



ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΟΝ
ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ Γ.Ν.Ν.Θ.Α. Η "ΣΩΤΗΡΙΑ".

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΟΦΙΑ ΜΠΟΥΛΟΥΓΑΡΗ

ΑΜ : 5122Μ015

ΑΘΗΝΑ, 2023

Τριμελής Επιτροπή

Μαρία Στρατηγάκη, Καθηγήτρια, Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, Πάντειο Πανεπιστήμιο (Επιβλέπουσα)

Γεωργία Πετράκη, Καθηγήτρια, Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής Πάντειο Πανεπιστήμιο
Αγγελική Αθανασοπούλου, ΕΔΙΠ, Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής Πάντειο Πανεπιστήμιο

Copyright Σοφία Μπουλούγαρη, 2023

All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διπλωματικής εργασίας εξολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διπλωματικής εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τη συγγραφέα.

Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από το Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δε δηλώνει αποδοχή των γνώμων της συγγραφέως.

Ευχαριστίες

Η ευθύνη για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας βαρύνει εξ ολοκλήρου εμένα, ωστόσο θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον άνθρωπο που συνέβαλε καθοριστικά στην ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας. Ευχαριστώ πολύ την επιβλέπουσά μου καθηγήτρια Μαρία Στρατηγάκη, που με την πολύτιμή της καθοδήγηση και υποστήριξη, καθώς τις εύστοχες παρατηρήσεις της, μου άνοιγε διαρκώς νέους δρόμους και με βοήθησε στο να ολοκληρώσω το όμορφο ταξίδι της γνώσης.

Επιπλέον, ευχαριστώ πολύ όλες τις συμμετέχουσες στην έρευνα, γυναίκες εργαζόμενες στον ευαίσθητο χώρο της υγείας και συγκεκριμένα στο ιστορικό Νοσοκομείο Σωτηρία, που δίνουν με δύναμη και αυταπάρνηση τον καλύτερο εαυτό τους για να απαλύνουν τον ανθρώπινο πόνο.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στο γιο μου Ανδρέα για την αγάπη του, την πίστη του σε εμένα και την υποστήριξή του σε όλη αυτή την προσπάθεια.

Περιεχόμενα

Περίληψη	5 – 6
Abstract	7
Εισαγωγή	8 - 10
A ΜΕΡΟΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	11
Κεφάλαιο πρώτο: Το Σύστημα Υγείας της Ελλάδας και η αντιμετώπιση του covid-19	11
1.1 Η υγεία ως δικαίωμα	11
1.2 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας	12 – 14
1.3 Η αντιμετώπιση της πανδημίας covid-19	15 – 16
Κεφάλαιο δεύτερο: Η εργασία των γυναικών στον τομέα δημόσιας υγείας και φροντίδας	17
2.1 Η ένταξη των γυναικών στη μισθωτή εργασία	17 – 19
2.2 Η συμφιλίωση εργασίας και οικογένειας και οι πολιτικές που αναπτύσσονται στο δημόσιο τομέα	20 – 21
2.3 Η εργασία των γυναικών στη δημόσια υγεία κατά τη διάρκεια της Πανδημίας	21 – 22
Κεφάλαιο τρίτο: Οι επιπτώσεις της πανδημίας στην ποιότητα ζωής των εργαζόμενων γυναικών στην δημόσια υγεία	23
3.1 Ορισμός της ποιότητας ζωής	23 – 24
3.2 Προσεγγίσεις σχετικά με την ποιότητα ζωής	24 – 25
3.3 Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία	26 – 27
3.4 Η επίδραση της πανδημίας στην ποιότητα ζωής των εργαζομένων γυναικών στη δημόσια υγεία	27 – 29
B ΜΕΡΟΣ ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ Μεθοδολογία της έρευνας	29 – 31
Κεφάλαιο τέταρτο: Πεδίο διεξαγωγής της έρευνας Νοσοκομείο αναφοράς Γενικό Νοσοκομείο “Σωτηρία”	32
4.1 Το πρώτο Ελληνικό λαϊκό Νοσοκομείο – Σανατόριο “Σωτηρία”	32 – 33
4.2 Σωτηρία η “κόλαση των ζωντανών”	34 – 35
4.3 Το Γενικό Νοσοκομείο “Η Σωτηρία”	35 – 36
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	37
Κεφάλαιο πέμπτο: Η εξέλιξη των συνθηκών εργασίας των εργαζόμενων γυναικών πριν κατά τη διάρκεια – και μετά την πανδημία	37 – 42
Κεφάλαιο έκτο: Οι επιδράσεις της πανδημίας στην ποιότητα ζωής των εργαζόμενων γυναικών	43 – 48
Κεφάλαιο έβδομο: Τρόποι διαχείρισης των αρνητικών επιδράσεων	49 – 54
Συμπέρασμα Συζήτηση	55 – 58
Περιορισμοί Προτάσεις	58 – 59
Βιβλιογραφία	60 – 64
Παράρτημα 1	65 – 66
Παράρτημα 2	67
Παράρτημα 3	68
Παράρτημα 4	69

Περίληψη

Από τις αρχές του 21^{ου} αιώνα η εμφάνιση επιδημιών και μολυσματικών ασθενειών γίνεται ολοένα και πιο συχνή και πολύπλοκη με αποτέλεσμα να τίθεται σε κίνδυνο η υγεία του πληθυσμού και ιδιαίτερα των εργαζόμενων στον τομέα της υγείας. Το ξέσπασμα της πανδημίας covid-19 είχε τη δυνατότητα να επηρεάσει αρνητικά σε υψηλότερο βαθμό από τις προηγούμενες πανδημίες, τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Τα τελευταία χρόνια, το δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, αντιμετωπίζει και επιδεινώθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας, σοβαρές προκλήσεις, απόρροια της οικονομικής κρίσης, καθώς και μιας κλιμακούμενης προσφυγικής κρίσης. Με την έλευση της πανδημίας, αρκετές ήταν οι έρευνες οι οποίες ανέδειξαν τα προβλήματα που βίωσαν οι επαγγελματίες υγείας στα νοσοκομεία αναφοράς covid-19 και ιδιαίτερα οι γυναίκες εργαζόμενες, καθότι, εκτός των άλλων, καλούνται να αντεπεξέλθουν σε πολλαπλούς ρόλους και να συνδυάσουν την οικογενειακή με την επαγγελματική τους ζωή. Η απομόνωση, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η αύξηση των κρουσμάτων και των θανάτων από τη νόσο, τόσο σε παγκόσμιο όσο και σε εγχώριο επίπεδο, έχουν αυξήσει την αβεβαιότητα και έχουν καταδείξει αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής και στην ψυχική υγεία των εργαζόμενων στην υγεία.

Η παρούσα εργασία στοχεύει να διερευνήσει τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (health related quality of life) των εργαζόμενων γυναικών στο χώρο της υγείας, καθώς και τις επιπτώσεις της πανδημίας στις συνθήκες της εργασίας τους. Στο πρώτο μέρος της εργασίας γίνεται αναφορά στο σύστημα υγείας της Ελλάδας, στην εργασία των γυναικών στο δημόσιο τομέα υγείας και στις επιπτώσεις που επέφερε ο covid-19 στην ποιότητα της ζωής τους. Στο ερευνητικό μέρος της παρούσας εργασίας, μέσω συνεντεύξεων με δέκα εργαζόμενες γυναίκες σε νοσοκομείο αναφοράς covid-19, αναδεικνύονται οι επιπτώσεις που είχε η πανδημία κατά τη διάρκειά της αλλά και μετά στις συνθήκες εργασίας τους, στην ποιότητα της ζωής τους και το πόσο αυτή επηρεάστηκε από την επαγγελματική εξουθένωση που βίωσαν. Επιπλέον, οι συμμετέχουσες εκφράζουν προτάσεις για ανάπτυξη πολιτικών σχετικά με τη μείωση των αρνητικών επιδράσεων της πανδημίας, καθώς και για την αντιμετώπιση μιας νέας πανδημίας στο μέλλον. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναδειχθεί σε ποιους τομείς της ζωής των εργαζόμενων γυναικών της πρώτης γραμμής του νοσοκομείου

υπήρξαν προβλήματα (σωματικά, ψυχολογικά, συναισθηματικά, κοινωνικά, οικογενειακά, εργασιακά), κατά τη διάρκεια της πανδημίας covid-19.

Λέξεις κλειδιά: Δημόσια υγεία, πανδημία, εργαζόμενες γυναίκες στην υγεία , ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία, εργασιακή εξουθένωση.

Abstract

Since the beginning of 21st century, the occurrence of epidemics and infectious diseases has become increasingly frequent and complex with the result that the health of the population, and especially of health workers, is at risk. The outbreak of the covid-19 pandemic had the potential to negatively affect both the physical and mental health of healthcare professionals to a degree than previous pandemics. In recent years, the public health care system in Greece has faced and worsened during the pandemic serious challenges, at the result of the economic crisis, as well as an escalating refugee crisis. With the advent of the pandemic, there were several investigations that highlighted the problems experienced by health professionals in covid-19 reference hospitals and especially women female workers since, among other things, they are called upon to cope with multiple roles and combine family with their professional life. Isolation, social exclusion, increasing cases and deaths from the disease, both globally and domestically, have increased uncertainty and demonstrated a negative impact on the quality of life and mental health of health workers.

This work aims to investigate the (health related quality of life) of working women in the health field, as well as the effects of pandemic on their working conditions. In the first part of the paper, reference is made to the health system of Greece, the work of women in the public health sector and the effects that covid-19 has had on their quality of life. In the research part of this work, through interviews with ten working women in a covid-19 reference hospital, the effects that the pandemic had during its duration and also afterwards on their working condition, on their quality of life and how much it was affected by the burnout they experienced. In addition, the participants express proposals for the development of policies regarding the reduction of negative effects, as well as for dealing with a new pandemic in the future. The purpose of this paper is to show in which areas of life the working women of the front line of the hospital had problems (physical, psychological, emotional, social, family, work) during the pandemic covid-19.

Key words: Public health, pandemic, female health workers, health related quality of life, work burnout.

Εισαγωγή

Στην παρούσα διπλωματική εργασία εξετάζεται το κατά πόσο η πανδημία της νόσου covid-19 επέδρασε στη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζόμενων γυναικών στο χώρο της υγείας και ιδιαίτερα στο χώρο της τριτοβάθμιας περίθαλψης, στην οποία ανήκει μεγάλο νοσοκομείο της Αθήνας, που την περίοδο της πανδημίας, ως νοσοκομείο αναφοράς, βρέθηκε στην πρώτη γραμμή αντιμετώπισης της νόσου.

Όταν το Δεκέμβριο του 2019, στην πόλη Γουχάν της Κίνας εμφανίστηκε ένα οξύ αναπνευστικό σύνδρομο που είχε προκληθεί από έναν νέο κορονοϊό SARS-CoV-2, κανείς δεν περίμενε πως ο ιός θα εξαπλωθεί σε όλον τον κόσμο. Ωστόσο, το Μάρτιο του 2020 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) κήρυξε τον Covid-19 ως πανδημία. Η ασθένεια με covid-19 προκαλείται από ένα νέο στέλεχος κορονοϊού και τα συμπτώματα της λοίμωξης περιλαμβάνουν βήχα, πυρετό, μυαλγίες, ενώ σε σοβαρές περιπτώσεις παρατηρείται αναπνευστική δυσχέρεια και σήψη, με τους ασθενείς να καταλήγουν διασωληνωμένοι σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Ο covid-19 ως αναπνευστικός ιός μεταδίδεται με τα σταγονίδια καθώς και από επαφή με μολυσμένες εκκρίσεις. Τα μέτρα και οι οδηγίες για κοινωνικό αποκλεισμό που ανακοινώθηκαν από τις κυβερνήσεις παγκόσμια, ήταν για να μειωθεί ο κίνδυνος μετάδοσης.

Προηγούμενες μελέτες από επιδημίες SARS, υπογράμμιζαν τη δυνατότητα η εμφάνιση τέτοιων επιδημιών να επηρεάσουν την ψυχική υγεία τόσο του γενικού πληθυσμού, όσο και των εργαζόμενων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Ο ενδεχόμενος κίνδυνος της μόλυνσης και νόσησης, ο φόβος για την πιθανή μετάδοση στο φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον, ο ανεπαρκής εξοπλισμός σε μέτρα ατομικής προστασίας, η σωματική εξάντληση, η απώλεια κοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης καταδεικνύουν μεγάλο εργασιακό και ψυχολογικό αντίκτυπο στους εργαζόμενους (Lekka, 2021).

Στο πλαίσιο της εργασίας, γίνεται ειδική αναφορά στο εξαιρετικά υψηλό άγχος που βίωσαν οι υγειονομικοί λόγω των επιπλέον βαρδιών, της έλλειψης ύπνου, των κινδύνων που συνδέονταν με την έκθεσή τους στον ιό, στην ανασφάλεια που ένιωθαν λόγω της έλλειψης πόρων των νοσοκομείων που τους στερούσαν ατομικά μέσα προστασίας και της αγωνίας τους μπροστά στον άγνωστο μέχρι τότε κίνδυνο του ιού (Sikaras, 2023).

Η εργασία από πλευράς μεθόδου, βασίστηκε στη βιβλιογραφική διερεύνηση ελληνικής και ξενόγλωσσας βιβλιογραφίας. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν:

- Δημόσια υγεία
- πανδημία
- εργαζόμενες γυναίκες στην υγεία
- ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία
- εργασιακή εξουθένωση
- Νοσοκομείο Σωτηρία

Η βιβλιογραφική επισκόπηση μας οδήγησε στην κατάρτιση του πρώτου μέρους της εργασίας που αφορά το θεωρητικό πλαίσιο. Εντοπίστηκαν οι βασικοί παράμετροι για τη δημόσια υγεία, την εργασία των γυναικών στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και την ποιότητα ζωής των εργαζόμενων στην υγεία. Μέσω της βιβλιογραφίας οδηγηθήκαμε στη διατύπωση των ερευνητικών ερωτημάτων για την περίπτωση της Ελλάδας. Στο δεύτερο μέρος στην έρευνα πεδίου περιλαμβάνονται συνεντεύξεις με γυναικείο υγειονομικό προσωπικό του Νοσοκομείου «Σωτηρία» διαφόρων ειδικοτήτων, (ιατρικό, νοσηλευτικό, επιστημονικό, διοικητικό και βοηθητικό). Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν ήταν τρία. Πρώτο, η εξέλιξη των συνθηκών εργασίας πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την πανδημία, δεύτερο, οι επιδράσεις της πανδημίας στην ποιότητα ζωής των εργαζόμενων γυναικών και τρίτο, οι τρόποι διαχείρισης των αρνητικών επιδράσεων της πανδημίας.

Η εργασία διαρθρώνεται σε επτά κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην υγεία γενικότερα και ειδικότερα στο σύστημα υγείας της Ελλάδας, το οποίο μέσα από τα μεγάλα προβλήματα που αντιμετώπιζε διαχρονικά και που επιδεινώθηκαν με την οικονομική κρίση του 2010, προσπάθησε να αντιμετωπίσει την υγειονομική κρίση που προκλήθηκε από την πανδημία.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται η ένταξη των γυναικών στη μισθωτή εργασία, η συμφιλίωση εργασίας και οικογένειας με έμφαση στο δημόσιο τομέα και οι πολιτικές συμφιλίωσης οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής των γυναικών στη δημόσια υγεία και ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Στο τρίτο κεφάλαιο, μέσα από επιστημονικές αναφορές και προσεγγίσεις, καθώς και από αναφορές μελετών, επισημαίνεται η σπουδαιότητα της καλής ποιότητας ζωής στους ανθρώπους και καταδεικνύεται πως η πανδημία συνέβαλε στη μείωση της ποιότητας ζωής των εργαζομένων στην υγεία και περισσότερο στις γυναίκες.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, στην έρευνα πεδίου, με τη χρήση ποιοτικής μεθοδολογίας, με τη διενέργεια συνεντεύξεων, έγινε εστίαση στις εμπειρίες των

γυναικών που εργάζονταν στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της πανδημίας και παρουσιάζονται τα επιστημονικά δεδομένα σχετικά με την επίδραση της πανδημίας στη σωματική και ψυχική τους υγεία. Οι απαντήσεις τους στα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν αποδείχτηκαν σημαντικά για τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, γίνεται μια εκτενής αναφορά στο πεδίο διεξαγωγής της έρευνας, στο Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών Η “Σωτηρία». Ένα ιστορικό νοσοκομείο – σανατόριο που βρέθηκε στην πρώτη γραμμή αντιμετώπισης μιας ασθένειας που μάστιζε την Ελλάδα στις αρχές του 20^{ου} αιώνα τη φυματίωση. Με τη βοήθεια φίλων ανθρώπων κυρίων και κυρίως της Σοφίας Σλήμαν ιδρύθηκε το νοσοκομείο αρχικά ως σανατόριο, στη συνέχεια ως φυματιολογικό κέντρο και σήμερα ως Γενικό Νοσοκομείο, όπου οι συνθήκες της πανδημίας το έφεραν πάλι στην πρώτη γραμμή για την αντιμετώπιση του ιού.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, μέσα από αφηγήσεις οι εργαζόμενες αναφέρονται στις συνθήκες εργασίας τους πριν την πανδημία, στις δραματικές αλλαγές που έγιναν κατά τη διάρκειά της, καθώς και στο καθεστώς που επικρατεί μετά την πανδημία στον εργασιακό τους χώρο.

Στο έκτο κεφάλαιο μέσα από ερωτήσεις που τέθηκαν καταδεικνύεται η επίδραση της πανδημίας στην ποιότητα της ζωής τους. Συναισθήματα όπως φόβος, αγωνία, απογοήτευση, λύπη και η εργασιακή εξουθένωση, τις οδήγησαν σε συναισθηματικές εξάρσεις με αποτέλεσμα τη μείωση της ποιότητας ζωής τους.

Στο έβδομο κεφάλαιο οι συμμετέχουσες, μέσα από την εμπειρία που βίωσαν, αναφέρονται στους τρόπους διαχείρισης των αρνητικών επιδράσεων της πανδημίας και διατυπώνουν προτάσεις πολιτικών που απαιτούνται να γίνουν από την πολιτεία για την αντιμετώπιση μιας νέας πιθανής υγειονομικής κρίσης.

Στη συνέχεια, διατυπώνονται τα συμπεράσματα στα οποία οδηγηθήκαμε μετά τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας και τις αφηγήσεις των συμμετεχουσών, σχετικά με τις επιπτώσεις της πανδημίας στις συνθήκες εργασίας και στην ποιότητα της ζωής τους και αναφέρονται προτάσεις για την ανάπτυξη πολιτικών που σχετίζονται με τη διαχείριση μιας νέας πανδημίας. Η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση σχετικών εγγράφων που τεκμηριώνουν την έρευνά μας.

Α Μέρος θεωρητικό πλαίσιο

Κεφάλαιο πρώτο

Το Σύστημα Υγείας της Ελλάδας και η αντιμετώπιση του covid-19

1.1 Η υγεία ως δικαίωμα.

Σύμφωνα με τον καταστατικό χάρτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), η υγεία ορίζεται ως η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Ο ορισμός αυτός επιχειρεί να αναδείξει εκτός από τη βιολογική και την κοινωνική διάσταση της υγείας (Οικονόμου, 2004). Η κοινωνική διάσταση του ζητήματος αντανακλάται από τη μία στο γεγονός ότι οι ανισότητες που παρατηρούνται στο χώρο της υγείας δεν οφείλονται μόνο στις ανεπάρκειες του υγειονομικού συστήματος, αλλά και σε κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες όπως είναι το εισόδημα, η απασχόληση, η εκπαίδευση, η ποιότητα της κατοικίας, η διατροφή και το εργασιακό περιβάλλον.

Είναι διαπιστωμένο ότι η υγεία δεν αποτελεί ιδιωτικό αλλά δημόσιο αγαθό. Κι αυτό επειδή η παροχή υγείας σε ένα άτομο δεν αποκλείει κάποιον άλλο να λάβει τις ίδιες υπηρεσίες, όπως συμβαίνει με τα ιδιωτικά αγαθά. Ταυτόχρονα, η παροχή υπηρεσιών υγείας προάγει τη δημόσια υγεία ωφελώντας συνολικά την κοινωνία ενώ το άτομο δεν έχει δικαίωμα επιλογής όταν χρειάζεται ιατρική βοήθεια, ούτε και μπορεί να διαπραγματευτεί τις τιμές εφόσον η πληροφόρησή του είναι ατελής (Οικονόμου, 2013). Λαμβάνοντας υπόψη την κοινωνική διάσταση της υγείας, ο Π.Ο.Υ. στη Στρατηγική του με τίτλο “Υγεία για όλους το 2000”, επισήμανε πως:

“{...}οι σημερινές ανισότητες στα επίπεδα υγείας μεταξύ φύλων, κοινωνικοοικονομικών ομάδων και χωρών θα μπορούσαν να μειωθούν εάν οι βασικές υπηρεσίες υγείας παρέχονταν σε όλους, αν οι σχετιζόμενοι με τον τρόπο ζωής κίνδυνοι ελαττώνονταν, αν οι υγιεινές πλευρές ζωής και εργασίας βελτιώνονταν και αν η καλή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ήταν προσιτή σε όλους” (Υφαντόπουλος, 2013).

1.2 Ελληνικό Σύστημα Υγείας.

Βάσει αυτού του προσανατολισμού θεσμοθετήθηκε στην Ελλάδα το 1983 το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ) με τον Νόμο 1397/1983, το οποίο (Ε.Σ.Υ), αποτέλεσε μια προσπάθεια εφαρμογής ενός ενιαίου πλαισίου με αρχές και κανόνες σε ένα μέχρι τότε κατακερματισμένο σύνολο υπηρεσιών υγείας. Ο νέος νόμος ξεκινούσε με την παραδοχή ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και ως εκ τούτου το κράτος θα πρέπει να παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από την κοινωνική και οικονομική τους θέση. Με τη θεσμοθέτησή του αυξήθηκαν τόσο οι χρηματοδοτικοί όσο και οι ανθρώπινοι πόροι στον τομέα της υγείας και αυτό συνέβαλε στην επέκταση της προστασίας του πληθυσμού της χώρας (Οικονόμου, 2013).

Με το πέρασμα των χρόνων εμφανίστηκαν προβλήματα, όπως κακή οικονομική διαχείριση, υπολειμματική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, επικέντρωση στη νοσοκομειακή περίθαλψη, φαινόμενα παραοικονομίας και διαφθοράς, ανεπαρκής χρηματοδότηση και υποστελέχωση των υπηρεσιών υγείας. Ενδημικά στοιχεία του συστήματος υγείας, που είχαν ως αποτέλεσμα ακόμα και σήμερα να χαρακτηρίζεται από βαθιές ανισότητες στην πρόσβαση, από ακάλυπτες ανάγκες φροντίδας υγείας και από υψηλές ιδιωτικές δαπάνες (Οικονόμου, 2013).

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως ένα μικτό σύστημα, το οποίο, όσον αφορά την παροχή και τη χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών, συνδυάζει στοιχεία τόσο των εθνικών συστημάτων υγείας (ΕΣΥ), όσο και των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης (ασφάλιση δηλαδή με βάση το επάγγελμα) ενώ εμφανίζει, κυρίως μετά το 1990, έναν από τους πιο ανεπτυγμένους ιδιωτικούς τομείς μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Οι δομές που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο των διαφορετικών συστημάτων παρουσιάζουν διαχρονικά έλλειμμα συντονισμού και συνοχής που επιτείνεται από την εμπλοκή διαφορετικών υπουργείων στην παροχή υπηρεσιών υγείας (Οικονόμου, 2013).

Τα ελλείμματα αυτά αντανakλώνται στη διάρθρωση των δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) και οδηγούν σε μεταξύ τους επικαλύψεις, διαφορές ως προς την ποιότητα και το εύρος των παροχών, με αποτέλεσμα τη δημιουργία κοινωνικών ανισοτήτων. Τα προβλήματα εντείνονται από τις σοβαρές ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή, την υποστελέχωση των δημόσιων δομών, την ασυνέχεια της φροντίδας λόγω έλλειψης συστήματος παραπομπής, την απουσία συστήματος ελέγχου της συνταγογράφησης και την αυξημένη επιβάρυνση για τα

ασφαλιστικά ταμεία που συνεπάγεται η παραπομπή σε ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια. Η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών δημιουργεί δυσπιστία στους χρήστες των δημόσιων υπηρεσιών που στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα εντείνοντας το φαύλο κύκλο απαξίωσης των δημόσιων δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας (Οικονόμου, 2004).

Η απαξίωση αυτή των δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, οδηγεί τα ανασφάλιστα και τα φτωχότερα στρώματα του πληθυσμού σε αναζήτηση περίθαλψης στα δημόσια νοσοκομεία επιτείνοντας το νοσοκομειο-κεντρικό χαρακτήρα του ελληνικού συστήματος υγείας. Ο προβληματισμός για το νοσοκομειακό τομέα στην Ελλάδα εντοπίζεται, καταρχάς, στην άνιση περιφερειακή κατανομή ανθρώπινων και υλικών πόρων που οδηγεί σε ανισότητες στην πρόσβαση και χρησιμοποίηση υπηρεσιών και σε διαπεριφερειακές ροές των ασθενών.

Ένα δεύτερο σημαντικό πρόβλημα εντοπίζεται στη διοίκηση και οργάνωση των νοσοκομείων και συνδέεται με την έλλειψη δικτύου πληροφορικής, τις αδυναμίες σχεδιασμού, προγραμματισμού και συντονισμού και την εμφάνιση γραφειοκρατικών αγκυλώσεων. Το τρίτο πρόβλημα των νοσοκομείων συνδέεται με την ανεπαρκή χρηματοδότηση αλλά και τη μη ορθολογική οργάνωση και διαχείριση των οικονομικών τους, ενώ τέλος, σημαντικές είναι οι ανεπάρκειες σε κτιριακή και τεχνολογική υποδομή, οι οποίες αντανακλώνται στη παλαιότητα των κτιριακών εγκαταστάσεων και του ιατρικού εξοπλισμού, στις ελλείψεις σύγχρονων ειδικών μονάδων νοσηλείας, όπως για παράδειγμα Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), και εξοπλισμού υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας. Τα προβλήματα στα νοσοκομεία σχετίζονται και με την αναπαραγωγή μιας σειράς στρεβλώσεων που αφορούν το ανθρώπινο δυναμικό του υγειονομικού τομέα (Οικονόμου, 2013).

Οι στρεβλώσεις αυτές εντοπίζονται στον αριθμό, τη σύνθεση και τη γεωγραφική κατανομή καθώς και στην ποιότητα της εκπαίδευσης του προσωπικού. Πιο συγκεκριμένα, το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως έντονα ιατροκεντρικό, γεγονός που οδηγεί πιθανά σε φαινόμενα προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας, σε πρόσθετες πληρωμές, σε παραοικονομία και σε κάθετη μεταξύ των περιφερειών και οριζόντια μεταξύ των ειδικοτήτων, άνιση κατανομή των γιατρών. Σημαντικές είναι επίσης οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό που οδηγεί, μεταξύ άλλων, σε αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών για αποκλειστικές νοσοκόμες, συχνά, ελλιπούς εκπαίδευσης (Οικονόμου, 2013).

Το σύνολο σχεδόν των ανεπαρκειών του ΕΣΥ, συνδέονται με κάποιον τρόπο με προβλήματα στις δαπάνες και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Πρόσφατα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την κατάσταση της υγείας στην Ελλάδα, δείχνουν ότι οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα είναι 1603€ και εξακολουθούν να είναι πολύ χαμηλότερες από τον μέσο όρο της Ε.Ε. που είναι 3523€. Το ποσό αυτό αντιστοιχεί στο 7,8 % του ΑΕΠ, σε σύγκριση με 9,9 % στην Ε.Ε. το 2019. Λίγο λιγότερο από το 60 % των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα είναι οι δημόσιες δαπάνες, ενώ ένα πολύ μεγάλο ποσοστό, σχεδόν 40%, καταβάλλεται απευθείας από τα νοικοκυριά (35%) ή από ασφαλιστικές εταιρείες (European, 2021)

Παρά τις πολύ υψηλές απευθείας δαπάνες, το ποσοστό της κάλυψης από ιδιωτικά ασφαλιστήρια υγείας, παραμένει διαχρονικά χαμηλό εξαιτίας, τόσο της επιλεκτικής πολιτικής των ασφαλιστικών εταιρειών να απευθύνονται σε νέα και υγιή άτομα όσο κυρίως, εξαιτίας της οικονομικής αδυναμίας μεγάλου τμήματος του πληθυσμού να ανταπεξέλθει στο κόστος (Μόσιαλος, 2004). Μεγάλο στέλεχος της ασφαλιστικής αγοράς, ο Φίλιππος Κάσσος, αναφέρει χαρακτηριστικά πως ο κυριότερος λόγος για το μικρό μέγεθος της ιδιωτικής ασφαλιστικής αγοράς υγείας είναι ότι: *“[...] δεν υπάρχουν νέοι πελάτες. Υπάρχει δυσκολία να προσελκυστούν νέοι φορολογούμενοι ή καταναλωτές για να αγοράσουν προϊόντα. Αυτοί που ήταν να αγοράσουν, έχουν ήδη αγοράσει. Μεγάλο μέρος του πληθυσμού ζει στα όρια της φτώχειας και ένα άλλο μεγάλο μέρος είναι χαμηλόμισθοι*’ (Κάσσος, 2023).

Όσον αφορά στις υπόλοιπες ιδιωτικές δαπάνες υγείας, εκτός από τις επίσημες πληρωμές για ιδιωτικές υπηρεσίες και αγαθά και τυχόν συμμετοχή των χρηστών στο κόστος, περιλαμβάνουν και κάθε είδους αντιιδεοντολογικές συναλλαγές. Οι τελευταίες αναφέρονται στην παραοικονομία και περιλαμβάνουν, καταρχάς, αμοιβές που αποσκοπούν στην παράκαμψη της λίστας αναμονής, στην εξασφάλιση καλύτερων παροχών υγείας, ή προσοχής από το γιατρό. Εκτός από αυτή τη μορφή παραοικονομίας, σχετικά πρόσφατη έρευνα του τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, καταγράφει διαχρονικά φαινόμενα υψηλής διαφθοράς μέσω της λειτουργίας τεσσάρων δικτύων: α) Της υπερσυνταγογράφησης, β) των προμηθειών των φαρμακευτικών σκευασμάτων στους φορείς υγείας, γ) της φαρμακευτικής πολιτικής και τιμολόγησης των φαρμάκων και δ) του συστήματος προμηθειών των δημόσιων δομών υγείας, το οποίο συσσωρεύει τον κύριο όγκο των περιπτώσεων υψηλής διαφθοράς (Σταμούλη, 2021).

1.3 Η αντιμετώπιση της πανδημίας covid-19

Η έλευση της πανδημίας αποτέλεσε το δεύτερο καταστροφικό γεγονός μετά την οικονομική κρίση του 2010, που κλήθηκε να αντιμετωπίσει το σύστημα υγείας της χώρας. Με την πανδημία αναδείχθηκαν οι αρνητικές συνέπειες που είχαν οι πολιτικές λιτότητας της προηγούμενης δεκαετίας. Όταν ξέσπασε η υγειονομική κρίση, το υγειονομικό σύστημα βρέθηκε μπροστά σε μεγάλες ελλείψεις τόσο σε ανθρώπινο δυναμικό όσο και σε κλίνες κυρίως στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Η περιστολή των δαπανών που εφαρμόστηκε τη δεκαετία του 2010 κατά την οικονομική κρίση είχε ως αποτέλεσμα, όταν ξέσπασε η πανδημική κρίση, το σύστημα υγείας να αντιμετωπίζει σοβαρές ελλείψεις σε ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό υγειονομικό προσωπικό, όπως επίσης και ειδικευμένο προσωπικό για να στελεχωσει τις μονάδες εντατικής θεραπείας.

Παρά τις φιλότιμες προσπάθειες των εργαζομένων στο ΕΣΥ, περίπου 35.000 πολίτες έχουν χάσει έως σήμερα τη ζωή τους ενώ, σύμφωνα με τη μελέτη των καθηγητών Λύτρα και Τσιόδρα, η νοσηλεία των ασθενών εκτός ΜΕΘ, ή γεωγραφικά απομακρυσμένη από νοσοκομείο της Αττικής, αποτέλεσε το βασικό παράγοντα αυξημένης θνησιμότητας (35-40%) των περιστατικών covid-19 (Lytras Tsiodras, 2021).

Παρόλο που προσλήφθηκαν το διάστημα από το Μάρτιο του 2020 έως το Φεβρουάριο του 2021, 7.500 άτομα με συμβάσεις εργασίας ενός έτους όλων των ειδικοτήτων, παρά την παραμονή στην υπηρεσία ιατρών που ήταν να συνταξιοδοτηθούν, παρά την εθελοντική προσφορά περίπου 10.000 εθελοντών, το πρόβλημα εξακολουθούσε να είναι μεγάλο ώστε η κυβέρνηση αναγκάστηκε να επιστρατεύσει ιδιώτες γιατρούς προκειμένου να αντιμετωπιστεί η πίεση στο σύστημα (Οικονόμου-Φερώνας, 2021).

Μεγάλα προβλήματα εμφανίστηκαν στην επαρκή παροχή βασικών υπηρεσιών υγείας. Λόγω της πανδημίας δόθηκε έμφαση στην αντιμετώπιση των περιστατικών κορονοϊού, υποβαθμίζοντας τη σημασία της αντιμετώπισης άλλων ασθενειών. Νοσοκομεία ορίστηκαν ως νοσοκομεία αναφοράς και αποκλειστικής νοσηλείας ασθενών με covid 19 με αποτέλεσμα να αναβληθούν προγραμματισμένα χειρουργεία έως και 80% καθώς και οι επισκέψεις στα επείγοντα και στα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων με κίνδυνο πρόκλησης βλάβης στην ήδη επιβαρυνμένη υγεία των ασθενών (Οικονόμου-Φερώνας, 2021).

Με φόβο μη μολυνθούν από τον ιό οι ασθενείς ανέβαλαν τις επισκέψεις τους ακόμα και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παραμελώντας τον ετήσιο έλεγχο τους. Περίπου ένα στα τέσσερα άτομα απέφυγαν να λάβουν περίθαλψη τους πρώτους 12 μήνες της πανδημίας με αποτέλεσμα την επιβάρυνση της υγείας τους λόγω μη έγκαιρης εκτίμησης της κλινικής τους κατάστασης. Το δημόσιο σύστημα έριξε όλο το βάρος στην αντιμετώπιση της πανδημίας, οπότε πολλοί πολίτες που αντιμετώπιζαν σοβαρό πρόβλημα υγείας, προτίμησαν να στραφούν στα ιδιωτικά θεραπευτήρια και να πληρώσουν διπλάσιο το ημερήσιο νοσήλιο για τις ιδιωτικές μονάδες εντατικής θεραπείας (Οικονόμου-Φερώνας, 2021).

Κεφάλαιο δεύτερο

Η εργασία των γυναικών στον τομέα δημόσιας υγείας και φροντίδας

2.1 Η ένταξη των γυναικών στη μισθωτή εργασία.

Ιστορικά η έννοια της οικογένειας συνδέεται με τον θεσμό του γάμου. Οι γυναίκες μεγάλωναν έχοντας ως κύριο σκοπό στη ζωή τους να δημιουργήσουν οικογένεια και να αποκτήσουν παιδιά, γεγονός που τις καθιστούσε δέσμιες ενός οικογενειακού πλαισίου το οποίο υποβίβαζε τις σπουδές τους και την επιθυμία τους να εργαστούν. Στις παραδοσιακές κοινωνίες παρατηρείται το φαινόμενο του άνδρα κουβαλητή που συμμετείχε στην αγορά εργασίας και της γυναίκας που ασχολείται με την οικιακή εργασία και τη φροντίδα των παιδιών. Το κυρίαρχο σύστημα, λοιπόν, ήταν πατριαρχικό σύστημα σχέσεων εξουσίας, κληρονομιάς, αλλά και ιδεολογίας που είχε ως βάση το φύλο. Αποτελούσε *«ένα δίκτυο κοινωνικών, πολιτικών και οικονομικών σχέσεων, μέσω των οποίων οι άνδρες κυριαρχούν και ελέγχουν τη γυναικεία εργασία, την αναπαραγωγή και τη σεξουαλικότητα, καθώς καθορίζουν το καθεστώς, τα προνόμια και τα δικαιώματα των γυναικών σε μια κοινωνία»* (Kalabumu, 2006).

Την καταπίεση της γυναίκας μέσα στην καπιταλιστική κοινωνία κατέδειξε και η Σιμόν ντε Μποβουάρ στο βιβλίο της το *Δεύτερο Φύλο* (1949). Με τη ρήση της *«γυναίκα δεν γεννιέσαι, γίνεσαι»* έβαλε τα θεμέλια για να μπορέσει να εξηγηθεί η γυναικεία φύση με όρους πολιτικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτισμικούς και ιδεολογικούς (Στρατηγάκη, 2007), ενώ η Christine Delphy επισημαίνει τρεις παραδοχές για την καταπίεση των γυναικών λέγοντας: *«πρώτον ο καπιταλισμός συνιστά την κεντρική κοινωνική καταπίεση και όλες οι άλλες οργανώνονται γύρω από αυτήν και την υπηρετούν, δεύτερον πως οι άνδρες επωφελούνται από την καταπίεση των γυναικών και επομένως οι άνδρες και οι γυναίκες δεν μπορούν να αποτελούν τάξεις ανταγωνιστικές μεταξύ τους και τρίτον, οι αναλύσεις αυτές στηρίζονται στην έννοια των έμφυλων ρόλων η οποία δεν γίνεται αντικείμενο θεωρητικού προβληματισμού και επομένως δεν θεωρείται κοινωνική έρευνα»* (Delphy, 2008).

Το πρώτο βήμα για την εξήγηση της καταπίεσης των γυναικών έγινε από την κλασική μαρξιστική θεωρία, η οποία αναγνώριζε πως η κοινωνική και οικονομική βάση της καταπίεσης των γυναικών είναι κοινωνικά κατασκευασμένη και ανέλυσε τον τρόπο, μέσα από τον οποίο αναδεικνύεται πως η θέση των γυναικών καθορίζεται άμεσα

από τον τρόπο παραγωγής. Ο Ένγκελς ανέφερε πως η απελευθέρωση της γυναίκας και η ισοτιμία της με τον άνδρα θα επέλθει μόνο όταν αυτή θα μπορεί να συμμετέχει σε μεγάλη κλίμακα στην παραγωγή και οι οικιακές δουλειές θα την απασχολούν σε ασήμαντο βαθμό (Στρατηγάκη, 2007).

Η εξάπλωση του τομέα των υπηρεσιών, στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, διεύρυνε την έννοια της μισθωτής σχέσης εργασίας, καθώς και τη μαζική είσοδο των γυναικών σε αυτόν, αν και οι όροι ένταξης ήταν διαφορετικοί. Παντού οι γυναίκες καταλάμβαναν τις κατώτερες θέσεις, εκτελούσαν εργασίες που ήταν μονότονες χωρίς να χρειάζεται να παίρνουν πρωτοβουλίες, παίρνοντας χαμηλές αμοιβές ανεξάρτητα από τα προσόντα που διέθεταν. Ακόμα και στον δημόσιο τομέα, όπου η γυναικεία απασχόληση κυριαρχεί και οι αποδοχές καθορίζονται με νόμο, εξακολουθούσαν έως το πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα οι γυναίκες να υφίστανται διακρίσεις, οι οποίες καταργήθηκαν ταυτόχρονα με την παραχώρηση σε αυτές του δικαιώματος της ψήφου το 1952. Επιπλέον, η δημιουργία νομοθετικού πλαισίου για τη ρύθμιση της εργασίας των γυναικών, το λεγόμενο “δημοσιοϋπαλληλικό ζήτημα” που αφορούσε το συνδικαλιστικό δημοσιοϋπαλληλικό κίνημα, καθώς και η οργάνωση του φεμινιστικού κινήματος για τη διεκδίκηση πολιτικών δικαιωμάτων και κατάργηση των διακρίσεων, βοήθησε τη θέση των γυναικών δημοσίων υπαλλήλων (Αβδελά, 1990).

Από τη δεκαετία του 1980 έως σήμερα, η γυναικεία συμμετοχή στην αγορά εργασίας, ακολουθεί μια σταθερή και ανοδική πορεία που οφείλεται σε παράγοντες που έχουν σχέση με τη ζήτηση και την προσφορά της εργασίας. Σε σχέση με τη ζήτηση η τριτογενοποίηση της οικονομίας δημιούργησε θέσεις εργασίας για γυναίκες και ο τριτογενής τομέας σχεδόν θηλυκοποιήθηκε. Οι νέες θέσεις που δημιουργήθηκαν ήταν στον ιδιωτικό τομέα σε ευέλικτες και χαμηλόμισθες δουλειές σε ξενοδοχεία, καταστήματα εμπορίου και προσωπικές υπηρεσίες, αλλά και στο δημόσιο τομέα σε υπαλληλικές θέσεις στην υγεία, στην εκπαίδευση και στις κοινωνικές υπηρεσίες. Από την πλευρά της προσφοράς, με τον εκδημοκρατισμό του πολιτεύματος που συνέβη μετά την πτώση της δικτατορίας το 1974, την ένταξη στο ελληνικό σύνταγμα του 1975 του άρθρου 4 για την ισότητα των φύλων, την πρόοδο του γυναικείου κινήματος καθώς και την αναγκαστική προσαρμογή στην ελληνική νομοθεσία των ευρωπαϊκών οδηγιών, οι αντιλήψεις σχετικά με το ρόλο των γυναικών στην κοινωνία και στην οικογένεια άλλαξαν (Καραμεσίνη, 2021).

Εξίσου σημαντικός παράγοντας στην ένταξη των γυναικών στην αγορά εργασίας, επηρεάζοντας τις επαγγελματικές τους φιλοδοξίες και τον οικογενειακό τους προγραμματισμό, ήταν οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στο εκπαιδευτικό σύστημα μετά το 1974. Αφού οι αντιλήψεις για το ρόλο των γυναικών τόσο στην οικογένεια, όσο και στην κοινωνία άλλαξαν, επόμενο ήταν να σημειωθεί άνοδος των ποσοστών ολοκλήρωσης της ανώτερης μέσης εκπαίδευσης. Ο γυναικείος πληθυσμός με εξαετή δευτεροβάθμια εκπαίδευση ηλικίας 25-64 φτάνει στο 40% το 2009, ενώ για τις ίδιες ηλικίες, ο γυναικείος πληθυσμός που είχε ανώτατη εκπαίδευση έφτασε στο 23%. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990, οι γυναίκες πλέον απόφοιτοι στην ανώτατη εκπαίδευση ήταν περισσότερες από τους άνδρες (Καραμεσίνη, 2021).

Οι δημόσιοι υπάλληλοι στην Ελλάδα «θεωρούνται» προνομιούχοι και προστατευμένοι από τις αλλαγές των κυβερνητικών πολιτικών. Σύμφωνα με το άρθρο 103 παρ.4 του Συντάγματος της χώρας, είναι κατοχυρωμένη η μονιμότητά τους καθώς και η σταθερότητα στους όρους της εργασίας τους. Αυτό συμβάλλει στο να υπάρχει ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής, γεγονός που προσφέρει στον εργαζόμενο ένα βιοτικό επίπεδο ικανό να εξασφαλίζει τόσο στον ίδιο, όσο και στην οικογένειά του συνθήκες υγείας και ευημερίας. Η γυναικεία απασχόληση στον δημόσιο τομέα στην Ελλάδα ανέρχεται σύμφωνα με στοιχεία του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου το 2022 στο 47,67% του συνόλου των εργαζομένων.

Οι γυναίκες επιλέγουν την εργασία στο δημόσιο τομέα, για τη διασφάλιση σταθερών συνθηκών εργασίας, για την εξασφάλιση ρυθμίσεων που στηρίζουν τη μητρότητα, για μεγαλύτερη προστασία από τις απολύσεις και την ευελιξία του χρόνου εργασίας και των ωραρίων που επιτρέπουν στις εργαζόμενες να ισορροπούν ανάμεσα στην εργασία και στην οικογένεια (Βαρουξή, 2016). Στοιχεία του 2015 αναφέρουν μεγάλη συγκέντρωση γυναικών δημοσίων υπαλλήλων στο υπουργείο παιδείας με 38,7%, στο υπουργείο υγείας 19,9%, στην τοπική αυτοδιοίκηση 15,1%, ως διοικητικοί υπάλληλοι 38,13% , 34,1% σε εκπαιδευτικό προσωπικό πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και νοσηλευτικό προσωπικό στο 11,6%. Σημαντικό επίσης είναι το γεγονός πως στην ίδια χρονική περίοδο το 48,4% του γυναικείου δυναμικού ήτοι 128.215 γυναίκες, κατείχαν πανεπιστημιακούς τίτλους σπουδών (Βαρουξή, 2016).

2.2 Η συμφιλίωση εργασίας και οικογένειας και οι πολιτικές που αναπτύσσονται στο δημόσιο τομέα.

Η συμφιλίωση εργασίας και οικογένειας είναι ένα καινούργιο πεδίο κοινωνικής πολιτικής που υπαγορεύτηκε μέσα από την ανάγκη ενθάρρυνσης των γυναικών για να συμμετάσχουν στην αμειβόμενη αγορά εργασίας, χωρίς αυτό να επηρεάσει αρνητικά τη γεννητικότητα ή τη φροντίδα παιδιών και ηλικιωμένων (Καραμεσίνη-Συμεωνάκη, 2019).

Με την πάροδο του χρόνου και την εξέλιξη των κοινωνιών, οι γυναίκες αρχίζουν να διεκδικούν δικαιώματα, να αποκτούν γνώσεις, δεξιότητες και πρόσβαση στην εκπαίδευση με αποτέλεσμα η οικιακή εργασία να μην αποτελεί πλέον αποκλειστική ασχολία τους αλλά με την αυτονόμηση και τη χειραφέτησή τους καταφέρνουν να εισέλθουν μαζικά στη μισθωτή εργασία. Σύμφωνα με τη Στρατηγάκη:

Ο άνισος καταμερισμός σε βάρος των γυναικών των εργασιών φροντίδας παιδιών και εξαρτημένων ατόμων, καθώς και της οικιακής εργασίας, σε συνδυασμό με την αυξανόμενη συμμετοχή τους στην αγορά εργασίας, επιβάλλει στις γυναίκες διπλό ωράριο εργασίας και προκαλεί μεγάλες ψυχικές και σωματικές επιβαρύνσεις. Η συσσώρευση των ρόλων των γυναικών στην απασχόληση και την οικογένεια αποτελεί πρόβλημα του οποίου τη λύση καλούνται να δώσουν αφενός οι εργαζόμενες σύζυγοι και μητέρες σε ατομικό επίπεδο και αφετέρου η πολιτεία σε συλλογικό επίπεδο (Στρατηγάκη, 2007).

Από τη δεκαετία του 1980 και αργότερα στις δεκαετίες 1990 και 2000, άρχισαν να υιοθετούνται μέτρα συμφιλίωσης επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής κυρίως λόγω του αυξανόμενου αριθμού των γυναικών με υψηλή εκπαίδευση, που είχαν στόχο την ένταξή τους σε μια αγορά εργασίας με πλήρη απασχόληση (Καραμεσίνη-Συμεωνάκη, 2019). Αξίζει να σημειωθεί πως η Ελλάδα ακολούθησε τα ευρωπαϊκά φιλικά προς τις εργαζόμενες μέτρα συμφιλίωσης, τα οποία υποστηρίχθηκαν από τη Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας (ΓΣΕΕ), όπου λειτουργεί Γραμματεία Γυναικών, όσο και από τη Γενική Γραμματείας Ισότητας η οποία υπέγραψε πρωτόκολλα συνεργασίας με τις μεγάλες εργοδοτικές οργανώσεις για την εξέταση εφαρμογής νέων μορφών οργάνωσης της εργασίας, ώστε να επιτευχθεί ο στόχος της εναρμόνισης της οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής των γυναικών (Καραμεσίνη-Συμεωνάκη, 2019).

Καθώς η φροντίδα και η οικιακή εργασία θεωρούνται «γένους θηλυκού» και ακόμα και όταν παρέχονται με αμοιβή στην αγορά εργασίας, πάλι στην πλειονότητά τους αναλαμβάνονται από γυναίκες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζόμενων τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα υπηρεσιών φροντίδας και υγείας όπως, νοσοκομεία, ιατρεία, υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας κ.ά. είναι γυναίκες. Ως διπλά εργαζόμενες καλούνται καθημερινά να διεκπεραιώσουν διαφορετικά είδη εργασίας προσπαθώντας να ισορροπήσουν ανάμεσα στις υποχρεώσεις και τις επιθυμίες τους και να συμβιβάσουν τις οικονομικές με τις ηθικές απολαβές τους (Στρατηγάκη, 2007).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση καθώς και η Ελλάδα ανέπτυξαν μέτρα κοινωνικής πολιτικής με στόχο τη “συμφιλίωση” ή την “εναρμόνιση” όπως αναφέρεται εργασίας και οικογένειας. Απώτερος στόχος η συμμετοχή των ανδρών στις οικιακές εργασίες, καθώς και η ανάπτυξη δομών για τη φύλαξη των παιδιών για την επίτευξη της ένταξης των γυναικών στην αγορά εργασίας, αλλά και την ισότητα των φύλων. Οι κατευθύνσεις σχετικά με τα μέτρα συμφιλίωσης στην Ελλάδα είναι δύο: πρώτον η δημιουργία κοινωνικών υποδομών από τοπικές και περιφερειακές αρχές για τη φροντίδα των παιδιών, όπως δημοτικοί βρεφονηπιακοί και παιδικοί σταθμοί, κέντρα δημιουργικής απασχόλησης και παιδικές κατασκηνώσεις, και δεύτερον χρονικές διευκολύνσεις για τους εργαζόμενους. Η εργατική νομοθεσία η οποία έχει εναρμονιστεί με την αρχή της ισότητας των δύο φύλων, περιέχει διατάξεις που αφορούν άδεια απουσίας για τη φροντίδα των παιδιών και από τους δύο γονείς, όπως οι άδειες μητρότητας και πατρότητας, μειωμένο ωράριο για τις μητέρες, καθώς και γονικές άδειες και για τους δύο γονείς (Στρατηγάκη, 2007).

2.3 Η εργασία των γυναικών στη δημόσια υγεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Στην υγειονομική κρίση που βίωσε η παγκόσμια κοινότητα αναδείχθηκε και αναγνωρίστηκε κοινωνικά η προσφορά των υγειονομικών υπαλλήλων και ιδιαίτερα των γυναικών που αποτελούν την πλειονότητα στις υπηρεσίες υγείας. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το τρίτο τρίμηνο του 2020, το 78% των εργαζομένων στον τομέα της υγείας ήταν γυναίκες. Στην Ελλάδα, το ποσοστό αυτό ήταν 61%, στην Κύπρο 66% και υψηλότερο το ποσοστό στην Εσθονία και Λετονία που έφτανε σύμφωνα με τη Eurostat στο 90%. Οι γυναίκες εργαζόμενες, κινδυνεύοντας να “κολλήσουν” και να μεταφέρουν τον ιό στους δικούς τους ανθρώπους, υπηρέτησαν το επάγγελμά τους για τον κοινό υγειονομικό στόχο, που ήταν η προστασία των πολιτών (Στρατηγάκη, 2022).

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας, οι κλάδοι των υπηρεσιών υγείας ήταν αυτοί που μαζί με τους κλάδους της εμπορίας τροφίμων και φαρμάκων παρέμειναν ανοιχτοί και η δραστηριότητά τους εκτοξεύτηκε. Οι κλάδοι αυτοί στην πλειονότητά τους είναι γυναικοκρατούμενοι, με εργαζόμενες να βρίσκονται στην πρώτη γραμμή και να εκτίθενται στον κίνδυνο να νοσήσουν από τον ιό και από τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας. Με το νόμο 4886/2022 και σύμφωνα με τα άρθρα 61 και 62 προβλέπονταν διευκολύνσεις για τους γονείς που τα παιδιά τους νοσούσαν από κορονοϊό, δίνοντάς τους το δικαίωμα να κάνουν χρήση άδειας ειδικού σκοπού νόσησης τέκνου για τις 4 πρώτες μέρες απουσίας, ενώ για την 5^η ημέρα έπρεπε να κάνουν χρήση της κανονικής τους άδειας, γεγονός που για πολλές εργαζόμενες ήταν απαγορευτική τη χρήση της, αφού η επιβάρυνση αυτή καθώς και η έλλειψη προσωπικού στα νοσοκομεία δεν τους επέτρεπε να κάνουν χρήση (Δημουλάς, 2020 - 2021).

Η εργασιακή εξουθένωση, (το σύνδρομο burnout), η κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης που βιώνουν οι υγειονομικοί εργαζόμενοι, επιδεινώθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Αυτό οφείλεται στο παρατεταμένο και υπερβολικό στρες της εργασίας και οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας το βίωσαν στο μέγιστο βαθμό (Pappa, 2021). Όσον αφορά τις διαφορές φύλου, μελέτες δείχνουν υψηλά επίπεδα άγχους, κατάθλιψης, διαταραχής του ύπνου και εξουθένωσης πιο συχνά και πιο έντονα στις γυναίκες εργαζόμενες (Danet, 2021). Ακόμα, έρευνα σε Έλληνες υγειονομικούς έδειξε πως γυναίκες υγειονομικοί, ανέφεραν πιο πολλά συμπτώματα μετατραυματικού στρες (Post Traumatic Stress Disorder) σε σύγκριση με τους άνδρες συναδέλφους τους με σημαντική διαφορά 21,7% για τις γυναίκες και 5,1% για τους άνδρες (Blekas, 2020). Επιπλέον, σε έρευνα στο νοσοκομείο Σωτηρία κατά τη διάρκεια της πανδημίας, τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι γυναίκες είχαν χαμηλότερα σκορ σωματικής και ψυχικής υγείας σε σχέση με τους άνδρες και σε σχέση με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους η εξωστρέφεια και ο νευρωτισμός είχαν μεγάλη επίδραση στην ποιότητα της ζωής τους (Lekka, 2021).

Κεφάλαιο τρίτο

Επιπτώσεις της πανδημίας στην ποιότητα ζωής των εργαζόμενων γυναικών στη δημόσια υγεία

3.1 Ορισμός της ποιότητας ζωής.

Η σημασία της ποιότητας ζωής και της ευημερίας ως σημαντικό ζήτημα της δημόσιας υγείας, ξεκίνησε το 1949 όταν ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) σημείωσε ότι η υγεία δεν είναι απλά η απουσία ασθενειών και αναπηριών, αλλά μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 1999, όρισε την ποιότητα ζωής ως:

“την υποκειμενική αίσθηση του ατόμου για τη θέση του στη ζωή σε συνάρτηση με την κουλτούρα και το σύστημα αξιών στο οποίο ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τα ενδιαφέροντά του. Αποτελεί μια κατάσταση που επηρεάζεται με πολύπλοκο τρόπο από τη φυσική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, τις προσωπικές πεποιθήσεις, τις κοινωνικές σχέσεις και τις σχέσεις με προέχουσες μορφές του περιβάλλοντος”.

Η ποιότητα ζωής (quality of life), ή αλλιώς καλή ζωή (good life) ή ευημερία (well-being) είναι κάποιοι όροι που βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος ακόμα και από την εποχή του Αριστοτέλη. Στα Ηθικά Νικομάχεια Α, κεφ. 4 αναφέρεται: *“οὐν σχεδόν υπό των πλείστων ομολογείται την γαρ ευδαιμονίαν και οι πολλοί και οι χαρίεντες λέγουσιν, το ευ ζην και το ευ πράττειν τούτον απολαμβάνουσι τω ευδαιμονείν”*. Δηλ. *“οι περισσότεροι σχεδόν συμφωνούν, διότι τόσο το πλήθος των απλών ανθρώπων όσο και οι μορφωμένοι λένε ότι το σπουδαιότερο αγαθό είναι η ευδαιμονία και θεωρούν πως η ποιότητα ζωής και η ευημερία είναι το ίδιο πράγμα με την ευδαιμονία”* (Νάκου, 2001).

Ο Freud, αναφέρει πως η ευτυχία πηγάζει από τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου, ενώ άλλοι μελετητές αναφέρουν πως η ποιότητα ζωής αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό της κοινωνίας και αφορά τις προϋποθέσεις που πρέπει να πληροί κάποιος για να είναι ευτυχισμένος. Επιπλέον, άλλοι συγγραφείς τονίζουν τις αντικειμενικές παραμέτρους που έχουν να κάνουν με την ποιότητα ζωής, όπως είναι η δυνατότητα διάθεσης πόρων για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών και τη δυνατότητα πρόσβασης στις συνθήκες που θα εξασφαλίσουν την ευτυχία σε μια δεδομένη περιοχή ή κοινωνία. Από την άλλη, υπάρχουν οι συγγραφείς που τονίζουν

την υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου, λέγοντας πως η ποιότητα ζωής θα μπορούσε να οριστεί ως το σύνολο των εσωτερικών διεργασιών ενός ατόμου, που σχετίζονται με τον βαθμό της ικανοποίησης που νιώθει μέσα από τις διάφορες εκφάνσεις της ζωής του. Καταστάσεις και απαραίτητες συνθήκες, όπως η υγεία, η εργασία, η εκπαίδευση, η οικογένεια, η οικονομική κατάσταση και οι συναναστροφές του με τους άλλους ανθρώπους (Σαρρή, 2001).

Άλλωστε, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Σαρρή:

“Ο άνθρωπος, ως βιοψυχοκοινωνικό ον, επιχειρεί, στη διάρκεια της ζωής του να κατασκευάσει μία γέφυρα, να δημιουργήσει μία διασύνδεση μεταξύ ενός βαθύτερου εσωτερικού κόσμου και ενός ευρύτερου εξωτερικού κόσμου. Η ανθρώπινη ζωή είναι λειτουργικά δομημένη και οργανωμένη σε επίπεδα, η οποία, αρχόμενη από τα οργανικά μόρια και τα κύτταρα, ακολούθως μέσω του οργανισμού και του εαυτού και εν συνεχεία μέσω των σχέσεων του εαυτού με τους άλλους, ολοκληρώνεται τελικά στη σχέση της με τον κόσμο στο σύνολό του. Κάθε επίπεδο προσδιορίζεται και χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο συστατικών στοιχείων, ποσοτικών και ποιοτικών. Για να εκφράσει πλήρως η ανθρώπινη ζωή την υπόστασή της πρέπει να υπάρχει, σε κάθε επίπεδο, επαρκής ποσότητα και ποιότητα των συστατικών της στοιχείων. Όλα τα επίπεδα θεωρούνται εξ ορισμού ότι έχουν ίση βαρύτητα και σημασία για τη ζωή ενός ανθρώπου” (Σαρρή, 2001).

3.2 Προσεγγίσεις σχετικά με την ποιότητα ζωής.

Διαφορετικές επιστήμες προσεγγίζουν διαφορετικά την έννοια της ποιότητας ζωής και διαμορφώνουν τους δικούς τους δείκτες. Η οικονομική επιστήμη εστιάζει στην κατανομή των οικονομικών πόρων καθώς η οικονομική ευχέρεια μπορεί να αγοράσει υπηρεσίες και υλικά αγαθά, αλλά σύμφωνα με συμπεράσματα του ΟΗΕ σε πολλές περιπτώσεις η ραγδαία οικονομική ανάπτυξη έχει συνοδευτεί από υποβάθμιση της ποιότητας ζωής μεγάλων ομάδων πληθυσμού. Ακόμα, σχετικά με την πολιτική υγείας η οικονομική προσέγγιση στηρίζεται περισσότερο σε ποσοτικά δεδομένα, όπως τη θνησιμότητα, τη νοσηρότητα τα ποσοστά αναπηρίας, ενώ σταδιακά μπήκε και η προληπτική προσέγγιση με ποιοτικές παραμέτρους, όπως είναι η απώλεια χρόνων εργασίας (Νάκου, 2001).

Η κοινωνιολογική επιστήμη ανέδειξε τη σπουδαιότητα των δύο διαστάσεων της ποιότητας ζωής, την αντικειμενική που έχει να κάνει με τις ανάγκες και την

υποκειμενική που έχει να κάνει με τις επιθυμίες των ατόμων. Οι ερευνητές Andrews και Whitney (1976) σχεδίασαν δείκτες για ομάδες ατόμων και κατέληξαν σε δώδεκα αντικειμενικούς και υποκειμενικούς παράγοντες που παίζουν τον κύριο λόγο στην ποιότητα ζωής: 1) η αυτοαντίληψη, 2) η οικογενειακή ζωή, 3) το οικονομικό επίπεδο, 4) η απόλαυση της ζωής, 5) η ύπαρξη στέγης, 6) οι οικογενειακές δραστηριότητες, 7) η διάθεση χρόνου, 8) οι δραστηριότητες κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου, 9) η κυβέρνηση, 10) η πρόσβαση σε υπηρεσίες και στην αγορά, 11) η υγεία, 12) η εργασία – απασχόληση. Το μοντέλο αυτό δείχνει πόσο μεγάλη σημασία έχει για την ποιότητα ζωής και την ευεξία του ατόμου η οικογένεια, η αυτονομία και οι οικογενειακές δραστηριότητες των ανθρώπων (Νάκου, 2001).

Από την πλευρά της ψυχολογίας, η ψυχολόγος Jahoda Marie τη δεκαετία του 1950, θέλοντας να καθορίσει τα κριτήρια για την καλή ψυχική υγεία επισήμανε πως όταν οι άνθρωποι εξασφαλίζουν τις προϋποθέσεις για καλή ψυχική υγεία, τότε μπορούν να εξασφαλίσουν καλή ποιότητα ζωής. Τα κριτήρια που θεωρούνταν ως τα καλύτερα ήταν η θετική αυτοαντίληψη, η δυνατότητα για δραστηριότητα και ανάπτυξη δεξιοτήτων, η ολοκληρωμένη προσωπικότητα, η ικανότητα λήψης ατομικών αποφάσεων και η εκτέλεση πράξεων, η αίσθηση της πραγματικότητας, η ενσυναίσθηση καθώς και η ικανότητα του ατόμου να δημιουργεί και να διατηρεί σχέσεις με άλλους ανθρώπους (Νάκου, 2001).

Στη συνέχεια, ο Naess, (1987) με την ανάπτυξη της έννοιας της “εσωτερικής ποιότητας ζωής” προσδιόρισε τέσσερα συστατικά, με τα οποία σε ατομικό επίπεδο κάποιος μπορεί να έχει καλή ποιότητα ζωής: 1) να ασχολείται με εξωτερικές δραστηριότητες που δίνουν νόημα στη ζωή του, όπως η εργασία, ο αθλητισμός ή η ενασχόληση με τα κοινά 2) να υπάρχουν στη ζωή του διαπροσωπικές σχέσεις που να του δίνουν την αίσθηση ότι ανήκει κάπου, όπως καλές σχέσεις με την οικογένειά του, τους φίλους του, τον ερωτικό του σύντροφο, 3) να νιώθει αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, ώστε να μπορεί να ικανοποιείται από τις επιτυχίες του 4) να είναι χαρούμενος, να βρίσκει τη ζωή όμορφη και να νιώθει ασφάλεια. Αυτά τα τέσσερα συστατικά αλληλεπιδρούν, ενώ συγχρόνως επηρεάζονται από το εξωτερικό περιβάλλον (Νάκου, 2001).

3.3 Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία.

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL) είναι μια έννοια πολυδιάστατη. Περιλαμβάνει τομείς που σχετίζονται με τη σωματική, την ψυχική, τη συναισθηματική και την κοινωνική λειτουργία (Theofilou, 2012). Τα αγχωτικά γεγονότα που μπορεί να αντιμετωπίσουν τα άτομα στη ζωή τους, έχουν αναγνωριστεί ως παράγοντας κινδύνου για σωματικές και ψυχολογικές ασθένειες όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνο και κατάθλιψη (Ahmad, 2018). Το προσδόκιμο ζωής με τη βοήθεια των ανακαλύψεων της ιατρικής επιστήμης και της εξέλιξης της βιοϊατρικής τεχνολογίας έχει αυξηθεί. Το μεγάλο όμως ερώτημα είναι αν τα επιπλέον αυτά χρόνια θα μπορούν να είναι ποιοτικά. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι μια έννοια με πολλές διαστάσεις, αφού περιλαμβάνει τόσο θετικές όσο και αρνητικές όψεις της ζωής και περιλαμβάνει την κοινωνική, τη σωματική και την ψυχική υγεία (Υφαντόπουλος, 2007).

Η ποιότητα ζωής (QoL) μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της εργασιακής ζωής καθώς και τα χαρακτηριστικά, της όπως είναι η παραγωγικότητα. Η άμεση συσχέτισή της με τα αυξημένα επίπεδα άγχους οδηγούν σε μειωμένη απόδοση εργασίας, πιο υψηλό ιατρικό κόστος και μειωμένη ποιότητα ζωής. Μελέτες αναφέρουν μεγάλη συσχέτιση ανάμεσα στο ψυχολογικό στρες και στην κακή σωματική και ψυχική υγεία αλλά με την κατάλληλη κοινωνική υποστήριξη και το συνδυασμό ευσυνειδησίας και εξωστρέφειας μπορεί να επιτευχθούν οι προϋποθέσεις για μια καλύτερη ποιότητα ζωής (Pocnet, 2016).

Εργαλεία για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής είναι τα σταθμισμένα ερωτηματολόγια που εστιάζουν στο γενικότερο επίπεδο υγείας του ατόμου, καθώς και οι δείκτες λειτουργικότητας. Ενδεικτικά αναφέρονται ο δείκτης λειτουργικότητας Karnofski που προσδιορίζει τη σωματική λειτουργία, τον παρόμοιο με αυτόν δείκτη λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τον δείκτη Katz που εκτιμά τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και τον δείκτη Spitzer για την ποιότητα ζωής. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο McGill για τον πόνο και το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας με 28,30 και 60 ερωτήσεις, που αφορούν το άγχος, την κατάθλιψη, τα σωματικά συμπτώματα και την κοινωνική λειτουργία. Ακόμα, η κλίμακα ψυχολογικής προσαρμογής στην αρρώστια και στη θεραπεία που επηρεάζει την ποιότητα ζωής, η επισκόπηση της επίδρασης της αρρώστιας με 136 ερωτήσεις για τη σωματική και ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και την επισκόπηση υγείας SF-36 η οποία είναι

κατάλληλη για συνέντευξη σε άτομα άνω των 14 ετών και αφορούν τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία (Σαρρής, 2001).

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής μπορεί να γίνει με διαφορετικούς τρόπους ανάλογα με το στόχο της έρευνας. Χρησιμοποιώντας πολλαπλές ερωτήσεις που περιλαμβάνουν όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής του ερωτώμενου αποδίδεται πιο έγκυρο αποτέλεσμα. Σημαντικό πλεονέκτημα που ωφελεί τη μέτρηση είναι ο συνδυασμός συλλογής στοιχείων, όπως για παράδειγμα ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις. Βασική προϋπόθεση των εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής, είναι να πληρούν τις προϋποθέσεις, ώστε να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα τα αποτελέσματα των μετρήσεων. Οι προϋποθέσεις αυτές είναι η αξιοπιστία (reliability) και η εγκυρότητα (validity) του οργάνου μέτρησης (Σαρρής, 2001).

3.4 Η επίδραση της πανδημίας στην ποιότητα ζωής των εργαζομένων στην υγεία.

Η εκδήλωση της πανδημίας covid-19 προκάλεσε υγειονομική κρίση και ανέδειξε τα προβλήματα του προσωπικού που εργάζεται στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Ταυτόχρονα, η κατάσταση προκάλεσε μείωση της ποιότητας ζωής των εργαζομένων που σχετίζεται τόσο με τη σωματική, όσο και με την ψυχική τους υγεία (Bahramnia, 2020). Η έλλειψη των διαθέσιμων πόρων στα νοσοκομεία, οι υπεράριθμες βάρδιες, ο κίνδυνος απέναντι στον πρωτόγνωρο ιό ήταν παράγοντες που συνέβαλαν στην εμφάνιση άγχους ενώ παράλληλα συναισθήματα σωματικής και ψυχολογικής έντασης εμφανίστηκαν αφού τα άτομα αντιμετώπιζαν αντίξοες καταστάσεις. Μια τρέχουσα ανασκόπηση του άγχους στους επαγγελματίες υγείας, κατά τη διάρκεια της πανδημίας, αναφέρει πως ιδιαίτερα οι νοσηλευτές βίωσαν υψηλά επίπεδα άγχους, η σωματική και ψυχική τους υγεία επιδεινώθηκε και αυτό επηρέασε αρνητικά την ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών (Dunkan, 2020).

Από την αρχή της λήψης των μέτρων της πανδημίας, τον Μάρτιο του 2020, ανεστάλησαν οι κανονικές άδειες του προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας έως τον Σεπτέμβριο του 2020 και τους χορηγήθηκε ως αποζημίωση για τον αυξημένο φόρτο εργασίας ένα εφάπαξ βοήθημα μισού μηνιαίου μισθού. Κάτω από αυτό το καθεστώς, οι εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας και ιδιαίτερα οι γυναίκες δυσκολεύονταν να κάνουν χρήση των αδειών ειδικού σκοπού με χρέωση του ¼ των ημερών ως κανονική άδεια για να μπορέσουν να φροντίσουν τα παιδιά τους που έμεναν στο σπίτι λόγω ασθένειας ή λόγω της διακοπής της λειτουργίας των σχολείων. Το αποτέλεσμα, ήταν

τη φροντίδα των παιδιών των εργαζομένων στις μονάδες υγείας να αναλαμβάνουν οι στενοί συγγενείς ή οι ίδιοι οι εργαζόμενοι με το να απασχολούνται σε διαφορετικές βάρδιες (Δημουλάς, 2020 - 2021).

Σημαντικό πρόβλημα που συνέβαλε στη δημιουργία άγχους και φόβου για τον ιό ήταν ο αυξημένος κίνδυνος των εργαζομένων στην πιθανότητα μόλυνσης από τον covid-19. Δόθηκε μεγάλη έμφαση στη χρήση μέτρων ατομικής προστασίας (ΜΑΠ), όπως μάσκες, γάντια, αντισηπτικά και στολές καθώς και στην τήρηση κανόνων αυτοπροστασίας εκ μέρους των εργαζομένων, ενώ σε πολλές περιπτώσεις υποβαθμίστηκε η ευθύνη του εργοδότη, αφού θεωρήθηκε πως η ευθύνη τους περιορίζεται μόνο στην παροχή μέτρων ατομικής προστασίας (Δημουλάς, 2020 - 2021). Μελέτες που διεξάχθηκαν μετά την επιδημία SARS και στη συνέχεια με τον covid-19 ανέφεραν πως οι εργαζόμενοι στην υγεία, οι άνθρωποι της πρώτης γραμμής, ήταν αυτοί που παρουσίαζαν πρόβλεψη για αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση και ειδικότερα αυτοί που ανήκαν στο γυναικείο φύλο, οι νεότεροι σε ηλικία, αυτοί που βρίσκονταν σε κατάσταση σχέσης, αυτοί που γνώριζαν κάποιον που είχε προσβληθεί από covid-19 και αυτοί που ζούσαν με παιδιά (Lai, 2020), (Theofilou P. P., 2022).

Αποτέλεσμα των δύσκολων συνθηκών εργασίας, της εργασιακής εξουθένωσης και της απώλειας οικονομικών και επαγγελματικών κινήτρων, είναι πολλοί νοσηλευτές να επιδιώκουν τη φυγή τους από το ΕΣΥ. Αρκετοί είναι αυτοί που υπέβαλαν την παραίτησή τους προκειμένου να εργαστούν ως σχολικοί νοσηλευτές, άλλοι επιδιώκουν να αποκτήσουν ένα δεύτερο πτυχίο σε διοικητικό πεδίο, ώστε να κάνουν μετάταξη και να εργαστούν ως διοικητικοί υπάλληλοι και άλλοι επιλέγουν τη φυγή στο εξωτερικό για καλύτερους μισθούς και καλύτερες εργασιακές συνθήκες. Η απογοήτευση είναι μεγάλη γιατί μετά την πανδημία και ενώ οι υγειονομικοί εργαζόμενοι περίμεναν να επιβραβευνθούν για την προσπάθεια που κατέβαλαν βλέπουν πως δεν αλλάζει τίποτα, αφού υπάρχει έλλειψη προσωπικού και οι συνθήκες εξακολουθούν να είναι δύσκολες (Δεβετζόγλου, 2023).

Από την άλλη, η ένωση νοσοκομειακών γιατρών επισημαίνει τις πολλές παραιτήσεις ειδικευμένων γιατρών λόγω της μισθολογικής και επιστημονικής τους απαξίωσης, της εφημεριακής υπερεξόντωσης και των εντολών που δέχονται για ετεροαπασχόληση, με αποτέλεσμα πολλά νοσοκομεία της περιφέρειας να κινδυνεύουν με κατάρρευση. Γιατροί εγκαταλείπουν το ΕΣΥ είτε για να εργαστούν στον ιδιωτικό τομέα είτε στο εξωτερικό, όπου η εργασία τους θα αναγνωρίζεται. Έτσι, το δημόσιο

σύστημα υγείας χάνει λαμπρούς επιστήμονες που θα μπορούσαν να προσφέρουν στη δημόσια περίθαλψη (Καιτανίδη, 2023).

B Μέρος: Έρευνα πεδίου

Μεθοδολογία της έρευνας

Στόχος της εν λόγω έρευνας είναι να αναδείξει τα ιδιαίτερα προβλήματα που βίωσαν οι γυναίκες εργαζόμενες σε νοσοκομείο αναφοράς covid-19 κατά τη διάρκεια της πανδημίας, καθώς κλήθηκαν να συνδυάσουν την επαγγελματική και οικογενειακή τους ζωή μέσα σε ένα περιβάλλον φόβου, ανασφάλειας και αβεβαιότητας. Τα νέα ερευνητικά δεδομένα θα φανούν ιδιαίτερα χρήσιμα για την αντιμετώπιση μιας νέας υγειονομικής κρίσης στο μέλλον, όσον αφορά στην καλύτερη διαχείριση της καθημερινότητας των εργαζόμενων γυναικών και την εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας ζωής. Αυτό κατά επέκταση θα συμβάλλει στην καλύτερη περίθαλψη των ασθενών και στην αύξηση της παραγωγικότητας.

Η βιβλιογραφική επισκόπηση έγινε μέσω βιβλιογραφίας σχετικής με το σύστημα υγείας της Ελλάδας, την εργασία των εργαζόμενων γυναικών στη μισθωτή εργασία και κυρίως στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, καθώς και μέσω ερευνών για την ποιότητα της ζωής των εργαζόμενων κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Μετά τη βιβλιογραφική επισκόπηση, εντοπίστηκαν τα βασικά ζητήματα που αφορούν την έρευνά μας, και μέσω συνεντεύξεων απαντήθηκαν τα τρία μεγάλα ερευνητικά ερωτήματα. Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα έχει να κάνει με την εξέλιξη των συνθηκών εργασίας. Πώς ήταν οι εργασιακές συνθήκες πριν την πανδημία, πως εξελίχθηκαν κατά τη διάρκειά της και πώς μετά από αυτήν, σε ένα σύστημα υγείας που αντιμετώπιζε δυσκολίες λόγω της οικονομικής κρίσης που είχε προηγηθεί. Η μελέτη της βιβλιογραφίας καταδεικνύει πως στις μεγάλες κρίσεις οι συνθήκες εργασίας αλλάζουν όπως φάνηκε να συμβαίνει και στις εργασιακές συνθήκες των ερωτηθέντων γυναικών της έρευνάς μας.

Το δεύτερο ερευνητικό μας ερώτημα ασχολείται με την επίδραση της πανδημίας στην ποιότητα ζωής των εργαζόμενων γυναικών, που επίσης μέσα από τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας φάνηκε πως μειώθηκε σε μεγάλο βαθμό στο ανθρώπινο δυναμικό της τριτοβάθμιας περίθαλψης και ιδιαίτερα στις γυναίκες εργαζόμενες, όπως αναφέρεται και σχεδόν από όλες τις συμμετέχουσες – εργαζόμενες της έρευνάς μας.

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα αναφέρεται στους τρόπους διαχείρισης των αρνητικών επιδράσεων και στη διατύπωση προτάσεων από τις εργαζόμενες γυναίκες που υποθέτουμε πως θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση μιας νέας πανδημίας. Ο οδηγός της συνέντευξης που παρουσιάζεται στο Παράρτημα 1 έγινε σύμφωνα με όσα αναλύθηκαν στο πρώτο θεωρητικό μέρος της παρούσας εργασίας και τα όποια ερωτήματα καθόρισαν το περιεχόμενο των συνεντεύξεων, οι οποίες διεξήχθησαν στο διάστημα Σεπτεμβρίου – Οκτωβρίου 2023.

Κύριο εργαλείο της έρευνας αποτέλεσε η ποιοτική μέθοδος. Η ποιοτική έρευνα είναι σημαντικό εργαλείο, αφού η γνώση για τους ανθρώπους δεν είναι δυνατή αν δεν υπάρξει περιγραφή των ανθρώπινων εμπειριών μέσα από τα βιώματα και τις εμπειρίες των ιδίων. Η συνέντευξη, είναι ένα από τα βασικότερα εργαλεία της ποιοτικής μεθόδου και επιλέχτηκε γιατί η αλληλεπίδραση και η επικοινωνία μεταξύ ερευνητή και ερωτώμενου αποσπά πληροφορίες που σχετίζονται με το αντικείμενο της έρευνας (Ζαφειρόπουλος, 2015). Επιλέχτηκε η εστίαση στις εμπειρίες των υποκειμένων που εργάζονταν κατά τη διάρκεια της πανδημίας στην πρώτη γραμμή στο νοσοκομείο αναφοράς για covid-19, ευελπιστώντας πως μέσα από τη διάδραση μαζί τους θα μπορούσαν να εξαχθούν αξιοποιήσιμα επιστημονικά δεδομένα.

Το υλικό που αναλύεται προέρχεται από δέκα συνεντεύξεις με γυναίκες εργαζόμενες έγγαμες και άγαμες. Συμμετείχαν δύο εργαζόμενες έγγαμες με παιδιά από το ιατρικό προσωπικό, δύο άγαμες εργαζόμενες από το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ από το επιστημονικό προσωπικό, συμμετείχαν μία άγαμη κοινωνική λειτουργός και μία έγγαμη με τρία παιδιά επισκέπτρια υγείας. Από το διοικητικό προσωπικό πήραν μέρος στην έρευνα δύο άγαμες εργαζόμενες και από το βοηθητικό προσωπικό δύο έγγαμες με τρία παιδιά η καθεμία.

Η πρωτοτυπία της έρευνας έγκειται στην άμεση επαφή που υπήρξε με τις συμμετέχουσες οι οποίες μέσω των συνεντεύξεων κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με αυτά που βίωσαν την περίοδο της πανδημίας. Η επιλογή έγινε με τη μέθοδο της χιονοστιβάδας, με τέτοιο τρόπο ώστε να εκπροσωπηθούν τα τμήματα της πρώτης γραμμής κατά τη διάρκεια της πανδημίας, όπως το τμήμα επειγόντων περιστατικών, οι μονάδες εντατικής θεραπείας, το εμβολιαστικό κέντρο του νοσοκομείου, οι κλινικές, αλλά και οι διοικητικές υπηρεσίες που εργάστηκαν υποστηρικτικά. Οι εργαζόμενες ανταποκρίθηκαν με μεγάλη προθυμία και εξέφρασαν το ενδιαφέρον τους για το αντικείμενο της έρευνας. Οι συμμετέχουσες ανήκουν στο

μόνιμο προσωπικό του νοσοκομείου εκτός από μία η οποία είναι προσωπικό με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου.

Η έρευνα διενεργήθηκε στο μεγάλο ιστορικό νοσοκομείο της Αθήνας, στο Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία». Η εκτενής αναφορά στο νοσοκομείο γίνεται γιατί για μία ακόμα φορά το νοσοκομείο βρέθηκε στην πρώτη γραμμή αντιμετώπισης του κορονοϊού που προκαλεί τη λοίμωξη covid-19, με όλους τους εργαζόμενους σε αυτό να δίνουν όλες τους τις δυνάμεις στην αντιμετώπιση της νόσου. Το νοσοκομείο «Σωτηρία» επιλέχθηκε, αρχικά γιατί είναι το πρώτο νοσοκομείο που ορίστηκε ως νοσοκομείο αναφοράς για περιστατικά covid-19 και επιπλέον είναι ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της χώρας που ειδικεύεται σε πνευμονολογικά περιστατικά, με τους εργαζόμενους σε αυτό, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να έχουν μεγάλη εμπειρία στην αντιμετώπισή τους. Ακόμα, ως εργαζόμενη για πολλά χρόνια στο εν λόγω νοσοκομείο, μέσω της συμμετοχικής μου παρατήρησης έχω τη δυνατότητα να καταθέσω και την προσωπική μου εμπειρία για τα προβλήματα που βίωσαν οι γυναίκες εργαζόμενες κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Κεφάλαιο τέταρτο

Πεδίο διεξαγωγής της έρευνας Γενικό Νοσοκομείο «Σωτηρία»

4.1 Το πρώτο Ελληνικό λαϊκό Νοσοκομείο – Σανατόριο «Σωτηρία».

Το νοσοκομείο «Σωτηρία» αποτελεί ένα φορτισμένο ιστορικά χώρο. Από το πρώτο κτίριο του Σανατορίου το 1905, έως σήμερα, που είναι το μεγαλύτερο πνευμονολογικό κέντρο στην Ελλάδα, η ιστορία της «Σωτηρίας» είναι συνδεδεμένη με την ιστορία των Αθηνών. Ξεκίνησε από άσυλο για τους “Άθλιους των Αθηνών”, έγινε φυματιολογικό κέντρο και τελικά σήμερα Γενικό Νοσοκομείο. Στην Ελλάδα του 1900, οι νεκροί από φυματίωση ανέρχονταν σε πενήντα χιλιάδες σε μια εποχή που η χώρα δεν αριθμούσε περισσότερο από δύο εκατομμύρια ψυχές. Η Σοφία Σλήμαν, μετά το θάνατο του συζύγου της αρχαιολόγου Ερρίκου Σλήμαν το 1890, αρχίζει να ενδιαφέρεται για τον αντιφυματικό αγώνα, για την ίδρυση σανατορίου, με κατάληξη την ίδρυση της «Σωτηρίας». Η επίσκεψή της στο Δημοτικό Νοσοκομείο «Ελπίς» και η τραγική κατάσταση νοσηλείας των ασθενών που αντίκρισε να νοσηλεύονται εκεί σε χώρους όπου νοσηλεύονταν και φυματικοί, τη συγκλόνισε και συνέβαλε στην ιδέα ίδρυσης ειδικού νοσοκομείου για φυματικούς ασθενείς (Ρασιδάκης, 2003).

Το Μάιο του 1902, σχηματίστηκε όμιλος από κυρίες των Αθηνών και ιδρύθηκε εταιρεία με την επωνυμία «Σωτηρία» με σκοπό την ανέγερση σανατορίου. Με βασιλικό διάταγμα στις 28 Μαΐου 1902 εγκρίθηκε το καταστατικό του «Θεραπευτηρίου «Σωτηρία» με 16 άρθρα που όριζαν το σκοπό της ίδρυσης, τον αριθμό των μελών του Δ.Σ., τον τρόπο λειτουργίας και τους πόρους του, ενώ δίνοντας μεγάλη σπουδαιότητα σε αυτό, ονομάτιζε τους ιδρυτές, τους ευεργέτες και τους δωρητές του νοσοκομείου, τα ονόματα των οποίων θα έπρεπε να αναγράφονται σε μαρμάρινη πλάκα που θα ήταν τοποθετημένη σε εμφανή χώρο του νοσοκομείου (Ρασιδάκης, 2003).

Ταυτόχρονα, αναζητούνταν χώρος για την ανέγερση του σανατορίου. Ο κατάλληλος χώρος που διέθετε τις προϋποθέσεις, δηλαδή ήταν σε εξοχική τοποθεσία αλλά παράλληλα και κοντά στην Αθήνα, ήταν εκτεθειμένος σε ήλιο για μεγάλο χρονικό διάστημα, ήταν προφυλαγμένος από βορειοανατολικούς ανέμους και γειτνιάζε με δάσος, ήταν ο χώρος κοντά στου Γουδή που ανήκε στη Μονή Πετράκη. Η Σοφία Σλήμαν, χρησιμοποιώντας το κύρος της ζήτησε από τη Μονή να της παραχωρήσει το χώρο. Η Μονή Πετράκη ανταποκρίθηκε στο αίτημα και παραχώρησε με την πράξη

292-293 της 27 Ιουνίου 1902 χώρο έκτασης πενήντα τετραγωνικών χιλιομέτρων. Λίγους μήνες αργότερα, τέθηκε από τη Σοφία Σλήμαν ο θεμέλιος λίθος και άρχισαν οι εργασίες κατασκευής του πρώτου κτιρίου της «Σωτηρίας» (Σταυράκης, 2002).

Οι οικοδομικές εργασίες αρχίζουν το 1903 και το 1905 εγκαινιάζεται το πρώτο σανατόριο της χώρας με 40 κλίνες από τη βασίλισσα Όλγα, που είχε αναλάβει υπό την προστασία της το ίδρυμα που προοριζόταν για τη νοσηλεία άπορων φυματικών. Το φθισιατρείο, τα πρώτα χρόνια με τους ελάχιστους πόρους που διέθετε, λειτουργούσε πιο πολύ ως αστική καραντίνα παρά ως θεραπευτήριο. Το 1907 χτίστηκε το «Κυριαζίδειο» με δωρεά του ομογενούς από την Αίγυπτο Ε. Κυριαζή, ενώ το 1908, χτίστηκε το «Αμπέτειο» με δωρεά του Ν. Άμπετ από την Αλεξάνδρεια. Η Σοφία Σλήμαν έως το 1908, παρά τη λειψυδρία και με μεταφορά νερού με στρατιωτικά βυτιοφόρα, καταφέρνει να φυτέψει 7.500 πεύκα και ευκαλύπτους στον προαύλιο χώρο του νοσοκομείου. Το τέταρτο περίπτερο, άρχισε να λειτουργεί το 1910 με δωρεά της κόρης της Σοφίας Σλήμαν, Ανδρομάχης Μελά. Ονομάστηκε «Λαϊκό» και προοριζόταν για τη νοσηλεία καθαρά άπορων φυματικών, ενώ στα προηγούμενα υπήρχαν νοσήλια (Ρασιδάκης, 2003).

Ωστόσο, μη μπορώντας να βασιστεί σε κρατική επιχορήγηση η Σλήμαν στρέφεται σε εράνους και φιλανθρωπικούς χορούς για να καταφέρει να λειτουργήσει και να συντηρήσει το νοσοκομείο. Το 1911, κυρίες της αθηναϊκής κοινωνίας προσέφεραν από ένα τριαντάφυλλο σε όσους έδιναν χρήματα για τη «Σωτηρία». Από αυτόν τον έρανο που απέφερε το μεγαλύτερο ποσό, χτίστηκε την ίδια χρονιά ένα μικρό περίπτερο 30 κλινών το «Τριανταφυλλάκι». Το 1913, ο πρωθυπουργός Ελ. Βενιζέλος προσέφερε χρήματα που προέρχονταν από έρανο των ομογενών για τη χρηματοδότηση των Βαλκανικών Πολέμων και χτίζεται το περίπτερο «Στρατιωτικό» με δύναμη 55 κλίνες που αρχικά χρησιμοποιήθηκε για τη νοσηλεία στρατιωτικών που αρρώστησαν κατά τη διάρκεια των βαλκανικών πολέμων.

Το έβδομο περίπτερο της Σωτηρίας που περατώθηκε το 1914 ήταν δωρεά του Χ. Σπηλιόπουλου, μέλους του Δ.Σ., ονομάστηκε «Σπηλιοπούλειο» και είχε δύναμη 50 κλινών. Το 1915, κατασκευάστηκε το τελευταίο κτίριο, το «Οικονόμειο» ή «Διευθυντήριο» με δαπάνη του Π. Οικονόμου, που στέγασε τις βοηθητικές υπηρεσίες του ιδρύματος στο ισόγειο, όπως το φαρμακείο, το ακτινολογικό και μικροβιολογικό εργαστήριο, ενώ ο πρώτος όροφος χρησιμοποιήθηκε για κατοικία του ανώτερου προσωπικού, δηλ. γιατρών και της προϊσταμένης αδελφής (Σταυράκης, 2002).

4.2 «Σωτηρία» η «κόλαση των ζωντανών».

Την 1^η Ιουλίου 1917 γίνεται ο πρώτος κανονισμός του ιδρύματος. Προκύπτει οικονομικό έλλειμμα που αναγκάζει το κράτος να αυξήσει την ετήσια επιχορήγηση από 5.000 σε 30.000 δραχμές. Το 1919, με το Νομοθετικό Διάταγμα της 22^{ης} Μαΐου 1919 *«Περί διοικήσεως του εν Αθήναις Νοσοκομείου υπό την ονομασία «Σωτηρία» που επικυρώθηκε με το ν.1876/1920, το πρώτο άρθρο όριζε «... τη συναινέσει των μέχρι τούδε εκπροσωπούντων αυτό, περιέρχεται εις το κράτος από της 1^{ης} Ιουλίου 1919, διατηρούν ιδίαν νομικήν προσωπικότητα ως Νοσοκομείον φυματιώντων, προς εξυπηρέτησιν του αυτού σκοπού...»*, ενώ στο επόμενο άρθρο αναφέρεται πως τη διοίκηση αναλαμβάνει το Υπουργείο Εσωτερικών. Η Σοφία Σλήμαν αποχωρεί από τη διεύθυνση της «Σωτηρίας» κάτω από αδιευκρίνιστες ιστορικά συνθήκες (Ρασιδάκης, 2003).

Η παρατεινόμενη ανεπάρκεια της κρατικής μηχανής να αναλάβει την κοινωνική πρόνοια και η άφιξη 1,5 εκατομμυρίων προσφύγων της Μικρασιατικής Καταστροφής στα χρόνια που ακολούθησαν μετέτρεψαν τη «Σωτηρία» σε ένα άθλιο συνονθύλευμα με άθλιες παράγκες, ξύλινα παραπήγματα, ακόμα και λαγούμια κάτω από τη γη, που καλούνταν να στεγάσουν εκατοντάδες φυματικούς. Το 1919 αγοράστηκαν από το Γαλλικό στρατόπεδο στη Μακεδονία παραπήγματα που εγκαταστάθηκαν στον περίβολο της «Σωτηρίας» για τις ανάγκες του Υπουργείου Στρατιωτικών, τα λεγόμενα «Συμμαχικά». Επιπλέον, «ντέκερ» του στρατού στήθηκαν για τη νοσηλεία των φυματικών στρατιωτών. Πολλοί μένουν στον υπαίθριο χώρο ή κατασκευάζουν δικές τους πρόχειρες καλύβες. Σε χώρους δύναμης 600 κλινών διαμένουν 3.000-4.000 άρρωστοι. Παράλληλα, άστεγοι και μικροπωλητές ανακατεύονται με τους φυματικούς προκειμένου να εξασφαλίσουν στέγη και φαγητό, ενώ στους χώρους του φθισιατρείου ανθούσε το εμπόριο ναρκωτικών, το παραεμπόριο μικροαντικειμένων από κλοπές και η πορνεία (Ρεμούνδος, 2015).

Η κατάσταση ήταν εκτός ελέγχου. Το κράτος αδυνατεί να παρέμβει και η «Σωτηρία» μετατρέπεται σε άβατο. Υπήρχε ο φόβος πως όποιος πλησιάσει το νοσοκομείο ή θα κολλήσει φυματίωση ή θα τον μαχαιρώσουν. Το νοσοκομείο στιγματίζεται ως τόπος μαρτυρίου και ως άντρο αναρχίας και παρανομίας. Οι ίδιοι οι ασθενείς χαρακτήριζαν το ίδρυμα «πεθαμενατζήδικον», «ανθρώπινον στάβλον» και «κόλασις των ζωντανών». Μέσα στα λεγόμενα «αναψυκτήρια» στοιβάζονταν φυματικοί περιμένοντας μάταια βοήθεια, με πολλούς από αυτούς να πεθαίνουν και να θάβονται σε ομαδικούς τάφους στον περίβολο της «Σωτηρίας». Την κατάσταση

εκμεταλλεύονταν ακόμα και εργαζόμενοι-νοσοκόμοι του νοσοκομείου και πωλούσαν τις μερίδες του συσσιτίου για να βγάλουν χρήματα. Πολλές φορές δε δήλωναν το θάνατο ενός ασθενούς για να συνεχίσουν να παίρνουν τη μερίδα του (Σταυράκης, 2002). (Στο Παράρτημα 3 φωτογραφίες της εποχής δείχνουν τις άθλιες συνθήκες διαβίωσης των ασθενών).

Το 1936 το καθεστώς της 4^{ης} Αυγούστου διορίζει γενικό διευθυντή του νοσοκομείου το Μάνθο Μεταλληνό, γνώστη των υγειονομικών προβλημάτων που αντιμετώπιζε η χώρα μετά την έλευση των προσφύγων. Ο Μεταλληνός κατάφερε μέσα σε πέντε χρόνια να μετατρέψει τη «Σωτηρία» από το άθλιο παρηκμασμένο άσυλο σε ένα σύγχρονο νοσοκομείο. Όταν ανέλαβε τη διοίκηση, έβγαλε δεκάδες φωτογραφίες για να δείξει ότι η κατάσταση ήταν εκτός ελέγχου και έπρεπε να γίνουν άμεσες ενέργειες. Κατεδαφίζει όλα τα παραπήγματα και τις παράγκες, γκρεμίζει τα παλιά κτίρια, με χρηματοδότηση του κράτους κτίζεται η Χειρουργική κλινική, το «Μέγα Λαϊκό» από τον σπουδαίο αρχιτέκτονα Γιάννη Δεσποτόπουλο, το κτίριο των «300 Γυναικών», το κτίριο των «300 Ανδρών», ο «Οίκος Αδελφών», καθώς και τα υπερσύγχρονα Μαγειρεία – Πλυντήρια. Κρατάει για νοσηλεία μόνο τους πάσχοντες καθαρίζοντας και περιφρουρώντας τους χώρους του νοσοκομείου, που πλέον διαθέτει 1.800 κλίνες και είναι ανοικτό στον κόσμο (Ρεμούνδος, 2015).

Μετά το τέλος της περιόδου αυτής, λήγει και η περίοδος 34 περίπου χρόνων, κατά τη διάρκεια της οποίας η δραστηριότητα του νοσοκομείου στηρίχθηκε σε προσφορά δωρεών και κεφαλαίων από τον ιδιωτικό τομέα. Επιθυμία του κράτους πλέον ήταν να αναλάβει πιο υπεύθυνο ρόλο στη λειτουργία του σανατορίου. Με τη δημιουργία των νέων κτιρίων, πολλαπλασιάστηκε η νοσηλευτική ικανότητα του νοσοκομείου και προσλήφθηκε επιστημονικό και βοηθητικό προσωπικό (Ρασιδάκης, 2003).

4.3 Το Γενικό Νοσοκομείο «Η Σωτηρία».

Τον Οκτώβριο του 1965 η «Σωτηρία» μετονομάστηκε σε «Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος» και σταδιακά μεταβλήθηκε σε Γενικό Νοσοκομείο, όπου σήμερα λειτουργούν κλινικές πολλών ειδικοτήτων. Η ιστορία της, χάρη στις προσπάθειες χαρισματικών ανθρώπων, αποτυπώνεται στο Μουσείο του νοσοκομείου που στεγάζεται στο «Στρατιωτικό Περίπτερο», ένα κτίριο ιδιαίτερης αισθητικής αξίας. Η αποκατάσταση του μουσείου συγχρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης, το Υπουργείο Υγείας, το Υπουργείο Πολιτισμού και την

Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία και αντανακλά όλες τις φάσεις της νεότερης ιστορίας. Περιλαμβάνει εκθέματα απομεινάρια των χρόνων λειτουργίας του Νοσοκομείου που συγκεντρώθηκαν από εργαζομένους και συνταξιούχους και από προσωπικά αντικείμενα της Σοφίας Σλήμαν.

Αυτό το ιστορικό νοσοκομείο για ακόμα μία φορά, βρέθηκε στην πρώτη γραμμή να ξαναγράφει ιστορία με την αντιμετώπιση της έξαρσης της πανδημίας covid-19 ως νοσοκομείο αναφοράς. Γιατροί, νοσηλευτές, επιστημονικό, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό με αυταπάρνηση και πολλές φορές υπερβαίνοντας τις δυνάμεις τους με φόβο για τη νόσο, αλλά και με ανασφάλεια και εργασιακή εξουθένωση κατάφεραν να φέρουν εις πέρας το λειτούργημά τους. Σύμφωνα με στοιχεία του Γραφείου Προσωπικού, κατά τη διάρκεια της πανδημίας εργάζονταν στο νοσοκομείο 1.857 άτομα, με την πλειονότητα αυτών, δηλαδή 1.340 άτομα να είναι γυναίκες εργαζόμενες. Στην ιατρική υπηρεσία του νοσοκομείου απασχολούνταν 182 άνδρες και 261 γυναίκες, ενώ το επιστημονικό προσωπικό αποτελείτο από 11 άνδρες και 31 γυναίκες. Στον νοσηλευτικό τομέα, που ήταν και ο πολυπληθέστερος, 151 ήταν οι άνδρες εργαζόμενοι και 728 ήταν οι γυναίκες. Το διοικητικό προσωπικό αποτελείτο από 43 άνδρες και 130 γυναίκες, ενώ το βοηθητικό προσωπικό ήταν 130 άνδρες και 190 γυναίκες.

Είναι εμφανές, λοιπόν πως οι γυναίκες εργαζόμενες στο νοσοκομείο ήταν σχεδόν τριπλάσιες από τους άνδρες συναδέλφους τους. Ωστόσο, όλοι μαζί προσπάθησαν και συνέβαλαν στην αντιμετώπιση της πανδημίας και στην προσφορά νοσηλείας και παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, σε μεγάλο αριθμό συνάνθρωπων μας που προσήλθαν για παροχή βοήθειας, σε σύνολο, σύμφωνα με το γραφείο κινήσεως του τμήματος επειγόντων περιστατικών από τις 1-Ιανουαρίου-2020 έως και 31-Αυγούστου-2023, 22.248 ατόμων που προσήλθαν για εξέταση, καθώς και στη νοσηλεία το ίδιο διάστημα, σύμφωνα με το τμήμα λοιμώξεων, 14.770 ατόμων στις κλινικές του νοσοκομείου καθώς και στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Επιπλέον, το νοσοκομείο λειτούργησε και ως εμβολιαστικό κέντρο με υγειονομικούς να συμβάλλουν στον εμβολιασμό, σύμφωνα με τα στοιχεία από το εμβολιαστικό κέντρο, έως 31-Αυγούστου-2023 42.083 πολιτών καθώς και 2.171 συναδέλφων εργαζομένων στο νοσοκομείο.

Αποτελέσματα

Κεφάλαιο πέμπτο

Η εξέλιξη των συνθηκών εργασίας των εργαζόμενων γυναικών πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την πανδημία

Οι ερωτώμενες υπηρετούν στο νοσοκομείο με προϋπηρεσία που κυμαίνεται από τέσσερα έως σαράντα χρόνια. Ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία των 38 έως 58 ετών. Οι περισσότερες (έξι) γεννήθηκαν στην Αθήνα, ενώ οι υπόλοιπες (τέσσερις) έχουν γεννηθεί στην περιφέρεια αλλά μετοίκησαν στην πρωτεύουσα για να σπουδάσουν ή να εργαστούν. Οκτώ από τις δέκα είναι απόφοιτες της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι επτά έχουν μεταπτυχιακούς τίτλους σπουδών και μία κατέχει διδακτορικό τίτλο σπουδών και είναι απόφοιτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης. Δύο από αυτές που εργάζονται ως βοηθητικό προσωπικό είναι απόφοιτες τριτάξιου γυμνασίου. Η επιλογή των σπουδών των περισσότερων έγινε με γνώμονα την αγάπη και την προσφορά στον συνάνθρωπο, αλλά και την προσδοκία για επαγγελματική αποκατάσταση.

“Η επιλογή του επαγγέλματος της νοσηλεύτριας έγινε με στόχο αποφοιτώντας να έχω άμεση επαγγελματική αποκατάσταση. Δεν μπορούσα να επιστρέψω στην επαρχία στους δικούς μου και βρήκα σχετικά εύκολα δουλειά σε μια ιδιωτική κλινική. Όταν ήρθε ο διορισμός μου σε δημόσιο νοσοκομείο επέλεξα να έρθω εδώ γιατί οι συνθήκες ήταν καλύτερες ”(Θάλεια Νοσηλεύτρια).

Την ανιδιοτελή αγάπη στον συνάνθρωπο και την προσφορά στην εξάλειψη του ανθρώπινου πόνου αναφέρει για την επιλογή του επαγγέλματος της ιατρού και η πρώτη ερωτώμενη ιατρός.

“Πάντα πίστευα πως πρέπει να δίνεις για να νιώθεις καλά. Ήμουν και είμαι ρομαντική. Πιστεύω πως όταν βοηθάς το συνάνθρωπο θα το βρεις κάποια στιγμή μπροστά σου... οι συμπεριφορές επιστρέφονται. Την πνευμονολογία ωστόσο την επέλεξα για οικονομικούς λόγους επειδή είχε τη μικρότερη αναμονή ” (Καλλιόπη ιατρός).

Οι υπόλοιπες εργαζόμενες κυρίως στις διοικητικές υπηρεσίες του νοσοκομείου, πέρα από την αγάπη τους για τον συνάνθρωπο, επεσήμαναν και τη μεγάλη σημασία που έχει η εργασία για τις γυναίκες στις υπηρεσίες του δημόσιου τομέα, αφού τα ωράρια εργασίας και οι διευκολύνσεις που παρέχονται βοηθούν στο να μπορέσουν να δημιουργήσουν οικογένεια και να καταφέρουν να συνδυάσουν την επαγγελματική με την οικογενειακή ζωή.

Σχεδόν όλες οι συμμετέχουσες στην έρευνα ανέφεραν πως οι συνθήκες εργασίας σε ένα μεγάλο νοσοκομείο είναι στρεσογόνες. Πριν την πανδημία όλα κυλούσαν ομαλά, με τις εργαζόμενες να εργάζονται και να προσφέρουν στον άρρωστο. Η έλευση της πανδημίας, όμως, επηρέασε δραματικά τις συνθήκες εργασίας τους, αφού όλες εργάζονταν κάτω από πίεση σε έναν ήδη επιβαρυσμένο χώρο εργασίας λόγω της οικονομικής κρίσης που είχε προηγηθεί. Υπήρχε έλλειψη νέων ιατρών, πολλοί συνάδελφοι οδηγούνταν στη σύνταξη με αποτέλεσμα το εναπομείναν προσωπικό να είναι γερασμένο και κουρασμένο.

“Στη διάρκεια της πανδημίας διορίστηκαν σε όλο το νοσοκομείο μόνο είκοσι ιατροί. Το πρόβλημα ήταν πως σε αυτή την ηλικία, λόγω έλλειψης νέων ιατρών, αναγκαζόμασταν να κάνουμε πολλές εξαντλητικές εφημερίες. Επιπλέον, οι πολίτες που προσέρχονταν στα επείγοντα ήταν απαιτητικοί, ζητούσαν συνέχεια πράγματα και ρωτούσαν για τη νόσο, η οποία από μόνη της δημιουργούσε παθολογένειες που και εμείς δεν τις γνωρίζαμε πλήρως, αλλά ούτε είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε πώς θα λειτουργήσει μακροπρόθεσμα”(Κλειώ ιατρός).

Οι εννέα από τις δέκα εργαζόμενες νόσησαν από covid-19, εκτός από μία που θεωρεί τον εαυτό της τυχερό που δεν κόλλησε αν και εργαζόταν στην πρώτη γραμμή στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου. Παρόλο που μπορούσαν να παραμείνουν στο σπίτι, μετά τις πέντε μέρες που χορηγούσε σε όσους νοσούσαν ο ΕΟΔΥ και ενώ εξακολουθούσαν να νιώθουν κόπωση, αυτές γυρνούσαν στη δουλειά για να μην επιβαρύνουν τους συναδέλφους τους που έμεναν πίσω.

“Νόσησα από κορονοϊό και έλλειψα μόνο για το διάστημα των πέντε ημερών που μας χορηγούσε ως ειδική άδεια ο ΕΟΔΥ. Επέστρεψα στη δουλειά χωρίς να έχω επανέλθει πλήρως και ενώ αισθανόμουν φοβερή κόπωση. Επιπλέον, να τονίσω πως νοσήσαμε όλοι οι συνάδελφοι στο τμήμα αλλά κανείς από το εργασιακό

περιβάλλον. Τηρούσαμε πολύ αυστηρά τα μέτρα ατομικής προστασίας. Κολλήσαμε τον ιό από το εξωτερικό περιβάλλον, μάλλον από ασυμπτωματικούς ασθενείς” (Ευτέρπη Νοσηλεύτρια).

Μεγάλες ήταν και οι δυσκολίες που αντιμετώπιζαν οι ερωτώμενες στις σχέσεις τους με τους πολίτες που προσέρχονταν στα επείγοντα περιστατικά για να εξεταστούν και αργότερα στο εμβολιαστικό κέντρο του νοσοκομείου για να εμβολιαστούν. Ιατρός και επισκέπτρια υγείας αναφέρουν λεκτικές απειλές και άσχημες συμπεριφορές από πολίτες. Ωστόσο, όλες, οπλισμένες με τεράστια υπομονή και χαμόγελο αντιμετώπιζαν τις άσχημες συμπεριφορές προσπαθώντας να βοηθήσουν όσο μπορούσαν.

“Προπηλακισμό δε δέχτηκα. Δέχτηκα ωστόσο πολλαπλές λεκτικές απειλές από συγγενείς ασθενών που αγωνιούσαν δικαιολογημένα για τους δικούς τους ανθρώπους και διαμαρτύρονταν για την πολύωρη αναμονή στα επείγοντα. Το ανέφερα διοικητικά αλλά όχι μόνο δεν έγινε τίποτα, αλλά ξέρω και περιπτώσεις συναδέλφων που δέχτηκαν απειλές αλλά αποσιωπήθηκαν”. (Καλλιόπη ιατρός).

“Μας κατηγορούσαν πως εμείς ήμασταν αυτές που με το ζόρι θέλαμε να τους εμβολιάσουμε. Άλλοι ήθελαν να πάρουν το φιαλίδιο μαζί τους φεύγοντας, άλλοι μας έλεγαν να μην τους κάνουμε τη δόση αλλά να δηλώσουμε πως την κάναμε και άλλοι όταν για κάποιο λόγο υγείας δεν μπορούσαμε να τους κάνουμε τη δόση απειλούσαν πως θα στείλουν το δικηγόρο τους. Οι καλύτεροι ασθενείς ήταν οι υπερήλικες. Άνθρωποι που είχαν ζήσει κακουχίες στη ζωή τους, ήταν οι πιο υπομονετικοί και καταλάβαιναν πως όλο αυτό το κάναμε για το καλό τους. Στην επόμενη δόση ερχόντουσαν με γλυκά και με ένα μεγάλο χαμόγελο” (Τερψιχόρη Επισκέπτρια Υγείας).

Ο φόβος του ιού κυρίως στην αρχή δημιούργησε άγχος, το οποίο κάποιες από τις εργαζόμενες, κυρίως στον ιατρικό κλάδο, οδήγησε στο να αντιμετωπίσουν δυσκολίες συγκέντρωσης στην εργασία τους. Ήταν πολύ δύσκολο να εργάζονται συνεχώς σε συνθήκες που αισθανόντουσαν πως ακροβατούσαν μεταξύ του να βγάλουν μια σωστή διάγνωση και να μη γίνει κάποιο λάθος, ενώ ταυτόχρονα έβλεπαν πως οι εργασιακές συνθήκες δεν τις ευνοούσαν. Στην πορεία, όλες προσπαθούσαν να

διαχειριστούν το άγχος για να αντιμετωπίσουν τα δεκάδες περιστατικά που επισκέπτονταν το νοσοκομείο σε καθημερινή βάση.

Τις ίδιες δυσκολίες συγκέντρωσης και το ίδιο άγχος αντιμετώπιζαν και οι εργαζόμενες στις διοικητικές υπηρεσίες του νοσοκομείου. Οι συνθήκες εργασίας έγιναν πιο απαιτητικές. Οι εποπτεύουσες αρχές, όπως το υπουργείο υγείας και η υγειονομική περιφέρεια, πίεζαν καθημερινά για τη συλλογή στοιχείων ώστε να μπορέσουν να συντονίσουν τις ανάγκες του νοσοκομείου. Ο μεγάλος φόρτος εργασίας επηρέασε την ψυχολογία τους και εμφανίστηκαν αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις, αφού αγχώθηκαν και στρεσαρίστηκαν παραπάνω προκειμένου να αντεπεξέλθουν σε ό,τι τους ζητείτο στο πλαίσιο πάντα της πανδημίας.

Παρόλα αυτά υπήρχε αгаστή συνεργασία μεταξύ των εργαζόμενων, γεγονός που το τονίζουν σχεδόν όλες οι ερωτώμενες. Όλοι εργάζονταν για έναν κοινό σκοπό μέσα σε δύσκολες συνθήκες. Το στοίχημα ήταν μέσω της ομαδικής εργασίας να καταπολεμηθεί ο φονικός ιός που άφηνε πίσω του θύματα ανεξαρτήτου ηλικίας, αλλά περισσότερο ανθρώπους που είχαν ήδη επιβαρυνμένη υγεία.

“Όσο δουλεύαμε τόσο δενόμασταν. Όταν έκλεισε το εμβολιαστικό και διαλύθηκε η ομάδα όλοι κλαίγαμε. Προσπαθούσαμε με χαμόγελο και καλή διάθεση να αντιμετωπίσουμε τις δύσκολες συνθήκες δουλειάς”(Τερψιχόρη Επισκέπτρια Υγείας).

Οι μισές από τις αφηγήτριες στην έρευνα είναι παντρεμένες. Το ερώτημα ήταν πώς κατάφεραν να συνδυάσουν τις επαγγελματικές με τις οικογενειακές υποχρεώσεις κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Οι πιο πολλές υποστηρίζουν πως η διαχείριση της ισορροπίας έχει να κάνει με την ηλικία των παιδιών. Όσες είχαν μικρά παιδιά αναφέρθηκαν στον υποστηρικτικό ρόλο των συντρόφων τους τόσο στη φροντίδα τους που, λόγω της τηλεκπαίδευσης και της καραντίνας ήταν συνέχεια μέσα στο σπίτι, όσο και στην ψυχολογική στήριξη που παρείχαν σε αυτές όταν εξαντλημένες επέστρεφαν στο σπίτι. Οι γιαγιάδες και οι παππούδες, λόγω των συστάσεων των ειδικών για τα άτομα μεγάλης ηλικίας να μην έρχονται σε επαφή με μικρά παιδιά για να προστατεύσουν την υγεία τους, δεν μπορούσαν να βοηθήσουν.

“Ήταν δύσκολο να συνδυάσω τη δουλειά με τις οικογενειακές υποχρεώσεις. Ευτυχώς ο σύζυγός μου, υγειονομικός και αυτός, καταλάβαινε απόλυτα αυτό που

βίωνα. Καταφέραμε να κανονίζουμε τις βάρδιές μας με τέτοιο τρόπο ώστε να ήταν πάντα κάποιος στο σπίτι με τα παιδιά, που αναγκαστικά, βρίσκονταν όλη μέρα στο σπίτι. Οι οικογενειακές υποχρεώσεις ήταν πολλές, αφού έπρεπε να στηρίζουμε τα παιδιά στην τηλεκπαίδευση και να ανταποκριθούμε στη διεκπεραίωση των οικιακών εργασιών, μιας και η μητέρα μου που συνήθως μας βοηθούσε, δεν μπορούσε να έρθει στο σπίτι” (Καλλιόπη ιατρός).

Από την άλλη ερωτώμενες που δεν είχαν οικογένεια, αναφέρουν τη μεγάλη μοναξιά που βίωσαν καθώς η πανδημία δεν τους επέτρεπε τις κοινωνικές συναναστροφές. Η μόνη τους έξοδος ήταν για να πάνε στη δουλειά και μετά εξουθενωμένες γυρνούσαν σπίτι και είχαν να αντιμετωπίσουν ένα άδειο σπίτι χωρίς φίλους και οικογένεια.

“Μετά την εργασία μου και επειδή δεν είχα σύντροφο εκείνη την περίοδο, ζούσα με το γατάκι μου και ασχολούμουν μαζί του προκειμένου να αντιμετωπίσω τη μοναξιά μου και να αποφορτιστώ από την πίεση της δουλειάς”(Πολύμνια Διοικητική Υπάλληλος).

“Ηξεραν όλοι οι φίλοι μου ότι δουλεύω στο νοσοκομείο οπότε εγώ τους απάλλαξα από τη δύσκολη θέση τού να ερχόμαστε σε επαφή λέγοντάς τους πως εγώ δε θέλω να βγούμε. Στα προσωπικά μου βίωσα μια πανωλεθρία... γιατί όταν δεν βγαίνεις, δεν έχεις κοινωνική ζωή και η μόνη σου έξοδος είναι η δουλειά ή το σούπερ μάρκετ, τότε είναι πολύ δύσκολο να δημιουργήσεις μια σχέση ακόμα και φιλική”(Μελπομένη Κοινωνική Λειτουργός).

“Αντιμετώπισα μεγάλη μοναξιά τους πρώτους μήνες της πανδημίας. Υπήρχε απομάκρυνση ακόμα και από το φιλικό περιβάλλον. Στη μητέρα μου που είχε σοβαρά προβλήματα υγείας πήγαινα κάτω από το μπαλκόνι για να δει ότι είμαι καλά, φοβούμενη να πάω σπίτι μήπως της μεταφέρω τον ιό. Απέφευγα να πηγαίνω σε σπίτια φίλων που είχαν μικρά παιδιά για τον ίδιο λόγο. Από μόνη μου είχα ενδοιασμούς να βγω ή να επιδιώξω μια γνωριμία από φόβο μη μεταφέρω κάτι ή με απορρίψει κάποιος λόγω της εργασίας μου στο νοσοκομείο”(Μελπομένη Κοινωνική Λειτουργός).

Η έρευνα έδειξε πως οι συνθήκες εργασίας εξελίχθηκαν από τις δύσκολες αλλά φυσιολογικές συνθήκες που επικρατούσαν πριν την πανδημία σε άκρως δυσκολότερες και πιο απαιτητικές κατά τη διάρκειά της. Οι κανονικές άδειες ανακλήθηκαν και πολλές από τις εργαζόμενες γυναίκες βρέθηκαν να εργάζονται σε διπλοβάρδιες προκειμένου να καλύψουν τους συναδέλφους τους που νοσούσαν. Οι έγγαμες εργαζόμενες προσπαθούσαν να συνδυάσουν την επαγγελματική με την οικογενειακή ζωή και τη φροντίδα των παιδιών που έμεναν σπίτι λόγω της αναστολής λειτουργίας των σχολείων.

Μετά τον εμβολιασμό των πολιτών και την ανοσία να έχει επέλθει στον πληθυσμό, οι εισαγωγές έχουν μειωθεί και η κανονικότητα έχει γυρίσει στο νοσοκομείο, που από νοσοκομείο αναφοράς αποκλειστικά για περιστατικά covid-19, ξαναέγινε γενικό νοσοκομείο που φιλοξενεί πλέον διάφορα περιστατικά, ενώ λειτουργούν κανονικά τα εξωτερικά ιατρεία και τα χειρουργεία. Ωστόσο, οι συνθήκες εργασίας εξακολουθούν να είναι δύσκολες, αφού το δημόσιο σύστημα υγείας συνεχίζει να είναι υποστελεχωμένο παρά τις προσλήψεις που έγιναν κατά τη διάρκεια της πανδημίας κυρίως σε επικουρικό προσωπικό. Οι εργαζόμενοι είναι απογοητευμένοι, αφού βλέπουν πως οι συνθήκες εργασίας τους δεν βελτιώνονται και δεν αναγνωρίζεται η σκληρή δουλειά τους στα τρία χρόνια της πανδημίας.

Κεφάλαιο έκτο

Οι επιδράσεις της πανδημίας στην ποιότητα ζωής των εργαζόμενων γυναικών

Η πανδημία άλλαξε καθοριστικά τη ζωή των πολιτών και πολύ περισσότερο των υγειονομικών υπαλλήλων που βρέθηκαν στην πρώτη γραμμή αντιμετώπισής της. Κάποιοι έγιναν πιο ανθεκτικοί ψυχικά, αρκετοί όμως επιβαρύνθηκαν τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Πολλοί εκμεταλλεύθηκαν τις ευκαιρίες από την απαγόρευση της κυκλοφορίας και διέθεσαν περισσότερο χρόνο στην οικογένεια και στα αγαπημένα τους πρόσωπα, άλλοι όμως υπέστησαν ψυχολογική πίεση και αφόρητη μοναξιά. Ενώ η χώρα βρισκόταν κάτω από περιορισμό μετακινήσεων, τηλεργασία και τηλεεκπαίδευση, οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας ήταν από εκείνους που δούλευαν αναγκαστικά με φυσική παρουσία.

Ο φόβος απέναντι στον άγνωστο ιό επηρέασε τις ερωτώμενες όχι τόσο για τη δική τους υγεία όσο για την υγεία των αγαπημένων τους προσώπων κυρίως των παιδιών και των γονιών τους.

“Τηρούσα ευλαβικά τα μέτρα ατομικής προστασίας. Λόγω προβλήματος υγείας του παιδιού μου το μόνο που σκεφτόμουν ήταν μην κολλήσω και το μεταφέρω στο σπίτι. Αλλάξα σε άλλο χώρο, φρόντιζα να απολυμανθώ πριν επιστρέψω στο σπίτι και πήγαινα στη μητέρα μου πάντα με μάσκα και τηρώντας τις αποστάσεις. Τελικά ήμουν η μόνη που δεν κόλλησα... όλοι οι υπόλοιποι στο σπίτι κόλλησαν, αλλά ευτυχώς το πέρασαν ελαφρά”(Τερψιχόρη Επισκέπτρια Υγείας).

Η συναισθηματική κατάσταση των συμμετεχουσών στην έρευνα κατά τη διάρκεια της πανδημίας επηρεάστηκε δραματικά. Τα κρούσματα ήταν πολλά, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι, αλλά ανάμεσά τους νέοι άνθρωποι και οικογένειες που νοσηλεύονταν στις διάφορες κλινικές του νοσοκομείου και στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Υπήρχαν ανάμικτα συναισθήματα φόβου, συγκίνησης και θυμού βλέποντας όλο αυτό που συνέβαινε. Πολλές από αυτές εκδήλωναν τα συναισθήματά τους με εξάρσεις, άλλες με κλάμα, ενώ άλλες αντιμετώπιζαν προβλήματα με τον ύπνο.

“Η συναισθηματική μου κατάσταση είχε επηρεαστεί πάρα πολύ. Στην αρχή όλοι είχαμε σοκαριστεί. Ερχόντουσαν άνθρωποι το πρωί, και το βράδυ είχαν πεθάνει.

Ήταν συγκλονιστικό... αισθανόσουν πόσο εφήμερη είναι η ζωή και πόσο σημαντικό είναι να είσαι καλά. Βλέποντας όλο αυτό ήμουν και εξαγριωμένη με τους αρνητές του ιού που υποστήριζαν ότι δεν υπήρχε και πως ήταν ψέμα.. Είμασταν όλοι συγκινημένοι και ταυτόχρονα θυμωμένοι με όλο αυτό που συνέβαινε. Κάθε ασθενή που χάναμε, χάναμε και κάτι από τον εαυτό μας. Όταν κάποιος έβγαινε από τη μονάδα το συναίσθημα αντιστρεφόταν. Όταν έβγαινε ο αναπνευστήρας ήταν κάτι μαγικό”(Κλειώ ιατρός).

“Βίωσα μεγάλη συναισθηματική εξουθένωση. Δεν μπορούσα να διαχειριστώ τη συνθήκη πως έφευγαν άνθρωποι σε όλο τον πλανήτη τόσο γρήγορα και με τέτοιον τρόπο. Τις συναισθηματικές εξάρσεις όμως τις είχα στο σπίτι καθώς στη δουλειά προσπαθούσαμε όλοι να είμαστε στρατιώτες για να μπορέσουμε να αποδώσουμε σε αυτό που είχαμε κληθεί να κάνουμε”(Πολύμνια Διοικητική Υπάλληλος).

“ Τους πρώτους μήνες της πανδημίας είχα διαταραχές ύπνου. Λόγω του άγχους να αντεπεξέλθω στις ανάγκες της δουλειάς, της προσπάθειας να στηρίζω τους δικούς μου ανθρώπους, που είτε είχαν κολλήσει τον ιό είτε φοβόντουσαν μην κολλήσουν, ιδίως πριν τους εμβολιασμούς βίωνα πολλές αφυπνίσεις τα βράδια. Ξυπνούσα συχνά, πράγμα που τώρα μετά τη λήξη της πανδημίας δεν μου συμβαίνει”(Ευτέρπη Νοσηλεύτρια).

“Συναισθηματικές εξάρσεις υπήρξαν δυστυχώς λόγω της επιβάρυνσης από τη δουλειά λόγω της έλλειψης προσωπικού και της κούρασης που νιώθαμε λόγω της βαρύτητας των περιστατικών. Το νοσοκομείο μας είναι το νοσοκομείο που δέχτηκε τα πιο πολλά περιστατικά και όλοι εμείς δεν κάναμε ερευνητικό έργο, αλλά ήμασταν πάνω από τους ασθενείς”(Κλειώ ιατρός).

“Συναισθηματικά, κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας, ήμουν πολύ άσχημα. Ήμουν μακριά από την οικογένειά μου, η οποία ζούσε στην Άρτα, μάθαινα πως και αυτοί είχαν νοσήσει και δεν μπορούσα να πάω να τους επισκεφτώ λόγω της απαγόρευσης των μετακινήσεων. Ένιωθα και σωματικά και ψυχικά εξαντλημένη, είχα πολλές αδύναμες στιγμές και αυτό με οδηγούσε στο να κλαίω συχνά. Επιπλέον, εγώ, που πάντα λόγω της κούρασης της δουλειάς είχα έναν συνεχόμενο

ύπνο, το διάστημα εκείνο από το άγχος, το φόβο και την εργασιακή εξουθένωση ο ύπνος μου ήταν ανήσυχος”(Ουρανία Καθαρίστρια).

Οι υγειονομικοί κατά τη διάρκεια της πανδημίας, λόγω του όγκου της εργασίας σε συνδυασμό με την έλλειψη προσωπικού, ήρθαν αντιμέτωποι με εργασιακή εξουθένωση (burnout), σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο, ειδικότερα το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που βρισκόταν πάντα στην πρώτη γραμμή άμυνας στην αντιμετώπιση του ιού. Αρκετές από τις ερωτώμενες σωματοποίησαν την επαγγελματική εξουθένωση με αποτέλεσμα να παρατηρούν αλλαγές πάνω τους όπως να τους πέφτουν τα μαλλιά ή να σπάνε τα νύχια τους. Πολλοί από τους εργαζόμενους σκέφτηκαν και αρκετοί το αποφάσισαν να αποχωρήσουν από το εθνικό σύστημα υγείας. Άλλοι για αναζήτηση καλύτερων συνθηκών εργασίας στο εξωτερικό, άλλοι για να εργαστούν στον ιδιωτικό τομέα και άλλοι να πάρουν το δρόμο της συνταξιοδότησης. Το αποτέλεσμα σε αυτές τις περιπτώσεις είναι να ελλοχεύει ο κίνδυνος για μείωση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας των εργαζόμενων στο σύστημα υγείας.

“Σκέφτηκα πολλές φορές να αλλάξω θέση εργασίας. Λόγω της ηλικίας μου και της θέσης μου θα έπρεπε να εργάζομαι λιγότερες ώρες και να έχω πιο πολλούς βοηθούς. Να κάνω μαθήματα περνώντας την εμπειρία μου στους νεότερους γιατρούς. Σε αυτή την ηλικία εξακολουθώ να κάνω εφημερίες στα επείγοντα χωρίς ένα κρεβάτι για να ξαπλώσω μία ώρα να ξεκουραστώ. Δε μας σέβονται, δεν προνοούν κάποια πράγματα για μας. Έχω σκεφτεί να φύγω στο εξωτερικό αλλά όχι να εργαστώ στον ιδιωτικό τομέα. Δε μου πάει να εκτιμώ τη δουλειά μου για ένα ποσό. Θεωρώ πως η προσφορά στον άρρωστο είναι ανεκτίμητη”(Κλειώ ιατρός).

“Έχω μετανιώσει που παρέμεινα στην πρώτη γραμμή. Αν μπορούσα θα είχα φύγει από την πρώτη στιγμή. Τελικά η πανδημία έδειξε ότι τα άτομα που βρήκαν τρόπο να απομακρυνθούν από θέσεις ευθύνης και από θέσεις που θα μπορούσαν να προσφέρουν τα μέγιστα ιατρικά και κλινικά, μπορεί να προστατεύθηκαν σωματικά, συναισθηματικά και πνευματικά”(Καλλιόπη ιατρός).

“Εμένα αυτό που επηρέασε την ψυχολογία μου ήταν η εργασιακή εξουθένωση που βίωσα λόγω της αναστολής εργασίας των συναδέλφων μου που αρνήθηκαν να

εμβολιαστούν. Το βάρος έπεσε σε δύο άτομα να αντιμετωπίσουμε τα περιστατικά όλου του νοσοκομείου. Από την κούραση και το άγχος άρχισαν να χαλάνε τα νύχια μου και να πέφτουν τα μαλλιά μου. Το burnout αποτυπώθηκε στο σώμα μου. Αυτό δεν το είχα νιώσει ποτέ πριν την πανδημία. Ήταν απαραίτητοι οι συνάδελφοι ώστε να μοιράζεται η τόσο δύσκολη δουλειά που αντιμετωπίζαμε. Παρόλα αυτά ποτέ δε σκέφτηκα να αλλάξω εργασία. Πίστευα και εξακολουθώ να πιστεύω πως ήταν καθήκον μου να παραμείνω στη θέση μου παρά τις δύσκολες συνθήκες”(Μελπομένη Κοινωνική Λειτουργός).

“Σκέφτηκα πολλές φορές να τα παρατήσω και να φύγω. Είμαι εργαζόμενη με σύμβαση ορισμένου χρόνου. Νιώθω μεγάλη ανασφάλεια γιατί μας κάνουν τρίμηνες ανανεώσεις. Τώρα τρέμω στην ιδέα ότι δε θα μας ανανεώσουν και θα βρεθώ στο δρόμο. Δούλεψα τρία χρόνια μέσα στον κορονοϊό στη μονάδα και στο τέλος θα πάρω την απόλυση. Σκέφτηκα να τα παρατήσω και να πάω στο χωριό μου να δουλέψω πάλι στα χωράφια, αλλά μου λείπουν λίγα ένσημα για να βγω στη σύνταξη. Όταν ήμουν νέα δούλευα στα χωράφια χωρίς ένσημα”(Ουρανία Καθαρίστρια).

Αντίθετη άποψη σχετικά με την αλλαγή εργασίας διατύπωσαν εργαζόμενες, κυρίως νοσηλεύτριες και διοικητικοί υπάλληλοι, σχετικά με την παραμονή τους στην εργασία. Η αγάπη τους για το λειτούργημα που εξασκούν τους όπλιζε με υπομονή ώστε να καταφέρουν να φέρουν σε πέρας την τόσο σημαντική δουλειά τους.

«Δεν σκέφτηκα στιγμή να φύγω ή να αλλάξω θέση εργασίας. Αντίθετα θεωρώ ότι είναι τόσο μεγάλη η ικανοποίηση που πήρα μέσα από τη δουλειά μου, που ενισχύθηκε πιο πολύ η θέλησή μου να τη συνεχίσω”(Ευτέρπη Νοσηλεύτρια).

Οι πολίτες, βλέποντας από κοντά όταν είχαν κάποιον που νοσηλευόταν ή παρακολουθώντας από τα μέσα ενημέρωσης τον αγώνα που έδιναν οι υγειονομικοί, άλλοι τους αντιμετώπιζαν με δέος και θαυμασμό και άλλοι με φόβο. Ωστόσο, όλες οι συμμετέχουσες στην έρευνα νιώθουν μεγάλη ικανοποίηση για ό,τι προσέφεραν κατά τη διάρκεια της πανδημίας και εξακολουθούν να προσφέρουν έως σήμερα. Οι συνθήκες εργασίας ιδιαίτερα μέσα στις μονάδες ήταν απαιτητικές αφού μόνο για να

μπει να εργαστεί κάποιος έπρεπε να απολυμανθεί και να φορέσει την ειδική στολή προστασίας όπως φαίνεται και στις φωτογραφίες στο Παράρτημα 4.

“Στην περίοδο της πανδημίας, μερίδα πολιτών μάς ηρωοποίησαν. Αυτό για μένα ήταν λάθος. Πάντα εμείς κάναμε τη δουλειά μας. Απλώς λόγω της πανδημίας η δουλειά μας προβλήθηκε. Δεν κάναμε κάτι παραπάνω από αυτό που κάναμε πάντα για τον ασθενή. Τώρα, υπήρχε ο φόβος του άγνωστου ιού. Και η πολιτεία αναγνώρισε τη δουλειά μας σε ηθικό επίπεδο γιατί σε οικονομικό δεν την αναγνώρισε. Οι πολίτες, λόγω που κάποιος από την οικογένειά τους νόσησε και χρειάστηκε να νοσηλευτεί, είδανε με άλλο μάτι τους επαγγελματίες υγείας”(Ευτέρπη Νοσηλεύτρια).

“Νιώθω μεγάλη ηθική ικανοποίηση. Στο τέλος της καριέρας μου, γιατί τέλος του χρόνου συνταξιοδοτούμαι μετά από σαράντα χρόνια δουλειάς, νιώθω ότι πρόσφερα με αγάπη, αλλά πήρα και αγάπη από ασθενείς και συναδέλφους μου. Οι ευχές που πήρα κατά τη διάρκεια της πανδημίας, θα με συντροφεύουν. Η προσφορά μου στους ανθρώπους κατά τη διάρκεια των εμβολιασμών και η ικανοποίηση στα μάτια των πολιτών είναι για μένα το καλύτερο παράσημο” (Τερψιχόρη Επισκέπτρια Υγείας).

“Η ικανοποίηση είναι μεγάλη και σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο για ό,τι προσφέραμε κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Αισθάνομαι υπερήφανη που εργάζομαι σε ένα ιστορικό νοσοκομείο και μέσα από αगाστή συνεργασία με όλους τους συναδέλφους προσφέραμε ό,τι ήταν ανθρωπίνως δυνατόν για την αντιμετώπιση του κορονοϊού” (Πολύμνια Διοικητική Υπάλληλος).

Η έρευνα έδειξε πως όλες οι ερωτώμενες διατύπωναν τις απαντήσεις τους με βάση αυτά που βίωσαν καθόλη τη διάρκεια της πανδημίας. Αποδεικνύεται μέσα από την έρευνα πως η ποιότητα της ζωής τους επηρεάστηκε δραματικά. Όλες βίωσαν ανάμεικτα συναισθήματα. Από τη μία ο φόβος για τον άγνωστο και επικίνδυνο, ιό και από την άλλη η αγωνία μην τυχόν νοσήσουν και μεταφέρουν τον ιό στα αγαπημένα τους πρόσωπα. Η συναισθηματική εξάντληση που βίωναν βλέποντας νέους ανθρώπους να χάνονται από τη νόσο, τις εξαντλούσε

ψυχικά και τις έκανε να αντιμετωπίζουν πρωτόγνωρα συναισθήματα ακόμα και αυτές που εργάζονταν χρόνια δίπλα στον ασθενή.

Αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν δυσκολίες συγκέντρωσης, στην εργασία τους, να έχουν συναισθηματικές εξάρσεις, να είναι περισσότερο ευσυγκίνητες και να αντιμετωπίζουν διαταραχές με τον ύπνο. Ωστόσο, την ανασφάλεια, την κούραση και την απογοήτευση τη συμπλήρωναν και συναισθήματα χαράς και ικανοποίησης που ένιωθαν για την ανιδιοτελή προσφορά τους προς τον ασθενή. Χαρακτηριστική είναι η ιστορία της Μελπομένης που παρουσιάζεται στο Παράρτημα 2 για την ικανοποίηση που πήραν οι εργαζόμενοι στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας όταν κατάφερε να σωθεί και να βγει ζωντανός από εκεί ένας νέος άνθρωπος.

Κεφάλαιο έβδομο

Τρόπος διαχείρισης των αρνητικών επιδράσεων και προτάσεις

Βρισκόμενοι στην μετά κορονοϊό εποχή με τα κρούσματα να διανύουν μία φθίνουσα πορεία, οι γυναίκες εργαζόμενες στο νοσοκομείο προσπαθούν να διαχειριστούν αυτά που βίωσαν, αφού, όπως και οι περισσότεροι πολίτες, αισθάνθηκαν μεγάλη αλλαγή στην καθημερινότητά τους κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Τα συναισθήματά τους διέφεραν μεταξύ τους με κύριο το φόβο μήπως αρρωστήσουν από το ιό και τη μοναξιά επειδή απέφευγαν τους συγγενείς και τους φίλους για να μην τους μολύνουν ή να μη μολυνθούν. Η αβεβαιότητα για το τι επιφυλάσσει το μέλλον, το άγχος, ο θυμός και η θλίψη επιβάρυναν την καθημερινότητά τους. Κοιτάζοντας πίσω κάνουν τον απολογισμό τους, σχολιάζουν τα μέτρα και προτείνουν πολιτικές για μια τυχόν νέα πανδημία.

“Δεν θα άλλαζα τίποτα από αυτά που κάναμε κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Αυτοί που είμαστε θεωρώ πως δουλέψαμε σωστά. Απογοήτευση νιώθω μόνο γιατί η δουλειά μας δεν εκτιμήθηκε οικονομικά. Εμείς οι γιατροί περιμέναμε μετά την πανδημία μια αύξηση στο μισθό μας. Δεν έγινε. Αυτό δείχνει μια έλλειψη ευαισθησίας στους ανθρώπους του Ε.Σ.Υ.”(Κλειώ ιατρός).

“Στην πανδημία όλοι εμπιστεύθηκαν το δημόσιο σύστημα υγείας επειδή έχει το πιο εκπαιδευμένο ιατρικό, επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και τον κατάλληλο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. Δεν το ενίσχυσαν όμως με κίνητρα ώστε να μη φεύγει το ανθρώπινο δυναμικό αναζητώντας καλύτερες συνθήκες δουλειάς και καλύτερες οικονομικές απολαβές. Η βάρδιες ιδίως τη νύχτα είναι πολύ βαριές και το γερασμένο προσωπικό που έχει απομείνει δυσκολεύεται να τις βγάλει”(Τερψιχόρη Επισκέπτρια Υγείας).

Οι απόψεις για τα περιοριστικά μέτρα που επιβλήθηκαν, όπως ο περιορισμός των μετακινήσεων, καθώς και το πώς επέδρασε η πανδημία στην κοινωνική ζωή διαφέρουν ανάμεσα στις ερωτώμενες. Διαφορετικοί είναι και οι τρόποι που η καθεμία επιλέγει να αποφορτιστεί από το άγχος της πανδημίας και να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής της μετά από τα τρία χρόνια εγκλεισμού. Άλλες θεωρούν πως τα μέτρα

περιορισμού ήταν απαραίτητα για την προστασία της δημόσιας υγείας, ενώ άλλες θεωρούν πως ήταν υπερβολικά και πως οι πολίτες με τη σωστή ενημέρωση θα μπορούσαν μόνοι τους να προστατεύσουν τόσο τον εαυτό τους όσο και τους συμπολίτες τους.

“ Η πανδημία επέβαλε την απομόνωση στερώντας μας κάτι που είναι απαραίτητο για την ανθρώπινη ύπαρξη, την επαφή με άλλους. Χάθηκε η επαφή... Ακόμα και τώρα παρατηρούμε πως όσο και να θέλεις να πλησιάσεις κάποιον υπάρχει μια απόσταση. Έχουν αλλάξει τα δεδομένα της ζωής. Ακόμα και τώρα πιάνω τον εαυτό μου να είμαι επιφυλακτική να προσέχω. Πάντα πρόσεχα, αλλά τώρα ο φόβος και το άγχος είναι πιο έντονα”(Θάλεια Νοσηλεύτρια).

“ Η πανδημία επίδρασε αρνητικά στην κοινωνική ζωή μου. Πλέον βλέπω λιγότερο τους φίλους μου. Σε όσους είχαμε πιο ευαίσθητο χαρακτήρα η αρνητική επίδραση ήταν έντονη και υπάρχει ακόμα το αίσθημα της μοναξιάς και της απομόνωσης από τους φίλους και την κοινωνία”(Ουρανία Καθαρίστρια).

“ Θεωρώ πως τα μέτρα που επιβλήθηκαν ήταν απαραίτητα και βοήθησαν στο να προσέχει περισσότερο ο κόσμος” (Πολύμνια Διοικητική Υπάλληλος).

“ Τα μέτρα της πανδημίας επέδρασαν αρνητικά και κατασταλτικά. Όταν για να πας να δεις τη μητέρα σου έπρεπε να στείλεις μήνυμα ήταν έλεγχος χωρίς λόγο. Θεωρώ πως το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού είχε συμμόρφωση γι' αυτό και στη συνέχεια βλέποντας πως δεν είχε νόημα όλο αυτό, άφησαν ελεύθερους τους πολίτες μετά και τον εμβολιασμό για να αποκτηθεί μια φυσική ανοσία”(Μελπομένη Κοινωνική Λειτουργός).

“Μέσα από την επαφή μου τόσο με τους ασθενείς όσο και με τις κοινωνικές μου επαφές, έχω προσέξει πως μετά την πανδημία οι άνθρωποι έχουν αλλάξει, έχουν γίνει πιο επιθετικοί. Δεν θέλω να πιστέψω πως έχασαν την ευγένειά τους, απλά στις συναλλαγές τους είναι έτοιμοι για καυγά. Επιπλέον, τόσα χρόνια κρυμμένοι πίσω από τις μάσκες ξέχασαν να χαμογελούν. Σαν ο κορονοϊός να μας «έκλεψε» ένα κομμάτι ανθρωπιάς. Μας έχει κάνει πιο ανάλγητους, πιο αδιάφορους. Υπήρχε η γραμμή από την πολιτεία να προστατεύσουμε τους οικείους μας. Οι υπόλοιποι;

Η κοινωνία, οι συνάνθρωποί μας; Χάθηκε το κομμάτι της προστασίας στο συνάνθρωπο”(Μελπομένη Κοινωνική Λειτουργός).

Ο κορονοϊός άλλαξε πολλά πράγματα. Οι άνθρωποι συνήθισαν τόσο την απομόνωση και την καραντίνα που η επιστροφή στην κανονικότητα ήταν δύσκολη. Πολλοί συνέχιζαν για καιρό να φορούν τη μάσκα προστασίας παρά τη χαλάρωση των μέτρων. Ωστόσο, η επιθυμία των πολιτών να ζήσουν και να χαρούν τα όμορφα πράγματα της ζωής φαίνεται ολοφάνερα στις αφηγήσεις των συμμετεχουσών στην έρευνα. Όλες οι ερωτώμενες καταλήγουν στο συμπέρασμα πως η πανδημία πέρα από τα αρνητικά της, πέρασε το μήνυμα για το πόσο πολύτιμη είναι η υγεία και πόσο σημαντικό είναι να κάνουν πράγματα που να βελτιώνουν την ποιότητα της ζωής τους.

“ Η πανδημία ήταν μια ευκαιρία να αναθεωρήσω τη στάση ζωής μου. Διαπίστωσα πόσο πολύτιμη είναι η υγεία, πόσο μικροί είμαστε απέναντι στον ιό και πόσο άχρηστα είναι τα πράγματα για τα οποία ανησυχούμε. Ο περιορισμός μου στέρησε πράγματα που με ευχαριστούσαν και με αποφόρτιζαν από το άγχος της δουλειάς. Όταν βγήκαμε από την καραντίνα, άρχισα να αφιερώνω πιο πολύ χρόνο σε μένα. Ξεκίνησα πάλι γυμναστήριο και απολαμβάνω συχνά τις βόλτες για φαγητό και κουβέντα με τους φίλους μου” (Ευτέρπη Νοσηλεύτρια).

“Αν και έβγαινα καθημερινά για να πάω στη δουλειά, μου είχαν λείψει οι βόλτες, τα ψώνια, η ανεμελιά τού να κυκλοφορείς χωρίς φόβο. Δεν μπορούσα να ψωνίσω μέσω ίντερνετ... Τώρα βγαίνω για ψώνια και το ευχαριστιέμαι. Βέβαια ακόμα και τώρα πιάνω τον εαυτό μου να αποτραβιέται όταν ακούω κάποιον να βήχει μέσα στο μετρό... ο φόβος ακόμα υπάρχει» (Τερψιχόρη Επισκέπτρια Υγείας).

“Δεν θεωρώ πως η ποιότητα ζωής είναι καταναλωτικό είδος. Δεν ξοδεύω τόσο σε υλικά αγαθά, όσο σε πράγματα που ευχαριστούν την ψυχή μου. Δύο πράγματα είχα στερηθεί την περίοδο της καραντίνας, τα ταξίδια και το χορό. Ξεκίνησα ξανά χορό και ήδη οργανώνουμε με το σύλλογο στον οποίο ανήκω, το επόμενο ταξίδι μας στην Κούβα”(Μελπομένη Κοινωνική Λειτουργός).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, τον Μάιο του 2023 ανακοίνωσε πως η πανδημία covid-19 δεν αποτελεί πλέον έκτακτη ανάγκη, αφού τα κρούσματα και οι

θάνατοι έχουν μειωθεί. Επισημαίνει, ωστόσο, πως οι χώρες πρέπει να είναι σε ετοιμότητα και εφιστά την προσοχή για την τήρηση των μέτρων υγιεινής σε εμφάνιση τυχόν συμπτωμάτων για την προστασία των ευπαθών ατόμων. Το ερώτημα είναι τί πρέπει να γίνει για να αντιμετωπιστεί η εμφάνιση μιας νέας άγνωστης πανδημίας. Ποιες πολιτικές πρέπει να αναπτυχθούν, ώστε και οι πολίτες να την αντιμετωπίσουν χωρίς πανικό αλλά και οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας να μπορούν με ψυχραιμία και νηφαλιότητα να βοηθήσουν τους ασθενείς που θα χρειαστούν τη βοήθειά τους.

Όλες οι ερωτώμενες συμφωνούν πως δύο είναι τα σημαντικά μέτρα. Η σωστή ενημέρωση του κοινού από ειδικούς επιστήμονες και η ενίσχυση του εθνικού συστήματος υγείας με ανθρώπινο δυναμικό.

“ Η δημόσια υγεία είναι ένα πολύτιμο αγαθό. Εκεί που τα ιδιωτικά νοσοκομεία, και χρήματα να είχες, είχαν κλειστές τις πόρτες, γιατί δε διέθεταν τις κατάλληλες συνθήκες φροντίδας και νοσηλείας, το δημόσιο σύστημα υγείας σήκωσε το μεγάλο βάρος της πανδημίας. Το νοσοκομείο Σωτηρία νοσήλευσε ανθρώπους από όλα τα κοινωνικά στρώματα. Από τον πιο φτωχό έως τον πιο πλούσιο. Πέρασαν από το νοσοκομείο πολιτικοί, εφοπλιστές, επιχειρηματίες, που, αφού βγήκαν ζωντανοί, έκαναν μεγάλες δωρεές στο νοσοκομείο. Επιβάλλεται η ενίσχυση των δημόσιων νοσοκομείων, τόσο με ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό όσο και με ενίσχυση μόνιμου ανθρώπινου δυναμικού, και όχι συμβασιούχου προσωπικού που προσλήφθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας και εργάζεται ακόμα μέσα στην ανασφάλεια”(Μελλομένη Κοινωνική Λειτουργός).

“ Πιστεύω πως πρέπει να υπάρχει καλύτερη ενημέρωση από επιστήμονες, ειδικούς και όχι από τα κανάλια που πανικοβάλλουν τον κόσμο. Επίσης ενημέρωση από ειδικούς στους χώρους εργασίας για το τι πρέπει να κάνουμε για να προφυλάξουμε τη σωματική και ψυχική μας υγεία. Ενίσχυση των τμημάτων με μόνιμο προσωπικό ώστε να υπάρχει και η κατάλληλη διάθεση να εργαστείς και να δώσεις ό,τι μπορείς για τον ασθενή” (Ουρανία Καθαρίστρια).

“ Πέρα από την ενίσχυση του ΕΣΥ να αναλάβουν θέσεις ευθύνης άνθρωποι που να γνωρίζουν τα πράγματα, να είναι εντελώς απαλλαγμένοι από κομματικά κριτήρια, να έχουν γνώσεις, να μπορούν να αναλαμβάνουν ευθύνες, να έχουν

ενσυναίσθηση και να καταλαβαίνουν τον αγώνα που δίνει το υγειονομικό προσωπικό” (Καλλιόπη ιατρός).

Σημαντική για την έρευνα είναι η συμμετοχή εργαζόμενης στο νοσοκομείο που την εποχή της πανδημίας εργαζόταν ως ανώτερο στέλεχος στο Υπουργείο Υγείας. Πέρα από την εμπειρία της ως γυναίκας εργαζόμενης αναφέρθηκε στις ευρύτερες αλλαγές στο σύστημα και στον τρόπο οργάνωσης των θεμάτων ανάμεσα στο υπουργείο και στις διευθύνσεις των νοσοκομείων.

“Το διάστημα της πανδημίας εργαζόμουν ως Ανώτερο στέλεχος στο Υπουργείο Υγείας. Η έλευση του covid-19 επηρέασε τις συνθήκες εργασίας οι οποίες έγιναν πιο απαιτητικές. Χρειαζόντουσαν να γίνουν ενέργειες και πράξεις με ταχύτερο τρόπο. Ο μεγάλος φόρτος εργασίας σαφώς επηρέασε και επιβάρυνε ψυχολογικά το διοικητικό προσωπικό του υπουργείου, το οποίο εμφάνισε αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις, αγχώθηκε και στρεσαρίστηκε προκειμένου να αντεπεξέλθει σε ό,τι του ζητείτο στο πλαίσιο πάντα της πανδημίας”

“Αντιμετώπισα αυξημένο άγχος και δυσκολίες συγκέντρωσης λόγω της θέσης μου στο υπουργείο. Υπήρχαν συνεχώς συναντήσεις με την πολιτική ηγεσία και τους γενικούς γραμματείς, ακριβώς επειδή έπρεπε το υπουργείο να αντεπεξέλθει ταχύτατα στις απαιτήσεις των νοσοκομείων, κυρίως για την κάλυψη σε υγειονομικό προσωπικό. Ωστόσο, με άριστη συνεργασία όλοι εργαστήκαμε με βάση τη νομοθεσία και τις κατευθύνσεις που είχαν δοθεί με στόχο την ενίσχυση των νοσοκομείων. Υπήρξε καλός συντονισμός και προγραμματισμός με τα όποια λάθη και παραλείψεις μπορεί να έγιναν, αλλά νιώθω ικανοποιημένη και μόνο που έβαζα την υπογραφή μου για τον διορισμό των γιατρών που επάνδρωσαν τα νοσοκομεία σε όλη τη χώρα”.

“Τα μέτρα που ελήφθησαν σίγουρα επηρέασαν την επικοινωνία και τις σχέσεις, αλλά ήταν μέτρα απαραίτητα. Έπρεπε να γίνουν για την προστασία των πολιτών. Η πανδημία επηρέασε την κοινωνική ζωή και την ψυχική υγεία. Δεν είναι τυχαίο που στο υπουργείο υπήρχε ξεχωριστό κομμάτι για την ψυχική υγεία και είχε να κάνει με το πόσο επηρέασε ο covid-19 την ψυχική κατάσταση των Ελλήνων”.

“Θεωρώ σημαντικό το κομμάτι της ατομικής ευθύνης. Στο χώρο της υγείας είναι σημαντική η συμπεριφορική ιατρική (behavioral medicine). Τι κάνω προκειμένου να προστατέψω την υγεία μου. Μιλάμε για ποιότητα ζωής για

προαγωγή υγείας. Αυτό έγκειται στο ίδιο το άτομο. Στο να υιοθετήσει έναν υγιή τρόπο ζωής. Η πολιτεία, οι επαγγελματίες υγείας, οι ειδικοί, οι πανεπιστημιακοί, η τοπική αυτοδιοίκηση, όλοι έχουν τη δική τους ευθύνη στο πώς θα επικοινωνήσουν την ατομική ευθύνη σε περίπτωση μιας νέας πανδημίας”.

“Ευθύνη της πολιτείας είναι η ενίσχυση των νοσοκομείων σε ανθρώπινο δυναμικό. Το προσωπικό στα νοσοκομεία είναι γερασμένο, ιδίως το ιατρικό. Οι νέοι γιατροί φεύγουν στο εξωτερικό ή επιλέγουν τον ιδιωτικό τομέα. Πρέπει να αξιολογηθούν από την πολιτεία οι πραγματικές ανάγκες και να δοθούν κίνητρα ώστε το ανθρώπινο δυναμικό να παραμείνει. Επιπλέον να ενισχυθεί το δημόσιο νοσοκομείο το οποίο προσφέρει πολλά στον Έλληνα πολίτη και μπορεί να προσφέρει περισσότερα” (Ερατώ πρώην Ανώτερο Στέλεχος Υπ. Υγείας).

Παρατηρείται πως οι επαγγελματίες υγείας γενικότερα, καθώς και οι συμμετέχουσες στην έρευνα λόγω του ρόλου τους στην παροχή φροντίδας στους ασθενείς με covid- 19, νιώθοντας το πόσο διαταράχθηκε η σωματική και ψυχική τους υγεία, μπορούν να προτείνουν στρατηγικές που θα συμβάλλουν στο να μειωθεί το βάρος των συνεπειών της πανδημίας, καθώς και στην αντιμετώπιση μιας ενδεχόμενης νέας, αφού τώρα υπάρχει η κατάλληλη εμπειρία. Όλες οι συμμετέχουσες και μετά την επιστροφή στην κανονικότητα, βρίσκουν τρόπους να διαχειριστούν τις αρνητικές επιδράσεις της πανδημίας. Αφιερώνουν χρόνο στο να κάνουν πράγματα που τις ευχαριστούν και που για τρία χρόνια τα είχαν στερηθεί. Ταξίδια, βόλτες με φίλους και την ανθρώπινη επαφή που τους έλειψε.

Αρχικά, ζητούν ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού των νοσοκομείων κυρίως με μόνιμο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και όχι άπειρο προσωπικό με συμβάσεις μηνών. Τα νοσοκομεία, εξακολουθούν να είναι υποστελεχωμένα καθώς το προσωπικό είναι γερασμένο και οδηγείται προς τη συνταξιοδότηση, ενώ πολλοί νέοι γιατροί και νοσηλευτές προτιμούν να εγκαταλείψουν το ΕΣΥ. Επιπλέον, ζητούν οικονομικά κίνητρα ώστε να μην αναγκάζεται το προσωπικό να αναζητεί εργασία στον ιδιωτικό τομέα ή στο εξωτερικό όπου οι αμοιβές είναι απείρως καλύτερες. Ακόμα, καλύτερες συνθήκες εργασίας και παροχή κατάλληλου ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού με εκπαίδευση για τη χρήση του, ώστε να προστατεύεται ή σωματική τους υγεία. Σημαντική θεωρούν και την ψυχολογική υποστήριξη με τη βοήθεια ειδικών ψυχολόγων ώστε να είναι προετοιμασμένες να διαχειριστούν μια νέα πανδημία τόσο προσωπικά όσο και επαγγελματικά.

Συζήτηση Συμπεράσματα

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση και η έρευνα πεδίου μας οδήγησαν σε κάποια βασικά συμπεράσματα σε σχέση με το θέμα της εργασίας.

Η Ελλάδα θεσμοθέτησε το 1983 το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) με την προοπτική παροχής ενός υψηλού επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες. Με την πάροδο των χρόνων ωστόσο, εμφανίστηκαν προβλήματα όπως κακοδιαχείριση, φαινόμενα παραοικονομίας και διαφθοράς, υπολειμματική πρωτοβάθμια φροντίδα, υποχρηματοδότηση και υποστελέχωση των δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Η οικονομική κρίση του 2010 οδήγησε στην περικοπή δαπανών για την υγεία, με αποτέλεσμα η πανδημική κρίση να βρει το εθνικό σύστημα υγείας αντιμέτωπο με τεράστιες ελλείψεις σε υγειονομικό προσωπικό.

Η ένταξη των γυναικών στη μισθωτή εργασία, από τη δεκαετία του 1980 και μετά ακολούθησε μια ανοδική πορεία, που οφείλεται κυρίως στην τριτογενοποίηση της οικονομίας, που σχεδόν «θηλυκοποιήθηκε», μιας και ευνοούσε το συνδυασμό για τις γυναίκες εργαζόμενες της οικογενειακής με την επαγγελματική ζωή. Στην υγειονομική κρίση αναδείχθηκε η εργασία των γυναικών και αυτό αποτέλεσε μια ευκαιρία για την προώθηση της ισότητας των φύλων. Αναγνωρίστηκε η αξία των εργαζόμενων γυναικών στην υγεία και στις κοινωνικές υπηρεσίες, όπου είναι και η πλειονότητα, και οι υπηρεσίες που προσέφεραν χαρακτηρίστηκαν ως υπηρεσίες πρώτης ανάγκης. Οι γυναίκες αυτές κινδύνεψαν για να υπηρετήσουν το επάγγελμά τους αποσκοπώντας στον κοινό υγειονομικό στόχο αντιμετώπισης του ιού και στην παροχή ισότιμων υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες.

Η ποιότητα ζωής των ανθρώπων σχετίζεται όχι μόνο με την υγεία, αλλά και με την πλήρη σωματική και ψυχική ευημερία. Από την εποχή του Αριστοτέλη αναφέρεται ότι το σπουδαιότερο αγαθό είναι η ευδαιμονία και η καλή ποιότητα ζωής. Στη διάρκεια της πανδημίας, ο κίνδυνος απέναντι στον ιό συνέβαλε στη δημιουργία φόβου και στην εμφάνιση σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα άγχους. Επιπλέον, η εντατικοποίηση του ρυθμού εργασίας οδήγησε τους εργαζόμενους της πρώτης γραμμής των νοσοκομείων και ιδιαίτερα τις γυναίκες εργαζόμενες να βιώσουν συνθήκες εργασιακής εξουθένωσης (burnout), ενώ έρευνες κατέδειξαν πως επηρεάστηκε αρνητικά η ποιότητα της ζωής τους.

Η έρευνα καταδεικνύει πως η πανδημία της νόσου covid-19 επηρέασε δραματικά τις συνθήκες εργασίας και μείωσε την ποιότητα ζωής των εργαζόμενων

γυναικών στον τομέα της υγείας. Οι υγειονομικοί ήταν από τους λίγους εργαζόμενους που μαζί με τους εργαζόμενους στον τομέα πώλησης τροφίμων και τους εργαζόμενους στα φαρμακεία, συνέχιζαν αδιαλείπτως να εργάζονται κατά τη διάρκειά της. Στην παρούσα έρευνα η συμμετοχή των δέκα εργαζόμενων γυναικών στο Νοσοκομείο Σωτηρία ήταν καταλυτική στο να αναδειχτεί η υπερπροσπάθεια που καταβλήθηκε για την αντιμετώπιση του ιού και την όσο γίνεται καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών με αντίκτυπο στη σωματική και ψυχική τους υγεία.

Σε σχέση με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα για την εξέλιξη των συνθηκών εργασίας, η έρευνα έδειξε πως οι συνθήκες εργασίας των εργαζόμενων γυναικών στον τομέα της υγείας και συγκεκριμένα στην τριτοβάθμια περίθαλψη εξελίχθηκαν ,από τις δύσκολες αλλά αντιμετωπίσιμες συνθήκες που επικρατούσαν πριν την πανδημία σε πολύ δύσκολες λόγω των εξαντλητικών ωραρίων και της υπερπροσπάθειας που κατέβαλαν. Οι συμμετέχουσες είδαν τις εργασιακές συνθήκες να αλλάζουν, αφού ανακλήθηκαν οι κανονικές τους άδειες και πολλές κλήθηκαν να εργαστούν διπλοβάρδιες για να καλύψουν συναδέλφους τους που νοσούσαν. Στην προσπάθειά τους να συνδυάσουν τις οικογενειακές και εργασιακές τους υποχρεώσεις, πολλές εμφάνισαν συμπτώματα εργασιακής εξουθένωσης. Όπως συμβαίνει σε περιόδους κρίσεων, έτσι και στην υγειονομική κρίση της πανδημίας covid-19 οι συνθήκες εργασίας άλλαξαν δραματικά.

Οι συμμετέχουσες στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα για την επίδραση της πανδημίας στην ποιότητα της ζωής τους, δήλωσαν πως η ποιότητα της ζωής του μειώθηκε σημαντικά. Οι περισσότερες εμφάνισαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας υψηλά επίπεδα άγχους, γεγονός που συνάδει με πολλές άλλες μελέτες τα αποτελέσματα των οποίων έδειξαν πως οι γυναίκες εργαζόμενες εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα άγχους από τους άνδρες συναδέλφους τους και αυτό οφείλεται στις ορμόνες του φύλου όπως είναι η οιστραδιόλη και η προγεστερόνη (Sikaras, 2023). Η πίεση της δουλειάς και τα εξαντλητικά ωράρια ήταν κάποιοι από τους παράγοντες που συνέβαλαν στην επιδείνωση της ποιότητας ζωής των εργαζόμενων στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με έρευνα των (Pappa, 2021), η εργασιακή εξουθένωση (burnout) καταγράφει υψηλά επίπεδα ειδικότερα στο ιατρικό και νοσηλευτικό γυναικείο προσωπικό, γεγονός που καταγράφεται σχεδόν σε όλες τις ερωτώμενες στην παρούσα έρευνα.

Οι περισσότερες από τις συμμετέχουσες αντιμετώπισαν δυσκολίες συγκέντρωσης λόγω του αυξημένου άγχους και του φόβου για μόλυνση από τον

άγνωστο ιό τόσο των ίδιων όσο και των αγαπημένων τους προσώπων, όπως αναφέρεται και στην έρευνα των (Pappa, 2021). Σημαντικό εύρημα στην παρούσα έρευνα ήταν πως κάποιες από τις εργαζόμενες, κυρίως νοσηλεύτριες οι οποίες έρχονταν σε πιο στενή επαφή με τους ασθενείς, λόγω του άγχους εμφάνισαν συναισθηματικές εξάρσεις, ήταν ιδιαίτερα ευσυγκίνητες, έκλαιγαν συχνότερα από ό,τι συνέβαινε στο παρελθόν και αντιμετώπισαν διαταραχές στον ύπνο, γεγονός που ανταποκρίνεται με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας, αφού υπάρχει μεγάλη συσχέτιση του άγχους με την κακή ποιότητα του ύπνου (Thorsteinsson EB, 2019).

Στο τρίτο ερευνητικό ερώτημα για τους τρόπους διαχείρισης των αρνητικών επιδράσεων της πανδημίας, οι συμμετέχουσες μέσα από τις απαντήσεις τους αναφέρονται στα πράγματα που φροντίζουν να κάνουν, που αγαπούν και που τους είχαν λείψει τα τρία χρόνια της υγειονομικής κρίσης, με κύριο ζητούμενο την ανθρώπινη επαφή λόγω της μοναξιάς που βίωσαν κυρίως οι άγαμες ερωτώμενες. Ενώ νιώθουν μεγάλη απογοήτευση για την αδιαφορία της πολιτείας για αυτές, κυρίως στην οικονομική τους στήριξη και στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας τους, συνεχίζουν να προσφέρουν ακούραστα τις υπηρεσίες τους στην τριτοβάθμια περίθαλψη.

Ταυτόχρονα, προτείνουν πολιτικές για την αντιμετώπισης μιας νέας πανδημίας, όπως ενίσχυση των δαπανών για την υγεία, καλύτερες εργασιακές συνθήκες, οικονομική και ψυχολογική υποστήριξη και πολιτικές ενίσχυσης του εθνικού συστήματος υγείας με ανθρώπινο δυναμικό, για να μπορέσει να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο της φυγής των υγειονομικών στο εξωτερικό ή στον ιδιωτικό τομέα για αναζήτηση καλύτερων συνθηκών εργασίας. (Καιτανίδη, 2023).

Το μεγαλύτερο βάρος στην αντιμετώπιση της πανδημίας δόθηκε στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας. Το εθνικό σύστημα υγείας αποτελείται από εξαιρετικά καταρτισμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και διαθέτει σπουδαίο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. Μέσα από έρευνες και μελέτες που έγιναν κατά τη διάρκεια της πανδημίας αλλά και μετά, αναδείχτηκε πως οι εργαζόμενοι της πρώτης γραμμής και ειδικότερα οι γυναίκες, λόγω της υπεράνθρωπης προσπάθειας να συνδυάσουν την εργασία τους στο νοσοκομείο και τις οικογενειακές τους υποχρεώσεις, παρουσίασαν τα πιο έντονα προβλήματα (Pappa, 2021). Πεδίο διεξαγωγής της έρευνας, ήταν το Γενικό Νοσοκομείο «Σωτηρία». Ένα νοσοκομείο που ήταν πάντα στην πρώτη γραμμή αντιμετώπισης των πνευμονολογικών περιστατικών. Από την εποχή του μεσοπολέμου, που κλήθηκε να αντιμετωπίσει τη φυματίωση έως σήμερα, που βρέθηκε

ξανά στην πρώτη γραμμή ως νοσοκομείο αναφοράς στην αντιμετώπιση του κορονοϊού που προκαλεί τη λοίμωξη covid-19.

Περιορισμοί

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είναι γενικεύσιμα σε προσωπικό του Γ. Ν. Σωτηρία. Το δείγμα δεν ήταν επαρκώς μεγάλο, αφού οι συμμετέχουσες ήταν δέκα, ώστε να χρησιμοποιηθούν παραμετρικοί έλεγχοι για κάθε περίπτωση. Η έρευνα υπόκειται σε περιορισμούς και θα ήταν ενδιαφέρον σε μελλοντική έρευνα να μελετηθεί μεγαλύτερο δείγμα ή και να διενεργηθεί και σε άλλα νοσοκομεία της χώρας. Ακόμα, θα μπορούσε σε μια νέα έρευνα να χρησιμοποιηθεί και η ποσοτική μέθοδος με τη χρήση ερωτηματολογίων, πέρα της ποιοτικής με τη διεξαγωγή συνεντεύξεων που έγινε στην παρούσα έρευνα.

Προτάσεις

Η πανδημία ανέδειξε πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του κοινωνικού κράτους και ιδιαίτερα των δημόσιων συστημάτων υγείας. Τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας πρωτοστάτησαν στην αντιμετώπιση του ιού με όλους τους εργαζόμενους και κυρίως τις γυναίκες,- που αποτελούν περίπου το 61% των εργαζομένων στον τομέα της υγείας- να δίνουν τον καλύτερό τους εαυτό. Οι γυναίκες υπάλληλοι στις υπηρεσίες υγείας και κυρίως στην τριτοβάθμια περίθαλψη, αγωνίζονται να συνδυάσουν την οικογενειακή με την επαγγελματική τους ζωή. Συνεχίζουν να προσφέρουν στον ασθενή και διεκδικούν μέτρα στήριξης ώστε να είναι έτοιμες να αντιμετωπίσουν μία νέα υγειονομική κρίση και να μπορέσουν να συμβάλλουν στην παραγωγικότητα, στην αποδοτικότητα και στην ποιοτική παροχή υπηρεσιών στο εθνικό σύστημα υγείας.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση και τα ευρήματα της έρευνας πεδίου οδήγησαν στις κάτωθι προτάσεις:

1. Το ξέσπασμα της πανδημίας δημιούργησε μια τεράστια απαίτηση για κλίνες, μονάδες εντατικής θεραπείας ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και εξοπλισμό μέσων ατομικής προστασίας για τους επαγγελματίες υγείας που στην αρχή της πανδημίας ήταν σε έλλειψη. Επιπλέον, απόρροια της οικονομικής κρίσης που είχε προηγηθεί ήταν η ραγδαία πτώση των δαπανών για την υγεία με αποτέλεσμα τα νοσοκομεία να είναι υποστελεχωμένα σε υγειονομικό προσωπικό. Σε επίπεδο πολιτείας, είναι επιβεβλημένη η ανάγκη να αυξηθούν οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία και να γίνουν οι απαραίτητες προσλήψεις μόνιμου υγειονομικού

προσωπικού προκειμένου να καλυφθούν οι μεγάλες ελλείψεις που αντιμετωπίζει το εθνικό σύστημα υγείας.

2. Το ανθρώπινο δυναμικό της τριτοβάθμιας περίθαλψης βρέθηκε στην πρώτη γραμμή της αντιμετώπισης της πανδημίας. Είναι απαραίτητο να αναγνωριστεί η συνεισφορά των υγειονομικών με την παροχή οικονομικών κινήτρων, ώστε να μπορούν απερίσπαστα να εξασκούν το λειτούργημά τους. Έτσι, δεν θα σκέφτονται τη φυγή από το δημόσιο σύστημα υγείας και την αναζήτηση εργασίας είτε στον ιδιωτικό τομέα είτε στο εξωτερικό όπου και οι συνθήκες εργασίας και οι οικονομικές απολαβές είναι απείρως καλύτερες.
3. Οι γυναίκες εργαζόμενες, οι οποίες είναι η πλειονότητα στις υπηρεσίες υγείας και κυρίως οι μητέρες, θα πρέπει να διευκολύνονται με θέσπιση περαιτέρω μέτρων συμφιλίωσης εργασιακής και οικογενειακής ζωής. Η χορήγηση περισσότερων γονικών αδειών και η ελαστικοποίηση του ωραρίου εργασίας τους, είναι μέτρα πρωταρχικής σημασίας ώστε να μπορούν να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα για ιατρικούς λόγους στα παιδιά τους όταν υπάρχει ανάγκη.
4. Σε επίπεδο νοσοκομείου, θα πρέπει να δημιουργηθούν καλύτερες συνθήκες εργασίας όπως αποφυγή διπλοβαρδιών, δημιουργία χώρων ξεκούρασης για τους εργαζόμενους που κάνουν βάρδιες, καθώς και συχνή χορήγηση αδειών και ρεπό, ώστε να αποφεύγονται φαινόμενα εργασιακής εξουθένωσης που τόσο έντονα εμφανίστηκαν στην περίοδο της πανδημίας και μείωσαν την ποιότητα της ζωής τους.
5. Η πανδημία βρήκε το κατά τα άλλα έμπειρο υγειονομικό προσωπικό ανέτοιμο μπροστά στην αντιμετώπιση ενός πρωτοφανούς και επικίνδυνου ιού που εξαπλώθηκε παγκόσμια. Θα ήταν ωφέλιμη η επαρκής εκπαίδευση και η ενημέρωση του προσωπικού στη χρήση των μέσων ατομικής προστασίας για την προστασία της σωματικής τους υγείας. Επιπλέον, θα βοηθούσε η εξειδίκευση κυρίως των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση παρόμοιων περιστατικών και η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας για την ψυχολογική τους στήριξη, ώστε και η ποιότητα της ζωής τους να βελτιωθεί και να είναι έτοιμοι σε περίπτωση που θα κληθούν να αντιμετωπίσουν μια νέα πανδημία.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Αβδελά, Ε.(1990) *Δημόσιοι υπάλληλοι γένους θηλυκού: καταμερισμός της εργασίας κατά φύλα στον δημόσιο τομέα 1908-1955 Μελέτες νεοελληνικής ιστορίας* Αθήνα: Ίδρυμα Έρευνας και Παιδείας της Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος

Βαρουξή, Χ.(2016) *Η γυναικεία υπαλληλία του δημοσίου τομέα και η δύσκολη συμφιλίωση οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής στο* Θανοπούλου, Μ. Τσίγκανου, Ι. *Γυναίκες ανάμεσα στην εργασία και την οικογένεια εν μέσω κρίσης* Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών

Βλαστός, Φ. (2005) *Η αντιμετώπιση της φυματίωσης στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα*(Διδακτορική Διατριβή) Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Delphy, C. (2008) *Φεμινισμός και Μαρξισμός*, στο Maruani, Μ.(επιμ), *Γυναίκες Φύλο Κοινωνίες Τι γνωρίζουμε σήμερα* Αθήνα: Εκδόσεις Μεταίχμιο

Ζαφειρόπουλος, Κ. (2015) *Πως γίνεται μια επιστημονική εργασία* 2^η έκδοση Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική

Καραμεσίνη, Μ. (2021) *Γυναίκες, φύλο και εργασία στην Ελλάδα* Αθήνα: Εκδόσεις Νήσος

Καραμεσίνη, Μ. Συμεωνάκη, Μ. (2019) *Συμφιλίωση εργασίας και οικογένειας στην Ελλάδα Γένεση, εξέλιξη και αποτίμηση μιας πολιτικής* (επιμ) Αθήνα: Εκδόσεις Νήσος

Μόσιαλος Η. (2004). Πρόλογος στο, Οικονόμου Χ. (2004), *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος.

Νάκου Σ.:(2001) *Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3): 254-266

Οικονόμου Χ., Φερόνας Α.(2021) *Υγεία, κοινωνικός αποκλεισμός και πανδημία*, στο Καψάλης Α., Κουμαριανός Β., Κουραχάνης Ν.(επιμ.), *Κοινωνική Πολιτική, Αυταρχικός Νεοφιλελευθερισμός και Πανδημία* Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος (σ.250-251)

Οικονόμου, Χ. (2004). *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος (σ.57)

Οικονόμου Χ. (2013). *Ανισοτιμίες στην υγεία: Θεωρητικές προσεγγίσεις και η κατάσταση στην Ελλάδα*, στο Οικονόμου Χ. (επιμ.), *Υγεία, Κοινωνία και Οικονομία. Ανισοτιμίες σχέσεις, Χάσματα Ευζωίας*, Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια.

Ρασιδάκης, Α., Βλαστός, Φ. (2003) *Οδηγός Μνήμης 100 Χρόνια Σωτηρίας 1903-2003* Έκδοση: Εταιρεία Φύλων της Σωτηρίας

Ρεμούνδος, Α. (2015) *Ανάλεκτα Μικρών Αγίων Της Κοινωνίας Της Φθίσης* Αθήνα: Εκδόσεις FYLATOS PUBLISHING

Σαρρής, Μ. (2001) *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής* Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης

Σταμούλη, Ε., Γασπαρινάτου, Μ., Κουρούντζας, Χ.(2021). *Διαφθορά και κρατικό-εταιρικό έγκλημα: το παράδειγμα του τομέα της υγείας*, Αθήνα: ΕΛΙΑΔΕΚ

Σταυράκης, Γ. (2002) *1902-2002 Ένας Αιώνας Σωτηρία* Αθήνα: Έκδοση Κυριακού Ε.

Στρατηγάκη, Μ. (2007) *Το Φύλο της Κοινωνικής Πολιτικής* Αθήνα: Εκδόσεις Μεταίχμιο

Υφαντόπουλος Γ. (2013). *Κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες όσον αφορά την υγεία στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Ιστορική αναδρομή και η σημασία των οικονομικών παραγόντων και της οργάνωσης των συστημάτων υγείας*, στο Οικονόμου, Χ. (επιμ) *Υγεία, Κοινωνία και Οικονομία. Ανισότητες σχέσεις χάσματα ευζωίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια

Ξενόγλωσση

Andrews, F. Whitney, S. *Social indicators of well-being: The development of the measurement of perceptual indicators*. Plenum press New York, (1976)

Ahmad, M. Maon, S. (2018) *The relationship between job stress and quality of life among working adults*. Proceedings of the 2nd Advances in Business Research International Conference Springer

Bahramnia, M. Ramak, N. Sangani, A. (2020) *The role of perceived mental stress in the health of suspected cases to COVID-19*. Journal Mil Med. 22(2)115-121

Blekas, A. Voitsidis, P. Athanasiadou, M. et. al.(2020) *COVID-19 PTSD symptoms in Greek health care professionals* Psychol Trauma 12:812-9

Danet, Danet A. (2021) *Phycological impact of covid-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals A systematic review*. Med Clin 156:449-58

Duncan, L. D. (2020). *What the COVID-19 pandemic tells us about the need to develop resilience in the nursing workforce*. Nurs Manage. 27: 22- 27.

Jahoda, M. *Current concepts of positive mental health*. Basic Books, New York, (1958)

Kalabumu, F. *Patriarchy and women's land in Botswana, Land Use Policy*, Volume 23, Issue3 (2006), Page 237-246 10.1016/Landusepol.2004.11.001

Lai, J. Ma, S. Wang, Y. Cai, Z. Hu, J. Wei, N. Wu, J. Du, H. Chen, T. Li, R. Tan, H. (2020) *Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019*. JAMA network open. 2020 Mar 2;3(3):e203976-.

Lekka, D. Orlandou, K. Roubi, A. Darahani, D. Mpoulougari, S. Anagnosti, F. Baras, S. Tsaraklis, A. Stalikas, A. (2021) *The Effect of Personality Traits on the Quality of Life of Health Professionals in COVID-19 Reference Hospital* Cureus

Lytras T. & Tsiodras S (2021). *Total patient load, regional disparities and in-hospital mortality of intubated COVID-19 patients in Greece*, September 2020 to May 2021. Ανακτήθηκε από: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34903101/Greece+Health+Profile_chp_gr_greek.pdf

Naess, S, *Quality of life research: concepts, methods and applications*. Institute of Applied Social Research, Oslo, (1987)

Pappa, S, Athanasiou, N, Sakkas, N , Patrinos, S. Sakka, S, Tsikrika, S (2021) *Fron Recession to Depression? Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, Traumatic stress and Burnout in health care workers during the covid-19* Pum Med

Pocnet C, Antonietti J-P, Strippoli M-P, Glaus J, Preisig M, Rossier J. (2016). *Individuals' quality of life linked to major life events, perceived social support, and personality traits*. Qual Life Res.;25(11):2897–2908.

Sikaras, C, Tsironi, M, Zyga, S , Panagiotou, A (2023) *Anxiety, insomnia and family support in nurses, two years after the onset of the pandemic crisis* AIMS Public Health

Theofilou, P. (2012). *Outcome Measurement in Palliative Care: Quality of Life*. *AIDS & Clinical Research*, 3(5), 1-6.

Theofilou, P., Platis, Ch., Madia, K. Kotsiopoulos, I. (2022). *Burnout and optimism among health workers during the period of COVID-19*. *SEEJPH*, 1-11.

Thorsteinsson EB, Brown RF, Owens MT (2019) *Modeling the Effects of Stress, Anxiety, and Depression on Rumination, Sleep, and Fatigue in a Nonclinical Sample*. *J Nerv Ment Dis* 207: 355-359

Ηλεκτρονικές Πηγές

<https://covid19.gov.gr/covid19-live-analytics/> πρόσβαση: 20-7-2023

<https://www.economix.gr/2021/04/27/mouseio-nosokomeiou-sotiria-prasinos-gia-anakainisi>

<https://www.who.int/home> Ορισμός ποιότητας ζωής

<https://www.news247.gr> Δεβετζόγλου, Γ. Ελάχιστοι νοσηλευτές διαθέσιμοι για πρόσληψη και τσουνάμι φυγής από το ΕΣΥ πρόσβαση: 4-6-2023

<https://tetradia-marxismou.gr> Δημουλάς, Κ. 2020-2021 Η Πανδημία ως αφετηρία και σταυροδρόμι γεωπολιτικών & εργασιακών αναδιατάξεων τευχ. 13

<https://www.tovima.gr/print/> Καιτανίδη, Μ. Υγειονομική κρίση: Γιατί εγκαταλείπουν οι γιατροί το ΕΣΥ πρόσβαση: 30-8-2023

<https://www.mixanitouxronou.gr/i-sygkinitiki-istoria-toy-nosokomeiou-sotiria>

<https://underwriter.gr> Κάσσο, Φ. (2023) Μια διεισδυτική ματιά στην ελληνική ιδιωτική ασφάλιση πρόσβαση 17-2-2023

<https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021> Η κατάσταση της υγείας στην ΕΕ Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2021

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Οδηγός συνέντευξης της ποιοτικής έρευνας

Δημογραφικά χαρακτηριστικά: Όνομα – Επώνυμο – Ηλικία – Εκπαίδευση – Οικογενειακή κατάσταση – Ειδικότητα – Έτη εργασίας – Τμήμα απασχόλησης

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Ερωτήσεις Α Ενότητας

ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

1. Πώς ήταν οι συνθήκες εργασίας σας πριν την πανδημία;
2. Πώς επηρέασε η έλευση του covid-19 τις συνθήκες εργασίας σας;
3. Τι αλλαγές έχουν γίνει στον εργασιακό σας χώρο μετά την πανδημία; Το εργασιακό ωράριο και οι υποχρεώσεις σας έχουν αυξηθεί;
4. Νοσήσατε από κορονοϊό; Επιστρέψατε στην εργασία σας ακόμα και αν δεν αισθανόσασταν να έχετε επανέλθει λόγω έλλειψης προσωπικού;
5. Δεχτήκατε λεκτικές απειλές ή προπηλακισμό; Το αναφέρατε στον προϊστάμενό σας; Έλαβε χώρα κάποια παρέμβαση;
6. Αντιμετωπίσατε δυσκολίες συγκέντρωσης εν ώρα εργασίας λόγω αυξημένου άγχους;
7. Σε ποιο βαθμό έχουν επηρεαστεί οι επαγγελματικές σας σχέσεις με τους συναδέλφους στο τμήμα σας;
8. Πώς καταφέρατε να συνδυάσετε τις επαγγελματικές και τις οικογενειακές υποχρεώσεις με τα επιβαρυνόμενα ωράρια

Ερωτήσεις Β Ενότητας

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

9. Φοβηθήκατε μήπως «κολλήσετε» τους αγαπημένους σας λόγω της φύσης της εργασίας σας κατά τα πρώτα κύματα της πανδημίας;

10. Γυρίζοντας σπίτι μετά την εργασία σας πώς ήταν οι σχέσεις με τα παιδιά και το σύντροφό σας;
11. Ποια ήταν η συμπεριφορά των συνανθρώπων σας όταν μάθαιναν πως εργάζεστε στην πρώτη γραμμή αντιμετώπισης της πανδημίας;
12. Είστε ελεύθερη. Καταφέρατε να δημιουργήσετε σχέση κατά τη διάρκεια της πανδημίας λόγω της απομόνωσης και του φόβου του ιού;
13. Οι δικοί σας άνθρωποι κατά την προσωπική σας ζωή είχαν αντιληφθεί τι πραγματικά συνέβαινε στον χώρο εργασίας σας;
14. Πόσο έχει επηρεαστεί γενικά η συναισθηματική σας κατάσταση στη διάρκεια της πανδημίας;
15. Κλαίτε συχνότερα μετά την πανδημία; Νιώθετε εξαντλημένη;
16. Έχετε συναισθηματικές εξάρσεις μετά την πανδημία είτε στη δουλειά είτε στο σπίτι;
17. Έχετε σκεφτεί να αλλάξετε θέση εργασίας;
18. Χρειάστηκε να πάρετε αναρρωτική άδεια μετά την πανδημία;
19. Έχει διαταραχθεί ο ύπνος σας; Έχετε έλλειψη ή υποφέρετε από αϋπνία;
20. Νιώθετε ηθική ικανοποίηση για όσα προσφέρατε στους ασθενείς;

Ερωτήσεις Γ Ενότητας

ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΕΠΙΔΡΑΣΕΩΝ

21. Για ποια πράγματα έχετε μετανιώσει αυτά τα τρία χρόνια της πανδημίας; Τι θα αλλάζατε;
22. Θεωρείτε ότι η πανδημία και τα μέτρα ελέγχου της επέδρασαν θετικά στην επικοινωνία και επαφή ανάμεσα στην οικογένεια και στους φίλους σας;
23. Θεωρείτε ότι η πανδημία επέδρασε στην ευρύτερη κοινωνική ζωή, στις μελλοντικές προοπτικές και στην ψυχική σας υγεία και ευεξία;
24. Θα παρακολουθούσατε κάποιο σεμινάριο ενδυνάμωσης, ενίσχυσης και ενθάρρυνσης για να αποφορτιστείτε από το πιθανό άγχος της πανδημίας;
25. Ξοδεύετε περισσότερο μετά την πανδημία σε χόμπι/ασχολίες/αντικείμενα που σας δίνουν χαρά ώστε να βελτιώσετε την ποιότητα της ζωής σας;
26. Τι θεωρείτε πως πρέπει να γίνει για να αντιμετωπιστεί μια νέα πανδημία;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Η ιστορία της Μελομένης

“ Η δουλειά μου ως κοινωνική λειτουργός, κατά τη διάρκεια της πανδημίας, ήταν πέρα των άλλων, να λειτουργώ και διαμεσολαβητικά με τους συγγενείς των νοσηλευόμενων, παίρνοντας πληροφορίες από τους γιατρούς και επικοινωνώντας μαζί τους και να μεταφέρω τα νέα για την εξέλιξη της υγείας τους ή ζητώντας τους να φέρουν αντικείμενα που χρειάζονταν οι ασθενείς.

Τους πρώτους μήνες της πανδημίας, νοσηλεύεται ένας νέος άνθρωπος, ασθενής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας σε πολύ βαριά κατάσταση. Η σύζυγός του ζητά να με δει για να της δώσω πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας του. Τα νέα δεν ήταν καλά αφού ο ασθενής δεν είχε καλά προγνωστικά. Συναντηθήκαμε στην πύλη του νοσοκομείου για να της παραδώσω τα προσωπικά του αντικείμενα (πορτοφόλι, κινητό, ρολόι) και της ανέφερα πως ο σύζυγός της είναι σε βαριά κατάσταση. Τότε αυτή με δάκρυα στα μάτια μου έδωσε ένα γράμμα που είχε γράψει η 13χρονη κόρη τους και του έγραφε να γίνει γρήγορα καλά και να γυρίσει κοντά τους γιατί δε θα τα καταφέρουν χωρίς αυτόν. Μου ζήτησε αν μπορούσαμε να του το διαβάσουμε.

Της υποσχέθηκα πως το γράμμα θα φτάσει στον άνδρα της. Συγκινημένη πάω στην προϊσταμένη της μονάδας και της ζητάω να μπω μέσα και να διαβάσω το γράμμα στον άρρωστο. Η προϊσταμένη μού είπε πως αυτό είναι αδύνατον. Ο άρρωστος είναι διασωληνωμένος και σε κόμμα και δεν θα καταλάβει τίποτα. Επιμένοντας της έδωσα το γράμμα το διάβασε και συγκινημένη και αυτή το έδωσε στην νοσηλεύτρια της βάρδιας για να το διαβάσει στον άρρωστο. Επί τρεις μέρες και οι τρεις βάρδιες που έμπαιναν στη μονάδα διάβαζαν στον άρρωστο το γράμμα.

Μου τηλεφωνεί η προϊσταμένη την τρίτη μέρα και μου λέει πως ο άρρωστος έχει εμφανίσει σημάδια βελτίωσης, αλλά με επιφύλαξη να μη μεταφέρω ακόμα τίποτα στη σύζυγό του. Κάθε μέρα που περνούσε ο άρρωστος καλυτέρευε με αποτέλεσμα να βγει από τη μονάδα εντατικής θεραπείας και να μεταφερθεί σε θάλαμο απλής νοσηλείας. Μετά από τέσσερις μήνες μού τηλεφώνησε ο ίδιος από το σπίτι του για να με ευχαριστήσει για όλα όσα κάναμε γιαυτόν. Αυτά είναι τα ευχάριστα της δουλειάς μας... η προσπάθεια όλων μας και ένα γράμμα έσωσαν έναν άνθρωπο” (Μελομένη Κοινωνική Λειτουργός).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3



Εικόνα 1 Νοσηλευόμενοι φυματικοί σε παραπήγματα και αναψυκτήρια στο Νοσοκομείο Σωτηρία (1937)

πηγή: *Οδηγός Μνήμης 100 Χρόνια Σωτηρίας 1903-2003*

Παράρτημα 4



Εικόνα 2 Νέα Πολυδύναμη ΜΕΘ (2020) πηγή:διαδύκτιο



Εικόνα 3 Νέα Πολυδύναμη ΜΕΘ (2020) πηγή:διαδύκτιο