

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΜΕ ΤΙΤΛΟ**  
**ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ**  
**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;**



**ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΕΥΑΝΘΙΑ**

**ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑΣ : ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ**

**ΟΝΟΜΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ: ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΑΥΡΕΑΣ**

**ΟΝΟΜΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ: ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΤΣΟΥΝΤΑΣ**

**ΜΑΗΣ , 2013**

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....</b>	<b>4</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ΟΝ</sup> ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....</b>	<b>5</b>
1.1. Επαγγελματίες Υγείας και ο Ρόλος τους στην Ποιότητα Ζωής.....	5
1.1.1. Εισαγωγή .....	5
1.1.2. Ρόλος Νοσηλευτικού Προσωπικού .....	6
1.1.3. Ρόλος Ιατρικού Προσωπικού.....	7
1.1.4. Σχέση Ιατρικής και Νοσηλευτικής.....	8
1.2. Κίνδυνοι για την Υγεία του Ιατρικού Προσωπικού.....	9
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ΟΝ</sup> ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ .....</b>	<b>11</b>
2.1. Θεωρητική Προσέγγιση .....	11
2.2. Ορισμός της Ποιότητας Ζωής.....	13
2.3. Παράγοντες που επηρεάζουν και καθορίζουν την Ποιότητα Ζωής.....	14
2.4. Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής.....	16
2.5. Μέτρησης της Υγείας και της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής.....	17
2.5.1. Ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας.....	19
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ΟΝ</sup> ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>28</b>
3.1. Σκοπός της Μελέτης .....	28
3.2. Ερευνητικά Ερωτήματα και Στόχος της Μελέτης .....	28
3.3. Τύπος και πληθυσμός της μελέτης.....	29
3.4. Χρόνος και Τόπος .....	29
3.5. Μέθοδος .....	29
3.5.1. Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής SF-36 .....	29

3.5.2. Ανάλυση δεδομένων ερευνητικής εργασίας.....	33
3.5.3. Αυτοαναφερόμενη υγεία .....	34
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ΟΝ</sup> ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ .....</b>	<b>35</b>
4.1. Έλεγχος εσωτερικής συνάφειας .....	35
4.2. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του Ιατρικού Προσωπικού.....	37
4.3. Δείκτης Αυτοαναφερόμενης Υγείας .....	39
4.4. Κοινωνικό-Δημογραφικά Χαρακτηριστικά σε σχέση με τις κλίμακες SF-36 .....	46
4.5. Έλεγχος Spearman Rho.....	48
4.5.1. Μορφωτικό Επίπεδο .....	48
4.5.2. Οικογενειακή Κατάσταση .....	49
4.5.3. Ειδικότητα .....	49
4.5.4. Εισοδηματική Κλίμακα .....	49
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ΟΝ</sup> ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>51</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....</b>	<b>56</b>
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	56
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ - ΠΙΝΑΚΕΣ .....	60
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>69</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία στα Νοσοκομεία, τόσο από πλευράς οργάνωσης όσο και λειτουργίας παρουσιάζει πολυάριθμους κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια του ιατρικού προσωπικού. Αυτό ανήκει στις επαγγελματικές ομάδες με μεγάλη ποικιλία καθηκόντων και ευθυνών αλλά με κύρια δραστηριότητα τη φροντίδα των ασθενών, που αναπτύσσεται στο τρίπτυχο διάγνωση, νοσηλεία και θεραπεία.

Οι κίνδυνοι για την υγεία του ιατρικού προσωπικού προέρχονται κυρίως από την έκθεσή τους, στους λοιμώδεις παράγοντες, τις διάφορες χημικές ουσίες και τα φάρμακα, τα αλλεργιογόνα, την ακτινοβολία, το χειρισμό φορτίων, την εργασία σε κυλιόμενο ωράριο, τη βία, τις απαιτήσεις της εργασίας και την ψυχολογική πίεση. Το ιατρικό προσωπικό στα Νοσοκομεία συχνά διαμαρτύρονται για φόρτο εργασίας, κακή οργάνωση, έλλειψη προσωπικού, για μυοσκελετικά προβλήματα και δερματοπάθειες και μικρού βαθμού ικανοποίηση από την εργασία τους.

Το επίπεδο προστασίας του ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία, από τους επαγγελματικούς κινδύνους διαφέρει από χώρα σε χώρα. Αν και θεωρείται δεδομένο, τουλάχιστον στις προηγμένες χώρες, ότι ο κλάδος έχει ενεργοποιηθεί στη βελτίωση των εργασιακών συνθηκών είναι επίσης γεγονός ότι αντιμετωπίζει πολυάριθμα προβλήματα.

Καλούμε λοιπόν σε αυτή την πτυχιακή να διερευνήσω τη ποιότητα ζωής του Ιατρικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού. Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο το ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας (SF-36) το οποίο αποτελεί ένα μέτρο θέσης υγείας το οποίο κατασκευάστηκε προκειμένου να εκφράσει στην κλινική πρακτική την άποψη των ενηλίκων σε σχέση με την έκβαση της υγείας τους, σε 2 τουλάχιστον ή περισσότερα στάδια. Είναι χρησιμότερο εργαλείο μέτρησης στην κλινική πρακτική, στην έρευνα, στην αξιολόγηση των πολιτικών υγείας καθώς και στις γενικές πληθυσμιακές έρευνες (Ware JE, et al., 1994). Οι κλίμακες αξιολόγησης που περιλαμβάνει είναι 8 και κάθε μια εξ αυτών αξιολογείται με μια βαθμολογική κλίμακα από 0-100.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ΟΝ</sup> ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

### 1.1. Επαγγελματίες Υγείας και ο Ρόλος τους στην Ποιότητα Ζωής

#### 1.1.1. Εισαγωγή

Η υγεία είναι ένα κοινωνικό αγαθό που πρέπει να παρέχεται τόσο καθολικά στο κοινωνικό σύνολο, όσο και με την προσήκουσα ποιότητα ούτως ώστε τα αποτελέσματα να είναι τα επιθυμητά και αναγκαία για τους πολίτες. Η ποιότητα, γενικά στην παραγωγή αγαθών και παροχή υπηρεσιών, ορίζεται ως μια δυναμική κατάσταση η οποία συνδέεται με τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον και η οποία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη (Παπανικολάου, 2007).

Όσον αφορά στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, ο Donabedian (1980) την όρισε ως εκείνο το είδος φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την καλή υγεία και ευεξία του ασθενή, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία. Ουσιαστικά, μέσα από τον παραπάνω ορισμό, οριοθετείται η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας μέσα από τρεις παραμέτρους: το τεχνικό μέρος που έχει να κάνει με τις υποδομές και τα μέσα που απαιτούνται για την παροχή υγείας, το διαπροσωπικό μέρος που αφορά στις γνώσεις, ειδικότητες και ικανότητες των εργαζομένων υγείας και η Τρίτη παράμετρος έχει να κάνει με την ξενοδοχειακή υποδομή και τις συναφείς παροχές προς τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Επίσης, ο Maxwell (1984) προσδιόρισε την ποιότητα στην υγεία, με βάση τις παραμέτρους πρόσβαση- προσπελασιμότητα, δηλαδή, τη δυνατότητα των χρηστών υπηρεσιών υγείας να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο σύμφωνα με τις ανάγκες τους, ισότητα, αποτελεσματικότητα, αποδοχή και καταλληλότητα. Στη συνέχεια, προστέθηκαν από τον Οργανισμό Οικονομική Συνεργασίας και Ανάπτυξης οι έννοιες της φροντίδας και της ασφάλειας.

### 1.1.2. Ρόλος Νοσηλευτικού Προσωπικού

Από την νοσηλεία του αρρώστου μέχρι την παροχή πρώτων βοηθειών σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, η άσκηση της νοσηλευτικής αποτελεί κοινωνική προσφορά προς το συνάνθρωπο και προσφέρει ηθική ικανοποίηση σε αυτόν που την ασκεί. Οι νοσηλευτές, απαραίτητοι συνεργάτες των ιατρών, περιποιούνται με κάθε τρόπο τους ασθενείς: προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, αλλά πολλές φορές και την ψυχολογική τους υποστήριξη στους ίδιους και στην οικογένειά τους.

Ανεξάρτητα από τις πρακτικές, τον τρόπο εργασίας και τη χώρα προέλευσης, οι νοσηλευτές διαθέτουν ένα κοινό βασικό χαρακτηριστικό: αποτελούν επαγγελματίες δεσμευμένους να λειτουργούν βασισμένοι στη φιλοσοφία της ολιστικής προσέγγισης για την εξατομικευμένη παροχή φροντίδας υγείας. (Γαρυφάλλου Κ., κ.α. 2009)

Για τα μέλη μιας οικογένειας με ανησυχίες, η νοσηλεύτρια είναι η πιο εμφανής πηγή για την ενημέρωση και την εκπαίδευση.

Οι νοσηλευτές περνούν περισσότερο χρόνο στην κλινική από τους ιατρούς, που μπορεί να είναι πιο ενημερωμένοι ως προς την εμπειρική και θεωρητική επίγνωση των συμπτωμάτων των ασθενών αλλά συχνά χάνουν πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τις ανησυχίες και τις αξίες των ασθενών και των οικογενειών τους. Τέλος, αν και οι ιατροί είναι υπεύθυνοι για τη συνταγογράφηση και τον έλεγχο των συμπτωμάτων, ενώ οι νοσηλευτές είναι κυρίως υπεύθυνοι για την εφαρμογή οποιουδήποτε σχεδίου δυστυχώς, σε πολλές μελέτες έχει σημειωθεί σύγκρουση μεταξύ νοσηλευτών / νοσηλευτριών και ιατρών, συμπεριλαμβανομένων ανησυχιών για εκτός ελέγχου και κακής ποιότητας επικοινωνία.

Οι νοσηλευτές είναι συνεχώς αντιμέτωποι με τον πόνο του ασθενούς, είτε προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις ή από την ίδια την ασθένεια. Οι ιατροί, ωστόσο, πρέπει να «υπογράψουν» για τη ζωή των ασθενών και έτσι αισθάνονται το βάρος της ευθύνης για τις αποφάσεις αυτές και για το ενδεχόμενο λήψης λάθος απόφασης και το πρόωρο τέλος της ζωής ενός ασθενούς (Γαρυφάλλου Κ., κ.α. 2009).

- Ο Νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους Νοσηλευτές, τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό παραμερίζοντας κάθε διαφορά με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών.
- Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να τιμά τους συναδέλφους Νοσηλευτές κάθε βαθμίδος, εκπαίδευσης ή ειδίκευσης, τηρώντας την ιεραρχία. Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου συναδέλφων του.
- Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να συνεργάζεται αρμονικά με τους ιατρούς, ακολουθώντας με ακρίβεια τις ιατρικές οδηγίες, διατηρώντας συγχρόνως την επιστημονική του αυτοτέλεια και την ιδιότητά του σαν ισότιμο μέλος της θεραπευτικής ομάδας.
- Ο Νοσηλευτής οφείλει να συνεργάζεται με το λοιπό προσωπικό. Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου των ιατρών και του λοιπού προσωπικού.

Στην αρχή η σχέση μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών ήταν σαφής και απλή. Οι ιατροί ήταν ανώτεροι. Είχαν τη σκληρή γνώση που κατέστησε τους άρρωστους ανθρώπους καλύτερους. Οι νοσηλεύτριες, συνήθως γυναίκες, ήταν καλές αλλά όχι απαραίτητως πολύ πεπειραμένες. Ήταν υπεύθυνες για το δίπλωμα των μαξιλαροθηκών. Οι νοσηλεύτριες δεν θέραπευαν τους ασθενείς. (Radcliffe M, 2000)

### **1.1.3. Ρόλος Ιατρικού Προσωπικού**

Η προστασία του ιατρικού απορρήτου θεωρείται ένα από τα αρχαιότερα καθήκοντα του γιατρού απέναντι στον ασθενή. Η ιερότητα αυτής της υποχρέωσης του γιατρού ανάγεται στη σχέση πνευματικού-πιστού. Με τον ίδιο τρόπο, αποτελεί ηθικό αξίωμα ο ιατρός να διαφυλάσσει τα μυστικά του ασθενούς. Ήδη, πριν από την εποχή του Ιπποκράτη, όταν τη θεραπευτική ασκούσαν μάγοι ή ιερείς, αλλά και στην Αρχαία Βαβυλώνα, στις παραδόσεις των Σουμερίων και Σιμιτιών, στο Ρωμαϊκό Δίκαιο, ακόμα και σε άλλους μακρινούς πολιτισμούς, στη Βραχμανική περίοδο του Ινδικού λαού, στους

Μεσαιωνικούς χρόνους, βλέπουμε κυρίαρχο και πολύ έντονο το στοιχείο του ιατρικού απορρήτου. Η βάση του δικαιώματος του ασθενούς για προστασία του απορρήτου της προσωπικής του ζωής είναι η εμπιστοσύνη που διέπει τη σχέση γιατρού-ασθενούς. Ο ασθενής, εμπιστευόμενος τον ιατρό του, θα του αποκαλύψει εμπιστευτικές πληροφορίες για την υγεία του και τον εαυτό του και αξιώνει οι πληροφορίες αυτές να παραμείνουν μυστικές. (Keir-Wise-Krebs, 2002)

#### 1.1.4. Σχέση Ιατρικής και Νοσηλευτικής

Η σχέση μεταξύ της ιατρικής και νοσηλευτικής θα πρέπει να είναι πάντοτε εγκάρδια και συνεργάσιμη, να υπάρχουν γνώσεις, να υπηρετούν την κοινωνία καθώς να υπάρχει και πειθαρχία. Η πειθαρχία είναι κάπως διαφορετική σαν ορισμός στους νοσηλευτές και στους ιατρούς. Η πειθαρχία στην ιατρική επικεντρώνεται στις ασθένειες και στην θεραπεία των ασθενών. (Rosemarie Rizzo Parse, 2005) Οι ιατρικές δεξιότητες βρίσκονται σε τομείς της διάγνωσης και θεραπείας, και καθήκον τους είναι να εκτελούν αυτές τις δεξιότητες με ανθρώπινο τρόπο, που να μην προκαλεί βλάβη και να προωθεί τη γενικότερη υγεία της κοινωνίας. Τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι ιατροί λογοδοτούν άμεσα προς την κοινωνία, έχοντας συνεργατικές ευθύνες ο ένας έναντι του άλλου.

Απαραίτητη η επικοινωνία μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών ώστε να μην παραμείνει ως ένα άλλο ζήτημα η βιωσιμότητα και η ζωτικότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Κατά συνέπεια, η ανάπτυξη των προτύπων παράδοσης υγείας που θα επιτρέψει την αποτελεσματική διεπιστημονική επικοινωνία, τη συνεργασία και τη σοφότερη χρήση των περιορισμένων πόρων στην υγειονομική περίθαλψη είναι ουσιαστική. Τονίζονται απαραίτητα στοιχεία για τη σωστή σχέση εργασίας νοσηλευτή - ιατρού, όπως η ομαδική εργασία, ο σεβασμός, η καλή επικοινωνία και σε γενικές γραμμές πώς τα άτομα πρέπει να συμπεριφερθούν για να επιτύχουν τις καλές σχέσεις εργασίας.

Οι παραδοσιακές σχέσεις είναι δύσκολο να αλλάξουν στο περιβάλλον των ασθενών. Οι θεσμικοί και επαγγελματικοί κανόνες αναβάλλουν ακόμα στην ιατρική λήψη αποφάσεων, τον κώδικα των νοσηλευτών δεοντολογίας και τις διοικητικές γραμμές υπευθυνότητας. Η ρύθμιση ασθενών δίνει έμφαση σε μια ουσιαστική πτυχή της σχέσης –



νοσηλευτών ιατρών και στην αμοιβαία αλληλεξάρτηση τους. Κανένας δεν μπορεί να λειτουργήσει ανεξάρτητα από τον άλλο. Εάν ο ψυχίατρος είναι ο αρμόδιος ιατρικός ανώτερος υπάλληλος και ένας ασθενής είναι στο τμήμα διανοητικής υγείας, εκείνος ο ψυχίατρος εξαρτάται από τις νοσηλεύτριες για τη συγκράτηση και την ασφαλή προσοχή του ασθενή.

## 1.2. Κίνδυνοι για την Υγεία του Ιατρικού Προσωπικού

Οι βιολογικοί παράγοντες (π.χ. ιοί ηπατίτιδας, HIV), τα μυοσκελετικά φορτία, οι χημικές ουσίες (π.χ. κυτταροστατικά, αναισθητικά αέρια), η ακτινοβολία, το άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση, η βία, το κυλιόμενο ωράριο, οι άνισες ευκαιρίες, η έλλειψη συμμετοχής και πληροφόρησης και οι φυσικοί παράγοντες (π.χ. ο θόρυβος, θερμικό περιβάλλον) αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου στο εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου (Πίνακας 1.1.)

**Πίνακας 1.1.** Ενδεικτικοί κίνδυνοι υγεία ανά τμήμα και ειδικότητα στα νοσοκομεία

ΚΙΝΔΥΝΟΙ	ΤΜΗΜΑ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ
<b>ΦΥΣΙΚΟΙ</b>		
Ακτινοβολία	Ακτίνες Χ, τμήμα ισοτόπων, θάλαμοι, ΜΕΘ, χειρουργείο, ΤΕΠ, οδοντιατρικό τμήμα	Ακτινολόγοι, ραδιολόγοι, τεχνολόγοι και τεχνικοί, νοσηλευτές, γιατροί, φυσιοθεραπευτές, οδοντίατροι και βοηθοί.
Θόρυβος	ΜΕΘ, ΤΕΠ, ορθοπαιδικά χειρουργεία, παιδιατρικό	Νοσηλευτές, ιατροί
Μικροκλίμα	Κεντρικό τμήμα αποστείρωσης, χειρουργεία	Βοηθοί νοσηλευτές
Σκόνη	Ιατρείο τοποθέτησης γύψων, οδοντιατρικά εργαστήρια	Νοσηλευτές ιατρείου γύψων, οδοντοτεχνίτες
<b>ΧΗΜΙΚΟΙ</b>		
Αντισηπτικά απολυμαντικά	Όλα τα τμήματα	Προσωπικό χειρουργείων, νοσηλευτικό προσωπικό.
Κυτταροτοξικά	Ογκολογικό, ρευματολογικό, θάλαμοι	Νοσηλευτές, γιατροί
Οξείδιο του	Κεντρικό τμήμα	Νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτές

ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;

αιθυλενίου	αποστείρωσης, χειρουργεία	
Φορμαλδεΰδη	Νεκροτομείο, εργαστήρια	Παθ/ανατομικοί,
Αέρια αναισθησίας	Οδοντιατρικό, χειρουργείο, αίθουσα ανανήψεως	Οδοντίατροι, νοσηλευτές, χειρουργοί, αναισθησιολόγοι
<b>ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ</b>		
AIDS, ηπατίτιδα B, A και C	ΤΕΠ, θάλαμοι, χειρουργεία, οδοντιατρικό, εργαστήρια, νεφρολογικό	Χειρουργοί, νοσηλευτές.
Κυτταρομεγαλοϊός	Μαιευτικό –γυναικολογικό, παιδιατρικό,	Λεχώνες
Ερυθρά	Παιδιατρικό	Όλοι οι επαγγελματίες Υγείας
Φυματίωση	Πνευμονολογικό, θάλαμοι, εργαστήρια	Φυσιοθεραπευτές, πνευμονολόγοι
<b>ΕΡΓΟΝΟΜΙΚΟΙ</b>		
Χειρισμός φορτίων και διακίνηση ασθενών	Θάλαμοι, εξωτερικά ιατρεία, ΤΕΠ, ΜΕΘ, χειρουργεία	Νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτές
Κοπιαστικές σωματικές στάσεις	Όλα τα τμήματα	Όλοι οι Επαγγελματίες Υγείας
<b>ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ</b>		
Βία, επιθετικότητα	ΤΕΠ	Ιατροί, νοσηλευτές
Συναισθηματική Φόρτιση	Θάλαμοι, ΜΕΘ	Ιατρικό και Νοσηλευτικό Προσωπικό σε επαφή με ασθενείς
<b>ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟΙ</b>		
Έλλειψη ελέγχου, κυλιόμενο ωράριο, υπερωρίες, ανασφάλεια και απειλή	Όλα τα τμήματα	Όλοι οι Επαγγελματίες Υγείας

ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

ΤΕΠ: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Τροποποιημένο από Sinclair W. The Hazards of Hospital Work. London: Allen & Unwin, 1988.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ΟΝ</sup> ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

### 2.1. Θεωρητική Προσέγγιση

Βασική προϋπόθεση ολοκλήρωσης του ανθρώπου και υψηλού επιπέδου Ποιότητας Ζωής, αποτελεί η υγεία του ατόμου, η οποία αναγνωρίζεται και ως η σημαντικότερη επιθυμητή κατάσταση ύπαρξης (Rokeach, 1973). Είναι επομένως αντιληπτό ότι θεμελιώδης προσδιορισμός της ποιότητας ζωής είναι η υγεία ως προς τις ατομικές και κοινωνικές της διαστάσεις και τις υποκειμενικές και αντικειμενικές της παραμέτρους.

Η σημασία αυτή, που έχει για τον άνθρωπο η ποιότητα ζωής, αναγνωρίζεται από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ), μέσα από διάφορες διακηρύξεις και συμβάσεις (Νάκου, 2001). Η διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του ΟΗΕ, το 1948, παρά του ότι δεν περιέχει τον όρο «ποιότητα ζωής», καλύπτει την έννοια της, στο άρθρο 3 και 25, που αφορούν αντίστοιχα τα θεμελιώδη δικαιώματα «ζωής, ελευθερίας, ασφάλειας» και «επίπεδο ζωής που εξασφαλίζει υγεία και ευεξία». Στη Διακήρυξη του Ρίο για το Περιβάλλον και την Ανάπτυξη (UN, 1993), δηλώνετε στην Αρχή 1: «Οι άνθρωποι στο επίκεντρο των προβληματισμών για μια αειφόρο ανάπτυξη. Δικαιούνται μια ζωή υγιεινή και παραγωγική στην αρμονία με τη φύση» και στην Αρχή 8, γίνεται αναφορά στον σκοπό της επίτευξης «...ανώτερης ποιότητας ζωής για όλους τους ανθρώπους».

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, το 1946, στο σύνταγμά του, ορίζει την υγεία ως «κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας» υιοθετώντας κατά έναν τρόπο μια νέα θεωρητική προσέγγιση της υγείας, όπως αυτή συμπυκνώνεται στο βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995). Παρουσιάζεται δηλαδή η ποιότητα ζωής ως ένα σύμπλεγμα παραμέτρων με τρεις διαστάσεις: την σωματική, τη ψυχική και την κοινωνική ευεξία (Σχήμα 2.1).



Σχήμα 2.1. Βασικά στοιχεία της Ποιότητας Ζωής. Πηγή: Yfantopoulos (2001)

Η σωματική ευεξία αφορά την εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του και εξετάζεται σ' αυτή η νοσηρότητα, ο πόνος και το επίπεδο σωματικής λειτουργίας. Στη ψυχική ευεξία μελετάται η ψυχοσυναισθηματική προσαρμοστικότητα του ατόμου με κλίμακες που αφορούν την αυτοεκτίμηση, την ευεξία, τη συνολική ικανοποίηση, αλλά και το άγχος, την κατάθλιψη και την ικανότητα προσαρμογής. Η κοινωνική ευεξία αντανακλά, το βαθμό γενικής ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του, τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, την άσκηση κοινωνικών ρόλων, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινωνική στήριξη από το στενό του περιβάλλον (Βέμη, 2007).

Ακολουθεί από τον ΠΟΥ, η εκστρατεία για «Υγεία για όλους» με στόχους και σκοπούς: δίδοντας υγεία στη Ζωή, προσθήκη χρόνων στη ζωή, ισότητα στην υγεία και προσθήκη

ζωής στα χρόνια. Ακολουθώντας το 1991, ο ΠΟΥ, στα πλαίσια του στόχου, «Υγεία για όλους» προχωρεί σε συγκεκριμένη αναφορά για την ποιότητα ζωής: «όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό υγείας, για να μπορέσουν να ζήσουν ζωές που τους ικανοποιούν κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά», διευρύνοντας έτσι τις διαστάσεις και εμπλουτίζοντας το περιεχόμενο του όρου «ποιότητα ζωής».

## 2.2. Ορισμός της Ποιότητας Ζωής

Η Ποιότητα Ζωής έχει απασχολήσει από αρχαιοτάτους χρόνους τους Έλληνες φιλόσοφους. Ο Αριστοτέλης, στο σύγγραμμα του “Ηθικά Νικομάχεια”, απέδιδε τους όρους Ποιότητα Ζωής (ευ ζην) και ευημερία (ευ πράττειν) με τη λέξη “ευδαιμονία”, δηλαδή “το τέλειο και αυτάρκες αγαθό”, που αποτελεί τον τελικό σκοπό των πράξεων του ανθρώπου (Τσαμπούκος Ν., 2010). Πολύ αργότερα, ο Shaw, διαχώρισε την ευτυχία από την Ποιότητα Ζωής, λέγοντας ότι η πρώτη μπορεί να θυσιαστεί προκειμένου η δεύτερη να γίνει πιο ουσιαστική (Fayers PM, Machin D., 2000). Ο McCall αργότερα υποστήριξε ότι η Ποιότητα Ζωής συνίσταται στην ύπαρξη και στη δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μια δεδομένη κοινωνία ή περιοχή (McCall S., 1975).

Μετά το 1979, οι Zautra και Goodman και αργότερα ο Lehman, υποστήριξαν ότι για την αποσαφήνιση και τον εννοιολογικό προσδιορισμό της έννοιας Ποιότητα Ζωής, είναι απαραίτητος τόσο ο συνδυασμός αντικειμενικών όσο και υποκειμενικών παραγόντων και δεικτών. Οι αντικειμενικοί αφορούν στο τί είναι το άτομο ικανό να κάνει και στην πρόσβαση που έχει σε πόρους και ευκαιρίες, ώστε να μπορεί να χρησιμοποιήσει τους πόρους αυτούς για την επίτευξη των ενδιαφερόντων του. Οι υποκειμενικοί παράγοντες αφορούν στο αίσθημα ψυχικής ευεξίας που βιώνει το άτομο (Βεσκούκη Γ. κ.α. 2011).

Η συζήτηση για τον ορισμό και τους συντελεστές της Ποιότητα Ζωής συνεχίζεται και σήμερα, όπως και η διαφορά απόψεων μεταξύ των επιστημόνων και των απλών ανθρώπων. Η οικονομολογική προσέγγιση εστιάζει στην κατανομή οικονομικών πόρων, στη σύγκριση κρατών, στο Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ) και στη φτώχεια (Νάκου Σ. 2001), ενώ τα πιο πρόσφατα μοντέλα της κοινωνιολογίας και της ψυχολογίας συνδυάζουν τους ψυχολογικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες σε τρεις

σφαίρες: τις εξωτερικές συνθήκες (οικονομία, εργασία, στέγη), τις διαπροσωπικές σχέσεις (οικογένεια, σχέση, σύντροφος) και την εσωτερική ισορροπία (αυτοεκτίμηση, διάθεση) (Υφαντοπούλος, 2001). Τα τελευταία χρόνια τονίζεται επίσης και η σημασία της Ποιότητας Ζωής στην παιδική ηλικία και η συσχέτισή της με την ευεξία και την επιτυχία στην ενήλικη ζωή (Νάκου Σ. 2001).

Με την απουσία ενός γενικά αποδεκτού ορισμού, πολλοί ερευνητές τα τελευταία χρόνια υποστήριξαν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι, του δυτικού κυρίως κόσμου, γνωρίζουν καλά την έκφραση Ποιότητα Ζωής και ενστικτωδώς καταλαβαίνουν τί περιλαμβάνει αυτή η έννοια.

Μετά όμως από προσεκτική παρατήρηση της Ποιότητας Ζωής, από τον εκάστοτε άνθρωπο, αυτή σημαίνει διαφορετικά πράγματα για τον καθένα, που αποδίδουν και διαφορετική κάθε φορά σημασία, αναλόγως με το εκάστοτε αντικείμενο ενδιαφέροντος τους (Οικονόμου Μ. κ.α. 2001).

Κλινικά η έννοια της ποιότητας ζωής έχει διαφορετική υπόσταση κάθε φορά, σχετιζόμενη με την ιστορική εποχή, την ειδικότητα, τα βιώματα, το πολιτισμικό περιβάλλον ή τις επικρατούσες συνθήκες. Γίνεται μεν αντιληπτή ως φιλοσοφική έννοια που σχετίζεται με την υγεία (Βαλάσση - Αδάμ Ε. 2001).

Εν κατακλείδι η Ποιότητα Ζωής, είναι το προϊόν των φυσικών χαρισμάτων του ατόμου σε συνδυασμό με την επίδραση της οικογένειας και της κοινωνίας, ή αλλιώς, η προσωπική δήλωση των θετικών και αρνητικών χαρακτηριστικών τα οποία προσδιορίζουν τη ζωή ενός ατόμου (Bowling A. 1997). Επομένως, η Ποιότητα Ζωής εκτός από ευρεία έννοια, είναι και υποκειμενική και ευμετάβλητη, με πολλαπλές διαστάσεις και χαρακτηριστικά, που καθιστούν μάλλον αδύνατη την ακριβή ποσοτικοποίηση και μέτρηση της (Υφαντόπουλος Γ, Σαρρής Μ., 2001).

### **2.3. Παράγοντες που επηρεάζουν και καθορίζουν την Ποιότητα Ζωής**

Η Ποιότητα Ζωής διαμορφώνεται από τη φυσική υπόσταση και τη σωματική υγεία των ατόμων, την ψυχική τους κατάσταση, το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζουν, καθώς και από τις σχέσεις που αναπτύσσουν. Η υγεία αναγνωρίζεται, σύμφωνα με νεότερες

θεωρίες, ως ένας μόνο από τους παράγοντες που προσδιορίζουν την Ποιότητα Ζωής(Σαρρής Μ. κ.α., 2001),. Μια πληθώρα από άλλους, επιμέρους παράγοντες μπορούν να προσδώσουν ποιοτικά χαρακτηριστικά στη ζωή των ατόμων (Θεοφίλου Π., 2010; Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. 1997):

- Κλίμα και γεωφυσικές συνθήκες τόπου διαμονής.
- Επίπεδο διαταραχής οικολογικής ισορροπίας.
- Οικιστικό περιβάλλον.
- Διατροφικές συνήθειες, τρόπος ζωής και έξης.
- Γενικότερη κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών.
- Σωματικές αναπηρίες ή χρόνια νοσήματα.
- Προσαρμοστικότητα σε νέες συνθήκες.
- Πολιτιστικό μόρφωμα.
- Θρησκευτικές πεποιθήσεις και δοξασίες.
- Εκπαίδευση και επιμόρφωση.
- Επίπεδο κοινωνικο-οικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης.
- Άγχος για την ασθένεια ή το θάνατο.
- Βαθμός εμπιστοσύνης στις κοινωνικές σχέσεις.
- Χαρακτηριστικά κοινωνικών σχέσεων.
- Επάγγελμα και περιβάλλον εργασίας- stress.
- Βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Παραγωγικές διαδικασίες – αποκλεισμός εργασίας.
- Εισόδημα και τρόπος διανομής - διαχείρισης.

- Ποιότητα διαθέσιμης ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης.

Έτσι, για να διαχωριστεί η γενική τοποθέτηση από τα θέματα που αφορούν στην υγεία και να περιοριστεί το εύρος της έννοιας Ποιότητα Ζωής ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην επιστημονική έρευνα, γεννήθηκε ο όρος Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (Health Related Quality of Life).

#### **2.4. Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής**

Ο όρος της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής παρουσιάζει επίσης ασάφειες οι οποίες ποικίλουν (Οικονόμου Μ, κ.α., 2001).

Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής μπορεί να οριστεί ως η λειτουργικότητα στη φυσική, συναισθηματική και κοινωνική διάσταση της ζωής με συνυπολογισμό της ευεξίας, όπως αυτή εκτιμάται από τον κάθε άνθρωπο (Bullinger M. 2003), ήσαν την αξία που αποδίδεται στο χρόνο επιβίωσης, όπως αυτή τροποποιείται από τις βλάβες, τις διάφορες καταστάσεις λειτουργικότητας, τις προσδοκίες και τις κοινωνικές ευκαιρίες (Υφαντόπουλος Γ., 2007).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί ένα ειδικό πεδίο έρευνας, στο οποίο περιλαμβάνονται οι πλευρές της ζωής των ατόμων που επηρεάζονται τόσο από την προσωπική υγεία όσο και από τις δραστηριότητες που στοχεύουν στη διατήρηση ή τη βελτίωση της υγείας. Είναι μια υποκειμενική αντίληψη του επιπέδου υγείας, η οποία επικεντρώνεται στην επίδραση που έχει μια συγκεκριμένη κατάσταση υγείας στην ικανότητα του ατόμου να ζήσει μια ικανοποιητική ζωή. Με άλλα λόγια, πρόκειται για μια πολυδιάστατη έννοια με διττό χαρακτήρα, που αφορά στις θετικές και τις αρνητικές όψεις της ευεξίας και της ζωής και περιλαμβάνει τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική υγεία. Επίσης, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί μια δυναμική έννοια, η εκτίμηση της οποίας μεταβάλλεται καθώς τροποποιείται το επίπεδο υγείας, οι σχέσεις, οι εμπειρίες και οι ρόλοι του ατόμου (Υφαντόπουλος Γ., 2007).

Σημαντικό ρόλο στη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής παίζουν και οι προσδοκίες των ατόμων για βελτίωση της υγείας τους, οι κοινωνικές ευκαιρίες για τη



βελτίωση της λειτουργικότητάς τους και οι πολιτικές υγείας, που πιθανά επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τις συνθήκες διαβίωσής τους.

## **2.5. Μέτρησης της Υγείας και της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής**

Το ενδιαφέρον για την ανάπτυξη και τη χρήση των εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής έχει αρχίσει τα τελευταία χρόνια. Τα πρώτα ερωτηματολόγια για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής εμφανίστηκαν στη δεκαετία του 1970 και είχαν ως στόχο την πολυδιάστατη προσέγγιση της μέτρησης του υγειονομικού αποτελέσματος, συμπεριλαμβάνοντας μετρήσεις της σωματικής, της ψυχικής και της κοινωνικής υγείας. Από το 1970 και μετά, έχει παρατηρηθεί στην ιατρική βιβλιογραφία ένας σταθερά αυξανόμενος αριθμός ερευνών, οι οποίες περιλαμβάνουν την έννοια της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία του ατόμου. Σήμερα, οι περισσότερες μελέτες για τα αποτελέσματα κλινικών παρεμβάσεων περιλαμβάνουν κάποιας μορφής μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (Υφαντόπουλος Γ., 2007).

Οι κυριότεροι λόγοι που επιβάλλουν την αποτίμηση της υγείας ενός πληθυσμού, είναι: Επιδημιολογικοί για την παρακολούθηση της φυσικής πορείας και εξέλιξης των νόσων, Ιατρικοί – δεοντολογικοί για την αποτίμηση της διαχείρισης των νόσων και της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων θεραπειών, Οικονομικοί για την εκτίμηση και αξιολόγηση των αναγκών σε πόρους, την ορθολογική τους διάθεση και το σχεδιασμό υγειονομικών παρεμβάσεων, Ερευνητικοί για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας παλαιών ή νέων θεραπειών και Ακαδημαϊκοί για την καταξίωση στο συγκεκριμένο πεδίο έρευνας των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την Ποιότητα Ζωής.

Για πολλές δεκαετίες, η μέτρηση της υγείας και οι υγειονομικές εκτιμήσεις ενός πληθυσμού γίνονταν μέσω δεικτών και βάσει του βιοϊατρικού μοντέλου. Οι δείκτες αυτοί μετρούσαν συνήθως αρνητικές πλευρές της φυσικής κατάστασης και προκειμένου να συγκριθούν απαιτούσαν ηλικιακή διαστρωμάτωση ή εφαρμογή της μεθόδου προτύπωσης

(Ιωαννίδη Ε, κ.α. 1999):

### Δείκτες θνησιμότητας

Αναφέρονται σε αναλογίες αποθανόντων από κάποια αιτία ή ανεξαρτήτως αιτίας, μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο, σε σχέση με κάποια μονάδα μεγέθους του πληθυσμού (π.χ. σε 1.000 άτομα). Περιλαμβάνουν το μέσο όρο ζωής, την περιγεννητική και νεογνική θνησιμότητα, τους δείκτες θνησιμότητας ανά ασθένεια ή κατηγορία ασθενών και το προσδόκιμο επιβίωσης.

#### Δείκτες θνητότητας

Αναφέρονται σε ποσοστά αποθανόντων σε σχέση με τον πληθυσμό που πάσχει από κάποιο συγκεκριμένο νόσημα.

#### Νοσοκομειακοί δείκτες

Πρόκειται για δείκτες διάθεσης και χρήσης υγειονομικών πόρων, που προκύπτουν από την καταγραφή των παροχών διαφόρων υπηρεσιών υγείας – ετήσιες εισαγωγές ασθενών, αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων, ημέρες νοσηλείας κ.ά.

#### Δείκτες νοσηρότητας

Διακρίνονται στους δείκτες επιπολασμού (εκφράζουν τη συχνότητα εμφάνισης μιας νόσου σε μια ορισμένη χρονική στιγμή και είναι κατάλληλοι για την καταγραφή και παρακολούθηση των χρόνιων παθήσεων) και επίπτωσης (αναφέρονται στην επέλευση της νόσου, δηλαδή τη συχνότητα εμφάνισης νέων περιστατικών μίας πάθησης σε μια ορισμένη χρονική περίοδο και είναι κατάλληλοι κυρίως για την εκτίμηση των αναγκών και την αντιμετώπιση λοιμωδών νοσημάτων βραχείας διάρκειας).

Οι κλασικοί δείκτες μπορεί να καταγράφουν τις επιπτώσεις και τη διάρκεια των ασθενειών στην κοινωνία, αλλά βασιζόμενοι σε απολογιστικά στοιχεία των υγειονομικών μονάδων δεν αποδίδουν τον πραγματικό αντίκτυπο που έχουν στη ζωή των ασθενών τα νοσήματα και οι επιπλοκές τους. Οι κλασικοί δείκτες δεν αξιολογούν επίσης την οπτική γωνία του ασθενούς, ούτε δίνουν αξιοποιήσιμα στοιχεία για την εκτίμηση των κοινωνικών αποτελεσμάτων μιας νόσου ή της θεραπευτικής της αγωγής.

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής υπολογίζεται με τη χρήση σταθμισμένων ερωτηματολογίων. Τα ερωτηματολόγια αυτά βασίζονται σε ένα κοινό θεωρητικό

υπόβαθρο, σύμφωνα με το οποίο η μέτρηση της βιολογικής λειτουργικότητας είναι βασικός αλλά όχι επαρκής δείκτης αξιολόγησης της υγείας. Πέρα, όμως, από τη διαπίστωση της καλής λειτουργίας των οργανικών συστημάτων, η οποία αντιπροσωπεύει το παραδοσιακό βιοϊατρικό πρότυπο για την υγεία, σημαντική κρίνεται και η ανάγκη αξιολόγησης της γενικής ευεξίας και της λειτουργικότητας του ατόμου σε όλους τους τομείς της ζωής του (Υφαντόπουλος Γ., 2007).

### **2.5.1. Ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας**

Τα ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας αξιολογούν συγκεκριμένες πλευρές του επιπέδου υγείας του ατόμου, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, χωρίς ωστόσο να αναφέρονται σε συγκεκριμένες ιατρικές διαγνώσεις. Είναι πολυδιάστατα εργαλεία, τα οποία αξιολογούν τουλάχιστον τέσσερις διαστάσεις υγείας: τη σωματική λειτουργικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα, την ψυχική υγεία και τις αντιλήψεις γενικής υγείας.

Οι κλίμακες γενικού επιπέδου της υγείας επιτρέπουν στον ερευνητή τη διεύρυνση της μέτρησης του υγειονομικού αποτελέσματος και παράλληλα παρέχουν τη δυνατότητα συγκρίσεων ανάμεσα σε ασθενείς που βρίσκονται σε διαφορετικές καταστάσεις υγείας. Οι κλίμακες αυτές επιχειρούν τη μέτρηση της ποιότητας ζωής του ατόμου βασιζόμενες κατά κύριο λόγο στο βαθμό πραγματοποίησης των καθημερινών και των κοινωνικών του δραστηριοτήτων.

Από την άλλη πλευρά, ένα σημαντικό μειονέκτημα αυτών των ερωτηματολογίων είναι ότι δεν οδηγούν στον εντοπισμό συγκεκριμένων στοιχείων μιας ασθένειας, τα οποία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Για το λόγο αυτόν, αρκετοί κλινικοί ερευνητές τονίζουν ότι τα εργαλεία γενικού επιπέδου υγείας πρέπει να συμπληρώνονται από ερωτηματολόγια εξειδικευμένα για κάθε ασθένεια, προκειμένου να μπορούν να ανιχνευτούν σημαντικές κλινικές αλλαγές.

Σημαντικός αριθμός ερωτηματολογίων έχει σχεδιαστεί για τη μέτρηση του γενικού επιπέδου υγείας και τη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Μερικά από τα πλέον διαδεδομένα είναι τα εξής (Torrance Gw. 1976; Kind P. 2001; Kind P, Dolan P, Gudex C, Williams A. 1998):

– Υγειονομική απεικόνιση του Nottingham (Nottingham health profile)

Σχεδιάστηκε για να παρέχει έναν περιεκτικό δείκτη των σωματικών, κοινωνικών και συναισθηματικών προβλημάτων υγείας του ατόμου. Αρχικά, χρησιμοποιήθηκε στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με σκοπό την αξιολόγηση των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού. Περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με το επίπεδο ενεργητικότητας, τις συναισθηματικές αντιδράσεις, την αϋπνία, την κοινωνική απομόνωση, τη δυσανεξία και άλλες φυσιολογικές λειτουργίες. Κάθε επίπεδο που μελετάται προσδιορίζεται σε σχέση με την απόκλιση από τη «φυσιολογική» κατάσταση και οι ερωτηθέντες απαντούν με «Ναι» ή «Όχι». Τέλος, οι ερωτήσεις δίνουν κυρίως έμφαση στην υποκειμενική εκτίμηση των ερωτηθέντων για το επίπεδο της υγείας τους.

– Απεικόνιση επιπτώσεων της ασθένειας (sickness impact profile)

Η απεικόνιση επιπτώσεων της ασθένειας εντοπίζει τις αλλαγές στη συμπεριφορά ενός ατόμου λόγω της ασθένειάς του. Το βασικό πλεονέκτημα της κλίμακας αυτής, έναντι άλλων κλιμάκων, είναι ότι επικεντρώνεται στη συμπεριφορά και οι συμπεριφορές, σε αντίθεση με τα συναισθήματα, είναι παρατηρήσιμες και μπορούν να υπολογιστούν αντικειμενικά. Οι συμπεριφορές που περιλαμβάνει η κλίμακα αντιστοιχούν σε παγκόσμια πρότυπα συμπεριφοράς και επηρεάζονται από μια κατάσταση ασθένειας ανεξάρτητα από τις ειδικότερες συνθήκες, τη θεραπεία, τα ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενούς ή την πρόγνωση. Η κλίμακα περιλαμβάνει 12 ομαδοποιημένες κατηγορίες ερωτήσεων, σύμφωνα με τις σωματικές και τις ψυχοκοινωνικές καταστάσεις του ατόμου.

– Γενικοί πίνακες κατάταξης της υγείας (general health -rating index)

Η συγκεκριμένη κλίμακα αξιολογεί την υγεία, συνεκτιμώντας την προηγούμενη, την παρούσα και τη μελλοντική κατάσταση υγείας του ατόμου, καθώς και την αντίληψη και την ευαισθησία του στην ασθένεια.

– Κλίμακα ευεξίας (quality of well-being scale, QWB)

Η QWB είναι ένα γενικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής, το οποίο περιλαμβάνει μια σειρά συμπτωμάτων καθώς και τρεις διαστάσεις επιπέδων υγείας: κινητικότητα, σωματική δραστηριότητα και κοινωνική δραστηριότητα. Η κλίμακα ευεξίας συνοψίζει

σε ένα δείκτη το σύνολο των συμπτωμάτων του ατόμου και το επίπεδο ανικανότητάς του. Χρησιμοποιείται τόσο ως δείκτης αποτελέσματος όσο και στην εκτίμηση της παρούσας και της μελλοντικής ανάγκης για φροντίδα. Η κλίμακα έχει σταθμιστεί για να μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μεμονωμένα άτομα αλλά και στο σύνολο του πληθυσμού, καθώς και για ειδικότερους πληθυσμούς, όπως σε ασθενείς με αρθρίτιδα και φορείς HIV. Σκοπός της κλίμακας είναι η ποσοτικοποίηση του υγειονομικού αποτελέσματος οποιασδήποτε θεραπείας σε όρους ποιοτικά προσδιορισμένων χρόνων ζωής. Ένα «έτος ευεξίας» της κλίμακας είναι ισοδύναμο με ένα έτος σε κατάσταση πλήρους υγείας. Η κλίμακα βασίζεται σε ένα τρισδιάστατο μοντέλο για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας. Επίσης, η αξιολόγηση της υγείας αρχίζει με μια αντικειμενική εκτίμηση του επιπέδου λειτουργικότητας, ενώ, στη συνέχεια, για κάθε επίπεδο λειτουργικότητας αποδίδεται ένας βαθμός, ο οποίος αντιπροσωπεύει τη χρησιμότητα του συγκεκριμένου επιπέδου για το άτομο. Τέλος, η αξιολόγηση της υγείας βασίζεται στην εκτίμηση όχι μόνο της παρούσας κατάστασης υγείας αλλά και της μελλοντικής πρόγνωσης.

– Health utilities index (HUI)

Το HUI είναι ένα γενικό εργαλείο, το οποίο περιγράφει την κατάσταση υγείας ενός ατόμου σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Χρησιμοποιεί μια σειρά διαστάσεων του επιπέδου υγείας, όπως όραση, ακοή, λόγος, επιδεξιότητα, γνωστική ικανότητα, πόνος και συναίσθημα. Η μέτρηση της χρησιμότητας στο συγκεκριμένο εργαλείο γίνεται με την οπτική αναλογική κλίμακα και μια τεχνική που βασίζεται στη θεωρία των παιγνίων.

– Index of health-related quality of life

Το index of health-related quality of life είναι ένα εργαλείο μέτρησης της κοινωνικής, της ψυχολογικής και της σωματικής λειτουργικότητας, το οποίο βασίζεται σε ένα πολυδιάστατο σύστημα ταξινόμησης και αποδίδει ένα γενικό δείκτη υγείας. Παρόλο που οι περισσότερες ερωτήσεις έχουν έναν προσανατολισμό σε ψυχιατρικά περιστατικά, το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται και σε άλλες κατηγορίες ασθενών. Περιλαμβάνει τρεις βασικές διαστάσεις (ανικανότητα, δυσανεξία, συναισθηματική κατάσταση), οι οποίες, στη συνέχεια, υποδιαιρούνται σε επιμέρους χαρακτηριστικά. Η κλίμακα ενσωματώνει τα αποτελέσματα σε ένα αναλυτικό υγειονομικό προφίλ, καθώς και σε ένα δείκτη υγείας, ο

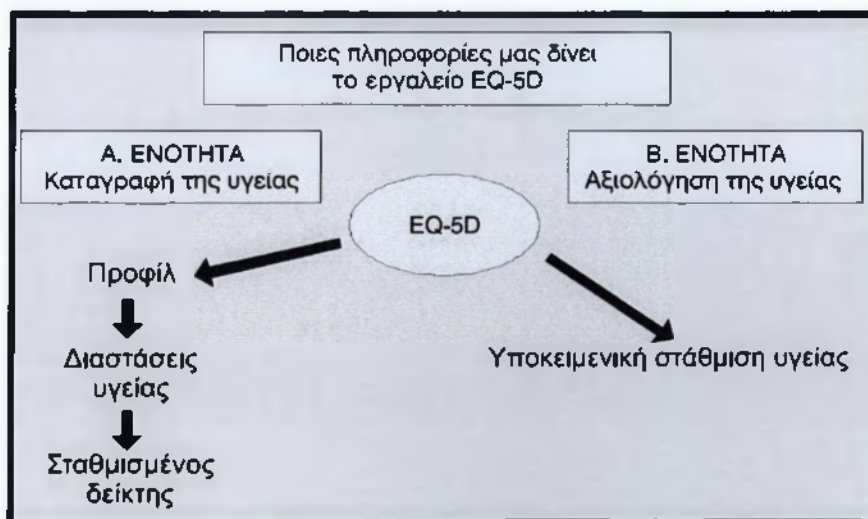
οποίος υπολογίζεται με βάση τη βαθμολογία του υποκειμένου στις τρεις βασικές διαστάσεις.

– EuroQoL (European quality of life scale)

Το 1987, στο Πανεπιστήμιο του York της Αγγλίας συναντήθηκε μια ομάδα έμπειρων ερευνητών από πέντε ευρωπαϊκές χώρες με κύριο στόχο τη δημιουργία ενός «απλού» και «κατανοητού» εργαλείου για τη μέτρηση της κατάστασης υγείας και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού.

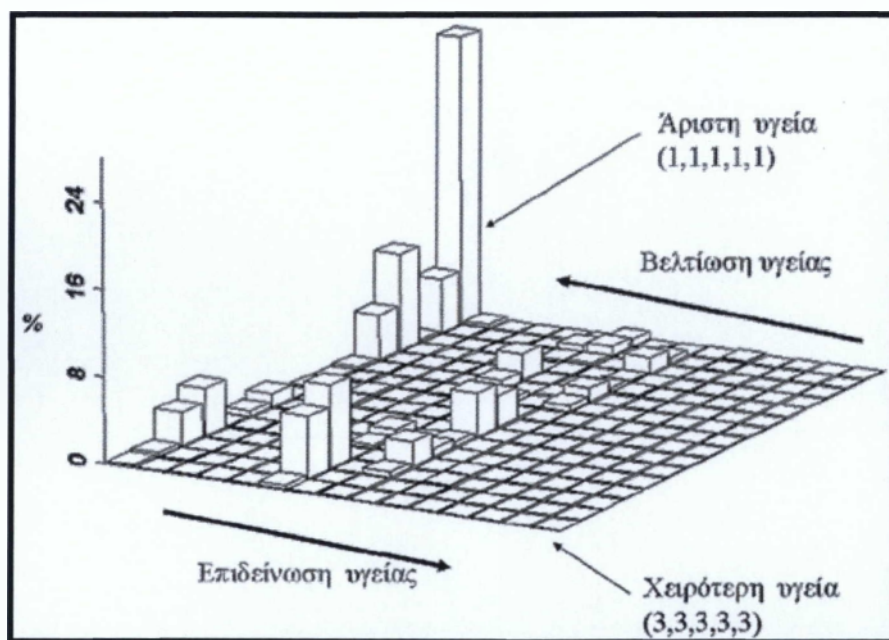
Μετά από πολλές συναντήσεις και «πειραματικές» εφαρμογές σε κοινωνικές έρευνες πεδίου και σε κλινικές μελέτες κατέληξαν σε ένα επιστημονικό εργαλείο, το οποίο ονομάστηκε EuroQoL (European quality of life). Ο πνευματικός πατέρας του εργαλείου αυτού ήταν ο καθηγητής Alan Williams. Σε προηγούμενες μελέτες είχε συζητήσει εκτεταμένα την αναγκαιότητα μέτρησης των υγειονομικών αναγκών και την αποτίμηση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού με τη χρήση διαφορετικών κοινωνικών, οικονομικών και ψυχολογικών δεικτών. Η ομάδα του EuroQoL πρότεινε ένα αυτοσυμπληρούμενο εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, το οποίο αποτελείται από δύο μέρη:

Στο πρώτο μέρος καταγράφεται το προφίλ υγείας του ατόμου (Εικόνα 2.1)



Εικόνα 2.1. Η μέτρηση της υγείας με το EQ-5D.

Χρησιμοποιούνται πέντε διαστάσεις, που αναφέρονται (α) στην κινητικότητα, (β) στην αυτοεξυπηρέτηση, (γ) στις συνήθειες δραστηριότητες, (δ) στον πόνο-δυσφορία και (ε) στο άγχος-κατάθλιψη. Καθεμιά από τις διαστάσεις αυτές λαμβάνει τρεις τιμές: 1=κανένα πρόβλημα, 2=κάποια προβλήματα και 3=σημαντικά προβλήματα. Στο σύνολό τους καταγράφονται τρεις<sup>5</sup> καταστάσεις υγείας, που αντιπροσωπεύουν 243 περιπτώσεις. Η καλύτερη νοητή κατάσταση υγείας περιγράφεται με (11111), που σημαίνει ότι δεν υπάρχει κάποιο πρόβλημα όσον αφορά στην κινητικότητα, την αυτοεξυπηρέτηση, τις συνήθειες δραστηριότητες, τον πόνο και το άγχος. Η χειρότερη νοητή κατάσταση υγείας λαμβάνει τις τιμές (33333), που σημαίνει σημαντικά προβλήματα στις πέντε παραπάνω διαστάσεις. Στην εικόνα 2.2 παρουσιάζονται οι εναλλακτικές τιμές που μπορεί να λάβει ο αλγόριθμος του EQ-5D.



Εικόνα 2.2.Ο αλγόριθμος του EQ-5D

- 15-D

Το 15-D παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με το EQ-5D. Ιστορικά, όμως, το 15-D προϋπάρχει του EQ-5D, γιατί διαμορφώνεται ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής στις αρχές της δεκαετίας του 1980, ενώ το EQ-5D ιστορικά ανάγει τη γέννησή του το

Μάιο του 1987. Η ιστορία του 15-D αρχίζει το 1981 στη Φινλανδία. Αρχικά, προτείνεται από τον Harry Sintonen ένα «εργαλείο-ερωτηματολόγιο» που βασίζεται σε 12 διαστάσεις. Περαιτέρω έρευνες και αναλύσεις, που έγιναν από τον ίδιο και τους συναδέλφους του, ανέδειξαν τη μετατροπή του οργάνου αυτού στις 15 διαστάσεις. Το 1986 διενεργούνται οι πρώτες πιλοτικές εφαρμογές, οι οποίες τελειοποιούν το 15-D στις 15 διαστάσεις. Το 1992, παρουσιάζεται η τελική μορφή του 15-D, η οποία χρησιμοποιείται και σήμερα σε πολλές έρευνες που αναφέρονται σε φυσιολογικό πληθυσμό καθώς και σε κλινικές έρευνες. Το 1995, συμπεριλαμβάνεται στη φινλανδική εθνική έρευνα υγείας και συλλέγονται 1.237 έγκυρες απαντήσεις. Η σημαντικότητα του οργάνου αναδεικνύεται από την έρευνα αυτή και το υπουργείο υγείας της Φινλανδίας σε συνδυασμό με τη στατιστική της υπηρεσία αποφασίζουν τη διεξαγωγή μιας νέας εθνικής έρευνας υγείας, που έγινε το 1996 σε δείγμα 4.800 ατόμων. Οι 15 διαστάσεις του 15-D παρουσιάζονται στην εικόνα 2.3.

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί μεταφράσεις-αποδόσεις του 15-D σε πολλές χώρες με διαφορετικό πολιτισμικό περιβάλλον και διαφορετικά επίπεδα κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης. Ενδεικτικά αναφέρονται οι παρακάτω χώρες, στις οποίες υπάρχουν αξιόπιστες αποδόσεις του 15-D: Φινλανδία, Σουηδία, Αγγλία, Νορβηγία, Ελλάδα, Τσεχία, Ιαπωνία, Ρωσία, Ισραήλ, Αραβικά Εμιράτα.

Πέρα από τις έρευνες που έχουν γίνει σε φυσιολογικό δείγμα πληθυσμού, αξίζει να αναφέρουμε ένα ευρύ φάσμα κλινικών ερευνών στις οποίες έχει χρησιμοποιηθεί το 15-D για τη μέτρηση της κλινικής αποδοτικότητας. Ενδεικτικά, αναφέρουμε την επιληψία, την κατάθλιψη, τις γενετικές και τις μυοσκελετικές δυσπλασίες, καθώς και τα παιδικά νεοπλάσματα. Στην Ελλάδα, η μετάφραση και η αξιολόγηση του 15-D έχει γίνει από το συγγραφέα. Επίσης, έχουν διενεργηθεί συσχετίσεις μεταξύ του 15-D και του EQ-5D, χρησιμοποιώντας φινλανδικά και ελληνικά δεδομένα.

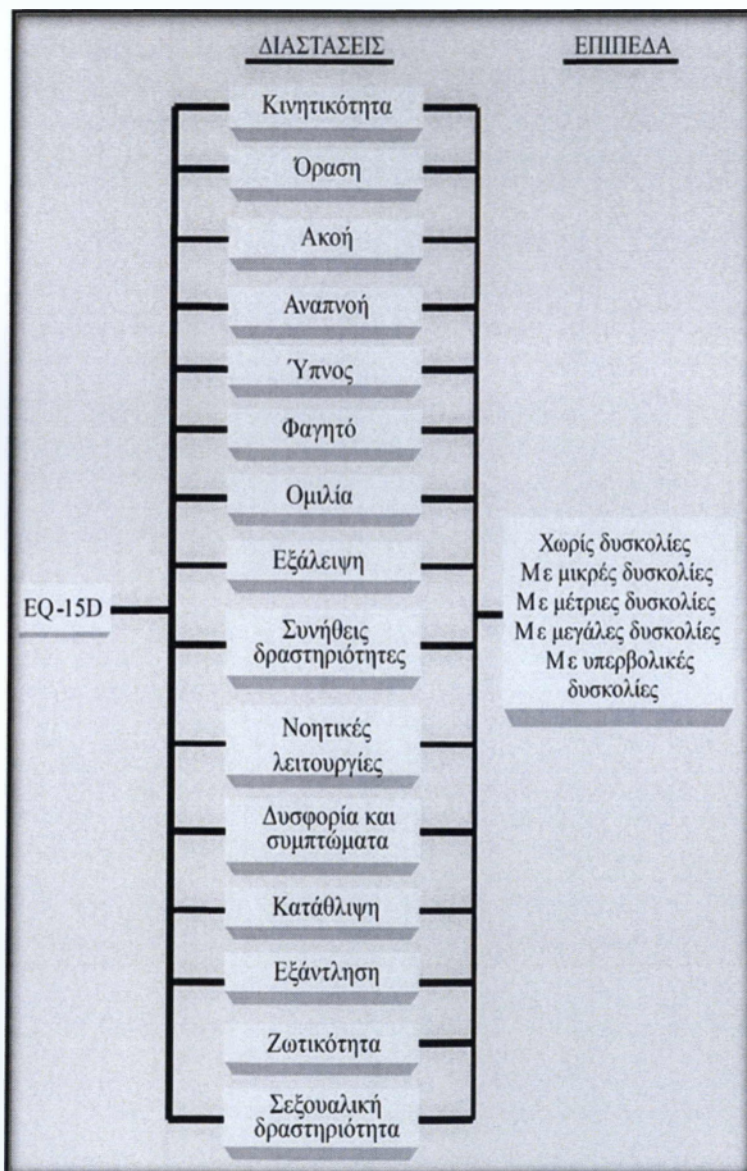
– Κλίμακα SF-36

Η κλίμακα SF-36 είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται τα τελευταία 20 χρόνια για τη μέτρηση της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού. Σε πολλές κλινικές μελέτες, αλλά και σε κοινωνικές έρευνες, έχει καταδειχθεί το μεγάλο ποσοστό ανταποκρισιμότητας του

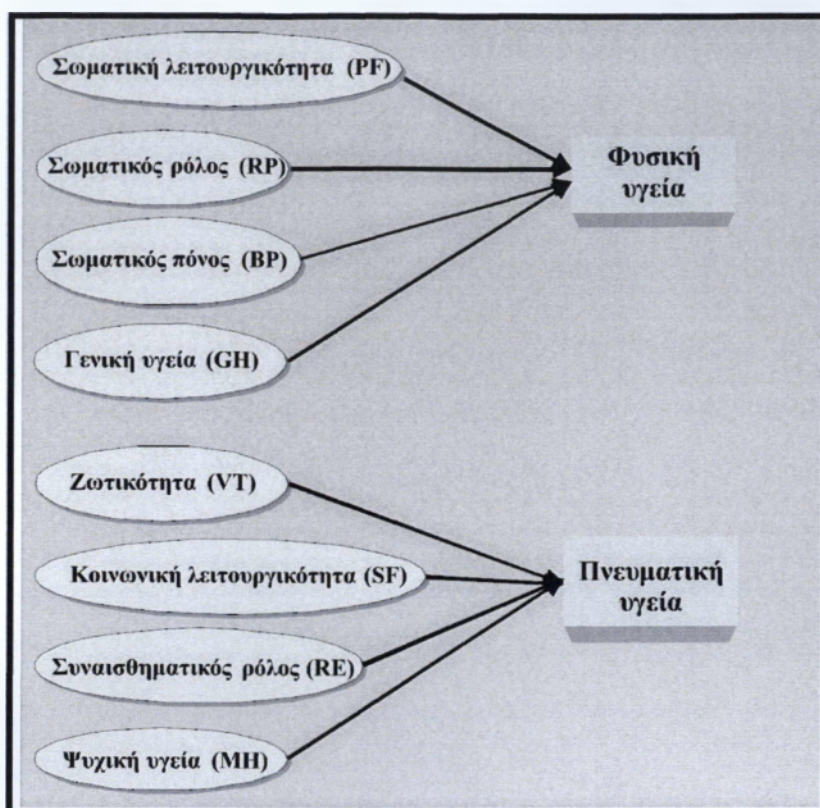


πληθυσμού (70–90% περίπου), καθώς και η εγκυρότητα (reliability) και η αξιοπιστία (validity) του «εργαλείου» SF-36. Το βασικό πλεονέκτημα της επισκόπησης υγείας SF-36, όπως συζητήθηκε και για το EQ-5D, είναι η ταυτόχρονη καταγραφή της φυσικής και της πνευματικής κατάστασης υγείας του ερωτώμενου όσο και η υποκειμενική αξιολόγησή της.

Το SF-36 κωδικοποιεί τις διαστάσεις της φυσικής και της πνευματικής υγείας του ερωτώμενου, με ένα πλέγμα 36 ερωτήσεων, οι οποίες, με τη βοήθεια του κατάλληλου αλγόριθμου, συνοψίζονται σε 8 διαστάσεις (Εικόνα 2.4)



Εικόνα 2.3.Οι κλίμακες του 15-D



Εικόνα 2.4. Διαμόρφωση κλιμάκων SF-36.

Οι επιλεγμένες ερωτήσεις αντλήθηκαν από μια πηγή 149 ερωτήσεων, που συνέλεξαν, επεξεργάστηκαν και τελικά πρόκριναν οι ερευνητές της μελέτης ιατρικών αποτελεσμάτων (medical outcomes study, MOS). Η πηγή αυτή σχηματίστηκε μετά από αξιολόγηση των διαφόρων οργάνων μέτρησης που χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Οι ερωτήσεις αυτές συνθέτουν 8 κλίμακες από 2–10 ερωτήσεις η καθεμιά:

- PF: Σωματική λειτουργικότητα (physical functionary)
- RP: Σωματικός ρόλος (role -physical)
- BP: Σωματικός πόνος (bodily pain)
- GH: Γενική υγεία (general health)
- VT: Ζωτικότητα (vitality)

- SF: Κοινωνική λειτουργικότητα (social functionary)
- RE: Συναισθηματικός ρόλος (role -emotional)
- MH: Ψυχική υγεία (mental health).

Η βαθμολόγηση της κάθε κλίμακας μπορεί να μετασχηματιστεί με την αναγωγή της σε ποσοστιαία επί τοις εκατό (%) αναλογία, όπου η τιμή 0 αντιπροσωπεύει την ελάχιστη δυνατή βαθμολογία και η τιμή 100 (όπου 100 η άριστη υγεία) τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία κλίμακας. Οι βαθμοί μεταξύ αυτών των ακραίων τιμών απεικονίζουν την αναλογία της τελικής συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας που μετρήθηκε. Ο μετασχηματισμός αυτός επιτυγχάνεται σύμφωνα με τον ακόλουθο τύπο:

$$\text{Το SF- Μετασχηματισμός βαθμολογίας κλίμακας} = \left[ \frac{\text{Πραγματική βαθμολογία κλίμακας} - \text{χαμηλότερη βαθμολογία κλίμακας}}{\text{Πιθανή διακύμανση βαθμολογίας κλίμακας}} \right] \times 100 \quad \text{36 έχει}$$

μεταφραστεί και αξιολογηθεί στην ελληνική γλώσσα και έχει εφαρμοστεί σε πολλές μελέτες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ΟΝ</sup> ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 3.1. Σκοπός της Μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης, ήταν η διερεύνηση της Ποιότητας ζωής του ιατρικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού καθώς και η ανάλυση της σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής και των κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των ατόμων αυτών.

Για τη διεξαγωγή της μελέτης και τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η ελληνική μετάφραση του ερωτηματολογίου SF-36, καθώς και πρόσθετες ερωτήσεις για τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, όπως το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, η εργασιακή κατάσταση και το μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε μέσω προσωπικής επαφής, οπότε επιτεύχθηκε η ελαχιστοποίηση των ελλειπουσών τιμών (Missing data). Η επιλογή του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου βασίστηκε στο γεγονός ότι αποτελεί το πλέον σύνηθες χρησιμοποιούμενο εργαλείο σε μελέτες που εκτιμούν την ποιότητα της Ζωής, είτε στο γενικό πληθυσμό, είτε σε εξειδικευμένες έρευνες.

### 3.2. Ερευνητικά Ερωτήματα και Στόχος της Μελέτης

Τα βασικά ερωτήματα που απασχόλησαν τη συγκεκριμένη μελέτη και για τα οποία έγινε στατιστική επεξεργασία και ανάλυση συνοψίζονται ως εξής:

- Τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των του ιατρικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού, σχετίζονται με την Ποιότητα της Ζωής τους;
- Ποια είναι η Ποιότητα Ζωής του ιατρικού προσωπικού σε σχέση με το γενικό πληθυσμό με βάση την επισκόπηση υγείας SF-36;

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής του ιατρικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού, ενώ στους αντικειμενικούς στόχους της μελέτης περιλαμβάνονταν:

- Η περιγραφή των χαρακτηριστικών του ιατρικού προσωπικού
- Η καταγραφή της αυτοαναφερόμενης υγείας του ιατρικού προσωπικού

### **3.3. Τύπος και πληθυσμός της μελέτης**

Σχεδιάστηκε μια σύγχρονη επιδημιολογική μελέτη (cross-sectional study). Η παρούσα μελέτη εστιάζει στο ιατρικό προσωπικό, οι οποίοι εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού. Το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, αριθμεί 139 άτομα Ιατρικού Προσωπικού (ιατροί και νοσηλεύτες). Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε τυχαίο δείγμα του εξεταζόμενου πληθυσμού (80 άτομα: 48 νοσηλεύτες/τριες και 32 ιατροί), σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό του ιατρικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού.

### **3.4. Χρόνος και Τόπος**

Η συλλογή των στοιχείων της έρευνας πραγματοποιήθηκε εντός χρονικού διαστήματος ενός μήνα(1/01-1/02/2013). Ο υπό διερεύνηση πληθυσμός ήταν στο σύνολό του ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό(ιατροί, νοσηλεύτριες/τές) του νοσοκομείου Λεμεσού. Το μέγεθος του υπό εξέταση πληθυσμού (N) ανήλθε στους 80 ιατρούς και νοσηλεύτριες/τές. Η ακριβής σύνθεση του ιατρικού προσωπικού του δείγματος είχε ως εξής: 32 ιατροί και 48 νοσηλεύτριες/τές.

### **3.5. Μέθοδος**

#### **3.5.1. Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής SF-36**

Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36, για τη μέτρηση της Ποιότητας της Ζωής του ιατρικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού.

Η επισκόπηση υγείας SF-36 (SF-36 Health Survey) δημιουργήθηκε το 1992 από τον Ware (Ware, 1993), χρησιμοποιήθηκε σε αρκετές χώρες για την αυτοεκτίμηση της Ποιότητας Ζωής και τη σύγκριση του επιπέδου υγείας διαφόρων ομάδων πληθυσμού, υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών. περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις, τις οποίες συνέλεξαν, επεξεργάστηκαν και τελικά επέλεξαν οι ερευνητές της μελέτης των ιατρικών

αποτελεσμάτων (Medical Outcomes Study Study, M.O.S.) από ένα σύνολο 149 ερωτήσεων, που σχηματίστηκε μετά από αξιολόγηση διαφόρων οργάνων μέτρησης.

Η μετάφραση και προσαρμογή του SF-36 για χρήση σε διάφορες γλώσσες και χώρες αποτέλεσε αντικείμενο του I.Q.Q.L.A. project (International Quality of Life Assessment project) από το οποίο προέκυψε και η Ελληνική έκδοση (Παππά Ε., Κοντοδημόπουλος Ν. & Νιάκας Δ., 2006).

Η εγκυρότητα περιεχομένου του SF-36, μελετήθηκε με σύγκριση της βαθμολογίας του με αυτήν, άλλων ευρέως χρησιμοποιούμενων ερωτηματολογίων Ποιότητας Ζωής γενικής μορφής. Η κλίμακα SF-36, είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται τα τελευταία 20 χρόνια για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού. Σε ανάλογες έρευνες γενικού πληθυσμού έχει καταδειχθεί το μεγάλο ποσοστό ανταποκρισιμότητας του πληθυσμού (70-90%), καθώς και η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Η βασική ιδιότητα της επισκόπησης υγείας SF-36 είναι η ταυτόχρονη μέτρηση και η αξιολόγηση του επιπέδου τόσο της φυσικής όσο και της πνευματικής υγείας (Jenkinson Writh , Coulter, 1994).

Το SF-36 κωδικοποιεί τις διαστάσεις της φυσικής και της πνευματικής του ερωτώμενου με ένα πλέγμα 36 ερωτήσεων, με τη βοήθεια του κατάλληλου αλγόριθμου. Περιλαμβάνει οκτώ κλίμακες μέτρησης, αποτελούμενες από 2-10 ερωτήσεις η καθεμία και οι οποίες αντιπροσωπεύουν τις συχνότερα μετρούμενες διαστάσεις υγείας, στα γνωστότερα όργανα μέτρησης Συγκεκριμένα οι κλίμακες είναι:

PF: Σωματική Λειτουργικότητα (physical Functioning), με 10 ερωτήσεις

RP: Σωματικός Ρόλος (Role Physical), με 4 ερωτήσεις

BP: Σωματικός Πόνος (Bodily Pain), με 2 ερωτήσεις

GH: Γενική Υγεία (General Health), με 5 ερωτήσεις

VT: Ζωτικότητα (Vitality), με 4 ερωτήσεις

SF: Κοινωνική Λειτουργικότητα (Social Functioning), με 2 ερωτήσεις

RE: Συναισθηματικός Ρόλος (Role Emotional), με 3 ερωτήσεις

MH: Ψυχική Υγεία (Mental Health), με 5 ερωτήσεις (Hays et al., 1993)

Οι 35 από τις 36 ερωτήσεις του μοντέλου μέτρησης υγείας αντιστοιχούν μοναδικά σε κάθε κλίμακα υγείας(Πίνακας 3.1). Μια μόνο ερώτηση δεν συμβάλλει στην εκτίμηση κανενός υγειονομικού αντικειμένου και θεωρείται γενική. Συγκεκριμένα πρόκειται για την ερώτηση 2, όπου οι καταναλωτές υγείας εκτιμούν αν βελτιώθηκε ή χειροτέρευσε το επίπεδο υγείας τους συγκριτικά με ένα χρόνο πριν.

**Πίνακας 3.1.** Πληροφορίες για τις ειδικές και για τις γενικές κλίμακες υγείας των SF-36.

Κλίμακες Υγείας	Αντικείμενα Ερωτήσεων	Περιεχόμενο Ερωτήσεων	Χαμηλό Πιθανό Αποτέλεσμα	Υψηλό Πιθανό Αποτέλεσμα
Φυσική λειτουργία (Physical Functioning-PF)	3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3g	Αναφέρονται στις καθημερινές δραστηριότητες (τρέξιμο, παιχνίδι, περπάτημα, σκύψιμο κλπ) και πόσο αυτές περιορίζονται λόγω προβλημάτων υγείας	Μεγάλος περιορισμός στην εκτέλεση όλων των φυσικών δραστηριοτήτων π.χ περπάτημα	Εκτέλεση όλων των τύπων φυσικών δραστηριοτήτων Συμπεριλαμβομένων και των εντονότερων χωρίς περιορισμούς
Φυσικός ρόλος (Role Physical-RP)	4a, 4b, 4c, 4d	Αναφέρονται στο διάστημα των τελευταίων 4 εβδομάδων και στο πόσο συχνά εμφανίστηκαν προβλήματα στην εργασία ή καθημερινές δραστηριότητες	Προβλήματα στην εργασία ή άλλες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της φυσικής υγείας	Κανένα πρόβλημα με την εργασία ή άλλες καθημερινές δραστηριότητες

ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;

		ες ως απόρροια του επιπέδου φυσικής υγείας		
Σωματικός πόνος (Bodily Pain - BP)	7, 8	Αναφέρονται σε εκτιμήσεις ύπαρξης σωματικού πόνου στο διάστημα των τελευταίων 4 εβδομάδων και σε ποιο βαθμό αυτό επηρέασε τις καθημερινές δραστηριότητ ες	Πολύ έντονος και εξαιρετικά περιοριστικός πόνος σε όλες τις δραστηριότητες	Κανένας πόνος ή περιορισμός οφειλόμενος σε πόνο
Γενική υγεία (General Health - GH)	1, 11a, 11b, 11c, 11d	Αναφέρονται σε προσωπικές εκτιμήσεις του επιπέδου γενικής υγείας	Το επίπεδο υγείας αξιολογείται χαμηλό και πιθανολογείται επιδείνωση άμεσα	Η προσωπική υγεία αξιολογείται ως άριστη
Συναισθηματ ικός Ρόλος (Role Emotional) - RE	5a, 5b, 5c	Αναφέρεται σε εκτιμήσεις συναισθηματι κού προβλήματος	Το επίπεδο συναισθηματικ ής υγείας αξιολογείται χαμηλό.	Η συναισθηματική υγεία είναι άριστη
Κοινωνική Λειτουργικότη τα (Social Functioning) - SF:	6, 10	Αναφέρεται σε εκτιμήσεις κοινωνικής δραστηριότητ ας.	Το επίπεδο κοινωνικής δραστηριότητας είναι σχετικά χαμηλό	Η κοινωνική δραστηριότητα και κατάσταση είναι άριστη.
Ζωτικότητα (Vitality) - VT	9a, 9e, 9h	Αναφέρεται στην ζωτικότητα του ατόμου και κατά πόσο είναι	Το επίπεδο ζωτικότητας είναι χαμηλό.	Το επίπεδο ζωτικότητας είναι άριστο.



		ενεργητικός ή όχι.		
Ψυχική Υγεία(Mental Health) - MH	9b, 9c, 9d, 9f, 9g	Αναφέρεται στη ψυχολογική κατάσταση του ερωτώμενου.	Η ψυχική υγεία του ερωτώμενου είναι κακή.	Η ψυχική υγεία του ερωτώμενου είναι άριστη.

Οι τέσσερις πρώτες διαστάσεις συνθέτουν την φυσική, ενώ οι υπόλοιπες την πνευματική υγεία του ατόμου. Όλα τα θέματα εκτός από ένα, χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό των 8 υποκλιμάκων, όπου κάθε θέμα χρησιμοποιείται στη βαθμολόγηση μίας μόνο υποκλίμακας.

Η βαθμολόγηση της κάθε διάστασης μπορεί να μετασχηματιστεί με την αναγωγή της σε ποσοστιαία επί τις εκατό (%) αναλογία, όπου η τιμή 0 αντιπροσωπεύει την ελάχιστη δυνατή βαθμολογία και η τιμή 100 (άριστη υγεία) τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία κλίμακας. Οι βαθμοί μεταξύ αυτών των ακραίων τιμών απεικονίζουν την αναλογία της τελικής συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας που μετρήθηκε.

Η γενικότητα των ερωτήσεων του SF-36 επιτρέπει την προσαρμοστικότητα του ερωτηματολογίου σε κάθε ομάδα πληθυσμού (Mc Homey, Ware, Racczec, 1993), ενώ η ελληνική μετάφραση, καθώς και το σύνολο του ερωτηματολογίου, έχουν δοκιμαστεί σε επαναλαμβανόμενες έρευνες στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα από διάφορες ερευνητικές ομάδες (Υφαντοπουλος, Pierrakos, Zanakis, 2001; Παπαγιαννοπούλου, 2006).

### 3.5.2. Ανάλυση δεδομένων ερευνητικής εργασίας

#### Στατιστική ανάλυση

Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων μετά την κωδικοποίησή τους καταχωρήθηκαν σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων. Για τη στατιστική επεξεργασία και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας,  $p\text{-value} < 0,05$ ) χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0. Επιλέχθηκε το SPSS γιατί είναι κατάλληλο για στατιστικές αναλύσεις και έχει ένα ευρύ φάσμα εφαρμογής.

Αρχικά, δημιουργήθηκαν συγκεντρωτικοί πίνακες συχνοτήτων για τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Για την εκτίμηση μεταβλητών με τα χαρακτηριστικά του δείγματος χρησιμοποιήθηκαν στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων, θέτοντας ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 95% ( $\alpha = 5\%$ ). Οι μέθοδοι αυτοί επιλέχθηκαν με γνώμονα τον τύπο των δεδομένων και ήταν:

- Για κατηγορικές μεταβλητές δύο ομάδων (όπως ειδικότητα, μορφωτικό επίπεδο) χρησιμοποιήθηκε το Mann – Whitney test ως test ελέγχου διαφορών μέσω τιμών.
- Για συσχέτιση μεταξύ μεταβλητών επιλέχθηκε η στατιστική διαδικασία spearman rho.
- Για κατηγορικές μεταβλητές περισσότερων των δύο ομάδων (όπως οικογενειακή κατάσταση και η εισοδηματική κλίμακα), χρησιμοποιήθηκε το Kruskal – Wallis test σαν test ελέγχου διαφορών μέσω τιμών.

Για την στάθμιση του ερωτηματολογίου SF-36 διενεργήθηκαν μετρήσεις:

- Εσωτερική συνάφεια : η μέτρηση της εσωτερικής συνάφειας επιτυγχάνεται με τον υπολογισμό του δείκτη Cronbach's alpha και αποδεικνύεται υψηλή όταν ο συγκεκριμένος δείκτης είναι μεγαλύτερος από 0,7 (Cronbach's alpha > 0,7).

### 3.5.3. Αυτοαναφερόμενη υγεία

Αναφορικά με τη διερεύνηση του επιπέδου υγείας, ως αντιπροσωπευτικός δείκτης χρησιμοποιήθηκε η αυτοαναφερόμενη υγεία. Στην μελέτη αυτή γίνεται μια προσπάθεια να εκτιμηθεί η κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων έτσι όπως το ίδιο το άτομο την αντιλαμβάνεται. Στην επισκόπηση υγείας SF-36 η μεταβλητή η οποία αναφερόταν στο συγκεκριμένο θέμα ήταν το ερώτημα ένα. Περιλάμβανε πέντε κατηγορίες, την αξιολόγηση της υγείας ως εξαιρετική, ως πολύ καλή, καλή, μέτρια και κακή.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ΟΝ</sup> ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

### 4.1. Έλεγχος εσωτερικής συνέφειας

Οι δείκτες αξιοπιστίας παρέχουν μία εκτίμηση του ποσοστού της κοινής διακύμανσης μεταξύ του παρατηρούμενου και του πραγματικού σκορ. Η αξιοπιστία δείχνει τη διακύμανση του σφάλματος της μέτρησης που πραγματοποιήθηκε

Ένας από τους ευρέως χρησιμοποιούμενους δείκτες αξιοπιστίας είναι αυτός που υπολογίστηκε από τον Cronbach (1951) και ονομάζεται Cronbach's  $\alpha$  (alpha), ή δείκτης εσωτερικής συνέφειας (internal consistency coefficient). Η εκτίμηση αυτή γίνεται με βάση τις συσχετίσεις μεταξύ των items της κλίμακας:

$$\text{Cronbach's } \alpha = \frac{a}{a-1} \left( 1 - \frac{a}{a+2b} \right)$$

a = αριθμός items

b = άθροισμα των συσχετίσεων μεταξύ των items

Θεωρητικά μπορεί να κυμαίνεται από το - άπειρο έως το 1 (μόνο οι θετικές τιμές έχουν νόημα).

Ενδεικτικές τιμές αξιοπιστίας:

<0.6 η κλίμακα είναι αναξιόπιστη

0.6 το ελάχιστο αποδεκτό όριο (μή αποδεκτό για κλίμακες με πολλά items)

0.7 επαρκές, αλλά όχι καλό

0.8 καλύτερο

0.95 πολύ υψηλή αξιοπιστία (μάλλον σπάνιο)

Εξ ορισμού, ο δείκτης αξιοπιστίας ανεβαίνει καθώς αυξάνεται η μέση συσχέτιση μεταξύ των items. Όσο περισσότερα items περιλαμβάνει μία κλίμακα, τόσο αυξάνεται η ακρίβεια του δείκτη αξιοπιστίας που θα υπολογιστεί. Επιπρόσθετα, όσο περισσότερα items περιλαμβάνει μία κλίμακα, τόσο αυξάνεται η αξιοπιστία της, με την προϋπόθεση ότι η συσχέτιση μεταξύ των items παραμένει η ίδια.

Από τα αποτελέσματα του ελέγχου συνάφειας για το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη ( $n=80$ ), ο δείκτης Cronbach's alpha για τα ερωτήματα που αναφέρονται στη Φυσική Λειτουργία ήταν 0.935, για τα ερωτήματα που αναφέρονται στο Φυσικό Ρόλο 0.644, για τα ερωτήματα που αναφέρονται στο Σωματικό Πόνο 0.877, για τα ερωτήματα που αναφέρονται στο Συναισθηματικό Ρόλο 0.594 και όσον αφορά τις ερωτήσεις που αναφέρονται στη Ψυχική Υγεία, στη Γενική Υγεία, στη Ζωτικότητα και στη κοινωνική λειτουργικότητα ο δείκτης συνάφειας είναι 0.342, 0.185, 0.080 και -3.431 αντίστοιχα. Παρατηρούμε λοιπόν ότι γι' αυτές τις κλίμακες υγείας ο δείκτης συνάφειας είναι  $<0.6$  (ακόμα και αρνητικός), πράγμα που μας δείχνει ότι η κλίμακα είναι αναξιόπιστη. Αυτό μπορεί να οφείλεται στους παρακάτω παράγοντες ή προβλήματα:

#### Παράγοντες που μειώνουν την αξιοπιστία

- α. Λάθη στη συμπλήρωση του τεστ
- β. Απαντήσεις στη τύχη (πχ σε ερωτήματα τύπου σωστό/λάθος)
- γ. Οδηγίες που δεν είναι ακριβείς και ξεκάθαρες
- δ. Σφάλμα που οφείλεται στους συμμετέχοντες (π.χ επιδράσεις διάθεσης, κινήτρων, κούραση, πλήξη κλπ)
- ε. Διακυμάνσεις στη διάθεση, στα κίνητρα συμμετοχής κλπ

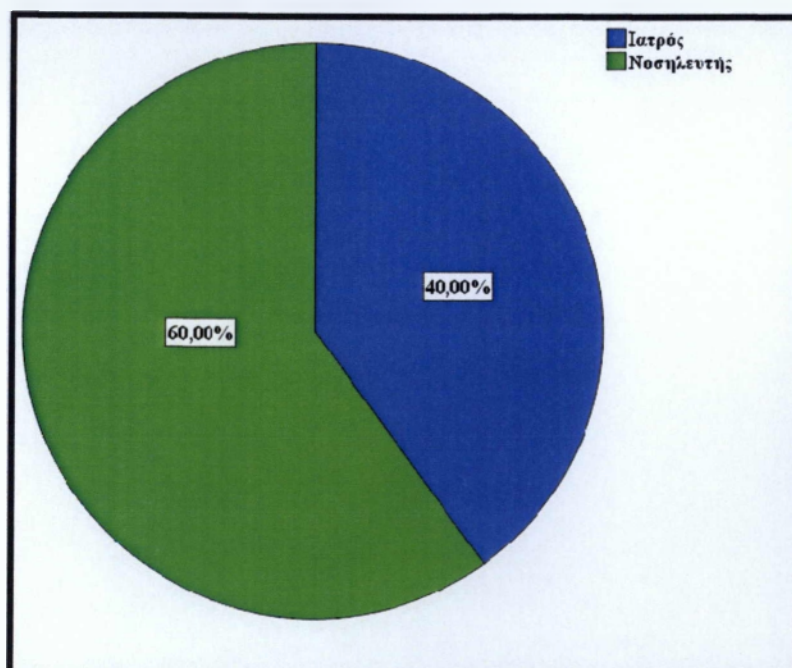
#### Πιθανά Προβλήματα

Μικρό μέγεθος δείγματος ( $<200$ ). Για τον καλύτερο υπολογισμό του δείκτη αξιοπιστίας και την ελαχιστοποίηση του σφάλματος απαιτούνται μεγάλα δείγματα.

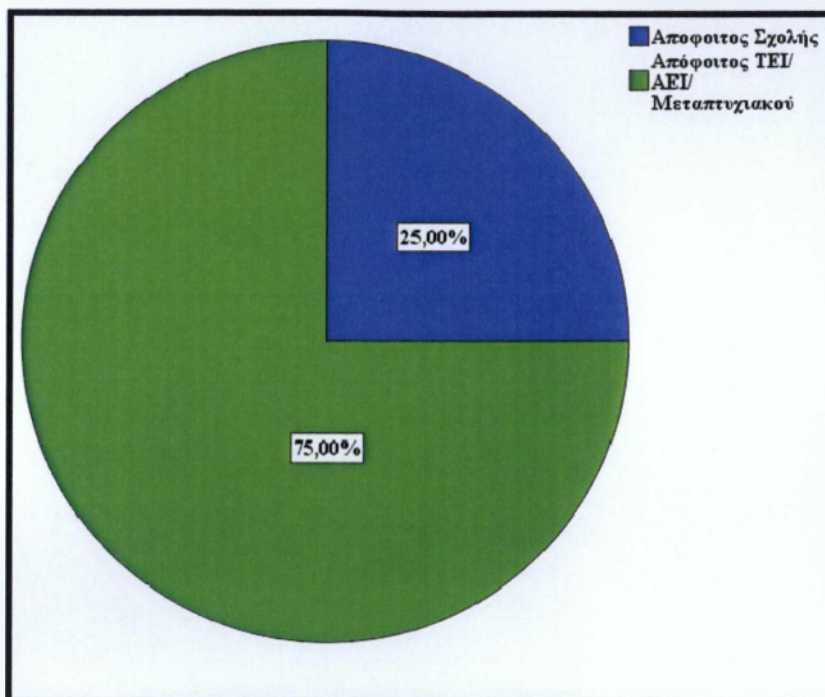
#### 4.2. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του Ιατρικού Προσωπικού

Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης εκτιμήθηκαν με βάση περιγραφικά στοιχεία. Στον πίνακα 4.1. περιγράφεται ο πληθυσμός της παρούσας μελέτης σύμφωνα με την ακαδημαϊκή του μόρφωση, την οικογενειακή του κατάσταση, την ιδιότητά του και το μηνιαίο εισόδημά του. Από τους 80 συμμετέχοντες οι 32 είναι ιατροί (40%) και οι 48 νοσηλεύτές/τριες (60%). (Γράφημα 4.1). Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο παρατηρούμε ότι 20 είναι απόφοιτοι σχολής (25%) και 60 είναι απόφοιτοι ΤΕΙ/ ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακού (75%) (Γράφημα 4.2). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι έγγαμος/η (53,8%), ακολουθούν οι άγαμοι (42,4%) και οι διαζευγμένοι/χήροι σε ποσοστό 3,8%. (Γράφημα 4.3). Τέλος όσον αφορά το μηνιαίο εισόδημα της οικογένειας και όχι το προσωπικό, το μεγαλύτερο ποσοστό του ιατρικού προσωπικού ανήκει στην εισοδηματική κλίμακα 1150€ και άνω σε ποσοστό 57,5%, ακολουθεί με ποσοστό 27,5% η κλίμακα 690€ - 1150€, με ποσοστό 8,8% λιγότερο από 580€ και τέλος με ποσοστό 6,3% η κλίμακα 580-690€.

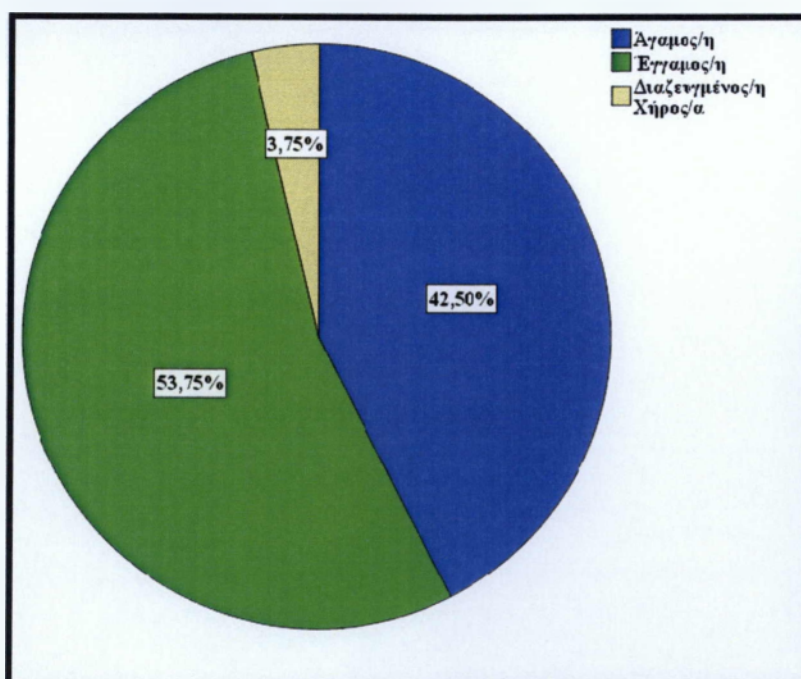
Γράφημα 4.1: Ειδικότητα Ιατρικού Προσωπικού



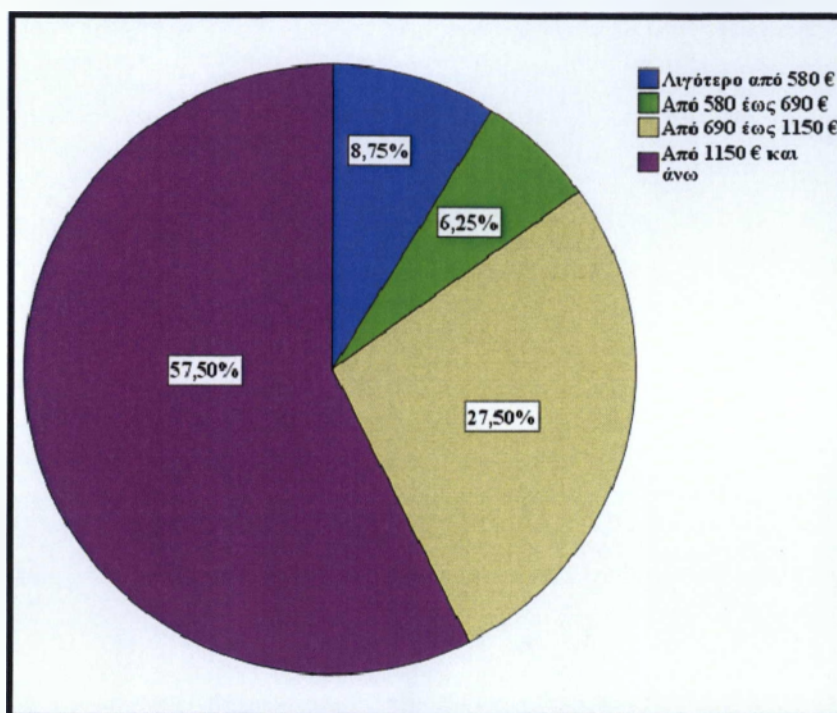
Γράφημα 4.2: Ακαδημαϊκή Μόρφωση Ιατρικού Προσωπικού



Γράφημα 4.3: Οικογενειακή Κατάσταση



Γράφημα 4.4. Οικογενειακή Εισοδηματική Κλίμακα



#### 4.3. Δείκτης Αυτοαναφερόμενης Υγείας

Ο δείκτης αυτοαναφερόμενης υγείας εμφανίζει τις επιμέρους τιμές για το πώς τα άτομα ορίζουν υποκειμενικά την κατάσταση της υγείας τους. Από τα 80 άτομα που απάντησαν στο ερώτημα «γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: ...», 9 άτομα (11,3%) ανέφεραν ότι η υγεία τους είναι εξαιρετική, 31 άτομα (38,8%) πολύ καλή, 25 άτομα (31,3%) καλή, 9 άτομα (11,3%) κακή και μόλις 6 άτομα (7,5%) χαρακτηρίζει την υγεία του κακή . (Πίνακας 4.1)

Πίνακας 4.1. Ερώτηση: «γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: ...»

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Εξαιρετική	9	11,3	11,3	11,3
Valid Πολύ Καλή	31	38,8	38,8	50,0

ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;

Καλή	25	31,3	31,3	81,3
Μέτρια	9	11,3	11,3	92,5
Κακή	6	7,5	7,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Αντίστοιχα στο ερώτημα «Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα; ...», 9 άτομα (11,3%) ανέφεραν ότι η υγεία τους είναι πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν, 23 άτομα (28,8%) κάπως καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν, 39 άτομα (48,83%) περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν, 3 άτομα (3,8%) κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν και μόλις 6 άτομα (7,5%) χαρακτηρίζει την υγεία του πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν. (Πίνακας 4.2)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	9	11,3	11,3	11,3
Κάπως καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν	23	28,8	28,8	40,0
Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	39	48,8	48,8	88,8
Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	3	3,8	3,8	92,5
Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	6	7,5	7,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Από την παρούσα ανάλυση δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, με τη χρήση του ελέγχου στατιστικής σημαντικότητας Mann-Whitney test, μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών και της αυτοαναφερόμενης υγείας ( $p=0,990$ ) σχετικά με την ερώτηση «γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: ...». Ημέση τιμή και η τυπική απόκλιση που βρέθηκε για τους ιατρούς ( $mean=2,94$ ;  $SD=1,105$ ) και για τους νοσηλευτές/τριες ( $mean=2,46$ ;  $SD=1,010$ ) δείχνει ότι οι ιατροί τείνουν να απαντούν κυρίως ότι η υγεία τους βρίσκεται πιο κοντά στο «καλή» ενώ οι νοσηλευτές/τριες κυρίως στο «πολύ καλή». (Πίνακας 4.3)



Αντίστοιχα δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών και της αυτοαναφερόμενης υγείας ( $p=0,060$ ) σχετικά με την ερώτηση «Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα; ...». Ημέση τιμή και η τυπική απόκλιση που βρέθηκε για τους ιατρούς ( $mean=3$ ;  $SD=0,916$ ) και για τους νοσηλευτές/τριες ( $mean=2,46$ ;  $SD=0,988$ ) δείχνει ότι οι ιατροί τείνουν να απαντούν κυρίως ότι η υγεία τους βρίσκεται περίπου στα ίδια επίπεδα με τον προηγούμενο χρόνο ενώ οι νοσηλευτές/τριες κυρίως ότι είναι κάπως καλύτερη απ'ότι τον προηγούμενο χρόνο. (Πίνακας 4.4)

**Πίνακας 4.3.** Αποτελέσματα του ελέγχου σημαντικότητα Mann-Whitney test μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών και της αυτοαναφερόμενης υγείας. (Ερώτηση «γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: ...»)

Group Statistics										
	E14	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean					
E1	Ιατρός	32	2,94	1,105	,195					
	Νοσηλεύτης	48	2,46	1,010	,146					

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
E1	Equal variances assumed	,000	,990	2,002	78	,049	,479	,239	,003	,956
	Equal variances not assumed			1,966	62,356	,054	,479	,244	-,008	,966

**Πίνακας 4.4.** Αποτελέσματα του ελέγχου σημαντικότητα Mann-Whitney test μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών και της αυτοαναφερόμενης υγείας. (Ερώτηση: «Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα; ...»).

Group Statistics					
	E14	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
E2	Ιατρός	32	3,00	,916	,162
	Νοσηλεύτης	48	2,46	,988	,143

Independent Samples Test		
	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means

	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
E2 Equal variances assumed	3,648	,060	2,472	78	,016	,542	,219	,105	,978
Equal variances not assumed			2,510	69,999	,014	,542	,216	,111	,972

Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν μετά από ανάλυση προκειμένου να βρεθεί εάν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, μεταξύ της αυτοαναφερόμενης υγείας και του μορφωτικού επιπέδου. Από την ανάλυση δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, με τη χρήση του ελέγχου στατιστικής σημαντικότητας Mann-Whitney test, μεταξύ αυτοαναφερόμενης υγείας και μορφωτικού επιπέδου ( $p=0,947$ ) σχετικά με την ερώτηση «γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: ...». Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση που βρέθηκε για τους αποφοίτους σχολής είναι ( $mean=2,30$ ;  $SD=1,105$ ) και για τους αποφοίτους ΤΕΙ/ΑΕΙ/Μεταπτυχιακού ( $mean=2,77$ ;  $SD=1,047$ ) δείχνοντας ότι οι απόφοιτη σχολής τείνουν να απαντούν κυρίως ότι η υγεία τους βρίσκεται πιο κοντά στο «πολύ καλή» ενώ οι απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ/Μεταπτυχιακού νοσηλευτές/ τριες κυρίως στο «καλή». (Πίνακας 4.5)

Αντίστοιχα στην ερώτηση «Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα; ...», δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, μεταξύ της αυτοαναφερόμενης υγείας και του μορφωτικού επιπέδου ( $p=0,361$ ). Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση που βρέθηκε για τους αποφοίτους σχολής ( $mean=2,65$ ;  $SD=0,813$ ) και για τους αποφοίτους ΤΕΙ/ΑΕΙ/Μεταπτυχιακού ( $mean=2,68$ ;  $SD=1,049$ ) δείχνει ότι και οι μεν απόφοιτοι σχολής και οι δε απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακού τείνουν να απαντούν κυρίως ότι η υγεία τους βρίσκεται περίπου στα ίδια επίπεδα με τον προηγούμενο χρόνο. (Πίνακας 4.5)

**Πίνακας 4.5.** Συνοπτικά αποτελέσματα ελέγχου σημαντικότητας Mann-Whitney test μεταξύ αυτοαναφερόμενης υγείας και μορφωτικού επιπέδου

ΕΡΩΤΗΣΗ	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ
«γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: ...»	$p=0,947$ Απόφοιτος Σχολής $mean=2,30$ , $SD=1,081$ Απόφοιτος ΤΕΙ/ ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακού $mean=2,77$ ; $SD=1,047$
«Σε σύγκριση με ένα	$p=0,361$

χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα; ...»	Απόφοιτος Σχολής mean=2,65; SD=0,813 Απόφοιτος ΤΕΙ/ ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακού mean=2,68; SD=1,049
---	---

**Πίνακας 4.6.** Αποτελέσματα του ελέγχου σημαντικότητα Kruskal-Wallis test μεταξύ της αυτοαναφερόμενης υγείας και της οικογενειακής κατάστασης για την Ερώτηση «γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: ...».

Ranks			
Ερώτηση	Οικογενειακή Κατάσταση	N	Mean Rank
«γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: ...»	Άγαμος/η	34	34,53
	Έγγαμος/η	43	45,26
	Διαζευγμένος/η Χήρος/α	3	40,00
	Total	80	

Test Statistics <sup>a,b</sup>	
	«γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: ...»
Chi-Square	4,456
df	2
Asymp. Sig.	,108

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Οικογενειακή Κατάσταση

Αντίστοιχα για την ερώτηση «Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα; ...» ο έλεγχος Kruskal-Wallis έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, μεταξύ της αυτοαναφερόμενης υγείας και της οικογενειακής κατάστασης ( $p=0,074$ ). (Πίνακας 4.7)

**Πίνακας 4.7.** Αποτελέσματα του ελέγχου σημαντικότητα Kruskal-Wallis test μεταξύ της αυτοαναφερόμενης υγείας και της οικογενειακής κατάστασης για την Ερώτηση «Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα; ...»

Ranks			
	Οικογενειακή Κατάσταση	N	Mean Rank
Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα; ...»	Άγαμος/η	34	34,16
	Έγγαμος/η	43	45,43
	Διαζευγμένος/η Χήρος/α	3	41,67
	Total	80	

Test Statistics<sup>a,b</sup>

	Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα; ...»
Chi-Square	5,209
df	2
Asymp. Sig.	,074

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Οικογενειακή Κατάσταση

Όσον αφορά τον έλεγχο Kruskal-Wallis μεταξύ της αυτοαναφερόμενης υγείας και της εισοδηματικής κλίμακας για την ερώτηση «γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: ...», παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, μεταξύ της αυτοαναφερόμενης υγείας και της εισοδηματικής κατάστασης ( $p=0,823$ ). (Πίνακας 4.8)

Αντίστοιχα ο έλεγχος Kruskal-Wallis μεταξύ της αυτοαναφερόμενης υγείας και της εισοδηματικής κλίμακας για την ερώτηση «Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα; ...», παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, μεταξύ της αυτοαναφερόμενης υγείας και της εισοδηματικής κατάστασης ( $p=0,031 < 0,05$ ) (Πίνακας 4.9).

**Πίνακας 4.8.** Αποτελέσματα του ελέγχου σημαντικότητα Kruskal-Wallis test μεταξύ της αυτοαναφερόμενης υγείας και της εισοδηματικής κατάστασης για την Ερώτηση «γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: ...».

	Εισοδηματική Κατάσταση	N	Mean Rank
«γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: ...».	Λιγότερο από 580 €	7	33,00
	Από 580 έως 690 €	5	39,60
	Από 690 έως 1150 €	22	41,18
	Από 1150 € και άνω	46	41,41
	Total	80	

**Test Statistics <sup>a,b</sup>**

	«γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: ...».
Chi-Square	,910
df	3
Asymp. Sig.	,823

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Εισοδηματική Κατάσταση

**Πίνακας 4.9.** Αποτελέσματα του ελέγχου σημαντικότητα Kruskal-Wallis test μεταξύ της αυτοαναφερόμενης υγείας και της εισοδηματικής κατάστασης για την Ερώτηση «Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα; ...»,

	Εισοδηματική Κατάσταση	N	Mean Rank
Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα; ...»,	Λιγότερο από 580 €	7	18,71
	Από 580 έως 690 €	5	33,40
	Από 690 έως 1150 €	22	42,55
	Από 1150 € και άνω	46	43,61
	Total	80	

**Test Statistics <sup>a,b</sup>**

	Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα; ...»,
Chi-Square	8,866
df	3
Asymp. Sig.	,031

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Εισοδηματική Κατάσταση

Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση της εισοδηματικής κλίμακας που βρέθηκε σχετικά με τις απαντήσεις στην ερώτηση «γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: ...» είναι: για την κλίμακα «Λιγότερο από 580 €» (mean=2,29, SD=0,488), για την κλίμακα «Από 580 έως 690€» (mean=2,60; SD=0,894), για την κλίμακα «Από 690 έως 1150 €» (mean=2,68 SD=1,211) και για την κλίμακα «Από 1150 € και άνω» (mean=2,70 SD=1,093). Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι οι ερωτηθέντες με εισόδημα πάνω από 580 ευρώ τείνουν να απαντήσουν ότι η υγεία τους είναι πολύ καλή ενώ οι ερωτηθέντες με εισόδημα λιγότερο από 580€ τείνουν να απαντήσουν ότι η υγεία τους είναι καλή.

Αντίστοιχα και οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για την ερώτηση «Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα; ...», είναι: για την κλίμακα «Λιγότερο από 580 €» (mean=1,86, SD=0,378), για την κλίμακα «Από 580 έως 690€» (mean=2,40; SD=0,548), για την κλίμακα «Από 690 έως 1150 €» (mean=2,77 SD=1,020) και για την κλίμακα «Από 1150 € και άνω» (mean=2,78 SD=1,031). Τα

αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι οι ερωτηθέντες με εισόδημα πάνω από 580 ευρώ τείνουν να απαντήσουν ότι η υγεία τους είναι περίπου στα ίδια επίπεδα με τον προηγούμενο χρόνο ενώ οι ερωτηθέντες με εισόδημα λιγότερο από 580€ τείνουν να απαντήσουν ότι η υγεία τους είναι κάπως καλύτερη.

#### **4.4. Κοινωνικό-Δημογραφικά Χαρακτηριστικά σε σχέση με τις κλίμακες SF-36**

Για τις ανάγκες της μελέτης, βρέθηκε για κάθε κλίμακα του ερωτηματολογίου SF-36 (π.χ. Σωματικός Ρόλος, Σωματική Λειτουργικότητα κλπ), η Μέση Τιμή και η Τυπική Απόκλιση σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων και καταγράφηκαν στον πίνακα 4.10.

Επίσης στο παράρτημα φαίνονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων ξεχωριστά για την κάθε ερώτηση.

Πίνακας 4.10. Βαθμολογία SF-36 σε σχέση με κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά  
Μέση τιμή (Τυπική Απόκλιση)

Κλίμακες SF-36	Σωματική Λειτουργικότητα	Γενική Υγεία	Σωματικός Πόνος	Ζωτικότητα	Κοινωνική Λειτουργικότητα	Συναισθηματικός Ρόλος	Ψυχική Υγεία	Σωματικός Ρόλος
<b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ</b>								
Ιατρός	2,36 (0,766)	2,99 (1,119)	2,67 (1,255)	3,22 (1,543)	2,83 (1,268)	1,69 (0,457)	3,65 (1,529)	1,76 (0,426)
Νοσηλεύτρια	2,09 (0,793)	2,7 (0,979)	2,42 (0,977)	2,95 (1,341)	2,76 (1,022)	1,48 (0,498)	3,42 (1,931)	1,52 (0,498)
Mann -Whitney	0,330	0,467	0,152	0,203	0,239	0,140	0,314	0,143
<b>ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ</b>								
Απόφοιτος Σχολής	2,59 (0,558)	2,73 (1,093)	2,15 (0,737)	3,3 (1,41)	2,70 (0,968)	1,67 (0,474)	4,05 (2,416)	1,68 (0,473)
Απόφοιτος ΤΕΙ/ΑΕΙ	2,07 (0,806)	2,85 (1,001)	2,64 (1,173)	2,97 (1,401)	2,82 (1,097)	1,53 (0,503)	3,33 (1,365)	1,6 (0,493)
Mann -Whitney	0,130	0,469	<b>0,016</b>	0,534	0,299	0,186	0,410	0,302
<b>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>								
Άγαμος/η	2,24 (0,730)	2,77 (1,103)	2,07 (0,824)	2,98 (1,275)	2,74 (1,080)	1,54 (0,497)	3,31 (1,238)	1,63(0,486)
Έγγαμος/η	2,02 (0,791)	2,84 (0,999)	2,91 (1,168)	3,11 (1,546)	2,83 (1,122)	1,58 (0,494)	3,66 (2,1360)	1,59 (0,494)
Διαζευγμένος/η-Χήρος/α	2,63 (0,231)	3,07 (0,967)	2,00 (0,577)	3,22 (0,526)	2,83 (1,528)	1,56 (0,577)	3,87 (0,431)	1,75 (0,433)
Kruskal Wallis	0,394	0,603	<b>0,04</b>	0,270	0,382	0,542	0,187	0,714
<b>ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΤΑ</b>								
Λιγότερο από 580 €	1,79 (0,709)	2,57 (0,685)	2,21 (0,682)	2,67 (0,906)	2,79 (0,682)	1,52 (0,430)	2,74 (0,462)	1,54 (0,495)
Από 580 έως 690 €	1,94 (0,765)	2,76 (1,103)	2,40 (0,995)	2,93 (1,079)	2,60 (1,032)	1,40 (0,514)	2,88 (1,019)	1,50 (0,497)
Από 690 έως 1150 €	2,19 (0,776)	2,78 (1,037)	2,57 (1,174)	3,12 (1,400)	2,86 (1,185)	1,48 (0,502)	3,52 (1,402)	1,55 (0,510)
Από 1150 € και άνω	2,30 (0,792)	2,88 (1,087)	2,55 (1,134)	3,10 (1,518)	2,77 (1,163)	1,62 (0,486)	3,70 (2,115)	1,68 (0,470)
Kruskal Wallis	0,307	0,648	0,738	0,223	0,822	0,167	0,277	0,306

Για τις ομάδες ειδικότητα και μορφωτικό επίπεδο χρησιμοποιήθηκε το τεστ Mann-Whitney και βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τιμών των κλιμάκων του SF-36 μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών καθώς και μεταξύ αποφοίτων σχολών και αποφοίτων ΤΕΙ/ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακού ( $p > 0,05$ ), εκτός από την κλίμακα του σωματικού πόνου για την παράμετρο του μορφωτικού επιπέδου όπου  $p = 0.016 < 0.05$ .

Για τις άλλες ομάδες της οικογενειακής κατάστασης και της εισοδηματικής κλίμακας, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας Kruskal Wallis και βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις κλίμακες του SF-36 αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση και την εισοδηματική κλίμακα των ερωτηθέντων. Εξαίρεση αποτέλεσε και πάλι η κλίμακα του σωματικού πόνου για την ομάδα της οικογενειακής κατάστασης όπου  $p = 0.04 < 0.05$ .

#### 4.5. Έλεγχος Spearman Rho

Προκειμένου να διερευνηθεί η συσχέτιση των τακτικών μεταβλητών (κλίμακες SF-36) της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος spearman rho. Παρακάτω παρατίθενται οι πίνακες με τις συσχετίσεις των κλιμάκων της SF-36 με το εκάστοτε κοινωνικο-δημογραφικό χαρακτηριστικό.

##### 4.5.1. Μορφωτικό Επίπεδο

Με βάση τα δεδομένα της παρούσας μελέτης φαίνεται ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και των κλιμάκων υγείας, σύμφωνα με τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης του spearman  $r$ , (Φυσική λειτουργία  $r = 0.013$ , Συναισθηματικός Ρόλος  $r = -0.122$ , Κοινωνική Λειτουργικότητα  $r = 0.050$ , Σωματικός πόνος  $r = 0.175$ ,

Γενική υγεία  $r = -0.069$ , Ζωτικότητα  $r = -0.180$ , Ψυχική Υγεία  $r = 0.170$  και Φυσικός ρόλος  $r = -0.067$ ). (Πίνακας 4.11). Βρέθηκε επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και των κλιμάκων Κοινωνική Λειτουργικότητα ( $p = 0.005 < 0.05$ ), Ζωτικότητα ( $p = 0.034 < 0.05$ ) και Ψυχική Υγεία ( $p = 0.023 < 0.05$ ).



#### 4.5.2. Οικογενειακή Κατάσταση

Με βάση τα δεδομένα της παρούσας μελέτης φαίνεται ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και των κλιμάκων υγείας, σύμφωνα με τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης του spearman  $r$ , (Φυσική λειτουργία  $r=0.036$ , Συναισθηματικός Ρόλος  $r=-0.061$ , Κοινωνική Λειτουργικότητα  $r=0.032$ , Σωματικός πόνος  $r=0.291$ , Γενική υγεία  $r=-0.031$ , Ζωτικότητα  $r=-0.097$ , Ψυχική Υγεία  $r=-0.028$  και Φυσικός ρόλος  $r=-0.011$ ). (Πίνακας 4.11). Βρέθηκε επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της κλίμακας Υγεία Σωματικός ( $p=0.013<0.05$ ).

#### 4.5.3. Εισοδηματική Κλίμακα

Με βάση τα δεδομένα της παρούσας μελέτης φαίνεται ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και των κλιμάκων υγείας, σύμφωνα με τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης του spearman  $r$ , (Φυσική λειτουργία  $r=0.038$ , Συναισθηματικός Ρόλος  $r=0.138$ , Κοινωνική Λειτουργικότητα  $r=-0.021$ , Σωματικός πόνος  $r=0.053$ , Γενική υγεία  $r=-0.042$ , Ζωτικότητα  $r=-0.032$ , Ψυχική Υγεία  $r=-0.129$  και Φυσικός ρόλος  $r=0.055$ ). (Πίνακας 4.11). Δε βρέθηκε να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη μέση τιμή μεταξύ των ιατρών και νοσηλευτών για τις κλίμακες Υγείας SF-36.

#### 4.5.4. Ειδικότητα

Με βάση τα δεδομένα της παρούσας μελέτης φαίνεται ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και των κλιμάκων υγείας, σύμφωνα με τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης του spearman  $r$ , (Φυσική λειτουργία  $r=-0.052$ , Συναισθηματικός Ρόλος  $r=-0.206$ , Κοινωνική Λειτουργικότητα  $r=-0.025$ , Σωματικός πόνος  $r=-0.098$ , Γενική υγεία  $r=-0.097$ , Ζωτικότητα  $r=0.015$ , Ψυχική Υγεία  $r=-0.014$  και Φυσικός ρόλος  $r=-0.095$ ). (Πίνακας 4.11). Δε βρέθηκε να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη μέση τιμή μεταξύ των ιατρών και νοσηλευτών για τις κλίμακες Υγείας SF-36.

Πίνακας 4.11. Συντελεστές Συσχέτισης των κλιμάκων Υγείας του SF-36 με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά.

ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ		Φυσική λειτουργία	Συναίσθηματικός Ρόλος	Κοινωνική Λειτουργικότητα	Σωματικός πόνος	Γενική υγεία	Ζωτικότητα	Ψυχική Υγεία	Φυσικός ρόλος
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Correlation Coefficient	0.013	-0.122	0.050	0.175	-0.069	-0.180	0.170	-0.067
	Sig. (2-tailed)	0.074	0.178	<b>0.005</b>	0.054	0.068	<b>0.034</b>	<b>0.023</b>	0.257
	N	80	80	80	80	80	80	80	80
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Correlation Coefficient	0.036	-0.061	0.032	0.291	0.031	-0.097	-0.028	-0.011
	Sig. (2-tailed)	0.188	0.217	0.164	<b>0.013</b>	0.281	0.132	0.196	0.344
	N	80	80	80	80	80	80	80	80
ΕΙΣΟΔΗΜΑ	Correlation Coefficient	0.038	0.138	-0.021	0.053	0.042	-0.032	0.129	0.055
	Sig. (2-tailed)	0.234	0.156	0.347	0.323	0.212	0.266	0.114	0.141
	N	80	80	80	80	80	80	80	80
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	Correlation Coefficient	-0.052	-0.206	-0.025	-0.098	-0.097	0.015	-0.014	-0.095
	Sig. (2-tailed)	0.222	0.143	0.407	0.195	0.139	0.228	0.246	0.118
	N	80	80	80	80	80	80	80	80

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ΟΝ</sup> ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διαπιστωθεί κατά πόσο είναι υγιείς οι επαγγελματίες Υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού, και πως αυτό επηρεάζεται από τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας. Συνοπτικά τα αποτελέσματα της έρευνας είναι τα παρακάτω:

1. Από τους 80 συμμετέχοντες οι 32 είναι ιατροί (40%) και οι 48 νοσηλευτές/τριες (60%). Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο παρατηρούμε ότι 20 είναι απόφοιτοι σχολής (25%) και 60 είναι απόφοιτοι ΤΕΙ/ ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακού (75%). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι έγγαμος/η (53,8%), ακολουθούν οι άγαμοι (42,4%) και οι διαζευγμένοι/χήροι σε ποσοστό 3,8%.. Τέλος όσον αφορά το μηνιαίο εισόδημα της οικογένειας και όχι το προσωπικό, το μεγαλύτερο ποσοστό του ιατρικού προσωπικού ανήκει στην εισοδηματική κλίμακα 1150€ και άνω σε ποσοστό 57,5%, ακολουθεί με ποσοστό 27,5% η κλίμακα 690€ - 1150€, με ποσοστό 8,8% λιγότερο από 580€ και τέλος με ποσοστό 6,3% η κλίμακα 580-690€.
2. Από τα 80 άτομα που απάντησαν στο ερώτημα «γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: ...», 9 άτομα (11,3%) ανέφεραν ότι η υγεία τους είναι εξαιρετική, 31 άτομα (38,8%) πολύ καλή, 25 άτομα (31,3%) καλή, 9 άτομα (11,3%) κακή και μόλις 6 άτομα (7,5%) χαρακτηρίζει την υγεία του κακή.
3. Αντίστοιχα στο ερώτημα «Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα; ...», 9 άτομα (11,3%) ανέφεραν ότι η υγεία τους είναι πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν, 23 άτομα (28,8%) κάπως καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν, 39 άτομα (48,83%) περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν, 3 άτομα (3,8%) κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν και μόλις 6 άτομα (7,5%) χαρακτηρίζει την υγεία του πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν.
4. Δε βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, με τη χρήση του ελέγχου στατιστικής σημαντικότητας Mann-Whitney test, μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών και της αυτοαναφερόμενης υγείας ( $p=0,990$ ) σχετικά με την ερώτηση «γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: ...». Ημέση τιμή και η τυπική απόκλιση που βρέθηκε για τους ιατρούς ( $mean=2,94$ ;  $SD=1,105$ ) και για τους νοσηλευτές/τριες ( $mean=2,46$ ;

- SD=1,010) δείχνει ότι οι ιατροί τείνουν να απαντούν κυρίως ότι η υγεία τους βρίσκεται πιο κοντά στο «καλή» ενώ οι νοσηλευτές/τριες κυρίως στο «πολύ καλή».
5. Δε βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών και της αυτοαναφερόμενης υγείας ( $p=0,060$ ) σχετικά με την ερώτηση «Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα; ...». Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση που βρέθηκε για τους ιατρούς ( $mean=3$ ;  $SD=0,916$ ) και για τους νοσηλευτές/τριες ( $mean=2,46$ ;  $SD=0,988$ ) δείχνει ότι οι ιατροί τείνουν να απαντούν κυρίως ότι η υγεία τους βρίσκεται περίπου στα ίδια επίπεδα με τον προηγούμενο χρόνο ενώ οι νοσηλευτές/τριες κυρίως ότι είναι κάπως καλύτερη απ'ότι τον προηγούμενο χρόνο.
6. Από την ανάλυση αυτοαναφερόμενης υγείας και μορφωτικού επιπέδου δε βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, με τη χρήση του ελέγχου στατιστικής σημαντικότητας Mann-Whitney test, μεταξύ αυτοαναφερόμενης υγείας και μορφωτικού επιπέδου ( $p=0,947$ ) σχετικά με την ερώτηση «γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: ...». Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση που βρέθηκε για τους αποφοίτους σχολής είναι ( $mean=2,30$ ;  $SD=1,105$ ) και για τους αποφοίτους ΤΕΙ/ΑΕΙ/Μεταπτυχιακού ( $mean=2,77$ ;  $SD=1,047$ ) δείχνοντας ότι οι απόφοιτοι σχολής τείνουν να απαντούν κυρίως ότι η υγεία τους βρίσκεται πιο κοντά στο «πολύ καλή» ενώ οι απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ/Μεταπτυχιακού νοσηλευτές/τριες κυρίως στο «καλή».
7. Από την ανάλυση αυτοαναφερόμενης υγείας και μορφωτικού επιπέδου στην ερώτηση «Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα; ...», δε βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, μεταξύ της αυτοαναφερόμενης υγείας και του μορφωτικού επιπέδου ( $p=0,361$ ). Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση που βρέθηκε για τους αποφοίτους σχολής ( $mean=2,65$ ;  $SD=0,813$ ) και για τους αποφοίτους ΤΕΙ/ΑΕΙ/Μεταπτυχιακού ( $mean=2,68$ ;  $SD=1,049$ ) δείχνει ότι και οι μεν απόφοιτοι σχολής και οι δε απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ/Μεταπτυχιακού τείνουν να απαντούν κυρίως ότι η υγεία τους βρίσκεται περίπου στα ίδια επίπεδα με τον προηγούμενο χρόνο.

8. Η σχέση αυτοαναφερόμενης υγείας και εισοδηματικής κλίμακας έγινε με το Kruskal-Wallis test, όπου για την ερώτηση «γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: ...», παρατηρούμε ότι δε υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, μεταξύ της αυτοαναφερόμενης υγείας και της εισοδηματικής κατάστασης ( $p=0,823$ ).
9. Ο έλεγχος Kruskal-Wallis μεταξύ της αυτοαναφερόμενης υγείας και της εισοδηματικής κλίμακας για την ερώτηση «Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα; ...», παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, μεταξύ της αυτοαναφερόμενης υγείας και της εισοδηματικής κατάστασης ( $p=0,031 < 0,05$ ).
10. Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση της εισοδηματικής κλίμακας που βρέθηκε σχετικά με τις απαντήσεις στην ερώτηση «γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: ...» είναι: για την κλίμακα «Λιγότερο από 580 €» ( $mean=2,29$ ,  $SD=0,488$ ), για την κλίμακα «Από 580 έως 690€» ( $mean=2,60$ ;  $SD=0,894$ ), για την κλίμακα «Από 690 έως 1150 €» ( $mean=2,68$   $SD=1,211$ ) και για την κλίμακα «Από 1150 € και άνω» ( $mean=2,70$   $SD=1,093$ ). Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι οι ερωτηθέντες με εισόδημα πάνω από 580 ευρώ τείνουν να απαντήσουν ότι η υγεία τους είναι πολύ καλή ενώ οι ερωτηθέντες με εισόδημα λιγότερο από 580€ τείνουν να απαντήσουν ότι η υγεία τους είναι καλή.
11. Αντίστοιχα και οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για την ερώτηση «Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα; ...», είναι: για την κλίμακα «Λιγότερο από 580 €» ( $mean=1,86$ ,  $SD=0,378$ ), για την κλίμακα «Από 580 έως 690€» ( $mean=2,40$ ;  $SD=0,548$ ), για την κλίμακα «Από 690 έως 1150 €» ( $mean=2,77$   $SD=1,020$ ) και για την κλίμακα «Από 1150 € και άνω» ( $mean=2,78$   $SD=1,031$ ). Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι οι ερωτηθέντες με εισόδημα πάνω από 580 ευρώ τείνουν να απαντήσουν ότι η υγεία τους είναι περίπου στα ίδια επίπεδα με τον προηγούμενο χρόνο ενώ οι ερωτηθέντες με εισόδημα λιγότερο από 580€ τείνουν να απαντήσουν ότι η υγεία τους είναι κάπως καλύτερη.
12. Για τις ομάδες ειδικότητα και μορφωτικό επίπεδο χρησιμοποιήθηκε το τεστ Mann-Whitney και βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ

των τιμών των κλιμάκων του SF-36 μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών καθώς και μεταξύ αποφοίτων σχολών και αποφοίτων ΤΕΙ/ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακού ( $p>0,05$ ), εκτός από την κλίμακα του σωματικού πόνου για την παράμετρο του μορφωτικού επιπέδου όπου  $p=0.016 < 0.05$ .

13. Για τις άλλες ομάδες της οικογενειακής κατάστασης και της εισοδηματικής κλίμακας, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας Kruskal Wallis και βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις κλίμακες του SF-36 αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση και την εισοδηματική κλίμακα των ερωτηθέντων. Εξαίρεση αποτέλεσε και πάλι η κλίμακα του σωματικού πόνου για την ομάδα της οικογενειακής κατάστασης όπου  $p=0.04 < 0.05$ .
14. Με βάση τα δεδομένα της παρούσας μελέτης φαίνεται ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και των κλιμάκων υγείας, σύμφωνα με τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης του spearman  $r$ , (Φυσική λειτουργία  $r=0.013$ , Συναισθηματικός Ρόλος  $r=-0.122$ , Κοινωνική Λειτουργικότητα  $r=0.050$ , Σωματικός πόνος  $r=0.175$ , Γενική υγεία  $r=-0.069$ , Ζωτικότητα  $r=-0.180$ , Ψυχική Υγεία  $r=0.170$  και Φυσικός ρόλος  $r=-0.067$ ). Βρέθηκε επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και των κλιμάκων Κοινωνική Λειτουργικότητα ( $p=0.005 < 0.05$ ), Ζωτικότητα ( $p=0.034 < 0.05$ ) και Ψυχική Υγεία ( $p=0.023 < 0.05$ ).
15. Με βάση τα δεδομένα της παρούσας μελέτης φαίνεται ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και των κλιμάκων υγείας, σύμφωνα με τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης του spearman  $r$ , (Φυσική λειτουργία  $r=0.036$ , Συναισθηματικός Ρόλος  $r=-0.061$ , Κοινωνική Λειτουργικότητα  $r=0.032$ , Σωματικός πόνος  $r=0.291$ , Γενική υγεία  $r=-0.031$ , Ζωτικότητα  $r=-0.097$ , Ψυχική Υγεία  $r=-0.028$  και Φυσικός ρόλος  $r=-0.011$ ). (Βρέθηκε επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της κλίμακας Υγεία Σωματικός ( $p=0.013 < 0.05$ ).
16. Με βάση τα δεδομένα της παρούσας μελέτης φαίνεται ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και των κλιμάκων υγείας, σύμφωνα με τον μη

παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης του spearman  $r$ , (Φυσική λειτουργία  $r=0.038$ , Συναισθηματικός Ρόλος  $r=0.138$ , Κοινωνική Λειτουργικότητα  $r=-0.021$ , Σωματικός πόνος  $r=0.053$ , Γενική υγεία  $r=-0.042$ , Ζωτικότητα  $r=-0.032$ , Ψυχική Υγεία  $r=-0.129$  και Φυσικός ρόλος  $r=0.055$ ). Δε βρέθηκε να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη μέση τιμή μεταξύ των ιατρών και νοσηλευτών για τις κλίμακες Υγείας SF-36.

17. Με βάση τα δεδομένα της παρούσας μελέτης φαίνεται ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και των κλιμάκων υγείας, σύμφωνα με τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης του spearman  $r$ , (Φυσική λειτουργία  $r=-0.052$ , Συναισθηματικός Ρόλος  $r=-0.206$ , Κοινωνική Λειτουργικότητα  $r=-0.025$ , Σωματικός πόνος  $r=-0.098$ , Γενική υγεία  $r=-0.097$ , Ζωτικότητα  $r=0.015$ , Ψυχική Υγεία  $r=-0.014$  και Φυσικός ρόλος  $r=-0.095$ ). Δε βρέθηκε να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στη μέση τιμή μεταξύ των ιατρών και νοσηλευτών για τις κλίμακες Υγείας SF-36.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

#### Ερωτηματολόγιο SF-36

#### 1. Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Εξαιρετική	1
Πολύ καλή	2
Καλή	3
Μέτρια	4
Κακή	5

#### 2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα?

Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	1
Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	2
Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	3
Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	4
Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	5

#### 3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που πιθανώς να κάνετε κατά την διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας περιορίσει αυτές τις δραστηριότητες? Εάν ναι, πόσο?

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	Ναι, με Περιορίζει Πολύ	Ναι, με Περιορίζει λίγο	Όχι, δεν με Περιορίζει Καθόλου
Σε κουραστικές δραστηριότητες όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ.	1	2	3
Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζεται ρακέτες στην παραλία	1	2	3
Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	1	2	3



ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;

Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες	1	2	3
Όταν ανεβαίνετε μια σκάλα	1	2	3
Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	1	2	3
Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο	1	2	3
Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα	1	2	3
Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα	1	2	3
Όταν κάνετε μπάνιο ή ντύνεστε	1	2	3

4. Τις τελευταίες 4 βδομάδες, σας παρουσιάστηκαν – είτε στην δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα-κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας ?

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας	1	2
Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες σας(για παράδειγμα , καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)	1	2

5. Τις τελευταίες 4 βδομάδες, σας παρουσιάστηκαν– είτε στην δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα-κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (λ.χ. επειδή νοιώσατε μελαγχολία ή άγχος ?

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερα προσεκτικά απ'ότι συνήθως	1	2

6. Τις τελευταίες 4 βδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις

συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες ή με άλλες κοινωνικές ομάδες?

Καθόλου	1
Ελάχιστα	2
Μέτρια	3
Αρκετά	4
Πάρα πολύ	5

**7. Πόσο σωματικό πόνο νοιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες?**

Καθόλου	1
Ελάχιστα	2
Μέτρια	3
Αρκετά	4
Πάρα πολύ	5

**8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συννηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι, όσο και μέσα σε αυτό)?**

Καθόλου	1
Ελάχιστα	2
Μέτρια	3
Αρκετά	4
Πάρα πολύ	5

**9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πως ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα:**

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο Διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
Αισθανόσαστε γεμάτος/η ζωντάνια ?	1	2	3	4	5	6
Είχατε πολύ εκνευρισμό?	1	2	3	4	5	6
Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/η ψυχολογικά , που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι?	1	2	3	4	5	6

ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;

Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη?	1	2	3	4	5	6
Είχατε πολύ ενεργητικότητα?	1	2	3	4	5	6
Αισθανόσαστε εξάντληση?	1	2	3	4	5	6
Ήσαστε ευτυχισμένος/η?	1	2	3	4	5	6
Αισθανόσαστε κούραση?	1	2	3	4	5	6

**10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ ) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα?**

Συνεχώς	1
Το μεγαλύτερο διάστημα	2
Μερικές φορές	3
Μικρό διάστημα	4
Καθόλου	5

**11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση**

	Εντελώς αλήθεια	Μάλλον αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον Ψέμα	Εντελώς ψέμα
Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	1	2	3	4	5
Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	1	2	3	4	5
Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	1	2	3	4	5
Η υγεία μου είναι εξαιρετική	1	2	3	4	5

**(ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ)**

1. Ποιο το μορφωτικό σου επίπεδο?
  - 1 Αποφ Σχολής
  - 2 Αποφ ΤΕΙ/ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακού
2. Οικογενειακή κατάσταση
  - 1 Άγαμος /η
  - 2 Έγγαμος /η
  - 3 Διαζευγμένος /η Χήρος /α

ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;

3. Εργασιακή κατάσταση	1	Ιατρός
	2	Νοσηλεύτης
4. Μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού (ΟΧΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ)	1	Λιγότερο από 580 Ε
	2	Από 580 έως 690 Ε
	3.	Από 690 έως 1150 Ε
	4.	Από 1150 και άνω

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ - ΠΙΝΑΚΕΣ

Frequency Table

**E1**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Εξαιρετική	9	11,3	11,3	11,3
Πολύ Καλή	31	38,8	38,8	50,0
Καλή	25	31,3	31,3	81,3
Μέτρια	9	11,3	11,3	92,5
Κακή	6	7,5	7,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

**E2**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	9	11,3	11,3	11,3
Κάπως καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν	23	28,8	28,8	40,0
Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	39	48,8	48,8	88,8
Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	3	3,8	3,8	92,5
Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	6	7,5	7,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΕΜΕΣΟΥ;

Valid	Ναι, με περιορίζει πολύ	23	28,8	28,8	28
	Ναι, με περιορίζει λίγο	32	40,0	40,0	68
	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	25	31,3	31,3	100,
	Total	80	100,0	100,0	

E3g

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Ναι, με περιορίζει πολύ	24	30,0	30,0	30,
	Ναι, με περιορίζει λίγο	25	31,3	31,3	61,
	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	31	38,8	38,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

E3h

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Ναι, με περιορίζει πολύ	22	27,5	27,5	27,5
	Ναι, με περιορίζει λίγο	30	37,5	37,5	65,0
	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	28	35,0	35,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

E3i

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Ναι, με περιορίζει πολύ	28	35,0	35,0	35,0
	Ναι, με περιορίζει λίγο	15	18,8	18,8	53,8
	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	37	46,3	46,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

E3j

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Ναι, με περιορίζει πολύ	11	13,8	13,8	13,8
	Ναι, με περιορίζει λίγο	14	17,5	17,5	31,3
	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	55	68,8	68,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

E4a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	29	36,3	36,3
	ΟΧΙ	51	63,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0

E4b

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;

	NAI	30	37,5	37,5	37,5
Valid	OXI	50	62,5	62,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

**E4c**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	NAI	34	42,5	42,5	42,5
Valid	OXI	46	57,5	57,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

**E4d**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	NAI	29	36,3	36,3	36,3
Valid	OXI	51	63,8	63,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

**E5a**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	NAI	36	45,0	45,0	45,0
Valid	OXI	44	55,0	55,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

**E5b**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	NAI	38	47,5	47,5	47,5
Valid	OXI	42	52,5	52,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

**E5c**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	NAI	31	38,8	38,8	38,8
Valid	OXI	49	61,3	61,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

**E6**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Καθόλου	12	15,0	15,0	15,0
Valid	Ελάχιστα	26	32,5	32,5	47,5
	Μέτρια	24	30,0	30,0	77,5

ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;

E3a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Ναι, με περιορίζει πολύ	24	30,0	30,0	30,0
Ναι, με περιορίζει λίγο	30	37,5	37,5	67,5
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	26	32,5	32,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

E3b

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Ναι, με περιορίζει πολύ	22	27,5	27,5	27,5
Ναι, με περιορίζει λίγο	29	36,3	36,3	63,8
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	29	36,3	36,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

E3c

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Ναι, με περιορίζει πολύ	15	18,8	18,8	18,8
Ναι, με περιορίζει λίγο	18	22,5	22,5	41,3
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	47	58,8	58,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

E3d

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Ναι, με περιορίζει πολύ	16	20,0	20,0	20,0
Ναι, με περιορίζει λίγο	33	41,3	41,3	61,3
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	31	38,8	38,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

E3e

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Ναι, με περιορίζει πολύ	14	17,5	17,5	17,5
Ναι, με περιορίζει λίγο	17	21,3	21,3	38,8
Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	49	61,3	61,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

E3f

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;

Αρκετά	11	13,8	13,8	91,3
Πάρα Πολύ	7	8,8	8,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

E7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	8	10,0	10,0	10,0
Ελάχιστα	35	43,8	43,8	53,8
Μέτρια	24	30,0	30,0	83,8
Αρκετά	6	7,5	7,5	91,3
Πάρα πολύ	7	8,8	8,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

E8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	15	18,8	18,8	18,8
Ελάχιστα	35	43,8	43,8	62,5
Μέτρια	18	22,5	22,5	85,0
Αρκετά	5	6,3	6,3	91,3
Πάρα Πολύ	7	8,8	8,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

E9a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Συνεχώς	8	10,0	10,0	10,0
Το μεγαλύτερο διάστημα	21	26,3	26,3	36,3
Σημαντικό διάστημα	13	16,3	16,3	52,5
Μερικές Φορές	14	17,5	17,5	70,0
Μικρό Διάστημα	15	18,8	18,8	88,8
Καθόλου	9	11,3	11,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

E9b

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Συνεχώς	9	11,3	11,3	11,3
Το μεγαλύτερο διάστημα	13	16,3	16,3	27,5
Σημαντικό Διάστημα	18	22,5	22,5	50,0
Μερικές Φορές	25	31,3	31,3	81,3



ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;

Μικρό Διάστημα	13	16,3	16,3	97,5
Καθόλου	2	2,5	2,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

E9c

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Συνεχώς	11	13,8	13,8	13,8
Το μεγαλύτερο Διάστημα	16	20,0	20,0	33,8
Σημαντικό Διάστημα	16	20,0	20,0	53,8
Valid Μερικές Φορές	18	22,5	22,5	76,3
Μικρό Διάστημα	13	16,3	16,3	92,5
Καθόλου	6	7,5	7,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

E9d

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Συνεχώς	1	1,3	1,3	1,3
Το μεγαλύτερο διάστημα	15	18,8	18,8	20,0
Σημαντικό διάστημα	22	27,5	27,5	47,5
Valid Μερικές Φορές	10	12,5	12,5	60,0
Μικρό Διάστημα	23	28,8	28,8	88,8
Καθόλου	9	11,3	11,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

E9e

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Συνεχώς	19	23,8	23,8	23,8
Το μεγαλύτερο διάστημα	18	22,5	22,5	46,3
Σημαντικό Διάστημα	21	26,3	26,3	72,5
Valid Μερικές Φορές	16	20,0	20,0	92,5
Μικρό Διάστημα	4	5,0	5,0	97,5
Καθόλου	2	2,5	2,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

E9f

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συνεχώς	15	18,8	18,8	18,8

ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;

Το μεγαλύτερο διάστημα	10	12,5	12,5	31,3
Σημαντικό Διάστημα	20	25,0	25,0	56,3
Μερικές Φορές	14	17,5	17,5	73,8
Μικρό διάστημα	19	23,8	23,8	97,5
Καθόλου	2	2,5	2,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

E9g

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Συνεχώς	3	3,8	3,8	3,8
Το μεγαλύτερο διάστημα	18	22,5	22,5	26,3
Σημαντικό διάστημα	21	26,3	26,3	52,5
Μερικές Φορές	16	20,0	20,0	72,5
Μικρό Διάστημα	13	16,3	16,3	88,8
Καθόλου	8	10,0	10,0	98,8
33	1	1,3	1,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

E9h

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Συνεχώς	16	20,0	20,0	20,0
Το μεγαλύτερο διάστημα	13	16,3	16,3	36,3
Σημαντικό Διάστημα	17	21,3	21,3	57,5
Μερικές Φορές	19	23,8	23,8	81,3
Μικρό Διάστημα	13	16,3	16,3	97,5
Καθόλου	2	2,5	2,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

E10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Συνεχώς	8	10,0	10,0	10,0
Το μεγαλύτερο διάστημα	20	25,0	25,0	35,0
Μερικές Φορές	33	41,3	41,3	76,3
Μικρό Διάστημα	11	13,8	13,8	90,0
Καθόλου	8	10,0	10,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

E11a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;

Valid	Εντελώς Αλήθεια	12	15,0	15,0	15,0
	Μάλλον Αλήθεια	23	28,8	28,8	43,8
	Δεν Ξέρω	25	31,3	31,3	75,0
	Μάλλον Ψέμα	11	13,8	13,8	88,8
	Εντελώς Ψέμα	9	11,3	11,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

**E11b**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Εντελώς Αλήθεια	5	6,3	6,3	6,3
	Μάλλον Αλήθεια	20	25,0	25,0	31,3
	Δεν ξέρω	44	55,0	55,0	86,3
	Μάλλον Ψέμα	5	6,3	6,3	92,5
	Εντελώς Ψέμα	6	7,5	7,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

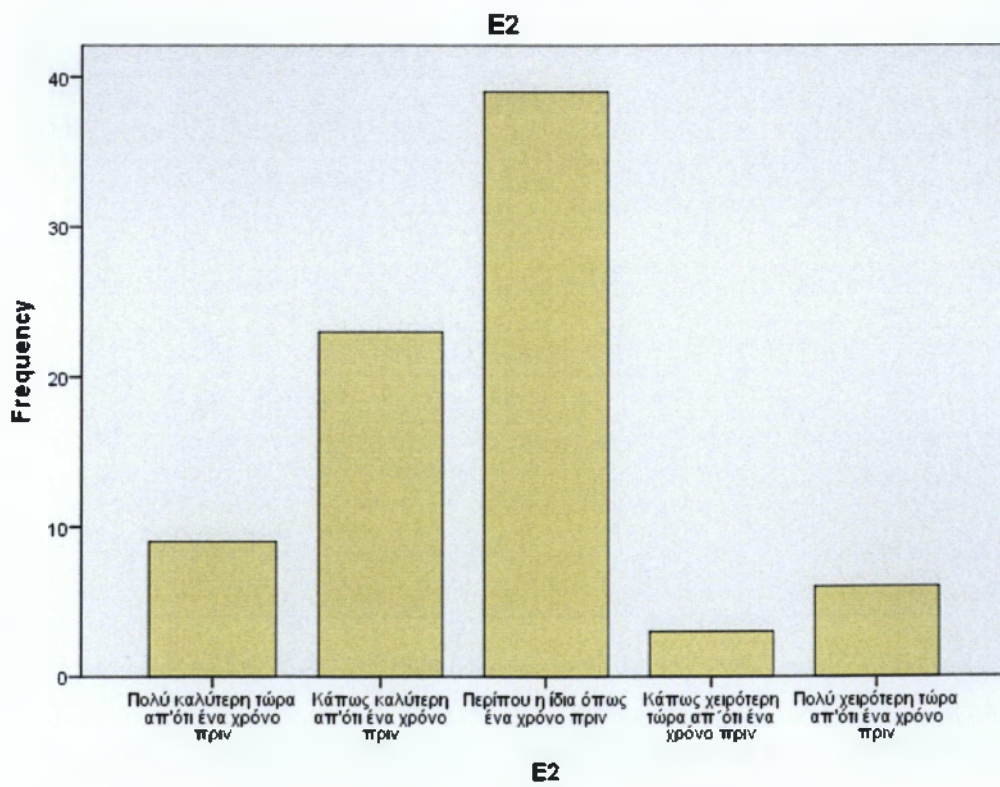
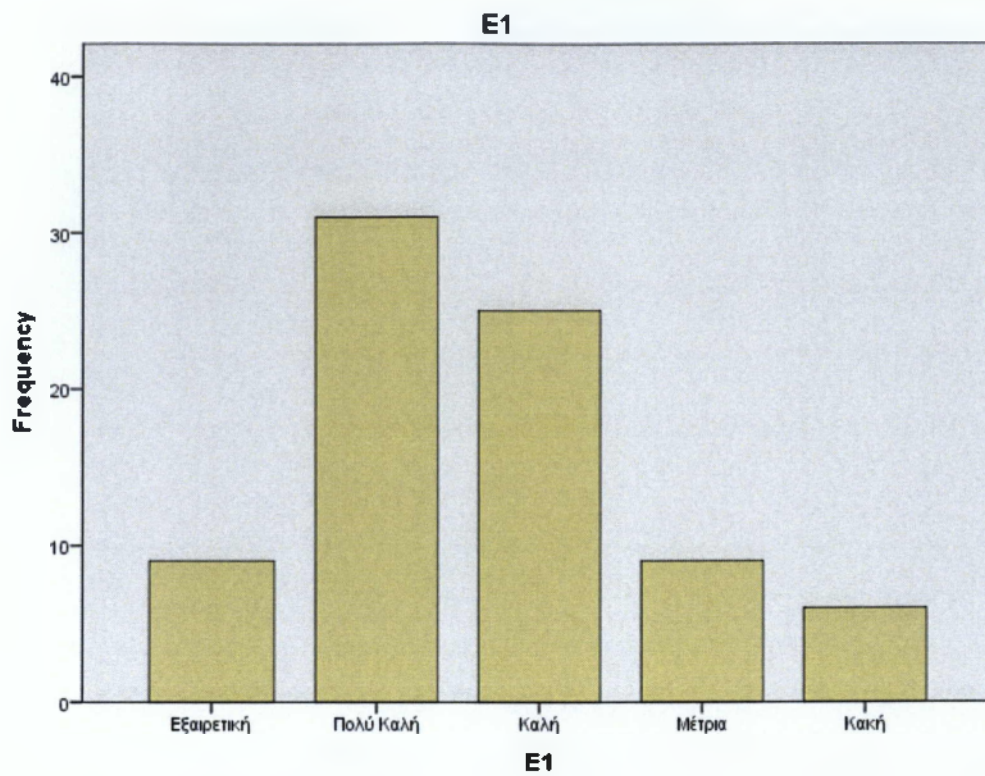
**E11c**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Εντελώς Αλήθεια	3	3,8	3,8	3,8
	Μάλλον Αλήθεια	11	13,8	13,8	17,5
	Δεν ξέρω	42	52,5	52,5	70,0
	Μάλλον Ψέμα	9	11,3	11,3	81,3
	Εντελώς Ψέμα	15	18,8	18,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

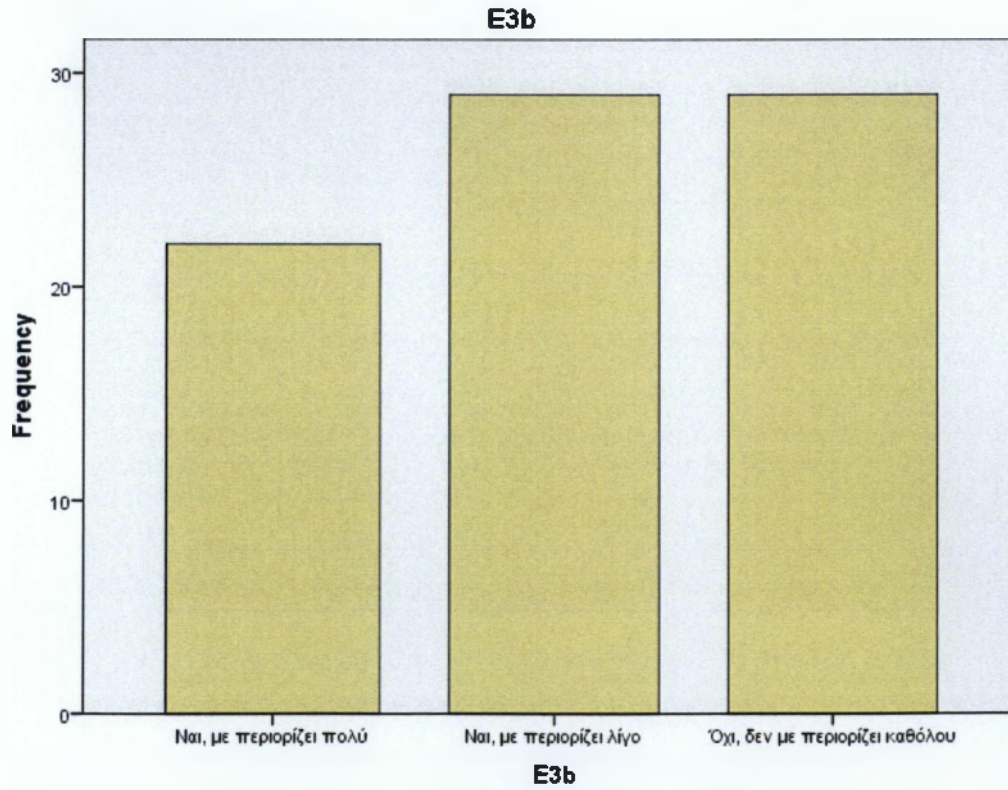
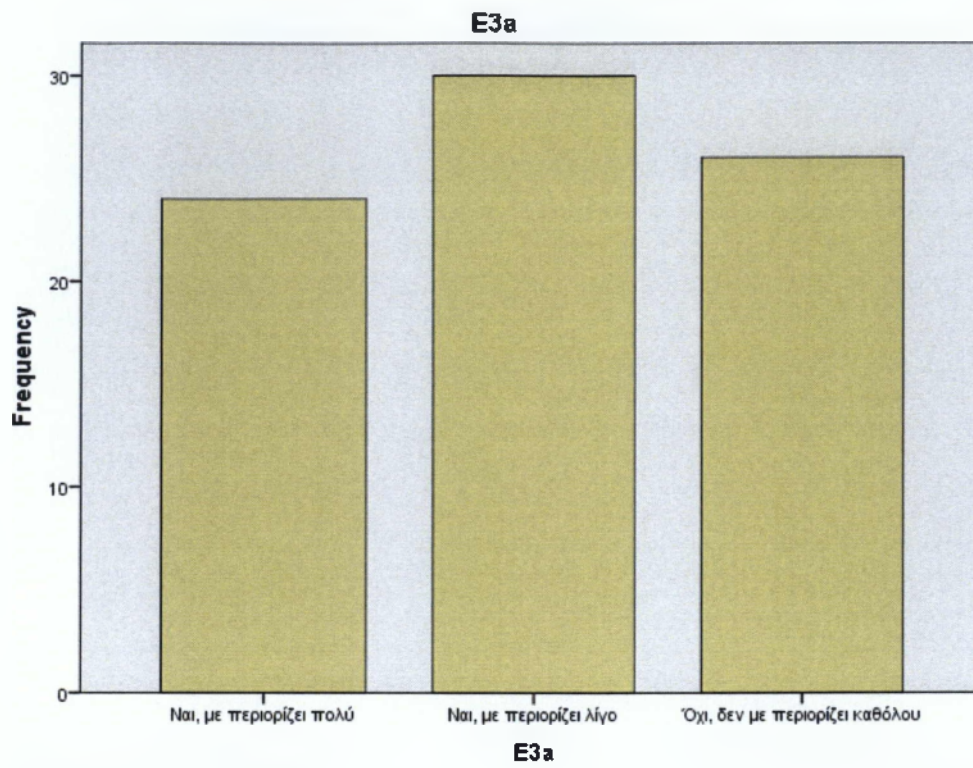
**E11d**

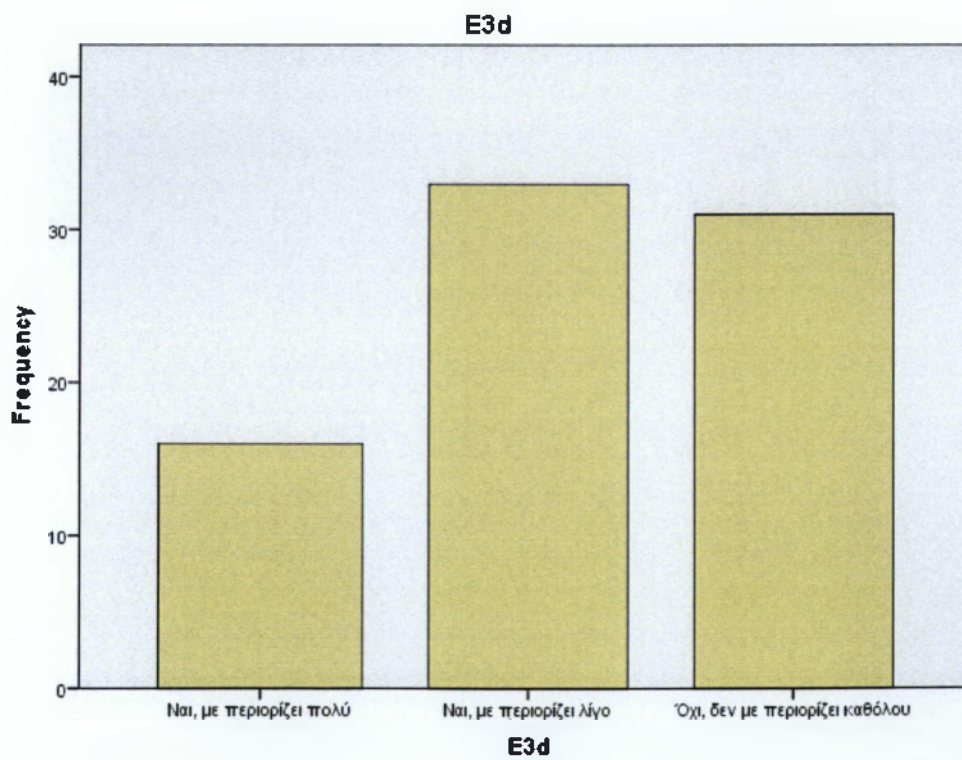
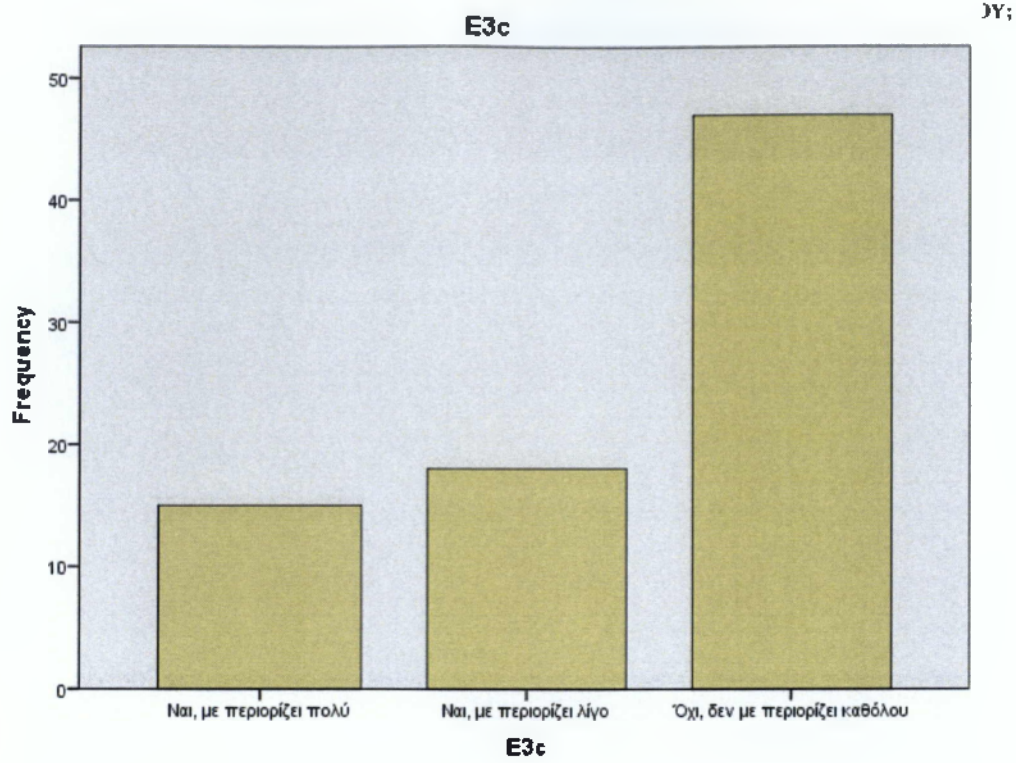
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Εντελώς Αλήθεια	12	15,0	15,0	15,0
	Μάλλον Αλήθεια	26	32,5	32,5	47,5
	Δεν ξέρω	31	38,8	38,8	86,3
	Μάλλον Ψέμα	8	10,0	10,0	96,3
	Εντελώς Ψέμα	3	3,8	3,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;

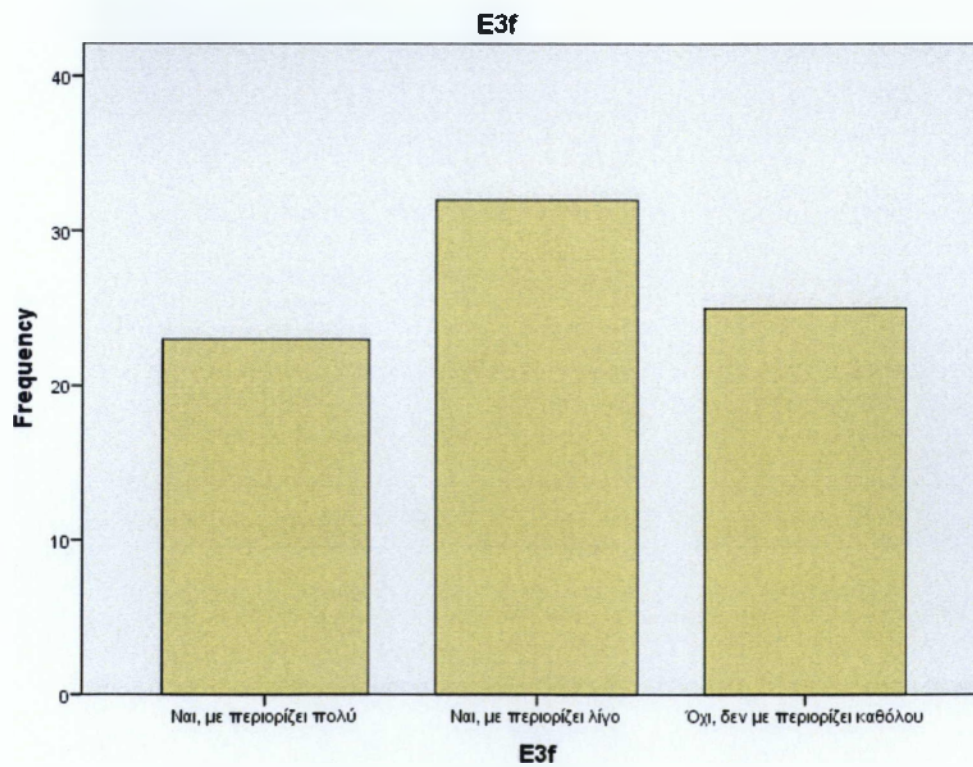
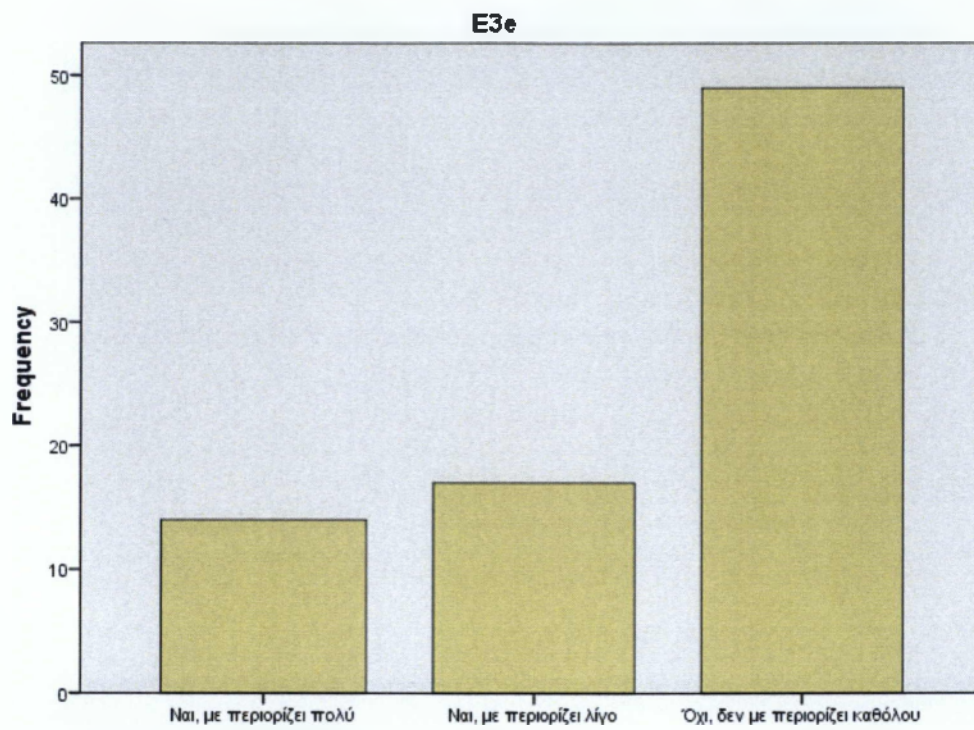


ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΕΜΕΣΟΥ;

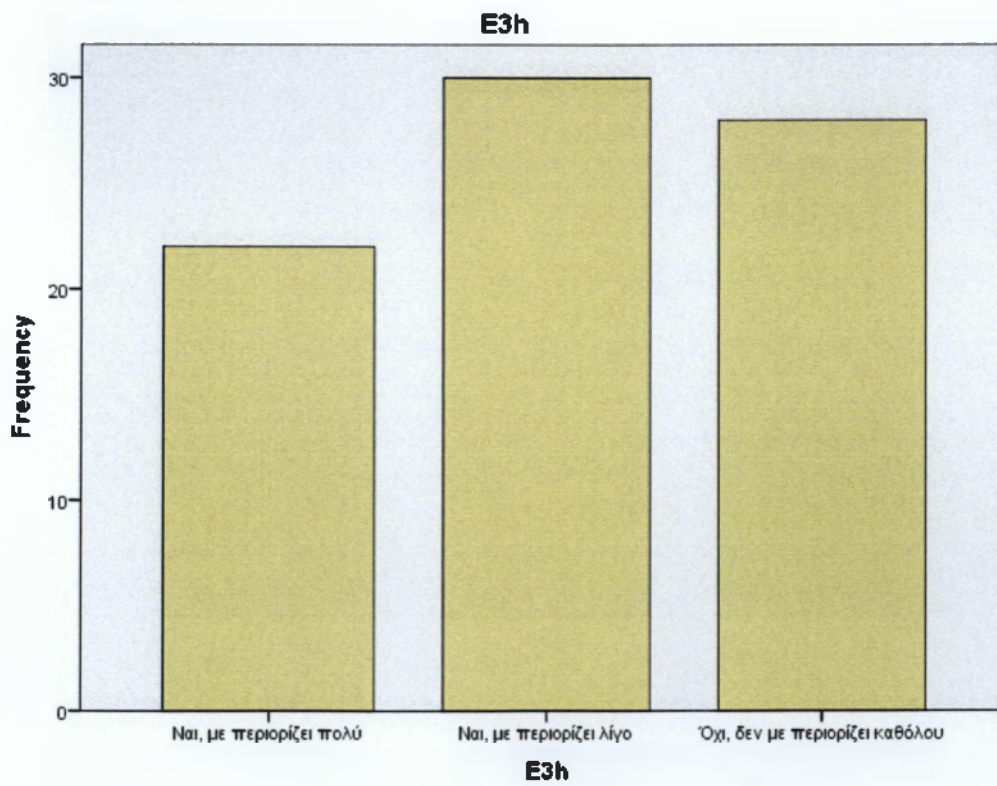
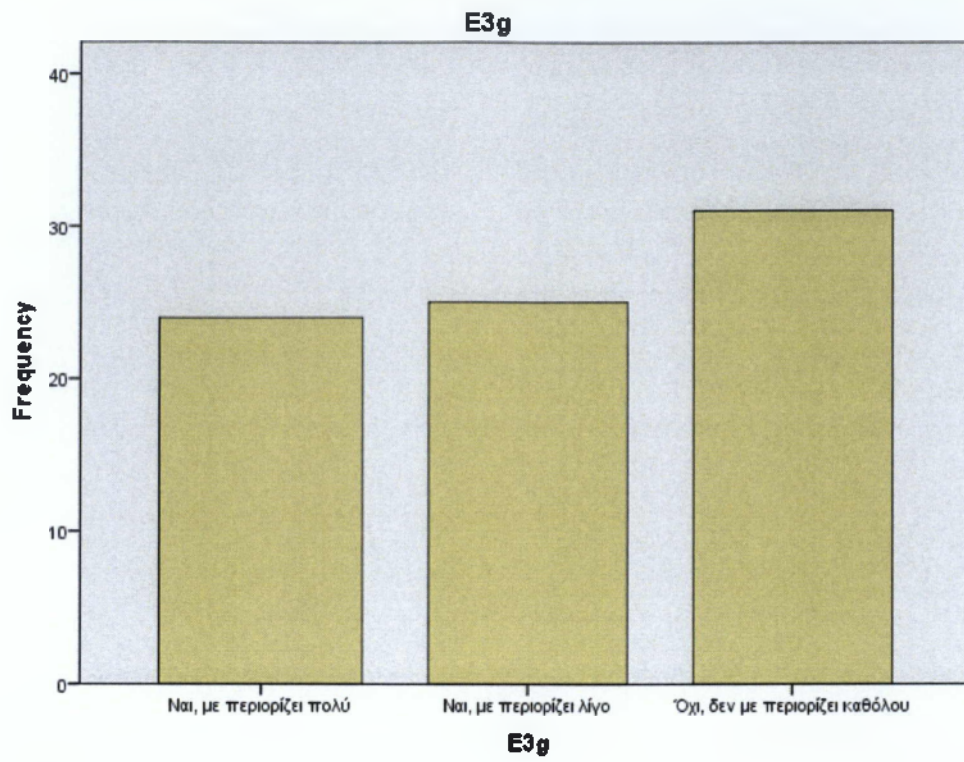




ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΕΜΕΣΟΥ;

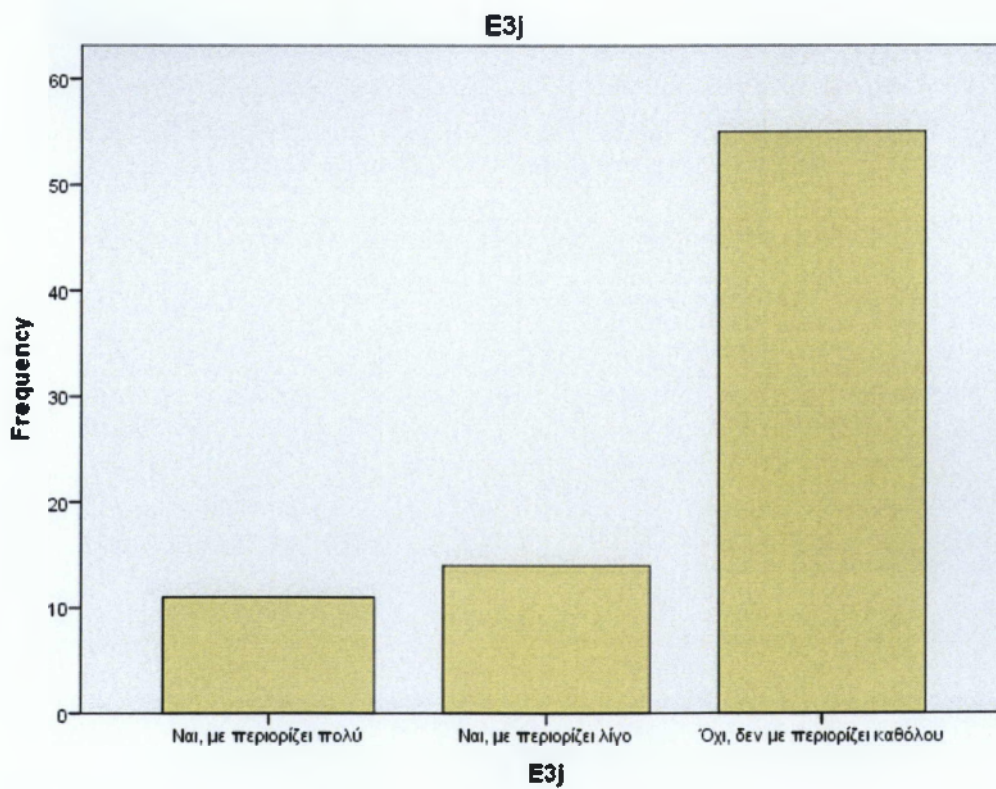
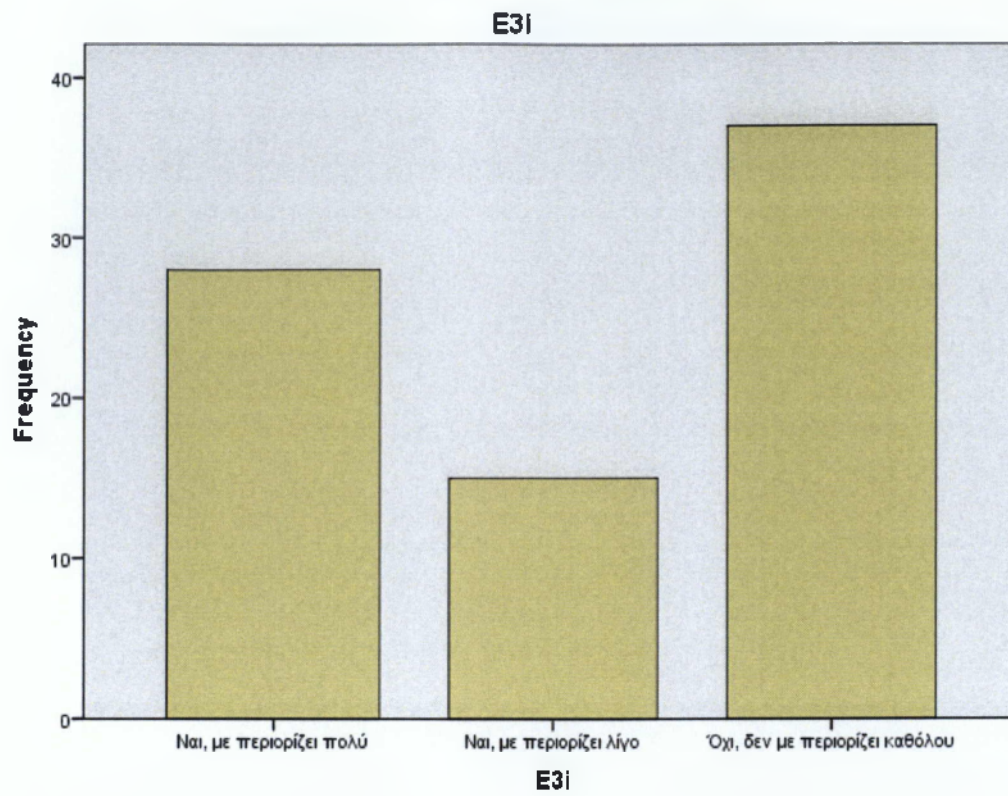


ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;

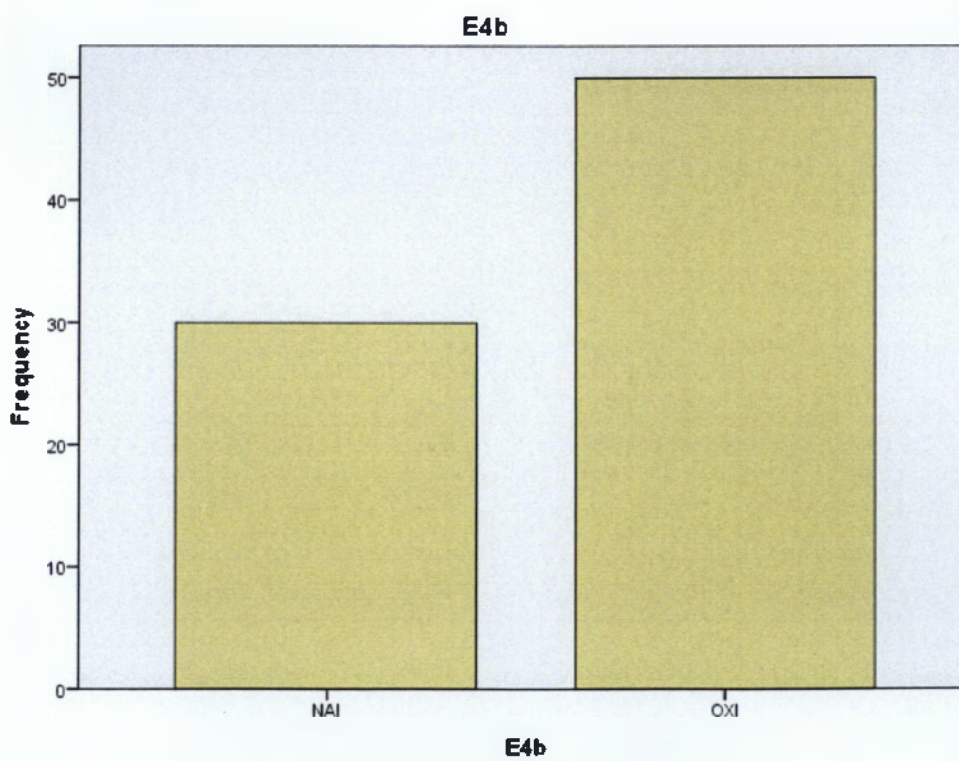
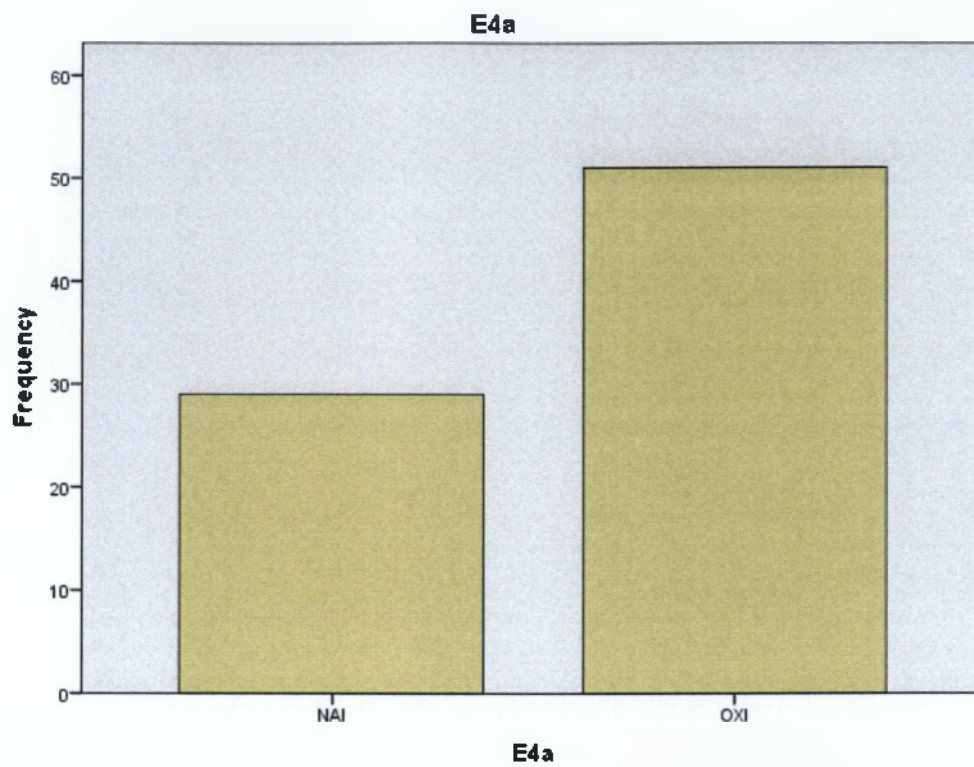




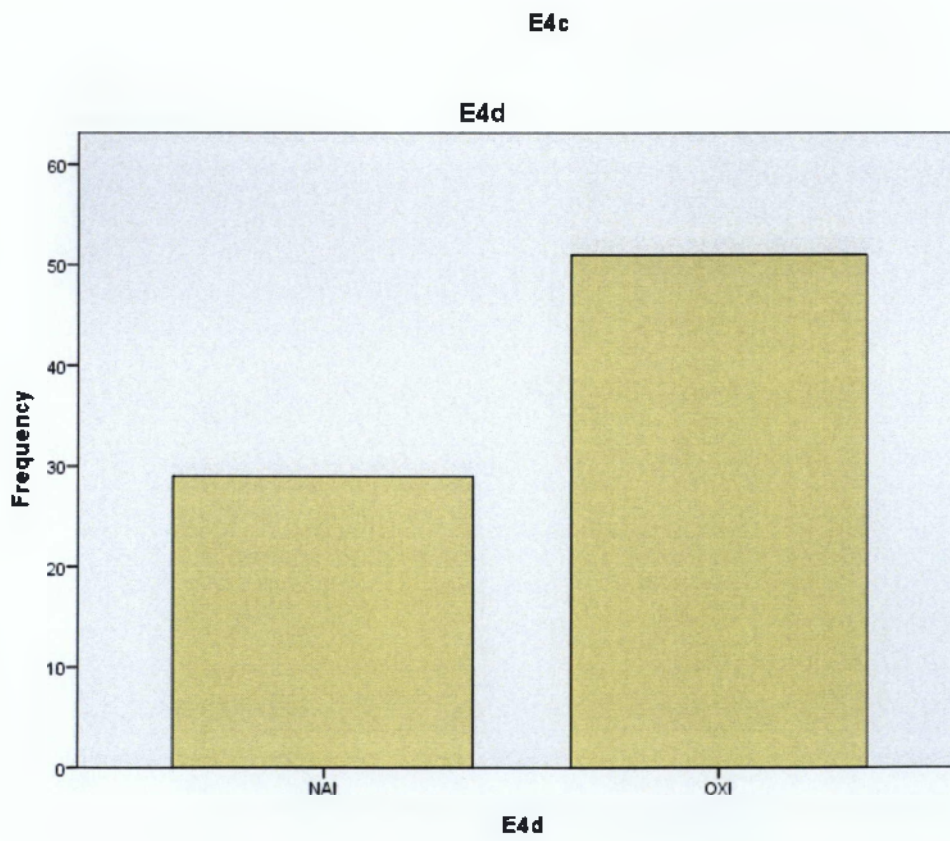
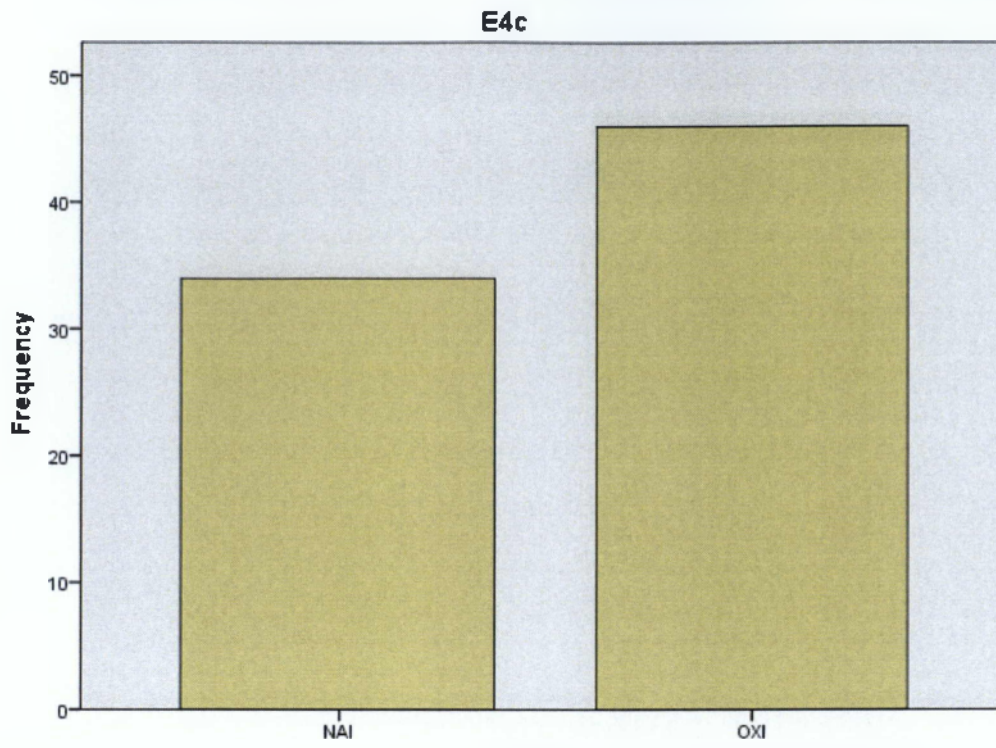
ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;



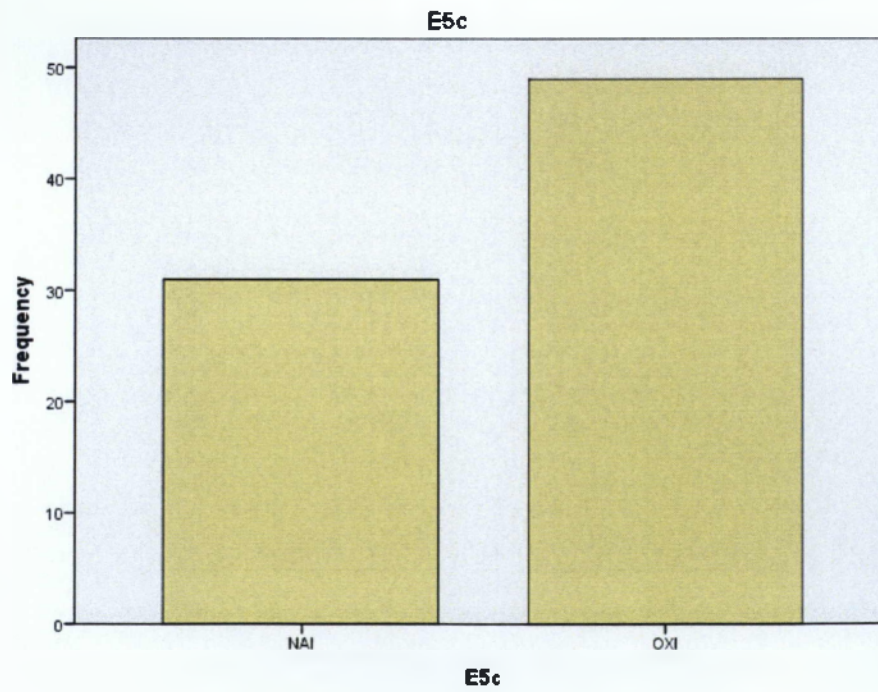
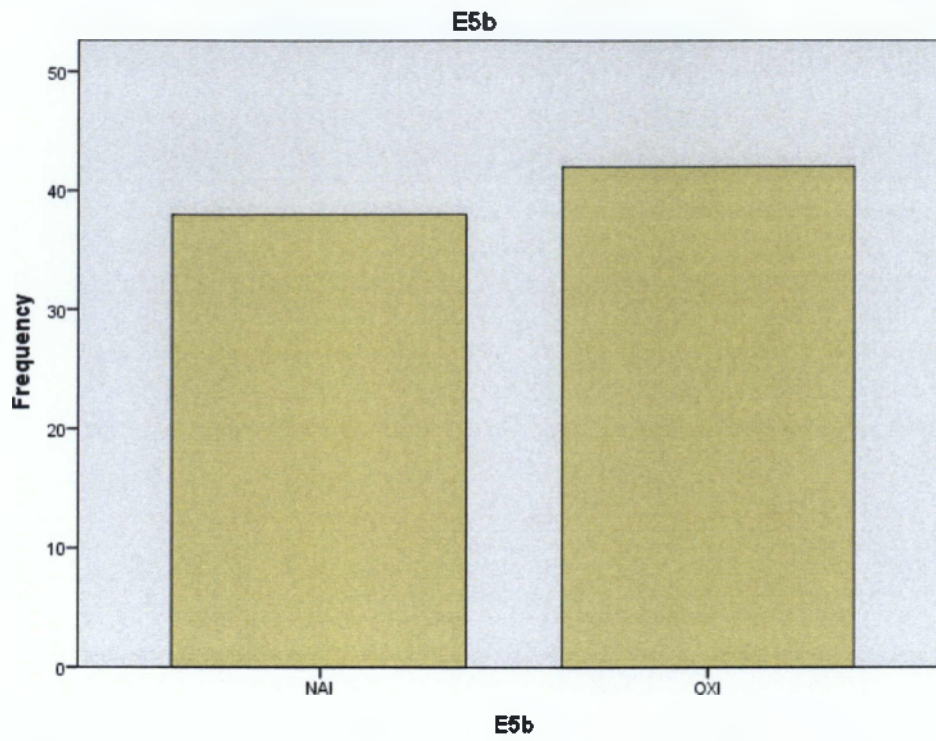
**ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;**



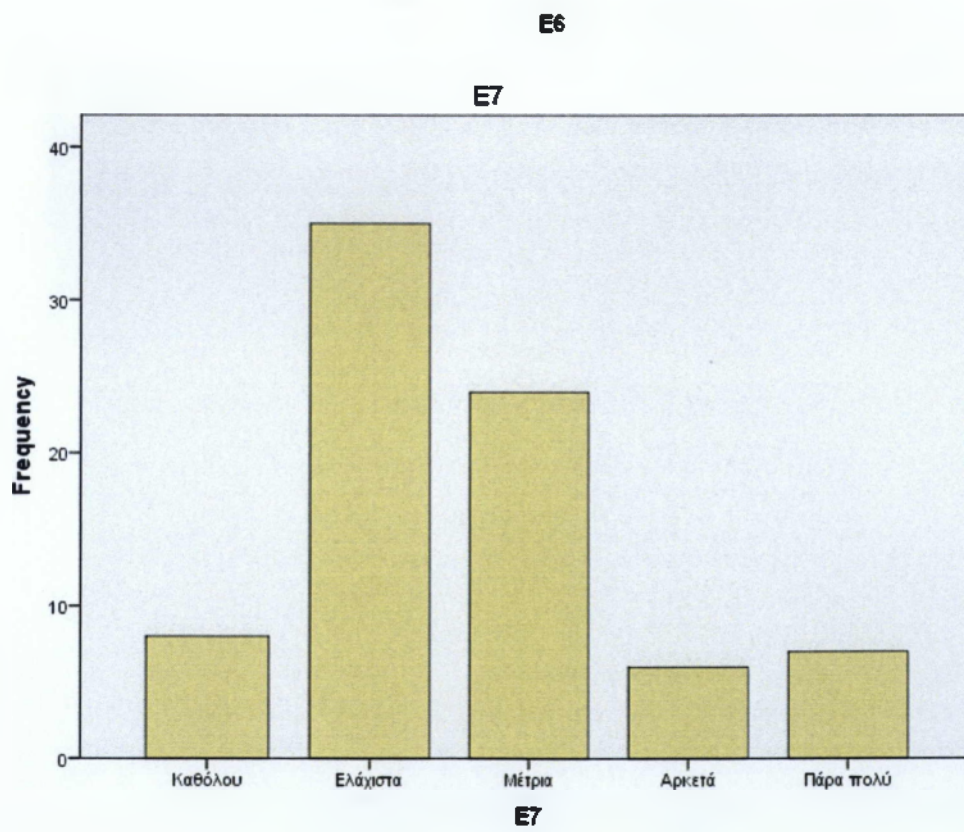
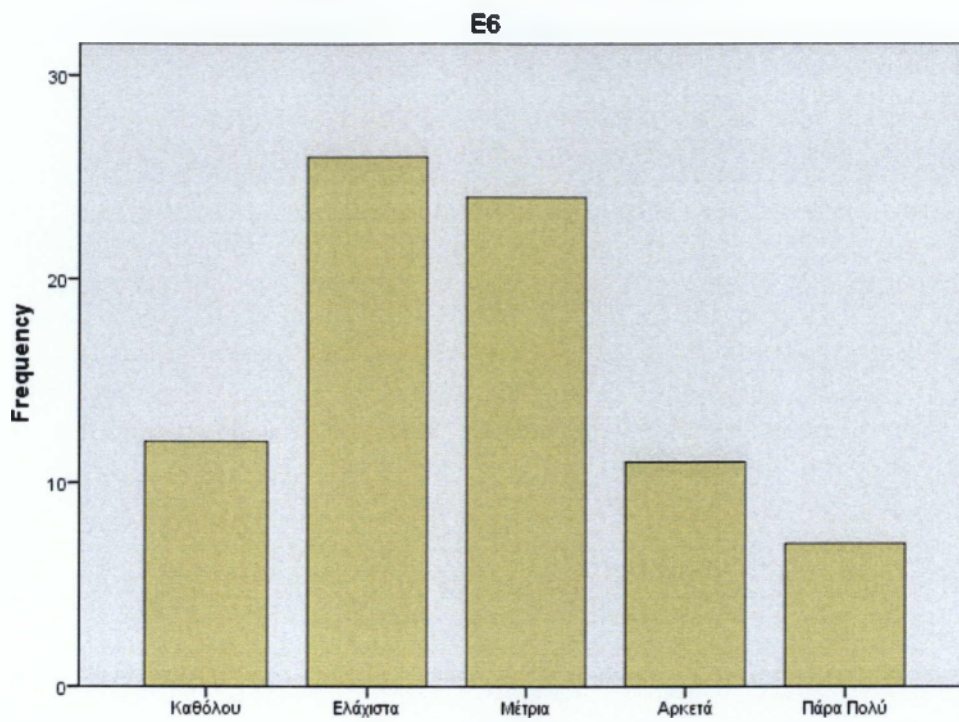
ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;



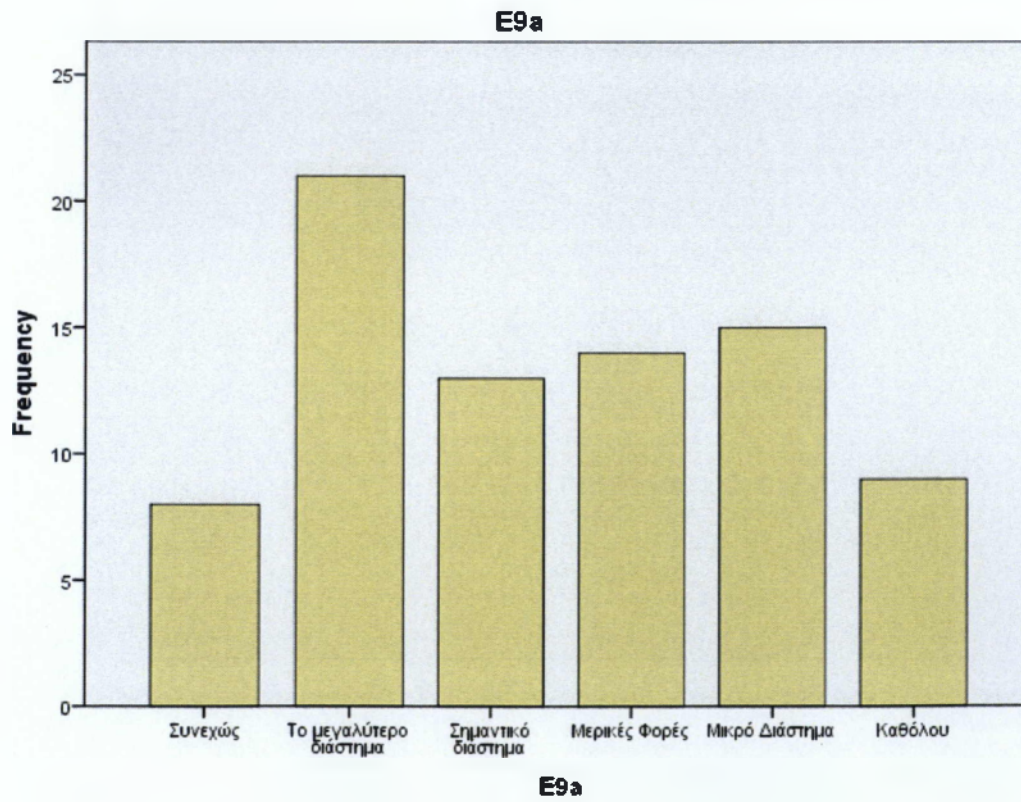
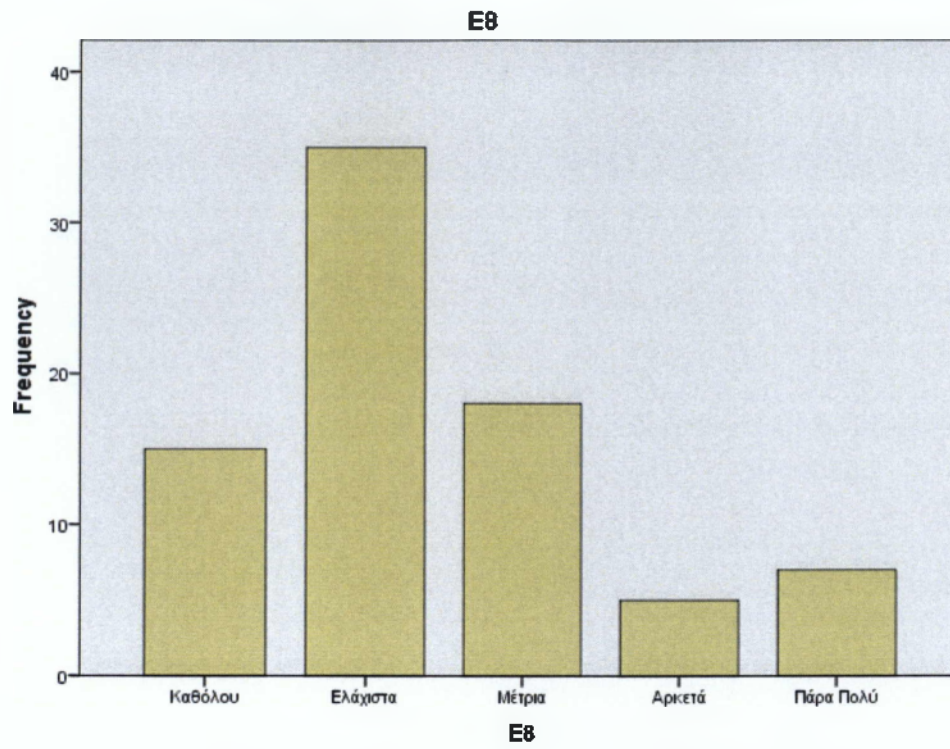
ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΕΜΕΣΟΥ;



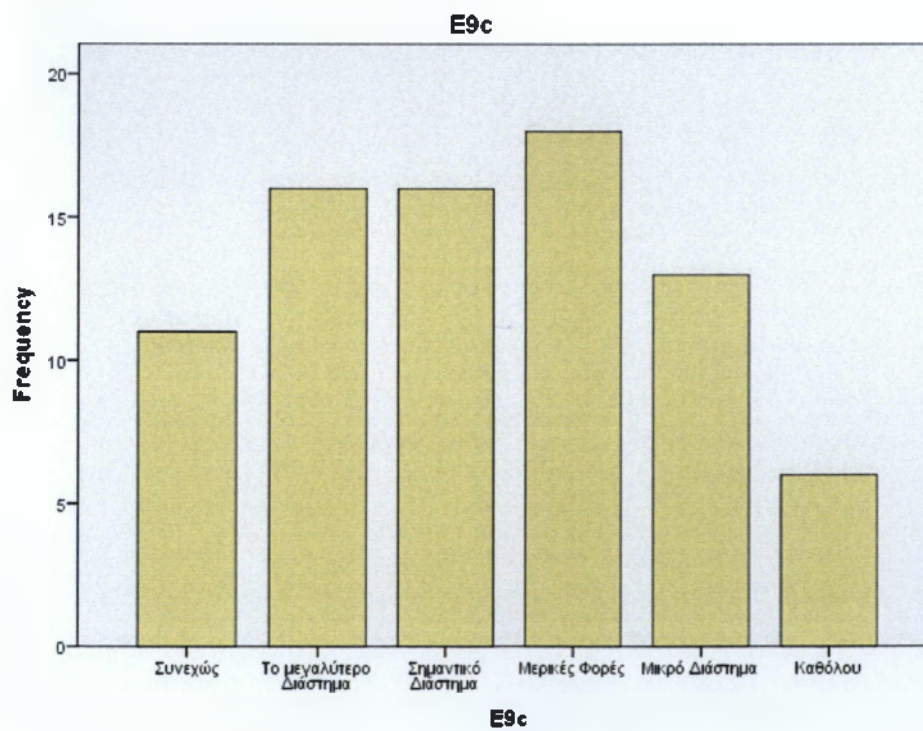
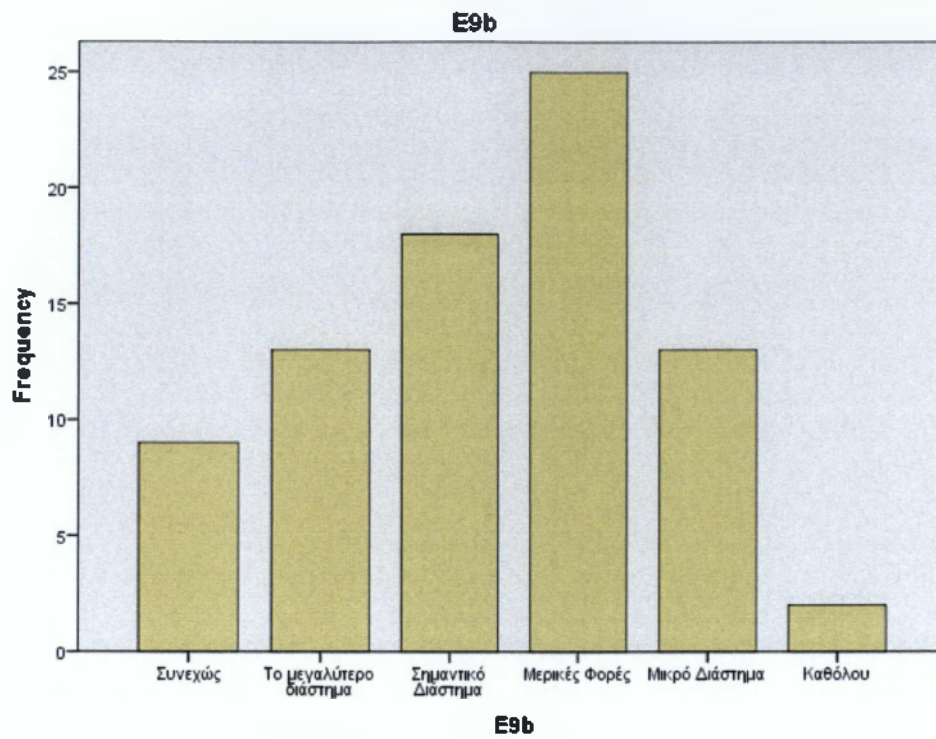
ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;

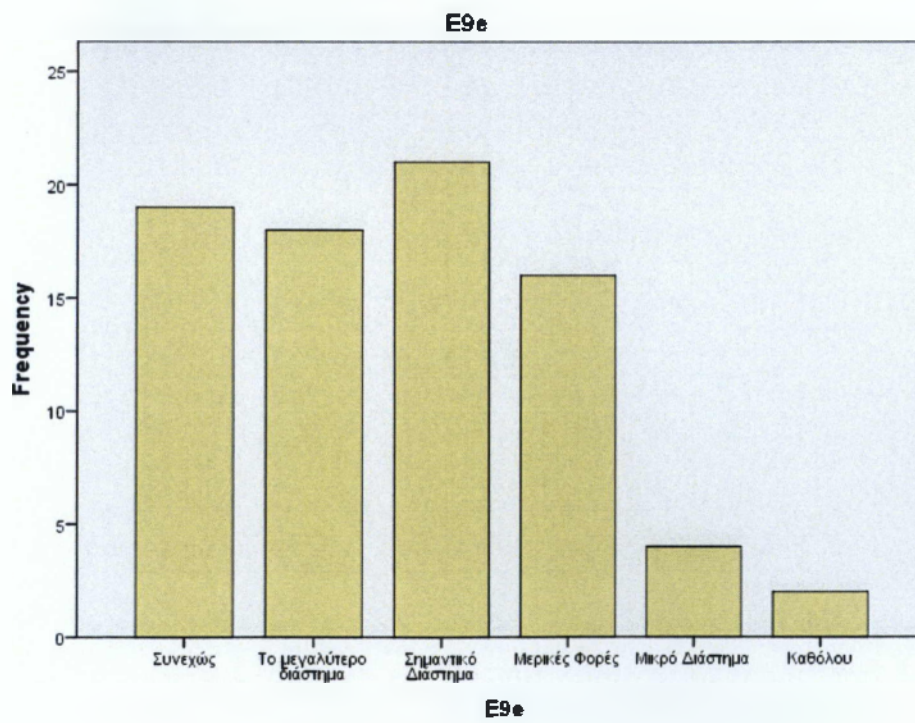
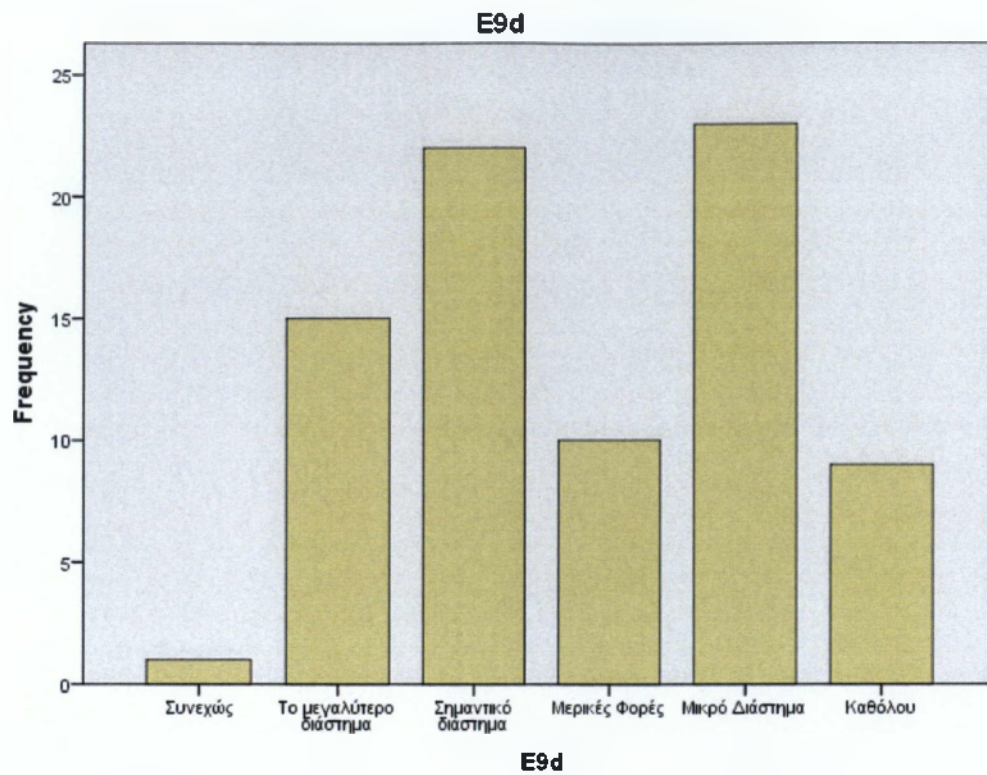


ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΕΜΕΣΟΥ;



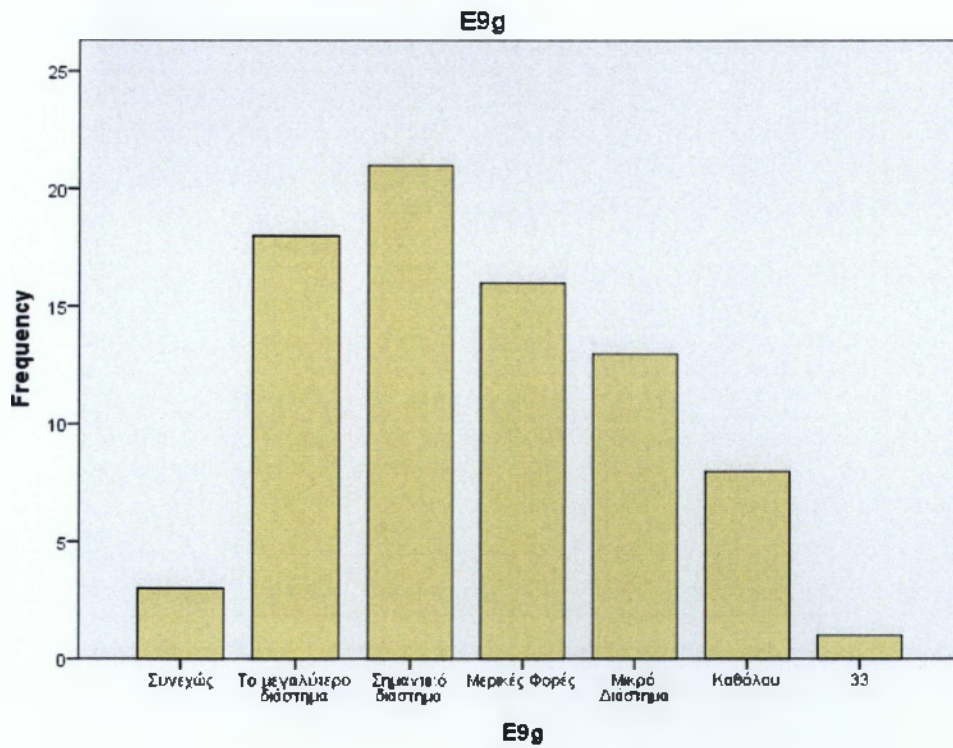
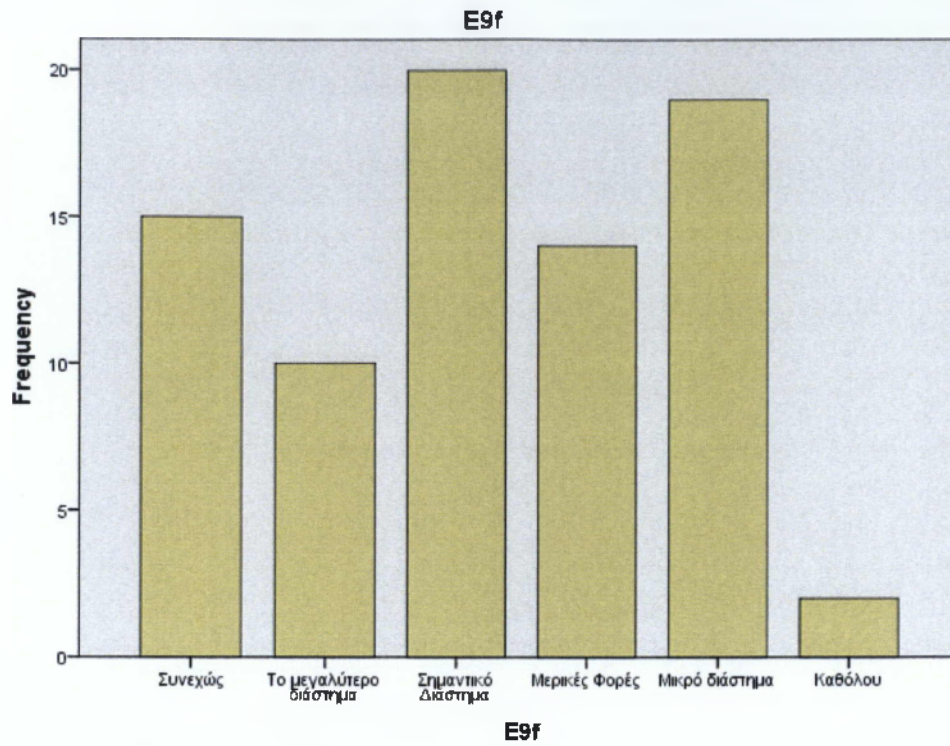
ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;



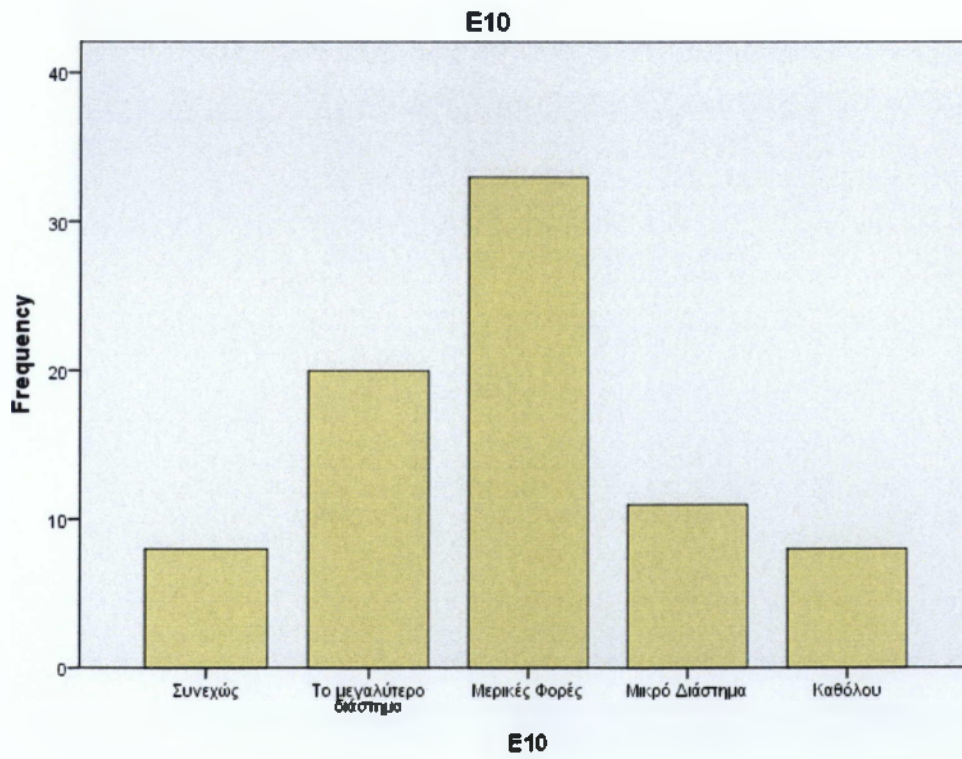
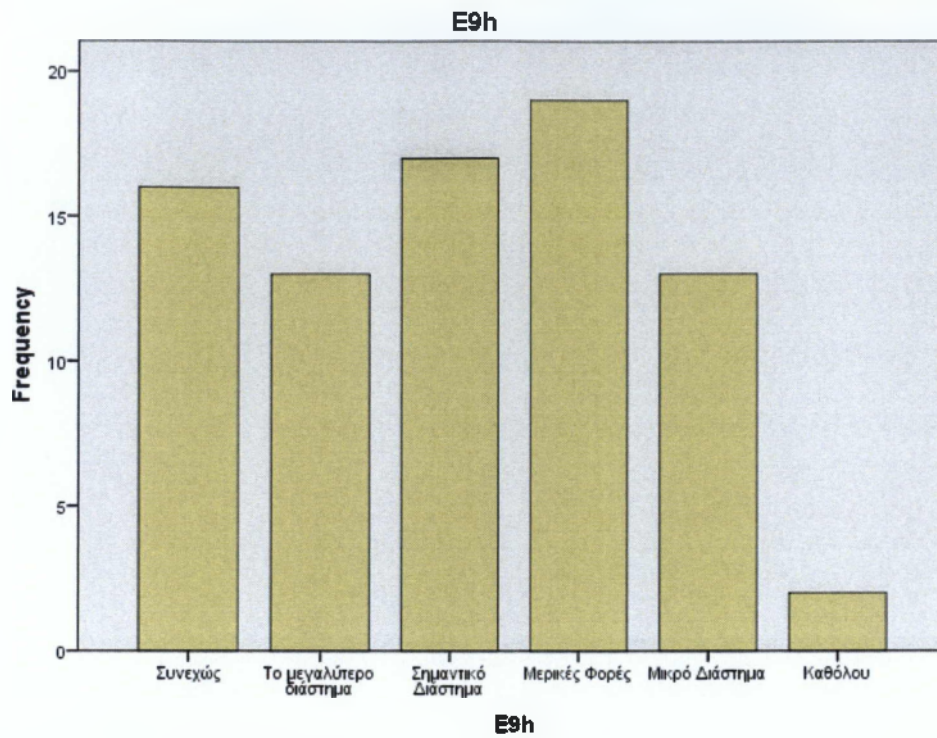




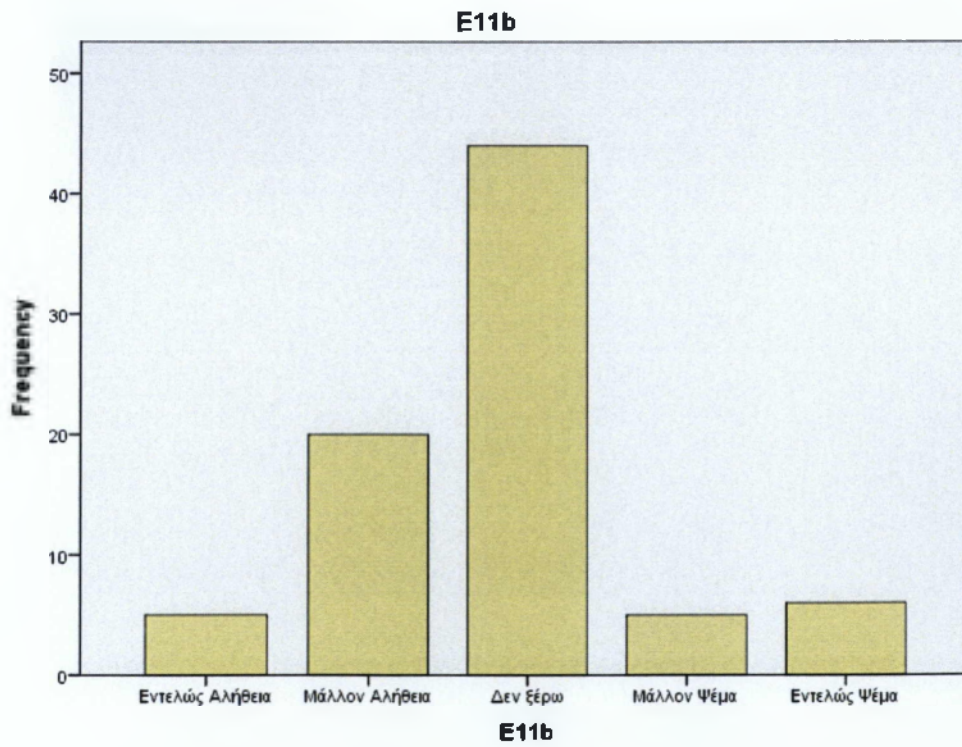
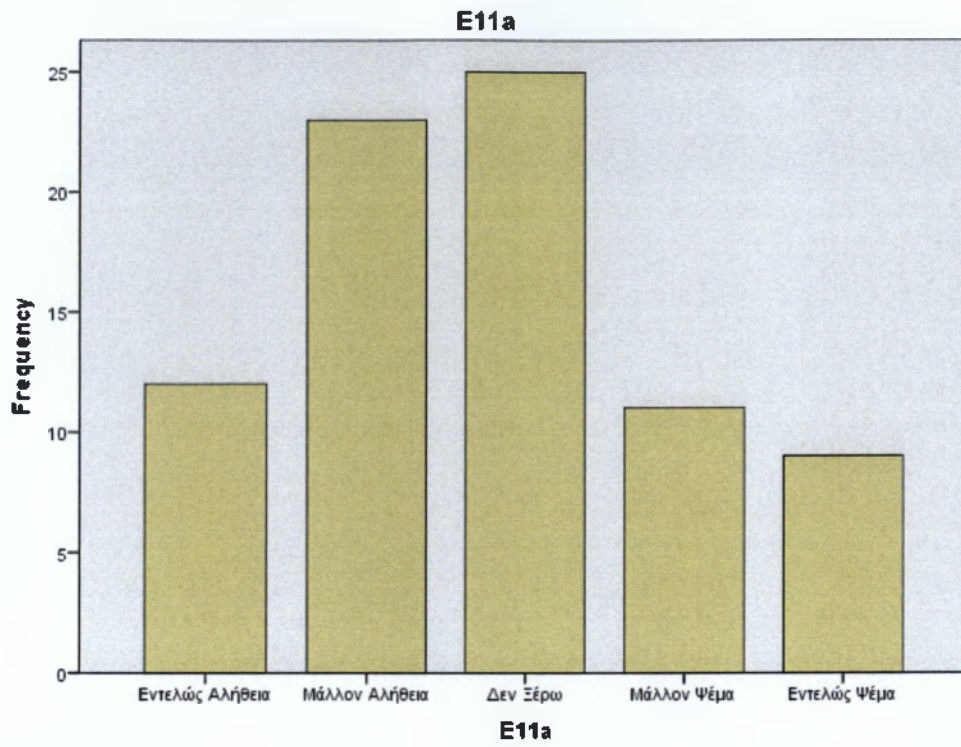
ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;



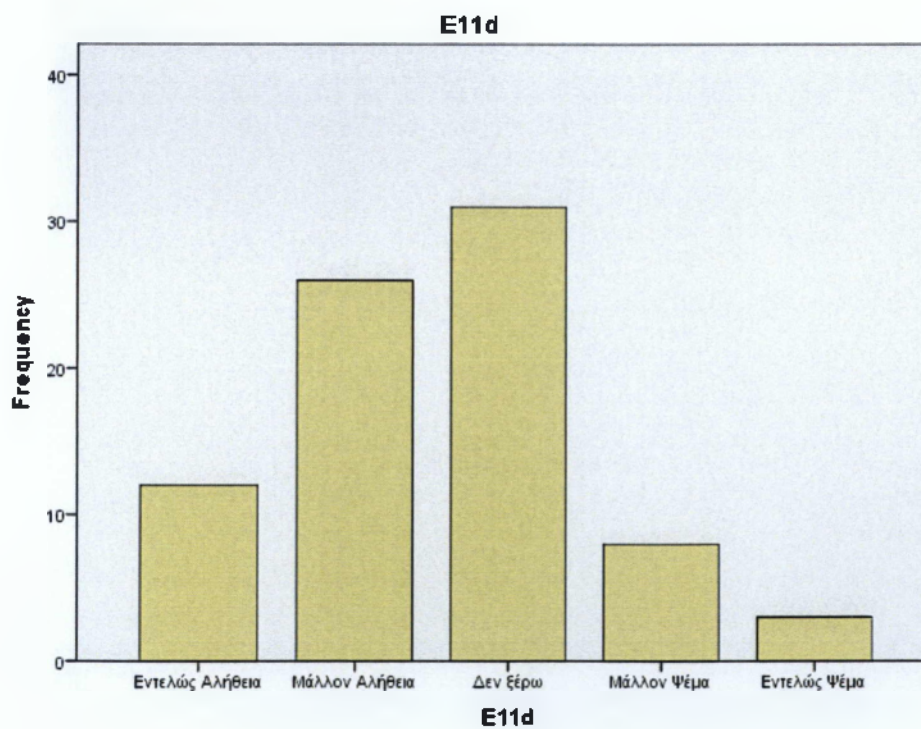
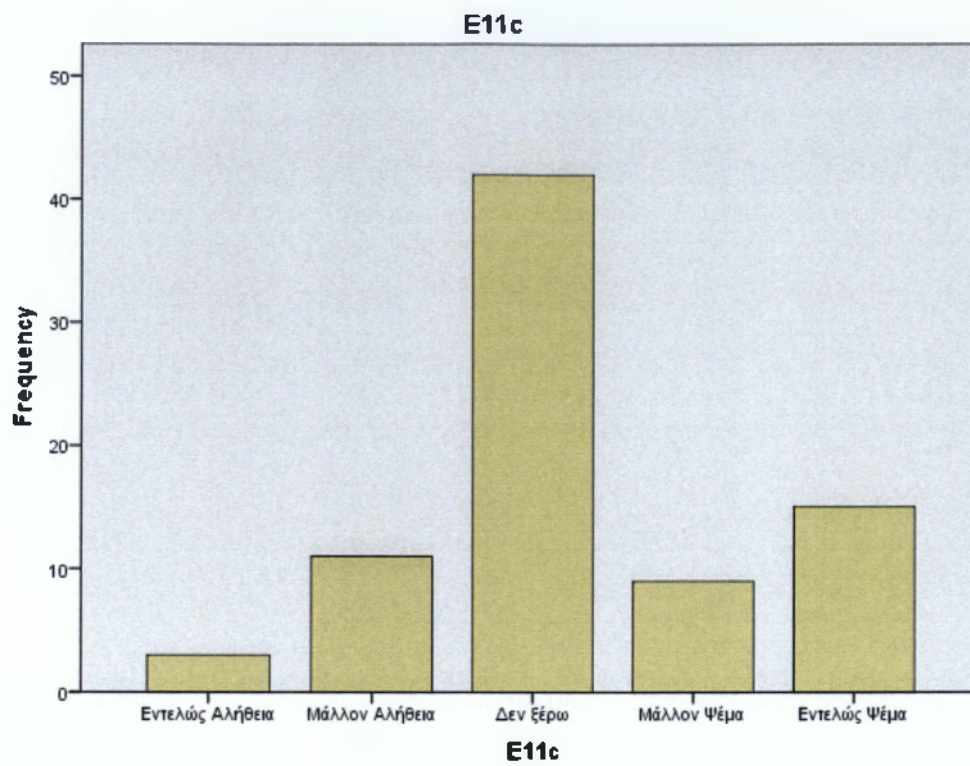
ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;



ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΕΜΕΣΟΥ;



ΠΟΣΟ ΥΓΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΕΜΕΣΟΥ;



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γαρυφάλλου Κ., Κουρπουανίδου Α., Κυπάρου Μ. & Γρηγοριάδης Σ. 2009. Πτυχιακή Εργασία: Διεπαγγελματική συνεργασία ιατρών και νοσηλευτών. Αλεξάνδρεια Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσ/Νικης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας Και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής.
- Keir-Weis-Krebs, Δεοντολογία Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 2002.
- Ιωαννίδη Ε, Λοπατατζίδης Α, Μάντη Π. Δημόσια υγεία- επιδημιολογία. Στο: Εκδόσεις ΕΑΠ. Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Τόμος Α, Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές. Πάτρα, 1999: 59-134
- Radcliffe M (2000) Doctors and nurses: new game, same result BMJ2000; 320:1085.
- Maxwell, R.J. 1984. Quality assessment in Health. British Medical Journal 288, 470:1473.
- Donabedian, A. 1980. The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press, Anne Arbor, Michigan.
- Παπανικολάου Β., 2007. Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα
- Ware JE, Kosinski M, Keller SK. SF-36® Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston, MA: The Health Institute, 1994.
- Rosemarie Rizzo Parse 2005. Choosing a doctoral program in nursing: what to consider. Nursing science quarterly 2005; 18(1):5.
- Τσαμπούκος Ν., 2010. Η Ευδαιμονία στην Αριστοτελική Ηθική (Ηθικά Νικομάχεια 1176a30-1179a32). 2η Εργασία για τη Θεματική Ενότητα Ελληνική Φιλοσοφία και

Επιστήμη : Από την Αρχαιότητα έως τον 20ο Αιώνα. ΕΑΠ ΕΛΠ22.elp-eapologies.pblogs.gr/files/302161-Tsampakos Ni02\_ELP22.pdf

Fayers PM, Machin D. 2000. Quality of Life – Assessment, Analysis and Interpretation. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, 3-5. [http://issuu.com/regaland/docs/quality\\_of\\_life\\_assessment\\_analysis\\_and\\_interpre](http://issuu.com/regaland/docs/quality_of_life_assessment_analysis_and_interpre)  
e

McCall S. 1975. Quality of life. Social Indicators Research, 2:229-248.

Βεσκούκη Γ., Ρίζου Ι., Γαλλιού Γ. 2011. Ποιότητα Ζωής Ασθενών με Καρδιαγγειακά Νοσήματα (Πilotική Έρευνα). <http://www.tzaneio.gr/epistimoniko/pl11-2-5.pdf>

Νάκου Σ. 2001. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 18(3): 254-266. <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/254.pdf>

Οικονόμου Μ, Κοκκώση Μ, Τριανταφύλλου Ε, et al. Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001; 18(3): 239-253. <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/239.pdf>

Βαλάσση-Αδάμ Ε. Κλινική εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001; 18(3):216-217. <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/216.pdf>

Bowling A. 2001. A Review of Disease- Specific Quality Of Life Measurement Scales Measuring Disease. Second Edition. <http://www.mcgraw-hill.co.uk/openup/chapters/0335206417.pdf>

Υφαντόπουλος Γ, Σαρρής Μ. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001; 18(3):218-229. <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/218.pdf>

Σαρρής Μ, Σούλης Σ, Υφαντόπουλος Γ. Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001; 18(3):230-238. <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/230.pdf>

- Ελεζόγλου Α, Δάλλα Σ. Εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής Ελλήνων Ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, Διπλωματική Εργασία. Πάτρα: ΕΑΠ, 2007.
- Θεοφίλου Π., 2010. Ποιότητα Ζωής στο Χώρο της Υγείας: Έννοια και Αξιολόγηση. e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας. Τεύχος: 4, Τόμος: 5, σελίδα 43-53. [http://ejst.teiath.gr/issue\\_17/theofilou\\_17.pdf](http://ejst.teiath.gr/issue_17/theofilou_17.pdf)
- Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. Στο: Έκδοση ιδίων συγγραφέων. Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Αθήνα, 1997.
- Bullinger M. International compatibility of health interview surveys: An overview of methods and approaches. In: Noskov A, Gudex C (eds). EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. IOS Press, 2003:1-11. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0015/101193/WA9502003EU.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/101193/WA9502003EU.pdf)
- Υφαντόπουλος Γ., 2007. Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 24(Συμπλ 1):6-18. <http://www.mednet.gr/archives/2007-sup/pdf/6.pdf>
- Torrance Gw. 1976 Social preferences for health states: An empirical evaluation of three measurement techniques. Socio economic Planning Sciences, 10:129-136
- Kind P. 2001. Measuring quality of life in evaluating clinical interventions: An overview. Ann Med, 33:323-327
- Kind P, Dolan P, Gudex C, Williams A. 1998. Variations in population health status: Results from a United Kingdom national questionnaire survey. Br Med J 316:736-741