

Marc Hastert

LUXEMBOURG: Management of the COVID-19 Crisis  
Affected by Geographical and Demographic Particularities

Kleanthis Konstantinidis, Ioannis Katsas,  
Ioannis Apostolakis  
Social Media as a Tool of  
Influence and Mentorship  
among Healthcare Professionals

Κλεάνθης Κωνσταντινίδης, Ιωάννης Κάτσας,  
Ιωάννης Αποστολάκης  
Τα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης ως Εργαλείο  
Καθοδήγησης και Επιρροής  
μεταξύ των Επαγγελματιών Υγείας

Παρασκευή Θεοφίλου  
Κοινωνική Υποστήριξη και Ποιότητα Ζωής  
Γυναικών με Καρκίνο Μαστού

Paraskevi Theofilou  
Social Support and Quality of Life  
in Women with Breast Cancer

Μαρία Ζαφειροπούλου, Δημήτριος Άσπρος,  
Βασίλειος Κασιώλας, Βίβιαν Τασοπούλου  
Βαρόμετρο Περιφερειακής Ευαισθησίας:  
Μελετώντας τις Επιπτώσεις της Πανδημίας  
στην Ανάπτυξη

Maria Zafiropoulou, Dimitrios Aspros,  
Vasilios Kasiolas, Vivian Tasopoulou  
Regional Sensitivity Barometer:  
Studying the Effects of the Pandemic  
on Development

## ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**Ιωάννης ΑΠΟΣΤΟΛΑΚΗΣ**, PhD, Πληροφορική Υγείας, ΕΔΙΠ, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ  
**Βενετία Σοφία ΒΕΛΟΝΑΚΗ**, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

**Πέτρος ΓΑΛΑΝΗΣ**, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

**Κατερίνα ΓΑΡΔΙΚΑ**, Τμήμα Ιστορίας και Αρχαιολογίας, ΕΚΠΑ

**Σπυρέτα ΓΟΛΕΜΑΤΗ**, Επίκουρη Καθηγήτρια Βιοϊατρικής Τεχνολογίας,  
Τμήμα Ιατρικής, ΕΚΠΑ

**Αχιλλέας ΓΡΑΒΑΝΗΣ**, Καθηγητής Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή,  
Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ερευνητής IMBB-ITE Συνεργ. Καθηγητής Έρευνας,  
Κέντρο Ανάπτυξης Φαρμάκων, Πανεπιστήμιο Northeastern (Boston)

**Μαρία ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ**, PhD, Εμπειρογνώμων Υγείας στην Ε.Ε., Νομικός-  
Γεροντολόγος

**Οδυσσεύς-Ιωάννης ΖΩΡΑΣ**, Πρόεδρος Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου,  
Καθηγητής Χειρουργικής Ογκολογίας

**Μάμας ΘΕΟΔΩΡΟΥ**, τ.εως Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

**Παρασκευή ΘΕΟΦΙΛΟΥ**, PhD, Γενική Διευθύντρια Υπηρεσιών Υγείας, Υπουργείο  
Υγείας, ΣΕΠ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

**Χρήστος ΚΑΖΑΣΗΣ**, PhD, Εμβιομηχανικός, Εμπειρογνώμων Αξιολόγησης  
Ιατρικής Τεχνολογίας

**Μαρία ΚΑΘΑΡΑΚΗ** PhD, Επιχειρησιακή Ερευνήτρια, Προϊσταμένη  
Μονάδας Β' Επιτελικής Δομής ΕΣΠΑ, Υπουργείο Υγείας, Διδάσκουσα, ΕΚΠΑ  
και Frederick University, Cyprus

**Δάφνη ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ**, Αναπλ. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ  
Πρόεδρος, Οργανισμός Διασφάλισης Ποιότητας στην Υγεία

**Ιωάννης Γ. ΚΑΡΑΪΤΙΑΝΟΣ**, Αμ. Επικ. Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου  
Αθηνών, Διευθυντής, Η' Χειρουργικό Τμήμα, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center

**Ανδρέας ΛΥΤΡΑΣ**, Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο

**Παναγιώτης ΜΙΝΟΓΙΑΝΝΗΣ**, PhD, Γενικός Διευθυντής, Ωνάσειο  
Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

**Αναστάσιος ΜΟΥΜΤΖΟΓΛΟΥ**, PhD, Editor-in-Chief, International Journal of  
Reliable and Quality E-Healthcare (IJRQEH)

**Χαράλαμπος ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ**, Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πάντειο  
Πανεπιστήμιο

**Χαράλαμπος ΠΛΑΤΗΣ**, PhD, Διευθ. Σύμβουλος, ΚΕΤΕΚΝΥ Α.Ε.

**Όλγα ΣΙΣΚΟΥ**, Επίκουρη Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**Παναγιώτα ΣΟΥΡΤΖΗ**, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

**Αριστομένης ΣΥΓΓΕΛΑΚΗΣ**, PhD, Οδοντίατρος, Στέλεχος Επιτελικής Δομής  
ΕΣΠΑ, Υπουργείο Υγείας, Επιστ. Συνεργάτης, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου

**Γιάννης ΤΟΥΝΤΑΣ**, Ομότιμος Καθηγητής, Διευθυντής Ινστιτούτου  
Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

**Παναγιώτης ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ**, Επίκουρος Καθηγητής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

**Farouk YALAOUI**, Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Τεχνολογίας της Troyes, France

## ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΠΕΡΙΟΔΟΥ 2021-2024

Πρόεδρος

**Γεωργία ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΥ**, PhD(c), MSc Πολιτικής και Σχεδιασμού  
Υπηρεσιών Υγείας, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η Ελπίς», Μέλος Δ.Σ.  
της European Association of Hospital Managers (EAHM)

Αντιπρόεδρος

**Θωμάς ΛΑΖΑΡΗΣ**, Οικονομολόγος Υγείας, Επικ. Διευθυντής, Καινοτομία Α.Ε.

Γενικός Γραμματέας

**Αναστάσιος ΜΙΧΑΣ**, MBA, Αναπλ. Διοικητής Γενικού Νοσοκομείου-Κ.Υ. Καρύστου

Ταμίας

**Λάμπρος ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ**, MSc in Health Management, Σύμβουλος Επιχει-  
ρήσεων, τ.εως Διοικητής Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκόστα»

Μέλη

**Ζωή ΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ**, MSc in Informatics Systems, Αναπλ. Διοικήτρια Γενικού  
Νοσοκομείου "Σισμανόγλειο"

**Ανδρέας ΡΕΒΑΝΟΓΛΟΥ**, MSc in Health Management, MBA, Οικονομολόγος,  
Μέλος Δ.Σ., Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου"

**Μαρία ΧΑΤΖΗΚΟΚΟΛΑΚΗ**, PhD, Γενική Διευθύντρια Υπουργείου Αγροτικής  
Ανάπτυξης & Τροφίμων, τ.εως Αναπλ. Διοικήτρια Γ. Ν. Ν. Ιωνίας "Η Αγία Όλγα"

## EDITORIAL BOARD

**Ioannis APOSTOLAKIS**, PhD, Health Informatics, Laboratory Teaching Staff,  
National and Kapodistrian University of Athens (NKUA), Medical School

**Assis. Prof. Petros GALANIS**, National and Kapodistrian University of Athens  
(NKUA), Faculty of Nursing

**Katerina GARDIKAS**, National and Kapodistrian University of Athens (NKUA),  
Department of History and Archaeology

**Assis. Prof. Spyretta GOLEMATI**, National and Kapodistrian University of  
Athens (NKUA), Medical School, Biomedical Engineering

**Prof. Achilleas GRAVANIS**, University of Crete, Faculty of Medicine  
Department of Pharmacology, Affiliated Research Professor at the  
Centre of Drug Discovery, Northeastern University (Boston)

**Assis. Prof. Panayiotis HALVATSIOTIS**, National and Kapodistrian University  
of Athens (NKUA), Medical School

**Assoc. Prof. Dafni KAITELIDOU**, National and Kapodistrian University of Athens  
(NKUA), Faculty of Nursing, President, Agency for Quality Assurance in Health

**Assis. Prof. Ioannis G. KARAITIANOS**, National and Kapodistrian University  
of Athens (NKUA), Medical School, Director of 8th Surgery Department,  
Henry Dunant Hospital Center

**Maria KATHARAKI**, PhD, Operational Researcher, Head of Unit B, NSRF Exec-  
utive Unit, Ministry of Health, Collab. Academic Staff, National and Kapodis-  
trian University of Athens (NKUA) & Freckerick University of Cyprus

**Christos KAZASIS**, PhD, Biomechanical Engineer, Health Technology  
Assessment Specialist

**Prof. Andreas LYTRAS**, Panteion University, Department of Sociology

**Panagiotis MINOGIANNIS**, PhD, General Manager, Onassis Cardiac Surgery Center

**Anastasios MOUMTZOGLU**, PhD, International Journal of Reliable and  
Quality E-Healthcare Editor-in-Chief

**Prof. Charalampos OIKONOMOU**, Panteion University, Department of Sociology

**Charalampos PLATIS**, PhD, CEO, Greek DRG Institute

**Assis. Prof. Olga SISKOU**, University of Piraeus

**Prof. Panagiota SOYRTZI**, National and Kapodistrian University of Athens  
(NKUA), Faculty of Nursing

**Aristomenis SYNGELAKIS**, PhD, DDS, NSRF Executive Unit, Health Ministry,  
Scientific Collaborator, European University of Cyprus

**Mamas THEODOROU**, ex-Professor in Health Policy, Open University of Cyprus

**Paraskevi THEOFILOU**, PhD, General Director of Health Services, Ministry of  
Health, Adjunct Professor, Hellenic Open University

**Prof. Emer. Yannis TOUNTAS**, Director of Social and Preventive Medicine,  
National and Kapodistrian University of Athens (NKUA), Faculty of Medicine

**Assis. Prof. Venetia Sofia VELONAKI**, National and Kapodistrian University  
of Athens (NKUA), Faculty of Nursing

**Maria ZAFIROPOULOU**, PhD, European Union Expert in Social and Healthcare  
Issues, Lawyer- Gerontologist

**Prof. Farouk YALAOUI**, University of Technology of Troyes (UTT), France

**Prof. Odysseas-Ioannis ZORAS**, University of Crete (UoC), Medical School,  
Department of Surgical Oncology, President, Hellenic Open University

## HHSMA BOARD FOR THE TERM 2021-2024

President

**Georgia OIKONOMOPOULOU**, PhD(c), MSc, "Elpis" Hospital Senior Staff,  
European Association of Hospital Managers Board Member

Vice President

**Thomas LAZARIS**, Health Economist, KAINOTOMIA S.A., Operating Officer

General Secretary

**Anastasios MICHAS**, MBA, Karistos General Hospital Manager

Treasurer

**Lambros GEORGOPOULOS**, MSc, Business Consultant, Healthcare Manager

Members

**Zoi RAKOPOULOU**, MSc in Informatics Systems, Deputy Manager,  
"Sismanoglio" General Hospital

**Andreas REVANOGLU**, MSc in Health Management, MBA, Economist,  
Board Member, "Papageorgiou" Hospital

**Maria CHATZIKOKOLAKI**, PhD, Hellenic Ministry of Rural Development  
and Food General Director, Healthcare Manager

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## CONTENTS

### Editorial

#### LUXEMBOURG: Management of the COVID-19 Crisis Affected by Geographical and Demographic Particularities

4

Kleanthis Konstantinidis, Ioannis Katsas,  
Ioannis Apostolakis  
Social Media as a Tool of Influence and Mentorship  
among Healthcare Professionals  
7

Παρασκευή Θεοφίλου  
Κοινωνική Υποστήριξη και Ποιότητα Ζωής  
Γυναικών με Καρκίνο Μαστού  
12

Μαρία Ζαφειροπούλου, Δημήτριος Άσπρος,  
Βασίλειος Κασιώλας, Βίβιαν Τασοπούλου  
Βαρόμετρο Περιφερειακής Ευαισθησίας: Μελετώντας  
τις Επιπτώσεις της Πανδημίας στην Ανάπτυξη  
19

Κλεάνθης Κωνσταντινίδης, Ιωάννης Κάτσας,  
Ιωάννης Αποστολάκης  
Τα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης ως Εργαλείο Καθοδήγησης  
και Επιρροής μεταξύ των Επαγγελματιών Υγείας  
7

Paraskevi Theofilou  
Social Support and Quality of Life  
in Women with Breast Cancer  
12

Maria Zafiroπούλου, Dimitrios Aspros,  
Vasilios Kasiolas, Vivian Tasopoulou  
Regional Sensitivity Barometer: Studying the Effects  
of the Pandemic on Development  
19

Τετραμηνιαίο Επιστημονικό Περιοδικό  
της Ελληνικής Εταιρείας  
Management Υπηρεσιών Υγείας (EEMYY)  
Δαβάκη 16, 156 69 Παπάγου  
Τηλ.: 210-6532.564,  
e-mail: healthreview@eemyy.gr  
www.eemyy.gr

Διεύθυνση Σύνταξης  
Γεωργία Οικονομοπούλου, PhD(c), MSc  
Πρόεδρος Δ.Σ. της EEMYY  
Μέλος Δ.Σ. της EAHM

Συντονισμός Συντακτικής Επιτροπής  
Όλγα Σίσκου, Επίκουρη Καθηγήτρια,  
Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Οικονομική Εποπτεία  
Λάμπρος Γεωργόπουλος, MSc  
Ταμίας Δ.Σ. της EEMYY

Υπεύθυνη Δημιουργικού & DTP  
Νίκη Γκάνου

Εκδοτική Παραγωγή:  
Quality A.E.

Υπεύθυνος κατά Νόμο:  
Γεωργία Οικονομοπούλου, PhD(c), MSc  
Πρόεδρος Δ.Σ. της EEMYY



Τεύχος 184 • Σεπτέμβριος - Δεκέμβριος 2021  
Issue 184 • September - December 2021

e-ISSN: 2623-4785

ISSN: 1105-9311

The scientific Journal of Hellenic Health  
Services Management Association (HHSMA)  
is published 3 times per year  
Davaki st, 16, GR-15669  
Tel.: 0030 210 6532 564  
e-mail: healthreview@eemyy.gr  
www.eemyy.gr

Editor-in-Chief  
Georgia ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΥ, PhD(c), MSc  
HHSMA President  
EAHM Board Member

Editorial Board Coordinator  
Assis. Prof. Olga SISKOU,  
University of Piraeus

Economic Supervision  
Lampros GEORGOPOULOS, MSc  
HHSMA Treasurer

DTP & Creative Director  
Niki GANOU

Printed by  
Quality S.A.

Liability  
Georgia Oikonomopoulou, PhD(c), MSc  
HHSMA President

### Σχετικά με το Περιοδικό

Το περιοδικό δημοσιεύεται στον ιστότοπο της EEMYY, με ανοικτή πρόσβαση για όλα τα εγγεγραμμένα και οικονομικά τακτοποιημένα μέλη της EEMYY. Η EEMYY, η Διεύθυνση Σύνταξης και η Συντακτική Επιτροπή καταβάλλουν κάθε προσπάθεια ώστε να μη δημοσιεύονται κείμενα παραπλανητικά ή ανακριβή. Τα δημοσιευμένα άρθρα δεν εκφράζουν αναγκαστικά τις θέσεις της EEMYY και η ευθύνη του περιεχομένου τους ανήκει αποκλειστικά στους συγγραφείς. Το περιοδικό «Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ» αποκτά αυτόματα το copyright πρώτης δημοσίευσης των υποβαλλόμενων κειμένων, πινάκων, σχεδιαγραμμάτων και εικόνων.

### Αντίτυπα εκτός Εμπορίου

Οι συγγραφείς ή βιβλιοθήκες που επιθυμούν την παραλαβή τευχών σε έντυπη μορφή, κατά την παραγγελία, επιβαρύνονται μόνο με το κόστος εκτύπωσης και ταχυδρομικής αποστολής: Σύνολο Τευχών Έτους (3): € 30,00  
Μεμονωμένα Τεύχη: € 10,00

### About the Journal

Published on the HHSMA website is an online, open access journal for all the HHSMA members who have paid their annual subscription fee. The HHSMA, Editor-in-Chief and Editorial Board make every effort to ensure that no inaccurate or misleading text appears in this publication. The content of articles does not reflect the official opinion of the HHSMA. Responsibility for the information and views expressed therein lies entirely with the authors. The copyright of the submitted articles in journal (including without limitation the text, tables, graphs and images) is owned by "HEALTH Review".

### Printing Rates

Authors or libraries that call to order the journal in print edition, charged solely with printing and postal costs:  
3 Issues per Year: € 30,00  
Single Issue: € 10,00





# LUXEMBOURG: Management of the COVID-19 Crisis Affected by Geographical and Demographic Particularities



**Marc HASTERT**

*Secretary General, in charge of international relations, of the Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)  
Secretary General of the European Association of Hospital Managers (EAHM)*

e-mail: Marc.Hastert@fhflux.lu

The Grand Duchy of Luxembourg is a small country with a surface area of 65.401 km<sup>2</sup>, situated between Belgium, France and Germany. The country has just over 630.000 inhabitants who are fluent in several languages: Lëtzebuergesch, French, German, English for the most part and Portuguese by Portuguese immigrants representing approximately 17% of the population.

has, repercussions on the way the Covid-19 crisis was managed.

Luxembourg had on November 22, 2021, 3.332 active infections and a total of 82.443 infections since February 2020, not included 862 people who died since March 2020. On November 22, 2021, there were only 46 people in the hospital due to COVID-19, including 10 patients in intensive care units. 76,4% of the vaccinable population (12+) are vaccinated and slightly less than 70% of the vaccinable population (12+) are fully vaccinated. AstraZeneca is only used on the older population and for younger ones only on a voluntary basis. Moderna vaccine (Spikevax) is not recommended for people under 30 years of age. From 22 November 2021, all vaccinated people over 18 years of age will receive an invitation for a vaccine booster.

**Table 1: A brief overview of Healthcare data in Luxembourg.**

	2008	2016	2019
1. Total current health expenditure as % of Gross Domestic Product (GDP)	6.5%	5.2%	5.4%
2. General government/compulsory current health expenditure, as % of total current health expenditure	87.3%	83.7%	85.0%
3. Hospital current health expenditure, as % of total current health expenditure	31.9%	31.2%	33.4%
4. Household out-of-pocket health expenditure, as % of total current health expenditure	9.9%	10.7%	9.6%
5. All hospital beds per 100,000 inhabitants	556.8	480.6	426.5
6. Acute care hospital beds per 100,000 inhabitants	432.2	389.9	329.4
7. Average length of stay for acute care hospitals (bed-days)	7.3	7.4	7.4
8. Practicing physicians per 100,000 inhabitants	271.6	288.0	n.a.
9. Practicing nurses per 100,000 inhabitants	n.a.	1,172.0	n.a.

Source: OECD, Eurostat.

The country is located at the centre of a population basin of more than 11 million inhabitants, called the "Grande Région", with an area of 65.401 km<sup>2</sup>.

The Grand Duchy of Luxembourg therefore welcomes a growing number of cross-border commuters who work in Luxembourg.

Of the 477.452 active workers, 262.490 are residents and 214.962 (45%) are cross border commuters.

The cross-border commuters are distributed as follows according to their country of origin: Belgium 51.000; Germany 53.000; France 112.000.

A large number of these cross-border commuters work in the health sector (Table 1) and in particular in the hospital sector. Of the 13.769 healthcare workers in the hospital sector, some 7.800 people are cross border commuters, i.e. 56% of the workers in the hospital sector. These cross-border commuters are currently distributed as follows, according to their country of origin: Belgium 1.687 persons; Germany 2.712 persons and France 3.370 persons.

Needless to say, that this particular constellation had, and still

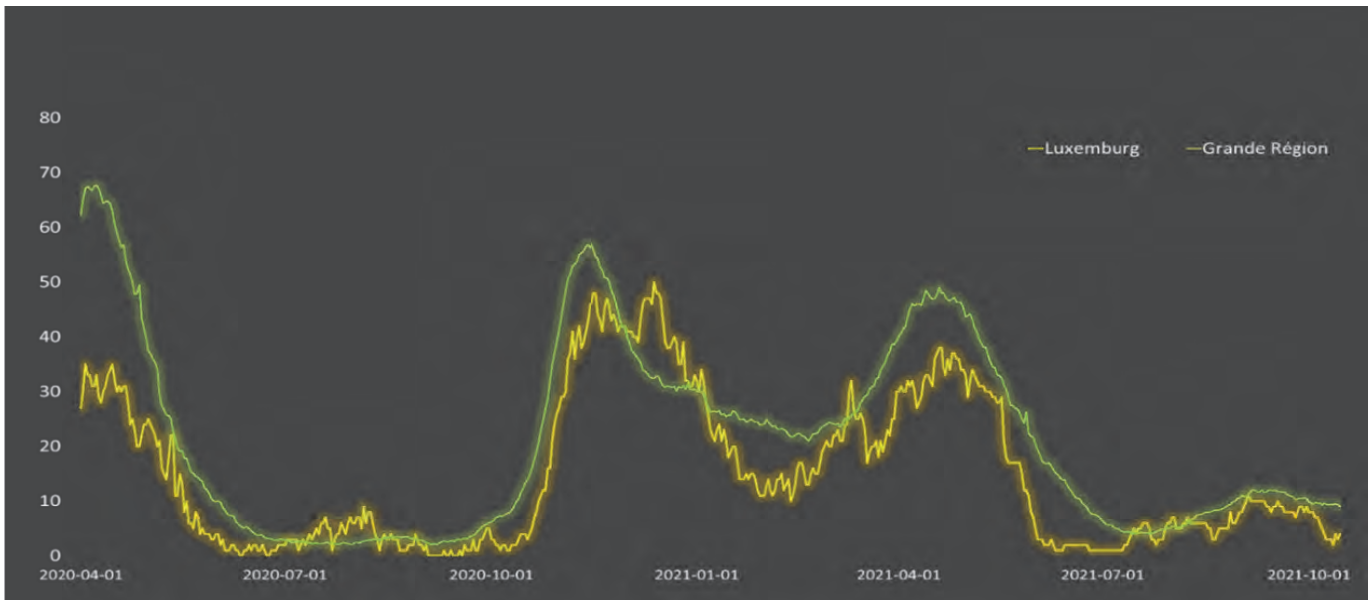
In hospitals over 90% of workers are vaccinated, professionals always have priority, but it is not required. This will not change in the future. However, some hospitals require their future recruits to be vaccinated.

Current practice in hospitals for workers is to do a test before starting the day, this is a recommendation, but if they refuse, they will be assigned to a service without risk to patients. Visitors also require testing, and a COVID-19 passport has been implemented.

A general covid check obligation is now applicable in hospitals: according to this, every person entering a hospital must in principle show proof of vaccination, a negative test result or recovery. Only emergency patients are exempt.

Concerning non-Covid patients, there have not been many issues so far, except for mental health but this is a pre-existing structural problem as there are not enough psychiatric centres. COVID-19 counselling centres have been closed and the general practitioners are the points of contact. There is also a two-way stream being implemented in emergency services for COVID-19 patients and for non-COVID-19 patients.

If we compare the situation in the Grand Duchy of Luxembourg with that of its neighbouring countries within the



Graph 1: In Luxembourg, 10 % of Intensive Care patients were transferred from Grand Est (F).

geographical framework of the so-called "Greater Region", we see that over the last 20 months the Grand Duchy of Luxembourg has managed the crisis rather well. On the Graph 1 we see that the yellow curve representing Covid-19 patients in intensive care in Luxembourg hospitals is generally lower than the green curve representing the number of Covid-19 patients in intensive care in other parts of the "Grande Région" (data in proportion to the Luxembourg population). This advantage has allowed Luxembourg hospitals to welcome a number of Covid-19 patients from the French border region "Grand Est" in their intensive care units.

During the second wave (Graph 2), from September 2020 to August 2021, it was unfortunately noted that the restrictive decisions taken at a political level in the 4 countries concerned in the "Greater Region" were not coordinated, which led to particular health situations from one country to another. This has also complicated cross-border relations, in particular the free movement of border workers and jeopardised

the continuity of service in Luxembourg hospitals, given that 56% of hospital staff are cross border commuters. Fortunately, the Grand Duchy of Luxembourg was able to avoid the worst by negotiating with its neighbours the continuity of the free movement of its cross-border commuters.

There is no cross-border harmonisation of definitions or capacities (hospital stays, intensive care units, equipment, reduction of non-Covid medical activities, etc.).

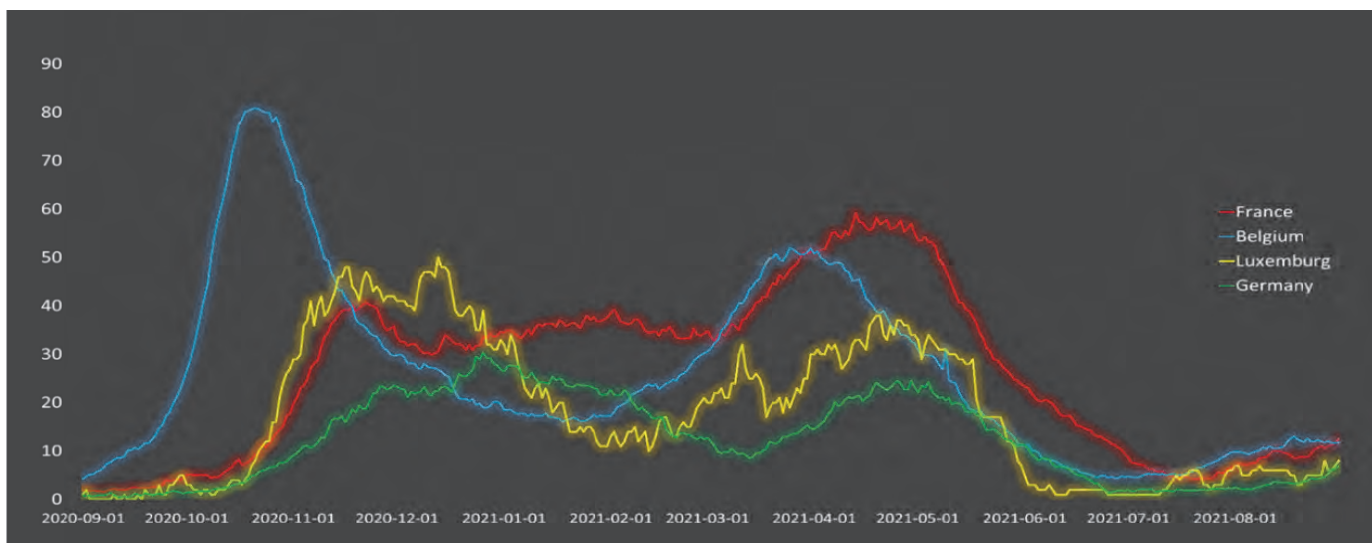
There is no common strategy for restrictive measures decided at a political level (containment rules, border closures, mobility restrictions, other closures, etc.).

There is also no common alignment of vaccination priorities.

The Grand Duchy of Luxembourg had to take into account the crisis management methods of 4 different countries while opting for its own way.

The Luxembourg specificities of the crisis management were also based on the following axes:

Testing: "large scale testing" with "high numbers of infec-



Graph 2: THE SECOND WAVE: Number of patients in Intensive Care Units in the 4 countries of the Grande Région (from September 2020 to August 2021 - data in proportion to the Luxembourg population). Absence of coordination of national restriction-policies in the 4 countries.



Graph 3: Luxembourg compared to 3 surrounding countries. Government Stringency Index during pandemic. (Index of 23 indicators about restriction policies, economic policies, health policies, vaccination policies).

tions. If you test a lot, you get information about the real number of infections. This does not necessarily mean that the country has more infections than its neighbours who have fewer infections because they test less. Unfortunately, this has had the perverse effect of singling out the Grand Duchy of Luxembourg as a high-risk country.

The same is true of Tracing, which was a very aggressive tracing (average of 5 contacts) with “high numbers of infections” and quarantines.

But the Luxembourg strategy, visualised in the Graph 3, has paid off.

The German magazine 'Der Spiegel' has compared data from 154 countries worldwide with over 500.000 inhabitants. Luxembourg was ranked second, behind only Finland. Even though the crisis is of course not over yet and the numbers are rising again in many countries, one can still draw an initial conclusion with the latest data. The magazine's ranking was determined by a number of factors that comprise the Stringency Index. The areas of health and the economy are particularly important. Other factors taken into account include excess mortality, the progress of vaccinations, and the number of restrictions on personal freedoms in place. These factors were given equal weight in the analysis, despite the fact that the number of deaths could be considered the most important criterion for ethical reasons.

In May 2021 the International Monetary Fund (IMF) had also praised the Grand Duchy for its handling of the COVID crisis. Luxembourg handled the situation much better than initially expected, the experts said in their report after consultations in March 2021 with interlocutors in the Grand Duchy from the government, the private sector and social partners. The “rapid, targeted and appropriate response” to the crisis has prevented the worst. After all, Luxembourg put 18.6% of its gross domestic product into fighting the pandemic on many levels and cushioning the social, economic and human consequences. The IMF also pointed out that the rapid transition to teleworking has enabled the country to

weather the crisis relatively well. It gives a positive assessment of Luxembourg.

On the strength of its experience, the Grand Duchy of Luxembourg continues to rely on practices that have proved their worth. Mobility of patients is already the regular practice of Luxembourg (all cross-border commuters have Luxembourgish social security). Mobility of human resources is of paramount importance (special border crossing authorizations, over-night hotel accommodation for health care workers, etc.).

Performance, flexibility, and mutual assistance will

guarantee stronger cross border resilience of healthcare systems.

At the same time, the Luxembourg authorities are aware that the attraction of the Luxembourg hospital sector for health professionals from neighbouring countries has led to a shortage of staff in these regions. A request of their nationals by the authorities of these countries to face the crisis in their respective countries remains a threat for the Luxembourg hospital sector. In critical situations, political reactions are naturally “national”. To keep our Grande Region “running”, Luxembourg had to deal with Paris, Brussels, Berlin and itself....

Solidarity between countries is essential, e.g. during the Covid-19 pandemic up to 10% of intensive care units patients in Luxembourg were transferred from the French region Grand-Est. Sharing knowledge, competences, infrastructures, and equipment can save lives.

Borders do not stop viruses nor other pandemics or critical dangers. A pandemic crisis needs a “regional governance” with different practices. Getting prepared with a “tailored regional organisational crisis-structure” is mandatory. The Covid-19 experience should encourage the creation of a regional cooperation organisation for health professionals.

Regions in Europe are a reality that affects the daily life of many people!

#### SOURCES

- OECD, Eurostat
- HOSPITAL HEALTHCARE EUROPE 2021; Luxembourg: Answers provided by Marc Hastert, HOPE Governor
- COVID-19 and beyond: New Visions in Europe and cross-border collaborations, by Dr Philippe Turk, President of the “Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois” FHL
- “DER SPIEGEL” Data comparison (8 July 2021)
- IMF Article IV conclusions about Luxembourg





SYSTEMATIC REVIEW / ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

## Social Media as a Tool of Influence and Mentorship among Healthcare Professionals

### Τα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης ως Εργαλείο Καθοδήγησης και Επιρροής μεταξύ των Επαγγελματιών Υγείας

Kleanthis KONSTANTINIDIS<sup>1</sup>, Ioannis KATSAS<sup>2</sup>,  
Ioannis APOSTOLAKIS<sup>3</sup>

1. MSc in Healthcare Administration, Radiographer, KAT Hospital of Attica
2. MSc in Healthcare Administration, Radiographer
3. PhD, Health Informatics, Laboratory Teaching Staff, National and Kapodistrian University of Athens (NKUA), Medical School

Κλεάνθης Κωνσταντινίδης<sup>1</sup>, Ιωάννης Κάτσας<sup>2</sup>,  
Ιωάννης Αποστολάκης<sup>3</sup>

1. MSc ΔΥΥ, Τεχνολόγος Ακτινολογίας-Ακτινοθεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής Κ.Α.Τ.
2. MSc ΔΥΥ, Τεχνολόγος Ακτινολογίας-Ακτινοθεραπείας
3. PhD, Πληροφορική Υγείας, ΕΔΙΠ, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Corresponding author / Υπεύθυνος αλληλογραφίας  
Kleanthis Konstantinidis, email: kleon12@yahoo.gr

#### ABSTRACT

**Introduction:** The use of Social Media (SoMe) by healthcare professionals (HCPs) has risen fast in the recent years, creating a new informal framework of collaborative intelligence, which is based on the virtual interaction of its users. In addition, COVID-19 pandemic has accelerated SoMe usage from HCPs, who explore alternative avenues to professional development and ways to navigate the volume, veracity and variety of data and networks in a currently shaping SoMe environment in healthcare.

**Objective:** The revelation of SoMe as a means for communicating with peer networks and an opportunity for mentorship and coaching, as well as information sharing and remote collaboration to promote professional development.

**Method:** We conducted a literature search in PubMed and Google Scholar online databases for the last five years (2016-2021) using keywords. Keywords used were "social media", "healthcare", "healthcare professionals", "mentorship", "coaching", "influence". Snowball referral sampling method was also utilized for further review.

**Results:** We identified 18 articles. Twitter, the most commonly used platform amongst HCPs, allows real-time engagement and dissemination of information. Collaborative Web 2.0 tools are also utilized to support mentorship, influence and coaching amongst HCPs.

**Conclusion:** HCPs begin to take ownership in shaping the future of SoMe usage in healthcare field. SoMe can be useful for sharing information, mentorship amongst HCPs and a means for their professional development. Although HCPs adopt the use of SoMe, questions arise about the proper and ethical use of them. Certain conditions must be met before their usage, in order to avoid any risk of misin-

#### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η χρήση των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (ΜΚΔ) από τους Επαγγελματίες Υγείας έχει αυξηθεί τάχιστα τα τελευταία χρόνια, δημιουργώντας ένα νέο άτυπο πλαίσιο συνεργατικής νοημοσύνης, το οποίο βασίζεται στην εικονική αλληλεπίδραση των χρηστών τους. Επιπλέον, η πανδημία της COVID-19 επιτάχυνε περαιτέρω τη χρήση των ΜΚΔ, με τους Επαγγελματίες Υγείας να εξερευνούν εναλλακτικές οδούς για την επαγγελματική τους ανάπτυξη και τρόπους προσανατολισμού στον όγκο, την αξιοπιστία και την ποικιλία δεδομένων και δικτύων, μέσα σε ένα διαρκώς διαμορφούμενο περιβάλλον των ΜΚΔ στην υγειονομική περίθαλψη.

**Σκοπός:** Η ανάδειξη των ΜΚΔ ως εργαλείο επικοινωνίας των Επαγγελματιών Υγείας με δίκτυα ομότιμων και ευκαιρίας για καθοδήγηση και εκπαίδευση, καθώς και για την ανταλλαγή πληροφοριών ή την εξ αποστάσεως συνεργασία για την προώθηση της επαγγελματικής ανάπτυξης.

**Μέθοδος:** Πραγματοποιήσαμε αναζήτηση βιβλιογραφίας στις διαδικτυακές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar για την τελευταία πενταετία (2016-2021), χρησιμοποιώντας λέξεις-κλειδιά. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν «social media», «healthcare», «healthcare professionals», «mentorship», «coaching», «influence». Η μέθοδος δειγματοληψίας χιονοστιβάδας χρησιμοποιήθηκε, επίσης, για περαιτέρω ανασκόπηση.

**Αποτελέσματα:** Εντοπίσαμε 18 άρθρα. Το Twitter είναι η πλατφόρμα που συνήθως χρησιμοποιείται μεταξύ των Επαγγελματιών Υγείας και η οποία επιτρέπει την επικοινωνία και τη διάδοση πληροφοριών σε πραγματικό χρόνο. Τα συνεργατικά εργαλεία του Web 2.0 χρησιμοποιούνται επίσης για την υποστήριξη της καθοδήγησης, της επιρροής και της εκπαίδευσης μεταξύ των Επαγγελματιών Υγείας.

**Συμπεράσματα:** Οι Επαγγελματίες Υγείας αρχίζουν να



formation, dispute of information's reliability, distrust of persons and conflicts of interest.

**Keywords:** *Social media, healthcare professionals, mentorship, coaching, influence*

αναλαμβάνουν κυρίαρχο ρόλο στη διαμόρφωση της μελλοντικής χρήσης των ΜΚΔ στην υγειονομική περίθαλψη. Τα ΜΚΔ μπορεί να είναι χρήσιμα για την ανταλλαγή πληροφοριών, την καθοδήγηση μεταξύ των Επαγγελματιών Υγείας και ένα μέσο για την επαγγελματική τους ανάπτυξη. Αν και οι Επαγγελματίες Υγείας υιοθετούν τη χρήση των ΜΚΔ, προκύπτουν ερωτηματικά σχετικά με την ορθολογική και ηθική χρήση τους. Η χρήση τους υπό προϋποθέσεις είναι απαραίτητη για την αποφυγή του κινδύνου παραπληροφόρησης, αμφισβήτησης της αξιοπιστίας των πληροφοριών, δυσπιστίας σε πρόσωπα και σύγκρουσης συμφερόντων.

**Λέξεις-κλειδιά:** *Social media, healthcare professionals, mentorship, coaching, influence*

## INTRODUCTION

Healthcare is known to be a high-risk industry. Knowledge and information sharing amongst healthcare experts has traditionally been the prerequisite for quality healthcare services. Nevertheless, networking and mentoring amongst healthcare professionals (HCPs) has been hindered during the pandemic due to measures taken to prevent the spread of COVID-19.

Use of Social Media (SoMe) for the past decade has been growing within HCPs communities. Complexity of the SoMe environment, in terms of which platforms and why HCPs engage with them, has set polymedia as a characteristic of the era of WEB 2.0. The who and how different SoMe platforms are used can be explained not only by parameters such as professional status, social context and work environment but also by the level of attainment by the HCPs communities (Apostolakis et al., 2012; Katsas et al., 2021). Moreover, healthcare systems move to adapt to a new norm. At the same time, HCPs look to further capitalize on SoMe skills earned, in an accelerated fashion, during the lockdown periods, exploring alternative ways to bridge the gap of what is often described as "You can't be what you can't see." (Corsi et al., 2021).

Information flow in SoMe is multidirectional and multiplatformed. As HCPs try to navigate the complexity in SoMe, there is evidence of arising patterns in the use of SoMe. The way HCPs have been engaging in SoMe, whether educators or learners, mentors or mentees, content creators or consumers, has acquired several characteristics. Preferences for certain SoMe platforms, tools to analyze information on those platforms, peer community activities migrating to SoMe are only some of these characteristics (D'souza et al., 2021; Katsas et al., 2021; Shah and Topf, 2019).

The utility of social media is wide and its effects far-reaching. HCPs venturing to navigate SoMe face challenges mainly into three categories. First understanding the multiplexity of the digital social networking and managing the volume, variety, velocity and veracity of the information shared in them. Then acquiring the technical understanding and skills of each platform. Finally, to safeguard professionalism and privacy towards patients and colleagues.

## AIM

Herein, we review the evidence in recent literature for social media acceptance and promotion in networking and mentorship amongst HCPs communities.

## METHOD

The instructions of Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses or PRISMA were taken under consideration (Moher et al., 2009). Snowball referral sampling method was also utilized for further review. A literature search was conducted for terms related to SoMe and HCPs in the electronic databases PubMed and Google Scholar for the last five years. The keywords utilized to search the literature were: social media, healthcare professionals, health professionals, healthcare, mentorship, influencer, coaching. The strategy for literature search combining these keywords is shown in Table 1.

**Table 1: Literature search strategy**

Search	Keywords
#1	"social media" AND "healthcare" AND "mentorship"
#2	"social media" AND "healthcare" AND "coaching"
#3	"social media" AND "healthcare" AND "influencer"
#5	"social media" AND "healthcare professionals" AND "mentorship"
#6	"social media" AND "healthcare professionals" AND "coaching"
#7	"social media" AND "healthcare professionals" AND "influencer"
#8	"social media" AND "health professionals" AND "mentorship"
#9	"social media" AND "health professionals" AND "coaching"
#10	"social media" AND "health professionals" AND "influencer"

Literature management software was used to facilitate the management of the literature findings (Ahmed and Al Dhubaib, 2011). The literature findings from PubMed and Google Scholar were imported to literature management software and were checked for duplicates. Records were screened according to their title and abstract. Full text arti-





cles were assessed for eligibility according to specific criteria. Records without relevant title or abstract to the subject of the review, systematic reviews and meta-analyses were excluded. The inclusion criteria were:

1. Use of any type of social networking tool or SoMe platform.
2. Adoption of social networking tools and SoMe platforms from HCPs towards, mentorship, influence, coaching, education.
3. Any type of HCPs.
4. Articles written in English language.

## RESULTS

Figure 1 shows the flow diagram of the 18 articles included in the qualitative synthesis. Initially, 219 records were identified and screened. Records without relevant title and abstract were excluded, 118 in total. The remaining 101 full text articles were assessed for eligibility according to the criteria applied, ending up in 18 studies, which were included in qualitative synthesis. The findings of the studies are summarized in Table 2.

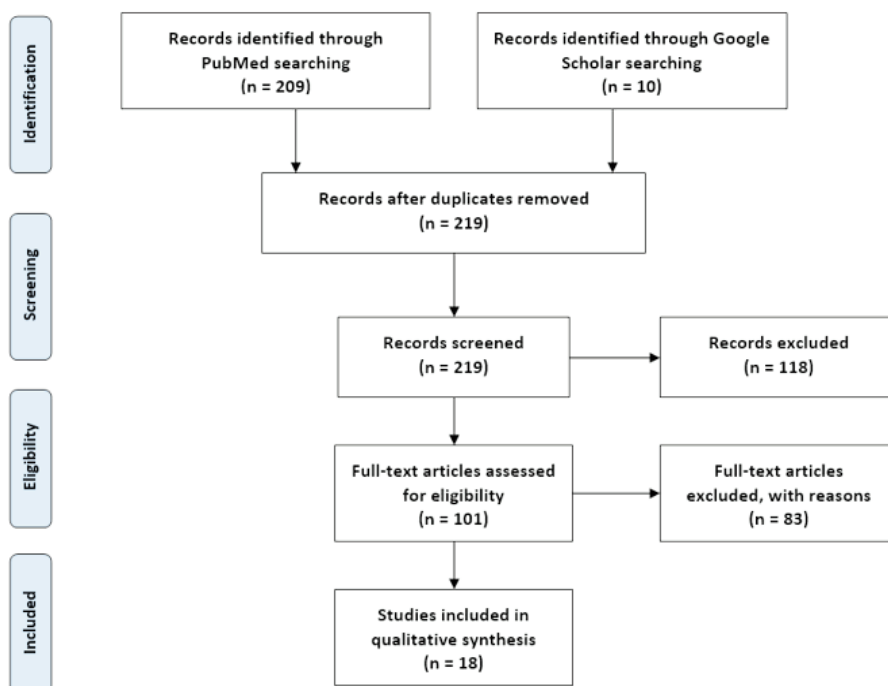


Figure 1: Flow diagram

Most of the studies included in this review were published in the last three years, with just one study published in the year 2016. Medical professionals were the studied population in 16 of 18 studies and only two studies included multidisciplinary population. Twitter is the most popular SoMe platform used from HCPs to promote achievements, offer sponsorship to other HCPs, build their brand name, seek mentorship, receive support, interact with peers, provide educational resources and find partners for academic projects. Twitter is recorded in 9 of 18 studies, as the primary means of communication and interaction amongst HCPs.

The reviewed studies show a positive or potentially posi-

tive impact of SoMe adoption from HCPs in their career development. SoMe platforms offer the advantage of creation of online communities, where HCPs can network with one another, receive and provide mentorship.

SoMe platforms can provide mentorship and career development opportunities without the need of physical interaction. This fact has been particularly useful during the last two years of COVID-19 pandemic and in cases where physical mentorship lacks (Corsini et al., 2021).

Social networking is a valuable tool in academic level. The use of SoMe can facilitate the recruitment of associates, by promoting institutional and academic achievements and innovations in web (Heitkamp et al., 2020).

In organizational level, the use of SoMe amongst HCPs of different disciplines can benefit multitasking, as HCPs can offer or receive guidance on routine or emergency tasks (Dailah Sr and Naeem, 2021).

## DISCUSSION

Hereby, we aim to highlight evidence found on SoMe being used for influencing and mentorship purposes. Characteristics or trends that appeared in this literature review are also being discussed.

We anticipated a significant volume of research done on SoMe utilization by HCPs (Chan and Leung, 2018; Elkhayat et al., 2018; Gholami-Kordkheili et al., 2013; Katsas et al., 2021). The challenges in the adoption of SoMe from HCPs have been reviewed (Gholami-Kordkheili et al., 2013). In 2014, Grajales et al. conducted a narrative review to present case studies that illustrate how, where and why SoMe are being used in the medical and healthcare sectors. Rolls et al. (2016) conducted an integrative literature review on the use of SoMe by HCPs in developing virtual communities, which facilitate professional networking, knowledge sharing and evidence-informed practice. Still in the pre-pandemic era, a systematic review by Chan and Leung (2018) illustrated how SoMe platforms facilitate

online collaboration and interaction, which in turn can lead to remote communication between mentors and mentees. Katsas et al. (2021) investigated the perception of HCPs for SoMe's role in healthcare. Acceptance of SoMe used for educational and informational purposes has been high, according to the samples' respondents, as shown in Figure 2. At the same time, controlling the use of SoMe in healthcare has also been of concern and importance by this HCPs in the sample.

Covid-19 pandemic has further established knowledge and information sharing in SoMe for HCPs communities (Cree-Green et al., 2020; Heitkamp et al., 2020; Munoz-Acuna et al., 2021). Traditional hierarchical mentorship has been



Table 2: Summary of the studies

Study	Type of HCPs	Type of social network	Education and coaching	Mentorship and influence
Chandawarkar et al. (2018)	Medical	Twitter	-	Discussion amongst experts, technical and educational content of discussion
Colbert et al. (2018)	Medical	Any type of social network, Twitter	FOAMed platforms and tools Interactive online FOAMed events	Academic promotion and research collaboration
Corsini et al. (2021)	Medical	Twitter	-	Professional interaction and collaboration, online reputation development, dissemination of research findings
Cree-Green et al. (2020)	Medical	Any SoMe platform	-	Peer support
D'souza et al. (2021)	Medical	Any SoMe platform	-	Online interaction, knowledge and resource sharing, collaboration, accessibility to experts
Dailah Sr and Naeem (2021)	Medical, nursing	Any type of social network	-	Professional socialization, skills, knowledge and decision-making enhancement, peer support
Elkhatay et al. (2018)	Medical	Any SoMe platform	-	Communication with colleagues for professional issues, participation in cases or medical problems discussion
Heitkamp et al. (2020)	Medical	Twitter	FOAMrad and RadTwitter for dissemination of educational content	Recruitment, promotion of achievements or innovations, brand building, social networking, academic collaboration
Heitkamp et al. (2021)	Medical	Twitter	FOAMPeds and PedsTwitter for continuing education	Promotion of training programs, networking, academic collaboration
Ioannidis et al. (2020)	Medical	Twitter	-	Tweet chat between key opinion leaders and young surgeons towards identification of training needs
Katsas et al. (2021)	Medical, nursing, allied, other HCPs	Any type of social network	-	Health information search, communication with colleagues, professional use, communication with patients
Lefebvre et al. (2016)	Medical	Any SoMe platform	-	Online professionalism and institutional representation
Leibowitz et al. (2021)	Medical	Twitter	-	Sharing of clinical information, news, advice and resources
Lewis et al. (2018)	Medical academics	Twitter	Personal learning networks (PLNs), Tweets, chat, journal clubs	Access to mentorship, sponsorship and role models, peer-to-peer interaction, enhancement of relationships with trainees and mentees
Militello et al. (2021)	Medical	Any SoMe platform	Images and case reports for continuing education and training	Business promotion, information dissemination, interaction amongst colleagues and with HCPs and students
Munoz-Acuna et al. (2021)	Medical	Twitter	-	Determination of influence of a Twitter account within a topic discussion
Shah and Topf (2019)	Medical	Any type of social network	FOAMed Twitter journal club Online MedEd game	Collaboration, coaching and mentorship towards FOAMed promotion
Varady et al. (2019)	Medical	Twitter	-	Collaborative education, discussion of cases, dissemination of knowledge and information amongst colleagues and other HCPs

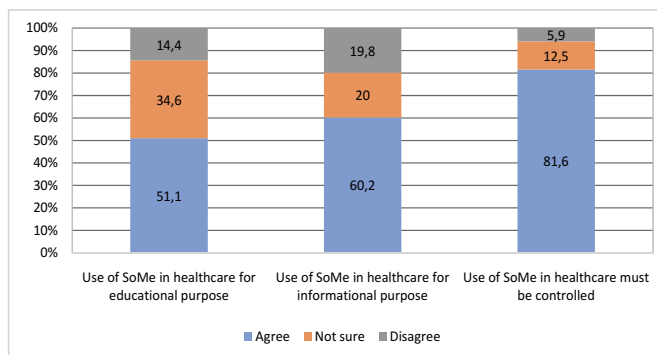


Figure 2: HCPs' perceptions of SoMe use in healthcare (data from Katsas et al., 2021).

critical to academic advancement. As Cree-Green et al. (2020) advocate, peer mentorship in SoMe platforms is increasingly recognized as having unique strengths such as maintaining momentum until in-person meetings fully resume and, adjusting learning strategies as the situation demands. Academic and scientific background and experience in certain field of expertise are critical factors to ensure that mentors or influencers are appropriately trained to provide legitimate information (Chandawarkar et al., 2018).

In principle, Web 2.0 and SoMe platforms promote a new generation of content creators. Web 2.0 refers to how content on the Internet is generated. During Web 1.0 the content was generated from content providers and could only be "consumed" from users. What differentiates Web 2.0 and later versions from Web 1.0 is that the content is user-generated, and the user is an active participant to content formation (Colbert et al., 2018). Podcasts, wikis, blogs, multimedia, Tweets, video conferences, interactive live video learning and webinars are Web 2.0 tools. New content is the product of a collaborative process between educators and learners. During this process, both learn from each other, increase their knowledge and improve their communication skills (Apostolakis et al., 2008). FOAMed is the product of remote collaboration amongst HCPs, fast dissemination and exchange of information and accessibility in educational content anytime from anywhere via the Internet. Thus, individuals are allowed to create personal learning networks (PLNs), systems of "interpersonal connections and resources that support informal learning" (Lewis et al., 2018).

Twitter, a microblogging platform, although not the only platform under discussion in this paper, appeared in most of the literature reviewed. Provided it is reserved for professional purposes Twitter has gained traction as the platform that can most benefit HCPs' professional development across specialties (Heitkamp et al., 2020; Leibowitz et al., 2021; Munoz-Acuna et al., 2021). Content creation in SoMe follows a pattern where only a small number of participants creates original content in SoMe (Katsas et al., 2021; Shah and Topf, 2019). In recent papers from Munoz-Acuna et al. (2021) and Varady et al. (2019) it was found that the majority of top influencers had academic credentials titles or were experts in their field.

Furthermore, online activities in healthcare can present unique challenges for users. In an effort to mitigate the risks,



organizations create social media policies. It is though unclear how successful these policies are across the demographic table of HCPs (Lefebvre et al., 2016). As a result, formal education is starting to develop for the next generation of SoMe content creators. This helps to proactively promote SoMe engagement from HCPs following a formal code of ethics and professional conduct (Shah and Topf, 2019).

## CONCLUSION

The 18 studies included in this review suggest an increasing impact of SoMe in networking and mentorship amongst HCPs communities. Benefits in utilizing SoMe for professional development, peer education and training are being recognized by HCPs. On the one hand, increased use of SoMe can facilitate interaction and networking of HCPs of same or different disciplines, enhancing communication skills and multidisciplinary collaboration. On the other hand, several risks, like fake news, inaccurate information, ethical issues and data privacy, which may arise, should not be overlooked. In a currently shaping environment of SoMe in healthcare, Twitter is more popular than other platforms to healthcare influencers, because it allows real-time communication and dissemination of information, which is especially important in discussions between mentors and mentees. Although academics seem to engage, formal education of the new generation of content creators appears to have the potential to mitigate the risks created in digital education activities like FOAMed and peer mentorship.

## REFERENCES

- Ahmed, K.K.M., Al Dhubaib, B.E., (2011). Zotero: A bibliographic assistant to researcher. *J. Pharmacol. Pharmacother.* 2, 303–305. DOI: <https://doi.org/10.4103/0976-500X.85940>
- Apostolakis, I., Koulierakis, G., Berler, A., Chryssanthou, A., Varlamis, I., (2012). Use of social media by healthcare professionals in Greece: an exploratory study. *Int. J. Electron. Healthc.* 7, 105–124. DOI: <https://doi.org/10.1504/IJEH.2012.049873>
- Apostolakis, I., Varlamis, I., Papadopoulou, A., (2008). E-learning communities (in Greek). Papazisis Pub.
- Chan, W.S., Leung, A.Y., (2018). Use of Social Network Sites for Communication Among Health Professionals: Systematic Review. *J. Med. Internet Res.* 20, e117. DOI: <https://doi.org/10.2196/jmir.8382>
- Chandawarkar, A.A., Gould, D.J., Grant Stevens, W., (2018). The Top 100 Social Media Influencers in Plastic Surgery on Twitter: Who Should You Be Following? *Aesthet. Surg. J.* 38, 913–917. DOI: <https://doi.org/10.1093/asj/sjy024>
- Colbert, G.B., Topf, J., Jhaveri, K.D., Oates, T., Rheault, M.N., Shah, S., Hiremath, S., Sparks, M.A., (2018). The Social Media Revolution in Nephrology Education. *Kidney Int. Rep.* 3, 519–529. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2018.02.003>
- Corsini, E.M., Luc, J.G.Y., Antonoff, M.B., (2021). Women in thoracic surgery: social media and the value of mentorship. *J. Thorac. Dis.* 13. DOI: <https://doi.org/10.21037/jtd.2020.04.11>
- Cree-Green, M., Carreau, A.-M., Davis, S.M., Frohnert, B.I., Kaar, J.L., Ma, N.S., Nokoff, N.J., Reusch, J.E.B., Simon, S.L., Nadeau, K.J., (2020). Peer mentoring for professional and personal growth in academic medicine. *J. Investig. Med. Off. Publ. Am. Fed. Clin. Res.* 68, 1128–1134. DOI: <https://doi.org/10.1136/jim-2020-001391>
- Dailah Sr, H.G., Naeem, M., (2021). A Social Media Organizational Productivity Model: Insights From Public Health Professionals. *J. Med. Internet Res.* 23, e23792. DOI: <https://www.jmir.org/2021/5/e23792>
- D'souza, F., Shah, S., Oki, O., Scrivens, L., Guckian, J., (2021). Social media: medical education's double-edged sword. *Future Healthc. J.* 8, e307–e310. DOI: <https://doi.org/10.7861/fhj.2020-0164>
- Elkhatay, H., Amin, M.T., Thabet, A.G., (2018). Patterns of use of social media in cardiothoracic surgery; surgeons' prospective. *J. Egypt. Soc. Cardio-Thorac. Surg.* 26, 231–236. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jescts.2018.07.003>
- Gholami-Kordkheili, F., Wild, V., Strech, D., (2013). The impact of social media on medical professionalism: a systematic qualitative review of challenges and opportunities. *J. Med. Internet Res.* 15, e184. DOI: <https://doi.org/10.2196/jmir.2708>
- Grajales, F.J. 3rd, Sheps, S., Ho, K., Novak-Lauscher, H., Eysenbach, G., (2014). Social media: a re-view and tutorial of applications in medicine and health care. *J. Med. Internet Res.* 16, e13. DOI: <https://doi.org/10.2196/jmir.2912>
- Heitkamp, D.E., Cooke, E.A., Deitte, L.A., Hunt, K.N., Milburn, J.M., Patel, A.K., Robbins, J.B., (2020). Radiology Program Directors Should Have an Active Presence on Twitter. *J. Am. Coll. Radiol.* 17, 293–295. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2019.10.014>
- Heitkamp, N.M., Morgan, L.E., Carmody, J.B., Heitkamp, D.E., (2021). Pediatric Program Directors Should Have an Active Presence on Twitter. *Acad. Pediatr.* 21, 201–204. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.11.016>
- Ioannidis, A., Blanco-Colino, R., Chand, M., Pellino, G., Nepogodiev, D., Wexner, S.D., Mayol, J., (2020). How to make an impact in surgical research: a consensus summary from the #SoMe4Surgery community. *Updat. Surg.* 72, 1229–1235. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13304-020-00780-z>
- Katsas, I., Apostolakis, I., Varlamis, I., (2021). Social media in health care: Exploring its use by health-care professionals in Greece. *Inform. Health Soc. Care* 1–9. DOI: <https://doi.org/10.1080/17538157.2021.1906256>
- Lefebvre, C., Mesner, J., Stopyra, J., O'Neill, J., Husain, I., Geer, C., Gerancher, K., Atkinson, H., Harper, E., Huang, W., Cline, D.M., (2016). Social Media in Professional Medicine: New Resident Perceptions and Practices. *J. Med. Internet Res.* 18, e119. DOI: <https://doi.org/10.2196/jmir.5612>
- Leibowitz, M.K., Scudder, M.R., McCabe, M., Chan, J.L., Klein, M.R., Trueger, N.S., McCarthy, D.M., (2021). Emergency Medicine Influencers' Twitter Use During the COVID-19 Pandemic: A Mixed-methods Analysis. *West. J. Emerg. Med.* 22, 710–718. DOI: <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.12.49213>
- Lewis, J.D., Fane, K.E., Ingraham, A.M., Khan, A., Mills, A.M., Pitt, S.C., Ramo, D., Wu, R.I., Pollart, S.M., (2018). Expanding Opportunities for Professional Development: Utilization of Twitter by Early Career Women in Academic Medicine and Science. *JMIR Med. Educ.* 4, e11140. DOI: <https://doi.org/10.2196/11140>
- Militello, M., Yang, R.A., Anderson, J.B., Szeto, M.D., Presley, C.L., Laughter, M.R., (2021). Social Media and Ethical Challenges for the Dermatologist. *Curr. Dermatol. Rep.* 1–8. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13671-021-00340-7>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., Group, T.P., (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Med.* 6, e1000097. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Munoz-Acuna, R., Leibowitz, A., Hayes, M., Bose, S., (2021). Analysis of top influencers in critical care medicine "twitterverse" in the COVID-19 era: a descriptive study. *Crit. Care Lond. Engl.* 25, 254. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03691-6>
- Rolls, K., Hansen, M., Jackson, D., Elliott, D., (2016). How Health Care Professionals Use Social Media to Create Virtual Communities: An Integrative Review. *J. Med. Internet Res.* 18, e166. DOI: <https://doi.org/10.2196/jmir.5312>
- Shah, S., Topf, J., (2019). Mentorship in the Digital Age: Nephrology Social Media Collective Internship. *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.* CJASN 14, 294–296. DOI: <https://doi.org/10.2215/CJN.09970818>
- Varady, N.H., Chandawarkar, A.A., Kernkamp, W.A., Gans, I., (2019). Who should you be following? The top 100 social media influencers in orthopaedic surgery. *World J. Orthop.* 10, 327–338. DOI: <https://doi.org/10.5312/wjo.v10.i9.327>





## Κοινωνική Υποστήριξη και Ποιότητα Ζωής Γυναικών με Καρκίνο Μαστού

## Social Support and Quality of Life in Women with Breast Cancer

Παρασκευή Θεοφίλου

PhD, Διδάσκουσα Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου,  
Γενική Διευθύντρια Υπηρεσιών Υγείας, Υπουργείο Υγείας

Paraskevi THEOFILOU

PhD, Adjunct Professor at Hellenic Open University, General  
Director of Health Services, Ministry of Health, Greece

e-mail: pardrothe@gmail.com

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η κοινωνική υποστήριξη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού συνδέεται με την ποιότητα ζωής (Quality-of-Life/QoL) και φαίνεται να είναι ζωτικής σημασίας για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού και της προσαρμογής στην ασθένεια.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση των διαφορών στα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης και QoL σε γυναίκες με καρκίνο μαστού (i) κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας και (ii) δύο χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία.

**Μέθοδος:** Σε αυτή τη συγχρονική μελέτη συμμετείχαν 74 γυναίκες με καρκίνο του μαστού σε δύο ανεξάρτητες ομάδες. Ειδικότερα, κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας (n = 41) και δύο χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία (n = 33). Οι συμμετέχουσες στην έρευνα συμπλήρωσαν την Ελληνική έκδοση της Πολυδιάστατης Κλίμακας Αντιληπτής Κοινωνικής Υποστήριξης (Multidimensional Scale of Perceived Social Support/MSPSS) καθώς και την Ελληνική έκδοση του δείκτη ποιότητας ζωής Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQoLI-15), για τη μέτρηση της κοινωνικής υποστήριξης και της ποιότητας ζωής αντίστοιχα. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις διεξήχθησαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 25.

**Αποτελέσματα:** Η ομάδα «δύο χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία» ανέφερε καλύτερη QoL από την ομάδα «κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας». Δεν υπήρξε διαφορά στην αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη μεταξύ των δύο ομάδων. Όσο υψηλότερη ήταν η ηλικία των ασθενών, τόσο χαμηλότερη ήταν η QoL για την ομάδα «κατά τη χημειοθεραπεία».

**Συμπεράσματα:** Φαίνεται από τα ευρήματα ότι, η ποιότητα ζωής βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου.

**Λέξεις – Κλειδιά:** Κοινωνική υποστήριξη, ποιότητα ζωής, χημειοθεραπεία, καρκίνος μαστού

### ABSTRACT

**Introduction:** Social support for women with breast cancer is linked to quality of life (QoL) and appears to be vital in treating breast cancer and adapting to the disease.

**Purpose:** The purpose of the present study is the investigation of differences in social support and QoL levels in women with breast cancer (i) during chemotherapy and (ii) two years after chemotherapy.

**Method:** In this cross-sectional study, 74 women with breast cancer participated in two independent groups of patients. Specifically, during chemotherapy (n = 41) and two years after chemotherapy (n = 33). The participants in the study completed the Greek version of the Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS) as well as the Greek version of the Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQoLI-15) for measuring social support and quality of life respectively. All statistical analyses were performed with the statistical program SPSS 25.

**Results:** The group "two years after chemotherapy" reported better QoL than the group "during chemotherapy". There was no difference in perceived social support between the two groups. The older the patients, the lower the QoL for the chemotherapy group.

**Conclusions:** Research findings indicate that quality of life improves over time.

**Keywords:** Social support, quality of life, chemotherapy, breast cancer



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) των γυναικών με καρκίνο του μαστού φαίνεται να είναι εξαιρετικά χαμηλή, καθώς η συγκεκριμένη ασθένεια και οι συνακόλουθες θεραπείες επηρεάζουν τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργία με διάφορους τρόπους. Σύμφωνα με την πλειονότητα των διεξαγόμενων μελετών, οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού έχουν χαμηλότερη ΠΖ συγκριτικά με ασθενείς με άλλα είδη καρκίνου (Perry, Kowalski & Chang, 2007). Ωστόσο, έχει υποστηριχθεί ότι, οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού παρουσιάζουν την ικανότητα να προσαρμόζονται στις δυσκολίες της κατάστασής τους. Για παράδειγμα, οι Engel et al. (2003) διαπίστωσαν ότι, υπήρχε σημαντική βελτίωση στη μακροχρόνια συναισθηματική και κοινωνική λειτουργία των ασθενών. Η κόπωση, η ναυτία, ο έμετος, οι μελλοντικές ανησυχίες για την υγεία και ο πόνος μειώθηκαν, ενώ η βαθμολογία της όρεξης και της συνολικής ΠΖ αυξήθηκε μέσα στα επόμενα τρία χρόνια. Έχουν αναφερθεί σημαντικές μακροπρόθεσμες βελτιώσεις στα μετεγχειρητικά συμπτώματα, αλλά και παρενέργειες, καθώς και μελλοντικές προοπτικές αναφορικά με την επικοινωνία των ασθενών με το θεράποντα ιατρό, ειδικά σε γυναίκες κάτω των 50 ετών (Bloom, Stewart, Chang & Banks, 2004).

Οι Burgess, et al. (2005) ανέφεραν στην πενταετή μελέτη παρατήρησής τους ότι, οι γυναίκες με πρώιμο στάδιο καρκίνου του μαστού συνεχίζουν να υποφέρουν από κατάθλιψη ή άγχος ένα χρόνο μετά τη διάγνωση και μερικές από αυτές για περισσότερα από 5 χρόνια. Τέλος, οι Engel et al. (2003) ανέφεραν ότι, οι περισσότερες αλλαγές στην ΠΖ εμφανίζονται μεταξύ του πρώτου και του δεύτερου έτους μετά τη χειρουργική επέμβαση για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

Υπάρχει μια πληθώρα μελετών μέχρι σήμερα, που έχουν προσπαθήσει να διερευνήσουν τους παράγοντες οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν την ΠΖ για τους ασθενείς με καρκίνο του μαστού (Sharma & Purkayasha, 2017). Σύμφωνα με αυτές τις μελέτες, παράγοντες, όπως η ηλικία, η μορφολογία του όγκου, η απασχόληση καθώς και ο τύπος χειρουργικής επέμβασης μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση στην ΠΖ των ασθενών (Lavdaniti et al., 2019; Montazeri, et al., 2008; Sharma & Purkayasha, 2017). Πράγματι, οι νεότερες γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο στη μακροχρόνια κοινωνική, οικονομική, ψυχολογική και ψυχική υγεία τους από τις μεγαλύτερες γυναίκες (Engel, et al., 2003; Sammarco, 2009) και οι νεότερες και οι άγαμες γυναίκες συσχετίστηκαν θετικά με φτωχότερη ψυχική ευεξία και πιο σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης (Broeckel et al., 2000). Επιπλέον, οι Rustøen & Schjølberg (2000) ανέφεραν ότι, η οικογενειακή υγεία αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την ευημερία για την ομάδα νεότερων ηλικιών, ενώ η εργασιακή κατάσταση (απασχόληση, ανεργία) είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ευεξία στις μεγαλύτερες ηλικίες. Σύμφωνα με τους Timperi, et al. (2013), οι εργαζόμενες γυναίκες ανέφεραν καλύτερη ΠΖ από τις άνεργες ή τις συνταξιούχες γυναίκες, ενώ η υψηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση σχετίζεται με μεγαλύτερη επιβίωση (Puigipinos et al., 2017).

Ο τύπος της θεραπείας αποτελεί έναν επιπλέον παράγοντα που μπορεί να επηρεάσει σοβαρά την ευημερία των ασθενών, όπως καταδεικνύουν πλήθος ερευνών συσχέτισης του τύπου της χειρουργικής επέμβασης και της ΠΖ. Οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε συντηρητική θεραπεία (π.χ. ακτινοθεραπεία) ή σε χειρουργική

χειρουργική επέμβαση συντήρησης μαστού ανέφεραν λιγότερη εξασθένιση του επιπέδου ΠΖ συγκριτικά με εκείνες που υποβλήθηκαν σε ολική μαστεκτομή, ιδιαίτερα σε σχέση με τις επιδράσεις της εικόνας του σώματος και της σεξουαλικής λειτουργίας (Derzko, Elliott & Lam, 2007; Emilee, Ussher & Perz, 2011; Engel et al., 2003). Επίσης, μελέτες, που επικεντρώνονται σε ανοσοενισχυτικές θεραπείες, έχουν αναφέρει αρνητικές επιπτώσεις στην εικόνα του σώματος και την ψυχοκοινωνική ευεξία (Kayl & Meyers, 2006), τη σωματική λειτουργία (Turgay, Khorshid, & Eser, 2008), τη λειτουργία του ρολού, την κοινωνική λειτουργία και την καθολική κατάσταση της υγείας (McIlfatric et al., 2007). Έχει βρεθεί ακόμα ότι, η χημειοθεραπεία σχετίζεται με ναυτία, έμετο, απώλεια μαλλιών, γνωστική δυσλειτουργία, κόπωση και σεξουαλική δυσλειτουργία (Kayl & Meyers, 2006), ενώ μετά τη χημειοθεραπεία, αναφέρεται μειωμένη δραστηριότητα, κόπωση, περισσότερη ανάγκη για ύπνο, σεξουαλική δυσλειτουργία, από ό,τι πριν τη χημειοθεραπεία (Turgay, Khorshid & Eser, 2008).

## Η Έννοια της Κοινωνικής Υποστήριξης

Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού σχετίζεται με την ΠΖ (Sammarco, 2009) και έχει ζωτική σημασία για τη θεραπεία και την προσαρμογή του ατόμου στο άγχος της νόσου (Krishnasamy, 1996). Η υποστήριξη επιδρά θετικά στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργία και στην ΠΖ των ασθενών με καρκίνο του μαστού (Arving et al., 2007), με τη μελέτη των Arora, Rutten, Gustafson, Moser & Hawkins (2007) να επιβεβαιώνει τη θετική συσχέτιση της συναισθηματικής υποστήριξης (για δύο μήνες) και της συναισθηματικής και ενημερωτικής υποστήριξης (για πέντε μήνες μετά τη διάγνωση) με την ΠΖ και την αυτοεκτίμηση των ασθενών. Επιπλέον, η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με την καλύτερη ποιότητα οικογενειακής ζωής, την υγεία, τη λειτουργικότητα και την ψυχική κατάσταση των γυναικών >50 ετών (Sammarco, 2009).

Ασθενείς που έλαβαν ανοσοενισχυτικές θεραπείες μετά από χειρουργική επέμβαση καρκίνου του μαστού, σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν έλαβαν τέτοια θεραπεία, είναι πιθανότερο να βοηθηθούν από την κοινωνική υποστήριξη (Arora et al., 2007). Για παράδειγμα, οι Bloom, Stewart, Johnston, Banksand & Fobair (2001) ανέφεραν ότι, οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία έλαβαν περισσότερη συναισθηματική υποστήριξη, ενώ οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή έλαβαν περισσότερη σωματική υποστήριξη. Μακροχρόνιες μελέτες, με γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού, έχουν δείξει ότι, η κοινωνική υποστήριξη μειώνεται ποσοτικά και με την πάροδο του χρόνου, ενώ οι κύριες πηγές συναισθηματικής υποστήριξης είναι τα μέλη της οικογένειας, οι επαγγελματίες υγείας και οι εθελοντές επιζώντες από καρκίνο του μαστού. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς έλαβαν ενημερωτική υποστήριξη τρεις και πέντε μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση από επαγγελματίες υγείας, συναισθηματική υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους και υποστήριξη στη λήψη αποφάσεων από επαγγελματίες υγείας και μέλη της οικογένειας (Arora et al., 2007). Ο Lehto-Järnstedt (2000) διαπίστωσε ότι, οι ασθενείς ανέφεραν υψηλότερο ποσοστό υποστήριξης από τους συζύγους, τους γιατρούς και τους νοσηλευτές τους.

Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού έχουν ποικίλες ανάγκες υποστήριξης, οι οποίες παραμένουν ενεργές μετά από χειρουργική

γική επέμβαση και νοσηλεία και για παρατεταμένες χρονικές περιόδους (Hodgkinson et al., 2007). Πρόσφατα στοιχεία, μάλιστα, δείχνουν ότι, οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού δε λαμβάνουν την αναγκαία υποστήριξη (Hodgkinson et al., 2007), με την ηλικία να αποτελεί σημαντική μεταβλητή στην ανάγκη, στην ποσότητα και στον τύπο της κοινωνικής υποστήριξης (οι νεότερες γυναίκες ανέφεραν μεγαλύτερη ανάγκη για συναισθηματική υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας), (Galloway et al., 1997, Thewes et al., 2004, Wyatt et al., 2008).

## ΣΚΟΠΟΣ

Στην παρούσα μελέτη εξετάζουμε το ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας για τον καρκίνο του μαστού και δύο χρόνια αργότερα, καθώς και την ποιότητα ζωής κατά τη χημειοθεραπεία και δύο χρόνια αργότερα. Επιπρόσθετος στόχος, η διερεύνηση της σχέσης κοινωνικής υποστήριξης και ποιότητας ζωής. Παρά το γεγονός ότι, έχουν εκπονηθεί στο παρελθόν παρόμοιες μελέτες, ο αριθμός των ερευνών που σχετίζονται με τη μελέτη των διαφορών ανάμεσα στις δύο προαναφερόμενες ομάδες είναι περιορισμένος.

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα συγχρονική μελέτη, υιοθετεί την ποσοτική μεθοδολογία. Το δείγμα αποτελούνταν από 74 γυναίκες, 41 (55,41%) βρίσκονταν «κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας» και 33 (44,59%) στα «2 χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία». Τα κριτήρια εισόδου στην έρευνα συμπεριελάμβαναν το να είναι η ασθενής >18 ετών, να επικοινωνεί στην Ελληνική γλώσσα και να έχει διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού. Κριτήριο αποκλεισμού ορίστηκε η ύπαρξη σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής.

Έγινε χρήση δύο κλιμάκων και συμπεριλήφθηκαν δημογραφικά ερωτήματα (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση και εκπαιδευτικό επίπεδο). Η πρώτη κλίμακα ήταν η Πολυδιάστατη Κλίμακα της Κοινωνικής Υποστήριξης (MSPSS) που μετρά την αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη σε όλους τους πολιτισμούς και, αρχικά, αναπτύχθηκε σε φοιτητές πανεπιστημίου (Zimet, et al., 1988) και αργότερα επικυρώθηκε στον Ελληνικό πληθυσμό (Θεοφίλου, 2015). Το MSPSS παρέχει αξιολόγηση τριών πηγών αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης: οικογένεια (FA), φίλοι (FR) και σημαντικά άλλα πρόσωπα (SO). Κάθε στοιχείο βαθμολογείται σε κλίμακα likert που κυμαίνεται από 1 (Διαφωνώ πολύ) έως 7 (Συμφωνώ πολύ), με τα υψηλότερα σκορ να δείχνουν μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη. Ο Zimet και οι συνεργάτες του υποστηρίζουν τα σημαντικά χαρακτηριστικά της κλίμακας, που είναι η βραχύτητα (συνολικά 12 στοιχεία), η ικανότητα του ερευνητή να αξιολογεί πολλαπλές μεταβλητές και πληθυσμούς, με τα αντικείμενα να είναι εύκολα κατανοητά και την καλή εσωτερική αξιοπιστία (μεταξύ των θεματικών ομάδων) και παραγοντική (οικογένεια, φίλοι, σημαντικά άλλα πρόσωπα) εγκυρότητα του εργαλείου. Δεύτερη κλίμακα η Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQOLI-15), η οποία μετρά την ΠΖ και αναπτύχθηκε αρχικά από τους Byock και Merriam (1998). Η κλίμακα επικυρώθηκε στον Ελληνικό πληθυσμό από την Θεοφίλου και συν. (2013). Η MVQOLI ρωτάει τους ασθενείς σχετικά με 5 διαστάσεις ή τομείς της ΠΖ: συμπτώματα, λειτουργικότητα, διαπροσωπικές σχέσεις, ευεξία και πνευματικότητα και έχει σχεδιαστεί ειδικά για την αξιολόγηση της εμπειρίας του ασθενούς στις παραπάνω διαστάσεις. Το εργαλείο αυτό επιδιώκει

να περιγράψει την ποιοτική και υποκειμενική εμπειρία της ΠΖ, με τρόπο που να μπορεί να ερμηνευτεί γρήγορα από επαγγελματίες υγείας (Theofilou, 2012). Οι ψυχομετρικές ιδιότητες είναι ικανοποιητικές (Theofilou, et al., 2013).

Οι συμμετέχουσες στην έρευνα ενημερώθηκαν σχετικά με την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των απαντήσεών τους και ότι πρέπει να απαντήσουν ειλικρινά.

Οι ποιοτικές μεταβλητές εκφράστηκαν ως απόλυτες (N) και σχετικές συχνότητες (%) σε κάθε κατηγορία της μεταβλητής και οι ποσοτικές μεταβλητές εκφράστηκαν με μέση, τυπική απόκλιση, ελάχιστες και μέγιστες τιμές. Όλα τα σύνολα δεδομένων δοκιμάστηκαν για κανονικότητα χρησιμοποιώντας το test κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov. Στο πλαίσιο διερεύνησης της σύγκρισης και των συσχετίσεων των μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικά τεστ, ήτοι Mann Whitney και Spearman correlation, καθώς δεν παρατηρήθηκε κανονικότητα στις αντίστοιχες τιμές του δείγματος. Οι στατιστικές αναλύσεις διεξήχθησαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 25.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα αποτελούνταν από 74 γυναίκες, 41 (55,41%) βρίσκονταν «κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας» όταν διεξήχθη η έρευνα και 33 (44,59%) στα «2 χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία». Όσον αφορά την ηλικία, οι συμμετέχουσες ήταν από 35 έως 74 ετών, με μέση ηλικία τα 52,79 (τυπική απόκλιση = 10,16) έτη. Η πλειοψηφία διαβίωσε στην Αττική (N = 55) και ήταν έγγαμη (N = 54). Δευτεροβάθμια εκπαίδευση είχαν λάβει 36 από τις συμμετέχουσες, 19 είχαν σπουδάσει σε Τεχνολογικό Ινστιτούτο και 15 ήταν απόφοιτοι Πανεπιστημίου.

Ο μέσος όρος της συνολικής βαθμολογίας του MVQoLI - 15 ήταν 19,00, με τυπική απόκλιση (SD = 3,15) και της συνολικής βαθμολογίας του MSPSS 5,24, με τυπική απόκλιση (SD = 1,22) (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Περιγραφικά στοιχεία των εργαλείων MVQoLI-15 και MSPSS

	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση (SD)	Μικρότερη τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	p-value
<b>MVQoLI-15</b>					
Συμπτώματα	6.39	5.02	-9	16	0.018
Λειτουργικότητα	4.77	10.61	-20	25	0.004
Διαπροσωπικές σχέσεις	13.15	11.99	-25	30	0.002
Ευεξία	0.41	12.68	-25	30	0.003
Πνευματικότητα	14.95	12.23	-15	30	0.002
Συνολική βαθμολογία	19.00	3.15	11	25.30	0.011
<b>MSPSS</b>					
Σημαντικά άλλα πρόσωπα	5.62	5.88	2.75	7.00	<0.001
Οικογένεια	5.33	1.48	1.75	7.00	<0.001
Φίλοι	4.78	1.54	1.00	7.00	0.061
Συνολική βαθμολογία	5.24	1.22	3.00	7.00	0.013

Τα αποτελέσματα των στατιστικών δοκιμών των διαφορών στα MVQoLI - 15 και MSPSS μεταξύ των δύο ομάδων παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση βαθμολογία του «συνολικού MVQoLI -15» (p = 0.044), στην «ευεξία» (p = 0.007) και στην «πνευματικότητα» (p = 0.007) μεταξύ των δύο ομάδων, ενώ δεν παρατηρήθηκε στατιστικά





**Πίνακας 2: Mann Whitney U Tests για τις διαστάσεις των εργαλείων MVQoLI-15 and MSPSS μεταξύ των 2 ομάδων ασθενών**

MVQoLI-15		Μέσος όρος	Meanrank	Mann-Whitney U	p-value
Συνολική βαθμολογία MVQoLI-15	Κατά τη χημειοθεραπεία	18.3757	28.09	336.500	0.044
	2 χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία	19.9038	37.56		
Συμπτώματα	Κατά τη χημειοθεραπεία	5.56	32.46	485.50	0.226
	2 χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία	7.47	38.32		
Διαπροσωπικές σχέσεις	Κατά τη χημειοθεραπεία	13.26	32.71	502.00	0.696
	2 χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία	13.00	34.57		
Ευεξία	Κατά τη χημειοθεραπεία	-3.20	30.18	387.00	0.007
	2 χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία	5.06	43.52		
Πνευματικότητα	Κατά τη χημειοθεραπεία	11.82	30.19	387.50	0.007
	2 χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία	19.00	43.50		
Λειτουργικότητα	Κατά τη χημειοθεραπεία	5.39 (10.23)	t= 0.54, df=66 p= 0.594		
	2 χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία	4.00(11.19)			
Συνολική βαθμολογία MSPSS	Κατά τη χημειοθεραπεία	5.14	32.08	484.000	0.497
	2 χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία	5.38	35.31		
Σημαντικά άλλα πρόσωπα	Κατά τη χημειοθεραπεία	5.55	34.18	561.50	0.881
	2 χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία	5.67	34.89		
Οικογένεια	Κατά τη χημειοθεραπεία	5.25	33.75	541.50	0.562
	2 χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία	5.42	36.53		
Φίλοι	Κατά τη χημειοθεραπεία	4.57	32.78	504.50	0.306
	2 χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία	5.04	37.73		

σημαντική διαφορά στη διάμεση βαθμολογία του «συνολικού MSPSS» ή σε οποιαδήποτε βαθμολογία υποκλίμακας του MSPSS. Τα αποτελέσματα της γραμμικής συσχέτισης μεταξύ του «συνολικού MVQoLI - 15» και του «συνολικού MSPSS» σε καθεμία από τις δύο ομάδες παρουσιάζονται στον Πίνακα 3. Δεν υπήρξε στα-

**Πίνακας 3: Συσχέτιση Spearman μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών ως προς το MVQoLI-15**

Συνολική βαθμολογία MVQoLI-15

	Κατά τη χημειοθεραπεία		2 χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία	
	Spearman correlation (r)	p-value	Spearman correlation (r)	p-value
Συνολική βαθμολογία MSPSS	0.332	0.055	0.303	0.141

τιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ «συνολικού MVQoLI - 15» και «συνολικού MSPSS» σε κάθε μία από τις δύο ομάδες (περίοδος «κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας»,  $p = .055$  και «δύο χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία»,  $p = .141$ ).

Βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας «συνολικό MSPSS» και της «ηλικίας» για την περίοδο «δύο χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία» ( $p = 0.037$ ) και αρνητική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας «συνολικού MVQoLI - 15» και της «ηλικίας» για το διάστημα «κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας» ( $p = 0.020$ ) (Πίνακας 4).

Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (α) στο σκορ του «συνολικού MVQoLI - 15» που δόθηκε σε κάθε κατηγορία για τη μεταβλητή «εκπαίδευση» και στην περίοδο «κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας» (μονόδρομη ανάλυση διακύμανσης,  $F = 1,12$ ,  $p = 0.340$ ), στην περίοδο «δύο ετών μετά τη χημειοθεραπεία» (μονόδρομη ανάλυση διακύμανσης,  $F = 0,54$ ,  $p = 0.589$ ) και στο συνολικό δείγμα και (β) μεταξύ του «συνολικού MSPSS» που δίνεται σε κάθε κατηγορία για τη μεταβλητή «Εκπαίδευση» ( $p > 0.05$ ) για όλες τις περιπτώσεις (συνολικά, κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, δύο χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία) (Kruskal-Wallis  $H = .25$ ,  $p = 0.882$ ).

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο να διερευνήσει τις διαφορές στα επίπεδα ποιότητας ζωής και της κοινωνικής υποστήριξης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια και δύο χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία. Ένα από τα κύρια αποτελέσματα της παρούσας μελέ-

της είναι ότι, οι γυναίκες που είχαν ολοκληρώσει τη χημειοθεραπεία πριν από δύο χρόνια ανέφεραν πως είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής από αυτές που ανήκαν στην ομάδα χημειοθεραπείας. Αυτό το αποτέλεσμα είναι σύμφωνο με προηγούμενες μελέτες που κατέδειξαν ότι το διάστημα της χημειοθεραπείας αποτελεί μια πολύ ενοχλητική περίοδο στη ζωή των γυναικών και σχετίζεται με χαμηλή ποιότητα ζωής (Arora et al., 2007; Kameo & Sawada, 2016; Coelho et al., 2018), με ενδεχόμενη ανάπτυξη κατάθλιψης, ανεκπλήρωτων σεξουαλικών αναγκών, αβεβαιότητας για τη μελλοντική υγεία και ανησυχίας για τη σωματική και συναισθηματική ευημερία (Hwang, Chang, & Park, 2013; Tiezzi et al., 2017). Αυτό το αποτέλεσμα δείχνει επίσης ότι, αν και η περίοδος μετά το τέλος της χημειοθεραπείας συνοδεύεται από ψυχοκοινωνική δυσφορία (Grassi, Spiegel, & Riba, 2017), αυτές οι γυναίκες

**Πίνακας 4: Pearson ή Spearman συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και MVQoLI-15 καθώς και MSPSS**

**Συνολική βαθμολογία MVQoLI-15**

	Κατά τη χημειοθεραπεία		2 χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία		Σύνολο	
	Spearman correlation (r)	p-value	Pearson correlation (r)	p-value	Spearman correlation (r)	p-value
<b>AgΗλικία</b>	-0.393	<b>0.020</b>	-0.073	0.722	-0.169	0.192

**Συνολική βαθμολογία MSPSS**

	Pearson correlation (r)	p-value	Pearson correlation (r)	p-value	Spearman correlation (r)	p-value
	<b>AgΗλικία</b>	0.247	0.153	0.389	<b>0.037</b>	0.080

τελικά καταφέρνουν να πάρουν ένα θετικό μήνυμα, μετά την οδυνηρή εμπειρία της χημειοθεραπείας.

Δεν σημειώθηκε διαφορά στην αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών, ενώ και οι δύο ομάδες έλαβαν υψηλό βαθμό υποστήριξης από το μεσο-λαβητικό περιβάλλον τους (οικογένεια, φίλοι και σημαντικοί άλλοι). Δεδομένου ότι, οι γυναίκες που είχαν ολοκληρώσει τη χημειοθεραπεία πριν από δύο χρόνια ανέφεραν υψηλότερη ΠΖ, ενδέχεται να έχουν βοηθηθεί ιδιαίτερα από την υποστήριξη που έλαβαν από το περιβάλλον τους. Οι Dumrongraparakorn και Liamputtong (2017) αναφέρουν ότι, οι γυναίκες με καρκίνο μαστού λαμβάνουν πολλή υποστήριξη από το περιβάλλον τους και οι Rizalar, Ozbas, Akyolcu & Gungor (2014) ότι η κοινωνική υποστήριξη διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην αποκατάσταση του τρόπου ζωής των γυναικών μετά τη χημειοθεραπεία.

Το επίπεδο εκπαίδευσης δε συσχετίστηκε στην παρούσα μελέτη με το επίπεδο ποιότητας ζωής των ασθενών. Αυτό το αποτέλεσμα είναι ασυνεπές με προηγούμενες μελέτες (Timperi et al., 2013; Villar et al., 2017), σύμφωνα με τις οποίες όσο υψηλότερο είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο των γυναικών με καρκίνο του μαστού, τόσο καλύτερο είναι το επίπεδο ΠΖ που βιώνουν. Αναφορικά με το ρόλο του εκπαιδευτικού επιπέδου στην αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη, ανεξάρτητα από την ομάδα στην οποία ανήκαν οι ερωτώμενες, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, παρά την ύπαρξη μελετών που υποδεικνύουν ότι το επίπεδο εκπαίδευσης παίζει σημαντικό ρόλο. Πιο συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί ότι, άτομα με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης αναπτύσσουν πολύ συναισθηματικές σχέσεις και δέχονται υποστήριξη από το περιβάλλον τους πιο εύκολα (Ozdemir & Tas Arslan, 2018).

Η ηλικία αποδεικνύεται στη μελέτη μας ένας παράγοντας που διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην ΠΖ των ασθενών. Ειδικά για τις γυναίκες που βρίσκονται σε χημειοθεραπεία, η ηλικία είναι σημαντική για τον τρόπο που διαχειρίζονται όλη αυτή την οδυνηρή διαδικασία και, ειδικότερα, όσο υψηλότερη είναι η ηλικία της ασθενούς, τόσο χαμηλότερη είναι η ΠΖ της. Το εύρημά μας για την επίδραση της ηλικίας συμφωνεί με όλες τις μελέτες που έχουν ήδη διεξαχθεί, είναι αντίθετο, όμως, με

τον τύπο συσχέτισης ηλικίας και ΠΖ. Η πλειονότητα των μελετών που έχουν διεξαχθεί υποδηλώνει ότι οι ασθενείς με χαμηλότερη ηλικία επηρεάζονται αρνητικά, συγκριτικά με τις ηλικιωμένες ασθενείς, από τη χημειοθεραπεία και έτσι αναφέρουν χαμηλότερη ΠΖ (Engel et al., 2003; Sammarco, 2009). Όσον αφορά την κοινωνική υποστήριξη, οι ηλικιωμένες γυναίκες της ομάδας «2 χρόνια μετά τη χημειοθεραπεία» λαμβάνουν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη σε σύγκριση με τις νεότερες. Το συγκεκριμένο εύρημα είναι σαφές, εφόσον έχει βρεθεί ότι η ενηλικίωση είναι μια περίοδος αυξανόμενης κοινωνικής λειτουργίας και, καθώς μια ενήλικη γυναίκα μεγαλώνει, επιλέγει συνειδητά τους ανθρώπους που θέλει να έχει δίπλα της

(Pettit et al., 2011). Αντίθετα, δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στην ομάδα «κατά τη χημειοθεραπεία».

Ο μικρός αριθμός των γυναικών που συμμετείχαν στη μελέτη θα μπορούσε να θεωρηθεί ο πρώτος περιορισμός στην έρευνα και, ως εκ τούτου, θα πρέπει να διεξαχθούν μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα στην ευρύτερη περιοχή της Ελλάδας, προκειμένου να γενικευθούν τα αποτελέσματα. Πρέπει, επίσης, να ληφθούν υπόψη η κόπωση των ασθενών, ο θόρυβος του περιβάλλοντος και η παρουσία άλλων καθώς η μελέτη διεξήχθη σε χώρο νοσοκομείου. Επιπροσθέτως, μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να συμπεριλάβουν στο δείγμα γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή ή ανακατασκευή μαστού για τη σύγκριση ανάλυση και αυτών των υποομάδων.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Adamopoulou, F., Alikari, V., Zyga, S., Tsironi, M., Tzavella, F., Giannakopoulou, N., & Theofilou, P. (2019). The effect of fatigue and pain self-efficacy on health-related quality of life among patients with multiple sclerosis. *Materia Socio-medica*, 31, p.p. 40–44. DOI: <https://doi.org/10.5455/msm.2019.31.40-44>

Akechi, T., Uchida, M., Nakaguchi, T., Okuyama, T., Sakamoto, N., Toyama, T., & Yamashita, H. (2015). Difference of patient's perceived need in breast cancer patients after diagnosis. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 45, p.p. 75–80. DOI: <https://doi.org/10.1093/jjco/hyu165>

Aloba, O., Opakunle, T., & Ogunrinu, O. (2019). Psychometric characteristics and measurement invariance across genders of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) among Nigerian adolescents. *Health Psychology Report*, 7, p.p. 69–80. DOI: <https://doi.org/10.5114/hpr.2019.82629>

Arora, N. K., Rutten, L. J. F., Gustafson, D. H., Moser, R., & Hawkins, R. P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16, p.p. 474–486. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.1084>

Arving, C., Sjode ´n, P.-O., Bergh, J., Hellbom, M., Johansson, B., Glimelius, B., Brandberg, Y. (2007). Individual Psychosocial Support for Breast Cancer Patients. *Cancer Nursing*, Vol. 30:3, p.p. E10-E19. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.NCC.0000270709.64790.05>

Bloom, J. R., Stewart, S. L., Johnston, M., Banks, P. & Fobair, P. (2001). Sources of social Support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social Science & Medicine*, 53, p.p. 1513–



1524. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00440-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00440-8)
- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Chang, S., & Banks, P. J. (2004). Then and now: Quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13, p.p. 147–160. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.794>
- Broeckel, J. A., Jacobsen, P. B., Balducci, L., Horton, J., & Lyman, G. H. (2000). Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Breast cancer research and treatment*, 62(2), 141–150. DOI: <https://doi.org/10.1023/a:1006401914682>
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330, p.p. 702–705. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.38343.670868.D3>
- Byock, I. R., & Merriman, M. P. (1998). Measuring quality of life for patients with terminal illness: the Missoula-VITAS quality of life index. *Palliative Medicine*, 12, p.p. 231–244. DOI: <https://doi.org/10.1191/026921698670234618>
- Coelho, R. C. F. P., Nunes Garcia, S., Marcondes, L., da Silva, F. A. J., de Paula, A., & Puchalski Kalinke, L. (2018). Impact on the quality of life of women with breast cancer undergoing chemotherapy in public and private care. *Investigación y Educación en Enfermería*, 36, p. e4. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.ief.v36n1e04>
- Derzko, C., Elliott, S., & Lam, W. (2007). Management of sexual dysfunction in postmenopausal breast cancer patients taking adjuvant aromatase inhibitor therapy. *Current oncology (Toronto, Ont.)*, 14 Suppl 1(Suppl 1), S20–S40. DOI: <https://doi.org/10.3747/co.2007.151>
- Dimova, R., Keskinova, D., Tzekov, V., & Ginova-Noncheva, G. (2019). Health-related quality of life in end-stage renal disease patients, using the Missoula-Vitas quality of life index: a multicenter study. *Medicine and Pharmacy Reports*, 92, p.p. 374–381. DOI: <https://doi.org/10.15386/mpr-1320>
- Dumrongpanapakorn, P., & Liamputtong, P. (2017). Social support and coping means: The lived experiences of Northeastern Thai women with breast cancer. *Health Promotion International*, 32, p.p. 768–777. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/dav023>
- Emilee, G., Ussher, J. M., & Perz, J. (2011). “Sexuality after breast cancer: A review”: Erratum. *Maturitas*, 70(3), 312. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.07.022>
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Eckel, R., Sauer, H., & Hölzel, D. (2003). Predictors of quality of life of breast cancer patients. *Acta Oncologica*, 42, p.p. 710–718. DOI: <https://doi.org/10.1080/02841860310017658>
- Fradelos, E. C., Papathanasiou, I. V., Veneti, A., Daglas, A., Christodoulou, E., Zyga, S., & Kourakos, M. (2017). Psychological distress and resilience in women diagnosed with breast cancer in Greece. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18, p.p. 2545–2550. DOI: <https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.9.2545>
- Galloway, S., Graydon, J., Harrison, D., Evans-Boyden, B., Palmer-Wickham, S., Burlein-Hall, S., Bij, L.R.-v.d., West, P. and Blair, A. (1997). Informational needs of women with a recent diagnosis of breast cancer: development and initial testing of a tool. *Journal of Advanced Nursing*, 25: 1175–1183. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.19970251175.x>
- Gibek, K., & Sacha, T. (2019). Comparison of health locus of control in oncological and non-oncological patients. *Contemporary Oncology*, 23, p.p. 115–120. DOI: <https://doi.org/10.5114/wo.2019.85638>
- Grassi, L., Spiegel, D., & Riba, M. (2017). Advancing psychosocial care in cancer patients. *F1000 Research*, 6, p. 2083. DOI: <https://doi.org/10.12688/f1000research.11902.1>
- Hodgkinson, K., Butow, P., Hobbs, K. M., & Wain, G. (2007). After cancer: the unmet supportive care needs of survivors and their partners. *Journal of psychosocial oncology*, 25(4), p.p. 89–104. DOI: [https://doi.org/10.1300/J077v25n04\\_06](https://doi.org/10.1300/J077v25n04_06)
- Hwang, S. Y., Chang, S. J., & Park, B. W. (2013). Does chemotherapy really affect the quality of life of women with breast cancer? *Journal of Breast Cancer*, 16, p.p. 229–235. DOI: <https://doi.org/10.4048/jbc.2013.16.2.229>
- Kameo, S. Y. & Sawada, N. O. (2016). Quality of life and adverse reactions caused by chemotherapy in breast cancer: an integrative review. *IOSR Journal of Pharmacy*, 6, p.p. 51–61. Available at <http://www.iosrphr.org/papers/v6i4/J0645161.pdf>
- Kayl, Anne E.; Meyers, Christina A. (2006). Side-effects of chemotherapy and quality of life in ovarian and breast cancer patients, *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology: February 2006 - Volume 18 - Issue 1* – p.p. 24–28. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.gco.0000192996.20040.24>
- Kirca, K., & Kutlutörkan, S. (2018). Symptoms experience and quality of life in the patients with breast cancer receiving the taxane class of drugs. *European Journal of Breast Health*, 14, p.p. 148–155. DOI: <https://doi.org/10.5152/ejbh.2018.3785>
- Krishnasamy, M. (1996). Social support and the patient with cancer: a consideration of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 23: 757–762. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb00048.x>
- Lavdaniti, M., Owens, D. A., Liamopoulou, P., Marmara, K., Zioga, E., Mantzanas, M. S., Evangelidou, E., & Vlachou, E. (2019). Factors influencing quality of life in breast cancer patients six months after the completion of chemotherapy. *Diseases*, 7, p. e26. DOI: <https://doi.org/10.3390/diseases7010026>
- Lehto-Järnstedt, U. (2000). Social Support and Psychological Stress Processes in the Early Phase of Cancer. Available at <https://www.semanticscholar.org/paper/Social-Support-and-Psychological-Stress-Processes-Lehto-J%C3%A4rnstedt/183bf41c-434f0f72305c96f3386495523143c6c5>
- Lilympaki, I., Makri, A., Vlantousi, K., Koutelekos, I., Babatsikou, F., & Polikantrioti, M. (2016). Effect of perceived social support on the levels of anxiety and depression of hemodialysis patients. *Materia Sociomedica*, 28, p.p. 361–365. DOI: <https://doi.org/10.5455/msm.2016.28.361-365>
- Martvnez, M. E., Unkart, J. T., Tao, L., Kroenke, C. H., Schwab, R., Komenaka, I., & Gomez, S. L. (2017). Prognostic significance of marital status in breast cancer survival: a population-based study. *PLoS One*, 12, p. e0175515. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175515>
- McIlfatrick, S., Sullivan, K., McKenna, H., & Parahoo, K. (2007). Patients' experiences of having chemotherapy in a day hospital setting. *Journal of advanced nursing*, 59(3), p.p. 264–273. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04324.x>
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I., Ebrahimi, M., Khaleghi, F., & Jarvandi, S. (2008). Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC cancer*, 8, 330. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2407-8-330>
- Ozdemir, D., & Tas Arslan, F. (2018). An investigation of the relationship between social support and coping with stress in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 27, p.p. 2214–2219. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.4798>
- Perry, S., Kowalski, T. L., & Chang, C. H. (2007). Quality of life assessment in women with breast cancer: benefits, acceptability and utilization. *Health and quality of life outcomes*, 5, 24. DOI: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-24>
- Pettit, J. W., Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Yaroslavsky, I. (2011). Developmental relations between perceived social support and depressive symptoms through emerging adulthood: blood is thicker than water. *Journal of Family Psychology*, 25, p.p. 127–136. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0022320>
- Puigpinos-Riera, R., Continente, X., Serral, G., Bargalló, X., Doménech, M., Espinosa-Bravo, M., Grau, J., Macià, F., Manzanera, R., Pla, M., Quintana, M. J., Sala, M., & Vidal, E. (2017). Influence of Social Determinants, Lifestyle, Emotional Well-Being and the Use of Unconventional Therapies in Breast Cancer Progression in a Cohort of Women in Barcelona: Protocol for the DAMA Cohort. *JMIR research protocols*, 6(12), e249. DOI: <https://doi.org/10.2196/resprot.7653>
- Rivera, E., & Cianfrocca, M. (2015). Overview of neuropathy associated with taxanes for the treatment of metastatic breast cancer. *Cancer Chemotherapy and Pharmacology*, 75, p.p. 659–670. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00280-014-2607-5>
- Rizalar, S., Ozbas, A., Akyolcu, N., & Gungor, B. (2014). Effect of perceived social support on psychosocial adjustment of Turkish patients with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15, p.p. 3429–



3434. DOI: <https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.8.3429>
- Rustøen, T., & Schjølberg, T. K. (2000). Cancer nursing research priorities: a Norwegian perspective. *Cancer Nursing*, 23, p.p. 375–381. DOI: <https://doi.org/10.1097/00002820-200010000-00009>
- Salim, N. F., Borhani, F., Pour, M. B., & Khabazkhoob, M. (2019). Correlation between perceived social support and resilience in the family of patients with cancer. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 7, p.p. 158–162. Available at [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiS4aLc6rT1AhVVQ\\_EDHU F4BVMQFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.jrmds.in%2Farticles%2Fcorrelation-between-perceived-social-support-and-resilience-in-the-family-of-patients-with-cancer-18156.html&usg=AOvVaw00headNKYbgIN-4wZHPjA7](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiS4aLc6rT1AhVVQ_EDHU F4BVMQFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.jrmds.in%2Farticles%2Fcorrelation-between-perceived-social-support-and-resilience-in-the-family-of-patients-with-cancer-18156.html&usg=AOvVaw00headNKYbgIN-4wZHPjA7)
- Salonen, P., Tarkka, M. T., Kellokumpu-Lehtinen, P. L., Koivisto, A. M., Aalto, P., & Kaunonen, M. (2013). Effect of social support on changes in quality of life in early breast cancer patients: a longitudinal study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, p.p. 396–405. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01050.x>
- Sammarco, A. (2009). Quality of life of breast cancer survivors: a comparative study of age co-horts. *Cancer Nursing*, 32, p.p. 347–358. DOI: <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31819e23b7>
- Sharma, N., & Purkayastha, A. (2017). Factors affecting quality of life in breast cancer patients: a descriptive and cross-sectional study with review of literature. *Journal of Mid-Life Health*, 8, p.p. 75–83. DOI: [https://doi.org/10.4103/jmh.JMH\\_15\\_17](https://doi.org/10.4103/jmh.JMH_15_17)
- Theofilou, P. (2015). Translation and cultural adaptation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support for Greece. *Health Psychology Research*, 3, p. 1061. DOI: <https://doi.org/10.4081/hpr.2015.1061>
- Theofilou, P., Aroni, A., Ralli, M., Gouzou, M., & Zyga, S. (2013). Measuring health: Related quality of life in hemodialysis patients. Psychometric properties of the Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQoLI-15) in Greece. *Health Psychology Research*, 1, p. e17. DOI: <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e17>
- Theofilou, P., Kapsalis, F., & Panagiotaki, H. (2012). Greek version of MVQoLI-15: Translation and cultural adaptation. *International Journal of Caring Sciences*, 5, p.p. 289–294. Available at [https://www.researchgate.net/publication/283409683\\_Greek\\_version\\_of\\_MVQOLI-15\\_Translation\\_and\\_cultural\\_adaptation](https://www.researchgate.net/publication/283409683_Greek_version_of_MVQOLI-15_Translation_and_cultural_adaptation)
- Theofilou, P., Zyga, S., Tzitzikos, G., Malindretos, P., & Kotrotsiou, E. (2013). Assessing social support in Greek patients on maintenance hemodialysis: Psychometric properties of the Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support. In E. Abdel-Rahman, R. A. Balogun, & S. A. Balogun (Eds.), *Chronic kidney disease: Signs/symptoms, management options and potential complications* (pp. 265–279). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Thewes, B., Butow, P., Girgis, A., & Pendlebury, S. (2004). Assessment of Unmet Needs Among Survivors of Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 22(1), p.p. 51–73. DOI: [https://doi.org/10.1300/J077v22n01\\_04](https://doi.org/10.1300/J077v22n01_04)
- Thompson, T., Rodebaugh, T. L., Pirez, M., Schootman, M., & Jeffe, D. B. (2013). Perceived social support change in patients with early stage breast cancer and controls. *Health Psychology*, 32, p.p. 886–895. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0031894>
- Tiezzi, M. F., de Andrade, J. M., Romyo, A. P., Tiezzi, D. G., Lerri, M. R., Carrara, H. A., & Lara, L. A. (2017). Quality of life in women with breast cancer treated with or without chemotherapy. *Cancer Nursing*, 40, p.p. 108–116. DOI: <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000370>
- Timperi, A. W., Ergas, I. J., Rehkopf, D. H., Roh, J. M., Kwan, M. L., & Kushi, L. H. (2013). Employment status and quality of life in recently diagnosed breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22, p.p. 1411–1420. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.3157>
- Turgay, A. S., Khorshid, L., & Eser, I. (2008). Effect of the first chemotherapy course on the quality of life of cancer patients in Turkey. *Cancer Nursing*, 31, p.p. 9–23. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.ncc.0000339248.37829.c2>
- Villar, R. R., Fernandez, S. P., Garea, C. C., Pillado, M., Barreiro, V. B., & Martvn, C. G. (2017). Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, p. e2958. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2258.2958>
- Wyatt, G., Beckrow, K. C., Gardiner, J., & Pathak, D. (2008). Predictors of postsurgical subacute emotional and physical well-being among women with breast cancer. *Cancer Nursing*, 31, p. E28–E39. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.NCC.0000305705.91787.55>
- Zimet, D. G., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, p.p. 30–41. DOI: [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)



ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ / RESEARCH PAPER

# Βαρόμετρο Περιφερειακής Ευαισθησίας: Μελετώντας τις Επιπτώσεις της Πανδημίας στην Ανάπτυξη

## Regional Sensitivity Barometer: Studying the Effects of the Pandemic on Development

Μαρία Ζαφειροπούλου<sup>1</sup>, Δημήτριος Άσπρος<sup>2</sup>,  
Βασίλειος Κασιώλας<sup>3</sup>, Βίβιαν Τασοπούλου<sup>4</sup>

Maria ZAFIROPOULOU<sup>1</sup>, Dimitrios ASPROS<sup>2</sup>,  
Vasilios KASIOULAS<sup>3</sup>, Vivian TASOPOULOU<sup>4</sup>

1. PhD, Νομικός με εξειδίκευση στο δίκαιο υγείας, Γεροντολόγος, Ερευνήτρια Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου
2. Στατιστικός/Οικονομολόγος, Διευθύνων Σύμβουλος Data Consultants
3. MSc, Μηχανικός Ηλεκτρονικών Υπολογιστών και Πληροφορικής, Data Consultants
4. MSc, Μηχανικός Χωροταξίας, Πολεοδομίας & Περιφερειακής Ανάπτυξης, Data Consultants

1. PhD, Lawyer specialized in Health Law, Gerontologist, Researcher at the Hellenic Mediterranean University
2. Statistician/Economist, Data Consultants CEO
3. MSc, Computer Engineering and Informatics, Data Consultants
4. MSc, Engineer of Urban Planning & Regional Development, Data Consultants

Υπεύθυνος αλληλογραφίας/Corresponding author  
Μαρία Ζαφειροπούλου, email: marozafir@gmail.com

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το βαρόμετρο περιφερειακής ευαισθησίας αποτελεί ένα καινοτόμο εργαλείο, που επιτρέπει την αποτίμηση της ευαισθησίας των Ευρωπαϊκών περιφερειών και τη χαρτογράφηση των αναγκών εν μέσω της υγειονομικής κρίσης. Για το σχεδιασμό του βαρόμετρου συνδυάστηκαν ποιοτικοί και ποσοτικοί δείκτες, οι οποίοι συγκρίθηκαν σε Ευρωπαϊκό επίπεδο και, στη συνέχεια, υπολογίστηκε ένας συνολικός δείκτης ευαισθησίας για κάθε μέση Ευρωπαϊκή περιφέρεια. Ειδικότερα, αξιολογήθηκαν 13 δημογραφικοί, υγειονομικοί και οικονομικοί δείκτες από δεδομένα που είχαν δημοσιευθεί στη βάση της Eurostat, έως τις 31 Δεκεμβρίου 2020. Ο σύνθετος δείκτης ανέδειξε την τελική κατάταξη των μέσων Ευρωπαϊκών περιφερειών στο βαρόμετρο ευαισθησίας και αποτέλεσε τη βάση για την απεικόνιση της ευαισθησίας στον Ευρωπαϊκό χάρτη.

Η ύπαρξη τριών ομάδων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), όσον αφορά την περιφερειακή ανθεκτικότητα εν μέσω της κρίσης CoViD-19, προέβλεψε την υψηλή ευαισθησία περιοχών, που αργότερα συνάντησαν σημαντική δυσκολία στην αντιμετώπιση της υγειονομικής και οικονομικής κρίσης, όπως είναι η Πορτογαλία, η Ελλάδα, η Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Επιπλέον, οι Περιφέρειες της Σλοβακίας επέδειξαν ετοιμότητα για την αντιμετώπιση υγειονομικών απειλών. Από τις συγκρίσεις και τη σύνθεση του βαρόμετρου γίνεται σαφές πως η ευαισθησία μιας Περιφέρειας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη διαχρονική πορεία της και τις χρόνιες συστηματικές της παθογένειες, καθώς και με το βαθμό ετοιμότητας, που έχει αναπτύξει ήδη μέσα στο χρόνο, σε επείγουσες και έκτακτες καταστάσεις.

**Λέξεις-κλειδιά:** Ευρωβαρόμετρο, ανθεκτικότητα, περιφερειακή ευαισθησία, υγεία, οικονομία, προσαρμοστικότητα

### ABSTRACT

The regional sensitivity barometer evaluates the regional sensitivity of European regions and the regional needs amid the CoViD-19 health and financial crisis. In this paper qualitative and quantitative indicators were combined in European level and then an overall sensitivity index was calculated for each average European region. Demographic, economic, health, tourism-related and CoViD-19 pandemic-related data are taken into account, using differentiated weighting factors. The statistical data used was lastly evaluated on December 31st, 2020 in Eurostat database and processed in order to create the regional sensitivity for every country. The total index highlighted the final ranking between the European regions and formed the basis for the depiction of sensitivity on the European map.

A series of conclusions came up; namely the existence of three groups of European Union (EU) member states in terms of regional resilience amid the CoViD-19 crisis, as well as the extreme sensitivity of regions that later faced significant difficulty in handling the health and financial crisis, such as Portugal, Greece, Italy and the United Kingdom. In addition, Slovak Regions have shown preparedness to health threats. Comparing barometer results becomes clear that the sensitivity of a region is inextricably linked to its course over time, the chronic systemic pathogens and the readiness that has already developed in emergencies.

**Keywords:** Eurobarometer, resilience, regional sensitivity, health, economy, flexibility



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι επιπτώσεις της πανδημίας στην περιφερειακή μας οικονομία είναι δύσκολο να προσδιοριστούν με ακριβή τρόπο και η ανάδειξη της εκάστοτε «περιφερειακής ευαισθησίας» είναι εξελισσόμενη διαδικασία. Το Βαρόμετρο Περιφερειακής Ευαισθησίας αποτελεί ένα σύστημα δεικτών, το οποίο αποτιμά τη θέση των Ελληνικών Περιφερειών και δη τη θέση της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας σε σχέση με τις άλλες Περιφέρειες της Ευρώπης εν μέσω υγειονομικής κρίσης. Αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για τη χαρτογράφηση των αναγκών εν μέσω πανδημίας και, συνεπώς, τη διαμόρφωση ορθών και κατάλληλων αναπτυξιακών πολιτικών. Στο πλαίσιο της μελέτης, προτείνεται η πρωτότυπη προσέγγιση της τοποθέτησης της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας, τοποθετώντας την στον Ευρωπαϊκό χάρτη αλλά και αναδεικνύοντας -μέσω της συγκριτικής ανάλυσης των δεικτών/μεταβλητών- τις προκλήσεις της πανδημικής περιόδου και τις ευκαιρίες που αναδύονται για την εκάστοτε Ευρωπαϊκή περιφέρεια.

## ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης είναι να δημιουργηθεί και να αναλυθεί ως στρατηγικό εργαλείο το «βαρόμετρο περιφερειακής ευαισθησίας» εν μέσω πανδημίας, έτσι ώστε να συμβάλλει στη μέτρηση και τεκμηρίωση των αναγκών και στη συνέχεια να αποτελέσει βάση για την τοπική αυτοδιοίκηση στη λήψη αποφάσεων και στην κατάρτιση εστιασμένων στρατηγικών παρεμβάσεων απέναντι στις οικονομικές, κοινωνικές ή φυσικές προκλήσεις των καιρών. Το βαρόμετρο επιτρέπει την τοποθέτηση της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας στον Ευρωπαϊκό και εθνικό χάρτη για την ορθότερη αξιοποίηση των πόρων της και τη δημιουργία νέων στόχων. Με τη βοήθεια του εργαλείου αυτού, αξιολογούνται οι προκλήσεις, τα πλεονεκτήματα αλλά και οι αδυναμίες ενός Οργανισμού, λαμβάνοντας υπόψη τα βασικά χαρακτηριστικά στοιχεία της εκάστοτε Περιφέρειας, και στην συγκεκριμένη περίπτωση της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας, σε σύγκριση με το Ευρωπαϊκό γίγνεσθαι.

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για τον σχεδιασμό του «βαρόμετρου ευαισθησίας» συνδυάστηκαν ποιοτικοί και ποσοτικοί δείκτες, οι οποίοι συγκρίθηκαν σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, για να υπολογισθεί εν συνεχεία ένα συνολικό ποσοστό-τιμή ευαισθησίας όλων των Ευρωπαϊκών Περιφερειών και να εξαχθούν συμπεράσματα.

Οι δείκτες που επηρεάζουν τον βαθμό ευαισθησίας κάθε Περιφέρειας διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

- Οι δημογραφικοί δείκτες αναφέρονται κυρίως στα χαρακτηριστικά του πληθυσμού 65+ κάθε Περιφέρειας, καθώς τα τρέχοντα πρότυπα της θνησιμότητας υποστηρίζουν ότι, τα άτομα προχωρημένης ηλικίας είναι πιο ευάλωτα έναντι της CoViD-19.
- Οι υγειονομικοί δείκτες δίνουν έμφαση στην υγεία του πληθυσμού ή/και στις συνθήκες του υγειονομικού συστήματος.
- Οι οικονομικοί δείκτες παρουσιάζουν το βαθμό εξάρτησης του παραγωγικού μοντέλου κάθε Περιφέρειας από κλάδους που επηρεάζονται πιο άμεσα από την πανδημία.

Οι βασικοί δείκτες αντλήθηκαν από την Έκθεση του International Institute of Applied System Analysis (IIASA, 2020), οι οποίοι επικαιροποιήθηκαν και εμπλουτίστηκαν από την ομάδα εργασίας με πρόσθετους δείκτες, που αναφέρονται στην Ελληνική πραγματικότητα και στην πανδημία, όπως:

- Άτομα 65+ ετών ανά φροντιστή: Χρησιμοποιείται συχνά για την αποτίμηση της επιβάρυνσης του συστήματος υγείας, ειδικότερα σε περίοδο υγειονομικής κρίσης.
- Θάνατοι /1 εκ. κατοίκους από επιπλοκές της νόσου CoViD-19: Αν και πρόκειται για έναν δείκτη που μεταβάλλεται καθημερινά, είναι σημαντικό να αξιοποιηθεί απολογιστικά για το 2020.
- Κρατικό χρέος 2019: Δείκτης που μπορεί να υπολογιστεί μόνο σε εθνικό επίπεδο και φανερώνει την οικονομική κατάσταση της κάθε χώρας πριν την υγειονομική κρίση.
- Μεταβολή κρατικού χρέους κατά την οικονομική κρίση: Αντιστοίχως, φανερώνει πόσο ευάλωτη είναι η χώρα και κατά πόσο μπορεί να ανταποκριθεί στις οικονομικές συνέπειες που επιφέρει μία υγειονομική κρίση.
- Ποσοστό απασχολούμενων σε πληττόμενους τομείς από την πανδημία: Σύνθετος δείκτης ο οποίος περιλαμβάνει το ποσοστό των κλάδων που είναι άμεσα πληττόμενοι από την πανδημία (τουρισμός, μεταφορές, εστίαση, αναψυχή) στο συνολικό ΑΕΠ.

Οι τελικοί δείκτες που διαμορφώνουν το βαρόμετρο περιφερειακής ευαισθησίας, όπως αποτυπώνεται στον Πίνακα 1, είναι:

- Άτομα 65+ ετών (το έτος 2019)
- Μεταβολή πληθυσμού (στα έτη 2015-2019)
- Προσδόκιμο ζωής στα 80 έτη (στοιχεία έτους 2019)
- Εξάρτηση ατόμων 65+ ετών από νεότερους 15-64 ετών (το έτος 2019)
- Άτομα 65+ ετών ανά ιατρό (το έτος 2017)
- Άτομα 65+ ετών ανά φροντιστή (το έτος 2016)
- Κρατικό χρέος (το έτος 2019)
- Μεταβολή κρατικού χρέους κατά την οικονομική κρίση (στα έτη 2008-2018)
- Διαθέσιμο εισόδημα νοικοκυριών (το έτος 2017)
- Θάνατοι ανά 1 εκατομμύριο κατοίκους από επιπλοκές της νόσου CoViD-19 κατά το έτος 2020 (έως 24/12/2020)
- Τουρισμός κατά κεφαλήν (αναλογία διανυκτερεύσεων προς μόνιμο πληθυσμό, το έτος 2018)
- Ποσοστό απασχολούμενων σε πληττόμενους τομείς από την πανδημία (το έτος 2019)
- Θάνατοι από αναπνευστικά προβλήματα ανά 100 χιλιάδες πληθυσμού (το έτος 2016)

Εν συνεχεία, δημιουργήθηκε ένας σύνθετος δείκτης, που αποτελεί και την καινοτόμο βάση του μοντέλου, επιτρέποντας την τελική κατάταξη και χαρτογράφηση της μέσης Περιφέρειας των Ευρωπαϊκών χωρών. Ειδικότερα, όλα τα αναφερόμενα δεδομένα προέρχονται από τη Eurostat και την εφαρμογή coronavirus.app, ενώ σε κάθε μεταβλητή/δείκτη δόθηκε τιμή από -2 έως +2 με βάση την απόκλιση της από το μέσο όρο. Κατόπιν, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, προσδιορίστηκε διαφοροποιημένος συντελεστής βαρύτητας (από 1 έως 10) σε κάθε δείκτη. Οι μεταβλητές που κατέχουν τους υψηλότερους συντελεστές βαρύτητας είναι:

- Εξάρτηση πληθυσμού 65+ ετών από τον πληθυσμό 15-64 ετών: Σημαντικός δείκτης για τη δημογραφική κατάσταση της περιοχής (βαθμός γήρανσης πληθυσμού) και την στήριξη, κυρίως κατόικον, από άτυπους (οικογενειακούς) και τυπικούς φροντιστές. Ο δείκτης αναδεικνύει την ανάγκη υποστήριξης των ευάλωτων ομάδων από οργανωμένο κοινωνικό σύστημα ή/και από το σύστημα υγείας.
- Πληθυσμός 65+ ετών που αναλογεί σε κάθε ιατρό: Αντιπροσωπευτικός δείκτης για την αποτίμηση της επάρκειας του





Πίνακας 1: Αποτελέσματα δεικτών για κάθε μέση Ευρωπαϊκή περιφέρεια

Μέση περιφέρεια	Άτομα 65+ ετών	Μεταβολή πληθυσμού	Προσδόκιο ζωής στα 80 έτη	Εξάρτηση ατόμων 65+ ετών από νεότερους 15-64 ετών	Άτομα 65+ ετών ανά ιατρό	Άτομα 65+ ετών ανά φροντιστή	Κρατικό χρέος 2019	Μεταβολή κρατικού χρέους κατά την οικονομική κρίση	Διαθέσιμο εισόδημα νοικοκυριών	Θάνατοι ανά 1 εκατομμύριο κατοίκους από επιπλοκές της νόσου Covid-19 το 2020	Τουρισμός κατά κεφαλήν	Ποσοστό απασχολούμενων σε πληττόμενους τομείς από την πανδημία	Θάνατοι από αναπνευστικά προβλήματα ανά 100 χιλιάδες πληθυσμού
Βελγίου	18.8%	2.0%	9.6	29.2%	62.0	0.6	98.1%	9.4%	18,473	605	2.1	11.5%	99.1
Βουλγαρίας	22.0%	-3.4%	7.1	34.6%	56.4	2.2	20.2%	94.6%	7,783	990	1.3	13.4%	58.3
Τσεχίας	19.6%	1.0%	8.3	30.3%	52.5	2.2	30.2%	21.7%	12,738	1,012	2.7	12.0%	67.8
Δανίας	20.2%	2.3%	8.8	31.9%	51.4	1.3	33.3%	7.8%	15,980	199	3.8	13.5%	108.5
Γερμανίας	21.9%	2.1%	9.0	33.9%	50.0	1.0	59.6%	-0.6%	21,197	357	4.2	15.9%	78.0
Εσθονίας	19.8%	0.8%	9.1	31.0%	56.9	1.3	8.4%	102.2%	11,500	147	1.9	14.1%	42.3
Ιρλανδίας	14.6%	4.6%	9.5	22.6%	43.3	1.5	57.4%	58.0%	15,367	453	N/A	19.0%	85.1
Ελλάδα	22.7%	-0.2%	9.6	36.0%	49.1	0.7	180.5%	63.8%	11,192	410	2.9	33.9%	112.2
Ισπανίας	19.3%	0.5%	10.3	30.0%	48.8	1.2	95.5%	148.4%	15,411	1,059	3.6	18.4%	101.4
Γαλλίας	20.1%	1.0%	10.6	33.0%	65.3	1.3	98.1%	42.9%	16,367	926	5.2	8.1%	60.8
Κροατίας	20.9%	-3.1%	7.9	32.3%	61.8	1.3	72.8%	97.2%	9,750	850	2.1	18.3%	56.4
Ιταλίας	23.4%	-1.0%	10.1	36.8%	59.5	1.4	134.7%	26.3%	17,152	1,164	5.8	18.3%	79.8
Κύπρου	16.1%	3.4%	9.1	23.8%	39.8	1.1	94.0%	105.5%	16,200	89	1.1	24.0%	57.6
Λετονίας	20.3%	-3.3%	8.1	31.7%	61.1	1.2	36.9%	109.7%	10,100	254	0.9	17.3%	42.0
Λιθουανίας	18.9%	-2.9%	8.3	28.9%	40.0	1.2	35.9%	167.8%	14,350	425	1.4	17.9%	41.5
Λουξεμβούργου	14.4%	9.0%	9.8	20.7%	N/A	0.7	22.0%	44.8%	25,600	761	0.6	21.4%	51.9
Ουγγαρίας	19.4%	-0.9%	7.8	29.0%	64.5	1.1	65.4%	0.6%	10,263	894	2.0	11.2%	72.2
Μάλτας	18.7%	12.3%	9.7	27.6%	47.9	0.7	42.6%	-21.0%	N/A	412	0.9	19.5%	73.8
Ολλανδίας	19.7%	1.7%	9.1	30.6%	71.1	1.1	48.7%	4.0%	17,050	625	5.4	14.0%	69.8
Αυστρίας	19.2%	2.9%	9.4	28.9%	39.2	1.9	70.5%	%	21,911	652	5.2	17.9%	49.1
Πολωνίας	17.7%	-0.3%	8.9	26.3%	N/A	0.9	45.7%	8.4%	11,894	692	1.9	7.2%	61.9
Πορτογαλίας	20.7%	-1.4%	8.8	32.0%	49.4	1.6	117.2%	66.8%	13,714	618	4.2	20.2%	150.0
Ρουμανίας	18.5%	-2.2%	7.7	28.0%	68.5	2.1	35.3%	185.4%	9,938	764	1.2	8.8%	73.4
Σλοβενίας	19.8%	0.9%	9.5	30.5%	64.2	1.3	65.6%	239.9%	13,400	1,200	N/A	12.7%	61.2
Σλοβακίας	16.1%	1.3%	8.2	23.7%	45.1	0.8	48.5%	80.8%	12,475	318	1.9	10.5%	54.2
Φινλανδίας	22.2%	1.1%	9.6	36.0%	N/A	1.7	59.3%	88.0%	17,280	96	3.4	15.4%	38.3
Σουηδίας	21.1%	4.1%	9.2	34.4%	N/A	1.8	35.1%	8.5%	17,350	819	5.0	13.3%	65.9
Ην. Βασιλείου	19.2%	2.5%	9.3	30.5%	65.0	1.0	85.4%	75.1%	18,768	1,037	N/A	19.3%	129.1
Δυτική Ελλάδα	22.4%	-2.7%	9.4	35.2%	45.4	0.7	N/A	N/A	9,700	27	1.5	20.5%	149.2

Πηγές: EUROSTAT, EQLS2016, Coronavirus.app | Επεξεργασία: DATA RC



συστήματος υγείας.

- Διαθέσιμο εισόδημα νοικοκυριών: Συσχετίζεται με την επιβάρυνση νοικοκυριών για ιατρική και κοινωνική φροντίδα που δεν παρέχεται από το σύστημα.
- Ποσοστό απασχολούμενων σε τομείς ευαίσθητους στην πανδημία CoViD-19: Σημαντικός παράγοντας για την αποτίμηση της οικονομικής επιβάρυνσης των άμεσα πληττόμενων από την πανδημία κλάδων.
- Θάνατοι από αναπνευστικά προβλήματα ανά 100 χιλιάδες πληθυσμού: Άμεση συσχέτιση ομάδων πληθυσμού με αναπνευστικά προβλήματα με την ανάγκη πρόληψης, περίθαλψης και αντιμετώπισης της CoViD-19.

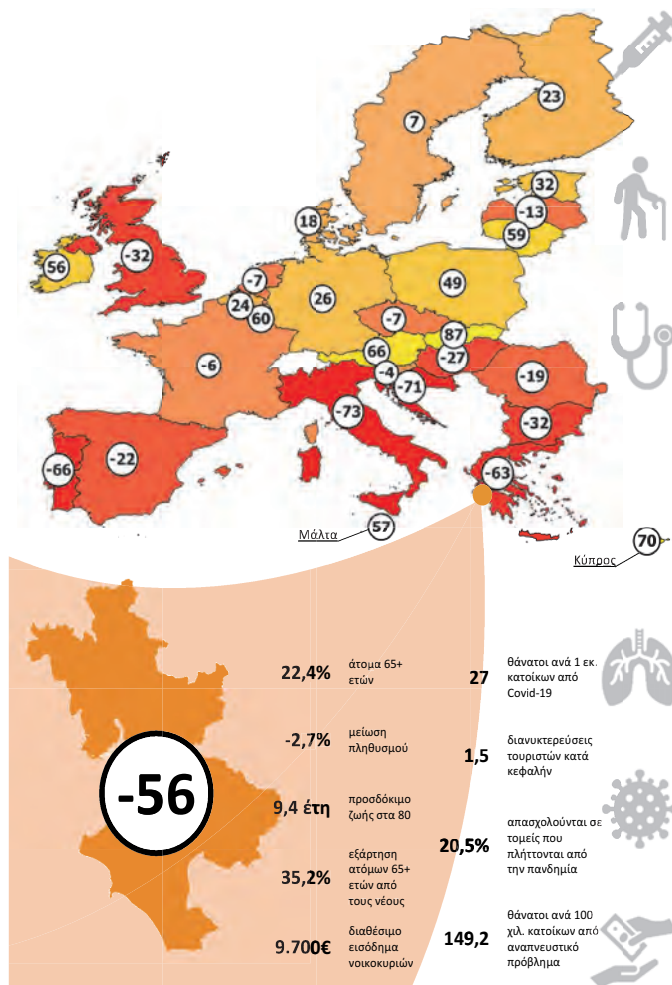
Συνηθέως, η συσχέτιση των τελικών τιμών και ο προσδιορισμός των διαφοροποιημένων συντελεστών βαρύτητας των δεικτών ανέδειξε τον σύνθετο δείκτη και την τελική κατάταξη των Ευρωπαϊκών περιφερειών στο «βαρόμετρο ευαισθησίας».

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η Μέση Περιφέρεια της γειτονικής μας Ιταλίας (Εικόνα 1) φαίνεται να έχει αρκετά κοινά δημογραφικά χαρακτηριστικά με τη Μέση Περιφέρεια της χώρας μας, και δη της Δυτικής Ελλάδας: υψηλό ποσοστό πληθυσμού ηλικίας 65+, αυξημένο προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 80 ετών και αρνητική μεταβολή του πληθυσμού. Επίσης, διαπιστώνουμε υψηλό βαθμό εξάρτησης του πληθυσμού άνω των 65 ετών από το παραγωγικό δυναμικό της Περιφέρειας. Η εξάρτηση αυτή συνδέεται με το υψηλό ποσοστό άτυπων φροντιστών που αγγίζει το 34% του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας (EQLS, 2016). Η συσχέτιση του συγκεκριμένου δείκτη με τους δημογραφικούς δείκτες (ποσοστό πληθυσμού ηλικίας 65+, προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 80, μεταβολή πληθυσμού) των Περιφερειών των γειτονικών χωρών αναδεικνύει τις σημαντικές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία και στην κοινωνική ασφάλιση, ενώ ταυτόχρονα αντανακλά τους ισχυρούς δεσμούς της οικογένειας στις δύο χώρες. Περιφέρειες «λιγότερο ανεπτυγμένων» χωρών (όπως Βουλγαρία, Ρουμανία, Ουγγαρία) παρουσιάζουν χαμηλό προσδόκιμο ζωής και μείωση του πληθυσμού, εν αντιθέσει με τις Περιφέρειες της βόρειας και δυτικής Ευρώπης.

Το ποσοστό θανάτων από αναπνευστικά προβλήματα ανά 100 χιλιάδες κατοίκους, αφενός είναι αλληλένδετο με την ποιότητα του αέρα, ιδιαιτέρως στα αστικά κέντρα και προδίδει τις άσχημες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες διαβίωσης ενός πληθυσμού, αφετέρου είναι υψίστης σημασίας για την αξιολόγηση της ευαισθησίας μίας Περιφέρειας στον ιό SARS-CoV-2. Η Περιφέρεια της Δυτικής Ελλάδας μαζί με τη μέση Περιφέρεια της Πορτογαλίας, με 149 και 150 θανάτους αντίστοιχα ανά 100 χιλιάδες κατοίκους, κατέχουν δυστυχώς την πρώτη θέση σε αυτή την κατάταξη θανάτων από αναπνευστικά προβλήματα, με μεγάλη διαφορά από την πλειοψηφία των Ευρωπαϊκών περιφερειών. Χαρακτηριστικό είναι πως η Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας εμφανίζει αυξημένο αριθμό θανάτων από αναπνευστικά προβλήματα σε σχέση με τη μέση Ελληνική Περιφέρεια, με αποτέλεσμα να εκτινάσσει το βαθμό ευαισθησίας της στο βαρόμετρο.

Στη Δυτική Ελλάδα αντιστοιχεί ένας ιατρός ανά 45,4 άτομα ετών 65+, γεγονός που την κατατάσσει σε προνομιακή θέση σε σχέση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές περιφέρειες. Ταυτόχρονα, οι θάνατοι που καταγράφονται από επιπλοκές της νόσου CoViD-19 είναι λίγοι σε σχέση με το μέσο όρο των Περιφερειών της Ελλάδας, αλλά και των υπολοίπων Ευρωπαϊκών χωρών. Αντιθέτως,



Εικόνα 1: Βαρόμετρο Περιφερειακής Ευαισθησίας στην πανδημία.

η μέση περιφέρεια της Ιταλίας παρουσιάζει μεγάλο ποσοστό θανάτων λόγω CoViD-19 και μικρή αναλογία ιατρών για άτομα ετών 65+. Οι τιμές του δείκτη διαθέσιμου εισοδήματος νοικοκυριών εμφανίζουν μεγάλες διαφορές μεταξύ του «πυρήνα» των Ευρωπαϊκών περιφερειών και των ανατολικών και νότιων περιφερειών. Ειδικότερα, τα νοικοκυριά της Δυτικής Ελλάδας βρίσκονται στο τέλος της κατάταξης με εισόδημα 9.700 €, λίγο πιο πάνω από αυτό της Βουλγαρίας με 7.783 €. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, το εισόδημα του νοικοκυριού του μέσου όρου των περιφερειών της Ελλάδας είναι αισθητά υψηλότερο σε σχέση με αυτό της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας (11.192 €).

Το αποτέλεσμα των επιδόσεων των μέσων Ευρωπαϊκών περιφερειών σε αυτούς τους τομείς συγκροτεί το δείκτη ευαισθησίας, ο οποίος είναι ενδεικτικός της ωριμότητας μιας χώρας στην αντιμετώπιση περιστατικών υγειονομικής κρίσης. Ο χάρτης (Εικόνα 1) απεικονίζει το βαθμό ευαισθησίας των περιφερειών της Ευρώπης, εστιάζοντας στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας. Όσο πιο ανοιχτό χρώμα έχει μία χώρα, τόσο λιγότερο ευαίσθητη είναι.

Σύμφωνα με το «βαρόμετρο ευαισθησίας», η μέση περιφέρεια της Ιταλίας, της Κροατίας, της Πορτογαλίας και της Ελλάδας, συμπεριλαμβανομένης και της Δυτικής Ελλάδας, βρίσκεται στην κορυφή της κατάταξης, ενώ ακολουθούν η Βουλγαρία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ουγγαρία και η Ισπανία. Μέτρια ευαισθησία επιδεικνύουν οι βόρειες χώρες όπως η Σουηδία, η Δανία και η Φιλανδία, ενώ τη μικρότερη ευαισθησία στην πανδημία έχουν



η Κύπρος, η Αυστρία, το Λουξεμβούργο και η Λιθουανία. Οι Περιφέρειες της Σλοβακίας είναι οι πιο «ετοιμοπόλεμες» Ευρωπαϊκές Περιφέρειες στην αντιμετώπιση υγειονομικών απειλών.

Από τις συγκρίσεις και τη σύνθεση του βαρόμετρου γίνεται σαφές πως η ευαισθησία μιας Περιφέρειας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη διαχρονική πορεία της και τις χρόνιες συστημικές παθογένειες, που μπορεί να σχετίζονται είτε με κοινωνικούς, είτε με οικονομικούς ή υγειονομικούς παράγοντες καθώς και με το βαθμό ετοιμότητας, που έχει αναπτύξει ήδη μέσα στο χρόνο, έναντι επειγουσών και έκτακτων καταστάσεων.

### Υψηλή Ευαισθησία της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας, εν μέσω Πανδημίας

Ο πληθυσμός της Δυτικής Ελλάδας φαίνεται πως γερνά και αντιμετωπίζει προβλήματα υπογεννητικότητας. Οι πολίτες της Περιφέρειας ηλικίας 65+ εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τον ενεργό πληθυσμό. Οι δημογραφικοί δείκτες καθιστούν την Περιφέρεια εξαιρετικά ευαίσθητη στην πανδημία. Ενώ η αναλογία ιατρών ανά κάτοικο άνω των 65 ετών είναι πολύ καλή, το ποσοστό θανάτων από αναπνευστικά προβλήματα είναι το μεγαλύτερο στην Ευρώπη. Τέλος, η οικονομία της Περιφέρειας παρουσιάζει μεγάλο ποσοστό απασχολούμενων σε τομείς ευαίσθητους στην πανδημία. Η μικρότερη εξάρτηση της οικονομίας από τον τουρισμό μειώνει την ευαισθησία της σε σχέση με τις άλλες περιφέρειες της χώρας.

Θα ήταν αναμενόμενο οι περιφέρειες των βόρειων χωρών, που έχουν ισχυρές οικονομίες, ότι θα επιδείκνυαν μικρή ευαισθησία στην πανδημία. Ωστόσο, η μέση περιφέρεια του Ηνωμένου Βασιλείου βρίσκεται σε υψηλή θέση στην κατάταξη, λόγω του ότι οι υγειονομικοί δείκτες (πληθυσμός 65+ ετών ανά ιατρό και θάνατοι από αναπνευστικά προβλήματα) είναι υψηλοί. Επίσης, η Ισπανία, παρόλο που είναι μία χώρα με ισχυρή οικονομία και με καλά δημογραφικά χαρακτηριστικά, εμφανίζεται ευάλωτη στην πανδημία, λόγω της διάρθρωσης της οικονομίας της. Το ποσοστό απασχολούμενων στον τουρισμό, αλλά και σε άλλους τομείς που έχουν πληγεί από την πανδημία, είναι πολύ υψηλό.

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το βαρόμετρο περιφερειακής ευαισθησίας αποτελεί ένα καινοτόμο εργαλείο στόχευσης στρατηγικού σχεδιασμού και αναδεικνύει την ανάγκη:

- Να βελτιωθεί το επίπεδο ετοιμότητας των Περιφερειών. Η βελτίωση της ετοιμότητας της τοπικής αυτοδιοίκησης και, ιδιαιτέρως εν μέσω πανδημίας, βρίσκεται στο επίκεντρο της επικαιρότητας.
- Το νέο μοντέλο περιφερειακής ανάπτυξης να έχει αντανакλαστικά διοικητικής ετοιμότητας για να ανταποκρίνεται επιτυχώς στις καθημερινές λειτουργίες και στις έκτακτες συνθήκες, όπως αυτές που δημιουργεί η πανδημία.
- Να ληφθούν υπόψη τα ενδογενή χαρακτηριστικά της κάθε Περιφέρειας. Το βαρόμετρο περιφερειακής ευαισθησίας ανέδειξε την ανάγκη ενίσχυσης των κλάδων που είναι άμεσα πληττόμενοι από την πανδημία (π.χ. τουρισμός, επιχειρείν και αγροτικός τομέας) και οι οποίοι, παράλληλα, αντιπροσωπεύουν μεγάλο ποσοστό της οικονομικής δραστηριότητας της Περιφέρειας.
- Κάθε περιφερειακή αρχή να εξειδικεύσει τους τομείς της οικονομίας της, προκειμένου να δημιουργήσει συνθήκες περι-

φερειακής ανάπτυξης, αύξηση του εισοδήματος των πολιτών και νέες θέσεις εργασίας.

- Να αναπτυχθούν και να αξιοποιηθούν οι δεξιότητες των πολιτών. Ο πολίτης κάθε Περιφέρειας στην πορεία του προς την κατάκτηση των δεξιοτήτων εκείνων που θα τον καταστήσουν ανταγωνιστικό στην αγορά εργασίας, αλλά κι ενήμερο για τις σύγχρονες προκλήσεις, βρίσκεται συχνά αντιμέτωπος με μια σειρά ευκαιριών, αλλά και εμποδίων. Οι περιφέρειες χρειάζεται να επενδύσουν στο ανθρώπινο κεφάλαιο εξασφαλίζοντας τις προϋποθέσεις εκείνες που θα βοηθήσουν τους πολίτες να αποκτήσουν νέες δεξιότητες και να αναβαθμίσουν τις υφιστάμενες δραστηριοποιούμενοι στην αγορά εργασίας.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ένα από τα κύρια συμπεράσματα της έρευνας μας είναι ότι, η παράβλεψη της εδαφικής διάστασης της υγειονομικής κρίσης μπορεί να θέσει σε κίνδυνο ανθρώπινες ζωές. Το ετήσιο περιφερειακό και τοπικό βαρόμετρο της ΕΕ (προαναγγελία 2021, Ευρωπαϊκή Επιτροπή των Περιφερειών) αναδεικνύει, επίσης, τις βαθιές διαφορές ως προς τον τρόπο με τον οποίο η πανδημία επηρέασε τη ζωή των πολιτών και δη των τοπικών κοινοτήτων. Η ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας αλλά και οι δημογραφικοί παράγοντες, όπως π.χ. το ποσοστό των ηλικιωμένων, καθώς και οικονομικοί δείκτες, όπως π.χ. ποσοστό απασχολούμενων σε κλάδους ευαίσθητους στην πανδημία, δύνανται να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά την ευαισθησία της κάθε περιφέρειας. Οι γενικοί στόχοι της κάθε Περιφέρειας πρέπει να εντοπίζουν τα ιδιαίτερα τοπικά χαρακτηριστικά της κοινωνίας και να μειώνουν το χάσμα, που δημιουργούν οι υγειονομικές κρίσεις στην ανάπτυξη.

Από τη χωρική αποτύπωση της περιφερειακής ευαισθησίας αναδεικνύεται ότι, εν μέσω πανδημίας οι χρόνιες συστημικές παθογένειες δεν σχετίζονται μόνο με τον τομέα της υγείας και της κοινωνικής μέριμνας. Η περιφερειακή ευαισθησία σε περιβάλλον πανδημίας είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, άμεσα σχετιζόμενο με οικονομικούς παράγοντες (π.χ. τουρισμός), με τη φιλοσοφία του συστήματος υγείας (π.χ. ολοκληρωμένη περίθαλψη ηλικιωμένων σε κλειστές και ενδιάμεσες δομές), καθώς και με το βαθμό ετοιμότητας, που έχει αναπτυχθεί ήδη μέσα στο χρόνο.

Τέλος, σύμφωνα με τα βασικά ευρήματα της έκθεσης «Περιφερειακό και Τοπικό Βαρόμετρο της ΕΕ, 2020» απαιτείται ένα νέο μοντέλο συντονισμού μεταξύ των διαφόρων επιπέδων διακυβέρνησης. Δεδομένου ότι, οι Ευρωπαίοι πολίτες πιστεύουν πως οι τοπικές και οι περιφερειακές αρχές δεν διαθέτουν αρκετή επιρροή στις αποφάσεις που λαμβάνονται σε επίπεδο ΕΕ (Περιφερειακό και Τοπικό Βαρόμετρο της ΕΕ, 2020) και, σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την μελέτη μας, οι Περιφέρειες καλούνται να αναπτύξουν στρατηγικούς άξονες που θα λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαιτερότητες και θα εναρμονίζονται με τις πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- IIASA (2020). COVID-19: Visualizing regional socioeconomic indicators for Europe International Institute of Applied System Analysis  
 EQLS (2016). European Quality of Life Survey 2016: Overview report Ευρωπαϊκή Επιτροπή των Περιφερειών (2021). Ετήσιο Περιφερειακό και Τοπικό Βαρόμετρο της ΕΕ, Regional Barometer  
 Ευρωπαϊκή Επιτροπή των Περιφερειών (2020). Ετήσιο Περιφερειακό και Τοπικό Βαρόμετρο της ΕΕ, Regional Barometer



## A. Γενικές πληροφορίες

- 1) Το περιοδικό «Επιθεώρηση Υγείας» (Ε.Υ.) αποτελεί μη κερδοσκοπική, αυτοχρηματοδοτούμενη, επιστημονική, τετραμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Εταιρείας Management Υπηρεσιών Υγείας (ΕΕΜΥΥ), με σκοπό την προαγωγή των επιστημών που σχετίζονται με τις Πολιτικές και τα Οικονομικά της Υγείας, την Πληροφορική Υγείας, τη Βιοϊατρική Τεχνολογία, την Ποιότητα και κυρίως την Επιστημονική Διοίκηση (Management) των Υπηρεσιών Υγείας καθώς και των υπόλοιπων επιστημών υγείας στην Ελλάδα και διεθνώς.
- 2) Το περιοδικό διανέμεται ΔΩΡΕΑΝ, σε ηλεκτρονική έκδοση, στα οικονομικά τακτοποιημένα μέλη της ΕΕΜΥΥ. Στο περιοδικό δημοσιεύονται, μετά από κρίση, εργασίες των μελών της ΕΕΜΥΥ. Συγγραφείς οι οποίοι δεν είναι μέλη της ΕΕΜΥΥ μπορούν επίσης να υποβάλλουν εργασίες για κρίση στο περιοδικό. Μετά την αξιολόγηση της εργασίας και εφόσον αυτή κριθεί κατάλληλη για δημοσίευση (με /ή χωρίς διορθώσεις,) θα ειδοποιηθούν από τον εκδότη προκειμένου να καταστούν μέλη της ΕΕΜΥΥ πριν τη δημοσίευση.
- 3) Οι συγγραφείς που επιθυμούν να εκτυπωθεί για λογαριασμό του έντυπη έκδοση του Τεύχους δημοσίευσης, πρέπει να δηλώσουν τον επιθυμητό αριθμό αντιτύπων κατά την υποβολή της εργασίας τους. Πριν την έκδοση του αντίστοιχου Τεύχους, θα ειδοποιούνται για την καταβολή του κόστους εκτύπωσης και τα τεύχη θα τους αποστέλλονται με χρέωσή τους. Μετά την αρχική έκδοση κάθε Τεύχους είναι ανέφικτη η παραγωγή αντιτύπων.
- 4) Ο Εκδότης (ΕΕΜΥΥ) και η Διεύθυνση Σύνταξης του περιοδικού υιοθετούν τις «Κοινές Απαιτήσεις για τα Άρθρα που Υποβάλλονται σε Βιοϊατρικά Περιοδικά» και τις Οδηγίες της Παγκόσμιας Εταιρείας Ιατρικών Εκδότων.

## B. Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας

### 1) Δεσμεύσεις Εκδότη και Διεύθυνσης Σύνταξης

Ο Εκδότης (ΕΕΜΥΥ) και η Διεύθυνση Σύνταξης του περιοδικού δεσμεύονται για την **αμερόληπτη διαδικασία κρίσης** των άρθρων, ακόμη και αν το περιεχόμενο αυτών διαφοροποιείται από τις εκάστοτε θέσεις της ΕΕΜΥΥ πάνω σε θέματα πολιτικής υγείας. Αναλυτικότερα, η διαδικασία κρίσης των άρθρων περιγράφεται παρακάτω, στην ενότητα Δ.

Ο Εκδότης και η Διεύθυνση Σύνταξης του περιοδικού δηλώνουν ότι οι τελικές αποφάσεις τους περί δημοσίευσης ή μη ενός άρθρου βασίζονται αποκλειστικά σε επιστημονικά κριτήρια και σε καμία περίπτωση δεν επηρεάζονται από τυχόν οικονομικές χορηγίες υποστήριξης της έκδοσης του περιοδικού ή της ΕΕΜΥΥ.

### 2) Υποχρεώσεις Συγγραφέων

**Φιλολογική Επιμέλεια κειμένων.** Οι συγγραφείς είναι υπεύθυνοι για την άρτια γλωσσική και συντακτική επιμέλεια των κειμένων τους, η έλλειψη της οποίας συνιστά προκριματικό λόγο απόρριψης μιας εργασίας.

**Πρωτοτυπία κειμένων.** Τα κείμενα που υποβάλλονται προς κρίση για δημοσίευση, πρέπει να είναι πρωτότυπα, δηλαδή να μην έχουν δημοσιευθεί ή υποβληθεί σε άλλο περιοδικό (έντυπο ή ηλεκτρονικό). Αν πρόκειται για κείμενα προερχόμενα από κάποια εκτενή εργασία με μεγάλο πλούτο αποτελεσμάτων, η οποία δύναται να οδηγήσει σε περισσότερες της μίας δημοσιεύσεις, θα πρέπει να διασαφίζεται ότι δεν υπάρχει επανάληψη ιδίων ευρημάτων στις διάφορες δημοσιεύσεις. Η υποβολή της ίδιας εργασίας ή μέρους ήδη δημοσιευμένης εργασίας σε δύο ή περισσότερα περιοδικά αποτελεί μη αποδεκτή πρακτική και η Διεύθυνση Σύνταξης του περιοδικού δύναται να απορρίπτει κείμενα που έχουν ήδη δημοσιευτεί και σε άλλες εκδόσεις.

**Αποφυγή Λογοκλοπής (Plagiarism).** Οι συγγραφείς οφείλουν να μεταφέρουν και να συνθέτουν τις πληροφορίες που λαμβάνουν από κείμενα άλλων συγγραφέων, κάνοντας χρήση του δικού τους στυλ γραφής, αποφεύγοντας την κατά λέξη μεταφορά και πάντα δεικνύοντας την/τις πηγή/πηγές προέλευσης

(βιβλιογραφίες). Σε μικρή έκταση του κειμένου (π.χ. μία ή δύο παράγραφοι σε σύνολο όλου του κειμένου) είναι δυνατόν να μεταφερθούν κατά λέξη αποσπάσματα κειμένων άλλων συγγραφέων (π.χ. ορισμοί ή δυσνόητες έννοιες), εφόσον οι συγγραφείς κρίνουν ότι η προσπάθεια απόδοσης του νοήματος αυτών των αποσπασμάτων με το δικό τους στυλ γραφής ενέχει τον κίνδυνο της εννοιολογικής παραποίησης. Σε αυτή την περίπτωση, τα εν λόγω αποσπάσματα θα πρέπει να τίθενται εντός εισαγωγικών και να χρησιμοποιείται η πλάγια γραφή (*italics*).

Η Διεύθυνση Σύνταξης του περιοδικού προκειμένου να αποφύγει το φαινόμενο της λογοκλοπής (το οποίο έχει και νομικές προεκτάσεις) κάνει χρήση ειδικού λογισμικού (τόσο για τα ελληνικά όσο και για τα αγγλικά κείμενα) και διατηρεί το δικαίωμα επιστροφής των εργασιών στους συγγραφείς για αναθεώρηση ή και απόρριψης πριν από την αποστολή σε κρίση (εφόσον εντοπιστεί κακόβουλη λογοκλοπή).

**Δήλωση Αντικρουόμενων Συμπεριόντων (Conflict of Interest/ Declaration of Interest) και Δήλωση Χρηματοδότησης.** Εφόσον η ερευνητική ή άλλη εργασία που υποβλήθηκε προς δημοσίευση, έχει χρηματοδοτηθεί από τρίτο μέρος ή υπάρχουν αντικρουόμενα συμφέροντα (σύγκρουση ενδιαφέροντος) οποιουδήποτε είδους, ο/οι συγγραφείς οφείλουν να γνωστοποιούν το γεγονός, σε διακριτές παραγράφους στο τέλος της εργασίας.

**Κατάρτιση λίστας συγγραφέων.** Δικαίωμα συμπερίληψης στη λίστα των συγγραφέων μιας εργασίας έχουν όλα τα άτομα τα οποία ουσιαστικά και ενεργά συνέβαλαν στη διεξαγωγή της μελέτης (π.χ. ανέπτυξαν το μεθοδολογικό σχεδιασμό, πραγματοποίησαν τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, ανέπτυξαν ή/και στάθμισαν το εργαλείο της μελέτης κ.λπ.) και στη συγγραφή του αντίστοιχου κειμένου. Άτομα, τα οποία παρείχαν τις άδειες διεξαγωγής μίας μελέτης, διευκόλυναν τη συλλογή κάποιων δεδομένων, δέον να αναφέρονται σε διακριτή ενότητα της εργασίας, αυτή των ευχαριστιών. Προσθαφαιρέσεις ονομάτων ή αναθεωρήσεις στη σειρά παρουσίασης των συγγραφέων δεν είναι αποδεκτές από τη Διεύθυνση Σύνταξης μετά την υποβολή της εργασίας.

**Εξασφάλιση και διατήρηση αδειών/εγκρίσεων διεξαγωγής μελέτης, εξασφάλιση ενημερωμένων συγκατάθεσης συμμετεχόντων.** Στις περιπτώσεις ερευνητικών μελετών οι συγγραφείς οφείλουν να αναφέρουν με σαφήνεια στην ενότητα της μεθοδολογίας τις άδειες/εγκρίσεις τις οποίες έλαβαν (π.χ. άδεια από επιστημονικό συμβούλιο νοσοκομείου, έγκριση ερευνητικού πρωτοκόλλου από ακαδημαϊκούς φορείς) και να περιγράφουν τη διαδικασία ενημερωμένης συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στη μελέτη. Η Διεύθυνση Σύνταξης του περιοδικού διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει από τους συγγραφείς την προσκόμιση των αντίστοιχων αδειών.

**Διατήρηση ακατέργαστων δεδομένων (raw data).** Η Διεύθυνση Σύνταξης του περιοδικού δύναται επιλεκτικά να ζητήσει από τους συγγραφείς τα ακατέργαστα δεδομένα ερευνητικών εργασιών προς επιβεβαίωση/επαλήθευση των αποτελεσμάτων που παρουσιάζονται σε υποβληθείσα εργασία. Σε κάθε περίπτωση η κυριότητα των δεδομένων παραμένει στους συγγραφείς.

**Παρουσίαση αποτελεσμάτων που αφορούν σε φυσικά/νομικά πρόσωπα.** Οι συγγραφείς οφείλουν να επεξηγούνται και να παρουσιάζουν τα δεδομένα που προέρχονται από φυσικά πρόσωπα (π.χ. επαγγελματίες υγείας, ασθενείς, χρήστες υπηρεσιών κ.ά.) ανωνυμοποιημένα. Στις περιπτώσεις παρουσίασης αποτελεσμάτων που αφορούν σε νομικά πρόσωπα (π.χ. νοσοκομεία, υπουργεία, οργανισμοί, σύλλογοι), οι συγγραφείς οφείλουν να έχουν εξασφαλίσει τη σύμφωνη γνώμη των διοικήσεων των αντίστοιχων νομικών προσώπων για την ονομαστική αναφορά σε αυτούς τους φορείς. Σε αντίθετη περίπτωση, η αναφορά στα νομικά πρόσωπα θα γίνεται ανώνυμα μέσω μιας γενικότερης περιγραφής της υπόστασής τους (π.χ. η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δημόσιο γενικό τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Αττικής ή σε ιδιωτικό κέντρο αποκατάστασης της Βορείου Ελλάδος).

**Πνευματικά Δικαιώματα/Copyright.** Η υποβολή κειμένου προς κρίση και δημοσίευση στο περιοδικό «Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ» συνιστά αυτόματα υπεύθυνη δήλωση και συναίνεση του/των συγγραφέων ότι παραχωρούν στην ΕΕΜΥΥ και στο περιοδικό το αποκλειστικό δικαίωμα πρώτης δημοσίευσης της εργασίας τους.

## Γ. Υποβολή και Προδιαγραφές Κειμένων

### 1) Τρόπος Υποβολής Εργασιών

Η υποβολή των κειμένων πραγματοποιείται μόνον ηλεκτρονικά με χρήση του προτύπου υποβολής εργασίας (<https://www.eemyy.gr/docman/various/279-healthreview-paper-template>) και στο e-mail:

**healthreview@eemyy.gr**

### 2) Θεματολογία, Είδη και Έκταση άρθρων

Δεκτά προς κρίση γίνονται άρθρα τα οποία πραγματεύονται θέματα σχετικά με τις Πολιτικές και τα Οικονομικά της Υγείας, την Πληροφορική Υγείας, τη Βιοϊατρική Τεχνολογία, την Ποιότητα και κυρίως την Επιστημονική Διοίκηση (Management) των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα και διεθνώς. Άρθρα με αμιγώς κλινικό χαρακτήρα (π.χ. αποτελέσματα κλινικών δοκιμών) δεν εμπίπτουν στο πεδίο ενδιαφέροντος του περιοδικού.

Πρωτότυπες εργασίες που παρουσιάζονται σε συνέδρια ή άλλες επιστημονικές εκδηλώσεις της ΕΕΜΥΥ, θεωρείται ότι υποβλήθηκαν επίσης προς κρίση και μεταγενέστερη δημοσίευση στο περιοδικό «Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ», εκτός αν διατυπώνεται σαφής αντίρρηση.

Ανάλογα με το είδος τους, τα υποβαλλόμενα κείμενα δεν μπορούν να υπερβαίνουν τον ακόλουθο αριθμό λέξεων, περιλαμβανομένης της Περίληψης, των Πινάκων και της Βιβλιογραφίας:

Ερευνητικές Μελέτες και Βιβλιογραφικές Ανασκοπήσεις:  
έως 3.500 λέξεις.

Άρθρα Γνώμης και Ενημερωτικά: έως 1.500 λέξεις.

Επιστολές και Βιβλιοκρισίες: έως 600 λέξεις.

### 3) Δομή, Μορφοποίηση και Διάρθρωση

#### Περιεχόμενου των άρθρων

**Γλώσσα και Μορφοποίηση κειμένου/σχημάτων/πινάκων:** Όλες οι εργασίες που υποβάλλονται προς κρίση θα πρέπει να είναι γραμμένες στην ελληνική ή στην αγγλική γλώσσα, σε σελίδες μεγέθους A4, με λευκό περιθώριο 2 cm σε όλες τις πλευρές, με γραμματοσειρά Times New Roman ή Arial, με γράμματα μεγέθους 12 και δακτυλογραφημένα σε διπλό διάστημα γραμμών. Όλες οι σελίδες πρέπει να είναι αριθμημένες, στην κάτω δεξιά γωνία.

**Σελίδες Ταυτότητας, Τίτλου και Περιλήψεων:** Όλα τα προς αξιολόγηση κείμενα θα πρέπει να συνοδεύονται και από τις ακόλουθες σελίδες με την εξής σειρά:

Στην πρώτη Σελίδα Ταυτότητας πρέπει να αναφέρονται με πεζοκεφαλαία γράμματα, ο Τίτλος της Εργασίας (έως 15 λέξεις), το/τα Ονοματεπώνυμο/α – τα τυπικά/ακαδημαϊκά προσόντα – οι επαγγελματικοί τίτλοι – ο εργασιακός φορέας – η ταχυδρομική δ/ση – ο αριθμός τηλεφώνου – και η ηλεκτρονική διεύθυνση του/των συγγραφέων. Εφόσον οι συγγραφείς είναι περισσότεροι του ενός, ορίζεται ο υπεύθυνος για την επικοινωνία με το περιοδικό (corresponding author).

Στη δεύτερη Σελίδα Τίτλου θα πρέπει να αναφέρονται με πεζοκεφαλαία γράμματα, ο πλήρης καθώς και ένας σύντομος Τίτλος της Εργασίας. Ο σύντομος τίτλος της εργασίας δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τους 50 χαρακτήρες (γράμματα). Στη σελίδα αυτή δεν πρέπει να γράφονται τα ονοματεπώνυμα των συγγραφέων.

Στην Τρίτη σελίδα τίθεται η Ελληνική Περίληψη, όπου πρέπει να αναφέρεται με σαφήνεια ο σκοπός/αντικείμενο της εργασίας, συνοπτικά η μεθοδολογία και κάποια βασικά αντιπροσωπευτικά ευρήματα από την εργασία καθώς και τα κυριότερα συμπεράσματα. Η έκταση της περιλήψης μπορεί να κυμαίνεται από 200-300 λέξεις. Στο τέλος της Περίληψης θα πρέπει να αναγράφονται και 3 έως 6 Λέξεις–Κλειδιά.

Στην Τέταρτη σελίδα γράφεται ο Τίτλος της Εργασίας στα αγγλι-

κά, το/τα ονοματεπώνυμο/α του/ων συγγραφέα/ων με λατινικούς χαρακτήρες και η Αγγλική Περίληψη/Abstract (200-300 λέξεων) με ίδιο περιεχόμενο με την Ελληνική συνοδευόμενη επίσης από 3 έως 6 Λέξεις–Κλειδιά.

**Κυρίως μέρος της εργασίας:** Η κάθε εργασία θα πρέπει να διαρθρώνεται σε επιμέρους ενότητες οι οποίες θα χρειάζεται να φέρουν και αντίστοιχους τίτλους όπως οι ακόλουθοι προτεινόμενοι:

- ✓ Εισαγωγή
- ✓ Σκοπός-Αντικείμενο
- ✓ Μεθοδολογία
- ✓ Αποτελέσματα
- ✓ Συζήτηση-Συμπεράσματα
- ✓ Ευχαριστίες (εάν οι συγγραφείς το κρίνουν σκόπιμο)
- ✓ Δήλωση Χρηματοδότησης της μελέτης (εάν υπάρχει)
- ✓ Δήλωση αντικρουόμενων συμφερόντων (εάν υπάρχουν)
- ✓ Βιβλιογραφικές Παραπομπές

Η Διεύθυνση Σύνταξης του περιοδικού εφιστά την προσοχή των (νέων ιδιαίτερως) συγγραφέων για τα εξής θέματα:

- ✓ Να τίθεται με σαφήνεια ο πρωτεύων σκοπός-αντικείμενο της εργασίας και να περιγράφονται ευκρινώς τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα.
  - ✓ Να συνοψίζονται στην ενότητα της Συζήτησης–Συμπερασμάτων τα κύρια ευρήματα της εργασίας (τα οποία αναλυτικά θα πρέπει να έχουν παρουσιαστεί στην ενότητα των Αποτελεσμάτων) και να σχολιάζονται σε σχέση με την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. Σε αυτή την ενότητα δεν θα πρέπει να τίθενται πίνακες, σχήματα, διαγράμματα. Στην ίδια ενότητα μπορούν να τεθούν και ερμηνευτικά σχόλια των συγγραφέων ή/και υποθέσεις εργασίας που απορρέουν από τη μελέτη και χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης στο μέλλον ή και οι περιορισμοί της μελέτης (εφόσον αυτοί δεν είχαν περιγραφεί στην ενότητα της Μεθοδολογίας). Η ενότητα ολοκληρώνεται με αναφορά στη συμβολή των ευρημάτων της εργασίας για την άσκηση τεκμηριωμένης πολιτικής υγείας ή/και στη διατύπωση ρεαλιστικών προτάσεων αντιμετώπισης ενός προβλήματος ή βελτίωσης του τρόπου διαχείρισης ενός ζητήματος. Η επιτυχημένη συγγραφή της συζήτησης προϋποθέτει δεξιοτεχνία εκ μέρους των συγγραφέων, ώστε ο αναγνώστης άμεσα να αντιλαμβάνεται ποια από τα γραφόμενα: α) αφορούν σε ευρήματα της τρέχουσας μελέτης β) αναφέρονται σε αποτελέσματα άλλων συγκρίσιμων εργασιών και γ) αφορούν σε προσωπικές απόψεις/ερμηνευτικά σχόλια ή υποθέσεις εργασίας που θέτουν οι συγγραφείς.
  - ✓ Οι Βιβλιογραφικές Παραπομπές να ακολουθούν είτε το σύστημα Vancouver ([https://help.ebsco.com/interfaces/EBSCO\\_Guides/EBSCO\\_Interfaces\\_User\\_Guide/Citing\\_Articles\\_in\\_Vancouver\\_ICMJE\\_Style](https://help.ebsco.com/interfaces/EBSCO_Guides/EBSCO_Interfaces_User_Guide/Citing_Articles_in_Vancouver_ICMJE_Style)) είτε το σύστημα Harvard ([https://connect.ebsco.com/s/article/Citing-Articles-in-Harvard-Author-Date-Style?language=en\\_US](https://connect.ebsco.com/s/article/Citing-Articles-in-Harvard-Author-Date-Style?language=en_US). Οπωσδήποτε όμως θα πρέπει να τηρείται το ίδιο σύστημα ενιαία σε όλη την εργασία, ακολουθώντας πιστά τις αντίστοιχες διεθνείς προδιαγραφές. Η χρήση DOI είναι απαραίτητη για την ανιχνευσιμότητα των βιβλιογραφικών αναφορών.
  - ✓ Οι Πίνακες, Σχήματα, Διαγράμματα, μπορεί να είναι έγχρωμα. Το πλάτος τους πρέπει να είναι, αποκλειστικά, σε μία από τις διαστάσεις 8,8cm ή 12,5cm και το περιεχόμενο ευκρινές. Το μήκος δεν μπορεί να υπερβαίνει τα 24,0cm. Θα πρέπει οπωσδήποτε να αριθμούνται με τη σειρά παράθεσής τους. Οι Πίνακες πρέπει μετά την αριθμηση να τιτλοφορούνται (στο επάνω μέρος) και ομοίως τα Σχήματα/Διαγράμματα πρέπει να φέρουν επεξηγηματικό υπότιτλο/λεζάντα (στο κάτω μέρος) και να τοποθετούνται μέσα στο κείμενο, στην επιθυμητή θέση παράθεσής τους. Ωστόσο, η Διεύθυνση Σύνταξης του περιοδικού διατηρεί το δικαίωμα της τελικής σελιδοποίησης, με βάση τεχνικά κριτήρια.
- Ειδικότερα, για τις ενότητες της Μεθοδολογίας και των Αποτελεσμάτων οι οδηγίες προς τους συγγραφείς διαμορφώνονται ως εξής, ανά είδος εργασίας:



## I. Ερευνητικές Εργασίες

- ✓ Στην ενότητα της Μεθοδολογίας να περιγράφονται: το είδος της μελέτης (π.χ. ποσοτική συγχρονική, ποσοτική αναδρομική, ποιητική κ.α.), το μέγεθος και η σύνθεση του υπό μελέτη πληθυσμού (π.χ. επαγγελματίες υγείας συγκεκριμένων ειδικοτήσεων, χρήστες υπηρεσιών συγκεκριμένου είδους δομών κ.λπ.), ο τρόπος δειγματοληψίας (π.χ. δείγμα ευκολίας<sup>1</sup>, τυχαία δειγματοληψία<sup>2</sup>), ο τρόπος συλλογής των δεδομένων (π.χ. με προσωπικές δια ζώσης συνεντεύξεις, με αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια κ.λπ.), η χρονική διάρκεια συλλογής των δεδομένων, καθώς και το/τα «εργαλείο/α» της μελέτης. Αν πρόκειται για «εργαλείο/α» που αναπτύχθηκε/αν από άλλους μελετητές, τότε οπωσδήποτε χρειάζεται να αναφερθεί στην ενότητα της μεθοδολογίας και η διαδικασία λήψης των σχετικών αδειών ή το αν πρόκειται για δωρεάν διαθέσιμο εργαλείο. Σε περίπτωση που το εργαλείο δημιουργήθηκε από τους ίδιους τους συγγραφείς, να γράφεται η διαδικασία ανάπτυξής του (π.χ. διεξαγωγή πιλοτικών μελέτης για τη στάθμισή του). Στην ίδια ή σε διακριτή υποενότητα να αναφέρονται και τα σχετικά με τις υπόλοιπες άδειες που λήφθηκαν για τη διεξαγωγή της μελέτης (π.χ. έγκριση πρωτοκόλλου από επιτροπές ηθικής και δεοντολογίας, άδεια διεξαγωγής μελέτης από επιστημονικά συμβούλια νοσοκομείων κ.λπ.), και τα σχετικά με τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας (π.χ. τρόπος εξασφάλισης ενημερωμένης συγκατάθεσης των συμμετεχόντων, ανωνυμοποιημένη διαχείριση των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων κ.λπ.). Επίσης, στην ενότητα της Μεθοδολογίας χρειάζεται να γίνεται και σύντομη περιγραφή του τρόπου ανάλυσης των δεδομένων και των στατιστικών δοκιμών που εφαρμόστηκαν. Τέλος, στην ενότητα της Μεθοδολογίας ή της Συζήτησης τίθενται και οι Περιορισμοί της εκάστοτε μελέτης.
- ✓ Στην ενότητα των Αποτελεσμάτων να παρουσιάζονται τα ευρήματα της εργασίας με τη χρήση και περιορισμένου αριθμού Πινάκων–Σχημάτων–Διαγραμμάτων, συνοδευόμενων από κείμενο όπου θα γίνεται μνεία όσων εκ των παρουσιαζόμενων μεγεθών θεωρούνται αξιωματικότερα. Σε καμία περίπτωση όμως δεν θα πρέπει να γίνεται επανάληψη εντός του κειμένου του συνόλου των ευρημάτων που παρουσιάζονται υπό τη μορφή πινάκων-σχημάτων-διαγραμμάτων. Στην ενότητα των Αποτελεσμάτων επίσης δεν θα πρέπει να γίνεται αναφορά σε ανάλογα ευρήματα άλλων εργασιών, ούτε να παρατίθενται ερμηνευτικά σχόλια των συγγραφέων (καθώς αυτά θα πρέπει να παρουσιάζονται στην ενότητα της Συζήτησης).

## II. Εργασίες Συστηματικής Ανασκόπησης

- ✓ Στην ενότητα της Μεθοδολογίας να περιγράφονται: οι πηγές άντλησης των μελετών (π.χ. ηλεκτρονικές βάσεις όπως οι Scopus, Pubmed, ScienceDirect), οι λέξεις–κλειδιά σε όλες τις γλώσσες που αυτές χρησιμοποιήθηκαν, η περίοδος δημοσίευσης των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση καθώς και τα κριτήρια αξιολόγησης των μελετών.

Οι συγγραφείς παροτρύνονται έντονα, να λαμβάνουν υπόψη τους κατά την εκπόνηση εργασιών συστηματικής ανασκόπησης και την PRISMA Checklist (<http://www.prisma-statement.org/>).

Τονίζεται ότι, συστηματικές ανασκοπήσεις που εκπονήθηκαν από άλλους συγγραφείς δεν θα πρέπει να περιλαμβάνονται στις υπό παρουσίαση μελέτες μίας νέας συστηματικής ανασκόπησης.

- ✓ Στην ενότητα των Αποτελεσμάτων να τίθεται αρχικά το Διάγραμμα Ροής μέσω του οποίου πρέπει να αποτυπώνονται οι διαφορετικές φάσεις διεξαγωγής της ανασκόπησης. Σε αυτό, αποτυπώνεται αρχικά ο αριθμός των συναφών με το θέμα μελετών που εντοπίστηκε και διαδοχικά οι λόγοι αποκλεισμού ορισμένων εξ αυτών των μελετών, ο εναπομείναν αριθμός μελετών και ο τελικός αριθμός μελετών που συμπεριλήφθηκε στη συστηματική ανασκόπηση <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>.

Η περιγραφή των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση είναι σκόπιμο να γίνεται και μέσω πινάκων, όπου σε διακριτές στήλες θα παρουσιάζονται: οι συγγραφείς της κάθε μελέτης, το έτος δημοσίευσης και η/οι χώρα/χώρες (σε περίπτωση διακρατικών μελετών), ο σκοπός/-αντικείμενο της κάθε μελέτης, οι συμμετέχοντες/δείγμα της μελέτης, το είδος της μελέτης (π.χ. ποσοτική, ποιητική κ.λπ.) και τα κύρια ευρήματα.

## Δ. Διαδικασία Κρίσης των Κειμένων

Όλα τα υποβαλλόμενα κείμενα λαμβάνουν από τη Γραμματεία Σύνταξης αύξοντα κωδικό αριθμό, βάσει της ημερομηνίας παραλαβής τους, ο οποίος γνωστοποιείται στον υπεύθυνο για την αλληλογραφία συγγραφέα ηλεκτρονικά και χρησιμοποιείται για κάθε μελλοντική επικοινωνία, η οποία, σε κάθε περίπτωση, πραγματοποιείται αποκλειστικά μέσω του e-mail: [healthreview@eemyy.gr](mailto:healthreview@eemyy.gr).

Αρχικά, η Διεύθυνση Σύνταξης του περιοδικού εξετάζει τα υποβληθέντα κείμενα ως προς τη θεματολογία τη φιλολογική αρτιότητα και το βαθμό τήρησης των ανωτέρω οδηγιών. Σε περίπτωση που η θεματολογία ενός άρθρου δεν συνάδει με την αντιστοιχία του περιοδικού ή σε περίπτωση που οι συγγραφείς δεν έχουν ακολουθήσει πιστά τις τρέχουσες οδηγίες, η Διεύθυνση Σύνταξης διατηρεί το δικαίωμα απόρριψης ή επιστροφής του άρθρου στον υπεύθυνο αλληλογραφίας για διορθώσεις.

Τα άρθρα που είναι σύμφωνα με τις οδηγίες του περιοδικού, στέλνονται από τη διεύθυνση σύνταξης σε ειδικούς επί του εκάστοτε θέματος ανεξάρτητους κριτές (συνήθως δύο), προκειμένου να τα αξιολογήσουν, να προβούν σε διορθώσεις και τελικά να προτείνουν τη δημοσίευση (με / ή χωρίς διορθώσεις) ή την απόρριψή τους. Όπου απαιτείται, ζητείται η άποψη και στατιστολόγου. Η ταυτότητα των κριτών σε καμία περίπτωση δεν γνωστοποιείται στους συγγραφείς και ομοίως η ταυτότητα των συγγραφέων δεν γνωστοποιείται στους κριτές (διαδικασία διπλής τυφλής αξιολόγησης).

Τα πορίσματα των κριτών παραλαμβάνονται από τη Διεύθυνση Σύνταξης του περιοδικού, η οποία λαμβάνει και την τελική απόφαση περί δημοσίευσης ή όχι μιας εργασίας και διαβιβάζει την απόφασή της, μαζί με τα σχόλια των κριτών, στους συγγραφείς. Η διαδικασία της αξιολόγησης<sup>3</sup> διαρκεί συνήθως 3-4 μήνες. Από την ημερομηνία αποστολής των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης στους συγγραφείς, δίδεται περιθώριο ενάμιση μήνα για την επανυποβολή της αναθεωρημένης εργασίας, εφόσον έχουν ζητηθεί διορθώσεις.

<sup>1</sup> Το δείγμα ευκολίας (ή ευχέρειας) αναφέρεται στις περιπτώσεις που η επιλογή των συμμετεχόντων γίνεται με κύριο κριτήριο την ευκολία προσέγγισης αυτών. Αν για παράδειγμα, ένας ερευνητής επιθυμεί να διερευνήσει την ικανοποίηση των φοιτητών από τις διοικητικές /υποστηρικτικές υπηρεσίες των Πανεπιστημίων και σταθεί έξω από τα Αμφιθέατρα διαφόρων σχολών, μοιράζοντας στα διαλείμματα των μαθημάτων ερωτηματολόγια προς τους φοιτητές, μέχρις ότου συγκεντρώσει τον επιθυμητό αριθμό συμπληρωμένων ερωτηματολογίων, τότε πρόκειται για δείγμα ευκολίας. Γίνεται εύκολα αντιληπτό, ότι αυτός ο τρόπος δειγματοληψίας δεν είναι ο πλέον αντιπροσωπευτικός και θα πρέπει να αποφεύγεται. Ωστόσο, μεγάλο μέρος των μελετών γίνεται με δείγματα ευκολίας και αυτός είναι ένας περιορισμός ο οποίος θα πρέπει να αναφέρεται στις μελέτες.

<sup>2</sup> Τυχαία δειγματοληψία υφίσταται όταν, από ένα σαφώς καταγεγραμμένο και αρχειοθετημένο πληθυσμό-πηγή επιλεγεί τυχαία, με τη χρήση π.χ. ενός πίνα-

κα τυχαίων αριθμών, ο επιθυμητός αριθμός συμμετεχόντων. Για παράδειγμα, στην περίπτωση μιας μελέτης διερεύνησης της ικανοποίησης των χρηστών ενός Κέντρου Υγείας οι οποίοι το επισκέφθηκαν το προηγούμενο τρίμηνο, τυχαία δειγματοληψία θα υφίστατο εφόσον: το σύνολο των χρηστών που επισκέφτηκε το Κέντρο Υγείας το προηγούμενο τρίμηνο τίθονταν (με ίδια μικρά κλειστά χαρτάκια) σε μία κληρωτίδα και εξ αυτής, κατόπιν πλήρους ανακίνησης, επιλεγόταν ο επιθυμητός αριθμός συμμετεχόντων στην έρευνα. Αυτό το είδος δειγματοληψίας είναι προτιμητέο.

<sup>3</sup> Τόσο οι κριτές όσο και τα μέλη της διεύθυνσης σύνταξης του περιοδικού εργάζονται εθελοντικά, ώστε να είναι εφικτή η διατήρηση σε σχετικά χαμηλά επίπεδα της εγγραφής και ετήσιας συνδρομής στην ΕΕΜΥΥ, οπότε και εξασφαλίζει κάποιος δικαίωμα δημοσίευσης άρθρων και δωρεάν ηλεκτρονικής λήψης των τευχών.



## A. General Information

The "HEALTH Review" online journal publishes scientific content in the field of Health Policy and Management, as well as related disciplines, with the aim to promote the knowledge and development of discussion at a national and international level.

The e-journal issues are available to HHSMA members, who have paid their annual subscription fee. The HHSMA members may also submit papers to be published. All submitted papers are subject to blind peer-review. Authors-not HHSMA members, after the peer review process and positive evaluation (required/or not modifications), will be informed in order to subscribe as HHSMA members before the work is published.

A charge is only applicable if authors desire the issue which contains their published work in print edition. This desire should be stated in the submitted paper. The charged cost refers to the printing and postal expenses. After an issue is published is not possible to order it in print edition.

The publisher (HHSMA) and the editor-in-chief adopt the "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly work in Biomedical Journals" and the International Committee of Medical Journal Editors' guidelines.

## B. Moral and Ethical Issues

### 1) Commitments of the publisher (HHSMA) and the editor-in-chief

The publisher (HHSMA) and the editor-in-chief are committed to the **unbiased review of papers** even if their content differs from the respective positions of HHSMA on health policy issues. More specifically, the paper review process is described in section D.

In addition, the publisher (HHSMA) and the editor-in-chief state that their final decisions on whether or not to publish an article are exclusively based on scientific criteria and in no case, they are affected by any financial sponsorships in support of the publication of the journal or of HHSMA.

### 2) Obligations for authors

**Originality of content.** The content submitted to peer review process must be original, namely not published or submitted to another print journal or e-journal. If the content is derived from an extensive paper with a large wealth of results that can lead to more than one publication, it should be ensured that there is no repetition of the same findings in the various publications. Submitting the same work or part of an already published work to two or more journals is an unacceptable practice and the editor-in-chief may reject papers that have already been published in other publications.

**Plagiarism.** Authors have to convey and compose the information they collect from other authors' papers, by using their own writing style, avoiding using word for word, and always indicating the sources (bibliographies). In a small part of the text (eg one or two paragraphs in the whole text) it is

possible to transfer verbatim excerpts from other authors' papers (eg definitions or difficult concepts) if the authors consider that the attempt to convey the meaning of these excerpts with their own writing style involves the risk of conceptual falsification. In this case, these excerpts should be enclosed in quotation marks and italics should be used.

In order to avoid plagiarism (that has also legal implications), the editor-in-chief uses special software (for both Greek and English content) and reserves the right to return the paper to the authors for amendments or even reject it before the peer review process (if malicious plagiarism is detected).

**Conflict of Interest/Declaration of Interest & Funding Statement.** If the research or other study submitted for publication has been funded by a third party or there are conflicting interests (conflict of interest) of any kind, the author must disclose the fact, in separate paragraphs at the end of the paper.

**Reference list.** All the individuals who substantially and actively contributed to the conduct of the study (eg developed the methodological design, carried out the literature review, developed and / or weighed the study tool, etc.) and to the writing of the corresponding text have the right to be included in the reference list. Individuals who provided the approval for a study facilitated the collection of certain data, should be acknowledged to a separate section of the paper, namely the acknowledgments section. Additions/removals or revisions to the authors' presentation order are not accepted by the editor-in-chief after the paper has been submitted.

**Securing and maintaining permissions/approvals for conducting a study, securing up-to-date consent of participants.** In the case of research studies, the authors must clearly state the permissions/approvals they have received in the Methodology section (eg permission from the scientific committee of a hospital, approval of a research protocol by academic organisations) and describe the process of getting informed consent from the participants. The editor-in-chief reserves the right to request from the authors to submit the respective permissions/approvals/consent forms.

**Retention of raw data.** The editor-in-chief may selectively request from authors the raw data of research papers to confirm/verify the results presented in the submitted paper. In any case, data ownership remains to the authors.

**Presentation of results concerning individuals/legal entities.** Authors must process and present data derived from individuals (eg health professionals, patients, health service users, etc.) anonymously. In case of presentation of results concerning legal entities (eg hospitals, ministries, organisations, associations), the authors must have ensured the consent of the administrations of the respective legal entities in order to refer nominally to these entities. Otherwise, the reference to the legal entities will be made anonymously through a more general description of their status (eg the study was conducted in a public general tertiary hospital in Attica or in a private rehabilitation center in Northern Greece).

**Copyright.** The submission of content for publication in the journal "HEALTH Review" automatically constitutes a formal declaration and consent of the author/s that: they grant

HHSMA and the journal the exclusive right to firstly publish their work.

## C. Submission and Requirements of Papers

### 1) Submission of papers

The papers are only submitted electronically, by using the pre-established Word template (<https://www.eemyy.gr/docman/various/288-healthreview-paper-template-2>), in the following e-mail [healthreview@eemyy.gr](mailto:healthreview@eemyy.gr)

### 2) Subjects, types and extent of papers

Papers dealing with issues related to Health Economics and Policies, Health Informatics, Biomedical Technology, Quality and mainly the Scientific Management of Health Services both in Greece and internationally are accepted for peer-review. Papers with entirely clinical content (eg clinical trial results) do not fall within the scope of the journal.

Original papers presented at conferences or other scientific events of HHSMA are also considered to have been submitted for peer-review and subsequent publication in the journal "HEALTH Review", unless there is a clear objection.

Depending on the type, the submitted papers should not exceed the following number of words, including the Summary of the Tables and the Bibliographies:

Research studies and Literature Reviews: until 3.500 words

Opinion and informative papers: until 1.500 words

Letters and Book reviews: until 500 words

### 3) Structure and Formatting of the content of papers

**Language & Formatting of text / shapes / tables:** All papers submitted for peer-review should be written in Greek or English, on A4 size pages, with a white border of 2 cm on all sides, in Times New Roman or Arial font, in letters of size 12 and typed in double line spacing. All pages must be numbered in the lower right corner.

**Pages of identity, title and abstract.** All papers to be reviewed should be accompanied by the abovementioned pages in the following order:

The first Page of identity should indicate in mixed case letters, the Job Title (up to 15 words), the Name (s) - formal/academic qualifications - professional titles - the employer - the postal address - the phone number - and the author's/authors' email address. If there are more than one author, the corresponding author for the journal is appointed.

The second Page of title should indicate in mixed case letters both the full and short title of the paper. The short title of the paper should not exceed the 50 characters. Names should not be written on this page.

The third page of the Greek Abstract should indicate the purpose/objective of the paper with clarity, briefly the methodology and some basic representative findings from the paper as well as the main conclusions. The length of the summary can range from 200 until 300 words. At the end of the Abstract, 3-6 Keywords should be referred.

On the Fourth page, the Title of the Job position in English, the name/s of the author/s with Latin characters and the English Abstract (200-300 words) with the same content as the Greek one are written and also accompanied by the 3- 6 Keywords.

**Main body of the paper:** Each paper should be structured in separate sections which need to have the corresponding titles such as the following titles proposed:

- ✓ Introduction
- ✓ Purpose – Objectives
- ✓ Methodology
- ✓ Results
- ✓ Discussion - Conclusion
- ✓ Acknowledgments (if the authors consider this appropriate)
- ✓ Funding Statement (if applicable)
- ✓ Declaration of Conflict of interest (if applicable)
- ✓ Literature references

The editor-in-chief of the journal draws the attention of (especially young) authors to the following topics:

- ✓ Clearly state the primary purpose - objective of the paper and distinctly describe each research question
- ✓ Summarize in the Discussion - Conclusions section the main findings of the paper (which should have been presented in detail in the section of Results) and comment them in relation to the Greek and international literature. Tables, shapes and charts should not be placed in this section.

In the same section, interpretative comments of the authors and/or working hypotheses that derive from the study and need further investigation in the future or the limitations of the study (if they were not described in the section of Methodology) can be placed. The section concludes with a reference to the contribution of the findings of the paper to the exercise of health policy and / or to the formulation of realistic proposals for dealing with a problem or improving the way an issue is managed. Successful writing of the discussion requires authors' skillfulness so that the reader could immediately understand which of the following: a) relate to findings of the current study b) refer to results of other comparable studies and c) relate to personal views/interpretative comments or working hypotheses posed by the authors.

- ✓ The literature references should follow the:

Vancouver reference style

[https://help.ebsco.com/interfaces/EBSCO\\_Guides/EBSCO\\_Interfaces\\_User\\_Guide/Citing\\_Articles\\_in\\_Vancouver\\_ICMJE\\_Style](https://help.ebsco.com/interfaces/EBSCO_Guides/EBSCO_Interfaces_User_Guide/Citing_Articles_in_Vancouver_ICMJE_Style)

Or Harvard reference style

[https://connect.ebsco.com/s/article/Citing-Articles-in-Harvard-Author-Date-Style?language=en\\_US](https://connect.ebsco.com/s/article/Citing-Articles-in-Harvard-Author-Date-Style?language=en_US)

<sup>1</sup> Convenience sampling (also known as Opportunity sampling) refers to the cases where the selection of participants is made with the ease of approach as the main criterion. For example, if a researcher wishes to investigate students' satisfaction from the administration/support services of Universities and stands outside the auditoriums of various faculties distributing questionnaires to students during class breaks until he or she collects the desired number of completed questionnaires, then it is a convenience sample. It is easily understood that this method of sampling is not the most representative one and should be avoided. However, a certain number of studies is carried out with convenience samples and this is a limitation that should be mentioned in the studies.

<sup>2</sup> Random sampling occurs when the desired number of participants is randomly selected from a clearly recorded and archived source-population by using e.g. a table of random numbers. For example, in the case of a study aiming to investigate the users' satisfaction of a Health Center who visited it in the previous quarter, random sampling would occur if: all users who visited the Health Center in the previous quarter were placed (with the same small closed papers) in a raffle box and after complete shaking, the desired number of participants in the research was selected from it. This type of sampling is preferred.

# Author Guidelines

However, the same reference system must be observed uniformly throughout the paper, by faithfully following the respective international standards. Use of the DOI is highly encouraged.

✓ Tables, Shapes, Charts, can also be colored. They should definitely be numbered in the order in which they are listed. The Tables should be titled after the numbering (at the top) and similarly the Shapes/Charts should have an explanatory subtitle/caption (at the bottom) and be placed in the paper, in the desired place of their quotation. However, the editor-in-chief of the journal reserves the right to final pagination, based on technical criteria.

In particular, for the Methodology and Results sections, the instructions to the authors for each type of paper are the following:

## I. Research Papers

✓ The section of the Methodology should include: the type of study (eg quantitative synchronous, quantitative retrospective, qualitative etc.), the size and composition of the population under study (eg health professionals of specific specializations, users of services of specific type structures, etc.), the method of sampling (eg convenience sampling<sup>1</sup>, random sampling<sup>2</sup>), the method of data collection (eg with personal interviews, self-completing questionnaires, etc.) the time of data collection, as well as the "tool/s" of the study. If a "tool/s" is developed by other researchers then it is definitely necessary to be referred to the Methodology section and the process of obtaining the relevant approvals or if it is a tool available for free. In the case that the tool was created by the authors themselves, the development process should be stated (eg conducting a pilot study for its weighting). In the same or in a separate sub-section, the relevant approvals obtained for the conduct of the study (eg approval of a protocol by ethics committees, authorization to conduct a study by scientific committees of hospitals, etc.), and the relevant moral and ethical issues (eg how to ensure informed consent of the participants, anonymous management of the personal data of the participants, etc.) should also be mentioned. In addition, in the Methodology section, it is necessary to make a brief description of the way of analysis of the data and the statistical tests that were applied. Finally, the section of either Methodology or Discussion should include the Limitations of each study.

✓ The Results section includes a presentation of the findings of the paper with the use of a limited number of Tables - Shapes - Charts, accompanied by the text where the worth-mentioning results will be cited. However, all the findings presented in the form of tables-shapes-charts should not be repeated in the text. Moreover, the Results section should not refer to similar findings of other papers, nor should any interpretive comments of the authors be stated in this section (as these should be presented in the Discussion section).

## II. Systematic Review Papers

✓ In the Methodology section describe: the sources of the papers (eg electronic databases such as Scopus, Pubmed, ScienceDirect), the keywords in all the languages used, the peri-

od of publication of the papers included in the systematic review as well as the review criteria of the papers.

Authors are strongly encouraged to consider the PRISMA Checklist when writing systematic review papers (<http://www.prisma-statement.org/>).

It is emphasized that systematic reviews carried out by other authors should not be included in the presented studies of a new systematic review.

✓ In the Results section, firstly set the Flow Chart through which the different phases of the systematic review should be recorded. The Flow Chart illustrates the number of studies identified related to the topic and successively the reasons for the exclusion of some of these studies, the remaining number of studies and the final number of studies included in the systematic review (<http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>).

The description of the studies included in the systematic review should be captured through tables as well where in separate columns: the authors of each paper, the year of publication and the country/countries (in case of transnational studies), the purpose/object of each study, the participants/sample of the study, the type of study (eg quantitative, qualitative, etc.) and the main findings will be presented.

## D. The Peer-Review Process

All submitted papers receive a serial code number from the Editorial Secretariat, based on their date of receipt, which is electronically communicated to the author responsible for the correspondence and used for any future communication, which, in any case, takes place exclusively via e-mail: [healthreview@eemyy.gr](mailto:healthreview@eemyy.gr).

Firstly, the editor-in-chief of the journal examines the submitted papers in terms of subject and the degree of compliance with the above instructions. In case that the subject of a paper is not consistent with the corresponding subject of the journal or in case that the authors have not faithfully followed the current guidelines, the editor-in-chief reserves the right to reject or return the paper to the corresponding author for amendments.

Papers that are in accordance with the journal guidelines are sent by the editor-in-chief to independent reviewers (usually two) in order to review, make amendments, and finally suggest their publication (with/or without amendments) or their rejection. If required, the opinion of a statistician is requested. The identity of the reviewers is in no case disclosed to the authors and likewise the identity of the authors is not disclosed to the reviewers (double blind peer review process).

The reviewers' findings are received by the journal editor-in-chief who makes the final decision on whether or not to publish a paper and forwards its decision along with the reviewers' comments to the authors. The peer review process<sup>3</sup> usually lasts 3-4 months. From the date of sending the results of the peer review to the authors, a period of one and a half month is given for the re-submission of the revised paper if amendments have been requested.

<sup>3</sup> Both the reviewers and the members of the editorial board of the journal work voluntarily in order to maintain the membership fees to HHSMA relatively low, which ensures the right to receive issues free-of-charge and publish papers.



# Άλλες εκδόσεις της ΕΕΜΥ

Από το 2019 η ΕΕΜΥ προχώρησε στην έκδοση του ενημερωτικού περιοδικού HEALTH Affairs, που διανέμεται ΔΩΡΕΑΝ σε όλα τα Μέλη της, σε ηλεκτρονική μορφή. Δημοσιεύονται ελληνικές και διεθνείς ειδήσεις του Τομέα Υγείας, φιλοξενούνται άρθρα, επιστολές και σχόλια των Μελών αναδημοσιεύονται ενδιαφέροντα κείμενα του έντυπου και ηλεκτρονικού τύπου. Όλα τα Μέλη έχουν ελεύθερη πρόσβαση δημοσιοποίησης των απόψεών τους και ειδήσεων που τους ενδιαφέρουν. Το περιοδικό κυκλοφορεί τον Μάρτιο, Ιούλιο και Νοέμβριο κάθε έτους.

## HEALTH Affairs IN GREECE Τεύχος 8

Τετραμηνίο Ενημερωτικό Περιοδικό  
e-ISSN 2654-0444 | ISSN 2654-0452  
Διανέμεται ΔΩΡΕΑΝ σε Μέλη της ΕΕΜΥ

### Ένα Σημαντικό Πλήγμα για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ανακοίνωσε την απεικόνιση της δεύτερης πανδημίας που τον ΕΟΔΟ στα τέλη του 2020. Κατά τις τελευταίες εβδομάδες της παραπάνω 3.481 άτομα μολύνθηκαν από τον αιμορρágico πυρετό και 2.299 άνθρωποι πέθαναν από τον αιμορρágico πυρετό από τον 15 Ιανουάριο της επόμενης εβδομάδας. Ο ΠΟΥ δήλωσε ότι η επιδημιολογία της δεύτερης πανδημίας είναι πολύ πιο επικίνδυνη από την πρώτη, καθώς η δεύτερη πανδημία θα είναι πιο εύκολα μεταδοτική και θα προκαλέσει περισσότερα θάνατα. Η δεύτερη πανδημία θα είναι πιο εύκολα μεταδοτική και θα προκαλέσει περισσότερα θάνατα. Η δεύτερη πανδημία θα είναι πιο εύκολα μεταδοτική και θα προκαλέσει περισσότερα θάνατα.

### Το 23ο Συνέδριο της ΕΕΜΥ

27-29 Σεπτεμβρίου 2021  
17-18 Οκτωβρίου 2021

- 1. Έλενα Τζαβρού - Πρόεδρος των Αρρώστων των Αρρώστων - 27-28 Σεπτεμβρίου 2021
- 2. Άννα Κιτσοπούλου - Πρόεδρος του ΟΑΠΥ - 28 Σεπτεμβρίου 2021
- 3. Άννα Κιτσοπούλου - Πρόεδρος του ΟΑΠΥ - 28 Σεπτεμβρίου 2021
- 4. Άννα Κιτσοπούλου - Πρόεδρος του ΟΑΠΥ - 28 Σεπτεμβρίου 2021

## HEALTH Affairs IN GREECE Τεύχος 7

Τετραμηνίο Ενημερωτικό Περιοδικό  
e-ISSN 2654-0444 | ISSN 2654-0452  
Διανέμεται ΔΩΡΕΑΝ σε Μέλη της ΕΕΜΥ

### ΑΛΛΗΛΕΠΗΔΗ Η ΣΧΕΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

#### Οι Συνέπειες από την Πανδημία και οι Προοπτικές Ανάκαμψης

Η πανδημία κορόνα κέρει τα οικονομικά συστήματα σε παγκόσμια κλίμακα, προκαλώντας απώλειες σε τρισεκατομμύρια δολάρια. Η οικονομία της Ελλάδας έχει υποστεί σημαντικές απώλειες, με το ΑΕΠ να μειώνεται κατά 2,8% το 2020. Η οικονομία της Ελλάδας έχει υποστεί σημαντικές απώλειες, με το ΑΕΠ να μειώνεται κατά 2,8% το 2020. Η οικονομία της Ελλάδας έχει υποστεί σημαντικές απώλειες, με το ΑΕΠ να μειώνεται κατά 2,8% το 2020.

### Το 22ο Συνέδριο της ΕΕΜΥ

22-24 Σεπτεμβρίου 2021

- 1. Άννα Κιτσοπούλου - Πρόεδρος του ΟΑΠΥ - 22-23 Σεπτεμβρίου 2021
- 2. Άννα Κιτσοπούλου - Πρόεδρος του ΟΑΠΥ - 23 Σεπτεμβρίου 2021
- 3. Άννα Κιτσοπούλου - Πρόεδρος του ΟΑΠΥ - 23 Σεπτεμβρίου 2021

## HEALTH Affairs IN GREECE Τεύχος 6

Τετραμηνίο Ενημερωτικό Περιοδικό  
e-ISSN 2654-0444 | ISSN 2654-0452  
Διανέμεται ΔΩΡΕΑΝ σε Μέλη της ΕΕΜΥ

### Μόνο η Ραγδαία Επιδόταξη των Εμβολιασμών θα Λύσει Πραγματικά το Πρόβλημα της Χώρας

Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), η Ελλάδα βρίσκεται στην κορυφή της λίστας των χωρών με τον υψηλότερο αριθμό θανάτων από COVID-19 ανά 100.000 κάτοικοι. Η Ελλάδα βρίσκεται στην κορυφή της λίστας των χωρών με τον υψηλότερο αριθμό θανάτων από COVID-19 ανά 100.000 κάτοικοι. Η Ελλάδα βρίσκεται στην κορυφή της λίστας των χωρών με τον υψηλότερο αριθμό θανάτων από COVID-19 ανά 100.000 κάτοικοι.

### Το 20ο Συνέδριο της ΕΕΜΥ

20-22 Σεπτεμβρίου 2021

- 1. Άννα Κιτσοπούλου - Πρόεδρος του ΟΑΠΥ - 20-21 Σεπτεμβρίου 2021
- 2. Άννα Κιτσοπούλου - Πρόεδρος του ΟΑΠΥ - 21 Σεπτεμβρίου 2021
- 3. Άννα Κιτσοπούλου - Πρόεδρος του ΟΑΠΥ - 21 Σεπτεμβρίου 2021

Από το 2016 η ΕΕΜΥ διαθέτει ΔΩΡΕΑΝ στα Μέλη της αυτοτελείς εκδόσεις με τη μορφή βιβλίων για σημαντικά θέματα ή booklets με τη Συμπεράσματα των ετήσιων συνεδρίων της. Στον ιστότοπο [www.eemy.gr](http://www.eemy.gr), εκτός από την καθημερινή ειδησεογραφία, τα Μέλη μπορούν να βρουν τα πλήρη κείμενα των βραβευμένων εργασιών και όλες τις Περιλήψεις εισηγήσεων στα συνέδρια της τελευταίας 16ετίας, όλες τις δημόσιες τοποθετήσεις της εταιρείας, το Καταστατικό και όλα τα Πρακτικά του Δ.Σ. από την ίδρυση της ΕΕΜΥ (2003). Τέλος, στην ομάδα της ΕΕΜΥ στο Facebook διατίθεται καθημερινά ένας ενδιαφέρων διάλογος μεταξύ των 1.410 εγγεγραμμένων λειτουργών υγείας.

## Γεωργία (Γαού) Οικονομοπούλου

### Διακυβέρνηση των Ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων

ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ, ΑΝΑΓΚΕΣ και ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

ΑΘΗΝΑ, 2016

ΕΕΜΥ - Εταιρεία Επιστημονικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας

## ΥΓΕΙΑ: Η Στρατηγική της Διά-κρίσης

Το Αναλυτικό Συμπέρασμα του 20ου Πανελληνίου Συνεδρίου της ΕΕΜΥ (2018)

ΑΘΗΝΑ, 2019

ΕΕΜΥ - Εταιρεία Επιστημονικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας

## Η Μετάβαση του ΕΣΥ από την Ποσότητα στην Αξία

Το Αναλυτικό Συμπέρασμα του 19ου Πανελληνίου Συνεδρίου της ΕΕΜΥ (2017)

ΑΘΗΝΑ, 2018

ΕΕΜΥ - Εταιρεία Επιστημονικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας



**Η** «Ελληνική Εταιρεία Management Υπηρεσιών Υγείας» (ΕΕΜΥΥ), είναι το μοναδικό σωματείο που στοχεύει στην επικράτηση των αρχών του επιστημονικού management κατά τον σχεδιασμό πολιτικών υγείας και κατά την καθημερινή πρακτική λειτουργία των υπηρεσιών και μονάδων υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Η ΕΕΜΥΥ αποτέλεσε οργανωτική μετεξέλιξη του «Πανελληνίου Συλλόγου Διευθυντικών Διοικητικών Στελεχών του ΕΣΥ» (ΠΑΣΥΔΔΙΣ-ΕΣΥ), που είχε ιδρυθεί το 1995, επεκτεινόμενη το 2002 και στα στελέχη του ιδιωτικού τομέα Υγείας.

### Σκοπός της ΕΕΜΥΥ είναι:

- α) Η καλλιέργεια, εμβάθυνση και προώθηση των επιστημών της Διοίκησης, της Οικονομίας και της Πολιτικής Υγείας, η προαγωγή της έρευνας και της εκπαίδευσης σ' αυτούς τους τομείς.
- β) Η επιστημονική, εργασιακή, επαγγελματική και πολιτιστική ανάπτυξη και αναβάθμιση των υγειονομικών στελεχών που ασχολούνται με τη Διοίκηση, την Οικονομία και τις Πολιτικές Υγείας. Η περαιτέρω καλλιέργεια και εμβάθυνση της επιστημονικής τους γνώσης και η συνεχής επιμόρφωσή τους.
- γ) Η επεξεργασία θέσεων και προτάσεων για τον εκσυγχρονισμό, τη βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα.
- δ) Η εξύψωση και προβολή του έργου και της προσφοράς των υγειονομικών στελεχών που ασχολούνται με τη Διοίκηση, την Οικονομία και τις Πολιτικές στον ευαίσθητο τομέα της Υγείας και γενικότερα στην κοινωνική ανάπτυξη της χώρας. Η συνεχής βελτίωση της οργάνωσης και άσκησης του έργου τους και η εγκαθίδρυση του διακριτού επαγγέλματος του **Manager** Υπηρεσιών Υγείας.
- ε) Η προσαρμογή του εκπαιδευτικού συστήματος στις ανάγκες της χώρας σε εξειδικευμένο υγειονομικό ανθρώπινο δυναμικό.
- στ) Η συνεργασία με αντίστοιχες ημεδαπές ή αλλοδαπές οργανώσεις, όπως επιστημονικούς ή επαγγελματικούς συλλόγους, τριτοβάθμια ιδρύματα, επιστημονικούς φορείς, που επιτελούν όμοιους ή παρεμφερείς σκοπούς ή που η συνεργασία μαζί τους βοηθά, άμεσα ή έμμεσα, στην επίτευξη των σκοπών της ΕΕΜΥΥ.
- ζ) Η ανάληψη, συμμετοχή και προώθηση ερευνητικών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων, σεμιναρίων και συνεδρίων σχετικών με τις επιστήμες της Διοίκησης, της Οικονομίας και της Πολιτικής Υγείας, στην ημεδαπή ή την αλλοδαπή.

### Τα Μέλη της ΕΕΜΥΥ

Ως Τακτικά Μέλη της ΕΕΜΥΥ μπορούν να εγγραφούν οι κάτοχοι πτυχίου τριτοβάθμιας εκπαίδευσης Οικονομικών, Πολιτικών ή Νομικών Επιστημών, Διοίκησης Επιχειρήσεων ή Δημόσιας Διοίκησης, Πληροφορικής, Βιοστατιστικής, Ιατρικής, Οδοντιατρικής, Φαρμακευτικής, Νοσηλευτικής, Μηχανικής ή επιστημών συναφών προς τις προαναφερθείσες, Διοίκησης Νοσοκομείων ή Υπηρεσιών Υγείας ελληνικών και αλλοδαπών πανεπιστημίων, οι οποίοι **ασχολούνται** επαγγελματικά με τη Διοίκηση, την Οικονομία, την Τεχνολογία και τις Πολιτικές Υγείας ή **προάγουν** αποδεδειγμένα την επιστήμη στους συγκεκριμένους τομείς.

Το Διοικητικό Συμβούλιο **προσκαλεί** όλα τα επιστημονικά στελέχη που ασχολούνται, με οποιονδήποτε τρόπο, με τις Πολιτικές, τη Διοίκηση, την Οικονομία και την Τεχνολογία Υγείας, στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, **να εγγραφούν** στην ΕΕΜΥΥ και να συμβάλουν προσωπικά στην περαιτέρω ανάπτυξη της επιστήμης και της πρακτικής που ασκείται στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, στα συγκεκριμένα γνωστικά πεδία.

Περισσότερες πληροφορίες για την ΕΕΜΥΥ (*καταστατικό, δημόσιες τοποθετήσεις, αποφάσεις Δ.Σ. κ.λπ.*), αλλά και *ένα πλήθος χρήσιμων κειμένων (επιστημονικές εργασίες, βιβλιογραφία, αρθρογραφία τύπου, πρακτικά προηγούμενων συνεδρίων κ.λπ.)* είναι διαθέσιμα στα Μέλη από τον **ιστότοπο** της εταιρείας.

### Δραστηριότητες

Στις δραστηριότητες της ΕΕΜΥΥ περιλαμβάνονται το ετήσιο **Συνέδριο** Management Υπηρεσιών Υγείας, το επιστημονικό περιοδικό "**Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ**", το ενημερωτικό περιοδικό "**HEALTH Affairs in Greece**", η λειτουργία του site καθημερινής ενημέρωσης **www.eemyy.gr**, επιμορφωτικά σεμινάρια, αυτοτελείς εκδόσεις, συχνές δημόσιες παρεμβάσεις και διατύπωση θέσεων, κλειστή ομάδα στο **facebook** κλπ.

### Διεθνής Εκπροσώπηση

Η ΕΕΜΥΥ εκπροσωπεί διεθνώς την Ελλάδα από το 2006, ως τακτικό Μέλος της **European Association of Hospital Managers (EAHM)** και σήμερα κατέχει **έδρα** στο 7μελές Διοικητικό Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Εταιρείας. Επίσης από το 2018 η ΕΕΜΥΥ είναι συνδεδεμένο Μέλος της **International Hospital Federation (IHF)**.



# The national voice of hospitals and health system

Join our community!

[www.eemyy.gr](http://www.eemyy.gr)

