

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

# Μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας

ΣΚΟΠΟΣ Η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής του ανθρώπινου δυναμικού που παρέχει υπηρεσίες φροντίδας υγείας σε περιβάλλον εργασίας δημόσιου νοσοκομείου. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Η έρευνα πεδίου διενεργήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός» κατά την περίοδο από τον Σεπτέμβριο 2016 μέχρι και τον Ιανουάριο 2017. Το μέγεθος του δείγματος ανήλθε σε 545 λειτουργούς υγείας, από τους οποίους 149 ήταν ιατροί, 217 νοσηλευτές, 134 διοικητικοί και 45 εργαζόμενοι παραϊατρικών ειδικοτήτων. Ως μέσο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το δομημένο ερωτηματολόγιο «επισκόπηση υγείας SF-36» (Health Survey SF-36). Ο δείκτης alpha ( $\alpha$ ) στις κλίμακες της σωματικής υγείας κυμάνθηκε από 0,914–0,735 και στις κλίμακες της ψυχοκοινωνικής υγείας από 0,824–0,803. Ο συνολικός δείκτης σημειώθηκε στην τιμή 0,832. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Ως προς τη σωματική υγεία, οι ιατροί σημείωσαν τις υψηλότερες βαθμολογίες (84,18 και 74,18, αντίστοιχα) στην κλίμακα της σωματικής λειτουργικότητας και του σωματικού πόνου, ενώ τις χαμηλότερες στη ζωτικότητα και στην ψυχική υγεία (52,15 και 58,31, αντίστοιχα). Στους νοσηλευτές, η σωματική λειτουργικότητα βαθμολογήθηκε με την υψηλότερη τιμή (71,01), ο σωματικός ρόλος με την τιμή 59,29 και ο σωματικός πόνος με την τιμή 57,42. Στις κλίμακες της ψυχοκοινωνικής τους υγείας οι νοσηλευτές βαθμολόγησαν τον συναισθηματικό ρόλο με την υψηλότερη τιμή (64,42), την κοινωνική λειτουργικότητα με την τιμή 57,89, την ψυχική υγεία με την τιμή 56,32 και τη ζωτικότητα με τη χαμηλότερη τιμή (46,24). Το προσωπικό των παραϊατρικών ειδικοτήτων βαθμολόγησε με τις υψηλότερες τιμές τη σωματική λειτουργικότητα (76,36) και τον σωματικό ρόλο (75,56) και με τις χαμηλότερες τιμές τη ζωτικότητα (49,78) και την ψυχική υγεία (55,09). Για το διοικητικό προσωπικό, η σωματική λειτουργικότητα βαθμολογήθηκε με την υψηλότερη τιμή (78,51) και ο σωματικός ρόλος με την τιμή 74,07. Στις κλίμακες της ψυχοκοινωνικής υγείας η ζωτικότητα έλαβε τη χαμηλότερη τιμή (52,11), καθώς και η ψυχική υγεία (56,68). ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Η ψυχοκοινωνική υγεία του προσωπικού υστερούσε έναντι της σωματικής υγείας καθώς αξιολογήθηκε συγκριτικά με χαμηλότερη βαθμολογία σε όλες τις επί μέρους κλίμακες. Αξιοσημείωτη ήταν η χαμηλή εκτίμηση της ζωτικότητας και της ψυχικής υγείας παρά τη σχετικά καλύτερη εικόνα που παρουσίαζαν οι κλίμακες της κοινωνικής λειτουργικότητας και του συναισθηματικού ρόλου. Εκφράστηκαν συναισθήματα κόπωσης και εξουθένωσης σε συνεχή βάση (ζωτικότητα) αφ' ενός και αφ' ετέρου έντονοι περιορισμοί ψυχικής ισορροπίας στην καθημερινότητα (ψυχική υγεία). Η χαμηλή εκτίμηση της ζωτικότητας και της ψυχικής υγείας των ίδιων των λειτουργών υγείας παραπέμπει στα ζητήματα της εργασιακής κόπωσης και της εξουθένωσης. Επίσης, επιτάσσει την αντιμετώπιση του ζητήματος με τον σχεδιασμό και την ανάπτυξη στρατηγικών άμεσης αντιμετώπισης και προληπτικής διαχείρισης.

Η ποιότητα ζωής θεωρείται πλέον ένα πολυδιάστατο και πολυπαραγοντικό φαινόμενο, στη διαμόρφωση του οποίου επιδρούν εξωτερικοί και εσωτερικοί παράγοντες,

αντικειμενικοί και υποκειμενικοί.<sup>1,2</sup> Στη διεθνή βιβλιογραφία έχει υποστηριχθεί ότι η πολυδιάστατη έννοια της ποιότητας ζωής μπορεί να προσεγγιστεί με μια συνολική εκτίμηση

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2018, 35(5):472–480  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2018, 35(5):472–480

Μ. Σαρρής,<sup>1</sup>  
Σ. Σούλης,<sup>1</sup>  
Γ. Πιερράκος,<sup>1</sup>  
Α. Γούλα,<sup>1</sup>  
Α. Πετράκος,<sup>2</sup>  
Β. Γκίοκα,<sup>3</sup>  
Ι. Νικολαδός,<sup>1</sup>  
Κ. Σπέης,<sup>1</sup>  
Δ. Λατσού<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών, Αθήνα

<sup>2</sup>Διοικητική-Οικονομική Υπηρεσία, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

<sup>3</sup>Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών, Ακαδημία Αθηνών, Αθήνα

Measurement of the health related quality of life in health sector personnel

Abstract at the end of the article

### Λέξεις ευρετηρίου

Ανθρώπινο δυναμικό  
Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής  
Υπηρεσίες υγείας

Υποβλήθηκε 16.5.2017

Εγκρίθηκε 11.6.2017

μέσω μίας και μόνης διάστασής της, για παράδειγμα της ικανοποίησης από τη ζωή ή της ικανοποίησης των αναγκών του ατόμου ή τον προσδιορισμό της χρησιμότητας ή της ψυχικής ευεξίας του ατόμου.<sup>1,3,4</sup>

Ωστόσο, η μονοδιάστατη προσέγγιση κατά την εκτίμηση της ποιότητας ζωής έρχεται σε αντίθεση με την ύπαρξη αλληλοεξαρτώμενων συσχετίσεων μεταξύ των διαστάσεων και των παραμέτρων της ζωής ενός ατόμου και καθιστά ανεπαρκή τη διερεύνησή της αποκλειστικά και μόνο μέσω μίας διάστασης.<sup>5-7</sup> Στην αντικειμενική προσέγγιση για τον καθορισμό της ποιότητας ζωής, οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας αποτελούσαν το σημείο αναφοράς, σε αντίθεση με την υποκειμενικότητα της ικανοποίησης των αναγκών<sup>8</sup> και σε αντιδιαστολή με τους υποστηρικτές της πολυδιάστατης πολυπαραγοντικής προσέγγισης.<sup>9-11</sup>

Οι σημαντικότεροι αντικειμενικοί παράγοντες που προσδιορίζουν την έννοια της ποιότητας ζωής είναι το εισόδημα, ο τόπος διαμονής, οι κλιματολογικές συνθήκες, η διατροφή, η εκπαίδευση, το μορφωτικό και το πολιτιστικό επίπεδο, ο τρόπος ζωής, το επίπεδο της κοινωνικοοικονομικής και της ανθρώπινης ανάπτυξης, οι κοινωνικές σχέσεις, το επίπεδο διαταραχής της οικολογικής ισορροπίας, οι συνθήκες εργασίας, η ποιότητα κατοικίας, η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης.<sup>12,13</sup>

Δεδομένου ότι η ποιότητα ζωής δεν αφορά μόνο σε κάποιο ή σε κάποια συγκεκριμένα αντικειμενικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, αλλά εκφράζει επίσης μια υπαρξιακή κατάσταση του ατόμου, η μεθοδολογία εκτίμησής της οφείλει να επικεντρώνεται στον προσδιορισμό των παραγόντων εκείνων που ασκούν ειδική βαρύτητα στην υποκειμενική κρίση και στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής.<sup>14-16</sup>

Οι περισσότεροι ερευνητές αποδέχονται πλέον ότι οι εκτιμήσεις και οι αξιολογήσεις των αντικειμενικών παραμέτρων (π.χ. σωματική λειτουργικότητα, σωματικά συμπτώματα, επαγγελματική αποκατάσταση) πρέπει να συσχετίζονται με τις εκτιμήσεις των υποκειμενικών παραμέτρων (π.χ. συνολική ικανοποίηση από τη ζωή, ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική υγεία και ευεξία).<sup>17,18</sup> Όταν η ψυχοκοινωνική υγεία και η ευεξία, καθώς και οι άλλοι προσδιοριστές της ποιότητας ζωής (κοινωνικοί, οικονομικοί, πολιτισμικοί παράγοντες) είναι επαρκείς, η διαμόρφωση μηχανισμών διαχείρισης των κινδύνων υγείας καθίσταται περισσότερο αποδοτική και καλύτερα αποτελεσματική καθώς μειώνονται οι επιβλαβείς επιπτώσεις.<sup>19,20</sup>

Σκοπός της έρευνας ήταν η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής του ανθρώπινου δυναμικού που παρέχει υπηρεσίες φροντίδας υγείας σε περιβάλλον εργασίας δημόσιου νοσοκομείου. Η μελέτη επικεντρώθηκε

επίσης στην αποτύπωση τυχόν διαφοροποιήσεων μεταξύ των βασικών ομάδων λειτουργών υγείας που ασκούν και υποστηρίζουν το σημαντικό έργο της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η ποιότητα ζωής του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα υγείας επηρεάζει άμεσα την ποιότητα της φροντίδας υγείας και διασφαλίζει τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Μέσω αυτής επιτυγχάνεται επίσης η ικανοποίηση των ασθενών, αποδίδοντας αφ' ενός την αντικειμενική και αφ' ετέρου την υποκειμενική αξία και χρησιμότητα μιας θεραπευτικής μεθόδου, η οποία λαμβάνει υπ' όψη τις ατομικές ιδιαιτερότητες και τις προσωπικές ανάγκες των ασθενών.<sup>3,4,10,11</sup>

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

### Συλλογή δεδομένων

Η έρευνα πεδίου διενεργήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός» κατά την περίοδο από τον Σεπτέμβριο 2016 μέχρι και τον Ιανουάριο 2017. Το μέγεθος του δείγματος ανήλθε σε 545 λειτουργούς υγείας, από τους οποίους 149 ήταν ιατροί, 217 νοσηλεύτες, 134 διοικητικοί και 45 εργαζόμενοι παραϊατρικών ειδικοτήτων. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας μετά τη χορήγηση άδειας από την Επιστημονική Επιτροπή και τη Διοίκηση του Νοσοκομείου.

Ως μέσο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το δομημένο ερωτηματολόγιο «επισκόπηση υγείας SF-36» (Health Survey SF-36).<sup>5,21</sup> Η ελληνική μετάφραση και η επικύρωση του SF-36 έχουν δοκιμαστεί με επιτυχία σε επανειλημμένες έρευνες και το ερωτηματολόγιο έχει εφαρμοστεί σε παρεμφερείς μελέτες για τη μέτρηση της κατάστασης υγείας γενικών και ειδικών ομάδων του ελληνικού πληθυσμού. Όλες οι έρευνες έχουν δείξει υψηλά επίπεδα αξιοπιστίας και εγκυρότητας.<sup>22-30</sup>

Το ερωτηματολόγιο «επισκόπηση υγείας SF-36» διαθέτει αξιοπιστία (reliability) και εγκυρότητα (validity), με τον συντελεστή Cronbach's alpha να υπερβαίνει το 0,70. Οι ερωτήσεις προέκυψαν από μια δεξαμενή 149 ερωτήσεων που συνέλεξαν, εξεργάστηκαν και, τελικά, επέλεξαν οι ερευνητές της Μελέτης Ιατρικών Αποτελεσμάτων (MIA) (Medical Outcomes Study, MOS). Η δεξαμενή είχε εφοδιαστεί με ερωτήσεις από όργανα μέτρησης, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν τα τελευταία 20 έτη σε παρόμοιες έρευνες.<sup>5,21</sup>

Σε έρευνες γενικού πληθυσμού έχει καταδειχθεί το μεγάλο ποσοστό ανταποκρισιμότητας του πληθυσμού (90%), καθώς και η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Η γενίκευση της χρήσης του έχει εφαρμοστεί με επιτυχία στους γενικούς πληθυσμούς ενός μεγάλου αριθμού χωρών, όπως της Δανίας, της Γαλλίας, της Γερμανίας, της Ιταλίας, της Ολλανδίας, της Νορβηγίας, της Σουηδίας, της Ισπανίας, του Ηνωμένου Βασιλείου, καθώς και των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (ΗΠΑ).

## Βαθμολόγηση κλιμάκων επισκόπησης υγείας SF-36

Οι ερωτήσεις και οι κλίμακες του οργάνου μέτρησης «επισκόπηση υγείας SF-36» βαθμολογούνται με τρόπο ώστε ο υψηλότερος βαθμός να σημαίνει καλύτερη κατάσταση υγείας, καλύτερη λειτουργικότητα (σωματική ή κοινωνική), χωρίς πόνο κ.ά., ανάλογα με την παράμετρο ή τη διάσταση που μετρά η κάθε ερώτηση ή η κλίμακα.

Μετά τον υπολογισμό της βαθμολογίας των κλιμάκων γίνεται έλεγχος της συσχέτισης μεταξύ της κάθε κλίμακας και των ερωτήσεων της, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν όλες οι συσχετίσεις είναι θετικές και ουσιαστικές ( $r^2 > 0,30$ ). Επίσης, ελέγχονται οι συσχετίσεις της κλίμακας της γενικής υγείας με τις άλλες επτά κλίμακες για να εξακριβωθεί εάν όλες οι συσχετίσεις είναι εξ ίσου θετικές και ουσιαστικές ( $r^2 > 0,30$ ). Τέλος, πραγματοποιείται ανάλυση παράγοντα για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των οκτώ κλιμάκων και του πρώτου παράγοντα που εξάγεται από τις συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων. Ανεξάρτητα από τη μέθοδο εξαγωγής, οι συσχετίσεις πρέπει να είναι θετικές και ουσιαστικές ( $r^2 > 0,30$ ).<sup>27</sup>

## Έλεγχος αξιοπιστίας δεδομένων

Για τον έλεγχο αξιοπιστίας των δεδομένων εφαρμόστηκε η μέθοδος Cronbach και υπολογίστηκε ο δείκτης alpha ( $\alpha$ ), ο οποίος θεωρείται ότι χαρακτηρίζει μια κλίμακα ως αξιόπιστη όταν έχει μια τιμή  $\geq 0,70$ , ενώ στις περιπτώσεις μικρού μεγέθους του δείγματος η τιμή αυτή μπορεί να κυμαίνεται επίσης μεταξύ 0,50 και 0,60.

Ο δείκτης alpha ( $\alpha$ ) στις κλίμακες της σωματικής υγείας κυμάνθηκε από 0,914–0,735 και στις κλίμακες της ψυχοκοινωνικής υγείας από 0,824–0,803. Ο συνολικός δείκτης σημειώθηκε στην τιμή 0,832 (πίν. 1).

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Κοινωνικο-δημογραφική εικόνα δείγματος

Επί του συνόλου του δείγματος (n=545) συμμετείχαν

**Πίνακας 1.** Έλεγχος αξιοπιστίας των κλιμάκων SF-36.

Κλίμακες SF-36	Συντελεστής alpha
<i>Σωματική υγεία</i>	
Σωματική λειτουργικότητα	0,914
Σωματικός ρόλος	0,837
Σωματικός πόνος	0,891
Γενική υγεία	0,735
<i>Ψυχοκοινωνική υγεία</i>	
Ζωτικότητα	0,803
Κοινωνική λειτουργικότητα	0,803
Συναισθηματικός ρόλος	0,722
Ψυχική υγεία	0,824
Συνολικός δείκτης	0,832

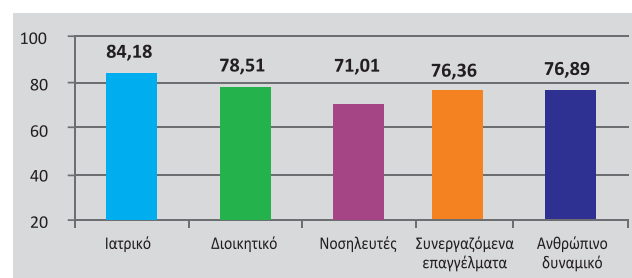
κατά συντριπτική πλειονότητα 419 (76,88%) γυναίκες και 126 (23,12%) άνδρες. Η πλειονότητα του δείγματος ανήκε στις ομάδες ηλικιών των 35–44 ετών (37,2%) και 46–54 ετών (36,1%), διαθέτοντας ως επί το πλείστον τριτοβάθμια εκπαίδευση, ενώ ποσοστό 60% ήταν έγγαμοι και 40% άγαμοι ή διαζευγμένοι. Ως προς το μηνιαίο εισόδημα, περίπου το ήμισυ του δείγματος αμειβόταν με  $>1.001$  € και το υπόλοιπο 50% με  $<1.000$  €.

### Κλίμακα σωματικής λειτουργικότητας

Η κλίμακα της σωματικής λειτουργικότητας εκτιμά τους περιορισμούς στις καθημερινές σωματικές δραστηριότητες. Η χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα αυτή σημαίνει την ύπαρξη έντονου περιορισμού στην άσκηση όλων των καθημερινών σωματικών δραστηριοτήτων, περιορισμών που οφείλονται σε προβλήματα σωματικής υγείας. Αντίστοιχα, η υψηλότερη βαθμολογία της συγκεκριμένης κλίμακας σημαίνει τη δυνατότητα εκτέλεσης όλων των τύπων σωματικών δραστηριοτήτων στην καθημερινή ζωή, περιλαμβανομένων των πλέον έντονων, χωρίς περιορισμούς λόγω υγείας.

Στην κλίμακα της σωματικής λειτουργικότητας, το υψηλότερο ποσοστό σημειώθηκε από τους ιατρούς (84,18%), ενώ το χαμηλότερο από τους νοσηλευτές (71,01%). Οι εργαζόμενοι στη διοικητική υπηρεσία (78,51%) και οι ασκούντες παραϊατρικά επαγγέλματα (76,39%) σημείωσαν ενδιαμέση βαθμολογία, πλησίον της τιμής που εκφράστηκε από το σύνολο του δείγματος (76,89%, n=545).

Η σωματική λειτουργικότητα εκτελείτο με λιγοστή δυσκολία για το ανθρώπινο δυναμικό, καθώς στο μεγαλύτερο μέρος του ανθρώπινου δυναμικού δεν εκφράστηκε κάποιο μείζον ζήτημα στην εκτέλεση των καθημερινών του δραστηριοτήτων. Ωστόσο, στις επί μέρους επαγγελματικές ειδικότητες διακρίθηκε μια σημαντική διαφοροποίηση στην άσκηση της σωματικής λειτουργικότητας. Οι νοσηλευτές σημείωσαν τη χαμηλότερη μέτρηση σωματικής λειτουργικότητας, εκφράζοντας τη μεγαλύτερη επιβάρυνση από την καθημερινή τους εργασία (εικ. 1).



**Εικόνα 1.** Βαθμολόγηση κλίμακας σωματικής λειτουργικότητας.

### Κλίμακα σωματικού ρόλου

Η κλίμακα του σωματικού ρόλου μετρά τον βαθμό περιορισμού στις καθημερινές δραστηριότητες. Η χαμηλή βαθμολογία στην κλίμακα δηλώνει την ύπαρξη προβλημάτων με την εργασία ή με τις άλλες δραστηριότητες λόγω του χαμηλού επιπέδου της σωματικής υγείας, ενώ η υψηλή βαθμολογία εκφράζει την απουσία προβλημάτων με την εργασία ή με άλλες δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της καλής σωματικής υγείας.

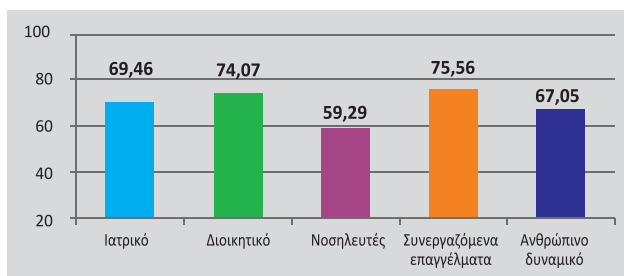
Οι ασκούντες παραϊατρικά επαγγέλματα και οι διοικητικοί υπάλληλοι σημείωσαν τις υψηλότερες βαθμολογίες (75,6% και 74,07%, αντίστοιχα). Ακολουθούσαν οι ιατροί (69,46%) και οι νοσηλευτές με σημαντική διαφορά (59,29%). Η μέση τιμή (67,05%) επί συνόλου του δείγματος (n=545) σημειώθηκε ως σχετικά θετικό αποτέλεσμα, αλλά με ανησυχητικές διαστάσεις.

Οι νοσηλευτές, όπως και στην κλίμακα της σωματικής λειτουργικότητας, παρουσίασαν αυξημένους αρνητικά συντελεστές, εκδηλωτικούς των περιορισμών στην καθημερινότητα λόγω σωματικών προβλημάτων υγείας. Πολύ υψηλή διαφορά (της τάξης των 20 εκατοστιαίων μονάδων) παρατηρήθηκε με τους εργαζόμενους στις παραϊατρικές ειδικότητες, όπως και με τους ιατρούς (10 μονάδες). Φάνηκε ότι οι επιπτώσεις και οι περιορισμοί που επιφέρει η σωματική κατάσταση υγείας επιβάρυναν ιδιαίτερα τους νοσηλευτές αλλά και τους ιατρούς, τις δύο βασικές ομάδες εργασίας στον χώρο των υπηρεσιών υγείας (εικ. 2).

### Κλίμακα σωματικού πόνου

Η κλίμακα του σωματικού πόνου εκτιμά την ένταση του σωματικού πόνου και τους συνακόλουθους περιορισμούς στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων. Η χαμηλότερη τιμή εκφράζει πολύ έντονο και ιδιαίτερα περιοριστικό πόνο, ενώ η υψηλότερη τιμή την απουσία πόνου ή την απουσία περιορισμών στις δραστηριότητες λόγω πόνου.

Η υψηλότερη βαθμολογία σημειώθηκε από τους ιατρούς



Εικόνα 2. Βαθμολόγηση κλίμακας σωματικού ρόλου.

(74,40%) και η χαμηλότερη από τους νοσηλευτές (57,42%), με 18 μονάδες διαφορά. Στις ενδιάμεσες βαθμίδες ακολουθούσαν οι εργαζόμενοι στη διοικητική υπηρεσία (69,25%) και οι ασκούντες παραϊατρικά επαγγέλματα (65,76%), βαθμολογία η οποία συνέπεσε με τη μέση βαθμολογία στην κλίμακα του σωματικού πόνου στο σύνολο του δείγματος (65,66%). Οι λιγότερο επιβαρυνόμενοι φάνηκε να είναι οι ιατροί, με τους νοσηλευτές να εκφράζουν υψηλού βαθμού περιορισμούς λόγω πόνου στην άσκηση καθημερινών δραστηριοτήτων (εικ. 3).

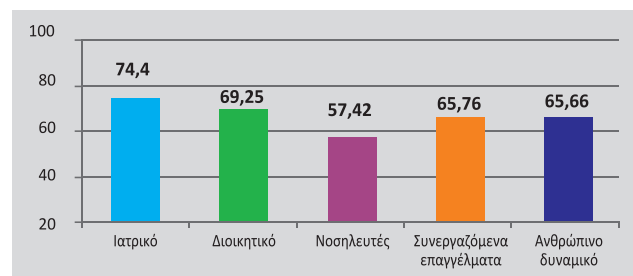
### Κλίμακα γενικής υγείας

Η κλίμακα της γενικής υγείας είναι διπολική, όπου ο βαθμός 50 σημαίνει την αναφορά μη αρεστών καταστάσεων της υγείας γενικά, και εκτιμά εξ ίσου τόσο τους περιορισμούς, όσο και την ευεξία. Η ανώτερη βαθμολογία της κλίμακας αυτής αναφέρεται στην εκτίμηση της προσωπικής υγείας ως εξαιρετικής, ενώ η χαμηλότερη ως κακής και επιδεινούμενης. Η κλίμακα της γενικής υγείας καθώς και η κλίμακα της ζωτικότητας έχουν ισομερή εγκυρότητα στην εκτίμηση και των δύο βασικών διαστάσεων (σωματικής και ψυχοκοινωνικής) της υγείας.

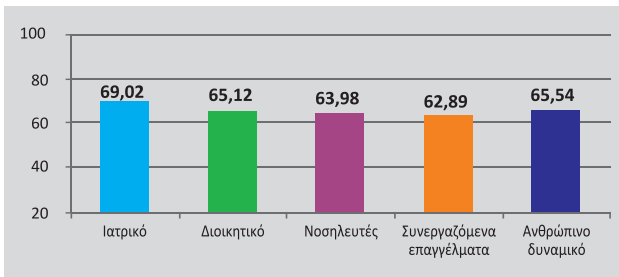
Το ανθρώπινο δυναμικό στο σύνολο του δείγματος (n=545) σημείωσε με την τιμή 65,54% τη στάθμιση της γενικής υγείας, θεωρώντας ότι η κατάσταση της υγείας ήταν πολύ καλή, δεν ασθενούσαν πιο εύκολα από τους άλλους, και δεν είχαν σχετικούς περιορισμούς στην καθημερινή τους ζωή και στην εργασία. Η υψηλότερη τιμή σημειώθηκε από τους ιατρούς (69,01%), ακολουθούσαν οι διοικητικοί (65,12%), οι νοσηλευτές (63,98%) και, τέλος, με τη χαμηλότερη τιμή το προσωπικό των παραϊατρικών επαγγελμάτων (62,89%) (εικ. 4).

### Κλίμακα ζωτικότητας

Η ανώτερη βαθμολογία της κλίμακας ζωτικότητας ερμηνεύεται ως έχοντας συναισθήματα πλήρους ενεργητικότητας όλο το διάστημα συνεχώς, ενώ η χαμηλότερη,



Εικόνα 3. Βαθμολόγηση κλίμακας σωματικού πόνου.



**Εικόνα 4.** Βαθμολόγηση κλίμακας γενικής υγείας.

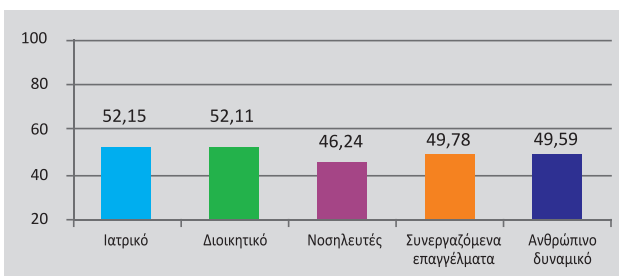
συναισθήματα κόπωσης και εξουθένωσης συνεχώς. Η κλίμακα είναι διπολική, ο βαθμός 50 στην εν λόγω κλίμακα σημαίνει ότι δεν αναφέρονται συναισθήματα κόπωσης, ενώ ο βαθμός 100 σημαίνει όχι απλά την απουσία τέτοιων συναισθημάτων, αλλά επί πλέον την αναφορά συναισθημάτων ενεργητικότητας σε σταθερή βάση. Τόσο η κλίμακα της ζωτικότητας όσο και αυτή της γενικής υγείας έχουν ισομερή εγκυρότητα στην εκτίμηση και των δύο βασικών διαστάσεων (σωματικής και ψυχοκοινωνικής) της υγείας.

Στην κλίμακα της ζωτικότητας σημειώθηκε αρκετά χαμηλή τιμή (49,59%) στο σύνολο του δείγματος, εκφράζοντας συχνά συναισθήματα κόπωσης και εξουθένωσης. Παρεμφερή αποτελέσματα σημειώθηκαν στις επί μέρους ομάδες του προσωπικού. Οι νοσηλευτές σημείωσαν τη χαμηλότερη βαθμολογία (46,24%), την υψηλότερη οι ιατροί (52,15%) και ακολούθησαν οι διοικητικοί (52,11%) και τα παραϊατρικά επαγγέλματα με 49,78%.

Η κόπωση και η εξάντληση είχαν έντονη παρουσία στο ανθρώπινο δυναμικό, το οποίο προσπαθούσε να εκφράσει κάποια στοιχεία ζωτικότητας και ενεργητικότητας. Η διαβαθμισμένη ισορροπία μεταξύ της αρκετά συχνής κόπωσης και της μερικής εξάντλησης με τη μερική εμφάνιση της ζωτικότητας και της ενεργητικότητας συνέθεσε την κατάσταση στην οποία βρισκόταν το ανθρώπινο δυναμικό (εικ. 5).

### Κλίμακα κοινωνικής λειτουργικότητας

Η ανώτερη βαθμολογία στην κλίμακα της κοινωνικής



**Εικόνα 5.** Βαθμολόγηση κλίμακας ζωτικότητας.

λειτουργικότητας εκφράζει τη δυνατότητα εκτέλεσης των συνήθων κοινωνικών δραστηριοτήτων χωρίς περιορισμούς λόγω σωματικών ή ψυχοσυναισθηματικών προβλημάτων, ενώ, αντίθετα, η χαμηλότερη σημαίνει έντονη και συχνή επιρροή στις κοινωνικές δραστηριότητες από σωματικά ή ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα.

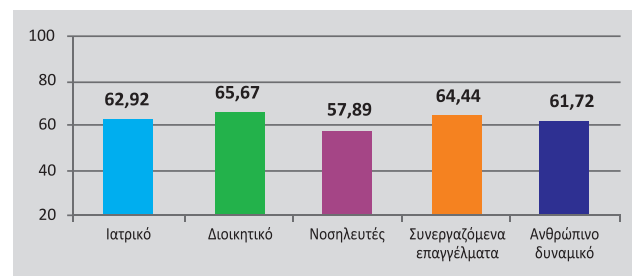
Η κοινωνική λειτουργικότητα του ανθρώπινου δυναμικού σημειώθηκε στην τιμή 61,72% επί συνόλου 545 ατόμων. Η κοινωνική λειτουργικότητα του ανθρώπινου δυναμικού κατά ένα υπολογίσιμο μέρος φάνηκε να υστερεί σε έναν ορισμένο βαθμό υπό την επίδραση σωματικών ή ψυχοσυναισθηματικών προβλημάτων, επιφέροντας σχετικούς περιορισμούς στην άσκηση των συνήθων κοινωνικών του δραστηριοτήτων.

Τη χαμηλότερη κοινωνική λειτουργικότητα σημείωσε το ήδη επιβαρυνόμενο σώμα των νοσηλευτών (με τιμή 57,89%), ενώ ελαφρώς καλύτερα φάνηκε να είναι οι ιατροί καθώς σημείωσαν βαθμολογία 62,92%. Η υψηλότερη τιμή εκφράστηκε από τους διοικητικούς (65,67%) και ακολούθησαν οι ασκούντες παραϊατρικά επαγγέλματα (64,44%) (εικ. 6).

### Κλίμακα συναισθηματικού ρόλου

Η ανώτερη βαθμολογία στην κλίμακα του συναισθηματικού ρόλου ερμηνεύεται ως απουσία προβλημάτων στην εργασία ή στις άλλες καθημερινές δραστηριότητες λόγω ψυχοσυναισθηματικών προβλημάτων, ενώ η χαμηλότερη υποδηλώνει, αντίστοιχα, παρουσία προβλημάτων στην εργασία ή στις άλλες καθημερινές δραστηριότητες λόγω ψυχοσυναισθηματικών προβλημάτων.

Στο σύνολο του δείγματος η κλίμακα του συναισθηματικού ρόλου αξιολογήθηκε με το ποσοστό 65,19%, εκφράζοντας τη σχετική παρουσία προβλημάτων αφ' ενός και αφ' ετέρου τη μη πλήρη απουσία τους λόγω ψυχοσυναισθηματικών φορτίων στην καθημερινότητά τους. Οι ασκούντες παραϊατρικά επαγγέλματα (66,67%) και οι διοικητικοί υπάλληλοι (66,42%) είχαν ελαφρώς καλύτερη απόδοση στην κλίμακα του συναισθηματικού ρόλου, ενώ



**Εικόνα 6.** Βαθμολόγηση κλίμακας κοινωνικής λειτουργικότητας.

εξ ίσου ελαφρώς υπολειπόμενη ήταν η αξιολόγηση των νοσηλευτών και των ιατρών (64,42% και 64,76%, αντίστοιχα).

Οι εν λόγω εκτιμήσεις του ανθρώπινου δυναμικού φάνηκε να αποδίδουν ένα ειδικό βάρος στην επιρροή των ψυχοσυναισθηματικών προβλημάτων κατά την άσκηση των καθημερινών δραστηριοτήτων και την αντιμετώπιση προβλημάτων στην εργασία (εικ. 7).

### Κλίμακα ψυχικής υγείας

Η χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα της ψυχικής υγείας υποδηλώνει την ύπαρξη συναισθημάτων νευρικότητας και κατάθλιψης συνεχώς, ενώ η υψηλότερη εκφράζει συναισθήματα ευτυχίας και ηρεμίας. Η μέση τιμή (56,85%) που σημειώθηκε στο σύνολο του δείγματος δεν αξιολογήθηκε ως αρκετή για την αντιμετώπιση των ιδιαίτερων συνθηκών εργασίας, καθώς δεν φάνηκε να εκλείπουν συναισθήματα νευρικότητας και κατάθλιψης περιορίζοντας την έκφραση συναισθημάτων ευτυχίας και ηρεμίας.

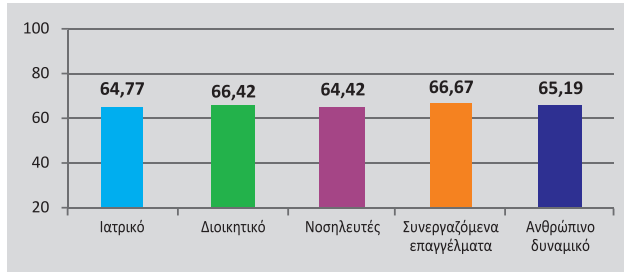
Η βαθμολόγηση των επί μέρους ομάδων εργασίας στην κλίμακα της ψυχικής υγείας κυμάνθηκε μεταξύ 55% και 58%. Η χαμηλότερη εκφράστηκε από τους εργαζόμενους

σε παραϊατρικά επαγγέλματα (55,09%) και ακολουθούσαν οι νοσηλευτές (56,32%), οι διοικητικοί (56,68%) και οι ιατροί, με την υψηλότερη βαθμολογία (58,31%).

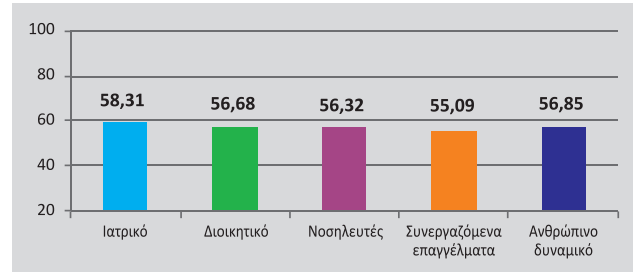
Η μικρή συχνότητα εμφάνισης της ηρεμίας και της γαλήνης προσπαθεί να διαχειριστεί την αρκετά συχνή εμφάνιση συναισθημάτων νευρικότητας και έντασης στην εργασία. Η κατάσταση της ψυχικής υγείας του ανθρώπινου δυναμικού δεν επιτρέπει ευσίωνες προβλέψεις για τις αντοχές του. Η εκδήλωση συναισθημάτων απογοήτευσης και μελαγχολίας προτάσσει την αναγκαιότητα σχεδιασμού και ανάπτυξης μηχανισμών διαχείρισης και αντιμετώπισης των ψυχογενών προβλημάτων συμπεριφοράς στον χώρο εργασίας, και όχι μόνο (εικ. 8).

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στη σωματική λειτουργικότητα των ιατρών και στον σωματικό πόνο σημειώθηκαν οι υψηλότερες βαθμολογίες (84,18 και 74,40, αντίστοιχα), ενώ οι χαμηλότερες στη ζωτικότητα και στην ψυχική υγεία (52,15 και 58,31, αντίστοιχα). Στις άλλες κλίμακες τόσο της σωματικής υγείας όσο και της ψυχοκοινωνικής υγείας η βαθμολόγηση κυμάνθηκε μεταξύ των τιμών 69,46 και 58,31 (πίν. 2).



Εικόνα 7. Βαθμολόγηση κλίμακας συναισθηματικού ρόλου.



Εικόνα 8. Βαθμολόγηση κλίμακας ψυχικής υγείας.

Πίνακας 2. Επισκόπηση υγείας ανθρώπινου δυναμικού του τομέα υγείας.

	Προσωπικό ιατρικής υπηρεσίας	Προσωπικό νοσηλευτικής υπηρεσίας	Προσωπικό παραϊατρικών ειδικοτήτων	Προσωπικό διοικητικής υπηρεσίας
<i>Κλίμακες σωματικής υγείας</i>				
Σωματική λειτουργικότητα	84,18	71,01	76,36	78,51
Σωματικός ρόλος	69,46	59,29	75,56	74,07
Σωματικός πόνος	74,40	57,42	65,76	69,25
Γενική υγεία	69,02	63,98	62,89	65,12
<i>Κλίμακες ψυχοκοινωνικής υγείας</i>				
Ζωτικότητα	52,15	46,24	49,78	52,11
Κοινωνική λειτουργικότητα	62,92	57,89	64,44	65,67
Συναισθηματικός ρόλος	64,77	64,42	66,67	66,42
Ψυχική υγεία	58,31	56,32	55,09	56,68

Στους νοσηλευτές, η κατάσταση της σωματικής τους λειτουργικότητας βαθμολογήθηκε με την υψηλότερη τιμή (71,01) και ακολουθούσαν η γενική υγεία (63,98), ο σωματικός ρόλος (59,29) και ο σωματικός πόνος (57,42). Στις κλίμακες της ψυχοκοινωνικής τους υγείας, οι νοσηλευτές βαθμολογούσαν τον συναισθηματικό ρόλο με την υψηλότερη τιμή (64,42), την κοινωνική λειτουργικότητα με την τιμή 57,89, την ψυχική υγεία με την τιμή 56,32 και τη ζωτικότητα με τη χαμηλότερη τιμή (46,24).

Το προσωπικό των παραϊατρικών ειδικοτήτων βαθμολόγησε με τις υψηλότερες τιμές τη σωματική λειτουργικότητα (76,36) και τον σωματικό ρόλο (75,56), και με τις χαμηλότερες τιμές τη ζωτικότητα (49,78) και την ψυχική υγεία (55,09), ενώ στις άλλες κλίμακες η βαθμολόγηση κινήθηκε με τιμές της τάξης των 65–66, εκτός από τη γενική υγεία (62,89).

Για το διοικητικό προσωπικό, η σωματική λειτουργικότητα βαθμολογήθηκε με την υψηλότερη τιμή (78,51), ο σωματικός ρόλος με την τιμή 74,07 και ακολουθούσαν ο σωματικός πόνος (69,25) και η γενική υγεία (65,12). Στις κλίμακες της ψυχοκοινωνικής υγείας η ζωτικότητα έλαβε τη χαμηλότερη τιμή (52,11), όπως και η ψυχική υγεία (56,68), ενώ οι άλλες κλίμακες βαθμολογήθηκαν με τιμές 65,67 και 66,42, αντίστοιχα.

Σύμφωνα με τις ανωτέρω βαθμολογήσεις, η εκτίμηση της σωματικής υγείας του ανθρώπινου δυναμικού αυτοαξιολογήθηκε με υψηλότερες τιμές έναντι των αντίστοιχων τιμών που έλαβε η ψυχοκοινωνική υγεία των λειτουργών υγείας. Όπως διαφάνηκε, η ψυχοκοινωνική υγεία του προσωπικού υστερούσε έναντι της σωματικής υγείας, καθώς αξιολογήθηκε συγκριτικά με χαμηλότερη βαθμολογία σε όλες τις επί μέρους κλίμακες. Η σωματική υγεία δεν φάνηκε να συνοδεύεται από ανάλογη θετική εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής υγείας. Αντίθετα, υστερούσε και σε ορισμένες κλίμακες σε σημαντικό βαθμό.

Αξιοσημείωτη ήταν η χαμηλή εκτίμηση της ζωτικότητας και της ψυχικής υγείας παρά την καλύτερη εικόνα που παρουσίαζαν οι κλίμακες της κοινωνικής λειτουργικότητας και του συναισθηματικού ρόλου. Οι λειτουργοί υγείας εμφάνιζαν συναισθήματα κόπωσης και εξουθένωσης σε συνεχή βάση (ζωτικότητα) αφ' ενός και αφ' ετέρου έντονους περιορισμούς ψυχικής ισορροπίας στην καθημερινότητα με συμπτώματα ψυχοσυναισθηματικής μειονεξίας (ψυχική υγεία). Η παρουσία συναισθημάτων ευτυχίας και ηρεμίας εκτιμήθηκε ως ιδιαίτερα ελλειμματική με την ύπαρξη συναισθημάτων νευρικότητας και κατάθλιψης.

Αντίστοιχα, αν και σε ηπιότερο βαθμό, εκτιμήθηκε η παρουσία προβλημάτων στην εργασία ή στις άλλες καθημερινές δραστηριότητες λόγω ψυχοσυναισθηματικών

προβλημάτων (συναισθηματικός ρόλος), όπως και η συχνή επιρροή στις κοινωνικές δραστηριότητες λόγω σωματικών ή ψυχοσυναισθηματικών συμπτωμάτων (κοινωνική λειτουργικότητα). Τα σχετικά ευρήματα παραπέμπουν στο σημαντικό ζήτημα της ασυμβατότητας-αναντιστοιχίας μεταξύ της σωματικής και της ψυχοκοινωνικής υγείας. Παρεμφερή ευρήματα αναφέρονται σε συναφείς έρευνες ειδικών ομάδων του γενικού πληθυσμού.<sup>22-26</sup>

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των λειτουργών υγείας δεν φάνηκε να παρουσιάζει ουσιώδεις διαφορές με αυτή των ασθενών, και δεν έδειξε να είναι καλύτερη, αν και μπορούσαν να εντοπιστούν σχετικές διαφοροποιήσεις. Ειδικότερα τα ζητήματα της ζωτικότητας και της ψυχικής υγείας υστερούσαν σε σημαντικό βαθμό έναντι όλων των άλλων διαστάσεων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και στις τέσσερις ομάδες λειτουργών υγείας. Αν και η κοινωνική λειτουργικότητα, καθώς και ο συναισθηματικός ρόλος αξιολογήθηκαν υψηλότερα, εν τούτοις δεν φάνηκε να επηρεάζουν, αντίστοιχα, μια ορισμένη βελτίωση της ψυχικής υγείας και της ζωτικότητας. Η αναντιστοιχία ως προς τον βαθμό επίδρασης στη διασύνδεση ψυχοσυναισθηματικών και σωματικών παραγόντων εντοπίστηκε και στο γεγονός ότι οι αγχογόνοι παράγοντες απασχολούσαν όλους τους συμμετέχοντες με διάφορες διακυμάνσεις. Όσοι επηρεάζονταν πολύ, εκτιμούσαν με χαμηλότερη βαθμολογία την ψυχική τους κατάσταση.

Η ψυχοκοινωνική υγεία του προσωπικού διαταράσσεται με κατευθύνσεις αρνητικές στη διαβάθμιση της ψυχικής κατάστασης. Η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση φαίνεται να χαρακτηρίζεται από ένα υψηλό έλλειμμα ψυχικής ευεξίας και κατ' επέκταση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Οι απαιτήσεις των συνθηκών έντασης της εργασίας, οι ατομικές και οι συλλογικές θεωρήσεις και αναπαραστάσεις περί της υγείας και της εργασίας επιδρούν στη ζωτικότητα, στην κοινωνική λειτουργικότητα, στον συναισθηματικό ρόλο και στην ψυχική υγεία του ανθρώπινου δυναμικού. Η διεργασία της βελτίωσης ως προοπτική δείχνει τις λεπτές ισορροπίες μεταξύ υπαρκτής φθοράς και προσδοκώμενης αναζωογόνησης.<sup>31,32</sup>

Συμπερασματικά, η χαμηλή εκτίμηση της ζωτικότητας και της ψυχικής υγείας των ίδιων των λειτουργών υγείας παραπέμπει στα ζητήματα της εργασιακής κόπωσης και της εξουθένωσης. Επίσης, επιτάσσει την αντιμετώπιση του ζητήματος με τον σχεδιασμό και την ανάπτυξη στρατηγικών άμεσης αντιμετώπισης και προληπτικής διαχείρισης. Μείωση του εργασιακού άγχους, αναθεώρηση του μοντέλου οργάνωσης της εργασίας, βελτίωση των συνθηκών εργασίας ως αντικειμενικοί προσδιοριστές αφ' ενός και αφ' ετέρου συμβουλευτική ενδυνάμωση και υποστήριξη του

προσωπικού, βελτίωση της ικανοποίησης ως υποκειμενικοί προσδιοριστές συνθέτουν ένα πλέγμα μέτρων που θα μπορούσε να στοχεύσει στη βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία κατάστασης του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα υγείας, επιτακτική ανάγκη και αναγκαιότητα, καθώς οι λειτουργοί υγείας θεραπεύουν την ασθένεια και διαμορφώνουν συνθήκες υγείας για τους ασθενείς και για τους ίδιους.<sup>33–35</sup>

Η βελτίωση των συγκεκριμένων διαστάσεων της σωματικής και της ψυχοκοινωνικής υγείας του ανθρώπινου δυναμικού θα είχε παράλληλα πολλαπλάσιο όφελος για τη βελτίωση της προσωπικής ποιότητας και υψηλή προστιθέμενη αξία για τη βελτίωση της φροντίδας υγείας και της ποιότητας της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ των λειτουργών υγείας και των ασθενών.<sup>17,31</sup>

## ABSTRACT

### Measurement of the health related quality of life in health sector personnel

M. SARRIS,<sup>1</sup> S. SOULIS,<sup>1</sup> G. PIERRAKOS,<sup>1</sup> A. GOULA,<sup>1</sup> A. PETRAKOS,<sup>2</sup> V. GKIOKA,<sup>3</sup> I. NIKOLADOS,<sup>1</sup> K. SPEIS,<sup>1</sup> D. LATSOU<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Health and Social Care Management, Athens University of Applied Sciences, Athens, <sup>2</sup>Administration, "Evangelismos" General Hospital, Athens, <sup>3</sup>Institute of Biomedical Research, Academy of Athens, Athens, Greece

*Archives of Hellenic Medicine 2018, 35(4):472–480*

**OBJECTIVE** To assess the health related quality of life of the health care personnel in a public hospital. **METHOD** The study was carried out at "Evangelismos" General Hospital of Athens during the period September 2016 to January 2017. The study sample of 545 comprised 149 doctors, 217 nurses, 134 administrators and 45 paramedical specialists. The data collection tool was the Health Survey SF-36, which is a structured questionnaire with physical and psychosocial health scales. The alpha (α) index of the physical health scale ranges from 0.914–0.735 and of the psychosocial health scale from 0.824–0.803, whereas the indicator was 0.832. **RESULTS** On the physical health scale, the physicians recorded the highest scores, 84.18 and 74.18, respectively for physical functioning and bodily pain, but they recorded the lowest scores on the psychosocial health scales in vitality and mental health (52.15 and 58.31, respectively). The nurses recorded the highest score for physical functioning (71.01), followed by physical role (59.29) and physical pain (57.42), while on the psychosocial health scales, their scores were lower: emotional role 64.42, social functioning 57.89, mental health 56.32, and vitality (the lowest value) 46.24. The paramedical specialists recorded the highest scores in physical functioning (76.36) and physical role (75.56), and lower scores in vitality (49.78) and mental health (55.09). The administrative staff recorded the highest scores in physical functioning (78.51) and physical role (74.07). On the psychosocial health scales, their lowest scores were in vitality (52.11) and mental health (56.68). **CONCLUSIONS** According to their scores on the SF-36 questionnaire, the psychosocial health of all categories of hospital staff lagged behind their physical health. Of particular note were the scores on the vitality and mental health scales, despite a more favorable picture on the social functioning and emotional role scales. The present study revealed fatigue and burnout on a continuous basis, as expressed by the vitality scale, on the one hand, and on the other the restrictions of mental equilibrium in everyday life, as expressed by the mental health scale. The low scores recorded on the vitality and mental health scales by the health care personnel raised the issue of work-related fatigue and burnout, which need to be addressed by designing and developing strategies for immediate response and preventive management.

**Key words:** Health related quality of life, Health sector, Human resources

## Βιβλιογραφία

- GILL TM, FEINSTEIN AR. A critical appraisal of the quality-of-life measurements. *JAMA* 1994, 272:619–626
- DEW MA, SIMMONS RG. The advantage of multiple measures of quality of life. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1990, 131:23–30
- TORRANCE GW. Utility approach to measuring health-related quality of life. *J Chronic Dis* 1987, 40:593–603
- TORRANCE GW. Measurement of health state utilities for economic appraisal. *J Health Econ* 1986, 5:1–30
- WARE JE Jr, SHERBOURNE CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection.



- Med Care* 1992, 30:473–483
6. ΣΑΡΡΗΣ Μ, ΓΟΥΛΑ Α. *Η ποιότητα ζωής των ασθενών ως κριτήριο-εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2006
  7. GUARNACCIA PJ. Anthropological perspectives: The importance of culture in the assessment of quality of life. In: Spilker B (ed) *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd ed. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1996:523–528
  8. MEEBERG GA. Quality of life: A concept analysis. *J Adv Nurs* 1993, 18:32–38
  9. SPILKER B, REVICKI DA. Taxonomy of quality of life. In: Spilker B (ed) *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd ed. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1996:25–32
  10. FALLOWFIELD L. *The quality of life: The missing measurement in health care*. Souvenir Press, London, 1992
  11. SPILKER B. *Quality of life: Assessments in clinical trials*. Raven, New York, 1990
  12. ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ, ΣΑΡΡΗΣ Μ, ΣΟΥΛΗΣ Σ. *Συστήματα υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001
  13. ΣΟΥΛΗΣ Σ. *Εφαρμοσμένη κοινωνική πολιτική: Σχεδιασμός υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής προστασίας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2015
  14. ΣΑΡΡΗΣ Μ, ΣΟΥΛΗΣ Σ, ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2001, 18:230–238
  15. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΣΑΡΡΗΣ Μ. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής: Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2001, 18:218–229
  16. BRIEF AP, BUTCHER AH, GEORGE JM, LINK KE. Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: The case of health. *J Person Soc Psychol* 1993, 64:646–653
  17. ΣΑΡΡΗΣ Μ. *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001
  18. WILSON IB, CLEARY PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 1995, 273:59–65
  19. ORMELL J, LINDENBERG S, STEVERINK N, VONKORFF M. Quality of life and social production functions: A framework for understanding health effects. *Soc Sci Med* 1997, 45:1051–1063
  20. BAROFSKI I. Cognitive aspects of quality of life assessment. In: Spilker B (ed) *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd ed. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1996:107–116
  21. WARE JE, SNOW KK, KOSINSKI M, GANDEK B. *SF-36 health survey: Manual and interpretation guide*. The Health Institute, New England Medical Centre, Boston, 1993
  22. ΣΑΡΡΗΣ Μ, ΣΟΥΛΗΣ Σ. Ποιότητα ζωής αιμοκαθαρισμένων και μεταμοσχευμένων νεφροπαθών: Μια κριτική προσέγγιση. *Ιατρική* 2001, 79:58–163
  23. ΣΑΡΡΗΣ Μ, ΓΟΥΛΑ Α, ΣΟΥΛΗΣ Σ, ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Α. Επισκόπηση υγείας μεταμοσχευμένων ασθενών λόγω τελικού σταδίου χρονίας νεφρικής ανεπάρκειας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2008, 25:177–183
  24. ΣΑΡΡΗΣ Μ, ΓΟΥΛΑ Α, ΓΚΙΟΚΑ Β, ΣΟΥΛΗΣ Σ. Ποιότητα ζωής ασθενών και ποιότητα φροντίδας υγείας μετά από τη νεφρική μεταμόσχευση. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2008, 25:201–208
  25. ΣΑΡΡΗΣ Μ, ΓΟΥΛΑ Α, ΣΟΥΛΗΣ Σ. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών μετά από τη μεταμόσχευση ήπατος. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2008, 25:334–340
  26. ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ, ΠΑΤΕΡΑΣ Ι, ΤΖΙΛΑΛΗΣ Β, ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ Μ, ΣΙΜΟΠΟΥΛΟΣ Κ, ΝΤΑΓΙΑΝΤΑΣ Ι ΚΑΙ ΣΥΝ. Συγκριτική διερεύνηση της ποιότητας ζωής ασθενών μετά από ενδογγειακή (EVAR) ή ανοικτή χειρουργική αποκατάσταση ανευρύσματος της κοιλιακής αορτής. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2010, 27:918–923
  27. ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ, ΜΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Ε, ΚΟΝΔΥΛΗ Ι, ΓΚΑΝΑΣ Α, ΣΑΡΡΗΣ Μ. Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία καπνιστών και μη καπνιστών. *Νοσηλευτική* 2011, 50:203–213
  28. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ, ΖΑΝΑΚΗΣ Β. Ποιότητα ζωής ασθενών με ηπατίτιδα C. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2001, 18:288–296
  29. PAPPA E, KONTODIMOROULOS N, NIAKAS D. Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Qual Life Res* 2005, 14:1433–1438
  30. ANAGNOSTOPOULOS F, NIAKAS D, PAPPA E. Construct validation of the Greek SF-36 Health Survey. *Qual Life Res* 2005, 14:1959–1965
  31. ΣΟΥΛΗΣ Σ, ΣΑΡΡΗΣ Μ. Η συμβολή της θεωρίας της χρησιμότητας και ποιότητας ζωής στην εκτίμηση της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας και κατανομής των πόρων στην υγεία. Στο: Ηγουμενάκης Η (Επιμ.) *Τιμητικός τόμος στη μνήμη του Καθηγητή Θ. Παπαθεοδοσίου*. Ινστιτούτο Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΙΤΕ), Αθήνα, 2003:333–353
  32. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΝ. Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2007, 24(Συμπλ 1):6–18
  33. ΓΟΥΛΑ Α, ΚΕΦΗΣ Β, ΣΤΑΜΟΥΛΗ Α, ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ, ΣΑΡΡΗΣ Μ. Διερεύνηση της οργανωσιακής κουλτούρας των γενικών δημόσιων νοσοκομείων. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2014, 31:452–460
  34. ΓΟΥΛΑ Α, ΚΕΦΗΣ Β, ΔΗΜΑΚΟΥ Σ, ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ, ΣΑΡΡΗΣ Μ. Οργανωσιακή αλλαγή στο δημόσιο νοσοκομείο: Από το γραφειοκρατικό στο συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2014, 31:583–590
  35. ΓΟΥΛΑ Α, ΣΑΡΡΗΣ Μ, ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ, ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Ν, ΒΟΥΡΛΙΩΤΟΥ Κ, ΝΙΚΟΛΑΔΟΣ Ι. Η προστιθέμενη αξία των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2017, 34:49–57
- Corresponding author:*
- M. Sarris, 8 Athanassiou Diakou street, 145 72 Drossia, Attiki, Greece  
e-mail: msarris@teiath.gr