



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΙΣ**  
**ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΕΣ»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**«ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ**  
**ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ»**

**ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΑΓΓΕΛΑ**  
**ΑΜ: 18032**

**ΕΠΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΑΡΓΑΡΗ ΝΙΚΟΛΕΤΤΑ**

**ΑΘΗΝΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2022**



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA**  
**SCHOOL OF HEALTH AND WELFARE SCIENCE**  
**DEPARTMENT OF NURSING**

**POSTGRADUATE PROGRAMME**  
**«CHRONIC DISEASE MANAGEMENT WITH NEUROSCIENCE SPECIALIZATION»**

**TITLE**

**«QUALITY OF LIFE AND NUTRITIONAL HABITS OF NURSES WORKING IN A  
TERTIARY CARE HOSPITAL»**

**PAPADOPOULOU ANGELA**

**RN: 18032**

**SUPERVISOR: MARGARI NIKOLETTA**

**ATHENS, SEPTEMBER 2022**

## ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

### «ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ»

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/Α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	<b>ΜΑΡΓΑΡΗ ΝΙΚΟΛΕΤΤΑ</b> (επιβλέπουσα καθηγήτρια)	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια τμήματος Νοσηλευτικής ΠΑ.Δ.Α	
2	<b>ΔΟΚΟΥΤΣΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ</b>	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια τμήματος Νοσηλευτικής ΠΑ.Δ.Α	
3	<b>ΑΔΑΜΑΚΙΔΟΥ ΘΕΟΔΟΥΛΑ</b>	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια τμήματος Νοσηλευτικής ΠΑ.Δ.Α	

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Παπαδοπούλου Αγγέλα του Ορέστη, με αριθμό μητρώου 18032 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διαχείριση Χρόνιων Νοσημάτων» με κατεύθυνση τις Νευροεπιστήμες, του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

*\*Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 25/03/2023 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Η Δηλούσα



Η επιβλέπουσα καθηγήτρια

## **CORYRIGHT**

Copyright © Παπαδοπούλου Αγγέλα, 2022 με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved. Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διαχείριση Χρονίων Νοσημάτων» της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Νοσηλευτικής.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα βιβλιογραφίας.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην κυρία Μάργαρη Νικολέττα, επιβλέπουσα καθηγήτρια της παρούσας διπλωματικής εργασίας, για την πολύτιμη βοήθεια στην εκπόνηση της μελέτης και για την καθοδήγησή της σε όλη την πορεία της.

Στο νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού νοσοκομείου Νίκαιας "Άγιος Παντελεήμων", που παρά τις δυσκολίες που αντιμετώπισε με φόρτο εργασίας λόγω πανδημίας covid 19, βρήκε χρόνο να συμπληρώσει τα ερωτηματολόγια και να συμμετέχει έτσι στην έρευνά μου.

Και φυσικά, στους δικούς μου ανθρώπους, για την υπομονή τους και την ενθάρρυνσή τους σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

## Περιεχόμενα

Περίληψη .....	11
Abstract.....	13
Εισαγωγή .....	14
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> : Ποιότητα ζωής.....	17
1.1 Διαστάσεις ποιότητας ζωής και παράγοντες που την επηρεάζουν .....	19
1.2 Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής .....	20
1.3. Εργαλεία εκτίμησης της ποιότητας ζωής.....	21
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> : Επιπτώσεις της εργασίας με κυκλικό ωράριο στο νοσηλευτικό προσωπικό .....	24
2.1. Κόπωση και διαταραχές ύπνου .....	25
2.2. Ποιότητα ζωής και ψυχολογία των νοσηλευτών .....	25
2.3. Ο ρόλος του κυκλικού ωραρίου στην επαγγελματική εξουθένωση.....	27
2.4. Συναισθηματικές διαταραχές .....	28
2.5 Παχυσαρκία.....	29
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> : Μοτίβα διατροφής νοσηλευτικού προσωπικού.....	31
3.1 Μοτίβα διατροφής νοσηλευτικού προσωπικού.....	31
3.2. Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με τη διατροφή .....	34
Ερευνητικό Μέρος.....	41
Κεφάλαιο 4 <sup>ο</sup> : Μεθοδολογία Έρευνας.....	41
4.1 Σκοπός.....	41
4.2 Ερευνητικά Ερωτήματα .....	41
4.3 Μεθοδολογία.....	41
Κεφάλαιο 5 <sup>ο</sup> : Αποτελέσματα έρευνας.....	47
Κεφάλαιο 6 <sup>ο</sup> : Συζήτηση.....	67
Συμπεράσματα – Προτάσεις.....	77

Βιβλιογραφικές Πηγές .....	78
Παράρτημα.....	90



## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

<b>Πίνακας 1.</b> Δημογραφικά και εργασιακά δεδομένα συμμετεχόντων.....	50
<b>Πίνακας 2.</b> Απαντήσεις συμμετεχόντων αναφορικά με τον περιορισμό σε δραστηριότητες λόγω της υγείας τους.....	53
<b>Πίνακας 3.</b> Απαντήσεις συμμετεχόντων αναφορικά με τον περιορισμό σε δραστηριότητες λόγω της σωματική και συναισθηματικής τους υγείας.....	54
<b>Πίνακας 4.</b> Απαντήσεις συμμετεχόντων σχετικά με το πως αισθάνονταν και στο πως ήταν γενικά η διάθεσή τους τις τελευταίες 4 εβδομάδες.....	59
<b>Πίνακας 5.</b> Απαντήσεις συμμετεχόντων σε προτάσεις.....	60
<b>Πίνακας 6.</b> Βαθμολογία στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής.....	60
<b>Πίνακας 7.</b> Αποτελέσματα ερωτηματολογίου Mediterranean Diet Score.....	61
<b>Πίνακας 8.</b> Συσχετίσεις μεταξύ των δύο φύλων.....	63
<b>Πίνακας 9.</b> Συσχετίσεις μεταξύ των συμμετεχόντων βάσει οικογενειακής κατάστασης.....	64
<b>Πίνακας 10.</b> Συσχετίσεις μεταξύ των κατηγοριών προσωπικού.....	65
<b>Πίνακας 11.</b> Συσχετίσεις μεταξύ των συμμετεχόντων ανά τμήμα εργασίας.....	65
<b>Πίνακας 12.</b> Συσχετίσεις κατά Pearson.....	66

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

<b>Σχήμα 1.</b> Φύλο συμμετεχόντων.....	47
<b>Σχήμα 2.</b> Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων.....	48
<b>Σχήμα 3.</b> Κατηγορία Προσωπικού συμμετεχόντων.....	48
<b>Σχήμα 4.</b> Τμήμα εργασίας συμμετεχόντων.....	49
<b>Σχήμα 5.</b> Σχέση εργασίας συμμετεχόντων.....	49
<b>Σχήμα 6.</b> Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: «Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι».....	51
<b>Σχήμα 7.</b> Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: «Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;».....	52
<b>Σχήμα 8.</b> Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: «Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, 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 γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες».....	55
<b>Σχήμα 9.</b> Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: «Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;».....	56
<b>Σχήμα 10.</b> Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: «Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας».....	57
<b>Σχήμα 11.</b> Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: «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;».....	59

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η εργασία των νοσηλευτών τις περισσότερες φορές γίνεται σε κυκλικό ωράριο, το οποίο περιλαμβάνει νυχτερινές βάρδιες. Η εργασία με βάρδιες έχει αναφερθεί ότι έχει αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία των εργαζομένων και συνοδεύεται από μεγαλύτερη επίπτωση μη μεταδοτικών ασθενειών όπως ο καρκίνος, καρδιαγγειακά νοσήματα, μεταβολικές και γαστρεντερικές διαταραχές και διαταραχές του ύπνου.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των διατροφικών συνηθειών και της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσιο νοσοκομείο.

**Μεθοδολογία:** Πρόκειται για μία περιγραφική συγχρονική μελέτη. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσε το νοσηλευτικό προσωπικό μεγάλου δημόσιου νοσοκομείου του νομού Αττικής, που εργάζεται σε κυκλικό ωράριο τουλάχιστον 1 έτος, μιλάει και κατανοεί την Ελληνική γλώσσα και εργάζεται στο χειρουργικό ή παθολογικό τομέα. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με το ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (SF-36) και το Mediterranean diet score. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS για Windows version 24.

**Αποτελέσματα:** Στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν 73 νοσηλευτές ηλικίας  $43,4 \pm 10,2$  έτη. Οι διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής κατά φθίνουσα σειρά ήταν η σωματική λειτουργικότητα ( $78,6 \pm 21,2$ ), ο σωματικός πόνος ( $72,6 \pm 36,9$ ), η κοινωνική λειτουργικότητα ( $71,9 \pm 24,6$ ), ο σωματικός ρόλος ( $70,9 \pm 34,6$ ), ο συναισθηματικός ρόλος ( $67,6 \pm 26,8$ ), η πνευματική-ψυχική υγεία ( $66,2 \pm 16,7$ ), η ζωτικότητα ( $62,5 \pm 21,1$ ) και η γενική υγεία ( $59,2 \pm 20,2$ ). Η μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Mediterranean diet score ήταν  $31,1 \pm 6,3$ . Οι άνδρες είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία σε σχέση με τις γυναίκες στη διάσταση του σωματικού πόνου και του συναισθηματικού ρόλου ( $87,5 \pm 20,6$  έναντι  $68,4 \pm 39,6$  και  $75,3 \pm 30,6$  έναντι  $65,5 \pm 25,5$ ,  $p < 0,05$ , αντίστοιχα). Οι έγγαμοι είχαν σημαντική μικρότερη βαθμολογία στις διαστάσεις της σωματικής λειτουργικότητας ( $p < 0,05$ ), του σωματικού ρόλου ( $p < 0,05$ ), του συναισθηματικού ρόλου ( $p < 0,05$ ) και της πνευματικής-ψυχικής υγείας ( $p < 0,05$ ). Οι συμμετέχοντες πανεπιστημιακής εκπαίδευσης είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση της σωματικής λειτουργικότητας ( $p < 0,05$ ) και του συναισθηματικού ρόλου ( $p < 0,05$ ) σε σχέση με τους υπόλοιπους.

**Συμπεράσματα:** Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα πρέπει να εφαρμόσουν παρεμβάσεις προαγωγής της υγείας στο νοσηλευτικό προσωπικό για να βελτιώσουν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους, καθώς και τις διατροφικές τους συνήθειες.

**Λέξεις κλειδιά:** νοσηλευτές, ποιότητα ζωής, μεσογειακή διατροφή, διατροφικές συνήθειες

## Abstract

**Introduction:** The work of nurses is most often done in rotation shifts, which includes night shifts. Shift work has been reported to have a negative impact on workers' health and is associated with a higher incidence of non-communicable diseases such as cancer, cardiovascular disease, metabolic and gastrointestinal disorders, and sleep disorders.

**Aim:** The aim of this study was to investigate the relationship between eating habits and quality of life of nurses working in a public hospital.

**Methodology:** This is a descriptive cross-sectional study. The study population consisted of the nursing staff of a large public hospital in the prefecture of Attica, who works part-time for at least 1 year, speaks and understands the Greek language and works in the surgical or pathological departments. Data were collected using the Short Form Health Survey (SF-36) and the Mediterranean diet score. The statistical analysis was performed with the statistical program SPSS for Windows version 24.

**Results:** Totally, 73 nurses aged  $43.4 \pm 10.2$  years were included in the study. The dimensions of health-related quality of life in descending order were physical functionality ( $78.6 \pm 21.2$ ), physical pain ( $72.6 \pm 36.9$ ), social functionality ( $71.9 \pm 24.6$ ), the physical role ( $70.9 \pm 34.6$ ), the emotional role ( $67.6 \pm 26.8$ ), the mental-mental health ( $66.2 \pm 16.7$ ), the vitality ( $62.5 \pm 21.1$ ) and general health ( $59.2 \pm 20.2$ ). The mean score on the Mediterranean diet score questionnaire was  $31.1 \pm 6.3$ . Men had a significantly higher score than women in the dimension of physical pain and emotional role ( $87.5 \pm 20.6$  vs.  $68.4 \pm 39.6$  and  $75.3 \pm 30.6$  vs.  $65.5 \pm 25.5$ ,  $p < 0.05$ , respectively). Married women had a significantly lower score in the dimensions of physical functionality ( $p < 0.05$ ), physical role ( $p < 0.05$ ), emotional role ( $p < 0.05$ ) and mental health ( $p < 0.05$ ). University participants had significantly higher scores in the dimension of physical function ( $p < 0.05$ ) and emotional role ( $p < 0.05$ ) than the others.

**Conclusions:** Health policy makers should implement health promotion interventions in nursing staff to improve their health-related quality of life as well as their eating habits.

**Keywords:** nurses, quality of life, Mediterranean diet, eating habits

## Εισαγωγή

Παραδοσιακά, μόνο ένα μικρό ποσοστό (περίπου 20%) του εργατικού δυναμικού παγκοσμίως εργάζεται σε βάρδιες. Τα τελευταία χρόνια, τα πρότυπα εργασίας έχουν προσαρμοστεί σε απάντηση στις αλλαγές στις οικονομικές πιέσεις και στη μεγαλύτερη ζήτηση των καταναλωτών για υπηρεσίες που λειτουργούν σε μία βάση «24 ώρες την ημέρα», με αποτέλεσμα την αύξηση της εργασίας με βάρδιες. Ο όρος «εργασία με βάρδιες» αναφέρεται σε ευρεία νομοθετικά κείμενα και διατάξεις.

Η Ευρωπαϊκή οδηγία 93/104/ΕΚ του Συμβουλίου, της 23<sup>ης</sup> Νοεμβρίου του 1993 ορίζει την εργασία σε βάρδιες ως «οποιαδήποτε μέθοδος οργάνωσης της εργασίας σε βάρδιες με τις οποίες οι εργαζόμενοι εναλλάσσονται στους ίδιους σταθμούς εργασίας σύμφωνα με ένα συγκεκριμένο μοτίβο, συμπεριλαμβανομένου ενός κυκλικού μοτίβου και το οποίο μπορεί να είναι συνεχές ή ασυνεχές, συνεπάγοντας την ανάγκη να εργάζονται οι εργαζόμενοι σε διαφορετικούς χρόνους κατά τη διάρκεια μίας δεδομένης χρονικής περιόδου ημερών ή εβδομάδων» (Smet , 1993). Ωστόσο, δεν υπάρχει συναίνεση στον ορισμό του όρου μεταξύ της δημοσιευμένης επιστημονικής βιβλιογραφίας. Με απλά λόγια, η εργασία σε βάρδιες αναφέρεται συχνά ως εργασία κυρίως εκτός των κανονικών ωρών εργασίας της ημέρας ή σε πρόγραμμα διαφορετικό από την κανονική εβδομαδιαία εργασίας.

Υπάρχουν πολλά οικονομικά πλεονεκτήματα με τις θέσεις εργασίας με κυκλικό ωράριο, όπως η δημιουργία θέσεων εργασίας, η αυξημένη παροχή υπηρεσιών προς πελάτες και βελτιωμένες εμπορικές ευκαιρίες. Από την άλλη μεριά, η εργασία με βάρδιες έχει αναφερθεί ότι επηρεάζει αρνητικά την υγεία των εργαζομένων και συνοδεύεται από μεγαλύτερη επίπτωση μη μεταδοτικών ασθενειών όπως ο καρκίνος, καρδιαγγειακά νοσήματα, μεταβολικές και γαστρεντερικές διαταραχές και διαταραχές του ύπνου.

Επιπλέον, διαταραχές ύπνου και παχυσαρκία παρατηρούνται συχνότερα μεταξύ των εργαζομένων νυχτερινής βάρδιας σε σχέση με εκείνων που εργάζονται πρωινή βάρδια. Ένα πρόγραμμα εργασίας με βάρδιες έχει σαν αποτέλεσμα την κακή ρύθμιση του κερκαδικού ρυθμού (Knutsson and Bøggild, 2010; Rajaratnam *et al.*, 2013; Peplonska *et al.*, 2015). Πολλοί από τους παράγοντες κινδύνου για μη μεταδοτικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένης της φτωχής

συμμόρφωσης με τη μεσογειακή διατροφή, της καθιστικής ζωής, του επιβλαβούς τρόπου ζωής και του επικίνδυνου για την υγεία τρόπου ζωής, όπως η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ και καπνίσματος, ο ανεπαρκής ύπνος και το υπερβολικό βάρος, αναφέρονται συχνά μεταξύ των εργαζομένων με βάρδιες (Perlonska *et al.*, 2015).

Μεταξύ των θεμάτων που σχετίζονται στενά με τις ακανόνιστες ώρες εργασίας είναι η ακανόνιστη κατανάλωση τροφίμων. Αυτό το ανώμαλο κιρκάδιο χρονοδιάγραμμα των γευμάτων μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στη διαδικασία της πέψης, στην απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών, την ενζυματική δραστηριότητα και το μεταβολισμό, καθώς και την αίσθηση της πείνας, της όρεξης και του κορεσμού (Haus and Smolensky, 2006).

Μία ανασκόπηση που κάλυπτε την περίοδο 1990-2010 ανέφερε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε βάρδιες έχουν κακές διατροφικές συνήθειες με χαμηλή περιεκτικότητα σε θρεπτικά συστατικά, συγκριτικά με εκείνους που έχουν σταθερό πρωινό ωράριο (Amani and Gill, 2013). Μία πιο πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση επεσήμανε επίσης την χαμηλότερη ποιότητα διατροφής μεταξύ των εργαζομένων με βάρδιες (Nea *et al.*, 2015). Όμως, έχουν εντοπιστεί ορισμένοι μεθοδολογικοί περιορισμοί των μελετών, όπως δείγματα μικρού πληθυσμού, τη χρήση λιγότερο έγκυρων μεθόδων διατροφικής αξιολόγησης ή έλλειψη συγκρίσεων με την ομάδα ελέγχου, δηλαδή τους εργαζόμενους σε πρωινό ωράριο (Nea *et al.*, 2015).

Στα πλαίσια αυτά, στόχο της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των διατροφικών συνηθειών και της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσιο νοσοκομείο. Για το λόγο αυτό αρχικά θα πραγματοποιηθεί βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών και ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί παγκοσμίως σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο το κυκλικό εργασίας στους νοσηλευτές επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους μελετώντας διάφορους παράγοντες όπως: η κόπωση και οι διαταραχές ύπνου, η εμφάνιση παχυσαρκίας, οι εμφάνιση συναισθηματικών διαταραχών, αλλά και στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης. Στη συνέχεια θα πραγματοποιηθεί έρευνα σε δημόσιο τριτοβάθμιο νοσοκομείο της χώρας μας με συμμετέχοντες νοσηλευτές που εργάζονται με κυκλικό ωράριο ώστε να διαπιστωθεί εάν και με ποιόν τρόπο συσχετίζεται το κυκλικό ωράριο εργασίας των νοσηλευτών με την ποιότητα της ζωής τους και να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας εργασίας.

# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



## Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: Ποιότητα ζωής

Τα τελευταία έτη η ποιότητα ζωής είναι μία έννοια, η οποία έχει μελετηθεί ευρέως σε διάφορα πεδία της επιστήμης. Στο χώρο της Υγειονομικής περιθαλψης η ποιότητα ζωής έχει διερευνηθεί για πάρα πολλά νοσήματα και για πάρα πολλές κατηγορίες επαγγελματιών υγείας. Επίσης η ποιότητα ζωής έχει διερευνηθεί και για τους ασθενείς και τους φροντιστές αυτών. Η ποιότητα ζωής είναι πολυδιάστατη. Κάποιοι όροι που χρησιμοποιούνται εναλλακτικά της ποιότητας ζωής είναι η ευημερία και η καλή ζωή. Αυτές είναι έννοιες στις οποίες εστιάζει η σημερινή έρευνα.

Σύμφωνα με κάποιους ερευνητές η ποιότητα ζωής είναι *«όλες εκείνες οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληροί ένας άνθρωπος ώστε να είναι ευτυχισμένος. Έτσι λοιπόν η ποιότητα ζωής είναι η ικανότητα ενός ατόμου να διαθέτει όλους εκείνους τους πόρους οι οποίοι είναι απαραίτητοι για να καλύψουν τις κοινωνικές του ανάγκες»* (McCall, 1975). Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν πως προκειμένου να αποσαφηνιστεί εννοιολογικά η Ποιότητα Ζωής πρέπει να συνδυαστούν αντικειμενικοί και υποκειμενικοί παράγοντες και δείκτες. Οι αντικειμενικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τις ικανότητες ενός ατόμου, καθώς και τους διαθέσιμους πόρους που έχει για να πετύχει τους στόχους του (Lehman, 1997).

Αντίστοιχα, οι υποκειμενικοί παράγοντες περιλαμβάνουν διάφορα αισθήματα που βιώνει ένα άτομο, όπως η ψυχική ευεξία. Μέχρι και σήμερα όμως η συζήτηση για έναν ευρέως αποδεκτό ορισμό της Ποιότητας Ζωής συνεχίζεται και μαζί με αυτήν και η διαφορά απόψεων μεταξύ των επιστημόνων και ερευνητών. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως ανάλογα τη σκοπιά που εξετάζεται η Ποιότητα Ζωής μπορεί να παρουσιάζει διαφορετικό σημείο εστίασης (Lehman, 1997).

Έτσι για παράδειγμα, στην οικονομολογική προσέγγιση η Ποιότητα Ζωής εστιάζει σε οικονομικούς πόρους και αξίες, όπως η φτώχεια, το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ) και η κατανομή οικονομικών πόρων τόσο μεταξύ διαφόρων κατηγοριών ανθρώπων όσο και μεταξύ κρατών. Οι ψυχολογικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες εστιάζουν στις εξωτερικές συνθήκες (στέγη, εργασία, οικονομία), στην εσωτερική ισορροπία των ανθρώπων (αυτοεκτίμηση, διάθεση) και στις διαπροσωπικές σχέσεις (σχέσεις, οικογένεια) (Lindstrom, 1995).

Ενώ μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ένας ορισμός που να είναι αποδεκτός σε παγκόσμια κλίμακα, πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν πως τα περισσότερα άτομα, ιδίως των δυτικών χωρών, γνωρίζουν την έννοια της Ποιότητας Ζωής και ενστικτωδώς καταλαβαίνουν τι περιλαμβάνει (Lindstrom, 1995). Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η προσεκτική παρατήρηση αναδεικνύει ότι η Ποιότητα Ζωής αξιολογείται διαφορετικά από κάθε άνθρωπο και κάθε άνθρωπος δίνει διαφορετική σημασία ανάλογα με τα ενδιαφέροντα και τις ανάγκες του (Οικονόμου και συν., 2001).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι η ποιότητα ζωής είναι μία υποκειμενική έννοια. Σχετίζεται με την αντίληψη του ατόμου για την ευημερία του και τη θέση που έχει στην κοινωνία που ζει. Η ποιότητα ζωής εξαρτάται από τις προσδοκίες, τα πρότυπα, τους προσωπικούς στόχους και τις ανησυχίες του εκάστοτε ανθρώπου (The Whooqol Group, 1995).

Έτσι, η Ποιότητα Ζωής είναι το προϊόν των χαρακτηρισμάτων ενός ατόμου σε συνδυασμό με οικογενειακές και κοινωνικές επιρροές ή μια προσωπική δήλωση των θετικών και αρνητικών χαρακτηριστικών που καθορίζουν τη ζωή κάποιου. Επομένως, εκτός από μια ευρεία έννοια, η ποιότητα ζωής είναι επίσης υποκειμενική και μεταβλητή, με πολλαπλές διαστάσεις και χαρακτηριστικά, γεγονός που καθιστά δύσκολη την ακριβή ποσοτικοποίηση και εν τέλει μέτρησή της (Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001)

Από όλα αυτά που προαναφέρθηκαν, εύκολα αντιλαμβάνεται κανείς ότι η ποιότητα ζωής μπορεί να εκτιμηθεί τόσο με αντικειμενικές, όσο και με υποκειμενικές παραμέτρους. Οι αντικειμενικές παράμετροι αφορούν κυρίως τη σωματική υγεία, η οποία μπορεί να αξιολογηθεί μέσω εργαστηριακών εξετάσεων από επαγγελματίες υγείας, ενώ οι υποκειμενικές παράμετροι αφορούν κυρίως την ψυχολογική, συναισθηματική και πνευματική υγεία ενός ατόμου. Η ποιότητα ζωής δεν έχει ακόμα οριστεί (Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001).

Στην βιβλιογραφία υπάρχουν πάρα πολλές έννοιες και μέχρι σήμερα εξελίσσεται (Κάβουρα και συν., 2003). Αυτό που είναι γνωστό είναι ότι η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει τις εμπειρίες ενός ανθρώπου, τις αντιλήψεις και τις στάσεις του για τη ζωή, τις προσωπικές του προτιμήσεις όσον αφορά τις ψυχολογικές, πολιτιστικές, πολιτικές, πνευματικές, διαπροσωπικές και οικονομικές διαστάσεις της καθημερινής ζωής (Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001).

## 1.1 Διαστάσεις ποιότητας ζωής και παράγοντες που την επηρεάζουν

Τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα ζωής αποτελεί τον παρανομαστή της έρευνας όσον αφορά την έκβαση της υγείας των ανθρώπων. Η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει τρεις κύριες διαστάσεις: τη σωματική, τη ψυχική και την κοινωνική ευεξία (Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001).

Στη σωματική ευεξία αξιολογείται η υγεία του ατόμου από τη δική του οπτική γωνιά, όσον αφορά τον πόνο, το επίπεδο σωματικής λειτουργίας και τη νοσηρότητα. Στην ψυχική υγεία μελετάται η ψυχοσυναισθηματική ικανότητα ενός ατόμου μέσω κλιμάκων που σχετίζονται με τη συνολική ικανοποίηση, την ευεξία, το άγχος, την αυτοεκτίμηση, την κατάθλιψη και την ανθεκτικότητα. Η κοινωνική ευημερία εκτιμάει τη συνολική ικανοποίηση ενός ατόμου από τη ζωή του, την κοινωνικότητά του μέσω της συμμετοχής του σε κοινωνικές δραστηριότητες, τον κοινωνικό του ρόλο, την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και την υποστήριξη που έχει από το περιβάλλον του (φίλους - οικογένεια) (Υφαντόπουλος, 2006).

Η Ποιότητα Ζωής επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και ορισμένοι από αυτούς είναι η σωματική υγεία των ατόμων, η φυσική τους υπόσταση, η ψυχική τους κατάσταση, οι σχέσεις που δημιουργούν με άλλους ανθρώπους, αλλά και το περιβάλλον τους (Οικονόμου και συν., 2001). Σύμφωνα με νεότερες θεωρίες, έχει αναγνωριστεί πια ότι η υγεία αποτελεί ένας από τους βασικούς παράγοντες που προσδιορίζουν και επιδρούν στην Ποιότητα Ζωής (Σαρρής και συν., 2001). Επίσης, άλλοι παράγοντες είναι η εκπαίδευση του εκάστοτε ατόμου, η επιμόρφωσή του, το εργασιακό περιβάλλον, ο μισθός, ο τρόπος ζωής του, οι διατροφικές του συνήθειες, το κλίμα κ.λπ. (Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001). Ο όρος Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (Health Related Quality of Life) προέκυψε από την ανάγκη να διαχωριστεί η ευρύτερη έννοια της ποιότητας ζωής και να εστιάσει / περιοριστεί στην υγεία των ατόμων, ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί πιο εύκολα στην επιστημονική έρευνα, προκαλώντας λιγότερες συγχύσεις (Υφαντόπουλος, 2006).

## 1.2 Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής

Όπως προκύπτει από τα διαθέσιμα δεδομένα, η Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την υγεία, μπορεί να περιλαμβάνει γενικά ζητήματα, όπως είναι για παράδειγμα τα συμπτώματα που εμφανίζει ένα άτομο, η συναισθηματική και γνωστική λειτουργικότητα του ατόμου, πτυχές της κοινωνικής και σεξουαλικής λειτουργίας του ατόμου, κλπ (Fayers and Machin, 2000).

Ένας από τους ευρέως χρησιμοποιούμενους ορισμούς σε ότι αφορά την Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής είναι ο ορισμός του Bullinger (2003), σύμφωνα με τον οποίο η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής ορίζεται ως *«η λειτουργικότητα στη φυσική, συναισθηματική και κοινωνική διάσταση της ζωής με συνυπολογισμό της ευεξίας, όπως αυτή εκτιμάται από τον κάθε άνθρωπο»* (Bullinger, 2003).

Ταυτόχρονα, όπως προκύπτει από την βιβλιογραφία και αναφέρεται από τους Σαρρής και συν., (2001) γενικότερα στην έννοια της Ποιότητα Ζωής περιλαμβάνονται τρεις κύριες διαστάσεις:

- Υποκειμενική αποτίμηση της λειτουργικής κατάστασης του ατόμου, σωματικής και ψυχικής
- Η επίδραση της κατάστασης της υγείας στη λειτουργικότητα του ατόμου
- Ο περιορισμός της λειτουργικότητας του ατόμου στους τομείς εκείνους που είναι απαραίτητοι για να μπορεί το άτομο να πετύχει τους στόχους που έχει θέσει.

Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω, μπορούμε να αντιληφθούμε πως η έννοια της «Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής» δεν αποτελεί μία στατική έννοια, αλλά μία δυναμική έννοια η οποία μπορεί να μεταβληθεί αν αλλάξει το επίπεδο της υγείας του ατόμου, οι σχέσεις του, οι εμπειρίες του ή ακόμη και οι ρόλοι του ατόμου μέσα στα πλαίσια στα οποία λειτουργεί. Παράλληλα, σύμφωνα με τα παραπάνω γίνεται κατανοητό πως στα άτομα που πάσχουν από κάποια ασθένεια η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής επηρεάζεται από τις πτυχές της ασθένειάς τους, από πιθανές παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής στην περίπτωση που λαμβάνουν κάποια, αλλά και από πιθανή μειωμένη λειτουργικότητα ή εξάρτηση από βοηθήματα (πχ, συσκευές υποστήριξης) (Οικονόμου και συν., 2001).

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί πως βασικό ρόλο στον προσδιορισμό της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής έχουν και οι προσδοκίες των ατόμων για την κατάσταση της υγείας τους ή τη βελτίωση της, οι ευκαιρίες που εντοπίζουν στο περιβάλλον τους για τη βελτίωση της

λειτουργικότητάς τους, αλλά και το εθνικό σύστημα υγείας και οι πολιτικές που ακολουθούνται οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν είτε θετικά, είτε αρνητικά όχι μόνο το επίπεδο της υγείας τους, αλλά και τις συνθήκες διαβίωσής τους και κατ' επέκταση την ποιότητα της ζωής τους (Οικονόμου και συν., 2001).

### **1.3. Εργαλεία εκτίμησης της ποιότητας ζωής**

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν πάρα πολλά εργαλεία-ερωτηματολόγια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα δεδομένα, στη διεθνή βιβλιογραφία εντοπίζονται περίπου 800 εργαλεία για την αξιολόγηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής, με τα περισσότερα από αυτά να εστιάζουν γενικά στην υγεία του ατόμου. Αποτελούν δηλαδή *γενικά ερωτηματολόγια* ενώ εντοπίζονται και εργαλεία τα οποία εστιάζουν σε συγκεκριμένες παραμέτρους της Ποιότητας Ζωής και χαρακτηρίζονται ως ειδικά ερωτηματολόγια (Παπά και συν., 2006a).

Η ανάπτυξη αυτών των εργαλείων προέρχεται από ψυχομετρικές μεθόδους, κλινικές πρακτικές και μεθόδους εκτίμησης της χρησιμότητας που προέρχεται από άλλα επιστημονικά πεδία (πχ, οικονομικές επιστήμες, κοινωνιολογία, κλπ), αλλά και σε συνδυασμό των προαναφερθέντων μεθόδων. Δύο από τα πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της Ποιότητας Ζωής είναι το EuroQol (EQ-5D) και το EuroQol (EQ-15D) (Κοντοδημόπουλος και συν., 2004).

Το EuroQol (EQ-5D) αξιολογεί τη σωματική, συναισθηματική – ψυχική και κοινωνική διάσταση μέσα από πέντε τομείς: την αυτοεξυπηρέτηση, την κινητικότητα, τον πόνο – δυσφορία, την εκτέλεση συνήθων δραστηριοτήτων και το άγχος-κατάθλιψη). Οι τομείς αυτοί κατηγοριοποιούνται σε τρία επίπεδα. Το εργαλείο αυτό παρουσιάζει το πλεονέκτημα πως αποτελείται από ευκολονόητες ερωτήσεις και πιθανές απαντήσεις, στα μειονεκτήματα του όμως περιλαμβάνεται το γεγονός πως παρουσιάζει υψηλή ευαισθησία και γι' αυτό οι ερευνητές τονίζουν πως δεν μπορεί να χρησιμοποιείται μόνο του, αλλά σε συνδυασμό με άλλα εργαλεία-ερωτηματολόγια (Κοντοδημόπουλος και συν., 2004).

Αντίστοιχα, το EuroQol (EQ-15D) προσομοιάζει αρκετά με το EQ-5D. Η διαφορά τους είναι στον αριθμό των διαστάσεων της Ποιότητας Ζωής, με το EQ-15D να αξιολογεί 15 διαστάσεις, όπως κινητικότητα, ακοή, ύπνος, αναπνοή, ομιλία, φαγητό, συνήθειες δραστηριότητες, αφόδευση, νοητικές λειτουργίες, όραση, δυσφορία και συμπτώματα, εξάντληση, κατάθλιψη, σεξουαλική δραστηριότητα και ζωτικότητα). Κάθε μία από τις διαστάσεις αυτές αξιολογείται σε πέντε επίπεδα (Παππά και συν., 2006a).

Ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία είναι ο δείκτης λειτουργικότητας karnofski. Πρόκειται για μία κλίμακα η οποία χρησιμοποιείται μόνο από τους ιατρούς και εκτιμάται η λειτουργικότητα των ανθρώπων. Η βαθμολογία της κυμαίνεται από το 0 έως το 100 (Mercier *et al.*, 1992). Άλλο εργαλείο είναι ο δείκτης λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού υγείας (The WHO Performance Status [WHOPS-5]). Πρόκειται για μία κλίμακα πέντε βαθμίδων, όπου αξιολογούνται πέντε κατηγορίες σωματικής λειτουργίας και καθαρότητας. Βαθμολογία ίση με το μηδέν σημαίνει ότι το άτομο είναι πλήρως λειτουργικό και βαθμολογία 4 σημαίνει ότι το άτομο είναι ανίκανο (WHO, 1979).

Ένα εργαλείο το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές ελληνικές μελέτες είναι η επισκόπηση υγείας Νότιγγαμ. Διαθέτει συνολικά 13 διαστάσεις. Το πρώτο μέρος αφορά την ενέργεια, τις συναισθηματικές αντιδράσεις, τον πόνο, την κοινωνική απομόνωση, τον ύπνο και τη σωματική κίνηση. Το δεύτερο μέρος διερευνά τις διαστάσεις της καθημερινής ζωής και συγκεκριμένα την εργασία με αμοιβή, την εργασία στο σπίτι (οικιακά), τις προσωπικές σχέσεις, την κοινωνική ζωή, τις ασχολίες στον ελεύθερο χρόνο, τη σεξουαλική ζωή και τα ενδιαφέροντα-χόμπυ ενός ανθρώπου. Όλες οι ερωτήσεις απαντώνται με ναι ή όχι (Βιδάλης και Συγγελάκης, 2000).

Δύο άλλα εργαλεία, που έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στην Ελληνική βιβλιογραφία είναι το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας και η επισκόπηση υγείας SF-36. Υπάρχουν τρεις διαφορετικές εκδόσεις του ερωτηματολογίου γενικής υγείας. Η πρώτη έκδοση περιλαμβάνει 28 ερωτήσεις, η δεύτερη έκδοση περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις και η τρίτη έκδοση περιλαμβάνει 60 ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας εξετάζει την ποιότητα ζωής μέσα από τέσσερις διαστάσεις, τα σωματικά συμπτώματα, την κοινωνική δυσλειτουργία, την αϋπνία, τη σοβαρή κατάθλιψη και το άγχος.

Η επισκόπηση υγείας SF -36 αποτελείται από 36 ερωτήσεις, από τις οποίες προκύπτουν 8 διαστάσεις η σωματική λειτουργικότητα, ο σωματικός ρόλος, ο σωματικός πόνος, η γενική υγεία, η ζωτικότητα, η κοινωνική λειτουργικότητα, ο συναισθηματικός ρόλος και η ψυχική υγεία. Οι διαστάσεις αυτές διαμορφώνουν δύο συνοπτικές μετρήσεις της σωματικής και της ψυχικής υγείας. Το σημαντικό πλεονέκτημα του εργαλείου αυτού είναι πως το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθεί με διάφορους τρόπους, είτε από το άτομο μόνο του (αυτοσυμπλήρωση), είτε μέσω συνέντευξης (πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικά). Αφορά άτομα ηλικίας άνω των 14 ετών και ο χρόνος που χρειάζεται κανείς για να το συμπληρώσει συνήθως δεν ξεπερνάει τα 10 λεπτά (Παππά και συν., 2006α).

Βασικό πλεονέκτημα αποτελεί επίσης και το γεγονός πως πρόκειται για ένα πολύ αξιόπιστο, έγκυρο και αυτοτελές εργαλείο, παρέχοντας τη δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων μέτρησης με διαθέσιμες βαθμολογίες (Κοντοδημόπουλος και συν., 2004; Παππά και συν., 2006α).

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>: Επιπτώσεις της εργασίας με κυκλικό ωράριο στο νοσηλευτικό προσωπικό

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών έχει αναγνωρίσει ότι η εργασία με βάρδιες είναι απαραίτητη στο νοσηλευτικό επάγγελμα. Όμως, η εργασία σε βάρδιες έχει αποδειχθεί επιβλαβής για τη σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών και την ικανότητά τους να παρέχουν υψηλής ποιότητας περίθαλψη στους ασθενείς. Οι νοσηλευτές που εργάζονται με κυκλικό ωράριο έρχονται αντιμέτωποι με προκλήσεις που αφορούν την οικογένειά τους, την κοινωνικότητά τους και την ψυχαγωγία τους. Ο χρόνος που δαπανάται από τους νοσηλευτές που εργάζονται σε βάρδιες έρχεται σε αντίθεση με τον χρόνο που δύναται να αφιερωθεί στις οικογενειακές δραστηριότητες, με αποτέλεσμα να περιορίζονται οι υποχρεώσεις των νοσηλευτών στο νοικοκυριό και να διαταράσσεται ο ρόλος τους για την ανατροφή των παιδιών (Mealer *et al.*, 2012).

Με δεδομένο ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών είναι γυναικείου φύλου, αυτό είναι πολύ σημαντικό, διότι η αλλαγή του ρόλου των γυναικών έχει άμεσο αντίκτυπο στην ψυχική τους υγεία. Το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι εγγενώς αγχωτικό και αγχωτικό και η ψυχική κατάσταση των νοσηλευτών διαταράσσεται, με αποτέλεσμα διάφορα εμπόδια όπως άγχος, κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, θυμό και εξάντληση (Mealer *et al.*, 2012). Παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτό το αγχωτικό εργασιακό περιβάλλον είναι ο αυξημένος φόρτος εργασίας και η εργασία σε βάρδιες (Ma *et al.*, 2015).

Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση, σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα, φτωχότερη ποιότητα ζωής, μειωμένη παραγωγικότητα, φτωχότερη ποιοτικά παρεχόμενη φροντίδα υγειονομικής περίθαλψης και αυξημένα ποσοστά παραιτήσεων ή αλλαγής επαγγέλματος.



## 2.1. Κόπωση και διαταραχές ύπνου

Η κόπωση είναι ένα σημαντικό πρόβλημα με το οποίο έρχονται αντιμέτωποι οι νοσηλευτές. Έχει συσχετιστεί αρνητικά με την υγεία και την ποιότητα ζωής, μειώνοντας την ψυχική υγεία και προάγοντας τις αϋπνίες, ενώ έχει αναφερθεί ευρέως στη βιβλιογραφία ότι επηρεάζει αρνητικά την εργασιακή απόδοση ενός ατόμου. Αυτό έχει επιπλέον αντίκτυπο και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τους νοσηλευτές προς τους ίδιους τους ασθενείς, διότι η οξεία κόπωση λόγω εργασίας μπορεί να οδηγήσει σε ιατρικά λάθη (Chen *et al.*, 2014).

Ο περισσότερος χρόνος των νοσηλευτών στην καθημερινή κλινική πρακτική ήταν να περπατάνε στο διάδρομο της κλινικής, να στέκονται όρθιοι και να βοηθούν ασθενείς με κινητικά προβλήματα. Αυτό το μοτίβο απασχόλησης είχε ως αποτέλεσμα μέτριο επίπεδο καρδιακού στρες και ακραία οξεία κόπωση. Οι ερευνητές βρήκαν ότι η αυξημένη κόπωση και στρες των νοσηλευτών είχε ως αποτέλεσμα λιγότερες ώρες ύπνου (Chen *et al.*, 2014).

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε πλήρες κυκλικό ωράριο κοιμούνται λιγότερο και ειδικά όταν οι βάρδιες είναι 12 ώρες και όχι 8 ώρες. Ο χρόνος ύπνου μειώνεται μεταξύ των βαρδιών, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η υπνηλία και η κόπωση, μειώνοντας τους χρόνους αντίδρασης κατά τη βάρδια και την απόδοση των νοσηλευτών. Επίσης, ο ανεπαρκής ύπνος έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται αρνητικά με την κακή ψυχοκινητική απόδοση, μειωμένο χρόνο αντίδρασης, ευερεθιστότητα και αναποτελεσματική επικοινωνία. Η κακή ψυχοκινητική απόδοση που επηρεάζεται από την κόπωση και το κυκλικό ωράριο μπορεί να έχει επίδραση όχι μόνο την ασφάλεια των ασθενών, αλλά και την ασφάλεια των νοσηλευτών οι οποίοι μπορεί είτε να τραυματιστούν πάνω στην εργασία, είτε να υποφέρουν από μυοσκελετικά προβλήματα (Geiger-Brown *et al.*, 2012).

## 2.2. Ποιότητα ζωής και ψυχολογία των νοσηλευτών

Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν μεγάλο άγχος στο επάγγελμά τους, λόγω των υψηλών απαιτήσεων, των απαιτητικών ωραρίων, της χαμηλής ψυχολογικής υποστήριξης από

συναδέρφους και ανωτέρους (Soríc *et al.*, 2013). Πολλοί νοσηλευτές, λόγω βαρδιών, αντιμετωπίζουν προβλήματα και στην οικογενειακή τους ζωή, καθώς ξοδεύουν λιγότερο χρόνο με την οικογένειά τους και αυτό έχει αρνητική επίδραση στην υγεία τους. Η εργασία με βάρδιες έχει σχετισθεί με κόπωση και αίσθηση απομόνωσης (Cheng and Drake, 2018).

Οι νοσηλευτές, επειδή οι περισσότεροι είναι γυναικείου φύλου, δίνουν μεγάλη σημασία στην οικογένεια. Το έντονο εργασιακό άγχος και το χρονικά απαιτητικά κυκλικό ωράριο έχει βρεθεί ότι σχετίζεται θετικά με δυσκολίες στον οικογενειακό βίο/ζωή (Tahghighi *et al.*, 2017). Μία μελέτη συνέκρινε την ποιότητα ζωής των εργαζομένων με βάρδιες και των εργαζομένων χωρίς βάρδιες και βρήκε οι νοσηλευτές που έκαναν κυκλικό ωράριο είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε σχέση με εκείνους που δεν έκαναν κυκλικό ωράριο (Soríc *et al.*, 2013).

Το ωράριο είναι ένας σημαντικός παράγοντας που δημιουργεί συγκρούσεις και αυξάνει τις εντάσεις τόσο στους νοσηλευτές μεταξύ τους όσο και στο περιβάλλον τους. Οι νοσηλευτές που εργάζονται 12ωρες βάρδιες, εκείνοι που εργάζονται 10ωρες νυχτερινές βάρδιες και εκείνοι που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο είχαν μεγαλύτερα ποσοστά δυσαρέσκειας για την εργασία τους και χαμηλά επίπεδα ευεξίας (Tahghighi *et al.*, 2017).

Αντίθετα, οι νοσηλευτές που εργάζονταν με καθεστώς μερικής απασχόλησης και εκείνοι που εργάζονταν 8ωρες νυχτερινές βάρδιες είχαν λιγότερες εργασιακές/οικογενειακές συγκρούσεις. Τα ίδια αποτελέσματα βρέθηκαν και για τους νοσηλευτές που εργάζονταν σε σταθερό πρωινό ωράριο σε σχέση με εκείνους που εργάζονταν 12ωρες βάρδιες, νυχτερινές βάρδιες ή εκείνους που εργάζονταν πρωινές και απογευματινές βάρδιες εναλλασσόμενα. Το ωράριο είναι παράγοντας που ευθύνεται για τη μειωμένη ψυχική υγεία των νοσηλευτών (Tahghighi *et al.*, 2017).

Γενικότερα, αυτό που παρατηρούμε είναι πως όλα τα στοιχεία υποστηρίζουν ότι η εργασία των νοσηλευτών με βάρδιες σχετίζεται με φτωχή ποιότητα ζωής και χαμηλή ψυχολογική ευημερία. Η εργασία με βάρδιες όμως δεν αρκεί. Η χρονική διάρκεια των βαρδιών και το καθεστώς απασχόλησης είναι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και την ευημερία των νοσηλευτών.

### 2.3. Ο ρόλος του κυκλικού ωραρίου στην επαγγελματική εξουθένωση

Οι νοσηλευτές που εργάζονται με κυκλικό ωράριο έχουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε σύγκριση με εκείνους που εργάζονται σε σταθερό πρωινό ωράριο. Επίσης, οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο, αλλά κοιμόντουσαν 6-8 ώρες την ημέρα και είχαν τουλάχιστον 8 ρεπό (ημέρες ανάπαυσης) το μήνα είχαν λιγότερα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης (Wisetborisut *et al.*, 2014). Από την άλλη μεριά μία μελέτη βρήκε αντίθετα αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές που είχαν σταθερό ωράριο, είτε εργάζονταν μόνο πρωινές βάρδιες είτε μόνο νυχτερινές βάρδιες, βρέθηκαν να έχουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε σύγκριση με τους εργαζόμενους που έκαναν κυκλικό ωράριο (Shahriari *et al.*, 2014)

Το κυκλικό ωράριο έχει χαρακτηριστεί από τους νοσηλευτές απογοητευτικό, ικανοποιητικό και προβληματικό αλλά απαραίτητο. Οι νοσηλευτές που εργάζονται 12ωρες βάρδιες αναφέρουν σημαντικά υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονται σε 8ωρες βάρδιες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται 12ωρες βάρδιες παίρνουν τρεις ημέρες ανάπαυσης την εβδομάδα, ενώ οι νοσηλευτές που εργάζονται 8ωρες βάρδιες λαμβάνουν 2 ημέρες ανάπαυσης την εβδομάδα, με αποτέλεσμα οι πρώτοι να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στην οικογένειά τους και στην κοινωνική τους ζωή (Tahghighi *et al.*, 2017).

Η συνολική εργασιακή ικανοποίηση είναι χαμηλότερη στους νοσηλευτές που κάνουν οποιαδήποτε βάρδια, νυχτερινή ή/και απογευματινή, σε σχέση με εκείνους που εργάζονται μόνο πρωινό ωράριο (Tahghighi *et al.*, 2017) Από την άλλη μεριά, μία μελέτη ανέφερε ότι η εργασία με βάρδιες από μόνη της δεν συνδέεται με χαμηλότερη ικανοποίηση από την εργασία, αλλά η ικανοποίηση από την εργασία εξαρτάται περισσότερο από το εργασιακό περιβάλλον, τις συνθήκες που επικρατούν, καθώς και από παράγοντες του τρόπου ζωής σε αντίθεση με τον τύπο βάρδιας (Rodwell and Fernando, 2016).

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο έχουν υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης και μικρότερη εργασιακή ικανοποίηση σε σχέση τους νοσηλευτές που δεν εργάζονται σε βάρδιες. Το είδος των βαρδιών παίζει σημαντικό ρόλο, με τις 12ωρες βάρδιες να παρέχουν υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση.

## 2.4. Συναισθηματικές διαταραχές

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης σοβαρών συμπτωμάτων κατάθλιψης, σε αντίθεση με εκείνους που εργάζονται σε σταθερό ωράριο (Hea Young *et al.*, 2016). Μια έρευνα έδειξε, όμως, ότι μετά από 12 μήνες παρακολούθησης ενός δείγματος νοσηλευτών, δεν υπήρξε κάποια αξιοσημείωτη συσχέτιση μεταξύ βαρδιών, είτε πρωινή, είτε νυχτερινή, είτε κυκλικό ωράριο και κατάθλιψης (Berthelsen *et al.*, 2015). Σε γενικές γραμμές, η κατάθλιψη δεν έχει σχετισθεί με τον τύπο βάρδιας. Οι νοσηλευτές νεότερης ηλικίας και εκείνοι που εργάζονται είτε μόνιμα πρωινό ωράριο είτε κατά πλειοψηφία πρωινό ωράριο είχαν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (Tahghighi *et al.*, 2017).

Η συσχέτιση της κατάθλιψης με το κυκλικό ωράριο των νοσηλευτών εξηγείται από το χαρακτήρα των νοσηλευτών. Δεν εμφανίζουν κατάθλιψη όλοι οι νοσηλευτές που εργάζονται κυκλικό ωράριο. Εκείνοι που έχουν «δυνατό» χαρακτήρα δεν επηρεάζονται συναισθηματικά από το κυκλικό ωράριο και τη εργασία με βάρδιες, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν το εργασιακό στρες και να είναι πιο ανθεκτικοί. Η εργασία σε βάρδιες χωρίς οι εργαζόμενοι να έχουν αρνητικές συνέπειες αναφέρεται ως «Shift Work Tolerance» (Tahghighi *et al.*, 2017).

Οι νοσηλευτές που εργάζονται νυκτερινές βάρδιες έχουν αυξημένα επίπεδα άγχους στην εργασία. Έχει αναφερθεί ότι δεν είναι το άγχος εκείνο που προκύπτει από την εργασία σε βάρδιες, αλλά η ανισορροπία μεταξύ εργασίας και ανταμοιβής. Αυτό σημαίνει ότι νοσηλευτές που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο θεωρούν ότι δεν αμείβονται περισσότερο ή αρκετά περισσότερο σε σχέση με τους συναδέλφους τους που εργάζονται πρωινό ωράριο (Lin *et al.*, 2015).

Άλλος παράγοντας που συμβάλλει στο εργασιακό άγχος είναι η διάρκεια των βαρδιών. Οι 12ωρες βάρδιες σε σχέση με τις 8ωρες βάρδιες έχουν βρεθεί ότι αυξάνουν το εργασιακό άγχος στο νοσηλευτικό προσωπικό, επειδή κουράζονται περισσότερο και εκτίθενται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε στρεσογόνους παράγοντες. Από την άλλη μεριά, υπάρχουν αρκετοί που υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται με σταθερές βάρδιες και κυρίως πρωινές έχουν

υψηλότερο άγχος και κοινωνική δυσλειτουργία σε σύγκριση με τους νοσηλευτές που εργάζονται με κυκλικό ωράριο, επειδή πρέπει να ξυπνούν πολύ νωρίς το πρωί και να κοιμούνται νωρίς το βράδυ, οπότε δεν τους μένει χρόνος για τα οικεία τους πρόσωπα ή τους φίλους τους (Tahghighi *et al.*, 2017).

Είναι γεγονός ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται κυκλικό ωράριο έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη και έχουν αυξημένα επίπεδα εργασιακού στρες. Η κατάθλιψη, το στρες και το άγχος είναι υποκειμενικά και εξαρτώνται από την προσωπικότητα και τον χαρακτήρα του κάθε ανθρώπου, οπότε και των νοσηλευτών. Άλλος παράγοντας που παίζει σημαντικό ρόλο είναι η στήριξη που έχουν οι νοσηλευτές από το εργασιακό και οικογενειακό τους περιβάλλον.

## 2.5 Παχυσαρκία

Η **παχυσαρκία** είναι μία «επιδημία» της σημερινής εποχής με συνεχώς αυξανόμενο επιπολασμό στις αναπτυγμένες χώρες. Με την παχυσαρκία ορίζεται η «*παθολογικά αυξημένη εναπόθεση λίπους στον ανθρώπινο οργανισμό, η οποία προκαλεί αύξηση του σωματικού βάρους, πέρα των φυσιολογικών ορίων*». Η ευσαρκία ή παχυσαρκία, καθώς και ο βαθμός αυτών, μετριέται διεθνώς με το δείκτη μάζας σώματος, ο οποίος ορίζεται ως το πηλίκο του βάρους σε kg προς το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα ( $\text{kg/m}^2$ ) (Ζέρβα και Ζερδίλα, 2009).

Υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας παρατηρούνται στις χώρες της Κεντρικής, Ανατολικής και Νότιας Ευρώπης. Ο συνεχώς αυξανόμενος επιπολασμός της παχυσαρκίας έχει αποδοθεί όχι τόσο σε μεταβολικά και ενδοκρινολογικά νοσήματα, αλλά στο σύγχρονο τρόπο ζωής και στη διατροφή πλέον των ανθρώπων με πρόχειρο φαγητό το οποίο είναι πλούσιο σε λιπαρά. Η σύγχρονη κοινωνία έχει απομακρύνει τους ανθρώπους από τη Μεσογειακή διατροφή και τους έχει οδηγήσει σε καθιστική ζωή (Ζέρβα και Ζερδίλα, 2009).

Η παχυσαρκία είναι ένας παράγοντας που έχει εξετασθεί σε πολλές μελέτες για τη συσχέτισή της το κυκλικό ωράριο των νοσηλευτών. Σε μία μελέτη στο Βορειοανατολικό Οχάιο περισσότεροι από το ένα τέταρτο των νοσηλευτών βρέθηκε να είναι παχύσαρκο, δηλαδή να έχει δείκτη μάζας σώματος μεγαλύτερο από 30. Οι νοσηλευτές που εργάζονταν κυκλικό ωράριο

είχαν μεγαλύτερο δείκτη μάζας σώματος σε σχέση με εκείνους που εργάζονταν πρωινό ωράριο ή είχαν σταθερό ωράριο. Επίσης, ο δείκτης μάζας σώματος έχει βρεθεί ότι αυξάνεται με τα έτη που οι νοσηλευτές κάνουν βάρδιες. Οι νυκτερινές βάρδιες είναι ένας παράγοντας που λειτουργεί αθροιστικά στο δείκτη μάζας σώματος των νοσηλευτών. Αυτό σημαίνει ότι όσες περισσότερες νυκτερινές βάρδιες κάνει ένας νοσηλευτής το έτος, τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα έχει να έχει αυξημένο δείκτη μάζας σώματος (Saulle *et al.*, 2018).

Η νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα που λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας και βαρδιών προκαλεί αυξημένη κόπωση στους νοσηλευτές, παράγοντες οι οποίοι με τη σειρά τους συμβάλλουν σημαντικά στην έναρξη της παχυσαρκίας και της σωματικής αδράνειας. Οι νυκτερινές βάρδιες έχουν ενοχοποιηθεί ότι συμβάλλουν συσσωρευτικά στην εμφάνιση μεταβολικού συνδρόμου, ενώ δεν ισχύει το ίδιο για τους νοσηλευτές που εργάζονται μόνιμο πρωινό ωράριο. Τέλος, η σπλαχνική παχυσαρκία είναι συχνότερη στους νοσηλευτές που εργάζονται νυκτερινές βάρδιες σε σχέση με τους εργαζόμενους που εργάζονται πρωινό ωράριο (Saulle *et al.*, 2018).

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Μοτίβα διατροφής νοσηλευτικού προσωπικού

### 3.1 Μοτίβα διατροφής νοσηλευτικού προσωπικού

Όπως αναλύθηκε εκτενώς παραπάνω, το κυκλικό ωράριο, το στρες και η συνεχής κόπωση που χαρακτηρίζουν το νοσηλευτικό επάγγελμα αποτελούν παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών σε πολλαπλά επίπεδα, όπως είναι η ποιότητα του ύπνου τους, οι οικογενειακές τους σχέσεις, η συναισθηματική τους ισορροπία και φυσικά η σωματική τους υγεία. Για το λόγο αυτό κρίθηκε απαραίτητο να διερευνηθούν μελέτες οι οποίες έχουν εστιάσει στα μοτίβα διατροφής των νοσηλευτών και πιο συγκεκριμένα στον τρόπο με τον οποίο το νοσηλευτικό επάγγελμα επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες των νοσηλευτών.

Στα πλαίσια αυτά, μία μελέτη στην Αυστραλία, η οποία συμπεριέλαβε 2.494 νοσηλευτές και μαίες προκειμένου να διερευνήσει την ποιότητα της διατροφής και την κατανάλωση αλκοόλ, έδειξε πως οι μισοί περίπου από τους συμμετέχοντες έκαναν βάρδιες, πλήρες κυκλικό ωράριο, ενώ οι υπόλοιποι εργάζονταν μόνο σε πρωινό ωράριο. Η ποιότητα της διατροφής τους μετρήθηκε χρησιμοποιώντας το Australian Recommended Food Score (ARFS), το οποίο είναι ένα εργαλείο που αποτελείται από 74 ερωτήσεις, στο οποίο οι απαντήσεις είναι διττές (Ναι / Όχι). Από το εργαλείο προκύπτει μία συνολική βαθμολογία. Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία τόσο καλύτερη είναι η ποιότητα διατροφής. Επίσης, η μέση κατανάλωση αλκοόλ αξιολογήθηκε με ένα ημιποσοτικό εργαλείο, το Food Frequency Questionnaire (FFQ), το οποίο περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με το πόσο συχνά οι ερωτηθέντες πίνουν ένα ποτήρι, ένα μπουκάλι, ένα κουτάκι μπύρας (ελαφριά), κόκκινο ή λευκό κρασί ή αλκοολούχα ποτά (π.χ. βότκα) (βαριά). Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε τέσσερις κατηγορίες, αποχή από αλκοόλ, χαμηλού κινδύνου πότες, ρισκίνδυνοι πότες και πότες υψηλού κινδύνου. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι εργαζόμενοι με βάρδιες, σε σύγκριση με τους εργαζόμενους που είχαν μόνιμο πρωινό ωράριο, ταξινομήθηκαν λιγότερο συχνά ως επικίνδυνοι ή πότες υψηλού κινδύνου και απείχαν πιο συχνά από το αλκοόλ ενώ, δεν βρέθηκε καμία διαφορά στην ποιότητα της διατροφής μεταξύ εκείνων των εργαζόμενων που ήταν σε πρωινό ωράριο και εκείνων που ήταν σε βάρδιες (Zhao *et al.*, 2011).

Αντίστοιχα, σε μία μελέτη στην Ινδία μελετήθηκαν 75 νοσηλεύτριες, εκ των οποίων οι μισές έκαναν βάρδιες και οι υπόλοιπες έκαναν μόνιμο πρωινό ωράριο, ως προς τις διατροφικές τους συνήθειες. Οι νοσηλεύτριες κατέγραψαν το φαγητό που καταλάωναν και περίπου την ποσότητα κάθε είδους που καταλάωναν κατά τη διάρκεια κάθε γεύματος, καθώς και τις ποσότητες των υδατανθράκων, πρωτεϊνών, λιπών, βιταμινών (καροτίνη, θειαμίνη, νιασίνη, ριβοφλαβίνη) και μετάλλων (ασβέστιο, σίδηρο). Οι ποσότητες των τελευταίων που καταναλώθηκαν υπολογίστηκαν χρησιμοποιώντας τον πίνακα αξίας τροφίμων της Ινδίας. Οι χρόνοι των κυρίων γευμάτων (πραγματικός έναντι προτιμώμενος) και οι ποσότητες αξιολογήθηκαν με βάση δεδομένα από τα ημερολόγιά τους. Οι τιμές των βιταμινών και των μετάλλων υπολογίστηκαν βάσει δεδομένων κατανάλωσης 15 ημερών.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε βάρδιες καταλάωναν σημαντικά λιγότερα κύρια γεύματα και σημαντικά περισσότερα σνακ κατά τη διάρκεια της ημέρας σε σύγκριση με εκείνους που εργάζονταν μόνιμο πρωινό ωράριο. Οι νοσηλευτές που έκαναν κυκλικό ωράριο βρέθηκαν επίσης να καταναλώνουν τροφές συνολικά μικρότερης ενεργειακής αξίας (1698 kcal έναντι 2926 kcal) και μικρότερη πρόσληψη πρωτεϊνών (65,1 g έναντι 99,8 g), λιπών (44,3 g έναντι 70,4 g) και υδατανθράκων (251,2 g έναντι 410,8g). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στην κατανάλωση βιταμινών ή μετάλλων (Sahu and Dey, 2011).

Στη Νορβηγία μελετήθηκαν 749 νοσηλευτές που έκαναν κυκλικό ωράριο. Οι 322 ήταν νέοι νοσηλευτές με προϋπηρεσία μικρότερη από ένα έτος και οι υπόλοιποι ήταν έμπειροι νοσηλευτές με προϋπηρεσία μεγαλύτερη από έξι έτη. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε περιλάμβανε ερωτήσεις για τη συνήθη κατανάλωση σε φλιτζάνια καφέ, κόκα κόλα ή τσάι (με καφεΐνη) ανά ημέρα. Η κατανάλωση αλκοόλ μετρήθηκε με το εργαλείο Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption (AUDIT-C), ένα εργαλείο τριών ερωτήσεων που αφορούν τις ποσότητες και τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, κατανάλωση καφεΐνης (φλιτζάνια ανά ημέρα - καφές, τσάι με καφεΐνη, κόκα κόλα). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη υπηρεσία καταλάωναν σημαντικά υψηλότερη ποσότητα καφέ και είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στο εργαλείο AUDIT-C σε σχέση με τους νεότερους νοσηλευτές (Saksvik-Lehouillier *et al.*, 2013).



Μία μεγάλη μελέτη η οποία έλαβε χώρα στη Νότια Κορέα και στην οποία δόθηκε σε 9989 νοσηλευτές (νοσηλευτές σε κυκλικό ωράριο έναντι νοσηλευτές σε μόνιμο πρωινό ωράριο) διαδικτυακά ένα αυτοσυμπληρώμενο ερωτηματολόγιο το οποίο περιείχε ερωτήσεις σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες, όπως παράλειψη πρωινού, μεσημεριανό, δείπνο, κατανάλωση αλκοόλ (το τακτικά ορίζεται ως περισσότερο από μία φορά το μήνα). Οι νοσηλευτές που εργάζονταν κυκλικό ωράριο ανέφεραν μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ σε τακτική βάση σε σύγκριση με τους νοσηλευτές που εργάζονταν μόνιμο πρωινό ωράριο (53,5% έναντι 42,9%), αν και παρατηρήθηκε πτωτική τάση στην κατανάλωση αλκοόλ στους νοσηλευτές με κυκλικό ωράριο. Οι νοσηλευτές, επίσης, που εργάζονταν κυκλικό ωράριο ανέφεραν πιο συχνά παράλειψη πρωινού (43,1% έναντι 29,2%) ή / και γεύματος (2% έναντι 0,5%) (Kim *et al.*, 2013).

Αντίστοιχα, στο Ιράν μία μελέτη αξιολόγησε τις διατροφικές συνήθειες σε 98 γυναίκες νοσηλεύτριες, εκ των οποίων 43 εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο και 55 σε μόνιμο πρωινό ωράριο. Οι νοσηλευτές κλήθηκαν να θυμηθούν τι κατανάλωσαν (είδος τροφής και ποσότητα) τις τελευταίες 3 ημέρες (2 εργάσιμες ημέρες και ένα ρεπό), όλο το 24ωρο. Τα διατροφικά δεδομένα επαληθεύτηκαν από διατροφολόγο και αναλύθηκαν από ένα Ιρανό λογισμικό επεξεργασίας διατροφής. Σημειώθηκε η ημερήσια κατανάλωση συνολικής ενέργειας (kcal), βιταμινών, όπως θειαμίνη, ριβοφλαβίνη, νιασίνη, πυριδοξίνη, κοβαλαμίνη, φολικό άλας, ασκορβικό, τοκοφερόλη, ρετινόλη, χοληκαλσιφερόλη και ιχνοστοιχείων, όπως μαγνήσιο, ασβέστιο, ψευδάργυρο και σίδηρο. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι νοσηλευτές με βάρδιες κατανάλωναν λιγότερη θειαμίνη, ριβοφλαβίνη, νιασίνη, φολικό άλας, μαγνήσιο και σίδηρο (Naghashpouret *al.*, 2013).

Στην Ιαπωνία αξιολογήθηκε η διατροφική πρόσληψη 2758 νοσηλευτών για περίοδο 1 μηνός. Οι νοσηλευτές χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, σε εκείνους που εργάζονταν κυκλικό ωράριο και σε εκείνους που εργάζονταν πρωινό ωράριο. Για τις ανάγκες της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ένα ημιποσοτικό ερωτηματολόγιο συχνότητας τροφίμων και αξιολογήθηκε η συνολική κατανάλωση ενέργειας, καθώς και ομάδες προϊόντων και διατροφικών στοιχείων, όπως πρωτεΐνες, λίπη και υδατάνθρακες. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το Excel Eiyokun Food Frefency Questionnaires.

Οι νοσηλευτές που εργάζονταν με βάρδιες ανέφεραν υψηλότερη κατανάλωση γλυκών, ζαχαρούχων ποτών και αλκοόλ και χαμηλότερη κατανάλωση πατάτας και αμύλου, πράσινων και

κίτρινων λαχανικών, φρούτων, ψαριών, οστρακοειδών και κρέατος. Η κατανάλωση πρωτεϊνών ήταν σημαντικά χαμηλότερη μεταξύ των νοσηλευτών με βάρδιες, ενώ δεν παρατηρήθηκε καμία διαφορά για την πρόσληψη ολικής ενέργειας, λιπών και υδατανθράκων (Tada *et al.*, 2014).

Τέλος, σε άλλη μελέτη, επίσης στην Ιαπωνία., διερευνήθηκαν οι διατροφικές συνήθειες σε 162 νοσηλευτές. Από αυτούς, οι 123 εργάζονταν σε βάρδιες είτε σε σύστημα 2 είτε 3 βαρδιών και οι υπόλοιποι εργάζονταν σε μόνιμο πρωινό ωράριο. Οι διατροφικές συμπεριφορές μετρήθηκαν με το ερωτηματολόγιο Eating Behavior Questionnaire της Ιαπωνικής Εταιρείας για τη Μελέτη της Παχυσαρκίας, το οποίο αποτελείται από 55 ερωτήσεις και αξιολογούν έξι διατροφικές συμπεριφορές και συγκεκριμένα το κίνητρο για φαγητό, το φαγητό ως εκτροπή, το αίσθημα του κορεσμού, το στυλ φαγητού, το περιεχόμενο γεύματος και τις χρονικές διατροφικές συνήθειες.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι νοσηλευτές που εργάζονταν νυκτερινή βάρδια είχαν μια λιγότερο ισορροπημένη διατροφή, με μεγαλύτερη προτίμηση στη διατροφή με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και γλυκά και ένα μη φυσιολογικό τρόπο διατροφής, συμπεριλαμβανομένης μεγαλύτερης διαταραχής στο χρονοδιάγραμμα και τον αριθμό των γευμάτων (Yoshizaki *et al.*, 2016)

Εξαιρετικά ενδιαφέροντα τα δεδομένα. Αναρωτήθηκα εάν υπάρχουν πιο πρόσφατες έρευνες που να μελετούν το θέμα, διότι οι περισσότερες είναι δεκαετίας!

### **3.2. Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με τη διατροφή**

Η πρόσληψη τροφής και η διατροφική συμπεριφορά παίζουν σημαντικό ρόλο στη σωματική, ψυχική και συναισθηματική ευεξία ενός ατόμου. Αναμένεται ότι αυτό που τρώμε θα επηρεάσει την ποιότητα ζωής μας (QoL), καθώς η ταύτιση του εαυτού μας, οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και η ψυχολογική ευεξία συνήθως επηρεάζονται από την πρόσληψη τροφής (Barr and Schumacher, 2003).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η Ποιότητα Ζωής είναι η ευημερία που νιώθει το άτομο σε πολλούς παράγοντες που αφορούν φυσικές, λειτουργικές, συναισθηματικές και κοινωνικές συνθήκες (Lin and Razif, 2012). Καλύπτει επίσης τις φυσικές λειτουργίες του

ατόμου, την ψυχολογική κατάσταση, τις κοινωνικές σχέσεις εντός και εκτός της οικογένειας, τις περιβαλλοντικές επιπτώσεις και τις πεποιθήσεις του. Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, από την άλλη πλευρά, εκφράζει την ικανότητα των ατόμων να επιτελούν τις λειτουργίες τους για τη βελτίωση της υγείας και του σωματικού, ψυχικού και κοινωνικού χώρου που αντιλαμβάνονται τα άτομα στη ζωή τους (The WHOQOL Group, 1998).

Γενικότερα όπως προκύπτει από διάφορες μελέτες, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, οι εργασιακές απαιτήσεις και οι δεξιότητες διαχείρισης που ξεπερνούν τις προσδοκίες προκαλούν άγχος και προβλήματα υγείας στα εργαζόμενα άτομα. Το άγχος και η εξάντληση φέρνουν ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες ή υπερκατανάλωση τροφής μετά από αυτό (Sahu and Dey, 2011).

Όπως αναφέρθηκε και στις προηγούμενες ενότητες, η νοσηλευτική είναι ένα απαιτητικό επάγγελμα και οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν σημαντικό βαθμό στρες στην εργασία που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά πολλές πτυχές της καθημερινότητας και της ζωής τους, συμπεριλαμβανομένων και των διατροφικών πρακτικών, αλλά και τη διατροφική τους κατάσταση (Ma *et al.*, 2015).

Οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριες πολλές φορές εργάζονται για ολόκληρα εικοσιτετράωρα ενώ, πολλές φορές εργάζονται τα Σαββατοκύριακα, τις αργίες και σε κυκλικό ωράριο. Διάφορες μελέτες έχουν αναφέρει ότι κατά την εκτέλεση του ρόλου τους, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν πολλαπλούς επαγγελματικούς και προσωπικούς στρεσογόνους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητά τους να συμμετέχουν σε τακτική άσκηση και να διατηρούν θετικές διατροφικές συνήθειες (Brooks *et al.*, 2007). Οι νοσηλεύτριες αναφέρουν επίσης έλλειψη χρόνου για να προετοιμάσουν υγιεινά γεύματα λόγω των πολλών ωρών εργασίας και της υπερβολικής κούρασης από την εργασία τους (Moradi *et al.*, 2014).

Στα πλαίσια αυτά, η εργασία σε κυκλικό ωράριο ή βάρδιες συνδέεται με διάφορα προβλήματα υγείας, με πιθανότερη αιτία τη διαταραχή των βιολογικών ρυθμών του ατόμου και αρνητικού εργασιακού περιβάλλοντος. Το γεγονός αυτό έχει συσχετιστεί με την ποιότητα της Ζωής των ατόμων και κυρίως με τη σωματική της διάσταση (Brooks *et al.*, 2007).

Ταυτόχρονα, άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι προβλήματα, όπως γαστρεντερικές παθήσεις, αλλαγές στο σωματικό βάρος, καρδιαγγειακές παθήσεις, αρνητικές διατροφικές

συνήθειες, έλλειψη άσκησης, υπερβολική κατανάλωση καφεΐνης και κάπνισμα είναι συχνότερα μεταξύ των εργαζομένων σε βάρδιες (Leathert, 2000). Αυτά τα προβλήματα μπορεί να προέρχονται από διαταραχές στους φυσιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς κερκάδιους ρυθμούς (Bambra *et al.*, 2008) και επηρεάζουν τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (Selvi *et al.*, 2010).

Γενικότερα, όπως αναφέρθηκε εκτενώς στις προηγούμενες ενότητες, οι επιπτώσεις της εργασίας με κυκλικό ωράριο στους νοσηλευτές μπορεί να επιφέρει πολλαπλά προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένου του αυξημένου κινδύνου εμφάνισης μιας σειράς καρδιαγγειακών παθήσεων και μεταβολικών διαταραχών). Σύμφωνα με μελέτες, ορισμένες από αυτές τις διαταραχές, μπορεί να συνδέονται με την ποιότητα της διατροφής και την ακανόνιστη ώρα φαγητού των νοσηλευτών (Moradi *et al.*, 2014). Ταυτόχρονα, ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα παχυσαρκίας μεταξύ των εργαζομένων σε κυκλικό ωράριο και ότι η εργασία σε βάρδιες μπορεί να σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο αντίστασης στην ινσουλίνη, με διαβήτη, με δυσλιπιδαιμίες και πιθανώς με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου (Wefers *et al.*, 2018).

Η κατανόηση της αιτιολογίας της νοσηρότητας που σχετίζεται με την εργασία σε κυκλικό ωράριο είναι πολύπλοκη λόγω διαφορετικών παραγόντων που συμβάλλουν σε αυτή, όπως η διαταραχή του ύπνου, η κοινωνική πίεση και τα πρότυπα πρόσληψης τροφής. Για παράδειγμα, αν και οι εργαζόμενοι με κυκλικό ωράριο αναφέρουν συχνά κανονική συνολική ενεργειακή πρόσληψη, υπάρχει συνήθως ένα μη ρυθμικό χρονικό μοτίβο σίτισης που χαρακτηρίζεται από πιο ακανόνιστες ώρες φαγητού, περισσότερα σνακ και λιγότερα ουσιαστικά γεύματα (Kim *et al.*, 2013).

Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και από μία μεγάλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτές νοσοκομειακών οργανισμών στην Κίνα, τα αποτελέσματα έδειξαν πως εντοπίζονται ορισμένες διαφορές στους προγνωστικούς παράγοντες για την ικανοποίηση των νοσηλευτών και ιδίως για τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής τους. Αυτοί οι προγνωστικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής καταπόνησης, της συναισθηματικής εξάντλησης και της διάρκειας των ωρών εργασίας ( $\geq 10$  ώρες την ημέρα) βρέθηκαν να είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για την ικανοποίηση των νοσηλευτών και ιδίως για τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής των νοσηλευτών. Ταυτόχρονα, στους σημαντικούς παράγοντες που

επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής των νοσηλευτών βρέθηκε πως περιλαμβάνονται η ηλικία και το φυσικό περιβάλλον των νοσηλευτών, η ξεκούραση αλλά και οι διατροφικές τους συνήθειες (Wu *et al.*, 2010).

Επίσης, μεταξύ των προγνωστικών παραγόντων για τη συνολική Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής των νοσηλευτών, το επαγγελματικό άγχος (συμπεριλαμβανομένου του επαγγελματικού στρεσογόνου παράγοντα που υποδεικνύεται από την ανεπάρκεια ρόλου και το φυσικό περιβάλλον), η προσωπική καταπόνηση (που υποδεικνύεται από τη σωματική και ψυχολογική καταπόνηση), η επαγγελματική εξουθένωση (συμπεριλαμβανομένης της συναισθηματικής εξάντλησης και της επαγγελματικής αποτελεσματικότητας), το μήκος των ωρών εργασίας ( $\geq 10$  ώρες την ημέρα), η ακανόνιστη διατροφή και η ηλικία αποτελούν τους κύριους παράγοντες κινδύνου στην Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής των νοσηλευτών, ενώ η αναψυχή και η αυτοφροντίδα αποτελούν τους κύριους προστατευτικούς παράγοντες για την Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής των νοσηλευτών (Wu *et al.*, 2010).

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι και το γεγονός, όπως αναφέρεται, το ότι οι τεχνολογικές εξελίξεις έχουν απλοποιήσει την εργασία και τη ζωή πολλών επαγγελματιών υγείας, οδηγώντας έτσι σε μείωση των επιπέδων της σωματικής τους δραστηριότητας, με αποτέλεσμα την αύξηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας μεταξύ τους (Argyee *et al.*, 2013) ενώ, όπως αναφέρουν οι Büscher και Wagner (2005) ο υψηλός επιπολασμός της παχυσαρκίας και τα συναφή προβλήματα υγείας μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένες αναρρωτικές άδειες ή πρόωρη έξοδο εργατικού δυναμικού και να παρεμποδίσουν τον ρόλο των νοσηλευτών στη δημόσια υγεία. Επιπλέον, η κακή συμπεριφορά υγείας και τρόπου ζωής που επιδεικνύουν οι νοσηλευτές μπορεί να επηρεάσει την αξιοπιστία των μηνυμάτων προαγωγής της υγείας τους, τη νοσηλευτική τους απόδοση, αλλά και την Ποιότητα της Ζωής τους (An *et al.*, 2020)

Εξίσου σημαντικές είναι και οι έρευνες που δείχνουν πως οι νοσηλευτές παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για μη μεταδοτικές ασθένειες (MKN), μαζί με υψηλό επιπολασμό της παχυσαρκίας, κακές διατροφικές συνήθειες και ανεπαρκή σωματική δραστηριότητα. Πιο συγκεκριμένα, τα μέχρι σήμερα ερευνών δείχνουν πως οι εργαζόμενοι, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για μη μεταδοτικές ασθένειες (MKN), όπως ο διαβήτης, η υπέρταση και οι στεφανιαίες παθήσεις (CHD) με βασικές αιτίες τη σωματική

αδράνεια, την ανθυγιεινή διατροφή, το κάπνισμα και την κατάχρηση αλκοόλ (Faruque *et al.*, 2021).

Ταυτόχρονα, στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι υπάρχουν σωματικές, κοινωνικές και γνωστικές προσεγγίσεις και καθοριστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών. Η σωματική άσκηση βρέθηκε ότι βελτιώνει την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών και των επαγγελματιών υγείας ενώ, ανεξάρτητα από το επίπεδο ικανότητας ή απόδοσης, η συμμετοχή σε ένα άθλημα ή σωματική δραστηριότητα έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τη συνολική υγεία και την ποιότητα ζωής τους (Vasiliadou *et al.*, 1995).

Στη σωματική διάσταση της Ποιότητας της Ζωής (QoL), οι Salvi *et al.*, (2020) υποστήριξαν ότι ο ανεπαρκής ύπνος, η διάρκεια ύπνου μεγαλύτερη από 30 λεπτά και ένα σύνολο 6 ωρών ύπνου στο κρεβάτι επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Επιπλέον, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε φοιτητές νοσηλευτικής οι οποίοι εργάζονται ή κάνουν παράλληλα την πρακτική τους σε νοσοκομεία, βρέθηκε πως η περιβαλλοντική διάσταση της ποιότητας ζωής είναι η λιγότερο ικανοποιημένη, ενώ η κοινωνική διάσταση είναι η πιο ικανοποιημένη μεταξύ των συμμετεχόντων στην έρευνα (Salvi *et al.*, 2020).

Υποστηρίζοντας αυτό το εύρημα, αναφέρεται μια σύνδεση μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και της ποιότητας ζωής σε επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης συμπεριλαμβανομένων από τους Costa *et al.*, (2018) οι οποίοι εντόπισαν μια γραμμική συσχέτιση μεταξύ της διατροφικής συμπεριφοράς και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής. Ωστόσο, όπως αναφέρεται, η ενίσχυση της συνείδησης για την υγεία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, των νοσηλευτών, αλλά και των φοιτητών νοσηλευτικής θα βελτίωνε την ψυχολογική τους ευεξία και την ποιότητα ζωής τους.

Η ποιότητα ζωής ενσωματώθηκε και στη μελέτη από τους DiRenzo *et al.*, (2020), οι οποίοι αποκάλυψαν ότι η σύνδεση μεταξύ των διατροφικών συνηθειών, της σωματικής δραστηριότητας και των σεξουαλικών δραστηριοτήτων είναι σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται παράλληλα ότι οι διατροφικές συνήθειες των νοσηλευτών απαιτούν μεγάλη προσοχή ενώ, τόσο η σωματική άσκηση όσο και ο λιγότερο καθιστικός τρόπος ζωής έχουν άμεσο αντίκτυπο στη βελτίωση της υγείας, ειδικά στην πρόληψη ασθενειών και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της διάρκειας ζωής τους (DiRenzo *et al.*, 2020).

Σε μία ακόμη πιο πρόσφατη μελέτη στην οποία διερευνήθηκαν οι επιπτώσεις του Covid-19 στη ποιότητα ζωής των νοσηλευτών, τα ευρήματα έδειξαν πως αν και οι επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 στην ποιότητα ζωής των νοσηλευτών φαίνεται να διαφέρει σε κάθε χώρα (Ammar *et al.*, 2020) εντούτοις, οι επαγγελματίες υγείας που μελετήθηκαν φαίνεται πως σταμάτησαν ή μείωσαν τη σωματική δραστηριότητα και αύξησαν την πρόσληψη υδατανθράκων, γεγονός που αύξησε την τάση για αύξηση βάρους (Luo *et al.*, 2019) και μείωσε την ανθεκτικότητα του ανοσοποιητικού ενώ, περίπου το 40% έδειξε δυσανεμία με την ποιότητα του ύπνου και μεταξύ εκείνων που άρχισαν να παίρνουν φάρμακα για την προσαρμογή του ύπνου, οι περισσότεροι από αυτούς το έκαναν χωρίς ιατρική συμβουλή (Ammar *et al.*, 2020).

Τα παραπάνω έδειξαν υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στη σωματική άσκηση, τις διατροφικές συνήθειες και την ποιότητα του ύπνου με την ποιότητα της ζωής των νοσηλευτών και των επαγγελματιών υγείας καθώς, οι αρνητικές επιπτώσεις της πανδημίας στις παραπάνω διαστάσεις της Ποιότητας της Ζωής επέφερε μείωση της αντιλαμβανόμενης Ποιότητας της Ζωής των συμμετεχόντων στην συγκεκριμένη μελέτη (Ammar *et al.*, 2020).

Αντίστοιχα, σε έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα και πιο συγκεκριμένα στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο με στόχο τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού, τα αποτελέσματα έδειξαν πως, ο μόνος παράγοντας που επηρεάζει την συνολική κλίμακα της ικανοποίησης από την ποιότητα ζωής, είναι το είδος του τμήματος στο οποίο εργάζεται ένας νοσηλευτής. Έτσι, στα ανοικτά τμήματα, τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας έδειξαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με τους ερευνητές και τις απαντήσεις που δόθηκαν, αυτό προκαλείται από παράγοντες, όπως το κυκλικό ωράριο, το στρες, η έλλειψη ύπνου, αλλά και η κακή διατροφή ενώ, ιδιαίτερα σημαντικά είναι και τα αποτελέσματα που δείχνουν πως οι εργαζόμενοι των ανοικτών τμημάτων, κρίνουν ότι η μειωμένη ποιότητα συνδέεται με τη διατροφή τους (Νικολοπούλου, 2018).

Αν και είναι πολύ δύσκολο να μετρηθεί η ποιότητα ζωής, μπορεί να προσδιοριστεί μετρώντας τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και τις αλλαγές τους. Η αύξηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία είναι μια από τις παραμέτρους που τονίζει περισσότερο ο τομέας της υγείας και μπορεί να μετρήσει την επιτυχία του (Vasiliadou *et al.*, 1995). Στα πλαίσια αυτά εντοπίζονται σημαντικές έρευνες σύμφωνα με τις οποίες η

επαγγελματική εξουθένωση, επηρεάζει την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία και έχει σημαντικές αρνητικές συνέπειες για τους οργανισμούς και τα άτομα (Wisetborisut *et al.*, 2014).

Ωστόσο, τόσο στη διεθνή όσο και στην εγχώρια βιβλιογραφία και αρθρογραφία εντοπίζονται σημαντικές ελλείψεις σε ότι αφορά μελέτες και έρευνες που να διερευνούν της ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με τη διατροφή και ιδίως σε ότι αφορά τους επαγγελματίες υγείας. Το γεγονός αυτό αποτέλεσε και βασικό περιοριστικό παράγοντα στην εκπόνηση της παρούσας εργασίας. Οι έρευνες και μελέτες που εντοπίστηκαν παραθέτουν γενικά συμπεράσματα και αποτελέσματα που αφορούν κυρίως την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών σχετιζόμενη με την κόπωση και τις διαταραχές ύπνου, αλλά και τον βαθμό επαγγελματικής τους εξουθένωσης.



## **Ερευνητικό Μέρος**

### **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>: Μεθοδολογία Έρευνας**

#### **4.1 Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των διατροφικών συνηθειών και της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσιο νοσοκομείο.

#### **4.2 Ερευνητικά Ερωτήματα**

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στην παρούσα μελέτη είναι τα εξής:

- Πώς επιδρούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά στην ποιότητα ζωής των νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσιο νοσοκομείο;
- Πώς επιδρούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά στις διατροφικές συνήθειες των νοσηλευτών;
- Πώς συσχετίζονται οι διατροφικές συνήθειες με την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών που εργάζονται σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο;

#### **4.3 Μεθοδολογία**

##### **Είδος Μελέτης**

Πρόκειται για μία περιγραφική συγχρονική μελέτη

## **Δείγμα**

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσε το νοσηλευτικό προσωπικό (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ) που εργάζεται στο Γ.Ν.Ν. «Άγιος Παντελεήμων» - Γ.Ν.Δ.Α. «Η Αγία Βαρβάρα». Συνολικά, στην έρευνα, συμμετείχαν 73 νοσηλευτές.

## **Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων**

Σαν πρώτο βήμα, εγκρίθηκε η άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου Γενικό Κρατικό Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων» για να διεξαχθεί η παρούσα έρευνα.

Εν συνεχεία έγινε επίσκεψη στις κλινικές του νοσοκομείου και συζήτηση με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονταν. Αφού έγινε ενημέρωση για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαίωση για την τήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, μοιράστηκαν ερωτηματολόγια σε αντίστοιχους φακέλους μεγέθους Α4 και ορίστηκε ένα σημείο το οποίο θα τους άφηναν, ώστε την επόμενη ημέρα να γίνει η περισυλλογή των. Μέσα στο φάκελο οι ερωτώμενοι τοποθετούσαν το ερωτηματολόγιο συμπληρωμένο και τη φόρμα συγκατάθεσης υπογεγραμμένη.

## **Κριτήρια Ένταξης**

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκε το νοσηλευτικό προσωπικό που:

- εργάζεται σε κυκλικό ωράριο τουλάχιστον 1 έτος
- μιλάει και κατανοεί την Ελληνική γλώσσα
- συναινεί με τους σκοπούς της μελέτης και δέχεται να συμμετάσχει
- εργάζεται στο χειρουργικό ή παθολογικό τομέα

## **Κριτήρια Αποκλεισμού**

Από τη μελέτη αποκλείστηκαν όσα άτομα:

- είχαν κάποιο νόσημα που περιορίζει τη διατροφή (π.χ. νόσο Chron)
- εργάζονταν σταθερό πρωινό ωράριο

- δεν δέχτηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη

## **Ερευνητικά Εργαλεία**

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ένα έντυπο κοινωνικό-δημογραφικών δεδομένων και δύο ερωτηματολόγια, το ερωτηματολόγιο επισκόπησης της υγείας και το Mediterranean diet score.

### **Έντυπο Κοινωνικό-δημογραφικών δεδομένων**

Με το συγκεκριμένο έντυπο, συλλέχθηκαν δεδομένα για τους συμμετέχοντες, όπως φύλο (άρρεν, θήλυ), ηλικία, οικογενειακή κατάσταση (έγγαμος/η, άγαμος/η, διαζευγμένος/η), εκπαιδευτικό επίπεδο (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ), έτη υπηρεσίας, τμήμα εργασίας, σχέση εργασίας (μόνιμος, συμβασιούχος).

### **Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (SF-36)**

Το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας SF36 αποτελείται από 36 ερωτήσεις και εκτιμάει οκτώ διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής. Οι οκτώ αυτές διαστάσεις είναι οι εξής (Ware and Gandek, 1998):

- Σωματική λειτουργικότητα (PF)
- Περιορισμός ρόλου λόγω σωματικής υγείας (RP)
- Περιορισμός ρόλου λόγω συναισθηματικών προβλημάτων (RE)
- Ενέργεια/Κόπωση (VT)
- Συναισθηματική ευεξία (EW)
- Κοινωνική λειτουργικότητα (SF)
- Πόνος (BP)
- Γενική Υγεία (GH)

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει μεγάλη εγκυρότητα και αξιοπιστία, ενώ έχει χρησιμοποιηθεί σε πλήθος ερευνητικών μελετών παγκοσμίως. Έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε πολλές γλώσσες, εκ των οποίων και η Ελληνική και έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό (Παππά, Κοντοδημόπουλος and Νιάκας, 2006b).

## **Mediterraneandietscore**

Το Mediterranean Diet Score (MDS) περιλαμβάνει εννέα συστατικά (λαχανικά, φρούτα και ξηρούς καρπούς, όσπρια, δημητριακά, ψάρια, αναλογία μονοακόρεστων λιπαρών προς κορεσμένων λιπαρών, γαλακτοκομικά προϊόντα, κρέας και πουλερικά και κρασί). Σε κάθε στοιχείο (εκτός από την πρόσληψη αλκοόλης) αποδίδεται βαθμολογία 0 ή 1. Τα γαλακτοκομικά προϊόντα και το κρέας (συμπεριλαμβανομένων των πουλερικών), ως επιβλαβή συστατικά, αντιστρέφονται. Επιπλέον, παρέχεται 1 βαθμός για την πρόσληψη αλκοόλ μέσα σε συγκεκριμένο εύρος: 5-25 g / d για τις γυναίκες και 10-50 g / d για τους άνδρες. Η βαθμολογία της συγκεκριμένης κλίμακας κυμαίνεται από 0 έως 55, με τις υψηλότερες τιμές της κλίμακας να υποδεικνύουν υψηλότερη συμμόρφωση στη Μεσογειακή διατροφή. Το ερωτηματολόγιο έχει σταθμιστεί στον Ελληνικό πληθυσμό από τον κ. Παναγιωτάκο (Panagiotakos, Pitsavos and Stefanadis, 2006).

## **Στατιστική Ανάλυση**

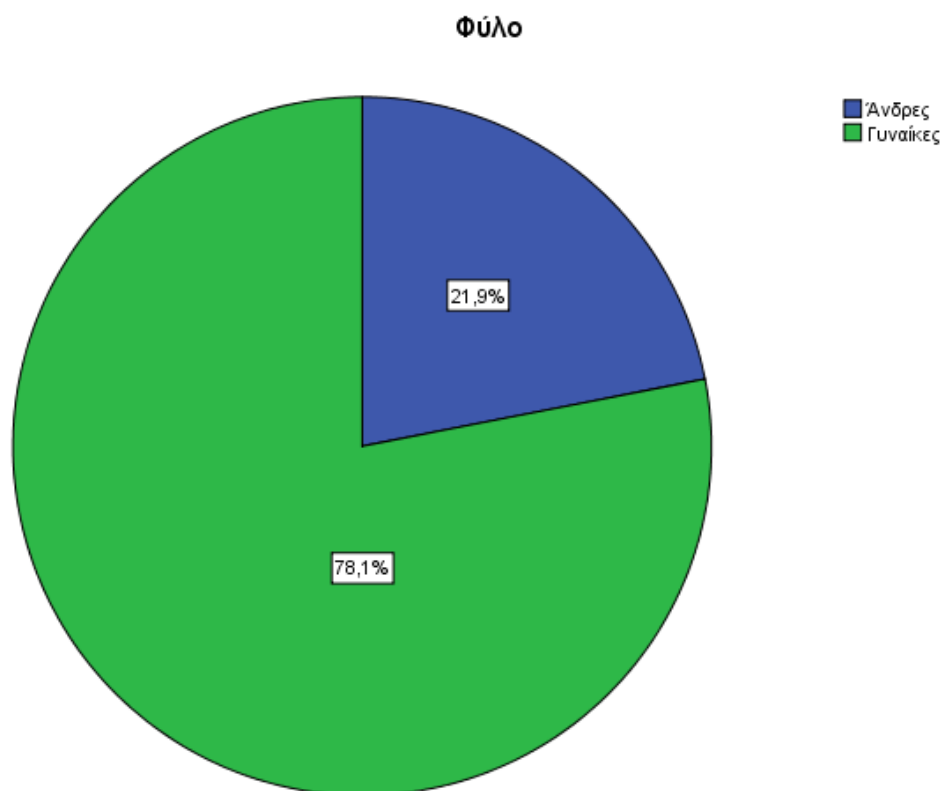
Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS για Windows version 24. Σε όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 0,05. Αρχικά έγινε περιγραφική στατιστική όπου υπολογίστηκαν οι συχνότητες και τα ποσοστά στις ποιοτικές μεταβλητές και οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις στις ποσοτικές μεταβλητές. Στη συνέχεια έγινε επαγωγική στατιστική. Μεταξύ δύο μεταβλητών η σύγκριση έγινε με t-test αν ακολουθούσαν κανονική κατανομή (π.χ. φύλο συμμετεχόντων) και Man Whitney test αν δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή, ενώ όταν οι μεταβλητές ήταν περισσότερες από δύο (>3) έγινε oneway ANOVA analysis (π.χ. οικογενειακή κατάσταση).

## **Ηθική και Δεοντολογία**

Δεν καταγράφηκε οτιδήποτε μπορεί να χαρακτηρίσει έναν επαγγελματία υγείας, όπως το όνομα, το επώνυμο, ο αριθμός του μητρώου του εργασίας προκειμένου να τηρηθεί η ανωνυμία και να διασφαλιστεί η αρχή των προσωπικών δεδομένων. Πριν τη διεξαγωγή της μελέτης κατατέθηκε το πρωτόκολλο της έρευνας στο επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου, το οποίο και το ενέκρινε χορηγώντας την αντίστοιχη άδεια. Αμέσως μετά τη λήψη της άδειας ξεκίνησε η διανομή των ερωτηματολογίων. Τέλος, ο φορέας στον οποίο εκπονήθηκε η μελέτη δεν επιβαρύνθηκε οικονομικά.

## Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> : Αποτελέσματα έρευνας

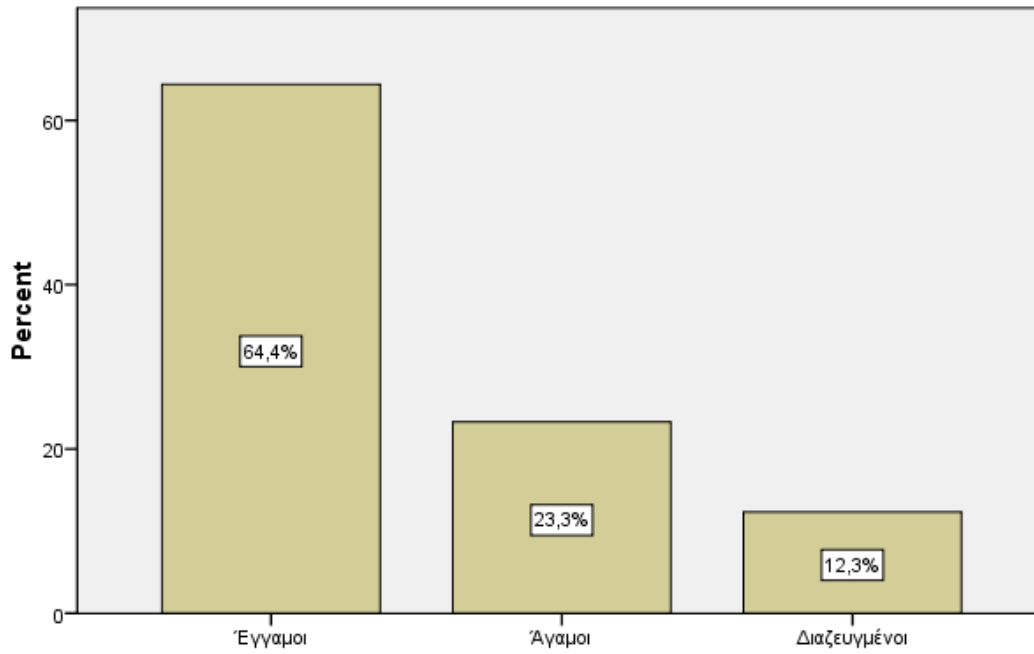
Στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν 73 νοσηλευτές ηλικίας  $43,4 \pm 10,2$  έτη, εκ των οποίων 57 (78,1%) ήταν γυναίκες ηλικίας  $43,4 \pm 10,3$  έτη και 16 (21,9%) άνδρες ηλικίας  $43,3 \pm 10,2$  έτη (σχήμα 1).



**Σχήμα 1. Φύλο συμμετεχόντων.**

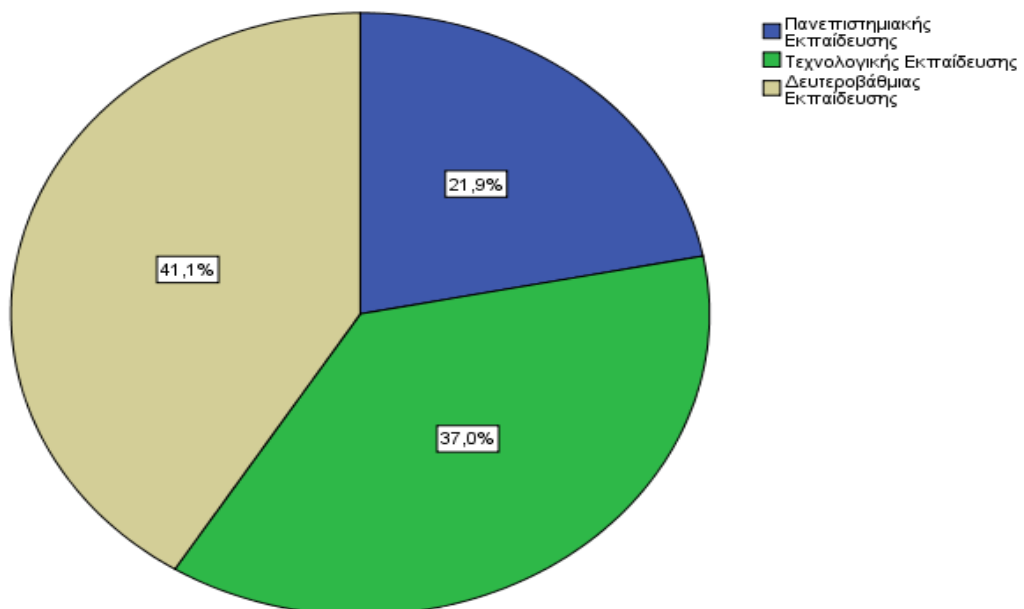
Από το σύνολο του δείγματος, 47 (64,4%) συμμετέχοντες ήταν έγγαμοι, 17 (23,3%) άγαμοι και 9 (12,3%) διαζευγμένοι (σχήμα 2). Όσον αφορά την κατηγορία προσωπικού, 30 (41,1%) συμμετέχοντες ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 27 (37%) ήταν τεχνολογικής εκπαίδευσης και 16 (21,9%) ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (σχήμα 3).

### Οικογενειακή Κατάσταση



Σχήμα 2. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων.

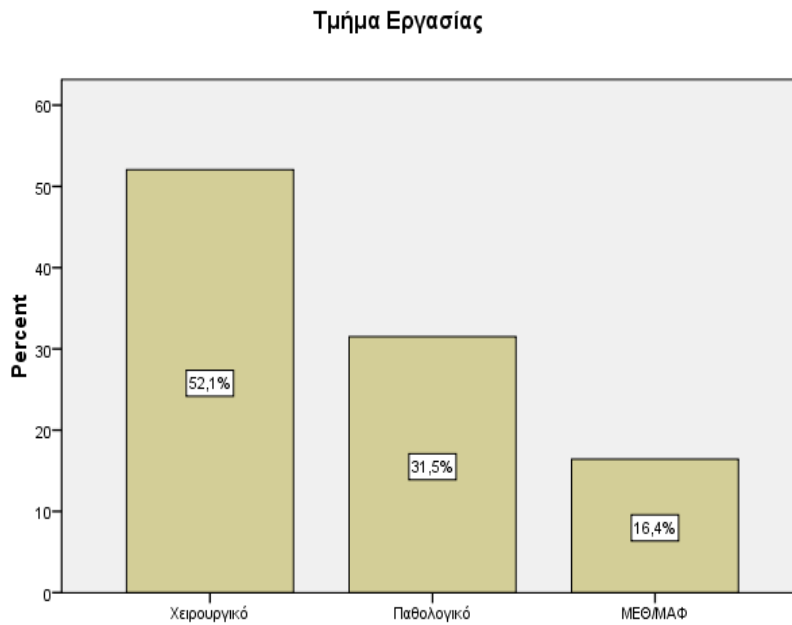
### Κατηγορία Προσωπικού



Σχήμα 3. Κατηγορία Προσωπικού συμμετεχόντων.

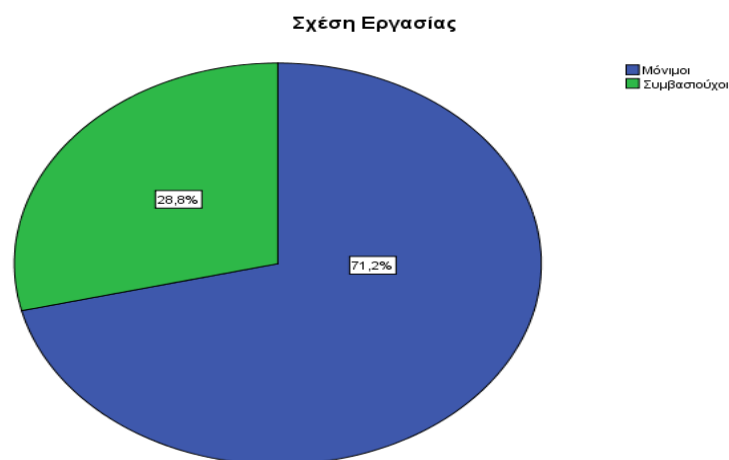


Οι συμμετέχοντες εργάζονταν  $17,5 \pm 11,7$  έτη με ελάχιστο 0,5 και μέγιστο 39 έτη. Συνολικά, 38 (52,1%) συμμετέχοντες εργάζονταν σε χειρουργικό τμήμα, 23 (31,5%) σε παθολογικό τμήμα και 12 (16,4%) συμμετέχοντες εργάζονταν σε ΜΕΘ/ΜΑΦ (σχήμα 4).



**Σχήμα 4. Τμήμα εργασίας συμμετεχόντων.**

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν μόνιμοι (71,2%) και 21 (28,8%) άτομα ήταν συμβασιούχοι (σχήμα 5).



**Σχήμα 5. Σχέση εργασίας συμμετεχόντων**

Τα δημογραφικά και εργασιακά δεδομένα των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

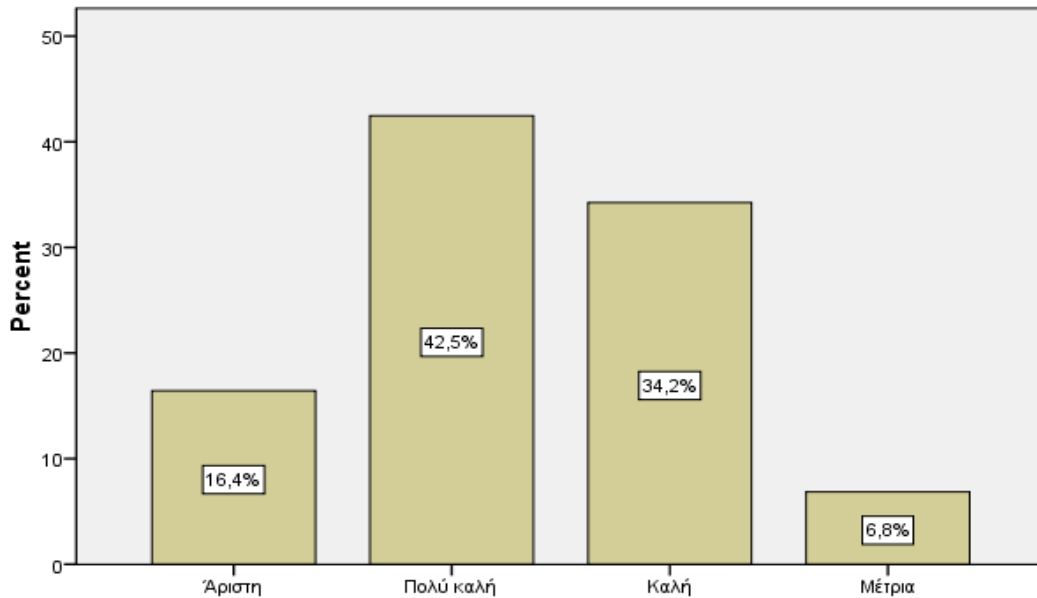
Πίνακας 1. Δημογραφικά και εργασιακά δεδομένα συμμετεχόντων.

<b>Μεταβλητή</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Φύλο	Άνδρες	16	21,9
	Γυναίκες	57	78,1
Κατηγορία εκπαίδευσης	ΠΕ	16	21,9
	ΤΕ	27	37
	ΔΕ	30	41,1
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμοι	47	64,4
	Άγαμοι	17	23,3
	Διαζευγμένοι	9	12,3
Τμήμα Εργασίας	Χειρουργικό	38	52,1
	Παθολογικό	23	31,5
	ΜΕΘ/ΜΑΦ	12	16,4
Σχέση Εργασίας	Μόνιμοι	52	71,2
	Συμβασιούχοι	21	28,8

### **Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής**

Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach  $\alpha$  του ερωτηματολογίου βρέθηκε 0,897 που δείχνει υψηλή συνάφεια μεταξύ των ερωτήσεων, οπότε και υψηλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Στην ερώτηση «Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι», 31 (42,5%) συμμετέχοντες απάντησαν πολύ καλή, 25 (34,2%) καλή, 12 (16,4%) άριστη και 5 (6,8%) μέτρια (σχήμα 6).

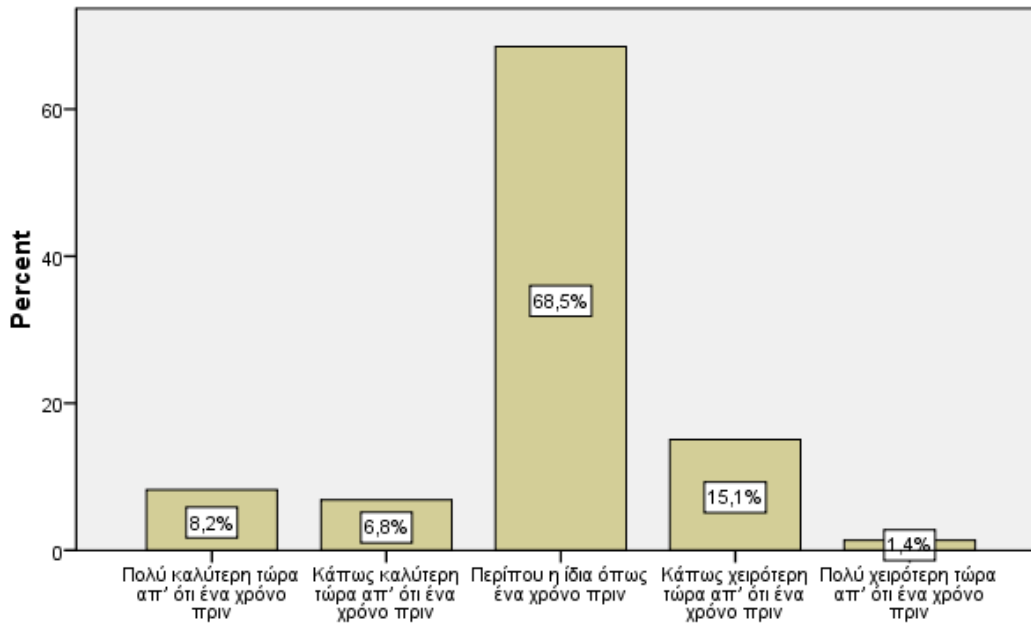
### Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι



**Σχήμα 6. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: «Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι»**

Στην ερώτηση: «Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;», 50 (68,5%) συμμετέχοντες απάντησαν περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν, 11 (15,1%) κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν, 6 (8,2%) πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν, 5 (6,8%) κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν και 1 (1,4%) πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν (σχήμα 7).

**Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;**



**Σχήμα 7. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: «Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;»**

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων η τωρινή κατάσταση της υγείας τους, τους περιορίζει περισσότερο σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ ( $2,03 \pm 0,7$ ), στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο ( $2,4 \pm 0,7$ ), όταν ανεβαίνουν μερικές σκάλες ( $2,5 \pm 0,6$ ), όταν περπατάνε πάνω από ένα χιλιόμετρο ( $2,5 \pm 0,6$ ), όταν περπατούν μερικές εκατοντάδες μέτρα ( $2,6 \pm 0,5$ ), σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία ( $2,6 \pm 0,6$ ), όταν σηκώνουν ή μεταφέρουν ψώνια από την αγορά ( $2,6 \pm 0,6$ ), όταν ανεβαίνουν μία σκάλα ( $2,7 \pm 0,6$ ), όταν κάνουν μπάνιο ή όταν ντύνονται ( $2,9 \pm 0,4$ ) και όταν περπατούν περίπου εκατό μέτρα ( $2,9 \pm 0,5$ ). Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον περιορισμό σε δραστηριότητες λόγω της υγείας τους.

**Πίνακας 2. Απαντήσεις συμμετεχόντων αναφορικά με τον περιορισμό σε δραστηριότητες λόγω της υγείας τους.**

<u><b>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ</b></u>	<b>Ναι, με περιορίζει Πολύ</b>	<b>Ναι, με περιορίζει Λίγο</b>	<b>Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου</b>	<b>Μέσος±ΤΑ</b>
Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ	17 (23,3%)	37 (50,7%)	19 (26%)	2,03±0,7
Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	3 (4,1%)	22 (30,1%)	48 (65,8%)	2,6±0,6
Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	3 (4,1%)	23 (31,5%)	47 (64,4%)	2,6±0,6
Όταν ανεβαίνετε <b>μερικές</b> σκάλες	5 (6,8%)	26 (35,6%)	42 (57,5%)	2,5±0,6
Όταν ανεβαίνετε <b>μία</b> σκάλα	5 (6,8%)	11 (15,1%)	57 (78,1%)	2,7±0,6
Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	7 (9,6%)	30 (41,1%)	36 (49,3%)	2,4±0,7
Όταν περπατάτε πάνω από <b>ένα χιλιόμετρο</b>	5 (6,8%)	26 (35,6%)	42 (57,5%)	2,5±0,6
Όταν περπατάτε <b>μερικές εκατοντάδες μέτρα</b>	3 (4,1%)	22 (30,1%)	48 (65,8%)	2,6±0,5
Όταν περπατάτε περίπου <b>εκατό μέτρα</b>	3 (4,1%)	5 (6,8%)	65 (89%)	2,9±0,5
Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	1 (1,4%)	7 (9,6%)	65 (89%)	2,9±0,4

Από το σύνολο των συμμετεχόντων λόγω της σωματικής τους υγείας 24 (32,9%) επιτέλεσαν λιγότερα από όσα θα ήθελαν, 24 (32,9%) δυσκολεύτηκαν να εκτελέσουν τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές τους, 23 (31,5%) περιορίσαν το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων τους και 14 (19,2%) μείωσαν το χρόνο που συνήθως αφιέρωναν στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες. Ενώ λόγω συναισθηματικών προβλημάτων, 25 (34,2%) συμμετέχοντες επιτέλεσαν λιγότερα από όσα θα ήθελαν, 21 (28,8%) μείωσαν το χρόνο που συνήθως αφιέρωναν στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες και 14 (19,2%) δυσκολεύτηκαν να εκτελέσουν τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές τους. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

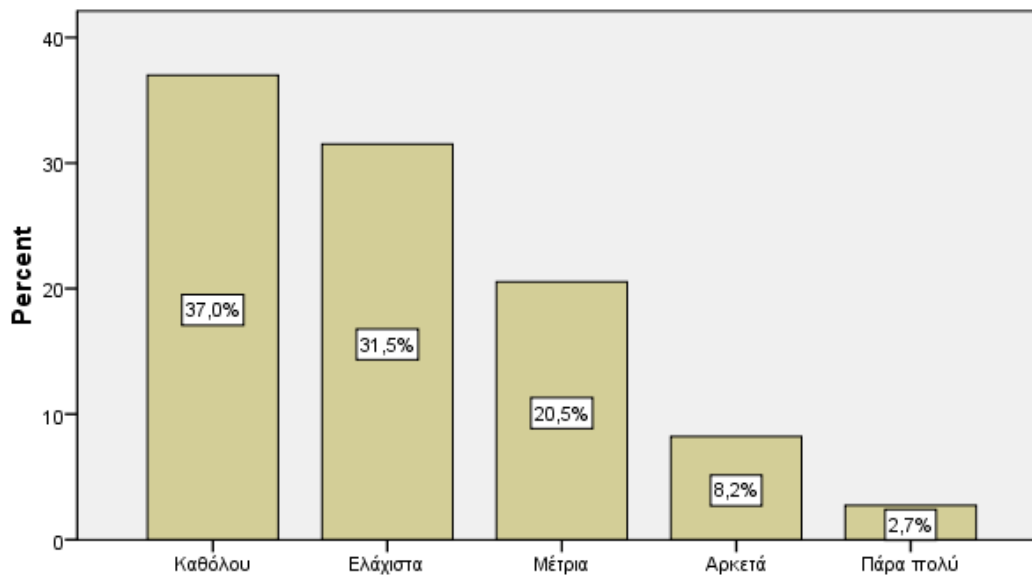
**Πίνακας 3. Απαντήσεις συμμετεχόντων αναφορικά με τον περιορισμό σε δραστηριότητες λόγω της σωματική και συναισθηματικής τους υγείας.**

	<b>Σωματική Υγεία</b>	<b>Συναισθηματικό πρόβλημα</b>
Μειώσατε <b>το χρόνο</b> που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	14 (19,2%)	21 (28,8%)
<b>Επιτέλεσατε λιγότερα</b> από όσα θα θέλατε	24 (32,9%)	25 (34,2%)
Περιορίσατε <b>το είδος</b> δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας	23 (31,5%)	-
<b>Δυσκολευτήκατε</b> να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)	24 (32,9%)	14 (19,2%)

Στην ερώτηση «Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, 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 γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες», 27 (37%) συμμετέχοντες απάντησαν καθόλου, 23 (31,5%) ελάχιστα, 15 (20,5%) μέτρια, 6 (8,2%) αρκετά και 2 (2,7%) πάρα πολύ (σχήμα 8).

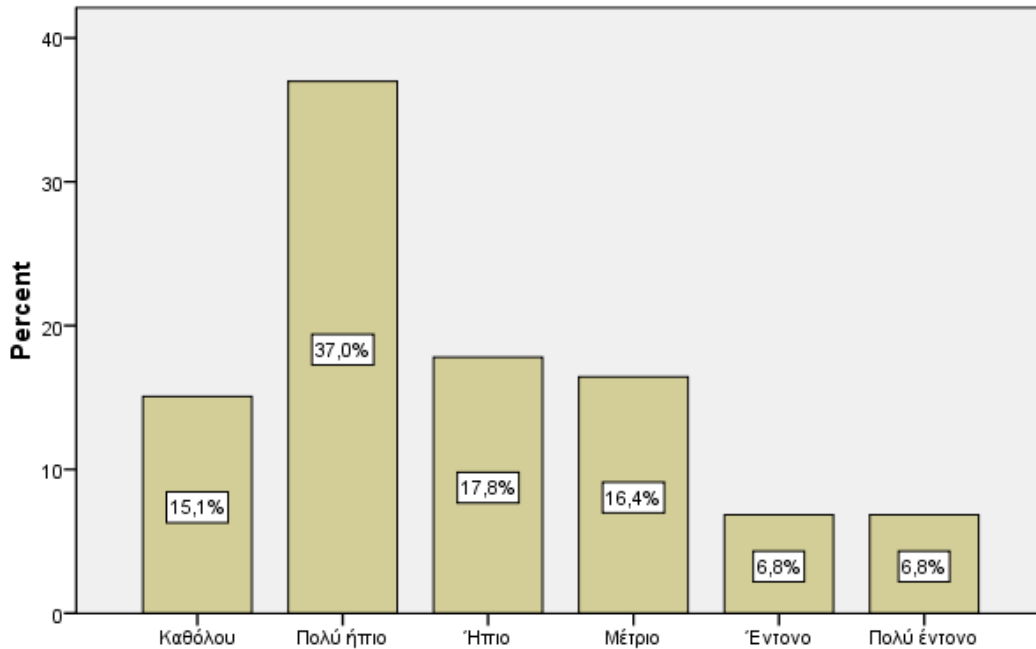
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες 27 (37%) συμμετέχοντες ένιωσαν πολύ ήπιο σωματικό πόνο, 13 (17,8%) ήπιο, 12 (16,4%) μέτριο, 11 (15,1%) καθόλου, 5 (6,8%) έντονο και 5 (6,8%) πολύ έντονο σωματικό πόνο (σχήμα 9).

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, 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 γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;



Σχήμα 8. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: «Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, 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 γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες»

### Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

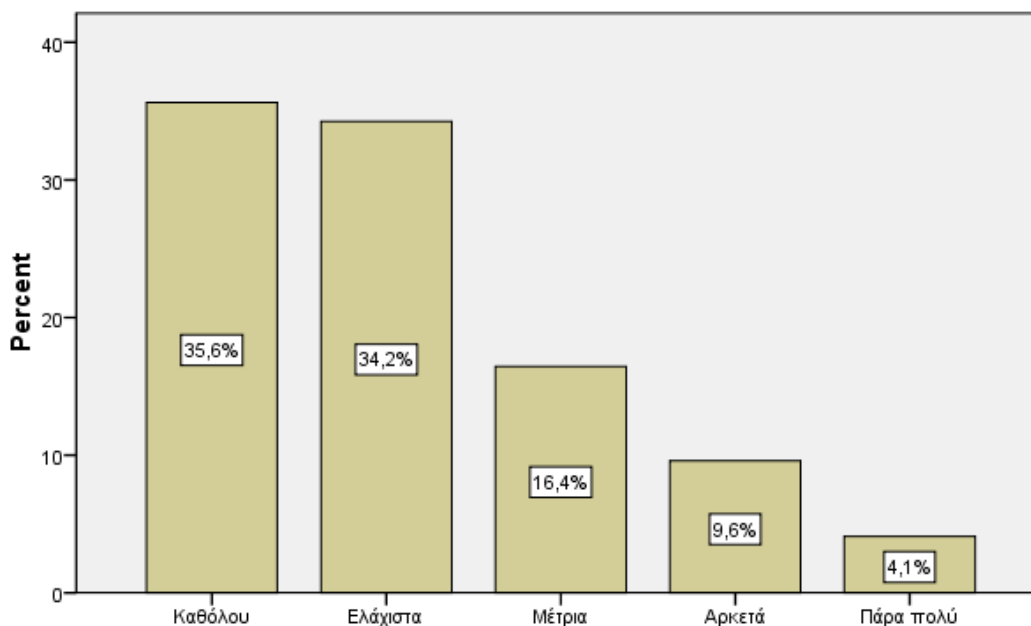


**Σχήμα 9. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: «Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;»**

Στην ερώτηση: «Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας», 26 (35,6%) συμμετέχοντες απάντησαν καθόλου, 25 (34,2%) ελάχιστα, 12 (16,4%) μέτρια, 7 (9,6%) αρκετά και 3 (4,1%) πάρα πολύ (σχήμα 10).



Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);



**Σχήμα 10.** Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: «Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας»

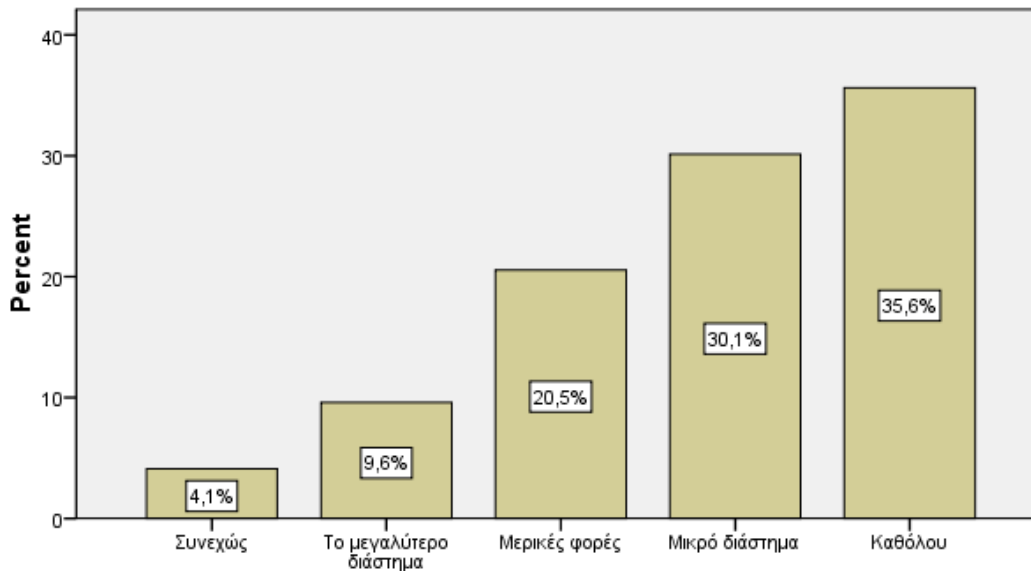
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, οι συμμετέχοντες είχαν πολύ ενεργητικότητα ( $3 \pm 1,2$ ), αισθάνονταν γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια ( $3 \pm 1,2$ ), ήταν ευτυχισμένοι ( $3 \pm 1,3$ ), αισθάνονταν ηρεμία και γαλήνη ( $3,4 \pm 1,4$ ), αισθάνονταν κούραση ( $3,7 \pm 1,2$ ), είχαν πολύ εκνευρισμό ( $4 \pm 1,1$ ), αισθάνονταν εξάντληση ( $4,1 \pm 1,2$ ), αισθάνονταν τόσο πολύ πεσμένοι ψυχολογικά που τίποτε δεν μπορούσε να τους φτιάξει το κέφι ( $4,5 \pm 1,3$ ) και αισθάνονταν απελπισία και μελαγχολία ( $4,6 \pm 1,5$ ). Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον πίνακα 4.

**Πίνακας 4. Απαντήσεις συμμετεχόντων σχετικά με το πως αισθάνονταν και στο πως ήταν γενικά η διάθεσή τους τις τελευταίες 4 εβδομάδες.**

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
Αισθανόσαστε γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια;	4 (5,5%)	27 (37%)	19 (26%)	13 (17,8%)	8 (11%)	2 (2,7%)
Είχατε πολύ εκνευρισμό;	2 (2,7%)	6 (8,2%)	14 (19,2%)	29 (39,7%)	15 (20,5%)	7 (9,6%)
Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος / πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	2 (2,7%)	5 (6,8%)	6 (8,2%)	22 (30,1%)	18 (24,7%)	20 (27,4%)
Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;	5 (6,8%)	19 (26%)	16 (21,9%)	12 (16,4%)	17 (23,3%)	4 (5,5%)
Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	8 (11%)	19 (26%)	23 (31,5%)	12 (16,4%)	10 (13,7%)	1 (1,4%)
Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;	2 (2,7%)	8 (11%)	7 (9,6%)	11 (15,1%)	20 (27,4%)	25 (34,2%)
Αισθανόσαστε εξάντληση;	3 (4,1%)	5 (6,8%)	11 (15,1%)	20 (27,4%)	28 (38,4%)	6 (8,2%)
Είσαστε ευτυχισμένος/ευτυχισμένη;	5 (6,8%)	30 (41,1%)	15 (20,5%)	8 (11%)	14 (19,2%)	1 (1,4%)
Αισθανόσαστε κούραση;	5 (6,8%)	5 (6,8%)	21 (28,8%)	22 (30,1%)	16 (21,9%)	4 (5,5%)

Στην ερώτηση «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;» 26 (35,6%) συμμετέχοντες απάντησαν καθόλου, 22 (30,1%) μικρό διάστημα, 15 (20,5%) μερικές φορές, 7 (9,6%) το μεγαλύτερο διάστημα και 3 (4,1%) συνεχώς (σχήμα 11).

**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;**



**Σχήμα 11. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: 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;**

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σε διάφορες προτάσεις. Οι συμμετέχοντες συμφωνούν περισσότερο ότι η υγεία τους είναι άριστη ( $2,5 \pm 1,1$ ), οι συμμετέχοντες είναι τόσο υγιείς όσο όλοι οι γνωστοί τους ( $2,7 \pm 0,99$ ), περιμένουν ότι η υγεία τους θα χειροτερεύσει ( $3,7 \pm 1,2$ ) και τους φαίνεται ότι αρρωσταίνουν ευκολότερα από άλλους ανθρώπους ( $4,1 \pm 1,1$ ).

Οι διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής κατά αυξητική σειρά που σημαίνει καλύτερη προς χειρότερη ποιότητα ζωής είναι η σωματική λειτουργικότητα ( $78,6 \pm 21,2$ ), ο σωματικός πόνος ( $72,6 \pm 36,9$ ), η κοινωνική λειτουργικότητα ( $71,9 \pm 24,6$ ), ο σωματικός ρόλος ( $70,9 \pm 34,6$ ), ο συναισθηματικός ρόλος ( $67,6 \pm 26,8$ ), η πνευματική-ψυχική

υγεία ( $66,2\pm 16,7$ ), η ζωτικότητα ( $62,5\pm 21,1$ ) και η γενική υγεία ( $59,2\pm 20,2$ ). Οι βαθμολογίες των διαστάσεων της ποιότητας ζωής παρουσιάζονται στον πίνακα 6.

**Πίνακας 5. Απαντήσεις συμμετεχόντων σε προτάσεις.**

	<b>Εντελώς Αλήθεια</b>	<b>Μάλλον Αλήθεια</b>	<b>Δεν Ξέρω</b>	<b>Μάλλον Ψέμα</b>	<b>Εντελώς ψέμα</b>
Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	2 (2,7%)	9 (12,3%)	5 (6,8%)	24 (32,9%)	33 (45,2%)
Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	7 (9,6%)	22 (30,1%)	33 (45,2%)	6 (8,2%)	5 (6,8%)
Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	4 (5,5%)	7 (9,6%)	19 (26%)	17 (23,3%)	26 (35,6%)
Η υγεία μου είναι άριστη	8 (11%)	40 (54,8%)	10 (13,7%)	9 (12,3%)	6 (8,2%)

**Πίνακας 6. Βαθμολογία στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής.**

<b>Διάσταση</b>	<b>Μέσος</b>	<b>Τ.Α.</b>
Σωματική λειτουργικότητα	78,56	21,16
Σωματικός ρόλος	70,89	34,61
Σωματικός πόνος	72,61	36,99
Γενική υγεία	59,18	20,21
Ζωτικότητα	62,52	21,01
Κοινωνική λειτουργικότητα	71,92	24,63
Συναισθηματικός ρόλος	67,61	26,83
Πνευματική-Ψυχική Υγεία	66,16	16,74

## Διατροφή

Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach  $\alpha$  του ερωτηματολογίου βρέθηκε 0,842 που δείχνει υψηλή συνάφεια μεταξύ των ερωτήσεων, οπότε και υψηλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Οι συμμετέχοντες καταναλώναν περισσότερο ελαιόλαδο ( $4,4\pm 1,1$ ), λαχανικά ( $3,6\pm 1,3$ ), φρούτα ( $3,2\pm 1,6$ ), δημητριακά ολικής αλέσεως ( $2,6\pm 1,7$ ), πατάτες ( $2,5\pm 1,3$ ), όσπρια ( $2,4\pm 1,1$ ) και λιγότερο ψάρι ( $1,9\pm 1,2$ ). Στην κατηγορία προϊόντων με αντίστροφη βαθμολόγηση, οι συμμετέχοντες καταναλώναν περισσότερο γαλακτοκομικά πλήρη σε λιπαρά ( $2,2\pm 1,6$ ), πουλερικά ( $2,4\pm 1,2$ ), κόκκινο κρέας και προϊόντα του ( $2,5\pm 1,2$ ) και αλκοολούχα ποτά ( $3,8\pm 1,7$ ). Οι ακριβείς καταναλώσεις τροφών παρουσιάζονται στον πίνακα 7.

Η μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Mediterranean Diet Score ήταν  $31,1\pm 6,3$  με ελάχιστο 0 και μέγιστο 43.

**Πίνακας 7. Αποτελέσματα ερωτηματολογίου Mediterranean Diet Score**

<b>Πόσο συχνά καταναλώνετε (μερίδες/μήνα)</b>	<b>Ποτέ</b>	<b>1-4</b>	<b>5-8</b>	<b>9-12</b>	<b>13-18</b>	<b>&gt;18</b>
Δημητριακά Ολικής Αλέσεως (π.χ. ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι)	7 9,7%	18 25%	12 16,7%	12 16,7%	8 11,1%	15 20,8%
Πατάτες	2 2,8%	18 25%	17 23,6%	16 22,2%	16 22,2%	3 4,2%
Φρούτα	1 1,4%	16 22,2%	12 16,7%	5 6,9%	15 20,8%	23 31,9%
Λαχανικά	-	7 9,7%	9 12,5%	14 19,4%	20 27,8%	22 30,6%
<b>Πόσο συχνά καταναλώνετε (μερίδες/μήνα)</b>	<b>Ποτέ</b>	<b>1-4</b>	<b>5-8</b>	<b>9-12</b>	<b>13-18</b>	<b>&gt;18</b>
Όσπρια	2 2,8%	11 15,3%	30 41,7%	14 19,4%	12 16,7%	3 4,2%

Ψάρι	3 4,2%	28 38,9%	22 30,6%	11 15,3%	4 5,6%	4 5,6%
Κόκκινο Κρέας και Προϊόντα του	3 4,2%	12 16,7%	17 23,6%	26 36,1%	11 15,3%	3 4,2%
Πουλερικά	3 4,2%	13 18,1%	24 33,3%	18 25%	9 12,5%	5 6,9%
Γαλακτοκομικά Πλήρη σε λιπαρά (τυρί, γιαούρτι, γάλα)	13 18,1%	14 19,4%	18 25%	9 12,5%	10 13,9%	8 11,1%
Ελαιόλαδο (κύριο προστιθέμενο λίπος στα τρόφιμα)	<b>Ποτέ</b>	<b>Σπάνια</b>	<b>&lt;1</b>	<b>1-3</b>	<b>3-5</b>	<b>Καθημερινά</b>
	-	3 4,2%	5 6,9%	3 4,2%	9 12,5%	52 72,2%
Αλκοολούχα Ποτά (ml/ημέρα, 100ml=1 ποτήρι 12%)	<b>&lt;300</b>	<b>300</b>	<b>400</b>	<b>500</b>	<b>600</b>	<b>&gt;700 ή 0</b>
	9 12,5%	3 4,2%	2 2,8%	5 6,9%	17 23,6%	36 50%

## Συσχετίσεις

### Φύλο

Αν και οι άνδρες είχαν μεγαλύτερες βαθμολογίες στις διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής και στο ερωτηματολόγιο Mediterranean Diet, μεταξύ των δύο φύλων δεν βρέθηκε σημαντική στατιστική διαφορά, με εξαίρεση το σωματικό πόνο και το συναισθηματικό ρόλο όπου οι άνδρες είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία σε σχέση με τις γυναίκες ( $87,5 \pm 20,6$  έναντι  $68,4 \pm 39,6$  και  $75,3 \pm 30,6$  έναντι  $65,5 \pm 25,5$ ,  $p < 0,05$ , αντίστοιχα). Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων παρουσιάζονται στον πίνακα 8.

**Πίνακας 8. Συσχετίσεις μεταξύ των δύο φύλων.**

<b>Διάσταση</b>	<b>Άνδρες</b>	<b>Γυναίκες</b>	<b>p-value</b>
Σωματική λειτουργικότητα	81,3±21,2	77,8±21,3	0,569
Σωματικός ρόλος	81,3±28,1	67,9±35,9	0,177
Σωματικός πόνος	87,5±20,6	68,4±39,6	<b>0,013*</b>
Γενική υγεία	66,3±15	57,2±21,1	0,114
Ζωτικότητα	65,7±18,8	61,6±21,7	0,490
Κοινωνική λειτουργικότητα	80,5±19,9	69,5±25,4	0,117
Συναισθηματικός ρόλος	75,3±30,6	65,5±25,5	<b>0,03*</b>
Πνευματική-Ψυχική Υγεία	70,3±14,9	65±17,2	0,265
Mediterranean Diet	31,8±6,1	90,9±6,4	0,622

### **Οικογένεια**

Οι έγγαμοι είχαν σημαντική μικρότερη βαθμολογία στις διαστάσεις της σωματικής λειτουργικότητας ( $p<0,05$ ), του σωματικού ρόλου ( $p<0,05$ ), του συναισθηματικού ρόλου ( $p<0,05$ ) και της πνευματικής-ψυχικής υγείας ( $p<0,05$ ).

Οι διαζευγμένοι είχαν σημαντική μεγαλύτερη βαθμολογία στις διαστάσεις της σωματικής λειτουργικότητας ( $p<0,05$ ), του σωματικού ( $p<0,05$ ) και συναισθηματικού ρόλου ( $p<0,05$ ).

Οι άγαμοι είχαν σημαντική μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση της πνευματικής-ψυχικής υγείας ( $p<0,05$ ). Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων παρουσιάζονται στον πίνακα 9.

**Πίνακας 9. Συσχετίσεις μεταξύ των συμμετεχόντων βάσει οικογενειακής κατάστασης.**

<b>Διάσταση</b>	<b>Έγγαμοι</b>	<b>Άγαμοι</b>	<b>Διαζευγμένοι</b>	<b>p-value</b>
Σωματική λειτουργικότητα	72,5±22,3	87,4±15,7	93,3±6,6	<b>0,003*</b>
Σωματικός ρόλος	64,9±34,8	72,1±36,3	100	<b>0,018*</b>
Σωματικός πόνος	67,4±39,6	78,4±33,2	88,9±23,6	0,214
Γενική υγεία	57,4±21,7	62,4±18,9	62,2±14,6	0,622
Ζωτικότητα	61,8±21,9	61,4±18,5	68,4±21,8	0,670
Κοινωνική λειτουργικότητα	68,4±24,9	73,5±26,1	87,5±12,5	0,096
Συναισθηματικός ρόλος	60,4±29,2	80,3±17,7	81,1±9,1	<b>0,007*</b>
Πνευματική-Ψυχική Υγεία	62,1±17,2	74,1±13,8	72,2±12,5	<b>0,019*</b>
Mediterranean Diet	30,5±6,7	30,8±4,9	35,1±4,9	0,124

### **Κατηγορία Προσωπικού**

Οι συμμετέχοντες πανεπιστημιακής εκπαίδευσης είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στη διάσταση της σωματικής λειτουργικότητας ( $p<0,05$ ) και του συναισθηματικού ρόλου ( $p<0,05$ ) σε σχέση με τους υπόλοιπους.

Οι συμμετέχοντες διετούς εκπαίδευσης είχαν σημαντικά μικρότερη βαθμολογία στη διάσταση της σωματικής λειτουργικότητας ( $p<0,05$ ) και του συναισθηματικού ρόλου ( $p<0,05$ ) σε σχέση με τους υπόλοιπους. Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων παρουσιάζονται στον πίνακα 10.



**Πίνακας 10. Συσχετίσεις μεταξύ των κατηγοριών προσωπικού.**

Διάσταση	ΠΕ	ΤΕ	ΔΕ	p-value
Σωματική λειτουργικότητα	89,4±16,3	79,3±20,1	72,2±22,5	<b>0,029*</b>
Σωματικός ρόλος	78,1±34	75,9±32,9	62,5±35,8	0,222
Σωματικός πόνος	75±33,3	72,8±35,8	71,1±40,8	0,945
Γενική υγεία	58,1±18,2	59,3±22,4	59,7±19,8	0,971
Ζωτικότητα	57,3±22,5	63,4±20,7	64,5±20,7	0,521
Κοινωνική λειτουργικότητα	73,4±28,5	75±23,8	68,3±23,6	0,578
Συναισθηματικός ρόλος	80,9±18,2	69,3±25,3	59±29,4	<b>0,026*</b>
Πνευματική-Ψυχική Υγεία	70,9±15,1	65,6±18,3	64,1±16,2	0,420
Mediterranean Diet	31,4±5,4	30,2±4,1	31,8±8,1	0,615

**Τμήμα εργασίας**

Μεταξύ των συμμετεχόντων και λαμβάνοντας υπόψη το τμήμα εργασίας τους δεν βρέθηκε σημαντική στατιστική διαφορά στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής και στην κλίμακα Mediterranean Diet (πίνακας 11).

**Πίνακας 11. Συσχετίσεις μεταξύ των συμμετεχόντων ανά τμήμα εργασίας.**

Διάσταση	Χειρουργικό	Παθολογικό	ΜΕΘ/ΜΑΦ	p-value
Σωματική λειτουργικότητα	75±22,3	78,5±20,3	90±15,7	0,100
Σωματικός ρόλος	71,1±34,1	72,8±32,8	66,7±41,7	0,885
Σωματικός πόνος	67,5±39,1	81,2±29,9	72,2±42,2	0,384
Γενική υγεία	60,7±19,1	58,9±23,8	55±16,7	0,703
Ζωτικότητα	63,9±22,3	64,3±21,5	54,7±14,7	0,371
Κοινωνική λειτουργικότητα	74,1±24,1	69,6±24,7	69,8±27,9	0,756
Συναισθηματικός ρόλος	68,7±25,6	62,5±32,2	73,9±18,1	0,463
Πνευματική-Ψυχική Υγεία	65,5±17,4	64,3±17,5	71,7±12,9	0,450
Mediterranean Diet	31,4±7,1	31,4±5,6	29,7±4,7	0,685

Το μοτίβο της μεσογειακής διατροφής των συμμετεχόντων βρέθηκε να έχει θετική μέτρια συσχέτιση με τη σωματική λειτουργικότητα ( $r=0,233$ ) και το σωματικό πόνο ( $r=0,326$ ). Οι συσχετίσεις κατά pearson μεταξύ της διατροφής και των διαστάσεων της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων παρουσιάζεται στον πίνακα 12.

Πίνακας 12. Συσχετίσεις κατά Pearson.

<b>Ποιότητα Ζωής</b>		<b>Mediterranean Diet</b>
Σωματική λειτουργικότητα	Pearson	0,233
	P	<b>0,048</b>
Σωματικός ρόλος	Pearson	0,164
	P	0,166
Σωματικός πόνος	Pearson	0,326
	P	<b>0,005</b>
Γενική υγεία	Pearson	0,055
	P	0,647
Ζωτικότητα	Pearson	0,143
	P	0,229
Κοινωνική λειτουργικότητα	Pearson	0,016
	P	0,893
Συναισθηματικός ρόλος	Pearson	0,101
	P	0,397
Πνευματική-Ψυχική Υγεία	Pearson	0,106
	P	0,373

## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>: Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν 73 άτομα νοσηλευτικό προσωπικό, οι οποίοι εργάζονταν  $17,5 \pm 11,7$  έτη. Η σωματική διάσταση της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων βρέθηκε να είναι σε καλά επίπεδα, ενώ σε χαμηλότερα και μέτρια επίπεδα βρέθηκε η ψυχολογική διάσταση της ποιότητας ζωής. Όσον αφορά τη διατροφή, το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε στην παρούσα μελέτη βρέθηκε να είναι μέτρια συμμορφωμένο με το μοτίβο μεσογειακής διατροφής.

Όπως προαναφέρθηκε, στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είχε μέτρια βαθμολογία στη διάσταση της ψυχολογικής κατάστασης. Είναι γεγονός και έχει αναφερθεί ευρέως ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι εγγενώς αγχωτικό και αγχωτικό και η ψυχική κατάσταση των νοσηλευτών διαταράσσεται, με αποτέλεσμα διάφορα εμπόδια όπως άγχος, κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, θυμό και εξάντληση (Mealer *et al.*, 2012). Παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτό το αγχωτικό εργασιακό περιβάλλον είναι ο αυξημένος φόρτος εργασίας και η εργασία σε βάρδιες (Ma *et al.*, 2015).

Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι η παρούσα μελέτη διεξήχθη κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 και μάλιστα στα αρχικά στάδια, όπου κυριαρχούσε ο φόβος λόγω έλλειψης ενημέρωσης και μη εμπειρίας διαχείρισης των ασθενών με COVID-19. Μία μελέτη ανέφερε ότι η άποψη των νοσηλευτών για το επάγγελμά τους επηρεάστηκε αρνητικά κατά την πανδημία COVID-19 και μάλιστα εκείνοι που είχαν αρνητική άποψη για το επάγγελμά τους είχαν επίσης την προθυμία να παραιτηθούν (Kaya *et al.*, 2022). Οι νοσηλευτές, κατά τη διάρκεια της πανδημίας, δυσκολεύονταν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που παρουσιάζονται στην εργασία τους, με αποτέλεσμα να έρχονται σε απόγνωση και τελικά να εξαντλούνται (Kaya *et al.*, 2022). Το έντονο εργασιακό στρες και η εργασία σε πολύ στρεσογόνα περιβάλλοντα έχει δειχθεί ότι αυξάνουν τα αρνητικά συμπτώματα που εμφανίζουν οι νοσηλευτές (Hicdurmaz *et al.*, 2015). Αυτή είναι μία πιθανή εξήγηση που το νοσηλευτικό προσωπικό στην παρούσα μελέτη είχε μικρότερη βαθμολογία στην ψυχολογική διάσταση της ποιότητας ζωής σε σχέση με τη σωματική.

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές είχαν μέτρια επίπεδα ποιότητα ζωής. Στο ίδιο αποτέλεσμα κατέληξαν μελέτες που διεξήχθησαν σε διάφορες χώρες του κόσμου (Yan

et al., 2022, Chegini et al., 2019, Ruiz-Fernández et al., 2020b). Όσο χαμηλότερο είναι το επαγγελματικό άγχος, τόσο καλύτερη είναι η ποιότητα ζωής. Οι νοσηλευτές εργάζονται εντατικά και όταν βρίσκονται σε κατάσταση έντασης, μπορεί να παρουσιάσουν μείωση της σωματικής τους υγείας. Μελέτες έχουν βρει ότι οι παράγοντες επαγγελματικού στρες μπορούν να επηρεάσουν το καρδιαγγειακό και το ανοσοποιητικό σύστημα, καθώς και τη φυσιολογία και την ψυχολογία των νοσηλευτών (Buselli et al., 2020).

Διάφορες μελέτες που διεξήχθησαν σε νοσοκομεία στο Ιράν έδειξαν ότι περισσότερο από τους μισούς νοσηλευτές είχαν αναφέρει μέτρια προς χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής (Moradi et al., 2014, Mohammadi et al., 2011). Παρόμοια, μία μελέτη σε νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας στη Νιγηρία ανέφερε ότι η ποιότητα ζωής στα δύο τρίτα των περιπτώσεων ήταν σε μη ικανοποιητικό επίπεδο (Kelbiso et al., 2017). Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι η ποιότητα ζωής μπορεί να επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες όπως μισθοί και παροχές, δημογραφικές μεταβλητές, συμβάντα επαγγελματικής ασφάλειας και υγείας, εργασιακό άγχος, εργασιακή ασφάλεια στο χώρο εργασίας, συνθήκες υγιεινής, βασικές ανέσεις και προοπτικές εργασίας (Moradi et al., 2014, Mohammadi et al., 2011). Αυτοί είναι οι πιθανοί λόγοι που οφείλεται η διαφορά στην ποιότητα ζωής μεταξύ των νοσηλευτών που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα μελέτη και σε εκείνους που συμμετείχαν στις μελέτες στο Ιράν και στη Νιγηρία.

Στην παρούσα μελέτη η ποιότητα ζωής των νοσηλευτών αξιολογήθηκε εν μέσω της πανδημίας COVID-19. Η πίεση, το εργασιακό άγχος και οι πολλές ώρες εργασίας με ειδικές συνθήκες όπως η χρήση μέτρων ατομικής προστασίας (ΜΑΠ), καθώς και οι ανησυχίες για μόλυνση από τον ιό έχουν περαιτέρω οδηγήσει σε χαμηλότερη μέση βαθμολογία της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών (Lai et al., 2020).

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα που κλήθηκε να απαντήσει η παρούσα μελέτη αφορούσε τη συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων του νοσηλευτικού προσωπικού και της ποιότητας ζωής τους. Στην παρούσα μελέτη αν και οι άνδρες είχαν μεγαλύτερες βαθμολογίες στις διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής, μεταξύ των δύο φύλων δεν βρέθηκε σημαντική στατιστική διαφορά, με εξαίρεση το σωματικό πόνο και το συναισθηματικό ρόλο όπου οι άνδρες είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία σε σχέση με τις γυναίκες. Αντίθετα αποτελέσματα βρέθηκαν στην Κίνα, όπου οι μέσες βαθμολογίες των γυναικών στην ποιότητα

ζωής ήταν υψηλότερες από αυτές των ανδρών νοσηλευτών (Yan et al., 2022). Πιθανή εξήγηση για τη διαφορά μεταξύ των δύο φύλων είναι ότι οι άνδρες νοσηλευτές αν και πολύ λιγότεροι αριθμητικά έχουν μεγαλύτερο φόρτο εργασίας λόγω της μεγαλύτερης μυϊκής τους δύναμης σε σύγκριση με τις γυναίκες. Πιστεύεται ότι οι άνδρες λόγω της μεγαλύτερης μυϊκής τους δύναμης σε σχέση με τις γυναίκες μπορούν να αντέξουν μεγαλύτερη πίεση. Όταν έρχονται αντιμέτωποι με τις βαριές απαιτήσεις της νοσηλευτικής εργασίας, μπορούν να προσαρμοστούν καλύτερα στην υψηλής έντασης εργασία σε σχέση με τις γυναίκες (Li et al., 2021). Οι γυναίκες με τη σειρά έχουν συνήθως περισσότερες οικογενειακές ευθύνες στην καθημερινή τους ζωή και κάνουν λιγότερα διαλείμματα από τους άνδρες, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερα επίπεδα στρες (Li et al., 2021, Thakre et al., 2017).

Λόγω των ορμονικών αλλαγών, οι γυναίκες νοσηλεύτριες παρουσιάζουν αυξημένη ευερεθιστότητα, καταθλιπτικές διαθέσεις και υψηλότερα επίπεδα άγχους. Οι καταθλιπτικές διαταραχές ήταν συχνότερες σε γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό συναισθηματικών ή ψυχικών διαταραχών, με προηγούμενες διαταραχές της διάθεσης, σε κίνδυνο άγχους, υγείας ή/και οικογενειακών προβλημάτων, με τραύμα πρώιμης παιδικής ηλικίας (Czarnecka-Iwańczuk et al., 2012). Διάφορες μελέτες έχουν αναφέρει ότι η εμμηνόπαυση είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα για την αναπαραγωγική υγεία των γυναικών και ότι τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των γυναικών (Namazi et al., 2019, Ghorbani et al., 2017). Οι Makara-Studzńska et al (2014) σε μια διηπειρωτική ανασκόπηση υποδεικνύουν ότι οι γυναίκες παγκοσμίως υποφέρουν από προβλήματα εμμηνόπαυσης ανεξάρτητα από την εθνική τους καταγωγή, το χρώμα του δέρματος ή κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες.

Σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, μία μελέτη που διεξήχθη στο Πακιστάν δεν βρήκε σχέση μεταξύ ανδρικού και γυναικείου φύλου με τις διαστάσεις της σωματικής ποιότητας ζωής, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής λειτουργίας, του περιορισμού του ρόλου λόγω σωματικής υγείας, του πόνου, της ενέργειας και της κόπωσης και της γενικής υγείας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην ίση κατανομή των καθηκόντων μεταξύ των νοσηλευτών σε κλινικούς τομείς χωρίς διακρίσεις λόγω φύλου (Ali et al., 2020). Παρόμοια ευρήματα βρήκε μία μελέτη που διεξήχθη στο Ιράν (Ghassemi et al., 2016). Στην ίδια μελέτη βρέθηκε ότι το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται σημαντικά με το επίπεδο ενέργειας και κόπωσης του

νοσηλευτικού προσωπικού (Ghassemi et al., 2016). Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε και μία μελέτη που διεξήχθη στην Αιθιοπία (Kelbiso et al., 2017).

Ακόμη, στην παρούσα μελέτη οι έγγαμοι είχαν σημαντική μικρότερη βαθμολογία στις διαστάσεις της σωματικής λειτουργικότητας, του σωματικού ρόλου, του συναισθηματικού ρόλου και της πνευματικής-ψυχικής υγείας. Οι έγγαμοι νοσηλευτές είναι πιο πιθανό να έχουν υψηλότερες βαθμολογίες στην ψυχική διάσταση της ποιότητας ζωής σε σχέση με εκείνους που είχαν διαφορετική οικογενειακή κατάσταση (Phiri et al., 2021). Πάντως, η σχέση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης των νοσηλευτών και της ποιότητας ζωής δεν είναι καλά τεκμηριωμένη (Oyama et al., 2015). Ωστόσο, έχει βρεθεί ότι οι παντρεμένοι άνδρες νοσηλευτές μεταξύ 40 και 69 ετών και οι παντρεμένες γυναίκες νοσηλεύτριες άνω των 40 ετών έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με εκείνους που έχουν διαφορετική οικογενειακή κατάσταση, το οποίο αποδίδεται στην ωριμότητα, την ανθεκτικότητα, τις θετικές εμπειρίες και την υποστήριξη από την οικογένεια (Han et al., 2014).

Επιπλέον, στην παρούσα μελέτη οι βοηθοί νοσηλευτών είχαν σημαντικά μικρότερη βαθμολογία στη διάσταση της σωματικής λειτουργικότητας και του συναισθηματικού ρόλου σε σχέση με τους υπόλοιπους. Το επίπεδο εκπαίδευσης έχει βρεθεί ότι δεν σχετίζεται με την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών (Oyama & Fukahori, 2015). Σε μια βραζιλιάνικη μελέτη, οι Silva et al. (2020) διαπίστωσαν ότι τόσο οι διπλωματούχοι νοσηλευτές όσο και οι βοηθοί νοσηλευτές είχαν μειωμένη ποιότητα ζωής. Ωστόσο, οι βοηθοί νοσηλευτές είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες ποιότητας ζωής, τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική διάσταση σε σχέση με τους διπλωματούχους νοσηλευτές. Αυτό οφείλεται στις σωματικές απαιτήσεις της δουλειάς των βοηθών νοσηλευτών. Αυτές οι σωματικές απαιτήσεις με τη σειρά τους επηρέασαν την ψυχική τους κατάσταση.

Οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν διατηρούν ένα κανονικό πρόγραμμα διατροφής (Nahm et al., 2012) και συχνά βασίζονται σε τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και ζάχαρη αντί να καταναλώνουν τις συνιστώμενες ποσότητες φρούτων και λαχανικών κάθε μέρα (Malik et al., 2011). Σε μία μελέτη αναφέρθηκε πως για να διατηρηθεί η υγεία και η καλή ποιότητα ζωής στους νοσηλευτές θα πρέπει να διασφαλίζεται η λήψη αρκετής και ισορροπημένης διατροφής (Skaal and Pengpid, 2011). Όμως, οι «γρήγορες» τροφές και τα σνακ αποτελούν τυπικές διατροφικές επιλογές των νοσηλευτών κατά τις βάρδιες εργασίας τους ενώ, συχνά αναφέρεται

πως το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών επιλέγει να τρώει κάτι «εν κινήσει» λόγω έλλειψης συχνών διαλειμμάτων και κυκλικού ωραρίου (Likus *et al.*, 2013, Faucett *et al.*, 2007, Song *et al.*, 2005).

Μία μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε πως οι νοσηλευτές δεν αντιλαμβάνονταν το εργασιακό τους περιβάλλον ως ευνοϊκό για υγιεινή διατροφή λόγω της έλλειψης διαλειμμάτων σε μεγάλο βαθμό ενώ, ο φόρτος εργασίας αποτελεί ένα σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα στη πραγματοποίηση διαλειμμάτων (Faugier *et al.*, 2001). Αντίστοιχα, άλλη έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα πως όχι μόνο οι νοσηλευτές εργάζονται περισσότερες ώρες, αλλά θυσιάζουν τον χρόνο του διαλείμματος για τη φροντίδα των ασθενών (Witkoski and Dickson, 2010). Σύμφωνα με έρευνα της Αμερικανικής Ένωσης Νοσηλευτών (2009), το 35% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι σπάνια ή ποτέ δεν έκαναν διαλείμματα για γεύμα ενώ, το 40% σαράντα τοις εκατό των νοσηλευτών σε αυτή τη μελέτη ανέφεραν ότι έκαναν 5 λεπτά διαλείμματα ή και καθόλου διαλείμματα, παρά το γεγονός ότι εργάστηκαν μεταξύ 12 και 15 ωρών. Σε μία άλλη μελέτη που εξέτασε τη διάρκεια της βάρδιας όσον αφορά την ασφάλεια και την ποιότητα της περίθαλψης τα αποτελέσματα και εκεί ήταν παρόμοια αναφέροντας πως το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών δεν κάνουν τακτικά διαλείμματα κατά τη διάρκεια της εργασίας τους (Stimpfel and Aiken, 2013).

Οι διαθέσιμες διατροφικές επιλογές επίσης έχουν αποτελέσει αντικείμενο έρευνας και μελέτης σε πλήθος νοσοκομειακών οργανισμών, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι το νοσηλευτικό ήταν μέτρια συμμορφωμένο με τη Μεσογειακή διατροφή, που σημαίνει ότι δεν ακολουθεί συνέχεια τα διατροφικά πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής. Σε αντίστοιχη μελέτη του 2011 σχετικά με το είδος διατροφής των νοσηλευτών, το 42,5% ανέφερε ότι κατανάλωνε καθημερινά τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και ζάχαρη, με σημαντικό παράγοντα δημιουργίας της παραπάνω συνθήκης το γεγονός πως οι οικογένειες των ασθενών συνήθως προσφέρουν ανθυγιεινά τρόφιμα και κεράσματα σε νοσηλευτές στα νοσοκομεία (Malik *et al.*, 2011). Μία μελέτη που διεξήχθη στην Ισπανία βρήκε ότι η συμμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού στη Μεσογειακή διατροφή ήταν χαμηλή, χωρίς διαφορές ανάλογα με τη βάρδια εργασίας στην οποία εργάζονταν (Leyva-Vela *et al.*, 2021). Στην παρούσα μελέτη δεν εξετάστηκε αν η εργασία σε κυκλικό ωράριο επηρεάζει τα

πρότυπα μεσογειακής διατροφής, επειδή όλοι οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στη μελέτη εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο.

Οι εργαζόμενοι σε βάρδιες που ακολουθούν μια παραδοσιακή ρουτίνα τριών γευμάτων την ημέρα μπορεί να τείνουν να τρώνε ένα κύριο γεύμα κατά τη διάρκεια της νύχτας. Όμως, τα ακανόνιστα προγράμματα εργασίας και η έλλειψη χρόνου λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας μπορεί επίσης να επηρεάσουν την κατανάλωση φαγητού στη βάρδια (Nicholls et al., 2017, Han et al., 2016). Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι οι εργαζόμενοι σε νυχτερινή βάρδια μπορεί να παραλείπουν το πρωινό τους εάν είναι σε βάρδια τις πρωινές ώρες και να δίνουν προτεραιότητα στον ύπνο όταν γυρίζουν στο σπίτι αντί να τρώνε ένα γεύμα ή μπορεί να καταναλώνουν πρωινό αλλά σε ώρες εκτός του κανονικού χρόνου πρωινού (εκτός των 6 π.μ. έως 8:30 π.μ.) (de Freitas et al., 2015) καταλύοντας με αυτό τον τρόπο το μοτίβο της Μεσογειακής διατροφής.

Σε μία μελέτη που διεξήχθη σε νοσηλευτές στις ΗΠΑ (Beebe et al., 2017) και στην Ιαπωνία (Yoshizaki et al., 2016), διαπιστώθηκε ότι η κατανομή της πρόσληψης τροφής και η επιλογή τροφής άλλαζαν ανάλογα με τη βάρδια εργασίας, με τους νοσηλευτές που εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο να έχουν υψηλότερη κατανάλωση πρωτεϊνών και λιπαρών τροφών, όπως βόειο κρέας, αυγά, χυμοί και ζυμαρικά, γεγονός που υποδηλώνει ότι η τήρηση με τη Μεσογειακή διατροφή είναι κακή. Πιθανόν αυτή είναι η αιτία που το νοσηλευτικό προσωπικό στην παρούσα μελέτη βρέθηκε να έχει μέτρια συμμόρφωση με τη Μεσογειακή διατροφή.

Σε ορισμένους χώρους εργασίας υπάρχουν καθορισμένες ώρες διαλειμμάτων κατά τις οποίες οι εργαζόμενοι μπορούν να καταναλώνουν φαγητό. Ωστόσο, υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι αυτά τα διαλείμματα δεν συνδέονται πάντα με την κατανάλωση φαγητού. Αυτό δεν ισχύει στην περίπτωση των ελληνικών νοσοκομείων. Όχι μόνο δεν υπάρχουν ειδικοί χώροι για το διάλειμμα του νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά τις περισσότερες φορές το νοσηλευτικό προσωπικό συχνά θυσιάζει ευκαιρίες για διαλείμματα και παραλείπει γεύματα για να φροντίσουν τους ασθενείς τους ή να αναλάβουν άλλες εργασίες (Gifkins et al., 2018, Monaghan et al., 2018). Σε ένα δείγμα 20 νοσηλευτών, όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι δεν μπορούσαν να κάνουν πλήρη διάλειμμα, κυρίως λόγω της προτεραιότητας στη φροντίδα των ασθενών. Στην ίδια μελέτη αναφέρθηκε ότι το διάλειμμα σχετίζεται σε καλύτερες διατροφικές συνήθειες, επειδή όταν οι νοσηλευτές δεν κάνουν διάλειμμα επιλέγουν την κατανάλωση σνακ (Monaghan et al., 2018).



Οι νοσηλευτές έχουν αναφέρει σημαντικά μεγαλύτερη κατανάλωση υδατανθράκων σε σύγκριση με άλλες ομάδες εργαζομένων (Roskoden et al., 2017), με το 30% ενός δείγματος 340 Κορεατών νοσηλευτών να αναφέρει κατανάλωση σνακ με υδατάνθρακες σε καθημερινή βάση (50). Ομοίως, σε μια μελέτη στη Βραζιλία, η αυξημένη κατανάλωση τηγανητών τροφών από το νοσηλευτικό προσωπικό συσχετίστηκε με περισσότερες ώρες εργασίας (Fernandes et al., 2013). Εν μέσω πανδημίας COVID-19 που διεξήχθη η παρούσα μελέτη, οι νοσηλευτές εργάζονταν περισσότερες ώρες (υπερωριακά) και δεν έκαναν κανένα διάλλειμα όχι μόνο λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας αλλά και επειδή έπρεπε να κάνουν οικονομία στα μέσα ατομικής προστασίας.

Έχει αναφερθεί ότι τα εμπόδια για τη συμμόρφωση των νοσηλευτών σε έναν υγιεινό τρόπο ζωής δημιουργούνται από το νοσοκομειακό περιβάλλον. Οι νοσηλευτές για εμπόδια αναφέρουν την υπερβολική κόπωση από την εργασία, την έλλειψη χρόνου για την προετοιμασία υγιεινών γευμάτων λόγω πολλών ωρών εργασίας και ότι τα κυλικεία στα νοσοκομεία προσφέρουν κυρίως ανθυγιεινά τρόφιμα (Phiri et al., 2014).

Μία μελέτη που διεξήχθη σε νοσηλευτές στη Βραζιλία έδειξε ότι οι γυναίκες νοσηλεύτριες κατανάλωναν περισσότερες τηγανητές τροφές σε σχέση με τους άνδρες νοσηλευτές. Οι συγγραφείς δεν ήταν σαφείς ως προς το γιατί αναφέρθηκε αυτή η διαφορά και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι απαιτούνται ποιοτικές μελέτες για να κατανοηθούν αυτές οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών εργαζομένων και πώς παράγοντες, όπως τα οικιακά καθήκοντα, μπορεί να παίζουν ρόλο (Fernandes et al., 2013). Τα αποτελέσματα αυτά είναι σε συμφωνία με της παρούσας μελέτης όπου οι άνδρες νοσηλευτές είχαν καλύτερη συμμόρφωση με τα πρότυπα Μεσογειακής διατροφής σε σχέση με τις γυναίκες νοσηλεύτριες, απαντώντας στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα.

Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει βρεθεί ότι είναι μία ομάδα εργαζομένων που καταναλώνει σημαντικά λιγότερες μερίδες φρούτων και λαχανικών σε σύγκριση με τις συνιστώμενες ποσότητες από τη Μεσογειακή διατροφή (Zarka et al., 2009). Στην παρούσα μελέτη, η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών ήταν σε μέτρια επίπεδα.

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα συσχετίζε τη συμμόρφωση με τα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής και την ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι δεν βρέθηκαν μελέτες στη βιβλιογραφία που να συσχετίζουν άμεσα τη συμμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού στη Μεσογειακή διατροφή με την

ποιότητα ζωής τους. Έχουν γίνει αρκετές μελέτες στο γενικό πληθυσμό, ενήλικες και ανήλικους, αλλά όχι στο νοσηλευτικό προσωπικό. Παράδειγμα, μία συστηματική ανασκόπηση ανέφερε ότι οι έφηβοι με καλύτερη συμμόρφωση στη Μεσογειακή διατροφή παρουσίασαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με εκείνους με χαμηλή συμμόρφωση (Wu et al., 2019). Πλήθος μελετών έχουν καταλήξει στο συγκεκριμένο αποτέλεσμα (Mozzillo et al., 2021, Evaristo et al., 2018, Muros et al., 2017). Επιπλέον, σε μια συστηματική ανασκόπηση που περιελάμβανε 43.445 ενήλικες, παρατηρήθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ υψηλότερης βαθμολογίας ποιότητας ζωής και μεγαλύτερης συμμόρφωσης σε ένα πρότυπο Μεσογειακής διατροφής σε σχέση με τα άτομα με δυτικό διατροφικό πρότυπο, που σημείωσαν χαμηλότερη βαθμολογία στην ποιότητα ζωής (Vajdi & Farhangi, 2020).

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι το μοτίβο της μεσογειακής διατροφής των συμμετεχόντων βρέθηκε να συσχετίζεται με τη σωματική λειτουργικότητα και το σωματικό πόνο. Αυτό σημαίνει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που ακολουθούσε πρότυπα μεσογειακής διατροφής είχαν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα και λιγότερο σωματικό πόνο. Στα πλαίσια αυτά αναφέρεται πως διατροφικές συνήθειες μεταξύ των νοσηλευτών καθορίζονταν κατά κύριο λόγο από ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Η λήψη γεύματος και σνακ μπορεί να επηρεάσει την κατάσταση της υγείας τους (Song *et.al*, 2005) ενώ, οι διατροφικές συνήθειες τους επηρεάζουν τη σωματική, ψυχική και συναισθηματική τους υγεία (Faucett *et al.*, 2007).

Μια συγχρονική μελέτη σε νοσηλευτές στο Ισραήλ έδειξε ότι τα δύο τρίτα των νοσηλευτών δεν πέτυχαν τον στόχο της φυσικής δραστηριότητας, ενώ η πλειοψηφία του δείγματος ανέφερε δυσμενείς διατροφικές συνήθειες. Το 66% κοιμόταν λιγότερο από 7 ώρες το βράδυ και το 15% κάπνιζε. Οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε νυχτερινές βάρδιες ανέφεραν τις λιγότερο ευνοϊκές συμπεριφορές υγείας. Η μελέτη βρήκε ότι η ηλικία, η επίτευξη του στόχου της φυσικής δραστηριότητας, τα διαλείμματα φαγητού κατά τη διάρκεια της εργασίας, η κατανάλωση μεσογειακής διατροφής και ο ύπνος τουλάχιστον 7 ωρών προέβλεπαν καλύτερη αντίληψη για την υγεία μεταξύ των νοσηλευτών, οπότε και καλύτερη ποιότητα ζωής (Kagan et al., 2021), αποτέλεσμα το οποίο είναι σύμφωνο με της παρούσας μελέτης.

Έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία ότι οι διατροφικές συνήθειες, η σωματική και η σεξουαλική δραστηριότητα είναι σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται παράλληλα ότι οι διατροφικές συνήθειες των

νοσηλευτών απαιτούν μεγάλη προσοχή ενώ, τόσο η σωματική άσκηση όσο και ο λιγότερο καθιστικός τρόπος ζωής έχουν άμεσο αντίκτυπο στη βελτίωση της υγείας, ειδικά στην πρόληψη ασθενειών και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της διάρκειας ζωής τους (DiRenzo *et al.*, 2020). Μία από τις επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 στο νοσηλευτικό προσωπικό είναι η μείωση της σωματικής δραστηριότητας και η αύξηση της πρόσληψης υδατανθράκων, γεγονός που αύξησε την τάση για αύξηση βάρους (Luo *et al.*, 2019) και μείωσε την ανθεκτικότητα του ανοσοποιητικού συστήματος ενώ, περίπου το 40% έδειξε δυσαρέσκεια με την ποιότητα του ύπνου και μεταξύ εκείνων που άρχισαν να παίρνουν φάρμακα για την προσαρμογή του ύπνου, οι περισσότεροι από αυτούς το έκαναν χωρίς ιατρική συμβουλή (Ammar *et al.*, 2020). Αυτά δείχνουν υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στη σωματική άσκηση, τις διατροφικές συνήθειες και την ποιότητα του ύπνου με την ποιότητα της ζωής των νοσηλευτών, καθώς οι αρνητικές επιπτώσεις της πανδημίας στις παραπάνω διαστάσεις της Ποιότητας της Ζωής επέφερε μείωση της αντιλαμβανόμενης Ποιότητας της Ζωής των συμμετεχόντων στην συγκεκριμένη μελέτη (Ammar *et al.*, 2020).

Αντίστοιχα, σε έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα και πιο συγκεκριμένα στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο με στόχο τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού, τα αποτελέσματα έδειξαν πως, ο μόνος παράγοντας που επηρεάζει την συνολική κλίμακα της ικανοποίησης από την ποιότητα ζωής, είναι το είδος του τμήματος στο οποίο εργάζεται ένας νοσηλευτής. Έτσι, στα ανοικτά τμήματα, τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας έδειξαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με τους ερευνητές και τις απαντήσεις που δόθηκαν, αυτό προκαλείται από παράγοντες, όπως το κυκλικό ωράριο, το στρες, η έλλειψη ύπνου, αλλά και η κακή διατροφή ενώ, ιδιαίτερα σημαντικά είναι και τα αποτελέσματα που δείχνουν πως οι εργαζόμενοι των ανοικτών τμημάτων, κρίνουν ότι η μειωμένη ποιότητα συνδέεται με τη διατροφή τους (Νικολοπούλου, 2018).

### **Περιορισμοί της Μελέτης**

Η παρούσα μελέτη έχει ορισμένους περιορισμούς. Αρχικά, η μελέτη διεξήχθη σε ένα μόνο νοσοκομείο που σημαίνει ότι αποτυπώνει τις διατροφικές συνήθειες και την ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Έτσι, τα αποτελέσματα της μελέτης δεν μπορούν να γενικευθούν. Επίσης, άλλος περιορισμός της μελέτης είναι ο τρόπος συλλογής

δεδομένων, ο οποίος έγινε με ερωτηματολόγιο. Η μελέτη είναι συγχρονική, που σημαίνει ότι η συλλογή δεδομένων δεν είναι διαχρονική και αφορά τη συγκεκριμένη στιγμή που το νοσηλευτικό προσωπικό συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο. Η συγχρονική φύση της μελέτης, περιορίζει την ερμηνεία της αιτιώδους σχέσης μεταξύ των μεταβλητών. Για την κατανόηση της αιτιώδους σχέσης μεταξύ αυτών των μεταβλητών, είναι απαραίτητο να σχεδιαστούν και να πραγματοποιηθούν διαχρονικές μελέτες. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η χρονική στιγμή της συλλογής δεδομένων που ήταν κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 και συγκεκριμένα την περίοδο όπου ήταν σε εξέλιξη lockdown, όπου οι διατροφικές συνήθειες όλων των ανθρώπων, πόσο μάλλον του νοσηλευτικού προσωπικού, ήταν επηρεασμένες.

## Συμπεράσματα – Προτάσεις

Το νοσηλευτικό προσωπικό είχε χαμηλότερες βαθμολογίες στην ψυχική διάσταση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής σε σχέση με τη σωματική διάσταση. Οι σχετικές με την εργασία και κοινωνικό-δημογραφικές μεταβλητές δεν συσχετίστηκαν με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, εκτός από το φύλο, το οποίο συσχετίστηκε σημαντικά με την ψυχική συνιστώσα της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής. Η διατροφή βρέθηκε να σχετίζεται με τη σωματική υγεία των συμμετεχόντων.

Οι διευθυντές πρέπει να έχουν συνεχή επικοινωνία με τους νοσηλευτές και να παρέχουν διαύλους έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων. Επιπλέον, οι Διευθύνσεις των νοσοκομείων θα μπορούσαν να οργανώσουν εκπαιδευτικά σεμινάρια στην ανθεκτικότητα των νοσηλευτών και διαλέξεις ψυχολογικού περιεχομένου για να βοηθήσουν τους νοσηλευτές να ανακουφίσουν την πίεση και να βελτιώσουν την ψυχολογική τους ανθεκτικότητα. Θα πρέπει να διεξάγονται ενεργά δραστηριότητες ψυχολογικής εκπαίδευσης και ψυχολογικής συμβουλευτικής και να παρέχεται επαγγελματική φροντίδα ψυχικής υγείας και ψυχολογική θεραπεία στο νοσηλευτικό προσωπικό, ώστε να μπορεί να διατηρεί καλή ψυχολογική κατάσταση στην εργασία. Επίσης, θα πρέπει να ενθαρρυνθεί η μελέτη του επαγγελματικού στρες, της επαγγελματικής εξουθένωσης, των μοτίβων διατροφής που ακολουθούν και τα επίπεδα ποιότητας ζωής μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού, για τον εντοπισμό ομάδων υψηλού κινδύνου και συγκεκριμένων παραγόντων επιρροής και για την ανάπτυξη στοχευμένων μέτρων πρόληψης και ελέγχου.

Παροχή ενδοϋπηρεσιακών ψυχολογικών και επαγγελματικών συμβουλευτικών υπηρεσιών, διεξαγωγή εκπαιδευτικών μαθημάτων για να βοηθήσουν τους νοσηλευτές να προσαρμοστούν στην εργασία τους και να αποκτήσουν επαρκείς δεξιότητες για καλύτερο ρόλο, δημιουργία μιας φιλικής προς τον νοσηλευτή οργανωτική πολιτική στα νοσοκομεία, καθώς και η κάλυψη προσωπικών και οικογενειακών αναγκών των νοσηλευτών με ιδιαίτερη προσοχή στις γυναίκες νοσηλεύτριες που είναι υπεύθυνες και για τις οικιακές εργασίες, μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής και να προσφέρει στους νοσηλευτές καλύτερη ανθεκτικότητα για παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας.

## Βιβλιογραφικές Πηγές

### Ξενόγλωσσες Βιβλιογραφικές Πηγές

Ali, A., Rasheed, A., & Naz, S. (2020). Health-related Quality of Life of Nurses Working in Tertiary Care Hospital of Karachi. *Pakistan journal of medical sciences*, 36(3), 490–495.

Amani R., Gill T., (2013). Shiftworking, nutrition and obesity: Implications for workforce health- a systematic review. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 22(4): 505-515

Ammar A., Brach M., Trabelsi K., Chtourou H., Boukhris O., MasmoudiL., et al., (2020). Effects of COVID-19 home confinement on eatingbehaviour and physical activity: results of the ECLB-COVID-19, International Online Survey,*Nutrients*, 12(6): 154-159

An Y., Yang, Y., Wang A., Li Y., Zhang Q., Cheung T., Ungvari G.S., Qin M.Z.,et al., (2020). Prevalence ofdepression and its impact on quality of life among frontline nurses in emergencydepartments during the COVID-19 outbreak, *J. Affect. Disord*, 276: 312-315

Aryee P.A., Helegbe G.K., Baah J., Sarfo-Asante R.A., Quist-Therson R., (2013). Prevalence and risk factors for overweight and obesity among nurses in the Tamale Metropolis of Ghana,*J Med Biomed Science*, 2:13-23

Bambra C.L., Whitehead M.M., Sowden A.J., Akers J, Petticrew M.P., (2008). Shifting schedules: The health effects of reorganizing shift work, *Am J Prev Med*, 34(5): 427-34

Barr J., Schumacher G., (2003). Using focus groups to determine what constitutes quality of life in clients receiving medical nutrition therapy: first steps in the development of a nutrition quality-of-life survey. *J Am Diet Assoc*, 103(7):844-851

Beebe, D., Chang, J. J., Kress, K., & Mattfeldt-Beman, M. (2017). Diet quality and sleep quality among day and night shift nurses. *Journal of nursing management*, 25(7), 549–557.

Berthelsen M., Pallesen S., Magerøy N., Tyssen R., Bjorvatn B., Moen B.E., Knardahl S., (2015). Effects of psychological and social factors in shiftwork on symptoms of anxiety and depression in nurses: A 1-year follow-up. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 57: 1127-1137

- Blake H., Harrison C., (2013). Health behaviours and attitudes towards being role models. *Br J Nurs*, 22: 86-94
- Brooks B.A., Storfjell J., Omoike O., Ohlson S., Stemler I., Shaver J., Brown A., (2007). Assessing the Quality of Nursing Work Life, *Nursing Administration Quarterly*, 31(2): 152-157
- Bullinger M., (2004). Measuring Health Related Quality of Life. In: Zouboulis, C.C. (eds) Adamantiades-Behçet's Disease, *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 528: 113-122, Springer, Boston, MA.
- Büscher A., Wagner L., (2005). *Munich Declaration: Nurses and midwives: A force for health*, Analysis of implementation of the Munich Declaration 2004. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Buselli, R., Corsi, M., Baldanzi, S., Chiumiento, M., Del Lupo, E., Dell'Oste, V., Bertelloni, C. A., Massimetti, G., Dell'Osso, L., Cristaudo, A., & Carmassi, C. (2020). Professional Quality of Life and Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19). *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6180.
- Chegini, Z., Asghari Jafarabadi, M., & Kakemam, E. (2019). Occupational stress, quality of working life and turnover intention amongst nurses. *Nursing in critical care*, 24(5), 283–289.
- Chen J., Daraiseh N., Davis K., Pan W., (2014). Sources of work related acute fatigue in united states hospital nurses. *Nursing and Health Science*, 16(1): 19-25
- Cheng P., Drake C., (2018). Psychological Impact of Shift Work, *Curr Sleep Med Rep*, 4(2): 104-109
- Czarnecka-Iwańczuk, M., Stanisławska-Kubiak, M., Mojs, E., Wilczak, M., & Samborski, W. (2012). Objawy menopauzy a satysfakcja z życia i samoocena wśród kobiet. *Menopausal Review/Przegląd Menopauzalny*, 11(6).
- de Freitas, E., Canuto, R., Henn, R. L., Olinto, B. A., Macagnan, J. B., Pattussi, M. P., Busnello, F. M., & Olinto, M. T. (2015). Alteration in eating habits among shift workers of a poultry processing plant in southern Brazil. *Ciencia & saude coletiva*, 20(8), 2401–2410.
- Di Renzo L., Gualtieri P., Pivari F., et al., (2020). Eating habits and lifestyle changes during

COVID-19 lockdown: an Italian survey, *J Transl Med*, 18: 229-241

Evaristo, O. S., Moreira, C., Lopes, L., Abreu, S., Agostinis-Sobrinho, C., Oliveira-Santos, J., Póvoas, S., Oliveira, A., Santos, R., & Mota, J. (2018). Associations between physical fitness and adherence to the Mediterranean diet with health-related quality of life in adolescents: results from the LabMed Physical Activity Study. *European journal of public health*, 28(4), 631–635.

Faruque, M., Barua, L., Banik, P. C., Sultana, S., Biswas, A., Alim, A., ... & Ali, L. (2021). Prevalence of non-communicable disease risk factors among nurses and para-health professionals working at primary healthcare level of Bangladesh: a cross-sectional study. *BMJ open*, 11(3), e043298.

Faucett J., Meyers J., Miles J., Janowitz I., Fathallah F., (2007). Rest break interventions in stoop labor tasks, *Applied Ergonomics*, 38: 219-226

Faugier J., Lancaster J., Pickles D., Dobson K., (2001). Barriers to healthy eating in the nursing profession: Part 1, *Nursing Standard*, 15(36): 33-36

Fayers P., Machin D., (2007). *Quality of Life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*, 2 edition, John Wiley & Sons

Fernandes, J., Portela, L. F., Rotenberg, L., & Griep, R. H. (2013). Working hours and health behaviour among nurses at public hospitals. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21(5), 1104–1111.

Geiger-Brown J., Rogers V.E., Trinkoff A.M., Kane R.L., Bausell R.B., Scharf S.M., (2012). Sleep, Sleepiness, Fatigue, and Performance of 12-Hour-Shift Nurses. *Chronobiology International*, 29(2): 211-219

Ghassemi, M., Tavafian, S. S., & Heydarnia, A. (2016). Socio-Demographic Characteristics and Quality of Life of Nurses suffering from Chronic Non-specific Low Back Pain. *International Journal of Musculoskeletal Pain Prevention*, 1(4), 143-147.

Ghorbani, R., Nassaji, M., Shahbazi, A., Rostami, B., & Taheri, M. (2015). Association between quality of life, menopausal status, and sociodemographic factors among middle-aged women in Iran. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 90(4), 166-170.



- Gifkins, J., Johnston, A., & Loudoun, R. (2018). The impact of shift work on eating patterns and self-care strategies utilised by experienced and inexperienced nurses. *Chronobiology international*, 35(6), 811–820.
- Han, K. T., Park, E. C., Kim, J. H., Kim, S. J., & Park, S. (2014). Is marital status associated with quality of life? *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 109.
- Han, K., Choi-Kwon, S., & Kim, K. S. (2016). Poor dietary behaviors among hospital nurses in Seoul, South Korea. *Applied nursing research : ANR*, 30, 38–44.
- Haus E., Smolensky M., (2006). Biological clocks and shift work: Circadian dysregulation and potential long-term effects. *Cancer Causes and Control*, 17(4): 489-500
- Hea Young L., Mi Sun K., Oksoo K., Il-Hyun L., Han-Kyoul K., (2016). Association between shift work and severity of depressive symptoms among female nurses: The Korea Nurses' Health Study. *Journal of Nursing Management*, 23: 1-9
- Hicdurmaz, D., & İnci, F. A. (2015). Compassion fatigue: Description, causes and prevention. *Current Approaches in Psychiatry*, 7(3), 295-303.
- Kagan, I., Ziv, A., Rubin, C., Murad, H., Valinsky, L., Asman, O., Tabak, N., & Wilf Miron, R. (2021). Effect of ethnicity, country of origin and workplace on health behaviors and health perception among nurses: Cross-sectional study. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 10.1111/jnu.12759.
- Kaya, Ş. D., Mehmet, N., & Şafak, K. (2022). Professional Commitment, Satisfaction and Quality of Life of Nurses During the COVID-19 Pandemic in Konya, Turkey. *Ethiopian journal of health sciences*, 32(2), 393–404.
- Kelbiso, L., Belay, A., & Woldie, M. (2017). Determinants of Quality of Work Life among Nurses Working in Hawassa Town Public Health Facilities, South Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Nursing research and practice*, 2017, 5181676.
- Kim M.J., Son K.H., Park H.Y., Choi D.J., Yoon C.H., Lee H.Y., Cho E.Y., Cho M.C., (2013). Association between shift work and obesity among female nurses: Korean Nurses' Survey. *BMC Public Health*, 13

- Knutsson A., Bøggild H., (2010). Gastrointestinal disorders among shift workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 36(2): 85-95
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976.
- Leathert S., (2000). Health effects of internal rotation of shifts. *Nurs Stand*, 14(47):34-6
- Lehman A.F., Postrado L.T., Rachoba L.T., (1993). Convergent validation of quality of life assessment for persons with severe mental illnesses, *Quality of Life Research*, (2): 327-333
- Leyva-Vela, B., Reche-García, C., Hernández-Morante, J. J., Martínez-Olcina, M., Miralles-Amorós, L., & Martínez-Rodríguez, A. (2021). Mediterranean Diet Adherence and Eating Disorders in Spanish Nurses with Shift Patterns: A Cross-Sectional Study. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 57(6), 576.
- Li, X., Jiang, T., Sun, J., Shi, L., & Liu, J. (2021). The relationship between occupational stress, job burnout and quality of life among surgical nurses in Xinjiang, China. *BMC nursing*, 20(1), 181.
- Likus W., Milka D., Bajor G., Jachacz-Łopata M., Dorzak B., (2013). Dietary habits and physical activity in students from the Medical University of Silesia in Poland, *RoczPanstwZaklHig*, 64(4): 317-24
- Lin L.P., Elena W., Razif S.M., (2012). Nutrition quality of life among female-majority Malay undergraduate students of health sciences, *Malays J Med Science*, 19:37-49
- Lin, P. C., Chen, C. H., Pan, S. M., Chen, Y. M., Pan, C. H., Hung, H. C., & Wu, M. T. (2015). The association between rotating shift work and increased occupational stress in nurses. *Journal of occupational health*, 57(4), 307-315
- Luo M., Guo L., Yu M., Jiang W., Wang H., (2019). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - a systematic review and meta-analysis, *Psychiatry Res*, 291:113-190

- Ma C.C., Andrew M.E., Fekedulegn D., Gu J.K., Hartley T.A., Charles L.E., Violanti J.M., Burchfiel C.M., (2015). Shift work and occupational stress in police officers. *Safety and Health at Work*, 6(1): 25-29
- Makara-Studzińska, M. T., Kryś-Noszczyk, K. M., & Jakiel, G. (2014). Epidemiology of the symptoms of menopause - an intercontinental review. *Przegląd menopauzalny = Menopause review*, 13(3), 203–211.
- Malik S., Blake H., Batt M., (2011). How healthy are our nurses? New and registered nurses compared, *British Journal of Nursing*, 20: 489-496
- McCall, S. (1975) Quality of Life. *Social Indicators Research*, 2, 229-248. <https://doi.org/10.1007/BF00300538>
- Mealer M., Jones J., Newman J., McFann K.K., Rothbaum B., Moss M., (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3): 292-299
- Mercier M., Schraub S., Bransfield D.D., Fournier J., (1992). Patient acceptance and differential perceptions of quality of life measures in a French oncology setting. *Quality of Life Research*, 7(1): 129-134
- Mohammadi, A., Sarhanggi, F. O. R. O. G., Ebadi, A. B. A. S. S., Daneshmandi, M. O. H. A. M. M. A. D., Reisisfar, A. F. S. A. N. E. H., Amiri, F. A. T. E. M. E. H., & Hajamini, Z. A. H. R. A. (2011). Relationship between psychological problems and quality of work life of Intensive Care Unit Nurses. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 4(3), 135-140.
- Monaghan, T., Dinour, L., Liou, D., & Shefchik, M. (2018). Factors Influencing the Eating Practices of Hospital Nurses During Their Shifts. *Workplace health & safety*, 66(7), 331–342.
- Moradi T., Maghaminejad F., Azizi-Fini I., (2014). Quality of working life of nurses and its related factors, *Nursing and Midwifery Studies*, 3(2): 194-215
- Moradi, T., Maghaminejad, F., & Azizi-Fini, I. (2014). Quality of working life of nurses and its related factors. *Nursing and midwifery studies*, 3(2), e19450.

- Mozzillo, E., Zito, E., Calcaterra, V., Corciulo, N., Di Pietro, M., Di Sessa, A., Franceschi, R., Licenziati, M. R., Maltoni, G., Morino, G., Predieri, B., Street, M. E., Trifirò, G., Gallè, F., Franzese, A., & Valerio, G. (2021). Poor Health Related Quality of Life and Unhealthy Lifestyle Habits in Weight-Loss Treatment-Seeking Youth. *International journal of environmental research and public health*, 18(17), 9355.
- Muros, J. J., Salvador Pérez, F., Zurita Ortega, F., Gámez Sánchez, V. M., & Knox, E. (2017). The association between healthy lifestyle behaviors and health-related quality of life among adolescents. *Jornal de pediatria*, 93(4), 406–412.
- Naghashpour M., Amani R., Nematpour S., Haghhighizadeh M.H., (2013). Dietary, Anthropometric, Biochemical and Psychiatric Indices in Shift Work Nurses. *Food and Nutrition Sciences*, 04(12): 1239-1246.
- Nahm E.S., Warren J., Zhu S., An M., Brown J., (2012). Nurses' selfcare behaviors related to weight and stress, *Nursing Outlook*, 60(5): 23-31
- Namazi, M., Sadeghi, R., & Behboodi Moghadam, Z. (2019). Social Determinants of Health in Menopause: An Integrative Review. *International journal of women's health*, 11, 637–647.
- Nea F.M., Kearney J., Livingstone M.B.E., Pourshahidi L.K., Corish C.A., (2015). Dietary and lifestyle habits and the associated health risks in shift workers. *Nutrition Research Reviews*, 28(2): 143-166
- Nicholls, R., Perry, L., Duffield, C., Gallagher, R., & Pierce, H. (2017). Barriers and facilitators to healthy eating for nurses in the workplace: an integrative review. *Journal of advanced nursing*, 73(5), 1051–1065.
- Oyama, Y., Yonekura, Y., & Fukuhara, H. (2015). Nurse health related quality of life: Associations with patient and ward characteristics in Japanese general acute care wards. *Journal of Nursing Management*, 23(6), 775–783.
- Peplonska B., Bukowska A., Sobala W., (2015). Association of rotating night shift work with BMI and abdominal obesity among nurses and midwives. *PLoS ONE*, 10(7)
- Phiri, L. P., Draper, C. E., Lambert, E. V., & Kolbe-Alexander, T. L. (2014). Nurses' lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle: a qualitative descriptive

study. *BMC nursing*, 13(1), 38.

Phiri, P., Malunga, S. S., & Phiri, L. S. (2021). Health-Related Quality of Life of Nurses Caring for Hospitalised Children and Their Families: A National Cross-Sectional Study. *Journal of pediatric nursing*, 61, 157–165.

Rajaratnam S.M.W., Howard M.E., Grunstein R.R., (2013). Sleep loss and circadian disruption in shift work: Health burden and management. *Medical Journal of Australia*, 199(8): 11-15

Rodwell J., Fernando J., (2016). Managing work across shifts: Not all shifts are equal, *Journal of Nursing Scholarship*, 48: 397-405

Rogers A.E., Hwang W.T., Scott L.D., Aiken L.H., Dinges D.F., (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety, *Health Affairs*, 23: 202-212

Roskoden, F. C., Krüger, J., Vogt, L. J., Gärtner, S., Hannich, H. J., Steveling, A., Lerch, M. M., & Aghdassi, A. A. (2017). Physical Activity, Energy Expenditure, Nutritional Habits, Quality of Sleep and Stress Levels in Shift-Working Health Care Personnel. *PloS one*, 12(1), e0169983.

Ruiz-Fernández, M. D., Pérez-García, E., & Ortega-Galán, Á. M. (2020). Quality of Life in Nursing Professionals: Burnout, Fatigue, and Compassion Satisfaction. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1253.

Sahu S., Dey M., (2011). Changes in Food Intake Pattern of Nurses Working in Rapidly Rotating Shift. *Ajms*, 4(1): 14-22

Saksvik-Lehouillier I., Bjorvatn B., Hetland H., Sandal G.M., Moen B.E., Magerøy N., Åkerstedt T., Pallesen S., (2013). Individual, situational and lifestyle factors related to shift work tolerance among nurses who are new to and experienced in night work. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5): 1136-1146

Salvi C., Mendes S., Figueiredo De Martino M., (2020). Profile of nursing students: quality of life, sleep and eating habits, **Rev. Bras. Enferm**, 73 (Supl 1): 127-36

Saulle R., Bernardi M., Chiarini M., Backhaus I., La Torre G., (2018). Shift work, overweight and obesity in health professionals: A systematic review and meta-analysis. *Clinica Terapeutica*, 169(4): 189-197

Selvi Y., Özdemir P.G., Özdemir O., Aydın A., BesirogluL., (2010). Influence of night shift work on psychologic stateand quality of life in health workers, *Dü ünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23:238-43

Shahriari M., Shamali M., Yazdannik A., (2014). The relationship between fixed and rotating shifts with job burnout in nurses working in critical care areas. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(4): 360-365

Silva, A. A., Souza, J. M., Borges, F. N., & Fischer, F. M. (2020). Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. *Revista de Saúde Pública*, 44, 718–725.

Skaal L, Pengpid S., (2011). Obesity, and health problems among South African healthcare workers: do healthcare workers take care of themselves? *S AfrFam Practice*, 53: 563-567

Smet M., (1993). Council Directive 93/104/EC of 23 November 1993 concerning certain aspects of the organization of working time. *Official Journal of the European Union*, [online] L(307): 18-24, Διαθέσιμοστο: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:31993L0104>

Song W.O., Chun O.K., Obayashi, S. Cho S., Chung C.E., (2005). Is consumption of breakfast associated with body mass index in US adult? *J. Am. Dietetic Assoc*, 2: 325-335

Sorić M., Golubić R., Milosević M., Juras K., Mustajbegović J., (2013). Shift work, quality of life and work ability among Croatian hospital nurses. *Collegium antropologicum*, 37(2): 379-84

Stimpfel A.W., Aiken L.H., (2013). Hospital staff nurses' shift length associated with safety and quality of care, *Journal of nursing care quality*, 28(2), 122.

Tada Y., Hida A., Togo F., Yoshizaki T., Kawano Y., Noguchi O., Onishi J., Teramoto R., Sunami A., Yokoyama Y., (2016). Association of eating behaviours with diurnal preference and rotating shift work in Japanese female nurses: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 6(11)

Tada Y., Kawano Y., Maeda I., Yoshizaki T., Sunami A., Yokoyama Y., Matsumoto H., Hida A., Komatsu T., Togo F., (2014). Association of body mass index with lifestyle and rotating shift work in Japanese female nurses. *Obesity*, 22(12): 2489-2493

Tahghighi M., Rees C.S., Brown J.A., Breen L.J., Hegney D., (2017). What is the impact of shift work on the psychological functioning and resilience of nurses? An integrative review. *Journal*

*of Advanced Nursing*, 73(9): 2065-2083

Thakre, S. B., Thakre, S. S., & Thakre, S. N. (2017). Quality of work life of nurses working at tertiary health care institution: a cross sectional study. *Int J Community Med Public Health*, 4(5), 1627-36.

The Whoqol Group., (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10): 1403-1409

The Whoqol Group., (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment(WHOQOL): Development and psychometric properties, *Social Science and Medicine*, 46:1569-1585

Tsai J.C., Chou K.R., Tsai H.T., Yen Y.C., Niu S.F., (2019). Effects of Nocturnal Sleep Quality on Diurnal Cortisol Profiles and Attention in Nurses: A Cross-Sectional Study, *Biol. Res. Nurse*, 21: 510-518

Vajdi, M., & Farhangi, M. A. (2020). A systematic review of the association between dietary patterns and health-related quality of life. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 337.

Vasiliadou A., Karvolntzis G., Soumilas A., Roumeliotis D., Theodosopoulou E., (1995). Occupational low back in nursing staff in a Greek hospital, *Journal of Advanced Nursing*, 21: 125-30

Wefers, J., van Moorsel, D., Hansen, J., Connell, N. J., Havekes, B., Hoeks, J., ... & Schrauwen, P. (2018). Circadian misalignment induces fatty acid metabolism gene profiles and compromises insulin sensitivity in human skeletal muscle. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(30), 7789-7794.

Wisetborisut A., Angkurawaranon C., Jiraporncharoen W., Uaphanthasath R., Wiwatanadate P., (2014). Shift work and burnout among health care workers. *Occupational Medicine*, 64(4): 279-286

Witkoski A., Dickson V.V., (2010)., Hospital staff nurses' work hours, meal periods, and rest breaks: A review from an occupational health nurse perspective, *AAOHN Journal*, 58: 489-497

S., Huang-Yuan L., Jun T., Jian L., Xiaorong W., (2010). Health-related Quality of Life and Its Main Related Factors among Nurses in China, *Industrial health*, 49: 158-65

Wu, X. Y., Zhuang, L. H., Li, W., Guo, H. W., Zhang, J. H., Zhao, Y. K., Hu, J. W., Gao, Q. Q., Luo, S., Ohinmaa, A., & Veugelers, P. J. (2019). The influence of diet quality and dietary behavior on health-related quality of life in the general population of children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 28(8), 1989–2015.

Yan, J., Wu, C., Du, Y., He, S., Shang, L., & Lang, H. (2022). Occupational Stress and the Quality of Life of Nurses in Infectious Disease Departments in China: The Mediating Role of Psychological Resilience. *Frontiers in psychology*, 13, 817639.

Yoshizaki, T., Kawano, Y., Noguchi, O., Onishi, J., Teramoto, R., Sunami, A., Yokoyama, Y., Tada, Y., Hida, A., & Togo, F. (2016). Association of eating behaviours with diurnal preference and rotating shift work in Japanese female nurses: a cross-sectional study. *BMJ open*, 6(11), e011987.

Zapka, J. M., Lemon, S. C., Magner, R. P., & Hale, J. (2009). Lifestyle behaviours and weight among hospital-based nurses. *Journal of nursing management*, 17(7), 853–860.

Zhao I., Bogossian F., Song S., Turner C., (2011). The association between shift work and unhealthy weight: A cross-sectional analysis from the nurses and midwives' e-cohort study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(2): 153-158

### **Ελληνικές Βιβλιογραφικές Πηγές**

Βιδάλης Α., Συγγελάκης Μ., (2000). Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής. Nottingham Health Profile (NHP) –Ελληνική έκδοση. *Ιπποκράτεια*, 4(1): 39-42

Ζέρβα Σ., Ζέρδου Μ., (2009). Παχυσαρκία, Μια χρόνια νόσος, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8(1): 1-9

Κάβουρα Μ., Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., Βανδώρου Χ., (2003). *Ποιότητα Ζωής*. Αθήνα: JANSSEN-CILAG.



Κοντοδημόπουλος Ν., Φραγκούλη Δ., Παππά Ε., Νιάκας Δ., (2004). Στατιστικοί έλεγχοι της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του Ελληνικού SF-36. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 21(4): 451-462

Νικολοπούλου Δ., (2018). *Συγκριτική μελέτη της ποιότητας ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού ανάμεσα σε κλειστά και ανοιχτά τμήματα του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου*, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Πάτρα

Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε., Χριστοδούλου Γ. (2001), Ποιότητα Ζωής και ψυχική Υγεία, Εννοιολογικές Προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, (1): 239-253

Παππά Ε., Κοντοδημόπουλος Ν., Νιάκας Δ., (2006α). Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του Ελληνικού αστικού πληθυσμού. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(2): 159-166

Σαρρής Μ., Σούλης Σ., Υφαντόπουλος Γ., (2001). Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3):230-238

Υφαντόπουλος Γ., (2006). *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*. Εκδόσεις Gutenberg-Δαρδάνος-Τυπωθήτω, Αθήνα

Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ., (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3)

## Παράρτημα

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

- Φύλο: Άρρεν ( ) Θήλυ ( )
- Ηλικία (σε έτη): ( )
- Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος/η ( ) Άγαμος/η ( ) Διαζευγμένος/η ( )
- Κατηγορία Προσωπικού: ΠΕ ( ) ΤΕ ( ) ΔΕ ( )
- Έτη προϋπηρεσίας: ( )
- Τμήμα:
- Σχέση Εργασίας: Μόνιμος ( ) Συμβασιούχος ( )

#### SF-36 ΕΡΕΥΝΑ ΥΓΕΙΑΣ

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας.

Απαντήστε στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιος/βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωσή σας.

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

(βάλτε μέσα σε κύκλο)

- |                |   |
|----------------|---|
| Άριστη.....    | 1 |
| Πολύ καλή..... | 2 |
| Καλή.....      | 3 |
| Μέτρια.....    | 4 |
| Κακή.....      | 5 |

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τόρα;

(βάλτε μέσα σε κύκλο)

- |  |   |
|--|---|
| 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 τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο; (βάλτε μέσα σε κύκλο έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

<u>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ</u>	<b>Ναι, με περιορίζει Πολύ</b>	<b>Ναι, με περιορίζει Λίγο</b>	<b>Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου</b>
α. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε δυναμικά σπορ	1	2	3
β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	1	2	3
γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	1	2	3
δ. Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες	1	2	3
ε. Όταν ανεβαίνετε μία σκάλα	1	2	3
στ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	1	2	3
ζ. Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο	1	2	3
η. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα	1	2	3
θ. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα	1	2	3
ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	1	2	3

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στη δουλειά σας – είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

(βάλτε μέσα σε κύκλο έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
α. Μειώσατε <b>το χρόνο</b> που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
β. <b>Επιτελέσατε λιγότερα</b> από όσα θα θέλατε	1	2
γ. Περιορίσατε <b>το είδος</b> δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας	1	2

δ. <b>Δυσκολευτήκατε</b> να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)	1	2
---	---	---

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν – είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (λ.χ., επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

(βάλτε μέσα σε κύκλο έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Μειώσατε <b>το χρόνο</b> που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
β. <b>Επιτελέσατε λιγότερα</b> από όσα θα θέλατε	1	2
γ. Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες <b>λιγότερο προσεκτικά</b> απ' ότι συνήθως	1	2

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, 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 γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;

(βάλτε μέσα σε κύκλο)

Καθόλου.....	1
Ελάχιστα .....	2
Μέτρια.....	3
Αρκετά .....	4
Πάρα πολύ.....	5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

(βάλτε μέσα σε κύκλο)

Καθόλου.....	1
Πολύ ήπιο.....	2
Ηπιο.....	3
Μέτριο.....	4
Έντονο .....	5
Πολύ έντονο .....	6

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

(βάλτε μέσα σε κύκλο)

Καθόλου.....	1
Λίγο.....	2
Μέτρια.....	3
Αρκετά .....	4
Πάρα πολύ.....	5

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

(βάλτε μέσα σε κύκλο ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
α. Αισθανόσαστε γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6
β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;	1	2	3	4	5	6
γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	1	2	3	4	5	6
δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;	1	2	3	4	5	6
ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	1	2	3	4	5	6
στ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;	1	2	3	4	5	6
ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση;	1	2	3	4	5	6
η. Ησαστε ευτυχισμένος/ευτυχισμένη;	1	2	3	4	5	6
θ. 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;  
(βάλτε μέσα σε κύκλο)

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;  
(βάλτε μέσα σε κύκλο ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	<b>Εντελώς Αλήθεια</b>	<b>Μάλλον Αλήθεια</b>	<b>Δεν ξέρω</b>	<b>Μάλλον Ψέμα</b>	<b>Εντελώς ψέμα</b>
α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	1	2	3	4	5
β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	1	2	3	4	5
γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	1	2	3	4	5
δ. Η υγεία μου είναι άριστη	1	2	3	4	5

## Mediterranean Diet Score

Κυκλώστε σύμφωνα με τις διατροφικές σας συνήθειες

Πόσο συχνά καταναλώνετε (μερίδες/μήνα)	<b>Ποτέ</b>	<b>1-4</b>	<b>5-8</b>	<b>9-12</b>	<b>13-18</b>	<b>&gt;18</b>
Δημητριακά Ολικής Αλέσεως (π.χ. ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι)	0	1	2	3	4	5
Πατάτες	0	1	2	3	4	5
Φρούτα	0	1	2	3	4	5
Λαχανικά	0	1	2	3	4	5
Όσπρια	0	1	2	3	4	5
Ψάρι	0	1	2	3	4	5
Κόκκινο Κρέας και Προϊόντα του	5	4	3	2	1	0
Πουλερικά	5	4	3	2	1	0
Γαλακτοκομικά Πλήρη σε λιπαρά (τυρί, γιαούρτι, γάλα)	5	4	3	2	1	0
Ελαιόλαδο (κύριο προστιθέμενο λίπος στα τρόφιμα)	<b>Ποτέ</b>	<b>Σπάνια</b>	<b>&lt;1</b>	<b>1-3</b>	<b>3-5</b>	<b>Καθημερινά</b>
	0	1	2	3	4	5
Αλκοολούχα Ποτά (ml/ημέρα, 100ml=1 ποτήρι 12%)	<b>&lt;300</b>	<b>300</b>	<b>400</b>	<b>500</b>	<b>600</b>	<b>&gt;700 ή 0</b>
	5	4	3	2	1	0

**Έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης συμμετοχής σε μελέτη για  
μεταπτυχιακή εργασία**

Σας παρακαλώ να συμπληρώσετε το παρόν ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελεί μέρος Μεταπτυχιακής εργασίας με θέμα: Ποιότητα ζωής και διατροφικές συνήθειες των νοσηλευτών που εργάζονται σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

**Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και δεν περιέχει το όνομά σας. Οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές και θα τις δει μόνο η ερευνητική ομάδα και κανένας άλλος.**

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα παρουσιαστούν στατιστικά για το **σύνολο** των συμμετεχόντων.

Για **οποιαδήποτε διευκρίνιση** ή απορία μπορείτε να **επικοινωνήσετε** στο: **6979381951** ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση **angela.pap91@gmail.com**

**Εκτιμώ ιδιαίτερος τη συμμετοχή σας και σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την πολύτιμη βοήθειά σας.**

Με ιδιαίτερη εκτίμηση,

Παπαδοπούλου Αγγέλα

Υπογραφή συμμετέχοντα

Ημερομηνία



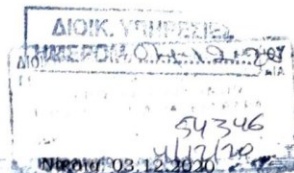
## Άδειες

Άδεια από το επιστημονικό συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ – Γ.Ν.Δ.Α. "Η ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ" :



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ  
Γ.Ν.ΝΙΚΑΙΑΣ - ΠΕΙΡΑΙΑ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»  
Γ.Ν.ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ «Η ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ»  
Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ Γ.Ν.ΝΙΚΑΙΑΣ-ΠΕΙΡΑΙΑ

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: Μαρία Μικελιδάκη  
Αργυρώ Μάρκου  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: 213207 6235  
Email : gramdioik@nikaia-hosp.gr



Προς:  
Την κ. Αγγέλα Παπαδοπούλου  
ΠΡΟΣ: Νευροχειρουργικό Τμήμα

**ΘΕΜΑ:** «Αίτημα έγκρισης διεξαγωγής έρευνας της κ. Αγγέλας Παπαδοπούλου»

Σας διαβιβάζουμε την υπ' αριθμ.20<sup>η</sup> Απόφαση της 31<sup>ης</sup> /25.11.2020 Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας και παρακαλούμε για τις δικές σας ενέργειες.

### ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ:

#### 20. Αίτημα έγκρισης διεξαγωγής έρευνας της κ. Αγγέλας Παπαδοπούλου

Το Επιστημονικό Συμβούλιο εισηγείται θετικά στο αίτημα έγκρισης της έρευνας της νοσηλεύτριας κ. Παπαδοπούλου Αγγελικής, στο πλαίσιο της διπλωματικής της εργασίας, με την προϋπόθεση ότι δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το Νοσοκομείο και θα τηρηθεί ο κώδικας δεοντολογίας και ηθικής.

Μετά τα παραπάνω παρακαλούμε για τις δικές σας ενέργειες

Κοινοποίηση:

Δ/ντή Νευροχειρουργικού Τμήματος

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ  
ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ  
ΚΩΝ/ΝΟΣ ΚΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ης Υ.ΠΕ. ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ-ΠΕΙΡΑΙΑ  
"ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ"  
Γ.Ν. ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ "Η ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ"  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
Τηλ. 21320-6235 FAX: 213-2077444  
E - mail: epsymb@nikaia-hosp.gr  
Πληροφορίες: Μ. ΜΙΧΕΛΙΔΑΚΗ

**ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ 31<sup>ης</sup> ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ**

Στην 31<sup>η</sup> Συνεδρίαση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ- Γ.Ν.Δ.Α. "Η ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ" την Τετάρτη 25 Νοεμβρίου 2020 και ώρα 10:00 π. μ. στην αίθουσα συνεδριάσεων του Διοικητικού Συμβουλίου, παρευρέθησαν:

**Η Προεδρος κ. Ε. Φωτιάδου - Παπτά και τα μέλη:**

**Α. Κωτσάκης, Η. Σκοπελίτης, Γ. Μειμάρης, Σ. Κυζηράκου, Ε. Γκίκα, Ι. Σκαραφίγκα, Α. Μείντάνη και οι:**

**Κ. Κουλόπουλος Δ.Ι.Υ.**

**Π. Καζακίδης Προϊστάμενος Εργαστηριακού Τομέα**

**Β. Σπινάρης Προϊστάμενος Ψυχιατρικού Τομέα και**

**Πρακτικά της συνεδρίασης κράτησε η Γραμματέας του Επιστημονικού Συμβουλίου Μαρία Μιχελιδάκη.**

**ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΔΙΑΤΑΞΗ:**

**20. Αίτημα έγκρισης διεξαγωγής έρευνας της κ. Αγγέλας Παπαδοπούλου**

Το Επιστημονικό Συμβούλιο εισηγείται θετικά στο αίτημα έγκρισης της έρευνας της νοσηλεύτριας κ. Παπαδοπούλου Αγγελικής, στο πλαίσιο της διπλωματικής της εργασίας, με την προϋπόθεση ότι δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το Νοσοκομείο και θα τηρηθεί ο κώδικας δεοντολογίας και ηθικής.

Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου : MEDITERRANEAN DIET SCORE, από τον κύριο Παναγιωτάκο Δημοσθένη:

22/9/22, 7:54 μ.μ.

Gmail - Αίτημα για άδεια χρήσης ερωτηματολογίου



Angela Papadopoulou <angela.pap91@gmail.com>

## Αίτημα για άδεια χρήσης ερωτηματολογίου

Demosthenes Panagiotakos <d.b.panagiotakos@usa.net>  
Προς: Angela Papadopoulou <angela.pap91@gmail.com>

16 Μαρτίου 2020 - 3:41 μ.μ.

Με μεγάλη χαρά ...

ΔΠ

16 Μαρ 2020, 3:39 μ.μ, ο χρήστης «Angela Papadopoulou <angela.pap91@gmail.com>» έγραψε:

Αξιότιμε κε Παναγιωτάκο,  
Στα πλαίσια εκπόνησης της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας με θέμα: «Ποιότητα ζωής και διατροφικές συνήθειες των νοσηλευτών που εργάζονται σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο», θα ήθελα να χρησιμοποιήσω το The Mediterranean Diet Score, το οποίο έχετε δημιουργήσει και σταθμίσει στην Ελληνική γλώσσα.  
Τα στοιχεία σας τα βρήκα από το άρθρο που δημοσιεύσατε: Panagiotakos DB, Pitsavos C, Stefanadis C, Dietary patterns: a Mediterranean diet score and its relation to clinical and biological markers of cardiovascular disease risk. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2006 Dec;16(8):559-68.  
Θα ήθελα, λοιπόν, να μου επιτρέψετε να το χρησιμοποιήσω και κατόπιν της άδειάς σας να μου το επισυνάψετε στην Ελληνική γλώσσα.  
Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων,

Παπαδοπούλου Αγγέλα.

—

Παπαδοπούλου Αγγέλα  
απόφοιτος ΤΕΙ Νοσηλευτικής Αθηνών  
κιν. 6979381951



Απαλλαγμένο από ιούς. [www.avast.com](http://www.avast.com)

### 2 συνημμένα αρχεία



The MedDietScore.pdf  
76K



Mediterranean diet Score For Presentation.pdf  
561K