



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Συγκριτική μελέτη της ποιότητας ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού
ανάμεσα σε κλειστά και ανοιχτά τμήματα του Ωνάσειου
Καρδιοχειρουργικού Κέντρου»**

ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΠΕ

ΣΠΑΡΤΗ 2018



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Συγκριτική μελέτη της ποιότητας ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού ανάμεσα σε κλειστά και ανοιχτά τμήματα του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου»

ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπον μέλος ΔΕΠ: Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος: Στυλιανή Τζιαφέρη, Μον. Επίκουρος Καθηγήτρια

Μέλος: Μαρία Τσιρώνη, Καθηγήτρια

ΣΠΑΡΤΗ 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	σελ.6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	σελ.7
ABSTRACT.....	σελ.9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ.11

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	σελ.12
1. Εισαγωγή-Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	σελ.12
2. Οι Πηγές (δυναμικές) του Εργασιακού Στρες.....	σελ.15
2.1. Χαρακτηριστικά πιθανής στρεσογόνου εργασίας.....	σελ.17
2.2. Οι δυναμικές του εργασιακού στρες.....	σελ.18
2.3. Εσωγενείς παράγοντες στην εργασία.....	σελ.19
2.3.1.Κακές συνθήκες εργασίας.....	σελ.19
2.3.2.Φόρτος Εργασίας/Υπεραπασχόληση.....	σελ.19
2.3.3. Ιδιομορφία του Ωραρίου(Το Σύστημα της Βάρδιας).....	σελ.20
2.3.4. Παρατεταμένο ωράριο.....	σελ.21
2.4. Ο εργασιακός ρόλος.....	σελ.21
2.5. Οι εργασιακές σχέσεις.....	σελ.23
2.6. Η επαγγελματική ανάπτυξη ως στρεσογόνος παράγοντας.....	σελ.24
2.7. Δομή και οργάνωση του εργασιακού χώρου.....	σελ.25
2.8. Σχέση οικογενειακής και εργασιακής ζωής.....	σελ.26
2.9. Σωματική και Ψυχική Βία.....	σελ.27
3. Συνέπειες του εργασιακού Στρες στο Νοσηλευτικό προσωπικό.....	σελ.27
4. Επαγγελματική ικανοποίηση-Εννοιολογική οριοθέτηση.....	σελ.28
4.1. Η εργασιακή ικανοποίηση σε σχέση με το εργασιακό στρες.....	σελ.30
4.2. Παράγοντες αύξησης και μείωσης της επαγγελματικής ικανοποίησης.....	σελ.31
4.3. Παράγοντες που συντελούν στην επαγγελματική ικανοποίηση.....	σελ.31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....σελ.33

1. Γενικά για την ποιότητα ζωής.....σελ.33
 - 1.1. Ορισμός της ποιότητας της ζωής.....σελ.34
 - 1.2. Η αλληλεπίδραση υγείας και ποιότητας ζωής.....σελ.37
 - 1.3. Η σημασία της υποκειμενικής αξιολόγησης της υγείας.....σελ.39
 - 1.4. Η σχέση της ποιότητας ζωής με την προσωπικότητα.....σελ.40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III : ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΓΧΟΓΟΝΩΝ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ..... σελ.44

1. Η γενική θεωρία του στρες των Lazarus και Folkman (1984)..... σελ.46
 - 1.1. Το Στρες ως ψυχοκοινωνικός παράγοντας κινδύνου στο χώρο εργασίας.....σελ.46
 - 1.2. Το Μοντέλο Αξιολόγησης (Lazarus & Folkman, 1984).....σελ.48
 - 1.2.1. Εκτίμηση και ερμηνεία του στρεσογόνου παράγοντα.....σελ.48
 - 1.2.2. Αντιδράσεις αντιμετώπισης για επίλυση προβλημάτων και συναισθηματική ρύθμιση.....σελ.48
 - 1.2.3. Έργα αντιμετώπισης..... σελ.49
 - 1.2.4. Αποτελέσματα αντιμετώπισης.....σελ.49
2. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους.....σελ.50
 - 2.1. Εστιασμένη στο πρόβλημα (problem focused).....σελ.51
 - 2.2. Εστιασμένη στο συναίσθημα (emotion focused).....σελ.51
 - 2.3. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....σελ.53
 - 2.4. Αντιμέτωπιση αγχογόνων καταστάσεων και προσωπικότητα.....σελ.55
 - 2.5. Μέθοδοι για την προώθηση αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης σε επαγγελματίες υγείας.....σελ.56
 - 2.5.1. Αποφυγή περιττού άγχους.....σελ.56
 - 2.5.2. Μεταβολή/Τροποποίηση της κατάστασηςσελ.56
 - 2.5.3. Δεχτείτε τα πράγματα που δεν μπορείτε να αλλάξετε.....σελ.57
 - 2.5.4. Προσαρμογή στις στρεσογόνες καταστάσεις.....σελ.57
 - 2.5.5. Δώστε σημασία στις ατομικές σας ανάγκες.....σελ.58

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....σελ.59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	σελ.61
1. Περιγραφική στατιστική.....	σελ.61
1.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	σελ.61
1.2. Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας της ζωής: (WHOQOL-BREF)	σελ.65
1.2.1. Σωματική υγεία.....	σελ.66
1.2.2. Ψυχολογική υγεία.....	σελ.68
1.2.3. Κοινωνικές σχέσεις.....	σελ.70
1.2.4. Περιβάλλον.....	σελ.71
1.2.5.Επιπλέον ερωτήσεις.....	σελ.73
1.3. Κλίμακα Άγχους Hamilton.....	σελ.75
1.4. Κλίμακες Ποιότητας ζωής και άγχους.....	σελ.76
2. Ανάλυση με βάση δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	σελ.78
2.1. Ανά φύλο.....	σελ.78
2.2. Ανά ηλικιακή ομάδα.....	σελ.80
2.3. Ανά επίπεδο σπουδών (ΤΕΙ-ΑΕΙ).....	σελ.83
2.4. Ανάλογα με την κτήση μεταπτυχιακού διπλώματος.....	σελ.86
2.5. Ανά οικογενειακή κατάσταση.....	σελ.90
2.6. Ανάλογα με το εάν είναι γονείς.....	σελ.93
2.7. Ανάλογα με την προϋπηρεσία.....	σελ.96
2.8. Ανά τμήμα εργασίας.....	σελ.99
2.9. Ανά τύπο ωραρίου (κυλιόμενο ή μη).....	σελ.102
3. Ανάλυση παλινδρόμησης.....	σελ.105
3.1. Γενική ποιότητα ζωής.....	σελ.105
3.2. Ποιότητα ζωής- ερωτήσεις προσαρμοσμένες στα Ελληνικά δεδομένα.....	σελ.107
3.3. Κλίμακες ποιότητας ζωής.....	σελ.110
3.4. Άγχος.....	σελ.116
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI: ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	σελ.119
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	σελ.121
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	σελ.131

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

«Σαν βγεις στον πηγαιμό για την Ιθάκη, να εύχεται να είναι μακρύς ο δρόμος...»

Κ. Καβάφης

Όταν ο Κ. Καβάφης έγραφε αυτούς τους στίχους, ίσως να μην είχε φανταστεί την απήχηση και την διαχρονικότητα τους, πόσο μάλλον ότι θα βρίσκονται στις ευχαριστίες μια διπλωματικής εργασίας. Η προσπάθεια κάθε ανθρώπου για οτιδήποτε θέλει να επιτύχει, είναι ένα μεγάλο ταξίδι γεμάτο προκλήσεις και δυσκολίες. Η χαρά όμως της γνώσης, η δημιουργικότητα, η συνεργασία στις στιγμές που ο ορίζοντας χάνεται, είναι το μεγάλο στοίχημα.

Έτσι και για μένα, το ταξίδι αυτής της διπλωματικής υπήρξε μακρύ και δύσκολο, ξεκίνησε όμως με την συμμετοχή της επιβλέπουσας καθηγήτριας κυρίας Ζυγά Σοφίας, καθώς και με τα μέλη της επιτροπής της κυρίας Τζιαφέρη Στυλιανής και της κυρίας Τσιρώνη Μαρίας. Τις ευχαριστώ για την αμέριστη συμπαράσταση, βοήθεια και κατανόησή τους. Η καθοδήγησή τους υπήρξε πολύτιμη, αλλά και ουσιαστική σε όλες τις φάσεις εκπόνησης αυτής της διπλωματικής εργασίας.

Πολύτιμη βοήθεια επίσης προσέφερε η κα Τζινιέρη-Κοκκώση Μαρία. Καθηγ. Κλινικής Ψυχολογίας. Ανταποκρίθηκε με προθυμία στο αίτημά μου για την χρήση του Ελληνικού Ερωτηματολογίου *αυτοαναφοράς για την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας της ζωής (WHOQOL-BREF)*.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς όλες τις/τους Νοσηλεύτριες-Νοσηλευτές των τμημάτων του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου, για την συμμετοχή και την ανταπόκρισή τους στην έρευνα μου. Ένα μεγάλο ευχαριστώ, στους φίλους, συνεργάτες που με στήριξαν με αγάπη και υπομονή και κυρίως στην οικογένειά μου γιατί βρέθηκε κοντά μου, όχι μόνο στην έναρξη αλλά και κατά την διάρκεια αυτού του ταξιδιού, μέχρι την ολοκλήρωσή του...

«Συγκριτική μελέτη της ποιότητας ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού ανάμεσα σε κλειστά και ανοιχτά τμήματα του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι η υλοποίηση των προσδοκιών και των οραμάτων των επαγγελματιών υγείας συμβάλλει στην παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, όταν η άσκηση τους πραγματοποιείται σε ένα περιβάλλον που ενισχύει αυτή την δυνατότητα. Υπάρχουν όμως διάφοροι παράγοντες, οι οποίοι καταπονούν τον επαγγελματία υγείας, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ποιότητα ζωής του. Από την άλλη, ο εργασιακός χώρος και οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτόν, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη ζωή των περισσότερων επαγγελματιών υγείας, αφού εκεί δαπανάται σημαντικό μέρος του χρόνου της ζωής τους.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι η διερεύνηση των διαστάσεων της ποιότητας ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού συγκριτικά με τη μορφή του εργασιακού τους χώρου (ανοιχτού – κλειστού τύπου), καθώς και η διαβάθμιση του άγχους τους στον αντίστοιχο εργασιακό χώρο.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Για τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού, διενεργήθηκε έρευνα. Το δείγμα αποτέλεσαν 119 εργαζόμενοι (νοσηλευτικό προσωπικό) του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν είναι το Ερωτηματολόγιο "αυτοαναφοράς για την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας της ζωής: (WHOQOL-BREF)" και η Κλίμακα Άγχους "Hamilton", του Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM- A), όπου έχει σκοπό την αξιολόγηση του άγχους του νοσηλευτικού προσωπικού.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ: Αφού πρώτα έγινε περιγραφική ανάλυση των δεδομένων, εφαρμόστηκαν τεχνικές μονοπαραγοντικής συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών απόκρισης και των διαφόρων δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών. Οι κατάλληλες στατιστικές δοκιμασίες επιλέχθηκαν ανάλογα με το είδος των μεταβλητών (συνεχείς-κατηγορικές) και ανάλογα με την κατανομή στην περίπτωση των συνεχών μεταβλητών (κανονική ή μη). Στην περίπτωση που τα δεδομένα δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή εφαρμόστηκαν μη παραμετρικοί έλεγχοι. Στη συνέχεια, εφαρμόστηκαν πολυπαραγοντικά μοντέλα γραμμικής

παλινδρόμησης και πάλι ανάλογα με το είδος της εξαρτημένης μεταβλητής (normal regression, median regression και logistic regression). Στα τελικά μοντέλα διατηρήθηκαν a priori το φύλο, η ηλικία και το είδος του τμήματος εργασίας (ανοικτό/ κλειστό), καθώς και οι μεταβλητές εκείνες που ήταν σημαντικές στο επίπεδο 10%. Το επίπεδο σημαντικότητας για όλους τους ελέγχους ορίστηκε στο 5%. Η στατιστική ανάλυση έγινε με την χρήση του στατιστικού προγράμματος Stata 13.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το είδος του τμήματος (ανοικτό / κλειστό) αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα ποιότητας ζωής και άγχους ανεξάρτητα από άλλα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα η εργασία σε ανοικτό τμήμα του Ωνάσειου καρδιοχειρουργικού κέντρου βρέθηκε να σχετίζεται με τη χαμηλότερη ικανοποίηση από την διατροφή (OR=0.4, 95% ΔΕ: 0.179-0.935, p-value=0.034), με το χαμηλότερο σκορ στις κλίμακες συνολικής ποιότητας ζωής ($\beta=-2.5$, 95% ΔΕ: -4.683 - -0.317, p-value=0.025) και με την ικανοποίηση από τη σωματική υγεία ($\beta=-6$, 95% ΔΕ: -10.04 - -1.957, p-value=0.004) και ταυτόχρονα σχετίζεται με οριακά υψηλότερες τιμές στην κλίμακα άγχους Hamilton τμήματα ($e^{\beta}=1.228$, 95% ΔΕ: 0.972 έως 1.55, p-value=0.085).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Τα ευρήματα της έρευνας, φέρνουν στο φώς πληροφορίες, ότι το πρόβλημα της ύπαρξης στρες και έντασης στο νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί κοινότοπο φαινόμενο και επιβεβαιώνεται και από την παρούσα μελέτη στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο. Όπως αξιολογεί το ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό, η ποιότητα ζωής τους είναι ικανοποιητική σε διάφορους τομείς που είναι συνυφασμένοι με τη σωματική, ψυχολογική υγεία και την κοινωνική ζωή. Όπως καταδεικνύει και η μελέτη, ο μόνος παράγοντας που επηρεάζει την συνολικότητα της ικανοποίησης από την ποιότητα ζωής, είναι το τμήμα στο οποίο εργάζονται. Δυστυχώς, δεν εντοπίστηκαν παρόμοιες μελέτες και έρευνες, ώστε να γίνει μια καλύτερη σύγκριση και να διεξαχθούν πιο γενικά συμπεράσματα και είναι κάτι που θα ήταν καλό να διενεργηθεί στο μέλλον.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: ποιότητα ζωής, νοσηλευτές/τριες, επαγγελματίες υγείας, κλειστά/ανοιχτά τμήματα.

«Comparative study of quality of life of nursing staff between closed and open sections of the Onassis Cardiac Surgery Center»

ABSTRACT

INTRODUCTION: It is widely accepted that meeting the expectations and visions of health professionals involved in the provision of high quality services when they exercise, performed in an environment that supports this feature. But there are several factors that strain the health care professional, thus affecting their quality of life. On the other, the workplace and the conditions prevailing in this, play a crucial role in the life of most health professionals, since there spent an important part of life.

AIM: The aim of this thesis is to investigate the quality of life dimensions of nurses compared to the form of their workplace (open - closed type) and the gradient of the stress at the same workplace at the Onassis Cardiac Surgery Center with the aim of creating appropriate preventive interventions

METHODS: To investigate the quality of life of nurses, was conducted a survey. The sample consisted of 119 workers (nurses) Onassis Cardiac Surgery Center. The questionnaires used are the self-report questionnaire for related quality of life health: (WHOQOL-BREF) and the Anxiety Scale Hamilton, the Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM- A) which aims escalating anxiety medics.

STATISTICAL ANALYSIS: A descriptive analysis of the data was conducted. Univariate statistical analysis techniques were applied then in order to examine possible associations between the response variables and the various demographic characteristics. The proper statistical tests were chosen according to the type of the variable (continuous-categorical) and depending on the distribution in the case of continuous variables (normal or otherwise). If the data did not follow a normal distribution non-parametric tests were applied. Afterwards, multivariate linear regression models were applied depending on the type of the dependent variable (normal regression, median regression and logistic regression). In the final models we a priori maintained gender, age and type of work section (open / closed), and those variables that were significant at the 10% level. The significance level for all tests was set at 5%. Statistical analysis was performed using the statistical program Stata 13.

RESULTS: The type of the work section (open / closed) is a significant factor for

quality of life and stress regardless of other demographic characteristics. Specifically, working in an open section of the Onassis Cardiac Surgery Center was associated with lower satisfaction from nutrition (OR = 0.4, 95% CI: 0.179-0.935, p-value = 0.034), lower scores on overall quality of life scale (beta = - 2.5, 95% CI: -4.683 - -0.317, p-value = 0.025) and satisfaction with physical health (beta = -6, 95% CI: -10.04 - -1.957, p-value = 0.004) and at the same time associated with marginally higher score in the Hamilton anxiety scale ($e^{\text{beta}} = 1.228$, 95% CI: 0.972 to 1.55, p-value = 0.085).

CONCLUSIONS-DISCUSSION: The findings of the research bring to light information that the problem of stress and tension in nursing staff is a common phenomenon and is confirmed by this study at the Onassis Cardiac Surgery Center. As the nursing staff itself assesses, their quality of life is satisfactory in a number of areas inherent in physical, psychological health and social life. As the study shows, the only factor that affects the overall satisfaction of quality of life is the part in which they work. Unfortunately, similar studies and surveys have not been identified to make a better comparison and to make more general conclusions and is something that should be done in the future.

KEYWORDS: quality of life, nurses / behavior shows, health professionals, closed / open sections.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι η υλοποίηση των προσδοκιών και των οραμάτων των επαγγελματιών υγείας (ιατρών, νοσηλευτών, β' νοσηλευτών, παραϊατρικών ειδικοτήτων), συμβάλλει στην παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, όταν η άσκηση τους, πραγματοποιείται σε ένα περιβάλλον που ενισχύει αυτή την δυνατότητα. Υπάρχουν όμως διάφοροι παράγοντες, όπως ατομικοί, δημογραφικοί και κυρίως περιβαλλοντικοί, οι οποίοι καταπονούν τον επαγγελματία υγείας, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ποιότητα ζωής του. Από την άλλη, ο εργασιακός χώρος (Δημόσια Νοσοκομεία) και οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτόν, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη ζωή των περισσότερων επαγγελματιών υγείας, αφού εκεί δαπανάται σημαντικό μέρος του χρόνου της ζωής. Τα χαρακτηριστικά του κάθε εργασιακού χώρου είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου και το βαθμό ικανοποίησης από την εργασία και την ποιότητα ζωής, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του.

Η υπόθεση λοιπόν που θα διερευνηθεί στην παρούσα εργασία είναι ότι *«η ποιότητα ζωής των εργαζομένων στα ανοιχτά και κλειστά τμήματα ενός νοσοκομείου, μπορεί να επηρεάζεται αρνητικά από την συναισθηματική τους κατάσταση και από τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν διάφορες στρεσογόνες καταστάσεις μέσα στο χώρο εργασίας»*, καθώς είναι σύνηθες να κατακλύζονται από γρήγορους ρυθμούς και ένταση στη διεκπεραίωση της εργασίας.

Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, φαίνεται πως η εργασία σε τμήματα κλειστού και ανοιχτού τύπου, δεν επηρεάζει βραχυπρόθεσμα την ποιότητα ζωής, αλλά κλιμακώνεται σταδιακά, με αποτέλεσμα να δημιουργεί στους επαγγελματίες υγείας μακροχρόνια ψυχιατρικά προβλήματα, όπως επαγγελματική εξουθένωση (συναισθηματική, ψυχική), κατάθλιψη, χρήση αγχολυτικών φαρμάκων που μπορούν να οδηγήσουν σε εθισμό και αγχώδεις διαταραχές, τα οποία έχουν αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ζωής τους. (Bakkeretal, 2000; Arnold, Cooper, & Robertson, 1995; Boumans, & Landeweerd, 1996).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι : ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

1. Εισαγωγή-Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Ένα από τα περιβάλλοντα, το οποίο συναναστρέφεται μεγάλο χρονικό διάστημα της ζωής του ο άνθρωπος, είναι το επαγγελματικό. Η πίεση στην εργασία και το στρες που δημιουργείται ως άμεση συνέπεια αυτής, αποτελούν στοιχεία της καθημερινότητάς μας. Ιδιαίτερα στον εργασιακό χώρο το φαινόμενο αυτό είναι συχνό, καθώς η απασχόληση αποκτά όλο και μεγαλύτερη σημασία στη ζωή μας, παραμερίζοντας κατά μεγάλο μέρος τη προσωπική ζωή.

Η νέα πραγματικότητα που δημιουργήθηκε από την βιομηχανοποίηση, την ταχύτατη ανάπτυξη της τεχνολογίας και την παγκοσμιοποίηση, επιτάσσει έντονους ρυθμούς στο χώρο της εργασίας και υψηλές απαιτήσεις, στο οποίο το εργατικό δυναμικό καλείται να ανταποκριθεί με επιτυχία. Έτσι λοιπόν, οι εργαζόμενοι μη έχοντας σε αρκετές περιπτώσεις τα κατάλληλα εφόδια τόσο σε επίπεδο γνώσεων(κατάρτισης και εξειδίκευσης) όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο έρχονται αντιμέτωποι με πολλές δυσκολίες, τις οποίες πρέπει να τις ξεπεράσουν, προκειμένου να επιβιώσουν και να παραμείνουν στην επαγγελματική τους θέση και ρόλο. Με λίγα λόγια το στρες πηγάζει από τη σχέση και αλληλεπίδραση ατόμου και περιβάλλοντος.

Πιο συγκεκριμένα, το εργασιακό στρες είναι κατάσταση στην οποία δεν υπάρχει ή το άτομο αντιλαμβάνεται ότι δεν υπάρχει ισορροπία ανάμεσα στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος ή του ατόμου και στις δυνατότητες του ατόμου. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην έννοια της αντίληψης, καθώς η πίεση θα λέγαμε ότι έχει ένα υποκειμενικό χαρακτήρα. Συγκεκριμένα, οι ίδιες συνθήκες που για μερικούς ανθρώπους μπορούν να αποτελέσουν πηγές στρες, για κάποιους άλλους δεν έχουν την ίδια επίδραση. Κι αυτό, γιατί παίζει μεγάλο ρόλο η σημασία που δίνει το άτομο σε ένα γεγονός ή σε μία κατάσταση, καθώς και το μέγεθος των ικανοτήτων που διαθέτει για την αντιμετώπιση του αγχογόνου παράγοντα.

Έτσι λοιπόν, είναι δυνατόν τα άτομα να αντιδρούν διαφορετικά σε παρόμοιας φύσης καταστάσεις, ενώ το ίδιο άτομο μπορεί να αντιδράσει διαφορετικά σε παρόμοιας φύσης καταστάσεις σε διαφορετικές περιόδους της ζωής του. Σ' αυτό

το σημείο, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η πίεση και το άγχος, μπορούν να θεωρηθούν και ως θετικά όταν υπάρχουν σε τέτοιο βαθμό, ώστε να κινητοποιούν το άτομο να λειτουργήσει αποτελεσματικά. Αντιθέτως, η παρατεταμένη έκθεση του ατόμου στο άγχος μπορεί να μειώσει την αποτελεσματικότητα του στην εργασία του και να επιφέρει αρνητικές συνέπειες στην υγεία του και στην οικογενειακή και κοινωνική του ζωή. Ωστόσο, όλες οι εκδηλώσεις στρες στην εργασία, δεν μπορούν να θεωρηθούν ως εργασιακό στρες. Το εργασιακό στρες, μπορεί να προέρχεται από διάφορους και διαφορετικούς παράγοντες τους οποίους θα αναλύσουμε στη συνέχεια.

Από τη φύση τους, μερικά επαγγέλματα είναι περισσότερο αγχογόνα από άλλα. Ιδιαίτερα αγχογόνα είναι τα επαγγέλματα εκείνα που συνεπάγονται σχέσεις με ανθρώπους, απαιτούν ταχύτητα στη λήψη αποφάσεων ή οι αποφάσεις που λαμβάνονται είναι δυνατόν να έχουν σοβαρές οικονομικές, κοινωνικές ή άλλου είδους συνέπειες. Σύμφωνα με τους Cooper & Eaker (1988) παραδείγματα τέτοιων επαγγελμάτων αναφέρονται ενδεικτικά παρακάτω:

1. Επαγγέλματα ένστολα: αστυνομικοί, κυβερνήτες αεροσκαφών, φύλακες σε σωφρονιστικά ιδρύματα.
2. Καλλιτεχνικά επαγγέλματα: δημοσιογράφοι, ηθοποιοί, παρουσιαστές ραδιοφώνου και τηλεόρασης.
3. Επαγγέλματα διοίκησης και εμπορίου: διαφημιστές, διευθυντές προσωπικού
4. Επαγγέλματα υγείας: ιατροί (ιδιαίτερα χειρουργοί), οδοντίατροι, νοσηλευτές/νοσηλεύτριες, β' νοσηλευτές/νοσηλεύτριες.
5. Επαγγέλματα παραγωγής και κατασκευών: ανθρακωρύχοι, κτίστες.
6. Επαγγέλματα κοινωνικών υπηρεσιών: δάσκαλοι, κοινωνικοί λειτουργοί.» (Καντάς, 1995:103).

Τα επαγγέλματα υγείας, αναφέρονται ως επαγγέλματα που κατατάσσονται στα έξι πρώτα πιο στρεσογόνα (Cooper&Eaker, 1998).

Η υγιής εργασία είναι εκείνη κατά την οποία η πίεση υπάρχει σε τέτοιο βαθμό που να παρακινεί τους εργαζόμενους να αξιοποιούν τις ικανότητες τους. Δηλαδή, οι απαιτήσεις θα πρέπει να συμβαδίζουν με τις δυνατότητες των εργαζομένων. Επίσης, η πίεση σχετίζεται με το βαθμό ελέγχου που έχουν οι εργαζόμενοι πάνω στη δουλειά τους, καθώς και με την υποστήριξη που λαμβάνουν από τα άτομα που εργάζονται στον ίδιο χώρο, όπως προϊσταμένους και συναδέλφους.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (1986), "ως υγεία δεν θεωρείται ότι είναι μόνο η απουσία της αρρώστιας ή της αδυναμίας αλλά η θετική κατάσταση μιας πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας. Έτσι το υγιές εργασιακό περιβάλλον είναι αυτό στο οποίο δεν υπάρχει απλά και μόνο η απουσία επιβλαβών συνθηκών αλλά η προώθηση άφθονων υγιών συνθηκών" (Lekaetal., 2003:4).

Πρέπει να γίνει κατανοητό πως δεν παρουσιάζουν όλοι οι επαγγελματίες υγείας των ιδρυμάτων τον ίδιο βαθμό στρες και δεν αναπτύσσουν το ίδιο ποσοστό επαγγελματικής εξουθένωσης. Από μελέτες διαπιστώθηκε, ότι οι νοσηλευτές και οι ιατροί που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), ταξινομούν την αντιμετώπιση του θανάτου ως σημαντικότερη πηγή στρες από τους νοσηλευτές που εργάζονται σε παθολογικές ή χειρουργικές κλινικές. Εκείνοι με την σειρά τους ταξινομούν ως σημαντικότερες πηγές στρες το φόρτο εργασίας και τη στελέχωση (Foxalletal., 1990). Άλλοι ερευνητές αναφέρουν, ότι οι νοσηλευτές σε χειρουργεία θεωρούν τις συναισθηματικές πτυχές ως λιγότερο σημαντικές από ότι οι νοσηλευτές ογκολογικών και αιματολογικών τμημάτων (Tyler&Ellison., 1994).

Όσον αφορά στον Ελλαδικό χώρο, τα αποτελέσματα της έρευνας των Αντωνίου & Αντωνοδημητράκη, έδειξαν ότι οι βασικότεροι παράγοντες ανάπτυξης και διατήρησης ψυχικής διαταραχής, ήταν αυτοί που σχετίζονται με την ίδια τη φύση του ιατρικού και νοσηλευτικού επαγγέλματος π.χ. καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και με ασθενείς σε τελικό στάδιο κ.α., όπως επίσης παράγοντες που σχετίζονται με την ελληνική πραγματικότητα π.χ. περιορισμένα μέσα ανεπάρκεια νοσηλευτικού δυναμικού, έλλειψη επιμόρφωσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης, κ.α. (Antoniou, &Antonodimitrakis, 2001).

Μελέτες (McGills, 2005) και εκθέσεις (ICN, 2007), τονίζουν την αναγκαιότητα βελτίωσης των εργασιακών συνθηκών των επαγγελματιών υγείας και δίνουν έμφαση στο δύσκολο, στρεσογόνο και ιδιαίτερα επικίνδυνο περιβάλλον εργασίας, που φαίνεται να συμβάλλει καθοριστικά στην απόφαση τους να μείνουν ή να φύγουν από το επάγγελμα.

Γενικά οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο επιρρεπείς στο άγχος και στην επαγγελματική εξουθένωση από άλλους εργαζόμενους, με συνέπεια να οδηγούνται στην εκδήλωση ψυχικής διαταραχής γιατί, αφενός είναι υπεύθυνοι για ανθρώπινες ζωές και όχι για απρόσωπα αντικείμενα, και αφετέρου οι πράξεις ή οι παραλείψεις τους έχουν σημαντικό αντίκτυπο στα εν λόγω άτομα (Σαπουντζή, & Λεμονίδου, 1994). Έρευνα στο Χόνγκ Κόνγκ, διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές της

πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχουν χαμηλά επίπεδα άγχους και θεωρούν τον εαυτό τους υγιή. Είναι έντονη η διαφορά αυτών των νοσηλευτών με τους συναδέλφους τους που εργάζονται στα νοσοκομεία. Ο ερευνητής, αποδίδει το αποτέλεσμα στο γεγονός ότι αυτοί οι νοσηλευτές δεν έρχονται σε επαφή με το άγχος του θανάτου στη δουλειά τους (Lee, 2003).

2. Οι Πηγές (δυναμικές) του Εργασιακού Στρες

Ένα πολύ σημαντικό πρώτο βήμα, τόσο για το κάθε άτομο ξεχωριστά, όσο και για τον κάθε οργανισμό είναι ο εντοπισμός και η αναγνώριση των τομέων και των στοιχείων εκείνων, που φαίνεται ότι προκαλούν στρες στο εργασιακό περιβάλλον. Ωστόσο, δεδομένης της πολυπλοκότητας του φαινομένου του άγχους, όταν αναφερόμαστε στις δυναμικές (πηγές) άγχους δεν μπορούμε να είμαστε απόλυτοι και κατηγορηματικοί και δεν πρέπει να αγνοούμε την προσωπική αντίληψη του κάθε ατόμου, σχετικά με το ποιους παράγοντες θεωρεί ως στρεσογόνους και ποιους όχι. Έτσι λοιπόν σε αυτή την ενότητα θα αναφερθούμε σε πιθανούς στρεσογόνους παράγοντες στο εργασιακό περιβάλλον, τους οποίους για ευνόητους λόγους θα κατατάξουμε σε κατηγορίες και που θεωρούμε ότι επιδρούν αρνητικά στα περισσότερα άτομα.

Είναι γεγονός ότι το κάθε άτομο έχει κάποιες προσδοκίες όσον αφορά την εργασία του. Όταν λοιπόν οι προσδοκίες αυτές έρχονται σε σύγκρουση με τις πραγματικές συνθήκες εργασίας, τότε δημιουργείται αντιστρέφ στο άτομο. Το κατά πόσο τελικά θα καταφέρει να αντιμετωπίσει το αντιστρέφ εξαρτάται από την προσωπικότητα του, τα βιώματά του και από άλλες εξωτερικές συνθήκες.

Οι παράγοντες που ευθύνονται για την πιθανή εκδήλωση ψυχικών διαταραχών στο εργασιακό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας είναι οι εξής:

α) η στρεσογόνα φύση του επαγγέλματος. Το στρες που βιώνουν σε συνδυασμό με τις ψυχολογικές αναζητήσεις, τα ηθικά διλήμματα και οι απαιτήσεις των ασθενών επιβαρύνει τον ψυχικό τους κόσμο. (Bakkeretal ,2000; Arnold, Cooper, &Robertson, 1995),

β) Η ύπαρξη άγχους και έντασης στο χώρο εργασίας υποδαυλίζει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και έχει άμεσο αντίκτυπο στο επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης τους και κατ' επέκταση στην ποιότητα ζωής τους

(Boumans & Landeweerd 1996; Freudenberger, 1974),

γ) η συνεχής αλληλεπίδραση και ενασχόληση κυρίως των νοσηλευτών/τριων όχι μόνο με ασθενείς αλλά και με άτομα του υποστηρικτικού περιβάλλοντος των ασθενών, δημιουργεί συναισθήματα θυμού, αμηχανίας, φόβου και απόγνωσης, ιδιαίτερα όταν οι λύσεις στα προβλήματα των ασθενών δεν είναι πάντα ορατές και εύκολες, με αποτέλεσμα η κατάσταση να γίνεται όλο και πιο περίπλοκη, απογοητευτική για τους επαγγελματίες υγείας (Arnold, Cooper, & Robertson, 1995; Boumans & Landeweerd 1996; Valey et al 2004),

δ) η έλλειψη υποστηρικτικού κλίματος και συμπαράστασης από συναδέλφους και ανωτέρους, οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας, η ασάφεια των ρόλων, οι διαφορετικές ιεραρχικές βαθμίδες, η έλλειψη οργανωτικής δομής και οι διοικητικοί παράγοντες έχουν μερίδιο της ευθύνης για την πρόκληση ψυχιατρικής νοσηρότητας.

ε) Τέλος, αιτιολογικοί παράγοντες για την εμφάνιση ψυχιατρικής νοσηρότητας, αποτελούν τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζομένου, όπως η προσωπικότητα, τα προσωπικά βιώματα, η συναισθηματική ωριμότητα και το προσωπικό στυλ του επαγγελματία καθώς επίσης και δημογραφικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, τα έτη υπηρεσίας και η οικογενειακή κατάσταση.

Όλοι οι ανωτέρω παράγοντες, όπως επίσης η ενεργός συμμετοχή και ο έλεγχος που ασκεί ο επαγγελματίας υγείας στη ροή των γεγονότων είναι δυνατό να επηρεάσουν την ένταση των συμπτωμάτων και τις επιπτώσεις που επιφέρει η ψυχιατρική νοσηρότητα στην ζωή του κάθε ατόμου. (Boumans & Landeweerd 1996; Valey et al. 2004).

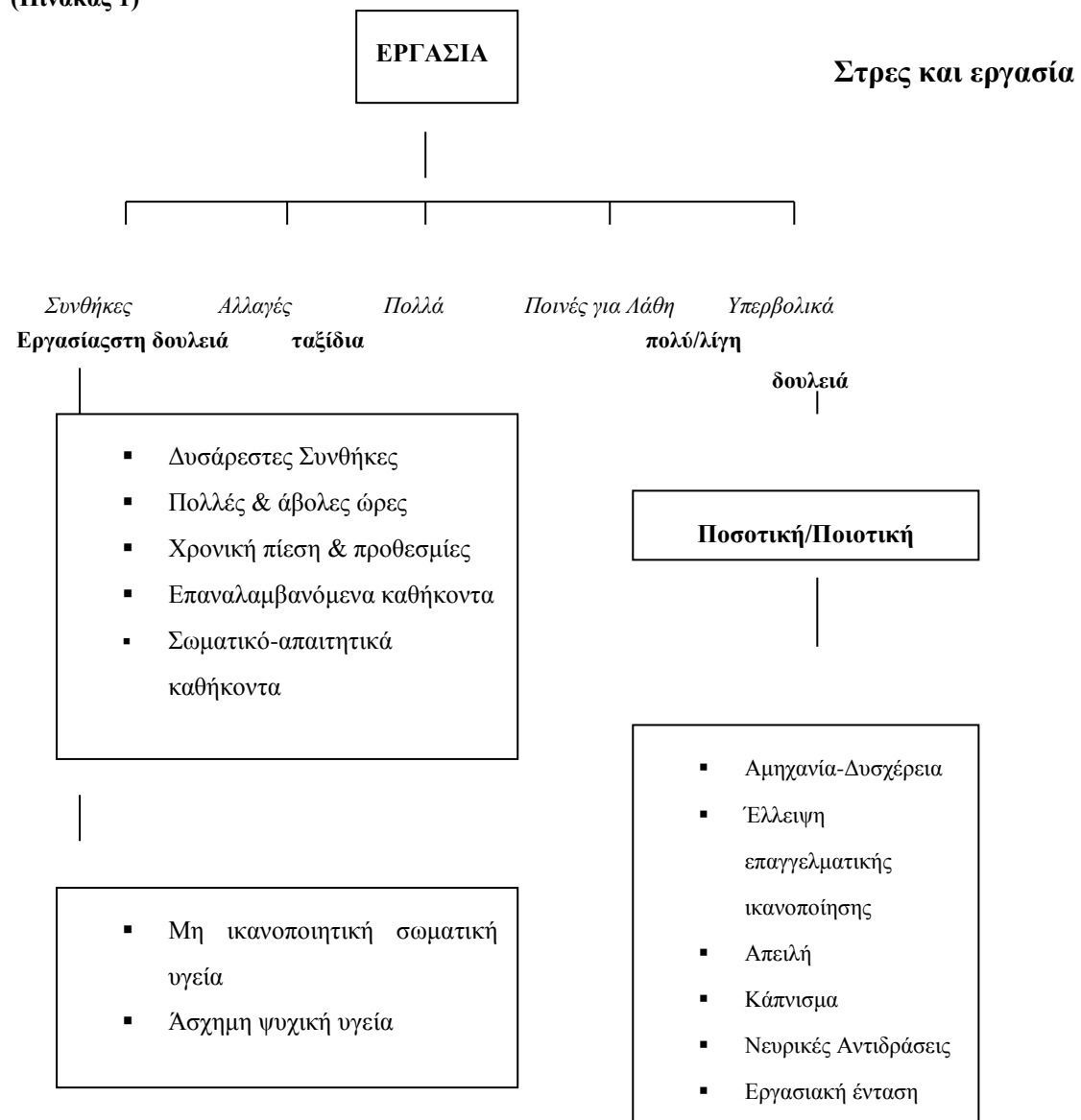
Σύμφωνα με το μοντέλο για το στρες στην εργασία που προτείνει ο Cooper, "οι πηγές στρες κατατάσσονται σε έξι κατηγορίες: αυτές που είναι εσωγενείς στην εργασία, αυτές που σχετίζονται με τον εργασιακό ρόλο, αυτές που αφορούν τις εργασιακές σχέσεις, αυτές που σχετίζονται με την ανάπτυξη της σταδιοδρομίας του ατόμου, αυτές που σχετίζονται με τη δομή και το κλίμα της οργάνωσης και τέλος, αυτές που αναφέρονται στη σχέση (διασύνδεση) της οικογενειακής ζωής με την εργασιακή ζωή" (Καντάς, 1995:105-106).

Οι πηγές στρες, επενεργούν συσσωρευτικά στο άτομο με αποτέλεσμα την πιθανή εμφάνιση σε αυτό σωματικών, ψυχολογικών και συμπεριφορικών αντιδράσεων ή ακόμη και ψυχοσωματικών ασθενειών. Έρευνα η οποία διεξήχθη στο

Ηνωμένο Βασίλειο, Σουηδία, Γερμανία, Ιαπωνία, Σιγκαπούρη, Η.Π.Α., Νιγηρία, Νότια Αφρική, Βραζιλία, Αίγυπτο, έδειξε ότι η πίεση χρόνου και προθεσμίες, οι κακές συνθήκες εργασίας, το υπερβολικό φόρτο εργασίας, το παρατεταμένο ωράριο, η σύγκρουση πεποιθήσεων, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η κακή διοίκηση κατατάσσονται στους πρώτους παράγοντες εργασιακού στρες (Eaker, 2002).

2.1. Χαρακτηριστικά πιθανής στρεσογόνου εργασίας

(Πίνακας 1)

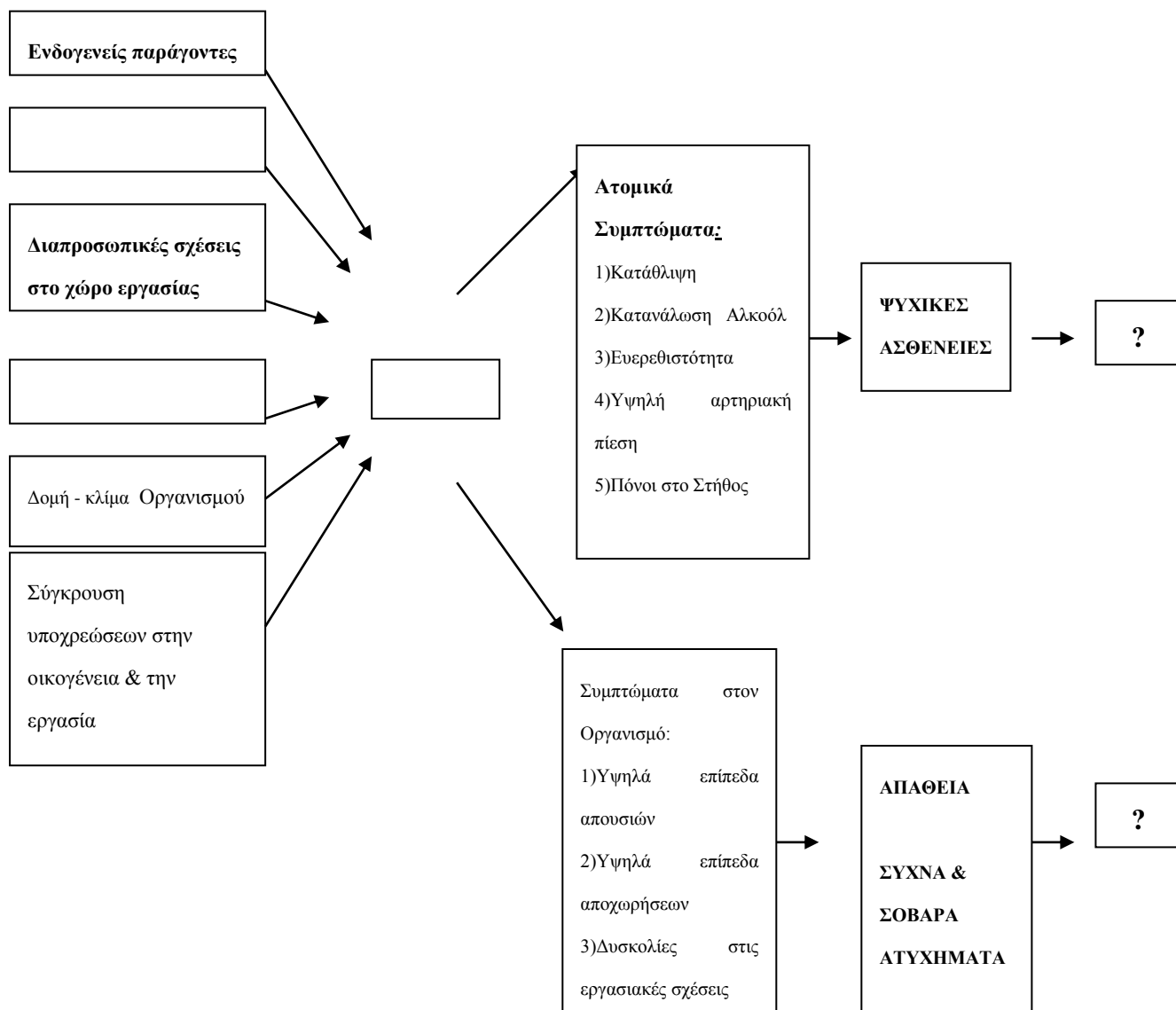


Cooper (2002)-Στρες και εργασία

2.2. Οι δυνάμεις του εργασιακού στρες

(Πίνακας 2)

Πηγές Στρες



Cooper (2002) -Στρες και εργασία

Ας δούμε όμως πιο αναλυτικά τον κάθε στρεσογόνο παράγοντα ξεχωριστά.

2.3. Εσωγενείς παράγοντες στην εργασία

2.3.1.Κακές συνθήκες εργασίας

Σε πάρα πολλές έρευνες, αποδείχθηκε πως οι συνθήκες εργασίας συνδέονται άμεσα με τη ψυχική υγεία του επαγγελματία. Το φυσικό περιβάλλον στο οποίο εργαζόμαστε και περνάμε ένα σημαντικό μέρος της ζωής μας, μπορεί να επηρεάσει τις διαθέσεις μας. Οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν ένα εύρος επιβλαβών συνθηκών εργασίας. Στις Η.Π.Α., έγιναν κάποιες μελέτες όσον αφορά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν νοσηλεύτριες και ιατροί σε μονάδες εντατικής θεραπείας και βρέθηκε ότι ένα καταθλιπτικό οπτικό περιβάλλον απέβη ιδιαίτερα στρεσογόνο για τους επαγγελματίες υγείας. Συνδυασμένος ο παράγοντας αυτός με την καθημερινή ρουτίνα, οδήγησε σε αισθήματα αυτοπαγίδευσης και απανθρωποποίησης. Επίσης, οι οσμές που συναντούμε πολλές φορές σε χώρους νοσοκομείων, αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα δυσλειτουργίας στο εργασιακό περιβάλλον για τους επαγγελματίες υγείας, αν και από τα χρόνια υπηρεσίας πολλές φορές παθαίνουν ανοσία. Όσον αφορά επίσης τον εξαερισμό στα νοσοκομεία, επιδεινώνει εξίσου το πρόβλημα, καθώς και τα υψηλά επίπεδα θορύβου που σε μια νοσοκομειακή πτέρυγα δημιουργούν πρόσθετο στρες στους επαγγελματίες (Cooper , Cooper , &Eaker, 2002, σελ.95).

2.3.2.Φόρτος Εργασίας/Υπεραπασχόληση

Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και η υπεραπασχόληση είναι δυο έννοιες που τις χρησιμοποιούμε πολύ συχνά στις μέρες μας. Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας επηρεάζει τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά τον εργαζόμενο. Πιο συγκεκριμένα ποσοτικά: αφορά τον υπερβολικό φόρτο εργασίας σε δουλειά, και ποιοτικά: αναφέρεται στο κατά πόσον η εργασία είναι πολύ δύσκολη να πραγματοποιηθεί από ένα άτομο. Όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας, εννοούμε τον αριθμό των ασθενών ή περιπτώσεων που έχουν να χειριστούν, σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Σε έρευνα των Tyler & Ellison στην Αγγλία που διεξάχθηκε σε νοσηλευτικό προσωπικό, βρέθηκε ότι ο μεγαλύτερος

αγχογόνος παράγοντας είναι ο φόρτος εργασίας (Tyler & Ellison 1994). Επίσης οι αντίξοες συνθήκες εργασίας που τις περισσότερες φορές συνυπάρχουν με έλλειψη νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού δημιουργούν στον επαγγελματία υγείας μεγάλα προβλήματα (Καυκίας, & Σπυρόπουλος, 1995; Dewe, 1987; Thomasetal, 1992).

2.3.3. Ιδιομορφία του Ωραρίου (Το Σύστημα της Βάρδιας)

Άλλη μια ιδιομορφία των επαγγελματιών υγείας και κυρίως των νοσηλευτών/νοσηλευτριών είναι το «Σύστημα της Βάρδιας». Το εβδομαδιαίο πρόγραμμα εργασίας των ιατρών και των νοσηλευτών ενός δημόσιου νοσοκομείου διαχωρίζεται σε βάρδιες (πρωινή, απογευματινή, νυκτερινή), γεγονός που δημιουργεί προβλήματα τόσο σε επαγγελματικό όσο και σε προσωπικό επίπεδο. Αυτό από μόνο του αποτελεί ένα πολύ σημαντικό αγχογόνο παράγοντα, αφού ο νοσηλευτής καλείται κάθε εβδομάδα να προβληματιστεί με στόχο να προγραμματίσει τόσο τις επαγγελματικές όσο και τις οικογενειακές του υποχρεώσεις. Το Ερευνητικό Ινστιτούτο του Stanford, πραγματοποίησε μια μεγάλη μελέτη με Αμερικανίδες νοσηλεύτριες και συμπέρανε ότι η εργασία με βάρδιες αποτελεί μέγιστο πρόβλημα για τη εργασία και τον εργαζόμενο. Βρέθηκε ότι νοσηλεύτριες με εναλλασσόμενες βάρδιες είχαν χειρότερα αποτελέσματα από αυτές που εργάζονταν σε ένα καθορισμένο ωράριο. Παρουσίασαν περισσότερα σωματικά συμπτώματα, όπως προβλήματα του πεπτικού συστήματος, ανωμαλίες στην περίοδο κ.α., καθώς επίσης ανέφεραν περισσότερη χρήση αλκοόλ, υψηλότερη συχνότητα προβλημάτων στη σεξουαλική ζωή και διακατέχονται από μεγαλύτερη σύγχυση, αγωνία και κατάθλιψη (Cooperetal., 2002, σελ.99).

Ακόμη, στην έρευνα των EdwardW et al, οι νοσηλεύτριες που εργάζονταν με βάρδιες είχαν υψηλότερα αποτελέσματα εξουθένωσης από τις νοσηλεύτριες που εργάζονταν με σταθερό ωράριο. (Edward, McCranie, Vickie, Lambert, Clinton & Lambert, 1987). Το βιολογικό ωράριο, είναι ιδιαίτερα δύσκολο και προβληματικό κυρίως όταν είναι ακατάστατο, καθώς το βιολογικό ρολόι δεν μπορεί να προσαρμοστεί σε αυτό.

2.3.4. Παρατεταμένο ωράριο

Ανάμεσα στο συνολικό εβδομαδιαίο χρόνο εργασίας και στην εκδήλωση του άγχους, έχει παρατηρηθεί πολλές φορές μια έκδηλη σημαντικότητα. Παρά την πρόοδο της νέας τεχνολογίας, οι άνθρωποι σήμερα εργάζονται ολοένα και περισσότερες ώρες εργασίας. Πολλές φορές, το εβδομαδιαίο ωράριο ξεπερνά τις 48 ώρες και αυτό έχει το ανάλογο κόστος και στις ανθρώπινες σχέσεις. Επαγγελματίες υγείας, όπως οι ειδικευόμενοι ιατροί σε νοσοκομεία, μπορεί να δουλεύουν ακόμα και εκατό ώρες την εβδομάδα, μένοντας μερικές φορές άγρυπνοι για τριάντα έξι ή και περισσότερες ώρες. Εκτός όμως από τις αρνητικές επιπτώσεις που αντιμετωπίζει το ίδιο το άτομο στην σωματική και ψυχική του υγεία, δουλεύοντας τόσες πολλές ώρες την εβδομάδα, το άτομο γίνεται ολοένα και λιγότερο αποδοτικό στην εργασία του. (Jones , 1999, σελ.125)

2.4. Ο εργασιακός ρόλος

Ο ρόλος, είναι ένα σύνολο από οργανωμένες ενέργειες, πράξεις και στάσεις του ατόμου και που αυτές αντιστοιχούν σε μια καθορισμένη θέση που το άτομο έχει στο δεδομένο εργασιακό περιβάλλον και κατ' επέκταση στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Η θέση είναι ένα σύνολο δικαιωμάτων και υποχρεώσεων. Το άτομο που υλοποιεί αυτά τα δικαιώματα και τα καθήκοντα εκτελεί ένα ρόλο. Ωστόσο, η άσκηση ενός επαγγελματικού ρόλου είναι δυνατόν να συνοδεύει ορισμένες δυσκολίες, όπως το να μην είναι ξεκάθαρα τα καθήκοντα ή οι αρμοδιότητες του εργαζομένου ή όταν υπάρχουν διαφορετικές απαιτήσεις και προσδοκίες από ή για τον εργαζόμενο, που έρχονται σε σύγκρουση. Αποτέλεσμα της μη επαρκούς πληροφόρησης είναι το άτομο είτε να μην υλοποιεί κάποιες δράσεις, διότι δεν γνωρίζει ότι εμπίπτουν στο φάσμα των δικών του αρμοδιοτήτων, είτε στην προθυμία και προσπάθεια του να προσφέρει τις υπηρεσίες του, να κατηγορηθεί ότι ξεπέρασε τα επαγγελματικά του όρια ή όπως κοινώς λέμε ότι «μπήκε σε χωράφια άλλων». Ασάφεια ρόλου μπορεί να υπάρξει κι όταν ο ίδιος ο εργαζόμενος δεν αντιληφθεί ή δεν κατανοήσει τους στόχους της οργάνωσης και τις συγκεκριμένες απαιτήσεις των ανωτέρων του.

Η φύση του επαγγέλματος του ιατρού και του νοσηλευτή είναι τέτοια, ώστε να δημιουργούνται συγκρούσεις μεταξύ των νοσηλευτών και μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών ή και ανωτέρων. Αυτό συμβαίνει λόγω της απουσίας, συχνά-πυκνά, καταμερισμού των ευθυνών και καθορισμού των ρόλων για κάθε ομάδα. Σύμφωνα με έρευνα στην Νέα Ζηλανδία, οι συγκρούσεις ρόλων, καθηκόντων και ευθυνών μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών αποτελεί επίσης αιτία άγχους (Dewe, 1987).

Σύμφωνα με τους Ivancevich & Matteson (1980), σύγκρουση ρόλων έχουμε όταν ο εργαζόμενος αισθάνεται ότι πρέπει να ικανοποιήσει διαφορετικών ειδών απαιτήσεις και προσδοκίες ή όταν η συμμόρφωση με ορισμένες απαιτήσεις του ρόλου κάνει δύσκολη ή αδύνατη τη συμμόρφωση με κάποιες άλλες πλευρές του ρόλου. Μια τέτοια κατάσταση μπορεί να προέρχεται από δύο διαφορετικούς ρόλους που ασκεί το ίδιο το άτομο (π.χ. προϊστάμενος και υφιστάμενος, ταυτόχρονα), οπότε υπάρχουν διαφορετικές προσδοκίες απ' αυτόν από διαφορετικές ομάδες στον ίδιο χώρο εργασίας (Καντάς, 1995: 109).

Μια άλλη σημαντική πηγή στρες είναι η αμφισβήτηση του ρόλου. Κάθε άτομο που εργάζεται με ζήλο περιμένει τη θετική ανταπόκριση και την αναγνώριση από τους άλλους. Όταν όμως δεν υπάρχει αναγνώριση από τους άλλους, αλλά αντίθετα υπάρχει αμφισβήτηση, τότε το άτομο στρεσάρεται, απογοητεύεται και βρίσκεται σε μία συνεχή αγωνία και υπερένταση, γεγονός που μπορεί να το κάνει να χάσει την αυτοπεποίθησή του και να «παραιτηθεί», από τις προσπάθειες του.

Η αμφισβήτηση του ρόλου επιδρά δυσμενώς στην ψυχική ευεξία του ατόμου, ειδικά όταν χαρακτηρίζεται από μειωμένο αυτοέλεγχο (Jimmieson, 2000). Αξίζει να σημειωθεί, η μελέτη του Margolis και συν. (1974), όπου ερευνητές εντόπισαν ορισμένες σημαντικές σχέσεις μεταξύ αμφισβήτησης ρόλου και συγκεκριμένων συμπτωμάτων ψυχικής και σωματικής νόσου όπως: κατάθλιψη, επαγγελματικής δυσαρέσκειας, δυσαρέσκειας από τη ζωή, μειωμένων εργασιακών κινήτρων, μειωμένων επιπέδων αυτοεκτίμησης και πρόθεσης αποχώρησης από την εργασία (Αντωνίου, 2006:124).

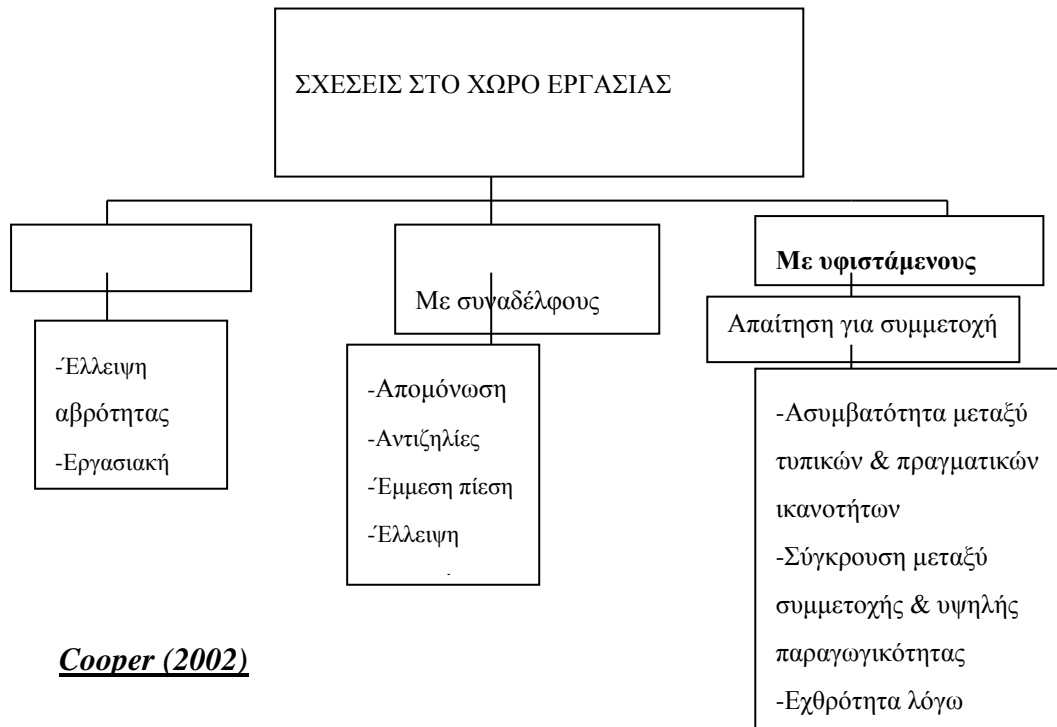
2.5. Οι εργασιακές σχέσεις

Ο άνθρωπος μπορεί να λειτουργήσει αποδοτικά στο εργασιακό του περιβάλλον μόνο όταν του δίνεται η ευκαιρία να ενεργεί ελεύθερα, όταν νιώθει ότι οι άλλοι τον υπολογίζουν και τον αναγνωρίζουν και γενικότερα θα λέγαμε όταν αισθάνεται ασφάλεια μέσα στον εργασιακό χώρο. Οι σχέσεις που δημιουργούνται μέσα σε μια οργάνωση αποτελούν το υπόβαθρο για την ανάπτυξη παραγωγικών δραστηριοτήτων. Αρμονικές σχέσεις πρέπει να αναπτύσσονται ανάμεσα σε όλα τα μέλη μιας οργάνωσης ανεξαρτήτως θέσεως. Έτσι λοιπόν, πρέπει να δημιουργηθεί η πεποίθηση στους εργαζομένους ότι οι θετικές αλληλεπιδράσεις και το κλίμα εμπιστοσύνης και συνεργασίας αποβαίνουν προς κοινό όφελος ηθικό και υλικό. Ωστόσο, το κατά πόσο καλές θα είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας, εξαρτάται και από τη νοοτροπία των εργαζομένων, μια και υπάρχουν άτομα περισσότερο ανταγωνιστικά κι άλλα λιγότερο. Σε κάθε χώρο εργασίας μπορούμε να διακρίνουμε τρεις τύπους διαπροσωπικών σχέσεων: σχέσεις με προϊσταμένους, σχέσεις με συναδέλφους και σχέσεις με υφισταμένους.

Γιατροί, νοσηλευτές υπερασπίζονται την άποψη ότι συχνά δημιουργούνται συναισθηματικά προβλήματα, όταν οι σχέσεις μεταξύ των υφισταμένων και του διευθυντή για τον ένα ή τον άλλο λόγο, χωλαίνουν σε ψυχολογικό επίπεδο (Cooper, 2002). Ο ερευνητής του στρες Hans Selye, υποστήριξε ότι το να μάθει κανείς να ζει με άλλους ανθρώπους είναι μια από τις πιο στρεσογόνες πλευρές της ζωής. Οι αρμονικές σχέσεις μεταξύ των μελών μιας ομάδας είναι το κλειδί για την καλή υγεία του ατόμου και την καλή λειτουργία του οργανισμού (Cooper, 2002:112).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε τρία ελληνικά Νοσοκομεία της επαρχίας, βρέθηκε ότι οι σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας βρίσκονται σε καλό ως πολύ καλό επίπεδο (Ντάτσης και συν., 2007).

(Πίνακας 3)



2.6. Η επαγγελματική ανάπτυξη ως στρεσογόνος παράγοντας

Η επαγγελματική ανάπτυξη, είναι ένα ζήτημα που μπορεί για πολλά άτομα να αποτελεί στρεσογόνο παράγοντα. Ο φόβος της απόλυσης ή η αγωνία για ενδεχόμενη προαγωγή δημιουργούν άγχος και ανησυχία στους εργαζόμενους. Το μέγεθος των γνώσεων που απαιτούνται για να διατηρήσει κανείς τη θέση του, παίρνει ανυπολόγιστες διαστάσεις στα περισσότερα επαγγέλματα. Στην ιατρική και νοσηλευτική ή σε επιστημονικούς και τεχνικούς τομείς, όπως και στην εκπαίδευση, ο ρυθμός με τον οποίο οι νέες ιδέες, οι τεχνικές και τα ερευνητικά ευρήματα που εισρέουν στο επάγγελμα, αυξάνονται με γεωμετρική πρόοδο.

Ο αγώνας να αφομοιώσει ο επαγγελματίας υγείας τα πάντα, δηλαδή να είναι ενήμερος, να εξοπλιστεί με τις κατάλληλες απαντήσεις απομυζεί όλο και πιο πολύ χρόνο και ενέργεια. Γι' αυτό, το άτομο εξαντλείται στην προσπάθεια να αντεπεξέλθει, είτε μένει πίσω και δοκιμάζει αρνητική διάθεση για την αφομοίωση του στο επάγγελμα και για τις γνώσεις του (Fontana, 1996).

2.7. Δομή και οργάνωση του εργασιακού χώρου

Το άτομο έρχεται στην οργάνωση που αποτελεί το χώρο εργασίας του με ένα αριθμό εσωτερικών αναγκών. Αν λοιπόν η οργάνωση δημιουργήσει ένα κλίμα για το άτομο που θα του επιστρέψει την ικανοποίηση των αναγκών του, το άτομο θα εργαστεί και θα αποδώσει. Αν όμως το ευρύτερο σύστημα δεν δώσει τις ευκαιρίες αυτές για την ικανοποίηση των αναγκών του ατόμου, το άτομο αυτό θα προτάξει τις δικές του ανάγκες και όχι τους στόχους της οργάνωσης.

Υπερβολικές και σε πολλές περιπτώσεις ανεξέλεγκτες απαιτήσεις και πιέσεις μπορούν να προκληθούν από κακό σχεδιασμό της εργασίας, κακή διαχείριση και ανικανοποίητες εργασιακές συνθήκες. Εξαιτίας λοιπόν αυτών των συνθηκών είναι δυνατό οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία να μην λαμβάνουν την ικανοποιητική υποστήριξη από τους άλλους ή να μην έχουν αρκετό έλεγχο της εργασίας τους και των πιέσεών της (Lekaetal., 2003). Έρευνα στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων σε νοσηλευτές, με σκοπό να διερευνηθούν οι αγχογόνοι παράγοντες, έδειξαν ότι η *κακή διοίκηση* αποτελεί σημαντικό παράγοντα άγχους στους νοσηλευτές (Καυκιά, & Σπυρόπουλος, 1995).

Συμπερασματικά λοιπόν, θα λέγαμε ότι οι περισσότερες αιτίες του εργασιακού άγχους στους επαγγελματίες υγείας αφορούν τον τρόπο με τον οποίο είναι σχεδιασμένη η εργασία και τον τρόπο με τον οποίο τα νοσοκομεία διοικούνται. Επειδή αυτές οι πτυχές της εργασίας έχουν τη δυνατότητα για την πρόκληση της βλάβης, καλούνται κίνδυνοι, σχετιζόμενοι με το στρες ή (αλλιώς) πιο απλά στρεσογόνοι παράγοντες. Ας μην ξεχνάμε ότι το να είναι οι εργαζόμενοι υγιείς και ικανοποιημένοι από την εργασία τους και από τις συνθήκες, ωφελεί και τον οργανισμό. Το όφελος δηλαδή του οργανισμού έγκειται στην μεγαλύτερη αφοσίωση του προσωπικού στην εργασία και στην καλύτερη απόδοση (Καυκιά, Σπυρόπουλος, 1995).

2.8. Σχέση οικογενειακής και εργασιακής ζωής

Η σωματική και ψυχική ευεξία των ατόμων δεν επηρεάζεται μόνο από το εργασιακό του περιβάλλον αλλά και από τις προσωπικές τους στάσεις και από τα οικογενειακά προβλήματα που ενδεχομένως να αντιμετωπίζουν. Μεταφορά

προβλημάτων από τον ένα χώρο στον άλλο, συγκρούσεις μεταξύ συζύγων, έλλειψη αμοιβαιότητας μεταξύ συζύγων και συναισθηματικής υποστήριξης, συχνές μετακινήσεις (Cooper, Cooper, & Eaker 2002, σελ.95).

Η οικογενειακή ζωή θα λέγαμε ότι είναι αμφίπλευρη, από τη μία αποτελεί το βασικότερο στήριγμα για τον κάθε άνθρωπο (όταν υπάρχουν υγιείς σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της) και από την άλλη μπορεί να αποτελέσει τη σημαντικότερη πηγή άγχους. Οι απαιτήσεις της οικογένειας και οι απαιτήσεις της εργασίας πολλές φορές όχι μόνο απλά δεν συμβαδίζουν, αλλά έρχονται σε σύγκρουση καθιστώντας το άτομο ανίκανο να βρει τις ισορροπίες. Το γεγονός αυτό, προκαλεί μεγάλο άγχος ιδιαίτερα στις γυναίκες (νοσηλεύτριες /ιατρούς) που εργάζονται και είναι και μητέρες (Cooperetal. 2002, σελ.95).

Οι Hall & Hall (1980), υποστήριξαν ότι για μια μοντέρνα «διπλής-καριέρας οικογένεια» δεν υπάρχει πλέον ο παραδοσιακός «πλήρους απασχόλησης» γονέας ή σύζυγος. Ο όρος «οικογένεια διπλής –καριέρας», εισήχθη αρχικά από τους κοινωνιολόγους Rhona & Rapoport (1971), προκειμένου να αναφερθούν σε οικογένειες που και οι δυο σύζυγοι επεδίωκαν επαγγελματική σταδιοδρομία και ταυτοχρόνως αποτελούσαν μέλη μιας οικογένειας. Έχει διαπιστωθεί ότι οι παντρεμένες γυναίκες-επαγγελματίες υγείας (νοσηλεύτριες, ιατροί) που εργάζονταν και είχαν μικρά παιδιά, βίωναν εντονότερα τη σύγκρουση ρόλων, είχαν μεγαλύτερο φόρτο εργασίας, αισθήματα ενοχής και γενικά η υγεία τους βρισκόταν σε χειρότερη κατάσταση από ό,τι των ανδρών συναδέλφων τους (Αντωνίου, 2006:145).

Η Μαρβάκη, Δημουλά και συν., διερεύνησαν την επίδραση της εργασίας στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού. Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (81,5%) και η μέση τιμή ηλικίας τα 40 έτη (25–55 ετών). Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι συχνότερα κουρασμένες ένιωθαν οι γυναίκες και όσοι εργάζονταν πάνω από 10 έτη. Οι γυναίκες εμφάνιζαν συχνότερα ξεσπάσματα θυμού και θλίψη και επίσης αισθάνονταν ότι βρίσκονταν σε κατάσταση επιφυλακής Το 44% όσων εργάζονταν πάνω από 10 χρόνια δήλωσε ότι σπάνια είχε χρόνο για αγαπημένες ασχολίες και γυμναστήριο, συγκριτικά με αυτούς που εργάζονταν λιγότερα από 5 χρόνια .Η εργασία στο νοσοκομείο επηρεάζει την προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού, ιδιαίτερα των γυναικών και όσων έχουν προϋπηρεσία άνω των 10 ετών. (Μαρβάκη, Δημουλά, και συν., 2007).

2.9. Σωματική και Ψυχική Βία

Με τον όρο αυτό, εννοούμε τις σωματικές και τις πνευματικές συνέπειες-επιπτώσεις που έχουν οι επαγγελματίες υγείας από την εργασία τους (από ασθενείς και συγγενείς κυρίως). Σε έρευνα που έγινε στον Καναδά σε επαγγελματίες υγείας (ιατρούς-νοσηλευτές), βρέθηκε πως αντιμετωπίζουν και πρόβλημα κινδύνου από τη σωματική και ψυχολογική βία που υφίστανται από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Το πρόβλημα αυτό είναι ιδιαίτερα αισθητό στο Τμήμα Πρώτων Βοηθειών (θάνατοι και τραυματισμοί από δυστυχήματα και εγκλήματα, μεταφορά ατόμων σε κατάσταση μέθης, κ.α.), (Craymon, Kasta, Khan, 1994). Σε μια άλλη έρευνα που έγινε στην Αγγλία, το 32% των νοσηλευτών δήλωσε ότι αντιμετωπίζει φαινόμενα σωματικής βίας συχνά, ενώ το 2% καθημερινά (Schnieden, & Bell, 1995).

3. Συνέπειες του εργασιακού στρες στο Νοσηλευτικό προσωπικό

Όπως είδαμε το στρες κοστίζει τόσο στα άτομα όσο και στους οργανισμούς όπου εργάζονται. Όσον αφορά τα άτομα, ευνοεί την ανάπτυξη ψυχοσωματικών διαταραχών, ευθύνεται για την φτώχη ψυχική υγεία των εργαζομένων καθώς και για την αυξημένη χρήση αλκοόλ, τσιγάρου και φαρμακευτικών ουσιών. Το στρες θέτει σε κίνδυνο την ικανότητα του επαγγελματία να παρέχει υψηλής ποιότητας φροντίδα στους ασθενείς, καθώς ευνοεί την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης και συχνών καταθλιπτικών επεισοδίων. Τέλος, το στρες που οφείλεται στην εργασία έχει αντίκτυπο και στην οικογένεια του επαγγελματία, καθώς υποβαθμίζει ολόκληρη την ποιότητα της ζωής του (Dawkins, Depp & Seltzer, 1985).

Οι συνέπειες του στρες για το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και για το ιατρικό, εντοπίζονται σε τρεις ξεχωριστές κατηγορίες:

A) Υποκειμενικές εμπειρίες που περιλαμβάνουν άγχος, κατάθλιψη, διαρκή ανησυχία και παράδοση συναισθηματική απόσπαση. Το άτομο μπορεί να έχει επίγνωση ή να τις αρνείται, ενώ το πιο συνηθισμένο είναι να επισημαίνονται από τους γύρω.

B) Σωματικές συνέπειες που περιλαμβάνουν όλο το φάσμα των ψυχοσωματικών διαταραχών, από τις σχετικά συνηθισμένες, όπως οι βραχείας διάρκειας ημικρανίες ή τα δερματικά εξανθήματα, έως της ενδιάμεσης σοβαρότητας

και ενόχλησης, όπως είναι το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και πόνοι στη πλάτη και ακόμη πιο απειλητικές για τη ζωή, καρδιαγγειακές παθήσεις και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.

Γ) Αλλαγές σε επίπεδο συμπεριφοράς που κυμαίνονται από μέτρια ευερεθιστότητα μέχρι την εγκατάσταση συμπεριφορών εξάρτησης, όπως αλκοολισμός και κάπνισμα ή άλλων αναπόφευκτων συμπεριφορών, όπως η ανάγκη για συχνές αλλαγές εργασιακού πλαισίου ή απροθυμία για ανάληψη περαιτέρω καθηκόντων ή τεταμένες σχέσεις με συναδέλφους και προϊσταμένους (Fagin, & Bartlett, 1995).

Στο πεδίο της ψυχικής υγείας, το υψηλό στρες μπορεί να οδηγήσει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε σταδιακή απώλεια της ικανότητας ενσυναίσθησης (empathy) των ασθενών (Coffey, 1999). Οι συνέπειες του στρες για την υπηρεσία εντοπίζονται στο ότι σε αντίθεση με ότι συμβαίνει σε άλλες χώρες -όπου το πρόβλημα εκδηλώνεται με εναλλαγή προσωπικού, ιδιαίτερα των νεότερων στελεχών- η δομή του εργασιακού χώρου στην Ελλάδα δεν επιτρέπει αυτού του τύπου τις αντιδράσεις "υγείας" ή "αδυναμίας", με αποτέλεσμα τα στελέχη που επηρεάζονται από το πρόβλημα να μην παραιτούνται και να φεύγουν, αλλά να «παραιτούνται» και να μένουν (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1999).

Το στρες, στο χώρο εργασίας, επηρεάζει την σωματική και ψυχική ευεξία των επαγγελματιών υγείας, μειώνοντας την απόδοση και επηρεάζοντας αρνητικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους.

4. Επαγγελματική ικανοποίηση-Εννοιολογική οριοθέτηση

Ο ορισμός της επαγγελματικής ικανοποίησης έχει δεχθεί πολλές τροποποιήσεις. Σύμφωνα με τον Spector (1997), «επαγγελματική ικανοποίηση σημαίνει απλά, πώς οι άνθρωποι αισθάνονται σε σχέση με την εργασία τους, καθώς και για τις διαφορετικές διαστάσεις της εργασίας τους». Η επαγγελματική ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια, είναι το αποτέλεσμα της σχέσης ανάμεσα στις προσδοκίες που έχουν τα άτομα για την εργασία τους και στις πραγματικές απολαβές από αυτή (Abu-Bader, 2000). Συμπερασματικά, καταλαβαίνουμε πως η ικανοποίηση που αντλεί το άτομο από την εργασία του, αποτελεί στην ουσία μία συμπεριφορά, η οποία βρίσκεται σε άμεση σχέση με άλλες σημαντικές συμπεριφορές στο χώρο εργασίας.

Οι έρευνες δείχνουν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση από την μεριά των εργαζομένων φαίνεται να συνδέεται με τις αποδοχές και τις γενικότερες παροχές από την εργασία, το προφίλ των συνεργατών, το είδος του ελέγχου που ασκείται στον εργαζόμενο, το περιβάλλον εργασίας, τις προοπτικές επαγγελματικής εξέλιξης και το αντικείμενο της θέσης εργασίας.

Διεθνώς, οι επαγγελματίες υγείας και κυρίως ιατροί και νοσηλευτές, εμφανίζονται ως οι ομάδες με την μικρότερη επαγγελματική ικανοποίηση. Σε ελληνική έρευνα σε τρία Κέντρα Υγείας, σχεδόν το 90% των εργαζομένων επαγγελματιών υγείας δήλωσε ικανοποιημένοι από την Διοίκηση και τις διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους και ασθενείς. Αντίθετα, δεν αντλούν ικανοποίηση από τις απολαβές και το περιβάλλον εργασίας (Γιαννούλη, 2009). Όπως φαίνεται από έρευνες στις Η.Π.Α., το περιβάλλον εργασίας, άμεσο και έμμεσο, αποτελεί μείζον πρόβλημα για τους εργαζόμενους στην Π.Φ.Υ (Linzer, etal, 2009). Το ίδιο προκύπτει και από έρευνες σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Π.Φ.Υ. στο Χονγκ-Κόνγκ (Lee, etal.,2004).

Η έρευνα των Ποζουκίδου, Θεοδώρου και Καϊτελίδου, διερεύνησε το βαθμό της επαγγελματικής ικανοποίησης του μόνιμου νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού που υπηρετεί σε δημόσιο γενικό νοσοκομείο και προσδιόρισε τους παράγοντες που την επηρεάζουν και τη διαμορφώνουν. Από τα ευρήματα της έρευνας, προέκυψε ότι το 51,1% του νοσηλευτικού προσωπικού εκφράζει επαγγελματική δυσαρέσκεια, την οποία αποδίδει πρωτίστως στη μη αναγνώριση της προσφοράς του και δευτερευόντως στις συνθήκες εργασίας του. Το αντίστοιχο ποσοστό για το παραϊατρικό προσωπικό ανέρχεται στο 72% και αποδίδεται κατά πρώτο λόγο στις σχέσεις του με τους άλλους επαγγελματίες υγείας και ακολούθως στην αναγνώριση της προσφοράς του (2007).

Σε έρευνα σχετικά με την διερεύνηση της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας από το εργασιακό τους περιβάλλον και από την επίτευξη ή μη των επαγγελματικών τους προσδοκιών, την αυτοαξιολόγηση της ψυχοσυναισθηματικής τους κατάστασης, διαπιστώθηκε ότι τα κυριότερα νοσήματα που ταλαιπωρούν τους επαγγελματίες υγείας είναι αλλεργίες, οσφυαλγία, ημικρανία και έλκος, η ύπαρξη stress και έντασης, αλλά και η εμφάνιση μελαγχολικού συναισθήματος και αισθημάτων απαξίωσης. Όλα αυτά, είναι συνήθη στο προσωπικό των νοσοκομείων της μελέτης και επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων, αλλά έχουν και ως αποτέλεσμα τη μείωση της απόδοσής τους και ενδεχομένως τη κακή

ποιότητα ζωής τους (Ντάτσης, και συν. 2007).

Σε μελέτη στις Η.Π.Α., βρέθηκε ότι το υψηλό εργασιακό στρες και η πλημμελής συνεργασία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού οδήγησαν σε χαμηλή ικανοποίηση, ενώ αντίθετα ο παράγοντας αυτονομία συσχετίστηκε θετικά με την εργασιακή ικανοποίηση (Zangaro, & Soeken, 2007). Στη Λιθουανία, ένα αναπτυσσόμενο κράτος, η ικανοποίηση των γιατρών κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα με κύρια αιτία δυσαρέσκειας να ανφέρονται η χαμηλή κοινωνική θέση και ο φόρτος εργασίας (Buciuniene, etal, 2005). Στο Πακιστάν, οι ιατροί δηλώνουν μη ικανοποιημένοι και τα κυριότερα αίτια είναι οι υποδομές και οι οικονομικές απολαβές (Shakir, etal, 2008).

4.1. Η εργασιακή ικανοποίηση σε σχέση με το εργασιακό στρες

Οι ερευνητές αποκαλύπτουν ότι οι εργαζόμενοι που είναι δυσαρεστημένοι από την εργασία τους είναι πολύ κοντά στην ασθένεια. Σε μια εκτεταμένη έρευνα, η οποία περιλάμβανε 25.000 άτομα, αποκαλύφθηκε ότι η εργασιακή ικανοποίηση επηρεάζει την υγεία των εργαζομένων και ότι η έλλειψη ικανοποίησης, φυσικής και πνευματικής ευεξίας, οδηγεί την ψυχική υγεία σε αδιέξοδο (CaryCooper, 2007). Το άγχος και το περιβάλλον εργασίας συνδέονται στενά με την εργασιακή ικανοποίηση. Έρευνα που έγινε για την εργασιακή ικανοποίηση και τα επίπεδα άγχους σε νοσηλευτές που εργάζονται σε νεφρολογικά κέντρα, έδειξε ότι το 58,3% των νοσηλευτών δήλωσε καθόλου έως μέτρια ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας, ενώ το 57,5% δήλωσε καθόλου έως μέτρια ικανοποίηση από τη θέση εργασίας.

Τα επίπεδα περιστασιακού άγχους βρέθηκαν σημαντικά υψηλότερα στους νοσηλευτές που ήταν καθόλου έως μέτρια ικανοποιημένοι συγκριτικά με αυτούς που ήταν πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένοι, τόσο από το αντικείμενο της εργασίας τους, όσο και από τη θέση στην εργασία τους. Υψηλά επίπεδα άγχους σχετίζονται με χαμηλή ικανοποίηση (Μαρνέρας και συν, 2010).

4.2. Παράγοντες αύξησης και μείωσης της επαγγελματικής ικανοποίησης

Ως παράγοντες υπαίτιοι της αύξησης της επαγγελματικής ικανοποίησης,

αναγνωρίζονται οι εξής:

- **Η Επαγγελματική παρακίνηση.** Η παρακίνηση του ατόμου να καταβάλει επίμονη και υψηλού επιπέδου προσπάθεια για την υλοποίηση των στόχων του οργανισμού. Όσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση τόσο μεγαλύτερη είναι και η παρακίνηση. Υπάρχουν όμως και έρευνες που έδειξαν ότι η παρακίνηση είναι αυτή που επηρεάζει την επαγγελματική ικανοποίηση (Li, 1993).
- **Κινητικότητα και ανάπτυξη.** Η ύπαρξη ευκαιριών για επιμόρφωση και επιλογές στην καριέρα, η πρόσβαση στις νέες πληροφορίες δίνουν την δυνατότητα ανύψωσης των φιλοδοξιών στον εργαζόμενο και συνιστούν πηγή ικανοποίησης.

Παράγοντες που μειώνουν την επαγγελματική ικανοποίηση αναγνωρίζονται:

- **Η επαγγελματική εξουθένωση (burnout-Maslach)**
- **Η ασάφεια ρόλου (roleambiguity)**
- **Η σύγκρουση ρόλου (roleconflict)**
- **Το οργανωσιακό κλίμα (organizationalclimate)**

4.3. Παράγοντες που συντελούν στην επαγγελματική ικανοποίηση

Ο Locke (1976) θεωρεί ότι οι παρακάτω είναι σημαντικοί στη διαμόρφωση της επαγγελματικής ικανοποίησης:

- Η εργασία να αποτελεί «πρόκληση» για τον εργαζόμενο και να μην είναι κουραστική και ανιαρή.
- Η καλή απόδοση να αμείβεται με χρηματικές και μη αμοιβές.
- Καλές συνθήκες εργασίας ως προς το περιβάλλον και τη διαμόρφωση του χώρου.
- Εποπτεία που να χαρακτηρίζεται από ενδιαφέρον για τους εργαζομένους και βοήθεια προς αυτούς.
- Ανάπτυξη θετικών διαπροσωπικών σχέσεων στο χώρο εργασίας, μεταξύ συναδέλφων και μεταξύ εποπτών και εργαζομένων.
- Ύπαρξη αποτελεσματικής πολιτικής από την πλευρά της

επιχείρησης που να επιδιώκει την υποβοήθηση των εργαζομένων στο έργο τους.

- Διασφάλιση της εργασίας και ανάπτυξη αισθήματος σταθερότητας όσον αφορά το μέλλον των εργαζομένων.

- Καλλιέργεια αισθήματος δίκαιης μεταχείρισης.

- Δυνατότητα συμμετοχής των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων, ιδιαίτερα σε τομείς που οι ίδιοι γνωρίζουν.

- Καλλιέργεια αισθήματος αυτονομίας και υπευθυνότητας στον εργαζόμενο.

- Σαφήνεια ρόλων ως προς το τι ακριβώς αναμένεται από τον εργαζόμενο να κάνει (Καντάς, 1998).

Κεφάλαιο II : ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

1. Γενικά για την ποιότητα ζωής

Οι έννοιες της υγείας και της ασθένειας προσανατολίζουν τη σκέψη των ανθρώπων σε ένα μεγάλο ποσοστό γύρω από την ιατρική αντιμετώπιση και την θεραπευτική φαρμακευτική αγωγή, που είναι απαραίτητη για την βελτίωση της υγείας. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια ο ρόλος της ψυχολογίας σε σχέση με την υγεία και τη διατήρηση της ποιότητας της ζωής φαίνεται να κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος, με αποτέλεσμα να αποτελέσει ένα αναπόσπαστο κομμάτι στην έρευνα που αφορά την μέτρηση της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την ασθένεια.

Από ιατρική σκοπιά, ο όρος υγεία αναφέρεται στην άρτια λειτουργία των ζωτικών οργάνων του σώματος και επικεντρώνεται στη σωματική ευεξία. Αναμφισβήτητα, η κύρια επιδίωξη της ιατρικής είναι η θεραπεία της ασθένειας, ενώ ακολουθεί η πρόληψη των ασθενειών. Γεγονός αποτελεί το ότι τα τελευταία χρόνια υπάρχει μία μεγάλη πρόοδος στην αντιμετώπιση των ασθενειών, με αποτέλεσμα τη μείωση της θνησιμότητας, κι έτσι ο όρος υγεία έχει αποκτήσει ένα ευρύτερο περιεχόμενο που δεν αφορά μόνο την αντιμετώπιση των νόσων που εμφανίζονται στον άνθρωπο.

Ειδικότερα, η ψυχολογία και η κοινωνιολογία πραγματοποιώντας μία υπέρβαση στα πλαίσια και τα όρια της ιατρικής επιστήμης, αντιμετωπίζουν την υγεία σαν μία έννοια πολυδιάστατη που εμπεριέχει εκτός από τη σωματική διάσταση, δύο επιπλέον διαστάσεις που είναι η ψυχική και η κοινωνική. Η κοινωνιολογία της υγείας, υποστηρίζει πως ένας μεγάλος αριθμός νόσων, μπορούν αφενός να αποφευχθούν με την πρόβλεψη και αφετέρου μαζί με τη μελέτη του τρόπου ζωής των ατόμων μπορούν να αποτελούν σημαντικά χαρακτηριστικά στοιχεία στη διαμόρφωση της υγείας.

Σύμφωνα με το λεξικό της ψυχολογίας του Παπαδόπουλου (2005) « η ποιότητα ζωής αναφέρεται στη συσχέτιση των αντικειμενικών συνθηκών ζωής και της υποκειμενικής ευεξίας των ατόμων και των ομάδων μιας κοινωνίας». *Με τον όρο αυτό αναγνωρίζει τη σημασία αντικειμενικών πραγματικών καταστάσεων, όπως οι συνθήκες εργασίας, κατοικίας και φυσικού περιβάλλοντος για την υποκειμενική ικανοποίηση - ευχαρίστηση. Η ποιότητα ζωής αναφέρεται κυρίως στις ανθρώπινες*

σχέσεις και στον τρόπο διαβίωσης και λειτουργίας του ατόμου ως μέλους της κοινωνίας. Συμπεριφορές που αναιρούν ή καταργούν απόλυτα την ποιότητα ζωής, θεωρούνται αυτές που δε στηρίζονται στο σεβασμό της προσωπικότητας του άλλου, αλλά αντίθετα στηρίζονται στην προσβολή της αξιοπρέπειας του ή που σχετίζονται με ενοχλητικές παρεμβάσεις στον ιδιαίτερο χώρο ζωής των άλλων (Παπαδόπουλος 2005).

1.1. Ορισμός της ποιότητας της ζωής

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, αναπτύχθηκε ιδιαίτερα έντονο ενδιαφέρον μεταξύ πολιτικών, διοικητικών και κοινωνικών επιστημών για την έρευνα των ζητημάτων που αφορούν την ποιότητα ζωής (ΠΖ) και για την ανάπτυξη μεθοδολογιών, οι οποίες θα στοχεύουν στη μέτρηση της (Υφαντοπούλου 2001a). Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος, ο οποίος έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς από όλους τους κλάδους των επιστημών. Επιστήμονες σε διαφορετικά πεδία εφαρμοσμένων ερευνών, έχουν μετρήσει και καταγράψει τις επιπτώσεις της. Είναι πολύ δύσκολο να διατυπώσουμε έναν κοινώς αποδεκτό ορισμό της ΠΖ, καθώς υπάρχουν ποικίλες απόψεις για τη σημασία του όρου. Οι κλινικοί ιατροί εξετάζουν τις φυσικές διαστάσεις της, σε αντίθεση με τους ψυχολόγους και γενικά τους κοινωνικούς επιστήμονες, οι οποίοι δίνουν έμφαση στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις της υγείας (Υφαντόπουλος, 2003). Ποιότητα ζωής (QualityofLife) ή Ευημερία (WellBeing) ή Καλή ζωή (GoodLife) είναι όροι που βρίσκονται στο επίκεντρο του διεθνούς ενδιαφέροντος. Η ΠΖ αποτελεί αδιαμφισβήτητα μία πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια. Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί, ανάλογα με την οπτική γωνία υπό την οποία κάθε μελετητής ή στοχαστής αντιμετωπίζει το θέμα.

Κατά τον Freud, η ευτυχία πηγάζει από τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου. Σύμφωνα με άλλους μελετητές, η ποιότητα ζωής αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό μιας κοινωνίας και αφορά τις προϋποθέσεις, τις οποίες πρέπει να πληροί κάποιο άτομο για να είναι ευτυχισμένο (McCall, 1975). Πιο πρόσφατες εννοιολογικές προσεγγίσεις σχετικά με την ποιότητα ζωής, την ορίζουν ως τη σωματική, ψυχική και 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. Αντίθετα, η έννοια ποιότητα ζωής είναι ευρύτερη και αναφέρεται στην γενική ευημερία των ατόμων που ζουν σε μία κοινωνία (Bowling, 1997).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), η ΠΖ ορίζεται ως « η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για η 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» (WHO, TheWHOQOLGROUP, 1995).

Η ΠΖ από ορισμένους συγγραφείς έχει ερμηνευθεί ως η δυνατότητα διάθεσης πόρων προς κάλυψη των κοινωνικών αναγκών σε συνδυασμό με όρους που σχετίζονται με την κοινωνία και το περιβάλλον. Ειδικότερα, η ποιότητα ζωής συνίσταται στην ύπαρξη και στην δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μία δεδομένη κοινωνία η περιοχή (McCall, 1975).

Άλλοι συγγραφείς, τονίζουν την υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου αναφορικά με την ΠΖ και το ευ ζην. Σύμφωνα με αυτούς, θα μπορούσε να οριστεί ως το σύνολο των εσωτερικών διεργασιών του ατόμου, οι οποίες σχετίζονται με το βαθμό ικανοποίησής του από τις διάφορες εκφάνσεις της ζωής του. Περιλαμβάνει τις απαραίτητες συνθήκες και καταστάσεις που προωθούν τη «σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου», που είναι η προσωπική υγεία, εργασία εκπαίδευση, οικογένεια, κοινωνικές συναναστροφές, οικονομική κατάσταση κ.ά (Αλουμάνης, 2002).

Όπως είναι εμφανές, στους παραπάνω ορισμούς της ποιότητας ζωής παρατηρείται ένας διαχωρισμός μεταξύ των «αντικειμενικών» και «υποκειμενικών» παραμέτρων. Εντούτοις, η αναγκαιότητα του συνδυασμού των δυο αυτών παραμέτρων, οδηγεί κάποιους στη διατύπωση ότι «η ποιότητα ζωής ορίζεται ως το να είναι η ζωή καλή και αξιολογείται με κριτήρια υποκειμενικά αλλά και αντικειμενικά, που καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών» (Zautra, & Goodhart, 1979; Baker, & Intagliata, 1982).

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 μία διαδικασία συνεχούς εξέλιξης και γι' αυτό συναντάμε πολλές εννοιολογικές ασάφειες γύρω από τον ορισμό της (Κάβουρα, Κυριόπουλος, Γείτονα, & Βανδώρου, 2003). Επιπρόσθετα, μπορεί να οριστεί με διαφορετικό τρόπο από διαφορετικά επιστημονικά πεδία, όπως τις επιστήμες υγείας, την κοινωνιολογία, την ανθρωπολογία, την ψυχολογία, την οικονομική επιστήμη και άλλες επιστήμες που ασχολούνται με τον άνθρωπο και το περιβάλλον του. Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει προσωπικές προτιμήσεις, εμπειρίες, αντιλήψεις και στάσεις σχετικά με φιλοσοφικές, πολιτιστικές, πνευματικές, ψυχολογικές, οικονομικές, πολιτικές και διαπροσωπικές διαστάσεις της καθημερινής ζωής (Yfantopoulos, 2001c).

Παγκοσμίως, η ποιότητα ζωής είναι ένας δείκτης, που έχει προστεθεί, όπως και η υγεία στην κοινωνική υπηρεσία προγράμματος ανάπτυξης. Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, έχει συσταθεί το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για την Κοινωνική Ποιότητα (European Foundation in Social Quality), το οποίο εισήγαγε την έννοια της κοινωνικής ποιότητας. Με τον όρο κοινωνική ποιότητα, ορίζεται ο βαθμός, στον οποίο οι πολίτες είναι ικανοί να συμμετέχουν στην κοινωνική και οικονομική ζωή της κοινότητας, σε συνθήκες που ενισχύουν την προσωπική ευεξία και ευημερία (Yfantopoulos 2001b).

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 ποιότητας ζωής είναι οι εξής:

- 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

- Το αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή (Γζινιέρη-Κοκκώση, 2010).

Ο όρος ποιότητα ζωής (ΠΖ) εισήχθη ως τίτλος στη Medline το 1975 και έγινε αποδεκτός στο ιατρικό ευρετήριο το 1977. Επακολούθησε αναγνώριση και αποδοχή σε διάφορα επιστημονικά σώματα. Από το 1970, υπάρχει έντονο ενδιαφέρον για το αντικείμενο, με έναν αυξανόμενο αριθμό αναφορών για την ποιότητα ζωής σε ιατρικά κείμενα, συνέδρια, εκδόσεις ειδικών τευχών.

1.2. Η αλληλεπίδραση υγείας και ποιότητας ζωής

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

Σήμερα είναι πλέον ευρέως αποδεκτό ότι η υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελούν ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, του οποίου η λειτουργία 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 ποιότητας ζωής αφορούν όχι μόνο τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας αλλά και τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία του ανθρώπου. Μείζονος σημασίας θεωρείται επίσης η συσχέτιση και αλληλεξάρτηση παραγόντων και

παραμέτρων της προσωπικής και 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 (Rokeach, 1973; Andrews, & Whitney, 1974; Campelletal, 1976).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η υγεία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ευημερίας, συμβάλλοντας ουσιαστικά στη βελτίωση του επιπέδου της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας καθώς και στην προαγωγή του κοινωνικού συνόλου γενικότερα. Η υγεία και η ποιότητα ζωής ενός ατόμου επηρεάζεται από ένα σύνολο προσδιοριστικών παραγόντων, εκ των οποίων οι σημαντικότεροι φαίνεται να είναι το εισόδημα και ο τρόπος διαμονής του, οι κλιματολογικές συνθήκες, η διατροφή, το εκπαιδευτικό, μορφωτικό και 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 (Θεοδώρου, Σαρρής, & Σούλης, 1997).

Στηριζόμενοι, λοιπόν, στους προσδιοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού, είναι δυνατή η κατηγοριοποίηση τους ως εξής:

1. *Κοινωνικο-οικονομική δομή & λειτουργία της κοινωνίας:* Τρόπος παραγωγής, σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.
2. *Οικονομικο-πολιτικοί παράγοντες:* Επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τύποι διανομής εισοδήματος, προγραμματισμός, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.
3. *Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες:* Τρόπος ζωής, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και αγροτική διάρθρωση, κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες.
4. *Ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες:* Ήθη και έθιμα, επίπεδα αλφαριθμητισμού, ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος, συνήθειες, νοοτροπία, τάσεις και στάσεις, κοινωνική συμπεριφορά και άσκηση

κοινωνικών ρόλων.

5. *Περιβαλλοντικοί παράγοντες:* Επίπεδο μόλυνσης του οικολογικού περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων.

6. *Γεωφυσικοί παράγοντες:* Φυσικός πλούτος. Πρώτες ύλες, παραγωγικότητα γης, κλιματολογικές συνθήκες.

7. *Δημογραφικοί παράγοντες:* Ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, κλπ.

8. *Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες:* Επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.

1.3. Η σημασία της υποκειμενικής αξιολόγησης της υγείας

Μια εναλλακτική ή συμπληρωματική προοπτική λύση στο πρόβλημα της οριοθέτησης των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην ποιότητα της ζωής, ορίζει να δίνουμε κεντρική σημασία στην υποκειμενική αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας ενός ατόμου. Αυτός ο καθορισμός θεωρεί ότι η ποιότητα της ζωής είναι τουλάχιστον εν μέρει ανεξάρτητη από την κατάσταση της υγείας, (Guyatt, Feeny&Patrick 1993) και όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν στο έργο τους οι Τζιλ και Φεινστέιν "είναι μια αντανάκλαση του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται και αντιδρούν στην κατάσταση της υγείας τους και σε άλλες ανεξάρτητες από την κατάσταση της υγείας τους πτυχές της ζωής τους" (Gill&Feinstein 1994).

Η υποκειμενική φύση αυτής της σύλληψης που αφορά την ποιότητα της ζωής ίσως μπορεί να γίνει καλύτερα κατανοητή, αν εστιάσουμε στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα που είναι ασθενείς ή έχουν κάποιου βαθμού δυσλειτουργία ή ανικανότητα, μας αναφέρουν ότι αισθάνονται. Όπως γίνεται βέβαια αντιληπτό μια τέτοια αναφορά, γίνεται πάντα στα πλαίσια της προσωπικής τους ζωής, σε συγκερασμό με τις προσπάθειες που καταβάλλονται από τους ερευνητές να μετατραπεί σε στατιστικό αποτέλεσμα που θα αναλυθεί, το στάδιο ή ο βαθμός της ασθένειας ή της ανικανότητας. Η σωματική ευημερία (Physicalwellbeing) αφορά την αίσθηση της ταλαιπωρίας που προκύπτει από ένα ιδιαίτερο σύμπτωμα (ή την

απελευθέρωση από τέτοιο σύμπτωμα) και επεκτείνεται στην έννοια της ζωτικότητας ή όπως αλλιώς μπορεί να χαρακτηριστεί, την γενική ικανοποίηση από την σωματική υγεία. Η αξιολόγηση της διανοητικής υγείας ενός ασθενή, συνήθως ερμηνεύεται σαν την απουσία ψυχολογικής δυσφορίας (psychological distress) και μπορεί επίσης να περιλάβει τους συναισθηματικούς δεσμούς και την κοινωνική υποστήριξη (Veit & Ware, 1983).

Η ποιότητα ζωής ως έννοια που εξετάζεται σε συνάρτηση με την υγεία (Health-Related Quality of Life, HRQOL), στο πλαίσιο της οποίας εξετάζεται το πώς αισθάνεται ο πάσχων σχετικά με τις επιπτώσεις της ασθένειας και της θεραπείας και πόσο ικανοποιημένος είναι με την ψυχική του ευεξία και την καθημερινή λειτουργικότητά του, αν έχει σωματικά συμπτώματα και πόσο επηρεάζεται από αυτά και πόσο ικανοποιημένος είναι από τη συναισθηματική, ψυχική, γνωστική, κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητά του και τη γενική κατάσταση της υγείας του, καθώς και από τις παρεχόμενες υπηρεσίες Υγείας (Τζινιέρη, Κοκκώση, 2010).

1.4. Η σχέση της ποιότητας ζωής με την προσωπικότητα

Όπως είδαμε και στο προηγούμενο κεφάλαιο η ΠΖ αποτελεί μια υποκειμενική και πολλές φορές ανεπαρκώς διαφωτισμένη έννοια για τον κάθε άνθρωπο. Τα υποκειμενικά αποτελέσματα της ποιότητας της ζωής 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 την θεραπεία (Watson, & Pennebaker, 1989; Duits, et al., 1997).

Παραδείγματος χάριν, μια εκτίμηση που συστήνεται ως κατάλληλη για να εκφράσει την ΠΖ, με την χρήση μιας φράσης —"αξιολογήστε τη γενική ποιότητα ζωής σας σαν κακή, μέτρια, καλή ή άριστη" (Gill & Feinstein, 1994), μετρά με έναν ακούσιο τρόπο τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως είναι η ροπή που έχουμε οι άνθρωποι, να τα βλέπουμε όλα με αρνητική διάθεση και συναίσθημα (απαισιοδοξία), η υποχονδρίαση (hypochondriasis) και η σωματομετατροπή (somatisation) (Barsky, Cleary & Klerman, 1992; Tempelaar, et al., 1989).

Χαρακτηριστικά σε σχέση με τα παραπάνω είναι τα αποτελέσματα σε μία

μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον Muldoon και τους συνεργάτες του, σε ένα δείγμα 348 υγιών εθελοντών μέσα στην κοινότητα, στην οποία διαπιστώθηκε ότι οκτώ από τις εννέα ιατρικές υποκλίμακες του SF-36 που χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη έκβασης, είχαν σημαντική συσχέτιση με τη νεύρωση, όπως μετρήθηκε με τα ερωτηματολόγια προσωπικότητας (Muldoon, etal, unpublisheddata) (Muldoon et al., 1998)

Άλλες παρόμοιες μελέτες προτείνουν ότι οι περισσότερες υποκλίμακες του ερωτηματολογίου επισκόπησης της υγείας SF-36, παρουσιάζουν ποικιλομορφία σε σχέση με τη νεύρωση και άλλες διαστάσεις της προσωπικότητας (VanderZee et al., 1996; Kempen, Jelicic & Ormel, 1997).

Όπως λοιπόν είδαμε η προσωπικότητα φαίνεται να αποτελεί έναν από τους παράγοντες που ασκεί άμεση και βασική επίδραση στο πώς το ίδιο το άτομο αντιλαμβάνεται το επίπεδο της ποιότητας της ζωής του. Σύμφωνα με τους Wrosch και Scheier οι παράγοντες της προσωπικότητας ενός ατόμου, μπορούν να επιδράσουν απέναντι στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι προσεγγίζουν τις καταστάσεις της ζωής, ή και στον τρόπο 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 του. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, ένα άτομο που έχει συνείδηση μπορεί να ξεπεράσει αναπάντεχα εμπόδια πολύ πιο εύκολα, από κάποιον που το εσωτερικό κίνητρο, το οποίο υπό κανονικές συνθήκες δίνει ώθηση να επιτυγχάνει σημαντικούς στόχους στη ζωή είναι μειωμένο (Wrosch & Scheier, 2003).

Αν ενστερνιστούμε τις απόψεις των συγγραφέων, θα μπορούσαμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι τα άτομα με συνειδητότητα μπορεί να είναι πιο επιτυχημένα στην επίτευξη και παγίωση των αντικειμενικών κριτηρίων της ΠΖ. Τέτοια κριτήρια μπορεί να αποτελούν μία επιτυχημένη επαγγελματική σταδιοδρομία ή ευμάρεια (wellBeing), καταστάσεις που θεωρούνται συνοδοιπόροι για την ΠΖ από την εποχή του Αριστοτέλη.

Εάν προσπαθήσουμε να δούμε την προσωπικότητά σαν ένα παράγοντα που μπορεί να προβλέψει διαφορετικά επίπεδα ποιότητας της ζωής, τότε ίσως το πιο σωστό είναι να θεωρήσουμε πως η προσωπικότητα σχετίζεται ιδιαίτερα με ευρύτερους δείκτες της ποιότητας της ζωής όπως είναι η γενική ικανοποίηση από τη ζωή. Εάν δεχτούμε πως η προσωπικότητα επηρεάζει στο σύνολο της ένα μεγάλο μέρος των συμπεριφορών που αναπτύσσουν τα άτομα, τότε θα μπορούσαμε καλύτερα να αναγνωρίσουμε τα ευεργετικά αποτελέσματα που έχει η προσωπικότητα. Εάν

δούμε αθροιστικά, πολλούς μαζί σαν ένα σύνολο, όλους εκείνους τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής (Wrosch & Scheier, 2003).

Το γεγονός αυτό βέβαια, δεν είναι ικανό από μόνο του να μας διαβεβαιώσει πως η προσωπικότητα επηρεάζει την ποιότητα της ζωής μόνο στο σύνολο της σαν μετρούμενο αποτέλεσμα και σαν έννοια, αλλά δεν επηρεάζει και άλλους συγκεκριμένους τομείς της ποιότητας της ζωής. Γεγονός είναι πάντως, πώς υπάρχει η τάση στην έρευνα που ασχολείται με τις σχέσεις που απορρέουν ανάμεσα στην προσωπικότητα και την ΠΖ, να αντιμετωπίζεται η προσωπικότητα σαν μία παρεμβαίνουσα ή συγχυτική μεταβλητή, σαν κάτι δηλαδή που θα πρέπει να ελεγχθεί για να γίνει δυνατή η καλύτερη προσέγγιση των σχέσεων που υπάρχουν ανάμεσα στις βασικές μεταβλητές με τις οποίες έχουν αποφασίσει να ασχοληθούν οι ερευνητές (Watson & Pennebaker, 1989). Αυτή εξάλου ήταν και η αρχική μας εντύπωση στην χρήση του ερωτηματολογίου στάσης απέναντι στην ζωή, που μετρά την αισιοδοξία σαν ένα από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας στα πλαίσια της παρούσας εργασίας.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Wrosch και Scheier, ένας ερευνητής μπορεί να θέλει να μάθει για παράδειγμα, πως μία συγκεκριμένη προγνωστική μεταβλητή σχετίζεται με την ποιότητα της ζωής ενός ατόμου(πχ η υγεία), αλλά μπορεί να φοβάται πως παράγοντες της προσωπικότητας όπως είναι ο νευρωτισμός και η αρνητική συναισθηματικότητα θα μπορούσαν να προκαλέσουν αλλοίωση στις συσχετίσεις που θα έβρισκε, με αποτέλεσμα κάθε συσχέτιση που θα μπορούσαμε να παρατηρήσουμε σε μία τέτοια περίπτωση ανάμεσα στις καθημερινές ενοχλήσεις από τον πόνο για παράδειγμα και το επίπεδο της υγείας, να εξαρτάται από την συσχέτιση που υπάρχει ανάμεσα στην αρνητική συναισθηματικότητα με τους συγκεκριμένους παράγοντες (Wrosch, & Scheier, 2003).

Εάν όμως μέσα στην ερευνά μας καταφύγουμε σε αυτή την προσέγγιση το να ελέγξουμε δηλαδή την προσωπικότητά, τότε το πιθανότερο είναι να έχουμε κάποια μειονεκτήματα στη μελέτη μας, καθώς υπάρχει η πιθανότητα, η προσωπικότητα να είναι στην πραγματικότητα ο ακρογωνιαίος και αιτιώδης παράγοντας που επηρεάζει τον προδιαθεσικό παράγοντα που μας ενδιαφέρει άμεσα και με αυτό τον τρόπο να επηρεάζει και τον παράγοντα «γενική υγεία» της ποιότητας της ζωής που προσπαθούμε να μελετήσουμε. Είναι σαν να στερούμε στην πραγματικότητα μία μεταβλητή μέσα από τη μελέτη μας που ουσιαστικά ευθύνεται για την ποιότητα της ζωής, την οποία ουσιαστικά μας αναφέρουν οι άνθρωποι τους οποίους εξετάζουμε

(Wrosch & Scheier, 2003).

Κεφάλαιο III : ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΓΧΟΓΟΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

1. Η γενική θεωρία του στρες των Lazarus και Folkman (1984)

Σύμφωνα με αυτή την θεωρία, το στρες περιλαμβάνει μια μεγάλη ποικιλία φαινομένων υψίστης σημασίας στην ανθρώπινη και ζωική προσαρμοστικότητα και το οποίο αποτελείται από πολλές και διάφορες μεταβλητές και διαδικασίες. Γι' αυτό θα πρέπει να υιοθετηθεί ένα συστημικό θεωρητικό πλαίσιο για την εξέταση της έννοιας, σε πολλαπλά επίπεδα ανάλυσης και να καθορισθούν οι προηγούμενες καταστάσεις, οι διαδικασίες και τα αποτελέσματα τα οποία σχετίζονται με την έννοια του στρες.

Οι συγγραφείς, αρχίζουν την ανάλυση τους πιστοί στην ψυχολογική παράδοση που δέχεται ότι όλοι οι άνθρωποι όπως και τα ζώα αντιδρούν σε οποιοδήποτε ερέθισμα και αποδέχονται τον πιο κοινό ορισμό του στρες ως ερέθισμα. Τα στρεσογόνα ερεθίσματα συνήθως εκλαμβάνονται ως γεγονότα τα οποία είναι καταπιεστικά για το άτομο και μπορεί να βρίσκονται εκτός του ατομικού ελέγχου όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου ή μια απειλητική για τη ζωή νόσος ή αναπηρία ή οποιοσδήποτε αποχωρισμός όπως το διαζύγιο. Οι περισσότεροι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι οποιαδήποτε αλλαγή -θετική ή αρνητική- μπορεί να έχει στρεσογόνο επίδραση. Εκτός όμως από τις κατακλυσμιαίες καταστροφές, η ζωή είναι γεμάτη από λιγότερο δραματικές στρεσογόνες εμπειρίες, οι οποίες πηγάζουν από την καθημερινότητα, αλλά είναι συνεχείς και ίσως πιο σημαντικές στην προσαρμογή και την υγεία. Όσο κανείς μετακινείται από τις πιο ακραίες καταστάσεις της ζωής σε ελαφρύτερες και πιο ακαθόριστες ή πιο συνηθισμένες, η ποικιλότητα των αντιδράσεων γίνεται ακόμα μεγαλύτερη. Εξάλλου, ό,τι αποτελεί για κάποιο άτομο στρεσογόνο ερέθισμα, για κάποιο άλλο μπορεί να είναι όχι μόνο μη στρεσογόνο, αλλά και προκλητικό. Με τα δεδομένα αυτά οι Lazarus και Folkman ορίζουν το στρες ως εξής:

«Το ψυχολογικό στρες αποτελεί μια ιδιαίτερη σχέση ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον, η οποία αξιολογείται από το άτομο ως στρεσογόνος ή ότι υπερβαίνει τους πόρους του και θέτει σε κίνδυνο την ευημερία του». Το θέμα προσεγγίζεται μέσω της εξέτασης δυο κρίσιμων διαδικασιών οι οποίες μεσολαβούν σε αυτή τη σχέση ατόμου-περιβάλλοντος: τη νοητική εκτίμηση και την αντιμετώπιση.

Η **νοητική εκτίμηση** αποτελεί μια διαδικασία αξιολόγησης, η οποία καθορίζει γιατί και σε πιο σημείο η συγκεκριμένη κατάσταση εκλαμβάνεται ως στρεσογόνο. Κάθε φορά που το άτομο βρίσκεται αντιμέτωπο με ένα στρεσογόνο ερέθισμα, κάνει μια πρωτοβάθμια εκτίμηση και κρίνει το ερέθισμα ως άσχετο, απειλητικό, ζημιογόνο, στρεσογόνο ή προκλητικό. Ακολουθεί μια δευτεροβάθμια αξιολόγηση όσον αφορά τους πόρους και τις επιλογές που έχει το άτομο στη διάθεση του και τις επιπτώσεις που θα έχει η εφαρμογή κάποιας από τις επιλογές αυτές. Με τις νέες πληροφορίες που προέρχονται από το ίδιο το άτομο ή το περιβάλλον του, γίνεται μια επανεκτίμηση, η οποία ουσιαστικά είναι το αποτέλεσμα των νοητικών προσπαθειών αντιμετώπισης. Στενά συνδεδεμένη με την νοητική αξιολόγηση είναι η έννοια της ευαλωτότητας στην έρευνα της φροντίδας, η οποία μπορεί να γίνει κατανοητή σε όρους πόρων. Ευάλωτο, είναι το άτομο με μειωμένους πόρους αντιμετώπισης, όμως η ψυχολογική ευαλωτότητα καθορίζεται επίσης από το βαθμό και τη σημασία της «υποχρέωσης» ή της «αφοσίωσης» στην οποία επενδύει το άτομο σε κάθε περίπτωση και ιδιαίτερα στη φροντίδα χρονίως πασχόντων ατόμων.

Οι υποχρεώσεις ή δεσμεύσεις αποτελούν έκφραση για το τι θεωρείται σημαντικό για ένα άτομο, περιλαμβάνουν ένα ισχυρό υποκινητικό στοιχείο, διαμορφώνουν την αξιολόγηση των καταστάσεων και καθορίζουν τις επιλογές του. Οι πεποιθήσεις, επίσης καθορίζουν την εκτίμηση των πραγμάτων, αλλά λειτουργούν σε ένα σιωπηρό επίπεδο που έχει ως αποτέλεσμα τη δύσκολη αναγνώριση της επίδρασης που έχουν πάνω στην αξιολόγηση. Ιδιαίτερης σημασίας στη θεωρία του στρες έχουν οι πεποιθήσεις, οι οποίες αφορούν τον προσωπικό έλεγχο και η έκταση στην οποία το άτομο πιστεύει ότι είναι σε θέση να ελέγξει τις καταστάσεις. Η αβεβαιότητα μπορεί επίσης να μειώσει την απειλή επιτρέποντας εναλλακτικές ερμηνείες για τη σημασία κάποιου γεγονότος, ενώ η χρονική στιγμή κατά την οποία επέρχεται το γεγονός ή το σημείο του κύκλου της ζωής πιθανό να επηρεάσει την αξιολόγηση. Υποστηρίζεται μάλιστα ότι ορισμένες φυσιολογικές καταστάσεις στη ζωή, γίνονται στρεσογόνες κρίσεις μόνον αν επέλθουν «εκτός χρόνου», είναι απρόσμενες και επομένως στερούν το άτομο από την υποστήριξη και την ευκαιρία να προετοιμαστούν.

Οι παραδοσιακές προσεγγίσεις στην **αντιμετώπιση** του στρες προέρχονται από δύο διαφορετικές φιλοσοφίες, όπου η πρώτη επικεντρώνεται στην έννοια των κατώτερων κινήτρων και δίνει έμφαση στη συμπεριφορά φυγής ή αποφυγής. Αντίθετα, το μοντέλο επικεντρώνεται στη νόηση διαφοροποιώντας ανάμεσα σε ένα

μεγάλο αριθμό διαδικασιών τις οποίες χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να χειρισθούν ενοχλητικές καταστάσεις. Οι προσεγγίσεις αυτές, αφορούν μια ιεραρχία στρατηγικών, οι οποίες ξεκινούν από ανώριμους ή πρωτόγονους μηχανισμούς, οι οποίοι διαστρεβλώνουν την πραγματικότητα, σε πιο ώριμους και εύστοχους. Με τον όρο «αντιμετώπιση», οι συγγραφείς καθορίζουν τις συνεχείς νοητικές και συμπεριφορικές προσπάθειες του ατόμου, να χειρισθεί συγκεκριμένες εσωτερικές ή εξωτερικές απαιτήσεις, οι οποίες αξιολογούνται ως στρεσογόνες ή ότι ξεπερνούν τα αποθέματα και τις προσαρμοστικές δυνατότητες του (Lazarus & Folkman, 1984). Η αντιμετώπιση εξυπηρετεί δυο κεφαλαιώδους σημασίας λειτουργίες: το χειρισμό ή την διαφοροποίηση του προβλήματος και τη ρύθμιση της συναισθηματικής αντίδρασης στο πρόβλημα. Με τον τρόπο αυτό, τίθεται η βάση για τη δυσδιάστατη αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων, δηλαδή με στρατηγικές επίλυσης του προβλήματος και με στρατηγικές ρύθμισης των συναισθημάτων.

Ένα άλλο σημείο ενδιαφέροντος των ερευνητών στον τομέα αυτό, είναι ο τρόπος με το οποίο η αξιολόγηση και η αντιμετώπιση καθορίζουν τρεις μεγάλες κατηγορίες προσαρμοστικών αποτελεσμάτων, την κοινωνική λειτουργικότητα, το ηθικό και τη σωματική υγεία. Η κοινωνική λειτουργικότητα ορίζεται ως ικανότητα του ατόμου να ανταποκριθεί στους διάφορους ρόλους που αναμένονται από αυτό και μακροπρόθεσμα αποτελεί έκφραση αποτελεσματικής αντιμετώπισης σε πολλές εκδηλώσεις της ζωής. Το ηθικό μακροπρόθεσμα πιθανό να στηρίζεται σε μία τάση να αξιολογούνται τα προβλήματα ως προκλητικά, οι αρνητικές καταστάσεις να εξετάζονται από μια θετική σκοπιά και τελικά μια αποτελεσματική διαχείριση των προβλημάτων (Lazarus&Folkman, 1984). Αν οι προσωπικοί πόροι-οποιοσδήποτε πηγές υποστήριξης ή βοήθειας- είναι επαρκείς, το άτομο προσαρμόζεται, ακόμη και όταν οι απαιτήσεις του περιβάλλοντος είναι μεγάλες (Billings & Moos, 1984; Lazarus & Launier, 1978).

1.1. Το Στρες ως ψυχοκοινωνικός παράγοντας κινδύνου στο χώρο εργασίας

Οι ψυχολογικοί παράγοντες κινδύνου είναι διαφορετικοί από τους άλλους κινδύνους, επειδή μπορεί, υπό διαφορετικές συνθήκες, να έχουν θετικά αποτελέσματα και οι παρενέργειες τους να ποικίλουν κατά πολύ και να μην

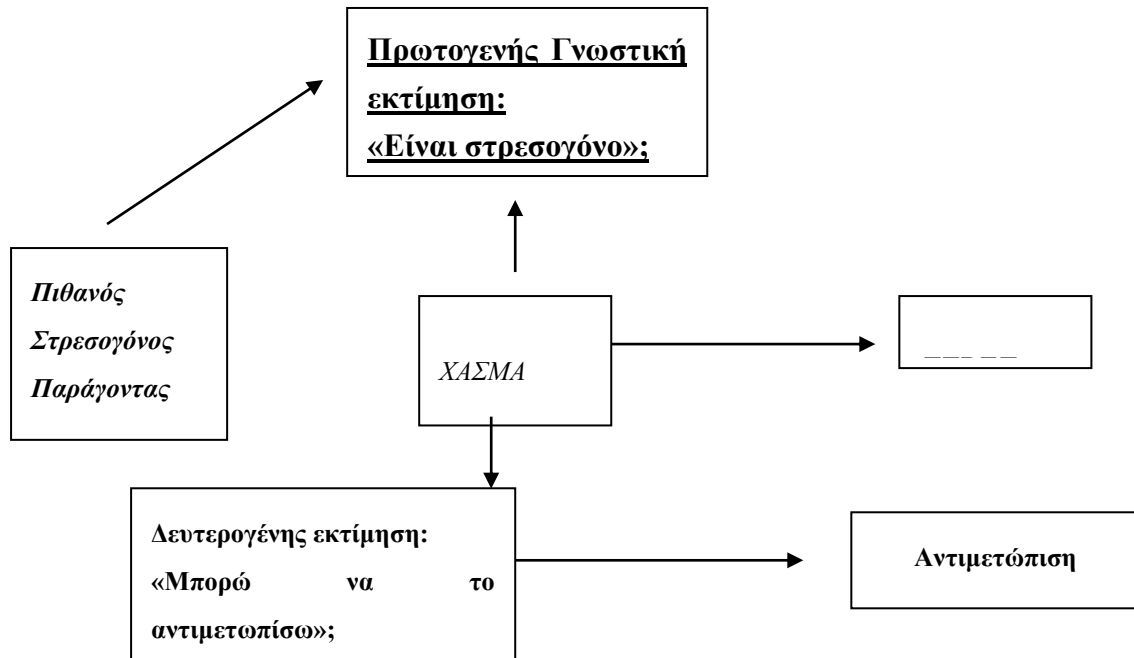
μπορούν να εκτιμηθούν εύκολα (Coxetal, 2000).

Αυτό συμβαίνει διότι τα άτομα διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την ευαισθησία που επιδεικνύουν στα στρεσογόνα γεγονότα, την ερμηνεία που τους δίνουν και τις αντιδράσεις που εμφανίζουν. Βασικό ρόλο ανάμεσα στο στρεσογόνο γεγονός και στην αντίδραση του ατόμου διαδραματίζει η γνωστική εκτίμηση. Ανάμεσα λοιπόν στο ερέθισμα και στην αντίδραση σε αυτό, μεσολαβεί το άτομο και έτσι η αντίδραση αυτή διαφέρει από άτομο σε άτομο, αλλά και στο ίδιο άτομο σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές, όταν το περιβάλλον μέσα στο οποίο διαδραματίζεται αυτό το ερέθισμα είναι διαφορετικό (Ασημακοπούλου, 2004).

Αυτό συμβαίνει διότι οι σκέψεις ενός ατόμου σχετικά με τις απαιτήσεις μιας κατάστασης και την ικανότητά του να ανταποκριθεί σε αυτές διαδραματίζουν επίσης αποφασιστικό ρόλο (Lazarus & Folkman, 1984; Bandura, 1997; Lazarus, 1999). Η αντίληψη για το στρες εξαρτάται από μια διαδικασία γνωστικής αξιολόγησης κατά την οποία το άτομο προβαίνει σε μια εκτίμηση της σημασίας των γεγονότων και των αποθεμάτων που έχει στην διάθεσή του για να τα αντιμετωπίσει (Cohen & Lazarus, 1979; Lazarus, 1999). Η διαδικασία λοιπόν αξιολόγησης ενός δυνητικά στρεσογόνου ερεθίσματος περιλαμβάνει δυο φάσεις. Στην φάση της πρωτογενούς αξιολόγησης, το άτομο προσδιορίζει αν ένα γεγονός το αφορά και ενδέχεται να έχει κάποιες επιπτώσεις απειλητικές γι' αυτό. Στη φάση της δευτερογενούς αξιολόγησης, το άτομο προσδιορίζει αν οι ικανότητες και τα αποθέματά του επαρκούν, έτσι ώστε να αντιμετωπίσει την στρεσογόνο κατάσταση (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1999).

1.2. Το Μοντέλο Αξιολόγησης (Lazarus & Folkman, 1984)

Πίνακας 1



(Επανεκτίμηση της κατάστασης/αποτελέσματος)

Αναλυτικά μπορούμε να χωρίσουμε την αντιμετώπιση στα εξής στάδια:

1.2.1 Εκτίμηση και ερμηνεία του στρεσογόνου παράγοντα

α) Κύρια εκτίμηση:

- Παρόν κόστος ή ζημία
- Μελλοντική απειλή

β) Δευτερογενής εκτίμηση:

- Εκτίμηση αποθεμάτων ή προαίρεσης

(τι είναι δυνατόν να διενεργηθεί προς την κατεύθυνση αντιμετώπισης στρεσογόνου παράγοντα).

1.2.2. Αντιδράσεις αντιμετώπισης για επίλυση προβλημάτων και συναισθηματική ρύθμιση

- Αναζήτηση πληροφορίας
- Ευθείες κινήσεις(τα μέτρα κατευθύνονται ευθέως προς τον στρεσογόνο παράγοντα)
- Αναστολή κινήσεων(η έλλειψη ανταγωνιστικής συμπεριφοράς ή απάντησης καταλήγει στην αποφυγή κινδύνου ή ντροπής ή περαιτέρω κόστους)
- Ψυχολογικές δραστηριότητες (ενδοψυχικές αντιδράσεις όπου μηχανισμοί άμυνας ενός στρεσογόνου παράγοντα αποσκοπούν στην συναισθηματική ισορροπία)
- Υποστήριξη από άλλους (για βοήθεια και συναισθηματική ενδυνάμωση όπου το άτομο αφήνεται ή ενεργοποιεί μηχανισμούς δικτύου κοινωνικής υποστήριξης)

1.2.3. Έργα αντιμετώπισης

- Μείωση βλαβερών περιβαλλοντικών συνθηκών
- Ανοχή-διευθέτηση αρνητικών γεγονότων
- Διατήρηση συναισθηματικής ισορροπίας
- Συνέχιση ικανοποίησης σχέσεων με άλλους

1.2.4. Αποτελέσματα αντιμετώπισης

- Ψυχοσωματική λειτουργικότητα
- Επιστροφή στις συνηθισμένες δραστηριότητες
- Ψυχοσωματική αποδιοργάνωση

Σε όλα τα παραπάνω πάντοτε το άτομο λαμβάνει υπόψη του ή επηρεάζεται από τους εξής **εξωτερικούς και εσωτερικούς παράγοντες** στην αντιμετώπιση της στρεσογόνου κατάστασης:

- Απτοί πόροι(χρήμα, χρόνος)
- Κοινωνικό περιβάλλον(διαθέσιμο ή όχι)

- Άλλους στρεσογόνους παράγοντες που πιθανόν συμβαίνουν παράλληλα(καθημερινά γεγονότα)
- Συνηθισμένο στυλ αντιμετώπισης (παγιωμένες γνώσεις, σχήματα)
- Άλλοι παράγοντες προσωπικότητας που επηρεάζουν την επιλογή στρατηγικής και μέσων αντιμετώπισης

2. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους

Οι Lazarus & Folkman περιγράφουν οκτώ στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να διαχειριστούν το άγχος τους. Οι στρατηγικές αυτές τείνουν να είναι είτε εστιασμένες στο πρόβλημα, είτε εστιασμένες στο συναίσθημα. Οι στρατηγικές είναι οι εξής :

α)η αποστασιοποίηση(distancing), όπου το άτομο αποστασιοποιείται από μια κατάσταση με σκοπό την ελαχιστοποίηση της σημασίας της κατάστασης

β) ο αυτοέλεγχος(self-control) , όπου περιλαμβάνει τις προσπάθειες του ατόμου να ρυθμίζει τα συναισθήματά του και τις πράξεις του.

γ) η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης(seeking social support)

δ) η αποδοχή της ευθύνης(accepting responsibility), όπου αναγνωρίζεται ο ρόλος του ατόμου στην επίλυση ενός προβλήματος.

ε)η διαφυγή-αποφυγής(escape-avoidance), κατά την οποία το άτομο αποφεύγει την αντιμετώπιση του προβλήματος, μέσω της ευχολογίας και συμπεριφορικών διεργασιών, αντίδραση που θεωρείται ακατάλληλος τρόπος αντιμετώπισης του άγχους

στ) η σχεδιασμένη επίλυση προβλήματος (planful problem-solving), όπου το άτομο προσπαθεί να αλλάξει την αγχωτική κατάσταση, μέσα από αναλυτική προσέγγιση

ζ)η θετική επαναξιολόγηση (positive reappraisal), όπου περιγράφεται ως μια πνευματική διάσταση που προσδίδει θετική σημασία στην κατάσταση, με γνώμονα την προσωπική εμπειρία της ανάπτυξης του ατόμου

η)η κατά μέτωπο-αντιμετώπιση(confrontive coping), όπου το άτομο χρησιμοποιεί επιθετική και ριψοκίνδυνη συμπεριφορά για να αλλάξει μια κατάσταση

2.1. Εστιασμένη στο πρόβλημα (problem focused)

ή στο να ληφθεί άμεση δράση για να περιοριστεί η προσδοκώμενη βλάβη. Σύμφωνα με την στρατηγική αυτή το άτομο αναζητά πληροφορίες, σκέφτεται εναλλακτικές λύσεις και εφαρμόζει κάποιο σχέδιο δράσης για να επιλύσει το πρόβλημα που του προκαλεί το άγχος. Χρησιμοποιούνται όταν το άτομο πιστεύει πως μπορεί να έχει κάποια επίδραση στις στρεσογόνες συνθήκες, είτε μειώνοντας τις απαιτήσεις που προβάλλει η πραγματικότητα, είτε αυξάνοντας τα αποθέματά του για να τις αντιμετωπίσει.

Οι κυριότερες Στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα είναι:

- Τεχνικές επίλυσης προβλήματος
- Αναζήτηση πληροφοριών
- Αναζήτηση υποστήριξης
- Δημιουργία πλάνου δράσης
- Ανεύρεση εναλλακτικών λύσεων

2.2. Εστιασμένη στο συναίσθημα (emotion focused)

Πρόκειται για μια γνωστική διαδικασία επανερμηνείας του άγχους με στόχο την μείωση του. Χρησιμοποιούνται όταν το άτομο νιώθει πως δεν μπορεί να κάνει τίποτα για να τροποποιήσει τη στρεσογόνο κατάσταση, με αποτέλεσμα να επιδιώκει να ελέγξει τη συναισθηματική αντίδρασή του σε αυτή. Στην περίπτωση αυτή το άτομο προσαρμόζεται σε σχέση με το στρεσογόνο γεγονός.

Οι κυριότερες (Λανθασμένες)-μη Αποτελεσματικές Στρατηγικές που χρησιμοποιούνται από το άτομο όταν νιώθει ότι δεν μπορεί να κάνει τίποτα για να τροποποιήσει την στρεσογόνο κατάσταση, με αποτέλεσμα να επιδιώκει να ελέγξει τη συναισθηματική αντίδρασή του σ' αυτή είναι:

- Αποφυγή του στρεσογόνου ερεθίσματος
- Απομόνωση
- Άρνηση

- Παραίτηση
- Λήψη Ουσιών

Οι συνηθέστερες Στρατηγικές Αντιμετώπισης του Στρες είναι:

- Λήψη άμεσων μέτρων
- Αναζήτηση πληροφοριών
- Αναζήτηση υποστήριξης
- Συναισθηματική εκτόνωση
- Ενδοψυχικές διεργασίες (Cohen & Lazarus, 1979), (Sarafino, 1990).

Ο Hans Selye (1930) γιατρός, σύμφωνα με την θεωρία του για το στρες, το οποίο το ονομάζει ως *σύνδρομο γενικής προσαρμογής* του οργανισμού, περιγράφει τις φάσεις της νευροφυσιολογικής αντιμετώπισης μιας απειλής από τον οργανισμό. Το σύνδρομο αυτό έχει τρεις φάσεις οι οποίες είναι κοινές σε μια μεγάλη ομάδα ανθρώπων.

- **Φάση πανικού (Αντίδραση Συναγερμού).** Αντίληψη απειλής. Άρα άμεση κινητοποίηση αντίδρασης φυγής ή πάλης.
- **Φάση αντίστασης.** Ο οργανισμός συνεχίζει να αντιστέκεται στην απειλή. Είναι η συνεχόμενη διέγερση του οργανισμού και η κόπωση του σε επίπεδο σωματικής και συναισθηματικής λειτουργικότητας λόγω παρατεταμένης και επίμονης πίεσης. Ο οργανισμός με αυτόν τον τρόπο προσπαθεί να διατηρήσει την ομοιόσταση του και συνεπώς αυτή η φάση αποτελεί μια ενέργεια προσαρμογής του ατόμου.
- **Φάση κατάρρευσης (εξάντλησης-εξουθένωσης).** Λόγω παρατεταμένης αντίστασης και διέγερσης εξαντλούνται τα αποθέματα του οργανισμού, ξεπερνιούνται τα όρια αντίστασης και εμφανίζονται συμπτώματα σωματικά ή ψυχολογικά ανάλογα με την προδιάθεση του καθενός. Έτσι μπορούν να εμφανιστούν συμπτώματα κόπωσης στο μέρος του οργανισμού που έχει και τη μεγαλύτερη προδιάθεση. Η προδιάθεση έχει να κάνει με βιολογικούς και κληρονομικούς παράγοντες, αλλά σχετίζεται και με τη μάθηση και τις εμπειρίες του ατόμου από το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον (Selye, 1993).

2.3. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Ας μην ξεχνάμε ότι η εμπειρία του στρες είναι ένα θέμα προσωπικό και ότι από εμάς εξαρτάται το κατά πόσο θα μπορέσουμε να το καταπολεμήσουμε και να το αντιμετωπίσουμε ή να το αποδεχτούμε και να το μετουσιώσουμε σε κάτι θετικό, σε μια κινητήρια δύναμη στη ζωή μας. Άλλωστε, το στρες ανάλογα με την ερμηνεία που θα του δώσουμε και τον τρόπο χειρισμού του μπορεί να χαρακτηριστεί σαν εποικοδομητικό -που σημαίνει ότι το χρησιμοποιώ για να πετύχω καλύτερα τους στόχους μου και να προσαρμοστώ καλύτερα στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος μου- και σε καταστρεπτικό- που σημαίνει ότι εκείνο με χρησιμοποιεί καθώς δεν μπορώ να το διαχειριστώ σωστά-. Άρα, το στυλ αντιμετώπισης του στρες του κάθε ατόμου παίζει καίριο ρόλο στην τελική επίδραση που θα έχει το στρες στην σωματική και ψυχική ολότητα του. Η σωστή διαχείριση του στρες, σχετίζεται με καλή ποιότητα ζωής και υγεία, ενώ η άστοχη ή ανεξέλεγκτη ύπαρξη του με κακή ποιότητας ζωής και ασθένεια.

Σε ελληνική έρευνα για τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και επαγγελματική ικανοποίηση των Ελλήνων γιατρών στα δημόσια νοσοκομεία, βρέθηκε ότι οι Έλληνες γιατροί δηλώνουν την προτίμησή τους στη χρήση ΣΑΑΚ προσανατολισμένων στην άμεση διαχείριση του προβλήματος μέσω της θετικής προσέγγισης, επαναξιολόγησης και, τελικώς, επίλυσής του. Ως προς τις ατομικές διαφορές, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες γιατροί δηλώνουν συχνότερη χρήση ΣΑΑΚ εστιασμένων στο συναίσθημα (ευχολογία/ονειροπόληση, αναζήτηση θεϊκής βοήθειας), ενώ οι άνδρες χρησιμοποιούν συχνότερα την "επίλυση του προβλήματος". Οι μεγαλύτερης ηλικίας γιατροί κάνουν συχνότερα χρήση της "θετικής προσέγγισης". Ως προς την επαγγελματική ικανοποίηση, οι γιατροί δηλώνουν γενικά μετρίως ικανοποιημένοι. Ωστόσο, συγκεκριμένοι παράγοντες (συναδελφικές σχέσεις, ποικιλία εργασίας) προκαλούν ιδιαίτερη ικανοποίηση, ενώ κάποιοι άλλοι αποτελούν διαρκή πηγή ανησυχίας και επαγγελματικής απογοήτευσης (ωράριο, διοίκηση ιδρύματος, μη αποδοχή προτάσεων, επαγγελματική ανέλιξη). Η επίδραση της ηλικίας και του έγγαμου βίου στην επαγγελματική ικανοποίηση, βρέθηκε σημαντική (Καλέας & Πλατσίδου, 2008).

Έρευνα που έγινε στην Ελλάδα σχετικά με τρόπους διαχείρισης του εργασιακού στρες από το νοσηλευτικό προσωπικό δυο νοσοκομείων αστικών

πόλεων, διαπιστώθηκε ότι το 87% των ερωτηθέντων νοσηλευτών/τριών χρησιμοποιεί σε μέτριο βαθμό στρατηγικές δράσης, το 80% στρατηγικές πληροφόρησης, το 75% στρατηγικές συναισθήματος. Επίσης είναι θετικό ότι το 57,5% χρησιμοποιεί σε υψηλό βαθμό και το 40,62% σε μέτριο βαθμό θετικές στρατηγικές διαχείρισης. Αρνητικές στρατηγικές διαχείρισης χρησιμοποιεί σε μέτριο βαθμό το 82,5% του Νοσηλευτικού προσωπικού. Επίσης από την έρευνα αυτή προκύπτει ότι χρησιμοποιείται μια ποικιλία στρατηγικών, όπως η εστίαση στο πρόβλημα, η κοινωνική στήριξη, η απόσυρση, η μεταστροφή και η άρνηση. Ιδιαίτερα θετικό είναι ότι η συντριπτική πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού ελέγχει το εργασιακό στρες (93,74%) (Θεοδωράτου, Μπέκος & Σκυλογιάννης, 2003).

Σε μελέτη που έγινε σε νοσοκομεία της Τουρκίας, σε επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης που συνεργάζονται με ασθενείς με καρκίνο και τις στρατηγικές που χρησιμοποιήθηκαν για να αντιμετωπίσουν την πίεση, βρέθηκε ότι η πιο κοινή στρατηγική που χρησιμοποιήθηκε από τους παθολόγους και τις νοσοκόμες ήταν μια γεμάτη αυτοπεποίθηση προσέγγιση και η στρατηγική η πιο ελάχιστα χρησιμοποιούμενη ήταν μια ενδοτική προσέγγιση (Vedat, Comezb & Danisa, 2004). Έρευνες που έγιναν σε νοσηλευτές/τριες που εργάζονται σε νοσοκομεία της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας, σχετικά με το στρες και την αντιμετώπισή του, έδειξαν ότι οι νοσηλευτές/τριες χρησιμοποιούν στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες περισσότερο στο πρόβλημα παρά στο συναίσθημα, οι οποίες τείνουν να συνδέονται με καλύτερη ψυχική υγεία κατά την αντιμετώπιση του στρες στο χώρο εργασίας (Chang, Bidewell & Huntington, 2007). Η διαπίστωση αυτή έχει να κάνει με τον δυτικό πολιτισμό, γιατί σε άλλες έρευνες που έγιναν σε νοσοκομεία της Ιαπωνίας, Ταϊλάνδης, Κορέας, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές/τριες χρησιμοποιούν για την αντιμετώπιση του άγχους στο χώρο εργασίας τους, στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα, οι οποίες σχετίζονται θετικά με την ψυχική υγεία (Lambert, et al, 2004; Lambert, Ito, etal, 2004; Lambert, Li, Zhang, etal, 2007).

Σε μια σειρά ερευνητικών μελετών που έγιναν σε νοσηλευτές/τριες που εργάζονταν σε νοσοκομεία της Ανατολής και της Δύσης (Ιαπωνία, Κίνα, Η.Π.Α), όσον αφορά τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν για την αντιμετώπιση των καταστάσεων στρες στο χώρο εργασίας (θάνατος ασθενούς και εξάντληση από φόρτο εργασίας), φάνηκε ότι ανεξαρτήτως της χώρας προέλευσης τους οι νοσηλευτές/τριες έχουν την τάση να προτιμούν εκτός των άλλων στρατηγικών τέσσερις βασικές στρατηγικές όπως την επίλυση προβλήματος, την αναζήτηση κοινωνικής

υποστήριξης, τον αυτοέλεγχο και την θετική επαναξιολόγηση (Lambert, etal 2004).

2.4. Αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων και προσωπικότητα

Με βάση ερευνητικά δεδομένα αλλά και τις θεωρητικές αναλύσεις των ειδικών, διαπιστώνεται ότι ο τρόπος αντιμετώπισης μιας στρεσογόνου κατάστασης από ένα άτομο εξαρτάται από τα ιδιοσυγκρασιακά του χαρακτηριστικά. Η ιδιοσυγκρασία φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο, τόσο σε σχέση με τη στρατηγική που θα υιοθετήσει το άτομο για την αντιμετώπιση του στρες, όσο και σε σχέση με την έκταση, την ένταση και την επιμονή της προσπάθειας που καταβάλλει για να αντιμετωπίσει μια δύσκολη, στρεσογόνο κατάσταση (Πούρκος, 2001).

Όπως έδειξαν οι Recker&Wong (1985), οι άνθρωποι διαφέρουν γενικά ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων. Ορισμένοι προσεγγίζουν αυτές τις καταστάσεις με συγκριτικά θετικά αισθήματα. Η άποψή τους είναι περισσότερο αισιόδοξη παρά απαισιόδοξη, πιο ελπιδοφόρα παρά απογοητευτική. Όπως διαπιστώθηκε από τα ευρήματα μελέτης, άτομα που χαρακτηρίζονταν από υψηλό βαθμό αισιοδοξίας, ανέφεραν το μικρότερο αριθμό καθημερινών δυσκολιών ή μικροπροβλημάτων. Αυτό συνέβαινε, όχι επειδή ήταν πράγματα λιγότερα, αλλά επειδή αντιλαμβάνονταν αυτά τα γεγονότα ως αναπόφευκτο κομμάτι της ζωής, παρά ως ψυχοπιεστικά (Nelson et al., 1995).

Μια άλλη διάσταση της προσωπικότητας, που συνδέεται με το πώς αντιδρούν στις στρεσογόνες καταστάσεις οι άνθρωποι, είναι αυτή που ονομάζεται « έδρα ελέγχου» (Rotter, 1966; Folkman, 1984) και οι αντίστοιχες προσδοκίες αυτό-αποτελεσματικότητας (Bandura, 1986). Αυτοί που έχουν εσωτερική έδρα ελέγχου, πιστεύουν ότι έχουν το έλεγχο αυτών που τους συμβαίνουν και ότι αυτά είναι αποτελέσματα των δικών τους αποφάσεων και ενεργειών. Αντίθετα, αυτοί που έχουν εξωτερική έδρα ελέγχου, πιστεύουν ότι δεν έχουν την δυνατότητα ελέγχου αυτών που τους συμβαίνουν, αλλά ότι αυτά είναι προϊόντα της τύχης ή της μοίρας. Οι εσωτερικοί, ακριβώς επειδή αισθάνονται ότι έχουν τον έλεγχο της ζωής τους στα χέρια τους, παρουσιάζουν περισσότερα επιτεύγματα και λιγότερο στρες, αφού βρίσκουν τρόπους να αντιμετωπίζουν κατά μέτωπο τις πηγές του στρες

(Payne, 1990). Οι εξωτερικοί, αντίθετα, πιστεύουν ότι η αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων, είναι πέρα από τις δικές τους δυνατότητες αντιμετώπισης, περιορίζονται στο να υπομένουν τις συνέπειές τους (Robin&Leslie, 2006).

2.5. Μέθοδοι για την προώθηση αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης σε επαγγελματίες υγείας

Αξιοσημείωτο είναι ότι δεν υπάρχει ενιαία μέθοδος η οποία να λειτουργεί για την αντιμετώπιση κάθε αγχωτικής κατάστασης, γι' αυτό πρέπει κάθε επαγγελματίας υγείας να πειραματίζεται με διαφορετικές στρατηγικές, οι οποίες θα ενισχύουν τον έλεγχο και την ηρεμία του.

2.5.1. Αποφυγή περιττού άγχους

Δεν είναι δυνατόν να αποφευχθούν όλες οι αγχωτικές καταστάσεις, αλλά κάποιες μπορούν να εξαλειφθούν:

- α) Μάθετε να λέτε «όχι»,
- β) αποφύγετε τους ανθρώπους(συναδέλφους) που παράγουν άγχος,
- γ) πάρτε τον έλεγχο του εργασιακού σας περιβάλλοντος,
- δ) αποφύγετε αμφιλεγόμενα θέματα στο χώρο εργασίας(πολιτική, θρησκευτικές πεποιθήσεις),
- ε) περιορίστε τα εργασιακά «πρέπει».

2.5.2. Μεταβολή/Τροποποίηση της κατάστασης

Εάν δεν είναι δυνατόν να αποφευχθεί μια συγκεκριμένη αγχωτική κατάσταση, τότε προσπαθήστε να την τροποποιήσετε. Αυτό μπορεί να συνεπάγεται αλλαγή προτύπων επικοινωνίας ή αλλαγή στον τρόπο που λειτουργεί το άτομο στην καθημερινή του ζωή:

- α) Να είστε πρόθυμοι για συμβιβασμό,
- β) να είστε πιο διεκδικητικοί,
- γ) καλύτερη διαχείριση του χρόνου.

2.5.3. Δεχτείτε τα πράγματα που δεν μπορείτε να αλλάξετε

Κανείς δεν μπορεί να εμποδίσει ή να αλλάξει στρεσογόνους παράγοντες, όπως ο θάνατος ασθενούς ή αγαπημένου προσώπου. Ο καλύτερος τρόπος για την αντιμετώπιση του στρες είναι να δεχτούμε τα πράγματα ως έχουν. Ενώ η αποδοχή είναι δύσκολη, σε βάθος χρόνου, γίνεται ευκολότερη, από το να προσπαθούμε να αλλάξουμε μια κατάσταση που δεν μπορεί να αλλάξει:

- α) Μην προσπαθείτε να ελέγξετε μια ανεξέλεγκτη κατάσταση(κυρίως τις συμπεριφορές των άλλων ανθρώπων),
- β) ψάξτε την θετική πλευρά μιας κατάστασης(ως ευκαιρία για προσωπική ανάπτυξη),
- γ) μάθετε να συγχωρείτε

2.5.4. Προσαρμογή στις στρεσογόνες καταστάσεις

Εάν ο παράγοντας άγχους δεν μπορεί να αλλάξει, μπορείτε τότε να ξαναβρείτε την αίσθηση του ελέγχου με την αλλαγή των προσδοκιών και των στάσεων σας:

- α) Αναπλαισίωση των προβλημάτων,
- β) δείτε πόσο σημαντική μπορεί να αποβεί η αγχογόνος κατάσταση στο

μέλλον,

γ) προσαρμογή σε πρότυπα, δ)Εστίαση στα θετικά (προσωπικές ικανότητες).

2.5.5. Δώστε σημασία στις ατομικές σας ανάγκες

Επιλέξτε ένα υγιή και ποιοτικό τρόπο ζωής:

α) Χαλάρωση-ξεκούραση,

β) επικοινωνία και σύνδεση με άλλους ανθρώπους,

γ) ασχολία με χόμπι,

δ) αίσθηση χιούμορ,

ε) τακτική άσκηση,

στ) υγιεινή διατροφή,

ζ)αποφύγετε το αλκοόλ, το κάπνισμα και τα χημικά σκευάσματα(χάπια)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού, διενεργήθηκε έρευνα από την συγγραφέα της παρούσας πτυχιακής. Το δείγμα αποτέλεσαν 119 εργαζόμενοι (νοσηλευτικό προσωπικό) του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν είναι το Ερωτηματολόγιο "αυτοαναφοράς για την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας της ζωής: (WHOQOL-BREF)" και η Κλίμακα Άγχους "Hamilton", του Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM- A), όπου έχει σκοπό την αξιολόγηση του άγχους του νοσηλευτικού προσωπικού.

Η κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής βαθμολογείται από 1 έως 5, με το 1 να αντιστοιχεί στο «χειρότερο» και το 5 στο «καλύτερο». Έτσι δημιουργούνται οι τέσσερις υποκλίμακες ως άθροισμα των ερωτήσεων από τις οποίες απαρτίζονται. Στη συνέχεια, οι κλίμακες μετασχηματίζονται ώστε να έχουν εύρος τιμών 0-100 σύμφωνα με τις οδηγίες του WHO[1]. Επιπλέον, υπολογίζεται η συνολική ποιότητα ζωής ως άθροισμα και των 30 ερωτήσεων, με εύρος τιμών 30-150. Υψηλότερο σκορ υποδηλώνει μεγαλύτερη ικανοποίηση και καλύτερη ποιότητα ζωής. Αντίστοιχη τακτική ακολουθείται στην κλίμακα άγχους Hamilton με το 0 να αντιστοιχεί στο καθόλου και το 4 στο πολύ σοβαρά. Στη συνέχεια, υπολογίζεται το σκορ άγχους ως το άθροισμα των 14 ερωτήσεων. Το σκορ αυτό έχει εύρος τιμών 0-56 με υψηλότερο σκορ να υποδηλώνει μεγαλύτερο άγχος. Τα άτομα ταξινομούνται στη συνέχεια με βάση στο σκορ άγχους ως εξής: 0-17 Ηπιο έως Μέτριο Άγχος, 18-24 Μέσης Βαρύτητας Άγχος και 25-56 Σοβαρής Βαρύτητας Άγχος. Λόγω του μικρού αριθμού των ατόμων που ταξινομούνται στις κατηγορίες μέσης και σοβαρής βαρύτητας, αυτές οι δύο κατηγορίες εν συνεχεία ενοποιούνται.

Αρχικά έγινε περιγραφική ανάλυση των δεδομένων, με σχετικές και απόλυτες συχνότητες για τις κατηγορικές μεταβλητές. Για τις συνεχείς μεταβλητές εφαρμόστηκαν γραφικοί έλεγχοι κανονικότητας (ιστογράμματα και q-qplots) καθώς και η στατιστική δοκιμασία Shapiro-Whilk. Αφού η υπόθεση περί κανονικότητας απορρίφθηκε, παρουσιάζονται διάμεσες τιμές (median) και τα αντίστοιχα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (IQR, 25^ο και 75^ο ποσοστιαίο σημείο) για τις συνεχείς μεταβλητές. Στο πλαίσιο της περιγραφικής ανάλυσης δημιουργήθηκαν και τα

κατάλληλα γραφήματα, πίτες ή μπάρες για τις κατηγορικές μεταβλητές και μπάρες με τη διάμεση τιμή για τις συνεχείς.

Στη συνέχεια εξετάστηκαν πιθανές μονοπαραγοντικές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών απόκρισης και διάφορων δημογραφικών χαρακτηριστικών. Ως μεταβλητές απόκρισης χρησιμοποιήθηκαν οι γενικές ερωτήσεις ποιότητας ζωής (ερώτηση 1 και 2) και οι επιπλέον ερωτήσεις ποιότητας ζωής (N1-N4) αφού πρώτα μετατράπηκαν σε δίτιμες. Μεταβλητές απόκρισης ήταν επίσης οι τέσσερις υπό-κλίμακες του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής, το συνολικό σκορ ποιότητας ζωής, το συνολικό σκορ άγχους και το άγχος ως δίτιμη μεταβλητή. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν το φύλο, την ηλικία (<40 και \geq 40 ετών), την εκπαίδευση (AEI-TEI, κατοχή ή μη μεταπτυχιακού), την οικογενειακή κατάσταση (έγγαμος-μη έγγαμος), την τοκότητα (παιδιά: ναι/όχι), τα έτη προϋπηρεσίας (<10 και \geq 10) και το είδος του τμήματος εργασίας (ανοικτό/κλειστό). Οι συσχετίσεις μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών ελέγχθηκαν με το κριτήριο χ^2 Pearson ή με το Fisher's exact test στις περιπτώσεις που παραβιάζονταν οι υποθέσεις του χ^2 . Για τις συνεχείς εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney.

Τέλος, εφαρμόστηκαν πολυπαραγοντικά μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης στις μεταβλητές απόκρισης όταν αυτές ήταν δίτιμες κατηγορικές. Οι συνεχείς μεταβλητές δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή και δοκιμάστηκαν λογαριθμικοί μετασχηματισμοί προκειμένου να διορθωθούν οι αποκλίσεις από την κανονικότητα. Για τη συνεχή κλίμακα Hamilton επιτεύχθηκε η κανονικότητα μετά από λογαριθμικό μετασχηματισμό. Έτσι, στη συγκεκριμένη κλίμακα εφαρμόστηκαν μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης στη λογαριθμισμένη μεταβλητή. Στην περίπτωση αυτή, οι συντελεστές παλινδρόμησης, αφού εκθετικοποιηθούν, ερμηνεύονται ως ποσοστιαία μεταβολή. Για τις υπόλοιπες κλίμακες δεν βρέθηκε κατάλληλος μετασχηματισμός, επομένως επιλέχθηκαν γραμμικά μοντέλα median παλινδρόμησης, τα οποία είναι κατάλληλα σε τέτοιες περιπτώσεις. Στα τελικά μοντέλα διατηρήθηκαν a priori το φύλο, η ηλικία και το είδος του τμήματος εργασίας (ανοικτό/κλειστό), καθώς και οι μεταβλητές εκείνες που ήταν σημαντικές στο επίπεδο 10%. Επιπλέον αν κάποια μεταβλητή τροποποιεί την σημαντικότητα ή τον συντελεστή μιας άλλης μεταβλητής, τότε θεωρείται συγχυτικός παράγοντας και περιλαμβάνεται στο μοντέλο ανεξαρτήτως σημαντικότητας. Το επίπεδο σημαντικότητας για όλους τους ελέγχους ορίστηκε στο 5%. Η στατιστική ανάλυση έγινε με την χρήση του στατιστικού προγράμματος Stata 13.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. Περιγραφική στατιστική

1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

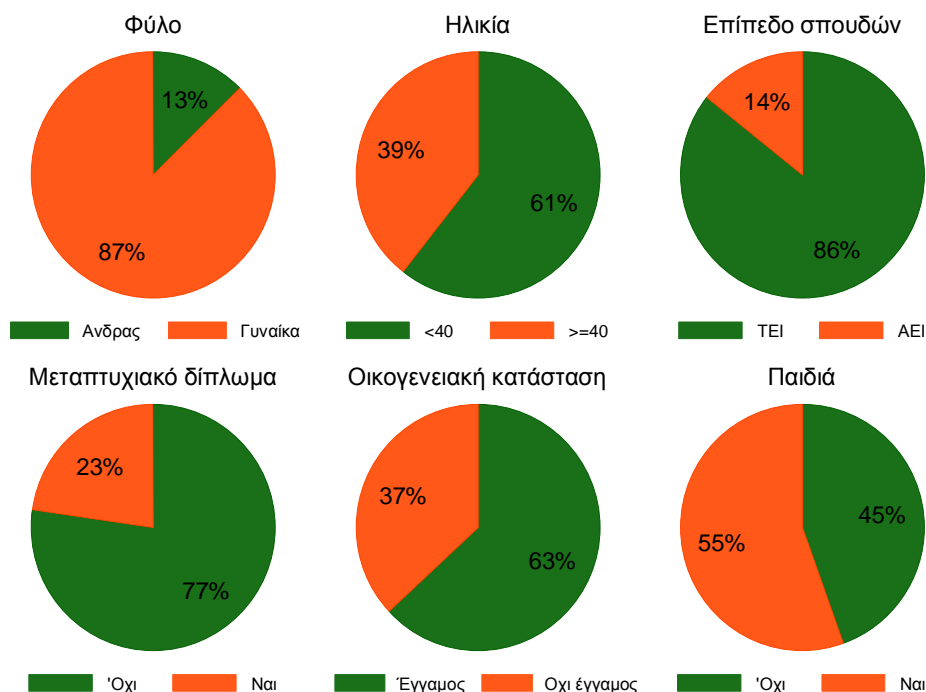
Το δείγμα αποτελείται συνολικά από 119 άτομα εκ των οποίων οι 15 είναι άνδρες (12.6%) και οι 104 είναι γυναίκες (87.4%) με διάμεση ηλικία τα 37.8 έτη και ενδοτεταρτημοριακό εύρος (IQR) 32.8-44.6. Όλοι οι συμμετέχοντες είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και συγκεκριμένα το 86% είναι απόφοιτοι ΤΕΙ και το 14% απόφοιτοι ΑΕΙ, και ένα 23% έχει Μεταπτυχιακό δίπλωμα. Πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες (63%) είναι έγγαμοι, 23.5% ζουν μόνοι και 44.5% έχουν παιδιά. Ανάμεσα σε όσους έχουν παιδιά ο διάμεσος αριθμός παιδιών είναι ένα (Πίνακας 1-Γράφημα 1).

Πίνακας 1: Βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

	N (%)ή Median (IQR)
Φύλο	
Ανδρας	15 (12.6)
Γυναίκα	104 (87.4)
Ηλικία	37.8 (32.8, 44.6)
Επίπεδο σπουδών	
ΤΕΙ	102 (85.7)
ΑΕΙ	17 (14.3)
Μεταπτυχιακό δίπλωμα	
Όχι	92 (77.3)
Ναι	27(22.7)
Οικογενειακή κατάσταση	
Έγγαμος-η	75 (63.0)
Άγαμος-η	39 (32.8)
Σε διάσταση	1 (0.8)
Διαζευγμένος-η	4 (3.4)
Παιδιά	
Όχι	53 (44.5)
Ναι	66 (55.5)
Αριθμός παιδιών	1.0 (1.0, 2.0)

Ζείτε:

Μόνος	28 (23.5)
Με άλλους	91 (76.5)



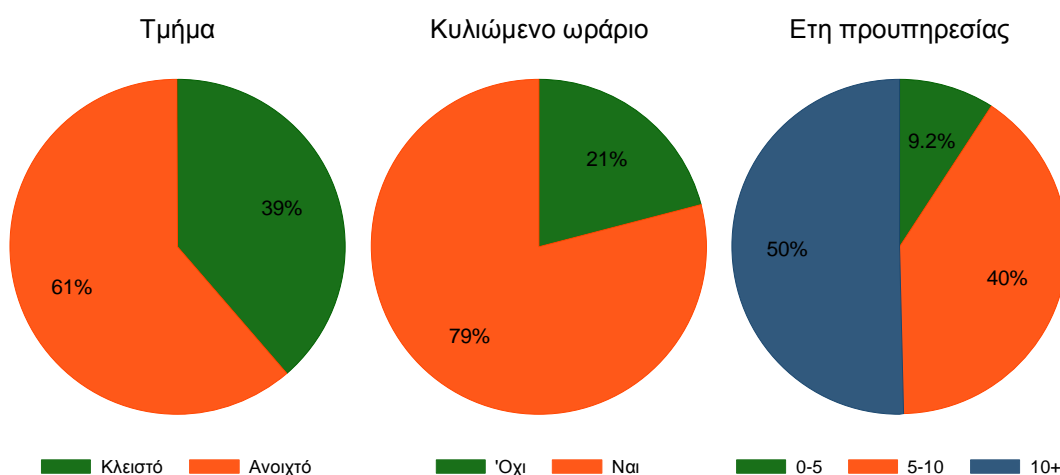
Γράφημα 1: Βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Το δείγμα αποτελείται σε ποσοστό 100% από νοσηλευτές και νοσηλεύτριες με πλήρες ωράριο εργασίας. Η πλειοψηφία τους (79%) εργάζεται με κυλιόμενο ωράριο και το 50% έχει πάνω από 10 έτη προϋπηρεσίας. Συνολικά 46 συμμετέχοντες (39%) εργάζονται σε κλειστά τμήματα (Μ.Ε.Θ., χειρουργικό και διαγνωστικά εργαστήρια) και 73 (62%) σε ανοικτά τμήματα (νοσηλευτικό, ΤΕΠ, εξωτερικά ιατρεία). (Πίνακας 2-Γράφημα 2)

Πίνακας 2: Εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Μεταβλητή	N(%)
Επάγγελμα	
Νοσηλεύτης-τρια	119 (100.0)
Απασχόληση	
Πλήρης	119 (100.0)
Τμήμα εργασίας	
Μ.Ε.Θ.	24 (20.2)

Χειρουργικό	20 (16.8)
Νοσηλευτικό	55 (46.2)
Τ.Ε.Π.	8 (6.7)
Διαγνωστικά εργαστήρια	2 (1.7)
Εξωτερικά Ιατρεία	10 (8.4)
Κυλιόμενο ωράριο	
Όχι	25 (21.0)
Ναι	94 (79.0)
Έτη προϋπηρεσίας	
0-5	11 (9.2)
5-10	48 (40.3)
10+	60 (50.4)



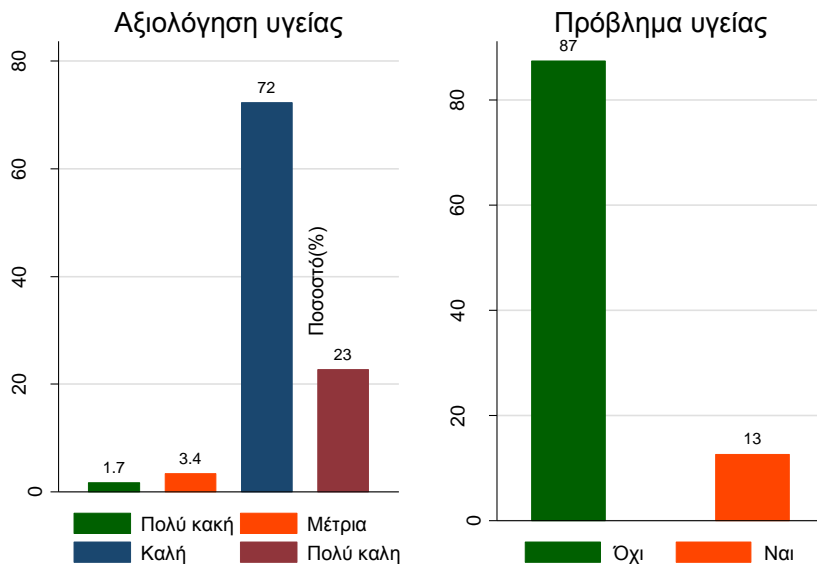
Γράφημα 2: Εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Η υγεία των συμμετεχόντων είναι γενικά καλή με μόνο το 5% των συμμετεχόντων να χαρακτηρίζει την κατάσταση της υγείας του κακή ή και μέτρια, το 72% να χαρακτηρίζει την κατάσταση της υγείας του καλή και το 23% πολύ καλή. Επιπλέον μικρό είναι το ποσοστό των ατόμων που αντιμετώπιζε κάποιο πρόβλημα υγείας το τελευταίο διάστημα (13%). Συγκεκριμένα, ένας αντιμετώπιζε καρδιολογικά προβλήματα, ένας είχε κάταγμα ή ράγισμα οστού, δύο είχαν προβλήματα στα κάτω άκρα, δύο είχαν υπέρταση, ένας αντιμετώπιζε χρόνια ψυχικά προβλήματα και άλλοι δύο είχαν κάποιο άλλο πρόβλημα εκτός των προαναφερθέντων (Πίνακας 3-Γράφημα 3).

Πίνακας 3: Υγεία των συμμετεχόντων

	N (%)
Πόσο καλή είναι η υγεία σας;	
Πολύ κακή	2 (1.7)
Ούτε καλή ούτε κακή	4 (3.4)
Καλή	86 (72.3)
Πολύ καλή	27 (22.7)
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα;	
Όχι	104 (87.4)
Ναι	15 (12.6)
Καρδιολογικά προβλήματα	
Όχι	118 (99.2)
Ναι	1 (0.8)
Αρθρίτιδα ή ρευματισμοί	
Όχι	119 (100.0)
Εμφύσημα ή χρόνια βρογχίτιδα	
Όχι	119 (100.0)
Καταρράκτης	
Όχι	119 (100.0)
Κάταγμα ή ράγισμα οστού	
Όχι	118 (99.2)
Ναι	1 (0.8)
Προβλήματα στα κάτω άκρα	
Όχι	117 (98.3)
Ναι	2 (1.7)
Πάρκινσον	
Όχι	119 (100.0)
Υπέρταση	
Όχι	117 (98.3)
Ναι	2 (1.7)
Καρκίνος	
Όχι	119 (100.0)
Διαβήτης	
Όχι	119 (100.0)
Εγκεφαλικό επεισόδιο	
Όχι	119 (100.0)
Χρόνια ψυχικά προβλήματα	
Όχι	118 (99.2)
Ναι	1 (0.8)

Αιμορραγία του ορθού εντέρου	
Όχι	119 (100.0)
Άλλο	
Όχι	117 (98.3)
Ναι	2 (1.7)



Γράφημα 3: Κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων

1.2 Ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας της ζωής: (WHOQOL-BREF)

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε πως θεωρεί την ποιότητα της ζωής του καλή (68%) και μέτρια (23%) ενώ ένα 18% θεωρεί πως έχει πολύ καλή ποιότητα ζωής. Επίσης πολύ ικανοποιημένοι με την κατάσταση της υγείας τους είναι το 83% των συμμετεχόντων και μέτρια ικανοποιημένοι το 23% (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Γενική ποιότητα ζωής και υγεία

		N(%)
Πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα ζωής σας γενικά;	Πολύ κακή	0 (0.0)
	Κακή	1 (0.8)

	Ούτε καλή ούτε κακή	16 (13.4)
	Καλή	81 (68.1)
	Πολύ καλή	21 (17.6)
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε με την υγεία σας;	Καθόλου	0 (0.0)
	Λίγο	0 (0.0)
	Μέτρια	17 (14.3)
	Πολύ	99 (83.2)
	Υπερβολικά	3 (2.5)

Ο πρώτος τομέας τον οποίο αξιολογεί το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής είναι η σωματική υγεία, ο δεύτερος η ψυχολογική υγεία, ο τρίτος οι κοινωνικές σχέσεις και ο τέταρτος το περιβάλλον. Οι ερωτήσεις, οι οποίες απαρτίζουν την κάθε υποκλίμακα, καθώς και οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις σχετικές ερωτήσεις, παρουσιάζονται αναλυτικά στους πίνακες 5, 6, 7 και 8.

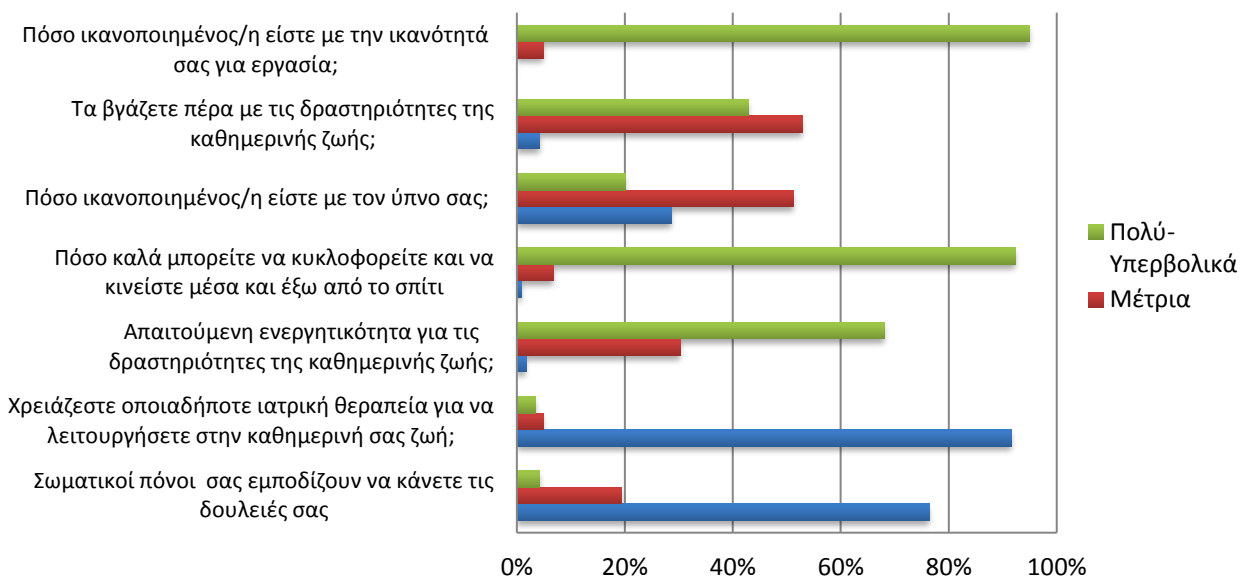
1.2.1 Σωματική υγεία

Η κλίμακα ικανοποίησης από την σωματική υγεία απαρτίζεται από επτά συνολικά ερωτήσεις (Πίνακας 5 - Γράφημα 4). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι τυχόν σωματικοί πόνοι τους εμποδίζουν να κάνουν τις δουλειές τους λίγο (41%) ή μέτρια (19%) και ότι δεν χρειάζονται οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσουν στην καθημερινή τους ζωή (82%). Την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής δήλωσαν ότι έχουν μέτρια σε ποσοστό 30% και πολύ σε ποσοστό 66%. Πολύ καλά μπορεί να κυκλοφορεί και να κινείται μέσα και έξω από το σπίτι το 74%. Ικανοποιημένοι από τον ύπνο τους δήλωσαν οι συμμετέχοντες σε ποσοστό 20% και μέτρια ικανοποιημένοι σε ποσοστό 51%. Ικανοποιημένοι με την ικανότητά τους να τα βγάλουν πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, ήταν το 43% και ικανοποιημένοι με την ικανότητά τους για εργασία ήταν το 95%.

Πίνακας 5: Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής: σωματική υγεία

Ερώτηση	Απάντηση	N(%)
Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας	Καθόλου	42 (35.3)
	Λίγο	49 (41.2)
	Μέτρια	23 (19.3)

	Πολύ	5 (4.2)
	Υπερβολικά	0(0.0)
	Καθόλου	98 (82.4)
Σε ποιο βαθμό χρειάζεστε οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή;(πχ. φάρμακα, αιμοκάθαρση, κλπ.)	Λίγο	11 (9.2)
	Μέτρια	6 (5.0)
	Πολύ	4 (3.4)
	Υπερβολικά	0 (0.0)
	Καθόλου	0 (0.0)
Σε ποιο βαθμό έχετε την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	Λίγο	2 (1.7)
	Μέτρια	36 (30.3)
	Πολύ	79 (66.4)
	Υπερβολικά	2 (1.7)
	Καθόλου	0 (0.0)
Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι	Λίγο	1 (0.8)
	Μέτρια	8 (6.7)
	Πολύ	88 (73.9)
	Υπερβολικά	22 (18.5)
	Πολύ δυσαρεστημένος-η	5 (4.2)
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον ύπνο σας;	Δυσαρεστημένος-η	29 (24.4)
	Ούτε δυσαρεστημένος-η ούτε ικανοποιημένος-η	61 (51.3)
	Ικανοποιημένος-η	22 (18.5)
	Πολύ ικανοποιημένος-η	2 (1.7)
		Πολύ δυσαρεστημένος-η
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	Δυσαρεστημένος-η	4 (3.4)
	Ούτε δυσαρεστημένος-η ούτε ικανοποιημένος-η	63 (52.9)
	Ικανοποιημένος-η	46 (38.7)
	Πολύ ικανοποιημένος-η	5 (4.2)
		Πολύ δυσαρεστημένος-η
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας για εργασία;	Δυσαρεστημένος-η	0 (0.0)
	Ούτε δυσαρεστημένος-η ούτε ικανοποιημένος-η	6 (5.0)
	Ικανοποιημένος-η	80 (67.2)
	Πολύ ικανοποιημένος-η	33 (27.7)



Γράφημα 4: Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής: σωματική υγεία

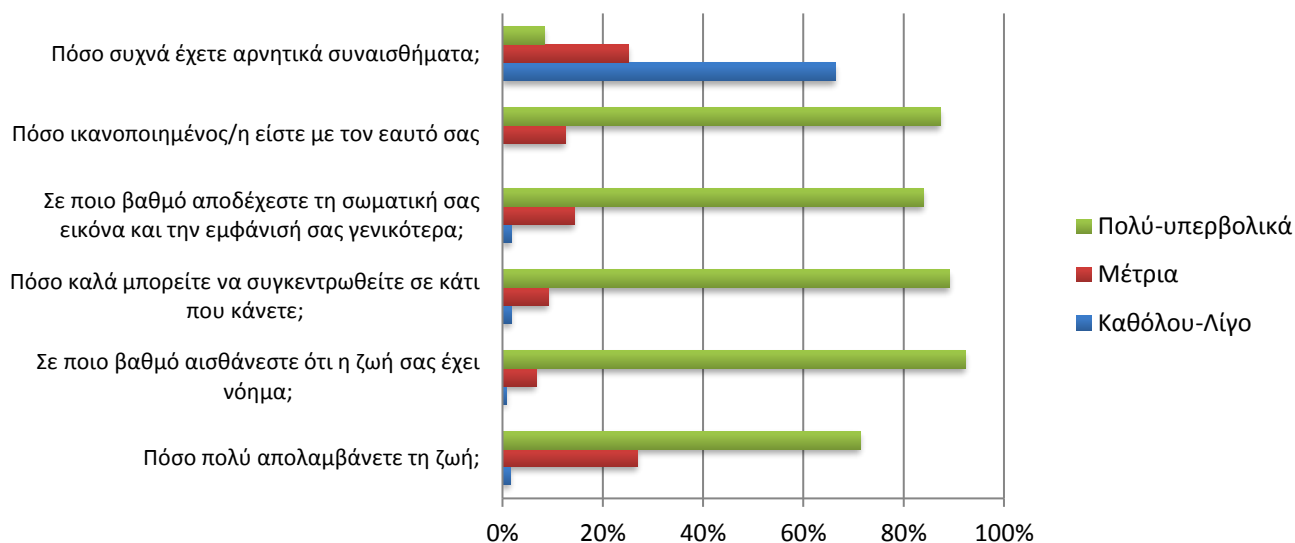
1.2.2 Ψυχολογική υγεία

Η κλίμακα ικανοποίησης από την ψυχολογική υγεία αποτελείται από έξι συνολικά ερωτήσεις (Πίνακας 6 – Γράφημα 5). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι απολαμβάνουν τη ζωή τους πολύ (63%) ή μέτρια (27%) και ότι αισθάνονται ότι η ζωή τους έχει νόημα πολύ-υπερβολικά (91%). Πολύ καλά μπορεί να συγκεντρωθεί σε κάτι που κάνει το 83% των συμμετεχόντων και το 84% αποδέχεται πολύ-υπερβολικά τη σωματική του εικόνα και την εμφάνισή του γενικότερα. Ένα 87% δηλώνει ικανοποιημένο-πολύ ικανοποιημένο με τον εαυτό του. Τέλος ένα 25% έχει μερικές φορές αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη και ένα 8% συχνά.

Πίνακας 6: Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής: ψυχολογική υγεία

Ερώτηση	Απάντηση	N(%)
Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;	Καθόλου	1 (0.8)
	Λίγο	1 (0.8)
	Μέτρια	32 (26.9)
	Πολύ	75 (63.0)

	Υπερβολικά	10 (8.4)
	Καθόλου	0 (0.0)
Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	Λίγο	1 (0.8)
	Μέτρια	8 (6.7)
	Πολύ	84 (70.6)
	Υπερβολικά	26 (21.8)
	Καθόλου	0 (0.0)
Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	Λίγο	2 (1.7)
	Μέτρια	11 (9.2)
	Πολύ	99 (83.2)
	Υπερβολικά	7 (5.9)
	Καθόλου	0 (0.0)
Σε ποιο βαθμό αποδέχεστε τη σωματική σας εικόνα και την εμφάνισή σας γενικότερα;	Λίγο	2 (1.7)
	Μέτρια	17 (14.3)
	Πολύ	87 (73.1)
	Υπερβολικά	13 (10.9)
	Καθόλου	0 (0.0)
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας	Λίγο	0 (0.0)
	Μέτρια	15 (12.6)
	Πολύ	82 (68.9)
	Υπερβολικά	22 (18.5)
	Συνεχώς	0 (0.0)
Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη	Συχνά	10 (8.4)
	Μερικές φορές	30 (25.2)
	Σπάνια	44 (37.0)
	Ποτέ	35 (29.4)



Γράφημα 5: Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής: ψυχολογική υγεία

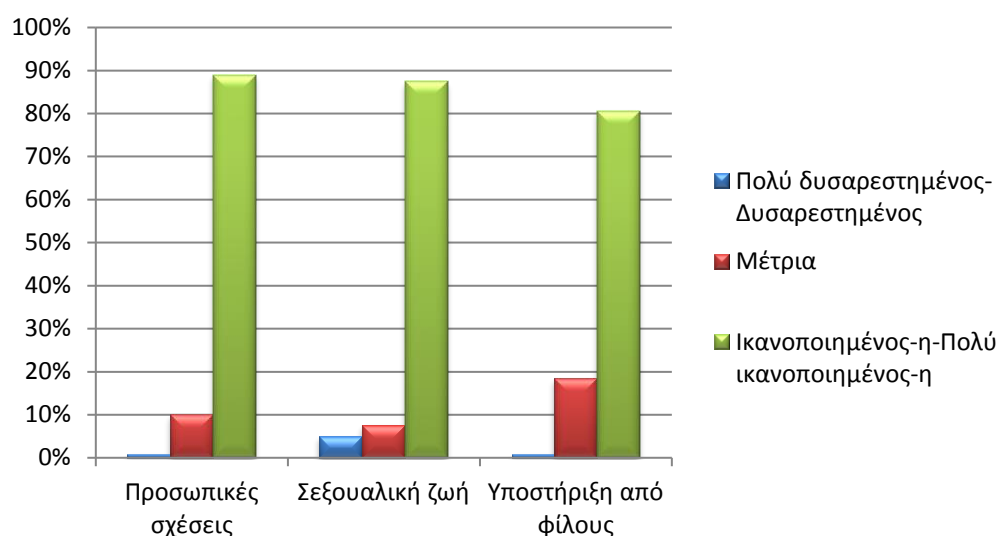
1.2.3 Κοινωνικές σχέσεις

Η κλίμακα ικανοποίησης από την ψυχολογική υγεία περιλαμβάνει τρεις ερωτήσεις (Πίνακας 7 – Γράφημα 6). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι είναι ικανοποιημένοι με τις προσωπικές τους σχέσεις (70%), με τη σεξουαλική τους ζωή (73%) και με την υποστήριξη που έχουν από τους φίλους (57%).

Πίνακας 7: Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής: κοινωνικές σχέσεις

Ερώτηση	Απάντηση	N(%)
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;	Πολύ δυσαρεστημένος-η	0 (0.0)
	Δυσαρεστημένος-η	1 (0.8)
	Ούτε δυσαρεστημένος-η ούτε ικανοποιημένος-η	12 (10.1)
	Ικανοποιημένος-η	83 (69.7)
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την σεξουαλική σας ζωή;	Πολύ δυσαρεστημένος-η	1 (0.8)
	Δυσαρεστημένος-η	5 (4.2)
	Ούτε δυσαρεστημένος-η ούτε ικανοποιημένος-η	9 (7.6)
	Πολύ ικανοποιημένος-η	23 (19.3)

	Ικανοποιημένος-η	87 (73.1)
	Πολύ ικανοποιημένος-η	17 (14.3)
	Πολύ δυσαρεστημένος-η	0 (0.0)
	Δυσανεστημένος-η	1 (0.8)
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	Ούτε δυσαρεστημένος-η ούτε ικανοποιημένος-η	22 (18.5)
	Ικανοποιημένος-η	68 (57.1)
	Πολύ ικανοποιημένος-η	28 (23.5)



Γράφημα 6: Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής: κοινωνικές σχέσεις

1.2.4 Περιβάλλον

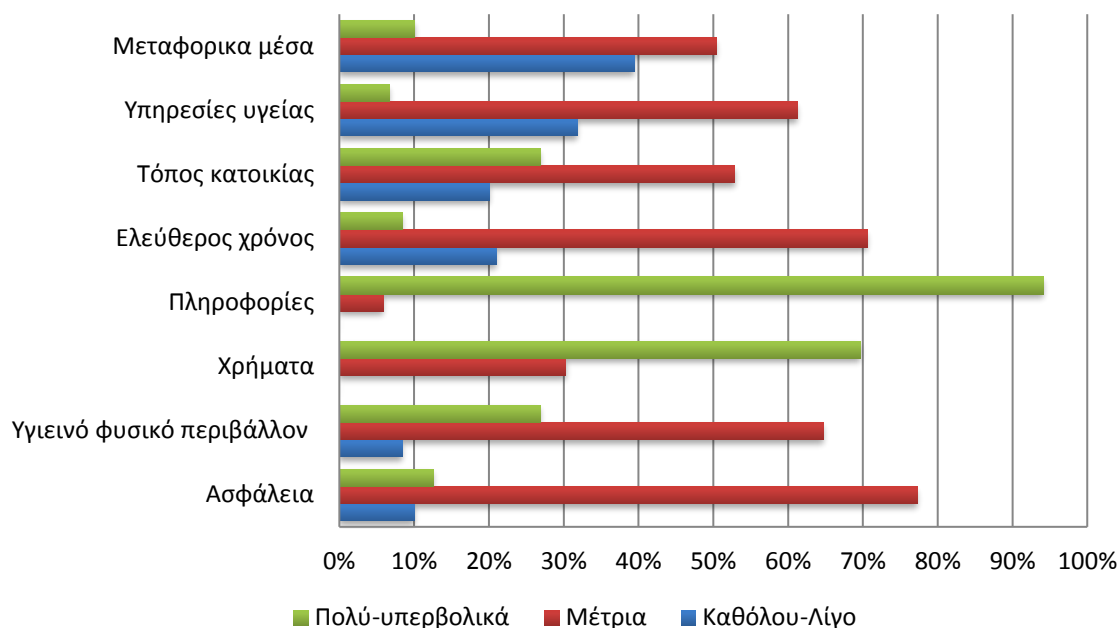
Η κλίμακα ικανοποίησης από την ψυχολογική υγεία αποτελείται από οκτώ ερωτήσεις (Πίνακας 8 – Γράφημα 7). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι αισθάνονται μέτρια ασφάλεια από κίνδυνος στην καθημερινότητα τους (77%) και ότι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζουν είναι μέτρια (65%) υγιεινό. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες στην πλειοψηφία τους (59%) δήλωσαν πως έχουν τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύψουν τις ανάγκες τους σε μέτριο βαθμό. Σχετικά με την ικανότητα απόκτησης πληροφοριών αναγκαίων στην καθημερινή ζωή, το 79% δήλωσε ότι έχει πολύ ευκολία. Μέτρια ικανοποίηση καταγράφεται σε σχέση με την διαθεσιμότητα χρόνου για ψυχαγωγία (70%), με τις συνθήκες που υπάρχουν στον

τόπο κατοικίας (53%), με την πρόσβαση σε διάφορες υπηρεσίες υγείας (61%) και με τα μέσα μεταφοράς (50%).

Πίνακας 8: Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής: Περιβάλλον

Ερώτηση	Απάντηση	N(%)
Πόσο ασφαλής από κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	Καθόλου	1 (0.8)
	Λίγο	11 (9.2)
	Μέτρια	92 (77.3)
	Πολύ	15 (12.6)
	Υπερβολικά	0 (0.0)
Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;	Καθόλου	1 (0.8)
	Λίγο	9 (7.6)
	Μέτρια	77 (64.7)
	Πολύ	28 (23.5)
	Υπερβολικά	4 (3.4)
Σε ποιο βαθμό έχετε τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	Καθόλου	0 (0.0)
	Λίγο	0 (0.0)
	Μέτρια	36 (30.3)
	Πολύ	70 (58.8)
	Υπερβολικά	13 (10.9)
Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε πληροφορίες τις οποίες χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;	Καθόλου	0 (0.0)
	Λίγο	0 (0.0)
	Μέτρια	7 (5.9)
	Πολύ	94 (79.0)
	Υπερβολικά	18 (15.1)
Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	Καθόλου	1 (0.8)
	Λίγο	24 (20.2)
	Μέτρια	84 (70.6)
	Πολύ	10 (8.4)
	Υπερβολικά	0 (0.0)
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις συνθήκες που υπάρχουν στον τόπο που κατοικείτε;	Καθόλου	1 (0.8)
	Λίγο	23 (19.3)
	Μέτρια	63 (52.9)
	Πολύ	29 (24.4)
	Υπερβολικά	3 (2.5)
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;	Καθόλου	3 (2.5)
	Λίγο	35 (29.4)
	Μέτρια	73 (61.3)

	Πολύ	8 (6.7)
	Υπερβολικά	0 (0.0)
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε	Καθόλου	3 (2.5)
	Λίγο	44 (37.0)
	Μέτρια	60 (50.4)
	Πολύ	12 (10.1)
	Υπερβολικά	0 (0.0)



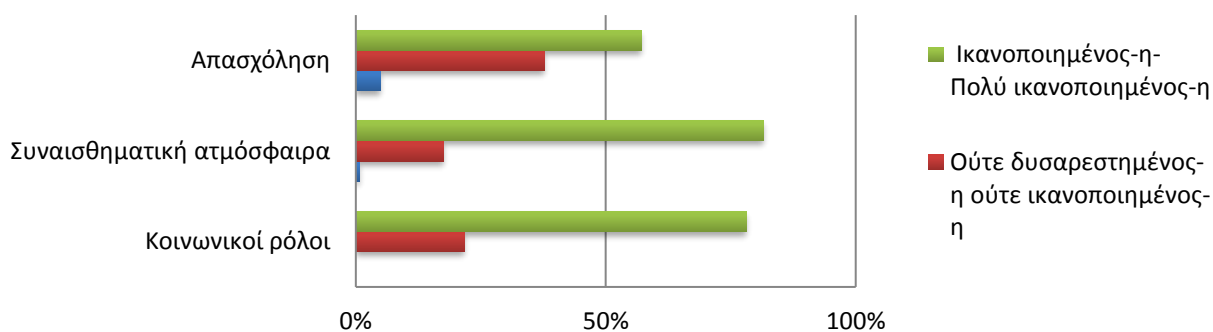
Γράφημα 7: Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής: Περιβάλλον

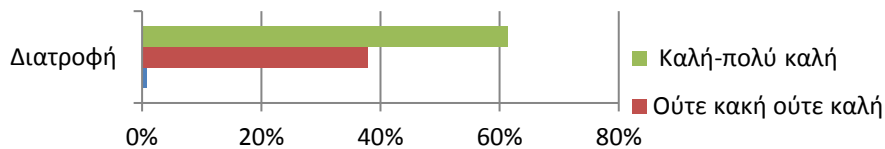
1.2.5 Επιπλέον ερωτήσεις

Οι τέσσερις τελευταίες ερωτήσεις είναι προσαρμοσμένες στα Ελληνικά δεδομένα και δεν εντάσσονται σε κάποια από τις παραπάνω κατηγορίες (Πίνακας 9 – Γράφημα 8). Οι νοσηλευτές του Ωνάσειου, θεωρούν καλή-πολύ καλή τη διατροφή τους σε ποσοστό 61% και μέτρια σε ποσοστό 38%. Επίσης, το 78% δηλώνει ικανοποιημένο – πολύ ικανοποιημένο με τους κοινωνικούς ρόλους που έχει αναλάβει και τις δραστηριότητες που έχει αναπτύξει στον κοινωνικό τομέα και 82% δηλώνει ικανοποιημένο-πολύ ικανοποιημένο με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι. Τέλος, το 57% αισθάνεται ικανοποιημένο-πολύ ικανοποιημένο με την εργασία ή την απασχόληση που έχει.

Πίνακας 9: Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής: Ερωτήσεις προσαρμοσμένες στα Ελληνικά δεδομένα

Ερώτηση	Απάντηση	N(%)
Πόσο καλή και σωστή θεωρείτε ότι είναι η διατροφή σας;	Πολύ κακή	0 (0.0)
	Κακή	1 (0.8)
	Ούτε κακή ούτε καλή	45 (37.8)
	Καλή	68 (57.1)
	Πολύ καλή	5 (4.2)
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τους κοινωνικούς ρόλους που έχετε αναλάβει και τις δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει στον κοινωνικό τομέα;	Πολύ δυσαρεστημένος-η	0 (0.0)
	Δυσαρεστημένος-η	0 (0.0)
	Ούτε δυσαρεστημένος-η ούτε ικανοποιημένος-η	26 (21.8)
	Ικανοποιημένος-η	89 (74.8)
	Πολύ ικανοποιημένος-η	4 (3.4)
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;	Πολύ δυσαρεστημένος-η	0 (0.0)
	Δυσαρεστημένος-η	1 (0.8)
	Ούτε δυσαρεστημένος-η ούτε ικανοποιημένος-η	21 (17.6)
	Ικανοποιημένος-η	82 (68.9)
	Πολύ ικανοποιημένος-η	15 (12.6)
Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (δηλ. κατά πόσο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και προσδοκίες σας)	Πολύ δυσαρεστημένος-η	1 (0.8)
	Δυσαρεστημένος-η	5 (4.2)
	Ούτε δυσαρεστημένος-η ούτε ικανοποιημένος-η	45 (37.8)
	Ικανοποιημένος-η	63 (52.9)
	Πολύ ικανοποιημένος-η	5 (4.2)





Γράφημα 8: Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής: Ερωτήσεις προσαρμοσμένες στα Ελληνικά δεδομένα

1.3 Κλίμακα ΆγχουςHamilton

Η αξιολόγηση του άγχους έγινε με την κλίμακα Hamilton, η οποία αποτελείται από 14 ερωτήσεις, οι οποίες φαίνονται στον Πίνακα 10. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι συμμετέχοντες δήλωσαν κατά πλειοψηφία «Καθόλου» ή «Ήπια» προβλήματα.

Συγκεκριμένα, «Καθόλου» ή «Ήπια» προβλήματα ήταν η αγχώδης διάθεση σε ποσοστό 73%, η ένταση σε ποσοστό 73% οι φοβίες σε ποσοστό 93%, τα γνωσιακά σε ποσοστό 93%, η καταθλιπτική διάθεση σε ποσοστό 92%, τα σωματικά συμπτώματα του μυϊκού συστήματος σε ποσοστό 83%, τα αισθητηριακά σωματικά συμπτώματα σε ποσοστό 95%, τα καρδιαγγειακά συμπτώματα σε ποσοστό 84%, τα αναπνευστικά προβλήματα σε ποσοστό 94%, τα γαστρεντερικά συμπτώματα σε ποσοστό 90%, τα ουρογεννητικά συμπτώματα σε ποσοστό 98%, τα συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα σε ποσοστό 95% και η συμπεριφορά κατά την συνέντευξη σε ποσοστό 94%.

Πίνακας 10: Απαντήσεις στην κλίμακα άγχους Hamilton

	Καθόλου	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρά	Πολύ σοβαρά
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Αγχώδης διάθεση	35 (29.4)	52 (43.7)	25 (21.0)	6 (5.0)	1 (1.7)
Ένταση	42 (35.3)	45 (37.8)	23 (19.3)	7 (5.9)	2 (3.3)
Φοβίες	81 (68.1)	29 (24.4)	6 (5.0)	3 (2.5)	0(0.0)
Αϋπνία	38 (31.9)	45 (37.8)	28 (23.5)	7 (5.9)	1 (1.7)
Γνωσιακά	91 (76.5)	20 (16.8)	7 (5.9)	1 (0.8)	0(0.0)
Καταθλιπτική διάθεση	90 (75.6)	19 (16.0)	5 (4.2)	3 (2.5)	2 (3.3)
Μυϊκό σύστημα	67 (56.3)	32 (26.9)	13 (10.9)	2 (1.7)	5 (8.3)
Αισθητηριακά	100 (84.0)	13 (10.9)	2 (1.7)	2 (1.7)	2 (3.3)

Καρδιοαγγειακά συμπτώματα	100 (84.0)	12 (10.1)	3 (2.5)	1 (0.8)	3 (5.0)
Αναπνευστικά προβλήματα	80 (67.2)	32 (26.9)	3 (2.5)	3 (2.5)	1 (1.7)
Γαστρεντερικά συμπτώματα	53 (44.5)	54 (45.4)	7 (5.9)	3 (2.5)	2 (3.3)
Ουρογεννητικά συμπτώματα	106 (89.1)	10 (8.4)	1 (0.8)	2 (1.7)	0(0.0)
Συμπτώματα από το αυτόνομο Ν.Σ	72 (60.5)	41 (34.5)	5 (4.2)	1 (0.8)	0(0.0)
Συμπεριφορά κατά την συνέντευξη	85 (71.4)	27 (22.7)	2 (1.7)	5 (4.2)	0(0.0)

1.4 Κλίμακες Ποιότητας ζωής και άγχους

Στον Πίνακα 11 και παρουσιάζονται οι διάμεσες τιμές των κλιμάκων ποιότητας ζωής και άγχους. Οι υποκλίμακες σωματικής υγείας, ψυχολογικής υγείας και κοινωνικής ζωής είχαν διάμεση τιμή 75 υποδηλώνοντας γενικά υψηλή ικανοποίηση από τους συγκεκριμένους τομείς. Σε μεσαία επίπεδα είναι η ικανοποίηση από το περιβάλλον με διάμεση τιμή 50. Η συνολική ικανοποίηση είναι ανω του μετρίου με διάμεση τιμή 111. Τα παραπάνω στοιχεία, παρουσιάζονται και γραφικά στο Γράφημα 9.

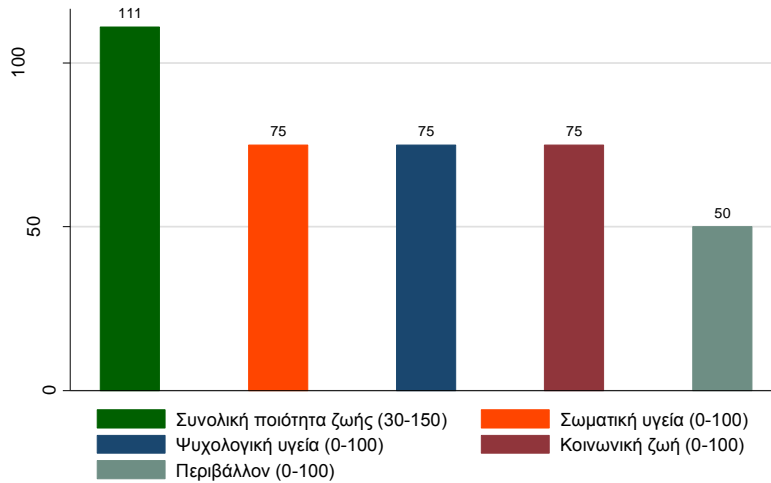
Το συνολικό σκορ άγχους είναι ιδιαίτερα χαμηλό, με διάμεση τιμή μόλις 6. Έτσι το 92% των συμμετεχόντων είχαν ήπιο έως μέτριο άγχος, το 3% είχε μέσης βαρύτητας άγχος και το 5% είχε σοβαρής βαρύτητας άγχος (Πίνακας 12-Γράφημα 10).

Πίνακας 11: Κλίμακες Ποιότητας ζωής και άγχους

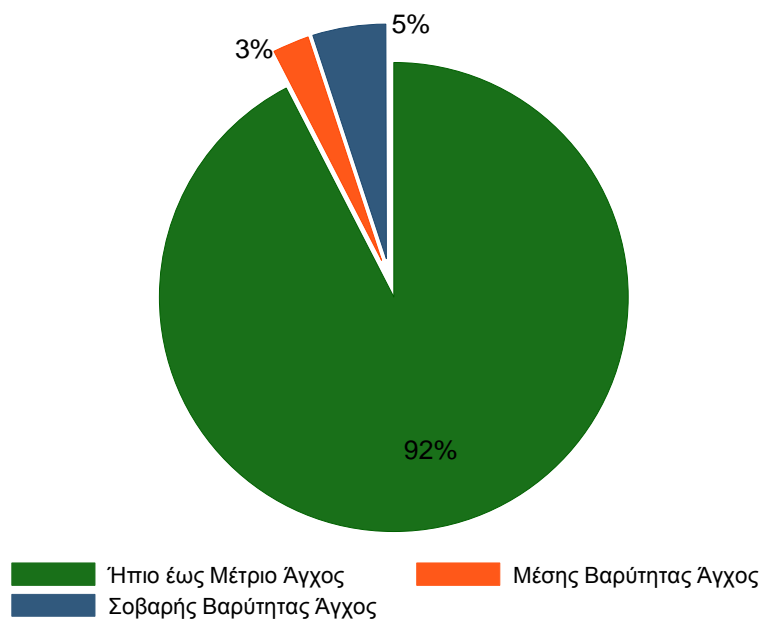
	Median (IQR)
Κλίμακες ποιότητας ζωής	
Σωματική υγεία (0-100)	75.0 (69.0, 81.0)
Ψυχολογική υγεία (0-100)	75.0 (69.0, 81.0)
Κοινωνική ζωή (0-100)	75.0 (69.0, 81.0)
Περιβάλλον (0-100)	50.0 (50.0, 56.0)
Συνολική ποιότητα ζωής (30-150)	111.0 (108.0, 114.0)
Κλίμακα άγχους Hamilton	
Σκορ άγχους (0-56)	6.0 (4.0, 8.0)

Πίνακας 12: Ταξινόμηση των συμμετεχόντων στην Κλίμακα άγχους Hamilton

	N (%)
Ήπιο έως Μέτριο Άγχος	110 (92.4)
Μέσης Βαρύτητας Άγχος	3 (2.5)
Σοβαρής Βαρύτητας Άγχος	6 (5.0)



Γράφημα 9: Κλίμακες Ποιότητας ζωής (διάμεσες τιμές των σκορ)



Γράφημα 10: Ταξινόμηση των συμμετεχόντων στην Κλίμακα άγχους Hamilton

2. Ανάλυση με βάση δημογραφικά χαρακτηριστικά

Για να εντοπιστούν πιθανές διαφορές στην ποιότητα ζωής έγινε στατιστική ανάλυση ανάλογα με διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά (μονοπαραγοντικές συσχετίσεις. Οι υπό εξέταση μεταβλητές (εκβάσεις), ήταν οι γενικές ερωτήσεις ποιότητας ζωής (ερώτηση 1 και 2), οι επιπλέον ερωτήσεις ποιότητας ζωής προσαρμοσμένες στα εθνικά δεδομένα (N1-N4), καθώς σύμφωνα με τις επίσημες οδηγίες οι ερωτήσεις αυτές πρέπει να εξετάζονται ξεχωριστά. Οι μεταβλητές αυτές μετατράπηκαν σε δίτιμες, με την πρώτη κατηγορία να περιλαμβάνει τις τιμές 1,2 και 3 (κάτω του μετρίου) και η δεύτερη τις τιμές 4 και 5 (καλά/πολύ καλά) της κλίμακας Likert. Υπό εξέταση μεταβλητές ήταν επίσης οι τέσσερις υπό-κλίμακες του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής, το συνολικό σκορ ποιότητας ζωής, το συνολικό σκορ άγχους και το άγχος σε δύο κατηγορίες, ήπιο έως μέτριο άγχος έναντι μέσης – σοβαρής βαρύτητας άγχος.

2.1 Ανά φύλο

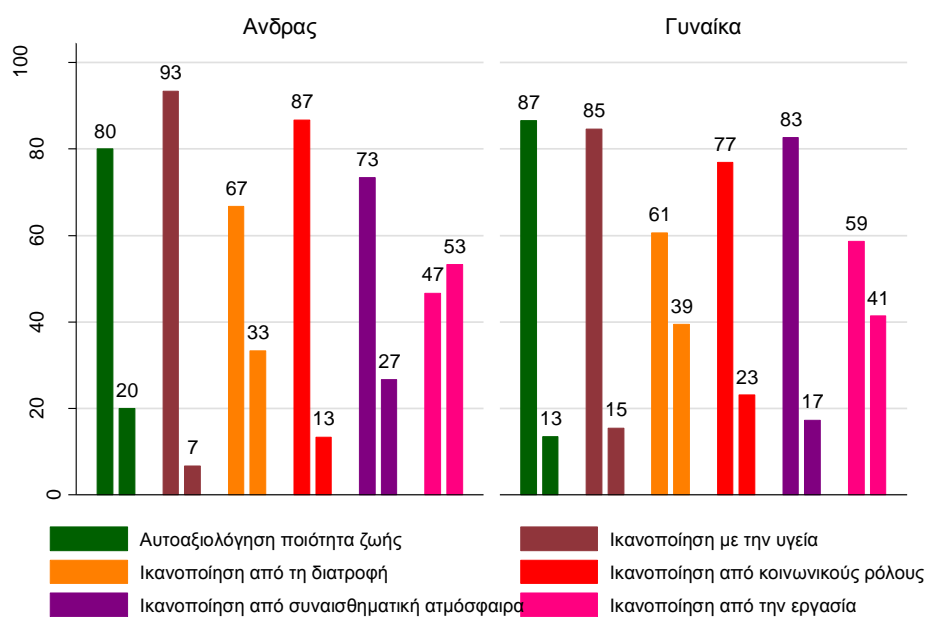
Αρχικά, διερευνήσαμε πιθανές διαφοροποιήσεις ανά φύλο. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 13 δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές ενδιαφέροντος ανάλογα με το φύλο των συμμετεχόντων ($p\text{-value}>0.05$).

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται και γραφικά στα γραφήματα 11 και 12.

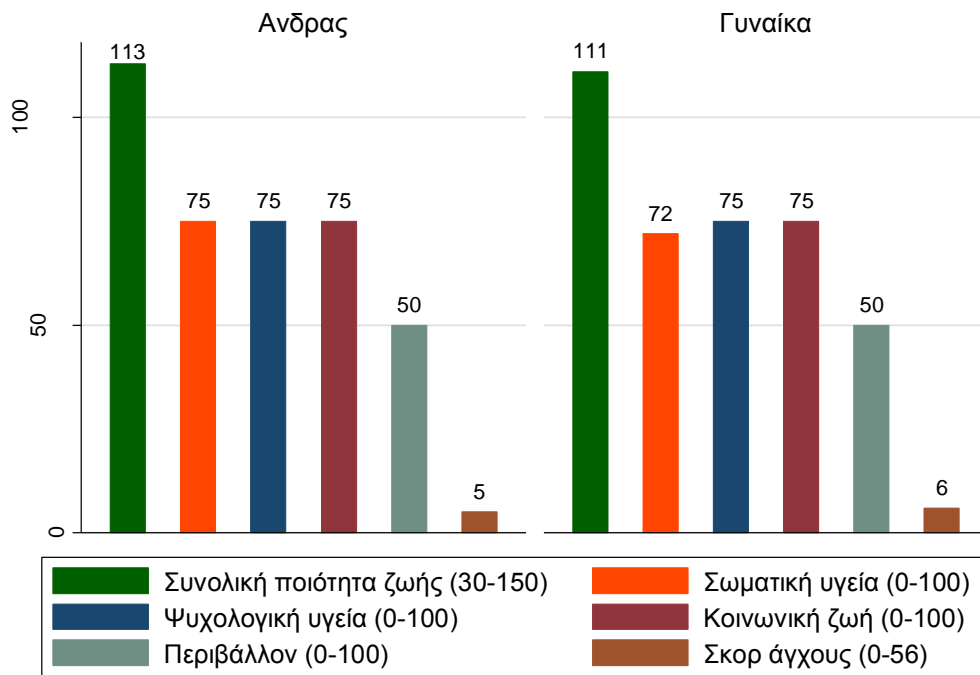
Πίνακας 13: Ποιότητα ζωής και άγχος ανάλογα με το φύλο

	Φύλο		p-value
	Ανδρας	Γυναίκα	
	N (%)	N (%)	
Αυτοαξιολόγηση ποιότητα ζωής			0.499
Κάτω από μέτρια	3 (20.0)	14 (13.5)	
Καλή-πολύ καλή	12 (80.0)	90 (86.5)	
Ικανοποίηση με την υγεία			0.367
Κάτω από μέτρια	1 (6.7)	16 (15.4)	
Καλή-πολύ καλή	14 (93.3)	88 (84.6)	
Ικανοποίηση από τη διατροφή			0.651
Κάτω από μέτρια	5 (33.3)	41 (39.4)	

Καλή-πολύ καλή	10 (66.7)	63 (60.6)	
Ικανοποίηση από κοινωνικούς ρόλους			0.393
Κάτω από μέτρια	2 (13.3)	24 (23.1)	
Καλή-πολύ καλή	13 (86.7)	80 (76.9)	
Ικανοποίηση από συναισθηματική ατμόσφαιρα			0.383
Κάτω από μέτρια	4 (26.7)	18 (17.3)	
Καλή-πολύ καλή	11 (73.3)	86 (82.7)	
Ικανοποίηση από την εργασία			0.380
Κάτω από μέτρια	8 (53.3)	43 (41.3)	
Καλή-πολύ καλή	7 (46.7)	61 (58.7)	
	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
Συνολική ποιότητα ζωής (30-150)	113.0 (107.0, 116.0)	111.0 (108.0, 113.0)	0.197
Σωματική υγεία (0-100)	75.0 (69.0, 81.0)	72.0 (69.0, 81.0)	0.372
Ψυχολογική υγεία (0-100)	75.0 (69.0, 81.0)	75.0 (69.0, 81.0)	0.508
Κοινωνική ζωή (0-100)	75.0 (75.0, 81.0)	75.0 (69.0, 81.0)	0.332
Περιβάλλον (0-100)	50.0 (50.0, 63.0)	50.0 (50.0, 56.0)	0.578
Σκορ άγχους (0-56)	5.0 (4.0, 7.0)	6.0 (4.0, 8.0)	0.120
	N (%)	N (%)	p-value
Ταξινόμηση στην Κλίμακα Hamilton			0.601*
Ήπιο έως Μέτριο Άγχος	15 (100.0)	95 (91.3)	
Μέσης –σοβαρής Βαρύτητας Άγχος	0 (0.0)	9 (8.7)	
*Fisher's exact test			



Γράφημα 11: Ποιότητα ζωής ανάλογα με το φύλο: ανεξάρτητες ερωτήσεις



Γράφημα 12: Ποιότητα ζωής και άγχος ανάλογα με το φύλο: Συνεχείς κλίμακες

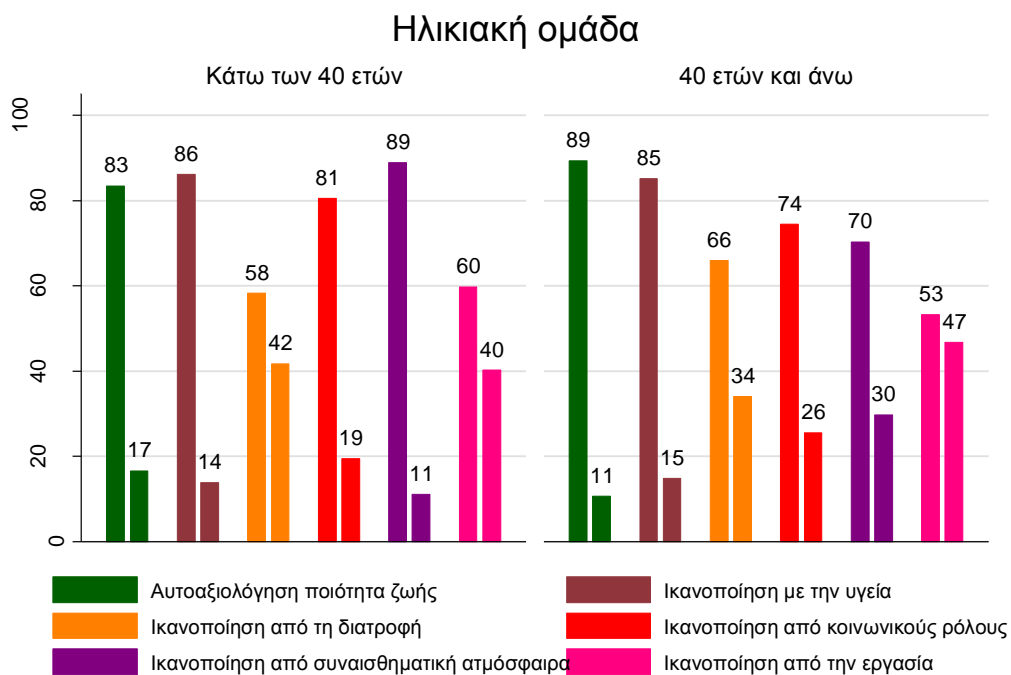
2.2 Ανά ηλικιακή ομάδα

Στη συνέχεια, για να διερευνήσουμε πιθανές διαφοροποιήσεις ανά ηλικία διαχωρίσαμε το δείγμα σε δυο ηλικιακές ομάδες τους κάτω των 40 ετών και τους 40 ετών και άνω. Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ικανοποίηση από την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι, με τους μεγαλύτερους να αισθάνονται κάτω από μέτρια ικανοποιημένοι σε ποσοστό 30% σε σύγκριση με τους κάτω των 40 οι οποίοι αισθάνονται κάτω από μέτρια ικανοποιημένοι σε ποσοστό 11% ($p\text{-value}=0.01$). Δεν εντοπίστηκε άλλη σημαντική διαφορά ανάλογα με την ηλικία (Πίνακας 14). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται και γραφικά στα Γραφήματα 13, 14 και 15.

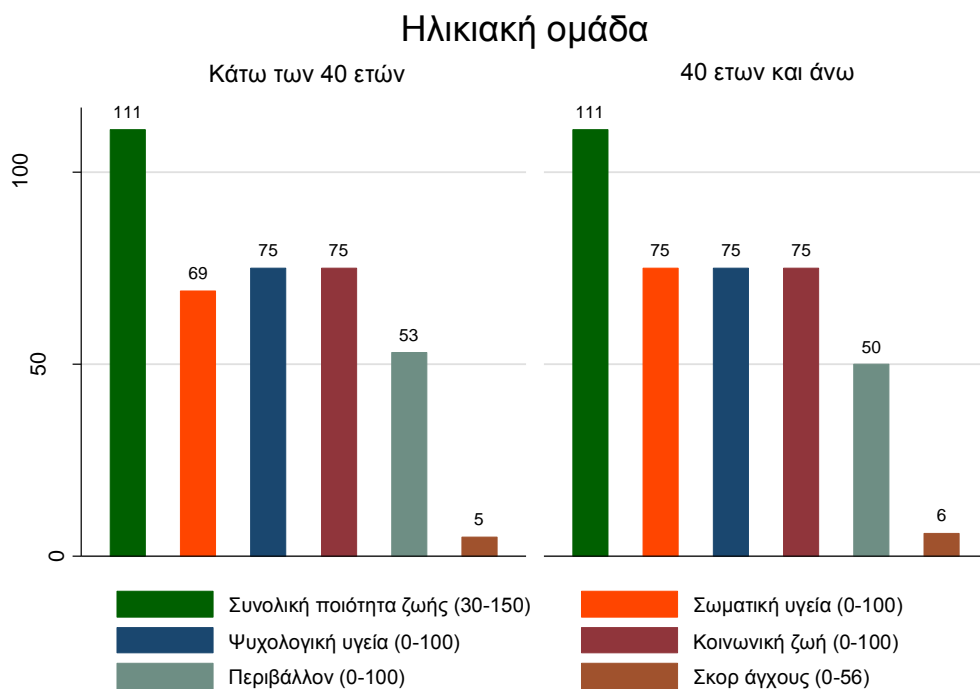
Πίνακας 14: Ποιότητα ζωής και άγχος ανάλογα με την ηλικία

Ηλικία	
<40	≥40

	N (%)	N (%)	p-value
Αυτοαξιολόγηση ποιότητα ζωής			0.358
Κάτω από μέτρια	12 (16.7)	5 (10.6)	
Καλή-πολύ καλή	60 (83.3)	42 (89.4)	
Ικανοποίηση με την υγεία			0.878
Κάτω από μέτρια	10 (13.9)	7 (14.9)	
Καλή-πολύ καλή	62 (86.1)	40 (85.1)	
Ικανοποίηση από τη διατροφή			0.404
Κάτω από μέτρια	30 (41.7)	16 (34.0)	
Καλή-πολύ καλή	42 (58.3)	31 (66.0)	
Ικανοποίηση από κοινωνικούς ρόλους			0.432
Κάτω από μέτρια	14 (19.4)	12 (25.5)	
Καλή-πολύ καλή	58 (80.6)	35 (74.5)	
Ικανοποίηση από συναισθηματική ατμόσφαιρα			0.010
Κάτω από μέτρια	8 (11.1)	14 (29.8)	
Καλή-πολύ καλή	64 (88.9)	33 (70.2)	
Ικανοποίηση από την εργασία			0.482
Κάτω από μέτρια	29 (40.3)	22 (46.8)	
Καλή-πολύ καλή	43 (59.7)	25 (53.2)	
	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
Συνολική ποιότητα ζωής (30-150)	111.0 (108.0, 114.0)	111.0 (107.0, 113.0)	0.532
Σωματική υγεία (0-100)	69.0 (69.0, 81.0)	75.0 (63.0, 81.0)	0.723
Ψυχολογική υγεία (0-100)	75.0 (69.0, 81.0)	75.0 (69.0, 81.0)	0.226
Κοινωνική ζωή (0-100)	75.0 (75.0, 81.0)	75.0 (69.0, 81.0)	0.314
Περιβάλλον (0-100)	53.0 (50.0, 56.0)	50.0 (50.0, 56.0)	0.193
Σκορ άγχους (0-56)	5.0 (4.0, 8.0)	6.0 (4.0, 8.0)	0.410
	N (%)	N (%)	p-value
Ταξινόμηση στην Κλίμακα Hamilton			0.752
Ήπιο έως Μέτριο Άγχος	67 (93.1)	43 (91.5)	
Μέσης –σοβαρής Βαρύτητας Άγχος	5 (6.9)	4 (8.5)	



Γράφημα 13: Ποιότητα ζωής ανάλογα με την ηλικία: ανεξάρτητες ερωτήσεις



Γράφημα 14: Ποιότητα ζωής και άγχος ανάλογα με την ηλικία: Συνεχείς κλίμακες



Γράφημα 15: Ταξινόμηση στην Κλίμακα Hamilton ανάλογα με την ηλικία

2.3 Ανά επίπεδο σπουδών (ΤΕΙ-ΑΕΙ)

Σε αυτή την ενότητα γίνεται σύγκριση μεταξύ των αποφοίτων ΤΕΙ και ΑΕΙ. Το επίπεδο σπουδών δεν σχετίζεται σημαντικά με καμία από τις υπό εξέταση ποσότητες όπως φαίνεται στον Πίνακα 15 (όλα τα $p\text{-value} > 0.05$).

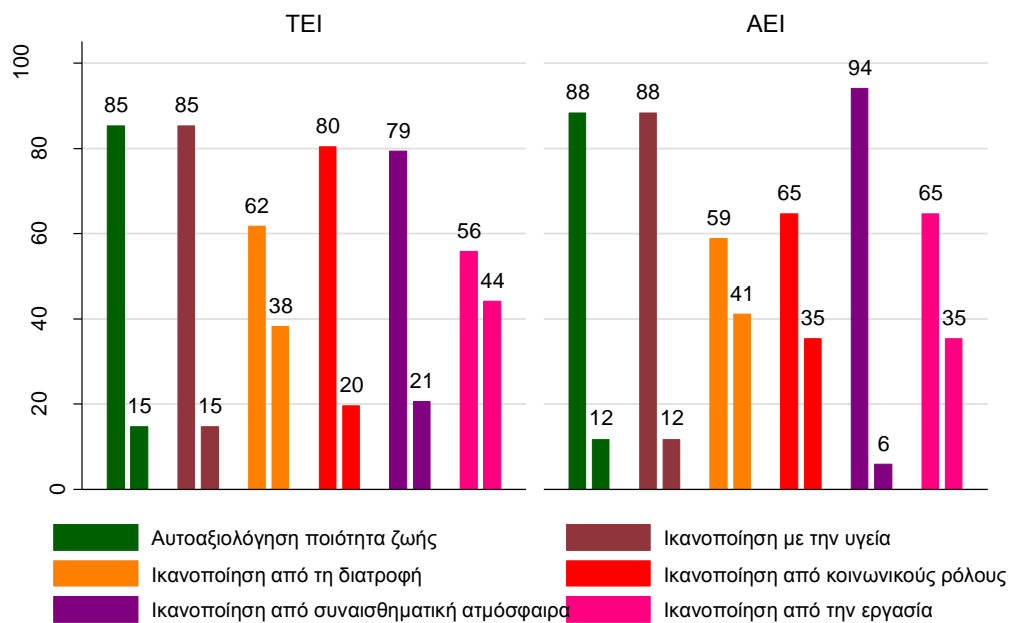
Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται και γραφικά στα γραφήματα 16, 17 και 18.

Πίνακας 15: Ποιότητα ζωής και άγχος ανάλογα με το επίπεδο σπουδών

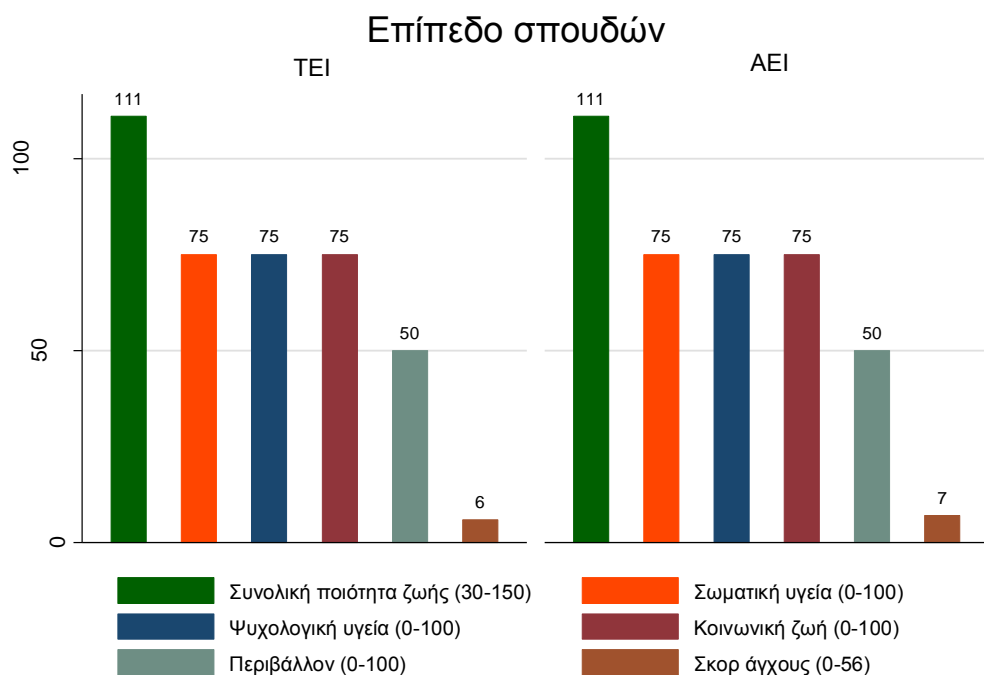
	Επίπεδο σπουδών		p-value
	ΤΕΙ	ΑΕΙ	
	N (%)	N (%)	
Αυτοαξιολόγηση ποιότητα ζωής			0.748
Κάτω από μέτρια	15 (14.7)	2 (11.8)	
Καλή-πολύ καλή	87 (85.3)	15 (88.2)	
Ικανοποίηση με την υγεία			0.748

Κάτω από μέτρια	15 (14.7)	2 (11.8)	
Καλή-πολύ καλή	87 (85.3)	15 (88.2)	
Ικανοποίηση από τη διατροφή			0.818
Κάτω από μέτρια	39 (38.2)	7 (41.2)	
Καλή-πολύ καλή	63 (61.8)	10 (58.8)	
Ικανοποίηση από κοινωνικούς ρόλους			0.147
Κάτω από μέτρια	20 (19.6)	6 (35.3)	
Καλή-πολύ καλή	82 (80.4)	11 (64.7)	
Ικανοποίηση από συναισθηματική ατμόσφαιρα			0.148
Κάτω από μέτρια	21 (20.6)	1 (5.9)	
Καλή-πολύ καλή	81 (79.4)	16 (94.1)	
Ικανοποίηση από την εργασία			0.496
Κάτω από μέτρια	45 (44.1)	6 (35.3)	
Καλή-πολύ καλή	57 (55.9)	11 (64.7)	
	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
Συνολική ποιότητα ζωής (30-150)	111.0 (108.0, 114.0)	111.0 (109.0, 114.0)	0.825
Σωματική υγεία (0-100)	75.0 (69.0, 81.0)	75.0 (69.0, 81.0)	0.830
Ψυχολογική υγεία (0-100)	75.0 (69.0, 81.0)	75.0 (75.0, 81.0)	0.340
Κοινωνική ζωή (0-100)	75.0 (69.0, 81.0)	75.0 (75.0, 81.0)	0.261
Περιβάλλον (0-100)	50.0 (50.0, 56.0)	50.0 (50.0, 56.0)	0.640
Σκορ άγχους (0-56)	6.0 (4.0, 8.0)	7.0 (4.0, 8.0)	0.337
	N (%)	N (%)	p-value
Ταξινόμηση στην Κλίμακα Hamilton			0.479
Ήπιο έως Μέτριο Άγχος	95 (93.1)	15 (88.2)	
Μέσης –σοβαρής Βαρύτητας Άγχος	7 (6.9)	2 (11.8)	

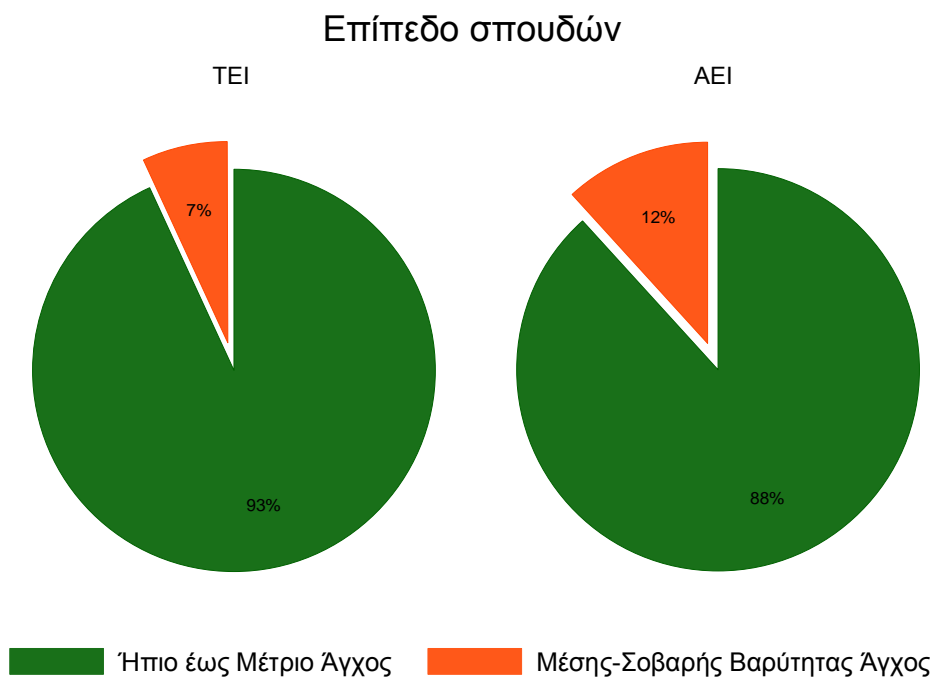
Επίπεδο σπουδών



Γράφημα 16: Ποιότητα ζωής ανάλογα με το επίπεδο σπουδών: ανεξάρτητες ερωτήσεις



Γράφημα 17: Ποιότητα ζωής και άγχος ανάλογα με το επίπεδο σπουδών: Συνεχείς κλίμακες



Γράφημα 18: Ταξινόμηση στην Κλίμακα Hamilton ανάλογα με το επίπεδο σπουδών

2.4 Ανάλογα με την κατοχή μεταπτυχιακού διπλώματος

Εκτός από την σύγκριση μεταξύ αποφοίτων ΤΕΙ και ΑΕΙ, το επίπεδο σπουδών μπορεί να εκφραστεί και με την κατοχή μεταπτυχιακού διπλώματος. Επομένως, έγινε σύγκριση μεταξύ των νοσηλευτών που έχουν μεταπτυχιακό και εκείνων που δεν έχουν.

Η ικανοποίηση από τους κοινωνικούς ρόλους και τις δραστηριότητες στον κοινωνικό τομέα ήταν υψηλότερη ανάμεσα στα άτομα που δεν έχουν μεταπτυχιακό (83% ικανοποιημένοι-πολύ ικανοποιημένοι έναντι 63% στους κατόχους μεταπτυχιακού, p -value=0.03). Αντιθέτως, περισσότερο ικανοποιημένοι από το περιβάλλον είναι όσοι έχουν μεταπτυχιακό [Median(IQR): 56.0 (50.0, 63.0)] σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν [Median(IQR): 50.0 (50.0, 56.0)] (p -value=0.021).

Επιπλέον, η ικανοποίηση από την κοινωνική ζωή είναι οριακά υψηλότερη στα άτομα που δεν έχουν μεταπτυχιακό (Median(IQR): 75.0 (75.0, 81.0) έναντι 75.0 (69.0, 75.0) στους κατόχους μεταπτυχιακού, p -value=0.085) και επιπροσθέτως το σκορ άγχους

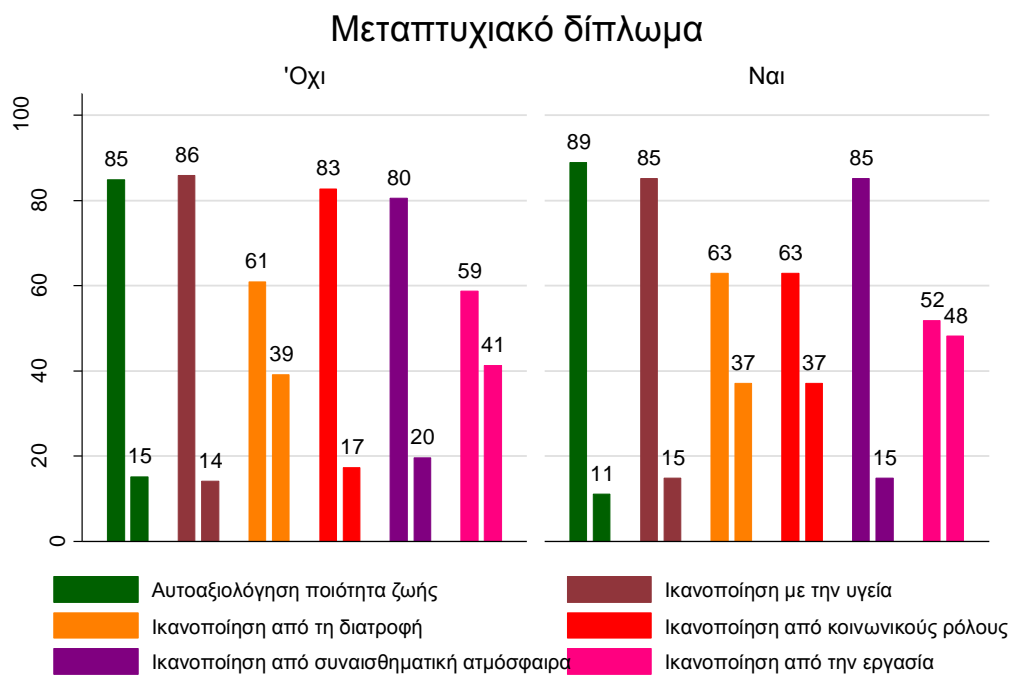
είναι ενδεικτικά μειωμένο [Median(IQR): 5.5 (4.0, 8.0) έναντι 7.0 (5.0, 8.0) στους κατόχους μεταπτυχιακού, p-value=0.091].

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται και γραφικά στα γραφήματα 19, 20 και 21.

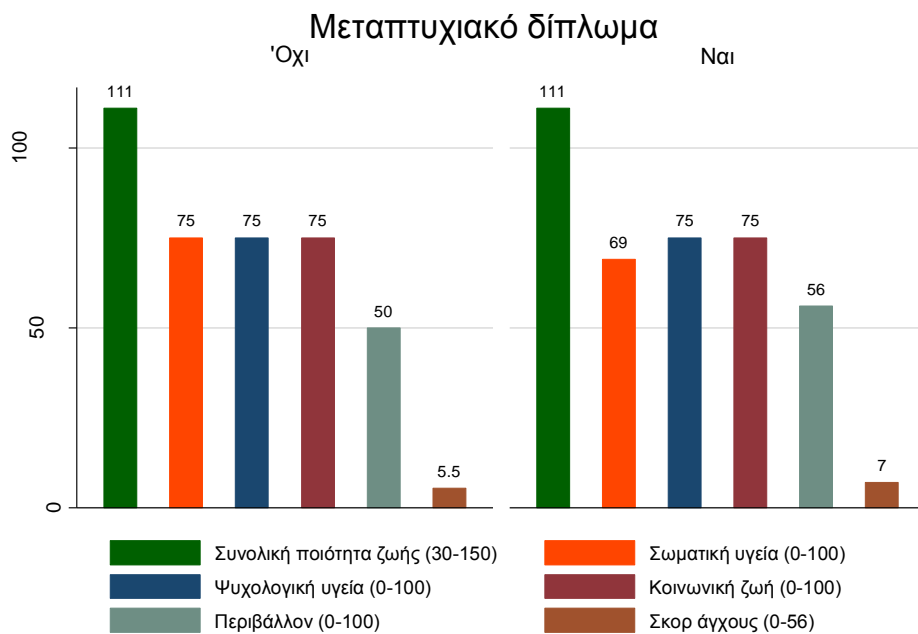
Πίνακας 16: Ποιότητα ζωής και άγχος ανάλογα με την κτήση μεταπτυχιακού διπλώματος

	Μεταπτυχιακό δίπλωμα		p-value
	Όχι	Ναι	
	N (%)	N (%)	
Αυτοαξιολόγηση ποιότητα ζωής			0.592
Κάτω από μέτρια	14 (15.2)	3 (11.1)	
Καλή-πολύ καλή	78 (84.8)	24 (88.9)	
Ικανοποίηση με την υγεία			0.929
Κάτω από μέτρια	13 (14.1)	4 (14.8)	
Καλή-πολύ καλή	79 (85.9)	23 (85.2)	
Ικανοποίηση από τη διατροφή			0.844
Κάτω από μέτρια	36 (39.1)	10 (37.0)	
Καλή-πολύ καλή	56 (60.9)	17 (63.0)	
Ικανοποίηση από κοινωνικούς ρόλους			0.030
Κάτω από μέτρια	16 (17.4)	10 (37.0)	
Καλή-πολύ καλή	76 (82.6)	17 (63.0)	
Ικανοποίηση από συναισθηματική ατμόσφαιρα			0.576
Κάτω από μέτρια	18 (19.6)	4 (14.8)	
Καλή-πολύ καλή	74 (80.4)	23 (85.2)	
Ικανοποίηση από την εργασία			0.527
Κάτω από μέτρια	38 (41.3)	13 (48.1)	
Καλή-πολύ καλή	54 (58.7)	14 (51.9)	
	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
Συνολική ποιότητα ζωής (30-150)	111.0 (108.0, 113.0)	111.0 (107.0, 115.0)	0.617
Σωματική υγεία (0-100)	75.0 (69.0, 81.0)	69.0 (69.0, 81.0)	0.400
Ψυχολογική υγεία (0-100)	75.0 (69.0, 81.0)	75.0 (69.0, 81.0)	0.888
Κοινωνική ζωή (0-100)	75.0 (75.0, 81.0)	75.0 (69.0, 75.0)	0.085
Περιβάλλον (0-100)	50.0 (50.0, 56.0)	56.0 (50.0, 63.0)	0.021
Σκορ άγχους (0-56)	5.5 (4.0, 8.0)	7.0 (5.0, 8.0)	0.091
	N (%)	N (%)	p-value

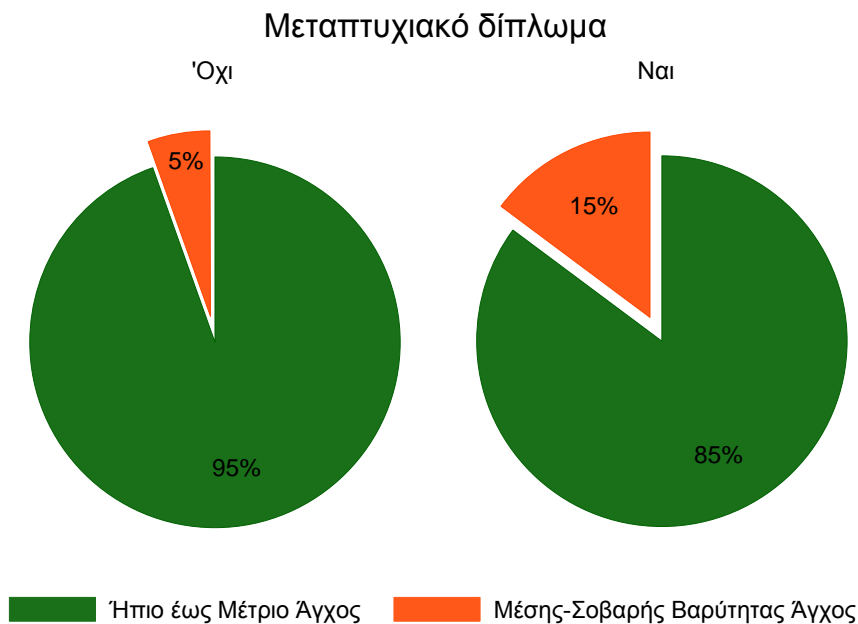
Ταξινόμηση στην Κλίμακα Hamilton	0.105	
Ήπιο έως Μέτριο Άγχος	87 (94.6)	23 (85.2)
Μέσης –σοβαρής Βαρύτητας Άγχος	5 (5.4)	4 (14.8)



Γράφημα 19: Ποιότητα ζωής ανάλογα με το επίπεδο σπουδών(μεταπτυχιακό δίπλωμα): ανεξάρτητες ερωτήσεις



Γράφημα 20: Ποιότητα ζωής και άγχος ανάλογα με το επίπεδο σπουδών (μεταπτυχιακό δίπλωμα): Συνεχείς κλίμακες



Γράφημα 21: Ταξινόμηση στην Κλίμακα Hamilton ανάλογα με το επίπεδο σπουδών (μεταπτυχιακό δίπλωμα)

2.5 Ανά οικογενειακή κατάσταση

Σε αυτή την ενότητα, εξετάζονται πιθανές διαφοροποιήσεις στην ποιότητα ζωής και το επίπεδο άγχους μεταξύ των έγγαμων και όχι. Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ικανοποίηση από την υγεία, με τους μη έγγαμους να αισθάνονται κάτω από μέτρια ικανοποίηση με την υγεία συχνότερα συγκριτικά με τους έγγαμους (23% έναντι 9%, p -value=0.044). Επιπλέον, εντοπίστηκε στατιστικά ενδεικτική διαφορά μεταξύ των έγγαμων και μη αναφορικά με την ικανοποίηση από την εργασία, με τους έγγαμους να αισθάνονται κάτω από μέτρια ικανοποίηση από την εργασία τους σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τους μη έγγαμους (49% έναντι 32%, p -value=0.063).

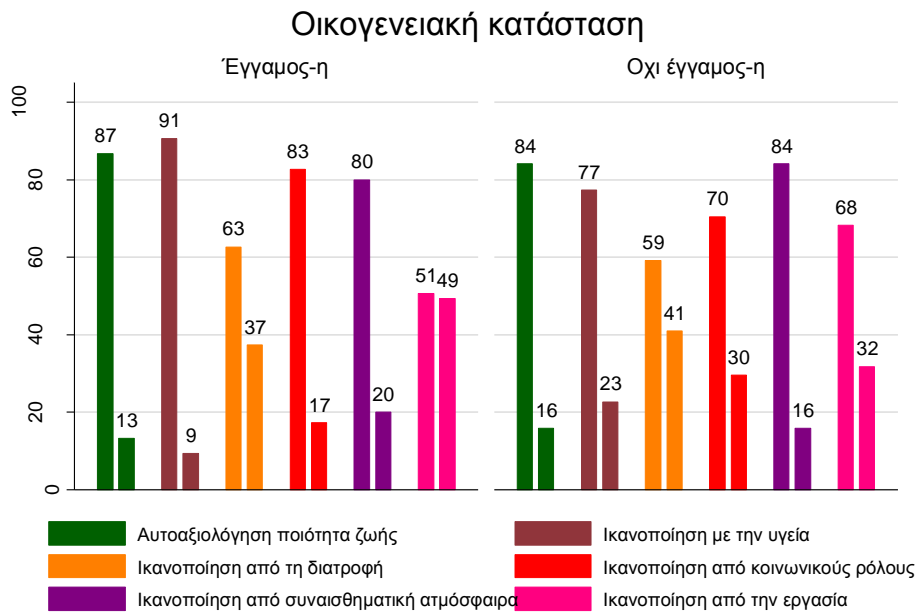
Στατιστικά, ενδεικτική διαφορά εντοπίστηκε επίσης στην κλίμακα της κοινωνικής ζωής με τους έγγαμους να αισθάνονται περισσότερο ικανοποιημένοι από την κοινωνική ζωή τους σε σύγκριση με τους μη έγγαμους (Median (IQR):75.0 (75.0, 81.0) στους έγγαμους έναντι 75.0 (69.0, 75.0) στους μη έγγαμους, p -value=0.075). Τέλος, οι έγγαμοι είχαν σε χαμηλότερο ποσοστό μέσης –σοβαρής βαρύτητας άγχος (4% έναντι 14% στους μη έγγαμους), διαφορά επίσης οριακή (p -value=0.055).

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται και γραφικά στα γραφήματα 22, 23 και 24.

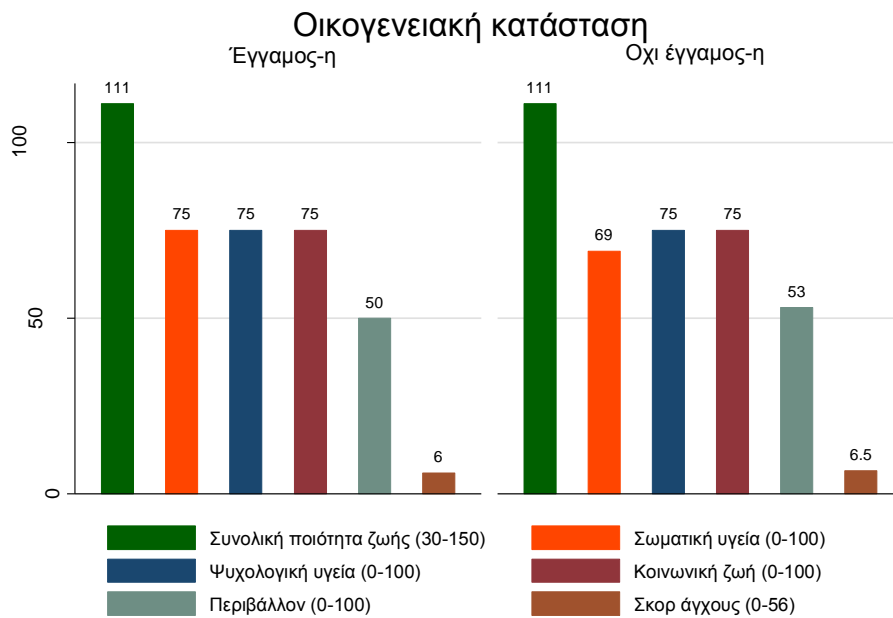
Πίνακας 17 Ποιότητα ζωής και άγχος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση

	Οικογενειακή κατάσταση		p-value
	Έγγαμος-η	Όχι έγγαμος-η	
	N (%)	N (%)	
Αυτοαξιολόγηση ποιότητα ζωής			0.698
Κάτω από μέτρια	10 (13.3)	7 (15.9)	
Καλή-πολύ καλή	65 (86.7)	37 (84.1)	
Ικανοποίηση με την υγεία			0.044
Κάτω από μέτρια	7 (9.3)	10 (22.7)	
Καλή-πολύ καλή	68 (90.7)	34 (77.3)	
Ικανοποίηση από τη διατροφή			0.699
Κάτω από μέτρια	28 (37.3)	18 (40.9)	
Καλή-πολύ καλή	47 (62.7)	26 (59.1)	
Ικανοποίηση από κοινωνικούς ρόλους			0.120

Κάτω από μέτρια	13 (17.3)	13 (29.5)	
Καλή-πολύ καλή	62 (82.7)	31 (70.5)	
Ικανοποίηση από συναισθηματική ατμόσφαιρα			0.579
Κάτω από μέτρια	15 (20.0)	7 (15.9)	
Καλή-πολύ καλή	60 (80.0)	37 (84.1)	
Ικανοποίηση από την εργασία			0.062
Κάτω από μέτρια	37 (49.3)	14 (31.8)	
Καλή-πολύ καλή	38 (50.7)	30 (68.2)	
	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
Συνολική ποιότητα ζωής (30-150)	111.0 (108.0, 113.0)	111.0 (107.0, 115.0)	0.617
Σωματική υγεία (0-100)	75.0 (69.0, 81.0)	69.0 (69.0, 81.0)	0.698
Ψυχολογική υγεία (0-100)	75.0 (69.0, 81.0)	75.0 (69.0, 81.0)	0.208
Κοινωνική ζωή (0-100)	75.0 (75.0, 81.0)	75.0 (69.0, 75.0)	0.075
Περιβάλλον (0-100)	50.0 (50.0, 56.0)	53.0 (50.0, 63.0)	0.136
Σκορ άγχους (0-56)	6.0 (4.0, 8.0)	6.5 (4.0, 8.0)	0.211
	N (%)	N (%)	p-value
Ταξινόμηση στην Κλίμακα Hamilton			0.055
Ήπιο έως Μέτριο Άγχος	72 (96.0)	38 (86.4)	
Μέσης –σοβαρής Βαρύτητας Άγχος	3 (4.0)	6 (13.6)	



Γράφημα 22: Ποιότητα ζωής ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση: ανεξάρτητες ερωτήσεις



Γράφημα 23: Ποιότητα ζωής και άγχος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση: Συνεχείς κλίμακες



Γράφημα 24: Ταξινόμηση στην Κλίμακα Hamilton ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση

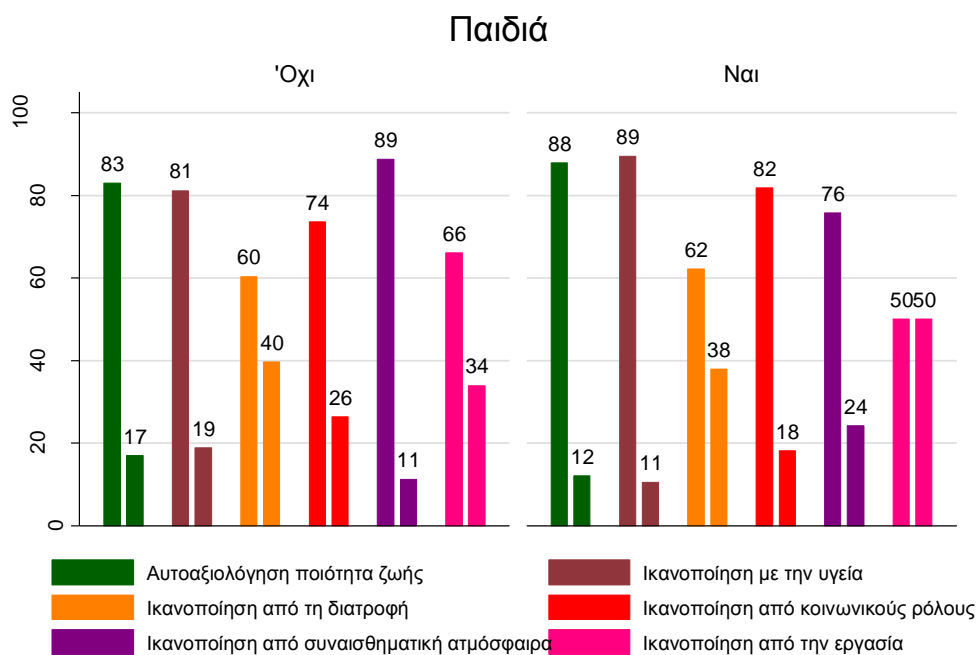
2.6 Ανάλογα με το εάν είναι γονείς

Στον πίνακα 18 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα στην στατιστική ανάλυση ανάλογα με το αν έχουν παιδιά ή όχι. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλίμακα σχετικά με το περιβάλλον με τους συμμετέχοντες που έχουν παιδιά να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι (Median (IQR): 50.0 (50.0, 56.0) έναντι 56.0 (50.0, 63.0) σε εκείνους που δεν έχουν παιδιά, p -value=0.044). Επιπλέον όσοι δεν είχαν παιδιά ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από την συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι τους (89% έναντι 76% σε εκείνους που είχαν παιδιά) και περισσότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους (66% έναντι 50% σε εκείνους που είχαν παιδιά) διαφορές στατιστικά ενδεικτικές (p -value=0.071 και 0.079 αντίστοιχα).

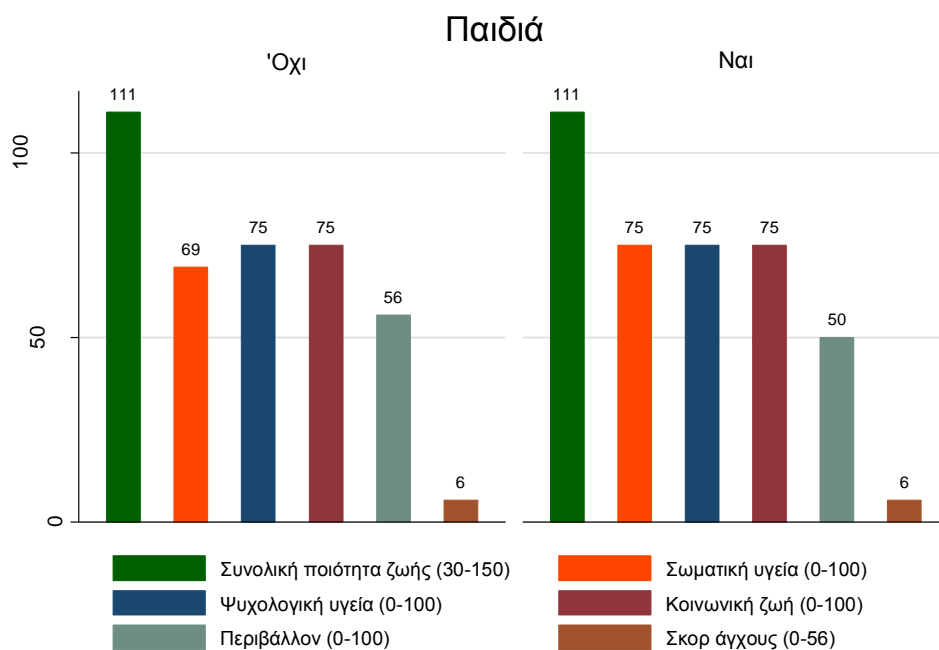
Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται και γραφικά στα γραφήματα 26, 26 και 27.

Πίνακας 18: Ποιότητα ζωής και άγχος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση

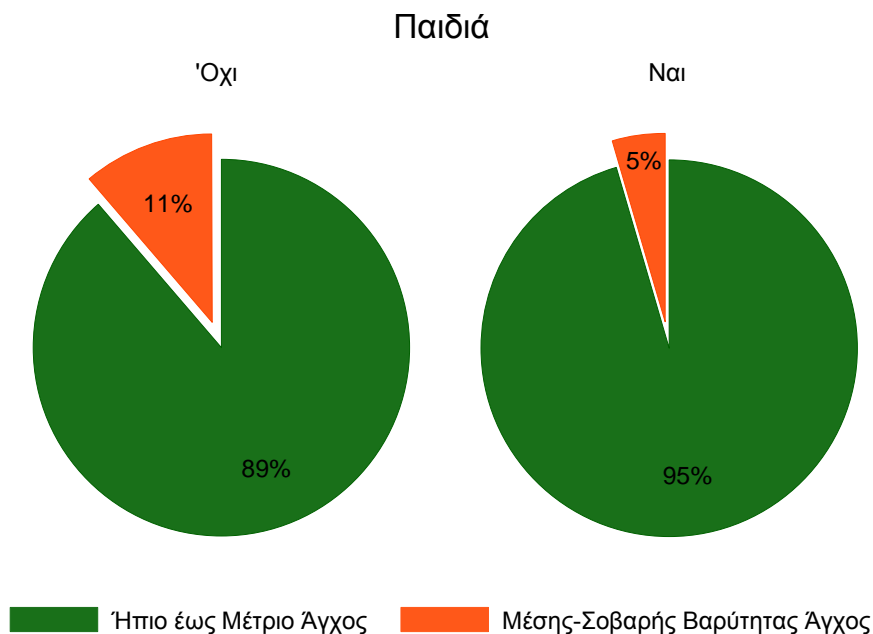
	Παιδιά		p-value
	Όχι	Ναι	
	N (%)	N (%)	
Αυτοαξιολόγηση ποιότητα ζωής			0.451
Κάτω από μέτρια	9 (17.0)	8 (12.1)	
Καλή-πολύ καλή	44 (83.0)	58 (87.9)	
Ικανοποίηση με την υγεία			0.201
Κάτω από μέτρια	10 (18.9)	7 (10.6)	
Καλή-πολύ καλή	43 (81.1)	59 (89.4)	
Ικανοποίηση από τη διατροφή			0.846
Κάτω από μέτρια	21 (39.6)	25 (37.9)	
Καλή-πολύ καλή	32 (60.4)	41 (62.1)	
Ικανοποίηση από κοινωνικούς ρόλους			0.280
Κάτω από μέτρια	14 (26.4)	12 (18.2)	
Καλή-πολύ καλή	39 (73.6)	54 (81.8)	
Ικανοποίηση από συναισθηματική ατμόσφαιρα			0.071
Κάτω από μέτρια	6 (11.3)	16 (24.2)	
Καλή-πολύ καλή	47 (88.7)	50 (75.8)	
Ικανοποίηση από την εργασία			0.079
Κάτω από μέτρια	18 (34.0)	33 (50.0)	
Καλή-πολύ καλή	35 (66.0)	33 (50.0)	
	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
Συνολική ποιότητα ζωής (30-150)	111.0 (108.0, 115.0)	111.0 (107.0, 113.0)	0.401
Σωματική υγεία (0-100)	69.0 (69.0, 81.0)	75.0 (69.0, 81.0)	0.773
Ψυχολογική υγεία (0-100)	75.0 (69.0, 81.0)	75.0 (69.0, 81.0)	0.899
Κοινωνική ζωή (0-100)	75.0 (75.0, 81.0)	75.0 (69.0, 81.0)	0.787
Περιβάλλον (0-100)	56.0 (50.0, 63.0)	50.0 (50.0, 56.0)	0.044
Σκορ άγχους (0-56)	6.0 (4.0, 8.0)	6.0 (4.0, 7.0)	0.659
	N (%)	N (%)	p-value
Ταξινόμηση στην Κλίμακα Hamilton			0.165
Ήπιο έως Μέτριο Άγχος	47 (88.7)	63 (95.5)	
Μέσης –σοβαρής Βαρύτητας Άγχος	6 (11.3)	3 (4.5)	



Γράφημα 25: Ποιότητα ζωής ανάλογα με την τοκότητα: ανεξάρτητες ερωτήσεις



Γράφημα 26: Ποιότητα ζωής και άγχος ανάλογα με την τοκότητα: Συνεχείς κλίμακες



Γράφημα 27: Ταξινόμηση στην Κλίμακα Hamilton ανάλογα με την τοκότητα

2.7 Ανάλογα με την προϋπηρεσία

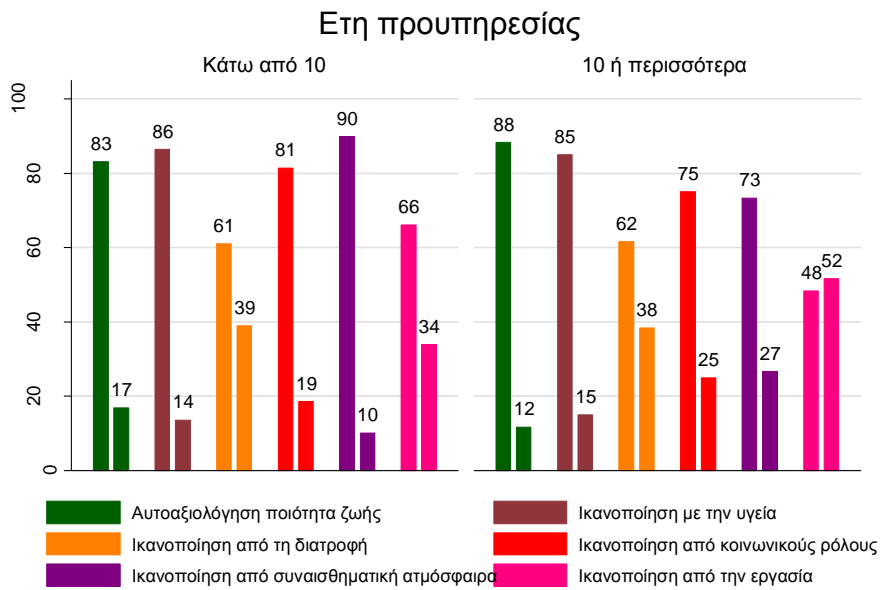
Στον πίνακα 19, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης ανάλογα με τα έτη προϋπηρεσίας (κάτω από δέκα έναντι δέκα ή περισσότερα). Όσοι είχαν κάτω από δέκα έτη προϋπηρεσίας, ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από την συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι τους (90% έναντι 73% σε εκείνους που είχαν δέκα ή περισσότερα έτη προϋπηρεσίας) και περισσότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους (66% έναντι 48%) διαφορές στατιστικά σημαντικές (p -value=0.02 και 0.05 αντίστοιχα).

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται και γραφικά στα γραφήματα 28, 29 και 30.

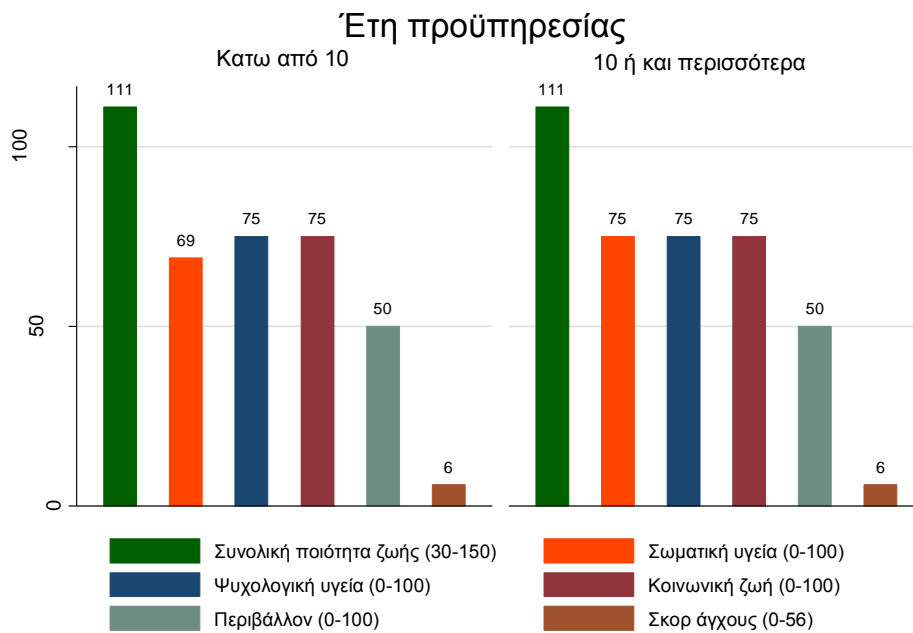
Πίνακας 19: Ποιότητα ζωής και άγχος ανάλογα με τα έτη προϋπηρεσίας

	Έτη προϋπηρεσίας		p-value
	<10	≥10	
	N (%)	N (%)	
Αυτοαξιολόγηση ποιότητα ζωής			0.410
Κάτω από μέτρια	10 (16.9)	7 (11.7)	

Καλή-πολύ καλή	49 (83.1)	53 (88.3)	
Ικανοποίηση με την υγεία			0.822
Κάτω από μέτρια	8 (13.6)	9 (15.0)	
Καλή-πολύ καλή	51 (86.4)	51 (85.0)	
Ικανοποίηση από τη διατροφή			0.942
Κάτω από μέτρια	23 (39.0)	23 (38.3)	
Καλή-πολύ καλή	36 (61.0)	37 (61.7)	
Ικανοποίηση από κοινωνικούς ρόλους			0.402
Κάτω από μέτρια	11 (18.6)	15 (25.0)	
Καλή-πολύ καλή	48 (81.4)	45 (75.0)	
Ικανοποίηση από συναισθηματική ατμόσφαιρα			0.020
Κάτω από μέτρια	6 (10.2)	16 (26.7)	
Καλή-πολύ καλή	53 (89.8)	44 (73.3)	
Ικανοποίηση από την εργασία			0.050
Κάτω από μέτρια	20 (33.9)	31 (51.7)	
Καλή-πολύ καλή	39 (66.1)	29 (48.3)	
	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
Συνολική ποιότητα ζωής (30-150)	111.0 (108.0, 114.0)	111.0 (107.0, 113.5)	0.628
Σωματική υγεία (0-100)	69.0 (69.0, 81.0)	75.0 (63.0, 81.0)	0.829
Ψυχολογική υγεία (0-100)	75.0 (69.0, 81.0)	75.0 (69.0, 81.0)	0.873
Κοινωνική ζωή (0-100)	75.0 (75.0, 81.0)	75.0 (69.0, 81.0)	0.124
Περιβάλλον (0-100)	50.0 (50.0, 56.0)	50.0 (50.0, 56.0)	0.365
Σκορ άγχους (0-56)	6.0 (4.0, 8.0)	6.0 (4.0, 8.0)	0.385
	N (%)	N (%)	p-value
Ταξινόμηση στην Κλίμακα Hamilton			0.311
Ήπιο έως Μέτριο Άγχος	56 (94.9)	54 (90.0)	
Μέσης –σοβαρής Βαρύτητας Άγχος	3 (5.1)	6 (10.0)	



Γράφημα 28: Ποιότητα ζωής ανάλογα με τα έτη προϋπηρεσίας: ανεξάρτητες ερωτήσεις



Γράφημα 29: Ποιότητα ζωής και άγχος ανάλογα με τα έτη προϋπηρεσίας: Συνεχείς κλίμακες



Γράφημα 30: Ταξινόμηση στην Κλίμακα Hamilton ανάλογα με τα έτη προϋπηρεσίας

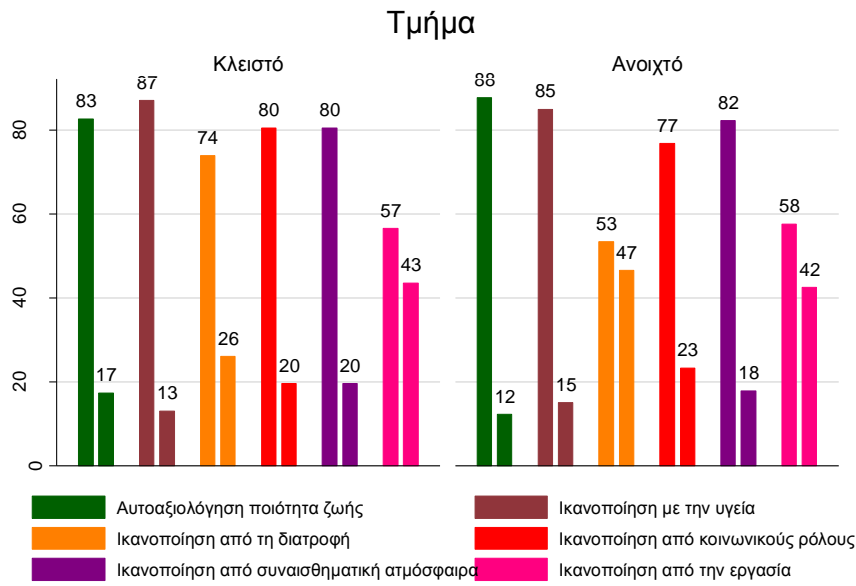
2.8 Ανά τμήμα εργασίας

Στον πίνακα 20 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης ανάλογα με το αν το τμήμα εργασίας είναι ανοικτού ή κλειστού τύπου. Οι εργαζόμενοι σε κλειστά τμήματα είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την διατροφή τους (74% έναντι 53% στους εργαζόμενους σε ανοικτά τμήματα, $p\text{-value}=0.025$) και περισσότερο ικανοποιημένοι από την σωματική τους υγεία (Median (IQR): 75.0 (69.0, 81.0) έναντι 69.0 (69.0, 75.0) στους εργαζόμενους σε ανοικτά τμήματα, $p\text{-value}=0.016$). Επιπλέον, η συνολική ποιότητα ζωής, είναι ενδεικτικά υψηλότερη στους εργαζόμενους σε κλειστά τμήματα (Median (IQR): 112.5 (109.0, 116.0) έναντι 111.0 (107.0, 113.0) στους εργαζόμενους σε ανοικτά τμήματα, $p\text{-value}=0.065$).

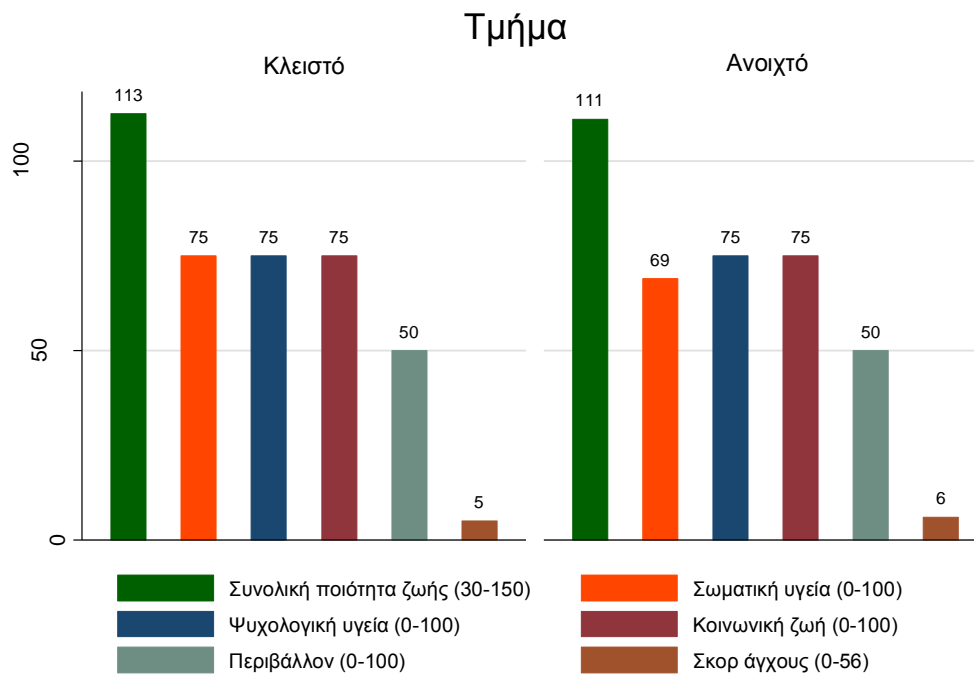
Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται και γραφικά στα γραφήματα 31, 32 και 33.

Πίνακας 20: Ποιότητα ζωής και άγχος ανάλογα με το τμήμα εργασίας

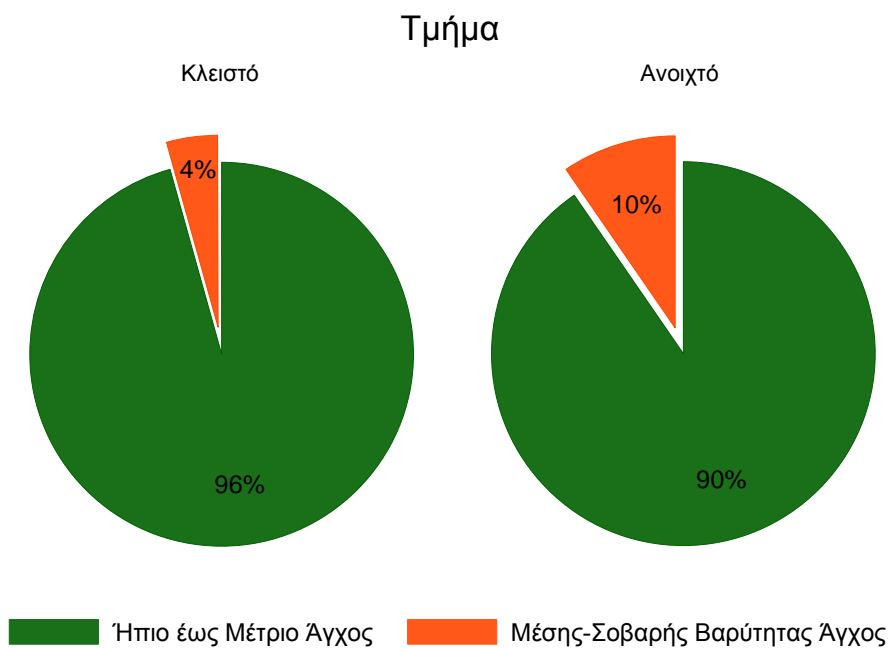
	Τμήμα		p-value
	Κλειστό	Ανοιχτό	
	N (%)	N (%)	
Αυτοαξιολόγηση ποιότητα ζωής			0.442
Κάτω από μέτρια	8 (17.4)	9 (12.3)	
Καλή-πολύ καλή	38 (82.6)	64 (87.7)	
Ικανοποίηση με την υγεία			0.759
Κάτω από μέτρια	6 (13.0)	11 (15.1)	
Καλή-πολύ καλή	40 (87.0)	62 (84.9)	
Ικανοποίηση από τη διατροφή			0.025
Κάτω από μέτρια	12 (26.1)	34 (46.6)	
Καλή-πολύ καλή	34 (73.9)	39 (53.4)	
Ικανοποίηση από κοινωνικούς ρόλους			0.632
Κάτω από μέτρια	9 (19.6)	17 (23.3)	
Καλή-πολύ καλή	37 (80.4)	56 (76.7)	
Ικανοποίηση από συναισθηματική ατμόσφαιρα			0.810
Κάτω από μέτρια	9 (19.6)	13 (17.8)	
Καλή-πολύ καλή	37 (80.4)	60 (82.2)	
Ικανοποίηση από την εργασία			0.913
Κάτω από μέτρια	20 (43.5)	31 (42.5)	
Καλή-πολύ καλή	26 (56.5)	42 (57.5)	
	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
Συνολική ποιότητα ζωής (30-150)	112.5 (109.0, 116.0)	111.0 (107.0, 113.0)	0.065
Σωματική υγεία (0-100)	75.0 (69.0, 81.0)	69.0 (69.0, 75.0)	0.016
Ψυχολογική υγεία (0-100)	75.0 (69.0, 81.0)	75.0 (69.0, 81.0)	0.176
Κοινωνική ζωή (0-100)	75.0 (69.0, 81.0)	75.0 (75.0, 75.0)	0.491
Περιβάλλον (0-100)	50.0 (50.0, 56.0)	50.0 (50.0, 56.0)	0.936
Σκορ άγχους (0-56)	5.0 (4.0, 8.0)	6.0 (4.0, 8.0)	0.102
Ταξινόμηση στην Κλίμακα Hamilton			0.292
Ήπιο έως Μέτριο Άγχος	44 (95.7)	66 (90.4)	
Μέσης –σοβαρής Βαρύτητας Άγχος	2 (4.3)	7 (9.6)	



Γράφημα 31: Ποιότητα ζωής ανάλογα με το είδος του τμήματος εργασίας: ανεξάρτητες ερωτήσεις



Γράφημα 32: Ποιότητα ζωής και άγχος ανάλογα με το είδος του τμήματος εργασίας: Συνεχείς κλίμακες



Γράφημα 33: Ταξινόμηση στην Κλίμακα Hamilton ανάλογα με το είδος του τμήματος εργασίας

2.9 Ανά τύπο ωραρίου (κυλιόμενο ή μη)

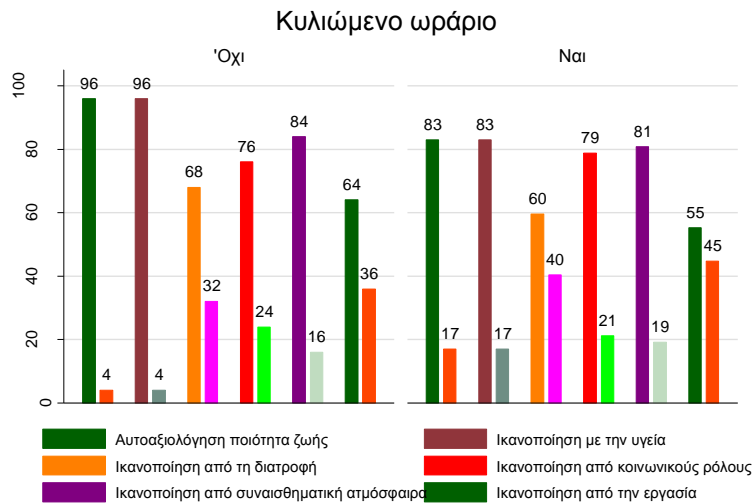
Στον πίνακα 21 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης ανάλογα με το αν το ωράριο εργασίας είναι κυλιόμενο ή όχι. Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές στις μεταβλητές ενδιαφέροντος ανάλογα με το ωράριο των συμμετεχόντων ($p\text{-value} > 0.05$).

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται και γραφικά στα γραφήματα 34, 35 και 36.

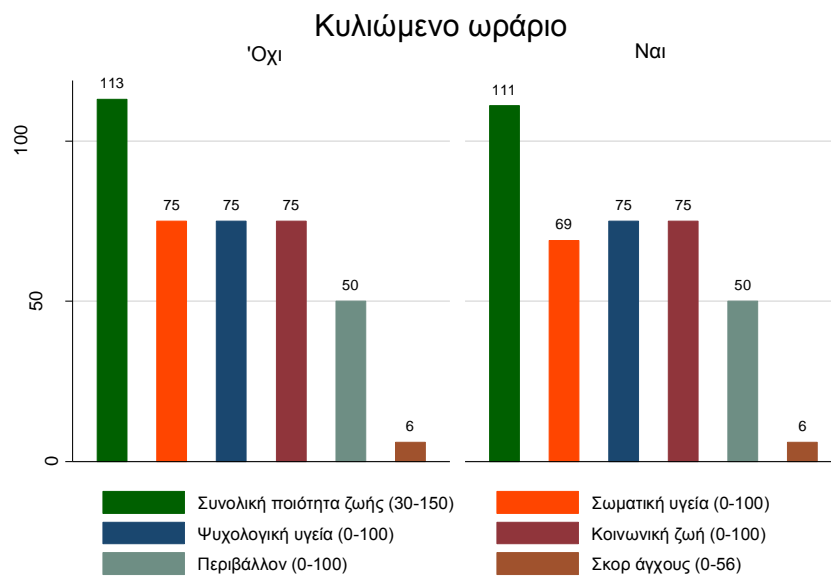
Πίνακας 21: Ποιότητα ζωής και άγχος ανάλογα με τον τύπο ωραρίου

	Κυλιόμενο ωράριο		p-value
	Όχι	Ναι	
	N (%)	N (%)	
Αυτοαξιολόγηση ποιότητα ζωής			0.119*
Κάτω από μέτρια	1 (4.0)	16 (17.0)	
Καλή-πολύ καλή	24 (96.0)	78 (83.0)	
Ικανοποίηση με την υγεία			0.119*

Κάτω από μέτρια	1 (4.0)	16 (17.0)	
Καλή-πολύ καλή	24 (96.0)	78 (83.0)	
Ικανοποίηση από τη διατροφή			0.442
Κάτω από μέτρια	8 (32.0)	38 (40.4)	
Καλή-πολύ καλή	17 (68.0)	56 (59.6)	
Ικανοποίηση από κοινωνικούς ρόλους			0.770
Κάτω από μέτρια	6 (24.0)	20 (21.3)	
Καλή-πολύ καλή	19 (76.0)	74 (78.7)	
Ικανοποίηση από συναισθηματική ατμόσφαιρα			0.718
Κάτω από μέτρια	4 (16.0)	18 (19.1)	
Καλή-πολύ καλή	21 (84.0)	76 (80.9)	
Ικανοποίηση από την εργασία			0.436
Κάτω από μέτρια	9 (36.0)	42 (44.7)	
Καλή-πολύ καλή	16 (64.0)	52 (55.3)	
Συνολική ποιότητα ζωής (30-150)	113.0 (108.0, 113.0)	111.0 (108.0, 114.0)	0.511
Σωματική υγεία (0-100)	75.0 (69.0, 81.0)	69.0 (69.0, 81.0)	0.157
Ψυχολογική υγεία (0-100)	75.0 (69.0, 81.0)	75.0 (69.0, 81.0)	0.911
Κοινωνική ζωή (0-100)	75.0 (69.0, 81.0)	75.0 (75.0, 81.0)	0.810
Περιβάλλον (0-100)	50.0 (50.0, 63.0)	50.0 (50.0, 56.0)	0.772
Σκορ άγχους (0-56)	6.0 (4.0, 7.0)	6.0 (4.0, 8.0)	0.223
Ταξινόμηση στην Κλίμακα Hamilton			0.201*
Ήπιο έως Μέτριο Άγχος	25 (100.0)	85 (90.4)	
Μέσης –σοβαρής Βαρύτητας Άγχος	0 (0.0)	9 (9.6)	
*Fisher's exact test			



Γράφημα 34: Ποιότητα ζωής ανάλογα με τον τύπο ωραρίου: ανεξάρτητες ερωτήσεις



Γράφημα 35: Ποιότητα ζωής και άγχος ανάλογα με τον τύπο ωραρίου: Συνεχείς κλίμακες



Γράφημα 36: Ταξινόμηση στην Κλίμακα Hamilton ανάλογα με τον τύπο ωραρίου

3. Ανάλυση παλινδρόμησης

3.1 Γενική ποιότητα ζωής

Δεν βρέθηκε κάποιος παράγοντας, ο οποίος να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τα odds, να είναι κάποιος ικανοποιημένος-πολύ ικανοποιημένος με την ποιότητα της ζωής του (Πίνακας 22), ενώ ο μόνος παράγοντας που σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τα odds, να είναι κάποιος ικανοποιημένος-πολύ ικανοποιημένος με την υγεία του, είναι η οικογενειακή κατάσταση. Συγκεκριμένα, οι μη έγγαμοι έχουν 67% μειωμένα odds ικανοποίησης από την υγεία (OR=0.33, 95% ΔΕ: 0.108 - 0.997, p-value=0.049) σε σχέση με τους έγγαμους, ανεξάρτητα από το φύλο την ηλικία και το είδος του τμήματος στο οποίο εργάζονται (Πίνακας 23). Επιπλέον, παρατηρείται οριακή συσχέτιση με τα odds να είναι κάποιος ικανοποιημένος-πολύ ικανοποιημένος με την υγεία του και τον τύπο του ωραρίου. Συγκεκριμένα, όσοι δουλεύουν με κυλιώμενο ωράριο έχουν 87% μειωμένα odds ικανοποίησης από την υγεία (OR=0.132, 95% ΔΕ: 0.015 - 1.160), p-value=0.068) σε σχέση με όσους έχουν σταθερό ωράριο.

Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζονται και γραφικά στο Γράφημα 37.

Πίνακας 22: Πολυπαραγοντικό μοντέλο Logistic regression για τους παράγοντες που σχετίζονται με τα odds να είναι κάποιος ικανοποιημένος-πολύ ικανοποιημένος με την ποιότητα της ζωής του.

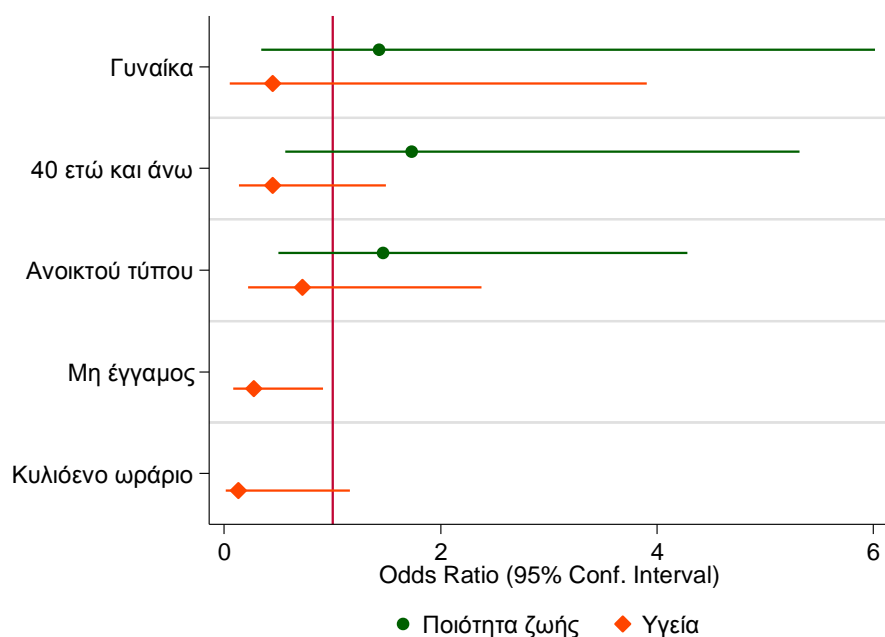
Παράγοντας	Odds Ratio	95% Conf. Interval	p-value
Φύλο			
Άνδρας*	1		
Γυναίκα	1.432	(0.341 to 6.013)	0.624
Ηλικία			
<40*	1		
>=40	1.730	(0.563 to 5.316)	0.338
Τμήμα			
Κλειστό*	1		
Ανοικτό	1.466	(0.502 to 4.280)	0.485

* Κατηγορία αναφοράς

Πίνακας 23: Πολυπαραγοντικό μοντέλο Logistic regression για τους παράγοντες που σχετίζονται με τα odds να είναι κάποιος ικανοποιημένος-πολύ ικανοποιημένος με την υγεία του

Παράγοντας	Odds Ratio	95% Conf. Interval	p-value
Φύλο			
Άνδρας*	1		
Γυναίκα	0.446	(0.051 to 3.907)	0.466
Ηλικία			
<40*	1		
≥40	0.446	(0.133 to 1.494)	0.191
Τμήμα			
Κλειστό*	1		
Ανοικτό	0.724	(0.221 to 2.376)	0.594
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμος-η*	1		
Όχι έγγαμος-η	0.275	(0.083 to 0.912)	0.035
Κυλιόμενο ωράριο			
Όχι*	1		
Ναι	0.132	(0.015 to 1.160)	0.068

* Κατηγορία αναφοράς



Γράφημα 37: Πολυπαραγοντικά μοντέλα Logistic regression για τους παράγοντες που σχετίζονται με τα odds να είναι κάποιος ικανοποιημένος-πολύ ικανοποιημένος με την ποιότητα της ζωής του και ικανοποιημένος-πολύ ικανοποιημένος με την υγεία του.

3.2 Ποιότητα ζωής- ερωτήσεις προσαρμοσμένες στα Ελληνικά δεδομένα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 24, το είδος του τμήματος (ανοικτό/κλειστό) σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τα odds να είναι κάποιος ικανοποιημένος-πολύ ικανοποιημένος από τη διατροφή του. Συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι σε ανοικτά τμήματα έχουν 60% μειωμένα odds ικανοποίησης από τη διατροφή (OR=0.4, 95% ΔΕ: 0.179-0.935, p-value=0.034), σε σχέση με τους εργαζόμενους σε κλειστά τμήματα, ανεξάρτητα από το φύλο και την ηλικία τους.

Ο μόνος παράγοντας που βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τα odds να είναι κάποιος ικανοποιημένος-πολύ ικανοποιημένος από κοινωνικούς ρόλους, είναι η κατοχή μεταπτυχιακού διπλώματος, με τα άτομα που έχουν μεταπτυχιακό να έχουν 69% μειωμένα odds ικανοποίησης από τους κοινωνικούς ρόλους (OR=0.31, 95% ΔΕ: 0.118 - 0.845, p-value=0.022) ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία και το είδος του τμήματος στο οποίο εργάζονται (Πίνακας 25).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 26, η ηλικία σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τα odds να είναι κάποιος ικανοποιημένος-πολύ ικανοποιημένος από τη συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι τους. Συγκεκριμένα, τα άτομα ηλικίας 40 ετών και άνω έχουν 71% μειωμένα odds ικανοποίησης από τη συναισθηματική ατμόσφαιρα (OR=0.29, 95% ΔΕ: 0.110 - 0.770, p-value=0.013) σε σχέση με τους νεότερους (κάτω από 40 ετών), ανεξάρτητα από το φύλο και το είδος του τμήματος στο οποίο εργάζονται.

Τέλος, η μεγαλύτερη προϋπηρεσία φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά το αν είναι κάποιος ικανοποιημένος-πολύ ικανοποιημένος από την εργασία του (Πίνακας 27). Τα άτομα με δεκαετή και άνω προϋπηρεσία, έχουν 62% μειωμένα odds ικανοποίησης από την εργασία (OR=0.38, 95% ΔΕ: 0.136 - 1.035, p-value=0.058) ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία τους και το είδος του τμήματος στο οποίο εργάζονται. Ωστόσο, η διαφορά αυτή είναι στατιστικά ενδεικτική (p-value<10%). Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται και γραφικά στο Γράφημα 38.

Πίνακας 24: Πολυπαραγοντικό μοντέλο Logistic regression για τους παράγοντες που σχετίζονται με τα odds να είναι κάποιος ικανοποιημένος-πολύ ικανοποιημένος από τη διατροφή του

Παράγοντας	Odds Ratio	95% Conf. Interval	p-value
Φύλο			
Άνδρας*	1		
Γυναίκα	1.021	(0.308 to 3.386)	0.973
Ηλικία			
<40*	1		
≥40	1.325	(0.607 to 2.891)	0.480
Τμήμα			
Κλειστό*	1		
Ανοικτό	0.409	(0.179 to 0.935)	0.034

* Κατηγορία αναφοράς

Πίνακας 25: Πολυπαραγοντικό μοντέλο Logistic regression για τους παράγοντες που σχετίζονται με τα odds να είναι κάποιος ικανοποιημένος-πολύ ικανοποιημένος από κοινωνικούς ρόλους

Παράγοντας	Odds Ratio	95% Conf. Interval	p-value
Φύλο			
Άνδρας*	1		
Γυναίκα	0.481	(0.093 to 2.491)	0.383
Ηλικία			
<40*	1		

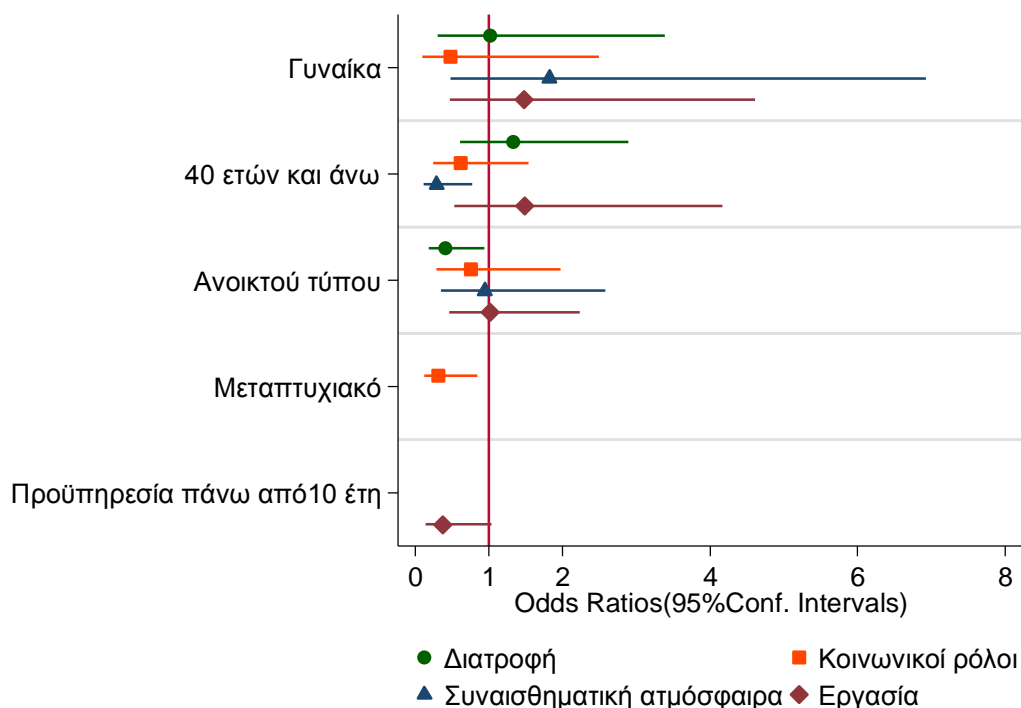
≥40	0.615	(0.246 to 1.536)	0.298
Τμήμα			
Κλειστό*	1		
Ανοικτό	0.759	(0.292 to 1.975)	0.572
Μεταπτυχιακό δίπλωμα			
Όχι*	1		
Ναι	0.316	(0.118 to 0.845)	0.022
* Κατηγορία αναφοράς			

Πίνακας 26: Πολυπαραγοντικό μοντέλο Logistic regression για τους παράγοντες που σχετίζονται με τα odds να είναι κάποιος ικανοποιημένος-πολύ ικανοποιημένος από συναισθηματική ατμόσφαιρα

Παράγοντας	Odds Ratio	95% Conf. Interval	p-value
Φύλο			
Άνδρας*	1		
Γυναίκα	1.821	(0.479 to 6.929)	0.379
Ηλικία			
<40*	1		
≥40	0.292	(0.110 to 0.770)	0.013
Τμήμα			
Κλειστό*	1		
Ανοικτό	0.944	(0.346 to 2.577)	0.911
* Κατηγορία αναφοράς			

Πίνακας 27: Πολυπαραγοντικό μοντέλο Logistic regression για τους παράγοντες που σχετίζονται με τα odds να είναι κάποιος ικανοποιημένος-πολύ ικανοποιημένος από την εργασία

Covariate	Odds Ratio	95% Conf. Interval	P> z
Φύλο			
Άνδρας*	1		
Γυναίκα	1.476	(0.473 to 4.610)	0.502
Ηλικία			
<40*	1		
≥40	1.488	(0.531 to 4.169)	0.449
Τμήμα			
Κλειστό*	1		
Ανοικτό	1.017	(0.464 to 2.231)	0.966
Έτη Προϋπηρεσίας			
<10*	1		
≥10	0.375	(0.136 to 1.035)	0.058



Γράφημα 38: Πολυπαραγοντικά μοντέλα Logistic regression για τους παράγοντες που σχετίζονται με τα odds να είναι κάποιος ικανοποιημένος-πολύ ικανοποιημένος με την διατροφή του, τους κοινωνικούς ρόλους, τη συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι και την εργασία

3.3 Κλίμακες ποιότητας ζωής

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 28, το είδος του τμήματος (ανοικτό/κλειστό) σχετίζεται σημαντικά με την συνολική ποιότητα ζωής, με τα άτομα που εργάζονται σε ανοικτά τμήματα να έχουν μειωμένη διάμεση τιμή στην συνολική κλίμακα ποιότητας ζωής κατά 2.5 μονάδες ($\beta=-2.5$, 95% ΔΕ: -4.683 - -0.317, $p\text{-value}=0.025$) σε σχέση με τους εργαζόμενους σε κλειστά τμήματα, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία και την οικογενειακή τους κατάσταση. Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται και γραφικά στο Γράφημα 39.

Η ικανοποίηση από την σωματική υγεία, βρέθηκε να σχετίζεται με το είδος του τμήματος και τον τύπο του ωραρίου (Πίνακας 29). Συγκεκριμένα, με τα άτομα που εργάζονται σε ανοικτά τμήματα να έχουν μειωμένη διάμεση τιμή στην κλίμακα ικανοποίησης από την σωματική υγεία κατά 6 μονάδες ($\beta=-6$, 95% ΔΕ: -10.04 - -

1.957, p -value=0.004) σε σχέση με τους εργαζόμενους σε κλειστά τμήματα, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία και τον τύπο του ωραρίου. Επιπλέον, όσοι δουλεύουν με κυλιόμενο ωράριο έχουν επίσης κατά 6 μονάδες μειωμένη διάμεση τιμή στην κλίμακα ικανοποίησης από την σωματική υγεία (β =-6, 95% ΔΕ: -10.98 - -1.02, p -value=0.019) σε σχέση με όσους έχουν σταθερό ωράριο, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία και το είδος του τμήματος.

Η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση, σχετίζονται σημαντικά με την ψυχολογική υγεία (Πίνακας 30). Συγκεκριμένα, τα άτομα 40 ετών και άνω έχουν μειωμένη διάμεση τιμή στην κλίμακα ικανοποίησης από την ψυχολογική υγεία κατά 6 μονάδες (β =-6, 95% ΔΕ: -10.9 - -1.1, p -value=0.017) σε σχέση με τους νεότερους, ανεξάρτητα από το φύλο, το είδος του τμήματος και την οικογενειακή κατάσταση. Επιπροσθέτως, όσοι δεν είναι έγγαμοι, παρουσιάζουν 6 μονάδες χαμηλότερη διάμεση τιμή στην κλίμακα ικανοποίησης από την ψυχολογική υγεία (β =-6, 95% ΔΕ: -11.0 - -0.96, p -value=0.02) σε σχέση με τους έγγαμους, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία και το είδος του τμήματος στο οποίο εργάζονται.

Αρκετοί είναι οι παράγοντες, οι οποίοι συσχετίζονται σημαντικά με την ικανοποίηση από την κοινωνική ζωή (Πίνακας 31). Τα άτομα τα οποία δεν είναι έγγαμοι, παρουσιάζουν 3 μονάδες χαμηλότερη διάμεση τιμή στην κλίμακα ικανοποίησης από την κοινωνική ζωή (β =-3, 95% ΔΕ: 5.413 - -0.586, p -value=0.015) σε σχέση με τους έγγαμους, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, το είδος του τμήματος στο οποίο εργάζονται, το επίπεδο σπουδών, την κατοχή μεταπτυχιακού και την προϋπηρεσία. Όσοι έχουν μεταπτυχιακό, παρουσιάζουν 3 μονάδες χαμηλότερη διάμεση τιμή στην κλίμακα ικανοποίησης από την κοινωνική ζωή (β =-3, 95% ΔΕ: -5.60 - -0.40, p -value=0.024) σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, το είδος του τμήματος στο οποίο εργάζονται, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο σπουδών και την προϋπηρεσία.

Τέλος, όσοι έχουν πάνω από δεκαετή, έχουν επίσης κατά 3 μονάδες μειωμένη διάμεση τιμή στην κλίμακα ικανοποίησης από την κοινωνική ζωή (β =-3, 95% ΔΕ: -5.935 to -0.065, p -value=0.045) σε σχέση με εκείνους που έχουν κάτω από δέκα χρόνια, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, το είδος του τμήματος στο οποίο εργάζονται, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο σπουδών και την κατοχή μεταπτυχιακού. Επιπλέον παρατηρούνται και μερικές οριακά σημαντικές συσχετίσεις στο επίπεδο 10%. Οι γυναίκες έχουν οριακά μειωμένη ικανοποίηση από την κοινωνική ζωή συγκριτικά με τους άνδρες (β =-3, 95% ΔΕ: -6.33 - 0.33, p -

value=0.077) και οι απόφοιτοι ΑΕΙ έχουν οριακά αυξημένη ικανοποίηση από την κοινωνική ζωή συγκριτικά με τους αποφοίτους ΤΕΙ ($\beta=3$, 95% ΔΕ: -0.37 to 6.37, p-value=0.08).

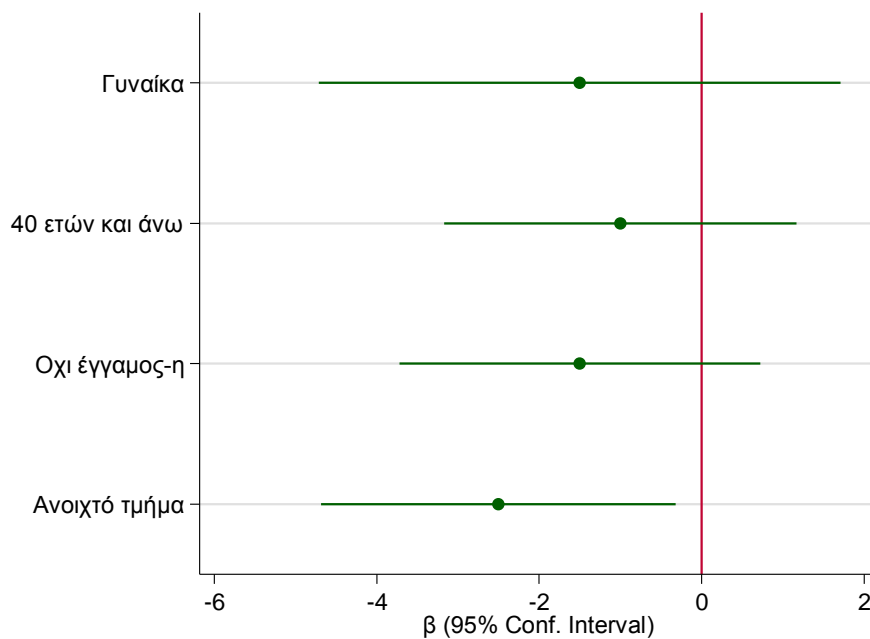
Στον Πίνακα 32 παρουσιάζεται το πολυπαραγοντικό μοντέλο παλινδρόμησης για τους παράγοντες που σχετίζονται με την κλίμακα ικανοποίησης από το περιβάλλον. Οι απόφοιτοι ΑΕΙ, έχουν σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση από το περιβάλλον συγκριτικά με τους αποφοίτους ΤΕΙ ($\beta=-6$, 95% ΔΕ: -9.75 έως -2.25, p-value=0.002) ανεξάρτητα από φύλο, την ηλικία, το είδος του τμήματος στο οποίο εργάζονται, το αν έχουν μεταπτυχιακό και παιδιά. Όσοι έχουν μεταπτυχιακό, παρουσιάζουν αυξημένη κατά 6 μονάδες διάμεση ικανοποίηση από το περιβάλλον ($\beta=6$, 95% ΔΕ: 3.186 έως 8.814, p-value<0.001) σε σχέση με όσους δεν έχουν ανεξάρτητα από φύλο, την ηλικία, το είδος του τμήματος στο οποίο εργάζονται, το αν είναι απόφοιτοι ΑΕΙ και το αν έχουν παιδιά. Τέλος, οι εργαζόμενοι που έχουν παιδιά παρουσιάζουν μειωμένη κατά 6 μονάδες διάμεση ικανοποίηση από το περιβάλλον ($\beta=-6$, 95% ΔΕ: -8.73 έως -3.267 p-value<0.001) σε σχέση με όσους δεν έχουν ανεξάρτητα από φύλο, την ηλικία, το είδος του τμήματος στο οποίο εργάζονται, το αν είναι απόφοιτοι ΑΕΙ και το αν έχουν μεταπτυχιακό.

Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται και γραφικά στο Γράφημα 40.

Πίνακας 28: Πολυπαραγοντικό μοντέλο median regression για τους παράγοντες που σχετίζονται με την συνολική κλίμακα ποιότητας ζωής

Παράγοντας	B	95% Conf. Interval	p-value
Φύλο			
Ανδρας*	0		
Γυναίκα	1.5	(-4.714to1.714)	0.357
Ηλικία			
<40*	0		
≥40	-1	(-3.168to 1.168)	0.363
Τμήμα			
Κλειστό*	0		
Ανοικτό	-2.5	(-4.683 to -0.317)	0.025
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμος-η*	0		
Όχι έγγαμος-η	-1.5	(-3.722 to 0.723)	0.184

* Κατηγορία αναφοράς



Γράφημα 39: Πολυπαραγοντικό μοντέλο median regression για τους παράγοντες που σχετίζονται με την συνολική κλίμακα ποιότητας ζωής

Πίνακας 29: Πολυπαραγοντικό μοντέλο median regression για τους παράγοντες που σχετίζονται με την κλίμακα ικανοποίησης από τη σωματική υγεία

Παράγοντας	B	95% Conf. Interval	p-value
Φύλο			
Άνδρας*	0		
Γυναίκα	0	(-5.90 to 5.90)	1.000
Ηλικία			
<40*	0		
≥40	0	(-4.11 to 4.11)	1.000
Τμήμα			
Κλειστό*	0		
Ανοιχτό	-6	(-10.04 to -1.957)	0.004
Κυλιόμενο ωράριο			
Όχι*	0		
Ναι	-6	(-10.98 to -1.02)	0.019

* Κατηγορία αναφοράς

Πίνακας 30: Πολυπαραγοντικό μοντέλο median regression για τους παράγοντες που σχετίζονται με την κλίμακα ικανοποίησης από τη ψυχολογική υγεία

Παράγοντας	B	95% Conf. Interval	p-value
Φύλο			
Άνδρας*	0		
Γυναίκα	0	(-7.286 to 7.286)	1.000
Ηλικία			
<40*	0		
≥40	-6	(-10.916 to -1.084)	0.017
Τμήμα			
Κλειστό*	0		
Ανοικτό	0	(-4.95 to 4.95)	1.000
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμος-η*	0		
Όχι έγγαμος-η	-6	(-11.04 to -0.96)	0.020
* Κατηγορία αναφοράς			

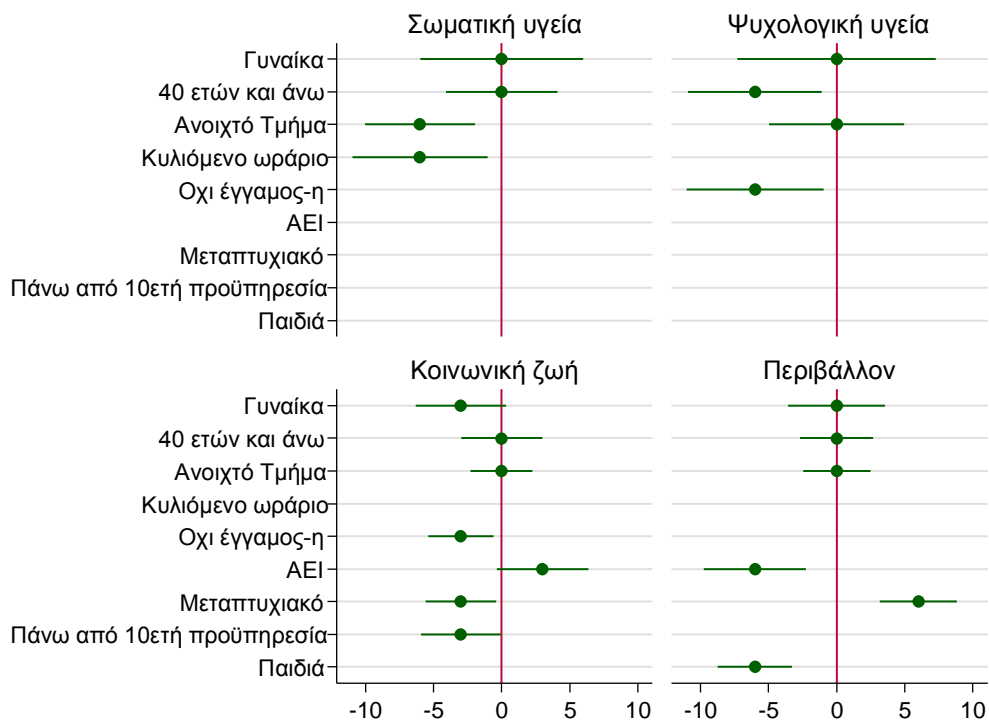
Πίνακας 31: Πολυπαραγοντικό μοντέλο median regression για τους παράγοντες που σχετίζονται με την κλίμακα ικανοποίησης από την κοινωνική ζωή

Παράγοντας	B	95% Conf. Interval	p-value
Φύλο			
Άνδρας*	0		
Γυναίκα	-3	(-6.33 to 0.33)	0.077
Ηλικία			
<40*	0		
≥40	0	(-2.97 to 2.97)	1.000
Τμήμα			
Κλειστό*	0		
Ανοικτό	0	(-2.274 to 2.274)	1.000
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμος-η*	0		
Όχι έγγαμος-η	-3	(-5.413 to -0.586)	0.015
Πτυχίο			
ΤΕΙ*	0		
ΑΕΙ	3	(-0.37 to 6.37)	0.080
Μεταπτυχιακό			

Όχι*	0		
Ναι	-3	(-5.60 to -0.40)	0.024
Προϋπηρεσία			
<10 έτη*	0		
≥10 έτη	-3	(-5.935 to -0.065)	0.045
* Κατηγορία αναφοράς			

Πίνακας 32: Πολυπαραγοντικό μοντέλο median regression για τους παράγοντες που σχετίζονται με την κλίμακα ικανοποίησης από το περιβάλλον

Παράγοντας	B	95% Conf. Interval	p-value
Φύλο			
Άνδρας*	0		
Γυναίκα	0	(-3.56 to 3.5635)	1.000
Ηλικία			
<40*	0		
≥40	0	(-2.703 to 2.703)	1.000
Τμήμα			
Κλειστό*	0		
Ανοικτό	0	(-2.468 to 2.468)	1.000
Πτυχίο			
ΤΕΙ*	0		
ΑΕΙ	-6	(-9.75 to -2.25)	0.002
Μεταπτυχιακό			
Όχι*	0		
Ναι	6	(3.186 to 8.814)	<0.001
Παιδιά			
Όχι*	0		
Ναι	-6	(-8.73 to -3.267)	<0.001
* Κατηγορία αναφοράς			



Γράφημα 40: Πολυπαραγοντικά μοντέλα median regression για τους παράγοντες που σχετίζονται με τις κλίμακες ικανοποίησης από τη σωματική υγεία, την ψυχολογική υγεία, την κοινωνική ζωή και το περιβάλλον (β (95%Conf.Intervals)).

3.4 Άγχος

Τα αποτελέσματα του πολυπαραγοντικού μοντέλου για την συνεχή κλίμακα άγχους Hamilton φαίνονται στον Πίνακα 33. Το φύλο, η ηλικία και η κατοχή μεταπτυχιακού σχετίζονται σημαντικά με την κλίμακα άγχους. Το σκορ για τις γυναίκες είναι 41% αυξημένο σε σύγκριση με κάτω των 40 ($e^{\beta}=1.413$, 95% ΔΕ: 1.00 έως 1.99, p -value=0.048) ανεξάρτητα από την ηλικία, τον τύπο του τμήματος εργασίας, την ύπαρξη παιδιού ή όχι, το είδος του ωραρίου και την κατοχή μεταπτυχιακού. Το σκορ για τα άτομα 40 ετών και άνω είναι 40% αυξημένο σε σχέση με τους άνδρες ($e^{\beta}=1.306$, 95% ΔΕ: 1.005 έως 1.697, p -value=0.046) ανεξάρτητα από το φύλο, τον τύπο του τμήματος εργασίας, την ύπαρξη παιδιού ή όχι, το είδος του ωραρίου και την κατοχή μεταπτυχιακού. Τα άτομα που έχουν μεταπτυχιακό δίπλωμα, παρουσιάζουν 35% αυξημένο σκορ είναι συγκριτικά εκείνους που δεν έχουν ($e^{\beta}=1.354$, 95% ΔΕ: 1.040 έως 1.763, p -value=0.025) ανεξάρτητα από το φύλο, την

ηλικία, τον τύπο του τμήματος εργασίας, την ύπαρξη παιδιού ή όχι και το είδος του ωραρίου.

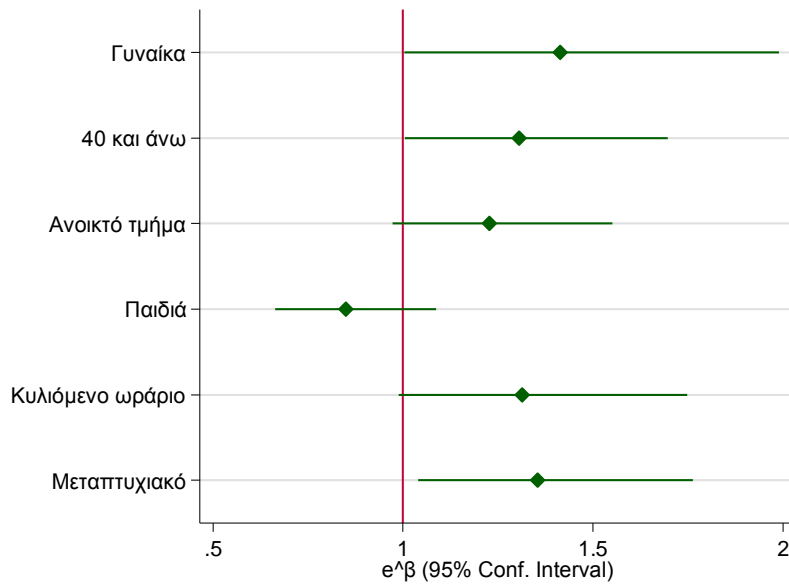
Επιπλέον, παρατηρήθηκαν οριακά σημαντικές συσχετίσεις της κλίμακα άγχους με τον τύπο του τμήματος εργασίας και το είδος του ωραρίου. Συγκεκριμένα, παρατηρείται αυξημένο σκορ κατά 23% στα άτομα που εργάζονται σε ανοικτά τμήματα ($e^{\beta}=1.228$, 95% ΔΕ: 0.972 έως 1.55, $p\text{-value}=0.085$) κατά 31% στα άτομα που εργάζονται με κυλιόμενο ωράριο ($e^{\beta}=1.314$, 95% ΔΕ: 0.988 έως 1.749, $p\text{-value}=0.060$).

Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται και γραφικά στο Γράφημα 41.

Πίνακας 33: Πολυπαραγοντικό μοντέλο παλινδρόμησης για τους παράγοντες που σχετίζονται με την κλίμακα Hamilton (λογαριθμικός μετασχηματισμός)

Παράγοντας	e^{β}	95% Conf. Interval	p-value
Φύλο			
Ανδρας*	1		
Γυναίκα	1.413	(1.004 to 1.990)	0.048
Ηλικία			
<40*	1		
>=40	1.306	(1.005 to 1.697)	0.046
Τμήμα			
Κλειστό*	1		
Ανοιχτό	1.228	(0.972 to 1.551)	0.085
Παιδιά			
Όχι*	1		
Ναι	0.849	(0.663 to 1.088)	0.193
Κυλιόμενο ωράριο			
Όχι*	1		
Ναι	1.314	(0.988 to 1.749)	0.060
Μεταπτυχιακό δίπλωμα			
Όχι*	1		
Ναι	1.354	(1.040 to 1.763)	0.025

* Κατηγορία αναφοράς



Γράφημα 41: Πολυπαραγοντικό μοντέλο παλινδρόμησης για τους παράγοντες που σχετίζονται με την κλίμακα Hamilton (λογαριθμικός μετασχηματισμός)

ΚΕΦΑΛΑΙΟΝΙ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματα που προκύπτουν από την παρούσα μελέτη, υποδεικνύουν ότι το πρόβλημα της ύπαρξης στρες και έντασης στο νοσηλευτικό προσωπικό είναι σύνηθες φαινόμενο και επιβεβαιώνεται και από τη μελέτη πάνω στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο. Δυστυχώς, δεν εντοπίζονται παρόμοιες μελέτες και έρευνες για σύγκριση. Μελετώντας την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου -βάσει του πως οι ίδιοι την αξιολογούν- προκύπτει ότι είναι ικανοποιητική σε τομείς που σχετίζονται με την σωματική και ψυχολογική υγεία, την κοινωνική ζωή, και η ικανοποίηση από το περιβάλλον σχετικά λιγότερο, αλλά ικανοποιητική.

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα, ο μόνος παράγοντας που επηρεάζει την συνολική κλίμακα της ικανοποίησης από την ποιότητα ζωής, είναι το είδος του τμήματος που εργάζεται κάποιος στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο. Έτσι, στα ανοικτά τμήματα, παρατηρείται χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Αυτό, προκαλείται από παράγοντες, όπως το κυλιόμενο ωράριο, Στην ψυχολογική υγεία, οι μη έγγαμοι, στην κοινωνική ζωή, από την κτήση μεταπτυχιακού τίτλου, όσοι έχουν δεκαετή επαγγελματική εμπειρία, και σχετικά με το περιβάλλον, όσοι είναι πτυχιούχοι από ΑΕΙ, όσοι δεν έχουν μεταπτυχιακό και όσοι έχουν παιδιά. Οι εργαζόμενοι των ανοικτών τμημάτων, κρίνουν ότι η μειωμένη ποιότητα συνδέεται με τη διατροφή τους, ενώ όσοι έχουν μεταπτυχιακό τίτλο, θεωρούν ότι οι κοινωνικοί ρόλοι που έχουν αναλάβει δεν είναι ισάξιοι των προσδοκιών τους. Σχετικά με το άγχος, φαίνεται ότι συνδέεται οριακά το τμήμα στο οποίο εργάζονται ή το κυλιόμενο ωράριο και η κτήση μεταπτυχιακού, αλλά συνδέεται περισσότερο η ηλικία, το φύλο, ενώ οι γυναίκες έχουν τα πρωτεία στην εκδήλωση άγχους.

Άρα, το είδος του τμήματος, κατέχει σπουδαίο ρόλο στην ποιότητα ζωής, ανεξαρτήτως άλλων δημογραφικών και εργασιακών παραγόντων (Robin&Leslie, 2006). Όπως αποδεικνύεται, στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, υπάρχει τεράστιο έλλειμμα στρατηγικών διαχείρισης του στρες που προκύπτει, από την ίδια τη διοίκηση του Νοσοκομείου. Έτσι, προτείνεται συνεχής επιβράβευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ώθηση για συνεχή μετεκπαίδευση και επιμόρφωση, καθώς και υιοθέτηση παρεμβάσεων διαχείρισης της εξουθένωσης. Γενικά, είναι επιτακτική ανάγκη η στήριξη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού από τη διοίκηση (Καντάς, 1998).

Πρέπει να σχολιαστεί το γεγονός, ότι η παρούσα μελέτη εστιάζει σε ένα συγκεκριμένο Νοσοκομείο και το δείγμα που συμμετείχε στην έρευνα, δεν μπορεί να οδηγήσει σε γενικεύσεις των πορισμάτων. Ωστόσο, μπορεί να καταδείξει την ανάγκη για υιοθέτηση παρεμβάσεων σχετικά με την καλυτέρευση της ποιότητας ζωής των εργαζομένων (Καντάς, 1998).

Η αυτοαξιολογούμενη ποιότητα ζωής των νοσηλευτών του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου είναι σχετικά υψηλή, με τη διάμεση ικανοποίηση στους τομείς της σωματικής υγείας, της ψυχολογικής υγείας και της κοινωνικής ζωής να φτάνει το 75% ενώ η ικανοποίηση από το περιβάλλον, αν και χαμηλότερη, φτάνει το 50%. Επιπλέον, δεν παρατηρούνται σοβαρά προβλήματα άγχους καθώς μόλις το 5% είχε σοβαρής βαρύτητας άγχος σύμφωνα με την κλίμακα Hamilton (σκορ \geq 25).

Ο μόνος παράγοντας που σχετίζεται με την κλίμακα συνολικής ικανοποίησης από την ποιότητα ζωής, σύμφωνα με τα αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης παλινδρόμησης, είναι το είδος του τμήματος, με τους εργαζόμενους στα ανοικτά τμήματα να κρίνουν χαμηλότερη την ποιότητα της ζωής τους. Στις επιμέρους υποκλίμακες αναγνωρίζονται και επιπλέον παράγοντες. Συγκεκριμένα, λιγότερο ικανοποιημένοι από την σωματική υγεία είναι οι εργαζόμενοι σε ανοικτά τμήματα και όσοι έχουν κυλιόμενο ωράριο, λιγότερο ικανοποιημένοι από την ψυχολογική υγεία είναι τα άτομα ηλικίας 40 ετών και άνω και οι μη έγγαμοι, λιγότερο ικανοποιημένοι από την κοινωνική ζωή είναι οι μη έγγαμοι και όσοι έχουν μεταπτυχιακό πάνω από δεκαετή προϋπηρεσία και τέλος λιγότερο ικανοποιημένοι από το περιβάλλον είναι οι απόφοιτοι ΑΕΙ, όσοι δεν έχουν μεταπτυχιακό και όσοι έχουν παιδιά. Επιπλέον οι μη έγγαμοι δηλώνουν χαμηλότερη ικανοποίηση από την υγεία τους, οι κάτω των 40 δηλώνουν λιγότερη ικανοποίηση από την συναισθηματική ατμόσφαιρα, η οποία επικρατεί στο σπίτι τους, οι εργαζόμενοι σε ανοικτά τμήματα δηλώνουν λιγότερη ικανοποίηση από την διατροφή τους και οι κάτοχοι μεταπτυχιακού δηλώνουν λιγότερη ικανοποίηση από τους κοινωνικούς ρόλους που έχουν αναλάβει.

Οι παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με το άγχος είναι το φύλο, η ηλικία και η κατοχή μεταπτυχιακού, ενώ οριακά σχετίζονται και το είδος του τμήματος και του ωραρίου. Συγκεκριμένα υψηλότερο άγχος βιώνουν οι γυναίκες, οι άνω των 40, οι εργαζόμενοι σε ανοικτά τμήματα, εκείνοι που έχουν κυλιόμενο ωράριο και οι κάτοχοι μεταπτυχιακού.

Συνοψίζοντας, μπορούμε να πούμε ότι το είδος του τμήματος αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα ποιότητας ζωής και άγχους ανεξάρτητα από άλλα

δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, η εργασία σε ανοικτό τμήμα του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου βρέθηκε να σχετίζεται με χαμηλότερη ικανοποίηση από την διατροφή, χαμηλότερο σκορ στις κλίμακες συνολικής ποιότητας ζωής και ικανοποίησης από τη σωματική υγεία και ταυτόχρονα σχετίζεται με οριακά υψηλότερες τιμές στην κλίμακα άγχους Hamilton.

Συμπερασματικά, η ύπαρξη στρες και έντασης, είναι συνήθη στο νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου που μελετήθηκε, αλλά και γενικότερα στο σύνολο των επαγγελματιών υγείας, όπως προκύπτει από τη σχετική βιβλιογραφία, και επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων και γενικότερα την ποιότητα της ζωής τους. Όπως φαίνεται, στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, υπάρχει μεγάλο έλλειμμα στρατηγικών διαχείρισης του επαγγελματικού στρες, το οποίο βιώνεται από τους εργαζόμενους, ως έλλειψη ενδιαφέροντος από την κεντρική διοίκηση για την ψυχοσυναισθηματικής τους κατάσταση. Επίσης, θεωρώ ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη για ενθάρρυνση και ηθική επιβράβευση των προσπαθειών του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και για διερεύνηση των δυνατοτήτων συνεχούς μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης.

Βάσει των αποτελεσμάτων της μελέτης προτείνονται οι παρακάτω κατευθύνσεις:

- Σχεδιασμός παρεμβάσεων προαγωγής της ψυχικής υγείας, στοχευμένες σε νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε κλινικούς χώρους με αυξημένες απαιτήσεις και εντατικό ρυθμό εργασίας
- Εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την εκμάθηση τεχνικών χαλάρωσης και διαχείρισης του άγχους
- Εφαρμογή προγραμμάτων ψυχολογικής υποστήριξης, και συγκεκριμένα ομάδων υποστήριξης συναδέλφων και συμβουλευτικής
- Έμπρακτη υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου
- Προαγωγή της συμμετοχής των ιατρών (νέων) και των νοσηλευτών στη χάραξη πολιτικής υγείας και στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε.(1999). *Επαγγελματική Εξάντληση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 16(1), 17-19.

Αλουμάνης, Π.(2002). *Επιθεώρηση Κοινωνικής Ασφάλισης*. Αθήνα: ΙΚΑ.

Αντωνίου, ΑΣ.(2006). *Η εργασιακή υγεία των νοσοκομειακών γιατρών*. Τόμος β', Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.

Ασημακοπούλου, Μ.(2004). *Η Επαγγελματική Εξουθένωση, η Επαγγελματική Ικανοποίηση και η Εμπλοκή στην Εργασία στον Δημόσιο Τομέα*. Πτυχιακή Εργασία. Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πάτρα.

Γιαννούλη, Τ. (2009). «Περιλήψεις Εισηγήσεων του 8^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας & Κοινωνικής Φροντίδας». Πηγή: www.mediforce.gr/images/pdf/ManagementSummaries.doc.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (1997). *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*. (Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής & Σ. Σούλης, Eds).Αθήνα.

Θεοδωράτου, Μ., Μπέκος, Β., Σκυλογιάννης, Γ.(2003). Τρόποι διαχείρισης του εργασιακού άγχους από το νοσηλευτικό προσωπικό. *Νοσηλευτική*, 42(4), 479-496.

Καλέας, Μ., Πλατσίδου, Μ.(2008). Στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και επαγγελματική ικανοποίηση των Ελλήνων γιατρών στα δημόσια νοσοκομεία. *Σύγχρονη Κοινωνία, Εκπαίδευση και Ψυχική Υγεία*, (1), 177-200.

Καντάς, Α. (1995). *Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία:3^ο μέρος. Διεργασίες ομάδας, Σύγκρουση, Ανάπτυξη και αλλαγή-Κουλτούρα, Επαγγελματικό Άγχος*. β' έκδοση, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καυκιά, Θ., Σπυρόπουλος, Χ.,(1995). Σύνδρομο Κόπωσης των Νοσηλευτών που εργάζονται σε Εξειδικευμένα Τμήματα. *23^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο-Πρακτικά*, 99-108.

Μαρβάκη, Δημουλά και συν., (2007). «Η επίδραση του επαγγέλματος στη ζωή του

- νοσηλευτικού προσωπικού», *Νοσηλευτική*. 46(3), 406-413.
- Μαρνέρας, Χ., Θεοδορακοπούλου, Γ., Αλμπάνη, Ε., Γκούβα, Μ., Δημοπούλου, Ε., Κοτρώτσιου, Ε.(2010). Ικανοποίηση από την Εργασία και Επίπεδα Άγχους σε Νοσηλευτές που εργάζονται σε Νεφρολογικά Κέντρα. *Νοσηλευτική*, 49(1), 83-90.
- Ντάτσης, Α., Τραγούδα, Ε., Χανιά, Μ., Ρογδάκης, Α., Γερόλυμος, Μ., Σπηλιώτης, Ι.(2007). Η άποψη των επαγγελματιών υγείας για την εργασία τους και το εργασιακό περιβάλλον. *Νοσηλευτική*, 46(2), 268-281.
- Παπαδόπουλος, Ν. Γ. (2005). *Λεξικό της Ψυχολογίας* (B ed.). Αθήνα: Σύγχρονη Εκδοτική.
- Πουζουκίδου, ΑΒ., Θεοδώρου, ΜΜ., Καϊτελίδου, Δ. (2007). Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο. *Νοσηλευτική*, (46), 537-544.
- Πούρκος, Μάριος.(2001). *Ιδιοσυγκρασία και άγχος: Επιστημονικές έρευνες και διαπιστώσεις*. Στο Βασιλάκη Ελένη, Τριλιβά Σοφία, Μπεζεβέγκης Ηλίας. *Το στρες το άγχος και η αντιμετώπισή τους*. Αθήνα : Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Σαπουντζή, Δ., Λεμονίδου, Χ., (1994). «*Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα. Εξελίξεις & Προοπτικές*». Αθήνα: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.
- Σαρρής, Μ., (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήσης
- Τζινιέρη-Κοκκώση, Μ., (2010, Φεβρ 16). *Η ποιότητα ζωής στον αντίποδα της ψυχικής νόσου*. Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.
- Υφαντόπουλος, Ι. (2003). Η Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής στα Οικονομικά της Υγείας, *Νέα Υγεία* (36), 4-7.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abu-Bader, SH. (2000). Work satisfaction, burnout and turnover among social workers in Israel: a causal diagram. *International Journal of Social Welfare*, 9:191-200.
- Andrews, F., Whitney, S.B. (1974). *Social Indicators of Well-being: Americans' Perceptions of Life Quality*. New York: Plenum Press.
- Antoniou, A.S Antonodimitrakis, P., (2001). Levels of job satisfaction & coping strategies of occupational stress used by Greek Hospital doctors. *Proceeding of the 8th Greek Conference of Psychological Research*, Alexandroupoli,
- Arnold J., Cooper C., & Robertson I.T. (1995). *Work Psychology: Understanding human behaviour in the work place*. 2nd ed, Pitman, London.
- Baker, F., Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*, (5), pp. 69-79.
- Bakker A.B., Killmer C.H, Siegriest J & Schaufeli, (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses? *Journal of Advanced Nursing*, (31), pp.884-891.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman & Co.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barsky, A., Cleary, P., & Klerman, G. (1992). Determinants of perceived health status of medical outpatients. *Social Science Medicine*, (43), pp. 1147-1154.
- Billings, A.G., & Moos, R.H. (1984). Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, (46), pp.877-891.
- Boumans N., & Landeweerd J. (1996). A Dutch study of effects of primary nursing on job characteristics and organizational processes. *Journal of Advanced Nursing* (24), pp. 16-23.
- Bowling, A. (1997). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. UK: Open University Press.
- Buciuniene, I., Blazeviciene, A., Bliudziute, E. (2005). Health care physicians in Lithuania.

BMC Farm Pract, pp. 7-10.

Campbell, A., Converse, P.E., Rodgers, W.L.(1976). *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.

Chang, E., Bidewell, J., Huntington, A. et al.(2007). A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses. *Int J Nurs Stud*, (44), pp 1354-1362.

Coffey, M.(1999). Stress and burn out in forensic community mental health nurses: an investigations of its causes and effects. *Journal of psychiatric and mental healthnursing*, (6), pp. 433-443.

Cooper, C.L., Cooper, R.D., & Eaker, L.H.(1988). *Living with stress*. Harmondsworth: Penguin

Cohen, F., Lazarus, R.(1979). *Coping with stress and illness*. In G.C.Stone, F. Cohenm & N. Adler (Eds.) *Health Psychology: A Handbook*, pp.140-168. San Fransisco, CA: Jossey-Bass.

Cox, T., Griffiths, A., Barlowe, C., Randall, R., Rial-Gonzalez, E.(2000). *Organizational interventions for work stress: a risk management approach*. HSE Contract Research Report 286/2000, HSE Book, Sudbury.

Dawkins JE, Depp FC, Selzer NE. (1985). Stress & the psychiatric nurse. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. Nov;23(11):8-15.

Dewe, P.J., (1987). Identifying the Courses of Nurse Stress: A survey of New Zealand Nurses. *Work & Stress* 1(1), pp.15-24.

Duits, A., Boeke, S., Taams, M., Passchier, J., & Erdman, R. (1997). Prediction of quality of life after coronary artery bypass graft surgery: a review and evaluation of multiple, recent studies. *Psychosom Med* (59), pp. 257-268.

Fagin, L., Bartlett, H. (1995). The claybury CPN stress study:background and Methodology.

Folkman, S.(1984). Personal control and stress and coping processes :A Theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, (46), pp.839-852.

Foxall, M., Zimmerman, L., Standley, R., Bene, C.(1990). A comparison of frequency and

- sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, (15), pp. 577-584.
- Gill, T., & Feinstein, A. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*, (272), pp. 619-626.
- Ginieri-Coccosis, M. Triantafillou, E. Tomaras, V. Liappas, I.A. Christodoulou, N.G. & Papadimitriou, N.G. (2009) 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. *Annals of General Psychiatry*,**8**: 23. doi :10.1186/1744-859x-8-23
- Guyatt, G., Feenz, D., & Patrick, D. (1993). Measuring health related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, (118), pp. 622-629.
- International Council of Nurses.(2007). Positive Practice Environments:Quality Workplace-Quality Patient Care. Geneva: ICN.
- Ivancevich, M., Matteson, T.(1980). *Stress and work: a managerial perspective*. Glenview, Scott.Foresman.
- Jimmieson N.L. (2000), "Employee reactions to behavioral control under conditions of stress:the moderating role of self-efficacy. *Work&Sress*. (14), pp. 262-280.
- Kempen, G., Jelcic, M., & Ormel, J. (1997). Personality, chronic medical morbidity, and health-related quality of life among older persons. *Health Psychology* , (16), pp. 539-546.
- Lambert, V., Lambert, C., Ito, M. (2004). Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *Int J Nurs Stud*, (41), pp. 85-97.
- Lambert V., Lambert, C., Itano, J., Inouye J., Kim. S., Kunaviktikul, W., et al.(2004). Cross-cultural comparison of workplace stressors,ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health amonh hospital nurses in Japan, Thailand, South Korea and the USA(Hawaii). *Int J Nurs Stud*, (41), pp.671-684.

- Lambert V., Lambert, C., Petrini, M., Li, X., Zhang, Y.(2007). Workplace and personal factors associated with physical and mental health in hospital nurses in China. *Nurs Health Sci*, (9), pp. 120-126.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1978). Stress –related transactions between person and environment. In L.A. Pervin & M. Lewis (Eds.). *Perspectives in interactional psychology*. New York: Plenum.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer
- Lazarus, R.S.(1999). Fifty years of the research and the theory of R.S.Lazarus: An analysis of historical and perennial issues. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Lee, H., Hwang, S., Kim, J., Daly, B.(2004). Predictors of life satisfaction of Korea Nurses. *J Adv Nurs*, (48), pp. 632-641.
- Leka, S., Griffiths, A., Cox, T.(2003). *Work organisations and stress, protecting workers health (n 3)*. Switzerland: Work Health Organisation.
- Linzer, M., Manwell, LB., Williams, ES., Bobula, JA., Brown, RL., Vackey, AB,et al .(2009). Working conditions in primary care:physician reactions and care quality. *Ann Intern Med*, (151), pp. 28-36 W6-9.
- McCall, W.V. (1975). Quality of life. *Social Indicators Research*, (2), pp. 229-248.
- McCranie, Edward W.; Lambert, Vickie A.; Lambert, Clinton E. J (1987). *Work Stress, Hardiness, and Burnout Among Hospital Staff Nurses*. *Nursing Research* 36(6):374-8.
- McGills Hall L.(2005). *Quality work environments for nurse and patient safety*. Toronto: Jones & Batlett Publishers.
- Muldoon, M., Barger, S., Flory, J., & Manuck, S. (1998). Education and debate,What are quality of life measurements measure? *BMJ* , (316), pp. 542-545.
- Nelson, E.S., Karr, K.M., Coleman, P.K.(1995). Relationships among daily hassles optimism, and reported physical symptoms. *Journal of College Student Psychotherapy*, (10), pp. 11-26.

- Payne, R.(1990). *The effectiveness of research team: a review*. M.A. West, & J.L.Farr.(Eds.)
 innovation and creativity at work. Chichester. John Wiley.
- Rokeach, J. (1973). *The Nature of Human values*. New York. *Free Press/Macmillan*.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for the internal versus external control of
 reinforcement. *Psychological Monographs*, 90(1), pp. 1-28.
- Sarafino, E (1990). *Biopsychosocial Interactions*. Health Psychology: Wiley.
- Schnieden, V & Marren-Bell U.(1995). Violence in the accident and emergency department
Accident and Emergency Nursing, 3(2):74-8. DOI: 10.1016/0965-2302(95)90087-X
- Selye, H.(1993). History of the stress concept. In L.Goldberger & S. Breznitz(Eds.),
Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects (2nd ed. p.p. 7-17), New York:
The Free Press.
- Spector, P. 1997. *Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes and Consequences*.
 California: Sage.
- Thomas, L., Riegel, B., Gross, D., Andrea, J. (1992). Job Stress among Emergency
 Department Nurses. *Heart and Lung*, 21 (3), pp.294-299.
- THE WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment
 (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *Social Science and
 Medicine*, (41), pp. 1403-1409.
- Tempelaar, R., De Haes, J., de Ruiter, J., Bakker, D., van den Heubel, W., & Van
 Nieuwenhuijzen, M. (1989). The social experiences of cancer patients under treatment: a
 comparative study. *Soc Sci Med*, (29), pp. 635-642.
- Tyler, PA., Ellison, RN. (1994). Sources of stress and psychological well-being in high-
 dependency nursing. *Journal of Advanced Nursing*, (19), pp.469-476.
- VanderZee, K., Sanderman, R., Heyink, J., & de Haes, H. (1996). Psychometric qualities of
 the RAND 36-item health survey 1.0: a multidimensional measure of general health
 status. *Int J Behav Med*, (3), pp. 104-122.
- Vedat. I., Comezb, T., Danisa, M. (2004). Job stress and coping strategies in health care

- professionals working with cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 8(3), pp. 234-244.
- Veit, C., & Ware, J. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *J Consult Clin Psychol*, (51), pp. 730-742.
- Watson, D., & Pennebaker, J. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychol Rev*, (96), pp. 234-254.
- Wrosch, C., & Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, (Suppl.1) (12), pp. 59-72.
- Yfantopoulos, J. (2001a). The 'Social Quality of Life. *Archives of Hellenic Medicine*, (18), pp. 108-113.
- Yfantopoulos, J. (2001b). Quality of Life and QALYs in the measurement of health. *Archives of Hellenic Medicine*, (18), pp. 114-130.
- Yfantopoulos, J. (2001c). Health-Related Quality of Life. *Archives of Hellenic Medicine*, (19), pp. 131-146.
- Zangaro, GA., Soeken, KL. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Res Nurs Health*, (30), pp. 445-458.
- Zautra, A., Goodhart, D. (1979). Quality of life indicators: A review of the literature. *Community Mental Health Review*, (4), pp. 1-10.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Cooper, C., Cooper, R., Eaker, L. (2002). *Ζώντας με Στρες*. Αθήνα: Επιστημονική Έκδοση Παρισιάνου Α.Ε..
- Fontana, D. (1993). *Άγχος και η Αντιμετώπισή του*. (Επιμέλεια: Ν. Δεγλέρης). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Jones, H. (1999). *Υπεραπασχόληση και Άγχος*. Α' Έκδοση, Αθήνα : Εκδόσεις Θυμάρι.

Διαδίκτυο:

Διαδίκτυο 1:

www.stress.org.

Διαδίκτυο 2:

http://www.bbc.co.uk/greek/news/030416_notoratrace.shtml.

Διαδίκτυο 3:

http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcarticles.nsf/pages/Work-related_stress.htm.

Διαδίκτυο 4:

http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf?ua=1

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Συμφωνητικό Συνεργασίας για τα Ερωτηματολόγια WHOQOL

Αυτό το συμφωνητικό υπογράφεται μεταξύ α) της Ψυχιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών - Αιγινήτειο Νοσοκομείο (Βασιλίσσης Σοφίας 74, Αθήνα, Ελλάδα), η οποία εκπροσωπείται από τον Διευθυντή Καθηγητή Γ.Ν. Παπαδημητρίου και που θα αναφέρεται στους όρους του συμφωνητικού ως “Κλινική” και β) του/της Νικολοπούλου Δήμητρας, Νοσηλεύτρια ΠΕ που θα αναφέρεται στους όρους του συμφωνητικού ως “Συνεργάτης”.

Η Ψυχιατρική Κλινική έχει δημιουργήσει την ελληνική εκδοχή των ερωτηματολογίων WHOQOL-100 και WHOQOL-BREF σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Το παρόν συμφωνητικό αποσκοπεί στην ενημέρωση και τη δέσμευση του/της Συνεργάτη/ιδος ώστε να διασφαλιστεί και να τηρηθεί το πλαίσιο των κανόνων που διέπουν τη συνεργασία του ΠΟΥ με την Κλινική και βασίζεται στους παρακάτω όρους:

1. Ο/Η Συνεργάτης συμφωνεί να μην συμπύξει, συντομεύσει, μεταφράσει, προσαρμόσει ή αλλάξει τα εργαλεία WHOQOL-100 και WHOQOL-BREF με οποιοδήποτε τρόπο και γενικότερα να μην επιφέρει την παραμικρή μεταβολή στη διατύπωση, οργάνωση και διαδικασία χορήγησης τους. Εάν ο/η Συνεργάτης εκτιμά ότι κάποιες αλλαγές είναι απαραίτητες για την εργασία του/της, πρέπει να εξασφαλίσει τη σύμφωνη γνώμη της Κλινικής, πριν προβεί σε οποιαδήποτε αλλαγή.
2. Ο/Η Συνεργάτης συμφωνεί να μην αναπαραγάγει τα εργαλεία WHOQOL-100 και WHOQOL-BREF, πέραν του απαραίτητου αριθμού αντιτύπων που του/της είναι απαραίτητα για την εργασία του/της και να μην πωλήσει, δανείσει ή διαθέσει με οποιοδήποτε τρόπο αντίτυπα σε τρίτους. Επίσης, συμφωνεί πως δεν θα χρησιμοποιήσει τα ερωτηματολόγια WHOQOL παρά μόνο για τις εργασίες που έχει συμφωνήσει με την Κλινική. Εάν ο/η Συνεργάτης θελήσει να χρησιμοποιήσει τα ερωτηματολόγια WHOQOL για κάποια άλλη εργασία θα πρέπει να ενημερώσει την Κλινική.
3. Ο/Η Συνεργάτης συμφωνεί να προμηθεύσει την Κλινική με αντίγραφο των στοιχείων που έχει συλλέξει με τη χρήση των ερωτηματολογίων WHOQOL, αλλά και όποιων άλλων στοιχείων περιλαμβάνει η συμφωνία με την Κλινική, καθώς και την κωδικοποίησή τους. Επίσης, τα στοιχεία αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον

ΠΟΥ, Γενεύη, και την Κλινική σε άλλες μελέτες και να δημοσιευθούν, υπό την προϋπόθεση ότι θα γίνεται αναφορά στον/ην Συνεργάτη.

4. Ο/Η Συνεργάτης είναι υπεύθυνος/η για τη δημοσίευση στοιχείων και πληροφοριών που αφορούν αποκλειστικά την δική του/της έρευνα και τις μεθόδους που έχει χρησιμοποιήσει. Δημοσιεύσεις, οι οποίες θα περιγράφουν τα αποτελέσματα στα οποία έχει καταλήξει ο/η Συνεργάτης θα έχουν το όνομα του/ης και θα περιλαμβάνουν βιβλιογραφική αναφορά στις δημοσιεύσεις που αφορούν την ελληνική έκδοση των WHOQOL εργαλείων, αλλά και ξεχωριστή αναφορά στον ΠΟΥ.

5. Στην περίπτωση που η Κλινική διακόψει την παρούσα συνεργασία, ο/η Συνεργάτης πρέπει να σταματήσει κάθε χρήση των εργαλείων WHOQOL, αν και η δέσμευση του/ης όσον αφορά αυτούς τους όρους, θα συνεχίσει να υφίσταται.

6. Το παρόν αποτελεί συμφωνητικό εθελοντικής συνεργασίας και όχι σύμβαση εργασίας ή έργου. Ο/Η Συνεργάτης έχει απόλυτη ευθύνη του τρόπου με τον οποίο θα εργαστεί και θα διασφαλίσει την εφαρμογή της ερευνητικής δεοντολογίας, συνεπώς αναλαμβάνει και την ευθύνη οποιουδήποτε σχετικού προβλήματος προκύψει.

7. Την αποκλειστική αρμοδιότητα της επικοινωνίας με τον ΠΟΥ θα έχει η Κλινική, το δε συντονισμό της παρούσας συνεργασίας αναλαμβάνει η Επικ.Καθηγήτρια Μ. Τζινιέρη-Κοκκώση, e-mail margkok@med.uoa.gr. Τηλ. 210-7289121

Οι συμβαλλόμενοι:

Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

Καθηγητής Γ.Ν. Παπαδημητρίου

Ο/Η Συνεργάτης Νικολοπούλου Δήμητρα, Νοσηλεύτρια ΠΕ

Τίτλος: Συγκριτική μελέτη της ποιότητας ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού ανάμεσα σε κλειστά και ανοιχτά τμήματα του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου.

Φορέας: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής - Τμήμα Νοσηλευτικής

Διεύθυνση: Ευσταθίου και Σταματικής Βαλιώτη και Πλαταιών

Σπάρτη 23100

Ημερομηνία: 24/11/2014

