



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

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Γενική υγεία και ποιότητα ύπνου σε επαγγελματίες υγείας κατά την διάρκεια της πανδημίας Covid-19.

ΤΣΙΑΜΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ
Νοσηλεύτρια Τ.Ε

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δρ. Ιωάννα Παπαθανασίου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Δρ. Φραδέλος Ευάγγελος, Επίκουρος Καθηγητής του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Δρ. Μάλλη Φωτεινή , Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας .

Λάρισα, Ιούνιος 2022

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

**General Health and sleep quality in health professionals during
the Covid-19 pandemic.**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ :

Εισαγωγή	9
Περίληψη	6
Abstract	8

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ :

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Το ξέσπασμα της νόσου Covid-19.....	11
1.2 Πανδημία Covid-19 και Γενικός πληθυσμός.....	13
1.3 Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του COVID-19 στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και σε άλλους εργαζόμενους πρώτης γραμμής.....	15
1.4 Κατάθλιψη, άγχος και στρες μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19.	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Η Γενική Υγεία των Επαγγελματιών Υγείας κατά την διάρκεια της πανδημίας Covid - 19.....	19
2.2 Διαταραχές του ύπνου σε Επαγγελματίες Υγείας κατά την διάρκεια της πανδημίας Covid - 19.....	23
2.2.1 Διαταραχές του ύπνου στους Γιατρούς της πρώτης γραμμής κατά την διάρκεια της πανδημίας Covid -19.....	24
2.3 Ανισορροπία ανταμοιβής προσπάθειας και αϋπνία μεταξύ του Ελληνικού Υγειονομικού Προσωπικού Κατά την έξαρση του COVID-19.....	28

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ :

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα	30
3.2 Υλικό και Μέθοδος	30

3.2.1 Σχεδιασμός της Μελέτης	30
3.2.2 Πληθυσμός και δείγμα	30
3.2.3 Οργάνωση, Συλλογή δεδομένων, Δεοντολογία	31
3.2.4 Εργαλεία Μέτρησης	31
3.2.5 Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων.....	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Αποτελέσματα.....	33
4.2 Ανάλυση Αξιοπιστίας	38
4.3 Συζήτηση.....	61
4.3.1 Προτάσεις.....	67
4.4 Συμπεράσματα	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	71

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1: Ερωτηματολόγιο	79
-----------------------------------	----

Ευχαριστίες

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου Δρ. Παπαθανασίου Ιωάννα χωρίς την συμβολή της οποίας δεν θα ήταν εφικτή η ολοκλήρωση της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συναδέλφους που με μεγάλη προθυμία δέχτηκαν να συμμετέχουν στη συγκεκριμένη μελέτη.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Στην παρούσα διπλωματική εργασία μελετώνται οι συνέπειες και οι προκλήσεις που επιφέρει η πανδημία του κορωνοϊού Covid-19 στο ευρύτερο περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας και διερευνάται η εξής υπόθεση: «Γενική υγεία και ποιότητα ύπνου των επαγγελματιών υγείας κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID – 19.»

Σκοπός : Η παρούσα έρευνα έχει σκοπό τη διερεύνηση των ψυχολογικών επιπτώσεων της πανδημίας και τη μέτρηση των επιπέδων σωματικών συμπτωμάτων, άγχους , αϋπνίας , κοινωνικής δυσλειτουργίας και σοβαρής κατάθλιψης όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας . Η διερεύνηση του φάσματος των ψυχικών επιπτώσεων μπορεί να συμβάλει στην ουσιαστική κατανόηση του προβλήματος και τη στοχευμένη επιλογή παρεμβάσεων πρόληψης ή αντιμετώπισης .

Μεθοδολογία: Για την αποδοχή ή απόρριψη της παραπάνω υπόθεσης, μέσω εκτενούς βιβλιογραφικής ανασκόπησης, αναλύουμε τόσο τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που επέφερε η πανδημία στους επαγγελματίες υγείας όσο και το βαθμό που επηρέασε το ξέσπασμα του Covid-19 στην Γενική υγεία αλλά και τα επίπεδα αϋπνίας αυτών .

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη συμμετείχαν 223 επαγγελματίες υγείας, στην πλειοψηφία τους γυναίκες, μέσης ηλικίας 38 ετών. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα ενιαίο ερωτηματολόγιο που αποτελούνταν από τρία μέρη: Το πρώτο μέρος αφορούσε την καταγραφή των ατομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, το δεύτερο μέρος αφορούσε την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου **GeneralHealthQuestionnaire-28 (GHQ-28)** για την εκτίμηση των σωματικών συμπτωμάτων, του άγχους και της αϋπνίας, την κοινωνική δυσλειτουργία και την σοβαρή κατάθλιψη. Το τρίτο μέρος αφορούσε τη διερεύνηση της δυσκολίας ύπνου με βάση τα κριτήρια ICD-10 και χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα **AthensInsomniaScale (AIS)**.

Αποτελέσματα: Συμπεραίνεται ότι η πλειονότητα εξέφρασε μέτριο ή μικρό βαθμό ανησυχίας για τυχόν έκθεσή στη μόλυνση. Τα επίπεδα των σωματικών συμπτωμάτων ήταν μέτρια, κοινωνική δυσλειτουργία δεν παρατηρήθηκε ιδιαίτερα ενώ πολύ χαμηλά ήταν και τα επίπεδα κατάθλιψης. Η συνολική διάρκεια ύπνου ήταν μάλλον ανεπαρκής.

Συμπεράσματα: Αναδείχτηκε πως όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός ανησυχίας των επαγγελματιών υγείας για πιθανή έκθεση στη μόλυνση τόσο πιο έντονα είναι τα σωματικά τους συμπτώματα και εμφανίζουν περισσότερο άγχος και αϋπνία, ενώ η ποιότητα ύπνου τους επηρεάζεται αρνητικά.

Λέξεις - κλειδιά: covid-19, γενική υγεία, πανδημία, επιπτώσεις, κατάθλιψη, επαγγελματίες υγείας , αϋπνία

ABSTRACT

Introduction: This dissertation studies the consequences and challenges posed by the Covid-19 coronavirus pandemic to the wider environment of health professionals and investigates the following hypothesis: "General health and sleep quality of health professionals during the COVID-19 pandemic".

Aim: The present study aims to investigate the psychological effects of the pandemic and to measure the levels of physical symptoms, anxiety, insomnia, social dysfunction and major depression in health professionals. Exploring the spectrum of mental effects can contribute to a meaningful understanding of the problem and the targeted choice of prevention or treatment interventions.

Methodology: To accept or reject the above hypothesis, through an extensive literature review, we analyze both the psychosocial effects of the pandemic on health professionals and the extent to which the outbreak of Covid-19 affected General Health and their levels of insomnia.

The present research study involved 223 health professionals, most of them women, with a mean age of 38 years. Participants completed a single questionnaire consisting of three parts: The first part was about recording the individual characteristics of the participants, the second part was about completing the **General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)** questionnaire for the assessment of physical symptoms, the anxiety and insomnia, social dysfunction and severe depression. The third part was about the investigation of sleep difficulty based on the ICD-10 criteria and the **Athens Insomnia Scale (AIS)** was used.

Results: It is concluded that the majority expressed moderate or low degree of concern about any exposure to the infection. The levels of physical symptoms were moderate, social dysfunction was not particularly observed and the levels of depression were very low. The total duration of sleep was rather insufficient.

Conclusion: It has been shown that the greater the degree of concern of health professionals for possible exposure to the infection, the more intense their physical symptoms are and they show more stress and insomnia, while their sleep quality is negatively affected.

Keywords: covid-19, general health, pandemic, effects, depression, health professionals, insomnia

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχική υγεία των ατόμων μετά την ξαφνική εμφάνιση του ιού και την υψηλή μεταδοτικότητα της νόσου του COVID-19, όπου προκάλεσε αύξηση των εισαγωγών στα νοσοκομεία, είναι αναπόφευκτο να μην έχει επηρεαστεί [1,2]. Οι αντιδράσεις των ανθρώπων στην εμφάνιση κάθε επιδημίας είναι συνήθως ο φόβος του θανάτου, η ανησυχία για την απώλεια της υγείας του ίδιου και των αγαπημένων προσώπων του, φόβος του κοινωνικού στιγματισμού σε περίπτωση απομόνωσης ή και νόσησης, κατάθλιψη εξαιτίας της τήρησης μέτρων απομόνωσης. Υπάρχει αναμφίβολα μια θετική συσχέτιση μεταξύ της επίδραση της εξάπλωσης λοιμώξεων του αναπνευστικού με τη μορφή επιδημίας και των νευροψυχιατρικών διαταραχών η οποία έχει μελετηθεί στο παρελθόν[3]. Οι επαγγελματίες υγείας επηρεάστηκαν επίσης από τις ψυχοκοινωνικές προεκτάσεις της νόσησης από τον ιό σε διάφορους τομείς όπως : διαταραχές στον ύπνο, αίσθημα ντροπής, η κατάθλιψη και οι αυτοκτονικές τάσεις [4]. Ακόμη, στους επαγγελματίες υγείας αυξήθηκε και ο κίνδυνος εμφάνισης ψυχιατρικών νοσημάτων εξαιτίας του φόβου νόσησης και μετάδοσης του ιού στους οικείους, της μοναξιάς, τον θυμό, την αβεβαιότητα, το επαγγελματικό στρες που είχαν προστεθεί στη σωματική δυσφορία όπου προκαλούσε ο προστατευτικός νοσοκομειακός εξοπλισμός. Επίσης αυξήθηκαν το άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση εξαιτίας της τοποθέτησή τους σε μονάδες ή πτέρυγες με τη λειτουργία των οποίων δεν ήταν εξοικειωμένοι [5]. Η ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας ήταν χαμηλή μετά την εμφάνιση την πανδημίας σε συνδυασμό με την αβεβαιότητα που επικράτησε στην αρχή της επιδημίας για την αιτιολογία και τον κίνδυνο εξάπλωσης του κορωνοϊού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών σχετικά με τον covid-19, τα οποία έδειξαν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής δυσφορίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, παρουσίασαν αυξημένα επίπεδα άγχους εξαιτίας του στιγματισμού, του φόβου νόσησης και μετάδοσης του ιού στους οικείους, της επαγγελματικής εξουθένωσης και της έλλειψης θεραπείας[6,7,8]. Ταυτόχρονα μια άλλη έρευνα έδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας υπέφεραν από δυσκολίες στην έλευση του ύπνου ή αϋπνία όταν έπρεπε να απομονωθούν στο σπίτι τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας έρευνας στους ιατρούς που αντιμετώπισαν ασθενείς οι οποίοι έπασχαν από κορωνοϊό προέκυψε πως η ποιότητα του ύπνου εξαρτάται από το άγχος[9]. Η πίεση της εργασίας αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα στην κακή ποιότητα ύπνου, δεδομένου ότι ο πληθυσμός της μελέτης εργαζόταν αποκλειστικά σε πτέρυγες κορονοϊού. Όσοι επαγγελματίες υγείας εργαζόντουσαν στα χειρουργεία είχαν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους, εξαιτίας του φόβου μόλυνσης από τον covid-19 [10]. Μεταξύ των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα, γεννήθηκε το αίσθημα του άγχους, της αβεβαιότητας, του φόβου, της ανημπορίας εξαιτίας των πιέσεων για έγκαιρη και αποτελεσματική διαλογή ασθενών με υποψία λοίμωξης, για επιτυχή διάγνωση και απομόνωση, για άμεση λήψη αποφάσεων αναστολής λειτουργίας τμημάτων όπου υπήρξε θετικό περιστατικό λοίμωξης σε συνδυασμό με τους περιορισμένους υγειονομικούς πόρους και τη διαρκή άσκηση ελέγχου από τα ΜΜΕ

και το κοινό. Σε άλλη μελέτη στη Κίνα προκύπτει ότι για τα υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στο νοσηλευτικό προσωπικό σχετίζεται η υποκειμενική αίσθηση ευαλωτότητας και ο αντιλαμβανόμενος κίνδυνος νόσησης και μετάδοσης του ιού. Συμπερασματικά , θα πρέπει να αξιολογείται η αίσθηση αβεβαιότητας και φόβου και να λαμβάνονται εγκαίρως τα απαραίτητα μέτρα αντιμετώπισής τους προκειμένου να ελέγχεται η ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας, κυρίως σε όσους έχουν άμεση επαφή με ασθενείς νοσούντες με SARS-CoV-2 [11,12]. Τέλος, προκειμένου να μπορούν να διαχειριστούν την υγειονομική κρίση και να μειωθεί ο βαθμός ευαλωτότητας των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να ενισχυθούν με τον κατάλληλο υλικοτεχνικό εξοπλισμό, και να εξασφαλιστεί η επιμόρφωσή τους και η επικύρωση της συμβολής τους ως προσωπικού πρώτης γραμμής [13].

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1.

1.1ΤΟ ΞΕΣΠΑΣΜΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ COVID-19 :

Εξαιτίας της εμφάνισης ενός νέου σοβαρού οξέος αναπνευστικού συνδρόμου κοροναϊού (SARS-Cov-2) που εισβάλλει ταχύτερα σε όλο τον κόσμο, η ύπαρξή του ανθρώπινου πολιτισμού αμφισβητείται ενώ η ανθρωπότητα περνά από την πιο κρίσιμη συγκυρία αυτής της χιλιετίας. Από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ανακήρυξε το ξέσπασμα της νόσου του CoronaVirus 2019 (COVID-19) ως διεθνής κατάσταση έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία στις 30 Ιανουαρίου 2020, καθώς η ασθένεια, που αναφέρθηκε για πρώτη φορά από την Κίνα τον Δεκέμβριο του 2019, συνεχίζει να εξελίσσεται στις ηπείρους πλήττει σοβαρά πολλές χώρες από την Ευρώπη, την Αμερική και την Ασία και συνεχίζει να μεγαλώνει το βάρος της ασθένειας. Όσες χώρες επλήγησαν από το COVID-19 μετά την Κίνα προκειμένου να προληφθεί η περαιτέρω μετάδοση του ένα μεγάλο τμήμα του παγκόσμιου πληθυσμού περιορίστηκε στα σπίτια τους, λόγω των εθνικών στρατηγικών λοκνταούν και περιορισμού των σπιτιών που εφαρμόστηκαν [14]. Εξαιτίας της τυχαίας μεταβαλλόμενης κατάστασης και της απρόβλεπτης εξάπλωσης του ιού, σύμφωνα με τον ΠΟΥ έχει προκληθεί παγκόσμια ευαισθητοποίηση, άγχος και αγωνία, τα οποία είναι φυσικές ψυχολογικές αντιδράσεις. Επίσης τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και τα διάφορα μηνύματα και πληροφορίες που ανταλλάσσονται στο διαδίκτυο αυξάνουν τα αρνητικά ψυχοσωματικά συμπτώματα μεταξύ των κοινών ανθρώπων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργηθούν συνεχόμενα ψυχολογικά προβλήματα στο κόσμο εξαιτίας του πανικού και της υστερίας σχετικά με το COVID-19 τα οποία θα μπορούσαν ενδεχομένως να είναι ακόμη πιο επιζήμια μακροπρόθεσμα από τον ίδιο τον ιό [14]. Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες σε τέτοιου είδους παγκόσμιας πανδημίας, η ψυχική υγεία είχε επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό, συνεπώς είναι σημαντικό να προσδιοριστούν οι διάφοροι πιθανοί τρόποι με τους οποίους η πανδημία COVID-19 θα επηρεάσει την ψυχική υγεία του κόσμου [14,15].

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί ο COVID-19 σε αρχικό στάδιο πολλές χώρες σε όλο τον κόσμο εφάρμοσαν μέτρα πρώιμης καραντίνας ως το βασικό εργαλείο ελέγχου των κρουσμάτων. Αποτελέσματα αυτής της καραντίνας είχαν αρνητικές συνέπειες όχι μόνο σε σωματικά συμπτώματα αλλά και στην ψυχική υγεία και ευεξία σε προσωπικό και σε επίπεδο πληθυσμού. Προηγούμενα κρούσματα έχουν αναφέρει ότι οι ψυχολογικές επιπτώσεις της καραντίνας μπορεί να ποικίλλουν από

άμεσες επιπτώσεις, όπως ευερεθιστότητα, φόβος για προσβολή και εξάπλωση λοίμωξης στα μέλη της οικογένειας, θυμός, σύγχυση, απογοήτευση, μοναξιά, άρνηση, άγχος, κατάθλιψη, αϋπνία, απόγνωση, έως ακραίες συνέπειες, συμπεριλαμβανομένης της αυτοκτονίας [14,16]. Η αίσθηση απομόνωσης και η απώλεια ελέγχου που προκύπτει από την επιβαλλόμενη μαζική καραντίνα που εφαρμόζεται από εθνικά προγράμματα κλειδώματος μπορεί να προκαλέσει μαζική υστερία, άγχος και αγωνία. Οι αυξημένες αντιλήψεις για τον κίνδυνο, μεγεθύνονται από πληροφορίες αόριστες και ακατάλληλες επικοινωνίες μέσω μέσων στην πρόμη φάση μιας πανδημίας, επίσης το αίσθημα της αβεβαιότητας μπορεί να εντατικοποιηθεί εάν οι οικογένειες χρειάζονται διαχωρισμό, λόγω της εξέλιξης της νόσου, της ανεπαρκούς παροχής βασικών στοιχείων, των οικονομικών απωλειών. Οι ύποπτες μεμονωμένες περιπτώσεις μπορεί να υποφέρουν από άγχος λόγω αβεβαιότητας σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους και να αναπτύξουν ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα, όπως επαναλαμβανόμενοι έλεγχοι θερμοκρασίας και αποστείρωση. Η σημαντική κοινωνικοοικονομική δυσφορία και τα ψυχολογικά συμπτώματα λόγω οικονομικών απωλειών είναι αποτελέσματα μετά την καραντίνα. Η απομόνωση σε μορφή διακρίσεων, υποψιών και αποφυγής από τη γειτονιά, η ανασφάλεια σχετικά με τις ιδιότητες, η προκατάληψη στο χώρο εργασίας και η απόσυρση από τα κοινωνικά γεγονότα ακόμη και μετά τον περιορισμό των επιδημιών αποτελούν μια άλλη πολύ σημαντική πτυχή που είναι ο στιγματισμός και η κοινωνική απόρριψη. Οι Επαγγελματίες Υγείας επηρεάζονται περισσότερο ψυχολογικά και είναι επίσης πιθανό να αντιληφθούν μεγαλύτερο στιγματισμό από το ευρύ κοινό για την καραντίνα [17]. Τα παιδιά που έχουν μολυνθεί με COVID-19 ή υπάρχουν υπόνοιες ότι μολύνθηκαν και χρειάζονται απομόνωση ή καραντίνα μπορεί να απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή για να αντιμετωπίσουν το φόβο, το άγχος και άλλες ψυχολογικές επιπτώσεις τους .

Δύσκολο για πολλούς, την επανεκκίνηση των συνηθισμένων αναγκών της καθημερινής ζωής τους, προκάλεσε Ο στιγματισμός που σχετίζεται με τις ασθένειες στους πάσχοντες από το ξέσπασμα του SARS του 2003 ήταν αξιοσημείωτος ακόμη και μετά από χρόνια έκθεσης. Πιο επιρρεπείς στον στιγματισμό βρέθηκαν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης (HCP), και ιδιαίτερα οι γενικοί ιατροί, που εμπλέκονται στη φροντίδα ασθενών που έχουν προσβληθεί από SARS, [17,18]. Μια στιγματισμένη κοινότητα τείνει να αναζητήσει αργά ιατρική περίθαλψη με αποτέλεσμα να κρύβει σημαντικό ιατρικό ιστορικό, ιδιαίτερα αν αποτελεί γνωστό ταξιδιωτικό προορισμό. Αυτή η συμπεριφορά, με τη σειρά της, θα αυξήσει τον κίνδυνο μετάδοσης της κοινότητας. Ο ΠΟΥ έχει επίσης εκδώσει συγκεκριμένα ψυχοκοινωνικά ζητήματα για τη μείωση του αυξανόμενου στίγματος του COVID -19[14]. Ο φόβος της απομόνωσης, ο ρατσισμός, οι διακρίσεις και η περιθωριοποίηση με όλες τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις εξαιτίας του covid-19 μπορεί επίσης να προκαλέσει στιγματισμό .

1.2 ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID -19 ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ :

Οι πανδημίες στον γενικό πληθυσμό μπορεί να προκαλέσουν ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες. «Κορωνοφοβία» ονομάζεται ο μαζικός φόβος για το COVID-19[19], όπου οφείλεται στον αβέβαιο χαρακτήρα και στην απρόβλεπτη πορεία της νόσου, στην αβεβαιότητα, τον κίνδυνο απόκτησης της λοίμωξης, την συναισθηματική αγωνία και την αντίδραση αποφυγής μεταξύ των ατόμων [20]. Ο φόβος, οι απογοητεύσεις, η αδυναμία και το άγχος των ανθρώπων για την κατάσταση στη διάρκεια της εμφάνισης της νόσου, η αύξηση του αριθμού των νέων περιπτώσεων και η εκτεταμένη προσοχή των μέσων ενημέρωσης μπορούν να αυξήσουν. Αυτά μπορούν να παρεμποδίσουν την κοινωνική σταθερότητα και να δημιουργήσουν εσφαλμένη προστασία της υγείας εξαιτίας του ανήσυχου κοινού, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε συγκρούσεις μεταξύ κλινικών γιατρών και ασθενών, με αποτέλεσμα να είναι επιβλαβείς για τα προγράμματα ελέγχου επιδημίας. Ο μη ρεαλιστικός πανικός μπορεί να οδηγήσει σε παραπλανητικά συναισθήματα σχετικά με την αποθήκευση καθημερινών ειδών ή πόρων (όπως απολυμαντικό χεριών, φάρμακα, προστατευτικές μάσκες ή ακόμη και χαρτί υγείας) Αυτό ονομάζεται «συμπεριφορά της αγέλης» [21,22] μπορεί να έχει αντίκτυπο σε μια κοινότητα που πραγματικά απαιτεί αυτά τα απαραίτητα [23,24]. Κατά τη διάρκεια επιδημιών και πανδημιών ο όρος «ξενοφοβία» που σχετίζεται με τις λοιμώξεις όλο και αυξάνεται, και δυστυχώς φαίνεται να είναι μια κοινή απάντηση σε περίπτωση που ο COVID-19 συνεχίζεται. Γίνονται ολοένα αναφορές για σωματικές και λεκτικές επιθέσεις εναντίον των Κινέζων [25] και άλλων «Κινέζικων» κοινοτήτων [26], καθώς και την αποτροπή τους από την είσοδο στην υγειονομική περίθαλψη και την άσκηση βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων [19].

• Σχετική έρευνα σε πληθυσμό της Κίνας :

Σε μια μελέτη από σχεδόν 200 πόλεις στην Κίνα μεταξύ περισσότερων από 1200 ατόμων τους μήνες Ιανουάριο και Φεβρουάριο του 2020 έδειξε ότι περισσότεροι από τους μισούς (~54%) των συμμετεχόντων αξιολόγησαν τον ψυχολογικό αντίκτυπο του COVID-19 ως μέτριο ή σοβαρό. Μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα άγχους έδειξε το ένα τρίτο (~29%) ενώ λιγότερο από το ένα 1/5 (~17%) ανέφερε μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης, και περισσότερο από το 75% των συμμετεχόντων ένιωσαν ανησυχία για τα μέλη της οικογένειάς τους που νοσούσαν από COVID-19 [27]. Σε μια άλλη έρευνα σε πληθυσμό της Κίνας, όπου συμμετείχαν 53.000 ερωτηθέντες έδειξε ότι περισσότεροι από το 1/3 (~35%) του πληθυσμού της μελέτης παρουσίασαν ψυχολογική δυσφορία η οποία κυμαινόταν από ήπια έως μέτρια (> 29%) και σοβαρά (> 5%) επίπεδα. χρησιμοποιώντας τη βαθμολογία COVID-19 PeritraumaticDistressIndex (CPDI), η οποία περιλαμβάνει πληροφορίες, όπως

«κατάθλιψη ,συχνότητα άγχους ,συγκεκριμένες φοβίες, γνωστική αλλαγή, αποφυγή και καταναγκαστική συμπεριφορά, σωματικά συμπτώματα και απώλεια κοινωνικής λειτουργίας» [28]. Μια άλλη μελέτη, από σχεδόν 18000 ενεργούς χρήστες Weibo η οποία βασίστηκε στην προσέγγιση της διαδικτυακής οικολογικής αναγνώρισης (OER), έδειξε ότι τα αρνητικά συναισθήματα, για παράδειγμα «άγχος, κατάθλιψη και αγανάκτηση», έχουν αυξηθεί μετά την εμφάνιση του COVID-19 στις 20 Ιανουαρίου 2020, ενώ τα θετικά συναισθήματα, μειώθηκαν σημαντικά [29]. Από τον τεράστιο όγκο πληροφοριών που έρχονται μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης τα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας έχουν επηρεαστεί αρκετά [30]. Η νεαρή ηλικία καθώς και το γυναικείο φύλο, οι μαθητές που έχουν συγκεκριμένα σωματικά συμπτώματα, όπως μυαλγίες, ζάλη συσχετίστηκαν σημαντικά με πιο αρνητικές ψυχολογικές επιδράσεις του COVID-19 καθώς και με υψηλότερα επίπεδα στρες, άγχους και κατάθλιψης. μεταξύ των αντίστοιχων ατόμων[26,27,29].

- **Σχετική έρευνα σε πληθυσμό της Ανατολικής Ινδίας:**

Σε μια μελέτη που έλαβε μέρος στην Ανατολική Ινδία [31] έδειξε ότι οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ένιωσαν ανησυχία για τον οικονομικό περιορισμό κατά τη διάρκεια της καραντίνας , ενώ το ένα τέταρτο εμφάνισε συμπτώματα κατάθλιψης και το ένα τρίτο δυσκολεύτηκε να προσαρμοστεί με τα νέα δεδομένα . Το 25,6% των ερωτηθέντων διαπίστωσε ότι το COVID-19 απειλούσε την ύπαρξή τους. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες απάντησαν ότι «ασχολήθηκαν με την ιδέα να μολυνθούν με το COVID-19».

- **Σχετική έρευνα σε πληθυσμό της Ιταλίας:**

Σχετικά με την ψυχική υγεία του γενικού πληθυσμού της Ιταλίας , γίνεται αναφορά για πρώτη φορά στην παρακάτω μελέτη, όπου τα αποτελέσματα της οποίας σχετίζονται με την εκδήλωση της πανδημίας του COVID-19 και τη σχετική κατάσταση της καραντίνας. Από την μελέτη προκύπτουν υψηλά ποσοστά μετατραυματικού στρες - PTSS, συμπτώματα άγχους ,συμπτώματα κατάθλιψης και αϋπνία με τις νέες γυναίκες να έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους . Τα αποτελέσματα συσχετίστηκαν με διάφορους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τον covid-19, όπως της καραντίνας, των αγαπημένων προσώπων που πέθαναν από το covid-19, αλλά και τη μείωση της δραστηριότητας της εργασίας που σταμάτησε λόγω των μέτρων της καραντίνας ή την συνύπαρξη άλλων αγχωτικών γεγονότων (π.χ. εργασιακά, οικονομικά, σχέσεις ή στέγαση) λόγω των μέτρων της πανδημίας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η πανδημία του COVID-19 είναι μια ανεξάρτητη επίδραση στην ψυχική υγεία του πληθυσμού[32].

1.3 Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του COVID-19 σε παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και σε άλλους εργαζόμενους πρώτης γραμμής :

Κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας η ψυχοκοινωνική ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας είναι περίπλοκη και δεν είναι πλήρως κατανοητή. Μελέτες που αφορούν το ξέσπασμα SARS του 2003 από τον Καναδά, την Ταϊβάν και το Χονγκ Κονγκ έχουν δείξει πώς η μάχη ενάντια στο SARS οδήγησε σε τεράστια ψυχολογική νοσηρότητα μεταξύ των πρωτοπόρων επαγγελματιών υγείας [33, 34, 35]. Το 2003 στην Ταϊβάν στη διάρκεια της επιδημίας SARS, οι νοσοκόμες που εργάζονταν στη μονάδα SARS υπέφεραν περισσότερο από καταθλιπτικά συμπτώματα και αϋπνία σε σύγκριση με εκείνες τις νοσοκόμες που δούλευαν σε μονάδες εκτός SARS και η εμφάνιση ψυχιατρικών συμπτωμάτων συσχετίστηκε με την άμεση έκθεσή τους στη φροντίδα ασθενών με SARS [36]. Επίσης, ύστερα από τρία χρόνια από την επιδημία του SARS το 2003, ένας σημαντικός αριθμός των επαγγελματιών υγείας σε νοσοκομείο στο Πεκίνο της Κίνας παρουσίασε διαταραχές μετατραυματικού στρες (PTSD)[37]. Ακόμη η εμφάνιση φόβου και άγχους σχετικά με μια ευρέως διαδεδομένη εμφάνιση μιας μεταδοτικής ασθένειας, αναπόφευκτου στρες, όπως το COVID-19, μπορεί να είναι πιο έντονη μεταξύ των ομάδων υψηλότερου κινδύνου, όπως των επαγγελματιών υγείας (HCP) σε σχέση με άλλους εργαζόμενους της πρώτης γραμμής, συμπεριλαμβανομένων τραπεζίτες, αστυνομικοί, ένοπλες δυνάμεις κ.λπ..

Όλα μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ψυχική ευεξία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας όπως η έκθεση τους σε ασθενείς με COVID-19 σε διάφορες περιπτώσεις στα νοσοκομεία, το να σε τοποθετούν σε καραντίνα λόγω νόσησης ή λόγω στενής επαφής με κρούσμα, ο θάνατος ή η ασθένεια ενός συγγενή ή φίλου από το COVID-19 και η αυξημένη αυτοαντίληψη του κινδύνου από τη θνησιμότητα του ιού, [37, 38, 39]. Από πληγείσες χώρες με COVID όπως η Κίνα, Ιατροί και επαγγελματίες υγείας εμφάνισαν τεράστια πίεση στην απόδοση, καθώς και αυξημένα δυσμενή ψυχιατρικά αποτελέσματα λόγω ξαφνικής αύξησης της υπερβολικής εργασίας, ανεπαρκούς προστασίας από τη μόλυνση, απογοήτευση από τη μη παροχή βέλτιστης φροντίδας των ασθενών και απομόνωση [40,41]. Κατά τη διάδοση και τον έλεγχο της πανδημίας COVID-19 στην Κίνα έχουν αναφερθεί διάφοροι τύποι ψυχολογικών στρεσογόνων συμβάντων που σχετίζονται με «μεταδοτικό τραύμα» μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού [42]. Είναι πιθανό να προκαλέσουν έντονο άγχος, οι αυξήσεις των περιπτώσεων κορωνοϊού στους γιατρούς και τις νοσοκόμες σε χώρες όπως η Ινδία, όπου το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης έχει ήδη υπερφορτωθεί. Αυτό μπορεί να επιδεινωθεί από την ανεπαρκή παροχή στο νοσοκομείο των απαιτούμενων εργαλείων υγιεινής των χεριών [43] και τη σημαντική έλλειψη εξοπλισμού ατομικής προστασίας (ΜΑΠ) μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (HCP), οι οποίοι διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο μετάδοσης [44]. Τα αποτελέσματα της μελέτης των Li et al., έδειξαν ότι οι μισοί από τους συμμετέχοντες που εργάζονταν σε κλινικές όπου

ασχολούνταν με την θεραπεία ασθενών με COVID-19 κατά τη διάρκεια της πανδημίας του 2019 εντόπισαν τουλάχιστον ήπια κατάθλιψη και το ένα τρίτο ανέφεραν αϋπνία, ενώ το 14% των ιατρών και σχεδόν το 16% των νοσηλευτών μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη. Μέσα από την παραπάνω έρευνα προέκυψε ότι η ανάπτυξη μη φυσιολογικών συμπτωμάτων στρες των γυναικών επαγγελματιών υγείας άμεσοι [40]. Μια άλλη έρευνα των Maunder et al. [45] επισήμανε ότι το άγχος των υπαλλήλων που φροντίζουν συναδέλφους που έχουν νοσήσει από τον κοροϊοϊό κατά τη διάρκεια της πανδημίας έχει αυξηθεί σχετικά με τις ικανότητες και τις δεξιότητές τους, κάνοντάς τους πιο ευάλωτους διανοητικά. Ταυτόχρονα, οι επαγγελματίες υγείας που δεν έχουν αρμοδιότητα να φροντίζουν ασθενείς με covid – 19, και επομένως πρέπει να παραμείνουν στο σπίτι για μεγάλες περιόδους κατά τη διάρκεια της καραντίνας μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα απομόνωσης και αναξιολόγησης επειδή δεν μπορούν να συμβάλλουν στην παρούσα κρίση. Μετά από πανδημίες μολυσματικών ασθενειών η αντιμετώπιση των ψυχολογικών πτυχών, για παράδειγμα το άγχος και ο φόβος των ασθενών με σοβαρή ασθένεια COVID - 19, φαίνεται αρκετά δύσκολη και επαχθής επειδή τα περισσότερα νοσοκομεία και το προσωπικό τους έχουν μειωμένη κατάρτιση σχετικά με τα κατάλληλα μέτρα ελέγχου των λοιμώξεων [46,47]. Όπως έχει ήδη προκύψει σε διάφορες ιατρικές ομάδες στην Κίνα οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να είναι εξαιρετικά δύσκολο να αντιμετωπίσουν τους απογοητευμένους, μη συνεργάσιμους, πανικόβλητους και στιγματισμένους ασθενείς του COVID-19, [41]. και αυτό προκαλεί απάθεια και απόσυρση μεταξύ των ιατρών. Ένα μέρος των επαγγελματιών υγείας τίθενται σε καραντίνα και απομονώνονται επειδή σχετίζονται άμεσα με τη φροντίδα επιβεβαιωμένων / ύποπτων ασθενών με COVID-19. Στους επαγγελματίες υγείας η απομάκρυνση από την οικογένεια κατά τη διάρκεια μιας εκδήλωσης μολυσματικών ασθενειών μπορεί να προκαλέσει έναν τεράστιο συναισθηματικό βάρος για τους ίδιους. Βαθύ άγχος σχετικά με το φόβο μετάδοσης της νόσου στα μέλη της οικογένειάς τους εμφανίζουν εκείνοι που εκτελούν νοσοκομειακά καθήκοντα σε ημερήσια φροντίδα και πρέπει να επιστρέψουν στο σπίτι [44], ιδιαίτερα εάν έχουν ηλικιωμένα μέλη με χρόνια νοσήματα τα οποία θα έχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης σοβαρών και δυσμενών αποτελεσμάτων. Η έλλειψη οριστικής θεραπείας καθώς και η αβέβαιη περίοδος επώασης του ιού μπορεί να δημιουργήσει ένα κλίμα ευπάθειας μεταξύ των ιατρών, καθώς και της πιθανής ασυμπτωματικής μετάδοσής του. Η μη στήριξη των επαγγελματιών υγείας από την κυβέρνηση λόγω ανεπάρκειας μέσων ατομικής προστασίας [48], η μη αξιολόγηση λόγω έλλειψης εκπαίδευσης σε κατάλληλες διαδικασίες ελέγχου λοίμωξης και απομόνωσης [49] προκαλεί σημαντική εξάντληση και απόσυρση μεταξύ των εργαζομένων στην υγεία με αποτέλεσμα αυξημένες συμπεριφορές εξάρτησης από ουσίες, οδηγώντας σε σημαντική λειτουργική βλάβη [45]. Οι συναισθηματικές βλάβες μετά από αυτά τα επαίσχυντα επεισόδια θα μπορούσαν να προκαλέσουν κοινές ψυχιατρικές ασθένειες βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα Αναφέρονται περιστατικά, επίθεσης σε γιατρούς ύστερα από το θάνατο ασθενών με COVID-19 [50] και έξωση γιατρών από τους νοικιασμένους οικισμούς τους [51,52] εν μέσω της

συνεχιζόμενης πανδημίας. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι οι νέοι φοιτητές ιατρικής που χρησιμοποιούνται προκειμένου να καλυφθούν οι ελλείψεις προσωπικού, θα πρέπει να ελέγχονται τακτικά και με μεγάλη προσοχή για την ψυχική τους υγεία και ευημερία αλλά και για τις ικανότητές [53,54]. Είναι απολύτως απαραίτητη η σωστή ψυχολογική υγεία των επαγγελματιών υγείας σε αυτόν τον ευάλωτο χρόνο της πανδημίας [55].

1.4. Κατάθλιψη, άγχος και στρες μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19:

Οι Lenzoetal. διενέργησαν μια μελέτη στην οποία συμμετείχαν 218 Ιταλοί επαγγελματίες υγείας κατά την διάρκεια της πανδημίας του covid-19 η οποία στόχευσε στη διερεύνηση ψυχικών συμπτωμάτων όπως η κατάθλιψη, το στρες και το άγχος μεταξύ των εργαζομένων και εξέτασε το ρόλο της εκφραστικής ευελιξίας και της ευαισθησίας του περιβάλλοντος ως βασικά συστατικά της ανθεκτικότητας στην κατανόηση των αναφερόμενων συμπτωμάτων. Στην εξήγηση της κατάθλιψης, στρες και άγχους υπέθεσαν μια σημαντική και διαφορετική συμβολή των συστατικών ανθεκτικότητας.

Τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας έδειξαν επικράτηση μέτριων έως εξαιρετικά σοβαρών συμπτωμάτων 8% για κατάθλιψη, 9,8% για άγχος και 8,9% για στρες. Τα αποτελέσματα της συσχετιστικής ανάλυσης έδειξαν ότι η ενίσχυση της ικανότητας συσχετίστηκε αντίστροφα με την κατάθλιψη και το άγχος. Η κατάθλιψη, το άγχος και το στρες συσχετίστηκε αντίστροφα με την ικανότητα καταστολής. Η ικανότητα αντίληψης των ενδείξεων με βάση τα συμφραζόμενα συσχετίστηκε αντίστροφα με την κατάθλιψη και το άγχος. Η ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι η ικανότητα ενίσχυσης της συναισθηματικής έκφρασης ήταν στατιστικά σημαντική για να εξηγήσει την κατάθλιψη μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.. Στο τελευταίο μοντέλο παλινδρόμησης, η ηλικία, η εργασιακή εμπειρία και η ικανότητα καταστολής της συναισθηματικής έκφρασης ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες του στρες. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης μπορούν να βοηθήσουν στην κατανόηση των συγκεκριμένων συνεισφορών των δυνατοτήτων ενίσχυσης και καταστολής της ευαισθησίας στα στοιχεία του στρες για την πρόβλεψη της κατάθλιψης, του άγχους και του άγχους μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις για την πρόληψη της εξάντλησης πρέπει να εξετάσουν αυτές τις σχέσεις[56].

Η εκφραστική ευελιξία και η ευαισθησία περιβάλλοντος συνυπολογίστηκαν εξηγώντας την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες η συγκεκριμένη μελέτη εξέτασε την κατάθλιψη, το άγχος και το

στρες σε ένα δείγμα ιταλών επαγγελματιών υγείας που αντιμετώπισαν το ξέσπασμα της πανδημίας του COVID-19. Οι επαγγελματίες υγείας αντιμετώπισαν υψηλότερο φόρτο εργασίας λόγω της έκτακτης ανάγκης, με άγνωστες συνέπειες για την ψυχική τους υγεία κατά τη διάρκεια των πιο κρίσιμων μηνών της πανδημίας COVID-19, ενώ οι επαγγελματίες υγείας που εργαζόντουσαν σε μονάδες αποκλειστικά με covid ασθενείς είχαν υψηλότερο αντίκτυπο ψυχολογικών επιπτώσεων αλλά και για όσους εργαζόμενους εμπλέκονταν στη καθημερινή βοήθεια ασθενών με χρόνια ιατρική πάθηση.

Τα αποτελέσματα των περιγραφικών στατιστικών αποκάλυψαν τον επιπολασμό ποσοστών μέτριων έως εξαιρετικά σοβαρών συμπτωμάτων που κυμαίνονται από 8 τοις εκατό για κατάθλιψη έως περίπου 10 τοις εκατό για άγχος. Σε σχέση με πρώιμες μελέτες που αφορούσαν εργαζόμενους στην υγειονομική περίθαλψη οι συμμετέχοντες αυτής της μελέτης είχαν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους [56].

Κεφάλαιο2.

2.1 ΗΓενική Υγεία των Επαγγελματιών Υγείας κατά την διάρκεια της πανδημίας Covid -19 :

- Σωματικά συμπτώματα και κοινωνική δυσλειτουργία :

Σύμφωνα με την έρευνα Shaukatetal. , συγκεντρώθηκαν στοιχεία σχετικά με τις επιπτώσεις του Covid-19 στους Επαγγελματίες Υγείας . Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας είναι αρκετά επιρρεπείς για διάφορες επιπτώσεις στην υγεία τους κατά την διάρκεια της πανδημίας .Για εκείνους που μολύνθηκαν από τον COVID-19, τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα ήταν πυρετός και βήχας, που ήταν παρόμοιοι με αυτούς που παρατηρήθηκαν στην κοινότητα. Διαπιστώθηκαν διάφοροι παράγοντες κινδύνου όπως πολλές ώρες εργασίας, εργασία στο τμήμα υψηλού κινδύνου COVID- 19, έλλειψη ΜΑΠ, διαγνωσμένο μέλος της οικογένειας των εργαζομένων με κορωνοϊό, ακατάλληλο πλύσιμο χεριών και ακατάλληλος έλεγχος λοίμωξης. Επιπλέον, η παρατεταμένη χρήση ΜΑΠ οδήγησε σε βλάβη του δέρματος, με τη ρινική γέφυρα να είναι η πιο κοινή τοποθεσία. Η μάχη με το COVID-19 στην πρώτη γραμμή κάνει τους επαγγελματίες υγείας ευάλωτους στην ψυχολογική δυσφορία. Η εύρεση δείχνει υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, άγχους, στρες , αγωνίας, θυμού, φόβου, αϋπνίας και μετατραυματικής διαταραχής. Οι γυναίκες νοσοκόμες επηρεάστηκαν δυσανάλογα περισσότερο από τις συνέπειες της ψυχικής υγείας τους . Οι πρώτες γυναίκες νοσηλεύτές εργάζονται σε στενή επαφή με ασθενείς για μεγαλύτερες ώρες εργασίας, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε κόπωση, άγχος και στρες . Ωστόσο, αυτό το εύρημα δικαιολογεί περαιτέρω έρευνα για καλύτερη προετοιμασία για το μέλλον[57].

Σε όλο τον κόσμο, το COVID-19 έχει επηρεάσει μεγάλο αριθμό επαγγελματιών υγείας πρώτης γραμμής. Από τον Μάρτιο του 2020, το COVID-19 έχει μολύνει περισσότερους από 3000 εργαζόμενους στον τομέα της υγείας μόνο στην Κίνα [58]. Μια παρόμοια κατάσταση παρατηρήθηκε σε προηγούμενα κρούσματα της Νόσου του ιού Έμπολα (EVD), του αναπνευστικού σύνδρομου της Μέσης Ανατολής (MERS) και σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο του (SARS) [59,60]. Φιγούρες από τη Σιέρα Λεόνε, τη Λιβερία και την Γουινέα παρουσίασαν περίπου 6-8% της μόλυνσης από Έμπολα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας [60], από το SARS μολύνθηκαν περίπου 1000 επαγγελματίες υγείας , και το 1,4% ήταν το ποσοστό των θανάτων που εμφανίστηκαν μόνο στην Κίνα[61]. Οι πρώιμες μελέτες COVID-19 δείχνουν μια ανησυχητική κατάσταση νοσηρότητας και θνησιμότητας [62]. Το γεγονός ότι Οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη διατρέχουν αυξημένο

κίνδυνο μόλυνσης από το COVID-19 θα επιδεινώσει περαιτέρω την υπάρχουσα έλλειψη ειδικευμένου εργατικού δυναμικού [63, 64, 58, 65].

Κατά τη διάρκεια των εστιών, οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν σημαντικό άγχος. Σε μια κινεζική μελέτη κατά τη διάρκεια της επιδημίας του Έμπολα, οι εργαζόμενοι ανέφεραν ακραία σωματοποίηση, κατάθλιψη, άγχος και εμμονή-καταναγκασμός [66]. Κατά τη διάρκεια της επιδημίας MERS, μια Σαουδική μελέτη ανέφερε σχεδόν τα δύο τρίτα των επαγγελματιών υγείας αισθάνονταν σε κίνδυνο να μολυνθούν με MERS CoV και ένιωθαν ανασφαλείς κατά την εργασία τους [67]. Αυτά τα ευρήματα συνάδουν με προηγούμενες καταστάσεις SARS στις οποίες οι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν υψηλά επίπεδα φόβου της μετάδοσης και της μόλυνσης των μελών της οικογένειας, συναισθηματική διαταραχή, αβεβαιότητα και στιγματισμός. Οι παράγοντες κινδύνου για την ψυχική υγεία περιλαμβάνουν συντριπτικές καταστάσεις, κοινωνική διαταραχή της καθημερινής ζωής, αίσθημα ευπάθειας, κίνδυνος μόλυνσης, φόβος μετάδοσης της νόσου σε οικογένειες και αγαπημένα πρόσωπα. Προηγούμενα κρούσματα έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας υποφέρουν από σημαντικό άγχος και αναμένεται παρόμοιο αποτέλεσμα και στην πανδημία του COVID-19.

Μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο έλεγχος αυτής της πανδημίας είναι η ακραία έλλειψη μέσων ατομικής προστασίας - ΜΑΠ [63]. Οι υψηλά μολυσματικές προκλήσεις της πανδημίας του covid-19 έχουν ήδη θέσει σε κίνδυνο τα συστήματα υγείας με επακόλουθες ελλείψεις σε προμήθειες και μέσα ατομικής προστασίας - ΜΑΠ. Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια της επιδημίας του Έμπολα, πολλές χώρες αντιμετώπισαν ελλείψεις σε ΜΑΠ [60]. Σε μια πανδημία, η διασφάλιση ιατρικών προμηθειών έκτακτης ανάγκης σχετίζεται με τα εθνικά συστήματα αντιμετώπισης έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία [63]. Ως εκ τούτου, είναι σκόπιμο να δημιουργηθεί ένα πρόγραμμα έκτακτης ανάγκης ιατρικών προμηθειών για τη διασφάλιση της παροχής προμηθειών με βάση τις ανάγκες, τον τύπο, την ποιότητα και την ποσότητα.

Οι πανδημίες ασκούν σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις στους Επαγγελματίες Υγείας, τονίζοντας την ανάγκη για κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη, παρεμβάσεις και μέτρα υποστήριξης του προσωπικού. Ειδικές ψυχολογικές παρεμβάσεις κατά την διάρκεια του COVID-19 για το ιατρικό προσωπικό στην Κίνα περιελάμβανε υποστήριξη ομάδες ψυχολογικής παρέμβασης, ψυχολογική συμβουλευτική, διαθεσιμότητα τηλεφωνικής γραμμής, δημιουργία συστημάτων αλλαγής σε νοσοκομεία, διαδικτυακές πλατφόρμες για ιατρική βοήθεια, κίνητρα, επαρκή διαλείμματα και διακοπές, παρέχοντας ένα μέρος για ξεκούραση και ύπνο, δραστηριότητες αναψυχής όπως γιόγκα, διαλογισμός και άσκηση, και συνεδρίες κινητοποίησης. Προκειμένου να προστατευτεί η ευημερία των Επαγγελματιών Υγείας μέσω κατάλληλων μέτρων, ένα κρίσιμο εργαλείο στην εθνική έκτακτη ανάγκης για τη δημόσια υγεία είναι η στην καταπολέμηση των εστιών. Εάν δεν ληφθούν έγκαιρα

μέτρα, παρόλο που η ασθένεια του covid-19 θα υποχωρήσει τελικά, θα εμφανιστεί ένα νέο κύμα ασθενών που θα πάσχουν από ψυχολογική νοσηρότητα[57].

Άλλη μια μελέτη των Maciaszeketal , δείχνει την εμφάνιση ακατάλληλων ψυχολογικών αντιδράσεων κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID-19, μεταξύ των ιατρών σε σύγκριση με εκείνη σε άτομα που ασκούν άλλα επαγγέλματα στην Πολωνία. Τα ευρήματα από αυτήν την έρευνα υποδηλώνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων όσον αφορά το άγχος, την αϋπνία και τα σωματικά συμπτώματα από αυτά που αντιπροσωπεύουν άλλα επαγγέλματα, ακόμη και μετά από προσαρμογή για πιθανούς συσχετιζόμενους παράγοντες.

Από όσα γνωρίζουμε, αυτή είναι η πρώτη μελέτη που συγκρίνει την ψυχοπαθολογική εκδήλωση στους επαγγελματίες του ιατρικού και του μη ιατρικού τομέα κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Πάνω από το 60% των ιατρών και το 48% των ατόμων που εργάζονται σε μη ιατρικά επαγγέλματα από το δείγμα μελέτης παρουσίασε κλινικά σχετικά ψυχοπαθολογικά συμπτώματα[68].

Αυτά τα ευρήματα είναι παρόμοια με αυτά που αναφέρθηκαν πρόσφατα σε μια πληθυσμιακή μελέτη στην Κίνα που ανέφερε συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, αγωνίας και αϋπνίας στο 34,0-71,5% των ιατρών .Ομοίως, μια άλλη μελέτη ανέφερε ότι το 63% των ιατρών στη Γουχάν της Κίνας παρουσίασε διάφορα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα .Ωστόσο, μια χαμηλότερη επικράτηση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων σε σύγκριση με τη μελέτη μας παρατηρήθηκε από τους συγγραφείς μιας πρόσφατης μελέτης διατομής που βασίστηκε σε περισσότερους από 4000 εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης από τη Wuhan, στην οποία το 39,1% των συμμετεχόντων στη μελέτη είχαν ψυχολογική δυσφορία. Οι Laietal. πρότεινε ότι οι νοσοκόμες, οι γυναίκες, οι γιατροί στην πρώτη γραμμή και όσοι εργάζονται στη Γουχάν της Κίνας, είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν διάφορα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα , τα οποία συνάδουν με τα ευρήματά μας σχετικά με το γυναικείο φύλο. Η συντριπτική πλειονότητα των αποτελεσμάτων μας επιβεβαιώνει παρατηρήσεις από ασιατικές χώρες κατά τα αρχικά στάδια της πανδημίας του COVID-19. Πρόσφατα, υπήρξαν μόνο λίγες αναφορές που ορίζουν το ρόλο των παραγόντων που επηρεάζουν την ανάπτυξη ψυχιατρικών συμπτωμάτων στην πανδημία . Ωστόσο, εξακολουθεί να υπάρχει έλλειψη έρευνας για τον εντοπισμό θεσμικών και ατομικών κινδύνων και προστατευτικών παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και άλλων πολιτών κατά τη διάρκεια της πανδημίας[68].

Αυτή η μελέτη υπογραμμίζει ότι ένας από τους σημαντικότερους θεσμικούς παράγοντες που επηρεάζει την ψυχική υγεία είναι η παροχή μιας αίσθησης ασφάλειας στους ιατρούς στο χώρο εργασίας τους . Τα αποτελέσματα δείχνουν τη σημασία της κατάλληλης προστασίας από τη μόλυνση ως τον κύριο παράγοντα που σχετίζεται με την ψυχική υγεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας που επηρεάζει όλους τους τομείς. Αυτό είναι σύμφωνο με πρόσφατες μελέτες που σχετίζονται με το

ιατρικό προσωπικό, το οποίο προσδιορίζει την πρόσβαση σε ατομικό προστατευτικό εξοπλισμό ως ανεξάρτητη πρόβλεψη του χαμηλότερου επιπέδου ψυχικής δυσφορίας καθώς και είναι μία από τις κύριες ανησυχίες των εργαζομένων στον τομέα της υγείας . Επιπλέον, η παρούσα μελέτη υπογραμμίζει ότι η αίσθηση της ασφάλειας θα μπορούσε να εξεταστεί από διαφορετικές οπτικές γωνίες. Και οι δύο ομάδες ιατρικών και μη ιατρικών επαγγελματιών αποκάλυψε άγχος για την κατάσταση της υγείας τους. Αυτό είναι σύμφωνα με τη μελέτη διατομής που πραγματοποιήθηκε στην Κίνα, στην οποία οι συγγραφείς πρότειναν τον φόβο να μολυνθεί ως παράγοντας κινδύνου για ψυχική δυσφορία .

Οι ιατροί παραμένουν με ένα εσωτερικό δίλημμα που σχετίζεται, αφενός, με την αίσθηση της πίστης στο επάγγελμα και τους ασθενείς τους και, αφετέρου, στην ευθύνη για τις οικογένειές τους .Αυτό επιβεβαιώνεται από την πρόσφατη μελέτη του Wuhan στην οποία οι συγγραφείς απέδειξαν ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ανησυχούν για τη μόλυνση των μελών της οικογένειάς τους .

Τονίσαμε ότι η παρακολούθηση των μέσων ενημέρωσης σε αναφορές για την πανδημία του covid-19 αποτελούσε παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων μεταξύ των δύο ομάδων. Τα αποτελέσματά μας αντιστοιχούν σε μια άλλη διαδικτυακή έρευνα της Wuhan όπου οι δαπάνες για 2 ώρες για τον έλεγχο των πληροφοριών που σχετίζονται με το COVID-19 μέσω των κοινωνικών μέσων συσχετίστηκαν με άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα. Το ζήτημα του αντίκτυπου της υπερβολικής αναζήτησης καινούριων πληροφοριών για τον COVID-19 και για την ψυχική υγεία είναι ιδιαίτερα ενημερωμένες σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, οι οποίες επιβεβαιώνουν ότι την πανδημία επηρέασε το περιεχόμενο που αναζητήθηκε στο διαδίκτυο.

Συνοπτικά, η μελέτη μας παρέχει στοιχεία ότι οι επαγγελματίες του ιατρικού τομέα είναι πιο ευάλωτοι στην ανάπτυξη άγχους, αϋπνίας και σωματικών συμπτωμάτων ως απάντηση στην πανδημία. Επιπλέον, οι προσδιοριστές ψυχοπαθολογικών εκφράσεων σε αυτές τις δύο ομάδες διαφέρουν ως προς την ηλικία, τη φροντίδα ενός ηλικιωμένου ή ανάπηρου ατόμου, η άμεση επαφή με τον COVID-19 στην εργασία και η επαφή με τον COVID-19 χωρίς μέτρα προστασίας. Προφανώς, υπάρχουν διαφορές φύλου στις ψυχολογικές αντιδράσεις που είναι ανεξάρτητοι από το επάγγελμα[68].

2.2 Διαταραχές του ύπνου σε Επαγγελματίες Υγείας κατά την διάρκεια της πανδημίας Covid -19 :

Η πανδημία COVID-19 έχει επηρεάσει τον κόσμο παγκοσμίως προκαλώντας εκτεταμένες επιπτώσεις στη σωματική, ψυχική και συναισθηματική ευεξία των ατόμων. Σε τέτοιες στιγμές, ο ύπνος είναι πιθανό να επηρεαστεί.

Η μελέτη των Dattaetal. , είχε ως στόχο να παρουσιάσει τη διαθέσιμη βιβλιογραφία για τον ύπνο και επίσης την προοπτική της μελλοντικής εθνικής στρατηγικής για τον μετριασμό των επιπτώσεων αυτής της πανδημίας. Η έρευνα της βιβλιογραφίας έδειξε ότι τα περισσότερα από τα δεδομένα που σχετίζονται με τον ύπνο ή τον επιπολασμό του ύπνου που σχετίζονται με την πανδημία COVID-19 είναι μελέτες που έχουν χρησιμοποιήσει κλίμακες αυτοαξιολόγησης, ερωτηματολόγια ή μερικές μόνο ερωτήσεις σχετικά με τον ύπνο. Η έρευνα υποδηλώνει ότι υπάρχει υψηλός επιπολασμός προβλημάτων ύπνου κατά την πανδημία COVID-19. Πολλές μελέτες διαπίστωσαν ότι ο κακός ύπνος συσχετίστηκε με άγχος, κατάθλιψη, και συμπτώματα μετατραυματικού στρες αυξάνοντας την πιθανότητα ή διαταραχή μετατραυματικού στρες. Μελέτες αναφέρουν επίσης ότι η αύξηση του άγχους μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχή του ύπνου. Έχει αναφερθεί αυξημένο άγχος σε εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, τις οικογένειές τους, τους ασθενείς, τον πληθυσμό σε απομόνωση και σε καραντίνα και ενώ εργαζόταν από το σπίτι λόγω της βελτίωσης Το άγχος και ο ύπνος σε αυτά μπορεί να βοηθήσουν.

Σήμερα υπάρχει η ανάγκη αντιμετώπισης του ύπνου για τους εργαζόμενους στην υγειονομική περίθαλψη, τους ασθενείς και τον ίδιο τον πληθυσμό. Ο καλός ύπνος και η διατροφή υποστηρίχθηκαν από τις κυβερνητικές στρατηγικές που αποστέλλονται στο κοινό, σχετικά με το COVID, όπως αναφέρεται στο έγγραφο των Muto etal. και αν ακολουθηθεί μπορεί να επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα φυσικής και ψυχικής υγείας[69].

- **Σχετική έρευνα στην Τουρκία για την αϋπνία στους Επαγγελματίες Υγείας κατά την διάρκεια της πανδημίας του Covid-19.**

Ο σκοπός της μελέτης των Şahin etal. ήταν να αξιολογήσει τον επιπολασμό της κατάθλιψης, του άγχους, της δυσφορίας και της αϋπνίας και συναφών παραγόντων σε εργαζόμενους στον τομέα της υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 στην Τουρκία. Η έρευνα μελέτης εφαρμόστηκε

διαδικτυακά σε επαγγελματίες υγείας στην Τουρκία μεταξύ 23 Απριλίου και 23 Μαΐου 2020. Για την μελέτη του δείκτη σοβαρότητας της αϋπνίας χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Insomnia Severity Index ,Ο δείκτης σοβαρότητας αϋπνίας (ISI) είναι ένα ερωτηματολόγιο επτά στοιχείων που αξιολογεί τη φύση, τη σοβαρότητα και τον αντίκτυπο της αϋπνίας.

Οι νοσοκόμες είχαν υψηλότερα αποτελέσματα αϋπνίας και κινδύνου .Όλα τα σκορ ήταν σημαντικά υψηλότερα μεταξύ στους συμμετέχοντες με ιστορικό ψυχιατρικής ασθένειας και που χρειάζονταν ψυχιατρική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19.Όλες οι βαθμολογίες ήταν υψηλότερες στους εργαζόμενους στην πρώτη γραμμή, αλλά η κατάθλιψη και οι βαθμολογίες αϋπνίας ήταν σημαντικά υψηλότερες. Όλα τα σκορ ήταν επίσης υψηλότερα μεταξύ των συμμετεχόντων που είχαν δοκιμαστεί από τον COVID-19, σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν[70].

2.2.1. Διαταραχές του ύπνου στους Γιατρούς της πρώτης γραμμής κατά την διάρκεια της πανδημίας Covid -19 :

Τον Δεκέμβριο του 2019 προέκυψε ένα νέο ξέσπασμα πνευμονίας από κοροναϊό στην Κίνα. Αυτό το ξέσπασμα στη συνέχεια εξαπλώθηκε παγκοσμίως. Οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη (HCWs) του Γουχάν αντιμετώπισαν μια μεγάλη ποσότητα πίεσης κατά τη διάρκεια του αγώνα τους ενάντια στο νέο κοροναϊό. Οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη αντιμετώπισαν την πίεση ενός υψηλού κινδύνου μόλυνσης, ανεπαρκής προστασία από μόλυνση, υψηλό φορτίο εργασίας, απογοήτευση, διάκριση, απομόνωση, αντιμετώπιση ασθενών με αρνητικά συναισθήματα, έλλειψη επαφής με τις οικογένειές τους και εξάντληση. Η σοβαρή κατάσταση κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε εστίας μόλυνσης μπορεί να αναπτύξει πολλά προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως άγχος, καταθλιπτικά συμπτώματα, θυμός, φόβο, αϋπνία και διαταραχές του ύπνου.

Αυτά τα ζητήματα ψυχικής υγείας δεν επηρεάζουν μόνο τους εργαζομένους στην υγειονομική περίθαλψη αλλά υπάρχουν επιπτώσεις στη γενική κατάσταση της υγείας των ιατρών. Είναι απαραίτητο να προστατευθούν οι γιατροί από προβλήματα ψυχικής υγείας για τον έλεγχο της επιδημίας και τη μακροχρόνια ευημερία τους . Επιπλέον, είναι χρήσιμο να μάθουμε την ανταπόκριση της ψυχικής υγείας μετά από έκτακτη ανάγκη για δημόσια υγεία στους ιατρούς .Υπάρχει συναίνεση ότι η πανδημία του COVID-19 δεν έχει μόνο επίδραση στη σωματική υγεία, αλλά και στην ψυχική υγεία και την ψυχική ευημερία. Η ψυχολογική εγγενής πίεση του γιατρού κατά την επιδημία COVID-19 επηρεάζει σοβαρά τη γενική ευημερία. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να εξερευνήσουμε το

επίπεδο δυσκολίας ύπνου και το επίπεδο άγχους των επαγγελματιών υγείας κατά την τρέχουσα επιδημία[71].

Οι γιατροί που παρέχουν πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη κατά τη διάρκεια εστιών είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν προβλήματα που σχετίζονται με την ψυχική εργασία, συμπεριλαμβανομένων των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων τύπων. Έως τις 30 Μαρτίου 2020, το η επιδημία εξαπλώθηκε παγκοσμίως. Υπήρξαν αρκετές επιβεβαιωμένες αναφορές περιπτώσεων (n ¼ 963.000) και θανάτων (n ¼ 33.000) . Στοιχεία στο Γουχάν επιβεβαίωσαν ότι αυτή η κατάσταση κατά τη διάρκεια της πανδημίας επηρεάζει την ψυχική κατάσταση των ιατρών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας στην πρώτη γραμμή, συμπεριλαμβανομένων των αλλαγών στο άγχος, στα καταθλιπτικά συμπτώματα, στο θυμό, τον φόβο και τον ύπνο. Οι Χουάνγκ και Ο Zhao ανέφεραν ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάστηκαν κατά τη διάρκεια του COVID-19 με θετικά κρούσματα ήταν πιο πιθανό να έχουν κακή ποιότητα ύπνου σε σύγκριση με άλλες επαγγελματικές ομάδες. Αυτή η μελέτη αποσκοπούσε στη μέτρηση της σοβαρότητας της δυσκολίας του ύπνου και τη σχέση της με τη διάρκεια της αντιμετώπισης με ύποπτα ή επιβεβαιωμένα κρούσματα με COVID-19 και καθώς και τα επίπεδα άγχους των γιατρών στο Ιρακινό Κουρδιστάν.

Σε αυτήν τη μελέτη διατομής των Abdulah et al. , οι γιατροί που ασχολήθηκαν ή με ύποπτα ή επιβεβαιωμένα κρούσματα COVID-19προσκλήθηκαν ανεξάρτητα από τις ιατρικές ή κοινωνιοδημογραφικές προοπτικές. Λήφθηκε μια λίστα γιατρών που εργάζονται σε ιατρικές εγκαταστάσεις από την τοπική γενική διεύθυνση υγείας. Σε αυτή τη μελέτη στο ιατρικό κοινό συμπεριλήφθηκαν ένας παιδίατρος , ένας εντατικολόγος, ένας ιατρός ειδικός για τον κορονοϊό και μία γυναικολόγος . Οι γιατροί κλήθηκαν από διαφορετικά κλινικά τμήματα, συμπεριλαμβανομένων ιατρικών, χειρουργικών, εξωτερικών ασθενών, χειρουργείου, αναισθησιολογικού κ.λπ..

Η σοβαρότητα της δυσκολίας του ύπνου μετρήθηκε από την Κλίμακα αϋπνίας της Αθήνας (AIS). Αυτή η κλίμακα είναι όργανο ψυχομετρικής αυτο-αξιολόγησης που έχει σχεδιαστεί για την ποσοτικοποίηση της δυσκολίας ύπνου βάσει των κριτηρίων που καθορίζονται από τη διεθνή ταξινόμηση των ασθενειών (ICD-10). Η κλίμακα έχει 8 στοιχεία για την αξιολόγηση της έναρξης ύπνου, τη νύχτα και νωρίς το πρωί ξύπνημα, το χρόνο ύπνου, την ποιότητα ύπνου, την συχνότητα παραπόνων και την διάρκεια του ύπνου , δυσφορία λόγω αϋπνίας και παρεμβολών της με την καθημερινή λειτουργία .

Περισσότερα από τα δύο τρίτα των γιατρών το (68,3%)δεν κοιμόταν κατά τη διάρκεια της επιδημίας COVID-19 και η πλειοψηφία το (93,7%) είχε άγχος. Οι γιατροί ανέφεραν ότι κοιμήθηκαν ελαφρώς καθυστερημένα και είχαν ένα μικρό πρόβλημα με αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας . Ξύπνησαν ελαφρώς νωρίτερα από το επιθυμητό και είχε ελαφρώς ανεπαρκή ύπνο κατά τη διάρκεια

και ελαφρώς μη ικανοποιητική ποιότητα ύπνου. Η αίσθηση ευεξίας κατά τη διάρκεια της ημέρας μειώθηκε ελαφρώς. Οι γιατροί ανέφεραν ελαφρώς μειωμένη φυσική και ψυχική λειτουργία κατά τη διάρκεια της ημέρας και είχε ήπια υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας .

Η μελέτη δεν βρήκε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία ύπνου των ιατρών με διαφορετικές ειδικότητες και ηλικιακές ομάδες. Ωστόσο, η μελέτη αποκάλυψε ότι οι περισσότεροι γιατροί σε όλες τις ειδικότητες (εκτός από την ιατρική της κοινότητας και της οικογενειακής ιατρικής) παρέμειναν άγρυπνοι, συμπεριλαμβανομένων των ειδικοτήτων της αναισθησίας και της εντατικής θεραπείας(77,8%), των ιατρικών ειδικοτήτων εργαστηρίων (56,3%), ειδικοτήτων της εσωτερικής ιατρικής (64,9%), ειδικοτήτων της χειρουργικής (62,8%) καθώς και των γενικών ιατρών (80,8%), της μαιευτικής και γυναικολογίας (80,0%), της παιδιατρικής (66,7%) και της ακτινολογίας (56,0%).

Η μελέτη αποκάλυψε ότι οι γυναίκες γιατροί είχαν σημαντικά χειρότερη κατάσταση ύπνου σε σύγκριση με τους άνδρες γιατρούς. Ο επιπολασμός της αϋπνίας ήταν σημαντικά υψηλότερος στις γυναίκες (77,5% έναντι 64,4%), αντίστοιχα. Η μελέτη δεν βρήκε σημαντική διαφορά στο επίπεδο βαθμολογίας του ύπνου των ιατρών που εργάστηκαν σε διαφορετικές βάρδιες. Όμως, οι περισσότεροι γιατροί σε όλες τις βάρδιες ήταν άπνοι συμπεριλαμβανομένου: το πρωί (58,7%), το απόγευμα (77,8%), στην διανυκτέρευση (100%) και σε πολλαπλές βάρδιες (70,9%). Ο ύπνος των ιατρών που αντιμετώπισε ύποπτες ή επιβεβαιωμένες περιπτώσεις COVID-19 κλιμακώθηκε σημαντικά σε σύγκριση με εκείνους που δεν ασχολήθηκαν με αντίστοιχες περιπτώσεις ασθενών (9,39 έναντι 7,17, $P < 0,001$) και ήταν πιθανότερο να είναι άπνοι (77,2% έναντι 57,7%), αντίστοιχα . Διαπιστώσαμε ότι οι γιατροί με άγχος είχαν χειρότερη κατάσταση στον ύπνο σε σύγκριση με τους γιατρούς χωρίς άγχος[71].

Οι γιατροί με μεγαλύτερη εμπειρία στην ιατρική και τους ηλικιωμένους είχαν καλύτερη κατάσταση ύπνου. Βρέθηκε παρόμοιο μοτίβο κατά τη διάρκεια της επιδημίας COVID-19 στην Κίνα και της επιδημίας SARS στην Ταϊβάν. Δεν αξιολογήθηκε ο μέσος χρόνος που αφιέρωσαν οι γιατροί στο να εστιάζουν στην επιδημία COVID-19 ανά ημέρα. Οι Χουάνγκ και Ζάο ανέφεραν ότι οι γιατροί που πέρασαν πολύ χρόνο (3 ώρες) στο ξέσπασμα ήταν πιο πιθανό να προκαλέσει άγχος. Οι Μάουντερ και Χάντερ εξήγησαν το ψυχολογικό και επαγγελματικό αποτελέσματα του SARS στο Τορόντο σε ένα μεγαλύτερο νοσοκομείο στις πρώτες τέσσερις εβδομάδες από το ξέσπασμα. Ανέφεραν ότι 19 άτομα ανέπτυξαν SARS εντός τεσσάρων εβδομάδων · συμπεριλαμβανομένων 11 επαγγελματιών υγείας. Το νοσοκομείο δημιούργησε μια ηγετική ομάδα διοίκησης για να παρουσιάσει παρεμβάσεις για την υποστήριξη της υγείας. Οι ασθενείς με SARS ανέφεραν φόβο, μοναξιά, πλήξη και θυμό. Οι ασθενείς ανησυχούσαν για τις επιδράσεις της καραντίνας και τη μετάδοση σε μέλη της οικογένειάς τους και σε φίλους και βίωσαν άγχος και αϋπνία. Η μελέτη ανέφερε ότι το ιατρικό προσωπικό επηρεάστηκε από τον φόβο της μετάδοσης και της μόλυνσης της οικογένειας και των συναδέλφων. Ανέφεραν ότι

οι συναισθηματικές συμπεριφορές και αντιδράσεις του προσωπικού και των ασθενών ήταν κατανοητές να έχουν φυσιολογική προστατευτική απόκριση στο στρες που προκαλείται από την επιδημία.

Εν κατακλείδι, η παρούσα μελέτη έδειξε ότι οι περισσότεροι γιατροί με διαφορετικές ειδικότητες είχαν αϋπνίες με σημαντική θετική συσχέτιση με τον αριθμό των ημερών που αντιμετώπισαν ύποπτες ή επιβεβαιωμένες περιπτώσεις του COVID-19. Οι ασθενείς που αντιμετώπισαν περιπτώσεις ασθενών με COVID-19 είχαν σημαντικά χειρότερη δυσκολία στον ύπνο. Βρήκαμε ότι οι γιατροί που είχαν μεγαλύτερη διάρκεια με ύποπτα ή επιβεβαιωμένα κρούσματα COVID-19 είχαν χειρότερη δυσκολία στον ύπνο χωρίς εξαίρεση στις ιατρικές ειδικότητες. Οι Χουάνγκ και Ζάο διερεύνησαν την ψυχική υγεία του κοινού κατά τη διάρκεια του COVID-19 σε μια διαδικτυακή μελέτη διατομής. Ανέφεραν ότι η συνολική επικράτηση της γενικής διαταραχής άγχους (GAD), τα καταθλιπτικά συμπτώματα και η ποιότητα του ύπνου ήταν 35,1%, 20,1% και 18,2%, αντίστοιχα. Συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες υγείας είχαν σημαντικά κακή ποιότητα ύπνου σε σύγκριση με άλλες επαγγελματικές ομάδες. Η παλινδρόμηση ανάλυσης έδειξε ότι η ηλικία κάτω των 35 ετών και ο χρόνος που αφιερώθηκε στο COVID-19 (3 ώρες την ημέρα) συσχετίστηκαν με την γενική διαταραχή άγχους (GAD). Η μελέτη έδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας διατρέχουν υψηλό κίνδυνο κακής ποιότητας ύπνου [71].

Τα ζητήματα ψυχικής υγείας πρέπει να αντιμετωπιστούν εφόσον έχουν μακροχρόνιες επιπτώσεις στους επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον, μπορεί να παρεμποδίζεται η επείγουσα αντίδραση σε αυτήν την πανδημία αυξάνοντας την προσοχή και λήψη αποφάσεων [6]. Οι επείγουσες κατάλληλες στρατηγικές απαιτούνται για την ενίσχυση των επαγγελματιών υγείας έναντι προβλημάτων ψυχικής υγείας. Η διαχείριση ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής ευημερίας κατά τη διάρκεια αυτής της πανδημίας είναι εξίσου σημαντική με τη διαχείριση της σωματικής υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συμβουλεύει ότι πρέπει να αντιμετωπιστούν με κατάλληλες στρατηγικές οι ψυχολογικές επιπτώσεις του COVID-19. Αυτά περιλαμβάνουν ανάπαυση και ανάπαυλα (κατά τη διάρκεια ή μεταξύ της βάρδιας εργασίας), η επαρκής διατροφή και η υγιεινή διατροφή, η σωματική δραστηριότητα οι δραστηριότητες και διαμονή σε επαφή με την οικογένεια και τους φίλους τους. Το ξέσπασμα του COVID-19 είναι ένα μοναδικό και πρωτοφανές σενάριο για τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας, ειδικά εάν δεν έχουν εμπλακεί σε παρόμοια καταστάσεις. Οι επιρροές της πανδημίας στα ψυχιατρικά προβλήματα δεν πρέπει να παραβλέπονται.

Αυτή η μελέτη αποκάλυψε ότι οι περισσότεροι από τους γιατρούς είναι άπνοι κατά τη διάρκεια της επιδημίας COVID-19. Είχαν ελαφρώς ανεπαρκή ύπνο κατά την διάρκεια και μη ικανοποιητική ποιότητα ύπνου με ελαφρά μειωμένη σωματική και ψυχική λειτουργία κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Ο ύπνος των γιατρών κλιμακώθηκε με την αύξηση του αριθμού των ημερών που ασχολούνται με τις ύποπτες ή επιβεβαιωμένες περιπτώσεις του COVID-19 και το άγχος στα γενικά νοσοκομεία[71].

2.3Ανισορροπία ανταμοιβής προσπάθειας και αϋπνία μεταξύ του Ελληνικού Υγειονομικού Προσωπικού Κατά την έξαρση του COVID-19:

Σύμφωνα με την παρακάτω μελέτη εξετάστηκαν συσχετίσεις μεταξύ της αϋπνίας όπως μετρήθηκε από το AthensInsomniaScale (AIS) και αντιληπτό ψυχολογικό εργασιακό άγχος μεταξύ των νοσηλευτών και των γιατρών που εργάζονται σε δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσοκομεία στην Ελλάδα κατά το ξέσπασμα του COVID-19 πανδημία.

Οι επαγγελματίες υγείας που φρόντιζαν περισσότερους από 5 ασθενείς και ανησυχούσαν για προσωπικά θέματα είχαν υψηλότερο σκορ αϋπνίας. Αναλογία ER και υπερβολική δέσμευση συνδέονται σημαντικά με την αϋπνία. Βρέθηκε μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ανησυχών σχετικά με την πανδημία COVID-19 και την υπερβολική δέσμευση[72].

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας (HCWS) αποτελούν σημαντικό παράγοντα του εθνικού μηχανισμού που ενεργοποιήθηκε ως απάντηση στην εξάπλωση του COVID-19 πανδημία. Ο ρόλος του είναι να διασφαλίζει και να προωθεί την κατάσταση της υγείας των μελών της κοινότητας. Επομένως, η δική τους ευημερία έχει μεγάλη σημασία. Η υγειονομική περίθαλψη είναι ένα ψυχολογικά απαιτητικό εργασιακό περιβάλλον. Το προσωπικό αντιμετωπίζει μια σειρά από στρεσογόνους παράγοντες όπως η αλληλεπίδραση με ασθενείς και τα μέλη της οικογένειάς τους, βάρδιες εργασίας και ολοένα αυξανόμενες απαιτήσεις. Η έκθεση σε τέτοιες συνθήκες επιδεινώνει τη φυσική του και ψυχολογική υγεία. Ως αποτέλεσμα η αποτελεσματικότητά τους και η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας τους επηρεάζονται αρνητικά .

Τα υψηλά ποσοστά θνησιμότητας και μόλυνσης από το COVID-19 που αναφέρθηκαν παγκοσμίως σε συνδυασμό με την καραντίνα, την απομόνωση και τα προγράμματα καραντίνας που προκλήθηκαν ,η οικονομική επιβάρυνση, οικονομικές απώλειες, είχαν ψυχολογικές επιπτώσεις στον γενικό πληθυσμό, συμπεριλαμβανομένου και του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης. Ο φόβος λόγω αβεβαιότητας, προκαλεί κοινωνικοοικονομική δυσφορία, άγχος και αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις

Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι η υψηλή ανταμοιβή προσπάθειας ανισορροπίας($ER\text{-ratio} > 1$) και η υπερδέσμευση σχετίζονται θετικά με την αϋπνία. Επιπλέον, η θεραπεία περισσότερων από πέντε ασθενών με μόλυνση από COVID-19 επηρέασαν περισσότερο την πρόβλεψη των δυσκολιών ύπνου. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να εφαρμόσουν ένα σύστημα επιβράβευσης στο οποίο οι γιατροί και

οι νοσηλευτές θα λειτουργήσουν σε λιγότερο αγχωτικό περιβάλλον με στόχο τη μείωση στις δυσκολίες ύπνου του προσωπικού.

Η παρούσα μελέτη καταδεικνύει μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ αναλογίας ER, προσπάθειας και αϋπνίας. Γιατροί και νοσηλευτές που ανέφεραν ανισορροπία μεταξύ υψηλής προσπάθειας και χαμηλής ανταμοιβής ($ER\text{-ratio} > 1$), έχουν υψηλότερη βαθμολογία αϋπνίας. Σύμφωνα με το μοντέλο ERI η ανισορροπία μεταξύ των προσπαθειών και των ανταμοιβών στο εργασιακό περιβάλλον προκαλούν συναισθηματική δυσφορία [73].

Επομένως, το ψυχολογικό εργασιακό περιβάλλον έχει εξαιρετική σημασία κατά την πανδημία COVID-19. Επαγγελματικές ανταμοιβές και οφέλη θα πρέπει να παρέχονται στο υγειονομικό προσωπικό συμπεριλαμβανομένων χρήματα, εκτίμηση, θετικά σχόλια και ευκαιρίες καριέρας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

3.1 Σκοπός και Ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός

Η παρούσα έρευνα έχει σκοπό τη διερεύνηση των ψυχολογικών επιπτώσεων της πανδημίας και τη μέτρηση των επιπέδων σωματικών συμπτωμάτων, άγχους, αϋπνίας, κοινωνικής δυσλειτουργίας και σοβαρής κατάθλιψης όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας.

Ερευνητικά Ερωτήματα

1. Ποιο είναι το επίπεδο υγείας των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19;
2. Ποια είναι η ποιότητα ύπνου των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19;
3. Ποια δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας σχετίζονται με τη γενική υγεία και την ποιότητα ύπνου;
4. Υπάρχει σχέση ανάμεσα το επίπεδο υγείας των επαγγελματιών υγείας και στην ποιότητα ύπνου και ποια είναι αυτή;

3.2 Υλικό και Μέθοδος

3.2.1 Σχεδιασμός της μελέτης

Διενεργήθηκε Περιγραφική μελέτη συσχέτισης, Συγχρονικού τύπου (Cross-Sectional Study) ή Χρονικής στιγμής

3.2.2 Πληθυσμός και Δείγμα

Τον Μελετώμενο Πληθυσμό (Study Population) αποτελούν 223 επαγγελματίες υγείας, εκ των οποίων το 81,17% (N=181) ήταν γυναίκες και το 18,83% (N=42) άντρες, σχετικά με την θέση εργασίας των ερωτηθέντων, το 61,43% (N=137) ανήκει στο νοσηλευτικό προσωπικό, το 12,11% (N=27) στο

ιατρικό προσωπικό, το 3,14% (N=7) στο κλινικό εργασιακό προσωπικό και το 2,24% (N=5) στο βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό, ενώ το υπόλοιπο 21,08% (N=47) ανήκε σε κάποια άλλη θέση.

Η μέθοδος της δειγματοληψίας που εφαρμόστηκε ήταν αυτή της Δειγματοληψίας μη Πιθανότητας και ειδικότερα χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της Δειγματοληψίας Ευκολίας (ConvenienceSampling).

3.2.3 Οργάνωση, Συλλογή δεδομένων, Δεοντολογία

Για την οργάνωση και διενέργεια της έρευνας ακολουθήθηκαν πιστά οι κανόνες δεοντολογίας. Συγκεκριμένα πρώτο μέλημά μας ήταν η επικοινωνία (18/3/21) με τον κ. Γαρυφάλλου και τον κ. Κοκκίνη εκδηλώνοντας την πρόθεση μας για χρήση του ερωτηματολογίου GHQ-28 στην παρούσα έρευνα και αιτούμενοι την συγκατάθεσή τους. Το αίτημα μας έγινε άμεσα δεκτό με ιδιαίτερη προθυμία και ευχαρίστηση την ίδια κιόλας ημέρα. Επίσης, στις (19/3/21) έγινε επικοινωνία με τον κ. Παπαρηγόπουλου και τον κ. Βοιτισίδη για την χρήση του ερωτηματολογίου AIS όπου στις (31/3/21) το αίτημά μας έγινε δεκτό με ιδιαίτερη προθυμία. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας GoogleForms και αναρτήθηκε σε ομάδες αυστηρά επαγγελματιών υγείας. Αναρτήθηκε από τις 12/4/21 έως και τις 1/5/21 και μέσα στο χρονικό αυτό διάστημα έγινε η συλλογή δεδομένων. Τα δεδομένα του δείγματος συλλέχθηκαν με ένα ανώνυμο, πλήρως δομημένο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας ήταν εθελοντική μετά από συναίνεσή τους, διασφαλίζοντας τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας. Χορηγήθηκαν συνολικά 223 ερωτηματολόγια.

3.2.4 Εργαλεία Μέτρησης

Ειδικότερα το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε απαρτιζόταν από τρία μέρη (Παράρτημα), τα εξής:

A. Δελτίο καταγραφής των ατομικών χαρακτηριστικών. Περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά, κοινωνικά και εργασιακά χαρακτηριστικά δηλαδή το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό παιδιών, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου, τα έτη προϋπηρεσίας.

B. Ερωτηματολόγιο GeneralHealthQuestionnaire-28 (GHQ-28). Το GHQ-28 είναι ένα αυτοδιαχειριζόμενο όργανο και θεωρείται κατάλληλο για ερευνητικούς σκοπούς. Αυτή η κλιμακωτή έκδοση προοριζόταν για μελέτες στις οποίες οι ερευνητές ζητούσαν περισσότερες πληροφορίες από

αυτές που παρείχε μια μοναδική βαθμολογία σοβαρότητας. Κατά την κατασκευή του GHQ-28, επιλέχθηκαν αντικείμενα που καλύπτουν τέσσερις κύριους τομείς: σωματικά συμπτώματα, άγχος και αϋπνία, κοινωνική δυσλειτουργία και σοβαρή κατάθλιψη. Το GHQ-28 εστιάζει σε διαλείμματα στην κανονική λειτουργία που οδηγούν σε αδυναμία άσκησης φυσιολογικών υγιών δραστηριοτήτων. Αποτελείται από 28 ερωτήσεις, αναλυτικότερα οι ερωτήσεις (1–7) αναφέρονται στα σωματικά συμπτώματα, οι ερωτήσεις (8–14) στο άγχος και στην αϋπνία, ενώ οι ερωτήσεις (15–21) στη κοινωνική δυσλειτουργία και τέλος οι ερωτήσεις (22–28) (Goldberg 1978) ερευνούν την σοβαρή κατάθλιψη.

Γ. Ερωτηματολόγιο Athens Insomnia Scale (AIS). Σχετικά με το AIS, είναι ένα ψυχομετρικό όργανο αυτοαξιολόγησης που έχει σχεδιαστεί για τον ποσοτικό προσδιορισμό της δυσκολίας ύπνου με βάση τα κριτήρια ICD-10. Αποτελείται από οκτώ αντικείμενα: τα πρώτα πέντε αφορούν την επαγωγή ύπνου, την αφύπνιση κατά τη διάρκεια της νύχτας, την τελική αφύπνιση, τη συνολική διάρκεια του ύπνου και την ποιότητα του ύπνου. ενώ τα τρία τελευταία αναφέρονται στην ευεξία, τη λειτουργική ικανότητα και την υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε ολόκληρη η κλίμακα οκτώ στοιχείων (AIS-8) είτε η σύντομη έκδοση πέντε στοιχείων (AIS-5), η οποία περιέχει μόνο τα πρώτα πέντε στοιχεία.

3.2.5 Στατιστική ανάλυση των δεδομένων

Η επεξεργασία και η στατιστική ανάλυση του εμπειρικού υλικού της έρευνας έγινε με τη χρήση του λογισμικού πακέτου “SPSS (Statistical Package for the Social Science) 19.0 for Windows”, με τις μεθόδους της Περιγραφικής (Descriptive) και της Επαγωγικής (Inferential) Στατιστικής. Ειδικότερα η Περιγραφική ανάλυση περιελάμβανε την κατανομή συχνοτήτων των μεταβλητών (απόλυτη και σχετική % συχνότητα) καθώς και εκτιμήσεις των παραμέτρων θέσης και διασποράς των ποσοτικών μεταβλητών (μέση τιμή, σταθερή απόκλιση, διάμεσος τιμή, μέγιστη και ελάχιστη τιμή). Η Επαγωγική ανάλυση για τη διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων περιελάμβανε τον συντελεστή συσχέτισης του Pearson (r), τον έλεγχο t-test και την ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα (one-way ANOVA) για ανεξάρτητα δείγματα, ενώ για τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε το LSD test. Τα σκορ (score) της Κλίμακας (GHQ-28) και της Κλίμακας (AIS) χρησιμοποιήθηκαν ως μέτρα έκβασης (outcome) των μελετώμενων σχέσεων. Τα επίπεδα σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρα και το αποδεκτό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο 5%.

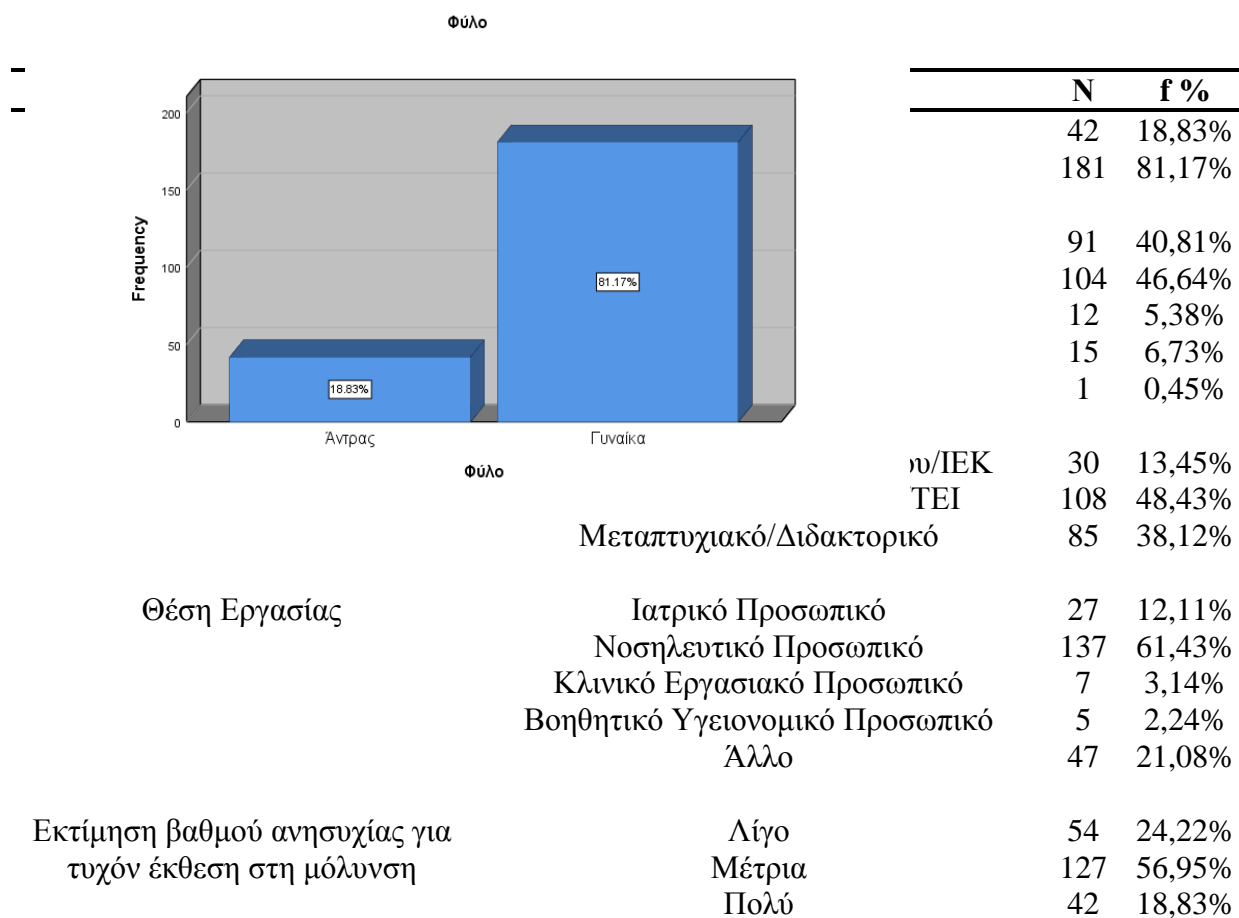
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά στοιχεία

Στους Πίνακες 1 και 2 (και τα Γραφήματα 1-7) παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος το οποίο αποτελούνταν από 223 ερωτηθέντες, εκ των οποίων το 81,17% (N=181) ήταν γυναίκες και το 18,83% (N=42) άντρες. Όσον αφορά την ηλικία των ερωτηθέντων, αυτή κυμάνθηκε από τα 23 έως και τα 71 έτη με τη μέση ηλικία να είναι ίση με 38 έτη περίπου (M.O.=38,19±10,09). Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, το 46,64% (N=104) είναι παντρεμένοι, το 40,81% (N=91) ανύπαντροι, το 6,73% (N=15) βρίσκονται σε συμβίωση, το 5,38% (N=12) είναι διαζευγμένοι και μόνο το 0,45% (N=1) είναι χήροι. Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος, το 48,43% (N=108) είναι απόφοιτοι Πανεπιστημίου ή ΤΕΙ, το 38,12% (N=85) έχουν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό, ενώ το 13,45% (N=30) είναι απόφοιτοι γυμνασίου, λυκείου ή ΙΕΚ. Επίσης, σχετικά με την θέση εργασίας των ερωτηθέντων, το 61,43% (N=137) ανήκει στο νοσηλευτικό προσωπικό, το 12,11% (N=27) στο ιατρικό προσωπικό, το 3,14% (N=7) στο κλινικό εργασιακό προσωπικό και το 2,24% (N=5) στο βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό, ενώ το υπόλοιπο 21,08% (N=47) ανήκε σε κάποια άλλη θέση. Ακόμη, όσον αφορά την εργασιακή εμπειρία των ερωτηθέντων, αυτή κυμάνθηκε από τα 0 έως και τα 43 έτη, ενώ κατά μέσο όρο το δείγμα είχε περίπου 12 έτη εργασιακής εμπειρίας (M.O.=12,15±10,14). Τέλος, σχετικά με το βαθμό ανησυχίας των ερωτηθέντων για τυχόν έκθεση στη μόλυνση, το 56,95% (N=127) δήλωσε ότι ανησυχεί μέτρια, το 24,22% (N=54) ανησυχεί λίγο και το 18,83% (N=42) ανησυχεί πολύ.

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία (ποιοτικές μεταβλητές)

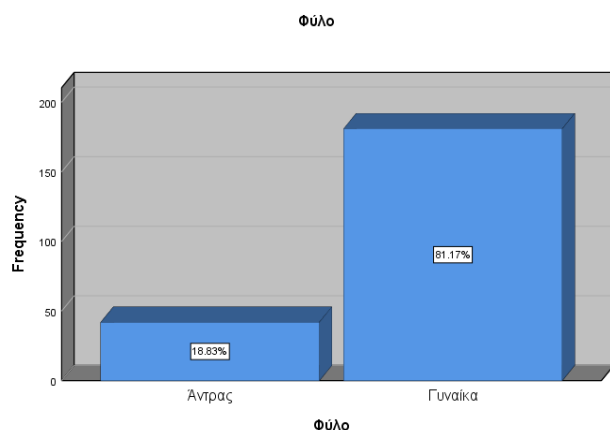


N: Συχνότητα, f %: Σχετική συχνότητα %

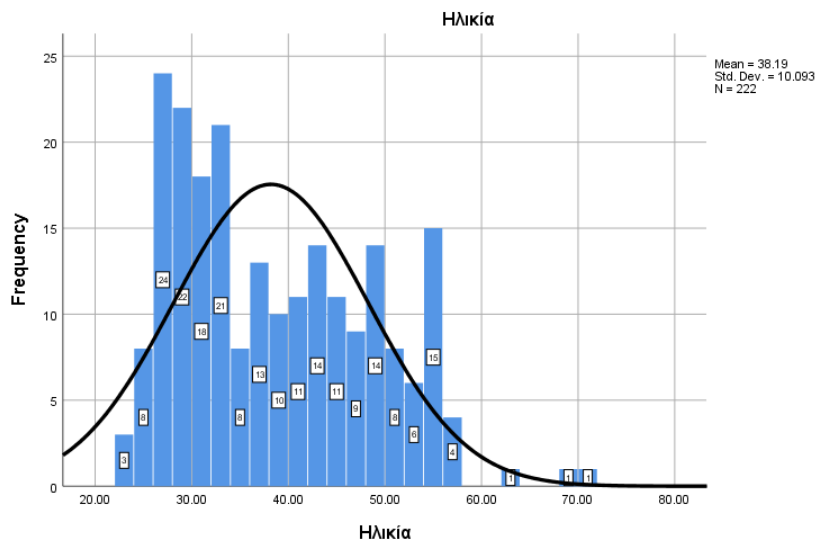
Πίνακας 2: Δημογραφικά στοιχεία (ποσοτικές μεταβλητές)

Στοιχείο	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Τ.Α.
Ηλικία	23	71	38,19	10,09
Εργασιακή Εμπειρία (έτη)	0	43	12,15	10,14

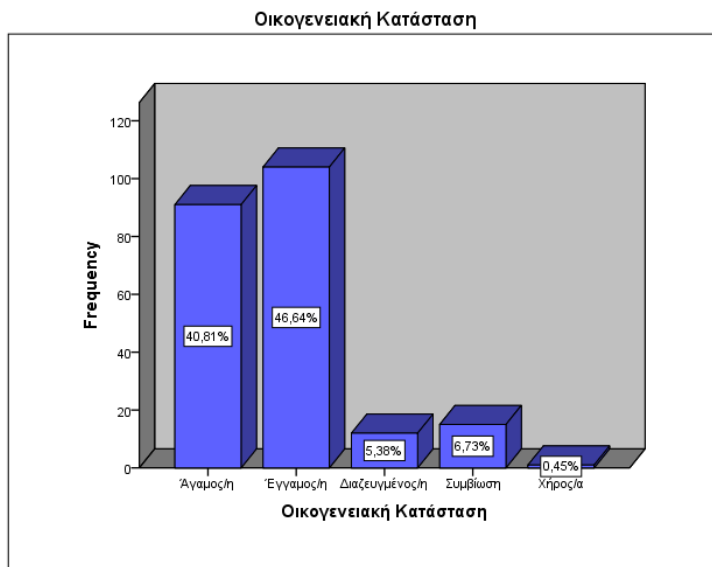
Γράφημα 1: Φύλο



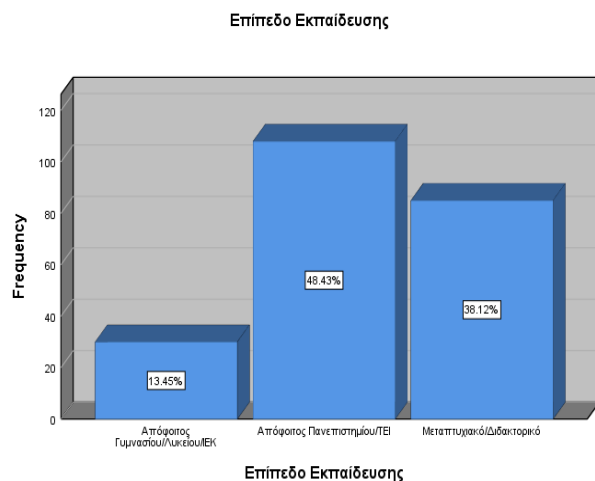
Γράφημα 2: Ηλικία



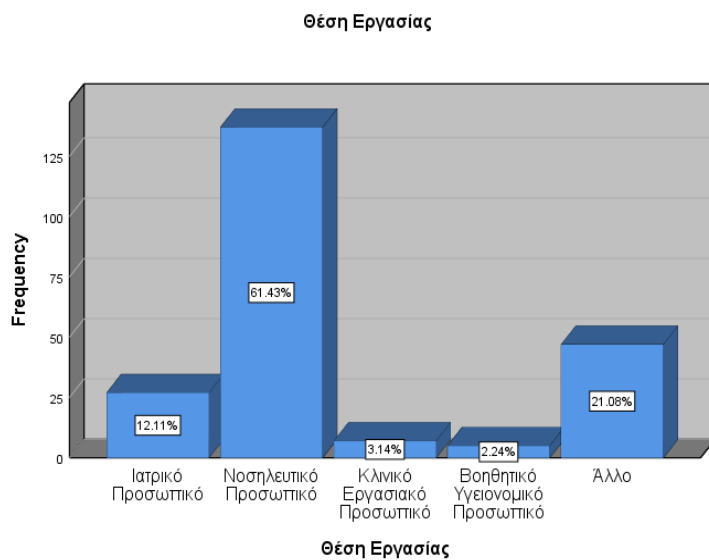
Γράφημα 2: Οικογενειακή Κατάσταση



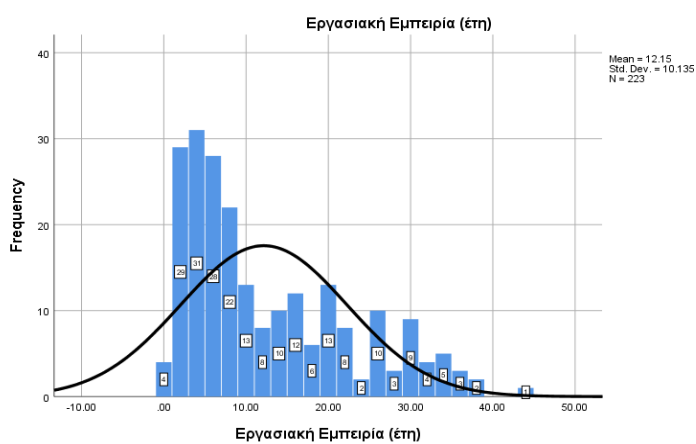
Γράφημα 3:Επίπεδο Εκπαίδευσης



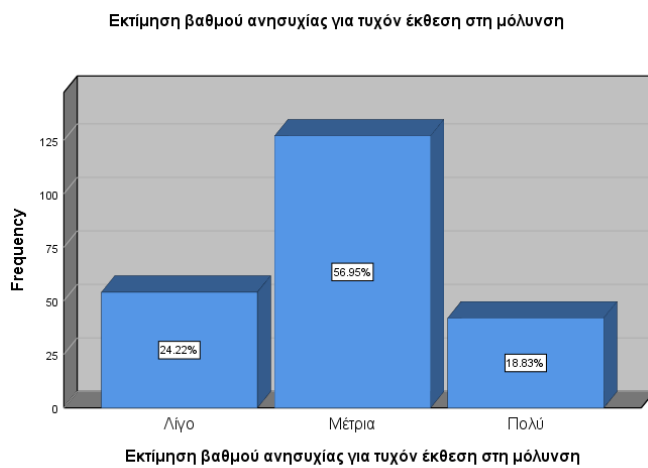
Γράφημα 4:Θέση Εργασίας



Γράφημα 5: Εργασιακή Εμπειρία (έτη)



Γράφημα 6: Εκτίμηση βαθμού ανησυχίας για τυχόν έκθεση στη μόλυνση



4.2 Ανάλυση αξιοπιστίας και δημιουργία διαστάσεων:

Πίνακας 3: Αποτελέσματα ανάλυσης αξιοπιστίας

Διάσταση	Ερωτήσεις	Cronbach's Alpha
GHQ-28		
Σωματικά Συμπτώματα	1R, 2-7	0,866
Άγχος/Αϋπνία	8-14	0,865
Κοινωνική Δυσλειτουργία	15-21R	0,781
Κατάθλιψη	22-28	0,857
AIS		
Ποιότητα ύπνου	1, 2R, 3-7, 8R	0,886

Ο Πίνακας (3) παρουσιάζει τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας των διαστάσεων. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχει πάρα καλή εσωτερική αξιοπιστία, αφού οι τιμές του Cronbach Alpha σε όλες τις διαστάσεις είναι μεγαλύτερες από 0,750. Συγκεκριμένα, η διάσταση «Σωματικά Συμπτώματα» είχε αξιοπιστία 0,866, το «Άγχος/Αϋπνία» 0,865, η «Κοινωνική Δυσλειτουργία» 0,781, η «Κατάθλιψη» 0,857 και η «Ποιότητα ύπνου» 0,886. Λόγω της ικανοποιητικής εσωτερικής αξιοπιστίας που προέκυψε σε όλες τις διαστάσεις, οι μεταβλητές τους ομαδοποιήθηκαν με τη χρήση του αμερόληπτου εκτιμητή της μέσης τιμής.

1^ο ερευνητικό ερώτημα

Ποιο είναι το επίπεδο υγείας των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19;

Σωματικά Συμπτώματα

Στον Πίνακα 4 (και στο Γράφημα 8) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με σωματικά συμπτώματα που αφορούν την γενική τους υγεία. Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων βασίστηκαν σε τετραβάθμια κλίμακα Likert από το 1 έως το 4, όπου το 1 αντιστοιχεί στις τιμές «Καθόλου» ή «Πολύ χειρότερα», ενώ το 4 στις τιμές «Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως» ή «Καλύτερα από ό,τι συνήθως».

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι ερωτηθέντες δήλωσαν πως σε μέτριο βαθμό νιώθουν εξαντλημένοι και κακοδιάθετοι (M.O.=2,73±0,91), εντελώς καλά και απολύτως υγιείς (M.O.=2,66±0,57) και την ανάγκη για κάτι τονωτικό (M.O.=2,64±0,88).

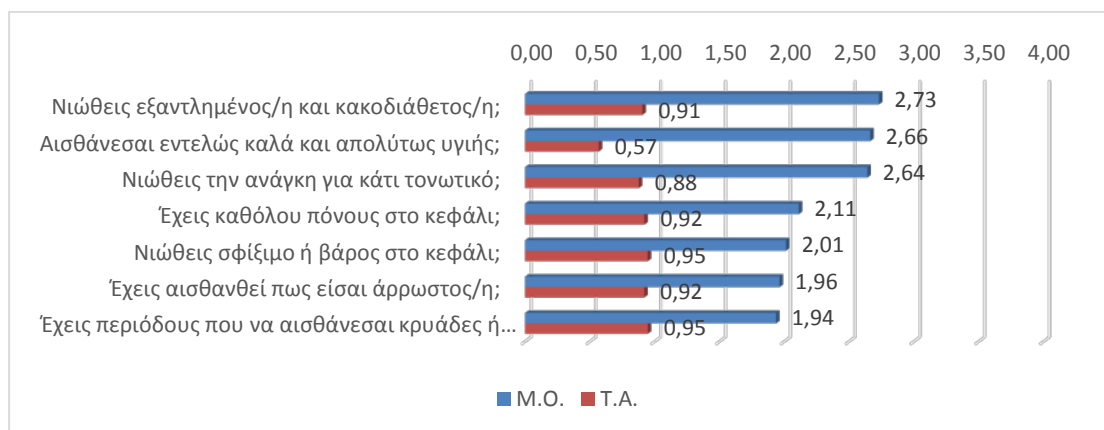
Ακόμη, δήλωσαν πως δεν είχαν περισσότερο από ό,τι συνήθως πόνους στο κεφάλι (M.O.=2,11±0,92) και σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι (M.O.=2,01±0,95), πως δεν έχουν αισθανθεί πως είναι άρρωστοι (M.O.=1,96±0,92) και ότι δεν έχουν περιόδους που να αισθάνονται κρυάδες ή εξάψεις (M.O.=1,94±0,95).

Συμπερασματικά τα σωματικά συμπτώματα εμφανίστηκαν σε μέτριο βαθμό (M.O.=2,25 ± 0,65)

Πίνακας 4: Απαντήσεις ερωτηθέντων για σωματικά συμπτώματα σχετικά με την γενική υγεία

Τον τελευταίο καιρό	M.O.	T.A.
Νιώθεις εξαντλημένος/η και κακοδιάθετος/η;	2,73	0,91
Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απολύτως υγιής;	2,66	0,57
Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό;	2,64	0,88
Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;	2,11	0,92
Νιώθεις σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;	2,01	0,95
Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστος/η;	1,96	0,92
Έχεις περιόδους που να αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;	1,94	0,95
Σωματικά συμπτώματα	2,25	0,65

Γράφημα 7: Απαντήσεις ερωτηθέντων για σωματικά συμπτώματα σχετικά με την γενική υγεία



Άγχος/Αϋπνία

Στον Πίνακα 5 (και στο Γράφημα 9) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με το άγχος. Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων βασίστηκαν σε τετραβάθμιας κλίμακα Likert (1-Καθόλου, 2-Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως, 3-Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως και 4-Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι ερωτηθέντες δήλωσαν πως τον τελευταίο καιρό έχουν αισθανθεί, μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως, να βρίσκονται συνεχώς κάτω από πίεση (Μ.Ο.=2,86±0,83).

Επίσης, δήλωσαν ότι σε μέτρο βαθμό αισθάνονται πως δεν αντέχουν (Μ.Ο.=2,60±0,91), ότι είναι οξύθυμοι και αρπάζονται εύκολα (Μ.Ο.=2,41±0,81), ότι έχουν ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήταν ανήσυχοι (Μ.Ο.=2,41±0,94) και αισθάνονται συνεχώς νευρικοί και σε υπερδιέγερση (Μ.Ο.=2,37±0,89).

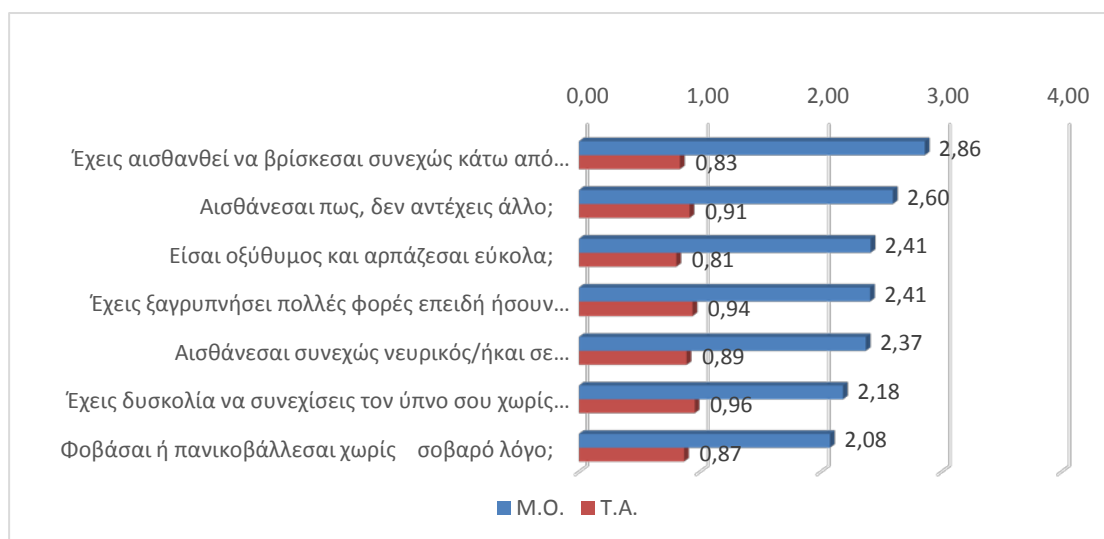
Τέλος, δήλωσαν ότι δεν έχουν περισσότερη από ό,τι συνήθως δυσκολία να συνεχίσουν τον ύπνο τους χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθούν (Μ.Ο.=2,18±0,96) και δεν φοβούνται ή πανικοβάλλονται περισσότερο από ό,τι συνήθως χωρίς σοβαρό λόγο (Μ.Ο.=2,08±0,87).

Συμπερασματικά το άγχος/αυπνία εμφανίστηκε σε μέτριο βαθμό (Μ.Ο.=2,42 ± 0,66).

Πίνακας 5: Απαντήσεις ερωτηθέντων για το άγχος

Τον τελευταίο καιρό	Μ.Ο.	Τ.Α.
Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;	2,86	0,83
Αισθάνεσαι πως, δεν αντέχεις άλλο;	2,60	0,91
Είσαι οξύθυμος και αρπάζεσαι εύκολα;	2,41	0,81
Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος/η;	2,41	0,94
Αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός/ή και σε υπερδιέγερση;	2,37	0,89
Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείς;	2,18	0,96
Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο;	2,08	0,87
Άγχος/αυπνία	2,42	0,66

Γράφημα 8: Απαντήσεις ερωτηθέντων για το άγχος



Κοινωνική δυσλειτουργία

Στον Πίνακα 6 (και στο Γράφημα 10) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με την κοινωνική δυσλειτουργία. Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων βασίστηκαν σε τετραβάθμιας κλίμακα Likert (1-Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως, 2-Μάλλον λιγότερο από ό,τι συνήθως, 3-Το ίδιο όπως συνήθως και 4-Περισσότερο από ό,τι συνήθως).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι ερωτηθέντες δήλωσαν πως τον τελευταίο καιρό έχουν αισθανθεί πως παίζουν χρήσιμο ρόλο σε ό,τι γίνεται γύρω τους (M.O.=3,29±0,74), αισθάνονται ικανοί να παίρνουν αποφάσεις για διάφορα θέματα (M.O.=3,24±0,72) και πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνουν καλά (M.O.=2,98±0,57) και ότι είναι ικανοποιημένοι με τον τρόπο που εκτελούν τις δουλειές τους (M.O.=2,85±0,68).

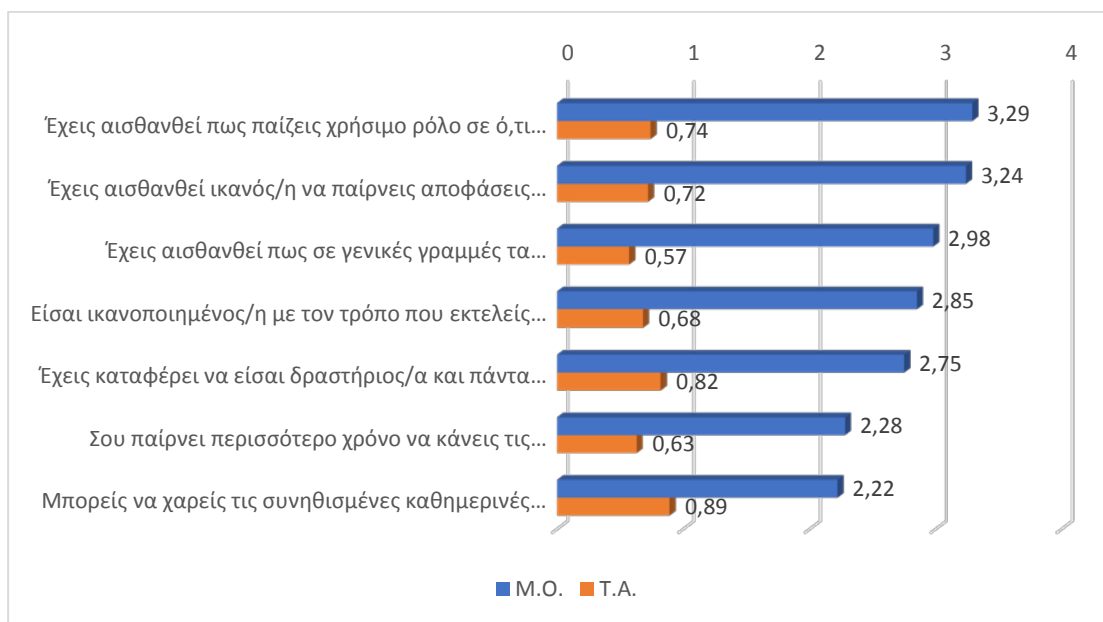
Επίσης, σε μέτριο βαθμό έχουν καταφέρει να είναι το ίδιο δραστήριοι και πάντα απασχολημένοι όπως συνήθως (M.O.=2,75±0,82), τους παίρνει τον ίδιο χρόνο όπως συνήθως να κάνουν τις δουλειές τους (M.O.=2,28±0,63) και πως μπορούν σε μέτριο βαθμό να χαρούν τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές τους (M.O.=2,22±0,89).

Συμπερασματικά η κοινωνική δυσλειτουργία παρατηρήθηκε σε μικρό βαθμό (M.O.=2,13 ± 0,48).

Πίνακας 6: Απαντήσεις ερωτηθέντων για την κοινωνική λειτουργία

Τον τελευταίο καιρό	Μ.Ο.	Τ.Α.
Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ό,τι γίνεται γύρω σου;	3,29	0,74
Έχεις αισθανθεί ικανός/η να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;	3,24	0,72
Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;	2,98	0,57
Είσαι ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;	2,85	0,68
Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος/α και πάντα απασχολημένος/η;	2,75	0,82
Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;	2,28	0,63
Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες σου;	2,22	0,89
Κοινωνική δυσλειτουργία	2,13	0,48

Γράφημα 9: Απαντήσεις ερωτηθέντων για την κοινωνική λειτουργία



Κατάθλιψη

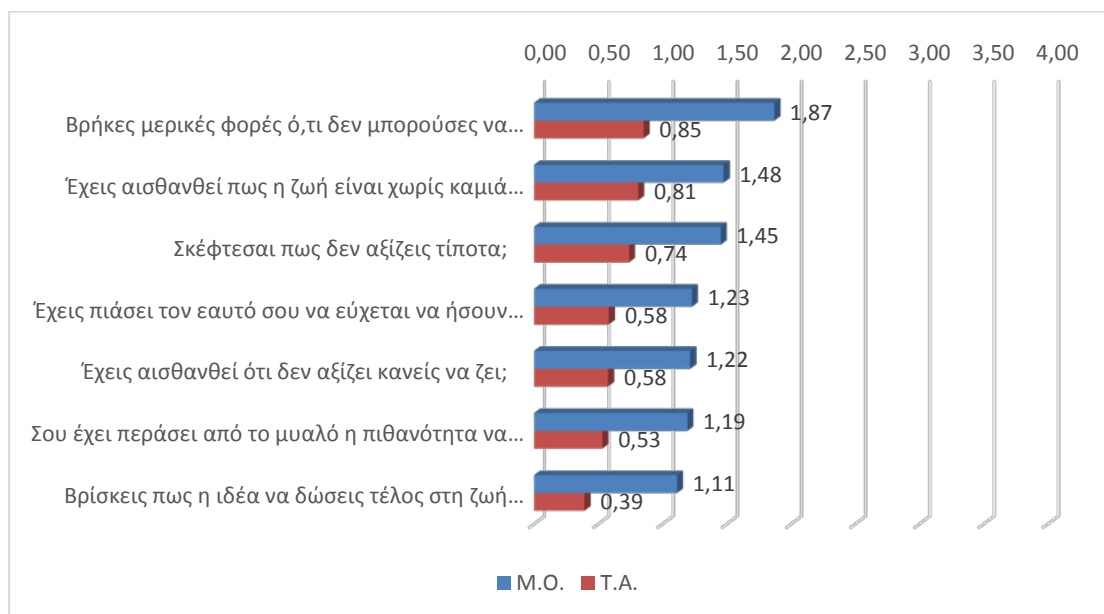
Στον Πίνακα 7 (και στο Γράφημα 11) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με την κατάθλιψη. Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων βασίστηκαν σε τετραβάθμιας κλίμακα Likert(1-Καθόλου, 2-Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως, 3-Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως και 4-Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι ερωτηθέντες δήλωσαν πως τον τελευταίο καιρό δεν βρήκαν ότι δεν μπορούν να κάνουν τίποτα(M.O.=1,87±0,85), δεν έχουν αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα (M.O.=1,48±0,81) και πως δεν αξίζουν τίποτα (M.O.=1,45±0,74).Επίσης, δήλωσαν πως τον τελευταίο καιρό δεν έχουν πιάσει καθόλου τον εαυτό τους να εύχεται να ήταν πεθαμένος και να είχε ξεμπερδέψει με όλα (M.O.=1,23±0,58), δεν έχουν αισθανθεί καθόλου ότι δεν αξίζει να ζουν (M.O.=1,22±0,58) και δεν τους έχει περάσει καθόλου από το μυαλό η πιθανότητα να δώσουν τέλος στη ζωή τους (M.O.=1,19±0,53) ούτε τους έρχεται συνέχεια στο μυαλό αυτή η ιδέα(M.O.=1,11±0,39).
Συμπερασματικά η κατάθλιψη παρουσιάστηκε σε ελάχιστο βαθμό (M.O.=1,36 ± 0,48)

Πίνακας 7:Απαντήσεις ερωτηθέντων για την κατάθλιψη

Τον τελευταίο καιρό	M.O.	T.A.
Βρήκες μερικές φορές ό,τι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα;	1,87	0,85
Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	1,48	0,81
Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;	1,45	0,74
Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένος/η και να είχες ξεμπερδέψει με όλα;	1,23	0,58
Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	1,22	0,58
Σου έχει περάσει από το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου;	1,19	0,53
Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται συνέχεια στο μυαλό σου;	1,11	0,39
Κατάθλιψη	1,36	0,48

Γράφημα 10: Απαντήσεις ερωτηθέντων για την κατάθλιψη

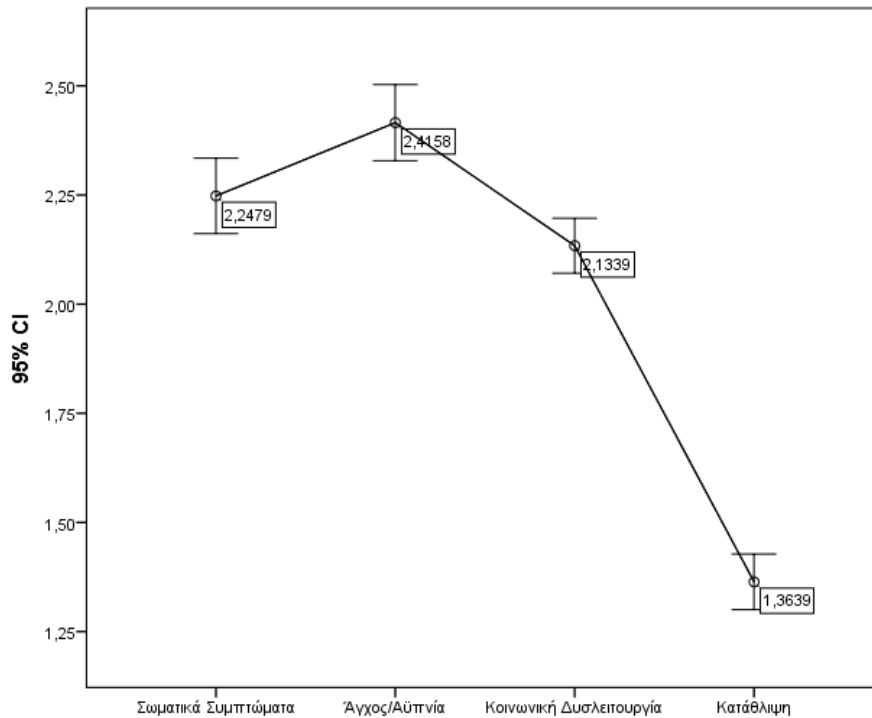


Στον παρακάτω Πίνακα 8 (Γράφημα 12) παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης των παραγόντων της γενικής υγείας.

Πίνακας 8: Περιγραφικά στοιχεία και 95% δ.ε. των παραγόντων της γενικής υγείας

Παράγοντες	M.O.	T.A.	95% δ.ε.	
			95% κάτω όριο	95% άνω όριο
Σωματικά Συμπτώματα	2,25	0,65	2,16	2,33
Άγχος/Αϋπνία	2,42	0,66	2,33	2,50
Κοινωνική Δυσλειτουργία	2,13	0,48	2,07	2,20
Κατάθλιψη	1,36	0,48	1,30	1,43

Γράφημα 11: Μέσες τιμές και 95% δ.ε. των παραγόντων της γενικής υγείας



2^ο ερευνητικό ερώτημα

Ποια είναι η ποιότητα ύπνου των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19:

Στον Πίνακα 9 (και στο Γράφημα 13) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με την ποιότητα ύπνου. Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων βασίστηκαν σε τετραβάθμια κλίμακα Likert (0-3).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι ερωτηθέντες δήλωσαν πως τον τελευταίο μήνα τελική αφύπνιση ήταν λίγο νωρίτερα έως στον επιθυμητό χρόνο (M.O.=2,32±0,87) και η λειτουργικότητα κατά την επόμενη ημέρα ήταν ελαφρώς μειωμένη έως πλήρης (M.O.=2,30±0,72).

Επίσης, δήλωσαν πως η ποιότητα ύπνου ήταν μέτρια (M.O.=2,18±0,80), η επέλευση ύπνου ελαφρώς καθυστερημένη (M.O.=2,11±0,88), η συνολική διάρκεια ύπνου ήταν μάλλον ανεπαρκής (M.O.=2,10±0,80) και η ευεξία κατά την επόμενη ημέρα ελαφρώς μειωμένη (M.O.=2,02±0,77). Τέλος,

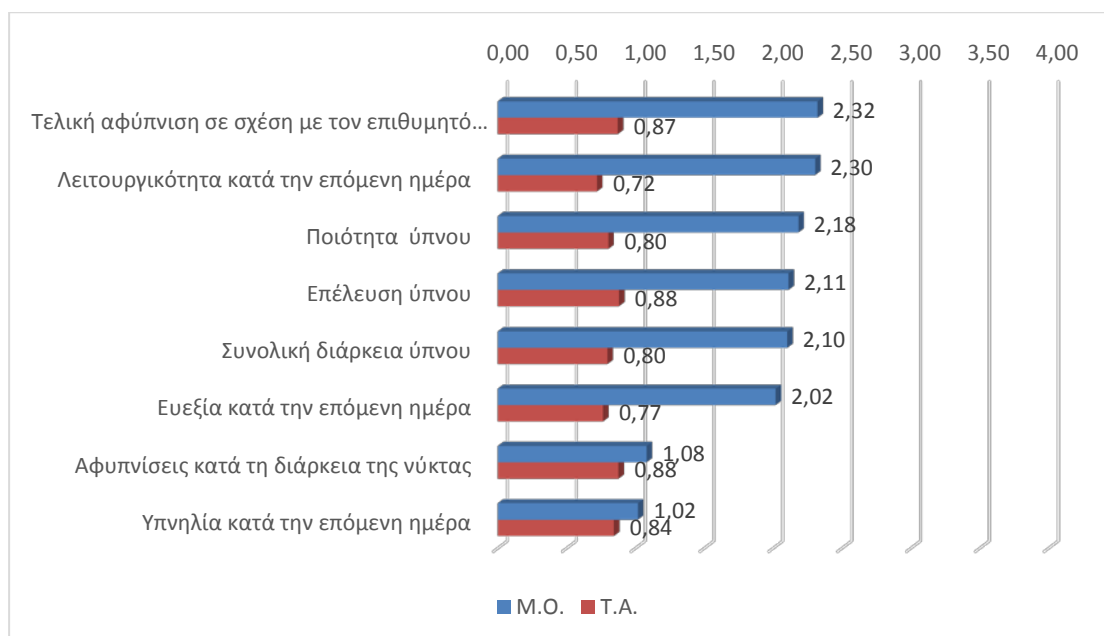
δήλωσαν πως υπήρχε μικρό πρόβλημα με αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας (M.O.=1,08±0,88), ενώ και ελαφρώς υπνηλία κατά την επόμενη ημέρα (M.O.=1,02±0,84).

Συνολικά η ποιότητα ύπνου ήταν μέτρια (M.O.=2,12 ± 0,61)

Πίνακας 9: Απαντήσεις ερωτηθέντων για την ποιότητα ύπνου

Τον τελευταίο καιρό	M.O.	T.A.
Τελική αφύπνιση σε σχέση με τον επιθυμητό χρόνο	2,32	0,87
Λειτουργικότητα κατά την επόμενη ημέρα	2,30	0,72
Ποιότητα ύπνου	2,18	0,80
Επέλευση ύπνου	2,11	0,88
Συνολική διάρκεια ύπνου	2,10	0,80
Ευεξία κατά την επόμενη ημέρα	2,02	0,77
Αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας	1,08	0,88
Υπνηλία κατά την επόμενη ημέρα	1,02	0,84
Ποιότητα ύπνου	2,12	0,61

Γράφημα 12: Απαντήσεις ερωτηθέντων για την ποιότητα ύπνου

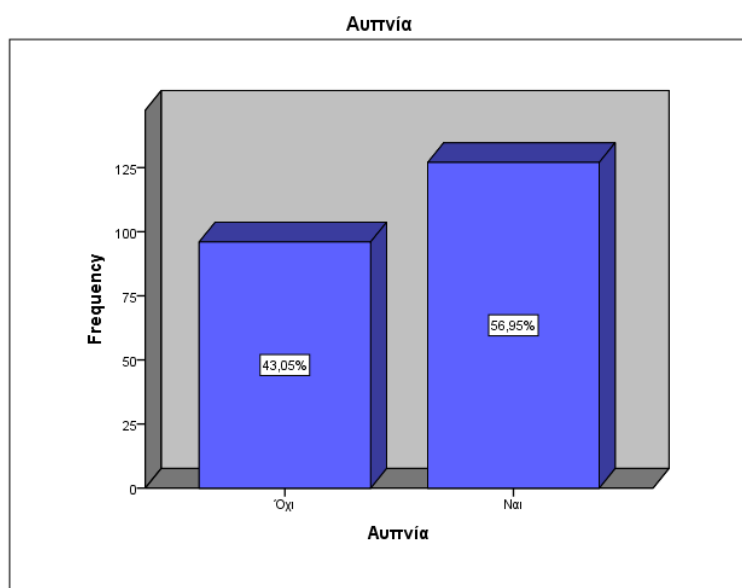


Χρησιμοποιώντας την αθροιστική κλίμακα των τιμών, η οποία κυμαίνεται από το 0-24 και την θεώρηση ότι συμμετέχοντες με τιμές μεγαλύτερες ή ίσες του 6 ότι έχουν αϋπνία, από τον Πίνακα 10 (Γράφημα 14), προκύπτει ότι το 57% (N=127) έχουν αϋπνία και το 43% (N=96) δεν έχουν.

Πίνακας 10: Εμφάνιση αϋπνίας

Αυπνία	N	F %
Όχι	96	43,0
Ναι	127	57,0

Γράφημα 13: Αυπνία



3^ο Ερευνητικό ερώτημα

Ποια δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας σχετίζονται με τη γενική υγεία και την ποιότητα ύπνου;

Φύλο

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων independentsamplest-test των διαστάσεων ως προς το φύλο των ερωτηθέντων. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων τιμών των διαστάσεων «Σωματικά Συμπτώματα» ($t(221)=-2,533$, $p=0,012<0,05$), «Άγχος/Αϋπνία» ($t(221)=-2,289$, $p=0,023<0,05$) και «Κατάθλιψη» ($t(221)=-1,989$, $p=0,048<0,05$).

Πίνακας11: Διαστάσεις*Φύλο, independentsamplest-test

<u>Διάσταση</u>	<u>Στατιστικό</u>	<u>p</u>
Σωματικά Συμπτώματα	$t(221)=-2,533$	0,012
Άγχος/Αϋπνία	$t(221)=-2,289$	0,023
Κοινωνική Δυσλειτουργία	$t(221)=0,237$	0,813
Κατάθλιψη	$t(221)=-1,989$	0,048
Ποιότητα ύπνου	$t(221)=0,218$	0,827

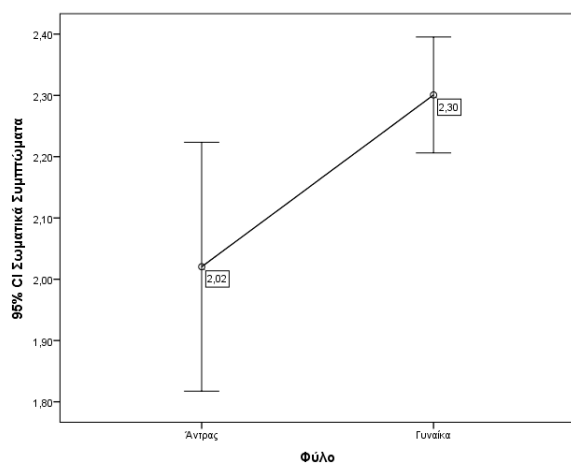
Συγκεκριμένα, από τον Πίνακα 12 (και τα Γραφήματα 15-17) προκύπτει ότι:

- Για την διάσταση «Σωματικά Συμπτώματα», η μέση τιμή των γυναικών (M.O.=2,30) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από την μέση τιμή των ανδρών (M.O.=2,02).
- Για την διάσταση «Άγχος/Αϋπνία», η μέση τιμή των γυναικών (M.O.=2,46) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από την μέση τιμή των ανδρών (M.O.=2,21).
- Για την διάσταση «Κατάθλιψη», η μέση τιμή των γυναικών (M.O.=1,39) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από την μέση τιμή των ανδρών (M.O.=1,23).

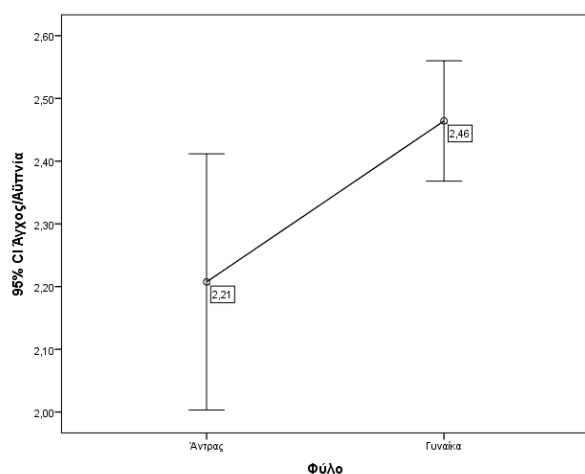
Πίνακας 12: Διαστάσεις*Φύλο, independentsamplest-test (στατ. σημαντικά αποτελέσματα)

Διάσταση	Φύλο	N	M.O.	t	df	p
Σωματικά Συμπτώματα	Άντρας	42	2,02	-2,533	221	0,012
	Γυναίκα	181	2,30			
Άγχος/Αϋπνία	Άντρας	42	2,21	-2,289	221	0,023
	Γυναίκα	181	2,46			
Κατάθλιψη	Άντρας	42	1,23	-1,989	221	0,048
	Γυναίκα	181	1,39			

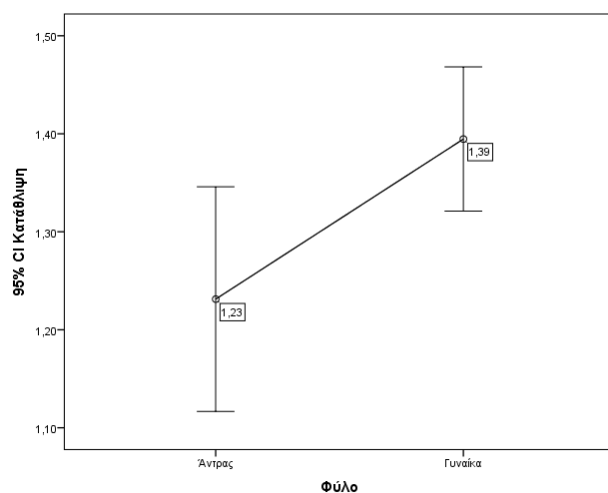
Γράφημα 14: Errorbar «Σωματικά Συμπτώματα»*Φύλο



Γράφημα 15:Errorbar«Άγχος/Αϋπνία»*Φύλο



Γράφημα 16:Errorbar«Κατάθλιψη»*Φύλο



Ηλικία

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις Spearman μεταξύ των διαστάσεων και της ηλικίας των ερωτηθέντων. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ($p \geq 0,279$).

Πίνακας 11: Διαστάσεις * Ηλικία, Συσχετίσεις Spearman

<u>Συσχετίσεις Spearman</u>	<u>Ηλικία</u>
Σωματικά Συμπτώματα	rho=-0,073, p=0,279
Άγχος/Αϋπνία	rho=0,014, p=0,833
Κοινωνική Δυσλειτουργία	rho=-0,044, p=0,514
Κατάθλιψη	rho=0,005, p=0,938
Ποιότητα ύπνου	rho=-0,022, p=0,741

Οικογενειακή Κατάσταση

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA και Kruskal-Wallis των διαστάσεων ως προς την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων. Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων της διάστασης «Κατάθλιψη» ($H(3)=8,081, p=0,044 < 0,05$).

Πίνακας 12: Διαστάσεις*Οικογενειακή Κατάσταση, ANOVA και Kruskal-Wallis

<u>Διάσταση</u>	<u>Στατιστικό</u>	<u>p</u>	<u>Τεστ</u>
Σωματικά Συμπτώματα	H(3)=5,683	0,128	K-W
Άγχος/Αϋπνία	F(3,219)=0,261	0,853	ANOVA
Κοινωνική Δυσλειτουργία	F(3,219)=0,543	0,653	ANOVA
Κατάθλιψη	H(3)=8,081	0,044	K-W
Ποιότητα ύπνου	F(3,219)=1,498	0,216	ANOVA

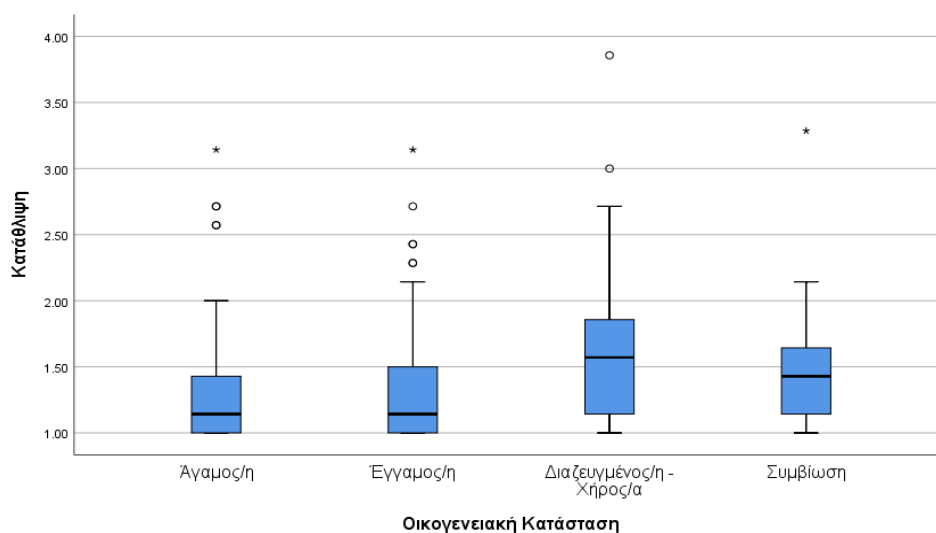
Πιο συγκεκριμένα, από τον Πίνακα 15(και το Γράφημα 18) προκύπτει ότι:

Στη διάσταση «Κατάθλιψη», η μέση βαθμίδα των διαζευγμένων ή χήρων (M.B.=149,58) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από τη μέση βαθμίδα των παντρεμένων (M.B.=109,02) ($p=0,029$) και των ανύπαντρων ερωτηθέντων (M.B.=105,89)($p=0,019$).

Πίνακας 13: «Κατάθλιψη»*Οικογενειακή Κατάσταση, Kruskal-Wallis

Διάσταση	Οικογενειακή Κατάσταση	N	M.B.	df	H	p
Κατάθλιψη	Άγαμος/η	91	105,89	3	8,081	0,044
	Έγγαμος/η	104	109,02			
	Διαζευγμένος/η - Χήρος/α	13	149,58			
	Συμβίωση	15	137,13			

Γράφημα 17:Θηκογράμματα «Κατάθλιψη»*Οικογενειακή Κατάσταση



Επίπεδο Εκπαίδευσης

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA των διαστάσεων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών των διαστάσεων «Σωματικά Συμπτώματα» ($F(2,220)=4,371$, $p=0,014<0,05$) και «Άγχος/Αϋπνία» ($F(2,220)=4,524$, $p=0,012<0,05$).

Πίνακας 16: Διαστάσεις* Επίπεδο Εκπαίδευσης, ANOVA

Διάσταση	Στατιστικό	p
Σωματικά Συμπτώματα	F(2,220)=4,371	0,014
Άγχος/Αϋπνία	F(2,220)=4,524	0,012
Κοινωνική Δυσλειτουργία	F(2,220)=2,410	0,092
Κατάθλιψη	F(2,220)=0,178	0,837
Ποιότητα ύπνου	F(2,220)=2,970	0,053

Πιο συγκεκριμένα, από τους Πίνακες 17-19 (και τα Γραφήματα 19-20) προκύπτει ότι:

- Στη διάσταση «Σωματικά Συμπτώματα» η μέση τιμή των ερωτηθέντων που είχαν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό (M.O.=2,38) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ερωτηθέντων που ήταν απόφοιτοι γυμνασίου, λυκείου ή ΙΕΚ (M.O.=1,99) (p=0,005).
- Στη διάσταση «Άγχος/Αϋπνία» η μέση τιμή των ερωτηθέντων που είχαν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό (M.O.=2,55) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ερωτηθέντων που ήταν απόφοιτοι γυμνασίου, λυκείου ή ΙΕΚ (M.O.=2,15) (p=0,004).

Πίνακας 14: Διαστάσεις* Επίπεδο Εκπαίδευσης, ANOVA (στατιστικά σημαντικά)

Διάσταση	Επίπεδο Εκπαίδευσης	N	M.O.	df1	df2	F	p
Σωματικά Συμπτώματα	Απόφοιτος	30	1,99	2	220	4,371	0,014
	Γυμνασίου/Λυκείου/ΙΕΚ						
	Απόφοιτος Πανεπιστημίου/ΤΕΙ	108	2,21				
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	85	2,38				
Άγχος/Αϋπνία	Απόφοιτος	30	2,15	2	220	4,524	0,012
	Γυμνασίου/Λυκείου/ΙΕΚ						
	Απόφοιτος Πανεπιστημίου/ΤΕΙ	108	2,38				
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	85	2,55				

Πίνακας 15: «Σωματικά Συμπτώματα»* Επίπεδο Εκπαίδευσης, LSDposthoc

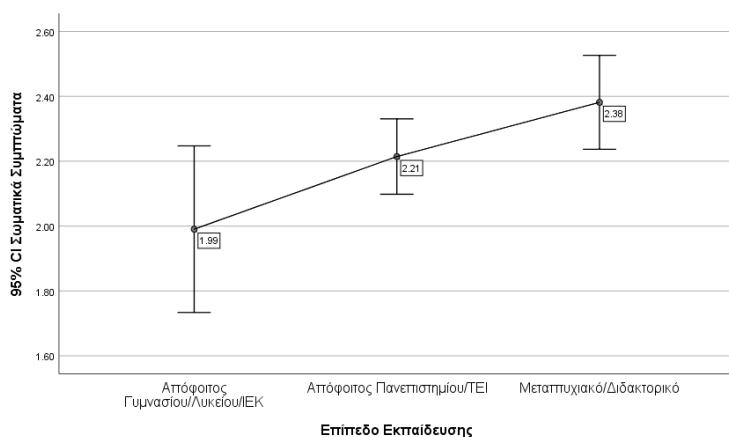
Διάσταση	Επίπεδο Εκπαίδευσης (I)	Επίπεδο Εκπαίδευσης (J)	Μέσες διαφορές (I-J)	p
Σωματικά Συμπτώματα	Απόφοιτος	Απόφοιτος Πανεπιστημίου/ΤΕΙ	-0,22	0,094
	Γυμνασίου/Λυκείου/ΙΕΚ	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	-0,39*	0,005
	Απόφοιτος Πανεπιστημίου/ΤΕΙ	Απόφοιτος	0,22	0,094

	Γυμνασίου/Λυκείου/IEK		
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	-0,17	0,075
	Απόφοιτος	0,39*	0,005
	Γυμνασίου/Λυκείου/IEK		
	Απόφοιτος Πανεπιστημίου/ΤΕΙ	0,17	0,075

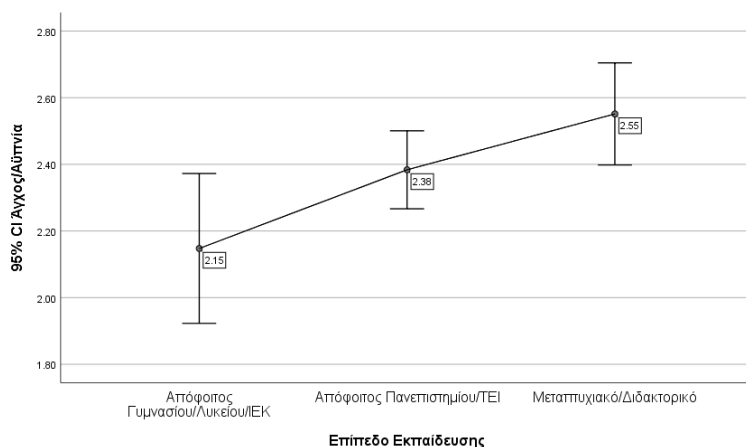
Πίνακας 16: «Άγχος/Αϋπνία» *Επίπεδο Εκπαίδευσης, LSDposthoc

Διάσταση	Επίπεδο Εκπαίδευσης (I)	Επίπεδο Εκπαίδευσης (J)	Μέσες διαφορές (I-J)	p
Άγχος/ Αϋπνία	Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου/IEK	Απόφοιτος Πανεπιστημίου/ΤΕΙ	-0,24	0,08
		Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	-0,40*	0,004
	Απόφοιτος Πανεπιστημίου/ΤΕΙ	Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου/IEK	0,24	0,08
		Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	-0,17	0,077
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου/IEK	0,40*	0,004
		Απόφοιτος Πανεπιστημίου/ΤΕΙ	0,17	0,077

Γράφημα 18: Errorbars «Σωματικά Συμπτώματα» *Επίπεδο Εκπαίδευσης



Γράφημα 19: Errorbars «Άγχος/Αϋπνία»* Επίπεδο Εκπαίδευσης



Θέση Εργασίας

Στον Πίνακα 20 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA και Kruskal-Wallis των διαστάσεων ως προς την θέση εργασίας των ερωτηθέντων. Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών της διάστασης «Σωματικά Συμπτώματα» ($F(4,218)=2,486$, $p=0,045 < 0,05$) και μέσω των βαθμίδων της διάστασης «Ποιότητα ύπνου» ($H(4)=9,967$, $p=0,041 < 0,05$).

Πίνακας 17: Διαστάσεις* Θέση Εργασίας, ANOVA και Kruskal-Wallis

Διάσταση	Στατιστικό	p	Τεστ
Σωματικά Συμπτώματα	$F(4,218)=2,486$	0,045	ANOVA
Άγχος/Αϋπνία	$H(4)=9,471$	0,050	K-W
Κοινωνική Δυσλειτουργία	$F(4,218)=0,188$	0,944	ANOVA
Κατάθλιψη	$H(4)=4,645$	0,326	K-W
Ποιότητα ύπνου	$H(4)=9,967$	0,041	K-W

Πιο συγκεκριμένα, από τους Πίνακες 21-22 (και το Γράφημα 21) προκύπτει ότι:

Στη διάσταση «Σωματικά Συμπτώματα» η μέση τιμή των ερωτηθέντων που ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό (Μ.Ο.=2,34) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ερωτηθέντων που ανήκουν στο βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό (Μ.Ο.=1,69) ($p=0,027$).

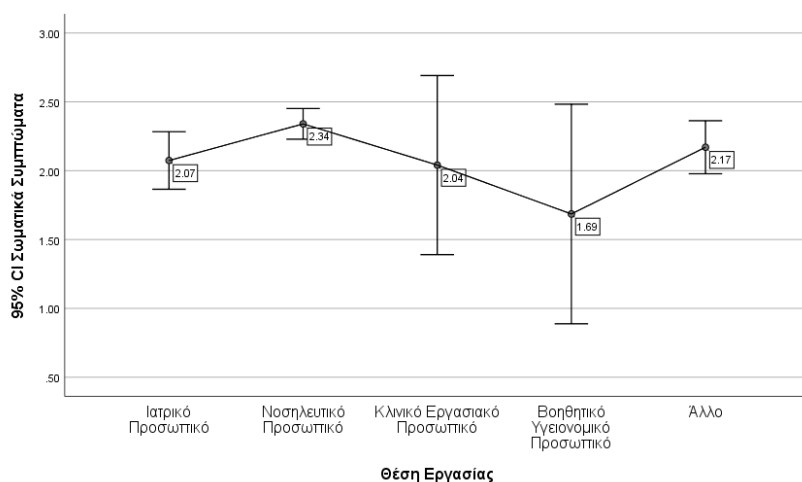
Πίνακας 18: «Σωματικά Συμπτώματα»*Θέση Εργασίας, ANOVA

Διάσταση	Θέση Εργασίας	N	M.O.	df1	df2	F	p
Σωματικά Συμπτώματα	Ιατρικό Προσωπικό	27	2,07	4	218	2,486	0,045
	Νοσηλευτικό Προσωπικό	137	2,34				
	Κλινικό Εργασιακό Προσωπικό	7	2,04				
	Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	5	1,69				
	Άλλο	47	2,17				

Πίνακας 19: «Σωματικά Συμπτώματα»*Θέση Εργασίας, LSDposthoc

Διάσταση	Θέση Εργασίας (I)	Θέση Εργασίας (J)	Μέσες διαφορές (I-J)	p
Σωματικά Συμπτώματα	Ιατρικό Προσωπικό	Νοσηλευτικό Προσωπικό	-0,27	0,052
		Κλινικό Εργασιακό Προσωπικό	0,03	0,903
		Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	0,39	0,218
		Άλλο	-0,10	0,538
		Νοσηλευτικό Προσωπικό	Ιατρικό Προσωπικό	0,27
		Κλινικό Εργασιακό Προσωπικό	0,30	0,233
		Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	0,65*	0,027
		Άλλο	0,17	0,121
	Κλινικό Εργασιακό Προσωπικό	Ιατρικό Προσωπικό	-0,03	0,903
		Νοσηλευτικό Προσωπικό	-0,30	0,233
		Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	0,36	0,348
		Άλλο	-0,13	0,621
	Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	Ιατρικό Προσωπικό	-0,39	0,218
		Νοσηλευτικό Προσωπικό	-0,65*	0,027
		Κλινικό Εργασιακό Προσωπικό	-0,36	0,348
		Άλλο	-0,48	0,112
	Άλλο	Ιατρικό Προσωπικό	0,10	0,538
		Νοσηλευτικό Προσωπικό	-0,17	0,121
		Κλινικό Εργασιακό Προσωπικό	0,13	0,621
		Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	0,48	0,112

Γράφημα 20:Errorbars«Σωματικά Συμπτώματα»*Θέση Εργασίας



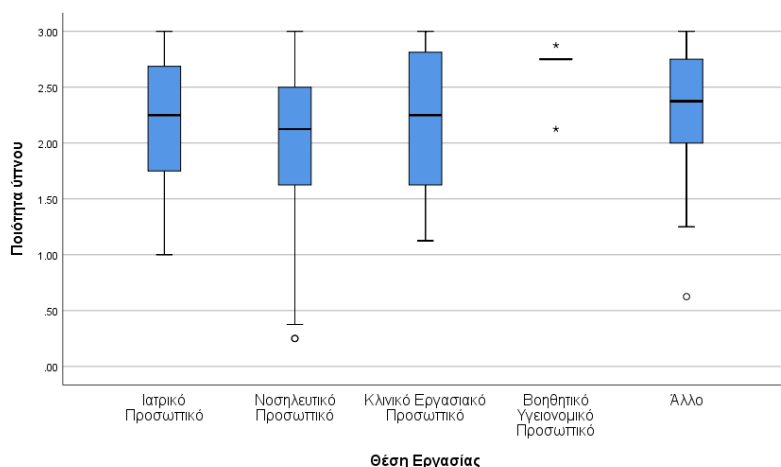
Επίσης, από τον Πίνακα 23 (και το Γράφημα 22) προκύπτει ότι:

Στη διάσταση «Ποιότητα ύπνου», η μέση βαθμίδα όσων ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό (M.B.=103,17) ήταν στατιστικά μικρότερη από τη μέση βαθμίδα όσων ανήκουν στοβοηθητικό υγειονομικό προσωπικό (M.B.=172,00) ($p=0,019$) και όσων ανήκουν σε κάποια άλλη θέση εργασίαςκαι όχι στο ιατρικό ή κλινικό-εργασιακό προσωπικό (M.B.=127,77)($p=0,024$).

Πίνακας 20:«Ποιότητα ύπνου»*Θέση Εργασίας, Kruskal-Wallis

Διάσταση	Θέση εργασίας	N	M.B.	df	H	p
Ποιότητα ύπνου	Ιατρικό Προσωπικό	27	116,20	4	9,967	0,041
	Νοσηλευτικό Προσωπικό	137	103,17			
	Κλινικό Εργασιακό Προσωπικό	7	119,93			
	Βοηθητικό Υγειονομικό Προσωπικό	5	172,00			
	Άλλο	47	127,77			

Γράφημα 21:Θηκογράμματα «Ποιότητα ύπνου»*Θέση Εργασίας



Εργασιακή Εμπειρία

Στον Πίνακα 24 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις Spearman μεταξύ των διαστάσεων και της εργασιακής εμπειρίας (σε έτη) των ερωτηθέντων. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ($p \geq 0,486$).

Πίνακας 21:Διαστάσεις * Εργασιακή Εμπειρία, Συσχετίσεις Spearman

<u>Συσχετίσεις Spearman</u>	<u>Εργασιακή Εμπειρία</u>
Σωματικά Συμπτώματα	$\rho = -0,045, p = 0,499$
Άγχος/Αϋπνία	$\rho = 0,034, p = 0,617$
Κοινωνική Δυσλειτουργία	$\rho = -0,047, p = 0,486$
Κατάθλιψη	$\rho = 0,000, p = 0,994$
Ποιότητα ύπνου	$\rho = -0,022, p = 0,740$

Βαθμός ανησυχίας για τυχόν έκθεση στη μόλυνση

Στον Πίνακα 25 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις Spearman μεταξύ των διαστάσεων ως προς τον βαθμό ανησυχίας των ερωτηθέντων για τυχόν έκθεση στη μόλυνση. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι ο βαθμός ανησυχίας των ερωτηθέντων για τυχόν έκθεση στη μόλυνση συσχετίζεται:

Θετικά με τις διαστάσεις:

- «Σωματικά Συμπτώματα»($\rho=0,153$, $p<0,05$)
- «Άγχος/Αϋπνία»($\rho=0,210$, $p<0,01$)

Αρνητικά με τη διάσταση:

- «Ποιότητα ύπνου»($\rho=-0,140$, $p<0,05$)

Πίνακας 22: Διαστάσεις γενικής υγείας * Ποιότητα ύπνου, Συσχετίσεις Spearman

Συσχετίσεις Spearman	Βαθμός ανησυχίας
Σωματικά Συμπτώματα	0,153*
Άγχος/Αϋπνία	0,210**
Κοινωνική Δυσλειτουργία	0,123
Κατάθλιψη	0,040
Ποιότητα ύπνου	-0,140*

*. $p<0,05$

** . $p<0,01$

4^ο Ερευνητικό ερώτημα

Υπάρχει σχέση ανάμεσα το επίπεδο υγείας των επαγγελματιών υγείας και στην ποιότητα ύπνου και ποια είναι αυτή;

Στον Πίνακα 26 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις Spearman μεταξύ των διαστάσεων γενικής υγείας με την ποιότητα ύπνου των ερωτηθέντων. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η ποιότητα ύπνου των ερωτηθέντων συσχετίζεται αρνητικά με τις διαστάσεις:

- «Σωματικά Συμπτώματα»($\rho=-0,644$, $p<0,01$)
- «Άγχος/Αϋπνία»($\rho=-0,740$, $p<0,01$)
- «Κοινωνική Δυσλειτουργία»($\rho=-0,461$, $p<0,01$)
- «Κατάθλιψη»($\rho=-0,479$, $p<0,01$)

Πίνακας 23: Διαστάσεις γενικής υγείας * Ποιότητα ύπνου, Συσχετίσεις Spearman

Συσχετίσεις Spearman	Ποιότητα ύπνου
Σωματικά Συμπτώματα	-0,644**
Άγχος/Αϋπνία	-0,740**
Κοινωνική Δυσλειτουργία	-0,461**
Κατάθλιψη	-0,479**

** . $p < 0,01$

Ο Πίνακας 27 παρουσιάζει τα αποτελέσματα του πολλαπλού μοντέλου παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Ποιότητα ύπνου» και ανεξάρτητες τις διαστάσεις της γενικής υγείας των ερωτηθέντων. Προκύπτει ότι η αρχική υπόθεση της μη προσαρμογής του μοντέλου απορρίφθηκε ($F(4,218)=76,342$, $p < 0,001$). Η προσαρμογή του μοντέλου θεωρείται υψηλή, καθώς $AdjR^2=0,576 > 0,4$. Επίσης, στατιστικά σημαντικοί θεωρήθηκαν οι συντελεστές του σταθερού όρου ($t=31,458$, $p < 0,001$) και των διαστάσεων «Σωματικά Συμπτώματα» ($t=-2,309$, $p=0,022 < 0,05$), «Άγχος/Αϋπνία» ($t=-6,480$, $p < 0,001$), «Κοινωνική Δυσλειτουργία» ($t=-3,094$, $p=0,002 < 0,01$) και «Κατάθλιψη» ($t=-2,298$, $p=0,022 < 0,05$). Ακόμη, δεν υπήρξε πολυσυγγραμμικότητα ($VIF < 10$). Το πολλαπλό μοντέλο παλινδρόμησης προσδιορίζεται από την μαθηματική εξίσωση:

$$\text{Ποιότητα ύπνου} = 4,162 - 0,155 * \text{Σωματικά Συμπτώματα} - 0,436 * \text{Άγχος/Αϋπνία} - 0,208 * \text{Κοινωνική Δυσλειτουργία} - 0,145 * \text{Κατάθλιψη}$$

Πίνακας 24: Αποτελέσματα του πολλαπλού μοντέλου παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Ποιότητα ύπνου» και ανεξάρτητες τις διαστάσεις της γενικής υγείας των επαγγελματιών υγείας

Εξαρτημένη	R	R ²	AdjR ²	F(4,218)	p
Ποιότητα ύπνου	0,764	0,583	0,576	76,342	<0,001
Ανεξάρτητη	B	Beta	t	p	VIF
Σταθερός όρος	4,162	-	31,458	<0,001	-
Σωματικά Συμπτώματα	-0,155	-0,166	-2,309	0,022	2,688
Άγχος/Αϋπνία	-0,436	-0,470	-6,480	<0,001	2,758
Κοινωνική Δυσλειτουργία	-0,208	-0,162	-3,094	0,002	1,441
Κατάθλιψη	-0,145	-0,114	-2,298	0,022	1,291

4.3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ:

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας του ύπνου και η γενική υγεία των επαγγελματιών υγείας, όπως, σωματικά συμπτώματα, άγχος και αϋπνία, κοινωνική δυσλειτουργία και σοβαρή κατάθλιψη, ο αντίκτυπος τους αλλά και οι παράγοντες που επηρεάζουν τον ύπνο κατά την διάρκεια της πανδημίας Covid – 19, η μελέτη είναι συγχρονική. Επίσης, έγινε διερεύνηση των διάφορων δημογραφικών, κοινωνικών χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας που σχετίζονται με την γενική υγεία και την ποιότητα ύπνου. Τέλος εξετάστηκε αν υπάρχει σχέση ανάμεσα στο επίπεδο υγείας των επαγγελματιών υγείας και στην ποιότητα ύπνου και ποια είναι αυτή.

Σύμφωνα με τα δημογραφικά κοινωνικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων το δείγμα αποτέλεσαν 223 επαγγελματίες υγείας εκ των οποίων το 81,17% (N=181) ήταν γυναίκες και το 18,83% (N=42) άντρες, με τη μέση ηλικία να είναι ίση με 38 έτη περίπου (M.O.=38,19±10,09).

Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ήταν έγγαμοι με το ποσοστό να είναι 46,64% (N=104). Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος, το 48,43% (N=108) είναι απόφοιτοι Πανεπιστημίου ή ΤΕΙ, το 38,12% (N=85) έχουν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό, ενώ το 13,45% (N=30) είναι απόφοιτοι γυμνασίου, λυκείου ή ΙΕΚ.

Επίσης, σχετικά με την θέση εργασίας των ερωτηθέντων, το 61,43% (N=137) ανήκει στο νοσηλευτικό προσωπικό, το 12,11% (N=27) στο ιατρικό προσωπικό, το 3,14% (N=7) στο κλινικό εργασιακό προσωπικό και το 2,24% (N=5) στο βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό, ενώ το υπόλοιπο 21,08% (N=47) ανήκε σε κάποια άλλη θέση. Όσον αφορά την εργασιακή εμπειρία των ερωτηθέντων, αυτή κυμάνθηκε από τα 0 έως και τα 43 έτη, ενώ κατά μέσο όρο το δείγμα είχε περίπου 12 έτη εργασιακής εμπειρίας (M.O.=12,15±10,14).

Σχετικά με το βαθμό ανησυχίας των ερωτηθέντων για τυχόν έκθεση στη μόλυνση, το 56,95% (N=127) δήλωσε ότι ανησυχεί μέτρια, το 24,22% (N=54) ανησυχεί λίγο και το 18,83% (N=42) ανησυχεί πολύ.

Στην ερώτηση για τα σωματικά τους συμπτώματα που αφορά την γενική τους υγεία οι ερωτηθέντες δήλωσαν πως σε μέτριο βαθμό νιώθουν εξαντλημένοι και κακοδιάθετοι (M.O.=2,73±0,91), εντελώς καλά και απολύτως υγιείς (M.O.=2,66±0,57) και την ανάγκη για κάτι τονωτικό (M.O.=2,64±0,88). Ακόμη, δήλωσαν πως δεν είχαν περισσότερο από ό,τι συνήθως πόνους στο κεφάλι και σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι πως δεν έχουν αισθανθεί πως είναι άρρωστοι (M.O.=1,96±0,92) και ότι δεν έχουν περιόδους που να αισθάνονται κρυάδες ή εξάψεις (M.O.=1,94±0,95). Συμπερασματικά τα σωματικά συμπτώματα εμφανίστηκαν σε μέτριο βαθμό.

Στην παρούσα μελέτη, από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχει πάρα καλή εσωτερική αξιοπιστία, αφού οι τιμές του Cronbach Alpha σε όλες τις διαστάσεις είναι μεγαλύτερες από 0,750.

Συγκεκριμένα, η διάσταση «Σωματικά Συμπτώματα» είχε αξιοπιστία 0,866, το «Άγχος/Αϋπνία» 0,865, η «Κοινωνική Δυσλειτουργία» 0,781, η «Κατάθλιψη» 0,857 και η «Ποιότητα ύπνου» 0,886. Λόγω της ικανοποιητικής εσωτερικής αξιοπιστίας που προέκυψε σε όλες τις διαστάσεις, οι μεταβλητές τους ομαδοποιήθηκαν με τη χρήση του αμερόληπτου εκτιμητή της μέσης τιμής.

Οι συμμετέχοντες στην ερώτηση σχετικά με το άγχος δήλωσαν πως τον τελευταίο καιρό έχουν αισθανθεί, μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως, να βρίσκονται συνεχώς κάτω από πίεση (M.O.=2,86±0,83) σύμφωνα με την κλίμακα Likert . Επίσης, δήλωσαν ότι σε μέτρο βαθμό αισθάνονται πως δεν αντέχουν (M.O.=2,60±0,91), ότι είναι οξύθυμοι και αρπάζονται εύκολα (M.O.=2,41±0,81), ότι έχουν ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήταν ανήσυχοι (M.O.=2,41±0,94) και αισθάνονται συνεχώς νευρικοί και σε υπερδιέγερση (M.O.=2,37±0,89).

Τέλος, δήλωσαν ότι δεν έχουν περισσότερη από ότι συνήθως δυσκολία να συνεχίσουν τον ύπνο τους χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθούν (M.O.=2,18±0,96) και δεν φοβούνται ή πανικοβάλλονται περισσότερο από ότι συνήθως χωρίς σοβαρό λόγο (M.O.=2,08±0,87). Συμπερασματικά το άγχος/αϋπνία εμφανίστηκε σε μέτριο βαθμό.

Σύμφωνα με την έρευνα των XiaoHet.al , η οποία έδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας που έπρεπε να απομονωθούν στο σπίτι τους υπέφεραν από δυσκολίες στην έλευση του ύπνου ή αϋπνία. Είναι εμφανές πως η ποιότητα του ύπνου εξαρτάται από το άγχος, προκαλώντας μία αλληλεπίδραση η οποία αντικατοπτρίζεται στα αποτελέσματα της αντίστοιχης έρευνας στους ιατρούς που αντιμετώπισαν ασθενείς οι οποίοι έπασχαν από τον SARS-CoV-2. Επομένως ,το στρες και το άγχος ήταν προσδιοριστικοί παράγοντες της ποιότητας του ύπνου[9].

Μέσα από μια άλλη έρευνα των PaudelSet. al, προκύπτει ότι καθοριστικός παράγοντας της κακής ποιότητας ύπνου ήταν η ένταση και η πίεση της εργασίας, δεδομένου ότι ο πληθυσμός της μελέτης εργαζόταν αποκλειστικά σε πτέρυγες κορονοϊού. Επίσης, αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης παρατηρήθηκαν και στο ιατρικό προσωπικό το οποίο συνέχισε να απασχολείται στα χειρουργεία, ως αποτέλεσμα της ανησυχίας μόλυνσης από τον ιό[10].

Στην ερώτηση για την κοινωνική δυσλειτουργία παρατηρήθηκαν αποτελέσματα σε μικρό βαθμό. Πιο συγκεκριμένα , οι ερωτηθέντες δήλωσαν πως τον τελευταίο καιρό έχουν αισθανθεί πως παίζουν χρήσιμο ρόλο σε ό,τι γίνεται γύρω τους (M.O.=3,29±0,74), αισθάνονται ικανοί να παίρνουν αποφάσεις για διάφορα θέματα (M.O.=3,24±0,72) και πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνουν καλά (M.O.=2,98±0,57) και ότι είναι ικανοποιημένοι με τον τρόπο που εκτελούν τις δουλειές τους (M.O.=2,85±0,68).

Επίσης, σε μέτριο βαθμό έχουν καταφέρει να είναι το ίδιο δραστήριοι και πάντα απασχολημένοι όπως συνήθως (M.O.=2,75±0,82), τους παίρνει τον ίδιο χρόνο όπως συνήθως να κάνουν τις δουλειές τους (M.O.=2,28±0,63) και πως μπορούν σε μέτριο βαθμό να χαρούν τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες τους (M.O.=2,22±0,89).

Τα αποτελέσματα των συμμετεχόντων σχετικά με την κατάθλιψη παρατηρήθηκαν σε ελάχιστο βαθμό. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτηθέντες δήλωσαν πως τον τελευταίο καιρό δεν βρήκαν ότι δεν μπορούν να κάνουν τίποτα (M.O.=1,87±0,85), δεν έχουν αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα (M.O.=1,48±0,81) και πως δεν αξίζουν τίποτα (M.O.=1,45±0,74). Επίσης, δήλωσαν πως τον τελευταίο καιρό δεν έχουν πιάσει καθόλου τον εαυτό τους να εύχεται να ήταν πεθαμένος και να είχε ξεπερδέψει με όλα (M.O.=1,23±0,58), δεν έχουν αισθανθεί καθόλου ότι δεν αξίζει να ζουν (M.O.=1,22±0,58) και δεν τους έχει περάσει καθόλου από το μυαλό η πιθανότητα να δώσουν τέλος στη ζωή τους (M.O.=1,19±0,53) ούτε τους έρχεται συνέχεια στο μυαλό αυτή η ιδέα (M.O.=1,11±0,39).

Σχετικά με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα που αφορά την ποιότητα του ύπνου των επαγγελματιών υγείας κατά την διάρκεια της πανδημίας covid -19, από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων προκύπτει ότι συνολικά η ποιότητα ύπνου ήταν μέτρια (M.O.=2,12 ± 0,61). Συγκεκριμένα, τον τελευταίο μήνα τελική αφύπνιση ήταν λίγο νωρίτερα έως στον επιθυμητό χρόνο (M.O.=2,32±0,87) και η λειτουργικότητα κατά την επόμενη ημέρα ήταν ελαφρώς μειωμένη έως πλήρης (M.O.=2,30±0,72). Επίσης, δήλωσαν πως η ποιότητα ύπνου ήταν μέτρια (M.O.=2,18±0,80), η επέλευση ύπνου ελαφρώς καθυστερημένη (M.O.=2,11±0,88), η συνολική διάρκεια ύπνου ήταν μάλλον ανεπαρκής (M.O.=2,10±0,80) και η ευεξία κατά την επόμενη ημέρα ελαφρώς μειωμένη (M.O.=2,02±0,77). Τέλος, δήλωσαν πως υπήρχε μικρό πρόβλημα με αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας (M.O.=1,08±0,88), ενώ και ελαφρώς υπνηλία κατά την επόμενη ημέρα (M.O.=1,02±0,84). Χρησιμοποιώντας την αθροιστική κλίμακα των τιμών, η οποία κυμαίνεται από το 0-24 και την θεώρηση ότι συμμετέχοντες με τιμές μεγαλύτερες ή ίσες του 6 ότι έχουν αυπνία, προκύπτει ότι το 57% (N=127) έχουν αυπνία και το 43% (N=96) δεν έχουν.

Όσον αφορά το τρίτο ερευνητικό ερώτημα, σχετικά με το Ποια δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας σχετίζονται με τη γενική υγεία και την ποιότητα ύπνου, προκύπτει ότι τα αποτελέσματα των ελέγχων independentsamplest-test των διαστάσεων ως προς το φύλο των ερωτηθέντων έχουν σημαντικές στατιστικές διαφορές. Συγκεκριμένα, Για την διάσταση «Σωματικά Συμπτώματα», η μέση τιμή των γυναικών (M.O.=2,30) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από την μέση τιμή των ανδρών (M.O.=2,02). Για την διάσταση «Άγχος/Αυπνία», η μέση τιμή των γυναικών (M.O.=2,46) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από την μέση τιμή των ανδρών (M.O.=2,21). Για

την διάσταση «Κατάθλιψη», η μέση τιμή των γυναικών (M.O.=1,39) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από την μέση τιμή των ανδρών (M.O.=1,23).

Παράλληλα, οι συσχετίσεις Spearman μεταξύ των διαστάσεων και της ηλικίας των ερωτηθέντων. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ($p \geq 0,279$). Από τα αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA και Kruskal-Wallistων διαστάσεων ως προς την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων προκύπτει πως υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των βαθμίδων της διάστασης «Κατάθλιψη» ($H(3)=8,081$, $p=0,044 < 0,05$).

Πιο συγκεκριμένα, στη διάσταση «Κατάθλιψη», η μέση βαθμίδα των διαζευγμένων ή χήρων (M.B.=149,58) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από τη μέση βαθμίδα των παντρεμένων (M.B.=109,02) ($p=0,029$) και των ανύπαντρων ερωτηθέντων (M.B.=105,89) ($p=0,019$).

Από το επίπεδο εκπαίδευσης σύμφωνα με τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών των διαστάσεων «Σωματικά Συμπτώματα» ($F(2,220)=4,371$, $p=0,014 < 0,05$) και «Άγχος/Αϋπνία» ($F(2,220)=4,524$, $p=0,012 < 0,05$).

Στη διάσταση «Σωματικά Συμπτώματα» η μέση τιμή των ερωτηθέντων που είχαν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό (M.O.=2,38) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ερωτηθέντων που ήταν απόφοιτοι γυμνασίου, λυκείου ή ΙΕΚ (M.O.=1,99) ($p=0,005$).

Στη διάσταση «Άγχος/Αϋπνία» η μέση τιμή των ερωτηθέντων που είχαν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό (M.O.=2,55) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ερωτηθέντων που ήταν απόφοιτοι γυμνασίου, λυκείου ή ΙΕΚ (M.O.=2,15) ($p=0,004$).

Από τα αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA και Kruskal-Wallistων διαστάσεων ως προς την θέση εργασίας των ερωτηθέντων προκύπτει πως υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών της διάστασης «Σωματικά Συμπτώματα» ($F(4,218)=2,486$, $p=0,045 < 0,05$) και μέσω των βαθμίδων της διάστασης «Ποιότητα ύπνου» ($H(4)=9,967$, $p=0,041 < 0,05$). Στη διάσταση «Σωματικά Συμπτώματα» η μέση τιμή των ερωτηθέντων που ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό (M.O.=2,34) ήταν στατιστικά μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ερωτηθέντων που ανήκουν στο βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό (M.O.=1,69) ($p=0,027$). Στη διάσταση «Ποιότητα ύπνου», η μέση βαθμίδα όσων ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό (M.B.=103,17) ήταν στατιστικά μικρότερη από τη μέση βαθμίδα όσων ανήκουν στο βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό (M.B.=172,00) ($p=0,019$) και όσων ανήκουν σε κάποια άλλη θέση εργασίας και όχι στο ιατρικό ή κλινικό-εργασιακό προσωπικό (M.B.=127,77) ($p=0,024$).

Οι συσχετίσεις Spearman μεταξύ των διαστάσεων και της εργασιακής εμπειρίας (σε έτη) των ερωτηθέντων. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ($p \geq 0,486$).

οι συσχετίσεις Spearman μεταξύ των διαστάσεων ως προς τον βαθμό ανησυχίας των ερωτηθέντων για τυχόν έκθεση στη μόλυνση. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι ο βαθμός ανησυχίας των ερωτηθέντων για τυχόν έκθεση στη μόλυνση συσχετίζεται:

Θετικά με τις διαστάσεις:

- «Σωματικά Συμπτώματα»($\rho=0,153$, $p<0,05$)
- «Άγχος/Αϋπνία»($\rho=0,210$, $p<0,01$)

Αρνητικά με τη διάσταση:

- «Ποιότητα ύπνου»($\rho=-0,140$, $p<0,05$)

Σε άλλη μελέτη στη Κίνα Η υποκειμενική αίσθηση ευαλωτότητας και ο αντιλαμβανόμενος κίνδυνος νόσησης και μετάδοσης του ιού ευθύνονταν για τα υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στο νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο έλαβε μέρος. Συμπερασματικά , Επιπλέον, ο έλεγχος και οι αναφορές προόδου της ψυχικής υγείας στους επαγγελματίες υγείας, κυρίως σε όσους έχουν άμεση επαφή με ασθενείς νοσούντες με SARS-Cov-2, θα πρέπει να διεξάγονται τακτικά ώστε να αξιολογείται η αίσθηση αβεβαιότητας και φόβου και να λαμβάνονται εγκαίρως τα απαραίτητα μέτρα αντιμετώπισής τους[11,12].

Τέλος , σχετικά με το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα για το αν υπάρχει σχέση ανάμεσα στο επίπεδο υγείας των επαγγελματιών υγείας και στην ποιότητα ύπνου και ποια είναι αυτή, προκύπτει από τις συσχετίσεις Spearman μεταξύ των διαστάσεων γενικής υγείας με την ποιότητα ύπνου των ερωτηθέντων, ότι η ποιότητα ύπνου των ερωτηθέντων συσχετίζεται αρνητικά με τις διαστάσεις:

- «Σωματικά Συμπτώματα»($\rho=-0,644$, $p<0,01$)
- «Άγχος/Αϋπνία» ($\rho=-0,740$, $p<0,01$)
- «Κοινωνική Δυσλειτουργία» ($\rho=-0,461$, $p<0,01$)
- «Κατάθλιψη» ($\rho=-0,479$, $p<0,01$)

η αρχική υπόθεση της μη προσαρμογής του μοντέλου απορρίφθηκε ($F(4,218)=76,342$, $p<0,001$). Η προσαρμογή του μοντέλου θεωρείται υψηλή, καθώς $AdjR^2=0,576>0,4$.Επίσης, στατιστικά σημαντικοί θεωρήθηκαν οι συντελεστές του σταθερού όρου ($t=31,458$, $p<0,001$) και των διαστάσεων «Σωματικά Συμπτώματα»($t=-2,309$, $p=0,022<0,05$),«Άγχος/Αϋπνία»($t=-6,480$, $p<0,001$),«Κοινωνική Δυσλειτουργία»($t=-3,094$, $p=0,002<0,01$) και «Κατάθλιψη»($t=-2,298$, $p=0,022<0,05$).Ακόμη, δεν

υπήρξε πολυσυγγραμμικότητα (VIF<10). Το πολλαπλό μοντέλο παλινδρόμησης προσδιορίζεται από την μαθηματική εξίσωση:

$$\text{Ποιότητα ύπνου} = 4,162 - 0,155 * \text{Σωματικά Συμπτώματα} - 0,436 * \text{Άγχος/Αϋπνία} \\ - 0,208 * \text{Κοινωνική Δυσλειτουργία} - 0,145 * \text{Κατάθλιψη}$$

Σύμφωνα με μια έρευνα στην Ιταλία των Lenzoet.al, η οποία στόχευσε στη διερεύνηση συμπτωμάτων κατάθλιψης, στρες και άγχους μεταξύ των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη προέκυψε ότι κατά τη διάρκεια των πιο κρίσιμων μηνών της πανδημίας COVID-19, οι επαγγελματίες υγείας αντιμετώπισαν υψηλότερο φόρτο εργασίας λόγω της έκτακτης ανάγκης, με άγνωστες συνέπειες για την ψυχική τους υγεία. Αν και πιθανό υψηλότερο αντίκτυπο ψυχολογικών επιπτώσεων υπήρξε στους εργαζομένους στην υγειονομική περίθαλψη οι οποίοι φρόντιζαν ασθενείς με COVID-19, αλλά και για όσους εργαζόμενους εμπλέκονταν στη καθημερινή βοήθεια ασθενών με χρόνια ιατρική πάθηση.

Τα αποτελέσματα των περιγραφικών στατιστικών αποκάλυψαν τον επιπολασμό ποσοστών μέτριων έως εξαιρετικά σοβαρών συμπτωμάτων που κυμαίνονται από 8 τοις εκατό για κατάθλιψη έως περίπου 10 τοις εκατό για άγχος. Οι συμμετέχοντες αυτής της μελέτης είχαν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους, σε σχέση με πρώιμες μελέτες που αφορούσαν εργαζόμενους στην υγειονομική περίθαλψη[56].

4.3.1 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ:

Η ουσιαστική διερεύνηση των παραγόντων που μπορούν να επιδράσουν επιβαρυντικά ή προστατευτικά για την υγεία των επαγγελματιών υγείας κατά την διάρκεια της πανδημίας covid-19 είναι πολύτιμη στη χάραξη των πολιτικών υγείας και στο σχεδιασμό των παρεμβάσεων και των δράσεων εκείνων που θα είναι αποτελεσματικές και ικανές να ανταποκριθούν στις νέες ανάγκες που δημιουργούνται, τόσο σε επίπεδο πρόληψης όσο και σε επίπεδο αντιμετώπισης. Ορισμένες προτάσεις ακολουθούν παρακάτω:

- ✓ Δημιουργία ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών ψυχολογικής υποστήριξης για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας.
- ✓ Στελέχωση των υπαρχόντων δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας με διεπιστημονικές ομάδες ψυχικής υγείας με έργο τους την ενίσχυση της ευαισθητοποίησης στην πρόληψη.
- ✓ Δημιουργία ομάδων για τη συνεχιζόμενη υποστηρικτική φροντίδα (follow-up) για τους επαγγελματίες υγείας που νόσησαν από κορωνοϊό μετά τη νοσηλεία τους ή όσους βρέθηκαν σε καθεστώς καραντίνας λόγω νόσησης ή επαφής με κρούσμα κορωνοϊού.
- ✓ Ενίσχυση των δομών της πρωτοβάθμιας φροντίδας με επαρκές προσωπικό επαγγελματιών ψυχικής υγείας.
- ✓ Ενίσχυση του έργου των ήδη υπαρχόντων τηλεφωνικών γραμμών υποστήριξης με συνεχιζόμενες ενημερωτικές καμπάνιες , που να αφορούν συγκεκριμένα τους επαγγελματίες υγείας .
- ✓ Επαρκής και ενδεδειγμένη ενημέρωση για τις ψυχικές επιπτώσεις του κορωνοϊού ανά ομάδα πληθυσμού, προσβάσιμη σε όλους ανεξαιρέτως.
- ✓ Ενίσχυση των επιτροπών εμπειρογνομόνων για την αντιμετώπιση της πανδημίας με επαγγελματίες της ψυχικής υγείας όλων των ειδικοτήτων.
- ✓ Σεμινάρια συνεχής εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των εργαζομένων όλων των ιεραρχικών επιπέδων σχετικά με την αναγνώριση των συμπτωμάτων των διαταραχών του ύπνου αλλά και χρήσιμες συμβουλές από ειδικούς επιστήμονες για έναν καλό ύπνο.
- ✓ Παροχή πληροφοριών σχετικά με διάφορα μέτρα και προγράμματα τα οποία εφαρμόζονται στους χώρους εργασίας με σκοπό την σωματική αλλά και την ψυχική ευημερία των εργαζομένων .

- ✓ Διεξαγωγή έρευνας στο εσωτερικό του οργανισμού μέσω της χρήσης ερωτηματολογίων, προκειμένου να καθοριστεί με ακρίβεια τι δημιουργεί ανησυχία ή τι προβληματίζει τους εργαζομένους στο χώρο της υγείας, εκτίμηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Η πανδημία του COVID-19 και επόμενες επιδημικές εξάρσεις που ίσως ακολουθήσουν θέτουν όλη την επιστημονική κοινότητα σε εγρήγορση και επαναφέρουν στο προσκήνιο την ανθρώπινη ζωή και τη βελτίωση της ποιότητάς της. Καθώς η ροή και οι αλλαγές είναι τόσο ταχείες που κινδυνεύουμε να μένουμε πίσω από τα γεγονότα, η συνεχής παρακολούθηση των επιστημονικών εξελίξεων και της διεθνούς βιβλιογραφίας και η εξειδικευμένη διερεύνηση είναι απαραίτητες για να ανταποκριθούμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στην απαιτητική αυτή συνθήκη, πάντα με σεβασμό στη ζωή και τον άνθρωπο.

4.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη συμμετείχαν 223 επαγγελματίες υγείας, στην πλειοψηφία τους γυναίκες, μέσης ηλικίας 38 ετών, με τους μισούς να βρίσκονται σε έγγαμη οικογενειακή κατάσταση. Οι περισσότεροι δήλωσαν απόφοιτοι πανεπιστημίου, ΤΕΙ ή είχαν μεταπτυχιακό -διδακτορικό και ανήκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό, με μέσο όρο 12 έτη εργασιακής εμπειρίας. Η πλειονότητα εξέφρασε μέτριο ή μικρό βαθμό ανησυχίας για τυχόν έκθεσή στη μόλυνση.

Στο 1^ο ερευνητικό ερώτημα διερευνήθηκαν οι απόψεις των ερωτηθέντων επαγγελματιών υγείας για την γενική υγεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Τα επίπεδα άγχους ήταν μέτρια, ωστόσο αναδείχθηκε πως τον τελευταίο καιρό οι ερωτηθέντες αισθάνονται να βρίσκονται συνεχώς κάτω από πίεση. Τα επίπεδα των σωματικών συμπτωμάτων ήταν μέτρια, κοινωνική δυσλειτουργία δεν παρατηρήθηκε ιδιαίτερα ενώ πολύ χαμηλά ήταν και τα επίπεδα κατάθλιψης.

Στο 2^ο ερευνητικό ερώτημα, μελετήθηκε η ποιότητα ύπνου των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Η ποιότητα του ύπνου χαρακτηρίστηκε μέτρια. Το 57% διαγνώστηκε με αϋπνία. Συγκεκριμένα, δήλωσαν πως τον τελευταίο μήνα η τελική αφύπνιση ήταν λίγο νωρίτερα έως στον επιθυμητό χρόνο και η λειτουργικότητα κατά την επόμενη ημέρα ήταν ελαφρώς μειωμένη έως πλήρης. Η επέλευση ύπνου ελαφρώς καθυστερημένη, η συνολική διάρκεια ύπνου ήταν μάλλον ανεπαρκής και η ευεξία κατά την επόμενη ημέρα ελαφρώς μειωμένη. Τέλος, δήλωσαν πως υπήρχε μικρό πρόβλημα με αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας ενώ και ελαφρώς υπνηλία κατά την επόμενη ημέρα.

Στο 3^ο ερευνητικό ερώτημα μελετήθηκε πως τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων επηρεάζουν την γενική τους υγεία και την ποιότητα του ύπνου τους. Αρχικά, αναδείχθηκε πως οι γυναίκες εμφανίζουν πιο έντονα σωματικά συμπτώματα, περισσότερο άγχος/αϋπνία και κατάθλιψη από ότι οι άνδρες. Επίσης, από την ανάλυση προέκυψε πως όσοι ερωτηθέντες έχουν χωρίσει ή έχουν χάσει τον/την σύζυγο τους εμφανίζουν περισσότερη κατάθλιψη από ότι οι ερωτηθέντες που είναι παντρεμένοι ή ανύπαντροι. Επιπλέον, αναδείχθηκε πως τα άτομα που κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών ή διδακτορικό εμφανίζουν πιο έντονα σωματικά συμπτώματα και έχουν περισσότερο άγχος και αϋπνία από ότι τα άτομα που έχουν αποφοιτήσει από

γυμνάσιο, λύκειο ή ΙΕΚ. Ακόμη, προέκυψε πως το νοσηλευτικό προσωπικό εμφάνισε πιο έντονα σωματικά συμπτώματα και χειρότερη ποιότητα ύπνου από ότι το βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό.

Τέλος, αναδείχθηκε πως όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός ανησυχίας των επαγγελματιών υγείας για πιθανή έκθεση στη μόλυνση τόσο πιο έντονα είναι τα σωματικά τους συμπτώματα και εμφανίζουν περισσότερο άγχος και αϋπνία, ενώ η ποιότητα ύπνου τους επηρεάζεται αρνητικά.

Στο 4^ο ερευνητικό ερώτημα ερευνήθηκε η συσχέτιση της ποιότητας ύπνου με τις διάφορες πτυχές της γενικής υγείας των ερωτηθέντων. Από τα αποτελέσματα προέκυψε πως όλες οι πτυχές της γενικής υγείας, δηλαδή τα σωματικά συμπτώματα, το άγχος/αϋπνία η κοινωνική δυσλειτουργία και η κατάθλιψη, αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες της ποιότητα ύπνου. Συγκεκριμένα, άτομα που εμφανίζουν έντονα σωματικά συμπτώματα, πολύ άγχος, αϋπνία, κατάθλιψη και κοινωνική δυσλειτουργία, τότε έχουν χειρότερη ποιότητα ύπνου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

1. Wang Y, Di Y, Ye J, Wei W. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China [published online ahead of print, 2020 Mar 30]. *Psychol Health Med*. 2020;1-10 .
2. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). *Mental Health and Psychosocial Support for Staff, Volunteers and Communities in an Outbreak of Novel Coronavirus*. IFRC: HongKong, 2.
3. Shah K, Kamrai D, Mekala H, Mann B, Desai K, Patel RS. Focus on Mental Health During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Applying Learnings from the Past Outbreaks. *Cureus*. 2020;12(3):e7405.
4. Tsang HW, Scudds RJ, Chan EY. Psychosocial Impact of SARS. *Emerging Infectious Diseases*. 2004;10(7):1326- 1327.
5. Gardner PJ, Moallem P. Psychological impact on SARS survivors: Critical review of the English language literature. *Canadian Psychol*. 2015;56(1):123-135.
6. Park J-S, Lee E-H, Park N-R, et al. Mental Health of Nurses Working at a Government designated Hospital During a MERS-CoV Outbreak: A Cross-sectional Study. *Archives of psychiatric nursing* 2018;32(1):2-6.
7. Oh N, Hong N, Ryu DH, Bae SG, Kam S, Kim KY. Exploring Nursing Intention, Stress, and Professionalism in Response to Infectious Disease Emergencies: The Experience of Local Public Hospital Nurses During the 2015 MERS Outbreak in South Korea. *Asian Nurs Res (Korean SocNursSci)*. 2017;11(3):230-236.
8. Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG, Qushmaq IA. Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. *Clin Med Res*. 2016;14(1):7-14.

9. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med SciMonit.* 2020;26:e923549.
10. Paudel S, Dangal G, Chalise A, Bhandari TR, Dangal O. The Coronavirus Pandemic: What Does the Evidence Show?. *J Nepal Health Res Counc.* 2020;18(1):1-9.
11. Xiang YT, Yang Y, Li W, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *LancetPsychiatry.* 2020;7(3):228-229.
12. Neto MLR, Almeida HG, Esmeraldo JD, et al. When health professionals look death in the eye: the mental health of professionals who deal daily with the 2019 coronavirus outbreak. *PsychiatryRes.* 2020;288:112972.
13. WHO. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Geneva:WHO;2020. Available from: [https://www.who.int/newsroom/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/newsroom/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
14. SouvikDubey ,Payel Biswas , Ritwik Ghosh , Subhankar Chatterjee , Mahua Jana Dubey, Subham Chatterjee , DurjoyLahiri , Carl J. Lavie. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews: Psychosocial impact of COVID-19.2020,14(5):779-788
15. Jones D.S. History in a crisis - lessons for covid-19. *N Engl J Med.* 2020 Mar 12 doi: 10.1056/NEJMp2004361. - DOI - PubMed
16. Lai C.C., Shih T.P., Ko W.C., Tang H.J., Hsueh P.R. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): the epidemic and the challenges. *Int J Antimicrob Agents.* 2020;55:105924. - PMC - PubMed
17. Rubin G.J., Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ.* 2020;368:m313. - PubMed
18. Kluge H.N.P. Statement – physical and mental health key to resilience during COVID-19 pandemic. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-...> (accessed on 30th March, 2020)

19. Asmundson G.J.G., Taylor S. Coronaphobia: fear and the 2019-nCoV outbreak. *J Anxiety Disord.* 2020;70:102196. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
20. Taha S., Matheson K., Cronin T., Anisman H. Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety: the case of the 2009 H1N1 pandemic. *Br J Health Psychol.* 2014;19:592–605. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
21. Banerjee A.V. A simple model of herd behavior. *Q J Econ.* 1992;107:797–817. [[Google Scholar](#)]
22. Singh A.K., Misra A. Editorial: herd mentality, herds of migrants/people, and COVID-19 in India. *Diabetes MetabSyndr.* 2020;14:497. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
23. Sen A. Belknap Press of Harvard University Press; Cambridge, Mass: 2009. The idea of justice. [[Google Scholar](#)]
24. Mahase E. Covid-19: hoarding and misuse of protective gear is jeopardising the response, WHO warns. *BMJ.* 2020;368:m869. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
25. Chung R.Y., Li M.M. Anti-Chinese sentiment during the 2019-nCoV outbreak. *Lancet.* 2020;395:686–687. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
26. Herald Deccan. Coronavirus outbreak has increased racial attacks on people from the Northeast: NGO report. 2020. <https://www.deccanherald.com/national/east-and-northeast/coronavirus-outbreak-has-increased-racial-attacks-on-people-from-the-northeast-ngo-report-817899.html> (accessed on 3rd April, 2020)
27. Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., Ho C.S. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Publ Health.* 2020;17:1729. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
28. Qiu J., Shen B., Zhao M., Wang Z., Xie B., Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *GenPsychiatr.* 2020;33 [[PMC freearticle](#)] [[PubMed](#)] [[GoogleScholar](#)]

29. Li S., Wang Y., Xue J., Zhao N., Zhu T. The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active Weibo users. *Int J Environ Res Publ Health*. 2020;17:E2032. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
30. Wang Y., Di Y., Ye J., Wei W. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychol Health Med*. 2020 Mar 30:1–10. [[PubMed](#)] [[GoogleScholar](#)]
31. Chakraborty K., Chatterjee M. Psychological impact of COVID-19 pandemic on general population in West Bengal: a cross-sectional study. *Indian J Psychiatr*. 2020;62:266–272. [[PMC freearticle](#)] [[PubMed](#)] [[GoogleScholar](#)]
32. Rodolfo Rossi, Valentina Socci, Dalila Talevi, Sonia Mensi, Cinzia Niolu, Francesca Pacitti, Antiniscia Di Marco, Alessandro Rossi, Alberto Siracusano, Giorgio Di Lorenzo. COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Impact of COVID-19 on Mental Health in Italy*. 2020,11:1-6
33. Chong M.Y., Wang W.C., Hsieh W.C. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *Br J Psychiatry*. 2004;185:127–133. [[PubMed](#)] [[GoogleScholar](#)]
34. McAlonan G.M., Lee A.M., Cheung V. Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. *Can J Psychiatr*. 2007;52:241–247. [[PubMed](#)] [[GoogleScholar](#)]
35. Sim K., Chua H.C. The psychological impact of SARS: a matter of heart and mind. *CMAJ*. 2004;170:811–812. [[PMC freearticle](#)] [[PubMed](#)] [[GoogleScholar](#)]
36. Su T.P., Lien T.C., Yang C.Y., Su Y.L., Wang J.H., Tsai S.L. Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: a prospective and periodic assessment study in Taiwan. *J Psychiatr Res*. 2007;41:119–130. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
37. Wu P., Fang Y., Guan Z., Fan B., Kong J., Yao Z. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatr*. 2009;54:302–311. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
38. Liu X., Kakade M., Fuller C.J., Fan B., Fang Y., Kong J. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Compr Psychiatr*. 2012;53:15–23. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
39. Greenberg N., Docherty M., Gnanapragasam S., Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*. 2020;368:m1211. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

40. Lai J., Ma S., Wang Y., Cai Z., Hu J., Wei N. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
41. Kang L., Li Y., Hu S., Chen M., Yang C., Yang B.X. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:e14. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
42. Li Z., Ge J., Yang M., Feng J., Qiao M., Jiang R. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun*. 2020 Mar 10 doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.007. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
43. Biswas P., Chatterjee S. Hand hygiene compliance among doctors in a tertiary care hospital of India. *Indian J Pediatr*. 2014;81:967–968. [PubMed] [Google Scholar]
44. Chen Q., Liang M., Li Y., Guo J., Fei D., Wang L. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:e15–e16. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
45. Maunder R., Hunter J., Vincent L., Bennett J., Peladeau N., Leszcz M. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*. 2003;168:1245–1251. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
46. Chan-Yeung M. Severe acute respiratory syndrome (SARS) and healthcare workers. *Int J Occup Environ Health*. 2004;10:421–427. [PubMed] [Google Scholar]
47. Xiang Y.T., Yang Y., Li W., Zhang L., Zhang Q., Cheung T. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:228–229. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
48. Carville O., Court E., Brown K.V. Hospitals tell doctors they'll Be fired if they speak out about lack of gear. *Bloomberg*. 2020 <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-03-31/hospitals-tell-doctors-they-ll-be-fired-if-they-talk-to-press> (accessed on 2nd April, 2020) [Google Scholar]
49. Wong T.W., Yau J.K., Chan C.L., Kwong R.S., Ho S.M., Lau C.C. The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. *Eur J Emerg Med*. 2005;12:13–18. [PubMed] [Google Scholar]
50. India Today 49-year old man becomes Telangana's latest Covid-19 fatality. 2020. <https://www.indiatoday.in/coronavirus-outbreak/story/49-year-old-man-becomes-telangana-latest-covid-19-fatality-1662363-2020-04-02> (accessed on 2nd April, 2020)

51. Independent Coronavirus NHS doctor kicked out by landlord because of Covid-19 fears. 2020. <https://www.independent.co.uk/news/health/coronavirus-latest-nhs-doctor-evicted-covid-19-oxford-a9425166.html> (accessed on 2nd April, 2020)
52. Today India. Kolkata landlords evict medical professionals, Resident Doctor's Association steps. 2020. <https://www.indiatoday.in/india/story/bengal-kolkata-landlords-evict-medical-professionals-coronavirus-1659333-2020-03-25> (accessed on 2nd April, 2020)
53. Harvey A. Covid-19: medical students should not work outside their competency, says BMA. *BMJ*. 2020;368:m1197. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
54. Harvey A. Covid-19: medical schools given powers to graduate final year students early to help NHS. *BMJ*. 2020;368:m1227. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
55. Unadkat S., Farquhar M. Doctors' wellbeing: self-care during the covid-19 pandemic. *BMJ*. 2020;368:m1150. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
56. Vittorio Lenzo, Maria C. Quattropani , Alberto Sardella , Gabriella Martino ,George A. Bonanno. Depression, Anxiety, and Stress Among Healthcare Workers During the COVID-19 Outbreak and Relationships With Expressive Flexibility and Context Sensitivity: *Frontiers in Psychology*.2021,12:1-9
57. Natasha Shaukat, Daniyal Mansoor Ali , Junaid Razzak. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. *International Journal of Emergency Medicine*.2020,13(1):1-8
58. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? *The Lancet*. 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30627-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30627-9).
59. Ebola Virus Disease in Health Care Workers — Guinea, 2014. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6438a6.htm> .
60. Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone. https://www.who.int/hrh/documents/21may2015_web_final.pdf. Accessed 10 Apr 2020.
61. Zhou P, Huang Z, Xiao Y, Huang X, Fan X-G. Protecting Chinese healthcare workers while combating the 2019 novel coronavirus. *InfectControlHospEpidemiol*. 2020;5:1–4

62. Cavallo JJ, Donoho DA, Forman HP. Hospital capacity and operations in the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic—planning for the nth patient. *JAMA Health Forum*. 2020;1(3):–e200345.
63. Wang X, Zhang X, He J. Challenges to the system of reserve medical supplies for public health emergencies: reflections on the outbreak of the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) epidemic in China. *Biosci Trends*. 2020;14(1):3–8.
64. Cavallo JJ, Donoho DA, Forman HP. Hospital capacity and operations in the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic—planning for the nth patient. *JAMA Health Forum*. 2020;1(3):–e200345.
65. Evans DK, Goldstein M, Popova A. Health-care worker mortality and the legacy of the Ebola epidemic. *Lancet Glob Health*. 2015;3(8):e439–40
66. Ji D, Ji Y-J, Duan X-Z, Li W-G, Sun Z-Q, Song X-A, et al. Prevalence of psychological symptoms among Ebola survivors and healthcare workers during the 2014-2015 Ebola outbreak in Sierra Leone: a cross-sectional study. *Oncotarget*. 2017;8(8):12784–91.
67. Abolfotouh MA, AlQarni AA, Al-Ghamdi SM, Salam M, Al-Assiri MH, Balkhy HH. An assessment of the level of concern among hospital-based healthcare workers regarding MERS outbreaks in Saudi Arabia. *BMC infectDis*. 2017;17(1):4
68. Julian Maciaszek , Marta Ciulkowicz , BlazejMisiak , Dorota Szczesniak , Dorota Luc , Tomasz Wieczorek , Karolina Fila-Witecka , Pawel Gawlowski and Joanna Rymaszewska . Mental Health of Medical and Non-Medical Professionals during the Peak of the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Nationwide Study.*Journal of Clinical Medicine*.2020,9(8):2-11
69. Karuna Datta, Manjari Tripathi. Sleep and Covid-19.2021,69(1):26-31
70. Mustafa Kürşat Şahin ,Servet Aker , Gülay Şahin, Aytül Karabekiroğlu. Prevalence of Depression, Anxiety, Distress and Insomnia and Related Factors in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic in Turkey:*Journal of Community Health*.2020,45(1168–1177)

71. DeldarMoradAbdulah ,Dildar Haji Musa. Insomnia and stress of physicians during COVID-19 outbreak.2020, 2:1-7
72. Vasileios Tzenetidis, IokastiPapathanasiou, Nikolaos Tzenetidis, Athanasios Nikolentzos, PavlosSarafis, Maria Malliarou Effort Reward Imbalance and Insomnia Among Greek Healthcare Personnel During the Outbreak of COVID-19 2021 Jun; 33(2): 124-130
73. Siegrist J. Effort-reward imbalance at work and health. Historical and current perspectives on stress and health.Research in occupational stress and well-being. US: Elsevier Science/JAI Press; 2002: 261-291

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ
ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΝΟΥ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Ονομάζομαι Τσιάμη Αναστασία και στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών « ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ» με επιβλέπουσα καθηγήτρια την Δρ. Ιωάννα Παπαθανασίου Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, πραγματοποιώ έρευνα για τη **Γενική Υγεία και την Ποιότητα του Ύπνου σε Επαγγελματίες Υγείας κατά τη διάρκεια της Πανδημίας Covid-19**. Η συμβολή σας στη παρούσα έρευνα είναι πολύτιμη .

Η έρευνα τηρεί τις αρχές της ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας. Τα στοιχεία σας δεν θα συνδεθούν με κανένα τρόπο έτσι ώστε να αποκαλυφθεί η ταυτότητά σας. Εκτιμάται ότι η πιθανότητα ενόχλησης λόγω της φύσης ορισμένων ερωτήσεων για τους συμμετέχοντες είναι ελάχιστη έως μηδενική, ωστόσο θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Ακόμα και αν τώρα αποφασίσετε να συμμετάσχετε, μπορείτε να σταματήσετε όποτε αποφασίσετε χωρίς καμία επίπτωση. Εάν έχετε ερωτήσεις σχετικά με την παρούσα έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου στο e-mail: a.tsiami@yahoo.gr

Εφόσον συμφωνήσετε να συμμετάσχετε, θα πρέπει να συμπληρώσετε ατομικά μια σειρά ερωτήσεων σύμφωνα με το πώς αισθάνεστε και ποιες είναι οι απόψεις σας τη δεδομένη χρονική στιγμή .

Παρακαλούμε να διαβάσετε προσεκτικά τις οδηγίες συμπλήρωσης που δίνονται κάθε φορά προσπαθώντας να μην παραλείψετε κάποια απάντηση ώστε το ερωτηματολόγιό σας να συμπεριληφθεί στην τελική επεξεργασία των δεδομένων.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας.

Έχω λάβει γνώση σχετικά με την παρούσα έρευνα (τους στόχους της, την ανώνυμη συμμετοχή μου και την αξιοποίηση των απαντήσεών μου για επιστημονικούς σκοπούς) και συναινώ να συμμετέχω εθελοντικά. *

- Ναι
- Όχι

A.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

1)ΦΥΛΟ:

- ΑΝΔΡΑΣ
- ΓΥΝΑΙΚΑ
- ΑΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΟ

2) ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

.....

3) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

- Άγαμος/η
- Έγγαμος/η
- Διαζευγμένος/η
- Συμβίωση
- Χήρος/α

4) ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ:

- Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου/ΙΕΚ

- Απόφοιτος Πανεπιστημίου/ΤΕΙ
- Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό

5) ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

- ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
- ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
- ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΦΟΡΕΙΣ
- ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
- ΑΛΛΟ

6) ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΕ ΕΤΗ:

.....

7) ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΒΑΘΜΟΥ ΑΝΗΣΥΧΙΑΣ ΓΙΑ ΤΥΧΟΝ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΗ ΜΟΛΥΝΣΗ:

- 1-3
- 4-7
- 8-10

Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHO-28)

Σας παρακαλώ να απαντήσετε στις ακόλουθες ερωτήσεις υπογραμμίζοντας ή βάζοντας σε κύκλο την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα. Προσέξτε, θα θέλαμε να ξέρουμε τα τωρινά και πρόσφατα ενοχλήματα σας από την έναρξη της πανδημίας Covid-19 και όχι εκείνα που είχατε στο παρελθόν. Παρακαλώ, απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

1) Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απολύτως υγιής;	Καλύτερα από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα από ό,τι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ό,τι συνήθως
2) Νιώθεις την ανάγκη για κάτιτονωτικό;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
3) Νιώθεις εξαντλημένος/η και κακοδιάθετος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
4) Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
5) Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως

				συνήθως
6) Νιώθεις σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
7) Έχεις περιόδους που να αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
8) Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
9) Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείς;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
10) Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως

11) Είσαι οξύθυμος και αρπάζεσαι εύκολα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
12) Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
13) Αισθάνεσαι πως, δεν αντέχεις άλλο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
14) Αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός/ή και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
15) Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος/α και πάντα απασχολημένος/η;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως

16) Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις ης δουλειές σου;	Γρηγορότερα από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
17) Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές ία καταφέρνεις καλά;	Καλύτερα από ό,τι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Χειρότερα από ό,τι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ό,τι συνήθως
18) Είσαι ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;	Περισσότερο ικανοποιημένος/η	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο ικανοποιημένος/η από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η
19) Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ό,τι γίνεται γύρω σου,	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο χρήσιμο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο χρήσιμο από ό,τι συνήθως

20) Έχεις αισθανθεί ικανός/η να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανός/ικανή
21) Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες σου;	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
22) Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
23) Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
24) Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως

<p>25) Σου έχει περάσει από το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου;</p>	<p>Σίγουρα όχι</p>	<p>Δε νομίζω</p>	<p>Πέρασε από το μυαλό μου</p>	<p>Σίγουρα μου έχει περάσει</p>
<p>26) Βρήκες μερικές φορές ό,τι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα;</p>	<p>Καθόλου</p>	<p>Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως</p>	<p>Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως</p>	<p>Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως</p>
<p>27) Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένος/η και να είχες ξεμπερδέψει με όλα;</p>	<p>Καθόλου</p>	<p>Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως</p>	<p>Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως</p>	<p>Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως</p>
<p>28) Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται συνέχεια στο μυαλό σου;</p>	<p>Καθόλου</p>	<p>Δε νομίζω</p>	<p>Πέρασε από το μυαλό μου</p>	<p>Σίγουρα ναι</p>

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ύπνου (AIS)

Αυτή η κλίμακα έχει σκοπό να καταγράψει την δική σας εκτίμηση σχετικά με τις δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίσετε στον ύπνο. Παρακαλώ, **επιλέξτε (κυκλώνοντας τον κατάλληλο αριθμό)** τα ερωτήματα που δηλώνουν σύμφωνα με την εκτίμηση σας τον **βαθμό δυσκολίας**, με την προϋπόθεση ότι συνέβησαν τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα.

1. Επέλευση ύπνου

- Πολύ γρήγορη Ελαφρώς Καθυστερημένη Πολύ καθυστερημένη
καθυστερημένη ή δεν κοιμήθηκα καθόλου

2. Αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύκτας

- Κανένα πρόβλημα Μικρό πρόβλημα Μέτριο πρόβλημα Έντονο πρόβλημα
ή δεν κοιμήθηκα καθόλου

3. Τελική αφύπνιση σε σχέση με τον επιθυμητό χρόνο

- Στον επιθυμητό χρόνο Λίγο νωρίτερα Αρκετά νωρίτερα Πολύ νωρίτερα
ή δεν κοιμήθηκα καθόλου

4. Συνολική διάρκεια ύπνου

- Επαρκής Μάλλον ανεπαρκής Ανεπαρκής Πολύ ανεπαρκής
ή δεν κοιμήθηκα καθόλου

5. Ποιότητα ύπνου

- Ικανοποιητική Μέτρια Μη
ικανοποιητική Κακή

6. Ευεξία κατά την επόμενη ημέρα

- Πλήρης Ελαφρώς
μειωμένη Αρκετά
μειωμένη Πολύ μειωμένη ή απύσασ

7. Λειτουργικότητα κατά την επόμενη ημέρα

- Πλήρης Ελαφρώς
μειωμένη Αρκετά
μειωμένη Πολύ μειωμένη ή απύσασ

8. Υπνηλία κατά την επόμενη ημέρα

- Καμμία Ελαφρά Μέτρια Έντονη

**Σας ευχαριστώ πολύ για τη συμμετοχή.
ΤΣΙΑΜΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ**

