

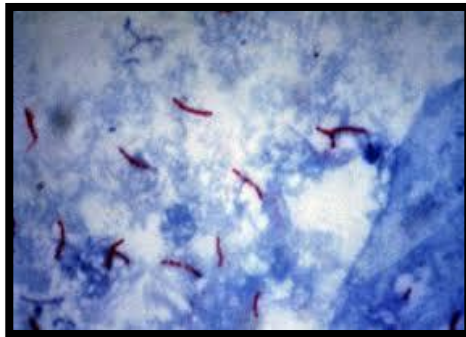


ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ · ΕΚΠΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ



ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΥΓΕΙΑ -
ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΥΓΕΙΑ-ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Μελέτη στάσεων και συμπεριφορών για την εποχική γρίπη και τη φυματίωση των επαγγελματιών υγείας σε πνευμονολογικά τμήματα δημόσιων νοσοκομείων.»

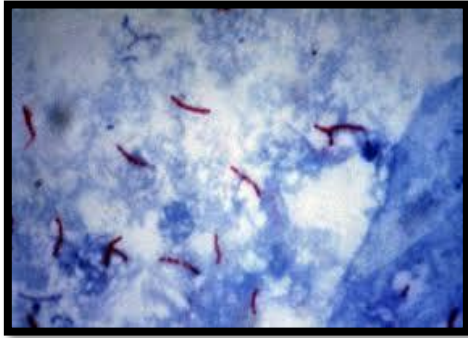
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια: Τσικρικά Σταματούλα, MD, MSc, PhD

AM: 20180946

ΑΘΗΝΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2020

**MSc. INTERNATIONAL MEDICINE – HEALTH CRISIS MANAGEMENT
NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS**

SCHOOL OF MEDICINE



DISSERTATION

«Survey on attitudes and practices regarding seasonal influenza and TB among health workers in respiratory departments of public hospitals».

Postgraduate Student: Tsikrika Stamatoula, MD, MSc, PhD

Registry Number: 20180946

ATHENS, JUNE 2020

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τ... Μεταπτυχιακ..... Φοιτητ..

Εξεταστική Επιτροπή

-, Επιβλέπων
-, Μέλος
-, Μέλος

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίστηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση τηςης 20... για την αξιολόγηση και εξέταση τ... υποψηφίου κ..., συνεδρίασε σήμερα .../.../....

Η Επιτροπή διαπίστωσε ότι η Διπλωματική Εργασία τ. Κ...

με τίτλο

.....

.....

....., είναι πρωτότυπη, επιστημονικά

και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και

εμπεριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους προτείνει την απονομή στον παραπάνω Μεταπτυχιακό Φοιτητή την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία ο υποψήφιος έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους, για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους, και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «(Άριστα/Λίαν Καλώς/Καλώς)& (Βαθμός).....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

-, Επιβλέπων (Υπογραφή)
-, Μέλος (Υπογραφή)
-, Μέλος (Υπογραφή)

*Στον άντρα μου Γιώργο και στα δύο παιδιά μου,
Κωνσταντίνο και Μαίρη-Γιώτα που με κάνουν να
αισθάνομαι δημιουργική στη γνώση και στη ζωή.*

Ευχαριστίες

Η διπλωματική εργασία μου εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος σπουδών «Παγκόσμια Ιατρική- Ιατρική των Καταστροφών» για τη χρονική περίοδο 2018-2020, υπό την καθοδήγηση του Δρ. Άγη Τερζίδη. Η συγκεκριμένη εργασία δεν θα είχε ολοκληρωθεί χωρίς την πολύτιμη συμβολή του επιβλέποντα καθηγητή, συνεργατών και οικογένειας στους οποίους εκφράζω τις πολλαπλές ευχαριστίες μου.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Άγη Τερζίδη, για το ότι με εισήγαγε με τη γνώση και την εμπειρία του στην κατανόηση της Διεθνούς Ιατρικής και στο δύσκολο, μα τόσο συναρπαστικό για τη Δημόσια Υγεία, κομμάτι των αναπνευστικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η απεριόριστη συμπαράσταση και εμπιστοσύνη σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας μου, αποτέλεσε για μένα έναν μοναδικό φάρο γνώσεων και ήθους, για να συνεχίσω, να μην εγκαταλείψω τη γνώση και να κατορθώσω να φτάσω τον τελικό μου στόχο.

Επίσης, ευχαριστώ θερμά τον Καθηγητή και Διευθυντή του Μεταπτυχιακού Προγράμματος σπουδών «Παγκόσμια Ιατρική - Ιατρική των Καταστροφών» Εμμανουήλ Πικουλή για το γεγονός ότι η συμβολή και εμπιστοσύνη που επέδειξε στο πρόσωπο μου υπήρξε καθοριστική ως προς την επιλογή μου ως μεταπτυχιακή φοιτήτρια.

Ευχαριστώ θερμώς και τους εκφράζω εκ των προτέρων την ιδιαίτερη εκτίμηση προς τα λοιπά μέλη της εξεταστικής επιτροπής, το σύνολο των καθηγητών που δίδαξαν στο εν λόγω Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών, καθώς και στην υπεύθυνη της επιστημονικής γραμματείας Ηλιάνα Κούκια.

Θα ήταν παράλειψη να μην αναφέρω τη συνεισφορά των συναδέλφων μου ιατρών και νοσηλευτών στις μεγαλύτερες πνευμονολογικές κλινικές της Αττικής για τη συμβολή τους στην παρούσα διπλωματική εργασία.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου οι οποίοι με στήριξαν και μου συμπαραστάθηκαν ηθικά και πνευματικά στην εκ νέου φοιτητική μου διαδρομή, αλλά κυρίως για τις ώρες που απαιτήθηκε να λείπω από κοντά τους.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

| | |
|--|---------|
| Συντομογραφίες: Ελληνικοί όροι | σελ.8 |
| Συντομογραφίες: Ξενόγλωσσοι όροι | σελ.9 |
| Περίληψη | σελ.10 |
| Abstract | σελ.11 |
| Εισαγωγή | σελ.13 |
| Εποχική γρίπη | σελ.14 |
| Κορονοϊός SARS- CoV 2 - Νόσος Covid 19 | σελ.20 |
| Πνευμονική φυματίωση | σελ.21 |
| ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | |
| Σκοπός | σελ.33 |
| Μεθοδολογία | σελ.34 |
| Αποτελέσματα | σελ.35 |
| Συζήτηση | σελ.54 |
| Συμπεράσματα-Προτάσεις | σελ.59 |
| Βιβλιογραφία | σελ.62 |
| Παράρτημα Εικόνων | σελ.68 |
| Παράρτημα Πινάκων | σελ.68 |
| Παράρτημα Σχημάτων | σελ. 69 |
| ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ | σελ. 70 |

Συντομογραφίες: Ελληνικοί όροι

| | |
|---|-------|
| Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα: | ΑΕΙ |
| Βάκιλος Calmette-Guerin: | BCG |
| Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών: | ΓΝΑ |
| Δείκτη Μάζας Σώματος: | BMI |
| Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας: | ΕΟΔΥ |
| Εθνικό Σύστημα Υγείας: | ΕΣΥ |
| Μονάδες Εντατικής Θεραπείας: | ΜΕΘ |
| Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας: | ΠΟΥ |
| Σταθερή Απόκλιση: | SD |
| Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα: | ΤΕΙ |
| Υποδοχέας του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης τύπου 2: | ACE-2 |

Συντομογραφίες: Ξενόγλωσσοι όροι

| | |
|---|------|
| Acquired Immune Deficiency Syndrome: | AIDS |
| Bruton Tyrosine Kinase: | BTK |
| Confidence Intervals: | CI |
| Directly Observed Therapy: | DOT |
| European Centre for Disease Prevention and Control: | ECDC |
| Extensively drug-resistant: | XDR |
| Human Immunodeficiency Virus: | HIV |
| Interferon-Gamma Release Assays: | IGRA |
| Middle East Respiratory Syndrome: | MERS |
| Multidrug-resistant; | MDR |
| Nucleic Acid Amplification Tests: | NAAT |
| Ribonucleic acid: | RNA |
| Severe Acute Respiratory Syndrome: | SARS |
| Statistical Package for the Social Sciences: | SPSS |
| Tuberculosis: | TB |
| Tumor Necrosis Factor: | TNF |
| United States of America: | USA |
| World Health Organization: | WHO |

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι ιατροί και νοσηλευτές των δημόσιων νοσοκομείων πιθανόν να έχουν υιοθετήσει συγκεκριμένες στάσεις και συμπεριφορές όσον αφορά τον έλεγχο και την ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση της εποχικής γρίπης και της πνευμονική φυματίωσης.

Σκοπός: Η διερεύνηση και η καταγραφή των στάσεων και αντιλήψεων των ιατρών και των νοσηλευτών οι οποίοι εργάζονται σε δημόσια πνευμονολογικά τμήματα σε νοσοκομεία της Αθήνας και σχετίζονται με την εφαρμογή στρατηγικών πρόληψης, καθώς και διαχείρισης πασχόντων με εποχική γρίπη και φυματίωση.

Υλικό και Μέθοδος: Η μελέτη εκπονήθηκε από τον Δεκέμβριο 2019-Φεβρουάριο 2020 στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πνευμονολογικών τμημάτων τριών δημόσιων νοσοκομείων. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις που αφορούσαν την αντιγριπική εμβολιαστική κάλυψη, τη βαρύτητα νόσησης από γρίπη και το φόβο έλλειψης κλινών στις κλινικές λόγω κρουσμάτων, το βαθμό εμπιστοσύνης στους κρατικούς μηχανισμούς, καθώς και την πιθανή λήψη αγωγής για λανθάνουσα ή ενεργό φυματική λοίμωξη.

Αποτελέσματα: Συνολικά 210 άτομα (95 άντρες), μέσης ηλικίας 43.5 ± 13.8 έτη, 91 ιατροί και 119 νοσηλευτές, 134 απόφοιτοι ΑΕΙ, 91 έγγαμοι και 111 με τέκνα συμμετείχαν στη μελέτη. Το δείγμα παρουσίασε υψηλή εμβολιαστική κάλυψη στο 63%, ενώ στο 55% θεωρεί το εμβόλιο της γρίπης ασφαλές. Όσον αφορά τη φυματίωση, περίπου οι μισοί νοσηλευτές δεν έχουν εξεταστεί για πιθανή φυματική μόλυνση, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία δεν έχει λάβει αγωγή για λανθάνουσα ή ενεργό φυματίωση. Οι συμμετέχοντες διαφωνούν ότι η γρίπη είναι μια ελαφριά ασθένεια, ενώ θεωρούν ότι αποτελεί μεγάλο κίνδυνο για την υγεία του ασθενούς ($p < 0.01$), εκφράζοντας φόβους για έλλειψη κλινών στις κλινικές λόγω αυξημένων αριθμών κρουσμάτων ($p < 0.01$). Όσον αφορά τη φυματίωση, στο νοσοκομείο τηρούνται οι βασικοί κανόνες υγιεινής, αποστείρωσης και αερισμού των χώρων ($p < 0.03$), ενώ καταγράφηκε αδυναμία του ΕΟΔΥ να αντιμετωπίσει με επιτυχία τα κρούσματα φυματίωσης στη χώρα ($p < 0.01$).

Συμπεράσματα: Τα πνευμονολογικά τμήματα φέρουν αυξημένο βάρος εργασίας και απαιτούν εφαρμογή συγκεκριμένων πρωτοκόλλων προς αποφυγή ενδονοσοκομειακής διασποράς φυματίωσης και εποχιακής γρίπης. Πιθανή μη εφαρμογή των πρωτοκόλλων, μη επάρκεια μέτρων ατομικής προστασίας, ανάπτυξη αισθήματος εργασιακής ανασφάλειας και επαγγελματικής εξουθένωσης δύναται να οδηγήσουν σε μειωμένο επίπεδο παροχής φροντίδας υγείας στους πάσχοντες.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: εποχική γρίπη, φυματίωση, συμπεριφορές, στάσεις, επαγγελματίες υγείας

ABSTRACT

Introduction: Physicians and nurses in public hospitals may have adopted certain attitudes and behaviors regarding control and in-hospital management of seasonal influenza and pulmonary tuberculosis.

Purpose: To investigate and document attitudes and perceptions of physicians and nurses working in public pulmonary departments of hospitals located in Athens, with respect to implementation of prevention strategies and management of seasonal flu and tuberculosis.

Materials and Methods: Between December 2019 and February 2020, a survey was conducted among physicians and nurses of pulmonary departments in 3 tertiary hospitals. An anonymous questionnaire was filled out, with items inquiring about flu immunization, workload, confidence in public health services, and potential treatment for latent or active tuberculosis.

Results: A total number of 210 participants (95 men) responded to the survey, with a mean age of 43.5 ± 13.8 years. Ninety-one were physicians and 119 were nurses, with 134 having a university degree, 91 being married and 111 having children during the period studied. We found a high flu immunization rate (63%); 55% of responders considers the flu vaccine safe. Regarding tuberculosis, about half of the nurses have never been examined for potential tuberculous infection, whereas the majority have never taken any treatment for latent or active tuberculosis. The participants disagree that flu is a mild disease ($p < 0.03$); instead, they believe that it represents a grave danger for patients' health ($p < 0.01$), expressing fears for shortage of available hospital beds due to the increased number of cases ($p < 0.01$). For tuberculosis, all 3 hospitals were reported to abide by the hygiene, sterilization, and room ventilation standards ($p < 0.03$). However, the participants reported an inability of the National Public Health Organization to successfully manage all cases of tuberculosis documented in the country ($p < 0.01$).

Conclusions: Pulmonary departments of tertiary hospitals have increased workloads and require implementation of specific protocols in order to prevent in-hospital dissemination of tuberculosis and seasonal flu. A potential failure to implement these protocols, inadequate personal protective equipment, occupational insecurity, and burn-out may lead to suboptimal patient care.

Keywords: seasonal flu, tuberculosis, attitudes, behaviors, healthcare providers

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο χώρος παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα περιβάλλον εργασίας στον οποίο το προσωπικό καλείται συστηματικά να εργαστεί σε δύσκολες και απαιτητικές συνθήκες, να αντιμετωπίσει ολοένα και συχνότερα από το παρελθόν την εμφάνιση αναδυόμενων μολυσματικών νοσημάτων, γεγονός που αυξάνει τις πιθανότητες ενδεχόμενου λάθους ως προς τη ενδονοσοκομειακών μετάδοση λοιμωδών νοσημάτων. Επιπρόσθετοι παράγοντες όπως τα κυκλικά ωράρια, η παράλληλη και ταυτόχρονη ενασχόληση με περισσότερα από ένα αντικείμενα κατά τη διάρκεια του εργασιακού ωραρίου, τα φαινόμενα επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς και η έλλειψη ή μη τήρηση συγκεκριμένων πρωτοκόλλων ασφαλείας, αποτελούν σημαντικούς λόγους διαμόρφωσης και υιοθέτησης συγκεκριμένης στάσεων και συμπεριφορών στον τομέα της υγείας οι οποίοι δύναται να δράσουν ως ανασταλτικοί παράγοντες παροχής υψηλού και αποτελεσματικού επιπέδου υπηρεσιών υγείας(1).

Στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία δεν υπάρχουν πολλές μελέτες που να αναφέρονται στην ανάπτυξη δράσεων αποτροπής των αρνητικών επιδράσεων που ασκούν οι επιβαρυντικοί παράγοντες στην υγεία των εργαζομένων σε δημόσια νοσοκομεία και πιο συγκεκριμένα σε πνευμονολογικά τμήματα. Η προδιάθεση και η αντίδραση των επαγγελματιών υγείας στις αντίστοιχες κλινικές οι οποίες εποχιακά δύναται να επιβαρύνονται περισσότερο από τα υπόλοιπα τμήματα, δύναται να διαμορφώσει γνωστικούς και συμπεριφορικούς τρόπους έκφρασης εργασιακών τεχνικών οι οποίες πιθανόν να τους επηρεάζουν και την προσωπική τους ζωή(2).

Με τον όρο «στάσεις» αποκαλούνται οι προδιαθέσεις που έχουν τα άτομα να αντιδράσουν θετικά ή αρνητικά σε ένα ζήτημα, απότοκες μιας συνεχούς εξελικτικής διαδικασίας μάθησης. Οι στάσεις των ατόμων διαμορφώνονται κυρίως από τρεις παράγοντες: τον γνωστικό παράγοντα, τον συναισθηματικό και τον παράγοντα της συμπεριφοράς, οι οποίοι συνδέονται με τις υποκειμενικές απόψεις, πεποιθήσεις, κρίσεις ή συναισθήματα των βιωματικών εμπειριών των ατόμων. Οι στάσεις των ατόμων που διαμορφώνουν μια καθορισμένη συμπεριφορά δύναται να μεταβάλλονται ανά χρονικά διαστήματα και να καταγράφονται μέσα από ένα διευρυμένο σύστημα αξιών με αρνητικό, θετικό ή ουδέτερο πρόσημο, αρεσκείας ή δυσαρέσκειας(3, 4).

Τα πνευμονολογικά τμήματα φέρουν αυξημένο βάρος εργασίας και απαιτούν εφαρμογή συγκεκριμένων πρωτοκόλλων με στόχο την αποφυγή διασποράς παθογόνων

σε πιθανή νοσηλεία ασθενών με πνευμονική μορφή φυματίωσης και με εποχιακή γρίπη. Οι ελλείψεις και υποστελέχωση του προσωπικού, η πιθανή μη εφαρμογή των πρωτοκόλλων για τα λοιμώδη νοσήματα, η μη επάρκεια του εξοπλισμού ατομικής προστασίας, ο μικρός αριθμός θαλάμων αρνητικής πίεσης, όπως επίσης η γένεση αισθημάτων εργασιακής ανασφάλειας και επαγγελματικής εξουθένωσης δύναται να καλλιεργήσουν δυσμενείς συνθήκες εργασίας ανάμεσα στους εργαζόμενους, και κατά συνέπεια να οδηγήσουν σε μειωμένη απόδοση στη φροντίδα υγείας των πασχόντων.

ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ

Η εποχική γρίπη ορίζεται ως μια οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος με κατανομή κυρίως τους χειμερινούς μήνες στα εύκρατα κλίματα και αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα Δημόσιας Υγείας των παγκόσμιων συστημάτων υγείας(5). Τα επιστημονικά επιχειρήματα που στοιχειοθετούν τη συγκεκριμένη άποψη στηρίζονται κυρίως στην ικανότητα εμφάνισης πανδημίας (επιδημία που δύναται να εξαπλωθεί με γοργούς ρυθμούς σε μια χώρα ή περιοχή και να προσβάλλει το σύνολο του πληθυσμού) από νεοαναδυόμενους ιούς γρίπης, στην ευμεταβλητότητα των στελεχών της γρίπης σε νέους γονοτυπικούς ορότυπους, καθώς και στην αδυναμία επίτευξης ευρείας και μακράς διάρκειας ανοσίας από τα προσβεβλημένα άτομα(6).

Ιστορικά, η πρώτη καταγραφή για τη γρίπη έλαβε χώρα το 415 π.Χ. από τον Διόδωρος από τη Σικελία με θύματα τους πολεμιστές του αθηναϊκού στρατού στην Σικελία στα πλαίσια εκστρατείας. Ακολουθεί το 412 π.Χ. ο Ιπποκράτης ο οποίος περιγράφει λεπτομερειακά επιδημία γρίπης στο έργο του «Επιδημιών το Πρώτον»(7). Κατά τη διάρκεια του προηγούμενου αιώνα καταγράφηκαν τρεις αντίστοιχες πανδημίες με μεγάλο αριθμό θανάτων. Η πρώτη το 1918-1920 αποκαλούμενη ως Ισπανική γρίπη θανάτωσε περισσότερους από 30 εκατομμύρια ανθρώπους, οι θάνατοι των οποίων οφείλονταν στο στέλεχος γρίπης τύπου A H1N1(8, 9). Ακολούθησε η πανδημία Ασιατικής γρίπης το 1957 από το στέλεχος H2N2(4), με ένα εκατομμύριο θύματα και η τρίτη το 1968 στο Χονγκ Κονγκ με 800.000 θανάτους παγκοσμίως από το στέλεχος H3N2(10). Στον αιώνα μας, τον Ιούνιο 2009, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ανακήρυξε την γρίπη των χοίρων H1N1 ως πανδημία ανεβάζοντας το επίπεδο συναγερμού στην ανώτατη κατηγορία 6 και με αυτό τον τρόπο προέτρεψε τις ηγεσίες όλων των χωρών(11) να εκπονήσουν σχέδια αντιμετώπισης της υγειονομικής κρίσης,

που συνολικά κατάγραψε μέχρι τον Σεπτέμβριο 2009 περισσότερα από 500.000 επιβεβαιωμένα κρούσματα και πάνω από 300.000 θανάτους σε περίπου 70 χώρες(12, 13).

Ο ιός της γρίπης ανήκει στην οικογένεια των ορθομυξοϊών. Υπάρχουν τρεις αντιγονικοί τύποι του ιού της γρίπης, Α, Β και C οι οποίοι υποδιαιρούνται με βάση τα αντιγόνα της εσωτερικής μεμβράνης και τα νουκλεοπρωτεϊνικά αντιγόνα. Οι ιοί έχουν μια σημαντική ικανότητα να μεταβάλλουν τη δομή τους και κατά συνέπεια και την αντιγονική τους φύση αυτόματα, με τις παραλλαγές να διαθέτουν διαφορετική τοξικότητα από εκείνη των προγενέστερων τύπων. Οι δύο πρώτοι τύποι Α και Β ευθύνονται για τις επιδημίες που καταγράφονται κάθε χειμώνα, ενώ ο τρίτος C προκαλεί συνήθως ήπια ή καθόλου νόσο χωρίς σημαντική επιδημιολογική σημασία(14, 15).

Ο τύπος Α υποδιαιρείται σε έτερους αντιγονικούς υπότυπους ανάλογα με την παρουσία δύο ξεχωριστών γλυκοπρωτεϊνών της επιφάνειας του κυττάρου, της αιμαγλουτινίνης (Haemagglutinin:HA) και της νευραμινιδάσης (Neuraminidase:NA). Η πρώτη είναι απαραίτητη για την πρόσδεση και διείσδυση του ιού μέσα από τη μεμβράνη του κύτταρου ξενιστή. Η νευραμινιδάση εμπλέκεται στην απελευθέρωση και εξάπλωση των αναπαραγόμενων ιικών σωματιδίων μέσα στον ξενιστή. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν απομονωθεί 16 υπότυποι της αιμοσυγκολλητίνης και 9 υπότυποι νευραμινιδάσης κυρίως από τα πτηνά. Την τελευταία δεκαετία έχουν ανευρεθεί σε νυχτερίδες οι καταγεγραμμένοι υπότυποι H17 και H18 για την αιμαγλουτινίνη, και αντίστοιχα N10 και N11 για τη νευραμινιδάση(16, 17). Για τη γρίπη τύπου Β στον άνθρωπο ανευρέθηκαν δύο διακριτοί αντιγονικοί κλάδοι, οι Victoria και Yamagata με διαφορετική παθογένεια κάθε φορά(18).

Ο τύπος Α υπόκειται συνεχώς σε μικρές αντιγονικές μεταβολές των πρωτεϊνών της επιφάνειας, κυρίως της Η ή/και της Ν, που ονομάζονται «αντιγονικές μεταβολές» (antigenic shift) και αντιγονικές αποκλίσεις» (antigenic drift) λόγω συσσώρευσης σημειακών μεταλλάξεων και ανάμειξη γενετικού υλικού, θεωρούνται υπεύθυνες για τις μεταλλαξιακές αλλαγές του ιού. Γενετικός ανασυνδυασμός με μεγάλες αλλαγές ή και πλήρης αντικατάσταση είναι ικανός να προκαλέσει πανδημία και μεγάλη νοσηρότητα λόγω μη ανοσοποίησης από προηγούμενα στελέχη(17). Ο ιός τύπου Β δεν έχει τη δυνατότητα να παρουσιάζει αντιγονικές παραλλαγές(18).

Κύριος ξενιστής για τον ιό τύπου A είναι τα διάφορα είδη ζώων, μεταξύ των οποίων τα άγρια πτηνά, οι χοίροι, οι πάπιες, τα κοτόπουλα, οι γαλοπούλες, τα άλογα, οι φάλαινες και οι φώκιες. Τα ζώα δρουν ως περιβάλλον γενετικού ανασυνδυασμού όπου αναπτύσσονται ανάλογα με τις εκάστοτε περιβαλλοντολογικές συνθήκες πιο τοξικά και θανατηφόρα στελέχη ικανά να προκαλούν σοβαρή νόσηση στο ανθρώπινο είδος(15).

Οι μηχανισμοί μετάδοσης της γρίπης λαμβάνει χώρα μέσω σταγονιδίων, στενής επαφής (άμεσης ή έμμεσης) και αερολύματος. Τα σταγονίδια έχουν μεγάλο-μεσαίο μέγεθος, δηλαδή διάμετρο η οποία κυμαίνεται από 0.1-100 μm και δύναται να παράγονται κατά τον πταρμό, το βήχα, την δυνατή ομιλία, αλλά ακόμη και με το έντονο γέλιο. Η απόσταση διασποράς τους εξαρτάται κυρίως από την παρουσία ρευμάτων αέρα τα οποία ευνοούν την αερομεταφορά του συνήθως μέχρι και τα δύο μέτρα, με ελάχιστες εξαιρέσεις. Η επαφή των οφθαλμικών, ρινικών και στοματικών βλεννογόνων με τα επιμολυσμένα σταγονίδια επιφέρει τη μετάδοση στον υγιή. Η μετάδοση ευνοείται σε συνθήκες υγρασίας και χαμηλής θερμοκρασίας, καθώς επίσης σε συνθήκες συγχρωτισμού ατόμων σε μη αεριζόμενους κλειστούς χώρους(16, 19).

Κλινικά η εποχική γρίπη χαρακτηρίζεται από ταχεία έναρξη πυρετού, βήχα, καταρροή και ρινική συμφόρηση, κεφαλαλγία, αδυναμία και γενική καταβολή(14). Από τα λοιπά συστήματα, δύναται να εμφανιστούν διάρροιες, κοιλιακό άλγος και έμετοι ιδίως στα παιδιά(5, 20). Η λοίμωξη από τον ιό της γρίπης προδιαθέτει στην εμφάνιση επιλοιμώξεων από βακτήρια και κατά συνέπεια σε συγκεκριμένες ευάλωτες ομάδες πληθυσμού, οι οποίες δύναται να παρουσιάσουν σοβαρές επιπλοκές(14) όπως υποξυγοναιμία, πνευμονία, σύγχυση και διαταραχή του κεντρικού νευρικού συστήματος, βλάβες στο μυοκάρδιο, βαριές ηλεκτρολυτικές διαταραχές, πολυοργανική ανεπάρκεια, σηπτική καταπληξία και πιθανόν θανατηφόρα κατάληξη(21-23). Επιπλέον, η νόσηση από γρίπη μπορεί να απορρυθμίσει και να επιδεινώσει το σύννηθες επίπεδο υγείας πασχόντων από χρόνιες νόσους, οι οποίοι ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού(21). Ως ευπαθείς ομάδες ορίζονται σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (11):

- Άτομα ηλικίας >60 ετών
- Παιδιά >6 μηνών και ενήλικες που πάσχουν από τα παρακάτω χρόνια νοσήματα:

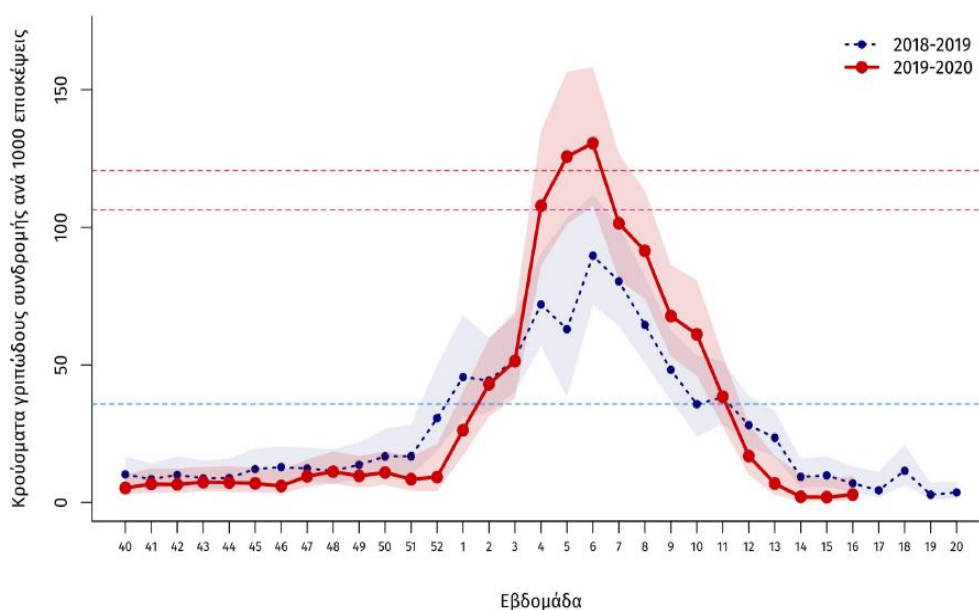
- Χρόνια νοσήματα του αναπνευστικού όπως Βρογχικό Άσθμα και Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια
- Καρδιαγγειακές νόσους
- Ανοσοκαταστολή (κληρονομική ή επίκτητη εξαιτίας νοσήματος ή θεραπείας ή μεταμόσχευσης οργάνων)
- Αιματολογικές παθήσεις και λοιπές αιμοσφαιρινοπάθειες π.χ. δρεπανοκυτταρική νόσος
- Χρόνια μεταβολικά νοσήματα π.χ. σακχαρώδη διαβήτη, νεφρικές νόσους, άτομα με Δείκτη Μάζας Σώματος(BMI)>40
- Νευρομυϊκά ή Νευρολογικά νοσήματα
- Εγκυμοσύνη και λοχεία
- Παιδιά με μακροχρόνια λήψη ασπιρίνης
- Άτομα που βρίσκονται σε στενή επαφή με παιδιά <6 μηνών ή φροντιστές ατόμων με υποκείμενο νόσημα
- Κλειστοί πληθυσμοί όπως προσωπικό και εσωτερικοί σπουδαστές σχολείων, στρατιωτικών και αστυνομικών σχολών, ειδικών σχολείων, τρόφιμοι και προσωπικό ιδρυμάτων, νεοσύλλεκτων στις ένοπλες δυνάμεις
- Εργαζόμενοι σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας
- Κτηνίατροι, πτηνοτρόφοι, χοιροτρόφοι, σφαγείς και γενικά άτομα που έρχονται σε επαφή συστηματικά με πουλερικά.

Το πλέον ασφαλές, οικονομικό και μέτρο πρωτογενούς πρόληψης από την εποχική γρίπη θεωρείται ο αντιγριπικός εμβολιασμός. Σύμφωνα με τις συστάσεις του ΠΟΥ η κατασκευή του λαμβάνει χώρα ετησίως και περιέχει αδρανοποιημένα αντιγόνα επιφανείας του ιού της γρίπης σύμφωνα με τα κυκλοφορούντα στελέχη της προηγούμενου έτους. Το εμβόλιο επάγει ανοσία στο 60% των ενηλίκων εφόσον εμπεριέχει το στέλεχος που κυκλοφορεί στην κοινότητα και με τα υψηλότερα οφέλη να σημειώνονται στα ευάλωτα άτομα. Τα αντισώματα αυξάνονται δύο εβδομάδες μετά τον εμβολιασμό και η ανοσία διαρκεί 8-12 μήνες ανάλογα με το ανοσοποιητικό σύστημα του εμβολιαζόμενου ατόμου(19).

Στοχευμένη θεραπεία για την εποχική γρίπη δεν υπάρχει μέχρι στιγμής. Γι' αυτό το λόγο, τα αντιϊικά φάρμακα συνεπικουρούν με την λοιπή υποστηρικτική αγωγή, χωρίς να αντικαθιστούν τον ετήσιο εμβολιασμό. Χορηγούνται κυρίως στους νοσηλευόμενους ασθενείς με βαριά νόσο ή στους νοσούντες που ανήκουν στις ευαίσθητες κατηγορίες

ασθενών. Λοιπά υποστηρικτικά μέτρα, αποτελούν η ενυδάτωση των ασθενών, η διόρθωση ηλεκτρολυτικών διαταραχών, η βελτίωση οξυγόνωσης και αερισμού, καθώς και η χορήγηση αντιπυρετικών και αναλγητικών. Αντιβιοτικά σχήματα συνταγογραφούνται μόνο σε μικροβιακή επιλοίμωξη, αφού δεν επιδρούν στη φυσιοπαθολογία των ιογενών λοιμώξεων(14, 21).

Η γρίπη θεωρείται υποχρεωτικά δηλούμενο νόσημα και η ετήσια δραστηριότητα καταγράφεται από τον ΕΟΔΥ (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας) μέσω των συστημάτων επιδημιολογικής επιτήρησης με τρεις τρόπους: τη συνδρομή των παρατηρητών νοσηρότητας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Sentinel), την επιτήρηση των εργαστηριακά επιβεβαιωμένων κρουσμάτων που χρήζουν νοσηλείας σε ΜΕΘ (Μονάδες Εντατικής Θεραπείας) ή διασωληνωμένων ασθενών εκτός ΜΕΘ και με το δελτίο δήλωσης. Η συγκεντρωτική συλλογή, ανάλυση και ερμηνεία των δεδομένων κάθε έτους ορίζεται μεταξύ του χρονικού ορίου από 30 Σεπτεμβρίου έως 6 Οκτωβρίου και ολοκληρώνεται περίπου 11 έως 17 Μαΐου, όπου και ακολουθεί η εκπόνηση ετήσιας έκθεσης με γνώμονα τον προγραμματισμό και το σχεδιασμό των αντίστοιχων κατευθυντήριων οδηγιών. Στην Εικόνα 1 απεικονίζεται η εκτίμηση του αριθμού των κρουσμάτων γριπώδους συνδρομής ανά 1.000 επισκέψεις, κατά εβδομάδα στο σύνολο της χώρας μας για τα έτη 2018-2019 και 2019-2020.



Εικόνα 1: Το σύνολο των αριθμών των κρουσμάτων εποχικής γρίπης για τα έτη 2018-2019 & 2019-2020. Χρονικό διάστημα μεταξύ 15 Σεπτεμβρίου-15 Απριλίου και για τα δύο έτη. Η σκιαγραφούμενη περιοχή αντιστοιχεί στο όριο 95% εμπιστοσύνης των εκτιμήσεων. Οι διάστικτες κόκκινου χρώματος οριζόντιες γραμμές αποτελούν το κατώφλι για τη κατηγοριοποίηση της γρίπης σε 4 δραστηριότητες: χαμηλή, αυξημένη, υψηλή και πολύ υψηλή.

Πηγή: <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/03/FLUWEEK16.pdf>

Όσον αφορά τα ποσοστά αντιγριπικού εμβολιασμού στους επαγγελματίες υγείας για το έτος 2019 για πρώτη φορά το Υπουργείο Υγείας καθιέρωσε τη βράβευση των υγειονομικών μονάδων με τα υψηλότερα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης στην επικράτεια ως πολιτική σχεδιασμού συμμόρφωσης των υγειονομικών με τις συστάσεις του ΠΟΥ και των έτερων διεθνών οργανισμών στη μείωση της ενδονοσοκομειακής γρίπης. Συγκριτικά με τα έτη 2018-2019 η εμβολιαστική κάλυψη των επαγγελματιών υγείας καταγράφηκε σημαντικά υψηλότερη σύμφωνα με τα στοιχεία του ΕΟΔΥ για την περίοδο 2019-2020. Η κάλυψη στο προσωπικό για τα έτη 2019-2020, στο σύνολο 93 δημόσιων νοσοκομείων, 1 στρατιωτικού και 6 ιδιωτικών αυξήθηκε από 27.2% σε 34.3%, ενώ αντίστοιχα για το προσωπικό των κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από 39.8% σε 50.7%. Τα συγκεκριμένα δεδομένα καταδεικνύουν την οικοδόμηση εμπιστοσύνης στο αντιγριπικό εμβόλιο από τους επαγγελματίες υγείας με σαφή οφέλη στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας όπως για παράδειγμα την πρόληψη της ενδονοσοκομειακής γρίπης, τη μείωση των επιπλοκών και των ποσοστών θνησιμότητας, καθώς και τη διατήρηση της εύρυθμης λειτουργίας των τμημάτων απότοκος της μείωσης του απουσιασμού του προσωπικού.

Η πιθανότητα εμφάνισης ενός στελέχους γρίπης μετά από μετάλλαξη, διαφορετικού από τα προηγούμενα χωρίς προηγούμενη ανοσία, με ικανότητα να προκαλεί σοβαρές επιπλοκές δύναται να οδηγήσει στην εμφάνιση πανδημίας. Η ταχύτητα των μετακινήσεων, οι διεθνείς εμπορικές συναλλαγές, καθώς και οι μετακινήσεις πληθυσμών θα συντελέσουν στην ταχεία διάδοση ανάμεσα στις ηπείρους. Μια αντίστοιχη πανδημία θα δοκιμάσει τις αντοχές των συστημάτων υγείας όλων των κρατών λόγω της μαζικής προσέλευσης και αναζήτησης ιατρικών υπηρεσιών, και κατά συνέπεια θα μειώσει την αποδοτικότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας με κόστος την απώλεια ανθρώπινων ζωών.

ΚΟΡΟΝΟΙΟΣ SARS- CoV 2 -ΝΟΣΟΣ COVID 19

Για πρώτη φορά ένα νέο στέλεχος κορονοϊού ικανό να προσβάλει τον άνθρωπο εμφανίστηκε στα τέλη Δεκεμβρίου 2019 στην κινέζικη πολιτεία Wuhan στην παραγορά της οποίας πραγματοποιείται εμπόριο τρωκτικών, πτηνών, και άγριων ζώων. Στις 11/03/2020 ο ΠΟΥ κήρυξε το ξέσπασμα του κορονοϊού ως πανδημία(24), ενώ μέχρι σήμερα περίπου 7,132,182 επιβεβαιωμένα κρούσματα και περισσότεροι από 406,929 θάνατοι έχουν καταγραφεί παγκοσμίως από το συγκεκριμένο κορονοϊό (<https://www.worldometers.info/coronavirus/08/06/20>). Οι προηγούμενες επιδημίες από αντίστοιχους κορονοϊούς περιλάμβαναν το σύνδρομο SARS (Severe acute respiratory syndrome/Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο) στα τέλη του 2002(25) και το σύνδρομο MERS (Middle East Respiratory Syndrome/Αναπνευστικό Σύνδρομο της Μέσης Ανατολής) το 2012(26) με σημαντικό αριθμό θυμάτων.

Ο ιός ανήκει στην ομάδα των RNA Coronavirus ών Nidovirales με δυνατότητα να προσβάλει με διαφορετικά ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας το ζωικό και το ανθρώπινο είδος. Η «φυσική δεξαμενή» θεωρήθηκαν πιθανώς οι νυχτερίδες, ενώ σε έτερη μελέτη ο φοιδωτός μυρμηγκοφόγος παγκολίνος χωρίς όμως οι ερευνητές να καταλήγουν σε ξεκάθαρα συμπεράσματα(27, 28). Η μορφολογία του στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο ομοιάζει με στέμμα (κορόνα) λόγω των ακίδων του από γλυκοπρωτεΐνες και κυρίως τη γλυκοπρωτεΐνη S η οποία συνδέεται με τον υποδοχέα του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης τύπου 2 (ACE-2) στην επιφάνεια των επιθηλιακών κυττάρων του πνεύμονα(29). Η μετάδοση του νέου ιού πραγματοποιείται μέσω σταγονιδίων που αποβάλλονται με το βήχα, την ομιλία, το δυνατό γέλιο, την παραγωγική απόχρεμψη, αλλά έχει αναφερθεί και μετάδοση με την κοπρανοστοματική οδό. Σε νοσοκομειακό περιβάλλον η μετάδοση δύναται να λάβει χώρα κατά τις τεχνικές δημιουργίας εκνεφώματος ή αερολύματος(30). Η επώαση της νόσου υπολογίζεται στις 7-14 ημέρες, ενώ σε μερικές περιπτώσεις έχει ανευρεθεί μεγαλύτερη χρονική περίοδος. Το κλινικό φάσμα των συμπτωμάτων είναι ιδιαίτερα ευρύ από την πλήρη έλλειψη αυτών μέχρι τη βαριά αναπνευστική ανεπάρκεια, την εμφάνιση συνδρόμου ανεπάρκειας πολλών οργάνων, ακόμα και το θάνατο. Τα κλινικά συμπτώματα ομοιάζουν με εκείνα της γριπώδους συνδρομής με ήπια συμπτωματολογία όπως πυρετός, δύσπνοια, ανοσμία, αγευσία, φαρυγγαλγία, κεφαλαλγία, διάρροιες, κοιλιακό άλγος, αρθραλγίες, μυαλγίες και έντονη αδυναμία-καταβολή. Η πλειοψηφία σε ποσοστό 75-80% θα παρουσιάσει ήπια νόσο, 10-15% θα απαιτήσει νοσηλεία και

περίπου 5% θα κάνει χρήση κλίνης ΜΕΘ(31). Εξέχουσα θέση στην αλυσίδα μετάδοσης στην κοινότητα αποτελούν οι ασυμπτωματικοί φορείς οι οποίοι δύναται να μεταδίδουν τη νόσο προ εμφάνισης των συμπτωμάτων(32).

Ένα από τα κυριότερα μέτρα για την προστασία από τη μετάδοση του νέου κορονοϊού είναι η υιοθέτηση κανόνων υγιεινής των χεριών και αναπνευστικής υγιεινής, η διατήρηση της σωματικής απόστασης, η αποφυγή συνωστισμού, η απομόνωση στην οικεία για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 14 ημερών, καθώς και η χρήση μάσκας που να καλύπτει πλήρως τη μύτη και το στόμα. Η ατομική ευθύνη και η συλλογική συμπεριφορά των πολιτών ως προς τη συμμόρφωση τους στις οδηγίες των ειδικών θα είναι αυτές που θα καθορίσουν σημαντικά την ολιστική διαχείριση της πανδημίας(33, 34).

Πολλαπλά θεραπευτικά σχήματα για τον νέο κορονοϊό δοκιμάζονται παγκόσμια, με την προσπάθεια ανακάλυψης του εμβολίου να χαρακτηρίζεται ως η απόλυτη προτεραιότητα. Σκευάσματα όπως η υδροχλωροκίνη, η αζιθρομυκίνη μόνα τους ή σε συνδυασμό, η θαλιδομίδη, το siltuximab, το bevacizumab, ο αναστολέας της πρωτεΐνης BTK, η κολχικίνη, η φωσφορική χλωροκίνη, η ανακίρα, η λοπιναβίρη/ριτοναβίρη, η φαμοτιδίνη, η ρεμντεσιβίρη και το φάρμακο EIDD-2801 αποτελούν ορισμένα από τα όπλα στη μάχη κατά του κορονοϊού που διαθέτουν στη φαρέτρα τους οι ειδικοί ανά τον κόσμο και βρίσκονται υπό αναμονή των αποτελεσμάτων για τη διεξαγωγή συμπερασμάτων(33, 35-38). Τον Μάρτιο 2020 ο ΠΟΥ ανακοίνωσε την έναρξη κλινικής μελέτης με το όνομα Solidarity (Αλληλεγγύη) σε δέκα διαφορετικές χώρες κατά την οποία θα χορηγηθούν τέσσερις διαφορετικές αντιϊκές θεραπείες σε ασθενείς covid 19 με στόχο την συλλογή ισχυρών στοιχείων αποτελεσματικότητας των ερευνητικών θεραπειών(37-39).

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Η φυματίωση (Tuberculosis/TB) είναι νόσος γνωστή από την αρχαιότητα και συνοδεύει το ανθρώπινο είδος από το προϊστορικό παρελθόν του μέχρι τη σημερινή σύγχρονη εποχή. Αν και θεωρείται από τους περισσότερους ένα «ξεχασμένο νόσημα της παλαιάς εποχής», παρόλα αυτά σε παγκόσμιο επίπεδο η εμφάνιση ανθεκτικών μορφών, την καθιστά μια επίκαιρη παγκόσμια υγειονομική απειλή(40). Η νόσος οφείλεται στο μυκοβακτηρίδιο Tuberculosis το οποίο θεωρείται από τα παλαιότερα

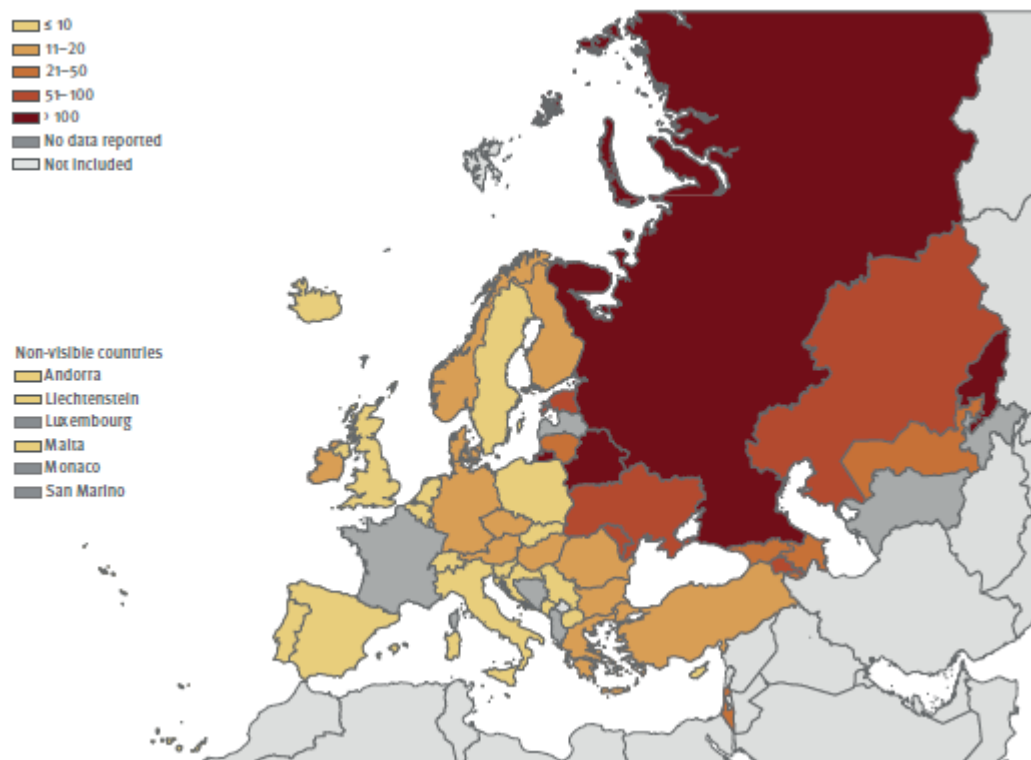
βακτήρια της γης και ανευρίσκεται παντού στο περιβάλλον(41, 42). Ο πατέρας της Ιατρικής, ο Ιπποκράτης αποκαλεί τη φυματίωση ως «φθίση» και στο Ιπποκρατικό δοκίμιο «Νόσους Ι» την απαριθμεί ως μία από τις ασθένειες που οδηγεί αναπόφευκτα σε θάνατο(43). Αναφορές που αναφέρονται στην προϊστορική περίοδο κάνουν λόγο για πολυάριθμους ανθρώπινους σκελετούς και ταριχευμένες σορούς, ιδίως στην Αίγυπτο, με συμβατές φυματιώδεις αλλοιώσεις στις μούμιες(42). Κατά την περίοδο της Αναγέννησης, η φυματίωση πέρασε στις τέχνες και αποτέλεσε πηγή έμπνευσης στη μουσική, στη ζωγραφική, στη ποίηση και στο θέατρο(44).

Σταθμός στην ιστορία της φυματίωσης θεωρείται η ανακάλυψη του βακίλου της φυματίωσης, την 24η Μαρτίου 1882 από τον Robert Koch, ο οποίος φέρει το όνομα «Βακίλος του Κοχ» μέχρι και σήμερα. Έκτοτε κάθε έτος την ίδια ημέρα, προς τιμή του Γερμανού μικροβιολόγου, ο ΠΟΥ τιμά την Παγκόσμια Ημέρα Φυματίωσης με κύριο στόχο να ενημερώσει τους επαγγελματίες υγείας και το ευρύ κοινό για μια νόσο που συμβαδίζει χιλιάδες χρόνια μαζί με τον άνθρωπο(42). Η θεραπεία της φυματίωσης αρχίζει να εδραιώνεται από τον Αμερικανό γιατρό Selman Abraham Waksman με την ανακάλυψη της στρεπτομυκίνης το 1944, ενώ τα υπόλοιπα αντιφυματικά φάρμακα ανακαλύφθηκαν λίγα χρόνια αργότερα όπως η ισονιαζίδη και η πυραζιναμίδα το 1951 και το 1952 αντίστοιχα(45). Αν και τα περισσότερα στελέχη είναι ευαίσθητα και εκριζώνονται στα συνήθη αντιφυματικά φάρμακα, η ανθεκτική και η πολυανθεκτική μορφή φυματίωσης, δηλαδή η ανάπτυξη αντοχής σε ένα ή περισσότερα αντιφυματικά σκευάσματα, αποτελεί μια παγκόσμια υγειονομική βόμβα που απαιτεί σοβαρές στρατηγικές πρόληψης και σχεδιασμού(41, 46).

Αν και έχουν περάσει περισσότερα από 60 έτη από την ανακάλυψη στοχευμένων θεραπειών η νόσος δεν έπαψε να εμφανίζει υψηλά ποσοστά νόσησης και θνητότητας κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες και στους ασθενείς με παράλληλη συλλοιμωξη με HIV, δηλαδή AIDS(47). Ο ΠΟΥ για το έτος 2020 όρισε το σύνθημα «Ήρθε η ώρα να τερματίσουμε την φυματίωση! (It's time to End TB!)» καλώντας τα κράτη-μέλη να ενώσουν τις δυνάμεις τους και να συνεργαστούν σε έναν κοινό αγώνα με στόχο την πρόληψη και θεραπείας της νόσου σε όλες τις ομάδες πληθυσμού(48).

Στην Εικόνα 2 απεικονίζεται η επίπτωση των εργαστηριακά επιβεβαιωμένων κρουσμάτων φυματίωσης στη γηραιά ήπειρο βάσει της έκθεσης του ΠΟΥ σε

συνεργασία με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (European Centre for Disease Prevention and Control/ECDC) για το έτος 2020.



Εικόνα 2: Απεικόνιση της επίπτωσης των εργαστηριακών επιβεβαιωμένων κρουσμάτων φυματίωσης σύμφωνα με την έκθεση στον ΠΟΥ σε συνεργασία με το ECDC για το έτος 2020. Πηγή: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/TB-Surveillance-report_24March2020.pdf

Βάσει της Ελληνικής νομοθεσίας η φυματίωση έχει χαρακτηριστεί ως υποχρεωτικός δηλούμενο νόσημα μέσω συγκεκριμένου δελτίου δήλωσης από τον ΕΟΔΥ. Η συστηματική δήλωση των κρουσμάτων συνιστά στην εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων για την παρακολούθηση τόσο των εγχώριων δεικτών όσο και για τον έλεγχο της σε ευρωπαϊκό και παγκόσμιο επίπεδο. Διαχρονικό πρόβλημα στη χώρα μας το φαινόμενο της υποδήλωσης με αποτέλεσμα τη δυσχερή και αναξιόπιστη επιδημιολογική επιτήρηση και υποεκτίμηση της επίπτωσης της φυματικής λοίμωξης. Σύμφωνα με ελληνική μελέτη αναδείχθηκε το πρόβλημα της υποδήλωσης με τα αληθή κρούσματα να θεωρούνται τουλάχιστον τριπλάσια των δηλωθέντων(49).

Ακολουθεί ο Πίνακας 1 όπου παρουσιάζονται τα δηλωθέντα κρούσματα φυματίωσης για τη χώρα μας το έτος 2018 σύμφωνα με τα δεδομένα του Πανευρωπαϊκού Κέντρου Ελέγχου Λοιμώξεων. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεδομένα για την έκβαση της θεραπείας

δεν υπάρχουν καταγεγραμμένα, αλλού ούτε εφαρμόζεται η χορήγηση της αγωγής με τις αρχές της Άμεσης Επιβλεπούμενης Θεραπείας (Directly observed therapy, DOT).

| Κρούσματα Φυματίωσης στην Ελλάδα για το έτος 2018 | |
|--|----------|
| Ολικός αριθμός κρουσμάτων | 467 |
| Νεοδιαγνωσμένα κρούσματα και υποτροπές της νόσου | 437 |
| Πνευμονική εντόπιση | 391 |
| Εργαστηριακά επιβεβαιωμένα | 233 |
| Κρούσματα αλλοδαπής εθνικότητας | 197 |
| Μέσος όρος ηλικίας κρουσμάτων ελληνικής εθνικότητας | 62.8 έτη |
| Μέσος όρος ηλικίας κρουσμάτων αλλοδαπής εθνικότητας | 34.7 έτη |

Πίνακας 1: Απεικόνιση των δηλωθέντων κρουσμάτων Ελληνικής και αλλοδαπής εθνικότητας για το έτος 2018 από τον ΕΟΔΥ. Συνολικός αριθμός πληθυσμού 10.768.193 σύμφωνα με την απογραφή Eurostat 2018. Πηγή: European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2019 – 2017 data. Stockholm: ECDC; 2019

Στην επιδημιολογική επιτήρηση της νόσου οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες κατέχουν σημαντικότερη θέση. Αν και η φυματική λοίμωξη δεν κάνει διακρίσεις σε φύλο, ηλικία ή κοινωνική τάξη, εντούτοις οι χαμηλού επιπέδου συνθήκες διαβίωσης αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες για την εμφάνιση αλλά και τη θεραπεία της. Πιο αναλυτικά, ο συγχρωτισμός, η κακή διατροφή, το πενιχρό εισόδημα, η έλλειψη προληπτικού ελέγχου, τα υψηλά ποσοστά HIV, ο κοινωνικός στιγματισμός, οι δυσκολίες πρόσβασης σε κέντρα θεραπείας αποτελούν ισχυρούς παράγοντες μη ελέγχου της νόσου(50).

Η μετάδοσης της φυματίωσης πραγματοποιείται αερογενώς, δηλαδή με την εισπνοή σωματιδίων βάκιλου με διάμετρο 0,5-5 μm, με τον ασθενή να μεταδίδει μέσω των μολυσματικών αερολυμάτων με το βήχα, την απόχρεμψη, τον πταρμό, τη δυνατή ομιλία, το γέλιο, το τραγούδι, καθώς και με σπηλαιώδη ή λαρυγγική νόσο. Η πιθανότητα μόλυνσης αυξάνεται με τη διάρκεια και την ένταση έκθεσης σε πάσχοντα. Έτεροι παράγοντες που επιδρούν στο βαθμό μολυσματικότητας είναι η έκταση, η

βαρύτητα και ο εντοπισμός της νόσου, η συχνότητα του βήχα και η παραγωγική απόχρεμψη, η ανοσολογική απάντηση του ατόμου καθώς και η λοιμογόνος δράση του μικροοργανισμού(51, 52).

Η πνευμονική φυματίωση ορίζεται ως η ενεργός λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος και θα πρέπει να διαχωρίζεται από τη φυματική μόλυνση η οποία δεν οδηγεί πάντα σε ενεργό λοίμωξη(53). Η φυματική μόλυνση, δηλαδή η επαφή με το μυκοβακτηρίδιο με την ταυτόχρονη θετικοποίηση της φυματινοαντίδρασης Mantoux ή των νεότερων δοκιμασιών με ιντερφερόνη- γ (Interferon-Gamma Release Assays - IGRAs) χωρίς να αναπτύξει κλινικά ή απεικονιστικά σημεία νόσησης, θεωρείται λανθάνουσα μορφή φυματίωσης και δεν είναι μεταδοτική. Η πιθανότητα εξέλιξης της λανθάνουσας νόσου σε ενεργό λοίμωξη με ανάπτυξη κλινικής συμπτωματολογίας και ακτινολογικών αλλοιώσεων αυξάνεται κατά 5-10% τα δύο πρώτα έτη από τη μόλυνση, ενώ το ποσοστό επίπτωσης παραμένει το ίδιο για το υπόλοιπο της ζωής του ατόμου(53).

Οι ανοσοκατεσταλμένοι ασθενείς ή πάσχοντες από χρόνια νοσήματα σαφώς εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης φυματίωσης. Ειδικότερα, οι παρακάτω ομάδες πληθυσμού έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν τη νόσο(53, 54):

- Άτομα που στο παρελθόν έλαβαν ακατάλληλη ή ελλιπή σχήματα θεραπείας
- Επιβεβαιωμένη διάγνωση λανθάνουσας φυματίωσης τα τελευταία δύο έτη
- Άτομα προερχόμενα από χώρες ενδημικές της νόσου
- Άτομα με πρόσφατη μεταστροφή της φυματινοαντίδρασης Mantoux
- Εργαζόμενοι σε χώρους παροχής υγείας
- Άτομα με κακές συνθήκες διαβίωσης και κακής υγιεινής πχ. άστεγοι, τρόφιμοι σωφρονιστικών καταστημάτων
- Άτομα διαμένοντα σε οίκους ευγηρίας, τρόφιμοι ψυχιατρικών ιδρυμάτων

Ο σχετικός κίνδυνος εκδήλωσης της νόσου αυξάνεται στατιστικά σημαντικά με την συνύπαρξη εξασθένησης του αμυντικού συστήματος του ατόμου σύμφωνα με το ιατρικό ιστορικό. Πιο αναλυτικά, στον Πίνακα 2 που ακολουθεί παρατίθεται ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης φυματίωσης στις ειδικές κατηγορίες ασθενών με υποκείμενες παθήσεις(52, 53).

| ΣΧΕΤΙΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ TB | |
|--------------------------------|---------------|
| Πυριτίαση | 6.4 (1.2-6.0) |
| Σακχαρώδης διαβήτης | 3.0 (1.5-7.8) |
| Χρόνια Νεφρική ανεπάρκεια | 2.4 (1.7-5.1) |
| Γαστρεκτομή | 3.6 (1.5-4.9) |
| Κατανάλωση αλκοόλ>40gr | 2.9 (1.9-4.6) |
| Κάπνισμα | 2.6 (1.9-4.6) |
| Νεοπλασία | 5.4 (1.8-4.2) |
| HIV | 8.3 (1.6-4.3) |
| Υποθρεψία | 4.0 (2.0-6.0) |

Πίνακας 2: Απεικόνιση του σχετικού κινδύνου ανάπτυξης κινδύνου TB σε ασθενείς με υποκείμενα νοσήματα(προσαρμοσμένο). Πηγή: <https://www.who.int/tb/areas-of-work/treatment/risk-factors/en/>

Η κλινική εικόνα της φυματίωσης ποικίλει σημαντικά και συχνά λανθάνει τις προσοχής των ιατρών, ενέχοντας κίνδυνο καθυστέρησης ή εσφαλμένης διάγνωσης. Παράγοντες όπως η ηλικία, η ανοσολογική κατάσταση του αρρώστου, οι πιθανές συννοσηρότητες και αν εκφράζεται η πρωτοπαθής ή μεταπρωτοπαθή μορφή δίνουν διαφορετικές εκφάνσεις της ίδιας οντότητας(40). Ο πάσχων δύναται να στερείται παντελώς συμπτωμάτων και η διάγνωση της νόσου να αποκαλύπτεται σε τυχαίο απεικονιστικό έλεγχο. Σε ορισμένες περιπτώσεις τα συμπτώματα είναι πολύ ήπια, αβληχρά και εξελίσσονται με βραδύ και προοδευτικό ρυθμό(55), με συμπτώματα όπως ο χρόνιος βήχας, η αιμόπτυση, η δύσπνοια, και το πλευριτικού τύπου άλγος να προεξέχουν από το αναπνευστικό σύστημα. Συνυπάρχει συμπτωματολογία ενεργού λοίμωξης, όπως απογευματινός πυρετός ή πυρέτιο, νυχτερινοί ιδρώτες, απώλεια σωματικού βάρους, ανορεξία, αδυναμία και έντονη καταβολή. Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι η λανθάνουσα φυματίωση δεν παρουσιάζει κανένα απολύτως σύμπτωμα(51, 52, 56). Αν και στη πλειοψηφία των περιπτώσεων η φυματική εστία ανευρίσκεται στους πνεύμονες, η χρήση νεότερων εργαστηριακών και απεικονιστικών μεθόδων καταγράφει αυξημένη προσβολή έτερων συστημάτων του οργανισμού που χαρακτηρίζουν την εξωπνευμονική μορφή φυματίωσης(57). Η εξωπνευμονική εντόπιση απαντάται σε ποσοστό έως 15% στα ανοσοεπαρκή άτομα, ενώ σε πάσχοντες από AIDS αγγίζει το ποσοστό 70%(58).

Η διάγνωση της φυματικής λοίμωξης πρώτα από όλα τίθεται με την κλινική υποψία με τον ιατρό να συνειδητοποιεί ότι η νόσος δύναται να υποδυθεί οποιαδήποτε θωρακική ή εξωθωρακική νοσολογική οντότητα, χρόνια ή οξεία. Εξέχουσα θέση στον διαγνωστικό αλγόριθμο κατέχει η λήψη λεπτομερειακού ιστορικού η οποία στηρίζεται στα δημογραφικά στοιχεία του ασθενούς, όπως για παράδειγμα η διαμονή με συνάθροιση πολλών ατόμων, η ένταξη του σε ευάλωτη ομάδα πληθυσμού, η εθνικότητα και το ιστορικό ταξιδιού σε χώρα ενδημική για τη νόσο κτλ(50, 52). Δεν είναι λίγες οι φορές που ο κλινικός ιατρός δεν έχει κανένα επιβεβαιωμένο αποτέλεσμα ανίχνευσης του βακίλου και η διάγνωση θα τεθεί με την εφαρμογή του θεραπευτικού κριτηρίου(59, 60).

Η φυματινοαντίδραση Mantoux ή τεστ φυματίνης εθεωρείτο μέχρι πριν από μερικά έτη, η μόνη τεχνική εκτίμησης της μόλυνσης της φυματίωσης. Το αποτέλεσμα της εξέτασης αναγιγνώσκεται 48-72 ώρες μετά και θετικό αποτέλεσμα θεωρείται η εγκάρσια μέτρηση της σκληρίας, και όχι της ερυθρότητας, άνω των 10 χιλιοστών στο γενικό πληθυσμό για τη χώρα μας(61, 62). Στην Εικόνα 3 που ακολουθεί απεικονίζεται η τεχνική της φυματινοαντίδρασης και ο ορθός τρόπος μέτρησης αυτής.



Εικόνα 2: Η τεχνική της ενδοδερμικής έγχυσης 0.1ml στο αντιβαχίονιο με την τήρηση των κανόνων υγιεινής. Μέτρηση της εγκάρσιας σκληρίας με ειδικό χάρακα που δύναται να εφάπτεται ακριβώς στο δέρμα. Πηγή: <http://laboratorytests.org/mantoux-test>

Εξαιρέση από τον κανόνα των δέκα χιλιοστών υπάρχει σε άτομα ειδικής κατηγορίας πληθυσμού με αυξημένο σχετικό κίνδυνο ανάπτυξης ενεργού νόσου(63). Στον Πίνακα 3 που ακολουθεί αποτυπώνονται οι ομάδες πληθυσμού στις οποίες η φυματινοαντίδραση θεωρείται θετική στα 5 χιλιοστά(61, 62).

| |
|---|
| Όριο 5 χιλιοστά ως θετική Mantoux: |
| HIV + άτομα |
| Πρόσφατη έκθεση σε μυκοβακτηρίδιο ανεξαρτήτου ηλικίας |
| Ινώδη στοιχεία στην ακτινογραφία θώρακος συμβατά με προηγούμενη νόσηση |
| Μεταμοσχευθέντες |
| Ανοσοκατασταλμένοι (λήψη αντι-TNF παραγόντων ή πρεδνιζόνης >15mg/ημέρα για περισσότερο από 30 ημέρες) |

Πίνακας 3: Ομάδες πληθυσμού στις οποίες η φυματινοαντίδραση Mantoux θεωρείται θετική στα 5 χιλιοστά

Ψευδώς θετικά ή ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα δύναται να καταγραφούν στα πλαίσια κακής τεχνικής, απειρίας στην ανάγνωση, κακής φύλαξης και μεταφοράς, μη ορθής κατηγοριοποίησης του ασθενούς στις ειδικές ομάδες πληθυσμού, καθώς και σε πολύ πρόσφατη μόλυνση χωρίς πρόκληση επιβραδυνομένης υπερευαισθησίας. Οι επαγγελματίες υγείας και ειδικότερα οι εργαζόμενοι στα πνευμονολογικά τμήματα θα πρέπει να ελέγχονται ετησίως με Mantoux ως μια εύχρηστη και οικονομική μέθοδος πρώιμης ανίχνευσης μόλυνσης του προσωπικού με σκοπό τη χορήγηση κατάλληλης θεραπείας(51, 61, 62).

Μια ιδιαίτερη συνθήκη στη δοκιμασία Mantoux είναι η διασταυρούμενη αντίδραση οφειλόμενη στον προηγούμενο BCG (Βάκιλος Calmette-Guerin) εμβολιασμό, αποδίδοντας ψευδές θετικό αποτέλεσμα στη φυματινοαντίδραση. Αν και με την πάροδο των ετών η διασταυρούμενη αντίδραση εξασθενεί, υπάρχουν δεδομένα που αναφέρουν ότι δύναται να διαρκέσει περισσότερο από 20-30 έτη(42, 61). Ο BCG εμβολιασμός αν και έχει κριθεί ιδιαίτερα ασφαλής, πιθανόν να μην προσφέρει την προσδοκώμενη προστασία λόγω του ετερόκλητου ηλιακού εμβολιασμού, τις διαφορές στα στελέχη, καθώς και τη δοσολογία του εμβολίου. Μελέτες κατέδειξαν ότι η εμφάνιση φυματιώδους μηνιγγίτιδας και κεγχροειδούς φυματίωσης είναι μειωμένη

όταν χορηγείται στην ηλικιακή ομάδα των νεογνών ή παιδιών ηλικίας μέχρι δύο ετών(64). Για το λόγο αυτό, πολλά κράτη με χαμηλό επιπολασμό της νόσου είτε διέκοψαν τον εμβολιασμό, είτε τον διατήρησαν σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού(65). Τα κριτήρια διακοπής του BCG εμβολιασμού λαμβάνουν χώρα όταν ισχύει έστω ένα από τα παρακάτω επιδημιολογικά κριτήρια(66):

- Η μέση τιμή της ετήσιας συχνότητας δήλωσης περιπτώσεων πνευμονικής TB με θετικά πτύελα είναι μικρότερη του 5/100000 πληθυσμού για τρία συνεχόμενα έτη
- Η μέση αναφερόμενη ετήσια επίπτωση φυματιώδους μηνιγγίτιδας σε παιδιά κάτω των 5 ετών είναι μικρότερη του 5/1000000 του γενικού πληθυσμού την τελευταία πενταετία
- Μέσος ετήσιος κίνδυνος μόλυνσης από φυματίωση <0.1%

Στη χώρα μας ο εμβολιασμός δεν πραγματοποιείται στην ηλικία της πρώτης δημοτικού όπως τις προηγούμενες δεκαετίες, αλλά σε συγκεκριμένες κατηγορίες πληθυσμού όπως αυτές ορίζονται από εγκύκλιο του υπουργείου υγείας και εξακολουθούν μέχρι και σήμερα (ΑΔΑ: ΨΓΘΘ465ΦΥΟ-ΧΟ7):

- Σε νεογνά μεταναστών προερχόμενα από χώρες με υψηλό ή μέσο δείκτη φυματιώδους διαμόλυνσης ή με δυσχερείς συνθήκες διαβίωσης
- Σε νεογνά αθιγγάνων καθώς και άλλων πληθυσμιακών ομάδων που διαβιούν σε ομαδική διαβίωση
- Σε νεογνά μητέρων που έχουν μολυνθεί με τον ιό HIV (εξαιρούνται αν έχει εκδηλωθεί συμπτωματολογία βρεφικού AIDS)
- Σε νεογνά οικογενειών που σχεδιάζουν μετακίνηση σε κράτη με υψηλό ή μέσο δείκτη φυματιώδους διαμόλυνσης
- Σε νεογνά των οποίων στο στενό στο άμεσο περιβάλλον διαμένει άτομο με ενεργό πνευμονική νόσο μη συμμορφούμενο στη θεραπευτική αγωγή ή είναι πάσχων από πολυανθεκτική νόσο
- Εμβολιασμός με BCG θα λάβουν και τα μεγαλύτερα βρέφη και παιδιά μέχρι και την ηλικία των 5 ετών εφόσον ανήκουν στις προαναφερθείσες κατηγορίες και δεν έχουν εμβολιαστεί

Το προηγηθέν αρνητικό αποτέλεσμα Mantoux είναι θεμελιώδη προϋπόθεση για να πραγματοποιηθεί ο εμβολιασμός(61).

Αυτό το κενό στην αξιοπιστία της εξέτασης Mantoux λόγω της διασταυρούμενης αντίδρασης με τον εμβολιασμό, κάλυψαν τα τελευταία έτη δυο μέθοδοι IGRAs (Quantiferon-TB Gold και T-SPOT TB) οι οποίες υπολογίζουν τα επίπεδα της ιντερφερόνης- γ μετά από φυσική μόλυνση. Θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι καμία από τις τρεις εξετάσεις, Mantoux, Quantiferon-TB Gold και T-SPOT TB δε δύναται να διαχωρίσουν την ενεργό λοίμωξη από τη μόλυνση και δεν μπορούν να αντικαταστήσουν την κλινική διάγνωση(67). Η επιλογή της καταλληλότερης μεθόδου εναπόκειται στον ιατρό σύμφωνα με το επιδημιολογικό και ατομικό ιστορικό, τη διάθεση επιστροφής για ανάγνωση της δοκιμασίας Mantoux, τη διαθεσιμότητα των υλικών και της εκάστοτε εμπειρίας του τμήματος(68).

Μία από τις πλέον σημαντικές μεθόδους για τη διάγνωση αλλά και την εξέλιξη της πορείας της ενεργού πνευμονικής φυματίωσης είναι η εξέταση πτυέλων(44) και μέθοδο εκλογής (gold standard) της διάγνωσης ακόμη και σήμερα να παραμένει η χρονοβόρα καλλιέργεια πτυέλων Levenstein-Jensen(69). Η ανάγκη για ταχύτερη ανίχνευση του μυκοβακτηριδίου οδήγησε στην ανάπτυξη τεχνικών καλλιέργειας μέσω υγρών θρεπτικών υλικών και στις νεότερες μοριακές μεθόδους πολλαπλασιασμού νουκλεϊκών οξέων (Nucleic Acid Amplification Tests /NAATs)(52).

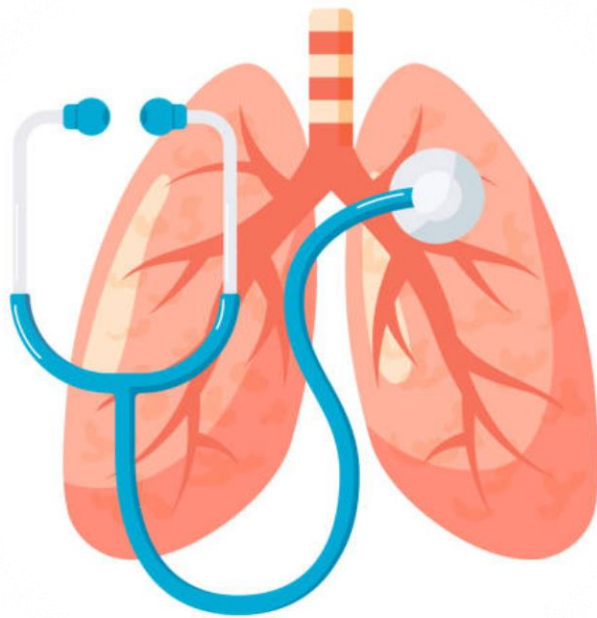
Ως θεραπεία λανθάνουσας φυματίωσης ενηλίκων ο ΠΟΥ και η Αμερικανική Πνευμονολογική Εταιρεία συνιστούν ως πρώτη επιλογή εκλογής την ισονιαζίδη 5mg/kg/ημερησίως, για εννέα μήνες καθημερινής λήψης, σε σύνολο 270 δόσεων. Το σχήμα ισονιαζίδη στην ίδια δόση για έξι μήνες έχει καταγράψει μειωμένα ποσοστά αποτελεσματικότητας (60-70%), αλλά θεωρείται επιστημονικά αποδεκτό(70, 71). Η θεραπεία της φαρμακοευαίσθητης πνευμονικής ή εξωπνευμονικής φυματίωσης σε HIV θετικά ή αρνητικά άτομα διαρκεί έξι μήνες και χωρίζεται σε δύο φάσεις: την αρχική (2 μήνες) και τη συνεχιζόμενη (4 μήνες). Τα αντιφυματικά φάρμακα περιλαμβάνουν την ισονιαζίδη, τη ριφαμπικίνη, την πυραζιναμίδη, την εθαμβουτόλη, τη στρεπτομυκίνη, το παρααμινοσαλικυλικό οξύ, την καπρεομυκίνη, τη βιομυκίνη, την εθιοναμίδη, την κλοφαζιμίνη και την κυκλοσερίνη. Νεότερα φάρμακα όπως η λινεζολίδη, οι αναπνευστικές κινολόνες και τα β -λακταμικά αντιβιοτικά έχουν συμπεριληφθεί στη φαρέτρα των ειδικών(70).

Στην αρχική φάση διάρκειας δύο μηνών χορηγούνται και τα τέσσερα πρώτα σκευάσματα που αναφέρθηκαν (ισονιαζίδη, ριφαμπικίνη, πυραζιναμίδη, εθαμβουτόλη)

και ολοκληρώνεται με την επιβεβαίωση ευαισθησίας του στελέχους του μυκοβακτηριδίου. Κατόπιν, ακολουθεί η συνεχιζόμενη φάση για τους υπόλοιπους 4 μήνες με τα δύο πρωτεύοντα σκευάσματα ισονιαζίδη και ριφαμπικίνη. Παράλληλα, λαμβάνει χώρα έλεγχος των στενών επαφών του ασθενούς με στόχο τη διακοπή της αλυσίδας μετάδοσης, της αναζήτησης της πηγής μόλυνσης(72), καθώς και της έναρξης θεραπείας λανθάνουσας φυματίωσης στους εκτιθέμενους(69, 70, 73).

Η θεραπεία των πολυανθεκτικών (MDR – TB) και υπερανθεκτικών (XDR – TB) μορφών της νόσου είναι ιδιαίτερα δύσκολη και παρατεταμένη αγγίζοντας σε ορισμένες περιπτώσεις τα δυο έτη με υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα και σημαντικές φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις και παρενέργειες. Συνήθως, οφείλεται σε προηγούμενη θεραπευτική αποτυχία, κακή συμμόρφωση του ασθενούς με τις οδηγίες καθώς και σε έλλειψη πρωτοκόλλου DOT(69, 74).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



ΣΚΟΠΟΣ

Η εφαρμογή δειγματοληπτικής έρευνας δύναται να συμβάλει σημαντικά στον εντοπισμό των σημαντικότερων παραγόντων οι οποίοι δυσχεραίνουν την καθημερινότητα των εργαζομένων στις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών υγείας, ενώ ταυτόχρονα διερευνούν το βαθμό επίδρασης τους στις στρατηγικές πρόληψης και διασφάλισης των αρχών Δημόσιας Υγείας στους συγκεκριμένους χώρους. Η σύλληψη της ιδέας της παρούσας διπλωματικής εργασίας έχει ως απώτερο σκοπό την αποτύπωση της γνώσης, των πρακτικών, των στάσεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας στα πνευμονολογικά τμήματα των διαφόρων νοσοκομείων της Αττικής όσον αφορά τη διαχείριση των ασθενών με εποχική γρίπη και φυματίωση.

Πιο αναλυτικά, οι στόχοι της συγκεκριμένης μελέτης:

- Να καταγραφούν τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, επαγγελματική εμπειρία, εμβολιασμός) που έρχονται σε επαφή με ύποπτους/επιβεβαιωμένους πάσχοντες με εποχική γρίπη και φυματική λοίμωξη.
- Να αποτυπωθεί ο βαθμός σωματικής, ψυχικής και συναισθηματικής κόπωσης των εργαζομένων υπό τις νέες διαμορφωμένες συνθήκες εργασίας σε περίοδο οικονομικής κρίσης κατά την περίοδο αύξησης των αναπνευστικών λοιμώξεων.
- Να αναδειχθούν οι παράγοντες εκείνοι που πιθανόν να προάγουν ή να παρεμποδίζουν τον εύρυθμο τρόπο λειτουργίας των πνευμονολογικών κλινικών λόγω της φύσης των νοσημάτων.
- Να αποτυπωθούν οι φόβοι και ανησυχίες των εργαζομένων για πιθανή μετάδοση στους οικείους τους και πιθανή μετατροπή της κοινωνικής συμπεριφοράς τους εκτός νοσοκομειακού ωραρίου.
- Να επισημανθούν οι παράμετροι της εργασίας των αναπνευστικών τμημάτων οι οποίοι αποτελούν «τα δύσκολα» σημεία εφαρμογής των οδηγιών για τα νοσήματα που μεταδίδονται με το αναπνευστικό όσον αφορά στην προσωπική τους προστασία.
- Να διερευνηθεί ο βαθμός εκπαίδευσης του συνόλου του προσωπικού όσον αφορά τη γρίπη και τη φυματίωση.

- Να καταγραφεί το αίσθημα ατομικής ευθύνης και εμπιστοσύνης στους κρατικούς μηχανισμούς σε πιθανή αύξηση κρουσμάτων εποχικής γρίπης και πνευμονικής φυματίωσης.

Η ανάγκη ανάπτυξης και υλοποίησης της εν λόγω ερευνητικής πρότασης προέκυψε από την απουσία στοχευμένων μελετών και δεδομένων που να αφορούν εργαζόμενους υγείας που καλούνται καθημερινά να διαχειριστούν ασθενείς με υψηλό φορτίο μεταδοτικότητας νόσων που μεταδίδονται από το αναπνευστικό. Οι επικρατούσες συνθήκες του γερασμένου και υποστελεχωμένου δυναμικού των νοσοκομείων επηρεάζουν και διαμορφώνουν τον τρόπο λειτουργίας και πλαισίου σχέσεων εργασίας μεταξύ των συναδέλφων που πιθανόν να συντελεί στην εμφάνιση ενδονοσοκομειακών κρουσμάτων και κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό να μελετηθεί.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό των πνευμονολογικών τριών νοσοκομείων της Αττικής: ΓΝΑ Ευαγγελισμός, ΓΝΑ Σισμανόγλειο και το Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «ΣΩΤΗΡΙΑ». Οι συμμετέχοντες οικειοθελώς συμπλήρωσαν σταθμισμένο ανώνυμο ερωτηματολόγιο, εφόσον είχε προηγηθεί η ανάλογη ενημέρωση από την ερευνήτρια. Η διανομή πραγματοποιήθηκε από το μήνα Δεκέμβριο και ολοκληρώθηκε περί τα μέσα Φεβρουαρίου λόγω της εμφάνισης πανδημίας κρουσμάτων covid 19. Το προαναφερόμενο πρωτόκολλο δεν παρακάλυσε στο παραμικρό την εύρυθμη λειτουργία των τμημάτων ούτε στέρησε από τις καθημερινές δραστηριότητες των συμμετεχόντων που σχετίζονταν με τη παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς.

Η καταγραφή των δεδομένων καταχωρήθηκε σε λίστα υπολογιστικών φύλλων excel, όπου υπήρχε δυνατότητα πρόσβασης μόνο από συγκεκριμένους χρήστες με στόχο τη στατιστική τους επεξεργασία και εξαγωγή συμπερασμάτων για τη εν λόγω διπλωματική εργασία.

Τα κριτήρια αποκλεισμού της μελέτης είναι τα εξής:

- μη παροχή υπηρεσιών υγείας σε πνευμονολογικά τμήματα
- απουσία ιατρονοσηλευτικής εμπειρίας και φροντίδας σε πάσχοντες από εποχική γρίπη

- απουσία ιατρονοσηλευτικής εμπειρίας και φροντίδας σε πάσχοντες από πνευμονική φυματίωση
- αδυναμία κατανόησης της ελληνικής γλώσσας προς συμπλήρωση του ερωτηματολογίου

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS v.22 for Windows (SPSS, Chicago, Illinois, USA) τόσο για την περιγραφική όσο και για την επαγωγική ανάλυση. Όπου n (πλήθος) θεωρούνται οι κατηγορικές μεταβλητές και οι τιμές των παραμέτρων της μελέτης που αφορούσαν τα χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων και εκφράστηκαν ως μέση τιμή \pm σταθερή απόκλιση (SD) με όρια τιμών. Τιμές που αφορούσαν τη σύγκριση μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων εκφράστηκαν ως μέση τιμή με το διάστημα αξιοπιστίας το 95% (confidence intervals-CI). Η σχέση μεταξύ ποσοτικής και κατηγορικής μεταβλητής με περισσότερες από δύο κατηγορίες πραγματοποιήθηκε με τη μονόδρομη ανάλυση μεταβλητότητας (one-way analysis of variance-ANOVA). Το επίπεδο αξιοπιστίας ορίστηκε στη τιμή $p < 0.05$. Με τη βοήθεια πεντάβαθμης κλίμακας Likert αξιολογήθηκε ο βαθμός ικανοποίησης των συμμετεχόντων σε τυποποιημένες ερωτήσεις. Στη διαβάθμιση παρατίθονταν οι επιλογές «Συμφωνώ», «Μάλλον Συμφωνώ», «Διαφωνώ», «Μάλλον διαφωνώ» και «Δεν γνωρίζω» ως ευνοϊκής ή δυσμενής έκφραση στάσης. Στα πλαίσια αριθμητικής διάταξης σημαντικότητας από το ελάχιστο στο μέγιστο, οι συμμετέχοντες επέλεξαν μέσω τυποποιημένων ερωτήσεων από το 1 έως το 10. Κατόπιν, ανά δυάδες στη δεκαβάθμια κλίμακα σχετίστηκαν οι αποκρίσεις ως «0-2= πολύ λίγο», «2-4= λίγο», «4-6=μέτρια», «6-8= πολύ», «8-10=πάρα πολύ».

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην εν λόγω μελέτη συμμετείχαν 210 άτομα από τα οποία ήταν 95 άντρες και 115 γυναίκες, μέσης ηλικίας 43.5 ± 13.8 έτη, 91 ήταν ιατροί και 119 νοσηλευτές, 134 απόφοιτοι ΑΕΙ (Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα) εκπαίδευσης, οι 91 έγγαμοι και οι 111 με τέκνα. Τα αναλυτικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων απεικονίζονται στον Πίνακα 4.

| | | |
|--|------------------|---------------|
| Ερωτηθέντες n=210 | Άντρες | 95 (45%) |
| | Γυναίκες | 115 (55%) |
| Ηλικία (έτη) | 43.5 ±3.8 | |
| Προσωπικό | Ιατροί | 91(43%) |
| | Νοσηλευτές | 119 (57%) |
| Εκπαίδευση | Απόφοιτος ΑΕΙ | 124 (59%) |
| | Απόφοιτος ΤΕΙ | 62 (30%) |
| | Λύκειο/Γυμνάσιο | 24 (11%) |
| Έτη εργασίας στο τμήμα | 11.3 ± 8.1 | |
| Εργασιακή σχέση | Μόνιμη | 89 (42%) |
| | Αορίστου χρόνου | 47(22%) |
| | Ορισμένου χρόνου | 74 (35%) |
| Οικογενειακή κατάσταση | Έγγαμοι | 90 (44%) |
| | Άγαμοι | 77(36%) |
| | Διαζευγμένοι | 40 (19%) |
| | Χήροι | 3 (1%) |
| Τέκνα | 111 (52%) | |
| Χώρα καταγωγής | Ελληνική | 161 (77%) |
| | Άλλη | 49 (33%) |
| Έχετε εξεταστεί με την υποψία ότι μπορεί να έχετε εποχική γρίπη | Ναι: 130 (62%) | Όχι: 70 (38%) |
| Έχετε λάβει Tamiflu | Ναι: 119 (57%) | Όχι: 91 (43%) |
| Έχετε εμβολιαστεί με το εμβόλιο της εποχικής γρίπης | Ναι:131 (63%) | Όχι: 69 (37%) |
| Θεωρείται το εμβόλιο ασφαλές | Ναι: 114 (55%) | Όχι: 96 (45%) |

| | | |
|---|---------------|---------------|
| Εφόσον συστηθεί από το ΥΥ προτιμάτε να εμβολιάσετε τα παιδιά σας | Ναι: 43 (39%) | Όχι: 68 (61%) |
|---|---------------|---------------|

Πίνακας 4: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων (n=210). Οι αναλύσεις καταγράφηκαν για τις συνεχείς μεταβλητές εκφραζόμενες ως μέση \pm σταθερά απόκλιση ή ως διάμεση τιμή (διατεταρτημοριακό εύρος) κατηγορικές μεταβλητές εκφραζόμενες ως ποσοστό επί τις εκατό (%).

Από το προκυπτόμενο δείγμα συμμετεχόντων καταγράφεται ότι υπάρχει σχετική ισορροπία ανάμεσα στα δύο φύλα της μελέτης, στο μεγαλύτερο ποσοστό οι ερωτώμενοι ήταν μεσήλικες, απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα) εκπαίδευσης, αλλά λιγότεροι από τους μισούς έχουν μόνιμη εργασιακή σχέση σε ποσοστό 42%. Επιπρόσθετα, 44% διαβιών έγγαμο βίο, ενώ είναι γονείς σε ποσοστό 52%. Σε ποσοστό 77% είναι ελληνικής καταγωγής, ενώ 62% έχει εξεταστεί για την εποχική γρίπη, 57% έχει λάβει αγωγή με το αντιϊικό φάρμακο Tamiflu (οσελταμιβίρη) και 63% έχει εμβολιαστεί φέτος. Προκαλεί εντύπωση ότι μικρότερο ποσοστό 55% θεωρεί το εμβόλιο ασφαλές, ενώ στην ερώτηση σύστασης από το υπουργείο υγείας για εμβολιασμό των παιδιών τους μόλις 39% απαντά θετικά.

Ακολουθώντας τη ροή του ερωτηματολογίου, ακολουθεί η ενότητα των ερωτήσεων για την εποχική γρίπη όσον αφορά τη βαρύτητα της νόσου, τον κίνδυνο που μπορεί να διατρέχει κάποιος όταν αρρωστήσει, την τήρηση των κανόνων υγιεινής και απολύμανσης και αποστείρωσης στο νοσοκομείο. Η πλειοψηφία δε θεωρεί ότι ο ΕΟΔΥ αντιμετωπίζει με επιτυχία την εποχική γρίπη, ενώ σε ποσοστό 71% θεωρεί ότι το ΕΣΥ (Εθνικό Σύστημα Υγείας) είναι έτοιμο να αντιμετωπίσει με επιτυχία ένα αυξημένο αριθμό κρουσμάτων, αλλά μόνο το 21% συμφωνεί ότι ο κρατικός μηχανισμός θα τους προστατέψει σε ανάλογη περίπτωση.

Οι συμμετέχοντες απάντησαν σε στατιστικά σημαντικό τρόπο ότι η γρίπη δεν είναι μια ελαφριά ασθένεια και διαφώνησαν ισχυρά ότι δεν θα πρέπει να γίνεται τόσο θόρυβος γύρω από τη νόσο ($p < 0.03$). Επιπρόσθετα, από το σύνολο των ερωτηθέντων κατεγράφη στατιστικά σημαντική συσχέτιση όσον αφορά την αντίληψη ότι η γρίπη αποτελεί ένα μεγάλο κίνδυνο για την υγεία του ασθενούς ($p < 0.01$). Στην ερώτηση αν στο νοσοκομείο τηρούνται οι απαραίτητοι κανόνες υγιεινής αποστείρωσης και απολύμανσης των χώρων οι ιατροί αποκρίθηκαν ότι τηρούνται σε ποσοστό 40% απάντησαν, ενώ οι νοσηλευτές σε ποσοστό 32%. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι σύμφωνα

με τις συνθήκες εργασίας του νοσοκομείου η τήρηση των οδηγιών για την εποχική γρίπη για το ιατρικό προσωπικό κατά 50% θεωρείται εφικτή σε αντίθεση με το νοσηλευτικό προσωπικό όπου σε ποσοστό 36% θεωρεί ότι είναι εφαρμόσιμοι. Στον Πίνακα 5 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι απαντήσεις του δείγματος.

| Η εποχική γρίπη είναι μια ελαφριά αρρώστια και κακώς γίνεται τόσοσ θόρυβος | | | | | |
|---|----------------|-----------------------|-----------------------|----------------|--------|
| n=210 | Συμφωνώ | Μάλλον συμφωνώ | Μάλλον διαφωνώ | Διαφωνώ | |
| Γιατροί | 124 | 54 | 26 | 6 | p<0.03 |
| Νοσηλευτές | 119 | 47 | 28 | 16 | |
| Η εποχική γρίπη αποτελεί μεγάλο κίνδυνο για την υγεία του καθενός από μας | | | | | |
| Γιατροί | 157 | 39 | 10 | 4 | p<0.01 |
| Νοσηλευτές | 130 | 17 | 49 | 33 | |
| Στο νοσοκομείο τηρούνται οι βασικοί κανόνες υγιεινής, αποστείρωσης και απολύμανσης των χώρων | | | | | |
| Γιατροί | 85 | 59 | 47 | 19 | |
| Νοσηλευτές | 69 | 78 | 21 | 42 | |
| Στις συνθήκες εργασίας του νοσοκομείου είναι εύκολη η τήρηση των οδηγιών για την εποχική γρίπη | | | | | |
| Γιατροί | 107 | 60 | 25 | 18 | 0.345 |
| Νοσηλευτές | 77 | 58 | 43 | 25 | |
| Ο ΕΟΔΥ αντιμετωπίζει με επιτυχία την εποχική γρίπη | | | | | |
| Γιατροί | 54 | 89 | 47 | 20 | 0.352 |
| Νοσηλευτές | 75 | 91 | 32 | 12 | |
| Το ΕΣΥ είναι έτοιμο να αντιμετωπίσει πιθανή εκτεταμένη εξάπλωση της εποχική γρίπη στη χώρα | | | | | |
| Γιατροί | 80 | 60 | 30 | 45 | 0.812 |
| Νοσηλευτές | 71 | 52 | 30 | 27 | |
| Έχω εμπιστοσύνη ότι το κράτος θα προστατέψει την υγεία μας | | | | | |
| Γιατροί | 45 | 39 | 81 | 45 | 0.779 |
| Νοσηλευτές | 96 | 7 | 54 | 53 | |

Πίνακας 5: Απαντήσεις των ερωτηθέντων (n=210) που αφορούν τη βαρύτητα της εποχικής γρίπης.

Στην ερώτηση αν θα νοσήσουν ελάχιστοι μέχρι το τέλος του χειμώνα λόγω της ελαφριάς φύσης της γρίπης με στατιστικά σημαντικό τρόπο το σύνολο των ερωτηθέντων απάντησε ότι διαφωνεί (p<0.03), εκφράζοντας τους φόβους του για έλλειψη κλινών στις κλινικές λόγω των αυξημένων αριθμών κρουσμάτων (p<0.01). Ο αριθμός διαθέσιμων κλινών ΜΕΘ όσον αφορά τους βαρέως πάσχοντες με εποχική γρίπη θα είναι επαρκής σε σημαντικό βαθμό σύμφωνα με το ιατρικό προσωπικό σε ποσοστό 62% και για το νοσηλευτικό 59% αντίστοιχα. Παράλληλα, οι γιατροί δε

θεωρούν ότι θα καταγραφούν ιδιαίτερα υψηλά νούμερα θανάτων από εποχική γρίπη σε ποσοστό 29% με τους νοσηλευτές να ασπάζονται την ίδια αντίληψη σε παρόμοιο ποσοστό 28%. Στον Πίνακα 6 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι απαντήσεις του δείγματος.

| Μέχρι το τέλος του χειμώνα: θα αρρωστήσουν σοβαρά ελάχιστοι γιατί η εποχική γρίπη είναι πολύ ελαφριά αρρώστια | | | | | |
|--|----------------|-----------------------|-----------------------|----------------|--------|
| n=210 | Συμφωνώ | Μάλλον συμφωνώ | Μάλλον διαφωνώ | Διαφωνώ | |
| Γιατροί | 6 | 22 | 31 | 91 | p<0.03 |
| Νοσηλευτές | 14 | 38 | 71 | 87 | |
| Μέχρι το τέλος του χειμώνα: θα αρρωστήσουν σοβαρά τόσοι πολλοί που δεν θα επαρκούν οι κλίνες νοσηλείας | | | | | |
| Γιατροί | 15 | 24 | 84 | 87 | p<0.01 |
| Νοσηλευτές | 63 | 46 | 57 | 44 | |
| Μέχρι το τέλος του χειμώνα: θα αρρωστήσουν σοβαρά τόσοι πολλοί που δεν θα επαρκούν οι κλίνες ΜΕΘ | | | | | |
| Γιατροί | 132 | 68 | 7 | 3 | 0.617 |
| Νοσηλευτές | 125 | 70 | 11 | 4 | |
| Μέχρι το τέλος του χειμώνα: θα πεθάνει μεγάλος αριθμός ανθρώπων από εποχική γρίπη στην Ελλάδα | | | | | |
| Γιατροί | 61 | 78 | 65 | 5 | 0.913 |
| Νοσηλευτές | 59 | 50 | 47 | 54 | |
| Μέχρι το τέλος του χειμώνα: θα πεθάνει μικρός αριθμός ανθρώπων από εποχική γρίπη στην Ελλάδα | | | | | |
| Γιατροί | 41 | 81 | 60 | 28 | 0.718 |
| Νοσηλευτές | 69 | 58 | 41 | 43 | |

Πίνακας 6: Απαντήσεις των ερωτηθέντων (n=210) που αφορούν τη νοσηρότητα και θνητότητα της εποχικής γρίπης.

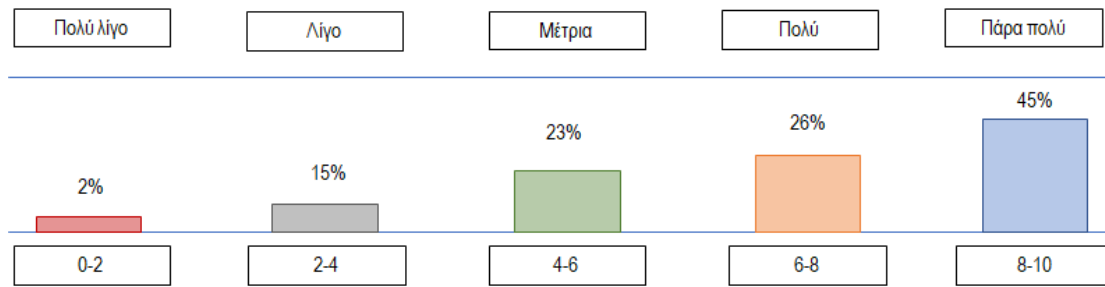
Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων που αφορούν την υιοθέτηση νέων συμπεριφορών κατά την έλευση του κύματος της εποχικής γρίπης που αφορούν τη συχνότερη χρήση ιατρικών масκών το σύνολο των συμμετεχόντων συμφώνησε με στατιστικά σημαντικό τρόπο (p<0.03). Στην ερώτηση της συχνότερης πλύσης των χεριών η πλειοψηφία των ιατρών σε ποσοστό 38% μάλλον διαφώνησε, σε αντίθεση με τους νοσηλευτές όπου σε ποσοστό 48% συμφώνησε με την υιοθέτηση της συγκεκριμένης τακτικής. Η έναρξη γυμναστικής ως μέσο θωράκισης της υγείας των ιατρών στο 33% δεν τους βρίσκουν σύμφωνους, με παρόμοια στάση και των νοσηλευτών στο 11%. Ούτε οι γιατροί σε ποσοστό 9% ούτε οι νοσηλευτές σε ποσοστό 19% δεν αποφεύγουν τους πολυσύχναστους κλειστούς χώρους όπως τα θέατρα ή τα μπαρ λόγω της έναρξης της

εποχικής γρίπης. Στον Πίνακα 7 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι απαντήσεις του δείγματος.

| Από την έναρξη περιόδου για την εποχική γρίπη: πλένω συχνότερα τα χέρια μου | | | | | |
|---|----------------|-----------------------|-----------------------|----------------|--------|
| n=210 | Συμφωνώ | Μάλλον συμφωνώ | Μάλλον διαφωνώ | Διαφωνώ | |
| Γιατροί | 54 | 76 | 81 | 53 | 0.645 |
| Νοσηλευτές | 102 | 30 | 50 | 28 | |
| Από την έναρξη περιόδου για την εποχική γρίπη: χρησιμοποιώ πιο συχνά γάντια | | | | | |
| Γιατροί | 47 | 87 | 33 | 43 | 0.871 |
| Νοσηλευτές | 21 | 39 | 89 | 61 | |
| Από την έναρξη περιόδου για την εποχική γρίπη: φοράω πιο συχνά μάσκα | | | | | |
| Γιατροί | 132 | 56 | 16 | 6 | p<0.03 |
| Νοσηλευτές | 106 | 69 | 20 | 15 | |
| Από την έναρξη περιόδου της εποχικής γρίπη: γυμνάζομαι περισσότερο για να βελτιώσω την υγεία μου | | | | | |
| Γιατροί | 52 | 71 | 68 | 71 | 0.962 |
| Νοσηλευτές | 74 | 62 | 49 | 25 | |
| Από την έναρξη περιόδου για την εποχική γρίπη: αποφεύγω τους κλειστούς χώρους με πολύ κόσμο (πχ. Μετρό, θέατρο, μπαρ) για να μην αρρωστήσω | | | | | |
| Γιατροί | 36 | 84 | 71 | 19 | 0.345 |
| Νοσηλευτές | 50 | 72 | 48 | 40 | |

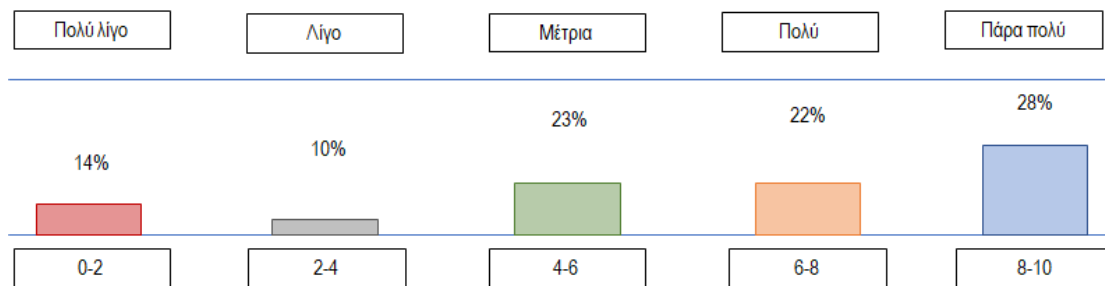
Πίνακας 7: Απαντήσεις των ερωτηθέντων (n=210) που αφορούν την υιοθέτηση συγκεκριμένων συμπεριφορών και στάσεων σχετικά με την εποχική γρίπη.

Στην ερώτηση πόσο πιθανόν να κολλήσουν εποχική γρίπη λόγω της εργασίας τους στο νοσοκομείο η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απαντά σε ποσοστό 45% (n=94) πάρα πολύ εκφράζοντας την αγωνία τους για πιθανή ανάπτυξη μικροεπιδημίας της γρίπης στο τμήμα. Οι γιατροί και οι νοσηλευτές άνω των 40 ετών με μόνιμη σχέση εργασίας θεωρούν ότι είναι εύκολο να νοσήσουν από γριπώδη συνδρομή λόγω της εργασίας τους στο νοσοκομείο με στατιστική αρνητική συσχέτιση (p<0.01). Στο Σχήμα 1 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι απαντήσεις του δείγματος.



Σχήμα 1: Απαντήσεις των ερωτηθέντων (n=210) για πιθανή νόσηση από νέα γρίπη λόγω της εργασίας στο νοσοκομείο

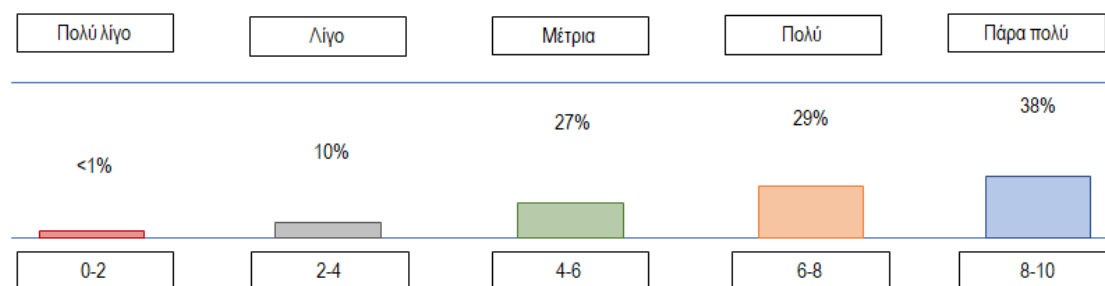
Στην ερώτηση πόσο πιθανόν να νοσήσει από εποχική γρίπη κάποιος από την οικογένεια τους λόγω της εργασίας του σε πνευμονολογικό τμήμα, τα ποσοστά μοιράστηκαν στο 28% (n=59) θεωρώντας το πάρα πολύ πιθανόν, ενώ ακολουθεί το πολύ πιθανόν στο ποσοστό 22% (n=46). Στην υποανάλυση αυτών των δεδομένων, οι ιατροί άνω της ηλικίας των 50 ετών, οι οποίοι έχουν εμβολιαστεί με το αντιγριπικό εμβόλιο, έγγαμοι ή διαζευγμένοι με τέκνα ανησυχούν περισσότερο με στατιστική σημαντικότητα ($p < 0.03$). Στο Σχήμα 2 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι απαντήσεις του δείγματος.



Σχήμα 2: Απαντήσεις των ερωτηθέντων (n=210) σχετικά με την πιθανότητα μόλυνσης μέλους της οικογένειας λόγω της εποχικής γρίπης.

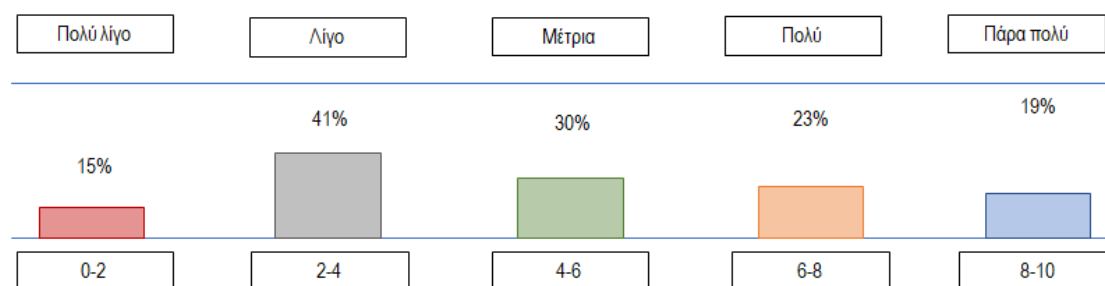
Στην ερώτηση έκφρασης των προσωπικών τους ανησυχιών λόγω της εργασίας τους σχετικά με την εποχική γρίπη το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό εκφράζει σε ποσοστό 38% (n=79) ότι ανησυχεί πάρα πολύ και ακολουθεί σε 22% (n=46) το πάρα πολύ. Σε υποανάλυση των συσχετίσεων, οι νοσηλευτές με λιγότερη εργασιακή εμπειρία και απόφοιτοι Λυκείου/ΣΤ΄ Γυμνασίου φαίνεται ότι ανησυχούν στατιστικά σημαντικά περισσότερο ($p < 0.01$). Από την άλλη μεριά, οι ιατροί με λίγα έτη εργασίας άγαμοι ή διαζευγμένοι και χωρίς τέκνα ανησυχούν στατιστικά λιγότερο για την εποχική γρίπη

κατά τη διάρκεια της εργασίας τους ($p < 0.03$). Στο Σχήμα 3 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι απαντήσεις του δείγματος.



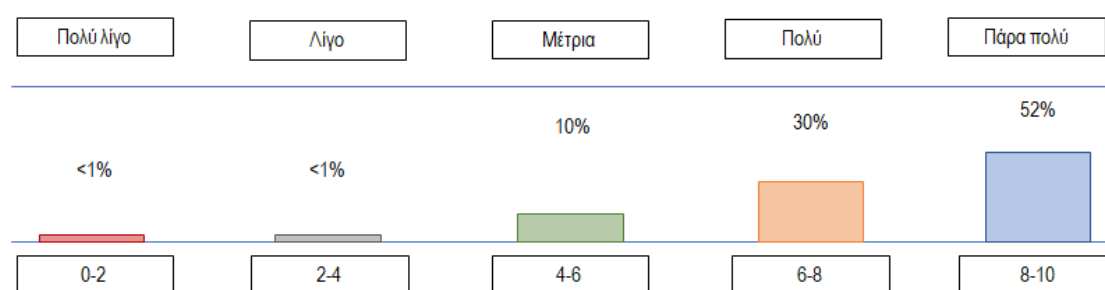
Σχήμα 3: Απαντήσεις των ερωτηθέντων ($n=210$) σχετικά με την ανησυχία τους στην εργασία τους λόγω της εποχικής γρίπης.

Το επόμενο ερώτημα που κλήθηκαν οι συμμετέχοντες να απαντήσουν διαπραγματευόταν το αίσθημα ασφάλειας στην εργασία τους σε σχέση με την εποχική γρίπη, όπου το σύνολο των ερωτηθέντων απάντησε ότι έχει μειωμένο αίσθημα ασφάλειας. Πιο συγκεκριμένα, σε ποσοστό 41% ($n=86$) αποκρίθηκε λίγο και ακολουθούσε στο 30% ($n=31$) η απάντηση μέτρια. Οι νοσηλευτές με μη μόνιμη εργασιακή σχέση ανεξαρτήτου εκπαίδευσης και οικογενειακής κατάστασης κατέγραψαν στατιστική σημαντικότητα όσον αφορά το χαμηλό αίσθημα ασφάλειας που αισθάνονται στην εργασία τους συγκριτικά με τους ιατρούς ($p < 0.01$). Στατιστικά σημαντική σχέση όσο αφορά το μειωμένο αίσθημα ασφάλειας κατέγραψαν και οι νέοι γιατροί με ηλικιακό προφίλ κάτω των 40 ετών, έγγαμοι με τέκνα και μη μόνιμη σχέση εργασίας με το νοσοκομείο ($p < 0.01$). Στο Σχήμα 4 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι απαντήσεις του δείγματος.



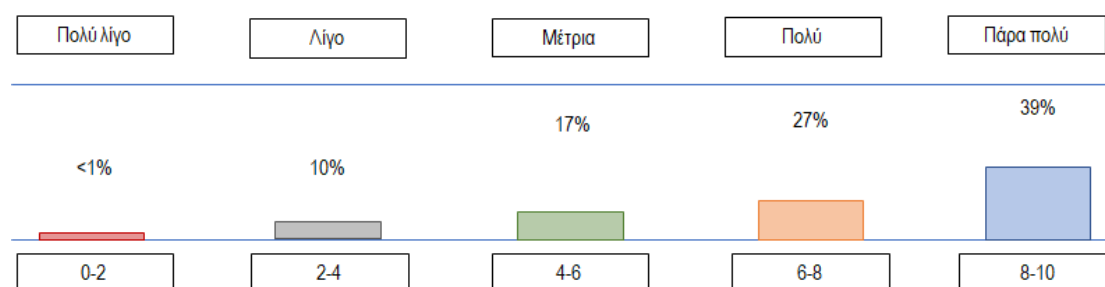
Σχήμα 4: Απαντήσεις των ερωτηθέντων ($n=210$) σχετικά με το αίσθημα ασφάλειας στην εργασία λόγω της εποχικής γρίπης.

Στο ερώτημα αν έχει αυξηθεί ο φόρτος εργασίας του προσωπικού η συντριπτική πλειοψηφία απάντησε καταφατικά πάρα πολύ σε ποσοστό 52% (n=109), ενώ ακολουθεί η απάντηση πολύ σε 30% (n=63). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση καταγράφηκε όσον αφορά την αύξηση του φόρτου εργασίας στους νοσηλευτές οι οποίοι έχουν το εκπαιδευτικό επίπεδο Λυκείου/ΣΤ΄ Γυμνασίου ($p<0.03$), εργασία μέσω σύμβασης ορισμένου χρόνου ($p<0.01$) και ηλικία κάτω των 40 ετών ($p<0.01$). Επίσης, όλοι οι γιατροί με μη μόνιμη σχέση εργασίας ανεξαρτήτου οικογενειακής κατάστασης ή ηλικιακού ορίου απάντησαν με στατιστικά σημαντικό τρόπο ότι αυξήθηκε ο όγκος εργασίας ($p<0.01$). Στο Σχήμα 5 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι απαντήσεις του δείγματος.



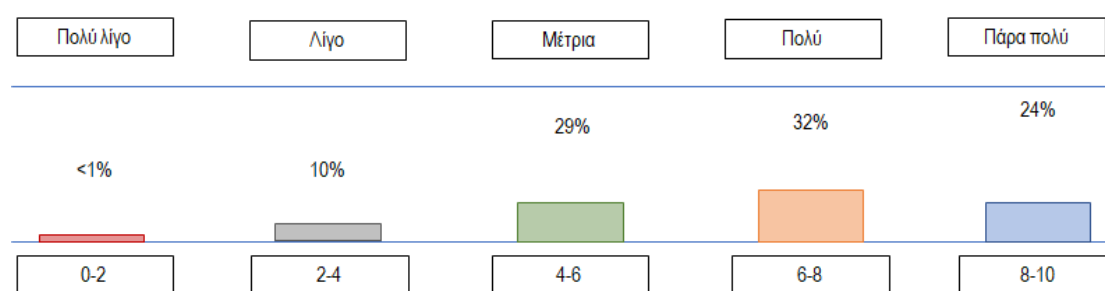
Σχήμα 5: Απαντήσεις των ερωτηθέντων (n=210) σχετικά την αύξηση του φόρτου εργασίας λόγω της εποχικής γρίπης.

Στο ερώτημα πόσο συχνά σκέφτονται να λάβουν άδεια από την εργασία τους το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό απαντά καταφατικά ως πάρα πολύ σε ποσοστό 39% (n=81) και σε ποσοστό 27% (n=56) ως πολύ. Οι νοσηλευτές με ηλικία άνω των 50 ετών, έγγαμοι με τέκνα σκέφτονται περισσότερο να λάβουν άδεια από την εργασία τους ($p<0.01$). Στο Σχήμα 6 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι απαντήσεις του δείγματος.



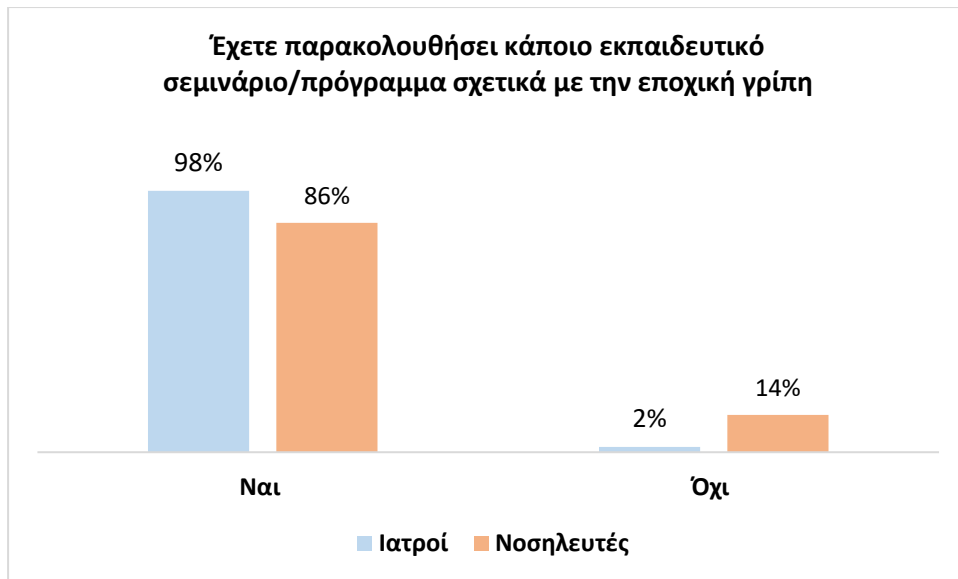
Σχήμα 6: Απαντήσεις των ερωτηθέντων (n=210) σχετικά με τη συχνότητα επιθυμίας λήψης άδειας από την εργασία λόγω της εποχικής γρίπης.

Στην ερώτηση πόσο συχνά σκέφτεστε να αλλάξετε θέση/τμήμα εργασίας οι εργαζόμενοι εκφράζουν την επιθυμία τους να μετακινηθούν σε έτερα τμήματα του νοσοκομείου δίνοντας την απάντηση πολύ σε ποσοστό 32% (n=67) και κατόπιν την απάντηση πάρα πολύ σε 24% (n=50). Οι νοσηλευτές με ηλικία άνω των 50 ετών, απόφοιτοι Λυκείου/ΣΤ΄ Γυμνασίου σκέφτονται περισσότερο να αλλάξουν θέση/τμήμα εργασίας με στατιστική συσχέτιση ($p < 0.01$). Στο Σχήμα 7 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι απαντήσεις του δείγματος.



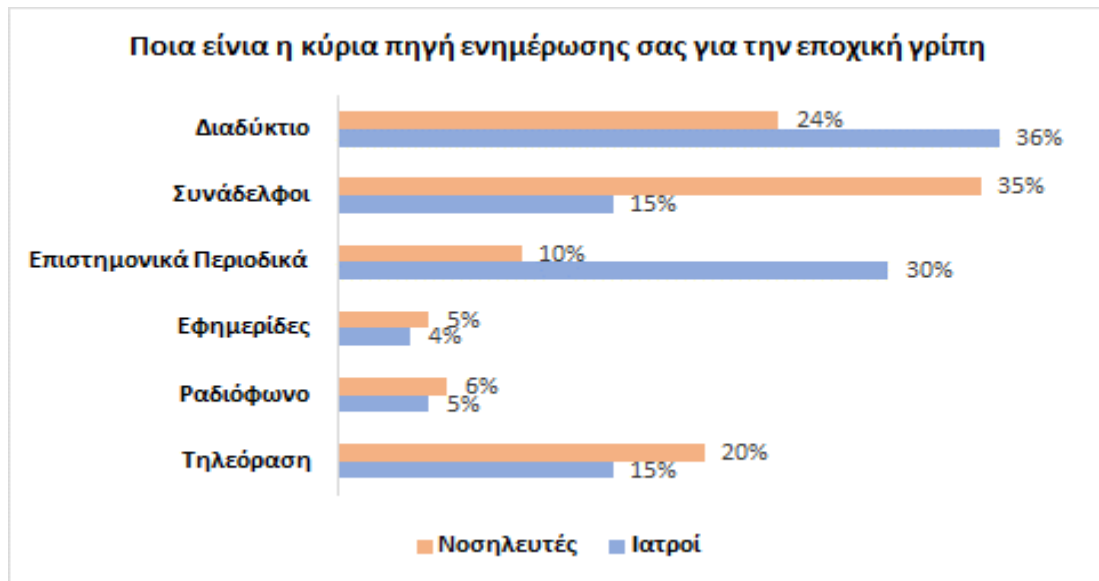
Σχήμα 7: Απαντήσεις των ερωτηθέντων (n=210) σχετικά με την επιθυμία αλλαγής θέσης/τμήματος λόγω της εποχικής γρίπης.

Στην ερώτηση αν έχουν παρακολουθήσει κάποιο εκπαιδευτικό σεμινάριο/πρόγραμμα σχετικά με την εποχική γρίπη οι ιατροί απαντούν καταφατικά στο 98%, ενώ στο 86% των νοσηλευτών έχουν παρακολουθήσει κάποιο σχετικό πρόγραμμα/σεμινάριο. Οι νοσηλευτές σε ποσοστό 12% επιθυμούν να παρακολουθήσουν και να ενημερωθούν για την εποχική γρίπη. Τόσο το 90% των ιατρών όσο και το 80% των νοσηλευτών που παρακολούθησαν ένα αντίστοιχο εκπαιδευτικό πρόγραμμα το θεώρησαν χρήσιμο για την απόκτηση γνώσεων. Στο Σχήμα 8 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι ποσοστιαίες απαντήσεις του δείγματος.



Σχήμα 8: Απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με την παρακολούθηση κάποιου εκπαιδευτικού σεμιναρίου/προγράμματος σχετικά με την εποχική γρίπη

Η κύρια πηγή ενημέρωσης του συνόλου των εργαζομένων σε πνευμονολογικές κλινικές για την εποχική γρίπη λαμβάνει χώρα κυρίως από το διαδίκτυο για τους ιατρούς σε ποσοστό 36%, ενώ για τους νοσηλευτές η πληροφορία τροφοδοτείται κυρίως από τους συναδέλφους τους σε 35%. Τα επιστημονικά περιοδικά υπερσχύουν για τους ιατρούς και αγγίζουν το 30%, με τους νοσηλευτές να ενημερώνονται για τις επιστημονικές εξελίξεις στο 15%. Η τηλεόραση σε ποσοστά 15% και 20% για τους ιατρούς και τους νοσηλευτές αντίστοιχα συμπληρώνει τη λήψη της πληροφορίας σχετικά με την εποχική γρίπη. Στο Σχήμα 9 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι ποσοστιαίες απαντήσεις του δείγματος.



Σχήμα 9: Απαντήσεις των ερωτηθέντων (n=210) σχετικά με την κύρια πηγή ενημέρωσης για την εποχική γρίπη.

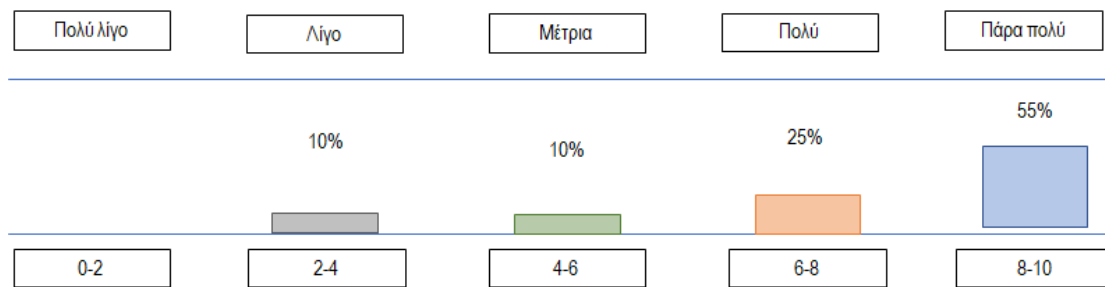
Στην επόμενη ενότητα του ερωτηματολογίου αφορά τις αντιλήψεις του προσωπικού για τη φυματική λοίμωξη και τον τρόπο που δύναται το ΕΣΥ να ανταπεξέλθει σε μια αύξηση κρουσμάτων της νόσου τα οποία να θέτουν σε κίνδυνο τη Δημόσια Υγεία. Ισχυρή στατιστική συσχέτιση κατέγραψε η άποψη του δείγματος ότι στο νοσοκομείο τηρούνται οι βασικοί κανόνες υγιεινής, αποστείρωσης και αερισμού των χώρων ($p < 0.03$), όπως και η μη ικανότητα του ΕΟΔΥ να αντιμετωπίζει με επιτυχία τα κρούσματα φυματίωσης στη χώρα μας ($p < 0.01$). Στη διατύπωση ότι η φυματίωση αποτελεί έναν μικρό κίνδυνο για την υγεία του καθενός από εμάς, οι ιατροί συμφωνούν σε ποσοστό 32% και μάλλον συμφωνούν στο ίδιο ποσοστό, όπως και οι νοσηλευτές συμφωνούν στο 25% και μάλλον συμφωνούν στο 37%. Στην ερώτηση αν η φυματίωση αποτελεί έναν μεγάλο κίνδυνο για την υγεία του καθενός από εμάς οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό διαφωνούν στο ισότιμο ποσοστό του 24%. Ιδιαίτερη σημασία έχει η παρατήρηση ότι στο χαμηλό ποσοστό 26% από τους ιατρούς και 19% από τους νοσηλευτές θεωρεί ότι η τήρηση των οδηγιών για τη φυματίωση είναι εύκολη στις συνθήκες εργασίας του νοσοκομείου. Στην ερώτηση αν το ΕΣΥ είναι έτοιμο να αντιμετωπίσει μια πιθανή αύξηση περιστατικών στη χώρα οι ιατροί συμφωνούν σε ποσοστό 23% και οι νοσηλευτές σε 28%, ενώ ισότιμα περίπου ποσοστά καταγράφονται στην αντίθετη άποψη με τους πρώτους να διαφωνούν σε ποσοστό 21% και τους δεύτερους σε 27%. Στο ερώτημα αν έχουν εμπιστοσύνη ότι το κράτος θα προστατέψει την υγεία μας συμφωνεί το ιατρικό σώμα σε χαμηλό ποσοστό 21%, ενώ λίγο πιο υψηλό

το ποσοστό των νοσηλευτών 26%. Στον Πίνακα 9 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι απαντήσεις των ερωτηθέντων.

| Η φυματίωση αποτελεί μικρό κίνδυνο για τη υγεία του καθενός από εμάς | | | | | |
|--|----------------|-----------------------|-----------------------|----------------|--------|
| n=210 | Συμφωνώ | Μάλλον συμφωνώ | Μάλλον διαφωνώ | Διαφωνώ | |
| Γιατροί | 68 | 67 | 36 | 39 | 0.629 |
| Νοσηλευτές | 54 | 78 | 48 | 30 | |
| Η φυματίωση αποτελεί μεγάλο κίνδυνο για την υγεία του καθενός από εμάς | | | | | |
| Γιατροί | 45 | 59 | 51 | 51 | 0.343 |
| Νοσηλευτές | 57 | 62 | 40 | 51 | |
| Στο νοσοκομείο τηρούνται οι βασικοί κανόνες υγιεινής, αποστείρωσης και αερισμού των χώρων | | | | | |
| Γιατροί | 31 | 47 | 63 | 69 | p<0.03 |
| Νοσηλευτές | 25 | 36 | 69 | 80 | |
| Στις συνθήκες εργασίας του νοσοκομείου είναι εύκολη η τήρηση των οδηγιών για τη φυματίωση | | | | | |
| Γιατροί | 56 | 60 | 50 | 44 | 0.545 |
| Νοσηλευτές | 41 | 58 | 62 | 49 | |
| Ο ΕΟΔΥ αντιμετωπίζει με επιτυχία τα κρούσματα φυματίωσης | | | | | |
| Γιατροί | 24 | 39 | 69 | 78 | p<0.01 |
| Νοσηλευτές | 45 | 17 | 93 | 55 | |
| Το ΕΣΥ είναι έτοιμο να αντιμετωπίσει πιθανή αύξηση των περιστατικών στη χώρα | | | | | |
| Γιατροί | 50 | 60 | 52 | 48 | 0.812 |
| Νοσηλευτές | 71 | 32 | 50 | 57 | |
| Έχω εμπιστοσύνη ότι το κράτος θα προστατέψει την υγεία μας | | | | | |
| Γιατροί | 45 | 49 | 81 | 35 | 0.779 |
| Νοσηλευτές | 56 | 57 | 54 | 53 | |

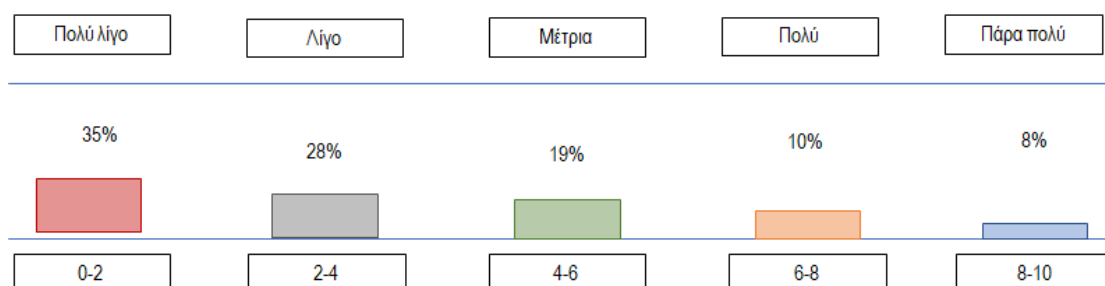
Πίνακας 9: Απαντήσεις των ερωτηθέντων (n=210) που αφορούν τη βαρύτητα της φυματίωσης.

Στην ερώτηση πόσο νομίζετε ότι είναι πιθανόν να έρθετε σε επαφή με φυματίωση λόγω της εργασίας στο νοσοκομείο η συντριπτική πλειοψηφία σε ποσοστό 55% (n=115). Στατιστική ισχυρή συσχέτιση ανευρέθη στους νοσηλευτές και στους ιατρούς, ηλικίας κάτω των 40 ετών με μη μόνιμη σχέση εργασίας (p<0.01), καθώς και στους ιατρούς με ηλικία άνω των 60 ετών με μόνιμη σχέση εργασίας ως προς την πιθανή επαφή με κρούσμα φυματίωσης (p<0.01). Στο Σχήμα 10 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι απαντήσεις του δείγματος.



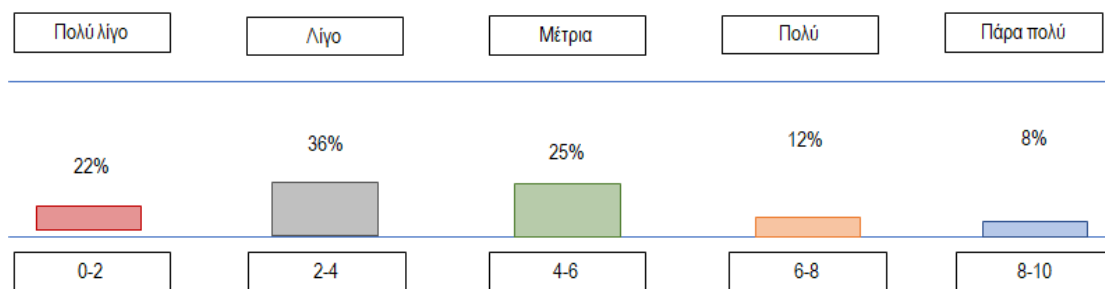
Σχήμα 10: Απαντήσεις των ερωτηθέντων (n=210) για πιθανή επαφή με κρούσμα φυματίωσης λόγω της εργασίας τους στο νοσοκομείο.

Στο ερώτημα πόσο πιθανόν να έρθουν σε επαφή με φυματίωση εκτός της εργασίας στο νοσοκομείο σε ποσοστό 35% (n=85) το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό απαντά πολύ λίγο, και μόλις σε ποσοστό 8% (n=16) απαντά πάρα πολύ. Πιο αναλυτικά, μόνο νοσηλευτές (n=21) έδωσαν ως απάντηση το πολύ στη πιθανότητα να έρθουν σε επαφή εκτός νοσοκομείου. Στο σχήμα 11 αποτυπώνονται αναλυτικά οι απαντήσεις του δείγματος.



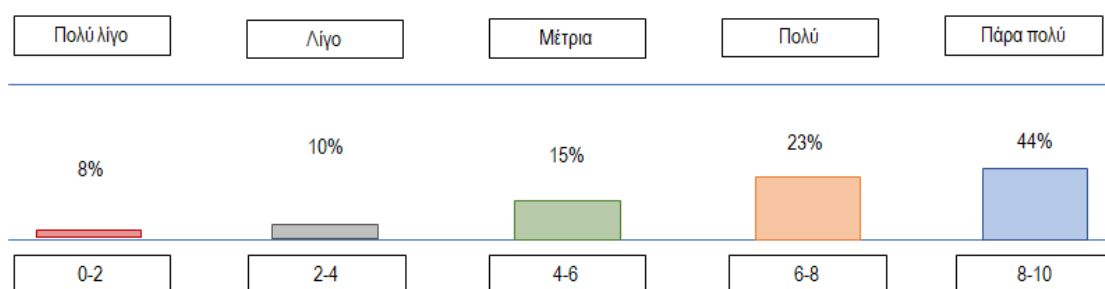
Σχήμα 11: Απαντήσεις των ερωτηθέντων (n=210) για πιθανή επαφή με κρούσμα φυματίωσης εκτός νοσοκομείου.

Στη διατύπωση πόσο πιθανόν είναι να νοσήσει από φυματίωση κάποιος από την οικογένεια τους λόγω της δικής τους εργασίας στο νοσοκομείο το σύνολο των ατόμων απάντησε λίγο σε ποσοστό 36% (n=76) και σε ποσοστό 25% (n=52) σε μέτριο βαθμό. Στη διαβάθμιση πάρα πολύ απάντησε μόνο το 8% (n=16) το οποίο αποτελούνταν μόνο από νοσηλευτές. Ισχυρή στατιστική συσχέτιση κατέδειξαν οι απαντήσεις των νοσηλευτών μικρότεροι των 40 ετών, έγγαμοι με τέκνα (p<0.01), ενώ δεν αναδείχθηκε συσχέτιση από το δείγμα των ιατρών. Στο σχήμα 12 αποτυπώνονται αναλυτικά οι απαντήσεις του δείγματος.



Σχήμα 12: Απαντήσεις των ερωτηθέντων (n=210) για πιθανή μυκητική μόλυνση μέλους οικογένειας λόγω της εργασίας τους.

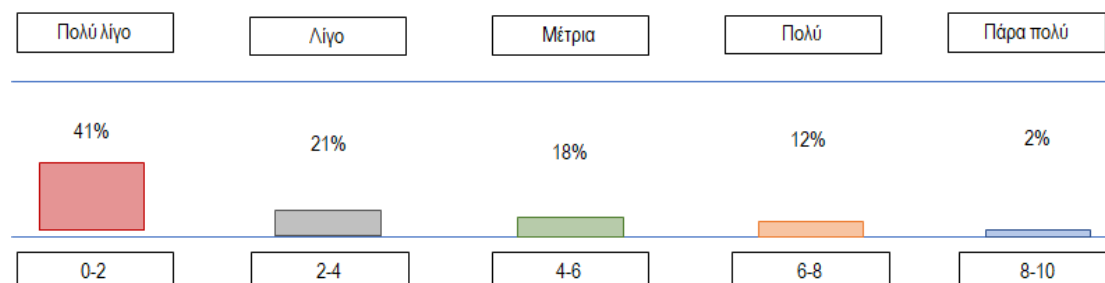
Στην αποτύπωση των συναισθημάτων ανησυχίας που νιώθουν στην εργασία σχετικά με τη φυματίωση οι περισσότεροι απαντούν πάρα πολύ σε ποσοστό 44% (n=92), ενώ πολύ απάντησαν σε ποσοστό 23% (n=48). Οι νοσηλευτές με λιγότερη εργασιακή εμπειρία και απόφοιτοι Λυκείου/ΣΤ' Γυμνασίου, έγγαμοι με τέκνα φαίνεται ότι ανησυχούν στατιστικά σημαντικά περισσότερο ($p < 0.01$). Οι γιατροί με μη μόνιμη σχέση εργασίας εκφράζουν την ανησυχία τους για τη φυματίωση με ισχυρή συσχέτιση λόγω της φύσης εργασίας ($p < 0.03$). Στο Σχήμα 13 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι απαντήσεις του δείγματος.



Σχήμα 13: Απαντήσεις των ερωτηθέντων (n=210) σχετικά με την ανησυχία τους στην εργασία λόγω της φυματίωσης.

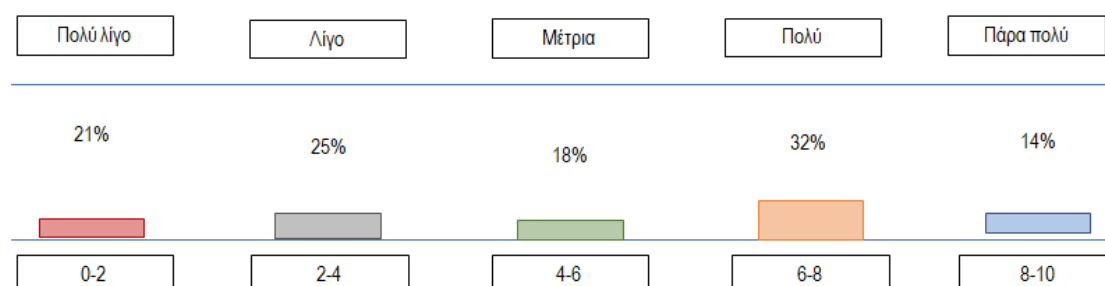
Όσον αφορά το αίσθημα ασφάλειας που νιώθουν στην εργασία τους σχετικά με τη φυματίωση στοιχειοθετείται ότι σε ποσοστό 44% (n=92) των εργαζομένων αισθάνεται πολύ λίγο το αίσθημα της ασφάλειας και την παράμετρο λίγο σε ποσοστό 21% (n=44). Μόλις το ποσοστό 2% (n=4) που αποτελείται μόνο από ιατρούς αισθάνεται ασφάλεια στο τμήμα. Αρνητική στατιστικά συσχέτιση παρουσιάζουν οι νεότεροι ιατροί κάτω των

40 ετών, έγγαμοι ή διαζευγμένοι με τέκνα ($p<0.03$), όπως και οι νοσηλευτές με μη μόνιμη εργασιακή σχέση, έγγαμοι ή έγγαμοι ή διαζευγμένοι με τέκνα ($p<0.01$). Στο Σχήμα 14 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι απαντήσεις του δείγματος.



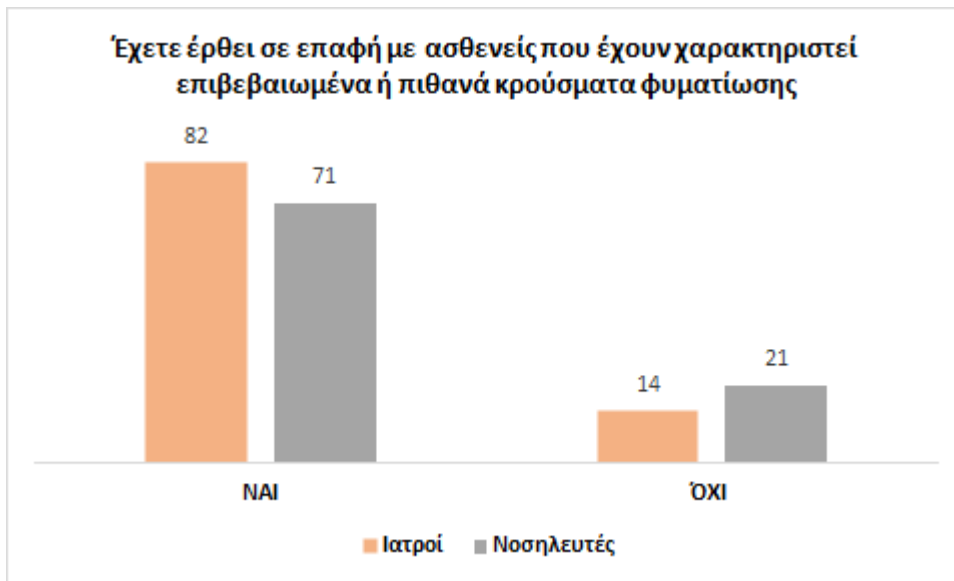
Σχήμα 14: Απαντήσεις των ερωτηθέντων ($n=210$) σχετικά με το αίσθημα ασφάλειας στην εργασία λόγω της φυματίωσης.

Στο ερώτημα πόσο συχνά σκέφτεστε να αλλάξετε θέση/τμήμα εργασίας λόγω της επαφής σας με ασθενείς με φυματίωση το 32% ($n=67$) των ατόμων απαντά πολύ και ακολουθεί το 25% ($n=52$) με την απάντηση λίγο. Στην επιλογή πάρα πολύ απάντησαν μόνο νοσηλευτές σε ποσοστό 14% ($n=29$). Στο Σχήμα 15 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι απαντήσεις του δείγματος.



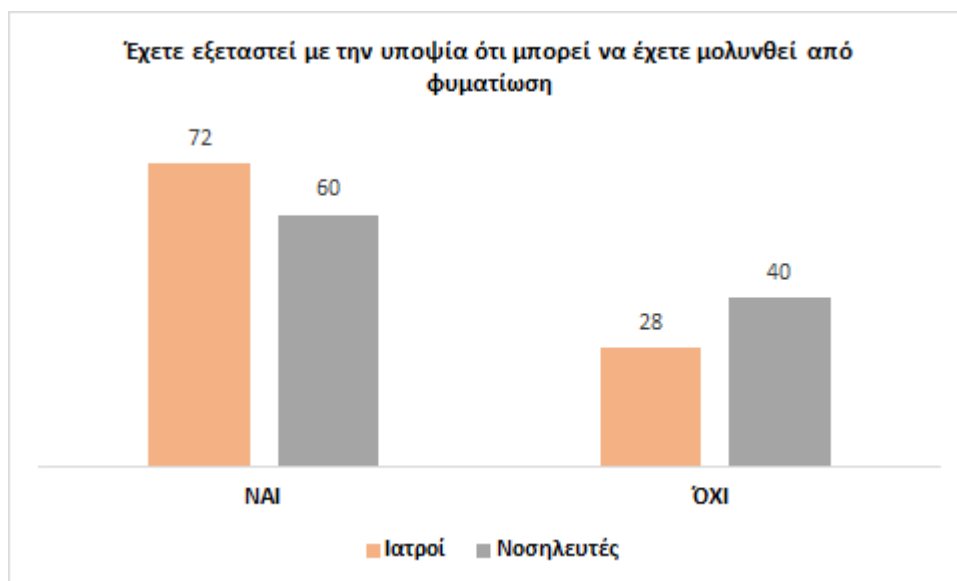
Σχήμα 15: Απαντήσεις των ερωτηθέντων ($n=210$) σχετικά με την επιθυμία αλλαγής θέσης/τμήματος λόγω της φυματίωσης.

Στην ερώτηση αν έχουν έρθει σε επαφή με ασθενείς που έχουν χαρακτηριστεί επιβεβαιωμένα ή πιθανά κρούσματα φυματίωσης σε ποσοστό 82% οι ιατροί απαντούν καταφατικά και σε 71% οι νοσηλευτές των πνευμονολογικών τμημάτων. Στο Σχήμα 16 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι ποσοστιαίες απαντήσεις του δείγματος.



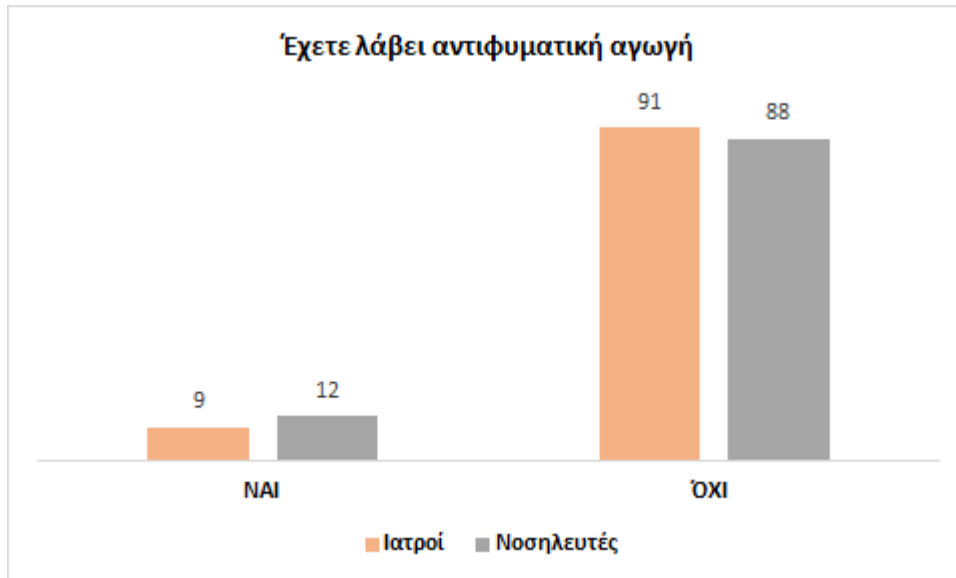
Σχήμα 16: Απαντήσεις των ερωτηθέντων (n=210) σχετικά με την πιθανότητα επαφής με επιβεβαιωμένα ή πιθανά κρούσματα φυματίωσης. Οι αριθμοί αναφέρονται σε ποσοστά.

Όσον αφορά την υποψία να έχουν μολυνθεί από φυματίωση και να έχουν προβεί σε ανάλογη εξέταση, η συντριπτική πλειοψηφία απαντά θετικά στο ιατρικό προσωπικό στο 72% και στο νοσηλευτικό στο 60%. Παρόλα αυτά, ένα ποσοστό 40% από τους νοσηλευτές δεν έχει εξεταστεί ακόμα κρίνοντας ότι δεν έχει ακόμα μολυνθεί. Στο Σχήμα 17 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι ποσοστιαίες απαντήσεις του δείγματος.



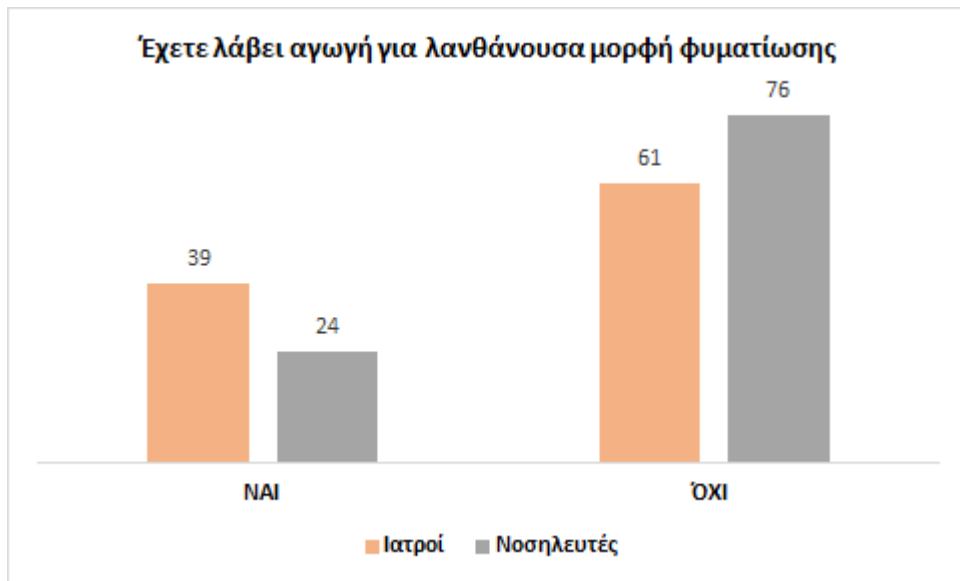
Σχήμα 17: Απαντήσεις των ερωτηθέντων (n=210) σχετικά με τη διενέργεια εξέτασης με την υποψία μόλυνσης από φυματίωση. Οι αριθμοί αναφέρονται σε ποσοστά.

Οι απαντήσεις στην ερώτηση αν έχουν λάβει αντιφυματική αγωγή είναι στην συντριπτική πλειοψηφία τους αρνητικές. Οι ιατροί απαντούν αρνητικά στο 91% και οι νοσηλευτές στο 88%. Στο Σχήμα 18 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι ποσοστιαίες απαντήσεις του δείγματος.



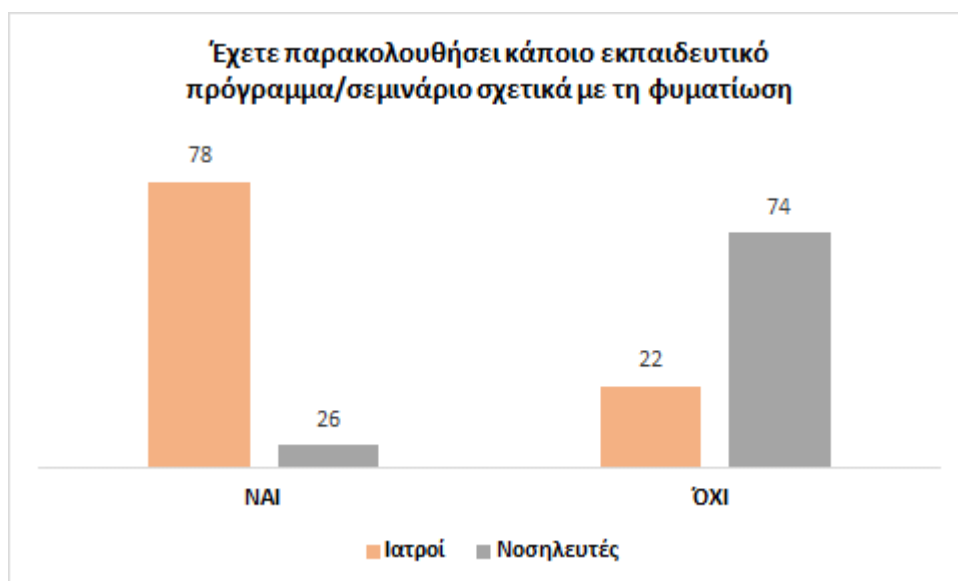
Σχήμα 18: Απαντήσεις των ερωτηθέντων (n=210) σχετικά με τη λήψη αντιφυματικής αγωγής. Οι αριθμοί αναφέρονται σε ποσοστά.

Οι απαντήσεις στην ερώτηση αν έχουν λάβει λανθάνουσα αγωγή είναι στην πλειοψηφία τους αρνητικές. Οι ιατροί απαντούν αρνητικά στο 61% και οι νοσηλευτές στο 76%. Στο Σχήμα 19 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι ποσοστιαίες απαντήσεις του δείγματος.



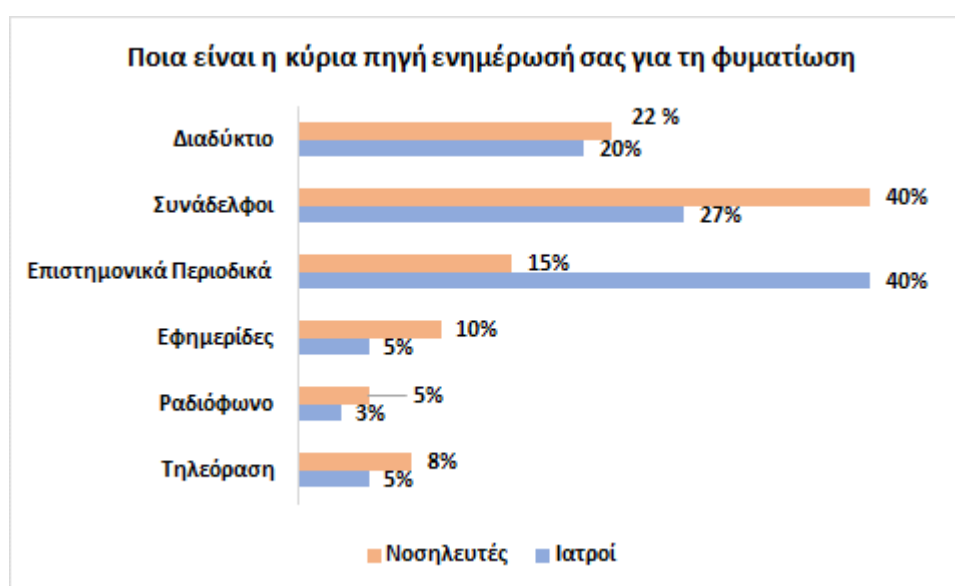
Σχήμα 19: Απαντήσεις των ερωτηθέντων (n=210) σχετικά με τη λήψη λανθάνουσας αγωγής. Οι αριθμοί αναφέρονται σε ποσοστά.

Στην ερώτηση αν έχουν παρακολουθήσει κάποιο εκπαιδευτικό σεμινάριο/πρόγραμμα σχετικά με τη φυματίωση οι ιατροί απαντούν καταφατικά στο 78%, ενώ μόλις το 26% των νοσηλευτών έχουν παρακολουθήσει κάποιο σχετικό πρόγραμμα/σεμινάριο. Οι νοσηλεύτες σε ποσοστό 85% επιθυμούν να παρακολουθήσουν και να ενημερωθούν για τη φυματίωση. Τόσο το 75% των ιατρών όσο και το 22% των νοσηλευτών που παρακολούθησαν ένα αντίστοιχο εκπαιδευτικό πρόγραμμα το θεώρησαν χρήσιμο για την απόκτηση γνώσεων. Στο Σχήμα 20 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι ποσοστιαίες απαντήσεις του δείγματος.



Σχήμα 20: Απαντήσεις των ερωτηθέντων (n=210) σχετικά με την παρακολούθηση κάποιου εκπαιδευτικού σεμιναρίου/προγράμματος σχετικά με τη φυματίωση. .Οι αριθμοί αναφέρονται σε ποσοστά.

Στην τελευταία ερώτηση που κλήθηκαν να αποκριθούν ποια είναι η κύρια πηγή ενημέρωσης για τη φυματίωση για τους ιατρούς τα επιστημονικά και οι συνάδελφοι περιοδικά κατέχουν τις πρώτες θέσεις με ποσοστό 40% και 27% αντίστοιχα. Οι νοσηλευτές ενημερώνονται από τους συναδέλφους και κατόπιν από το διαδίκτυο σε 40% και 22% αντίστοιχα. Στο Σχήμα 21 που ακολουθεί αποτυπώνονται αναλυτικά οι ποσοστιαίες απαντήσεις του δείγματος.



Σχήμα 21: Απαντήσεις των ερωτηθέντων (n=210) σχετικά με την κύρια πηγή ενημέρωσης για τη φυματίωση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης η εν λόγω διπλωματική ανταποκρίθηκε σε απόλυτο βαθμό στα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που ετέθησαν και αφορούσαν τον εντοπισμό των σημαντικότερων παραγόντων οι οποίοι δυσχεραίνουν την καθημερινότητα των εργαζομένων στις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων για την εποχική γρίπη συμβαδίζει με εκείνες των αντίστοιχων μελετών με παρόμοια ηλικιακή κατανομή και εργασιακή απασχόληση, γεγονός που επιτρέπει την εξαγωγή συγκρίσιμων συμπερασμάτων(75-77). Ένα πολύ ενδιαφέρον στοιχείο που προέκυψε από τη μελέτη είναι ότι η πλειοψηφία των

ερωτηθέντων θεωρεί ότι ο ΕΟΔΥ δεν μπορεί να αντιμετωπίσει με επιτυχία την εποχική γρίπη. Το ΕΣΥ είναι σε θέση να αντέξει ένα αυξημένο αριθμό κρουσμάτων, αλλά το δείγμα διατηρεί τις επιφυλάξεις τους ως προς το αν ο κρατικός μηχανισμός θα τους προστατέψει σε περίπτωση πανδημίας της γρίπης. Μια πιθανή εξήγηση για τη συγκεκριμένη διατύπωση οφείλεται στο γεγονός ότι αν και υπάρχει εμπιστοσύνη στους λειτουργούς της υγείας που έχουν επανειλημμένως κληθεί να εργαστούν σε σκληρές και επίπονες συνθήκες, πιθανόν οι διοικητικοί γραφειοκρατικοί μηχανισμοί να μην μπορούν να ανταπεξέλθουν σε μία πιθανή υγειονομική κρίση.

Στα πρωτεύοντα συμπεράσματα με στατιστικά σημαντικά συσχέτιση οι ερωτώμενοι απάντησαν ότι η γρίπη δεν είναι μια ελαφριά ασθένεια και διαφώνησαν ισχυρά στον ισχυρισμό ότι δεν θα πρέπει να γίνεται τόσο θόρυβος γύρω από τη νόσο, εύρημα που συμφωνεί με ανάλογη πρόσφατη μελέτη όπου οι επαγγελματίες υγείας καταγράφουν υψηλή ανησυχία εμφάνισης επιπλοκών ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα και ευπαθή άτομα(76). Ο φόβος των εργαζομένων του δείγματος μας για αυξημένο αριθμό κρουσμάτων που πιθανότατα δεν θα επαρκούν οι κλίνες των κλινικών εκφράζεται και σε έτερη εργασία με τους υγειονομικούς να έρχονται αντιμέτωποι με μειωμένο αριθμό διαθέσιμων κλινών και αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας λόγω της σοβαρότητας της εποχικής γρίπης(78).

Στην υιοθέτηση πρακτικών όπως η συχνότερη χρήση της μάσκας ως μέτρο προστασίας από τα αιωρούμενα σταγονίδια στην δική μας μελέτη στοιχειοθετείται με στατιστικά σημαντική συσχέτιση και εναρμονίζεται με τις ανάλογες μελέτες όπου η χρήση μάσκας καθιερώνεται ως ένα από τα κυριότερα μέτρα πρόληψης ενδονοσοκομειακής διασποράς του προσωπικού(79). Συμπεριφορές όπως συχνότερο πλύσιμο των χεριών, βελτίωση της διατροφής ή αποφυγή πολυσύχναστων χώρων δεν κατέγραψε ισχυρή συσχέτιση από το δικό μας πληθυσμό, έχουν όμως αποδειχθεί και αυτές ως αξιόλογοι μέθοδοι θωράκισης του οργανισμού κατά περίοδο της εποχικής γρίπης(80).

Ένα σημαντικό εύρημα που αξίζει να τονιστεί είναι η έκφραση της ανησυχίας των συμμετεχόντων όσον αφορά την πιθανή νόσηση από γρίπη λόγω της φύσης εργασίας τους σε πνευμονολογικά τμήματα, με την ανησυχία να γίνεται περισσότερο έκδηλη σε εργαζόμενους με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, έγγαμους και μη μόνιμη σχέση εργασίας. Παράλληλα, το μειωμένο αίσθημα ασφάλειας κατέγραψαν και οι νεότεροι γιατροί οι οποίοι εργάζονται με καθεστώς ορισμένου χρόνου στο νοσοκομείο, με τις

ίδιες ομάδες νοσηλευτών και γιατρών αντίστοιχα να αναφέρουν με στατιστικά σημαντικά συσχέτιση αυξημένο φόρτο εργασίας μέχρι το τέλος των χειμερινών μηνών ως τα άτομα που καλύπτουν έκτακτες και επικουρικές ανάγκες του συστήματος υγείας. Παρόμοια ευρήματα ταυτοποιήθηκαν σε μια παλαιότερη μελέτη όπου το αίσθημα άγχους και έλλειψης ασφάλειας στους εργαζόμενους ήταν απόρροια της υποστελέχωσης του τμήματος σε ανθρώπινο δυναμικό, της ελλιπούς ενημέρωσης και της περιστασιακής εργασίας(78). Στην υποανάλυση, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές είναι εκείνοι που με στατικά ισχυρό τρόπο αναζητούν περισσότερο τη λήψη άδειας από την εργασία τους έχοντας πιθανόν περισσότερο έκδηλη την επαγγελματική εξουθένωση, με τον Schmid και συν. να υποστηρίζουν στη δική τους εργασία ότι αυτό οφείλεται στην ανάπτυξη φόβου ανάπτυξης νόσου απότοκος της αυξημένης έκθεσης, καθώς και του επιφορτισμένου με υποχρεώσεις εργασιακού ωραρίου(81).

Τα ποσοστά εμβολιασμού για γρίπη ήταν σχετικά υψηλά στο δείγμα μας με αναπτυγμένο το αίσθημα ασφάλειας για το εμβόλιο, σε αντίθεση με πρόσφατη μετανάλυση όπου οι επαγγελματίες υγείας αν και ενημερωμένοι για τις επιπλοκές και τις αρνητικές εκβάσεις από τη γρίπη, δε συναινούν στον αντιγριπικό εμβολιασμό θεωρώντας ότι δεν είναι απολύτως ασφαλές και φοβούνται για εμφάνιση παρενέργειών μετά τη χορήγησή του. Επιπρόσθετα, υπάρχει η παγιωμένη αντίληψη ότι η συνεχή επαφή τους με πάσχοντες δύναται να τους καθιστά ανθεκτικούς απέναντι στους ιούς(81, 82). Στον πληθυσμό μας οι μεγαλύτεροι ιατροί σε ηλικία κατέχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά εμβολιασμού και φαίνεται να ανησυχούν περισσότερο για πιθανή νόσηση από γρίπη σε κάποιο μέλος της οικογένειάς τους. Σε σχετικά πρόσφατη μελέτη αναφέρεται ότι οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία εκφράζουν άγχος για την πιθανή μόλυνση των οικείων προσώπων τους κατά την έξαρση της εποχικής γρίπης, με τον εμβολιασμό να προτείνεται ως ένα από τα πρωτεύοντα μέτρα αποφυγής μετάδοσης του ιού τόσο στο ίδιο το προσωπικό όσο και στα λοιπά μέλη της οικογένειας(81, 83).

Μία από τις βασικές ανάγκες που αναδύθηκαν από την εν λόγω έρευνα είναι η συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την εποχική γρίπη και τη σπουδαιότητα παρακολούθησης εκπαιδευτικών σεμιναρίων, όπως και η χρησιμότητα εφαρμογής των αποκτηθέντων γνώσεων στην καθημέρα κλινική πράξη. Ίδια στοιχεία προέρχονται από μελέτες που αναδεικνύουν την ανάγκη για συνεχή

επιμόρφωση και ανανέωση της επιστημονικής κατάρτισης του προσωπικού υγείας ειδικά για νοσήματα που δύναται να μεταβάλλονται μέσω μεταλλάξεων(81, 84).

Όσον αφορά τη φυματική λοίμωξη, οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι τηρούνται οι βασικοί κανόνες υγιεινής, αποστείρωσης και αερισμού του χώρου συνεπεία εφαρμογής συγκεκριμένων ενδονοσοκομειακών πρωτοκόλλων προς αποφυγή της φυματικής διασποράς, χωρίς να είναι πάντα μια εύκολη και αυτοματοποιημένη διαδικασία ειδικά για τους νεότερους γιατρούς και νοσηλευτές. Το γεγονός ότι και στα τρία νοσοκομεία υπάρχει αντιφυματικό ιατρείο και θάλαμος απομόνωσης αρνητικής πίεσης είναι πιθανόν να επηρέασε τις απαντήσεις του δείγματος. Η τήρηση των πρωτοκόλλων με αυστηρό τρόπο και η εναρμόνιση με τις εκάστοτε οδηγίες της επιτροπής λοιμώξεων του νοσοκομείου αποτελεί το σημαντικότερο μέτρο αποτροπής της διασποράς, βάσει μελετών, στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας(85). Ιδιαίτερο σχόλιο στις απαντήσεις του δείγματος θεωρείται η διατύπωση αδυναμίας του ΕΟΔΥ να αντιμετωπίσει με επιτυχία τα κρούσματα φυματίωσης στη χώρα μας με ισχυρή στατιστική συσχέτιση. Πιθανόν το εύρημα αυτό να οφείλεται στο χρόνιο πρόβλημα της υποδήλωσης και της ελλιπέστατης επιδημιολογικής εικόνας που έχει διαμορφωθεί στη χώρα λόγω απουσίας ενιαίου εθνικού προγράμματος για τη φυματίωση(49).

Η πιθανότητα να έχουν μολυνθεί οι εργαζόμενοι λόγω της φύσης της εργασίας σε πνευμονολογικά τμήματα κατέγραψε ισχυρή σχέση για τους νεότερους ηλικιακά νοσηλευτές και ιατρούς με καθεστώς απασχόλησης ορισμένου χρόνου ως αποτέλεσμα έλλειψης εργασιακής εμπειρίας και κατάλληλης γνώσης χειρισμού των συγκεκριμένων ασθενών. Από την άλλη μεριά, οι ιατροί που είναι κοντά στη συνταξιοδότηση θεωρούν με ισχυρή θετική συσχέτιση ότι έχουν έρθει σε επαφή με φυματικούς ασθενείς και υπάρχει η πιθανότητα να έχουν μολυνθεί. Αυτό δύναται να οφείλεται στο γεγονός ότι τα τελευταία έτη τόσο τα πρωτόκολλα αερογενών λοιμώξεων όσο και τα μέτρα ατομικής προστασίας έχουν καθιερωθεί μέσω κανονισμών και κατευθυντήριων οδηγιών(85, 86).

Στη διατύπωση πόσο πιθανόν είναι να νοσήσει από φυματίωση κάποιος από την οικογένεια τους λόγω της δικής τους εργασίας στο νοσοκομείο με ισχυρή στατιστική συσχέτιση απάντησαν οι νεότεροι νοσηλευτές έγγαμοι με τέκνα, φοβούμενοι ότι κάποια δική τους εργασιακή αστοχία ή απροκάλυπτη επαφή με κρούσμα δύναται να μεταφέρει τον βράκιλο στα αγαπημένα τους πρόσωπα. Αν και η αγωνία τους είναι

ανθρωπίνως κατανοητή, παρόλα αυτά δεν υπάρχουν πολλά βιβλιογραφικά δεδομένα που να αναφέρουν συρροή κρουσμάτων μόλυνσης και κυρίως νόσησης οικογενειακών μελών επαγγελματιών υγείας(87).

Ένα σημαντικό εύρημα που αξίζει να τονιστεί είναι η έκφραση της ανησυχίας των συμμετεχόντων όσον αφορά την πιθανή φυματική νόσηση τους λόγω της φύσης εργασίας τους σε πνευμονολογικά τμήματα, με την ανησυχία και την έλλειψη ασφάλειας να γίνεται περισσότερο έκδηλη στους έγγαμους νοσηλευτές με τέκνα με λιγότερη εργασιακή εμπειρία και χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Ακολουθούν με μειωμένο αίσθημα σιγουριάς οι νεότεροι γιατροί με τέκνα και με καθεστώς ορισμένου χρόνου στο νοσοκομείο οι οποίοι αναφέρουν με στατιστικά σημαντικά συσχέτιση στην αποτύπωση ανησυχίας τους και του αισθήματος έλλειψης ασφάλειας. Η έκφραση ανάλογων συναισθημάτων και αποτύπωσης άγχους σε χώρους υγείας που διαχειρίζονται πάσχοντες από φυματίωση έχει καταγραφεί και σε έτερες μελέτες όπου τα αρνητικά συναισθήματα του προσωπικού συνδυάζονται με αυξημένα επίπεδα άγχους και μείωσης της εργασιακής απόδοσης(88, 89).

Όσον αφορά την υποψία να έχουν μολυνθεί από φυματίωση και να έχουν προβεί σε ανάλογη εξέταση αν και η πλειοψηφία απαντά θετικά, παρόλα αυτά ορισμένοι νοσηλευτές δεν έχουν προβεί σε ανάλογη εξέταση κρίνοντας ότι δεν έχουν ακόμα μολυνθεί. Η συγκεκριμένη πρακτική έρχεται σε αντίθεση με τα επιστημονικά δεδομένα και τις οδηγίες όπου το προσωπικό τμημάτων με φυματικούς ασθενείς οφείλει να ελέγχεται περιοδικά βάσει συγκεκριμένων πρωτοκόλλων στα πλαίσια πρώιμης ανίχνευσης φυματικής λοίμωξης(90, 91).

Στον πληθυσμό μας, οι απαντήσεις για προηγούμενη λήψη θεραπείας λανθάνουσας και ενεργούς φυματικής λοίμωξης ήταν στη συντριπτική πλειοψηφία τους αρνητικές. Είναι σαφές λοιπόν ότι για την ενεργό φυματίωση τα πρωτόκολλα ασφαλείας και ελέγχου των αερογενών νοσημάτων εφαρμόζονται συστηματικά προς όφελος των εργαζομένων, συνθήκη που συμβαδίζει με πρόσφατα άρθρα και μετανάλλυσεις οι οποίες συνδέουν την εφαρμογή καλών πρακτικών στους χώρους υγείας με μειωμένα ποσοστά αντιφυματικών συνταγών στους επαγγελματίες υγείας(91-93). Σχετικά με τη λανθάνουσα φυματική λοίμωξη έχει περιγραφεί ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν προτίθενται να προβούν σε θεραπεία εκκρίωσης του μυκοβακτηριδίου ακόμα και αν

αποδειχθεί μόλυνση, θεωρώντας κυρίως ότι η νόσος δε θα εξελιχθεί σε ενεργό, καθώς και το χρονικό διάστημα της λανθάνουσας αγωγής σχετικά μακρύ(94, 95).

Η εκπαίδευση των νοσηλευτών του δείγματος μας σε θέματα που αφορούν τις εξελίξεις στη φυματίωση δείχνει να υστερεί σημαντικά συγκριτικά με εκείνοι των ιατρών. Από τις απαντήσεις προκύπτει ότι στο σύνολο τους οι εργαζόμενοι εκφράζουν την επιθυμία τους να ενημερωθούν σε υψηλά ποσοστά, αναδεικνύοντας την ανάγκη ανανέωσης των γνώσεων και διαρκούς ενημέρωσης. Σύμφωνα με πρόσφατα άρθρα η συνεχώς ανανεώσιμη γνώση σε θέματα που αφορούν τη φυματίωση, τις ανθεκτικές μορφές της νόσου και τις νεότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις μειώνει το άγχος και το αίσθημα ανασφάλειας κατά την εργασία, ενώ παράλληλα αυξάνει σημαντικά το επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας(96, 97).

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η εν λόγω διπλωματική εργασία διαθέτει ορισμένους περιορισμούς οι οποίοι πιθανόν να επηρέασαν τα αποτελέσματα της μελέτης. Πρώτον, επιλέχθηκαν μεγάλα τριτοβάθμια νοσοκομεία τα οποία έχουν πολυετή εμπειρία στη διαχείριση ασθενών με νοσήματα που μεταδίδονται με το αναπνευστικό. Ίσως, η ένταξη και επαρχιακών νοσοκομείων ή πρωτοβάθμιων δομών υγείας να διαφοροποιήσει τα δεδομένα. Ο αριθμός των συμμετεχόντων δεν είναι ιδιαίτερα μεγάλος και αυτό οφείλεται στην έλευση της πανδημίας του νέου κορονοϊού όπου τόσο οι μετακινήσεις όσο και οι προσωπικές επαφές ήταν περιορισμένες. Επιπρόσθετα, η πανδημία από τον νέο ιό με τα πρωτοφανή ιατρικά και κοινωνικά μέτρα μπορεί να επέδρασε καθοριστικά τις απαντήσεις των ερωτηθέντων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η διαμόρφωση ενός επαγγελματικά ορθού πλαισίου εργασίας στους χώρους παροχής υγείας είναι ευρέως αποδεκτό ότι αποτελεί καθοριστική παράμετρο για τη διατήρηση ενός καλού επίπεδου ευεξίας και ψυχικής υγείας του προσωπικού. Η μέχρι τώρα εργασιακή πολιτική στον τομέα της υγείας έχει περιοριστεί κυρίως στη θέσπιση κανόνων οι οποίες εξαντλούνται σε τυπικές μεθόδους ενημέρωσης, χωρίς να περιλαμβάνει τις ρεαλιστικές ανάγκες και τις διαβαθμισμένες ποιοτικές και ποσοτικές προτεραιότητες του προσωπικού με αποτέλεσμα το εργασιακό ωράριο να αποφαινεται απρόσωπο και στεγανοποιημένο(98).

Στην εν λόγω διπλωματική εργασία σύμφωνα με τα αποτελέσματα της δύναται να εξαχθούν συγκεκριμένες προτάσεις σχετικά με την υιοθέτηση στάσεων και συμπεριφορών από το υγειονομικό προσωπικό των πνευμονολογικών τμημάτων που θα συμβάλλει στην εύρυθμη λειτουργία τους και θα αυξήσει το παρεχόμενο επίπεδο φροντίδας στους πάσχοντες. Οι προτάσεις που δύναται να εκπονηθούν από την πτυχιακή εργασία έχουν ως εξής:

- Στελέχωση των πνευμονολογικών τμημάτων με ανθρώπινο δυναμικό με στόχο τη μείωση του φόρτου εργασίας και των εξαντλητικών ωραρίων ιδιαίτερα τους χειμερινούς μήνες
- Έλεγχος του προσωπικού των πνευμονολογικών τμημάτων βάσει συγκεκριμένων πρωτοκόλλων για ανίχνευση περιπτώσεων λανθάνουσας και ενεργού φυματίωσης ως μέθοδος πρώιμης διάγνωσης των κρουσμάτων
- Ενίσχυση των αντιφυματικών ιατρείων των νοσοκομείων και δυνατότητα εφαρμογής της άμεσα επιβλεπόμενης θεραπείας (DOTS)
- Τακτή και περιοδική ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στα πνευμονολογικά τμήματα σχετικά με τις νεότερες εξελίξεις για τα νοσήματα που μεταδίδονται με το αναπνευστικό
- Εφαρμογή χρονοδιαγράμματος αντιγριπικού εμβολιασμού και διάθεσης του εμβολίου σύμφωνα με τις τρέχουσες επιδημιολογικές συνθήκες και τις διεθνείς οδηγίες, με παράλληλη ενημέρωση των υγειονομικών ως προς την τεκμηριωμένη ασφάλεια και αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στη μείωση ενδονοσοκομειακής διασποράς
- Ανάπτυξη και επέκταση των συστημάτων επιτήρησης και καταγραφής των κρουσμάτων των αερογενών νοσημάτων με κύριο μέλημα τη συλλογή έγκαιρης και έγκυρης πληροφορίας από τους κρατικούς οργανισμούς όπως ο ΕΟΔΥ
- Εκπόνηση επιχειρησιακού σχεδίου με σκοπό τη διαχείριση καταστάσεων κρίσεων και κινδύνων επείγουσας επέμβασης σε πιθανή εμφάνιση αυξημένων κρουσμάτων γρίπης και φυματίωσης στα πνευμονολογικά τμήματα
- Ανάπτυξη και εφαρμογή ενός ενιαίου εθνικού προγράμματος δράσης για την πρόληψη και θεραπεία των αερογενών νοσημάτων με τη συμβολή επιστημονικών φορέων, οργανισμών και πολιτικής ηγεσίας υγείας

Η εφαρμογή πρωτοκόλλων για τα νοσήματα που μεταδίδονται από το αναπνευστικό όπως αυτό της εποχικής γρίπης και της φυματίωσης σε συνδυασμό με τη συνεχή εκπαίδευση και ανανέωση της γνώσης σε συνάρτηση με τα επικαιροποιημένα δεδομένα θα συνεισφέρουν στη μείωση της ενδονοσοκομειακής διασποράς στους εργαζόμενους. Παράλληλα, θα αυξήσουν την εμπιστοσύνη και το αίσθημα ασφάλειας βελτιώνοντας την εργασιακή απόδοση και τη συναδελφική αλληλεγγύη, και κατά συνέπεια και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και φροντίδας στους πάσχοντες. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από αυτή τη μελέτη παρέχουν νέες ιδέες στην κατανόηση των στάσεων και συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας στα δημόσια πνευμονολογικά τμήματα και εναπόκειται στην περαιτέρω έρευνα να αποσαφηνίσει περαιτέρω αντίστοιχες μελέτες στο μέλλον.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2018 Oct 1;178(10):1317-30.
2. Poon E, Liu KS, Cheong DL, Lee CK, Yam LY, Tang WN. Impact of severe respiratory syndrome on anxiety levels of front-line health care workers. *Hong Kong Med J.* 2004 Oct;10(5):325-30.
3. Ajzen I. The theory of planned behaviour: reactions and reflections. *Psychol Health.* 2011 Sep;26(9):1113-27.
4. [PREPARATION to combat Asiatic influenza]. *Calif Med.* 1957 Sep;87(3):205-7.
5. de St Maurice A, Halasa N. Preparing for the 2018-2019 influenza season. *Pediatr Transplant.* 2018 Nov;22(7):e13272.
6. Eccleston-Turner M, Phelan A, Katz R. Preparing for the Next Pandemic - The WHO's Global Influenza Strategy. *N Engl J Med.* 2019 Dec 5;381(23):2192-4.
7. Pappas G, Kiriakou IJ, Falagas ME. Insights into infectious disease in the era of Hippocrates. *Int J Infect Dis.* 2008 Jul;12(4):347-50.
8. Spinney L. The Spanish flu: an interdisciplinary problem. *Lancet.* 2018 Dec 15;392(10164):2552.
9. Paules C, Subbarao K. Influenza. *Lancet.* 2017 Aug 12;390(10095):697-708.
10. Wei VWI, Wong JYT, Perera R, Kwok KO, Fang VJ, Barr IG, et al. Incidence of influenza A(H3N2) virus infections in Hong Kong in a longitudinal sero-epidemiological study, 2009-2015. *PLoS One.* 2018;13(5):e0197504.
11. Grohskopf LA, Sokolow LZ, Broder KR, Walter EB, Fry AM, Jernigan DB. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices-United States, 2018-19 Influenza Season. *MMWR Recomm Rep.* 2018 Aug 24;67(3):1-20.
12. Grohskopf LA, Sokolow LZ, Broder KR, Walter EB, Bresee JS, Fry AM, et al. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, 2017-18 Influenza Season. *MMWR Recomm Rep.* 2017 Aug 25;66(2):1-20.
13. Iuliano AD, Roguski KM, Chang HH, Muscatello DJ, Palekar R, Tempia S, et al. Estimates of global seasonal influenza-associated respiratory mortality: a modelling study. *Lancet.* 2018 Mar 31;391(10127):1285-300.
14. Tekin S, Keske S, Alan S, Batirel A, Karakoc C, Tasdelen-Fisgin N, et al. Predictors of fatality in influenza A virus subtype infections among inpatients in the 2015-2016 season. *Int J Infect Dis.* 2019 Apr;81:6-9.
15. Reperant LA, Moesker FM, Osterhaus AD. Influenza: from zoonosis to pandemic. *ERJ Open Res.* 2016 Jan;2(1).
16. Dawood FS, Jain S, Finelli L, Shaw MW, Lindstrom S, Garten RJ, et al. Emergence of a novel swine-origin influenza A (H1N1) virus in humans. *N Engl J Med.* 2009 Jun 18;360(25):2605-15.
17. Gamblin SJ, Skehel JJ. Influenza hemagglutinin and neuraminidase membrane glycoproteins. *J Biol Chem.* 2010 Sep 10;285(37):28403-9.
18. Caini S, Kuszniierz G, Garate VV, Wangchuk S, Thapa B, de Paula Júnior FJ, et al. The epidemiological signature of influenza B virus and its B/Victoria and B/Yamagata lineages in the 21st century. *PLoS One.* 2019;14(9):e0222381.
19. Hill EM, Petrou S, de Lusignan S, Yonova I, Keeling MJ. Seasonal influenza: Modelling approaches to capture immunity propagation. *PLoS Comput Biol.* 2019 Oct;15(10):e1007096.

20. Gavigan P, McCullers JA. Influenza: annual seasonal severity. *Curr Opin Pediatr*. 2019 Feb;31(1):112-8.
21. Chow EJ, Doyle JD, Uyeki TM. Influenza virus-related critical illness: prevention, diagnosis, treatment. *Crit Care*. 2019 Jun 12;23(1):214.
22. Nguyen JL, Yang W, Ito K, Matte TD, Shaman J, Kinney PL. Seasonal Influenza Infections and Cardiovascular Disease Mortality. *JAMA Cardiol*. 2016 Jun 1;1(3):274-81.
23. Rosano A, Bella A, Gesualdo F, Acampora A, Pezzotti P, Marchetti S, et al. Investigating the impact of influenza on excess mortality in all ages in Italy during recent seasons (2013/14-2016/17 seasons). *Int J Infect Dis*. 2019 Nov;88:127-34.
24. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A, et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Int J Surg*. 2020 Apr;76:71-6.
25. Vijayanand P, Wilkins E, Woodhead M. Severe acute respiratory syndrome (SARS): a review. *Clin Med (Lond)*. 2004 Mar-Apr;4(2):152-60.
26. Hui DS, Azhar EI, Kim YJ, Memish ZA, Oh MD, Zumla A. Middle East respiratory syndrome coronavirus: risk factors and determinants of primary, household, and nosocomial transmission. *Lancet Infect Dis*. 2018 Aug;18(8):e217-e27.
27. Hu D, Zhu C, Ai L, He T, Wang Y, Ye F, et al. Genomic characterization and infectivity of a novel SARS-like coronavirus in Chinese bats. *Emerg Microbes Infect*. 2018 Sep 12;7(1):154.
28. Xiao K, Zhai J, Feng Y, Zhou N, Zhang X, Zou JJ, et al. Isolation of SARS-CoV-2-related coronavirus from Malayan pangolins. *Nature*. 2020 May 7.
29. Paraskevis D, Kostaki EG, Magiorkinis G, Panayiotakopoulos G, Sourvinos G, Tsiodras S. Full-genome evolutionary analysis of the novel corona virus (2019-nCoV) rejects the hypothesis of emergence as a result of a recent recombination event. *Infect Genet Evol*. 2020 Apr;79:104212.
30. Liu Y, Ning Z, Chen Y, Guo M, Gali NK, Sun L, et al. Aerodynamic analysis of SARS-CoV-2 in two Wuhan hospitals. *Nature*. 2020 Apr 27.
31. Zhang Y, Xiao M, Zhang S, Xia P, Cao W, Jiang W, et al. Coagulopathy and Antiphospholipid Antibodies in Patients with Covid-19. *N Engl J Med*. 2020 Apr 23;382(17):e38.
32. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *N Engl J Med*. 2020 Apr 24.
33. Gautret P, Lagier JC, Parola P, Hoang VT, Meddeb L, Sevestre J, et al. Clinical and microbiological effect of a combination of hydroxychloroquine and azithromycin in 80 COVID-19 patients with at least a six-day follow up: A pilot observational study. *Travel Med Infect Dis*. 2020 Mar-Apr;34:101663.
34. Joob B, Wiwanitkit V. Letter to the Editor: Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), Infectivity, and the Incubation Period. *J Prev Med Public Health*. 2020 Mar;53(2):70.
35. Some drugs for COVID-19. *Med Lett Drugs Ther*. 2020 Apr 6;62(1595):49-50.
36. Cao B, Wang Y, Wen D, Liu W, Wang J, Fan G, et al. A Trial of Lopinavir-Ritonavir in Adults Hospitalized with Severe Covid-19. *N Engl J Med*. 2020 May 7;382(19):1787-99.
37. Sheahan TP, Sims AC, Zhou S, Graham RL, Pruijssers AJ, Agostini ML, et al. An orally bioavailable broad-spectrum antiviral inhibits SARS-CoV-2 in human airway epithelial cell cultures and multiple coronaviruses in mice. *Sci Transl Med*. 2020 Apr 29;12(541).
38. Tu YF, Chien CS, Yarmishyn AA, Lin YY, Luo YH, Lin YT, et al. A Review of SARS-CoV-2 and the Ongoing Clinical Trials. *Int J Mol Sci*. 2020 Apr 10;21(7).
39. Salvi R, Patankar P. Emerging pharmacotherapies for COVID-19. *Biomed Pharmacother*. 2020 May 14:110267.
40. Jetley S, Jairajpuri ZS, Pujani M, Khan S, Rana S. Tuberculosis 'The Great Imitator': A usual disease with unusual presentations. *Indian J Tuberc*. 2017 Jan;64(1):54-9.

41. Pezzella AT. History of Pulmonary Tuberculosis. *Thorac Surg Clin*. 2019 Feb;29(1):1-17.
42. Barberis I, Bragazzi NL, Galluzzo L, Martini M. The history of tuberculosis: from the first historical records to the isolation of Koch's bacillus. *J Prev Med Hyg*. 2017 Mar;58(1):E9-E12.
43. Daniel TM, Iversen PA. Hippocrates and tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2015 Apr;19(4):373-4.
44. Daniel TM. The impact of tuberculosis on civilization. *Infect Dis Clin North Am*. 2004 Mar;18(1):157-65.
45. Daniel TM. Selman Abraham Waksman and the discovery of streptomycin. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2005 Feb;9(2):120-2.
46. Dheda K, Gumbo T, Maartens G, Dooley KE, Murray M, Furin J, et al. The Lancet Respiratory Medicine Commission: 2019 update: epidemiology, pathogenesis, transmission, diagnosis, and management of multidrug-resistant and incurable tuberculosis. *Lancet Respir Med*. 2019 Sep;7(9):820-6.
47. Diedrich CR, O'Hern J, Wilkinson RJ. HIV-1 and the Mycobacterium tuberculosis granuloma: A systematic review and meta-analysis. *Tuberculosis (Edinb)*. 2016 May;98:62-76.
48. Tiberi S, Migliori GB, Muhwa Chakaya J, Kaesava T, Al Abri SS, Wejse C, et al. Commemorating World TB Day 2020: "IT'S TIME" - It's time to End the Global TB Epidemic. *Int J Infect Dis*. 2020 Mar;92S:S1-S4.
49. Lytras T, Spala G, Bonovas S, Panagiotopoulos T. Evaluation of tuberculosis underreporting in Greece through comparison with anti-tuberculosis drug consumption. *PLoS One*. 2012;7(11):e50033.
50. Duarte R, Lönnroth K, Carvalho C, Lima F, Carvalho ACC, Muñoz-Torrico M, et al. Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV). *Pulmonology*. 2018 Mar-Apr;24(2):115-9.
51. Moreno S, Blázquez R, Novoa A, Carpena I, Menasalvas A, Ramírez C, et al. The effect of BCG vaccination on tuberculin reactivity and the booster effect among hospital employees. *Arch Intern Med*. 2001 Jul 23;161(14):1760-5.
52. Mehta JB, Dutt AK. Epidemiology and Host Factors. *Microbiol Spectr*. 2016 Dec;4(6).
53. Getahun H, Matteelli A, Chaisson RE, Raviglione M. Latent Mycobacterium tuberculosis infection. *N Engl J Med*. 2015 May 28;372(22):2127-35.
54. LoBue PA, Mermin JH. Latent tuberculosis infection: the final frontier of tuberculosis elimination in the USA. *Lancet Infect Dis*. 2017 Oct;17(10):e327-e33.
55. Drain PK, Bajema KL, Dowdy D, Dheda K, Naidoo K, Schumacher SG, et al. Incipient and Subclinical Tuberculosis: a Clinical Review of Early Stages and Progression of Infection. *Clin Microbiol Rev*. 2018 Oct;31(4).
56. Turner RD, Bothamley GH. Cough and the transmission of tuberculosis. *J Infect Dis*. 2015 May 1;211(9):1367-72.
57. Ortona L, Federico G. Pulmonary and extrapulmonary tuberculosis. *Rays*. 1998 Jan-Mar;23(1):64-77.
58. Shivakoti R, Sharma D, Mamoon G, Pham K. Association of HIV infection with extrapulmonary tuberculosis: a systematic review. *Infection*. 2017 Feb;45(1):11-21.
59. Hunter RL. The Pathogenesis of Tuberculosis: The Early Infiltrate of Post-primary (Adult Pulmonary) Tuberculosis: A Distinct Disease Entity. *Front Immunol*. 2018;9:2108.
60. Siddiqi K, Lambert ML, Walley J. Clinical diagnosis of smear-negative pulmonary tuberculosis in low-income countries: the current evidence. *Lancet Infect Dis*. 2003 May;3(5):288-96.
61. Nayak S, Acharjya B. Mantoux test and its interpretation. *Indian Dermatol Online J*. 2012 Jan;3(1):2-6.

62. Cobelens FG, Egwaga SM, van Ginkel T, Muwinge H, Matee MI, Borgdorff MW. Tuberculin skin testing in patients with HIV infection: limited benefit of reduced cutoff values. *Clin Infect Dis*. 2006 Sep 1;43(5):634-9.
63. Zhang Z, Fan W, Yang G, Xu Z, Wang J, Cheng Q, et al. Risk of tuberculosis in patients treated with TNF- α antagonists: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open*. 2017 Mar 22;7(3):e012567.
64. Rodrigues LC, Diwan VK, Wheeler JG. Protective effect of BCG against tuberculous meningitis and miliary tuberculosis: a meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 1993 Dec;22(6):1154-8.
65. Mangtani P, Abubakar I, Ariti C, Beynon R, Pimpin L, Fine PE, et al. Protection by BCG vaccine against tuberculosis: a systematic review of randomized controlled trials. *Clin Infect Dis*. 2014 Feb;58(4):470-80.
66. Criteria for discontinuation of vaccination programmes using Bacille Calmette-Guerin (BCG) in countries with a low prevalence of tuberculosis. A statement of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. *Tuber Lung Dis*. 1994 Jun;75(3):179-80.
67. Du F, Xie L, Zhang Y, Gao F, Zhang H, Chen W, et al. Prospective Comparison of QFT-GIT and T-SPOT.TB Assays for Diagnosis of Active Tuberculosis. *Sci Rep*. 2018 Apr 12;8(1):5882.
68. Auguste P, Tsertsvadze A, Pink J, Court R, McCarthy N, Sutcliffe P, et al. Comparing interferon-gamma release assays with tuberculin skin test for identifying latent tuberculosis infection that progresses to active tuberculosis: systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis*. 2017 Mar 9;17(1):200.
69. Pai M, Nicol MP, Boehme CC. Tuberculosis Diagnostics: State of the Art and Future Directions. *Microbiol Spectr*. 2016 Oct;4(5).
70. Sotgiu G, Nahid P, Loddenkemper R, Abubakar I, Miravittles M, Migliori GB. The ERS-endorsed official ATS/CDC/IDSA clinical practice guidelines on treatment of drug-susceptible tuberculosis. *Eur Respir J*. 2016 Oct;48(4):963-71.
71. Sterling TR, Njie G, Zenner D, Cohn DL, Reves R, Ahmed A, et al. Guidelines for the Treatment of Latent Tuberculosis Infection: Recommendations from the National Tuberculosis Controllers Association and CDC, 2020. *MMWR Recomm Rep*. 2020 Feb 14;69(1):1-11.
72. Duarte R, Neto M, Carvalho A, Barros H. Improving tuberculosis contact tracing: the role of evaluations in the home and workplace. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2012 Jan;16(1):55-9.
73. Mitchison DA. Treatment of tuberculosis. The Mitchell lecture 1979. *J R Coll Physicians Lond*. 1980 Apr;14(2):91-5, 8-9.
74. Nahid P, Mase SR, Migliori GB, Sotgiu G, Bothamley GH, Brozek JL, et al. Treatment of Drug-Resistant Tuberculosis. An Official ATS/CDC/ERS/IDSA Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019 Nov 15;200(10):e93-e142.
75. Arda B, Durusoy R, Yamazhan T, Sipahi OR, Taşbakan M, Pullukçu H, et al. Did the pandemic have an impact on influenza vaccination attitude? A survey among health care workers. *BMC Infect Dis*. 2011 Apr 7;11:87.
76. Esposito S, Bosis S, Pelucchi C, Tremolati E, Sabatini C, Semino M, et al. Influenza vaccination among healthcare workers in a multidisciplinary University hospital in Italy. *BMC Public Health*. 2008 Dec 23;8:422.
77. Rehmani R, Memon JI. Knowledge, attitudes and beliefs regarding influenza vaccination among healthcare workers in a Saudi hospital. *Vaccine*. 2010 Jun 11;28(26):4283-7.
78. Nap RE, Andriessen MP, Meessen NE, Miranda Ddos R, van der Werf TS. Pandemic influenza and excess intensive-care workload. *Emerg Infect Dis*. 2008 Oct;14(10):1518-25.
79. Ippolito M, Vitale F, Accurso G, Iozzo P, Gregoretta C, Giarratano A, et al. Medical masks and Respirators for the Protection of Healthcare Workers from SARS-CoV-2 and other viruses. *Pulmonology*. 2020 Apr 27.

80. Bin-Reza F, Lopez Chavarrias V, Nicoll A, Chamberland ME. The use of masks and respirators to prevent transmission of influenza: a systematic review of the scientific evidence. *Influenza Other Respir Viruses*. 2012 Jul;6(4):257-67.
81. Schmid P, Rauber D, Betsch C, Lidolt G, Denker ML. Barriers of Influenza Vaccination Intention and Behavior - A Systematic Review of Influenza Vaccine Hesitancy, 2005 - 2016. *PLoS One*. 2017;12(1):e0170550.
82. Dini G, Toletone A, Sticchi L, Orsi A, Bragazzi NL, Durando P. Influenza vaccination in healthcare workers: A comprehensive critical appraisal of the literature. *Hum Vaccin Immunother*. 2018 Mar 4;14(3):772-89.
83. Abramson ZH. What, in Fact, Is the Evidence That Vaccinating Healthcare Workers against Seasonal Influenza Protects Their Patients? A Critical Review. *Int J Family Med*. 2012;2012:205464.
84. Patterson JE, Cadena J, Prigmore T, Bowling J, Ayala BA, Kirkman L, et al. Improving health care workers for seasonal influenza vaccination at university health system: a paradigm for closing the quality chasm. *Trans Am Clin Climatol Assoc*. 2011;122:166-73.
85. Schmidt BM, Engel ME, Abdullahi L, Ehrlich R. Effectiveness of control measures to prevent occupational tuberculosis infection in health care workers: a systematic review. *BMC Public Health*. 2018 May 25;18(1):661.
86. Diel R, Nienhaus A, Witte P, Ziegler R. Protection of healthcare workers against transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in hospitals: a review of the evidence. *ERJ Open Res*. 2020 Jan;6(1).
87. Diel R, Niemann S, Nienhaus A. Risk of tuberculosis transmission among healthcare workers. *ERJ Open Res*. 2018 Apr;4(2).
88. Shi Y, Xue H, Ma Y, Wang L, Gao T, Shi L, et al. Prevalence of occupational exposure and its influence on job satisfaction among Chinese healthcare workers: a large-sample, cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020 Apr 16;10(4):e031953.
89. Engelbrecht M, Janse van Rensburg A, Kigozi G, van Rensburg HD. Factors associated with good TB infection control practices among primary healthcare workers in the Free State Province, South Africa. *BMC Infect Dis*. 2016 Nov 4;16(1):633.
90. Sosa LE, Njie GJ, Lobato MN, Bamrah Morris S, Buchta W, Casey ML, et al. Tuberculosis Screening, Testing, and Treatment of U.S. Health Care Personnel: Recommendations from the National Tuberculosis Controllers Association and CDC, 2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019 May 17;68(19):439-43.
91. Janagond AB, Ganesan V, Vijay Kumar GS, Ramesh A, Anand P, Mariappan M. Screening of health-care workers for latent tuberculosis infection in a Tertiary Care Hospital. *Int J Mycobacteriol*. 2017 Jul-Sep;6(3):253-7.
92. van der Werf MJ, Langendam MW, Huitric E, Manissero D. Knowledge of tuberculosis-treatment prescription of health workers: a systematic review. *Eur Respir J*. 2012 May;39(5):1248-55.
93. Mok JH. Diagnosis and Treatment of Latent Tuberculosis Infection in Healthcare Workers. *Tuberc Respir Dis (Seoul)*. 2016 Jul;79(3):127-33.
94. Almufty HB, Abdulrahman IS, Merza MA. Latent Tuberculosis Infection among Healthcare Workers in Duhok Province: From Screening to Prophylactic Treatment. *Trop Med Infect Dis*. 2019 May 23;4(2).
95. Han SS, Lee SJ, Yim JJ, Song JH, Lee EH, Kang YA. Evaluation and treatment of latent tuberculosis infection among healthcare workers in Korea: A multicentre cohort analysis. *PLoS One*. 2019;14(9):e0222810.
96. Nathavitharana RR, Bond P, Dramowski A, Kotze K, Lederer P, Oxley I, et al. Agents of change: The role of healthcare workers in the prevention of nosocomial and occupational tuberculosis. *Presse Med*. 2017 Mar;46(2 Pt 2):e53-e62.

97. Dick J, Lewin S, Rose E, Zwarenstein M, Walt H. Changing professional practice in tuberculosis care: an educational intervention. *J Adv Nurs*. 2004 Dec;48(5):434-42.
98. Ross A, Bevans M, Brooks AT, Gibbons S, Wallen GR. Nurses and Health-Promoting Behaviors: Knowledge May Not Translate Into Self-Care. *AORN J*. 2017 Mar;105(3):267-75.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παράρτημα Εικόνων

| | |
|----------|---|
| Εικόνα 1 | Το σύνολο των αριθμών των κρουσμάτων εποχικής γρίπης για τα έτη 2018-2019 & 2019-2020 |
| Εικόνα 2 | Απεικόνιση της επίπτωσης των εργαστηριακών επιβεβαιωμένων κρουσμάτων φυματίωσης σύμφωνα με την έκθεση του ΠΟΥ σε συνεργασία με το ECDC για το έτος 2020 |
| Εικόνα 3 | Η τεχνική της ενδοδερμικής έγχυσης 0.1ml στο αντιβαχίonio με την τήρηση των κανόνων υγιεινής |

Παράρτημα Πινάκων

| | |
|-----------|--|
| Πίνακας 1 | Απεικόνιση των δηλωθέντων κρουσμάτων Ελληνικής και αλλοδαπής εθνικότητας για το έτος 2018 από τον ΕΟΔΥ |
| Πίνακας 2 | Απεικόνιση του σχετικού κινδύνου ανάπτυξης κινδύνου TB σε ασθενείς με υποκείμενα νοσήματα |
| Πίνακας 3 | Ομάδες πληθυσμού στις οποίες η φυματινοαντίδραση Mantoux θεωρείται θετική στα 5 χιλιοστά |
| Πίνακας 4 | Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων |
| Πίνακας 5 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων που αφορούν τη βαρύτητα της εποχικής γρίπης |
| Πίνακας 6 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων που αφορούν τη νοσηρότητα και θνητότητα της εποχικής γρίπης |
| Πίνακας 7 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων που αφορούν την υιοθέτηση συγκεκριμένων συμπεριφορών και στάσεων σχετικά με την εποχική γρίπη |
| Πίνακας 9 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων που αφορούν τη βαρύτητα της φυματίωσης |

Παράρτημα Σχημάτων

| | |
|-----------------|--|
| Σχήμα 1 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων για πιθανή νόσηση από νέα γρίπη λόγω της εργασίας στο νοσοκομείο |
| Σχήμα 2 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με την πιθανότητα μόλυνσης μέλους της οικογένειας λόγω της εποχικής γρίπης |
| Σχήμα 3 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με την ανησυχία τους στην εργασία τους λόγω της εποχικής γρίπης |
| Σχήμα 4 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με το αίσθημα ασφάλειας στην εργασία λόγω της εποχικής γρίπης |
| Σχήμα 5 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά την αύξηση του φόρτου εργασίας |
| Σχήμα 6 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με τη συχνότητα επιθυμίας λήψης άδειας λόγω της εποχικής γρίπης |
| Σχήμα 7 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με την επιθυμία αλλαγής θέσης/τμήματος λόγω της εποχικής γρίπης |
| Σχήμα 8 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με την παρακολούθηση κάποιου εκπαιδευτικού σεμιναρίου/προγράμματος σχετικά με την εποχική γρίπη |
| Σχήμα 9 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με την κύρια πηγή ενημέρωσης για την εποχική γρίπη |
| Σχήμα 10 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων για πιθανή επαφή με κρούσμα φυματίωσης λόγω της εργασίας τους στο νοσοκομείο |
| Σχήμα 11 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων για πιθανή επαφή με κρούσμα φυματίωσης εκτός νοσοκομείου |
| Σχήμα 12 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων για πιθανή φυματική μόλυνση μέλους οικογένειας λόγω της εργασίας τους |
| Σχήμα 13 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με την ανησυχία τους στην εργασία λόγω της φυματίωσης |
| Σχήμα 14 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με το αίσθημα ασφάλειας στην εργασία λόγω της φυματίωσης |
| Σχήμα 15 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με την επιθυμία αλλαγής θέσης/τμήματος λόγω της φυματίωσης |
| Σχήμα 16 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με την πιθανότητα επαφής με επιβεβαιωμένα ή πιθανά κρούσματα φυματίωσης |
| Σχήμα 17 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με τη διενέργεια εξέτασης με την υποψία μόλυνσης από φυματίωση |
| Σχήμα 18 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με τη λήψη αντιφυματικής αγωγής |
| Σχήμα 19 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με τη λήψη λανθάνουσας αγωγής |
| Σχήμα 20 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με την παρακολούθηση κάποιου εκπαιδευτικού σεμιναρίου/προγράμματος σχετικά με τη φυματίωση |
| Σχήμα 21 | Απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με την κύρια πηγή ενημέρωσης για τη φυματίωση |

Ερωτηματολόγιο:

Στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος "Διεθνής Ιατρική- Διαχείριση Κρίσεων" διεξάγεται μια μελέτη με ανώνυμα ερωτηματολόγια σχετικά με την εποχική γρίπη και τη φυματίωση. Η συμμετοχή σας είναι πολύτιμη στην προσπάθεια κατανόησης της συμπεριφοράς και στάσης των εργαζομένων που στο χώρο εργασίας τους προσέρχονται ασθενείς με την πιθανή ή επιβεβαιωμένη διάγνωση της εποχικής γρίπης ή την πιθανή ή επιβεβαιωμένη διάγνωση της φυματίωσης. Σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε το παρόν ερωτηματολόγιο. Ευχαριστούμε πολύ.

ΕΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΕΠΟΧΙΚΗ ΓΡΙΠΗ

| ΒΑΛΤΕ (✓) ΣΤΟ ΤΕΤΡΑΓΩΝΟ ΠΟΥ ΕΚΦΡΑΖΕΙ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ | 1: Συμφωνώ | 2: Μάλλον συμφωνώ | 3: Μάλλον διαφωνώ | 4: Διαφωνώ | 5: Δεν γνωρίζω |
|---|-------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|-----------------------|
| 1. Η εποχική γρίπη είναι μια ελαφριά αρρώστια και κακώς γίνεται τόσο θόρυβος. | | | | | |
| 2. Η εποχική γρίπη αποτελεί μεγάλο κίνδυνο για την υγεία του καθενός από μας. | | | | | |
| 3. Στο νοσοκομείο τηρούνται οι βασικοί κανόνες υγιεινής, αποστείρωσης και απολύμανσης των χώρων. | | | | | |
| 4. Στις συνθήκες εργασίας του νοσοκομείου είναι εύκολη η τήρηση των οδηγιών για την εποχική γρίπη. | | | | | |
| 5. Το ΚΕΕΛΠΝΟ αντιμετωπίζει με επιτυχία την εποχική γρίπη. | | | | | |
| 6. Το ΕΣΥ είναι έτοιμο να αντιμετωπίσει πιθανή εκτεταμένη εξάπλωση της εποχικής γρίπη στη χώρα. | | | | | |
| 7. Έχω εμπιστοσύνη ότι το κράτος θα προστατέψει την υγεία μας. | | | | | |
| Μέχρι το τέλος του χειμώνα: | | | | | |
| | 1: Συμφωνώ | 2: Μάλλον συμφωνώ | 3: Μάλλον διαφωνώ | 4: Διαφωνώ | 5: Δεν γνωρίζω |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 8. Θα αρρωστήσουν σοβαρά ελάχιστοι άνθρωποι, γιατί η εποχική γρίπη είναι πολύ ελαφριά αρρώστια. | | | | | |
| 9. Θα αρρωστήσουν σοβαρά τόσο πολλοί που δεν θα επαρκούν οι κλίνες νοσηλείας. | | | | | |
| 10. Θα αρρωστήσουν σοβαρά τόσο πολλοί που δεν θα επαρκούν οι κλίνες στις ΜΕΘ. | | | | | |
| 11. Θα πεθάνει μεγάλος αριθμός ανθρώπων από εποχική γρίπη στην Ελλάδα. | | | | | |
| 12. Θα πεθάνει μικρός αριθμός ανθρώπων από εποχική γρίπη στην Ελλάδα. | | | | | |

| ΒΑΛΤΕ (✓) ΣΤΟ ΤΕΤΡΑΓΩΝΟ ΠΟΥ ΕΚΦΡΑΖΕΙ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ | | | | | |
|---|-------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|-----------------------|
| Από την έναρξης περιόδου για την εποχική γρίπη: | | | | | |
| | 1: Συμφωνώ | 2: Μάλλον συμφωνώ | 3: Μάλλον διαφωνώ | 4: Διαφωνώ | 5: Δεν γνωρίζω |
| 1. πλένω συχνότερα τα χέρια μου. | | | | | |
| 2. χρησιμοποιώ πιο συχνά γάντια. | | | | | |
| 3. φοράω πιο συχνά μάσκα. | | | | | |
| 4. βάζω συχνότερα θερμόμετρο. | | | | | |
| 5. γυμνάζομαι περισσότερο για να βελτιώσω την υγεία μου. | | | | | |
| 6. προσέχω περισσότερο τη διατροφή μου για να βελτιώσω την υγεία μου. | | | | | |
| 7. αποφεύγω τους κλειστούς χώρους με πολύ κόσμο (π.χ, μετρό, θέατρο, μπαρ) για να μην αρρωστήσω. | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ | | | | | | | | | | |
| Μέχρι το τέλος του χειμώνα: | ΑΠΟ 1 (ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ) ΕΩΣ 10 (ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ) | | | | | | | | | |
| 1. πόσο πιθανό νομίζετε ότι είναι να κολλήσετε νέα γρίπη λόγω της εργασίας σας στο νοσοκομείο; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 2. πόσο πιθανό νομίζετε ότι είναι να κολλήσει εποχική γρίπη κάποιος από την οικογένειά σας λόγω της δικής σας εργασίας στο νοσοκομείο; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ | ΑΠΟ 1 (ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ) ΕΩΣ 10 (ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ) | | | | | | | | | |
| 3. Πόση ανησυχία νοιώθετε στην εργασία σας σχετικά με την εποχική γρίπη; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 4. Πόση ασφάλεια νοιώθετε στην εργασία σας σχετικά με την εποχική γρίπη; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 5. Πόσο έχει αυξηθεί ο φόρτος εργασίας σας; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 6. Πόσο συχνά σκέφτεστε να πάρετε άδεια από την εργασία σας; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 7. Πόσο συχνά σκέφτεστε να αλλάξετε θέση/τμήμα εργασίας; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΒΑΛΤΕ ΤΣΕΚ (✓) ΣΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ

1. Έχετε έρθει σε επαφή με ασθενείς που έχουν χαρακτηριστεί επιβεβαιωμένα ή πιθανά κρούσματα της εποχικής γρίπης;

(1) Όχι (2) Ναι (3) Δεν γνωρίζω

2. Έχετε εξεταστεί με την υποψία ότι μπορεί να έχετε την εποχική γρίπη;

(1) Όχι (2) Ναι

3. Έχετε λάβει Tamiflu;

(1) Όχι (2) Ναι

4. Είχατε εμβολιαστεί πέρυσι με το εμβόλιο της εποχικής γρίπης;

(1) Όχι (2) Ναι (3) Δεν γνωρίζω

5. Σκοπεύετε φέτος να εμβολιαστείτε με το εμβόλιο της εποχικής γρίπης;

(1) Όχι (2) Ναι (3) Έχω ήδη εμβολιαστεί (3) Δεν γνωρίζω

6. Θεωρείτε ασφαλές το εμβόλιο της εποχικής γρίπης;

(1) Όχι (2) Ναι (4) Δεν γνωρίζω

7. Εφόσον συστηθεί από το Υπουργείο Υγείας, προτίθεστε να εμβολιάσετε τα παιδιά σας με το εμβόλιο της εποχικής γρίπης;

(1) Όχι (2) Ναι (3) Δεν έχω παιδιά (4) Δεν γνωρίζω

8. Έχετε παρακολουθήσει κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα/σεμινάριο σχετικά με την εποχική γρίπη;

(1) Όχι (2) Ναι

ΕΑΝ ΟΧΙ, θα το επιθυμούσατε; (1) Όχι (2) Ναι (3) Δεν γνωρίζω

ΕΑΝ ΝΑΙ, σας φάνηκε χρήσιμο; (1) Όχι (2) Ναι (3) Δεν γνωρίζω

9. Ποια είναι η κύρια πηγή ενημέρωσής σας για την εποχική γρίπη;

(1) Τηλεόραση (2) Ραδιόφωνο

(3) Εφημερίδες (4) Επιστημονικά περιοδικά

(5) Συνάδελφοι (6) Διαδίκτυο

(7) Άλλο.....

ΕΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

| ΒΑΛΤΕ (✓) ΣΤΟ ΤΕΤΡΑΓΩΝΟ ΠΟΥ ΕΚΦΡΑΖΕΙ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ | 1: Συμφωνώ | 2: Μάλλον συμφωνώ | 3: Μάλλον διαφωνώ | 4: Διαφωνώ | 5: Δεν γνωρίζω |
|--|-------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|-----------------------|
| 1. Η φυματίωση αποτελεί μικρό κίνδυνο για την υγεία του καθενός από μας. | | | | | |
| 2. Η φυματίωση αποτελεί μεγάλο κίνδυνο για την υγεία του καθενός από μας. | | | | | |
| 3. Στο νοσοκομείο που εργάζεστε τηρούνται οι βασικοί κανόνες υγιεινής και αερισμού των χώρων. | | | | | |
| 4. Στις συνθήκες εργασίας του νοσοκομείου είναι εύκολη η τήρηση των μέσων ατομικής προστασίας για τη φυματίωση. | | | | | |
| 5. Το ΚΕΕΛΠΝΟ αντιμετωπίζει με επιτυχία τα κρούσματα φυματίωσης. | | | | | |
| 6. Το ΕΣΥ είναι έτοιμο να αντιμετωπίσει πιθανή αύξηση περιστατικών φυματίωσης στη χώρα. | | | | | |
| 7. Έχω εμπιστοσύνη ότι το κράτος θα προστατέψει την υγεία μας. | | | | | |

| ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ | | | | | | | | | | |
|--|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| ΒΑΛΤΕ (✓) ΣΤΟ ΤΕΤΡΑΓΩΝΟ ΠΟΥ ΕΚΦΡΑΖΕΙ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ | ΑΠΟ 1 (ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ) ΕΩΣ 10 (ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ) | | | | | | | | | |
| 1. πόσο πιθανό νομίζετε ότι είναι να έρθετε σε επαφή με φυματίωση λόγω της εργασίας σας στο νοσοκομείο; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 2. πόσο πιθανό νομίζετε ότι είναι να έρθετε σε επαφή με φυματίωση εκτός της εργασίας σας στο νοσοκομείο; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3. πόσο πιθανό νομίζετε ότι είναι να νοσήσετε από φυματίωση λόγω της εργασίας σας στο νοσοκομείο; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 4. πόσο πιθανό νομίζετε ότι είναι να νοσήσει από φυματίωση κάποιος από την οικογένειά σας λόγω της δικής σας εργασίας στο νοσοκομείο; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ | ΑΠΟ 1 (ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ) ΕΩΣ 10 (ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ) | | | | | | | | | |
| 5. Πόση ανησυχία νοιώθετε στην εργασία σας σχετικά με τη φυματίωση; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 6. Πόση ασφάλεια νοιώθετε στην εργασία σας σχετικά με φυματίωση; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 7. Πόσο συχνά σκέφτεστε να αλλάξετε θέση/τμήμα εργασίας λόγω της επαφής σας με ασθενείς με φυματίωση; | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΒΑΛΤΕ ΤΣΕΚ (✓) ΣΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ

1. Έχετε έρθει σε επαφή με ασθενείς που έχουν χαρακτηριστεί επιβεβαιωμένα ή πιθανά κρούσματα φυματίωσης;

(1)Όχι (2)Ναι (3)Δεν γνωρίζω

2. Έχετε εξεταστεί με την υποψία ότι μπορεί να έχετε μολυνθεί από φυματίωση;

(1)Όχι (1)Ναι

3. Έχετε λάβει αντιφυματική αγωγή;

(1)Όχι (2)Ναι

4. Έχετε λάβει αγωγή για λανθάνουσα μορφή φυματίωσης;

(1)Όχι (2)Ναι

5. Έχετε παρακολουθήσει κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα/σεμινάριο σχετικά με τη φυματίωση;

(1)Όχι (2)Ναι

ΕΑΝ ΟΧΙ, θα το επιθυμούσατε; (1)Όχι (2)Ναι (3)Δεν γνωρίζω

ΕΑΝ ΝΑΙ, σας φάνηκε χρήσιμο; (1)Όχι (2)Ναι (3)Δεν γνωρίζω

10. Ποια είναι η κύρια πηγή ενημέρωσής σας για τη φυματίωση;

(1)Τηλεόραση (2)Ραδιόφωνο

(3)Εφημερίδες (4)Επιστημονικά περιοδικά

(5)Συνάδελφοι (6)Διαδίκτυο

(7)Άλλο.....

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΒΑΛΤΕ ΤΣΕΚ (✓) ΣΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ

1. Φύλο:

- (1) Άνδρας (2) Γυναίκα

2. Ηλικία:

- (1) <20 ετών (2) 20-29 ετών
 (3) 30-39 ετών (4) 40-49 ετών
 (5) 50-59 ετών (6) ≥60 ετών

4. Η επαγγελματική ιδιότητα σας είναι:

- (1) Γιατρός (2) Νοσηλεύτης/τρια

5. Η Εργασιακή σχέση σας είναι:

- (1) Μόνιμη (2) Σύμβαση αορίστου χρόνου
 (3) Σύμβαση ορισμένου χρόνου (4) Άλλο

6. Ποια τάξη του σχολείου ή σχολής έχετε τελειώσει;

- (1) Απόφοιτος λυκείου / ΣΤ' γυμνασίου (2) Απόφοιτος ΤΕΙ
 (3) Απόφοιτος ΑΕΙ (4) Άλλο

7. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

- (1) Άγαμος/η (2) Έγγαμος/η (3) Διαζευγμένος/η ή σε διάσταση
 (4) Χήρος/α (5) Άλλο.....

8. Έχετε παιδιά;

- (1) Όχι (2) Ναι Εάν Ναι, πόσα;.....

9. Ποια είναι η χώρα καταγωγής σας;

- (1) Ελλάδα (2) Άλλη χώρα ποια;.....