

Διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής του Ιατρονοσηλευτικού Προσωπικού ενός Γενικού Νοσοκομείου της Περιφέρειας

Αριστοτέλης Κοΐνης,¹ Ελπίδα Στράτου,² Παναγιώτης Καπαρέλος,³
Θεοδόσιος Μώρος,³ Κωνσταντίνα Βογιατζή,⁴ Μαρία Σαρίδη⁵

The Relationship between Demographic Factors and Quality of Life

Abstract at the end of the article

¹Ψυχολόγος ΜΑ, ΜSc, Γενικό Νοσοκομείο
Αργολίδας, Άργος

²Εργοθεραπεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο
Αργολίδας, Άργος

³Νοσηλεύτης ΤΕ, Γενικό Νοσοκομείο
Αργολίδας, Άργος

⁴Διδάκτωρ, Ειδικεύομενη Καρδιολογίας,
Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας, Άργος

⁵Διδάκτωρ, Διευθύντρια Νοσηλευτικής
Υπηρεσίας, Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου,
Κόρινθος

Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής,
Ψυχιατρικής και Νευρολογίας,
Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου

Υποβλήθηκε: 13.11.2013

Επανυποβλήθηκε: 17.1.2014

Εγκρίθηκε: 15.2.2014

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Αριστοτέλης Κοΐνης

Δημ. Υψηλάντου 15, 212 00 Άργος

Τηλ.: 2751 300 233/6976 856 215

e-mail: telis_psyc@hotmail.com

Εισαγωγή: Η ποιότητα ζωής (ΠΖ) του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού έχει μελετηθεί ελάχιστα στον ελλαδικό χώρο. Τόσο η καταγραφή της ΠΖ του συγκεκριμένου πληθυσμού όσο και των παραγόντων που την επηρεάζουν αποτελούν ιδιαίτερα ενδιαφέροντα αντικείμενα. **Σκοπός:** Η διερεύνηση της ΠΖ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ενός νοσοκομείου της περιφέρειας και η επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στην ποιότητα ζωής τους. **Υλικό και Μέθοδος:** Στην παρούσα συγχρονική μελέτη συμμετείχε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ενός γενικού νοσοκομείου της περιφέρειας. Το δείγμα αποτέλεσαν 200 εργαζόμενοι του συγκεκριμένου νοσοκομείου, ηλικίας 21-58 ετών (ποσοστό ανταπόκρισης: 91,36%). Το εργαλείο της μελέτης ήταν ανώνυμο, αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, που διερευνά την ΠΖ και το οποίο χρησιμοποιείται διεθνώς από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (WHOQOL-BREF). Το ερωτηματολόγιο είναι σταθμισμένο στα Ελληνικά και ελέγχθηκε για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του, οι οποίες κρίθηκαν ικανοποιητικές (Cronbach's $\alpha=0,873$). Η συλλογή των στοιχείων της μελέτης πραγματοποιήθηκε από τον Ιούλιο έως και τον Οκτώβριο του 2010. Οι στατιστικές μέθοδοι που εφαρμόστηκαν ήταν ο έλεγχος t , η δοκιμασία χ^2 , και η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε να είναι ίσο με 0,05, ενώ η ανάλυση των δεδομένων διενεργήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 16.0. **Αποτελέσματα:** Οι γυναίκες είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα σωματικής υγείας και στο επίπεδο ανεξαρτησίας της ΠΖ σε σχέση με τους άνδρες ($p=0,032$). Η τάση των ατόμων να δηλώνουν ότι δεν είχαν πρόβλημα υγείας σχετιζόταν με υψηλότερη βαθμολογία στους τέσσερις τομείς της ΠΖ ($p<0,001$). Οι άγαμοι και οι έγγαμοι δήλωσαν καλύτερη ΠΖ σε σχέση με τους διαζευγμένους, σε διάσταση και σε χρεία, σε όλους τους παράγοντες της ΠΖ ($p<0,001$). Οι επαγγελματίες υγείας με λιγότερα έτη προϋπηρεσίας (1-10 έτη), δήλωσαν υψηλότερη βαθμολογία σε όλους τους παράγοντες της ΠΖ σε σχέση

με εκείνους που είχαν 20-30 έτη προϋπηρεσίας. Οι επαγγελματίες υγείας, που εργάζονταν στην Αιμοδοσία και στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού είχαν υψηλότερη βαθμολογία σε όλους τους τομείς της ΠΖ ($p=0,042$), ($p=0,027$). **Συμπεράσματα:** Λαμβάνοντας υπόψη και τα αποτελέσματα των στατιστικών ελέγχων της επίδρασης δημογραφικών και άλλων παραγόντων (φύλο, ηλικία, θέση εργασίας, έτη προϋπηρεσίας κ.λπ.) στη σχετιζόμενη με την ΠΖ των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη, διαπιστώθηκε ότι η ΠΖ επηρεάζεται από το περιβάλλον εργασίας, καθώς και από το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ τους -και των δύο φύλων- επειδή επηρεάζουν τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική ευεξία αυτών. Το φύλο αποτελεί σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα, που εξηγεί ένα τμήμα της διακύμανσης της σωματικής υγείας και του επιπέδου ανεξαρτησίας, με τις γυναίκες να έχουν καλύτερη σωματική υγεία σε σχέση με τους άνδρες. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για να δείξουν την οικουμενικότητα των εν λόγω αποτελεσμάτων.

Λέξεις ευρητηρίου: Επαγγελματίες υγείας, ιατροί, νοσηλευτές, περιβάλλον εργασίας, ποιότητα ζωής, υγεία

Εισαγωγή

Οι έννοιες της υγείας και της ασθένειας προσανατολίζουν τη σκέψη των ανθρώπων σε ένα μεγάλο ποσοστό σχετικά με την ιατρονοσηλευτική αντιμετώπιση και τη θεραπευτική φαρμακευτική αγωγή, που είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της υγείας. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, ο ρόλος της Ψυχολογίας σε σχέση με την υγεία και τη διατήρηση της ποιότητας ζωής (ΠΖ) φαίνεται να κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος, με αποτέλεσμα να αποτελέσει ένα αναπόσπαστο τμήμα της έρευνας, που αφορά στη μέτρηση της ΠΖ, η οποία σχετίζεται με την ασθένεια. Από ιατρική σκοπιά, ο όρος «υγεία» αναφέρεται στην άρτια λειτουργία των ζωτικών οργάνων του σώματος και επικεντρώνεται στη σωματική ευεξία. Ειδικότερα, η Ψυχολογία και η Κοινωνιολογία πραγματοποιώντας μια υπέρβαση των ορίων της ιατρικής επιστήμης, αντιμετωπίζουν την υγεία ως μια έννοια πολυδιάστατη, που εμπεριέχει εκτός από τη σωματική διάσταση, δύο επιπλέον διαστάσεις: την ψυχική και την κοινωνική. Τις τελευταίες δεκαετίες, στο χώρο της ιατρονοσηλευτικής κοινότητας σημειώνεται στροφή προς την ανθρωποκεντρική προσέγγιση, αποδίδοντας ιδιαίτερη προσοχή στην έννοια «ποιότητα ζωής» και στη σχέση της με την υγεία.

Η ΠΖ έχει απασχολήσει πολλούς ερευνητές και θεωρητικούς, οι οποίοι με διάφορους ορισμούς αποτυπώνουν την έννοια αυτή, μέσω ενός σύνθετου και πολυθεματικού περιεχομένου. Ποιότητα ζωής (quality of life) ή ευημερία (well being) ή καλή ζωή (good life) είναι όροι που

βρίσκονται στο επίκεντρο του διεθνούς ενδιαφέροντος. Η ΠΖ αποτελεί αδιαμφισβήτητη μια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια. Διαχρονικά, έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί, ανάλογα με την οπτική γωνία υπό την οποία κάθε μελετητής ή στοχαστής αντιμετωπίζει το θέμα.¹ Σύμφωνα με άλλους μελετητές, η ΠΖ αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό μιας κοινωνίας και αφορά στις προϋποθέσεις, τις οποίες πρέπει να πληροί κάποιο άτομο για να είναι ευτυχισμένο.²

Πιο πρόσφατες εννοιολογικές προσεγγίσεις σχετικά με την ΠΖ, την ορίζουν ως τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική ευημερία του ατόμου, καθώς και την ικανότητά του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής του διαχωρίζοντάς την από τις συνθήκες διαβίωσης που αναφέρονται, γενικά, στις συνθήκες της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, έτσι όπως αυτές αντικατοπτρίζονται στο εισόδημα και τα καταναλωτικά πρότυπα, ενώ η έννοια ΠΖ είναι ευρύτερη και αναφέρεται στη γενική ευημερία των ατόμων που διαμένουν σε μια κοινωνία.³

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η ΠΖ ορίζεται ως «η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, η οποία διαμορφώνεται στο πλαίσιο των αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας, στην οποία ζει και είναι σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια, τα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του».⁴ Όπως είναι εμφανές, στους παραπάνω ορισμούς της ΠΖ παρατηρείται ένας διαχωρισμός μεταξύ των αντικειμενικών και των υποκειμενικών παραμέτρων. Εντούτοις, η αναγκαιότητα

του συνδυασμού των δύο αυτών παραμέτρων οδηγεί τους μελετητές στη διατύπωση ότι «η ΠΖ ορίζεται ως το να είναι η ζωή καλή και αξιολογείται με κριτήρια υποκειμενικά, αλλά και αντικειμενικά, που καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών». ^{5,6} Από όλα τα παραπάνω, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η έννοια «ποιότητα ζωής» δεν έχει καθοριστεί με ένα συγκεκριμένο και ομοιόμορφο τρόπο. Ο ακριβής προσδιορισμός της βρίσκεται σε μια διαδικασία συνεχούς εξέλιξης και για το λόγο αυτό συναντάμε πολλές εννοιολογικές ασάφειες αναφορικά με τον ορισμό της. ⁷

Η ΠΖ, στο χώρο των κοινωνικών επιστημών, ορίζεται και αξιολογείται με τη χρήση κατάλληλων δεικτών, οι οποίοι έχουν προκύψει από συστηματική και επιστημονική μελέτη και θεωρούνται έγκυροι. Οι δείκτες της ΠΖ είναι η υγεία, το φυσικό περιβάλλον, η κατοικία, οι συνθήκες διαβίωσης, η χρήση του χρόνου, η κοινωνική ένταξη, η οικονομική δυνατότητα κάλυψης των αναγκών, η ασφάλεια από εξωτερικούς κινδύνους και το αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή. ⁸

Σήμερα, είναι πλέον ευρέως αποδεκτό ότι η υγεία και η ΠΖ αποτελούν ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, η λειτουργία του οποίου διέπεται τόσο από τις αρχές της καθολικότητας αλλά και της εξατομίκευσης όσο και από τις αρχές της πραγματικότητας αλλά και της ικανοποίησης των αναγκών του σύγχρονου κοινωνικού ατόμου. Οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της υγείας και της ΠΖ αφορούν όχι μόνο στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας αλλά και στη σωματική και την ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία του ανθρώπου. Μείζονος σημασίας θεωρείται επίσης η συσχέτιση και η αλληλεξάρτηση παραγόντων και παραμέτρων της προσωπικής και της κοινωνικής ζωής, η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή, η ηθική, η αυτοεκτίμηση και η αυτοπραγμάτωση του κάθε ανθρώπου, συντελεστές που επηρεάζουν την ολοκλήρωση της προσωπικότητας του ατόμου. ⁹⁻¹¹ Η υγεία και η ΠΖ ενός ατόμου επηρεάζονται από ένα σύνολο προσδιοριστικών παραγόντων, οι σημαντικότεροι από τους οποίους φαίνεται να είναι το εισόδημα και ο τόπος διαμονής του, οι κλιματολογικές συνθήκες, η διατροφή, το εκπαιδευτικό, το μορφωτικό και το πολιτιστικό επίπεδο, ο τρόπος ζωής, το επίπεδο κοινωνικοοικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης, οι κοινωνικές σχέσεις, το επίπεδο διαταραχής της οικολογικής ισορροπίας, οι συνθήκες εργασίας, η ποιότητα κατοικίας, η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης. ¹²

Η ΠΖ αποτελεί μια υποκειμενική και πολλές φορές ανεπαρκώς οριζόμενη έννοια για τον κάθε άνθρωπο. Τα υποκειμενικά αποτελέσματα της ΠΖ μπορούν επίσης

να επηρεαστούν από παράγοντες της προσωπικότητας. Τα αποτελέσματα επομένως επηρεάζονται από τα χαρακτηριστικά της προδιάθεσης, την οποία δημιουργεί η προσωπικότητα και τα οποία παρεμβαίνουν και, όπως είναι λογικό, προϋπάρχουν χρονικά από την ασθένεια και τη θεραπεία. ^{13,14} Σύμφωνα με τους Wrosch και Scheier, οι παράγοντες της προσωπικότητας ενός ατόμου μπορούν να επιδράσουν έναντι του τρόπου, με τον οποίο οι άνθρωποι προσεγγίζουν τις καταστάσεις της ζωής ή και του τρόπου, με τον οποίο αντιλαμβάνονται όλα τα είδη των εκβάσεων, τα οποία στη συνέχεια μπορεί να έχουν είτε θετικό είτε αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής τους. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ένα άτομο που έχει συνειδητότητα μπορεί να υπερβεί αναπάντεχα εμπόδια πολύ πιο εύκολα, από κάποιον του οποίου το εσωτερικό κίνητρο, που υπό κανονικές συνθήκες δίνει ώθηση να επιτυγχάνει σημαντικούς στόχους στη ζωή, είναι μειωμένο. ¹⁵

Υλικό και Μέθοδος

Δείγμα μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 200 μέλη του ιατρονοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού ενός νοσοκομείου της περιφέρειας (δυναμικότητας 240 κλινών), με ηλικίες από 21-58 ετών. Από το σύνολο των 220 διανεμηθέντων ερωτηματολογίων σε όλο το προσωπικό επιστράφηκαν πλήρως συμπληρωμένα τα 200 (ποσοστό ανταπόκρισης: 91,36%). Το σύνολο του ιατρονοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού που εργάζεται στο νοσοκομείο ήταν 350 άτομα κατά τη διάρκεια της μελέτης.

Στη μελέτη συμμετείχαν οι εργαζόμενοι όλων των ειδικοτήτων και των βαθμίδων (ιατροί, νοσηλεύτες πανεπιστημιακής εκπαίδευσης [ΠΕ], τεχνολογικής εκπαίδευσης [ΤΕ], διετούς εκπαίδευσης [ΔΕ] βοηθοί νοσηλευτών και φοιτητές), οι οποίοι έρχονται καθημερινά σε επαφή με ασθενείς. Στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν τα τμήματα όλων των τομέων (Παθολογικός, Χειρουργικός, Μονάδες). Η μελέτη διεξήχθη σε πρωινό ημερήσιο ωράριο εργασίας. Από τη μελέτη εξαιρέθηκαν οι εργαζόμενοι που βρίσκονταν σε αναρρωτική άδεια το χρονικό διάστημα κατά το οποίο εκπονήθηκε η μελέτη.

Για να επιτραπεί η διεξαγωγή της μελέτης, συντάχθηκε ερευνητικό πρωτόκολλο, το οποίο έλαβε έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου. Στη συνέχεια, ενημερώθηκαν οι προϊστάμενοι όλων των τμημάτων, στα οποία απασχολείται το δείγμα και άρχισε η διαδικασία διανομής των ερωτηματολογίων μαζί με γραπτές οδηγίες. Από όλους τους συμμετέχοντες συμπληρώθηκε έντυπο γραπτής

πληροφορημένης συγκατάθεσης. Ο τρόπος συλλογής του δείγματος πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της τυχαίας κατά στρώματα δειγματοληψίας, με κριτήριο την ειδικότητα, ώστε να συμπεριληφθούν όλες οι ομάδες εργαζομένων στο δείγμα της μελέτης και ως εκ τούτου γίνεται κατανοητό ότι δεν συμπεριλήφθηκε όλο το προσωπικό στη μελέτη.

Πρόκειται για μια περιγραφική μελέτη, η οποία διήρκεσε από τον Ιούλιο του 2010 έως και τον Οκτώβριο του 2010.

Εργαλείο μελέτης

Το ερωτηματολόγιο που επιλέχθηκε για την εκπόνηση της μελέτης σχετικά με τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού του Νοσοκομείου, αποτελεί ερωτηματολόγιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) (WHOQOL_BREF),¹⁶ το οποίο έχει σταθμιστεί στα Ελληνικά από τη Μαρία Τζινιέρη-Κοκκώση και τους συνεργάτες της^{17,18} και σε αυτή την εκδοχή αποτελείται από 30 ερωτήσεις. Εξετάζονται τέσσερις τομείς της ΠΖ: (α) σωματική υγεία και επίπεδο ανεξαρτησίας (9 ερωτήσεις), (β) ψυχολογική υγεία και πνευματικότητα (6 ερωτήσεις), (γ) κοινωνικές σχέσεις (5 ερωτήσεις) και (δ) περιβάλλον (8 ερωτήσεις). Οι βαθμολογίες του σε κάθε παράγοντα κυμαίνονται από 4-20 βαθμούς. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία σε κάθε παράγοντα, τόσο καλύτερη είναι και η ΠΖ του ατόμου στο συγκεκριμένο παράγοντα. Δεν υπάρχει συνολική βαθμολογία των παραγόντων, ενώ υπάρχει συνολική αξιολόγηση της ΠΖ, η οποία προκύπτει από δύο επιπλέον ερωτήσεις (συνολική ΠΖ και κατάσταση υγείας).

Ζητήθηκε η άδεια της συγγραφέα του ερωτηματολογίου για τη χρήση του, στην παρούσα μελέτη, η οποία και δόθηκε. Επίσης, για τις ανάγκες της εν λόγω μελέτης προστέθηκαν ερωτήσεις που αφορούν στην καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στη μελέτη. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις αυτές αφορούν στο φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, τον τόπο διαμονής και την ειδικότητά τους αλλά και τα έτη που εργάζονται στο Νοσοκομείο.

Αξιοπιστία και εγκυρότητα του ερωτηματολογίου

Η αξιοπιστία της εσωτερικής συνοχής στη συγκεκριμένη μελέτη ελέγχθηκε με το συντελεστή συσχέτισης Cronbach's alpha και Standardized Item Alpha. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής για το σύνολο των προτάσεων της κλίμακας ήταν $\alpha=0,873$ και Standardized Item Alpha= $0,877$. Οι δείκτες εσωτερικής συνοχής Cronbach's α ήταν ικανοποιητικοί για όλες σχεδόν τις μεταβλητές του

ερωτηματολογίου, που χορηγήθηκε.

Ηθική και δεοντολογία

Το ερευνητικό πρωτόκολλο κατατέθηκε και εγκρίθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου, στο οποίο διεξήχθη η μελέτη. Πληροφορημένη ευπόγραφη συγκατάθεση δόθηκε από όλους τους συμμετέχοντες στη μελέτη και κατέστη σαφές το δικαίωμα κάθε συμμετέχοντα, να αποχωρήσει από τη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή επιθυμήσει. Τηρήθηκε πλήρως η ανωνυμία όλων των συμμετεχόντων σύμφωνα με το πρωτόκολλο της μελέτης.

Στατιστική ανάλυση

Αφού έγινε η κωδικοποίηση των δεδομένων, διεξήχθη προκαταρκτικός έλεγχος προκειμένου να ελεγχθεί εάν τα δεδομένα της έρευνας ικανοποιούν τις προϋποθέσεις που απαιτούνται για την επιλογή της παραμετρικής στατιστικής ανάλυσης. Οι ποσοτικές μεταβλητές ακολουθούσαν την κανονική κατανομή και για τον λόγο αυτόν εφαρμόστηκαν παραμετρικές μέθοδοι ανάλυσης.

Ειδικότερα, χρησιμοποιήθηκε η διαδικασία T-Test Groups για τον έλεγχο υποθέσεων σε δείγματα που αφορούν σε δύο ανεξάρτητες ομάδες και η στατιστική ανάλυση διασποράς με έναν παράγοντα (One-Way Anova). Για τον έλεγχο των μηδενικών υποθέσεων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ΠΖ και ανεξάρτητη μεταβλητή την ψυχιατρική νοσηρότητα και όσα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ΠΖ στον έλεγχο συσχέτισεων με το συντελεστή Pearson r .

Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 16.0 για Windows.

Αποτελέσματα

Στο δείγμα της παρούσας μελέτης στην κλίμακα ΠΖ, οι συμμετέχοντες εμφάνισαν τιμές στα ίδια περίπου επίπεδα που παρουσιάζονται σε δείγμα του γενικού πληθυσμού.¹⁸ Οι μέσοι όροι για τον παράγοντα σωματική υγεία και επίπεδο ανεξαρτησίας ήταν $13,9\pm 2,6$, για τον παράγοντα ψυχική υγεία και πνευματικότητα $13,8\pm 2,4$, για τον παράγοντα κοινωνικές σχέσεις $13,4\pm 3,1$ και για τον παράγοντα περιβάλλον $MO=12,5\pm 2,2$.

Το δείγμα της παρούσας μελέτης ήταν 200 άτομα, από τα οποία το 29% ($n=58$) ήταν άνδρες και το 71% ($n=142$) γυναίκες. Το 59,7% των επαγγελματιών υγείας

(n=120) ήταν νοσηλευτές όλων των βαθμίδων, το 30,3% ιατροί (n=61), το 9,5% (n=19) αφορούσε σε άτομα που ανήκαν σε παραϊατρικά επαγγέλματα (τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων) και το 0,5% (n=1) σε φοιτητές. Όσον αφορά στην εκπαίδευσή τους, το 36,8% ήταν απόφοιτοι Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΤΕΙ) (n=74), το 24,4% (n=49) απόφοιτοι Ιδιωτικού Εκπαιδευτικού Κέντρου (ΙΕΚ), το 24,4% (n=49) απόφοιτοι Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΑΕΙ) και το 10% (n=20) κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών.

Οι γυναίκες ανέφεραν πιο υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα σωματικής υγείας και στο επίπεδο ανεξαρτησίας της ΠΖ (t=-2,155, p=0,032). Όπως φαίνεται στον πίνακα 1, οι γυναίκες είχαν καλύτερη σωματική υγεία και επίπεδο ανεξαρτησίας συγκριτικά με τους άνδρες.

Ένας παράγοντας που φάνηκε να επηρεάζει τους επαγγελματίες υγείας, που έλαβαν μέρος στη μελέτη ήταν η ύπαρξη ή όχι κάποιου προβλήματος υγείας. Η επίδραση

του παράγοντα αυτού παρουσιάζεται στον πίνακα 2.

Η οικογενειακή κατάσταση φάνηκε να επηρεάζει και τους τέσσερις παράγοντες της ΠΖ. Συγκεκριμένα, οι άγαμοι (28,9%) και οι έγγαμοι (51,7%) δήλωσαν καλύτερη ΠΖ σε σχέση με τους διαζευγμένους (14,9%) και εκείνους που βρίσκονταν σε διάσταση (2,5%) σε όλους τους παράγοντες της ΠΖ (p=0,000).

Τα έτη προϋπηρεσίας, όπως φαίνεται και στον πίνακα 3, συντελούν στην εμφάνιση στατιστικά σημαντικών διαφορών.

Όσον αφορά στην κατάσταση της υγείας του δείγματος, παρατηρήθηκε ότι όσο πιο καλή υγεία είχαν οι εργαζόμενοι, τόσο καλύτερη ΠΖ εμφάνιζαν σε όλους τους τομείς της ζωής τους (p<0,0001). Οι επαγγελματίες υγείας που δήλωναν ότι η υγεία τους ήταν πολύ καλή, είχαν υψηλότερους μέσους όρους σε αντίθεση με αυτούς που δήλωναν ότι η υγεία τους ήταν καλή στον παράγοντα σωματική υγεία και επίπεδο ανεξαρτησίας του ερωτη-

Πίνακας 1. Δοκιμασία t test για άνδρες και γυναίκες για το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF

Μεταβλητές	n	Άνδρες		Γυναίκες		p	
		Μέσος	Τυπική απόκλιση	Μέσος	Τυπική απόκλιση		
Σωματική υγεία και επίπεδο ανεξαρτησίας	58	13,3	2,7	142	14,2	2,5	0,032
Ψυχολογική υγεία και πνευματικότητα	58	13,8	2,5	142	13,8	2,4	0,989
Κοινωνικές σχέσεις	58	13,2	3,1	142	13,5	3,1	0,476
Περιβάλλον	58	12,8	2,3	142	12,4	2,2	0,201

n: Αριθμός ατόμων, test: Μη παραμετρικό Mann-Whitney, αν σημαίνεται με *, t-test (ανεξάρτητα δείγματα) αλλιώς, p: Τιμή p (αμφίπλευρη). Με έντονη, πλάγια γραφή αναγράφονται τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα

Πίνακας 2. Δοκιμασία t test σε σχέση με την ύπαρξη ή όχι προβλήματος υγείας για το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF

Μεταβλητές	Ύπαρξη προβλήματος			Μη ύπαρξη προβλήματος			p
	n	Μέσος	Τυπική απόκλιση	n	Μέσος	Τυπική απόκλιση	
Σωματική υγεία και επίπεδο ανεξαρτησίας	65	2,2	2,8	136	14,8	2,0	p<0,001
Ψυχολογική υγεία και πνευματικότητα	65	2,6	2,7	136	14,4	2,1	0,000
Κοινωνικές σχέσεις	65	1,8	3,1	136	14,2	2,8	0,000
Περιβάλλον	65	11,4	2,1	136	12,9	2,1	0,000

n: Αριθμός ατόμων, test: Μη παραμετρικό Mann-Whitney αν σημαίνεται με *, t-test αλλιώς, p: Τιμή p (αμφίπλευρη)

Πίνακας 3. Εφαρμογή του στατιστικού κριτηρίου Bonferroni για τα χρόνια εργασίας για την κλίμακα WHOQOL-BREF

Εξαρτημένες μεταβλητές	(I)	(J)	Μέση διαφορά (I-J)	Τιμή p
	Έτη υπηρεσίας	Έτη υπηρεσίας		
Σωματική υγεία και επίπεδο ανεξαρτησίας	1	2	1,18011*	0,011
Ψυχολογική υγεία και πνευματικότητα	1	3	1,36356*	0,011
Κοινωνικές σχέσεις	1	3	1,90943*	0,004
Περιβάλλον	1	2	0,87083*	0,034
		3	1,27417*	0,009

* Η μέση διαφορά είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο του 0,05
1: 1-10 έτη, 2: 10-20 έτη, 3: 20-30 έτη

ματολογίου της ΠΖ ($M=16,03$, $SD=1,48$ έναντι $M=14,60$, $SD=1,97$). Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας που δήλωναν ότι η υγεία τους ήταν καλή είχαν υψηλότερους μέσους όρους σε αντίθεση με αυτούς που δήλωναν ότι η υγεία τους ήταν κακή στον ίδιο παράγοντα ($M=14,60$, $SD=1,97$ έναντι $M=9,77$, $SD=2,48$) (εικόνα 1). Το ίδιο αποδείχθηκε και στον παράγοντα ψυχική υγεία και πνευματικότητα, με τους επαγγελματίες υγείας που ανέφεραν ότι η υγεία τους ήταν καλή να έχουν υψηλότερους μέσους όρους σε αντίθεση με αυτούς που ανέφεραν ότι η υγεία τους ήταν κακή ($M=14,17$, $SD=1,95$ έναντι $M=10,41$, $SD=1,94$). Στον παράγοντα κοινωνικές σχέσεις, οι επαγγελματίες υγείας που ανέφεραν ότι έχουν πολύ καλή υγεία, είχαν εξίσου υψηλότερους μέσους όρους σε αντίθεση με αυτούς που ανέφεραν ότι η υγεία τους είναι κακή ($M=15,84$, $SD=2,24$ έναντι $M=8,9$, $SD=1,88$). Το ίδιο παρατηρήθηκε και στον παράγοντα περιβάλλον του ερωτηματολογίου της ΠΖ, όπου οι επαγγελματίες υγείας που ανέφεραν πολύ καλή υγεία φάνηκε να έχουν υψηλότερους μέσους όρους σε αντίθεση με αυτούς που ανέφεραν ότι η υγεία τους ήταν κακή ($M=13,50$, $SD=1,81$ έναντι $M=9,68$, $SD=1,73$).

Το τμήμα εργασίας του Νοσοκομείου φάνηκε να επηρεάζει σημαντικά το επίπεδο υγείας των συμμετεχόντων στη μελέτη. Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν στην Αιμοδοσία, εμφάνιζαν υψηλότερη βαθμολογία συγκριτικά με τους επαγγελματίες υγείας, που εργάζονταν στο Χειρουργικό Τμήμα στον παράγοντα σωματική υγεία και επίπεδο ανεξαρτησίας ($M=15,75$, $SD=1,79$ έναντι $M=13,34$, $SD=2,62$) και παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά ($t=2,40$, $p=0,036$). Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν στην Αιμοδοσία, εμφάνισαν υψηλότερη

βαθμολογία συγκριτικά με τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν στην Καρδιολογική Κλινική ($M=15,75$, $SD=1,79$ έναντι $M=12,15$, $SD=2,58$) και παρουσίασαν εξίσου στατιστικά σημαντική διαφορά ($t=3,59$, $p=0,002$). Το ίδιο παρατηρήθηκε και με τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, οι οποίοι φάνηκε να εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία συγκριτικά με τους εργαζόμενους στην Καρδιολογική Κλινική ($M=14,94$, $SD=2,19$ έναντι $M=12,15$, $SD=2,58$) και παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά ($t=2,78$, $p=0,042$) (εικόνα 2).

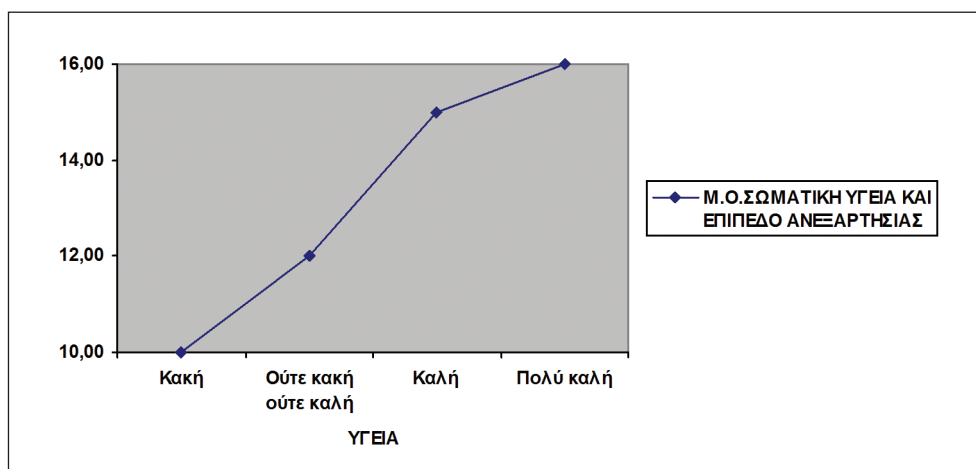
Στον παράγοντα κοινωνικές σχέσεις του ερωτηματολογίου της ποιότητας ζωής, οι εργαζόμενοι στην Αιμοδοσία εμφάνιζαν υψηλότερη βαθμολογία συγκριτικά με τα άτομα που εργάζονταν στην Καρδιολογική Κλινική ($M=15,40$, $SD=1,94$ έναντι $M=11,77$, $SD=2,96$) και παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά ($t=3,62$, $p=0,027$).

Συζήτηση

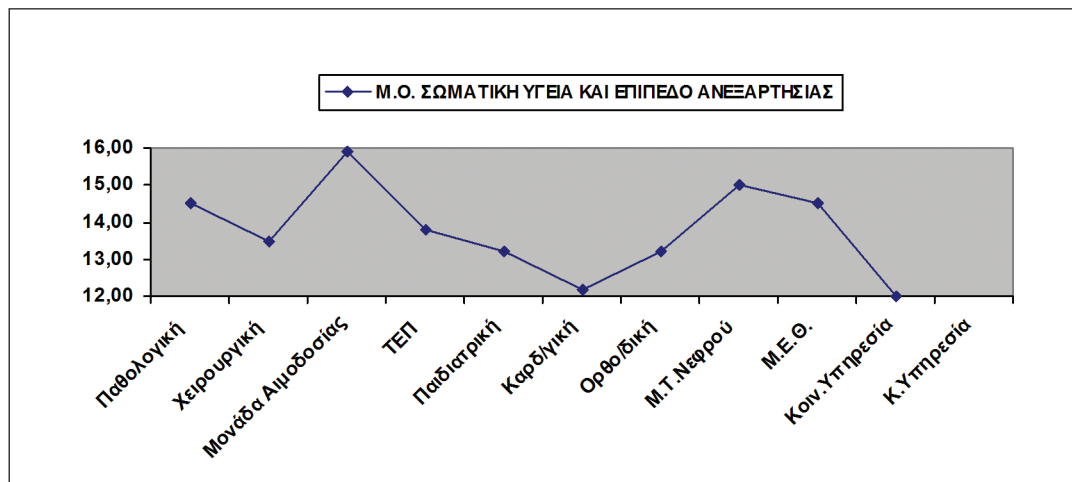
Στην παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια να αξιολογηθεί η διερεύνηση της ΠΖ των επαγγελματιών υγείας που εργάζονταν σε ένα γενικό νοσοκομείο της περιφέρειας, καθώς και η επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος στην ποιότητα ζωής τους.

Στο δείγμα της παρούσας μελέτης, οι συμμετέχοντες για την κλίμακα της ΠΖ εμφάνισαν τιμές υψηλές, στα ίδια περίπου επίπεδα που παρουσιάζονται σε δείγματα στην ελληνική βιβλιογραφία.¹⁸

Αν το δείγμα είχε άριστη ΠΖ, θα αναμενόταν οι τιμές των παραγόντων να είναι πλησίον του 20, που είναι το



Εικόνα 1. Αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας του δείγματος για τον παράγοντα σωματική υγεία και επίπεδο ανεξαρτησίας (physical health and level of independence).



Εικόνα 2. Διαγραμματική απεικόνιση των διαφορών ανά τμήμα στην κλίμακα σωματική υγεία και επίπεδο ανεξαρτησίας (physical health and level of independence).

άριστο αποτέλεσμα για τον κάθε παράγοντα, οπότε τα παρόντα αποτελέσματα δείχνουν ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πίστευε πως η ποιότητα της ζωής του βρίσκεται κάπου πάνω από το μέσο δυνατό.

Η ανταπόκριση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά στη συμμετοχή στην παρούσα μελέτη εμφάνισε ικανοποιητικά ποσοστά, αφού το 91,36% των ερωτηθέντων συμπλήρωσε πλήρως τα σχετικά ερωτηματολόγια. Η ανταπόκρισή τους είναι συγκρίσιμη με εκείνη προηγούμενων μελετών, τόσο στην ελληνική όσο και στη διεθνή βιβλιογραφία, όπου τα ποσοστά απαντησιμότητας κυμαίνονται από 72-80%.^{19,20} Το υψηλό ποσοστό συμμετοχής αντανακλά το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας να εκφράσουν την άποψή τους για τα προβλήματα που τους απασχολούν.

Από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το φύλο φάνηκε να επηρεάζει την κλίμακα σωματικής υγείας και το επίπεδο ανεξαρτησίας της ΠΖ, όπου οι γυναίκες εμφάνιζαν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τους άνδρες. Το εύρημα αυτό φαίνεται ότι συμφωνεί με προηγούμενη ελληνική μελέτη,²¹ σε ιατρούς δημόσιου νοσοκομείου, όπου διαπιστώθηκε ως προς τις ατομικές διαφορές, ότι οι γυναίκες ιατροί δηλώνουν συχνότερη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης εστιασμένων στο συναίσθημα, ενώ οι άνδρες ιατροί χρησιμοποιούν συχνότερα την «επίλυση του προβλήματος» και τη «θετική προσέγγιση». Αντίθετα, έρευνες που διεξήχθησαν σε νοσηλευτές, οι οποίοι εργάζονται σε νοσοκομεία της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας, έδειξαν ότι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν στρατηγικές αντιμετώπισης του stress εστιασμένες

περισσότερο στο πρόβλημα παρά στο συναίσθημα, οι οποίες τείνουν να συνδέονται με καλύτερη ψυχική υγεία κατά την αντιμετώπιση του stress στο χώρο εργασίας.^{22,23}

Ένας άλλος παράγοντας που φάνηκε να επηρεάζει το δείγμα μας ήταν η ύπαρξη ή όχι προβλήματος υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας που δήλωσαν ότι δεν είχαν πρόβλημα υγείας σχετίστηκε με υψηλότερη βαθμολογία και στους τέσσερις τομείς της ΠΖ ($p=0,000$). Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα μελετών, που διεξήχθησαν σε Φινλανδία και Ιαπωνία και οι οποίες έδειξαν ότι οι επαγγελματίες υγείας προτιμούν να αυτοθεραπεύουν τις ασθένειές τους (οι άνδρες σε ποσοστό 80-84%, οι γυναίκες σε ποσοστό 72-74%), εύρημα που αφορά τόσο στις ψυχιατρικές όσο και στις μη ψυχιατρικές παθήσεις.^{24,25} Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί η διαπίστωση ότι το κλινικό έργο των ιατρών, που αντιμετωπίζουν ψυχικές δυσκολίες, διατηρείται μέχρι τέλους σε σχετικά καλά επίπεδα, με καλή έως πολύ καλή λειτουργικότητα.²⁶ Η εκπαίδευση, το είδος της απασχόλησης αλλά και ο επαγγελματικός κλάδος (Νοσηλευτική, Ιατρική ή άλλη) του δείγματος, δε φάνηκε να αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν τους παράγοντες της ΠΖ (τη σωματική υγεία και το επίπεδο ανεξαρτησίας, την ψυχική υγεία και πνευματικότητα, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον).

Αντίθετα, η οικογενειακή κατάσταση φάνηκε να επηρεάζει όλους τους παράγοντες του ερωτηματολογίου για την ΠΖ. Οι άγαμοι και οι έγγαμοι δήλωσαν καλύτερη ΠΖ σε όλους τους παράγοντές της, σε σχέση με τους διαζευγμένους, εκείνους που βρίσκονταν σε διάσταση και σε χρεία. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει ότι οι διαζευγμένοι και οι

χήροι, λόγω της οικογενειακής τους κατάστασης, έχουν την τάση να μην προσέχουν τον εαυτό τους και να μην τον φροντίζουν, καθώς και να μειώνονται οι κοινωνικές τους σχέσεις και να δυσκολεύονται στην προσαρμογή τους στο νέο περιβάλλον. Το εύρημα αυτό φαίνεται ότι συμφωνεί με τα πορίσματα της μελέτης των Cooper et al, όπου αναφέρεται ότι η σωματική και η ψυχική ευεξία των ατόμων δεν επηρεάζεται μόνο από το εργασιακό περιβάλλον, αλλά και από τις προσωπικές τους στάσεις και τα οικογενειακά προβλήματα που ενδεχομένως να αντιμετωπίζουν.^{27,28}

Ένας άλλος παράγοντας που φάνηκε να επηρεάζει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη ήταν τα έτη προϋπηρεσίας τους. Οι επαγγελματίες υγείας που έλαβαν μέρος στη μελέτη ανέφεραν ότι παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλους τους παράγοντες της ΠΖ. Συγκεκριμένα, τα άτομα που εργάζονταν λιγότερα έτη (1-10), είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες σε όλες τις υποκλίμακες, σε σχέση με αυτούς που εργάζονταν 10–30 έτη. Τα άτομα που εργάζονταν λιγότερα χρόνια ανέπτυσσαν πιο υγιείς κοινωνικές σχέσεις, είχαν καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία, σε αντίθεση με τους εργαζόμενους με έτη εργασίας >10. Παρατηρείται ότι το είδος των αγχογόνων καταστάσεων, τις οποίες αντιμετωπίζουν τα άτομα με την πάροδο των ετών εργασίας, διαφέρουν καθώς διαφοροποιείται και ο τρόπος αντιμετώπισης. Τα άτομα με περισσότερα έτη εργασίας, αντιμετωπίζουν λιγότερα μάλλον προβλήματα επαγγελματικής σταδιοδρομίας, αλλά περισσότερα προβλήματα υγείας.²⁹ Σε μελέτη που εκπονήθηκε στην Ελλάδα,²⁹ διερευνήθηκε η επίδραση της εργασίας στην προσωπική και την οικογενειακή ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού. Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι συχνότερα κουρασμένες ένιωθαν οι γυναίκες και όσοι εργάζονταν >10 έτη. Οι γυναίκες εμφάνιζαν συχνότερα ξεσπάσματα θυμού και θλίψης και επίσης αισθάνονταν ότι βρίσκονταν σε κατάσταση επιφυλακής. Η εργασία στο νοσοκομείο επηρεάζει την προσωπική, την οικογενειακή και την κοινωνική ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού, ιδιαίτερα των γυναικών και όσων έχουν προϋπηρεσία >10 ετών. Όσον αφορά στα έτη προϋπηρεσίας, οι επαγγελματίες υγείας με λιγότερα έτη στο επάγγελμα εμφάνιζαν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα. Ο μικρός αριθμός των ετών προϋπηρεσίας είναι ανάλογος της μικρής ηλικίας του εργαζόμενου, η οποία σχετίζεται με την καλύτερη σωματική λειτουργικότητα. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία επαγγελματίες υγείας, που, ως αναμενόμενο, έχουν και περισσότερα έτη προϋπηρεσίας στο ενεργητικό τους, εμφανίζουν σωματική καταπόνηση σε υψηλότερα επίπεδα λόγω της φύσης του

επαγγέλματος, γεγονός που επιβεβαιώνεται και μέσα από πρόσφατες έρευνες.^{30,31}

Ο τρόπος με τον οποίο οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται την υγεία τους μέσα από τη μόνη ερώτηση για την κατάσταση της υγείας (πολύ κακή, κακή, ούτε καλή ούτε κακή, καλή και πολύ καλή) έδειξε να επηρεάζει τους μέσους όρους όλων των παραγόντων της ΠΖ. Συγκεκριμένα, όσο οι εργαζόμενοι είναι υγιείς, τόσο και η ποιότητα ζωής τους θα είναι υψηλή και καλή σε όλους τους τομείς.

Σχετικά με την επίδραση του τμήματος εργασίας, παρατηρήθηκε ότι οι εργαζόμενοι σε τμήματα, όπως είναι η Αιμοδοσία και οι Μονάδες Τεχνητού Νεφρού είχαν καλύτερη ΠΖ όσον αφορά στην καλή σωματική τους υγεία και το επίπεδο ανεξαρτησίας τους, συγκριτικά με εργαζόμενους σε τμήματα, όπως Καρδιολογικό και Χειρουργικό, γεγονός που οφείλεται στις απαιτήσεις των συγκεκριμένων τμημάτων, καθώς και στη φύση των ειδικοτήτων. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι οι εργαζόμενοι στην Αιμοδοσία είχαν καλύτερες κοινωνικές σχέσεις από τους εργαζόμενους στο Καρδιολογικό Τμήμα και αυτό πάλι λόγω των απαιτήσεων και του φόρτου εργασίας που έχει το Καρδιολογικό Τμήμα, γεγονός που δε βοηθά στην ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων. Τα ευρήματα της μελέτης είναι σύμφωνα με τη μελέτη του Λάσκαρη και των συνεργατών του,¹⁹ που διενεργήθηκε σε παιδιατρικό νοσοκομείο των Αθηνών, όπου αναφέρθηκαν χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση και υψηλά επίπεδα έντασης, άγχους και κατάθλιψης από τους συμμετέχοντες παιδίατρος. Τα αποτελέσματα αυτά είναι επίσης σύμφωνα με την έρευνα του McGills Hall,³² που υποστηρίζει ότι οι νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχουν χαμηλά επίπεδα άγχους και θεωρούν τον εαυτό τους υγιή και ότι η διαφορά αυτών των νοσηλευτών με τους συναδέλφους τους που εργάζονται στα νοσοκομεία είναι έντονη. Οι ερευνητές αποδίδουν το αποτέλεσμα στο γεγονός ότι αυτοί οι νοσηλευτές και οι ιατροί δεν έρχονται σε επαφή με το άγχος του θανάτου στην εργασία τους, καθώς τα άτομα που εργάζονται στην αιμοδοσία δεν έρχονται άμεσα σε επαφή με ασθενείς αλλά με υγιείς αιμοδότες και άρα δεν αντιμετωπίζουν το παραπάνω άγχος.

Περιορισμοί της μελέτης

Η μελέτη αυτή περιορίστηκε στην πιθανή επίδραση των δημογραφικών στοιχείων ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ενός νοσοκομείου της περιφέρειας στην ποιότητα ζωής τους. Από το δείγμα εξαιρέθηκαν άτομα, τα οποία κατά τη διάρκεια της διανομής των ερωτηματολογίων δεν εργάζονταν ή βρίσκονταν σε αναρρωτική ή κανονική άδεια κατά τις

ημέρες που πραγματοποιήθηκε η συλλογή του δείγματος. Η μελέτη αυτή έχει τους ακόλουθους περιορισμούς:

- Το δείγμα αποτέλεσαν εργαζόμενοι μόνο από ένα νοσοκομείο και από αυτό απορρέει ότι το δείγμα ήταν μικρό και δεν μπορεί να δώσει αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα για όλη την επικράτεια.
- Πιθανή απειλή μπορεί να αποτελέσει η ειλικρίνεια των απαντήσεων που έδωσαν οι εξεταζόμενοι. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος δόθηκαν σταθερές οδηγίες πριν και κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Επίσης, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων δεν πραγματοποιήθηκε από τα μέλη της ερευνητικής ομάδας αλλά από τους ίδιους τους εργαζόμενους, για να αισθάνονται πιο ελεύθεροι στις απαντήσεις τους.

Συμπεράσματα

Η ΠΖ των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στη μελέτη επηρεάζεται από το περιβάλλον εργασίας, καθώς και από το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ τους -και των δύο φύλων- επειδή επηρεάζουν τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική ευεξία αυτών. Το φύλο αποτελεί σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα, που εξηγεί ένα τμήμα της διακύμανσης της σωματικής υγείας και του επιπέδου ανεξαρτησίας, με τις γυναίκες να έχουν καλύτερη σωματική υγεία σε σχέση με τους άνδρες.

Ερευνητικές κατευθύνσεις

Τέλος, επισημαίνεται ότι για την αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η θεώρηση της ΠΖ του εργαζόμενου μπορεί να είναι υποκειμενική. Τα παραδοσιακά θεωρητικά μοντέλα της ΠΖ βασίζονται κυρίως σε αντικειμενικούς και σε υποκειμενικούς δείκτες, αλλά και στο συνδυασμό/σύνθεση ανάμεσά τους. Ενώ, λοιπόν, αντικειμενικές παράμετροι θεωρούνται οι εκτιμήσεις που αφορούν στη σωματική υγεία, υποκειμενικές θεωρούνται οι εκτιμήσεις που αναφέρονται στην ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία. Η ικανότητα για εργασία, η ζωτικότητα και η γενική υγεία θεωρούνται τόσο αντικειμενικές όσο και υποκειμενικές παράμετροι. Επειδή λοιπόν με την καθιερωμένη ερευνητική μεθοδολογία προσέγγισης και εκτίμησης της ΠΖ δεν προσδιορίζεται επαρκώς ποιες εμπειρίες και με ποιον τρόπο ασκούν βαρύτητα στην υποκειμενική εκτίμηση της ΠΖ, μελλοντικές έρευνες οφείλουν να επικεντρωθούν στον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν την εκτίμηση της ΠΖ και σχετίζονται με τη δομή της προσωπικότητας του εργαζόμενου, τις προσδοκίες, τις προηγούμενες εμπειρίες του.³³ Όλα τα παραπάνω συναιούν στην ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης των εσωτερικών ψυχολογικών διεργασιών του εργαζόμενου επαγγελματία υγείας, που επενεργούν ως διαμεσολαβητικοί μηχανισμοί για την υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας της ζωής του.

ABSTRACT

The Relationship between Demographic Factors and Quality of Life in the Medical Staff in a General Hospital

Aristotelis Koinis,¹ Elpida Stratou,² Panagiotis Kaparellos,³ Theodosios Moros,³ Konstantina Vogiatzi,⁴ Maria Saridi⁵

¹Psychologist, MA, MSc, General Hospital of Argolida, Argos, ²Occupational Therapist, General Hospital of Argolida, Argos, ³RN, MSc(c), General Hospital of Argolida, Argos, ⁴MD, PhD, Trainee in Cardiology, General Hospital of Argolida, Argos, ⁵PhD, Director of Nursing, General Hospital of Korinthos, Greece

Introduction: The quality of life (QOL) of the medical and nursing staff of Greek hospitals has not been widely investigated and as a result published research articles on this topic are scarce. **Aim:** To investigate the QOL of the medical and nursing staff of a Greek provincial general hospital and its association with demographic characteristics and the work environment. **Method:** The medical and nursing personnel of a provincial general hospital participated in this cross-sectional study. A convenience sample of 200 employees was drawn from the hospital (response rate 91.36%) and the age range was 21 to 58 years. The research tool was an anonymous, self-reported questionnaire, designed by WHO, the WHOQOL-BREF, adapted to the Greek language and tested for validity and reliability, which were considered to be satisfactory (Cronbach's $\alpha=0.873$). Data collection was conducted during July and October 2012. Statistical analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), v. 16.0. The statistical tests used were t test, χ^2 test, and multiple linear regression. The significance level was set at 0.05. **Results:** The women appeared to have a higher score than the men on the scales of physical health and level of independence of the WHOQOL-BREF ($p=0.032$). Most respondents reported no physical health problem associated with the higher scoring in four parts of the WHOQOL-BREF ($p<0.001$). Participants who were single reported better QOL in comparison with those who were divorced or widowed ($p<0.001$). Health professionals with fewer years of work experience (1-10 years),

had higher scores in all domains of QOL than those who had 20-30 years of service. Finally, health professionals working in the donation and artificial kidney unit had higher scores in all domains of QOL ($p=0.042$), ($p=0.027$). **Conclusions:** The QOL of the health professionals who participated in the study was affected by the work environment and the socio-demographic profile and particularly by gender, as it impacts the physical, mental and social well-being. Gender is a significant predisposing factor that explains some of the differences in the physical health and level of independence between the men and the women, who in this sample reported better physical health than men. Further studies are needed to confirm the universality of these findings.

Key-words: doctors, health, medical professionals, nurses, quality of life, working environment

✉ **Corresponding Author:** Aristotelis Koinis, 15 Dimitriou Ypsilantou street, GR-212 00 Argos, Greece, tel.: +30 2751 300 233; +30 6976 856 215, e-mail: telis_psyc@hotmail.com

Βιβλιογραφία

- International Council of Nurses. Positive practice environments: Quality workplaces = Quality patient care. Geneva, ICN, 2007.
- McCall WV. Quality of life. Soc Indic Res 1975, 2:229-248.
- Bowling A. Measuring health: A review of quality of life measurement scales. 2nd ed. UK, Open University Press, 1997.
- Anonymous. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995, 41:1403-1409.
- Zautra A, Goodhart D. Quality of life indicators: A review of the literature. Community Ment Health Rev 1979, 4:1, 3-10.
- Baker F, Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support systems. Eval Program Plann 1982, 5:69-79.
- Kavoura M, Kiriopoulos G, Geitonas M, Vandorou C. Quality of life. Athens, Janssen-Cilag Publications, 2003.
- Tzinieri-Coccosis M. Quality of life is the antithesis of mental illness. Athens, National Hellenic Research Foundation, 2010.
- Rokeach J. The nature of human values. New York, Free Press/Macmillan, 1973.
- Andrews F, Whitney SB. Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality. New York, Plenum Press, 1974.
- Campbell A, Converse PE, Rodgers WL. The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions. New York, Russell Sage Foundation, 1976.
- Theodorou M, Sarris M, Soulis S. Health systems and the Greek reality. Athens, Papazisi, 1997.
- Watson D, Pennebaker JW. Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. Psychol Rev 1989, 96:234-254.
- Duits AA, Boeke S, Taams MA, Passchier J, Erdman RA. Prediction of quality of life after coronary artery bypass graft surgery: A review and evaluation of multiple, recent studies. Psychosom Med 1997, 59:257-268.
- Wrosch C, Scheier MF. Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. Qual Life Res 2003, 12(Suppl 1):59-72.
- Anonymous. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. Psychol Med 1999, 28:551-558.
- Ginieri-Coccosis M, Liappas IA, Tzavellas E, Triantafyllou E, Soldatos C. Detecting changes in quality of life and psychiatric symptomatology following an in-patient detoxification programme for alcohol-dependent individuals: The use of WHOQOL-100. In vivo 2007, 21:99-106.
- Ginieri-Coccosis M, Triantafyllou E, Tomaras V, Liappas IA, Christodoulou GN, Papadimitriou NG. Quality of life in mentally ill, physically ill and healthy individuals: The validation of the Greek version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) questionnaire. Ann Gen Psychiatry 2009, 8:23.
- Laskari h, Kotsonis K, Velentzas P, Liakopoulou M, Tsitoura S. Anxiety, stress, depression, and job satisfaction of workers in the field of health services. Pediatrics 2000, 63:225-230.
- Coomber S, Todd C, Park G, Baxter P, Firth-Cozens J, Shore S. Stress in UK intensive care doctors. Br J Anaesth 2002, 89:873-881.
- Kaleas M, Platsidou M. Strategies to address stressful situations and job satisfaction of Greek doctors in public hospitals. Modern Society Education and Mental Health 2008, 1:177-200.
- Henning MA, Hawken SJ, Hill AG. The quality of life of New Zealand doctors and medical students: What can be done to avoid burnout? N Z Med J 2009, 122:102-110.
- Chang EM, Bidewell JW, Huntington Ad, Daly J, Johnson A, Wilson H et al. A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses. Int J Nurs Stud 2007, 44:1354-1362.
- Töyry S, Räsänen K, Kujala S, Aärimaa M, Juntunen J, Kalimo R et al. Self-reported health, illness, and self-care among Finnish physicians: A national survey. Arch Fam Med 2000, 9:1079-1085.
- Tong SC, Tin AS, Tan DM, Lim JF. The health-related quality of life of junior doctors. Ann Acad Med Singapore 2012, 41:444-450.
- Garelick AI, Gross SR, Richardson I, von der Tann M, Bland J, Hale R. Which doctors and with what problems contact a specialist service for doctors? A cross-sectional investigation. BMC Med 2007, 5-26.
- Cooper C, Cooper R, Eaker L. Ζώντας με το στρες. Μετάφραση-Επιμέλεια: Αντωνίου ΑΣ. Αθήνα, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, 2002.
- Pikó B, Barabás K, Boda K. Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. Eur J Public Health 1997, 7:243-247.

-
29. Mavraki C, Dimoula Y, Kambisiouli E, Christopoulou I, Vastardis L, Gourni I et al. The impact of nursing profession in the life of nursing staff. *Hellen J Nurs* 2007, 46:406-413.
30. He M, Wang Q, Zhu S, Tan A, He Q, Chen T et al. Health-related quality of life of doctors and nurses in China: Findings based on the latest open-access data. *Qual Life Res* 2012, 21:1727-1730.
31. Lee YW, Dai YT, McCreary LL. Quality of work life as a predictor of nurses' intention to leave units, organisations and the profession. *J Nurs Manag* 2013, doi: 10.1111/jonm.12166.
32. McGillis Hall L. *Quality work environments for nurse and patient safety*. Sudbury, MA, Jones & Bartlett Publications, 2005.
33. Sarris M, Soulis S. Quality of life of dialysis and transplanted patients. A critical approach. *Medicine* 2001, 79:158-163.