα. Όλα αυτά βέβαια με βασικό στόχο των εργαζομένων του κέντρου υγείας και κατά τις οδηγίες, να παραμείνει όσο το δυνατόν πιο ασφαλής και προστατευμένος ο χώρος ώστε να μην επιμολυνθεί με κορονοϊό και κατά συνέπεια και το εργαζόμενο προσωπικό. Επίσης, όπως αναφέρθηκε από το Υποκείμενο 6 (Υ6), εκτός από την έλλειψη μέτρων προστασίας, δεν υπήρχε εικόνα για τον ιό και την έκταση του προβλήματος. Υ11 «.. Στην αρχή της πανδημίας δεν υπήρχε ούτε υλικό ούτε υποδομή ούτε εκπαίδευση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη...»

Όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά από το Υποκείμενο 6 «...στο πρώτο κύμα δεν υπήρχε τίποτα». Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, το πρώτο αυτό διάστημα, όλα τα εμπύρετα να παραπέμπονται στο νοσοκομείο για τη διάγνωση και την περαιτέρω διερεύνηση, αφήνοντας ανεκμετάλλευτη την

πρωτοβάθμια και ταυτόχρονα επιβαρύνοντας τη δευτεροβάθμια σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό, αφού το κέντρο υγείας είχε λάβει ως μόνη οδηγία να μην επιτρέπει την είσοδο ύποπτων κρουσμάτων και τη φυσική εξέταση σε αυτές τις περιπτώσεις.

Με την έλευση των τεστ, ξεκίνησε να γίνεται πιο ενεργός ο ρόλος του κέντρου υγείας στην διεκπεραίωση περιστατικών με συμπτωματολογία του ιού. Συνέχισε όμως να υπάρχει περιορισμός καθώς δεν υπήρχε απομονωμένος χώρος παρά μόνο ένας αυτοσχέδιος χώρος στο πίσω μέρος του κέντρου υγείας που χρησιμοποιήθηκε για τέτοιες περιπτώσεις χωρίς όμως να εξασφαλίζεται επαρκώς η προστασία του χώρου. Στο τρίτο κύμα όμως, που καλύφθηκαν οι ελλείψεις σε υλικό και έγινε η έλευση του isobox, η πρωτοβάθμια κατάφερε να αναλάβει ένα σημαντικό μέρος των ασθενών που παρουσίαζαν συμπτώματα κορονοϊού, για τη διάγνωση, την κλινική εξέταση και την παρακολούθησή τους, αποσυμφορίζοντας την δευτεροβάθμια.

Υ11: *«Στην πορεία ήρθε isobox στο κέντρο υγείας και από κει και πέρα τα πράγματα πήγαν πολύ καλύτερα γιατί μπορούσαμε σε έναν απομονωμένο χώρο να εξυπηρετούμε τους ασθενείς που ερχότανε με συμπτώματα κορονοϊού και να παίρνουμε βέβαια και τεστ, pcr και rapid».*

Καταλυτικός βέβαια, ήταν και είναι ο ρόλος της πρωτοβάθμιας με την έναρξη των εμβολιασμών. Η πρόληψη είναι ένα από τα βασικά στοιχεία που απαρτίζουν την πρωτοβάθμια και έτσι και όσο αφορά τον κορονοϊό, το κέντρο υγείας παρά το γεγονός ότι βρίσκεται σε απομακρυσμένη περιοχή, ανέλαβε σε ένα σημαντικό βαθμό την διαδικασία του εμβολιασμού.

Υ10: *«...όλος της πρωτοβάθμιας βέβαια όντας η πρόληψη σίγουρα είναι μέσα σ' αυτά και ο μαζικός εμβολιασμός»*

#### *4.2.1 Ετοιμότητα της πρωτοβάθμιας και προκλήσεις*

Στο σύνολο των ερωτηθέντων ιατρών υπήρξε η κοινή αποδοχή ότι στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν υπήρχε η ετοιμότητα για τη διαχείριση μίας πανδημίας. Αυτή η έλλειψη ετοιμότητας είχε ως προέκταση το διαθέσιμο υλικό, την υποδομή των κτιριακών χώρων καθώς και την εκπαίδευση γύρω από τον κορονοϊό και την οργάνωση των μονάδων παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης καθώς γιατροί μετακινήθηκαν και στη δευτεροβάθμια κάνοντας εφημερίες στο νοσοκομείο ενώ τονίστηκε και η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού.

Υ5: *«Κανένας δεν ήταν έτοιμος ούτε η πρωτοβάθμια ούτε η δευτεροβάθμια ούτε η τριτοβάθμια ούτε τα κράτη ούτε ο πλανήτης ήτανε έτοιμος κανένας δεν το περίμενε αυτό»*

Υ11: *«...δεν υπήρχαν πολλοί γιατροί, δεν υπήρχαν νοσηλευτές, δεν υπήρχαν καθαρίστριες, γενικά δηλαδή συναντήσαμε μεγάλες δυσκολίες σε συνδυασμό ότι κάποιοι συνάδελφοι αναγκάστηκαν και πήγαν να*

*βοηθήσουν άλλες δομές και το νοσοκομείο εν μέσω COVID και άλλα κέντρα υγείας που είχαν ελλείψεις»*

#### *4.2.1.1 Προστατευτικός εξοπλισμός*

Κατά την έναρξη της πανδημίας επισημάνθηκε από όλους τους ιατρούς ότι δεν υπήρχε ο κατάλληλος και απαραίτητος προστατευτικός εξοπλισμός. Σημειώθηκε ότι οι απλές ιατρικές μάσκες ήταν ελάχιστες, ώπου κάποια στιγμή υπήρξαν δυσεύρετες ,καθώς αναγκάζονταν να επαναχρησιμοποιήσουν τις μάσκες ή ακόμα και να ράψουν αυτοσχέδιες. Επιπλέον αναφέρθηκε ότι η δυσκολία εύρεσης μασκών δεν περιοριζόταν μόνο στην παροχή από το κέντρο υγείας αλλά και από το εμπόριο ,ώστε να τις προμηθευόντουσαν μόνοι τους.

Υ1: *«Στην αρχή υπήρχε καιρός που ήμασταν απεγνωσμένοι όπως οι- όπως όλοι όχι μονάχα το δικό μας κέντρο υγείας δεν είχαμε εξοπλισμό δεν είχαμε μαπ»*

Υ2: *«..από κει και πέρα όλοι ότι προλάβαμε μόνοι μας ...μέχρι να βρούμε να ράψουμε και τα λοιπά»*

Επίσης, δεν υπήρχαν μάσκες υψηλής προστασίας τύπου ffp2, αντισηπτικά και προσωπίδες ,πράγματα που τα αγόρασαν πολλές φορές μόνοι τους οι γιατροί ενώ γίνανε ανα διαστήματα δωρεές οι οποίες βοήθησαν στις ελλείψεις αυτές.

Συγκεκριμένα, το Υποκείμενο 1 να αναφέρει: *«.. μετά αγοράσαμε με ίδια χρήματα ποδονάρια και ασπίδες προσωπίδες οι περισσότεροι και μάσκες γιατί στην αρχή δεν υπήρχαν- γιατί το πρώτο εξάμηνο δεν υπήρχαν καθόλου μάσκες προστασίας της υψηλής προστασίας όχι προφανώς δεν υπήρχε:: οργάνωση δεν υπήρχανε:: ούτε αντισηπτικά»* ενώ επίσης αναφέρθηκε ότι γίνανε κάποιες δωρεές μασκών και αντισηπτικών. Στην πορεία όμως της πανδημίας οι ανάγκες σε προστατευτικό εξοπλισμό καλύφθηκαν και έτσι δεν δυσχέραινε πλέον την εξεταστική διαδικασία των ασθενών.

Υ3: *«...καθώς περνούσε ο χρόνος όμως όλα αυτά τακτοποιήθηκαν με κάποιο τρόπο καλύτερα (.) έγιναν και κάποιες δωρεές γενικότερα δεν είχαμε έλλειψη σε αυτό το πράγμα στη μέση δηλαδή της πανδημίας».*

#### 4.2.1.2 Κτιριακή υποδομή

Όσο αναφορά την υποδομή, αναφέρθηκε η δυσκολία απομόνωσης ύποπτων περιστατικών καθώς δεν υπήρχε ενδεδειγμένος χώρος μέσα στο κέντρο υγείας παρά μόνο μία αυτοσχέδια διαμόρφωση ενός πιο απομακρυσμένου χώρου συγκριτικά με τα υπόλοιπα εξεταστήρια , ή η εξέταση γινόταν και στον εξωτερικό χώρο . Υ1: «...χρησιμοποιούσαμε:: το πίσω μέρος αποθήκης για να δούμε τους ασθενείς ή τους βλέπαμε έξω στο κρύο στα όρθια και τις περισσότερες φορές χωρίς και ολοκληρωμένη μαπ ..πολλά προβλήματα υπήρξαν». Με αποτέλεσμα για μεγάλο διάστημα μέχρι την έλευση του isobox να μην υπάρχει η εξασφάλιση της προστασίας του χώρου και τα περιστατικά που δεχόντουσαν όπως προαναφέρθηκε ήταν ελάχιστα και εκεί γινόταν και η όποια δειγματοληψία των τεστ.

Υ3: «...τα τεστ τα οποία τα κάναμε σ' έναν χώρο:: όχι:: σωστά:: φτιαγμένο για όλη αυτή την υπόθεση που ήτανε στην άκρη του κέντρου υγείας.».

Υ2: «...έπρεπε να κάνουμε κάποιες προσαρμογές ιατρείας να μετατραπούνε σε ιατρεία COVID κάτι το οποίο ήταν πάλι πολύ δύσκολο (.) δεν υπήρχε χώρος γι' αυτό αλλά γίναν (.) όσο μπορούσαμε (.) αλλά δεν ήμασταν έτοιμοι».

Ταυτόχρονα, το ακτινολογικό βρισκόταν και αυτό στον ενιαίο εσωτερικό χώρο του κέντρου υγείας και μικροβιολογικό εργαστήριο δεν υπήρχε οπότε ήταν αδύνατο να γίνουν οι απαραίτητες εξετάσεις.

Υ9: «...δεν υπήρχε ούτε υπάρχει δυνατότητα να κάνουμε ακτινογραφία στα ύποπτα κρούσματα το:: ακτινολογικό είναι μέσα στο κέντρο υγείας (.) και το μικροβιολογικό το ιδιωτικό νομίζω δεν κάνει εξετάσεις στα ύποπτα κρούσματα οπότε έπρεπε όλα να κατεβούν στο νοσοκομείο». Στην πορεία ,όταν ήρθε το isobox , η κλινική εξέταση εμπύρετων ή ασθενών με ύποπτη συμπτωματολογία και η λήψη των τεστ διάγνωσης κορονοϊού γινόταν πλέον με την απαραίτητη ασφάλεια .

#### 4.2.1.3 Εκπαίδευση

Επίσης, και στο θέμα της εκπαίδευσης αναδείχθηκαν δυσκολίες και ελλείψεις. Όπως αναφέρθηκε από όλους τους συμμετέχοντες ,η εκπαίδευση αφορούσε δύο τμήματα ,αυτό της σωστής χρήσης του προστατευτικού εξοπλισμού για την ασφαλή εξέταση στην περίπτωση επαφής με κρούσμα αλλά και στο ιατρικό-θεραπευτικό κομμάτι που αφορά τον νέο ιό. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρθηκε ότι η εκπαίδευση για την ορθή χρήση των μαπ έγινε με ένα διαδικτυακό σεμινάριο ,πράγμα το οποίο άφησε ερωτήματα τα οποία καλύφθηκαν με περαιτέρω αναζήτηση στο διαδίκτυο με προσωπική πρωτοβουλία των ιατρών.

Υ4: «...είχαμε ένα:: υποτυπώδες σαν σεμινάριο εδώ που εκπαιδευτήκαμε με τον τρόπο που θα πρέπει να φορέσουμε τις στολές και να διαχειριστούμε την κλινική εξέταση.»



Ενώ ταυτόχρονα, επισημάνθηκε η πραγματοποίηση ενός ενδονοσοκομειακού σεμιναρίου κατά το οποίο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό διδάχθηκαν στον χώρο του νοσοκομείου πώς να βάζουν και να βγάζουν τις μαπ με ασφάλεια στην κλινική εξέταση και τη λήψη επιχρισμάτων. Αυτές οι πληροφορίες έπειτα μεταφέρθηκαν και στους υπόλοιπους συναδέλφους ώστε να υπάρχει επαρκής μεταφορά της γνώσης για την βέλτιστη προστασία του προσωπικού αλλά και των χώρων του κέντρου υγείας.

Υ6: «Η μόνη εκπαίδευση την οποία είχαμε λάβει ήτανε:: από το::προσωπικό της ε:: πανδημίας που είχε δημιουργηθεί στο νοσοκομείο ε:: είχαμε εκπαιδευτεί για τον τρόπο που θα πρέπει να ντυνόμαστε και να γδυνόμαστε έτσι; οπότε κατ' επέκταση αυτό εγώ το μετέφερα στους συναδέλφους μου του κέντρου υγείας γιατί είδαμε ότι πόσο σημαντικό είναι».

Από την άλλη, η εκπαίδευση γύρω από τον ιό έγινε μέσα από email που περιείχαν εκπαιδευτικά έγγραφα, παγκόσμιες οδηγίες που αφορούσαν τα θεραπευτικά πρωτόκολλα ,καθώς και πληροφόρηση μέσω ΕΟΔΥ. Ταυτόχρονα, καθ' όλη την πορεία της εξέλιξης της πανδημίας οι συνάδελφοι αντάλλαζαν πληροφορίες ο ένας με τον άλλο και συμπλήρωναν στοιχεία ανάλογα με την προσωπική εμπειρία τους ή μετέφεραν πληροφορίες που είχαν δεχτεί από άλλες πηγές ώστε να αποκτηθεί μία πιο ολοκληρωμένη γνώση .

Υ3: «...εμείς έπρεπε να ψάξουμε και συζητούσαμε μεταξύ μας οι συνάδελφοι και ανταλλάσσαμε απόψεις σχετικά με το τι θα ήταν καλύτερο να γίνει εδώ:: στο κέντρο υγείας».

Σε αυτό το σημείο ,αξίζει να σημειωθεί ότι διχάστηκαν οι γνώμες για την επάρκεια της εκπαίδευσης και υπήρξαν διαφορετικές απόψεις καθώς τα Υποκείμενα 12,5 ,8,9,11 θεωρούν ότι αρκούσαν οι εκπαιδευτικές προσπάθειες ,ενώ από την άλλη πλευρά, τα Υποκείμενα 1,10,7,4,2,3 ,6, θεωρούν ότι η πληροφόρηση ήταν ελλιπής ,ειδικά στην αρχή της πανδημίας και στο πρώτο κύμα .Όπως για παράδειγμα ,το Υποκείμενο 4 ανέφερε την σύγχυση που δημιουργούσε η συνεχόμενη αλλαγή για τον ορισμό κρούσματος αλλά και θεραπευτικών πρωτοκόλλων παρότι ήταν αναμενόμενο.

Υ5: «...επαρκής ήτανε αρκεί να καθόσουν να τα διαβάσεις (.) αν καθόσουν τα διάβαζες και:: τηρούσες αυτά που:: σου 'λέγαν ήσουν κερδισμένος».

#### 4.2.2 Διαχείριση ασθενών με συμπτώματα και διάγνωση κορονοϊού στην πρωτοβάθμια

Η διαχείριση ασθενών στο σύνολό της είναι ένα κομμάτι που προβλημάτισε ιδιαίτερα καθώς άλλαξε άρδην λόγω της πανδημίας, γεγονός το οποίο οδήγησε εν τέλει και στην ριζική αλλαγή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Με την έλευση του κορονοϊού στη χώρα ,οι μονάδες υγείας καλέστηκαν

να αντιμετωπίσουν τους ασθενείς που ήταν πιθανά ή επιβεβαιωμένα κρούσματα ενός νέου ιού αλλά ταυτόχρονα και τους ασθενείς άλλων νοσημάτων με αποτέλεσμα τη διαταραχή λειτουργίας όλου του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας στην πρωτοβάθμια και όχι μόνο. Αρχικά, βασικός στόχος των εργαζομένων του κέντρου υγείας και κατά τις οδηγίες ήταν να παραμείνει όσο το δυνατόν πιο ασφαλής και προστατευμένος ο χώρος ώστε να μην επιμολυνθεί με κορονοϊό και κατά συνέπεια και το εργαζόμενο προσωπικό. Οι συμμετέχοντες ιατροί ανέφεραν αρχικά ότι κατά την έναρξη της πανδημίας ,δεν υπήρχε η δυνατότητα λήψης τεστ για τη διάγνωση του κορονοϊού και εξέτασης οπότε βάσει των έως τότε οδηγιών από τον ΕΟΔΥ, αφού λάμβαναν το ιστορικό, έλεγαν στον ασθενή ότι πρέπει να παραμείνει σπίτι και έπειτα είχαν καθημερινή επικοινωνία μαζί του για την παρακολούθηση της εξέλιξης των συμπτωμάτων του. Αν τα συμπτώματα επέμεναν ,τότε παρέπεμπαν τον ασθενή στο νοσοκομείο ώστε να κάνει τεστ και να εξεταστεί.

Υ9: *«...αν ήτανε πέρσι αυτά τα εμπύρετα θα τους λέγαμε καθήστε στο σπίτι δε σας εξετάζουμε»*

Υ3: *«Τρεις μέρες παραμονή στο σπίτι παρακολούθηση του εμπυρέτου (.). Φυσική εξέταση όχι δεν υπήρξε καθόλου ειδικά στην αρχή από τη στιγμή που αυτό ήτανε η πρώτη οδηγία που πήραμε»*

Αφού λοιπόν στην πορεία ήρθε το ενδεδειγμένο isobox , δόθηκε η δυνατότητα στους ιατρούς αφού λάβουν όλα τα μέτρα προστασίας να προχωρούν στη δειγματοληψία των τεστ, rapid ή pcr, ανάλογα με την περίπτωση, και την εξέταση των ασθενών χωρίς πλέον να είναι τόσο έντονος ο φόβος επιμόλυνσης . Αν έβγαινε αρνητικό το αποτέλεσμα, τότε προχωρούσαν στην διέλευση του ασθενή μέσα στο χώρο του κέντρου υγείας για την περαιτέρω διερεύνηση του περιστατικού και την εξέτασή του.

Υ2: *«Από τη στιγμή που αποφασίζαμε και είχαμε την επαφή εντάξει ήταν το ίδιο πράγμα άσχετο που θα ήταν με γάντια με μάσκες με όλα τα προστατευτικά μέσα .- αλλά:: το πρόβλημα ήταν μέχρι να συναντήσεις (.) να:: παρθεί η απόφαση ότι ναι μπορείς να μπεις (.)από κει και πέρα δεν υπάρχει διαφορά ».*

Στην περίπτωση που ένας ασθενής είχε διάγνωση κορονοϊού ,αν αυτή η διάγνωση είχε γίνει στο κέντρο υγείας τότε τον καταχωρούσαν στο μητρώο νόσησης .Σε όλες τις περιπτώσεις, ενημέρωναν τον ΕΟΔΥ, τον ασθενή για την περίοδο καραντίνας και κάνανε μία ιχνηλάτηση επαφών. Έπειτα είχαν μία καθημερινή επικοινωνία με τον ασθενή για να παρακολουθούν τα συμπτώματά του και την εξέλιξη της πορείας της νόσου. Προσπαθούσαν με όσο το δυνατό καλύτερο τρόπο εξ αποστάσεως να διαμορφώνουν μία εικόνα για την υγεία του εκάστοτε ασθενούς .Η ύπαρξη θερμομέτρου και σε αρκετές περιπτώσεις οι ασθενείς διέθεταν οξύμετρο έπειτα και από τις οδηγίες της πολιτείας, πράγμα το οποίο επέτρεπε να έχουν οι γιατροί μία εικόνα που παρουσίαζαν. Ταυτόχρονα, με τη χρήση της

άυλης συνταγογράφησης δινόταν και η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή και ταυτόχρονα η ψυχολογική υποστήριξη που χρειαζόνταν οι νοσούντες.

Υ1: *«σχεδόν καθημερινό τηλέφωνο με οδηγίες με ψυχολογική υποστήριξη».*

Όλες οι οδηγίες καθώς και η επιλογή θεραπείας γινόταν κάθε φορά ανάλογα με τα νέα δεδομένα και τα θεραπευτικά πρωτόκολλα που ανανεώνονταν κατά τη διάρκεια της πανδημίας ,γεγονός το οποίο δημιούργησε δυσκολίες στους γιατρούς και χρειάστηκε να προσαρμόζονται κάθε φορά δημιουργώντας όπως ανέφερε χαρακτηριστικά το Υποκείμενο 12 ένα μπέρδεμα. Επίσης, τονίστηκε και η σημασία της εξ αποστάσεως παρακολούθησης και θεραπείας μέσω τηλεφώνου η οποία όπου στάθηκε δυνατή χρησιμοποιήθηκε σε μεγαλύτερο βαθμό. Υ6: *«παιδιά ασθενών μου τα οποία ξέρω 'γω σπουδάζανε και νόσησαν και τα αντιμετώπισα με:: επικοινωνία τηλεφωνική και με την άυλη συνταγογράφηση προκειμένου να τους βοηθήσω και να μη χρειαστούν να πάνε περαιτέρω για:: εξέταση».*

Οι γιατροί της πρωτοβάθμιας ήταν αυτοί οι οποίοι ήταν υπεύθυνοι για την απόφαση παραπομπής ενός ασθενούς στο νοσοκομείο εάν κρινόταν αναγκαίο. Επίσης, αναλάμβαναν και την παρακολούθηση ασθενών όταν αυτοί πλέον είχαν πάρει εξιτήριο.

Υ8 : *«...εφόσον χειροτερεύει η κατάστασή τους θα έπρεπε να:: νοσηλευτούν είχε ο οικογενειακός γιατρός ...- τον πρώτο λόγο στο τι θα γινόταν με τον κάθε ασθενή αλλά ήταν όμως κι υπό την επίβλεψη του ΕΟΔΥ όλο αυτό».*

#### *4.2.3 Ο εμβολιασμός και η εξέλιξη της διαδικασίας*

Ο εμβολιασμός απαρτίζει ένα βασικό κομμάτι της πρωτοβάθμιας φροντίδας ,με τους συμμετέχοντες ιατρούς να δηλώνουν την αισιοδοξία που προσφέρει για την θετική έκβαση της πανδημίας τονίζοντας ότι είναι ο μόνος τρόπος τη δεδομένη στιγμή να αντιμετωπιστεί η πανδημία. Επισημαίνοντας βέβαια τη σημασία της έγκαιρης και όσο το δυνατόν μεγαλύτερης κάλυψης του πληθυσμού.Υ2: *« Μόνο αυτό μας έχει απομείνει και πρέπει όλοι να εμβολιαστούν»*Υ5 : *« Στην περίπτωση όμως που:: θα γίνει γρήγορα και σε μεγάλο τμήμα του πληθυσμού»* Ενώ δήλωσαν ότι αυτή η αισιοδοξία εκφράστηκε και από την προσωπική τους εμπειρία εμβολιασμού καθώς ένιωσαν πιο ασφαλείς και μία αίσθηση ελευθερίας μετά από όλο αυτό το διάστημα.

Υ11: *«Καταρχήν κρίνοντας και από τον εαυτό μου που εμβολιάστηκα μαζί με τους συναδέλφους και τους συνεργάτες από την πρώτη στιγμή, ξαφνικά έφυγε ο έντονος φόβος».*

Σε γενικές γραμμές ,οι γιατροί παρουσιάζονται ικανοποιημένοι από την πορεία της εμβολιαστικής διαδικασίας και ανέφεραν ότι υπήρξε προσωπικό στοίχημα γι' αυτούς ώστε να υπάρχει η καλύτερη δυνατή απόδοση παρά τις όποιες ελλείψεις.

Υ6: *«...και παίρνουμε συγχαρητήρια για τον τρόπο της οργάνωσής μας άρα γι' αυτό το κομμάτι είμαι περήφανη».*

Υ3: *«...στην ουσία πέσαν όλοι καταπάνω στο να γίνει όσο πιο σωστά γίνεται ο εμβολιασμός».*

#### *4.2.3.1 Η ανταπόκριση*

Το γεγονός αυτό βέβαια αντικατοπτρίστηκε και στους ανθρώπους που μετέβησαν για τον εμβολιασμό τους, που ειδικά στην αρχική φάση, ήταν ηλικιωμένοι άνθρωποι πολλοί από τους οποίους ήταν και η πρώτη φορά που βγαίνανε από το σπίτι τους μετά από μία μεγάλη χρονική περίοδο.

Υ1: *«περάσαμε πολύ:: στιγμές προσωπικής ευχαρίστησης ειδικά όταν (.) αρχίσαμε να εμβολιάζουμε τους ηλικιωμένους τους υπέργηρους γιατί καταλαβαίναμε ότι πραγματικά τους ελευθερώνουμε και τους σώζουμε σε εισαγωγικά»*

Ενώ μεγάλο ενδιαφέρον δείχνει και η εμπειρία του Υποκειμένου 9 το οποίο δήλωσε:

*«...ένα διέξοδο να μπορέσουν να βγουν απ' το σπίτι έρχονταν χαρούμενοι και:: (.) οι κυρίες με τις γούνες και τα κοσμήματα που νιώθανε ότι πηγαίνανε εκδρομή δεν : χανόταν κανένα ραντεβού»*

Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι το κέντρο υγείας βρίσκεται σε απομακρυσμένη περιοχή και δεδομένου ότι ο εμβολιασμός ξεκίνησε τον Ιανουάριο του 2021, ο πληθυσμός που καλέστηκε να εμβολιασθεί , το έκανε διανύοντας μεγάλη απόσταση και κάποιες φορές με αντίξοες καιρικές συνθήκες. Υ3: *«...παρ' ότι είμαστε μακριά η αλήθεια είναι πως υπήρξε μεγάλη ανταπόκριση από τον κόσμο στο να έρθουν τόσα χιλιόμετρα να εμβολιαστούν».*

Στην πορεία όμως του εμβολιασμού , αυτό άρχισε να αλλάζει αφού η ανταπόκριση του κόσμου δεν ήταν πλέον η ίδια με τον αναμενόμενο αριθμό. Ειδικά, με την έναρξη του εμβολιασμού των μικρότερων ηλικιακών ομάδων παρουσιάστηκε μία πτώση. Ταυτόχρονα, επισημάνθηκε και ο παράγοντας παραπληροφόρηση που ορισμένοι γιατροί θεωρούν ότι έπαιξε καταλυτικό ρόλο στην μείωση. Υ5: *«Χωρίς να φταίει ο κόσμος (.) ο κόσμος παραπληροφορείται».* Υ9 : *«όσο προχωράνε οι νεότερες ηλικίες βλέπουμε μια αδιαφορία (.) τα:: νούμερα έχουν μειωθεί πάρα πολύ».*

### 4.3 Η επίδραση της πανδημίας στην πρωτοβάθμια υγεία

Τα στοιχεία δείχνουν ότι το σύνολο των ιατρών που συμμετείχε στην έρευνα, θεωρούν ότι η πρωτοβάθμια υγεία αποδυναμώθηκε και η επίδραση της πανδημίας ήταν αρνητική σε όλα τα επίπεδα που στοιχειοθετούν την πρωτοβάθμια. Υ6: «- *Χάσαμε το ρόλο- το:: το δρόμο μας βασικά η πρωτοβάθμια μέσα από την: πανδημία αυτή ουσιαστικά έχασε τον δρόμο της ...όλη η ιατρική είχε γυρίσει κι είχε γίνει κορονοϊός.*»

#### 4.3.1 Αλλαγή της φύσης της πρωτοβάθμιας

Ειδικότερα, η προληπτική φύση ,η συμβουλευτική ιατρική και τελικά αυτή η άμεση επαφή με την κοινότητα πήγαν πίσω για ένα μεγάλο διάστημα ,γεγονός το οποίο έπληξε κατά κόρων τη λειτουργία του κέντρου υγείας και κατ' επέκταση τους ασθενείς για τους οποίους είναι υπεύθυνη διαχείρισης η πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Με τα πρώτα κρούσματα που εμφανίστηκαν και άρχισαν να αυξάνονται στη χώρα στις αρχές Μαρτίου του 2020, η πρώτη αλλαγή αφορούσε το πρόγραμμα αγωγής υγείας που είχε διαμορφωθεί και είχε ήδη ξεκινήσει τη δράση του στα σχολεία και στην κοινότητα σταμάτησε .

Υ11: «*Είχαμε ξεκινήσει δηλαδή προ πανδημίας με ομάδες αγωγής υγείας που πηγαίναμε στα σχολεία ,μιλούσαμε στην κοινότητα, ...δυστυχώς αυτά σταμάτησαν*»

Πολύ σύντομα, ήρθε και το πρώτο ολικό «lockdown» ,το οποίο έπαιξε τον πλέον καταλυτικό ρόλο στην αλλαγή της πρωτοβάθμιας – «*Η πανδημία τον πρώτο καιρό την έκλεισε την πρωτοβάθμια (.) κλείσαμε πόρτες* » όπως αναφέρει χαρακτηριστικά το Υποκείμενο 4.

Ενώ κοινό χαρακτηριστικό όλων είναι η διατάραξη της συχνής επαφής και επικοινωνίας που έχει δημιουργηθεί στο κέντρο υγείας μεταξύ των γιατρών και των ασθενών.

Υ6: «*στους ασθενείς μας η πόρτα του κέντρου υγείας ήταν συνέχεια ανοιχτή (.) ΠΑΝΤΑ ήταν ανοιχτή (.) ε:: για οτιδήποτε (.) και τώρα (.) στα πλαίσια της πανδημίας αναγκαστήκαμε αυτή την πόρτα να την κλείσουμε και να τους βλέπουμε από ένα παράθυρο*».

Η δομή σταμάτησε να επιτρέπει την είσοδο στους ασθενείς προκειμένου να διαφυλαχτεί από τον ιό για τον οποίο σε αρχική φάση η γνώση και η πληροφόρηση ήταν ελάχιστη. Επιπρόσθετα, όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο ,δεν υπήρχε ο κατάλληλος προστατευτικός εξοπλισμός για το προσωπικό. Παράλληλα, γιατροί του κέντρου υγείας καλέστηκαν ώστε να καλύψουν άλλες δομές όπως το νοσοκομείο και άλλα κέντρα υγείας ,δημιουργώντας έτσι ένα κενό και μία συνεχόμενη προσπάθεια κάλυψης γεγονός το οποίο υποβάθμισε την παροχή υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας.

Υ3: *«καλεστήκαμε από το νοσοκομείο να βοηθήσουμε κι εκεί για αρκετούς μήνες με αποτέλεσμα και εδώ να υπήρχε δυσλειτουργία του κέντρου υγείας».*

Μία ακόμα συνέπεια, υπήρξε και η μη δυνατότητα της πρωτοβάθμιας να αποφορτίσει τη δευτεροβάθμια αναλαμβάνοντας περιστατικά τα οποία ανήκουν στον τομέα ευθύνης της. Με αποτέλεσμα ασθενείς οι οποίοι αναζητούσαν υπό άλλες συνθήκες υπηρεσίες υγείας στο κέντρο υγείας να αναγκάζονται να παραπέμπονται στο νοσοκομείο. Αυτό βέβαια, εκτάθηκε και όσο αναφορά την πανδημία καθώς η δυνατότητα πραγματοποίησης διαγνωστικών τεστ κορονοϊού δόθηκε προς το τέλος του δεύτερου κύματος και έπειτα ενεργά πλέον η πρωτοβάθμια ανέλαβε πλήρως και όπως της αναλογεί αυτό το ρόλο.

Υ4: *«Ναι βέβαια μιλάμε για τον πρώτο καιρό βέβαια έτσι; γιατί κάπως τώρα έχουν αλλάξει τα πράγματα».*

Υ8: *«...στην ουσία η πρωτοβάθμια η πρόληψη εξαφανίστηκε ..μια καραντίνα παρατεταμένη σχεδόν δύο χρόνια.».*

#### *4.3.2 Διαχείριση ασθενών άλλων νοσημάτων*

Η διαχείριση ασθενών με νοσήματα εκτός του κορονοϊού άλλαξε ριζικά με την έναρξη της πανδημίας. Αυτή η αλλαγή δεν είναι μονοδιάστατη καθώς από τη μία, βάσει οδηγιών , διαμορφώθηκε διαφορετικά η λειτουργία του κέντρου υγείας, υπήρχε ο φόβος των γιατρών ειδικά στην αρχή και από την άλλη , οι ίδιοι ασθενείς σταμάτησαν λόγω του έντονου φόβου να αναζητούν με τον ίδιο τρόπο ιατρική βοήθεια. Υ1: *«Όπως εμείς φοβηθήκαμε πολύ φοβήθηκαν τέσσερις φορές και δέκα φορές περισσότερο οι ασθενείς μας».*

Στο πρώτο κύμα, τα μόνα περιστατικά που εξυπηρετούνταν στο χώρο του κέντρου υγείας ήταν ορθοπεδικά και τραύματα, ενώ όσοι είχαν πυρετό ή είχαν συμπτώματα που ήταν ύποπτα για κορονοϊό παραπέμπονταν στο νοσοκομείο. Στην περίπτωση βέβαια που η κλινική εικόνα επέτρεπε να διαχωρίσεις το εμπύρετο του κορονοϊού από κάποια άλλη αιτία ,οι περισσότεροι γιατροί επέλεξαν να το εξετάσουν. Υ10: *«μία φλεγμονή σε μία άρθρωση η οποία μπορεί να δώσει ένα εμπύρετο (.) εκείνα να θα το δεις δεν θα το αφήσεις έτσι να φύγει».*

Επιπλέον, με τους περισσότερους ασθενείς η επικοινωνία γινόταν τηλεφωνικά γεγονός το οποίο πολλές φορές αποτέλεσε πρόκληση για τους γιατρούς αφού δεν μπορούσαν να διαμορφώσουν ολοκληρωμένη εικόνα για έναν ασθενή. Υ2: *«αλλιώς είναι να σου εξηγή (.) να λέει αν είμαι καλά και αλλιώς είναι να το δεις ένας ωχρός ή να λαχανιάζει μέχρι που έχει έρθει δηλαδή αυτή η επαφή είναι*

πάρα πολύ δύσκολο να προβλέψεις τι μπορεί να έχει πάθει μιλώντας μόνο απ' το τηλέφωνο ή με κάποιον συγγενή επειδή ο παππούς φοβάται να 'ρθει στο ιατρείο»Ενώ ταυτόχρονα επισημάνθηκε η έντονη αποφυγή των ασθενών για να επισκεφθούν το κέντρο υγείας και πολλές φορές παρά την παρακίνηση των ιατρών».

Υ10: «μη μου πεις να έρθω γιατρέ πες μου τι να κάνω απ' το τηλέφωνο (.) και του 'λεγες μα πρέπει να το δω από κοντά ... δεν πλησιάζω εγώ εκεί πέρα φοβάμαι».

Ένα ακόμη χαρακτηριστικό που αναδείχθηκε είναι ότι για μεγάλο διάστημα περιστατικά τα οποία καλούνταν να αντιμετωπίσουν οι γιατροί στην καθημερινότητά τους κατά κάποιο τρόπο είχαν εξαφανιστεί. Υ9: «ο κορονοϊός βγήκε μπροστά και πήγαν πίσω όλα τ' άλλα νοσήματα εμφράγματα εγκεφαλικά (.) οξείες κοιλίες αφού αναρωτιόμασταν δεν υπάρχουν πια αυτά; (.) χαθήκανε»

Σημαντική κρίθηκε και η διαταραχή της παρακολούθησης των ασθενών που άλλοτε όπως αναφέρει χαρακτηριστικά το Υποκείμενο 1: « απομακρυνθήκαμε ακόμα και από τους ασθενείς που μπορεί να τους βλέπαμε τρεις φορές εβδομαδιαία.» , ενώ και η ψυχολογική υποστήριξη που χρειάζονται οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα δεν υπήρχε πλέον, που ήταν αποτέλεσμα της διακοπτόμενης αυτής επικοινωνίας μεταξύ γιατρών- ασθενών. Υ10: «γιατί καμιά φορά ειδικά οι χρονίως πάσχοντες θέλουνε και την ψυχολογική υποστήριξη την οποία δυστυχώς δεν μπορούσαμε να τη δώσουμε».

Η συνταγογράφηση γινόταν πλέον ηλεκτρονικά χρησιμοποιώντας την άυλη συνταγογράφηση κατά κύριο λόγο ,χωρίς βέβαια αυτό να γίνεται στα πλαίσια της γενικής παρακολούθησης του ασθενούς καθώς δεν υπήρχε φυσική εξέταση και δεν γινόντουσαν οι κατάλληλες αλλαγές στα φάρμακα των ασθενών όπως θα γινόντουσαν με τον πλήρη έλεγχο. Με τον ίδιο τρόπο γινόταν και η διαδικασία των παραπεμπτικών που όπως τονίστηκε από το Υποκείμενο 5 και σε αυτή τη διαδικασία υπήρχαν προβλήματα καθώς ο φόβος των ασθενών ήταν τόσο εκτεταμένος που επέλεγαν πολλές φορές να μην ακολουθήσουν τις συμβουλές των γιατρών εάν κρίνανε ότι χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση ενός περιστατικού.

Υ5: «δεν γίνονταν προληπτικός έλεγχος γιατί και να ήθελες να κάνεις δεν ερχόταν ο ασθενής και να του τον έδινες να τον κάνει δεν πήγαινε ο ασθενής να τον κάνει (.) αυτά χαθήκανε».

Ο προληπτικός χαρακτήρας της πρωτοβάθμιας υποβαθμίστηκε καθώς οι ασθενείς δεν πηγαίνανε να κάνουν τον προληπτικό έλεγχο τους. Αυτό αφορά μικροβιολογικές εξετάσεις, τεστ παπ, μαστογραφίες ,ακτινολογικό έλεγχο κτλ.

Υ7: «οι περισσότερες γυναίκες πρώτα απ' όλα παρέλειψαν να κάνουν τη μαστογραφία τους»

Υ8: «μπήκαν λίγο σε δεύτερη προτεραιότητα τα χρόνια νοσήματα... καθυστέρησαν να γίνουν προγραμματισμένες εξετάσεις».

Όταν στη συνέχεια καλύφθηκαν οι ανάγκες εξοπλισμού και υποδομής και πλέον και οι γιατροί είχαν μεγαλύτερη γνώση και εμπειρία γύρω από το νέο ιό, η διαχείριση ασθενών ήταν πιο εύκολη και προσαρμοσμένη στα πλαίσια της πανδημίας. Η εξέταση ύποπτων ασθενών γινόταν στο isobox αφού είχε ληφθεί ένα τεστ rapid. Στο χώρο του κέντρου υγείας εξυπηρετούνταν ασθενείς για τους οποίους πριν την είσοδό τους γινόταν θερμομέτρηση και λήψη λεπτομερούς ιστορικού. Ταυτόχρονα, φαίνεται και από την πλευρά του κόσμου ότι πλέον το τελευταίο εξάμηνο άρχισαν να αναζητούν και πάλι ιατρική βοήθεια και ζητούν να κάνουν τις εξετάσεις τους και να ελεγχθούν έπειτα από ένα μεγάλο διάστημα.

Υ5: «οι ασθενείς ζητούν να κάνουν και:: τον προληπτικό αιματολογικό έλεγχο:: και:: τεστ ΠΑΠ και:: μαστογραφίες και:: (.) οτιδήποτε άλλο περιλαμβάνει ο προληπτικός προσυμπτωματικός έλεγχος».

#### 4.3.2.1 Επιπτώσεις της πανδημίας στην υγεία των ασθενών

Αδιαμφισβήτητο το σύνολο των υποκειμένων της έρευνας, συμφώνησαν ότι η πανδημία είχε μεγάλες επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών, ενώ τα αποτελέσματα αυτής ήδη έχουν αρχίσει να τα διακρίνουν. Από τη στιγμή που ασθενείς με χρόνια νοσήματα σταμάτησαν να έρχονται σε επαφή με τους γιατρούς και παρέλειψαν να κάνουν τις εξετάσεις τους, φαίνεται ότι πολλοί από αυτούς έχουν απορρυθμιστεί. Υ10: «τα:: χρόνια νοσήματα ξεχάστηκαν τελείως».

Πιο επεξηγηματικά, ασθενείς που πάσχουν από διαβήτη και καρδιολογικά προβλήματα είναι αυτοί που έχουν επηρεαστεί περισσότερο και ανήκουν στον τομέα διαχείρισης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Υ1: «...νακαλύπτουμε καρδιοπάθειες ή:: εμ- εμφράγματα προηγηθη- προηγηθέντα που προφανώς ε:: τα χάσαμε εν μέσω πανδημίας ζάχαρα αρρυθμιστα πιέσεις αρρυθμιστες ο κόσμος απορρυθμίστηκε γενικά».

Υ3: «...υπήρξε:: στο ιατρείο ένας ασθενής διαβητικός ο οποίος παρακολουθούνταν από εμένα:: (.) το διάστημα πριν της πανδημίας και καθώς ξεκίνησε η πανδημία είχε κι από μόνος του πολύ φόβο:: γενικότερα στο να έρθει στο:: ιατρείο (.) μιλούσαμε στο τηλέφωνο αλλά:: (.) κάπου δεν καταλάβαινε καλά και σωστά τις οδηγίες με αποτέλεσμα να απορρυθμιστεί τελείως το:: ζάχαρό του και να έρθει κάποια στιγμή:: τελείως αποδιοργανωμένος από το νόσημά του».



Εκτός από τα καρδιολογικά νοσήματα και το διαβήτη, τα υποκείμενα 6 και 8 ανέφεραν την επιδείνωση ή και την ανάδειξη ψυχολογικών προβλημάτων που προέκυψαν λόγω του εγκλεισμού κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Υ6: «*ΠΑΡΑ πολύ σημαντικό κομμάτι είναι ότι βλέπουμε έντονα ψυχολογικά προβλήματα (.) είτε έχουμε: (.) κρίσεις πανικού πάρα πολλά έχουμε κατάθλιψη γενικευμένες αγχώδεις διαταραχές (.) τα ψυχικά νοσήματα γενικώς τα οποία προϋπήρχαν έχουν επιδεινωθεί*».

Υ8: «*...ψυχογενή τύπου οπότε έχει επηρεάσει και τον πληθυσμό γενικά στο σύνολό του και στην ψυχολογία του οπότε: νομίζω ότι έχουν επιδεινωθεί αυτές οι καταστάσεις*».

Τέλος, εντοπιστήκανε και περιστατικά πιο επείγουσας μορφής τα οποία καθυστέρησαν να λάβουν θεραπεία σε πιο αρχική φάση θέτοντας άμεσα σε κίνδυνο τη ζωή αυτών των ασθενών.

Υ7: «*δυστυχώς είδαμε δηλαδή να έρχονται άνθρωποι (.) που ήτανε ένα βήμα πριν το τέλος πολλές φορές λόγω αυτών των επιλογών τους..είδαμε ασθενείς να 'ρχονται δυστυχώς δηλαδή με χολοκυστίτιδες οι οποίες εξελίσσονταν σε παγκρεατίτιδες και ούτω καθ' εξής*».

#### 4.3.3 Η αξία της πρωτοβάθμιας και προτάσεις ενίσχυσης

Οι συμμετέχοντες της μελέτης τόνισαν τη σημασία της πρωτοβάθμιας και πόσο καθοριστικό ρόλο παίζει σε ένα σύστημα υγείας καθώς αποτελεί πυλώνα της προστασίας της δημόσιας υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας αλλά και πέρα από αυτή.

Υ1: «*έχω διαβάσει ότι η πρωτοβάθμια είναι η μοναδική βαθμίδα περίθαλψης που μπορεί να επηρεάσει και τη νοσηρότητα και την επιβίωση του ασθενούς... αν δεν υπήρχε δεν θα μπορούσε να σταθεί τόσος κόσμος ούτε για την πρόληψη ούτε για την πληροφόρηση ούτε και τώρα για να μπορέσουμε έτσι να επουλώσουμε τις πληγές του COVID... γιατί είμαστε φτηνοί και αποτελεσματικοί η πρόληψη δηλαδή είναι αυτή που θα σώσει.*»

Υ6: «*Η πρωτοβάθμια μπορεί και το χει αποδειξει ότι έχει την ικανότητα να συμμετέχει περισσότερο στην αντιμετώπιση της πανδημίας*».

Ταυτόχρονα, τονίστηκε η σπουδαιότητα της πρωτοβάθμιας και της ανάγκης μίας καλής οργάνωσης για την υποστήριξη της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας περίθαλψης. Αυτό φάνηκε ιδιαίτερος όταν στο πρώτο κύμα της πανδημίας, η πρωτοβάθμια δεν είχε ενεργό ρόλο στη διαχείριση της πανδημίας και συνέπεια αυτού ήταν η επιβάρυνση του νοσοκομείου αφού το κέντρο υγείας δεν μπορούσε να εξυπηρετήσει ύποπτα περιστατικά COVID-19.

Υ7: «η πρωτοβάθμια είναι αυτή που θα αποτρέψει έναν ασθενή αν γίνεται σωστά η δουλειά στην πρωτοβάθμια θα μειωθούν κατά πολύ τα περιστατικά που χρειάζονται δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη».

Υ4: «Θεωρώ ότι η πρωτοβάθμια θα μπορούσε να παίζει πάρα πολύ σημαντικό ρόλο και για πάρα πολύ καιρό δεν έπαιξε σχεδόν κανένα ρόλο ήμασταν κλειστοί για όλους στέλναμε μονάχα νοσοκομείο».

Ο τρόπος που ανέδειξαν οι ιατροί για την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας έχει διπλή μορφή, από τη μία η κάλυψη των ελλείψεων και από την άλλη προτάσεις που θεωρούν ότι θα οδηγήσουν σε πιο θετικά αποτελέσματα. Όσο αφορά τις ελλείψεις, οι περισσότεροι αναφέρθηκαν στην αναγκαιότητα βελτίωσης της κτιριακής και υλικοτεχνικής υποδομής και όσο διαρκεί η πανδημία αλλά και έπειτα καθώς οι ελλείψεις αυτές υπάρχουν εδώ και χρόνια. Αυτό εκτάθηκε στην καλύτερη πρόσβαση στο διαδίκτυο, φάρμακα, εργαλεία, συντήρηση και διαμόρφωση των χώρων του κέντρου υγείας.

Υ3: «...είμαστε η πρώτη γραμμή που θα δούμε τα επείγοντα και θα τα αντιμετωπίσουμε (.) αν δεν υπάρχει το κατάλληλο υλικό σίγουρα δεν μπορούμε να το κάνουμε αυτό και αναγκαστικά τα οδεύουμε προς το νοσοκομείο»

Υ7: «...να υπάρχει βοήθεια στη:: συντήρηση των χώρων δε νοείται δηλαδή να έχεις ένα ιατρείο το οποίο να μην έχει πρόσβαση στο ίντερνετ».

Ταυτόχρονα , στο θέμα της έλλειψης προσωπικού, υπήρξαν διαφορετικές απόψεις με κάποιους να θεωρούν ότι υπάρχει επάρκεια απλά ίσως πρέπει να γίνει διαφορετική διαχείριση ,αλλά στην πλειονότητά τους , στηρίζουν την πρόσληψη ιατρονοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού.

Υ1: «να ενισχυθεί από θέμα διοίκησης από θέμα:: προσωπικού να δημιουργηθούν επιπλέον- επιπλέον θέσεις.».

Υ2: «θα μπορούσε να μετακινηθεί προσωπικό εκεί που ήταν πάρα πολύ... θα μπορούσαν κι από άλλα τμήματα να βοηθήσουν ενώ μείναμε αυτοί που ήμασταν πρώτη γραμμή».

Από κει και πέρα, αναδείχθηκαν και προτάσεις που αφορούν άμεσα τη διαχείριση της πανδημίας όπως η δημιουργία δεύτερου απομονωμένου ακτινολογικού χώρου, η δυνατότητα αιματολογικού ελέγχου, η ιχνηλάτηση και παρακολούθηση κρουσμάτων στην κοινότητα από το ίδιο το κέντρο υγείας και όχι από τον ΕΟΔΥ καθώς και ο πλήρης διαχωρισμός εξυπηρέτησης ασθενών με ύποπτη συμπτωματολογία και ασθενών με χρόνια νοσήματα ,ενώ τέλος αναδείχθηκε και η σημασία της ολοκλήρωσης και της εφαρμογής του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας των ασθενών.

Υ4: «...πώς μετά μετακινείται ο κορονοϊός μας στην κοινότητα γιατί αν έχεις μια μικρή κοινότητα είναι πολύ πιο εύκολο να το παρακολουθήσεις εσύ σε σχέση με τους ανθρώπους παρά το κλιμάκιο του ΕΟΔΥ που θα 'ρθει και θα προσπαθήσει να (.) πιάσει σχέση προς σχέση εσύ είσαι κάθε μέρα εκεί και το παρακολουθείς».

Υ10: «...γιατί αν εμείς είχαμε για παράδειγμα ένα δεύτερο χώρο ακτινολογικού (.) θα μπορούσαμε να βγάλουμε ακτινογραφίες στους ασθενείς και βασικό είναι αν είχαμε τα αιματολογικά (.) δε θα χρειαζόταν να τους στείλουμε νοσοκομείο».

Υ8: «...θα 'πρεπε να μοιράζεται ο χρόνος ανάμεσα στα- στα χρόνια περιστατικά που θα μπορούσαμε να ασχοληθούμε και στ- ε:: στους ασθενείς με COVID θα μπορούσε να ασχολείται ένα κομμάτι της πρωτοβάθμιας με αυτό οπότε να- να ασχολείται και καλύτερα και πιο εμπειριστατωμένα».

Σε αυτό το σημείο, αξίζει να σημειωθεί, ότι από πολλούς συμμετέχοντες δόθηκε έμφαση στη σημασία της εκπαίδευσης τόσο στο θέμα της συγκεκριμένης πανδημίας όσο και πέρα από αυτή και μάλιστα με πρωτοβουλία του κράτους. Συγκεκριμένα, τονίστηκε η αξία της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και η αξιολόγησή τους πάνω σε αυτό.

Υ7: «...να δούμε αν το προσωπικό είναι επίσης κατάλληλα εκπαιδευμένο για κάποια πράγματα κι αν δεν είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο να φροντίσουμε να εκπαιδευτεί».

Υ6: «Αξιολόγηση (.) ουσιαστική αξιολόγηση από ανθρώπους που γνωρίζουν το αντικείμενο της πρωτοβάθμιας (.) εκπαίδευση σε όλα τα επίπεδα ανεξαρτήτου βαθμού».

Υ5: «...για εκπαίδευση γιατί δεν μπορούμε να ζητάμε στο γιατρό να εκπαιδεύεται ή στο νοσηλευτή μέσω συνεδρίων έτσι; όταν ήθελε το κράτος να μας εκπαιδεύσει για τον κορονοϊό ο ΕΟΔΥ έστειλε κάθε μέρα δύο τρία τέσσερα e-mail για να μας δίνει πληροφορίες που έπρεπε να ακολουθούμε (.) αυτό θα μπορούσε να γίνεται συνέχεια και για άλλες νόσους».

Τέλος, αναδείχθηκε η σημασία της άμεσης επαφής με την κοινότητα με τις ομάδες υγείας και με τη βοήθεια των δήμων και κρατικών φορέων και η σημασία της συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού υγείας και της κοινότητας.

Υ5: «να υπάρξει και ένα καλύτερο δέσιμο του γιατρού του νοσηλευτικού προσωπικού με την κοινότητα (.) το οποίο αυτό θα μπορούσαν να βοηθήσουν οι δήμοι (.) γιατί... δεν ήταν και τόσο ενεργοί ούτε στην πανδημία αλλά ούτε και πριν την πανδημία».

Y11: *«Θα έπρεπε να έχουμε πολύ περισσότερη επαφή με την κοινότητα ,να βγούμε εμείς οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας και οι γιατροί στην κοινότητα ,να υπάρχει μία καλύτερη συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων υγείας όσο αναφορά αυτό το κομμάτι»*

#### 4.4 Η επίδραση της πανδημίας στο ιατρικό προσωπικό

##### 4.4.1 Νέα εργασιακή καθημερινότητα και προκλήσεις

Η εργασιακή καθημερινότητα άλλαξε άρδην με την πανδημία του κορονοϊού δημιουργώντας νέες ανάγκες τόσο στην διαχείριση των ασθενών όσο και στις εργασιακές απαιτήσεις των ιατρών. Οι ώρες εργασίας αυξήθηκαν δημιουργώντας άγχος και κόπωση στους ιατρούς ενώ ταυτόχρονα οι μετακινήσεις και η κάλυψη αναγκών και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη συνέστησαν παράγοντες που οδήγησαν και στη διαταραχή άλλοτε των εργασιακών σχέσεων μεταξύ του ιατρικού προσωπικού του κέντρου υγείας και της συναδελφικής συνεργασίας. Αυτή η διαταραχή ενισχύθηκε και από τα γεγονός ότι θεώρησαν ότι οι ευθύνες δεν καταμερίστηκαν ισομερώς .

Y8: *«...αναγκαστήκαμε:: λόγω μετακινήσεων και λόγω έλλειψης προσωπικού να μετακινηθούμε και προς τα νοσοκομεία και προς άλλα κέντρα υγείας οπότε πολλαπλασιάστηκε:: η δουλειά μας και πολλαπλασιάστηκε όχι μόνο ας πούμε και:: σαν ώρες και ποιοτικά πολλαπλασιάστηκε η δουλειά».*

Y4: *«...και η συνεργασία μεταξύ μας ήταν πολύ:: πιο δύσκολη και εντάξει είναι απαραίτητη η συνεργασία για να μπορέσεις να είσαι και σωστός όταν δουλεύεις σε ένα ομαδικό team».*

Ταυτόχρονα με την έναρξη του εμβολιασμού οι γιατροί ανέφεραν ότι ήταν ήδη στα όρια εργασιακής κόπωσης καθώς δεν ενισχύθηκαν όπως ευελπιστούσαν με επιπλέον προσωπικό και οι ίδιοι καλέστηκαν να καλύψουν όλες τις ανάγκες.

Y10: *«...οι ίδιοι άνθρωποι παλεύουνε και για τη διαχείριση και για τους ασθενείς και για τους εμβολιασμούς και για τα:: τεστ και για τα::- και για τις εφημερίες και για τις μετακινήσεις και για όλα».*

##### 4.4.1.1 Η έναρξη της πανδημίας

Οι συμμετέχοντες της έρευνας ανέφεραν ότι η πρώτη αντίδραση με την έναρξη της πανδημίας ήταν ο φόβος. Ο φόβος αυτός είχε διαφορετικές πλευρές και εκτεινόταν από το βίωμα του προσωπικού φόβου για την ασφάλεια του εαυτού, το φόβο για τη μετάδοση σε άλλους ανθρώπους , το φόβο για το άγνωστο.

Y1: *«...η έναρξη της πανδημίας μας βρήκε ανέτοιμους και:: φοβισμένους πάρα πολύ».*

Υ2: «Κανείς δεν περίμενε πρώτα την πανδημία και μετά:: το μέγεθος της πανδημίας η πρώτη αντίδραση σίγουρα ήταν φόβος...Σίγουρα δεν νιώσαμε:: ασφαλείς λόγω έλλειψης και προσωπικού (.) καθαρίστριες και:: λόγω των υλικών».

Υ9 : «...δεν το περίμενε κανένας μια τέτοια πανδημία δεν είχαμε εμπειρία από τέτοιες μεγάλες (.) την H1N1 που:: ήτανε το δύο χιλιάδες δύο ή τέσσερα δε θυμάμαι ,εντάξει προετοιμαστήκαμε (.) αλλά δεν έφτασε ποτέ στην Ευρώπη (.) απλώς κάναμε κάποια εμβόλια είχαμε γενικές οδηγίες πώς να την-αντιμετωπίσουμε (.) δεν ξέραμε:: καθόλου δεν ήμασταν προετοιμασμένοι όπως δεν είχαμε και υλικά τον πρώτο καιρό:: έλλειπαν μάσκες (...) στολές»

Μία ακόμα μεγάλη δυσκολία που αναδείχθηκε με την έναρξη της πανδημίας είναι και ο φόβος για τον τόσο καινούριο ιό καθώς οι πληροφορίες ήταν πολύ λίγες και για τον χαρακτήρα του και τα συμπτώματα που τον συνοδεύουν αλλά και για την θεραπεία του. Γεγονός το οποίο δημιούργησε επιπλέον ανασφάλεια στους γιατρούς καθώς δεν γνώριζαν πώς πρέπει να τον αντιμετωπίσουνε.

Υ9: «Η πανδημία για μας ήταν αχαρτογράφητα νερά δεν το ήξερε κανείς τι είναι τι περιμέναμε τι:: επιπλοκές πώς θα αντιμετωπίζαμε καταρχάς δεν ξέραμε τη θεραπεία:: στην αρχή πηγαίναμε ψάχνοντας , όλοι φοβόμασταν πάρα πολύ (...) φοβόμασταν το άγνωστο φοβόμασταν τι θα συμβεί».

Υ4: «...αντιμετωπίσαμε βασικά:: έναν καινούριο ιό που δεν είχαμε καμία πληροφορία. Για πάρα πολύ καιρό δεν ξέραμε τι κάνει αυτός ο ιός... κάθε σύμπτωμα δυνητικά ήταν κορονοϊός ... και αυτό έφερε μεγάλο άγχος φόβο πανικό γενικά στο σύστημα υγείας».

#### 4.4.1.2 Ο μετασχηματισμός της παροχής υπηρεσιών και οι εμπειρίες των γιατρών λόγω αυτών των αλλαγών

Ο τρόπος λειτουργίας του κέντρου υγείας άλλαξε ριζικά καθώς η φυσική παρουσία του ασθενούς μειώθηκε στο ελάχιστο και μόνο σε περιπτώσεις που δεν είχαν συμπτώματα κορονοϊού. Η καθημερινή και δια ζώσης επικοινωνία με τους ασθενείς διακόπηκε γεγονός το οποίο στοίχησε ιδιαίτερα στο ρόλο και την ποιότητα της παροχής υπηρεσιών από τους γιατρούς προς τους ασθενείς. Περιορίστηκε στην τηλεφωνική επικοινωνία για πολλά περιστατικά που υπό άλλες συνθήκες θα ερχόντουσαν ελεύθερα στο κέντρο υγείας και θα εξυπηρετούνταν οποιαδήποτε στιγμή από έναν γιατρό.

Υ1: «σ' ένα κέντρο υγείας με ανοιχτές τις πόρτες όπου κάθε ασθενής έχουμε μπει στην ουσία στην οικογένειά του και γνωρίζουμε τα πάντα γι' αυτόν τώρα έπρεπε να κλειδώσουμε τις πόρτες (.) να τους

*βάζουμε μονήρεις (.) να μη βλέπουμε τα.: εμπύρετα (.) να παίρνουμε ιστορικό (.) απομακρυνθήκαμε απ' τους ασθενείς μας αυτό έγινε».*

Η δυσχέρεια αυτής της επικοινωνίας προβλημάτισε ιδιαίτερω τους γιατρούς καθώς ένιωθαν ανασφάλεια για τους ασθενείς τους καθώς η ποιότητα της ιατρικής δεν μπορεί να είναι η ίδια μέσω τηλεφώνου . Επίσης , στη διαδικασία φυσικής εξέτασης, λόγω του έντονου φόβου επιμόλυνσης και σε αυτό το σημείο παρατηρήθηκε μία πτώση της ποιότητας από τη μεριά των γιατρών.

*Υ6: «...βλέπω και από άλλους συναδέλφους να φτάνουμε στο σημείο να μην εξετάζουμε όπως εξετάζαμε πριν (.) να μην πιάνουμε τον ασθενή μας να μην ερχόμαστε σε κοντινή επαφή με τον ασθενή μας (.) και.: όσο μπορούμε να μειώνουμε τον χρόνο της εξέτασης και τον χρόνο της επαφής αυτής ».*

Αυτή η αλλαγή επικοινωνίας προβλημάτισε σε διαφορετικά επίπεδα. Διαταράχτηκε η εμπιστοσύνη των ασθενών προς τους γιατρούς οι οποίοι πολλές φορές δεν κατανοούσαν τους περιορισμούς αυτούς που έπρεπε να ακολουθηθούν για την απαραίτητα ασφάλεια όλων .Υ2 : «αυτή η.: επίδραση αρνητική όσο.: δεν πάει γι' αυτό το λόγο που χάσαμε τους ασθενείς μας με την επικοινωνία χάθηκε η εμπιστοσύνη.. κάτι το οποίο νομίζω θα χρειαστεί χρόνο πάλι να αποκατασταθεί.»

Επιπρόσθετα, γνώριζαν και οι ιατροί ότι τηλεφωνικά είναι αδύνατον να έχουν την πλήρη εικόνα ενός περιστατικού με αποτέλεσμα να τους δημιουργούνται ακόμα και ενοχές για τους ασθενείς για τους οποίους ήταν υπεύθυνοι για χρόνια αλλά και από για τους ασθενείς με κορονοϊό. Το αίσθημα ευθύνης παράλληλα αναδείχθηκε και αυτό έντονα και σε μεγαλύτερο βαθμό από αυτό που είχαν συνηθίσει. Αυτό προσδιοριζόταν με το φόβο να μην κολλήσουν οι ίδιοι κάποιον ασθενή στη διαδικασία εξέτασης και ακόμα παραπάνω η ευθύνη διαχείρισης του ιού.

*Υ1: «.. και πολλές φορές αισθανόμαστε ενοχικά για την κακή έκβαση της υγείας ενός ασθενούς που κάποτε τον είχαμε απ' το χέρι και τώρα όσο και να προσπαθούμε δεν μπορούμε να τον έχουμε όπως πριν . Δεν γίνανε πολλά πράγματα όπως έπρεπε στην αρχή δεν είχαμε τις γνώσεις για να βοηθήσουμε ας πούμε τους ασθενείς που νοσούσανε».*

*Υ2: «.. αυτή η ευθύνη ήτανε επειδή καθημερινά δεν ξέραμε με ποιον έρχεσαι σε επαφή (.) πρώτα αυτός ο φόβος (.) μετά να μην το μεταφέρεις στον επόμενο που έχει ανάγκη από σένα σαν γιατρό αλλά δεν ξέρεις τι μπορείς να έχεις μεταφέρει».*

#### 4.4.2 Επιπτώσεις στην προσωπική και οικογενειακή ζωή των γιατρών

##### 4.4.2.1 Συναισθηματική απόκριση και εμπειρίες

Η πανδημία δεν άφησε ανεπηρέαστη την ψυχολογία του ιατρικού προσωπικού καθώς δεν τελείωνε ο φόβος του κορονοϊού στη δουλειά και ταυτόχρονα ο εργασιακός μετασχηματισμός και οι νέες συνθήκες λειτούργησαν επιβαρυντικά στην ψυχολογία τους.

Το βασικό συναίσθημα ου αναφέρθηκε από όλα τα υποκείμενα της έρευνας είναι ο φόβος. Ειδικά στην αρχή όπου ακόμα ο κορονοϊός ήταν κάτι άγνωστο, ο φόβος κυριαρχούσε τόσο στη δουλειά όσο και στην προσωπική τους ζωή ,καθώς από τη μία φοβόντουσαν να μην κολλήσουν οι ίδιοι αλλά από την άλλη να μην κολλήσουν τους ασθενείς ή τους δικούς τους ανθρώπους. Y5: *«εγώ συναισθηματικά και όλοι οι συνάδελφοι επειδή υποχρεωτικά όταν όλοι οι άλλοι βρίσκονταν στην ασφάλεια του σπιτιού τους μέσα στην καραντίνα εμείς έπρεπε να βγούμε έξω κι όχι μόνο να βγούμε έξω αλλά να 'ρθούμε και σ' επαφές με ανθρώπους οι οποίοι νοσούσαν από κορονοϊό»*. Σε αυτό το αίσθημα φόβου, συντέλεσαν και οι εμπειρίες ατόμων που είχαν νοσήσει ή δεν τα κατάφεραν , περιστατικά τα οποία γνώριζαν οι γιατροί και μάλιστα εκ των έσω. Y9: *« ιστορίες από ανθρώπους που τους ξέραμε της διπλανής πόρτας ήταν δεν ήταν άντε το είπαν στην τηλεόραση ήταν από άτομα γνωστά και αυτό σε φοβίζει βέβαια άσχετο αν είσαι γιατρός ή οτιδήποτε είσαι δεν παύεις να είσαι ευάλωτος σαν άνθρωπος.»*

Y7: *«Στην αρχή της πανδημίας έχασα συγγενικό μου πρόσωπο πολύ αγαπητό (.) κι ήταν κάτι που συγκλόνισε όλη την οικογένεια και τους γνωστούς και τους φίλους και:: ουσιαστικά ταυτόχρονα βέβαια ο θάνατος αυτός του ανθρώπου ταρακούνησε για τα καλά πάρα πολλούς άλλους φίλους και συγγενείς»*. Με τον καιρό βέβαια και με την εξέλιξη της πανδημίας που πλέον έχουν παραπάνω γνώση για τον ιό , ο φόβος αυτός έχει μειωθεί αλλά δεν έχει σταματήσει να υπάρχει. Καθοριστικό παράγοντα γι' αυτό, αποτέλεσε ο εμβολιασμός. Y12: *«Ναι μέχρι το σημείο που ξεκίνησαν οι εμβολιασμοί ,μετά αποκλιμακώθηκε η κατάσταση»*.

Πέρα από το αίσθημα φόβου που αναφέρθηκε από όλους τους ιατρούς , προστέθηκε το άγχος για ορισμένους λόγω του φόρτου εργασίας ,ενώ ακόμα συμπλήρωσαν τη θλίψη, τη μελαγχολία, τη μοναξιά, ενώ ταυτόχρονα τα υποκείμενα 4, 6 αναφέρθηκαν και στο θυμό που ένιωσαν ορισμένες φορές λόγω τω εργασιακών συνθηκών.

Y10: *«...Θλίψη(.) μεγάλη θλίψη (.) κλάμα (.) πολλές φορές και μοναξιά (.) πολλή μοναξιά.»*

Y4: *«...βίωσα και βιώνω μεγάλο άγχος για όλα αυτά που συμβαίνουνε (.) θλίψη και στενοχώρια... θυμό (...) για κακή διαχείριση συμβάντων»*.

#### 4.4.2.2 Αλλαγές στην καθημερινότητα και διαπροσωπικές σχέσεις

Το κύριο χαρακτηριστικό που αναφέρουν είναι η απομόνωση. Αυτή η απομόνωση αφορά τις διαπροσωπικές τους σχέσεις εκτός αλλά και εντός της οικογένειάς τους. Συγκεκριμένα, αναδείχθηκε ότι για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα ιδιαίτερα πριν την έναρξη των εμβολιασμών αποκόπηκαν από φίλους και τον κοινωνικό τους κύκλο, στα πλαίσια του οποίου αντιμετώπισαν ορισμένες φορές την περιθωριοποίησή τους από αυτόν λόγω της φύσης της δουλειάς τους και της δεδομένης έκθεσης στον κορονοϊό.

Υ4: «...ο:: κοινός θνητός να πούμε όταν μάθαινε ότι είσαι γιατρός φοβόταν να έρθει να σε πλησιάσει».

Υ7: «...με λίγα λόγια σε εισαγωγικά ήμασταν οι λεπροί για αρκετό μεγάλο διάστημα»

Σε επίπεδο οικογενειακό, περιοριστήκανε στον άμεσο πυρήνα. Οι επαφές με τους μεγαλύτερους, δηλαδή με τους γονείς ή τους παππούδες ήταν ελάχιστες και χρησιμοποιούσαν τηλέφωνα και το διαδίκτυο τις περισσότερες φορές. Αυτού του είδους η επικοινωνία βέβαια, έπληττε συναισθηματικά και τους συγγενείς τους και τους ίδιους.

Χαρακτηριστικά το Υποκείμενο 1 αναφέρει ότι «είχα να δω τους γονείς μου από διαζώσης πάνω από έξι μήνες ..όπου τα κλάματα ήτανε καθημερινά ..χάσανε τα εγγόνια τους για ένα χρόνο ήτανε πολύτιμες για αυτούς οι στιγμές που χαθήκανε γιατί σ' αυτές τις ηλικίες αλλιώς άλλο βάρος έχει η ώρα και ο χρόνος και ο μήνας και αυτό δεν επιστρέφει».

Προβληματισμό βέβαια έφερε και για το Υποκείμενο 6 το γεγονός ότι μένει με τους γονείς του και ειδικά την περίοδο που εργαζόταν στο νοσοκομείο ήταν ιδιαίτερα δύσκολο καθώς προσπαθούσε να απομονωθεί ακόμα και στο ίδιο του το σπίτι. «Η περίοδος του νοσοκομείου ήτανε πιστεύω η χειρότερη γιατί έπρεπε κάθε φορά να παίρνω τις προφυλάξεις μου μπαίνοντας στο σπίτι. Έχοντας μία επαφή με ύποπτο κρούσμα έπρεπε να απομονώνομαι στο δωμάτιό μου».

Σε αυτό το σημείο αναδείχθηκε και η εμπειρία του Υποκειμένου 3 καθώς νόσησε αυτό αλλά και άτομα στο οικογενειακό του περιβάλλον με ανάγκη νοσηλείας, που αποτέλεσε ιδιαίτερα δύσκολη περίοδο αφού ένωσε σε μέγιστο βαθμό το φόβο αλλά και την ανασφάλεια καθ' όλη τη διάρκεια για την έκβαση της υγείας τους, τονίζοντας την έλλειψη ενημέρωσης όσο τα μέλη αυτά βρίσκονταν στο νοσοκομείο. «Στο δικό μου περιβάλλον νοσήσαμε κιόλας από κορονοϊό οπότε όλη αυτή τη διαδικασία και τη διαχείριση, όλη τη νόσηση την περάσαμε στην ουσία για τα καλά από μέσα (.) υπήρξε μεγάλος φόβος και μετά από τη νόσηση (.) γενικότερα ήταν μία πολύ άσχημη περίοδος... δύο μέλη από την οικογένειά μου νόσησαν και βρέθηκαν στο νοσοκομείο».



Ταυτόχρονα, και οι υπόλοιπες διαπροσωπικές σχέσεις φαίνεται να πέρασαν από στάδια κρίσης μεταξύ συζύγων, ενώ εκείνοι που μένουν μόνοι τους αναφέρθηκαν στην έλλειψη προσωπικής ζωής και τη μοναξιά. Αυτό συνέβαινε λόγω της κοινωνικής απομόνωσης αλλά και του αυξημένου φόρτου εργασίας. Υ8: «Ποια προσωπική ζωή όταν κάνεις δέκα και δώδεκα εφημερίες το μήνα ...στέρησε και πολύ χρόνο και πολύ ποιότητα από την προσωπική μου ζωή».

Υ11: «Υπήρχε έτσι μία γενικότερη θλίψη ,ένας φόβος, ένα μεγάλο άγχος το οποίο ήτανε καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας και επηρέαζε και τη σχέση με το σύζυγό μου».

Συμπερασματικά, η περίοδος της πανδημίας ,όπως και σε όλη την κοινωνία, στοίχισε ιδιαίτερα στο ιατρικό προσωπικό του κέντρου υγείας στην ψυχολογία τους αλλά και στις διαπροσωπικές σχέσεις του περιβάλλοντός τους ,εντός και εκτός εργασίας με τα χαρακτηριστικά λόγια του υποκειμένου 10 να αντικατοπτρίζουν τις δυσκολίες αυτές.

Υ10: «Αυτό και μόνο αυτό (.) να μας μείνει απλά σαν ένα κακό όνειρο (.) και τίποτα παραπάνω (.) και σίγουρα όλοι μας θα μείνουμε:.- ειδικά όσοι το διαχειριστήκαμε από τόσο κοντά- με κάποια κατάλοιπα κι εννοώ ψυχολογικά κατάλοιπα (.) δεν υπάρχει περίπτωση να: περάσει κάποιος αλώβητος απ' όλο αυτό (.) για μένα προσωπική μου άποψη κι όποιος πει ότι πέρασε μάλλον θα πει ψέματα».

## **Κεφάλαιο 5: Συζήτηση**

Η παρούσα εργασία έχει ως θέμα τη διερεύνηση των εμπειριών του υγειονομικού προσωπικού της πρωτοβάθμιας υγείας από την πλευρά των ιατρών, σε μία συνθήκη πανδημίας, αυτή της COVID-19. Αποτέλεσε μία πρόκληση για όλα τα κράτη, για όλες τις βαθμίδες υγείας. Έτσι, στη μελέτη αυτή, ο ερευνητής θέλησε να εμβαθύνει στο φαινόμενο του κορονοϊού μέσα από μία ολιστική σκοπιά και αυτό πραγματοποιήθηκε με τις συνεντεύξεις ιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το παρόν κεφάλαιο συζητά τις απαντήσεις των συνεντευξιαζόμενων πάνω στο βασικό ερευνητικό ερώτημα και συσχετίζει τις απαντήσεις που δόθηκαν τα αποτελέσματα που αναδύθηκαν με άλλες έρευνες στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία.

### **5.1 Η πανδημία στην πρωτοβάθμια**

Αρχικά, όλοι οι συμμετέχοντες ιατροί της έρευνας ανέδειξαν τον περιορισμένο ρόλο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο πρώτο κύμα στη διαχείριση της πανδημίας καθώς δεν υπήρχε η ετοιμότητα του συστήματος υγείας όπως σε άλλες χώρες σαν τη Νέα Ζηλανδία, την Αυστραλία ή την Ισλανδία (Huston et al., 2020; Sigurdsson et al., 2020). Οι γιατροί δεν είχαν τη δυνατότητα να κάνουν κλινική εξέταση με ασφάλεια σε περίπτωση ύποπτης συμπτωματολογίας αλλά ούτε και να κάνουν

τεστ για τη διάγνωση κορονοϊού, αφού και αυτά δεν υπήρχαν στο πρώτο κύμα. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τη μελέτη των Delinasios et al. (2021) που αφορά την Ελλάδα, ενώ παρόμοιες δυσκολίες και καθυστέρηση στη δυνατότητα λήψης τεστ αντιμετώπισε και η Ισπανία (Turabian, 2020). Αντίθετα, στην Ισλανδία, από αρχές Μαρτίου του 2020 όλοι οι ασθενείς με συμπτώματα μπορούσαν να κάνουν τεστ (Sigurdsson et al., 2020).

Αυτό είχε ως αποτέλεσμα ,το πρώτο αυτό διάστημα ,όλα τα εμπύρετα και ύποπτα περιστατικά να παραπέμπονται στο νοσοκομείο για τη διάγνωση και την περαιτέρω διερεύνηση ,αφήνοντας ανεκμετάλλευτη την πρωτοβάθμια και ταυτόχρονα επιβαρύνοντας τη δευτεροβάθμια σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό, επιβεβαιώνοντας ότι η περίθαλψη στην Ελλάδα είναι νοσοκομειοκεντρική (Smyrnakis, 2021). Σε αυτό το σημείο, σημειώνεται ότι κατά τη διάρκεια της πανδημίας, γιατροί της πρωτοβάθμιας κλήθηκαν με μετακινήσεις να παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο νοσοκομείο ή σε άλλα κέντρα υγείας επισημαίνοντας παράλληλα τη γενική έλλειψη προσωπικού , για την οποία έγινε αναφορά και στη μελέτη των Krist et al. (2020), ενώ ταυτόχρονα σε παγκόσμιο επίπεδο ανά τόπους γίνανε μετακινήσεις γιατρών της πρωτοβάθμιας σε νοσοκομεία (Rawaf et al., 2020). Σε άλλες χώρες που και εκεί χρειάστηκε να καλυφθούν κενά, έγινε όπως για παράδειγμα στην Αγγλία, με ανακατανομή του προσωπικού, επανένταξη του πρόσφατα συνταξιοδοτημένου προσωπικού στο ενεργό εργατικό δυναμικό και με την έγκαιρη αποφοίτηση των φοιτητών ιατρικής (Vindrola-Padros et al., 2020).

Η πρώτη αλλαγή που έγινε στο κέντρο υγείας με την έναρξη της πανδημίας είναι η μεταφορά από την κλινική φυσική εξέταση, στην τηλεφωνική διαχείριση. Αυτό έγινε για να προστατευτεί το περιβάλλον του κέντρου υγείας, του χώρου και των εργαζομένων ώστε να μην εκτεθούν στον ιό. Η προτεραιότητα της ασφάλειας των εργαζομένων της υγείας εξηγήθηκε και στη μελέτη των Verhoeven et al. (2020) στο Βέλγιο ενώ και σε μία έρευνα που έγινε με εργαζόμενους υγείας από 29 χώρες συμπληρώθηκε ότι οι νόμοι και οι κατευθυντήριες γραμμές πρακτικής συχνά προσαρμόζονται γρήγορα για να ξεπεραστούν τα εμπόδια της τηλεϊατρικής σε μια προσπάθεια να μειωθεί η μετάδοση του COVID-19 που σχετίζεται με την υγειονομική περίθαλψη και την προστασία του υγειονομικού προσωπικού (Rawaf, et al., 2020) . Οι οδηγίες δίνονταν βάση του ΕΟΔΥ όπου ενημερωνόταν για τα κρούσματα και κατεύθυνε τους ιατρούς, ενώ οι ασθενείς δεν περίμεναν πλέον για την εξυπηρέτησή τους στο εσωτερικό χώρο του κέντρου υγείας αλλά εξωτερικά. Η ίδια πρακτική αναφέρθηκε και από τους ιατρούς της πρωτοβάθμιας στο Βέλγιο ενώ ταυτόχρονα προστέθηκε η αφαίρεση εκτεθειμένων αντικειμένων στους χώρους για την αποφυγή της μετάδοσης του ιού εξ επαφής (Verhoeven et al., 2020).

Οι αρχικές οδηγίες κατέστησαν την κλινική εξέταση των ασθενών με φυσική παρουσία σχεδόν αδύνατη καθώς περιστατικά με ύποπτη συμπτωματολογία δεν διαχειριζόντουσαν στο κέντρο υγείας και η διαδικασία αυτή γινόταν τηλεφωνικά με λήψη ιστορικού, ιχνηλάτηση επαφών και παρακολούθηση. Αυτό συνάδει και με τον τρόπο διαχείρισης που ακολούθησαν και άλλες ευρωπαϊκές και όχι μόνο χώρες, καθώς από τη μία δόθηκαν οδηγίες για την χρήση τηλεϊατρικής και η διαζώσης κλινική εξέταση σε αρχικά τουλάχιστον στάδια ήταν προς αποφυγή (Huston, 2020; Wanat, 2021).

Έπειτα, για την παρακολούθηση των συμπτωμάτων και την εξέλιξη της πορείας της νόσου οι γιατροί διατηρούσαν τηλεφωνική επικοινωνία με τους ασθενείς, με τη χρήση της άυλης συνταγογράφησης δίνανε την κατάλληλη θεραπεία και αποφάσιζαν για την παραπομπή των ασθενών σε νοσοκομειακό περιβάλλον εάν αυτό κρινόταν απαραίτητο με βάση τον κορεσμό και τα βασικά στοιχεία πνευμονίας. Παρόμοια διαχείριση μέσω τηλεφώνου ή βίντεο πρότειναν και στην Αγγλία για την παρακολούθηση και παραπομπή ασθενή στο νοσοκομείο (Greenhalgh et al., 2020), ενώ και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες ακολουθήθηκε η ίδια αλληλουχία διαδικασιών διαχείρισης (Wanat, et al, 2021).

Η δυσχέρεια και καθυστέρηση αυτή που υπήρξε μέχρι να μπορέσει η πρωτοβάθμια υγεία να αναλάβει ενεργό ρόλο στη διαχείριση της πανδημίας ωφελείται στις ελλείψεις με τις οποίες βρέθηκε αντιμετώπιση ως ένα κομμάτι αυτής και το κέντρο υγείας. Στην αρχή και για διάστημα μηνών δεν υπήρχε ατομικός εξοπλισμός προστασίας ή ήταν πολύ περιορισμένος ο αριθμός. Η έλλειψη προστατευτικού εξοπλισμού αναδείχθηκε ότι απασχόλησε ιδιαίτερα το υγειονομικό προσωπικό στις περισσότερες μελέτες που γίνανε και αυτό αφορούσε και χώρες με πιο προηγμένη πρωτοβάθμια φροντίδα (Eisele et al., 2021; Wanat et al., 2021)

Βέβαια, υπήρξαν και ακόμα πιο βασικές ελλείψεις όπως ιατρικές μάσκες, γάντια, προσωπίδες και αντισηπτικά τα οποία είτε προμηθευόντουσαν με κάποιες δωρεές ενώ πολλές φορές αναγκάστηκαν να αγοράσουν με δική τους οικονομική επιβάρυνση οι γιατροί, το οποίο υπογραμμίζεται και στη μελέτη των Smyrnakis et al. (2021) και στην έρευνα των Wanat et al. (2021) για το πρώτο κύμα της πανδημίας στην Ελλάδα αλλά τέτοιες ελλείψεις απασχόλησαν και σε παγκόσμιο επίπεδο (Rawaf et al., 2020).

Ταυτόχρονα, οι κτιριακές εγκαταστάσεις δεν επέτρεπαν την απομόνωση ύποπτων κρουσμάτων, παρά μόνο έγινε με πρωτοβουλία εσωτερική του κέντρου υγείας, ένας αυτοσχέδιος χώρος ο οποίος ήταν στην άκρη του κτιρίου χωρίς όμως να εξασφαλίζεται η απαραίτητα προστασία με αποτέλεσμα μέχρι την έλευση του ενδεδειγμένου isobox να μην υπάρχει η ανάλογη εξυπηρέτηση περιστατικών ιδίως αυτών με συμπτώματα αναπνευστικής λοίμωξης το οποίο επιβεβαιώθηκε μέσω της μελέτης των Smyrnakis et al. (2021) για την Ελλάδα. Ήρθε σε αντίθεση όμως, με τη διαδικασία που ακολούθησαν

άλλες χώρες όπως η Ολλανδία και το Βέλγιο , στην οποία πολύ σύντομα μετά την έναρξη της πανδημίας δημιουργήθηκαν ξεχωριστά κέντρα τα οποία αναλάμβαναν ύποπτα και επιβεβαιωμένα κρούσματα κορονοϊού (Wanat et al. 2021; Verhoeven et al., 2020).

Ένα μείζον θέμα που απασχόλησε τους γιατρούς του κέντρου υγείας αλλά και γιατρούς της πρωτοβάθμιας πολλών άλλων χωρών ανά τον κόσμο ,είναι η εκπαίδευση. Συγκεκριμένα, η πρόκληση αυτή αφορούσε τη σωστή και ασφαλή χρήση του ατομικού εξοπλισμού προστασίας για την οποία οι ιατροί του κέντρου υγείας έλαβαν ένα εκπαιδευτικό σεμινάριο και ορισμένο διαδικτυακό υλικό το οποίο όμως δεν επαρκούσε και έτσι προσπάθησαν να βοηθήσουν ο ένας τον άλλο, όπως αναφέρθηκε και στην έρευνα των Smyrnakis et al. (2021) και Eisele et al. (2021). Επίσης, η αρχική έλλειψη γνώσης για την αντιμετώπιση του νέου ιού στο θέμα διαχείρισης και θεραπείας αλλά και οι διαρκείς αλλαγές οδηγιών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων προβλημάτισε ιδιαίτερα το προσωπικό, γεγονός που απασχόλησε τους εργαζόμενους ιατρούς της πρωτοβάθμιας σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες (Wanat,et al., 2021). Η διαδικασία διαχείρισης ενός νέου , δύσκολου και απρόβλεπτου ιού στην αντιμετώπισή του , σε συνδυασμό με τις συνοδές προκλήσεις οδήγησε τους ιατρούς να νιώσουν ιδιαίτερα έντονα το αίσθημα της ευθύνης για την έκβαση της υγείας των ασθενών τους. Ταυτόχρονα, ο προβληματισμός για την αντιμετώπιση του κορονοϊού και της έλλειψης ή εναλλαγής πληροφοριών, αναδείχθηκε και στις μελέτες των Desborough et al. (2021) και Eisele et al. (2021).

Η μετάβαση αυτή, αποτέλεσε επίσης πρόκληση και δημιούργησε αίσθημα ανασφάλειας στους ιατρούς αφού δεν μπορούσαν να έχουν μία συνολική εικόνα της κατάστασης των ασθενών με τον τρόπο που είχαν συνηθίσει. Το αίσθημα της ανασφάλειας για την έκβαση της υγείας των ασθενών, απασχόλησε και τους ιατρούς στην Ισπανία (Turabian, 2020). Ενώ και η μεταβίβαση των πληροφοριών από τους ασθενείς δεν ήταν πάντα η απαραίτητη ή η σωστή για τη διαμόρφωση μίας ξεκάθαρης κλινικής εικόνας που βρέθηκε σε συμφωνία με τη μελέτη των Marion Eisele et al. (2021) στη Γερμανία. Η έλλειψη της δια ζώσης εξέτασης προβλημάτισε τους γιατρούς και σε άλλες χώρες καθώς στην έρευνα των Wanat et al. (2021) οι συμμετέχοντες ιατροί της πρωτοβάθμιας δήλωσαν ότι δεν είχαν αρκετή εμπειρία στη διαχείριση ασθενών μέσω τηλεφώνου και συχνά ανησυχούσαν μήπως παραλείψουν κάτι σημαντικό.

Η χρήση του τηλεφώνου ήταν εκεί και για τη διαχείριση άλλων νοσημάτων αφού οι ασθενείς είχαν κληθεί σε αυτοαπομόνωση από τη μία αφού το κράτος είχε περάσει αυτό το μήνυμα και από την άλλη ,οι ίδιοι διακατέχονταν από έντονο φόβο μετάδοσης του ιού και ειδικά σε έναν χώρο υγείας καθώς έχει μεγαλύτερη επικινδυνότητα λόγω της αυξημένης έκθεσης στον ιό. Έτσι, η υιοθέτηση αυτής της αυστηρής απομόνωσης στο πρώτο κύμα στην Ελλάδα που μεταδόθηκε ,τονίστηκε στη μελέτη των Delinasios et al. (2021). Παράλληλα, και στη μελέτη των Desborough et al. (2021) διατυπώθηκε ότι

το κλίμα φόβου που καλλιεργήθηκε , οδήγησε σε άγχος το κοινό και πολλές φορές δημιούργησε εσφαλμένη εικόνα για την επικινδυνότητα μετάδοσης του ιού σε μονάδες υγείας.

## 5.2 Επιπτώσεις στους ασθενείς

Σε αυτό το πλαίσιο, τονίστηκε η γενική απομάκρυνση των ασθενών από το κέντρο υγείας και η διαταραχή της επαφής και επικοινωνίας μεταξύ των ιατρών της πρωτοβάθμιας και των ασθενών. Η προληπτική και συμβουλευτική φύση της πρωτοβάθμιας πηγή πίσω και έγινε άμεσα συνδεδεμένη με τη διαχείριση της πανδημίας του κορονοϊού αφήνοντας πίσω την στενή παρακολούθηση των χρόνιων νοσημάτων, η οποία περιορίστηκε στη συνταγογράφηση φαρμάκων. Σε συμφωνία με την παραπάνω αναφορά ήρθε και η μελέτη των Verhoeven et al. (2020) στο Βέλγιο ,ενώ η ίδια ανησυχία για τις επιπτώσεις της αναβολής της παρακολούθησης και θεραπείας χρόνιων νοσημάτων , οι οποίες ήδη έχουν αρχίσει να κάνουν την εμφάνισή τους, διατυπώθηκε και σε παγκόσμιο επίπεδο (Rawaf, et al. 2020).

Αυτή η απομάκρυνση οδήγησε πολλούς ασθενείς στην παράλειψη των προληπτικών εξετάσεων και ελέγχων τους ενώ ταυτόχρονα απέφευγαν την επίσκεψη στο γιατρό ακόμα και επί συμπτωμάτων. Ενώ και στο Ομάν, η έμφαση αυτή της προστασίας και της διατήρησης φυσικής απόστασης ανέδειξε την αποφυγή των ασθενών να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια ακόμα και σε περιπτώσεις που χρειαζόταν παρέμβαση (Al Ghafri, 2020).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα επίσης αποτελεί η μείωση περιστατικών όπως εγκεφαλικά και εμφράγματα κατά τη διάρκεια ειδικά του πρώτου κύματος της πανδημίας. Αυτό το γεγονός μελέτησαν και οι Parafaklis et al. (2020) στο πρώτο κύμα της πανδημίας στην Ελλάδα και επιβεβαιώθηκε με μείωση των περιστατικών εμφραγμάτων στα επείγοντα και στις εισαγωγές νοσηλείας στα νοσοκομεία. Νοσήματα όπως ο διαβήτης και τα καρδιολογικής φύσεως έμειναν χωρίς παρακολούθηση και οι γιατροί ανησυχούν για τις επιπτώσεις καθώς ήδη έχουν αρχίσει να βλέπουν τα αποτελέσματα σε ορισμένους ασθενείς . Σε συμφωνία ήρθαν και τα αποτελέσματα παγκόσμιας μελέτης στην οποία αναδείχθηκε ότι οι ασθενείς διέκοψαν μερικώς ή πλήρως τις υπηρεσίες θεραπείας και ρύθμισης της υπέρτασης, τις υπηρεσίες για την πρόληψη και θεραπεία διαβήτη και επιπλοκές που σχετίζονται με αυτόν, και για καρδιαγγειακές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (Bullen et al. 2021).

Νοσήματα και περιστατικά τα οποία παλαιότερα θα είχαν εντοπιστεί και αντιμετωπιστεί πολύ πιο σύντομα και πολλές φορές χωρίς να χρειαστεί να φτάσουν στη δευτεροβάθμια φαίνεται ότι λόγω της πανδημίας , φτάνουν επιδεινωμένες καταστάσεις ,πιο επικίνδυνες που χρειάζονται νοσοκομειακή παρέμβαση. Αυτό διερευνήθηκε και επιβεβαιώθηκε από την ανασκόπηση των Kendzerska et al.

(2021) για τις επιπτώσεις της μεταβολής του συστήματος υγείας στην πανδημία COVID-19 στη διαχείριση χρόνιων παθήσεων.

Επίσης, λόγω του εγκλεισμού και της απομόνωσης, υπάρχοντα ψυχικές διαταραχές επιδεινώθηκαν, νέες έκαναν την εμφάνισή τους, ενώ ταυτόχρονα επιβαρύνθηκε και η ψυχολογία πολλών ασθενών με χρόνια νοσήματα οι οποίοι πάντα στηριζόντουσαν και αναζητούσαν την ψυχολογική υποστήριξη του γενικού γιατρού τους. Στην Ισπανία αναδείχθηκε το ίδιο πρόβλημα τονίζοντας την έντονη αρνητική επιρροή της πανδημίας στους ανθρώπους με ψυχικά νοσήματα αλλά και τις επιπτώσεις στους χρόνια νοσούντες και στο ρίσκο κατάθλιψης και άγχους κυρίως σε ανθρώπους μεγάλης ηλικίας λόγω της κοινωνικής απομόνωσης (Turabian, 2020).

### 5.3 Η πορεία της πανδημίας και ο εμβολιασμός

Όσο εξελισσόταν η πανδημία και καλύφθηκαν κενά και ελλείψεις που υπήρξαν στο πρώτο κύμα της πανδημίας, η πρωτοβάθμια απέκτησε ενεργό ρόλο στην πανδημία όπως άλλες χώρες ,για παράδειγμα η Ισλανδία και το Βέλγιο είχαν καταφέρει από την αρχή (Sigurdsson et al., 2020; Verhoeven et al. 2020). Στο κέντρο υγείας γίνεται δειγματοληψία για την επιβεβαίωση κρουσμάτων, εξετάζονται σε απομονωμένο χώρο με όλα τα μέτρα προστασίας και έτσι αποφορτίστηκε η δευτεροβάθμια.

Σε αυτό το σημείο, η πρωτοβάθμια ανέλαβε σε μεγάλο βαθμό και τον εμβολιασμό κατά του COVID-19 καθώς παγκόσμια η στρατηγική για την αντιμετώπιση του ιού περιλαμβάνει την ανάγκη για μαζικό εμβολιασμό για τη δημιουργία ανοσίας όπως ανέδειξε και η μελέτη των Holzmann-Littig et al (2021). Οι γιατροί του κέντρου υγείας δήλωσαν ανακούφιση με τον δικό τους εμβολιασμό καθώς μετά την ανακοίνωση της κυκλοφορίας των εμβολίων περίμεναν με ανυπομονησία να συμβεί . Σε μελέτες που γίνανε στη Γερμανία και στην Πολωνία για την προθυμία του υγειονομικού προσωπικού να εμβολιαστεί , τάχθηκαν στην ίδια άποψη με τους περισσότερους γιατρούς να αναμένουν με θετικότητα την έναρξη των εμβολιασμών (Holzmann-Littig et al, 2021; Szmyd et al., 2021). Δήλωσαν πως ο εμβολιασμός του πληθυσμού αποτελεί προσωπικό τους στόχο. Από την άλλη, εκδηλώνουν ανησυχία για την ανταπόκριση του κόσμου καθώς οι μεγάλες ηλικίες ξεκίνησαν δυναμικά αλλά με την πάροδο των μηνών διέκριναν μία σημαντική πτώση για την οποία θεωρούν ότι ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό η παραπληροφόρηση. Σε μία έρευνα των Kourlaba et al. (2021) με θέμα την αξιολόγηση της προθυμίας του ενήλικου γενικού πληθυσμού να λάβει εμβόλιο COVID-19 όταν πρόκειται να είναι διαθέσιμο στην Ελλάδα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι πάνω από δύο στα πέντε άτομα ήταν απρόθυμα ή αβέβαια για τη λήψη εμβολίου COVID-19 και μόνο το 57,7% δήλωσε ότι θα εμβολιαστεί, γεγονός που συνάδει με την ανταπόκριση που αναφέρουν οι γιατροί του Κέντρου υγείας.

#### 5.4 Οι επιπτώσεις της πανδημίας στο προσωπικό

Η κατάσταση της πανδημίας και η αλλαγή αυτή της εργασιακής και όχι μόνο καθημερινότητάς τους οδήγησε στην ψυχολογική και σωματική επιβάρυνσή τους. Πιο επεξηγηματικά, ο φόβος ήταν το κυρίαρχο συναίσθημα που εξέφρασαν, ο οποίος κυρίως αφορούσε τον φόβο να μεταδώσουν τον ιό σε οικείους τους και ασθενείς τους. Παρόμοια αποτελέσματα κατέγραψαν και οι Desborough et al. (2021) και οι Verhoeven et al. (2020). Απόρρευε κυρίως από την έλλειψη του προστατευτικού εξοπλισμού και τον ορθό τρόπο χρήσης του για να εξασφαλίσουν ότι δεν θα γίνουν φορείς του ιού στα σπίτια τους και στο χώρο του κέντρου υγείας, το οποίο αναδείχθηκε και στην έρευνα που διεξάχθηκε για το υγειονομικό προσωπικό της Γερμανίας (Marion Eisele et al., 2021).

Επίσης, παρατηρήθηκε αυξημένο άγχος και σωματική κόπωση λόγω των συνθηκών και των επιπλέον ωρών εργασίας που πολλές φορές οφειλόταν και στην κάλυψη αναγκών του νοσοκομείου. Σε μία συστηματική ανασκόπηση των Serrano-Ripoll et al., (2020) περιγράφηκαν χαρακτηριστικά burnout στο υγειονομικό προσωπικό, οι Smynakis et al. (2021) επιβεβαίωσαν με την έρευνά τους αυτές τις επιπτώσεις στους γιατρούς της πρωτοβάθμιας ενώ και με την έναρξη των εμβολιασμών, οι ήδη εξουθενωμένοι γιατροί ήρθαν αντιμέτωποι με την περαιτέρω αύξηση του φόρτου εργασίας.

Αυτό το γεγονός, οδήγησε στη διαταραχή ορισμένων σχέσεων εργασίας και του πνεύματος εργασίας αφού ορισμένοι θεώρησαν ότι ο εργασιακός φόρτος δεν καταμερίστηκε ισομερώς. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τις μελέτες των Wanat et al. (2021) στην οποία αναφέρθηκε ότι οι σχέσεις των γιατρών έγιναν πιο δυνατές στα πλαίσια της ομαδικής εργασίας και δημιουργήθηκε μέσω της συνεργασίας το αίσθημα της κοινότητας.

Παράλληλα, αναδείχθηκε το ζήτημα του στιγματισμού λόγω της φύσης του επαγγέλματος αφού ασθενείς και κοινωνικός περίγυρος, απομάκρυναν τους ιατρούς από κοντά τους καθώς πιστεύουν ότι είναι φορείς του ιού και είναι επικίνδυνοι. Με το στιγματισμό στο υγειονομικό προσωπικό ασχολήθηκε και η έρευνα των Schubert et al. (2021) αναδεικνύοντας παράλληλα τις συνέπειες του στιγματισμού αυτού καθώς αναφέρθηκε ότι ο στιγματισμός μπορεί να οδηγήσει σε επιπλέον υψηλό ψυχολογικό στρες για τους εργαζόμενους. Το γεγονός αυτό, λειτούργησε προσθετικά στην ήδη υπάρχουσα απομόνωση που ανέφεραν ότι βιώνουν οι συμμετέχοντες της έρευνας αυτής ενώ σε συμφωνία για τον κοινωνικό στιγματισμό των ιατρών ως φορείς του ιού βρέθηκε και ανασκόπηση που μελέτησε τις ψυχολογικές επιπτώσεις του υγειονομικού προσωπικού (Franklin & Gkiouleka, 2021).

Στο θέμα της απομόνωσης αναφέρθηκε η αποφυγή επαφών με μέλη της οικογένειας, ειδικά με αυτούς μεγάλης ηλικίας και με φίλους, ενώ αυτή η κοινωνική απομόνωση καταγράφηκε στη μελέτη των Al

Ghafri et al. (2020). Επιπλέον, ένας από τους ιατρούς βίωσε ο ίδιος τη νόσηση για αυτόν και δύο μέλη της οικογένειάς του, μία εμπειρία που ψυχολογικά επιβάρυνε ήδη την κατάσταση λόγω της πανδημίας. Δεν έλειψε και η αναφορά σε συναισθήματα θλίψης, μελαγχολίας, θυμού αλλά και της άποψης οι ψυχολογικές συνέπειες του βιώματος της πανδημίας δεν θα εξαφανιστούν απευθείας μετά τη λήξη της. Με τις συνέπειες αυτές, ασχολήθηκε η έρευνα των Blekas et al. (2020) στην Ελλάδα και επιβεβαιώνουν τις ανησυχίες αυτές.

### 5.5 Προτάσεις και στρατηγικές για την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας

Οι συμμετέχοντες της μελέτης τόνισαν τη σημασία της πρωτοβάθμιας και πόσο καθοριστικό ρόλο παίζει σε ένα σύστημα υγείας καθώς αποτελεί πυλώνα της προστασίας της δημόσιας υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας αλλά και πέρα από αυτή. Σε συντονισμό με τις δηλώσεις των συμμετεχόντων έρχεται και η έρευνα των Huston et al. (2020) όπου αναφέρθηκε ότι η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι το μέρος όπου λαμβάνει χώρα η περισσότερη υγειονομική περίθαλψη και όπου οι περισσότεροι άνθρωποι δημιουργούν σχέσεις εμπιστοσύνης που σχετίζονται με την υγεία και οι γιατροί της είναι τα «μάτια και τα αυτιά» του συστήματος υγείας. Επίσης, τονίστηκε η σπουδαιότητα της πρωτοβάθμιας και της ανάγκης μίας καλής οργάνωσης για την υποστήριξη της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας περίθαλψης και αυτό φάνηκε ιδιαίτερος όταν στο πρώτο κύμα της πανδημίας στο οποίο ο ρόλος της πρωτοβάθμιας δεν ήταν ενεργός όπως αναλύθηκε και από τους Farsalinos et al. (2021).

Για την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας, οι γιατροί αρχικά ανέδειξαν την αναγκαιότητα κάλυψης των ελλείψεων. Αναφέρθηκαν στην αναγκαιότητα βελτίωσης της κτιριακής και υλικοτεχνικής υποδομής, στην πρόσληψη προσωπικού για όσο διαρκεί η πανδημία αλλά και έπειτα καθώς οι ελλείψεις αυτές υπάρχουν εδώ και χρόνια. Αυτό εκτάθηκε στην καλύτερη πρόσβαση στο διαδίκτυο, φάρμακα, εργαλεία, συντήρηση και διαμόρφωση των χώρων του κέντρου υγείας. Με άλλα λόγια, ανέδειξαν τη σημασία και την ανάγκη οικονομικής ενίσχυσης της πρωτοβάθμιας από το κράτος. Την οικονομική δυσχέρεια του κράτους και κατ' επέκταση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την ανάγκη ενίσχυσης στην Ελλάδα ανέφεραν οι Farsalinos et al. (2021) στην έρευνά τους.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προτείνει δράσεις οι οποίες κατευθύνονται στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας (H/Y) σε καθορισμένο πληθυσμό, τη βελτίωση της επικοινωνίας και συντονισμού μεταξύ της κοινοτικής υγείας και της πρωτοβάθμιας φροντίδας, βελτίωση της κοινής χρήσης των ατομικών και πληθυσμιακών δεδομένων και ενίσχυση της λειτουργίας επιτήρησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας όπως αναλύεται στην έρευνα των Kinder et al. (2021).



Ενώ και οι Desborough et al.(2021) στην ανασκόπησή τους για τα μαθήματα για την παγκόσμια ανταπόκριση της πρωτοβάθμιας υγείας στην πανδημία COVID-19 σε σχέση με παλαιότερες επιδημίες ανέδειξαν τη σημασία και ανάγκη για βελτίωση της συνεργασίας, της επικοινωνίας και μεταξύ της δημόσιας υγείας και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, την ενίσχυση του συστήματος πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, την παροχή πληροφοριών από αξιόπιστη πηγή που διέπονται από συνέπεια, συντονισμό και αξιοπιστία, τον καθορισμό του ρόλου της πρωτοβάθμιας περίθαλψης κατά τη διάρκεια πανδημιών, την προστασία του εργατικού δυναμικού της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της κοινότητας και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων.

Πιο συγκεκριμένα, ενέργειες που προτάθηκαν και αφορούν άμεσα τη διαχείριση της πανδημίας όπως η δημιουργία δεύτερου απομονωμένου ακτινολογικού χώρου, η δυνατότητα αιματολογικού ελέγχου, η ιχνηλάτηση και παρακολούθηση κρουσμάτων στην κοινότητα από το ίδιο το κέντρο υγείας και όχι από τον καθώς και ο πλήρης διαχωρισμός εξυπηρέτησης ασθενών με ύποπτη συμπτωματολογία και ασθενών με χρόνια νοσήματα ώστε να υπάρχει συνεχιζόμενη παροχή υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας καθώς αναδείχθηκε επίσης η σημασία της άμεσης επαφής με την κοινότητα με τις ομάδες υγείας και με τη βοήθεια των δήμων και κρατικών φορέων και η σημασία της συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού υγείας, όπως διατυπώθηκε και στη μελέτη των Desborough et al. (2021). Ενώ οι συμμετέχοντες διατύπωσαν τη σημασία της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και την αξιολόγηση αυτής. Τέλος ,αναδείχθηκε και η σημασία της ολοκλήρωσης και της εφαρμογής του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας των ασθενών όπως και σε άλλες παρόμοιες έρευνες της βιβλιογραφίας(Huston et al., 2020).

#### 5.6 Περιορισμοί έρευνας

Η παρούσα έρευνα παρουσίασε ορισμένους περιορισμούς. Αυτοί αφορούν το δείγμα του πληθυσμού το οποίο είναι μικρό σε αριθμό, καθώς επίσης οι συμμετέχοντες εργάζονται στην ίδια πρωτοβάθμια μονάδα υγείας. Το μεγαλύτερο πλήθος μελετών διερευνά το πρώτο κύμα πανδημίας στον κόσμο και η βιβλιογραφία για το θέμα του εμβολιασμού και την εξέλιξη της διαδικασίας είναι ελάχιστες.

#### 5.7 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Με τα δεδομένα που καταγράφηκαν στους περιορισμούς της έρευνας , διαφαίνεται το κενό στη βιβλιογραφία και το έδαφος για έρευνες για την εξέλιξη της πανδημίας στην πρωτοβάθμια υγεία μέσα στα σχεδόν δύο χρόνια πλέον αυτής και στον εμβολιασμό του πληθυσμού έναντι της COVID-19 ανά τον κόσμο.

## Κεφάλαιο 6: Συμπέρασμα

Η παρούσα εργασία αποτελεί μία ποιοτική έρευνα με θέμα τις εμπειρίες του υγειονομικού προσωπικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 που μέσα από αυτές, αποσκοπούσε στη διερεύνηση του φαινομένου της πανδημίας μέσα από τα βιώματα των ιατρών. Καταγράφηκε η μη ετοιμότητα της πρωτοβάθμιας να αντιμετωπίσει την πανδημία αυτή, καθώς υπήρξαν πολλές ελλείψεις και μη ύπαρξη οργανωμένου πλάνου γι' αυτήν την περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση της ανάληψης ενεργού ρόλου της πρωτοβάθμιας στη διαχείριση της πανδημίας, γεγονός που οδήγησε αρχικά στην επιβάρυνση της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Από την άλλη, έγινε μετασχηματισμός της φύσης της πρωτοβάθμιας, με τον προληπτικό και συμβουλευτικό ρόλο της να υπονομεύεται λόγω της μετάβασης από την συνεχή φυσική παρουσία ασθενών στο κέντρο υγείας στην απομάκρυνση και τηλεφωνική πλέον διαχείρισή τους.

Αναδείχθηκαν οι προκλήσεις με τις οποίες ήρθαν αντιμέτωποι οι εργαζόμενοι όπως η έλλειψη ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού, η αλλαγή της επαφής τους με τους ασθενείς και η διαχείριση ενός νέου ιού με συνεχόμενες, εναλλασσόμενες και πολλές φορές αντιθετικές πληροφορίες και πρωτόκολλα γεγονός που τους προκάλεσε ανασφάλεια. Επίσης, εντοπίστηκαν και καταγράφηκαν οι επιπτώσεις της πανδημίας σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα, από τη μία λόγω της αλλαγής της παροχής υπηρεσιών και από την άλλη λόγω του έντονου φόβου αλλά και οι μελλοντικοί κίνδυνοι που ελλοχεύουν για την υγεία τους. Επιπλέον, διερευνήθηκε η επίδραση της πανδημίας στο υγειονομικό προσωπικό με διαφορετικές προεκτάσεις στην προσωπική τους ζωή λόγω της απομόνωσης και του στιγματισμού και στην ψυχολογική και σωματική τους υγεία λόγω φόβου, άγχους και αυξημένου φόρτου εργασίας.

Τέλος, αναδύθηκε η ιδιαίτερη σημασία της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη διαχείριση της πανδημίας αλλά και πέρα από αυτήν, αφού αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο σε οποιοδήποτε σύστημα υγείας και είναι το πρώτο σημείο επαφής της κοινότητας με την υγεία και έτσι τονίστηκε η ανάγκη ενίσχυσής της και τρόποι με τους οποίους μπορεί να γίνει αυτό. Η ιδιαίτερη σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κατά τη διάρκεια μίας πανδημίας είναι αδιαμφισβήτητη και κρίνεται σημαντική η περαιτέρω διερεύνηση και η πραγματοποίηση επιπλέον σχετικών μελετών.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Al Ghafri, T., Al Ajmi, F., Anwar, H., Al Balushi, L., Al Balushi, Z., Al Fahdi, F., Al Lawati, A., Al Hashmi, S., Al Ghamari, A., Al Harthi, M. and Kurup, P., 2020. The Experiences and Perceptions of Health-Care Workers During the COVID-19 Pandemic in Muscat, Oman: A Qualitative Study. *Journal of primary care & community health*, 11, p.2150132720967514.
- Bernard, H.R., Wutich, A. and Ryan, G.W., 2016. *Analyzing qualitative data: Systematic approaches*. SAGE publications.
- Blekas, A., Voitsidis, P., Athanasiadou, M., Parlapani, E., Chatzigeorgiou, A.F., Skoupra, M., Syngelakis, M., Holeva, V. and Diakogiannis, I., 2020. COVID-19: PTSD symptoms in Greek health care professionals. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(7), p.812.
- Braun, V. and Clarke, V., 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), pp.77-101.
- Bullen, C., McCormack, J., Calder, A., Parag, V., Subramaniam, K., Majumdar, A., Huang, P.H., Devi, R., El Bizri, L. and Goodyear-Smith, F., 2021. The impact of COVID-19 on the care of people living with noncommunicable diseases in low-and middle-income countries: an online survey of physicians and pharmacists in nine countries. *Primary Health Care Research & Development*, 22.
- Delinasios, G. J., Fragkou, P. C., Gkirmpa, A. M., Tsangaris, G., Hoffman, R. M., & Anagnostopoulos, A. K. (2021). The Experience of Greece as a Model to Contain COVID-19 Infection Spread. *in vivo*, 35(2), 1285-1294.
- Desborough, J., Dykgraaf, S.H., Phillips, C., Wright, M., Maddox, R., Davis, S. and Kidd, M., 2021. Lessons for the global primary care response to COVID-19: a rapid review of evidence from past epidemics. *Family Practice*.

Eisele, M., Pohontsch, N.J. and Scherer, M., 2021. Strategies in primary care to face the Sars-CoV-2/COVID-19 pandemic: an online survey. *Frontiers in Medicine*, 8.

Farsalinos, K., Poulas, K., Kouretas, D., Vantarakis, A., Leotsinidis, M., Kouvelas, D., Docea, A.O., Kostoff, R., Gerotziafas, G.T., Antoniou, M.N. and Polosa, R., 2021. Improved strategies to counter the COVID-19 pandemic: Lockdowns vs. primary and community healthcare. *Toxicology Reports*, 8, pp.1-9.

Franklin, P. and Gkiouleka, A., 2021. A Scoping Review of Psychosocial Risks to Health Workers During the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), p.2453.

Gergen, K.J., 1985. Social constructionist inquiry: Context and implications. In *The social construction of the person* (pp. 3-18). Springer, New York, NY.

Greenhalgh, T., Koh, G.C.H. and Car, J., 2020. COVID-19: a remote assessment in primary care. *bmj*, 368.

Holzmann-Littig, C., Braunisch, M.C., Kranke, P., Popp, M., Seeber, C., Fichtner, F., Littig, B., Carbajo-Lozoya, J., Allwang, C., Frank, T. and Meerpohl, J.J., 2021. COVID-19 Vaccination Acceptance and Hesitancy among Healthcare Workers in Germany. *Vaccines*, 9(7), p.777.

Huston, P., Campbell, J., Russell, G., Goodyear-Smith, F., Phillips, R.L., van Weel, C. and Hogg, W., 2020. COVID-19 and primary care in six countries. *BJGP open*, 4(4).

- Kendzerska, T., Zhu, D.T., Gershon, A.S., Edwards, J.D., Peixoto, C., Robillard, R. and Kendall, C.E., 2021. The effects of the health system response to the COVID-19 pandemic on chronic disease management: a narrative review. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, p.575.
- Kinder, K., Bazemore, A., Taylor, M., Mannie, C., Strydom, S., George, J. and Goodyear-Smith, F., 2021. Integrating primary care and public health to enhance response to a pandemic. *Primary Health Care Research & Development*, 22.
- Kourlaba, G., Kourkouni, E., Maistreli, S., Tsopela, C.G., Molocha, N.M., Triantafyllou, C., Koniordou, M., Kopsidas, I., Chorianopoulou, E., Maroudi-Manta, S. and Filippou, D., 2021. Willingness of Greek general population to get a COVID-19 vaccine. *Global health research and policy*, 6(1), pp.1-10.
- Krist, A.H., DeVoe, J.E., Cheng, A., Ehrlich, T. and Jones, S.M., 2020. Redesigning primary care to address the COVID-19 pandemic in the midst of the pandemic. *The Annals of Family Medicine*, 18(4), pp.349-354.
- Marshall, M.N., 1996. Sampling for qualitative research. *Family practice*, 13(6), pp.522-526.
- Nelson, G. and Prilleltensky, I. eds., 2010. *Community psychology: In pursuit of liberation and well-being*. Macmillan International Higher Education.
- Ohannessian, R., Duong, T.A. and 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), p.e18810.
- Papafaklis, M.I., Katsouras, C.S., Tsigkas, G., Toutouzas, K., Davlouros, P., Hahalis, G.N., Kousta, M.S., Styliadis, I.G., Triantafyllou, K., Pappas, L. and Tsiourantani, F., 2020. "Missing" acute coronary

syndrome hospitalizations during the COVID-19 era in Greece: Medical care avoidance combined with a true reduction in incidence?. *Clinical cardiology*, 43(10), pp.1142-1149.

Pathak, V., Jena, B. and Kalra, S., 2013. Qualitative research. *Perspectives in clinical research*, 4(3).

Rawaf, S., Allen, L.N., Stigler, F.L., Kringos, D., Quezada Yamamoto, H., van Weel, C. and Global Forum on Universal Health Coverage and Primary Health Care, 2020. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. *European Journal of General Practice*, 26(1), pp.129-133.

Schubert, M., Ludwig, J., Freiberg, A., Hahne, T.M., Romero Starke, K., Girbig, M., Faller, G., Apfelbacher, C., von dem Knesebeck, O. and Seidler, A., 2021. Stigmatization from Work-Related COVID-19 Exposure: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), p.6183.

Serrano-Ripoll, M.J., Meneses-Echavez, J.F., Ricci-Cabello, I., Fraile-Navarro, D., Fiol-deRoque, M.A., Pastor-Moreno, G., Castro, A., Ruiz-Pérez, I., Campos, R.Z. and Gonçalves-Bradley, D.C., 2020. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 277, pp.347-357.

Sigurdsson, E.L., Blondal, A.B., Jonsson, J.S., Tomasdottir, M.O., Hrafnkelsson, H., Linnet, K. and Sigurdsson, J.A., 2020. How primary healthcare in Iceland swiftly changed its strategy in response to the COVID-19 pandemic. *BMJ open*, 10(12), p.e043151.

Smyrnakis, E., Symintiridou, D., Andreou, M., Dandoulakis, M., Theodoropoulos, E., Kokkali, S., Manolaki, C., Papageorgiou, D.I., Birtsoy, C., Paganas, A. and Stachteas, P., 2021. Primary care professionals' experiences during the first wave of the COVID-19 pandemic in Greece: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 22(1), pp.1-10.

- Sun, N., Wei, L., Shi, S., Jiao, D., Song, R., Ma, L., Wang, H., Wang, C., Wang, Z., You, Y. and Liu, S., 2020. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American journal of infection control*, 48(6), pp.592-598.
- Szmyd, B., Karuga, F.F., Bartoszek, A., Staniecka, K., Siwecka, N., Bartoszek, A., Błaszczyk, M. and Radek, M., 2021. Attitude and behaviors towards SARS-CoV-2 vaccination among healthcare workers: A cross-sectional study from Poland. *Vaccines*, 9(3), p.218.
- Turabian, J. L. (2020). Micro-impact of the pandemic by COVID-19 in the general medicine. Clinical and epidemiological reflections from the situation in Spain March 2020. *Epidemol Int Journal*.
- Verhoeven, V., Tsakitzidis, G., Philips, H. and Van Royen, P., 2020. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ open*, 10(6), p.e039674.
- Vindrola-Padros, C., Andrews, L., Dowrick, A., Djellouli, N., Fillmore, H., Gonzalez, E.B., Javadi, D., Lewis-Jackson, S., Manby, L., Mitchinson, L. and Symmons, S.M., 2020. Perceptions and experiences of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in the UK. *BMJ open*, 10(11), p.e040503.
- Wanat, M., Hoste, M., Gobat, N., Anastasaki, M., Boehmer, F., Chlabicz, S., Colliers, A., Farrell, K., Karkana, M.N., Kinsman, J. and Lionis, C., 2021. Transformation of primary care during the COVID-19 pandemic: experiences of healthcare professionals in eight European countries. *British Journal of General Practice*.
- Xu, Z., Ye, Y., Wang, Y., Qian, Y., Pan, J., Lu, Y. and Fang, L., 2020. Primary care practitioners' barriers to and experience of COVID-19 epidemic control in China: a qualitative study. *Journal of general internal medicine*, 35(11), pp.3278-3284.

Εθνική εκστρατεία εμβολιασμού, 2021. COVID-19 | Στατιστικά δεδομένα εμβολιασμού, viewed 11 Σεπτεμβρίου 2021, <[emvolio.gov.gr/vaccinationtracker](http://emvolio.gov.gr/vaccinationtracker)>.

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021). Νέα στρατηγική της ΕΕ για τα εμβόλια-Εξασφάλιση της πρόσβασης στα εμβόλια, viewed 12 Σεπτεμβρίου 2021, <[https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/eu-vaccines-strategy\\_el](https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/eu-vaccines-strategy_el)>.

Υπουργείο Υγείας Ελλάδας, 2021. Ημερήσια Επισκόπηση-Δεδομένα για τον κορονοϊού στην Ελλάδα, viewed 10 Σεπτεμβρίου 2021, <<https://COVID19.gov.gr/COVID19-live-analytics/>>.



## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ**

- 1.ΤΙ ΚΑΙΝΟΥΡΙΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΑΤΕ ΚΑΙ ΠΩΣ ΑΛΛΑΞΕ Ο ΡΟΛΟΣ ΣΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ?
- 2.ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΑΤΕ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΟΡΟΝΟΙΟΥ?
- 3.ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΛΛΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ?
- 4.ΠΟΙΕΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΙΝΑΙ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ?
- 5.ΠΟΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΝΑΝΤΗΣΑΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ?
- 6.ΜΕ ΠΟΙΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ ΑΥΤΕΣ ΟΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΕΜΠΟΔΙΑ ΕΠΗΡΕΑΣΑΝ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΔΟΥΛΕΙΑΣ ΣΑΣ?
- 7.ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΗΡΧΕ Η ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΙΑΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ(ΥΛΙΚΟ,ΥΠΟΔΟΜΗ,ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ) ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ?
- 8.ΠΟΙΕΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ?
- 9.ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΣΤΗΚΑΤΕ ΣΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ?
- 10.ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΑΣΤΕ ΘΕΤΙΚΑ Η ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ?
- 11.Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΕΙΝΑΙ ΕΝΑ ΑΠΟ ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΟΥ ΑΝΑΛΑΜΒΑΝΕΙ Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΥΓΕΙΑ.ΠΩΣ ΕΞΕΛΙΣΣΕΤΑΙ Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΥΤΗ ΣΕ ΒΑΘΜΟ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ? ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΤΗΝ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ?
- 12.ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΠΟΥ ΑΠΟΚΟΜΙΣΑΤΕ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ,ΤΙ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΛΛΑΞΕΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΑ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΥΓΕΙΑ?

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΗΣ

Αν συμφωνείτε να συμμετάσχετε στην έρευνα, παρακαλούμε να υπογράψετε το παρακάτω έντυπο.

Τσεκάρετε το κουτάκι:

1. Βεβαιώνω ότι διάβασα και κατάλαβα τις οδηγίες σχετικά με την έρευνα και ότι είχα την ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις.
2. Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου στην έρευνα είναι εθελοντική και ότι μπορώ να αποσυρθώ όποτε θέλω χωρίς να δώσω εξηγήσεις και χωρίς καμία επίπτωση.
3. Έχω κατανοήσει τους σκοπούς της έρευνας.
4. Συμφωνώ να συμμετέχω στην έρευνα.

Όνομα του συμμετέχοντος

Ημερομηνία

Υπογραφή

Ερευνητής

Ημερομηνία

Υπογραφή

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία!

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αρ.Πρωτ. 534 - 18/06/2021



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

5<sup>η</sup> Υγειονομική  
Περιφέρεια  
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας  
ΠΕΔΥ-Κ.Υ. ΑΡΓΑΛΑΣΤΗΣ

Αργαλαστή 18-6-2021

Το αίτημα της υπαλλήλου Μαδεμτζή Αντωνίας- Αγγελικής για την διεξαγωγή ανώνυμων συνεντεύξεων του υγειονομικού προσωπικού του Κέντρου Υγείας Αργαλαστής στα πλαίσια της εκπόνησης της μεταπτυχιακής διπλωματικής της εργασίας με τίτλο «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΤΟΥ COVID 19» του μεταπτυχιακού Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Ιατρικής Λάρισας, λαμβάνει έγκριση.

Η ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟ  
ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ  
ΠΕΔΥ-Κ.Υ.ΑΡΓΑΛΑΣΤΗΣ  
ΣΩΛΗΝΗ ΕΛΕΝΗ

*Εγκρίνεται*

5<sup>η</sup> Υ.Π.Ε. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
Π.Ε.Δ.Υ. - ΑΡΓΑΛΑΣΤΗΣ  
ΣΩΛΗΝΗ ΕΛΕΝΗ  
Δ/ΝΤΡΙΑ ΓΕΝ. ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ Ε.Λ.  
ΑΜΚΑ: 22125700795 - ΤΣΑΥ: 58486



5<sup>η</sup> Υ.Π.Ε. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
Π.Ε.Δ.Υ. - ΑΡΓΑΛΑΣΤΗΣ  
ΣΩΛΗΝΗ ΕΛΕΝΗ  
Δ/ΝΤΡΙΑ ΓΕΝ. ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΡΙΑ Ε.Λ.  
ΑΜΚΑ: 22125700795 - ΤΣΑΥ: 58486



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

5η Υγειονομική Περιφέρεια  
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

Λάρισα Λ -10-2021

Αρ. Πρωτ. 83620

Ταχ.  
Δ/νση: Μεζούρλο, Λάρισα,  
Τ.Κ.41110 Τ.Θ.2101  
Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου  
Δυναμικού  
Υπεύθυνος: Αποστόλου Αναστασία  
Τηλέφωνο: 2413 - 500837  
E-mail: [anap@dypethessaly.gr](mailto:anap@dypethessaly.gr)

ΠΡΟΣ: κ. ΜΑΔΕΜΤΖΗ ΑΝΤΩΝΙΑ - ΑΓΓΕΛΙΚΗ  
ΚΥ ΑΡΓΑΛΑΣΤΗΣ

Θέμα: «Διαβίβαση πρακτικού 5<sup>ης</sup> Συνεδρίασης Επιστημονικού Συμβουλίου της 5<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ»

- Σχετ.: α) Η αρ. πρωτ:2849/11-01-2019 απόφαση περί συγκρότησης του Επιστημονικού Συμβουλίου της 5<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ όπως αυτή τροποποιήθηκε με τις αρ. πρωτ:91139/04-12-19, 1851/09-01-20 και 42186/26-05-21 αποφάσεις Διοικητή της 5<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ..  
β) Το με ημερομηνία εισόδου 11-08-2021, στην Υπηρεσία της 5<sup>ης</sup> ΥΠΕ αίτημα, της κ. ΜΑΔΕΜΤΖΗ ΑΝΤΩΝΙΑΣ - ΑΓΓΕΛΙΚΗΣ.  
γ) Το απόσπασμα πρακτικού 5<sup>ης</sup> Συνεδρίασης Επιστημονικού Συμβουλίου της 5<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ, 28-09-2021

Σε συνέχεια των ανωτέρω σχετικών, σας διαβιβάζουμε απόσπασμα πρακτικού 5<sup>ης</sup> Συνεδρίασης Επιστημονικού Συμβουλίου της 5<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ, που αφορά στο αίτημά σας για χορήγηση σχετικής άδειας για τη διεξαγωγή μελέτης μέσω ατομικών συνεντεύξεων στο νοσηλευτικό προσωπικό του Κέντρου Υγείας ΑΡΓΑΛΑΣΤΗΣ, αρμοδιότητας της 5<sup>ης</sup> ΥΠΕ, για την ολοκλήρωση του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Παν/μίου Θεσσαλίας.

Με εντολή Διοικητή  
Η Προϊσταμένη Δ/νσης Ανάπτυξης  
Ανθρώπινου Δυναμικού  
της 5ης Υγειονομικής Περιφέρειας  
Θεσσαλίας - Στερεάς Ελλάδας

ΚΥΡΙΑΚΗ ΔΡΟΓΓΟΥΔΗ

## **Θέματα Ημερήσιας Διάταξης**

**Θέμα 3<sup>ο</sup> : «Αίτηση της κ. Μαδεμτζή Αντωνίας – Αγγελικής Ιατρού κλάδου ΕΣΥ Επιμ. Β' Οδοντιατρικής του Κ.Υ. Αργαλαστής, και μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας , αναφορικά με τη χορήγηση έγκρισης διεξαγωγής ποιοτικής έρευνας .**

Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου ενημέρωσε τα μέλη του Ε.Σ. για το αίτημα της Μαδεμτζή Αντωνίας – Αγγελικής Ιατρού κλάδου ΕΣΥ Επιμ. Β' Οδοντιατρικής του Κ.Υ. Αργαλαστής, και μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας , αναφορικά με τη χορήγηση έγκρισης διεξαγωγής ποιοτικής έρευνας στο Κέντρο Υγείας Αργαλαστής. Το θέμα της Μ.Δ.Ε. είναι « Διερεύνηση των εμπειριών του Υγειονομικού Προσωπικού της Πρωτοβάθμιας Υγείας κατά την διάρκεια της πανδημίας του covid-19» και θα πραγματοποιηθεί μέσω ατομικών συνεντεύξεων στο νοσηλευτικό προσωπικό του Κέντρου Υγείας Αργαλαστής.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη:

1. Την εισήγηση του Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου,
2. Την με αριθμ. πρωτ. 67142/ 11-08-2021 αίτηση της κ. Μαδεμτζή Αντωνίας – Αγγελικής,

### ***Ομόφωνα εισηγείται***

Την έγκριση του αιτήματος της κ. Μαδεμτζή Αντωνίας – Αγγελικής, Ιατρού κλάδου ΕΣΥ Επιμ. Β' Οδοντιατρικής του Κ.Υ. Αργαλαστής, και μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, αναφορικά με τη χορήγηση έγκρισης διεξαγωγής ποιοτικής έρευνας στο Κέντρο Υγείας Αργαλαστής. Η διεξαγωγή της εν λόγω μελέτης αποτελεί μέρος για την ολοκλήρωση του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών στην «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Η παραπάνω έρευνα θα γίνει κατόπιν συνεννόησης με τον Συντονιστή του αναφερομένου Κέντρου Υγείας, ώστε να μην παρακωλύεται η λειτουργία των υπηρεσιών.

#### **Ο Πρόεδρος**

Ηλίας Τσιαούσης

#### **Ακριβές απόσπασμά**

**Η Γραμματέας**

Στυλιανή Κατζηνίκου

#### **Τα Μέλη**

Θεοχάρης Λεπενός

Μαρία Γεωργοπούλου

Αντώνιος Γεωργίου

Παναγιώτα Λιάκου

## **Θέματα Ημερήσιας Διάταξης**

**Θέμα 3<sup>ο</sup> : «Αίτηση της κ. Μαδεμτζή Αντωνίας – Αγγελικής Ιατρού κλάδου ΕΣΥ Επιμ. Β' Οδοντιατρικής του Κ.Υ. Αργαλαστής, και μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας , αναφορικά με τη χορήγηση έγκρισης διεξαγωγής ποιοτικής έρευνας .**

Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου ενημέρωσε τα μέλη του Ε.Σ. για το αίτημα της Μαδεμτζή Αντωνίας – Αγγελικής Ιατρού κλάδου ΕΣΥ Επιμ. Β' Οδοντιατρικής του Κ.Υ. Αργαλαστής, και μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας , αναφορικά με τη χορήγηση έγκρισης διεξαγωγής ποιοτικής έρευνας στο Κέντρο Υγείας Αργαλαστής. Το θέμα της Μ.Δ.Ε. είναι « Διερεύνηση των εμπειριών του Υγειονομικού Προσωπικού της Πρωτοβάθμιας Υγείας κατά την διάρκεια της πανδημίας του covid-19» και θα πραγματοποιηθεί μέσω ατομικών συνεντεύξεων στο νοσηλευτικό προσωπικό του Κέντρου Υγείας Αργαλαστής.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη:

1. Την εισήγηση του Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου,
2. Την με αριθμ. πρωτ. 67142/ 11-08-2021 αίτηση της κ. Μαδεμτζή Αντωνίας – Αγγελικής,

### ***Ομόφωνα εισηγείται***

Την έγκριση του αιτήματος της κ. Μαδεμτζή Αντωνίας – Αγγελικής, Ιατρού κλάδου ΕΣΥ Επιμ. Β' Οδοντιατρικής του Κ.Υ. Αργαλαστής, και μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, αναφορικά με τη χορήγηση έγκρισης διεξαγωγής ποιοτικής έρευνας στο Κέντρο Υγείας Αργαλαστής. Η διεξαγωγή της εν λόγω μελέτης αποτελεί μέρος για την ολοκλήρωση του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών στην «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Η παραπάνω έρευνα θα γίνει κατόπιν συνεννόησης με τον Συντονιστή του αναφερομένου Κέντρου Υγείας, ώστε να μην παρακωλύεται η λειτουργία των υπηρεσιών.

#### **Ο Πρόεδρος**

Ηλίας Τσιαούσης

#### **Ακριβές απόσπασμά**

**Η Γραμματέας**

Στυλιανή Κατζηνίκου

#### **Τα Μέλη**

Θεοχάρης Λεπενός

Μαρία Γεωργοπούλου

Αντώνιος Γεωργίου

Παναγιώτα Λιάκου